



YAKIN DOĞU ÜNİVERSİTESİ  
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ  
KLİNİK PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI

**ALKOL BAĞIMLİLİĞİNA SAĞIP OLAN BİREYLERİN İNTİHAR OLASILIKLARI VE DEPRESYON  
DÜZEYLERİ ARASINDAKİ İLİŞKİ**

SULTANI ERĐÜVEN

YÜKSEK LİSANS TEZİ

LEFKOŞA

2021

YAKIN DOĞU ÜNİVERSİTESİ  
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ  
KLİNİK PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI

**ALKOL BAĞIMLİLİĞINA SAĞIP OLAN BİREYLERİN İNTİHAR OLASILIKLARI VE DEPRESYON  
DÜZEYLERİ ARASINDAKİ İLİŞKİ**

SULTANI ERĐÜVEN  
20194107

YÜKSEK LİSANS TEZİ

TEZ DANIŐMANI  
PROF. DR. MEHMET ÇAKICI

LEFKOŞA

2021

**KABUL VE ONAY**

SULTANI ERGÜVEN tarafından hazırlanan “Alkol Bağımlılığına Sahip Olan Bireylerin İntihar Olasılıkları Ve Depresyon Düzeyleri Arasındaki İlişki” başlıklı bu çalışma, 25/06/2021 tarihinde yapılan savunma sınavı sonucunda başarılı bulunarak jürimiz tarafından Yüksek Lisans Yeterlik Tezi olarak kabul edilmiştir.

**JÜRİ ÜYELERİ****PROF. DR. MEHMET ÇAKICI (DANIŞMAN)**

Yakın Doğu Üniversitesi

Fen Edebiyat Fakültesi Psikoloji Bölümü

**YRD. DOÇ. DR. ASRA BABAYİĞİT (BAŞKAN)**

Yakın Doğu Üniversitesi

Fen Edebiyat Fakültesi Psikoloji Bölümü

**YRD. DOÇ. DR. AYHAN ÇAKICI EŞ**

Girne Üniversitesi

Fen Edebiyat Fakültesi Rehberlik Ve Psikolojik Danışmanlık Bölümü

**Prof. Dr. K. Hüsnü Can Başer**

Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Müdürü

## BİLDİRİM

Hazırladığım tezin, tamamen kendi çalışmam olduğunu ve her alıntıya kaynak gösterdiğimi taahhüt ederim. Tezimin kağıt ve elektronik kopyalarının Yakın Doğu Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü arşivlerinde aşağıda belirttiğim koşullarda saklanmasına izin verdiğimi onaylarım.

- Tezimin tamamı heryerden erişime açılabilir.
- Tezim sadece Yakın Doğu Üniversitesinde erişime açılabilir.
  - ✓ Tezimin iki (2) yıl süre ile erişime açılmasını istemiyorum. Bu sürenin sonunda uzatma için başvuruda bulunmadığım takdirde tezimin tamamı erişime açılabilir.

Tarih: 2021

İmza

Sultani Ergüven

## TEŞEKKÜR

Yüksek Lisans Tez çalışmam boyunca destek ve bilgileriyle yol gösteren tez danışmanım Prof. Dr. Mehmet Çakıcı' ya, araştırmama gönül rızaları ile katılan bütün katılımcılara, veri toplama sürecinde verilerimi toplamamda desteğini esirgemeyen Klinik Psikolog Nur Şeyda Peker' e, çalışmam boyunca beni her zaman destekleyen Babam Musa Ergüven' e ve bütün aileme teşekkür ederim.

## ÖZET

### ALKOL BAĞIMLILIĞINA SAHİP OLAN BİREYLERİN İNTİHAR OLASILIKLARI VE DEPRESYON DÜZEYLERİ ARASINDAKİ İLİŞKİ

Bu araştırma alkol bağımlılığına sahip olan bireylerin intihar olasılıkları ve depresyon düzeyleri arasındaki ilişkiyi incelemek amacıyla yapılmıştır. Araştırma amaçsal örnekleme yöntemine uygun olarak Pembe Köşk Psikiyatri Hastanesinde Alkol Bağımlılığı tedavisi gören 31 hasta ve karşılaştırma grubu olarak alkol bağımlılığına ve hiçbir psikiyatrik bozukluğa sahip olmayan 31 katılımcı ile klinik ortamda yürütülmüştür. Araştırma da nicel araştırma yöntemine uygun olarak ilişkisel araştırma modelinden yararlanılmıştır. Araştırma verileri Kişisel Bilgi Formu, İntihar Olasılığı Ölçeği ve Beck Depresyon Envanteri ile toplanılmıştır. Araştırmanın sonucu olarak İntihar Olasılığı Ölçeğinin İntihar Düşüncesi, Öfke ve Dürtüsellik alt ölçeklerinin hasta ve kontrol grubunun puanlarında herhangi bir farklılığı rastlanılmamıştır. Sosyal Destek ve Benlik Algısı, Umutsuzluk ve Yalnızlık alt ölçeklerinin puanlarında hasta grubunun puanları kontrol grubuna göre daha yüksek çıkmıştır. Alkol bağımlılığı, Depresyon, İntihar Düşüncesi, Öfke ve Dürtüsellik, Sosyal Destek ve Benlik Algısı, Umutsuzluk ve Yalnızlık puanları arasında pozitif yönlü orta düzey bir ilişki bulunmaktadır. Elde edilen bulgular doğrultusunda alanda çalışan klinisyenlere, alkol bağımlılığı hakkında eğitimlerin, seminerlerin ve sosyal projelerin düzenlenmesi ve halkın alkol bağımlılığı hakkında bilinçlendirilmesi önerilmiştir.

**Anahtar Kelimeler:** Alkol Bağımlılığı, Depresyon, İntihar Olasılığı, Alkol Kullanımı, Ruhsal Bozukluklar

## ABSTRACT

### THE RELATIONSHIP BETWEEN THE POSSIBILITIES OF SUICIDE AND THE LEVELS OF DEPRESSION OF INDIVIDUALS WITH ALCOHOL ADDICTION

This study was conducted to examine the relationship between the probability of suicide and depression levels of individuals with alcohol addiction. The study was carried out in a clinical setting, in accordance with the Purposeful Sampling Method, with 31 patients who were treated for alcohol addiction in Pembe Köşk Psychiatric Hospital and 31 participants who did not have alcohol addiction or any psychiatric disorder as a comparison group. In the research, Relational Research Model was used in accordance with the Quantitative Research Method. Research data were collected with a Personal Information Form, Suicide Probability Scale and Beck Depression Inventory. As a result of the study, no difference was found in the scores of the patient and control groups according to the subscales of the Suicide Probability Scale which are Suicide Ideation and Anger and Impulsivity. The scores of the patient group were higher than the control group as a result of the Social Support and Self-Perception, Hopelessness and Loneliness Subscales. There is a moderate positive correlation between Alcohol Addiction, Depression, Suicidal Ideation, Anger and Impulsivity, Social Support and Self-Perception, Hopelessness and Loneliness scores. In line with the findings, it has been suggested to clinicians working in this field to organize trainings, seminars and social projects about alcohol addiction and to raise awareness of the public about it.

**Key words:** Alcohol Addiction, Depression, Suicide Probability, Alcohol Use, Mental Disorders

## İÇİNDEKİLER

<b>KABUL VE ONAY.....</b>	<b>i</b>
<b>BİLDİRİM.....</b>	<b>ii</b>
<b>TEŞEKKÜR.....</b>	<b>iii</b>
<b>ÖZET.....</b>	<b>iv</b>
<b>ABSTRACT.....</b>	<b>v</b>
<b>İÇİNDEKİLER.....</b>	<b>vi</b>
<b>TABLolar DİZİNİ.....</b>	<b>vii</b>
<b>KISALTMALAR.....</b>	<b>xii</b>
<b>1. BÖLÜM.....</b>	<b>1</b>
<b>GİRİŞ.....</b>	<b>1</b>
1.1 Problem Durumu.....	1
1.2 Araştırmanın Amacı.....	3
1.3 Araştırmanın Önemi.....	3
1.4 Sınırlılıklar.....	4
1.5 Tanımlar.....	4
<b>2. BÖLÜM.....</b>	<b>6</b>
<b>KURAMSAL ÇERÇEVE İLE İLGİLİ ARAŞTIRMALAR.....</b>	<b>6</b>
2.1 Alkol Bağımlılığı ve Tarihçesi.....	6
2.2 Alkol Bağımlılığının Tanı Kriterleri.....	7
2.2.1 Alkol Bağımlılığının Sıklığı.....	8
2.2.2 Alkol Bağımlılığında Toplum Açısından Yeri.....	9
2.2.3 Alkol Bağımlılığının Nedenleri.....	9
2.2.3.1 Psikolojik Faktörler.....	10
2.2.3.2 Biyolojik-Genetik Faktörler.....	11
2.2.3.3 Toplumsal-Çevresel Faktörler.....	12
2.3 Alkol Bağımlılığında Risk Faktörleri.....	12
2.4 Alkol Bağımlılığında Süreç.....	13
2.5 Alkol Bağımlılığının Epidemiyolojisi.....	15
2.6 Alkol Bağımlılığında Tedavi.....	15
2.6.1 Farmakoterapi.....	16



2.6.2 Psikoterapi.....	17
2.6.3 Rehabilitasyon.....	18
2.7 Alkol Bağımlılığında Ek Tanı.....	18
2.8 Alkol Bağımlılığı ve Depresyon İlişkisi.....	19
2.9 Alkol Bağımlılığı ve İntihar İlişkisi.....	20
2.10 Alkol Bağımlılığı İntihar ve Depresyon İlişkisi.....	22
<b>3.BÖLÜM.....</b>	<b>23</b>
<b>ARAŞTIRMA YÖNTEMİ.....</b>	<b>23</b>
3.1 Araştırmanın modeli.....	23
3.2 Evren ve örneklem.....	23
3.3 Verilerin toplanması.....	23
3.4 Verileri toplama araçları.....	24
3.4.1 Sosyodemografik bilgi formu.....	24
3.4.2 İntihar olasılığı ölçeği (İÖÖ).....	24
3.4.3 Beck depresyon envanteri (BDE).....	25
3.5 Veri analizi.....	25
<b>4. BÖLÜM.....</b>	<b>26</b>
<b>BULGULAR.....</b>	<b>26</b>
<b>Tablo1.</b> Katılımcıların hasta ve kontrol gruplarının cinsiyetlerine göre dağılımlarının karşılaştırmalarına ilişkin ki-kare tablosu.....	26
<b>Tablo 2.</b> Katılımcıların hasta ve kontrol gruplarının eğitim durumuna göre dağılımlarının karşılaştırmalarına ilişkin ki-kare tablosu.....	26
<b>Tablo 3.</b> Katılımcıların hasta ve kontrol gruplarının nerede yaşadıklarına göre dağılımlarının karşılaştırmalarına ilişkin ki-kare tablosu.....	27
<b>5.BÖLÜM.....</b>	<b>42</b>
<b>TARTIŞMA.....</b>	<b>42</b>
<b>6. BÖLÜM.....</b>	<b>45</b>
<b>SONUÇ VE ÖNERİLER.....</b>	<b>45</b>
6.1 Sonuç.....	45

6.2 Öneriler.....	45
6.2.1. Klinisyenlere Yönelik Öneriler.....	45
6.2.2. Araştırmacılara Yönelik Öneriler.....	46
6.2.3. Ülke İdarecilerine Yönelik Öneriler.....	46
<b>KAYNAKÇA.....</b>	<b>47</b>
<b>EKLER.....</b>	<b>55</b>
Ek 1. Bilgilendirilmiş onam formu.....	55
Ek 2. Katılımcı onam formu.....	56
Ek 3. Demografik bilgi formu.....	57
Ek 4. İntihar olasılığı ölçeği.....	61
Ek 5. Beck depresyon envanteri.....	64
Ek 6. Ölçek izinleri.....	69
<b>ÖZGEÇMİŞ.....</b>	<b>72</b>
<b>İNTİHAL RAPORU.....</b>	<b>73</b>
<b>ETİK KURUL ONAYI.....</b>	<b>74</b>

## TABLolar DİZİNİ

**Tablo 1.** Katılımcıların hasta ve kontrol gruplarının cinsiyetlerine göre dağılımlarının karşılaştırmalarına ilişkin ki-kare tablosu

**Tablo 2.** Katılımcıların hasta ve kontrol gruplarının eğitim durumuna göre dağılımlarının karşılaştırmalarına ilişkin ki-kare tablosu

**Tablo 3.** Katılımcıların hasta ve kontrol gruplarının nerede yaşadıklarına göre dağılımlarının karşılaştırmalarına ilişkin ki-kare tablosu

**Tablo 4.** Katılımcıların hasta ve kontrol gruplarının çalışma durumlarına göre dağılımlarının karşılaştırmalarına ilişkin ki-kare tablosu

**Tablo 5.** Katılımcıların hasta ve kontrol gruplarının aylık gelir durumlarına göre dağılımlarının karşılaştırmalarına ilişkin ki-kare tablosu

**Tablo 6.** Katılımcıların hasta ve kontrol gruplarının sosyal güvencelerine göre dağılımlarının karşılaştırmalarına ilişkin ki-kare tablosu

**Tablo 7.** Katılımcıların hasta ve kontrol gruplarının medeni durumlarına göre dağılımlarının karşılaştırmalarına ilişkin ki-kare tablosu

**Tablo 8.** Katılımcıların hasta ve kontrol gruplarının eşinin eğitim durumuna göre dağılımlarının karşılaştırmalarına ilişkin ki-kare tablosu

**Tablo 9.** Katılımcıların hasta ve kontrol gruplarının eşlerin çalışma durumlarına göre dağılımlarının karşılaştırmalarına ilişkin ki-kare tablosu

**Tablo 10.** Katılımcıların hasta ve kontrol gruplarının çocukları olma durumlarına göre dağılımlarının karşılaştırmalarına ilişkin ki-kare tablosu

**Tablo 11.** Katılımcıların hasta ve kontrol gruplarının annelerinin sağ olma durumlarına göre dağılımlarının karşılaştırmalarına ilişkin ki-kare tablosu

**Tablo 12.** Katılımcıların hasta ve kontrol gruplarının annenin eğitim durumuna göre dağılımlarının karşılaştırmalarına ilişkin ki-kare tablosu

**Tablo 13.** Katılımcıların hasta ve kontrol gruplarının babanın sağ olma durumlarına göre dağılımlarının karşılaştırmalarına ilişkin ki-kare tablosu

**Tablo 14.** Katılımcıların hasta ve kontrol gruplarının babanın eğitim durumuna göre dağılımlarının karşılaştırmalarına ilişkin ki-kare tablosu

**Tablo 15.** Katılımcıların hasta ve kontrol gruplarının anne ve babanın evlilik durumuna göre dağılımlarının karşılaştırmalarına ilişkin ki-kare tablosu

**Tablo 16.** Katılımcıların hasta ve kontrol gruplarının kardeşleri olma göre dağılımlarının karşılaştırmalarına ilişkin ki-kare tablosu

**Tablo 17.** Katılımcıların hasta ve kontrol gruplarının kaç tane kardeşi olduğu dağılımlarının karşılaştırmalarına ilişkin ki-kare tablosu

**Tablo 18.** Katılımcıların hasta ve kontrol gruplarının kaç yıldır alkol kullanma durumlarına göre dağılımlarının karşılaştırmalarına ilişkin ki-kare tablosu

**Tablo 19.** Katılımcıların hasta ve kontrol gruplarının alkol kullanımını açısından aşırı bir istek olma durumlarına göre dağılımlarının karşılaştırmalarına ilişkin ki-kare tablosu

**Tablo 20.** Katılımcıların hasta ve kontrol gruplarının hangi sıklıkla alkol kullanma durumlarına göre dağılımlarının karşılaştırmalarına ilişkin ki-kare tablosu

**Tablo 21.** Katılımcıların hasta ve kontrol gruplarının tercih ettikleri alkol türlerine göre dağılımlarının karşılaştırmalarına ilişkin ki-kare tablosu

**Tablo 22.** Katılımcıların hasta ve kontrol gruplarının depresyonda olma durumlarına göre dağılımlarının karşılaştırmalarına ilişkin ki-kare tablosu

**Tablo 23.** Katılımcıların hasta ve kontrol gruplarının intihar düşünceleri puanlarında farklılaşmaya ilişkin Mann Whitney-U analiz tablosu

**Tablo 24.** Katılımcıların hasta ve kontrol gruplarının öfke ve dürtüsellik puanlarında farklılaşmaya ilişkin Mann Whitney-U analiz tablosu

**Tablo 25.** Katılımcıların hasta ve kontrol gruplarının sosyal destek ve benlik algısı puanlarında farklılaşmaya ilişkin Mann Whitney-U analiz tablosu

**Tablo 26.** Katılımcıların hasta ve kontrol gruplarının intihar düşüncesi puanlarında farklılaşmaya ilişkin Mann Whitney-U analiz tablosu

**Tablo 27.** Katılımcıların hasta ve kontrol gruplarının umutsuzluk ve yalnızlık puanlarında farklılaşmaya ilişkin Mann Whitney-U analiz tablosu

**Tablo 28.** Araştırmada kullanılan ölçek puanlarına ilişkin korelasyon analizleri

**Tablo 29.** Katılımcıların alkol kullanım ve intihar düşünceleri puanlarına göre depresyon risklerine ilişkin regresyon tablosu

**Tablo 30.** Katılımcıların depresyon ve intihar düşünceleri puanlarına göre alkol kullanım risklerine ilişkin regresyon tablosu

**KISALTMALAR**

<b>YÜZDE</b>	%
<b>ABD</b>	Amerika Birleşik Devletleri
<b>BDE</b>	Beck Depresyon Envanteri
<b>DSÖ</b>	Dünya Sağlık Örgütü
<b>İOÖ</b>	İntihar Olasılığı Ölçeği
<b>TUİK</b>	Türkiye İstatistik Kurumu

# 1.BÖLÜM

## GİRİŞ

### 1.1 Problem Durumu

Alkollü içecek kullanımı bütün dünya da sosyalleşmek amacıyla tercih edilmektedir. Sosyalleşmek için kullanılan alkollü içecekler normal bir davranış örüntüsü sergilemektedir. Ancak aşırı içilen alkollü içecekler bireyi duygusal, bilişsel ve davranışsal olarak etkilemektedir. Bu durum bireyi maddeye bağımlı hale getirmektedir. Madde kullanım bozuklukları arasında yer alan alkol bağımlılığı zaman içerisinde artış göstermiştir. Alkol Bağımlılığı bireyi etkilediği gibi toplumu da etkilemektedir. Bu yüzden bir halk sağlığı sorunu olarak görülmektedir( Doğruer, İnce ve Türkçapar, 2002 ). Aşırı kullanılan alkol erken ölümlere neden olmaktadır. Dünya genelinde erken ölümler risk faktörü açısından alkol bağımlılığı beşinci sırada yer almaktadır (Akyel, Aldemir ve Altıntoprak, 2018).

Dünya Sağlık Örgütü'nün (DSÖ) 2018 yılında yayınlamış olduğu raporda dünya genelinde de 2,3 milyar insanın alkol kullandığı ve bu kullanıma uygun olarak yaşanan erken ölüm oranının %5,3'nün alkollü kötüye kullanım yüzünden ortaya çıktığı bildirilmiştir. Bu ölümlerin %28,7'si trafik kazalarında yaralanma, %21,3'ü sindirim sistemi hastalıkları, %19'u kardiyovasküler hastalıklar ve %12'si ise bulaşıcı hastalıklardır. Elde edilen bu veriler alkol bağımlılığının toplum içinde yıkıcı sonuçlara neden olduğunu göstermektedir ( WHO, 2018; akt. Arıkan, Coşar ve Geniş, 2020 ).

Amerika Birleşik Devletleri' nin (ABD) 2016 yılında yaptığı istatistiklere göre alkol kullanımı ile yola çıkan bireylerin yaptığı trafik kazalarında 10.497 bireyin hayatını kaybettiği ve bu oranın yapılan bütün trafik kazalarında görülen ölümlerin %28'ine denk gelmektedir. Norveç' te hastanenin acil servisine yatan şiddete maruz kalmış bütün bireylerin görüşleri değerlendirildiğinde şiddete başvuranların %53'ünün şiddet uygulamadan önce alkol kullandığı belirtilmiştir ( Erdim, 2019).

Aşırı alkol tüketen bir birey için alkol ilk zamanlarda bireyin hayatında rahatlayabilmesi için bir fırsat olarak görülmektedir. Ancak devam eden alkol tüketimi bireyin hayatında yıkıcı sonuçlar yaratmaktadır. Bağımlılık sonucunda birey eşiyle, ebeveynleriyle, iş hayatında sorunlar yaşayabilmekte ve şiddete başvurarak suça yönelme davranışları sergileyebilmektedir. Ayrıca alkol bağımlısı olan bir birey

gerçek hayattan ve çevresinde ki bireylerden uzaklaşarak yalnız kalmaktadır. Bağımlılık aşamasında birey toplumdaki ve çevresinden izole bir yaşam sürdürmektedir. Bu durum bireyin depresif belirtiler gösterip depresyona girmesine ve intihara başvurmasına neden olmaktadır (Özkan, 2020).

İntihar, bireyin bilerek hayatına son vermesidir. Stres yaşayan bireylerin, topluma ayak uyduramayan, yaşadığı hayat koşullarına tepki vermeye çalışan ve herhangi bir ruhsal bozukluk yaşayan bireylerin sorunlarıyla baş edemediği durumlarda başvurduğu bir yol olarak görülmektedir. İntihar dünya genelinde geniş bir popülasyonda görülmektedir. Günümüzde bir halk sağlığı sorunu olarak gündeme gelmektedir (Özcan, Uysal ve Şevik, 2012).

Dünya genelinde yaşanan ölümlerin nedenleri arasında intihar olgusu ilk 10 sırada yer almaktadır. Yaşanılan bu ölümler cinsiyet, yaş ve ülkelere göre değişkenlik göstermektedir. İntiharın birden fazla nedeni bulunmaktadır (Güleç, 2016).

Alkol bağımlılığına sahip olan bireylerin intihar ile ölüm oranları diğer ölüm oranlarına göre 6 kat fazladır. Alkol bağımlılığı, intihar olgusu açısından ikinci derece psikiyatrik açıdan tetikleyici durum olarak görülmektedir. Son dönemlerde yayınlanan çalışmalarda alkol bağımlılığına sahip olan bireylerde intihar oranı %3,4 olarak bulunmuştur. Alkol bağımlılığına sahip olan erkeklerde intihar oranı, alkol bağımlılığına sahip olan kadınlara göre erkeklerde daha fazla intihara rastlanılmaktadır (Güleç, 2016).

