

ISSN: 1302-5570

Journal of Dependence

bağımlılık

Dergisi



CİLT / VOLUME: 18 - SAYI / NUMBER: 4

2017

	Cilt: 18 - Sayı 4 - Eylül 2017 Volume: 18 - Number: 4 - September 2017
Danışma Kurulu / Advisory Board	İmtiyaz Sahibi / Owner İmpuls Yayıncılık Hizmetleri adına Yasin Genç Levent Mahallesi, Levent Caddesi, No:12, Beşiktaş / İstanbul
Bağımlılık / Dependence Yıldız Akvardar, M.D. Zehra Arıkan, M.D. Rabia Bilici, M.D. Müge Bozkurt, M.D. Hakan Coşkunol, M.D. Mehmet Çakıcı, M.D. Ulaş M. Çamsarı, M.D. Nesrin Dilbaz, M.D. Cüneyt Evren, M.D. Gürkan Odabaşıoğlu, M.D. Kültegin Ögel, M.D. Didem Behice Öztö, M.D. Özgür Öztürk, M.D. Defne Tamar, M.D. Levent Tokuşoğlu, M.D. Berna Uluğ, M.D. Erdal Vardar, M.D. Görkem Yararbaş, M.D. Zeki Yüncü, M.D. Nabi Zorlu, M.D.	Sorumlu Müdür / Managing Director Yasin Genç Fenerbahçe Mah. Egemen Sok. No:13/4 34734 Kadıköy / İstanbul Yönetim Yeri / Management Address Levent Mahallesi, Levent Caddesi, No:12, Beşiktaş / İstanbul Yayın Türü / Publication Type Yaygın Yayın
Genel Psikiyatri / General Psychiatry Köksal Alptekin, M.D. Abdurrahman Altındağ, M.D. Ahmet Ayer, M.D. Sabri Burhanoğlu, M.D. Behçet Coşar, M.D. Orhan Doğan, M.D. Burak Doğançın, M.D. Defne Eraslan, M.D. Habib Erensoy, M.D. Sabri Hergüner, M.D. Erdal Işık, M.D. Umut Işık, M.D. Oğuz Karamustafaoğlu, M.D. Bülent Kayahan, M.D. İsmet Kırpınar, M.D. Ceren Korulsan Öğütcen, M.D. Mert Savrun, M.D. Gökben Hızlı Sayar, M.D. Bengi Semerci, M.D. Ender Taner, M.D. Ali Evren Tufan, M.D. Hakan Türkçapar, M.D. Süheyla Ünal, M.D.	Yayın Yönetmenleri / Editors in Chief Ö. Ayhan Kalyoncu, M.D. Yasin Genç, M.D. Lut Tamam, M.D.
Farmakoloji / Pharmacology Serap Annette Akgür, M.D. Meltem Efe Sevim, M.D.	Yayın Koordinatörü / Managing Editor Oya Mortan Sevi, Ph.D.
Adli Psikiyatri / Forensic Psychiatry Ersi Abacı Kalfaoğlu, Ph.D. Nevzat Alkan, M.D. İbrahim Balcıoğlu, M.D. Gökhan Oral, M.D. Fatih Öncü, M.D. Doğan Yeşilbursa, M.D.	Yayın Yönetmen Yardımcıları / Associate Editors Umut Mert Aksoy, M.D.
Psikoterapi / Psychotherapy Mine Özmen, M.D. Tevfika Tunaboğlu İkiş, Ph.D.	Dil Düzeltmeni / Editing Nejla Yıldız, M.A.
Nöropsikoloji/Neuropsychology Metehan Irak, Ph.D. Hakan Karas, M.D.	Yazışma Adresi / Address of Correspondence Levent Mahallesi, Levent Caddesi, No:12, Beşiktaş / İstanbul Telefon / Phone: 444 73 50 - +90 (506) 672 05 92 E-mail: editor.bagimlilik@gmail.com Web: dergipark.gov.tr/bagimli
Halk Sağlığı / Public Health Mustafa N. İlhan, M.D. Hilal Özcebe, M.D. Yıldız Tümerdem, M.D.	Baskı / Printed in NİŞANTAŞI ART BASIM Valikonağı Cad. No:109/D D.15 Konak Çarşısı, Nişantaşı, Şişli / İSTANBUL
	Mart, Haziran, Eylül ve Aralık aylarında olmak üzere yılda 4 sayı çıkar. / The journal is quarterly published in March, June, September and December. Bağımlılık Dergisi; Türk Psikiyatri Dizini, Turk Medline, Chemical Abstracts, dizinlerinde yer almaktadır. / Journal of Dependence indexed in Türk Psikiyatri Dizini, Turk Medline, Chemical Abstracts, . Dergide yer alan yazı, şekil, tablo ya da resimlerin bir bölümü ya da tamamı izinsiz kopyalanamaz ya da basılamaz. Dergiden alıntı yapacak tıbbi dergi ve kitapların, dergiyi kaynak olarak belirtmesi gereklidir. Yayınlanan yazıların bilimsel ve etik so- rumluluğu yazarlara aittir. Dergimiz yayınlanan yazılarda belirtilen görüşlere resmen katılmaz, hiçbir ürün ya da servis reklamı için garanti vermez. Any of the articles, tables, figures and pictures are not allowed to be copied completely or partially without authorisation. The medical journals and books which will quote, have to indicate The Journal as reference. The articles and opinions in The Journal are in scientific and ethical responsibility of the authors. The Journal does not agree officially with the articles, and does not guarantee any of the advertised products and services.

İçindekiler / Contents

Yazar(lar)/Author(s)	Başlık / Title	
Araştırma / Research		
1	Gül Dikeç, Tuğçe Yalnız, Berna Bektaş, Atakan Turhan, Sümeyye Çevik	Ergenlerde Akıllı Telefon Bağımlılığı ve Yalnızlık Arasındaki İlişki / Relationship between Smartphone Addiction and Loneliness among Adolescents 103
2	Egemen Kayacık, Özlem Aydın Berktaş, Lale Duysak, Yasin Bayır	Sigarayı Bırakan Kişilerde Bırakma Sebepleri / Reasons for Quitting the Smoking Cessation in People 112
3	Ayşe Büyükbayram, Leyla Baysan Arabacı, İlkay Arabacıoğlu, Canan Ayyıldız, Kazım Acar	Psikiyatri Kliniğinde Çalışan X ve Y Kuşağındaki Hemşirelerin Alkol-Madde Bağımlılığı ve Ruhsal Bozukluğu Olan Bireylere Yönelik Tutumları / Attitudes of the Generation X and Y Nurses Working at Psychiatry Clinic towards Individuals with Alcohol- Drug Addiction and Mental Disorders 122
Derleme / Review		
4	Leyla Baysan Arabacı, Gülseven Taş, Gül Dikeç	Çocuk ve Ergenlerde Madde Kullanımı, Suça Yönelme, Ruhsal Bozukluklar ve Hemşirelik Bakımı / Substance Abuse, Dragging into Crime, Mental Health Disorders and Nursing Care in Child and Adolescent 135
5	Olca Çam, Dilek Ayakdaş Dağlı	Alkol Bağımlılarında İçselleştirilmiş Damgalama, Suçluluk ve Utanç Duyguları / Quilt, Shame and Internalized Stigmatization in Alcohol Addicts 145
Kısa Rapor / Short Communication		
6	Ali Uğur, Ayşe Everest	Mersin İlinde Antidepresan İlaç ve Benzeri Bitki Satış Oranları / Marketing Values of Antidepressant Drug and Similar Plants in Mersin Province 152

Relationship between Smartphone Addiction and Loneliness among Adolescents*

Ergenlerde Akıllı Telefon Bağımlılığı ve Yalnızlık Arasındaki İlişki

Gül Dikeç¹, Tuğçe Yalnız², Berna Bektaş³, Atakan Turhan³, Sümeyye Çevik⁴

1. Istinye University, Faculty of Health Sciences, Department of Nursing.
2. Ege University, Faculty of Nursing, Department of Psychiatric and Mental Health Nursing, Izmir, Turkey.
3. Su Hospital, Izmir / Turkey.
4. Emot Hospital, Izmir / Turkey.

ABSTRACT

Objective: The aim of this study was to examine the relationship between smartphone addiction and loneliness in a group of high school students in Izmir.

Method: The data were collected from 465 students using a Personal Information Form, the Smartphone Addiction Scale-Short Form (SAS-SF) and the UCLA Loneliness Scale.

Results: The average age of the participant students was 16.15 ± 1.04 , with males constituting 42.8% and females constituting 57.2% of the study sample. The students' average scores on the SAS-SF and UCLA were 28.14 ± 11.54 and 53.72 ± 5.42 , respectively. A significant positive relation was found between SAS-SF and UCLA ($r: .202, p: 0.00$), and while no significant correlation was observed between SAS-SF, age, and GPA ($p > 0.05$). A positive moderate correlation was found in terms of the daily duration of smartphone usage ($r: .409, p: 0.00$).

Conclusion: The study found that students who feel a sense of loneliness tend to use smartphones a lot and are at risk of smartphone addiction. It is recommended that addiction community mental health nurses take preventive measures against smartphone addiction to protect and improve the mental health of the students.

Keywords: community mental health nurse, high school students, loneliness, smartphone addiction.

ÖZET

Amaç: Bu çalışmanın amacı İzmir ilindeki bir grup lise öğrencilerinde akıllı telefon bağımlılığının yalnızlık düzeyi ile arasındaki ilişkiyi belirlemektir.

Yöntem: Araştırmanın verileri literatür taranarak hazırlanan Bilgi Formu, Akıllı Telefon Bağımlılığı Ölçeği Kısa Formu (ATBÖ-KF) ve UCLA Yalnızlık Ölçeği ile toplandı. Çalışmaya toplam 465 öğrenci katıldı.

Bulgular: Çalışmaya katılan öğrencilerin yaş ortalaması 16.15 ± 1.04 , %42.8'i erkek ve %57.2'si kadındır. ATBÖ-KF puan ortalaması 28.14 ± 11.54 ve UCLA Yalnızlık Ölçeği puan ortalaması 53.74 ± 5.43 'tür. ATBÖ-KF puan ortalamaları UCLA Yalnızlık Ölçeği arasında anlamlı pozitif ilişki saptandı ($r: .202, p: 0.00$). Öğrencilerin ATBÖ-KF puan ortalamaları ile genel not ortalamaları ve yaş arasında anlamlı ilişki saptanmazken ($p < 0.05$), ATBÖ-KF puan ortalamaları ile telefon kullanım süresi arasında pozitif orta düzeyde ilişki saptandı ($r: .409, p: 0.00$).

Sonuç: Ergenlik dönemindeki öğrencilerin yalnızlık duyguları hissederek akıllı telefonları ile daha fazla vakit geçirdikleri ve bağımlılık için risk oluşturduğu söylenebilir. Toplum ruh sağlığı hemşirelerinin davranışsal bağımlılıklardan korunma ve yalnızlık ile baş etme konularında ruh sağlığını geliştirme programlarından yararlanmaları önerilebilir.

Anahtar kelimeler: akıllı telefon bağımlılığı, yalnızlık, lise öğrencisi, toplum ruh sağlığı hemşiresi.

Correspondence / Yazışma Adresi: Gül Dikeç, Istinye University, Faculty of Health Sciences, Department of Nursing, Istanbul / Turkey

E-mail: guloban@hotmail.com

*This research has been presented as an oral presentation in IV. International & VIII. National Psychiatric Nursing Congress on November 6-9, 2016 in Manisa-Turkey

INTRODUCTION

In addition to the traditional features of a telephone, a smartphone is able to fulfill many of the functions of a personal computer (1,2). More specifically, these devices offer users the ability to send e-mails and text messages, watch videos, listen to music, play games, check the news or weather, shop online, make voice or video calls, and follow a variety of social media forums. Along with many applications, they are also portable and can be connected to the Internet from almost anywhere. Therefore, it is not surprising that these devices have become an important part of many people's lives in terms of the amount of time people are engaged with them. Young people especially tend to use smartphones often, to such an extent that many people believe that this usage amounts to addiction (2,3).

Today, it is common for individuals to be inseparable from their smartphones, as demonstrated by the latest data published from the Pew Research Center in the USA, which reports that 46% of smartphone users say "I can't do anything without smartphones" (4). Use of smartphones often affects individuals' daily routines, work, and school lives, as well as social and family relations. Furthermore, frequently checking the smartphones can potentially result in mental and physical problems, such as sleep disorders, anxiety, withdrawal, and low success rates in academic endeavors, in addition to reduction of physical activities and the development of spinal cord deformities (2,5). Some observers have concluded that smartphone usage has developed into a situation that is gradually affecting the public's mental health and creating addiction problems (6). Similar to internet addiction, smartphone addiction too features certain symptoms, such as repetitive engagement in actions that give pleasure, loss of control, negative impacts on daily activities, tolerance (e.g. increased amounts of usage time, more apps) cravings, and withdrawal when actions are unfulfilled (3, 7, 8) to a study conducted on 10,191 adolescents in Taiwan, 30% of the participants developed high levels of tolerance, 36% experienced withdrawal symptoms, 27% had long usage periods, 18% failed to give up using smartphones, and 10% experienced intimacy problems (9).

Loneliness is defined as a mood resulting from identity crises experienced during adolescence. Loneliness is experienced during this period, but not as a disorder. To relieve this loneliness, adolescents actively access social media using smartphones which have become one of the irreplaceable elements in our lives (10). They particularly tend to prefer communicating via mobile technological devices to face-to-face conversations (11). They find it comforting to communicate via smartphones, as it prevents them from having to make eye contact or to deal with the ambiguities of body language (12). As has been illustrated in a study undertaken in Turkey, social anxiety, low self-respect, and shyness are among the precursors to loneliness among high school students (13). Failure to attain success via face-to-face communication is compensated through engaging in social networking and cyber relations. The fast, untroubled communication provided by the internet and social media serves to decrease loneliness (14). Using smartphones compulsively at school, on a bus, in the market and at other places helps adolescents feel less lonely (15). Park (2005) found a positive correlation between smartphone usage and loneliness among college students (16). Additionally, in a study conducted by Bian and Leung (2015) in China examining the relation between smart phone usage among undergraduates and the levels of loneliness and shyness, the authors observed that certain levels of loneliness and shyness acted as a precursor to smartphone addiction (14).

The studies in Turkey on smartphone addiction have been conducted by medical faculties or undergraduates (7,8,17). While a number of studies have already been conducted on internet and mobile phone addictions, only a limited number of studies dealt specifically with smartphone addiction and loneliness among adolescents. The aim of this study is to examine the relationship between smartphone addiction and loneliness in a group of adolescents in Izmir.

MATERIALS AND METHODS

This study employed a descriptive, cross-sectional design and used self-report questionnaires to examine the relationship between smartphone addiction and loneliness in a group of adolescents in Izmir. For this study, the following questions were formulated:

1. Is there any correlation between smartphone addiction and loneliness in adolescents?
2. Is there any relationship between certain gender of the adolescents and smartphone addiction?

Participants

The data were collected from four high schools in Izmir between March 25 and April 15, 2016. The population of the study consisted of students at general high schools in Izmir in the 2015-2016 spring term, and the study sample consisted of four general high schools randomly selected by lot from 4 districts (one high school from each district) within the city center of Izmir. A total of 666 students were identified for participation in the study, but only 465 of them were qualified to participate, as they were present at the time of the study, had parental consent, and owned a smartphone.

The inclusion criteria were being between the ages of 13 and 19, agreeing to participate the study, being registered in the schools where the study was conducted, being present in the classrooms when the data were collected, and using smartphones.

Measurements

Information form: A 19-question information form was developed by the researchers based on the literature (3,7) in order to collect data about the participants' socio-demographic characteristics and smartphone use.

Smartphone Addiction Scale – Short Form (SAS-SF): The SAS-SF is a self-report scale developed by Kwon et al. (2013) to evaluate the risk of smartphone addiction among adolescents (3). It is a 6-point Likert scale consisting of 10 items, to which the responses range from "I strongly disagree" (1) to "I strongly agree" (6). Total scores can range from 10 to 60, with higher scores indicating higher levels of smartphone addiction risk. Noyan et al. (2015) tested the scale for Turkish validity and reliability (8). In the one-factor Korean sample of the scale, the cutoff score was determined to be 31 for men and 33 for women (3). The cutoff scores were not determined in the Turkish validity and reliability study of the scale as there were no clinical interviews conducted with participants concerning smart phone addiction. The cutoff scores obtained in the Korean sample were not considered suitable for the Turkish society for reasons such as different technology usage habits and cultural differences. Moreover, the Korean version of the scale has no subscales and therefore, the score is evaluated in total points (3). The Cronbach's alpha internal consistency coefficient was 0.91 for the original version and 0.86 for the Turkish scale (8). In this study, Cronbach's alpha coefficient was found to be 0.89.

UCLA Loneliness Scale (UCLA-LS): The UCLA Loneliness Scale is a 4-point Likert type self-report scale that serves to determine an individual's level of general loneliness. The original form of the scale has a total of 20 items; 10 positive, indicating the individual does not feel lonely, and 10 negative, indicating the individual feels lonely. Responses to these items range from "I never feel this way" (1) to "I often feel this way" (4) (18). The highest possible score is 80, while the lowest possible score is 20. High scores indicate that an individual feels lonely more often than an average person. The Turkish validity and reliability study of the scale was conducted by Demir (1989), who found the Cronbach's alpha reliability coefficient of the Turkish scale to be 0.94 (19). In this study, Cronbach's Alpha coefficient was found to be 0.41.

Ethical Considerations

Ethical approval for the study was granted by the University Medical Faculty's Ethics Committee of Medical Researches in Izmir on November 2, 2015, with protocol number 2016/22, and institutional approval was granted by Izmir Ministry of National Education, with the governorship approval number 12018877-604.01.02-E.3101387. After obtaining approval from the Ethics Committee and the government, information about the study was hand delivered to the school principal and counselors of each high school. On the first day of the data collection of the study, after being given verbal permission from the

teacher, the researchers informed the students about the study by reading out the research instructions in the classrooms during counseling courses. Informed consent forms were then handed out to the students by the researchers, who asked them to receive consent from their parents if they wished to voluntarily participate in this study. Each participant and the caretakers or guardians of the adolescent participants provided a written informed consent after first receiving a full explanation of the study's purpose and procedure. On the second day, the students who had returned the signed consent forms were asked to fill out the study forms, and the researchers collected the forms once they were completed.

Data Analysis

For analysis of the descriptive data, the SPSS- 22.0 (Statistical Package for the Social Sciences) was used. It was used to determine the average, minimum, maximum, standard deviation, and percentage distributions, and for the comparative analysis, the Student's t-test, Pearson correlation, regression analysis, and one-way analysis of variance (ANOVA) among the parametric methods were used. The results were assessed at a 95% confidence interval and $p < 0.05$ significance level.

RESULTS

The average age of the students who took part in the study was 16.15 ± 1.04 , and the mean of their latest school grade point averages (GPA) was 83.69 ± 9.1 . The personal and socio-demographic information of the students is shown in Table-1. Regarding the individual characteristics of the students, 42.8% of them were male and 57.2% were female, 31.4% were tenth graders, 57% perceived their economic situation as good, and 93.1% resided in a home. When students were asked whether there was internet connection at their place of residence, 90.8% responded 'yes', while 9.2% responded 'no' (Table-1).

Table-1. Comparison SAS-SF, UCLA-LS Average Score and Some Characteristics of Participants

Characteristics	N	%
Gender		
Female	266	57.2
Male	199	42.8
Class		
Nine	134	28.8
Ten	146	31.4
Eleven	106	22.8
Twelve	79	17
Economic Situation		
Poor	8	1.7
Moderate	161	34.6
Good	265	57.7
Very Good	31	6.7
Residence area		
House	433	93.1
Dorm	32	6.9
Internet Access		
Yes	422	90.8
No	43	9.2

The student participants' daily average amount of time of smartphone use was 4.04 ± 3.15 hours (Table-2). In terms of the activities for which the students used the smartphone, 78.3% used it for listening to music, 77.2% for texting, 70.9% for following social media, 57.5% for watching videos/films, 57.3% for chatting, 31.3% for following scientific information, 22.5% for note taking, 11.4% for shopping, and 10.6% for sending e-mails.

The average score obtained by the students was 28.14 ± 11.54 on the SAS-SF, while it was 53.72 ± 5.42 on the UCLA Loneliness Scale. A positive correlation was found by the Pearson Correlation between the SAS-SF and the UCLA Loneliness Scale ($r: .202$, $p: 0.00$). While no significant correlation could be determined between the SAS-SF, age, and GPA ($p >$

0.05), a positive moderate correlation was found for the daily duration of smartphone usage ($r: .409, p: 0.00$) (Table-2).

Table-2. Students' average scores of SAS-SF and UCLA-LS and the correlation between SAS-SF and some variables

Scales	Min	Max	Ort	SD	R	p
SAS-SF	10	62	28.14	11.54	.202.202	
UCLA-LS	20	80	53.72	5.42	.202	0.00
Age	14	19	16.15	1.04	.11	0.81
GPA	53.00	100	83.69	9.10	-.028	0.553
Daily average duration of smartphone usage	1	24	4.04	3.15	.409	0.00

In the regression analysis performed, a statistically significant relationship was determined between age, GPA, duration of daily smartphone usage, and the scores obtained on the SAS-SF ($F = 28.189; p = 0.000 < 0.05$). The variables of age, GPA, and duration of daily smartphone usage were found to be poor determinants of addiction to smartphone ($R^2 = 0.197$). In other words, the ages of the phone users ($p = 0.857 > 0.05$) and their GPA ($p = 0.815 > 0.05$) were shown to have no impact on their addiction to smartphones. An increase in the addiction to smartphones ($\beta = 1.468, p = 0.000$) was found to be impacted by the relationship between the average scores obtained by the students on the UCLA Loneliness Scale ($\beta = .176, p = 0.000$) and the duration of daily smartphone usage.

According to the Student's t-test, which was applied to independent groups, a significant difference existed between the genders in terms of the average scores obtained by the students on the SAS-SF ($p = 0.000 < 0.05$) and on the UCLA Loneliness Scale ($p = 0.029 < 0.05$).

Table-3. The effect of independent variables on SAS-SF

Dependent Variable	Independent Variable	β	t	p	F	Model (p)	R2
SAS-SF	Stable	-.851	-.088	0.93	28.189	0.000	0.197
	UCLA-LS	.176	4.180	0.000			
	Age	.008	0.181	0.857			
	GPA	.010	0.235	0.815			
	Daily Duration of Smartphone Usage	.401	9.503	0.000			

DISCUSSION

The aim of this study was to determine the relationship between smartphone addiction and loneliness in a group of adolescents in Izmir. The present study was planned in response to the very limited number of studies in Turkey that have focused on the smart phone addiction of high school students. Because in recent years, the use of smartphones has become an indispensable part of life, especially among high school and university students, to such an extent that for some individuals it can develop into an obsessive-compulsive thought disorder and can negatively impact the physical and mental health of the affected individuals (8). Im et al. (2013) examined the relation between psychiatric symptoms and smartphone usage among the college students in their study, and found that in the group whose risk of smartphone addiction was higher, more psychiatric symptoms were observed (20). Choi et al. (2012) indicated that the use of smartphones affected the students' campus life, interpersonal communication, and mental health (21).

In the current study, the average scores obtained by the high school students on the SAS-SF was low, just as it was for the adolescents in Taiwan (3). The activities for which the students generally used the smartphone included texting, listening to music, following social media, watching videos/films, and chatting. In particular, various forms of social media are

used as tools that enable individuals to engage in communication, obtaining information, sharing their individual status, uploading videos or pictures, chatting in small or large groups, and following social media, all of which are popular among adolescents. In addition, quick texting with the applications that can be downloaded on phones is also quite common among young people. According to the Turkish Statistical Institute's (TUIK) "Household Use of Information and Communication Technology Research" (2015), 74% of the entire Internet connection is made through a smartphone (22). Furthermore, the report specified that it is most frequently used by the age group of 16 and 24, and that social media constituted 78.8% of smartphone usage in 2014. In a study conducted in China among young people, it was determined that there was an increasing tendency to smartphone addiction, as the duration of time on social media sites increased (23). In their study on high school students, Doğan and Tosun (2016) discovered that a significant correlation existed between the time spent on social web sites and problematic usage of smartphones (24). The study findings are similar to those found in the literature.

The students obtained a high average score on the UCLA Loneliness Scale, and there was a positive correlation between the SAS-SF and the UCLA Loneliness Scale. In a study by Şar (2013), a positive relation was determined between adolescents' problematic phone usage and feelings of loneliness (25). Enez Darcin et al. (2016) demonstrated in their study that there was a correlation between loneliness and smartphone addiction among university students, and that students who primarily used their smartphones to access social networking sites also had an excessive pattern of smartphone use (11). Moreover, in Doğan and Karakuş's (2015) study, it was observed that the loneliness of high school students led to an increase in the time they spent on social media web sites (15). Since it is generally accepted that the feeling of loneliness is more intense during adolescence, it seems reasonable to conclude that the use of smartphones increased as a result of adolescents trying to manage feelings of loneliness. On the other hand, especially adolescences who feel lonely may more frequently use the social web sites and can engage in communication using fake identities (15) that make them feel more relaxed and more courageous in the virtual environment (26). Creating problematic relations in unreliable environments may also let them do cyber bully behaviors. In Peker & Eroğlu's study (2015), it was detected that the tendency of cyber bullying increases if the perceived social support of adolescences decreases (27).

Smartphones, which were used to make phone calls and send texts, have started to do what computers can do and thus gained an important place in our lives. Smartphones meet the needs such as navigation, access to information and communication, and are more frequently used by children and adolescents. Adolescents excessively use smartphones to play games, call their friends and access to internet, which indicates that smartphone addiction may be common in this population like internet addiction. Access to the internet and excessive use of smartphones may prevent adolescents from reducing the frequency of use and cause deprivation, poor performance in school, as well as domestic and social issues. Studies indicate that excessive use of smartphones negatively affects mental and physical health. Hwang et al. (2012) reported that a group that excessively used smartphones had high anxiety and depression scores (28). Demirci et al. (2015) suggested that those who used their smartphones more frequently had higher depression and anxiety scores (17). Smartphones may cause anxiety and depression, and excessive use of them may distort the biological clock, cause sleep disorders, and cognitive, emotional and mental symptoms. In addition, adolescents frequently wake up due to the notifications they receive, and failure to sleep at night reduces the synthesis of melatonin (29). Anxiety and depression also worsen the addiction to smartphones (30). Kim et al. (2015) found that there was a correlation between smartphone addiction and depression, aggression and impulsions (30).

No significant relation was found between the students' GPAs and the average scores of the students on the smartphone addiction scale. However, studies in the literature show that increased use of smartphone has a negative impact on students' academic performances (2). Constantly checking the smartphones, sending of text messages, or following of social media

while studying or listening to lessons may distract students or affect their participation in the lessons. In a study by Karpinski et al. (2013) on college students, a negative relationship was identified between students' social media use and GPA (31).

Similar to the results in the literature, a positive moderate relationship was found between the daily average duration of smartphone use and smartphone addiction. This is an expected result given that the frequent repetition of an activity that gives pleasure increases the risk of addiction. Demirci et al. (2014) demonstrated in their study that the risk of smartphone addiction increased as the daily duration of smartphone use increased (7). Noyan et al. (2015) identified a significant relation between daily average duration of smartphone use and the scores obtained on SAS-SF (8). Wu et al. (2013) indicated that there was a relationship between the risk of smartphone addiction and the daily duration of time the participants spent with their devices (23).

In this study, a significant difference was determined between the scores obtained on the SAS-SF scale in terms of gender; specifically, the average scores of the female students on the SAS-SF were higher. In the literature, different studies show similar results. Kwon et al. (2013) observed that there was a difference between genders in terms of average scores on the short form of the smartphone addiction scale; female students obtained higher scores (3). Likewise, Demirci et al. (2014) found that the average scores obtained by female students on the smartphone addiction scale were significantly higher than those of male students (7). It is important to point out that although substance and internet addiction are predominantly seen among males, smartphone addiction is more commonly observed in females (32).

Since the data of this study were collected from a group of high school students, the results cannot be used to make generalizations about other age groups. Community mental health nurses should have access to studies with a larger sample in order to obtain information about the rate of smartphone addiction, the risk factors, and the development of protocols, particularly those which are based on prevention studies.

The literature shows that individuals with smartphone addiction suffer musculoskeletal system disorders, such as improper cervical posture and ligament injuries; and improper cervical posture may cause degeneration of lumbar vertebrae. In addition, excessive use of smartphones may cause sleeping problems and headaches. In this study, there were no scales or questions on the forms addressing the adolescents' physical health complaints that may be related to the use of smartphone. Other limitations of the study include the lack of a clinical interview with participants concerning smartphone addiction, collection of the data using only the self-report scale, and the failure to calculate the reliability coefficient of the UCLA Loneliness Scale, although it was infrequently used in this research.

The high school students who participated in the study obtained low the average scores on the SAS-SF, and a positive correlation was found between the SAS-SF scale scores and the UCLA Loneliness Scale scores. Individuals who feel lonely tend to engage in a greater use of technology and smartphones.

The role of a community mental health nurse is critical in identifying and protecting against behavioral addiction. Therefore, nurses should be aware of the rate of smartphone addiction and the factors involved in the development of the addiction. They must also have the capacity to administer preventive strategies against smartphone addiction to protect and improve the mental health of the high students at the school. It is important that new care plans include the possibility of smartphone addiction. Creating secure network for adolescences should to be provided and nurses should be in contact with the families. Families should particularly be informed about providing smartphone and internet use in scheduled hours for their adolescences, and providing secure internet networks which help them avoid possible cyber tyranny on the internet.

Based on these findings, nurses should also be aware of the mental needs of adolescents as well as their changing physical needs, and be able to deal with them from this point of view. Additionally, adolescents should undergo periodic checkups to determine whether they manifest any signs of addiction, and nurses should cooperate with families and teachers. At-risk adolescents should be identified and offered relevant prevention programs. Finally, social skill programs aimed at decreasing or managing the problems of loneliness should be developed with the aim of securing the students' health.

