



YAKIN DOĞU ÜNİVERSİTESİ  
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ  
KLİNİK PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI

**ALKOL KULLANAN VE KULLANMAYAN BİREYLERİN  
PSİKOLOJİK SEMPTOMLARI İLE UTANÇ, ÖFKE VE  
YAŞAM KALİTELERİ ARASINDAKİ İLİŞKİNİN  
İNCELENMESİ**

NAZAN SONDAÇ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

LEFKOŞA  
2021

**ALKOL KULLANAN VE KULLANMAYAN BİREYLERİN  
PSİKOLOJİK SEMPTOMLARI İLE UTANÇ, ÖFKE VE YAŞAM  
KALİTELERİ ARASINDAKİ İLİŞKİNİN İNCELENMESİ**

NAZAN SONDAÇ

YAKIN DOĞU ÜNİVERSİTESİ LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ  
KLİNİK PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI

YÜKSEK LİSANS TEZİ

TEZ DANIŞMANI

PROF. DR. MEHMET ÇAKICI

LEFKOŞA

2021

## KABUL VE ONAY

Nazan Sondaç tarafından hazırlanan “**Alkol Kullanan Ve Kullanmayan Bireylerin Psikolojik Semptomları İle Utanç, Öfke Ve Yaşam Kaliteleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi**” başlıklı bu çalışma, ..02/2021 tarihinde yapılan savunma sınavı sonucunda başarılı bulunarak jürimiz tarafından Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

### JÜRİ ÜYELERİ

.....

**Prof. Dr. Mehmet ÇAKICI** (Danışman)  
Yakın Doğu Üniversitesi  
Fen Edebiyat Fakültesi Psikoloji Bölümü

.....

**Yrd. Doç. Dr. Ayhan ÇAKICI EŞ** (Başkan)  
Girne Üniversitesi  
Eğitim Bilimleri Fakültesi Psikolojik Danışmanlık ve Rehberlik Bölümü

.....

**Yrd. Doç. Dr. Asra BABAYİĞİT**  
Yakın Doğu Üniversitesi  
Fen Edebiyat Fakültesi Psikoloji Bölümü

.....

**Prof. Dr. 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.

- X Tezimin tamamı her yerden 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.

.../02/2021

İmza

Nazan Sondaç

## TEŞEKKÜR

Yüksek lisans eğitimim boyunca engin bilgilerinden yararlandığım Klinik Psikoloji Ana Bilim Dalı Başkanı ve aynı zamanda tez danışmanım Sayın Prof. Dr. Mehmet ÇAKICI'ya teşekkürlerimi ve saygılarımı sunarım.

Tez çalışmam süresince tüm aşamalarında her türlü bilgi, tecrübe ve sonsuz anlayışı ile bana yol gösterdiği için kıymetli hocam Sayın Uzm. Psk. Ayşe BURAN'a teşekkürlerimi sunarım.

Mesleğimi en iyi şekilde icra etmem için maddi manevi desteğini esirgemeyen sevgili ağabeyim Av. Hakan SONDAÇ'a, süreçte bana yardımcı olan yeğenlerim Figen, Belinay, Kağan, Beyza'ya, çalışmalarım boyunca yardımını hiç esirgemeyen değerli arkadaşım ve meslektaşım Psk. Halime Hande İZMİRLİ'ye, Yakın Doğu Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü etik kurulu ve jürisine; Teşekkürlerimi sunarım.

Nazan SONDAÇ

## ÖZ

### ALKOL KULLANAN VE KULLANMAYAN BİREYLERİN PSİKOLOJİK SEMPTOMLARI İLE UTANÇ, ÖFKE VE YAŞAM KALİTELERİ ARASINDAKİ İLİŞKİNİN İNCELENMESİ

Araştırmanın amacı; alkol kullanan kişilerin popülasyonundan bir örneklemden yola çıkarak, kişilerde psikolojik semptom, utanç, öfke ve yaşam kaliteleri arasındaki ilişkinin incelenmesidir. Araştırmanın örneklemini; 15 Ocak-15 Şubat 2020 tarihlerinde Kayseri’de yaşayan 18 yaş üstü alkol kullanan 100, kullanmayan 100 kadın-erkek karışık kişiler oluşturmuştur.

Araştırmada nicel veriler toplanmıştır. Demografik bilgi formunda betimsel araştırma yöntemi kullanılmıştır. Niceliksel araştırma yöntemlerinden, deneysel olmayan betimsel ve karşılaştırmalı yöntem kullanılmıştır. Kullanılacak veri toplama yöntemleri; Yapılandırılmış Demografik Bilgi Formu, Kısa Semptom Envanteri (SCL-90-R), Yaşam Kalitesi Testi Kısa Form (SF-36), Hatayla İlişki Suçluluk ve Utanç Ölçeği, Sürekli Öfke Ölçeği (SF-ÖFKE)’dir. Araştırma bulgularına göre; katılımcıların yaş, cinsiyet, medeni durumu, eğitim düzeyi, çocuk sayısı, hanede yaşayan kişi sayısı arasında farklılıklar gözlenmiştir. Alkol kullananlarda, anksiyete, depresyon, olumsuzluk benlik, somatizasyon ve hostilite alt boyutlarında anlamlı fark olduğu, psikolojik semptom gösterme oranlarının daha yüksek olduğu gözlenmiştir. Alkol kullananların yaşam kalitesi ölçeğinden daha düşük puan aldıkları, kendilerini yetersiz gördükleri bulunmuştur. Alkol kullananların sürekli öfke, öfke içte ve öfke dışı alt boyutu puanları alkol kullanmayanlara göre anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. Öfke kontrolünde farklılık bulunmamıştır. Katılımcıların, suçluluk puanlarında anlamlı istatistiksel fark olduğu, utanç alt boyutunda farklılık olmadığı gözlenmiştir.

Alkol kullanan bireylerde ortaya çıkabilecek psikopatolojiler konusunda dikkatli olunmalı ve terapi süresince üzerinde özellikle durulmalıdır.

**Anahtar Kelimeler:** alkol, psikopatoloji, utanç, yaşam kalitesi, suçluluk, öfke.

## ABSTRACT

### ALCOHOL USING AND NON-USING INDIVIDUALS, EXAMINING THE RELATIONSHIP BETWEEN PSYCHOLOGICAL SYMPTOMS AND SHAME, ANGER, AND QUALITY OF LIFE

Purpose of the research; it is the study of the relationship between psychological symptoms, shame, anger, and quality of life in individuals, based on the population of alcohol users. The sample of the research; living in Kayseri from January 15 to February 15, 2020, one hundred people using alcohol and one hundred people who do not use alcohol. In this study, quantitative data were collected. Descriptive research method was used in the demographic form. Among the quantitative research methods, non-experimental descriptive and comparative methods were used. Data collection methods to be used; Structured Demographic Information Form, Short Symptom Inventory (SCL-90), Quality of Life Test Short Form (SF-36), Guilt and Shame in Relationship with Fault Scale, Trait Anger Scale (SF-Anger). According to the research findings; significant differences were observed among the participants' age, gender, marital status, education level, number of children, and the number of people living in the household. Alcohol users; there was a significant difference in anxiety, depression, negativity, self, somatization, and hostility sub-dimensions, it was observed that the rate of showing psychological symptoms was higher. Alcohol users score lower on the quality of life scale and it has been determined that they consider themselves inadequate. People using alcohol; trait anger, anger in, and anger out sub-dimension scores were found to be significantly higher than those who did not drink alcohol. No difference was found in anger control. There is a significant statistical difference in the guilt scores of the participants, it was observed that there was no difference in the sub-dimension of shame.

Care should be taken about the psychopathologies that may arise in individuals using alcohol. Special emphasis should be placed on during therapy.

**Keywords:** alcohol, psychopathology, shame, quality of life, guilt, anger.

## İÇİNDEKİLER

### KABUL VE ONAY

### BİLDİRİM

TEŞEKKÜR .....	iii
ÖZ.....	iv
ABSTRACT .....	v
İÇİNDEKİLER.....	vi
TABLolar DİZİNİ.....	ix
KISALTMALAR .....	x

1. BÖLÜM.....	1
GİRİŞ .....	1
1.1 Problem Durumu.....	5
1.2 Araştırmanın Amacı .....	7
1.2.1 Araştırmanın Alt Amaçları .....	7
1.3 Araştırmanın Önemi.....	8
1.4 Araştırmanın Sınırlılıkları.....	9
1.5 Araştırmanın Tanımları.....	9
2. BÖLÜM.....	11
KAVRAMSAL ÇERÇEVE İLE İLGİLİ ARAŞTIRMALAR .....	11
2.1 Alkol Tanımı.....	11
2.1.1 Alkol Kullanımı .....	12
2.1.2 Alkol Kullanımı Tarihçesi .....	15
2.1.3 Alkol Kullanımının Etkileri .....	18
2.1.4 Alkol Kullanımının Etiyolojisi .....	19
2.1.5 Alkol Kullanımının Epidemiyolojisi .....	22
2.2 Psikopatoloji Ve Psikolojik Semptomlar .....	24
2.2.1 Psikopatoloji.....	24
2.2.2 Psikolojik Semptomlar.....	26
2.2.2.1. Depresyon .....	27
2.2.2.2. Anksiyete (Kaygı).....	29



2.2.2.3. Olumsuz benlik .....	30
2.2.2.4. Somatizasyon.....	31
2.2.2.5. Hostilite (Düşmanlık) .....	31
2.2.3. Utanç.....	32
2.3.1 Kuramsal Yaklaşımlar.....	34
2.3.1.1 Bilişsel Kuram .....	34
2.3.1.2 Psikodinamik Kuram.....	35
2.3.1.3 Bağlanma Kuramı .....	38
2.3.2 Utanma ve Alkol Kullanımı Arasındaki İlişki.....	39
2.4 Öfke.....	40
2.4.1 Öfkenin Özellikleri.....	41
2.4.2 Öfkenin Nedenleri .....	41
2.4.3 Öfkenin Türleri .....	44
2.4.3.1 Anlık (Durumluk) Öfke .....	44
2.4.3.2 Sürekli (Genel) Öfke.....	44
2.4.4 Öfke Kuramları .....	44
2.4.4.1 Psikanalitik Kuram.....	44
2.4.4.2 Bilişsel Kuram .....	45
2.4.4.3 Davranışçı Kuram .....	46
2.4.4.4 Bilişsel Davranışçı Kuram .....	46
2.4.4.5 Sosyal Öğrenme Kuramı .....	46
2.4.4.6 Varoluşçu Kuram .....	47
2.4.4.7 Gestalt Kuramı .....	48
2.4.4.8 Biyolojik Kuram.....	48
2.4.4.9 Gerçeklik Terapisi Kuramı.....	49
2.4.4.10 Engellenme – Saldırganlık Hipotezi.....	49
2.4.5 Öfke ve Bağımlılık İlişkisi .....	50
2.4.6 Öfke ve Alkol Arası İlişki .....	50
2.5 Yaşam Kalitesi.....	52
2.5.1 Yaşam Kalitesi Tanımı .....	52
2.5.2 Yaşam Kalitesi Kavramının Tarihçesi .....	54
2.5.3 Yaşam Kalitesini Etkileyen Durumlar .....	56
2.5.4 Psikiyatri ve Yaşam Kalitesi.....	56

2.5.5 Bağımlılık Ve Yaşam Kalitesi .....	59
2.2.3 Alkol bağımlılığında yaşam kalitesi .....	60
3. BÖLÜM.....	65
YÖNTEM .....	65
3.1 Araştırmanın Modeli .....	65
3.2 Evren ve Örneklem .....	65
3.3 Veri Toplama Araçları .....	65
3.3.1 Demografik Bilgi Formu .....	66
3.3.2 Kısa Semptom Envanteri.....	66
3.3.3 Sürekli Öfke Ölçeği .....	67
3.3.4 Yaşam Kalitesi Ölçeği (SF-36).....	67
3.3.5 Suçluluk-Utanç Ölçeği.....	68
3.4 Veri Toplaması .....	69
3.5 Verilerin İstatistiksel Analizi.....	69
4. BÖLÜM.....	72
BULGULAR.....	72
5. BÖLÜM.....	91
TARTIŞMA .....	91
6. BÖLÜM.....	98
SONUÇ VE ÖNERİLER.....	98
6.1 Sonuç .....	98
6.2 Öneriler .....	99
KAYNAKÇA .....	101

## TABLolar DİZİNİ

<b>Tablo 1. Alkol kullanan ve kullanmayan bireylerin sosyo-demografik özellikleri.....</b>	<b>72</b>
<b>Tablo 2. Alkol kullanan bireylerin silah bulundurma ve psikiyatri tedavisi alma durumları .....</b>	<b>74</b>
<b>Tablo 3. Alkol kullanan bireylerin alkol ve diğer madde kullanımına ilişkin bazı özellikleri.....</b>	<b>75</b>
<b>Tablo 4. Alkol kullanan ve kullanmayan bireylerin Kısa Semptom Envanteri puanlarının karşılaştırılması .....</b>	<b>77</b>
<b>Tablo 5. Alkol kullanan ve kullanmayan bireylerin Sürekli Öfke Ölçeği puanlarının karşılaştırılması.....</b>	<b>78</b>
<b>Tablo 6. Alkol kullanan ve kullanmayan bireylerin Yaşam Kalitesi Ölçeği (SF-36) puanlarının karşılaştırılması.....</b>	<b>80</b>
<b>Tablo 7. Alkol kullanan ve kullanmayan bireylerin Hataya İlgili Suçluluk Utanç Ölçeği puanlarının karşılaştırılması .....</b>	<b>82</b>
<b>Tablo 8. Alkol kullanan bireylerin Kısa Semptom Envanteri, Yaşam Kalitesi Ölçeği (SF-36) Hataya İlgili Suçluluk Utanç Ölçeği puanları arasındaki korelasyonlar .....</b>	<b>83</b>
<b>Tablo 9. Alkol kullanmayan bireylerin Kısa Semptom Envanteri, Yaşam Kalitesi Ölçeği (SF-36) Hataya İlgili Suçluluk Utanç Ölçeği puanları arasındaki korelasyonlar .....</b>	<b>86</b>
<b>Tablo 10. Kısa Semptom Envanteri, Yaşam Kalitesi Ölçeği (SF-36) Hataya İlgili Suçluluk Utanç Ölçeği puanlarının alkol kullanma durumuna etkisine ilişkin lojistik regreston modeli.....</b>	<b>89</b>

## KISALTMALAR

- KKTC** : Kuzey Kıbrıs Türk Cumhuriyeti
- SPSS** : Statistical Package for the Social Sciences (Sosyal Bilimler İçin İstatistik Programı)
- TDK** : Türk Dil Kurumu

## 1. BÖLÜM

### GİRİŞ

Alkol kelimesi, Arapçada; bir maddenin özü anlamına gelen "el küul (al kihl, el kuhl)" sözcüğünden gelmektedir. Mısır, Mezopotamya ve Anadolu'da, alkol içeren içeceklerin tarihinden söz edilmiştir. Mitolojiye göre; Yunanlılara ilk bağıcılık ve şarapçılık bilgilerini öğreten kişi şarap tanrısı olan; "Dionisos", Romalılarda; "Bacchus"dür. İlk içki oluşumunun, susuzluğa karşı ekşimiş (fermente) meyvelerin emilmesinden ortaya çıktığı bilinmektedir. Alkollü içkilerde alkol oranları farklı olabileceği gibi; alkol ham maddeleri de birbirinden farklı olabilmektedir. Örnek verecek olursak; buğdaydan votka, patatesten snaps, arpadan bira, şeker kamışından rom, çavdar ve mısırdan viski elde edilmektedir. Yapılmış pek çok araştırmada; nikotin, alkol ve madde kullanımına neden olan çok sayıda risk faktörü bulunduğu da ortaya çıkmıştır. Madde ve alkol kullanımı ile ilişkisi olduğu bulunan kültürel, bireysel, kişilerarası ve genetik etkenler sıralanmaktadır (Hilal, 2013).

Alkol kişinin merkezi sinir sistemini inhibe eden, keyif verebilen ve sakinleştirici etkileri olan uçucu bir maddedir (Kalyoncu ve Mırsal, 2000). Alkol, geçmişten bu yana kadar sakinleştirici, uyuşturucu ve yatıştırıcı bir ilaç ve madde olarak kullanılmıştır. Pek çok çağda toplumların alkole bakışı farklı şekilde olmuştur. Alkol kullanımının amacı pek çok kültüre, ülkeye, topluma göre değişiklik göstermiştir. Alkolü yücelten ve hatta dinsel amaçlı olarak bile kullanan toplumlar olmuştur. Aslında alkolün az miktarda tüketimi genelde kabul görmüş, aşırı miktarda tüketimi ise onaylanmayan bir davranış olarak kabul edilmiştir. Günümüzde alkol tüketim miktarı her geçen gün artmakta ve buna bağlı ortaya çıkan sorunlar en önemli gündem sorunları haline gelmeye

başlamıştır. (Öztürk ve Uluşahin,2015). Alkol kullanımı ve bağımlılığı, çağımızın en büyük sorunlarından birisidir. Gelişmekte olan ülkelere bakıldığında; özellikle son 25-30 yıl içinde alkol kullanımında ciddi bir yükseliş olduğu gözlenmektedir. Dünya nüfusunun yarısının, alkol kullandığı tahmin edilmektedir (Çakmak, 2002). Çağımızın sorunu haline gelmiş olan alkol kullanım oranında ki artış ülkemizde de yaygınlığını her geçen gün artırmaktadır. Ülkemizdeki alkol kullanım oranına bakıldığında ise; 1981 yılında oran 400 milyon litreyken; 1992 yılında 600 milyon litreye ulaşmıştır ve alkol tüketiminin gözle görülür bir şekilde artış gösterdiği görülmektedir (Tosun, 2000). Alkol kullanımına bağlı ortaya çıkan sorunlar; sosyal içicilikten, sorunlu içme ve riskli içme gibi durumlara ve daha sonra alkol kullanım bozukluğuna uzanan geniş bir yelpaze oluşturmaktadır. Alkol nasıl kullanılırsa kullanılsın pek çok davranış, duygu ve bilişsel yetiler üzerinde geçici ya da kalıcı olarak etki etmesi nedeniyle son derece önemli bir konudur (Öztürk ve Uluşahin, 2015).

Literatüre bakıldığında; alkol kullanımı sıklığına bağlı olarak eşlik eden psikolojik semptomların kişide görülme oranlarının da arttığı belirtilmektedir (Evren ve ark., 2003; Ögel, 2010). Bu psikolojik semptomlar; kaygı, depresyon, olumsuz benlik, somatizasyon ve öfke/saldırganlık olmak üzere beş faktörden oluşan ve ölçekten alınan yüksek puan psikolojik semptomların sıklığına işaret eden “Kısa Semptom Envanteri” ile ölçülmektedir. Alkol tüketimine bağlı görülen psikopatolojiler en çok araştırmalara konu olan durumdur. Pek çok araştırma da psikopatoloji ve alkol kullanımı arasındaki ilişkiden ve bunun öneminden bahsedilmiştir. Yapılan araştırmalara bakıldığında; alkol kullanımı başta olmak üzere diğer maddelerin kullanımı ile (nikotin, esrar, eroin, kokain, amfetaminler, benzodiazepinler vd.), antisosyal kişilik bozukluğu, duygu durum bozuklukları ve anksiyete bozuklukları çoğunlukla birlikte seyreden psikiyatrik hastalıklardır (İnce vd., 2002). Alkol kullanımı pek çok çalışmada yaşam kalitesinin bozulmasıyla ilişkilendirilmiştir (Welsh ve Kaplan,1993).

2005 yılında yapılan bir derleme araştırmanın sonuçlarına göre; alkol kullanım bozukluğu olanların genel topluma oranla yaşam kalitelerinin daha düşük olduğu, alkolü daha fazla miktarda tüketenlerin, daha az miktarda

tüketenlere göre yaşam kalitelerinin daha düşük olduğu, alkol bağımlıların tedavi görmesi ile birlikte yaşam kalitelerinin düzeldiği, alkol kullanım bozukluğu ve yaşam kalitesi birlikteliğinin sosyodemografik özellikler ile ilişkili olduğu bulunmuştur (Donovan ve ark.,2005). Alkol bağımlılığı ile eş zamanlı psikiyatrik hastalığın varlığı; tabloyu daha da kötüleştirir, tedaviyi zorlaştırır, fiziksel, psikolojik, zihinsel, sosyal ve mesleki işlevselliği bozarak yaşam kalitesini kötü ve olumsuz etkiler (Ralevski ve ark.,2014). Alkol kullanımı, sadece kişinin kendisini değil aynı zamanda ailesini ve sosyal çevresini de etkileyen toplumsal bir hastalıktır. Arkadaş ortamından uzaklaşma, sosyal faaliyetlerde azalma, ek olarak yaşanan fiziksel ve psikiyatrik hastalıklar, uyku problemleri vs hem alkol kullanan birey hem de ailesinin karşılaştığı bir durumdur ve yaşam kalitesini olumsuz etkiler. Daha önceki çalışmalar incelendiğinde; alkol kullanımı ve yaşam kalitesinin sıklıkla incelendiği ve bu iki olgu arasındaki ilişkinin dikkat çektiği gözlenmektedir. Alkol kullanımı, pek çok araştırmada yaşam kalitesinin bozulması ile ilişkilendirilmiştir (Welsh ve ark.,1993). 2005 yılında yapılan bir çalışmanın sonucuna bakıldığında; alkol kullanım bozukluğu olan kişilerin toplumun geneline oran ile yaşam kalitelerinin düşük olduğu, ağır içici olan bireylerin daha az alkol kullananlara göre yaşam kalitelerinin daha düşük olduğu, alkolik olup tedavi görenlerin kısa ve uzun süreli ayıklıklarının oranlarında uzun süreli ayıklıkta yaşam kalite düzeylerinin arttığı, fazla ve tehlikeli alkol kullanımı olan kişilerin alkol tüketim miktarını azalttıklarında yaşam kalitelerinin arttığı, alkol kullanımı ve yaşam kalitesi ilişkisinin az da olsa sosyodemografik faktörler ve komorbidite ile ilişkisinin olduğu gözlenmiştir (Donovan ve ark., 2005). Alkol kullanımının; kişinin özellikle benlik saygısını kaybetmesine ve aile ilişkisi ve bağlarının zayıflamasına sebep olduğu ve bunlara bağlı birçok sosyal problemleri de beraberinde getirdiği gözlenmiştir. Ayrıca alkol kullanımı, bireyin aile yaşantısını etkilediği gibi bireyin sosyal yaşantısında da bir takım çöküşlere sebep olabilmektedir (Beşirli, 2007).

Bir araştırmada alkol ve madde bağımlıları ile bu kişilere bakım verenleri, yaşam kalitesi ve depresyon açısından karşılaştırılmış; işlevsel kapasite, fiziksel sağlık, ağrı ve zindelik alanlarının, bakım verenlerde bağımlılara göre daha olumsuz etkilendiği görülmüştür (Marcon ve ark.,2012).

Bağımlılık problemi olan kişiler, yaşamlarında karşılaştıkları güçlükler ve engellenmeler sebebiyle öfke yaşarlar. Bu sorunlar ile baş edemedikleri durumlarda alkol veya madde kullanırlar. Öfke duygusunun ortaya çıkmasında ki bir diğer sebep ise; bireylerin öfkelerini ifade etmekte yaşadıkları zorluktur. Agresyon, alkol/madde kullanımı ile sık sık ilişkilendirilmiştir (Cuomo ve ark.,2008). Alkol kullanımına bağlı olarak ortaya çıkan; düşmanlık, öfke ve saldırganlık durumları arasındaki ilişkide ruminasyonun aracı değişken olduğu ve ruminasyonun bu ilişkiyi daha da güçlendirdiği görülmüştür (Borders ve ark., 2007). Yapılan farklı bir çalışmada öfke duygusunun, alkol ile saldırganlık arasındaki ilişkinin belirleyicisi olabileceği gözlenmiştir (Giancola, 2002). Demirbaş ve ark. (2011), alkol bağımlılığı olan erkeklerde intihar ihtimalinin, umutsuzluğun ve sürekli anksiyetenin, sürekli öfke ve öfke dışavurum tarzlarını yordadığını ve bireylerin öfkelerini dışa yansıtmaları bakımından risk faktörleri olarak görülebileceğini, yaptıkları araştırmada gözlemektedirler. Ayrıca alkol ve madde bağımlılarında, öfke düzeyinin normal popülasyondan daha fazla olduğu bulunmuştur (Gerra ve arkadaşları, 2004).

Alkol kullanan bireyler, genellikle öfkelerini ya içlerine atarak yada agresif bir şekilde dışa vururlar. Öfkeyi kontrol edememe sebebiyle, sosyal ilişkilerinde bozulma yaşayarak tek kalabilirler. Sosyal ilişkilerde sorunların olması ve bu nedenle ortaya çıkan yalnızlık ve suçluluk hissetme alkol kullanımını artırabilecek faktörler arasındadır (Daley 1986, Björg ve ark. 2004). Alkol kullanan kişilerde, bağımlılık problemi ile beraber görülen pasif agresyon, borderline, antisosyal, paranoid kişilik bozuklukları gibi durumlar öfke duygusuyla doğrudan ilişkili kişilik patolojileridir (Kassinove ve Sukhodolsky 1995). Alkol kullanan bireyler damgalanmayı içselleştirip bu durumla ilgili olarak da utanç ve suçluluk gibi negatif duygular yaşamaktadırlar (Çam ve Dağlı, 2017). Alkol tüketen kişilerin toplum, ailesi ve sevdikleri, bazen kişinin kendisinin ya da sağlık personeli tarafından damgalanması; kişide benlik saygısının azalmasına, kişide depresyon belirtilerinin gözlenmesine, utanç ve suçluluk duygularını yaşamasına neden olmaktadır.

Özellikle toplumun alkol tüketen kişiyi damgalamasının birey üzerindeki etkileri fazladır. Kişiyi çok fazla alanda zorluk çıkartmaktadır. Kişilerin iş



bulamaması, statülerini kaybetmesi, toplumdan izole edilmeleri, kişilerarası çatışma yaşamaları gibi alanlar bu duruma örnektir (Çam ve ark., 2017). Toplum tarafından yapılan bu damgalanma bir kez bile olsa kalıcı olması için yeterli olabilmektedir. Örneğin; alkol bağımlılığı geçmişi olan bir kişi, eski bir hapisane mahkumu gibi toplum tarafından damgalanmaya devam edebilmekte ve bu olay da kişinin sosyal kimliğini olumsuz etkileyebilmektedir (Stunkel ve ark.,2009).

Alkol bağımlılığı tedavisinden sonra iyileşen altı kişiyle yapılan nitel bir araştırmada, katılanlardan birisi ile “İlk başta çok kişiye söylemedim. Gerçekten kimseye söylemedim çok utandım. Herhangi birine alkolik olduğumu söylemeye utandım” ifadelerini kullanarak hissettiği utanç duygusundan bahsetmiştir (Hill ve ark.,2014). Utanç ve suçluluk duygularını yoğun olarak hisseden bu kişilerde, tedaviye gelmeme veya kendisini eve hapsetmek gibi davranışlar gözlemlenmektedir. Ayrıca bu kötü hisler sonucunda benlik saygıları düşmekte, iş ve akademik başarıları olumsuz etkilenmektedir. Bu bireyler başa çıkmak için ise tekrar alkol tüketmektedir (Çam ve Dağlı,2017).

### **1.1 Problem Durumu**

Bu araştırma; kişinin alkol kullanımına bağlı olarak bireyin psikolojik semptomlarının neler olabileceğine bakmak, utanç, öfke duygularının ve yaşam kalitesi düzeylerinin alkol kullanımı ile ne kadar bağlantılı olabildiğini anlayabilmek bu alandaki literatür araştırmalarına katkı sağlayabilmek amacıyla yapılmıştır. Dünya Sağlık Örgütü, alkol ve diğer bağımlılık yapıcı maddelerin tehlikeli bir biçimde şekilde tüketimi, kullanımından sonra psikoaktif maddeyi yeniden arayıp kullanmak için fazlaca istek hissedilmesi, olumsuz sonuçlarına rağmen yine de tüketimine devam edilmesi, psikoaktif madde kullanımını durdurma ve kontrol etmede zorluk ve bu yaşanan durumun bireyin diğer etkinliklerinin önüne geçmesi, alınmadığında ise yoksunlukla devam eden süreci bağımlılık olarak tanımlamıştır (Dünya Sağlık Örgütü [DSÖ], 2004).

Alkol; insanlık tarihinde bilinen en köklü geçmişe sahip olan ve kişinin farkındalık düzeyini, algısal durumunu, hareketlerini ve ruh halini değiştiren

ilaç olarak tanımlanmaktadır ve alkolün kötüye kullanımı ilk dönemlerden itibaren kaygı yaratmıştır. Alkol kullanımının kişiye, fizyolojik zarar vermesinin yanı sıra ayrıca psikolojik olarak etkileri de görülmektedir (Doğrul, 2010). Özellikle son zamanlarda Amerika ve Avrupa’da olduğu gibi ülkemizde de bireylerin alkol kullanımında ciddi bir artış olduğu gözlenmiştir. (Özgür, 2011). Alkol kullanımı günümüzün en önemli sorunlarından birisi haline gelmiştir. Alkol kullanımına bağlı olarak psikopatolojilerin, öfke, utanç ve yaşam kalitesi üzerindeki etkilerin tek tek araştırıldığı çalışmalar mevcut olmakla birlikte, bu olguların hepsine birden bakıldığı araştırmaya rastlanmamıştır.

Literatür incelendiğinde, günümüz psikoloji ve psikiyatri ile ilgili araştırma ve çalışmalarda, alkol kavramının farklı perspektifler ışığında ele alındığını görmekteyiz. Dünya Sağlık Örgütü (WHO) alkol bağımlılığını; kişinin bilinç dışı hareket etmesi, ruhsal, fiziksel ve çevresel kötülük görmesi ve bütün bunlara rağmen yine de alkol tüketimine devam etmesine sebep, bir çeşit bağımlılık hastalığı olarak kabul etmektedir.

Alkol kullanımına ilişkin yapılan araştırmalardan elde edilmiş bu bulgular doğrultusunda, alkol kullanımının kişinin psikolojik ve sosyolojik anlamda hayatında değişikliklere sebep olduğu gözlenmiş ve bu alanlarda ki araştırmaları da artırmıştır. Birçok çalışma ve araştırmada, alkol bağımlılığıyla ilişkili olan psikopatolojinin öneminden bahsedilmiştir ve alkol bağımlılarında bu durum çoğunlukla gözlenmektedir.(Karakuş, Evlice ve Tamam, 2012). Literatür tarandığında, alkol kullanımının, bireyin fiziksel sağlığını etkilediği gibi; ruhsal sağlığını da farklı biçimlerde etkilediği görülmektedir (Westreich, 2005). Alkol kullanımının ruhsal sağlık ile arasındaki ilişkiye bakan araştırmalarda, alkol kullanımıyla depresyon arasında bir ilişki olduğunu (Boden ve Fergusson, 2011); depresyon ile birlikte kaygının da eşlik ettiği (Bellos ve ark., 2013; Chen ve ark., 2015 ve Çelik ve ark., 2002); alkol kullanımıyla stresli yaşam olayları arasında sıkı bir ilişki olduğu (Boden ve ark., 2014) çeşitli araştırmalar tarafından gösterilmektedir. Sıralanan bu sebepler ile çalışmanın problem durumu olan “Alkol kullanan bireylerin psikolojik semptomları ile utanç, öfke ve yaşam kalitesi arasındaki ilişkinin incelenmesi” konusu üzerine odaklanılmıştır.

Alkol kullanan kişilerin psikolojik semptom çıkartma risklerinin yüksek olduğu varsayılmaktadır. Ayrıca yine alkol kullanan kişilerde utanç ve öfke duygularını hem kendilerine hem ailelerine hem de sosyolojik anlamda sıkça hissettikleri gözlenmektedir.

Bütün bu psikolojik semptomlara ve kişinin yaşadığı olumsuz duygulara bağlı olarak ayrıca alkol kullanımının kişiye verdiği maddi, fiziksel ve ruhsal bütün sıkıntılar sebebi ile kişinin hayattan keyif alma ve yaşam kalitesi düzeylerinde de ciddi düşüş olduğu bilinmektedir. Alkol kullanan bireylerin hayatına bakarak örnek verecek olursak, kullanıma bağlı psikopatolojik semptomlar geliştirdikleri, bu duruma bağlı başlayan sosyal ilişkilerde bozulma ile kişide öfke ve utanma duygularının artması ile kişide yaşam kalitesi ciddi oranda düşmektedir.

## **1.2 Araştırmanın Amacı**

Bu araştırmanın amacı, alkol kullanan bireylerde psikolojik semptomlar ile utanç, öfke ve yaşam kaliteleri düzeyleri arasındaki ilişkinin incelenmesi üzerinedir. Araştırmada alkol kullanımına bağlı ortaya çıkabilecek psikolojik semptomlara yani psikopatolojiye bakılacaktır. Ayrıca bu patolojiye ek olarak alkol kullanımının, kişinin utanç, öfke duyguları ve yaşam kalitesi üzerindeki yordayıcı etkilerinin ortaya konması amaçlanmıştır.

### **1.2.1 Araştırmanın Alt Amaçları**

- Alkol kullanan ve kullanmayan katılımcıların Kısa Semptom Envanteri, Hatayla İlgili Suçluluk Ve Utanç Ölçeği, Sürekli Öfke(SÖÖTÖ) Ölçeği Ve Yaşam Kalitesi Testi Kısa Form-36 Ölçeği puanları arasında fark var mıdır?
- Alkol kullanan ve kullanmayan bireylerin demografik değişkenleri (yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim düzeyi, çocuk sayısı, evde yaşayan ve çalışan sayısı, sigara kullanımı, sigara kullanım süresi ve miktarı, alkol kullanımı, alkol kullanım süresi, alkol kullanım sıklığı ve miktarı, madde geçmişi, silah bulundurma, daha önce ki psikiyatri öyküsü) açısından bir fark var mıdır?
- Alkol kullanan ve kullanmayan katılımcıların psikopatolojik belirti düzeyleri (KSE Alt Boyutları: Anksiyete Boyutu, Depresyon Boyutu,

Olumsuz Benlik Boyutudu, Somatizasyon Boyutu, Hostilite Boyutu) arasında anlamlı bir fark var mıdır?

- Alkol kullanan ve kullanmayan katılımcıların utanç duyguları arasında anlamlı bir fark var mıdır?
- Alkol kullanan ve kullanmayan katılımcıların öfke duyguları arasında anlamlı bir fark var mıdır?
- Alkol kullanan ve kullanmayan katılımcıların yaşam kalitesi düzeyleri arasında anlamlı bir fark var mıdır?

### 1.3 Araştırmanın Önemi

Alkol kullanımı; sarhoşluk, bağımlılık (alışkanlık ve uzun süreli içme,zorlayıcı) ve biyokimyasal etkiler sebebiyle sağlık ve sosyal bir takım sonuçlara sahiptir (WHO, 2019). Alkol bağımlılığı ile ilgili tanımlara bakıldığında, alkol kullanan kişinin; sosyal hayatı, aile ilişkileri, fiziksel ve ruhsal sağlığına olumsuz olarak etki eden bir problem olarak değerlendirilmektedir (Coşar, 1996).

Yapılan çalışmaların çoğunluğunda alkol bağımlılığı veya kullanmaya başladıktan sonraki süreçte ortaya çıkan zararları önlemeye ve alkol tüketimini bıraktırmaya yönelik uygulamalar üzerine fikir sunmaktadır (Buzul, 2016).

Kayseri ilinde yapılan bu araştırmanın ilgili literatüre, alanda çalışan uzmanlara, eğitimcilere ve alkol kullanımına yönelik çalışmaların geliştirilmesine katkı sağlayacağına inanılmaktadır. Çalışmanın sonuçlarının; ilgili literatür ışığında değerlendirilmesi ile alkol kullanımına bağlı ortaya çıkacak olguların belirlenmesine katkı sağlaması beklenmektedir. Yine bununla birlikte alkol kullanımına bağlı ortaya çıkabilecek psikopatolojilerin neler olabileceği hakkında bir fikir elde edilebilecektir. Yine araştırmaya konu olan iki duygu (utanç ve öfke) hakkında da literatüre katkı sağlayacağı beklenmektedir. Literatür incelendiğinde öfke duygusu ile ilgili çalışmalara sıkça rastlanır iken, utanç ile ilgili çalışmaların yok denecek kadar azdır.

Çalışmanın, bu konuda özellikle ülkemizde var olan çalışma eksikliğini tamamlamaya aday olması ve sonraki çalışmalar içinde bir basamak görevi üstlenmesi beklenmektedir. Yine bütün bunlarla birlikte alkol kullanımı ile ilgili

patoloji, utanç, öfke ve yaşam kalitesi düzeyi sonuçlarının hepsini birlikte ele alıyor olması da literatüre katkı sağlayacaktır.

#### **1.4 Araştırmanın Sınırlılıkları**

Bu araştırma, Kayseri ili ile sınırlı olup, araştırmanın katılımcıları sadece Kayseri ilinde yaşayan 18 yaş üstü kadın ve erkek katılımcılardan oluşmaktadır. Araştırma sadece alkol kullanan 100 ve alkol kullanmayan 100 kişi ile sınırlıdır.

Katılımcıların kişisel bilgilerine ilişkin veriler Sosyo-demografik Bilgi Formu'nda yer alan sorulara verdikleri yanıtlar ile sınırlıdır.

Araştırma kapsamında incelenen bireylerin psikopatoloji sonuçları için kullanılan ölçüm aracı olan KSE, utanç duygusu düzeyleri ölçüm aracı için olan Hatayla İlgili Suçluluk ve Utanç Ölçeği, öfke duygusu ölçüm aracı olan SÖÖTÖ, yaşam kalitesi düzeyleri ölçüm aracı olan SF-36 ile sınırlı kalmıştır.

Katılımcıların ölçek uygulamasına olan yaklaşımları da dikkate alınarak gerekli hassasiyeti göstermediği belirlenen katılımcıların verileri analize dâhil edilmemiştir. Bu araştırmada, araştırmaya katılan bireylerin veri toplama aracındaki sorulara gerçeği yansıtacak şekilde doğru ve samimi yanıtlar verdikleri varsayılmaktadır.

Araştırma için veri toplanırken, anketi doldurmayı kabul etmeyen bireyler kapsam dışı bırakılmıştır.

#### **1.5 Araştırmanın Tanımları**

**Alkol:** Alkolün, Dünya'da pek çok ülkede yaygın kullanılmasının ve kolay temin edilen yasal bir madde olmasının yanında, bağımlılık yapıcı etkisi de oldukça yüksektir. Alkollü içeceklerin her türünde alkol bulunması ile birlikte, var olan alkolün miktarı değişiklik gösterebilmekte ve bu sebepten dolayı standart içki ismi verilen bir terim oluşturulmuştur (Akço, 2007). **Alkol Kullanımı:** Kişinin, fiziksel ve psikolojik olarak sağlığını olumsuz etkileyecek kadar fazla alkol kullanma olarak tanımlanmaktadır. Genelde, bireyin bilinci dışında yaptığı bir eylem olan bu davranış, ileri ki dönemlerde bireyin, sosyal toplumsal ve aile ilişkilerini bozacak noktaya gelir (İnce, 2002).

**Psikopatoloji:** Tanı Ölçütleri Başvuru Kitabı (DSM-5)'na göre; "Ruhsal bozukluk, ruhsal işlevselliğin altında yatan ruhsal, biyolojiyle ilgili veya gelişimsel dönemlerde işlevsellikte bir bozulma olduğunu gösteren, kişinin biliş, duygu düzenlemesi ve davranışlarında klinik açıdan belirgin bir bozukluk olmasıyla belirli bir sendromdur. Ruhsal bozukluklar, genellikle belirgin bir sıkıntı veya toplumsal, işle ilgili alanlarda veya önemli diğer işlevsellik alanlarında yetersizlik ile gider." (Köroğlu, 2014, s. 5). **Utanç:** Psikoanalitik kurama göre; gözetlemecilik ve teşhircilik gibi cinsel dürtüler üzerindeki kontrol olarak görülmüştür (Freud, 1965).psikoanalitik dışında ise; ortaya çıkan bir olumsuz davranışın, bireyin yetersizliğinden kaynaklandığı düşünüldüğünde, utanç duygusu ortaya çıkmaktadır (Weiner, 1985). **Suçluluk:** Psikoanalitik kurama göre; suçluluk duygusu, egonun süpereo tarafından yargılanışından ortaya çıkan gerilimin ifadesidir ve süpereo oluşmadan ortaya çıkması mümkün değildir (Freud, 1961).Herhangi bir olumsuz davranışın, kişinin çaba göstermemesi neticesinde ortaya çıktığı düşünülüyorsa suçluluk duygusu ortaya çıkmaktadır (Weiner, 1985). **Öfke:** Kişinin, engellendiği, saldırıya uğradığı durumlarda hissettiği ve genelde neden olan şeye veya kişiye yönelik farklı şekillerde saldırgan eylemlerle sonuçlanan olumsuz bir duygu şeklinde açıklanmaktadır (Kutlu, 2016). **Yaşam Kalitesi:** Bireyin kendi yaşamını veya durumunu, içinde bulunduğu kültür ve değerler sistemi içinde; amaçları, duygu ve düşünceleri doğrultusunda yorumlaması olarak tanımlamaktadır (Yılmaz ve Oyan, 2009).

## 2. BÖLÜM

### KAVRAMSAL ÇERÇEVE İLE İLGİLİ ARAŞTIRMALAR

Bu bölümde, alkol, alkol kullanımı, alkol kullanımı tanımının tarihçesi, etkileri, etiyolojisi, epidemiyolojisi, psikopatoloji kavramı, utanç ve suçluluk kavramı, öfke kavramı, yaşam kalitesi kavramı ve kuramsal açıklamalarla alinyazındaki ilgili araştırmalara yer verilmiştir.

#### 2.1 Alkol Tanımı

Alkol; Arapça kökenli bir sözcük olup, ince öğütülmüş ve pudra durumuna getirilmiş toz veya göze sürülen sürme anlamına gelen "kuhl" kelimesinden türetilmiştir (Tosun,2000). Bazı araştırmalara göre ise sözcüğün kökünün Arapça olduğunun söylenmesi ile kök kelimesinin anlamının "güç algılanan şeyler" olduğu söylenmektedir. Yine aynı kaynaklar "whiskey" kelimesinin Gal dilindeki "usquebaugh" kelimesinden geldiğini ve bu sözcüğün "hayat suyu" manasına geldiğini söylemektedir (Fleming ve arkadaşları, 2001).

