

**BEZMİALEM VAKIF ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**MADDE KULLANIM BOZUKLUĞU OLAN BİREYLERİN HASTANEYE  
YATIŞININ AİLE BİREYLERİNİN PSİKOLOJİK DAYANIKLILIĞI  
ÜZERİNDEKİ ETKİLERİ**

**YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**Pelin KELEŞ**

**Hemşirelik Anabilim Dalı**

**Hemşirelik Programı**

**Tez Danışmanı: Prof. Dr. Türkinaz AŞTI**

**MAYIS 2020**

**BEZMİALEM VAKIF ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**MADDE KULLANIM BOZUKLUĞU OLAN BİREYLERİN HASTANEYE  
YATIŞININ AİLE BİREYLERİNİN PSİKOLOJİK DAYANIKLILIĞI  
ÜZERİNDEKİ ETKİLERİ**

**YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**Pelin KELEŞ  
151105239**

**Hemşirelik Anabilim Dalı**

**Hemşirelik Programı**

**Tez Danışmanı: Prof. Dr. Türkinaz AŞTI  
İkinci Tez Danışmanı: Dr. Öğr. Üyesi Özlem İŞİL**

**MAYIS 2020**

Bezmialem Vakif Universitesi, Saglik Bilimleri Enstitusu"nun 151105239 numarali Yiksek Lisans Ogrencisi Pelin KELE\$, ilgili yfnetmeliklerin belirledi gerekli trim rtlari yerine getirdikten sonra hazirladi ‘DDE KULLANIM BOZUKLUGU OLAN BiREYLERiN HASTANEYE YATT\$ININ AILE BiREYLERiNiN PSIKOLOJIK DAYANIKLILIJIUZERINDEKİ ETKİLERİ’ İtkli tezini da imzolan olan iuñ iiriinde hasan ile .sunmiistur.

Tez Danqmani : Prof. Dr. Tiirkinaz ANTI  
Bezmialem Valnf Universitñsi

İkinci Tez Danqmani : Dr. r. Uyesi Dr. Ozlem UL  
Hasan Kalyoncu Universitesi

Jñri İJyeleri : Prof. Dr. Leyla KU UK  
Istanbul Univeisitesi

Dr. Ogr. Uyesi Ozcan ERDOGAN  
Bezmialem VakifUniversitesi

Dr. Ogr. Uyesi Nesrin iLBAN  
Bezmialem VakifUniversitesi

Teslim Tarihi : 28 Mayıs 2020  
Savunma Tarihi : 03 Şubat 2020

## ÖNSÖZ

Madde kullanım bozukluğu, birçok ülkede olduğu gibi ülkemizde de gün geçtikçe büyüyen ve ciddi önlemler alınması gereken bir sorundur. Bu sorun madde kullanan bireyler kadar aileleri üzerinde de büyük yıkımlara neden olmaktadır. Bu çalışmada madde kullanım bozukluğuna bağlı hospitalizasyonun aile bireylerinin psikolojik dayanıklılığı üzerindeki etkileri araştırılmış ve hemşirelik mesleğinin aile danışmanlığı rolüne katkı sağlaması amaçlanmıştır. Çalışmam sürecinde benden desteklerini esirgemeyen, sabırla arkamda duran canım annem Elmas KELEŞ ve canım babam Ercan KELEŞ'e, aynı zamanda çalışmamın hazırlanması sırasında akademik danışmanım olarak vermiş oldukları destek ve yönlendirmeleri nedeniyle kıymetli hocalarım; Prof. Dr. Türkinaz AŞTI ve Dr. Öğr. Üyesi Özlem İŞİL'a, yoğun çalışmalarım sırasında ümit verdikleri ve destek oldukları için Fransız Lape Hastanesi Hemşirelik Hizmetleri Müdürü H.Banu KATRAN'a, Müdür Yardımcısı Aslı Can USLU ve Dr. Luigi Mongeri Servisi Sorumlu Hemşiresi Sinem DERELİ'ye, araştırma sürecinde yabancı dil çevirilerinde yardımcı olan Fransız Lape Hastanesi Acil Doktoru Dr. Metin BEYATLI'ya, tezimin hazırlanma sürecinde tecrübelerini benimle paylaşarak yanımda olan çok kıymetli arkadaşım Biruni Üniversitesi Öğr. Gör. Seçil TUNALI'ya ve yine en büyük motivasyon kaynağım olan abim Erkan KELEŞ'e ve ev arkadaşım, canım kardeşim Pınar KELEŞ'e, sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Şubat 2020

Pelin KELEŞ  
Hemşire

## **BEYAN**

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



Pelin Keleş  
İmza

## İÇİNDEKİLER

### Sayfa

<b>ÖNSÖZ</b> .....	<b>ii</b>
<b>BEYAN</b> .....	<b>iii</b>
<b>İÇİNDEKİLER</b> .....	<b>iv</b>
<b>KISALTMALAR</b> .....	<b>vi</b>
<b>TABLO LİSTESİ</b> .....	<b>viii</b>
<b>ÖZET</b> .....	<b>ix</b>
<b>SUMMARY</b> .....	<b>x</b>
<b>1. GİRİŞ VE AMAÇ</b> .....	<b>1</b>
<b>2. GENEL BİLGİLER</b> .....	<b>4</b>
2.1 Bağımlılık ve Madde .....	4
2.1.1 Tarihçe.....	4
2.1.2 Tarihçe.....	4
2.1.3 Madde kullanımının tarihsel süreçleri.....	5
2.2 Madde Çeşitleri .....	6
2.2.1 Sigara.....	7
2.2.2 Alkol.....	7
2.2.3 Opiyatlar: Morfin, eroin, kodein, metadon, meperidin .....	7
2.2.3.1 Morfin (Morphine) .....	8
2.2.3.2 Eroin .....	8
2.2.3.2 Kodein .....	9
2.2.3.4 Metadon.....	10
2.2.3.5 Meperidin .....	10
2.2.4 Uyarıcılar: Amfetamin, kokain, ecstasy, kafein .....	10
2.2.4.1 Amfetamin.....	11
2.2.4.2 Kokain .....	11
2.2.4.3 Ecstasy (3,4-metilenedioksimetamfetamin, MDMA) .....	12
2.2.4.4 Kafein .....	13
2.2.5 Merkezi sinir sistemini baskılayanlar: Barbitüratlar, meprobamat, benzodiazepinler (diazem, xanax, ativan, rivotril, rohypol vb), akineton .....	14
2.2.5.1 Barbitüratlar .....	14
2.2.5.2 Meprobamat .....	15
2.2.6 Halüsinojenler: LSD (Liserjik asid dietilamid), meskalin, psilocybin .....	16
2.2.6.1 LSD (Liserjik asid dietilamid).....	16
2.2.6.2 Meskalin ve psilocybin.....	16
2.2.6.3 Diğer halüsinojenler .....	17

2.2.7 Uçucu maddeler (Volatile hydrocarbons): Tiner, benzen, gazolin, glue (bali gibi yapıştırıcılar), esrar vb., fensiklidin (PCP) .....	17
2.3 Madde Bağımlılığı Tedavi Yöntemleri .....	18
2.4 Madde Bağımlılığı ve Aile .....	19
2.5 Psikolojik Dayanıklılık.....	21
2.6 Hemşirelik Yaklaşımı.....	21
<b>3. GEREÇ VE YÖNTEM .....</b>	<b>23</b>
3.1 Araştırmanın Amacı ve Tipi.....	23
3.2 Araştırma Soruları .....	23
3.3 Araştırmanın Evreni ve Örnekleme .....	23
3.4 Verilerin Toplanması .....	24
3.4.1 Veri Toplama Araçları .....	24
3.4.1.1 Aile bilgi formu.....	24
3.4.1.2 Yetişkinler için psikolojik dayanıklılık ölçeği .....	24
3.4.2 Araştırmanın veri analiz yöntemi.....	27
3.5 Verilerin Çözümlemesi .....	27
<b>4. BULGULAR .....</b>	<b>29</b>
4.1 Örnekleme Ait Demografik Özellikler.....	29
<b>5. TARTIŞMA .....</b>	<b>46</b>
<b>6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....</b>	<b>50</b>
<b>KAYNAKLAR .....</b>	<b>52</b>
<b>EKLER.....</b>	<b>56</b>
<b>ÖZGEÇMİŞ.....</b>	<b>64</b>

## KISALTMALAR

<b>AA</b>	: Adsız Alkolikler
<b>ABD</b>	: Amerika Birleşik Devletleri
<b>ANOVA</b>	: Analysis of Variance
<b>BM</b>	: Birleşmiş Milletler
<b>DEHB</b>	: Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu
<b>FDA</b>	: U.S Food and Drug Administration
<b>GABA</b>	: Gama-Aminobütrik Asit
<b>LSD</b>	: Liserjik Asid Dietilamid
<b>MDMA</b>	: 3,4-metilenedioksi-N-metilamfetamin
<b>MÖ</b>	: Milattan Önce
<b>MSS</b>	: Merkezi Sinir Sistemi
<b>NA</b>	: Narkotik Adsızlar
<b>OST</b>	: Opioid Madili Maddelerle Tedavi
<b>PCP</b>	: Fensiklidin
<b>PDÖ</b>	: Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği
<b>SPSS</b>	: Statistical Package for Social Sciences
<b>SSS</b>	: Santral Sinir Sistemi
<b>TMO</b>	: Toprak Mahsulleri Ofisi

## TABLO LİSTESİ

### Sayfa

<b>Tablo 3.1</b>	: Yetişkinler İçin Psikolojik Dayanıklılık Ölçeğine Ait Güvenirlik Katsayıları .....	26
<b>Tablo 3.2</b>	: Çarpıklık ve Basıklık Değerleri... ..	28
<b>Tablo 4.1</b>	: Hasta Yakınlarının Demografik Özellikleri... ..	31
<b>Tablo 4.2</b>	: Yakınlık Derecesine Göre Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği Alt Boyutları Puan Ortalamaları .....	33
<b>Tablo 4.3</b>	: Yaş Gruplarına Göre Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği Alt Boyutları Puan Ortalamaları.....	35
<b>Tablo 4.4</b>	: Cinsiyete Göre Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği Alt Boyutları Puan Ortalamaları.....	36
<b>Tablo 4.5</b>	: Eğitim Durumuna Göre Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği Alt Boyutları Puan Ortalamaları.....	37
<b>Tablo 4.6</b>	: Gelir Durumuna Göre Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği Alt Boyutları Puan Ortalamaları.....	38
<b>Tablo 4.7</b>	: Psikolojik Destek Alma Durumuna Göre Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği Alt Boyutları Puan Ortalamaları .....	39
<b>Tablo 4.8</b>	: Hastanın Yardım İsteme Durumuna Göre Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği Alt Boyutları Puan Ortalamaları .....	40
<b>Tablo 4.9</b>	: Kronik Hastalık Durumuna Göre Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği Alt Boyutları Puan Ortalamaları .....	41
<b>Tablo 4.10</b>	: Medeni Duruma Göre Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği Alt Boyutları Puan Ortalamaları.....	42
<b>Tablo 4.11</b>	: Meslek Grubuna Göre Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği Alt Boyutları Puan Ortalamaları.....	43
<b>Tablo 4.12</b>	: Hasta ile İlişki Durumuna Göre Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği Alt Boyutları Puan Ortalamaları .....	44
<b>Tablo 4.13</b>	: Hasta Yakınlarının Hastaneye Yatıştan Beklenti Verileri... ..	45
<b>Tablo 4.14</b>	: Kolerasyon Analizi... ..	46

## MADDE KULLANIM BOZUKLUĞU OLAN BİREYLERİN HASTANEYE YATIŞININ AİLE BİREYLERİNİN PSİKOLOJİK DAYANIKLILIĞI ÜZERİNDEKİ ETKİLERİ

### ÖZET

Bu araştırma madde kullanım bozukluğu olan bireylerin hastaneye yatışının aile bireylerinin psikolojik dayanıklılığı üzerindeki etkilerinin belirlenmesi amacıyla kesitsel olarak gerçekleştirildi. Araştırma 1 Şubat- 1 Mayıs 2019 tarihleri arasında İstanbul'da Avrupa Yakasında özel bir psikiyatri hastanesinde madde kullanım bozukluğu tanısı ile yatarak tedavi gören hastaların aile bireyleri ile gerçekleştirildi (n=40). Araştırmaya 29'u kadın (%72,5), 11'i erkek (%27,5) toplam 40 hasta yakını katıldı. 'Yetişkinler için Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği' ve 'Aile Bilgi Formu' uygulandı. Uygulanan formlardan toplanılan veriler SPSS Windows 22.0 paket programında değerlendirildi. Yetişkinler için Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği'nde hasta yakınlarının yapısal stil, gelecek algısı, aile uyumu, kendilik algısı, sosyal yeterlilik, sosyal kaynaklar olmak üzere altı alt boyut değerlendirildi. Buna göre eğitim durumu, hasta ile ilişki durumu, kronik hastalık durumu ve medeni durum arasında anlamlı ilişkiler tespit edildi. Tespit edilen bu anlamlı ilişkiler doğrultusunda, süreç içerisinde yatışın aile dinamiğini bozduğu, hasta yakınına hastadan kopardığı gibi algılar oluştđu anlaşıldı. Bu nedenle, sağlık profesyonelleri içerisinde hasta ile en yakın temas halinde olduğu düşünölen psikiyatri hemşiresi, madde kullanım bozukluğu olan bireylerin hastaneye yatışının başladığı ilk günden itibaren taburculuğa hazırlanması sürecinde ailenin de bu yatış sürecinden nasıl etkilendiğini göz önünde bulundurarak planlaması gereken tüm girişim ve yaklaşımlarda birey ve aile için danışman rolüne sahiptir. Bu çalışmada hasta yakınlarının psikolojik dayanıklılığının üzerinde psikiyatri hemşiresinin "danışmanlık" rolünün önemi vurgulanmıştır. Bu çalışmaya benzer çalışma yapacak olan araştırmacıların daha çok sayıda hasta yakını ile çalışma yapılması önerilmektedir.

**Anahtar Kelimeler:** Madde, bağımlılık, aile, dayanıklılık, hospitalizasyon

# **THE EFFECT OF HOSPITAL ADMISSION OF SUBSTANCE ABUSE INDIVIDUALS ON THE PSYCHOLOGICAL DURABILITY OF FAMILY MEMBERS**

## **SUMMARY**

This research is designed to study the effect of hospitalization of such patients of the psychological durability of family members. The subjects of this study are the family members of drug abusers admitted to In a private psychiatric hospital on the European Side in Istanbul between 1<sup>st</sup> of February and 1<sup>st</sup> of May who participated willingly (n=40). The participants are 72.5% women and 27.5% are men with a total of 40 family members. Adult Psychological Durability test and family information questionnaire was applied and the Results were obtained by processing the informations obtained from questionnaires using SPSS for windows 22.0 package program. 6 parameters were taken into account in the questionnaires those include temperament, future perception, family consistency, self perception, social competence, social resources. Meaningful results were obtained by the following parameters: educational status, status of relationship with the patient, status of chronic disease, marital status. In accordance with the results obtained from the forementioned parameters hospital admittance of patients were found to badly affect the family dynamic and produced a perception of distance in the relations between the patient and his family members. Therefore, the psychiatric nurse, who is thought to be in the closest contact with the patient among the health professionals, has taken into consideration all the interventions and approaches that should be planned by considering how the family is affected by this hospitalization process in the process of preparing the patients for discharge from the first day of hospitalization. Has the role of consultant. In this study, the importance of the “counseling” role of the psychiatric nurse on the psychological durability of the relatives of the patients was understood. Researchers who will conduct similar studies are recommended to work with more relatives.

**Keywords:** Drug, addiction, family, endurance, hospitalization

## 1. GİRİŞ VE AMAÇ

Bağımlılığın başlangıcı insanlık tarihi kadar eskidir. Bağımlılık alt kültürünün oluşmasında, gelişmesinde ve yaygınlaşmasında bağımlılık yapan ve kötüye kullanımı olan bu maddelerin efsanelerde, mitolojik öykülerde ve ilkel dinlerde, şarkılarda, eserlerde hatta günümüzde medyada yer almasının da önemli bir etkisi vardır. İnsanlığın başlangıcından günümüze kadar gelen bu kültürel birikim, toplumlarda maddenin kötüye kullanımına yatkınlık sağlayan bir ortak bilinç oluşturmuştur [1].

Günümüzde madde kullanım bozukluğu; kullanılan bir maddeye ilişkin olarak bir süre sonra özerkliğin, özgürlüğün, özdenetimin ortadan kalkması ve bununla beraber bireyin yeni regresif tutum ve davranışlar geliştirmesi şeklinde tanımlanmaktadır [2].

Sürecin devam etmesi ile birlikte yaşam işlevselliğinin azalması ve bunun devamında ise hospitalizasyon yani hastaneye yatış gerekmektedir. Ancak madde kullanıcılarının neredeyse tamamı ilk başta maddeyi kendi kendilerine bırakabileceklerini düşünürler ve tedaviye başvurmadan önce çok kez bırakma girişimlerinde bulunurlar. Bu bırakma girişimlerinin yüksek oranda başarısızlıkla sonuçlandığı bilinmektedir. Buna ek olarak eş-bağımlılık geliştirerek bu sürecin doğasını yadsıma eğiliminde olması nedeniyle bağımlı birey, ürettiği mazeretleri kabul ederek akla uygun hale getirir yani rasyonalize eder. Bağımlı bireyin bu sorunu daha fazla çevreye yansıtması ile birlikte, çevresi de bağımlı bireye karşı kendilerini daha fazla sorumlu hisseder ve ortaya çıkan bu suçluluk hissi bağımlılık davranışını pekiştirir. Bu süreçte ailenin daha fazla suçluluk hissetmeye başlaması sonucunda da bağımlılık davranışı güçlenir. Tüm bu nedenler hospitalizasyonun gecikmesine neden olur. Bununla birlikte yüksek maliyet ve tedaviye zaman ayırma problemi gibi nedenler de hospitalizasyonu geciktirmektedir [3-5].

Madde kullanım bozukluğunda hospitalizasyon, kişi ve aile açısından belirsizlikler ile dolu bir süreçtir. Birey açısından bakıldığında hospitalizasyon sürecinde gönüllülük ve tedaviye katılım esastır. Tedaviye zorla başvuranlarda başarı şansı

tedaviye hiç başvurmayanlarla eşittir. Aile açısından yatışa kadar olan süreçteki toplum tarafından damgalayıcı tutuma maruz kalmak, aile içi olumsuz ilişkiler gibi travmatik yaşantılar, bozulmuş kurallar ve düzenli alışkanlıklar, bireylerin birbirlerine karşı sorumlulukları ve rollerini kapsayan dinamikler oldukça önemli bir basamak olan ailenin tedavideki rolünü ve işbirliğini belirlemektedir [6].

Madde kullanım bozukluğu olan bireylerin hospitalizasyon sonrasında yaşam şeklini değiştirmesi önerilir. Ancak tek başına yaşam şeklini değiştirmesi yeterli olmamaktadır. Bireye eşlik eden yani bakım verici rolünü üstlenen yakınının da yaşam şeklini değiştirmesi gerekmektedir. Bireyin yakınının iş hayatı, sorumlu olduğu görevler ve/veya bireyler gibi işlevleri de olabileceğinden yeni duruma uyum sağlaması zaman alacaktır. Stres, umutsuzluk, çaresizlik ve beraberinde depresyon gibi olumsuz durumların ortaya çıkması da kaçınılmazdır [1,5].

