

**T.C.**  
**AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ**  
**SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**  
**HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI**

**MADDE KULLANIM BOZUKLUĞU OLAN BİREYLERİN**  
**DUYGUSAL FARKINDALIK VE ÖZ-KONTROL**  
**DÜZEYLERİNİN ÇEŞİTLİ DEĞİŞKENLERLE**  
**İNCELENMESİ**

Esra ÇELİK

YÜKSEK LİSANS TEZİ

2021-ANTALYA

**T.C.**  
**AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ**  
**SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**  
**HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI**

**MADDE KULLANIM BOZUKLUĞU OLAN BİREYLERİN**  
**DUYGUSAL FARKINDALIK VE ÖZ-KONTROL**  
**DÜZEYLERİNİN ÇEŞİTLİ DEĞİŞKENLERLE**  
**İNCELENMESİ**

Esra ÇELİK

YÜKSEK LİSANS TEZİ

**DANIŞMAN**  
**Dr. Öğr. Üyesi Dudu KARAKAYA**

“Kaynakça gösterilerek tezimden yararlanılabilir”

2021-ANTALYA

## TEŞEKKÜR

Yüksek lisans eğitim sürecimde her daim yanımda olan, hoşgörü ve samimiyetiyle tüm engin bilgileriyle desteğini en içten hissettiğim değerli danışmanım Dr. Öğr. Üyesi Dudu KARAKAYA'ya,

Yüksek lisans eğitimime başlangıcında alan seçimimde katkısı olan ve bana psikiyatri hemşireliğini sevdiren, katkısı çok büyük kıymetli Prof. Dr. Perihan GÜNER'e,

Yüksek lisans eğitimimin tüm aşamasında bilgileri ile katkı sağlayan değerli hocalarıma,

Yardımlarını esirgemeyen, çalışmanın istatistik desteğini tüm titizliğiyle sağlayan kıymetli hocam Prof. Dr. Mehmet Ziya FIRAT'a

Araştırmaya katılmayı kabul eden ve değerli vaktini bana ayıran tüm katılımcılara,

Araştırmanın yöntemi olarak katılımcılarla yapılan görüşmelerde benden desteğini esirgemeyen, samimiyetini her daim hissettiğim Akdeniz Üniveristesesi Rekrörlüğü'ne bağlı Alkol ve Madde Bağımlılığı Araştırma ve Uygulama Merkezi ekibine,

Tüm hayatım boyunca bana destek olan, sevgisini her daim hissettiğim kıymetli annem Nurşen ÇELİK, babam Bayram Ali ÇELİK, kardeşim İclal ÇELİK KAHVECİ ve sevgili yeğenim Metin Alp KAHVECİ'ye

sevgi, saygı ve teşekkürlerimi sunarım.

## ÖZET

**Amaç:** Bu çalışma madde kullanım bozukluğu olan bireylerin duygusal farkındalık ve öz kontrol düzeylerinin çeşitli değişkenlerle incelenmesi amacıyla yapılmıştır.

**Yöntem:** Tanımlayıcı-ilişki arayıcı türde olan bu çalışma, Akdeniz Üniversitesi Rektörlüğü'ne bağlı Alkol ve Madde Bağımlılığı Araştırma Uygulama Merkezi'nde Temmuz 2019- Kasım 2020 tarihleri arasında yapılmıştır. Örneklem, evreni bilinen örnekleme yöntemiyle belirlenmiş olup, implant tedavisi alan ve detoksifikasyon tedavisini tamamlamış toplam 144 birey çalışma kapsamına alınmıştır. Madde kullanım bozukluğu olan bireylerin 139'u erkek, yaş ortalaması 28.53, madde kullanmaya başlama yaşı 18.41'dir. Veriler, "Kişisel Bilgi Formu", "Duygusal Farkındalık Düzeyi Ölçeği" ve "Kısa Öz- Kontrol Ölçeği" kullanılarak toplanmıştır.

**Bulgular:** Bireylerin duygusal farkındalık düzeyleri ortalama 50.31 puan, öz-kontrol düzeyleri ise ortalama 28.73 puan olarak belirlenmiştir. Bireylerin %85.4'ünün duygusal farkındalık puanı, %81.2'sinin öz-kontrol puanı düşük bulunmuştur. Katılımcıların bireysel özelliklerine göre duygusal farkındalık düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmazken ( $p>.05$ ), eğitim durumu, çalışma durumu, gelir düzeyi, kendine zarar verici davranışta bulunma durumu ve intihar girişiminde bulunma durumu açısından öz-kontrol düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu belirlenmiştir ( $p<.05$ ). Duygusal farkındalık düzeyi ile öz-kontrol düzeyi arasında çok zayıf, negatif yönde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır ( $r = -.17, p<.05$ ).

**Sonuç:** Madde kullanım bozukluğu olan bireylerin duygusal farkındalık ve öz-kontrol düzeyleri düşüktür. Duygusal farkındalık ile öz-kontrol arasında negatif bir ilişki bulunmaktadır. Bu bireylerde duygusal farkındalığı ve öz-kontrolü artırmak ve duyguyu yönetimini geliştirmek üzere müdahalelerin planlanması önerilmektedir.

**Anahtar Kelimeler:** duygusal farkındalık, madde kullanım bozukluğu, öz kontrol, psikiyatri hemşireliği

## ABSTRACT

**Objective:** This study was conducted to investigate of the emotional awareness and self-control levels of individuals with substance use disorders with various variables.

**Method:** This descriptive-correlational study was conducted between July 2019 and November 2020 at Alcohol and Substance Abuse Research and Application Center (AMBAUM) of Akdeniz University Medical School. The sample universe was determined by the known sampling method and a total of 144 people who received implant treatment and completed detox treatment were included in the study. 139 of the individuals with substance use disorder are male, the average age is 28.53, the age of starting to use substances is 18.41. The data were collected using "Personal Information Form", "Emotional Awareness Scale" and "Brief Self-Control Scale".

**Results:** The emotional awareness level of individuals with substance use disorder is is determined to be 50.31 points on average, and their self-control level is 28.73 points on average. The emotional awareness score of 85.4% of the individuals and the self-control score of 81.2% were found to be low. While there is no statistically significant difference between the emotional awareness levels of the participants according to their individual characteristics ( $p > .05$ ), It was found that there is a statistically significant difference between the levels of self-control in terms of educational status, employment status, income level, self-injurious behavior and suicidal attempts ( $p < .05$ ). It was found that there is a very weak, negatively significant relationship between the emotional awareness level and the self-control level. ( $r = -.17, p < .05$ ).

**Conclusion:** Individuals with substance use disorders have low levels of emotional awareness and self-control. There is a negative relationship between emotional awareness and self-control. It is recommended to plan interventions to increase emotional awareness and self-control and improve emotion management in these individuals .

**Key words:** emotional awareness, substance use disorder, self-control, psychiatric nursing

# İÇİNDEKİLER

<b>ÖZET</b>	<b>I</b>
<b>ABSTRACT</b>	<b>II</b>
İÇİNDEKİLER	III
TABLolar	VI
ŞEKİLLER	VII
SİMGELELER VE KISALTMALAR	VIII
<b>1. GİRİŞ</b>	<b>1</b>
<b>2. GENEL BİLGİLER</b>	<b>3</b>
2.1. Madde Kullanım Bozukluğu	3
2.1.1. Madde Kullanım Bozukluğu Tanımı	3
2.1.2. Madde Kullanım Bozukluğu Epidemiyolojisi	6
2.1.3. Madde Kullanım Bozukluğu Tedavi Yöntemleri	8
2.1.4. Madde Kullanım Bozukluğunun Etkileri	10
2.1.5. Madde Kullanım Bozukluğunun Önlenmesi	12
2.2. Duygusal Farkındalık	12
2.2.1. Duygusal Farkındalık Tanımı	12
2.2.2. Madde Kullanım Bozukluğu ve Duygusal Farkındalık İlişkisi	17
2.2.3. Madde Kullanım Bozukluğu Olan Bireylerde Duygusal Farkındalıkla İle İlgili Mevcut Çalışmalar	18
2.3. Öz-Kontrol	18
2.3.1. Öz-Kontrol Tanımı	18
2.3.2. Madde Kullanım Bozukluğu ve Öz-Kontrol İlişkisi	19
2.3.3. Madde Kullanım Bozukluğu Olan Bireylerde Öz- Kontrol İle İlgili Mevcut Çalışmalar	20
2.4. Madde Kullanım Bozukluğu ve Psikiyatri Hemşireliği	20
<b>3. GEREÇ VE YÖNTEM</b>	<b>23</b>
3.1. Araştırmanın Türü	23
3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı	23
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	24

3.4. Araştırmanın Değişkenleri	28
3.5. Veri Toplama Araçları	29
3.5.1. Kişisel Bilgi Formu (EK-1)	29
3.5.2. Duygusal Farkındalık Düzeyi Ölçeği (EK-2)	29
3.5.3. Kısa Öz-Kontrol Ölçeği (EK-3)	30
3.6. Ön Uygulama	31
3.7. Verilerin Toplanması	31
3.8. Verilerin Değerlendirilmesi	32
3.9. Araştırmanı Etik Boyutu	34
3.10. Araştırmanın Sınırlılıkları	34
<b>4. BULGULAR</b>	<b>36</b>
4.1. Madde Kullanım Bozukluğu Olan Bireylerin Duygusal Farkındalık Düzeyleri	36
4.2. Madde Kullanım Bozukluğu Olan Bireylerin Bireysel Özelliklerine Göre Duygusal Farkındalık Düzeyleri	36
4.3. Madde Kullanım Bozukluğu Olan Bireylerin Öz-Kontrol Düzeyleri	38
4.4. Madde kullanım bozukluğu olan bireylerin bireysel özelliklerine göre öz-kontrol düzeyleri	38
4.5. Madde Kullanım Bozukluğu Olan Bireylerin Duygusal Farkındalık Ve Öz-Kontrol Düzeyleri Arasındaki İlişki	40
<b>5. TARTIŞMA</b>	<b>41</b>
5.1. Madde Kullanım Bozukluğu Olan Bireylerin Duygusal Farkındalık Düzeyleri	41
5.2. Madde Kullanım Bozukluğu Olan Bireylerin Bireysel Özelliklerine Göre Duygusal Farkındalık Düzeyleri	42
5.3. Madde Kullanım Bozukluğu Olan Bireylerin Öz-kontrol Düzeyleri	47
5.4. Madde Kullanım Bozukluğu Olan Bireylerin Bireysel Özelliklerine Göre Öz-Kontrol Düzeyleri	47
5.5. Madde Kullanım Bozukluğu Olan Bireylerin Duygusal Farkındalık ve Öz-Kontrol Düzeyleri Arasındaki İlişki	51
<b>6. SONUÇ VE ÖNERİLER</b>	<b>53</b>
<b>KAYNAKLAR</b>	<b>55</b>
<b>EKLER</b>	

EK-1 Kişisel Bilgi Formu

EK-2 Duygusal Farkındalık Düzeyi Ölçeği

EK-3 Kısa Öz-Kontrol Ölçeği

EK-4 Kurum İzin Yazısı

EK -5 Aydınlatılmış Onam Formu

EK-6 Etik Kurul İzin Yazısı

EK-7 Duygusal Farkındalık Düzeyi Ölçeği Kullanımı için İzin Yazısı

EK 8 Kısa Öz-Kontrol Ölçeği Kullanımı İçin İzin Yazısı

**ÖZGEÇMİŞ**

**81**



## TABLolar DİZİNİ

<b>Tablo 2.1.</b>	Duygusal farkındalık seviyeleri	15
<b>Tablo 3.1.</b>	Katılımcıların bireysel özellikleri	27
<b>Tablo 3.2.</b>	DFDÖ'nün normallik testi	32
<b>Tablo 3.3.</b>	KÖKÖ'nün normallik testi	33
<b>Tablo 4.1.</b>	Bireylerin duygusal farkındalık düzeyi	36
<b>Tablo 4.2.</b>	Madde kullanım bozukluğu olan bireylerin bireysel özelliklerine göre duygusal farkındalık düzeyleri	37
<b>Tablo 4.3.</b>	Bireylerin öz kontrol düzeyi	38
<b>Tablo 4.4.</b>	Madde kullanım bozukluğu olan bireylerin bireysel özelliklerine göre öz-kontrol düzeyleri	38
<b>Tablo 4.5.</b>	Duygusal farkındalık ve öz-kontrol düzeyleri arasındaki ilişki	40

## ŞEKİLLER DİZİNİ

<b>Şekil 2.1</b>	Bağımlılık Döngüsü	6
<b>Şekil 3.1</b>	Katılımcıların araştırmaya dahil edilme süreci	26
<b>Şekil 3.2</b>	DFDÖ puanlarının dağılımı	32
<b>Şekil 3.3</b>	KÖKÖ puanlarının dağılımı	33

## SİMGELER ve KISALTMALAR

- AMBAUM:** Akdeniz Üniversitesi Rektörlüğü Alkol ve Madde Bağımlılığı  
Araştırma ve Uygulama Merkezi
- APA** : Amerikan Psikiyatri Birliği
- DFDÖ** : Duygusal Farkındalık Düzeyi Ölçeği
- DSM** : Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı
- DSÖ** : Dünya Sağlık Örgütü
- KÖKÖ** : Kısa Öz-Kontrol Ölçeği
- SAMBA** : Sigara, Alkol ve Madde Bağımlılığı Tedavi Programı
- SAS** : İstatistik Analiz Yazılımı
- TUBİM** : Türkiye Uyuşturucu Bağımlılığı İzleme Merkezi

## 1. GİRİŞ

Madde kullanım bozukluğu, bireyler için fiziksel, mental, hukuksal ve sosyal açıdan oldukça ciddi problemlere yol açan, aşırma ve tolerans süreçleriyle aşılması zor bir durum haline gelen küresel bir sorundur (Şengül ve Herken, 2010; Karataşoğlu, 2013). Literatürde madde kullanımının duygusal süreç, algı ve duygusal bilginin işlenmesini ciddi şekilde etkilediği belirtilmiş (Seely ve ark., 2012; Harris ve Brown, 2013), madde kötüye kullanımı gibi olumsuz davranışlar, duyguların düzenlenememesi veya yönetilememesi ile ilgili problemlerle ilişkilendirilmiştir (Novick-Kline ve ark., 2005). Beyindeki ödül sisteminin işleyişinde meydana gelen bozulma ile birlikte oluşan olumsuz duygu, madde kullanımının artmasına yol açabilmektedir (Berking ve ark., 2011; Metin, 2013). Aynı zamanda dürtüsellüğün de alt boyutu olan öz kontrol, maddeye olan bağımlılık riskini artıran etmenlerden biridir (Clemente, 2016). Duygu düzenleme güçlüğü yaşayan madde kullanım bozukluğu olan bireyler, olumsuz duygular karşısında dürtüsel davranışlarını kontrol etmekte zorluk yaşayabilmektedir. Duygu düzenleme becerisinin ilk basamağı ise duyguların farkındalığıdır (Croyle ve Waltz, 2002). Duygusal süreçlerle ilgili oluşan madde kullanımının önlenmesi adına öncelikle bireyin duygularını fark etmesi ve tanımlayabilmesi gerekmektedir. Bu sebeple bireyin var olan duygularını düzenleyebilmesi veya yönetebilmesi ve duygularını değiştirebilmesi için duygularının farkında olması gerektiği düşünülmektedir. Olumsuz yaşantılar veya durumlar karşısında oluşan negatif duyguları kontrol etmeye yardımcı olan duygusal farkındalığın, öz-kontrolü sağlayarak bireylerin madde yönelimini olumlu etkileyebileceği düşünülmektedir.

Psikiyatri hemşireleri, madde kullanım bozukluğu olan bireylerle yakından çalışır ve bu süreçte onların duygularındaki değişimleri gözlemleyebilirler. Psikiyatri hemşirelerinin bireylerin duygularını fark etmesinde ve bu duyguları ile başatmasında önemli rolleri bulunmaktadır. Psikiyatri hemşirelerinin asıl amacı, farkına varılan olumsuz duyguları ortadan kaldırmaktan ziyade, bireyin bu duygularla nasıl başa çıkabileceği konusunda bireyi güçlendirmek ve olumsuz duygularını kontrol etmede bireye yardımcı olmaktır. Ülkemizde 19 Nisan 2011 tarihinde yayınlanan hemşirelik yönetmeliğiyle Alkol ve Madde Bağımlılığı Merkezi hemşiresinin görev, yetki ve sorumlulukları açıkça

belirtilmiştir. Buna göre tedavi için başvuran bireyler ve aileleri için fiziksel tanılama ve girişimlerin yanısıra psikososyal tanılama ve uygulama sorumluluğu bulunmaktadır. Yönetmelikte bu bireylerin duygusal tepkilerine, başetme davranışlarına odaklanması ve duyguların ifade edilmesini kolaylaştırma gibi girişimlerin planlanması ve uygulanması önerilmiştir. Bu bağlamda tedavi ekibinin bir üyesi olan psikiyatri hemşireleri, bireyin duygularını fark etmesini ve bireyi güçlendirerek öz-kontrol düzeyinin artmasını sağlayabilir.

Madde kullanım bozukluğu olan bireylerde madde kullanımını önlemek ve azaltmak için, etkin uygulamaların planlanabilmesi adına, bu bireylerin duygusal farkındalık ve öz-kontrol düzeylerinin bilinmesinin faydalı olacağı düşünülmektedir. Ayrıca madde kullanım bozukluğu olan bireylerin olumsuz duygularla baş edemediği ve dürtüsel davranışlar sergilediği bilinmektedir (Weiss ve ark., 2013; Karakuş, 2015). Bireylerin var olan duygularının farkında olmasının ve öz-kontrolünü sağlayabilmesinin madde kullanımı üzerinde etkili olabileceği ve bu konudaki farkındalığın başetme davranışı geliştirmekte önemli olduğu düşünülmektedir. Bu amaçla araştırmada aşağıdaki sorulara yanıt aranmıştır:

1. Madde kullanım bozukluğu olan bireylerde duygusal farkındalık düzeyleri nedir?
2. Madde kullanım bozukluğu olan bireylerin bireysel özelliklerine göre duygusal farkındalık düzeyleri farklılaşmakta mıdır?
3. Madde kullanım bozukluğu olan bireylerde öz-kontrol düzeyleri nedir?
4. Madde kullanım bozukluğu olan bireylerin bireysel özelliklerine göre öz-kontrol düzeyleri farklılaşmakta mıdır?
5. Madde kullanım bozukluğu olan bireylerin duygusal farkındalık ve öz-kontrol düzeyleri arasında ilişki var mıdır?

## 2. GENEL BİLGİLER

### 2.1. Madde Kullanım Bozukluğu

#### 2.1.1. Madde Kullanım Bozukluğu Tanımı

Günümüzde gün geçtikçe hızla artan madde kullanım bozukluğu (Erdur-Baker ve Doğan, 2018), dünya genelinde cinsiyet, ırk, sosyal ve ekonomik koşul gözetmeksizin görülebilen en önemli toplum sağlığı problemlerinden biridir (Turhan ve ark., 2011; Ghitza, 2015; Jafari ve ark., 2015). Aynı zamanda çok boyutlu bir sorun haline gelmiştir (Engin ve Kutlu, 2015). Madde kullanım bozukluğu olan bireyler, madde kullandıkları süreç içinde damgalanmakta; sağlıkla ilgili, psikolojik, sosyal, yasal ve ekonomik sorunlarla karşılaşmaktadır (Erbay ve ark., 2016). Bu bireylerin ailesi ve içinde yaşadığı toplum da etkilenmektedir (Engin ve Kutlu, 2015; Villegas-Pantoja ve Mendez-Ruiz, 2016).

Madde kullanım bozukluğu, beyin ile ilgili sistemleri etkileyen, davranış, duygu ve düşünce değişikliği yaratan, aynı zamanda beynin ödül sistemine etki etmesiyle gerçek olmayan bir iyilik hali yaratan, bozukluğu olan bireylerde madde alımının devam ettirilmesine sebep olan bir bozukluktur (Gürpınar ve Tokçuoğlu, 2006; Karataşoğlu, 2009; Mutlu, 2013; Ögel ve ark., 2014; Bilgiç, 2018). Amerikan Psikiyatri Birliği, madde kullanım bozukluğunu bireyin kullandığı madde dozunu giderek artırması, kullandığı maddeyi bırakması durumunda yoksunluk belirtilerinin ortaya çıkması, bırakma girişimlerinin başarısız olması, zarar görmesine rağmen madde kullanmayı sürdürmesi, zamanının büyük bir bölümünü madde arayışı ile geçirmesi, kişinin planladığından veya düşündüğünden fazla kullanması ve madde kullanımını kontrol edememesi olarak tanımlamaktadır (APA, 2013). Literatürde hala sıklıkla karşımıza çıkan ‘bağımlılık’ ve ‘madde kötüye kullanımı’ kavramları, tanı ölçütleriyle birlikte DSM-5’te (The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) “Madde Kullanım Bozuklukları” tanısı altında yer almaktadır (APA, 2013).

Madde kullanım bozukluğu tanısı koyabilmek için belirli durumların oluşması ve kriterlerin değerlendirilmesi gerekmektedir. Bu durumlar ve kriterler DSM-5’te açıkça

belirtilmiştir. Madde kullanım bozukluğu, 12 aylık süre içerisinde, aşağıda verilen maddelerin en az ikisi ile kendini gösteren, klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya ve işlevsellikte düşmeye yol açan, sorunlu bir madde kullanım örüntüsünü tanımlamaktadır. Tanı kriterleri için maddeler şu şekildedir:

1. Çoğu kez, istendiğinden daha büyük ölçüde ya da daha uzun süreli olarak madde alınması,
2. Madde kullanmayı bırakmak ya da denetim altında tutmak için sürekli bir istek ya da bir sonuç vermeyen çabaların olması,
3. Madde elde etmek, madde kullanmak ya da yarattığı etkilerden kurtulmak için gerekli etkinliklere çok zaman ayrılması,
4. Madde kullanmaya içinin gitmesi ya da madde kullanmak için çok büyük bir istek duyma ya da kendini zorlanmış hissetme,
5. İşte, okulda ya da evde, konumunun gereği olan başlıca yükümlülüklerini yerine getirememeye ile sonuçlanan, yineleyici madde kullanımı,
6. Madde etkilerinin neden olduğu ya da alevlendirdiği, sürekli ya da yineleyici toplumsal ya da kişilerarası sorunlar olmasına karşın madde kullanımını sürdürme,
7. Madde kullanımından ötürü önemli birtakım toplumsal, işle ilgili etkinliklerin ya da eğlenme-dinlenme etkinliklerinin bırakılması ya da azaltılması,
8. Yineleyici bir biçimde, tehlikeli olabilecek durumlarda madde kullanma,
9. Büyük bir olasılıkla maddenin neden olduğu ya da alevlendirdiği, sürekli ya da yineleyici bedensel ya da ruhsal bir sorunu olduğu bilgisine karşın madde kullanımının sürdürülmesi,
10. Aşağıdakilerden biriyle tanımlandığı üzere, dayanıklılık (tolerans) gelişmiş olması:
  - a. Esrikliği ya da istenen etkiyi sağlamak için belirgin olarak artan ölçülerde madde kullanma gereksinimi,

b. Aynı ölçüde madde kullanımının sürdürülmesine karşın belirgin olarak daha az etki sağlanması,

11. Aşağıdakilerden biriyle tanımlandığı üzere, yoksunluk gelişmiş olması:

a. Maddeye özgü yoksunluk sendromu belirtilerinin gösterilmesi,

b. Yoksunluk belirtilerinden kurtulmak ya da kaçınmak için madde ya da yakından ilişkili bir madde alınması (DSM-V, 2013).

Madde kullanım bozukluğu, DSM-5 tanı kriterlerinde de görüldüğü üzere, fiziksel olarak olumsuz etkilerine rağmen maddeye bağlı kalınması, zarar görülmesine rağmen kullanmak için engellenemeyen bir arzu ve istek olması, sonrasında da birçok yoksunluk belirtilerinin yaşanmasıdır (<https://www.yedam.org.tr/madde-bagimliliği>, Erişim Tarihi: 24 Mart 2021).

Madde kullanım bozukluğuna neden olan maddeler, alkol, kafein, esrar, halusinojenler, inhalanlar, opiyatlar, sedatif-hipnotik ve anksiyolitikler, stimulanlar, nikotin ve diğer maddelerdir (DSM-V, 2013). Tüm bu maddelerin farmakolojisinin ve etkilerinin farklı olduğu bilinmekte ve bağımlılık oluşturma süreçleri değişebilmektedir. Yatkinlığı olan bireylerde ve riskli ya da eğilimli gelişim dönemlerinde ilk madde kullanımı ile bağımlılık oluşabilirken, ara sıra madde kullanımından bağımlılığa geçişin nöroplastisiteyle ilişkili olduğu belirtilmiştir (Koob ve arkadaşları, 2008). Bağımlılık süreci genellikle her aşamasıyla birlikte döngü şeklinde ilerleyen bir süreçtir. Bireylerin madde kullanma düşüncelerinin oluşmasıyla başlayan, korku ve merak duygusunun eşlik ettiği, kişinin kendinden emin davranışlarıyla kendini kontrol edebilme düşüncesinin olduğu ve sosyal ya da psikolojik tüm etkenlere maruziyet sonrasında kullanımın devam ettiği, zararlarının bilinmesine rağmen kullanmak için duyulan arzu ve isteğin varlığı, madde bırakma isteğinin duyulan arzu ve istekten baskın olmasıyla maddeyi bırakma girişimlerinin olduğu ve bıraktıktan sonra da bir kereden bir şey olmaz düşüncesi sonucu madde kullanımının tekrarlanmasıyla süreci en başa götüren bir döngüdür ve Şekil 2.1' de gösterilmiştir (<https://yetiskin.tbm.org.tr>, Erişim Tarihi: 24 Mart 2021).