Alkolün kimyasal adı etanol olarak bilinmektedir. Tahıl, mısır, patates, meyve, pirinç gibi bitkilerden üretilmektedir. Esasen, karbon atomuna hidroksi grubunun bağlandığı her bileşeni alkol olarak isimlendirmek farmakolojik bakımdan uygundur. Arapça dilinde; cevher, öz veya esans anlamlarına gelen alkühl kelimesinden gelen alkolün, %98'i karaciğer tarafından işlenmekte ve %10'u idrar ve hava yolu ile atılmakta, kalanı ise tükürük, ter ve göz yaşı ile vücuttan dışarı atılmaktadır (Ögel, 2010).

Alkol, farklı çeşitleri olan, etanol denilen türü içki olarak kullanılmakta olan, yasal bir maddedir. Alkol kullanımı insanlık tarihi kadar eskidir ve eski çağlarda dini törenlerde kullanılmıştır. Ükelere göre alkol kullanımı

araştırıldığında; gelişmekte olan ülkelerde, son 25-30 yıl içinde alkol kullanımında ciddi artış olduğu gözlenmiştir (Akyardar, 1997).

### **2.1.1 Alkol Kullanımı**

Alkol kullanımı, insanoğlunun hayatında, ilk zamanlardan bu yana varlığını göstermiştir. Fermente edilmiş olan, meyvelerin ya da balın tüketilmesiyle, alkolün kişideki kaygıyı azaltıcı ve giderici etkisi olduğu gözlenmiş ve kullanımında artış olmuştur. Çoğunlukla kişinin kendi iradesi ile kullanılmaya başlayan ve sonra bilinci dışında da kullanılan alkol, kişinin gerginliğini ve duygusal yoğunluğunu bastırmak için kullanılmıştır. Süreklilik halinde fazla tüketimi, bireyin sarhoş olma hali olarak ortaya çıkmaktadır. Böylece bağımlılığın ilk aşamaları oluşmaktadır. Bağımlılığı oluşan bireylerde genel bir kişilik yapısı ortaya çıkmadığından, bu tarz durumlarda tüm bağımlılık geliştiren kişilerde bazı ortak davranışlar bulunmaktadır. Sürecin en başında kişinin kendi özgür iradesi ile başlayan alkol kullanımı, bireyin bağımlı olması ile yoksunluğu ve yalnızlığı beraberinde getirmiştir. Yine bu bireylerde, alkol kullanımı ile aile ve sosyal çevrelerinde ki ilişkilerinde sorunlar ortaya çıkmaktadır. Ayrıca bireyin ruhsal sağlığının tehlikeye girdiği bu hallerde; kişi kendi benlik kavramını ve çevresinden duyduğu saygınlığı kaybetmeye başlamaktadır. Bu durum kişiyi yalnızlığa sürüklediği için alkol kullanımı da artmaya başlamaktadır. Kontrolünü yeteri kadar sağlayamayan bu bireyler alkol kullanımı sıklaştırmakta, sabah akşam ayırt etmeksizin alkol kullanımına devam etmektedirler. Bağımlılığın ilk etkisi olan bu dönemlerde kişi alkol yoksunluk krizleri geçirmeye başlar. Kendini ve sosyal çevresini ihmal etmek durumunda kalan bu kişiler, hem maddi hem de manevi olarak bozulan ilişkilerinin sıkıntıları ile uğraşır. Bağımlılığın ilk aşamalarında meydana gelen sinir sisteminde ki ağır yıkımlar sebebi ile hem ailesi hem de yakın çevresinde ki insanlar ile olan ilişkisi zarar görür ve ne yazık ki yalnız kalırlar. Tam da bağımlılığın bu noktasında kişinin hem öz saygısı hem de kişiliğinde ortaya çıkan yıkımlar haricinde, bireylerde öz kontrol mekanizmaları da ağır yıkımlara uğramaktadır. Birey öz kontrol noktasını kaybettiğinde devamında gelen, özerklik ve özgürlük kaybı, bireyin kendi özgünlüğünü de zamanla kaybetmesine neden olur (Doğan, 2001).



Ayrıca alkolün sinir sistemi üzerinde oluşturduğu ağır yıkım sonucu, kişilerin fizyolojik sağlıklarında ciddi sorunlar ortaya çıkartmaktadır. Hatta ölüme neden olabilecek kadar ağır yıkım yaşayan bir bireyin sinir sistemi her içilen bir bardak alkol ile neredeyse 1000-2000 kadar daha sinir hücresinin kaybına neden olmaktadır (Özyazıcı, 1993). Bir kişinin sinir sisteminde milyarlarca sinir hücresi olduğunu düşünürsek; bireylerde süreçte ölümcül düzeyde ciddi hastalıklara sebep olma ihtimali artmaktadır. Burada Özyazıcı (1993), alkolün nöronlara verdiği zarar sebebiyle; karaciğerdeki kılcal damarlarda tıkanmaların oluşması ve siroz hastalığı gibi ciddi ölümcül hastalıkların ortaya çıkma olasılığı, alkol kullanmayanlara göre sekiz kat daha fazla olduğunu söylemektedir (Özyazıcı, 1993).

Süreç içinde yapılan pek çok araştırma ve konulan tıbbi tanımlar ile alkol kullanımının ve bağımlılığın, benzer karakteristik kişilik tiplerinden ortaya çıktığı gözlenmiş ve bu grupları heterojen olarak ayırmak mümkün kılınmıştır. Yapılan bazı araştırmalarda, alkol kullanımının bir hastalık olduğu ve bireylerin kişilik yapısıyla ilgili olduğu gibi görüşler ortaya çıkmıştır. Bu kişilik yapısı ile ilgili ortaya çıkan kuramlardan birisi de Cloninger'in Kişilik yapısı ile ilgili ortaya çıkardığı; "Kişilik Kuramı"dır. Cloninger'e göre kişiler, çevrelerinde ki sosyal ilişkiler ve kendi ruhsal halleriyle aktif bir organizmadırlar (Cloninger, 2008). Sahip olunan kişilik yapısı, bireylerin sık denk geldiği ve üzerine düşündüğü sosyal çevre, bireylerin bağlılık ve uyumlu olma isteğini ortaya çıkartmıştır. Şimdi en yaygın hal olan; sosyal ortama adapte olma, Cloninger'in kişilik yapısı tanımına uygundur. Cloninger'e göre; bireyin bazı psikobiyolojik durumlara uyması gereken durumlar vardır. Tam da bu durum için "Psikobiyolojik Kuram"ı geliştirmiştir. Bu kuramda; Cloninger, bireylere özgü kişilik ve karakteristik özellikleri, kişiliğin ortaya çıkışında iki alt bileşenin temel yapı taşı olduğunu söyler (Cloninger, 2008).

Cloninger'in söylediği bu iki alt bileşen modelinde, mizaç ve karakter şöyle ayrılmaktadır. İlk olarak bireyin mizacı; bireyin günlük yaşamında sürekli olarak bir ödül ve yenilik arayışı, sabırlı olma ve kendini kötü şeyler yapmaktan koruma davranışı olarak dört maddeden oluşmaktadır. Ayrıca bu dört maddenin alt boyutları da bulunmaktadır ve bireyin ilerleyen dönemlerinde öz kontrol mekanizmasının zayıf düştüğü, uyaranlara ve

dürtülere karşı ise savunmasız kaldığı haller olarak da açıklamaktadır. Cloninger, bu dört maddenin kişinin genç yaşlarında oluştuğunu söylemektedir. İkinci olarak ise, karakter bileşeni, kişiliğin kendisini kontrol etmesi, çevresi ile iş birliği kurabilmesi ve kendini gerçekleştirebilmesi olarak üç maddeden oluşmaktadır. Bu kurama baktığımızda, Cloninger bazı dönemlerde kişiliğin mizaç ve karakter yolu ile, sosyal çevreye uyumu sağladığını söyleriz. Bu kurama göre; kişiliğin hepsinin belirli bir sosyal uyuma karşı gösterdiği davranış özelliklerine göre bireyler alkol kullanmaya başlamaktadır. Hemen hemen tamamı sosyal uyaranlar ve fenomenler çevresinde gelişen bu karakter, bireyin sosyale adapte olması ile yoksunluk ve yalnızlık duygusunu bastırabileceği inancını taşıdığı bulunmuştur.

Alkol kullanımına ilişkin, benzer düşüncelerinden birisi de Amerikan Psikiyatri Derneği'nden gelmiştir. Amerikan Psikiyatri Birliği, alkol kullanımının başlangıç dönemlerini, bazı tanı ve ölçütlere göre gruplandırmıştır (İncesi, 1993). Bu sınıflandırmaya göre; DSM-IV tanı ölçütleri şöyledir;

Alkol bağımlılığının, on iki aylık periyotları içinde bireylerde en çok karşılaşılan ve elde edilen bulgular, tanı ve ölçütler; entoksikasyon veya belli durumlarda artışa geçen alkol alma isteği uyarını, sürekli tüketilen alkol oranına göre bireylerde belirgin olarak ortaya çıkmış bazı yoksunluk durumlarıdır. Bunların içinde, alkole karşı yüksek yoksunluk sendromu ortaya çıkması, alkole olan isteğin artması ve bireylerin bu halin farkında olmasıyla, alkolü bırakmak için gösterdikleri direnç dönemi vardır.

Ayrıca bireylerin alkol kullanımı için, oluşturmaya uğraştıkları kaynak ve zaman aralığı, bağımlı olan kişilerin ortak tanı özelliklerindedir. Bu tarz tanı ölçekleri içinde edinilen bilgiler, birçok alkol kullanımı esnasında ortaya çıkan bilgilerdir. Bu tanısal ölçeklerin bir benzerini ise; Dünya Sağlık Örgütü (WHO) tarafından oluşturulan raporda söylenmiştir (APA, 1994). Bu raporda, alkol kullanımının, günlük iç standart içki ya da daha fazla kullanımı söz konusu olduğunda bu bireyin bağımlılıkta ileri olduğunun belirtisidir.

Bireylerin, alkol kullanımı ya da madde alma sırasında hissettikleri duygularsa şu şekildedir;

Maddeyi almak için, güçlü bir zorlantı ya da istek. Madde alma davranışını denetlemede güçlükler (başlangıç, bırakma ve kullanım dozu bakımlarından). Madde kullanımı azaltıldığında veya bırakıldığında, "Fizyolojik Bırakma Sendromu": Maddenin, tipik bırakma sendromu, veya bırakma belirtilerini giderebilmek için aynı veya benzer bir maddeyi kullanmak.

Dayanıklılık (tolerans) belirtileri; daha az dozlarda ortaya çıkan etkilerin ortaya çıkabilmesi için daha fazla madde dozlarına gereksinim duyulmasıdır. (En güzel örnek; dayanıklılık geliştirmemiş kişileri, öldürecek dozlarda alkol ve opium alan bağımlılarıdır.)

Maddeye ulaşmak, kullanmak, etkisinden kurtulmak için tüketilen zamanın, diğer ilgi ve uğraşlara fırsat bırakmayacak halde, giderek artmasıdır.

Aşırı alkol tüketimi sebebi ile, karaciğer sağlık sorunları, ağır madde kullanım süreçlerini izleyen depresif duygudurum, bilişsel durumda ilaç kullanımına bağlı bozulma gibi; zarar gördüğüne dair net verilere karşı, madde kullanımını sürdürme; kullanan kişinin, gördüğü zararın ne olduğunu ve bilip bilmediğini araştırmalıdır (APA,1994).

Alkol kullanımına dair buraya kadar anlatılan ve bilinenlerden sonra, alkol kullanımının yaygınlığı ve ülkemizde ki durumunun nasıl olduğu ile ilgili araştırmalar önem ve hız kazanmıştır. Yapılan çalışmalardan elde edilen bilgilere göre; ülkemizde alkol kullanım oranı ciddi oranda artış göstermiştir. Yapılan araştırma çalışmaları bünyesinde; Arıkan ve Arkadaşlarının (1996) bu yönde ki tespitleri önemlidir. Arıkan ve Arkadaşlarının Ankara'da yaptığı, 20.000 kişilik bir, genel sonuçlandırma raporunda; bilhassa kentselleşmenin olduğu geçiş bölgelerinde, bireylerin hayat boyu alkol kullanım ve bağımlılığın görülme oranlarının sıklığı %0,9 olarak bulunmuştur. Cinsiyetler arasında ise; erkeklerin kadınlara göre, %1,9 farkla öne çıktığı bulunmuştur (Ömer, 1998).

### **2.1.2 Alkol Kullanımı Tarihçesi**

Alkol kullanımının tarihçesi, çok eski zamanlara dayanmaktadır. Kayıtlarda; Anadolu, Mezopotamya, Mısır ve diğer Akdeniz bölgelerinde yaşamış milletlerin alkolü kullandıkları, Yunan ve Roma tarihçilerinin alkollü içecek ve içkilerden bahsettikleri bilinmektedir (Öncü, 2001). Şarabın ilk ortaya

çıkışının, Nuh'un gemisinde ki üzümlerden olduğu, gemideki insanlar ile de tüm dünyada yaygınlaştığı, Nuh efsanesinde söylenmektedir (Köknel,1998). Alkol kelimesi Arapça kökenli bir kelime olan, işin özü veya cevheri anlamına gelen "al kihl" kelimesinden gelmektedir.

Damıtma işlemi ilk olarak M.S 800'lü yıllarda, önce Arabistan'da keşfedilmiş, şarapla kullanımı ile yaygınlaşıp damıtma tekniklerinin öğrenilmesi ile Avrupa'da gerçekleşmiştir. 18. Yüzyılda teknolojinin ilerlemesi ile damıtma tekniği Avrupa'da, 19. Yüzyılda ise Amerika'da alkol kullanım oranı ciddi oranlara ulaşmıştır. Hipokrat ile birlikte başlayarak, pek çok tıp hekimi alkol kullanımının sağlığa zararlarından bahsetmişlerdir. Fakat tıpkı diğer ruhsal rahatsızlıklarda olduğu gibi alkolünde ahlak ve dini açıklamalardan uzak tutulup, tıbbi bir problem olduğu kararına ancak son 150 yıl içinde karar verilmiştir (Coşkunol,1996). Alkol kullanımı ilk kez "hastalık" olarak 1790 yılında Dr. Benjamin Rush tarafından tanımlanmış ve tedavisi üzerine çalışmalar üretilmiştir. Tedavinin ilk ve en temel ayağı ise; alkol kullanımını kesmektir. Halk sağlığı uzmanı olan, Magnus Huss 1849 yılında, daha sonra tüm dünya tarafından kanul görececek olan, "alkolizm" kelimesini önermiş ve alkolizm için bir sınıflama yapmıştır (Muhtar,2003). Alkolizm terimini, 1900'lü yıllarda, E.M. Jellinek bir rahatsızlık olarak tanımlamıştır (Arıkan, 2011). Damıtmanın başlaması ile birlikte, 18. Yüzyıl da Avrupa'da giderek artan alkol kullanımı, 19. Yüzyıl da Amerika'da zirve noktasına ulaşmıştır. Alkol kullanımının yaygınlaşması, bu durumun "hastalık" olarak ele alınmasına neden olmuştur (Arıkan, 2011)

İlk bira yapımı ise, günümüzden 8000 yıl öncesine dayanmaktadır. Mezopotamya'da, insanlar ekmek yapımında kullanılan arpayı islah ederken tesadüfi olarak bulmuştur. Bu bira tespit edilen ilk içki olarak bilinmektedir. Süreç içinde tahıl, meyve baldan alkol elde edilmeye başlanarak, kullanım alanı da giderek yaygınlaşmıştır. Alkol tarih boyunca, dini törenlerde ve eğlence amaçlı kullanılmıştır. Kutlamalar, dini seromoniler, yemeklerde kullanılmıştır. Alkol, tüketen kişiye iyi bir his vermekte ve zaman zaman da yatıştırıcı olarak kullanılmıştır. Hatta yatıştırıcı etkisini hekimler, bazı cerrahi girişimlerinden önce anestezi etkisi oluşturması için kullanmışlardır. Süreç içinde alkol, halkın zengin kesimi için bir statü haline gelmiştir. İnsanlar

1700'lü yıllarda alkolü evde kendileri üretmekte idi, zamanla bira ve şarap ticari olarak merkezlerde üretilmeye başlamıştır. Üretilen bu alkol Avrupa ülkelerinde önemli bir ekonomi parçası haline gelmiştir. Alkol kullanımına yönelik tutumlar ise farklılık göstermiştir. Hammurabi yasalarında, M.Ö 2000'li yıllarda alkol kullanım ve satışı hususunda kurallar yazılmıştır. M.Ö yazılmış olan, "Shu Ching"de şöyle belirtilmiştir: "İnsanlar bira içmeden duramıyorlar, bu içkiyi yasaklamaya veya kimsenin içmemesini sağlamaya en bilgelerin bile gücü yetmiyor. Bu yüzden, içkiyi aşırı içenleri uyarıyoruz." (Özden, 2015). Bazı ülkelerde alkol üretimi yapan iş yerlerine zaman sınırlaması getirilirken, Amerika'nın 1920-23 yılları arası getirdiği, Suudi Arabistan'da ise hala geçerli olan alkol tüketimi tamamen yasaklanmıştır.

Alkol bağımlılığının bir hastalık çerçevesinde kabulü;Carpenter (1850), Crothers (1893) ve Kerr (1888)'in, alkol kullanımını bağımlılık ile ortak bir bağlamda ele alması ile gerçekleşmiştir. Kraepelin; intoksikasyon psikozunu, majör başlığında sınıflamış; Edwards ve Gross 1976'da, "Alkol Bağımlılığı Sendromu" kavramını geliştirmişlerdir (McCrary, 1999). Günümüzde, "alkol bağımlılığı"; aile sistemleri, psikososyal etkenler, genetik yapı, biyolojik yatkınlık, kişilik özellikleri, psikoanalitik dinamikler, öğrenme mekanizmaları, psikofarmakoloji, psikiyatri ve tıbbi komorbidite olmak üzere pek çok farklı alandan incelenmektedir (Yapıcı,2006).

Alkole ilgili kimyasal arkeolojik bulgulara ise; M.Ö 3500 yıllarında, Kafkasya ve Orta Doğu'da bulunmuştur. Gürcistan'da en eski üzüm şarabı atıkları bulunmuştur. İran'da ise bira ve şarabın kalıntıları bundan birkaç yüzyıl sonra olmuştur (Michel ve ark., 1993). Arkeolojik son bulgular; M.Ö 7000 yıllarında Neolitik Dönem'de, Çin'de, pirinç, meyveler ve balın mayalanması ile alkol üretimine dair kanıtları göstermektedir (McGovern ve ark., 2004).

Görüldüğü gibi alkol kullanımı ve alkolün ortaya çıkışı eski çağlara kadar dayanmaktadır. Zararlarının da olduğu yine aynı şekilde eski çağlardan beri bilinmektedir. Tarih boyunca, dinler, kültürler ve devletler maddelerin kötüye kullanımı ile savaşmıştır. Tedavi de en etkili olan şeyin ise; hiç kullanılmaması olduğuna dikkatler çekilmiştir. Ancak bu konuda zaman zaman başarılı olunup, bazende başarısız olunmuştur. Tüm dünyada olduğu

gibi, alkol kullanım bozuklukları ülkemizde de ciddi bir sorun halindedir (Altıntoprak ve ark., 2008). Alkol ve kullanımı ile ilgili ortaya çıkan sorunlar, son 30 yıl içerisinde ciddi yükseliş göstermiştir. Dünya nüfusuna bakıldığında; alkollü içecek üretimi ciddi oranda artmıştır ve gelişmiş ülkelerde üretimi kadar tüketimi de artışa geçmiştir (Turan vd., 1997). Alkol kullanımı; sadece kullananı değil; çevresini, ailesini ve toplumu etkilemekte, ruhsal ve fiziksel hastalıklar kadar kişiye maddi, sosyal ve hukuksal anlamda da sorunlar yaşatmaktadır (Aras, 2015).

### **2.1.3 Alkol Kullanımının Etkileri**

Alkol kullanımı, insan beyninde birbirine karşıt iki bölüm etkiye sebep olmaktadır. Birinci grupta ki etkiler; sedasyon, relaksasyon ve disinhibisyonudur. Bu etkiler, bireylerin alkol tüketiminin temel nedenlerindedir. Bireyin vücudunda iki saat içerisinde kaybolan bu etkiler, alkolün uzun süreli ve yavaş içilmesi ile uzatılabilir. İkinci grupta ki etkiler ise; huzursuzluk, ajitasyon, uyanıklık, sinirlilik, sese ve ışığa karşı aşırı duyarlılıktır. Bu grupta ki etkiler, ikinci gruba göre daha hafif ve süreleri daha uzundur. Bu etkilere, kesilme etkileri de denilmektedir. Alkolün sedatif etkisi ve rahatsızlık ve huzursuzluk belirtilerinin şiddeti kişiler arasında farklılık gösterebilmektedir. Bağımlılığı gelişen kişi, ilk önce huzursuz ve gergin olabiliyorken, alkol kullanımı ile sedatize olup normal haline dönebilir, daha sonra ise kişiye huzursuzluk duygusu daha şiddetli gelmekte ve yatışma için giderek daha da fazla alkol kullanmaya gereksinim duyacaktır. Bu durum, alkol bağımlılığında ki kısır döngüyü oluşturmaktadır (Coşkunol, 1996).

Alkolün insanların uykuya dalmasına katkı sağladığı bilinsede; kişinin alkol alma miktarı arttıkça; uyku üzerinde ki olumsuz etkisi giderek artmaktadır. Miktar olarak fazla alkol kullanan bireylerin pek çoğu, gece boyunca uykuda bölünmeler yaşamaktadır. Tekrar uykuya dalmakta da güçlük çekmektedir. Alkol, REM ve non-REM evre uykuyu inhibe etmektedir. Alkolün bireyin vücuduna verdiği fiziksel zararın en fazla olduğu yer karaciğerdir. Alkol kullanımına bağlı olarak karaciğerde; hepatosteatoz olarak da adlandırılan karaciğer yağlanması, alkolik hepatit ve siroz ortaya çıkmaktadır. Uzun süreli alkol tüketimi ise; özofajit, gastrit, aklorhidri, gastrik ülser, özofajiyal varis ortaya çıkartmaktadır. Bu hastalıklar arasında en tehlikeli olanı ise;

mortalitesi fazla olan özofajiyal varislerdir. Ayrıca; pankreatik yetmezlik, pankreatit, ince bağırsak hastalıkları ve pankreas kanseri de alkol kullanımına bağlı olarak ortaya çıkabilmektedir. Alkol kullanımı kişilerde; bağırsaktan aminoasit ve vitaminlerin emilimi inhibe olmaktadır. Ayrıca bu kişilerde; alkole bağlı olarak ortaya çıkan, kötü beslenme alışkanlıkları da eklenince; B vitamini başta olmak üzere, kişide ciddi vitamin eksiklikleri görülmektedir. Kardiyovasküler hastalıklar, alkol kullanan bireylerde, erken ölümlerin en önemli nedenin başında gelmektedir. Alkol kullanan kişilerde, hipertansiyon, hiperlipidemi, miyokardiyal enfarkt ve serebrovasküler hastalıklarla sık karşılaşılır. Alkol kullanımı, hematopoetik sistem üzerine olan yan etkileri arasında lökosit üretiminin ve enfeksiyon alanına göç etmesinin azalması, kök hücrelerin etkilenecek eritrosit boyutlarının (MCV) artması ve plateletlerin üretim ve etkinliğinin bozulması sayılabilir. Alkol kullanan kişilerde erken gerçekleşen ölümlerin ikinci en çok rastlanan sebebi ise; kanserdir. Baş, boyun, özofagus, mide, karaciğer, kolon, akciğer ve meme kanseri alkol kullanan kişilerde daha fazla görülmektedir. Alkol kullanımının yan etkileri laboratuvar tetkikleri ile gözlenebilir. Alkol tüketen kişilerin, %80'inde gama glutamil peptidaz (GGT), %60'ında da ortalama eritrosit hacmi (MCV) yüksek bulunmuştur. Bu oranlar, alkol kullanan kadınlarda daha sık gözlenmektedir.

Alkol kötüye kullanımı olan kişilerin, laboratuvar testleri ürik asit, trigliserid, serum glutamik-oksaloasetik transaminaz ve serum glutamik-pirüvik asit transaminaz olarak sayılabilir (Tosun, 2000).

#### **2.1.4 Alkol Kullanımının Etiyolojisi**

Alkol bağımlılığı, birden çok faktörün rol oynadığı bir hastalık olarak tanımlanmaktadır. Alkol kullanım kararını, alkol ile bağlantılı bozuklukların ve alkol bağımlılığın oluşmasını pek çok neden oluşturmaktadır. Alkol bağımlılığında da, tıpkı diğer hastalıklarda olduğu gibi genetik ve çevresel etkenler arasında benzer bir ilişki bulunmaktadır (Sadock, 2007). Alkol kullanımını anlamaya yönelik yapılan bir çok araştırma, bu durumun temelinde genetik koşulların olduğunu göstermektedir. Ama, genetik çalışmalar sosyal ve çevresel şartların etkisi de yadsınamaz ölçüde mevcuttur (Yüncü ve ark., 2005). Yapılan çalışmalar; anne-baba ve

akrabalarında alkol bağımlılığının olması, aile içi problemler, sorunlu evlilikler gibi sebeplerin alkol bağımlılığında etkisinin olduğunu göstermektedir. Toplumda ki insanların alkole bakışının olumsuz olması, sarhoşluğun toplumda kabul edilip edilmemesi, alkole dayanıklılık oranı, alkolün kolay ya da ucuz elde edilmesi, alkolü zevk veren bir madde olarak kabul edip etmeme gibi pek çok faktörün alkol kullanımında etkili olduğu kabul edilmektedir (Coşar ve ark., 1996).

Aile ve ikiz çalışmalarında, alkol bağımlılığı için konkordans oranının monozigot ikizlerde, dizigotik ikizlere ve ikiz olmayan kardeşlere göre fazla olduğu gözlenmiştir. Yapılan evlat edinme çalışmalarında; biyolojik anne veya babası alkol kullanan ve küçük yaşta evlatlık verilmiş kişilerin, alkol bağımlılığı için riskli grupta olduğunu göstermektedir. Bu duruma karşın; biyolojik anne ve babası alkolik olmayan ve alkolik bir ebeveyn tarafından evlat edinilen kişilerde, alkol bağımlılığı riskinin artmadığı belirtilmiştir (Agraval ve Lynskey, 2008). Psikodinamik kuram bağımlılık ile ilgili davranışları; pregenital, oral veya psikoseksüel gelişimin arkaik düzeylerine gerileme ile giden; "libidinal fiksasyon" ile açıklamıştır. Freud'a göre; oral dönemde saplanıp kalmış kişilerin, sorun ve sıkıntılarını alkol ve bence maddeleri ağız yoluyla alarak azaltabildiklerini, oral haz ve doyum sağladıklarını ve bireyin kendilik değerini artırmak, sıkıntı ve stresini yatıştırmak, sakin ve huzurlu hissetmek, bütün hissetmek, boşluk yerine kendini dolu hissetmek, yalnızlık yerine birilerinin yanında olduğunu hissetmek, güvenli hissetmek için tamamen güçlü anne ile birleşme yaşamaktadır (Koroğlu, 2013).

Bilişsel Davranışçı Kuram'a göre; alkol kullanımı, öğrenilmiş bozuk bir davranış şeklinde tanımlanmıştır. Alkol kullanımının; gerginliği azaltma, rahatlamayı sağlama gibi olumlu pekiştiricileri ile, alkol kullanımından sonra, bu davranışın devam etmesine katkıda sağlamaktadır. Kişi böylece her zorlandığı durumda alkole yönelmekte ve giderek aldığı alkol miktarını da artırmaktadır. Yine ayrıca, kişinin aile büyükleri ve akrabaları da içme alışkanlığını ve davranışını etkilemektedir (Schuckel, 2007). Yapılan bazı araştırmalarda, çocukluk çağı davranış kalıplarının; alkol bağımlılığı ile ilgili olabileceği ortaya konmuştur. Davranış bozukluğu ve Dikkat Eksikliği



Hiperaktivite Bozukluğu durumlarının var olması alkol ve benzeri diğer maddelerin kullanımları bakımından risk oluşturmaktadır (Uluğ ve Öztürk, 2008). Kişinin çocukluğunda; yüksek “yenilik arayışı” ve düşük “zarardan kaçınma” puanlarının olması, bireyin genç yaşta alkol kullanımı için en önemli risk etkenlerinden biri olduğu gözlenmiştir (Claninger, 1988). Yine bağımlılık konusu hakkında, psikososyal durumlar da etken rol almaktadır. Bireyin içinde yaşadığı toplum ve mensup olduğu dini görüşün, alkole bakış açısı belirleyici rol oynamaktadır. Yine ayrıca kişinin, sosyoekonomik düzeyi, alkole ulaşılabilirliğinin yüksek olması da alkol kullanımını artıran etkenlerdendir. Alkol bağımlılığına yol açan bir stres etkeni olmamakla birlikte; hem bireysel hem de toplumsal stres faktörlerinin alkol kullanımına yatkınlığı artırdığı bilinmektedir. Alkol kullanan kişilerde, stres etkenleri alkol arayışına ve alkolün alınmasında ciddi olarak etkilidir. Elbette her stres yaşayan kişide alkol bağımlılığı gelişmeyebilir, bağımlılığın gelişmesi için kişide; psikolojik ve biyolojik olarak yatkınlık bulunması gerekmektedir (Uluğ ve Öztürk, 2008). Moleküler genetik alanında yapılmış çalışmalara göre; alkol bağımlılığının gelişmesinde; dopamin, serotonin, noradrenalin ve diğer nörotransmitterlerin etkili olduğu bulunmuştur (Coşkunol ve Altıntoprak, 1999).

Daha önce yapılan çalışmalara göre; kişinin alkol kullanım miktarı ile psikolojik durumları ilişkilendirilmiştir. Mulford ve Miller’ın (1960) araştırmalarına göre; kişiler iki nedenle alkol almaktadırlar. İlki; alkolü negatif pekiştirme aracı olarak kullanmak, yani; kişi stresiyle baş etmek için alkol almaktadır. Bu kişiler olumsuz duygularından kaçmak için alkol kullanma eğilimindedirler. Bireyler, olumsuz duygulardan kaçmak ve stresle baş edebilmek için alkol kullanmaktadırlar. İkinci sebep ise; kişinin alkolü pozitif pekiştirme aracı olarak kullanmak, yani; olumlu duygular ve sosyal ortamlarda kişi, daha fazla keyif almak için alkol tüketmektedir. Bireyler, sosyal çevrelerine uyum sağlayarak, tamamen keyif almak amacı ile alkol kullanmaktadır. Sonuç olarak kişiler, sosyal ve sorunlar ile baş etme stratejileri için alkol tüketirler. Yapılan araştırmaya göre (Ratliff ve Burkhart, 1984); tehlikeli bir şekilde alkol tüketen kişiler, daha çok baş etme amacı ile tüketirken; sosyal bir güdü ile tüketenler ise; uzun vadede alkol kullanım bozukluğu geliştirmeye daha yatkın olmaktadır.

### 2.1.5 Alkol Kullanımının Epidemiyolojisi

Alkol kullanımı günümüzdeki en önemli sağlık problemlerinden birisi haline gelmiştir. Amerika Birleşik Devletleri'n de (ABD), yetişkin kişilerin %90'ının, hayatlarının her hangi bir döneminde alkol kullandıkları bulunmuştur (O'Flynn, 2011). Amerika'da yetişkin insanların %3'ünde etkin alkol kötüye kullanımı, %4'ünde ise etkin alkol bağımlılığı tespit edilmiştir (O'Flynn, 2011).Epidemiyolojik Kaynak Alanı Çalışmaları (Epidemiologic Cathment Area 'ECA') verilerine göre; erkeklerin %10, kadınların ise %3-5'inde alkol bağımlılığı gelişme riski bulunmaktadır. Yine aynı çalışmada; alkol kullanım bozukluğu ya da madde kötüye kullanımı olan kişilerin, %53'nün başka bir psikiyatrik ek tanı daha aldıkları gözlenmiştir (Özden,2015).

Yapılan pek çok çalışmada, alkole başlama yaşının 10 yaşa kadar düştüğünün fakat genel yaş aralığının 14-20 yaşları arasında olduğu tespit edilmiştir (Pektaş vd., 2001). Amerika'da ki bir araştırmaya göre; alkole başlanılan ortalama yaşın kızlarda 12.7, erkeklerde 11.9 olduğu gösterilmiştir (Morrison et al., 1995). Yapılan bir diğer çalışmaya göre ise;katılımcıların %25'inin alkol kullanım başlama yaşı;13 yaş ve altı olarak tespit edilmiştir. ,Araştırmaya katılanların %46'sının, 14-16 yaş arasında, %29'unun ise 17 yaş ve üstünde alkol kullanmaya başladığı gözlenmiştir (Schuckit, 2007).

Cinsiyetler hakkında yapılan araştırmalarda ise; alkol kullanımına erkeklerin daha yatkın olduğu bulunmuştur. Konu ile ilgili yapılan epidemiyolojik araştırmalarda; riskli alkol kullanımı ve alkolü kötüye kullanma düzeylerinde, erkeklerin kadınlara oranla beş kat daha fazla yönelimlerinin olduğu tespit edilmiştir. Yapılan araştırma sonuçlarına göre, cinsiyete bağlı kullanım farklılığın, genetik ve sosyal rollerden kaynaklandığı gözlenmiştir. Yine yapılan araştırmalara göre; alkol kullanımı sonucunda bireylerde fiziksel ve psikolojik problemlerin yaşandığı gözlenmiştir. Bu başlık altında yapılan araştırma çalışmaları bazı üniversite öğrencileri düzeyinde de mevcuttur. Üniversite öğrencileri ile yapılan bir çalışmanın sonuçlarına göre; erkek öğrencilerde riskli alkol kullanımı düzeyi, kız öğrencilere oranla daha yüksek çıkmıştır. Bu öğrencilerin arasında, riskli alkol kullanımı davranışı %45 civarındadır (Wechsler, 1996). Yine bu araştırmaya benzer bir başka araştırma sonuçlarına göre; erkek ve kadın arasında, riskli alkol kullanımı

bakımından fazlaca fark bulunmuştur. Verilere göre; riskli alkol kullanımı olan erkeklerin sayısal oranı %68, kadınların %48 civarındadır (Webb,1996).

ABD'de yakın bir süreçte yapılan bir çalışmaya göre; alkol kullanan bireylerde, ruhsal ve fiziksel problemlerin ortaya çıkmasıyla ilgili olduğu gözlenmiştir. Alkol kötüye ve riskli kullanımında, erkelerin bağımlılık sorunları yaşaması yıl içinde %25 civarındayken, kadınlar da %11 oranında olduğu tespit edilmiştir (Hasin, 2007).

Avrupa'da ki alkol kullanımlarına bakıldığında ise; riskli alkol kullanımının en çok olduğu ülkeler şu şekildedir; Danimarka, Polonya, İngiltere, Yunanistan ve İsveç olarak karşımıza çıkmaktadır (Hibell, 1995). Bu sonuçlara ulaşılan araştırma; son bir yıllık kullanım oranları dikkate alınarak belirlenmiştir. Verilere baktığımızda; düşük riskli alkol tüketimi olan ülkelere birisi Türkiye'dir. Dünya Sağlık Örgütü'nün (WHO) Avrupa'da yaptığı araştırmaya göre; 77 milyon kadar kişinin alkol bağımlılığı tedavisi gördüğü bildirilmiştir (WHO, 2004). Dünya'nın en fazla alkol tüketiminin olduğu coğrafya Avrupa'dır ve alkol kullanım oranı, dünya genelinin iki katıdır (Moller and Matic, 2010).

Ülkemizde alkol kullanımının epidemiyolojisi hakkında yapılan araştırmalar son derece kısıtlıdır. Arıkan ve arkadaşlarının, Ankara'da yarı kentsel bir lokasyonda, 20.000 kişi ile yaptıkları epidemiyoloji araştırmasına göre; genel popülasyonda yaşam boyu alkol bağımlılığı görülme sıklığı %0,9, erkeklerde %1,9 olarak belirlenmiştir (Arıkan vd., 1996). Başka bir çalışmada ise; İstanbul'da 12-65 yaşları arasındaki 1550 kişi arasında alkol kullanım yaygınlığı %33,5 olarak gözlenmiştir (Türkcan, 2010). Kadınların %2,3'ünün, erkeklerin %17,9'unun son bir yıl içerisinde, haftanın en az bir günü alkol kullandığı görülmüştür (Akvardar et al., 2003). Türkiye'de, tüm ülke örnekleme ile yapılan bir çalışmaya göre; alkol bağımlılığının son bir yıllık prevalansı %0,8'dir ve bu oranlar, erkeklerin %1,7'sini, kadınların %0,1'ini kapsamaktadır. Yine aynı araştırmada; alkol bağımlılığı olan kişilerin yaş ortalaması; 41.1 olarak bulunmuştur. Ortaya çıkan sonuçlar karşılaştırıldığında; Türkiye'deki alkol kullanımının Polonya, Danimarka ve İngiltere'ye göre fazlaca düşük olduğu tespit edilmiştir (Erol ve Ark. 1998).

Yine bu rapora göre; alkol kullanımının en sık rastlanıldığı bölge; Batı Bölgesi'dir. Bağımlıların en çok il merkezlerinde ve erkek oldukları da bu raporun sonuçlarındandır.

Ülkemizde yapılan diğer bir çalışmaya göre; kişi başına kullanılan alkol miktarların yıllara göre giderek artmaya başladığı tespit edilmiştir. Devlet İstatistik Enstitüsü (DİE) verilerine göre; alkol tüketim oranlarının değişen dünya algısı ve teknolojik gelişmelerin hızla büyümesiyle bir ilgisi olduğu anlaşılmıştır. Devlet İstatistik Enstitüsünün verilerinde; 1981 yılı ile 1992 yılları arası alkol kullanım oranlarında yaklaşık %100'lük bir artışın olduğu tespit edilmiştir. 1930-1981 yılları arasında; oran %800 kat artmıştır (Güleç ve Köroğlu, 1997). Ülkemizde hastanede yatarak tedavi gören bağımlı kişiler işe yapılan çalışmaya göre; cinsiyet bağlamında erkek bireylerin alkol bağımlılığı oranlarının yüksek olduğu bulunmuştur. Erkeklerde yaklaşık %71 civarında olan bağımlılık oranı, kadınlarda yalnızca %5 civarında kalmıştır (Evren ve Çakmak, 2001). Ayrıca Türkiye'de alkol kullanımı oranlarının yanı sıra, alkol kullanım yaş aralıkları da ön plana çıkmıştır. DSÖ'nün 2014 yılında yaptığı çalışmaya göre; alkol kullanan bireylerin 15-24 yaş aralığı oranları %7,4'tür. 25-34 yaş aralığı oranları; %14, 35-44 yaş aralığı ise %13'tür. Bu sıralamada ki en yaşlı bireyler ise, 55 yaş ve üstü kişilerdir. Bu bireylerde ki oran ise %8'dir (TÜİK, 2012). Yine aynı araştırmada, yerleşim yerlerine göre bakıldığında ise; kırsalda yaşayan bireylerin oranı %7, şehirde yaşayanların ki ise %12 dolaylarındadır (TÜİK, 2012).

## **2.2 Psikopatoloji Ve Psikolojik Semptomlar**

### **2.2.1 Psikopatoloji**

İnsanlık tarihine kadar eski olan ruh sağlığı olgusu, günümüzde kullanılan bilimsel tanımına ulaşıncaya kadar; sosyal çevre, tarihsel yaşantılar, bilimdeki gelişmeler gibi pekçok farklı kavramdan etkilenmiştir (Jorm, 2000). İnsan; "normal ve anormal davranışlarıyla biyopsikososyal bir canlıdır." şeklinde ifade edilmektedir. Burada ki önemli yerlerden biri, "normal ve anormal" olarak değerlendirilen davranışların ne olduğunu kavrayabilmektir. Psikoloji biliminin alt dallarından birisi olan, "psikopatoloji"nin nedenlerini

anlamakda öne gelen iki kavram olan, “normallik ve anormalliğin kesin tanımları” yapılamamakta ve ayrıca bir davranışın anormal olarak adlandırılması için, uyumsuzluk ve ciddi bir sıkıntıya sebep olması gerektiği söylenmektedir (Budak, 2003).

Öztürk (2004) psikopatolojinin tanımlamasını oluştururken, insanı “normal ve anormal davranışları olan biyopsikososyal bir varlık” olarak tanımlamıştır. Bu nedenle, psikopatolojinin biyolojiyi, psikolojiyi ve sosyolojiyi içeren değişik tanımları oluşabilmektedir. Biyopsikososyal modeli merkeze alarak, sağlık ve denge halinin, stres ve yatkınlık olguları ile normalden çıkması durumu, insanın hem nörobiyolojik hem de psikososyal özelliklerininin hepsini benimseyen bir psikopatoloji tanımı olması bakımından önem arz etmektedir (Blaney ve Millon, 2009; Öztürk, 2004). Range (2005) psikoloji biliminin alt dallarından birisi olan ve psikopatolojinin sebeplerini araştırmayı hedef edinen anormal psikolojisinde, normal ve anormal davranışın kesinlik gerektiren tanımları bulunmamakta ayrıca bir davranışın anormal kabul edilmesi için hayatın içinde, hayat ile uyumsuz ve önemli bir rahatsızlığa sebep olmasının gerektiği ciddiyet ile vurgulanmaktadır (Range, 2005). Bir başka açıdan anormal olan bir davranışın belirlenmesi için belirli bir takım ölçütler ele alınmalıdır. Bu ölçütler şunlardır; davranışın hayatla uyumsuzluk oranı, toplumsal normlardan çıkma, davranışın ne sıklık ile ortaya çıktığı, şiddeti ve süresi, bireyin mental durumu, duygusal anlamdaki tepkiler ve ortaya çıkış halleri, gerçekliğin kişi tarafından algılanma derecesi ve doğruluğu, sosyal ilişkilerde ortaya çıkan problemler ile baş etme şekli başlıkları altında belirtilmektedir.

