

**T.C.  
HALIÇ ÜNİVERSİTESİ  
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ  
PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI  
UYGULAMALI PSİKOLOJİ PROGRAMI**

**ALKOL VE MADDE BAĞIMLILIĞI TEDAVİSİ GÖREN  
BİREYLERDE ALGILANAN SOSYAL DESTEK VE  
UMUTSUZLUK DÜZEYİ ARASINDAKİ İLİŞKİNİN  
İNCELENMESİ**

**YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**Hazırlayan  
Gökhan Uğur OLÇAY**

**Danışmanı  
Prof.Dr. Serap Leman BİLGİN**

**İstanbul – 2016**

T.C.  
HALIÇ ÜNİVERSİTESİ  
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE

Psikoloji.....Anabilim/Anasanat Dalı Uygulamalı Psikoloji Programı Tezli Yüksek Lisans  
öğrencisi Gökhan Uğur ALGAY..... tarafından hazırlanan  
“Alkol ve Madde Bağımlılığı Tedavisinde Güven Bireylerde Algılanan Sosyal Destek ve Umutsuzluk Düzeyi Arasındaki İlişkinin İncelenmesi”  
adlı bu çalışma jürimizce Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

Sınav Tarihi : 15/06/2014

(Jüri Üyesinin Unvanı, Adı, Soyadı ve Kurumu):

İmzası:

Jüri Üyesi: Prof. Dr. Serap Leman BİLGİN  
Danışman: T.C. Halic.....Univ Psikoloji ASD/ABD Öğr. Üyesi

  
.....  
  
.....

Jüri Üyesi: Yrd. Doç. Dr. Zehra Banu SAYINER  
T.C. Halic.....Univ Psikoloji ASD/ ABD Öğr. Üyesi

  
.....

Jüri Üyesi: Yrd. Doç. Dr. Arlı Burçak TAŞÖREN  
Nişantaşı.....Univ Psikoloji ASD/ ABD Öğr. Üyesi  
(İngilizce)

Jüri Üyesi: .....  
.....Univ. .... ASD/ ABD Öğr. Üyesi (Yedek)

Jüri Üyesi: .....  
.....Univ. .... ASD/ ABD Öğr. Üyesi (Yedek)

# İÇİNDEKİLER

No.	Sayfa
TABLolar LİSTESİ .....	V
KISALTMALAR .....	VI
ÖZET .....	VII
BÖLÜM I	
1. GİRİŞ.....	1
1.1. Problem Durumu.....	1
1.2. Problem Cümlesi.....	6
1.3. Alt Problemler.....	6
1.4. Araştırmanın Amacı.....	7
1.5. Araştırmadaki Varsayımlar.....	7
1.6. Sınırlılıklar.....	7
BÖLÜM II	
2. İLGİLİ	
LİTERATÜR.....	8
2.1. Alkol ve Madde Bağımlılığı.....	8
2.1.1. Bağımlılık Kavramı.....	8
2.1.1.1. Psikolojik Bağımlılık.....	10
2.1.1.2. Fiziksel Bağımlılık.....	11
2.1.2. Alkol Bağımlılığı ve Nedenleri.....	12
2.1.2.1. Alkol Tanımı ve Genel Bilgiler.....	12
2.1.2.2. Alkol Bağımlılığının Tanımı.....	14
2.1.2.3. Alkol Bağımlılığının Yaygınlığı.....	15
2.1.2.4. Alkol Bağımlılığı Tanı Ölçütleri.....	16
2.1.2.5. Alkol Kullanımı ve Alkol Bağımlılığının Nedenleri.....	18
2.1.3. Madde Bağımlılığı.....	21
2.1.3.1. Madde Bağımlılığının Tarihçesi.....	24
2.1.3.2. Madde Bağımlılığı ve Kullanımının Epidemiyolojisi.....	26
2.1.3.3. Madde Bağımlılığının Etiyolojisi.....	27
2.1.3.3.1. Biyolojik Nedenler.....	28
2.1.3.3.2. Psikolojik ve Ekonomik Nedenler.....	28

2.1.3.4. Madde Bağımlılığı ve Kötüye Kullanımını Açıklayan Kuramlar.....	29
2.1.3.4.1. Psikodinamik Kuramlar.....	29
2.1.3.4.2. Davranışçı Kuramlar.....	30
2.1.3.4.3. Biyolojik Kuramlar.....	31
2.2. Algılanan Sosyal Destek.....	32
2.2.1. Sosyal Destek Kavramı.....	32
2.2.2. Sosyal Destek Modelleri.....	35
2.2.3. Sosyal Desteği Etkileyen Unsurlar.....	38
2.2.4. Sosyal Destek Kaynakları.....	39
2.2.5. Algılanan Sosyal Destek.....	39
2.3. Umutsuzluk.....	41
2.3.1. Umut ve Umutsuzluk Kavramı.....	41
2.3.2. Psikoloji İçinde Umutsuzluk.....	47
2.3.3. Umutsuzluğun Nedenleri ve Belirtileri.....	52
2.3.4. Umutsuz Kişilerin Davranış Özellikleri.....	55
2.3.5. Beck'in Umutsuzluk Modeli.....	57
BÖLÜM III	
3. YÖNTEM.....	72
BÖLÜM IV	
4. BULGULAR.....	73
BÖLÜM V	
5. TARTIŞMA.....	92
BÖLÜM VI	
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	98
7. KAYNAKLAR.....	100
8. EKLER.....	113
EK-1 Kişisel Bilgi Formu.....	113
EK-2 Algılanan Sosyal Destek Ölçeği.....	114
EK-3 Beck Umutsuzluk Ölçeği.....	115
9. ÖZGEÇMİŞ.....	118

## TABLO LİSTESİ

Sayfa No.

Tablo 2.1. Alkol Bağımlılığının DSM-IV'e göre Tanı Ölçütleri.....	17
Tablo 2.2. Alkol Kötüye Kullanımının DSM-IV'e göre Tanı Ölçütleri.....	18
Tablo 4.1. Katılımcıların Çeşitli Değişkenlere Göre Dağılımı (n=50).....	73
Tablo 4.2. Bağımlı Oldukları Maddelere Göre Demografik Özelliklerin Çapraz Frekans-Yüzde Değerleri (Ki-Kare Testi).....	74
Tablo 4.3. Algılanan Sosyal Destek Ölçeği.....	76
Tablo 4.4. Algılanan Sosyal Destek Ölçeği Genel Puanlama Frekans ve Yüzde Değişim Değerleri.....	78
Tablo 4.5. Arkadaşlık Alt Puanlama Frekans ve Yüzde Değişim Değerleri.....	80
Tablo 4.6. Özel Bir İnsan Alt Puanlama Frekans ve Yüzde Değişim Değerleri.....	81
Tablo 4.7. Aile Alt Puanlama Frekans ve Yüzde Değişim Değerleri.....	82
Tablo 4.8. Beck Umutsuzluk Ölçeği.....	83
Tablo 4.9. Beck Umutsuzluk Ölçeği Genel Puanlama Frekans ve Yüzde Değişim Değerleri..	85
Tablo 4.10. Beck Umutsuzluk Ölçeği: Alt Puanlama Frekans ve Yüzde Değişim Değerleri...	86
Tablo 4.11. Algılanan Sosyal Destek Ölçeği ile Beck Umutsuzluk Ölçeğinin Eroin ve Alkol Bağımlısı Olma Demografik Özelliği İle İlişkisi Anova ve Korelasyon Testleri.....	87
Tablo 4.12. Eroin ve Alkol Bağımlılarının Algılanan Sosyal Destek ve Beck Umutsuzluk Alt Ölçekleri ile İlişkisel Bulgular (Pearson Correlations).....	88
Tablo 13. Eroin ve Alkol Bağımlılarının Algılanan Sosyal Destek ve Beck Umutsuzluk Alt Ölçekleri ile İlişkisel Bulgular (Spearman's Rho Correlations- Nonparametric Correlations).....	90

## KISALTMALAR

WHO/DSÖ Dünya Sağlık Örgütü/World Health Organization

ECA Epidemiyolojik Kaynak Alanı/ Epidemiologic Catchment Area

ABD Amerika Birleşik Devletleri

DSM-IV Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı/The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

APA Amerikan Psikiyatri Derneği/American Psychiatric Association

BM Birleşmiş Milletler

## GENEL BİLGİLER

Adı ve Soyadı : Gökhan Uğur OLÇAY  
Anabilim Dalı : Psikoloji  
Programı : Uygulamalı Psikoloji  
Tez Danışmanı : Prof. Dr. Serap Leman BİLGİN  
Tez Türü ve Tarihi : Yüksek Lisans – Haziran 2016

### ALKOL VE MADDE BAĞIMLILIĞI TEDAVİSİ GÖREN BİREYLERDE ALGILANAN SOSYAL DESTEK VE UMUTSUZLUK DÜZEYİ ARASINDAKİ İLİŞKİNİN İNCELENMESİ

#### ÖZET

Bağımlılık yapıcı madde kullanımı günümüzün en önemli toplumsal sorunlarından biridir. Alkol ve uyuşturucu maddelerin kaygıyı azaltan niteliği, zorluklardan kaçan kişilerce bir destekleme aracı olarak kullanılmasına yol açmaktadır. Alkol ve madde kullanıcılarının bazen tedaviye yönelik kararsızlıkları sıklıkla rastlanan bir durumdur. Durumlarını değiştirmek için aldıkları kararlar ve sözler zamanla istikrarsız olabilmektedir. Bu çatışma ve bocalamanın nedeni, bağımlılıktan vazgeçme isteksizliği ve maddeyi bırakma korkusundan ileri gelmektedir. Bu bağlamda tedavide umutsuzluk yaşayan bireylerin sosyal desteğe sahip olması önemli olmaktadır. Ayrıca, alınan sosyal desteğin kişilerarası bir etkileşime neden olan dinamik bir olgu olduğu söylenebilir. Sosyal destekle birlikte, yaşanan sıkıntılı durumları aşabilmek çok daha hızlı olabilmektedir. Araştırmalarda sosyal desteğin büyük rolü olduğu ve daha çok aile çevresinin önemli katkıları olduğu görülmektedir. Sosyal desteğin hem fiziksel hem de ruhsal sağlıkta pozitif etkileri görülmektedir. Bu nedenle sosyal desteğe sahip olmayan kişilerde de negatif etki yarattığı söylenebilir. Araştırmada katılımcıların gerek aldıkları sosyal destek gerekse tedavi sürecine olumlu tepki göstermelerinden dolayı, umutsuzluğu umuda dönüştürme becerisine sahip oldukları söylenebilir. Dolayısıyla umudun terapi süreçlerinde de önemli bir yeri bulunmaktadır.

**Anahtar Kelimeler;** Alkol ve madde bağımlılığı, algılanan sosyal destek, umutsuzluk.

## GENERAL KNOWLEDGE

Name and Surname : Gökhan Uğur OLÇAY  
Program : Applied Psychology  
Supervisor : Prof. Dr. Serap Leman BİLGİN  
Degree Awarded and Date : Master – June 2016

### EXAMINING THE RELIATIONSHIP BETWEEN THE SOCIAL SUPPORT AND THE LEVEL OF DESPAIR OF THE INDIVIDUALS WHO RECEIVE ALCOHOL AND SUBSTANCE TREATMENT

#### ABSTRACT

The substance dependence is one of the biggest problems in our today's society. The fact that alcohol and drug use decreases the anxiety is the reason why people use and hide behind them to get away from the difficulties in their lives. It is very common for alcohol and drug users to hesitate when it comes to receive at treatment. During the treatment the decisions and promises of the patients may be unsteady. Not wanting to quit and being scared of living without it are the main reasons for patients to hesitate and have self-conflict. Thereby, it is important to get social support for individuals who experience despair throughout their treatments. Moreover, we can say that receiving social support is a dynamic fact which causes an interaction between the individuals. By receiving social support, it is much easier to get through the recovery period. According to the researches receiving social support plays a big part in the recovery but receiving family support is the most effective one. Positive effects can be seen both in physical and mental health. That's why patients who don't receive social support may experience negative effects during the recovery. Patients who receive social support and who show progress in the recovery can change their despair into hope. Therefore, being hopeful plays an important role in the progress of the therapy.

**Keywords:** Alcohol and substance addiction, receiving social support, self-despair.







# BÖLÜM I

## 1. GİRİŞ

Bu bölümde, araştırmanın problem durumu ile problem cümlesi, çalışmanın alt problemleri ve araştırmanın amacı, hipotezi, araştırmanın varsayımları ve araştırmanın sınırlılıkları bulunmaktadır.

### 1.1. Problem Durumu

Madde bağımlılığının, psikoaktif maddelerin kullanılmasından dolayı beyin işlevlerindeki değişikliklerle oluşan bir bozukluk olarak ortaya çıktığı söylenebilir. Psikoaktif madde kullanımıyla beyindeki algı, hem duygu hem de motivasyon durumlarına etki etmektedir. Nöroloji araştırmaları, madde bağımlılığının biyolojik ve genetik temeli olan, kronik, tekrarlayan bir bozukluk olduğunu göstermektedir (WHO, 2004).

Bağımlılığın ne olduğuna bakılacak olursa, bireyleri bağımlı kılacak maddeler ve bunlarla ilgili belirtiler hakkında öğrenme süreciyle birleşen duygu durumları ve motivasyona yönelik olarak beyin alanlarında oluşan kombine etkileşimin bir sonucu olduğu söylenebilir (Köknel, 1998). Bağımlılığın gelişmesi bu etkileşimin ortaya çıkmasıyla birlikte tutum ve davranışlardaki değişmelerin ortaya çıktığı öğrenme sürecinin bir unsuru olarak ele alınabilir. Birey bağımlılık yapıcı bir madde kullanımı sonucunda, ödüllendirici ya da teşvik edici özelliği olan ve beyinde bu davranışın tekrar edilmesine sebep olan sirkülasyonu aktive edici psikoaktif bir etki yaşar.

Bağımlılık, psikolojik, nörobiyolojik ve sosyal faktörlerin karşılıklı kompleks etkileşimi sonucu olarak görülmektedir. Toplum algısında madde kullanmaya yönelik algının da; medya etkisi, maddeye ulaşılabilirlik, dini ve kültürel unsurlar, yaygınlık oranı, madde kullanma modelleri aynı zamanda da buna yönelik tedavi yöntemlerini de içeren çok sayıda nedenleri olduğu ifade edilebilir (Ögel, 2002).

Ailenin geçmişteki yaşantısı, boşanan anne babalar, parçalanmış aileler, aile yaşamında disiplin olgusunun yetersizliği, anne ve babaların madde kullanımı eğilimlerinin ve bunun yanı sıra, ailede yakın, sıcak ilişkilerin bulunmayışı madde kullanma durumunda görülen risk

etmenleri olarak değerlendirilmektedir (Tarhan ve Nurmedov, 2011). Madde kullanan ergen aileleri, çocuğa mesafeli ve fazla ilgili olmayan baba ile çok fazla müdahaleci ve çocuğu çok fazla sarıp sarmalayan anne olarak karakterize edilmektedir. Ebeveynin alkol veya madde kullanmaları çocuklarının maddeyi elde etmelerine etki eden unsurlardan sayılabilir. Ev ortamında sigara ve alkol gibi elde edilebilirliği kolay olan maddelere yakınlık, gençler için bir risk oluşturmaktadır. Ercan (2003) ergenlerle yaptığı araştırmasında ergenlerin, yüzde 16,1'inin en son alkollü ieeği kendi evinde ya da bir arkadaşının evinde tükettiğini tespit etmiştir.

Madde kullanımı bazı ergenler için sosyal amaçlı bir davranış olarak görölmektedir. Bunun onlara sosyal bir evre ve madde kullanımı için uygun bir ortam sağladığı görölmektedir. Böyle bir ortam, maddeye başlamak kadar kullanmaya devam edilmesi riskini artırmaktadır. Bu nedenle arkadaşların yarattığı etki, ergenlerin madde kullanmalarında üzerinde de büyük etki yaratan bir etken olarak ele alınmaktadır (Kasatura, 1998).

Bağımlılıktan iyileşme, zaman içerisinde kişisel ve kişilerarası değişiklikler yapmak ve bunların devamlılığını sağlamak kadar, madde kullanmayı bırakma sürecidir. Bazı değişiklikler bağımlılar arasında farklılıklar gösterir ve şu alanlardan herhangi birinde meydana gelir: fiziksel, psikolojik, davranışsal, kişisel, ailevi, sosyal, manevi ve finansal (Davison ve Neale, 2004). Alkol ya da madde bağımlılığı tedavisinde uygulanacak tedavi genel olarak detoksifikasyon yani fiziksel arınma ile başlar. Detoksifikasyon, kişinin kullandığı maddenin etkisinden arındığı, eksiklik semptomlarının giderildiği dönemdir. Bazen tedavinin başlangıç aşamasını oluşturan bu sürecin tedavide önemli bir yeri vardır.

Maddeyi kötüye kullanım ve bağımlılığın neden olduğu sorunlar ekonomik, sosyal, tıbbi ve yasal sonuçlar tüm toplumu etkiler. Dolayısıyla, fiziksel arınma sonrasındaki rehabilitasyon sürecinde madde bağımlısı bireyin iyileşmesi, onun tekrar topluma kazandırılması ve hayati becerilerin yeniden o bireye öğretilmesi oldukça önemlidir. Bu nedenle tedavi toplulukları, kendi kendine yardım grupları gibi çeşitli terapi programları geliştirilmiştir. Ayrıca, yatarak ya da ayaktan tedavi sırasında ruhsal ve davranışsal sorunların tedavisi için geliştirilmiş çeşitli psikoterapiler mevcuttur. Bağımlılar tedavileri süresince ve sonrasında bu programlara katılabilirler (Leahy, 2007).

Leahy (2007), madde kullanımının, yaşamın depresyon ve stres gibi istenmeyen sorunlarıyla başa çıkmak için öğrenilmiş bir yol olduğundan yola çıkıldığında davranışi-bilişsel terapinin rolünün de hastaya bu olaylarla başa çıkmak için alkol ya da maddeye

başvurmadan başa çıkmak için alternatif çözümler üretmek olduğunu öne sürmektedir. Davranışçı-bilişsel terapinin temel amacı hastaya stresli ve riskli olaylarla başa çıkmak için alternatif çözümler üretmede yardım etmektir. Terapist, terapi seanslarında hastaya bu yeni becerileri geliştirmesi için yardım eder. Bu beceri eğitiminin ve terapi seanslarında bu yeni alternatiflerin sürekli uygulanmasının, hastanın madde kullanımı yerine alternatif bir davranış geliştirme becerisini doğrudan etkiler (Beck, 2008).

Bağımlılıkta tedavi her zaman gönüllü ve bireyin kendi isteğiyle olmamaktadır. Ögel (2002) pek çok madde bağımlısının yasal ceza sistemi tarafından mecbur bırakılmadıkça tedaviye başvurmadıklarının altını çizmiştir. Savaşır ve Şahin (1997), bağımlıların tedavi programına başlamak için çok düşük motivasyonları olduğunu, bu tür durumlarda motivasyonun tedavinin başarısında anahtar bir rol oynadığını ifade eder. Motivasyonel terapinin dirençle birlikte hareket aşamasında, terapist hastayı var olan durum ve olmasını arzuladığı durum arasındaki çelişkiye kendi çözümlerini üretmesi için teşvik eder. Hastanın değişime direnmesi normal olarak görülür. Tüm kaybettikleriyle yüzleşmesi sonucunda hastanın tedaviye girişte savunmacı olması çok doğaldır ve direnç de otomatik olarak çatışmaya neden olur. Direncin normal olduğunu kabul eden terapist, tıpkı kendine saldıran kişinin enerjisini onlara karşı kullanan uzak doğu savunma sanatçısı gibi bu “dirençle birlikte hareket eder” (Martino ve diğ. 2006).

Başaracağına yönelik biraz inancı olsa bile, alkol ya da maddeyi bırakan bir bağımlının hayatını değiştirmeye teşebbüs etme ihtimali oldukça düşüktür. Bu sebeple geçmiş başarıları ve hastanın kendi gücünü vurgulamak, öz-yetkinlik desteğinin sağlanacağı bu aşamada temel amaçtır (Clark ve diğ. 2006). Eğer terapist, hastaya ve onun becerilerine güvenmesini sağlamayı başarabilirse, hasta kendine ve değişmek için gerekli becerileri sahip olduğuna daha fazla güvenecektir (Martino ve diğ. 2006). Destekleyici aile üyelerinin ve arkadaşların belirlenmesi hasta için, hedeflerine ulaşmada paha biçilmez bir kaynak olabilir. Son yıllarda bir mücadele yöntemi ve hastalıkların önlenmesinde koruyucu olarak bireye verilen sosyal desteklerin rolü önemli derecede ilgi uyandırmaktadır (Baltaş, 2000).

Sosyal desteğin kişilerarası bir etkileşim olduğu ve kişilerle özelliklerin niteliklerinin yanı sıra sosyokültürel durumların da etkilediği dinamik bir olgu durumunda olduğu söylenebilir. Madde kullanan hastalarda sosyal destek olgusunun artması, hastaların özellikle tedavi aşamalarında büyük bir etki oluşturarak olumlu yönde etki edebileceği düşünülmektedir (Avşar vd. 2016). Sosyal destek, kişilerin yaşamlarını devam ettirirken karşı karşıya kaldıkları

krizlerle birlikte duygusal gerilim durumlarının üstesinden gelinmesinde yakın çevreden edinilen bir yardım şeklinde de değerlendirilebilir (Çakır ve Palabıyıkoglu, 1997). İnsanlar buldukları güç durumların içinden çıkmak için aile fertleri, yakın çevre ve arkadaş topluluklarından hem fiziksel hem de ruhsal destek almaktadırlar. Zira alınmakta olan sosyal destekle, yaşanan sıkıntılı durumları aşabilmek çok daha hızlı olabilmektedir. Bu nedenle alınan sosyal destek kişiler açısından oldukça önemlidir (Annak, 2005).

Sosyal desteğe ilişkin kaynakların, kişilere değişik türlerde katkılarda bulunduğu ve bunlar arasında öncelikli olanların ise maddi, duyu durumsal ve düşünsel destekler olduğu ifade edilebilir. Maddi destekler, bireyin gündelik sorumluluğun gerçekleştirilebilmesi için diğerlerinin temin ettiği araçlar ya da eylemler olarak ele alınabilir. Bir örnek vermek gerekirse, işi olmayan birine borç para vermek, iş olanağı sağlamak ya da süregelen hastası olan birine bakıma biraz katılma gibi olarak görülebilir. Duygusal destek ise bireylerin sevgi, saygı, empati kurma ya da belirli gruplara dahil olma şeklindeki temel gereksinimlerine karşılık vermektedir. Arkadaşlarıyla uzlaşmazlık sorunu yaşayan bir gencin, kendini dinleyen, paylaşan ve anlayışla yaklaşan birine gerek duyması bu duruma örnek gösterilebilir. Zihinsel destekler de kişilere gerek bireysel gerekse çevreye yönelik sorunlara ilişkin bilgi, öğüt verme ve yol gösterme şeklindeki tutum ve davranışları kapsamaktadır. Algılanan sosyal destek ise, kişilerin yaşamlarında çevrelerinde bulunan bireylerin verdikleri değer, özen ve gerektiğinde de destek olabileceklerine ilişkin olarak duyulan inanç yani ilişkilerden kazanılan tatmindir (Karadağ, 2007). Bir başka anlatımla, kişilerin sosyal desteklerine ihtiyaç duydukları aile üyeleri, arkadaş toplulukları ve diğerleri tarafından değerlerinin anlaşılacak ilgiye duyulan ihtiyaç olarak değerlendirilebilir.

Sosyal desteğin güçlü olduğu insanların kişiliklerinde sağlıklı gelişme oluşmakta, stres yaratan durumlara daha rahat adapte olmakta ve yaşamları süresince de karşı karşıya kaldıkları problemlerle mücadelede daha rahat hareket edebildikleri gözlemlenmektedir (Duru, 2008). Gerekliliğini hissettiği durumlarda güven duyabileceği kişilerin olduğunun farkına varan bireylerin algıladıkları sosyal destek seviyelerinin de yüksek olduğu gözlemlenmektedir. Bu tür destek, stresörleri tamamen engellemese de, kişilerin endişe ve çaresizlik duygularını minimum düzeye indirmekte, stresle mücadelede başka çözümler üretmede aşama kaydetmelerini sağlayarak kişilerin kendilerine duydukları güveni arttırmakta ve bu suretle de stresli durumların kolaylıkla üstesinden gelinmesine yardımcı olmaktadır. Sosyal desteğin hem fiziksel hem de ruhsal sağlıkta pozitif etkileri görülmektedir. Bu nedenle sosyal desteğe sahip olmayan kişilerde de negatif etki yarattığı söylenebilir (Kahriman, 2002). Bu desteğin az olması

ya da desteğin yer almaması durumunda ise birey, yaşanan sosyal destek ihtiyacı nedeniyle daha değişik alternatif arayışlara yönlenecektir.

Diğer taraftan son yıllarda yaşanmakta olan problemler hususunda bireylerin oldukça karamsarlık gösterdiği, geleceğe ilişkin endişeleri olduğu ve psikolojik sağlıklarının negatif olarak etkilendiği görülmektedir. Sosyal ve ekonomik sorunların yanı sıra geleceğe yönelik endişe gibi faktörler bireylerde umutsuzluk oranını yükseltmektedir. Gelecekle ilgili pozitif beklentilerin bir göstergesi durumunda olan umut, kişilerin sonraki yaşantılarında karşı karşıya kalabilecekleri negatif unsurlarla yüklü yaşantılarla mücadele etme duygusu yaratarak, psikolojik sağlığını pozitif olarak etki ederken, umutsuzluk durumu ise tükenmişlik, depresyon ve özkıyım gibi psikolojik sorunlara neden olan klinik durumların bir parçası şeklinde kişilerin ruhsal sağlık durumlarını da negatif olarak etkileyebilmektedir (Babacan-Gümüş, 2015).

Umutsuzluk, genel olarak gelecekle ilgili negatif beklentilerin olması ve geleceğin olumsuz değerlendirilmesi olarak tanımlanır. Geleceğe yönelik olarak karamsarlık göstermek, belirlediği hedeflere erişemeyeceğine inanmak, mevcut problemlerin hiçbir şekilde çözümlenmeyeceğine inanmış olmak umutsuzluğun göstergesi olan bilişsel unsurlardır (Odağ, 1995). Umutsuzluk kavramı, şu andaki negatif algıların gelecekteki durumlara yansımış olması ve durumların sürmesi ihtimalinin düşünülmesi olarak ele alınabilmektedir. Bu düşünceden yola çıkılarak, negatif sonuç beklentisiyle elde edilen sonuçları değiştirme noktasındaki çaresizlik duygusu, umutsuzluk durumunun temel nedenlerinden biri olarak görülebilmektedir (Özben ve Argun, 2003). Abramson (1989) ise umutsuzluğun temel sebebi olarak görülen bu depresyonun teorisini olarak geliştirmiştir. Bu teoriye göre alt tip –“Umutsuzluk Depresyonu”- depresyonun nedenlerini olumsuz yaşam olaylarının ortaya çıkışı ve bilişsel zayıflıkların operasyonu ışığında tanımlayan bir stres-zaafı modelidir. Özellikle, olumsuz olaylar için değişmeyen küresel nedenler, gelecek için olumsuz çıkarımlar ve bireyin kendisi hakkındaki olumsuz özelliklerini göstermeye olan bir eğilim olasılığı mümkün gözükmektedir (Blackburn, 2003).

Umutsuzluk sert ve esnek olmayan duygu, düşünce ve eylemlere dayanmaktadır şeklinde açıklanabilir. Umutsuzluk içindeki birey anlamsızlık ve geçicilik duygusu içinde bulunabilir. Şiddetli bir umursamazlık halinde birey, problemleri çözmeye çalışmamaktadır veya hayatın güçlüklerinin üstesinden gelmeye gayret etmemektedir. Çünkü bu duygular içinde olan birey, hiçbir değişimin mümkün olmayacağını düşünebilir. Umutsuzluk içinde olan birey,

genel olarak başarabileceği tercihleri görmezden gelmekte ve hayatını değiştirebilecek itici gücü kaybetmek üzeredir (Davison ve Neale, 2004).

Alkol ve maddenin aşırı kullanılması kişilerde fiziksel veya psikolojik birtakım problemlere yol açmakta ve kişilerin aynı zamanda ailedeki dinamikleri de olumsuz yönde etkilemektedir. Diğer taraftan, verilen tepkilerin patolojik düzeye varmasının önüne geçilmesi için alkol ve madde bağımlısı olan bireylere destek olmaktadır. Gelecekle ilgili umut duyguları taşıma ve güven hissi, hastanın mücadele etmesinde yardımcı unsurlardandır. Hayattaki negatif olayların yanı sıra sosyal desteğin eksikliği ümitsizliğe neden olmaktadır. Dolayısıyla hazırlanacak bu tez çalışmasında, alkol ve madde bağımlılığı tedavisi gören bireylerde algılanan sosyal destek ile umutsuzluk ilişkisinin incelenmesi amaç olarak belirlenmiştir.

## **1.2. Problem Cümlesi**

Alkol ve madde bağımlılığı tedavisi gören bireylerde algıladıkları sosyal destek ile umutsuzluk düzeyleri arasındaki ilişkinin incelenmesi, araştırmanın ana problemini oluşturmaktadır.

## **1.3. Alt Problemler**

- 1) Alkol ve madde bağımlılığı tedavisi gören bireylerin, arkadaşlarından aldığı sosyal destek geleceğe dair duygusal umutsuzluklarını azaltmakta mıdır?
- 2) Alkol ve madde bağımlılığı tedavisi gören bireylerin, özel birilerinden aldığı sosyal destek geleceğe dair duygusal umutsuzluklarını azaltmakta mıdır?
- 3) Alkol ve madde bağımlılığı tedavisi gören bireylerin, ailelerinden aldığı sosyal destek geleceğe dair duygusal umutsuzluklarını azaltmakta mıdır?
- 4) Alkol ve madde bağımlılığı tedavisi gören bireylerin, arkadaşlarından aldığı sosyal destek geleceğe dair düşüncelerindeki umutsuzlukları azaltmakta mıdır?
- 5) Alkol ve madde bağımlılığı tedavisi gören bireylerin, özel birilerinden aldığı sosyal destek geleceğe dair düşüncelerindeki umutsuzlukları azaltmakta mıdır?
- 6) Alkol ve madde bağımlılığı tedavisi gören bireylerin, ailelerinden aldığı sosyal destek geleceğe dair düşüncelerindeki umutsuzlukları azaltmakta mıdır?
- 7) Alkol ve madde bağımlılığı tedavisi gören bireylerin, arkadaşlarından aldığı sosyal destek güdülerinin beslediği umutları arttırmakta mıdır?
- 8) Alkol ve madde bağımlılığı tedavisi gören bireylerin, özel birilerinden aldığı sosyal destek güdülerinin beslediği umutları arttırmakta mıdır?



- 9) Alkol ve madde bağımlılığı tedavisi gören bireylerin, ailelerinden aldığı sosyal destek güdülerinin beslediği umutları arttırmakta mıdır?

#### **1.4. Araştırmanın Amacı**

Araştırmamızın amacı, Balıklı Rum Hastanesi Psikiyatri Kliniği'ne başvuran madde-alkol bağımlılarının sosyal destek ve umutsuzluk düzeyleri arasındaki ilişkinin çeşitli değişkenlere göre incelenmesidir.

#### **1.5. Araştırmadaki Varsayımlar**

- a) Katılımcıların, veri toplama araçlarındaki sorulara doğru ve samimi cevaplar verdikleri varsayılmaktadır.
- b) Veri toplama araçlarındaki soruların, konuya açıklık getirecek yeterlilikte olduğu kabul edilmektedir.
- c) Kullanılan istatistiksel yöntem ve analizlerin yeterli ve geçerli olduğu kabul edilmektedir.

#### **1.6. Sınırlılıklar**

- a) Veriler katılımcıların anket formundaki sorulara verecekleri cevaplarla sınırlıdır.
- b) Araştırma 60 katılımcı üzerinde gerçekleştirilecektir.

## BÖLÜM II

### 2. İLGİLİ LİTERATÜR

#### 2.1. Alkol ve Madde Bağımlılığı

Alkol ve madde bağımlılığı, dünyanın her yerinde olduğu gibi kendi ülkemizde de öncelikli olarak gençler olarak tüm bireylere etki edebilen psikolojik, biyolojik ve sosyal yönleri olan bir sağlık problemi olarak değerlendirilebilir. Ortaya çıkan bu problem, genel olarak kentlerdeki nüfus oranının yükselmesi ve kentlere yerleşen genç kesime her türlü kültürel ve spor faaliyetlere yönlendirebilecek optimal olanakların sağlanmaması, dolayısıyla da gençlerin alkol ve madde kullanmaya başlamalarında artışa yol açmaktadır. Bağımlılık yapıcı madde kullanımı, kişilerin gerek sosyal gerekse ruhsal yapısına negatif olarak etki eden, hayat kalitelerini düşüren, çevre ile olan uyumuna zarar veren klinik bir olgu şeklinde değerlendirilebilir.

##### 2.1.1. Bağımlılık Kavramı

Geçmiş dönemlerden günümüze dek, başlama ve kullanım nedeni amacı ne olursa olsun sonrasında insanı ölüme kadar sürükleyen bağımlılık yapıcı maddeler etkilerine ve türlerine göre değişik biçimlerde sınıflandırılmakta olup, bağımlı kişilerin büyük bir çoğunluğunda fiziksel ve psikolojik olarak tehlikeli boyutlarda olumsuz etkiler oluşabilmektedir (Babaoğlu, 1997).

Bağımlı kişinin yaşadığı negatif psikolojik durumunun üstesinden gelebilme hissi, mutlu olma arzusu, endişelerin ortadan kaldırılması hissi, içine düştüğü depresyondan çıkabilme duygularından dolayı alınan maddelere bir kurtarıcı rolü yaratabilmektedir. Acı ve kederde teselli, neşe ve sevinçte kutlama nesnesi olarak ön plana çıkmakta olup, her iki yönlü başvuru bir nesne olması ile toplum fertleri tarafından kabul görmesiyle kullanım ve bağımlılık süreci artmaktadır (Dinç, 2010).

Bağımlı ve bağlı olma, fark edilmeksizin aralarında uyum sağlayan, tamamlayıcı duygulardır (Ögel, 2002). Bağlılık olgusu yakın olma ve sevgiyi içinde taşıdığında, bağımlılıkta neredeyse bu durumun devamını sağlamak için ortaya çıkan bir güvence, bağlılık içinde yer alan alışkanlıklardır. İnsan yaşantısında devamlılık oluşturup düzenleyen, aynı şeylerin tekrarlanmasıyla ortaya çıkan değişmeme ve güven hissi, zaman içerisinde kolayca alışkanlık ve bağımlılığa dönüşebilmektedir (Navaro, 2007).

Bağlılığın söz konusu olduğu ilişkilerde, bağımlı olma hislerinin de zamanla gelişim göstermesi kaçınılmaz olmaktadır. Bu iki hissi ayırt eden net çizgi de, kişi özgürlüğünün var oluşu ya da bulunmayışıdır. İnsan kendini bağlı hissedebilmekle birlikte ortaya çıkan bu duygu, bağıllık hissedilen birey veya nesne bulunmadığında da yaşamını bağımsız olarak sürdürmesine engel oluşturmuyorsa, bağıllıktan söz edilebilir. Buna karşılık bağlı olduğumuz kişi veya nesnenin yanımızda, çevremizde veya elimizin altında olması yaşamımızı önemli ölçüde engelliyor veya kısıtlıyorsa, kendimizi istemsizce ve kontrolsüzce çaresiz ve mutsuz hissediyorsak, bağıllığın içine bağımlılıkta yerleşmiş demektir (Navaro, 2007).

Bağımlılık davranışının temelinde insanın duygusal dünyası yer almaktadır. İnsan yaşamında günlük alışkanlıklardan bazıları daha çok yer tutmaya ve ön plana çıkmaya başlar ve devam ettirilebilmesi için diğerleri ötelenir ya da vazgeçilir. Bu alışkanlığın hüküm sürüşünde haz alınır, mutluluk duyulur. Engellenme durumunda ise karamsarlık, hoşnutsuzluk oluşur. İnsanın başkalarıyla, çevresiyle, toplumla ve diğer faaliyetleriyle ilişkilerinin bozulmasına yol açtığından iş potansiyeli, verimliliği ve başarı oranı azalır, dolayısıyla psikolojik yaşamda kaygı, güvensizlik duygusu, karamsar olma ve korkuda artış yaşanır, aynı zamanda da fiziksel durumda olumsuzluklar baş gösterir (Koroğlu ve Güleç, 2000).

Bağımlılık kavramının tanımlanması zaman içinde önemli değişiklikler göstermiştir. İlk zamanlarda, bağımlılık fizyolojik bağımlılık ile eş tutulmuştur. Geleneksel olarak, bağımlılık, kişinin aldığı maddeye verdiği bir tepki yani bu maddeye fizyolojik adaptasyon süreci olarak kabul edilmiştir ve kişinin bu maddeyi almadığında bağımlılık krizi yaşayacağı düşünülmüştür. Bağımlılığın bir madde kullanımı sonucu ortaya çıktığı inancı günümüzde de geçerlidir. Bağımlılık, bu açıdan, bir maddenin kompulsif ve karşı konulamaz şekilde kullanımı sonucunda ortaya çıkan fiziksel bağımlılık hali olarak ifade

edilmektedir. Ancak günümüzde bağımlılık bu dar tanımından sıyrılarak, belirli bir objeye ilişkin istek ve kompulsif davranış gibi çeşitli semptomları içeren bir *sendrom* olarak tanımlanabilmektedir. Bu yönüyle bağımlılık, haz içeren çeşitli eylemlere yönelik olabilmektedir ve bu kapsamda kumar, internet, seks ya da yiyecek bağımlılığı ele alınabilmektedir (Preyde and Adams, 2008).

Bağımlılık terimi, Latince *“kendini bir nesneye veya bir değerine adanmış olmak”* ya da *“birisine köle olmak”* anlamında değerlendirilen *“addicere”* sözcüğünden kaynaklanmaktadır. Genel olarak bir objeye, bireye veya herhangi bir varlığa karşı konulmaz arzu ya da başka bir iradenin egemenliğine girme şeklinde değerlendirilebilir ve insanın zihinsel etkinliğine yönelik patolojik davranışları gösterir. Psikolojik ve fiziksel sağlığı veya sosyal hayatını olumsuz etkilemesine rağmen, bireylerin belli obsesif durumu tekrarlamaya ilişkin, engel olunamayan arzu duymaları ve sürdürmek istemeleri durumudur. Bağımlılık denildiğinde öncelikli olarak ilaç tanımlamasıyla da uyumlu olan birtakım kimyasal ya da vejetatif maddelere duyulan bağımlılık durumu gelmektedir (Uzbay, 2009). Ayrıca; sigara, alkol, alışveriş, elektronik ortam, kumar, cinsellik ve yeme/içme bağımlılığı şeklinde farklı bağımlılık tipleri de yer almaktadır. Tüm bağımlılık durumlarında ortak olan husus, olumsuz sonuçlarına karşın kullanımının sürdürülmesidir (Babaoğlu, 1997).

Uyuşturucu ve uyarıcı maddelere karşı geliştirilen alışkanlık kısa zamanda çok daha kötü ve zarar yaratan sonuçlar doğurur. Kullanılan maddeler öncelikli olarak bedende merkezi sinir sistemini etkiler, bireyin psikolojik yaşantısı, duyguları, fikirleri ve hareketlerini değiştirerek kimyasal içeriklerinden dolayı çok çabuk olarak alışkanlık oluşturabilmektedir. Ayrıca bireyde yer alan alışkanlık eğilimi de, maddelerin alışkanlık yaratıcı nitelikleri nedeniyle kolayca bağımlılık oluşmaktadır (Köknel, 1998). Bağımlılık durumu genel olarak bireyin madde üzerindeki kontrolünü yitirerek maddenin yer almadığı bir hayatı devam ettirememeye başlamasıdır.

#### **2.1.1.1. Psikolojik Bağımlılık**

Bireyin duygu durumu veya kişilik yapısından dolayı, ihtiyaçlarını tatmin etme ya da giderme amacıyla o maddeye düşkünlüktür. Madde artık kullanılmadığında psikolojik

birtakım şikayetler ortaya çıkar. Bağımlılığın gelişme durumu, madde kullanım süreci, bireyin kişilik özellikleri, kullanılan maddenin türü ile saf olup olmama durumuna göre değişiklik gösterir. Her maddenin bağımlılık yaratan gücü farklı olmaktadır (Kasatura, 1998). Psikolojik bağımlılıkta (T.C. Cumhurbaşkanlığı Devlet Denetleme Kurulu, 2014);

- i. “Maddenin yeniden alınması yönünde aşırı ve güçlü istek olması,
- ii. Maddenin, miktarının artırılmasına gerek duyulmadan kullanılması,
- iii. Kullanılan maddeye bağlı zararlı etkilerin çoğunlukla kişisel sınırlar içinde kalması, gibi özellikler bulunmaktadır.”