**Şekil 2.1.** Bağımlılık Döngüsü

Kaynak: Yeşilay. Türkiye bağımlılıkla mücadele eğitim programı.

### 2.1.2. Madde Kullanım Bozukluğu Epidemiyolojisi

Birleşmiş Milletler Madde ve Suç Ofisi'nin (UNODC) Dünya Uyuşturucu Raporu 2020 (World Durg Report 2020) raporuna göre küresel olarak, 269 milyon kişinin madde kullandığı tahmin edilmektedir. Aynı raporda, madde kullanan 269 milyon kişinin yaklaşık 35.6 milyonu madde kullanımını bozuklukları ile sıkıntı yaşamakta ve tedaviye ihtiyaç duymaktadır. 15- 64 yaş nüfusun yaklaşık % 0.7' ini yansıtan bu oran, madde kullanım bozukluklarının küresel yaygınlığını ifade etmektedir. Bu kişilerin yalnızca yedisinden biri tedavi olabilmekte ve hizmet kalitesi düşük tedavi almaktadır. Ayrıca raporda, enjeksiyon yoluyla madde kullanımında HIV enfeksiyonuna yakalanma olasılığının genel popülasyona göre 22 kat fazla olduğu bildirilmiştir. Küresel anlamda enjeksiyon yoluyla madde kullanan yaklaşık 11.3 milyon kişi olduğu, bu kullanıcılarda her sekiz kişiden birinin HIV ile yaşadığı, neredeyse yarısının yani 5.5 milyon kişinin Hepatit C ve bir milyonunun ise Hepatit B olduğu bildirilmektedir. Avrupa Uyuşturucu ve Uyuşturucu Bağımlılığı İzleme Merkezi (EMCDDA) 2020 yılı raporunda Avrupa'da

madde kullanımının geçmişe kıyasla artık çok daha geniş bir madde çeşidini kapsadığı belirtilmiştir. Madde kullanan bireyler arasında çoklu madde kullanımı yaygın görülmektedir. Avrupa Birliği'nde 2020 yılı raporu 2018 yılı verilerine göre 92 milyonun üzerinde yetişkinin hayatı boyunca en az birkez yasa dışı maddeleri denediği bildirilirken, 2019 yılı verilerine göre bu sayı 96 milyona ulaşmıştır. Uyuşturucu kullanımı deneyimi erkeklerde (57,8 milyon) kadınlardan (38,4 milyon) daha sık rapor edilmektedir. En sık kullanılan maddenin ise esrar (cannabis) olduğu görülmüş ve kullanım yaygınlığının diğer maddelerinkinin beş katı olduğu bildirilmiştir. Ülkemizde ise Türkiye Uyuşturucu ve Uyuşturucu Madde Bağımlılığı İzleme Merkezi'nin (TÜBİM) 2020 yılında hazırlanmış olduğu Türkiye Uyuşturucu Raporu verilerine göre; 2019 yılında 270.006 kişinin ayaktan, 12.495 kişinin ise yatarak tedavi görmesi amacıyla tedavi merkezlerine başvurduğu raporlanmıştır. Yatarak tedavi görenlerin cinsiyete göre dağılımları incelendiğinde, %93,9'unun erkek, %6,1'inin kadın olduğu anlaşılmaktadır. Yatarak tedavi gördükleri madde türlerine göre en fazla madde türünün %60 oranla erion olduğu bildirilmiştir. Ayrıca damar içi madde kullanan 2.551 kişinin %39,2' sinde Hepatit C, %4,5'inde Hepatit B, %1,2'sinde ise HIV olduğu raporlanmıştır. Raporda madde bağımlılığı tedavisi gören kişilerin ilk kullanım yaş ortalamasının 21,63 olduğu bildirilmiştir.

Madde kullanımına bağlı ölüm oranlarına baktığımızda, Dünya Uyuşturucu Raporu (2020) verilerinde, 2017 yılı için 585.000 kişi madde kullanımına bağlı olarak hayatını kaybetmiştir. Bu ölümlerin 167.000'i tamamen madde etkisine bağlı olup, tüm ölümlerin %28' ini oluşturmaktadır. 110.000 ölüm opioid kullanımına bağlı olmakta ve madde etkisine bağlı ölümlerin de %66'sını oluşturmaktadır. EMCDDA (2020) raporunda Avrupa'da madde kullanımı sonucu ortalama ölüm yaşının 41,7 olduğu ve %76'sının erkeklerden oluştuğu belirtilmiştir. Ülkemizde ise Türkiye Uyuşturucu Raporuna (2020) göre 2018 yılı verilerinde madde kullanımına bağlı ölüm sayısı 657 iken 2019 yılı verilerinde 342 olarak raporlanmıştır. Madde kullanımına bağlı ölüm yaşı ortalamasının 30,9 olduğu bildirilmektedir. Ölümlerin il bazında en fazla İstanbul'da sonrasında da Antalya'da olduğu belirtilmektedir (TÜBİM, 2020).

Madde kullanım bozukluğu ve madde kullanım oranı ülkemizde Amerika Birleşik Devletleri'ne ve Avrupa ülkelerine göre daha düşüktür. Ancak madde kullanım

sıklığında artma olup, bu artışın normal nüfus artış hızından yüksek olduğu bildirilmektedir (Albayrak ve Balcı, 2014; TUBİM 2017). TUBİM'e göre (2017), ülkemiz coğrafi olarak uyuşturucu maddelerin yasa dışı üretim ile tüketimi açısından bir bağlantı yolu olması nedeniyle hem hedef hem de geçiş ülkesi olarak etkilenmekte ve risk altında kalmaktadır.

### **2.1.3. Madde Kullanım Bozukluğu Tedavi Yöntemleri**

Madde kullanım bozukluğu tedavisi her tedavide olduğu gibi kişiye göre farklılıkları barındıran, kullanılan maddenin türüne ve ek olarak gelişen belirtilere göre değişiklik gösteren tedaviler olarak gerçekleştirilmektedir (Gültekin, 2018). Madde kullanım bozukluğu olan bireylerin tedavisi; tıbbi tedavi, psiko-sosyal tedavi ve sosyal rehabilitasyon programlarından oluşmaktadır (Akbaş ve Mutlu, 2016). Kısa ve uzun vadede olmak üzere iki aşamalı tedaviler uygulanmakta, ilk aşamada yani kısa vadede birey için detoksifikasyon (arındırma) ve entoksikasyonla (zehirlenme) mücadele sağlanmaktadır. Uzun vadede ise farmakolojik tedavilerle birlikte, bireysel psikoterapiler, aile ve grup terapileri gibi psikososyal tedaviler uygulanıp birey için tam bir iyilik hali sağlanması amaçlanmaktadır (Tosun, 2008). Uzun vadede yer alan sosyal rehabilitasyonlarda amaç madde kullanım bozukluğu olan bireylerin topluma yeniden kazandırılması ve sosyal işlevselliğinin sağlanmasıdır (Köknel, 1998). Psikososyal tedaviler ise madde kullanım bozukluğu olan bireyin yeniden madde kullanmaya başlaması yani relapsların engellenmesi için becerilerin kazandırıldığı, madde kullanımının getirdiği davranış kalıplarının yerine yeni davranış biçimlerinin oluşturulduğu, ailesi ve çevresi ile ilişkilerinin düzenlendiği bireysel terapiler ve grup terapilerinin uygulandığı tedavilerdir (Ögel, 2001).

Ülkemizde madde kullanım bozukluğu tedavisi belirli kurumlarda yapılmaktadır. Madde kullanım bozukluğu olan bireylerin tedavileri AMATEM (Alkol ve Uyuşturucu Madde Bağımlıları Tedavi ve Araştırma Merkezi) ve ÇEMATEM (Çocuk Ergen Madde Bağımlılığı Tedavi Eğitim ve Destek Merkezi), üniversitelere bağlı tedavi birimleri, Sağlık Bakanlığı'na bağlı kamu hastanelerinin ve bazı özel hastanelerin psikiyatri klinikleri sayesinde sağlanmaktadır. Madde kullanım bozukluğu olan bireyler bu kurumlarda hem ayakta hem de yatarak tedavi olabilmektedir (Bayır, 2019).

### ***Psikofarmakolojik Tedaviler***

Psikofarmakolojik tedaviler, madde kullanım bozukluğunda tedavi yöntemlerinden biri olup, birincil yaklaşım olarak kabul edilmektedir. Farmakolojik müdahaleler; yerine koyma tedavisi, detoksifikasyon tedavisi, bloke etme tedavileri, aşermeyi azaltmaya yönelik tedaviler ve kaçınma tedavilerini içermektedir (Bukstein ve Horner, 2010). Madde kullanım bozukluğu olan bireylerin ilaç tedavisi, kısa süreli ve uzun süreli olmak üzere iki aşamada gerçekleştirilmektedir. Kısa süreli ilaç tedavisi madde zehirlenmesine yani entoksikasyona bağlı olarak gelişen fiziksel ve ruhsal bozuklukların veya kullanılan maddenin kesilmesiyle oluşan yoksunluk belirtilerinin kontrol altına alınması amacıyla yapılır. Uzun süreli ilaç tedavisi ise sürekli olan tedavi programları olup, yerine koyma ya da sürdürme tedavisi olarak yapılmaktadır (Köknel, 1998).

Madde kullanım bozukluğu, düzelme (remisyon) ve nüks (relaps) evreleriyle kronik zihinsel bir hastalık olarak bilinmekte (Bayır, 2019) ve diğer birçok kronik hastalıklarda olduğu gibi madde kullanım bozukluğunda da mevcut belirtilere yönelik tedavi uygulanmaktadır. Bu sebeple madde kullanım bozukluğuna özgü ve tamamen iyileşme sağlayan bir ilaç bulunmamaktadır (Özkalp, 2018).

### ***Psikososyal Tedaviler***

Uzun süredir yapılan çalışmalar göz önüne alındığında madde kullanım bozukluklarının tedavisinde en yaygın yaklaşımın bilişsel davranışçı yaklaşım olduğu görülmektedir. Bilişsel davranışçı yaklaşımlarda motivasyonel görüşmeler ve sorun çözme becerilerinin geliştirilmesine yönelik uygulamalar yapılmaktadır (Hoppes, 2006). Motivasyonel görüşme tekniği madde kullanım bozukluğu tedavi birimlerinde yaygın olarak kullanılan bir psikososyal tedavi yaklaşımı türüdür (Bilgiç, 2018).

### ***Rehabilitasyon***

Rehabilitasyon yöntemleri ile ilgili bir sistematik derlemede, Göz Hareketleriyle Duyarsızlaştırma ve Yeniden İşleme (EMDR), Biofeedback Terapisi, Denetimli Serbestlik Bağımlılık Programı, Hayvan Destekli Terapi, Tai Chi, Lirik Analiz, Müzik Terapi, Motivasyonel Görüşme, 28 Günlük Yatarak Rehabilitasyon Programı, Sigarayı Bırakma Tedavisi ve Pozitif Gelecek Planları Oluşturma'nın kullanıldığı belirlenmiştir. Rehabilitasyon çalışmalarının bireylerin maddeyi bırakmaya hazır oluş düzeyi, sosyal

becerileri, yaşam kalitesi, olumlu gelecek algısı, temiz kalma süresi, tedavi sonrası kendi kendine yardım programlarına katılma ve profesyonel yardım alma oranlarında artmayı ve fiziksel sağlığında iyileşmeyi sağladığı belirtilmiştir (Yalçıntürk ve ark. 2019).

#### **2.1.4. Madde Kullanım Bozukluğunun Etkileri**

##### ***. Madde Kullanım Bozukluğunun Birey Üzerindeki Etkileri***

Alkol ve madde kullanımı, bireyi etkilemesinin yanı sıra aileyi ve toplumu da etkilediği için fiziksel ve ruhsal sorunların yanında birçok sosyal, hukuki ve ekonomik soruna da yol açmaktadır. Madde kullanımı işlevselliğin birçok alanını etkilemekte ve madde ile ilişkili hastalığı olan bireylerin yaklaşık % 60-75'inde ek tanı bulunmaktadır (Kaya, 2014). Epidemiyolojik Dağılım Alanı (ECA) araştırma programı, alkol veya madde kullanım bozukluğu tanısı konan bireylerin yaklaşık yarısının ek bir psikiyatrik hastalık tanısına sahip olduğunu ortaya koymuştur (Bilgiç, 2018).

Kronik bir beyin hastalığı olan madde kullanım bozukluğunda bireyde aktivite intoleransı, beden gereksiniminden az beslenme, kendine bakımda yetersizlik gibi fiziksel sorunlarla yaşamaktadır (Kargın ve Hiçdurmaz, 2018). Özellikle alkolün fiziksel olarak etkilerine bakıldığında, en büyük zararının karaciğere olduğu bilinmektedir. Aşırı alkol alımı karaciğerde yağ ve protein birikimi yaparak karaciğer yağlanması neden olmakta; ülser, ince bağırsak hastalıkları, yetersiz sindirim nedeniyle zayıf beslenme, başta B vitamini olmak üzere önemli seviyelerde vitamin eksikleri gibi rahatsızlıklara ve kas güçsüzlüklerine yol açmaktadır (Tarhan ve Nurmedov, 2011). Zihinsel olarak, bireyi deprese ederek düşünme, yargılama ve kendini kontrol edebilme yetilerini bozmakta, motor hareketleri zayıflatmakta, bireyin uykuya geçiş sürecini kısaltarak uyku bölünmelerine neden olmaktadır. Ruhsal açıdan; heyecan, neşe, üzüntü, korku, nefret, bilinç, dikkat, hafıza, algı, düşünce, beklenti, istek ve eylemlerle ilgili işlevlerde azalma, artma ve sapmaya yol açmaktadır (Gültekin, 2018). Madde kullanım bozukluğu bireyin davranışlarındaki kontrolü, yaşam düzeni ve iyi oluş halini yitirmesine yol açmaktadır (Kargın ve Hiçdurmaz, 2018).

Madde kullanan bireylerin çoğunda aşırı güvensizlik, bağımlı kişilik yapısı, benlik ve ego zayıflığı, engellenmeye dayanma eşiğinde düşüklük, bunaltı, panik, çökkünlük ve ağır yılgınlık durumları sık yaşanmaktadır. Güvensizlik, güçsüzlük ve başarısızlığı

kapatabilmek için otoriteye karşı gelme, yasaları ve kuralları çiğneme eğilimi bulunduğu görülmektedir (Özbay ve ark., 2018).

### ***Madde Kullanım Bozukluğunun Aile Üzerindeki Etkileri***

Madde kullanımı sadece bireyi değil tüm aile üyelerini etkileyebildiği için bağımlılık bir aile hastalığı olarak değerlendirilmektedir (Roth, 2010). Birey günlük yaşantısının büyük çoğunluğunu madde bulma, madde kullanma ve maddenin etkilerinden kurtulma için harcamakta, bu nedenle sosyal rollerini yerine getirmede problemler yaşayabilmektedir. Bu durum bireyin aile yaşamını etkileyerek aile içi çatışmaları artırmakta ve tüm aile bireylerinde strese neden olabilmektedir. Aile üyeleri bağımlı bireyin sağlığı için endişelenebilmekte ve anksiyete yaşayabilmekte, kendilerini zayıf ve çaresiz hissedebilmektedirler. Madde kullanan bireyler maddeyle çok ilgilendikleri için kendilerine zaman ayırmada da güçlük yaşayabilmektedirler. Ayrıca madde kullanım bozukluğu olan bireylerde şiddet eğilimi, diğer bireylere göre daha yüksek bulunmuştur (Völlm ve ark., 2018; Altuner ve ark., 2009). Bu durum madde kullanım bozukluğu olan bireylerin ailelerinde aile içi şiddetin artması ve fiziksel yaralanmalara neden olabilmektedir. Alkol kullanımı sonucunda yaşanan problemler veya biten evlilikler, düzensiz aile yapısı, terk etme veya boşanma gibi sorunlar madde kullanım bozukluğunun aileye yansıyan etkileri olarak gösterilmektedir (Gültekin, 2018).

### ***Madde Kullanım Bozukluğunun Toplum Üzerindeki Etkileri***

Madde kullanım bozukluğu gibi kronik hastalıkların varlığında ruhsal sağlık sorunları ile beraber sosyal işlevselliğin de bozulduğu kanıtlanmıştır. Aynı zamanda bozukluğu olan kişide, madde kullanmanın ilerleyen evrelerinde, insan olmanın gerekleri olan sağlık, eğitim, çalışma gibi haklar zamanla kaybedilmekte, sağlıklı olmayan bir yaşam, yeti yitimleri, eğitimini yarıda bırakma, çalıştığı işten atılma gibi olumsuz sonuçlar da yine sosyal işlevselliği olumsuz etkilemektedir (Kargın ve Hiçdurmaz, 2018).

Madde kullanımının getirdiği sorunlar bireylerin, kişisel ilişkilerinin bozulması, yalnızlaşma, işini kaybetme, boşanma ve daha pek çok sosyal sorunla karşı karşıya kalmasına yol açmaktadır (Bilici ve ark., 2012). Yapılan bir araştırmaya göre intiharların yarısı ile cinayetlerin üçte birisi alkol ve madde ile ilişkilidir (Yenigün, 2006). Madde kullanım sorunları olan çalışan bireylerin büyük bir kısmının işe gitmedikleri, bunun da

büyük miktarda maddi zarara neden olduğu belirtilmektedir (Gümüş ve ark., 2002). Alkollü araba kullanımının sonucunda trafik kazaları, ölümler ve yaralanmalar, kazaların sonucunda ortaya çıkan ekonomik yük, gelir kayıpları, yaralı ve/veya sakat kalmış bireylerin tıbbi ve sigorta masrafları hem bireysel hem toplumsal boyutta büyük zararlara sebep olmaktadır (Yenigün, 2006).

### **2.1.5. Madde Kullanım Bozukluğunun Önlenmesi**

Madde kullanımının zararları sadece kullanıcı bireyin sağlık sorunları ile sınırlı kalmamakta, bireyin ailesine, çevresine ve toplumun tamamına yansıyan hukuki, sosyal ve ekonomik sorunları da beraberinde getirmektedir (DSÖ, 2017). Madde kullanımı özellikle ergenlik döneminde birçok risk faktörüyle birlikte başlamakta, madde kullanımına yönelik alınacak önlemler de gençlerde veya ergenlik döneminde önem kazanmaktadır. Madde kullanım bozukluğu birey, bireyin ailesi ve toplum açısından çok boyutlu bir sorun olması itibarıyla, önleme faaliyetlerinin de çok boyutlu ele alınması gerekmektedir. Madde kullanımının önlenmesine yönelik ulusal düzeyde yasal düzenlemeler bulunmakta olup, devlet kurumları da bu konuda üstüne düşen sorumlulukları yerine getirmektedir.

## **2.2. Duygusal Farkındalık**

### **2.2.1. Duygusal Farkındalık Tanımı**

İnsanlık tarihinin varoluşundan bu yana bireylerin sağlıklı ilişkiler kurmasını sağlayan duygular, değerlendirilmesi ve tanımlanması güç bir kavramdır. Bu açıdan çok boyutlu yapısı itibarıyla öznesi insan olan her alanda birçok duygu tanımına rastlanabilir (Leahy, ve ark., 2011). İnsan yaşamı boyunca önemli bir işleve sahip duyguların hiçbiri nedensiz ortaya çıkmamaktadır. Bu anlamda duyguların en eski zamanlardan beri fonksiyonu, bireyin doğaya ve yaşama uyum sağlayabilmesine yardımcı olmak ve böylelikle hayatta kalmasına olanak sağlamaktır. Tüm bu bilgiler doğrultusunda duygular üzerine bazı tanımlamalar yapılmıştır. Bireylerin kendi içsel yaşamları ve diğer insanlarla olan ilişkilerinde, duygular ile kurulan ilişkilerin bir yaşam becerisi ve uyum yeteneği olduğu belirtilmektedir (Pyszczynski ve Greenberg, 1987). Aynı zamanda duygular bir amaç doğrultusunda hareket etmede karar vermeye yardım eden ve bir durumdan kaçınmaya karar vermede rolü olan bir süreç olarak tanımlanmaktadır (Frijda, 1986). Doğrudan

davranışları etkileyebildiği gibi dolaylı olarak da davranışlarımızı şekillendirebilmektedir (Baumeister, Vohs, DeWall ve Zhang, 2007).

Tesadüfi ve nedensiz oluşmayan duygular, herhangi bir uyaran ile birlikte otomatik bir şekilde, fiziksel veya etrafta oluşan değişiklikler sonucu, var olan düşünceyi değiştirmek gibi belirli durumlarda ve belirli sebeplerle oluşabilmektedir (Caruso ve Salovey, 2004). Duyguların oluşumu ile ilgili farklı kuramlar ve farklı yaklaşımlar bulunmaktadır. Bilişsel yaklaşımlar duyguların düşünceden etkilenecek oluştuğunu savunurken, sosyo-kültürel yaklaşımlar duyguları yaşama ve fark etmede kültürlerarası değişikliklerin etkisinin olduğunu açıklamaktadır (Kuyumcu, 2012). Bireylerin belirli sebeplerle oluşan duygularını kabullenmesi ve hayatlarını şekillendiren bu duygularla yaşamayı öğrenmesi kaçınılmaz bir gerçek olarak ortaya çıkmaktadır. Duygularını kabullenmek yerine görmezden gelerek reddeden veya bastıran bireylerde fiziksel ve ruhsal açıdan bazı problemlerin ortaya çıktığı ve ruhsal anlamda sağlıklı olan bireylerin duygularını inkar etmeyerek kabullenmesiyle duygularını yönetebilme becerisi geliştirdikleri görülmektedir (Kesen, 2014).

Duygular ilkel zamanlarda anlık oluşan tepkileri ortaya çıkaran bir faktörken, günümüzde kişisel ve toplumdaki gelen istekler doğrultusunda bir denge kurarak bireyin çevreye olan uyumunda önemli bir öğedir. Duyguların düzenlenememesi ve yönetilememesi ile alakalı problemlerin madde kötüye kullanımı gibi olumsuz davranışlarla da ilişkilendirildiği belirtilmiştir (Novick-Kline ve ark., 2005). Bu açıdan bireylerin duygu odaklı eylemlerinin sağlıklı ve uyumlu oluşabilmesi adına kendi duygularını ve çevresindeki bireylerin duygularını fark etmesi ve bunları düzenleyebilmesi gerekmektedir. Croyle ve Waltz'e (2002) göre duyguları yönetme veya düzenlemenin bir bileşeni duygunun farkına varmaktır. Duyguyu fark etmek demek o anda oluşan duyguyu kavramak ve bilmek demektir. Bu anlamda bir yaşam becerisi ve uyum yeteneği olan aynı zamanda davranışları şekillendirmede rol oynayan duyguları sadece hissetmek yeterli olmamaktadır. Yaşanılan duyguyu anlamlandırmak, farkına varmak ve duyguyu tanımlamak, duyguların verdiği mesajları tam anlamıyla anlamak için gereklidir.



Amerikan Psikoloji Birliği'ne göre (APA, 2013) olumsuz duygu deneyimleri, bireylerin benlik saygılarını olumsuz etkilemekte ve kaygı ve duygudurum bozukluklarına temel oluşturmaktadır. Lane ve arkadaşları (1990) hissedilen duyguyu tanımlamanın, bireyin farklı duygular arasında ayırım yapabilmesine ve hissettiği duygunun nedenlerini saptamasına olanak sağladığını ileri sürmüşler ve bu bakış açısıyla duygusal farkındalık kavramını tanımlamıştır. Bireyin kendi duygularına yönelik algısı ve diğer insanların duygularını tanıma becerisi duygusal farkındalık olarak açıklanmaktadır (Lane ve Schwartz, 1987). Lane ve arkadaşları tarafından duygusal farkındalık olarak isimlendirilen duyguları tanımak ve anlamlandırmak farklı kuramcılar tarafından farklı isimlerle açıklanmaktadır. Duygusal farkındalık ifadesi yerine Swinkels ve Giuliano duygu durum farkındalığı, Salovey ve arkadaşları duygusal zeka, Lumley aleksitimi, Ciarocchi duyguları saptama becerisi olarak isimlendirmektedir (Civan, 2011). İsimlendirmede ortaya çıkan farklılıklar olsa da araştırmacılar, bireylerin birlikte bulunduğu çevre ile duygularını fark etme, tanıma ve düzenleyebilme gibi becerilerini ifade etmeye çalışmışlardır.

Birçok farklı yaklaşım da duyguları ifade etmenin ve önemini farklı bakış açılarından ele alarak duygusal farkındalığı açıklamaya çalışmaktadır. Psikanalitik yaklaşım her açıdan duyguların geniş oranda farkına varılması ve ifade edilmesine önem vermektedir. Freud, duyguların bastırılmasının, inkar edilmesinin ve gizlenmesinin histeri oluşumunu artırdığını ve duygularının engellenmesinin anksiyete, depresyon gibi psikopatolojik durumların ortaya çıkmasına neden olduğunu düşünmektedir . Olumsuz ve hoş olmayan duyguların, ifade etmeye karşı iç güdüsel baskı ve içselleştirilmiş sosyal kuralların varlığında ortaya çıktığı belirtilmektedir. Psikanalitik kurama önemli katkıları olan Jung ise, bireylerin duygularını inkar etme ve saklama durumlarının artması sonucu, kendisi ve diğer bireyleri değerlendirirken psikolojik olarak ayrılmayı artırdığını ve bu şekilde de kendisi ve diğer bireylerle ilgili bilgi kaynaklarını ortadan kaldırdığını ifade etmektedir (Zentner, 1999).

