

EMINE DURA

İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ SAĞ. BİL. ENST.

YÜKSEK LİSANS TEZİ

İSTANBUL-2019





T.C.
İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ-CERRAHPAŞA
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ



YÜKSEK LİSANS TEZİ

ALKOL VE MADDE BAĞIMLILIĞI TEDAVİ MERKEZİ'NDE
TEDAVİ GÖREN BİREYLERİN
FONKSİYONEL OLMAYAN TUTUMLARININ
TEDAVİ MOTİVASYONUNA ETKİSİ

EMİNE DURA

DANIŞMAN
DR. ÖĞR. ÜYESİ SEVİL YILMAZ

RUH SAĞLIĞI VE PSİKİYATRİ HEMŞİRELİĞİ
ANABİLİM DALI


RUH SAĞLIĞI VE PSİKİYATRİ HEMŞİRELİĞİ
PROGRAMI

İSTANBUL-2019

Bu alışma 29.05.2019 Tarihinde aşağıdaki jüri tarafından
Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı, Ruh sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliği
Tezli Yüksek Lisans Programı Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

TEZ JÜRİSİ


Dr. Öğr. Üyesi Sevil YILMAZ
İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa
Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi


Doç. Dr. Hülya BİLGİN
İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa
Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi


Dr. Öğr. Üyesi Makbule BATMAZ
Haliç Üniversitesi
Hemşirelik Yüksekokulu

BEYAN

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



Emine DURA

İTHAF

*“Sevgiye hiçbir şey engel değildir.
Canım kuzenim Umut UYSAL’a ithaf ediyorum.”*

TEŞEKKÜR

Bu çalışmanın gerçekleştirilmesinde, değerli bilgilerini benimle paylaşan, kendisine ne zaman danışsam bana kıymetli zamanını ayırıp sabırla ve büyük bir ilgiyle bana faydalı olabilmek için elinden geleni sunan, güler yüzünü ve samimiyetini benden esirgemeyen ve gelecekteki mesleki hayatımda da bana verdiği değerli bilgilerden faydalanacağımı düşündüğüm kıymetli danışman hocam

Dr. Öğr. Üyesi Sevil YILMAZ'a,

Eğitim öğretim hayatıma sağladıkları katkılar için hepsi birbirinden kıymetli hocalarım *Prof. Dr. Sevim BUZLU'ya, Prof. Dr. F. Yasemin KUTLU'ya,*

Prof. Dr. Leyla KÜÇÜK'e, Doç. Dr. Hülya BİLGİN'e,

Çalışmamda yöntem açısından bana sürekli yardımda bulunarak yol gösteren ve gelecekteki hayatında çok daha başarılı olacağına inandığım sevgili

Ersin BUDAK'a,

Benim ve meslektaşlarımla mesleki gelişimine verdiği destek için Dörtçelik Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi idari sorumlu hekimi

Doç. Dr. İbrahim Taymur'a,

Çalışmayı sürdürmem konusunda motivasyon kaynağım olan

Dr. Öğr. Üyesi Gülseren Çıtak Tunç'a

Başta AMATEM klinik hekimi *Uzm. Dr. Çetin TURAN* olmak üzere

mesaimi paylaştığım çalışma arkadaşlarıma,

ve çalışmaya katılmayı kabul eden herkese

sonsuz teşekkürlerimi sunuyorum.