REFERENCES

1. Şar AH, Işıklar A. Problemlili Mobil Telefon Kullanım ölçeğinin Türkçeye Uyarlanması. *International Journal of Human Sciences* (online). 2012; 9(2): 264–275.
2. Samaha M, Hawi NS. Relationships among smartphone addiction, stress, academic performance and satisfaction with life. *Computers in Human Behaviour*. 2016; 57: 321–325.
3. Kwon M, Kim D-J, Cho H, et al. The Smartphone Addiction Scale: Development and Validation of a Short Version for Adolescents. *Plos One*. 2013; 8(12): 1–7.
4. Smith A. US Smartphone Use in 2015. Pew Research Center. 2015. Apr 01, [2015-07-03]. US smartphone use in 2015 <http://www.pewinternet.org/2015/04/01/us-smartphone-use-in-2015/>
5. Lee J-H, Seo K-C. The Comparison of Cervical Repositioning Errors According to Smartphone Addiction Grades. *Journal of Physical Therapy Science*. 2014; 26 (4): 595–598.
6. Martinotti G, Vilella C, Di Thiene D, et al. Problematic mobile phone use in adolescence: a cross-sectional study. *Journal of Public Health* 2011; 19 (6): 545–551.
7. Demirci K, Orhan H, Demirdaş A, et al. Validity and Reliability of the Turkish Version of the Smartphone Addiction Scale in a Younger Population. *Bulletin of Clinical Psychopharmacology*. 2014; 24(3): 226–234.
8. Noyan CO, Darçın AE, Nurmedov S, et al. Akıllı Telefon Bağımlılığı Ölçeğinin Kısa Formunun üniversite öğrencilerinde Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması. *Anadolu Psikiyatri Derg*. 2015; 16(Suppl.1): 73–81.
9. Yen CF, Tang, TC, Yen JY, et al. Symptoms of problematic cellular phone use, functional impairment and its association with depression among adolescents in Southern Taiwan. *J Adolesc*. 2009;32(4):863–873.
10. Özsan İ, Bathal-Karaduman G. Eğitim Fakültesi Öğrencilerinin Sosyal Medya Kullanımı ve Yalnızlıklarının İncelenmesi. *Eğitim ve Öğretim Araştırmaları Dergisi*. 2016; 5, 380–389.
11. Enez Darçın A, Köse S, Noyan OC, et al. Smartphone addiction and its relationship with social anxiety and loneliness. *European Psychiatry*. 2016; 30:505.
12. Yılmaz G, Şar AH, Civan S. Ergenlerde mobil telefon bağımlılığı ile sosyal kaygı arasındaki ilişkinin incelenmesi. *Online Journal of Technology Addiction & Cyberbullying* 2015; 2(2): 20–37.
13. Erözkan A. Ergenlerde Yalnızlığın Yordayıcıları. *İlköğretim Online*. 2009; 8(3): 809–819.
14. Bian M, Leung L. Linking loneliness, shyness, smartphone addiction, symptoms and patterns of smartphone use to social capital. *Social Science Computer Review*. 2015; 33(1): 61–79.
15. Doğan U, Karakuş Y. Lise öğrencilerinin sosyal ağ sitelerini kullanımının yordayıcısı olarak çok boyutlu yalnızlık. *Sakarya Üniversitesi Eğitim Bilimleri Dergisi*. 2015; 6(1): 57–71.
16. Park WK. Mobile phone addiction. In: R. Ling, P.E. Pedersen (Eds.), *Mobile communications: Renegotiation of the social sphere*. London; 2015. Springer. p.253–272.
17. Demirci K, Akgönül M, Akpınar A. Relationship of smartphone use severity with sleep quality, depression, and anxiety in university students. *J Behav Addict*. 2015; 4(2): 85–92.
18. Russell D. UCLA Loneliness Scale (Version 3): Reliability, validity, and factor structure. *J Pers Assess*. 1996; 66: 20–40.
19. Demir A. UCLA Yalnızlık Ölçeği'nin geçerlilik ve güvenilirliği. *Psikoloji Dergisi*. 1989; 7 (23): 14–18.
20. Im K-G, Hwang S-J, Choi M, et al. (2013). The correlation between smartphone addiction and psychiatric symptoms in college students. *Journal of Korean Social School Health*. 2013; 26 (2): 124–131.
21. Choi HS, Lee HK, Ha J. The influence of smartphone addiction on mental health, campus life and personal relations-Focusing on K university students. *Journal of Korean Data* 2015; 23(5): 1005–1015.
22. Turkish Statistical Institute's (TÜİK). Household Use of Information and Communication Technology Research, 2015. Access Date 14.07.2016. <http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=18660>.

23. Wu AM, Cheung V, Ku L, Hung EPV. Psychological risk factors of addiction to social networking sites among Chinese smartphone users. *J Behav Addict*. 2013; 2(3):160–166.
24. Doğan U, Tosun Nİ. Lise öğrencilerinde problemli akıllı telefon kullanımının sosyal kaygı ve sosyal ağların kullanımına aracılık etkisi. *Adıyaman Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*. 2016; 8 (22): 99-128.
25. Şar AH. Examination of Loneliness and Mobil Phone Addiction Problem Observed in Teenagers From the Some Variables. *International Journal of Social Science*. 2013; 6(2): 1207-1220.
26. Bonetti L, Campbell MA, Gilmore L. The relationship of loneliness and social anxiety children's and adolescent's online communication. *Cyberpsychology, Behavior and Social Networking*. 2010; 13 (3): 279-285.
27. Peker A, Eroğlu Y. Ergenlerde algılanan sosyal destek ve siber zorbalığa eğilim arasındaki ilişkiler: arkadaşan ve öğretmenlerden algılanan sosyal desteğin aracı rolü. *International Periodical for the Languages, Literature and History of Turkish or Turkic*. 2015; 10 (3): 759-778.
28. Hwang KH, Yoo YS, Cho OH. Smartphone overuse and upper extremity pain, anxiety, depression, and interpersonal relationships among college students. *The Journal of the Korea Contents Association*. 2012; 12(10): 365–375.
29. Cain N, Gradisar M. Electronic media use and sleep in school-aged children and adolescents: A review. *Sleep Medicine*. 2010; 11(8): 735–742.
30. Kim M, Kim H, Kim K, et al. Smartphone Addiction: (Focused Depression, Aggression and Impulsion) among College Students. *Indian Journal of Science and Technology*. 2015; 8(25): 1-6.
31. Karpinski AC, Kirscher PA, Ozer I, et al. An exploration of social networking site use, multitasking, and academic performance among United States and European university students. *Computers in Human Behavior* 2013; 29: 1182-1192.
32. Lin YH, Chang LR, Lee YH, et al. Development and Validation of the Smartphone Addiction Inventory (SPAI). *Plos One*. 2014; 9(6): 1–5.

Sigarayı Bırakan Kişilerde Bırakma Sebepleri

Reasons for Quitting the Smoking Cessation in People

İbrahim Kayacık¹, Özlem Aydın Berktaş², Lale Duysak¹, Yasin Bayır¹

¹Atatürk Üniversitesi, Eczacılık Fakültesi, Erzurum, Turkey

²Giresun Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Giresun, Turkey

ABSTRACT

Objective: Our aim in this study is to guide the new work to be done to those who want to quit smoking, to give the points to be given priority and to give up smoking cessation in this frame by questionnaire about reasons of smoking cessation.

Material and Methods: Administrative staff and academicians in Atatürk University who left the cigarette were applied a face to face questionnaire. The data of 128 participants in the survey were included in the study. The distribution of drop outs according to demographic groups was examined.

Results: Age at onset of cigarette smoking was between 0-18% in 44%, 18-25% in 52% and 25% in 4%. It was determined that 67.2% of those who quit smoking had a fear of deterioration of health, 59.7% of them increased their quality of life, and 46.9% of them were affected by illness such as bad smell of cigarette. It was determined that television ads were effective at 1,6% and 0,8% of smoking cigarettes.

Conclusion: In the first stage of smoking cessation, Although it is fearful that cigarette will harm health, it is determined that it is one of the important factors that one wants to quit smoking. In future cigarette quit campaigns, it is thought that the efforts to increase cigarette smoking behavior according to the demographic characteristics of the cigarette smokers and to reach an adequate awareness of the health risks of cigarettes in general smoking cessation campaigns should be continued and the ways to encourage smoking cessation should be increased.

Keywords: Survey, Smoking Cessation, Cigarette.

ÖZET

Amaç: Bu çalışmayı yapmadaki amacımız, sigara bırakma sebepleriyle ilgili anket yaparak elde edilen verilerle, sigarayı bırakmak isteyen kişilere yönelik yapılacak yeni çalışmalara rehberlik yapmak, öncelik verilmesi gereken noktalara dikkat çekmek ve bu çerçevede sigarayı bırakmak isteyenlere yol göstermektir.

Yöntem: Sigarayı bırakmış Atatürk Üniversitesi idari personel ve akademisyenlere mail aracılığıyla, Erzurum'daki öğrenciler ve halka ise yüz yüze sorarak anket uygulandı. Ankete katılan 128 kişinin verileri çalışmaya dâhil edildi. Bırakma sebeplerinin demografik gruplara göre dağılımı incelendi.

Bulgular: Sigara başlama yaşları % 44'ü 0-18, %52'si 18-25, % 4'ü 25 yaş ve üzeriydi. Sigarayı bırakan kişilerde % 67,2'nin sağlığın bozulma korkusu, % 59,7'sinin yaşam kalitesini artırma, % 46,9'unun sigaranın kötü kokusu gibi sebeplerin etkili olduğu belirlendi. Maddi yetersizlik sebebi % 22,6' sında etkili olurken, televizyon internet reklamları % 1,6, sigara yasasının % 0,8'inde etkili olduğu belirlendi.

Sonuç: Günümüzde sigara bırakmada yer alan etkenlerin birinci sırasında; sigaranın sağlığı bozacağı korkusu gelse de, kişinin sigarayı bırakmayı istemesi de önemli etmenlerden biri olduğu belirlenmiştir. Bundan sonra yapılacak sigara bıraktırma kampanyalarında sigara içen kişilerin demografik özelliklerine göre hareket edilmesinin yanı sıra genel sigara bıraktırma kampanyalarında ise bilhassa sigaranın sağlığa zararları konusunda yeterli farkındalığa ulaştırılması çabalarının artarak devam etmesi ve sigara bırakmayı teşvik yollarının artırılması gerektiği düşüncesindeyiz.

Anahtar kelimeler: Anket, Bırakma sebepleri, Sigara.

Correspondence / Yazışma Adresi: Yasin Bayır, Atatürk Üniversitesi, Eczacılık Fakültesi, Erzurum, Turkey

E-mail: ybayir@atauni.edu.tr

* Atatürk Üniversitesi Eczacılık Fakültesi 5. Sınıf mezuniyet Araştırma projesi kapsamında İbrahim Kayacık'a Biyokimya A.D. öğretim görevlileri danışmanlığında bu çalışma yaptırılmıştır.

GİRİŞ

Tütünün tarihçesinin 4000 yıl öncesine dayandığı bilinmektedir. Amerika kıtasını keşfeden Kristof Kolomb yerlilerin çiğnediği tütünle tanışmış ve Avrupa'ya taşımıştır. İlk yıllarda tütün yaprağına daha sonra da ince kâğıda sarılarak içilmeye başlanmıştır (1-2). Sigara, gerek bizzat kullanan gerekse içmeyen ancak sigara içilen ortamda bulunma sonucu pasif olarak dumanını soluyan insanlarda çok önemli bir hastalanma ve ölüm nedenidir. Sigara ve tütün kullanımı dünyada önlenebilir ölüm nedenlerinin en önemlisidir. Her yıl dünyada yaklaşık 5 milyon insanın sigara ve tütün kullanımına bağlı hastalıklardan hayatını kaybettiği tahmin edilmektedir (3).

Sigara kullanımı son yıllarda gelişmiş ülkelerde azalırken gelişmekte olan ülkelerde artmasının en önemli nedeni sigara üreten firmaların tüketimi artırmaya yönelik çabalarıdır. Halkın bilinçlenmesinin yanında, kullanım ve ürün reklamı üzerine yasal kısıtlamaların getirilmesiyle gelişmiş ülkelerde önemli pazar kaybına uğrayan tütün endüstrisi bu kısıtlamaların olmadığı ve halkın daha bilinçsiz olduğu gelişmekte olan ülkelere yönelmişlerdir. Örneğin ABD' de sigara tüketim yüzdesi 1965 yılından 2006 yılına kadar olan zamanda yetişkinlerde % 42' den % 20.8' e kadar düşmüştür (4).

Yetmişli yıllardan bugüne gelişmiş ülkelerde sigara içim oranları azalmakla birlikte gelişmekte olan ülkelerde yükselmeye devam etmiştir. Türkiye, sigara tüketiminde dünyada 4. sırada, sigara içme sıklığı açısından da dünyada 10. sırada yer almaktadır (5). Ülkemizde yapılan çalışmalar, 2008 yılında 15 yaş üstü erkeklerin % 62,8, kadınların % 24,3 ve tüm nüfusun ise % 31,3' ünün sigara kullandığını ortaya koymaktadır (6). Türkiye genelinde 15 ve üzeri yaşta bireylerin 2008 yılında % 31,3' ü her gün veya ara sıra tütün ve tütün mamullerini kullanmakta iken 2012 yılında bu oran yaklaşık olarak % 27' ye düşmüştür (7).

Sigara ile mücadelede ilk olarak yapılması gereken, özellikle küçük yaşta bireylerin ve gençlerin sigaraya başlamasını önlemek ve sigara içenlerin bırakmasını sağlamaktır (8). Bu nedenle sigaraya başlama nedenleri araştırılıp belirlenerek sorun gelişmeden önlemler alınabilir. Sigara bağımlılığı gelişmiş kişilerin sigarayı bırakabilmeleri için gerekli desteğin sağlanması önem arz etmektedir. Özellikle aile ve sağlık çalışanlarının bu konuda daha çok gayret göstermeleri gerekmektedir. Bu nedenle bırakma nedenlerinin belirlenmesi, sigara içmeye devam eden ve bırakmayı düşünmeyen kişiler için motivasyon nedenleri olarak kullanılabilceğini düşünmekteyiz. Bu çalışmada sigarayı bırakmış kişileri tespit edip, bırakma sebeplerini araştırdık. Bu çalışma ile sigarayı bırakmayı denemiş ve bu konuda başarılı olmuş kişilerde, hangi nedenlerin bırakma konusunda daha etkili olduğunu tespit etmeyi, sonuçlarımızla yeni yapılacak çalışmalara yol göstermeyi ve bırakan kişi sayısını artırmayı amaçladık.

YÖNTEM

Çalışma için önce sigarayı bırakmış kişilere uygulanacak bir anket hazırlandı. Bu anket Atatürk Üniversitesi idari personel ve akademisyenlerine mail aracılığıyla, Erzurum' daki üniversite öğrencilerine ve halka ise ankette yer alan sorular yüz yüze sorularak uygulandı. Sigarayı bırakmış 128 kişinin anketi çalışmamıza dâhil edildi. Bu anket ile kişilerin demografik özelliklerini karşılaştırmak için, ankete katılanların cinsiyeti, yaşı, medeni durumu, eğitim durumu, meslek grubu, gelir durumu, sigaraya başlama yaşı, ailesinde sigara kullanma durumu ve sigarayı ne kadar zaman önce bıraktığı soruları yöneltilerek kaydedildi. Sigarayı bırakma sebepleri sıralandı ve bu sebeplerden hangilerinin daha etkili olduğu tespit edildi.

Anket sonuçlarının değerlendirilmesi için IBM SPSS Statistics 20 paket programı, Tablolar ve grafikler için ise Excel 2013 programları kullanıldı. Demografik özellikleri için IBM SPSS 20 paket programında ordinal ve nominal gruplar oluşturuldu. Daha sonra sigara bırakma sebeplerinin etki

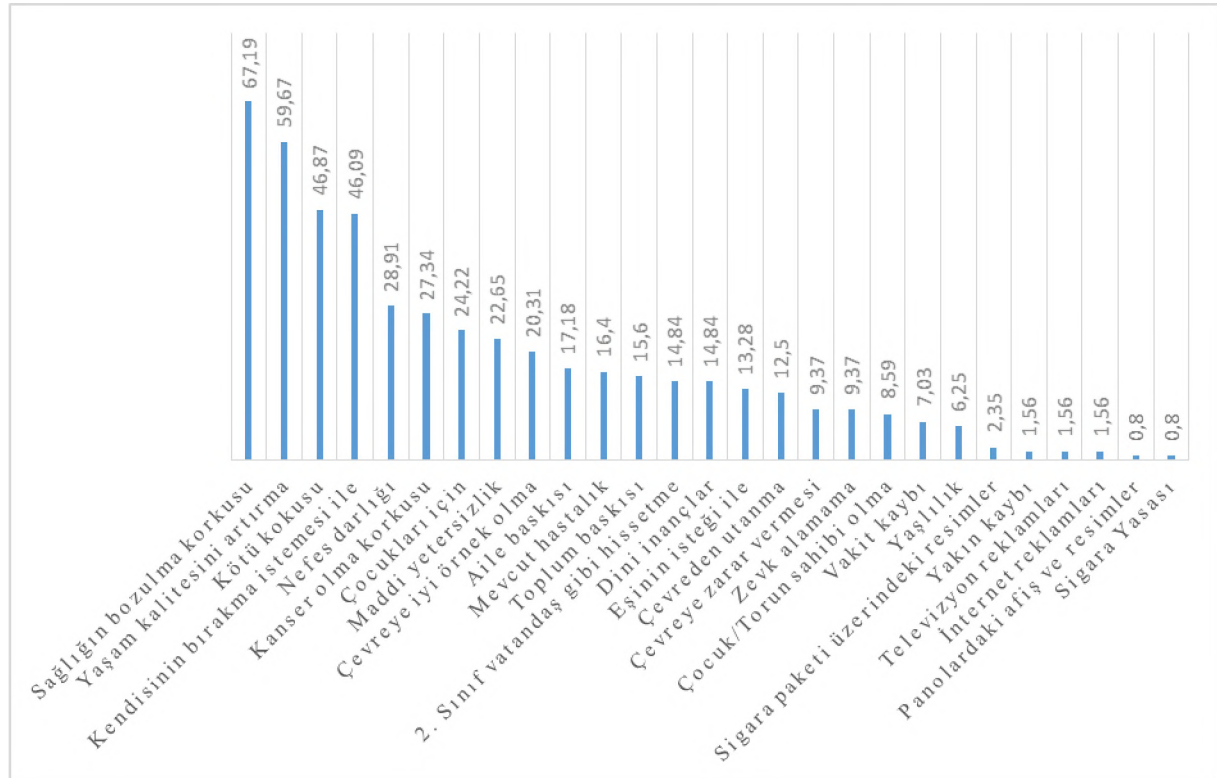
dereceleri scale değişkeni olarak sırayla tanımlandı. Grupların ortalamalarının farkının anlamlı olup olmadığını tespit etmek için Student t testi uygulandı. Bırakma sebeplerinin her biri için farklı gruplar bir biri ile karşılaştırıldı ve "p" değerlerine bakıldı. $P < 0.05$ değerleri anlamlı kabul edildi, grafikler üzerinde " * " ile gösterildi ve gruplar arasında anlamlı bir farka sahip olduğu ifade edildi.

BULGULAR

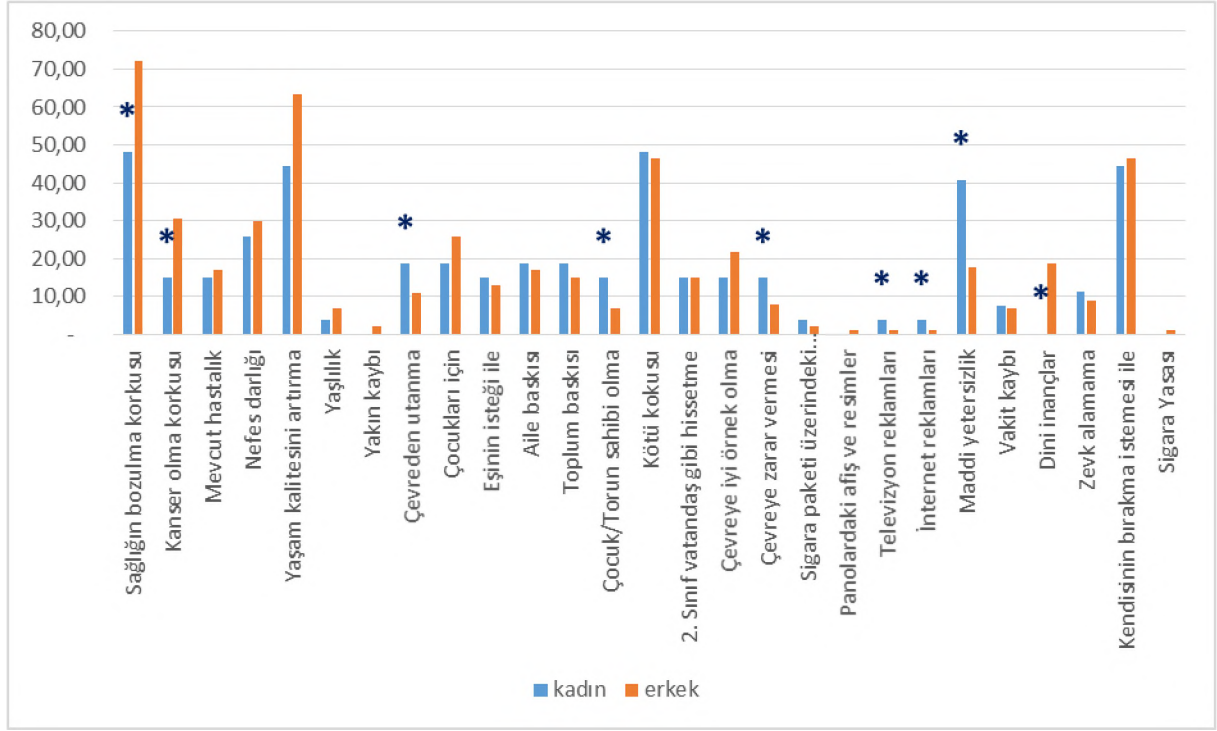
Çalışmamıza katılan 128 kişinin 101 (% 78.3)'i erkek, 27 (% 20.9)'si kadındı. Yaş dağılımı 62 (% 48.1) kişi 40 yaşının üzerinde, 45 (% 34.9) kişi 25-40 yaş aralığında, 21 (% 16.3) kişi 18-25 yaş aralığında idi. Medeni durumları 86 (% 66.7) kişi evli, 42 (% 32.6)'si bekâr idi. Eğitim durumlarının değerlendirilmesinde 5 (% 3.9)'i orta öğretim, 21 (% 16.3)'i lise, 102 (% 79.1)'si yüksek öğretim mezunu idi. Meslek gruplarına göre 42 (% 32.6)'si eğitim sektörü (Akademisyen, öğretmen, öğretim görevlisi vb...) , 25 (% 19.4)'i öğrenci, 27 (% 20.9)'si memur, geri kalan kişilerde diğer meslek gruplarında bulunmaktadır.

Gelir durumuna göre 45 (% 34.9) kişi 4000 TL yukarısı, 31 (% 24.0) kişi 2500-4000 tı arası, 31 (% 24.0) kişi 1000-2500 TL arası, 21 (% 16.3) kişinin ise gelir seviyesinin 0-1000 tı arası olduğu belirlendi. Sigaraya başlama yaşları 56 (% 43.4) kişinin 0-18 yaş arasında, 67 (% 51.9) kişinin 18-25 yaş arasında, 5 (% 3.9) kişinin ise 25 yaşın üzerinde başlamış olduğu belirlendi. Sigara içme sıklıklarında 26 (% 20.2) kişinin günde yarım paket, 62 (% 48.1) kişinin günde 1 paket, 27 (% 20.9) kişinin günde 1.5 paket, 12 (% 9.3) kişinin günde 2 paket, 1 (% 0.8) kişinin ise günde 2 paketten fazla içtiği tespit edilmiştir. Katılımcılardan 78 (% 60.5) kişinin ailesinde sigara kullananların olduğu, geri kalan 50 (% 38.8) kişinin ailesinde ise sigara kullananların olmadığı öğrenildi. Katılımcıların bırakma zamanlarında ise, 23 (% 17.8) kişinin 9 yıldan fazla, 13 (% 10.1) kişinin 6-9 yıl, 23 (% 17.8) kişinin 3-6 yıl ve 69 (% 53.5) kişinin ise 0-3 yıl kadar önce bırakmış olduğu belirlendi.

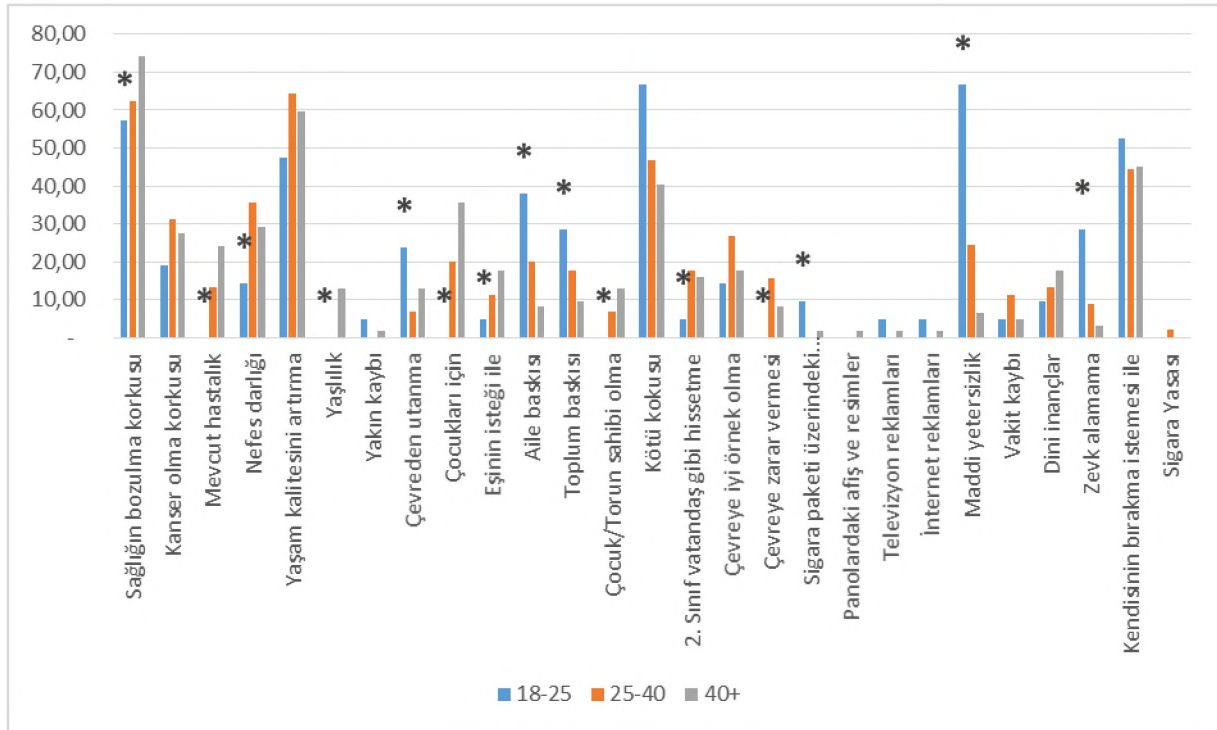
Çalışmamızda sigarayı bırakma sebeplerinin genel dağılımı Şekil 1 ve demografik gruplara göre dağılımları Şekil 2-9' da verilmiştir.