Psikoptoloji tanısı için; ölçütlerde normalden ayrı şekilde davranışların, sayısı, görülme sıklığı, şiddeti, belli sürede görülme ölçüsü ve bireyin sosyal özelliklerininin ciddiye alınması gerektiği belirtilmektedir (Butcher, 2013; Köroğlu, 2015). Süreç içinde psikopatolojiye ait bir sistemli sınıflama sisteminin oluşmasının gerekliliği fark edilmiştir, ortaya çıkan belirtilerin fark edilmesine dayalı bir sınıflama sistemi de oluşturulmuştur. Bu sistem; Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-DSM, DSM'nin oluşum ve gelişimi ile eşdeğerde, Dünya Sağlık Örgütü tarafından Avrupa'da ki psikiyatrinin de etkisiyle bir başka tanımlama sistemi; ICD (International

Classification of Diseases) yapılmıştır. Bu sistemler elbette birbirini etkilemiş ve standart bir tanımlama sisteminin oluşmasına yönelmişlerdir. Bu sistemler aracılığı ile; davranışlardan hangilerinin normal, hangilerinin anormal olarak tanımlanması gerektiği konusunda bir ölçüt geliştirilmiştir (Köroğlu, 2015).

### 2.2.2 Psikolojik Semptomlar

Zihinsel olguların, bir bozukluk olarak kabul edilmesi için, kişinin sosyal işlevselliğinde bir probleme sebep olması gerekmektedir (Stein, 2013). Psikolojik semptomlar; hostilite, somatizasyon, depresyon, kaygı ve olumsuz benlik gibi belirtiler ile semptom olarak ifade edilmektedir. Madde veya alkol bağımlılığına neden olacak kişilik yapıları ya da kişi de bir psikolojik bozukluk olup olmadığı gibi konular uzmanlar için önem arz etmektedir. Madde kullanan bireylerde, kişilik özelliklerinin tanımlanmasın için yapılan çalışmalarda; risk alan davranışlar, hostilite, benlik kontrol eksikliği, dürtüselliliğin fazlalığı, dehb gibi özellikler dikkat çekmiştir ve etkili olduğu gözlenmiştir. Kişide bağımlılığa sebep olacak risk alıcı davranışlar ve yenilik arama davranışları arasındaki ortak özellikler, bağımlılıkta ki rollerine dikkat çekmektedir (Yancar, 2005).

Sosyal yaşamda kişilerin düşünce, duygu ve davranışlarında farklılıklar, tutarsızlıklar, aşırılıklar, uygunsuzluklar ve yetersizlikler görülme ihtimali yüksektir. Ancak, ruh sağlığında bozulmalar olan, "anormal" diye nitelendirilen bu kişilerde bu özellikler, tekrarlayıcı ve süregiden bir halde oluşmakta, kişinin aktif çalışmasını kitlemekte ve kişinin kişilerarası ilişkilerini bozan bir hal taşımaktadır (Öztürk ve Şahin, 2015).

Psikolojik semptomlar; ruh sağlığının farklı sebeplerden bozulması ve ruh sağlığı sıkıntılarının genel göstergesi olarak nitelendirilen olgular olarak tanımlanabilir. Kişilerin ruh sağlığı sorunlarının belirtisi olan bu olgular kendilerini değişik durumlarda ortaya çıkarabilmektedir (Kayaş, 2017).

Ruhsal olarak normal kabul edilmeyen davranışların tanımlanmasında ve tanılanmasında Amerikan Psikiyatristler Birliği tarafından, Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder (DSM)) kullanılmaktadır. DSM yıllar boyunca kullanmış olduğu; "psikoz" ve "nevroz" kavramlarını günümüzde artık

kullanmıyor olsada, patoloji veya anormal olarak adlandırılan durumları anlayabilmek için kısaca halen bu kavramlardan da bahsetmek, konuyu anlaşılır kılmak için yarar sağlayacaktır.

DSM V, anormal ya da patoloji olgularının bilinmesinde, “nevroz” ve “psikoz” kavramlarını bırakarak, bunlar yerine; “disorder” sözcüğünü tercih etmiştir. Bu kelimeninde Türkçe’ye “bozukluk” şeklinde çevrilerek, “ruhsal bozukluk” kullanılmaya başlamıştır (Geçtan, 2015). DSM V (2014)’e göre ruhsal bozukluk; “ruhsal işlevselliğin altında yatan ruhsal, biyolojiyle ilgili ya da gelişimsel süreçlerde, işlevsellikte bir bozulma olduğunu gösteren, kişinin biliş, duygu düzenlemesi ve davranışlarında klinik açıdan belirgin bir bozukluk olmasıyla belirli bir sendromdur”. Yapılan bu tanımdan da anlaşıldığı gibi, bir hale ruhsal bozukluk diyebilmek için; durumun kişide ciddi ve üst seviyede sorun oluşturmuş olması ve iş-özel-sosyal alanlarda kişinin işlevselliğinin bozulmuş olması gerekmektedir.

### **2.2.2.1. Depresyon**

Depresyon kelime anlamı olarak; çökkünlük, bastırma anlamlarına gelmektedir. Yine aynı şekilde depresyon; duygusal olarak büyük bir yıkım yaşamak olarak ifade edilmektedir (Okutan, 2016). Kişilerin duygu durumlarında yaşadıkları çökkünlük genel olarak; üzüntü, umutsuzluk, keder, cesaretsizlik gibi duyguları da beraberinde getirmektedir. Kişinin olumsuz duyguları; isteksizlik, uykunun bozulması, beslenmede bozulmalar, ilgi azlığı, kararsızlık, intihar düşünceleri gibi zihinsel ve fiziksel rahatsızlıklar yaşamalarına neden olmaktadır, bu yaşanan durumlar depresyonun belirtileri olarak tanımlanmaktadır. Acar (2009)’a göre; kişilerin günlük yaşamları içerisinde başlarına gelen her tür olumsuz olayın psikolojik olarak depresyonun belirtisi olmadığı da bilinmelidir. Yaşanan olumsuz duygu durumlarının depresyon olarak tanımlanabilmesi için bu olumsuz duygu halinin uzun süre devam etmesi, kişinin yaşantısında işlevselliksizlere sebep olması beklenmektedir, dolayısıyla yaşanan geçici olumsuz duygu durumları depresyon olarak adlandırılmamalıdır.

Kişinin yaşadığı; keder, isteksizlik, karamsarlık süreçte kişinin zihinsel, fiziksel ve duygu sistemlerinde de bozulmalara neden olmaktadır. Önce

yaşamdan keyif almayı azaltan bu olumsuz ruhsal hallerin daha sonra kişinin psikolojik anlamda sağlığını ciddi anlamda bozduğu bilinmektedir (Acar, 2009).

Konu ile ilgili alanyazı taramalarında depresyonun psikolojik semptomlarını ifade eden pek çok kuramsal yaklaşım gözlenmektedir. Geçtan (2000)'e göre; depresyonu açıklayan bir çok kuram mevcuttur. Bunlar; bilişsel, kişiler arası ilişkiler, psikanalitik, öğrenilmiş çaresizlik kuramlarıdır.

Psikanalitik yaklaşıma göre; depresyonun psikolojik semptomu oral dönemde yaşanan zorlanma ile ilgilidir. Kişilerin yeteri kadar karşılanmamış sevgi ihtiyaçları onların başkalarına bağımlı yaşamaları ve bu bağımlı yaşadığı kişiye karşı da ambivalans duygular yaşamamasından dolayı kişide öfke gibi duyguları kendi üzerinden hissetmesi nedeniyle depresyona girdikleri söylenebilmektedir (Geçtan, 2000). Yine benzer şekilde; kişinin ideal belirlediği benliği ile gerçekte ki benlik hali ile arasında farkın çok olması, kişilerin depresyon yaşadıklarını ifade edip belirten psikanalitik yaklaşım, depresyonun kişinin içsel çatışmalarının sonucunda oluştuğunu belirtmektedir (Corsini ve Wedding, 2017). Kişinin inanç ve düşüncelerinin, duyguları etkilemesi sebebiyle yaşanan depresyon, kişinin yaşadığı duygu durum bozukluklarının en kökeninde yanlış inşa edilmiş düşünce ve inançların olduğu söylenebilir.

Geçtan (2000)'a göre; depresyon, kişilerin kendisine, geleceğine ve bu dünyaya dair olumsuz gelişen şemalarından dolayı ortaya çıkan, olumsuz benlik, yaşam inanlarının kişide sürekli hale gelmesi olarak açıklanmaktadır. Buradan yola çıkarak, kişinin olumsuz şeması değişmediğinden dolayısıyla duygu durumu da olumsuz olarak devam etmektedir.

Sullivan'ın "Kişiler Arası İlişkiler Kuramı" 'na göre; kişinin depresyon belirtileri göstermelerinin nedeni; sosyal ilişkilerinde ki zayıflıktır (Geçtan, 2000). Kurama göre; kişinin etrafından sosyal bir destek alamaması ve kişiler arası ilişkilerinde sorunlar olması, depresyon belirtilerinin ortaya çıkmasına neden olmaktadır. Kişilerin sürekli olumsuzla yönelme eğiliminin de olması ve yaptığı, yapacağı işlerin sürekli olumsuzluklar ile sonlanacağını düşünmesi, bu nedenle eylemde, eylem girişiminde bulunmamasından kaynaklı, yaşadığı



her olumsuz olayın kişinin ruh sağlığını olumsuz olarak etkilemesi, "Öğrenilmiş Çaresizlik" kuramına göre depresyon belirtilerini yaşadıklarını açıklamaktadır (Acar, 2009). Buradan yola çıkarak; kişinin olumsuz düşünce yapısı ve pasifliği de depresyon belirtilerine neden olmaktadır.

Depresyonu açıklayan diğer kuramlardan biride; "Atıf Kuramı" 'dır. Kurama göre; kişiler yaşadıkları başarısızlıkları ve olumsuz hayat tecrübelerini başka insanlara ve başka yönlere çevirmeye çalışmaktadırlar. Kişi bu ödünlenme savunma mekanizmasını kullanmaz ise hayatında ki olumsuz tecrübelerini olumsuz benlik algısına dönüştürecektir ve depresyon belirtileri gösterecektir (Geçtan, 2000).

#### **2.2.2.2. Anksiyete (Kaygı)**

Kaygı; nedeni belli olmayan korku, sıkıntı ve giderilemeyen tedirginliğe yol açan bir duygu olarak tanımlanmaktadır (Güleç, 2009). Kaygı pek çok şekilde olumsuz bir duygu durum gibi algılandığında, aslında organizmayı koruyan biyolojik bir koruma sistemi görevindedir. Potansiyel bir tehdit veya tehlike anında, yaşamın devamlılığını sağlamaktadır. Eğer kaygı duygusu, tehlikenin veya tehdit gibi bir durum olmadığında abartılı ve kişinin yaşam kalitesini olumsuz etkileyecek şekilde ortaya çıkarsa o zaman normal dışı bir kaygıdan söz edilmektedir (Uzbay, 2002).

Kaygı duygusunun kendi içinde farklı boyutları bulunmaktadır. Bunlar; fizyolojik, bilişsel, duygusal ve davranışsal olan boyutlardır. Fizyolojik boyut; "Merkezi Sinir Sistemi" uyarımı, bilişsel boyutta tehdit ve tehlike algısı, aşırı uyarılma ve belirsizlik algısı; duygusal boyutta korku, gerilim duygularında yoğunluk; davranışsal olarak ise; davranışsal boyutta aktivite yüksekliği ve ajitasyonun ayırt edici belirtiler arasındadır (Özen ve Temizsu, 2010).

Kaygının klinik görünümü; bireye göre değişiklik göstermektedir. Bazı hasta bireylerde; kas gerginliği daha fazla görülmektedir ve bu kişiler kas katılığından, baş ağrısından ve boyun tutulmalarından şikayetçidir (Türkçapar, 2004). Klinik tabloda kaygıya başka psikolojik, fiziksel belirtilerde eşlik etmektedir. Bunlar arasında huzursuzluk, gerginlik, baş dönmesi, uyuşma, ellerde terleme, bitkinlik, yorgunluk, halsizlik gibi bir takım belirtiler sayılabilir. Kişide ölüm veya çıldıırma gibi korkular olmakta ve buna

bağlı kalp çarpıntıları, nefes almakta güçlükler, uykusuzluklar ortaya çıkmaktadır (Dağ, 1999).

Psikolojik sağlamlılık alt ölçekleri birbiri ile bağlantılıdır. Ayrıca birbirlerini tetiklemektedir (Sayar ve Ak, 2001). Örneğin; depresyon ve kaygının psikosomatizasyonu tetiklediği düşünülmektedir. Kaygı çok yaygın olan bir ruhsal problemdir. Kaygı bozukluğu yaşayan pek çok kişiye aynı zamanda depresyon da eşlik etmektedir (Özen ve Temizsu, 2010).

### **2.2.2.3. Olumsuz benlik**

Kişinin kendine özgü, kendi ile ilgili tanımladığı özellikleri ve hayatını çerçeveleyen “benlik” kavramı olarak tanımlarken olumsuz benliği ise; kişiler de kendini yetersiz hissetme, aşağılık duyguları, huzursuzluk, kendini beğenmeme ve kendinden memnuniyetsizlik, diğer kişiler ile ilişkilerinde rahatsızlık duygusunu hissetme olarak tanımlandırılabilir (Bakırcıoğlu, 2015).

Olumsuz benlik algısına sahip bireyler, kendilerini beğenmemek ile ilgili bir de diğer kişilerinde kendisini beğenmediklerini düşünür. Dolayısıyla diğer kişiler ile bağ kurmaktan ve sosyal ilişkiler içerisine girmekten rahatsızlık duyup, uzak durmaktadırlar. Olumsuz bir benlik algısına sahip kişiler; “aşağılık kompleksi” ‘ ne sahip olabilmektedirler (Menteş, 2017).

Kişinin algısı ve duygusu ile ilgili olan “olumsuz benlik algısı”, uyku, iştah, susuzluk, öfke, sevgi gibi benzer pek çok içteki uyaranlar ile dışsal uyaranlardan olan; koku, tat, yumuşaklık, sertlik gibi uyaranları algılayan benlik olarak bilinmektedir. Dolayısıyla bu tarz uyarıcıların algılanması ne kadar gerçek ve doğru olursa; benlik algısının da o denli güçlü olduğu söylenmektedir. Tam tersi olarak; kişinin algısı gerçeklikten uzağa gittikçe, benlik algısı da olumsuzlaşmaktadır (Bakırcıoğlu, 2015).

Benlik, uyaran kavramıyla ilgili olmakla beraber; kişilik kavramının da merkezini oluşturmaktadır. Bu sebeple; dış dünyaya, kendine, diğer kişilere ön yargılı, gerçekten uzak duygu ve düşüncelere sahip bireylerin içe kapanık olma ihtimalleri fazla olmaktadır. Şöyle de ifade edilebilir ki; olumsuz benlik algısı kişilerin kişilik özellikleri üzerinde de olumsuz etkiye sahip olabilmektedir (Kayış, 2017).

#### **2.2.2.4. Somatizasyon**

Somatizasyon, psikolojik bir rahatsızlığın fiziksel olarak rahatsızlığı ifade edilmesidir, fazlaca yaygın görülen bir problemdir (Heinrich, 2004). Bu kavram ilk olarak, Stekel tarafından kullanılmıştır, nevrozun ifade edilme şekli olarak ortaya çıkmıştır (Gucht ve Fischler, 2002). Somatizasyon kavramının, eski Mısır'da dört bin yıl önce ortaya çıktığını tarihçiler söylemektedir (Smith, 1990; Woolfolk ve Allen, 2007).

Lipowski'ye göre somatizasyon; psikosoyal strese cevap olarak, somatik bir problem yaşama, bundan dolayı tıbbi bir yardım arama eğilimi olarak açıklanmakta, bu durum tıbbi, ekonomik ve sosyal bir sorunu ortaya koymaktadır. Sık olarak; anksiyete ve depresif bozukluklar ile ilişkilidir, somataform bozuklukların temelini oluşturmaktadır (Lipowski, 1988).

Freud'a göre somatizasyon, egonun kaygılara karşı savunma olarak kullandığı bilinçdışı savunma stratejilerinden kaynaklanmakta olduğunu düşünmektedir (Freud, 1937; Holder, 2001).

Bu tür hatsalar, tüm tıbbi bakım ortamlarında her yerde görülebilir, teşhis sorunları yaşar ve sağlık hizmetlerini oldukça fazla kullanırlar. Sağlık hizmetlerine harcadıkları maliyet oldukça fazla olmaktadır. Somatizasyon kalıcı veya geçici olabilmektedir. En yaygın şekli; kaygı, duygusal bozukluklar ve somataform bozukluklar ile ilişkilidir. Kalıcı olan somatizasyon; klinik, ekonomik, sosyal sorunlar teşkil eder. Bu sebeple; kronik somatizörler erken tanılanmalı ve hemen tedaviye başlanmalıdır. En yaygın görülen semptomlar arasında; baş dönmesi, ağrı,, yorgunluk, halsizliktir (Lipowski, 1987).

1950'li yıllarda, Minnesota Çok Yönlü Kişilik Envanteri'ni (MMPI) kullanan, büyük araştırmalar sonucunda; kadınların erkeklere göre işlevsel kabul edilen somatik belirtilerini desteklediğini bildirdi (Hathaway, 1967). Cinsiyet ve somatizasyon arasında kafa karıştıran ilişkisi olsa da kadınların erkelerden daha fazla somatik belirtiler gösterdikleri bilinmektedir (Wool & Barsky, 1994).

#### **2.2.2.5. Hostilite (Düşmanlık)**

Kelime olarak düşmanlık anlamına gelen hostilite; kendisine engel olan bireye karşı kişinin gösterdiği saldırgan tutum ve davranışlar, o kişilerin acı

çekmesine karşı duyulan arzu ve öfke olarak ifade edilmektedir (Kayaş, 2017).

Bir başka tanıma göre; kişinin zarar vermek istediği diğer kişiye karşı hissettiği yoğun öfke ve saldırganlık isteği olarak tanımlanmaktadır (Akdoğan, 2012).

Kişinin duygu ve düşünceleri boyutunda yaşadığı bu saldırganlık isteği ve öfke duygusu her zaman doğrudan fiziksel bir saldırı değildir. Kişi hissettiği bu öfke ve saldırganlığı kontrol edebildiği sürece topluma uyumu da kolaylaşmaktadır (Soykan, 2003).

Hostiliteyi genel olarak ele aldığımızda, kişi saldırganlık ve öfke duygularını tam olarak ifade edemediğinden, olumsuz bir durum olarak ele alınmaktadır. Hostilite duyguları kişiyi oldukça zorlamakta, kişi de bu yoğun duygular dışa aktarımı sağlıklı yoldan yapamadığı sürece kişinin kendisine zarar vermektedir.

### **2.2.3. Utanç**

Duygular; başka kişilerin duygu ve düşüncelerine anlamlandırabilmek, etrafımızda olan biten durumları açıklayabilmek, yapılan davranışların doğru veya yanlışlıkları hakkında karar verebilmek gibi görevlere sahiptir. Greenberg (2002) daha önce yaşamış olan atalarımızın, bir tehdit veya tehlike anında kalmak için aktif olan bir takım beyin bölümlerinin korku ve öfke gibi duyguları ürettiğini belirtmiştir. Zamanla insanlarda artan bilişsel kapasite ile, hayranlık, beğenme, pişmanlık, aşk, nefret, utanma, suçluluk, merhamet gibi daha kompleks ve daha gelişmiş duygularında yaşanmaya başladığı ifade edilmektedir. Duygular; kişinin kendisini ve çevresinde oluşan durum ve olayları anlamlandırabilmesi ve pek çok farklı veriyi bir araya getirerek bir sonuç elde etmesine öncülük ettiği belirtilmektedir.

Halk arasında; “yer yarılrsa da içine girsem”, “yere batmak”, “yüzü yere gelmek”, “başı öne eğilmek”, “yüzü olmamak” gibi farklı deyimlerle utanmak kavramı belirtilmektedir. Eski Türkçede; “uvut/üt” kelimelerine denk gelmektedir, “kusurlu hale düşmekten ya da kendini öyle görmekten dolayı

ortaya çıkan eziklik hissi, utanma, hicap” olarak da açıklanmaktadır (Ayverdi 2005).

Utanç duygusu olumsuz herhangi bir davranış da, oluşan olumsuz etkiyi düzeltme amacıyla, bireyin isteksizlik göstermesine sebep olabilmektedir (Barrett 1995). Ayrıca utanma duygusu, kişinin içe kapanmasına neden olan davranışın telafisini yapmada bireyde güdülenme eksikliği yaratmaktadır (Hoffman, 2001). Tangney ve arkadaşları (1992; akt: Dost & Yağmurlu, 2006), utanç duygusuna yatkınlık ve öfke, şüphencilik, kızgınlık ve başkalarını yargılamak gibi tepkiler arasında olumlu bir ilişki olabileceği neticesine varmışlardır.

Utanç; kişilerin tutum ve davranışlarını etkileyen ayrıca her insanda farklı derecelerde yaşanabilecek bir duygudur. Utanç duygusunun temelleri kişide, daha erken dönemlerde oluşmaktadır. İnsanın motor becerilerini kazanmaya başlanmasıyla birlikte her şeye gücünün yetemediğini anlayan bebek, kendine oluşturduğu değer bir bölümünü ebeveyne bir bölümünü ise olmak istediği “ben”e yatırır. Olmak istenilen bu bene ulaşamadığında ise eksik, başarısız ve küçük düşmüş hissederiz. Hissedilen bu duygunun ise; “utanç” duygusu olduğu belirtilmektedir (Ersoy, 2014).

Lewis’e göre (1971); utanç kişinin benliği ile ilişkilidir. Başka bir ifadeyle; utanç duygusu bireyin kendine kendi benliğine yönelik değerlendirmeler barındırır ve değersiz, başarısız, kusurlu, yetersiz gibi örnek ifadeler verilebilir. Birisinden çalmak, başkasına yalan söylemek gibi utanç duygusunu yaşayan insanlar “Ben hatalıyım.” diye düşünür. Utanç; kişide benliğin cezalandırılması ile ilgili olduğundan kişilerarası ilişki ve iletişimler, yoğun duygusal tepkiler, bir başkasını suçlayıcı tavırda olma, kaçınma ve saklanmaktan dolayı olumsuz olarak etkilenebilmektedir. Bu utanç duygusunu yaşayan kişi; başka insanların kendi benliğini değerlendirmelerine odaklanmıştır. Yapılan çalışmalarda utanç duygusuna yatkın olma ile öfke, kızgınlık, yargılayıcı tavır ve şüpheli tepkiler arasında olumlu bir ilişki olduğu saptanmıştır.

Utanma, ahlaki bir değer olması sebebiyle patolojik, kişilerarası iletişimi bozan bir durum olmasıyla birlikte aynı süreçte, insanlar arası ilişkide bir

diğerine gösterdiğimiz değer ve insani dikkati de içermektedir. İnsanın davranışları bazen kendiliğinden ve şaşılacak bir hızla ortaya çıkar ve iletişimi güçleştirmeye sebep olacak bir utanma da böylece gerçekleşmiş olur. Bu denge oldukça hassastır ve insan bu noktada iletişim ve ilişkilerini olumlu, nezaketli bir yöne çekmek konusunda oldukça dikkatli olmaya gayret eder. Utanma aynı zamanda ahlaki bir sorumluluk duygusuna ait zihinsel ve fiziksel bir reflektir. Bu sebeple utanç çoğu zaman; “düşünce öncesi bir durum, söylesel bir hazırlığı bulunmayan” bir durumdur. Bu nedenle de kişinin bilinçli bir şekilde utanması neredeyse olanaksızdır. Bir diğer yandan da, toplum içinde kurulmuş olan bir ruh yetisidir. Bu sebeple utanç, bilinç ve benliğin ilkel olan bir bileşeni halindedir (Taburoğlu, 2017, s.83). bu sebepler ile, hepimizin hayatın içinde üzerinde durmadığımız ya da tam olarak ne olduklarını anlamadan hayatımızı sürdürdüğümüz fazlaca utanma halleri mevcuttur.

### **2.3.1 Kuramsal Yaklaşımlar**

#### **2.3.1.1 Bilişsel Kuram**

Bu kurama göre insanın düşünceleri duyguları da etkiler. Olumsuz düşüncelerde, olumsuz duygular olan; utanma, suçluluk, kaygı, stres ve üzüntüye sebep olmaktadır. Doğdumuzdan beri zihnimizde, yaşadığımız topluma göre kurallar, değer ve normlar hakkında şemalarımız oluşmuştur. Oluşan bu şemaları ihlal ettiğimiz durumlarda ise, bunun kabul edilemez olduğunu algılar ve utanç duygusu yaşarız (Cirhinlioğlu, 2011).

Bilişsel anlamda olayları anlama ve yorumlama şeklimiz, duygu ve davranışlarımıza şekil vermektedir. Kişinin zihninde sosyal hayatı düzenleyen kurallar vardır ve bunlar hem toplum hem de kişi tarafından içselleştirilmiştir. İçselleştirilen bu şemalara aykırı hareket etmek, bunları ihlal etmek kişinin benliği için kabul edilemez olarak yorumlanmakta ve birey kendisini kötü hissetmektedir (Budak,2005).

Arnold Buss (1979), kişilerin, başka insanların değerlendirme ve yorumlamaları ile kendinden haberdar olduklarını belirtmektedir. Edith Buss (1979) ise, utanç duygusunun yaşanabilmesinde bu farkındalık halinin kişide

beş yaş civarından itibaren, sosyal benlik kavramının gelişimi ile kazanıldığından bahsetmektedir.

Michael Lewis'de yine utanma duygusunu "bilişsel çerçeve"den inceleyenler arasındadır. M. Lewis (2007, 2008)'in, pek çok deneysel araştırma sayesinde keşfettiği, ikincil ve kendilik bilinci olan duygular; gurur, utanma, suçluluk ve mahcubiyet duygularıdır (akt. Dinçer 2013). Beck'in kognitif modeline göre; nasıl düşündüğümüz nasıl hissettiğimizden yola çıkarak oluşmaktadır. Bu durumda, olumsuz düşünceler, utanma, kaygı, üzüntü ve suçluluk gibi duyguların hissedilmesine sebep olmaktadır. Ayrıca bu nedenle kişinin olumsuz ve stresli hayat olayları ile başa çıkabilmesi de güçleşmektedir (akt. Ağır 2007).

### **2.3.1.2 Psikodinamik Kuram**

Freud'a göre süperegö yani üstbenlik, kişinin çocukluk yıllarında oluşmakta ve benliğin bir diğer parçası olmaya başlayarak; anne, baba ve toplumsal yargıları da içeren bir yapı olarak gelişmektedir. Saldırganlık ve cinsellik dürtülerini reddederek, anne-baba ile sağlıklı bir özdeşim kurmak aynı zamanda sağlıklı bir süperegö gelişimi demektir. Dolayısıyla bu durum sağlıklı suçluluk duygularını da meydana getirmektedir.

Çocuklar bir yaşında kötü ile iyi kavramlarını, doğru ile yanlış kavramlarını kendi dürtüsel doyumlarına göre algılamaktadırlar. Çocuğa göre, acı verenler ve rahatsız edenler kötü olarak nitelendirilirken; hoşya giden, onu doyuran ve rahatlatan şeyler ise iyi olarak adlandırılır. Çocuk iki yaşlarından itibaren, dış çevreden gelen ancak henüz kabullenmediği yanlış-doğru, iyi-kötü gibi olguları artık ayırt etmeye başlar. Bu süreçte çocuk zamanla, diğer insanlar ve anne-babasının onayladığı ya da cezalandırdığı şeylerin neler olduğunu öğrenmeye başlar. Çocuk üç-dört yaşlarında yaşadığı hadım edilme korkusunu ve oedipus kompleksini halletmek için kendi hemcinsi olan ebeveyni ile yaptığı birleşme neticesinde üstbenlik yani süperegö oluşur. Çocuğun sonraki yıllarda, sosyal ilişkileri ile üstbenlik gelişimini tamamlar. Süperegö yani üstbenlik, içteki cinsellik ve saldırganlık dürtülerinin başkaları için tehlike oluşturup oluşturmadığını ölçer ve denetler. Aynı zamanda bunlar toplumsal ve ailevi değer yargılarının da temsilcileridir (akt. Öz 2004). Freud,

benliğin bu özdeşim ve birleşmeler sonucunda, elde etmiş olduğu libidonun sekonder bir narsisizm kaynağı olabileceğini söyler. Ayrıca Freud, ilk yapılan bu birleşmelerin kişide kalıvcı etkilerinin olabileceğini, bunun ise bizi benlik yani ego ideali kavramına götüreceğini öne sürmektedir (ChasseguetSmirgel 2005). Kişide benlik ideallerini oluşturan etken ise; çocuksu narsisizmin, ebeveynlerden birine aktarılmasıdır. Aktarılan ebeveyn ile gerçekleşen birleşmeler benlik idealini oluşturmaktadır. Gerçekleşen bu doyumdan insan vazgeçmek istemez. Bu doyum ise insan için; çocukluğunun mükemmeliyetçiliğinin bir sonucudur. Kendinden erken alınan bu mükemmeliğe, yeni bir ideal benlik ile tekrar kavuşmaya çalışır. Freud; bu ayrılık durumu, libidonun dışarıdan kişiye dayatılmış benlik idealine doğru ilerlemesi –dir ve doyum ise bu noktaya ulaşma sonucudur, der (akt. Chasseguet-Smirgel 2005).

Freud, utanma duygusunu narsisizm ve benliğin ideali kavramlarını çerçevesinde ele almıştır. Tangney ve Dearing (2002) kimi zaman utanma duygusunun, suçluluğu ortaya çıkarttığını ve suçluluğundan peşi sıra utanma duygusunu ortaya çıkarttığını ileri sürmüşlerdir (Cirhinlioğlu ve Güvenç, 2011). Bu durumda, sağlıklı gelişim gösteren süperegoyla egonun ideali paraleldir ve yapılan davranış süperegoya aykırı ise dolayısıyla egoya da aykırı ve yanlış olacağından, kişi de suçluluk ve utanç duyguları gözlenir.

Milrod (1990)'a göre; benlik idealinden yani ego idealinden dolayı ortaya çıkan utanma; toplumun ortak değerleri altında bireyin kendi tercihinin sonucu olduğundan, kişiye özgü durumlar barındırır. Toplum ve çevre ile ilgilenen unsur daha çok süperegoyla iken; utanç kişiye özgül olguları kapsamaktadır.

Ergenlik döneminde ise; ikinci ödipal dönemden bahsedilir. Oedipus kompleksi bakış açısına göre; bir yandan karşı cins ebeveyn ortadan kalksın isterken, onu rakip olarak görürken; bir diğer yandan hemcinsi ebeveyn ile bütünleşmek ister ve ona sevgi duyar. Sağlıklı süperegoda, ödipal dönemde anne ve babayı sevmeye ya da nefret etmek gibi istekler reddedilerek, onlar ile birleşim kurma yolunda ilerlenir. Bilinçdışı ise olan veya henüz olmamış istek ve arzularımızı birbirinden ayırt edemez. Bu sebeple, ergenlik



döneminde ödipal dönemdeki arzularını ortaya çıkaracak herhangi bir olay yaşar ise, bilinçdışı bunu suçluluk olarak ortaya çıkarabilmektedir (Brenner 1998). İdeal benlikte ortaya çıkan nesne tasarımları ve kendilik tasarımlarına göre bireyin kendini ele alıp değerlendirmesi utanma duygusunu oluşturmaktadır (Odağ, 2004).

Kramer (1958)'e göre, benlik ideali ile benlik arasında ortaya çıkan gerilim, utanca, değersizlik duygusuna ve kişinin kendine saygısında azalmaya neden olmaktadır. Benlik ideali ve benlik arasında ki doyum ne kadar artarsa, o kadar gurur duygusu ortaya çıkar. Utanç duygusu, başarısızlıkla aynı kulvardadır (Chasseguet-Smirgel, 2005).

Piers ve Singer (1953)'a göre; utanç duygusunun temelinde yatan şey; benlik idealinin hedeflediği bir amaca ulaşamamak vardır. Kişinin bilinçdışında ortaya çıkan utanç duygusu, anne ve babanın istediklerini yapamadıktan sonra ortaya çıkan terk edilme korkusuna dayanmaktadır (Tangney ve Dearing, 2002).

Erikson, utanç duygusunu anal dönem ile birleştirmiştir. Utanç duygusunun, benlik denetimine ve bağımsızlığa karşıt olarak ortaya çıkan bir duygu olduğunu savunmuştur. Erikson'a göre, gelişim dönemlerinin ikinci ve üçüncü evrelerinde, suçluluk ve utanma duygusu ortaya çıkmaktadır. Dolayısıyla bu dönemi Erikson, bağımsızlığa karşı utanç dönemi olarak isimlendirmiştir. Bu gelişim evresindeki çocuklar, her türlü fiziksel hareketlerini bağımsız olarak kendileri yapmak isterler (Erikson, 1984).

Özbay (2003), bu gelişim evresindeki çocuk engellenir ve bu dönemi başarılı, sağlıklı bir şekilde atlatamazsa, kendime yeterim duygusu ve özgüven duyguları gerektiği kadar gelişmediğini savunur. Bu nedenler ile, bu dönemdeki çocuklara kendisi hakkındaki algısını olumsuz etkilemeyecek formda, hareket kontrol imkanı sağlandığında, çocukta gurur duygusu ve yapmayı istediği şeyler ile ilgili süreklilik duygusu gelişir. Ama bunun tam tersi bir durumda, bağımsızlığının engellendiği, sürekli müdahale edildiği durumlarda çocuk, kendisinden ve becerebilme kapasitesinden şüphe duyar, utanma duygusu ortaya çıkar (Erikson, 1984).

Bir başka söyleyişle; utanma duygusu, anal dönemdeki çocuğun egonun üstesinden gelme, tuvalet eğitimi gibi döneme ait bir takım görevlere karşı bir tepki olarak oluşmaktadır (Broucek, 1991).

Gander ve Gardiner (1998)' e göre; yaş olarak üç-altı yaş arasına denk gelen bu dönemde, çocuklar için temel özellik olan "girişimciliğe karşı suçluluk" duygusunu yaşarken bir diğer yandan da ilgisi çoğunlukla çevreye yönelmiştir. Bu dönemdeki çocuğun dikkatini, ebeveynleri, çevresindeki diğer insanlar, etrafta neler yaşandığı çeker ve çocuk bunları anlamlandırmak için sıklıkla sorular sorar. Bu dönemde model alma ve taklit duyguları da oldukça gelişmiştir. Dereboy (1993)'a göre; çocukların zihninde yeni oluşan bu modelleri hayata geçirmek istemeleri hedef davranışa yönelik girişimlerde bulduklarını işaret eder. Ebeveynler çocuklarının bu tarz girişimlerine destek vermelidir. Çocuklar her zaman yapacakları eylemler konusunda cesaretlendirilmeli ve kaba motor becerileri için imkan sağlanmalıdır. Erikson'a göre, bir ebeveyn çocuğunun soru sormasına izin veriyor ve hareketlerini sınırlandırmıyorsa bu çocuğun girişimcilik becerisinde artış olacaktır. Ama tam tersi sınırlandırmalar, sınırlar ve çocuğun araştırmaları ebeveynleri tarafından sınırlandırılırsa, bu çocuk yaptığı davranışların yanlış olduğunu düşünecek ve utanma, suçluluk duyguları artacaktır (Gander ve Gardier, 1998).

### **2.3.1.3 Bağlanma Kuramı**

Bowlby (1969,1980)'nin geliştirdiği bağlanma kuramına göre; bakım verenin çocuğa yansıttığı tepkilere ve aralarında ki iletişim ve ilişkiye kadar uzanmaktadır. Kurama göre ebeveyn ya da bakıcı ile bebek arasında kurulacak ilişki modeline göre yetişkinlikte de birey aynı tarzda ilişki modellerini uygulayacaktır. Bowlby (1980), bakım veren kişinin davranışlarının çocuğun zihnine örnekler olarak oluşmaktadır. Bunlara içsel modeller adı verilmektedir. Bu modellerin bakım veren bebek arasında ki ilişkiden kaynaklı olarak doğrudan oluştuğu ve bebeğin benlik algısının temelini oluşturup, bir ömür sürdüğünü savunmaktadır. Bu modeller sadece bebeğin değil, bebeğin başkaları hakkında ki algısının da zeminini oluşturmaktadır. Bu noktadan hareketle, utanma veya suçluluk duygularının, bebeğe bakım veren aktarımı ile ilk yıllarda şekillendiğini ortaya koymuştur.

### 2.3.2 Utanma ve Alkol Kullanımı Arasındaki İlişki

Alkol kullanan kişilere yönelik; iradesi çok zayıf, düzenbaz, tehlikeli, kötü gibi kişiliğe yönelik pek çok damga mevcuttur. Yapılan bir araştırmaya göre; toplumda ki alkol bağımlılarının, mental hastalık olarak değerlendirilmesinin, herhangi bir madde kullanımı ile alakası olmayan diğer pek çok ruhsal hastalıklara oranla, daha az olduğu ve daha fazla sorumlu tutulduğu yani suçlandığı gözlenmiştir. Yine benzer şekilde, bu kişilerin sosyal açıdan daha az kabul gördükleri, negatif tutum ve düşüncelerin bu kişilere karşı daha fazla olduğu, şizofreni hastaları ile eşdeğer de tehlikeli olarak algılandığı gözlenmiştir (Timurturkan, 2017). Başka bir çalışmaya göre, toplumun alkol bağımlılığını kişinin kendi kendine oluşturduğu bir hastalık olarak gördüğü ve alkol kullanan kişilerin bakımları için sağlanacak maddi kaynakların diğer hastalıklara göre daha az öncelik verildiği bulunmuştur (Schomerus, 2010). Ayrıca, toplumun alkol bağımlısı kişilere bakışının pek değişmediği söylenebilmektedir. Yine bu noktada yapılan bir çalışmaya göre; toplumun 1990 ve 2011 yılları arasındaki alkol bağımlılarına karşı tutum ve davranışları karşılaştırılmış fakat olumsuz kalıp yargıların değişmediği gözlenmiştir (Schomerus, 2011).

Alkol kullanan bireyler, sosyal damgalamayı içselleştirme ile ilgili olarak suçluluk ve utanma gibi olumsuz duygular yaşamaktalar (Çam, 2017). Yapılan bir çalışmaya göre; alkol bağımlılığı tanısı almış ve hastaneye yatışı yapılmış, en az altı aydır da remisyonda olan kişilerin, herhangi bir psikiyatrik tanısı olup tedavi görmemiş kontrol grubuna kıyasla daha fazla oranda suçluluk ve utanma duygusu yaşadıklarını bildirmişlerdir (Kalyoncu, 2002). Başka nitel bir çalışmaya göre, alkol bağımlılığı tedavisi görerek iyileşen altı birey, başlarda alkolik olduklarını söylemeye çok çekindiklerini ve bunu kimse ile paylaşmadıklarını dile getirdiler (Hill, 2014). Utanma ve suçluluk duygularını fazlaca yaşayan bu kişilerde, tedaviyi reddetme, tedaviye gelmeme ve kendilerini evlerine ya da alkol aldıkları yerlere kapattıkları görülmektedir. Ayrıca bu kişilerde yaşadıkları bu negatif duygular nedeni ile benlik saygısında düşme, akademik, mesleki ve sosyal yaşamlarında da olumsuz olarak etkilenmekte ve bu durumlar ile baş etmek için yeniden alkol kullanmaktadır (Çam, 2017). Alkol kullanan kişilerin depresyona girme

ihtimalleri oldukça yüksektir. Kişilerde oldukça sık görülen depresyon belirtilerinin, damgalanmış olmak ile ilişki olduğu gözlenmiştir. Kişi damgalanmayı içselleştirdikçe, içmeyi reddetme becerisinde ki öz yeterlilik ve öz denetim mekanizmalarında da azalmalar ortaya çıkmıştır (Kuria, Yıldırım, 2012). Toplumun bu damgalamalarını içselleştiren bu bireyler, suçluluk, utanma, yetersizlik ve değersizlik duygularını sıkça hissetmekte, yine bu olumsuz duygular ile baş etmek için alkole başvurmaktadır. Bu durum kişinin diğer bireyler ile yetersiz ve yüzeysel ilişki kurmasına neden olup, iletişimin olumluya evrilmesine engel olmaktadır (Çam, 2017).

## 2.4 Öfke

TDK tanımına göre öfke; bireyin 'engellendiği, incindiği veya gözdağı verildiği sırada sergilediği saldırganlık tepkisi' olarak tanımlanır (Aylak, 2017). Psikoloji sözlüklerinde ise öfke şu şekilde tanımlanmaktadır; 'engellendiği, saldırıya uğradığı, kısıtlandığı vb. gibi durumlarda hissettiği ve çoğunlukla sebep olan şeye ya da bireye yönelik değişik biçimlerde saldırgan eylemlerle neticelenebilen negatif bir duygu' (Kutlu, 2016).

İnsanlar yaşam boyunca pek çok sorun ile karşı karşıya kalır ve herkes yaşına, kültürel yapısına ve ortamına göre farklılıklar gösterir. Bireyler yaşadıkları bu sorun ya da zorlayıcı yaşam olaylarına karşı duygusal veya davranışsal tepkiler verir, verilen tepkilerden birisi de öfkedir (Kanoğlu, 2008).

Aslında yaşanması, gösterilmesi pek de istenmeyen bir duygudur fakat kişinin kendini koruyabilmesi ya da önündeki engelleri aşabilmesi için, kendini motive etme bakımından önemli ve gerekli duygulardan birisidir. Öfke fazla yaşanmayıp, doğru bir şekilde de ifade edildiği zamanlarda, bireyde ki stresi ve kaygıyı azaltır ve sorunları doğru yorumlayarak çözüme yönelik adımlar atmasına katkı sağlamaktadır (Sütcü, 2006).

Öfke duygusu, bir haksızlık veya hata karşısında hissedilen hoşnutsuzluk olarak ve düşmanlık uyandırabilen bir duygu olarak tanımlanmaktadır. Öfke duygusunun deneyimi ise, öfkeyi fark etmediği ve rahatça ifade edilmediği zamana kadar geçmeyen bir intikam isteğine neden olmaktadır. Kişide

bilinçli olarak bu intikam isteğinden vazgeçmeyene ya da affetmeye değin öfke içinde tam anlamıyla halledilememektedir (Fitzgibbons, 1986).

#### 2.4.1 Öfkenin Özellikleri

- Öfke, içsel yaşanan bir duygu durumu olarak ifade edilebilir. Kişi, engellendiğinde, saldırıya uğradığında, olumsuz yargılandığında kendiliğinden kişide ortaya çıkan bir duygudur.
- Öfkeyi herkes yaşabilir, evrenseldir.
- Öfke sırasında kişinin verdiği tüm tepkiler, öğrenilmiştir. Kişi bu tepkileri, ailesinden ya da sosyal çevresinden öğrenmektedir. Öğrenme ile ilgili olduğu içinde bu tepkiler kişilerarası farklılık göstermektedir.
- Kişiler, öfkelerini sağlıklı yollardan ifade etmeyi öğrenebilir (Genç, 2007).