İÇİNDEKİLER

TEZ ONAYI	İİ
BEYAN.....	İİİ
İTHAF.....	İV
TEŞEKKÜR.....	V
İÇİNDEKİLER	VI
TABLolar LİSTESİ.....	İX
SEMBOLLER / KISALTMALAR LİSTESİ	X
ÖZET	Xİ
ABSTRACT.....	Xİİ
1. GİRİŞ VE AMAÇ.....	1
2. GENEL BİLGİLER	3
2.1. Bağımlılık ve İlişkili Kavramların Tanımı	3
2.1.1. Bağımlılık.....	3
2.1.2. Tolerans.....	3
2.1.3. Yoksunluk	3
2.1.4. Entoksikasyon	4
2.1.5. Çapraz Tolerans	4
2.1.6. Madde Kötüye Kullanımı.....	4
2.1.7. Madde Kullanım Bozukluğu.....	4
2.2. Kullanım Bozukluğu Yapıcı Maddeler ve Özellikleri.....	5
2.2.1. Alkol.....	5
2.2.2. Kafein.....	6
2.2.3. Kenevir (Kannabis).....	6
2.2.4. Varsandırıcılar (Halüsinojenler).....	7
2.2.5. Uçucular (İnhalanlar)	7
2.2.6. Opiyatlar.....	8
2.2.7. Dinginleştirici, Uyutucu ya da Kaygı Gidericiler (Sedatif, Hipnotik ya da Anksiyolitikler)	8
2.2.8. Uyarıcılar (Stimulanlar)	9
2.2.9. Tütün	9
2.2.10. Diğer (ya da Bilinmeyen) Maddeler	10

2.3. Madde Kullanım Bozukluğu Nedenleri	10
2.3.1. Biyolojik nedenler	10
2.3.2. Genetik nedenler	10
2.3.3. Çevresel nedenler	11
2.4. Madde Kullanım Bozukluğunun Epidemiyolojisi	11
2.5. Madde Kullanım Bozukluğunun Tedavisi	13
2.5.1. Medikal Tedavi	13
2.5.2. Psikoterapiler	14
2.5.3. Rehabilitasyon.....	14
2.5.4. Türkiye’de Alkol ve Madde Kullanım Bozukluklarının Tedavisi	15
2.5.5. Madde Kullanım Bozukluğu Tedavisinde Hemşirenin Rolü.....	15
2.6. Fonksiyonel Olmayan Tutumlar	16
2.6.1. Fonksiyonel Olmayan Tutumlar ve Madde Kullanım Bozukluğu.....	17
2.6.2. Fonksiyonel Olmayan Tutumlar ve Ruhsal Hastalıklar	18
2.7. Tedavi Motivasyonu	19
2.7.1. Tedavi Motivasyonu ve Madde Kullanım Bozukluğu	19
2.7.2. Tedavi Motivasyonu ve Ruhsal Hastalıklar	20
2.7.3. Tedavi Motivasyonu ve Fonksiyonel Olmayan Tutumlar	20
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	22
3.1. Araştırmanın Amacı ve Tipi	22
3.2. Araştırma Soruları.....	22
3.3. Araştırmanın Yeri ve Zamanı.....	22
3.4. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	22
3.5. Veri Toplama Araçları	24
3.5.1. Kişisel Veri Formu.....	24
3.5.2. Fonksiyonel Olmayan Tutumlar Ölçeği (FOTÖ).....	24
3.5.3. Tedavi Motivasyonu Anketi (TMA).....	25
3.6. Verilerin Toplanması	25
3.7. Araştırmanın Değişkenleri	25
3.8. Araştırma Etiği	26
3.9. Verilerin Değerlendirilmesi	26
3.10. Araştırmanın Sınırlılıkları	27
4. BULGULAR.....	28

4.1. Alkol ve Madde Kullanım Bozukluğu Olan Katılımcıların Bireysel Özellikleri	29
4.2. Alkol ve Madde Kullanım Bozukluğu Olan Katılımcıların Klinik Özellikleri	30
4.3. Katılımcıların Fonksiyonel Olmayan Tutumlar Ölçeği ve Tedavi Motivasyonu Anketi Puan Dağılımları	33
4.4. Katılımcıların Bireysel ve Klinik Özelliklerine Göre Tedavi Motivasyonları	34
4.5. Katılımcıların Fonksiyonel Olmayan Tutumları ve Tedavi Motivasyonları Arasındaki İlişki.....	39
4.6. Katılımcıların TMA Skorlarını Açıklamada FOTÖ Toplam Skorlarının Etkinliği.....	40
5. TARTIŞMA	42
5.1. Katılımcıların Bireysel Özellikleri ile İlişkili Bulguların Tartışılması	43
5.2. Katılımcıların Klinik Özellikleri ile İlişkili Bulguların Tartışılması	44
5.3. Katılımcıların FOTÖ ve TMA Puan Ortalamalarının Tartışılması.....	46
5.4. Katılımcıların Bireysel ve Klinik Özelliklerine Göre Tedavi Motivasyonlarının Tartışılması.....	47
5.5. Katılımcıların Fonksiyonel Olmayan Tutumları ve Tedavi Motivasyonları Arasındaki İlişkinin Tartışılması.....	48
5.6. Katılımcıların Tedavi Motivasyonlarının Fonksiyonel Olmayan Tutumlar Tarafından Açıklanmasına Yönelik Bulguların Tartışılması	50
KAYNAKLAR	55
EKLER.....	71
İNTİHAL RAPORU İLK SAYFASI.....	86
ÖZGEÇMİŞ	87