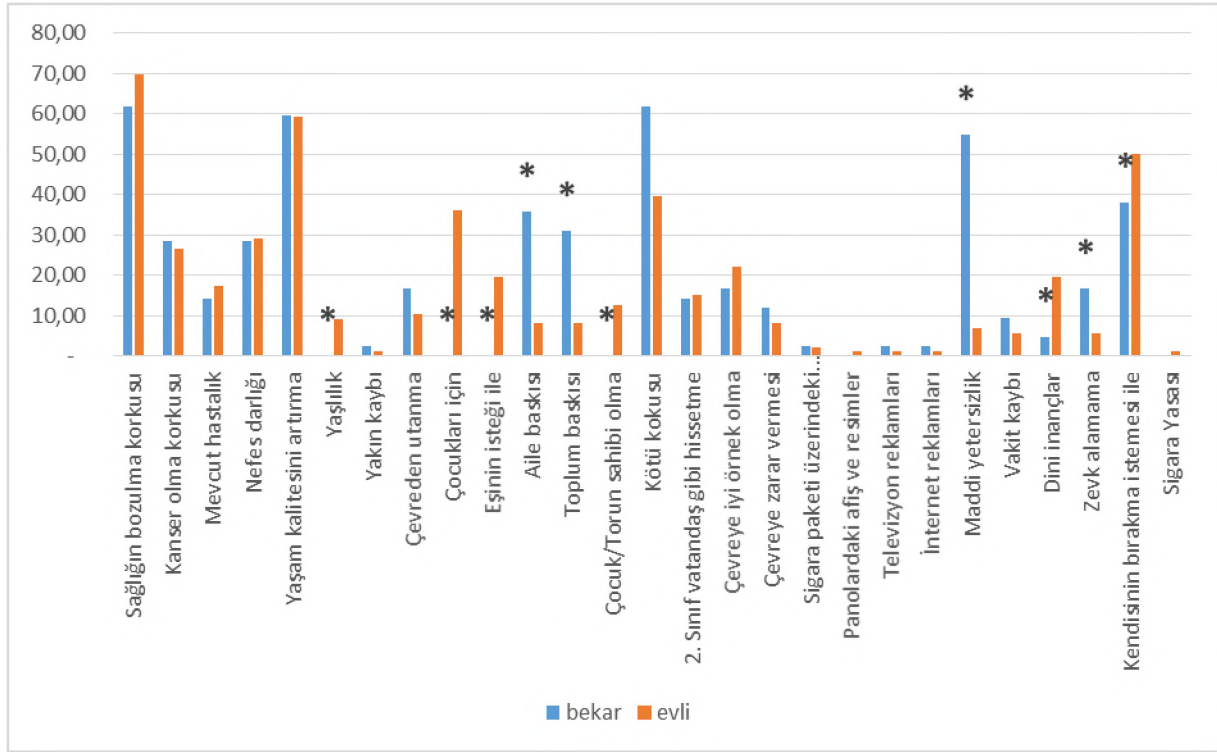
Şekil 1. Sigarayı Bırakma Sebeplerinin Dağılımı Sütun Grafiği



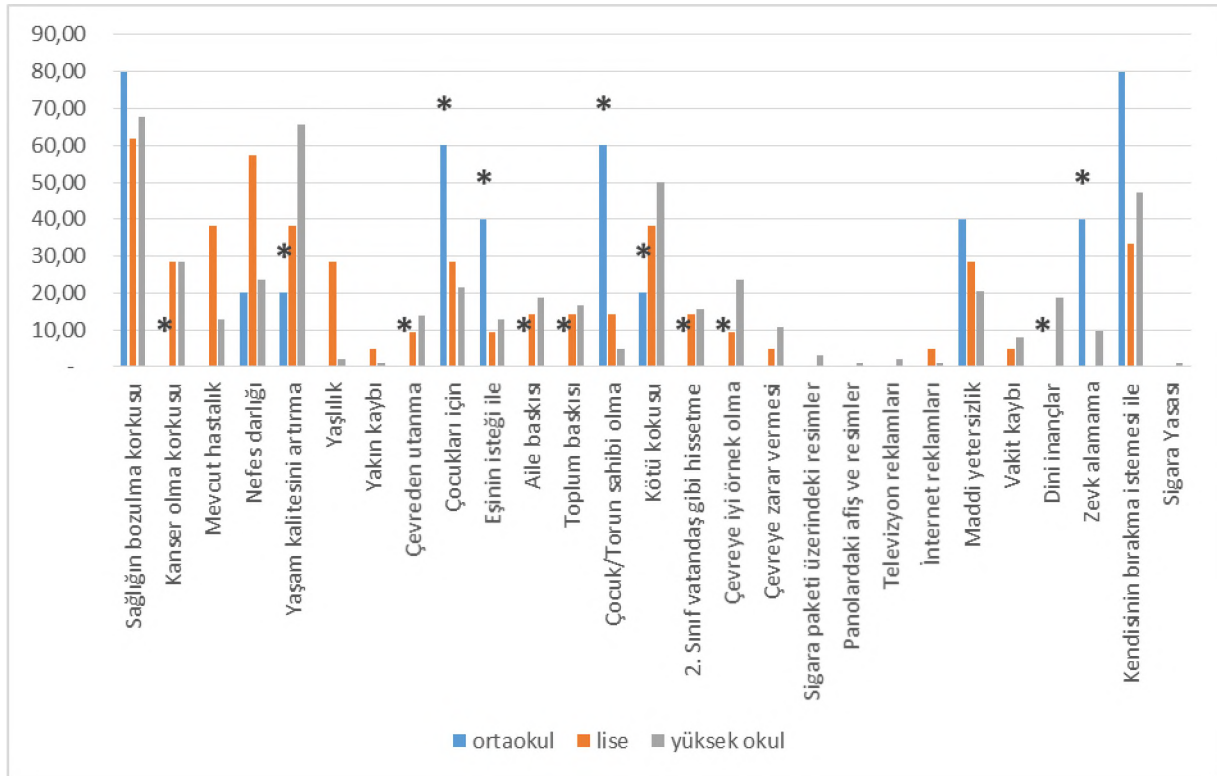
Şekil 2. Cinsiyete Göre Bırakma Sebeplerinin Dağılımı



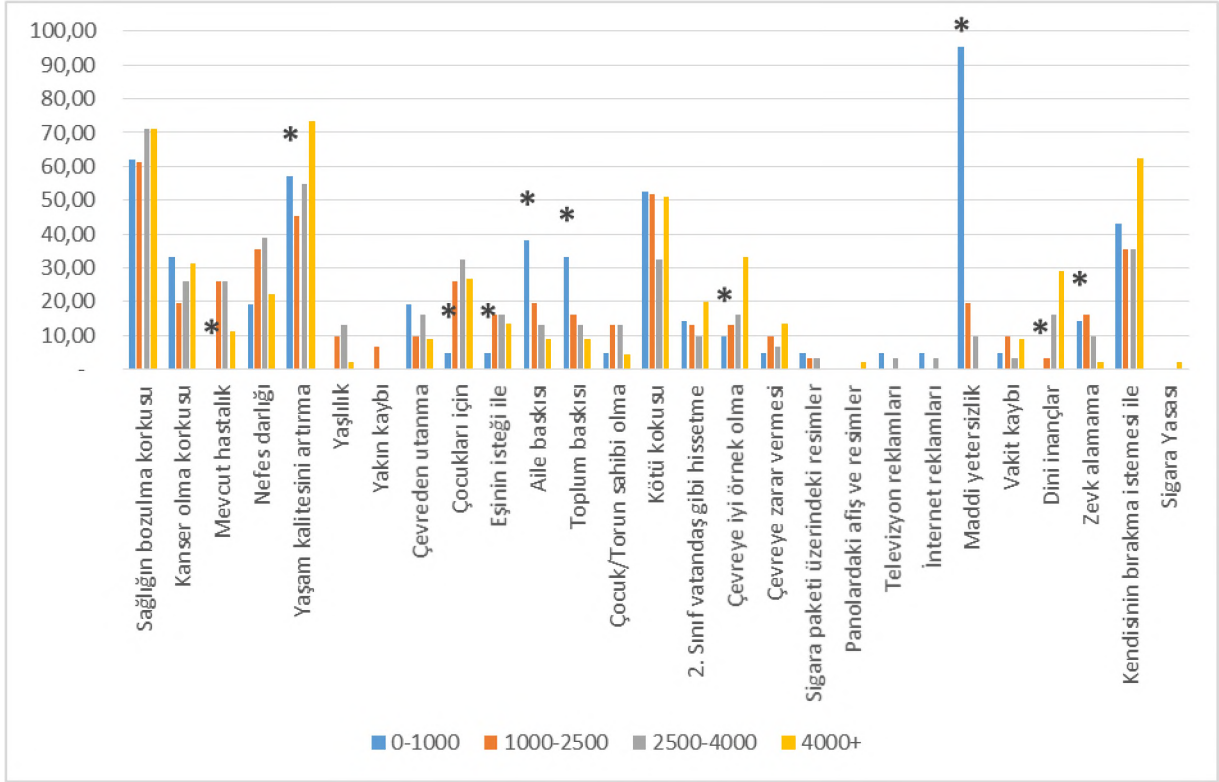
Şekil 3. Yaşa Göre Bırakma Sebeplerinin Dağılımı



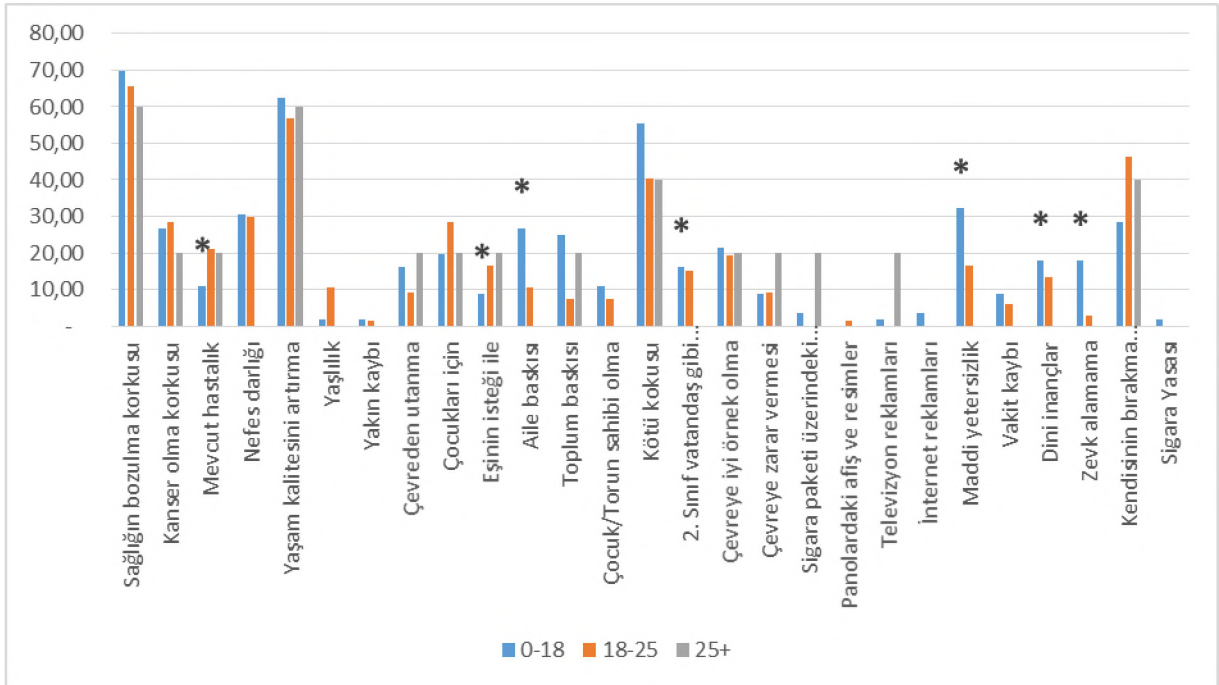
Şekil 4. Medeni Duruma Göre Bırakma Sebeplerinin Dağılımı



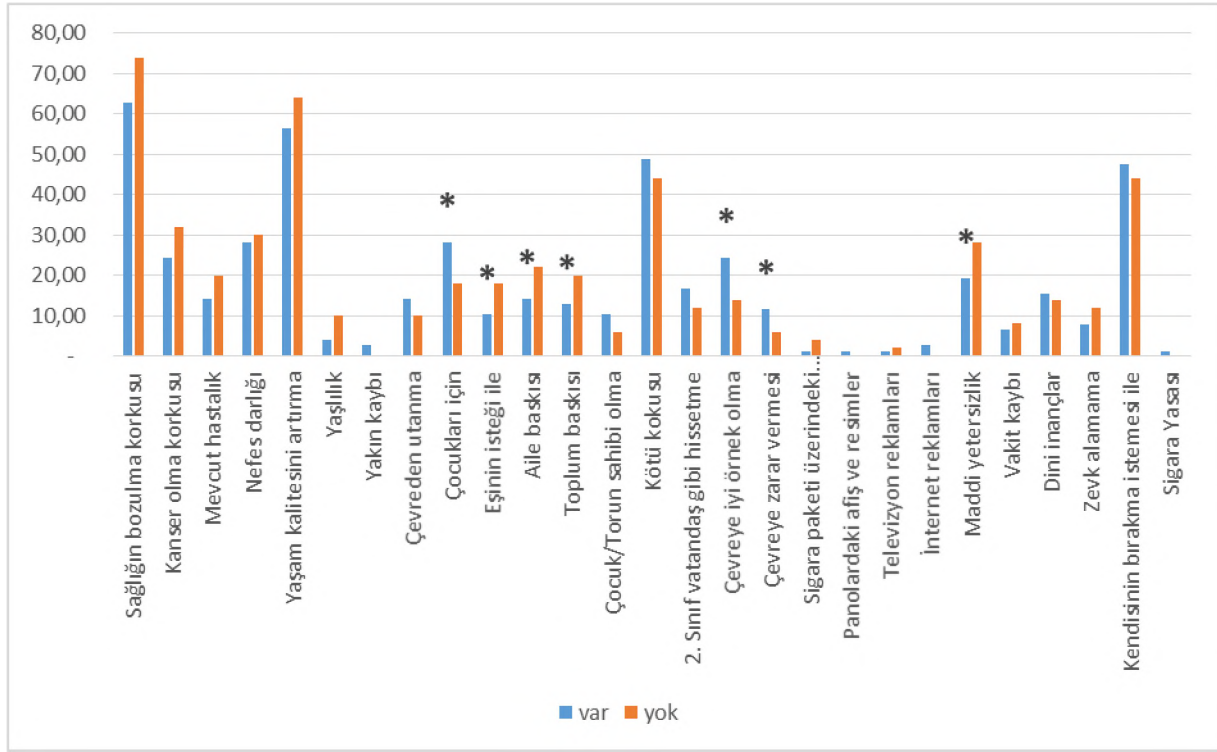
Şekil 5. Eğitim Durumuna Göre Bırakma Sebeplerinin Dağılımı



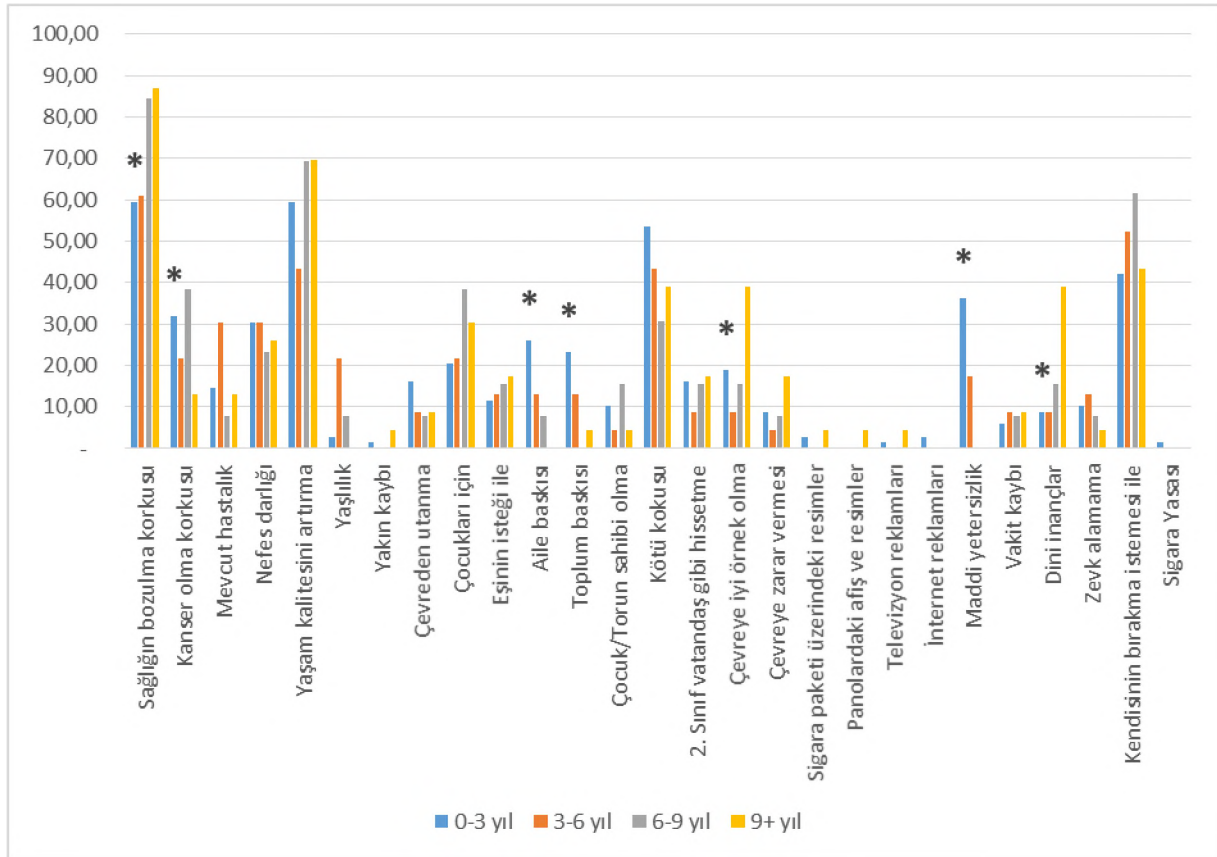
Şekil 6. Gelir Durumuna Göre Bırakma Sebeplerinin Dağılımı



Şekil 7. Başlama Yaşına Göre Bırakma Sebeplerinin Dağılımı



Şekil 8. Ailesinde Sigara Kullanma Durumuna Göre Bırakma Sebeplerinin Dağılımı



Şekil 9. Bırakma Zamanına Göre Bırakma Sebeplerinin Dağılımı

TARTIŞMA

Günümüzde sağlık sorunlarının başında yer alan sigara, bağımlılık yapan ve içerisinde nikotin bulunduran zararlı bir maddedir. Bağımlılığın asıl nedeni olan nikotin; sigara içme davranışının sürdürülmesinde ve tedavi girişimlerinin genel başarısızlığında birinci neden olduğu belirtilmektedir (9-11). Öte yandan sigara dumanında bulunan kimyasal maddelerin arasında yer alan asitler, alkol aldehitler, ketonlar, siyanür, karbon monoksit gibi maddeler doğrudan zehir etkisi gösterirler ve organlarda tahribat yaparlar. Kalp hastalıkları, akciğer kanseri, vücuttaki başka kanserler (gırtlak kanseri, mesane kanseri, yemek borusu kanseri, rahim kanseri v.b.) bronşit, amfizem gibi pek çok hastalığın sigaraya bağlı olarak meydana geldiği bilimsel olarak kanıtlanmıştır (12). Dünya Sağlık Örgütü verilerine göre, dünyada 1 milyar 300 milyon kişi sigara içmekte ve her yıl 5 milyon kişi sigaraya bağlı hastalıklardan hayatını kaybetmektedir. 2020 yılında ise dünyada 10 milyon kişinin sigara nedenli hastalıklardan ölmesi tahmin edilmektedir (13). Bu vahim sonucun önüne geçilebilmesi amacıyla sigarayı bırakmak için günümüzde farklı şekillerde çalışmalar yapılmaktadır. Bunlardan en önemlileri; özellikle son yıllarda gelen sigara yasası ile dumanlı hava sahalılarının oluşturulmasıdır. Hem Dünya Sağlık Örgütü'nün yapmış olduğu "Tütünsüzlük Girişimi" ile hem de ülkemizde buna paralel olarak yapılan "Sigarasızlık Yasası" ile sigara içenlerin daha az içmesi ve içmeyenlerin de sigara dumanından korunmasını sağlamak amaçlanmıştır (14-15). Onun dışında televizyonlarda yapılan kamu spotları, internette yayınlanan afiş ve reklamlar sigarayı bırakmayı düşünen kişi sayısının artmasını sağlamıştır. Yine son yıllarda düzenli olarak yapılan aşırı zamlar öğrenci ve maddi geliri düşük kesimlerde sigarayı bırakma etkisini artırdığı belirtilmektedir.

Bizim çalışmamızda ise, Şekil 1' de yer alan sonuçlara göre her ne kadar ilk üç sırada yer alan sigaraya bırakma nedenleri arasında sağlığın bozulma korkusu, yaşam kalitesini artırma ve kötü koku yer alsa da, son dört sırada yer alan nedenler arasındaki televizyon ve internet reklamları, panolardaki afiş ve resimler ile sigara yasasının sağladığı bilinçlenme, öğrenme ve yaptırım korkusunun tetiklediği kanaatindeyiz. Örneğin, sigara kullanımından kaynaklanan sağlık sorunları nedeniyle yapılan harcamaların bir devlet politikası olarak sosyal güvence kapsamı dışında tutulabileceği yönündeki kanun yapılması ihtimali ya da kapalı alanlarda sigara içmeye bağlanan Kabahatler Kanunu kapsamındaki adli para cezasının, tercihlerde baskın bir rol oynayabileceği yadsınamayacak bir gerçektir. Bunun ise, sigara kullanımına bağlanan sonuçların reklam yoluyla duyurulması, kullanımının önlenmesi amacıyla kısıtlamalara dayanan yasalarla mümkün olabildiğini düşünmekteyiz.

Çalışmamızda, sigarayı bırakma nedenleri arasında sağlığın bozulma korkusu ve kanser olma korkusu erkeklerde oransal olarak daha baskın iken, maddi yetersizlik, çocuk ya da torun sahibi olma, çevreden utanmanın kadınlarda oransal olarak daha baskın olduğu tespit edilmiştir. Buradan hareketle erkeklerde sağlık sorunlarının, kadınlarda ise sosyal çevre etkisinin sigarayı bırakma nedenlerinde daha etkili olduğunu düşünmekteyiz (Şekil 2). Yaşa göre sigara bırakma sebeplerine ilişkin sonuçlara göre, sigaraya bırakma nedenleri arasında sağlığın bozulma korkusunun 40 yaş ve üzeri kişilerde daha baskın, çevreden utanma, aile ve toplum baskısı, maddi yetersizlik ve zevk alamamanın 18-25 yaş aralığında daha fazla, çevreye zarar verme, çevreye iyi örnek olma, ikinci sınıf vatandaş gibi hissetme, nefes darlığı, yaşam kalitesini artırma gibi nedenlerin de 25-40 yaş aralığında daha etkin olduğu görülmektedir. Buradan hareketle 25-40 yaş ve üzeri grupta sağlığın, 18-25 yaş grupta ise sosyal çevrenin sigarayı bırakma konusunda daha baskın bir unsur olduğu kanaatindeyiz (Şekil 3). Medeni duruma göre sigara bırakma sebeplerine ilişkin sonuçlara göre, sigaraya bırakma nedenleri arasında evlilerde yaşlılık, çocukları için, eşinin isteği ile, dini inançlar ve kendi bırakma istemesi gibi sebepler daha etkili olurken, bekârlarda aile ve toplum baskısı, maddi yetersizlik ve zevk alamama gibi nedenlerin daha etkili olduğu görülmektedir (Şekil 4). Eğitim duruma göre sigara bırakma sebeplerine ilişkin sonuçlara göre, sigaraya bırakma nedenleri arasında kanser olma korkusu, çevreden utanma, aile ve toplum baskısı, ikinci sınıf vatandaş gibi

hissetme gibi sebeplerin tüm eğitim durumlarında etkili olduğu görülmektedir. Öte yandan çocukları için, çocuk ve torun sahibi olma, zevk almama ve kendi isteğiyle bırakmanın ortaokul mezunlarında daha baskın olduğu ve bu yüzden eğitim durumunun sigara bırakmada etkili olmadığı kanaatindeyiz (Şekil 5). Gelir durumuna göre sigara bırakma sebeplerine ilişkin sonuçlara göre, sigaraya bırakma nedenleri arasında 0-1000 TL aralığındaki düşük gelir grubuna dahil olan kişilerin sigarayı bırakmalarında maddi yetersizliklerinin önemli bir etken olduğu bu kapsamda sigara fiyatlarına ilişkin zam politikalarının olumlu sonuç doğurduğunu düşünmekteyiz (Şekil 6). Başlama yaşına göre sigara bırakma sebeplerine ilişkin sonuçlara göre, 0-18 yaş aralığındaki kişilerde aile baskısı, ikinci sınıf vatandaş gibi hissetme, maddi yetersizlik, dini inançlar ve zevk almama nedenlerinin diğer yaş gruplarına göre daha fazla etkili olduğu bu nedenle genç neslin daha bilinçli olduğu ve bu yöndeki davranışlarını belirlemede sosyal çevrenin daha etkili olduğu kanaatindeyiz (Şekil 7). Ailesinde sigara kullanma durumuna göre ailesinde sigara kullananlarda sigara bırakma sebepleri arasında çocukları için, çevreye iyi örnek olma, çevreye zarar vermesi gibi etkenler etkili olurken, ailesinde sigara kullanmayanlar arasında ise eşinin isteği, aile ve toplum baskısı, maddi yetersizlikler gibi sebeplerin etkili olduğu görülmektedir (Şekil 8). Bırakma zamanına göre sigara bırakma sebepleri arasında, 0-3 yıl arasında bırakma nedenleri arasında aile ve toplum baskısı ile maddi yetersizlik nedenlerinin etkili olduğu, 9 yıl ve üzerinde ise sağlığın bozulma korkusu, çevreye iyi örnek olma ve dini inançlar gibi sebeplerin etkili olduğu tespit edilmiştir (Şekil 9).

Sonuç olarak çalışmamızda, sigarayı bırakan 128 kişiden 636 tane bırakmada etkili olduğunu düşündüğü sebep alınmıştır. Bu sebeplerin 86 (% 67.19) tanesi sağlığın bozulma korkusundan, 76 (% 59.67) tanesi yaşam kalitesini artırma, 60 (% 46.87) tanesi kötü kokusu, 59 (% 46.09) tanesi kendisinin bırakma istemesi ile 37 (% 28.91) nefes darlığı, 35 (% 27.34)'i kanser olma korkusunu işaretlemiştir. Bırakan kişilerin çoğunluğu sağlık sorunları, yaşam kalitesi artırma ve kokusu sebebiyle bırakmıştır. 1 (% 0.8) tanesi panolardaki afiş ve reklamlar, 2 (% 1.56) tane televizyon reklamları, 2 (% 1.56) tane internet reklamları, 3 (% 2.35) tane sigara paketi üzerindeki resimlerden dolayı bırakmıştır. Bulgular doğrultusunda, reklamların ve kamu spotlarının yeteri kadar etkili olamadığı tespit edilmiştir. Aksine son yıllarda sigaraya gelen üst üste aşırı zamlar özellikle öğrenciler üzerinde ve maddi geliri düşük olan kesimde sigarayı bıraktırmada daha etkili olduğu görülmektedir. Ayrıca evli ve çocuk sahibi ebeveynlerin çocuklarına iyi örnek olmak için sigarayı bıraktığı da görülmektedir.

Bizim çalışmamıza paralel olarak sunulan bir çalışmada sigarayı bırakmada davranışsal yöntemler dikkate alınmış ve incelenmiştir (16). Elde edilen veriler ışığında bu yöntemler arasında hekim tavsiyesi, yasalar, sigara fiyatları, kültürel ve sosyal medya etkili olmuştur. Aynı zamanda bırakmayı kolaylaştırmak adına birçok tedavi yöntemi için sosyal destek ve motivasyon sağlanmıştır. Başka bir çalışmada ise sigarayı bırakan ve içmeye devam eden olgularda cinsiyet, yaş dağılımı, medeni durum ve eğitim ele alınmıştır (17). Eğitim faktörü çok fazla etkili olmazken yaş dağılımının oldukça etkili olduğu saptanmıştır.

Bu veriler ışığında, sigarayı bırakan kişilerden elde edilen görüşlerle sigara bırakma girişimlerinin başarısı açısından önemli veriler elde edilmiştir. Çalışmamızın sonuçları sigara bırakma sebeplerinin demografik gruplara göre dağılımı ile ilgili veriler sağlarken, sigara bırakma çalışmalarının önemine bir kez daha dikkat çekecektir. Sigara bırakma çalışmalarını planlarken demografik özelliklere göre farklı sigara bırakma yöntemlerinin belirlenmesinin önemli olduğu belirlenmiştir. Tüm bireyleri kapsayan genel sigara bıraktırma kampanyalarında ise sigara ve benzeri tütün kullanımlarına bağlı olarak sağlık üzerine zararlı etkilerinin geri dönüşümü çok olacak şekilde vurgulanması gerektiği kanaatindeyiz. Elde edilen bulgulara göre, sigara yasası ve reklamların ise, kişinin sigarayı bırakmayı istemesinde önemli etmenler arasında yer almasa da, kişide sağlığının bozulacağı korkusunu uyandıran bir etki sağladığını düşünmekteyiz. Ayrıca, mevcut yasal ve yönetmeliklerin kararlı bir şekilde üzerine giderek toplumdaki sigara bırakma yüzdesini her geçen gün artırılarak topluma ve ülke ekonomisine ciddi katkılar sağlayacağı kanaatindeyiz.

KAYNAKLAR

1. Barış İ. Tütün kullanımının tarihçesi. Toraks DerneğiMerkezi Kursları: Ankara: Tütün Kontrol Uzmanlığı, 2003.
2. Brimblecombe P. The big smoke: a history of air pollution in London since medieval times. Routledge, 2011.
3. http://www.marmarispsikiyatri.com/uzman_kosesi/sigara-bagimliliği/.
4. Cigarette Smoking Among Adults --- United States, 2006
<http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/mm5644a2.htm#fig>.
5. T.C. CUMHURBAŞKANLIĞI, Devlet Denetleme Kurulu, ARAŞTIRMA VE İNCELEME RAPORU RAPORUN KONUSU, Madde ve Diğer Bağımlılıklar ile Mücadele Kapasitesinin ve Bu Bağlamda Türkiye Yeşilay Cemiyetinin Değerlendirilmesi,Tarihi : 30/01/2014 Sayısı: 2014/2
6. Ülkemizde Sigara İçme Profili, www.ssv.org.tr/ulkemizde-sigara-icme-profil.html.
7. Küresel Yetişkin Tütün Araştırması, <http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=13142>.
8. Özcebe PDH. Gençler ve Sigara. Ankara: Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Klasmat Matbaacılık: 2008.
9. Fiore CM. US Public Health Service Support. A clinical practice guideline for treating tobacco use and dependence. JAMA 2000; 283: 3244-54.
10. DEMİR AU. Sigara Bağımlılığı ve Sigarayı Bırakma Tedavileri. Astım Allerji İmmünoloji 2006; 4 (3): 135-138.
11. Berrettini WH and Lerman CE. Pharmacotherapy and pharmacogenetics of nicotine dependence.. Am J Psychiatry 2005; 162: 1441-1451.
12. <http://www.havanikoru.org.tr/sagligimiza-etkileri/tutun-dumaninin-zararlari.html>.
13. Bilgin H and I Özkan. 4207 sayılı kanun ile 5727 sayılı kanun dumansız bir hava sağlayabilecek mi? Mahalli İdareler Dergisi 2009; 175: 25-42.
14. WHO. Report on the Global Tobacco Epidemic, 2011-MPOWER. Warning about the dangers of tobacco. Accessed date: 05.01.2012. Available from: http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789240687813_eng.pdf.
15. The Health Ministry of Republic of Turkey General Directorate of Basic Health Services. The Global Adult Tobacco Survey Turkey Report 2010.
16. http://www.toraks.org.tr/userfiles/file/DavranissalYontemler_osman_orsel.pdf.
17. Fatma F, Ebru P, Mehmet Ü, Murat S, Ziya K. Sigara bırakmayı etkileyen faktörler ve uygulanan tedavilerin başarı oranları. The Medical Journal of Kocatepe 2005; 6: 27-34.

Psikiyatri Kliniğinde Çalışan X ve Y Kuşağındaki Hemşirelerin Alkol-Madde Bağımlılığı ve Ruhsal Bozukluğu Olan Bireylere Yönelik Tutumları

Attitudes of the Generation X and Y Nurses Working at Psychiatry Clinic towards Individuals with Alcohol-Drug Addiction and Mental Disorders

Ayşe Büyükbayram¹, Leyla Baysan Arabacı¹, İlkaç Arabacıoğlu², Canan Ayyıldız³, Kazım Acar¹

¹ İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü, İzmir, Turkey

² Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Aydın, Turkey

³ Anadolu Sağlık Merkezi, Gebze, Kocaeli Turkey

ABSTRACT

Objective: This study was conducted to determine attitudes of generations X and Y nurses working at psychiatry clinics towards alcohol-drug addiction and mental illnesses.

Material and Method: This descriptive study was conducted with a total of 103 nurses. Data was collected using, "Introductory Information Form", "Beliefs towards Mental Illness Scale(BMI)" and "Attitude Scale(AS)".

Results: 72.8% of the nurses were Generation X and 27.2% were Generation Y. No statistically significant difference was found between Generation X and Y nurses with regard to mean scores of BMI total scale and subscales and AS.