Hümanist yaklaşıma göre duygu farkındalığına ve duyguların ifadesine dikkat çeken en önemli isim olan Rogers için, duyguları ifade etmek ve yaşamak psikolojik açıdan sağlıklı olmanın bir parçası olarak görülmektedir. Rogers, duygu ifadesinin dört önemli

sonucu olduğunu belirtmektedir. İlk olarak bireyler kendi içsel yaşantılarının sürekli bir biçimde daha çok farkında olmaktadır. İkinci olarak birey artmış olan farkındalığıyla kendi bakış açıları ve yargılarına daha çok güvenmektedir. Üçüncü olarak dış kontolden ziyade iç kontrole sahip olarak diğer bireylerden kabul görmek adına duygu ifadesinde engellenmiş hissetmemektedir. Son olarak yaşamını sabit ve durağan bir süreçten ziyade sürekli değişen bir süreç olarak görmektedir (Rogers, 1961).

Bilişsel davranışçı yaklaşım kuramcılarında Beck'in geliştirdiği Bilişsel Terapi'nin amacı, bireyin duygusal zorlanmalarının altındaki nedenleri belirleyip, onlarla baştmasını sağlamaktır (Beck, 2001). Beck'in tedavi edici çalışma unsurlarından biri, bireylerin gizledikleri veya çekindikleri duyguların farkına varmalarına yardım etmek, sakladıkları ve acı veren duyguları tanımalarını ve bu duyguların ifadesinde daha rahat olmalarını ve kabullenmelerini sağlamaktır (Beck, 1976).

Lane ve arkadaşları (1990), duyguların ifade edilmesine yönelik temel olarak beş farklı düzeyden oluşan duygusal farkındalık seviyeleri öne sürmektedir. Chhatwal ve Lane (2016), her düzeyi, bireyin duygusal tecrübesinin özneliği, empati ve duygularını tanıma becerisi ile ilişkilendirerek bu farkındalık seviyelerini tanımlamaktadır. Bu seviyeler, Tablo 2.1'de duygusal motor- refleksif düzey, duygusal motor- etkin düzey, işlem öncesi düzey, somut işlem düzeyi ve formal işlev düzeyi olarak görülmektedir.

**Tablo 2.1.** Duygusal farkındalık seviyeleri

Seviye 1 Somatik duyular /Duyusal motor refleksif düzey	Bu seviyedeki duygusal deneyim, bedensel duyumlardan oluşur. Bireyler somatik duyumları tanımlar fakat deneyimlerinin bir tanımını sunamazlar. Bu deneyim düzeyi, duygusal tepkilerin temelini oluşturan fizyolojik uyarılmaya karşılık gelir. Bu seviyedeki duygusallık, karşısındaki kişi güldüğünde gülmek ya da ağladığında beraber ağlamak gibi refleksif hareketlerden oluşur. Duygular bedenle ilişkilendirilir ve bundan dolayı diğerlerinin duygularına karşı bir farkındalık oluşmaz.
--	---

**Tablo 2.1. Devam-** Duygusal farkındalık seviyeleri

<p>Seviye 2</p> <p>Eylem eğilimleri /Duyusal motor-etkin düzey</p>	<p>Bu seviyedeki duygusal deneyim, eylemler veya eylem eğilimlerinden (yaklaşım veya kaçınma, kendine zarar verici davranış vb.) oluşur. Bu eylem eğilimlerinde, genel olarak iyi veya kötü gibi genel ifadelere rastlanırken detaylı bir şekilde ayırt edilemeyen duygular hissedilir. Bu seviyedeki bireyler hem bedenlerinde hissettikleri duygunun, hem de duygu kaynaklı davranışların farkında olabilir. Başka insanların duygularını fark etme noktasında bireyin yeterliliği sınırlı seviyededir.</p>
<p>Seviye 3</p> <p>İşlem öncesi düzey</p>	<p>Bu seviyede bireyler, duyguları ayrı ve özgül duygusal bir duygu hali olarak yaşayabilirler. Duygunun tanımı tek boyutlu ve çoğunlukla kalıplaşmıştır ("Kızgın hissediyorum" cümlesinde olduğu gibi). Kişiler sınırlı olan bireysel duygularını tanımlar ama bu duygusal farkındalığın sadece çok azını ifade eder.</p>
<p>Seviye 4</p> <p>Somut işlem düzeyi</p>	<p>Bu seviye, birbirine zıt veya açıkça farklı olan duygulara sahip olmayla, yani aynı anda hem üzgün olma hem de umut besleme gibi duyguları yaşayabilme ile karakterizedir. Yani bireyler bu düzeyde farklı duyguları tanıma ve onları harmanlayarak deneyimleyebilme yetisine sahip olmuşlardır. Bu seviyedeki kişiler, başka kişilerin aynı durumlar karşısında nasıl tepkiler verebileceğini kestirebilir. Bu düzeydeki bireyler hem kendilerinin hem de diğerlerinin çoklu duygularını tanıyabilir.</p>

**Tablo 2.1. Devam-** Duygusal farkındalık seviyeleri

Seviye 5 Formal işlem düzeyi	Kişinin kendi deneyimi, çeşitli duygularının harmanlanması ile veya çeşitli yoğunluk ve nitelikteki duygularıyla karakterizedir. Duyguların kendi içinde farklılaşması, başka birinin duygularına ortak olabilme becerisi ve başkalarının duygularını tanıyabilme yeteneği zirve noktasına ulaşır. Bu seviyedeki kişi, kendi içinde bulunduğu durumda tarafsız başka bir kişinin duygularını çok boyutlu ve ayrıntılı olarak ayırt edebilir düzeye gelmiştir.
---------------------------------	---

Kaynak: Chhatwal J, Lane RD. A cognitive-developmental model of emotional awareness and its application to the practice of psychotherapy. *Psychodynamic Psychiatry*, 2016; 44(2): 305-325.

### **2.2.2. Madde Kullanım Bozukluğu ve Duygusal Farkındalık İlişkisi**

Bireyler, stresini azaltmak, rahatlamak, anksiyetesini kontrol etmek veya duygularını değiştirmek için madde kullanımına yönelebilmektedir. Başlangıçta, var olan olumsuz duygulardan kaçmak veya kritik bir durumu yönetmek veya ortadan kaldırmak için başlanan madde kullanımı, kontrol edilemeyerek madde kullanım bozukluğuna sebep olmakta ve madde kullanımının devamlılığını sağlamaktadır (Arabacı ve ark., 2018). Bireylerin olumsuz duygularla baş edememesi, buna bağlı yaşanan çatışmaları yönetememesi, bireyi dürtüsel davranarak madde kullanımına itmektir. Madde kullanımı sonrası suçluluk, pişmanlık gibi olumsuz duygular yaşanarak bireyi yeniden madde kullanımı ile kısır bir döngüye sürüklemektedir (Bradizza ve ark. 2006).

Madde kullanım bozukluğu olan bireyler, madde kullanarak olumsuz durumlarla başa çıkmaya ya da beyindeki ödül sistemini aktive ederek gerçek olmayan bir iyilik hali yaratmaya çalışmaktadır. Madde kullanan bireylerin, negatif duyguların etkisini ortadan kaldırmak veya negatif duygu durumu yaşamaktan kaçınmak için etkisiz başetme yöntemlerini kullandıkları ve benimsedikleri, kullanılan maddeyi de duygulardan kaçmak için yine bir araç olarak kullandıkları belirtilmiştir. (Davis ve ark., 2004). Bu açıdan bireyin hissettiklerini veya var olan duygusunu anlamlandırabilmesi, mevcut

durumu için önemli bir bilgi sağlamakta, sonraki süreçlerde en doğru alternatifleri ortaya koymakta ve gerektiğinde mevcut duygusunu değiştirmeye yönelik seçenekler sunmaktadır (Feldman-Barret ve ark., 2001). Dolayısıyla duygusal farkındalık, negatif duyguyu pozitif çevirmek adına önemli bir etken olarak karşımıza çıkmaktadır. Bu anlamda madde kullanan bireylerde madde kullanımına iten bu negatif duygunun tanınmasının, anlamlandırılmasının ve duygusal farkındalığın olmasının, madde kullanım döngüsünü kırmada önemli olduğu düşünülmektedir. Bunun yanı sıra bireyin duygusal olarak farkındalık kazanması bir başetme yöntemi olarak görülmekte olup (Zautra, 2003), madde kullanan bireylerde etkin olmayan baş etme yöntemlerinin kullanılmasını önleyebileceği görülmektedir.

### **2.2.3. Madde Kullanım Bozukluğu Olan Bireylerde Duygusal Farkındalıkla İle İlgili Mevcut Çalışmalar**

Bağımlılık alanında duygusal farkındalık düzeyini inceleyen Carton ve arkadaşlarının (2008, 2010) yapmış olduğu iki çalışmaya rastlanılmıştır. Sigara içen bireyler ve alkol ve madde kullanımı olan bireylerin yer aldığı çalışmalarda, sigara içen bireylerin duygusal farkındalık düzeylerinin düşük olduğu ortaya koyulurken, alkol ve madde kullanan bireylerde orta düzey duygusal farkındalık olduğu bulunmuştur.

## **2.3. Öz-Kontrol**

### **2.3.1. Öz-Kontrol Tanımı**

Öz-kontrol, bireyin içsel tepkilerini değiştirebilme ve bastırma yeteneği, istenmeyen davranışsal eğilimlerin önüne geçebilme ve istenmeyen davranışlardan kendini alıkoyma kapasitesi olarak tanımlanmaktadır (Tangney ve arkadaşları, 2004). Aynı zamanda öz-kontrol, bireyin kendi standartlarına ve amaçlarına ulaşmak için, davranışlarını değiştirebilme veya uyumlu hale getirebilme kapasitesi olarak tanımlanmaktadır (Baumeister ve arkadaşları, 2007).

Bireylerde öz-kontrol süreçleri ve becerilerini inceleyen Kanfer ve Karoly (1972), öz-kontrolün üç bileşenli bir modelden oluştuğunu ve birbirini etkileyen süreçler olduğunu ileri sürmüktedir. Bu üç bileşen öz-izleme, öz-değerlendirme ve öz-güçlendirme olarak açıklanmaktadır. Öz-izlemede birey, kendi durumunu, çevresi tarafından gözlenen veya

gözlemlenemeyen davranışlarını, düşünce ve duygularını değerlendirir veya izler. Bu değerlendirmede birey, mevcut davranışı ile hedeflediği davranışın uyumunu değerlendirir. Bu aşamada davranışın gerçekleştirilmesi üzerinde odaklanılmıştır (Mezo, 2009). Öz-kontrolün ikinci boyutu olan öz-değerlendirme aşamasında birey, hedef davranışını bir standart ile kıyaslayarak ortaya çıkan tutarsızlıkları ve eksik yönleri tespit eder (Kanfer ve Karoly, 1972). Bu aşamada, davranışın olumsuz veya olumlu sonuçları üzerine odaklanılmıştır (Mezo, 2009). En son aşama olan öz-güçlendirme aşamasında, birey, değerlendirdiği ve kıyasladığı davranışın sonucunda davranışının devam edip etmeyeceğini belirlemektedir. Dolayısıyla bu aşama karar aşaması olup, davranışın devamlılığına karar vermeye odaklanılmıştır (Mezo, 2009). Öz-izleme, öz-değerlendirme ve öz-güçlendirmeden oluşan ve öz-kontrolü oluşturan bu yapı içerisinde Bandura (1991) öz-yeterlik kavramını da ekleyerek öz-kontrolün teorik çerçevesini genişletmiştir.

Ortaya koyulan üç bileşen açısından bakıldığında, öz-kontrol, bireyin otomatik olarak gerçekleşen eylemlerinden daha az güdüleyen ve daha az keyif veren davranışlarını sürdürme veya durdurma becerisi olarak tanımlanabilmektedir. Birey bir hedef davranış belirlemeli, ona ulaşmak istemeli ve bu yapısal süreçle davranışa karar verebilmeli, dolayısıyla davranışlarını bu şekilde organize ederek gerçekleştirmelidir (Kanfer, 1986).

### **2.3.2. Madde Kullanım Bozukluğu ve Öz-Kontrol İlişkisi**

De Ridder ve arkadaşları (2012) tarafından yapılan bir meta-analiz çalışmasında, öz kontrolün, kişilerarası ilişkiler, karar verme ve bağımlılık ile orta düzeye yakın bir ilişkisi olduğu ifade edilmiştir. Aynı zamanda Allen ve arkadaşları (1998) da düşük öz-kontrol seviyesinin madde bağımlılığı ile ilişkisi olduğunu bulmuşlardır. Düşük öz-kontrole sahip olan bireylerin suça karışma, sigara içme, hız yapma, aşırı alkol tüketimi ve kumar oynama ile birlikte çeşitli bağımlılık davranışlarını gösterme eğiliminin yüksek olduğu belirtilmektedir (Gottfredson, 1990). Aynı şekilde Vazsonyi ve arkadaşları (2006) da düşük öz-kontrole sahip bireylerin alkol ve madde kullanımına yatkınlık gibi özelliğinin olduğunu belirtmektedir. Madde kullanan bireylerin öfke, saldırganlık, şiddet, madde kötüye kullanımı, riskli cinsel ilişkilerde bulunma gibi kontrolsüz ve riskli davranışlar sergilemeleri dürtüsel davranışlar çerçevesinde

değerlendirilebilmektedir. Bu bağlamda dürtüsel davranışlar ile madde kullanımı birlikte ele alındığında öz kontrol mekanizmasının önemli ve belirleyici bir faktör olduğu görülmektedir (Quinn ve Fromme, 2010; Sheehan ve ark., 2016).

### **2.3.3. Madde Kullanım Bozukluğu Olan Bireylerde Öz- Kontrol İle İlgili Mevcut Çalışmalar**

Literatürde sosyal medya bağımlılığı, internet bağımlılığı, yeme bozuklukları ve akademik başarı gibi birçok grupta öz-kontrolü inceleyen çalışmalar yer almaktadır. Madde kullanım bozukluğunda mahkumlar üzerinde yapılan öz-kontrolü inceleyen bir çalışmada, öz kontrolü düşük olan bireylerin, çeşitli suç davranışlarında bulunma eğiliminde olabileceği bildirilmiştir. Sosyal medya bağımlılığında öz-kontrolü inceleyen bir çalışmada, düşük düzeyde öz kontrole sahip olan öğrencilerin sosyal medya bağımlılığı için risk taşıdığı belirtilmiştir (Selçuk, 2019). Quinn ve Fromme (2010)'nin 17-19 yaşlarında katılımcılarla yürüttüğü çalışmada, öz kontrolün bireylerin alkol tüketimi gibi dürtüsel davranışlarda koruyucu bir etken olduğu ortaya konmuştur. Bulgulara göre alkol tüketimi fazla olan bireyler arasında öz-kontrolü yüksek olanların dürtüsel bir davranış olan riskli/güvensiz cinsel durumların yaşandığı ortamlardan uzak durdukları belirtilmiştir. Bulgulara ek olarak kadın katılımcıların erkek katılımcılara göre daha yüksek oranda öz-kontrol seviyelerinin olduğu saptanmış ve erkeklerin daha fazla heyecan arayışında olduklarını bildirilmiştir. Başka bir çalışmada, öz-kontrolün çeşitli faktörler üzerindeki yordayıcılık etkisi, esrar kullanımı ve esrar kullanımı sonucu oluşan sorunların olasılığı ve yoğunluğu incelenmiştir (Dvorak ve Day, 2013). Çalışmaya göre davranışsal öz-kontrolü yüksek olan bireylerin esrar kullanma olasılığının daha düşük olduğu bulunmuştur.

### **2.4. Madde Kullanım Bozukluğu ve Psikiyatri Hemşireliği**

Psikiyatri hemşireliği, psikiyatrik bakımı sunmada bireyi bütüncül olarak değerlendiren bir bakım anlayışını benimsemektedir. Bu bakım anlayışı kapsamında, psikiyatrik bakım uluslararası bir rehber olan psikiyatri hemşireliği uygulama standartları ile birlikte sistematik olarak gerçekleştirilmektedir. Bakım süreci, veri toplama, tanılama, sonuç kriterlerinin belirlenmesi, planlama, uygulama ve değerlendirme aşamalarını barındıran hemşirelik süreci ile yönetilmektedir. Madde kullanım bozukluğu olan bireylere bakımın

sağlanmasında psikiyatri hemşiresi hemşirelik sürecinin tüm aşamalarını kullanmalıdır. Madde kullanım bozukluğunun çok boyutlu ve sadece bireyi değil, bireyin ailesi ve yaşadığı toplumu da etkileyen kronik bir rahatsızlık olduğu göz önünde bulundurulduğunda, psikiyatri hemşiresi bireyi çevresiyle birlikte bütüncül olarak ele almalı ve bakımın sürekliliğini sağlamalıdır. Psikiyatri hemşiresi, psikiyatrik bakımı sağlarken hemşirelik sürecinin ilk adımı olan öykü alma ve ruhsal durum değerlendirmesini etkin bir şekilde yapmalıdır. Madde kullanım bozukluğu olan bireye bakım sağlarken de ilk aşama olarak birey değerlendirilmeli ve madde kullanım öyküsü sorgulanmalıdır. Bu süreçte bireyin hangi maddeyi kullandığı, madde kullanım süresi, madde kullanım miktarı, madde kullanımını sonlandırmaya yönelik isteği ve madde kullanımının ortaya çıkardığı sorunlar, ailede madde kullanımının varlığı gibi doğrudan madde kullanım özelliklerine yönelik veriler değerlendirilmelidir (Nuray, 2010; Townsend, 2016).

Madde kullanım bozukluğu olan bireyin bakımında hemşirelik sürecinin sonraki aşaması tanılamadır. Bilindiği üzere madde kullanım bozukluğu fiziksel, ruhsal ve sosyal yönden çok boyutlu yapısıyla bireyi etkileyen bir sorundur. Madde kullanım bozukluğu olan bir bireye bakım sağlayan psikiyatri hemşiresi, bütüncül olarak, tüm boyutları içeren hemşirelik tanımlarını ele almalıdır. Fiziksel sorunları içeren aktivite intoleransı, beden gereksiniminden az beslenme, enfeksiyon ve yaralanma riski, kendine bakımda yetersizlik tanımları ile ruhsal ve sosyal sorunları ele alan anksiyete, etkisiz bireysel başetme, iletişimde bozulma, umutsuzluk, aile içi süreçlerde bozulma, benlik saygısında bozulma gibi tanımları kullanmalıdır (Viedebeck, 2003; Boyd, 2002). Ülkemizde 19 Nisan 2011 yılında yayınlanan hemşirelik yönetmeliğine göre, Alkol ve Madde Bağımlılığı Merkezi hemşiresinin görev ve sorumlulukları arasında, hastaneye başvuran madde kullanım bozukluğu olan bireylerin, yoksunluk sebebiyle aldığı tedavi ve takibin dışında, psikososyal tanılamasını yapma sorumluluğu da yer almaktadır. Hemşirelerin bu tanılamayı yaparken, hastaların durumunu algılaması ve onların emosyonel tepkileri ile baş etme davranışları üzerinde durması gerektiği vurgulanmıştır. Hemşire bu noktada, bireysel olarak hastanın dinamiğini, yaşadığı çevreyi, emosyonel değişiklikleri saptamalı ve sorun yaratan duygu ve davranışlarını anlamalıdır. Bu, hemşirenin etkili müdahale yöntemlerini geliştirmesinde yol gösterici olacaktır. Bireyin, hangi durumlarda,



mutsuzluk, umutsuzluk, öfke ve üzüntü gibi olumsuz duyguları hissettiği ve bu duygular karşısında ne tür başatme davranışları sergilediğini anlamak için ona destek olmak farkındalık oluşmasına yardımcı olacaktır. Psikiyatri hemşiresinin asıl hedefi, bireyin olumsuz duygularını tamamen ortadan kaldırmaktan çok, olumsuz duygular üzerinde kontrol sağlayabilme, motivasyonu sürdürme, arzu edilen başarıyı elde etmek amacıyla duyguları düzenlemeye destek olarak bireyin güçlenmesini sağlamak olmalıdır.

Madde kullanım bozukluğu olan bireyin duyguları/davranışlarını ve duygularında/davranışlarında meydana gelen değişimi sürekli ve en yakından gözlemleyen psikiyatri hemşiresi, bireyin duygularını/davranışlarını fark etmesine, bu duygularla başedebilmesine, davranışlarını yönetebilmesine yardımcı olmada ve bakımında önemli bir yere sahiptir.

Bu bilgiler ışığında, bireyin madde kullanımına iten negatif duygularını tanıması, anlamlandırması, duygu düzenleme becerisinin ve dolayısıyla duygusal farkındalığının artmasının madde kullanım döngüsünün kırılmasında etkili olacağı beklenmektedir. Aynı zamanda dürtüsel davranışlar sonucu oluşan madde kullanımının öz-kontrol düzeyinin artmasıyla da azalacağı düşünülmektedir. Madde kullanım bozukluğu olan bireylerin tedavisinde ve madde kullanımının önlenmesinde uygulanacak girişimlerden önce bu bireylerin duygusal farkındalıkları ve öz-kontrol düzeyleri belirlenmelidir. Bu bağlamda madde kullanım bozukluğu olan bireylerin duygusal farkındalık düzeyleri ve öz-kontrol düzeylerinin çeşitli değişkenler ile araştırılmasının önemli olduğu düşünülmektedir.

### 3. GEREÇ ve YÖNTEM

#### 3.1. Araştırmanın Türü

Bu araştırma, nicel araştırma yöntemlerinden tanımlayıcı ve ilişki arayıcı bir çalışmadır.

#### 3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Araştırma, Temmuz 2019- Kasım 2020 tarihleri arasında Akdeniz Üniversitesi Rektörlüğü Alkol ve Madde Bağımlılığı Araştırma ve Uygulama Merkezi (AMBAUM) kliniğinde gerçekleştirilmiştir. AMBAUM, ayaktan tedavi ve (poliklinik hizmetleri), yatarak tedavi (detoksifikasyon ve rehabilitasyon bölümü) yöntemlerinin kullanıldığı bir tedavi merkezidir. Merkezde Akdeniz Üniversitesi Psikiyatri Anabilim Dalı'ndan profesör unvanıyla öğretim üyesi olan bir müdür, iki hekim, bir psikolog, üç hemşire ve iki sekreter; Sağlık Bakanlığı'na bağlı dört hekim ve yedi hemşire; Antalya Büyükşehir Belediyesi'nden 11 yardımcı personel çalışmaktadır.

Hastaların yatış kararı poliklinikten verilmektedir. Yatan hastaların bulunduğu klinik, detoksifikasyon (arındırma) ve terapi (rehabilitasyon) bölümlerinden oluşmaktadır. Kliniğin toplam yatak kapasitesi 25'tir. Altı yataktan oluşan detoksifikasyon bölümünde medikal tedaviler uygulanırken, 19 yataktan oluşan rehabilitasyon bölümünde rehabilitasyon programı uygulanmaktadır. Yatarak tedavi süreci yaklaşık olarak beş-altı hafta sürmektedir. Madde kullanım bozukluğu olan bireyler için yatarak tedavinin ilk aşaması, hastanın maddeden ilişkisinin kesildiği ve yoksunluk belirtilerinin yatırıldığı detoksifikasyon bölümünde gerçekleşmektedir. Detoksifikasyon süreci yaklaşık olarak bir hafta sürmekte ve aile refakatinde gerçekleşmektedir. Detoksifikasyon sürecini tamamlayan hasta rehabilitasyon programının olduğu terapi bölümüne alınmaktadır. Yapılandırılmış rehabilitasyon programında, dört haftalık SAMBA (Sigara, Alkol ve Madde Bağımlılığı Tedavi Programı) eğitimi, bireysel ve grup terapileri, sinema filmi değerlendirmeleri, etkileşim grupları, okuma saati, spor aktiviteleri ve iş ve uğraşı tedavileri yer almaktadır. Terapi bölümünde yatan hastalara verilen SAMBA eğitimleri, SAMBA eğitimi sertifikası bulunan beş hemşire tarafından verilmektedir. SAMBA eğitimi kapsamında, bağımlılık ve bağımlılık yapıcı maddeler, kayma ve aşırma, madde etkileri ve bulaşıcı hastalıklar, riskli durumlar, istek, duygu ve düşünceleri tanımlama,

öfke kontrolü ve hayır diyebilme, ilaçların doğru kullanımı ve iletişim konuları yer almaktadır. Rehabilitasyon kapsamında aynı zamanda hasta ve aileleri ile birlikte haftada bir kez olmak üzere yaşanan psikososyal sorunların çözümü amacıyla aile bilinçlendirme toplantıları yapılmaktadır. Rehabilitasyon bölümde bireyler, merkez kurallarına göre hazırlanmış, 100 puan üzerinden hesaplanan puanlama cetveline göre değerlendirilmektedir. Merkez kurallarına uymayan her bir davranışta bireye o davranışa karşılık gelen puan verilmekte ve 100 puana ulaştığında birey taburcu edilmektedir. Rehabilitasyon bölümünde tedavileri tamamlanan yatan hastalar, ayaktan sağlanan rehabilitasyon tedavisine alınmaktadır. Ayaktan korunma tedavileri ise tedavi uyumu güçlü olmayan, kayma yaşayabilecek ayaktan ya da yatarak tüm tedavileri tamamlamış hastalara verilmektedir. Tedaviler, tablet (Suboxone ya da Ethylex) ve implant (deri altına yerleştirilen Naltrekson etken maddeli kapsül) şeklinde gerçekleştirilmektedir. Klinikte hemşireler, hastaların kabul, tedavi, bakım ve eğitim süreçlerinde rol almaktadır.