İntihar olgusu ile ilişkili olan etmenler arasında ilk başta depresyon ve alkol bağımlılığı olmak üzere diğer ruhsal bozukluklar, aile içerisindeki tartışmalar, ekonomik sorunlar gibi etmenler yer almaktadır (Özcan, Uysal ve Şevik, 2012).

Bu araştırmanın temel problemi alkol bağımlılığına sahip olan bireylerin intihar olasılıkları ve depresyon düzeyleri arasındaki ilişkinin incelenmesidir.

## **1.2 Araştırmanın Amacı**

Bu çalışmada alkol bağımlılığına sahip olan bireylerin intihar olasılıkları ve depresyon düzeyleri arasındaki ilişkinin incelenmesi amaçlanmıştır. Araştırma bu amaç doğrultusunda alkol bağımlısı olan bireylerin intihar eğilimleri ve depresyon düzeylerinin yanında alkol kullanımına ait bilgiler ve sosyodemografik özelliklerinde incelenmesi amaçlanmıştır. Bu araştırmanın amacı ve alt amaçlar sıralandığı şekildedir.

1. Alkol bağımlılığının intihar ve depresyon ile bir ilişki var mıdır?



2. Alkol bağımlılığına sahip olan bireylerde intiharı tetiklemede depresyonun etkisi var mıdır?
3. Alkol bağımlılığına sahip olan bireylerde depresyonu tetiklemede intiharın etkisi var mıdır?
4. Alkol bağımlılığına sahip olan bireylerin intihar ve depresyon düzeyleri sosyodemografik ( cinsiyete, yaşa, medeni duruma, eğitim durumu gibi ) bilgilere göre değişmekte midir?
5. Alkol bağımlılığına sahip olan bireylerde intihar ve depresyonu tetiklemede herhangi bir psikiyatrik bozukluğun varlığı etkili midir?
- 6) Alkol bağımlılığına sahip olan bireylerin, intihar olasılığı ve depresyon düzeyleri daha önce intihar etme davranışına ve düşüncesine göre değişmekte midir?

### 1.3 Araştırmanın Önemi

Aşırı alkol kullanımı, bireyin kendisinden geçmesine ve maddeye bağımlı hale gelmesine neden olmaktadır. Maddeye bağımlı hale gelen birey sağlık ve sosyal açıdan problemler yaşamaktadır. Aynı zamanda aşırı alkol kullanımı sosyoekonomik zararlara, intihar ve suç davranışına ve trafik kazalarına alt yapı oluşturmaktadır. Bu yüzden alkol bağımlılığı hem birey için hem de toplumdaki diğer üyeler için önem arz etmektedir (Balcıoğlu, Balcıoğlu ve Öncü, 2017).

Birey tehlikeli durumlar karşısında bile alkolü tüketebilmekte ve alkol kullanımından vazgeçmemektedir. Bu durum trafik kazalarına, suç işlemeye, aile üyeleri ve sosyal çevre ile problemler yaşamasına, iş ortamında problemlere ve özellikle erken ölümlere neden olmaktadır. Aşırı alkol kullanımı sonucunda trafiğe çıkan birey kaza yapabilmektedir. Birey bu aşamada hem kendisini hem de toplumdaki diğer bireyleri riske atabilmektedir. Aynı zamanda aşırı alkol kullanımı ev içerisindeki diğer aile üyeleri arasında da problemler yaratabilmektedir. Sarhoş olan bireyler diğer aile üyelerine şiddet uygulayabilmekte ve bu durum aile üyeleri arasında karmaşık bir tablo yaratabilmektedir (Kaman ve Yücel, 2021; Engin ve Küliğ, 2017).

Aşırı alkol kullanımının yaratmış olduğu sağlık problemler arasında kaza ve yaralanmalar, kansere yakalanma, bulaşıcı hastalıklar ve kalp ile ilgili problemler yer almaktadır (Arıkan, Coşar ve Geniş, 2020)

Ruhsal bozukluk yaşayan özellikle depresyon ve anksiyete bozukluğuna sahip olan bireylerde alkol kullanımı sıklıkla görülmektedir. Birey duygu durumunu alkol kullanımı ile bastırmaktadır. Ancak aşırı alkol kullanımı da depresyon gibi duygu

durum bozukluklarını tetikleyebilmekte ve bu bozukluğun şiddetini artırabilmektedir (Çiftçi, Özdiçler, Mustatafaoğlu, Mutlu ve Mutlu, 2020).

Ruhsal bozukluk yaşayan birey psikolojik olarak stres seviyesini en aza indirmek için aşırı alkol kullanımını bir yol olarak tercih etmektedir. Bu durum bireyin intihara başvurma olasılığını artırabilmektedir. İntihar riski sahip olunan hastalık türüne göre değişmektedir. İntihar olgusu için en çok risk barındıran hastalık türleri arasında depresyon ve alkol bağımlılığı yer almaktadır. Bu yüzden intihar olgusu, hem alkol bağımlılığı hem de depresyon bozukluğu için önem arz etmektedir (Mete, Söyiler ve Pehlivan, 2020).

Hem birey için hem de toplumdaki diğer üyelerin ruh sağlıkları için önem arz eden alkol bağımlılığı tedavi edilmesi gereken bir bozukluktur. Bu bağımlılık türünde etki yaratan faktörlerin araştırılıp ortaya konulması fayda sağlayacaktır.

#### 1.4 Sınırlılıklar

- 1) Bu araştırma sadece Pembe Köşk Psikiyatri Hastanesinde tedavi amacı ile yatan alkol bağımlılığına sahip olan bireyler ile herhangi bir psikiyatrik bozukluk ve alkol bağımlılığına sahip olmayan karşılaştırma grubu ile sınırlıdır.
- 2) Araştırma anket soruları ile sınırlandırılmış ve bu sorular haricinde herhangi bir işlem yapılmamıştır.
- 3) Araştırmada madde kullanımı dışlama kriteri olarak belirlenmiştir.

#### 1.5 Tanımlar

**Alkol Bağımlılığı:** Alkolün kişi üzerinde yarattığı zararlı etkilere rağmen alkole aşırı istek duyma, aşırı alkol kullanımı, alkolden uzak duramama, uzak durulduğunda yoksunluk semptomları yaşama, kişinin aile, iş ve sosyal hayatında bozulmalar yaratan ve tedavi gerektiren bir bağımlılık türüdür (Çöl, Sönmez ve Vardar, 2016).

**İntihar:** Bireyin kendi isteği doğrultusunda hayatına son vermesi, kendisini yok etmesidir (Duru ve Özdemir, 2009).

**Depresyon:** Bireyin duyguları, düşünceleri ve davranışları üzerinde olumsuz etki yaratan ve bireyin hayatında ciddi hasarlar yaratabilen duygudurum bozukluğudur (Sinanoğlu, 2019).

## 2. BÖLÜM

### KURAMSAL ÇERÇEVE İLE İLGİLİ ARAŞTIRMALAR

#### 2.1. Alkol Bağımlılığı ve Tarihçesi

Alkol eski zamanlardan günümüze haz verici, yatıştırıcı ve uyuşturucu türde bir madde ve ilaç olarak kullanılmıştır. Tarih boyunca toplumların alkole karşı tutumları farklı şekillerde görülmüştür. Bazı toplumlarda alkol yasaklanırken bazı toplumlarda da gelenek şeklinde günümüze kadar ilerleme kaydetmiştir. Örneğin: İslamiyete alkol haram sayılıp yasaklanırken, Hıristiyanlıkta gelenek şeklinde günümüze kadar ilerleme kaydetmiştir. Ancak genel olarak bütün zamanlarda alkolün az kullanımı ılımlı görülmüş fakat aşırı alkol kullanımı bütün zamanlarda uygun olmayan bir davranış olarak görülmüştür (Öztürk ve Uluşahin, 2018).

Alkol bağımlılığı terimi 1856 yılında Magnus Huss tarafından ilk kez kullanılmıştır. İlk içki içme durumu ekşiyen meyvelerin emilmesi sonucu meydana gelmiştir. Farklı alkol çeşitleri olduğu gibi alkollü içeceklerin alkol dereceleri de farklıdır. Aynı zamanda alkollü içeceklerin içerdikleri ham maddeler de değişmektedir. Örneğin: biranın ham maddesi arpa, votkanın ham maddesi çavdar ve viskinin ham maddesi mısırdır. Günümüz koşullarında 200 den fazla alkollü içecek çeşidi yer almaktadır (Maden, 1991).

Alkol ilk zamanlarda keyif amacı ile içilmektedir. Bu durum bireyi ilk zamanlar rahatlatırsa da ilerleyen süreçlerde bireyi maddeye bağımlı hale getirip bireyin hayatında ciddi hasarlar yaratabilmektedir. Hem birey hem de toplum üzerinde olumsuz etkiler yaratan aşırı alkol kullanımı halk sağlığı sorunu şeklinde açıklanmaktadır (Ata, Dikeç ve Yalçıntürk, 2019).

Alkol bağımlısı olan bireyin dünyasında alkol, birey için her şeyden önce gelmektedir. Bireyin hayatının merkezinde alkol yer almaktadır. Birey alkolsüz bir yaşam düşünemez ve alkol olmadan hayatını sürdüremeyecek hale gelmektedir. Bu durum alkol bağımlısı olan bireyi birçok açıdan olumsuz şekilde etkilemektedir. Alkol bağımlılığı, alkolün tekrar edilerek fazla tüketilmesi sonucunda vücuda alınan maddeye karşı vücudun tolerans göstermesi, maddenin bırakılması ya da dozunun azaltılmasıyla yoksunluk semptomlarının gelişmesi gibi bireyin temel hareketlerini ve davranışlarını etkilemektedir (Bitiş ve Kolburan, 2017).

## 2.2. Alkol Bağımlılığının Tanı Kriterleri

Bir bireye alkol bağımlılığı tanısı konulabilmesi için bireyin DSM-5 tanı kriterlerini karşılaması gerekmektedir. 12 aylık bir süre zaafında alkol bağımlılığının 12 belirtisinden en az iki belirtiyi karşılama durumunda bireye alkol bağımlılığı tanısı konulabilmektedir.

1. Genel olarak beklenen ve istenilenden daha fazla ve daha uzun süreli alkol kullanımı mevcuttur.
2. Alkol kullanmayı durdurmak veya alkol kullanımını kontrol altında tutmak için sürekli istek ve sonuç vermeyen çabalar vardır.
3. Alkol elde etme, alkolü kullanma ve alkolün yaratmış olduğu etkilerden kurtulabilmek için alkole aşırı zaman ayırmak.
4. Alkole karşı aşırı istekli olma ve alkol alımını karşı kendini zorlanmış hissetme durumu mevcuttur
5. Aşırı alkol alımı sonucunda evde, işte ve sosyal hayatında üstüne düşen sorumlulukları yerine getirememeye durumuna rağmen tekrarlı bir şekilde alkol kullanımı mevcuttur.
6. Alkolün etkilerinin yarattığı toplumsal ve kişiler arası problemler olmasına rağmen alkol alımını devam ettirme durumu mevcuttur.
7. Alkol kullanımından dolayı toplum veya iş ile ilgili etkinliklerin bırakılması ya da ertelenmesi durumu mevcuttur.
8. Tehlike yaratan koşullarda bile alkol kullanımını durduramamak.
9. Alkolün yarattığı ruhsal ve fiziksel problemlerin olmasına rağmen alkol kullanımını devam ettirmek.
10. Vücudun alkole karşı tolerans göstermesi durumu mevcuttur.
  - a) Eksikliği ya da istenilen etkiyi yaratmak için gözle görülen ve miktarı artan şekillerde alkol kullanma ihtiyacı.
  - b) Alkolün aynı miktarda alınmasına rağmen belirgin olarak daha az etki yaratması.
11. Alkolü bırakma girişimi ardından yoksunluk belirtilerinin görülmesi.
  - a) Alkole özgü yoksunluk sendromu.
  - b) Yoksunluk belirtilerini ortadan kaldırmak veya bu durumdan kaçmak için alkol kullanımı mevcuttur ( APA, 2014; 237-238 ).

### 2.2.1. Alkol Bağımlılığının Sıklığı

Alkol keyif veren, yasal yollarla kullanılan, erişimi kolay ve ucuz olan bir maddedir. Bu durum alkolün çok tercih edilmesini ve aşırı kullanımını işaret eder. Çoğu kişi alkolü yaşadığı hayata ara vermek, problemlerinden kaçmak ve hayatı başka şekillerde görmek için kullanır.

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) 2016 yılında 15 yaş üstü nüfusta alkol ile alakalı bozuklukların bütün dünyada yaygınlığını %2,6 şeklinde açıklamıştır. Buna dayanarak alkol bağımlılığının en yaygın görüldüğü ülkeler için Amerika %4,1, Avrupa %3,7 ve Türkiye de bu oran %1,6'dır (Cüceler ve Yılmaz, 2019).

Amerika da yetişkinlerin %30-45'i hayatları boyunca en az bir sefer alkol kullanımı ile alakalı problem yaşamaktadır. Kadınların %10' u erkeklerin %20' si alkol kötüye kullanım kriterlerini karşılamaktadır. Erkeklerin %10' u, kadınların %3-5' i alkol bağımlılığı tanısı almaktadır. Alkol kullanımı ile ilişkili olan bozukluklar cinsiyete göre değerlendirildiğinde erkek bireylerde kadın bireylere göre 2-3 kat daha fazla görülmektedir ( Doğruer, İnce ve Türkçapar, 2002 ).

Türkiye de yapılan çalışmalara göre gençlerde alkol kullanımının yaygınlığı %42,6, sürekli alkol kullanımı ise %20,5 olarak bulunmuştur. Alkollü içecek kullanımı 1997 yılında 867.9 milyon litre iken, 2006 yılında alkollü içecek miktarı 968. 9 milyon litreye çıkmıştır. Alkollü içeceklerin arasında birada kullanımın artışta olduğu elde edilen veriler arasındadır ( Altıntoprak, Akgür, Coşkunol, Sertöz ve Yüncü, 2008).

Dünya çapında alkol bağımlılığının kadınlarda, erkeklere oranla daha az görüldüğü ancak gelişmiş olan ülkelerde erkek ve kadın arasındaki bu farkın az olduğu görülmektedir (Öztürk ve Uluşahin, 2018).

Türkiye de alkol kullanımı başka ülkeler ile karşılaştırıldığında daha düşüktür. Dünya Sağlık Örgütü' nün yayınlamış olduğu verilere göre Türkiye'de 2016 yılında hayatı boyunca hiç alkol tüketmemiş bireylerin oranı % 89,1'dir. Bu oranın % 95,1'i kadınlar, % 82,7' si erkeklerden oluşmaktadır ( Koç ve Koç, 2020).

Alkol kullanımı, dine, etnik kökene ve eğitim durumuna göre değişiklik göstermektedir. Dini inanışlara göre alkol kullanımının uygun görülmediği dinlerde alkol bağımlılığının sıklığı da az olmaktadır (Öztürk ve Uluşahin, 2018).

Türkiye de alkol kullanım oranı diğer ülkelere kıyasla düşük olmasının sebebinin dinen yasaklanmış ve haram kılınmış olması düşünülmektedir. Aynı zamanda alkol kullanan bireylerin sosyal baskılar yüzünden kendilerini gizleme yönünde olmalarından da kaynaklanabileceği düşünülmektedir (Kalyoncu, 2010).

### **2.2.2. Alkol Bağımlılığında Toplum Açısından Yeri**

Alkol kullanımı ilk olarak arkadaş ortamında veya merak sonucu başlamaktadır. Kısa bir süre içinde birey aşırı kullanım sonucunda maddeye bağımlı hale gelebilmektedir. Alkol kullanımı ilk zamanlarda bireye bir rahatlama hissi verse de ilerleyen süreçlerde bireyi birçok açıdan maddeye bağımlı hale getirmektedir. Bunun sonucunda birey ciddi boyutlarda problemler ile karşı karşıya kalmaktadır.

Alkol bağımlılığına sahip olan bireyler toplum tarafından dışlanabilmektedir. Bu durumda birey kendisini toplumdan uzak tutarak sadece alkol kullanan sosyal çevresi ile zaman geçirmeye teşvik etmektedir. Toplum tarafından ortaya çıkan bu dışlanma durumu bireyin sosyal açıdan işlevselliğini bozabilmektedir. Bu durum sonucunda birey birçok açıdan olumsuz durum sergileyebilmektedir. Bireyin yaşadığı bu sosyal etkiler arasında; güven problemi, duygu durum problemleri, yetersiz ve çaresiz hissetme durumu bireyin kendisini toplumdan soyutlayarak tek başına bir yaşam sürdürmesine neden olabilmektedir (Erbay, Fırat, Oğuz ve Yıldırım, 2016).

Toplum tarafından damgalanan birey işini kaybetme, iş bulamama, sosyal ortamlarda diğer kişiler ile fikir ayrılıkları yaşama, toplumdan kendisini soyutlama ve yalnız kalma gibi olumsuz durumlar yaşayabilmektedir. Toplum tarafından yaratılan bu damgalanma etiketi bir kez meydana geldiğinde bireyde kalıcı hasarlar oluşabilmektedir. Aynı zamanda bazı durumlarda birey bu damgalanma durumları ile karşı karşıya kalmamak için hastalığını gizleyebilmekte ve tedaviye başvurmayı reddedebilmektedir (Cüceler ve Yılmaz, 2019). Toplum tarafından damgalanan bireyler sosyal ve psikolojik açıdan sorunlar ile karşı karşıya kalmaktadır. Toplum tarafından damgalanma alkol bağımlılığının tedavisi için bir engel olarak görülmektedir (Dinç, Işık, Ögel ve Şimşek, 2019).

### **2.2.3. Alkol Bağımlılığının Nedenleri**

Alkol bağımlılığında bireye özgü kalıtsal ve fiziksel faktörlerin ve bireyin içinde bulunduğu çevredeki etkileşimin yanında, alkolün beyin üzerindeki nörotransmitter ve nörohormon sistemlerinde meydana getirdiği etkilerin neden olduğu düşünülmektedir. Alkol, beyinde dopamin, gama aminobütirik asit, glutamat, seratonin veya 5-hidroksi triptamin, nöropinefrin ve endojen opioidler gibi birden fazla nörotransmitteri etkilemektedir. Alkol bağımlılığının meydana gelmesinde

kalıtsal ve çevresel faktörlerin yarı yarıya neden oldukları literatürde ki bilgiler arasında yer almaktadır( Eşel ve Dinç, 2016).

Genetik faktörler, çevresel ve sosyal ortamlardaki faktörlere dayanarak bireyin aşırı alkol kullanımına dayanan davranış örüntüleri zaman içerisinde bireyi alkol bağımlılığı ile karşı karşıya getirebilmektedir (Bilbao, Molander, Spanagel ve Vengeliene, 2008).

Bireyin içinde bulunduğu arkadaş ortamı, alkol kullanımına duyulan merak, ailede alkol kullanan birinin bulunması, aileyi rol model olarak görme alkol bağımlılığının ilerleyen zamanlarda oluşabilmesine neden olabilmektedir ( Demirbaş, Doğan ve İlhan, 2002).

Alkol kullanmanın nedenleri ile alakalı olan kuramsal yaklaşımları ele aldığımızda Cox ve Klinger tarafından geliştirilip 1988 de ortaya atılan “ Alkol Kullanımında Güdülenme Modeli “ ne göre, bireyin alkolü kullanma kararı alkol kullanımından sonra alkolün yaratacağı olumlu etkinin fazla olacağına dayanmaktadır. Bireyin burada ki alkol kullanma davranışı bilinçli ve amaca yöneliktir. Birey istediği etki açığa çıksın diye alkol kullanmaktadır ( Cox ve Klinger, 1988; akt. Ayvaşık ve Çakmak, 2007 ).

Cooper, Russell, Frone ve Mudar tarafından (1995) yılında geliştirilip ortaya atılan bir başka kurama göre alkol içme nedenleri “Sosyalleşme, Başa Çıkma, Eğlenme ve Uyum Sağlama” olmak üzere dört kategori ile açıklanmaktadır. Sosyalleşme, birey için özel bir anı kutlama için içki kullanmak. Başa Çıkma, bireyin içinde bulunduğu olumsuz ruh halinden kaçmak için alkol kullanmak. Eğlenme, herhangi bir ortamda olumlu duygu yaratması için alkole başvurmak. Uyum Sağlama, bireyin içinde bulunduğu gruba veya ortama ayak uydurması için alkol kullanması şeklindedir ( Cooper, Frone, Mudar ve Russell, 1995; akt. Ayvaşık ve Çakmak, 2007 ).

Üniversite öğrencilerini kapsayan bir araştırmaya göre genç popülasyonun alkol vb. maddelere özendikleri, heves ettikleri ve yaşadıkları kimlik karmaşasından ötürü kendilerini ispatlama çabasından dolayı alkolü kullanmaktadırlar (Akkaya, 2015).

Tıp fakültesinde öğrenim gören 128 öğrenci üzerinde yapılan bir çalışmaya göre, öğrencilerin alkol kullanma nedenleri olarak 128 öğrencinin 53’ü merak, 13’ü yaşadığı sorunlardan kaçmak, 28’i akran ortamından etkilendiği için ve 13’ ü de eğlenmek maksadı ile alkol kullanımına başvurduğu sonucuna varılmıştır (Gerçek, Güler, Güneş, Hüseyinoğlu, Mayda ve Yıldırım, 2009).

### **2.2.3.1. Psikolojik Faktörler**

Alkol bağımlılığı bireyi etkilediği gibi bireyin içinde bulunduğu aileyi de etkilemektedir. Bireyin hayatında ruhsal ve fiziksel problemlere neden olmaktadır. Aynı zamanda bireyin diğer insanlar ile ilişkilerinde, aile içerisinde huzursuzluklara, ev içinde şiddete sebebiyet vermektedir. Buna dayanarak alkol bağımlılığı başta çocuklar olmak üzere bireyin yaşamında önemli bir stres kaynağı olarak görülmektedir. Bu yüzden alkol bağımlılığı bireyin ruh sağlığını tehlikeli boyutlarda etkilemektedir (Batur, Karakuş, Korkmaz ve Tel, 2003).