#### **2.1.1.2. Fiziksel Bağımlılık**

Bağımlılığı oluşturan maddenin uzun ya da kısa süreli olarak düzenli kullanılmasıyla bedende etkiye alışma, alınmaması durumunda ya da azaltıldığında ise yorgunluk semptomlarının oluşmasıdır (Bektaş, 1991). Bağımlılık tanımı genel olarak fiziksel bağımlılığı düşündürmekte ve fiziksel bağımlılığın da tolere gösterme ya da eksiklik belirtilerinin mevcut olması durumunda söz edilir (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2012).

*Yoksunluk:* Uzun süreli ve aşırı kullanılan bir maddenin kullanılmaması veya en aza indirgenmesi durumunda gelişir. Maddeye özgü psikolojik ya da fiziksel sendromların oluşması ve stres/gerginlik yaratan durumlardan kurtulmak için madde kullanma ihtiyacının ortaya çıkması ile belirginlik kazanır. Bu belirtiler maddeler arasında farklılık göstermektedir. Sözelimi alkol, yatıştırıcı, hipnotik etkisi olan ve anksiyeteye yardımcı olan maddelerin eksikliğinde elin titreme durumu, uyuyamama, mide bulantısı, geçici illüzyon veya sanrılar, psiko-motor çarpıntı, anksiyete/psikomotor duygu durumları, amfetamin ve kokain bulamama durumunda yorgunluk/bitkinlik, depresyon, kabus görme, uykusuzluk, aşırı iştah artışı, psiko-motor becerilerde bozukluk durumu; opiyat bulunmamasında ise ani öfke krizleri, endişe, korku, sıkıntı durumu, bulantılar, kaslarda görülen ağrılar, mide krampları, gözlerde yaşarmanın ortaya çıkması, terleme, ishal, ateş ve uyumama gibi semptomlar oluşabilmektedir (Sussman ve Ames, 2008).

*Tolerans:* Arzu edilen etkiyi elde etmek için daha çok maddeye ihtiyaç duyma veya aynı ölçüdeki maddenin sürekli kullanımıyla etkisinde azalma görülmesidir. Madde kullanan kişi kullandığı ölçüde madde kullanmasına karşın önceki alımlarda yaşanan etkiyi ve tecrübeleri yaşayamamakta, dolayısıyla kullandığı madde dozunu da devamlı olarak arttırmaktadır. Gösterilen tahammül sınırı eroin ve morfin gibi birtakım uyuşturucu maddelerde daha çabuk gelişim gösterirken esrar ve benzeri maddelerde bu süreç daha yavaş işlemektedir (Karch, 1998).

*İntoksikasyon:* Yakın dönemlerde madde alımına dayalı olarak gelişme gösteren, geri dönüşü olan, maddeye has belirtidir. Kullanılan maddenin vücuttaki merkezi sinir sisteminde doğrudan etkisine dayalı olarak oluşan belirli uyumsuz davranışlar, ruhsal değişimler yaşanır.

### **2.1.2. Alkol Bağımlılığı ve Nedenleri**

Alkol-madde bağımlılığı çağımızın en ciddi sorunlarından biridir (Öztürk ve Uluşahin, 2011). Sorun yalnızca alkol-madde bağımlısı bireyi değil, ailesini ve iş gücü kaybı, trafik kazaları, suçun artması gibi sebeplerle toplumun birçok sosyoekonomik alanını etkilemektedir. Alkol kötüye kullanımı ise, kişinin alkol kullanması nedeniyle ortaya çıkan veya kötüleşen problemlere rağmen alkol kullanımını sürdürmesi olarak tanımlanmaktadır. Ancak bu kişilerde, alkol bağımlılığından farklı olarak fiziksel bağımlılık belirtileri, tolerans gelişimi, alkol kullanmaya aşırı istek ve kontrol kaybı olmamaktadır (Kalyoncu, 2010).

#### **2.1.2.1. Alkol Tanımı ve Genel Bilgiler**

Alkol, merkezi sinir sistemini inhibe eden, keyif verici, yatıştırıcı, zehirli etkisi olan ve kullanım oranı yüksek, uçucu bir maddedir (Kalyoncu ve Mırsal, 2000). Etil alkol, etanol olarak da anılır ve alkolün en sık şeklidir. Alkollü içeceklerde bulunan etil alkoldür. Meyve ve tahıl grubundaki karbonhidratların mayalanması neticesinde oluşur (Güleç ve Köroğlu, 1997). Alınan alkolün hemen hemen yüzde onu mideden, kalanı da ince bağırsaktan absorbe edilmektedir. İnce bağırsak aynı zamanda B vitaminlerinin de absorbe bölgesidir.

Etanolün suda çözünürlüğü kolay olduğundan hızla kan dolaşımına katılarak tüm dokulara yayılır.

Yağda çözünürlüğü de orta derecede olduğundan hücre zarlarını etkiler. En üst kan alkol düzeyine genellikle 45-60 dakikada ulaşılır. Bu düzeye ulaşma midenin boş olmasına veya beraberinde yemekle alınmasına bağlı olarak değişkenlik gösterir. Midenin boş olması emilimi hızlandırır. Ayrıca alkolün hızlı alımı da üst düzeye ulaşma zamanını kısaltır. Değişik alkollü içecekler farklı seviyelerde etanol kapsamakla birlikte, sözgelimi ortalama bir bardak şarap 10-12 g, bir bardak sert içki ise 28 g etanol içermektedir. 70 kg ağırlığında ve ortalama yağ hacmine sahip bireyde bir bardak içki, kan alkol seviyesini yaklaşık olarak 15-20 mg/dl arttırır. Absorbe edilen alkolün yüzde doksanı karaciğerden oksidasyonla, geri kalanı ise değişmemiş durumda akciğerler ve böbreklerden metabolize edilmektedir (Kaplan ve Sadock, 2004).

Alkol ve alkol dışı maddeleri kullanma alışkanlığı eski çağlara kadar uzanmaktadır. Etil alkol, meyve tahıllarındaki karbonhidratların fermentasyonu sonucu kolayca elde edilebilmektedir. Bu nedenle, hemen her toplumda alkollü içecekler bilinmekte ve kullanılmaktadır. Damıtma teknolojisinin gelişmesiyle on sekizinci yüzyılda Avrupa’da alkol kullanımını giderek yayılmış, on dokuzuncu yüzyılda Amerika’da zirveye ulaşmıştır. Süreç içerisinde zaman zaman yasaklanmış ve ağır cezalar verilmiştir. On sekizinci yüzyıl başlarında Benjamin Rush aşırı alkol kullanımını bir hastalık olarak tanımlamış, tedavisini de alkolden tamamen uzak durmak olarak belirlemiştir. On dokuzuncu yüzyılın ikinci yarısında İsveçli doktor, Magnuss Huss ilk kez “alkolizm” terimini kullanmıştır. Yirminci yüzyılda psikanalitik görüşün yaygınlaşmasıyla alkolizm altta yatan psikopatolojinin bir belirtisi olarak kabul edilmiş, İkinci Dünya Savaşı’ndan sonra alkol kullanımının farklı kültürlerde farklı dereceler göstermesi, alkolizmin köklerinin sosyal davranış örüntülerinde olduğunun kanıtı olarak ele alınmıştır (Brown ve Yalom, 2008).

Bununla birlikte her çağda alkolün kontrollü kullanımının kabul edildiği görülürken, aşırı kullanımının ise kabul görmemesi, uygun olmayan bir davranış olarak kabul edilmesine de rastlanmaktadır (Köknel, 1998). İlk çağ dinleri alkolü dini törenlerin kutsal simgesi olarak kullanmışlardır. Musevilikte sarhoş olmayacak düzeyde içki içilmesi dinsel bir tören olarak kabul görmüş, Hıristiyanlık sarhoşluğu yasaklamış fakat alkol

alımına izin vermiştir. İslamiyet ise önce alkol kullanımına karışmamış ancak sonradan yasaklamıştır (Brown ve Yalom, 2008). Artık dünyanın birçok yerinde alkollü içkiler içmek, sosyal buluşmaların ortak özelliği olarak kabul görmektedir. Ancak sağlık problemleri ve bağımlılık oluşma riskinden dolayı, sosyal problemlere neden olduğu görülmektedir.

Günümüzde ise alkolizm; kişilik özellikleri, öğrenme mekanizmaları, psiko-analitik dinamikler, psiko-sosyal faktörler, aile sistemlerine ilişkin değerlendirilmesinin yanında, alkolün psiko-farmakolojisi, genetik yapı, biyolojik eğilim, psikiyatrik ve tıbbi komorbidite gibi farklı yönlerden incelenmektedir (Yapıcı, 2006)

### **2.1.2.2. Alkol Bağımlılığının Tanımı**

Alkol bağımlılığı çeşitli şekillerde tanımlanmıştır. Dünya Sağlık Örgütü (1960) alkol bağımlılığını, “İçki içmenin işine engel olduğunu değil de, işinin içki içmesine engel olduğunu düşünmeye başlama” olarak tanımlamıştır (Kalyoncu, 2010). Öztürk (2001) ise alkol bağımlılığını “bireyin fiziksel ve psikolojik sağlığını, aile, sosyal yaşam ve iş uyumuna zarar verecek ölçüde sık ve fazla alkol alma ve bu isteği engelleyemeden ortaya çıkan belirli bir bozukluk” şeklinde tanımlamıştır.

Jellinek (1952) alkol kullanımı sosyal içicilik, alkol kötüye kullanımı ve bağımlılık olarak üç şekilde ele almaktadır. Kişinin, sosyal bir ortamda eğlenmeye yönelik olarak biraz alkol kullanması sosyal içicilik olarak; aile ve çalışma hayatına olumsuz etki edecek düzeyde alkol alması, ancak bağımlı olmaması alkol kötüye kullanımı olarak; uzun süreli aşırı alkol kullanımının olması, aile ve iş hayatının negatif etkilenmesiyle birlikte, kişinin içme davranışlarını denetlemede yetersiz olması da bağımlılık olarak kabul edilmektedir (Piazza ve Wise, 1988).

DSM-IV'e göre tüm maddelere yönelik bozukluklarda bağımlılık ve kötüye kullanım ölçütleri hemen hemen aynıdır. Alkol bağımlılığı ya da kötüye kullanımında yeterli gündelik fonksiyonellik için aşırı alkol alma gereği duyulmaktadır. İçme tarzları belirli davranışlarla ilişkilidir. Bunlar ise; içmeyi durdurma ya da kesme, aşırı içmeyi denetim altında tutabilmek için çaba harcama, içmeyi günün belli zamanına ayarlayıp



sınırlandıramama, bireyin alkol kullanımıyla kötüye gittiğini bildiği fiziksel bozukluğuna karşın içmeyi sürdürmesi, alkol kapsayan sanayi ürünlerini içmek amaçlı kullanma ve zehirlenme esnasında yaşananları belleğinde tutamama ile kendini gösteren amnestik dönemler biçimindeki davranışlardır.

Alkol bağımlılığı ya da alkol kötüye kullanımı olan birey, alkol kullanımından dolayı sosyal ve mesleki alanda bozukluk yaşamaktadır. Bu alanlardaki yasal güçlükler; aşırı kullanma durumunda şiddete yönelik davranışların ortaya çıkması, işe devamsızlık, iş yitimi, aile fertleri ya da arkadaşlar ile çatışmalar, alkollü durumdayken gösterin tutum ve davranışlar ya da neden olunan kazalardan dolayı tutuklanmalar biçiminde ortaya çıkabilmektedir (Kaplan ve Sadock, 2004).

Alkol bağımlılığının tanımında farklı etiyolojik modeller ortaya konulmuşsa da hiçbiri bu kavramı yeterli derecede ifade edememiştir. Birtakım araştırmacılar tarafından genetik ya da biyolojik faktörler ön plana alınmış, bazıları ise biyo-psikososyal faktörlerin belirleyiciliğini vurgulamışlardır. Ancak biyo-psikososyal bir bütün olarak insanı anlayabilmek, değerlendirebilmek ve insanın çokyönlü yapısının alkol kullanımıyla olan ilgisini sağlam verilere dayanarak göstermek oldukça güçtür. Alkol bağımlılığı olgusunu değerlendiren modellerin tümü, tek başına alkol bağımlılığını tanımlamakta zorlanmışlardır (Orhan, 2001).

### **2.1.2.3. Alkol Bağımlılığının Yaygınlığı**

Alkol bağımlılığı gelişmiş ülkelerin en önemli sağlık sorunlarından biridir. Yapılan araştırmalar önlenebilir hastalıkların ortaya çıkışında yoğun alkol kullanımının beşinci sırada yer aldığını göstermektedir (Coşkunol ve Altıntoprak, 1999). Her ne kadar gelişmekte olan ülkelerde alkol kullanım oranları gelişmiş olan ülkelere göre daha düşük olsa da durum değişiyor görünmektedir.

Dünya Sağlık Örgütü'ne (WHO, 2004) göre, alkol bağımlılığı insidansı gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelere yüzde 1-5 arasında değişmektedir. 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. ABD de alkol bağımlılığının yaşam boyu prevalansının erkekler arasında yüzde 10, kadınlar arasında yüzde 3-5 olduğunu saptanmıştır (Sher, 2006). Ancak alkol kullanımının kadınlar arasında hızla yaygınlaştığı ve kadınların yüzde 10 kadarının gebelikleri sırasında da alkol kullandıkları bildirilmektedir.

İngiltere’de 1993’ de geniş bir toplum örnekleme ile yapılan bir epidemiyolojik çalışmada alkol bağımlılığı için on iki aylık yaygınlık oranı erkekler için yüzde 7.5, kadınlar için yüzde 2.1 olarak verilmiştir. İsveç, Norveç gibi Kuzey Avrupa ülkelerinde erişkin nüfusta yaşam boyu yaygınlık oranları yüzde 10-15 olarak bildirilmektedir (Kalyoncu ve Mırsal, 2000). Amerika Birleşik Devletlerinde (ABD) yapılan Epidemiyolojik Kaynak Alanı (ECA) çalışmasına göre alkol bağımlılığı ve kötüye kullanımı yaygınlığı yaşam boyu yüzde 13,6, altı aylık yaygınlığı ise yüzde 5 oranında verilmektedir (Kaplan ve Sadock, 2004).

Son yıllarda, ülkemizde alkol kullanım bozuklukları nedeniyle tedaviye başvuran hastaların sayılarının artışı, bu sorunun giderek artan boyutlara ulaştığını göstermektedir. Bu verilerdeki artışa rağmen ülkemizde alkol kullanım oranlarının diğer ülkelere oranla daha düşük olmasının nedeni ise, alkol kullanımının İslam dinince yasaklanmış olması ve kullanıcıların sosyal baskılar nedeniyle kendilerini gizleme eğiliminde olmalarından kaynaklanabileceği düşünülmektedir (Kalyoncu, 2010).

#### **2.1.2.4. Alkol Bağımlılığı Tanı Ölçütleri**

Erişkin ve ergenlerde alkol kullanımının yaygınlığı göz önünde tutulduğunda bir uçta sosyal içicilikten diğer uçta alkol bağımlılığına uzanan değişik tüketim biçimleri tanımlanmıştır. Bu biçimlerin birbirinden ayırt edilmesi bazen güç olabilmekte, bireysel değerlendirme ve tanı ölçütlerinin kullanılması ile bu güçlük aşılabilmektedir (Uluğ, 2007).

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 (Amerikan Psikiyatri Birliği, 2001).

## 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 ve alkol kötüye kullanımının tanı ölçütleri aşağıdaki tablolarda gösterilmektedir (Amerikan Psikiyatri Birliği, 2001).

Tablo 2.1. Alkol Bağımlılığının DSM-IV'e göre Tanı Ölçütleri

<p>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:</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Aşağıdakilerden biri ile tanımlandığı üzere direnç artımı olması:<ol style="list-style-type: none"><li>a. Entoksikasyon ya da istenen etkiyi sağlaması için belirgin olarak artmış miktarlarda alkol kullanma gereksinimi.</li><li>b. Sürekli olarak aynı miktarda alkol kullanımı ile belirgin olarak azalmış etki sağlanması.</li></ol></li><li>2. Aşağıdakilerden biri ile tanımlandığı üzere yoksunluk gelişmiş olması:<ol style="list-style-type: none"><li>a. Alkole özgü yoksunluk sendromu.</li><li>b. Yoksunluk semptomlarından kurtulmak ya da kaçınmak için alkol alımı. süresince alınır.</li></ol></li><li>3. Alkol kullanımını bırakmak ya da denetim altına almak için sürekli bir istek ya da boşa çıkan çabalar vardır.</li><li>4. Alkolü sağlamak, alkol kullanmak ya da alkolün etkilerinden kurtulmak için çok fazla zaman harcama.</li><li>5. Alkol kullanımı yüzünden önemli toplumsal, mesleki etkinlikler ya da boş zamanları değerlendirme etkinlikleri bırakılır ya da azaltılır.</li></ol> <p>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 kullanımı sürdürülür.</p>
--

Tablo 2.2. Alkol Kötüye Kullanımının DSM-IV'e göre Tanı Ölçütleri

<p>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:</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. İşte, okulda ya da evde alması beklenen başlıca sorumlulukları alamama ile sonuçlanan yineleyici biçimde alkol kullanımı (örneğin alkol kullanımı ile ilişkili olarak sık sık işe gitmemeler ya da işte başarı gösterememe; okula gitmemeler ya da okuldan kovulmalar; eş ya da çocuklara gereken ilgi ve özenin gösterilmemesi).</li><li>2. Fiziksel olarak tehlikeli durumlarda yineleyici biçimde alkol kullanımı (örneğin alkol kullanımını yarattığı bozukluklar sırasında araba kullanma ya da bir makineyi işletme).</li><li>3. Alkolle ilişkili, yineleyici biçimde ortaya çıkan yasal sorunlar (örneğin alkolle ilişkili davranım bozukluğuna bağlı tutuklanmalar).</li><li>4. Alkolün etkilerinin neden olduğu ya da alevlendirdiği, sürekli veya yineleyici toplumsal ya da kişilerarası sorunlara karşı sürekli alkol kullanımı (örneğin eşle tartışmalar, kavgalar, fiziksel saldırı).</li></ol> <p>B. Bu semptomlar, alkol bağımlılığının ölçütlerini hiçbir zaman karşılamamıştır.</p>
---

### 2.1.2.5. Alkol Kullanımı ve Alkol Bağımlılığının Nedenleri

Alkol bağımlılığı, kişinin fiziksel ve psikolojik sağlığını, aile, toplum ve iş uyumunu bozacak derecede sık ve fazla alkol alma; alkol alma isteğini durduramama ile ortaya çıkan bir bozukluk olarak tanımlanmaktadır. Günlük büyük miktarlarda alkol alma isteği, hafta sonlarında düzenli ağır alkol tüketimi ve uzun süre tıkanırcasına ağır alkol alımı alkol bağımlılığının şiddetli göstergesi olarak nitelendirilmektedir (Kaplan ve Sadock, 2004).

Bireyler bağımlı olduktan sonra bağımlılık inançları oluşur. Bunlar, bozukluğa özgü inançlardır. Bağımlılık inançları madde kullanmayı sürdürmeyle bağlantılıdır ve tekrarı için ortam hazırlar. Bu inançlar; kişinin psikolojik ve duygusal dengesini sürdürmek için maddeye ihtiyacı olduğu inancı, maddenin sosyal ve entelektüel işlevselliğini arttıracığı

beklentisi, haz ve heyecanı alkol kullandığında hissedeceği beklentisi, alkolün bireyi enerjik yaptığı ve gücünü arttırdığı inancı, alkolün rahatlatıcı etkisi ile ilgili beklenti, alkolün sıkıntıyı, anksiyeteyi, depresyonu, gerilimi hafiflettiği varsayımı, aşermeyi gidermek ya da çöökkünlüğü etkisizleştirmek için bir şey yapılmadığında daha da kötüye gider inancıdır.

Beck (2008), alkol kullanıcılarının hoş olmayan duygu ve hislere genel bir duyarlılık ve ruh halindeki değişiklikleri tolere edememe, davranışı kontrol etmede ve problemleriyle başa çıkmada yetersiz motivasyon, düşüncesizce, otomatik olarak dürtülerine teslim olma, sıkıntıya düşük tolerans ve heyecan arama, engellenmeye düşük tolerans, anlık duygusal durumlarına ve arzularına odaklanmada güçlük, gelecek zamanla çok fazla ilgilenmeme gibi birçok özelliğinin alkolün kullanımından önce de var olduğunu bu yüzden yatkinlik üzerinde düşünülmesi gerektiğini vurgular.

Özellikle davranım bozukluğunun varlığı alkol ve diğer madde kullanım bozuklukları için risk etmeni olarak saptanmıştır. Dürtüsellik, yenilik arama davranışları ve riskli davranışlara temayül, gelecekte alkol-madde kullanım sıklığında artış görülmesi ile ilişkilidir. Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu olan çocuklarda da alkol-madde kullanma riskinin arttığı ileri sürülmüştür (Çakmak ve Evren, 2006).

Zayıf ebeveyn-çocuk ilişkisi, evlilik sorunlarının çokluğu da risk faktörü olabilir. Ebeveynde alkol kullanım bozukluğu olduğu durumlarda çocukta alkol kullanım bozukluğu gelişiminin yalnız genetik etmenlere bağlanamayacağı, ebeveyn ihmali, çocuk ile uygun duygusal bağın kurulamaması ve reddetme gibi davranışların da riski artırabileceği belirtilmiştir.

Bunun yanı sıra, kişilik özelliklerinin de rol oynadığı düşünülmektedir. Yenilik arama davranışının hakim olduğu, dürtüsellik, saldırganlık belirtilerinin görüldüğü, zarardan kaçınma boyutunda daha düşük puanları olan bireylerin yanı sıra inhibisyon puanlarının daha belirgin olduğu, kaçınma davranışının daha fazla, ödüle bağımlılık puanları yüksek olan bireyler için de alkol kullanım bozukluğu riskinin artmış olduğu belirtilmektedir (Ceylan ve Türkcan, 2003).

Davranışçı kuramlarda ise, klasik şartlanma kapsamında birey, içki içme ve haz/keyif alma arasında bir bağlantı kurmakta ve tekrar tekrar içki içmekte, bu bağlantı en önemli rolü oynamaktadır. Ayrıca birey kesilme belirtilerini önlemek için de içki içmeyi sürdürmektedir. Sosyal pekiştirme ya da operant koşullanma modeline göre ise kişinin toplumsal yaşamındaki bazı öğeler ve uyarılar ile içki içme arasında kurulan sıkı bağlantılar içki isteğini artırmakta ve içkiyi bırakmayı engellemektedir (Corey, 2008).

Öğrenme davranışı üzerinden etkili bu süreç ödüllendirme kavramı ile açıklanmaktadır. Hem klasik hem koşullu öğrenme özellikleri etkili olabilmektedir. Alkol kullanımı ile birlikte pekiştirme özelliği haz üzerinden başka bir davranışla birebir özdeşim kurabilmekte ve alkol o davranışı, o davranış alkol içmeyi pekiştirir hale gelebilmektedir (Kasatura, 1998). Kötüye kullanılan maddelerin çoğu ilk kullanımdan sonra olumlu bir yaşantı oluşturması nedeniyle madde arama davranışı için pozitif bir pekiştireç oluştururlar. Örneğin; alkolün korku ve anksiyeteyi azaltması ve öfori (Kişinin hoşnutluk duyduğu ve kendisini iyi hissettiği ruhsal durum) sağlayarak kişinin kendini iyi hissetmesine neden olması daha fazla alkol kullanımına yol açmaktadır. Ayrıca aile büyükleri ve akrabaların içme alışkanlıkları da model olarak öğrenme yoluyla kişilerin içme davranışını etkiler (Tarhan ve Nurmedov, 2011).

Günlük olarak önemli ölçüde alkol kullanma arzusu, çalışılmayan sürelerde (hafta sonu gibi) düzenli bir şekilde ağır alkol kullanılması ve uzun süreli olarak tıkanırcasına ağır alkol tüketimi bu tür bağımlılığın şiddetli göstergesi olarak nitelendirilmektedir. Bu göstergeler sıklıkla şu tür davranışlarla beraber görülmektedir (Kaplan ve Sadock, 2004);

- i. Alkol kullanımını kesmemek veya bırakmamak
- ii. Bir süre alkolü bırakarak kullanımı kontrol etmeye veya aşırı içmeyi azaltmaya yönelik çabalar sergilemek
- iii. Tıkanırcasına en az iki gün boyu entoksike kalmak
- iv. Düzenli ağır içki içmek

- v. Entoksike iken olayların oluşumuna ilişkin bellekte bozulma
- vi. Fiziksel rahatsızlığı alkolün artırdığını bilerek alkol kullanımına devam etme
- vii. İçecek olmayan alkol ve kimyasal ürünleri içmek

Buna ek olarak bu kişilerin bozulmuş iş veya sosyal işlevselliklerinin olduğu ve aile üyeleri veya yakın çevreleriyle aşırı alkol kullanımı ile ilgili tartışmalar veya güçlükler yaşadıkları bilinmektedir (Kaplan ve Sadock, 2004).

Öncelikli olarak batı ülkelerinde olmak üzere; tüm dünyada yaygın olarak kullanılan alkole dayalı normal içici olmanın hangi noktada bitip, bağımlılık durumunun da nerede başlamış olduğu hususu ise teşhis yapmada kritik bir nokta olarak değerlendirilebilir (Köknel, 1998). Bu noktada alkol bağımlılığının en önemli özelliği olan ‘içme üzerindeki özdenetimin yitirilmesi’ devreye girmektedir. Bu özellik normal içme ile alkol kullanım bozuklukları arasındaki sınırın belirlenmesine yardımcı olmaktadır. Bazı bireyler sürekli ve düzenli içmese dahi, başlayınca çok yüksek miktarda içen, içme nöbetleri olan, kendisine ve başkalarına zarar verebilen bireylerdir. Bu durumda sürekli içme davranışı olmasa bile alkol bağımlılığı ya da kötüye kullanımı tanısı koyulabilmektedir (Öztürk ve Uluşahin, 2011).

### **2.1.3. Madde Bağımlılığı**

Madde bağımlılığı, mücadele edilmesi güç olan ve önlemler alınmadığı takdirde, ayrıca tedavisinde gecikme olması durumunda, insan yaşamına mal olabilen bir hastalıktır. Böyle vahim sonuçları olan bir sorunun önlenmesi ve tedavisi aşamasında, tek tek her bir kişiye, aileye, topluma, sivil toplum kuruluşlarına, devletlere ve uluslararası kuruluşlara büyük sorumluluklar düşmektedir. Her bir insanın hayatının önemli olduğu, insanın değerli bir varlık olduğu, insanın değerinin farkında olma bilinciyle hareket edilmesi, sorunun kalıcı olarak çözüme kavuşması için vazgeçilmez unsurlardır.

Genel olarak uyuşturucu veya uyuşturucu madde kavramlarının yerine yazında madde sözcüğünün kullanıldığı görülmektedir. Çünkü, bağımlılık yaratan maddelerin

niteliklerinin yanı sıra, bunların uyarıcı özelliklerinin de yer almasıdır (Kırımoğlu, 2007). Diğer taraftan madde ilk kullanımında alınmış olan ölçüye dayalı olarak uyuşturucunun niteliklerinden ziyade uyarıcı özellikleri ön plana çıkmaktadır (Uzbay, 2009). Dolayısıyla, ilk başlarda uyuşturucudan çok uyarıcı etkilerinden dolayı aşırı olarak kullanılan maddeleri, uyarıcı değil de uyuşturucu olarak ifade etmek literatüre göre bilimsel yönde doğru olmayan bir kullanım olacağından, hem uyuşturucu hem de uyarıcı madde terimlerini içine alan “madde” kavramını kullanmak, bilimsel anlamda daha uygun görülmektedir.

Madde bağımlılığı tanımlarında Dünya Sağlık Örgütü ve Amerikan Psikiyatri Derneği'nin (APA) getirdiği açıklamalar en çok kabul görenlerdir. DSÖ'ye göre madde bağımlılığı, sentetik ya da doğal olan bir maddenin, yinelenerek kullanılmasıyla ortaya çıkan bir zehirlenme durumu olarak tanımlanmaktadır (Potter, 2008: 3). APA'ya göre ise bireyin psiko-aktif madde kullanmasını kontrol edememesi ve negatif sonuçlarını bilmesine rağmen kullanımını sürdürmesiyle ortaya çıkan bilişsel, davranışsal ve psikolojik belirtiler şeklinde ele alınmaktadır (Ögel, 2002).

Madde bağımlısı birey, kullandığı maddenin psiko-aktif etkilerini tekrar yaşayabilmek veya eksikliğinin sıkıntılarının üstesinden gelebilmek için devamlı veya dönemsel olarak kullanma isteği duyar. Madde bağımlısı olmanın öncelikli olarak dikkate alınması gereken temel özellikleri; psiko-aktif etkilere tolerans gelişimi, sıklık ve alım miktarının aşırı artırılması, kullanımlarının ani kesilmesiyle oluşan yoksunluk krizi, bırakmaya yönelik başarısız girişimler, madde bulmaya ve stoklamaya büyük zaman harcanması, sosyal ve iş etkinliklerde azalma görülmesi ve uzun vadeli kullanılmasından doğan fiziksel ve ruhsal rahatsızlıkların oluşmasıdır (Uzbay, 2009).

Madde kavramı, Fransa'da 15. yüzyılda “*kuru madde*” anlamına gelen “*drogue*” sözcüğünden kaynaklanmaktadır. Aynı devirde çoğu ilaçlar kuru otların kullanılmasıyla hazırlandığından bu kavramın kullanıldığı ifade edilmektedir. İngilizcede ise “*drug*” şeklinde kullanılan bu sözcüğün legal ilaçlarla birlikte illegal maddeleri de içermesi günümüzde ortaya çıkan bir kavram karmaşasına yol açmakta; hangi maddenin uyuşturucu, uyarıcı ya da psiko-aktif olduğu hangisinin bu kapsama girmediği belirli olmamaktadır (Maisto et al., 2008). Yapılan araştırmalara karşın bu maddelere ilişkin ortak bir terminolojinin olmadığı görülmekle birlikte, DSÖ'nün tanımlaması ve kategorize etmesi



diğer sınıflandırmalara oranla daha fazla benimsenmiştir Psiko-aktif madde kavramını kabul eden DSÖ psiko-aktif maddeyi, normal bir insanın sağlığının devamı için gıda kadar gerek duyulmayan; biyolojik fonksiyonları ve yapıyı değiştiren madde veya madde karışımı olarak değerlendirmektedir (Maisto et al., 2008). Geniş kapsamlı olan bu tanım, doğal ve sentetik maddeleri içerdiği gibi legal ve illegal maddeleri de kapsamaktadır. Birleşmiş Milletler (BM), çeşitli belgelerinde genellikle geniş anlamıyla narkotik/uyuşturucu ve psikotrop madde olarak; Amerikan Psikiyatri Derneği ise madde kavramını sadece “*madde (substance)*” olarak kullanmaktadır.

Genel olarak madde kötüye kullanımı, belirli psiko-aktif maddelerin bireyde yarattıkları keyif veren davranışsal etkilerinden dolayı tıp açısından gerekmediği halde bir yolla ve bireyin iradesiyle kullanılması olarak değerlendirilebilir (Uzbay, 2009). DSÖ, madde kötüye kullanımını, kabul edilebilen tıbbi uygulamalarda uyum halinde olmayan ya da herhangi bir ilişkisi bulunmayan, devamlı ya da kesintili olarak yüksek dozda ilaç kullanımı şeklinde açıklamaktadır. Yapılan tanımlamaya göre eroin, kokain ve esrar gibi illegal maddelerin kullanılmasını kapsadığı gibi çözücüler, reçetesi olan ilaçlar, sigara/alkol gibi legal maddelerin kötüye kullanımını da içerir. Legal veya illegal olmaları, devletin yürürlüğe koyduğu hukuki düzenlemelerle ilgili olan sözü edilen maddeler, genel olarak tıp uzmanları denetimine gerek duyulmadan psiko-aktif etkilerinden dolayı kullanılır (Sloboda, 2005).

Madde bağımlılığı önceleri bir irade sorunu veya ahlaki bir bozukluk şeklinde kabul görürken, güncel durumda başka hastalıklarda olduğu gibi tedavisi sürdürülen karmaşık bir yapıya sahip bir hastalık olarak görölmektedir (Morrison, 2008). Ruhsal, sosyal ve fiziksel negatif yönlü sonuçları olmasına rağmen kullanımı sürdürülen ve genel olarak tekrar edilen, bununla birlikte önüne geçilmesi oldukça güç olan ve bazen de kontrol altına alınamayan tutum ve davranışlarla kendini gösteren bir hastalık olarak kabul edilebilir. Günümüzde kişilerin çoğunda kronik bir duruma gelen madde kullanımı, daha sonraki dönemlerde de tekrar edebilmektedir.

### 2.1.3.1. Madde Bağımlılığının Tarihçesi

Madde kullanılması ve bağımlılığına ilişkin olarak ortaya çıkan bazı deliller yazılı tarih başlangıcına dayanır. Bu tür maddelerin öncelikle, tıbbi yönelik amaçları taşıyarak dinsel unsurlar, eğlence, acı ve ağrı olgularını önleme gibi farklı gerekçelerle değişik toplumlarca kullanıldığı söylenebilir (Maisto ve diğ., 2008). Hemen hemen beş bin yıl öncesinde Sümer halkının öksürük ve mide ağrılarını tedavide kullandıkları haşhaş bitki özünden yararlanılmasından başlayarak söz konusu maddeler, tıp uzmanlarının, doktorların sıkça kullanmış oldukları ilaçların hammaddeleri arasında yer almıştır (Erhan, 1996). Milattan önce dört bin yıllarından bu yana ortaya çıkan birtakım Sümer belgelerinde haşhaştan uyku getirici ve ağrı kesici bitki şeklinde bahsedilmektedir (Songar, 1974).

Toplumlardaki kültür olgusu, sosyal dokularla uyuşturucu kullanılması arasında doğrudan bir ilişkinin varlığından söz edilebilir. Birtakım toplumlarda farklı uyuşturucu ve haz veren maddelere yönelik farklı alt kültürler ortaya çıkmıştır. Aşırı madde kullanımıyla birlikte; alt kültürün oluşması, gelişmesi ve yaygınlık kazanmasında, bağımlılık yaratan ve aşırıya kaçarak kullanılan tüm bu maddelerin mitoslarda, destanlarda, ilkel dinlerle birlikte semavi dinlerde, edebi unsurları içeren yapıtlar ve şarkılarda bulunmasının büyük rolü olduğu düşünülmektedir. Başlangıçtan günümüze dek devam eden tüm bu kültürel birikimlerle birlikte farklı toplumlarda madde kullanımına eğilimi ortaya çıkaran ortak bir bilinç söz konusudur (Köknel, 1998). Çeşitli maddeler, değişik tarih devirleri ve kültürlerine göre farklı anlamlar yüklenmiştir. Sözelimi yaklaşık dört bin yıl önce Çin ve Hindistan'da doktorlar, Tanrıların insanoğluna bir ödülü şeklinde algıladıkları kenevirde hastalıkların tedavi edilmesinde; Sümerler ve Mısırlılarda da kendilerinde coşku yaratan bir bitki olarak kabul ettikleri afyondan ise ağrıyı azaltan bir ürün olarak yararlanmışlardır (Sevil, 1998). Güney Amerika yerlileri, milattan önce üç binli yıllardan bu yana kokain yapraklarını, milattan önce üç bin yedi yüzlerden bu yana "peyote" kaktüsünü ve milattan önce dört binlerin başlarından bu yana "psylocybin" içeren sihirli mantarları tanrısal bir hediye olarak kabullenerek, gerek tedavi gerekse dini ayinlerde yaygın olarak kullanıldığı görülmektedir (Babaoğlu, 1997).

Sözü edilen kültürlerde değişik biçimlerde farklı gerekçelerle kullanılmış olan ve bağımlılık yaratan tüm bu maddeler, savaşlar, göçler ve yapılan ticaretlerde bu süreçte tüm

dünyaya yayılmıştır. Sözgelimi, Haçlılar döneminde Avrupalı savaşçılar, Asya kültürü ile ilişkili olarak bu halklarda normal olarak kullanılmış olan esrar ve afyonla tanışarak bu maddeleri Avrupa'ya taşımışlar, bu sayede batı halklarını da bu maddelerle tanışmasını sağlamışlardır. Sonraki dönemlerde de İspanyol, Portekizli, İngiliz ve Fransız gezginlerin keşfetmiş olduğu ülkelerdeki değişik türden bağımlılık oluşturan maddeleri kendi ülkelerine getirme suretiyle bu maddelerin yayılmasında öncülük etmişlerdir. Güney Amerika ülkelerinden sağlanmış olan kokain, Orta Amerika kökenli sanrı yaratan maddeler ve Kuzey Amerika ülkelerinden getirilmiş olan tütün bu maddeler arasında sayılabilir (Maisto et al., 2008).

Kasatura (1998) eski dönemlerdeki bu yayılmayı çift taraflı bir alışveriş olarak ele almıştır. Maddelerin bazıları Avrupa ülkelerine dış ülkelere sağlanırken, bir kısmı da Avrupa'dan diğer farklı ülkelere yayılmaktaydı. Uyuşturucu özelliğine sahip afyon bitkisinin giderek yayılmasıyla birlikte ortaya çıkan ilk yasaklamalar on dokuzuncu yüzyılın ikinci yarısında Amerika'da Çinlilerin yoğunlukla yaşadıkları bölgelerden biri olan San Francisco'da gerçekleştirilmiştir. Ülkede çıkarılan bir yönetmelikle afyon ticaretiyle birlikte sağlık dışı kullanımına yasak getirilmiştir. Bununla birlikte, madde kullanarak uyarılan iş görenlerin kullanmayanlara göre daha çok çalıştıkları görüldüğünden ortaya çıkan bu durum bir sağlık nedeni olarak benimsenmiş ve yasaklanmamıştır. Tüm bu çabaların ardından, on dokuzuncu yüzyılın sonlarında Amerikan Kongresi, afyon ve kokain benzeri bağımlılık yaratıcı maddelere ilişkin bildiriye kabul etmiş, 1906 yılında da bu maddeleri üreten ve kullananlar için çeşitli cezai yaptırımlar getiren yasayı onaylamıştır (Abadinsky, 2011).

Madde kullanımına yönelik olarak gelişen başka bir aşama ise, 1912'de gerçekleştirilen Lahey Afyon Sözleşmesi olarak karşımıza çıkmaktadır. Lahey'de hazırlanmış olan ve önceleri ve başlangıçta sadece Çin, Norveç, Hollanda ve Amerika Birleşik Devletleri ülkelerinin imzaladığı sözleşme, 1915'de yürürlüğe girmiştir (Keefer ve Loayza, 2010). Bu sözleşme ile uyuşturucu maddeler kategorize edilerek tanımlanmış ve bu maddelerin üretimi, dağıtımı, ticareti ve kullanımını denetlemeye ilişkin kararlar alınmıştır. Morfin, diğer afyon türevleri ve kokainin üretimiyle birlikte ticareti ve kullanılması uluslararası sistemde izin ve denetimine bağlanarak, tıbbi amaçlar ve yasal nedenler haricinde bu maddeler yasaklanmıştır. 1961'de yetmiş üç ülkenin katılımıyla New

York'ta yapılan uluslararası kongrelerde nihai biçimini alan “Uyuşturucu Maddelere İlişkin Birleşmiş Milletler Tek Sözleşmesi” çeşitli ülkelerin onay vermesiyle 1964’de yürürlüğe girmiştir. Sözleşmenin yürürlüğe girmesiyle daha önceki bütün sözleşmeler yürürlükten kalkmıştır (Buxton, 2006).

80’li yıllarda, iletişim ve ulaşım olanaklarının genişlemesiyle birlikte madde kullanımı ve bağımlılığı giderek yaygın bir duruma gelmiş ve global bir problem durumuna gelirken aynı zamanda da psiko-aktif madde kaçakçılığı ciddi düzeye ulaşmıştır. Özellikle 2000’li yılların başlarından itibaren giderek daha çok kuruluşun uyuşturucu politikaları geliştirerek bunları uygulamaya sokmaya çalıştıkları görülmektedir (Pınarcı, 2010). Öncelikli olarak, 60’lı yılların başlangıcından itibaren madde kullanımı ve bağımlılığı ile mücadeleyle yönelik sözleşmeler düzenlenerek ve bu sözleşmelerin hemen hemen bütün dünya ülkeleri tarafından imzalanmasını sağlayan önemli kuruluşlarından olan Birleşmiş Milletler öncü durumdadır.

Görüldüğü gibi günümüzde madde kullanımı ve bağımlılığı, dünyadaki önemli problemler arasında değerlendirilmekte ve öncelikli olarak BM olmak üzere çoğu uluslararası örgüt giderek artan ve önem kazanan bu soruna karşı nasıl mücadele edilmesi gerektiğine ilişkin raporlar ve çözüm önerileri yayımlamaktadır.