### 3.3. Araştırmanın Evreni ve Örnekleme

Araştırmanın evrenini AMBAUM kliniğinde madde kullanım bozukluğu nedeni ile tedavi alan hastalar oluşturmuştur. Araştırmanın örnekleme, kurumun 2018 yılında yatarak tedavi gören hasta sayısı baz alınarak, evreni bilinen örnekleme yöntemine göre hesaplanmıştır. Evreni bilinen örnekleme yöntemine göre örnekleme büyüklüğü hesaplamada aşağıdaki formül kullanılmıştır.

$$n = \frac{N.P.Q.Z^2}{(N-1)d^2 + Z^2PQ}$$

N: Evren birim sayısı,

n: Örnekleme büyüklüğü

P: Evrendeki X'in gözlenme oranı,

Q (1-P): X'in gözlenmeme oranı

$Z_{\alpha}$  :  $\alpha= 0.05, 0.01, 0.001$  için 1.96, 2.58 ve 3.28 değerleri

d= Örneklem hatası

$t_{\alpha, sd}$  = sd serbestlik dereceli t dağılımı kritik değerleridir (sd=n-1).  $t_{\alpha, sd}$  kritik değerleri sd= n-1 → 5000 olduğunda  $Z_{\alpha}$  değerlerine eşit alınabilir (Yazıcıoğlu ve Erdoğan, 2004).

Örneklem sayısı, 0.95 güven aralığında ve 0.05 hata payı ile 212 birey olarak hesaplanmıştır. Ancak kliniğe yatışı olan tüm hastalar incelenmesine rağmen pandeminin de etkisiyle toplam 204 birey dahil edilme ve dışlama kriterleri açısından değerlendirilebilmiştir.

### **Örnekleme Dahil Edilme Kriterleri**

- Araştırmaya katılmaya gönüllü olmak
- 18 yaşın üzerinde olmak
- Okuryazar olmak
- Madde bağımlılığı kliniğinde tedavi için yatıyor olmak
- Detoksifikasyon tedavisini tamamlayıp rehabilitasyon bölümüne yeni geçmiş olmak
- Madde bağımlılığı kliniğinde implant tedavisi alıyor olmak

### **Örneklemden Dışlama Kriterleri**

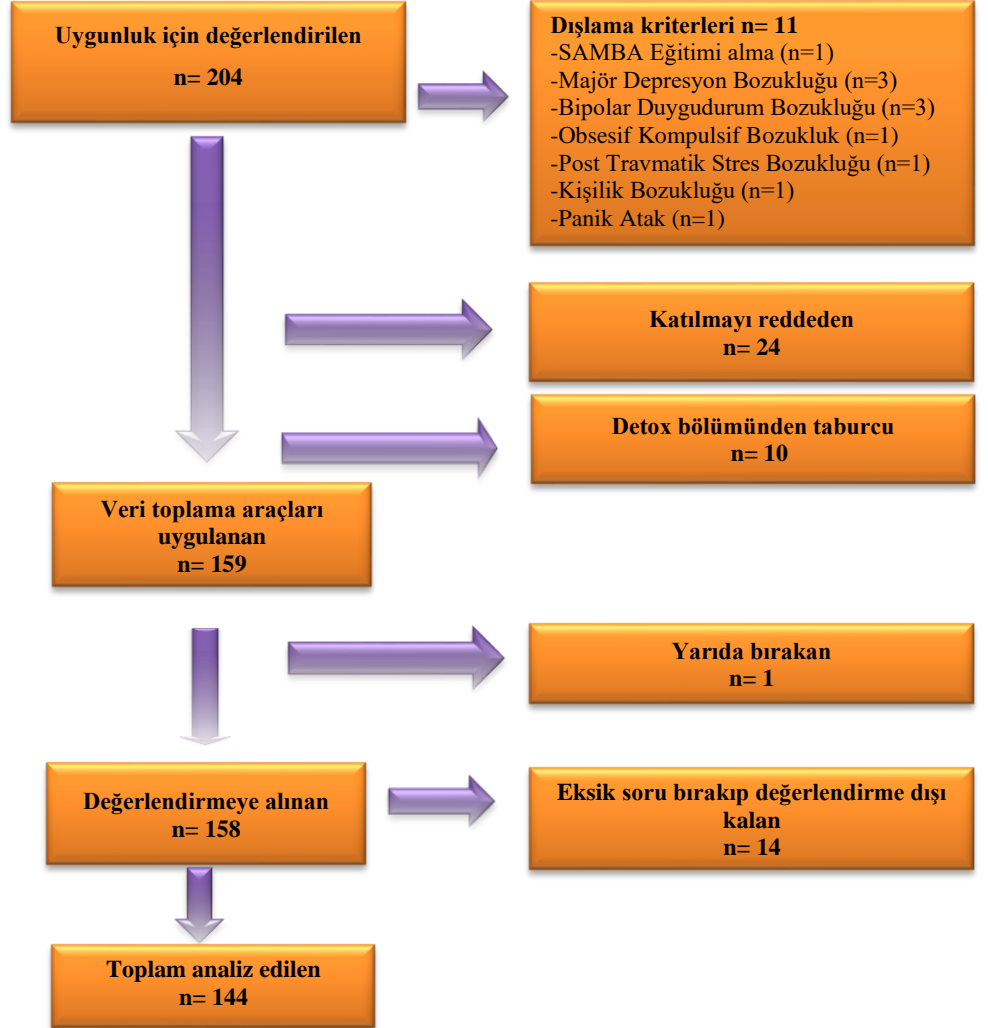
- Rehabilitasyon bölümünde yatıyor olmak
- İletişim, anlama ve kendini ifade etme problemi olmak
- Görme ve işitme problemi olmak
- Gerçeği değerlendirme, yargılama yeteneği bozulmuş olmak
- Öyküsünde ruhsal hastalık tanısı bulunmak
- Madde bağımlılığı kliniğinde detox bölümünde yatıyor olmak

### **Örneklemden Çıkarılma Kriterleri**

- Formların eksik veya hatalı doldurulması

Veri toplama sürecinde 10 birey detox bölümünden direk taburcu edildiği veya kendi isteğiyle ayrıldığı ve 24 birey araştırmaya katılmayı reddettiği için örneklem grubundaki 204 bireyden 170'ine ulaşılmıştır. Ulaşılan bireylerden 11'i dışlama kriterlerine sahip

olduğu için araştırma kapsamına alınmamış, 159 bireye veri toplama araçları uygulanmıştır. Veri toplama formlarını doldurmayı yarıda bırakan bir birey ve formları eksik dolduran 14 birey araştırmada analiz dışı bırakılmıştır. Sonuç olarak araştırma toplam 144 birey ile gerçekleştirilmiştir. Katılımcıların araştırmaya dahil edilme süreci Şekil 3.1’de verilmiştir.



Şekil 3.1. Katılımcıların araştırmaya dahil edilme süreci

Katılımcıların yaşı ortalama 28.53, madde kullanmaya başlama yaşı ortalama 18.41 ve alkol ve madde bağımlılığı tedavi merkezine başvuru sayısı ortalama 8.08’dir.

Katılımcıların yaşı 18-59, madde kullanmaya başlama yaşı 12-35 arasında değişmektedir. Katılımcıların bireysel özellikleri Tablo 3.1’ de verilmiştir.

**Tablo 3.1.** Katılımcıların bireysel özellikleri (n=144)

<b>Bireysel Özellikler</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Cinsiyet</b>		
Kadın	5	3.47
Erkek	139	96.53
<b>Medeni Durum</b>		
Bekar	104	72.22
Evli	40	27.78
<b>Eğitim Durumu</b>		
İlköğretim	72	50.00
Lise	56	38.89
Üniversite	16	11.11
<b>Aile Tipi</b>		
Çekirdek	95	65.97
Geniş	24	16.67
Parçalanmış	25	17.36
<b>Çalışma Durumu</b>		
Çalışıyor	90	62.50
Çalışmıyor	54	37.50
<b>Gelir Düzeyi</b>		
Gelir giderden az	49	34.03
Gelir gidere eşit	70	48.61
Gelir giderden fazla	25	17.36
<b>Kullanılan Madde</b>		
Eroin	89	61.81
Çoklu Madde	39	27.08
Alkol	16	11.11
<b>Ailede Madde Kullanan Birey</b>		
Var	16	11.11
Yok	128	88.89
<b>Kendine Zarar Verici Davranışta Bulunma Durumu</b>		
Evet	56	38.89
Hayır	88	61.11

**Tablo 3.1. Devam** Katılımcıların bireysel özellikleri (n=144)

<b>Bireysel Özellikler</b>	<b>n</b>	<b>%</b>		
<b>İntihar Girişiminde Bulunma Durumu</b>				
Evet	28	19.44		
Hayır	116	80.56		
<b>Yasal İşlem Yapılma Durumu</b>				
Evet	89	61.81		
Hayır	55	38.19		
<b>Tedavi Şekli</b>				
İmplant	64	44.44		
Detoksifikasyon+Rehabilitasyon	80	55.56		
	$\bar{X}$	$\pm SS$	<b>Minimum</b>	<b>Maksimum</b>
<b>Yaş</b>	28.53	6.63	18.00	59.00
<b>Madde Kullanmaya Başlama Yaşı</b>	18.41	4.39	12.00	35.00
<b>Alkol Ve Madde Bağımlılığı Tedavi Merkezine Başvuru Sayısı</b>	8.08	8.53	1.00	50.00

Katılımcıların %96.5'i erkek cinsiyette, %72.2'sinin medeni durumu bekar, %50'si ilköğretim mezunu, %65.9'u çekirdek aileye sahip, %62.5'i çalışmakta ve %48.6'sının geliri gidere eşittir. Katılımcıların %61.8'i eroin kullanmakta ve %88.8'inin ailesinde madde kullanan bireyin olmadığı görülmektedir. Bireylerin %61.1'i kendisine zarar verici bir davranışta, %80.5'i intihar girişiminde bulunmadığını beyan etmiştir. Ayrıca katılımcıların %61.8'i madde ile ilişkili bir sebepten hakkında yasal işlem yapılmadığını belirtmektedir. Bireylerin %55.5'inin ise yatarak tedavi olduğu görülmektedir.

### **3.4. Araştırmanın Değişkenleri**

**Bağımlı Değişkenler:** Bu araştırmanın bağımlı değişkenleri, “Madde kullanım bozukluğu olan bireylerin duygusal farkındalık ve öz-kontrol düzeyleri” olarak belirlenmiştir.

**Bağımsız Değişkenler:** Bu araştırmanın bağımsız değişkenleri, “*Madde kullanım bozukluğu olan bireylerin bireysel özellikleri*” olarak belirlenmiştir.

### **3.5. Veri Toplama Araçları**

Araştırmada verilerin toplanmasında Kişisel Bilgi Formu (EK-1), Duygusal Farkındalık Düzeyi Ölçeği (DFDÖ) (EK-2) ve Kısa Öz-Kontrol Ölçeği (EK-3) kullanılmıştır.

#### **3.5.1. Kişisel Bilgi Formu (EK-1)**

Araştırmacı tarafından literatür (Ögel ve ark., 2014; Ekinci ve ark., 2016) doğrultusunda oluşturulan form, toplam 15 sorudan oluşmaktadır. Formda yer alan sorular bireylerin sosyodemografik özellikleri, madde kullanım özellikleri, kendine ve başkalarına zarar verme öyküsü ve yasal işlem görme durumu gibi bireysel özellikleri belirlemeye yöneliktir.

#### **3.5.2. Duygusal Farkındalık Düzeyi Ölçeği (EK-2)**

Duygusal Farkındalık Düzeyi Ölçeği (The Levels of Emotional Awareness Scale), bireyin duygularını ne derece anlamlandırabildiğini ele alan ve 20 farklı senaryoyu içeren açık uçlu bir performans ölçeğidir. Ölçek, bireylerin duygusal farkındalık düzeylerinin belirlenmesi amacıyla Lane ve arkadaşları tarafından (1990) geliştirilmiştir. Ölçeğin toplam iç tutarlılık katsayısı (Cronbach alfa katsayısı) 0.81 olarak bulunmuştur. Duygusal Farkındalık Düzeyi Ölçeği'nin Türkçe'ye uyarlaması Kuzucu (2008) tarafından yapılmıştır.

Bireylerin 20 senaryodan oluşan bu ölçeğin her senaryosu için hem kendi duygularını ifade etmeleri hem de diğer kişinin duygusunu tanımlamaları gerekmektedir. Ölçekte, vücuda ait his, hareket eğilimi, tek duygu, birden çok duygu, hem kendi hem de diğer kişi için birden çok duygu şeklinde beş duygusal farkındalık düzeyi tanımlanmaktadır. Puanlama kriteri olarak bireyin kendi ve diğer kişinin duygusunu tanıması değerlendirilmekte, beş farkındalık düzeyine göre puanlanmaktadır. Her bir senaryo için sıfır ve beş arasında puanlar verilmektedir. Puanlama için oluşturulan duygu isimleri sözlüğü ve puanlama el kitapçığı kullanılmaktadır. Ölçekten alınabilecek en düşük puan 0, en yüksek puan 100'dür. Yüksek puanlar, hem kendi hem de diğer kişi için duygusal farkındalık oranının yüksekliğini yansıtmaktadır (Lane ve ark., 1990). Ancak ölçeğe dair bir kesme puanı bulunmamaktadır. Kesme puanı/noktası, olguları ya da durumları ve olgu ya da durum dışındakileri ayırt etmek için kullanılan tanılayıcı bir puandır (Polit ve Beck, 2016). Normal dağılıma yakın bir örnekleme ölçekten alınan ortalama puanın



bir standart puan üstü kesme puanı olarak kabul edilebilir (Büyüköztürk ve ark., 2019). Buna göre araştırmanın örneklemini normal dağılıma yakın olduğu için, madde kullanım bozukluğu olan bireylerin duygusal farkındalığını yüksek veya düşük olarak belirleyebilmek amacıyla ölçek ortalama puanına bir standart puan eklenerek kesme puanı hesaplanmıştır. Bu doğrultuda, duygusal farkındalık düzeyi ölçeğinin kesme puanı 60 puan olarak kabul edilmiştir. Ölçeğin Türkçe versiyonunun iç tutarlılık katsayısı (Cronbach alfa katsayısı) 0.85 olarak hesaplanmıştır. Bu çalışmada ise DFDÖ'nün iç tutarlılık katsayısı (Cronbach alfa katsayısı) 0.81 olarak hesaplanmıştır.

Açık uçlu performans ölçeği olan DFDÖ puanlanırken, iki ayrı araştırmacı farklı zamanlarda birbirinden bağımsız olarak değerlendirme yapmıştır. Daha sonra araştırmacılar yaptıkları değerlendirmeleri bir araya gelerek tekrar değerlendirmişlerdir.

### **3.5.3. Kısa Öz-Kontrol Ölçeği (EK-3)**

Kısa Öz-Kontrol Ölçeği (Brief Self-Control Scale), Tangney ve arkadaşları (2004) tarafından öz-kontrolü ölçmek amacıyla oluşturulmuştur. 13 maddeden oluşan ölçek beşli likert tipindedir. Ölçeğin iç tutarlılık katsayısı iki çalışma grubu için 0.83 ve 0.85 olarak hesaplanmıştır. Üç hafta arayla tekrar edilen test çalışmasında bu değer 0.87 olduğu bulunmuştur. Kısa Öz-Kontrol Ölçeği'nin Türkçe'ye uyarlaması Nebioğlu ve arkadaşları (2012) tarafından yapılmıştır. Kısa Öz-Kontrol Ölçeğinin Türkçe formu 9 maddeden oluşmaktadır. Ölçeğin Türkçe formunda 6, 3, 4 ve 11. maddeler puanlamaya dahil edilmemektedir. 5, 9, 10, 12 ve 13. maddeler dürtüsellik alt boyutunu oluşturmaktadır. 1, 2, 7 ve 8. maddeler ise öz-disiplin alt boyutunu oluşturmaktadır. Toplam öz-kontrol puanının hesaplanması sırasında 1, 3, 5, 7, 9, 10 ve 12. maddeler ters kodlanacaktır; çünkü bu maddeler reverse maddelerdir. Ölçekten alınan yüksek puanlar öz-kontrolün yüksekliğine işaret etmektedir. Ancak ölçeğe dair bir kesme puanı bulunmamaktadır. Kesme puanı/noktası, olguları ya da durumları ve olgu ya da durum dışındakileri ayırt etmek için kullanılan tanılayıcı bir puandır (Polit ve Beck, 2016). Kesme puanının, dağılımı normale yakın bir örneklem için ölçek ortalama puanının bir standart puan üstü şeklinde kabul edilebildiği belirtilmiştir (Büyüköztürk ve ark., 2019). Buna göre araştırmanın örneklemini normal dağılıma yakın olduğu için, madde kullanım bozukluğu olan bireylerin öz-kontrollerini yüksek veya düşük olarak belirleyebilmek

amacıyla ölçek ortalama puanının bir standart puan eklenerek kesme puanı hesaplanmıştır. Kısa öz-kontrol ölçeğinin kesme puanı 34 puan olarak kabul edilmiştir.

Ölçeğin iç tutarlılık katsayısı (Cronbach alfa katsayısı) tekrarlı testlerde sırasıyla 0.83, 0.81 ve 0.87 bulunmuştur. Bu araştırmada iç tutarlılık katsayısı (Cronbach alfa katsayısı) 0.54 olarak hesaplanmıştır.

### **3.6. Ön Uygulama**

Araştırmanın ön uygulaması, veri toplama formlarının anlaşılabilirliğini değerlendirmek ve uygulanabilirliğini test edebilmek için madde kullanım bozukluğu olan ve AMBAUM kliniğinde tedavi alan 10 birey ile tek tek görüşülerek yapılmıştır. Bireyler araştırmanın dahil edilme ve dışlama kriterlerine uygun olarak belirlenmiştir.

Detoksifikasyon bölümünde yatarak tedavi alan bireyler ile yapılan görüşmeler bireylerin odasında gerçekleştirilmiştir. Ancak implant tedavisi alan bireyler için ön uygulama uygunluk durumuna göre görüşme odası, eğitim odası ve yemekhanede gerçekleştirilmiştir. Ön uygulama sürecinde herhangi bir problem yaşanmamıştır. Veri toplama formları ortalama 40 dakikada doldurulmuştur. Bireylerin ön uygulama süresinde herhangi bir geri bildirim olmamıştır.

### **3.7. Verilerin Toplanması**

Bu araştırmanın verileri, AMBAUM kliniğinde detoksifikasyon bölümünden rehabilitasyon bölümüne geçmiş, yatarak tedavi gören madde kullanım bozukluğu olan bireyler ile implant tedavi gören bireylerden elde edilmiştir. Veriler toplanırken, örneklem grubuna alınacak bireylerin belirlenmesinde klinik çalışanları ile işbirliği yapılmıştır. Bu doğrultuda tedavi ekibiyle birlikte bireyler, dahil edilme ve dışlama kriterleri açısından değerlendirilmiştir. Bireylerle de ön görüşmeler yapılarak kriterlere uygunluğu netleştirilmiştir. Bu ön görüşmelerde bireylerin dahil edilme ve çıkarılma kriterleri sorgulanmıştır. Örneklem dahil edilme kriterlerine uyan bireylere araştırma ile ilgili sözlü bilgi verilmiş ve Aydınlatılmış Onam Formu kullanılarak yazılı onam alınmıştır (EK-5). Veri toplama zamanı klinik programı dikkate alınarak bireylerin tedavilerini aksatmayacak şekilde planlanmıştır. Veriler öz bildirim yoluyla toplanmıştır. Veri toplama sürecinde görüşme odası veya eğitim odasında bireylerin yanında

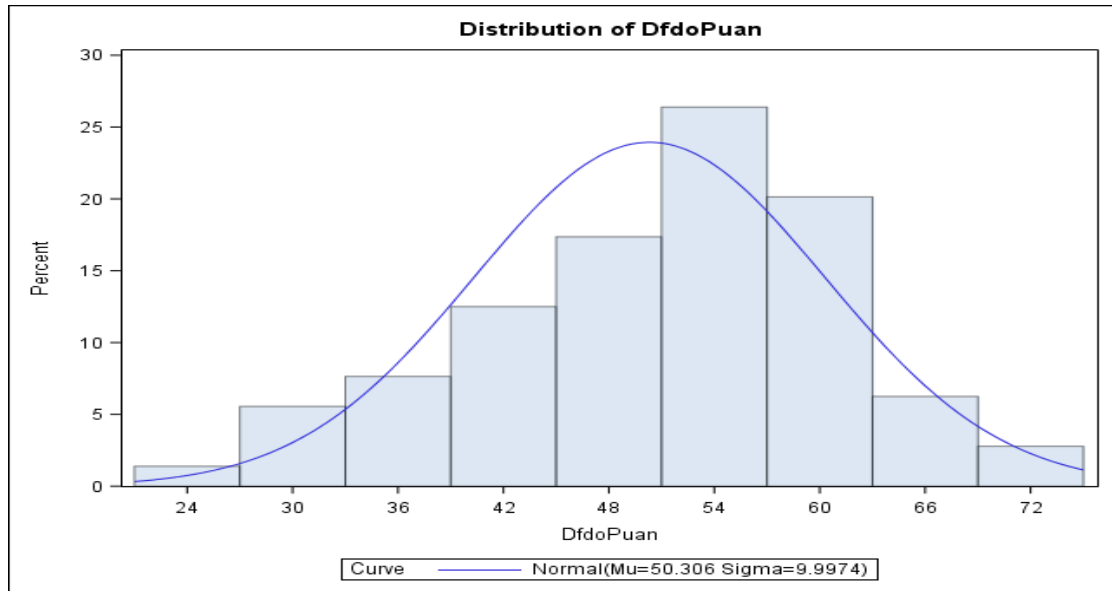
kalınmıştır. Verilerin toplanması ortalama 40 dakika sürede gerçekleştirilmiştir. Pandemi döneminde veriler toplanırken Sağlık Bakanlığı tarafından önerilen önlemler dikkate alınmıştır.

### 3.8. Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırmada elde edilen verilerin istatistiksel analizleri için SAS (Statistical Analysis Software) 9.4 paket programı kullanılmıştır. Araştırmanın ölçümle belirlenen nicel değişkenleri için tanımlayıcı istatistikler ortalama ve standart sapma, sayımla belirlenen tanımlayıcı istatistikler ise sayı ve yüzde şeklinde gösterilmiştir. Araştırmanın verilerini değerlendirirken öncelikle normal dağılıma sahip olup olmadığını belirlemek amacıyla ölçekler üzerinden Shapiro-Wilk normallik testi yapılmıştır. DFDÖ için normallik testi Tablo 3.2’de, dağılımı Şekil 3.2’de ve KÖKÖ için normallik testi Tablo 3.3’de ve dağılımı Şekil 3.3’de yer almaktadır.

**Tablo 3.2.** DFDÖ’nün normallik testi (n=144)

	$\bar{X}$	$\pm SS$	Medyan	Mod	Çarpıklık Değeri
<b>Duygusal Farkındalık Düzeyi Ölçeği</b>	50.31	10.00	52.00	53.00	-0.37

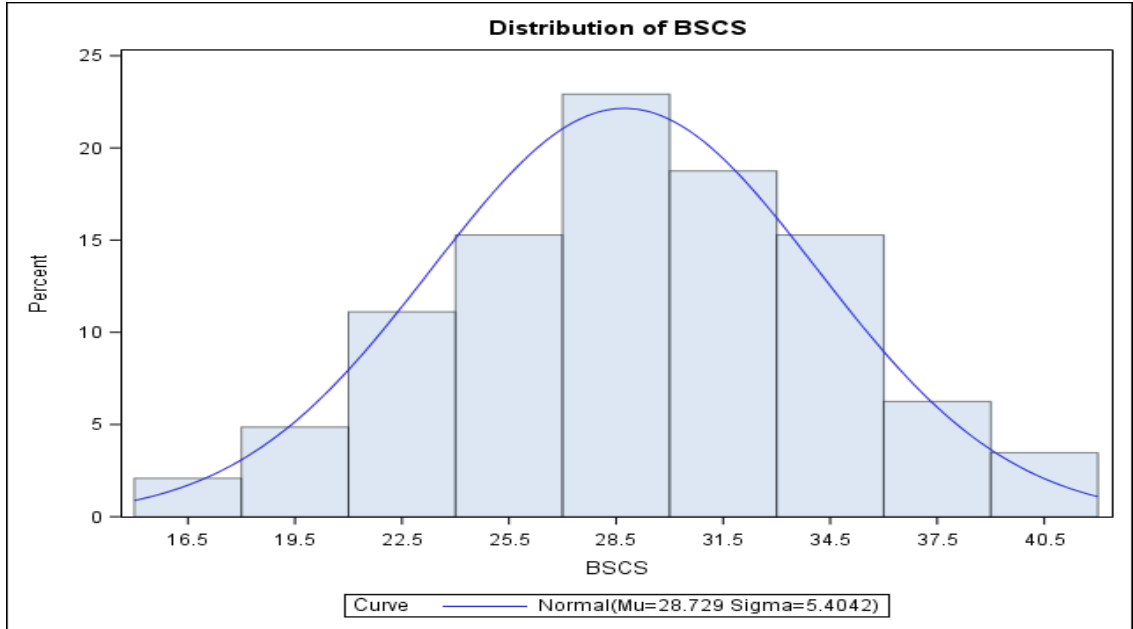


**Şekil 3.2.** DFDÖ puanlarının dağılımı

Normal dağılımının değerlendirilmesinde, verilerin ortalama, mod ve medyan değerlerine bakılması gerekmektedir. Ortalama, mod ve medyan değerlerinin birbirine eşit olduğu durumlarda normal dağılım olduğu söylenebilir. DFDÖ ortalama, mod ve medyan değerlerinin birbirine çok yakın olması sebebiyle normal dağıldığı söylenebilir. Normal dağılımı test etmenin diğer bir yöntemi ise çarpıklık değerlerinin incelenmesidir. Normal dağılımın anlamlı düzeyde farklılaşmaması için çarpıklık değerlerinin  $\pm 1$  aralığında olması beklenmektedir (Mertler ve Vannatta, 2005). Bu doğrultuda DFDÖ çarpıklık değeri incelendiğinde kabul edilebilir aralıkta olduğu görülmektedir. Bu nedenle verilerin normallik varsayımlarını karşıladığı gözlenmektedir. Şekil 3.2'deki histogramda görüldüğü gibi veriler yatay ekseninde hafif sola çarpıktır. Ancak bu sapmalar  $\pm 1$  değer aralığında olduğu için dağılımın normalden aşırı sapmadığının kanıtı olarak söylenebilir.