Alkol bağımlılığının üstüne geliştirilen teoriler alkol tüketimini ve alkol bağımlılığını, bireyin stresini azaltma, kendisini güçlü hissetmesini sağlama ve psikolojik açıdan çekmiş olduğu acıları azaltma gibi nedenlere bağlamaktadır. Alkolün sıkıntı çeken kişilerin hayatında onların sınırlarını azalttığı ve yaşamın günlük stresıyla daha kolay başa çıkmalarına yardımcı olduğu söylenilmektedir (Kalyoncu, 2010). Alkolün strese karşı rahatlatıcı bir özelliği olduğu psikolojik nedenler arasında yer almaktadır (Öztürk ve Uluşahin, 2018).

Aynı zamanda alkol bağımlısı olan ebeveynlerin çocukları anne ve babalarını örnek alıp aynı davranış örüntüsünü sergileyebileceği düşünülmektedir (Altıntoprak ve Coşkunol, 1999).

### **2.2.3.2. Biyolojik-Genetik Faktörler**

Günümüze kadar alkol bağımlılığının kalıtsal faktörleri aile ve ikiz evlat çalışmaları üzerinde yapılmıştır. Buna dayanarak aile çalışmalarında aile üyeleri arasında aşırı alkol kullanımı alkol bağımlılığına yatkınlık geliştirebilmektedir. Alkol bağımlılığının aile çalışmaları ve ikiz çalışmaları ile kalıtsal olarak geçiş sağladığı düşünülmektedir. Alkol bağımlılarının özellikle birinci derece akrabalarında, özellikle tek yumurta ikizlerinde bağımlılık gösterme oranının çok fazla olduğu belirtilmektedir (Herken ve Şengül, 2009).

Ailesinde alkol bağımlılığı öyküsü bulunan özellikle erkek çocukların, alkol bağımlılığı geliştirmesi açısından bir ilişki barındırdığı ve alkol bağımlılarının birinci derece ve ikinci derece akrabalarında da alkol bağımlılığı probleminin genel popülasyona göre daha fazla olduğu belirtilmektedir ( Demirbaş, Doğan ve İlhan, 2002). Ayrıca birinci kuşak akrabalarda alkol bağımlılığı olan bireylerin alkol içmede dirençlerinin kuvvetli olduğu ve daha az sarhoşluk belirtileri gösterdikleri gözlemlenmiştir (Öztürk ve Uluşahin, 2018).



Yapılan bir çalışmaya göre ebeveynleri alkol bağımlısı olan erkek çocukların, ebeveynleri alkol bağımlısı olmayan erkek çocuklarına göre alkol bağımlısı olma ihtimalinin 4 veya 5 kat daha fazla alkol bağımlısı oldukları belirtilmektedir (Akfert, Çakıcı ve Çakıcı, 2009).

### **2.2.3.3. Toplumsal-Çevresel Faktörler**

Alkol kullanımı, dine göre değişkenlik göstermektedir. Alkol kullanımı uygun görülmeyen dinlerde alkol alım sıklığı da az olmaktadır. Bunun yanı sıra sosyoekonomik açıdan yüksek toplumlarda alkol kullanım miktarı da fazla olmaktadır. Bu yüzden alkol bağımlılığı bu tür toplumlarda daha fazla olduğu görülmektedir (Öztürk ve Uluşahin, 2018).

Alkol kullanımı aynı zamanda ırklara göre de değişkenlik göstermektedir. Uzakdoğu ırkına mensup olan bireyler ve beyaz ırka mensup olan bireyler kıyaslandığında beyaz ırka mensup olan bireylerde alkol kullanımının daha fazla olduğu ve Uzakdoğu ırkına mensup olan bireylerin alkol kullanımından sonra vücudunun yüz bölümünde kızarma hissettiği için alkol kullanmadığı görülmüştür (Altıntoprak ve Coşkunol, 1999).

Bazı toplumlarda sosyallik kazanma açısından erkek bireylerin alkol kullanımı uygun görülürken, kadın bireylerin alkol kullanımı yaşadıkları toplum tarafından hoş bir davranış olarak karşılanmamaktadır (Çakmak, Evren, Evren, Saatçioğlu ve Yapıcı, 2003). Buna uygun olarak alkol bağımlılığının erkeklerde daha fazla görülmesinin nedeni, toplumda kadın bireylerin alkol kullanmasının hoş karşılanmaması olarak düşünülebilir (Saraçlı, 2007).

Alkol bağımlılığı tedavisi için genellikle başvuran popülasyonun erkek bireylerden olması da kadınlara kıyasla erkeklerin daha çok alkol kullandıklarını göstermektedir. Bu durum her topluma göre değişiklik gösterebileceği gibi sosyokültürel özellikleri barındırabilmektedir (Bulut, Cansel, Kap, Savaş, Selek, Vırt ve Yumru, 2006).

Dünya genelinde televizyonların bütün evlere girmesi sonucunda medyada yayınlanan filmlerde eğlenirken ya da bir problem yaşarken alkol kullanımı bireyleri alkol kullanımına teşvik edebilmektedir ( Kırılıoğlu, Kıracı ve Öztürk, 2015 ).

### **2.3. Alkol Bağımlılığında Risk Faktörleri**

Birey, tükettiği alkol miktarını veya aşırı alkol tüketiminin risk faktörlerini bilmediğinde ilerleyen yaşlarda alkol ile ilgili bozukluklar ile karşı karşıya

kalabilmektedir (Akvardar, Akdede, Alptekin, Ergör, Günay, Uçku, Ünal ve Tunca, 2010).

Türkiye de ilk alkol kullanma yaşının 14-20 yaş aralıkları arasında başladığı yapılan araştırmalarla kanıtlanmıştır. Alkol bağımlılığında erken yaşlarda alkol kullanma bir risk faktörü olarak görülmektedir ( Demirbaş, Doğan ve İlhan, 2002).

Erken yaşlarda başlanılan alkol kullanımı ilerleyen süreçlerde alkol ile ilgili bozukluklara zemin hazırlamaktadır. İlk alkol kullanma yaşı ne kadar geç olursa alkol ile ilgili bozukluklarla karşılaşma oranı da o kadar azalmaktadır (Grant, Harford ve Stinson, 2001).

Alkol kullanımı bütün yaş gruplarında görülür. Ancak 18-25 yaş aralığındaki genç yetişkinler de fazla alkol kullanımı olduğu için genç yetişkinler riskli grup olarak tanımlanmaktadır (Buğdaycı, Çamdeviren, Kurt, Öner, Şaşmaz, Tezcan ve Toros, 2006). Ayrıca alkol kullanımı erkeklerde daha çok görüldüğü için ve kadınlara kıyasla erkeklerin alkol kullanmaya daha erken yaşlarda başlamaları erkeklerin ilerleyen yaşlarda alkol ile ilgili sıkıntılar yaşamaları için risk faktörü olarak görülmektedir (Duman, Koçak ve Şahin, 2015).

Bireyin ait olduğu ve içinde bulunduğu akran grubu (arkadaş çevresi) alkol bağımlılığı için bir diğer risk faktörüdür. Arkadaş çevresinin birey üzerinde yaratmış olduğu etki alkol kullanımını tetiklemekte ve alkol bağımlılığı riskini artırabilmektedir (Boztaş, Demirbaş, Doğan ve İlhan, 2002).

Yapılan bazı çalışmalarda bireyin evli veya bekar olma durumu da risk faktörü olarak görülmektedir. Literatürde ki bir çalışmanın sonucuna göre bekar olan bireylerin evli olan bireylere göre daha fazla risk teşkil ettiği belirtilmiştir ( Kırlioğlu, Kıracı ve Öztürk, 2015 ).

Alkol bağımlılığında bireyin yaşadığı ruhsal durumda önemlidir. Bireyin yaşadığı duygu durum bozuklukları bireyin alkol kullanımını artırabilmektedir. Birey yaşadığı ruhsal belirtileri en aza indirmek ve yaşadığı bu ruhsal belirtiler ile baş etmek için alkol kullanımını artırabilmekte ve bu durum ilerleyen süreçlerde alkol bağımlılığı açısından riskli olarak görülmektedir ( Modesto-Lowe ve Kranzler, 1999; akt. Karakuş, Özpoyraz ve Tamam, 2008 ).

Bireyin iş durumu, yaşadığı yer veya bulunduğu konum, içinde yaşadığı aile ve geçmiş yaşantısı, sigara kullanımı, benimsediği dini inancı ve kullanılan diğer madde türleri de alkol bağımlılığında belirleyici risk faktörleri olarak görülmektedir ( Kırlioğlu, Kıracı ve Öztürk, 2015 ).

#### 2.4. Alkol Bağımlılığında Süreç

Alkol kullanımı, bireyin merkezi sinir sistemi üzerinde çeşitli etkiler yaratır. Bireyin duygu, bilinç ve düşünceleri üzerinde denge bozukluklarına neden olmaktadır. Aşırı dozlarda ve her gün tüketilen alkol bir yerden sonra alkol bağımlılığına neden olur. Bireyin her gün miktarı göz ardı ederek kullandığı alkol bireyi alkole bağımlı hale getirmektedir. Bireyi bedenen ve ruhen olduğu gibi birden fazla açıdan etkileyebilmektedir. Aşırı alkol kullanımı aynı zaman da bireyin davranışları üzerinde de kendisini göstermektedir. Aşırı kullanılan alkol bireyi bir yerden sonra alkolsüz bir yaşamı düşündürtemeyecek seviyeye getirmektedir. Birey aşırı alkol kullanımından sonra davranışlarına engel olamama gibi belirtiler ile ilerlemektedir (Başkurt, 2003).

Alkol bağımlılığı, süregelen ve kronik bir hastalıktır. Genel olarak yavaş yavaş ilerlemektedir. İlerleyen zamanlarda bu hastalığın şiddeti artmaktadır. Bazı zamanlarda iyileşme gösterebilir. Ancak genel olarak bireyin aile, iş ve sosyal hayatında ciddi hasarlar bırakabilmektedir (Öztürk ve Uluşahin, 2018).

Alkol bağımlılığının gelişim süreci ilk olarak kontrol altında kullanılan alkollü içecek davranışları ile meydana gelmektedir. Bu durum ilerleyen dönemlerde bireyin alkol olmadan yaşayamayacak duruma geçme süreci olarak sonlanmaktadır (Eşel ve Dinç, 2016).

Alkol bağımlılığı, alkollü içkilerin ilk kullanımından 5 yıl sonra meydana gelmektedir. Ancak alkol bağımlısı olan bireyin yaşamış olduğu durumu kabullenmesi ve tedavi için hastaneye başvurması 15-20 yıllık bir süreyi kapsayabilmektedir (Beyazyürek, Kalyoncu, Mırsal, Mırsal ve Pektaş, 2000).

Alkol kullanımı en çok 20 ve 35 yaş grubundaki bireylerde görülmektedir. Tüketilen alkol miktarı 35 yaş aralığında zirveye ulaşmaktadır. Bu yaştan sonra kullanılan alkol miktarı düşüş göstermeye başlar. Buna dayanarak erkek bireylerde alkol bağımlılığının belirtileri 20'li ve 30'lu yaşlarda açığa çıkmaktadır (Doğruer, İnce ve Türkçapar, 2002).

Alkol bağımlılığı 3 aşamada oluşmaktadır. Alkol bağımlılığında ilk olarak kullanılan alkolün miktarı ve bu miktara bağlı vücudun alkol kullanımına karşı toleransı artmaktadır. Birey ilk aşamada bir problem yaşamadığı için bağımlı olduğunu kabul etmeyerek ve inkara başvurmaktadır. Bu durum alkol kullanımından 5 yıl sonraki zamanı kapsamaktadır. İkinci aşama olarak birey olaylar üzerinde kontrol kayıpları yaşamaktadır. Birey kendini kontrol edemez hale gelmektedir. Burada süre genel

olarak alkol kullanımından yaklaşık olarak 10 yıl sonrasını kapsamaktadır. Üçüncü aşama kronik aşama olarak tanımlanmaktadır. Burada birey genel olarak hayatın her alanında sorunlar yaşamakta ve hem kendisine hem de çevresine ciddi boyutlarda zarar verebilmektedir. Süre olarak alkol kullanımından 15 ve 20 yıl sonrasını kapsamaktadır (Beyazyürek, Kalyoncu, Mırsal, Mırsal ve Pektaş, 2000).

## 2.5. Alkol Bağımlılığının Epidemiyolojisi

Alkol bağımlılığı Türk toplumlarında Batı ülkelerine göre daha az görülse de Türk toplumlarında da giderek artış gösteren bir bozukluk olarak açıklanmaktadır. Amerika da yapılan bir araştırmaya göre bireylerin yaş gruplarına göre yaşam boyu alkol kötüye kullanım sıklıkları şu şekilde ifade edilmiştir. 12-17 yaş gruplarında %38,8, 18-25 yaş gruplarında %83,8, 26-34 yaş gruplarında %90,3, 35 yaş ve üstü gruplarda yaşam boyu alkol kötüye kullanım sıklığı %87,8 şeklindedir. Bu sıklığı ortaya çıkartmada bireylerin eğitim düzeyleri önemli bir etken olarak belirtilmiştir (Ertan, 2008). Amerika da yaşayan bireylerin %87' si alkollü içecek kullanırken, bireylerin alkol bağımlılığı olma oranı %38 olarak ifade edilmiştir (Harford, 1992; Akt. Aşkın, Çilli, Herken, Kucur, Telcioğlu ve Turan, 1999).

Türkiye İstatistik Kurumu'nun (TUIİK) 2007 yılında yayınlamış olduğu verilere göre toplumumuzda alkollü içecek kullanımının 968 milyon 861 bin litreye çıktığı ve bu durumun giderek artış gösterdiği bildirilmiştir ( Emeç ve Gülay, 2008).

Türkiye de her bir birey için alkol tüketim miktarı 2 litreyken Avrupa ülkelerinde bu oran 9,8 litre olarak bildirilmiştir. Türkiye de alkol bağımlılığı oranı %1,6 iken Avrupa ülkelerinde alkol bağımlılığı oranı %3,7' dir. Türkiye ve Avrupa ülkeleri kıyaslandığında Türkiye de alkol bağımlılığı oranı daha düşük olarak görülmektedir ( Arıkan, Coşar ve Geniş, 2020 ).

Türkiye de alkol tüketimi ve alkol bağımlılığı oranının düşük olmasının nedenleri; alkolün İslam dininde haram sayıldığı, günlük hayatta alkol kullanımının gerekli görülmemesi, düğün vb. sosyal aktivitelerde çok fazla alkollü içeceklerin kullanılmaması ve sosyal baskılardan ötürü içen bireylerin durumlarını dile getirememelerinden kaynaklandığı şeklinde belirtilmiştir. Gelenekler açısından Türk toplumun da erkekler için alkol kullanımı uygun görülürken, kadınlar açısından bu durum uygun görülmemektedir. Bu yüzden erkekler de kadınlara göre daha çok alkol kullanımı ve buna bağlı olarak bağımlılık geliştirdikleri ve alkol ile ilgili daha fazla

problem yaşadıkları dile getirilmektedir (Aker, Akvardar, Alptekin, Binbay, Cimilli, Çam, Deveci, Direk, Gültekin, Şar, Taycan ve Ulaş, 2014).

## **2.6. Alkol Bağımlılığında Tedavi**

Alkol bağımlılığı biyolojik, psikolojik ve sosyolojik açıdan bireyi etkilemekte ve çok karışık bir tablo şeklinde açıklanmaktadır (Ata, Dikeç ve Yalçıntürk, 2019). Bu bağımlılığın tedavisinde ilaç tedavisi, bozukluk hakkında alınabilecek eğitimler, bireysel psikoterapi ve grup terapilerinin yanında alınan sosyal destekte tedavi sürecinde etkili olmaktadır (Çoker, Koçak, Özturan ve Yılmaz, 2019).

Alkol bağımlılığının tedavi süreci ilaç tedavisi, psikiyatrik destek ve rehabilitasyon programlarından meydana gelmektedir. İlaç tedavisinde temel amaç bireyin alkolü bırakma girişimi sonucunda açığa çıkan yoksunluk belirtilerini düşürmektir. Psikiyatrik destek tedavisinde hastalığın tekrar nüks etmemesi, alkol bağımlılığı sonucunda bireyde değişen davranışların yeniden sağlıklı bir şekilde dönüşümü, bireyin bulunduğu arkadaş çevresi ve ailesi ile ilişkilerinin gözden geçirilmesi ve bireysel açıdan uygulanan grup terapilerinin uygulandığı tedavi yöntemidir. Rehabilitasyon programlarındaki temel amaç ise alkol bağımlısı olan bireyi topluma yeniden kazandırmak olarak açıklanmaktadır (Ata, Dikeç ve Yalçıntürk, 2019).

### **2.6.1. Farmakoterapi**

Alkol bağımlısı olan bireyi alkolden arındırma aşaması bütün dünyada sıvı, vitamin ve benzodiazepinler yardımı ile yapılmaktadır. Ancak sadece arındırma tedavisi yeterli görülmeyip bunun yanında ilaç tedavisine de ihtiyaç duyulmaktadır (Dilbaz ve Şengül, 2013). İlaç tedavisinin yanında uygulanan Bilişsel Davranışçı Terapi' nin de tedavi sürecine olumlu yanıt verdiği literatür de ki bilgiler arasındadır (Davison, Johnson, Kring ve Neale, 2015).

Alkol bağımlılığı tedavisinde Disülfiram, Naltrekson ve Akamprosot gibi ilaçlar kullanılmaktadır (Şengül, Şengül ve Uğurlu, 2012; Dilbaz ve Şengül, 2013).

Disülfiram, alkol bağımlılığı tedavisi için kullanılan ilk ilaç olarak bilinir. Alkolün yaratmış olduğu olumsuz etkileri en aza indirmek ve bu olumsuz etkilere bireyin duyarlılığını artırmak için kullanılır. Bu ilacın kullanılmasından en az 12 saat önce bireyde alkol kullanımının olmaması gerekir (Şengül, Şengül ve Uğurlu, 2012). Bu ilaç asetaldehid dehidrojenaz enzimini etkisiz bırakarak kandaki toksik etkilere sebep olan asetaldehid birikimine yardımcı olmaktadır. Ayrıca beyinde dopamin düzeyinde

artış ve nöropinefrin düzeyinde de düşüşe neden olmaktadır (Çoker, Koçak, Özturan ve Yılmaz, 2019).

Naltrekson, alkol bağımlılığı tedavisinde kullanılan bir diğer ilaç olarak tanımlanmaktadır. Naltrekson bir opiyat antagonist ilaç türüdür. Endorfin reseptörlerini durdurarak alkolün vücutta yarattığı hoşnut durumunu, olumlu etkisini ve alkol aşermesini azalttığı yönünde etkilere neden olmaktadır. Naltrekson kullanan alkol bağımlısı hastaların, naltrekson kullanmayan alkol bağımlısı hastalara göre daha fazla alkolden uzak durdukları, ani olarak alkol kullanma isteklerinin daha az olduğu ve kaçamak yapıp alkol kullanan bireylerde de daha az keyif etkisi yarattığı görülmüştür (Dilbaz ve Şengül, 2013).

Alkol bağımlılığı tedavisinde kullanılan bir diğer ilaç Akamprosattır. Bu ilaç alkol bağımlılığı tedavisinde diğer ilaç türlerine göre daha az yan etki yaratmaktadır. Akamprosot gaba reseptörlerinde agonist etki ve glutamat reseptörleri üzerinde antagonist etki yaratmaktadır. Glutamat reseptörlerinde ki uyarıcı etkileri baskılayarak nöronal uyarılmışlığı düşürmektedir. Alkol bağımlılığı tedavisinde akamprosot kullanan hastaların, akamprosot kullanmayan hastalara göre daha fazla süre alkolsüz kaldıkları ve alkole daha az aşerme belirtileri göstermektedirler (Altıntoprak, Kardaş ve Kardaş, 2017).

### **2.6.2. Psikoterapi**

Alkol bağımlılığı tedavisinin ilk aşaması olan alkolden arınma hastane ortamında ya da hastane dışında gerçekleşmektedir. Alkol bağımlılığını bozukluk olarak kabul gören biri kendi kendine yardım eden adsız alkolikler grubuna katılabilmektedir. Adsız alkolikler grubuna katılım alkol bağımlılarında en yaygın tedavi şeklidir. Kontrollü ve ılımlı içki tüketimi, alkol alımının kontrol edilebilirliğini ve hayatta alkolden diğer başka şeylerinde olduğunu gösterebilme şekliyle alkolden tümüyle uzak durmadan alkolden kaçınmayı hedefleyen bir tedavi şeklidir (Davison, Johnson, Kring ve Neale, 2015).

Alkol bağımlılığına sahip olan bireylere yapılan psikoterapi yöntemleri: sosyal beceriler açısından bireylerin eğitilmesi, bireyleri topluma tekrardan kazandırma, vaka formülasyonları, davranışçı yaklaşım türünde evlilik terapileri, motivasyon açısından bireyi güçlendirme, egzersiz programları ve bilişsel davranışçı terapi yöntemlerindeki uygulamalar şeklindedir. Bu psikoterapi yöntemleriyle alkol

bağımlılığının nüks etmesini önleme ve bireyin ruhsal ve fiziksel sağlığını olumlu yönde koruma amaç edinilmektedir(Yaman ve Yılmaz, 2020).

Alkol bağımlılığında bilişsel ve davranışsal terapinin olumlu etki yarattığı söylenilmektedir. Yapılan bir araştırmaya göre alkol bağımlılığına eşlik eden ve psikiyatrik bozukluk olarak tanımlanan anksiyete ve depresyonun varlığında birey tekrar alkol kullanımına başlayabilmektedir. Bu yüzden tedavi sürecinde önemli olan noktanın tedavi sürecine etki edecek psikiyatrik bozuklukların da tedavi edilme süreci olarak görülmektedir. Tedavi sürecinde anksiyete ve depresyon belirtisi gösteren alkol bağımlısı hastalarda belirtilerin en aza indirilmesi ve hastalığın tekrar gelişmemesi için risk faktörlerinin düşürülmesi gibi stratejilerin geliştirilmesi tedavinin en başta gelen hedefleri arasında yer almaktadır. Bu araştırmaya göre egzersizin anksiyete ve depresyon ile bir ilişkisi olduğu öne sürülmüştür. Aerobik egzersizinin, alkol bağımlılığı tedavisinde olumlu etki yarattığı ve umut verici sonuçlar doğurduğu araştırmalar tarafından kanıtlanmıştır. Buna dayanarak egzersizin anksiyete ve depresyon seviyelerini en aza indirdiği ve hastalığın nüks ihtimalini düşürdüğü öne sürülmüştür (Ercan, Karagözoğlu ve Yargıç, 2016).