Bununla birlikte aile içerisinde bireyin madde kullanımının olması, toplumun madde kullanan bireylere karşı damgalayıcı tutumları, bu bireylerin birtakım yasadışı eylemlerinin olması gibi durumlar zaman içerisinde sosyal çevrelerinden uzaklaşmalarına neden olmaktadır. Ayrıca madde kullanan bireyin işlevselliğinin bozulması, madde için para arayışının olması, yaşamını yasadışı yollar veya ailenin maddi desteği ile sürdürmesi, tedaviye yönelik masrafların karşılanması aile içinde ekonomik kayıplara da yol açmaktadır [7].

Madde kullanmaya genellikle ergenlik dönemlerinde başlanmaktadır [6]. Bundan dolayı kişinin ilk madde kullanımını kendi ailesinin içinde olsa da ilerleyen dönemlerde kurduğu ailenin içindeyken de olabilmektedir. Bir aile hastalığı olarak tanımlanan bağımlılık söz konusu olduğunda aile tanımının iyi yapılması gerekliliği doğmaktadır [8].

Madde kullanımı ve aile ile ilgili literatür incelendiğinde, aile içinde bağımlı bir kişinin varlığının, ailenin diğer üyelerini etkileme şekillerinin göz ardı edildiği dikkat çekmektedir. Fakat madde kullanımının ailenin tüm bireylerini ilgilendirdiği, bu kişilerde çeşitli sosyal ve ruhsal etkilerde bulunduğu unutulmamalıdır [6].

Sonuç olarak, madde kullanım bozukluğu, bireyi ve ailesini bir arada etkileyen bir sorundur. Her ne kadar bireyin, aile ilişkilerinin bozuk olması madde kullanımını etkileyen bir neden olarak ifade edilse de madde kullanımı varlığı ve buna bağlı hospitalizasyon da aile dinamiklerinin etkilenmesinde önemli bir rol oynamaktadır.

Psikiyatri hemşiresinin eğitim, hasta hakları savunuculuğu, terapötik girişimler, psikofarmakolojik girişimler, sağlığı koruma ve geliştirmeye yönelik girişimler ile birlikte konsültasyon, terapi ve araştırma gibi rolleri de vardır. Bu rollere ilave olarak sağlık ekibi içinde hasta ile neredeyse en yakın temas içinde olan psikiyatri hemşiresi, madde kullanım bozukluğu olan bireylerin hastaneye yatışının başladığı ilk günden itibaren taburculuğa hazırlanması sürecinde ailenin de bu yatış sürecinden nasıl etkilendiğini göz önünde bulundurarak planlanması gereken tüm girişim ve yaklaşımlarda birey ve aile için danışman rolüne sahiptir.

Literatür incelendiğinde madde kullanım bozukluğu olan bireyler ile ilgili birçok çalışma yapılmış olmasına karşın bu bireylerin ailelerinin özellikle de bakım vericilerinin yaşadığı güçlüklerle ilgili yeterli sayıda çalışmaya rastlanmamıştır. Bu nedenle bu araştırma madde kullanım bozukluğu olan bireylerin hastaneye yatışının aile bireylerinin psikolojik dayanıklılığı üzerindeki etkilerinin değerlendirilmesi amacı ile gerçekleştirilmiştir.

## 2. GENEL BİLGİLER

### 2.1 Bağımlılık ve Madde

Bağımlılık kavramı, beraberinde bağımlılığa neden olan madde tanımlanmasını da getirmektedir. Dünya Sağlık Örgütü (WHO: World Health Organization) ise bağımlılığa neden olan maddeyi uyuşturucu madde olarak tanımlamaktadır ve bu tanım sentetik veya bitkisel kökenli olan, ruhsal ve fiziksel bağımlılığa yol açan, tutku yaratan bütün maddeleri kapsamaktadır. Uyuşturucu maddeler Yunanca uyku anlamına gelen narke, İngilizceye narcotic olarak geçen sarhoş edici özellikleri olan ve merkezi sinir sistemi (MSS) üzerinde de etkisi olan maddelerdir [9].

Uyuşturucu kelime anlamından da anlaşılacağı üzere, kişiyi uyuşturan, kontrolünü kaybettiren, hareketsiz bırakan, maddeler akla gelmektedir [10]. Ancak uyarıcı bazı maddeler de bağımlılık yaptıkları için bu tür maddelere uyuşturucu madde tanımını kullanmak yerine bağımlılık yapıcı maddeler olarak bu kavram içerisinde değerlendirmek daha doğru olacaktır [11].

#### 2.1.2 Tarihçe

Tarihte yazılı kaynaklardan öğrenilen ilk uyuşturucu madde alkoldür. İnsanlar alkolün gerginlik ve anksiyete giderici etkilerini keşfederek ona kutsal bir anlam yüklemişlerdir. Milattan önce (M.Ö) 6000’lerde bugünkü Ermenistan bölgesinde bilinçli bir şekilde üzüm fermentasyonu ile alkol elde edilmiştir. Antik Yunan ve Roma döneminde de üzüm ve şarap kutsal sayılmış, Atina’da Dionisos, Roma’da Baküs içki ve şarap tanrısı olarak kabul edilmiştir. Museviliğin ilk yıllarındaki törenlerde uyarıcı maddelere yer verildiği öğrenilmiştir [12].

Anadolu’da madde kullanımı ve bununla birlikte gelişen madde bağımlılığı tarihi de çok eskilere dayanmaktadır. Çağlar boyu haşhaş bitkisinin dünyanın birçok bölgesinde yetiştirildiği bilinmektedir. M.Ö 3000 yıllarında Mezopotamya’da yaşamış olan Asurlara ait bazı resimlerde haşhaş görseline ve Sümerlerin

kullandıkları dilde afyona ait bazı kelimelere rastlandığı belirtilmektedir. Perslerin kutsal kitabı olan Zerdüş'te kenevir adı verilen bitkinin üzüntüyü dağıttığını, insana mutluluk ve neşe verdiğinin yazıldığı bilinmektedir. Ünlü tarihçi Herodot, Mezopotamya bölgesinde yaşayan Asurlular ve Sümerler ile İskitlerin kenevire benzer bir bitkinin yapraklarını ateşe atarak çıkan dumanı soluyarak sarhoş olduklarını ve neşelendiklerini yazmıştır [1,12].

M.Ö 4000'li yıllardan günümüze Sümerler ve birçok uygarlıklar, bu topraklarda öncelikle afyon ve kenevir olmak üzere birçok bitki yetiştirmiş, tedavi, eğlence vb. gibi amaçlarla kullanmıştır. Türklerin Anadolu'ya gelmeleriyle birlikte yerel halktan öğrenmiş oldukları afyon ve kenevir tarımına devam etmiş ve Endüstri Devrimi sonrasında bu maddelerin ticaretinin önem kazanmasıyla birlikte dünyanın en önemli afyon üreticisi haline gelmişlerdir. Afyonun; sigara, pipo, nargile ile yakıp nefes yoluyla çekilerek, tablet halinde yutulurken ya da su ve çay içinde eritilerek oluşan çözeltinin deri altına (subkutan) enjekte edilmesi biçiminde kullanıldığı gözlenmiştir [13,14].

### **2.1.3 Madde kullanımının tarihsel süreçleri**

Kenevir ve afyon kullanımının sakıncalarının tespit edilmesi ve bunların kullanımının toplumsal bir sorun olarak görülmesiyle birlikte akla ilk gelen çözüm yasaklama olmuştur. Bu durumla ilgili ilk düzenleme, Fatih Sultan Mehmet döneminde Fatih Kanunnamesi ile yapılmıştır. Kanunnamede kenevir ve afyon kullananlara para cezası verileceği bildirilmiştir. Kanuni Sultan Süleyman zamanında düzenlenen kanunnamede de benzer yasaklara yer verilmiştir. Anadolu'da afyon tüketiminin bu yasaklara rağmen giderek arttığı gözlenmesiyle birlikte Genç Osman döneminde esrar, tütün ve benzer etki yaratan maddelerin üretimi ve tüketimi tamamen yasaklanmıştır. Devamında IV. Murat tarafından bütün kahvehaneler, meyhaneler ve esrarhaneler kapatılarak bu maddeleri hem kullananlara hem de satanlara idam cezasına varan ağır cezalar uygulanmıştır [14].

Türkiye Cumhuriyetinin ilk dönemlerinde afyon üretimi, alış ve satışı önlemek amacıyla yapılan ilk yasal düzenleme, I. Cenevre Sözleşmesi esaslarına göre hazırlanan 24 Aralık 1928 tarihinde 1369 Sayılı Uyuşturucu Maddeler Kanunu'dur. Bu kanunla, benzer yasaklar devam ederek ağır yaptırımlar öngörülmüştür [15].

Günümüzde ise yürürlükte olan II. Cenevre Sözleşmesidir. Bu sözleşmenin esaslarına uygun hazırlanmış olan 12 Haziran 1932 tarihinde 2313 Sayılı “Uyuşturucu Maddelerin Murakabesi Hakkında Kanunu” dur. Bu kanunla afyon, kenevir, morfin, esrar, kokain, gibi maddeler uyuşturucu madde sayılmış üretimi, ithali ya da ihracı yasaklanmıştır [9,16].

Başlangıçta yalnızca bir asayiş sorunu olduğu sanılan, IV. Murat döneminde olduğu gibi ağır yaptırımlarla çözülmeye çalışılan madde kullanımı ve bağımlılığı sorununun, bir süre sonra sadece bir asayiş sorunu olmadığı dikkatleri çekmiş, tedavi ve önleme faaliyetlerine de önem verilmeye başlanmıştır. 1930’lu yıllardan itibaren çeşitli dönemlerde devlet tarafından madde kullanımını engellemeye dönük çalışmalar yapılmışsa da bu konuda fazla bir ilerleme sağlanamamış, net bir sonuca varılamamıştır.

Bunun yanı sıra Türk Ceza Kanunu’nda uyuşturucu maddelere yönelik olarak uygulanan cezalar sırasıyla 1933, 1936, 1941 ve 1953 yıllarında yapılan değişikliklerle artırılmıştır.

31 Mayıs 1933 tarihinde çıkarılan 2253 Sayılı Uyuşturucu Maddeler İnhisar Kanunu ile afyon tekeli “Uyuşturucu Maddeler İnhisar İdaresi ”ne verilmiş olup kontrollü afyon ekim - üretimine geçilmiş ve bu alanlar Afyon, Konya, Denizli, Isparta, Burdur, Uşak, Kütahya, Manisa, Balıkesir, Eskişehir, Çorum, Amasya, Tokat gibi iller ile sınırlandırılmıştır. 1938 yılında Toprak Mahsulleri Ofisi’nin (TMO) kurulmasıyla uyuşturucu maddelerin tekeli TMO’ya verilmiştir. Afyon tarımı 1971 yılına kadar haşhaş ve afyon tohumu amaçlı olarak gerçekleştirilmiş, haşhaş kapsüllerinin çizilmesiyle elde edilen afyon sakızı, üreticilerden TMO tarafından satın alınıp işlendikten sonra tıbbi amaçlı olarak ihraç edilmiştir [17].

Dünyada, haşhaş ekimi Birleşmiş Milletler (BM) teşkilatı denetiminde yasal ana üretici olarak Türkiye, Hindistan, Avustralya, Fransa, İspanya, Macaristan’da yapılmaktadır [18] .

## **2.2 Madde Çeşitleri**

### **2.2.1 Sigara**

Sigara tütününü katran, karbon monoksit ve nikotinden oluşmuştur. Tütünün özgün maddesi acı ve koyu renkli nikotin adı verilen zehirli bir sıvıdır. Nikotin duman

yoluyla alındığında zehirlenme gelişmez. Bunun nedeni duman karaciğerden hızlı metabolize edilir. Duman yoluyla alınan nikotin akciğerden çok hızlı bir şekilde kana geçer ve 8-10 saniyede etkinliğini gösterir. Etki göstermesiyle birlikte solunum hızı artar, kollar ve bacaklarda kan damarlarının kasılmasına, iç organlarda ise damarların genişlemesine neden olur. Beyinde serotonin, epinefrin ve norepinefrin salınımını artırır. Nikotinin şiddetli bağımlılık yaptığı bilinmektedir, 90-120 dakika alınmadığı zaman sinirlilik, öfke, baş dönmesi, titreme, uykusuzluk, hipotansiyon gibi yoksunluk belirtileri gözlenir [19].

### **2.2.2 Alkol**

İnsanların tarihte kullandığı ilk psikoaktif madde olduğu bilinmektedir. Tarih boyunca tedavi edici ve dinsel amaçlarla kullanılmıştır. Alkol, patates, tahıl, mısır, pirinç, meyve, şekerpancarı gibi bitkilerden elde edilebilen kimyasal olan etanol olarak adlandırılan maddedir ve ince barsaktan emilir. İçeceklerdeki etanol miktarı ile emilim hızı birbirleriyle doğru orantılıdır [10].

Alkol gerek merkezi sinir sistemi (MSS), gerekse organ sistemleri üzerinde toksik etkileri olan bir maddedir. Düşük konsantrasyonlu alkollü içecekler, su emiliminin azalmasıyla birlikte vücudun alkolü daha hızlı dışarı atması nedeniyle zehirlenmeye neden olmazlar. Oysaki az miktarda olmasına karşın günlük düzenli şarap tüketiminin siroz hastalığına neden olduğu bilinmektedir [20].

Alkol kullanımı bazı bireylerde sosyal kullanımın ötesine geçerek bağımlılık yapabilmektedir. Uzun süreli ve yüksek miktarlarda alkol tüketme davranışı, alkol bağımlılığıyla sonuçlanabilmektedir. Alkol alınmadığında titreme, terleme, sinirlilik, hipertansiyon gibi yoksunluk belirtileri gözlenir.

### **2.2.3 Opiyatlar: Morfin, eroin, kodein, metadon, meperidin**

#### **2.2.3.1 Morfin (Morphine)**

Afyonun içerisinde %10 oranında bulunan alkoloiddir. Bu alkaloid ilk kez 1803 yılında Alman eczacı Sertürner tarafından bulunmuştur. Sertürner bu alkoloide Yunan mitolojisindeki rüyalar tanrısı olarak bilinen Morpheus'tan esinlenerek Morphine adını vermiştir. Başlarda öksürük ve karın ağrısı başta olmak üzere birçok hastalığın tedavisinde kullanılmaya başlanmıştır [21].

Morfin, MSS'yi etkileyen bir psikoaktif maddedir. En büyük etkisi MSS üzerindedir. Beyin korteksini çok az miktarlarda kullanıldığı zaman dahi etkilemektedir. Böylece refleks ve otokontrol merkezlerini baskılar. Ağrı merkezleri de morfinin etki alanına girer. Kullanım sırasında ilk başta geçici bir uyarılma daha sonra sinir sisteminde felç gözlenir. Birey yorgunluk ve acı hissetmez [22].

Kullanılan miktar artmasıyla kullanan bireyin özgüveninde artış ve neşelenme yani öfori gözlenir. Kullanımın devamlılığı halinde bağımlılık kaçınılmazdır. Tıp alanında kontrollü olarak kullanılan bu alkaloid Türkiye'de 1930'lu yıllardan itibaren yaygınlaşmaya başlamıştır. Kapsül, blok, tablet ve sıvı şekilde bulunabilir [23].

### **2.2.3.2 Eroin**

Eroin, Alman Bayer Şirketi kimyagerlerinden Dr. Felix Hoffman tarafından 1908 yılında bulunmuştur. Hoffman bu maddeye Almanca kahraman anlamına gelen heroisch (heroin, eroin) ismini vermiştir. Ekonomik kâr yönünden de bir kilo morfinden iki kilo eroin elde edilmesi, hatta en dayanılmaz acıları bile dindiriyor olması eroinin üretimini daha da artmıştır [24].

1. Dünya Savaşı sırasında ağrı kesici olarak kullanılmıştır. Morfine alternatif olması için üretilen başlarda mucize olarak tanımlanan eroinin doğrudan MSS'yi etkileyen çökertici, yıpratıcı etkilerinin gözlenmesi ve ham maddesi morfinden kullanılan ölçme metoduna göre altı ile on kat daha zehirli olması, öldürücü etkilerinin ortaya çıkması nedeniyle Birleşmiş Milletler ve Dünya Sağlık Örgütü önerisiyle birçok ülkede üretimi ve tüketimi yasaklanmıştır [5].

1913 yılında Alman Bayer Şirketi eroin üretimini tamamen durdurmuştur. Ancak eroinden elde edilen kârı bırakmak istemeyenler dünyanın dört bir tarafında, gayri resmi yollardan bu maddenin üretimine devam etmişlerdir.

Çoğunlukla burundan alınarak kullanılan bu madde, sigaranın yanan ucu toz halindeki eroine bulaştırılarak, alüminyum folyonun üzerine bir miktar eroin konularak folyonun altı yakılıp çıkan dumanın teneffüs edilmesiyle ya da damar içi enjeksiyon yoluyla da kullanılır. Eroin saf veya saflığa yakın durumda beyaz renkte kristalize bir toz şeklindedir. Fakat saf olmadığı durumlarda hafif sarı, pembe, kahverengi veya kum renginde kaba bir toz şeklinde hatta tanecikli olabilir. Saf olmayan eroin kullanımında ise miktarın düşmesi nedeniyle bağımlı bireylerin bu maddeyi damar içi enjeksiyonla almalarına yol açmaktadır. Bu durumda enjektör

paylaşımı, aynı enjektörü defalarca kullanma ve madde etkisindeyken korunmasız cinsel ilişkiye girme gibi durumlara zemin hazırladığı için bulaşıcı hastalıklar (Hepatit B/C, HIV vb.) ve diğer enfeksiyon hastalıkları görülür [25].

Eroin kullanımından kısa süre sonra başlayan etkisi 4-6 saat sürer. İlk etkisi keyif verici olup ardından sakinlik dönemi başlar. Bellek ve dikkatte bozulma, hareketlerde ve konuşmada yavaşlama ile devam eder. Sonlanan etki ile birlikte yeniden kullanma ihtiyacı başlar ve gün içerisinde yoksunluk sendromu nedeni ile birkaç kez kullanımı gerekebilir [5].

Kullanılmadığı zaman hareket kısıtlılığı, bedensel ağrı, esneme, hapşırma vb. gibi yoksunluk belirtileri de baş gösterir. Bu yoksunluk belirtileri ilk 2-3 gün şiddetli bir şekilde devam eder. Bazı bireylerde bu süreç 7-10 gün içinde bitebilir ancak bazı bireylerde ise bu süreç 6 aya kadar devam edebilir [26].

Yoksunluk belirtilerinin şiddetli olması, bireylerin günlük aktivitelerini yerine getirememeleri gibi nedenlerden ötürü bağımlılık riski ve ömür boyu kullanımı kaçınılmazdır.

### **2.2.3.3 Kodein**

1832 yılında Babiquet tarafından bulunmuştur. Kodein (3 metil morfin) bir opiat olup afyonda %0,5 oranında bulunan, morfinden sonraki en baskın opioiddir. Ağrı kesici olarak etkisi morfine göre onda birdir. Etkili bir ağrı kesici ve öksürük gidericidir [27].

Tıbbi kullanımı hariç üretimi, ithali, ihracı, bulundurulması ve kullanımı yasaklanmıştır. Tablet veya toz formunda olan bu opioid, diğer uyarıcı ve uyuşturucu ve maddelerle birlikte ya da tek başına satılmaktadır.