**Tablo 3.3.** KÖKÖ'nün normallik testi (n=144)

	$\bar{X}$	$\pm SS$	Medyan	Mod	Çarpıklık Değeri
<b>Duygusal Farkındalık Düzeyi Ölçeği</b>	50.31	10.00	52.00	53.00	-0.37



**Şekil 3.3.** KÖKÖ puanlarının dağılımı

Aynı şekilde KÖKÖ ortalama, mod ve medyan değerlerinin birbirine çok yakın olması sebebiyle normal dağıldığı söylenebilir. KÖKÖ çarpıklık değeri de incelendiğinde kabul edilebilir aralıkta olduğu görülmektedir (Tablo 3.5). Bu nedenle verilerin normallik varsayımlarını karşıladığı gözlenmektedir. Şekil 3.3'deki histogramda görüldüğü gibi veriler yatay ekseninde hafif düzeyde sola çarpıktır. Ancak bu sapmalar  $\pm 1$  değer aralığında olduğu için dağılımın normalden aşırı sapmadığının kanıtı olarak söylenebilir.

Yapılan testler sonucu verilerin normal dağılıma yakın olduğu anlaşılmıştır ve istatistiksel analizde parametrik testler kullanılmıştır. İki kategorili değişkenler arasındaki ikili karşılaştırmalarda bağımsız gruplar arası t testi, üç veya daha fazla kategorili değişkenler arasındaki farklılıkları bulabilmek amacıyla Varyans Analizi uygulanmıştır. Ölçümle belirlenen nicel değişkenler arasındaki ilişkiyi bulmak için pearson korelasyon analizi yapılmıştır. Çalışmanın tamamında anlamlılık düzeyi 0.05 olarak kabul edilmiştir. SAS (Statistical Analysis Software) post hoc güç analizi testiyle DFDÖ ve KÖKÖ'nün ortalamaları ile 144 birey için araştırmanın gücü .99 bulunmuştur. Verilerin analizinde istatistik alanda uzman bir öğretim üyesinden profesyonel destek alınmıştır.

### **3.9. Araştırmanın Etik Boyutu**

Araştırmanın yapılabilmesi için Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan etik onay (20.03.19, karar no: 278) (EK-6), araştırmanın uygulanabilmesi için Akdeniz Üniversitesi Rektörlüğü'nden kurum izni alınmıştır (EK-4). Araştırma örnekleme alınacak bireylere önce sözlü olarak bilgi verilmiş sonrasında Aydınlatılmış Onam Formu kullanılarak yazılı onamları alınmıştır (EK-5). Bireylere ait kişisel bilgiler araştırmacı tarafından saklı tutulacak ve gizlilikleri korunacaktır. Veri toplama araçlarından DFDÖ'yü kullanmak için, ölçeğin Türkçe geçerlik ve güvenirlik çalışmasını yapan Y. Kuzucu'dan (EK -7) ve Kısa Öz-Kontrol Ölçeği'ni kullanmak üzere, ölçeğin Türkçe geçerlik ve güvenirlik çalışmasını yapan araştırmacılardan biri olan M. Nebioğlu'dan e-posta yoluyla kullanım izni alınmıştır (EK-8).

### **3.10. Araştırmanın Sınırlılıkları**

Araştırmanın sonuçları çalışmaya dahil edilen grup ile sınırlıdır. Araştırma tek merkezde olarak yürütülmüştür. Elde edilen sonuçlar kullanılan ölçüm araçlarının geçerlik ve

güvenilirlik boyutları ile sınırlıdır. Araştırma tasarımından kaynaklı bir problem olmamasına rağmen, küresel bir sorun olan Covid-19 pandemisi nedeniyle kliniğe yatan hasta sayısının azalmasına bağlı hedeflenen örneklem sayısına ulaşamaması bu araştırmanın sınırlılıkları arasındadır.

## 4. BULGULAR

Bu araştırmanın bulguları beş ana başlık altında verilmiştir.

- Madde kullanım bozukluğu olan bireylerin duygusal farkındalık düzeyleri
- Madde kullanım bozukluğu olan bireylerin bireysel özelliklerine göre duygusal farkındalık düzeyleri
- Madde kullanım bozukluğu olan bireylerin öz-kontrol düzeyleri
- Madde kullanım bozukluğu olan bireylerin bireysel özelliklerine göre öz-kontrol düzeyleri
- Madde kullanım bozukluğu olan bireylerin duygusal farkındalık ve öz-kontrol düzeyleri arasındaki ilişki

### 4.1. Madde Kullanım Bozukluğu Olan Bireylerin Duygusal Farkındalık Düzeyleri

Tablo 4.1’de madde kullanım bozukluğu olan bireylerin DFDÖ’den aldıkları puan ortalamaları ve ölçğe ilişkin bulgulara yer verilmiştir. Madde kullanım bozukluğu olan bireylerin DFDÖ puanlarının ortalama  $50.31 \pm 10.00$  olduğu görülmektedir. DFDÖ ölçeğinin kesme puanı 60 olarak kabul edilmiş ve katılımcıların %85.4’ünün duygusal farkındalığının düşük olduğu belirlenmiştir.

**Tablo 4.1.** Bireylerin duygusal farkındalık düzeyi (n=144)

	$\bar{X}$	$\pm SS$	Minimum	Maksimum	Ölçek Sınırları	n	%
<b>Duygusal Farkındalık Düzeyi Ölçeği</b>	50.31	10.00	23.00	73.00	0-100		
Duygusal Farkındalığı Düşük Olan					0-59	123	85.4
Duygusal Farkındalığı Yüksek Olan					60-100	21	14.6

### 4.2. Madde Kullanım Bozukluğu Olan Bireylerin Bireysel Özelliklerine Göre Duygusal Farkındalık Düzeyleri

Madde kullanım bozukluğu olan bireylerin bireysel özelliklerine göre duygusal farkındalık düzeylerini gösteren bulgular Tablo 4.2’de verilmiştir.

**Tablo 4.2.** Madde kullanım bozukluğu olan bireylerin bireysel özelliklerine göre duygusal farkındalık düzeyleri (n=144)

<b>Bireysel Özellikler</b>	<b>Örneklem (n)</b>	<b>DFDÖ Puanı <math>\bar{X}\pm SS</math></b>	<b>Test Değeri</b>	<b>p değeri</b>
<b>Cinsiyet</b>				
Kadın	5	54.60±14.79	-0.98*	.3300
Erkek	139	50.15±9.83		
<b>Medeni Durum</b>				
Bekar	104	50.36±10.04	0.10*	.9230
Evli	40	50.18±10.02		
<b>Eğitim Durumu</b>				
İlköğretim	72	49.83±9.39	1.03**	.3588
Lise	56	49.95±10.75		
Üniversite	16	53.69±9.89		
<b>Aile Tipi</b>				
Çekirdek	95	50.42±10.68	0.26**	
Geniş	24	50.62±9.69		
Parçalanmış	25	49.00±10.79		
<b>Çalışma Durumu</b>				
Çalışıyor	90	49.07±9.37	-1.94*	.0546
Çalışmıyor	54	52.37±10.74		
<b>Gelir Düzeyi</b>				
Gelir giderden az	49	51.47±9.88	0.62**	.5418
Gelir gidere eşit	70	50.00±10.01		
Gelir giderden fazla	25	48.88±10.36		
<b>Kullanılan Madde</b>				
Eroin	89	50.17±10.25	0.30**	.7382
Çoklu Madde	39	51.18±9.73		
Alkol	16	48.94±9.64		
<b>Ailede Madde Kullanan Birey</b>				
Var	16	54.81±10.70	1.93*	.0555
Yok	128	49.74±9.80		
<b>Kendine Zarar Verici Davranışta Bulunma Durumu</b>				
Evet	56	52.09±9.39	1.72*	.0877
Hayır	88	49.17±10.26		
<b>İntihar Girişiminde Bulunma Durumu</b>				
Evet	28	50.50±10.05	0.11*	.9092
Hayır	116	50.26±10.03		
<b>Yasal İşlem Yapılma Durumu</b>				
Evet	89	50.27±10.64	-0.05*	.9565
Hayır	55	50.36±8.95		
<b>Tedavi Şekli</b>				
İmplant	64	49.39±10.54	-0.98*	.3277
<b>Detoksifikasyon+Rehabilitasyon</b>	<b>80</b>	<b>51.04±9.54</b>		

\*Bağımsız gruplar arası t testi, \*\*Varyans Analizi: f testi, Anlamlılık düzeyi 0.05 olarak kabul edilmiştir.



Madde kullanım bozukluğu olan bireylerin DFDÖ puan ortalamaları incelendiğinde, bireysel özellikler açısından aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı görülmektedir ( $p>.05$ ). Buna göre bireylerin duygusal farkındalık düzeyleri cinsiyete, cinsiyet, medeni duruma, eğitim durumuna, aile tipine, çalışma durumuna, gelir düzeyine, kullanılan maddeye, ailede madde kullanan bireyin varlığına, kendine zarar verici davranışta bulunma durumuna, intihar girişiminde bulunma durumuna, yasal işlem yapılma durumuna ve tedavi şekline göre değişiklik göstermemektedir.

#### 4.3. Madde Kullanım Bozukluğu Olan Bireylerin Öz-Kontrol Düzeyleri

Tablo 4.3’de madde kullanım bozukluğu olan bireylerin KÖKÖ’den aldıkları puan ortalamaları ve ölçeğe ilişkin bulgulara yer verilmiştir. Madde kullanım bozukluğu olan bireylerin KÖKÖ puanlarının ortalama  $28.73\pm5.40$  olduğu görülmektedir. KÖKÖ ölçeğinin kesme puanı 34 olarak kabul edilmiş ve katılımcıların %81.2’sinin öz-kontrol düzeyinin düşük olduğu belirlenmiştir.

**Tablo 4.3.** Bireylerin öz-kontrol düzeyi (n=144)

	$\bar{X}$	$\pm SS$	Minimum	Maksimum	Ölçek Sınırları	n	%
<b>Kısa Öz-kontrol Ölçeği</b>	28.73	5.40	15.00	41.00	9-45		
Öz-kontrolü Düşük Olan					9-33	117	81.2
Öz-kontrolü Yüksek Olan					34-45	27	18.7

#### 4.4. Madde kullanım bozukluğu olan bireylerin bireysel özelliklerine göre öz-kontrol düzeyleri

Madde kullanım bozukluğu olan bireylerin bireysel özelliklerine göre duygusal farkındalık düzeylerini gösteren bulgular Tablo 4.4’de verilmiştir.

**Tablo 4.4.** Madde kullanım bozukluğu olan bireylerin bireysel özelliklerine göre öz-kontrol düzeyleri (n=144)

Bireysel Özellikler	Örneklem (n)	KÖKÖ Puanı $\bar{X}\pm SS$	Test Değeri	p değeri
<b>Cinsiyet</b>				
Kadın	5	25.80 $\pm$ 4.97	1.24*	.2186
Erkek	139	28.83 $\pm$ 5.41		

**Tablo 4.4. Devam** Madde kullanım bozukluğu olan bireylerin bireysel özelliklerine göre öz-kontrol düzeyleri (n=144)

Bireysel Özellikler	Örneklem Sayısı (n)	DFDÖ Puanı $\bar{X}\pm SS$	Test Değeri	p değeri
<b>Medeni Durum</b>				
Bekar	104	28.47±5.22	-0.92*	.3574
Evli	40	29.40±5.87		
<b>Eğitim Durumu</b>				
İlköğretim	72	29.78±5.75	3.70**	<b>.0272</b>
Lise	56	28.13±4.68		
Üniversite	16	26.13±5.25		
<b>Aile Tipi</b>				
Çekirdek	95	28.61±5.56	0.09**	.9156
Geniş	24	29.13±4.77		
Parçalanmış	25	28.80±5.58		
<b>Çalışma Durumu</b>				
Çalışıyor	90	30.01±5.09	3.85*	<b>.0002</b>
Çalışmıyor	54	26.59±5.28		
<b>Gelir Düzeyi</b>				
Gelir giderden az	49	27.37±4.99	4.19**	<b>.0170</b>
Gelir gidere eşit	70	28.83±5.25		
Gelir giderden fazla	25	31.12±5.93		
<b>Kullanılan Madde</b>				
Eroin	89	29.01±5.20	0.59**	.5532
Çoklu Madde	39	27.92±5.63		
Alkol	16	29.13±6.08		
<b>Ailede Madde Kullanan Birey</b>				
Var	16	26.25±5.30	-1.97*	.0513
Yok	128	29.04±5.36		
<b>Kendine Zarar Verici Davranışta Bulunma Durumu</b>				
Evet	56	26.96±5.71	-3.23*	<b>.0016</b>
Hayır	88	29.85±4.91		
<b>İntihar Girişiminde Bulunma Durumu</b>				
Evet	28	29.18±5.26	-2.07*	<b>.0407</b>
Hayır	116	26.86±5.69		
<b>Yasal İşlem Yapılma Durumu</b>				
Evet	89	28.08±5.23	-1.85*	.0660
Hayır	55	29.78±5.56		
<b>Tedavi Şekli</b>				
İmplant	64	28.75±5.44	0.04*	.9672
Detoksifikasyon+Rehabilitasyon	80	28.71±5.41		

\*Bağımsız gruplar arası t testi, \*\*Varyans Analizi: f testi, Anlamlılık düzeyi 0.05 kabul edilmiştir.

Madde kullanım bozukluğu olan bireylerin KÖKÖ puan ortalamaları incelendiğinde, cinsiyet, medeni durum, aile tipi, kullanılan madde, ailede madde kullanan birey bulunma durumu, yasal işlem yapılma durumu ve tedavi şekli açısından aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı görülmektedir (p>.05). Buna göre öz kontrol

düzeyi cinsiyete, medeni duruma, aile tipine, kullanılan maddeye, ailede madde kullanan bireyin bulunma durumu, yasal işlem yapılma durumuna ve tedavi şekline göre değişmemektedir.

Bireylerin eğitim durumu, çalışma durumu, gelir düzeyi, kendine zarar verici davranışta bulunma durumu, intihar girişiminde bulunma durumu açısından KÖKÖ puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır ( $p < .05$ ). Buna göre ilköğretim mezunu, çalışan, geliri giderinden fazla olan, kendine zarar verici davranışta bulunmayan ve intihar girişiminde bulunmayan bireylerin öz-kontrol düzeyi yüksektir.

#### 4.5. Madde Kullanım Bozukluğu Olan Bireylerin Duygusal Farkındalık Ve Öz-Kontrol Düzeyleri Arasındaki İlişki

**Tablo 4.5.** Duygusal farkındalık ve öz-kontrol düzeyleri arasındaki ilişki

<i>Değişkenler</i>	<b>Duygusal Farkındalık</b>	<b>Öz-Kontrol</b>
<b>Duygusal Farkındalık</b>	1.0000	
<b>Öz-Kontrol</b>	<b>-0.17927*</b>	1.0000
	<b>0.0316</b>	

\* $p < .05$ , Pearson korelasyon analizi

Tablo 4.5' de madde kullanım bozukluğu olan bireylerin duygusal farkındalık düzeyi ile öz-kontrol düzeyi arasındaki ilişkiye dair bulgulara yer verilmiştir. Bireylerin duygusal farkındalık düzeyi ve öz-kontrol düzeyi arasında çok zayıf ve negatif yönde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu bulunmuştur. Buna göre bireylerin duygusal farkındalığı arttıkça öz kontrolü azalmaktadır ( $r = -.17$ ,  $p < .05$ ).

## 5. TARTIŞMA

Madde kullanım bozukluğu olan bireylerin duygusal farkındalık ve öz kontrol düzeylerinin çeşitli değişkenlerle incelenmesi amacıyla yapılan bu araştırmanın bulguları beş başlık altında tartışılacaktır.

- Madde kullanım bozukluğu olan bireylerin duygusal farkındalık düzeyleri
- Madde kullanım bozukluğu olan bireylerin bireysel özelliklerine göre duygusal farkındalık düzeyleri
- Madde kullanım bozukluğu olan bireylerin öz-kontrol düzeyleri
- Madde kullanım bozukluğu olan bireylerin bireysel özelliklerine göre öz-kontrol düzeyleri
- Madde kullanım bozukluğu olan bireylerin duygusal farkındalık ve öz-kontrol düzeyleri arasındaki ilişki

### 5.1. Madde Kullanım Bozukluğu Olan Bireylerin Duygusal Farkındalık Düzeyleri

Bu araştırmada, madde kullanım bozukluğu olan bireylerin duygusal farkındalık düzeylerinin toplam 50.31 puan ortalamasıyla orta düzeyde olduğu bulunmuştur. Madde kullanım bozukluğu olan bireylerde duygusal farkındalık düzeyini inceleyen ulaşılabilen tek çalışma Carton ve arkadaşlarının (2010) yaptığı çalışmadır. Araştırmacılar alkol ve madde kullanan bireyleri ayırarak inceleme yapmıştır. Çalışmada madde kullanan bireylerde toplam duygusal farkındalık düzeyleri ortalama 49.2 puan ve alkol kullanan bireylerde ortalama 50 puan olarak bulunmuştur. Madde kullanan bireylerin duygusal farkındalık düzeyleri yaklaşık olarak orta düzeyde sayılabilmekte ve sonuçlar bu araştırmayla benzerlik göstermektedir.

Duygusal farkındalığın üniversite öğrencileri (ön lisans, lisans ve lisansüstü) ve mezun gruplarda ölçüldüğü bir çalışmada, kadınlarda ve erkek katılımcılarda farklı düzeylerde olmak üzere, duygusal farkındalığın orta ve düşük düzeyde olduğuna yer verilmiştir (Sarı ve Kurt, 2015). Kurt ve arkadaşları (2015) tarafından psikolojik danışman adayı olan lisans programı öğrencileriyle yapılan başka bir çalışmada ise, katılımcıların kendi ve diğer bireylere ilişkin duygusal farkındalıkları değerlendirilmiş ve duygusal

farkındalığın iki alt boyutunun da düşük olduğu bulunmuştur. Kuzucu (2006)'nın yine farklı bölümlerde eğitim gören lisans öğrencileriyle yapmış olduğu deneysel çalışmada, katılımcıların duygusal farkındalıklarının orta düzeyde olduğu bulunmuştur. Farklı bir örneklem grubu olarak, Lundh ve arkadaşları (2002)'nin anksiyete ve depresyon seviyeleri yüksek çıkan bireylerle yaptığı bir çalışmada, bireylerin duygusal farkındalık puanlarının olumsuz yani düşük olduğu bulunmuştur. Berthoz ve arkadaşları ise (2000) depresyon tanısı almış hastalarda çalışmış, bu hastaların kendi ve diğerlerinin duygularını fark etmede sorun yaşadıklarını ortaya koymuştur. Duygusal farkındalıkla ilgili yapılan araştırma sonuçlarına bakıldığında, sağlıklı ve hasta gruplarında yapılan araştırma sonuçlarının farklılık gösterdiği görülmekte ve bu farklılığın grupların kendine özgü özelliklerinden kaynaklandığı düşünülmektedir.

## **5.2. Madde Kullanım Bozukluğu Olan Bireylerin Bireysel Özelliklerine Göre Duygusal Farkındalık Düzeyleri**

Madde kullanım bozukluğu olan bireylerde, duygusal farkındalık çeşitli değişkenlerle incelenmiş olup, bireylerin duygusal farkındalık puan ortalamaları ile cinsiyet, eğitim durumu, aile tipi, çalışma durumu ve gelir düzeyi gibi sosyodemografik değişkenler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı bulunmuştur ( $p>.05$ ). Ancak değişkenlere bakıldığında duygusal farkındalık düzeylerinde farklılık görülmektedir. Madde kullanım bozukluğu olan bireylerin duygusal farkındalığının sosyodemografik değişkenlerle incelendiği bir çalışmaya rastlanamamıştır. Bu yüzden ulaşılabilen bilgilerin madde kullanım bozukluğu olan bireylerin bulunduğu grupla yapılan çalışmalarla karşılaştırılması mümkün olmamaktadır. Bu sebeple duygusal farkındalığın bu değişkenlerle incelendiği farklı gruplarda yapılan çalışmalar incelenmiştir.

Sosyodemografik değişkenlerden cinsiyete göre duygusal farkındalık düzeylerinin farklılaştığı dikkat çekmektedir. Kadınlarda duygusal farkındalık düzeyinin erkeklere oranla daha yüksek olduğu bulunmuştur. Ortaya çıkan cinsiyete özgü farklılığın, duygusal olarak farklılıklardan ziyade kültürel, sosyal ve gelişim özelliklerinden kaynaklanan farklılıklardan oluştuğu söylenilebilir. Kadın ve erkeklerin duygularını fark etme ve duygularını ifade etme durumları kültürel olarak istenen cinsiyet rollerinin bir sonucu olarak farklılaşmaktadır. Bu anlamda cinsiyet ile ilgili görüşler dikkate

alındığında, erkeklerin daha az duygu ifadesi, duygusallıktan kaçınmaya çalışan ‘erkeksi’ streotipin bir sonucu olduğu belirtilmektedir (Brody, 1993). Bu sonucun toplumun kadınlardan bağıllık ve ilişki odaklı, erkeklerden ise başarı ve bağımsızlık odaklı beklentilerde olmasından kaynaklı olduğu düşünölmektedir (Gilligan, 1993). Bulgularda erkeklerde duygusal farkındalık düzeylerinin daha düşük olması, duygusal süreçlerini eylemsel olarak yansıtmalarından, başka bir ifadeyle davranışsal olarak ifade şeklinden kaynaklanabileceği varsayılmaktadır. Araştırma sonuçlarına göre, 18-35 yaş grubu öğrencilerde yapılan bir çalışmada duygusal farkındalığın cinsiyet olarak farklılık gösterdiği ve kadınlarda daha yüksek olduğu bulunmuştur (Sarı, 2015). Nandrino ve arkadaşları (2013) tarafından Fransa’da yaşayan bireyler üzerinde yapılan bir çalışmada, yine aynı şekilde kadınların duygusal farkındalıklarının erkeklere göre daha yüksek olduğu saptanmıştır. Üniversite öğrencilerinin duygusal farkındalığı ve beden algısının incelendiği bir diğer çalışmada, duygusal farkındalığın alt boyutu olan duygulara dikkat etmede erkeklerin kadınlara oranla daha düşük puanlara sahip olduğu bulunmuştur (Boden ve arkadaşları, 2013). Bu çalışmada madde kullanım bozukluğu olan kadın bireylerin duygusal farkındalık puan ortalaması 54.60, erkeklerin 50.15 olarak bulunmuştur. Bu anlamda mevcut diğer araştırmalarla benzer nitelik taşımaktadır. Sonuç olarak sağlıklı veya hasta gruplar farketmeksizin cinsiyetin duygusal farkındalığı etkileyen önemli bir değişken olduğu ve kadınlarda daha yüksek olduğu ifade edilebilir.

Bu çalışmada madde kullanım bozukluğu olan evli ve bekar bireylerin duygusal farkındalık düzeylerinde anlamlı düzeyde bir değişiklik olmadığı bulunmuştur. Duygusal farkındalığın medeni durum ile karşılaştırıldığı herhangi bir çalışmaya rastlanılamasa da duygusal farkındalığın evli bireylerde memnuniyeti etkileyen bir değişken olduğu ortaya koyulmuştur. Özellikle evli kadın bireylerin yüksek farkındalığa sahip olmaları ile düşük ilişki doyumu yaşadıkları belirtilmektedir (Croyle ve Waltz, 2002). Bu durum, çiftlerden birinin duygularını ifade etmeyi tercih ederken, diğerinin duygularını eylemsel olarak yansıtmaya bağlanmaktadır.

Bireylerin duygusal farkındalık düzeylerinin eğitim düzeyi ile farklılaştığını ortaya koyan bir çalışmada (Nandrino ve ark., 2013), genel popülasyonda bireylerin eğitim düzeylerine göre duygusal farkındalıkları incelenmiş ve bireylerin eğitim düzeyi

yükseldikçe duygusal farkındalığının arttığı belirlenmiştir. Bu araştırmada da, çalışma sonuçlarına benzer şekilde üniversite mezunu bireylerin duygusal farkındalık düzeyleri diğer bireylere göre daha yüksek bulunmuştur. Bu durum eğitim düzeyi arttıkça farkındalık ve ifade yeteneğinin artmasıyla ilişkilendirilebilir.