Bir başka araştırmanın sonuçlarına göre düzenli olarak yapılan egzersiz programlarının hem fiziksel hem de ruhsal açıdan olumlu etkiler yarattığı sonucuna ulaşılmıştır (Ata, Dikeç ve Yalçıntürk, 2019).

Alkol bağımlılığında grup psikoterapileri de önemli yer kaplamaktadır. Grup psikoterapilerinin düzenli olarak yapılmasının hastalığın nüks etmesini engellediği ve bireyin yaşam kalitesini artırdığı sonucuna varılmıştır (Beyazyürek, Kalyoncu, Mırsal, Mırsal ve Pektaş, 2001).

### **2.6.3. Rehabilitasyon**

Alkol bağımlılığının tedavisinde uygulanan rehabilitasyon çalışmalarında amaç alkol bağımlısı olan bireyi topluma geri kazandırmak ve sosyal açıdan etkinliğini artırmaktır (Ata, Dikeç ve Yalçıntürk, 2019).

Yapılan bir çalışmaya göre ‘‘ Pozitif Gelecek Olaylarını Canlandırma, EMDR, Müzikli Terapi, Biofeedback Terapisi, Hayvan Destekli Terapi, Motivasyonel Görüşme, Denetimli Serbestlik Programı, Lirik Analiz, 28 Günlük Yatarak Rehabilitasyon Programı Tedavisi’’ gibi yöntemlerin kullanıldığı rehabilitasyon programlarının alkol bağımlılığı tedavisi gören bireyler üzerinde pozitif yönde etkiler yarattığı sonucu elde edilmiştir (Ata, Dikeç ve Yalçıntürk, 2019).

## 2.7. Alkol Bağımlılığında Ek Tanı

Alkolün aşırı derecede kullanımı bireyi fiziksel ve ruhsal açıdan da etkilemektedir. Alkol bağımlılığına eşlik eden psikiyatrik bozukluklar arasında ilk olarak duygu durum bozuklukları, anksiyete bozuklukları ve kişilik bozuklukları gelmektedir (Çelik, Demirbaş, Doğan ve İlhan, 2002). Bunları takiben şizofreni gibi psikiyatrik bozukluklarda alkol bağımlılığı ile birlikte görülebilmektedir (Brady, Culpepper, Schatzberg ve Weiss, 2008; İlhan ve Vatansever, 2020).

Türkiye de yapılan bir araştırmaya göre alkol bağımlılığına sahip olan 47 hastanın 12' si majör depresyona, 5' i distimi bozukluğuna ve 24 hastada ise kişilik bozukluğuna rastlanıldığı sonucuna varılmıştır ( Doğruer, İnce ve Türkçapar, 2002 ). Bu bağımlılık türü ile beraber görülebilen ek tanılı ruhsal bozuklukların hastalığın gidişatını olumsuz açıdan etkilediği belirtilmektedir ( Aksaray, Bal, Erol, Kaptanoğlu ve Yelken, 2002 ). Aşırı alkol tüketimi ruhsal bozuklukların şiddetini artırmaktadır. Alkol bağımlılığıyla beraber görülen ruhsal bozukluklar alkol bağımlılığı tedavisinden cevap alınmasını ve tedavi süresinin uzamasına neden olmaktadır ( Arıkan, Coşar ve Geniş, 2020 ).

## 2.8. Alkol Bağımlılığı ve Depresyon İlişkisi

Depresyon bireyin duygu düşünce ve davranış biçimleri üzerinde olumsuz etki yaratan ciddi ve yaygın şekilde görülen tıbbi bir bozukluk olarak tanımlanmaktadır ( Sinanoğlu, 2019). Dünya genelinde bir halk sağlığı sorunu olarak karşımıza çıkmaktadır. Dünya Sağlık Örgütü' ne göre depresyon dünya genelinde değişik oranlarla ortalama olarak 300 milyondan daha çok bireyi etkileyebilen bir duygu durum bozukluğu olarak tanımlanmaktadır ( Bademli ve Lök, 2017 ). Duygu durum içsel olarak yaşanan, bireyin davranışları, dünyayı algılayış biçimini değiştiren birey üzerindeki genel ve hakim olan duygu tonudur (Karamustafalıoğlu ve Yumrukçal, 2011).

Depresyonda olan bir birey kendisini huzursuz, ilgisiz, uykusuz, karamsar, hayattan beklentisi olmayan bir kişi olarak görür. Birey yaşadığı bu ruh durumundan ötürü alkolü bir rahatlama veya kaçış yolu olarak tercih edebilmektedir.

Alkol bağımlılığına sahip olan bireylerde depresyon düzeyi yapılan klinik araştırmalarda %30-60 olarak belirtilmektedir. Alkol bağımlılığına sahip olan kadın ve erkek bireylerin yaklaşık %80' ni depresif belirtiler göstermiştir (Çelik, Demirbaş,



Doğan ve İlhan, 2002). Klinik çalışmaların yanında yapılan epidemiyolojik çalışmalar ile alkol bağımlılığında depresyon düzeyi ortaya konulmuştur. Bu çalışmalar sonucunda alkol bağımlılığında depresyonun sık görüldüğü belirtilmektedir. Alkol kullanan kişilerin %79'unda depresyon görülmektedir (Gümüş ve Keskin, 2017).

Yapılan bu araştırmalar sonucunda alkol bağımlılığı ve depresyon arasında ilişkinin varlığı desteklenmektedir. Ancak alkol bağımlılığının mı depresyona neden veya sonuç olduğu veya depresyonun mu alkol bağımlılığına neden veya sonuç olduğu belirsizliğini korumaktadır (Arıkan, Eltutan, Işık ve Kuruoğlu, 1999, Özkan, 2020).

Bazı kaynaklar bireyi depresyona iten nedenler arasında tek başına bir hayat sürdürme veya kimsenin olmadığı bir yerde yaşamayı işaret eder. Yalnız yaşayan bu bireylerde alkol bağımlılığının olması, aileden uzak olunması, ailede intihar girişimi olan bireylerin olması ve sosyal desteğin yokluğu depresyona zemin hazırlamaktadır (Holland, Leahy, 2000; akt. Görgülü, 2009).

Alkol bağımlılığı için hastaneye yatan ve tedavi gören bireyler depresif belirtilerden yakınmaktadır. Bu belirtiler genellikle tedavi edilmesine rağmen alkol bağımlılığı tedavisi için olumsuz etkiler bırakabilmektedir. Aşırı miktarlarda alkol kullanımı olan bireyler tedavi olduktan sonra bile ilerleyen zamanlarda depresyon yaşama risklerinin yüksek olduğu belirtilmektedir (Gümüş ve Keskin, 2017).

Alkol kullanımı bazı durumlarda ise depresyon teşhisini gizleyebilir. Birey duygudurum bozukluğu yaşarken alkol kullanımı sonucunda hastaneye bedensel yakınmalarından ötürü başvurabilmektedir. Kronik olarak kullanılan alkol depresyonun tanınmasını engelleyebilmektedir (Mete, 2008). Aynı zamanda Alkol alımı ve depresyon ikilisi arasında bir ilişki söz konusu olduğu ve alkol alımının depresif ruh belirtilerinde artışa neden olabileceği de düşünülmektedir (Yaman ve Yılmaz, 2020).

## **2.9. Alkol Bağımlılığı ve İntihar İlişkisi**

İntihar, tarihin ilk çağlarına kadar uzanmaktadır. Yapılan birden fazla antropolojik çalışmanın verilerine göre ilkel kabilelerde intiharın varlığı tespit edilmiştir. Bu çağda görülen intiharlar tabu olan yiyeceklerin tüketimi şeklinde olmuştur. Birey tabuyu çiğnerse bunun sonucunu bildiği halde tabuyu çiğneyerek ölümü göze almış olduğu şeklinde yorumlanmıştır. Eski İskandinavlarda ise normal olan ölümün utanç

verici olduğu ve yaşlıların daha onurlu ve şerefli bir ölüm seçme biçimi olarak kendilerini yüksek bir yerden atmaları daha uygun görülmüştür (Kınık, 2018).

Tarih boyunca bazı insanlar hayatlarının bir kesiminde intihara teşebbüs etmekte ve kendi kararları doğrultusunda hayatlarına son verebilmektedir. Verilen bu karar ölümlerle sonuçlanabilmektedir. İntihar fikri, yaşama fikrine zıt bir kavramdır ( Apaydın, Özdemir ve Ünal, 2016).

İntihar genel olarak bireyin kendine dönük saldırgan davranışlarda bulunması ve kendini yok etme isteği sonucunda hayatına son vermesi olarak tanımlanmaktadır ( Duru ve Özdemir, 2009). Dünya Sağlık Örgütü, intiharı gerçek intiharlar ve intihar girişimleri olarak açıklamaktadır. Gerçek intiharları ölümlerle sonuçlanan intihar eylemi, intihar girişimlerini ise bireyin kendisine zarar vermek, kendisini yok etmek ve kendisini zehirlemek amacıyla gerçekleştirmiş olduğu intihara dönük fakat ölümcül olmayan davranışlar şeklinde açıklamaktadır (Duru ve Özdemir, 2009).

İntihar eylemi ve gerçek intiharlar genel olarak şu yöntemlerle yapılmaktadır. Kendini asma, kimyasal madde kullanma, uçurum gibi yüksek yerlerden atlama, silahla, suda boğularak, kendini ateşe vererek, kesici aletlerle vücutlarını keserek, havagazı ve yoldan geçen araçların altına atlama gibi yöntemler tercih edilmektedir (Kınık, 2018). İntihar, stresli durumlarda sağlıklı veya ruhsal bozukluk yaşayan bireyler üzerinde geniş bir alan olarak kendini göstermektedir. Bu nedenle intihar birçok faktörün etkisi altında gerçekleşen karmaşık bir olaydır (Tatlıoğlu, 2012).

Dünya Sağlık Örgütü' ne göre dünya da 800.000 birey intihara başvurarak hayatına son vermektedir. Son 45 yıl içerisinde intihar oranının %60 arttığı belirtilmektedir. Dünya da ortalama olarak günlük 1000 kişi intihara başvurarak hayatına son vermektedir (Tatlıoğlu, 2012). İntihar hızı diğer ülkelere kıyasla Türkiye de daha düşüktür. Ancak son yıllarda intihar hızının Türkiye de de artışa geçtiği ve bu oranın %0.003-0.004 olduğu belirtilmektedir. 2011 yılında Türkiye de yapılan istatistiklere göre 2677 birey intihar etmiştir. Bu durumda intihar hızı %3.62 olarak hesaplanmıştır ( Atlı, Beşaltı, Bez, Bulut, Güneş, Kaya, Karababa, Sır ve Uysal, 2014).

Alkolün kullanılması ve intihar olasılığı arasındaki ilişki çok karmaşık olarak görülmektedir. Alkol bağımlılığında intiharın davranışa dökülmesi uzun bir zaman dilimine kapsamaktadır. Alkol bağımlılığında intiharın görülme sıklığı %10-15 arası değişmektedir. Ancak intihar eden vakaların çoğunda alkol kullanımının çok fazla dozlarda olduğu literatürde ki araştırmalar da yer almaktadır ( Beyazyürek, Kalyoncu, Mırsal, Mırsal ve Pektaş, 2001).

Alkol bağımlısı olan bireylerin intihar olasılığı açısından ölüm oranları 6 kat fazladır. Alkol bağımlılığı intihar sebebi açısından ikinci sıklıkta tetikleyici durum olarak görülmektedir. Alkol bağımlısı erkek bireyler, alkol bağımlısı olan kadın bireylere göre intihara daha fazla teşebbüs etmektedir. Bu yüzden intihar oranı daha fazla alkol bağımlısı erkek bireylerde görülmektedir (Güleç, 2016, Beyazyürek ve ark. 2001).

Majör depresyon, psikoterapinin alınmaması, sosyal destek, fiziksel hastalıklar, bireyin izole bir hayat sürme durumu ve işsiz olması alkol bağımlılığında intihar olasılığı açısından risk faktörleri olarak görülmektedir (Beyazyürek ve ark. 2001).

Alkol ve intihar davranışı arasındaki ilişkiye bakmak amacı ile yapılan bir çalışmaya göre, alkol kullanımı ve intihar girişimi arasında anlamlı bir ilişkinin olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Yapılan bu çalışmanın sonucunda genç bireylerde alkol kullanımı ve intihar girişimi arasındaki ilişki yaşlı bireylere göre daha fazla olduğu sonucu elde edilmiştir ( Mats, 2001; akt. Görgülü, 2009).

Beyazyürek ve ark. 2001 yılında yapmış oldukları çalışmanın sonucuna göre alkol bağımlılığı tedavisi için başvuran hastaların çoğunda intihar girişimi ve intihar düşüncesinin yüksek olduğu sonucuna varılmıştır ( Beyazyürek ve ark. 2001).

## **2.10. Alkol Bağımlılığı İntihar ve Depresyon İlişkisi**

Aşırı alkol kullanımı sonucunda maddeye bağımlı hale gelen birey ev içinde eşiyle, anne ve babasıyla, iş hayatında sorunlar yaşayabilmekte ve şiddete başvurarak suça yönelme davranışları sergileyebilmektedir. Bu gibi olumsuz etkilerle karşılaşan birey gerçek hayattan ve çevresindeki bütün insanlardan uzaklaşmaktadır. Bu durum sonucunda birey depresif belirtiler gösterebilmekte ve intihara başvurup hayatına son verebilmektedir (Özkan, 2020).

Alkol bağımlılığına sahip olan bireylerde depresyon vb. ruhsal bozuklukların varlığında intihar olasılığı daha fazla olmaktadır (Beyazyürek ve ark. 2001; Güleç, 2016).

Yatarak tedavi gören alkol bağımlısı bireylerde ek tanımlı ruhsal bozukluklar ve intihar davranışının ilişkisini ortaya koymak ve intihar davranışının tetikleyen etkenlerin neler olduğunu bulmak amacı ile yapılan bir araştırmanın sonucuna göre 77 hastanın 12' si intihara başvurmuştur. Bu hastaların yarısı defalarca intihara başvurmuşlardır. Hastaların intihar için tercih ettikleri yollar ise jiletle bileklerini kesme, ilaç alımı, uçurumdan atlama, kendini asma ve çok fazla alkol tüketimidir. Ayrıca 15 katılımcının intihar düşüncesinin olduğu ve 55 katılımcının intihar düşüncesinin

olmadığı sonucuna varılmıştır. Bu araştırmanın sonucu olarak alkol bağımlısı hastaların intihar olasılıkları ek tanılı depresyon ve anksiyete düzeyleri arasında anlamlı bir ilişkinin olduğu sonucuna varılmıştır (Çelik, Demirbaş, Doğan ve İlhan, 2002).

### **3. BÖLÜM**

#### **ARAŞTIRMA YÖNTEMİ**

##### **3.1 Araştırmanın Modeli**

Bu araştırma nicel araştırma yöntemine göre betimsel araştırmalar kapsamında iki ya da daha fazla değişken arasındaki ilişkiyi herhangi bir şekilde müdahale etmeden ve sadece değişkenler arasındaki ilişkiyi ölçmeyi amaçlayan ilişkisel araştırma modeline dayanmaktadır ( Akgün, Büyüköztürk, Çakmak, Demirel ve Karadeniz, 2014).

##### **3.2 Evren ve Örneklem**

Araştırmanın evreni 2020 Aralık -2021 Mayıs ayları arasında KKTC Pembe Köşk Psikiyatri Hastanesinde Alkol Bağımlılığı Tedavi Merkezin de tedavi amacı ile yatan hastalar ve karşılaştırma grubu olarak alkol bağımlılığı ve psikiyatrik bozukluğu olmayan bireylerden oluşmaktadır. Örneklem ise amaçsal örnekleme yöntemine uygun olarak alkol tedavi merkezinde tedavi gören ve araştırmaya gönüllü olarak katılmak isteyen 31 alkol bağımlısı hasta ve karşılaştırma grubu olarak herhangi bir psikiyatrik bozukluğa sahip olmayan, alkol bağımlılığı tanısı almayan ve araştırmaya gönüllü olarak katılım sağlamak isteyen 31 katılımcıdan oluşmaktadır. Araştırmanın örneklemini 62 katılımcıdan oluşmaktadır. Amaçsal örnekleme, araştırmaların amacına yönelik olarak bilgi açısından zengin durumların belirlenerek detaylıca araştırma yapılmasına olanak tanır (Akgün ve ark., 2014).

##### **3.3 Verilerin Toplanması**

Araştırma verileri araştırmacı tarafından geliştirilen anket formu aracılığı ile 2020 Aralık ve 2021 Mayıs ayları arasında toplanmıştır. Pembe Köşk Psikiyatri Hastanesine yatışı yapılan hastalara detoksifikasyon (arındırma ) işlemi sonrasında tedavisi süreceği olan hastalara ve karşılaştırma grubundaki katılımcılara araştırma için uygun görülen ölçme araçları araştırmacı tarafından uygulanmıştır. Hasta grubunun verileri bilgilendirilmiş onam formu vasıtasıyla gerekli olan bütün açıklamalar yapıldıktan sonra ve katılımcıların rızaları alındıktan sonra Pembe Köşk Psikiyatri Hastanesinde uygun bir görüşme ile toplanmıştır. Karşılaştırma grubunun

verileri de bilgilendirilmiş onam formu vasıtasıyla gerekli olan bütün açıklamalar yapıldıktan sonra ve katılımcıların rızaları alındıktan sonra uygun bir görüşme ile toplanmıştır. Verilerin toplanma süresi yaklaşık olarak 30 dakika olarak belirlenmiştir.

### **3.4 Veri Toplama Araçları**

Nicel araştırma desenine uygun olan bu araştırma da veri toplama materyalleri literatür taraması yapıldıktan sonra araştırmacı tarafından belirlenmiştir. Araştırma boyunca kullanılan ölçme araçları; kişisel bilgi formu, beck depresyon envanteri ve intihar olasılığı ölçeği olarak üç bölümden oluşmaktadır.

#### **3.4.1 Sosyodemografik Bilgi Formu**

Sosyodemografik bilgi formu araştırmacı tarafından hazırlanmıştır. Bu form iki kısımdan oluşmaktadır. Birinci kısımda katılımcının cinsiyet, nerde yaşadığı, eğitim durumu, mesleği, medeni hali, ailesel bilgiler, sosyal güvence, aylık gelir gibi sorulardan oluşmaktadır. İkinci kısımda ise katılımcıların alkol kullanım sıklığı, en çok tercih edilen alkol türü, alkol alımına karşı aşırı istek durumu, alkol bırakma girişimi, alkolü bıraktıktan sonra yaşanan yoksunluk belirtileri, psikiyatrik veya fiziksel bir rahatsızlık durumu, ilaç kullanımı, intihar düşüncesi veya intihar girişimi gibi soruları kapsamaktadır.

#### **3.4.2 İntihar Olasılığı Ölçeği (İÖÖ)**

İntihar Olasılığı Ölçeği 1988 yılında Cull ve Gill tarafından geliştirilmiştir. Şahin ve Durak tarafından 2000 yılında geçerlik ve güvenirlik çalışmaları yapılarak Türk toplumuna uyarlanmıştır. Ölçeğin 36 maddesi ve 4 tane alt ölçeği yer almaktadır. Ölçeğin alt maddeleri şu şekildedir. İntihar düşüncesi, öfke-dürtüsellik, sosyal destek-benlik algısı ve umutsuzluk-yanlızlık şeklindedir. Ölçeğin maddeleri 1-4 arası olarak derecelendirilmiş bir puanlama sistemine sahiptir. Maddelere verilen yanıtlar “hiçbir zaman” (1), “bazen” (2), “çoğu zaman” (3) ve “her zaman” (4) şeklindedir. Ölçeğin ters maddeleri 2, 6, 7, 10, 11, 18, 22, 25, 26, 27, 30, 32, 35, 36 numaralı

maddelerdir. Bu ölçekten yüksek puan alınması intihar olasılığının yüksek olduğunun bir göstergesi olarak kabul edilmektedir (Şahin ve Durak, 2000; Zehra, 2007; Arsel, 2010).

### 3.4.3 Beck Depresyon Envanteri (BDE)

Beck Depresyon Envanteri 1961 yılında Beck ve arkadaşları tarafından geliştirilmiştir. Hisli tarafından 1988 yılında geçerlik ve güvenilirlik çalışmaları yapılarak Türk toplumuna kazandırılmıştır (Hisli, 1989). Bu ölçek depresyonun seviyesini net bir şekilde sayılarla ortaya çıkarmaktadır. 0-1-2-3 şeklinde dört seçeneği olan, 21 maddeden oluşan kendini değerlendirme cümleleri barındıran ve kendi kendine puanlanan bir ölçek türüdür. Ölçekte yer alan maddeler şu şekildedir. Üzgün olma, umutsuzluk, başarısızlık, zevk alma, suçlu hissetme, kendinden memnunluk, kendini başkaları ile kıyaslama, cezalandırılma durumu, intihar düşüncesi, ağlama durumu, can sıkıntısı, başkaları ile konuşma isteği, karar alma, dış görünüş, çalışma durumu, yorgun hissetme, iştahta artma veya azalma, kilo alıp verme, sağlık durumu ve cinsel hayat şeklindedir (Hisli, 1988). Bu ölçeğin geçerliliği ve güvenilirlik çalışmaları üniversite öğrencileri üzerinde yapılmıştır. Ölçeğin güvenilirlik katsayılarının  $r=60$  ve  $r=87$  arasında değiştiği belirlenmiştir. Bu ölçeğin güvenilirlik kat sayıları (yarıya bölme güvenilirliği  $r=74$ , cronbach alfa  $r=80$ ) daha önce yapılmış çalışmalarla paralellik göstermiştir (Hisli, 1989). Ölçeğin geçerlilik katsayısı,  $r=63$  şeklinde bulunmuştur. Bu ölçekten alınan 0-9 arası puanlar az derecede depresyonu, 10-16 arası puanlar hafif derecede depresyonu, 17-29 arası puanlar orta derecede depresyonu, 30-63 arası puan aralığı ise ciddi derecede depresyonun işaret edildiği belirtilmektedir ( Hisli, 1988).