Aşıcıoğlu ve ark. yapmış olduğu bir çalışmada 101 vakanın toksikolojik analizinde, kodeine %62 oranında parasetamol, %20 oranında salisilatın eşlik etmekte olduğunu saptamıştır. Bu çalışmada kodein içeren ilaçların suistimalini ortaya koymuştur. Tıbbi ilaçların içerisinde bulunan kodeinin kötüye kullanımında, preparatların içerisindeki kodeinin az miktarda olması nedeniyle ilaçlar fazla miktarda tüketilmektedir. Bu durum ilacın içeriğinde bulunan diğer maddelerin toksik etkisiyle karşı karşıya bırakmakta olup gastro intestinal kanama ve sensorinöral işitme kaybına (sinirsel sağırlık) neden olmaktadır [27].

#### **2.2.3.4 Metadon**

1937 yılında Almanya’da üretilmiştir. Kronik ağrıları azaltmak amacıyla 20 sene boyunca güçlü bir analjezik olarak kullanılmıştır. Metadon kimyasal olarak diğer opioidlerden farklı olmasının yanı sıra morfin ile eroinin etkilediği opioid reseptörlerini etkiler. Metadon diğer opioidlerle aynı özellikte olup, etkisi diğer opioidlere göre çok daha uzundur (24-36 saat) [22].

Günümüzde metadon opioid bağımlılığı olduğu takdirde eroin muadili olarak OST’de (opioid muadili maddelerle tedavi) ve vikodin, oksikotin, prekocet gibi analjeziklerin içinde de kullanılmaktadır [28].

#### **2.2.3.5 Meperidin**

Sentetik bir opioid olan meperidin, ince beyaz toz şeklinde, suda kolaylıkla eriyebilen kristal maddedir. Meperidin etkisi erken başlar ancak kısa sürelidir. Analjezik etkisi morfinden çok zayıf olmasına karşın morfine benzer bağımlılık yaratır. Yoksunluk belirtileri hızla başlar, 8-12 saatte en üst düzeye ulaşır ve ortalama 4-5 günde sonlanmaktadır [29].

### **2.2.4 Uyarıcılar: Amfetamin, kokain, ecstasy, kafein**

#### **2.2.4.1 Amfetamin**

İlk kez 19. yüzyılda Japonya’da Akira Ogata isimli Kimyacı tarafından sentezlenmiştir. Amfetaminler; merkezi sinir sistemini etkileyen uyarıcılardır [30].

Başlarda nazal mukozanın vazokonstriksiyonuna neden olan mukozanın azalmasına olan etkisi gözlenmiş, bu nedenle astım ve tıkanıklık tedavisinde kullanılmaya başlanmıştır. Sonrasında II. Dünya Savaşı sırasında, temel bir uyarıcı olan amfetaminin uyku ve yorgunluk hissini bloke etmesi nedeniyle askerlere verilmesi sonrasında popülerite kazanmıştır. Savaş sonrası dönemde depresyon, obezite, narkolepsi ve dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu (DEHB) gibi birçok hastalığın tedavisi amacıyla yaygın olarak kullanılır hale gelmiştir [31].

Tedavi amaçlı kullanımı yayılmış olan bu madde, kısa süre içerisinde dünya çapında en yaygın kötüye kullanılan yasadışı madde olmuştur. Günümüzde daha çok, sınavlara hazırlanan öğrencilerde, uzun yol şoförlerinde, yetiştirilmesi gereken işleri olan bireylerde amfetamin kullanımına rastlanmaktadır [10].

Amfetamin farklı şekiller ve büyüklüklerde bulunabilen genellikle tablet ve kapsüller haline getirilmiş olan beyazımsı renkte bir tozdur ve kolaylıkla alışkanlık yapan bir maddedir. Kullanan birey neşe, coşkunluk, canlılık, dikkat ve performansında artış vb. yaşamaktadır. Amfetamin kesildikten sonra huzursuzluk, fazla uyuma, iştahsızlık, mide ve kas krampları, baş ağrısı, nefes darlığı, kalp çarpıntısı, gibi yoksunluk belirtileri ortaya çıkmaktadır. Bu belirtiler 2-4 günde en yüksek düzeyine ulaşmakta ve yaklaşık bir hafta sürmektedir [24].

#### **2.2.4.2 Kokain**

Güney Amerika'da yetişen Erythroxilon Coca bitkisinin yapraklarından elde edilmiş ve bölge halkı tarafından kutsal sayılarak yaraların tedavisinde kullanılmıştır [32].

Yalıtılmış uyarıcı özellikli bir alkaloiddir olan kokain, beyaz renkli, parlak, kokusuz, dile acı gelen, suda ve alkolde kolayca çözünebilen bir tozdur. Sodyum kanallarını bloke etmesi nedeniyle lokal anestezi bir etkiye sahiptir. 1880 yılında Almanya lokal anestezi etkisinden oftalmoloji alanında yararlanmıştır [33].

Amfetaminler gibi MSS'yi kuvvetli uyarıcı etkiye sahiptir ve keyif, coşkunluk, neşe vermektedir. Çok güçlü psikik bağımlılığı vardır [34].

Kokainin yaygın kullanımına ilk olarak Almanya'da I. Dünya savaşından sonra, Japonya'da ise II. Dünya savaşından sonra rastlanmıştır. Dünyada en çok 1970-1980'li yıllarda kullanılmış ve zararsız olduğuna dair iddialar günümüze kadar gelmiştir [9].

En sık rastlanan kullanım şekli iyice ezilmiş tozunun burunla çekilmesidir (inhalasyon). Sigara gibi içmek, deri altına (subcutan) enjeksiyon ya da damar içi (intravenöz) enjeksiyon gibi kullanım yolları da vardır. Kokainin ağızdan (oral) alınması durumunda sindirim sistemi tarafından etkisiz hale getirilir, bu nedenle oral kullanım çoğunlukla tercih edilmez [35].

Kokain kullanıldıktan kısa süre sonra etkileri gözlenir. Bu etkiler; kalp atışında hızlanma ya da yavaşlama (taşikardi ya da bradikardi), göz bebeklerinde büyüme (pupilla dilatasyonu), kan basıncında artma ya da düşmedir (hipertansiyon ya da hipotansiyon). Ortalama 30 ile 60 dakika içerisinde etkisi sonlanır. Sürekli kullanımda burun akıntısı, burun kanaması, burun ve vücutta yaralar, paranoya, anksiyete bozukluğu, erkeklerde erektil disfonksiyon, kadınlarda cinsel tatminsizlik oluşur [36].

Yeniden kullanım gerçekleşmezse yoksunluk belirtileri oldukça zayıftır. Depresyon, anksiyete bozukluğu, kas güçsüzlüğü, tükenmişlik, kaşıntı, ağrı, uykusuzluk, bulantı ve kusma gibi yoksunluk belirtileri gözlenir. Yüksek doz kullanımında ise taşikardi ve hipertansiyon bununla birlikte sinirlilik, saldırganlık, hareketlilikte (psikomotor aktivite) artış, göğüs ağrısı, kas zayıflığı, solunum güçlüğü ve koma gelişir.

Kokain pahalı bir uyuşturucu madde çeşididir. Bu nedenle kokain kullanan bireyler maliyeti düşürmek ve etkiyi arttırmak amacıyla içerisine amfetamin karıştırılarak ya da eroinle, alkolle birlikte tüketme yoluna gitmişlerdir [11].

#### **2.2.4.3 Ecstasy (3,4-metilenedioksimetamfetamin, MDMA)**

Kimyasal olarak amfetamin grubunda yer alan ancak etkileri bakımından bu gruptan ayrılan Ecstasy grubu uyuşturucuların en iyi bilinen üyesi 3,4-metilendioksimetamfetamindir [10].

24 Aralık 1912'de Alman Kimya firması olarak bilinen Merck tarafından Darmstadt'ta sentezlenmiştir. İştahı baskılamak amacıyla üretilmiştir. Ancak hayvanlar üzerinde yapılan çalışmalar sonucunda geçerli sonuçlar elde edilemediğinden dolayı ticari bir hal alamamıştır [37].

1970'lerin sonunda psikiyatristler arasında MDMA'nın hastaların hastalıkları hakkında iç görüşü kazandırdığını ve hastaların psikoterapi sürecindeki iletişimi geliştirdiğine yönelik inançlar olmuştur. Bu nedenle 1980'lerde resmi ve klinik çalışmalardan geçmemiş olmasına rağmen ABD Gıda ve İlaç İdaresi (FDA) kullanımını için onay vermiştir.

Sonrasında yapılan deney hayvanları üzerindeki çalışmalar sonucunda nörotoksik bulgular elde edilmesiyle 1985 yılında ABD'de yasaklanmıştır. Ecstasy ülkemizde de uyuşturucu maddeler kapsamında değerlendirilmektedir [1].

Ecstasynin halüsinojenik etkisi bulunmaktadır. MSS'ye uyarıcı etki göstermekte ve güçlü bağımlılık yapmaktadır. 1990'lı yıllarda Avrupa ülkeleri ve Amerika başta olmak üzere ecstasynin yasadışı kullanımı popüler hale gelmiş, çoğunlukla gençler tarafından eğlence amaçlı kullanılmıştır [31].

Ecstasy kullanımının yayılmasıyla birlikte güvenli ve düşük toksisiteye sahip olduğu gibi yanlış inanışlar da yaygınlaşmıştır. Yaygınlaşan bu yanlış inanışlar günümüze dek gelmiştir [38].

Nadiren sıvı ve toz halinde olan Ecstasy, çoğunlukla tablet şeklinde bulunmaktadır. Bu tabletler genellikle yuvarlak şekilli, nadiren de diğer geometrik şekillerde olabilirler. Daha çekici olmaları için tablet aşamasından önce renklendirilmiş ve üst yüzeyine çeşitli baskı uygulamaları yapılmıştır. Tabletlerin kütleleri 150mg-350mg arasında değişkenlik göstermektedir. Çoğunlukla kullanım şekli ağız yoluyla (oral) olmaktadır. Ecstasy, ağız yoluyla alınmasının ardından 20-60 dakika içerisinde barsak mukozası tarafından emilerek etki eder. Etkisi 8 saat kadar sürebilmektedir. Deri altına enjekte edildiğinde ya da sigaraya sarılıp içildiğinde görülen etki artarken etki süresinde azalma olmaktadır [30].

Ecstasy kullanımından sonra görülen etkiler; daha fazla dışa dönüklük, etrafındakilere yakınlaşma, hatıraları tartışma isteği vb. şeklinde olmaktadır. Uzun süreli kullanımda aşırı terleme, kaslarda gerginlik, çene sıkma, huzursuz bacak sendromu, titreme, taşikardi vb. etkiler görülmektedir. Aynı zamanda intihar düşünceleri, şiddetli depresyon, tekrarlayan halüsinasyonlar, duyarsızlaşma gibi yoksunluk belirtileri de görülmektedir. Yüksek doz kullanımda ise bilinç kaybı, panik atak, epileptik nöbetler, solunum güçlüğü ve koma gelişir [39].

#### **2.2.4.4 Kafein**

Dünyada popülaritesi en yüksek uyuşturucu madde olan kafein, yaygın kullanımı olan bir uyarıcıdır. Kafein, matein veya guaranin olarak da bilinmektedir. Tıp dilinde trimethylxanthine olarak tanınan kafein (kimyasal formülü: C<sub>8</sub>H<sub>10</sub>N<sub>4</sub>O<sub>2</sub>) MSS'yi uyarıcı etkisi olan pürin türevi alkaloiddir. Doğada bulunan 63 bitkinin yaprak, tohum ve meyvesinde mevcuttur [40].

Kahve çekirdeklerinden elde edilen saf kafein beyaz, sert, kristalimsi görünümde, kokusuz ve acı tatta olan bir maddedir. Aspirin, diyet hapları, reçete gerektirmeyen çeşitli haplarda ve tütünün kullanıldığı tüm maddelerde kafein bulunmaktadır [41].

Kafeinin etkilerinin yoğunluğu diğer uyuşturucu maddelerde olduğu gibi, bireyin fiziksel durumuna ve ne kadar tüketildiğine bağlıdır. Başta kahve olmak üzere, kola, çikolata ve çayın içerisinde de bulunan kafeinin, bu yiyecek ve içeceklerin günümüzde yaygın bir şekilde bulunması, kullanılması günlük yaşantımızdaki yerini açıkça göstermektedir [41].

Birey iki fincan kahve tükettiğinde vücuduna aldığı kafein miktarı ortalama 150-300 miligram kadardır. Etkisi 15 ile 30 dakika içerisinde başlamaktadır. Kan basıncı

yükselebilirken metabolizma hızının ve vücut sıcaklığının arttığı gözlenmektedir. Ellerin titremesi, iştahın azalması, uykusuzluk, koordinasyon bozukluğu, kan şekerinin yükselmesi gibi etkileri de mevcuttur. Yüksek dozda tüketildiğinde ise baş ağrısı, sinirlilik, bulantı ve ishale yol açmaktadır. Kafein kullanımının aniden durdurulması sonucu bireylerde yine baş ağrısı, sinirlilik, ruh halinin devamlı değişmesi gibi yoksunluk belirtilerinin ortaya çıktığı bazı araştırmacılar tarafından tespit edilmiştir [42].

İçerisinde kafein bulunan tabletlerin yanlış kullanılmasından dolayı ölümler meydana gelebilirken, çay veya kahve içmekten ölümün olduğu belirtilmemiştir [43].

## **2.2.5 Merkezi sinir sistemini baskılayanlar: Barbitüratlar, meprobamat, benzodiazepinler (diazem, xanax, ativan, rivotril, rohypnol vb), akineton**

### **2.2.5.1 Barbitüratlar**

1864 yılında Almanya'da Adolph Baeyer tarafından üretilmiştir. İlk sentezlenen barbitürat türevleri barbital ve fenobarbital 1900'lü yılların başlarında tedavide sedatif ve antikonvülzan etkileriyle kullanılmaya başlanmıştır. Yüksek oranda yağda çözülmekte olan barbitüratlar, Santral Sinir Sistemi (SSS) depresanı olarak sedatif, hipnotik ve genel anesteziik etki göstermektedirler [44].

Barbitürat bileşikler anksiyete bozukluğu tedavisi haricinde yatak ıslatma, romatoid artrit vb. gibi çok çeşitli hastalıkların tedavisinde kullanılmıştır ancak devamında hızla gelişen fiziksel bağımlılık kullanımını kısıtlamıştır. Günümüzde sıklıkla epilepsi tedavisinde ve anesteziik madde olarak kullanılmaktadır .Bunun yanı sıra madde kullanım bozukluğu olan bireyler, bağımlı oldukları maddeyi kullanamadıkları zaman barbitürat kullanmaktadırlar [22].

Genellikle tablet formunda olup oral yolla kullanım sağlanmaktadır. Enjektörle kullanımı da nadiren olmakla birlikte mevcuttur. Barbitürat bağımlılığında; dikkatte bozukluk, dalgınlık, çarpınma nöbetleri ve devamında beyin hasarı sonucu intihar vakaları gözlenmektedir [5].

Yüksek dozda kullanımlarda ise bellekte sorunlar, ruh halinde ani değişiklikler, saldırgan davranışlar gözlenmektedir. Barbitürat yoksunluğu kullanım bırakıldıktan 12-24 saat sonra başlamakta ve 1-3. günlerde en yüksek düzeye ulaşmaktadır. Anksiyete, halüsinasyonlar, paranoid düşünceler, kulak çınlaması, panik, hezeyanlar, tremorlar, ışığa karşı duyarlılık, bellek ve konsantrasyon bozuklukları, delirium

tablosu vb. gibi alkol yoksunluğu belirtilerine benzer yoksunluk belirtileri mevcuttur [45].

### **2.2.5.2 Meprobamat**

1940'lı yıllarda bir İngiliz ilaç firmasında penisilin için koruyucu aramakta olan Frank Berger, mephenesin isimli bir bileşiğin laboratuvar farelerini sakinleştirdiğini fark etmiştir. 1946 yılında Berger, İngiliz Farmakoloji Dergisinde yayınlanan makalesinde bu sakinleştirici etkiden bahsetmiştir [46].

1950'li yıllarda, Berger ve arkadaşı (Bernard John Ludwig), New Jersey'de, sakinleştirici bir bileşik olan meprobamatı sentezlemiştir. Sonraki yıllarda bu maddeye "Miltown" adı verilmiştir. 1955 yılında piyasaya sürülmesiyle, Amerika tarihinde ilk satış rekorları kıran psikotrop ilaç olarak tarihe geçtiği bilinmektedir [44].

1956 yılında Meprobamat'ın alkol kullanım bozukluğu olan bireylerin tedavisinde yardımcı olduğu bulunmuştur. 1957 yılında, ABD'de bir milyar tablet üretilmiş, ancak üretilen tabletler yazılan tüm reçetelerin yalnızca üçte birini karşılamıştır [47].

2012 yılının başlarında ise Avrupa İlaç Ajansı, meprobamat içeren tüm ilaçlar için "tıpta görülen ciddi yan etkiler nedeniyle" Avrupa Birliği'nde pazarlama yetkisini geri çekmiş, daha sonra Kanada da pazarlama iznini geri çekmiştir.

Meprobamat, barbitüratların farmakolojik etkilerine ve yan etkilerine sahiptir aynı zamanda yüksek oranda bağımlılık yapıcı bir maddedir. Meprobamat'ın etki mekanizması tam olarak bilinmemekle birlikte yapılan deney hayvanı çalışmalarında, merkezi sinir sistemindeki birçok bölgede etkisi olduğu görülmüştür.

Meprobamat , retiküler formasyonda ve omurilikte nöral iletişimi kesen, sedasyona ve ağrı algısına neden olan GABA reseptörlerine bağlanır. Meprobamat, GABA yokluğunda bile akımları aktive etme yeteneğine sahiptir. Bu da meprobamatın, diğer GABA aracılı ilaçlarla (alkol dahil) birlikte kullanıldığında tehlikeli olmasına neden olur.

Meprobamat, kısa vadeli anksiyolitik etkisi kanıtlanmasına rağmen, anksiyolitik etkilerinin yatıştırıcı etkilerinden ayrı olup olmadığı bilinmemektedir. Anksiyete tedavisinde ise seçici bir ajan olarak etkinliği insanlarda kanıtlanmamıştır, bu nedenle benzodiazepinler kadar sık kullanılmamıştır [46].

Meprobat, oral uygulama için 200 ve 400 mg tabletlerde bulunur ve barbitüratlar gibi, analjezik / anestezi bir potansiyele sahiptir.

Uzun süreli kullanımı ile barbitürat ve alkole benzer fiziksel bağımlılığa bunun yanında potansiyel olarak yaşamı tehdit edici bir yoksunluk sendromuna neden olabilir.

Yüksek doz kullanımlarda belirtileri uyuşukluk, baş ağrısı, halsizlik, tepkisizlik, kas kontrolü kaybı, nefes kesilmesi, koma veya şok görülür [48].

## **2.2.6 Halüsinojenler: LSD (Liserjik Asid Dietilamid), Meskalin, Psilocybin**

### **2.2.6.1 LSD (Liserjik Asid Dietilamid)**

LSD Albert Hoffman tarafından 16 Kasım 1938'de ergotaminden elde edilmiştir. Renksiz, tatsız ve kokusuz olan bu madde çeşitli tahıllardan sentezlenerek elde edilmesi doğal fakat sentezlenmesi ise kimyasaldır [49].

Günümüze kadar gelmiş olan bu uyuşturucu madde oldukça kuvvetli yarı sentetik bir halüsinojendir. Tablet veya sıvı olarak yutulabildiği gibi çoğunlukla çeşitli kağıtlara emdirilerek ve bu kağıtlar dil altında bekletilerek de kullanılmaktadır. Meskalininden 4000 kat daha etkili bir maddedir [45].

Etkisi 60 dakika içinde başlamakta, 2-4 saat içinde en üst düzeye ulaşmakta ve 8-12 saat içinde de sonlanmaktadır.