Bireylerin aile tipine göre duygusal farkındalık düzeylerine bakıldığında, duygusal farkındalık düzeyinin çekirdek aileye sahip bireylerde yüksek olduğu bulunurken, parçalanmış aileye sahip bireylerde düşük olduğu bulunmuştur. Sağlıklı işlevlere sahip ailelerde, McMaster aile yaklaşımına göre, ailelerde sorun çözme, rol dağılımı, etkileşim, duygusal karşılık verebilme, gerekli ilgiyi gösterme ve davranış kontrolü gibi boyutların işlevsel olarak birlikte ele alınması gerekmektedir (Miller ve ark., 2000). Madde kullanım bozukluğu açısından ailelerin sağlıklı işlevlere sahip olması koruyucu nitelik taşımaktadır. Sağlıklı işlevi olan ailelerde aile üyeleri birbirlerini empatiyle dinlemekte ve duygularını doğrudan paylaşabilmektedir. Sağlıksız işlevlere sahip ailelerde ise aile üyeleri birbirleriyle doğrudan iletişim kuramamakta, duygularını doğrudan paylaşamamakta ve böyle ailelerin çocuklarının madde kullanım olasılıklarının yüksek olduğu görülmektedir (Worden, 2013, Gövebakan ve Duyan, 2015). Parçalanmış aileye sahip olmak da özellikle ergenlik döneminde madde kullanımı için bir risk faktörü olabilmektedir (Barret ve Turner, 2006). Dolayısıyla tüm bu aile özellikleri açısından özellikle duyguların etkin ve doğrudan paylaşılmadığı, sağlıksız işleve sahip, sağlıklı işlevleri tüm boyutlarıyla göstermeyen parçalanmış ailelerde duyguların ifade edilememesiyle birlikte duygusal farkındalığın daha düşük olabileceği düşünülmektedir.

Madde kullanım bozukluğu olan bireylerin toplum tarafından damgalamaya maruz kaldıkları ve bireyler üzerinde önemli etkileri bulunduğu bilinmektedir. Damgalama bireye birçok problemler yaratmakta, toplumdaki izole olmasına ve iş bulamamasına yol açmaktadır (Çam ve Dağlı, 2017). Bireylerin toplum tarafından damgalanmasını bireyler içselleştirmektedir. İçselleştirilen damgalama ile bireyler toplum tarafından oluşturulmuş olumsuz yargıları kendisine döndürmekte, değersizlik yaşamakta ve suçluluk, utanç gibi duyguları hissetmektedir (Corrigan ve ark., 2010; Avcil ve ark., 2016). Tüm bunların sonucunda da birey toplumdaki uzaklaşmaktadır. Bu içselleştirme sürecinde bireyler kendilerine karşı oluşturulan olumsuz duygu, tutum ve kendi duygularının farkındadır.

Bu araştırmada bireylerin çalışma durumu ile duygusal farkındalıkları karşılaştırıldığında, çalışmayan bireylerin duygusal farkındalıklarının yüksek olduğu bulunmuştur. Bu sonucun, madde kullanım bozukluğu olan bireylerde damgalanmaya maruz kalma ile birlikte çalışmama ya da iş bulamama sonucunda ortaya çıkan başkaları ve kendi ile ilgili bu farkındalık düzeyi ile ilişkili olabileceği düşünülmektedir.

Bireylerin gelir düzeylerine göre duygusal farkındalık seviyelerinin farklılaştığı, gelirin giderden az olduğu durumlarda duygusal farkındalık puan ortalamasının daha yüksek olduğu bulunmuştur. Yapılan bir çalışmada, düşük sosyoekonomik statünün yüksek duygusal farkındalıkla ilişkisi olabileceği ileri sürülmektedir (Kraus ve ark., 2010). Mankus ve arkadaşları (2016) tarafından 919 yetişkin katılımcı ile yapılan çalışmada, sosyoekonomik statü ile duygusal farkındalık arasındaki ilişki incelenmiş ve sonuç olarak sosyoekonomik statü ile duygusal farkındalık arasında zayıf ama pozitif bir ilişki olduğu saptanmıştır. Ancak yapılan bu araştırmada sosyoekonomik statünün duygusal farkındalığın alt boyutu olan duygusal netlikle ilgili ilişkili olmasından kaynaklandığı ifade edilmektedir ve duygusal farkındalığın tüm boyutlarıyla incelenmesi gerektiği belirtilmektedir. Sosyoekonomik düzeyin, duygusal farkındalığın tüm boyutları ile ilişkisinin araştırılmasına gerek duyulmaktadır. Amerikan Psikoloji Birliği'ne göre sosyoekonomik statünün gelir, meslek ve eğitim düzeyi ile birlikte bir bütün olarak değerlendirilmesi gerektiği bildirilmektedir (APA, Sosyoekonomik Durum Görev Gücü, 2007). Yapılacak araştırmalarda bu önerinin dikkate alınması gerektiği düşünülmektedir.

Araştırmada kullanılan maddeye göre duygusal farkındalık düzeylerinin farklılaştığı bulunmuştur. Duygusal farkındalığın eroin ve çoklu madde kullanımında alkol kullanımı olan bireylerden daha yüksek olduğu saptanmıştır. Carton ve arkadaşları (2010)'nın alkol ve diğer madde kullanım bozukluğu olan bireylerle yaptığı çalışmada tam tersi durum saptanmış olup, alkol kullanımı olan bireylerin duygusal farkındalığının daha yüksek olduğu bulunmuştur. Bu sonuçlar alkol ve diğer bağımlılık yapan maddeler arasında duygusal farkındalığın incelendiği çalışmalara ihtiyaç duyulduğunu göstermektedir.

Madde kullanım bozukluğu olan bireylerin duygusal farkındalık düzeyi ve madde kullanımıyla ilişkili değişkenler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark



bulunmamaktadır. Ailede madde kullanan bireyin varlığı, kendine zarar verici davranışta bulunma, intihar girişiminde bulunma, yasal işlem yapılma durumu ve tedavi şekli açısından bakıldığında; madde kullanım sorunu olan bireylerin duygusal farkındalık düzeylerinin istatistiksel olarak anlamlı bir değişiklik göstermediği, duygusal farkındalık düzeylerinde ufak değişiklikler olduğu görülmektedir. Ailede madde kullanan bireyin varlığı durumunda duygusal farkındalığın yüksek olduğu bulunmuştur. Ailesinde veya sosyal çevresinde madde kullanma davranışı olan bireylerin olmayan bireylere göre daha fazla umutsuzluk ve intihar düşünceleri yaşadığı belirtilmektedir (Görgülü, 2017). Madde kullanımının etkilerinin bireye ve ailesine getirdiği sorunlar düşünüldüğünde madde kullanım bozukluğu olan bireyler, günlük yaşantısının çoğunu madde bulma, kurtulma gibi süreçlerle geçirdiğinden sosyal rollerini yerine getirememekte ve aile süreçlerinde bozulmalara yol açmaktadır. Madde kullanım bozukluğu olan birey tüm aile bireylerinde stress, anksiyete, çaresizlik gibi olumsuz duyguların yaşanmasına neden olabilmektedir. Ailede madde kullanan bireyin varlığı durumunda birey daha fazla olumsuz durumla baş etmek durumunda kalmakta ve birçok duygu durumuyla karşı karşıya kalmaktadır. Duygusal farkındalığın yüksek olmasının ailede madde kullanımının getirdiği olumsuz durumların sonucunda oluşan duygularla yüzleşmesi ve tanınmasıyla alakalı olduğu düşünülmektedir. Madde kullanan bireylerde kendine zarar verici davranışta veya intihar girişiminde bulunma durumu, etkin olmayan bir başetme yöntemi olarak ortaya çıkabilmektedir. Kendine zarar verici davranışta bulunan bireylerin bu davranışı, var olan stresi veya anksiyeteyi azaltma, duygulanımı düzenleme ve duygudurumunu iyileştirmek için yaptıkları bir çaba olarak değerlendirilmektedir (Klonsky, 2009). Birey, var olan duygularını değiştirmek veya olumsuz duygulardan kaçmak için etkin olmayan bir baş etme yöntemi seçmektedir. Birey duygularını fark etmekte ve tanımlamakta ancak onları yönetememesi veya düzenleyememesi sonucunda intihar girişiminde veya kendine zarar verici davranışta bulunabilmektedir. Madde kullanım bozukluğu olan bireyler, madde kullanımının yarattığı sorunların yol açtığı olumsuz duyguların (suçluluk, öfke, utanç, vb.) farkında olmakla birlikte bu duygularla baş edememektedir. Madde kullanımı, bireyleri bu tür davranışlara itmekle birlikte kuralsızlık davranışlarına ve suça yöneltmektedir. Madde kullanımı olan kişilerin suç işleme ihtimalinin kullanmayanlara oranla üç veya dört kat daha yüksek olduğu

belirtilmektedir (Altuner ve ark., 2009). Bu araştırmada, bireylerin yasal işlem yapılmadığı durumlarda duygusal farkındalık düzeylerinin daha yüksek olduğu bulunmuştur. Bu durum, bu bireylerin duygularını fark etmede ve tanımada daha iyi oldukları, aynı zamanda dürtüsel davranmayarak, duygu düzenleme becerisiyle olumsuz duygularıyla daha iyi baş edebildikleri şeklinde yorumlanabilir.

### **5.3. Madde Kullanım Bozukluğu Olan Bireylerin z-kontrol Düzeyleri**

Bu araştırmada madde kullanım bozukluğu olan bireylerin öz-kontrol düzeyleri ortalama 28.73 puan bulunmuş olup, 45 puan üzerinden değerlendirildiğinde düşük olduğu ortaya koyulmuştur. Daha nce Allen ve arkadaşları (1998) da düşük öz-kontrol seviyesinin madde bağımlılığı ile ilişkisi olduğunu, Cooper ve arkadaşları (1995) ise dürtüsellik ve düşük engellenme eşiğinin pozitif duygular elde etmek için kullanılan madde ile ilişkili olduğunu ve dürtüsellik içme davranışı üzerine etki ettiğini belirtmişlerdir. Sarı ve arkadaşları (2017) niversite öğrencileriyle yaptığı çalışmada öz-kontrol ve öz yönetim düzeylerine bakmıştır ve öğrencilerin öz-kontrol puan ortalamalarının 57.28 olduğunu saptamıştır. Ölçekten alınan yüksek puanların bireylerde öz-kontrol seviyesinin yüksek olduğunu gösterdiği belirtilmiştir.

### **5.4. Madde Kullanım Bozukluğu Olan Bireylerin Bireysel zelliklerine Göre z-Kontrol Düzeyleri**

Bu araştırmada, madde kullanım bozukluğu olan bireylerde öz-kontrol düzeyi ile eğitim durumu, çalışma durumu, gelir düzeyi, kendine zarar verici davranışta bulunma durumu ve intihar girişiminde bulunma durumu arasında anlamlı bir fark olduğu bulunmuştur. Bulgulara bakıldığında diğer değerrişkenler ile öz-kontrol arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmasa da öz-kontrol düzeylerinin değerrişkenlerde farklılık gösterdiği görülmektedir.

z-kontrol düzeyi açısından bu araştırmanın bulguları incelendiğinde, madde kullanım bozukluğu olan bireylerin öz-kontrol düzeylerinin cinsiyete göre farklı olduğu görülmektedir. Ortaya çıkan farklılıkta, erkek bireylerin öz-kontrol düzeyinin kadınlara oranla daha yüksek olduğu bulunmuştur. Çeşitli araştırmalarda ise kadın bireylerin öz-kontrol düzeyinin erkek bireylerden daha yüksek olduğu saptanmıştır (Ercoşkun, 2017; Yılmaz, 2017). Bu bulguyu destekleyen Turner ve Piquero (2002), yaşamın erken

dönemlerinde gelişen öz-kontrol gelişiminin ilerleyen yaşam dönemlerinde de istikrarlı bir şekilde gelişeceği, her iki cinsiyet için de farklı olan öz-kontrol düzeyinin aynı şekilde kalacağı ve her yaş grubunda erkek bireylerin kadınlardan daha yüksek öz-kontrole sahip olacağı ifade edilmektedir (Gottfredson ve Hirschi, 1990). Ayrıca Jo ve Bouffard (2014), öz-kontrol ve cinsiyet arasındaki farklılıkların kısa vadede sürdüğünü ve farklılığa sebep olan sosyal faktörlerin etkisinin göz önünde bulundurulması gerektiğini belirtmektedir. Bu araştırmada öz-kontrol düzeyinin cinsiyete göre erkeklerde yüksek bulunması araştırmanın örnekleminde erkek bireylerin sayıca fazla olmasından da kaynaklandığı düşünülmektedir.

Bu araştırmada, öz-kontrol düzeyinin medeni duruma göre farklılık gösterdiği ve evli bireylerin bekar bireylerden öz-kontrol düzeyinin daha yüksek olduğu bulunmuştur. Alkol tüketimi ve medeni durum üzerine yapılan bir çalışmada, evli bireylerin birlikte yaşayanlara göre daha az, bekar veya boşanmış bireylere göre daha sık alkol tükettikleri belirtilmiştir. Bununla birlikte, evliliğin bekar bireylere kıyasla evli bireylerde koruyucu bir etkiye sahip olduğu vurgulanmıştır (Dinescu ve ark., 2016). Bu bağlamda madde kullanım bozukluklarında dürtüsel davranışların rol oynadığı göz önüne alındığında evliliğin bireylerde öz-kontrolü sağlamada bir faktör olabileceği düşünülmektedir.

Bu araştırmada, öz-kontrol düzeyi bireylerin eğitim durumuna göre incelendiğinde, öz-kontrol ile eğitim durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmaktadır. Öz-kontrol düzeyinin ilköğretim mezunu bireylerde yüksek olduğu görülmektedir. Bilindiği üzere öz-kontrol, bireyin duygu, düşünce, dürtü ve davranışlarını kontrol edebilmesidir (Baumeister ve ark., 2006). Bireylerin öz-kontrol mekanizmalarında yaşanabilecek bir sıkıntının dürtüsel davranışlara neden olabileceği ileri sürülmektedir (Quinn ve Fromme, 2010). Dal ve arkadaşlarının (2014) alkol kullanım bozukluğu sorunu olan bireylerle yaptığı çalışmada, eğitim düzeyi ile dikkat dürtüsellik arasında negatif bir ilişki olduğu ortaya koyulmuştur. Bu duruma göre bireylerin eğitim düzeyi yükseldikçe dürtüsellikleri azalmaktadır. Bu araştırmada ise, bireylerin eğitim düzeyi azaldıkça öz-kontrol düzeylerinin arttığı görülmektedir. Madde kullanım bozukluğunun yaygın olarak eğitim düzeyi düşük bireylerde görüldüğü, aynı zamanda erken yaşlarda başlayan madde kullanımının düşük eğitim seviyesine sebebiyet verdiği bilinmektedir

(Latvala, 2011). İlköğretim mezunu bireylerin öz-kontrol seviyelerinin yüksek olması, madde kullanım bozukluğu olan bireylerde ilköğretim mezunu bireylerin sayıca fazla olmaları ile açıklanabilmektedir.

Bu araştırmada aile tipi ile öz-kontrol düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı bulunmuştur. Ancak geniş aileye sahip bireylerde öz-kontrol düzeyinin daha yüksek olduğu görülmektedir. Kaynaklarda aile tipinden ziyade anne ve baba tutumlarının düşük öz-kontrol ve davranış sorunları üzerinde etkili olduğu belirtilmektedir (Hope ve Chapple, 2004). Gottfredson ve Hirschi (1990)'nin öz-kontrol kuramında anne baba tutumlarının öz-kontrol ve davranış sorunları arasındaki ilişkiyi açıkladığı ve öz-kontrol düzeyinin çocukluk döneminde ortaya çıktığı belirtilmektedir. Kurama göre çocuklarının öz-kontrol düzeyini uygun seviyeye getirmek için ebeveynler, çocukların davranışlarını gözlemlemeli, olumsuz davranışı fark etmeli ve bu davranışı cezalandırmalıdır. Bazı aile özelliklerinin de öz-kontrol seviyesini etkilediği belirtilmektedir. Özellikle parçalanmış, gelir düzeyi düşük ve stress düzeyi yüksek aileye sahip bireylerde, öz-kontrolün düşük olduğu bulunmuştur (Brannigan ve ark., 2002; Perrone ve ark., 2004; Chapple ve ark., 2005; Bennett ve ark., 2005; Vaughn ve ark., 2009). Bu araştırmada da, gelir düzeyinin giderden az olduğu bireylerde öz-kontrol seviyesinin düşük olduğu görülmektedir.

Madde kullanan bireylerde çalışma durumu değişkeni ile öz-kontrol düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu bulunmuştur. Çalışan bireylerde çalışmayan bireylere göre öz-kontrol düzeyinin daha yüksek olduğu görülmektedir. Madde kullanım bozukluğu olan bireylerin toplum tarafından damgalamaya maruz kaldıkları bilinmektedir. Damgalama bireyin yaşamında birçok problem neden olmakta, toplumdaki izole olmasına ve iş bulamamasına yol açmaktadır (Çam ve Dağlı, 2017). Psikolojik olarak dışlanmanın, öz-kontrol seviyesinde düşmeye neden olduğu ve depresif belirtilere yol açtığı ileri sürülmektedir (DeWall ve ark., 2012).

Bu araştırmada, kullanılan madde ile öz-kontrol düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmasa da çoklu madde kullanımında öz-kontrolün daha düşük olduğu dikkat çeken bulgular arasındadır. Öz-kontrol mekanizmasında yer alan dürtüsel davranışları bastıramamak veya kontrol edememek bireyi madde kullanımına

itebilmektedir. Tek bir madde kullanımına kıyasla çoklu madde kullanan bireylerin daha dürtüsel oldukları belirtilmektedir (Özdemir ve ark., 2012). Dolayısıyla dürtü kontrolünün çoklu madde kullanımında daha zayıf olduğu göz önüne alınırsa öz-kontrol mekanizmalarının da zayıflayacağı ve öz-kontrol düzeyinde azalma gözleneceği söylenilebilir.

Ailede madde kullanan bireyin varlığı ile öz-kontrol düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır. Ancak ailesinde madde kullanan bireylerin öz-kontrol düzeyinin daha düşük olduğu görülmektedir. Düşük öz-kontrol ve davranış problemleri anne baba tutumlarından kaynaklanabilmektedir (Hope ve Chapple, 2004). Öz-kontrol ve problemlili davranışların çocukluk döneminde oluştuğu ve problemlili davranışların zamanla oturduğu belirtilmektedir (Gottfredson ve Hirschi, 1990). Dix ve Lochman (1990)'a göre bazı faktörler çocuklarda davranış problemleri görülme riskini artırmakta ve bu faktörler anne babanın suç işlemesi, madde kullanım bozukluğunun olması, işsizlik ve düşük gelir düzeyi gibi durumlara bağlanmaktadır.

Bu araştırmada, kendine zarar verici davranışta bulunma ve intihar girişiminde bulunma durumu ile öz-kontrol düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu bulunmuştur. Kendine zarar verici davranışta bulunan ve intihar girişiminde bulunan bireylerin öz-kontrol düzeylerinin daha düşük olduğu görülmektedir. Madde kullanan bireyler, madde kullanımının yarattığı olumsuz sonuçlarla baş edememekte ve depresyon yaşamaktadır. Madde kullanım bozukluğuna en çok eşlik eden durum depresyondur (Shrier ve ark., 2003). Madde kullanım bozukluğu olan bireylerin dörtte üçünden fazlasında depresif belirtiler görülmektedir (Keskin ve Babacan, 2017). Madde kullanımı ve depresyon arasındaki ilişkiyi açıklayan teorilerden biri, madde kullanımının depresyonla baş edebilmek için başvurulan bir tedavi yöntemi olarak kullanılmasıdır (Libby ve Riggs, 2005). Depresyonun dürtüselliğe sebebiyet vererek intihar girişimini tetiklediği öne sürülmektedir (Dougherty ve ark., 2009). Dolayısıyla kendine zarar verici davranışta ve intihar girişiminde bulunan birey etkin olmayan baş etme mekanizmalarını kullanmakta ve dürtüsel davranışlar sonucu bunu gerçekleştirmektedir.

Bu araştırmada, yasal işlem yapılma durumu ile öz-kontrol düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır. Ancak bireylerin yasal işlem yapılmama

durumunda öz-kontrol düzeylerinin daha yüksek olduğu görülmektedir. Suç eğiliminde olan bireylerin davranışları bireyin antisosyal kişilik özellikleri ile ilişkilendirilebilir. Şiddet davranışında bulunan antisosyal kişilik sorunu olan bireylerin %69-89 oranında madde kullandığı tespit edilmiş (Erdem ve ark., 2010) ve saldırganlık, dürtüsellik, şiddet davranışları ve toplumsal kurallara uymada güçlük yaşadıkları ve suç davranışına yöneldikleri bilinmektedir (Demirel ve Balcıoğlu, 2015; Havaçeliği Atlam ve Şaşman Kaylı, 2019). Madde kullanım bozukluğu olan bireylerde de yasal işlem yapılmama durumunda öz-kontrolün düşük olması dürtüsel davranışlarla ilişkilendirilebilir.

Bu araştırmada, tedavi şekline göre bireylerin öz-kontrol düzeylerinde istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır. Ancak implant tedavisi alan bireylerin detoksifikasyon tedavisini tamamlamış bireylere göre öz-kontrol düzeylerinin daha yüksek olduğu görülmektedir. İmplant tedavisi alan bireyler ayaktan tedavi olurken, iş ve sosyal yaşamları devam etmektedir. Yatarak detoksifikasyon tedavisi alan bireyler ise bu süre içinde çalışmamakta, psikolojik olarak dışlanma veya damgalanma duygusu yaşayabildikleri düşünülmektedir. Psikolojik olarak dışlanmanın, öz-kontrol seviyesinde düşmeye neden olduğu ve depresif belirtilere yol açtığı ileri sürülmektedir (DeWall ve ark., 2012).

### **5.5. Madde Kullanım Bozukluğu Olan Bireylerin Duygusal Farkındalık ve Öz-Kontrol Düzeyleri Arasındaki İlişki**

Madde kullanım bozukluğu olan bireyler madde kullanımının olumsuz etkilerinden ve olumsuz duygularından kaçmak için tekrar madde kullanımına başvururken, sağlıklı bireyler olumsuz duygularını değiştirmek, stresini ve anksiyetesini kontrol edebilmek için madde kullanımına yönelmektedir (Arabacı ve ark., 2018). Bireylerin dürtüsel davranışları sonucunda olumsuz duygularla etkin olmayan bir başetme yöntemi olarak madde kullandıkları görülmektedir. Öz-kontrol, bireylerin otomatik ya da dürtüsel eylemlerini durdurma, bastırma ve istenmeyen davranışlardan kendini alıkoyma kapasitesi olarak bilinmektedir (Baumeister ve ark., 2006). Yapılan çalışmalarda, madde kullanım bozukluğu ile öz-kontrol arasında bir ilişki bulunduğu, düşük öz-kontrol düzeyinin madde kullanımı bozukluğu olan bireylerde görüldüğü ve bağımlılık

davranışları ile ilişkilendirildiği belirtilmektedir (Vazsonyi ve ark., 2006; De Ridder ve ark., 2012; Selçuk, 2019).

Madde kullanım bozukluğu olan bireyin, her ne kadar duygusal farkındalığı yüksek olsa da duygularını düzenleyememesi ve yönetememesinin, madde kötüye kullanımı gibi olumsuz davranışlarla sonuçlanacağı belirtilmektedir (Novick-Kline ve ark., 2005). Bu nedenle öz-kontrolün sağlanmasının ya da dürtüsel davranışların bastırılmasının, duyguların yönetilmesi veya düzenlenmesiyle ilgili olabileceği düşünülmektedir. Bu araştırmada, madde kullanım bozukluğu olan bireylerde duygusal farkındalık ve öz-kontrol arasında negatif yönde ve çok zayıf bir ilişki olduğu bulunmuştur. Duygusal farkındalık, duyguların düzenlenmesi ve yönetilmesinde ilk basamaktır (Croyle ve Waltz, 2002) ve öz-kontrolü sağlamada tek başına yeterli olmadığı düşünülmektedir.

Bu araştırmada, madde kullanım bozukluğu olan bireylerde duygusal farkındalık ve öz-kontrol düzeyleri bireysel özellikler ve madde kullanım özellikleri bağlamında incelenmiştir. Birey çevresiyle bir bütündür ve o şekilde ele alınmalıdır. Madde kullanım bozukluğu olan bireylerle çalışan psikiyatri hemşireleri öykü almada, değerlendirme ve uygulamalarında madde kullanan bireyi ailesi ve çevresiyle bir bütün olarak ele almalıdır. Özellikle aile özelliklerinin ve yapısının birey üzerindeki etkileri düşünüldüğünde, psikiyatrik bakımda aile de bu süreçlerin içerisinde yer almalıdır.

Madde kullanım bozukluğu olan bireylerde yaşanan sorunlarının çoğunda baş etme mekanizmalarının rol oynadığı görülmektedir. Bireyin dürtüsel davranışlarının ve öz-kontrol yetersizliğinin altında duyguların yönetilememesi veya düzenlememesi bulunmaktadır. Duyguların ifade edilmesi ve fark edilmesi duyguların düzenlenmesinde önemli bir adımdır (Croyle ve Waltz 2002). Psikiyatri hemşiresi madde kullanım bozukluğu olan bireyin bakımında birey ile işbirliği içerisinde olmalı, bireyin kullandığı etkin olmayan baş etme yöntemlerini konuşmalı, etkin baş etme stratejilerini birlikte geliştirmelidir.