### 3.5 Veri Analizi

Araştırma verileri Statistical Package for Social Sciences (SPSS) programı ile analiz edilmiştir. Hasta ve kontrol grubunun verilerinin normal dağılım gösterip göstermediği Ki Kare testi ile karşılaştırmalı şekilde analiz edilmiştir. Veriler normal dağılım göstermemiştir (non parametrik). Bu bilgi ışığında İntihar Olasılığı Ölçeğinin alt ölçekleri; intihar düşüncesi, öfke ve dürtüsellik, sosyal destek ve benlik algısı ve yalnızlık umutsuzluk alt ölçekleri Mann Whitney-U testi ile analiz edilmiştir. Hasta ve kontrol grubunun depresyon, intihar düşünceleri karşılaştırmalı

şekilde korelasyon analizi ile analiz edilmiştir. Hasta ve kontrol grubunun İntihar Olasılığı Ölçeği ve Beck Depresyon Envanterinden aldıkları puanlar ile Regresyon analizine de bakılmıştır.



#### 4. BÖLÜM

#### BULGULAR

**Tablo 1.**

*Katılımcıların hasta ve kontrol gruplarının cinsiyetlerine göre dağılımlarının karşılaştırmalarına ilişkin ki-kare tablosu*

	Kontrol Grubu		Hasta Grubu	
	N	%	N	%
<b>Cinsiyet</b>				
Erkek	24	77,4	27	87,1
Kadın	7	22,6	4	12,9
Toplam	31	100,0	31	100,0

$\chi^2=,995$ ,  $df=1$ ,  $p=,319$

Tablo 1’de katılımcıların hasta ve kontrol gruplarına göre cinsiyet dağılımlarına ilişkin ki-kare tablosu verilmiştir. Tablo incelendiğinde cinsiyet durumunun hasta ve kontrol grubu dağılımı açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır ( $p=,319$ ).

**Tablo 2.**

*Katılımcıların hasta ve kontrol gruplarının eğitim durumuna göre dağılımlarının karşılaştırmalarına ilişkin ki-kare tablosu*

	Kontrol Grubu		Hasta Grubu	
	N	%	N	%
<b>Eğitim Durumu</b>				
İlkokul Mezunu	1	3,2	4	12,9
Ortaokul Mezunu	3	9,7	5	16,1
Lise Mezunu	8	25,8	11	35,5
Lisans ve üzeri	19	61,3	11	35,5
Toplam	31	100,0	31	100,0

$\chi^2=4,907$ ,  $df=3$ ,  $p=,179$

Tablo 2’de katılımcıların hasta ve kontrol gruplarına göre eğitim durumu dağılımlarına ilişkin ki-kare tablosu verilmiştir. Tablo incelendiğinde eğitim

durumunun hasta ve kontrol grubu dağılımı açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır ( $p=,179$ ).

**Tablo 3.**

*Katılımcıların hasta ve kontrol gruplarının nerede yaşadıklarına göre dağılımlarının karşılaştırmalarına ilişkin ki-kare tablosu*

Nerede Yaşadığı	Kontrol Grubu		Hasta Grubu	
	N	%	N	%
KKTC	31	100,0	30	96,8
TC	0	0,0	1	3,2
Toplam	31	100,0	31	100,0

$$x^2=1,016,df=1, p=,313$$

Tablo 3’de katılımcıların hasta ve kontrol gruplarına göre nerede yaşadıkları dağılımlarına ilişkin ki-kare tablosu verilmiştir. Tablo incelendiğinde nerede yaşadıklarına ilişkin hasta ve kontrol grubu dağılımı açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır ( $p=,313$ ).

**Tablo 4.**

*Katılımcıların hasta ve kontrol gruplarının çalışma durumlarına göre dağılımlarının karşılaştırmalarına ilişkin ki-kare tablosu*

Çalışma Durumu	Kontrol Grubu		Hasta Grubu	
	N	%	N	%
Çalışıyor	23	74,2	21	67,7
Çalışmıyor	8	25,8	10	32,3
Toplam	31	100,0	31	100,0

$$x^2=,313, df=1, p=,576$$

Tablo 4’de katılımcıların hasta ve kontrol gruplarına göre çalışma durumu dağılımlarına ilişkin ki-kare tablosu verilmiştir. Tablo incelendiğinde çalışma durumunun hasta ve kontrol grubu dağılımı açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır ( $p=,576$ ).

**Tablo 5.**

*Katılımcıların hasta ve kontrol gruplarının aylık gelir durumlarına göre dağılımlarının karşılaştırmalarına ilişkin ki-kare tablosu*

Aylık Gelir	Kontrol Grubu		Hasta Grubu	
	N	%	N	%
1.000-5.000 tl arası	21	67,7	7	25,0
6.000-10.000 tl arası	8	25,8	16	57,1
11.000-15.000 tl arası	2	6,5	2	7,1
16.000 ve üzeri tl arası	0	0	3	10,7
Toplam	31	100,0	28	100,0

$$x^2=12,547,df=3, p=,006$$

Tablo 5’de katılımcıların hasta ve kontrol gruplarına göre aylık gelir dağılımlarına ilişkin ki-kare tablosu verilmiştir. Tablo incelendiğinde aylık gelir dağılımları arasında hasta ve kontrol grupları dağılımı açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır ( $p<0,05$ ). Buna göre, hasta grubunun %10,7’si 16.000TL ve üzeri aylık gelire sahipken, kontrol grubunda bu gelire sahip katılımcı olmadığı görülmüştür.

**Tablo 6.**

*Katılımcıların hasta ve kontrol gruplarının sosyal güvencelerine göre dağılımlarının karşılaştırmalarına ilişkin ki-kare tablosu*

Sosyal Güvence	Kontrol Grubu		Hasta Grubu	
	N	%	N	%
Emekli Sandığı ve Bağkur	10	32,3	10	32,3
Yeşil Kart	1	3,2	2	6,5
Yok	12	38,7	6	19,4
Diğer	8	25,8	13	41,9
Toplam	31	100,0	31	100,0

$$x^2=3,524,df=3, p=,318$$

Tablo 6’da katılımcıların hasta ve kontrol gruplarına göre sosyal güvence dağılımlarına ilişkin ki-kare tablosu verilmiştir. Tablo incelendiğinde sosyal güvence

durumunun hasta ve kontrol grubu dağılımı açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır ( $p=,318$ ).

**Tablo 7.**

*Katılımcıların hasta ve kontrol gruplarının medeni durumlarına göre dağılımlarının karşılaştırmalarına ilişkin ki-kare tablosu*

<b>Medeni Durum</b>	<b>Kontrol Grubu</b>		<b>Hasta Grubu</b>	
	N	%	N	%
Evli	15	48,4	15	48,4
Bekar	14	45,2	8	25,8
Boşanmış	2	6,5	8	25,8
Toplam	31	100,0	31	100,0

$\chi^2= 5,236$ ,  $df=2$ ,  $p=,073$

Tablo 7’de katılımcıların hasta ve kontrol gruplarına göre medeni durum dağılımlarına ilişkin ki-kare tablosu verilmiştir. Tablo incelendiğinde medeni durumunun hasta ve kontrol grubu dağılımı açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır ( $p=,073$ ).

**Tablo 8.**

*Katılımcıların hasta ve kontrol gruplarının eşinin eğitim durumuna göre dağılımlarının karşılaştırmalarına ilişkin ki-kare tablosu*

<b>Eşinizin Eğitim Durumu</b>	<b>Kontrol Grubu</b>		<b>Hasta Grubu</b>	
	N	%	N	%
İlkokul Mezunu	1	7,1	1	6,7
Ortaokul Mezunu	2	14,3	4	26,7
Lise Mezunu	6	42,9	5	33,3
Lisans ve üzeri	5	35,7	5	33,3
Toplam	14	100,0	15	100,0

$\chi^2=,714$ ,  $df=3$ ,  $p=,868$

Tablo 8’de katılımcıların hasta ve kontrol gruplarına göre eşin eğitim durumu dağılımlarına ilişkin ki-kare tablosu verilmiştir. Tablo incelendiğinde eşin eğitim

durumunun hasta ve kontrol grubu dağılımı açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır ( $p=,868$ ).

**Tablo 9.**

*Katılımcıların hasta ve kontrol gruplarının eşlerin çalışma durumlarına göre dağılımlarının karşılaştırmalarına ilişkin ki-kare tablosu*

	Kontrol Grubu		Hasta Grubu	
	N	%	N	%
<b>Eşiniz Çalışıyor mu?</b>				
Çalışıyor	9	64,3	9	60,0
Çalışmıyor	5	35,7	6	40,0
Toplam	14	100,0	15	100,0

$$x^2=,056 \text{ df}=1, p=,812$$

Tablo 9’da katılımcıların hasta ve kontrol gruplarına göre eşlerin çalışma durumu dağılımlarına ilişkin ki-kare tablosu verilmiştir. Tablo incelendiğinde eşlerin çalışma durumunun hasta ve kontrol grubu dağılımı açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır ( $p=,812$ ).

**Tablo 10.**

*Katılımcıların hasta ve kontrol gruplarının çocukları olma durumlarına göre dağılımlarının karşılaştırmalarına ilişkin ki-kare tablosu*

	Kontrol Grubu		Hasta Grubu	
	N	%	N	%
<b>Çocuk var mı?</b>				
Evet	15	51,7	17	54,8
Hayır	14	48,3	14	42,2
Toplam	29	100,0	31	100,0

$$x^2=,058, \text{df}=1, p=,809$$

Tablo 10’da katılımcıların hasta ve kontrol gruplarına göre çocuklarına olma dağılımlarına ilişkin ki-kare tablosu verilmiştir. Tablo incelendiğinde çocukları olma durumunun hasta ve kontrol grubu dağılımı açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır ( $p=,809$ ).

**Tablo 11.**

*Katılımcıların hasta ve kontrol gruplarının annelerinin sağ olma durumlarına göre dağılımlarının karşılaştırmalarına ilişkin ki-kare tablosu*

<b>Anneniz Hayatta mı?</b>	<b>Kontrol Grubu</b>		<b>Hasta Grubu</b>	
	N	%	N	%
Evet	28	90,3	25	80,6
Hayır	3	9,7	6	19,4
Toplam	31	100,0	31	100,0

$\chi^2= 1,670, df=2, p=,434$

Tablo 11’de katılımcıların hasta ve kontrol gruplarına göre annenin sağ olma dağılımlarına ilişkin ki-kare tablosu verilmiştir. Tablo incelendiğinde annenin sağ olma durumunun hasta ve kontrol grubu dağılımı açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır ( $p=,434$ ).

**Tablo 12.**

*Katılımcıların hasta ve kontrol gruplarının annenin eğitim durumuna göre dağılımlarının karşılaştırmalarına ilişkin ki-kare tablosu*

<b>Annenin Eğitim Durumu</b>	<b>Kontrol Grubu</b>		<b>Hasta Grubu</b>	
	N	%	N	%
İlkokul Mezunu	8	25,8	7	22,6
Ortaokul Mezunu	4	12,9	5	16,1
Lise Mezunu	11	35,5	7	22,6
Lisans ve üzeri	3	9,7	6	19,4
Okuryazar Değil	5	16,1	6	19,4
Toplam	31	100,0	31	100,0

$\chi^2=2,158,df=4, p=,707$

Tablo 12’de katılımcıların hasta ve kontrol gruplarına göre annenin eğitim durumu dağılımlarına ilişkin ki-kare tablosu verilmiştir. Tablo incelendiğinde annenin eğitim durumunun hasta ve kontrol grubu dağılımı açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır ( $p=,707$ ).

**Tablo 13.**

*Katılımcıların hasta ve kontrol gruplarının babanın sağ olma durumlarına göre dağılımlarının karşılaştırmalarına ilişkin ki-kare tablosu*

	Kontrol Grubu		Hasta Grubu	
	N	%	N	%
<b>Babanız Hayatta mı?</b>				
Evet	29	93,5	20	64,5
Hayır	2	6,5	11	35,5
Toplam	31	100,0	31	100,0

$\chi^2=7,884$ ,  $df=1$ ,  $p=,005$

Tablo 13’de katılımcıların hasta ve kontrol gruplarına göre babanın sağ olma dağılımlarına ilişkin ki-kare tablosu verilmiştir. Tablo incelendiğinde babanın sağ olma dağılımları arasında hasta ve kontrol grupları dağılımı açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır ( $p<0,05$ ). Buna göre, hasta grubunda babanın sağ olma durumu %93,5’ken bu durum kontrol grubunda %64,5 olduğu görülmüştür.

#### **Tablo 14.**

*Katılımcıların hasta ve kontrol gruplarının babanın eğitim durumuna göre dağılımlarının karşılaştırmalarına ilişkin ki-kare tablosu*

	Kontrol Grubu		Hasta Grubu	
	N	%	N	%
<b>Babanın Eğitim Durumu</b>				
İlkokul Mezunu	5	16,1	9	29,0
Ortaokul Mezunu	5	16,1	3	9,7
Lise Mezunu	13	41,9	11	35,5
Lisans ve üzeri	5	16,1	6	19,4
Okuryazar Değil	3	9,7	2	6,5
Toplam	31	100,0	31	100,0

$\chi^2=2,100$ ,  $df=4$ ,  $p=,717$

Tablo 14’de katılımcıların hasta ve kontrol gruplarına göre babanın eğitim durumu dağılımlarına ilişkin ki-kare tablosu verilmiştir. Tablo incelendiğinde babanın eğitim durumunun hasta ve kontrol grubu dağılımı açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır ( $p=,717$ ).

**Tablo 15.**

*Katılımcıların hasta ve kontrol gruplarının anne ve babanın evlilik durumuna göre dağılımlarının karşılaştırmalarına ilişkin ki-kare tablosu*

	<b>Kontrol Grubu</b>		<b>Hasta Grubu</b>	
	N	%	N	%
Anne ve Babanın Evlilik Durumu				
Birlikte	27	87,1	25	80,6
Ayrı	4	12,9	6	19,4
Toplam	31	100,0	31	100,0

$\chi^2=,477,df=1, p=,490$

Tablo 15’de katılımcıların hasta ve kontrol gruplarına göre anne ve babanın evlilik durumunun dağılımlarına ilişkin ki-kare tablosu verilmiştir. Tablo incelendiğinde anne ve babanın evlilik durumunun hasta ve kontrol grubu dağılımı açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır ( $p=,490$ ).

**Tablo 16.**

*Katılımcıların hasta ve kontrol gruplarının kardeşleri olma göre dağılımlarının karşılaştırmalarına ilişkin ki-kare tablosu*

	<b>Kontrol Grubu</b>		<b>Hasta Grubu</b>	
	N	%	N	%
<b>Kardeşiniz var mı?</b>				
Evet	26	83,9	26	83,9
Hayır	5	16,1	5	16,1
Toplam	31	100,0	31	100,0

$\chi^2=,000,df=1, p=1,000$

Tablo 16’da katılımcıların hasta ve kontrol gruplarına göre kardeşleri olma dağılımlarına ilişkin ki-kare tablosu verilmiştir. Tablo incelendiğinde kardeşleri olma durumunun hasta ve kontrol grubu dağılımı açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır ( $p=1,000$ ).

**Tablo 17.**

*Katılımcıların hasta ve kontrol gruplarının kaç tane kardeşi olduğu dağılımlarının karşılaştırmalarına ilişkin ki-kare tablosu*



Kaç Tane Kardeşimiz Var	Kontrol Grubu		Hasta Grubu	
	N	%	N	%
1 tane	10	38,5	13	50,0
2 tane	4	15,4	2	7,7
3 tane ve üzeri	12	46,2	11	42,3
Toplam	26	100,0	26	100,0

$$\chi^2=1,101,df=2, p=,577$$

Tablo 17’de katılımcıların hasta ve kontrol gruplarına göre kaç tane kardeşi olduğu dağılımlarına ilişkin ki-kare tablosu verilmiştir. Tablo incelendiğinde kaç tane kardeşi olduğu durumunun hasta ve kontrol grubu dağılımı açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır ( $p=,577$ ).

### Tablo 18.

*Katılımcıların hasta ve kontrol gruplarının kaç yıldır alkol kullanma durumlarına göre dağılımlarının karşılaştırmalarına ilişkin ki-kare tablosu*

Kaç Yıldır Alkol Tüketiyorsunuz?	Kontrol Grubu		Hasta Grubu	
	N	%	N	%
1-5 yıl	9	29,0	3	9,7
6-10 yıl	4	12,9	6	19,4
11-15 yıl	1	3,2	7	22,6
16-20 yıl	0	0,0	6	19,4
21 yıl ve üzeri	0	0,0	9	29,0
Alkol Kullanmıyorum	17	54,8	0	0,0
Toplam	31	100,0	31	100,0

$$\chi^2=39,900,df=5, p=,000$$

Tablo 18’de katılımcıların hasta ve kontrol gruplarına göre kaç yıldır alkol kullanma dağılımlarına ilişkin ki-kare tablosu verilmiştir. Tablo incelendiğinde kaç yıldır alkol kullanma dağılımları arasında hasta ve kontrol grupları dağılımı açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır ( $p<0,05$ ). Buna göre, kontrol grubunun %54’8’i alkol kullanmadığını belirtirken, hasta grubunda alkol kullanmayan katılımcı bulunmamaktadır.

**Tablo 19.**

*Katılımcıların hasta ve kontrol gruplarının alkol kullanımı açısından aşırı bir istek olma durumlarına göre dağılımlarının karşılaştırmalarına ilişkin ki-kare tablosu*

Alkol Kullanmak İçin	Kontrol Grubu		Hasta Grubu	
	N	%	N	%
<b>Aşırı İstek var mı?</b>				
Evet	0	0,0	23	74,2
Hayır	31	100,0	8	25,8
Toplam	31	100,0	31	100,0

$$x^2=36,564, df=1, p=,000$$

Tablo 19’da katılımcıların hasta ve kontrol gruplarına göre alkol kullanımı açısından aşırı bir istek olma dağılımlarına ilişkin ki-kare tablosu verilmiştir. Tablo incelendiğinde alkol kullanımı açısından aşırı bir istek olma dağılımları arasında hasta ve kontrol grupları dağılımı açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır ( $p<0,05$ ). Buna göre, kontrol grubunun %100’ü alkol kullanımında aşırı istek olmadığını belirtirken bu oran hasta grubunda %25,8’dir.

**Tablo 20.**

*Katılımcıların hasta ve kontrol gruplarının hangi sıklıkla alkol kullanma durumlarına göre dağılımlarının karşılaştırmalarına ilişkin ki-kare tablosu*

Hangi Sıklıkla Alkol Kullanıyorsunuz?	Kontrol Grubu		Hasta Grubu	
	N	%	N	%
Az Miktarda Kullanıyorum	14	45,2	1	3,2
Orta Miktarda Kullanıyorum	0	0,0	9	29,0
Çok Fazla Miktarda Kullanıyorum	0	0,0	21	67,7
Hiç Alkol Kullanmıyorum	17	54,8	0	0,0
Toplam	31	100,0	31	100,0

$$x^2= 58,267, df=3, p=,000$$

Tablo 20’de katılımcıların hasta ve kontrol gruplarına göre hangi sıklıkla alkol kullanma dağılımlarına ilişkin ki-kare tablosu verilmiştir. Tablo incelendiğinde hangi sıklıkla alkol kullanma dağılımları arasında hasta ve kontrol grupları dağılımı açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır ( $p<0,05$ ). Buna göre, kontrol grubunda %54,8’i hiç alkol kullanmadığını belirtirken, hasta grubunda %67,7’si çok fazla miktarda kullandıklarını belirtmiştir.

**Tablo 21.**

*Katılımcıların hasta ve kontrol gruplarının tercih ettikleri alkol türlerine göre dağılımlarının karşılaştırmalarına ilişkin ki-kare tablosu*

Tercih Ettiği Alkol Türü	Kontrol Grubu		Hasta Grubu	
	N	%	N	%
var mı?				
Evet	9	29,0	22	71,0
Hayır	22	71,0	9	29,0
Toplam	31	100,0	31	100,0

$$x^2=10,903,df=1, p=,001$$

Tablo 21’de katılımcıların hasta ve kontrol gruplarına göre tercih ettikleri alkol türleri dağılımlarına ilişkin ki-kare tablosu verilmiştir. Tablo incelendiğinde tercih ettikleri alkol türleri dağılımları arasında hasta ve kontrol grupları dağılımı açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır ( $p<0,05$ ). Buna göre, kontrol grubunun %71’inin tercih ettiği alkol türü yokken, hasta grubunun %71’inin tercih ettiği alkol türü bulunmaktadır.

**Tablo 22.**

*Katılımcıların hasta ve kontrol gruplarının depresyonda olma durumlarına göre dağılımlarının karşılaştırmalarına ilişkin ki-kare tablosu*

Depresyon	Kontrol Grubu		Hasta Grubu	
	N	%	N	%
Depresyon yok	30	96,8	20	64,5
Depresyon var	1	3,2	11	35,5
Toplam	31	100,0	31	100,0

$$x^2=10,333,df=1, p=,001$$

Tablo 22’de katılımcıların hasta ve kontrol gruplarına göre depresyonda olma dağılımlarına ilişkin ki-kare tablosu verilmiştir. Tablo incelendiğinde depresyonda olma dağılımları arasında hasta ve kontrol grupları dağılımı açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır ( $p<0,05$ ). Buna göre, kontrol grubunun %96,8’inde depresyon yokken, bu oran hasta grubunda %64,5’tir.

**Tablo 23.**

*Katılımcıların hasta ve kontrol gruplarının intihar düşünceleripuanlarında farklılaşmaya ilişkin Mann Whitney-U analiz tablosu*

		N	Sıra Ortalaması	Sıra Toplamı	U	p
İntihar Düşünceleri	Kontrol Grubu	31	23,69	734,50	238,500	,001
	Hasta Grubu	31	39,31	1218,50		

\* $p\leq 0,05$

Tablo 23’de katılımcıların hasta ve kontrol grubuna göre intihar düşünceleri puanlarında farklılaşmaya ilişkin puanlarının karşılaştırması Mann Whitney-U testi ile analiz edilmiştir. Tablo incelendiğinde araştırmaya katılan katılımcıların hasta ve kontrol grubuna göre intihar düşünceleri puanlarında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu görülmüştür ( $p<0,05$ ). Buna göre, hasta grubunun intihar düşünceleri kontrol grubuna göre daha yüksek olduğu görülmüştür.