Kullanan kişinin kalp atışları, vücut ısısı, kan basıncı artar, göz bebekleri büyür, mide bulantısı ve iştahsızlığa neden olur. Kullanım sonrasında yoğun duygusallık hissettirir; kötü ruh halindeki kullanıcılara daha kötü hisler yaşatırken, iyi ruh halinde olanlara daha çok mutluluk hissi yaşatmaktadır [49].

Halüsinojen olarak sınıflandırılmasının sebebi, kişinin algılarında büyük ölçüde bozulma yaratır. Gerçek dışı varlıkları görmesine, sesleri duymasına ve dokunsal duyumları algılamasına neden olur [10].

“Trip” adı verilen ve ortalama 12 saat süren beklenmeyen psikolojik tepkilere neden olur. Yüksek doz kullanımında hezeyanlara ve bilinç kaybına yol açabilir [50].

### **2.2.6.2 Meskalin ve Psilocybin**

Meksika’da yetişmekte olan peyote, lophophora williamsii vb. isimlerle adlandırılan alkaloid içeren bir kaktüs bitkisinin etken maddesine “meskalin” adı verilmektedir.

Meskalin duygudurum değiştirici bir maddedir ve geçmişten günümüze dek mistik deneyim sağlayıcı madde olarak kutsal sayılmıştır [51].

Kiliselerin dini ayinlerinde, ayinin gerekliliği olarak kullanılmaktadır. Kullanıcıların Tanrı'nın Ruh'unu ilerine aldıklarına yönelik inançlarının olduğu ve ağır sıkıntıları olan bireylerin dertlerine çözüm aradıkları için kullandıkları da kaynaklarda belirtilmiştir [52].

Yine Meksika'da ve Hindistan'da da yetişen psilocybe mexicana olarak adlandırılan mantarlar sıklıkla kullanılan psikedelik gruplarındanr. Bu mantarlar toplandıktan sonra ezilerek bekletilir. Daha sonra süzülerek fermante edilmeksizin sarhoş edebilen bir ikiye dönüştürülür. Psilocybin etkin maddesidir. psikedelik mantarlarını, Maztek yerlileri Tanrı'nın bedeni anlamı taşıyan "Teonanacatl" şeklinde isimlendirmişlerdir [53].

Kullanımdan sonra ilk etki 30-60 dakika içerisinde görülmeye başlar. Öncelikle göz odaklanmakta zorlanır, sonrasında zaman kavramı yok olarak parlak renkli hayaller görülmeye başlanır. Bu etki 2 ile 4 saat arasında sürer. LSD'nin etkileri ile benzerlik gösterdiği bilinmektedir [1]. Diğer maddelerde olduğu gibi meydana gelen etkiler, kullanılan ortama, kullanılan dozun miktarına ve kullanan kişinin duygudurumuna göre farklılıklar gösterir.

Bu maddelerin kullanımı birçok rahatsızlığa, solunum güçlüğü, vücut ısısının düşmesi, kalp ritminin yavaşlaması, düşük tansiyon vb gibi sağlık sorunlarına neden olmaktadır. Yüksek dozda kullanımı koma ve ölümle sonuçlanmaktadır [54].

### **2.2.6.3 Diğer Halüsinojenler**

Halsinyasyon kişinin hayal görmesidir. Kullanıldıklarında halsinyasyonlara neden olan maddelere halüsinojen maddeler denmektedir. Bu maddeler kişinin bilincinin yükselmesine ve genişlemesine, gerçeklikten kopmasına neden olan bağımlılık yapıcı maddelerdir. Doğada 100' aşkın halüsinojen madde bilinmektedir [10].

### **2.2.7 Uçucu maddeler (Volatile hydrocarbons): Tiner, Benzen, Gazolin, Glue (Bali gibi yapıştırıcılar), Esrar vb., Fensiklidin (PCP)**

Oda sıcaklığında buharlaşabilen maddeler için uçucu madde terimi kullanılmaktadır. Birçok günlük kullanımı olan ürünlerin içerisinde uçucu maddeler bulunmaktadır. Çok hızlı keyif verici ve sarhoşluk etkilerinin olması nedeniyle tercih edilmektedir.

Ağızdan veya burundan solunarak kan dolaşımına transpulmoner yoldan katılırlar. Maliyetinin düşük olması ve kolay temin edilebilir olması nedenleri ile kullanımı yaygındır [55].

Uçucular çok kolay ulaşılabilen, etki süresi kısa olan ve özellikle ergenler tarafından sıklıkla kötüye kullanılan bağımlılık yapıcı maddelerdir. Kullanıcıların maddeyi kullandıktan sonra uyku eğilimleri olmaktadır. Uzun süreli kullanan bireylerin sinir sistemi, solunum ve boşaltım sistemi, kalp-dolaşım sistemi üzerinde ciddi rahatsızlıklar oluşmaktadır [56].

### **2.3 Madde Bağımlılığı Tedavi Yöntemleri**

Bağımlılık tedavisi, kullanılan maddeye, kullanılan maddenin miktarına, maddenin kullanıldığı süreye, kullanıcının kişisel özelliklerine göre değişiklikler göstermektedir. Bağımlılık tedavisi için ilgili tedavi merkezleri ve tedavi programları tercih edilmelidir. Tedavinin yaşam boyu sürebileceği ihtimali göz ardı edilmemelidir. Tedavinin temel amacı madde kullanım bozukluğu olan bireyin kaybolan işlevselliğini yeniden kazandırmaktır.

Madde kullanım bozukluğunda hospitalizasyon endikasyonları; ayaktan tedavilerin başarısız olması, psikososyal desteğin olmaması, bağımlılığın şiddeti ve uzun süreli olması şeklinde sıralanabilir. İşlevsellik tamamen bozulduğunda ve “dibe vurma” olarak adlandırılan kayıpların başladığı süreçte hastanın farkındalığı da oluşmaya başlar. Hastaneye yatışın yapılması için en verimli dönem olarak bilinmektedir [57].

Tedavinin sürecinde öncelik madde kullanım bozukluğu olan bireyi maddeden arındırma yani detoksifikasyondur. Daha sonra bağımlılığa neden olan etkenler (ruhsal, bedensel ve toplumsal) ile etkin baş etme mekanizmaları oluşturması sağlanarak bireyin bağımlılık öncesindeki mevcut rolünün yeniden kazandırılması şeklinde devam etmektedir.

Hospitalizasyon süreci, intoksifikasyon tedavisi ile başlayıp, detoksifikasyon adı verilen arınma tedavisi ile devam eder. Detoksifikasyon psikiyatrik açıdan öncelikli bir durum kabul edilmesi nedeniyle gözetim altında ilgili sağlık kuruluşunda gerçekleştirilmelidir. Bu tedavide en önemli problem yoksunluk sendromudur. Madde alımının durmasıyla ortaya çıkan bu problemi, tedavi sürecindeki bireyin en

az sıkıntı ile geçirmesi amaçlanır. Madde kullanım bozukluğu tedavisi kişi arındırıldıktan sonra başlayabilmektedir .

Literatürde, madde kullanımının beyin işlevlerini bozduğundan bahsedilmiştir. Bu durum, birey madde kullanımını bıraktıktan sonra uzun bir dönem daha devam etmektedir. Bu nedenle mevcut bir tedavinin olması ve sürdürülmesi, hastanın tekrar madde kullanmaya başlamasını önlemek için oldukça gereklidir. 6-12. ayda psikoterapi, eğitim, danışmanlık, farmakolojik ve Adsız Alkolikler - Adsız Narkotikler (AA, NA) gibi 12 Basamak destek grupları ile sürdürülmektedir. AA ve NA gibi 12 Basamak destek grupları kişinin toplumla bütünleşmesi için önemli bir araçtır. Bireyin klinik tedavisi veya ruhsal destek ile iyileşme süreci devam ederken, 12 Basamak temelli programın rehberlik, toplantılar vb. gibi araçları da, iyileşmesine katkı sağlar. Literatür doğrultusunda yapılan araştırmalar AA ve NA toplantısına katılan bireylerin, tedavi başarısının arttığını göstermektedir. 12 Basamak Program üyeleri iyileşmeleriyle örnek rol model teşkil eder ve madde kullanımı yeni sonlanmış bireyin iyileşmekte olan bağımlı kimliği geliştirmesine yardımcı olur. Madde kullanımına geri dönüşün yaşandığı durumlarda, hastalık olduğu kabul edilmesi nedeniyle, bu kullanımın bir başarısızlık ya da suçlu hissedilecek bir durum olmadığını açıklar ve kişiyi iyileşme yönünde destekleyerek, temiz kalmayı tekrar denemesi için motive eder. İyileşme deneyimi, din, dil, ırk, cinsiyet, yaş sosyoekonomik sınıf ayrımı gözetmeksizin oluşturulan bir topluluk olduğu için çeşitlilik gösterir ve bu toplantılara katılım ücretsizdir. Adsızlık; bağımlının toplantıda güven içinde paylaşmasını ve paylaşmayı dinleyenlerle empati kurmasına aracılık eder [8].

Tedavi sürecinin devamında ise bireyin yaşam şeklini değiştirmesi önerilir. Ancak tek başına yaşam şeklini değiştirmesi yeterli olmamaktadır. Bireye eşlik eden yani bakım verici rolünü üstlenen yakınının da yaşam şeklini değiştirmesi gerekmektedir. Bireyin yakınının iş hayatı, sorumlu olduğu görevler/bireyler vb. gibi görevleri de olabileceğinden yeni duruma uyumu zaman alacaktır.

## **2.4 Madde Bağımlılığı ve Aile**

Madde bağımlılığı bağımlı bireyin kendisine verdiği zararların yanı sıra aileye ve topluma da zarar veren bir halk sağlığı sorunudur. Kullanıcı bireylerin zamanla sosyal ilişkileri bozularak aile içi çatışmaları da başlar [7].

Sosyal çevrenin uzaklaşmasına rağmen aile, genellikle bağımlı bireyin yanında olmayı ve ona uyum sağlamayı tercih etmektedir. Fakat bağımlılığa uyum sağlamanın bir yolu olmaması nedeniyle yıpranan, düzeni bozulan aile, istemsizce bağımlılığı büyütmeğe başlar.

Literatür incelendiğinde özellikle ergenlik döneminde madde kullanmaya başlandığı anlaşılmaktadır. Madde kullanımı bireyin kurduğu ailesinin (eş ve çocuklar) içinde olabileceği gibi kendi ailesinin (anne-baba ve kardeşler) içinde de olabilmektedir. Dolayısıyla aile ve bağımlılık kavramları düşünüldüğünde aile tanımının iyi yapılması gerekmektedir [58].

ABD’de yapılan çalışmalarda, eroin bağımlısı olan bireylerin anne ve babalarının %50’sinden fazlasının boşanmış olduğu tespit edilmiştir. Buna göre uyuşturucu kullanımı için önemli risk grupları arasında aile bütünlüğünün bozulmasının da yer almakta olduğu anlaşılmaktadır [5].

Anne ve babanın birlikteliğinin sürdüğü durumlarda ile genellikle aile ilişkilerinde annenin ya da babanın birinin cezalandırıcı bir tutum içerisinde olduğu gözlenirken diğerinin çok yoğun olarak ilgilendiği gözlenmiştir. Verilen örneklerde de görüldüğü üzere bireyin bağımlılık davranışının edinmesinde ailenin önemli bir etken olduğu anlaşılmıştır [59].

Bağımlı bireylerin kurduğu ailesi de pekçok açıdan etkilenmektedir. Bağımlı bireyin varlığı ile aile içindeki dinamiklerde farklılıklar gözlenerek, eşler arasında denetim mekanizmasının hakim olduğu bir ilişkinin oluşmasına neden olur. Bu yeni ilişki modelinde bağımlı bireyin eşi belirleyici rol oynamaktadır. Belirleyici rolü olan eşlerin mevcut sorunlarında artma gözlendikçe psikiyatrik belirtilerin de baş göstermesi kaçınılmazdır [60].

Sonuç olarak aile ilişkileri bireyin yaşam şeklinin belirlenmesinde öncelikli bir rol oynar. Her ne kadar bağımlılık davranışında ailenin etkisi üzerine çalışmalar yapılmış olsa da bağımlılık davranışı geliştikten sonra bağımlı üyesi olan ailenin psikolojik dayanıklılığı üzerine fazla çalışmaya rastlanmamıştır. Oysaki bağımlı bireyin varlığının aile üzerinde de çeşitli ruhsal, sosyal ve ekonomik etkileri vardır [60]. Bu nedenle bağımlılık tüm aileyi birlikte etkileyen bir hastalık olarak düşünülmektedir [5].

## **2.5 Psikolojik Dayanıklılık**

Tanım olarak psikolojik dayanıklılık stres kaynaklarıyla karşılaşan kişinin kendisini toplama veya üstesinden gelme yeteneğidir [61]. Psikolojik dayanıklılık çocukluk ile yetişkinlik döneminde farklılıklar göstermekte olup bireylerin risk faktörleri ile karşılaşması bu yeteneğin gelişmesi için önemlidir. Psikolojik dayanıklılık öğrenilebilen ve geliştirilebilen bir davranış biçimidir [62]. Hızlı iyileşme gücü, dirençlilik, sağlamlılık olarak da kullanımına rastlanmaktadır. Yapılan çalışmalar incelendiğinde dayanıklı olarak kabul edilen bireylerin daha sonrasında dayanıklılığını yitirebileceği veya tam tersi durumun da gelişebileceği anlaşılmıştır.

Psikolojik dayanıklılığın birey ve çevre özelliklerinin etkileşimiyle orantılı olarak ortaya çıktığı görülmektedir. Buna göre ailede bağımlı bireyin varlığı, buna bağlı olarak aile dinamiklerinin bozulması gibi faktörler de psikolojik dayanıklılığı etkilediği düşünülmektedir.

## **2.6 Hemşirelik Yaklaşımı**

Madde kötüye kullanımında hospitalizasyon ile birlikte başlayan tedavi ve bakım, bağımlı bireylerin kullandıkları maddeden arındırılmasının yanı sıra bağımlılıkla birlikte gelişen psikolojik ve sosyal problemleri de kapsamalıdır. Yapılan araştırmalara göre aile bireylerinin de tedaviye katılımının önemli olduğu belirtilmektedir [63].

Hemşirelik bakımı hastanın yatışından taburculuğuna kadar olan bütün süreci kapsar. Danışmanlık rolüne sahip olan psikiyatri hemşiresi aile ile iş birliği içinde olmalı, olası kaygı ve endişelerine karşın süreçle ilgili bilgilendirmelidir.

Hastaneye yatışı yapılmış olan hasta, psikiyatri hemşiresi tarafından değerlendirilir. Bu değerlendirmede öncelikle hastanın kullandığı maddenin türü, miktarı, sıklığı, hangi yolla ve ne kadar süredir kullanıldığı, en son kullanım zamanı gibi maddeye yönelik veriler toplanır. Toplanan veriler doğrultusunda hemşirelik tanıları belirlenir. Bu alanda sıklıkla karşılaşılan hemşirelik tanıları; disfonksiyonel aile süreçleri ve bilgi eksikliğidir [64].

Disfonksiyonel aile süreçleri tanısına yönelik hemşirelik girişimlerinde; aile öyküsünün gözden geçirilmesi, aile üyelerinin hastanın bağımlılığı ile baş etme

yöntemlerinin değerlendirilmesi, aile bireylerinin sergiledikleri davranışların öğrenilmesi, taburculuk planına ailenin dahil edilmesi olarak sıralanabilir. Buradan da anlaşılacağı üzere aile bireylerinin hasta ile birlikte bütüncül bir anlayışla ele alınarak nitelikli hemşirelik girişimlerinin uygulanması, hemşirelik bakımında öncü rol oynamaktadır [63].

Bu araştırmada sıklıkla karşılaşılan hemşirelik tanılarının bir diğeri ise bilgi eksikliğidir. Bu bağlamda, hasta ve aile bireylerinin eğitim gereksinimi belirlenerek, bilgi eksikliği değerlendirmesi yapılır. Bu tanılamadan sonra hasta ve aile bireylerine hastalık ve hastalık süreçleri ile ilgili eğitimler verilir. Bunların dışında tedavi sürecinde oluşabilecek yoksunluk sendromuna karşın hastanın baş etme yöntemleri geliştirmesine yardımcı olunur [64].

### **3. GEREÇ VE YÖNTEM**

#### **3.1 Araştırmanın Amacı ve Tipi**

Madde kullanım bozukluğu olan bireylerin hastaneye yatışının aile bireylerinin psikolojik dayanıklılığı üzerindeki etkilerinin değerlendirilmesi amacıyla, tanımlayıcı ve kesitsel bir araştırma olarak gerçekleştirildi.

#### **3.2 Araştırma Soruları**

1. Madde kullanım bozukluğu olan bireylerin yakınlarının sosyodemografik özelliklerine göre psikolojik dayanıklılık düzeyi nedir?
2. Madde kullanım bozukluğu olan bireylerin yakınlarının psikolojik dayanıklılık düzeyini etkileyen faktörler nelerdir?
3. Madde kullanım bozukluğu olan bireylerin yakınlarının hastaneye yatıştan beklentileri nelerdir?

#### **3.3 Araştırmanın Evreni ve Örnekleme**

- Araştırmada örneklemini araştırmaya gönüllü olarak katılan hasta yakınları oluşturmuştur. Araştırmanın evrenini 1 Şubat – 1 Mayıs 2019 tarihleri arasında İstanbul'da Avrupa Yakasında özel bir psikiyatri hastanesinde madde kullanım bozukluğu tanısı alarak yatan hastaların aileleri oluşturmuş olup toplam 40 hasta yakınına ulaşılmıştır.

### **Araştırmanın Bağımlı ve Bağımsız Değişkenleri**

Bu araştırmanın bağımsız değişkenleri yaş, cinsiyet ve yatış sıklığı olup, bağımlı değişkeni ise Yetişkinler için Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği puan ortalamalarıdır.

### **3.4 Verilerin Toplanması**

#### **3.4.1 Veri toplama araçları**

Verilerin toplanmasında;

- Aile Bilgi Formu
- Yetişkinler için Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği kullanıldı.

##### **3.4.1.1 Aile bilgi formu (EK-A)**

Psikiyatri hastanesinde madde kullanım bozukluğu tanısı alarak yatmakta olan hastaların aile bireylerinin demografik özellikleri (cinsiyet, yaş, yakınlık derecesi, medeni durum vb.) ve bu konudaki yaşadığı güçlüklerle ilgili bilgileri içeren ve literatür bilgisine dayanılarak hazırlanan 20 sorudan oluşmuştur.