Deffenbacher (1992)'a göre öfkenin özellikleri ise şöyledir;

- Öfke tasarlanmış değil, içsel spontan gelişen bir duygudur.
- Öfke evrensel duygulardan biridir, herkes bu duyguyu yaşayabilir.
- Öfke duygusu kişinin ruhsal bakımdan uyarılmasına yaramasına rağmen, kişi öfkelendiği zaman daha çok incinebilmektedir.
- Kişiler öfke anlarında öğrendikleri davranışları sergilerler. Kişiler sağlıksız olan tepki veya davranışlarını daha sağlıklıları ile değiştirebilirler.
- Öfke, kişinin haksızlığa uğradığı veya eleştirildiği anlarda anlık olarak ortaya çıkan bir duygudur. Öfke bastırılıp gizlendiğinde ya da anlık olarak karşı tarafa iletildiğinde sağlıklı olmayan bir durumdur. Dolayısıyla kişinin öfkesine neden olan olay ya da durumları fark etmesi ve öfkesini tanıması önemli ve gereklidir (Togan, 2005).

#### 2.4.2 Öfkenin Nedenleri

Öfke tek bir nedene bağlı olarak ortaya çıkmaz (Akgül, 2000). Engellenmişlik duygusunun öfkeyi en çok ortaya çıkaran sebep olduğu bilinmektedir (Canbuldu, 2006). Öfkeye neden olan durumlar hakkında yapılan bir çalışmaya göre; kişiler en çok engellenen planlarına

öfkelenmektedir (%52). Kişiler ayrıca aşağılandıklarında ve sosyal çevreden saygınlıklarını yitirdiklerinde (%20.9) ve aile içi yaşanan sorunlar nedeni (%12.7) ile öfkelenmektedir (Öztürk, 2012).

Çocukken, alınan eğitim, anne baba tutumları, yetiştirilme tarzları, çocuğun arzularının sıklıkla yasaklanması çocukta öfkenin temelini oluşturabilir. Örneğin; çocuğunun tablet kullanmasına izin vermeyen bir anne çocuğunu öfkeli edebilir.

Ergenlik dönemindeyse; birey iki farklı durumun arasında kalır. Bir yandan kişi bireyleşmek, özgür yaşamak ve davranmak isterken, ailesinden uzaklaşmak isterken bir diğer yandan güvenlik ihtiyacı sebebi ile ailesine ihtiyaç duymaktadır. Bireyin yaşadığı bu ikilemde öfkeye neden olmaktadır (Soyaldın,2007). Yine ergen bireyler bedensel, sosyal olarak sınırlandırıldığında da öfke ortaya çıkabilmektedir (Acar, 2015).

Yetişkinlik sürecindeyse; sorumlulukların ortaya çıkarttığı sorunlar, başkalarıyla rekabet halinde olma, engellenmeler kişinin öfkelenmesine neden olmaktadır (Soyaldın, 2007).

Averill'e göre; öfke kışkırtılma nedeniyle ortaya çıkmaktadır (Genç, 2007). Bu kışkırtma genellikle, kişiyi uyaran ve bir hareketi yapmaya doğru yönelten durumları kapsamaktadır. Beck'e göre; bireye verilen gözdağı, tehditler ve yapılan kışkırtmalar öfkeye neden olmaktadır (Canbuldu, 2006).

Kassinove ve Tafrate (2006)'e göre; kişi yaptığı şeyler sonucunda ortaya çıkan olumsuz durumu fark etmez ve kendi sorunu olarak algılamaz. Kişi etrafındaki kişilere durumlara öfkeleniyorsa bu aslında öfkesinin nedeninin o kişi veya o durum olduğunu gösterir bize. Bu nedenle de, kişinin değil de onu öfkeli ediren kişi ya da durumların değişmesi gerekmektedir. Eğer bunlar değişirse kişi öfke ile ilgili bir sorun yaşamaz. Kişiler bu şekilde düşündükleri için öfkelerini doğru bir biçimde ifade edemezler (Aksu, 2015).

Robins ve Novaco (1999)'ya göre; öfkelenen kişiler iyi gözlemci değildirler dolayısıyla etrafındaki kişilerin yaptıkları her şeyi şahsi olarak yorumlar ve öfkelenirler (Kuruoğlu, 2009). Kaplan ve Goodrich (1957)'e göre; bir stres

sonrasında öfke meydana gelir. Özellikle kişi istek ve arzularına kavuşamıyorsa kendisine karşı bir öfke ortaya çıkar (Soyaldın, 2007). Gazda'ya (1995) göre; öfkeye neden olan durumlar dört başlıkta toplanabilir, bunlar; “kayıplar, tehditler-korkular, engellenme ve reddedilmedir.” (Aksu, 2015).

1. Kayıplar; Kişi sevdiği bir nesneyi veya kişiyi kaybettiğinde, fiziksel hastalıklar nedeniyle kaybedilen uzuvlar, işten ayrılma gibi durumlar yaşadığında üzüntü, acı hisseder. Yaşanan bu kayıplar ayrıca kişide öfkeye de neden olmaktadır (Öztürk, 2012).

2. Tehditler-Korkular; Kişinin saldırıya uğraması, darp edilmesi, yasal olmayan olay ve durumlarla karşı karşıya kalmak kişide kaygı ve korku oluşturur. Bu duyguların sonucunda ise kişide öfke sıklıkla ortaya çıkmaktadır (Gümüş, 2015).

3. Engellenme; Kişinin ihtiyaçları karşılanmazsa kişi de yetersizlik ve değersizlik duyguları oluşur. Bunlar neticesinde ise öfke ortaya çıkabilmektedir (Aksu, 2015).

4. Reddedilme; Kişi biri tarafından reddedildiğinde bu duruma alınır ve kendisini değersiz hisseder çünkü hayal kırıklığı yaşamıştır. Bu duygular sonrasında öfke meydana gelmektedir (Öztürk, 2012). Ellis'e göre; bireyin geri çevrilmesi sonucunda yaşadığı hayal kırıklığına neden olan olayın mantıksal bir açıklaması olursa eğer, bireyler bu geri çevrilme durumuna öfkeyle yanıt vermezler (Gümüş, 2015).

Terakye (1998)'a göre; bireyin sağlık sıkıntıları yaşamaması ya da hastaneye yatışının yapılması durumunda kişiler öfkelenebilir. Bireyin, sağlık sorununa duyduğu öfkenin dışında hastalığın meydana getirdiği neticelere öfke duyduğu söylenmektedir. Hastalık boyunca hissedilen kontrol eksikliği ve hastalık sonrası ortaya çıkan değişimlerle baş edememek ve uyum sağlayamamak karşısında kişi öfkelenmektedir (Aksu, 2015).

Öfkenin altta yatan temelinde; kişisel anlamda ki mükemmeliyetçilik ve bireyin kendisini başkalarına, çevresine ispatlama arzusu ve kişiliğinin zarar görmemesi vardır (Akgül, 2000). Bu görüşe göre; bireyin kendisini

denetlemesi ve sürekli mükemmeli hedeflemesinin ardından öfkenin ortaya çıktığı bulunmuştur (Canbuldu, 2006).

Bazen bazı dışsal uyarıcılar da kişi de öfkeye neden olmaktadır. Bu uyarıcılar; ses, ışık veya beklenmedik durumlardır. Bu gibi uyarılara kişilerin tepkisi birbirinden farklıdır. Hatta aynı bireyin aynı uyarana verdiği tepki de değişkenlik gösterebilmektedir.

### **2.4.3 Öfkenin Türleri**

Öfkenin türleri, yaşanma sıklığı açısından ikiye ayrılmaktadır. Bunlar, anlık yani durumluk ve sürekli yani genel öfkedir (Yağcı, 2017).

#### **2.4.3.1 Anlık (Durumluk) Öfke**

Aniden ortaya çıkan, genelde de haklı bir sebebi olan öfkedir. Kişi öfkelenildiği anda parasempatik sinir sistemimiz hemen müdahale eder ve 'rahatla, gevşe ve sakinleş' cevaplarını gönderir (Beyazaslan, 2012). Spielberger (1890)'a göre anlık öfke; kişinin hedeflerinin engellenmiş olması ve hakkının yendiğini düşünmesi anında, gerginlik veya asabılık yaşarken ne seviyede olacağını söyleyen bir aracı olarak ifade etmiştir (Uslu, 2015).

#### **2.4.3.2 Sürekli (Genel) Öfke**

Bu türde ise, kişi öfkeyi yaşamaya meyillidir. Kişi başkasına saldırmak öfkelenmek için yeterli düzeyde güce sahiptir. Öfke fazla olduğu için bunu kontrolde tutmakta zorluk yaşanır, öfke hızlıca ortaya çıkabilir. Bu anda ki öfke karşı tarafa zarar vermek amacı taşıdığı içinde, nefret, intikam almak, zarar vermek, agresiflik, pişmanlık ya da korku, stres gibi pek çok duyguyu ortaya çıkartmaktadır (Tuna, 2012: 33).

### **2.4.4 Öfke Kuramları**

#### **2.4.4.1 Psikanalitik Kuram**

Kuramda akla ilk gelen isim Sigmund Freud'dur. Freud'a göre insan iki temel içgüdü ile dünyaya gelir. Bunlar; ölüm ve yaşam içgüdüsüdür. Öfke ve saldırganlık ölüm içgüdüsünden gelmektedir (Diril, 2011).

Bu kurama göre; kişi bilinçdışında saklı olan öfkeyi fark ederse, onu çözebileceklerini söyler. Öfkenin fark edilip halledilmesi çözümlenmesi



sağlıklı iken, bastırılıp içerde çözülmeden kalması sağlıksızdır (Togan, 2005). Öfke ve saldırganlık duyguları kişide ki ölüm içgüdüsü ile ilişkili olduğu için, bunlar doğuştan getirdiğimiz duygulardır ve her yaşta her zaman ortaya çıkabilmektedir. Kişilerin oral döneme saplanıp kalmasının veya o döneme doğru regrese olmasının altında yatan temel neden öfke ve saldırganlık duyguları ile iç içedir. Yine kişinin oral dönemde tükürmesi, ısırması, ağlamaları saldırganlığın ilk işaretleri olarak kabul edilebilmektedir. Öfke için önemli olan duygulardan bir diğer dönem de anal dönemdir. Burada ki öfke ve saldırganlık duyguları için iki önemli durumdan bahsedilebilir. Bunlardan ilki; çocuğun kakasını tutmaması bir saldırganlık öfke eylemi olarak kabul edilir. Yani, kaka ve öfke aynı anlamdadır. Kaka, çocuğun öfke duygularını ifade etmesine bir araçtır. İkinci ise; çocuğun anüs kaslarını kontrol etmesi ile kazandığı güç duygusudur. Bu kontrolde ebeveynin koyduğu kurallar ise tehdit olarak algılanmaktadır. Çünkü, tuvalet eğitimi ile kakasını her istediği zaman her istediği yere yapmamayı öğrenecektir (Gümüş, 2015). Bu dönemde yani tuvalet eğitimi döneminde annenin tutumu çok ciddi bir öneme sahiptir. Çocuğun kakayı ertelemesinde katı ve cezalandırıcı tavırlar, çocuğun öfkelenmesine neden olur ve eğer çocuk öfkesini yansıtmak isterse, kakayı tutmama eylemi gerçekleştirebilir. Bu tarz direnmelerle kakayı ebeveynine karşı bir cezalandırma yöntemi olarak uygulayan kişi, ileriki yaşamında öfkelenildiğinde öfkesini doğru bir tarzda ifade edememektir. Bu bireyler, ya öfkelerini içlerinde tutarlar veya saldırgan bir tavırla ifade etmektedirler (Yıldız, 2008).

#### **2.4.4.2 Bilişsel Kuram**

Bu kuram en çok duygular ve düşünceler arası bağa bakmakta ve ilgilenmektedir. Düşünceler yalnızca öfke ve saldırganlığı değil, başka bütün duygulara da etki edebilmektedir. Kişi kendisine haksızlık yapıldığını fark ederse öfke duygusunu, başına kötü şeyler geleceğini düşünürse kaygı duygusunu, kendince önemli olan bir şeyi kaybederse üzüntü duygusunu hissetmektedir (Genç, 2007). Bu kuramın öncülerinden olan Beck'e göre; öfke duygusunun ortaya çıkmasına neden olan şey, uyarıcı değil; bireyin o uyarını algılayış şeklidir ve bu algılayışa göre verdiği cevaptır (Kuruoğlu, 2009). Beck'e göre öfkeye olan durumlar iki şekilde ele alınmaktadır. Kişinin

güvenliğini tehdit edecek şeylerin başına gelmesi. Bunlar doğrudan uyarıcı olarak isimlendirilir. Örneğin; kişinin dövülmesi veya arkadaşları tarafından dalga geçilmesidir. Bir de öfkeye neden olan dolaylı etmenler vardır. Kişi başına gelen olayları yanlış algılayıp yorumlar ve kendine tehdit olarak algıladığında öfke ortaya çıkmaktadır. Örneğin; kişi bir sunum yaparken salonda bulunanların kendi aralarında konuşmaları ve kişinin sanki kendisi ile dalga geçilmiş gibi yorumlaması veya kişinin eşine gelen mesajları, çağrılarını sanki kendini aldatıyormuş gibi yorumlaması (Öztürk, 2012: 24)

#### **2.4.4.3 Davranışçı Kuram**

Kuramın öncülerinden Skinner; kişinin yaptığı eylemlerde çevrenin etkili olduğunu savunmaktadır. Kurama göre; kişi geçmişte yaşadığı bir olay ve olaya verdiği tepki eylemlerini ileride de benzer durumlarda da vermektedir (Tolunay, 2015). Öfke; engellenme ve saldırganlık olguları ile ilişkilidir. Bu kurama göre; saldırgan davranışlar kişi en çok engellendiğinde ortaya çıkmaktadır (Koçak, 2008). Yine kurama göre; öfke veya saldırganlık anında gösterilen tepkiler; başka eylemlerimiz gibi öğrenilmiştir. Kişi bu eylemleri en çok etrafında ki kişilere bakarak öğrenir (Akdeniz, 2007: 37).

#### **2.4.4.4 Bilişsel Davranışçı Kuram**

Bu kurama göre; duygu, düşünce ve davranışlar birbirleri ile ilişkilidir. Düşüncelerimiz, bir durum ve duruma karşı göstermiş olduğumuz tepkiler ile bağlantılıdır. Bir uyarı öncelikle bilişsel bir süreçten geçer ve sonra tepki ortaya çıkar. Bu sıklıkla ortaya çıkan bir döngüdür (Diril, 2011). Kurama göre; öfkenin ortaya çıkışında 3 neden vardır (Diril, 2011). Bunlar;

1. Kişi kendisi için önemli olan bir hedefe karşı giderken alıkonursa ortaya öfke çıkar.

2. Kişiye saygı gösterilmez, kaba bir şekilde davranılırsa öfke ortaya çıkar.

3. Kişinin benliği bir tehdit veya tehlike de ise öfke ortaya çıkar.

#### **2.4.4.5 Sosyal Öğrenme Kuramı**

Kuramın öncü isimlerinden Bandura; eylemler ve çevre arasındaki ilişkiye dikkat çekmektedir. Kişinin eylemlerini sadece genetik çerçevesinde açıklamadığını savunmaktadır (Cömert, 2004). Çocuklar eylemlerini,

sosyal çevrelerinde ki kişileri gözlemleyerek veya taklit ederek öğrenmektedir (Çalikoğlu, 2010). Çocuğun bu gözlemlediği ya da taklit ederek sergilediği davranışlar için ödül verilirse, çocuk bu davranışı yapmaya devam etmektedir. Eğer bu eylem için ceza verilir ise o zamanda çocuk bu davranışı yapmamayı tercih etmektedir (Danışık, 2005). Kişi çocukluğundan itibaren en çok ebeveynlerini izler, onları taklit eder ve etrafındaki kişiler tarafından onay alırsa devamlı bu davranışlarını tekrar eder (Arslan, 2013). Kişi eylemleri gözledikçe; nerede ne zaman ve ne şekilde bu davranışları ortaya çıkaracağını öğrenmiş olur (Danışık, 2005). Bu kurama göre; kişi öğrendiği davranışı sürekli olarak yapmak zorunda değildir. Sürekli ödül verilmesinin şart olmadığını, kişinin bu eylemi öğrenmesi için bir başkası tarafından yapılması gerektiği söylenmektedir (Uslu, 2004). Kurama göre; saldırganlık ve öfke de tıpkı diğer pek çok davranış gibi öğrenilmiştir. Kişi eğer öfkesini doğru yolla ifade edemezse ortaya saldırganlık çıkmaktadır (Ayna, 2013). Kişi, kendisine zarar verildiğinde, bu zarar veren kişiyi gördüğünde veya o kişi aklına geldiğinde öfke duyabilmektedir. Çünkü; kişi o bireyle olumsuz bir durum tecrübe etmiştir (Cömert, 2004).

#### **2.4.4.6 Varoluşçu Kuram**

Bu kurama göre; kişi kendisinin, ne yapıp yapmadığının ve kendisine ne yapılıp ne yapılmadığının farkındadır. Yani kişi, kendi ve etrafındaki bireyler ile ilgili durumlarda fikir beyan eder, kişisel sorumluluğunu alır ve kabullenir (Kuşku, 2015). Fritz Perls'e göre; kişinin diğer insanlara aktardığı öfke veya negatif duygular da dahil tüm duygularını kabullenmesi gerektiğini savunmaktadır. Birey, diğerlerine karşı öfke ve eleştirel düşüncelerinin sorumluluğunu almadığı için bu duygularını karşıda ki diğer kişilere aktarmaktadır (Özdemir, 2009). Bu kurama göre öfke; kişinin ölüm ve hayatını anlamlandıramadığı zaman ortaya çıkar. Öfke her insan vardır ve kişiye özel bir durumdur. Kişinin öfkeyi hissetmesine sebep olan şey; hayata karşı kendini yetersiz ve çaresiz hissetmesidir (Canbuldu, 2006). Örneğin; bir kaza da eşini kaybetmesi kişide öfkeye neden olur. Kişide oluşan öfke; kaza da hayatını kaybeden eşi konusunda çaresiz olması ve elinden bir şey gelmemiş olmasıdır (Gümüş, 2015).

#### 2.4.4.7 Gestalt Kuramı

Bu kuramda amaç; kişinin içsel çatışmalarının son bulması, işlerinin tamamlanması, performans endişesinin olmaması, sorumluluk alması, kararsızlıklarının ortadan kalkmasıdır (Tolunay, 2015). Bu kurama göre; duygular anlatılmaktan çok deneyimlenmelidir. Kişinin yaşadığı sorun aktif olarak devam etmese de eğer bu sorun tam olarak çözüme ulaşmadıysa; öfke, endişe, suçluluk ve garez gibi duyguları da yarım kalmıştır. Kişi bu duygularını fark etmediği ve ayırımında olmadığı için, diğer kişiler ile etkin ve aktif bir şekilde ilişki kurmasına engel olmaktadır. Tamamlanmamış işler, kişinin ifade edemediği duyguları ile karşı karşıya kaldığında, bu duyguların üstesinden gelinene kadar var olmaya devam ederler (Özdemir, 2009).

Bu kurama göre öfke; kişinin diğer insanlar ile iletişiminden doğan ve biyopsikososyal açıdan bakılması gereken bir duygudur. Kişinin hayatı, bu kuramam göre; diğer insanlar ile iletişiminin bir neticesidir. Kişiler, istek ve ihtiyaçlarını çevresiyle bu iletişim yardımıyla tamamlarlar. Yine benzer şekilde ,öfkede bu iletişim sonucu ortaya çıkar (Genç, 2007). Kurama göre öfkenin nedeni veya neye karşı yöneldiği arasındaki etkileşim çok önemlidir. Kişinin öfkesinin nedeni; çevresel şartlar ile ilgilidir. Öfkesinin yönelimi ise; kişi veya nesne ile ilgilidir. Kişiler, öfkenin nedeni değilse de, yönelimi haline gelebilmektedir (Kıralp, 2013). Perls'e göre; bitirilmemiş işlerin ağırlığından ve olumsuzluğundan kurtulabilmek için kişi öfkesini dışa atmalıdır. Bir başka deyişle, öfkelenince bu duyguyu bastırmak yerine; doğru bir şekilde baş etmeyi becerebilmemiz gerekir (Kıralp, 2013).

#### 2.4.4.8 Biyolojik Kuram

Bu kurama göre öfkenin nedeni; genetik faktörlerdir. Kalıtım ile ilgili hastalıkları, kromozomların üzerindeki genler tutmaktadır. Kadınların XX, erkeklerin ise XY kromozomları vardır. Yapılan çalışmalara göre; eğer erkeklere bir Y kromozomu daha eklenirse, bu bireyin saldırganlık eğiliminin diğer insanlara göre daha fazla olacağı gözlenmiştir (Elmas, 2009). Biyolojik kurama göre; öfke ile birlikte ortaya çıkan; el sıkma, yumruk sıkma, vücut ısısının artması, adelerde kasılmalar, hareketlerde artış gibi tepkilerde önemlidir (Yeni, 2010). Bu kuram; öfke ve bu öfkenin harekete dönmesine

neden olan; duygusal, çevresel ve bilişsel etkileşimini fazla önemsememesi nedeni ile yeterli bulunmamaktadır (Tambağ, 2004).

#### **2.4.4.9 Gerçeklik Terapisi Kuramı**

William Glasser'a göre; bireyler yaptıkları davranış ve eylemlerin sonucunda zafer ve mutluluk yaşarlar. Bu nedenle kişiler yaptıkları davranış ve eylemlerin sonuçlarını üstlenmelidirler (Akdeniz, 2007). Yani bireyler; düşündüklerinden daha fazlaca yaşamlarını kontrol edebilirler. Bireylerin sinirlenmesi, üzülmeleri veya öfkelenmesi gibi tüm duygular, kişinin yaptığı davranışlar sonucunda ortaya çıkmaktadır. Yani örneğin, eşiniz sizi kızdırdıysa bu sizin seçiminiz nedeniyle olmuştur (Kıralp, 2013). Bu kuram; kişinin ihtiyaçlarını gidermesi için ona farklı yollar gösterir. Kurama göre; kişiye yeterli düzeyde eğitim verildiğinde; daha fazla sorumluluk alır ve daha fazla yaratıcı olurlar. Kurama göre terapistin görevi ise şöyledir; danışanın başına gelen olay ve durumların onun seçimi olduğunu fark ettirmek ve bunlar nedeniyle üzüldüğünü, hayal kırıklığı yaşadığını ve öfkelenmişliğini, isterse bunların kontrolünü eline alabileceğini fark ettirmektir (Akdeniz, 2007).

#### **2.4.4.10 Engellenme – Saldırganlık Hipotezi**

Dürtüler ile ilgili oluşturulan kuramlar geçmişte teoride kaldığı için oldukça eleştirilmiştir. Bu nedenle kuramcılar, teoriden çok denemeye açık kuramlar geliştirmeye çalışmışlardır. Bunlardan en önemlisi de, Dollard ve ark. Kurmuş olduğu 'Engellenme-Saldırganlık Kuramı' dır (Aydınlı, 2014).

Bu hipoteze göre; bireyin saldırganlık ve öfke eylemlerinin nedeni; kişinin etrafında ki insanların onu engellemesidir. Bir başka ifadeyle; kişi engellendiği hissine kapıldığı anda saldırgan bir tutum ve öfke göstermeye başlamaktadır (Tolunay, 2015). Bu kurama göre; kişi kendisinde olmasını istediği bir nesne, gaye veya objeye ulaşamadığında, ihtiyaçları karşılanmadığında kişide engellenmişlik hissi oluşur. Bu engellenme duygusunun sonucunda her birey farklı tepkiler gösterebilmektedir. Kimisi saldırgan bir tavır sergilerken, kimisi ise bu duygusunun bastırarak sessiz kalır (Soyaldın, 2007). Kişi sık sık engellenme ile karşı karşıya kalırsa,

engeli kaldırmak adına saldırgan bir tutum sergileyebilir (Yıldız, 2008). Öfkenin ortaya çıkışının temelinde; bireyin talepleri bulunmaktadır. Bu istekler, etrafımızdakiler tarafından bize yansıtılanlardır ve aslında birey bunun bilinçte farkında değildir. Beklediğimiz süreçte isteklerimiz gerçekleşmezse; engellendiğimizi hissederek öfke duygusuna kapılabiliriz (Soyaldın, 2007). Berkowitz ise, bu kuramı doğrulayan ispatlar olduğunu fakat desteklemeyen kanıtlar olduğu içinde kuramı yeniden revize etmiştir. Berkowitz, birey engellendiğinde saldırganlık ve öfke ortaya çıkar düşüncesini savunmuştur (Cömert, 2004).

#### **2.4.5 Öfke ve Bağımlılık İlişkisi**

Öfke ve bağımlılık arasında bir ilişki olduğu, öfke duygusunun ikincil bir duygu olduğu belirtilmektedir. Kırılma, gücenme, darılma, alınma, engellenme, reddedilme, kaygı, düş kırıklığı, korku veya yalnızlık gibi tüm acı verebilecek duygular gibi ikincil bir duygu olduğu gözlenmiştir. Bazı başka durumlarda ise, öfkenin yas, depresyon, bipolar bozukluk, bağımlılık gibi farklı şekillerde de ortaya çıkabileceği fark edilmiştir. Avcı (2006)'nın bir çalışmasında, şiddet eylemini yapan ve yapmayan adölesan bireylerin, aile işlevleri incelenmiş olup, ailede psikolojik bir rahatsızlık olup olmadığı ve öfke ifade tarzları da incelendiğinde; şiddet gösteren öfke dışı vurumu yüksek ergenlerin ailelerinde alkol tüketiminin çok olduğu gözlenmiştir (Avcı, 2006). Leibsohn (1994)'un yaptığı bir çalışmaya göre; öfke düzeyleri yüksek öğrencilerin düşük olan öğrencilere oranla daha fazla alkol tükettikleri ve daha çok davranışsal, fiziksel ve duygusal problemler yaşadıkları bulunmuştur (Leibsohn, 1994). Alkol bağımlılığı olan kişilerin eşlerine karşı öfke ve gerginlik duyguları hissettiği gözlenmiştir (Korkmaz ve ark., 2003). Yine bir başka çalışmaya göre; hasta yakınları, alkol bağımlısı olan kişileri şu şekilde tanımlamışlardır; zayıf iradeli, güvenilmez, tutarsız ve dengesiz davranışları olan (Arıkan ve ark., 2004).

#### **2.4.6 Öfke ve Alkol Arası İlişki**

Üniversite öğrencileri ile, alkol kullanımı ve tekrar eden olumsuz düşünceler, öfke, depresyon ve endişe arasındaki ilişkiyi inceleyen bir çalışmaya göre; öğrencilerin haftalık düşük alkol kullanımı ile kaygının ilişkili olduğu; bununla beraber öfkenin haftalık alkol kullanımı ile daha fazla ilişkili olduğu

gözlenmiştir. Bu noktada cinsiyet ile ilgili anlamlı bir fark gözlenmemiştir. Öfke duygusu ile ilgili düşüncelerini davranışa dökmeye ve kaygıya eğilimi fazla olan kişilerin, fazla alkol tükettiği gözlenmekte ve bu durumun artmış düşmanca duygudurum ile ifade edilebileceği düşünülmektedir. Düşmanlık genelde kısa sürer ve kişi bu duyguyu düzenlemek için ekstra bir yöntem arayışına girmez. Aksine, öfke ruminasyonu olan kişiler fazlaca bu düşünceyi uzatmaktadırlar. Böyle kişiler affetmek ve unutmamanın yolları daha zor bulmaktadırlar. Bu nedenle de kendilerini sık sık devam eden olumsuz bir durumda bulabilirler. Pek çok kişi bu durumlar ile baş etmek için, affetme, egzersiz veya gevşeme gibi yöntemleri kullanırken, diğer bireyler alkol tüketimi ile olumsuz düşüncelerinden kaçmaya çalışmaktadır (Ciesla ve ark., 2011).

Sosyal içici olan ve alkol kullanımı olan kişiler ile yapılan bir çalışmaya göre; alkol kullanımı depresyondan bağımsız olarak yordandığı gözlenmiştir (Caselli ve ark., 2008). Alkol ile ilgili intoksikasyonda ise, kişinin öfkelenişinin, uygun öfke ifadelerinin ve dürtüsel saldırganlık denetiminin azaldığı gözlenmiştir. Alkol kullanımı sonrasında, öfke ruminasyonu kişinin kendilik düzenlemesinde bozulmalara neden oluyor, ardında da saldırganlık meydana geliyorsa, alkol ve öfke ruminasyonunun saldırganlık üzerinde birleşik bir etkisi olduğundan söz edilebilmektedir (Denson, 2011). Alkol intoksikasyonu ile ilgili kişilerde saldırganlık konusuna bakan bir başka çalışmaya göre; sürekli veya duruma bağlı olarak gelişen düşmanlık ruminasyonu puanı yüksek kişilerin, bu puanı düşük olan kişilere göre daha fazla saldırganlık davranışı gösterme ihtimalinin olduğu gözlenmiştir. Düşmanlığın, alkol intoksikasyonunda ki kişileri saldırganlığa kolayca yönelttiği, ruminasyonun öfke duygusunu uyandıran uyarıcılardan dikkatin kaydırılmasının zor olduğu ve bu nedenle de şiddet içerikli tepki ve davranışların ortaya çıktığı düşünülmektedir (Borders ve Giancola, 2011). Ülkemizde yapılan bir çalışmaya göre; alkol bağımlılığı oluşmuş bireylerde çocukluk çağı travmalarının, yüksek öfke, düşük öfke kontrolü, gerilim, dürtüsellik kavramları arasında ilişki olduğu bulunmuştur. Alkol kötüye kullanım geçmişi olan kişilerde sürekli öfke puanlarının yüksek olduğu, öfke

kontrol puanlarının düşük olduğu, agresyon ve dürtüsellik puanlarının ise, yüksek olduğu gözlenmiştir (Gülömür-Çınar, 2010).

## **2.5 Yaşam Kalitesi**

### **2.5.1 Yaşam Kalitesi Tanımı**

Hayatın her tarafında önemli ve vazgeçilmez olan “kalite” kavramı, inanç, tutum, kişisel değerler ve davranışlardan ötürü her bireyde farklı anlamlar oluşturan, yaşantı ve kişinin nitelik bakımından düzeyini ve kıymetini belirleyen subjektif bir olgudur (Perim, 2007). Kişisel iyilik hali olarak bilinen yaşam kalitesi, sosyo-psiko,ekonomik ve kültürel standartlar ile bireyden bireye değiştiği gibi aynı birey için dahi zaman zaman farklılık oluşturabilmektedir (Çelebi-Kaya, 2009).

Yaşam kalitesi terimi, “subjektif iyilik hali” ya da başka bir söyleyiş ile; “kişinin kendi yaşamından memnun olma” durumu için kullanılan bir olgudur. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) yaşam kalitesini; “kişinin kendi yaşamını/durumunu içinde yaşadığı kültür ve değerler sistemi içinde, beklentileri, amaçları, duygu ve düşünceleri doğrultusunda algılaması” olarak tanımlamaktadır (Yılmaz ve Oyan, 2009).

Yaşam kalitesinin bir takım göstergeleri vardır. Bunlar başlık halinde, objektif ve subjektif göstergelerdir. Yaşam kalitesinin objektif göstergeleri; fiziksel aktivite yapabilme becerisi, çalışma durumu, fonksiyonel yetersizlik, hastalık semptomları, sağlık durumu ile ilgili algılarını içeren, fizyolojik bir takım konuları içermektedir. Subjektifler ise şu şekildedir; emosyonel iyilik hali, yaşam doyumu, psikolojik etki ile ilgili konuları kapsamaktadır (Hisar ve Gündoğdu, 2014; Yılmaz ve Oyan, 2009).

Ruhsal alanda yaşam kalitesi; olumlu-olumsuz duygular, bilişsel yetiler, benlik saygısı ve beden imgesi hakkında kişinin öznel yorumunu yansıtmaktadır. Dünya Sağlık Örgütü’ü sağlıklı; “ sadece hastalığın bulunmayışı değil, bedensel, zihinsel ve sosyal tam iyilik hali” olarak tanımlamıştır. Bu tanıma göre sağlıklı olmak için; kişinin sağlık sorununun olmaması yeterli değildir ve tam iyilik halinin olması gerekmektedir. Bu durumda çok az insan sağlıklıdır çünkü; “tam iyilik hali ” ihtiyaçlarının tam



olarak karşılanması demektir. İnsanın temel özelliklerini gözden geçirecek olursak; birinci derecede biyolojik ihtiyaçlar, yeme-içme, cinsellik, dinlenme, güvenlik, ısınma gibi ihtiyaçlardır. İkinci derecede psikososyal ihtiyaçlar ise; isteklerin tümünü kapsamaktadır. Bunlar; yeni deneyimlere ihtiyaç duyma, üretkenliğin dışarı vurumu, çevresel uyarı ile kendilik gelişimi oyunları, spor, sosyal ve bedensel yakınlaşmalardan hoşlanma, iletişim kurma, ilgi-yakınlık duyma ve deneyimlerin paylaşımıdır.

Yine yaşam kalitesi kavramı içerisinde; benlik saygısı, kimliği ve amaçları olma, yeteneklerini tam olarak kullanabilme, başarı, yeterlilik duygusu, toplumsal kabul görme, takdir edilme isteği, başkalarıyla yardımlaşma ve bunları yapacak zamana sahip olmak, yaşamı hoş ve anlamlı hale getirmektedir (Top ve ark. 2003).

Sağlıkla ilgili yaşam kalitesinin çok boyutlu tanımı Patrick ve Erickson tarafından tarif edilmiş olup, daha sonra Aaronson ve grubu, yaşam kalitesinin değerlendirilmesini dört ana başlıkta toplamıştır;

1-Fiziksel fonksiyonl durum,

2-Hastalık ve tedavi ile ilişkili fiziksel semptomlar,

3-Psikolojik fonksiyonlar,

4-Sosyal fonksiyonlar (Altıntaş, 2006).

Tıp alanında çalışan hekimler ve araştırmacılar, son zamanlarda ilgilerini ve çalışmalarını; sağlığın sonuçlarını ölçmeye yönlendirmişlerdir. Toplumun sağlığının ölçümünde bugüne kadar kullanılan geleneksel; "morbidite", "mortalite" yaklaşımı ve "beklenen yaşam süresi" 'nin artık "sağlıklı olma" 'nın değerlendirilmesinde yeterli olmadığını görülmüştür. Sağlık hizmeti ile ilgili girişimlerin değerlendirilmesinde; sağlıkla ilgili yaşam kalitesi ölçümünün zorunlu olduğu görüşü gündeme gelmiştir (Top ve ark. 2003). Sağlıkla ilişkili yaşam kalitesinin; çok yönlü, subjektif bir tanımlama örneği Patrik ve Erickson tarafından, "sosyal fırsatların ,algıların ve fonksiyonel durumların ve ayrıca hastalıklar, yaralanmalar ve tedavilerle etkilenen bozulmaların

şekillendirerek değişikliğe uğrattığı yaşam süresine verilen önem” şeklinde ifade edilmiştir.

Sağlıkla ilgili yaşam kalitesi boyutları ise şunlardır;

- Fiziksel fonksiyon; Günlük yaşam aktiviteleri, ağır aktiviteler,
- Mental sağlık; Anksiyete, depresyon, iyi olma hali, davranışsal ve emosyonel kontrol,
- Sosyal fonksiyon; Sosyal ilişkilerin miktarı ve kalitesi,
- Rol fonksiyonu; Günlük aktiviteleri ve iş yapabilme kabiliyeti,
- Kognitif fonksiyon; Dikkat, hafıza, kontrasyon,
- Enerji; Enerji ve halsizlik,
- Genel sağlık algılaması; Sağlığın global olarak kişi tarafından değerlendirilmesi,
- Ağrı; Ağrının şiddeti ve sıklığı,
- Semptomlar; Mide bulantısı, baş ağrısı, baş dönmesi,
- Seksüel fonksiyon; Performansı ve doyum,
- Uyku; Miktar ve kalitesi (Top ve ark. 2003).

### **2.5.2 Yaşam Kalitesi Kavramının Tarihçesi**

Tarihsel gelişim açısından incelendiğinde; yaşam kalitesine her bilim dalı kendi disiplinini ön plana çıkaran yönleriyle açıklamıştır. Ekonomistler; esenlik kavramı üzerinde durmuşlar, ulusal üretim gibi göstergeleri, gelir ve satın alma gücünü kullanmışlardır. Ekonomistlerin yaklaşımı; yaşam kalitesinin yaşam düzeyi kavramına çok yakın bir anlamda ele alındığını düşündürmektedir (Kaya, 1997). Ekonomistlerin üzerinde durdukları konular; ulusal üretim, gelir, satın alma gücü gibi göstergelerin aksine sosyologlar; yaşam kalitesi kavramını değerlendirmede bu kavramların yeterli olamayacağını; çalışma, barınma ve sosyal durumun da ele alınması gerektiğini savunmuşlardır (Kaya, 1997). Psikologlar yaşam kalitesini

açıklarken; bireyin sahip olduklarının da ötesinde bireysel algının önemi üzerinde durmuşlardır. Sosyal statünün iyi olmasının daha iyi subjektif esenlik ile mutlaka paralellik göstermeyeceğini; subjektif esenliğin, objektif çalışma ve barınma durumlarının dışında; çalışma ve barınma durumlarından doyum bulup bulmama ile ilişkili olduğunu belirtmişlerdir (Kaya, 1997).

Evrensel bir olgu olan yaşam kalitesi; 1960'lı yıllarda sosyoloji ve ekonomi bilimlerinde, 1970'li yıllarda psikoloji bilimlerinde ilgi gördükten sonra; 70'li yılların sonunda sağlık alanında gündeme gelen bir kavramdır (Egelioglu, 2007).

Uzun yıllar sağlığın değerlendirilmesinde ya da sağlığın ölçümünde; morbidite, mortalite ve beklenen yaşam süresi gibi, niceliksel kavramlar temel alınmıştır. Bu terimler; organ düzeyinde nesnel olarak fizyolojik ya da ruhsal bir hasarın saptandığı ve bireyin kendisinde sınırlı olan bir durumu tanımlamaktadır. Son yıllarda bu yaklaşımın sağlıklılığın değerlendirilmesi ve ölçümünde yeterli olmadığı düşüncesi ortaya çıkmış; kişinin fizyolojik veya ruhsal bir patolojinin olumsuz etkileri hakkında öznel değerlendirmesi ve farkındalığı daha çok önem kazanmıştır. Bu bağlamda hastayı daha bütüncül olarak ele alma; fiziksel, ruhsal ve sosyal açıdan iyilik durumunu ölçme girişiminin bir sonucu olarak yaşam kalitesi kavramı ortaya çıkmıştır (Beşiroğlu ve ark. 2007).

1992 yılında sağlığın kazanılmasındaki en önemli göstergeler arasında; "Yaşam Kalitesi"ne yer verilmiştir. Artık bir klinik uygulamanın ya da sağaltım alternatifinin başarısı veya başarısızlığı, biyolojik ve demografik göstergelere ek olarak; o hastanın yaşam kalitesine yaptığı olumlu veya olumsuz gelişmelerle de değerlendirilmeye başlanmıştır. Diğer bir yaklaşımla; sağlık girişimlerinin başarısı, hastalığın yol açtığı ağrı, halsizlik ve yeti yitimi ve daha kapsamlı olarak da bireyin bedensel, psikolojik ve sosyal iyilik durumu ile değerlendirilmektedir (Beliner, 2014; Tanrıöver ve Akan, 2014).

Son yirmi yıldır, Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) merkezli çalışmaların da katkısı ile sağlık hizmeti verenler ve araştırmacılar; fiziksel ve ruhsal hastalıkların yaşam kalitesi üzerindeki etkilerini tanımlama konusunda daha çok çaba göstermektedirler. Bunun sonucu olarak; iyilik durumunu ve yaşam kalitesini

öznel olarak ölçülebilir kılma girişimleri sonuç vermekte ve sağlığın ekonomik, sosyal ve benzeri farklı boyutları da değerlendirme kapsamına alınmaktadır.

### **2.5.3 Yaşam Kalitesini Etkileyen Durumlar**

Sağlığın korunması, geliştirilmesi ve değerlendirilmesinde önemli yeri olan yaşam kalitesi; bireyden bireye değişiklik göstermekle birlikte; bireyin yaşı, eğitim durumu, cinsiyeti, çalışma durumu, sağlık düzeyi, sahip olduğu kronik hastalıklar, sosyo-demografik özellikler, kültürel ve ekonomik koşullar, yaşanılan mekan gibi çevre koşulları, engellilik gibi özellikleri yaşam kalitesini etkileyebilmektedir (Beliner, 2014; Çınarlı ve Koç, 2015)

Sağlıklı, güvenli, konforlu ve aktif bir yaşam sürdürme; ekonomik ve sosyal güvence altında olma, fonksiyonel yeterlilik gibi bireysel kaynaklar yanında; aile, arkadaşlar ve yakın çevre ile olumlu ilişkiler kurma, toplumda kendini ifade edebilme, özgün bir birey olarak algılanma, mahremiyetine, inanç ve değerlerine saygı gösterildiğini görme gibi toplumsal kaynaklar bireyin yaşam kalitesini yükseltmektedir (Ataman, 2014; Hisar, 2014).

Birden fazla boyutu olan yaşam kalitesi kavramının; ilerleyen yaşla birlikte bozulmaya eğilimli olduğu bildirilmiştir (Dai ve ark, 2015). Akut veya kronik hastalıklar, fiziksel yetersizlikler, ağrılar ve bilişsel bozuklukların yanı sıra; düşük gelir düzeyi, bakım, beslenme gereksinimlerinin karşılanamaması, yalnızlık ve sosyal izolasyon, ayrımcılık, ihmal ve istismar, karşılaşılan kimi sorunlar, azalan yaşam beklentisi ve yakınların kaybı, bireylerin yaşam kalitesini olumsuz yönde etkileyebilmektedir (Yağcıoğlu, 2013).

### **2.5.4 Psikiyatri ve Yaşam Kalitesi**

Psikiyatride yaşam kalitesi, sonradan eklenen bir kavram olmasına rağmen; "sosyal uyum", "iş göremezlik", "sosyal fonksiyon" gibi; hastalıkların tıbbi olmayan yönlerini de içeren ölçümler uzun zamandır kullanılmaktadır. Bedensel hastalıkların incelenmesinde uzun zamandır gündemde olan yaşam kalitesi kavramı; psikiyatride daha geç yer edinmiş ve 1980'li yıllarda toplum ruh sağlığı programlarında yaşam kalitesi kavramına ilişkin ilk değerlendirmelerin sonuçları elde edilmiştir. Ruhsal bozukluklarda yaşam kalitesi; konsültasyon-liyezon psikiyatrisinde ilk olarak araştırma alanı

bulmuş; bunu duygudurum bozuklukları, anksiyete bozuklukları ve ağır/süreğen bozukluklar izlemiştir (Öztürk,2010).