### **2.1.3.2. Madde Bağımlılığı ve Kullanımının Epidemiyolojisi**

Alkol ve madde bağımlılığı günümüzde gelişmiş ülkelerde önde gelen sağlık problemlerinden biri durumundadır. Bu konuda yapılan araştırmalar kişilerin % 90’ının 2001’de gerçekleştirilen, madde kötüye kullanımı üzerine ulusal hane halkı araştırması bulguları Amerika’da 12 yaş üzerindeki 16 milyonun üzerinde bireyin alkol veya madde bağımlısı olduğuna; iki milyonun üzerindeki bireyin de her ikisinin birden bağımlısı olduğuna; üç milyonun üzerinde yer alan kişilerin de madde bağımlısı olduğunu göstermektedir. Araştırmalarda madde bağımlılığının erkeklerde kadınlara göre daha çok rastlandığı belirlenmiştir (Sadock ve Sadock, 2009).

Yapılan birçok araştırma madde kötüye kullanımı ve bağımlılığının erkeklerde kadınlara göre daha sık olduğunu ve bu farkın özellikle alkol dışı maddeler söz konusu

olduğunda daha belirgin olduğunu göstermektedir. ABD’de yapılan araştırma verilerine göre alkol bağımlılığının yaşam boyu yaygınlığı kadınlarda yüzde 3-5, erkeklerde yüzde 10,0; alkol kötüye kullanımının yaşam boyu yaygınlığı kadınlarda yüzde 10, erkeklerde yüzde 20 bulunmuştur (Regier ve diğ., 1990). Yapılan geniş çaplı bir diğer araştırmada 15-54 yaşları arasındaki erkek ve kadınların yüzde 90’ının alkol kullandığı gösterilmiştir. Bununla birlikte alkol kullanan erkeklerin yüzde 21.4’ünün, kadınların ise yüzde 9.2’sinin alkol bağımlılığı tanısı aldığı gözlenmiştir (Anthony ve diğ., 1994).

Ülkemizde alkol dışı madde kullanımı (nikotin hariç) ve satışı belirli yasalarla karşı karşıya olduğundan bireylerin hastaneye nadiren başvurdukları ve bu nedenle de ülkemizde madde ve alkol bağımlılığı yaygınlığı için yapılan çalışmaların oldukça sınırlı sayıda olduğu söylenmektedir. İstanbul’da 1997 yılında 12-65 yaş arası 1550 kişilik İstanbul nüfusunu yansıtan örnekleme yapılan bir araştırmada yaşam boyu alkol kullanımı yüzde 33.5, araştırma yapıldığı sıradaki alkol kullanım yaygınlığı yüzde 25.6 (erkeklerde yüzde 34.5, kadınlarda yüzde 15.9) olarak bildirilmiştir (Ögel, 2002). Altındağ ve arkadaşlarının (2004) yaptıkları bir araştırmada 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. Sigara kullanan erkek öğrencilerde daha çok rastlanırken alkol kullanma yönünden her iki cins arasında fark görülmemiştir. Öğrencilerde alkol kullanımı için arkadaşların önemli olduğu saptanmıştır. 2010’de Ankara’da düzenlenen pilot çalışmada ise tütünün yüzde 57’lik bir oranla ömür boyu kullanımı ile en yaygın madde olarak belirlenmiş ve daha sonra alkol yüzde 44, % 13,5 sedatifler ve sakinleştiriciler izlemektedir. Esrar, çalışan nüfusun sadece yüzde 1,6’sı tarafından kullanılırken, kokain kullanımı daha da az düzeyde belirlenmiştir (yüzde 0,4). Sigara kullanmaya devam edenler katılımcıların % 39’unu oluştururken, katılanların % 17’si son yılda alkol kullananlardır. Son dönemlerde kullanım oranı en çok sigara ve alkol olarak hesaplanmıştır (Pınarcı, 2010).

### **2.1.3.3. Madde Bağımlılığının Etiyolojisi**

Toplumdaki madde kullanımı yaklaşımı, bu duruma medyanın etki etmesi, maddenin ulaşılabilirliği, çeşitli sosyokültürel etkenler, etiyoloji, yaygın olma düzeyi,

madde kullanım modelleri ve tedavi biçimlerinin de kapsandığı madde kullanımının çok nedenleri olduğu ifade edilmektedir (Uluğ, 1997).

Alkol ve madde bağımlılığını tanımlamak için farklı etiyolojik modeller öne sürülmüş ise de kavramı yeterince açıklayamamış, nedenlerine ilişkin net bir açıklamada bulunamamıştır. Araştırmacıların bazıları genetik ya da biyolojik faktörleri ön plana çıkarmış, diğer araştırmacılar ise psiko-sosyal faktörlerin belirleyici olduğunu vurgulamışlardır. Ancak insan biyolojik, sosyal ve psikolojik bir varlık olduğundan; onu anlamak, değerlendirmek ve onun çok yönlü yapısının bağımlılık ile ilişkisini sağlam verilere dayandırarak anlayabilmek pek mümkün olmamıştır (Ögel, 2002).

#### **2.1.3.3.1. Biyolojik Nedenler**

Alkol bağımlılığındaki gibi gider bağımlılık yapan maddelerin kötüye kullanımında kalıtsal faktörlerin rolüne yönelik bulgular da artmaktadır. Kalıtsal geçiş ya da direkt eğilimi sağlayan genlerle veya anti-sosyal kişilik bozukluğu gibi bir kişilik bozukluğunun yatkınlık yaratarak yol açtığı düşünülmektedir. İkizler ve evlatlıklara yönelik araştırmalarda madde bağımlılığının genetik geçişte önemli bir faktör olduğu yaklaşımını desteklemektedir (Öztürk, 2002). Tek yumurta ikizlerinde kardeşlerden birinin bağımlılığı olduğunda öteki kardeşte de gelişme ihtimali madde bağımlılığı varsa diğerinde gelişme olasılığı yüzde 80'e ulaşabilmektedir. Bu oran evlatlar üzerine gerçekleştirilen çalışmalarda daha yüksek orandadır (Beyazyürek ve Şatır, 2000).

#### **2.1.3.3.2. Psikolojik ve Ekonomik Nedenler**

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 (Kasatura, 1998).

Kalıtısal eğilimleri olmadıkları halde, yaşanan ortamın etkisi ve bilinçsizlikten dolayı bağımlı olanlar da bulunmaktadır. Bu bireylerin kişilik özelliği bağımlılık gerekçesi değil, bir sonuç olarak kendini göstermektedir. Alkol kötüye kullanımında hastalık öncesi kişilik yapısına ilişkin araştırmalar da gerçekleştirilmiştir. Bu çalışmalarda özgül bir kişilik yapısının varlığı gösterilememiştir. Değişik yayınlarda alkolikler bağımlı, engelleme dayanıklılığı düşük, zayıf benliğe sahip, atak özellikleri taşıyan, bencil, aşırı isteyici, sosyopatik davranışlara eğilimli, cinsel kimlik sorunları olan kişiler olarak tanımlanmıştır. Düşük benlik saygısı, yetersiz ilişkiler ve sosyal beceriler, ailesi ve yaşlıları ile ilişkilerin bozuk olması madde kullanımı riskini artırmaktadır (Öztürk, 1994).

Erken anti-sosyal davranış gösteren, otoriteye karşı isyankarlığı olan ve okula bağlılığı olamayan gençlerin madde bağımlılığı için yüksek risk taşıdığı gösterilmektedir (Alpay vd., 1998). Anti-sosyal 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 (Güleç ve Köroğlu, 1994).

#### **2.1.3.4. Madde Bağımlılığı ve Kötüye Kullanımını Açıklayan Kuramlar**

Madde kullanımına yol açan psikolojik, sosyal ve bireysel faktörlerin belirlenmesi için yapılan çok sayıda çalışma sonucunda birçok kuram geliştirilmiştir. Bu bölümde psikodinamik, davranışçı ve biyolojik kuramlar aşağıdaki başlıklar altında açıklanmaktadır.

##### **2.1.3.4.1. Psikodinamik Kuramlar**

Bu kuram, bireyin gerginliğini azaltmak, kendini iyi ve güçlü hissetmek ve yaşanan ruhsal acının etkisinden kendini sıyırmak için alkol ve madde alma davranışına yöneldiği temel düşüncesine dayanmaktadır. Yorucu geçen günün sonunda sosyal ortamlarda iyilik hissi yaşama isteği ve kişilerarası ilişkilerde rahatlama sağladığı yönündeki gözlemleri temel almaktadır (Uluğ, 1997).

Psikanalitik yazına göre bağımlılığın yapısı açıklanırken, kullanılan maddenin keyif verici etkileri üzerinde durulmaktadır. Gerginlik, anksiyete, stres ve depresyon, bağımlılığın temel nedenleri olarak benimsenmiş olsa bile, madde kullanımında keyif verici niteliklerine daha çok önem verilmektedir. Madde kullanımında regresif tatminin olduğu kabul edilmekle birlikte progresif olarak ilkel dürtülere karşı bir savunma mekanizması olduğu da öne sürülerek teorik yaklaşımlara değişik bakış açıları da getirilmiştir. Bağımlı bireylerin saldırganlık durumları ile mücadelede zorluk çektikleri, maddenin keyif verici ve cinsel hazzı yükseltici tarafının, arka planda yer alan saldırganlığa karşı bir savunma olduğu da ifade edilmektedir (Öztürk, 1994). Psikanalitik teoride kişilik gelişiminde tatmin edici bireysel ilişkiler ile realist, süreğen ve pozitif bir kimliğin sağlanması da temel işlevler arasındadır. Normal gelişim, bu çizgilerin uyumlu olmasıyla gerçekleşmektedir. Gelişim çizgilerinin ağırlık kazanarak ekstrem noktalara ulaşması durumunda terapiye gerek duyulmaktadır (Tüzer, 1997).

#### **2.1.3.4.2. Davranışçı Kuramlar**

Davranışçı teori ise, fiziksel bağımlılık belirtilerinden ziyade kişileri maddeyi aramaya yönelten tutumları anlamaya çalışmaktadır. Devamlı olarak alkol tüketme isteği, öğrenilmiş hatalı bir davranış olarak düşünülmektedir. Alkol tüketiminin oluşturduğu rahatlatan ve stresi azaltan etkinin pozitif güçlendirici işlevi üstlenerek madde kullanmanın tekrarını getirdiği de ifade edilmektedir. Bu yaklaşımda ailedeki çeşitli alışkanlıkların kişinin maddeyi kötüye kullanımında büyük etkisi olduğu düşünülmektedir (Uluğ, 1997).

Konuya yönelik olarak uzmanlar, toplumdaki genel yapının davranışlarda belirleyici olduğu ve madde kötüye kullanımında sosyal çevre değişkenlerinin büyük rolü olduğunu belirtmektedirler. Bireyin dış çevresiyle olan sosyal bağları, madde kullanmayı belirlemede önem kazanmakta, sosyal çöküş, düzensizlik ve değişikliklerle ortaya çıkan negatif etkiler buna yol açmaktadır (Temel ve Aksoy, 2001). Çevrede yer alan diğer insanları kendine model olarak seçen birey, içinde bulunduğu toplumda madde kullanımını keyif veren bir durum olarak algıyorsa ve toplumda bir değeri olduğuna inanıyorsa, bunun kullanımı daha yaygınlaşmakta; maddeye karşı negatif değerlerin yaygınlaştığı toplumlarda ise bu kullanım daha az görülmektedir. Bu bireylerde güven eksikliği, benlik zayıflığı, düşük psikolojik dayanıklılık, panik atak, ruhsal çöküntü ve yılgınlık durumlarının sıklıkla



yaşanması, zayıflık ve başarısızlıklarını örtebilmek için yasalarla otorite karşı gelme ve hazzı eğilimlerin olduğu belirtilmektedir (Öztürk, 1994).

#### **2.1.3.4.3. Biyolojik Kuramlar**

Psikiyatrik bozuklukların kökeninde genetik faktörlerin etkisi kabul edilmekle beraber bağımlılık bu yönüyle en fazla üzerinde durulan alanlardan birisi olmuştur (Şengül ve Herken, 2009). Bağımlılığın genetiğine ilişkin araştırmaların öncelikle ikiz ve aile çalışmaları ile başladığı ve bu çalışmalarda genetik faktörün etkili olduğu yönünde bulgular elde edilmiş, bağımlıların birinci derecede yakınlarında bağımlılık oranının yüksek olduğu görülmüştür (Yüncü ve Savaş, 2007). Yapılan moleküler genetik çalışmaları sonucunda birçok psikiyatrik bozuklukta olduğu gibi alkol ve madde bağımlılığında da genetik faktörün etkili olduğu belirtilmektedir (Abay ve Ateş, 2001).

Aynı aile ortamında yetişmelerine karşın kardeşlerin farklı kişilik özellikleri geliştirmeleri, aileye oranla kalıtsal etmenlerin kişilik özellikleri üzerindeki etkisini kuvvetlendirici bir durum olarak değerlendirilmektedir. Bu durum, aile içinde paylaşılamayan “çevresel etki dinamiği” kavramıyla açıklanmaya çalışılmıştır (Karadayı, 1994).

Alkol ve madde bağımlılığının geçişinde genetik faktörlerin önemli rol oynadığı ifade edilmektedir. Aynı zamanda, elde edilen sonuçlar genetik faktörlerin önemini ve genetik faktörlerin çevresel faktörlerle etkileşim biçimlerinin, bozukluğun farklı türlerine göre değişebileceğini göstermiştir. İkizlerle yapılan çalışmada, genetik faktörlerin erkeklerde, kadınlara oranla daha önemli olduğu ve alkolizmin geç yaşlardan daha erken yaşlarda başlamasına neden olduğu da vurgulanmaktadır. Diğer taraftan, alkoliklerin birinci derecede akrabalarında ve erkeklerde alkolizm ve sosyopatiye eğilim olduğu, erkek çocuklarında alkolizm sıklığının yüzde 18, alkolik olmayanların erkek çocuklarına oranla dört kat daha fazla olduğu da ifade edilmektedir (Öztürk, 1994).

## 2.2. Algılanan Sosyal Destek

Literatürdeki sosyal destek kavramı tanımlamalarında ve ilgili açıklamalarda, algılanan ve sağlanan sosyal destek kavramları öne çıkmaktadır. Algılanan sosyal destek bireyin diğerleriyle kuvvetli bağları olduğuna inanması ve destek sağlayacağına ilişkin bilişsel algılamasıdır. Algılanan sosyal destek, diğer insanlardan gelen desteğin varlığının ve yeterliliğinin bilişsel olarak değerlendirilmesidir (Park, 2007). Sağlanan destek ise, destek kaynaklarından sağlanan sosyal destek miktarı olarak tanımlanmaktadır ve desteğin davranışsal değerlendirilmesi olarak kabul edilmektedir (Kef, 1997).

### 2.2.1. Sosyal Destek Kavramı

Kişilerarası sosyal ilişkilerin ve yakın bağların ne kadar önemli olduğunun vurgulanması oldukça eskilere dayanmaktadır. Durkheim 1897’de yaptığı çalışmalarla insanlar arasındaki sosyal desteklerin varlığına ve yaşamdaki önemine yavaş yavaş dikkat çekmeye başlamıştır. “İntihar” isimli çalışmasında kişiler arasındaki sosyal ağların ve sosyal desteğin intihar olayları ile ilişkisi üzerinde duran Durkheim, yakın sosyal bağları yetersiz olan kişiler arasında intiharın daha yoğun yaşandığını ortaya koymuştur (Özbesler, 2001). Bu çalışma, dönemin sosyal bilimcilerinde kişilerarası yakın sosyal bağların önemi ile ilgili bazı düşüncelerin oluşmasına ve ortaya konmasına neden olmuştur. Özellikle sosyoloji literatüründe yer almaya başlayan sosyal destek kavramı, kişilerarası ilişkilerin bireyi destekleyici rolü ve destek ağlarının zayıflamasının nelere yol açabileceği konularıyla ele alınmıştır. Yapılan araştırmalarla temeli atılmaya başlayan sosyal desteğin, bireyin ruh sağlığını ve bedensel sağlığını koruma işlevleri üzerine çalışmalar ise 1950’li yıllardan sonra hız kazanmıştır.

1960’lı yıllara gelindiğinde sosyal destek kavramı, koruyucu sağlık alanında yapılan çalışmalarla incelenmeye ve sağlıkla ilişkisi araştırılmaya başlanmıştır. Bu araştırmalar sonucunda sosyal desteğin stres ve strese bağlı hastalıklarda, sağlığa olumlu yönde etkileri olduğu saptanmıştır (Sorias, 1988). 70’li yıllarda ise stresin zararlı etkilerinden korunmada sosyal bağların rolü ön plana alınmış; sosyal destekle birlikte psikolojik ve fiziksel sağlık ilişkisini irdeleyen çalışmalar artmaya başlamıştır. 1970’lerin ortalarından itibaren, baş etme kaynağı olarak sosyal desteğin rolü büyük ilgi görmüştür (Çakır ve Palabıyıklıoğlu,

1997). Bu yıllardan itibaren işlevsel tanımları yapılmaya çalışılan sosyal destek sistemlerinin nasıl işlediği ve bu mekanizmanın stresin etkisini azaltarak insan sağlığını olumlu yönde nasıl etkilediği tartışılmaya ve birçok açıdan sosyal desteği ele alan tanımlar ortaya konmaya başlamıştır (Sorias, 1988).

Sosyal destekle ilgili tanımlar literatürde farklılık ve çeşitlilik göstermektedir. Sosyal destek kavramı, kişinin çevresi tarafından güvenilme, sevilme, saygı duyulma, ilgi görme, değer verilme gibi gereksinimlerinin yer aldığı görülmektedir. Bu ihtiyaçların farklı düzeylerinin ifade edilmesiyle birlikte yapılan tanımlamalarda da çeşitlilik görülmeye başlanmıştır (Başer, 2006).

Sosyal destek, sosyal ilişkiler ve bireyin diğerleriyle olan bağı ile ilgili koruyucu faktörler içerisinde yer alan geniş bir kategoridir (Ryff ve Singer, 2000). Bireyin sosyal ve zihinsel sağlığını olumlu yönde etkileyen bireyin çevresinden erişebildiği bir yapıdır (Başer, 2006). Sosyal destek, kişinin çevresinde algıladığı empati, sevgi, şefkat güven, itibar, takdir, bilgilenme, maddi yardım gibi bireysel, sosyal, ruhsal ve ekonomik özelliklere sahip çeşitli yardımlar olarak değerlendirilebilir (Yıldırım, 2006).

Barrera ve Ainly (1983) sosyal desteği bireyin ihtiyaç duyduğu, kendisine yardımcı olan kişilerin sayısıyla açıklarken, Sorias (1988) aile fertleri, arkadaş grupları, komşular, meslek arkadaşları, akrabalar gibi birey için önemli olan diğer insanlar tarafından, yine birey için gerçekleştirilen işlevler olarak ele almaktadır.

Sosyal destek, strese maruz kalan veya zor durumda bulunan kişiye dış çevresi tarafından verilen maddi/ manevi yardımlar olarak da görülebilir (Eker ve Arkar, 1995). Stresin olumsuz etkisine karşı bireyi koruyucu bir özelliğe sahip olan sosyal destek, stresli olayların kişilerdeki etkisini azaltan, kişiler arasındaki yararlı etkileşimlerdir (Cassel, 1974). Sosyal destek, insanların yaşamlarında önemli yeri olan ve gerektiğinde kişiye duygusal, maddi ya da bilişsel yardım sağlayan tüm kişiler arası ilişkileri ifade etmektedir. Zor durumlarda veya sıkıntıda bulunan kişiye aile fertleri, akrabaları ve arkadaş gruplarıyla birlikte diğer toplumsal ilişkilerin sağladığı kaynaklar sayesinde kişi ihtiyaçlarını karşıladığı karşılıklı bir etkileşim sürecinden geçmektedir (Ardahan, 2006).

Sosyal desteği tanımlamada bu kavramın farklı sınıflandırmalarda değerlendirilmesini gerektirmiştir. Cobb (1976), bu kavramı duygusal, saygı ve ağ desteği olarak sınıflandırmaktadır. Cobb'a göre, kişinin ilgilenildiği ve bakım sağlandığı destek; saygı desteğini, kişinin saygı duyulup değer verildiği, bireye kişisel değerli olma duygusu sağlayan destek; ağ desteğini ise bireylerarası etkileşim olarak açıklamaktadır.

Sosyal destek uç boyutta ele alınabilir. Bunlardan duygusal destek; sempati, haz, sevgi, güven ve dinlemeyi içermektedir. Bilgi desteğinde kişinin dinlenme, sorunlarını tartışma ve onun kendi kararlarını alabilmesinde sağlanan bir destek olmaktadır. Yardım desteği de, bireylerarası bağlarda diğerinin işlerini görme, daha fazla zaman ayırma aynı zamanda da ona maddi destek olmaya ilişkin destektir (Demir, 2008).

Cohen ve Wills (1985), sosyal destek çeşitlerini dört düzeyde ele alarak değerlendirmektedir. Duygusal destek; sevgi, haz, benimsenme, değer verme, hoşlanma gibi korunma ihtiyaçlarını kapsamaktadır. Maddi destek, para yardımı, araç-gereç yardımı gibi somut yardımları içine almaktadır. Bilgisel destekler de, problem olarak kabul edilmiş olaylarla mücadelede, tanımlayıcı olan ve problemi anlamayı içeren destek biçimi olarak tanımlanmaktadır. Yaygın destek ise, boş zamanlarda başka kişilerle birlikte olma, eğlenceye zaman ayırma rahatlama, sosyal arkadaşlık şeklinde tanımlanmaktadır.

Birch (1998) ise sosyal desteğin sınıflandırmasını dört grupta incelemektedir. Duygusal destek; ilgi veya sempati duymak, dinlemeyi bilmek ya da arkadaşa ihtiyaç hissedildiğinde yakınında olmak; bilgisel destek; bilgi kaynağı olmak, bireyin bilgilere ulaşabilmelerine yardım etmek, mali desteği, bireye gerek duyduğu kaynakları temin etmek; değerlendirici destek ise, kişinin neyi nasıl yaptığını değerlendirmek, geribildirim sağlamak, öneriler sunmak, şeklinde açıklamaktadır.

Anıl (1999) kişilerin stres altında kaldıklarında, yakın çevrelerinden uç alanda destek aradıklarını ileri sürerek sosyal desteği “maddi”, “bilişsel” ve “duygusal” olarak uç boyutta ele almaktadır. Bireyin günlük sorumluluklarını gerçekleştirebilmesi için ona yakın kişilerce sağlanan eylem ya da araçlar “maddi destek” olarak ifade etmektedir. Kişinin, bir gruba ait olma sevgi, şefkat, saygı görme gibi temel sosyal gereksinmelerini karşılayan desteği “duygusal destek” olarak açıklanmaktadır. “Bilişsel desteği” ise davranışları

konusunda kişiye geribildirim verme ve bilgi sunma yoluyla sağlanan sosyal destek türü olarak incelemektedir.

Sosyal desteğin tanımında farklılıklar olmakla beraber, tüm tanımlar sosyal desteğin maddi, duygusal ve bilişsel yanıyla ilgili genel bilgiyi kapsamaktadır (Görgü, 2005). Sosyal destek kaynağı kişiye farklı türde yardımlar sağlamaktadır. Bunlar içinde üzerinde en fazla durulanlar, maddi, duygusal ve bilişsel destektir. Maddi destek, günlük sorumlulukların gerçekleştirilmesi için başkaları tarafından sağlanan eylem ya da araçlardır. Duygusal destek, kişinin sevgi, şefkat, saygı, empati ve bir gruba ait olma gibi temel sosyal gereksinimlerini karşılamaktadır. Bilişsel destek, öğüt ve bilgi verme, davranışlar konusunda geri bildirim gibi yararlı bilgilerin kişiye iletilmesini ifade etmektedir (Akbaş, 2006).

Bütün yapıları içerisinde barındıran tek bir sosyal destek tanımı bulunmamaktadır. Bununla birlikte, sosyal desteğin en az iki birey arasında gerçekleştiği, bireyler arasında etkileşim olması gerektiği, alıcının sosyal destekten yarar görmesi gerektiği, sosyal desteğin farklı kaynaklardan alınabileceği ve farklı sosyal destek türleri olabileceği görüşlerinin ortak noktalar olduğu söylenebilir (Cırık, 2010). Sosyal destek, sosyal ilişkiler ve bireyin diğerleriyle olan bağı ile ilgili koruyucu faktörler içerisinde yer alan geniş bir kategoridir ve bireyin sosyal ve zihinsel sağlığını olumlu yönde etkileyen bireyin çevresinden erişebildiği bir yapıdır (Ryff ve Singer, 2000).

### **2.2.2. Sosyal Destek Modelleri**

İyi olma haliyle sosyal desteği, birbirleriyle etkileşimde bulunmaları için, temel ve tampon etkisi olarak, iki model üzerinde durulmaktadır. Temel etki modelinde, stres yaşayan kişilerin bu durumlarından kurtulması için sosyal entegrasyonun önemini vurgular. Tampon modelinde ise, stres yaratan ve zarar veren süreçlerin etkisinde kalabilen kişilerin korunmasını ön plana alır. Her iki modelde de ortak olan nokta, stres oluşturan durumların ortadan kalkması ya da önlenmesi durumudur (Armstrong ve diğ., 2005).

Öte yandan sosyal desteği farklı gruplarda ve boyutlarda inceleyen yazarlar da bulunmaktadır. Örneğin Cobb (1976), sosyal desteğin; sevilme ve korunma bilgisi, saygı

duyulma ve değer verilme bilgisi ve iletişim kurabilecek bir sosyal ağın bilgisi ve grup üyeliği boyutlarını ifade etmiştir. Vaux (1985) ise sosyal desteğin; kaynaklar (desteği sağlayan kişiler), davranışlar (dinleme, rahatlık sağlama, materyal yardımında bulunma, öneride bulunma, günlük işlerde yardımda bulunma) ve bireyin öznel değerlendirmeleri (bireyin, desteğin miktarı ve kalitesiyle ilgili algıları, destekten alınan doyum) unsurlarından oluştuğunu belirtmektedir (aktaran, Basedau, 2004).

Cohen ve Wills (1985) de sosyal desteği dört gruba ayırmışlardır. Bunlar; saygı desteği (saygı duyulma, kabul edilme, sempati görme, cesaretlendirilme gibi davranışları), araçsal destek (finansal destekleri, materyal sağlama desteğini, gereksinimleri karşılamayı ve ödünç para verme vb. destekleri), bilgisel destek (açıklama, anlayış ve problem durumlarıyla başa çıkma desteği, eğitim, öneri vb. destekleri) ve sosyal arkadaşlık desteği (boş zamanlarında arkadaşıyla vakit geçirme, sosyal aktivitelere katılma) destekleri içermektedir. Barrera (1986) ise sosyal desteği üç kısma ayırmaktadır. Bunlar; sosyal kabul edilmişlik (bireyin bir grup ya da toplum tarafından sosyal olarak kabul edilmesi ve saygı duyulması), algılanan sosyal destek (bireyin içinde bulunduğu sosyal etkileşim ağından algıladığı destek), yasalar gereği uygulanan zorunlu sosyal destek (bireylere, yetkili birimler tarafından kamu hizmetlerinin sunulması) olarak tanımlanabilir.

Tardy (1985), modelinde sosyal desteğin beş boyutuna işaret etmektedir. Bunlar (aktaran Elliot vd. 2001);

*Yönlendirme:* Alınan ya da sağlanmış olan sosyal desteğe işaret eder,

*İstek:* İsteğin iki alt boyutu vardır, a) ulaşma (birey hangi desteğe erişmek ister) ve b) kullanma (birey hangi desteği kullanır),

*Tanımlama ve değerlendirme:* Bireyin sosyal desteğinin tanımlanması ve değerlendirilmesini içerir,

*İçerik:* Tardy'nin modeli House (1981), tarafından geliştirilen dört tür içeriği kapsamaktadır. Bunlar: a) duygusal (emotional), b) araçsal (instrumental), c) bilgisel (informational) ve d) değerlendirici (appraisal) destektir. Duygusal destek, güven, sevgi ve

empati gibi destekleri; araçsal destek, para ve zaman gibi maddi destekleri; bilgisel destek, özel alanlarla ilgili sağlanan bilgi ve önerileri; değerlendirici destek ise bireye değerlendirici geri bildirim vermeyi içermektedir.

*Sosyal iletişim ağı:* Tardy'nin modelindeki son boyut olan sosyal iletişim ağı ise bireyin sosyal çevresi içerisindeki kaynakları (aile, öğretmenler, arkadaşlar, çevredeki diğer insanlar) içermektedir.

Benzer olarak Birch (1998) de sosyal destek türlerini;

*Duygusal destek:* İlgi ya da sempati göstermek; birisini dinlemek ya da arkadaşına gereksinim duyduğunda yanında olmak,

*Bilgisel destek:* Bilgi kaynağı olmak, kişinin bilgiye nasıl ulaşabileceğini göstermek/yardımcı olmak,

*Araçsal destek:* Kişiyi gereksinimi olan kaynakları sağlamak (örnek: para, fiziksel destek, kitap),

*Değerlendirici destek:* Bireyin neyi nasıl yaptığını değerlendirmek, geri bildirim sağlamak, öneriler sunmak, olmak üzere dört grupta incelemektedir.

Sosyal destek, farklı yazarlar tarafından farklı gruplamalarla ve farklı boyutlarla ele alınsa da bazı yazarlar buna karşı çıkmaktadır. Örneğin Jung'a (1987) göre, bilgisel, araçsal, değerlendirici vb. destek türleri bulunsa da en önemli destek türü duygusal destektir. Çünkü duygusal destek diğer desteklerin kabulü ve etkisi için bir ön koşul niteliğindedir. Öte yandan Malecki ve Demaray (2002) ise bireyin duygusal olarak desteklenmesinin yanında, bilgisel olarak, araçsal olarak ve değerlendirmeye yönelik olarak da desteklenmesi gerektiğini ileri sürmektedirler. Onlara göre sözü edilen destekler bireyin içinde bulunduğu sosyal ağ tarafından sağlanabilmektedir. Bu destekler sayesinde, bireylerin kendilerine olan güvenleri gelişebilmekte ve bireyler hem bilişsel hem de sosyal yetilerini daha verimli olarak kullanabilmektedirler. Benzer olarak Winemiller ve diğerleri (1993) de araştırmalarda sosyal desteği genel olarak ele almak yerine, sosyal desteğin farklı

türlerinin göz önünde bulundurulması gerektiğine vurgu yapmaktadırlar. Zira sosyal desteğin farklı türlerini ele almak, sosyal desteğin tüm boyutlarının ortaya koyulması açısından önemli görülmektedir.

### **2.2.3. Sosyal Desteği Etkileyen Unsurlar**

Sosyal desteğin ne zaman sağlanabileceği, niteliğinin hangi düzeyde olması gerektiği, alıcının sosyal destekten beklentileri gibi konuların sosyal desteği etkileyen unsurlar olduğu görülmektedir. Sosyal destek alma ya da sağlama her zaman planlı ve düşünülerek gerçekleştirilmez. Bazen otomatik olarak ve değerlendirme yapmadan da gerçekleşebilir (Zastrow, 2013). Bir başka ifadeyle, sosyal destek alıcılar ya da sağlayıcılar, bazen destek aldıklarının ya da sağladıklarının farkında olmayabilirler. Bu nedenle sosyal desteğin, sınırları kesin olarak çizilmiş belirli bir plan ve program doğrultusunda işe koyulmasının sosyal destekten beklenen etki ve verimliliği yaratmayabileceği söylenebilir.

Sorias'a (1988) göre birey birileri tarafından korunuyorsa, saygı görüyorsa, kendini sosyal bir çevreye ait olarak hissediyorsa, bu bireyin, hem niteliksel açıdan hem de niceliksel açıdan sosyal destek aldığı söylenebilir. Niteliksel boyut, sosyal desteğin yararlı olabilmesi için kişinin ne hissettiğini ve algıladığını; niceliksel boyut ise kişinin elde edebileceği, hazır bulunan ilişkilerinin miktarını içermektedir. Öyleyse, bireyin aldığı sosyal desteğin, hem niteliksel açıdan hem de niceliksel açıdan onu doyurması gerektiğini belirtmek yanlış olmayacaktır.

Neticede sosyal destek, alıcının niyetine göre de alıcının üzerinde olumlu ya da olumsuz etkiler gösterebilir veya hiçbir etki göstermeyebilir. Örneğin, sağlanan sosyal desteğin, bireyin beklentilerinden daha düşük olması, sosyal desteğin bireyi olumsuz yönde etkilemesine neden olabilir. Bunların yanı sıra sosyal desteği, bireyin daha başarılı olması için onun üzerinde baskı aracı hâline getirmek de sosyal desteğin olası olumsuz etkileri arasında sayılabilir (Annak, 2005). Sonuç olarak, alıcı, sosyal desteğin kendisi için yararlı olacağına inanmazsa, destek aramaz ya da önerilen desteği kabul etmez. Çünkü sosyal destek alan kişi, gereksinimlerinin karşılanması ölçüsünde sosyal desteğe ilgi duyar. Bunun tersi durumlarda ise daha iyiye ulaşmak için baskı altında olduğunu düşünebilir ve bu da onun üzerinde bir stres durumu yaratabilir.



#### **2.2.4. Sosyal Destek Kaynakları**

Sosyal desteğin algılanmasında ve bireyin ruhsal ve fiziksel sağlığına katkıda bulunmasında desteğin nereden alındığı da önemlidir. Sosyal destek, bireyin çevresinden elde ettiği sosyal ve psikolojik destek olarak tanımlanabilir. Stresle baş etmede araştırmacılar sosyal desteğin önemi üzerinde durmuşlardır. Bu çerçevede bireyin ailesi, en geniş aile çevresi, arkadaşları, karşı cins arkadaşı, öğretmenleri, iş arkadaşları, komşuları, ideolojik, dinsel veya etnik gruplar ile bireyin içinde yaşadığı toplum gibi faktörler o bireyin sosyal destek kaynaklarını oluşturmaktadır. Bireyin kendisinde veya destek kaynaklarında meydana gelen değişimler nedeniyle bireyin sosyal destek düzeyi değişebilir. Bireylerin sosyal destek kaynaklarını aileleri, arkadaşları, komşuları, öğretmenleri ve çevrelerinde yer alan ideolojik, dinsel ve etnik gruplar ile içinde yaşadıkları toplum oluşturmaktadır (Yıldırım, 1997). Problemlerini çözmeyi becerebilen, üretken ve başarılı birey olur. Aile ve arkadaşları, çocuğun her türlü gelişiminde olduğu gibi okul başarısında da son derece önemlidir (Karadağ, 2007).

#### **2.2.5. Algılanan Sosyal Destek**

Öğrenmenin fizyolojik dürtülerinden çok, sosyal dürtülerin tatmini ile ilgili olduğu ifade edilmektedir (Senemoğlu, 2002). Algılanan sosyal destek, kişinin başkalarıyla güvenilir ilişkiler olduğuna ve desteği sağlayacağına yönelik bilişsel algılamasıdır. Başkalarından sağlayabildiği sevgi, saygı ve sosyal bağlanmanın öznel bilişsel değerlendirmesidir. Bunun yanı sıra, bizim değer verdiğimizizi ve sevdiğimizizi hissetmemizi ve başkaları ile ilişkilerimizde iyi olduğumuzu hissetmemizi kapsar (Başer, 2006). Yaşamın çeşitli alanlarında sevilen, aranan, değer verilen ve gerektiğinde ihtiyacı olan yardımı bulan bireyin, yakın insan ilişkilerinden daha fazla doyum aldığı ve başkalarınca desteklendiği duygusunu taşıdığı ileri sürülmüştür (Elmacı, 2001).

Algılanan sosyal destek, kişilerarası bağların niteliği ve varlığının bilişsel değerlendirilmesidir. Bir anlamda kişinin destekleyici etkileşimleri yorumlama, bağlı olduğu kişilere kişisel anlamlar vermeye dayalı öznel değerlendirmesidir (Sorias, 1988). Diğer destek tipi, sağlanan destek, diğerleri tarafından gösterilen davranış ve eylemler

anlamına gelmektedir. Bir bakıma desteğin davranışsal değerlendirmesidir. Belli bir zaman süreci içerisinde destek kaynaklarından elde edilen sosyal destek miktarıdır.

Algılanan destek, kişi yaşamında çeşitli rol alanlarında geliştirilen, kendilerine değer verilen, özen gösterilen, ihtiyaç duyduklarında başvurabilecekleri başka kişilerin yer aldığı, sahip oldukları ilişkilerden memnun kaldıkları inancını gösteren bir kavram olarak ele alınabilir (Karadağ, 2007).

Genel olarak, algılanan sosyal desteğin iki temel bileşeni söz konusudur. Bunlar; gerek duyulduğunda başvurulabilecek insanların varlığı algısı, mevcut destekten tatmin derecesidir. Bu bileşenlerin ilişkisi, bireylerin kişiliklerine bağlıdır (Aydın, 2001). Sözgelimi, kimileri sosyal destek sağlayan çok sayıda insan olmasını isterken, kimileri için de bir tek kişi yeterli olabilmektedir. Diğerleriyle birlikte olma ve rahatlık duygusu, destek gereksinimini de belirleyebilir. Aynı şekilde desteğin algılanmasından memnuniyet, benlik saygısı, çevre üzerinde kontrol duygusu gibi kişilik faktörlerinden etkilenebilir (Çakır ve Palabıyık, 1997). Sosyal destek fonksiyonlarının yeterli olup olmadığı konusunda kişinin kendi yargısı “algılanan sosyal destek” olarak değerlendirilebilir (Dülger, 2009).

Bazı araştırmalarda, algılanan destek ile sosyal paydaşlar tarafından sunulan desteğin her zaman aynı olmadığı gözlemlenmiştir. Algılanan desteğin kişilik özellikleri gibi oransal olarak kalıcı özelliklerin yanında, tutum ve karakter gibi değişken niteliklerinden etkilendiği belirlenmiştir (Sorias, 1988).

Sosyal ağlar da algılanan sosyal desteğe yönelik önemli bir kavram olarak ortaya çıkmaktadır. Sosyal ağ, kişilere sosyal desteği iletmek için temel araç durumundadır. Sosyal ağın yeterli derecede destekleyici olup olmadığı hususunda kişinin genel izlenimi “algılanan destek” olarak değerlendirilmektedir (Sorias, 1988). Sosyal ağlar kişilerin yaşamlarında önemli, mevcut durumda etkileşimde bulunduğu kişileri içermektedir. Sosyal destek ağı genelde anne, baba ve arkadaşlardan oluşur (Duru, 2008). Aile ve arkadaşlar enformel destek kaynağıyken danışmanlar, öğretmenler, din adamları gibi sosyal hizmetlerde çalışan kişiler ise formel destek kaynaklarıdır.

Son yıllarda sosyal desteğe ilişkin çalışmalarda, ağırlığın sosyal ilişkilerin yeterli derecede destekleyici olup olmadığı hususunda bireyin kendi izlenimlerine, yani “algılanan desteğe” kaydığı ifade edilmiştir. Algılanan sosyal destek, diğer insanlardan gelen desteğin varlığının ve yeterliliğinin bilişsel olarak değerlendirilmesidir (Başer, 2006). Başkalarının yardım talebinin algılanması, pozitif etkileri, bireyin kararlılığını, öz saygısını artırır ve çevresi üzerinde daha iyi denetim kurmasını sağlar.

### **2.3. Umutsuzluk**

Kimi kuramcılar umudun ne olduğunu tanımlarken kimileri umutsuzluğun tanımlamasını yapmış, kimileri de her ikisi arasındaki farkın ne olduğunu açıklamışlardır. Umutsuzluğun en basit şekilde umudun olmaması durumu olarak tanımlanabileceği düşünülürse umutsuzluğun anlaşılabilmesi için umudun ne olduğunun bilinmesi gerekmektedir. Dilbaz ve Seber (1993) göre umut, hedefe ulaşmak için uygulamaya konulan planların başarılabacağına dair öngörü iken umutsuzluk, bu planlara ilişkin başarısızlık öngörüsüdür. Umut ve umutsuzluğu tanımlarken gelecekteki hedeflere ulaşmaya dair inancı temele aldıkları görülmektedir. Beck ve diğerlerine göre (1974) umutsuzluk, gelecek ile ilgili olumsuz beklentilerdir. Bu tanımlamalardan farklı olarak Odağ (1995) ise umutsuzluğun, umudun amaç, yön, nesne ve konumunu değiştirmiş bir biçimi olduğunu öne sürmektedir. Sonuç olarak umut ve umutsuzlukla ilgili tanımlar incelendiğinde umutsuzluğun, bireyin kendi geleceğine ilişkin karamsar algısı ile geleceğini değiştirmekte çaresiz olduğu inancından oluştuğu görülmektedir.