##### **3.4.1.2 Yetişkinler için Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği (EK-B)**

Friborg ve arkadaşları (2003) tarafından geliştirilen “Yetişkinler için Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği”nin geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Basım ve Çetin (2011) tarafından yapılmıştır. Yapılan geçerlilik güvenilirlik çalışmasına göre ölçek ‘kişisel güç’, ‘yapısal stil’, sosyal yeterlilik’, ‘aile uyumu’ ve ‘sosyal kaynaklar’ alt boyutlarını bulundurmaktadır. çalışma Friborg ve arkadaşları 2005’te yaptıkları yeni bir çalışma ile ölçeğin altı boyutlu yapısıyla psikolojik dayanıklılık modelini daha iyi açıkladığını göstermişlerdir. Ölçek, ‘kişisel güç’, ‘kendilik algısı’ ve ‘gelecek algısı’ olmak üzere ayrılarak totalde altı boyutlu bir yapı göstermektedir. Kendilik algısı, öz farkındalık ile ilişkili bir kavramdır. Temelde kişinin kendisine ve kim olduğuna yönelik düşünceleri ifade etmektedir. Gelecek algısı, olumlu bakış açısı çerçevesinde

kişinin geleceğe yönelik algılarını kapsamaktadır. Yapısal stil, kişinin kendine güveni, güçlü tarafları ve öz disiplini gibi bireysel özelliklerinden oluşmaktadır. Sosyal yeterlilik, kişilerin çevreden destek görüp görmediği ile ilişkili bir faktördür. Aile uyumu, kişinin ailesinden aldığı desteğe veya ailesi ile olan uyumu gösterirken sosyal kaynaklar ise kişinin sosyal ilişkilerinin gücünü göstermektedir. Ölçekte, ‘yapısal stil’ (3,9,15,21) ve ‘gelecek algısı’ (2,8,14,20) 4’er madde; ‘aile uyumu’ (5,11,17,23,26,32), ‘kendilik algısı’ (1,7,13,19,28,31) ve ‘sosyal yeterlilik’ (4,10,16,22,25,29) 6’şar madde ve ‘sosyal kaynaklar’ (6,12,18,24,27,30,33) ise 7 madde ile ölçülmektedir. Ölçek, 5’li likert tipinde olup en düşük puan 1, en yüksek puan 5 olarak tanımlanmıştır. Puanlar arttıkça psikolojik dayanıklılığın artması isteniyorsa, cevap kutucuklarının soldan sağa doğru 12345 olarak değerlendirilmesi gerekmektedir. Bu görüş dikkate alınırsa ölçekteki;1-3-4-8-11-12-13-14-15-16-23-24-25-27-31-33 numaralı sorular ters puanlamalı sorular olacaktır. Araştırmada puanlar attıkça psikolojik dayanıklılığın artması seçeneği tercih edilerek işlem yapılmıştır. En düşük toplam puan 33, en yüksek toplam puan 165’dir. Yapılan araştırmada 1.00 ile 1.80 arası psikolojik dayanıklılık çok düşük, 1.81 ile 2.60 arası psikolojik dayanıklılık düşük, 2.61 ile 3.40 arası psikolojik dayanıklılık orta, 3.41 ile 4.20 arası psikolojik dayanıklılık yüksek, 4.21 ile 5.00 arası psikolojik dayanıklılık çok yüksek olarak derecelendirme yapılmıştır. Yetişkinler İçin Psikolojik Dayanıklılık Ölçeğinin iç tutarlılık ile ilişkili güvenilirlik düzeyini incelemek için Cronbach Alfa değeri kullanılmıştır. Cronbach Alfa değeri “0” ile “1” arasında değişmektedir. Alfa değeri 0,60 ile 0,80 arasında olduğunda güvenilirliğin iyi; 0,80 ile 1,00 arasında olduğunda ise güvenilirliğin yüksek olduğunu düzeyde olduğunu göstermektedir [65]. Bu araştırmada verilerin toplaması için kullanılan Yetişkinler İçin Psikolojik Dayanıklılık Ölçeğinin hesaplanan Cronbach alfa katsayısı 0,79’dur. Bu değer anketin iç tutarlılığa bağlı güvenilirliğin iyi düzeyde olduğunu göstermektedir. Ölçeğe ilişkin güvenilirlik katsayıları Tablo 3.1’de yer almaktadır.

**Tablo 3.1.** Yetişkinler İçin Psikolojik Dayanıklılık Ölçeğine Ait Güvenirlik Katsayıları

Ölçek	Madde sayısı	Cronbach's Alpha
Yetişkinler İçin Dayanıklılık Ölçeği	33	0,79

### **Araştırmanın Etik ve Yasal Yönleri**

- Araştırmanın yürütüleceği Özel Fransız Lape Hastanesi etik kurulundan (İç yazışma no:2019/02) ve Bezmialem Vakıf Üniversitesinin girişimsel olmayan etik kurulundan (Tarih ve Sayı: 25.01.2019-1609) yazılı olarak izin alındı.
- Tezin yürütülmesinde, İstanbul'da Avrupa Yakasında özel bir psikiyatri hastanesinde madde kullanım bozukluğu tanısı alarak yatan, hastaların aileleri ile işbirliği sağlandı.
- Araştırmaya katılan aile bireylerinin haklarının korunması amacıyla araştırma verileri toplanmadan önce çalışmanın amacı, planı, süresi, kendilerinden ne beklendiği, elde edilen verilerin nasıl ve nerede kullanılacağı açıklandı. İsteklilik ve gönüllülük ilkesi göz önünde bulundurularak araştırmaya katılımları için sözel onamları da alındı.
- Aile bireylerinden alınan bireysel bilgilerin araştırmacının dışında başka kişilere açıklanmayacağı ya da bilgilere başkalarının ulaşmasına izin verilmeyeceği, kendilerine açıklanan amaç dışında verilerin kullanılmayacağı konusunda ailelere güvence verilerek sadakat-gizlilik ilkesine bağlı kalındı.

### **Araştırmanın Tamamlanmasında Karşılaşılan Durumlar**

#### **Araştırmanın Güçlü Yönleri**

- Araştırmanın gerçekleştiği kurumda, sağlık ekibi üyelerinin olumlu işbirliği, verilerin toplanma sürecini hızlandırdı.

- Aile bireylerinin çalışmaya istekli ve gönüllü katılımları araştırmanın sorunsuz ve kolaylıkla yürütülmesini sağladı.

### **Araştırmanın Sınırlılıkları**

- Araştırmanın gerçekleşeceği tarih aralığında kuruma başvuran hasta sayısının az olması nedeniyle sınırlı sayıda örnekleme ulaşıldı.

### **3.4.2 Araştırmanın Veri Analiz Yöntemi**

Aile Bilgi Formu (Ek-1), Yetişkinler İçin Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği (Ek-2), hedef aileler tarafından doldurulduktan sonra veri girişi yapılmıştır, veriler SPSS windows 22.0 paket programında analiz edilmiştir. Verilerin analiz edilmesi sürecinde; parametrik testlerden olan t-testi ve ANOVA testi uygulanmıştır. Tanımlayıcı istatistiksel yöntemler olarak sayı, yüzde, ortalama, standart sapma testleri kullanılmıştır.

### **3.5 Verilerin Çözümlemesi**

Anket uygulamasından sonra toplanmış olan veriler elektronik ortamında analize sokulmadan önce, anket formlarının talimatlarda yer alan kurallara uygun doldurulup doldurulmadığı kontrol edilmiştir. Bu doğrultuda yapılan anketlerin tamamının kurallara uygun doldurulduğu tespit edilmiştir. Yetişkinler İçin Psikolojik Dayanıklılık Ölçeğinden toplanmış olan verilerin analiz sonuçlarını bilimsel bir şekilde açıklayabilmek amacıyla SPSS (Statistical Package for Social Sciences) istatistik programına nicel verilerin girişi yapılmıştır. Verilerin normal dağılıma uygunluğu çarpıklık, basıklık ve standart sapma değerleri kullanılarak tespit edilmiştir.

**Tablo 3.2.** Çarpıklık ve Basıklık Değerleri

Ölçek	n	Çarpıklık		Basıklık	
		Değer	Std. Hata	Değer	Std. Hata
Yetişkinler İçin Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği	40	0,84	0,37	-0,87	0,73

Tablo 3.2 incelendiğinde, Yetişkinler İçin Psikolojik Dayanıklılık Ölçeğinden elde edilen puanlara ait çarpıklık ve basıklık değerleri hesaplanarak normal dağılım gösterip göstermediği kontrol edilmiştir. Bu değerlerin  $\pm 1$  aralığında bulunması normal dağılım için yeterli görülmektedir [66]. Hesaplanan değerlerin belirtilen aralıkta yer aldığı ve normal dağılım gösterdiği anlaşılmıştır.

Madde kullanım bozukluğu olan bireylerin ailelerinin psikolojik dayanıklılığının ölçülmesinde kullanılan cinsiyet, medeni durum, kronik hastalık durumu, hastanın yardım isteme durumu, psikolojik destek alma durumu değişkenleri arasındaki ilişkinin tespiti için t-testi ve yakınlık derecesi, yaş grubu, eğitim durumu, meslek grupları, gelir durumu ve hasta ile ilişki durumu değişkenleri arasındaki ilişkinin tespiti için ise ANOVA testi ile analiz edilerek karşılaştırmalar yapılmıştır.

## **4. BULGULAR**

Bu bölümde, araştırmaya katılımı sağlanan hasta yakınlarına uygulanan Aile Bilgi Formunda yer alan demografik özellikler ve Yetişkinler için Psikolojik Dayanıklılık Ölçeğinden elde edilen verilerin analiz edilmesi ile ulaşılan sonuçlara yer verilmiştir.

### **4.1 Örneklemeye Ait Demografik Özellikler**

Araştırmaya katılım sağlayan hasta yakınlarının demografik özellikleri aşağdaki tablolarda gösterilmiştir.

**Tablo 4.1.** Hasta Yakınlarının Demografik Özellikleri (n=40)

		n	%
Yakınlık Derecesi	Anne-baba	12	30,0
	Eş-partner	9	22,5
	Oğlu-kızı	2	5,0
	Kardeş	<b>15</b>	<b>37,5</b>
	Yakın Akraba	2	5,0
Cinsiyet	Kadın	<b>29</b>	<b>72,5</b>
	Erkek	11	27,5
Yaş Grupları	19-30	<b>17</b>	<b>42,5</b>
	31-40	6	15,0
	41-50	6	15,0
	51 ve üzeri	11	27,5
Eğitim Durumu	İlkokul	7	17,5
	Ortaokul	7	17,5
	Lise	<b>14</b>	<b>35,0</b>
	Lisans	12	30,0
Gelir Durumu	Yetersiz	9	22,5
	Orta derecede	13	32,5
	Yeterli	<b>18</b>	<b>45,0</b>
Psikolojik Destek Alma	Evet	9	22,5
	Hayır	<b>31</b>	<b>77,5</b>
Hastanın Yardım İsteme Durumu	Evet	20	50,0
	Hayır	20	50,0
Medeni Durum	Bekâr	20	50,0
	Evli	20	50,0
Meslek Grupları	Emekli	6	15,0
	Ücretli çalışan	<b>20</b>	<b>50,0</b>
	Ev hanımı	8	20,0
	Öğrenci	4	10,0
	Kendi İşi	2	5,0
Kronik Hastalık Durumu	Evet	11	27,5
	Hayır	<b>29</b>	<b>72,5</b>
Hasta ile İlişki Durumu	İyi	<b>22</b>	<b>55,0</b>
	Orta	12	30,0
	Kötü	6	15,0

Tablo 4.1 incelendiğinde, araştırmaya katılan hasta yakınlarının %30'unun anne-baba, %22,5'inin eş-partner, %5'inin oğlu-kızı, %37,5'inin kardeş ve %5'inin yakın akraba olduğu anlaşılmaktadır. Bu katılımcıların %72,5'i kadın, %27,5 ise erkektir.

Katılımcıların yaş gruplarına bakıldığında %42,5'inin 19-30, %15'inin 31-40, %15'inin 41-50 ve %27,5'inin 51 ve üzeri yaş aralığında olduğu görülmektedir. Hasta yakınlarının %17,5'i ilkokul, %17,5'i ortaokul, %35'i lise ve %30'u lisans mezunudur.

Araştırmaya katılan hasta yakınlarının gelir durumlarına bakıldığında %22,5'inin yetersiz, %32,5'inin orta derecede ve %45'inin yeterli derecede olduğu görülmektedir. Hasta yakınlarının %22,5'i psikolojik destek alırken %77,5'i psikolojik destek almamaktadır. Tedavi gören hastaların %50'si yakınlarından yardım isterken, %50'si yakınlarından yardım istemediklerini belirtmişlerdir. Hasta yakınlarının %50'si bekar, %50'si evlidir. Meslek gruplarına bakıldığında %15'inin emekli, %50'sinin ücretli çalışan, %20'sinin ev hanımı, %10'unun öğrenci ve %5'inin kendi işi gruplarından olduğu görülmektedir. Hasta yakınlarının %27,5'inin kronik hastalığı bulunurken, %72,5'inin kronik hastalığı bulunmamaktadır. Hasta yakınlarının hasta ile ilişki durumlarına bakıldığında %55'inin iyi, %30'unun orta ve %15'inin ise kötü olduğu belirtilmiştir.

Hasta yakınlarının yakınlık derecesi değişkenine bağlı olarak yetişkinler için psikolojik dayanıklılık ölçeği alt boyutlarında anlam farklılığı sonuçları tablo 4.2'te gösterilmektedir.

**Tablo 4.2.** Yakınlık Derecesine Göre Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği Alt Boyutları  
Puan Ortalamaları

PDÖ. Alt Boyutları	Yakınlık Derecesi	n	$\bar{X}$	Ss	F	p	Post-Hoc
Kendilik Algısı	Anne-baba	12	2,86	0,70	3,10	0,03**	Yakın Akraba>Anne-baba
	Eş-partner	9	3,19	0,93			
	Oğlu-kızı	2	3,17	0,24			
	Kardeş	15	3,50	0,95			
	Yakın Akraba	2	5,00	0,00			
Gelecek Algısı	Anne-baba	12	3,73	0,53	0,48	0,75	
	Eş-partner	9	3,47	0,99			
	Oğlu-kızı	2	4,00	0,00			
	Kardeş	15	3,63	0,77			
	Yakın Akraba	2	4,13	0,18			
Yapısal Stil	Anne-baba	12	2,02	0,94	1,59	0,20	
	Eş-partner	9	2,44	1,29			
	Oğlu-kızı	2	2,13	1,59			
	Kardeş	15	3,00	1,41			
	Yakın Akraba	2	3,75	0,00			
Sosyal Yeterlilik	Anne-baba	12	3,36	0,41	0,53	0,72	
	Eş-partner	9	3,52	0,69			
	Oğlu-kızı	2	3,17	0,71			
	Kardeş	15	3,46	0,92			
	Yakın Akraba	2	4,08	0,35			
Aile Uyumu	Anne-baba	12	3,18	0,72	1,37	0,27	
	Eş-partner	9	3,30	0,31			
	Oğlu-kızı	2	3,75	1,77			
	Kardeş	15	3,30	0,83			
	Yakın Akraba	2	4,42	0,12			
Sosyal Kaynaklar	Anne-baba	12	3,10	0,71	2,39	0,07	
	Eş-partner	9	3,22	0,66			
	Oğlu-kızı	2	3,57	2,02			
	Kardeş	15	3,72	0,84			
	Yakın Akraba	2	4,71	0,40			

\*ANOVA Testi

\*\*p<0,05

Kendilik algısı alt boyutu ortalamalarında araştırmaya katılan hasta yakınlarının yakınlık derecesi değişkenine göre anlamlı farklılık tespit edilmiştir (p<0,05). Yakınlık derecesi yakın akraba olan katılımcıların yakınlık derecesi anne-baba olan katılımcılara göre kendilik algısı daha yüksek olduğu tespit edilmiştir.

Tablo 4.2 incelendiğinde, gelecek algısı, yapısal stil, sosyal yeterlilik, aile uyumu ve sosyal kaynaklar alt boyutlarına verilen puanların ortalamalarında araştırmaya katılan hasta yakınlarının yakınlık derecesine göre anlamlı farklılık tespit edilmemiştir ( $p>0,05$ ). Bu alt gruplar için sorulan sorulara katılımcıların vermiş olduğu cevapların puan ortalamalarının birbirine yakın olduğu görülmektedir.

Hasta yakınlarının yaş grupları değişkenine bağlı olarak yetişkinler için psikolojik dayanıklılık ölçeği alt boyutlarında anlam farklılığı sonuçları tablo 4.3'te gösterilmektedir.



**Tablo 4.3.** Yaş Gruplarına Göre Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği Alt Boyutları Puan Ortalamaları

PDÖ. Alt Boyutları	Yaş	n	$\bar{X}$	Ss	F	P
Kendilik Algısı	19-30	17	3,42	0,99	0,73	0,54
	31-40	6	3,61	1,03		
	41-50	6	3,17	1,11		
	51 ve üzeri	11	3,00	0,70		
Gelecek Algısı	19-30	17	3,65	0,72	1,24	0,31
	31-40	6	3,29	0,87		
	41-50	6	4,08	0,92		
	51 ve üzeri	11	3,68	0,46		
Yapısal Stil	19-30	17	2,97	1,34	1,18	0,33
	31-40	6	2,63	1,61		
	41-50	6	2,25	1,14		
	51 ve üzeri	11	2,11	0,96		
Sosyal Yeterlilik	19-30	17	3,34	0,83	0,80	0,50
	31-40	6	3,69	0,93		
	41-50	6	3,75	0,42		
	51 ve üzeri	11	3,35	0,44		
Aile Uyumu	19-30	17	3,42	0,85	0,31	0,82
	31-40	6	3,42	0,66		
	41-50	6	3,39	0,62		
	51 ve üzeri	11	3,15	0,78		
Sosyal Kaynaklar	19-30	17	3,70	1,04	0,84	0,48
	31-40	6	3,38	0,28		
	41-50	6	3,43	1,00		
	51 ve üzeri	11	3,17	0,71		

**\*ANOVA Testi**

Tablo 4.3 incelendiğinde, yetişkinler için psikolojik dayanıklılık ölçeği alt boyutlarına verilen puanların ortalamalarında araştırmaya katılan hasta yakınlarının yaş gruplarına göre anlamlı farklılık tespit edilmemiştir ( $p>0,05$ ). Bu alt boyutlar için sorulan sorulara katılımcıların vermiş olduğu cevapların puan ortalamalarının birbirine yakın olduğu görülmektedir.

Hasta yakınlarının cinsiyet değişkenine bağlı olarak yetişkinler için psikolojik dayanıklılık ölçeği alt boyutlarında anlam farklılığı sonuçları tablo 4.4'de gösterilmektedir.

**Tablo 4.4.** Cinsiyete Göre Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği Alt Boyutları Puan Ortalamaları

PDÖ. Alt Boyutları	Cinsiyet	n	$\bar{X}$	Ss	t	P
Kendilik Algısı	Kadın	29	3,24	0,84	-0,60	0,27
	Erkek	11	3,44	1,17		
Gelecek Algısı	Kadın	29	3,65	0,80	-0,31	0,07
	Erkek	11	3,73	0,48		
Yapısal Stil	Kadın	29	2,74	1,32	1,36	0,20
	Erkek	11	2,14	1,08		
Sosyal Yeterlilik	Kadın	29	3,44	0,70	-0,31	0,79
	Erkek	11	3,52	0,75		
Aile Uyumu	Kadın	29	3,18	0,66	-2,26	0,11
	Erkek	11	3,76	0,86		
Sosyal Kaynaklar	Kadın	29	3,34	0,79	-1,49	0,11
	Erkek	11	3,79	1,02		

**\*t Testi**

Tablo 4.4 incelendiğinde, yetişkinler için psikolojik dayanıklılık ölçeği alt boyutlarına verilen puanların ortalamalarında araştırmaya katılan hasta yakınlarının cinsiyetlerine göre anlamlı farklılık tespit edilmemiştir ( $p>0,05$ ). Bu alt boyutlar için sorulan sorulara katılımcıların vermiş olduğu cevapların puan ortalamalarının birbirine yakın olduğu görülmektedir.

Hasta yakınlarının eğitim durumu değişkenine bağlı olarak yetişkinler için psikolojik dayanıklılık ölçeği alt boyutlarında anlam farklılığı sonuçları tablo 4.5'de gösterilmektedir.