Conclusion: The attitudes of the X and Y generation nurses working in psychiatric units towards individuals who have a diagnosis of psychiatric disorder are positive while attitudes towards dependent individuals are negative, and nurses are affected by many factors. Moreover, the attitudes of the Y generation nurses to the individuals with mental disorders are more negative than those of the X generation, whereas their attitudes towards the dependent individuals are more positive.

Keywords: Psychiatry nurses, generations, attitudes, mental disorders, addiction.

ÖZET

Amac: Çalışma, psikiyatri kliniğinde çalışan X ve Y kuşağındaki hemşirelerin alkol-madde bağımlılığı ve ruhsal bozukluk tanısı olan bireylere yönelik tutumlarını ve etkileyen etmenleri belirlemek amacıyla yapılmıştır.

Yöntem: Tanımlayıcı ve ilişkisel nitelikteki çalışma toplam 103 hemşire ile yürütülmüştür. Veri toplama aracı olarak "Tanıtıcı Bilgi Formu", "Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar Ölçeği (RHIÖ)" ve "Tutum Ölçeği (TÖ)" kullanılmıştır.

Bulgular: Araştırmaya katılan hemşirelerin %72.8'si X kuşağı ve %27.2'si Y kuşağındadır. X kuşağındaki hemşirelerin RHIÖ toplam ve alt boyut puan ortalamaları ile TÖ puan ortalamalarının istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklı bulunmamıştır.

Sonuç: Psikiyatri birimlerinde çalışan X ve Y kuşağı hemşirelerin ruhsal bozukluk tanısı alan bireylere yönelik tutumlarının olumlu yönde, alkol madde bağımlısı bireylere yönelik tutumları olumsuz yöndedir ve birçok etmenden etkilenmektedir. Ayrıca Y kuşağı hemşirelerin ruhsal bozukluğu olan bireylere yönelik tutumları X kuşağına göre daha olumsuz, buna karşın alkol madde bağımlısı bireylere yönelik tutumları ise daha olumludur.

Anahtar kelimeler: Psikiyatri hemşiresi, kuşaklar, tutum, ruhsal bozukluk, bağımlılık.

Correspondence / Yazışma Adresi: Leyla Baysan Arabacı, İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü, İzmir, Turkey
E-mail: baysanarabaci@hotmail.com

GİRİŞ

Damgalama, bir kişinin ya da grubun, ruhsal hastalık, etnik grup, ilaç kötüye kullanımı veya fiziksel yetersizlik gibi özelliklerine dayanarak kusurlu veya gözden düşmüş olarak olumsuz biçimde değerlendirilmesidir (1). Bu olumsuz inanç, tutum ve yaklaşımlardan en çok etkilenenlerden biri de ruhsal bozukluk tanısı (şizofreni, bipolar bozukluk gibi) almış bireyler ile alkol ve madde bağımlılığı olan bireylerdir. Ruhsal bozukluklara ve bağımlılığa yönelik damgalama çoğu kez düşük değerlilik, kişilik zayıflığı, kişilik bozukluğu, suç eğilimi gibi olumsuz yargılar şeklinde olmaktadır. Bu durum kişilere; iş bulamama riski, toplumsal statü kaybı, toplumsal red, toplum içinde izole edilme, yaralı benlik, lekeli kimlik algısı gibi birçok alanda sorun yaratmaktadır. Damgalama, bireylerin ruhsal dengelerinde bozulmalara, utanç duygusu yaşamalarına neden olur.

Ruhsal bir bozukluğu olan ve/veya alkol madde bağımlılığı olan bireylere yönelik yapılan birçok araştırma toplumun olduğu kadar sağlık çalışanlarının da bu hastalara karşı önyargılı, ayrımcı ve etiketleyici bir tutuma sahip olduğunu göstermektedir (1,2,3-11). Çam ve Baysan Arabacı'nın (2014) bir bölge psikiyatri hastanesinde yaptıkları çalışmada, hemşirelerin ruhsal bozukluğu olan bireylere yönelik tutumlarının olumsuz olduğu saptanmıştır (3). Sağlık çalışanlarının ve ruh sağlığı alanında çalışanların bağımlılığa karşı tutumlarının incelendiği iki farklı çalışmada da benzer sonuçlar bulunmuştur. Her iki grupta da çalışanların çoğu, bağımlılığın ruhsal bir zayıflık olduğunu, bağımlıların kendi hayatlarıyla ilgili doğru kararlar alamayacaklarını düşünürken; evlilik, komşuluk ve sosyal me- safeye ilişkin bu hastalara karşı olumsuz tutuma sahip oldukları, alkoliz- mi kişisel güçlülük ve iradeyle aşılabilecek bir du- rum olarak gördükleri; bağımlı hastaları stresli ve çalışması zor bir grup olarak değerlendirdikleri saptanmıştır.(5,12). Benzer bir şekilde Büyükbayram ve Gürbüz (2015)'ün öğrenci hemşirelerle (13), Havaçeliği Atılam ve Yüncü (2015)'nün 1522 üniversite öğrencisiyle (14), Pilge ve Baysan Arabacı'nın (2016) acil serviste çalışan hemşirelerle yaptıkları çalışmalarda da (7) bağımlı bireylere yönelik tutumların olumsuz olduğu saptanmıştır. Oysa, ruhsal sorunları olan bireyler, sağlık çalışanlarının tutumlarına karşı oldukça duyarlıdır. Farklı düzeylerde olsa da, sağlık çalışanlarının bu olumsuz tutumları, bireylerin; erken tanı ve tedavi olasılığını, tedaviye uyumunu, tekrarlı yatışlarını, bireylerin istedikleri zaman gereken yardımı alabilmelerini; koruyucu, tedavi edici ve rehabilitasyon hizmetlerinden yararlanabilmelerini olumsuz yönde etkilemektedir (5,6,15,16).

Kişilerin aynı olay ve durumlara verdiği tepkilerin, bakış açılarının farklı olması doğum yılları arasındaki farklılıklardan kaynaklanabilmektedir. Bu durum “kuşak farkı” olarak adlandırılmaktadır (17). Kuşaklar kronolojik sıraya göre, Bebek Patlaması Kuşağı (1946 – 1964 arası doğanlar), X Kuşağı (1965 – 1980 arası doğanlar), Y kuşağı (1980 – 2000 arasında doğanlar), Z Kuşağı (2000 yılı ve sonrasında doğanlar) olarak sınıflandırılır (17,18). Günümüzde çalışan hemşirelerin daha sıklıkla X ve Y kuşağı bireylerden oluştuğu görülmektedir. X kuşağı bireyler; özgürlüklerine düşkün, toplumsal sorunlara karşı duyarlı, iş yaşamında sadık, kanaat duyguları ve iş motivasyonları yüksek, otoriteye saygılı, tek başlarına çok iyi çalışan, sabırsız ve iş odaklıdır. Y kuşağı bireyler ise, farklı kültürden kişiler ile günlük etkileşimi en yüksek olan, önceki kuşaklara göre çok daha fazla kültürel zenginliğe sahip olan, sosyal yardımlardan, esnek çalışma saatlerinden ve yaptıklarının onaylanmasından motive olan, birçok işi aynı anda yürütmek, her şeyi anlamaya çalışmak, karar sürecinde aktif rol almak suretiyle iş doyumunu yaşayan, iş yerinde eğlence ve tutku arayışı, beklentilerini anında gerçekleştirme eğilimi olan bireylerdir. Bu kuşakta yer alan bireyler çalışma yaşamına girer girmez terfi olanaklarını aramaya başlayan, eleştiriye karşı tahammülü az olan, teknolojinin bir getirisi olarak hızlı düşünmeye, hızlı hareket etmeye ve dolayısıyla da hızlı tüketmeye ve çok fazla iş değiştirmeye eğilimi olan bireylerdir (18-19).

Yapılan çalışmalarda da X ve Y kuşağı hemşirelerin genellikle iş ortamlarına yönelik (iş doyumunu, motivasyon gibi) özellikleri incelenirken (19-20), hemşirelerin ruhsal bozukluklara ve bağımlılığa yönelik inanç ve tutumlarının kuşak farkı açısından ele alınmadığı görülmektedir. Özellikle psikiyatri kliniğinde çalışan hemşirelerin ruhsal bozukluk ile alkol ve madde bağımlılığı konusunda görev yetki ve sorumlulukları yasal olarak da belirlenmiştir (21). Buradan yola çıkarak psikiyatri kliniğinde çalışan hemşirelerin bağımlılığa yönelik tutumlarının ve kuşak farkının bu tutumlara etkisinin bilinmesi; psikiyatri kliniğinde çalışan hemşirelerin ruhsal bozukluk tanısı alan bireyler ile bağımlı bireylere yönelik olumsuz tutumlarının değişmesi için yapılabilecek uygulamalara ipucu vereceği, daha sonra yapılacak olan çalışmalara ve psikiyatrik damgalama ile mücadele stratejilerine ışık tutacağı düşünülmektedir.

Bu çalışma, psikiyatri kliniğinde çalışan X ve Y kuşağındaki hemşirelerin ruhsal bozukluk tanısı alan bireyler ile alkol-madde bağımlılığı olan bireylere karşı tutumunu belirlemek ve bunu etkileyen etmenleri incelemek amacıyla yapılmıştır. Bu çalışmanın araştırma soruları şunlardır:

1. Psikiyatri kliniğinde çalışan X kuşağındaki hemşirelerin ruhsal bozukluk tanısı alan bireyler ile alkol-madde bağımlılığı olan bireylere karşı tutumu nedir?
2. Psikiyatri kliniğinde çalışan Y kuşağındaki hemşirelerin ruhsal bozukluk tanısı alan bireyler ile alkol-madde bağımlılığı olan bireylere karşı tutumu nedir?
3. Psikiyatri kliniğinde çalışan X ve Y kuşağındaki hemşirelerin ruhsal bozukluk tanısı alan bireyler ile alkol-madde bağımlılığı olan bireylere karşı tutumları arasında fark var mıdır?
4. Psikiyatri kliniğinde çalışan X kuşağındaki hemşirelerin ruhsal bozukluk tanısı alan bireyler ile alkol-madde bağımlılığı olan bireylere karşı tutumlarını etkileyen faktörler nelerdir?
5. Psikiyatri kliniğinde çalışan Y kuşağındaki hemşirelerin ruhsal bozukluk tanısı alan bireyler ile alkol-madde bağımlılığı olan bireylere karşı tutumlarını etkileyen faktörler nelerdir?.

YÖNTEM

Tanımlayıcı ve ilişkisel nitelikteki çalışma Aralık 2016- Mart 2017 tarihleri arasında psikiyatri kliniği bulunan dört farklı kurumda yürütülmüştür. İzmir ilindeki iki Eğitim ve Araştırma Hastanesi ile bir Devlet Hastanesi'nin psikiyatri kliniklerinde ve bir bölge psikiyatri hastanesinde çalışan toplam 170 hemşire (hemşire yetkili ebe, sağlık memuru dahil) araştırmanın evrenini oluşturmuştur. Araştırmada örneklem seçimine gidilmemiş ve araştırmaya katılma konusunda gönüllü olan 113 hemşireye ulaşılmıştır. Anketlerin %20'ninden daha fazlasını doldurmayan 10 hemşirenin anketi değerlendirmeye alınmamış ve veri analizi 103 anket üzerinden yapılmıştır. Böylece evrenin %61'ine ulaşılmıştır.

Veri Toplama Araçları

Veri toplamak amacıyla üç araç kullanılmıştır:

Tanıttıcı Bilgi Formu (TBF): Araştırmacılar tarafından geliştirilen anket formu, hemşirelerin sosyo demografik ve mesleki özelliklerini (doğum yılı, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, meslekte çalışma süreleri, psikiyatri/kliniğinde ne kadar süre çalıştıkları, ruhsal bir hastalığa yaklaşımla ilgili bir eğitim alıp almadıkları, ruhsal hastalıklara yaklaşımla ilgili nasıl bir eğitim aldıkları, mesleki deneyim ve/veya meslektaş yardımına teorik eğitimden daha iyi olup olmadığı); ruhsal hastalıklar ve alkol-madde kullanımına yönelik özelliklerini (aileda ve çevrede ruhsal bozukluk tanısı alan kişilerin olma durumu, varsa kimler olduğu ve tanıları, alkol madde bağımlılığı olan alan kişilerin olma durumu, varsa kimler olduğu, alkol madde bağımlılığı tedavi edilip edilemeyeceği, hemşirelerin psikiyatrik destek alma durumu ve nereden aldığı) belirlemek amacıyla hazırlanan açık ve kapalı uçlu 17 sorudan oluşmaktadır.

(Alkol-Madde) Tutum Ölçeği (Attitude Scale)(TÖ): Çırakoğlu (2005) tarafından geliştirilmiştir. Madde kullanan bir insana sosyal mesafe koymaya yönelik tutumları belirlemeyi amaçlayan bir ölçektir. Beşli likert tipi hazırlanan ölçek negatif ve pozitif yönlü olmak üzere toplam 20 maddeden oluşmaktadır. Pozitif yönlü her madde, "Kesinlikle evet=1", "Evet=2", "Kararsızım=3", "Hayır=4" ve "Kesinlikle hayır=5" olacak biçimde, negatif yönlü 4, 7, 10, 17. ve 20. maddeler ise tam tersi puanlanarak değerlendirilmektedir. Ölçekten elde edilecek en yüksek puan "100", en düşük puan "20"dir. Yüksek

puan madde bağımlısı bireye yönelik olumlu tutumu göstermektedir (23). Bu örneklem grubu için ölçek Cronbach Alfa katsayısı 0.83 bulunmuştur.

Ruhsal Hastalıklarına Yönelik İnançlar Ölçeği (RHİÖ): Hirai ve Clum tarafından geliştirilmiş olan ve Türkiye'deki geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Bilge ve Çam tarafından yapılan RHYİÖ 21 maddeden oluşmaktadır (24). RHYİÖ'de ruhsal hastalık için, "psikotik" ya da "psikotik olmayan" şeklinde bir gruplama bulunmamaktadır. Ruhsal hastalığa yönelik inancı değerlendiren ölçek maddelerinde, "ruhsal hastalık" ve "ruhsal hastalığı olan birey" şeklinde genel ifadeler yer almaktadır. RHYİÖ 6'lı likert tipi bir ölçek olup; "tamamen katılmıyorum" (0), "çoğunlukla katılmıyorum" (1), "kısmen katılmıyorum" (2), "kısmen katılıyorum" (3), "çoğunlukla katılıyorum" (4) ve "tamamen katılıyorum" (5) şeklinde puanlanmaktadır. Ölçek üç alt ölçekten oluşmaktadır:

- a. Tehlikeli Alt Ölçeği: Ruhsal hastalıkların ve hastaların tehlikeli olduğundan bahseden alt ölçek 1.,2.,3.,4.,5., 6.,7. ve 13.. maddeleri içermektedir.
- b. Çaresizlik ve Kişilerarası İlişkilerde Bozulma Alt Ölçeği (ÇKİB): Ruhsal hastalıkların kişilerarası ilişkiyi etkileme ve buna bağlı kişilerin yaşadığı çaresizlik durumlarından bahseden alt ölçek 8, 9, 10, 11, 14, 16, 17, 18, 19, 20, ve 21. maddeleri içermektedir.
- c. Utanma Alt Ölçeği: Ruhsal hastalığa yönelik bireylerin utanma duygusu yaşadığını ifade eden alt ölçek 12. ve 15. maddeleri içermektedir.

Ölçek hem toplam puan, hem de alt ölçek puanları üzerinden yorumlanmakta olup, ölçek ve alt ölçeklerden alınan yüksek puan olumsuz inancı ifade etmektedir (24). Bu örneklem grubu için ölçek Cronbach Alfa katsayısı 0.89 bulunmuştur.

Uygulama

Araştırmacılar çalışmanın amacı ve önemi hakkında hemşirelere bilgi vermiş, çalışmaya katılmayı kabul eden hemşirelerle yüz yüze görüşülerek, veri toplama formlarını doldurmaları sağlanmıştır. Çalışma formlarının doldurulması yaklaşık 15-20 dakika sürmüştür.

Etik Onay

Çalışmanın yapılabilmesi için bir üniversite hastanesinin Girişimsel Olmayan Etik Kurulu'ndan 28.12.2016 tarih ve 316 karar no ile izin alınmıştır. Ayrıca, veri toplama araçlarının kullanımı için (Alkol-Madde) Tutumu Ölçeği (TÖ)'ni geliştiren Okan Cem Çırakoğlu'ndan ve Ruhsal Hastalıklara Yönelik İnançlar Ölçeği (RHİÖ)'nin Türkçe geçerlik ve güvenilirliğini yapan Ayşegül Bilge'den izin alınmıştır (25). Bununla birlikte çalışmanın yapılabilmesi için ilgili kurumların yönetimlerinden ve çalışmaya katılan hemşirelerden yazılı izin alınmıştır.

Verilerin Değerlendirilmesi

Elde edilen veriler SPSS (Statistical Package for Social Sciences) v.22.0 paket programı ile çözümlenmiştir. Verilerin değerlendirilmesinde; hemşirelerin özelliklerine ilişkin bulgular tanımlayıcı istatistik ile; sosyodemografik özellikleri ile ruhsal bozukluk ve alkol madde tutum ölçeği puan ortalamaları arasındaki ilişki t testi ve Mann Whitney U Testi; hemşirelerin alkol-madde tutumu ve ruhsal hastalıklara yönelik inançları arasındaki ilişki Pearson ve Spearman korelasyon analizi ile değerlendirilmiştir.

BULGULAR

Psikiyatri kliniğinde çalışan hemşirelerin %82.5'i kadın, yaş ortalaması 42.09 ± 0.61 olup, %73.8'i Y kuşağında, %71.8'i evli, %42.7'si lisans mezunudur. Hemşirelerin %44,7'sinin mesleki hizmet sürelerinin 21-30 yıl olduğu ve %64'ünün 6 yıl ve daha uzun süredir psikiyatri biriminde çalıştığı belirlenmiştir. %90.3'ü ruhsal hastalıklara yaklaşımla ilgili daha önceden bilgisi olduğunu belirten hemşirelerin bu bilgilerini sırasıyla lisede/lisansta psikiyatri hemşireliği dersi, hizmet içi eğitim, seminer/sempozyum/kongre, meslektaş yardımı ve kendi deneyimleriyle elde ettikleri belirlenmiştir. Hemşirelerin %71.8'i, ruhsal hastalıklara yaklaşımla ilgili bilgi edinmede mesleki deneyim ve/veya meslektaş yardımının teorik eğitimden daha

etkili olduğunu düşünmektedir (Tablo 1). Psikiyatri kliniğinde çalışan X ve Y kuşağındaki hemşirelerin sosyo demografik ve mesleki özellikleri Tablo 1'de sunulmuştur.

Tablo 1. Psikiyatri kliniğinde çalışan X ve Y kuşağındaki hemşirelerin sosyo demografik ve mesleki özellikleri

Özellikleri	Sayı	%
Doğum yılı	<i>Yaş X: 42.09±0.61 (min: 27- Max: 59)</i>	
1979 ve öncesi	76	73.8
1980 ve sonrası	27	26.2
Yaş:		
Cinsiyeti		
Kadın	85	82.5
Erkek	18	17.5
Medeni durumu		
Evli	74	71.8
Bekar	29	28.2
Eğitim durumu		
Sağlık meslek lisesi	9	8.7
On lisans	39	37.9
Lisans	44	42.7
Yükseklisans/Doktora	11	10.7
Meslekte çalışma süresi		
1-5 yıl	6	5.8
6-10 yıl	14	13.6
11-20 yıl	27	26.2
21-30 yıl	46	44.7
31 yıl ve üzeri	10	9.7
Psikiyatri hastanesinde/ kliniğinde çalışma süresi		
0-1 yıl	10	9.7
2-5 yıl	27	26.7
6-10 yıl	33	32.0
10 yıl ve üzeri	33	32.0
Ruhsal hastalıklara yaklaşımla ilgili eğitim alma durumu		
Evet	93	90.3
Hayır	10	9.7
Ruhsal hastalıklara yaklaşımla ilgili nasıl bir eğitim aldığı		
Lisede/lisans Psikiyatri hemşireliği dersi	48	46.6
Hizmet içi eğitim	36	35.0
Seminer/sempozyum/Kongre	14	13.6
Meslektaş yardımı	4	3.9
Kendi deneyimim	2	1.9
Mesleki deneyim ve/veya meslektaş yardımının teorik eğitimden daha iyi olduğunu düşünme durumu		
Evet	74	71.8
Hayır	29	28.2
Toplam	103	100

Tablo 2. Psikiyatri kliniğinde çalışan X ve Y kuşağındaki hemşirelerin ruhsal hastalıklar ve alkol madde kullanımına yönelik özellikleri

Özellikleri	Sayı	%
Ailenizde veya çevrenizde ruhsal bozukluk tanısı almış kişi/kişiler olma durumu		
Evet	22	21.4
Hayır	81	78.6
Eğer cevabınız evet ise psikiyatrik bozukluk tanıları (n: 22)		
Psikotik bozukluk	4	3,9
Anksiyete/Panik/OKB	1	1,0
Depresyon	6	5,8
Bipolar/mani	9	8,7
Diğer	2	1,9
Eğer cevabınız evet ise psikiyatrik bozukluğu olan kişi/kişiler kimlerdir? (n: 22)		
Aile	10	9,7
Akraba	5	4,9
Arkadaş	2	1,9

Komşu	5	4,8
Ailenizde veya çevrenizde alkol madde bağımlısı olan kişi/kişiler olma durumu		
Evet	22	21,4
Hayır	81	78,6
Eğer cevabınız evet ise alkol madde bağımlısı olan olan kişi/kişiler kimlerdir? (n: 22)		
Aile	1	1,0
Akraba	10	9,7
Komsu	8	7,8
Diğer	3	2,9
Alkol-madde bağımlılığı tedavi edilebilir mi?		
Evet	99	96,1
Hayır	4	3,9
Siz daha önce psikiyatrik destek aldınız mı?		
Evet	36	35
Hayır	67	65
Eğer cevabınız evet ise nereden aldınız? (birden fazla cevap verilmiştir)		
Psikolojik danışman	7	6,8
Psikiyatri uzmanı	28	27,2
Diğer	4	3,9
Eğer cevabınız hayır ise nedeniniz?		
Hiç ihtiyacım olmadı	52	50,5
Başkasının duymasından utandım	3	2,9
Korktum	2	1,9
Kendimi daha çok güçsüz hissedecektim	3	3,9
Diğer	6	5,8
Toplam	103	100

Tablo 3. Psikiyatri kliniğinde çalışan X ve Y kuşağındaki hemşirelerin Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar Ölçeği (RHİÖ) ve Alt Boyutları, Tutum Ölçeği (TÖ) puan ortalamaları arasındaki ilişki (N: 103)

	X Kuşağı (1979 ve öncesi) (n: 76)			Y Kuşağı (1980 ve sonrası) n:27			
	Mean	SD	Min-max	Mean	SD	Min-max	t/p
RHİÖ Toplam	48.89	17.21	11-80	52.33	21.23	4-86	t= -0.837 p=0.405
RHİÖ ÇKİB	27.44	10.44	5-48	30,07	11,77	0-48	t=-1.085 p=0.281
RHİÖ Tehlikeli	20,36	7,12	6-38	20,59	9,52	3-37	t= -0.128 p=0,89
RHİÖ Utanma	1,07	1,53	0-7	1,66	2,75	0-10	U:1003,500 p=0,852
TÖ Toplam	54.13	15.12	20-88	55,40	15,01	24-79	t= -0.377 p=0.70

Hemşirelerin %21.4'ü ailesinde ve/veya çevresinde ruhsal bozukluk tanısı almış kişilerin var olduğunu ve bu kişilerin yakınlık derecesinin aile, akraba, komşu ve arkadaş olduğunu ve sıklıkla bipolar/mani, depresyon, psikotik bozukluk, anksiyete bozukluğu tanısı aldıklarını belirtmişlerdir. Bunun yanında hemşirelerin %21.4'ü ailesinde ve/veya çevresinde alkol madde bağımlısı olan kişilerin olduğunu ve bu kişilerin yakınlık derecesinin akraba, komşu, arkadaş olduğu belirlenmiştir. Hemşirelerin %96,1'i alkol-madde bağımlılığının tedavi edilebileceğini düşündüklerini ifade etmiştir.

Hemşirelerin %35'i daha önce profesyonel bir kişiden psikiyatrik destek aldığını ve bu desteği sırasıyla psikiyatri uzmanı ve psikolojik danışmandan aldıklarını belirtmişlerdir. Psikiyatrik destek almadıklarını ifade eden diğer hemşireler ise destek almama nedenlerini ihtiyacı olmama, başkasının duymasından utanma, kendini daha çok güçsüz hissetme ve korkma şeklinde sıralamışlardır (Tablo 2). Psikiyatri kliniğinde çalışan X ve Y kuşağındaki

hemşirelerin ruhsal hastalıklar ve alkol madde kullanımına yönelik özellikleri Tablo 2’de sunulmuştur.

Araştırmaya katılan X ve Y kuşağındaki hemşirelerin RHIÖ toplam ve alt boyutlarına ait puan ortalamaları ile TÖ puan ortalamaları arasındaki ilişki incelendiğinde, X kuşağındaki hemşirelerin, RHIÖ toplam puan ortalaması 48.89 ± 17.21 olup, alt boyutlarının puan ortalaması sırasıyla RHIÖÇKİB 27.44 ± 10.44 , RHIÖTehlikeli 20.36 ± 7.12 , RHIÖUtanma 1.07 ± 1.53 bulunmuştur. TÖ puan ortalaması ise 54.13 ± 15.12 bulunmuştur. Y kuşağındaki hemşirelerin RHIÖ toplam puan ortalaması ise 52.33 ± 21.23 olup, alt boyutlarının puan ortalaması sırasıyla RHIÖÇKİB 30.07 ± 11.77 , RHIÖ Tehlikeli 20.59 ± 9.52 , RHIÖUtanma 1.66 ± 2.75 bulunmuştur. TÖ puan ortalaması da 55.40 ± 15.01 bulunmuştur. Psikiyatri birimlerinde çalışan X ve Y kuşağı hemşirelerin RHIÖ toplam ve alt boyut puan ortalamaları ile TÖ puan ortalamalarının istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklı olmadığı saptanmış olsa da ($p > 0.05$), Tablo 3 incelendiğinde genel olarak Y kuşağı hemşirelerin ölçek puan ortalamalarının X kuşağına göre daha yüksek olduğu, başka bir ifade ile ruhsal bozukluğu olan bireylere karşı inanç ve tutumlarının daha olumsuz buna karşın bağımlılığı olan bireylere karşı tutumlarının daha olumlu olduğu görülmektedir (Tablo 3). Psikiyatri kliniğinde çalışan X ve Y kuşağındaki hemşirelerin Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar Ölçeği (RHIÖ) ve alt boyutları ile Tutum Ölçeği (TÖ) puan ortalamaları arasındaki ilişkinin incelenmesi Tablo 3’de sunulmuştur.

X ve Y kuşağındaki hemşirelerin meslekte çalışma süreleri açısından RHIÖ toplam ve alt boyutları ile TÖ puan ortalamaları incelendiğinde; X kuşağındaki hemşirelerin meslekte çalışma sürelerine göre RHIÖ ve TÖ puan ortalamalarının istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklı olmadığı saptanmıştır ($p > 0.05$). Buna karşın, Y kuşağındaki hemşirelerin meslekte çalışma sürelerine göre RHIÖUtanma alt ölçek puan ortalamalarının istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklı olduğu ($p < 0.05$), diğer ölçek ve alt ölçek puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır ($p > 0.05$) (Tablo 4). Psikiyatri kliniğinde çalışan X ve Y kuşağındaki hemşirelerin sosyodemografik özelliklerine göre RHIÖ toplam ve alt boyutları ile TÖ puan ortalamaları Tablo 4’de sunulmuştur.

X ve Y kuşağındaki hemşirelerin mesleki deneyim ve/veya meslektaş yardımını teorik eğitimden daha etkili bulma durumu açısından RHIÖ toplam ve alt boyutları ile TÖ puan ortalamaları incelendiğinde; X kuşağındaki hemşirelerin mesleki deneyim ve/veya meslektaş yardımını teorik eğitimden daha etkili bulma durumuna göre RHIÖ toplam ve alt ölçek puan ortalamaları ile TÖ puan ortalamalarının istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklı olmadığı saptanmıştır ($p > 0.05$). Buna karşın, Y kuşağındaki hemşirelerin RHIÖTehlikeli alt ölçek puan ortalamalarının istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklı olduğu ($p < 0.05$), diğer toplam ölçek ve alt ölçek puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır ($p > 0.05$) (Tablo 4).

X ve Y kuşağındaki hemşirelerin ailede veya çevrede ruhsal bozukluk tanısı almış kişi/kişiler olma durumu açısından RHIÖ toplam ve alt boyutları ile TÖ puan ortalamaları incelendiğinde; X kuşağındaki hemşirelerin ailesinde ve çevresinde ruhsal bozukluk tanısı almış kişi/kişilerin varolma durumuna göre RHIÖÇKİB ve RHIÖTehlikeli alt ölçek ve RHIÖ toplam ölçek puan ortalamalarının istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklı olduğu ($p < 0.05$), diğer alt ölçek ve TÖ puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır ($p > 0.05$). Y kuşağındaki hemşirelerin ise aile veya çevrede ruhsal bozukluk tanısı almış bireylere sahip olma durumuna göre sadece TÖ puan ortalamasının istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklı olduğu ($p < 0.05$), diğer RHIÖ toplam ve alt ölçek puan ortalamasının istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklı olmadığı saptanmıştır ($p > 0.05$) (Tablo 4).

X ve Y kuşağındaki hemşirelerin daha önce psikiyatrik destek alma durumu açısından RHIÖ toplam ve alt boyutları ile TÖ puan ortalamaları incelendiğinde; X kuşağındaki hemşirelerin daha önce psikiyatrik destek alma durumuna göre RHIÖTehlikeli alt ölçek ve RHIÖ toplam ölçek puan ortalamalarının istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklı olduğu ($p < 0.05$), diğer alt ölçek ve TÖ puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır ($p > 0.05$). Y kuşağındaki hemşirelerde ise RHIÖ toplam ve alt ölçek puan

ortalamları ve TÖ puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklı olmadığı bulunmuştur ($p < 0.05$) (Tablo 4).