## 6. SONUÇ ve ÖNERİLER

Bu çalışma madde kullanım bozukluğu olan bireylerin duygusal farkındalık ve öz kontrol düzeylerinin çeşitli değişkenlerle incelenmesi amacıyla yapılmıştır. Bu çalışmadan elde edilen önemli sonuçlar aşağıda verilmiştir.

- Madde kullanım bozukluğu olan bireylerin duygusal farkındalık düzeyleri düşüktür.
- Madde kullanım bozukluğu olan bireylerin duygusal farkındalık düzeyleri, bireysel özelliklere göre değişmemektedir.
- Madde kullanım bozukluğu olan bireylerin öz-kontrol düzeyleri düşüktür.
- Madde kullanım bozukluğu olan bireylerin öz-kontrol düzeyi, eğitim düzeyi düşük, çalışan, gelir düzeyi yüksek, kendine zarar verici davranışta bulunmayan ve intihar girişiminde bulunmayan bireylerde yüksektir.
- Bireylerin öz-kontrolü arttıkça duygusal farkındalığı azalmaktadır.

Bu sonuçlar göz önüne alınarak aşağıdaki önerilerde bulunulmuştur:

### *Eğitimcilere Yönelik*

- Lisans eğitimi kapsamında öğrencilere madde kullanım bozukluğu olan bireylerin bakımında bireysel faktörlerin öneminin vurgulanması,
- Lisans eğitimi kapsamında öğrencilere, madde kullanım bozukluğu olan bireylerde duygusal farkındalık ve öz-kontrolün öneminin vurgulanması,

### *Uygulayıcılara Yönelik*

- Madde kullanım bozukluğu olan bireylerde duygusal farkındalık düşük bulunduğu için, madde kullanım bozukluğu olan bireylere yönelik duygusal farkındalık eğitimlerinin planlanması,
- Madde kullanım bozukluğu olan bireylerde öz-kontrol düşük bulunduğu için, madde kullanım bozukluğu olan bireylere yönelik öz-kontrol eğitimlerinin planlanması,



- Madde kullanım bozukluğu olan bireylerin, bireysel özellikleri açısından detaylı olarak değerlendirilmesi ve psikiyatri hemşiresinin yapacağı hemşirelik girişimlerinde duygulara odaklanan empatik bir iletişim kurması, madde kullanımına iten duyguların konuşulduğu farkındalık yaratacak görüşmelerin yapılması, olumsuz duygu yaşadıklarında duygu düzenleme becerisi olmayan bireylerin etkili başatme yöntemlerinin birlikte saptanması,
- Duygusal farkındalık ve duygu düzenleme beceri eğitimlerinin alkol ve madde bağımlılığı tedavi merkezlerinde belirli aralıklarla yapılması,
- Öz-kontrol eğitimlerinin alkol ve madde bağımlılığı tedavi merkezlerinde belirli aralıklarla yapılması,

#### *Araştırmacılara Yönelik*

- Araştırmanın sonuçlarına göre madde kullanım bozukluğu olan bireylerde duygusal farkındalığın öz-kontrol ile zayıf ve ters yönde bir ilişkisi olduğu bulunmuştur. Öz-kontrolün sağlanmasının ya da dürtüsel davranışların bastırılmasının, duyguların yönetilmesi veya düzenlenmesiyle ilgili olabileceği düşünülmektedir. Duyguların düzenlenmesi ve öz –kontrol arasındaki ilişkiyi inceleyen araştırmaların yapılması,
- Madde kullanım bozukluğu olan bireylerde duygusal farkındalık düzeyini artırmaya yönelik deneysel çalışmalar yapılması,
- Duygusal farkındalığın eroin ve çoklu madde kullanımında alkol kullanımı olan bireylerden daha yüksek olduğu saptanmıştır. Madde kullanım bozukluğu olan bireylerde duygusal farkındalığın incelendiği başka bir çalışmaya rastlanılamaması sebebiyle kullanılan madde için özellikle alkol ve diğer bağımlılık yapan maddeler arasında duygusal farkındalığın incelendiği çalışmaların yapılması önerilmektedir.

## KAYNAKLAR

Allen T, Moeller G, Rhoades H, Cherek D. Impulsivity and history of drug dependence. *Drug Alcohol Depend.* 1998; 50(2): 137-45.

Albayrak S, Balcı S, Gençlerde madde bağımlılığı ve önlenmesi, *Hemşirelikte Eğitim Ve Araştırma Dergisi*, 2014, 11; 30-37.

Altuner D, Engin N, Gürer C, Akyay İ, Akgül A, Madde kullanımı ve suç ilişkisi: kesitsel bir araştırma. *Tıp Araştırmaları Dergisi*, 2009; 7: 87-94.

American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. Fifth ed., Washington DC: American Psychiatric Association, 2013: 481-491.

Arabacı LB, Dağlı DA, TAŞ, G. Madde kullanım bozukluklarında duygu düzenleme güçlüğü ve hemşirelerin rol ve sorumlulukları. *Bağımlılık Dergisi*. 2018; 19(1): 10-16.

Avcil C, Bulut H, Sayar GH. Psikiyatrik hastalıklar ve damgalama. *Üsküdar Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*. 2016; 2: 175-202.

Bandura A. Social cognitive theory of self-regulation. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*. 1991; 50(2): 248-287.

Barret A, Turner R. Family structure and substance use problems in adolescence and early adulthood: Examining explanations for the relationship. *Addiction*. 2006; 101: 109- 120.

Baumeister RF, Gailliot M, DeWall CN, Oaten M. Self-regulation and personality: how interventions increase regulatory success, and how depletion moderates the effects of traits on behavior. *Journal of Personality*. 2006; 74: 6.

Baumeister RF, Vohs KD, Tice DM. The strength model of self-control. *Current Directions in Psychological Science*. 2007; 16(6): 351-355.

Bayır B. Madde kullanım bozukluğu olan bireylere öz-yeterlilik kuramına göre verilen farkındalık temelli eğitimin özyeterlilik algısına etkisi, Doktora Tezi, 2019.

Beck J. Bilişsel terapi, temel ilkeler ve ötesi. (Çev.: N. H. Şahin) Ankara: Türk Psikologlar Derneği Yayınları; 2001.

Beck AT. Cognitive therapy and emotional disorders. New York: International Universities Press; 1976.

Bennett S, Farrington DP, Huesmann LR. Explaining gender differences in crime and violence: The importance of social cognitive skills. *Aggression And Violent Behavior*, 2005; 10(3): 263-288.

Berking M, Margraf M, Ebert D, Wupperman P, Hofmann SG, Junghanns K. Deficits in emotionregulation skills predict alcohol use during and after cognitive-behavioral therapy for alcohol dependence. *J Consult Clin Psychol*. 2011; 79(3): 307-318.

Bilgiç B. Madde kullanım bozukluğu tanılı ergenlerde tedavi hizmetlerinin etkinliğinin değerlendirilmesi. Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi. Yüksek Lisans Tezi, 2018, İzmir (Danışman: Doç. Dr. T Güvenir).

Bilici R, Karakaş UG, Tufan E, Güven T, Uğurlu M. Bir bağımlılık merkezinde yatarak tedavi gören hastaların sosyo demografik özellikleri. *Fırat Tıp Dergisi*. 2012; 17: 223-227.

Brannigan A, Gemmel WD, Pevalin J, Wade TJ. Self-control and social control in childhood misconduct and aggression: the role of family structure, hyperactivity and hostile parenting. *Canadian Journal of Criminology*. 2002; 44: 119-143.

Boyd MA. *Psychiatric nursing contemporary practice*. Lippincott Williams&Wilkins, 2002; 617-55.

Bukstein OG, Horner MS. Management of the adolescent with substance use disorders and comorbid psychopathology. *Child Adolescent Psychiatr Clinics of North America*. 2010; 19(3): 609- 623.

Carton S, Bayard S, Paget V, Jouanne C, Varescon I, Edel Y, Detilleux M. Emotional awareness in substance-dependent patients. *Journal of Clinical Psychology*. 2010; 66(6): 599-610.

Carton S, Bayard S, Jouanne C, Lagrue G. Emotional awareness and alexithymia in smokers seeking help for cessation: A clinical analysis. *Journal of Smoking Cessation*. 2008; 3(2): 81–9.

Chapple CL, Hope TL, Whiteford SW. The direct and indirect effects of parental bonds, parental drug use, and self-control on adolescent substance use. *Journal of Child & Adolescent Substance Abuse*, 2005; 14(3): 17-38.

Chhatwal J, Lane RD. A cognitive-developmental model of emotional awareness and its application to the practice of psychotherapy. *Psychodynamic Psychiatry*, 2016; 44(2): 305-325.

Civan A. Eşlerin duygu dışavurum tarzları ile algılanan evlilik kalitesinin ilişkisi ve duygusal farkındalığın rolü. Mersin Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü. Yüksek Lisans Tezi, 2011, Mersin (Danışman: Yrd. Doç. Dr. A Araz).

Cooper, PJ, Steere J. A comparison of two psychological treatments for bulimia nervosa: implications for models of maintenance. *Behaviour Research and Therapy*. 1995; 33(8): 875-8.

Corrigan PW, Larson JE, Kuwabara SA. Social psychology of the stigma of mental illness: public and self-stigma models. Maddux JE, Tangney JP (editors). *Social Psychological Foundations of Clinical Psychology*. 1. Baskı, New York: The Guilford Press, 2010: 51-71.

Croyle KL, Waltz, J. (2002). Emotional awareness and couples' relationship satisfaction. *Journal of Marital and Family Therapy*. 2002; 28(4): 435-444.

Çam O, Dağlı DA. Alkol bağımlılarında içselleştirilmiş damgalama, suçluluk ve utanç duyguları. *Bağımlılık Dergisi*. 2017; 18: 145-151.

Dal H, Durmaz E, Zorlu N, Aşkin R, Taymur İ, Güngör BB. Erken ve geç başlangıçlı alkol bağımlılığında dürtüsellik ve karar vermenin değerlendirilmesi. *Düşünen Adam-Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi*. 2014; 27(4): 281-290.

de Ridder DTD, Lensvelt-Mulders G, Finkenauer C, Stok FM, Baumeister RF. Taking stock of self-control: A meta-analysis of how trait self-control relates to a wide range of behaviors. *Personality and Social Psychology Review*. 2012; 16: 76-99.

Demirel ÖF, Balcıoğlu İ. Alkol ve madde bağımlılığında ceza sorumluluğu ve fiil ehliyeti. *Yeni Symposium*. 2015; 53: 27-33.

DeWall CN, Gilman R, Sharif V, Carboni I, Rice KG. Left out, sluggish and blue: low self-control mediates the relationship between ostracism and depression. *Personality and Individual Differences*. 2012; 53: 832-837.

Dinescu D, Turkheimer E, Beam CR, Horn EE, Duncan G, Emery RE. Evlilik bir uğultu mu? Medeni durum ve alkol tüketimi ile ilgili ikiz bir çalışma. *Aile Psikolojisi Dergisi*. 2016; 30(6): 698.

Dougherty DM, Mathias CW, Marsh-Richard DM., Prevetie KN, Dawes MA, Hatzis ES, Palmes G, Nouvion OS. Impulsivity and cilinical symptoms among adolescents with non suicidal self injury with or without attemped suicide. *Psychiatry Res*. 2009; 169(1): 22-7.

Dvorak RD, Day AM. Marijuana and self-regulation : examining likelihood and intensity of use and problems. *Psychology of Addictive Behaviors*. 2013; 39(3): 709-712.

Ekinci S, Kural HU, Yalçınay M. Madde bağımlılığı olan hastalarda öfke düzeyi; bağımlılık profili, depresyon ve anksiyete düzeyi ile ilişkisi. *Bağımlılık Dergisi*. 2016; 17 (1): 12, 17.

Engin E, Kutlu FY. Bağımlılıklarda bakımın incelikleri. *Türkiye Klinikleri Journal of Psychiatry Nursing Special Topics*. 2015;1(1):73-79.

Erbay E, Oğuz N, Yıldırım B, Fırat E. Alkol ve madde bağımlılığı olan bireylerin başa çıkma tutumları. *Türkiye Sosyal Araştırmalar Dergisi*. 2016; (3): 597-609.

Ercoskun MH. Adaptation of Self-Control and Self-Management Scale (SCMS) into Turkish Culture: A study on reliability and validity. *Educational Sciences: Theory & Practice*. 2016; 16(4): 1125-1145.

Erdem M, Özdemir B, Çelik C, Balıkçı A, Türker T, Özmenler KN. Antisosyal kişilik bozukluğu olgularının şiddet suçu niteliğine göre mizaç ve karakter özellikleri. *Klinik Psikiyatri* 2010; 13: 113-118.

Erdoğan S, Nahcivan N, Esin NM. Hemşirelikte Araştırma, süreç uygulama ve kritik. İstanbul: Nobel Kitabevleri; 2014, s: 87-129.

Erdur-Baker Ö, Doğan, T. Kriz danışmanlığı. 2. Baskı. Ankara: Pegem Akademi; 2018, s: 001-554.

Erukçu Akbaş G, Mutlu E. Madde bağımlılığı tedavisi gören kişilerin bağımlılık ve tedavi deneyimleri. *Toplum ve Sosyal Hizmet* 2016; 27(1): 101-122.

Feldman-Barrett L, Gross J, Corner-Christensen T, Benvenuto M. Knowing what you're feeling and knowing what to do about it: Mapping the relation between emotion differentiation and emotion regulation. *Cognition and Emotion*, 2001; 15, 713-724.

Ghitza İE. Needed relapse-prevention research on novel framework (ASPIRE model) for substance use disorders treatments. *Frontiers in Psychiatry*. 2015; 6(37):1-4.

Gottfredson MR, Hirschi TA. general theory of crime. Stanford, CA: Stanford University Press; 1990.

Görgülü T. Madde kullanımı olan bireylerde umutsuzluk ve intihar düşünceleri: ankara denetimli serbestlik örneği. *Toplum ve Sosyal Hizmet*. 2017; 28(2): 7-26.

Gövebakan R, Duyan V. Madde bağımlılığı ve aile. İstanbul: Yeni İnsan Yayınevi; 2015.

Gültekin D. Alkol ve madde kullanım bozukluğu tanısı ile yatan hastalarda tedavi ortamının tedavi motivasyonuna etkisi. Üsküdar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Yüksek Lisans Tezi, 2018, İstanbul (Danışman: Prof. Dr. S Doğan).

Gümüş Ö, Şahin E, Top ŞM. Alkol ve eroin psikososyal ve ekonomik zorlukların araştırılması. Bağımlılık Dergisi. 2002; 3(3): 146-154.

Gürpınar D, Tokçuoğlu L. Bağımlılık yapan maddeleri kullanmak için duyulan arzu ve bu maddelerle ilgili rüyalar. Bağımlılık Dergisi. 2006; 7:38-43.

Harris CR, Brown A. Synthetic cannabinoid intoxication: a case series and review. The Journal of Emergency Medicine. 2013; 44(2): 360-366.

Havaçeliği AD, Şaşman KD. Bağımlılıkta riskli bir durum: suç davranışı. Türkiye Klinikleri. 2019; 11-17.

Hope TL, Chapple CL. Maternal characteristics, parenting, and adolescent sexual behavior: The role of self-control. Deviant Behavior. 2004; 26(1): 25-45.

Jafari E, Eskandari H, Sohrabi F, Delavar A, Heshmati R. Effectiveness of coping skills training in relapse prevention and resiliency enhancement in people with substance dependency. Procedia Social and Behavioral Sciences. 2010; 5: 1376-1380.

Jo Y, Bouffard L. Stability of self-control and gender. Journal of Criminal Justice. 2014; 42(4): 356-365.

Kanfer FH, Karoly P. Self-control: a behavioristic excursion into the lion's den. Behavior Therapy. 1972; 3(3): 398-416.

Karakuş, G. Dürtüsellik: tanımı, değerlendirmesi ve ruhsal bozukluklarla ilişkisi, Dürtüsellik Ve Dürtü Kontrol Bozuklukları. İstanbul: Kaknüs Yayınları; 2015, s: 11-48.

Karataşoğlu S. Yerel sosyal politikalar çerçevesinde madde bağımlısı gençlerin sosyal rehabilitasyonu (Karapürçek İlçesi Sosyal Rehabilitasyon Merkezi Projesi). Sakarya

Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü. Yüksek Lisans Tezi, 2009, Sakarya (Danışman: Yrd. Doç. Dr. O Sarı).

Karataşoğlu S. Sosyal politika boyutuyla madde bağımlılığı. Türk İdare Dergisi. 2013; 476: 321-352.

Kargın M, Hiçdurmaz D. Madde kullanım bozukluğu olan bireylerde sosyal işlevsellik, algılanan esenlik ve stresle başa çıkma. Bağımlılık Dergisi. 2018; 19(2): 35-39.

Kaya E. Madde kullanım bozuklukları, Okmeydanı Tıp Dergisi. 2014; 30(2): 79-83.

Keskin G, Babacan Gümüş A. Alkol ve madde bağımlılarında depresif belirtiler ve depresif belirtilerle ilişkili değişkenlerin incelenmesi. Düşünen Adam 2017; 30(2), 124-135.

Klonsky ED. The functions of self-injury in young adults who cut themselves: Clarifying the evidence for affect-regulation. Psychiatry Res 2009; 166:260-268.

Koob GF, Kandel D, Volkow ND. Pathophysiology of Addiction. Psychiatry; 2008, s: 354-378.

Köknel Ö. Bağımlılık. İstanbul: Altın Kitaplar Yayınevi; 1998.

Kuzucu Y. Duygusal Farkındalık Düzeyi Ölçeğinin uyarlanması: geçerlik ve güvenilirlik çalışmaları. Türk Psikolojik Danışma ve Rehberlik Dergisi. 2008; 3(29): 53-64.

Lane RD, Quinlan DM, Schwartz GE, Walker PA, Zeitlin SB. The levels of emotional awareness scale: a cognitive-developmental measure of emotion. Journal of Personality Assessment. 1990; 55(1-2): 124-134.

Lane RD, Schwartz GE. Levels of emotional awareness: A cognitive-developmental theory and its application to psychopathology. American Journal of Psychiatry. 1987; 144, 133-143.



Latvala A. Cognitive functioning in alcohol and other substance use disorders in young adulthood: A genetic epidemiological study. National Institute for Health and Welfare. 2011.

Leahy RL, Tirch D, Napolitano LA. Why is emotion regulation important? emotion regulation in psychotherapy. A practitioner's guide Guilford Press. 2011; 1-16.

Libby AM, Riggs PD. Integrated substance use and mental health treatment for adolescents: Aligning organizational and financial incentives. J Child Adolesc Psychopharmacol. 2005; 15(5): 826-834.

Mankus AM, Boden MT, Thompson RJ. Sources of variation in emotional awareness: Age, gender, and socioeconomic status. Personality and Individual Differences. 2016; 89: 28-33.

Metin S. Eylem seçiminin limbik sisteme bağlı olarak dinamik sistem yaklaşımı ile modellenmesi. İstanbul Teknik Üniversitesi Fen Bilimleri Enstitüsü. Doktora Tezi, 2013, İstanbul (Danışman: Doç. Dr. ŞN Serap).

Mezo PG. The self-control and self-management scale (scms): development of an adaptive self-regulatory coping skills instrument. Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment. 2009; 31: 83-93.

Miller I, Ryan C, Keitner G, Bishop D, Epstein N. The mcmaster approach to families: Theory, assesment, treatment and research. Journal of family Therapy 2000; 22: 168-189.

Mutlu E. Madde bağımlılığında ailenin rolü. Tıbbi Sosyal Hizmet Dergisi. 2013; 12(2): 13-17.

Nandrino JL, Baracca M, Antoine P, Paget V, Bydlowski S, Carton, S. Level of emotional awareness in the general French population: Effects of gender, age, and education level. International Journal of Psychology. 2013; 48(6): 1072-1079.

Novick-Kine P, Turk, CL, Mennin, DS, Hoyt, EA, Gallagher, CL. Level of emotional awareness as a differentiating variable between individuals with and without generalized anxiety disorder. *Anxiety Disorders*. 2005; 19: 557-572.

Ögel K. Bağımlılık ve tedavisi temel kitabı. 3. Baskı. İstanbul: IQ Kültür Sanat Yayıncılık; 2020.

Ögel K, Koç C, Başabak A, Aksoy A, Evren C. Sigara Alkol Ve Madde Bağımlılığı Tedavi Programı (SAMBA)-Klinik İçin Uygulayıcı Kılavuzu. İstanbul: Yeniden Yayınları; 2014.

Ögel K. Madde kullanım bozuklukları epidemiyolojisi. *Türkiye Klinikleri*. 2005; 1(47): 61-64.

Ögel K, Sarp N, Gürol DT, Ermağan E. Bağımlı olan ve olmayan bireylerde farkındalık (mindfulness) ve farkındalığı etkileyen etkenlerin incelenmesi. *Anatolian Journal of Psychiatry/Anadolu Psikiyatri Dergisi*. 2014; 15(4).

Özbay Y, Yılmaz S, Büyüköztürk Ş, Aliyev R, Tomar İH, Eşici H, Akyılmaz FD. Madde bağımlılığı: Temiz bir yaşam için bireyin güçlendirilmesi. *Addicta: The Turkish Journal on Addictions*. 2018; 5(1): 81-130.

Özdemir PG, Selvi Y, Aydın A. Dürtüsellik ve tedavisi. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*. 2012; 4(3): 293-314.

Özkalp E. *Sosyolojiye Giriş*. 27. Baskı, Bursa: Ekin Yayınevi; 2018.

Perrone D, Sullivan CJ, Pratt TC, Margaryan S. Parental efficacy, self-control, and delinquency: A test of a general theory of crime on a nationally representative sample of youth. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*. 2004; 48(3): 298-312.

Pyszczynski T, Greenberg J. Self-regulatory perseveration and the depressive self-focusing style: a self-awareness theory of reactive depression. *Psychological Bulletin*. 1987; 102(1): 122.

Quinn PD, Fromme K. Self-regulation as a protective factor against risky drinking and sexual behavior. *Psychology of Addictive Behaviors*, 2010; 24(3): 376-385.

Rogers CR. *On becoming a person*. Boston: Houghton Mifflon Company; 1961.

Sağlık Bakanlığı. *Madde Bağımlılığı Tanı Ve Tedavi Kılavuzu El Kitabı*. Ankara: 2012.

Selçuk O. C. İnternet bağımlılığı için risk faktörleri: öz düzenleme yetersizliği ve boş zaman can sıkıntısı. Adnan Menderes Üniversitesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Yüksek Lisans Tezi, 2019, Aydın (Danışman: Dr. Öğr. Üyesi M Şakiroğlu)

Seely KA, Lapoint J, Moran JH, Fattore L. Spice drugs are more than harmless herbal blends: a review of the pharmacology and toxicology of synthetic cannabinoids. *Progress in Neuropsychopharmacology and Biological Psychiatry*. 2012; 39(2): 234-243.

Şengül C, Herken H. Serotonin, noradrenalin, dopamin ve antidepresan ilaçlar. *Türkiye Klinikleri J Neurol Special Topics*. 2010; 3: 112-116.

Shrier LA, Harris SK, Kurland M, Knight JR. Substance use problems and associated psychiatric symptoms among adolescents in primary care. *Pediatrics*. 2003; 111(6): 699-705.

Şimşek N. Madde kullanım bozukluğu olan birey ve ailesinin hemşirelik bakımı. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*. 2010; 1(2): 96-99.

Tangney JP, Baumeister RF, Boone AL. High self-control predicts good adjustment, less pathology, better grades, and interpersonal success. *J Pers* 2004; 72(2): 271-324.

Tarhan N, Nurmedov S. *Bağımlılık*. Timaş Yayınları; 2011.

Tosun M. Madde bağımlılığına genel bakış. İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri. Sempozyum Dizisi. 2008; 62: 201-220.

Townsend, MC. Ruh sağlığı ve psikiyatri hemşireliğinin temelleri: kanıta dayalı uygulama bakım kavramları. Akademisyen Kitabevi: 2016.

Turhan E, İnandı T, Özer C, Akoğlu S. Üniversite öğrencilerinde madde kullanımı, şiddet ve bazı psikolojik özellikler. Türkiye Halk Sağlığı Dergisi. 2011; 9(1): 33-44.

Turner MG, Piquero AR. The stability of self-control. Journal of Criminal Justice. 2002; 30(6): 457-471.

Türkiye Cumhuriyeti Anayasası. 58. Madde. 1982; 22: 18.

Türkiye Uyuşturucu ve Uyuşturucu Bağımlılığı İzleme Merkezi (TUBİM). 2014 ulusal raporu (2013 verileri). Ankara: Emniyet Genel Müdürlüğü; 2014.

Türkiye Uyuşturucu ve Uyuşturucu Bağımlılığı İzleme Merkezi (TUBİM). 2017 yılı Türkiye uyuşturucu raporu (2016 Verileri). Ankara: Emniyet Genel Müdürlüğü; 2017.

Türkiye Uyuşturucu ve Uyuşturucu Bağımlılığı İzleme Merkezi (TUBİM). 2020 yılı Türkiye uyuşturucu raporu (2019 Verileri). Ankara: Emniyet Genel Müdürlüğü; 2020.

United Nation Office on Drug and Crime (UNODC). World drug report 2020. New York: United Nations Publication. 2020.

Vaughn MG, DeLisi M, Beaver KM, Wright JP. Identifying latent classes of behavioral risk based on early childhood: Manifestations of self-control. Youth Violence and Juvenile Justice. 2009; 7(1): 16-31.

Vazsonyi A, Trejos-Castillo E, Huang L. Are developmental processes affected by immigration? Family processes, internalizing behaviors, and externalizing behaviors. Journal of Youth and Adolescence. 2006; 35: 795–809.