**Tablo 4.5.** Eğitim Durumuna göre Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği Alt Boyutları Puan Ortalamaları

PDÖ. Alt Boyutları	Eğitim Durumu	n	$\bar{X}$	Ss	F	p	Post-Hoc
Kendilik Algısı	İlkokul	7	3,21	1,14	4,36	0,01*	Ortaokul>Lisans
	Lise	14	3,31	0,82			
	Lisans	12	2,79	0,60			
Gelecek Algısı	İlkokul	7	3,39	0,63	0,56	0,65	
	Lise	14	3,80	0,83			
	Lisans	12	3,73	0,78			
Yapısal Stil	İlkokul	7	2,50	1,01	1,46	0,24	
	Lise	14	2,86	1,49			
	Lisans	12	2,00	0,98			
Sosyal Yeterlilik	İlkokul	7	3,55	0,61	0,34	0,80	
	Lise	14	3,49	0,79			
	Lisans	12	3,29	0,62			
Aile Uyumu	İlkokul	7	3,43	1,14	4,13	0,01**	Ortaokul>Lise Ortaokul>Lisans
	Lise	14	3,12	0,54			
	Lisans	12	3,10	0,41			
Sosyal Kaynaklar	İlkokul	7	3,53	1,09	1,81	0,16	
	Lise	14	3,32	0,95			
	Lisans	12	3,23	0,50			

\*ANOVA Testi

\*\*p<0,05

\*\*\*p<0,05

Tablo 4.5 incelendiğinde, kendilik algısı ve aile uyumu alt boyutlarına verilen puanların ortalamalarında araştırmaya katılan hasta yakınlarının eğitim durumlarına göre anlamlı farklılık tespit edilmiştir (p<0,05). Ortaokul mezunu olan hasta yakınlarının lisans mezunu hasta yakınlarına göre kendilik algısının daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Bununla birlikte ortaokul mezunu olan hasta yakınlarının lise ve lisans mezunu olan hasta yakınlarına göre aile uyumunun yüksek olduğu tespit edilmiştir.

Gelecek algısı, yapısal stil, sosyal yeterlilik ve sosyal kaynaklar alt boyutlarına verilen puanların ortalamalarında araştırmaya katılan hasta yakınlarının eğitim durumlarına göre anlamlı farklılık tespit edilmemiştir (p>0,05). Bu alt boyutlar için

sorulan sorulara katılımcıların vermiş olduğu cevapların puan ortalamalarının birbirine yakın olduğu görülmektedir.

Hasta yakınlarının gelir durumu değişkenine bağlı olarak yetişkinler için psikolojik dayanıklılık ölçeği alt boyutlarında anlam farklılığı sonuçları tablo 4.6'de gösterilmektedir.

**Tablo 4.6.** Gelir Durumuna Göre Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği Alt Boyutları Puan Ortalamaları

PDÖ. Alt Boyutları	Gelir Durumu	n	$\bar{X}$	Ss	F	p
Kendilik Algısı	Yetersiz	9	3,72	1,10	1,54	0,23
	Orta	13	3,03	0,95		
	Yeterli	18	3,28	0,79		
Gelecek Algısı	Yetersiz	9	3,69	0,77	1,04	0,36
	Orta	13	3,44	0,70		
	Yeterli	18	3,82	0,71		
Yapısal Stil	Yetersiz	9	3,19	1,19	1,47	0,24
	Orta	13	2,31	1,21		
	Yeterli	18	2,46	1,32		
Sosyal Yeterlilik	Yetersiz	9	3,43	0,69	0,08	0,92
	Orta	13	3,53	0,63		
	Yeterli	18	3,43	0,79		
Aile Uyumu	Yetersiz	9	3,41	0,68	0,34	0,71
	Orta	13	3,45	0,49		
	Yeterli	18	3,23	0,95		
Sosyal Kaynaklar	Yetersiz	9	3,41	0,90	1,02	0,37
	Orta	13	3,22	0,62		
	Yeterli	18	3,67	1,00		

**\*ANOVA Testi**

Tablo 4.6 incelendiğinde, yetişkinler için psikolojik dayanıklılık ölçeği alt boyutlarına verilen puanların ortalamalarında araştırmaya katılan hasta yakınlarının gelir durumlarına göre anlamlı farklılık tespit edilmemiştir ( $p>0,05$ ). Bu alt boyutlar için sorulan sorulara katılımcıların vermiş olduğu cevapların puan ortalamalarının birbirine yakın olduğu görülmektedir.

Hasta yakınlarının psikolojik destek alma durumu değişkenine bağlı olarak yetişkinler için psikolojik dayanıklılık ölçeği alt boyutlarında anlam farklılığı sonuçları tablo 4.7’de gösterilmektedir.

**Tablo 4.7.** Psikolojik Destek Alma Durumuna Göre Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği Alt Boyutları Puan Ortalamaları

PDÖ. Alt Boyutları	Psikolojik Destek Alma Durumu	n	$\bar{X}$	Ss	t	p
Kendilik Algısı	Evet	9	3,24	0,97	-0,20	0,75
	Hayır	31	3,31	0,94		
Gelecek Algısı	Evet	9	3,36	0,75	-1,47	0,99
	Hayır	31	3,76	0,70		
Yapısal Stil	Evet	9	2,81	1,50	0,61	0,17
	Hayır	31	2,51	1,22		
Sosyal Yeterlilik	Evet	9	3,22	0,77	-1,15	0,61
	Hayır	31	3,53	0,68		
Aile Uyumu	Evet	9	3,11	0,48	-1,04	0,07
	Hayır	31	3,41	0,81		
Sosyal Kaynaklar	Evet	9	3,35	0,89	-0,45	0,67
	Hayır	31	3,50	0,88		

**\*t Testi**

Tablo 4.7 incelendiğinde, yetişkinler için psikolojik dayanıklılık ölçeği alt boyutlarına verilen puanların ortalamalarında araştırmaya katılan hasta yakınlarının psikolojik destek alma durumlarına göre anlamlı farklılık tespit edilmemiştir ( $p>0,05$ ). Bu alt boyutlar için sorulan sorulara katılımcıların vermiş olduğu cevapların puan ortalamalarının birbirine yakın olduğu görülmektedir.

Hastanın hasta yakınlarından yardım isteme durumu değişkenine bağlı olarak yetişkinler için psikolojik dayanıklılık ölçeği alt boyutlarında anlam farklılığı sonuçları tablo 4.8’de gösterilmektedir.

**Tablo 4.8.** Hastanın Yardım İsteme Durumuna Göre Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği  
Alt Boyutları Puan Ortalamaları

PDÖ. Alt Boyutları	Hastanın Yardım İsteme Durumu	n	$\bar{X}$	Ss	t	p
Kendilik Algısı	Evet	20	2,98	0,86	-2,30	0,45
	Hayır	20	3,62	0,91		
Gelecek Algısı	Evet	20	3,29	0,65	-3,91	0,32
	Hayır	20	4,05	0,58		
Yapısal Stil	Evet	20	2,28	1,12	-1,52	0,12
	Hayır	20	2,88	1,37		
Sosyal Yeterlilik	Evet	20	3,40	0,64	-0,52	0,50
	Hayır	20	3,52	0,77		
Aile Uyumu	Evet	20	3,31	0,68	-0,28	0,23
	Hayır	20	3,38	0,84		
Sosyal Kaynaklar	Evet	20	3,39	0,89	-0,51	0,92
	Hayır	20	3,54	0,86		

**\*t Testi**

Tablo 4.8 incelendiğinde, yetişkinler için psikolojik dayanıklılık ölçeği alt boyutlarına verilen puanların ortalamalarında araştırmaya katılan hasta yakınlarının hastanın yardım istemesi durumlarına göre anlamlı farklılık tespit edilmemiştir ( $p>0,05$ ). Bu alt boyutlar için sorulan sorulara katılımcıların vermiş olduğu cevapların puan ortalamalarının birbirine yakın olduğu görülmektedir.

Hasta yakınlarının kronik hastalık durumu değişkenine bağlı yetişkinler için psikolojik dayanıklılık ölçeği alt boyutlarında anlam farklılığı sonuçları tablo 4.9'da gösterilmektedir.

**Tablo 4.9.** Kronik Hastalık Durumuna Göre Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği Alt Boyutları Puan Ortalamaları

PDÖ. Alt Boyutları	Kronik Hastalık Durumu	n	$\bar{X}$	Ss	t	p
Kendilik Algısı	Evet	11	3,08	0,71	-0,92	0,12
	Hayır	29	3,38	1,00		
Gelecek Algısı	Evet	11	3,41	0,82	-1,42	0,33
	Hayır	29	3,77	0,67		
Yapısal Stil	Evet	11	2,41	1,22	-0,50	0,44
	Hayır	29	2,64	1,31		
Sosyal Yeterlilik	Evet	11	3,21	0,44	-1,38	0,03**
	Hayır	29	3,55	0,77		
Aile Uyumu	Evet	11	3,17	0,55	-0,90	0,16
	Hayır	29	3,41	0,82		
Sosyal Kaynaklar	Evet	11	3,35	0,89	-0,50	0,92
	Hayır	29	3,51	0,88		

\*t Testi

\*\*p<0,05

Tablo 4.9 incelendiğinde, sosyal yeterlilik alt boyutuna verilen puanların ortalamalarında araştırmaya katılan hasta yakınlarının kronik hastalık durumlarına göre anlamlı farklılık tespit edilmiştir ( $p<0,05$ ). Kronik hastalığı olmayan hasta yakınlarının kronik hastalığı olan hasta yakınlarına göre sosyal yeterliliklerinin daha yüksek olduğu tespit edilmiştir.

Kendilik algısı, gelecek algısı, yapısal stil, aile uyumu ve sosyal kaynaklar alt boyutlarına verilen puanların ortalamalarında araştırmaya katılan hasta yakınlarının kronik hastalık durumlarına göre anlamlı farklılık tespit edilmemiştir ( $p>0,05$ ). Bu alt boyutlar için sorulan sorulara katılımcıların vermiş olduğu cevapların puan ortalamalarının birbirine yakın olduğu görülmektedir.

Hasta yakınlarının medeni durumları değişkenine bağlı olarak yetişkinler için psikolojik dayanıklılık ölçeği alt boyutlarında anlam farklılığı sonuçları tablo 4.10'da gösterilmektedir.

**Tablo 4.10.** Medeni Duruma Göre Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği Alt Boyutları Puan Ortalamaları

PDÖ. Alt Boyutları	Medeni Durum	n	$\bar{X}$	Ss	t	p
Kendilik Algısı	Bekâr	20	3,32	1,00	0,14	0,52
	Evli	20	3,28	0,88		
Gelecek Algısı	Bekâr	20	3,80	0,79	1,16	0,36
	Evli	20	3,54	0,64		
Yapısal Stil	Bekâr	20	2,84	1,41	1,32	0,04**
	Evli	20	2,31	1,08		
Sosyal Yeterlilik	Bekâr	20	3,29	0,76	-1,52	0,50
	Evli	20	3,63	0,61		
Aile Uyumu	Bekâr	20	3,19	0,59	-1,27	0,10
	Evli	20	3,49	0,88		
Sosyal Kaynaklar	Bekâr	20	3,44	0,87	-0,21	0,98
	Evli	20	3,49	0,89		

\*t Testi

\*\*p<0,05

Tablo 4.10 incelendiğinde, yapısal stil alt boyutuna verilen puanların ortalamalarında araştırmaya katılan hasta yakınlarının medeni durumlarına göre anlamlı farklılık tespit edilmiştir ( $p<0,05$ ). Bekar olan hasta yakınlarının evli olan hasta yakınlarına göre yapısal stillerinin daha yüksek olduğu tespit edilmiştir.

Kendilik algısı, gelecek algısı, sosyal yeterlilik, aile uyumu ve sosyal kaynaklar alt boyutlarına verilen puanların ortalamalarında araştırmaya katılan hasta yakınlarının medeni durumlarına göre anlamlı farklılık tespit edilmemiştir ( $p>0,05$ ). Bu alt boyutlar için sorulan sorulara katılımcıların vermiş olduğu cevapların puan ortalamalarının birbirine yakın olduğu görülmektedir.

Hasta yakınlarının meslek grupları değişkenine bağlı olarak yetişkinler için psikolojik dayanıklılık ölçeği alt boyutlarında anlam farklılığı sonuçları tablo 4.11’te gösterilmektedir.

**Tablo 4.11.** Meslek Gruplarına Göre Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği Alt Boyutları Puan Ortalamaları

PDÖ. Alt Boyutları	Meslek Grupları	n	$\bar{X}$	Ss	F	p
Kendilik Algısı	Emekli	6	2,69	0,69	1,21	0,32
	Ücretli çalışan	20	3,54	1,03		
	Ev hanımı	8	3,33	0,78		
	Öğrenci	4	2,88	0,94		
	Kendi İşi	2	3,33	0,47		
Gelecek Algısı	Emekli	6	3,67	0,44	1,84	0,14
	Ücretli çalışan	20	3,93	0,78		
	Ev hanımı	8	3,38	0,58		
	Öğrenci	4	3,06	0,66		
	Kendi İşi	2	3,50	0,71		
Yapısal Stil	Emekli	6	1,83	0,65	0,84	0,51
	Ücretli çalışan	20	2,85	1,46		
	Ev hanımı	8	2,63	1,15		
	Öğrenci	4	2,50	1,35		
	Kendi İşi	2	2,00	0,00		
Sosyal Yeterlilik	Emekli	6	3,53	0,48	0,97	0,43
	Ücretli çalışan	20	3,58	0,77		
	Ev hanımı	8	3,50	0,64		
	Öğrenci	4	3,00	0,47		
	Kendi İşi	2	2,83	1,18		
Aile Uyumu	Emekli	6	3,25	0,57	0,58	0,68
	Ücretli çalışan	20	3,50	0,79		
	Ev hanımı	8	3,23	0,96		
	Öğrenci	4	2,92	0,42		
	Kendi İşi	2	3,33	0,47		
Sosyal Kaynaklar	Emekli	6	3,17	0,65	1,70	0,17
	Ücretli çalışan	20	3,81	0,94		
	Ev hanımı	8	3,07	0,73		
	Öğrenci	4	3,07	0,79		
	Kendi İşi	2	3,29	0,00		

**\*ANOVA Testi**

Tablo 4.11 incelendiğinde, yetişkinler için psikolojik dayanıklılık ölçeği alt boyutlarına verilen puanların ortalamalarında araştırmaya katılan hasta yakınlarının meslek gruplarına göre anlamlı farklılık tespit edilmemiştir ( $p>0,05$ ). Bu alt boyutlar

için sorulan sorulara katılımcıların vermiş olduğu cevapların puan ortalamalarının birbirine yakın olduğu görülmektedir.

Hasta yakınlarının hasta ile ilişki durumu değişkenine bağlı olarak yetişkinler için psikolojik dayanıklılık ölçeği alt boyutlarında anlam farklılığı sonuçları tablo 4.12’te gösterilmektedir.

**Tablo 4.12.** Hasta ile İlişki Durumuna Göre Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği Alt Boyutları Puan Ortalamaları

PDÖ. Alt Boyutları	Hasta ile İlişki Durumu	n	$\bar{X}$	Ss	F	p	Post-Hoc
Kendilik Algısı	İyi	22	3,46	1,08	0,78	0,47	
	Orta	12	3,11	0,83			
	Kötü	6	3,06	0,23			
Gelecek Algısı	İyi	22	3,65	0,82	0,10	0,91	
	Orta	12	3,65	0,70			
	Kötü	6	3,79	0,33			
Yapısal Stil	İyi	22	2,82	1,43	1,12	0,34	
	Orta	12	2,42	1,07			
	Kötü	6	2,00	0,88			
Sosyal Yeterlilik	İyi	22	3,74	0,66	4,79	0,01**	İyi>Orta
	Orta	12	3,14	0,67			
	Kötü	6	3,06	0,50			
Aile Uyumu	İyi	22	3,55	0,88	2,20	0,13	
	Orta	12	3,01	0,50			
	Kötü	6	3,22	0,36			
Sosyal Kaynaklar	İyi	22	3,84	0,86	5,82	0,01***	İyi>Orta
	Orta	12	3,01	0,75			
	Kötü	6	2,98	0,34			

\*ANOVA Testi

\*\*p<0,05

\*\*\*p<0,05

Tablo 4.12 incelendiğinde, sosyal yeterlilik ve sosyal kaynaklar alt boyutlarına verilen puanların ortalamalarında araştırmaya katılan hasta yakınlarının hasta ile ilişki durumlarına göre anlamlı farklılık tespit edilmiştir (p<0,05). Hasta ile ilişki durumu iyi olan hasta yakınlarının hasta ile ilişki durumu orta olan hasta yakınlarına göre sosyal yeterliliklerinin ve sosyal kaynaklarının daha yüksek olduğu tespit edilmiştir.

Kendilik algısı, gelecek algısı, yapısal stil ve aile uyumu alt boyutlarına verilen puanların ortalamalarında araştırmaya katılan hasta yakınlarının hasta ile ilişki durumlarına göre anlamlı farklılık tespit edilmemiştir ( $p>0,05$ ). Bu alt boyutlar için sorulan sorulara katılımcıların vermiş olduğu cevapların puan ortalamalarının birbirine yakın olduğu görülmektedir.

Araştırmaya katılan hasta yakınlarının, veri toplama ölçeğinde yer alan “Hastaneye Yatıştan Beklentileriniz Nelerdir?” sorusuna vermiş olduğu cevapların frekans ve yüzde değerleri Tablo 4.13’de gösterilmektedir.

**Tablo 4.13.** Hasta Yakınlarının Hastaneye Yatıştan Beklenti Verileri

Cevaplar	n	%
Cevapsız Bırakılan	8	20,0
Maddeden Kurtulması	15	37,5
Sağlığına Kavuşması	8	20,0
Ailemizin Kurtulması	3	7,5
Eski Hayatına Dönmesi	6	15,0

Tablo 15 incelendiğinde, “Hastaneye Yatıştan Beklentileriniz Nelerdir?” sorusuna araştırmaya katılan hasta yakınlarının %37,5’i (15 kişi) “Maddeden Kurtulması”, %20’si (8 kişi) “Sağlığına Kavuşması”, %7,5’i (3 kişi) “Ailemizin Kurtulması” ve %15’i (6 kişi) “Eski Hayatına Dönmesi” cevabını vermiştir. Hasta yakınlarının %20’si (8 kişi) ise sorulan soruya cevap vermemiştir. Hasta yakınların vermiş olduğu cevaplarda en yüksek frekans ve yüzde değeri hastanın maddeden kurtulması beklentiyken en düşük frekans ve yüzde değeri ailemizin kurtulması beklentisidir.

Araştırmada ölçülmek istenen yetişkinler için psikolojik dayanıklılık ölçeğinin alt boyutlarının birbirleriyle olan ilişkilerini tespit etmek amacıyla korelasyon analizi yapılmıştır. Korelasyon, iki değişken arasındaki ilişkiyi bulmak için kullanılan istatistiksel bir teknik olup, korelasyon kat sayısı + 1 ile -1 arasında değerler alır. Korelasyon değeri pozitif olursa değişkenlerin ikisi de aynı yönde, negatif olursa farklı yönde birlikte değişmektedir. Korelasyon değeri 1’e yaklaştıkça ilişkinin gücü artar [67]. Korelasyon analizi sonuçları tablo 4.14’te gösterilmektedir.