Tablo 4. Psikiyatri kliniğinde çalışan X ve Y kuşağındaki hemşirelerin sosyodemografik özelliklerine göre RHİÖ toplam ve alt boyutları ile TÖ puan ortalamaları (N: 103)

	X Kuşağı (1979 ve öncesi) (n: 76)					Y Kuşağı (1980 ve sonrası) (n:27)				
	RHİÖ Toplam	RHİÖ ÇKİB	RHİÖ Tehlikeli	RHİÖ Utanma	TÖ Toplam	RHİÖ Toplam	RHİÖ ÇKİB	RHİÖ Tehlikeli	RHİÖ Utanma	TÖ Toplam
Meslekte çalışma süresi										
1-5 yıl	-	-	-	-	-	51.66±1 6.58	28.16±8 .40	19.33± 6.59	4.16± 4.11	61.66± 7.71
6-10 yıl	63.33± 6.65	38.00± 6.24	25.00± 2.64	0.33± 0.57	37.66±1 8.90	49.09±2 2.14	30.54± 12.73	18.27±1 0.44	0.27± 0.90	53.18± 17.51
11-20 yıl	50.58± 17.09	28.35± 9.97	20.88± 7.66	1.35± 1.57	55.64 ±12.29	56.30± 23.97	30.70±1 3.35	23.90±2 4.50	1.70± 2.26	54.10± 15.60
21-30 yıl	47.13± 6.38	26.13± 9.73	19.93± 6.98	1.06±1.61	53.32±1 5.33	-	-	-	-	-
31 yıl ve üzeri	49.80±2 2.50	28.80±1 4.17	20.10± 8.13	0.90± 1.37	60.20±1 5.59	-	-	-	-	-
	F=0.92 p=0.43	F=1.38 p=0.25	F=0.50 p=0.68	X ² =1.38 p=0.71	F=1.88 p=0.13	F=0.28 p=0.75	F=0.95 p=0.91	F=0.98 p=0.39	X ² =7.87 p=0.02*	F=0.66 p=0.52
Mesleki deneyim ve/veya meslektaş yardımının teorik eğitimden daha iyi olduğunu düşünme durumu										
Evet	51.26± 16.78	28.87±1 0.06	21.20± 7.19	1.07±1.53	52.96±1 5.15	57.36±1 6.55	32.26±9 .33	23.00±7. 51	1.66±2.7 5	54.31±15. 26
Hayır	42.66±1 7.17	23.71± 10.75	18.19± 6.63	1.27± 0.45	57.19±1 4.95	40.37±2 7.18	24.87±1 5.72	14.87±1 1.77	1.29±0.4 6	58.00±15. 09
	t=1.98 p=0.051	t=1.96 p=0.054	t=1.66 p=0.10	U=482.00 p=0.22	t=-1.09 p=0.27	t=-2.00 p=0.056	t=-1.52 p=0.14	t=-2.16 p=0.04	U=56.00 p=0.23	t=-0.57 p=0.27
Ailede veya çevrede ruhsal bozukluk tanısı almış kişi/kişiler olma durumu										
Evet	39.75±1 6.39	21.40 ±8.98	17.65± 7.65	0.70± 1.34	52.30±1 5.13	42.14±2 9.51	23.85±1 6.49	16.85±1 1.95	1.42± 2.57	69.42± 8.46
Hayır	52.16±1 6.43	29.60± 10.14	21.33± 6.73	1.21± 1.59	54.78±1 5.20	55.90±1 7.04	32.25±9 .204	21.90±8. 49	1.75±2.8 8	50.50±13, 72
	t=-2.91 p=0.005	t=-3.19 p=0.002	t=-2.02 p=0.04	U=444.50 p=0.13	t=-0.68 p=0.53	t=-1.16 p=0.27	t=-1.27 p=0.24	t=-1.21 p=0.23	U=68.00 p=0.90	t=3.40 p=0.02
Daha önce psikiyatrik destek alma durumu										
Evet	43.25±1 6.71	24.37±1 0.38	18.03± 6.43	0.85± 1.74	56.55±1 4.55	43.88±2 5.70	25.11±1 4.04	16.22±1 0.43	2.55± 3.84	60.44±16, 27
Hayır	52.00±1 6.85	29.14±1 0.19	21.65± 7.22	1.20±1.41	52.79±1 5.40	56.55±1 7.95	32.55±9 .98	22.77±8, 50	1.22± 2.01	52.88± 14.14
	t=-2.17 p=0.03	t=-1.94 p=0.05	t=-2.16 p=0.03	U=516.00 p=0.80	t=1.03 p=0.33	t=-1.49 p=0.14	t=-1.59 p=0.12	t=-1.75 p=0.92	U=70.50 p=0.54	t=-1.24 p=0.22

TARTIŞMA

Psikiyatri kliniğinde çalışan X ve Y kuşağı hemşirelerin ruhsal bozukluk tanısı alan bireyler ile alkol-madde bağımlılığı olan bireylere karşı tutumları ile bunu etkileyen etmenlerin incelendiği çalışma bulgularına göre, X ve Y kuşağındaki hemşirelerin ruhsal bozukluğu olan bireylere yönelik tutum puanları (min:0-max:105;ort.52.5) ile alkol-madde bağımlılığı olan bireylere yönelik tutum puanlarının ortalamasının (min:20-max:100; ort. 60) altında olduğu görülmektedir (Tablo 3). Başka bir ifadeyle, hem X hem de Y kuşağı hemşirelerin ruhsal bozukluğu olan bireylere karşı tutumlarının olumlu yönde, alkol-madde bağımlılığı olan bireylere karşı tutumlarının ise olumsuz yönde olduğu söylenebilir.

Literatürde de psikiyatri kliniği çalışanlarının çalışma bulgularımızdan farklı olarak ruhsal hastalıklara yönelik çoğunlukla olumsuz; çalışma bulgularımıza benzer biçimde alkol madde kullanan bireylere karşı da genellikle olumsuz tutuma sahip olduğu (3,8,11,12,26-35); özellikle hemşirelerin bu bireylere yönelik “korku” duygusu (36,37) ve “tehlikeli” algısı eğilimi gösterdiği (37, 38), iletişimlerinin özensiz olduğu ve empati kurmadıkları (Akt.36)

belirlenmektedir. Bölge psikiyatri hastanesinde yapılan bir çalışmada da (2014), hemşirelerin ruhsal bozukluğu olan bireylere yönelik tutumlarının olumsuz olduğu, bu bireylere karşı yoğun olarak kişilerarası ilişkilerde bozulma, çaresizlik ve utanma duygusu hissettikleri ve onları tehlikeli olarak algıladıkları saptanmıştır (3). Ürdün'de yapılan bir çalışmada ise (2009), psikiyatride çalışan hemşirelerin (22-51 yaş arası) genel olarak hastalara karşı tutumlarının olumsuz olduğu, yaklaşık %60'ının hastaları tehlikeli, olgunlaşmamış, kirli, soğukkanlı, zararlı ve kötümser olarak tanımladıkları belirlenmiştir (31). Sağlık Bakanlığı (2012) tarafından 16 ilde 1877 sağlık çalışanının katılımıyla yapılan bir çalışmada ise, katılımcıların %53.5'i alkol bağımlılarının, %73.7'si uyuşturucu bağımlılarının toplum içinde serbest dolaşmaması gerektiğini belirtmiştir (5). Demirören ve ark. (2015)'in yaptıkları karşılaştırmalı bir başka çalışmada da, psikiyatri kliniğinde çalışanların alkol ve madde bağımlısı hastalara karşı tutumlarının şizofreni ve depresyon hastalarına göre daha olumsuz olduğu ve sosyal mesafelerinin daha fazla olduğu saptanmıştır (28).

Kuşaklar karşılaştırıldığında, istatistiksel olarak anlamlı bulunmasa da X kuşağındaki hemşirelerin hem ruhsal bozukluğu olan bireylere hem de alkol madde bağımlılığı olan bireylere yönelik tutum puanlarının Y kuşağındaki hemşirelerin puanlarından daha düşük olduğu görülmektedir ($p>0.05$)(Tablo 3). Yani, X kuşağındaki hemşireler ruhsal bozukluğu olan bireylere karşı Y kuşağındakilere göre daha olumlu; ancak alkol madde bağımlılığı olan bireylere karşı daha olumsuz tutuma sahiptir. Bu bulguya göre, X kuşağındaki hemşireler alkol madde kullanan bireylere karşı daha fazla sosyal mesafe koyma eğilimi göstermektedir. Buna karşın ruhsal bozukluğu olan bireylere yönelik daha olumsuz tutuma sahip olan Y kuşağındaki hemşireler ise bu kişilerin ruhsal hastalıklarından dolayı hissettikleri çaresizlik nedeniyle kişilerarası ilişkilerinin etkilendiğine ve bozulduğuna daha fazla inanmakta, bu kişileri daha çok tehlikeli olarak algılamakta ve onlardan daha fazla utanmaktadır.

Literatürde yer alan bulgular ile araştırma bulgularımız birlikte değerlendirildiğinde, ruh sağlığı birimlerindeki hastalara yönelik tutumların olumsuz olduğu, ancak alkol-madde bağımlısı bireylere yönelik tutumların daha da olumsuz olduğu söylenebilir. Ancak, Y kuşağı hemşirelerde, bu önermenin tam tersinin gerçek olduğu, alkol madde bağımlısı bireylere yönelik tutumlarının ruhsal hastalıklara yönelik tutumlardan daha olumlu olduğu tespit edilmiştir. Literatürde ruhsal hastalığı olan bireylere yönelik tutumun incelendiği X ve Y kuşağı ayrımı ile yapılan başka bir çalışma bulunmadığı için bu bulgu ayrıntılı tartışılamamıştır. Ancak literatürde yer alan çalışmalardaki katılımcıların, çalışmaların yapıldığı tarih dikkate alınarak yaş aralığı/özelliği incelendiğinde, hem genç yaşta olan (Y kuşağı olarak değerlendirilebilen) psikiyatri kliniği çalışanlarının (26) ve hem de orta ve ileri yaş (X kuşağı olarak değerlendirilebilen) çalışanlarının (39,40 42, 43) ruhsal bozukluğu olan bireylere karşı olumsuz tutuma sahip olduğu belirtilmiştir. Buna karşın, yaş faktörünün ruhsal hastalıklara ve alkol madde kullanan bireylere yönelik tutumu etkilemediğini belirten çalışmalarda mevcuttur (3,11, 41-45).

Çalışmada ayrıca, hemşirelerin daha önce psikiyatrik destek alma, yakın çevresinde ruhsal bozukluk tanısı almış bireylere sahip olma, meslekte çalışma süresi, mesleki deneyim ve/veya meslektaş yardımını teorik eğitimden daha iyi bulma durumlarının ruhsal bozukluk tanısı alan bireyler ile alkol-madde bağımlılığı olan bireylere karşı tutumlarını etkilediği saptanmıştır (Tablo 4). Geçmiş yaşantısında psikiyatrik destek almayan X kuşağı hemşirelerin ruhsal hastalıklara yönelik tutumları daha olumsuz olup, bu bireyleri Y kuşağı hemşirelerine göre daha tehlikeli olarak algılamaktadırlar (Tablo 4).

Aile veya çevresinde ruhsal bozukluk tanısı olan bireye sahip olmayan X kuşağı hemşirelerin ruhsal hastalıklara yönelik tutumlarının daha olumsuz olduğu belirlenmiştir. Yakın çevresinde ruhsal bozukluğu olan bireyler ile teması olmayan hemşireler, ruhsal bozukluğu olan bireyleri daha tehlikeli olarak algılamaktadır. Aynı zamanda, çevresinde böyle bireylerle teması olan hemşirelere göre, bu kişilerin ruhsal hastalıklarından dolayı yaşadığı çaresizliğe bağlı kişilerarası ilişkilerinin etkilendiğine ve bozulduğuna daha fazla inanmaktadır. Benzer şekilde aile ve yakın çevresinde ruhsal bozukluk tanılı bireylerin olmadığı Y kuşağı hemşireler de alkol-madde bağımlısı bireylere karşı daha olumsuz tutuma sahiptir. Yapılan çalışmalarda

da, yakın çevresinde ruhsal bozukluk tanısı olan bireyler ile teması olan öğrencilerin daha olumlu tutuma sahip oldukları (44,46) belirtilmektedir. Özetle, her iki bulgu birlikte değerlendirildiğinde, psikiyatrik rahatsızlığı deneyimlemiş olmanın ve bu tip hastalarla bir şekilde tanışıklık sağlayarak kurulan temasın varolan önyargıların yok olmasına sebep olduğu düşünülmektedir.

Ruhsal hastalıklara karşı X kuşağına göre daha olumsuz tutuma sahip olan Y kuşağı hemşirelerden 1-5 yıllık mesleki deneyimi olanlar daha fazla deneyimi olanlara kıyasla ruhsal sorunu olan bireylerden daha fazla utanmaktadır. Mesleki deneyim süresi arttıkça bu bireylere karşı hissedilen utanma duygusu da azalmaktadır. Bulgular bütüncül değerlendirildiğinde, mesleki deneyim arttıkça olasılıkla hemşirelerin ruhsal bozukluğu olan bireylerle karşılaşma/temas durumunun arttığı ve buna bağlı olarak bu bireylere karşı olan önyargılarının yıkıldığı/ geçerliliğini yitirdiği düşünülmektedir. Literatürde de bunu destekleyen çalışmalar mevcuttur (3,4,37). Bu bulgu, mesleğin geleceğini temsil eden daha genç yaşta olan Y kuşağı hemşirelerin, özellikle mesleki deneyimlerinin ilk beş yılı içerisinde ruhsal bozukluğu olan bireylere karşı hissettikleri utanç duygusunun, bu bireyler tarafından sunulacak ruh sağlığı hizmetlerinin etkinliğini olumsuz yönde etkileyeceği düşünüldüğünde önemle müdahale edilmesi gereken bir konu olarak dikkat çekmektedir.

Mesleki deneyim ve/veya meslektaş yardımının teorik eğitimden daha iyi olduğuna inanan Y kuşağı hemşireler ruhsal bozukluğu olan bireyleri daha tehlikeli olarak algılamaktadır. Mesleki becerilerin deneyerek teorik eğitimden daha iyi/etkin bir şekilde öğrenildiğine inanan olasılıkla daha geleneksel anlayışa sahip hemşirelerin bu hastalara yönelik algılarının da daha olumsuz olduğu söylenebilir. Nitekim, bir bölge psikiyatri hastanesinde yapılan çalışmada yaşamı süresince psikiyatri konusunda kapsamlı bir eğitim programına katılan hemşirelerin, ruhsal hastalıkları tehlikeli bulma eğilimlerinin daha düşük olduğu saptanmıştır (3). Yine literatürde birçok çalışmada, psikiyatri hemşireliği konusunda eğitim alan hemşireler ve hemşirelik öğrencilerinin ruhsal sorunu olan bireylere karşı daha olumlu bir tutuma sahip olduğu belirtilmektedir (31,45-48). Bu veriler, mesleki eğitim süresince ve mezuniyet sonrası, psikiyatri birimlerinde çalışan/çalışacak hemşirelerde, aynı bilgi, bilişsel farkındalık, beceri ve tutumu geliştirebilmek ve ruhsal bozukluğu olan bireylere karşı tutumlarını değiştirmek ve geliştirmek için sürekli ve kapsamlı eğitimlerin düzenlenmesinin gerekliliğini açıkça ortaya koymaktadır.

Psikiyatri birimlerinde çalışan X ve Y kuşağı hemşirelerin ruhsal bozukluk tanısı alan bireylere yönelik tutumlarının olumlu yönde, alkol madde bağımlısı bireylere yönelik tutumlarının olumsuz yönde olduğu saptanmıştır. İstatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanamamış olsa da, Y kuşağı hemşirelerin ruhsal bozukluğu olan bireylere yönelik tutumları X kuşağına göre daha olumsuz, buna karşın alkol madde bağımlısı bireylere yönelik tutumları ise daha olumlu bulunmuştur. Y kuşağı hemşireler X kuşağına göre, ruhsal bozukluğu olan bireylerin ruhsal hastalıklarından dolayı hissettikleri çaresizlik nedeniyle kişilerarası ilişkilerinin bozulduğuna daha fazla inanmakta, bu kişileri daha çok tehlikeli olarak algılamakta ve onlardan daha fazla utanmaktadır. Çalışmada ayrıca, Y kuşağı olan ve 1-5 yıllık mesleki deneyime sahip olan hemşirelerin ruhsal bozukluğu olan bireylerden daha fazla utandığı ve mesleki deneyim ve/veya meslektaş yardımının teorik eğitimden daha iyi olduğuna inananların bu bireyleri daha tehlikeli olarak algıladığı saptanmıştır. Bunun yanında, yakın çevresinde ruhsal bozukluk tanılı bir birey olmayan Y kuşağı hemşireler alkol madde bağımlısı bireylere yönelik; yakın çevresinde ruhsal bozukluk tanılı bir birey olmayan ve daha önce psikiyatrik destek almayan X kuşağı hemşireler ise ruhsal bozukluğu olan bireylere yönelik daha olumsuz tutuma sahip olup, bu bireyleri daha tehlikeli ve çaresiz görmektedir.

Araştırma bulguları doğrultusunda, hem X hem de Y kuşağı hemşirelere yönelik aynı bilgi, bilişsel farkındalık, beceri ve tutumu geliştirebilmek için nitelikli, kapsamlı ve sürekli eğitim programlarının geliştirilmesinin gerekli ve önemli olduğu söylenebilir. Bu bağlamda,

Sağlık Bakanlığı tarafından 2017 yılı itibarıyla kabul edilen ve 2018'de uygulamaya geçirilen psikiyatri hemşireliği sertifikasyon programının yaygınlaştırılmasının ne kadar gerekli ve önemli olduğuna bir kez daha dikkat çekmek gerekir. Ayrıca, X ve Y kuşağı hemşirelerin ruhsal bozukluğu olan ve alkol madde bağımlısı bireyleri damgalayıcı tutumlarını, bunu etkileyen faktörleri, kişilik özellikleri ile ilişkisini değerlendiren çalışma sayısının artırılması ve damgalama ile mücadelede için yapılan eğitim, etkinlik vb. faaliyetlerde hemşirelerin sahip olduğu kuşak özellikleri göz önünde bulundurularak planlama ve programlar hazırlanması önerilir. Çalışmanın, psikiyatri hemşireleri ile yapılan ve kuşaklararası farklılığı değerlendiren ilk çalışma olması nedeniyle literatüre önemli bir katkı sunacağı düşünülmektedir..

KAYNAKLAR

1. Türkmen SN, Özdemir Ç, Akyol T. Alkol ve madde bağımlılığı tedavi ve eğitim merkezi (AMATEM) biriminde yatan bireylerde içselleştirilmiş damgalanma ve yaşam kalitesi. Bağımlılık Dergisi. 2015; 16(4):182-191.
2. Arslantaş H, Gültekin BK, Söylemez A, Dereboy F. Bir üniversite hastanesi psikiyatri polikliniğine ilk kez başvuran hastaların damgalama ile ilgili inanç, tutum ve davranışları. ADÜ Tıp Fakültesi Dergisi 2010;11(1): 11-17.
3. Çam O, Baysan Arabacı L. Bölge psikiyatri hastanelerinde çalışan hemşirelerin ruhsal hastalıklara yönelik inançları ve etkileyen faktörler. Türkiye Klinikleri J Nurs Sci 2014;6(1):13-25.
4. Büyükbayram A, Baysan Arabacı L. Acil hemşirelerinin empati düzeylerinin ruhsal hastalara yönelik sosyal mesafe ve tutumlarına etkisi ve bunları etkileyen faktörler. III. Uluslararası VII. Ulusal Psikiyatri Hemşireliği Kongresi. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Psikiyatri Hemşireliği Kongresi, 2014 Ankara.
5. Mutlu E, Bilici R, Çetin K. Sağlık çalışanlarının bağımlılık hakkında tutumları. Bağımlılık Dergisi 2014; 15(3):118-123.
6. Arkan B, Bademli K, Çetinkaya Duman Z. Sağlık çalışanlarının ruhsal hastalıklara yönelik tutumları: Son 10 yılda Türkiye'de yapılan çalışmalar. Psikiyatri Güncel Yaklaşımlar 2011;3(2):214-231.
7. Pilge E, Baysan Arabacı L. Acil serviste çalışan hemşirelerin bağımlılığın nedenleri ve tedavisine ilişkin algı ve tutumları. Psikiyatri Hemşireliği Dergisi 2016; 7(3): 105-113.
8. Çam O, Bilge A. Türkiye'de ruhsal hastalığa/hastaya yönelik inanç, tutum ve damgalama süreci: Sistematik derleme. Psikiyatri Hemşireliği Dergisi 2013;4(2):91-101.
9. Işık S. Psikiyatri ve psikiyatri dışı kliniklerde çalışan hekim ve hemşirelerin ruh sağlığı bozuk olan bireylere ilişkin görüşleri. T.C. Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Psikiyatri Hemşireliği Yüksek Lisans Tezi. 2010.
10. Gürlek Yüksel E, Taşkın EO. Türkiye'de hekimler ve tıp fakültesi öğrencilerinin ruhsal hastalıklara yönelik tutum ve bilgileri. Anadolu Psikiyatri Dergisi 2005; 6:113-121.
11. Van Boekel LC, Brouwers EP, Van Weeghel J, Garretsen HF. Comparing stigmatising attitudes towards people with substance use disorders between the general public, GPS, mental health and addiction specialists and clients. International Journal Of Social Psychiatry 2015;61(6): 539-549.
12. Baysan Arabacı L, Engin E, Yetmiş N, ve ark. The perceptions and attitudes of nursing staff in state psychiatric hospitals regarding the causes and treatment of substance abuse and effecting factor. Bağımlılık Dergisi 2016; 17(1): 1-11.
13. Büyükbayram A, Gürbüz N. Öğrenci hemşirelerin kişilik özelliklerinin ve yaşam amaçlarının madde kullanan bireye yönelik tutumlarına etkisi. 14.Ulusal Hemşirelik Öğrencileri Kongresi Kitabı, Melikşah Üniversitesi Saffet Arslan Kongre ve Kültür Merkezi. 2015, Kayseri.
14. Havaçeliği Atlam D, Yüncü Z. Üniversitesi öğrencilerinde sigara, alkol, madde kullanım bozukluğu ve ailesel madde kullanımı arasındaki ilişki. Klinik Psikiyatri 2017;20:161-170.
15. Delaney KR. Psychiatric mental health nurses: stigma issues we fail to see. Archives of Psychiatric Nursing 2012;26(4): 333-335.
16. Daibes MA, Al-Btoush MS, Marji T, Rasmussen JA. Factors influencing nurses' attitudes towards patients in jordanian addiction rehabilitation centres:a qualitative study. Int J Ment Health Addiction 2017;15:588-603.
17. Aydın Çetin G, Başol O. X Ve Y Kuşağı: Çalışmanın Anlamında Bir Değişme Var mı? Electronic Journal of Vocational Colleges-December/Aralık 2014. http://www.ejovoc.org/makaleler/aralik_2014/pdf/01.pdf Erişim tarihi : 12.01.2018

18. Yılmaz K. Hemşireliği gelecekte nasıl bir nesil bekliyor? Acıbadem Sağlık Grubu. Haziran 2013. <http://www.acibademhemsirelik.com/e-dergi/62/docs/makale2-62.pdf> Erişim tarihi : 12.01.2018
19. Coburn AS, Hall SJ. Generational differences in nurses' characteristics, job satisfaction, quality of work life, and psychological empowerment. *Journal of Hospital Administration* 2014;3:5
20. Şen Bezirci S. Farklı kuşaklardaki hemşirelerin meslekten ve işten ayrılma niyetleri ile iş doyumlarının incelenmesi. T.C. Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bölümü Enstitüsü. Hemşirelikte Yönetim Yüksek Lisans Tezi 2012.
21. Hemşirelik yönetmeliğinde değişiklik yapılmasına dair yönetmelik. <http://www.saglik.gov.tr/TR/belge/1-12606/hemsirelik-yonetmeliginde-degisiklik-yapilmasina-dair-y-y.html> Erişim: 01.02.2018.
22. Karakaş SA, Ersöğütçü F. Madde bağımlılığı ve hemşirelik. *Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi* 2016; 3(2):133-139.
23. Çırakoğlu OC, Işın G. Perception of drug addiction among turkish university students: causes, cures, and attitudes. *Addict Behav* 2005;30:1-8.
24. Bilge A, Çam O. Ruhsal hastalığa yönelik inançlar ölçeği geçerlilik ve güvenirlik çalışması. Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Doktora Tezi 2006.
25. Türkçe Psikoloji Ölçüm Araçları Veri tabanı. http://tupov.org/OA_RHYIO.html Erişim tarihi : 12.12.2017.
26. Hansson L, Jormfeldt H, Svedberg P, Svensson B. Mental health professionals' attitudes towards people with mental illness: Do they differ from attitudes held by people with mental illness?. *International Journal of Social Psychiatry* 2011; 59(1):48-54.
27. Schulze B. Stigma and mental health professionals: A review of the evidence on an intricate relationship. *International Review of Psychiatry* 2007;19(2):137-155.
28. Demirören M, Şenol Y, Aytuğ Koşan AM, Saka MC. Tıp eğitiminde ruhsal bozukluklara karşı damgalama eğitimi gereksiniminin değerlendirilmesi: Nitel ve nicel yaklaşım. *Anadolu Psikiyatri Derg* 2015; 16(1):22-29.
29. Danda MC. Addictions clients accessing mental health services: What do we know and how can this be used to improve care?. *Journal of Ethics in Mental Health JEMH* 2012; 7:1.
30. Kuş Saillard E. Psychiatrist views on stigmatization toward people with mental illness and recommendations. *Türk Psikiyatri Derg* 2010;21:14-24.
31. Hamdan-Mansour AM, Wardam LA. Attitudes of jordanian mental health nurses toward mental illness and patients with mental illness. *Issues In Mental Health Nursing* 2009;30:705-711
32. Aydın N, Yiğit A, İnandı T, Kırpınar I. Attitudes of hospital staff toward mentally ill patients in a teaching hospital, Turkey. *Int J Soc Psychiatry* 2003 ;49 (1):17-26.
33. Ergün G. Psikiyatri servislerinde çalışan hemşirelerin şizofren tanısı almış bireylere bakış açıları (Yüksek Lisans Tezi). Antalya, Akdeniz Üniversitesi, 2005.
34. Asi Karakaş S, Polat H, Ay E, Küçüköğlu S. Türkiye'de bir psikiyatri hastanesinde çalışan hemşirelerin ruhsal sorunu olan bireylere karşı tutumları ile tükenmişlikleri arasındaki ilişkinin incelenmesi. *Bozok Tıp Derg* 2017;7(1):40-48.
35. Bostancı N, Aştı N. Hemşirelerin ruh sağlığı bozuk olan bireylere karşı tutum ve davranışlarının değerlendirilmesi. *Düşünen Adam* 2004; 17(2):87-93.
36. Ross CA, Goldner EM. Stigma, negative attitudes and discrimination towards mental illness within the nursing profession: a review of the literature. *Journal of Psychiatric And Mental Health Nursing* 2009; 16: 558-567
37. Björkman T, Angelman T, Jönsson M. Attitudes towards people with mental illness: a cross-sectional study among nursing staff in psychiatric and somatic care. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 2008; 22: 170-177.
38. Halter MJ. Perceived characteristics of psychiatric nurses: stigma by association. *Archives of Psychiatric Nursing* 2008;22: 22-26.
39. Vibha P, Saddichha S, Kumar R. Attitudes of ward attendants towards mental illness: comparisons and predictors. *International Journal of Social Psychiatry* 2008;54(5):469-478.
40. Nordt C, Rössler W, Lauber C. Attitudes of Mental Health Professionals Toward People With Schizophrenia and Major Depression. *Schizophrenia Bulletin*. 2006;32(4):709-714.

41. Taşkın EO. Ruhsal hastalıklara yönelik tutumlar ve damgalamayı etkileyen etmenler. Stigma Ruhsal Hastalıklara Yönelik Tutumlar ve Damgalama. 1. Baskı, Taşkın EO (ed), İzmir, Meta Basım Matbaacılık 2007:73-114.
42. Mårtensson G, Jacobsson JW, Engström M. Mental health nursing staff's attitudes towards mental illness: an analysis of related factors. Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing 2014; 21(14): 782-788.
43. Baysan Arabacı L, Çam MO. Türkiye'de psikiyatri hastanelerinde çalışan hemşirelerin adli psikiyatri hastalarına yönelik tutumlarını etkileyen faktörler. Türk Psikiyatri Dergisi 2013;24(4):253-259.
44. Fradelos EC, Velentza O, Anastopoulou K, et all. Assessment of factors that influence nurses' attitudes towards mental illness. Open Access Library Journal 2015;2:20-29.
45. Ebrahimi H, Namdar H, Vahidi M. Mental illness stigma among nurses in psychiatric wards of teaching hospitals in the north-west of Iran. Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research 2012;17(7):534-538.
46. Ünal S, Filiz H, Çelik B, Özgüven Z. Üniversite öğrencilerinin ruhsal hastalığa yönelik inançları, Düşünen Adam 2010;23:145-150.
47. Özyiğit EŞ, Savaş HA, Ersoy MA ve ark. Hemşirelerin ve hemşirelik öğrencilerinin şizofreniye ilişkin tutumları. Yeni Symposium 2004; 42:105-112.
48. Taghva AA, Farsi Z, Javanmard Y et all. Strategies to reduce the stigma toward people with mental disorders in Iran: Stakeholders' perspectives. BMC Psychiatry 2017;17(1):17.

Çocuk ve Ergenlerde Madde Kullanımı, Suça Yönelme, Ruhsal Bozukluklar ve Hemşirelik Bakımı

Substance Abuse, Dragging into Crime, Mental Health Disorders and Nursing Care in Child and Adolescents

Leyla Baysan Arabacı¹, Gülsenay Taş¹, Gül Dikeç²

¹ İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü, İzmir, Turkey

² İstinye Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü, İstanbul, Turkey.

ABSTRACT

According to the Universal Declaration of the Rights of the Child, every individual who is between the ages of 0 and 18 is considered to be a child and in this period risky behaviors, disruptions or traumas have a role in the development of psychiatric disorders. Children and adolescents who are exposed to risky behaviors can be dragged into criminal behavior by many factors. Studies show that delinquent and substance abuse behaviors are seen together and that the frequency is increasing steadily. The frequency of mental illness is also high in child-adolescents who are admitted to the mental health clinics with substance use and delinquent behavior story. At this point, psychiatric nurses who care for the child-adolescents that admitted to the clinic should consider this specific situation of the child. From this point of view, the aim of this review is to give information about possible psychiatric problems seen in child-adolescents who have drug use and delinquent behavior and possible nursing care for these problems...