TABLolar LİSTESİ

Tablo 2-1: DSM-5'e Göre Madde Kullanım Bozukluğu tanı kriterleri.....	5
Tablo 4-1: Katılımcıların Bireysel Özellikleri (n=101).....	29
Tablo 4-2: Katılımcıların Klinik Özellikleri (n= 101).....	31
Tablo 4-3: Katılımcıların Fonksiyonel Olmayan Tutumlar Ölçeği Puan Ortalamaları	33
Tablo 4-4: Katılımcıların Tedavi Motivasyonu Anketi Puan Ortalamaları	33
Tablo 4-5: Katılımcıların Yaş ve Eğitim Yılı Ortalamalarının Tedavi Motivasyonu Anketi ile İlişkisi (n=101).....	34
Tablo 4-6: Katılımcıların Bireysel Özelliklerine Göre Tedavi Motivasyonu Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (n=101).....	35
Tablo 4-7: Katılımcıların Klinik Özelliklerine Göre Tedavi Motivasyonu Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (n=101).....	36
Tablo 4-8: Katılımcıların FOTÖ ve TMA Skorları Arasındaki İlişki (n=101)...	39
Tablo 4-9: TMA Alt Ölçek Skorlarını Açıklamada FOTÖ Toplam Puanlarının Etkinliği	40

SEMBOLLER / KISALTMALAR LİSTESİ

- ABD:** Amerika Birleşik Devletleri (United Nations of America)
- AKB:** Alkol Kullanım Bozukluğu
- AMATEM:** Alkol ve Madde Bağımlılığı Tedavi ve Eğitim Merkezi
- APA:** Amerikan Psikiyatri Birliği (American Psychiatric Association)
- DM:** Dışsal Motivasyon
- DSM:** Ruhsal Bozuklukların Tanımsal ve Sayımsal El Kitabı (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders)
- EMCDDA:** Avrupa Uyuşturucu ve Uyuşturucu Bağımlılığını İzleme Merkezi (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction)
- GABA:** Gamma aminobutyric acid
- İM:** İçsel Motivasyon
- KAYA:** Kişiler Arası Yardım Arama
- LSD:** Lysergic acid diethylamide
- MDMA:** Ekstazi (3,4-methylene-dioxy methamphetamine)
- MKB:** Madde Kullanım Bozukluğu
- TG:** Tedaviye Güven
- TMA:** Tedavi Motivasyonu Anketi
- TUBİM:** Türkiye Uyuşturucu ve Uyuşturucu Bağımlılığı İzleme Merkezi
- UNODC:** Birleşmiş Milletler Madde ve Suç Ofisi (United Nations Office on Drugs and Crime)
- WHO:** Dünya Sağlık Örgütü (World Health Organization)

ÖZET

Dura, E. (2019). Alkol ve Madde Bağımlılığı Tedavi Merkezi'nde Tedavi Gören Bireylerin Fonksiyonel Olmayan Tutumlarının Tedavi Motivasyonuna Etkisi. İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliği ABD. Yüksek Lisans Tezi. İstanbul.

Alkol ve Madde Bağımlılığı Tedavi Merkezi'nde tedavi gören bireylerin fonksiyonel olmayan tutumlarının tedavi motivasyonuna etkisini incelemek amacıyla planlanan bu araştırma tanımlayıcı-ilişki arayıcı tipte gerçekleştirildi.