**Tablo 4.14. Korelasyon Analizi**

PDÖ. Alt Boyutları	Kendilik Algısı	Gelecek Algısı	Yapısal Stil	Sosyal Yeterlilik	Aile Uyumu	Sosyal Kaynaklar
Kendilik Algısı	1					
Gelecek Algısı	,232	1				
Yapısal Stil	,544**	,409**	1			
Sosyal Yeterlilik	,238	,334*	,068	1		
Aile Uyumu	,287	,111	,122	,438**	1	
Sosyal Kaynaklar	,419**	,232	,409**	,452**	,548**	1

\*.05 seviyesinde anlamlı (çift taraflı) \*\*.01 seviyesinde anlamlı (çift taraflı)

Tablo 4.14 incelendiğinde, yapısal stil alt boyutu kendilik algısı ve gelecek algısı alt boyutlarıyla 0,01 düzeyinde pozitif korelasyona sahip olduğu tespit edilmiştir. Sosyal yeterlilik alt boyutu gelecek algısı alt boyutuyla 0,05 düzeyinde pozitif korelasyona sahip olduğu tespit edilmiştir. Aile uyumu alt boyutu sosyal yeterlilik alt boyutuyla 0,01 düzeyinde pozitif korelasyona sahip olduğu tespit edilmiştir. Sosyal kaynaklar alt boyutu kendilik algısı, yapısal stil, sosyal yeterlilik ve aile uyumu alt boyutlarıyla 0,01 düzeyinde pozitif korelasyona sahip olduğu tespit edilmiştir.

Tablodan da anlaşılacağı araştırmaya katılan hasta yakınlarının yapısal stilleri arttıkça kendilik algısı ve gelecek algısı, sosyal yeterlilikleri arttıkça gelecek algısı, aile uyumu arttıkça sosyal yeterlilikleri, sosyal kaynakları arttıkça kendilik algısı, yapısal stil, sosyal yeterlilik ve aile uyumları da artmaktadır.

## 5. TARTIŞMA

Madde kullanım bozukluğu, tüm dünyada olduğu gibi ülkemizde de gün geçtikçe büyüyen ve ciddi önlemler alınması gereken bir sorundur. Bu sorun madde kullanan bireyler kadar aileleri üzerinde de büyük yıkımlara neden olmaktadır. Aile ilişkilerinin bozuk olması madde kullanımı için önemli bir risk faktörüdür. Buna karşın aile üyelerinin içerisinde madde kullanan bireyin olması da aile ilişkilerinin bozulmasına yol açmakta ve çocuklarda da madde kullanımı açısından risk oluşturmaktadır. Bu riskler dahilinde madde kullanım bozukluğu tedavisinde aile desteğinin ve aileye sunulan desteğin önemi anlaşılmıştır. Bu nedenle madde kullanım bozukluğu tedavisinde birey, ailesi ile birlikte hemşirelik süreçlerine dahil edilmelidir.

Bu çalışmada madde kullanım bozukluğu tanısı alarak hastaneye yatırılışı yapılmış olan bireylerin ailelerinin psikolojik dayanıklılığı ölçülmüştür. Buna göre eğitim durumu, hasta ile ilişki durumu, kronik hastalık durumu ve medeni durum arasında anlamlı ilişkiler tespit edilmiştir. Tespit edilen bu anlamlı ilişkiler doğrultusunda hasta yakınının yatış sürecinden olumsuz etkilendiği gözlenerek bu bozukluğun bireyi ve ailesini bir arada etkilediği bir kez daha anlaşılmıştır. Bu süreçte yatışın aile dinamiğini bozduğu, hasta yakınına hastadan kopardığı gibi algılar oluştuğu saptanmıştır.

Psikiyatri hemşiresinin eğitim, hasta hakları savunuculuğu, terapötik girişimler, psikofarmakolojik girişimler, sağlığı koruma ve geliştirmeye yönelik girişimler ile birlikte konsültasyon, terapi ve araştırma gibi rolleri vardır. Bu rollere ilave olarak sağlık profesyonelleri içerisinde hasta ile en yakın temas halinde olduğu düşünülen psikiyatri hemşiresi, madde kullanım bozukluğu olan bireylerin hastaneye yatışının başladığı ilk günden itibaren taburculuğa hazırlanması sürecinde ailenin de bu yatış sürecinden nasıl etkilendiğini göz önünde bulundurarak planlaması gereken tüm

girişim ve yaklaşımlarda birey ve aile için danışman rolüne sahiptir. Bu araştırmada da hasta yakınlarının psikolojik dayanıklılığının üzerinde psikiyatri hemşiresinin “danışmanlık” rolünün önemi vurgulanmıştır.

Araştırmada ‘Yetişkinler için Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği’ ve ‘Aile Bilgi Formu’ kullanılarak madde kullanım bozukluğuna bağlı hospitalizasyonun aile bireylerinin psikolojik dayanıklılığı üzerindeki etkileri araştırılmıştır. Madde kullanım bozukluğu tanısı alarak hastaneye yatan hasta yakınlarına uygulanan ölçekte ‘kişisel güç’, ‘yapısal stil’, sosyal yeterlilik’, ‘aile uyumu’, ‘gelecek algısı ve ‘sosyal kaynaklar’ alt boyutları bulunmaktadır. Ayrıca Aile Bilgi Formu’ndaki veriler doğrultusunda Yetişkinler için Psikolojik Dayanıklılık ölçeğinde bulunan alt boyutlara göre yapılan değerlendirmeler sonucunda:

Madde kullanım bozukluğu olan bireylerin yakınlarının psikolojik dayanıklılık ölçeği alt boyutları ile yakınlık derecesi, eğitim durumu, hasta ile ilişki durumu, kronik hastalık durumu ve medeni durum arasında anlamlı bir ilişki saptanmıştır.

Yaş grupları, cinsiyet, gelir durumu, psikolojik destek alma durumu, meslek grubu, hasta yakınlarından yardım isteme durumu arasında ise anlamlı bir ilişki saptanmamıştır.

Anlamlı ilişki saptanan bulgular incelendiğinde; öncelikle psikolojik dayanıklılık ölçeği kendilik algısı alt boyutu puan ortalamaları ile “yakınlık derecesi” arasındaki anlamlı farklılık göze çarpmaktadır. Verilen yanıtlara göre yakınlık derecesi yakın akraba olan aile bireylerinin, yakınlık derecesi anne-baba olan aile bireylerine göre kendilik algısının daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Bağımlılık sürecinin, aile ilişkilerini zedelemesi ile desteklenen literatür çalışmalarına bakıldığında bu çalışmaların bu araştırma sonuçları ile benzerlik gösterdiği belirlendi. Bunun nedeni, bağımlı bireye daha yakın olan aile bireylerinde onaylanma, aile içinde takdir görme gibi kendilik algısını oluşturan süreçlerin hasar görmesi olduğu düşünülmektedir. Konu hakkında Yağmur ve Türkmen’in ruhsal hastalığı olan hastalara bakım veren aile üyelerinde algılanan stres ve psikolojik dayanıklılık üzerine yaptığı çalışmaya bakıldığında, hasta yakını olmanın stres düzeyini arttırdığını bunun ise psikolojik dayanıklılık düzeyini olumsuz yönde etkilediği saptanmıştır [68].

Madde kullanım bozukluğu olan bireylerin yakınlarının eğitim durumu arttıkça psikolojik dayanıklılık ölçeği alt boyutu kendilik algısının daha düşük olduğu tespit edilmiştir. Ortaokul mezunu olan hasta yakınlarının lisans mezunu hasta yakınlarına göre kendilik algısının daha yüksek olduğu göze çarpmaktadır. Bağımlı yakınlarının temel kişilik özelliklerinin incelendiği bir çalışmada, bağımlı bireyin yaşamış olduğu travmalardan etkilenerek travmatik yaşantılarının kişilik yapıları üzerinde etkilerinin olduğu tespit edilmiştir [69]. Yapılan bir diğer çalışmada ise, Akyel ve arkadaşları, aile eğitimlerinin alkol ya da madde kullanımı açısından koruyucu bir etken olacağı sonucuna varmıştır. Buna göre bu çalışma literatür ile benzerlik gösterememektedir [70]. Bunun nedeni, çalışmanın kısıtlılıkları arasında olan, çalışma sürecinde madde kullanım bozukluğu tanısı alarak hastaneye yatan hasta sayısının az olması ile ilgili olduğu düşünülmektedir.

Madde kullanım bozukluğu olan bireylerin yakınlarının psikolojik dayanıklılık ölçeği sosyal yeterlilik ve sosyal kaynaklar alt boyutu puan ortalamaları ile “hasta ile ilişki durumları” arasındaki ilişkiye bakıldığında anlamlı farklılık tespit edilerek hasta ile ilişki durumu iyi olan hasta yakınlarının, hasta ile ilişki durumu orta olan hasta yakınlarına göre sosyal yeterliliklerinin ve sosyal kaynaklarının daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Buna göre hasta ile ilişki durumu bozulan yakınların yeni arkadaşlık edinmekten kaçındıkları, diğer insanlarla birlikte zaman geçirmekten hoşnut olmadıkları, kişisel konularını tartışmaktan kaçındıkları, aile bireylerinden ya da arkadaş çevrelerinden destek almayı reddettiği saptanmıştır. Bunun ise toplumun damgalayıcı tutumları nedeniyle ortaya çıktığı düşünülmektedir. Kronik hastalığı olanlar bireyler üzerine yapılan bir çalışmada da hasta yakınlarının hasta ile olan yakınlığının, aile içi süreçlerinin etkisine göre anlamlı farklılıklar olduğu saptanmıştır [71]. Bu çalışma ise literatür ile benzerlik göstermektedir.

Madde kullanım bozukluğu olan bireylerin yakınlarının psikolojik dayanıklılık ölçeği sosyal yeterlilik alt boyutu puan ortalamaları ile “kronik hastalık durumu” arasındaki ilişkiye bakıldığında anlamlı farklılık tespit edilmiştir. Kronik hastalığı olmayan hasta yakınlarının kronik hastalığı olan hasta yakınlarına göre sosyal yeterliliklerinin daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Bunun da içsel damgalama başta olmak üzere toplumsal damgalama ile ilişkili olabileceği ve madde kullanım bozukluğu olan hastalarının bakım gereksinimi nedeniyle yakınlarının kendi hastalıklarını ihmal

etmeleri olarak düşünöldü. Given ve arkadaşlarının çalışması incelendiğinde hasta yakınlarının/ bakım vericilerin, hastalarının tedavi ve bakımı ile alakalı bakım verme yüklerinin artması ile orantılı kendi bakım gereksinimlerini ihmal ettikleri belirtilmektedir. Buna göre, bu çalışma literatür ile paralellik göstermektedir [72].

Madde kullanım bozukluğu olan bireylerin yakınlarının psikolojik dayanıklılık ölçeği yapısal stil alt boyutu puan ortalamaları ile “medeni durum” arasındaki ilişkiye bakılmıştır. Buna göre yapısal stil alt boyutuna verilen puanların ortalamalarında araştırmaya katılan hasta yakınlarının medeni durumlarına göre anlamlı farklılık tespit edilmiştir. Bekar olan hasta yakınlarının evli olan hasta yakınlarına göre yapısal stillerinin daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Bunun nedeninin ise aile düzeninin ve birlikte yaşamının getirmiş olduğu dinamiklerin bozulması olduğu ve çalışmaya katılan bekar hasta yakınlarının yakınlık derecesinin çoğunlukla kardeş ve/veya yakın akraba olduğu düşünölmüştür. Yapılan bu çalışmada da yakınlık derecesi anne-baba olanların yakınlık derecesi yakın akraba olanlara göre psikolojik dayanıklılığın daha düşük olduğu anlaşıldı. Literatüre bakıldığında aile bireylerinin yüksek düzeyde stres algıladıkları, hastalarının bu süreçlerinden yaşamlarının olumsuz yönde etkilendiği ve yaşam kalitelerinin de düşük düzeyde olduğu görölmektedir [73]. Buna göre bu çalışma literatür ile paralellik göstermektedir.

Madde kullanım bozukluğu olan bireylerinin yakınlarının hastaneye yatıştan beklenti verileri incelendiğinde hasta yakınların vermiş olduğu cevaplarda en yüksek frekans ve yüzde değeri hastanın maddeden kurtulması beklentisidir. Lüteratür incelendiğinde madde kullanım bozukluğu olan bireyler çoğunlukla hastaneye yatıştan önce maddeyi kendi kendilerine bırakmayı denedikleri anlaşılmıştır [8]. Bu nedenle hastanın kendi bırakma deneyiminin başarısızlıkla sonuçlanması nedeniyle aile bireylerinin hastaneye yatıştan beklentileri çoğunlukla “maddeden kurtulması” şeklinde olduğu düşünölmektedir.

Araştırmanın sürecinde yaş grupları, cinsiyet, gelir durumu, psikolojik destek alma durumu, meslek grubu ve hastanın yakınlarından yardım isteme durumu arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır.

## 6. SONUÇ VE ÖNERİLER

- Madde kullanım bozukluğu olan bireylerin yakınlarının yakınlık derecesi anne-baba olanların, yakınlık derecesi yakın akraba olanlara göre psikolojik dayanıklılık ölçeği alt boyutlarından kendilik algısının daha düşük olduğu tespit edildi.
- Madde kullanım bozukluğu olan bireylerin yakınlarının eğitim durumu arttıkça psikolojik dayanıklılık ölçeği alt boyutlarından kendilik algısının daha düşük olduğu tespit edildi.
- Madde kullanım bozukluğu olan bireylerin yakınlarının hasta ile ilişki durumu iyi olanların, hasta ile ilişki durumu orta olan hasta yakınlarına göre psikolojik dayanıklılık ölçeği alt boyutlarından olan sosyal yeterlilik ve sosyal kaynaklar'ın daha yüksek olduğu tespit edildi.
- Madde kullanım bozukluğu olan bireylerin yakınlarının kronik hastalığı olanların, kronik hastalığı olmayanlara göre psikolojik dayanıklılık alt boyutlarından sosyal yeterliliklerinin daha düşük olduğu tespit edildi.
- Madde kullanım bozukluğu olan bireylerin yakınlarının medeni durumu bekar olanların, medeni durumu evli olanlara göre psikolojik dayanıklılık alt boyutlarından yapısal stilin daha yüksek olduğu tespit edildi.
- Madde kullanım bozukluğu olan bireylerin yakınlarının yatıştan beklenti verileri incelendiğinde en yüksek yüzde ve frekans değeri “Hastanın maddeden kurtulması” olduğu tespit edildi.
- Yapılan bu çalışmanın hemşirelik mesleğinde danışmanlık rolünün öneminin ve aile yaşantılarının bağımlılık üzerindeki etkilerinden sıkça bahsedilmesine karşın bağımlı üyesi olan ailenin de karşılaştığı güçlüklerle yer verilerek aile danışmanlığı ihtiyacının öneminin vurgulanması aynı zamanda literatürde

benzer çalışmaya rastlanmadığı için literatüre de katkı sağlanması amaçlanmıştır.

- Hastaneye yatış sürecinde hasta ile birlikte ailesinin de bu süreçten etkilendiği göz önünde bulundurularak tedaviye katılımı sağlanması önerilmektedir.
- Bu çalışmaya benzer çalışma yapacak olan araştırmacılara, daha fazla hasta yakını ile çalışma yapılması önerilmektedir.



## KAYNAKLAR

- [1] Uzbay, İ. T. (2009). Madde Bağımlılığı. *Meslek İçi Sürekli Eğitim Dergisi*, 21–22, 5–14.
- [2] Doğan, Y. (2001). Madde Kullanımı ve Bağımlılığı. *Sosyal Politika Çalışmaları Dergisi*, 4(4). <https://doi.org/10.21560/spcd.12192>
- [3] Ates, K., & Tuncay, T. (2018). *The Role of Local Managements in the Social Rehabilitation of Substance Abusers-The Case of Bursa ( Madde Bağımlılarının Sosyal Rehabilitasyonunda Yerel Yönetimlerin Rolü)*. (May).
- [4] **Madde ve Diğer Bağımlılıklar ile Mücadele Kapasitesinin ve Bu Bağlamda Türkiye Yeşilay Cemiyetinin Değerlendirilmesi.** (2014). *Cumhurbaşkanlığı Devlet Denetleme Kurulu Araştırma ve İnceleme Raporu, 2014/2.*
- [5] Ögel, K. (1997). *Uyuşturucu Maddeler ve Bağımlılık*. 35–48.
- [6] Bozkurt, O. (2015). Madde bağımlısı bireylerin bağımlılık süreçlerinde ailenin etkisi.
- [7] Ünal, M. (1991). Madde Bağımlılığı ve Alkolizmde Aile. *Sosyal Politika Çalışmaları Dergisi*, 2(2). <https://doi.org/10.21560/spcd.31071>
- [8] Ögel K. *Sigara, Alkol ve Madde Kullanım bozuklukları: Tanı, Tedavi ve Önleme. Yeniden Yayınları. İstanbul, 2010*
- [9] Tuncer, A. (2011). *Uyuşturucu veya uyarıcı madde ticareti ve kullanılmasına ilişkin suçlar* (Doctoral dissertation, İstanbul Kültür Üniversitesi/Sosyal Bilimler Enstitüsü/Kamu Hukuku Anabilim Dalı).
- [10] Ögel, K. (2012). Bağımlılık Yapan Maddeler Ve Etki leri . *Farmasötik Kuv Anabilim Dalı Bitirme Ödevi.*
- [11] Gökler, R., & Koçak, R. (2008). Uyuşturucu ve madde bağımlılığı. *Sosyal bilimler araştırmaları dergisi*, (1), 89-104.
- [12] Öncü, F., Ögel, K., & Çakmak, D. (2001). Alkol Kültürü-1: Tarihsel Süreç ve Meyhane Kültürü. *Bağımlılık Dergisi*, 2(3), 133-138.
- [13] **Toprak Mahsülleri Ofisi**, “Sekizinci Beş Yıllık Kalkınma Planı.”
- [14] Mat, A. (2009). Osmanlı İmparatorluğu’nda afyonun tarihi. *Osmanlı Bilimi Araştırmaları*, 11(1-2), 285-290.
- [15] ALTAN, S. Cenevre Afyon Konferansları ve Türkiye’nin Tutumu. *Çanakkale Araştırmaları Türk Yıllığı*, 17(26), 45-70.
- [16] **2313 Sayılı Uyuşturucu Maddelerin Murakabesi Hakkında Kanun Hükümlerine Tabi Tutulması Hakkında 2011/1310 Sayılı Karar.** ErişimTarihi: 15.11.2019 <http://www.resmi-gazete.org/rega/2011-1310-bazimaddelerin-2313-sayili-uyusturucu-maddelerinmurakabesi-hakkinda-kanun-hukumlerine-tabitutulmasi-hakkinda-karar-460>.
- [17] Arslan, N. T. D., & İpek, G. Y. *Seçilmiş yüksek morfinli haşhaş (Papaver somniferum L.) hatlarının bazı bitkisel ve tarımsal özellikleri üzerine araştırmalar* (Doctoral dissertation, Ankara Üniversitesi Fen Bilimleri Enstitüsü Tarla Bitkileri Anabilim Dalı).
- [18] Bulut, H., Gürkan, H., & Arslan, N. Türkiye’de İklim Değişikliğinin Haşhaş