#### **2.3.1. Umut ve Umutsuzluk Kavramı**

Umut, gelecekte herhangi bir insandan; bir olaydan ya da varlıktan ötürü ortaya çıkması beklenen ve olumlu bağlara yol açan, henüz gerçeklik kazanmamış kişisel ve toplumsal beklenti olarak tanımlanmaktadır (Bahadır, 2002). Umut kavramını Psikologlar, gelecekle ilgili beklenti yönüne dikkat çekerek tanımlamaktadırlar. Bu bağlamda umut, bir amacı gerçekleştirmede sıfırdan fazla olan beklentiler; umutsuzluğu ise bir amacı gerçekleştirmede sıfırdan az olan beklentiler şeklinde değerlendirilmektedir (Dilbaz ve Seber, 1993).

Umut, daha büyük bir canlılık, daha yüksek bir duyarlılık ve akılcılık sağlamak yönünde gerçekleştirilmek istenen her toplumsal değişimin belirleyici ögesidir. Ancak umut, gerçekleşmesi imkânsız olan koşulların gerçekçi olmayan bir şekilde zorlanması da değildir. Umut, yaşamaya ve büyümeye eşlik eden, onunla birlikte bulunan bir ruhsal ögedir (İmamoğlu ve Yavuz, 2011) Ayrıca yaşama iradesi, anlam arayışı ve yaşam sevgisini umudun karşılığı olarak kullanan psikologlar olduğu gibi, derin bir inancın, umudun bileşeni olduğunu söyleyerek, umudun inanç boyutuna (hayata, geleceğe inanma) dikkat çeken psikologlar da olmuştur (Frankl, 2007)

Geleceğe dönük olmak, insanda en güçlü eğilimlerden biridir. Zira varoluşçu psikolojide vurgulandığı üzere, “geçmiş” ve “şimdi” geleceğin ışığında nitelik kazanmaktadır. İnsan her ne kadar maddi anlamda tarihsel bir varlık olma özelliği taşıyorsa da aynı zamanda ruhsal yapısıyla tarih ötesi bir varlıktır. Geleceğe yönelik güçlü bir umut, hem geçmişin acılarından sıyrılmasında, hem de mevcut sıkıntılara katlanma yürekliliğini göstermesinde, insan için eşsiz bir güç kaynağı teşkil etmektedir (Geçtan, 1990).

Geleceğe dönük pozitif işlevinin yanında umut, özellikle kriz ve afet dönemlerinde, bir taraftan bireysel ya da toplumsal dayanma gücü sağlarken, diğer yandan da iyimserlikten doğan bir “sığınma” duygusu aşılır. Başka bir ifadeyle umut güvenin net bir ifadesidir. Zira pozitif anlamıyla umut, istenen bir olguyu, ya da varlığı hedefler (Kula, 2006).

Synder ve diğerleri umudu, duygusal ve bilişsel olmak üzere iki boyutlu olarak değerlendirmişlerdir. “Agency (vasıta)” adı verilen ilk boyut, amaca ulaşmayı isteme ve amaca ulaşmak için kendinde güç hissetme olarak tanımlanmaktadır. Umudun bu boyutu, geçmişteki, içinde bulunulan andaki ve gelecekteki hedefi elde etmede başarılı kararlar verildiğine ya da verilebileceğine ilişkin özellikler içerir. Umudun ikinci boyutu ise “pathway (yol)” olarak adlandırılmaktadır. Bu boyut da bireyin hedeflerine ulaşmada başarılı planlar yapabileceğine yönelik inancını kapsamaktadır. Her iki boyut da birbirleri ile bağlantılı ve birbirlerinin etkilerini pozitif olarak artırıcı olarak değerlendirilebilir. Hem umut hem de umutsuzluk, bireyin gelecekteki gerçek amaçlarına ulaşma olanaklarının mümkün yansımalarıdır. Umut ve umutsuzluk karşıt beklentileri yansıtır. Umutta amaca

ulaşmak için uygulamaya konan planların başarılacağı öngörüsü varken, umutsuzlukta başarısızlık yargısı vardır (Aras, 2011).

Fonksiyonu itibariyle umudu sadece gelecek zamanla sınırlandırmak doğru değildir. Geçmiş ve yaşanan anı geleceğe kurban etmek; yani geçmiş tecrübelerden tamamen bağımsız olarak tüm seçenekleri geleceğe bağlamak, yaşanan gerçeklikten kopmaya yol açar. Yaşanan anın gereklerini yerine getirmeyen insanın, gelecekte umut ettiği ile birlikte ortaya çıkacak yükümlülükler kayıtsız kalacağı, güçlü bir ihtimaldir. Diğer taraftan umut, gerçeklik ile bağlantılı olduğu sürece anlamlı neticelere yol açabilir. Çünkü gerçekleşmesi mümkün olmayan beklentilere umut bağlamak, hayal kırıklığı ile sonuçlanabilir (Bahadır, 2002).

Beck ve diğerleri (1990) umutsuzluğu, bireyin gelecek ile ilgili olumsuz beklentiler geliştirmesi ve kişinin kendi kapasitesini olduğundan aşağı görmesi olarak tanımlamaktadır. Ayrıca umutsuzluğun, bireyi intihara götüren bir dizi depresif duyguların yaşanmasında önemli bir role sahip olduğunu da belirtmişlerdir. Benzer şekilde Lester ve arkadaşları umutsuzluğu, “kişinin gelecekle ilgili olumsuz, kötümser bir tutum içinde olması ve geleceğe dair motivasyonunu kaybetmesi” olarak tanımlamışlardır (Gençöz vd. 2006). Amerikan Psikoloji Birliği'nin tanımına göre umutsuzluk, bireyin seçme özgürlüğünün bulunmadığını ya da seçeneklerinin sınırlı olduğunu gördüğü ve kendi adına enerjisini harekete geçiremediği öznel duygu durumudur. Umutsuzluk, kişinin kendi içinde bulunduğu fiziksel, zihinsel veya toplumsal durumun düzelmeyeceğine ilişkin genel ruh halidir (Ağır, 2007).

Ayrıca Rideout ve Montemuro'ya göre umutsuzluk bir amacı gerçekleştirmede sıfırdan az olan olumsuz beklentilerdir. Gerek umut gerekse umutsuzluk, her ikisi de kişinin gelecekteki gerçek hedeflerine ulaşma olanaklarının olası yansımasıdır. Umut ve umutsuzluk karşıt beklentileri simgeler. Umutta hedefe ulaşmak için uygulamaya konulan planların başarılacağı öngörüsü varken; umutsuzlukta başarısızlık yargısı vardır. Bu iki uç beklenti, kişiden kişiye, durumdan duruma beklenen sonucun ne zaman ve nasıl gerçekleştiğine bağlı olarak değişiklik gösterir (Dilbaz ve Seber, 1993).

Horney (1998), umutsuzluğu, başarısızlık olarak değerlendirilen durumlara karşı gösterilen ve olayın gerçek boyutları ile orantılı olmayan bir tepki biçimi ve belirsizliğe düşmüş olmaya, hatalar yapmaya ilişkin bir kaygıdan ziyade bu tür durumlara ilişkin gelecekle ilgili beklentilerin değişmez karamsarlık rengi olarak tanımlamaktadır.

Frankl (2007) umutsuzluğu, insanın anlam arayışının engellenmesi bağlamında ele almış ve anlam arayışının, bireyin yaşamındaki temel bir güdü olduğunu fakat kesinlikle bir ruh hastalığı olmadığını belirtmiştir. Frankl, en kötü koşullarda intihar etmemesinin sebebini, en ümitsiz günlerde bile bir yaşama gayesinin olmasına bağlamıştır.

Güleç ve Köroğlu'na (1994) göre umutsuzluk zamanın kısa, başka bir yaşama başlamak ve bütünlüğe götürecek seçenek yolları denemek için çok kısa olduğu duygusunu dile getirir. Ayrıca nefret içinde umutsuzluğu saklar. Bu nefret, büyük bir vicdan azabı vermeyen fakat içinde “bin küçük nefreti” barındıran bir nefrettir.

Marcel'e göre umutsuzluk, her şeyden önce kendisini bir “kapalılık” deneyimi olarak gösterir. Umutsuzluk, bir yönüyle, zamanı fişi çekilmiş gibi düşünmek ya da durdurulmuş bir zamanda yaşamak gibidir. Zira geleceğin de tekdüzelik açısından bugünden farksız olacağını düşünen insan için verimli olarak kullanılacak zamandan söz edilemez (Koç, 2008).

Kierkegaard (2001) ise umutsuzluğun, gerçek özü yitirmiş olmak, ölüm hastalığına tutulmuş olmak, benlikteki ebediliğin ölmesi anlamına geldiğini belirtmiştir. Ona göre bir şeyden umutsuzluğa düşmek gerçek umutsuzluk olmayıp sadece bir başlangıç olmaktadır. Zira umutsuzluk daha sonra ortaya çıkmaktadır. Bu nedenle varoluş serüveninde “ben” in kendi haline gelmeyi başaramaması yani benliğin kaybedilmesi en büyük tehlike olup bu gerçek bir umutsuzluk olmaktadır. İnsan benliğin kaybindan haberdar olsun veya olmasın umutsuzluğunu daima sürdürmektedir.

Kierkegaard (2001), benliğin bilinçli veya bilinçsiz olarak kendisi hâline gelemeyişini gerçek anlamda bir umutsuzluk olarak adlandırmakta ve bunu ölüm hastalığına tutulmak olarak nitelendirmektedir. Buna göre umutsuzluk, geride hiçbir şey bırakmadan kişiyi ölüme götüren bir hastalık olmaktadır. Umutsuz durumdaki hasta,

ölümcül hastadır. Ama ölememektedir, sürekli can çekişmektedir. Zira ölümün geçiş olduğunu kabul eden insan için, ölüm bile yaşamdan çok daha fazla umut içerir, onun için ölüm veya ölüme götüren bir bedensel hastalık bile, “ölümcül hastalık” olmamaktadır. Bu niteliğiyle "yaşamın hiçbir şey olmaması" demek olan umutsuzluk tam anlamıyla “ölümcül hastalık” ifadesine layık olmaktadır. Umutsuz kişi bütün umutlarını yitirmiş olduğu gibi ölme umudunu da yitirmiş olmanın umutsuzluğu içerisinde.

Kierkegaard, inancın zıddının günah olduğunu belirtirken, inançtan kaynaklanmayan her şeyin de günah olacağını, dolayısıyla umutsuzluğun da günah olduğunu belirtmektedir. Zira gerçek bir Hıristiyan olunmadıkça yani “ben” in kendisi olarak Tanrının (yaratıcısının) karşısına çıkma cesaretini gösteremediği müddetçe umutsuzluktan kurtulmasının mümkün olmadığını belirtmektedir.

Umutsuzlukla ilgili yapılan tanımlamalarda umutsuzluğun sosyolojik, psikanalitik ve özellikle bilişsel boyutuna dikkat çekilmiş ve farklı açıklamalarda bulunulmuştur. Umutsuzluk, bilişsel kuram çerçevesinde ilk kez Beck ve diğerleri tarafından ele alınmış, daha sonra Seligman’ın öğrenilmiş çaresizlik modeli ile açıklanmaya çalışılmıştır. Öğrenilmiş çaresizlik modeli Abramson ve diğerleri tarafından yeniden düzenlenerek depresyonun umutsuzluk kuramı olarak adlandırılmıştır. Bu kurama göre, umutsuzluk, sosyal davranışlarla birliktelik gösterir. Depresyon sürecinde umutsuzluğa, değersizlik, çaresizlik, karasızlık, eyleme geçememe, işlerini sürdürememe ve suçluluk duyguları gibi kavramlar eşlik eder (Dilbaz ve Seber, 1993).

Yapılan tanımlamalarda, umutsuzluğun umut kavramı ile karşıt beklentileri ihtiva ettiği ve bireyin gelecekteki hedeflerine ulaşma olanağına işaret eden bir kavram olduğu dile getirilmiştir. Umutta hedefe ulaşmak için uygulamaya konulan planların başarılabacağı öngörüsü mevcut iken; umutsuzlukta başarısızlık yargısı mevcut bulunmaktadır. Umut ve umutsuzluk kişiden kişiye, durumdan duruma değişiklik gösterir. Bu iki kavram amaca ulaşmada izlenecek yolun şeklini belirlediği gibi, nasıl bir amaç belirleneceğini de etkiler. Nitekim, insan hayatta en sevdiği kimseleri, mesleğini, tüm parasını, herhangi bir organını kaybedebilir. Bunlar gerçekten de insanın umut ve umutsuzluğunda son derece etkili hususlardır, ama bireyin benliğini, kimliğini yitirmesi belki de bunların en kötüsü olmaktadır. Umutsuzluğun inançsızlıkla yakın ilişkisi olduğu tespit edilen bir durumdur.

Gerçek anlamda umutsuzluk, kendini yaşama bağlayan her şeye inancını yitirmiş olmak demektir (Yavuz, 2009).

Umutsuzluğa eşlik eden kavramlar ise değersizlik, mutsuzluk, eyleme geçememe, işlerini sürdürememe, suçluluk ve çaresizlik duyguları olduğu rapor edilmiştir (Dilbaz ve Seber, 1993). Umudun insan yaşamının içgüdüsel bir ögesi olduğu, bireylerin potansiyellerini göstermelerini kolaylaştırdığı belirtilmektedir. Umut ve umutsuzluk, bireylerin geleceğe yönelik beklentilerinin gerçekleşme imkânını ifade etmektedir (Güleç ve Köroğlu, 1997). Umutsuzlukta üzüntü, geleceğe yönelik olumsuz beklentiler, olumsuzluk ve kötümserlik ile ilgili duygusal bozukluklar etkili olabilmektedir. Kişi kendini dış dünyayı ve geleceğini olumsuz değerlendirebilmekte, yaşamı engeller ve zorlayıcı olaylarla dolu olarak görebilmektedir. Bu yaşantının sonucu olarak da umutsuzluk yaşanabilmektedir (Durak, 1994).

Benzer olarak umutsuzluk geleceğe ilişkin olumsuz beklentiler ve geleceğin olumsuz olarak değerlendirilmesi olarak tanımlanmıştır. Geleceğe ilişkin karamsar olmak, amaçlarına asla ulaşamayacağına inanmak, var olan sorunların hiçbir zaman çözülemeyeceğine inanmak umutsuzluğa işaret eden bilişsel öğelerdir (Odağ, 1995). Umut ve umutsuzluk karşıt beklentileri simgeleyen kavramlardır. Gerek umut gerekse umutsuzluk, her iki kavram da bireyin gelecekteki gerçek hedeflerine ulaşma olanaklarının olası yansıması olarak görülmüştür (Kutlu, 1998). Umutta amaca ulaşmak için uygulamaya konulan planların başarılacağı öngörüsü varken; umutsuzlukta başarısızlık yargısı bulunmaktadır. Bu iki uç beklenti kişiden kişiye, durumdan duruma beklenen sonucu ne zaman ve nasıl gerçekleştireceğine bağlı olarak değişiklik göstermektedir (Dilbaz ve Seber, 1998).

Aynı zamanda umudun terapötik süreçler içinde de önemli bir yeri bulunmaktadır. Umudun aşılması ve korunması tüm psikoterapilerde can alıcı önemdedir. Diğer tedavi edici etmenlerin etkili olabilmesi için terapilerde yalnızca umut yeterli değildir, ancak tedaviye güven kendi başına tedavi edici olarak etkili olabilir. Çeşitli araştırmalar, terapiden önce umudun olumlu terapi sonucuyla önemli biçimde ilişkili olduğunu göstermiştir. İnançları iyileştirme ve plasebo tedavisi ile yürütülen terapilerin umutsuzluk ile ilgili çok çeşitli veriler bulunmaktadır (Horney, 1998). Aynı zamanda bireyleri umutsuz



duygularından arındırmak için; bilişsel davranışçı tekniklerin de yardımı ile bireylerin öz-yeterlilik algısı yükseltılarak sağlıksız davranışlar terk edilerek yerine sağlıklı davranışlar başlatılarak yardımcı olunmaktadır.

Umutsuzluk geçmişte yaşanmış yaşam örüntüsünün genelleme yapılarak geleceğe atfedilmesi olarak da tanımlanmaktadır. Kişinin sorunlarına çare bulamaması, kişiyi umutsuzluğa düşürmektedir. Umutsuzluk çaresizliğin getirmiş olduğu nihai bir sonuç olarak görülmektedir (Gençöz vd. 2006).

### **2.3.2. Psikoloji İçinde Umutsuzluk**

Psikolojik olarak umut, bireyde kendisini güvende hissettiği ve duygusal açıdan da doygun olduğu zamanlarda ortaya çıkmaktadır. Ancak istisnai olarak umut duygusu sadece olumlu değil, olumsuz ve içinde bulunulan zor zamanda da kişinin sarıldığı bir inanç olarak değerlendirilebilir. İşler iyi gitmediğinde veya en azından, makul bir zaman içinde olumlu bir hale dönüşeceğine dair önemli bir belirsizlik olduğunda, şartların birey için içinden çıkılmaz bir hal durumunda umut devreye girmektedir. Korku, umutsuzluk veya muhtemel olarak umutsuzluk olarak görünen zamanlarda ortaya çıkan umut duygusu, bireyi çaresiz kalmaktan kurtarabilmektedir (Fromm, 1995).

Bireyi çaresiz kalmaktan kurtarabilen ve çıkış yolu bulmasını destekleyen umut duygusu, Lazarus (1991)'un "en kötüden korktuğun an, daha iyisi için özlem duymaya başlarsın" ifadesini doğrular niteliktedir. Kişinin kendini çaresiz hissettiği zamanlarda ortaya çıkma eğiliminde olan umut, kelimenin tam anlamıyla kişinin ufkunu açar ve kişinin geleceğe yönelmesi için bir sebebi olduğunu hatırlatmaktadır. Bu duygu, kişinin hissetmiş olduğu korku ve umutsuzluk perdesini ortadan kaldırır ve kişinin içinde bulunduğu durumdan kişiyi alarak büyük resmi görmesini sağlar. Umutla birlikte kişi, gelecekte gerçekleştirmek istediği hayaller için kendini daha yaratıcı ve girişimci olarak görebilir; çünkü geniş umut çeperi içinde bir şeylerin değişeceği inancı kişinin motivasyonunu artırıp kişiye özgüven verebilmektedir (Frankl, 1997).

Bu özgüven duygusu içinde umut, sükûnete de neden olabilmektedir. Kişinin içinde oluşturduğu mutluluk vaadi, gerçeği ve bilgeliği riske atabilmektedir. Umut duygusu,

zengin, fakir, mutlu, üzgün, başarılı, başarısız her insanı geliştirmeyi ve içindeki yaşama sevincini sürdürmesi için gerekli olan cesareti aşılabilir (Fogarty, 1984).

Kendinde cesaret bulan bireyin kendi isteğiyle umutlu ve kendi isteği dışında da umutsuzluk duygularına sahip olduğu gözlemlenebilir. Bu yüzden umut ve umutsuzluk kavramlarının irdelenmesinde, bireylerin gerçekte hangi duygulara sahip olduğu ve davranışlarına ne düzeyde bunları yansıttığı önemli görülmektedir. Bireylerin umutlu mu umutsuz mu olduğu; bireylerin yüzlerindeki jest ve mimiklerinden, beden dillerinden, herhangi bir duruma karşı ilgiyle tepki göstermelerinden veya mantık çerçevesinde dinleme becerisiyle bireyin kendisini gösteriyor olmasından anlaşılabilir (Fromm, 1995).

Psikiyatri açısından umut kavramı birey için iyi olarak yorumlanmamaktadır. Umudun olduğu sürece, bu umudu takip eden birey, inatla uzaklaşmakta olan duygunun takibine devam edebilecektir. Bu durum, somut olarak bireyi gerçeklerden uzaklaştırıp, olmasını istediği hisler içine sokabilir. Umuda yaklaşmayan birey karamsarlık içinde acı çekmeye başlayıp, umutsuzluk duygusuna itebilir. Birey için umutsuzluğun söz konusu, umut duygusuna karşı bir kültür olarak; iğneleme, hile, çelişki ve var olan bir gerçeği tersine çevirme durumları içermektedir. Bu durumu hisseden birey, psikiyatri açısından, depresyon içinde ve kötüye giden bir hastalığa kapılmış olarak algılanmaktadır (Fogarty, 1984).

Depresyonla birlikte umutsuzluk ve yalnızlık duyguları, bireyi intihara doğru sürükleyebilir. İntihar, bireyin yaşamına kendi iradesiyle son vermesi anlamına gelmektedir. Bireyi bu davranıştan uzaklaştırmak ve yaşama karşı olumlu bakabilmesini sağlamak bu noktada oldukça önemli görülmektedir. Pozitif anlamda, Horney (1998), kişileri intihar davranışından uzak tutan “olumlu” bilişler üzerinde durmaktadır. Bu anlamda Horney, umudu ve insanları yaşama bağlayan nedenleri, altı faktör altında toplamıştır.

- i. Hayatta kalma ve mücadele etme inançları,
- ii. Aileye karşı sorumluluk,
- iii. Çocukla ilgili kaygılar,

- iv. İntihar korkusu,
- v. Sosyal açıdan onaylanmama korkusu,
- vi. Ahlaki engeller

Yapılan bu çalışmada, bu faktörlerle ilgili olarak, kişilerin verdikleri önem derecesi ile intihar davranışı arasında olumsuz bir ilişki olduğu sonucuna varılmıştır. Bu modele göre, yaşamı sürdürme nedenleri güçlü olan bireyler, stres ve umutsuzluğa karşı daha iyi direnebilmekte ve daha az intihar düşüncelerine sahip olmaktadır (Batıgün, 2005).

Psikiyatri içinde duygular; uyarana obje veya insanlara veya dışımızdaki bir şeye karşı olan reaksiyonlardır. Çoğunlukla farkındalık halindeyken, sıradan bir konuşmanın diğer yüzünü fark ettiğimizde oradadırlar. Kızgınlık, depresyon, korku ve gerilim duygusu veya rahatlama içerirler. Gelirler ve giderler, tutarsız ve zaman duygusundan yoksundurlar. Yükselir alçalırlar, bireye doğru gelirler veya uzaklaşırlar, değişkenlik ve önceden bilinmezlik içerirler. Duygusal hareketin yakıtı öge ise umuttur. Umut, sezgisel füzyon sürecinin temel parçası olarak görülmekte ve özel oluşuyla da, cesareti ve özgüveni artırmaktadır (Fogart, 1984).

Ne kadar kötü veya belirsiz olursa olsun olaylar şu anda yaşanmaktadır, her şey daha iyiye gidebilme olasılığı içindedir. Bu olasılığa olan inanç daha iyi bir geleceği desteklemektedir. Bu duygu bireyi kederden ve hüzünden çökmekten kurtarmaya yardımcı olabilir. Pozitif olmak umudu yüceltmenin ön adımı olarak değerlendirilebilir. Bu pozitiflik, bireyi çevresinde süregelen olaylara dokunmak ve yaratıcılığının imzasını atmak için motive etmektedir (Fredrickson, 2012). Umutsuzluk; gerçekçi olmayan ve olması gereken beklentilerin içsel ölümüne sebep olmaktadır. Umutsuzluk kendi kendini farklılaştırabilir. Depresyon, umutsuzluğa ait ve oldukça sabit olarak kalabilir ve bu durumdan etkilenen birey, insanlara depresif davranışlar gösterebilir. Birey bu umutsuzluk hissi içinde yaşamdan soğuyup, iç dünyasında bu durumu destekleyen tecrübeler yaşamak isteyebilir (Yavuz, 2009).

Bireyin yaşam deneyiminden genelleme yaparak geleceğe dair yorum yapması durumu olarak da değerlendirilebilen umutsuzluk, bireyin sorunlarına çözüm bulamaması ve bireyi depresyona doğru sürükleyen bir durumdur. Genel anlamda düşünüldüğünde, umutsuzluğun sebebi olarak çaresizlik, öne çıkmaktadır (Üngüren ve Ehtiyar, 2009).

Bireylerde umutsuzluk duygusu bir hastalık sonucunda ve bir hastalık nedeni de olabilmektedir. Bu olumsuz duygu, bireyin etrafında gelişen olayları baş edilemez çözülemez problemler olarak algılamasına dolayısıyla bireyi durağanlığa itmektedir. İlgisizlik, hüznün, suçluluk duygusu, karamsarlık ve umursamama davranışlara yol açabilmektedir. Kişinin iç kaynaklarını olumsuz baskı altında veya tükenmiş hissetmesi, dışarıdan bir desteğe ihtiyaca olduğunu bize kanıtlar. Bireyin hissettiği çaresizlik durumu çeşitli kültürel kaynaklardan etkilenmektedir. Birey, umutsuzluğunun üstesinden gelebileceği bir durum olarak algılayabilir veya kader ve felaket olarak algılayıp umutsuzluğunu derinleştirebilir (Bozkurt, 2004).

Umutsuzluk sert ve esnek olmayan duygu, düşünce ve eylemlere dayanmaktadır şeklinde açıklanabilir. Umutsuzluk içindeki birey anlamsızlık ve geçicilik duygusu içinde bulunabilir. Şiddetli bir umursamazlık halinde birey, problemleri çözmeye çalışmamaktadır veya hayatın güçlüklerinin üstesinden gelmeye gayret etmemektedir. Çünkü bu duygular içinde olan birey, hiçbir değişimin mümkün olmayacağını düşünebilir. Umutsuzluk içinde olan birey, genel olarak başarabileceği tercihleri görmezden gelmekte ve hayatını değiştirebilecek itici gücü kaybetmek üzeredir (Örsal, 1998).

Bu konuda çalışma yapan bilim insanlarından olan Horney (1993) umutsuzluğu, başarısızlık olarak değerlendirilen durumlara karşı gösterilen ve olayın gerçek boyutları ile orantılı olmayan bir tepki biçimi olarak belirtmiştir. Bir takım tıp bilimcileri ise umutsuzluğu, bazı insanların yaşamlarının farklı dönemlerinde çeşitli gerekçelerle içine düştüğü depresyon hastalığının bir belirtisi olarak değerlendirmektedirler (Kierkegaard, 2007).

Bunlara ek olarak ise Abramson ve diğerkleri (1989) yaşamda insanın en az bir kerede olsa içine düşebileceği bir durum olan umutsuzluğun üzerine çalışmışlardır. Çalışmış oldukları kurama göz atıldığında, umutsuz duruma düşmeden önce birey, olumsuz bilişsel hal veya yükleme şekli geliştirmiştir. Bununla beraber, birtakım kötü ve stresli tecrübeler yaşamıştır. Onların düşüncesine göre umutsuz birey, kendi yaşamında birtakım kötü şeylerin olacağını, hiçbir zaman olumlu bir şey olmayacağını ve istenmeyen durumları değiştirmenin gerçekteşirilemeyeceğini düşünmektedir.

Metalsky ve Joiner (1990) ise umutsuzlukla ilgili üç bilişsel görüş belirtmiştir. Buna göre umutsuz birey;

- i. İstenmeyen durumları kaçınılmaz ve kontrol altında tutulamayan nedenlere bağlar;
- ii. İstenmeyen bir durumdan kendisiyle ilgili olumsuz bir çıkarım yapar. “Ben değersizim” der.
- iii. İstenmeyen bir durumun gelecekte de kötü olaylara neden olacağı düşüncesi içindedir (Aras, 2011).

Umutsuz bir bireyi, bataklığın içirisine düşmüş olan fakat çıkmak için sürekli çırpınmakta olan ancak çırpındıkça, daha da batmakta olan bir kimseye benzetmek mümkün olabilir (Taner, 2008).

Umutsuzluk kavramıyla ilgili olarak Stotland (1969) ise, umutsuzluğu bilişsel şema içinde geleceğe ait olumsuz beklentiler olarak tanımlamaktadır. Bu sebepten dolayı kötümser veya umutsuz bir birey hiçbir şeyin düzelmeyeceği inancı içinde olabilir veya paralel şekilde beklenti taşıyabilir. Herhangi bir konuda bu durumun içinde olan bireylerden başarı beklenme ihtimali zayıftır. Birey kendisi için önemli olarak gördüğu hedeflere erişemeyecek ve en kötüsü de sorunlarını çözmekte her zaman güçlük çekecektir (aktaran Öngider, 1997). Bu güçlüklerle beraber, umutsuzluk ve umutsuzluğa bağlı olarak depresyona doğru itilen bireyler, amaçsızlık, isteksizlik, güçsüzlük, güdülenme eksikliği,

karamsarlık, yoğunlaşma eksikliği ve yaşamında düzensizlik olarak tanımlanabilen olumsuz davranışlar içinde olabilirler.

### 2.3.3. Umutsuzluğun Nedenleri ve Belirtileri

Melges'e göre bireyde umut ya da umutsuzluk tablosu büyük ölçüde birtakım bilişsel süreçlerin etkileşimi sonucunda ortaya çıkar (Dilbaz ve Seber, 1993). Bu süreçler; hedefe ulaşma yolunda şanstın ziyade yeteneği önemsemeye, başkalarına olan güven duygusuna ve uzun dönemli amaçlara oranla kısa dönemli amaçlara ulaşma çabasına olan inanç ile söz edilenler arasındaki etkileşim olarak sayılabilir (Yenibaş, 2002). Bununla birlikte şu olguyu da gözden kaçırmamak gerekir; bir bireydeki umudun ya da umutsuzluğun gelişmesi, büyük ölçüde onun ait olduğu toplum ya da sınıfta umudun ya da umutsuzluğun varlığıyla belirlenir (Fromm, 1995). Kierkegaard (2007) umutsuzluğun iki şekilden bahsetmektedir. Bunlar bilinçli umutsuzluk ve bilinçsiz umutsuzluktur. Ona göre en olumsuz bilinçsiz umutsuzluktur çünkü umutsuzluğun kendisi bir olumsuzlukken umutsuzluğunu bilmemek kurtuluştan uzaklığa bir adım daha ekler.

Amerikan Psikoloji Birliği umutsuzluğun nedenlerini aşağıdaki gibi sıralamıştır (Yıldırım, 2007).

- i. Çeşitli etkenlere bağlı olarak bireyin etkinliklerin uzun süre kısıtlanması ve bunun sonucunda ortaya çıkan yalnızlık, beden sağlığının kötüleşmesi, uzun süreli stres,
- ii. Kendini bırakmak,
- iii. Soyut değerlere ve/veya Tanrı'ya olan inancı kaybetmek,

Umutsuzluk kavramı literatürde depresyon kavramı ile birlikte ele alınmaktadır. Bir başka ifade ile umutsuzluk ya da geleceği olumsuz değerlendirme, depresyonun genel özelliklerini belirlemesi nedeniyle önemli kabul edilmektedir.

Beck (2008) depresyonu tanımlarken üç kavram kullanmıştır. Bunlar;

*Bilişsel üçlü:* Bu yapı kişinin kendini, çevresini ve geleceğini olumsuz değerlendirmesinden oluşur. Kişi kendini yetersiz, değersiz ve kusurlu bulur. Çevresi ona yardım etmemektedir. Yaşamı engeller ve zorlayıcı olaylarla dolu olarak görür. Geleceğinden umutsuzdur. Engellemeler, düş kırıklıkları ve yoksunluklarla karşılaşacağını görür.

*Sessiz kabulleniş (şemalar):* Bu kavram kişinin kendisinin de açıklayamayacağı bazı inanç ve kurallara dayanır.

*Bilişsel hatalar (zihinsel çarpıtmalar):* Depresyon belirtisi gösteren kişinin düşünce biçimlerinin veya zihinsel işleyişlerinin, normalden farklılığa dikkat çekmek üzere ortaya atılmıştır.

Abransan umutsuzluk kavramının üç tane ana karakteristik özelliği olduğunu belirtmiştir (Konukbay, 2005).

- i. Çözüm oluşturmada yetersizlik (Motivasyonel semptomlar, kişinin fiziki boyutunda ortaya çıkar).
- ii. Kişinin hakkında umutsuzluk hissettiği sonucun, kısmen kendi tepkilerince kontrol edildiği gerçeğini anlamada güçlük (Bilişsel semptomlar, kişinin entelektüel boyutunda ortaya çıkar).
- iii. Üzüntü etkisi (Duygusal semptomlar, kişinin duygusal boyutunda ortaya çıkar).

Umutsuzluk, bir hastalık sonucunda gelişebileceği gibi, bir hastalık nedeni de olabilir. Umutsuzluk, hastanın çevresindeki olayları karşı konulmaz olarak görmesine ve geri çekilmesine yol açar. Apati (ilgisizlik), keder, suçluluk, karamsarlık, umursamama gibi davranışsal tepkilere yol açabilir. Bireyin iç kaynaklarını tehdit altında ya da tükenmiş hissetmesi, dışarıdan yardıma gereksinimi olduğunu gösterir. Hastalıklar bireyde çaresizlik duygularına neden olur. Bireyin hastalığını algılaması çeşitli kültürel kaynaklardan

etkilenir. Birey, hastalığı üstesinden gelebileceği bir durum olarak algılayabileceği gibi, kader, felaket olarak algılayıp umutsuzluğa düşebilir (Bozkurt, 2004).

Umutsuzluğun belirtileri Amerikan Psikoloji Birliği (1997), tarafından aşağıdaki gibi belirtilmiştir (Yıldırım 2007).

- i. Kötümser içerikli konuşmalar, dilde olumsuz ifadeler
- ii. Edilgenlik, konusunda azalma
- iii. Duyguların ifadesinin azalması
- iv. İnisiyatif kullanma eksikliği
- v. Dış uyaranlara karşı tepkilerin azalması
- vi. Kendisiyle konuşan kişiye ilgisizlik
- vii. Umursamaz ve aldırılmaz tavırlar
- viii. İştahta azalma
- ix. Uyku saatlerinde artma ya da azalma
- x. Kişisel bakımına özen göstermeme,
- xi. Sosyal ortamlardan kaçınma.

Bireyin iç kaynaklarını tehdit altında ya da tükenmiş hissetmesi, dışarıdan yardıma gereksinimi olduğunu gösterir. Hastalıklar bireyde çaresizlik duygularına neden olur. Bireyin hastalığını algılaması çeşitli kültürel kaynaklardan etkilenir. Birey, hastalığı üstesinden gelebileceği bir durum olarak algılayabileceği gibi, kader, felaket olarak algılayıp umutsuzluğa da düşebilir (Aras, 2011).



Bireyin “umutsuzluk” düşünce ve duygusunu hissetmeye başlamadan önce bir takım dinamiklere sahip olduğu tespit edilmiştir. Buna göre:

- i. Birey olumsuz yüklemelerde bulunmaktadır ve olumsuz bilişsel şemaya sahiptir.
- ii. Bireyin strese neden olan şanssız ya da olumsuz bir deneyimi bulunmaktadır.

Bunların yanı sıra umutsuz bireylerde ortak üç bilişsel şema görüldüğü belirtilmektedir:

- i. Bireyin, kötü olayların engellenemeyeceği ve kendi kontrolü dışındaki nedenlere bağlı olduğuna ilişkin beklentisi,
- ii. Bireyin olumsuz deneyimlerden kendisi hakkında olumsuz yargılara varması.
- iii. Bireyin, bir olumsuz olayın diğer olumsuz olaylara neden olacağını varsayması.

Bireyin bilişsel koşullanmaları yüksek düzeyde stres ile birleştiğinde depresyonun zeminini hazırlamaktadır. Depresyonla sonuçlanan nedensel süreç, olumsuz yaşam olaylarının algılanmasıyla başlamaktadır. Fakat bireylerin, olumsuz yaşam olayları ile karşılaştıklarında her zaman umutsuz ve depresif bir duruma düşecekleri beklenmemelidir (Ağır, 2007).

#### **2.3.4. Umutsuz Kişilerin Davranış Özellikleri**

Umutsuz kişiler genellikle durgun, kendilerinden veya yaşamlarının anlamsızlığından sürekli şikâyet eden bir görünüme sahiptirler (Cüceloğlu, 2000). Umut kırıklığının çok ağır bir sonucu yıkıcılık ve şiddettir. İnsanoğlu umutsuz yasayamayacağından, umudu tümüyle yok olmuş kişi, yaşamdan nefret eder. Yasamı üretmediğinden dolayı yaşamı yok etmeyi ister (Fromm, 1995)

Horney'e (1998) göre umutsuz bireylerin, kendilerine olan güvensizliklerinin yanında başkalarına da güven duymama durumları söz konusudur. Bundan ötürü umutsuz bireyler başarısızlıklarından tamamen başkalarını sorumlu tutma eğilimindedirler. Bunun yanı sıra umutsuz birey hayatındaki ümit verici uğraşları bırakarak yasamdan bir nebze zevk alabilmek için güzel yemek, alkol eğlenceleri, önemsiz cinsel ilişkiler gibi yaşamın sadece yüzeysel kısmına yönelebilirler. Dolayısıyla yozlaşmak suretiyle kendilerinin alt üst oluşlarına göz yumabilmekte içkiye, kumara, hayat kadınlarıyla kurulan ilişkilere sığınabilmektedir (Taner, 2008).

Ruh sağlığında umudun yapıcılığı kadar, umutsuzluğun yıkıcılığı da belirleyici bir role sahiptir. Umutsuzluk ruhsal yapının esnekliğini, canlılığını ve zenginliğini tahrip ederek katılaşmasına yol açar. Bu durumda insan, yenileşmeye ve değişmeye büyük ölçüde kapalıdır. Ruhsal hastalıkların önemli kısmında, geleceğe yönelik beklentisizlik ile birlikte aktivite zayıflığının temel neden olarak belirdiği göz önünde bulundurulduğunda, umutsuzluğun bu noktadaki payının da belirleyici olduğu görülmektedir (Bahadır, 2002).

Umutsuzluk, umutsuzluğu aşip daha güçlü bir birey olma avantajını barındırmasına karşın, önemli psikiyatrik bozuklukların başlangıcı ve ölümcül bir hastalık olarak değerlendirilmektedir (Kierkegaard, 2001). Umutsuzluğa eşlik eden bulgular olumsuz düşünme biçimi, değersizlik, çaresizlik, mutsuzluk, kararsızlık, eyleme geçememe, işlerini sürdürmememe ve suçluluk duygularıdır. Umutsuzluğun sonuçları ise psikolojik hissizlik, depresyon ve sonrasında intihar düşüncesidir. Umutsuzluğun sonuçlarından psikolojik hissizlik, dış olaylara, insanlara yönelik genel bir ilgisizlik, uyuşukluk, ya da genel bir duyu veya duygu eksikliği şeklinde tanımlanmaktadır. Psikiyatride ruh hastalığının bir belirtisi olarak, normalde önemli sayılan şeylere yönelik bir duygusuzluk, anlamsızlık duygusu veya ilgisizlik olarak da tarif edilmektedir (Taner, 2008).

Umutsuzlukta önemli tehlikelerden biri, alternatifleri denemek veya geçmişi unutup eskisinden daha güzel başka bir hayata başlamak için zamanın kısa olduğu duygusuna yol açacak psikolojik hissizlik ve nefretin belirmesiyle gündeme gelir. Çünkü kronikleşmiş umutsuzluğun bir göstergesi olarak psikolojik hissizlik, geri dönüşü zor bir patolojik süreci beraberinde getirmektedir (Bahadır, 2002).

### 2.3.5. Beck'in Umutsuzluk Modeli

Umut ve umutsuzluk durumları sürekli ve karşılıklı olarak kişinin hissettikleri beklentileri ifade etmektedir. Umut kavramının içerisinde, amaca ulaşmak maksadıyla pratiğe dönüşmüş planların başarılacağı fikri ve öngörüsü mevcut iken; umutsuzluk kavramında ise sonuca varamamanın tedirginliği ve başarıyı yakalayamama durumu mevcuttur. Umutsuzluk ve ya geleceğe dair olumsuz hisler içinde bulunma durumu, depresyona doğru giden yolda kişiyi sarmakta ve içinden çıkılmaz bir duruma doğru itmektedir (Taner, 2008).

Bu sebepten dolayı, umutsuzluk depresyonun belirlenmesi bakımından çok önemli ve dikkat çekicidir. Beck'in (2008) bilişsel kuramına göre umutsuzluk depresyonun temelini oluşturmaktadır. Bu kuram kişinin benliğe ait negatif ve kötü duyguların, depresif belirtilerin belirmesinde, gelişmesinde ve ilerlemesindeki rolünü irdelemektedir. Youngren ve Lewinsahn (1980)'a göre düşük benlik saygısı, sosyal çekilme ve intihar düşünceleri umutsuzluk duygusu ile yakın ilişki içindedir. Melges (1969)'a göre de umutsuzluğun, depresyona giden yolda ana faktör olduğu, eşlik eden kavramların değer görmeme, karar vermede sıkıntılar çekme, çaresiz hissetme, harekete geçmede kendinde yeterli gücü bulamama, kişisel işlerini ilerletememe ve suçluluk duyguları olduğunu belirtmiştir (Dilbaz ve Seber, 1998).

Beck'in (1963) bilişsel kuramına ve Minkof ve diğerlerine (1973) göre depresyona meyilli olan bireyler kendi geleceklerini ve dış dünyayı olumsuz olarak görmekte ve hayatındaki değer yargılarını bu temel eksenine oturtarak depresyona doğru sürüklenmektedirler. Gittikçe bu durum kişinin kendisini beceriksiz, yetersiz, değersiz ve kusurlu olmasına iter. Birey, kontrolden çıkarak kendisine ciddi zararlar vermektedir (Kutlu, 1998).