Keywords: Substance abuse, mental health, nursing care.

ÖZET

Çocuk hakları evrensel bildirgesine göre 0-18 yaş aralığında olan her birey çocuk sayılır ve bu dönemde görülen riskli davranışların, aksaklıkların ya da yaşanan travmaların, çocuk-ergende psikiyatrik bozuklukların gelişmesinde rolü vardır. Riskli davranışlar ile karşılaşan çocuk ve ergenler, birçok faktörün etkisi ile suç davranışına sürüklenmektedir. Yapılan çalışmalar, suça sürüklenme ile madde kullanma davranışının bir arada görüldüğünü ve sıklığının giderek artış göstermekte olduğunu açıkça göstermektedir. Madde kullanma ve suça sürüklenme öyküsü ile ruh sağlığı ve hastalıkları kliniklerine başvuruda bulunan çocuk-ergenlerde ruhsal hastalıkların görülme sıklığı da yüksektir. Bu noktada kliniğe yatışı gerçekleşen çocuk-ergenlere bakım veren psikiyatri hemşireleri çocuğun bu özellikli durumunu göz önünde bulundurmalıdır. Bu özden hareketle bu derlemenin amacı, madde kullanımı olan ve suça sürüklenmiş çocuk-ergenlerde görülebilen olası ruhsal sorunlar ile bu sorunlara yönelik olası hemşirelik bakımı konusunda bilgi vermektir.

Anahtar kelimeler: Madde bağımlılığı, ruhsal sağlık, hemşire bakımı

Correspondence / Yazışma Adresi: Leyla Baysan Arabacı, İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü, İzmir, Turkey
E-mail: baysanarabaci@hotmail.com

GİRİŞ

Çocuk hakları evrensel bildirgesine göre 0-18 yaş aralığında olan her birey çocuk sayılır ve bu dönemde görülen riskli davranışların, aksaklıkların ya da yaşanan travmaların, çocuk-ergende psikiyatrik bozuklukların gelişmesinde rolü vardır. Çocuk ve ergenlerin bu süreç içerisinde riskli davranışlarda bulunması mevcut sağlık durumlarını olumsuz yönde etkileyebilmektedir. Araştırmalara göre, çocuk-ergenlerde, silah taşıma, suç işleme, kavgaya karışma gibi şiddet içeren davranışlar, evden kaçma, erken yaşta ve korunmasız cinsel ilişkiye girme, akademik başarısızlık, kendine zarar verme davranışları madde kullanımı ile ilişkili bulunmuştur (1-3). Lindberg, Boggess ve Williams (2000) tarafından yürütülen bir çalışmada, çocuk-ergenlerin sağlık durumlarını etkileyen on riskli davranışı (sigara kullanımı, alkol kullanımı, çok fazla içki içme (binge drinking), marihuana kullanımı, marihuana dışı yasal olmayan madde kullanımı, kavgaya karışma, silah taşıma, intihar düşünceleri, öldürücü olmayan intihar girişimleri ve korunmasız cinsel ilişki) incelenmiş ve katılımcıların %26'sının bir riskli davranış, %28'inin ise ikiden fazla riskli davranış içinde bulunduğu belirlenmiştir (2). Bir başka çalışmada ise, eroin gibi maddelerin kullanımının da suça sürüklenme davranışı için risk oluşturduğu saptanmıştır (4). Yapılan çalışmalar, bu iki kavramın (madde kullanımı ve suça sürüklenme) birbirinin yordayıcısı olduğunu açıkça göstermektedir. Öyle ki, dünyayı adım adım keşfetmekte olan çocuk-ergen, bu süreç içerisinde biyolojik ve psikolojik gelişimini tamamlama yolunda ilerlerken, yaşadığı fırtınalı süreçte içinde bulunduğu sosyal ortam özellikleri doğrultusunda alkol kullanımı ya da yasal olmayan maddelere ve suç işleme davranışına eğilim gösterebilmektedir. Bu bağlamda bu derlemenin amacı, madde kullanımı olan ve suça sürüklenmiş çocuk-ergenlerde görülebilen olası ruhsal sorunlar ile bu sorunlara yönelik olası hemşirelik bakımı konusunda bilgi vermektir.

MADDE, MADDE KÖTÜYE KULLANIMI VE BAĞIMLILIK

Madde, "kötüye kullanım ve bağımlılığa yol açabilecek, değişik yollarla alınabilen, duyu durumu, algılama, biliş ve diğer beyin işlevlerinde değişikliğe yol açan her türlü kimyasal"ı kapsamaktadır (5). Madde kötüye kullanımı ise yasal olmayan bir maddenin (örneğin: esrar) kullanılmasını ya da yasal olan bir maddenin (örneğin: alkol) zarar verici boyutta kullanılmasını ifade eder (6). Bağımlılık, bir maddenin amacı dışında ve o maddeye karşı gelişen tolerans sonucu, gittikçe artan miktarlarda alınması, kişinin yaşamında sorunlara neden olmasına rağmen kullanımının ısrarlı biçimde sürdürülmesi ve madde alımı azaltıldığında ya da bırakıldığında yoksunluk belirtilerinin ortaya çıkması ile karakterize bir tablodur (7). Bağımlılık durumunda maddenin etki süresi farklılık gösterse de zaman geçtikçe önceki etkiyi elde edebilmek için madde kullanımı gittikçe artar ve kişi madde alımı üzerindeki kontrolünü kaybeder, kullanıma bağlı işlevselliğinde bozulmalar yaşar.

ÇOCUK VE ERGENLERDE MADDE KULLANIM PREVALANSI

Çocuk ve ergenler, bağımlılık yapıcı etkisi yüksek ve kötüye kullanımları yaygın olan maddelere genellikle deneyerek başlarlar. Yapılan çalışmalar, gün geçtikçe maddeyi deneme yaşının düştüğünü, deneme oranının ise arttığını göstermektedir. Nitekim, İçişleri Bakanlığı tarafından 2007 yılında yayınlanan Türkiye Uyuşturucu Raporu'na göre, uçucular için ilk kullanım yaşının 11, esrar ve ecstasy için ise 16 ve 17 olduğu saptanmıştır. Lise öğrencileri ile yürütülen bir çalışmada, son 12 aylık dönemde alkol kullanım oranı %35, esrar kullanım oranı %3, uçucu madde kullanım oranı %2, diğer maddeler için kullanım oranı ise %1 bulunmuştur. (İçişleri Bakanlığı Emniyet Genel Müdürlüğü, 2007). Ögel ve ark. (2004) tarafından İstanbul örnekleminde 3483 lise öğrencisinin katılımıyla gerçekleştirilen bir çalışmada ise öğrencilerinin madde kullanım prevalansı: uçucu madde için %5.9, esrar için %5.8, flunitrazepam için %4.4, benzodiazepinler için %3.7, ecstasy için %3.1 ve eroin için %1.6 olarak belirlenmiştir (9). 2013

yılında Türkiye Uyuşturucu ve Uyuşturucu Bağımlılığı İzleme Merkezi (TUBİM) tarafından yayınlanan raporun (10) sonuçlarına göre ise, esrar dahil herhangi bir uyuşturucu maddeyi en az bir kez deneyenlerin oranı (yaşam boyu madde kullanımı prevalansı) 15-16 yaş grubunda %1.5 olarak saptanmıştır. Raporda okullarda ve genç nüfusta uyuşturucu madde kullanımına ilişkin yeni veri sunulmazken, Türkiye’de problemli uyuşturucu madde kullanıcılarının sadece %5 ile %8’inin tedaviye erişebildiği ve yatarak tedavi olabildiği belirtilmiştir (10). Yüncü ve ark. (2006) tarafından yapılan bir başka çalışmada, Bağımlılık merkezine başvuran çocuk-ergenlerin %86.9’unun çoğul madde kullanıcısı (sigara kullanımı hariç) olduğu saptanmıştır (11).

ÇOCUK VE ERGENLERDE SUÇ VE SUÇA SÜRÜKLENME PREVALANSI

Çocuk suçluluğu, 18 yaşını doldurmamış kişilerin herhangi bir sebeple suça karışması olarak tanımlanmaktadır (Çopur et al., 2015). Günümüzde, Dünya’nın tüm ülkelerinde çocuk suçluluğu gün geçtikçe artmaktadır (13). Örneğin; 1986 yılında İngiltere ve Galler’de, 14-16 yaşlarındaki her 100.000 gençten yaklaşık 360’i şiddet suçlarından dolayı polis tarafından tutuklanmış veya uyarılmıştır. 1994’e gelindiğinde, bu rakam 100.000’de yaklaşık 580’e yükselmiştir (14). Enzmann ve arkadaşları (2010), 31 ülkenin 63 farklı şehriden, 12-15 yaşları arasında 43,968 kişinin öz-bildirimine dayalı olarak yürüttükleri bir çalışmada, 12 farklı minör ve majör suç türü değerlendirmişlerdir. Ülkeleri 6 farklı kümeye böldüklerinde, çocuk suçluluğu görülme sıklığının en yüksek oranda Batı-Avrupa’da (Belçika, Fransa, Almanya gibi) (%26,3) ve Anglo-Sakson (Canada, Amerika, İrlanda) ülkelerinde (%29,6) olduğu saptanmıştır (15). 2014 yılında Amerika’da Ulusal Çocuk Adalet Merkezi tarafından (National Center for Juvenile Justice-NCJJ) yayınlanan raporda ise, Amerika’da her 4 çocuktan birinin çalma ya da zarar verme davranışında bulunduğu belirtilmiştir (16). Ülkemizde çocuk suçluluğu oranlarına ilişkin rakamlar olmasına rağmen, madde kullanımı ve suça karışma oranlarına yönelik istatistiki verilere ulaşamamıştır. TÜİK verilerine göre ülkemizde 2014 yılında güvenlik birimlerine getirilen 290.414 çocuktan 117.486’sına kanunlarda suç olarak tanımlanan bir fiili işlediği iddiası ile yani suça sürüklenme nedeni ile işlem yapılmıştır. Suça sürüklenen çocuk sayısında 2014 yılında, geçen yıllara oranla %1.8 oranında bir artış görülmektedir (17). Bu rakam, 2015 yılında önceki yıla kıyasla %4,4 oranında artarak 303.213 olmuştur (18).

MADDE KULLANIMI VE SUÇ İLİŞKİSİ

Goldstein (1985) kavramsal çerçeve içerisinde, şiddet davranışları ile madde kullanımını “psikofarmakolojik” “ekonomik açıdan zorlayıcı” ve “sistemik” olmak üzere üç farklı biçimde ilişkilendirmektedir (19). Goldstein’in psikofarmakolojik şiddet davranışları modeline göre, madde kullanımının heyecan, sinirlilik, paranoya gibi biyolojik sonuçları vardır ve bazı maddelerin kısa veya uzun süreli kullanımının bir sonucu olarak şiddet davranışları ortaya çıkabilmektedir (19). Birey tarafından kullanılan maddeler, duyguların yoğunluğunda artma, vücutta hormonal ve fizyolojik değişimler (19), irrasyonel davranış ve bilincin kontrol mekanizmasında zayıflamaya sebep olarak bireyi suça yöneltebilmektedir (5). Ancak, kişi şiddet uygulayarak suça sürüklendiği gibi bazen de aldığı madde etkisi altında mağdur da olabilmektedir. Bu durum bazen ilerleyen süreçte suça sürüklenme konusunda bir risk faktörü olabilmektedir. Ekonomik açıdan zorlayıcı modele göre ise, şiddet ile ilişki maddeyi elde etmek ile ilgilidir. Modele göre, birey bağımlı olduğu maddeyi elde etmek için sınırlı bir şekilde ya da taşıdığı silahlar ile şiddet tepkileri vererek suça sürüklenmektedir. Bu durum daha çok eroin ve kokain gibi maddi açıdan yüksek fiyatları olan madde kullananlarda

görülmektedir (19). Sistemik şiddet modeline göre ise, şiddet ile ilişki madde kullanım ve dağıtım sistemi içerisinde işlenen agresif etkileşimlerle olmaktadır. Madde çatışmalarında işlenen cinayetler, uyuşturucu satma, polis ile çatışma ve muhbir edenleri öldürme gibi şiddet suçları bu modele örnek şiddet içerikli suç davranışlarıdır. (19). Bazı durumlarda Goldstein'in tanımladığı üç farklı şiddet biçiminde bir örtüşme meydana gelebilir. Örneğin; soygun yapmaya hazırlanan bir eroin kullanıcısı, cesaretlendirmesi için bazı alkol veya uyarıcıları içtiğinde (20); ekonomik açıdan zorlayıcı modele göre bağımlı olduğu eroine ulaşmak için gerekli maddi kaynağı elde etmek amacıyla hırsızlık yapmaya teşebbüs ederek; psikofarmakolojik şiddet modeline göre cesaretini artırmak amacıyla aldığı alkol ve uyarıcılardan dolayı bilincin kontrol mekanizmasında zayıflama ile irrasyonel davranışlar sergileyerek; sistemik şiddet modeline göre bu hırsızlık sürecinde polis ile yaşayabileceği olası çatışma durumu ile şiddet içerikli suç davranışı gösterebilir. Böyle bir durumda, Goldstein kuramına göre söz konusu eroin kullanıcısı üç farklı şiddet biçimiyle de suç davranışına sürüklenmiş olur.

Madde kullanımının suç ile olan ilişkisini araştıran çalışmalarda, madde kullanımının birçok aşamasında gerçekleşen, akut intoksikasyon, çekilme, madde alımı sonrası gelişen psikoz ve stimulan kullanımı sonrası paranoya gelişmesi gibi durumlar şiddet içerikli suç davranışları ile ilişkilendirilmektedir (20). Yapılan çalışmalarda, alkol ve madde kullanımı ile saldırganlık ve şiddet eylemlerinin birbirini tetiklediği gösterilmiştir (4,21,22). Örneğin; amfetamin, kokain ve hallüsinojen gibi maddeler, kimyasal etkileri ile saldırgan davranışların, şiddet eylemlerinin ortaya çıkmasına neden olabilmekte (23) ve böylece bireyleri kural tanımama, kendine ve çevreye zarar verme gibi davranışlara sürükleyebilmektedir. Benzer şekilde, çocuk-ergenler de, kullandıkları maddenin etkisi ile suç davranışına sürüklenmektedir (24). Simoes, Matos ve Batista-Foguet (2008), çocuk suçluluğuna ilişkin çeşitli risk faktörlerini ve koruyucu faktörleri inceledikleri çalışmalarında, madde kullanımının suç davranışının en önemli yordayıcısı olduğunu saptamışlardır (25). Teplin ve arkadaşları (2002) tarafından yapılan bir başka çalışmada ise, herhangi bir suç nedeniyle hapisshanede yatan çocuk-ergenlerin yarısının madde kullanımı olduğu belirtilmiştir (26). Bennet, Holloway ve Farrington (2008)'ın hem yetişkinleri hem de çocuk-ergenleri içeren yaklaşık 30 makaleyi inceledikleri bir sistematik derleme ve meta-analiz çalışma sonuçları, madde kullanımı olanların kullanmayan bireylere göre 3-4 kat daha fazla suç (soygun, hırsızlık, hayat kadınlığı gibi) işlediğini göstermiştir (27). Yapılan bir başka çalışmada ise, tutuklanmasına ve hüküm giymesine yol açan suçu işlerken madde etkisi altında olan ergenlerin oranı %32.8 olarak bulunmuştur (28). Bu bulgu kullanılan maddenin suça sürüklenmeye neden olduğu savını desteklemektedir.

Madde kullanımı ve suç arasında pozitif bir ilişki olduğu belirlenmiş olmakla birlikte sürüklenilen suçların farklı olması, kullanılan maddeye göre suç türlerinde değişiklik olup olmadığı sorusunu akla getirmiştir. Sutherland ve ark. (2015) tarafından 887 kişinin değerlendirildiği bir araştırmada, madde kullanımına bağlı hırsızlık (%71) ve şiddet suçlarına (%73) karışma oranlarının daha yüksek olduğu ve hırsızlık suçuna karışanların en çok benzodiazepin (%29) ve metamfetaminin (%24) etkisinde kaldığı, şiddet suçuna karışanların ise en çok eroin (% 32) ve alkolün (% 32) etkisi altında kaldığı bildirilmiştir. Alkolün kişinin tehdit algısını etkilemek suretiyle agresif davranışlara neden olduğu düşünülmektedir. Başka bir ifadeyle, alkol olasılıkla kişinin tehdit algısını bozarak, kaçınmayı azaltmakta ve riskin değerlendirmesine zarar vermektedir. Haggård-Grann ve arkadaşları (2006) adli psikiyatri kliniğinde, alkol ve madde kullanımının suç davranışını nasıl tetiklediğini araştırdıkları bir çalışmada, alkolün suç davranışına sürüklenme etkisinin daha yüksek olduğunu belirlemişlerdir. Özellikle alkol aldıktan sonraki ilk 24 saatin, suç davranışına sürüklenme açısından daha riskli olduğu vurgulanmaktadır. Eroin kullananlar arasında da suç işleme oranının yüksek olduğu ve bu kişiler tarafından işlenen suçların yarısının eroin etkisi altında gerçekleştiği saptanmıştır (29). Araştırmacılar, istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı bulunmasa da, amfetaminin normal ya da yüksek dozlarda kullanımının da suça sürüklenme riskini artırdığını

belirtmişlerdir. Buna karşın, mantar (Cannabis), benzodiyazepin ve antidepresan kullanımının suç davranışı ile ilişkili olmadığı belirtilmektedir. (21).

Madde kullanımının açıkça suç davranışı ile ilişkisini gösteren çalışmalara karşın farklı bulgular saptanan çalışmalar da bulunmaktadır. Madde kullanımını suça sürüklenmeyle en ilişkili faktörlerden biri olarak gören bazı çalışmalarda, suça sürüklenme durumunun madde kullanımını tetikleyebileceği ileri sürülmektedir. Bu çalışmalarda, suç dünyası içerisinde bulunanların madde kullandıkları ortamlarla ve alt kültürlerle iletişiminin daha fazla olması nedeniyle suç işlemenin madde kullanımına sebep olabileceği düşünülmektedir (5). Bu iki farklı yaklaşıma karşın, son yıllarda bazı çalışma bulguları da güçlü bir şekilde, madde ve suç ilişkinin sebep ve sonuç değil, eşzamanlı olarak birlikte görülen davranış bozuklukları olduğuna işaret etmektedir (30).

Günümüzde madde kullanımı ile suç davranışı arasındaki ilişki farklı biçimlerde açıklanmaktadır. Bir yaklaşıma göre, sosyal çevreden kaynaklanan çözülmenin, toplumsal normlar dışında oluşan alt kültürlerin dolaylı olarak hem suça hem de madde kötüye kullanımına yol açtığı belirtilmektedir (4,5). Bir başka yaklaşıma göre ise çocuklar, içinde bulundukları aile ve sosyal çevre etkisiyle de suça ve madde kullanımına sürüklenmektedir. Örneğin; aile üyelerinden herhangi birisi bir suçtan hüküm giymiş olan erkek çocukların, daha çok suça sürüklendiği ifade edilmektedir (31). Gatti ve arkadaşları, çete üyesi olan çocukların, diğer çocuklara oranla daha fazla suça yönelme ve madde kullanma davranışları gösterdiklerini belirtmektedir. Yaptıkları araştırmada çete üyesi olan çocuklardan 16 yaş popülasyonunda olanların %35.9'unun en az bir kere polis tarafından yakalandığını, buna karşın çete üyesi olmayanlarda bu oranın %8.6 olduğunu belirtmişlerdir. Benzer şekilde çete üyesi olan çocuklarda da madde kullanım davranışının daha fazla olduğu saptanmıştır (32).

Madde kullanımı ve suç davranışı ile ilgili yapılan olgu sunumları, kesitsel araştırmalar daha çok risk faktörlerini belirlemek amacıyla yapıldığı için, nedensellik konusunda kesin bir bilgi sunmamaktadır (21). Ancak yine de literatürde, bu konuda yer alan farklı yaklaşımlara rağmen bu iki değişken (madde kullanımı ile suç davranışı) arasında dolaylı da olsa bir ilişki olduğu kabul görmektedir. Ayrıca, madde kullanımı, suç davranışı ve ruhsal tanılar arasında bir ilişki olduğundan söz edilmektedir (33).

MADDE KULLANIMI OLAN SUÇA SÜRÜKLENMİŞ ÇOCUK- ERGENLERDE GÖRÜLEN RUHSAL PROBLEMLER VE HEMŞİRELİK BAKIMI

Suç davranışı belirlenen ve bilirkşi görüşü almak üzere çocuk-ergen psikiyatrisi polikliniklerine yönlendirilen (34) çocukların %83.1'inin psikiyatrik tanı aldığı belirtilmektedir (35). Yaşadıkları ruhsal sorunlar nedeniyle bu çocuk ve ergenlerin, sıklıkla psikiyatri birimlerinde bakım ve tedavisi yürütülmektedir. Gerek ayaktan Toplum Ruh Sağlığı Merkezleri (TRSM) ya da poliklinikler, gerekse yataklı psikiyatri birimlerinde olsun, madde kullanımı olan ve suça sürüklenen bu çocuk ergenler ile psikiyatri hemşireleri sıklıkla karşılaşmaktadır. Hemşirelerin bu çocuk ergenlere yaklaşımda bir takım özelleşmiş bilgi ve becerilere sahip olması gerekmektedir. Madde kullanımı olan suça sürüklenen çocuklara bakım veren hemşirelerin psikiyatrik bakım becerilerinin yanında suç davranışlarını yönetebilme becerilerine sahip olması ayrıca önemlidir (36,37).

Madde kullanımı olan suça sürüklenmiş çocuk-ergenlerde hemşirelik bakımı aslında koruyucu hizmet sunumuyla başlar. Bunun için okul hemşireliği ya da Toplum Sağlığı Merkezleri (TSM) gibi sağlıklı bireylere hizmet sunulan birimlerde çalışan hemşireler, zararlı alışkanlıklar ve madde kullanımını önlemeye yönelik girişimler ile suça sürüklenmeye yönelik

önlemler alabilir (38). Ayrıca hemşireler, bu çocukların sağlık kontrollerinin devamlılığını sağlayarak, riskli çocukları belirleyip, çocuklara ve ailelerine yönelik danışmanlık hizmeti verebilir (39).

Tedavi için hastaneye başvuru yapan çocuk-ergenlerde hemşirelik bakımı, bireyin mevcut semptomlarına, hastalığın birey üzerindeki etkilerine odaklanmalı ve optimal sağlık seviyesine ulaşma amacı taşınmalıdır. Çocuk-ergen kliniklerinde çalışan hemşirelerin, öyküsünde suç ve madde kullanımı olan çocuk-ergenlerin daha çok hangi psikiyatrik tanılar ile tedavi edildiğini bilmesi, etkili bakım sunmak için oldukça büyük önem taşır. Suça sürüklenen çocuk ve ergenlerde; davranım bozukluğu (34) ve post-travmatik stres bozukluğu görülme oranı yüksektir (Ariga et al., 2008). Post travmatik stres bozukluğunun yanı sıra ayrıca daha yüksek oranda depresyon, anksiyete, öfke, aile ilişkilerinde endişe ve dikkat sorunları görüldüğü bildirilmektedir (43). Madde kullanımının da etkisiyle ruhsal bozukluklar tetiklenebilir ya da varolan ruhsal bozukluklarda görülen hastalığa özgü semptomlar artış gösterebilir. Bu durum suça sürüklenmeyi arttırdığı gibi tedavi ve bakımın da aksamasına neden olabilir. Suça sürüklenme davranışı ile birlikte görülen madde kötüye kullanımı ile davranım bozukluğu, anksiyete ve depresyon tanısı alma sıklığının önemli ölçüde arttığı bilinmektedir (44). Crosby ve arkadaşları, marihuana ve alkol kullanımı olan, suça sürüklenmiş çocuk-ergenlerin %40'ının intihar girişimi düşüncesi olduğunu ve %25'inin böyle bir intihar girişim eylemini gerçekleştirdiğini saptamıştır (3). Bu noktada madde kullanımı olan suça sürüklenen çocukların tedavisi, rehabilitasyonu ve yeniden topluma kazandırılmasında hemşirelerin önemli rol ve sorumlulukları bulunmaktadır. Hemşire, madde kötüye kullanımı ve suça sürüklenme durumu olan bir çocuğu ilk değerlendirmede;

- Ne tür bir madde kullandığı,
- Maddeyi hangi yolla ve ne kadar aldığı,
- Ne kadar süredir madde kullandığı
- En son kullanım zamanı,
- Madde kullanım sıklığı,
- Madde kullanımını sonlandırmayı düşünüp düşünmediği,
- Madde kullanımı ile yasal bir sorun yaşayıp yaşamadığı,
- Çocuğun suç kavramını bilip bilmediği,
- Daha önce suç öyküsünün olup olmadığı,
- Çocuğu suça sürükleyen nedenler
- Eşlik eden ruhsal semptomlar

gibi konularda ayrıntılı veri toplamalı, yargılayıcı bir tutumdan uzak durarak, doğrudan maddeye ve suça yönelik verileri değerlendirmelidir (36,45). Tedavi ve bakım öncesinde kapsamlı bir veri toplama, bu süreci etkili yönetmek açısından oldukça önemli bir hemşirelik girişimidir.

Bağımlılık tedavisinin suçlu davranışı nasıl etkilediğini anlamak, girişimlerin geliştirilmesi, tedavi programlarının değerlendirilmesi ve madde kullanımını engellemeye yönelik etkili politikaların geliştirilmesi için önemlidir. Bukten ve arkadaşları; mala yönelik suçlar (%54.2), narkotik maddelerin alım ve satımı (%23.5), trafik suçları (%12.1), şiddet suçları (%2.5) ve diğer suçlar (%7.6)'dan hüküm giyen ve aynı zamanda madde bağımlılığı bulunan 3221 bireyi yedi yıl süresince izledikleri kohort çalışmasında, tedavinin suça yönelme davranışını nasıl etkilediğini araştırmışlardır. Madde bağımlılığı tedavisinin, tedavi öncesi ile kıyaslandığında büyük oranda suça yönelme davranışını azalttığını belirtmişlerdir. Ayrıca genç yaşta olma ve daha önce suça sürüklenme öyküsünün olması, tedavi sırasında suça sürüklenme için büyük bir risk faktörü olarak bulunmuştur (46). Genel olarak madde kullanımı olan kadın ve erkeklerde, opioid tedavisi aldığı sürede suça yönelme durumlarında azalma olduğu belirtilmektedir (47). Ayrıca madde bağımlılığının tedavisinde methadone tedavisinin hayat kurtarıcı rolü olduğu, yöneldiği suçtan hüküm giyerek hapis yatan bireylerde hapisyanede olmanın tedavi sürecini olumsuz etkilediği ve bu kişilerin varolan bulgular doğrultusunda tedavisinin daha uygun hale getirilmesine yönelik çabaların artırılması

gerektiği vurgulanmıştır (48). Çünkü, tedavi süreci ile birlikte suça sürüklenme oranlarında belirgin azalma olduğu ifade edilmektedir.

Madde kullanımı olan bireylerin tedavi ve bakımında iki temel hedef esastır: (1) Madde kullanımından uzaklaştırmak ve (2) Bireyin fiziksel, psikiyatrik ve psikososyal iyilik halini sağlamak (38). Hemşireler bu süreçte çocuk-ergene yönelik uygun hemşirelik tanısını belirlemeli ve çocuğun mevcut durumu doğrultusunda bireye özgü olarak hemşirelik girişimlerini şekillendirmelidir. Örneğin, 15 yaşında, 3 yıldır çoklu madde kullanımı olan (Bonzai, Eroin ve kristal), okulu bırakmış ve bıçakla adam yaralama suçuna sürüklenmiş, davranım bozukluğu tanısıyla kliniğe yatışı yapılan erkek hasta ile 13 yaşında deneme amacıyla bir kere madde kullanmış ve madde etkisiyle şiddet suçuna sürüklenmiş, yine davranım bozukluğu tanısıyla kliniğe yatışı yapılan bir ergen hasta için aynı hemşirelik bakımını uygulamak uygun olmayabilir. Madde kullanımı öyküsü nedeniyle her iki çocuğa da aynı hemşirelik tanısı (Sağlığı Etkisiz Yönetme) konulsa da (49), gelişimsel öyküleri, kullandığı madde çeşitleri ve kullanım süreleri, sürüklenmiş oldukları suçlar birbirinden farklı olduğundan, tanıya yönelik "Nedenler" ve uygulanacak "Hemşirelik Girişimleri" farklılık gösterecektir.

Hemşirelik sürecinde, madde kullanımı olan ve aynı zamanda suça sürüklenmiş çocuklara yönelik koyulabilecek hemşirelik tanılarını bilmek tedavi ve bakımın kalitesini arttırabilir. Etkisiz başatma, benlik saygısında azalma, inkar, kendine ya da başkasına yönelik saldırganlık riski, anksiyete, sağlığı sürdürmede etkisizlik, sosyal etkileşimde bozulma, aile içi süreçlerde bozulma bu çocuklara yönelik olası hemşirelik tanıları olabilir. Hemşireler bu tanıları doğrultusunda, çocuk-ergeni maddeden uzaklaştırmaya, tedavi sürecine odaklanmasını sağlamaya, motivasyonunu arttırmaya, iletişimini güçlendirmeye, günlük hayatına devam edebilmesini ve davranışlarını kontrol edebilmesini sağlamaya ve taburculuk sonrasında relapsları önlemeye yönelik girişimler planlamalıdır.

Tedavi sonrasında, çocuk-ergenin tekrar madde kullanımına başlamaması ve suça yönelmemesi için düzenli ve sürekli rehabilitasyon hizmetlerinin sağlanması önemlidir. Hemşireler bu noktada hem verdikleri bakımın etkinliğini değerlendirebilir hem de relapsları önlemeye yönelik danışmanlık rolü doğrultusunda çocuk ve ailesine eğitimler verebilir. Bu eğitimler; madde kullanımının ve suça sürüklenmenin bireysel ve toplumsal sonuçlarını tanımlama, etkili başatma becerilerini geliştirme, iyilik durumunu sürdürebilmek için motive olma, değişimi sağlamak için destek sistemlerinden yararlanma, problemleri kişilerarası ilişkileri tanımlama, grup aktivitelerine katılma, relaps döngüsünü tanıma, sosyal destek sistemlerini geliştirme, ısrarlarla başa çıkmak-hayır diyebilme, istekle başa çıkmak gibi konuları içerebilir (45,50,51). Ayrıca, klinik ya da ıslahevinde olan çocuk-ergeni "Genç-SAMBA (Sigara Alkol ve Madde Bağımlılığı Tedavi Programı)" gruplarına (Genç-SAMBA-Klinik ya da Ardıç-SAMBA) katılması konusunda destekleyebilir (52). Çocuğun ve ailesinin bu tür programlara katılımını desteklemek ve motivasyonunu arttırmak için motivasyonel görüşmeler yapılabilir.