Yaşam kalitesi kavramı; subjektif iyi olma duygusunu ve hastanın memnuniyetini ana tema olarak sorgulamaktadır. Psikiyatri; diğer tıp bölümlerine göre bu temalarla çok daha fazla ilişkili olmuştur. Psikiyatri; hastaların hastalık dışı yönlerini değerlendirmeye daha fazla önem vermektedir. Bunları değerlendirirken; bozukluk, yeti yitimi, sakatlık, sosyal işlevsellik, sosyal destek gibi kavramları kullanmaktadır (Top ve ark., 2003).

1940'lı yıllarda yayınlanan bir makalesinde Maslow; insan ihtiyaçlarının hiyerarşik bir modelini yapmıştır. Bu modelin en altında besin ve korunma gibi temel fizyolojik ihtiyaçlar varken; yukarı doğru estetik, etik ihtiyaçlar ve otonomi yer alır. 20. yüzyılın başlarında, büyük akıl hastaneleri, hastaların yiyecek, güvenlik gibi temel fizyolojik ve korunma ihtiyaçlarını karşılama açısından avantaj sağlıyordu; ancak uzun yıllar burada kalmak hastaların otonomisi için olumsuz nitelikteydi. 1950'li yıllarda psikotrop ilaçların gelişmesi, bu olumsuzluğu ortadan kaldıran en önemli adım olmuş;akıl hastaneleri küçültülerek hastanede kalma süresi kısalmıştır (Cannon ve ark., 1993). Çoğu psikiyatrik hastanın, başkalarınınca yetersiz olarak kabul edilen yaşam koşullarından çok fazla şikayetçi olmadıkları görülmüştür. Eğer bir kişi koyduğu hedefe başarı ile ulaşamazsa; o zaman hedeflerini değiştirir. Psikiyatrik hastalarında zaman içinde standartlarını aşağı çektikleri; beklentileri ve yapabildikleri arasındaki mesafeyi daralttıkları söylenebilir. Bu mesafe ne kadar darsa; aynı oranda yaşam kalitesi de o kadar yüksektir. Katschnig, depresyonlu hastaların yaşam kalitesini değerlendirmek için; eylem odaklı bir çerçeve geliştirmiştir. Bunun içinde iyilik/ tatmin olma hali; sosyal rollerdeki işlevsellik ve durumsal faktörler yer alır. Bu komponentlere göre, tedavi ve yardım imkanlarının nasıl sınıflandırılacağı örneklenebilir; bunlardan bazıları ruhsal iyilik hali (örn; antidepressanlar); bazıları işlevsellik hali (örn; sosyal beceri eğitimi); bazıları ise çevresel koşullar üzerinde etki eder (örn; para ya da kalacak yer sağlama). Ayrıca; toplumdaki insanların ruh sağlığının ve yaşam kalitesinin geliştirilmesini amaçlayan halk sağlığı programları da yukarıda sayılan komponentleri dikkate almaktadır. Tedavi için özel ihtiyaçlarının olmasının yanı sıra; psikiyatrik hastaların genellikle

yaşam sorunları ile baş etmede yetersiz oldukları ve sosyal ve bilişsel becerilerinin eksik olduğu; başta maddi kaynaklar olmak üzere çevresel kaynaklarının daha az olduğu bilinmektedir. Şizofreni hastaları ile yapılan yaşam kalitesi çalışmalarında esas sorun; yetersiz maddi imkanlardır. Çünkü; hastaların özgürce hareket etmelerini engelliyor olabilir. Bu sonuçlara göre; farklı hastaların farklı yaşam alanlarına yükledikleri anlam ve önemin değişkenliği ve yine farklı ihtiyaçları göz önünde tutulduğunda tek bir yaşam kalitesi ölçümünün yeterli olmayacağı; yaşam kalitesi profiline daha uygun olacağı açıkça görülmektedir. Araştırmaların planlanması, sonuçlarının değerlendirilmesinde; iş, aile hayatı, para gibi spesifik yaşam alanlarını içeren, çok boyutlu yapılandırılmış bir yaşam kalitesi kavramı gereklidir (Katschnig H, 2006). Ruhsal hastalıklarda yaşam kalitesi ile ilgili veriler iki tip kaynaktan elde edilir. İlk kaynak; ECA (Epidemiologic Catchment Area), ikinci kaynak; NCS (National Comorbidity Survey) gibi epidemiyolojik çalışmalardır. Bu çalışmalar ruhsal hastalıklar ve yaşam kalitesi arasındaki ilişkiyi özel olarak incelemek için tasarlanmamış olsada; yaşam kalitesi ile ilgili göstergeleri sağlama açısından önemli çalışmalardır. Duygusal ve fiziksel sağlığın subjektif değerlendirmesi; psikososyal işlevsellik ve maddi bağımsızlık gibi maddeler sayılabilir. Özel olarak tasarlanmış araçları kullanarak yapılan klinik çalışmalar, yaşam kalitesi verilerinin ikinci ana kaynağını oluşturmaktadır. Kullanılan araçlar genel bilgiler; yaşam kalitesinin bir çok önemli yanını ele alan, özel bilgiler; birincil ilgi alanına spesifik sağlık durumuna odaklanan olabilir. Bir hastalığa örneğin; panik bozukluk, bir popülasyona örneğin; yaşlı hastalar, bir işleve örneğin; uyku ya da bir soruna örneğin; ağrı spesifik olabilir. Genel ölçeklerin esas avantajı; koşullar ya da popülasyonlar arasında karşılaştırma yapmaya izin vermesidir. Buna zıt olarak spesifik ölçekler ise; genel ölçeklerin duyarsız kaldığı özel durumlardaki küçük ama anlamlı değişiklikleri ortaya çıkarmayı amaçlar (Mendlowicz MV. Ve ark., 2000). Yaşam kalitesi; hastalar tarafından daha çok yaşam tarzı ve yaşam standardı olarak tanımlanmakta iken; psikiyatristler için ise; hastalığın semptomlarına yönelik yeti yitimi yokluğu ve profesyonel yardımın gerekliliği olarak öne çıkmaktadır. Elbette her ikisinin de değerlendirme açısından kısıtlamalar olabilmektedir. Bu kısıtlamaların temel nedenleri arasında; dünya çapında kabul edilen ölçeklerin kullanılmaması ve

sağlıklı kontrollerden gelen yaşam kalitesi verilerinin bulunmaması sayılabilir (Bobes J. ve ark., 1997). Hastalığa spesifik yaşam kalitesi ölçeği geliştirilmesi; ölçeğin hasta, aile ve doktor ile birlikte değerlendirilmesi, sürecin niteliksel görüşmelere dayandırılması ve bileşenlerin psikometrik özelliklerinin geçerlilik güvenilirlik aşamalarından geçmeleri gerekmektedir (Michalak EE. ve ark., 2005).

### **2.5.5 Bağımlılık Ve Yaşam Kalitesi**

Yaşam koşulları düzeldikçe, bilim ilerledikçe; yaşam süresi de uzamaktadır. Hastalarına yaşamları konusunda yardımcı olabilmeleri için günümüz hekimlerinin, hastalığın ya da tedavinin hastayı ne derece etkilediği konusunda bilgi sahibi olmaları gerekmektedir (Yancar C., 2005). Dünya Sağlık Örgütü sağlığı; 'yalnızca hastalığın bulunmayışı değil, fiziksel, ruhsal ve sosyal olarak tam bir iyilik hali' olarak tanımlar.

Tanımla ilişkili olarak; hastalıkları ve hastalıkların şiddeti gibi özelliklerin yanı sıra, sağlıkla ilişkili iyilik halinin de tanımlanmasını öngörür. Yaşam kalitesi; kişinin kendi durumunu, kültürü ve değerler sistemi içinde algılayış biçimi" olarak tanımlamıştır. Yaşam kalitesi kavramı; fiziksel sağlık, ruh sağlığı, bağımsızlık düzeyi, sosyal ilişkiler, çevre etkenleri ve kişisel inançlar öznellik temelinde yer alır (WHO, 1994).

Yaşam kalitesi; bireysel iyi oluşu tanımlamak için; sosyolojik, psikolojik, ekonomik ve kültürel etmenlerle belirlenir. Ciddi tıbbi durumlara sahip hastalarda ABD verileriyle karşılaştırıldığında; Kanadalı opiyat kullanıcıları sosyal işlev, duygusal iyilik hali, enerji/canlılık ve duygusal sağlık problemleri nedeniyle rol sınırlamaları konusunda daha düşük SF-36 (yaşam kalitesi) puanlarına sahip olmuştur (Millson, P. E. Ve ark., 2004).

Kuzey Carolina'daki bir çalışmada, aktif enjeksiyon uyuşturucu kullanıcıları örnekleminde yaşam kalitesi belirleyicilerini incelemiştir. Edinilen sonuçlara göre; örneklemin %82'si eroin kullanımı bildirmiş. Sekiz çoklu regresyon modelinden elde edilen bulgularda tüm SF-36 skalalarında düşüklük saptamışlar; bu durumun negatif yaşam kalitesi ile ilişkili olduğunu tanımlamışlar (Costenbader, E. C. ve ark., 2007).

### **2.2.3 Alkol bağımlılığında yaşam kalitesi**

Literatüre bakıldığında; alkol bağımlılığı ve yaşam kalitesinin sık ele alınan, dikkat çeken, önemli iki kavram olduğu görülür. Alkol kullanımı, özellikle alkol bağımlılığı, birçok çalışmada yaşam kalitesinin bozulmasıyla ilişkilendirilmiştir (Okoro, C.A. ve ark., 1993).

Uzamış relapslarda belirgin olarak kötüleşmesi nedeni ile; yaşam kalitesi alkol bağımlılığı tedavisinin sonuçlarını değerlendirmede önemli bir araçtır (Donovan D. ve ark., 2005).

Alkol bağımlılığı ve yaşam kalitesi ile ilişkili üç alan tanımlanmıştır, bunlardan ilki; tüketilen alkol miktarı ve bağımlılık şiddetinin belirleyici faktör olduğu klinik durum, ikincisi; bağımlı kişinin bakış açısının da önemli olduğu bağımlılığa spesifik sorunlar ve üçüncü; sosyal ilişkiler ve çevresel destekle bağlantılı olan genel işlevlerdir (Foster, JH. ve ark., 200).

Bir derlemenin sonuçlarına göre; alkol kullanım bozukluğu olanların genel popülasyona oranla yaşam kalitelerinin daha düşük olduğu gözlenmiştir. Yine aynı sonuçlara göre; ağır içici olanların daha az alkol tüketenlere göre yaşam kalitelerinin daha düşük olduğu gözlenmiştir. Yine aynı çalışmaya göre; tedavi gören alkoliklerin kısa ve uzun dönem ayıklıkla orantılı olarak yaşam kalitelerinin arttığı; ağır ve tehlikeli alkol kullanımı olanların kullandıkları alkol miktarını azalttıklarında yaşam kalitelerinin arttığı; alkol kullanım bozukluğu ve yaşam kalitesi birlikteliğinin kısmen sosyodemografik özellikler ve komorbidite ile ilişkili olduğu bulunmuştur (Donovan D., ve ark., 2005).

Alkol bağımlılığına eş olarak, bipolar affektif bozukluğu veya şizofrenisi olan hastalar ile; diyabet hastaları ve sağlıklı kontrollerin yaşam kalitesi açısından karşılaştırıldığı bir çalışma yapılmıştır. Çalışmaya göre; alkol bağımlılarının fiziksel sağlık alanında en düşük puanı aldıkları, buna ek olarak; alkol bağımlılarının ve şizofreni hastalarının sosyal ilişki alanında sağlıklı kontrollere göre belirgin olarak düşük puan aldıkları gösterilmiştir (Akvardar Y. ve ark., 2006).

Alkol kullanımı ile çeşitli derecelerde bozulan yaşam kalitesinin, alkolün kesilmesiyle birlikte düzeldiği görülmektedir. Bununla ilgili yapılan bir



çalışmada; tedavi sonrası ilk yılını ayık geçirenlerin sonraki bir yıl boyunca daha az oranda olumsuz duygulanım gösterdikleri bulunmuştur (Maisto SA. ve ark., 2002).

Benzer şekilde 1999 yılında yapılan, 5 yıllık bir izlem çalışmasında; ayıklığını sürdüren hastaların alkol kullanan kontrol grubuna oranla daha az oranda acil servise başvurdukları; daha az sıklıkla hastalandıkları ve daha düşük seviyede psikososyal stresle karşılaştıkları gösterilmiştir (Gual A. ve ark., 1992).

Bağımlılık gelişimi zihinsel işlevsellikte belirgin bir düşüşe neden olurken, tam ya da kısmi remisyona ulaşanlarda, zihinsel işlevselliğin tekrar yükseldiği görülmektedir. Ayrıca; sosyal işlevsellik, duygusal işlevsellik ve ruhsal sağlık komponentleri remisyonda olanların tümünde yükselirken; ağrı ve genel sağlık skorlarındaki iyileşme sadece ayıklığını sürdüren hastalarda yükselmekte, alkol almaya devam eden ancak alkol kullanım bozukluğu semptomu olmayan hastalarda değişmemektedir (63).

Alkolün yaşamı nasıl etkilediği konusu ele alındığında; cinsiyetler arasında bazı farklılıkların olduğu açıkça görülmektedir. Alkol bağımlılığı olan erkek hatsalar, ağır içici olmaya daha çok eğilimlidir ve alkol kullanmaya daha erken yaşlarda başlarlar. Erkeklerde ayrıca; alkolle ilişkili hastalıklar, deliryum tremens, blackout ve alkolün neden olduğu kazalara daha sık rastlanır. Erkek hastaların alkolle ilişkili sorunlarda, kadınlara oranla daha fazla tedavi arayışına girdikleri de belirtilmektedir (Dawson DA. ve ark., 2009).

Kadın hastalar; daha sıklıkla major depresyon, anksiyete bozuklukları gibi affektif hastalıklar ile psikiyatrik servislere başvururken; erkeklerde, antisosyal kişilik bozukluğu ve antisosyal davranışlar daha sık olarak görülmektedir (Cornelius, J. ve ark., 1995).

Alkol kullanım bozukluklarında; yüksek oranlarda komorbid psikiyatrik hastalıklar görülür. 2004 yılında yapılan geniş ölçekli bir çalışmada; alkol kullanım bozukluğu olanlarda 24 aylık prevelans oranları depresyon için %18 28 iken; anksiyete bozuklukları için ise %17'dir (Grant, BF. ve ark., 2004).

Alkol bağımlılığı ile görülen psikiyatrik hastalıklar ne yazıkki; mevcut tabloyu kötüleştirir, tedaviyi güçleştirir; fiziksel, psikolojik, bilişsel, sosyal ve mesleki işlevselliği bozarak yaşam kalitesini olumsuz etkiler (Ralevski, E. ve ark., 2014).

Ülkemizde yapılan bir çalışmanın sonuçlarına göre; alkol bağımlılığına eşlik eden depresyon ya da anksiyete bozukluğunun yaşam kalitesi üzerinde olumsuz etkisinin olduğu gösterilmiştir. (Evren, C. ve ark., 2011).

Ülkemizde 156 alkol bağımlısı ile yapılan bir çalışmaya göre; hastaların %32,1'inin yaşam boyu PTSD ( post travmatik stres bozukluğu) tanısı aldığı; PTSD tanısı alanların, yaşam kalitelerinin fiziksel işlevsellik, genel sağlık, ruhsal sağlık ve zihinsel bileşenlerinden düşük puan aldıkları bulunmuştur (Evren, C. ve ark., 2011).

Alkol kullanım bozukluğuna eşlik eden; depresyon veya anksiyete bozukluğu tanısı olan hastalarda, alkol kullanımına yönelik olarak yapılan tedavinin anksiyete ve depresyon semptomlarını azalttığı ve genel işlevselliği iyileştirdiği belirtilmektedir (Liappas J. ve ark., 2002).

Bağımlılık sadece kullanan kişiyi değil; ailesini ve sosyal çevresini de bir bütün olarak etkileyen toplumsal bir hastalıktır. Diğer kayıplarla beraber; arkadaş çevresinden uzaklaşma, sosyal aktivitelerde azalma ve buna bağlı olarak yaşam kalitesindeki bozulma hem bağımlı birey hem de ailesi tarafından karşılaşılan bir durumdur. Ailede, bağımlı ile doğrudan ya da duygusal olarak bağlantılı bir kişi "bakım veren" rolünü üstlenir. Bu kişi, hem yaşam kalitesindeki bozulma hem de depresyona yatkınlık açısından risk taşır. Hatta bu risk bazen; bağımlı bireyden bile fazla olabilir. Yakın zamanlı bir çalışmaya göre; alkol ve madde bağımlıları ile bunların bakım verenleri, yaşam kalitesi ve depresyon açısından karşılaştırılmış, edinilen sonuçlara göre; işlevsel kapasite, fiziksel sağlık, ağrı ve zindelik alanlarının, bakım verenlerde bağımlılara göre daha olumsuz etkilendiği görülmüştür (Marcon SR. ve ark., 2012).

Alkol bağımlısı olan bir ebeveynin olduğu bir aile ortamında büyüyen çocukların, yetişkinlik döneminde bir takım ortak davranış ve kişilik özellikleri

geliştirdikleri söylenir. Wootiz, böyle kişileri şu şekilde tanımlamıştır; ağrı, ülser, kolit, migren ve blumiya gibi stresle ilişkili bozukluklara karşı hassas bireylerdir. Ayrıca yine bu kişilerin, sağlıklı yetişkin ilişkisi kurmakta sorunlar yaşadıkları buna bağlı olarak da, depresif dönemler yaşadıklarını eklemiştir (Wootiz J., 1983).

Genel olarak bakıldığında; alkol kullanan ya da bağımlısı olan bir ebeveyne sahip çocukların, yetişkinlikte psikososyal sıkıntılar bakımından ciddi bir riske sahip olduklarını söylemek yanlış olmayacaktır (Fisher G. ve ark., 1992).

Yapılan bir çalışmada; alkolik bir ebeveynin çocuklarının, diğer çocuklara oranla; anksiyete, depresyon ve madde kullanımına daha yatkın oldukları; kendine güven ve davranışsal kontrol ölçeklerinde daha düşük puan aldıkları bildirilmiştir (Sher KJ. ve ark. 1991).

Alkol ve Madde Kötüye Kullanımı, DSM-IV-TR Tanı Ölçütleri Başvuru El Kitabı'n da, alkol veya madde kötüye kullanımı olan kişilerin bir yıllık bir dönemde meydana gelen belirtilerin klinik olarak belirgin bir şekilde bozulma ya da sıkıntılı durumlar ile birlikte ele alınmıştır. Bu belirtilerde bireyin, ev, iş, okul, sosyal çevresi gibi alanlarda ki kendinden beklenen görev ve sorumlulukları yerine getirememesi ile neticelenen, tekrarlayıcı alkol veya madde kullanım öykülerinin olması gerekmektedir. Fiziksel olarak bir tehlike veya tehdit oluşacak durum veya olaylarda, tekrarlayıcı alkol veya madde kullanım öyküsü olması gerekmektedir. Yine alkol ve madde kullanımına bağlı tekrarlayıcı bir şekilde yasal sorunlar yaşanıyor olması; son olarak da, alkol ve madde kullanımının etkilerinin neden olduğu veya arttırmış olduğu tekrarlayıcı veya sürekli toplumsal ya da kişisel bir takım sorunlar ile karşı karşıya kalınıyor olması gerekmektedir. Bu bahsedilen belirtilerden bir ya da birden fazlasının bir yıllık dönemde görünüyor olması ve belirtilerin ciddi bozulma ve sıkıntılı durumlara neden olması, bireyin alkol veya maddeyi kötüye kullanımı tanımlamaktadır (Amerikan Psikiyatri Birliği & Köroğlu, 2005).

Alkol bağımlıların toplumsal ya da kişisel damgalamayı içselleştirmesinin, onların yaşam kalitesini düşürdüğü bildirilmektedir (Türkmen, 2015). Ayrıca

alkol bağımlısı bir koca, eşi ve çocukları tarafından suçlanmaya, yerilmeye, aşağılanmaya ve eleştiriye fazlaca maruz kalmaktadır (Taylan, 2018).

Bütün bu çalışmaların sonuçlarına bakıldığında; alkol kullanan ya da bağımlısı olan kişiler ile ebeveylelerinin arasında ki aile içi iletişimin zarar gördüğü, aile de yaşayan diğer bireylerin ya da alkol kullanan kişinin psikolojik olarak sağlamlığı ve uyumuna zarar verdiği söylenebilir.

## **3. BÖLÜM**

### **YÖNTEM**

#### **3.1 Araştırmanın Modeli**

Araştırmada, alkol kullanan ve kullanmayan bireylerin psikolojik semptomlarının, öfke durumlarının, yaşam kalitelerinin ve suçluluk-utanç durumlarının karşılaştırılması ve psikolojik semptomları arasındaki ilişkilerin belirlenmesi amacıyla yürütülmüş karşılaştırmalı tanımlayıcı bir araştırma olup, ilişkisel tarama modelinde tasarlanmıştır.

#### **3.2 Evren ve Örneklem**

Araştırma evrenini Türkiye Cumhuriyeti'nde bulunan Kayseri ilinde yaşayan 18 yaş ve üzerindeki alkol kullanan ve kullanmayan kadın ve erkek yetişkinler oluşturmaktadır.

Araştırmada olasılık bir örnekleme yöntemi olan amaçsal örnekleme kullanılmıştır. Amaçsal örnekleme, araştırma amaçlarına uygun şekilde, araştırmanın sınırları çerçevesinde örneklem içine alınması uygun olan kişilerin örnekleme dahil edilmesi şeklindeki bir örnekleme yöntemidir (Büyüköztürk, 2016).

Araştırmaya alkol kullanan 100 birey ve alkol kullanmayan 100 birey olmak üzere toplam 200 kişi dahil edilmiştir.

#### **3.3 Veri Toplama Araçları**

Araştırma verileri anket formu aracılığı ile toplanmıştır. Hazırlanan anket formunda aşağıdaki bölümler yer almaktadır.

### 3.3.1 Demografik Bilgi Formu

Demografik bilgi formunda araştırmaya katılan alkol kullanan ve kullanmayan bireylerin; yaş, cinsiyet, medeni durumu, eğitim düzeyi, hanede yaşayan kişi sayısı, hanede çalışan kişi sayısı, silah bulundurma, psikolojik tedavi alma gibi durumlarının belirlenmesi için hazırlanmış sorular yer almaktadır. Ayrıca alkol kullanan bireylerin alkol kullanma sıklığı, alkol kullandıkları ortama ve diğer madde kullanma durumuna yönelik sorular yer almaktadır.

### 3.3.2 Kısa Semptom Envanteri

Alkol kullanan ve kullanmayan bireylerin psikiyatrik sorunlarını belirlemek maksadıyla . Derogatis (1992) tarafından geliştirilmiş olan ve Türkçe geçerlik-güvenirlik çalışması şahin ve Durak (1994) tarafından yapılan Kısa Semptom Envanteri kullanılmıştır.

Kısa Semptom Envanterinde 53 soru yer almaktadır ve soruları verilen yanıtlar hiç, biraz, orta derecede, epey ve çok fazla şeklinde olmak üzere beşli derecelendirmeye hazırlanmıştır.

şahin ve Durak (1994) tarafından yapılan analizler neticesinde ölçeğin anksiyete, depresyon, olumsuz benlik, somatizasyon ve hostilite olmak üzere beş alt boyuttan oluştuğu saptanmıştır. Ölçekte yer alan alt boyutlarda yer alan sorular aşağıdaki gibidir;

Anksiyete: S12,S13,S31,S32,S38,S42,S43,S45,S46,S47,S49  
 Depresyon: S9,S14,S16,S18,S19,S20,S5,S27,S35,S37,S39  
 Olumsuz benlik: S15,S21,S22,S24,S26,S34,S44,S48,S50,S51,S52,S53  
 Somatizasyon: S2,S5,S7,S8,S11,S23,S29,S30,S33  
 Hostilite: S1,S3,S4,S6,S10,S40,S41

şahin ve Durak (1994) tarafından yapılan güvenirlik çalışması sonuçlarına göre Kısa Semptom Envanterine ilişkin Cronbach Alfa değerinin 0,63 ile 0,86 arasında değiştiği belirlenmiştir.

Bu araştırmada da Kısa Semptom Envanterine verilen yanıtlara ilişkin güvenirlik testi yapılmış ve  $\alpha=0,976$  bulunmuştur.

### 3.3.3 Sürekli Öfke Ölçeği

Alkol kullanan ve kullanmayan bireylerin öfke durumlarının belirlenmesinde 1994 yılında Özer tarafından geçerlik-güvenirlilik çalışması yapılan Sürekli Öfke Ölçeği kullanılmıştır.

Sürekli Öfke Ölçeğinde yanıtlayıcıların hiç, biraz, oldukça ve tümüyle şeklinde yanıt verdikleri toplam 34 madde yer almaktadır. Yapılan geçerlik-güvenirlilik çalışması sonuçlarına göre ölçekte sürekli öfke, öfke içte, öfke dışı ve öfke kontrol olmak üzere 4 alt boyutun bulunduğu saptanmıştır. Ölçekte yer alan alt boyutlar;

Sürekli Öfke:	S1,S2,S3,S4,S5,S6,S7,S8,S9,S10
Öfke İçte:	S13,S15,S16,S20,S23,S26,S27,S31
Öfke Dışta:	S12,S17,S19,S22,S24,S29,S32,S33
Öfke Kontrol:	S11,S14,S18,S21,S25,S28,S30,S34

şeklinde yapılmıştır. Ayrıca ölçeğin güvenirliği Cronbach Alfa testiyle incelenmiş ve alt boyutlara ilişkin Cronbach Alfa değerinin 0,62 ile 0,84 arasında değiştiği görülmüştür (Özer, 1994).

Bizim çalışmamızda Sürekli Öfke Ölçeğinin güvenirliği incelenmiş olup, hesaplanan Cronbach Alfa değeri  $\alpha=0,855$  bulunmuştur.

### 3.3.4 Yaşam Kalitesi Ölçeği (SF-36)

Alkol kullanan ve kullanmayan bireylerin yaşam kalitelerinin belirlenmesinde orijinali Ware ve Sharbourne tarafından 1992'de geliştirilmiş olan ve Türkçe'ye uyarlanması Koçyiğit ve arkadaşları tarafından yapılan Yaşam Kalitesi Ölçeği (SF-36) kullanılmıştır.

Yaşam Kalitesi Ölçeği 36 maddeden oluşmakta olup, 8 alt boyutu bulunan bir ölçme aracıdır. Ölçeğin alt boyutları ve bu alt boyutlarda yer alan maddeler aşağıdaki gibidir;

Fiziksel Fonksiyon:	S3,S4,S5,S6,S7,S8,S9,S10,S11,S12
Fiziksel Rol Güçlüğü:	S13,S14,S15,S16
Emosyonel Rol Güçlüğü:	S17,S18,S19
Enerji/Canlılık/Vitalite:	S23,S27,S29,S31

Ruhsal Sağlık:	S24,S25,S26,S28,S30
Sosyal İşlevsellik:	S20,S32
Ağrı:	S21,S22
Genel Sağlık Algısı:	S1,S33,S34,S35,S36

Ölçekte yer alan alt boyutlardan alınabilecek olan en düşük puan 0 ve en yüksek puan 100'dür. Alt boyutlardan alınan yüksek puan, ilgili alt boyuta ilişkin yaşam kalitesinin yüksek olduğunu ifade etmektedir.

### 3.3.5 Suçluluk-Utanç Ölçeği

Araştırmaya dahil edilen alkol kullanan ve kullanmayan katılımcıların suçluluk ve utanç durumlarının belirlenmesinde Hatayla İlişkili Suçluluk-Utanç Ölçeği kullanılmıştır.

Hatayla İlişkili Suçluluk-Utanç Ölçeği ilk olarak Wright ve Gudjonsson tarafından 2007 yılında geliştirilmiş ve ölçeğin Türkçe uyarlama çalışması Sarıçam, Akın ve Çardak tarafından (2012) yapılmıştır.

Hatayla İlişkili Suçluluk-Utanç Ölçeği yedili derecelendirmeye geliştirilen 10 maddeden oluşan bir ölçek olup, ölçeğe verilen yanıtlar hiç uygun değil=1 ve tamamen uygun=7 olacak şekilde puanlanmaktadır (Sarıçam ve diğ., 2012).

Sarıçam, Akın ve Çardak tarafından (2012) tarafından yapılan geçerlik-güvenirlik çalışmasına göre ölçeğin suçluluk ve utanç olmak üzere iki alt boyutunun olduğu belirlenmiştir. Ölçekte yer alan maddelerin alt boyutlara göre dağılımı aşağıdaki gibidir;

Suçluluk:	S1,S4,S7,S9,S10
Utanç:	S2,S3,S5,S6,S8

Hatayla İlişkili Suçluluk-Utanç Ölçeğinin güvenirlik çalışması iç tutarlılığının incelenmesiyle gerçekleştirilmiş ve Cronbach alfa değerleri suçluluk alt boyutu için 0,78 bulunurken, utanç alt boyutu için 0,70 bulunmuştur.



Bu çalışmada da Hatayla İlişkili Suçluluk-Utanç Ölçeğinin güvenilirlik analizleri yapılmış ve Cronbach alfa değerleri suçluluk alt boyutu için  $\alpha=0,689$  ve utanç alt boyutu için  $\alpha=0,839$  bulunmuştur.

### **3.4 Veri Toplaması**

Araştırma verileri anket formu kullanılarak yüz yüze görüşme tekniği ile toplanmıştır.

Veri toplama aracının uygulamasına geçilmeden önce katılımcılara araştırmanın konusu ve amacı hakkında bilgi verilmiştir. Anket uygulamasından önce katılımcılara kimlik bilgilerinin üçüncü şahıslarla paylaşılmayacağı, anketi doldurmayı dilediği zaman bırakabileceği, toplanan veriler sadece akademik araştırma amaçlı kullanılacağı, ulusal/uluslar arası akademik toplantılarda ve/veya yayınlarda sunulabileceği konularında bilgi verilmiş ve yazılı onam formu imzalatılmıştır.

Araştırma verileri alkol tüketimi olan restoran, kafe, market ve publarda ve kamusal alanlarda rastgele toplanmıştır.

### **3.5 Verilerin İstatistiksel Analizi**

Araştırma verilerinin istatistiksel açıdan çözümlenmesi Statistical Package for Social Sciences 25.0 adlı bilgisayar yazılımında yapılmıştır.

Alkol kullanan ve kullanmayan bireylerin yaş, cinsiyet, medeni durumu, eğitim düzeyi, hanede yaşayan kişi sayısı, hanede çalışan kişi sayısı, silah bulundurma, psikolojik tedavi alma gibi durumlarının ve alkol kullanan bireylerin alkol kullanma sıklığı, alkol kullandıkları ortama ve diğer madde kullanım durumlarının belirlenmesi için frekans analizi yapılmıştır.

Alkol kullanan ve kullanmayan bireylerin Kısa Semptrom Envanteri, Sürekli Öfke Ölçeği, Yaşam Kalitesi Ölçeği (SF-36) Hataya İlgili Suçluluk Utanç Ölçeğinden almış oldukları puanlara dair ortalama, ortanca, standart hata gibi betimsel istatistikler gösterilmiş ve ölçek puanlarının normallik testi kapsamında Kolmogorov-Smirnov testi uygulanmıştır.

*Kolmogorov-Smirnov testi*

	<b>Kolmogorov-Smirnov(a)</b>	
	<b>Statistic</b>	<b>Sig.</b>
Anksiyete	0,107	0,000
Depresyon	0,090	0,000
Olumsuz benlik	0,103	0,000
Somatizasyon	0,109	0,000
Hostilite	0,093	0,000
Kısa Semptom Envanteri	0,081	0,003
Sürekli Öfke	0,086	0,001
Öfke İçte	0,089	0,001
Öfke Dışa	0,071	0,015
Öfke Kontrol	0,073	0,011
Fiziksel Fonksiyon	0,123	0,000
Fiziksel Rol Güçlüğü	0,249	0,000
Emosyonel Rol Güçlüğü	0,271	0,000
Enerji/Canlılık/Vitalite	0,104	0,000
Ruhsal Sağlık	0,108	0,000
Sosyal İşlevsellik	0,124	0,000
Ağrı	0,160	0,000
Genel Sağlık Algısı	0,062	0,058
Suçluluk	0,132	0,000
Utanç	0,139	0,000

Yapılan normallik testi sonucunda Kısa Semptom Envanteri, Sürekli Öfke Ölçeği, Yaşam Kalitesi Ölçeği (SF-36) Hataya İlgili Suçluluk Utanç Ölçeğinden almış oldukları puanlarının normal dağılmadığı belirlenmiştir. Buna göre alkol kullanan ve kullanmayan bireylerin Kısa Semptom Envanteri, Yaşam Kalitesi Ölçeği (SF-36) Hataya İlgili Suçluluk Utanç Ölçeğinden almış oldukları puanları Mann-Whitney U testiyle test edilmiştir.

Katılımcıların Kısa Semptom Envanteri, Sürekli Öfke Ölçeği, Yaşam Kalitesi Ölçeği (SF-36) Hataya İlgili Suçluluk Utanç Ölçeğinden almış oldukları puanları arasında Spearman korelasyon testi yapılarak ilişkiler belirlenmiştir.

Bunun yanı sıra Kısa Semptom Envanteri, Yaşam Kalitesi Ölçeği (SF-36) Hataya İlgili Suçluluk Utanç Ölçeği puanlarının alkol kullanımına etkisinin araştırılması için lojistik regresyon analizi uygulanmıştır.

## 4. BÖLÜM

### BULGULAR

**Tablo 1.**

*Alkol kullanan ve kullanmayan bireylerin sosyo-demografik özellikleri*

	Kullanmayan		Kullanan		Toplam		X <sup>2</sup>	p
	n	%	n	%	n	%		
<b>Yaş</b>								
35 yaş ve altı	61	61,0	30	30,0	91	45,5	19,472	0,000*
36-45	25	25,0	47	47,0	72	36,0		
46 yaş ve üzeri	14	14,0	23	23,0	37	18,5		
<b>Cinsiyet</b>								
Kadın	50	50,0	34	34,0	84	42,0	5,255	0,022*
Erkek	50	50,0	66	66,0	116	58,0		
<b>Medeni durum</b>								
Evli	52	52,0	24	24,0	76	38,0	36,059	0,000*
Bekar	33	33,0	28	28,0	61	30,5		
Boşanmış	3	3,0	33	33,0	36	18,0		
İlişkisi var	12	12,0	15	15,0	27	13,5		
<b>Eğitim düzeyi</b>								
İlköğretim ve altı	11	11,0	50	50,0	61	30,5	55,873	0,000*
Lise	31	31,0	38	38,0	69	34,5		
Lisans/Lisansüstü	58	58,0	12	12,0	70	35,0		
<b>Çocuk sayısı</b>								
Yok	47	47,0	66	66,0	113	56,5	9,906	0,007*
1-2 çocuk	49	49,0	34	34,0	83	41,5		
3 ve üzeri	4	4,0	0	0,0	4	2,0		
<b>Hanede yaşayan kişi sayısı</b>								
1-3 kişi	50	50,0	83	83,0	133	66,5	24,442	0,000*
4 ve üzeri	50	50,0	17	17,0	67	33,5		
<b>Hanede çalışan kişi sayısı</b>								
1-2 kişi	93	93,0	92	92,0	185	92,5	0,072	0,788
3 ve üzeri	7	7,0	8	8,0	15	7,5		

\*p<0,05

Tablo 1.'de araştırma kapsamına alınan alkol kullanan ve kullanmayan bireylerin sosyo-demografik özelliklerine göre dağılımı ve sosyo-demografik özelliklerin karşılaştırılmasına ilişkin yapılan ki kare testi sonuçlar gösterilmiştir.

Tablo 1. incelendiğinde alkol kullanmayan bireylerin %61,0'inin 35 yaş ve altı, %25,0'inin 36-45 yaş ve %14,0'ünün 46 yaş ve üzeri yaş grubunda olduğu, alkol kullananların ise %30,0'unun 35 yaş ve altı, %47,0'sinin 36-45 yaş ve %23,0'ünün 46 yaş ve üzeri yaş grubunda olduğu saptanmış olup, gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu tespit edilmiştir ( $p<0,05$ ). Alkol kullanmayan bireylerde 35 yaş ve altında olma oranı daha yüksektir.

Araştırmaya katılan alkol kullanmayan bireylerin %50,'si kadın ve %50,0'si erkek olup, alkol kullananların %34,0'ü kadın ve %66,0'sı erkektir. Alkol kullanan bireylerde erkek oranı kullanmayanlara göre anlamlı düzeyde daha yüksek bulunmuştur ( $p<0,05$ ).

Alkol kullanmayan bireylerin %52,0'sinin evli, %33,0'ünün bekar, %3,0'ünün boşanmış ve %12,0'sinin ilişkisinin olduğu, alkol kullananların %24,0'ünün evli, %28,0'inin bekar, %33,0'ünün boşanmış ve %15,0'inin ilişkisinin olduğu görülmüştür. Alkol kullanan bireylerde boşanma oranı, alkol kullanmayanlara göre anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur ( $p<0,05$ ).

Araştırmaya katılan alkol kullanmayan bireylerin %11,0'inin ilköğretim ve altı, %31,0'inin lise ve %58,0'inin lisans/lisansüstü mezunu olduğu, alkol kullananların ise %50,0'sinin ilköğretim ve altı, %38,0'inin lise ve %12,0'sinin lisans/lisansüstü mezunu olduğu görülmüştür. Alkol kullanan bireylerde ilköğretim ve altı düzeyde eğitim alma oranı kullanmayanlara göre düşüktür.

Alkol kullanmayan katılımcıların %49,0'unun 1-2 çocuk sahibi olduğu, %49,0'unun çocuğunun olmadığı, alkol kullananların %34,0'ünün 1-2 çocuğu olduğu, %66,0'sinin ise çocuğunun olmadığı belirlenmiştir. Alkol kullanan bireylerde çocuksuz olma oranı, kullanmayanlara göre yüksek bulunmuştur.

Alkol kullanmayan bireylerin %50,0'sinin hanesinde 1-3 kişi yaşadığı, %50,0'sinin 4 ve üzeri sayıda kişi yaşadığı, alkol kullanan bireylerin %83,0'ünün hanesinde 1-3 kişi yaşadığı, %17,0'inin hanesinde 4 ve üzeri

sayıda kişi yaşadığı belirlenmiştir. Alkol kullanan bireylerde hanede yaşayan kişi sayısı kullanmayanlara göre düşüktür.

Alkol kullanmayanların %93,0'ünün hanesinde 1-2 kişinin çalıştığı, bu oranın alkol kullanan bireylerde %92,0 olduğu görülmüştür. Alkol kullanan ve kullanmayan katılımcıların hanede çalışan kişi sayıları arasında fark yoktur ( $p>0,05$ ).

**Tablo 2.**

*Alkol kullanan bireylerin silah bulundurma ve psikiyatri tedavisi alma durumları*

	Kullanmayan		Kullanan		Toplam		$\chi^2$	p
	n	%	n	%	n	%		
<b>Silah bulundurma</b>								
Ruhsatlı silahı olan	5	5,00	3	3,00	8	4		
Ruhsatsız silahı olan	0	0,00	5	5,00	5	2,5		
Biber gazı	10	10,00	5	5,00	15	7,5	-	-
Kesici-delici alet	1	1,00	12	12,00	13	6,5		
Hiçbiri	84	84,00	75	75,00	159	79,5		
<b>Psikiyatri tedavisi alma</b>								
Daha önce alan	7	7,00	8	8,00	15	7,5	0,072	0,788
Hiç almayan	93	93,00	92	92,00	185	92,5		
<b>Tedavi</b>								
Bağımlılık	0	0,00	3	37,50	3	1,5		
Çift Terapisi	2	28,57	2	25,00	4	2		
Duygu-durum boz.	1	14,29	1	12,50	2	1		
OKB	1	14,29	1	12,50	2	1		
Öfke Kont.	0	0,00	1	12,50	1	0,5		
Panik atak	1	14,29	0	0,00	1	0,5		
Kaygı	1	14,29	0	0,00	1	0,5		
Depresyon	1	14,29	0	0,00	1	0,5		

Tablo 2.'de araştırmaya dahil olan alkol kullanan bireylerin silah bulundurma ve psikiyatri tedavisi alma durumları gösterilmiştir

Tablo 2. incelendiğinde alkol kullanmayan bireylerin %84,0'ünün silah bulundurmadığı, %5,0'inin ruhsatlı silah, %10,0'unun ise biber gazı bulundurduğu, alkol kullanan bireylerin %3,0'ünün ruhsatlı silah, %5,0'inin ruhsatsız silah, %5,0'inin biber gazı, %12,0'sinin kesici-delici alet bulundurduğu, %75,0'inin ise herhangi bir silah bulundurmadığı saptanmıştır.

Alkol kullanmayan bireylerin %7,0'sinin, alkol kullananların ise %8'inin daha önce psikiyatrik tedavi gördüğü belirlenmiş olup, alkol kullanan ve kullanmayan bireylerin daha önce psikiyatrik tedavi görme oranları arasında fark bulunmamıştır ( $p>0,05$ ).

Alkol kullanmayan ve psikiyatrik tedavi gören bireylerin %28,57'sinin çift terapisi, alkol kullananların ise %37,5'inin bağımlılık tedavisi, %25,0'inin duygu-durum bozukluğu tedavisi gördüğü saptanmıştır.