Özellikle, Beck (1967) şu şekilde önermektedir; kendin, dünya ve gelecek hakkında olumsuz düşünmek, depresyonla bağlantılı birincil risk faktörü olabilir. Beck (1987) kendi orijinal teorisine ek olarak tanımlayıcı ilkelerde öne sürmüştür. Bu ilkeler kaybetmeye odaklanan ve gerçekçi olmayan olumsuz kişilerin, otomatik olarak olumlu kavrayışı hariç

tutma eğilimini, işlevsiz inançların doğrulanmasını, dolayısıyla da depresyona sebep olduğunu kanıtlamıştır (Leahy, 2007).

Bilişsel temelli bir depresyon teorisi geliştiren Beck (2001) umutsuzluk ve depresyonda, insanların bilişlerinin “bilişsel bozukluklar” olarak ifade ettiği, mantık hataları ile dolu olduğunu fark etmiştir. Dolayısıyla olumsuz düşünceler, bilinçaltında saklanan, işlevsel olmayan düşünce ve varsayımları ortaya koymaktadır. Bu düşünceler, durumsal olaylar tarafından eyleme geçirildiğinde, depresif biçimde kendini göstermektedir. Beck, danışanların işlevsel olmayan düşüncelerini değiştirmede ve bu nedenle bazı psikiyatrik durumlardan kurtulmada, aktif bir rol oynayabileceğine inanmıştır. Bilişsel terapinin kullanımı ve psikopatoloji alanlarında yaptığı farklı çalışmalar kendisine bilimsel çevrelerde itibar kazandırmıştır. Beck’in gerçekleştirdiği araştırmalar, bilişsel terapinin depresyon üzerindeki etkinliğini artırmıştır. Bilişsel terapiyi; depresyon, kaygı ve panik rahatsızlıkları, beslenme bozuklukları, alkolizm, madde bağımlılığı, evlilik ve ilişki ile ilgili sorunlara ve kişilik bozukluklarına başarıyla uygulamıştır (Kenarlı, 2010).

Beck (2001), işlevsel olmayan duygu ve davranışları değiştirmenin doğrudan yolunun, yanlış ve işlevsel olmayan düşünce tarzını değiştirmek olduğunu ifade etmektedir. Bilişsel terapi modeli, danışanlara, hatalı ve işlevsel olmayan bilişleri nasıl tanımlayabileceklerini göstermekte; kişilerin duygular, davranışlar, hatta çevresel olaylar üzerinde bilişlerin etkisinin farkındalığını sağlamaktadır. Bu modele göre insanların duygu ve davranışları, olayları nasıl yorumladıklarından etkilenmektedir. Bilişsel modele göre, tüm psikolojik bozuklukların temelinde, danışanın psikolojik durumunu ve davranışlarını etkileyen çarpıtılmış veya işlevsel olmayan düşünceleri yer almaktadır. Bu düşüncelerin gerçekçi bir şekilde yeniden değerlendirilip, değiştirilmesi, duygularda ve davranışlarda düzelmelere neden olur. Daha kalıcı düzelmeler ise hastanın işlevsel olmayan temel inançlarının değiştirilmesine bağlıdır.

Beck, düşünce süreçlerinin davranışta belirleyici olduğunu; bireylerin ne tür duyguya sahip olduklarının ve gerçekte ne yaptıklarının önemli derecede öznel durum değerlendirmelerinden etkilendiğini vurgulamaktadır (Corey, 2008). Bilişsel model

öncelikle danışanın duygu ve düşüncelerinin analizinden elde edilen gözlem raporlarının oluşturulmasını sağlamaktadır. Ayrıca, düşüncelerin duygularla ilişkisini sergilemekte ve ne tür düşüncelerden hangi duyguların doğduğuna ilişkin genellemeler yapılmaktadır (Beck, 2005).

Bilişsel yaklaşımda yüzeysel olan ve fark edilebilen düşüncelerin yardımıyla daha derindeki düşünsel yapılara ulaşmaya çalışılır. Bilişsel kuram bireyin bilişsel yapısını kavramlaştırırken ele aldığı bilişleri üç ana başlıkta inceler. Bu bilişler iç içe geçmiş katmanlar olarak düşünüldüğünde, en yüzeysel otomatik düşünceler, daha sonra ara inançlar ve en içte temel inançlar yer alır (Beck, 2001). Bazı kaynaklarda ise bu bilişler otomatik düşünce ve şemalar olmak üzere iki katmanda ele alınmaktadır (Türkçapar, 2012).

Temel inançlar en derinde olan bilişsel yapılardır. Temel inançlar, kişinin çocukluk yıllarından başlayarak kendisi için önemli insanlarla etkileştikçe oluşan, kendisine ve diğerlerine yönelik genel, katı değerlendirme ve yargılarıdır. En temel ve derinlerdeki inançlar bu dönemde dünya ve diğer insanlar ile elde edilen ilk deneyimlerle biçimlenen, hiç sorgulanmamış algılar ve fikirlerden oluşur (Beck, 2001). Bu fikirler kişi tarafından değişmez doğrular olarak algılanır ve olduğu gibi kabul edilirler. Olumsuz temel inançlar genellikle, evrensel, aşırı genelleştirici ve değişmeye dirençlidirler. Temel bir inanç aktive olduğunda, kişinin o inancı destekleyici kanıtları bulup çıkarması daha kolaydır ve inanca ters olan veriler ve kanıtlar ise genellikle çarpıtılır. Yaşamları boyunca pek çok kişi olumlu temel inançlarını sürdürür. Hasta bireylerin sadece kendilerine değil, diğer insanlara ve genel olarak dünyaya yönelik olumsuz temel inançları bulunmaktadır. (Çiftçi, 2008). Temel inançları bazı yazarlar “şema” olarak adlandırsa da, Beck şema ve temel inançlar arasında bir ayrım yapmaktadır. Beck’e göre şemalar, dünyayı algılayışımıza yarayan bilişsel yapıları meydana getirirken; temel inançlar ise bu bilişsel yapının bireysel yaşantılara dayalı içeriğidir (Beck, 2001). Temel inançlar, bilişsel şemaların bir alt grubu olarak değerlendirilebilir.

Kişinin zihninin derinliklerinde yer alan, otomatik düşüncelere sebep olan, genellikle söze dökülmemiş, bireyin kendine, diğerlerine ve dünyaya yönelik algıları ya da fikirleri ara inançlar olarak adlandırılmaktadır. Bu inançlar kişinin yaşamında sıklıkla başvurduğu önemli kural ve varsayımlar olarak görülmekte ve aynı zamanda bireyin

herhangi bir durumu yorumlama şeklini yönlendirmektedir. Bunlar, bir anlamda, bireyin kendisinin ve diğer insanların davranışları, başlarına gelen durum ve yaşantıyla ilgili sabit hale gelmiş kuralları ve beklentileri olarak değerlendirilebilir. Bireylerin tüm bu beklenti, fikir ve algıları genelde söze dökülmezler, bununla birlikte davranışın soyut düzenleyicileridirler (Beck, 2001).

Otomatik düşünceler kadar çabuk olmasalar da, ara inançlar, temel inançlara kıyasla daha kolay değiştirilebilirler. Bilişsel terapist için önemli olan işlevsel olmayan bu inançların doğuştan getirilmediği, öğrenildiğidir. Temel inançlar, ara inançların gelişimini etkiler. Ara inançlar, bireyin herhangi bir durumu nasıl algıladığını etkilemekte, bu algıları ise neler düşündüğünü, neler hissettiğini ve nasıl davrandığını belirlemektedir (Kılınç, 2005).

Bir olay gerçekleşirken zihnin bir kısmı olaya yönelmişken zihnin bir başka düzeyinde kısa sürelerle bazı değerlendirici düşünceler geçmektedir. Çok kısa süreli, hızlı, kendiliğinden beliren, mantıkla ilişkili olmayan bu düşünceler otomatik düşünce olarak adlandırılmaktadır Beck, depresif hastalar ile görüşme yaptığı zamanlarda, duygu değişimi yaşadıkları sırada akıllarından geçen bazı negatif düşüncelerin olduğunu gözlemlemiştir. Bu düşüncelerin yoğun bir şekilde hissedilen duygu ile ilişkili olduğunu fark eden Beck (2005), istem dışı akla geldikleri için bu düşüncelere “otomatik düşünceler” adını vermiş ve bu otomatik düşünceleri reflekslere benzetmiştir. Bu düşüncelerin bir anda akla gelmesini, örtük, seri, kısa ve hızlı olmasını da buna neden olarak göstermiştir. Otomatik düşünceler, kişinin içinde bulunduğu durum ile ilgili bilgi ve verilerin işlenmesi sırasında oluşan çeşitli bilişsel çarpıtmalar sonucunda ortaya çıkan, olumsuz duyguların eşlik ettiği, bireyin istemi dışında otomatik olarak oluşan düşüncelerdir. Bu düşünceler bireyin zihninde, amaçlı olmayarak, hiçbir çaba göstermeden, birden bire ortaya çıkar (Türküm, 1999). Yaşanan durumla doğrudan ilişkili olan, aniden akla gelen ve kontrol edilemeyen otomatik düşünceler, her bireyde farklılık gösterse de bazı ortak yanlara ve formüllere sahiptir. Sözgelimi, bu düşünceler herhangi bir mantık süzgecinden geçirilmemiştir, hedefe yönelik düşünme süreçleri gibi bir sürece sahip değildir ve de sorgulanmazlar; doğruymuş gibi kabul edilirler. Dahası bu düşüncelerin akla yatkın ve makul olduğu zannedilir (Beck, 2001).

Otomatik düşünceler, zihnin gündelik işleyişi içinde kendiliğinden oluşan, çoğunlukla fark edilmeyen, belli duygulara eşlik eden, akıcı, yaşanan duruma özgü, sözel ya da imgesel yapılardır (Koroğlu ve Türkçapar, 2009). Bilincin en üst düzeyinde yer almaktadırlar. Otomatik düşünceler genelde nesnel kanıtlarla aksi gösterilmesi gerekirken çarpıtılmış olanlardır ve geçerlikten uzaktadırlar. Daha az yaygın olmakla beraber bazı otomatik düşünceler doğru olabilir durumda iken işlevselliklerini yitirmiş olabilirler ve yine kişilerin yaşamlarını zorlaştırabilmektedirler (Beck, 2001). Kişinin belirgin sorunlarına ilişkin olan bu düşünceler, içeriğinin ve anlamının ne olduğuna bağlı olarak belirli duygularla ilişkilidirler. Kişiler genellikle bunlarla ilişkili olan duyguların farkındadırlar. Biraz eğitimle bu düşüncelerinin de farkına varabilirler. En yüzeydeki zihinsel ürün olan otomatik düşünceler belli durumlara özgü olup zihinde imajlar ya da sözcüklerle yer almaktadır.

Bilişsel terapi sürecinde, başlangıçta, daha yüzeyde ve kolay erişilebilir olan otomatik düşünceler üzerinde durulur. Terapist, hastalık belirtilerinin hafifletilmesini sağlamak için hastasına bu düşünceleri belirlemeyi, değerlendirmeyi ve değiştirmeyi öğretir. Otomatik düşüncelerimizin belirlenmesi, değerlendirilmesi ve onlarla daha işlevsel bir şekilde yüzleşmesi, genellikle duygularda olumlu yönde bir değişimle sonuçlanır. Daha sonra tedavinin odağına, bu işlevsel olmayan otomatik düşüncelerin daha derinlerindeki ve pek çok durum için geçerli olan inançlara geçilir. Bu düşünceler geçerliliklerine ve işlevselliklerine göre değerlendirildiklerinde en sık rastlanan otomatik düşüncelerin, biraz uğraşılırsa tersini gösteren kanıtların bulunabilmesine karşın, bir şekilde çarpıtılmış olanlar olduğu görülmektedir. Diğer bir grupta ise otomatik düşünceler doğru olabilmesine rağmen, kişinin bundan çıkardığı sonuç çarpıtılmış olabilir. Son gruptaki otomatik düşünceler de doğru olabilirler ama bunların da işlevsellikleri kalmamıştır (Beck, 2001).

Otomatik düşünceler yalnızca psikolojik problem yaşayan bireylerde değil sorun yaşamayan kişilerde de görülmektedir (Beck, 2001). İnsan olmanın getirdiği bir özellik olarak her an aklımızdan geçen düşünceler, otomatik düşünce olarak adlandırılabilir. Dolayısıyla otomatik düşünceler hem olumlu hem olumsuz olabileceği gibi hem ruhsal bozukluğu olan hem de olmayan kişilerde görülür.

Otomatik düşünceler, her bireyde görülmesine karşın; psikolojik bozukluğu olan kişilerin otomatik düşüncelerinin bozuk, aşırı ve hatalı olduğu belirtilmektedir (Sharf, 2010). Bu kişilerin otomatik düşünceleri, sağlıklı bireylere kıyasla daha hızlı, katı ve kusurludur (Türkçapar, 2012). Beck (2001)'e göre aynı uyaran karşısında hem farklı kişilerin farklı otomatik düşüncelere sahip olmasının hem de aynı kişinin farklı zaman ve şekillerde farklı otomatik düşüncelere sahip olmasının sebebi bireylerin inançlardır. Bu inanç ve tutumlar, bilişsel modelde şema kavramı ile açıklanmaktadır.

Bilişsel şemalar, bilgi işleme süreci kurallarının temelini oluşturur. Bilişsel şemaları, bireyin içsel süreçlerini ve dış dünyayı incelemekte ve değerlendirmede kullandığı öznel bir merceğe benzetebiliriz. Bireyin, duygusal ya da davranışsal bir tepki verebilmesi için çevresindeki olay, durum ve kişileri algılaması, anlaması ve yorumlaması gerekir (Türkçapar, 2012). Bu şemalar olayları algılamak bize anlam çerçeveleri sağlarlar. Kişilerarası ilişkiler büyük ölçüde ortak şemalara dayanmaktadır. Gerçek dünyadaki olaylar, nesnelere ve ilişkilerin soyut temsillerinin bellekte saklı olan bilişsel yapılarına karşılık gelecek şekilde kullanılır. Bilgiyi bellekte saklayabilmek, farklı duyu organlarından gelen bilgileri birleştirebilmek, birbiriyle ilişkili bilgileri hatırlayabilmek, şemalar yardımıyla olmaktadır (Savaşır ve Batur, 2003).

Bütün bilişsel çarpıtmaların ve sonuçtaki otomatik düşüncelerin kaynağı şemalardır. Bilişsel şemalar, olayları algılamak bireylere anlam çerçeveleri sağlayan öğelerdir. Şemalar, çocukluktan başlayarak oluşan ve daha derinde yatan temel yapılardır. Başta aile olmak üzere çevreyle etkileşim içinde ve öğrenme süreçleriyle gelişir ve devamlılığını korurlar. Başka bir deyişle, temel bilişsel şemalar bireye özgü olmakta, aile ve kültürden köken almakta, erken çocukluk yaşamında ve sosyalleşme sürecinde yerleşmektedir (Kuyucu, 2007).

Bilişsel şemalar, insan faaliyetlerinin yönetici etmenleridir. Şemalar, yaşamın başlangıcındaki ilk önemli insanlar ve olaylar tarafından şekillenirler. Uyum sağlayıcı ya da uyum bozucu, genel ya da özel olabilen şemalar, stresin olmadığı zamanlarda gizli bir durumda iken stresli yaşam olayları veya olumsuz duyu durumları ile harekete geçebilir. Bir kez harekete geçtiğinde ise kişinin yeni duyum verilerinin var olan bilişsel kategorilere



uygun olarak yorumlanmasında etkili olabilir ve böylece olumsuz duygusal durumun devam etmesine neden olabilir (Leahy, 2004).

Şemalar, beklentilerin şekline uygun davranışların sergilenmesine yol göstermekte ve bilişte yer alan konuşma ve deneyimlerin depolanmasına bilişsel olarak bir düzenleme sağlamaktadır. Diğer bir ifadeyle bilişsel şemalar, ilişkisel biliş yapıları için geniş bir çerçeve sunmaktadırlar (Küçükarslan, 2011).

Şemalar bazen işlevselliğini kaybedebilmektedir. İşlevsel olmayan şemalar genellikle başlangıcı çocukluk dönemine dayanan, oldukça değişmez ve kalıcı özelliklerdir. Birey ne yaparsa yapsın, kendisini değerli hissedebilmek için başkalarının onayının gerektiğine inanma, başarılı sayılabilmek için her alanda başarılı olmanın gerektiğine inanma ve yaşamdaki her şeyin kontrol edilebileceğine inanma, sürekli bilişsel çarpıtmalarla desteklenen işlevsel olmayan bilişsel şemalardır. Bilişsel terapide, bireyin işlevsel olmayan şemaları üzerinde durulur (Savaşır ve Batur, 2003).

Bireylerin, kendisi, yaşantısı ve geleceğe yönelik olumsuz yargılara varırken kullandığı süreçlere, bilişsel çarpıtma şemaları denilmektedir. Bilişsel hatalar olarak da adlandırılabilen bilişsel çarpıtmalar, bireyin düşüncelerindeki sistematik mantık hatalarıdır (Corey, 2008).

Bilişsel çarpıtmalar, işlevsel olmayan şemalarla otomatik düşünceler arasındaki bağlantılar olarak ele alınmaktadır. Alınan yeni bir bilgi bilişsel olarak değerlendirilirken, mevcut şemaya uydurulmak için çoğunlukla çarpıtılır ve bu çarpıtılmış değerlendirmeler de otomatik düşünceler olarak bilinç düzeyine çıkar (Kuyucu, 2007). Hatalı varsayım ve yanlış anlamalara yol açan bilişsel çarpıtmalar, belirli bir duruma özgü olarak sözcükler ya da imajlar şeklinde ortaya çıkabilen, hatalı çıkarsama, seçici soyutlama, kişiselleştirme gibi hataları içeren en yüzeydeki bilişsel yapılardır (Çiftçi, 2008).

Bilişsel çarpıtmaların bireyin karşılaştığı durumun değerlendirilmesinde ve bu değerlendirmenin kendisiyle olan ilişkisinin yorumlanmasında fonksiyonel olmayan ve uyum bozucu bir etkisi olabilmektedir. Özellikle duygusal bozukluğu olan bireyler incelendiğinde düşüncelerinde tutarlı biçimde hatalar yapma eğiliminde oldukları

görülmektedir. Bu kişiler içinde buldukları ortamı değerlendirmede ve bu değerlendirmelerin kendileriyle olan ilişkisini yorumlamada işlevsiz ve uyum bozucu bir yol izledikleri için kendilerini, çevrelerini ve geleceklerini olumsuz olarak algılamaktadırlar. Bireylerin düşünce yapısındaki bu hatalar genellikle, bilişsel süreçlerinde olumsuzluklar yönündeki sistematik bir yanlılıktan kaynaklanmaktadır (Savaşır ve Batur, 2003).

Beck'in kuramına göre, ruhsal rahatsızlıklarda yaşanan duygusal güçlüklerin kaynağı bu yanlış düşünceler yani bilişsel çarpıtmalardır. Bu hatalar, sadece hastalarda değil, sağlıklı insanlarda da görülmektedir. Ancak depresyondaki hastalar, bu yanlışlıkları sıklıkla yapmakta ve onları değiştirmek ellerinde değilmiş gibi algılamaktadır. Bununla birlikte bu hatalar, hastanın kendini olumsuz algılamasını sürdürme işlevini de göstermektedir (Savaşır ve Batur, 2003).

Birçok psikolojik bozukluğun (antisosyal kişilik bozukluğu, pasif agresif kişilik bozukluğu, depresyon, fobiler, kaygı bozuklukları gibi) nedeni olarak bireyin sahip olduğu çarpıtılmış düşünceleri, işlevsel olmayan varsayımları, kuralları sayılabilir. Bütün bu gerçekçi olmayan bilişler, bireyin gelişimi sürecinde oluşan eksik, yanlış öğrenmelerden kaynaklanmaktadır (Beck, 2008). Bir başka ifade ile bireyin kendisini, çevresini ve geleceğini olumsuz olarak algılamasında önemli etkenlerden biri de bilgi işlemede yapılan sistematik hatalardır.

Beck'e (2005) göre depresyonda sık görülen bilişsel çarpıtmalarla ilgili başlıca temalar, kendine saygısının azalması, yoksunluk düşünceleri, kendini eleştirme, kendini yeme ve suçlama, intihar düşünceleridir. Yaşam olaylarının tek başına klinik bir depresyona yol açmadığı, ama diğer etkenlerle etkileşerek depresyonun gelişiminde rol oynadığı düşünülmektedir. Çünkü yaşam olaylarının etkileri birey için öznedir ve bu etki bireyin ona yüklediği anlam, bireyin başa çıkma yetisi ve toplumsal destekleriyle yakından ilişkilidir. (Corey, 2008). Bireyin olayı tanımlamasını ve değerlendirmesini, ona olumlu ya da olumsuz bir değer yüklemesini bilişsel etkenler sağlamaktadır. Yaşam olaylarının simgesel anlamları, erken yaşantılarla olduğu kadar, toplumsal süreçler tarafından da belirlenmektedir. Borderline kişilik yapısının bilişsel çarpıtmalarla ilişkisini vurgulayan Beck (2001), bireyin gelişiminde çocukluk yaşantılarındaki olumsuzlukların etkili

olduğunu belirtmektedir. Adler (2004) de çocukluktaki yaşantıların kaygı ve depresyon ile ilişkisini vurgulayarak, bireylerin kendilerine ve dünyaya ait algılarının çocukluk döneminde geliştiğini ifade ederek Beck'in görüşlerini desteklemektedir. Kısacası olumsuz yaşantılar, olumlu yaşantılara göre bireyin kendisi hakkında daha fazla olumsuz değerlendirmede bulunmasına neden olmaktadır. Bu durumda birey, kendisi ve deneyimleri hakkında olumsuz içsel konuşmalarla kendine ilişkin algısını giderek olumsuzlaştırarak bu olumsuz bilişsel değerlendirmeleri daha fazla kullanmaya başlamaktadır.

Bununla birlikte, araştırmalar bilişsel çarpıtmaların, normal bireylerde de gözlenebileceğini, ancak depresif bireylerin ayırt edici özelliğinin, herhangi bir kaybı, stresli bir durumu normal bireylerden daha olumsuz ve abartılı bir biçimde algıladıklarını göstermiştir (Leahy, 2004).

Gerçekliğin tahrip edilmesi, hafif nevrotiklerde gizli saklı yanlışlıklar şeklinde ortaya çıkarken; psikotiklerde bu durum yanılsamalara kadar uzanabilmektedir. Bu bireylerin kendilerine özgü fikir oluşturma süreçleri, keyfi çıkarsamalar, seçici soyutlama ve aşırı genellemeler içeren, gerçeklikten ve mantıklı olandan sistemli bir şekilde kopuşu göstermektedir. Bu düşünce çarpıklıkları otomatik düşüncelere benzer bir biçimde aniden, bir refleks gibi önceden herhangi bir belirti ya da mantığı olmaksızın ortaya çıkmaktadırlar. Diğer insanlara inandırıcı görünmeseler bile, bu düşünceler birey için inandırıcı ve akla yatkındır. Psikolojik rahatsızlığı olan bireylerde, bu rahatsızlık arttıkça kişide artan bir şekilde düşünce sapması, dolayısıyla bu çarpık düşüncelerin artan tekrarı görülmekte; oluşan kısır döngüde ise düşünceler saplantılı bir hal almaktadır (Beck, 2008). Kişiler arası ilişkilerde hatalı çıkarımlara ve varsayımlara yol açan genel anlamdaki bilişsel çarpıtmalar aşağıda sıralanmıştır.

a) **Keyfi Çıkarımlar:** Herhangi bir olay veya yaşantıda, belirli bir ipucu ve kanıt olmaksızın, içsel ve dışsal malzeme değerlendirilmek suretiyle bireyin kendine göre bir kanıya varmasıdır. Bu değerlendirme sonucu bireyi sonuca götürecektir, hedefe ulaştıracak materyaller titizlikle seçilir ve gündeme taşınır. Bireyi sonuca götürecektir, sonucun aleyhine olacak tüm malzeme bir şekilde yadsınarak göz ardı edilir. (Corey, 2008). Bir başka ifade ile filtre sistemi özel olarak devreye sokulmuştur. Olumlu öğelerin devre dışı bırakılması olarak ta isimlendirilen bu çarpıtma türü özellikle depresif durumdaki hastalarda

görülmektedir (Beck, 2005). Olumlu veya nötr duygusal etki yaratabilecek yaşantıların sürekli olumsuz yönde değerlendirilmesine yol açmaktadır (Özer, 2000).

**b) Seçici Soyutlama (Zihinsel Filtreleme):** Olayları, bağlantılı olduğu durumlardan kopartarak belirli bir detaya odaklama, durumun daha belirgin olan diğer özelliklerini ihmal etme ve tüm yaşantıyı bu sınırlılıkları temel alarak kavramsallaştırmaktır (Türkçapar, 2012). Bireyin, yaşadığı olayla ilgili farklı yönde kanıtlar olmasına rağmen, tek bir detaya dayanan olumsuz değerlendirmeler yapmasıdır (Beck, 2005). Bireyin olayın, birkaç ögesine, ayrıntısına veya parçasına takılarak, o bütün hakkında bir değer biçmesi hatta daha da ileri giderek bütün gözünün önünde değilken bile tek bir özellik veya öğeden yola çıkarak bütün hakkında yorum yapmasıdır. Birey yaşamında bir çok başarılı ve anlamlı yaşantı olmasına rağmen yalnızca başarısızlıkları ya da olumsuzlukları algılayabilmektedir. Bir çeşit bütün içinden olumsuzluğu bulup çıkarma ve bulduğu bu özellik ya da yaşantı üzerinden yorum yapmasıdır (Özer, 2000). Burada söz konusu olan temel sorun, bugün her şey ters gitti iyi giden bir şey olmadı” ifadesinde olduğu gibi bireyin, “seçici bir körlük” ile olaylar ve olgular hakkında yorum yapmasıdır (Özer, 2003).

**c) Aşırı Genelleme:** Bireyin, tek bir nedene veya olaya dayanarak, kişinin kendi yetersizliği veya diğeri konusunda yargıya varılması ve bu yargının başka durumlar içinde genellemesidir. Bir özellik birey tarafından bir bütünün kendisiymiş gibi değerlendirilir (Dökmen, 2010). Sadece bir arkadaşından yardım isteyen bir ergenin aldığı ret cevabından sonra hiç kimseden yardım alamayacağını düşünmesi çarpıtmaya örnek verilebilir. Aşırı genelleme de birey “asla, her zaman, daima, hiç kimse, herkes, kesinlikle” gibi sözcükleri kolaylıkla kullanabilmektedir; dolayısıyla “ufak bir hata yapan hasta “elime aldığım her şeyi berbat ederim” tarzı düşünceleri sıklıkla kullanabilmektedir. (Özakkaş, 2004).

**d) Etiketleme:** Bu özellikleri kendine ve başkasına yükler. “Ben istenilmeyen birisiyim” ya da “o, ahlaksızın biridir” şeklindeki ifadeler etiketlemeye örnek olabilir (Leahy, 2004). Etiketleme genellenin aşırısına kaçmış halidir. Birey oldukça olumsuz bir benlik imgesi sunar. Yanlış etiketlemede ise olayın yanlış bir şekilde tanımlanması ve olaya gerektirdiğinden daha fazla duygu yoğunluğu ile tepki verilmesi söz konusudur (Dowd, 2007).

e) **Abartma ve Küçültme:** Bir durum ya da olaya hak ettiğinden fazla ya da daha az önem vermekte, öznel bir takım ağırlıklar atfetmektedir (Corey, 2008). Birey için olumsuz karara ulaşmak için algıda seçicilik ile toplanan materyaller kararın oluşmasına yetmemektedir, mevcut negatif malzemenin şişirilmesi gerekmektedir. Bu düşünce tarzı yaşanan olumsuz olayların anlamını, önemini abartmayı içermektedir. Büyütme türü çarpıtmalar genellikle bireylerin kendi korkularını ve mükemmel olmayışlarını değerlendirirken ortaya çıkmaktadır (Beck, 2005). Birey olayı ya da olguyu yorumlarken “karşı taraf ... kadar vicdansız bu kadar merhametsiz ...kadar saldırgandır” şeklindeki ifadeleri kullanmaktadır. Bir başka deyişle olumsuz olaylar abartılırken olumlu yaşantılar ve özellikler göz ardı edilmektedir. Dolayısıyla birey olumsuz özellikleri algılamaya açıktır.

Bu çarpıtma türünün diğer bir şekilde olumlu bir durumun kişi tarafından önemsiz ve değersiz olarak yorumlanmasıdır. Birey iletişim içinde bulunduğu diğer bireyin pozitif yanları olay bağlamında gündeme gelse dahi sözgelimi düzenliliği, temizliğe düşkünlüğü, ilgisi, sevgisi, merhameti bu bilgiyi tamamen inkâr etmek mümkün olmadığından bunlar üzerine dürbünün tersinden bakarak, küçültme fonksiyonunu devreye sokmaktadır. Birey bu noktada, diğeri için “bu tip davranışlar takdir edilesi, olağanüstü davranışlar olmayıp her sıradan insanın ve her bireyin yapması gereken asgari insanlık boyutudur” şeklinde bir yorum yaparak, var olan durumu küçümsemektedir (Leahy, 2004) Sonuç olarak birey tarafından, negatifler abartılırken pozitifler bu şekilde küçültülmektedir. Bireyin amacı ne olursa olsun kendi beklentisini gerçekleştirecek sonucu elde etmektir.

**Kişiselleştirme:** Bu düşünme tarzı da sıklıkla kullanılan bilişsel çarpıtmalardan bir tanesidir. Arada hiçbir bağıntı yokken olumsuz olayların nedenini kendinde aramayı içerir. (Türkçapar, 2012). Ayrıca, nedensel bir ilişki olmadığı halde, çevreden gelen iletilerden kendisi hakkında sonuçlar çıkarma ve bunların kişiliğe yöneltildiği bir değerlendirme olarak algılanmasıdır. Bireylerin, kendileri ile ilgili olayları abartma ve belli olaylarda buldukları kişisel anlamları aşırı noktada benimseme eğilimi göstermektedirler (Beck, 2005).

Umutsuz ve depresif bireyler, kaşları çatık bir birey karşısında, hemen “benden iğreniyor” şeklinde bir değerlendirme yapabilmektedir. Bu örnekteki bireyin kararı, akla

uygun gelse de bireyin içine düştüğü hata, her kaşı çatık kişinin kendisinden nefret ettiği düşüncesidir. Aynı zamanda birey, diğer insanlarda uyandırdığı olumsuz etkileri sürekli abartma eğilimi gösterebilmektedir. Örneğin, depresif bir anne, çocuğundaki her eksiklikten dolayı kendisini suçlayabilir ya da anksiyeteli bir birey, her tehlikenin kendisine bir uyarı olduğuna inanabilir ve yoldan geçen bir ambulans ona, çocuğunun kaza geçirdiğini düşündürebilir (Savaşır vd., 1998).

Kişiselleştirmenin diğer bir boyutu ise, kişilerin kendilerini diğerleriyle kıyaslamasında görülmektedir. Bir kadın, mutlu bir anne-çocuk tablosu gördüğünde “o benden daha fedakâr bir anne” diye düşünebilir. Bir öğrencinin ödül aldığını duyan başka bir öğrenci “ben aptal olmalıyım” ya da “ödülü ben alacaktım” şeklinde yorum yapabilir (Savaşır vd., 1998).

*Zorunluluk İfadeleri:* Bilişsel çarpıtmalarımızdan biri de sosyalleşmemiz sırasında benlik durumumuzun bir parçası haline getirdiğimiz bir takım kuralların asla değişmeyeceğini düşünmektir (Dökmen, 2010). İlişkisel olarak düşünüldüğünde ‘Herkes beni sevmeli, kimse bana haksızlık etmemeli’ şeklindeki ifadeleri bu kapsamda değerlendirebiliriz. Birey bu cümleleri kendi kendine söylemeye başladıktan sonra başka seçeneğin kesinlikle olmaması ve ardından gelen çaresizlik düşüncesine kapılabilir (Özer, 2000).

Birey, organize bir varlıktır; yaşam tecrübesine aktardığı her öğrenme süreci, yorumlarına değer yargılarına dayalı, kendine özgü bir işleyişin ürünüdür. Dolayısıyla bireyin bu kendine özgülüğüne, bireyin “zihinsel kurallar programı” adı verilmektedir. Kurallar, bireyin zihinsel kural programından habersiz olarak işlemektedir ve birey bunları seçerek almakta, bütünlemede, gelen diğer uyarılara göre sınıflandırmakta, oluşan yorumlarını ve tepkilerini kendine ait olan zihinsel kurallar programına kaydetmekte ve böylece tepkilerini şekillendirmektedir. Mükemmelliğe hizmet eder gibi gözükse de bu işleyiş aslında mükemmel olmaktan çok uzaktır.

Sorunlar, diğer insanların farklı davranış ve anlayışlarından dolayı, kaçınılmaz olarak birden bire ortaya çıkmaktadır. Böyle bir durumda birey, daha önceki deneyimlerinin olumsuz ve yetersiz olmasına bağlı olarak diğerlerinin davranışlarından yanlış anlamlar

çıkarmaktadır. Dolayısıyla, temel kural, onların şu andaki niyetleri ile gelecekte ona doğru olabilecek muhtemel tavırların anahtarı kabul edilebilecek “yapılması gerekenler, uyulması gerekenlerin” belirlenmesidir.

Birey, gerçekte bir çok durumun yeni veya farklı seçeneklerini istediği zaman bulabilir. Bireyin kendini seçeneksiz hissetmesi gerçekten de en son durumun bu olduğu anlamına gelmektedir. “Bu sınavı kazanmalıyım” şeklindeki bir ifade güzel, motive edici cümle gibi görünse de bunu içten söyleyen bir öğrenci için son derece stres yaratıcı bir durum olabilmektedir. Sonuç olarak sınav kaygısı yaratıp sınavda beklenen başarının çok altında bir başarı gösterebilir, çünkü bu çarpıtma başka seçenek yoktur ve gelinen son nokta budur (Özer, 2000).

*Zihin Okuma:* Bireyin, kişilerin kendine yönelik düşünceleri hakkında yeterli delili olmadığı halde onların neler düşündüğünü tam anlamıyla bildiğini varsayarak hareket etmesidir (Leahy, 2004).

*Kutuplaşmış Düşünce:* Bir diğer kalıplaşmış düşünce türü kutuplaştırmadır. Bireylerin deneyimlerini, yargılarını iki aşırı uç kutuptan birine yerleştirme eğilimleridir. Bireyin, olaylara ve insanlara yönelik tutumları, sadece uç (ekstrem) noktalarda olduğunda kutuplaşmanın eğilimi söz konusudur (Corey, 2008). Birey, hassas olduğu alanları aşan uç noktalarda düşünme eğilimi göstermektedir; örneğin kendisine değer biçmesi (depresyon), umutsuzluğa kapılması ya da kişisel tehlike ihtimali (anksiyete nevroz). Birey, her şeyi ak ya da kara olarak görmekte, grinin varlığını ya da tonlarını fark edememektedir.

Bu tür eğilimleri olan bireyler için diğer bireyler ya güvenilirdir ya da güvenilmezdir, bir olay ya iyidir ya da kötü veya felakettir. Belli bir olayı kutuplaştıran kişi, bu olayı ya siyah ya da beyaz olarak algılamaktadır. Zira kutuplaştırmada “gri” yoktur, “kısmen” yoktur; “ya hep ya hiç” vardır. Birey kutuplaştırma davranışında, ya çok fazla sevmekte ya da tamamen nefret etmektedir. Bireyin bu düşünce tarzı “ikiye bölünen düşünce” ya da “çift kutuplu düşünce” olarak adlandırılmaktadır. Bu tip düşüncenin altında yatan terimler, “daima” veya “hiç bir zaman” ile ifade edilir.

Bütünüyle kabul ya da ret uç boyutlarında olan bir birey günlük yaşantısında bir; kendisiyle iletişime geçen herkesi; işyerindeki sekreteri, yoldan gelip geçenleri kendisini ret mi yoksa kabul mü ettiklerine karar verebilmek için incelemektedir. Dolayısıyla ılımlı kabul, ılımlı ret ya da nötr ifadeler gibi iyi bir sıralama yapabilmek için verdiği hükmü yumuşatmamaktadır. Nötr ifade (ve kayıtsız kalma) reddetme anlamına gelmekte ve onu üzmemekte; gülümseme kabul anlamına gelmekte ve heyecana neden olmaktadır (Savaşır vd., 1998).

Gündelik hayatta kutuplaştırma eğilimi yüksek olan bireylerin, iki kutup arasında gidip geldiklerini görülmektedir. Sözelimi, bazı insanlar birbirleriyle son derece iyi dostturlar; birbirleriyle sürekli iletişimde bulunurlar, aralarında teklif bulunmamaktadır. Bu ilişkideki sorun, kişilerin birbirlerine yönelik tutumlarının orta düzeyde olmaması, hep aşırı uçlarda kalmasıdır (Özer, 2000).

*Suçlama:* Kişi, olumsuz düşüncelerinin kaynağı olarak bir başkasını görür ve kendisini değiştirme sorumluluğu almayı reddeder (Leahy, 2004). “Yaşadığım öfkenin tek sorumlusu arkadaşımıdır” ifadesi örnek olabilir.

*Yargı Odaklanması:* Bu çarpıtma şeklinde ise kişi, başkalarını veya olayları basitçe tarif etmek, kabul etmek veya anlamak yerine kendisine “iyi-kötü, üstün-aşağı” değerlendirmeleri açısından bakar. Sürekli olarak başkalarını ve kendisini yapay ölçütlere göre değerlendirir (Leahy, 2004). “Arkadaş ortamlarına girsem de başarılı bir arkadaşlık geliştiremem, diğerleri benden her yönden daha üstün” gibi ifadeler örnek olabilir.

Bilgi işleme sürecinde yapılan bu çarpıtmalar, yanlış yönlendirilmiş aktif düşünme süreçleriyle ilgilidir. Bilgi işleme ile meşgul olan kişinin yaptığı yanlış işlemlerden dolayı istenmeyen davranışsal sonuçlar ortaya çıkabilir. Nitekim yapılan araştırmalarda saldırgan kişilerin bilgiyi işleme sürecinde çarpıtmalar yaptıkları, içgüdüsel bireylerin ise düşünmeden ezbere davrandıkları bulunmuştur (Kendall, 2011).

Depresyonun umutsuzluk kuramı, umutsuzluk depresyonunun önlenmesi, terapi, eğitim, belirtiler ve sebepler konusunda oldukça açıklayıcı bilgiler sunmaktadır. Kurama göre umutsuzluk beklentisi, umutsuzluk depresyonunun yeterli bir nedeni olarak



görülmektedir. Depresyon ve umutsuzluktaki sebepler zinciri, olumsuz yaşam olaylarının meydana gelmesi ile başlar. Savunmasızlık faktörlerinin olumsuz yaşam olayları ile etkileşimi depresif belirtilere yol açar (Yerlikaya, 2006). Beck'e göre hasta objektif ve gerçekçi bir nedeni olmadığı halde deneyimlerine yanlış anlamlar yüklemekte ve amacına ulaşmak için çaba sarf etmediği halde bunlardan negatif sonuçlar beklemektedir.

Bilişsel-davranışçı yaklaşımın depresyonun gelişmesi ve sürmesine yönelik açıklamalarında umutsuzluk merkezi bir rol oynamaktadır. Bilişsel-davranışçı yaklaşıma göre umutsuzluk, daha çok depresyonun başlangıç ve sürdürülmesinde önceki potansiyel sebepler olarak görülür. Bu kapsamda umutsuzluk, belirli çevresel uyarıcılara karşı kişinin savunmasızlığına yol açan bir özellik faktör olarak değerlendirilir (Corey, 2008).

Umutsuzluğa tutsak olmuş kimseler bundan kurtulmak için bir takım nesnelere başvurabilmektedirler. Bağımlılık yaratan maddeler içinde en ucuz ve en kolay bulunan sigara olduğu için yaygın olarak ona sığınılmaktadır. Sigaraya tutsak olmuş kimselerin erken yaşlardan itibaren ailedeki yanlış eğitim sebebiyle karamsar dünya görüşü geliştirmiş ve daha sonraki gelişim dönemlerinde de bundan sıyrılmayan kimseler olduğu tespit edilmiştir (Köknel, 1998).

Kişiler sigarada olduğu gibi alkol ve uyuşturucu maddelere de umutsuzluklarından sığınmaktadırlar. Zira umutsuzluğu sebebiyle dünyası kapkara olan kişi anlık haz arayışlarına yönelmek suretiyle bir an bile olsa gözlüklerini ve dünyaya bakış açısını değiştirmek istemektedir. Dolayısıyla uyuşturucu madde ve alkole sığınmada amaçlanan nihai doyum, kendini unutmanın ve kendini bırakmanın verdiği bir doyumdur (Horney, 2007).