SONUÇ

Bireysel, kavramsal, çevresel birçok faktörü içerdiğinden madde kullanımı ile suç arasında net olmasa da, karışık bir ilişki olduğu görülmektedir. Ayrıca madde kullanımı olan ve aynı zamanda suça sürüklenen bireylerin ruhsal bozukluklara sahip olduğu bilinmektedir. Ancak bu bireylerin çoğunluğunun tedavi kurumlarından ziyade hapisane ortamlarında olması nedeniyle bu ruhsal sorunlarının fark edilmediği ve bu alandaki bilgilerin yeterli olmadığı düşünülmektedir. Tüm bilgiler bütüncül değerlendirildiğinde, 18 yaş altında olan bireylerin ruhsal gelişimi sırasında görülebilen sorunların tanımlanmasının oldukça önemli olduğu söylenebilir. Bu noktada çocuklarda görülen suça sürüklenme ve madde kullanım

problemlerinin tanımlanması, sosyodemografik özelliklere göre değişkenliğinin ve yaygınlığının belirlenmesi, koruyucu önlemler alınması gerektiren alanların ve bakım ihtiyaçlarının şekillendirilmesi ve rehabilitasyonlarının sağlanmasına yönelik araştırmaların planlanmasında ve etkili girişimlerin oluşturulmasında hemşirelerin özellikle ruh sağlığı hizmetlerinde yer alan hemşirelerin önemli rol ve sorumlulukları olduğu düşünülmektedir. Ayrıca, konu ile ilgili varolan sınırlı sayıdaki çalışma sayısının artırılması önerilir..

KAYNAKLAR

1. Erdem G, Eke CY, Ögel K, Taner S. Lise öğrencilerinde arkadaş özellikleri ve madde kullanımı. *Bağımlılık Derg.* 2006;7(3):111–6.
2. Lindberg LD, Boggess S, Williams S. Multiple Threats: The Co-Occurrence of Teen Health Risk Behaviors Multiple Threats : The Co-Occurrence of Teen Health Risk Behaviors. Vol. January,21. 2000.
3. Crosby R, Salazar LF, DiClemente RJ, Yarber WL, Caliendo AM, Staples-Horne M. Health risk factors among detained adolescent females. *Am J Prev Med.* 2004;27(5):404–10.
4. White HR, Gorman DM. Dynamics of the Drug-Crime Relationship. *Crim Justice.* 2000;1:151–218.
5. Altuner D, Engin N, Gürer C, Akyay İ, Akgül A. Madde Kullanımı ve Suç İlişkisi: Kesitsel bir Araştırma. *Tıp Araştırmaları Derg.* 2009;7(2):87–94.
6. Karabekiroğlu K. Anne-Babalar için Ergen Ruh Sağlığı Rehberi. 2nd ed. İstanbul: SAY yayınları; 2015. 326-338 p.
7. Ugurlu T, Sengul C, Sengul C. Psychopharmacology of Addiction. *Psikiyatr Guncel Yaklasimlar.* 2012;4(1):37–50.
8. İçişleri Bakanlığı Emniyet GenelMüdürlüğü. Bağımlılık Yapıcı Maddeler ve Bağımlılık ile Mücadele 2007 Yılı Ulusal Raporu [Internet]. Ankara; 2007. Available from: http://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/942/NR2007Tureky_tr.pdf
9. Ögel K, Taner S, Eke CY. Onuncu Sınıf Öğrencileri Arasında Tütün, Alkol ve Madde Kullanım Yaygınlığı: İstanbul Örneklemleri. = Tobacco, Alcohol and Substance Use Prevalence Among 10th Grade Students: Istanbul Sample. *Bağımlılık Derg.* 2006;7(1):18–23.
10. Türkiye Uyuşturucu ve Uyuşturucu Bağımlılığı İzleme Merkezi (TUBİM). EMCDDA 2013 ULUSAL RAPORU (2012 Verileri) Reitox Ulusal Temas Noktası. 2013.
11. Yüncü Z, Aydın C, Coşkun H, Altıntoprak E, Bayram AT. Çocuk ve Ergenlere Yönelik Bir Bağımlılık Merkezine İki Yıl Süresince Başvuran Olguların Sosyodemografik Değerlendirmesi. *Bağımlılık Derg.* 2006;7(1):31–7.
12. Çopur EO, Ulutaşdemir N, Balsak H. Çocuk ve Suç. *Hacettepe Univ Fac Heal Sci J.* 2015;1:120–4.
13. Estrada F. Juvenile crime trends in post-war europe. *Eur J Crim Policy Res.* 1999;(7):23–42.
14. World Youth Report. Juvenile Delinquency. Vol. 501. 2003. Available from: <http://www.un.org/esa/socdev/nyin/documents/ch07.pdf>
15. Enzmann D, Marshall IH, Killias M, Junger-Tas J, Steketee M, Gruszczynska B. Self-reported youth delinquency in Europe and beyond: First results of the second international self-report delinquency study in the context of police and victimization data. *Eur J Criminol.* 2010;7(2):159–83.
16. NCJJ. Juvenile Offenders and Victims : 2014 National Report. 2014.
17. TÜİK. TÜİK. 2015 [cited 2016 May 22]. Available from: <http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=18525>
18. TÜİK. Güvenlik Birimine Gelen veya Getirilen Çocuklar, 2015. 21544. 2016; Available from: <http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=21544>
19. Goldstein PJ. The Drugs/Violence Nexus: A Tripartite Conceptual Framework. *J Drug Issues.* 1985 Oct;15(4):493–506.
20. Boles SM, Miotto K. Substance abuse and violence: A review of the literature. *Aggress Violent Behav.* 2003;8(2):155–74.
21. Haggård-Grann U, Hallqvist J, Långström N, Möller J. The role of alcohol and drugs in triggering criminal violence: A case-crossover study. *Addiction.* 2006;101(1):100–8.
22. Sutherland R, Sindicich N, Barrett E, Whittaker E, Peacock A, Hickey S, et al. Motivations, substance use and other correlates amongst property and violent offenders who regularly inject drugs. *Addict Behav.* 2015;45:207–13.
23. White HR, Hansell S. Acute and Long-Term Effects of Drug Use on Aggression from Adolescence into Adulthood. *J Drug Issues.* 1998 Oct;28(4):837–58.
24. Ford J. Substance Use, the Social Bond, and Delinquency. *Soc Inq.* 2005;75(1):109–28.

25. Simoes C, Matos MG, Batista-Foguet JM. Juvenile Delinquency: Analysis of Risk and Protective Factors Using Quantitative and Qualitative Methods. *Cogn Brain, Behav An Interdiscip J*. 2008;12(4):389–408.
26. Teplin LA, Abram KM, McClelland GM, Dulcan MK, Mericle AA. Psychiatric disorders in youth in juvenile detention. *Arch Gen Psychiatry*. 2002;59:1133–43.
27. Bennett T, Holloway K, Farrington D. The statistical association between drug misuse and crime: A meta-analysis. *Aggress Violent Behav*. 2008;13(2):107–18.
28. Ögel K, Aksoy A. Tutuklu ve Hükümlü Ergenlerde Madde Kullanımı. *Bağımlılık Derg*. 2007;8(1):11–7.
29. Ögel K, Tamar D, Evren C, Sır A. Madde Kullanımı ve Suç [Internet]. 1999 [cited 2018 Jan 2]. Available from: http://www.ogelk.net/makale/suc_madde_yayin.pdf
30. Derzon JH, Lipsey MW. A Synthesis of the Relationship of Marijuana Use with Delinquent and Problem Behaviors. *Sch Psychol Int*. 1999;20(1):57–68.
31. Farrington DP, Jolliffe D, Loeber R, Stouthamer-Loeber M, Kalb LM. The concentration of offenders in families , and family criminality in the prediction of boys ' delinquency. *J Adolesc*. 2001;579–96.
32. Gatti U, Tremblay RE, Vitaro F, McDuff P. Youth gangs, delinquency and drug use a test of the selection, facilitation, and enhancement hypotheses. *J Child Psychol Psychiatry*. 2005;46(11):1178–90.
33. Phillips P. Substance misuse, offending and mental illness: a review. *J Psychiatr Ment Health Nurs*. 2000;7:483–9.
34. Ayaz M, Ayaz AB, Soylu N. Çocuk ve Ergen Adli Olgularda Ruhsal Değerlendirme. *Klin Psikiyatr*. 2012;(15):33–40.
35. Köse S, Aslan Z, Başgül ŞS, Şahin S, Yılmaz Ş, Çitak S, et al. Bir eğitim ve araştırma hastanesi çocuk psikiyatrisi polikliniğine yönlendirilen adli olgular. *Anadolu Psikiyatr Derg*. 2011;(12):221–5.
36. Baysan Arabacı L, Taş G. Dragging Factors in Juvenile Delinquency, Mental Health Problems and Nursing Care. *J Psychiatr Nurs*. 2017;8(2):110–7.
37. Arabacı LB, Büyükbayram A, Başoğlu CY. Adli Psikiyatri Hastalarının İçselleştirilmiş Damgalanma ve Sosyal İşlevsellik Düzeyleri. *Anadolu Psikiyatr Derg*. 2015;16(3).
38. Kaya Y, Şahin N. Kadınlarda Madde Kullanımı ve Hemşirenin Rolü. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Derg*. 2013;10(1):3–7.
39. Beşer NG, Arabacı LB, Uzunoğlu G. Türkiye ' de bir bölge psikiyatri hastanesinde tedavi olan suçla itilmiş çocuk profilleri. *Anadolu Psikiyatr Derg*. 2016;17(4):317–24.
40. Moore E, Gaskin C, Indig D. Childhood maltreatment and post-traumatic stress disorder among incarcerated young offenders. *Child Abuse Negl*. 2013;37(10):861–70.
41. Yoshinaga C, Kadomoto I, Otani T, Sasaki T, Kato N. Prevalence of post-traumatic stress disorder in incarcerated juvenile delinquents in Japan. *Psychiatry Clin Neurosci*. 2004;58:383–8.
42. Ariga M, Uehara T, Takeuchi K, Ishige Y, Nakano R, Mikuni M. Trauma exposure and posttraumatic stress disorder in delinquent female adolescents. *J Child Psychol Psychiatry*. 2008;49(1):79–87.
43. Falk D, Thompson SJ, Sanford J. Posttraumatic Stress among Youths in Juvenile Detention. *J Evid Based Soc Work*. 2014;11:383–91.
44. Neighbors B, Kempton T, Forehand R. Co-occurrence of substance abuse with conduct, anxiety, and depression disorders in juvenile delinquents. *Addict Behav*. 1992 Jul;17(4):379–86.
45. Şimşek N. Madde Kullanım Bozukluğu Olan Birey ve Ailesinin Hemşirelik Bakımı. *Psikiyatr Hemşireliği Derg* -. 2010;1(2):96–9.
46. Bukten A, Skurtveit S, Gossop M, Waal H, Stangeland P, Havnes I, et al. Engagement with opioid maintenance treatment and reductions in crime: A longitudinal national cohort study. *Addiction*. 2012;107(2):393–9.
47. Havnes I, Bukten A, Gossop M, Waal H, Stangeland P, Clausen T. Reductions in convictions for violent crime during opioid maintenance treatment: A longitudinal national cohort study. *Drug Alcohol Depend*. 2012;124(3):307–10.
48. Koehn JD, Bach P, Hayashi K, Nguyen P, Kerr T, Milloy MJ, et al. Impact of incarceration on rates of methadone use in a community recruited cohort of injection drug users. *Addict Behav*. 2015;46:1–4.
49. Carpenito-Moyet LJ. Hemşirelik Tanıları. 1st ed. Erdemir F, editor. İstanbul: Nobel Tıp Kitapevi; 2012. 390 p.
50. Sikorski JB, Kuo AD. Forensic Psychiatry. In: Wiener JM, Dulcan MK, eds. *Textbook of Child and Adolescent Psychiatry*. 3th ed. Washington, London: American Psychiatric Publishing; 2004. p. 903–27.

51. Beşer NG, Çam O. Suça yatkın ergenlerde olumlu kişilerarası ilişkiler geliştirme programının etkinliğinin incelenmesi. *Anadolu Psikiyatr Derg.* 2009;(10):226–32.
52. Ögel K, Koç C, Aksoy A, Başabak A, Evren C. Sigara Alkol ve Madde Bağımlılığı Tedavi Programı (SAMBA). İstanbul: Yeniden Yayınları; 2012. 10 p.

Alkol Bağımlılarında İçselleştirilmiş Damgalama, Suçluluk ve Utanç Duyguları

Quilt, Shame and Internalized Stigmatization in Alcohol Addicts

Olca Çam¹, Dilek Ayakdaş Dağlı²

¹ Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi, Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, İzmir, Turkey

² İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü, İzmir, Turkey.

ABSTRACT

Internalized stigmatization; is the cognitive and affective internalization of the patient's who stigmatized by society. The individual begins to see himself/herself as if he/she is stigmatized by others, and causes guilt, shame, feelings of inferiority, deterioration in family and friendship relationships and a decrease in self-esteem. Negative emotions are occurred in person who internalized the stigma. The more important of these emotions are guilt and shame. Individuals who live with feelings of guilt and shame tend to drink alcohol as a way of coping with these emotions. After consuming alcohol, person experiences the feelings of guilt and shame again. This vicious circle, adversely affects the treatment of patients and increases relapse. Therefore, coping with these emotions, specially guilt and shame, are important component for alcohol addiction treatment. In the light of these information, the aim of this article is to take an attention the importance of internalized stigmatization, guilt and shame in alcohol addicts.

Keywords: Alcohol, Shame, Quilt, Internalized Stigma.

ÖZET

İçselleştirilmiş damgalama; toplumun damgalamasını hastanın bilişsel ve duyuşsal olarak içselleştirmesidir. Artık birey kendisini, diğerlerinin onu damgaladığı gibi görmeye başlar ve bireyde suçluluk, utanma, aşağılık duyguları, aile ve arkadaş ilişkilerinde bozulma ve benlik saygısında azalmaya neden olmaktadır. Damgalamayı içselleştiren bireylerde olumsuz duygular oluşmaktadır. Bu olumsuz duyguların en önemlisi suçluluk ve utanç duygusudur. Suçluluk ve utanç duygusunu yaşayan bireyler yaşadığı bu duyguları hafifletmek için bir baş etme yolu olarak alkole yönelmekte, alkol tüketiminin sonucu yaşanan suçluluk ve utanç duygularını tekrardan yaşamaktadır. Bir kısır döngü olarak devam eden bu girdap hastaların tedavisini olumsuz etkilemekte ve nüksü artırmaktadır. Bu yüzden alkol bağımlılarında, suçluluk ve utanç duyguları ile başetmek tedavi için önemli bileşenlerden olmaktadır. Bu bilgiler ışığında bu makale alkol bağımlılarında içselleştirilmiş damgalama, suçluluk ve utanç duygularının önemine dikkat çekmek amacı ile yazılmıştır.

Anahtar kelimeler: Alkol, Utanç, Suçluluk, İçselleştirilmiş Damgalama

Correspondence / Yazışma Adresi: Dilek Ayakdaş Dağlı, İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü, İzmir, Turkey
E-mail: ayd_dilek@hotmail.com

GİRİŞ

Alkol bağımlılığı; bireysel ve sosyal zararları olmasına rağmen alkölü bırakamama ve kullanmaya devam etme, bırakıldığında yoksunluk belirtilerinin olması, tolerans gelişmesi, alkol kullanmaya güçlü istek duyulması ve yüksek relaps oranları ile heterojen özellikler gösteren, bireyin ruh ve beden sağlığını, aile, toplum ve iş uyumunu bozan bir bozukluktur (1–3). Alkol bağımlıları, hastalıklarını damgalama nedeniyle genellikle gizler. Damgalama; bir kişinin veya belli bir topluluğun, toplumun genelinden ayrı tutularak dışlanması, değersiz görülmesi, kusurlu ve gözden düşmüş olarak olumsuz değerlendirilmesidir (4,5). Bağımlılarda, damgalama toplum tarafından; kendi isteğiyle yapılan bir hata, kişilik bozukluğu, suç eğilimi, zayıf irade, düştüğü durumları hakkettikleri, tedaviyi hakketmedikleri gibi olumsuz yargılar şeklinde olmaktadır ve kişiye birçok alanlarda sorun getirmektedir (6–8). İş bulamama, statü kaybı, toplum içinde izole edilme, kişilerarası çatışma gibi pek çok biçimde kendisini göstermektedir (8). Bu damgalamayı içselleştiren bireyler, hastalıklarını saklama eğilimine girmekte, alkol kullanımına devam etmekte ve tedavi merkezine başvurmakta gecikmektedir (9,10). İçselleştirilmiş damgalama, hastaların toplum tarafından kalıplaştırılmış önyargılarını içselleştirmeleri ve bu nedenle de hastada kendisine ve çevresine ilişkin olumsuz duygusal tepkiler oluşması ile açıklanmaktadır (11). Damgalamanın sonucu olarak birey, özel alanlarında deneyimledikleri duygu, düşünce ve inançlar ile başkaları için tehlikeli olduğu ya da kendi yaşamını yönetme de yetersiz olduğu şeklindeki inançlarını bilişsel ve duygusal olarak içselleştirir (8). Bireylerin yaşadıkları içselleştirilmiş damgalama; sosyal etkileşimde bozulmaya, akademik ve mesleki başanda düşmeye, yaşam kalitesinde umutsuzluğa ve ayrıca, suçluluk, utanma, aşağılık duyguları ile aile ve arkadaş ilişkilerinde bozulma ve benlik saygısında azalmaya neden olmaktadır (7,9,10,12). Hastalığın damgalayıcı etkisi ne kadar fazla ise bu belirtiler de o kadar şiddetli olarak görülmektedir (13). İçselleştirilmiş damgalama, bağımlılarda iyileşme sağlanabilmesi için engel olduğu düşünülmektedir. Bireylerde, yaşam standartlarının azalması, yardım almada isteksizlik, ortamdan uzaklaşma, tedaviyi reddetmesine neden olmaktadır. Alkol bağımlıları ile damgalama ile yapılan sınırlı çalışmalarda benzer sorunlar ortaya çıkmıştır. Damgalamayı içselleştiren bireylerin, baş etme aracı olarak alkol almaya başlayabileceği gibi, birey alkol tüketiminden sonrada utanç ve suçluluk duyabilir. (14–17). İçselleştirilmiş damgalama bireyi yalnızlığa itmekte, yani sosyal dünyadan uzaklaşmasına neden olmaktadır. Bu da bireyi, geniş sosyal çevreden dar sosyal çevreye yani kendisi gibi bağımlı olan arkadaşlarının arasına hapsetmektedir. Bağımlı bireyin kullanıcıların arasında kalması, belki de hayatının sonuna kadar bu dar sosyal çevrede kendini her geçen gün daha fazla harap etmesine neden olmakta ve bu da sosyal işlevselliğini olumsuz yönde etkilemektedir (13). Bu olumsuzluklar ise alkol tüketimin artmasına ve buna bağlı bireyin duygusal sürecinde yıkıma neden olmakta, suçluluk ve utanç duygusu gibi olumsuz duygulanıma sahip olmakta, bir kısır döngü olarak devam eden bu girdap hastaların tedavisini olumsuz yönde etkileyerek, relapsı arttırmaktadır (17,18,19).

ALKOL BAĞIMLILARINDA UTANÇ VE SUÇLULUK

Utanç ve suçluluk duygusu, alkol bağımlıların yaşadıkları negatif duygulardır (20). Bu duyguları yoğun yaşayan hastalar tedaviye gelmemekte, kendi öz bakımını yapamamakta ve kendini ev ve içme ortamı arasına hapsetmektedir (8,15,17). Sosyal ilişkilerin zayıflamasına neden olan bu olumsuz duygularda; düşük benlik saygısına, olumsuz akademik ve meslek sonuçlarına neden olmakta ve bireyi baş edebilmesi için dürtüsel davranmasının sonucu olarak alkol tüketimine yönlendirmektedir (21). Alkol tüketiminden sonra pişman olan bireyin, bağımlı yanlarını durduramaması, başa çıkma denemelerinin boşa çıkması ve sonunda bağımlılığın gücü altında ezilmesi, bireylerin suçluluk ve özellikle utanç duygularını daha yoğun yaşamalarına neden olmaktadır (22,23).

Suçluluk duygusu, bir insanın yanlış olduğunu düşündüğü bir şey yaptığında ortaya çıkar. Birey herhangi bir nedenle suçluluk yaşadığında genellikle bu duygusunu azaltmaya çalışmaktadır. Bu duyguyu azaltırken de farklı yollar izlemektedir. Alkol bağımlılarında ise bu davranış, içme davranışdır. İçme davranışını yapmamış olma, içme davranışının sonucunda yaşanan olumsuzluklar, bu olumsuzluklara karşı davranış şekli, ya da içmeyi arzu etme gibi olumsuz olaylar üzerine sürekli düşündür. Benlik yerine, davranış sorun edildiği için suçluluk yaşayan insanlar benliğe daha az odaklanır ve diğerleri üzerindeki davranışlarının etkisini sorgular (24,25). Diğerleri tarafından kabul edilmediğini düşünen birey, kendisini yetersiz, başarsız, kötü ve değersiz görerek, utanç duygusunu yaşamaya başlar.

Alkol Bağımlılığında Utanç, kendi hakkında ve kendilik değeri hakkında olumsuz inançlara sahip olmaktır ve tüm benliğin genel olarak olumsuz şekilde tetkik edilmesini içeren çok acı verici bir duygudur. Utanç duygusunda, başkaları fark etmese bile bireyin, diğerleri tarafından nasıl görüldüğü düşüncesi yer almaktadır (20). Diğerleri tarafından damgalanacağı için birçok alkol bağımlısı birey, bağımlı olmaktan dahi utanırlar. Bu damgalamayı içselleştirdiği için de kendilerini iradesiz, değersiz ve tedavi olmaya değmez görürler (17,26). Bu duygunun yanı sıra, küçülme, küçüklük ve güçsüzlük duyguları eşlik eder.

Suçluluk ve utanç duygularının birbirinden farklı olan bu özellikleri alkol bağımlılığı tedavi sürecinde de gözlenebilmektedir. Özellikle utanç duygularının, alkol bağımlılarının tedavi sürecinde iyi anlaşılması gerektiği, inkâr ve çekilme savunmalarının arkasında bu duygunun olabileceği düşünülmektedir (27,28). Bu duygular bireyin tedaviye uyumunu etkilemektedir. Bu duygular ile baş edebilmek için alkol kullanımı devreye girecektir. Alkol, kendini aşağılayan, suçlayan, yeteneksiz bulan ve benlik saygısı düşük olan bireyler için bir kaçış yolu olacaktır (26,29). Böylece sorunları ile baş eden birey alkolün gerginliği azaltan ve rahatlatan etkisini, alkol kullanımına devam etmek için bir baş etme yolu olarak görmeye başlar. Alkol kullanımıyla beraber rahatlatma ve daha keyifli zaman geçirme deneyimleri arttıkça bu içme davranışı artar. Birey, alkol tüketimini etkili bir başa çıkma mekanizması olarak görülür. Fakat alkol tüketiminin artmasıyla beraber deneyimlenen olumsuz sonuçlar da artar. Bunlar arasından en önemlisi sorumlulukları yerine getirememedir. Sorumluluklarını yerine getiremeyen birey kendisini suçlamaya başlar (30). Bireyin yaşadığı suçluluk duygusu eylemlerinin sonuçlarının başkaları üzerindeki etkisini anlamaya başladığında ortaya çıkar. Suçluluk duyguları; benlik ile üst benlik arasında uyumsuzluktan kaynaklanır. İlke, kural ve ahlaki değerlerin, hakkın, eşitliğin, savunucusu üst benlik, benliğin bunları eksiksiz uygulamasını bekler. Uygulamalardaki eksiklik, yani üst benliğin beklentileri ile benliğin yapabildikleri arasındaki fark üst benliği etkinleştirir. Üst benlikte damgalamayı içselleştirmiş olan bireyde, suçluluk duygusunu şu şekilde yaşar. Ayıp ettin, bunları yapacak insan mıydın, kendini beş paralık ettin, gibi düşüncelerle hasta kendisini değersizleştirir ve zaten ne işe yararsın ki, işe yaramayan aşağılık bir insansın, senin hiçbir şeye hakkın yok gibi düşüncelerle acımasız boyutlara taşır (31). Bu sonuçlar da bireyin yaşadığı olumsuzluklardan duyduğu suçluluk, utanç duygusunu ve kaygıyı azaltma isteğiyle alkol kullanımına teşvik eden durumlar haline gelir (6,22,32).

Damgalamayı içselleştiren ve sonucunda olumsuz duyguları olan birey, alkolün rahatlatıcı etkisine dayanarak olumsuz duygularından kurtulur. Bu nedenle bu bireyler temelde bir güven eksikliği içindedir ve kendini yetersiz hisseder. Sürekli kendilerini suçlarlar, eleştirir ve değersizlik duyguları yaşar. Bu duyguları ile başetmek içinde alkole yönelirler. Ancak giderek artan bir suçluluk ve utanç duygusu gösterirler. Böylelikle birey, bu duygularını bastırmak için daha fazla içer, sonucunda da birey de anksiyete ve depresyon başlar ve sürekli alkol tüketir (22,24,27,32,33). Bilişsel kurama göre; alkol alma davranışında, işlevsel olmayan inançlarının rol oynadığı bilinmektedir. Bu inançlar birey için katı ve değişmez niteliktedir. Suçluluk ve utanç duygusu olan bireyin düşünceleri, olumlu yanlarını vurgulayacak biçimde "Sadece alkol kullandığımda kendimi iyi hissedebilirim" şeklindedir (34). Olumsuz duygular ile

baş etmek isteyen bireylerin, alkolizmi ilerledikçe sorunları da artmaktadır ve bağımlılık ile yıkıcı eğilimler arasında bir ilişki mevcuttur. Bireyin, alkol alımı nedeni ile borçlanması, işini yitirmesi, iş bulamaması, çevresi tarafından dışlanması, yalnızlık ve damgalama, madde kullanımını davet eder. Bu duygulardan dolayı kişi utanç duyar ve kendini suçlar böylelikle; psikolojik ve fiziksel yıkım ortaya çıkar. Bağımlı kişinin benlik saygısı azalır ve çevresinde de saygı kaybeder ve içme davranışında artış olur (35).

Keyes ve arkadaşları (2010), yapmış oldukları çalışmada, damgalamayı içselleştiren alkol bağımlısı olan bireyler, diğerlerine oranla daha fazla suçluluk ve utanç duygusunu tanımlamışlar, bu negatif duygulanımı olan bireylerin alkol tedavi hizmetlerini daha az kullandıklarını belirtmişler ve kişilerin içselleştirdikleri damgalanma algısı, tedavi ve rehabilitasyonda önemli bir engel olduğunu açıklamışlardır (36). Kalyoncu ve ark' nın, alkol bağımlılarında suçluluk ve utanç duygularını araştırdığı bir çalışmada, alkol bağımlılarının suçluluk ve utanç duygularının, kontrol grubuna göre daha fazla yaşadıkları ortaya çıkmıştır (37).

Suçluluk ve utanç duyguları ile alkol bağımlılığının etiyolojisi ve tedavisi arasındaki ilişkileri araştıran çalışmalar yapılmıştır. Bağımlı olan hastaların en sık karşılaşılan duygusal durumlarına bakıldığında; utanç ve suçluluk duygusu ön planda yer almaktadır. Bağımlı bireylerin bu duyguları yaşaması, yeterli ilişkiler kuramamasına neden olmakta ve iyileşmeye engel olduğu düşünülmektedir (22,23,38,39).

İÇSELLEŞTİRİLMİŞ DAMGALAMA, SUÇLULUK VE UTANÇ DUYGULARI İLE BAŞA ÇIKMA

Alkol bağımlıları acı, utanç ve suçluluk gibi negatif duyguları hafifletmeye yönelik bir baş etme aracı olarak alkoli tüketmektedir. Bireylerin tedavisinde, relapsların en önemli nedenlerinden biri olan olumsuz duygulara yönelik yerinde ve zamanında müdahale oldukça önemlidir. Psikiyatri hemşiresinin asıl hedefi, bu duygularını tamamen ortadan kaldırmaktan çok bu olumsuz duygular üzerinde kontrol sağlayabilmek olmalıdır. Bu yüzden alkol bağımlılığının önleme tedavisinde, bireysel olarak hastanın dinamiğini, yaşadığı çevreyi, emosyonel değişikliklerin saptanması gerekmektedir. (3,27,40).

Bireyler geçmişte yaşadıklarını göz önüne getirdiğinde suçluluk ve utanç duyacaktır. Hastalar bu duyguları hissettiğinde davranışını eyleme yönlendirecek ve içme davranışını gerçekleştirecektir. Bu yüzden suçluluk ve utanç gibi negatif duyguların hasta tedavi olurken işlenmesi gerekmektedir. Bu amaçla bireysel yada grup psikoterapiler ile müdahalede bulunulabilir. Birey alkoli kullandıkça diğer başa çıkma yöntemlerini daha az kullanır ve yeterlik duygusu azalır. Başa çıkma becerileri düşük olan bireyler sorunlu durumlar karşısında alkol kullanımına yönelecektir (23,35). Bireye bireysel destek verilmesi, alternatif baş etme yöntemlerinin öğretilmesi, bireylerin bu duygularının ifade etmesine izin verilmesi, tedavinin önemli bileşenlerinden olmalıdır (3). Bu duygulara yönelik özellikle bilişsel yönelimli psikoterapötik müdahaleler, üzerinde çalışılması gereken bir hedef olmalıdır (7). Psikiyatri hemşiresi, bireyin işlevsel olmayan duygu ve inançlarının, davranışları üzerine etkisine dikkat çekmelidir. İşlevsel olmayan otomatik düşüncelerine yönelik, alternatif düşünceleri birey ile birlikte oluşturmalıdır. (41,42) Alkol bağımlısı bireye, tedavi edilebilir bir hastalık olduğu ve bu bir hastalık olduğu için kendisini suçlamaması ve utanmaması gerektiği, bireyin herhangi bir hastalıkta olduğu gibi yalnızca tedaviden sorumlu olduğu söylenir. Sorunlarının kendisi üzerindeki etkileri üzerinde durmadan, başka kişi veya olaylar üzerine odaklanmasına izin vermemelidir. Bununla birlikte, bireylere baş etmeleri için çeşitli aktivitelere katılma gibi alternatif baş etme yöntemleri öğretilmelidir (41,42). Ayrıca, kliniklerde suçluluk ve utanç kavramına bağlı alkol kullanımını içeren kısa bir öz bildirim ölçeği klinisyenler için yardımcı olabilir (22,32).