**Tablo 24.**

*Katılımcıların hasta ve kontrol gruplarının öfke ve dürtüsellik puanlarında farklılaşmaya ilişkin Mann Whitney-U analiz tablosu*

		N	Sıra Ortalaması	Sıra Toplamı	U	p
Öfke ve Dürtüsellik	Kontrol Grubu	31	27,94	866,00	370,00	,116
	Hasta Grubu	31	35,06	1087,00		

\* $p\leq 0,05$

Tablo 24’de katılımcıların hasta ve kontrol grubuna göre öfke ve dürtüsellik puanlarında farklılaşmaya ilişkin puanlarının karşılaştırması Mann Whitney-U testi ile analiz edilmiştir. Tablo incelendiğinde hasta ve kontrol grubuna göre öfke ve dürtüsellik puanlarında farklılaşmaya ilişkin puanların istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığı görülmüştür ( $p>0,05$ ).

**Tablo 25.**

*Katılımcıların hasta ve kontrol gruplarının sosyal destek ve benlik algısı puanlarında farklılaşmaya ilişkin Mann Whitney-U analiz tablosu*

		N	Sıra Ortalaması	Sıra Toplamı	U	p
Sosyal Destek ve Benlik Algısı	Kontrol Grubu	31	24,53	760,50	264,500	,002
	Hasta Grubu	31	38,47	1192,50		

\* $p\leq 0,05$

Tablo 25’de katılımcıların hasta ve kontrol grubuna göre sosyal destek ve benlik algısı puanlarında farklılaşmaya ilişkin puanlarının karşılaştırması Mann Whitney-U testi ile analiz edilmiştir. Tablo incelendiğinde araştırmaya katılan katılımcıların hasta ve kontrol grubuna göre sosyal destek ve benlik algısı puanlarında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu görülmüştür ( $p<0,05$ ). Buna göre, hasta grubunun sosyal destek ve benlik algısı kontrol grubuna göre daha yüksektir.

**Tablo 26.**

*Katılımcıların hasta ve kontrol gruplarının intihar düşüncesi puanlarında farklılaşmaya ilişkin Mann Whitney-U analiz tablosu*

		N	Sıra Ortalaması	Sıra Toplamı	U	p
İntihar Düşüncesi	Kontrol Grubu	31	29,00	899,00	403,000	,271
	Hasta Grubu	31	34,00	1054,00		

\* $p\leq 0,05$

Tablo 26’da katılımcıların hasta ve kontrol grubuna göre intihar düşüncesi puanlarında farklılaşmaya ilişkin puanlarının karşılaştırması Mann Whitney-U testi

ile analiz edilmiştir. Tablo incelendiğinde hasta ve kontrol grubuna göre intihar düşüncesi puanlarında farklılaşmaya ilişkin puanların istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığı görülmüştür ( $p>0,05$ ).

**Tablo 27.**

*Katılımcıların hasta ve kontrol gruplarının umutsuzluk ve yalnızlık puanlarında farklılaşmaya ilişkin Mann Whitney-U analiz tablosu*

		N	Sıra Ortalaması	Sıra Toplamı	U	p
Umutsuzluk ve Yalnızlık	Kontrol Grubu	31	25,34	785,50	289,500	,007
	Hasta Grubu	31	37,66	1167,50		

\* $p\leq 0,05$

Tablo 27’de katılımcıların hasta ve kontrol grubuna göre umutsuzluk ve yalnızlık puanlarında farklılaşmaya ilişkin puanlarının karşılaştırması Mann Whitney-U testi ile analiz edilmiştir. Tablo incelendiğinde araştırmaya katılan katılımcıların hasta ve kontrol grubuna göre umutsuzluk ve yalnızlık puanlarında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu görülmüştür ( $p<0,05$ ). Buna göre, hasta grubunun umutsuzluk ve yalnızlık puanları kontrol grubuna göre daha yüksektir.

**Tablo 28.**

*Araştırmada kullanılan ölçek puanlarına ilişkin korelasyon analizleri*

	Depresyon	İntihar Düşünceleri	Toplam puan	Öfke ve Dürtüsellik	Sosyal Destek ve Benlik Algısı	İntihar Düşüncesi	Umutsuzluk ve Yalnızlık
<b>Depresyon</b>	r	1,000					
	p	.					
<b>İntihar Düşünceleri</b>	r	,555	1,000				
<b>Toplam puan</b>							

	p	,000**	.				
<b>Öfke ve Dürtüsellik</b>	r	,476	,656	1,000			
	p	,000**	,000**	.			
<b>Sosyal Destek ve Benlik Algısı</b>	r	,544	,914	,495	1,000		
	p	,000**	,000**	,000**	.		
<b>İntihar Düşüncesi</b>	r	-,162	,108	-,083	-,123	1,000	
	p	,209	,405	,519	,342	.	
<b>Umutsuzluk ve Yalnızlık</b>	r	,512	,839	,520	,758	-,110	1,000
	p	,000**	,000**	,000**	,000**	,393	.

\*p≤0,05

Tablo 28’de araştırmada kullanılan ölçeklerin korelasyonlarına ilişkin analizlere yer verilmiştir. Tablo incelendiğinde katılımcıların depresyon puanları ile intihar düşünceleri (r=,555), öfke ve dürtüsellik puanları (r=,476), sosyal destek ve benlik algısı (r=,544) ve umutsuzluk ve yalnızlık puanları (r=,512) arasında pozitif yönlü orta düzey ilişki olduğu görülmüştür.

### Tablo 29.

*Katılımcıların alkol kullanım ve intihar düşünceleri puanlarına göre depresyon risklerine ilişkin regresyon tablosu*

Değişken	B	Standart hata	Beta	T	P
(Sabit)	-,618	,375		-1,650	,105
Alkol kullanım	,187	,094	,237	2,001	,050*
İntihardüşünceleri toplam puan	-,003	,037	-,087	-,075	,940
Öfkevedürtüsellik	,029	,044	,219	,674	,503
Sosyaldestekvebenlikalgısı	,021	,039	,418	,542	,590
İntihardüşüncesi	-,008	,037	-,058	-,200	,842

Umutsuzlukveyanlılık ,002 ,042 ,013 ,040 ,968

R=,626 R<sup>2</sup>=,392 F<sub>(6,55)</sub>=5,907 p=,000

Tablo 29’da alkol kullanım ve intihar düşünceleri puanlarına göre depresyon risklerine ilişkin regresyon analizi verilmiştir. Tablo incelendiğinde, modelin anlamlı olmadığı görülmüştür.

**Tablo 30.**

*Katılımcıların depresyon ve intihar düşünceleri puanlarına göre alkol kullanım risklerine ilişkin regresyon tablosu*

Değişken	B	Standart hata	Beta	T	P
Sabit	-,890	,483		-1,842	,071
İntihar düşünceleri	-,031	,049	-,766	-,631	,531
Öfke ve dürtüsellik	,020	,058	,120	,354	,724
Sosyal destek ve benlik algısı	,037	,051	,576	,718	,476
İntihar düşüncesi	,070	,049	,428	1,416	,162
Umutsuzluk ve yalnızlık	,048	,055	,286	,858	,395
depresyon	,026	,008	,474	3,168	,003

R=,579 R<sup>2</sup>=,335 F<sub>(6,55)</sub>=4,614 p=,001\*

Tablo 30’da depresyon ve intihar düşünceleri puanlarına göre alkol kullanım risklerine ilişkin regresyon analizi verilmiştir. Tablo incelendiğinde, modelin anlamlı olmadığı görülmüştür.



## 5.BÖLÜM

### TARTIŞMA

Alkol bağımlılığı hem KKTC de hem de dünya genelinde madde kullanım bozuklukları arasında en üst sırada yer almaktadır. Ve bu durum dünya genelinde giderek artış göstermektedir. İnsanların alkole rahat bir şekilde ulaşması, ucuz olması ve yasal olarak alkolün satılması alkol kullanımının artışına sebebiyet vermektedir. Buna dayanarak bu araştırma Alkol Bağımlılarının İntihar Olasılıkları ve Depresyon Düzeyleri Arasındaki İlişkinin incelenmesi amacıyla yapılmıştır.

Bu çalışmada alkol bağımlılığına sahip olan bireyler ve alkol bağımlılığına sahip olmayan bireylerin cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu gibi sosyodemografik bilgiler de karşılaştırmalı olarak incelenmiştir. Bu açıdan yapılan bu çalışmanın literatüre katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

Yapılan çalışmanın bulgularına göre hasta ve kontrol grubunun verileri incelendiğinde hasta grubunun katılımcılarının daha çok depresyon belirtisi gösterdiği sonucuna ulaşılmıştır. Yani alkol kullanımı arttıkça katılımcıların depresyon belirtisi gösterme düzeyleri de artmaktadır. Buna dayanarak yapılan bir araştırmanın sonucuna göre alkol bağımlılığına sahip olan kadın ve erkek bireylerin çoğunun depresif belirti gösterdiği sonucuna ulaşılmıştır (Çelik, Demirbaş, Doğan ve İlhan, 2002).

Depresyon ve alkol bağımlılığı ile ilgili yapılan bir başka çalışmaya göre alkol kullanan bireylerin alkol kullanmayan bireylere göre depresyon puan ortalamalarının daha yüksek çıktığı sonucuna ulaşılmıştır (Dokumacıoğlu, İskender, Kanbay ve Kılıç, 2018).

Bir başka araştırmanın sonuçlarına göre alkol bağımlılığı ve depresyon arasında nedensel bir ilişkinin varlığına ve alkol kullanımının aşırı olduğu zaman depresyon riskinin de arttığı sonucu elde edilmiştir (Boden ve Fergusson, 2010; Conner, Gamble ve Pinguart, 2009). Elde edilen bu veriler yapılan araştırmadan elde edilen veriler ile tutarlılık göstermektedir.

Yapılan çalışmada hasta ve kontrol grubunun verilerine göre alkol kullanım oranı arttıkça bireylerin intihar düşüncelerinin de arttığı sonucu elde edilmiştir. Buna

dayanarak alkol bağımlılığı ve intihar kavramları ile ilgili literatür incelendiğinde alkol bağımlılığının intiharı tetiklemede güçlü bir yordayıcı olduğu sonucu elde edilmiştir. Daha önce yapılan bir araştırmaya göre aşırı alkol kullanan bireylerin daha sık intihar eğilimi gösterdikleri ve intihar düşüncesine sahip oldukları görülmüştür. Alkol kullanımı arttıkça bireyin intihar etme riskinin de arttığı sonucuna ulaşılmıştır (Hufford, 2001 ). Yapılan araştırmadan elde edilen bulgular ve daha önce yapılan çalışmalardan elde edilen bulgular birbirini destekler niteliktedir.

Öfke ve dürtüsellik, intihar olasılığı açısından önemli bir rol oynamaktadır. Saldırganlık ve aşırı öfke yapıları, alkol bağımlılığına sahip olan bireylerde intihar olasılığı açısından ek olarak risk taşıdığı literatürdeki bulgular arasında yer almaktadır (Sher, 2005). Ancak yapılan araştırmadan elde edilen bulguların sonuçlarına göre hasta ve kontrol grubunun öfke ve dürtüsellik puanlarında bir farklılık gözlemlenilmemiştir.

Araştırmanın temel bulgusu olarak alkol bağımlılığı, intihar olasılığı ve depresyon düzeyi arasında pozitif yönlü orta düzey ilişki bulunmuştur. Literatür incelendiğinde alkol bağımlıları ile ilgili yapılan çalışmalara göre alkol bağımlılığına sahip olan bireylerin depresyon, intihar düşünceleri ve intihar girişimleri arasında bir ilişki olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Yani alkol kullanım oranı arttıkça bireylerin depresyon düzeyleri, intihar düşünceleri ve intihara teşebbüs etme girişimleri de artış göstermektedir (Arıkan, Eltutan ve Kuroğlu, 1999; Çelik, Demirbaş, Doğan ve İlhan, 2002).

Bir diğer çalışmadan elde edilen bulgulara göre alkol bağımlılığı ve alkol ile ilgili bozuklukların, depresyonun seyrini değiştirdiği ve alkol bağımlılığı, depresyon ve intihar gibi değişkenlerin birbirini tetiklediği sonucuna ulaşılmıştır (Connor, Fiellin ve Sullivan, 2005).

Alkol bağımlılığı ve depresyon ile ilgili yapılan araştırma bulgularının çoğunluğunda değişkenler arasındaki ilişkinin varlığı kesin bir şekilde kabul edilmektedir. Bununla beraber alkol ve intihar değişkenlerinin arasındaki ilişkiyi inceleyen çalışmalarda da depresyonun görüldüğü sonucu elde edilmiştir (Çelik, Demirbaş, Doğan ve İlhan, 2003). Aynı zamanda alkol bağımlılığında intihar davranışını artıran ve intihar düşüncesini tetikleyen faktörler arasında depresyon gibi ruhsal bozukluklar, bireyin

yalnız bir yaşam sürdürmesi, herhangi bir işte çalışmamak gibi faktörlerin de intiharı tetikleyebileceği sonucuna varılmıştır ( Tatlılıoğlu, 2012).

Yapılan bir başka çalışmaya göre alkol bağımlılığına sahip olan depresyon hastalarının alkol bağımlısı olmayan depresyonlu hastalara göre daha çok intihar riski taşıdıkları görülmüştür (Bakım, Ceylan, Gönenli, Güven, Karamustafalıoğlu, Özçelik ve Yavuz, 2010). Literatürden yararlanılarak elde edilen bilgiler bu araştırmanın bulgularını destekler niteliktedir.

Yapılan araştırmada hasta ve kontrol gurubunun sosyodemografik verileri karşılaştırıldığında gruplar arasında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır. Nitekim alkol bağımlılığına sahip olan bireyler için cinsiyet bir risk faktörü olarak görülmektedir. Daha önce yapılan araştırmaların sonuçlarına göre erkek bireylerin daha çok alkol bağımlılığına sahip oldukları sonucuna ulaşılmıştır. Alkol bağımlılığına sahip olan kadın bireyler ile ilgili yapılan sınırlı sayıda çalışma olduğundan dolayı genel olarak alkol bağımlılığının erkek bireylerde meydana geldiği görülmektedir ( Doğruer, İnce ve Türkçapar, 2002; Calabrese, Cohen, Fink, Galea, Liberzon, Liberzon ve Sampson, 2017).

Bireylerin medeni durumları da alkol bağımlılığı için risk taşımaktadır. Literatürde ki bir çalışmanın sonucuna göre bekar olan bireylerin evli olan bireylere göre daha fazla alkol bağımlısı olduğu sonucuna ulaşılmıştır ( Kırılıoğlu, Kıracı ve Öztürk, 2015 ).

Aynı zamanda bireylerin eğitim durumları ve bir işte çalışıp çalışmama durumları da alkol bağımlılığı için bir risk faktörü olarak görülmektedir. Bekar, eğitim düzeyi düşük ve herhangi bir işte çalışmayan bireylerin daha fazla alkol kullandığı ve alkol bağımlılığına sahip olduğu sonucu elde edilmiştir ( Engin, Yıldırım ve Yıldırım, 2011). Yapılan araştırmadan elde edilen sosyodemografik bulgular ve daha önce yapılan araştırmalardan elde edilen bilgiler birbirini desteklememektedir.

## 6. BÖLÜM

### SONUÇ VE ÖNERİLER

#### 6.1 Sonuç

Bu çalışma alkol bağımlılığına sahip olan bireylerin intihar olasılıkları ve depresyon düzeyleri arasındaki ilişkinin incelenmesi amacıyla yapılmıştır.

Bu araştırmanın sonuçları olarak alkol bağımlılığı cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, aylık gelir gibi sosyodemografik bilgilere göre değişmemektedir.

Sosyodemografik bilgiler kısmında sorulan daha önce intihar girişimleri, intihar düşünceleri ve depresyon düşünceleri hasta grubunda daha fazla çıkmıştır. Yani hasta grubundaki katılımcılar daha önce daha fazla intihar düşüncesine kapılmış, intihar girişiminde bulunmuş ve daha çok depresyon belirtisi göstermişlerdir.

İntihar olasılığı ölçeğindeki intihar düşüncesi ve öfke-dürtüsellik yapıları alkol bağımlılığı için herhangi bir risk teşkil etmemektedir. Ancak alkol bağımlılığında sosyal destek-benlik algısı, umutsuzluk-yalnızlık alt ölçekleri önemli olarak görülmüştür. Alkol bağımlılığına sahip olan bireylerin daha çok sosyal destek beklentisi içinde oldukları, benlik algılarının daha yüksek olduğu ve kendilerini daha çok umutsuz ve yalnız hissettikleri sonucuna ulaşılmıştır.

Alkol bağımlılığı, depresyon düzeyi ve intihar düşüncesi arasında pozitif orta düzey bir ilişki bulunmuştur. Yani alkol bağımlılığının depresyon ve intiharı tetiklediği sonucuna ulaşılmıştır. Bu yüzden alkol bağımlılığında intihar olasılığı ve depresyon değişkenleri önem taşımaktadır.

#### 6.2 Öneriler

##### 6.2.1. Klinisyenlere Yönelik Öneriler

Alkol kullanımının bireyler üzerinde yaratmış olduğu olumsuz etkilerin azaltılabilmesi amacıyla alkol kullanımı ve olumsuz etkileri hakkında eğitimler veya seminerler verilebilir. Bu açıdan alkol kullanan bireylerin alkolü bilinçli bir şekilde

kullanmaları teşvik edilebilir. Bunlar için psikoeğitimler ve klinik çalışmalara önem verilmesinin etkili olabileceği düşünülmektedir.

Alkol bağımlılığına sahip olan hem erkek hemde kadın bireyler bazı durumlarda toplumdan dışlanabilmekte veya damgalanabilmektedirler. Bu yüzden tedaviye başvurmayan olgu sayısı da çok fazla olabilmektedir. Bu durum hakkında da klinisyenler halkın bilinçlenmesi açısından gereken koşulları yerine getirmeleri önerilmektedir.

Alkol bağımlılığının tedavisinde olumlu açıdan etki yaratan rehabilitasyon çalışmaları için klinisyenlerin kendilerini daha fazla geliştirmeleri ve bu şekilde hastaların tedavi süreçlerine dahil olmaları önerilmektedir.

Alkol bağımlılığının önüne geçilebilmesi için sosyal projeler geliştirilebilir.

### **6.2.2. Araştırmacılara Yönelik Öneriler**

Alkol bağımlılığı, intihar ve depresyon ilişkisi ile ilgili çok fazla çalışma bulunmamaktadır. Buna dayanarak alkol bağımlılığı, intihar ve depresyon ilişkisi üzerine örneklem geniş tutularak araştırmaların yapılması önerilmektedir.

### **6.2.3. Ülke İdarecilerine Yönelik Öneriler**

Alkol kullanımının bilinçli bir şekilde kullanımını açısından bütün şehirlerde eğitimler verilmesi önerilmektedir.

Alkolün yasal olması, insanların rahatlıkla ulaşabilmeleri alkolün toplumlarda aşırı bir şekilde tüketilmesine sebebiyet vermektedir. bu nedenle devletin üstüne düşen sorumluluğu yerine getirerek daha düzenli ve güvenilir yasaların oluşturulması önerilmektedir.

Bağımlılık alanında çalışan sivil toplum örgütleri ile iş birliği içerisine girilmeli ve onlara destek olunmasının ülke çapında yarar sağlayacağı düşünülmektedir.

Alkol bağımlılığının tedavisinde olumlu açıdan etkileri olan rehabilitasyon hastanelerin yapılmasının alkol bağımlılığı tedavisinde daha etkili olabileceği düşünülmektedir.

## KAYNAKÇA

- Aker, T., Akvardar, Y., Alptekin, K., Binbay, T., Cimilli, C., Çam, B., Deveci, A., Direk, N., Gültekin, B.K., Şar, V., Taycan, O. ve Ulaş, H. (2014). Türkiye’de psikiyatrik epidemiyoloji: Yakın zamanlı araştırmalarda temel bulgular ve gelecek için öneriler. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 25 (4),264-81.
- Akgün, E. Ö., Büyüköztürk, Ş., Çakmak, E. K., Demirel, F. ve Karadeniz, Ş. (2014). Bilimsel araştırma yöntemleri (17. bs.). Ankara: Pagem Akademi. Amerikan Psikiyatri Birliği. Ruhsal bozuklukların tanıs ve sayımsal el kitabı (beşinci baskı), *DSM-5, Tanı ölçütleri başvuru kitabı*, (2014). (Ertuğrul Köroğlu Çev.). Ankara, Hekimler Yayın Birliği.
- Akgür, A. S., Altıntoprak, E., Coskunol, H., Sertöz, Ö. Ö. ve Yüncü, Z. (2008). Kadınlarda alkol kullanımı ve buna bağlı sorunlar. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 19 (2), 197-208.
- Akfert, K. S., Çakıcı, E. ve Çakıcı. M. (2009). Üniversite öğrencilerinde sigara-alkol kullanımı ve aile sorunları ile ilişkisi. *Anatolian Journal of Psychiatry*. 10, 40-47.
- Akkaya, S. (2015). Muğla Üniversitesi Öğrencilerinin Alkol Kullanma Sıklığının Araştırılması. *Gümüşhane University Journal of Health Sciences*, 4(1), 44-52.
- Aksaray, G., Bal, C., Erol, S., Kaptanoğlu, C. ve Yelken , B. ( 2002). Alkol bağımlısı olan erkek hastalarda alkolizm alt tipleri. *Düşünen Adam Dergisi*, 15 (1), 30-33.
- Akvardar, Y., Akdede, B. B., Alptekin, K., Ergör, G., Günay, T., Tunca, Z., Uçku, R. ve Ünal, B. (2010). Pratisyen hekimler alkol kullanım sorunları olan hastaları tanıyor ve tedavi ediyorlar mı?. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 21 (1), 5-13.
- Akyel, B., Altıntoprak, A.E. ve Aldemir, E. (2018). Alkol bağımlılığı şiddeti ölçeği: Türkçe formunun geçerlik ve güvenilirliği. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 29 (3), 202-8.
- Altıntoprak, E. ve Coşkunol, H. (1999). Alkol kullanımının genetik yönleri. *Klinik Psikiyatri Dergisi*, 2, 222-229.
- Altıntoprak, A. E., Kardaş, B. ve Kardaş, Ö. (2017). Alkol kullanım bozukluğu olan olguda akamprosot kullanımına bağlı migren atağı. *Bağımlılık Dergisi*, 18 (1), 31-33.