**Tablo 3.**

*Alkol kullanan bireylerin alkol ve diğer madde kullanımına ilişkin bazı özellikleri*

	n	%
<b>Alkol kullanma sıklığı</b>		
Ayda 1-2 kez	11	11,00
Haftada 1-2 kez	62	62,00
Hemen her gün	27	27,00
<b>Alkol alınan ortam</b>		
Ev	33	33,00
Yurt	1	1,00
Meyhane	19	19,00
Bar/Club	14	14,00
Diğer	33	33,00
<b>Sigara kullanımı</b>		
Kullanan	93	93,00
Kullanmayan	2	2,00
Bırakan	5	5,00
<b>Günlük tüketilen sigara sayısı</b>		
0-10 adet	4	4,30
11-20 adet	48	51,61
21-40 adet	35	37,63
41 adet ve üzeri	6	6,45
<b>Sigara kullanma süresi</b>		
0-5 yıl	4	4,30
6-10 yıl	16	17,20
11-15 yıl	38	40,86
16-20 yıl	29	31,18
21 yıldan fazla	6	6,45

<b>Madde geçmişi</b>		
Yok	86	86,00
Esrar	4	4,00
Bali	2	2,00
Tiner	1	1,00
Kokain	2	2,00
Meta amfetamin	2	2,00
Bonzai	2	2,00
Eroin	1	1,00

Tablo 3.'te araştırmaya katılan alkol kullanan bireylerin alkol ve diğer madde kullarımlarına ilişkin bazı özelliklerinin dağılımı verilmiştir.

Tablo 3. incelendiğinde araştırmaya dahil olan alkol kullanan bireylerin %11,0'i ayda 1-2 kez, %62,0'si haftada 1-2 kez, %27,0'si hemen her gün alkol kullandığını, %33,0'ünün evde, %19,0'nun meyhanede, %14,0'ünün bar/clubta ve %33,0'ünün diğer ortamlarda alkol aldığı saptanmıştır. Alkol kullanan bireylerin %93,0'ünün sigara kullandığı, %51,61'inin günde 11-20 adet, %37,63'ünün günde 21-40 adet ve %6,45'inin günde 41 adet ve üzerinde sigara kullandığı, %17,20'sinin 6-10 yıldır, %40,86'sinin 11-15 yıldır ve %31,18'inin ise 16-20 yıldır sigara kullandığı görülmüştür.



**Tablo 4.**

*Alkol kullanan ve kullanmayan bireylerin Kısa Semptom Envanteri puanlarının karşılaştırılması*

	Grup	n	Ort.	s	M	Sıra Ort.	Z	p
Anksiyete	Kullanmayan	100	0,41	0,44	0,31	67,86	-7,996	<b>0,000*</b>
	Kullanan	100	0,98	0,48	0,92	133,15		
Depresyon	Kullanmayan	100	0,56	0,54	0,42	70,64	-7,307	<b>0,000*</b>
	Kullanan	100	1,19	0,60	1,08	130,37		
Olumsuz benlik	Kullanmayan	100	0,49	0,55	0,29	67,94	-7,972	<b>0,000*</b>
	Kullanan	100	1,17	0,57	1,08	133,07		
Somatizasyon	Kullanmayan	100	0,48	0,55	0,28	66,13	-8,419	<b>0,000*</b>
	Kullanan	100	1,25	0,59	1,22	134,88		
Hostilite	Kullanmayan	100	0,64	0,59	0,43	74,51	-6,369	<b>0,000*</b>
	Kullanan	100	1,22	0,63	1,14	126,49		
<b>Kısa Semptom Envanteri</b>	Kullanmayan	100	0,51	0,49	0,38	67,40	-8,088	<b>0,000*</b>
	Kullanan	100	1,16	0,52	1,06	133,60		

\* $p < 0,05$

Tablo 4.'te araştırmaya katılan alkol kullanan ve kullanmayan bireylerin Kısa Semptom Envanteri puanlarından aldıkları puanlar ve ölçek puanlarının karşılaştırılmasında kullanılan Mann-Whitney U testi sonuçları gösterilmiştir.

Alkol kullanmayan bireylerin Kısa Semptom Envanterindeki anksiyete alt boyutundan ortalama  $0,41 \pm 0,44$  puan, depresyon alt boyutundan  $0,56 \pm 0,54$  puan, olumsuz benlik alt boyutundan ortalama  $0,49 \pm 0,55$  puan, somatizasyon alt boyutundan ortalama  $0,48 \pm 0,55$  puan ve hostilite alt boyutundan ortalama  $0,64 \pm 0,59$  puan aldıkları saptanmıştır. Alkol kullanmayan bireyler Kısa Semptom Envanteri genelinden ortalama  $0,51 \pm 0,49$  puan almıştır.

Alkol kullanan katılımcıların Kısa Semptom Envanterinden aldıkları puanlar incelendiğinde; anksiyete alt boyutundan ortalama  $0,98 \pm 0,48$  puan, depresyon alt boyutundan  $1,19 \pm 0,60$  puan, olumsuz benlik alt boyutundan

ortalama  $1,17\pm0,57$  puan, somatizasyon alt boyutundan ortalama  $1,25\pm0,59$  puan ve hostilite alt boyutundan ortalama  $1,22\pm0,63$  puan aldıkları görülmüştür. Alkol kullanan bireylerin ölçek genelinden aldıkları puan ortalaması  $1,16\pm0,52$  bulunmuştur.

Araştırma kapsamına alınan alkol kullanmayan ve kullanan bireylerin Kısa Semptom Envanteri genelinden ve envaterde yer alan aksiyete, depresyon, olumsuzluk benlik, somatizasyon ve hostilite alt boyutlarından aldıkları puanlar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu tespit edilmiştir ( $p<0,05$ ). Alkol kullanan bireylerin Kısa Semptom Envanteri genelinden ve envaterde yer alan aksiyete, depresyon, olumsuzluk benlik, somatizasyon ve hostilite alt boyutlarından, alkol kullanmayanlara göre anlamlı düzeyde yüksek puan aldıkları saptanmıştır.

**Tablo 5.**

*Alkol kullanan ve kullanmayan bireylerin Sürekli Öfke Ölçeği puanlarının karşılaştırılması*

	Grup	n	Ort.	s	M	Sıra Ort.	Z	p
Sürekli Öfke	Kullanmayan	100	19,34	5,93	19,50	69,62	-7,558	0,000*
	Kullanan	100	25,60	4,45	26,00	131,39		
Öfke İçte	Kullanmayan	100	16,84	3,30	17,00	78,57	-5,387	0,000*
	Kullanan	100	19,18	2,77	19,00	122,44		
Öfke Dışa	Kullanmayan	100	16,17	4,63	16,00	78,57	-5,375	0,000*
	Kullanan	100	19,09	3,60	20,00	122,44		
Öfke Kontrol	Kullanmayan	100	21,70	5,31	22,00	107,44	-1,699	0,089
	Kullanan	100	20,36	3,37	21,00	93,57		

\* $p<0,05$

Tablo 7.'de araştırmaya dahil olan alkol kullanan ve kullanmayan bireylerin Sürekli Öfke Ölçeği puanlarının karşılaştırılmasında kullanılan Mann-Whitney U testi sonuçları gösterilmiştir.

Tablo 7.'ye göre araştırma kapsamına alınan alkol kullanmayan bireylerin Sürekli Öfke Ölçeğinde yer alan sürekli öfke alt boyutundan ortalama  $19,34 \pm 5,93$  puan, öfke içte alt boyutundan ortalama  $16,84 \pm 3,30$  puan, öfke dışı alt boyutundan ortalama  $16,17 \pm 4,63$  puan ve öfke kontrol alt boyutundan ortalama  $21,70 \pm 5,31$  puan aldıkları belirlenmiştir.

Alkol kullanan katılımcıların bireylerin Sürekli Öfke Ölçeğinde yer alan sürekli öfke alt boyutundan ortalama  $25,60 \pm 4,45$  puan, öfke içte alt boyutundan ortalama  $19,18 \pm 2,77$  puan, öfke dışı alt boyutundan ortalama  $19,09 \pm 3,60$  puan ve öfke kontrol alt boyutundan ortalama  $20,36 \pm 3,37$  puan aldıkları tespit edilmiştir.

Araştırma kapsamına alınan alkol kullanan ve kullanmayan katılımcıların Sürekli Öfke Ölçeğinde yer alan sürekli öfke, öfke içte ve öfke dışı alt boyutundan aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunduğu tespit edilmiştir ( $p < 0,05$ ). Alkol kullanan katılımcıların Sürekli Öfke Ölçeğinde yer alan sürekli öfke, öfke içte ve öfke dışı alt boyutundan aldıkları puanlar alkol kullanmayanlara göre anlamlı düzeyde daha yüksek bulunmuştur. Alkol kullanan ve kullanmayan katılımcıların Sürekli Öfke Ölçeğinde bulunan öfke kontrol alt boyutundan aldıkları puanlar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı düzeyde olmadığı tespit edilmiştir ( $p > 0,05$ ). Alkol kullanan bireylerin Sürekli Öfke Ölçeğinde bulunan öfke kontrol alt boyutundan aldıkları puanlar, alkol kullanmayanlara göre düşük bulunmuş olsa da, aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır.

**Tablo 6.**

*Alkol kullanan ve kullanmayan bireylerin Yaşam Kalitesi Ölçeği (SF-36) puanlarının karşılaştırılması*

	Grup	n	Ort.	S	M	Sıra Ort.	Z	p
Fiziksel Fonksiyon	Kullanmayan	100	82,05	22,25	92,50	127,39	-6,603	<b>0,000*</b>
Fiziksel Rol Güçlüğü	Kullanmayan	100	81,01	32,78	100,00	125,66	-6,433	<b>0,000*</b>
Emosyonel Rol Güçlüğü	Kullanmayan	100	76,00	37,93	100,00	121,36	-5,382	<b>0,000*</b>
Enerji/Canlılık	Kullanmayan	100	65,45	17,97	70,00	130,29	-7,314	<b>0,000*</b>
Ruhsal Sağlık	Kullanmayan	100	66,96	17,44	68,00	132,43	-7,826	<b>0,000*</b>
Sosyal İşlevsellik	Kullanmayan	100	80,00	18,21	87,50	131,27	-7,654	<b>0,000*</b>
Ağrı	Kullanmayan	100	77,08	19,97	80,00	129,75	-7,204	<b>0,000*</b>
Genel Sağlık Algısı	Kullanmayan	100	61,51	16,73	60,00	131,23	-7,536	<b>0,000*</b>
	Kullananan	100	62,45	21,58	65,00	73,61		
	Kullananan	100	52,25	31,40	50,00	75,35		
	Kullananan	100	48,68	33,98	33,33	79,64		
	Kullananan	100	45,85	13,71	50,00	70,71		
	Kullananan	100	48,80	11,51	48,00	68,58		
	Kullananan	100	58,75	15,74	62,50	69,73		
	Kullananan	100	56,63	15,59	55,00	71,26		
	Kullananan	100	42,30	15,27	45,00	69,78		

\* $p < 0,05$

Tablo 5.'te araştırma kapsamına alınan alkol kullanan ve kullanmayan bireylerin Yaşam Kalitesi Ölçeği (SF-36) ölçeğinde yer alan fiziksel fonksiyon, fiziksel rol güçlüğü, emosyonel rol güçlüğü, enerji/canlılık, ruhsal sağlık, sosyal işlevsellik, ağrı ve genel sağlık algısı alt boyutlarından aldıkları puanlar ve bu puanların gruplar arası karşılaştırılmasına ilişkin Mann-Whitney U testi bulgularına yer verilmiştir.

Alkol kullanmayan bireylerin Yaşam Kalitesi Ölçeği (SF-36) ölçeğinde yer alan fiziksel fonksiyon alt boyutundan ortalama  $82,05 \pm 22,25$  puan, fiziksel rol güçlüğü alt boyutundan ortalama  $81,01 \pm 32,78$  puan, emosyonel rol güçlüğü

alt boyutundan ortalama  $76,0\pm 37,93$  puan, enerji/canlılık alt boyutundan ortalama  $65,45\pm 17,97$  puan, ruhsal sağlık alt boyutundan ortalama  $66,96\pm 17,44$  puan, sosyal işlevsellik alt boyutundan ortalama  $80,0\pm 18,21$  puan, ağrı alt boyutundan ortalama  $77,08\pm 19,97$  puan ve genel sağlık algısı alt boyutundan ortalama  $61,51\pm 16,73$  puan aldıkları belirlenmiştir.

Araştırmaya dahil edilen alkol kullanan bireyler Yaşam Kalitesi Ölçeği (SF-36) ölçeğinde yer alan fiziksel fonksiyon alt boyutundan ortalama  $62,45\pm 21,58$  puan, fiziksel rol güçlüğü alt boyutundan ortalama  $52,25\pm 31,40$  puan, emosyonel rol güçlüğü alt boyutundan ortalama  $48,68\pm 33,98$  puan, enerji/canlılık alt boyutundan ortalama  $45,85\pm 13,71$  puan, ruhsal sağlık alt boyutundan ortalama  $48,80\pm 11,51$  puan, sosyal işlevsellik alt boyutundan ortalama  $58,75\pm 15,74$  puan, ağrı alt boyutundan ortalama puan  $56,63\pm 15,59$  ve genel sağlık algısı alt boyutundan ortalama  $42,30\pm 15,27$  puan almıştır.

Araştırma kapsamına alınan katılımcıların alkol kullanma durumuna göre Yaşam Kalitesi Ölçeği (SF-36) ölçeğinde yer alan fiziksel fonksiyon, fiziksel rol güçlüğü, emosyonel rol güçlüğü, enerji/canlılık, ruhsal sağlık, sosyal işlevsellik, ağrı ve genel sağlık algısı alt boyutlarından aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farkların olduğu saptanmıştır ( $p<0,05$ ). Alkol kullanan bireylerin Yaşam Kalitesi Ölçeği (SF-36) ölçeğinde yer alan fiziksel fonksiyon, fiziksel rol güçlüğü, emosyonel rol güçlüğü, enerji/canlılık, ruhsal sağlık, sosyal işlevsellik, ağrı ve genel sağlık algısı alt boyutlarından, alkol kullanmayanlara göre daha düşük puan aldıkları belirlenmiştir.

**Tablo 7.**

*Alkol kullanan ve kullanmayan bireylerin Hataya İlgili Suçluluk Utanç Ölçeği puanlarının karşılaştırılması*

	Grup	n	Ort.	S	M	Sıra Ort.	Z	p
Suçluluk	Kullanmayan	100	19,98	5,27	20,00	114,79	-3,502	0,000*
	Kullanan	100	17,51	4,68	18,00	86,22		
Utanç	Kullanmayan	100	16,73	6,74	17,00	98,54	-0,480	0,631
	Kullanan	100	17,02	4,76	18,00	102,46		

\* $p < 0,05$

Araştırmaya dahil edilen alkol kullanan ve kullanmayan bireylerin Hataya İlgili Suçluluk Utanç Ölçeği puanlara ilişkin tanımlayıcı istatistikler ve alkol kullanma durumuna göre Hataya İlgili Suçluluk Utanç Ölçeği puanlarının karşılaştırılması amacıyla gerçekleştirilen Mann-Whitney U testi sonuçları Tablo 7.'de verilmiştir.

Araştırma kapsamına alınan alkol kullanmayan bireylerin Hataya İlgili Suçluluk Utanç Ölçeğinde bulunan suçluluk alt boyutundan ortalama  $19,98 \pm 5,27$  puan, alkol kullananlar ise  $17,51 \pm 4,68$  puan almıştır. Alkol kullanan ve kullanmayan bireylerin Hataya İlgili Suçluluk Utanç Ölçeğindeki suçluluk alt boyutundan aldıkları puanlar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ( $p < 0,05$ ). Alkol kullanmayan bireylerin Hataya İlgili Suçluluk Utanç Ölçeğinde yer alan suçluluk alt boyutundan, alkol kullananlara göre anlamlı düzeyde daha yüksek puan almıştır.

Alkol kullanmayan bireyler Hataya İlgili Suçluluk Utanç Ölçeğindeki utanç alt boyutundan ortalama 16,73 puan, alkol kullanan bireyler 17,02 puan almıştır. Katılımcıların alkol kullanma durumuna göre Hataya İlgili Suçluluk Utanç Ölçeğinde yer alan utanç alt boyutundan aldıkları puanlar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı düzeyde olmadığı saptanmıştır. Hataya İlgili Suçluluk Utanç Ölçeği utanç alt boyutundan alkol kullanmayan ve kullanan bireyler benzer puanlar almıştır.

**Tablo 8.**

*Alkol kullanan bireylerin Kısa Semptom Envanteri, Yaşam Kalitesi Ölçeği (SF-36) Hataya İlgili Suçluluk Utanç Ölçeği puanları arasındaki korelasyonlar*

	Anksiyete	Depresyon	Olumsuz benlik	Somatizasyon	Hostilite	Kısa Semptom Envanteri	Sürekli Öfke	Öfke İçte	Öfke Dışa	Öfke Kontrol	Fiziksel Fonksiyon	Fiziksel Rol Güçlüğü	Emosyonel Rol Güçlüğü	Enerji/Canlılık	Ruhsal Sağlık	Sosyal İşlevsellik	Ağrı	Genel Sağlık Algısı	Suçluluk	Utanç
Anksiyete	r 1	0,726*	0,830*	0,690*	0,679*	0,865*	0,281*	0,275*	0,278*	0,149	-0,289*	-0,350*	-0,270*	-0,074	-0,394*	-0,265*	-0,115	-0,112	0,024	0,144
Depresyon	r	1	0,782*	0,806*	0,752*	0,910*	0,142	0,151	0,054	0,025	-0,446*	-0,189	-0,300*	-0,320*	-0,384*	-0,264*	-0,207*	-0,283*	-0,156	-0,027
Olumsuz benlik	r		1	0,758*	0,728*	0,908*	0,194	0,228*	0,156	0,080	-0,354*	-0,358*	-0,340*	-0,143	-0,446*	-0,348*	-0,181	-0,204*	-0,125	0,002
Somatizasyon	r			1	0,738*	0,898*	0,113	0,160	0,029	0,102	-0,377*	-0,226*	-0,296*	-0,378*	-0,386*	-0,338*	-0,176	-0,317*	-0,138	-0,016
Hostilite	r				1	0,863*	0,181	0,173	0,151	0,064	-0,321*	-0,216*	-0,247*	-0,205*	-0,347*	-0,333*	-0,154	-0,164	-0,101	-0,008
KSE	r					1	0,181	0,220*	0,133	0,100	-0,396*	-0,294*	-0,324*	-0,249*	-0,428*	-0,351*	-0,185	-0,225*	-0,107	0,022
Sürekli Öfke	r						1	0,481*	0,689*	0,423*	0,286*	0,117	0,032	-0,020	-0,284*	-0,095	-0,149	-0,027	0,355*	0,506*
Öfke İçte	r							1	0,562*	0,518*	0,282*	0,116	0,019	-0,018	-0,202*	-0,158	-0,294*	0,035	0,390*	0,538*
Öfke Dışa	r								1	0,427*	0,351*	0,058	-0,017	0,056	-0,174	-0,032	-0,047	0,138	0,545*	0,654*
Öfke Kontrol	r									1	0,252*	-0,010	0,004	-0,051	-0,158	-0,091	-0,270*	0,017	0,373*	0,354*
Fiziksel Fonksiyon	r										1	0,438*	0,393*	0,227*	0,149	0,204*	0,140	0,187	0,475*	0,505*
Fiziksel Rol Güçlüğü	r											1	0,724*	-0,053	0,056	0,424*	0,269*	0,092	0,211*	0,275*
Emosyonel Rol Güçlüğü	r												1	-0,047	0,081	0,397*	0,268*	0,238	0,141	0,241
Enerji/Canlılık	r													1	0,378*	0,021	0,311*	0,443	0,141	0,033
Ruhsal Sağlık	r														1	0,122	0,129	0,264	0,011	-0,098
Sosyal İşlevsellik	r															1	0,452*	0,074	0,078	0,058
Ağrı	r																1	0,292*	0,089	0,047
Genel Sağlık Algısı	r																	1	0,264*	0,207*
Suçluluk	r																		1	0,705*
Utanç	r																			1

\* $p < 0,05$

Tablo 8.'de araştırmaya dahil edilen alkol kullanan bireylerin Kısa Semptom Envanteri, Yaşam Kalitesi Ölçeği (SF-36) Hataya İlgili Suçluluk Utanç Ölçeği puanları arasındaki korelasyonların incelenmesinde kullanılan Spearman testi sonuçları gösterilmiştir.

Tablo 8. incelendiğinde, alkol kullanan bireylerin Kısa Semptom Envanteri genelinden ve ölçekte yer alan anksiyete ve olumsuz benlik alt boyutlarından aldıkları puanlar ile Sürekli Öfke Ölçeğinde yer alan öfke içte alt boyutundan aldıkları puanlar arasında pozitif yönlü korelasyonlar saptamıştır ( $p < 0,05$ ). Alkol kullanan bireylerin Kısa Semptom Envanteri genelinden ve ölçekte yer alan anksiyete ve olumsuz benlik alt boyutlarından aldıkları puanlar arttıkça, Sürekli Öfke Ölçeğinde yer alan öfke içte alt boyutundan aldıkları puanlar da artmaktadır. Ayrıca alkol kullanan bireylerin Kısa Semptom Envanteri anksiyete alt boyutundan aldıkları puanlar ile sürekli öfke ve öfke dışa alt boyutlarından aldıkları puanlar arasında pozitif yönlü korelasyonlar bulunmuştur ( $p < 0,05$ ). Alkol kullanan bireylerin Kısa Semptom Envanteri anksiyete alt boyutundan aldıkları puanlar arttıkça, sürekli öfke ve öfke dışa alt boyutlarından aldıkları puanlar da artış göstermektedir.

Alkol kullanan bireylerin Kısa Semptom Envanterinden aldıkları puanlar ile Yaşam Kalitesi Ölçeğinde yer alan fiziksel fonksiyon, fiziksel rol güçlüğü, emosyonel rol güçlüğü, enerji/canlılık, ruhsal sağlık, sosyal işlevsellik ve genel sağlık algısı alt boyutlarından aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı ve negatif yönlü korelasyonlar olduğu saptanmıştır ( $p < 0,05$ ). Alkol kullanan bireylerde Kısa Semptom Envanteri puanları arttıkça, fiziksel fonksiyon, fiziksel rol güçlüğü, emosyonel rol güçlüğü, enerji/canlılık, ruhsal sağlık, sosyal işlevsellik ve genel sağlık algısı puanları azalmaktadır.

Alkol kullanan bireylerin Kısa Semptom Envanteri genelinden ve anksiyete, depresyon, olumsuz benlik, somatizasyon ve hostilite alt boyutlarından aldıkları puanlar ile Suçluluk-Utanç Ölçeği puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı korelasyonlar olmadığı belirlenmiştir ( $p > 0,05$ ).

Araştırmaya katılan alkol kullanan bireylerin Sürekli Öfke Ölçeğinde yer alan sürekli öfke ve öfke içte alt boyutundan aldıkları puanlar ile Yaşam Kalitesi Ölçeğinde yer alan ruhsal sağlık alt boyutundan aldıkları puanlar arasında



negatif yönlü korelasyonlar olduğu belirlenmiştir ( $p<0,05$ ). Alkol kullanan bireylerin Sürekli Öfke Ölçeğinde yer alan sürekli öfke ve öfke içte alt boyutundan aldıkları puanlar arttıkça, Yaşam Kalitesi Ölçeğinde yer alan ruhsal sağlık alt boyutundan aldıkları puanlar azalmaktadır.

Alkol kullanan bireylerin Sürekli Öfke Ölçeğinde bulunan sürekli öfke, öfke içte, öfke dışı ve öfke kontrol alt boyutlarından aldıkları puanlar ile Suçluluk-Utanç Ölçeğinden aldıkları puanlar arasında pozitif yönlü korelasyonların bulunduğu belirlenmiştir ( $p<0,05$ ). Alkol kullanan bireylerin Suçluluk-Utanç Ölçeği puanları arttıkça, Sürekli Öfke Ölçeğinde bulunan sürekli öfke, öfke içte, öfke dışı ve öfke kontrol alt boyutlarından aldıkları puanlar da artmaktadır.

Tablo 9.

*Alkol kullanmayan bireylerin Kısa Semptom Envanteri, Yaşam Kalitesi Ölçeği (SF-36) Hataya İlgili Suçluluk Utanç Ölçeği puanları arasındaki korelasyonlar*

	Anksiyete	Depresyon	Olumsuz benlik	Somatizasyon	Hostilite	Kısa Semptom Envanteri	Sürekli Öfke	Öfke İçte	Öfke Dışa	Öfke Kontrol	Fiziksel Fonksiyon	Fiziksel Rol Güçlüğü	Emosyonel Rol Güçlüğü	Enerji/Canlılık	Ruhsal Sağlık	Sosyal İşlevsellik	Ağrı	Genel Sağlık Algısı	Suçluluk	Utanç	
Anksiyete	r	1	0,851*	0,899*	0,812*	0,790*	0,930*	0,328*	0,372*	0,390*	-0,166	-0,116	-0,299*	-0,287*	-0,436*	-0,424*	-0,486*	-0,259*	-0,267*	-0,029	-0,050
Depresyon	r		1	0,859*	0,852*	0,795*	0,933*	0,291*	0,320*	0,357*	-0,164	-0,169	-0,375*	-0,406*	-0,507*	-0,387*	-0,550*	-0,334*	-0,331*	0,083	-0,021
Olumsuz benlik	r			1	0,837*	0,794*	0,941*	0,281*	0,388*	0,348*	-0,188	-0,139	-0,368*	-0,304**	-0,462*	-0,416*	-0,537*	-0,328*	-0,329*	0,070	0,059
Somatizasyon	r				1	0,749*	0,905*	0,238*	0,298*	0,344*	-0,208*	-0,271*	-0,466*	-0,471*	-0,486*	-0,408*	-0,585*	-0,422*	-0,409*	-0,019	-0,045
Hostilite	r					1	0,907*	0,359*	0,279*	0,458*	-0,250*	-0,227*	-0,390*	-0,377*	-0,451*	-0,369*	-0,468*	-0,382*	-0,256*	0,074	-0,074
KSE	r						1	0,319*	0,341*	0,405*	-0,192	-0,201*	-0,414*	-0,400*	-0,507*	-0,433*	-0,550*	-0,361*	-0,327*	0,048	-0,050
Sürekli Öfke	r							1	0,338*	0,607*	-0,408*	-0,188	-0,279*	-0,254*	-0,353*	-0,377*	-0,285*	-0,312*	-0,213*	-0,134	-0,042
Öfke İçte	r								1	0,566*	-0,143	-0,101	-0,237*	-0,309*	-0,330*	-0,298*	-0,355*	-0,266*	-0,203*	0,160	0,330*
Öfke Dışa	r									1	-0,446*	-0,162	-0,175	-0,210*	-0,387*	-0,393*	-0,284*	-0,232*	-0,198	0,058	0,118
Öfke Kontrol	r										1	0,082	0,107	0,152	0,272*	0,248*	0,270*	0,220*	0,375*	0,219	-0,099
Fiziksel Fonksiyon	r											1	0,382*	0,228*	0,259*	0,175	0,265*	0,591*	0,382*	0,062	0,183
Fiziksel Rol Güçlüğü	r												1	0,673*	0,427*	0,318*	0,374*	0,503*	0,385*	-0,065	0,154
Emosyonel Rol Güçlüğü	r													1	0,425*	0,323*	0,440*	0,420*	0,445*	-0,011	0,090
Enerji/Canlılık	r														1	0,787*	0,520*	0,475*	0,492*	-0,010	0,078
Ruhsal Sağlık	r															1	0,469*	0,442*	0,460*	0,033	0,040
Sosyal İşlevsellik	r																1	0,600*	0,569*	0,105	0,006
Ağrı	r																	1	0,665*	0,012	-0,032
Genel Sağlık Algısı	r																		1	0,110	-0,011
Suçluluk	r																			1	0,479*
Utanç	r																				1

\* $p < 0,05$

Alkol kullanmayan bireylerin Kısa Semptom Envanteri, Yaşam Kalitesi Ölçeği (SF-36) Hataya İlgili Suçluluk Utanç Ölçeği puanları arasındaki korelasyonların incelenmesinde kullanılan Spearman testi sonuçları Tablo 9.'da verilmiştir.

Alkol kullanmayan bireylerin Kısa Semptom Envanteri genelinden ve ölçekte yer alan anksiyete, depresyon, olumsuz benlik, somatizasyon ve hostilite alt boyutlarından aldıkları puanlar ile Sürekli Öfke Ölçeğinde yer alan süreli öfke, öfke içte ve öfke dışı alt boyutlarından aldıkları puanlar arasında pozitif yönlü korelasyonlar saptamıştır ( $p<0,05$ ). Buna göre alkol kullanmayan bireylerin Kısa Semptom Envanteri genelinden ve ölçekte yer alan anksiyete, depresyon, olumsuz benlik, somatizasyon ve hostilite alt boyutlarından aldıkları puanlar arttıkça, Sürekli Öfke Ölçeğinde yer alan süreli öfke, öfke içte ve öfke dışı alt boyutlarından aldıkları puanlar da artmaktadır. Alkol kullanmayan bireylerde somatizasyon ve hostilite puanları ile öfke kontrol puanları arasında negatif yönlü korelasyonlar görülmüştür ( $p<0,05$ ). Alkol kullanmayan bireylerde somatizasyon ve hostilite puanları arttıkça, öfke kontrol puanları azalmaktadır.

Alkol kullanmayan bireylerin Kısa Semptom Envanterinden aldıkları puanlar ile Yaşam Kalitesi Ölçeğinde yer alan fiziksel fonksiyon, fiziksel rol güçlüğü, emosyonel rol güçlüğü, enerji/canlılık, ruhsal sağlık, sosyal işlevsellik ve genel sağlık algısı alt boyutlarından aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı ve negatif yönlü korelasyonlar olduğu saptanmıştır ( $p<0,05$ ). Alkol kullanmayan bireylerde Kısa Semptom Envanteri puanları arttıkça, fiziksel fonksiyon, fiziksel rol güçlüğü, emosyonel rol güçlüğü, enerji/canlılık, ruhsal sağlık, sosyal işlevsellik ve genel sağlık algısı puanları azalmaktadır.

Alkol kullanmayan bireylerin Kısa Semptom Envanteri genelinden ve anksiyete, depresyon, olumsuz benlik, somatizasyon ve hostilite alt boyutlarından aldıkları puanlar ile Suçluluk-Utanç Ölçeği puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı korelasyonlar olmadığı belirlenmiştir ( $p>0,05$ ).

Alkol kullanmayan bireylerin Sürekli Öfke Ölçeğinde yer alan sürekli öfke, öfke içte ve öfke dışı alt boyutlarından aldıkları puanlar ile Yaşam Kalitesi Ölçeğinden aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı ve negatif

yönlü korelasyonlar olduğu görülmüştür. Alkol kullanmayan bireylerin Sürekli Öfke Ölçeğinde yer alan sürekli öfke, öfke içte ve öfke dışı alt boyutlarından aldıkları puanlar arttıkça, Yaşam Kalitesi Ölçeğinden aldıkları puanlar azalmaktadır. Ayrıca alkol kullanmayan bireylerin Sürekli Öfke Ölçeğinde yer alan öfke kontrol alt boyutundan aldıkları puanlar ile Yaşam Kalitesi Ölçeğinden aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde ve pozitif yönlü korelasyonların olduğu belirlenmiştir ( $p<0,05$ ). Buna göre alkol kullanmayan bireylerin Sürekli Öfke Ölçeğinde yer alan öfke kontrol alt boyutundan aldıkları puanlar arttıkça, Yaşam Kalitesi Ölçeğinden aldıkları puanlar da artmaktadır.

Alkol kullanmayan bireylerin Sürekli Öfke Ölçeğinde bulunan öfke içte alt boyutundan aldıkları puanlar ile Suçluluk-Utanç Ölçeğinde yer alan Suçluluk alt boyutundan aldıkları puanlar arasında pozitif yönlü korelasyonların bulunduğu belirlenmiştir ( $p<0,05$ ). Alkol kullanmayan bireylerin Sürekli Öfke Ölçeğinde bulunan öfke içte alt boyutundan aldıkları puanlar arttıkça, Suçluluk-Utanç Ölçeğinde yer alan Suçluluk alt boyutundan aldıkları puanlar da artmaktadır.

Tablo 10.

*Kısa Semptrom Envanteri, Yaşam Kalitesi Ölçeği (SF-36) Hataya İlgili Suçluluk Utanç Ölçeği puanlarının alkol kullanma durumuna etkisine ilişkin lojistik regresyon modeli*

		$\beta$	S.E.	Wald	sd	P	Odds Ratio	%95 G.A.		%	R <sup>2</sup>
								Ait	Üst		
Adım 1	Somatizasyon	2,33	0,34	48,14	1	0,000*	10,25	5,31	19,77	75,50	0,31
	Sabit	-1,91	0,32	36,70	1	0,000*	0,15				
Adım 2	Somatizasyon	1,93	0,35	29,74	1	0,000*	6,90	3,45	13,80	81,00	0,39
	Süreklil Öfke	0,18	0,04	20,20	1	0,000*	1,19	1,10	1,29		
Adım 3	Sabit	-5,58	0,95	34,54	1	0,000*	0,00			82,00	0,42
	Somatizasyon	1,45	0,38	14,37	1	0,000*	4,26	2,01	9,00		
Adım 3	Süreklil Öfke	0,16	0,04	15,45	1	0,000*	1,17	1,08	1,27	82,00	0,42
	Genel Sağlık Algısı	-0,04	0,01	9,01	1	0,003*	0,96	0,93	0,99		
Adım 4	Sabit	-2,66	1,32	4,09	1	0,043*	0,07			84,50	0,43
	Somatizasyon	1,06	0,42	6,36	1	0,012*	2,88	1,27	6,56		
Adım 4	Süreklil Öfke	0,15	0,04	13,00	1	0,000*	1,16	1,07	1,26	84,50	0,43
	Sosyal İşlevsellik	-0,03	0,01	4,47	1	0,034*	0,97	0,95	1,00		
Adım 5	Genel Sağlık Algısı	-0,04	0,01	7,48	1	0,006*	0,96	0,93	0,99	83,50	0,45
	Sabit	-0,36	1,69	0,05	1	0,830	0,70				
Adım 5	Somatizasyon	1,07	0,43	6,24	1	0,013*	2,92	1,26	6,78	83,50	0,45
	Süreklil Öfke	0,17	0,04	14,54	1	0,000*	1,19	1,09	1,30		
Adım 5	Sosyal İşlevsellik	-0,03	0,01	5,16	1	0,023*	0,97	0,94	1,00	83,50	0,45
	Genel Sağlık Algısı	-0,03	0,02	3,55	1	0,060	0,97	0,94	1,00		
Adım 6	Suçluluk	-0,10	0,05	5,00	1	0,025*	0,90	0,82	0,99	85,50	0,46
	Sabit	0,66	1,79	0,13	1	0,714	1,93				
Adım 6	Somatizasyon	1,10	0,44	6,30	1	0,012*	3,00	1,27	7,06	85,50	0,46
	Süreklil Öfke	0,16	0,05	11,79	1	0,001*	1,17	1,07	1,26		
Adım 6	Sosyal İşlevsellik	-0,03	0,01	5,58	1	0,018*	0,97	0,94	0,99	85,50	0,46
	Genel Sağlık Algısı	-0,03	0,02	3,94	1	0,047*	0,97	0,94	1,00		
Adım 6	Suçluluk	-0,18	0,06	8,79	1	0,003*	0,84	0,75	0,94	85,50	0,46
	Utanç	0,11	0,05	4,29	1	0,038*	1,12	1,01	1,25		
Adım 6	Sabit	0,65	1,82	0,13	1	0,721	1,92				

\*p<0,05

Tablo 10.'da Kısa Semptom Envanteri, Yaşam Kalitesi Ölçeği (SF-36) Hataya İlgili Suçluluk Utanç Ölçeği puanlarının alkol kullanma durumuna etkisine ilişkin lojistik regresyon analizi sonuçları verilmiştir.

Tablo 10. incelendiğinde Kısa Semptom Envanteri, Yaşam Kalitesi Ölçeği (SF-36) Hataya İlgili Suçluluk Utanç Ölçeği puanlarının alkol kullanma durumuna etkisinin incelenmesi için uygulanan lojistik regresyon modelinde stepwise yöntemi kullanılmıştır. Buna göre Kısa Semptom Envanteri, Yaşam Kalitesi Ölçeği (SF-36) Hataya İlgili Suçluluk Utanç Ölçeği puanlarının alkol kullanma durumuna etkisine ilişkin model 6 adımda sonuçlandırılmıştır ve oluşturulan en uygun tahmin modelinin doğru tahmin oranı %85,50 olarak belirlenmiş ve tahmincilerin açıkladığı varyans %46 bulunmuştur.

Tablo 10.'a göre Kısa Semptom Envanterinde yer alan somatizasyon alt boyutundan alınan puanların, Sürekli Öfke Ölçeğinde yer alan sürekli öfke alt boyutundan alınan puanların, Suçluluk-Utanç Ölçeğinde yer alan utanç alt boyutundan alınan puanlarının alkol kullanımını artırıcı yönde etkisinin olduğu, Yaşam Kalitesi Ölçeğinde bulunan Sosyal İşlevsellik ve Genel Sağlık Algısı alt boyutlarından ve , Suçluluk-Utanç Ölçeğinde yer alan suçluluk alt boyutundan alınan puanların alkol kullanımını azaltıcı yönde etkisinin olduğu belirlenmiştir. Somatizasyon alt boyutundan alınan puanların 1 birim artması, alkol kullanma riskini 3 kat artırmaktadır. Sürekli öfke puanlarının 1 birim artması alkol kullanma riskini %17 ve utanç alt boyutundan alınan puanların 1 birim artması alkol kullanma riskini %12 artırmaktadır. Bunun yanında Sosyal İşlevsellik ve Genel Sağlık Algısı alt boyutlarından alınan puanların 1 birim artması alkol kullanma riskini %3 azaltmakta, , Suçluluk-Utanç Ölçeğinde yer alan suçluluk alt boyutundan alınan puanların 1 birim artması alkol kullanma riskini %16 azaltmaktadır.

## 5. BÖLÜM

### TARTIŞMA

Bu araştırma, alkol kullanan bireylerde psikolojik semptomlar ile utanç, öfke ve yaşam kaliteleri düzeyleri arasındaki ilişkinin incelenmesini amaçlamaktadır. Araştırmada alkol kullanımına bağlı ortaya çıkabilecek psikolojik semptomlara yani psikopatolojiye bakılmış ve bu patolojiye ek olarak alkol kullanımının, kişinin utanç, öfke duyguları ve yaşam kalitesi üzerindeki yordayıcı etkileri ortaya konulmuştur.

Alkol kullanan bireylerin anksiyete ve olumsuz benlikleriyle iç öfkeleri arasında olumlu ilişki olduğu yani anksiyete ve olumsuz benlik düzeyinin artmasıyla içe yöneltilen öfkenin artacağı sonucuna varılmıştır. Ayrıca alkol kullanan katılımcıların anksiyete yani kaygı düzeyleri artış gösterdikçe sürekli öfkeli olma ve öfkelerini dışa vurma düzeylerinin de artacağı belirlenmiştir. Alanyazında yapılan araştırmalar incelendiğinde psikolojik semptomlarla öfke arasında pozitif ilişki olduğu, olumsuz duygu durumlarının bireyin öfkeli olmasına neden olduğu belirtilmektedir (Bakıcıoğlu, 2015; Kayış, 2017). Araştırma elde edilen bulgular doğrultusunda alanyazınla benzerlik göstermektedir.

Alkol kullanan bireylerin suçluluk ve utanç duyma düzeyleri ile sürekli öfkeli olma durumları arasında da pozitif yönde ilişki oldu tespit edilmiştir. Dolayısıyla araştırma kapsamında yer alan bu semptomlara ilişkinin olumlu yönde olduğu sonucuna varılmıştır. Yapılan araştırmalarda da suçluluk hissinin (Gökalp, 2010) ve utanç duymanın (Oktay ve Batıgün, 2014) öfke duygu durumunda etken olduğu ve birbirlerini tetikledikleri görülmektedir.

Alkol kullanan katılımcıların anksiyete ve olumsuz benlik düzeyleri arttıkça öfke, suçluluk ve utanç düzeylerinin attığı sonucuna varılmıştır. Bunun aksine araştırma sonuçlarına göre alkol kullanan ve kullanmayan bireylerde benzer biçimde kısa semptom düzeyleri arttıkça, yaşam kalitelerine bağlı emosyonel rol güçlüğü, fiziksel rol güçlüğü, enerji/canlılık, fiziksel fonksiyon, ruhsal sağlık, genel sağlık ve sosyal işlevsellik algılarının azaldığı belirlenmiştir. Bireylerin sahip olduğu psikolojik semptomların doğrudan yaşam kalitesini etkilediği söylenebilir (Yancar, 2005; Gilik ve Avşaroğlu, 2017).

Araştırma kapsamında alınan alkol kullanma durumuna göre genel kısa semptom düzeyleri ve anksiyete, depresyon, olumsuzluk benlik, somatizasyon ve hostilite düzeylerinin farklı olduğu sonucuna varılmıştır. Alkol kullanan kişilerin psikolojik semptomları anksiyete, depresyon, olumsuzluk benlik, somatizasyon ve hostilite düzeyleri alkol kullanmayanlara göre daha fazla olduğu belirlenmiştir. Konuyla ilgili yapılan tüm çalışmalarda benzer şekilde yüksek düzeyde alkol kullanan kişilerin psikolojik semptomları yüksek bulunmuştur (Kaptanoğlu vd., 1997; Turan ve Aşkın, 1999; İnce vd., 2002; Geisner vd., 2004; Coşkun, 2017). Bireysel ve toplumsal stress etkileri alkol kullanımını arttırabilmektedir. Dolayısıyla insan stress ve yarattığı psikolojik semptomlarla başa çıkabilmek için alkol kullanımına başvurabilmektedirler.

Araştırmanın diğer bir bulgusu olan katılımcıların alkol kullanma durumlarına göre hataya bağlı suçluluk duyma düzeylerinde fark olduğu fakat utanç duyma düzeylerinde farkın olmadığı tespit edilmiştir. Alkol kullanan bireylerin suçluluk duyma düzeyleri kullanmayan katılımcılara göre daha fazla olduğu belirlenmiştir. Literatürde suçluluk kişinin yaptığı ile ilgili olduğu utancın ise öz benlikle ilgili olduğu belirtilmektedir (Kalyoncu vd., 2002). Bu doğrultuda araştırmaya katılan alkol kullanan bireylerin öz benlikleri yönünde sıkıntı yaşamadıkları sadece alkol kullanımı davranışının yanlış olduğu düşüncesini taşıdıkları ve bu sebeple suçluluk duydukları düşünülmektedir.

Katılımcıların sürekli öfkeli olma düzeyleri incelendiğinde, alkol kullanan katılımcıların sürekli öfkeli, iç ve dış öfke düzeylerinin alkol kullanmayanlardan daha fazla olduğu tespit edilmiştir. Katılımcıların öfkelerini



kontrol etme düzeylerinde ise alkol kullanma durumlarına göre fark olmadığı sonucuna varılmıştır. Alan yazında bulunan çeşitli çalışmalar alkol, madde ve sigara kullanımıyla öfkenin yüksek oranda ilişkili olduğunu ortaya koymaktadır (Khakbaz ve ark., 2014; Hofvander ve ark., 2011; Cole, 2008).