Bireylerdeki içselleştirilmiş damgalama ile baş etme için önerilen bir yöntem eğitimidir. Damgalama ile mücadelede, içselleştirilmiş damgalamayı geri çevirme ve toplum damgalamasına karşı koymak veya yapıcı bir şekilde uzak durmaya yardım etmek için bireylerin eğitime odaklanılmalıdır (4). Bireyin hastalığı hakkında farkındalık sağlaması,

davranış ve tutumlarına etkisi hakkında bilinçlendirilmesi, özellikle bireyin ailesinde başlayan damgalama sürecini engelleyerek, birey tarafından içselleştirilmesi önenebilir. İçselleştirilmiş damgalama, sosyal içe kapanma, düşük özsaygı, düşük kendilik değeri, dışlanmışlık hissi, suçluluk ve utanç gibi olumsuz duygular, hasta üzerinde olumsuz etkiler yaratmaktadır. Bu nedenle toplum tarafından yapılan damgalamanın ve bu damgalanmanın hastalar tarafından içselleştirilmesinin önlenmesi gerekmektedir (4). Bu açıdan kalıplaşmış yargıların kırılması için toplumsal bilinçlendirme çalışmalarının yapılması ve aile eğitimi oldukça önemlidir. Bu sonuçlara göre bağımlıların rehabilitasyonunda, hastaların algıladıkları içselleştirilmiş damgalanma düzeylerini azaltmaya ve işlevselliklerini artırmaya yönelik danışmanlık hizmetleri verilmelidir. Tedavide, birey ailesiyle birlikte ele alınmalı, hemşirelik sürecinin her aşamasında aile de sürece dâhil edilmelidir. Hemşire, bireyleri bütüncül olarak değerlendirilmesi, bakımda sürekliliğin sağlanmasında tedavi ekibi içinde önemli bir yere sahiptir (43).

SONUÇ

Damgalamayı içselleştiren bireyin sosyal işlevselliklerinin olumsuz yönde etkilenmesi, mesleki, ailevi ve sosyal performansının düşmesine, ekonomik kayba, hayat standardında düşmeye neden olmaktadır. Bu olumsuzluklar ise alkol tüketimin artmasına ve buna bağlı bireyin duygusal sürecinde yıkıma neden olmakta, utanç ve suçluluk duymaktadır. Bir kısır döngü olarak devam eden bu girdap hastaların tedavisini olumsuz yönde etkileyerek, bireyin utanç ve suçluluk duygusu ile baş etmesini zorlamakta ve nüksü tetiklemektedir. Literatürü incelediğimizde, alkol bağımlılarında içselleştirilmiş damgalama, utanç ve suçluluk ile ilgili sınırlı çalışmaya rastlanılmıştır. Bu bağlamda alkol bağımlılarında içselleştirilmiş damgalama, utanç ve suçluluk ile ilgili çalışmaların artırılması önerilmektedir.

KAYNAKLAR

1. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 5th ed, Arlington, 2013.
2. Engin E, Savasan A. Investigation of Factors Affecting The Process of Psychotherapy of Alcohol Dependents. J Psychiatr Nurs. 2012;3(2):75-9.
3. Savasan A, Engin E, Ayakdas D. The Lifestyle Changes And Relaps Of Addicted Patients Discharged From Amatem. J Psychiatr Nurs. 2013;4(2):75-9.
4. Çam O, Çuhadar D. Ruhsal Hastalığa Sahip Bireylerde Damgalama Süreci ve İçselleştirilmiş Damgalama. Psikiyatr Hemşireliği Derg. 2011;2(3):136-40.
5. Özbaş D, Küçük L, Buzlu S. Ruhsal Bozukluğu Olan Bireye Sahip Ailelerin Hastalığa Karşı Tutumları. Düşünen Adam. 2008;21(1-4):14-23.
6. Gorski T. Relapse Prevention Planning: A new recovery tool. Alcohol Health Res World. 1986;11(1):6-11.
7. Ersoy MA, Varan A. Ruhsal Hastalıklarda İçselleştirilmiş Damgalanma Ölçeği Türkçe Formu 'nun Güvenilirlik ve Geçerlik Çalışması. 2007;18(2):163-71.
8. Schomerus G, Corrigan PW, Klauer T, Kuwert P, Freyberger HJ, Lucht M. Self-stigma in alcohol dependence: Consequences for drinking-refusal self-efficacy. Drug Alcohol Depend. 2011;114(1):12-7.
9. Corrigan PW, Markowitz FE, Watson AC. Structural levels of mental illness stigma and discrimination. Schizophr Bull. 2004;30(3):481-91.
10. Canale MK, Munn E. The stigma of addiction project: Turning Voices into action. BC's Ment Heal Addict J. 2005;2(6):13-4.
11. Corrigan PW, Larson JE, Kuwabara SA. Social psychology of the stigma of mental illness: Public and self-stigma models. Maddux JE, Tangney JP.(Eds.), Social psychological foundations of clinical psychology. New York: Guilford Press, 2010: 51-68.

12. Fung K, Tsang H, Chan F. Self stigma, stages of change and psychosocial treatment adherence among chinese people with shizofrenia: a path analyzee. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol. 2010;45:561–8.
13. Taşkın EO. Ruhsal Hastalıklara Yönelik Tutumlar ve Damgalama. 1. baskı, İzmir: Meta Basım, 2007: 31-40.
14. Heeren T, Edwards EM, Dennis JM, Rodkin S, Hingson RW, Rosenbloom DL. A comparison of results from an alcohol survey of a prerecruited internet panel and the national epidemiologic survey on alcohol and related conditions. Alcohol Clin Exp Res. 2008;32(2):222–9.
15. Room R. Stigma, social inequality and alcohol and drug use. Drug Alcohol Rev. 2005;24(2):143–55.
16. King M, Dinos S, Shaw J, Watson R, Stevens S, Passetti F, et al. The Stigma Scale : development of a standardised measure of the stigma of mental illness Author ' S Proof The Stigma Scale : development of a standardised measure of the stigma of mental illness. 2012;248–54.
17. Livingston JD, Milne T, Fang ML, Amari E. The effectiveness of interventions for reducing stigma related to substance use disorders: A systematic review. Addiction. 2012;107(1):39–50.
18. Türkmen SN, Özdemir Ç, Akyol T. Internalized Stigmatization and Quality of Life of Patients in a Unit of the Treatment and Education Center for Alcohol and Substance Dependence. J Depend. 2015;16(4):182–91.
19. Luoma J, Guinther P, Potter J, Cheslock M. Experienced-Based Versus Scenario-Based Assessments of Shame and Guilt and Their Relationship to Alcohol Consumption and Problems. Subst Use Misuse. 2017;52(13):1692–
20. Tangney J, Stuewig J, Mashek D. Moral emotions and moral behaviour. Annu Rev Psychol. 2007;58:345–72.
21. Kahler CW, Strong DR, Read JP. Toward efficient and comprehensive measurement of the alcohol problems continuum in college students: The brief Young Adult Alcohol Consequences Questionnaire. Alcohol Clin Exp Res. 2005;29(7):1180–9.
22. Dearing RL, Stuewig J, Tangney JP. On the importance of distinguishing shame from guilt: Relations to problematic alcohol and drug use. 2005;49(18):1841–50.
23. Treeby M, Bruno R. Shame and guilt-proneness: Divergent implications for problematic alcohol use and drinking to cope with anxiety and depression symptomatology. Pers Individ Dif. 2012;53(5):613–7.
24. Baumeister RF, Stillwell, Arlene M, Heatherton TF. Guilt: An interpersonal approach. Psychol Bull. 1994;115(2):243–67.
25. Cırhınlioğlu GF, Güvenç G. Utanç eğilimi , suçluluk eğilimi ve psikopatoloji. Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi . 2011;1
26. Ögel K. Sigara, Alkol ve Madde Bağımlılığı Tedavi Programı (SAMBA) - Uygulayıcılar için kaynak kitapçık. 2. baskı. İstanbul: Yeniden Yayınları; 2014.
27. Potter Efron R. Shame, guilt, and alcoholism. 2nd. New York: Haworth Press, 2002:237
28. Lin W, Mack D, Enright R, Krahn D, Baskin T. Effects of forgiveness therapy on anger, mood, and vulnerability to substance use among inpatient substance-dependent clients. J Consult Clin Psychol. 2004;72:1114–21.
29. Şirin A, Turan R. Alkol Bağımlılarının Benlik Bilinçleri ile Sosyal Uyum Düzeyleri Arasındaki İlişki. Marmara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Dergisi. Marmara Üniversitesi; 2007.
30. Ögel K. Sigara, Alkol ve Madde Kullanım bozuklukları: Tanı, Tedavi ve Önleme. İstanbul: Yeniden Yayınları; 2010.
31. Odağ C. Nevrozlar 1. 1. baskı, İzmir: Odağ Psikanaliz ve Psikoterapi; 2011: 35-37
32. Wiechelt SA. The specter of shame in substance misuse. Subst Use Misuse. 2007;42(2–3):399–409.
33. Evren C, Çetin R, Dalbudak E. Yatarak tedavi gören erkek alkol bağımlısı hastalarda cloninger'in kişilik boyutlarının alkol aşermesi ile ilişkisi. Klin Psikofarmakolji bülteni. 2009;(1):373–81.
34. Uğurlu GK, Uğurlu M, Turhan L, Türkçapar MH. Dysfunctional Attitudes in Alcohol Dependents: A Comparative Study. Bilişsel Davranışçı Psikoterapi ve Araştırmalar Derg. 2012;1(2):113–20.
35. Holahan CJ, Moos RH, Holahan CK, Cronkite RC, Randall PK. Drinking to cope, emotional distress and alcohol use and abuse: a ten-year model. J Stud Alcohol. 2001;62(2):190–8.
36. Keyes KM, Hatzenbuehler ML, McLaughlin KA, Link B, Olfson M, Grant BF, et al. Stigma and treatment for alcohol disorders in the united states. Am J Epidemiol. 2010;172(12):1364–72.
37. Kalyoncu A, Mırsal H, Pektaş Ö, Gümüş Ö, Tan D, Beyazyürek M. Alkol Bağımlılarında Suçluluk ve Utanç Duyguları. Bağımlılık Derg. 2002;3(3):160–4.
38. Stewart SH, Karp J, Pihl RO, Peterson R. Anxiety sensitivity and self-reported reasons for drug use. J Subst Abuse. 1997;9:223–40.
39. Dodes L. Addiction, Helplessness, and Narcissistic Rage. Psychoanal Q. 1990;59(3):398–419.

40. Yılmaz A, Can Y, Bozkurt M, Evren C. Remission and Relapse in Alcohol and Substance Addiction. *Psikiyatride Guncel Yaklasimler - Current Approaches Psychiatry*. 2014;6(3):1.
41. Carroll K, Onken L. Behavioral therapies for drug abuse. *J Lifelong Learn Psychiatry*. 2007;2:47–240.
42. Viedebeck S. *Psychiatric mental health nursing*. 2nd ed. Philadelphia: W.B. Saunders; 2003. 72-451 p.
43. Şimşek N. Madde Kullanım Bozukluğu Olan Birey ve Ailesinin Hemşirelik Bakımı. *Psikiyatr Hemşireliği Derg*. 2010;1(2):96–9.

KISA RAPOR – SHORT COMMUNICATION

Mersin İlinde Antidepresan İlaç ve Benzeri Bitki Satış Oranları

Marketing Values of Antidepressant Drug and Similar Plants in Mersin Province

Ali Uğur¹, Ayşe Everest²

1. Şehir Hastanesi, Mersin, Turkey

2. Mersin Üniversitesi Biyoloji Bölümü, Mersin, Turkey

ABSTRACT

This study contain the marketing values in herbalmarkets and pharmacies of the cope of with depression was one of the important problem. This work done between August to October in 2016. The informants were collected by interview with herbalists and pharmacies and Mersin city health administrative..

Keywords: smartphone addiction, university, student.

ÖZET

Günümüzün en büyük sorunlarından biri olan depresyonu insanların yenme yöntemlerinden olan bitki ve ilaç satışları, geleneksel tıp ve medikal tıp açısından değerlendirerek; Mersin İl Sağlık Müdürlüğü ile bazı aktar ve eczaneler çerçevesinde 2016 yılında Ağustos ve Ekim ayları arasında araştırılmıştır.

Anahtar kelimeler: Antidepresants, marketing.

Correspondence / Yazışma Adresi: Ali Uğur, Şehir Hastanesi, Mersin, Turkey

E-mail: aliugurrr@mynet.com

Received /Gönderilme tarihi: 27.2.2018 Accepted /Kabul tarihi: 19.3.2018

GİRİŞ

Depresyon ve anksiyete bozuklukları sıklıkla birlikte görülen ve de diğer tıbbi hastalıklara da çok sık eşlik ederek onların seyrini ve tedavi yanıtını olumsuz olarak etkileyen hastalıklardır. Depresyonun klinik olarak farklı ve bazen tanısı zor olan birkaç alt tipi bulunur. Genel tıbbi duruma bağlı anksiyete bozukluklarının yanı sıra, panic atak, yaygın anksiyete, sosyal anksiyete ve travma sonrası stres bozukluğu ile özgül fobi ve bunlarla ilişkili bozukluklar anksiyete bozuklukları olarak tanımlanmıştır. Bu bozuklukların tanı ve tedavilerinin genel tıbbi hastalıkların seyrini ve prognozunu etkilemesi bakımından, psikiyatristler dışındaki hekimleri de ilgilendirdiği bazı araştırmacılarca aktarılmıştır (1). Selektif serotonin geri alım inhibitörlerinin (SSRI), ki bunlar fluoksetin, sertralin, sitalopram fluvoxamin ve essitalopramdır, depresyon ve anksiyete bozukluğu tedavisinde etkili olabileceğini vurgulanmaktadır. (2). Ülkemizde ve yurtdışında bu hastalıkların tedavisinde reçete edilen ve en çok satılan ilaçlar SSRI'lardır (1).

SSRI'ların yanısıra çok sayıda bitkisel ürün bu hastalıkların tedavisinde kullanılmıştır. Türkiye' de tıbbi bitkiler orta Asya şaman geleneğinden itibaren Anadolu insanının yanından eksik olmamıştır. Antalya; Gazipaşa halk pazarında satılan lavanta, nane, dağçayı, kekik başağrısı ve rahatlatıcı özellikleriyle ve kantaron (*Hypericum perforatum*), meyan kökü (*Glycyrrhiza glabra*), sıra (*Conium maculatum*) da Mersin' de olduğu gibi sakinleştirici olarak satılır ve üretilir (3,4).

Koşar ve Yozgatlı (4), bitirme çalışmasında, anksiyete ve depresyonun tedavisinde kullanılan bitkiler ve bitkisel ürünleri; doğrudan etkili bitkiler olarak Ginkgo biloba, Humulus lupulus, *Hypericum perforatum*, *Lavandula angustifolia*, *Melissa officinalis*, *Passiflora incarnata*, *Piper methysticum*, *Tilia cordata*, *Tilia platyphyllos*, *Valeriana officinalis* ve dolaylı etkili bitkiler olarak, *Achillea millefolium*, *Actaea racemosa*, *Citrus aurantium sinensis*, *Citrus aurantium*, *Crataegus laevigata*, *Eleutherococcus senticosus*, *Glycyrrhiza glabra*, *Jasminium officinale*, *Matricaria recutita*, *Panax ginseng*, *Papaver rhoeas*, *Vitex agnus-castus* saymışlardır. Anksiyete ve Depresyonun Tedavisinde Kullanılan Tıbbi Bitki Çaylarını ise, sarı kantaronun toprak üstü kısımları, mayıs papatyası çiçeği, oğul otu yaprağı, civanperçemi ve çarkıfelek bitkisinin toprak üstü kısımları, ıhlamur çiçeği ve kedi otu kökünün on dakika kaynatılması olarak tarif etmişlerdir. Ayrıca, anksiyete ve depresyonun tedavisinde kullanılan aromaterapi uygulamalarından sıcak civanperçemi sargısı, Lavanta yağı göğüs kompresi ve banyo suyunu derlemiştir. Bazı bitki çayı tarifleri de tanımlamışlardır. Bunlardan az bilinen bazıları; *Crataegus laevigata*, *Papaver rhoeas*, *Passiflora incarnata*, *Salix alba*; *Cola acuminata*, *Lavandula angustifolia*, *Avena sativa*, *Rosmarinus officinalis*. *Valeriana officinalis*, *Rosmarinus officinalis*, *Valeriana officinalis*, *Achillea millefolium*; *Citrus aurantium sinensis*, *Lavandula angustifolia*, *Mentha piperita*, *Rosa damascena* ve *Rosmarinus officinalis*' in çeşitli kanışmaları şeklindedir.

Bu kısa raporda Mersin ilindeki antidepresan ve antidepresan nitelikli bitki satışları üzerinde durulmuştur.

YÖNTEM

Mersin ilinde çeşitli eczaneler ve aktarlardaki ilaç ve antidepresan benzeri bitkisel ürünler için araştırılmış ve elde edilen bulgular deskriptif istatistiksel değerlendirme ve şekiller içinde aktarılmıştır. Bu çalışma için satışları ele alınan ilaçlar sertralin, essitalopram, fluoksetin, paroksetin, sitalopramdır. Öte yandan ele alınan bitkisel ürünler papatya, kantaron, melisa çayı, kedi out ve ıhlamurdur.

BULGULAR

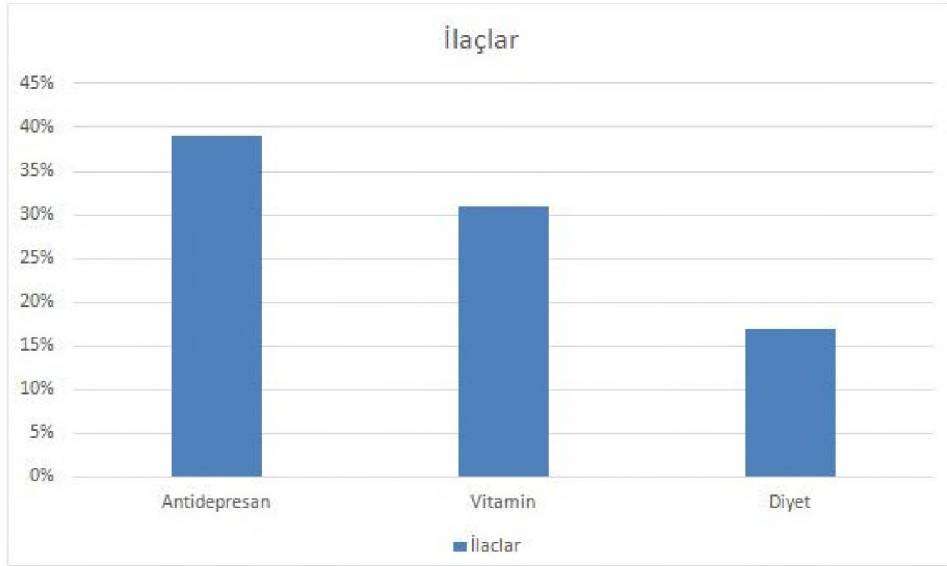
Mersin'in çeşitli bölgelerindeki eczanelerle ve aktarlarla yapılan 2016 yılı ağustos eylül ekim ayları anketler sonucu; eczanelerden alınan ilaçların sayı olarak bakıldığında ilk sırada antidepresan ilaçlar olduğu görülmektedir (Şekil 1).

Mersin'in çeşitli bölgelerindeki eczanelerden elde edilen verilere göre en sık kullanılan antidepresan ilaçlar Şekil 2'de gösterilmiştir. (Şekil 2).

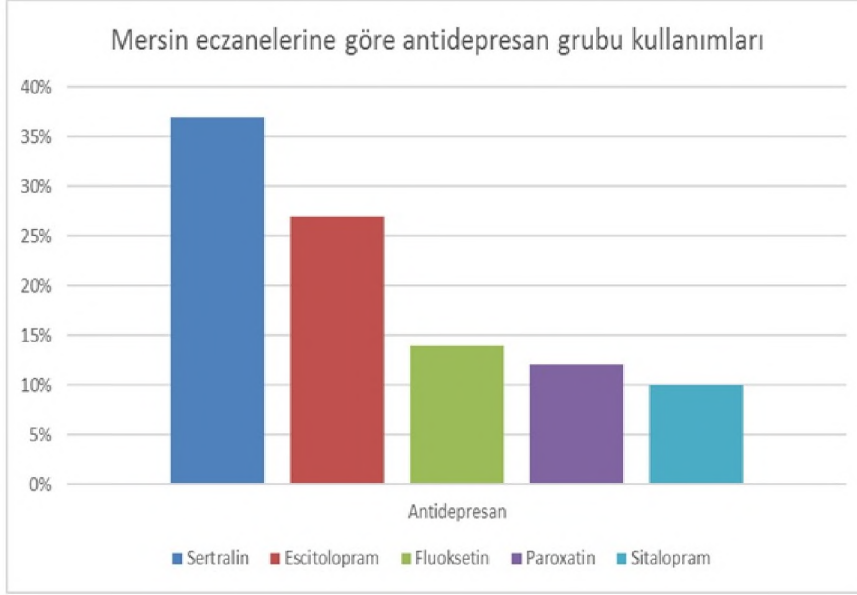
Mersin'in çeşitli bölgelerindeki eczanelerden ve aktarlardan elde edilen verilere göre en sık kullanılan antidepresan nitelikli bitkisel ürünler Şekil 3'de gösterilmiştir. (Şekil 3).

Eczane anketlerinde antidepresan ilaçların eczaneden alım sıklığının hasta yaş gruplarına göre dağılımı Şekil 4 'de gösterilmiştir. (Şekil 4)

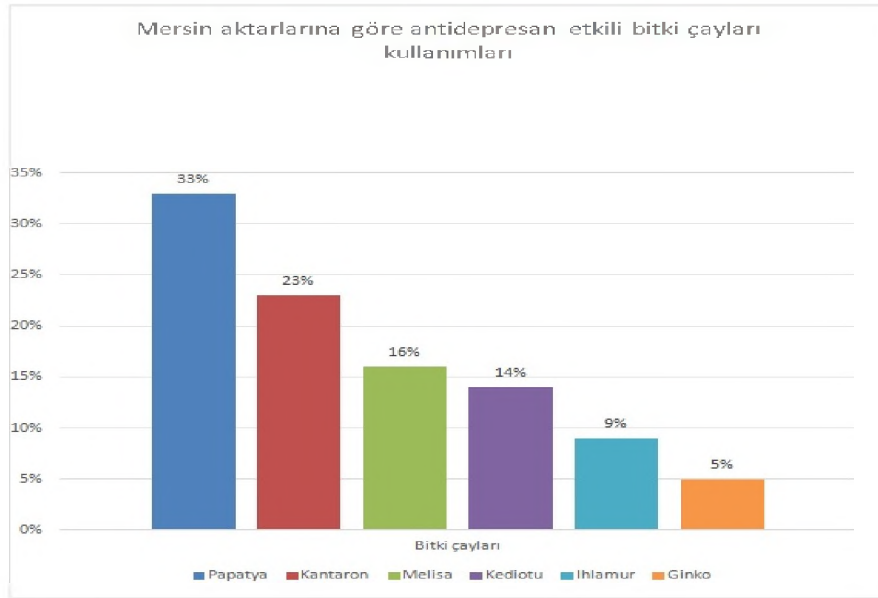
Bölgesel olarak karşılaştırma yapıldığında Gaziantep, Kahramanmaraş ve Mersin ilindeki en çok satılan SSRI olan essitalopram antidepresan kutu satış oranları Şekil 5'de gösterilmiştir. Etken maddesi Essitalopram olan antidepresan ilacın Gaziantep-Kahramanmaraş-Mersin kutu satış sayılarının bu illere nüfusa oranladığımızda 1/25 oranla en çok kullanan ilin Kahramanmaraş, 1/34' le Mersin ve en az kullanım olarak 1/54' le Gaziantep olduğu görülmektedir.



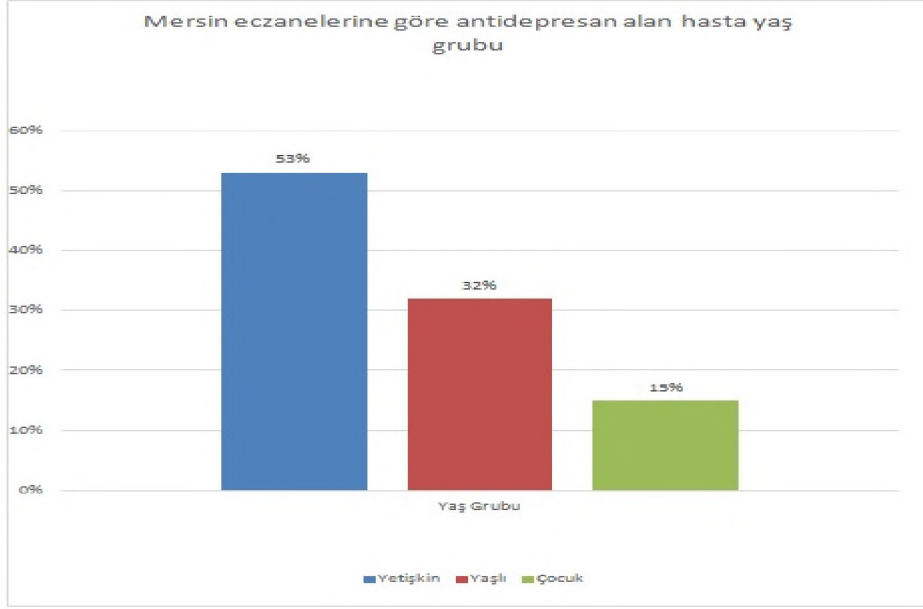
Şekil 1. Genel ilaç ve besin desteği satış oranları



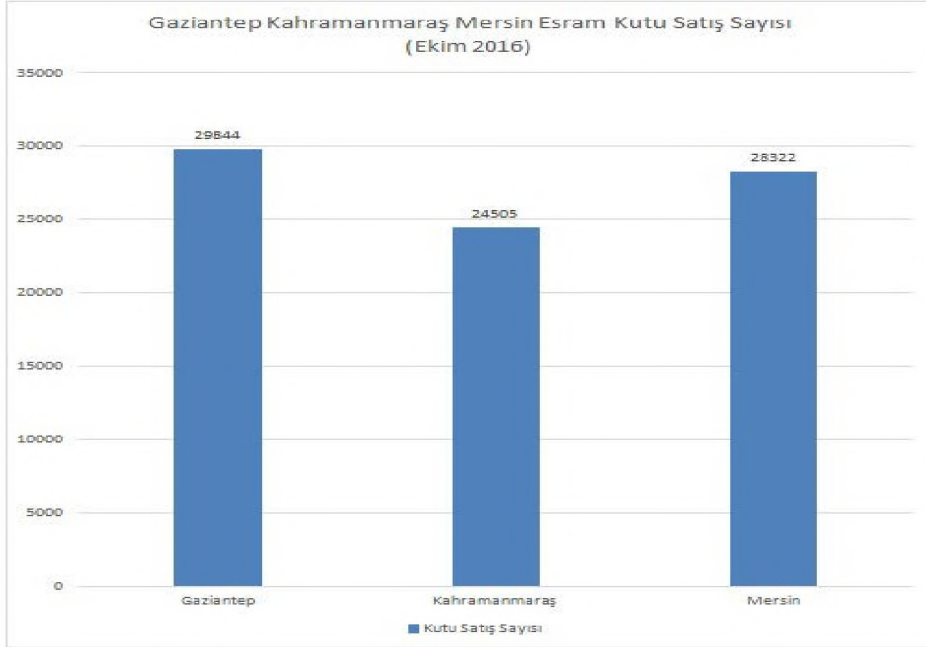
Şekil 2. Mersin'de antidepresan ilaç satış sıklığı



Şekil 3. Mersin'de antidepresan etkili bitki çayı satış sıklığı



Şekil 4. Mersin'de antidepresan satışlarının yaş gruplarına göre dağılımı



Şekil 5. Mersin ve çevre illerde essitalopram satış oranları

SONUÇ

Bu kısa raporda görülebileceği üzere Mersin ilinde diğer bölge illerindekine benzer biçimde antidepresan satışları ve bu nitelikteki bitki satışları belli bir oranın üzerindedir. Halk sağlığını etkilememsi için bu satışların eczaneler ya da benzeri denetimli kurumlar üzerinden sürüdürlmesi zorunlu görünmektedir.

KAYNAKLAR

1. Karamustafalıoğlu, O., Yumrukçal, H. Depresyon ve Anksiyete Bozuklukları, Med. Bull. Şişli Eftal Hospital Tıp Bülteni, 2011;45(2):65-74.
2. Tamam, L. 2007. Bipolar Bozukluk İle Anksiyete Bozukluğu Birlikteliği: Bir Gözden Geçirme, Türk Psikiyatri Dergisi 2007; 18(1):59-71.
3. Everest, A., Erdoğan Eliuz, E.A., Aslan,D.C., Meydancı,İ. E.,Tümay, M.,Vaktiyok. M. Modern Yaşamın Hastalığı: Depresyon ve Mersin Bölgesinde Bitkisel Antidepresan Kullanımı, Research Journal of Biological Sciences 2016, 9 (2): 62-67, 2016.
4. Aksoy, A., Çelik, j., Tunay, H., 2016. Gazipaşa ilçe pazarında satılan ve halk tarafından kullanılan bazı bitkiler ve kullanım nedenleri, BIBAD 9(2) 55-60.
5. Yozgatlı B, Koşar M. Anksiyete ve depresyon tedavisinde kullanılan bitkisel ürünlerin araştırılması (Bitirme ödevi). Kayseri, Erciyes Üniversitesi Eczacılık Fakültesi, 2011.