- Arıkan, Z., Eltutan, H., Işık, E. ve Kuruoğlu, A. Ç., (1999). Alkol bağımlılığı ve depresyon. *Düşünen Adam Dergisi*, 12 (3), 22-26.
- Arıkan, Z., Coşar, B. ve Geniş, B. (2020). Alkol bağımlılığı olan erişkin hastalarda hastanede kalış süresini etkileyen faktörler. *Bağımlılık Dergisi*, 21(1), 24 -33.
- Arsel, C. O. (2010). İntihar Olasılığı ve Cinsiyet: İletişim Becerileri, Cinsiyet Rollerini, Sosyal Destek ve Umutsuzluk Açısından Bir Değerlendirme. *Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Ankara*.
- Aşkın, R., Çilli, A.S., Herken, H., Kucur, R., Telcioğlu, M. ve Turan, M. (1999). Cage testi ile alkol kullanımı üzerine epidemiyolojik bir çalışma. *Klinik Psikiyatri Dergisi*, 2, 217-221.
- Apaydın, H., Özdemir, Ş. ve Ünal, A. Z. (2016). İntihar girişiminde bulunan bireyler de bazı değişkenlerle intihar girişimi ilişkisi. *Amasya Üniversitesi İlahiyat Fakültesi Dergisi*, 0(6),7-46.
- Ata, E. E, Dikeç, G. ve Yalçıntürk, A.A. (2019).Alkol ve madde kullanım bozukluğu olan bireylere yönelik rehabilitasyon çalışmaları: Sistemik derleme. *Bağımlılık Dergisi*, 20 (4), 241-252.
- Atlı, A., Beşaltı, S., Bez, Y., Bulut, M., Güneş, M., Karababa, F. İ., Kaya, C. M., Sır, A. ve Uysal, C. (2014). Acil ünitesine intihar girişimi nedeniyle başvuran olguların değerlendirilmesi: Şanlıurfa örneklemini. *Journal of Mood Disorders*, 4 (3), 110-4.
- Ayvaşık, B. ve Çakmak, S. Ş. (2007). Üniversite öğrencilerinde alkol kullanma nedenleri ile kaygı duyarlılığı arasındaki ilişki. *Türk Psikoloji Dergisi*, 22 (60), 91-107.
- Bademli, K. ve Lök, N. (2017). Yetişkin bireyler de fiziksel aktivite ve depresyon arasındaki ilişkinin belirlenmesi. *Mustafa Kemal Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 14 (40), 101-110.
- Bakım, B., Ceylan, C. Y., Gönenli, S., Güven, T., Karamustafaloğlu, O., Özçelik, B. ve Yavuz, B. G. (2010). İntiharını öngörebilecek bir araç: Hastane anksiyete ve depresyon ölçeği. *Düşünen Adam Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi*, 23, 151-157.

- Balcıoğlu, H. Y., Balcıoğlu, İ. ve Öncü, F. (2017). Alkol kullanımını ile ilişkili psikiyatrik bozukluklarda ceza sorumluluğunun belirlenmesine yönelik uygulamalar. *Adli Tıp Dergisi*, 31 (3), 124-142.
- Başkurt, İ. (2003). Gençlik, madde bağımlılığı ve korunma yolları. *İ. Ü. İlahiyat Fakültesi Dergisi*, 8, 73-114.
- Batur, D., Karakuş, E., Korkmaz, G. ve Tel, H. (2003). Alkol bağımlısı erkeklerin eşlerinin yaşadıkları güçlükler ve baş etme tarzlarının belirlenmesi. *Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*, 7 (1), 21-26.
- Beyazyürek, M., Kalyoncu, A. Ö., Mırsal, H., Mırsal, N. ve Pektaş, Ö. (2000). Alkol bağımlılığında klinik özellikler ve sosyodemografik değişkenler. *Bağımlılık Dergisi*, 2 (1), 1-8.
- Beyazyürek, M., Kalyoncu, A. Ö., Mırsal, H., Mırsal, N. ve Pektaş, Ö. (2001). Ayık alkol bağımlılarının grup tutum ölçeği ile değerlendirilmesi. *Bağımlılık Dergisi*, 2 (3), 1-6.
- Beyazyürek, M., Kalyoncu, A., Mırsal, H., Mırsal, N. ve Pektaş, H. (2001). Alkol bağımlılığında intihar davranışının araştırılması. *Bağımlılık Dergisi*, 2 (1), 1-7.
- Bilbao, A., Molander, A., Spanagel, R. ve Vengeliene, V. (2008). Neuropharmacology of alcohol addiction. *British Journal of Pharmacology*, 154, 299–315.
- Bitiş, E. ve Kolburan, G. Ş. (2017). Alkol kullanım bozukluğunda duygusal istismar algısının incelenmesi. *İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Dergi Kurulu*, 75, 1-17.
- Boden, J.M. ve Fergusson, D. M. (2010). Alcohol and depression. *The Authours Addiction*, 106, 906-114.
- Boztaş, H., Demirbaş, H., Doğan, B. Y. ve İlhan, İ. Ö. (2002). Alkol bağımlılarında alkole başlamada belirleyici risk etmenlerinin gelişim dönemlerine göre incelenmesi. *Bağımlılık Dergisi*, 3 (2), 84-90.
- Brady, K. T. ve Culpepper, L. Schatzberg, A. F. ve Weiss, D. R. (2008). Bridging the clinical gap: Managing patients with co-occurring mood, anxiety, and alcohol use disorders. *The İnternational Journal Neuropsychiatry Medicine*, 13(4), 2-15.



Buğdaycı, R., Çamdeviren, H., Kurt, A. Ö., Öner, S., Şaşmaz, T., Tezcan, H. ve Toros, F. (2006). Ergenlerde alkol içme prevalansı ve olası risk faktörleri: Okul tabanlı, kesitsel bir çalışma. *TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni*, 5 (2), 94-104.

Bulut, M., Cansel, N., Kap, Ö., Savaş, H., Selek, S., Vırit, O. ve Yumru, M. (2006). Gaziantep üniversitesi alkol ve madde kullanım bozuklukları birimine başvuran hastaların sosyodemografik özellikleri. *Bağımlılık Dergisi*, 7, 65-70.

Calabrese, J.R., Cohen, G.H., Fink, D.S., Galea, S., Liberzon, I., Sampson, L. ve Liberzon, I. (2017). Coincident alcohol dependence and depression increases risk of suicidal ideation among army national guard soldiers. *Annals of Epidemiology*, 27, 157-163.

Connor, G. P., Fiellin, A. D. ve Sullivan, E. L. (2005). Alkol sorunlarının majör depresyondaki yaygınlığı ve etkisi: Sistemetik bir derleme. *Amerikan Tıp Dergisi*, 118(4), 330-341.

Conner, K.R., Gamble, A. S. ve Pinguart, M. (2009). Meta-analysis of depression and substance use among individuals with alcohol use disorders. *Journal of Substance Abuse Treatment* 37, 127–137.

Cüceler, S. ve Yılmaz, M. (2019). Alkol bağımlılığı ve damgalama. *Bağımlılık Dergisi*, 20 (3), 167-174.

Çakmak, D., Evren, C. E., Evren, B., Saatçioğlu, Ö. ve Yapıcı, A. (2003). Alkol kullanım bozukluğunda cinsiyet farklılığı: Yatan hasta verilerinin incelenmesi. *Bağımlılık Dergisi*, 4 (3), 96-100.

Çelik, S., Demirbaş, H., Doğan, B. Y. ve İlhan, İ. Ö. (2002). Alkol bağımlıların da intihar olasılığı ile depresyon, anksiyete ve kişilik bozukluğu ek tanıları arasındaki ilişki. *Bağımlılık Dergisi*, 3(1), 17-20.

Çelik, S., Demirbaş, H., Doğan, B. Y., ve İlhan, İ. Ö. (2003). Alkollü hastalarda intihar olasılığının incelenmesi. *Alkol ve Alkolizm Dergisi*, 38(1), 67-70.

Çiftçi, A., Özdiñler, A. R., Mutlu, E. K., Mustafaoğlu, R. ve Mutlu, C. (2020). Madde kullanım bozukluğunun ergenlerde anksiyete, depresyon ve yaşam kalitesine etkisi. *Bağımlılık Dergisi*, 21 (4), 308-316.

Çoker, F., Koçak, B. M., Özturan, D. D. ve Yılmaz, B. Z. (2019). Disülfiram tedavisi sonrası gelişen epileptik nöbet: Olgu sunumu. *Yeni Symposium Dergisi*, 57 (2), 29-31.

Çöl, A. I., Sönmez, B. M. ve Vardar, E. M. (2016). Alkol bağımlısı olan hastalarda içsel farkındalığın değerlendirilmesi. *Arch Neuropsychiatr*, 53, 15-20.

Davison, G., Johnson, L. S., Kring, A.M. ve Neale, J. (2015). *Anormal psikoloji*. (Muzaffer Şahin, Çev.). Ankara, Nobel Akademik Yayıncılık.

Demirbaş, H., Doğan, B. Y. ve İlhan, İ. (2002). Remisyonda olan alkol bağımlılarının sosyodemografik özellikleri ve bağımlılık süreci üzerine tanımlayıcı bir çalışma. *Bağımlılık Dergisi*, 3 (3), 155-159.

Dilbaz, N. ve Şengül, C. (2013). Alkol aşermesinin nörobiyolojisi, genetiği ve tedavisi. *Düşünen Adam Dergisi*, 26, 381-387.

Dinç, M., Işık, A., Ögel, K. Ve Şimşek, M. (2019). Yedam alkol bağımlılığı stigmatizasyon ölçeği. *Kıbrıs Türk Psikiyatri Ve Psikoloji Dergisi*, 1(1), 33-35.

Doğruer, Z., İnce, A. ve Türkçapar, M. H. (2002). Erken ve geç başlangıçlı erkek alkol bağımlılarında sosyodemografik, klinik ve psikopatolojik özelliklerin karşılaştırılması. *Klinik Psikiyatri Dergisi*, 5, 82-91.

Dokumacıoğlu, E., İskender, H., Kanbay, Y. ve Kılıç, N. (2018). Üniversite öğrencilerinde sağlıklı yaşam ve depresyon puan düzeyleri ile ilgili faktörlerin belirlenmesi. *Beslenme Ve Diyetetik Dergisi*, 9(4), 414-423.

Duman, N. B., Koçak, D. Y. ve Şahin, N. H. (2015). Alkol ve sigara bağımlılığı, kadın sağlığına etkileri ve hemşirelik girişimleri. *Araştırma Makalesi*, 5 (1), 43-47.

Duru, G. ve Özdemir, L. (2009). Yaşlı intiharları, nedenleri ve önleyici uygulamalar. *Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi*, 16 (2), 34-41.

Emeç, H. ve Gülay, E. (2008). Alkol tüketimi ve sosyodemografik değişkenlerin alkol tüketimi üzerine etkisi. *Ekonomik Yaklaşım Dergisi*, 19(68), 115-134.

Engin, E., Yıldırım, B. ve Yıldırım, S. (2011). Alkol ve madde bağımlılarında yalnızlık ve etki eden faktörler. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 2(1), 25-30.

Engin, E. ve Küliğ, D. (2017). Alkol bağımlılığı sorunu olanların yaşamsal rolleri ölçeğinin geçerlik ve güvenirlik çalışması. *Bağımlılık Dergisi*, 18 (3), 80-89.

- Erbay, E., Fırat, E., Oğuz, N. ve Yıldırım, B. (2016). Alkol ve madde bağımlılığı olan bireylerin başa çıkma tutumları. *Türkiye Sosyal Araştırmalar Dergisi*, 20 (3),597-609.
- Ercan, H.Y., Karagözoğlu, C. ve Yargıç, İ.L. (2016). Alkol ve madde bağımlılığı tedavisi gören yetişkinlerde düzenli egzersizin kaygı, depresyon ve yaşam kalitesine etkisi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 17(1), 33-41.
- Erdim, L. ( 2019). Alkolizmin aile ve çocuk üzerine etkisi. *Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi*, 6 (1), 193-200.
- Ertan, T. (2008).Psikiyatrik bozuklukların epidemiyolojisi. *İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri*, 62, 25-30.
- Eşel, E. ve Dinç, K. (2016). Alkol bağımlılığının nörobiyolojisi ve tedaviye yansımaları. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 27, 1-10.
- Gerçek, Ç. G., Güler, B. M., Güneş, C., Hüseyinoğlu, A., Mayda, A.S ve Yıldırım, A. (2009). Tıp fakültesi öğrencilerinde depresif belirti sıklığının demografik özellikler, sigara, alkol, madde kullanımı, baskın el ve şiddete maruz kalma ile ilişkisi. *Tübav Bilim Dergisi*, 2(4), 476-483.
- Görgülü, T. (2009). Tutuklu ve hükümlü erkek bireylerin depresyon düzeyleri, boyun eğici davranışları ve intihar olasılıklarının incelenmesi. *Türkiye Cumhuriyeti Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Disiplinlerarası Adli Tıp Dalı, Ankara*.
- Grant, B. F., Harford, T. C. ve Stinson, F. S. (2001). Age at onset of alcohol use and DSM-IV alcohol abuse and dependence a 12-year follow-up. *J Subst Abuse*, 13 (4), 493-504.
- Güleç, G. (2016). Psikiyatrik bozukluklar ve intihar. *Türkiye Klinikleri J Psychiatry-Special Topics*, 9 (3), 1-5.
- Gümüş, A. B. ve Keskin, G. (2017). Alkol ve madde bağımlılarında depresif belirtiler ve depresif belirtilerle ilişkili değişkenlerin incelenmesi. *The Journal of Psychiatry and Neurological Sciences*, 30 (2), 124-135.
- Hisli, N. (1988). Beck depresyon envanterinin geçerliği üzerine bir çalışma. *Psikoloji Dergisi*,22, 118-126.
- Hisli, N. (1989). Beck depresyon envanterinin üniversite öğrencileri için geçerliği güvenilirliği. *Psikoloji Dergisi*, 23 (7), 3-13.

- Hufford, M. R. (2001). Alcohol and suicidal behavior. *Clinical Psychology Review*, 21(5),791-811.
- İlhan, İ. Ö. ve Vatansever, M. (2020). Alkol bağımlılığı olan ve olmayan bireylerin öfke ruminasyonu açısından karşılaştırılmalı olarak incelenmesi. *Bağımlılık Dergisi*, 21 (4), 255-264.
- Kalyoncu, A. Ö. (2010). *Plastik Düşler*. İstanbul: Kapital.
- Kaman, B. F. ve Yücel, A. (2021). OECD ülkelerinde çocuklarda sigara ve alkol tüketiminin değerlendirilmesi üzerine bir etkinlik analizi. *Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 3 (1), 44-63.
- Karakuş, G., Özpoymaz, N. ve Tamam, L. (2008). Alkol bağımlılığı ve duygudurum bozuklukları. *Bağımlılık Dergisi*, 9, 31-35.
- Karamustafalıoğlu, O. ve Yumrukçal, H. (2011). Depresyon ve anksiyete bozuklukları, *Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Tıp Bülteni*, 45 (2),65-74.
- Kırlioğlu, M., Kıraç, R. ve Öztürk, Y. E. ( 2015 ). Alkol ve madde bağımlılığında risk faktörleri. *Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Meslek Yüksekokulu Dergisi*, 18 (2), 97-118.
- Kınık, K. (2018). Nedenleri, çeşitleri ve çözüm önerileri ile intihar olgusu. *Strateji Düşünce Ve Analiz Merkezi*, 1-42.
- Koç, E. Ö. ve Koç, N. (2020). Alkol tüketimi ile alkol üzerinden alınan özel tüketim vergisi ilişkisinin incelenmesi. *Yönetim ve Ekonomi Araştırma Dergisi*, 18 (3), 212-226.
- Maden, A. ( 1991 ). Alkolizm psikosomatiği ve kültürel nitelikleri. *Ankara Üniversitesi Dil, Tarih Ve Coğrafya Fakültesi Dergisi*, 35 (2), 1-10.
- Mete, E. H. (2008). Kronik hastalık ve depresyon. *Klinik Psikiyatri Dergisi*, 11 ( 3), 3-18.
- Mete, B., Söyler, V. ve Pehlivan, E. (2020). Psikiyatrik bozukluklar ile öz kıyım arasındaki ilişkinin incelenmesi: 2013-2018 yılları için kayıtlara dayalı geriye dönük bir araştırma. *Klinik Psikiyatri Dergisi* 23, 92-100.
- Özcan, H., Şevik, A. E. ve Uysal, E. (2012). İntihar girişimlerinin incelenmesi: Risk faktörleri ve takip. *Klinik Psikiyatri Dergisi*, 15 (2), 218-225.
- Özkan, Y. (2020). Alkol bağımlılarının intihar olasılıkları, depresyon, anksiyete ve çocukluk travması düzeyleri arasındaki ilişki (Yayınlanmamış yüksek lisans tezi).

*Yakın Doğu Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Klinik Psikoloji Anabilim Dalı, KKTC.*

Saraçlı, Ö. (2007). Zonguldak Karaelmas Üniversitesi öğrencilerinde sigara, alkol ve madde kullanımı ile ilişkili bireysel ve psikososyal faktörler. (Yayınlanmamış uzmanlık tezi). *Zonguldak Karaelmas Üniversitesi Tıp Fakültesi, Psikiyatri Anabilim Dalı. Zonguldak.*

Sher, L. (2005). Alcohol consumption and suicide. *From the Division of Neuroscience, Department of Psychiatry, Columbia University, 99, 57-61.*

Sinanoglu, C. (2019). Evliliklerinden hoşnut olan ve olmayan bireylerin depresyon düzeyleri ve olasılıklarının karşılaştırılması ( Yüksek lisans tezi). *Yakın Doğu Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Klinik Psikoloji Anabilim Dalı, KKTC.*

Şengül, C. ve Herken, H. (2009). Genetikten epigenetiğe alkol bağımlılığı. *Anadolu Psikiyatri Dergisi, 10, 239-245.*

Şengül, B. C., Şengül, C. ve Uğurlu, T. T. (2012). Bağımlılık psikofarmakolojisi. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar, 4 (1), 37-50.*

Tatlıhoğlu, K. ( 2012).Sosyal bir gerçeklik olarak intihar olgusu: Sosyal psikolojik bir değerlendirme. *AİBÜ Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, 12 (2), 133-155.*

Uluşahin, A. N. ve Öztürk, M. O. (2018). *Ruh Sağlığı ve Bozuklukları* (15. bs.). Ankara: Nobel Tıp Kitapevi.

Yaman, Z. ve Yılmaz, M. (2020). Alkol bağımlısı bireylere uygulanan hemşirelik müdahaleleri: Sistemik derleme. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar, 12 (1), 100-116.*

Zehra, A., (2007). İntihar Olasılığı Ölçeğinin Klinik Örneklemdeki Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması. (Basılmamış yüksek lisans tezi). *Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Klinik Psikoloji Anabilim Dalı, Aydın.*

## **EKLER**

### **Ek 1. Bilgilendirilmiş Onam Formu**

Sayın Katılımcı,

Yakın Doğu Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Klinik Psikoloji Yüksek Lisans Programında yürüteceğim tez çalışmam için araştırma yapmaktayım. Sizlere sunulan anketler, alkol bağımlılığının intihar olasılığı ve depresyon düzeyi arasındaki ilişkiyi incelemek amacıyla hazırlanmıştır. Bu çalışmada size demografik bilgi formu ve ölçekler verilecektir. Demografik bilgi formunda yaş, medeni durum, eğitim durumu ve çalışma durumu ile ilgili veri toplamaya yönelik kişisel sorulardan oluşmaktadır. Verilen ölçekler intihar olasılığı ve depresyon düzeylerini ölçmeye yöneliktir. Ölçeklerde ve bilgi formunda isminiz yazılmayacaktır ve verdiğiniz cevaplar gizli kalacaktır. Araştırma sonuçları grup ortalaması olarak bilimsel raporda kullanılacaktır. Eğer çalışmayla ilgili bir sorunuz varsa bunu çalışmanın araştırmacısı Psk. Sultani Ergüven'e iletebilirsiniz. Katılımınız için teşekkür eder ve saygılarımı sunarım.

Psk. Sultani Ergüven  
Yakın Doğu Üniversitesi, Klinik Psikoloji Bölümü  
Lefkoşa

## Ek 2. Katılımcı Onam Formu

Değerli Katılımcı

Araştırmaya katılmadan önce lütfen aşağıda yazılmış olan bilgileri okumak için bir kaç dakikanızı ayırın. Bu araştırma Sultani Ergüven tarafından Prof. Dr. Mehmet Çakıcı denetimi ile sürdürülmektedir. Araştırmanın amacı alkol bağımlılarının intihar olasılıkları ve depresyon düzeyleri arasında bir ilişki olup olmadığı amacıyla incelenilmek istenilmiştir. Araştırma en fazla 30 dakikanızı alacaktır. Araştırma için kimlik bilgileriniz istenmemektedir. Bu çalışma da toplanan veriler yalnızca akademik araştırma çerçevesinde kullanılacaktır. Araştırmaya katılımınız tamamen gönüllük esasına dayalı olup araştırmaya katılmayı kabul etmeme hakkına sahipsiniz. Araştırmadan istediğiniz zaman çekilme hakkına sahipsiniz. Araştırmadan çekilmeniz durumunda araştırma için yanıtlamış olduğunuz cevaplarınız ortadan kaldırılıp araştırma için kullanılmayacaktır. Araştırmaya dâhil olmayı ve araştırmayı tamamlamayı kabul ederseniz cevaplarınız ve anketleriniz gizlilik ilkesi dâhilinde korunacaktır. Araştırmaya katılmayı kabul ediyorsanız aşağıdaki evet kısmı imzalayınız. Çalışmaya yönelik sorularınızı Yakın Doğu Üniversitesi Psikoloji bölümü öğretim üyesi Prof. Dr. Mehmet Çakıcı ve Klinik Psikoloji Yüksek Lisans öğrencisi Psk. Sultani Ergüven'e iletebilirsiniz. İlginiz ve katılımınız için şimdiden teşekkür eder, saygılar sunarız.

Sultani Ergüven e-posta, [sultanerguven@gmail.com](mailto:sultanerguven@gmail.com)

Prof. Dr. Mehmet Çakıcı, e-posta: [mehmetcakici@neu.edu.tr](mailto:mehmetcakici@neu.edu.tr)

Bu çalışmaya tamamen gönüllü olarak katılmaktayım ve katılımımı istediğim zaman sonlandırabileceğimi biliyorum. Bana ait bu bilgilerin bilimsel amaçlı kullanımını kabul etmekteyim. (Formu doldurup imzaladıktan sonra uygulayıcıya geri veriniz).