- Verimine ve Ekonomisine Etkisi.
- [19] **Bilir, N., & Özcebe, H.** (2014). Tobacco Dependence and Control: Individual, Community and Social Marketing Approach. *Eurasian Journal of Pulmonology*, 16(2), 63-68.
- [20] **Yenigün, M.** (2007). Alkol tüketimi ve tıp (Alcohol Consumption and Medicine), Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi 4. *İç Hastalıkları Kliniği, İstanbul.*
- [21] **Doğramacı, S., & Arslan, N.** Haşhaş (Papaver somniferum L.) Çeşit ve Melezlerinin Bazı Özellikleri Üzerine Genel ve Özel Kombinasyon Yeteneğinin Etkisi. *Tarla Bitkileri Merkez Araştırma Enstitüsü Dergisi*, 27(2), 102-108.
- [22] **Erden, B. F.** (2018). *Narkotik Analjezik İlaçlar.*
- [23] **Kılıç, F. S.** Opioidler, Ağrı, Opioidlerin Suistimali ve Yanlış Kullanımı. *Osmangazi Tıp Dergisi*, 39(3), 125-129.
- [24] **Akbulut, İ.** (1997). Ülkemizde uyuşturucu maddeler sorunu. *İstanbul Üniversitesi Hukuk Fakültesi Mecmuası*, 55(3), 111-142.
- [25] **Çıtır, B.** (2015). Uluslararası Afyon Anlaşmalarında Osmanlı İmparatorluğu. *Sosyal ve Kültürel Araştırmalar Dergisi (The Journal of Social and Cultural Studies)*, C. I, S, 1, 17-47.
- [26] **Altıntoprak, A. E., Evren, E. C., Aydemir, Ö., Eslek, A. Y., Can, Y., Mutlu, E., ... & Coşkunol, H.** (2015). Klinik Opiyat Yoksunluk Ölçeği (Clinical Opiate Withdrawal Scale-COWS) Türkçe Sürümünün Güvenilirliği ve Geçerliliği.
- [27] **Aşıcıoğlu, F., Özcan, M., Saygılı, S., Iraz, M., Okudan, M., & İlhan, L.** (2013). Expert witness on codeine and codeine containing drugs. *Turkish Journal of Forensic Medicine*, 27(3), 189-198.
- [28] **Çakıcı, M., Araz, D., Aksoy, E., & Gökyiğit, A.** Opioid Bağımlılığının Tedavisinde Metadon ve Buprenorfin'in Etkinliği: Hangisini Kullanalım?
- [29] **Özer, Ü., Sever, A., Çetin, T., & Evren, C.** (2010). Venlafaxine pharmacotherapy in meperidine addiction and chronic pain comorbidity: a case report. *Düşünen Adam: J Psych Neurol Sci* 2010; 23: 69, 72.
- [30] **Kardaş, Ö., & Kardaş, B.** (2018). Opioid kullanım bozukluğu olan ergende pregabalin kötüye kullanımı. *Çağdaş Tıp Dergisi*, 9(0, 1 Erken Baskı), 1-3.
- [31] **Dülger, S.** (2008). *Amfetamin Türevleri İçeren Yasa Dışı Üretilmiş Tabletlerin Kromatografik ve Spektroskopik Yöntemlerle Analizleri.*
- [32] **Tarakçı, S.** (2006). Beykoz civarında tıbbi özellik taşıyan bitkiler üzerine araştırmalar.
- [33] **Aggrawal, A.** (1945). Narcotic Drugs. *Nature*, 156(3960), 361-362. <https://doi.org/10.1038/156361d0>
- [34] **Ataklı, D., & Ataklı, C.** Kokain Kullanımına Bağlı Nörolojik Komplikasyonlar.
- [35] **Ögel, K.** (n.d.). *Bağımlılık yapan maddeler 1.* 1-84.
- [36] **Örken, C., & Tavşanlı, M. E.** (2014). Madde bağımlılığının nörolojik etkileri. *Okmeydanı Tıp Dergisi*, 30, 110-114.
- [37] **Bora, T., Nuralın, F., Şenocak, N., & Aydın, H.** Containing MDMA (ECSTASY).
- [38] **National Institutes on Drug Abuse (NIDA).** (2017). MDMA ( Ecstasy ) Abuse. *Research Report Series*, 1-39.
- [39] **Yeşil, O., Onur, Ö., & Güneysel, Ö.** (2008). *Öngöremediğimiz Tehlike:*

- Ekstasi*. 14–19.
- [40] **Küçükkömürler, S., & Kurt, N.** Adölesanlarda Kafein Tüketimi (Caffeine Consumption in Adolescents).
- [41] **Garipağaoğlu, M., & Kuyrukçu, N.** (2009). Çocuk sağlığı ve kafein. *Çocuk Dergisi*, 9(3), 110-115.
- [42] **Sözlü, S., Yılmaz, B., & Tek, N. A.** Kahve tüketimi ve bazı hastalıklarla ilişkisi: son yıllarda yapılan insan temelli araştırmaların irdelenmesi. *SDÜ Sağlık Bilimleri Dergisi*, 8(2), 33-39.
- [43] **Baktır, G.** (2018). İlaçlar ile Teofilin, Teobromin, Kafein İçeren Besinler Arındaki Etkileşimler, *lectio scientific*, 2(2), 82-96.
- [44] **Rho, J. M., Donevan, S. D., & Rogawski, M. A.** (1997). Barbiturate-like actions of the propanediol dicarbamates felbamate and meprobamate. *Journal of Pharmacology and Experimental Therapeutics*, 280(3), 1383-1391.
- [45] **Uzby, İ. T., & Yüksel, N.** Anksiyete Tedavisinde Kullanılan İlaçların Farmakolojisi ve Kullanım Güvenliği. *Klinik Psikiyatri Dergisi*, 5(Supp: 1), 14-26.
- [46] **European Medicines Agency.** (2012). *Questions and answers on the suspension of the marketing authorisations for oral meprobamate-containing medicines*. 44(March), 1–3.
- [47] **Greenblatt, D. J., & Shader, R. I.** (1971). Meprobamate: A study of irrational drug use. *American Journal of Psychiatry*, 127(10), 1297-1303.
- [48] **Lemere, F.** (1956). Habit-forming properties of meprobamate:(Miltown or Equanil). *AMA Archives of Neurology & Psychiatry*, 76(2), 205-206.
- [49] **Passie, T., Halpern, J.H., Stichtenoth, D.O., Emrich, H.M., & Hintzen, A.** (2008). The pharmacology of lysergic acid diethylamide: a review. *CNS neuroscience & therapeutics*, 14(4), 295-314.
- [50] **Tunçbilek, M.** (2018). *Spor tesislerinden yararlanan 15-18 yaş arası öğrencilerin madde bağımlılığından korunma öz yeterliliğinin araştırılması (Keçiören Belediyesi örneği)* (Master's thesis, Bartın Üniversitesi, Eğitim Bilimleri Enstitüsü).
- [51] **Tüzer, A.** (n.d.). Uyuşturucu Tecrübeleri ve Mistizim *Psychedelic Experiences and Mysticism*.
- [52] **Horozcu, Ü.** (2013). Psikodelig İlaçlar ve Mistik Deneyim: Mistik Deneyimin Kısa Yolu *İstanbul Üniversitesi İlahiyat Fakültesi Dergisi*, (28), 141-174.
- [53] **Brogaard, B., & Gatzia, D. E.** (2016). Psilocybin, lysergic acid diethylamide, mescaline, and drug-induced synesthesia. In *Neuropathology of Drug Addictions and Substance Misuse* (pp. 890-905). Academic Press.
- [54] **Unger, S. M.** (1963). Mescaline, LSD, Psilocybin, and Personality Change a Review. *Psychiatry*, 26(2), 111-125.
- [55] **Taylan, H. H., & Genç, Y.** (2017). Liselerde sigara, alkol ve uyuşturucu/uçucu/uyarıcı madde kullanım eğilimleri: Kocaeli örneği. *Asos Journal Akademik Sosyal Araştırmalar Dergisi*, 47, 180-199.
- [56] **Boztaş, M. H., & Arısoy, Ö.** (2010). Uçucu madde bağımlılığı ve tıbbi sonuçları. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 2(4), 516-531.
- [57] **E. Akın,** “Adsız alkoli kleri n ayıklık süreci ne i li şki n anlatilari mğl rme temeli nde değ erlendirilmesi,” 2017.
- [58] **Dilbaz, N.** (2013). Madde kullanım riski ve madde bağımlılığından korunma. *Baskı, TC Aile Ve Sosyal Politikalar Bakanlığı Aile Ve Toplum Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Ankara*, 19-45.

- [59] **Yaman, Ö. M.** (2014). Uyuşturucu madde bağımlısı gençlerin aile içi ilişkilere yönelik görüşleri: Esenler-Bağcılar örneği. *Addicta: The Turkish Journal on Addictions*, 1(1), 99-132.
- [60] **Genç Y.** (2018) *Madde Bağımlılığı Sürecinde Ailenin Rolü*, vol. 2016-1-TR0.
- [61] **Bektaş, M., & Özben, Ş.** (2016). Evli bireylerin Psikolojik Dayanıklılık Düzeylerinin Bazı Sosyo-Demografik Değişkenler Açısından İncelenmesi. *Celal Bayar University Journal of Social Sciences/Celal Bayar Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 14(1).
- [62] **Çam, O., & Büyükbayram, A.** (2017). Nurses' Resilience and Effective Factors. *Journal of Psychiatric Nursing/Psikiyatri Hemşireleri Dernegi*, 8(2).
- [63] **Simsek, N.** (2010). Nursing care of individuals and their families with substance use disorders/Madde kullanım bozukluğu olan birey ve ailesinin hemşirelik bakımı. *Journal of Psychiatric Nursing*, 1(2), 96-100.
- [64] **Karakaş, S. A., & Ersöğütçü, F.** (2016). Madde bağımlılığı ve hemşirelik. *Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi*, 3(2), 133-139.
- [65] **Kozak, M.** (2015). *Bilimsel araştırma: tasarım, yazım ve yayım teknikleri*. Ankara: Detay Yayıncılık.
- [66] **George, D. ve Mallery, M.** (2010). *SPSS for windows step by step: a simple guide and reference, 17.0 update*. Boston: Pearson.
- [67] **Kan, A.** (2008). Ölçme sonuçları üzerinde yürütülebilecek istatistiksel işlemler. S. Tekindal (Editör). *Eğitimde ölçme ve değerlendirme*. Ankara: Pegem Akademi.
- [68] **Yağmur, T., & Türkmen, S. N.** (2017). Ruhsal Hastalığı Olan Hastalara Bakım Veren Aile Üyelerinde Algılanan Stres ve Psikolojik Dayanıklılık. *Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 4(1), 542-548.
- [69] **Çelikay, H., Aldemir, E., Ektiren, S., Gündoğdu, D., Oksay, M., Boşnak, M., & Kartal, B.** (2017). Bağımlı Yakınlarının Travmatik Yaşam Olaylarının ve Temel Kişilik Özelliklerinin İncelenmesi. *Current Addiction Research*, 1(2548–0715), 54.
- [70] **Akyel, B., Aldemir, E., & Havaçeliği Atlam, D.** (2017). Alkol ve Madde Kullanım Bozukluğu Olan Olgularda Çocukluk Çağı travması: Kesitsel Bir Çalışma. *Current Addiction Research*, 1(2548–0715), 50.
- [71] **Yeşil, T., Çetinkaya Uslusoy, E., & Korkmaz, M.** (2016). Examining of the life quality and care burden of those who are looking after the patients suffering from chronic diseases. *GUSBD*, 5(4), 54–66.
- [72] **Given, B. A., Given, C. W., & Kozachik, S.** (2001). Family support in advanced cancer. *CA: a cancer journal for clinicians*, 51(4), 213-231.
- [73] **Yıldız, E., Dedeli, Ö., & Çınar Pakyüz, S.** (2017). Evaluation of Care Burden and Quality of Life among Family Caregivers of Patients with Cancer.

## **EKLER**

**EK-A:** Aile Bilgi Formu

**EK-B:** Yetişkinler için Psikolojik Dayanıklılık leği

**EK-C:** BVU Grişimsel Olmayan Etik Kurul İzni

**EK-D:** zel Fransız Lape Hastanesi Etik Kurul İzni



## EK- A

1. Yakınlık dereceniz nedir?
  - a) Anne-Baba
  - b) Eş-Partner
  - c) Oğlu-Kızı,
  - d) Kardeş
  - e) Diğer..... (belirtiniz)
2. Cinsiyetiniz nedir?
  - a) Kadın
  - b) Erkek
3. Kaç Yaşındasınız?.....
4. Medeni Durumunuz Nedir?
  - a) Bekar
  - b) Evli
  - c) Eşi ölmüş
5. Mesleğiniz Nedir?
  - a) Emekli
  - b) Ücretli Çalışan
  - c) İşsiz
  - d) Ev Hanımı
  - e) Öğrenci
  - f) Diğer..... (belirtiniz)
6. Eğitim Durumunuz Nedir?
  - a) İlkokul
  - b) Ortaokul
  - c) Lise
  - d) Lisans
  - e) Yüksek Lisans ve Doktora
7. Gelir Durumunuzu Belirtiniz.
  - a) Yetersiz
  - b) Orta Derecede
  - c) Yeterli
8. Evde Kimlerle Yaşıyorsunuz?
  - a) Yalnızca Eşi
  - b) Yalnızca Çocuklar
  - c) Eşi ve Çocuklar
  - d) Büyük ebeveynler ve yakın akrabalar
  - e) Diğer belirtiniz

9. Kronik Bir Hastalığınız Var Mı? (Diyabet, Hipertansiyon vb.)
- Evet
  - Hayır
10. Ailede Başka Madde Kullanan Var Mı?
- Evet
  - Hayır
11. Ailede Başka Bağımlılık Tanısı Alarak Tedavi Gören Biri Var Mı?
- Evet
  - Hayır
12. Evde Bakım Sorumluluğunuz Olan Başka Yakınlarınız Var mı?
- Yok
  - Yaşlı Birey
  - 0-3 Yaş Çocuk
  - Kronik Hastalığı Olan Birey
  - Diğer..... Belirtiniz.
13. Yakınınız (hastanız) İle İlişkileriniz Nasıl?
- İyi
  - Orta
  - Kötü
14. Komşuluk İlişkileriniz Nasıl?
- İyi
  - Orta
  - Kötü
15. Yakınınız Kullandığı Maddeyi Bırakmak İçin Sizden Destek İstedi Mi?
- Evet
  - Hayır
16. Yakınınız Hastaneye Yatış Öncesinde Kullandığı Maddeyi Bırakma Girişiminde Bulundu Mu?
- Evet
  - Hayır
17. Yakınınızın Hastaneye Yatışı Size Nasıl Hissettiriyor?
- Motive
  - Mutlu
  - Çaresiz
  - Öfkeli
  - Mutsuz
  - Diğer belirtiniz

18. Hastaneye Yatıştan Beklentileriniz Nelerdir? Belirtiniz.

.....  
.....

19. Siz Psikolojik Destek Aldınız mı?

- a) Evet
- b) Hayır

20. Psikiyatrik İlaçlar Kullanıyor Musunuz?

- a) Evet
- b) Hayır



**EK- B****Yetişkinler İçin Dayanıklılık Ölçeği**

1. Beklenmedik bir olay olduğunda...	
Her zaman bir çözüm bulurum	Çoğu kez ne yapacağımı kestiremem
2. Gelecek için yaptığım planların...	
Başarılması zordur	Başarılması mümkündür
3. En iyi olduğum durumlar şu durumlardır...	
Ulaşmak istediğim açık bir hedefim olduğunda	Tam bir günlük boş bir vaktim olduğunda
4. ...olmaktan hoşlanıyorum	
Diğer kişilerle birlikte	Kendi başıma
5. Ailemin, hayatta neyin önemli olduğu konusundaki anlayışı...	
Benimkinden farklıdır	Benimkiyle aynıdır
6. Kişisel konuları ...	
Hiç kimseyle tartışmam	Arkadaşlarımla/Aile-üyeleriyle tartışabilirim
7. Kişisel problemlerimi...	
Çözmem	Nasıl çözebileceğimi bilirim
8. Gelecekteki hedeflerimi...	
Nasıl başaracağımı bilirim	Nasıl başaracağımdan emin değilim
9. Yeni bir işe/projeye başladığımda ...	
İleriye dönük planlama yapmam, derhal işe başlarım	Ayrıntılı bir plan yapmayı tercih ederim
10. Benim için sosyal ortamlarda rahat/esnek olmak	
Önemli değildir	Çok önemlidir
11. Ailemle birlikteyken kendimi ... hissedirim	
Çok mutlu	Çok mutsuz
12. Beni ...	
Bazı yakın arkadaşlarım/aile üyelerim cesaretlendirebilir	Hiç kimse cesaretlendiremez
13. Yeteneklerim...	
Olduğuna çok inanırım	Konusunda emin değilim
14. Geleceğimin ... olduğunu hissediyorum	
Ümit verici	Belirsiz
15. Şu konuda iyiyimdir...	
Zamanımı planlama	Zamanımı harcama
16. Yeni arkadaşlık konusu ... bir şeydir	
Kolayca yapabildiğim	Yapmakta zorlandığım

17. Ailem şöyle tanımlanabilir ...					
Birbirinden bağımsız					Birbirine sıkı biçimde kenetlenmiş
18. Arkadaşlarımla arasındaki ilişkiler ...					
Zayıftır					Güçlüdür
19. Yargılarıma ve kararlarıma ...					
Çok fazla güvenmem					Tamamen güvenirim
20. Geleceğe dönük amaçlarım ...					
Belirsizdir					İyi düşünülmüştür
21. Kurallar ve düzenli alışkanlıklar ...					
Günlük yaşamımda yoktur					Günlük yaşamımı kolaylaştırır
22. Yeni insanlarla tanışmak ...					
Benim için zordur					Benim iyi olduğum bir konudur
23. Zor zamanlarda, ailem ...					
Geleceğe pozitif bakar					Geleceği umutsuz görür
24. Ailemden birisi acil bir durumla karşılaştığında...					
Bana hemen haber verilir					Bana söylenmesi bir hayli zaman alır
25. Diğerleriyle beraberken					
Kolayca gülerim					Nadiren gülerim
26. Başka kişiler söz konusu olduğunda, ailem şöyle davranır:					
Birbirlerini desteklemez biçimde					Birbirlerine bağlı biçimde
27. Destek alırım					
Arkadaşımdan/aile üyelerinden					Hiç kimseden
28. Zor zamanlarda ... eğilimim vardır					
Her şeyi umutsuzca gören bir					Beni başarıya götürebilecek iyi bir şey bulma
29. Karşılıklı konuşma için güzel konuların düşünülmesi, benim için ...					
Zordur					Kolaydır
30. İhtiyacım olduğunda ...					
Bana yardım edebilecek kimse yoktur					Her zaman bana yardım edebilen birisi vardır
31. Hayatımdaki kontrol edemediğim olaylar (ile) ...					
Başa çıkmaya çalışırım					Sürekli bir endişe/kaygı kaynağıdır
32. Ailemde şunu severiz ...					
İşleri bağımsız olarak yapmayı					İşleri hep beraber yapmayı
33. Yakın arkadaşlarımla/aile üyeleri ...					
Yeteneklerimi beğenirler					Yeteneklerimi beğenmezler

### Yetişkinler İçin Dayanıklılık Ölçeği

## ÖZGEÇMİŞ

**Ad-Soyad** :Pelin KELEŞ

**Doğum Tarihi ve Yeri** :

**E-posta** :

### ÖĞRENİM DURUMU:

- **Lisans** : 2015, İstanbul Bilim Üniversitesi, Florence Nightingale Hemşirelik Yüksek Okulu

### MESLEKİ DENEYİMLER:

- 2014-2016 yılları arasında Dora Hospital YeniDoğan Yoğun Bakım Ünitesinde Sorumlu Hemşire olarak çalıştı.
- 2016 yılından günümüze kadar halen Fransız Lape Hastanesi'nde Psikiyatri Hemşiresi olarak çalışmaktadır.
- Aralık 2019 yılında Fransız Lape Hastanesi'nde gerçekleştirilen Psikiyatri Hemşireliği Sertifikasyon Programı'nda Eğitimci olarak görev aldı.