Viedebeck SL. Psychiatric mental health nursing. 2nd ed. Philadelphia: W.B. Saunders; 2003.

Villegas-Pantoja MA, Mendez-Ruiz MD. Nursing and substance use disorders in Mexico. Nursing Science Quarterly. 2016; 29(2): 163-166.

Völlm BA, Clarke M, Herrando VT, Seppänen AO, Gosek P, Heitzman J, Bulten E. Avrupa Psikiyatri Birliği (EPA) adli psikiyatri kılavuzu: Ruhsal bozukluğu olan

suçluların kanıta dayalı değerlendirilmesi ve tedavisi. Avrupa Psikiyatrisi , 2010; 51: 58-73.

Yazıcıoğlu, Y, Erdoğan, S. Spss uygulamalı bilimsel araştırma yöntemleri. Ankara: Detay Yayıncılık; 2004.

Yenigün M. Alkol tüketimi ve ilaç. Med Bull Haseki. 2006; 44(3)

Yılmaz M. Lisanslı olarak spor yapan ve spor yapmayan ortaöğretim öğrencilerinin özkontrol ve özyönetim düzeyleri. Abant İzzet Baysal Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü . Yüksek lisans tezi, 2017, Bolu (Danışman: Yrd. Doç. G Özcan)

Wegner RCL. Substance Use and Abuse: Intervention by a Multidisciplinary Approach Which Includes Occupational Therapy. In: Alers RCV, editor. Occupational Therapy in Psychiatry and Mental Health. 2014.

Weiss NH, Tull MT, Anestis MD, Gratz KL. The relative and unique contributions of emotion dysregulation and impulsivity to posttraumatic stress disorder among substance dependent inpatients. Drug And Alcohol Dependence. 2013; 128(1-2): 45-51.

Worden M. Aile terapisi temelleri. Adana: Nobel Kitabevi; 2013.

World Health Organization. World Health Statistics. Monitoring health for the SDGs. 2017.

Zautra, A. (2003). Emotions, Stress, and Health. New York: Oxford University Press.

Zentner MA. The influence of expression of emotions in writing on physical and psychological well-being. Teksas universitesi, Yayınlanmamış Doktora Tezi, 1999, Austin.

## EKLER

### EK-1 Kişisel Bilgi Formu

<b>KİŞİSEL BİLGİ FORMU</b>	
Tarih: ..../..../.....	
<b>1. Yaşınız: .....</b>	
<b>2. Cinsiyetiniz:</b> ( ) Erkek ( ) Kadın	
<b>3. Medeni durumunuz:</b> ( ) Bekar ( ) Evli ( ) Boşanmış	
<b>4. Eğitim durumunuz:</b>	
( ) Okuryazar ( ) İlköğretim ( ) Lise ( ) Üniversite ( ) Lisansüstü ( ) Doktora	
<b>5. Aile tipiniz:</b> ( ) Çekirdek ( ) Geniş ( ) Parçalanmış	
<b>6. Çalışma durumunuz:</b> ( ) Çalışıyor ( ) Çalışmıyor	
<b>7. Gelir düzeyiniz :</b> ( ) Gelir giderden az ( ) Gelir gidere eşit ( ) Gelir giderden fazla	
<b>8. Madde kullanmaya başlama yaşıınız: .....</b>	
<b>9. Alkol ve Madde Bağımlılığı Tedavi Merkezine başvuru sayınız: .....</b>	
<b>10. Şu anda kullandığınız madde/maddeler: .....</b>	
<b>11. Ailede madde kullanan birey:</b> ( ) Var ( ) Yok	
<b>12. Kendinize zarar verici davranışta bulunma durumunuz</b> ( <i>Kafa vurmak, kendine vurmak, dudak ısırma, tırnak yemek, derisini cimdiklemek ya da tırmalamak, kendini ısırma ve saçını yolma, kendini kesmek gibi</i> ): ( ) Evet ( ) Hayır	
<b>13. İntihar girişiminde bulunma durumunuz:</b> ( ) Evet ( ) Hayır	
<b>14. Madde ile ilişkili bir sebepten hakkınızda yasal işlem yapılma durumunuz:</b>	
( ) Evet ( ) Hayır	
<b>15. Tedavi şekliniz:</b> ( ) Yatarak ( ) İmplant Tedavisi	

## EK-2 Duygusal Farkındalık Düzeyi Ölçeği

### DUYGUSAL FARKINDALIK DÜZEYİ ÖLÇEĞİ

#### (DFDÖ)

Lütfen aşağıdaki durumlarda neler hissedebileceğinizi belirtiniz. Sizden istenen yanıtlarınızda yalnızca “hissetme” kelimesini kullanmanızdır. Yanıtlarınız kısa ya da nasıl hissedebileceğinizi açıklamak için gerektiği kadar uzun olabilir. Her bir durumda bahsedilen diğer bir kişi bulunmaktadır. Lütfen belirtilen diğer kişinin de nasıl hissedebileceği ile ilgili düşüncenizi belirtiniz.

1. Bir komşunuz sizden mobilyasını tamir etmeniz için yardım istedi. Komşunuz size bakarken, çekiçle çiviye vurmaya başladınız, ancak çiviyi ıskaladınız ve parmağınıza vurdunuz. Nasıl hissedersiniz? Komşunuz nasıl hisseder?

2. Çölde bir rehber eşliğinde yürüyorsunuz. Saatler önce suyunuz tükendi. Rehberin haritasına göre en yakın kuyu 3.8 km uzaklıkta. Nasıl hissedersiniz? Rehber nasıl hisseder?

## EK-2 Devam-Duygusal Farkındalık Düzeyi Ölçeği

3. Sevgiliniz/eşiniz, oldukça zor geçen bir iş gününün ardından sırtınızı ovuyor. Nasıl hissedersiniz? Sevgiliniz/eşiniz nasıl hisseder?

4. Bir yarışmada bir süre birlikte antrenman yaptığınız arkadaşınız ile koşuyorsunuz. Bitiş çizgisine yaklaşırken, ayak bileğinizi burktunuz, yere düştünüz ve yarışmaya devam edemeyecek durumdasınız. Nasıl hissedersiniz? Arkadaşınız nasıl hisseder?

5. Yabancı bir ülkede seyahat ediyorsunuz. Tanıdığınız birisi ülkeniz hakkında küçük düşürücü sözler kullanıyor. Nasıl hissedersiniz? Tanıdığınız kişi nasıl hisseder?



## EK-2 Devam-Duygusal Farkındalık Düzeyi Ölçeği

6. Arabayla asma köprüden geçerken, korkuluğun öbür tarafında birisinin ayakta suya baktığını gördünüz. Nasıl hissedersiniz? O kişi nasıl hisseder?

7. Sevgiliniz/eşiniz birkaç haftalığına gitti, fakat sonunda eve geldi. Sevgiliniz/eşiniz kapıyı açtığında nasıl hissedersiniz? Sevgiliniz/eşiniz nasıl hisseder?

8. Patronunuz çalışmanızın kabul edilemez olduğunu ve geliştirilmesi gerektiğini söylüyor. Nasıl hissedersiniz? Patronunuz nasıl hisseder?

## EK-2 Devam-Duygusal Farkındalık Düzeyi Ölçeği

9. Banka kuyruğunda bekliyorsunuz. Önünüzdeki kişinin sırası geldi ve oldukça kapsamlı bir işlem yaptırmaya başladı. Nasıl hissedersiniz? O kişi nasıl hisseder?

10. Siz ve eşiniz, arkadaşlarınızla dışarıda bir akşam geçirdikten sonra evinize dönüyorsunuz. Sizin bloğa döndüğünüzde, itfaiye araçlarının evinizin yanında park ettiğini gördünüz. Nasıl hissedersiniz? Eşiniz nasıl hisseder?

11. Birkaç aydır bir proje üstünde oldukça fazla çalıştınız. Teslim ettikten birkaç gün sonra, patronunuz çalışmanızın mükemmel olduğunu söylemek için yanınıza uğruyor. Nasıl hissedersiniz? Patronunuz nasıl hisseder?

## EK-2 Devam-Duygusal Farkındalık Düzeyi Ölçeği

12. Uzaklardan, bir doktor tarafından annenizin öldüğünü bildiren hiç beklenmedik bir telefon alıyorsunuz. Nasıl hissedersiniz? Doktor nasıl hisseder?

13. Kendini yalnız hisseden bir arkadaşınıza, ne zaman konuşmaya ihtiyaç duyarsa sizi arayabileceğini söylediniz. Bir gece saat 04:00'de sizi arıyor. Nasıl hissedersiniz? Arkadaşınız nasıl hisseder?

14. Dişçiniz birkaç çürük dişinizin olduğunu söyledi ve tekrar gelmeniz için randevu verdi. Nasıl hissedersiniz? Dişçiniz nasıl hisseder?

## EK-2 Devam-Duygusal Farkındalık Düzeyi Ölçeği

15. Geçmişte size oldukça eleştirel davranan birisi, bir iltifatta bulunuyor. Nasıl hissedersiniz? O kişi nasıl hisseder?

16. Doktorunuz yağlı yiyeceklerden uzak durmanızı söyledi. İşe yeni başlayan bir meslektaşınız sizi arayarak pizza yemeğe gideceğini söylüyor ve birlikte gitmeyi davet ediyor. Nasıl hissedersiniz? Meslektaşınız nasıl hisseder?

17. Bir arkadaşınızla yeni bir iş girişimine başlamak için birlikte para yatırma konusunda anlaştınız. Birkaç gün sonra yalnızca arkadaşınızın fikrini değiştirip değiştirmediğini öğrenmek için arkadaşınızı aradınız. Nasıl hissedersiniz? Arkadaşınız nasıl hisseder?

## EK-2 Devam-Duygusal Farkındalık Düzeyi Ölçeği

18. Size ait sevdiğiniz bir eşyayı eşinize pahalı bir hediye almak için sattınız. Ona hediyeyi verirken eşiniz eşyayı satıp satmadığınızı sordu. Nasıl hissedersiniz? Eşiniz nasıl hisseder?

19. Hem çekici hem de zeki birisine aşık oldunuz. Bu kişi maddi açıdan iyi durumda olmasa da, bu sizin için önemli değil—geliriniz yeter düzeyde. Evliliği konuşmaya başladığınızda, onun aslında oldukça varlıklı bir aileden geldiğini öğrendiniz. İnsanların onunla sadece parası için ilgileneceğinden korktuğundan, bunun bilinmesini istemediğini söyledi. Nasıl hissedersiniz? O nasıl hisseder?

20. Siz ve en iyi arkadaşınız iş yerinde aynı birimde çalışıyorsunuz. İş yerinizde yılın en iyi performansını gösterene her yıl bir ödül verilmekte. Her ikiniz de ödülü kazanabilmek için çok çalıştınız. Bir gece kazanan ilan edildi: arkadaşınız. Nasıl hissedersiniz? Arkadaşınız nasıl hisseder?

## EK-3 Kısa Öz-Kontrol Ölçeği

### KISA ÖZ-KONTROL ÖLÇEĞİ

(BSCS)

	Lütfen aşağıdaki ifadeleri okuduktan sonra kendinizi değerlendirip sizin için en uygun seçeneği işaretleyiniz.	Tamamen Aykırı	Oldukça Aykırı	Kararsızım	Oldukça Uygun	Tamamen Uygun
1	İnsanların beni kötülüğe yönlendirmesine karşı koymada başarılıyım.	1	2	3	4	5
2	Kötü alışkanlıklarımı terk etmekte zorlanırım.	1	2	3	4	5
3	Tembel biriyim.	1	2	3	4	5
4	Uygun olmayan şeyler söylerim.	1	2	3	4	5
5	Eğlenceli olmaları durumunda benim için kötü olan bazı şeyleri yaparım.	1	2	3	4	5
6	Benim için kötü olan şeyleri redderim.	1	2	3	4	5
7	Daha fazla öz-disipline sahip olmayı isterdim.	1	2	3	4	5
8	İnsanlar güçlü bir öz-disipline sahip olduğumu ifade ederler.	1	2	3	4	5
9	Zevkli ve eğlenceli şeyler, yapacağım işten beni alıkoyar.	1	2	3	4	5
10	Konsantrasyon sorunum var.	1	2	3	4	5
11	Uzun vadeli amaçlarıma ulaşmak için verimli biçimde çalışabilirim.	1	2	3	4	5
12	Bazen yanlış olduğunu bilsem de bazı şeyleri yapmaktan kendimi alamam.	1	2	3	4	5
13	Sıklıkla bütün seçenekler üzerinde düşünmeden hareket ederim.	1	2	3	4	5

## EK-4 Kurum İzin Yazısı



T.C.  
AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ  
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü



Sayı : 57830559-302.14.03-E.109425  
Konu : Esra ÇELİK Tez Çalışması

28/08/2019

### HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI BAŞKANLIĞINA

İlgi : 18/07/2019 tarihli ve 41713241-302.14.03-E.93707 sayılı yazı,

Anabilim Dalınız Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliği yüksek lisans programı öğrencisi Esra ÇELİK'in "Madde Kullanım Bozukluğu Olan Bireylerin Duygusal Farkındalık ve Öz Kontrol Düzeylerinin Çeşitli Değişkenlerde İncelenmesi" konulu yüksek lisans tezi ile ilgili çalışmasını Üniversitemiz Alkol ve Madde Bağımlılığı Araştırma ve Uygulama Merkezi (AMBAUM) kliniği'nde yapabilmesinin uygun görüldüğüne ilişkin ilgi'de kayıtlı yazı ilişikte sunulmuştur.

Bülgelerinizi ve konunun adı geçen öğrenci ile danışman öğretim üyesine bildirilmesi hususunda gereğini rica ederim.

**e-İmzadır**  
Prof.Dr. Narin DERİN  
Müdür

Ek: 1 sayfa ilgi yazı

Adres: Akdeniz Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dumlupınar Bulvarı 07050  
Yerleşke/ Antalya  
Telefon: (242) 227 44 95 Faks: (242) 310 60 88  
e-Posta: sagbil@akdeniz.edu.tr Elektronik Ad: http://sagbil.akdeniz.edu.tr

Bilgi için: Burhan ÇARMAZ  
Uyumu: Mimar  
Tel No: 0 242 227 44 95

Bu belge 5079 sayılı Elektronik İmza Kanununa E. Maddeye göre güvence altına alınmıştır.

## EK -5 Aydınlatılmış Onam Formu

### AYDINLATILMIŞ ONAM

Bu araştırma, madde kullanım bozukluğu olan bireylerde duygusal farkındalık ve öz-kontrol düzeyinin belirlenmesi, duygusal farkındalık ile öz kontrol arasındaki ve çeşitli değişkenler ile ilişkinin incelenmesi amacıyla planlanmıştır. Bu araştırmaya katılıp katılmama konusuna karar vermekte özgürsünüz. Katılmama yönündeki kararınız, size verilen hizmeti hiçbir şekilde olumsuz yönde etkilemeyecektir. Katılma kararı verdiğinizde istediğiniz anda bu araştırmadan çekilebilirsiniz.

Bu araştırma kapsamında tüm aşamalarda kimliğiniz gizli tutulacak ve görüşmemiz sırasında elde edilen bilgiler araştırmanın amacı dışında başka hiç bir çalışmada kullanılmayacaktır. Bu araştırma size ve/veya bağlı olduğunuz sağlık giderlerinizi karşılamakla yükümlü olan kuruluşa herhangi bir mali yük getirmeyecektir.

Araştırmaya katılmaya ilişkin karar verirken, gerek duyduğunuz bilgileri isteme, doğru, anlaşılır ve doyurucu yanıtlar alma hakkınız vardır.

Teşekkür ederim.

Esra ÇELİK

Yüksek Lisans Öğrencisi

Bu formdaki imzam Esra Çelik tarafından yürütülen “*Madde Kullanım Bozukluğu Olan Bireylerin Duygusal Farkındalık ve Öz Kontrol Düzeylerinin Çeşitli Değişkenlerle İncelenmesi*” adlı araştırmaya katılmayı kabul ettiğimi gösterir. Ayrıca bu araştırmaya katılmakla aşağıda belirtilenleri anladığımı da beyan ederim.

1. Ben araştırma için gönüllüyüm ve istediğim zaman bu araştırmadan çekilebilirim.
2. Araştırmada beni maddi yönden zarara uğratacak herhangi bir risk yoktur.
3. Araştırmada kimliğim gizli tutulacaktır.
4. Araştırmada vereceğim bilgilere dayalı sonuçların bilimsel ortamlarda tartışılmasına ve yayınlanmasına izin veriyorum.

Araştırmaya katılmayı kabul ediyorum.

Katılımcının Adı Soyadı:

Adres:

İmzası:

Telefon



## EK-6 Etik Kurul İzin Yazısı

T.C.  
AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ  
TIP FAKÜLTESİ  
KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU  
2019

**KARAR**

ETİK KURUL BİLGİLERİ	ETİK KURULUN ADI	Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu
	AÇIK ADRESİ:	Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı Morfoloji Binası A Blok 1. Kat No: A1-05 Kampüsü /ANTALYA
	TELEFON	0 (242) 249 69 54
	FAKS	0 (242) 249 69 03
	E-POSTA	etik@akdeniz.edu.tr
	ETİK KURUL KODU	2012-KAEK-20
PROJE YÜRÜTÜCÜSÜ UNVANI/ADI/SOYADI	Dr. Öğr. Üyesi Duda KARAKAYA	
ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Madde Kullanım Bozukluğu Olan Bireylerin Duygusal Farkındalık ve Öz Kontrol Düzeylerinin Çeşitli Değişkenler ve Anılarındaki İlişki Açısından İncelenmesi	
DESTEKLEYİCİ		
KARAR BİLGİLERİ	Karar No: 278	Tarih: 20.03.2019
	Yukarıdaki bilgileri verilen çalışmanın yapılmasında bilimsel ve etik açıdan sakınca olmadığına oybirliği ile karar verilmiştir.	

## EK-7 Duygusal Farkındalık Düzeyi Ölçeği Kullanımı için İzin Yazısı

### DUYGUSAL FARKINDALIK DÜZEYİ ÖLÇEĞİ KULLANIM İZİNİ

Yazar kuzucu

Kime: Esra Çelik

Elder: (3) Tüm ekleri karşıdan yükle

 DFDO - el kitapçığı son.doc (2 MB) [Tarayoda Aç]  DFDO-Türkçe formu.doc (90 KB) [Tarayoda Aç]  DFDO uygulama örneği.doc (911 KB) [Tarayoda Aç]

20 Şubat 2019 Çarşamba

• 20.02.2019 23:28 tarihinde yanıtlandı.

Esra merhaba, gecikme için kusura bakma,

Ekli dosyada ölçek ve puanlamasına ilişkin bilgiler yer almaktadır. Performans ölçeği olduğu için uygulaması ve değerlendirmesi nispeten zor bir ölçek. Ayrıca sözlüğün varlığı ve duyguların bu sözlüğe göre kategorileşmesi değerlendirmeyi çok dikkatli yapmayı gerektiriyor Sana gönderdiğim kitapçıkta açıklamalarla birlikte puanlama örnekleri de yer almaktadır. Puanlama örneğinde hem kendi (K) hem de diğer kişinin duygusu (D) için genel toplam alınmamıştır. Sadece bunların toplamının olduğu genel toplam alınmıştır. Sen istersen K ve D nin bir de bunların toplamının olduğu üç genel toplam alabilirsiniz.

Orijinal uygulamada her soru tek bir sayfa. Ancak Amerika'da kullanılan kağıt boyu A4 'e oranla daha küçük. Bununla birlikte ölçeği uyarlama çalışmaları sırasında her soruyu tek sayfada uyguladığımda sorulara verilen en uzun cevabın bile sayfanın ancak yarısını doldurduğunu görünce her sayfaya iki soru aldım. Ancak sen orijinal çalışmada olduğu gibi her soruyu tek sayfada sorabilirsin.

ölçek sana emanet, takıldığın bir yer olursa beni ara.  
iyi dileklerle..

Yazar Kuzucu

Doç. Dr.

Adnan Menderes Üniversitesi, Eğitim Fakültesi,  
Rehberlik ve Psikolojik Danışmanlık Anabilim Dalı,  
09100, Aydın, TÜRKİYE

.....

## EK 8 Kısa Öz-Kontrol Ölçeği Kullanımı İçin İzin Yazısı

### KISA ÖZ-KONTROL ÖLÇEĞİ KULLANIM İZİNİ

#### Ölçek Türkçe

Melike Nebioğlu

Kime: [Esra Çelik](#)

Ekler: [özkontrol 13 maddetürkçesi.docx \(13 KB\)](#) [Tarayıcıda Aç]

19 Şubat 2019 Salı 11:32

- 26.02.2019 06:36 tarihinde yanıtladınız.

Merhaba Esra Hanım,  
Elbette ölçeği çalışmanızda kullanabilirsiniz. Ekte Türkçe formu yolluyorum.

İyi çalışmalar dilerim.

Doç. Dr. Melike Nebioğlu

## ÖZGEÇMİŞ

### Kişisel Bilgiler

<b>Adı</b>	ESRA	<b>Uyruğu</b>	T.C.
<b>Soyadı</b>	ÇELİK	<b>Tel no</b>	
<b>Doğum tarihi</b>		<b>e-posta</b>	

### Eğitim Bilgileri

	<b>Mezun olduğu kurum</b>	<b>Mezuniyet yılı</b>
Lise	Kemer Fatma Turgut Şen Anadolu Lisesi	2011
Lisans	Koç Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu	2016
Yüksek Lisans	Akdeniz Üniversitesi	Devam Ediyor

### İş Deneyimi

<b>Görevi</b>	<b>Kurum</b>	<b>Süre (yıl-yıl)</b>
Hemşire	Amerikan Hastanesi-CICU	2016-2018
Araştırma Görevlisi	Akdeniz Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi	2018-Devam Ediyor

<b>Yabancı Dilleri</b>	<b>Sınav türü</b>	<b>Puanı</b>
İngilizce	YÖKDİL	68

## MESLEKİ KURSLAR

İş Güvenliği Kursu - KOÇ ÜNİVERSİTESİ, 2015.

İntraaortik Balon Pompası Eğitimi – AMERİKAN HASTANESİ, 2016.

Hemofiltrasyon Eğitimi- AMERİKAN HASTANESİ, 2016.

Temel Yaşam Desteği - KOÇ ÜNİVERSİTESİ- AMERİKAN HASTANESİ, 2016.

Bilimsel Araştırmalar ve Eğitim Akademisi – Araştırma Planlama ve Biyoistatistik Akademisi Modülleri, AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ HEMŞİRELİK FAKÜLTESİ, 2018.

Affetme Eğitimi, Hemşirelik, 2018.

Bakım Davranışları Geliştirme, AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ HEMŞİRELİK FAKÜLTESİ,2018.

Çok Değişkenli İstatistik Analiz Yöntemleri, AKÜNSEM, 2019.

Hemşirelik Eğitiminde Ölçme-Değerlendirme, AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ HEMŞİRELİK FAKÜLTESİ, 2019.

## SERTİFİKALAR

Akdeniz Üniveristesi Hemşirelik Fakültesi

“*Hemşirelik Haftası Sempozyumu*”, Düzenleme Kurulu Üyesi.

**2019 Mayıs**

Akdeniz Üniveristesi Hemşirelik Fakültesi,

“*Hemşirelik Eğitiminde Ölçme-Değerlendirme Kursu*”, Katılımcı

**2019 Şubat**

Akdeniz Üniveristesi Hemşirelik Fakültesi Psikiyatri Hemşireliği

Anabilim Dalı,

“*V. Uluslararası IX. Ulusal Psikiyatri Hemşireliği Kongresi*”,

Düzenleme Kurulu Üyesi.

**2018 Kasım**

Koç Üniversitesi Hastanesi, Koç Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi,

**2017 Kasım**

Acıbadem Üniversitesi, Harvard Üniversitesi Boston Çocuk Hastanesi ve

Bir İZ Derneği işbirliği

“*Toplum Ruh Sağlığı Sempozyumu*”, Katılımcı

Koç Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Öğrenci Etkinliği,

**2016 Nisan**

“*Savaşta Sağlık sağlıkta Savaş*”, Panel Başkanı

Yeditepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi,

**2015 Ekim**

“*2. Palyatif Bakım Sempozyumu*”, Katılımcı

Koç Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Öğrenci Etkinliği,

**2015 Mart**

“*Hastalıkta ve Sağlıkta İnternet*”, Panelist, Katılımcı

Koç Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Öğrenci Etkinliği,

2014 Nisan

“*Metropolde Yaşam*”, Panelist, Katılımcı

### **DİĞER DERGİLERDE YAYINLANAN MAKALELER**

Çelik E., Hallaç S., "Nurses and the emotional intelligence as the partner of the well-being process", Journal of Psychiatric Nursing, vol.9, pp.147-147, 2019.

### **BİLİMSEL ARAŞTIRMALAR**

Atalay M. , Kaplan Ekinci Ş. , Kurşun M. , Çelik E. , Çinkılıç D. , Onaran M. , et al., "Yatan Hastalarda Mandala Uygulaması", IX. Ulusal V. Uluslararası Psikiyatri Hemşireliği Kongresi, Antalya, Türkiye, 21-23 Kasım 2018, pp.232-236.

### **KATILDIĞI BİLİMSEL KONGRE/SEMPOZYUM VE BİLİMSEL TOPLANTILAR**

Hemşirelik Haftası Sempozyumu, Antalya, Mayıs 2019, Düzenleme Kurulu Üyesi.

V. Uluslararası IX. Ulusal Psikiyatri Hemşireliği Kongresi, Antalya, Kasım 2018, Düzenleme Kurulu Üyesi.

Toplum Ruh Sağlığı Sempozyumu, İstanbul, Kasım 2017, Katılımcı.