## BÖLÜM III

### 3. YÖNTEM

Bu araştırma, Özel Balıklı Rum Hastanesi Psikiyatri Kliniği'ne başvuran madde-alkol bağımlılarının sosyal destek ve umutsuzluk düzeyi arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla tanımlayıcı olarak planlanıp yapılacaktır. Çalışma, literatür taraması, uygulama ve anket modelinde bir araştırmadır. Araştırmada demografik özellikler için yarı yapılandırılmış görüşme formu, bağımsız değişkenler için Beck Umutsuzluk Ölçeği ve Algılanan Sosyal Destek Ölçeği kullanılacaktır.

Beck Umutsuzluk Ölçeği, Beck, Lester ve Trexler (1974) tarafından bireyin geleceğe dair olumsuz beklenti seviyesini belirlemek amacıyla geliştirilmiştir. 20 maddeden meydana gelen ölçek 0-1 arası puanlanmış ve kendini değerlendirme türünde bir ölçektir. Grup olarak da uygulanabilir. Ölçekten alınan puanların yüksekliği, bireydeki umutsuzluğun yüksek olduğunu gösterir. Ölçeğin Türkiye için geçerlik ve güvenilirlik çalışması Seber tarafından yapılmıştır (Aslan, 2013).

Algılanan Sosyal Destek Ölçeği, bireyin ailesinden, akraba, arkadaş ve öğretmeninden, kurum ve kuruluşlarıyla içinde yaşadığı toplumdaki elde ettiği sosyal destek düzeyini belirlemek amacıyla Yıldırım (1997) tarafından geliştirilmiştir. Ölçek, 50 maddeden ve 3 alt boyuttan oluşmaktadır. Puanların yüksek olması, algılanan sosyal desteğin yüksek düzeyde olduğunu, puanların düşüklüğü, algılanan sosyal desteğin düşük düzeyde olduğunu göstermektedir.

Ölçeğin geçerlik çalışmasında, faktör analizi ve benzer ölçekler geçerliği yöntemleri kullanılmıştır. Faktör analizi ile “aile desteği”, “arkadaş desteği” ve “öğretmen desteği” alt ölçeklerinin yapı geçerliği incelenmiş, her alt ölçeğin faktör yapısı belirlenmiştir (Yıldırım, 2004). Elde edilen güvenilirlik katsayıları ve alt ölçeklerinin, algılanan sosyal desteği ölçmek amacıyla güvenle kullanılabileceğini göstermektedir.

Bu çalışmada örneklem grubuna sunulan anketlerle 60 adet soruya alınan yanıtlar EXCELL çalışma ortamına tek tek girilerek ve IBM SPSS Statistics.23 versiyonu kullanılarak sonuçlar elde edilecektir.

## BÖLÜM IV

### 4. BULGULAR

Tablo 4.1. Katılımcıların Çeşitli Değişkenlere Göre Dağılımı (n=50)

Demografik Özellikler	Seçenekler	N	%
Cinsiyet	Kadın	10	17
	Erkek	50	83
Yaş	18 yaş ve altı	3	5
	19-25	23	38
	26-35	22	37
	36-45	7	12
	46 yaş ve üzeri	5	8
Eğitim durumunuz	İlköğretim mezunu ya da altı	23	38
	Lise mezunu	24	40
	Yüksekokul mezunu	6	10
	Üniversite mezunu ya da üstü	7	12
Medeni durum	Bekar	39	65
	Evli	19	32
	Dul/Boşanmış	2	3
Kaç çocuğunuz var	Çocuğum yok	18	30
	Tek çocuğum var	42	70
	2 çocuğum var	0	0
	3 ve daha fazla çocuğum var	0	0
Bağımlı olduğunuz maddeler	Sigara	2	3
	Alkol	15	25
	Eroin	25	42
	Kokain	10	17
	Ecstasy	2	3
	Diğer	6	10
Başlama yaşı	18 yaş ve altı	17	28
	19-25	24	40
	26-35	15	25
	36-45	1	2
	46 yaş ve üzeri	3	5
Tedavisini gördüğünüz madde	Sigara	0	0
	Alkol	16	27
	Eroin	26	43
	Kokain	6	10
	Ecstasy	2	3
	Diğer	10	17
Tedavi süresi	3 aydan daha az	47	78
	3-6 ay	2	3
	6-12 ay	2	3
	1 yıldan fazla	9	15

Ankete katılan alkol ve madde bağımlılarının; %83'ü erkektir, %38'i'si 19-25 yaş grubundadır, % 40'ının eğitim durumu lisedir, %65'inin medeni durumu bekar, %70'inin tek çocuğu vardır, bağımlı oldukları maddeler %42'sinin eroin, %25'inin alkoldür, başlama yaşları %40'ının 19-25 yaş grubu %28'inin 18 yaş ve altıdır, bağımlılıktan dolayı tedavi gördükleri madde %43'ünün eroin, %27'sinin alkoldür ve %78'inin tedavi süresinin 3 aydan daha az olduğu yönünde bulunmuştur.

Tablo 4.2. Bağımlı Oldukları Maddelere Göre Demografik Özelliklerin Çapraz Frekans-Yüzde Değerleri (Ki-Kare Testi)

Demografik Özellikler	Seçenekler	Bağımlısı Olduğunuz Maddeler Frekans ve Yüzde Değişim Değerleri						
		Sigara	Alkol	Eroin	Kokain	Extasy	Diğer	Toplam
Cinsiyet	Erkek	2 (3,3)	9 (15)	24 (40)	7 (11,7)	2 (3,3)	6 (10)	50 (83,3)
	Kadın	0	6 (10)	1 (1,7)	3 (5)	0	0	10 (16,7)
Yaş	18 yaş ve altı	0	0	3 (5)	0	0	0	3 (5)
	19-25	1 (1,7)	2 (3,3)	13 (21,7)	2 (3,3)	2 (3,3)	3 (5)	23 (38,3)
	26-35	1 (1,7)	5 (8,3)	8 (13,3)	6 (10)	0	2 (3,3)	22(36,7)
	36-45	0	4 (6,7)	0	2 (3,3)	0	1 (1,7)	7 (11,7)
	46 yaş ve üzeri	0	4 (6,7)	1 (1,7)	0	0	0	5 (8,3)
Eğitim durumunuz	İlköğretim mezunu ya da altı	0	4 (6,7)	14 (23,3)	1 (1,7)	0	4 (6,7)	23 (38,3)
	Lise mezunu	1 (1,7)	6 (10)	8 (13,3)	6 (10)	2 (3,3)	1 (1,7)	24 (40)
	Yüksekokul mezunu	0	1 (1,7)	1 (1,7)	3 (5)	0	1 (1,7)	6 (10)
	Üniversite mezunu ya da üstü	1 (1,7)	4 (6,7)	2 (3,3)	0	0	0	7 (11,7)
Medeni durum	Bekar	1 (1,7)	7 (11,7)	17 (28,3)	7 (11,7)	2 (3,3)	5 (8,3)	39 (65)
	Evli	1 (1,7)	6 (10)	8 (13,3)	3 (5)	0	1 (1,7)	19 (31,7)
	Dul/Boşanmış	0	2 (3,3)	0	0	0	0	2 (3,3)
Kaç çocuğunuz var	Çocuğum yok	1 (1,7)	6 (10)	8 (13,3)	2 (3,3)	0	1 (1,7)	18 (30)
	Tek çocuğum var	1 (1,7)	9 (15)	17 (28,3)	8 (13,3)	2 (3,3)	5 (8,3)	42 (70)
	2 çocuğum var	0	0	0	0	0	0	0
	3 ve daha fazla çocuğum var	0	0	0	0	0	0	0
Başlama yaşı	18 yaş ve altı	0	6 (10)	6 (10)	3 (5)	1 (1,7)	1 (1,7)	17 (28,3)
	19-25	1 (1,7)	4 (6,7)	12 (20)	3 (5)	1 (1,7)	3 (5)	24 (40)
	26-35	1 (1,7)	3 (5)	6 (10)	3 (5)	0	2 (3,3)	15 (25)
	36-45	0	0	0	1 (1,7)	0	0	1 (1,7)
	46 yaş ve üzeri	0	2 (3,3)	1 (1,7)	0	0	0	3 (5)
Tedavisini gördüğünüz madde	Sigara	0	0	0	0	0	0	0
	Alkol	0	13 (21,7)	2 (3,3)	1 (1,7)	0	0	16 (26,7)
	Eroin	0	0	23 (38,3)	2 (3,3)	1 (1,7)	0	26 (43,3)
	Kokain	0	1 (1,7)	0	5 (8,3)	0	0	6 (10)
	Ecstasy	0	1 (1,7)	0	0	1 (1,7)	0	2 (3,3)
	Diğer	2 (3,3)	0	0	2 (3,3)	0	6 (10)	10 (16,7)
Tedavi süresi	3 aydan daha az	2 (3,3)	10 (16,7)	19 (31,7)	9 (15)	1 (1,7)	6 (10)	47 (78,3)
	3-6 ay	0	0	1 (1,7)	1 (1,7)	0	0	2 (3,3)
	6-12 ay	0	1 (1,7)	1 (1,7)	0	0	0	2 (3,3)
	1 yıldan fazla	0	4 (6,7)	4 (6,7)	0	1 (1,7)	0	9 (15)

Bağımsız değişkenlerden cinsiyete göre bağımlılığı olan erkek bireylerin %40' eroin, Kadın bireylerden %10'u alkol bağımlısıdır.

Bağımsız değişkenlerden yaşa göre bağımlılığı olan bireylerin 18 yaş ve altı olanlardan %5'i eroin, 19-25 yaş aralığında olanların %21,7'sinin eroin, 26-35 yaş aralığında olanların %13,3'ü eroin, 36-45 yaş aralığında olanların %6,7'si alkol ve 46 yaş ve üzerinde olanların %6,7'si alkol bağımlısıdır.

Bağımsız değişkenlerden eğitim durumuna göre bağımlılığı olan bireylerin ilköğretim mezunu ya da altı olanların %23,3'ü eroin, lise mezunu olanların %13,3'ü eroin, yüksekokul mezunu olanların %5'i kokain, üniversite mezunu ya da üstü mezun olanların %6,7'si alkol bağımlısıdır.

Bağımsız değişkenlerden medeni durumuna göre bağımlılığı olan bireylerin bekar olanların %28,3'ü eroin, evli olanların %13,3'ü eroin ve dul/boşanmış olanların %3,3 alkol bağımlısıdır.

Bağımsız değişkenlerden kaç çocuğunuz var sorusuna verilen cevaplara göre bağımlılığı olan bireylerin çocuğum yok cevabı verenlerin %13,3'ü eroin ve tek çocuğum var cevabı verenlerin %28,3'ü eroin bağımlısıdır.

Bağımsız değişkenlerden bağımlı olunan maddeye başlama yaşına göre bireylerin 18 yaş ve altı olanlardan %10'u hem alkol hem de eroin, 19-25 yaş aralığında olanların %20'si eroin, 26-35 yaş aralığında olanların %10'u eroin, 36-45 yaş aralığında olanların %1,7'si kokain ve 46 yaş ve üzerinde olanların %3,3'ü alkol bağımlısıdır.

Bağımsız değişkenlerden hangi madde için tedavi görüldüğüne ilişkin değişkenine göre bireylerden alkol bağımlısı olup 21,7'si alkol tedavisi, eroin bağımlısı olup %38,3'ü eroin tedavisi, kokain bağımlısı olup %8,3'ü kokain tedavisi, extasy bağımlısı olup 1,7'si hem alkol hem de extasy tedavisi ve diğer maddelere bağımlı olup %10'u diğer maddeler için tedavi görmüşlerdir.

Bağımsız değişkenlerden tedavi süresine göre bağımlılığı olan bireylerin 3 aydan daha az tedavi görenlerin %31,7'si eroin, 3-6 ay arası tedavi görenlerin %1,7'si hem eroin hem kokain bağımlısı, 6-12 ay arası tedavi görenlerin %1,7'si hem alkol hem eroin bağımlısı ve 1 yıldan fazla tedavi görenlerin %6,7'si yine hem alkol hem de eroin bağımlısıdır.

Tablo 4.3. Algılanan Sosyal Destek Ölçeği

Algılanan Sosyal Destek Ölçeği	Seçenekler	N	%
1. Ailem ve arkadaşlarım dışında olan ve ihtiyacım olduğunda yanımda olan bir insan (örneğin, flört, nişanlı, sözlü, akraba, komşu, doktor ) var.	Hiç Katılmıyorum	17	28
	Çoğunlukla Katılmıyorum	7	12
	Katılmıyorum	8	13
	Kararsızım	1	2
	Katılıyorum	4	7
	Çoğunlukla Katılıyorum	1	2
	Tamamen Katılıyorum	22	37
2. Ailem ve arkadaşlarım dışında olan ve sevinç ve kederimi paylaşabileceğim bir insan (örneğin, flört, nişanlı, sözlü, akraba, komşu, doktor ) var.	Hiç Katılmıyorum	13	22
	Çoğunlukla Katılmıyorum	6	10
	Katılmıyorum	7	12
	Kararsızım	7	12
	Katılıyorum	3	5
	Çoğunlukla Katılıyorum	2	3
	Tamamen Katılıyorum	22	37
3. Ailem (örneğin, annem, babam, eşim, çocuklarım, kardeşlerim ) bana gerçekten yardımcı olmaya çalışır.	Hiç Katılmıyorum	7	12
	Çoğunlukla Katılmıyorum	4	7
	Katılmıyorum	2	3
	Kararsızım	1	2
	Katılıyorum	2	3
	Çoğunlukla Katılıyorum	0	0
	Tamamen Katılıyorum	44	73
4. İhtiyacım olan duygusal yardımı ve desteği ailemden (örneğin, annem, babam, eşim, çocuklarım, kardeşlerim ) alırım.	Hiç Katılmıyorum	6	10
	Çoğunlukla Katılmıyorum	2	3
	Katılmıyorum	3	5
	Kararsızım	8	13
	Katılıyorum	2	3
	Çoğunlukla Katılıyorum	2	3
	Tamamen Katılıyorum	37	62
5. Ailem ve arkadaşlarım dışında olan ve beni gerçekten rahatlatan bir insan (örneğin, flört, nişanlı, sözlü, akraba, komşu, doktor ) var.	Hiç Katılmıyorum	17	28
	Çoğunlukla Katılmıyorum	8	13
	Katılmıyorum	2	3
	Kararsızım	10	17
	Katılıyorum	1	2
	Çoğunlukla Katılıyorum	3	5
	Tamamen Katılıyorum	19	32
6. Arkadaşlarım bana gerçekten yardımcı olmaya çalışırlar.	Hiç Katılmıyorum	19	32
	Çoğunlukla Katılmıyorum	3	5
	Katılmıyorum	8	13
	Kararsızım	5	8
	Katılıyorum	7	12
	Çoğunlukla Katılıyorum	4	7
	Tamamen Katılıyorum	14	23
7. İşler kötü gittiğinde arkadaşlarıma güvenebilirim.	Hiç Katılmıyorum	23	38
	Çoğunlukla Katılmıyorum	7	12
	Katılmıyorum	3	5
	Kararsızım	11	18
	Katılıyorum	2	3
	Çoğunlukla Katılıyorum	0	0
	Tamamen Katılıyorum	14	23
8. Sorunlarımı ailemle (örneğin, annemle, babamla, eşimle, çocuklarımla, kardeşlerimle ) konuşabilirim.	Hiç Katılmıyorum	10	17
	Çoğunlukla Katılmıyorum	3	5
	Katılmıyorum	6	10
	Kararsızım	7	12
	Katılıyorum	4	7
	Çoğunlukla Katılıyorum	3	5
	Tamamen Katılıyorum	27	45
9. Sevinç ve kederlerimi paylaşabileceğim arkadaşlarım var.	Hiç Katılmıyorum	7	12
	Çoğunlukla Katılmıyorum	5	8
	Katılmıyorum	8	13
	Kararsızım	6	10
	Katılıyorum	7	12
	Çoğunlukla Katılıyorum	2	3
	Tamamen Katılıyorum	25	42

Tablo 4.3. Algılanan Sosyal Destek Ölçeği Devamı

10. Ailem arkadaşlarım dışında olan ve duygularıma önem veren bir insan ( örneğin, flört, nişanlı, sözlü, akraba, komşu, doktor ) var.	Hiç Katılmıyorum	16	27
	Çoğunlukla Katılmıyorum	6	10
	Katılmıyorum	6	10
	Kararsızım	5	8
	Katılıyorum	3	5
	Çoğunlukla Katılıyorum	6	10
	Tamamen Katılıyorum	18	30
11. Kararlarımı vermede ailem (örneğin, annem, babam, eşim, çocuklarım, kardeşlerim ) bana yardımcı olmaya isteklidir.	Hiç Katılmıyorum	6	10
	Çoğunlukla Katılmıyorum	3	5
	Katılmıyorum	2	3
	Kararsızım	3	5
	Katılıyorum	2	3
	Çoğunlukla Katılıyorum	4	7
	Tamamen Katılıyorum	40	67
12. Sorunlarımı arkadaşlarımla konuşabilirim	Hiç Katılmıyorum	14	23
	Çoğunlukla Katılmıyorum	4	7
	Katılmıyorum	8	13
	Kararsızım	4	7
	Katılıyorum	4	7
	Çoğunlukla Katılıyorum	2	3
	Tamamen Katılıyorum	24	40

Ankete katılanların cevapladığı ve algılanan sosyal destek ölçeğine ait 12 yargının frekans değişimleri yukarıdaki tabloda verilmiştir. Bulunan sonuçlara göre; 1., 2., 3., 4., 5., 8., 9.,10., 11. ve 12. yargılar “Tamamen katılıyorum”, 6.ve 7. yargılar “Hiç katılmıyorum”, cevaplarını vermişlerdir. Bu sonuçlara göre aile ve özel bir insandan algılanan sosyal destek öne çıkmaktadır.

Algılanan sosyal destek ölçeği, üç farklı kaynaktan alınan sosyal desteğin yeterliliğini öznel olarak değerlendirmekte ve toplam 12 maddeden oluşmaktadır. Her biri dört maddeden oluşan desteğin kaynağına ilişkin üç grup vardır. Bunlar;

- i. Arkadaşlar (6, 7, 9, 12. maddeler),
- ii. Özel bir insandır (1, 2, 5, 10. maddeler),
- iii. Aile (3, 4, 8, 11. maddeler).

Ölçeğin tamamından alınabilecek en düşük puan 12, en yüksek puan 84’tür. Elde edilen puanın yüksek olması algılanan sosyal desteğin yüksek olduğunu göstermektedir. Buna göre;

Tablo 4.4. Algılanan Sosyal Destek Ölçeği Genel Puanlama Frekans ve Yüzde Değişim Değerleri

Algılanan Sosyal Destek Ölçeği Genel Puanlama Frekans ve Yüzde Değişim Değerleri			
Puan Toplamları Sıralama	Frekans	Yüzde	Değerlendirme
23	1	1,7	12≤puan≤84 aralığında algılanan sosyal destek en düşük 23 puan olan 1 kişi %1,7 oranındadır.
24	1	1,7	12≤puan≤84 aralığında algılanan sosyal destek en düşük 24 puan olan 1 kişi %1,7 oranındadır.
28	1	1,7	12≤puan≤84 aralığında algılanan sosyal destek en düşük 28 puan olan 1 kişi %1,7 oranındadır.
29	1	1,7	12≤puan≤84 aralığında algılanan sosyal destek en düşük 29 puan olan 1 kişi %1,7 oranındadır.
30	1	1,7	12≤puan≤84 aralığında algılanan sosyal destek en düşük 30 puan olan 1 kişi %1,7 oranındadır.
31	1	1,7	12≤puan≤84 aralığında algılanan sosyal destek en düşük 31 puan olan 1 kişi %1,7 oranındadır.
33	1	1,7	12≤puan≤84 aralığında algılanan sosyal destek en düşük 33 puan olan 1 kişi %1,7 oranındadır.
35	1	1,7	12≤puan≤84 aralığında algılanan sosyal destek en düşük 35 puan olan 1 kişi %1,7 oranındadır.
36	2	3,3	12≤puan≤84 aralığında algılanan sosyal destek en düşük 36 puan olan 1 kişi %1,7 oranındadır.
38	2	3,3	12≤puan≤84 aralığında algılanan sosyal destek orta düzeyde 38 puan olan 2 kişi %3,3 oranındadır.
41	2	3,3	12≤puan≤84 aralığında algılanan sosyal destek orta düzeyde 41 puan olan 2 kişi %3,3 oranındadır.
43	1	1,7	12≤puan≤84 aralığında algılanan sosyal destek orta düzeyde 43 puan olan 1 kişi %1,7 oranındadır.
45	1	1,7	12≤puan≤84 aralığında algılanan sosyal destek orta düzeyde 45 puan olan 1 kişi %1,7 oranındadır.
46	2	3,3	12≤puan≤84 aralığında algılanan sosyal destek orta düzeyde 46 puan olan 2 kişi %3,3 oranındadır.
48	1	1,7	12≤puan≤84 aralığında algılanan sosyal destek orta düzeyde 48 puan olan 1 kişi %1,7 oranındadır.
49	3	5	12≤puan≤84 aralığında algılanan sosyal destek orta düzeyde 49 puan olan 3 kişi %5 oranındadır.
50	2	3,3	12≤puan≤84 aralığında algılanan sosyal destek orta düzeyde 50 puan olan 2 kişi %3,3 oranındadır.
51	3	5	12≤puan≤84 aralığında algılanan sosyal destek orta düzeyde 51 puan olan 3 kişi %5 oranındadır.
53	2	3,3	12≤puan≤84 aralığında algılanan sosyal destek orta düzeyde 53 puan olan 2 kişi %3,3 oranındadır.
54	3	5	12≤puan≤84 aralığında algılanan sosyal destek orta düzeyde 54 puan olan 3 kişi %5 oranındadır.
55	3	5	12≤puan≤84 aralığında algılanan sosyal destek orta düzeyde 55 puan olan 3 kişi %5 oranındadır.
57	2	3,3	12≤puan≤84 aralığında algılanan sosyal destek orta düzeyde 57 puan olan 2 kişi %3,3 oranındadır.
58	1	1,7	12≤puan≤84 aralığında algılanan sosyal destek orta düzeyde 58 puan olan 1 kişi %1,7 oranındadır.
60	5	8,3	12≤puan≤84 aralığında algılanan sosyal destek en yüksek 60 puan olan 5 kişi %8,3 oranındadır.
61	1	1,7	12≤puan≤84 aralığında algılanan sosyal destek en yüksek 61 puan olan 1 kişi %1,7 oranındadır.
65	1	1,7	12≤puan≤84 aralığında algılanan sosyal destek en yüksek 65 puan olan 1 kişi %1,7 oranındadır.
67	1	1,7	12≤puan≤84 aralığında algılanan sosyal destek en yüksek 67 puan olan 1 kişi %1,7 oranındadır.
68	1	1,7	12≤puan≤84 aralığında algılanan sosyal destek en yüksek 68 puan olan 1 kişi %1,7 oranındadır.
69	1	1,7	12≤puan≤84 aralığında algılanan sosyal destek en yüksek 69 puan olan 1 kişi %1,7 oranındadır.



Tablo 4.4. Algılanan Sosyal Destek Ölçeği Genel Puanlama Frekans ve Yüzde Değişim Değerleri Devamı

70	1	1,7	12≤puan≤84 aralığında algılanan sosyal destek en yüksek 70 puan olan 1 kişi %1,7 oranındadır.
73	2	3,3	12≤puan≤84 aralığında algılanan sosyal destek en yüksek 73 puan olan 2 kişi %3,3 oranındadır.
74	1	1,7	12≤puan≤84 aralığında algılanan sosyal destek en yüksek 74 puan olan 1 kişi %1,7 oranındadır.
75	1	1,7	12≤puan≤84 aralığında algılanan sosyal destek en yüksek 75 puan olan 1 kişi %1,7 oranındadır.
76	1	1,7	12≤puan≤84 aralığında algılanan sosyal destek en yüksek 76 puan olan 1 kişi %1,7 oranındadır.
77	1	1,7	12≤puan≤84 aralığında algılanan sosyal destek en yüksek 77 puan olan 1 kişi %1,7 oranındadır.
78	1	1,7	12≤puan≤84 aralığında algılanan sosyal destek en yüksek 78 puan olan 1 kişi %1,7 oranındadır.
81	1	1,7	12≤puan≤84 aralığında algılanan sosyal destek en yüksek 81 puan olan 1 kişi %1,7 oranındadır.
82	1	1,7	12≤puan≤84 aralığında algılanan sosyal destek en yüksek 82 puan olan 1 kişi %1,7 oranındadır.
84	2	3,3	12≤puan≤84 aralığında algılanan sosyal destek en yüksek 84 puan olan 2 kişi %3,3 oranındadır.
Toplam	60	100	<b>Algılanan sosyal destek ölçeğine göre 60 puan ile en fazla 5 kişi (%8,3) algılanan sosyal desteği görmektedir.</b>

60 kişilik örneklem grubundan en fazla 5 kişi (%8,3), 12≤puan≤84 aralığında 60 puan ile algılanan sosyal desteği genel çevrelerinden görmektedir. Bu bağlamda alt ölçekleri incelemek gerekmektedir.

Her alt ölçekteki dört maddenin puanlarının toplanması ile alt ölçek puanı ve bütün alt ölçek puanlarının toplanması ile de ölçeğin toplam puanı elde edilmektedir. Alt ölçeklerden alınabilecek *en düşük puan 4, en yüksek puan 28'dir.* Buna göre;

Arkadaşlardan algılanan sosyal destek ölçeği frekans ve yüzde değişim değerleri aşağıdaki gibidir.

Tablo 4.5. Arkadaşlık Alt Puanlama Frekans ve Yüzde Değişim Değerleri

Arkadaşlık Alt Puanlama Frekans ve Yüzde Değişim Değerleri			
Puan Toplamları Sıralama	Frekans	Yüzde	Değerlendirme
4	3	5,0	4≤puan≤28 aralığında arkadaşlardan algılanan sosyal desteği en düşük 4 puan olan 3 kişi %5 oranındadır.
5	2	3,3	4≤puan≤28 aralığında arkadaşlardan algılanan sosyal desteği en düşük 5 puan olan 2 kişi %3,3 oranındadır.
6	3	5,0	4≤puan≤28 aralığında arkadaşlardan algılanan sosyal desteği en düşük 6 puan olan 3 kişi %5 oranındadır.
7	1	1,7	4≤puan≤28 aralığında arkadaşlardan algılanan sosyal desteği en düşük 7 puan olan 1 kişi %1,7 oranındadır.
8	3	5,0	4≤puan≤28 aralığında arkadaşlardan algılanan sosyal desteği en düşük 8 puan olan 3 kişi %5 oranındadır.
9	2	3,3	4≤puan≤28 aralığında arkadaşlardan algılanan sosyal desteği en düşük 9 puan olan 2 kişi %3,3 oranındadır.
10	2	3,3	4≤puan≤28 aralığında arkadaşlardan algılanan sosyal desteği orta düzeyde 10 puan olan 2 kişi %3,3 oranındadır.
11	1	1,7	4≤puan≤28 aralığında arkadaşlardan algılanan sosyal desteği orta düzeyde 11 puan olan 1 kişi %1,7 oranındadır.
12	3	5,0	4≤puan≤28 aralığında arkadaşlardan algılanan sosyal desteği orta düzeyde 12 puan olan 3 kişi %5 oranındadır.
13	3	5,0	4≤puan≤28 aralığında arkadaşlardan algılanan sosyal desteği orta düzeyde 13 puan olan 3 kişi %5 oranındadır.
14	4	6,7	4≤puan≤28 aralığında arkadaşlardan algılanan sosyal desteği orta düzeyde 14 puan olan 4 kişi %6,7 oranındadır.
16	4	6,7	4≤puan≤28 aralığında arkadaşlardan algılanan sosyal desteği orta düzeyde 16 puan olan 4 kişi %6,7 oranındadır.
17	2	3,3	4≤puan≤28 aralığında arkadaşlardan algılanan sosyal desteği orta düzeyde 17 puan olan 2 kişi %3,3 oranındadır.
18	2	3,3	4≤puan≤28 aralığında arkadaşlardan algılanan sosyal desteği orta düzeyde 18 puan olan 2 kişi %3,3 oranındadır.
19	2	3,3	4≤puan≤28 aralığında arkadaşlardan algılanan sosyal desteği orta düzeyde 19 puan olan 2 kişi %3,3 oranındadır.
20	3	5,0	4≤puan≤28 aralığında arkadaşlardan algılanan sosyal desteği en yüksek 20 puan olan 3 kişi %5 oranındadır.
22	7	11,7	4≤puan≤28 aralığında arkadaşlardan algılanan sosyal desteği en yüksek 22 puan olan 7 kişi %11,7 oranındadır.
23	1	1,7	4≤puan≤28 aralığında arkadaşlardan algılanan sosyal desteği en yüksek 23 puan olan 1 kişi %1,7 oranındadır.
24	3	5,0	4≤puan≤28 aralığında arkadaşlardan algılanan sosyal desteği en yüksek 24 puan olan 3 kişi %5 oranındadır.
25	2	3,3	4≤puan≤28 aralığında arkadaşlardan algılanan sosyal desteği en yüksek 25 puan olan 2 kişi %3,3 oranındadır.
26	1	1,7	4≤puan≤28 aralığında arkadaşlardan algılanan sosyal desteği en yüksek 26 puan olan 1 kişi %1,7 oranındadır.
27	3	5,0	4≤puan≤28 aralığında arkadaşlardan algılanan sosyal desteği en yüksek 27 puan olan 3 kişi %5 oranındadır.
28	3	5,0	4≤puan≤28 aralığında arkadaşlardan algılanan sosyal desteği en yüksek 28 puan olan 3 kişi %5 oranındadır.
	<b>60</b>	<b>100</b>	Bu alt ölçeğe göre en fazla 7 kişi algılanan sosyal desteği 22 puanla arkadaşlarından sağlamaktadır.

Özel bir insandan algılanan sosyal destek ölçeği frekans ve yüzde değişim değerleri aşağıdaki gibidir.

Tablo 4.6. Özel Bir İnsan Alt Puanlama Frekans ve Yüzde Değişim Değerleri

Özel Bir İnsan Alt Puanlama Frekans ve Yüzde Değişim Değerleri			
Puan Toplamları Sıralama	Frekans	Yüzde	Değerlendirme
4	2	3,3	4≤puan≤28 aralığında özel bir insandan algılanan sosyal desteği en düşük 4 puan olan 2 kişi %3,3 oranındadır.
6	3	5	4≤puan≤28 aralığında özel bir insandan algılanan sosyal desteği en düşük 6 puan olan 3 kişi %5 oranındadır.
7	1	1,7	4≤puan≤28 aralığında özel bir insandan algılanan sosyal desteği en düşük 7 puan olan 1 kişi %1,7 oranındadır.
8	5	8,3	4≤puan≤28 aralığında özel bir insandan algılanan sosyal desteği en düşük 8 puan olan 5 kişi %8,3 oranındadır.
9	4	6,7	4≤puan≤28 aralığında özel bir insandan algılanan sosyal desteği en düşük 9 puan olan 4 kişi %6,7 oranındadır.
10	7	11,7	4≤puan≤28 aralığında özel bir insandan algılanan sosyal desteği en düşük 10 puan olan 7 kişi %11,7 oranındadır.
11	1	1,7	4≤puan≤28 aralığında özel bir insandan algılanan sosyal desteği orta düzeyde 11 puan olan 1 kişi %1,7 oranındadır.
12	4	6,7	4≤puan≤28 aralığında özel bir insandan algılanan sosyal desteği orta düzeyde 12 puan olan 4 kişi %6,7 oranındadır.
13	3	5	4≤puan≤28 aralığında özel bir insandan algılanan sosyal desteği orta düzeyde 13 puan olan 3 kişi %5 oranındadır.
15	2	3,3	4≤puan≤28 aralığında özel bir insandan algılanan sosyal desteği orta düzeyde 15 puan olan 2 kişi %3,3 oranındadır.
16	3	5	4≤puan≤28 aralığında özel bir insandan algılanan sosyal desteği orta düzeyde 16 puan olan 3 kişi %5 oranındadır.
17	1	1,7	4≤puan≤28 aralığında özel bir insandan algılanan sosyal desteği orta düzeyde 17 puan olan 1 kişi %1,7 oranındadır.
18	1	1,7	4≤puan≤28 aralığında özel bir insandan algılanan sosyal desteği orta düzeyde 18 puan olan 1 kişi %1,7 oranındadır.
20	4	6,7	4≤puan≤28 aralığında özel bir insandan algılanan sosyal desteği en yüksek 20 puan olan 4 kişi %6,7 oranındadır.
21	1	1,7	4≤puan≤28 aralığında özel bir insandan algılanan sosyal desteği en yüksek 21 puan olan 1 kişi %1,7 oranındadır.
22	1	1,7	4≤puan≤28 aralığında özel bir insandan algılanan sosyal desteği en yüksek 22 puan olan 1 kişi %1,7 oranındadır.
25	3	5	4≤puan≤28 aralığında özel bir insandan algılanan sosyal desteği en yüksek 25 puan olan 3 kişi %5 oranındadır.
26	3	5	4≤puan≤28 aralığında özel bir insandan algılanan sosyal desteği en yüksek 26 puan olan 3 kişi %5 oranındadır.
27	2	3,3	4≤puan≤28 aralığında özel bir insandan algılanan sosyal desteği en yüksek 27 puan olan 2 kişi %3,3 oranındadır.
28	9	15	4≤puan≤28 aralığında özel bir insandan algılanan sosyal desteği en yüksek 28 puan olan 9 kişi %15 oranındadır.
<b>Total</b>	<b>60</b>	<b>100</b>	<b>Bu alt ölçeğe göre en fazla 9 kişi algılanan sosyal desteği 28 puanla özel bir insandan sağlamaktadır.</b>

Aileden algılanan sosyal destek ölçeği frekans ve yüzde değişim değerleri aşağıdaki gibidir.

Tablo 4.7. Aile Alt Puanlama Frekans ve Yüzde Değişim Değerleri

Aile Alt Puanlama Frekans ve Yüzde Değişim Değerleri			
Puan Toplamları Sıralama	Frekans	Yüzde	Değerlendirme
4	1	1,7	4≤puan≤28 aralığında aileden algılanan sosyal desteği en düşük 4 puan olan 1 kişi %1,7 oranındadır.
5	1	1,7	4≤puan≤28 aralığında aileden algılanan sosyal desteği en düşük 5 puan olan 1 kişi %1,7 oranındadır.
6	1	1,7	4≤puan≤28 aralığında aileden algılanan sosyal desteği en düşük 6 puan olan 1 kişi %1,7 oranındadır.
7	1	1,7	4≤puan≤28 aralığında aileden algılanan sosyal desteği en düşük 7 puan olan 1 kişi %1,7 oranındadır.
8	1	1,7	4≤puan≤28 aralığında aileden algılanan sosyal desteği en düşük 8 puan olan 1 kişi %1,7 oranındadır.
10	2	3,3	4≤puan≤28 aralığında aileden algılanan sosyal desteği en düşük 10 puan olan 2 kişi %3,3 oranındadır.
11	2	3,3	4≤puan≤28 aralığında aileden algılanan sosyal desteği orta düzeyde 11 puan olan 2 kişi %3,3 oranındadır.
14	4	6,7	4≤puan≤28 aralığında aileden algılanan sosyal desteği orta düzeyde 14 puan olan 4 kişi %6,7 oranındadır.
16	3	5	4≤puan≤28 aralığında aileden algılanan sosyal desteği orta düzeyde 16 puan olan 3 kişi %5 oranındadır.
19	1	1,7	4≤puan≤28 aralığında aileden algılanan sosyal desteği orta düzeyde 19 puan olan 1 kişi %1,7 oranındadır.
20	1	1,7	4≤puan≤28 aralığında aileden algılanan sosyal desteği en yüksek 20 puan olan 1 kişi %1,7 oranındadır.
21	1	1,7	4≤puan≤28 aralığında aileden algılanan sosyal desteği en yüksek 21 puan olan 1 kişi %1,7 oranındadır.
22	5	8,3	4≤puan≤28 aralığında aileden algılanan sosyal desteği en yüksek 22 puan olan 5 kişi %8,3 oranındadır.
23	1	1,7	4≤puan≤28 aralığında aileden algılanan sosyal desteği en yüksek 23 puan olan 1 kişi %1,7 oranındadır.
24	3	5	4≤puan≤28 aralığında aileden algılanan sosyal desteği en yüksek 24 puan olan 3 kişi %5 oranındadır.
25	7	11,7	4≤puan≤28 aralığında aileden algılanan sosyal desteği en yüksek 25 puan olan 7 kişi %11,7 oranındadır.
26	3	5	4≤puan≤28 aralığında aileden algılanan sosyal desteği en yüksek 26 puan olan 3 kişi %5 oranındadır.
27	2	3,3	4≤puan≤28 aralığında aileden algılanan sosyal desteği en yüksek 27 puan olan 2 kişi %3,3 oranındadır.
28	20	33,3	4≤puan≤28 aralığında aileden algılanan sosyal desteği en yüksek 28 puan olan 20 kişi %33,3 oranındadır.
<b>Total</b>	<b>60</b>	<b>100</b>	<b>Bu alt ölçeğe göre en fazla 20 kişi algılanan sosyal desteği 28 puanla aileden sağlamaktadır.</b>

Alt ölçekler ölçek puanlama aralığında ( $4 \leq \text{puan} \leq 28$ ) ele alındığında; alkol ve madde bağımlılığı olan 60 kişilik örneklem grubundan 20 kişinin (%33,3); 28 yüksek puan ile algılanan sosyal desteği aileden gördüğü saptanmıştır.

Tablo 4.8. Beck Umutsuzluk Ölçeği

<b>Beck Umutsuzluk Ölçeği</b>	<b>Seçenekler</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
1. Geleceğe umut ve coşku ile bakıyorum.	Evet	47	78
	Hayır	13	22
2. Kendim ile ilgili şeyleri düzeltmediğime göre çabalamayı bıraksam iyi olur.	Evet	23	38
	Hayır	37	62
3. İşler kötüye giderken bile her şeyin hep böyle kalmayacağını bilmek beni rahatlatıyor.	Evet	44	73
	Hayır	16	27
4. Gelecek on yıl içinde hayatımın nasıl olacağını hayal bile edemiyorum.	Evet	26	43
	Hayır	34	57
5. Yapmayı en çok istediğim şeyleri gerçekleştirmek için yeterli zamanım var.	Evet	42	70
	Hayır	18	30
6. Benim için çok önemli konularda ileride başarılı olacağıma inanıyorum.	Evet	41	68
	Hayır	19	32
7. Geleceğimi karanlık görüyorum.	Evet	16	27
	Hayır	44	73
8. Dünya nimetlerinden sıradan bir insan daha çok yararlanacağını umuyorum.	Evet	33	55
	Hayır	27	45
9. İyi fırsatlar yakalayamıyorum. Gelecekte yakalayacağıma inanmam içinde hiçbir neden yok	Evet	27	45
	Hayır	33	55
10. Geçmiş deneyimlerim beni geleceğe iyi hazırladı.	Evet	48	80
	Hayır	12	20
11. Gelecek benim için hoş şeylerden çok tatsızlıkla dolu.	Evet	22	37
	Hayır	38	63
12. Gerçekten özlediğim şeylere kavuşabileceğimi umuyorum.	Evet	42	70
	Hayır	18	30
13. Geleceğe baktığımda şimdikine oranla daha mutlu olacağımı umuyorum.	Evet	49	82
	Hayır	11	18
14. İşler bir türlü benim istediğim gibi gitmiyor.	Evet	40	67
	Hayır	20	33
15. Geleceğe büyük inancım var.	Evet	44	73
	Hayır	16	27
16. Arzu ettiğim şeyleri elde edemediğime göre bir şeyler istemek aptallık olur.	Evet	27	45
	Hayır	33	55
17. Gelecekte gerçek doyuma ulaşmam olanaksız.	Evet	22	37
	Hayır	38	63
18. Gelecek bana bulanık ve belirsiz görünüyor.	Evet	21	35
	Hayır	39	65
19. Kötü günlerden çok iyi günler bekliyorum.	Evet	52	87
	Hayır	8	13
20. İstediyim her şeyi elde etmek için çaba göstermemin gerçekten yararı yok, nasıl olsa onu elde edemeyeceğim.	Evet	19	32
	Hayır	41	68

Ankete katılanların cevapladığı ölçeğe ait 21 yargının frekans değişimleri yukarıdaki tabloda verilmiştir. Bulunan sonuçlara göre; 1., 3., 5., 6., 8., 10., 12.,13., 14., 15., ve 19. yargılar “Evet”, 2., 4., 7., 9., 11., 16., 17., 18., ve 20. yargılar “Hayır” cevaplarını vermişlerdir. (Ters puanlamada dikkate alınan veriler öne çıkmaktadır.) Özellikle güdü kaybının hayır cevabına bağlı olarak yaşanmadığı ve burada bir umudun varlığının ortaya konduğu ifade edilebilir.