Araştırma kapsamına alınan katılımcıların alkol kullanma durumlarının yaşam kalitelerinde farklılık yarattığı saptanmıştır. Alkol kullanan bireylerin yaşam kalitelerine yönelik emosyonel rol güçlüğü, fiziksel rol güçlüğü, enerji/canlılık, sosyal işlevsellik, ruhsal sağlık, ağrı, genel sağlık algısı ve fiziksel fonksiyon düzeylerinin alkol kullanmayan katılımcılara göre daha düşük olduğu belirlenmiştir. Avşaroğlu (2017), araştırmasında bireylerin kişisel iyi oluşlarının yüksek olmasının fiziksel ve psikolojik sağlıkları ve yaşam kalitelerinin de daha iyi olmasını sağladığını, böylece bireysel iyi oluş düzeyleri yüksek olan kişilerin bağışık sistemleri, insan ilişkileri verimlilik düzeyleri, yaşam süreleri ve yaratıcılıklarının daha fazla olduğu sonucuna varmıştır. Alkol kullanımının yaratacağı sağlık sorunlarının farkındalığı ve alkol kullanımı sonucu yaşanan olumsuz hisler doğrultusunda katılımcıların yaşam kalitelerini bu yönde olumsuz görüş ortaya koydukları düşünülmektedir. Araştırma sonuçları bu doğrultuda benzerlik göstermektedir.

Alkol kullanmayan bireylerin psikolojik semptom düzeyleri ve buna bağlı anksiyete, depresyon, olumsuz benlik, somatizasyon ve hostilite olma düzeyleri arttığında, sürekli öfkeli olma, öfkesini içinde ve dışında yaşama düzeylerinin arttığı görülmektedir. Alkol kullanmayan bireylerde somatizasyon ve hostilite düzeyi arttıkça, öfke kontrol düzeylerinin azaldığı görülmektedir. Araştırma sonuçlarıyla benzer biçimde Kaya vd. (2014) çalışmalarında somatizasyon ve hostilite alt test puanları madde kullanan ergenlerde madde kullanmayan ergenlere göre anlamlı düzeyde yüksek çıkmıştır. Alkol kullanan katılımcıların depresif ruh hali ve buna bağlı somatizasyon belirtileri olan bayılma, bulantı, nefes darlığı, bedende uyuşma gibi ve hostilite belirtilerinden olan öfkelenme, kızma, zarar verme istekleri arttıkça öfkelerini kontrol altında tutamadıkları belirlenmiştir.

Araştırmada elde edilen bulgular sonucunda bireylerin fiziksel bir nedenden olmayan somatik şikayetlerinin, sürekli öfke durumu içerisinde olmalarının ve utanç duymalarının alkol kullanımını arttırdığı sonucuna varılırken, bireyin genel sağlık algısının, sosyal işlevselliğinin ve suçluluk duymasının alkol kullanımını azalttığı tespit edilmiştir. Elde edilen bu sonuç doğrultusunda bireyin kendini sürekli rahatsız, depresif ve öfkeli hissetmesini alkol kullanımını arttırdığı söylenebilir. Bireyin sağlık açısından kendini iyi hissetmesi, sosyal olması ve alkol kullanımından suçluluk duyması sahip olmasının da alkol kullanımını azalttığı görülmektedir.

Araştırma sonuçlarına göre somatizasyon, sürekli öfke ve utanç duygularının alkol kullanımını arttırdığı, genel sağlık algısı, sosyal işlevsellik ve suçluluk duymasının alkol kullanma riskini azalttığı belirlenmiştir. Somatik komplikasyonlar ve buna bağlı sosyal bağların bozulmasının alkol kullanımını pozitif yönde etkilediği yapılan araştırmalarda ortaya konulmaktadır (Özen vd., 2010)

Araştırmaya katılan katılımcıların yaşlarına göre farklılık olduğu sağtanmıştır. Katılımcıların alkol kullanma ve kullanmama durumları tüm yaş gruplarında farklılık olduğu belirlenmiştir. Özellikle alkol kullanmama oranı 35 yaş altındaki katılımcılarda yüksek iken alkol kullanma oranının en fazla 36-45 yaş aralığında olduğu, en az alkol kullanımının da 46 yaş ve üzeri sonucuna varılmıştır. Literatürde yapılan araştırmalarda yaşın alkol kullanımından etkili olduğu sonucuna varılmıştır (Aydın, 2012; Güler 2008). Araştırmada yaş arttıkça alkol kullanımının arttığı görülürken ilerleyen yaşlarda ise düşüşe geçtiği görülmektedir. Bu durumun yaşın artmasıyla gelen sağlık problemleri ve alkolün sağlığa verdiği zararlarla ilgili olduğu düşünülmektedir.

Araştırmada alkol kullanmayan katılımcıların cinsiyet dağılımı eşit iken alkol kullanan katılımcıların cinsiyet dağılımına bakıldığında erkek katılımcıların kadın katılımcılara göre daha yüksek oranda alkol kullandıkları belirlenmiştir. Erkeklerde alkol kullanımının kadınlara göre daha yüksek olması literatür ile benzerlik göstermektedir. Öztürk vd. (2016)'nın alkol-madde bağımlılığının risk faktörlerini Ebso veri tabanından elde ettiği 90 adet araştırmayı değerlendirerek hazırladığı araştırmasında; literatürdeki aşağı yukarı bütün

çalışmalarda sonuçların bu yönde olduğunu ortaya koymuştur. Yıldız (2009)'da araştırmasında erkek öğrenciler arasında alkol kullanımının daha yaygın olduğu sonucuna varmıştır. Kadınların daha az alkol kullanmasının toplumdaki statüleri ve rolleri gereği olduğu düşünülmektedir. Bunun yanısıra toplumda erkeklerin alkol kullanımının daha hoş görülmesi ve kadınların üzerindeki baskılar nedeniyle daha az kullandıkları hatta kullanımlarını gizleme eğiliminde olmaları, diğer bir yönden erkeklerin sıkıntılarla baş edebilme yöntemi olarak alkolü görmeleri olduğu şeklinde yorumlanabilir.

Araştırma kapsamında katılımcıların alkol kullanma ve kullanmama durumları medeni durumlarına göre karşılaştırılmıştır. Elde edilen bulgular doğrultusunda alkol kullanan katılımcılarda boşanma oranının daha fazla olduğu saptanmıştır. Balcı (2011) yapmış olduğu alkolün toplumsal olaylara etki düzeylerini koyduğu alkol raporunda, alkol kullanımının boşanmalarda %80 oranında etkili olduğunu ifade etmiştir. Araştırma bu sonucuyla literatürle benzerlik göstermektedir. Aile içindeki geçimsizlik, huzursuzluk, şiddet, aile bireylerine kötü muamele gibi durumların temelinde alkol olabileceği ve bu sebeple boşanmalar olduğu öngörülmektedir

Araştırmaya katılan alkol kullanan bireylerin ilköğretim ve altı düzeyde eğitim aldıkları, alkol kullanmayan katılımcıların ise çoğunluklu olarak lisans/lisansüstü mezunu olduğu sonucuna varılmıştır. Christoffersen ve arkadaşları (2003), suça eğilimi olan bireyler üzerinde yaptıkları çalışmalarında, antisosyal özelliğe sahip alkol bağımlısı katılımcıların çoğunlukla eğitim seviyesi düşük ve işsiz katılımcılardan oluştuğunu ortaya koymuşlardır. Araştırma bu sonucuyla alanyazınla benzerlik gösterirken, farklı sonuçlar elde eden araştırmalar da literatürde bulunmaktadır (Yaşar, 2007; Yıldırım, Engin ve Yıldırım, 2011). Bunun nedenin eğitim düzeyinin düşük olmasıyla kişinin yaşam kalitesi ve yalnızlık arasında anlamlı ilişki olabileceği, bunun da alkol kullanımını arttırdığı düşünülmektedir.

Alkol kullanan ve kullanmayan katılımcıların irdelendiği diğer iki değişken ise araştırma katılımcılarının sahip oldukları çocuk sayısı ve hanede yaşayan kişi sayısıdır. Araştırma da elde edilen bulgular doğrultusunda çocuk sayısı arttıkça alkol kullanan katılımcıların azaldığı görülmektedir. Çocuğu olmayan

katılımcıların daha fazla alkol tükettikleri belirlenmiştir. Aynı şekilde alkol kullanan bireylerde hanede daha az kişi yaşayan katılımcıların alkol kullanma oranlarının daha fazla olduğu ortaya konulmuştur. Literatürde yapılan çalışmalarda bunu desteklemektedir. Aydın (2012), evde yaşayan kişi ve çocuk sayısı arttıkça alkol kullanım oranının azaldığını bulmuştur. Buna ek olarak alkol kullanan ve kullanmayan katılımcıların hanede çalışan kişi sayısına göre farklılığın olmadığı belirlenmiştir. Bireylerin sahip oldukları çocuk ve evde yaşayan kişi sayı arttıkça alkol kullanımlarının azalması taşımış oldukları sorumluluk bilincinden dolayı olduğu söylenebilir. Buna karşın hanede çalışan kişi sayısının etkili olmayışı evin gelirinin alkol kullanımında etken olmadığı söylenebilir.

Araştırmada elde edilen bulgular doğrultusunda alkol kullanan ve kullanmayan katılımcıların çoğunluğu herhangi bir silah bulundurmadıklarını ifade etmişlerdir. Bunun nedeninin yaşanan toplumun güvenli bir ortam olması ve bireylerin kendilerini tehdit altında hissetmemeleri nedeniyle olduğu düşünülmektedir. Yapılan bir çok araştırma özellikle alkol kullanan bireylerin öfke kontrol problem nedeniyle silah kullanımının olumsuz etkilerini ortaya koymaktadır (Özalp ve Soygür, 2006; Torun, Torun ve Yıldırım, 2011)

Araştırma katılımcıları arasında alkol kullanma ve kullanmama durumlarına bakılmaksızın genel olarak psikiyatrik tedavi görme oranının çok düşük olduğu görülmektedir. Dolayısıyla alkol kullanan ve kullanmayan bireylerin daha öncesinde psikiyatrik tedavi görme düzeyleri arasında fark olmadığı sonucuna varılmıştır. Araştırma bulgularının aksine alkol kullanımının psikiyatrik bozukluklara neden olduğu ve bu yönde tedavilerin yapıldığı araştırmalarda sıklıkla görülmektedir (Savaşan, 2015; Doğan ve Arıkan, 2014). Araştırma bulgularında elde edilen sonuçların farklılık göstermesinin nedeninin, araştırmaya katılan bireylerin alkol kullanma düzeylerinin ve sıklığının fazla olmaması bu sebeple tedaviye ihtiyaç duymadıkları öngörülmektedir. Araştırmaya katılan katılımcılardan tedavi gören azınlığın aldıkları tedavi türleri incelendiğinde alkol kullanmayan ve psikiyatrik tedavi gören bireylerin çift terapisi, alkol kullananların ise bağımlılık ve çift tedavisi gördükleri saptanmıştır.

Araştırmada, alkol kullanan bireylerin alkol ve diğer madde kullarımlarına ilişkin bazı özellikleri incelenmiştir. Elde edilen bulgular doğrultusunda çoğunluğun haftada 1-2 kez alkol kullandıkları, genellikle evde alkol aldıkları sonucuna varılmıştır. Katılımcıların nerdeyse tamamının sigara kullandığı, çoğunluğun günde 1-2 paket sigara içtiği ve 11 ile 20 yıl arası sigara kullandıkları ortaya konulmuştur. Yapılan araştırmalarda, sigara ve alkol kullanımı arasında güçlü bir ilişki olduğu (Erci, 1999), alkol kullanma olasılığının sigara içenlerde 4,5 kat fazla olduğu (Ulukoca vd., 2013), sigara kullanımının alkol kullanımını tetiklediğini (Emeç ve Gülay, 2008) ortaya koymuştur. Çakıcı vd. (2014) yaptıkları araştırma sonucunda KKTC genelinde en fazla alkol ve sigara kullanımının yaygın olduğu sonucuna varmışlardır. Araştırma sonuçları literatürle paralellik göstermektedir. Alkol kullanımı ile sigara kullanımı arasında pozitif yönlü ilişki olduğu sonucuna varılmıştır.

## 6. BÖLÜM

### SONUÇ VE ÖNERİLER

#### 6.1 Sonuç

Araştırmanın katılımcıları olan alkol kullanan ve kullanmayan bireyler arasında yaş, cinsiyet, medeni durumu, eğitim düzeyi, çocuk sayısı, hanede yaşayan kişi sayısı değişkenleri arasında anlamlı farklılıkların olduğu sonucuna varılmıştır.

Her iki grupta yer alan katılımcıların silah bulundurma düzeyleri ve psikiyatrik tedavi görme oranları çok düşük olduğu bulunmuştur. Psikiyatrik tedavi gören azılığın ise alkol kullanmayanlarda çift terapisi, alkol kullananlarda ise bağımlılık ve çift terapisi olduğu tespit edilmiştir.

Araştırmada, alkol kullanan bireylerin çoğunluğun haftada 1-2 kez alkol kullandıkları, genellikle evde alkol aldıkları sonucuna varılmıştır. Alkol kullanan bireylerin büyük çoğunluğunun sigara kullandığı, günde 1-2 paket sigara içtikleri ve sigara kullanma sürelerinin genellikle 11 ile 20 yıl arası olduğu görülmüştür.

Araştırma bulgularında Kısa Semptom Envanteri genelinden ve envaterde yer alan aksiyete, depresyon, olumsuzluk benlik, somatizasyon ve hostilite alt boyutlarından alkol kullanmayan ve kullanan bireylerin almış oldukları puanların arasında istatistiki açıdan anlamlı fark olduğu sonucuna varılmıştır. Alkol kullanan bireylerde psikolojik semptom gösterme oranlarının daha yüksek olduğu sonucuna varılmıştır.

Sürekli Öfke Ölçeğinde yer alan sürekli öfke, öfke içte ve öfke dışı alt boyutundan alkol kullanan katılımcıların aldıkları puanlar alkol kullanmayanlara göre anlamlı düzeyde daha yüksek bulunmuştur. Öfke kontrolü alt boyutunda ise her iki grup arasında anlamlı farklılık bulunmamıştır.

Alkol kullanan bireylerin emosyonel rol güçlüğü, fiziksel rol güçlüğü, enerji/canlılık, fiziksel fonksiyon, sosyal işlevsellik, ruhsal sağlık, genel sağlık algısı ve ağrı alt boyutlarından, alkol kullanmayanlara göre daha düşük puan aldıkları belirlenmiştir. Alkol kullanan bireylerin yaşam kalitesi ölçeğinin genelinde alkol kullanmayanlara göre daha düşük puan aldıkları, bu doğrultuda kendilerini yetersiz gördükleri tespit edilmiştir.

Katılımcıların Hataya İlgili Suçluluk Utanç Ölçeği suçluluk alt boyutu puanları arasında anlamlı istatistiksel fark olduğu ancak utanç alt boyutundan alkol kullanmayan ve kullanan bireyler farklılık tespit edilmemiştir.

Araştırma kapsamında kullanılan Kısa Semptom Envanteri, Sürekli Öfke Ölçeği ve arasında pozitif ilişki olduğu sonucuna varılmıştır. Alkol kullanan katılımcıların anksiyete ve olumsuz benlik düzeyleri arttıkça öfke, suçluluk ve utanç düzeylerinin attığı sonucuna varılmıştır. Alkol kullanmayan bireylerde somastizasyon ve hostilite puanları arttıkça, öfke kontrol puanlarının azaldığı görülmektedir.

Elde edilen bulgular doğrultusunda alkol kullanmayan ve kullanan bireylerde aynı biçimde Kısa Semptom Envanteri puanları arttıkça, enerji/canlılık, fiziksel rol güçlüğü, fiziksel fonksiyon, ruhsal sağlık, emosyonel rol güçlüğü, genel sağlık algısı ve sosyal işlevsellik puanlarının azaldığı görülmektedir.

## **6.2 Öneriler**

Devlete yönelik öneriler;

Alkol kullanımı sonucu oluşabilecek olumsuzluklar ve bunlara yönelik çözüm önerilerinin uzmanlar tarafından psikoeğitim çalışmaları kapsamında yapılması,

Alkol kullanımı sıklığının artmasıyla ortaya çıkacak olumsuzluklara yönelik halkın bilinlendirilmesi kapsamında uzmanlar ve devletin birlikte ortaya koyacağı etkinlik, proje ve bilgilendirme çalışmalarıyla bilinçlendirme yapılması,

Alkol kullanımına yönelik sınırlandırma ve politikaların geliştirilmesiyle aşırı alkol kullanımının ve bunun yaratacağı olumsuzlukların önüne geçilmesi önerilmektedir.

Klinisyenlere yönelik öneriler;

Alkol kullanan bireylere yönelik destek sağlanması bireylerin sanatsal, kültürel hobilere ve sportif etkinliklere yönlendirilmesi,

Bireylere yönelik sosyal destek olanaklarının artırılarak kişisel iyi oluşlarının ve psikolojik semptomlarına da olumlu etkilerin oluşmasının sağlanması,

Alkol kullanan bireylerin genellikle depresif ruh hali belirtileri göstermeleri sebebiyle tedavi bu yönde ilerlemektedir. Klinisyenler tüm olasılıkları göz önünde bulundurarak tetkikleri geniş tutması

Alkol kullanan bireylere yönelik grup terapileri önerilmektedir. Aynı durumdaki bireylerin deneyimlerini ve yaşadıklarını paylaşmaları tedavi sürecinin bir parçası ve bu durumun üstesinden nasıl gelinceğine dair emsal teşkil etmesi bakımında önerilmektedir.

Araştırmacılara yönelik öneriler;

Aynı çalışmanın ileride Kuzey Kıbrıs'ta da yürütülerek karşılaştırmalı analizinin yapılması önerilir.

Araştırmacılar farklı değişkenlerle (gelir düzeyi, anne-baba eğitim durumu vb.) benzer araştırma yapabilirler.

Araştırma nitel olarak alkol kullanan bireylerin görüşlerinin irdelenmesi şeklinde yürütülmesi önerilmektedir.



## KAYNAKÇA

- Acar, T. (2009). Dokuzuncu sınıf öğrencilerinde akran zorbalığı ve psikolojik belirtiler, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Ankara: Hacettepe Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- Akdoğan, R. (2012). Adleryen yaklaşıma dayalı grupla psikolojik danışmanın üniversite öğrencilerinin yetersizlik duygusu ve psikolojik belirti düzeylerine etkisi. Doktora Tezi. Eskişehir: Anadolu Üniversitesi, Eğitim Bilimleri Enstitüsü
- Akvardar, Y., Akdede, B. B., Özerdem, A., Eser, E., Topkaya, Ş., & Alptekin, K. (2006). Assessment of quality of life with the WHOQOL-BREF in a group of Turkish psychiatric patients compared with diabetic and healthy subjects. *Psychiatry and clinical neurosciences*, 60(6), 693-699.
- Akyardar, Y. T. (1997). CAGE İle Riskli Alkol Kullanımının Taranması. 33. Ulusal Psikiyatri Kongresi Özet Kitabı. Antalya.
- Allen, L., Nelson, C., Rihubaksh, P., Scifres, S., Greene, R., Kordinak, S., Davies, L. Jr., & Morse, R. (1998). Gender differences in factor structure of the self-administered alcoholism screening test. *J Clin Psychol* 54, 439 ± 445.
- Altıntaş, E., Uğuz, Ş., & Levent, B. A. (2015). Panik bozuklukta yaşam kalitesi: 3 aylık izlem çalışması. *Cukurova Medical Journal*, 40(2), 288-297.
- Altıntoprak, A. E., Akgür, A. S., Yüncü, Z., Sertöz, Ö. Ö., & Çoşkunol, H. (2008). Kadınlarda alkol kullanımı ve buna bağlı sorunlar. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 19(2), 197-208.
- Birliği, A. P. (2014). DSM-5 Tanı Ölçütleri Başvuru Elkitabı. 1. Baskı. Köroğlu E, çev. editörü. Ankara: Hekimler Yayın Birliği, 226-8.

- Arıkan, Z., Yasin Genç, D., Çetin Etik, D., Aslan, S., & Parlak, P. İ. (2004). Alkol ve Diğer Madde Bağımlılıklarında Hastalar Ve Yakınlarında Etiketleme. *Journal of Dependence*, 5, 52-56.
- Arıkan Z. ve Ark. (2001). Madde Bağımlılığı Tanı Ve Tedavi Kılavuzu El Kitabı. Ankara. Pozitif Matbaa.
- Arıkan, Z. (1996). Yarı Kentsel Bir Bölgede Alkolizm Prevelansı. *Kriz Dergisi*, 93-100.
- Avcı, R. (2006). Şiddet Davranışı Gösteren Ve Göstermeyen Ergenlerin Ailelerinin Aile İşlevleri, Öfke Ve Öfke İfade Tarzı Açısından İncelenmesi, Çukurova Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Y.Lisans Tezi.
- Avşaroğlu, Z. (2017). *Bir dönem boyunca verilen pozitif psikoloji dersinin öğrencilerin mental iyi oluş ve kişisel iyi oluşlarına olan etkisinin incelenmesi* (Yayımlanmamış yüksek lisans tezi). Üsküdar Üniversitesi, İstanbul.
- Aydın, B. (2012). *Alkol ve sigara tüketiminde sosyodemografik değişkenlerin etkisi*, (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi). İzmir: Ege Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- Ayverdi, İ. (2005). Misalli Büyük Türkçe Sözlük, İstanbul: Kubbealtı Nesriyatı.
- Bakıcıoğlu, R. (2015). Çocuk Ve Ergende Ruh Sağlığı. Ankara: Anı Yayıncılık.
- Balcı, M. (2011). *Alkol Raporu*, Ankara: Türk Yeşilay Cemiyeti.
- Barrett, K.C. (1995). A Functionalist Approach To Shame And Guilt. Tangney Ve Fischer, Eds. Self-Conscious Emotions. The Guilford Press, New York, 25-63.
- Bellos, S., Skapinakis, P., Rai, D., Zitko, P., Araya, R., Lewis, G., ... & Mavreas, V. (2013). Cross-cultural patterns of the association between varying levels of alcohol consumption and the common

mental disorders of depression and anxiety: secondary analysis of the WHO Collaborative Study on Psychological Problems in General Health Care. *Drug and Alcohol Dependence*, 133(3), 825-831.

- Beşirli, H. (2007). Gençlerin Alkol Tüketim Davranışları Ve Bu Davranışlarını Etkileyen Faktörlerin Sosyolojik Analizi. *Sosyoloji Konferansları* (S. 85). İstanbul: Sosyoloji Araştırmaları, (35)
- Bjork, J. M., Hommer, D. W., Grant, S. J., & Danube, C. (2004). Impulsivity in abstinent alcohol-dependent patients: relation to control subjects and type 1–/type 2–like traits. *Alcohol*, 34(2-3), 133-150.
- Bobes, J. & Gonzales, M.P. (1997). Quality of Life in schizophrenia. In: Katsching H, Freeman H, Sartorius N (eds). *Quality of Life in Mental Disorders*. West Sussex, John Wiley&Sons:165-178.
- Boden, J. M., & Fergusson, D. M. (2011). Alcohol and depression. *Addiction*, 106(5), 906-914.
- Boden, J. M., Fergusson, D. M., & Horwood, L. J. (2014). Associations between exposure to stressful life events and alcohol use disorder in a longitudinal birth cohort studied to age 30. *Drug and alcohol dependence*, 142, 154-160.
- Borders, A., Barnwell, S. S., & Earleywine, M. (2007). Alcohol-aggression expectancies and dispositional rumination moderate the effect of alcohol consumption on alcohol-related aggression and hostility. *Aggressive Behavior: Official Journal of the International Society for Research on Aggression*, 33(4), 327-338.
- Budak, S. (2003). *Psikoloji Sözlüğü*. 2. Baskı. Ankara: Bilim Ve Sanat Yayınları.
- Butcher, J.N., Mineka, S., Hooley, J.M. (2013). *Anormal Psikoloji*. İstanbul: Kaknüs Yayınları.

- Buzul, S. (2016). Türkiye'de Alkollü İçki Tüketimi. *Journal Of Food And Healty Science*, 2(3), 112-122.
- Cannon, T. D., Mednicr, S. A., Parnas, J., Schulsinger, F., Praestholm, J., & Vestergaard, A. (1993). Developmental brain abnormalities in the offspring of schizophrenic mothers: I. Contributions of genetic and perinatal factors. *Archives of general psychiatry*, 50(7), 551-564.
- Chen, C. Y., & Storr, C. L. (2006). Alcohol use and health-related quality of life among youth in Taiwan. *Journal of Adolescent Health*, 39(5), 752-e9.
- Chen, T. Y., Chang, C. C., Tzeng, N. S., Kuo, T. B., Huang, S. Y., Lu, R. B., & Chang, H. A. (2015). Different patterns of heart rate variability during acute withdrawal in alcohol dependent patients with and without comorbid anxiety and/or depression. *Journal of Psychophysiology*.
- Christoffersen, M. N., Francis, B., & Soothill, K. (2003). An upbringing to violence? Identifying the likelihood of violent crime among the 1966 birth cohort in Denmark. *Journal of Forensic Psychiatry and Psychology*, 14 (2), 367-382.
- Cirhinlioğlu, F.G. & Güvenç, G. (2011). Utanç Eğilimi, Suçluluk Eğilimi Ve Psikopatoloji. *Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi*, 8 (1), 248-266.
- Cloninger, C. (2008). *The Psychobiological Theory Of Temperament And Character: Comment Onfarmer And Goldberg*. *Psychol Asses*, 20, 292-9;Discussion 300-4.
- Cole, R.L. (2008). A systematic review of cognitive-behavioural interventions for adolescents with anger-related difficulties. *Educational and Child Psychology*, 25, 27-46.
- Cornelius, J., Jarret, P., Thase, M., Fabrega, H., Haass, G., Jones-Barlock, J., Mezzich, J., & Ulrich, R. (1995). Gender effects on the clinical

presentation of alcoholics at a psychiatric hospital. *Comp Psychiatry* 36, 435 ± 440.

Corsini, R. J. ve Wedding, D. (2017). *Modern Psikoterapiler Vaka İncelemeleri*. (Çev: D. Özen) İkinci Baskı, İstanbul: Kaknüs Yayınları.

Costenbader, E. C., Zule, W. A., & Coomes, C. M. (2007). The impact of illicit drug use and harmful drinking on quality of life among injection drug users at high risk for hepatitis C infection. *Drug and Alcohol Dependence*, 89, 251–258.

Coşkun, İ. (2017). *Psikopatolojinin, kumar oynama davranışı ve alkol-madde kötüye kullanımı ile ilişkisi*. (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi). İstanbul: Işık Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü.

Coşkunol, H., & Çelikkol, A. (1996). *Alkol Kullanım Bozuklukları ve Tedavisi*. Baskı, İzmir: Ege Psikiyatri Sürekli Yayınları, 1, 157-206.

Cuomo, C., Sarchiapone, M., Di Giannantonio, M., Mancini, M., & Roy, A. (2008). Aggression, impulsivity, personality traits, and childhood trauma of prisoners with substance abuse and addiction. *The American journal of drug and alcohol abuse*, 34(3), 339-345.

Çakıcı, M. ve vd. (2014). KKTC'de Psikoaktif Madde Kullanım Yaygınlığı ve Risk Etkenleri. *Bağımlılık Dergisi*, 15(4):156-166.

Çakmak, D. E. (2002). Alkol Kullanım Bozuklukları Tanıma Testinin Geçerliliği Ve Güvenilirliği. *Türkiye'de Psikiyatri*, 107-112.

Olçay, Ç. A. M., & DAĞLI, D. A. (2017). Alkol Bağımlılarında İçselleştirilmiş Damgalama, Suçluluk ve Utanç Duyguları. *Bağımlılık Dergisi*, 18(4), 145-151.

Çelik, S., Demirbaş, H., İlhan, İ. Ö., & Doğan, Y. B. (2002). Alkol bağımlılığında intihar olasılığı ile depresyon, anksiyete ve kişilik

bozukluğu ek tanıları arasındaki ilişki. *Bağımlılık Dergisi*, 3(1), 17-20.

Dağ, İ. (1999). Psikolojinin Işığında Kaygı. *Doğu Batı Düşünce Dergisi*, 2(6), 167-174.

Daley, D. C. (1997). *Relapse Prevention Workbook for Recovering Alcoholics and Drug-dependent Persons*. Learning Publications, Incorporated.

Dawson, D. A., Li, T. K., Chou, S. P., & Grant, B. F. (2009). Transitions in and out of alcohol use disorders: their associations with conditional changes in quality of life over a 3-year follow-up interval. *Alcohol & Alcoholism*, 44(1), 84-92.

Demirbas, H., İlhan, I. O., & Dogan, Y. B. (2011). Assessment of the mode of anger expression in alcohol dependent male inpatients. *Alcohol and alcoholism*, 46(5), 542-546.

Derogatis, L. R. (1992). *The brief symptom inventory (BSI): administration, scoring & procedures manual-II*. Clinical Psychometric Research.

Doğan, B., ve Arıkan, Z. (2014). Alkol ve madde bağımlılığında erişkin dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu belirtileri. *Balıkesir Sağlık Bilimleri Dergisi*, 3(3): 141-146.

Doğan, O. (2001). Sivas İlindeki Lise Öğrencilerinde Madde Kullanımı Yaygınlığı. *Bağımlılık Dergisi*.2,53-56

Doğrul, A. (2010). *Alkol Kullanımı Ve İntihar Olasılığının Stresle Başedebilme Yöntemleri İle İlişkinin İncelenmesi*. Yayımlanmış Yüksek Lisans Tezi. İstanbul Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.

Donovan, D., Mattson, M. E., Cisler, R. A., Longabaugh, R., & Zweben, A. (2005). Quality of life as an outcome measure in alcoholism treatment research. *Journal of Studies on Alcohol, Supplement*, (15), 119-139.

- Dost, A. & Yağmurlu, B. (2006). Suçluluk Ve Utanç Duygularının Kavramsallaştırmasına İlişkin Sorunlar. *Türk Psikoloji Yazıları*, 9 (17), 37-52.
- Ebrinç, S. (2000). Psikiyatrik derecelendirme ölçekleri ve klinik çalışmalarda kullanımı. *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni*, 10(2), 109-116.
- Emeç, H., ve Gülay, E. (2008). Alkol tüketimi ve sosyo-demografik değişkenlerin alkol tüketimi üzerine etkisi. *Ekonomik Yaklaşım Dergisi*, 19(68): 115-134.
- Erci, B. (1999). Lise öğrencilerinde madde bağımlılığı ve etkileyen ailesel faktörler. *Journal of Anatolia Nursing and Health Sciences*, 2(1): 83-94.
- Evren, C., Sar, V., Dalbudak, E., Cetin, R., Durkaya, M., Evren, B., & Celik, S. (2011). Lifetime PTSD and quality of life among alcohol-dependent men: impact of childhood emotional abuse and dissociation. *Psychiatry research*, 186(1), 85-90.
- Evren, C., Erken, B., Çakmak, D. (2003). Alkol Bağımlılarında Aleksitimi Depresyon, Anksiyete Ve Kişilik Bozuklukları İle İlişkisi. *Bağımlılık Dergisi*, 4, 47-52
- Fisher, G. L., Jenkins, S. J., Harrison, T. C., & Jesch, K. (1992). Characteristics of adult children of alcoholics. *Journal of substance abuse*, 4(1), 27-34.
- Flemin, M., Mihic, SJ. And Haris , RA. (2001). Ethanol. In: Hardman, JG., Limberd, Leand Gilman, AG. Editors. *The Pharmacological Basis Of Therapeutics*. 10th Ed. New York: Goodman & Gilman's. Mcgraw-Hill Companies Inc; P.429-45
- Foster, J. H., Peters, T. J., & Marshall, E. J. (2000). Quality of life measures and outcome in alcohol-dependent men and women. *Alcohol*, 22(1), 45-52.

- Foster, J. H., Powell, J. E., Marshall, E. J., & Peters, T. J. (1999). Quality of life in alcohol-dependent subjects—a review. *Quality of life research*, 8(3), 255-261.
- Freud, A. (1937). *The Ego and the Mechanisms of Defence* London
- Freud, S. (1961). *The Ego And The İd*. New York: WW Norton And Coşar, B.
- A. (1996). Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesinde Alkol Tedavisi Gören Hastalarda Bireysel Özellikler Ve Algılama Biçimlerinin Değerlendirilmesi. *Kriz Dergisi*, 105-113.
- Freud, S. (1965). *Three Essays On The Theory Of Sexuality*. New York: Avon Books.
- Gabriels, C. M., Macharia, M., & Weich, L. (2019). Psychiatric Comorbidity Among Alcohol-Dependent Individuals Seeking Treatment At The Alcohol Rehabilitation Unit, Stikland Hospital. *South African Journal Of Psychiatry*, 25(1), 1-6.
- Geçtan, E. (2000). *Psikodinamik Psikiyatri ve Normaldışı Davranışlar*. İstanbul: Remzi Kitabevi.
- Geisner, I. M., Larimer, M. E. and Neighbors, C. (2004). The relationship among alcohol use, related problems, and symptoms of psychological distress: Gender as a moderator in a college sample. *Addictive Behaviors*, 29(5): 843-848.
- Gerra, G., Zaimovic, A., Moi, G., Bussandri, M., Bubici, C., Mossini, M., ... & Brambilla, F. (2004). Aggressive responding in abstinent heroin addicts: neuroendocrine and personality correlates. *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry*, 28(1), 129-139.
- Giancola Pr (2002). The Influence Of Trait Anger On The Alcohol-Aggression Relation İn Men And Women. *Alcoholism: Clinical And Experimental Research*, 26(9): 1350-1358.



- Gilik, A. & Avşaroğlu, S. (2017). Özel Gereksinimli Çocuğa Sahip Anne-Babaların Kaygı Durumlarına Göre Umutsuzluk Düzeylerinin İncelenmesi. *İlköğretim Online*. 16. 1022-1035. 10.17051/ilkonline.2017.330239.
- Gökalp, M. (2010). *Bakıma Muhtaç Çocukların Ailelerinin Karşılaştıkları Sosyal Psikolojik Sorunlar ve Psikolojik Belirtileri*. Yüksek Lisans Tezi. Sakarya Üniversitesi.
- Grant, B. F., Stinson, F. S., Dawson, D. A., Chou, S. P., Dufour, M. C., Compton, W. & Kaplan, K. (2006). Prevalence and co-occurrence of substance use disorders and independent mood and anxiety disorders: Results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Alcohol Research & Health*, 29(2), 107.
- Grant, B. F., Goldstein, R. B., Saha, T. D., Chou, S. P., Jung, J., Zhang, H., ... & Hasin, D. S. (2015). Epidemiology Of DSM-5 Alcohol Use Disorder: Results From The National Epidemiologic Survey On Alcohol And Related Conditions III. *JAMA Psychiatry*, 72(8), 757-766. Erişim Adresi: <https://jamanetwork.com/> On 06/14/2019
- Greenberg, L. S., & Watson, J. C. (2006). Emotion-focused therapy for depression. American Psychological Association.
- Gual, A. N. T. O. N. I., Lligoña, A., & Colom, J. (1999). Five-year outcome in alcohol dependence. A naturalistic study of 850 patients in Catalonia. *Alcohol and alcoholism (Oxford, Oxfordshire)*, 34(2), 183-192.
- Güleç, H. (2009). Reliability and Factorial Validity of the Turkish Versiyon of the 20- Item Toronto Alexithymia Scala (TAS). *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni* 19;3, 214-220.
- Güler, A. (2008). *Ege üniversitesi hazırlık sınıfı öğrencilerinde tütün, alkol, madde kullanımı ve sosyo-ekonomik düzey etkisi*, (Yayımlanmamış

Yüksek Lisans Tezi). İzmir: Ege Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü.

Harris G., Rice M., (1997). Risk Appraisal And Management Of Violent Behavior, *Psychiatric Services*, 48(9), 1168–1176.

Hathaway, S. R., & Briggs, P. F. (1957). Some normative data on new MMPI scales. *Journal of Clinical Psychology*.

Heinrich, T. W. (2004). Medically Unexplained Symptom and the Concept of Somatization. *Wisconsin Medical Journal*, Volume 103, No. 6, 83–87.

Hilal, A. M. (2013). *Madde Kullanım Bozukluğu Olan Ve Olmayan Ergenlerin Bağlanma Stilleri, Anne Baba Tutumları Ve Sosyal Destek Algıları Yönünden Karşılaştırılması*. İzmir.

Hill, J. V., & Leeming, D. (2014). Reconstructing ‘the alcoholic’: recovering from alcohol addiction and the stigma this entails. *International Journal of Mental Health and Addiction*, 12(6), 759-771.

Hoffman, M. L. (2001). *Toward A Comprehensive Empathy-Based Theory Of Prosocial Moral Development*. Washington: American Psychological Association

Hofvander, B., Ståhlberg, O., Nydén, A., Wentz, E., degl’Innocenti, A., Billstedt, E. (2011). Life History of Aggression scores are predicted by childhood hyperactivity, conduct disorder, adult substance abuse, and low cooperative-ness in adult psychiatric patients. *Psychiatry Res*, 185:280–5.

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

- İnce, A., Doğruer, Z. Ve Türkçapar, M. H. (2002). Erken Ve Geç Başlangıçlı Erkek Alkol Bağımlılarında Sosyodemografik, Klinik Ve Psikopatolojik Özelliklerin Karşılaştırılması. *Klinik Psikiyatri*, 5:82-91
- İnce,A. (2002). Erken Ve Geç Başlangıçlı Erkek Alkol Bağımlılarında Sosyodemografik, Klinik Ve Psikopatolojik Özelliklerin Karşılaştırılması. S. 82-91.
- İncesi, C. (1993). *Alkol Bağımlılarında Tabloya Eşlik Eden Mizaç, Anksiyete Ve Kişilik Bozuklukları*. İstanbul: Bakırköy Ruh Ve Sinir Hastalıkları Hastanesi Adli Psikiyatri Birimi.
- Jorm, A. (2000). Mental Health Literacy. *British Journal Of Psychiatry*, 177, 396-401.
- Kalyoncu, Ö. A., Mirsal, H., Özkan Pektaş, D., Gümüş, Ö., Tan, D., & Beyazyürek, M. (2002). Alkol bağımlılarında suçluluk ve utanç duyguları. *Journal of Dependence*, 3(3), 160-164.
- Kalyoncu, A., Mirsal, H., Pektaş, Ö., Gümüş, Ö., Tan, D., Beyazyürek, M. (2002). Alkol Bağımlılarında Suçluluk ve Utanç Duyguları. *Bağımlılık Dergisi*, 3(3).
- Kaptanoğlu, C., Yenilmez, Ç., Seber, G. ve Tekin, D. (1997). Alkol bağımlılarında ruhsal belirtiler evlilik sorunları ve aile tutumları. *Psikiyatri ve Norolojik Bilimler Dergisi Düşünen Adam*, 10(3): 57-60.
- Karakuş, G., Evlice, Y. E., & Tamam, L. (2012). Psikiyatri Kliniğinde Yatan Hastalarda Alkol Ve Madde Kullanım Bozukluğu Sıklığı. *Cukurova Medical Journal*, 37.
- Kassinove, H., & Sukhodolsky, D. G. (1995). Anger disorders: Basic science and practice issues. *Issues in comprehensive pediatric nursing*, 18(3), 173-205.
- Katschnig, H. (2006). Quality of life in mental disorders: challenges for research and clinical practice. *World psychiatry*, 5(3), 139.

- Kaya, Z., Yüncü, Z. ve Karaca, R. (2014). Madde kullanım bozukluğu olan ergenlerde kişilik ve psikolojik özellikler ile benlik saygısının incelenmesi. *Current Psychiatry and Psychoneuropharmacology*, 4(2): 5-13
- Kayış, A. R. (2017). İyilik Hali Yıldızı Psiko-Eğitim Programının İyilik Hali Ve Psikolojik Belirti Düzeyleri Üzerindeki Etkisi. Doktora Tezi. Eskişehir: Anadolu Üniversitesi, Eğitim Bilimleri Enstitüsü.
- Khakbaz H., Karami H., Shafi'e-Abadi A., Malmir M. (2014). The relationship between depression, anxiety, stress and aggression in patients with drug dependence. *Journal of Rehabilitation*, 14, 15–20.
- Kirmayer, L. J., & Young, A. (1998). Culture and somatization: clinical, epidemiological, and ethnographic perspectives. *Psychosomatic medicine*, 60(4), 420-430.
- Korkmaz, G., Batur, D. & Karakuş, E. (2003). Alkol Bağımlısı Erkeklerin Eşlerinin Yaşadıkları Güçlükler Ve Başetme Tarzlarının Belirlenmesi. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 7: 21-26.
- Köknel, Ö. (1998). Bağımlılık: alkol ve madde bağımlılığı. Altın Kitaplar.
- Koroğlu, E. (2014). Amerikan Psikiyatri Birliği, Ruhsal Bozuklukların Tanısal Ve Sayımsal Elkitabı, (DSM-5). Ankara: Hekimler Yayın Birliği.
- Kuria, M. W., Ndeti, D. M., Obot, I. S., Khasakhala, L. I., Bagaka, B. M., Mbugua, M. N., & Kamau, J. (2012). The association between alcohol dependence and depression before and after treatment for alcohol dependence. *International Scholarly Research Notices*, 2012.
- Kutlu, A. (2016). Çatışma Çözme Psikoeğitim Programının Ortaokul Öğrencilerinin, Çatışma Çözüm Becerileri, Sürekli Öfke Ve Öfke İfade Tarzları Üzerindeki Etkisi. Mevlana Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi. Konya.