---

TARİH

---

İMZA

### Ek 3. Demografik Bilgi Formu

1.Cinsiyetiniz nedir?

Kadın ( ) Erkek ( )

2.Kaç yaşındasınız?

---

3. Nerede yaşıyorsunuz?

---

4. Eğitim durumunuz nedir?

İlkokul mezunu ( ) Ortaokul mezunu ( ) Lise mezunu ( ) Lisans ve üstü ( )

Okuryazar değil ( )

5. Mesleğiniz nedir?

---

6. Aylık geliriniz ne kadar?

---

7. Sosyal Güvenceniz nedir?

Emekli sandığı-bağ kur ( ) Yeşil kart ( ) Yok ( ) Diğer ( )

8. Medeni durumunuz nedir?

Evli ( ) Bekar ( ) Boşanmış ( )

9. Evliyseniz kaç yıldır evlisiniz?

---

10. Evliyseniz eşinizin eğitim durumu ne?

İlkokul mezunu ( ) Ortaokul mezunu ( ) Lise mezunu ( ) Lisans ve üstü ( ) Okuryazar değil ( )

11. Eşinizin mesleği ne?

---



12. Ne zaman boşandınız?

---

13. Çocuklarınız var mı?

Evet ( ) Hayır ( )

14. Varsa kaç tane çocuğunuz var?

1 tane ( ) 2 tane ( ) 3 tane veya üstü ( )

15. Çocuklarınız var ise kiminle beraber yaşıyor?

Anne ile beraber yaşıyor ( ) Baba ile beraber yaşıyor ( ) Diğer \_\_\_\_\_

16. Anneniz sağ mı?

Evet ( ) Hayır ( )

17. Annenizin eğitim durumu ne?

İlkokul mezunu ( ) Ortaokul mezunu ( ) Lise mezunu ( ) Lisans veya üstü ( )

Okuryazar değil ( )

18. Babanız sağ mı?

Evet ( ) Hayır ( )

19. Babanızın eğitim durumu ne?

İlkokul mezunu ( ) Ortaokul mezunu ( ) Lise mezunu ( ) Lisans ve üzeri ( )

Okuryazar değil ( )

20. Anne ve babanız evlilik durumu nedir?

Birlikte ( ) Ayrı ( )

21. Anne ve babanız birlikte ise kaç yıldır evliler?

---

22. Anne ve babanız ayrı ise ne zaman ayrıldılar?

---

23. Anne ve babanız ayrıldığında siz kaç yaşındaydınız?

---

24. Kardeşleriniz var mı?

Evet ( ) Hayır ( )

25. Eğer var ise kaç tane kardeşiniz var?

1 ( ) 2 ( ) 3 ve üstü ( )

26. Kaç yıldır alkol kullanıyorsunuz?

---

27. Alkol kullanımını açısından aşırı bir isteğiniz var mı?

Evet ( ) Hayır ( )

28. Hangi sıklıkta alkol kullanıyorsunuz?

---

29. Tercih ettiğiniz herhangi bir alkol türü var mı?

Evet ( ) Hayır ( )

30. Eğer var ise hangi alkol türünü tercih ediyorsunuz?

Bira ( ) Viski ( ) Votka ( ) Rakı ( ) Diğer ( )

31. Tehlikeli olabilecek durumlar da bile alkol kullanımınız mevcut mu?

Evet ( ) Hayır ( )

31. Daha önce alkol bırakma girişiminiz oldu mu?

Evet ( ) Hayır ( )

32. Evet ise kaç kez alkol bırakma girişiminiz oldu belirtiniz?

---

33. Alkol bırakma girişiminizin ardından yoksunluk belirtileri yaşadınız mı?

Evet ( ) Hayır ( )

34. Evet ise hangi yoksunluk belirtilerini yaşadınız?

---

35. Yakın akrabalarınız da alkol vb. madde kullanan kimse var mı?

Evet ( ) Hayır ( )

36. Eğer varsa hangi akrabanız da alkol vb. madde kullanımı var mı?

---

37. Herhangi bir fiziksel hastalığınız mevcut mu?

Evet ( ) Hayır ( )

38. Evet ise fiziksel rahatsızlığınızdan ötürü kullandığınız ilaç var mı?

---

39. Herhangi bir psikiyatrik rahatsızlığınız var mı?

Evet ( ) Hayır ( )

40. Evet ise hiç psikiyatrik yardım aldınız mı?

Evet ( ) Hayır ( )

41. Psikiyatrik ilaç kullanımınız mevcut mu?

Evet ( ) Hayır ( )

42. Psikiyatrik ilaç kullanımınız mevcutsa hangi ilaçları kullanıyorsunuz?

---

43. Daha önce intihar düşünceniz oldu mu?

Evet ( ) Hayır ( )

44. Daha önce intihar girişiminiz oldu mu?

Evet ( ) Hayır ( )

#### Ek 4. İntihar Olasılığı Ölçeği

Aşağıda bireylerin duygu ve davranışlarını anlatmak için kullanılacak bazı cümleler verilmiştir. Bu cümleleri sırayla okuyun ve sizin için hangi sıklığı ifade ettiğini belirtiniz.

	Hiçbir Zaman	Bazen	Çoğu Zaman	Her Zaman
1. Kızınca elimde ne varsa fırlatırım.				
2. etrafımda beni seven bir sürü insan var.				
3. Ani kararlar vermeye ya da düşünmeden bazı davranışlarda bulunmaya eğilimliyim.				
4. Kimseye anlatamayacağım şekilde kötü şeyler düşünüyorum.				
5. Üzerimde aşırı derecede sorumluluk var.				
6. Yapmam gereken çok fazla faydalı şeyler var.				
7. İntihar etrafındaki kişileri cezalandırmak için iyi bir durum değil.				
8. Etrafımdaki kişilere karşı düşmanca duygular besliyorum.				
9. Kendimi etraftaki diğer bireylerden soyutlanmış hissediyorum.				
10. İnsanlar bana olduğum kişi gibi değer veriyor.				
11. Eğer Ölürssem etrafımdaki çoğu kişinin üzüleceğine inanıyorum.				
12. Kendimi aşırı bir şekilde yalnız				

hissediyorum.				
13. Etrafımdaki kişiler bana karşı düşmanca duygular besliyor.				
14. Hayata tekrar başlama şansım olsa hayatımda bir sürü değişiklik yapacağıma inanıyorum.				
15. Çok fazla şeyi iyi yapamadığıma inanıyorum.				
16. Sevdiğim insanlarla arkadaş olmada zorlanıyorum.				
17. Eğer ölürsem kimsenin beni hatırlayacağını ve özleyeceğini düşünmüyorum.				
18. Yaptığım işlerin rayında gittiğine inanıyorum.				
19. İnsanlar benden çok fazla şey bekliyor. 20. Düşünce ve hatalarım için kendimi cezalandırmayı düşünmüyorum.				
21. Dünya yaşanılacak ve yaşanılması gereken bir yer.				
22. Geleceğim konusunda aşırı dikkatli bir biçimde plan yaptığımı düşünüyorum.				
23. Etrafımda güvenebileceğim çok fazla arkadaşım yok.				
24. Ölüm bireyleri mutlu etmez.				
25. Durum ne kadar olumsuz olursa olsun, ölümü akla getirecek kadar olumsuz olmadığını benimsiyorum.				
26. Anneme yakınlık hissediyorum.				
27. Arkadaşlarıma yakınlık hissediyorum..				
28. Hiç bir şeyin yoluna gireceğini düşünmüyorum.				
29. İnsanlar beni ve yaptığım şeyleri doğru bulmuyor.				

30. Kendimi nasıl öldüreceğimi düşünmedim.				
31. Para konusunda endişe duyuyorum.				
32. Hiç intihar etmek istemedim ve düşünmedim.				
33. Çok yorgunum ve hiçbirşeye ilgim kaldığını sanmıyorum.				
34. Kızınca ne bularsam kırarım.				
35. Babama yakınlık hissediyorum.				
36. Nerede yaşarsam yaşayayım mutlu olabileceğimi düşünüyorum.				

**Ek 5. Beck Depresyon Envanteri**

**Yaş: Cinsiyet: Erkek ( ) Kadın ( )**

**Eğitim Durumu:**

**Toplam BECK-D Skoru:**

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

1. (0) Üzgün ve sıkıntılı değilim.  
 (1) Kendimi üzüntülü ve sıkıntılı hissediyorum.  
 (2) Hep üzüntülü ve sıkıntılıyım. Bundan kurtulamıyorum.  
 (3) O kadar üzgün ve sıkıntılıyım ki, artık dayanamıyorum.
2. (0) Gelecek hakkında umutsuz ve karamsar değilim.  
 (1) Gelecek için karamsarım.  
 (2) Gelecekte beklediğim hiçbir şey yok.  
 (3) Gelecek hakkında umutsuzum ve sanki hiçbir şey düzelmeyecekmiş gibi geliyor.
3. (0) Kendimi başarısız biri olarak görmüyorum. (1) Başkalarından daha başarısız olduğumu hissediyorum.  
 (2) Geçmişe baktığımda başarısızlıklarla dolu olduğunu görüyorum.  
 (3) Kendimi tümüyle başarısız bir insan olarak görüyorum.
4. (0) Her şeyden eskisi kadar zevk alıyorum.
5. (0) Kendimi herhangi bir biçimde suçlu hissetmiyorum.  
 (1) Kendimi zaman zaman suçlu hissediyorum.  
 (2) Çoğu zaman kendimi suçlu hissediyorum.  
 (3) Kendimi her zaman suçlu hissediyorum.
6. (0) Kendimden memnunum.  
 (1) Kendimden pek memnun değilim.  
 (2) Kendime kızgınım.  
 (3) Kendimden nefrete ediyorum.
7. (0) Başkalarından daha kötü olduğumu sanmıyorum.  
 (1) Hatalarım ve zayıf taraflarım olduğunu düşünmüyorum.  
 (2) Hatalarımdan dolayı kendimden utanıyorum.  
 (3) Herşeyi yanlış yapıyormuşum gibi geliyor ve hep kendimi kabahat buluyorum.
8. (0) Kendimi öldürmek gibi düşüncülerim yok.



(1) Birçok şeyden eskiden olduğu gibi zevk alamıyorum.

(2) Artık hiçbir şey bana tam anlamıyla zevk vermiyor.

(3) Her şeyden sıkılıyorum.

(1) Kimi zaman kendimi öldürmeyi düşündüğüm oluyor ama yapmıyorum.

(2) Kendimi öldürmek isterdim.

(3) Fırsatını bulsam kendimi öldürürüm.

**9.** (0) İçimden ağlamak geldiği pek olmuyor.

(1) Zaman zaman içimden ağlamak geliyor.

(2) Çoğu zaman ağlıyorum.

(3) Eskiden ağlayabilirdim ama şimdi istesem de ağlayamıyorum.

**10.** (0) Her zaman olduğumdan daha canı sıkın ve sinirli değilim.

(1) Eskisine oranla daha kolay canım sıkılıyor ve kızıyorum.

(2) Herşey canımı sıkıyor ve kendimi hep sinirli hissediyorum.

(3) Canımı sıkın şeylere bile artık kızamıyorum.

**11.** (0) Başkalarıyla görüşme, konuşma isteğimi kaybetmedim.

(1) Eskisi kadar insanlarla birlikte olmak istemiyorum.

(2) Birileriyle görüşüp konuşmak hiç içimden gelmiyor.

(3) Artık çevremde hiç kimseyi istemiyorum.

**12.** (0) Karar verirken eskisinden fazla güçlük çekmiyorum.

(1) Eskiden olduğu kadar kolay karar veremiyorum.

(2) Eskiye kıyasla karar vermekte çok güçlük çekiyorum.

(3) Artık hiçbir konuda karar veremiyorum.

**16.** (0) Kendimi her zamankinden yorgun hissetmiyorum.

(1) Eskiye oranla daha çabuk yoruluyorum.

(2) Her şey beni yoruyor.

(3) Kendimi hiçbir şey yapamayacak kadar yorgun ve bitkin hissediyorum.

**17.** (0) İştahım her zamanki gibi.

(1) Eskisinden daha iştahsızım.

(2) İştahım çok azaldı.

(3) Hiçbir şey yiyemiyorum.

**18.** (0) Son zamanlarda zayıflamadım.

(1) Zayıflamaya çalışmadığım halde en az 2 Kg verdim.

(2) Zayıflamaya çalışmadığım halde en az 4 Kg verdim.

(3) Zayıflamaya çalışmadığım halde en az 6 Kg verdim.

**19.** (0) Sağlığım ile ilgili kaygılarım yok.

(1) Ağrılar, mide sancıları, kabızlık gibi şikayetlerim oluyor ve bunlar beni tasalandırıyor.

**13.** (0) Her zamankinden farklı göründüğümü sanmıyorum.

(1) Aynada kendime her zamankinden kötü görünüyorum.

(2) Aynaya baktığımda kendimi yaşlanmış ve çirkinleşmiş buluyorum.

(3) Kendimi çok çirkin buluyorum.

**14.** (0) Eskisi kadar iyi iş gücü yapabiliyorum.

(1) Her zaman yaptığım işler şimdi gözümde büyüyor.

(2) Ufacık bir işi bile kendimi çok zorlayarak yapabiliyorum.

(3) Artık hiçbir iş yapamıyorum.

**15.** (0) Uykum her zamanki gibi.

(1) Eskisi gibi uyuyamıyorum.

(2) Her zamankinden 1-2 saat önce uyanıyorum ve kolay kolay tekrar uykuya dalamıyorum.

(3) Sabahları çok erken uyanıyorum ve bir daha uyuyamıyorum.

(2) Sağlığımın bozulmasından çok kaygılanıyorum ve kafamı başka şeylere vermekte zorlanıyorum.

(3) Sağlık durumum kafama o kadar takılıyor ki, başka hiçbir şey düşünemiyorum.

**20.** (0) Sekse karşı ilgimde herhangi bir değişiklik yok.

(1) Eskisine oranla sekse ilgim az.

(2) Cinsel isteğim çok azaldı.

(3) Hiç cinsel istek duymuyorum.

**21.** (0) Cezalandırılması gereken şeyler yapığımı sanmıyorum.

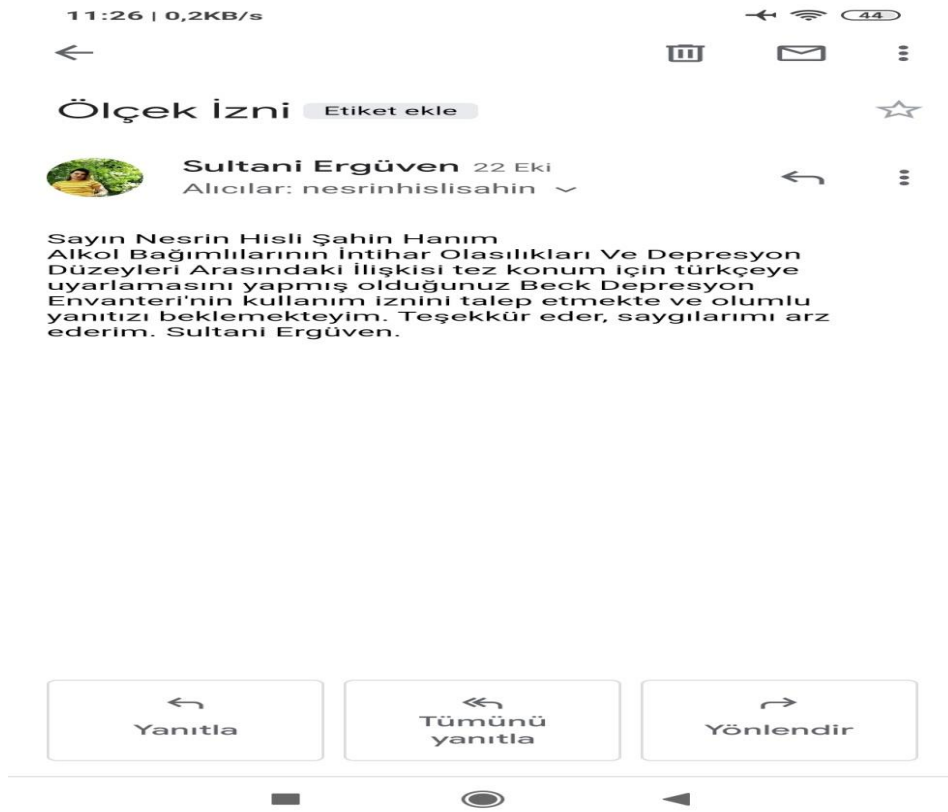
(1) Yaptıklarımın dolaylı cezalandırılabilirimini düşünüyorum.

(2) Cezamı çekmeyi bekliyorum.

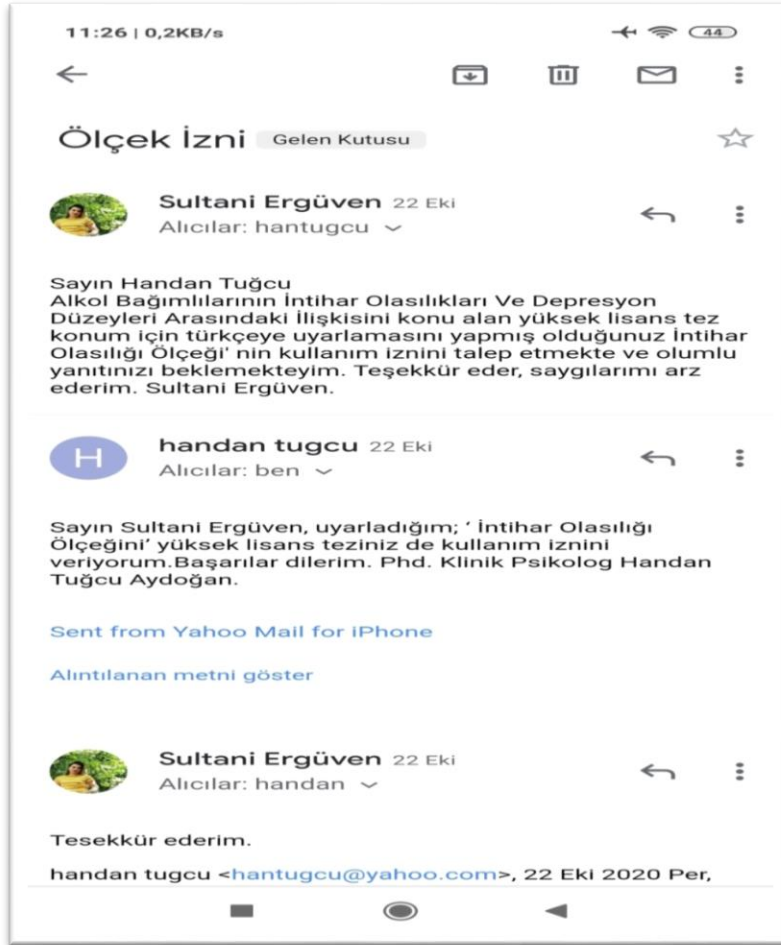
(3) sanki cezamı bulmuşum gibi geliyor.



## Ek 6. Ölçek izinleri







## ÖZGEÇMİŞ

1995 yılında Mardin- Kızıltepe' de 10 çocuklu bir ailenin 7. çocuğu olarak dünyaya geldi. İlk ve orta eğitimlerini Kızıltepe' de okudu. Lise eğitimini 2013 yılında Kızıltepe Kız Meslek Lisesinde Çocuk Gelişimi Bölümünü okuyarak tamamladı. 2019 yılında KKTC Doğu Akdeniz Üniversitesinde Psikoloji Bölümünü bitirdi. 2021 yılı Haziran ayında Yakın Doğu Üniversitesi Sosyal Bilimler Fakültesi Klinik Psikoloji Anabilim Dalında tez savunmasını gerçekleştirmiştir. Bekar ve KKTC Gazimağusa'da yaşamaktadır.



## İNTİHAL RAPORU

### ALKOL BAĞIMLILIĞINA SAHİP OLAN BİREYLERİN İNTİHAR OLASILIKLARI VE DEPRESYON DÜZEYLERİ ARASINDAKİ İLİŞKİ

#### ORJİNALLİK RAPORU

% <b>9</b>	% <b>9</b>	% <b>3</b>	%
BENZERLİK ENDEKSİ	İNTERNET KAYNAKLARI	YAYINLAR	ÖĞRENCİ ÖDEVLERİ

#### BİRİNCİL KAYNAKLAR

<b>1</b>	<b>docs.neu.edu.tr</b> İnternet Kaynağı	% <b>5</b>
<b>2</b>	<b>www.guvenplus.com.tr</b> İnternet Kaynağı	% <b>1</b>
<b>3</b>	<b>acikerisim.istinye.edu.tr</b> İnternet Kaynağı	% <b>1</b>
<b>4</b>	<b>2019.pdrkongreleri.org</b> İnternet Kaynağı	<% <b>1</b>
<b>5</b>	<b>sevgiligiyim.com</b> İnternet Kaynağı	<% <b>1</b>
<b>6</b>	<b>dergipark.org.tr</b> İnternet Kaynağı	<% <b>1</b>
<b>7</b>	<b>alonot.com</b> İnternet Kaynağı	<% <b>1</b>
<b>8</b>	<b>www.msxlabs.org</b> İnternet Kaynağı	<% <b>1</b>
<b>9</b>	<b>ŞENGEZER, Tijen, NAZİK YÜKSEL, Rabia, BABACAN, Tuğba, CAN, Hüseyin and DİLBAZ,</b>	<% <b>1</b>

## ETİK KURUL RAPORU



### BİLİMSEL ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

27.11.2020

Sayın Sultani Ergüven

Bilimsel Araştırmalar Etik Kurulu'na yapmış olduğunuz YDÜ/SB/2020/848 proje numaralı ve **“Alkol Bağımlılarının İntihar Olasılıkları ve Depresyon Düzeyleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi”** başlıklı proje önerisi kurulumuzca değerlendirilmiş olup, etik olarak uygun bulunmuştur. Bu yazı ile birlikte, başvuru formunuzda belirttiğiniz bilgilerin dışına çıkmamak suretiyle araştırmaya başlayabilirsiniz.

Doçent Doktor Direnç Kanol

Bilimsel Araştırmalar Etik Kurulu Raportörü

*Direnç Kanol*

**Not:** Eğer bir kuruma resmi bir kabul yazısı sunmak istiyorsanız, Yakın Doğu Üniversitesi Bilimsel Araştırmalar Etik Kurulu'na bu yazı ile başvurup, kurulun başkanının imzasını taşıyan resmi bir yazı temin edebilirsiniz.