Beck Umutsuzluk Ölçeği ve Puanlama biçimini kısaca açıklamak gerekirse; Bireylerin kendi kendilerine cevaplandırabilecekleri uygulaması kolay bir ölçektir. Formun başında nasıl yanıtlanacağı ile ilgili bilgi verilmiştir. Bireyden kendisi için uygun gelen ifadeleri “EVET”, uygun olmayanları ise “HAYIR” olarak işaretlemesi istenir. Maddelerin 11 tanesinde “evet” seçeneği 9 tanesinde ise “hayır” seçeneği 1 puan alır. Ölçeğin ters puanlama yapılarak oluşturulması gerekmektedir. Sorulardan; 1, 3, 5, 6, 8, 10, 13, 15, ve 19. sorularda “hayır”; 2, 4, 7, 9, 11, 12, 14, 16, 17, 18, ve 20. sorularda ise “evet “ yanıtı için birer puan almaktadır. Alt ölçekler ise şöyle sınıflandırılmıştır.

- i. Geleceğe dair duygular; 1., 6., 9.,13. ve 15. yargılar  $0 \leq \text{puan} \leq 5$  aralığında,
- ii. Geleceğe dair düşünceler; 4., 7., 14. ve 18. yargılar  $0 \leq \text{puan} \leq 4$  aralığında
- iii. Güdü kaybı 2., 3., 9., 11., 12., 16., 17. ve 20. yargılar  $0 \leq \text{puan} \leq 11$  aralığında olarak belirlenmiştir.

Beck Umutsuzluk Ölçeği Genel Puanlama ise;  $0 \leq \text{puan} \leq 20$  aralığında belirlenmiştir. Alınan puanlar yüksek olduğunda bireydeki umutsuzluğun yüksek olduğu varsayılmaktadır.

Tablo 4.9. Beck Umutsuzluk Ölçeği Genel Puanlama Frekans ve Yüzde Değişim Değerleri

<b>Beck Umutsuzluk Ölçeği Genel Puanlama Frekans ve Yüzde Değişim Değerleri</b>			
<b>Puan Toplamları Sıralama</b>	<b>Frekans</b>	<b>Yüzde</b>	<b>Genel Değerlendirme</b>
1	1	1,7	Beck Umutsuzluk Ölçeği Genel Puanlama umudu en yüksek 1 puan olan 1 kişi %1,7 oranındadır.
2	2	3,3	0≤puan≤20 aralığında umudu en yüksek 2 puan olan 2 kişi %3,3 oranındadır.
3	9	15	0≤puan≤20 aralığında umudu en yüksek 3 puan olan 9 kişi %15 oranındadır.
4	5	8,3	0≤puan≤20 aralığında umudu en yüksek 4 puan olan 5 kişi %8,3 oranındadır.
5	12	20	0≤puan≤20 aralığında umudu en yüksek 5 puan olan 12 kişi %20 oranındadır.
6	8	13,3	0≤puan≤20 aralığında umudu orta düzeyde 6 puan olan 8 kişi %13,3 oranındadır.
8	2	3,3	0≤puan≤20 aralığında umudu orta düzeyde 8 puan olan 2 kişi %3,3 oranındadır.
9	2	3,3	0≤puan≤20 aralığında umudu orta düzeyde 9 puan olan 2 kişi %3,3 oranındadır.
10	2	3,3	0≤puan≤20 aralığında umudu orta düzeyde 10 puan olan 2 kişi %3,3 oranındadır.
11	7	11,7	0≤puan≤20 aralığında umudu orta düzeyde 11 puan olan 7 kişi %11,7 oranındadır.
12	4	6,7	0≤puan≤20 aralığında umudu en düşük 12 puan olan 4 kişi %6,7 oranındadır.
13	1	1,7	0≤puan≤20 aralığında umudu en düşük 13 puan olan 1 kişi %1,7 oranındadır.
16	1	1,7	0≤puan≤20 aralığında umudu en düşük 16 puan olan 1 kişi %1,7 oranındadır.
17	3	5	0≤puan≤20 aralığında umudu en düşük 17 puan olan 3 kişi %5 oranındadır.
18	1	1,7	0≤puan≤20 aralığında umudu en düşük 18 puan olan 1 kişi %1,7 oranındadır.
<b>Total</b>	<b>60</b>	<b>100</b>	<b>Beck umutsuzluk ölçeğine göre 5 puan ile en fazla 12 kişinin (%20) umudu vardır.</b>

60 kişilik örneklem grubundan en fazla 12 kişinin (%20), 0≤puan≤20 aralığında 5 puan ile yaşadığı hayatın geleceğe dair güdusel, duygusal ve düşünce anlamında umutları olduğunu ortaya koymaktadır. Bu bağlamda alt ölçekleri incelemek gerekmektedir.

Tablo 4.10. Beck Umutsuzluk Ölçeği: Alt Puanlama Frekans ve Yüzde Değişim Değerleri

<b>Beck Umutsuzluk Ölçeği: Alt Puanlama Frekans ve Yüzde Değişim Değerleri</b>			
<b>Puan Toplamları Sıralama</b>	<b>Frekans</b>	<b>Yüzde</b>	<b>Geleceğe Yönelik Duygu Alt Ölçeği Değerlendirme</b>
0	7	11,7	0≤puan≤5 aralığında geleceğe yönelik duygusal umudu en yüksek 0 puan olan 7 kişi, %11,7 oranındadır.
1	24	40	0≤puan≤5 aralığında geleceğe yönelik duygusal umudu en yüksek 1 puan olan 24 kişi, %40 oranındadır.
2	8	13,3	0≤puan≤5 aralığında geleceğe yönelik duygusal umudu orta düzeyde 2 puan olan 8 kişi, %13,3 oranındadır.
3	10	16,7	0≤puan≤5 aralığında geleceğe yönelik duygusal umudu orta düzeyde 3 puan olan 10 kişi, %16,7 oranındadır.
4	7	11,7	0≤puan≤5 aralığında geleceğe yönelik duygusal umudu en düşük 4 puan olan 7 kişi, %11,7 oranındadır.
5	4	6,7	0≤puan≤5 aralığında geleceğe yönelik duygusal umudu en düşük 5 puan olan 4 kişi, %6,7 oranındadır.
Total	60	100	<b>Bu alt ölçeğe göre en fazla 24 kişi 1 puan ile geleceğe yönelik duygusal umut taşımaktadır.</b>
<b>Puan Toplamları Sıralama</b>	<b>Frekans</b>	<b>Yüzde</b>	<b>Geleceğe Yönelik Düşünce Alt Ölçeği Değerlendirme</b>
0	23	38,3	0≤puan≤4 aralığında geleceğe yönelik düşünce umudu en yüksek 0 puan olan 23 kişi, %38,3 oranındadır.
1	19	31,7	0≤puan≤4 aralığında geleceğe yönelik düşünce umudu en yüksek 1 puan olan 19 kişi, %31,7 oranındadır.
2	8	13,3	0≤puan≤4 aralığında geleceğe yönelik düşünce umudu orta düzeyde 2 puan olan 8 kişi, %13,3 oranındadır.
3	6	10	0≤puan≤4 aralığında geleceğe yönelik düşünce umudu en düşük 3 puan olan 6 kişi, %10 oranındadır.
4	4	6,7	0≤puan≤4 aralığında geleceğe yönelik düşünce umudu en düşük 4 puan olan 4 kişi, %6,7 oranındadır.
Total	60	100	<b>Bu alt ölçeğe göre en fazla 23 kişi 0 puan ile geleceğe yönelik düşünce umudu taşımaktadır.</b>
<b>Puan Toplamları Sıralama</b>	<b>Frekans</b>	<b>Yüzde</b>	<b>Güdülerin İfadesi Alt Ölçeği Değerlendirme</b>
1	2	3,3	0≤puan≤11 aralığında güdülerin beslediği umudu en yüksek 1 puan olan 2 kişi %3,3 oranındadır.
2	14	23,3	0≤puan≤11 aralığında güdülerin beslediği umudu en yüksek 2 puan olan 14 kişi %23,3 oranındadır.
3	14	23,3	0≤puan≤11 aralığında güdülerin beslediği umudu en yüksek 3 puan olan 14 kişi %23,3 oranındadır.
4	11	18,3	0≤puan≤11 aralığında güdülerin beslediği umudu en yüksek 4 puan olan 11 kişi %18,3 oranındadır.
5	5	8,3	0≤puan≤11 aralığında güdülerin beslediği umudu orta düzeyde 5 puan olan 5 kişi %8,3 oranındadır.
6	3	5	0≤puan≤11 aralığında güdülerin beslediği umudu orta düzeyde 6 puan olan 3 kişi %5 oranındadır.
7	3	5	0≤puan≤11 aralığında güdülerin beslediği umudu orta düzeyde 6 puan olan 3 kişi %5 oranındadır.
8	3	5	0≤puan≤11 aralığında güdülerin beslediği umudu en düşük 8 puan olan 3 kişi %5 oranındadır.
9	4	6,7	0≤puan≤11 aralığında güdülerin beslediği umudu en düşük 9 puan olan 4 kişi %6,7 oranındadır.
10	1	1,7	0≤puan≤11 aralığında güdülerin beslediği umudu en düşük 10 puan olan 1 kişi %1,7 oranındadır.
Total	60	100	<b>Bu alt ölçeğe göre en fazla toplam 28 kişi 2 puan ve 3 puan ile güdülerinin beslediği umudu taşımaktadır.</b>



Alt ölçekler ölçek puanlama aralığında (  $0 \leq \text{puan} \leq 20$ ) ele alındığında 60 kişilik örneklem grubundan; geleceğe dair duygusal umudu olan 24 kişi (%40), geleceğe dair düşüncesi ve umudu olan 23 kişi (%38,3) ve güdülerinin beslediği umudu olan 28 kişi (46,6) için Beck umutsuzluk ölçeğine göre umutlu oldukları saptanmıştır.

Tablo 4.11. Algılanan Sosyal Destek Ölçeği ile Beck Umutsuzluk Ölçeğinin Eroin ve Alkol Bağımlısı Olma Demografik Özelliği İle İlişkisi Anova ve Korelasyon Testleri

ANOVA		Kareler Toplamı	df	Kare Ortalama	F	Sig.
Algılanan Sosyal Destek Ölçeği	Grupların Arasında	19,027	5	3,805	0,647	0,665
	Grup İçinde	317,707	54	5,883		
	Toplam	336,733	59			
Beck Umutsuzluk Ölçeği	Grupların Arasında	0,507	5	0,101	0,385	0,857
	Grup İçinde	14,227	54	0,263		
	Toplam	14,733	59			

Yapılan analizin bulgularına göre alkol ve madde bağımlılığı olanların algılanan sosyal destek ölçeğine ve beck umutsuzluk ölçeğine verdikleri cevapların birbirleri ile ilişkisi tespit edilememiştir. Anlamlılık aralığı  $-0,05 \leq p \leq 0,05$  ise; elde edilen sig. değerleri bu anlamlı aralıkta yer almamaktadır. Bu sonuca göre algılanan sosyal destek ölçeğinin beck umutsuzluk ölçeği ile arasında pozitif ve negatif yönlü, doğru orantılı bir ilişki varlığı yoktur. Algılanan sosyal desteği olan bağımlının umutsuzluğunu ya da umutlu olmasını etkilememektedir.

Tablo 4.12. Eroin ve Alkol Bağımlılarının Algılanan Sosyal Destek ve Beck Umutsuzluk Alt Ölçekleri ile İlişkisel Bulgular (Pearson Correlations)

PEARSON CORRELATIONS			Demografik Özellik	Algılanan Sosyal Destek Ölçeği			Beck Umutsuzluk Ölçeği		
Üst Ölçekler	Alt Ölçekler	Veri Başlıkları	Eroin ve Alkol Bağımlısı	Özel bir İnsan Desteği	Aile Desteği	Arkadaş Desteği	Geleceğe Dair Duyguların Umudu	Güdülerin Beslediği Umut	Geleceğe Dair Düşüncelerin Umudu
Demografik Özellik	Eroin ve Alkol Bağımlısı	Pearson Correlation	1	-0,06	0,03	-0,01	0,04	-0,25	-0,04
		Sig. (2-tailed)		0,64	0,8	0,97	0,77	0,06	0,78
		N	60	60	60	60	60	60	60
Algılanan Sosyal Destek Ölçeği	Özel bir İnsan Desteği	Pearson Correlation	-0,06	1	0,15	0,2	-0,03	-0,1	0,05
		Sig. (2-tailed)	0,64		0,26	0,12	0,83	0,45	0,72
		N	60	60	60	60	60	60	60
	Aile Desteği	Pearson Correlation	0,03	0,15	1	0,03	-,330**	,282*	0,07
		Sig. (2-tailed)	0,8	0,26		0,83	0,01	0,03	0,6
		N	60	60	60	60	60	60	60
	Arkadaş Desteği	Pearson Correlation	-0,01	0,2	0,03	1	-0,09	0,1	-0,07
		Sig. (2-tailed)	0,97	0,12	0,83		0,52	0,47	0,59
		N	60	60	60	60	60	60	60
Beck Umutsuzluk Ölçeği	Geleceğe Dair Duyguların Umudu	Pearson Correlation	0,04	-0,03	-,330**	-0,09	1	-0,25	-0,19
		Sig. (2-tailed)	0,77	0,83	0,01	0,52		0,05	0,14
		N	60	60	60	60	60	60	60
	Güdülerin Beslediği Umut	Pearson Correlation	-0,25	-0,1	,282*	0,1	-0,25	1	0,21
		Sig. (2-tailed)	0,06	0,45	0,03	0,47	0,05		0,11
		N	60	60	60	60	60	60	60
	Geleceğe Dair Düşüncelerin Umudu	Pearson Correlation	-0,04	0,05	0,07	-0,07	-0,19	0,21	1
		Sig. (2-tailed)	0,78	0,72	0,6	0,59	0,14	0,11	
		N	60	60	60	60	60	60	60

Korelasyon analizi ile iki farklı değişken arasındaki ilişkinin yönü ve şiddeti hakkında bilgi edinilebilir. Yukarıdaki tabloda (Tablo-11), Pearson Correlation ifadesinin karşısındaki -0,006 değeri “r” ile ifade edilir ve - 1 ile + 1 arasında bir değer alır. Burada ilişkinin yönünü “r” nin işareti, derecesini ise katsayının büyüklüğü belirler. Eksi değerler bir değişken artarken diğerinin azaldığının, artı değerler ise her iki değişkenin aldığı değerlerin birlikte artış ve azalış gösterdiğinin göstergesidir. Buna göre eroin ve alkol bağımlısı olan deneklerin bağımlılıkları arttıkça; özel bir insanın desteği azalmakta, aile desteği artmakta, arkadaş desteği azalmaktadır. Eroin ve alkol bağımlılığı arttıkça; geleceğe dair duygular artmakta, güdülerin beslediği umut azalmakta, geleceğe dair düşüncelerin beslediği umut azalmaktadır. Bu bağlamda Pearson korelasyon testi ile iki bağımsız ölçeğin alt ölçekler arasındaki sebep-sonuç ilişkisi incelenmiştir. Elde edilen sonuçlara göre  $-0,005 \leq p \leq 0,005$  anlamlı aralığında yer alan değerler;

- i. Algılanan sosyal desteği ailesinden gören bağımlının geleceğe dair duygusal umutlarının varlığı bulunmuştur ( $p=0,01$ ),
- ii. Algılanan sosyal desteği ailesinden gören bağımlının güdülerin beslediği umutlarının varlığı bulunmuştur ( $p=0,03$ ),
- iii. Beck umutsuzluk ölçeğinde değerlendirilen geleceğe dair duygusal umutları olan bağımlıların aynı zamanda güdülerinin beslediği umutlarının varlığı da söz konusudur ( $p=0,05$ ).

Eğer veriler parametrik olma şartlarını taşıyorsa SPSS formunda analiz edilen veriler Correlation Coefficients başlığı altındaki Pearson seçeneği yerine Spearman seçeneği seçilerek test edilebilir. Aşağıda aynı sorulara 60 kişinin verdiği cevaplar sonrasında elde edilen Spearman Testi sonuçları verilmiştir.

Tablo 13. Eroin ve Alkol Bağımlılarının Algılanan Sosyal Destek ve Beck Umutsuzluk Alt Ölçekleri ile İlişkisel Bulgular (Spearman's Rho Correlations- Nonparametric Correlations)

SPEARMAN'S RHO CORRELATIONS			Demografik Özellik	Algılanan Sosyal Destek Ölçeği			Beck Umutsuzluk Ölçeği			
Üst Ölçekler	Alt Ölçekler	Veri Başlıkları	Eroin ve Alkol Bağımlısı	Özel bir İnsan Desteği	Aile Desteği	Arkadaş Desteği	Geleceğe Dair Duyguların Umudu	Güdülerin Beslediği Umud	Geleceğe Dair Düşüncelerin Umudu	
Demografik Özellik	Eroin ve Alkol Bağımlısı	Correlation Coefficient	1	-0,097	-0,002	0,002	0,064	-0,191	-0,078	
		Sig. (2-tailed)	.	0,371	0,986	0,984	0,591	0,109	0,511	
		N	60	60	60	60	60	60	60	
		Bootstrap- Bias	0	-0,003	0	0	-0,009	0,004	0	
		Bootstrap- Std. Error	0	0,108	0,121	0,101	0,121	0,112	0,115	
		Bootstrap- 95 % Confidence Interval Lower	1	-0,296	-0,238	-0,194	-0,194	-0,407	-0,296	
		Bootstrap- 95 % Confidence Interval Upper	1	0,119	0,238	0,196	0,282	0,045	0,149	
Algılanan Sosyal Destek Ölçeği	Özel bir İnsan Desteği	Correlation Coefficient	-0,097	1	0,065	0,155	-0,014	-0,086	0,044	
		Sig. (2-tailed)	0,371	.	0,566	0,14	0,903	0,467	0,71	
		N	60	60	60	60	60	60	60	
		Bootstrap- Bias	-0,003	0	0,004	-0,006	-0,002	0,004	0,002	
		Bootstrap- Std. Error	0,108	0	0,099	0,108	0,117	0,121	0,12	
		Bootstrap- 95 % Confidence Interval Lower	-0,296	1	-0,135	-0,062	-0,241	-0,324	-0,191	
		Bootstrap- 95 % Confidence Interval Upper	0,119	1	0,255	0,365	0,221	0,156	0,275	
	Aile Desteği	Correlation Coefficient	-0,002	0,065	1	0,019	0,019	-,310*	,278*	0,068
		Sig. (2-tailed)	0,986	0,566	.	0,866	0,866	0,013	0,025	0,584
		N	60	60	60	60	60	60	60	60
		Bootstrap- Bias	0	0,004	0	0,005	0,005	0,001	0,003	-0,003
		Bootstrap- Std. Error	0,121	0,099	0	0,12	0,12	0,131	0,123	0,121
		Bootstrap- 95 % Confidence Interval Lower	-0,238	-0,135	1	-0,206	-0,206	-0,554	0,023	-0,164
		Bootstrap- 95 % Confidence Interval Upper	0,238	0,255	1	0,259	0,259	-0,03	0,52	0,3
	Arkadaş Desteği	Correlation Coefficient	0,002	0,155	0,019	1	1	-0,069	0,085	-0,073
		Sig. (2-tailed)	0,984	0,14	0,866	.	.	0,55	0,464	0,531
		N	60	60	60	60	60	60	60	60
		Bootstrap- Bias	0	-0,006	0,005	0	0	-0,003	0,006	0,001
		Bootstrap- Std. Error	0,101	0,108	0,12	0	0	0,109	0,116	0,114
		Bootstrap- 95 % Confidence Interval Lower	-0,194	-0,062	-0,206	1	1	-0,295	-0,13	-0,278
		Bootstrap- 95 % Confidence Interval Upper	0,196	0,365	0,259	1	1	0,126	0,314	0,161

Tablo 13. Eroin ve Alkol Bağımlılarının Algılanan Sosyal Destek ve Beck Umutsuzluk Alt Ölçekleri ile İlişkisel Bulguların (Spearman's Rho Correlations- Nonparametric Correlations) Devamı

Beck Umutsuzluk Ölçeği	Geleceğe Dair Duyguların Umudu	Correlation Coefficient	0,064	-0,014	-,310*	-0,069	1	-0,251	-0,193
		Sig. (2-tailed)	0,591	0,903	0,013	0,55	.	0,054	0,138
		N	60	60	60	60	60	60	60
		Bootstrap- Bias	-0,009	-0,002	0,001	-0,003	0	0,003	0,008
		Bootstrap- Std. Error	0,121	0,117	0,131	0,109	0	0,131	0,129
		Bootstrap- 95 % Confidence Interval Lower	-0,194	-0,241	-0,554	-0,295	1	-0,501	-0,443
		Bootstrap- 95 % Confidence Interval Upper	0,282	0,221	-0,03	0,126	1	0,02	0,079
	Güdülerin Beslediği Umud	Correlation Coefficient	-0,191	-0,086	,278*	0,085	-0,251	1	0,21
		Sig. (2-tailed)	0,109	0,467	0,025	0,464	0,054	.	0,107
		N	60	60	60	60	60	60	60
		Bootstrap- Bias	0,004	0,004	0,003	0,006	0,003	0	-0,003
		Bootstrap- Std. Error	0,112	0,121	0,123	0,116	0,131	0	0,123
		Bootstrap- 95 % Confidence Interval Lower	-0,407	-0,324	0,023	-0,13	-0,501	1	-0,034
		Bootstrap- 95 % Confidence Interval Upper	0,045	0,156	0,52	0,314	0,02	1	0,443
	Geleceğe Dair Düşüncelerin Umudu	Correlation Coefficient	-0,078	0,044	0,068	-0,073	-0,193	0,21	1
		Sig. (2-tailed)	0,511	0,71	0,584	0,531	0,138	0,107	.
		N	60	60	60	60	60	60	60
		Bootstrap- Bias	0	0,002	-0,003	0,001	0,008	-0,003	0
		Bootstrap- Std. Error	0,115	0,12	0,121	0,114	0,129	0,123	0
		Bootstrap- 95 % Confidence Interval Lower	-0,296	-0,191	-0,164	-0,278	-0,443	-0,034	1
		Bootstrap- 95 % Confidence Interval Upper	0,149	0,275	0,3	0,161	0,079	0,443	1

Spearman's Rho testinde elde edilen veriler Sig. (2-tailed;  $-,005 \leq p \leq ,005$ ) anlamlı aralığında yer almamaktadır. Bu nedenle *Nonparametric: Correlation Coefficient* alanında elde edilen negatif ve pozitif r değerleri doğrusal bir ilişkisel varlığı ortaya koymamaktadır.

## BÖLÜM V

### 5. TARTIŞMA

Alkol ve madde bağımlılığı tedavisi gören bireylerde algılanan sosyal destek ve umutsuzluk düzeyi arasındaki ilişkinin incelendiği bu çalışmada 10'u kadın ve 50'si erkek olmak üzere toplamda 60 katılımcı ile görüşülmüştür. Araştırma sonuçlarına göre genel olarak 19-35 yaş aralığında olan katılımcıların eğitim durumları ise ilköğretim ve lise olarak yoğunluk gösterdiği belirlenmiştir. Büyük bir çoğunun bekar bireylerden oluştuğu görülen katılımcıların genel ortalamaya göre bir çocuklarının bulunduğu belirlenmiştir.

Öncelikli olarak eroin, daha sonra ise alkol ve kokain bağımlılarının çoğunlukta olduğu katılımcıların bu maddelere başlama yaşının ise 19-25 yaş aralığında yoğunluk kazandığı gözlemlenmektedir. Bununla birlikte 18 yaş altında bulunan bireylerin de önemli bir çoğunlukta bulunduğu görülmektedir. Tedavisini gördükleri maddenin özellikle eroin ve alkol olduğu saptanmış ve tedavi süresinin ise üç aydan daha az olduğu belirlenmiştir.

Araştırmada, özellikle erkeklerin madde bağımlısı oldukları (% 83.3) ve kullanılan maddelerin de özellikle eroin, alkol ve kokain olduğu tespit edilmiştir. Madde bağımlıları bireylerin 19-25 yaş aralığında olanlarının eroin, 26-35 yaş aralığında olanların da eroinin yanı sıra alkol ve kokain, 46 yaşın üzerindeki bireylerde ise daha ziyade alkole yöneldikleri gözlemlenmektedir. İlköğretim mezunu ya da daha aşağı düzeyde olanların daha çok eroin kullandıkları, lise mezunu seviyesinde olanların ise eroinin yanı sıra, alkol ve kokain bağımlısı oldukları, üniversite düzeyindekilerin de alkol ve eroin aldıkları saptanmıştır.

Elde edilen bulgulara göre bekar bireylerin daha fazla madde bağımlısı oldukları, evli olanların ise tek çocuğa sahip oldukları görülmektedir. Madde bağımlılığında başlama yaşı özellikle 19-25 olanlarda görülmekte, bu bireylerin de ilk kullandıkları maddenin eroin olduğu ve daha sonra da alkol ve kokain geldiği saptanmıştır. Tedavisini gördükleri madde ise öncelikli olarak eroin daha sonra da alkoldür. Özellikle üç aydan daha az bir zamandır tedavi gördükleri de belirlenmiştir.

Algılanan sosyal destek ölçeğine göre katılımcılar; aile arkadaşları dışında olan ihtiyaç duyduğunda yanında olan bir kişinin mevcut olduğunu ifade etmişlerdir. Bunun yanı sıra, sevinç ve kederini paylaşabileceği bir insanın bulunduğu ve ailesinin de kendisine gerçekten yardımcı olmaya çalıştığı görülmektedir. Katılımcılar, ihtiyacı olduğu duygusal yardım ve desteği de ailesinden almak, aile ve arkadaşları dışında kendisini rahatlatan kişilerin olduğunu da ifade etmişlerdir. Bununla birlikte arkadaşlarının kendisine pek yardımcı olmadığı dolayısıyla da işler kötüye gittiğinde arkadaşlarına güvenemeyecekleri de ortaya çıkmaktadır.

Sorunlarını ailesiyle konuşarak çözmeye çalışan katılımcılar, sevinç ve kederini paylaşabileceği arkadaşları da bulunduğunu vurgulamışlardır. Elde edilen bulgulara göre ailesi ve arkadaşları dışında olan ve duygularına önem veren insanların bulunduğu, kararları vermede ailenin kendisine yardımcı olduğu ve sorunlarını da arkadaşlarıyla konuşabileceği belirlenmiştir. Bu verilerden elde edilen sonuçlara göre katılımcıların algılanan sosyal destek düzeyi oldukça yüksektir. İncelenen alt ölçeklerde ise arkadaşlardan algılanan sosyal destek ölçeği frekans ve yüzde değişim değerlerine göre puanlama aralığında ( $4 \leq \text{puan} \leq 28$ ) ele alındığında; alkol ve madde bağımlılığı olan 60 kişilik örneklem grubundan 20 kişinin (% 33,3); 28 yüksek puan ile algılanan sosyal desteği aileden gördüğü saptanmıştır.

Madde kullanan hastalarda sosyal destek olgusunun artması, hastaların özellikle tedavi aşamalarında büyük bir etki oluşturarak olumlu yönde etki edebileceği düşünülmektedir. İnsanlar buldukları güç durumların içinden çıkmak için aile fertleri, yakın çevre ve arkadaş topluluklarından hem fiziksel hem de ruhsal destek almaktadırlar. Zira alınmakta olan sosyal destekle, yaşanan sıkıntılı durumları aşabilmek çok daha hızlı olabilmektedir. Bu nedenle alınan sosyal destek kişiler açısından oldukça önemlidir. Bu desteğin az olması ya da desteğin yer almaması durumunda ise birey, yaşanan sosyal destek ihtiyacı nedeniyle daha değişik alternatif arayışlara yönlenecektir.

Araştırmaya katılan bireyler umutsuzluk yönünden incelendiğinde ise; büyük bir çoğunluğunun geleceğe umutla baktıkları görülmektedir. Bunun yanı sıra, bireyler, kendileriyle ilgili şeyleri düzeltemediği halde gerekli çabayı göstermeyi devam ettirdikleri, işlerin kötüye giderken bile her şeyin böyle gitmeyeceğini bilmenin kendilerini rahatlatmış olduğunu düşünmektedirler. Katılımcılar, yapmayı en çok istedikleri şeyleri yapmak için yeterli

zamanı olduklarını ve kendisi için önem taşıyan konularda da gelecekte başarılı olduklarına inanmaları umut düzeyinin yüksekliğinin bir göstergesidir. Geleceklerini karanlık görmediklerini ve dünya nimetlerinden sıradan bir insan olarak daha çok yararlanacaklarını umduklarını ifade etmeleri de bunun bir yansıması olarak ortaya çıkmaktadır. Alkol ve maddenin aşırı kullanılması kişilerde fiziksel veya psikolojik birtakım problemlere yol açmakta ve kişilerin aynı zamanda ailedeki dinamikleri de olumsuz yönde etkilemektedir. Diğer taraftan, verilen tepkilerin patolojik düzeye varmasının önüne geçilmesi için alkol ve madde bağımlısı olan bireylere destek olmaktır. Gelecekle ilgili umut duyguları taşıma ve güven hissi, hastanın mücadele etmesinde yardımcı unsurlardandır. Hayattaki negatif olayların yanı sıra sosyal desteğin eksikliği ümitsizliğe neden olmaktadır.

İyi fırsatlar yakaladıkları halde gelecekte bunun tekrarlanmasına inanmamaları hiçbir neden olmadığını düşünen katılımcılar, geleceğin tatsızlıklarla dolu olduğunu da düşünmemektedirler. Ayrıca geçmiş deneyimlerinin de kendilerini geleceğe iyi hazırladığı kanısını da taşımaktadırlar. Dolayısıyla gerçekten özlediği şeylere kavuşacaklarını umduklarını belirten katılımcılar, gelecekte şimdikinden daha çok mutlu olacaklarını inanmaktalar ve geleceğe büyük inançları olmaktadır. İşlerin istediği gibi gitmediğini düşünmemeleri ise geleceğe umutla baktıklarını yansıtmaktadır. Bu nedenle gelecekte gerçek doyuma ulaşmanın olanaksız olmadığını, bulanık ve belirsiz görünmediğini aynı zamanda da kötü günlerden çok iyi günlerin kendilerini beklediğini vurgulayarak istedikleri şeyi elde etmek için çaba göstereceklerini de ifade etmişlerdir. Özellikle güdü kaybının hayır cevabına bağlı olarak yaşanmadığı ve burada bir umudun varlığının ortaya konduğu ifade edilebilir. Umut, daha büyük bir canlılık, daha yüksek bir duyarlılık ve akılcılık sağlamak yönünde gerçekleştirilmek istenen her toplumsal değişimin belirleyici ögesidir. Ancak umut, gerçekleşmesi imkânsız olan koşulların gerçekçi olmayan bir şekilde zorlanması da değildir. Umut, yaşamaya ve büyümeye eşlik eden, onunla birlikte bulunan bir ruhsal ögedir. Ayrıca yaşama iradesi, anlam arayışı ve yaşam sevgisini umudun karşılığı olarak kullanan psikologlar olduğu gibi, derin bir inancın, umudun bileşeni olduğunu söyleyerek, umudun inanç boyutuna (hayata, geleceğe inanma) dikkat çeken psikologlar da olmuştur.

Elde edilen bulgulara göre alkol ve madde bağımlılığı olanların algılanan sosyal destek ölçeğine ve Beck umutsuzluk ölçeğine verdikleri yanıtların birbirleri ile ilişkisi



belirlenmemiştir. Anlamlılık aralığı  $-0,05 \leq p \leq 0,05$  ise; elde edilen sig. değerleri bu anlamlı aralıkta yer almamaktadır. Dolayısıyla algılanan sosyal destek ölçeğinin Beck umutsuzluk ölçeği ile arasında pozitif ve negatif yönlü, doğru orantılı bir ilişki varlığının bulunmadığı söylenebilir. Bu durum algılanan sosyal desteği olan bağımlının umutsuzluğunu ya da umutlu olmasını etkilememektedir.

Bu bağlamda korelasyon testi ile iki bağımsız ölçeğin alt ölçekler arasındaki sebep-sonuç ilişkisi incelenmiştir. Elde edilen sonuçlara göre  $-0,05 \leq p \leq 0,05$  anlamlı aralığında yer alan değerler;

i. Algılanan sosyal desteği ailesinden gören bağımlının geleceğe dair duygusal umutlarının varlığı bulunmuştur ( $p=0,01$ ),

ii. Algılanan sosyal desteği ailesinden gören bağımlının güdülerin beslediği umutlarının varlığı bulunmuştur ( $p=0,03$ ),

iii. Beck umutsuzluk ölçeğinde değerlendirilen geleceğe ilişkin duygusal umutları olan bağımlıların aynı zamanda güdülerinin beslediği umutlarının varlığı da söz konusudur ( $p=0,05$ ).

60 kişilik örneklem grubundan en fazla 12 kişinin (% 20),  $0 \leq \text{puan} \leq 20$  aralığında 5 puan ile yaşadığı hayatın geleceğe dair güdusel, duygusal ve düşünce anlamında umutları olduğunu ortaya koymaktadır. Bunun yanı sıra, geleceğe dair duygusal umudu olan 24 kişi (% 40), geleceğe dair düşüncesi ve umudu olan 23 kişi (% 38,3) ve güdülerinin beslediği umudu olan 28 kişi (% 46,6) için Beck umutsuzluk ölçeğine göre umutlu oldukları saptanmıştır.

Analizin ana çıkarımı olan hipotez ile alkol ve madde bağımlılığı tedavisi gören bireylerin algılanan sosyal destekler ile umutsuzluk durumları arasındaki ilişkinin varlığı sorgulanmıştır. Yapılan ANOVA testine göre; “hipotez: alkol ve madde bağımlılığı tedavisi gören bireylerin, algılanan sosyal desteğin sağlanması durumunda umutsuzlukları azalmaktadır yönünde anlamlı bir ilişki vardır” yargısı ret edilmiştir.

Algılanan sosyal desteğin kimlerden sağlandığı ile umutsuzlukların neye yöneldiğini açıklayan alt ölçek kıyaslamalarının ilişkisel varlığını sorgulayan alt problemler kapsamında yapılan Pearson Correlations testine göre;

*Alt Problem-1:* Alkol ve madde bağımlılığı tedavisi gören bireylerin, arkadaşlarından aldığı sosyal destek geleceğe dair duygusal umutsuzluklarını azaltmakta mıdır? Sorusu olumsuz sonuçlanmıştır.

*Alt Problem-2:* Alkol ve madde bağımlılığı tedavisi gören bireylerin, özel birilerinden aldığı sosyal destek geleceğe dair duygusal umutsuzluklarını azaltmakta mıdır? Sorusu olumsuz sonuçlanmıştır.

*Alt Problem-3:* Alkol ve madde bağımlılığı tedavisi gören bireylerin, ailelerinden aldığı sosyal destek geleceğe dair duygusal umutsuzluklarını azaltmakta mıdır? Sorusu *olumlu* sonuçlanmıştır.

*Alt Problem-4:* Alkol ve madde bağımlılığı tedavisi gören bireylerin, arkadaşlarından aldığı sosyal destek geleceğe dair düşüncelerindeki umutsuzlukları azaltmakta mıdır? Sorusu olumsuz sonuçlanmıştır.

*Alt Problem-5:* Alkol ve madde bağımlılığı tedavisi gören bireylerin, özel birilerinden aldığı sosyal destek geleceğe dair düşüncelerindeki umutsuzlukları azaltmakta mıdır? Sorusu olumsuz sonuçlanmıştır.

*Alt Problem-6:* Alkol ve madde bağımlılığı tedavisi gören bireylerin, ailelerinden aldığı sosyal destek geleceğe dair düşüncelerindeki umutsuzlukları azaltmakta mıdır? Sorusu olumsuz sonuçlanmıştır.

*Alt Problem-7:* Alkol ve madde bağımlılığı tedavisi gören bireylerin, arkadaşlarından aldığı sosyal destek güdülerinin beslediği umutları arttırmakta mıdır? Sorusu olumsuz sonuçlanmıştır.

*Alt Problem-8:* Alkol ve madde bağımlılığı tedavisi gören bireylerin, özel birilerinden aldığı sosyal destek güdülerinin beslediği umutları arttırmakta mıdır? Sorusu olumsuz sonuçlanmıştır.

*Alt Problem-9:* Alkol ve madde bağımlılığı tedavisi gören bireylerin, ailelerinden aldığı sosyal destek güdülerinin beslediği umutları arttırmakta mıdır? Sorusu olumlu sonuçlanmıştır.

Elde edilen sonuçlara göre hipoteze konu olan alkol ve madde bağımlılığı (eroïn) olan (demografik özellikler 6. soruya istinaden tespit edilmiş olan alkol ve eroïn bağımlılığı) bireylerin algılanan sosyal desteği aileden olması durumunda geleceğe dair duygusal umutlarının ve güdülerinin beslediği umutların arasında anlamlı bir ilişkinin varlığı saptanmıştır. Özel birinden ve arkadaşlardan algılanan sosyal destek alt ölçekleri ile umutsuzluk alt ölçekleri arasında anlamlı bir ilişki saptanamamıştır. Buna göre eroïn ve alkol bağımlısı olan deneklerin bağımlılıkları arttıkça; özel bir insanın desteği azalmakta, aile desteği artmakta, arkadaş desteği azalmaktadır. Eroïn ve alkol bağımlılığı arttıkça; geleceğe dair duygular artmakta, güdülerin beslediği umut azalmakta, geleceğe dair düşüncelerin beslediği umut azalmaktadır.

## BÖLÜM VI

### 6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Madde kullanımı genel olarak genç kesimde sosyal amaçlı bir davranış olarak değerlendirilebilir. Bu durumun onlara sosyal bir çevre ve madde kullanımı için uygun bir ortam sağladığı görülmektedir. Böyle bir ortam, maddeye başlamak kadar kullanmaya devam edilmesi riskini artırmaktadır. Bu nedenle arkadaşların yarattığı etki, genç kesimin madde kullanmalarında üzerinde de büyük etki yaratan bir etken olarak ele alınabilir. Maddeyi kötüye kullanım ve bağımlılığın neden olduğu sorunlar ekonomik, sosyal, tıbbi ve yasal sonuçlar tüm toplumu etkiler. Dolayısıyla, fiziksel arınma sonrasındaki rehabilitasyon sürecinde madde bağımlısı bireyin iyileşmesi, onun tekrar topluma kazandırılması ve hayati becerilerin yeniden o bireye öğretilmesi oldukça önemlidir. Bu nedenle tedavi toplulukları, kendi kendine yardım grupları gibi çeşitli terapi programları geliştirilmiştir. Bağımlılar tedavileri süresince ve sonrasında bu programlara katılabilirler. Bağımlıların tedavi programına başlamak için çok düşük motivasyonları olduğu ve bu tür durumlarda motivasyonun tedavinin başarısında anahtar bir rol oynadığı da ifade edilmektedir.

Diğer taraftan alınan sosyal desteğin kişilerarası bir etkileşim olduğu ve kişilerle özelliklerin niteliklerinin yanı sıra sosyokültürel durumların da etkilediği dinamik bir olgu durumunda olduğu söylenebilir. Madde kullanan hastalarda sosyal destek olgusunun artması, hastaların özellikle tedavi aşamalarında büyük bir etki oluşturarak olumlu yönde etki edebileceği düşünülmektedir. İnsanlar buldukları güç durumların içinden çıkmak için aile fertleri, yakın çevre ve arkadaş topluluklarından hem fiziksel hem de ruhsal destek almaktadırlar. Zira alınmakta olan sosyal destekle, yaşanan sıkıntılı durumları aşabilmek çok daha hızlı olabilmektedir. Bu nedenle alınan sosyal destek kişiler açısından oldukça önemlidir. Araştırma sonuçlarında da bireylerin aldıkları sosyal desteğin büyük rolü olduğu ve daha ziyade aile çevresinin desteğinin önemli katkıları olduğu görülmektedir. Sosyal desteğin güçlü olduğu insanların kişiliklerinde sağlıklı gelişme oluşmakta, stres yaratan durumlara daha rahat adapte olmakta ve yaşamları süresince de karşı karşıya kaldıkları problemlerle mücadelede daha rahat hareket edebildikleri gözlemlenmektedir.

Dolayısıyla araştırma sonuçlarından elde edilen bulgulara göre de bireyler gerekli olduğunu düşündükleri durumlarda güven duyabilecekleri kişilerin varlığının farkında olmakta ve bu nedenle algıladıkları sosyal destek seviyelerinin de yüksek olduğu gözlemlenmektedir. Sosyal desteğin hem fiziksel hem de ruhsal sağlıkta pozitif etkileri görülmektedir. Bu nedenle sosyal desteğe sahip olmayan kişilerde de negatif etki yarattığı söylenebilir. Gelecekle ilgili pozitif beklentilerin bir göstergesi durumunda olan umut, kişilerin sonraki yaşantılarında karşı karşıya kalabilecekleri negatif unsurlarla yüklü yaşantılarla mücadele etme duygusu yaratarak bireyleri motive etmektedir. Geleceğe yönelik olarak karamsarlık göstermek, belirlediği hedeflere erişemeyeceğine inanmak, mevcut problemlerin hiçbir şekilde çözümlenmeyeceğine inanmış olmak umutsuzluğun göstergesi olan bilişsel unsurlar olmakla birlikte, araştırmada katılımcıların gerek aldıkları sosyal destek gerekse tedavi sürecine olumlu tepki göstermelerinden dolayı, umutsuzluğu umuda dönüştürme becerisine sahip oldukları söylenebilir. Gelecekle ilgili umut duyguları taşıma ve güven hissi, hastanın mücadele etmesinde yardımcı unsurlardandır. Hayattaki negatif olayların yanı sıra sosyal desteğin eksikliği ümitsizliğe neden olmaktadır. Umudun terapi süreçlerinde de önemli bir yeri bulunmaktadır. Çeşitli araştırmalar, terapiden önce umudun olumlu terapi sonucuyla önemli biçimde ilişkili olduğunu göstermiştir.