- Leibsohn, M. T., Oetting, E. R., & Deffenbacher, J. L. (1994). Effects of trait anger on alcohol consumption and consequences. *Journal of Child & Adolescent Substance Abuse*, 3(3), 17-32.
- Lewis, H. B. (1971). Shame And Guilt In Neurosis. *Psychoanalytic Review*, 58(3), 419-522.
- Liappas, J., Paparrigopoulos, T., Tzavellas, E., & Christodoulou, G. (2002). Impact of alcohol detoxification on anxiety and depressive symptoms. *Drug and alcohol dependence*, 68(2), 215-220.
- Lipowski, Z. J. (1987). Somatization: the experience and communication of psychological distress as somatic symptoms. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 47(3- 4), 160-167.
- Maisto, S. A., Clifford, P. R., Longabaugh, R., & Beattie, M. (2002). The relationship between abstinence for one year following pretreatment assessment and alcohol use and other functioning at two years in individuals presenting for alcohol treatment. *Journal of Studies on Alcohol*, 63(4), 397-403.
- Marcon, S. R., Rubira, E. A., Espinosa, M. M., & Barbosa, D. A. (2012). Quality of life and depressive symptoms among caregivers and drug dependent people. *Revista latino-americana de enfermagem*, 20(1), 167-174.
- McCrary, B. S., & Epstein, E. E. (2013). *Addictions: A comprehensive guidebook*. Oxford University Press.
- McDonald, R. L., & Gynther, M. D. (1963). MMPI differences associated with sex, race, and class in two adolescent samples. *Journal of Consulting Psychology*, 27(2), 112.
- McGovern, P. E., Zhang, J., Tang, J., Zhang, Z., Hall, G. R., Moreau, R. A., ... & Wang, C. (2004). Fermented beverages of pre-and proto-historic China. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 101(51), 17593-17598.

- Mendlowicz, M. V., & Stein, M. B. (2000). Quality of life in individuals with anxiety disorders. *American Journal of Psychiatry*, 157(5), 669-682.
- Mırsal, H. K. (2000). Alkol Bağımlılığında Klinik Özellikler Ve Sosyodemografik Değişkenler. *Bağımlılık Dergisi*, 81-85.
- Michalak, E. E., Yatham, L. N., & Lam, R. W. (2005). Quality of life in bipolar disorder: a review of the literature. *Health and quality of life outcomes*, 3(1), 1-17.
- Michel, R. H., McGovern, P. E., & Badler, V. R. (1993). The first wine & beer. Chemical detection of ancient fermented beverages. *Analytical chemistry*, 65(8), 408A-413A.
- Millson, P. E., Challacombe, L., Villeneuve, P. J., Fischer, B., Strike, C. J., Myers, T., et al. (2004). Self-perceived health among Canadian opiate users: A comparison to the general population and to other chronic disease populations. *Canadian Journal of Public Health*, 95, 99–103
- Muhtar, N. (2003). Alkol Bağımlılarında Bağlanma. Yayınlanmış doktora Tezi. İstanbul: İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Psikiyatri Anabilim Dalı.
- Okoro, C. A., Brewer, R. D., Naimi, T. S., Moriarty, D. G., Giles, W. H., & Mokdad, A. H. (2004). Binge drinking and health-related quality of life: do popular perceptions match reality?. *American journal of preventive medicine*, 26(3), 230-233.
- Oktay, B. ve Batıgün A. D. (2014). Aleksitimi: Bağlanma, Benlik Algısı, Kişilerarası İlişki Tarzları ve Öfke. *Türk Psikoloji Yazıları*, 17 (33), 31-40.
- Okutan, H. (2016). Zihin engelli çocuğa sahip ebeveynlerin yaşam doyumlarının iyimserlik ve psikolojik belirti düzeyleri açısından

incelenmesi, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Konya: Necmettin Erbakan Üniversitesi, Eğitim Bilimleri Enstitüsü.

Ögel, K. (2000). Sigara, Alkol Ve Madde Kullanım Bozuklukları: Tanı, Tedavi Ve Önleme. İstanbul: Yeniden Yayınları.

Ömer, H. (1998). *Alkol Bağımlılığı Olan Hastalarda I.Eksen Ve II. Eksen Eştanılarının Değerlendirilmesi*. Klinik Farmakoloji Bülteni.

Öncü, F., Ögel, K., & Çakmak, D. (2001). Alkol Kültürü-1: Tarihsel Süreç ve Meyhane Kültürü. Bağımlılık Dergisi, 2(3), 133-138.

Özalp E, Soygür H. (2006). Silah ruhsatlandırmasında ruh hekiminin rolü. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 7, 28-34

Özden S. Y. (2015). Alkolizm Sebep Ve Sonuçları. Ankara. Nobel Akademik Yayıncılık.

Özen, E. M., Serhadlı, Z. N. A., Türkcan, A. S., ve Ülker, G. E. (2010). Depresyon ve anksiyete bozukluklarında somatizasyon. *Düşünen Adam Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi*, 23(1): 60-65

Özen, Ş. D. Ve Temizsu, E. (2010). Anksiyete ve Depresif Bozukluklarda Örtüşen ve Ayrışan Belirtiler. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar Dergisi*, 2(1), 1-14.

Özgür İlhan İ, Doğan Yb, Demirbaş H, Boztaş H (2002). Alkol Bağımlılıklarında Alkole Başlamada Belirleyici Risk Etmenlerinin Gelişim Dönemlerine Göre İncelenmesi. *Bağımlılık Dergisi*, 3(2): 91-97.

Öztürk S. (2010). Şizofreni Hastalarında Yaşam Kalitesinin Pozitif Belirtiler, Negatif Belirtiler ve İçgörü İle İlişkisi , Uzmanlık Tezi. Zonguldak Karaelmas Üni. Tıp Fak. Psikiyatri Anabilim Dalı, Zonguldak.

Öztürk, M. O. Ve Uluşahin, A. (2014). Ruh Sağlığı Ve Bozuklukları. Ankara: Nobel Tıp Kitabevleri.

- Öztürk, M.O. (2004). *Ruh Sağlığı Ve Bozuklukları*, İstanbul: HYB Yayın Birliği.
- Öztürk, Y. E., Kırılıoğlu, M., ve Kıraç, R. (2016). Alkol ve madde bağımlılığında risk faktörleri. *Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Meslek Yüksek Okulu Dergisi*, 18(2): 97- 118.
- Özyazıcı, A. (1993). *Alkollü İçkiler, Sigara Ve Diğerleri*. Ankara: M.E.B. Çıraklık Ve Yaygın Eğitim Genel Müdürlüğü.
- Ralevski, E., Gianoli, M. O., McCarthy, E., & Petrakis, I. (2014). Quality of life in veterans with alcohol dependence and co-occurring mental illness. *Addictive behaviors*, 39(2), 386-391.
- Range, L. (2005). *Abnormality: Psychological Models* (Ed). N. A. Piotrowski, *Psychology Basics* (Magill's Choice) (S: 5-13). A.B.D: Salem Pr.Inc.
- Saatcioglu, O., Yapici, A., & Cakmak, D. (2008). Quality of life, depression and anxiety in alcohol dependence. *Drug and alcohol review*, 27(1), 83-90.
- Savaşan, A. (2015). *Etkisiz bireysel baş etme ve benlik kavramında bozulma hemşirelik tanısı alan alkol bağımlılarında tidal (gel-git) model'e dayalı psikiyatri hemşireliği yaklaşımının etkisi*, (Yayımlanmamış Doktora Tezi). İzmir: Ege Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü
- Sayar, K., Ak, İ. (2001). The Predictors Of Somatization: A Review. *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni*, 11(4), 266-271.
- Schomerus, G., Corrigan, P. W., Klauer, T., Kuwert, P., Freyberger, H. J., & Lucht, M. (2011). Self-stigma in alcohol dependence: consequences for drinking-refusal self-efficacy. *Drug and alcohol dependence*, 114(1), 12-17.
- Schomerus, G., Lucht, M., Holzinger, A., Matschinger, H., Carta, M. G., & Angermeyer, M. C. (2011). The stigma of alcohol dependence



compared with other mental disorders: a review of population studies. *Alcohol and alcoholism*, 46(2), 105-112.

Schomerus, G., Matschinger, H., & Angermeyer, M. C. (2006). Alcoholism: Illness beliefs and resource allocation preferences of the public. *Drug and alcohol dependence*, 82(3), 204-210.

Schomerus, G., Matschinger, H., & Angermeyer, M. C. (2014). Attitudes towards alcohol dependence and affected individuals: persistence of negative stereotypes and illness beliefs between 1990 and 2011. *European addiction research*, 20(6), 293-299.

Sher, K. J., Walitzer, K. S., Wood, P. K., & Brent, E. E. (1991). Characteristics of children of alcoholics: putative risk factors, substance use and abuse, and psychopathology. *Journal of abnormal psychology*, 100(4), 427.

Smith, T. W., Glazer, K., Ruiz, J. M., & Gallo, L. C. (2004). Hostility, anger, aggressiveness, and coronary heart disease: An interpersonal perspective on personality, emotion, and health. *Journal of personality*, 72(6), 1217-1270.

Soykan, Ç. (2003). Öfke ve öfke yönetimi, *Kriz Dergisi*, 11 (2): 19-27

Stein, D. J. (2013). What Is A Mental Disorder? A Perspective From Cognitive-Affective Science. *The Canadian Journal Of Psychiatry*, 58(12), 656–662.

Stuenkel, D.L., Wong, V.K., Stigma, Larsen, P.D., Lubkin, I.M. (2009). (Editors). *Chronic Illness Impact And Intervention*. 7. Baskı, Sudbury, Massachusetts: Jones And Bartlett Publishers, :43-63.

Szerman, N., & Peris, L. (2018). Precision Psychiatry And Dual Disorders. *Journal Of Dual Diagnosis*, 14(4), 237-246. Doi: 10.1080/15504263.2018.1512727

- Şahin, N. H., Batıgün, A. D., & Uğurtaş, S. (2002). Kısa Semptom Envanteri (KSE): Ergenler için kullanımının geçerlik, güvenilirlik ve faktör yapısı. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 13(2), 125-135.
- Taburoğlu, Ö. (2017). *Nazar, Başkası Nasıl Görür?*, İstanbul: Doğubatı
- Tardiff K., Marzuk P. (1997). A Prospective Study Of Violence By Psychiatric Patients After Hospital Discharge, *Psychiatric Services*, 48(5), 678–681.
- Yılmaz, M., & Cüceler, S. (2019). Alkol Bağımlılığı Ve Damgalanma. *Bağımlılık Dergisi*, 20(3), 167-174.
- Whoqol Group, Orley, J., & Kuyken, W. (1994). The development of the World Health Organization quality of life assessment instrument (the WHOQOL). *Quality of life assessment: international perspectives*, 41-citation\_lastpage.
- Timurturkan, M., Demez, G., Elife, K. A. R. T., Ertan, C., Cankurtaran, S., & Aktin, S. (2017). " Hükümlü" Olmanın Sosyal Tezahürleri: Sosyal Dışlanma, Damga Ve Suç-Social Appearences Of Being An Offender: Social Exclusion, Stigma And Crime. *Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 9(20), 138-157.
- Top, M. Ş., Özden, S. Y., & Sevim, M. E. (2003). Psikiyatride yaşam kalitesi. *Düşünen Adam Dergisi*, 16(1), 20.
- Torun, F., Torun, S.D., Yıldırım, E.A. (2011). Silah Ruhsati Almak İçin Başvuranlarda Depresyon, Öfke, Aleksitimi Ve Kişilik Özellikleri. *Nobel Med*, 7(1): 61-67.
- Tosun, M. (2000). *Alkol Ve Diğer Maddeler İle İlişkili Bozukluklar*. İstanbul: Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Yayınları.
- Tosun, M. (2000). *Alkol Ve Diğer Maddeler İle İlişkili Bozukluklar*. İstanbul: Dilek Ofset Matbaacılık.

- Turan, M. ve Aşkın, R. (1999). Alkol bağımlılığında ruhsal belirtiler. *Genel Tıp Dergisi*, 9(3): 93-98
- Turan, M., Çilli, A. S., Aşkın, R., Herken, H., Kaya, N., Kucur, R. (2003). Sosyal Fobinin Diğer Psikiyatrik Hastalıklarla Birlikteliği. *Klinik Psikiyatri*. 3:170-175.
- Türkçapar, H. (2004). Anksiyete Bozukluğu Ve Depresyonun Tanısal İlişkileri. *Klinik Psikiyatri Dergisi*, 7, 12-16.
- Türkmen, S. N., Kumaşoğlu, Ç., & Akyol, T. (2015). Alkol ve madde bağımlılığı tedavi ve eğitim merkezi (AMATEM) biriminde yatan bireylerde içselleştirilmiş damgalanma ve yaşam kalitesi. *Bağımlılık Dergisi*, 16(4), 182-191.
- Ulukoca, N., Gökgöz, Ş., ve Karakoç, A. (2013). Kırklareli üniversitesi öğrencileri arasında sigara, alkol ve madde kullanım sıklığı. *Fırat Tıp Dergisi*, 18(4): 230-234
- Uzday, İ. T. (2002). Anksiyetenin Nörobiyolojisi. *Klinik Psikiyatri Dergisi*, 5, 513.
- Weiner, B. (1985). An Attributional Theory Of Achievement Motivation And Emotion. *Psychological Review*, 92, 548-573.
- Welsh, J. A., Buchsbaum, D. G., & Kaplan, C. B. (1993). Quality of life of alcoholics and non-alcoholics: does excessive drinking make a difference in the urban setting?. *Quality of Life Research*, 2(5), 335-340.
- Westreich, L.m. (2005). Alcohol And Mental Illness. *Primary Psychiatry*, 12(1): 41-46.
- Wootiz, J. (1983). Adult children of alcoholism. Pompano Beach, FL: Health Community.

World Health Organization,(1994):Measuring Quality of Life. WHO/MNH/PSF 1994/2.

World Health Organization. (2004). *Who Global Status Report On Alcohol* WHO.

Yancar, C. (2005). Madde Bağımlılarında İkinci Eksen Komorbidite Ve Kişilik Özelliklerinin Bağımlılık Şiddeti Ve Yaşam Kalitesine Etkisinin Değerlendirilmesi. T.C.Sağlık Bakanlığı Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı Ve Sinir Hastalıkları Eğitim Ve Araştırma Hastanesi, İstanbul.

Yapıcı, A. (2006). Alkol bağımlılığında depresyon ve anksiyetenin yetiyitimi ve yaşam kalitesine etkisi. Sağlık Bakanlığı Bakırköy Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Hastanesi Uzmanlık Tezi, İstanbul.

Yaşar, M.R. (2007). Yalnızlık. *Fırat Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 17, 237- 60.

Yıldırım, E., Sokullu, D. A., & Köknel, Ö. (2012). Alkol Bağımlılığında İçselleştirilmiş Damgalanma: Depresif Belirtilerle İlişki. *Psikoloji Çalışmaları*, 32(1), 1-12.

Yıldırım, B., Engin, E., Yıldırım, S. (2011). Alkol ve Madde Bağımlılarında Yalnızlık ve Etki Eden Faktörler. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 2(1):25-30

Yıldız, U. (2009). *İzmir liselerinde sigara, alkol, madde kullanım yaygınlığı, hazırlayıcı ve koruyucu faktörler*, (Yayımlanmamış Doktora Tezi). İzmir: Ege Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü.

Yılmazı M. & Oyan, G. (2009). Periferik Arter Hastalığında Yaşam Kalitesi Ve Etkili Bazı Faktörlerin Belirlenmesi. *Türkiye Klinikleri Journal Of Cardiovascular Sciences* 21(3):382-90.

## EKLER

### Ek 1: Demografik Bilgi Formu

#### DEMOGRAFİK BİLGİ FORMU

FORM NO:

Yaş:

1. 18-25
2. 26-35
3. 36-45
4. 46-55
5. 56 ve üstü

Cinsiyet:

1. Kadın
2. Erkek

Medeni Durum:

1. Evli
2. Bekar
3. Boşanmış
4. İlişkisi var

Eğitim Düzeyi:

1. Okur-Yazar Olmama
2. Okur-Yazar Olma
3. İlköğretim
4. Lise
5. Üniversite
6. Lisansüstü

Çocuk Sayısı:

1. Yok
2. 1-3
3. 3 ve üzeri

Hanede Yaşayan Kişi Sayısı:

1. 1-3

2. 4 ve üzeri

Çalışan Sayısı:

1. 1-2

2. 3 ve üzeri

Sigara Kullanımı:

1. Evet

2. Hayır

3. Bıraktım

Günde Tüketilen Sigara Sayısı:

1. 0-10 adet

2. 11-20 adet

3. 21-40 adet

4. 41' den fazla

Sigarayı Kaç Yıldır Kullandığı:

1. 0-5 yıl

2. 6-10 yıl

3. 11-15 yıl

4. 16-20 yıl

5. 21 yıldan fazla

Alkol Kullanımı:

1. Evet

2. Hayır

3. Bıraktım

Alkol Kullanım Sıklığı:

1. Hiç Kullanmama

2. Ayda Bir-İki Kez Kullanma

3. Haftada Bir-İki Kez Kullanma

4. Hemen Hemen Hergün Kullanma

Alkol Aldığınız Ortam:

1. Ev

2. Yurt

3. Meyhane

4. Bar / Club

5. Diğer

Madde Geçmişi:

1. Yok

2. Esrar

3. Bali

4. Tiner

5. Morfin

6. Kokain

7. Meta Amfetamin

8. Bonzai

9. Eroin

10. Ekstazi

11. Diğer

Silah Bulundurma:

1. Ruhsatlı Silahım Var

2. Ruhsatsız Silahım Var

3. Biber Gazı

4. Elektrikli – Pilli Bir Cihaz

5. Kesici – Delici Alet

6. Hiçbiri

Psikiyatri Tedavisi:

1. Şimdi Alıyorum

2. Daha Önce Almıştım

3. Hiç Almadım

Yardım ya da tedavi alma sebebinizi kısaca belirtiniz.

## **Ek 2: Katılımcı Bilgilendirme Formu**

### **Alkol Kullanan Ve Kullanmayan Bireylerin Psikolojik Semptomları İle Utanç, Öfke Ve Yaşam Düzeyleri Arasında Ki İlişkinin İncelenmesi**

#### **KATILIMCI BİLGİLENDİRME FORMU**

Değerli katılımcı,

Bu demografik bilgi formu ve ölçekler alkol kullanma ya da kullanmamaya bağlı olarak psikopatoloji, yaşam kalitesi, utanç ve öfke arasında ki ilişkinin incelenmesi için uygulanmaktadır. Bu form ve ölçekler ile toplanan veriler, alkol kullanma ya da kullanmamaya bağlı psikopatolojinin yaşam kalitesi, utanç ve öfke düzeylerine etkisini anlamak için kullanılacaktır. Demografik bilgi formu ve ölçekleri doldurarak bu çalışmaya katıldığınızı kabul etmiş olacaksınız.

Lütfen çalışmaya gönüllü olarak katıldığınızı, katılmayı kabul ettiğinizi, bu çalışmaya katılmanızın mesleki, kişisel ve sosyal performansınızı etkilemeyeceğini unutmayınız. Kişisel bilgileriniz üçüncü bir kişi ile hiçbir şekilde paylaşılmayacaktır.

Bu çalışma sırasında toplanan veriler sadece akademik araştırma amaçlı kullanılacak olup ve ulusal/uluslar arası akademik toplantılarda ve/veya yayınlarda sunulabilecektir. Araştırmaya katılmayı, bizimle iletişime geçerek istediğiniz zaman bırakabilirsiniz. Çalışmayı reddederseniz, sizden toplanan tüm veriler veri tabanımızdan silinecek ve araştırmanın adımlarına dahil edilmeyecektir. Herhangi bir sorunuz veya endişeniz olursa, aşağıdaki bilgileri kullanarak bize ulaşabilirsiniz.

**Psikolog Nazan SONDAÇ**

**Tel:** 05061789616

**e-mail:** [psknazansondac@gmail.com](mailto:psknazansondac@gmail.com)



## **Alkol Kullanan Ve Kullanmayan Bireylerin Psikolojik Semptomları İle Utanç, Öfke Ve Yaşam Düzeyleri Arasında Ki İlişkinin İncelenmesi**

### **AYDINLATILMIŞ ONAM FORMU**

Değerli katımcı,

Alkol kullanımının psikopatoloji, yaşam kalitesi, utanç ve öfke düzeyleri arasındaki ilişkinin incelenmesi için yapılan bu araştırmaya katılmaktasınız. Bu çalışma yoluyla toplanan veriler alkol kullanan ve kullanmayan bireylerin arasında ki psikopatoloji ve diğer değişkenlerin düzeyleri açısından ilişkiyi anlamak için kullanılacaktır.

Araştırmaya katılmayı kabul ederseniz demografik bilgi formu ve ölçekleri doldurmak için ortalama bir (1) saatinizi ayırmanız gerekmektedir. Demografik bilgi formunu ve ölçekleri yazıyla kendinizin doldurması istenmektedir. Bu bilgiler daha sonra tarafımdan bilgisayarda SPSS programının veri tabanına aktarılacaktır. Form ve ölçeklere doğru bir şekilde cevap vermeniz istenmektedir. Görüşmemiz tek bir kere olmak üzere yaklaşık bir saat sürecektir. Görüşmemiz tamamen gizli bir şekilde gerçekleşecektir. Görüşmemiz yazılı bir şekilde kaydedilecek ve bu kayıtlar çalışmanın tamamlanmasından sonra 2 yıl boyunca tarafımda tutulacak, daha sonra tüm veri tabanlarından silinecektir. Tüm bilgiler anonim bir şekilde kaydedilecektir.

Lütfen çalışmaya gönüllü olarak katıldığınızı, katılmayı kabul ettiğinizi, bu çalışmaya katılmanızın mesleki, kişisel ve sosyal performansınızı etkilemeyeceğini unutmayınız. Kişisel bilgileriniz üçüncü bir kişi ile hiçbir şekilde paylaşılmayacaktır.

Bu çalışma sırasında toplanan veriler sadece akademik araştırma amaçlı kullanılacak olup ve ulusal/uluslar arası akademik toplantılarda ve/veya yayınlarda sunulabilecektir. Kimliğiniz üçüncü bir şahısla hiçbir şekilde paylaşılmayacaktır. Araştırmaya katılmayı, bizimle iletişime geçerek istediğiniz zaman bırakabilirsiniz. Çalışmayı reddederseniz verileriniz veri tabanımızdan silinecek ve araştırmanın adımlarına dahil edilmeyecektir. Herhangi bir sorunuz veya endişeniz olursa, aşağıdaki bilgileri kullanarak bize ulaşabilirsiniz.

**Psikolog Nazan SONDAÇ**

**Tel: 05061789616**

**e-mail: [psknazansondac@gmail.com](mailto:psknazansondac@gmail.com)**

Aşağıdaki bölümü doldurarak çalışmaya katılmayı onaylayabilirsiniz.

**Katılımcının Adı/Soyadı:**

**İmza:**

**Tarih:**

## Ek 3: Etik İzni İçin Başvuru Formu

### Yakın Doğu Üniversitesi

<b>1. Araştırmanın Başlığı</b>
Alkol Kullanan Ve Kullanmayan Bireylerin Psikolojik Semptomları İle Utanç, Öfke Ve Yaşam Kaliteleri Arasında Ki İlişkinin İncelenmesi

<b>2. Başvuran.</b>	
<b>Açık İsim ve İmza</b>	Nazan SONDAÇ
<b>Enstitü</b>	<i>Sosyal Bilimler Enstitüsü</i>
<b>Bölüm</b>	<i>Klinik Psikoloji</i>
<b>E-posta adresi ve telefon numarası</b>	e-mail: <a href="mailto:psknazansondac@gmail.com">psknazansondac@gmail.com</a> Tel: 05061789616

<b>3. Araştırma Ekibi</b>	
<b>Açık İsim, Kurum ve İmza:</b>	<i>Prof. Dr. Mehmet Çakıcı Yakın Doğu Üniversitesi Türkçe Psikoloji Bölüm Başkanı</i>
<b>Araştırmadaki Rolü:</b>	Danışman
<b>Email:</b>	<i>mehmet.cakici@neu.edu.tr</i>

<b>4. Maddi Teşvik Veren Kurumla İlgili Bilgiler</b>	
<b>Teşviki veren kurumun ismi</b>	Herhangi bir teşvik alınmayacaktır.
<b>İrtibat kişisi</b>	
<b>E-posta adresi ve telefon numarası</b>	

<b>5. Önerilen Araştırmanın Tarihleri</b>	
<b>Başlangıç Tarihi</b>	1 Ocak 2020
<b>Bitiş Tarihi</b>	1 Şubat 2020

<b>6. Araştırmanızın amacını kısaca anlatınız.</b>
--

Alkol kullanan ve kullanmayan bireylerin psikopatolojilerini incelemek ve var olan psikopatolojileri ile yaşam kalitelerinin, toplum içerisinde ki utanç düzeylerinin ve madde kullanımına ve utançlarına bağlı öfke düzeylerinin arasındaki ilişkiyi incelemek.

**7. Veri toplama sürecinde izlenecek olan yöntem ve prosedürleri kısaca anlatınız. Lütfen burada detaylandırđığınız yöntemlerle ilgili gereken materyalleri/dokümanları başvuruza ekleyiniz (örneğin görüşme soruları, aydınlatılmış onam ve bilgi formları).**

Alkol kullanımı hakkında bireylerden nicel veriler toplanacaktır. Araştırma da kullanılacak veri toplama yöntemleri ise; yapılandırılmış görüşme formu ve 4 adet ölçektir. Veriler yaklaşık bir ay içerisinde, Türkiye Cumhuriyeti Kayseri ilinde, normal popülasyonda seçkisiz örneklem şeklinde seçilecek olan 18 yaş üstü kadın ve erkek katılımcılardan toplanacaktır. Alkol kullanan bireylerden elde edeceğim verileri toplayabilmek için tercih önceliğim alkol tüketimi olan restoran, kafe, market ve publar olacaktır. Alkol kullanmayan bireyler ise normal popülasyondan random şekilde seçilecektir. Veri toplanması yaklaşık olarak 1 ay sürecektir. Hedef kitle Kayseri ilinde yaşayan alkol kullanan ve kullanmayan 18 yaş üstü kadın ve erkek katılımcılardır. Bu katılımcılar random olarak seçilecektir. Katılımcılara katılımlarından dolayı herhangi bir teşvik verilmeyecektir. Oluşabilecek maddi giderler şahsım tarafından karşılanacaktır. Katılımcılar belirlendikten sonra Bilgilendirilmiş ve Aydınlatılmış Onam Form'ları kendilerine şahsen verilecektir. Katılımcılardan onay henüz form ve ölçekleri doldurmadan önce, Bilgilendirilmiş ve Aydınlatılmış Onamları okuyup, anlayıp, imzaladıkları takdir de alınmış olacaktır.

**8. Savunmasız/zayıf gruplardan (örneğin tutuklular, reşit olmayan kişiler, sosyoekonomik olarak dezavantajlı olan kişiler vs.) veri toplamayı planlıyorsunuz? Eğer planlıyorsanız, bu gruplara nasıl ulaşacağınızı ve araştırma süresince haklarını nasıl koruyacağınızı anlatınız.**

Hayır bu şekilde bir veri toplanmayacak.

**9. Araştırmanız yanıltma tekniğini gerektirmekte midir? Eğer öyleyse, bunun nedenlerini açıkça belirtiniz ve yapacağınız bilgilendirme sürecinin detaylarını anlatınız. Eğer katılımcılardan bilgi saklanacaksa, tam bilgilerin ne zaman ve nasıl verileceğini anlatınız.**

Araştırmanın yanıltma tekniği yoktur.

**10. Katılımcılar üzerinde oluşabilecek herhangi psikolojik veya fiziksel zarar öngörüyor musunuz? Eğer görüyorsanız, bu zararı nasıl en aza indirmeyi ya da ortadan kaldırmayı planlıyorsunuz?**

Katılımcılar üzerinde oluşabilecek herhangi bir zarar öngörmüyorum.

**11. Verileri nerede ve ne kadar uzun bir süre ile saklamayı planlıyorsunuz? Kişisel bilgilerin başka kişiler tarafından ele geçirilmemesi için hangi önlemleri**

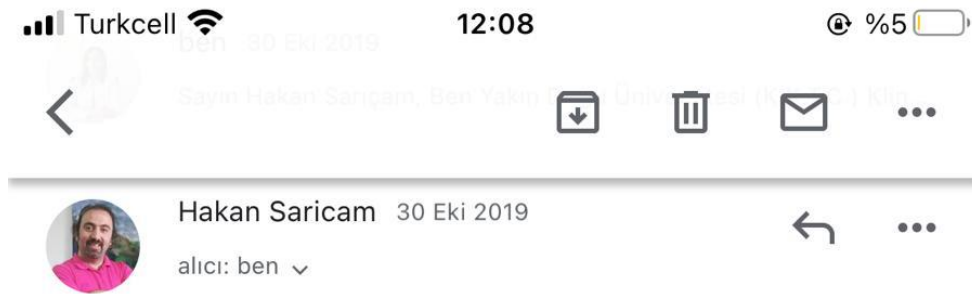
**alacağınızı anlatınız.**

Katılımcıların bilgileri araştırma süreci ve sonrasında güvenilir ve anonim bir şekilde saklanacaktır. Katılımcılardan ad soyad veya adres gibi özel ve kişisel bilgiler istenmeyip, hiçbir yere not edilmeyecektir. Katılımcılar tarafından doldurulan ölçek, form ve anketler ... yıl süreyle tarafımca saklanıp, ardından imha edilecektir.

<b>12. Başvuru tarihi</b>	
---------------------------	--

**Önemli Not: Lütfen gereken veri toplama materyallerini (Sorular Listesi, Katılımcı Bilgilendirme Formları, Aydınlatılmış Onam Formları vs.) başvurunuza ekleyiniz ve dokümanı TEK BİR PDF dosyası olarak kaydettikten sonra ilgili e-posta adresine gönderiniz.**

## Ek 4: Ölçek İzinleri



Merhabalar,  
 Ölçek maddeleri ve puanlaması ektedir.  
 Tezinizde memnuniyetle kullanabilirsiniz.  
 Kolaylıklar dilerim.

Nazan Sondaç <[psknazansondac@gmail.com](mailto:psknazansondac@gmail.com)>, 30 Eki 2019 Çar, 11:24 tarihinde şunu yazdı:

...

--

**Assoc. Prof. Dr. Hakan SARIÇAM**  
**Psychological Counselor-PhD**  
**Dumlupınar University-Education Faculty Room suite: 314**  
**Phone (IP): +90274 443 4586**  
**Kutahya/Turkey**

<http://hakansaricam.blogspot.com.tr>  
[https://www.researchgate.net/profile/Hakan\\_Saricam2](https://www.researchgate.net/profile/Hakan_Saricam2)

**Doç.Dr. Hakan SARIÇAM**  
**Kütahya Dumlupınar Üniversitesi**  
**Eğitim Fakültesi Psikolojik Danışmanlık ve Rehberlik ABD**  
**Oda: 314 IP Telefon: 0274 443 4586**  
**Kütahya/Türkiye**

5. Hatayla ilgili  
 utanç ve suçluluk...

Turkcell

12:08

%5



## ÖLÇEK İZİNİ

Gelen kutusu



ben 30 Eki 2019

Sayın Ömer Aydemir, Ben Yakın Doğu Üniversitesi (K.K.T.C.) Klini...



Omer Aydemir 31 Eki 2019

alıcı: ben



Sayın Nazan Sondaç,

SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeğini araştırmanızda kullanmanızda memnuniyet duyarım.

Kolaylıklar diliyorum.

Prof. Dr. Ömer Aydemir

Manisa Celal Bayar Üniversitesi



SF36 puanlama.doc



Doküman

sf36scale.doc



Doküman

Yanıtla

Yönlendir

Turkcell 12:09 %5

ben 29 Eki 2019  
Sayın A. Kadir Özer; Ben Yakın D... (K... Klinik...



ozer.akadir 30 Eki 2019

alıcı: ben



Sn Sondaç

Söz konusu ölçekleri çalışmanızda kullanabilirsiniz

Başarı dileklerimle

Prof Dr Kadir Özer

Sent from my Samsung Galaxy smartphone.



Taslak



30 Eki 2019 Çar, saat 00:35 tarihinde ozer.akadir <ozer...



ben 30 Eki 2019

Çok teşekkür ederim hocam. Ölçeğin uyarladığınız formunu ve p...



Kadir Ozer 30 Eki 2019

alıcı: ben



surekli\_ofke\_ofke\_t  
arzlari\_olcegi-pua...



Doküman

Turkcell 12:09 %5

Dergisi'n de (19... alan "Kısa Semptom...  
Envanteri: Türk Gençleri İçin Uyarılması" başlıklı makalenizi  
çıldum.



Planlanan tez çalışmasında "Kısa Semptom Envanteri (KSE)"

random şekilde seçilmiş, alkol kullanan ve kullanmayan bireylere uygulanması planlanmaktadır.

Eğer uygun görürseniz "Kısa Semptom Envanteri (KSE)" ölçeğini tez çalışmamda kullanmak istiyorum.

Saygılarımla.



aysegul durak 31 Eki 2019

alıcı: ben



Sayın Sondaç,  
söz konusu ölçeği bilimsel çalışmalarınızda kullanabilirsiniz. iyi çalışmalar...  
Prof. Dr. Ayşegül Durak Batıgün



ben 31 Eki 2019

Hocam çok teşekkür ederim. Ölçeğin formu ve puanlamasını da...



aysegul durak 31 Eki 2019

On Thursday, October 31, 2019, 10:39:50 AM GMT+3, Nazan So...



ben 31 Eki 2019

alıcı: aysegul



Teşekkür eder, iyi çalışmalar dilerim hocam.

31 Eki 2019 Per, saat 10:41 tarihinde aysegul durak  
<[ayseguldurak@yahoo.com](mailto:ayseguldurak@yahoo.com)> şunu yazdı:





## Ek 5: Ölçekler

### HATAYLA İLİŞKİLİ UTANÇ VE SUÇLULUK DUYGUSU ÖLÇEĞİ

<p>Aşağıda bulunan ifadeler sizin bir hata yaptıktan veya suç işledikten sonra yaşayabileceğiniz durumları tanımlamaktadır. Lütfen ifadeleri okuduktan sonra kendinizi değerlendirip, sizi böyle bir durumda ne kadar doğru biçimde tanımladığına göre en uygun seçeneğin karşısına çarpı (X) işareti koyunuz.</p>								
<p><b>1            2            3            4            5            6            7</b></p> <p><b>Hiç uygun değil    --&gt; --&gt; --&gt; --&gt; --&gt; --&gt;    Tamamen uygun</b></p>								
1	Yaptığım şey karakterime asla uygun değildi.	1	2	3	4	5	6	7
2	Yaptığım şeyi bilen insanların gözüne görünmemeye çalışırım.	1	2	3	4	5	6	7
3	İnsanların ne yaptığımı bildikleri düşüncesine dayanamam.	1	2	3	4	5	6	7
4	İncittiğim ve zarar verdiğim insanları düşünmekten kendimi alıkoyamam.	1	2	3	4	5	6	7
5	Yaptığım şeyden sonra diğer insanlara göre daha değersiz olduğumu hissediyorum.	1	2	3	4	5	6	7
6	Yaptığım şeyden dolayı insanların benim hakkında ne düşünecekleri konusunda endişelenirim ve bu konuda kendime yardımcı olamam.	1	2	3	4	5	6	7
7	Yaptığım şeyden dolayı kendimi asla affetmeyeceğim.	1	2	3	4	5	6	7
8	Diğer insanların şu anda beni nasıl gördüklerini ve değerlendirdiklerini düşünmek beni çok rahatsız ediyor.	1	2	3	4	5	6	7
9	Yaptığım şeyden dolayı vicdan azabı yaşıyorum.	1	2	3	4	5	6	7
10	Yaptığım şeyi telafi etmek için elimden gelen her şeyi yapacağım.	1	2	3	4	5	6	7

## SÜREKLİ ÖFKE - ÖFKE TARZ ÖLÇEĞİ (SÖÖTÖ)

### I. Bölüm

**YÖNERGE:** Aşağıda kişilerin kendilerine ait duygularını anlatırken kullandıkları bir takım ifadeler verilmiştir. Her ifadeyi okuyun, sonra da genel olarak nasıl hissettiğinizi düşünün ve ifadelerin sağ tarafındaki sayılar arasında size en iyi tanımlayanı seçerek üzerek (x) işareti koyun. Doğru ya da yanlış cevap yoktur. Herhangi bir ifadenin üzerinde fazla zaman sarfetmeksizin, genel olarak nasıl hissettiğini gösteren cevabı işaretleyiniz.

1. Hiç
2. Biraz
3. Oldukça
4. Tümüyle

Sizi ne kadar tanımlıyor?

	Hiç			Tümüyle
1- Çabuk Parlarım.	1	2	3	4
2- Kızgın mizaçlıyım.	1	2	3	4
3- Öfkesi burnunda bir insanımdır.	1	2	3	4
4- Başkalarının hataları, yaptığım işi yavaşlatınca kızarım.	1	2	3	4
5- Yaptığım iyi bir işten sonra takdir edilmemek canımı sıkır.	1	2	3	4
6- Öfkelenince kontrolümü kaybederim.	1	2	3	4
7- Öfkelenirken ağzıma geleni söylerim.	1	2	3	4
8- Başkalarının önünde eleştirilmek beni hiddetlendirir.	1	2	3	4
9- Engellendiğimde içimden birilerine vurmam gelir.	1	2	3	4
10- Yaptığım iyi bir iş kötü değerlendirildiğinde çılgına dönerim.	1	2	3	4

## II. Bölüm

**YÖNERGE:** Herkes zaman zaman kızgınlık veya öfke duyabilir. Ancak, kişilerin öfke duygularıyla ilgili tepkileri farklıdır. Aşağıda, kişilerin öfke ve kızgınlık tepkilerini tanımlarken kullandıkları ifadeleri göreceksiniz. Her bir ifadeyi okuyun ve öfke ve kızgınlık duyduğunuzda genelde ne yaptığınızı düşünerek o ifadenin yanında sizi en iyi tanımlayan sayının üzerine (x) işareti koyarak belirtin. Doğru veya yanlış cevap yoktur. Herhangi bir ifadenin üzerinde fazla zaman sarfetmeyin.

5. Hiç
6. Biraz
7. Oldukça
8. Tümüyle

### ÖFKELENDİĞİMDE VEYA KIZDIĞIMDA ...

Sizi ne kadar tanımlıyor?

	Hiç				Tümüyle
11- Öfkemi kontrol ederim.	1	2	3	4	
12- Kızgınlığımı gösteririm.	1	2	3	4	
13- Öfkemi içime atarım.	1	2	3	4	
14- Başkalarına karşı sabırlıyım.	1	2	3	4	
15- Somurtur ya da sürat asarım.	1	2	3	4	

### ÖFKELENDİĞİMDE VEYA KIZDIĞIMDA ...

Sizi ne kadar tanımlıyor?

	Hiç				Tümüyle
16- İnsanlardan uzak dururum.	1	2	3	4	
17- Başkalarına iğneli sözler söylerim.	1	2	3	4	
18- Soğukkanlılığımı korurum.	1	2	3	4	
19- Kapıları çarpmak gibi şeyler yaparım.	1	2	3	4	
20- İçin için köpürürüm ama gösteremem.	1	2	3	4	

### ÖFKELENDİĞİMDE VEYA KIZDIĞIMDA ...

Sizi ne kadar tanımlıyor?

	Hiç				Tümüyle
21- Davranışlarımı kontrol ederim.	1	2	3	4	
22- Başkalarıyla tartışırım.	1	2	3	4	
23- İçimde, kimseye söyleyemediğim kinler beslerim.	1	2	3	4	
24- Beni çileden çıkarana herneyse saldırırım.	1	2	3	4	
25- Öfkem kontrolden çıkmadan kendimi durdurabilirim.	1	2	3	4	

**ÖFKELENDİĞİMDE VEYA KIZDIĞIMDA ...**

Sizi ne kadar tanımlıyor?

	Hiç			Tümüyle
<b>26-</b> Gizliden gizliye insanları epeyce eleştiririm.	1	2	3	4
<b>27-</b> Belli ettiğimden daha öfkeliyimdir.	1	2	3	4
<b>28-</b> Çoğu kimseye kıyasla daha çabuk sakinleşirim.	1	2	3	4
<b>29-</b> Kötü şeyler söylerim.	1	2	3	4
<b>30-</b> Hoşgörülü ve anlayışlı olmaya çalışırım.	1	2	3	4

**ÖFKELENDİĞİMDE VEYA KIZDIĞIMDA...**

Sizi ne kadar tanımlıyor?

	Hiç			Tümüyle
<b>31-</b> İçimden insanların fark ettiğinden daha fazla sinirlenirim.	1	2	3	4
<b>32-</b> Sinirlerime hakim olamam.	1	2	3	4
<b>33-</b> Beni sinirlendirenlere, ne hissettiğimi söylerim.	1	2	3	4
<b>34-</b> Kızgınlık duygularımı kontrol ederim.	1	2	3	4

## İNTİHAL RAPORU

### ALKOL KULLANAN VE KULLANMAYAN BİREYLERİN PSİKOLOJİK SEMPTOMLARI İLE UTANÇ, ÖFKE VE YAŞAM KALİTELERİ ARASINDAKİ İLİŞKİNİN İNCELENMESİ

#### ORJİNALLİK RAPORU

% <b>15</b>	% <b>15</b>	% <b>2</b>	%
BENZERLİK ENDEKSİ	İNTERNET KAYNAKLARI	YAYINLAR	ÖĞRENCİ ÖDEVLERİ

#### BİRİNCİL KAYNAKLAR

<b>1</b>	<a href="https://docs.neu.edu.tr">docs.neu.edu.tr</a> İnternet Kaynağı	% <b>6</b>
<b>2</b>	<a href="https://earsiv.halic.edu.tr">earsiv.halic.edu.tr</a> İnternet Kaynağı	% <b>2</b>
<b>3</b>	<a href="https://dortyolram.meb.k12.tr">dortyolram.meb.k12.tr</a> İnternet Kaynağı	% <b>1</b>
<b>4</b>	<a href="https://toad.edam.com.tr">toad.edam.com.tr</a> İnternet Kaynağı	% <b>1</b>
<b>5</b>	<a href="https://dergipark.org.tr">dergipark.org.tr</a> İnternet Kaynağı	% <b>1</b>
<b>6</b>	<a href="https://www.researchgate.net">www.researchgate.net</a> İnternet Kaynağı	% <b>1</b>
<b>7</b>	<a href="https://istanbulsaglik.gov.tr">istanbulsaglik.gov.tr</a> İnternet Kaynağı	<% <b>1</b>
<b>8</b>	<a href="https://openaccess.ogu.edu.tr:8080">openaccess.ogu.edu.tr:8080</a> İnternet Kaynağı	<% <b>1</b>

**ETİK KURUL RAPORU****BİLİMSEL ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU**


04.02.2020

Sayın Nazan Sondaç

Bilimsel Araştırmalar Etik Kurulu'na yapmış olduğunuz YDÜ/SB/2020/642 proje numaralı ve **“Alkol Kullanan ve Kullanmayan Bireylerin Psikolojik Semptomları ile Utanç, Öfke ve Yaşam Kaliteleri 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



**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.