Bu araştırmada da 60 kişilik örneklem grubundan en fazla 12 kişinin (% 20),  $0 \leq \text{puan} \leq 20$  aralığında 5 puan ile yaşadığı hayatın geleceğe ilişkin motive edici, duygusal ve düşünce anlamında umutları olduğunu ortaya koymaktadır. Alt ölçeklere göre ise geleceğe yönelik duygusal umut yaşamaktadırlar. Alt ölçekler ölçek puanlama aralığında ( $0 \leq \text{puan} \leq 20$ ) değerlendirildiğinde ise 60 kişilik örneklem grubundan; geleceğe yönelik duygusal umudu olan 24 kişi (% 40), geleceğe dair düşüncesi ve umudu olan 23 kişi (% 38,3) ve güdülerinin beslediği umudu olan 28 kişi (46,6) için Beck umutsuzluk ölçeğine göre umutlu oldukları belirlenmiştir.

## KAYNAKLAR

Abadinsky, H. (2011). Drug Use and Abuse: A Comprehensive Introduction.. Cengage Learning.

Abay, E. ve Ateş, İ. (2001). “Bağımlılığın Genetiği” Bağımlılık Dergisi, 2 (2): 68-70.

Abramson, LY., Metalsky, GI. And Alloy, LB. (1989). “Hopelessness Depression: A Theory-Based Subtype of Depression” Psychological Review, 96 (2): 358-372.

Adler, A. (2004). Nevroz Sorunları: Toplumsal Duygu Yoksunluğu ve Erkeksi Protesto, İstanbul: Say Yayınları.

Ağır, M. (2007). “Üniversite Öğrencilerinin Bilişsel Çarpıtma Düzeyleriyle Problem Çözme Becerileri ve Umutsuzluk Düzeyleri Arasındaki İlişki” Doktora Tezi, İstanbul: İstanbul Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.

Akbaş, E. (2006). “Gebe Kadınlarda Depresyon ve Anksiyete Düzeylerinin Sosyal Destek ile İlişkinin İncelenmesi” Yüksek Lisans Tezi, Gaziantep: Gaziantep Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.

Alpay, N., Karamustafalıoğlu, N., Kükürt, R. ve Karaman, HE. (1998). “Madde Kullanan Hastaların Gençlik Dönemlerindeki Hal ve Gidiş Bozuklukları” Düşünen Adam, 11 (1):5-8.

Altındağ, A., Yanık, M., Yengil, E. ve Karazeybek, AH. (2005). “Şanlıurfa’da Üniversite Öğrencilerinde Madde Kullanımı” Bağımlılık Dergisi, 6 (2):60-65.

Amerikan Psikiyatri Birliği, (2001). Psikiyatride Hastalıkların Tanımlanması ve Sınıflandırılması El Kitabı (DSM-IV-TR), (Çev. E. Köroğlu), Ankara: HYB Yayınları.

Anıl, L. (1999). “Askerlikte Ruhsal Bozukluk Belirtisi Gösteren ve Göstermeyen Erlerin Sosyal Destekler ve Başa çıkma Yöntemleri Açısından Karşılaştırılması” Yüksek Lisans Tezi, İzmir: Ege Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İzmir.

Annak, BB. (2005). “Sosyal Destek, Sosyal Ağ, Yaşam Kalitesi ve Yaşam Doyumu: Duygu-Durum ve Anksiyete Bozukluğu Tanısı Alan Kişiler ve Düzenli Hemodiyaliz Tedavisi Gören Hastalar Açısından Bir Karşılaştırma” Yüksek Lisans Tezi, Mersin Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Psikoloji Anabilim.

Anthony, JC., Warner, LA. and Kessler, RC. (1994). "Comparative Epidemiology of Dependence on Tobacco, Alcohol, Controlled Substances, and Inhalants: Basic Findings From the National Comorbidity Survey" *Experimental and Clinical Psychopharmacology*, 2 (3): 244-268.

Aras, A. (2011). "Müzik Bölümü Lisans Öğrencilerinin Umutsuzluk Düzeylerinin Belirlenmesi: Hacettepe Üniversitesi Ankara Devlet Konservatuarı Örneği" *Gazi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 31 (2): 509-524.

Ardahan, M. (2006). "Sosyal Destek ve Hemşirelik" *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksek okulu Dergisi*, 9 (2): 68-75.

Armstrong, MI., Birnie-Lefcovitch, S. and Ungar, MT. (2005). "Pathways Between Social Support, Family Well Being, Quality of Parenting, and Child Resilience: What We Know" *Journal of Child and Family Studies*, 14 (2): 269-281.

Avşar, G., Koç, F. ve Aslan, G. (2016). "Madde Bağımlısı Hastalarda Sosyal Destek ve Benlik Saygısı" *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 1: 44-49.

Aydın, A. (2001). *Gelişim ve Öğrenme Psikolojisi*, İstanbul: Alfa Yayım.

Babacan-Gümüş, A. (2015). "Üniversite Öğrencilerinde Sigara ve Alkol Kullanımı: Depresif Belirtiler ve Umutsuzluk Yönünden Bir Değerlendirme" *Bağımlılık Dergisi*, 16 (1): 9-17.

Babaoğlu, NA. (1997). *Uyuşturucu ve Tarihi*. Ankara: Kaynak Yayınları.

Bahadır, A. (2002). *İnsanın Anlam Arayışı ve Din: Logoterapik Bir Araştırma*, İstanbul: İnsan Yayınları.

Baltaş, Z. (2000). *Sağlık Psikolojisi*, İstanbul: Remzi Kitabevi.

Barrera, M. (1986). (Distinctions between Social Support Concerns, Measures, and Models" *American Journal of Community Psychology*, 14 (4): 413-445.

Barrera, M., ve Ainly, JS. (1983). "The Structure Of Social Support A Conceptual And Empirical Analysis" *Journal Of Community Psychology*, 11: 133-143.

Basedau, NT. (2004). "The Role of Social Support in the Relationship between Exposure to Traumatic Stressors and Posttraumatic Stress Symptoms in a Sample of Emergency Care Practitioners" Dissertation, Johannesburg: University of the Witwatersrand.

Başer, Z. (2006). "Aileden Algılan Sosyal Destek İle Kendini Kabul Düzeyi Arasındaki İlişkinin İncelenmesi" Yüksek Lisans Tezi, Erzurum: Atatürk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü,

Batıgün, DA. (2005). "İntihar Olasılığı: Yaşamı Sürdürme Nedenleri. Umutsuzluk Ve Yalnızlık Açısından Bir İnceleme" Türk Psikiyatri Dergisi, 16 (1): 29-39.

Beck, A. (2001). Bilişsel Danışma Temel İlkeler ve Ötesi, Ankara: Türk Psikologlar Derneği Yayınları.

Beck, A. (2005). Bilişsel Danışma ve Duygusal Bozukluklar, İstanbul: Litera Yayıncılık.

Beck, AT. (2008). Kişilik Bozukluklarının Bilişsel Terapisi, (Çev. Ö. Yalçın ve N.E. Akçay), İstanbul: Litera Yayıncılık.

Beck, AT., Brown, G., Robert, MS., Berchick, RJ., Stewart, BL. And Steer, RA. (1990). "Relationship Between Hopelessness and Ultimate Suicide: A Replication with Psychiatric Outpatient" The American Journal of Psychiatry, 147: 190-195.

Beck, AT., Weissman, A., Lester, D. And Trexler, L. (1974). "The Measurement of Pessimism: The Hopelessness Scale" Journal of Consulting and Clinical Psychology, 42 (6): 861-865. <https://cryptome.org/2012/10/beck-hopelessness.pdf> (05.05.2016).

Beyazyürek, M. ve Şatır, TT. (2000). "Madde Kullanım Bozuklukları" Psikiyatri Dünyası, 4: 50-56.

Birch, DA. (1998). "Identifying Sources of Social Support" Journal of School Health, 68: 159-164.

Blackburn, IM. (2003). Depresyon ve Başa Çıkma Yolları, (Çev. HN. Şahin ve RN. Rugancı), İstanbul: Remzi Kitabevi.



Bozkurt, ÖD. (2004). “Klimekterium Dönemindeki Kadınların Yaşam Kalitelerinin Ve Umutsuzluk Düzeylerinin İncelenmesi” Yüksek Lisans Tezi, Ege Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü.

Brown, S. ve Yalom, I. (2008). Alkolizm Terapisi, (Çev. T. Kazmirci), İstanbul: Prestij Yayınları.

Buxton. J. (2006). The Political Economy of Aarcotics: Production, Consumption And Global Markets. New York: Zed Books.

Cassel, J. (1974). “Psychological Process and Stres: Theoretical Formulation” International Journal of Health Services, 4 (3): 471-482.

Ceylan, ME. ve Türkcan, A. (2003). Araştırma ve Klinik Uygulamada Biyolojik Psikiyatri: Alkol ve Madde Kullanım Bozuklukları, İstanbul: Evrim Yayınları.

Cırık, İ. (2010). “İlköğretim 5., 6., 7. ve 8. Sınıf Öğrencilerinin Algıladıkları Sosyal Destek Düzeylerinin İncelenmesi” Doktora Tezi, İstanbul: Marmara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü.

Clark M, Walters ST, Gingerich R, Meltzer M. (2006). “Motivational Interviewing for Probation Officers: Tipping the Balance Toward Change” Federal Probation, 70 (1): 38-44.

Cobb, S. (1976). “Social Support as a Moderator of Life Stres” Psychosomatic Medicine, 38 (5): 300-314.

[https://campus.fsu.edu/bbcswebdav/institution/academic/social\\_sciences/sociology/Reading%20Lists/Mental%20Health%20Readings/Cobb-PsychosomaticMed-1976.pdf](https://campus.fsu.edu/bbcswebdav/institution/academic/social_sciences/sociology/Reading%20Lists/Mental%20Health%20Readings/Cobb-PsychosomaticMed-1976.pdf) (02.05.2016).

Cohen, S. ve Wills, TA. (1985). “Stres, Social Support and the Buffering Hypothesis” Psychological Bultening, 92: 310-357.

Corey, G. (2008). Psikolojik Danışma Psikoterapi Kuram ve Uygulamaları, (Çev. T. Ergene), Ankara: Mentis Yayınları.

Coşkunol, H. ve Altıntoprak, E. (1999). “Alkol Kullanımının Genetik Yönleri” Klinik Psikiyatri, 2 (4): 222-229.

Cüceloğlu, D. (2000). İnsan ve Davranışı, İstanbul: Remzi Kitabevi.

Çakır, Y. ve Palabıyık, R. (1997). “Gençlerde Sosyal Destek, Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeğinin Güvenilirlik ve Geçerlilik Çalışması” *Kriz Dergisi*, 5 (1): 15-24.

Çakmak, D. ve Evren, C. (2006). *Alkol ve Madde Kullanım Bozuklukları*, İstanbul: Özgül Matbaacılık.

Çiftçi, M. (2008). “Disiplin Cezası Alan ve Almayan Lise Öğrencilerinin Ahlaki Yargı Yetenekleri Bilişsel Çarpıtmaları ve Empatik Becerilerinin Karşılaştırılması” Yüksek Lisans Tezi, Atatürk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Eğitim Bilimleri Anabilim Dalı, Erzurum.

Davison, GC. ve Neale, J. (2004). *Anormal Psikoloji*, Ankara: Türk Psikologlar Derneği Yayınları.

Demir, Y. (2008). “Özel Eğitime İhtiyacı Olan Öğrencilerin Sosyal Destek Düzeyleri” Yüksek Lisans Tezi, Ankara: Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.

Dilbaz, N. ve Seber, G. (1993). “Umutsuzluk Kavramı: Depresyon ve İntiharda Önemi” *Kriz Dergisi*, 1 (3): 134-138.

Dowd, E.T. (2007). *Bilişsel-Gelişimsel Terapide Hipnozun Kullanımı. Bilişsel Terapi Uygulamaları: Tedavi Müdahaleleri İçin Bir Kılavuz.* (Ed. R.L. Leahy), İstanbul: Litera Yayıncılık.

Duru, E. (2008). “Yalnızlığı Yordamada Sosyal Destek ve Sosyal Bağlılığın Rolü” *Türk Psikoloji Dergisi*, 23 (61): 15-24.

Dülger Ö (2009). “Ergenlerde Algılanan Sosyal Destek ile Karar Verme Davranışları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi” Yüksek Lisans Tezi, İstanbul: Marmara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü.

Eker, D. ve Arkar, H. (1995). “Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeğinin Faktör Yapısı, Geçerlilik ve Güvenirliği” *Türk Psikologlar Dergisi*, 10 (34): 45-55.

Eker, D., Arkar, H. ve Yıldız, H. (2001). “Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği’nin Gözden Geçirilmiş Formunun Faktör Yapısı, Geçerlik ve Güvenirliği” *Türk Psikiyatri Dergisi*. 12 (1): 17-25.

Elliot, SN., Malecki, CK. And Demaray, MK. (2001). "New Directions in Social Skills Assessment and Intervention for Elementary and Middle School Students" *Exceptionality*, 9 (1-2): 19-32.

Elmacı, F. (2006). "Parçalanmış ve Bütünlüğünü Koruyan Aileye Sahip Ergenlerin Depresyon ve Uyum Düzeylerinde Sosyal Desteğin Rolü" *Kuram ve Uygulamada Eğitim Bilimleri Dergisi*, 6 (2): 405-423.

Erhan, C. (1996). *Beyaz Savaş: Türk-Amerikan İlişkilerinde Afyon Sorunu*. İstanbul: Bilgi Yayınevi.

Fogarty, TF. (1984). "The Therapy of Hopelessness" *The Best of the Family*, 2: 59-64  
[http://www.cflarchives.org/images/The\\_Therapy\\_of\\_Hopelessness.pdf](http://www.cflarchives.org/images/The_Therapy_of_Hopelessness.pdf) (06.05.2016).

Frankl, EV. (2007). *İnsanın Anlam Arayışı*, (Çev. S. Budak), Ankara: Öteki Yayınevi.

Fromm, E. (1995). *Umut Devrimi*, (Çev. Ş. Yeğın), İstanbul: Payel Yayınevi.

Geçtan, E. (1990). *Varoluş ve Psikiyatri*, İstanbul: Remzi Kitabevi.

Gençöz, F., Vatan, S. ve Lester, D. (2006). "Umutsuzluk, Çaresizlik ve Talihsizlik Ölçeğinin Türk Örnekleminde Güvenilirlik ve Geçerlik Çalışması" *Kriz Dergisi*, 14 (1): 21-29.

Güleç, C. ve Köroğlu, E. (1997). *Psikiyatri Temel Kitabı*. Ankara: HYB Yayıncılık.

Horney, K. (1998). *Ruhsal Çatışmalarımız*, (Çev. S. Budak, Ankara: Öteki Yayınevi.

İmamoğlu, A. (2011). "Üniversite Gençliğinde Dini İnanç ve Umutsuzluk İlişkisi" *Sakarya Üniversitesi İlahiyat Fakültesi Dergisi*, 13 (23): 205-244.

Jung, J. (1987). "Toward a Social Psychology of Social Support" *Basic and Applied Social Psychology*, 8 (1-2): 57-83.

Kahriman, İ. (2002). "Adölesanlarda Aile ve Arkadaşlardan Algılanan Sosyal Destek İle Benlik Saygısı Arasındaki İlişki" *Yüksek Lisans Tezi*, Erzurum: Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.

Kalyoncu, A. ve Mırsal, H. (2000). *Alkol kullanım bozuklukları*. *Psikiyatri Dünyası*, 4 (1): 22-30.

Kalyoncu, ÖA. (2010). Plastik Düşler. İstanbul: Kapital.

Kaplan, HI. ve Sadock, BJ. (2004). “Maddeye bağlı bozukluklar” Klinik Psikiyatri (Çev. E. Abay), ss.75-115, İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri.

Karadağ, İ. (2007). “İlköğretim Beşinci Sınıf Öğrencilerinin Akademik başarılarının Sosyal Destek Kaynakları Açısından İncelenmesi” Yüksek Lisans Tezi, Adana: Çukurova Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.

Karadayı, F. (1994). “Üniversite Gençlerinin Algılanan Ana-baba Tutumları, Ana-babayla İlişkileri ve Bunların Bazı Kişilik Özellikleri ile Bağlantısı” Türk Psikoloji Dergisi, 9 (32): 15-25.

Kasatura, İ. (1998). Gençlik ve Bağımlılık. İstanbul: Evrim Yayınları.

Kasatura, İ. (1998). Gençlik ve Bağımlılık. İstanbul: Evrim Yayınları.

Keefer, P. and Loayza, N. (2010). Innocent Bystanders: Developing Countries and the War on Drugs. Washington: The World Bank.

Kef, S. (1997). “The Personel Networks and Social Supports Of Blind and Visually Impaired Adolescents” Journal Of Visual Impairment and Blindness, 91: 236-244.

Kenarlı, Ö. (2010). “Bilişsel Davranışçı Terapi: Aaron T. Beck” Psikoloji Akademisi, <http://www.cadempsikoloji.com/psikoloji-akademisi/163-aaron-t-beck-bili%C5%9Fsel-davrani%C5%9F%C3%A7i-terapi.html> (07.05.2014).

Kılınç, H. (2005). “Ergenlerin Yalnızlık Düzeyleri ve Kişilerarası İlişkilerle Bilişsel Çarpıtmaları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi” Yüksek Lisans Tezi, Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Anabilim Dalı, Ankara.

Kierkegaard, S. (2001). Ölümçül Hastalık Umutsuzluk, (Çev. MM. Yakupoğlu), İstanbul: Ayrıntı Yayınları.

Koç, E. (2008). “Bir Umut Metafiziği Olarak Gabriel Marcel Felsefesi” SDÜ Fen Edebiyat Fakültesi Sosyal Bilimler Dergisi, 18: 171-194.

Konukbay, D. (2005). “Engelli Çocuk Ebeveynlerinin Umutsuzluk Düzeyleri ve Problem Çözme Becerileri Arasındaki İlişki” Yüksek Lisans Tezi, İstanbul: Gülhane Askeri Tıp Akademisi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.

Köknel, Ö. (1998). Bağımlılık: Alkol ve Madde Bağımlılığı. İstanbul: Altın Kitaplar.

Köroğlu, E. ve Türkçapar, M.H. (2009). Psikoterapi Yöntemleri: Kuramlar ve Uygulama Yönergeleri. Ankara: HYB Yayınları.

Kula, N. (2006). “İstenmedik ve Beklenmedik Olaylarla Karşılaşan Bireylere Yönelik Moral ve Manevi Desteğin Önemi: Deprem ve Bedensel Engellilik Örneği” Dinbilimleri Akademik Araştırma Dergisi, 6 (2): 73-94.

Kutlu, M. (1998). “Özürlü Çocuğu Olan Ana-Babaların Umutsuzluk Düzeyleri” Doktora Tezi, Ondokuz Mayıs Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü.

Kuyucu, Y. (2007). “Boşanmış Ailede Yetişen Ergenlerin Bilişsel Çarpıtmalarıyla Benlik Değeri Arasındaki İlişki” Doktora Tezi, İzmir: Dokuz Eylül Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü.

Küçükarslan, M. (2011). “Mersin Üniversitesi Öğrencilerinin Romantik İlişkilere Yönelik İnançlarının Cinsiyet, Sınıf Düzeyi ve Romantik İlişki Yaşama Durumu Değişkenlerine Göre İncelenmesi” Yüksek Lisans Tezi, Mersin: T.C. Mersin Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü Eğitim Bilimleri Anabilim Dalı.

Leahy, RL. (2007). Bilişsel Terapi ve Uygulamaları, İstanbul: Litera Yayıncılık.

Maisto, SA., Galizio, M. ve GJ. Connors (2008). Drug Use and Abuse: A Comprehensive Introduction, Seventh Edition. Belmont: Thomson Wadsworth.

Malecki, CK. And Demaray, MK. (2006). “Social Support as a Buffer in the Relationship between Socioeconomic Status and Academic Performance” School Psychology Quarterly, 21 (4): 375-395.

Martino, S., Ball, SA., Gallon, SL., Hall, D., Garcia, M., Ceperich, S., Farentinos, C., Hamilton, J. and Hausotter, W. (2006). Motivational Interviewing Assessment: Supervisory Tools for Enhancing Proficiency. Salem, OR: Northwest Frontier Addiction Technology

Transfer Center, Oregon Health and Science University.

<http://www.motivationalinterviewing.org/sites/default/files/mia-step.pdf> (07.04.2016).

Morrison, JS. (2008). *Combating the Twin Epidemics of HIV/AIDS and Drug Addiction*. Washington D.C: The CSIS Press.

Odağ, C. (1995). *İntihar (Özkıyım) Tanım-Kuram-Sağaltım*, İzmir: Ege Üniversitesi Basımevi.

Orhan, S. (2001). “Genelleşmiş Anksiyete Bozukluğu: Alkol Bağımlılığı Eş Tanısı Olan ve Olmayan Olguların Karşılaştırılması” Uzmanlık Tezi, İstanbul: Bakırköy Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi.

Ögel, K. (2002). *Madde Bağımlılarına Yaklaşım ve Tedavi*. İstanbul: IQ Yayıncılık.

Öngider, N. (1997). “Kronik Fiziksel Hastalığı Olan Kişilerde Umutsuzluk Ve Yaşamı Sürdürme Nedenlerinin İncelenmesi” Yüksek Lisans Tezi, Ege Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü.

Örsal, Ö. (1998). “Eğitebilir Zekâ Engelli Çocuklar Velilerinin Sosyal Destek Ve Umutsuzluk Düzeyleri” Yüksek Lisans Tezi, İstanbul: Marmara Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü.

Özakkaş, T. (2004). *Bütüncül Psikoterapi*. İstanbul: Litera Yayıncılık.

Özben, Ş. ve Argun, Y. (2003). “İlköğretim Öğretmenlerinin Umutsuzluk Ve Tükenmişlik Düzeyleri Üzerine Bir Araştırma” Ege Eğitim Dergisi, 3 (1): 36-48.

Özbesler, C. (2001). “Çocukluk Çağı Lösemileri ve Sosyal Destek Sistemlerinin Aile İşlevlerine Etkisi” Doktora Tezi, Ankara: Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.

Özer, A.K. (2000). “Ben” Değeri Tiryakiliği: Duygusal Gerilimle Baş Edebilme. İstanbul: Sistem Yayıncılık.

Öztürk, MO ve Uluşahin, A. (2011). “Psikoaktif Madde Kullanımına Bağlı Bozukluklar” Ruh Sağlığı ve Bozuklukları, Ankara: Nobel Tıp Kitabevi.

Öztürk, MO. (1994). *Ruh Sağlığı ve Bozuklukları*. Ankara: Nobel Tıp Kitabevleri.

Öztürk, MO. (2001). “Psikoaktif Madde Kullanımına Bağlı Bozukluklar” Ruh Sağlığı ve Bozuklukları, Ankara: Nobel Tıp Kitabevi.

Öztürk, MO. ve Uluşahin, A. (2011). “Psikoaktif Madde Kullanımına Bağlı Bozukluklar” Ruh Sağlığı ve Bozuklukları, ss.687-736, Ankara: Nobel Tıp Kitabevi.

Park, HS. (2007). “Effects of Social Support, Coping Strategies, Self-Esteem, Mastery, and Religiosity On The Relationship Between Stress and Depression Among Korean Immigrants in the United States: Structural Equation Modeling” Doctoral dissertation, Texas: The University of Texas at Austin.

Pınarcı, M. (2010). Türkiye Uyuşturucu Raporu 2010. Ankara: T.C. İçişleri Bakanlığı Emniyet Genel Müdürlüğü.

Piazza, NJ. and Wise, SL. (1998). “An Order-Theoretic Analysis of Jellinek’s Disease Model of Alcoholism” The International Journal of the Addictions, 23 (4): 387-397.

Regier, DA., Farmer, ME., Rae, DS., Locke, B.Z., Keith, SJ., Judd, LL. (1990). Comorbidity of Mental Disorders with Alcohol and Other Drug Abuse. Results from the Epidemiologic Catchment Area (ECA) Study. The Journal of the American Medical Association, 264 (19): 2511-2518.

Ryff, CD. And Singer, B. (2000). “Interpersonal Flourishing: A Positive Health Agenda for the New Millennium” Personality and Social Psychology Review, 4 (11): 30-44.

Sadock, BJ. ve Sadock, VA. (2009). Kaplan & Sadock’s Comprehensive Textbook of Psychiatry. İstanbul: Güneş Kitabevi.

Savaşır, I. ve Batur, S. (2003). “Depresyonun Bilişsel-Davranışçı Tedavisi” (Ed. I. Savaşır, G. Boyacıoğlu ve E. Kabakçı), Bilişsel-Davranışçı Terapiler, Ankara: Psikologlar Derneği Yayınları.

Savaşır, I. ve Şahin, NH. (1997). Bilişsel-Davranışçı Terapilerde Değerlendirme: Sık Kullanılan Ölçekler, Türk Psikologlar Derneği Yayınları, Ankara.

Savaşır, I., Boyacıoğlu, G. ve Kabakçı, E. (1998). Bilişsel-Davranışçı Terapiler, Ankara: Psikologlar Derneği Yayınları.

Senemoğlu, N (2004), Gelişim Öğrenme ve Öğretim, Ankara: Gazi Kitabevi.

- Sevil, HT. (1998). Uyuşturucu Bağımlılığı, Tanımlar-Sorunlar-Çözümler. Ankara: SABEV Yayınları.
- Sharf, RS. (2010). Theories of Psychotherapy and Counseling: Concepts and Cases, Cengage Learning.
- Sloboda, Z. (2005). Epidemiology of Drug Abuse. New York: Springer.
- Songar, A. (1974). Haşhaş Meselesi ve Türkiye. İstanbul: Hareket Yayınları.
- Sorias, O. (1988). “Sosyal Destek Kavramı” Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi, 27 (1): 353-357.
- Şengül, C. ve Herken, H. (2009). “Genetikten Epigenetiğe Alkol Bağımlılığı” Anadolu Psikiyatri Dergisi, 10: 239-245.
- Taner, D. (2008) “Öğretmenlerin Umutsuzluk Düzeyi İle Okul Kültürü Arasındaki İlişki” Yüksek Lisans Tezi, İstanbul: Yeditepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- Tarhan, N. ve Nurmedov (2011). “Bağımlılık, Sanal veya Gerçek” Alkol ve Madde Bağımlılığı. İstanbul: Timaş Yayınları.
- Temel, ZF. ve Aksoy, AB. (2001). Ergen ve Gelişimi. Ankara: Nobel Yayıncılık.
- Türkçapar, M.H. (2012). Bilişsel Terapi, Ankara: HYB Yayıncılık.
- Türküm, S. (1999). Bilişsel-Davranışçı Yaklaşım Dayalı Grupla Psikolojik Danışmanın Bilişsel Çarpıtmalar ve İletişim Becerileri Üzerindeki Etkisi. Eskişehir: Anadolu Üniversitesi Yayınları.
- Tüzer, TT. (1997). Tıbbi Sorunları Etkileyen Psikolojik Faktörler. Ankara: Compos Mentis Yayınları.
- Uluğ, B. (1997). Madde Kullanımı İle İlişkili Bozukluklar. (Ed. C. Güleç ve E. Köroğlu), Psikiyatri Temel Kitabı. Ankara: Mediographics Ajans Matbaacılık.
- Uzbay, İT. (2009). “Madde Bağımlılığının Tarihçesi, Tanımı, Genel Bilgiler ve Bağımlılık Yapan Maddeler” Meslek İçi Sürekli Eğitim Dergisi, 21: 5-15.



Üngüren, E. Ehtiyar, R. (2009). “Türk ve Alman Öğrencilerin Umutsuzluk Düzeylerinin Karşılaştırılması Ve Umutsuzluk Düzeylerini Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi: Turizm Eğitimi Alan Öğrenciler Üzerinde Bir Araştırma” Journal Of Yaşar University. 4 (14): 2093-2127.

WHO. (2004). Neuroscience of Psychoactive Substance Use and Dependence: Summary, Geneva: World Health Organization.

[http://www.who.int/substance\\_abuse/publications/en/Neuroscience\\_E.pdf](http://www.who.int/substance_abuse/publications/en/Neuroscience_E.pdf) (02.05.2016).

Winemiller, DR., Mitchell, E., Sutliff, J., and Cline, DJ. (1993). “Measurement Strategies in Social Support: A Descriptive Review of the Literature” Journal of clinical psychology, 49 (5): 638-648.

World Health Organization. (2004). Global Status Report on Alcohol. Geneva.

Yapıcı, A. (2006). “Alkol Bağımlılığında Depresyon ve Anksiyetenin Yetiyitimi ve Yaşam Kalitesine Etkisi” Uzmanlık Tezi, İstanbul: T.C. Sağlık Bakanlığı Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi.

Yavuz, A. (2009). “18-25 yaş Üniversite Gençliğinde Dini İnanç ve Umutsuzluk İlişkisi: Sakarya Üniversitesi Örneği” Yüksek Lisans Tezi, Sakarya: Sakarya Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.

Yenibaş, R. (2002). “Aile İçi İstismarın Ergenin Uyumsuzluk Düzeyi İle İlişkisi” Yüksek Lisans Tezi, İstanbul: Marmara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Fakültesi.

Yerlikaya, EE. (2003). “Mizah Tarzları Ölçeğinin (The Humor Styles Questionnaire) Uyarlama Çalışması” Yüksek Lisans Tezi, Adana: Çukurova Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü.

Yıldırım, İ. (1997). “Algılanan Sosyal Destek Ölçeğinin Geliştirilmesi Güvenirliği ve Geçerliliği” Eğitim Fakültesi Dergisi, 13: 81-87.

Yıldırım, İ. (2006). Anne Baba Desteği ve Başarı. Ankara: Anı Yayıncılık.

Yıldırım, S. (2007). “Anaokulu Öğretmenlerinde Tükenmişlik Düzeyi ve Umutsuzluk Düzeyleri Arasındaki İlişki” Yüksek Lisans Tezi, İstanbul: Yeditepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.

Yüncü, Z. ve Savaş, HA. (2007). “Madde Kullanım Bozukluklarında Genetik: Bir Gözden Geçirme” Bağımlılık Dergisi, 8: 146-152.

Zastrow, C. (2013). Sosyal Hizmete Giriş, Ankara: Nika Yayınevi.



## 8. EKLER

### EK-1 Kişisel Bilgi Formu

<b>Cinsiyet</b>	<input type="checkbox"/> Kadın <input type="checkbox"/> Erkek
<b>Yaş</b>	.....
<b>Eğitim durumunuz</b>	<input type="checkbox"/> İlköğretim mezunu ya da altı <input type="checkbox"/> Lise mezunu <input type="checkbox"/> Yüksekokul mezunu <input type="checkbox"/> Üniversite mezunu ya da üstü
<b>Medeni durum</b>	<input type="checkbox"/> Bekar <input type="checkbox"/> Evli <input type="checkbox"/> Dul/Boşanmış
<b>Kaç çocuğunuz var</b>	<input type="checkbox"/> Çocuğum yok <input type="checkbox"/> Tek çocuğum var <input type="checkbox"/> 2 çocuğum var <input type="checkbox"/> 3 ve daha fazla çocuğum var
<b>Bağımlı olduğunuz maddeler</b>	<input type="checkbox"/> Sigara <input type="checkbox"/> Alkol <input type="checkbox"/> Eroin <input type="checkbox"/> Kokain <input type="checkbox"/> Ecstasy <input type="checkbox"/> Diğer
<b>Başlama yaşı</b>	.....
<b>Tedavisini gördüğünüz madde</b>	<input type="checkbox"/> Sigara <input type="checkbox"/> Alkol <input type="checkbox"/> Eroin <input type="checkbox"/> Kokain <input type="checkbox"/> Ecstasy <input type="checkbox"/> Diğer
<b>Tedavi süresi</b>	<input type="checkbox"/> 3 aydan daha az <input type="checkbox"/> 3-6 ay <input type="checkbox"/> 6-12 ay <input type="checkbox"/> 1 yıldan fazla

## EK-2 Algılanan Sosyal Destek Ölçeği

### 1.Kesinlikle Hayır

### 7.Kesinlikle Evet

1. Ailem ve arkadaşlarım dışında olan ve ihtiyacım olduğunda yanımda olan bir insan (örneğin, flört, nişanlı, sözlü, akraba, komşu, doktor ) var.	1	2	3	4	5	6	7
2. Ailem ve arkadaşlarım dışında olan ve sevinç ve kederimi paylaşabileceğim bir insan (örneğin, flört, nişanlı, sözlü, akraba, komşu, doktor ) var.	1	2	3	4	5	6	7
3. Ailem (örneğin, annem, babam, eşim, çocuklarım, kardeşlerim ) bana gerçekten yardımcı olmaya çalışır.	1	2	3	4	5	6	7
4. İhtiyacım olan duygusal yardımı ve desteği ailemden (örneğin, annem, babam, eşim, çocuklarım, kardeşlerim ) alırım.	1	2	3	4	5	6	7
5. Ailem ve arkadaşlarım dışında olan ve beni gerçekten rahatlatan bir insan (örneğin, flört, nişanlı, sözlü, akraba, komşu, doktor ) var.	1	2	3	4	5	6	7
6. Arkadaşlarım bana gerçekten yardımcı olmaya çalışırlar.	1	2	3	4	5	6	7
7. İşler kötü gittiğinde arkadaşlarıma güvenebilirim.	1	2	3	4	5	6	7
8. Sorunlarımı ailemle (örneğin, annemle, babamla, eşimle, çocuklarımla, kardeşlerimle ) konuşabilirim.	1	2	3	4	5	6	7
9. Sevinç ve kederlerimi paylaşabileceğim arkadaşlarım var.	1	2	3	4	5	6	7
10. Ailem arkadaşlarım dışında olan ve duygularıma önem veren bir insan (örneğin, flört, nişanlı, sözlü, akraba, komşu, doktor ) var.	1	2	3	4	5	6	7
11. Kararlarımı vermede ailem (örneğin, annem, babam, eşim, çocuklarım, kardeşlerim ) bana yardımcı olmaya isteklidir.	1	2	3	4	5	6	7
12. Sorunlarımı arkadaşlarımla konuşabilirim	1	2	3	4	5	6	7

### EK-3 Beck Umutsuzluk Ölçeği

1= Evet

2= Hayır

1. Geleceğe umut ve coşku ile bakıyorum.	1	2
2. Kendim ile ilgili şeyleri düzeltmediğime göre çabalamayı bıraksam iyi olur.	1	2
3. İşler kötüye giderken bile her şeyin hep böyle kalmayacağını bilmek beni rahatlatıyor.	1	2
4. Gelecek on yıl içinde hayatımın nasıl olacağını hayal bile edemiyorum.	1	2
5. Yapmayı en çok istediğim şeyleri gerçekleştirmek için yeterli zamanım var.	1	2
6. Benim için çok önemli konularda ileride başarılı olacağıma inanıyorum.	1	2
7. Geleceğimi karanlık görüyorum.	1	2
8. Dünya nimetlerinden sıradan bir insan daha çok yararlanacağını umuyorum.	1	2
9. İyi fırsatlar yakalayamıyorum. Gelecekte yakalayacağıma inanmam içinde hiçbir neden yok	1	2
10. Geçmiş deneyimlerim beni geleceğe iyi hazırladı.	1	2
11. Gelecek benim için hoş şeylerden çok tatsızlıkla dolu.	1	2
12. Gerçekten özlediğim şeylere kavuşabileceğimi umuyorum.	1	2
13. Geleceğe baktığımda şimdikine oranla daha mutlu olacağımı umuyorum.	1	2
14. İşler bir türlü benim istediğim gibi gitmiyor.	1	2
15. Geleceğe büyük inancım var.	1	2
16. Arzu ettiğim şeyleri elde edemediğime göre bir şeyler istemek aptallık olur.	1	2
17. Gelecekte gerçek doyuma ulaşmam olanaksız.	1	2
18. Gelecek bana bulanık ve belirsiz görünüyor.	1	2
19. Kötü günlerden çok iyi günler bekliyorum.	1	2
20. İstediyim her şeyi elde etmek için çaba göstermemin gerçekten yararı yok, nasıl olsa onu elde edemeyeceğim.	1	2



T.C.  
HALIÇ ÜNİVERSİTESİ  
GİRİŞİMSSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

SAYI : 79  
KONU: Etik Kurul İzni

14.04.2016

Sayın; Gökhan Uğur OLÇAY

Haliç Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu tarafından yapılmış olduğunuz başvuruyu incelenmiş olup, Prof. Dr. Serap Leman BİLGİN'in danışmanlığında araştırmayı planladığınız "Alkol ve madde Bağımlılığı Tedavisi Gören Bireylerde Algılanan Sosyal Destek ve Umutsuzluk Düzeyi Arasındaki İlişkinin İncelenmesi" isimli araştırma kurulumuzun 14.04.2016 tarihli toplantısında etik yönden uygun bulunmuştur.

Bilgilerinize sunarım.

Prof.Dr.Eydüp Sabri KAYALI  
Etik Kurul Başkanı

Prof. Dr. M. Gökhan  
Yardımcı  
G. Olçay

EK.Etik Kurul Kararı



TC  
HALIÇ ÜNİVERSİTESİ  
GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK  
KURULU

Yayın Tarihi :10.12.2015  
Revizyon Tarihi :25.01.2016  
Revizyon No :01  
Sayfa No :1 / 1

KARARLAR

Tarih: 14 Nisan 2016

Karar No :11

Toplantı Sayısı:04

Gökhan Uğur OLÇAY 'ın Prof. Dr. Serap Leman BİLGİN'in danışmanlığında araştırmayı planladığı " Alkol ve madde Bağımlılığı Tedavisi Gören Bireylerde Algılanan Sosyal Destek ve Umutsuzluk Düzeyi Arasındaki İlişkinin İncelenmesi" konulu çalışması incelendi, yapılan inceleme sonucunda araştırmanın etik yönden uygun olduğuna karar verildi.

ÜYELER

Adı-Soyadı	Alanı	Kurumu	Araştırma ile İlişkisi	Toplantıya Katılma	İmza
Prof. Dr. E.Sabri KAYALI (Başkan)	Mühendislik	Haliç Üniversitesi Mühendislik Fakültesi	Var <input type="checkbox"/> Yok <input checked="" type="checkbox"/>	Evet <input type="checkbox"/> Hayır <input checked="" type="checkbox"/>	
Prof. Dr. Güneş YAVUZER (Başkan Yard.)	Fizyoterapi ve Rehabilitasyon	Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Yüksekokulu	Var <input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/>	Evet <input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/>	
Yrd. Doç. Dr. Leman KUTLU (Raportör)	Ebelik	Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Yüksekokulu	Var <input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/>	Evet <input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/>	
Prof. Dr. Filiz AÇKURT	Beslenme ve Diyetetik	Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Yüksekokulu	Var <input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/>	Evet <input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/>	
Prof. Dr. Oya OĞUZ	Fizik	Haliç Üniversitesi Fen Edebiyat Fakültesi	Var <input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/>	Evet <input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/>	
Prof. Dr. Kut SARPYENER	Antrenörlük	Haliç Üniversitesi Beden Eğt. ve Spor Yük. Okulu	Var <input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/>	Evet <input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/>	
Yrd. Doç. Dr. İlhan ODABAŞ	Spor Yöneticiliği	Haliç Üniversitesi Beden Eğt. ve Spor Yük. Okulu	Var <input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/>	Evet <input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/>	
Av. Korkut HAZİNEDAR	Hukuk	Haliç Üniversitesi	Var <input type="checkbox"/> Yok <input checked="" type="checkbox"/>	Evet <input type="checkbox"/> Hayır <input checked="" type="checkbox"/>	

ETKU:4

## 9. ÖZGEÇMİŞ

1992 yılında Kocaeli’nde doğdu. İlkokulu Büyük Esmâ Sultan İlköğretim Okulu’nda, liseyi Bingül Erdem Lisesi’nde tamamladı. Lisans eğitimini ise T.C. Haliç Üniversitesi Psikoloji Bölümü’nde tamamladı. Haliç Üniversitesi Uygulamalı Psikoloji Yüksek Lisans Programı’nı 2014- 2016 yılları arasında tamamladı. Eğitimi sırasında Fransız Lape Hastanesi’nde ve Balıklı Rum Hastanesi’nde staj yaptı.

### İLETİŞİM BİLGİLERİ:

Telefon: 0536 717 98 35

e-mail: guolcay@gmail.com