Araştırma Eylül 2018 ve Mart 2019 tarihleri arasında Bursa'da bir eğitim araştırma hastanesi bünyesindeki AMATEM'de yatarak ya da ayaktan tedavi alan ve araştırma kriterlerine uyan 101 hasta ile yapıldı.

Çalışmaya alınan katılımcılara Kişisel Veri Formu, Fonksiyonel Olmayan Tutumlar Ölçeği (FOTÖ) ve Tedavi Motivasyonu Anketi (TMA) uygulandı. Verilerin analiz edilmesinde betimleyici istatistiksel yöntemler, Bağımsız Gruplar T testi, Kruskal-Wallis H Testi, Mann-Whitney U testi, Pearson Korelasyon analizi ve Basit Doğrusal Regresyon Analizi kullanıldı. Çalışmada kullanılan tüm analizler için anlamlılık seviyesi $p<0,05$ olarak belirlendi.

Alkol ve madde kullanım bozukluğu olan bireylerin yaş ortalaması $32,56\pm 11,35$ ve %98'i erkektir. Katılımcıların toplam TMA puan ortalaması $102,07\pm 12,03$ 'tür. FOTÖ ve TMA toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı derecede bir ilişki olmadığı ancak TMA alt boyutu olan dışsal motivasyon ve kişiler arası yardım arama ile pozitif ilişkili, tedaviye güven ile negatif ilişkili olduğu bulundu. Katılımcıların tedavi motivasyonlarının belirli alanlarının tedavi şekline, geçmiş remisyon öyküsüne ve geçmiş intihar girişimine göre farklılaştığı bulundu.

Regresyon Analizine göre FOTÖ toplam puanlarının TMA skorlarını anlamlı derecede açıklamadığı; fakat Dışsal Motivasyon Alt ölçek skorlarının %11,6'sını ($p<0,05$), Tedaviye Güven Alt ölçek skorlarının %10,8' ini ($p<0,05$), Kişiler Arası Yardım Arama alt ölçek skorlarının %5,1'ini anlamlı derecede açıkladığı bulundu.

Sonuç olarak alkol ve madde kullanım bozukluğu olan bireylerin dışsal motivasyonlarını daha sağlıklı hale getirmek ve tedaviye olan güvenlerini artırmak amacıyla fonksiyonel olmayan tutumların göz önüne alınması faydalı olabilir.

Anahtar Kelimeler: Alkol kullanım bozukluğu, madde kullanım bozukluğu, tedavi motivasyonu, fonksiyonel olmayan tutumlar, alkol ve madde bağımlılığı hemşiresi.

ABSTRACT

Dura, E. (2019). The Effects of Dysfunctional Attitudes on Treatment Motivation of Individuals Admitted to Alcohol and Drug Research, Treatment and Training Center. Istanbul University-Cerrahpasa, Institute of Graduate Studies, Mental Health and Psychiatric Nursing Program Master Thesis, Istanbul.

The aim of this research is to investigate the effects of dysfunctional attitudes on the treatment motivation of individuals which is descriptive-relational study is conducted at Alcohol and Drug Research, Treatment and Training Center.

The study is carried out between September 2018 and March 2019 in a training and research hospital in Bursa with 101 patients who is inpatient or outpatient in AMATEM and meet the research criteria.

Dysfunctional Attitudes Scale (DAS), Treatment Motivation Questionnaire (TMQ) and Personal Data Form were applied to the participants. Descriptive statistical methods, Independent Sample T Test, Kruskal-Wallis H Test, Mann-Whitney U Test, Pearson Correlation Analysis and Simple Linear Regression Analysis were used to analyze the data. The significance level was determined as $p < 0.05$ for all analyzes.

The mean age of individuals with alcohol and substance use disorder was 32.56 ± 11.35 and 98% was male. The mean total TMQ score of the participants was 102.07 ± 12.03 . It was found that there was no significant relationship between DAS and TMQ scores, in addition DAS scores were positively correlated with External Motivation and Interpersonal Help Seeking subscales scores, negatively correlated with Confidence in Treatment subscale scores.

According to the Regression Analysis, the total score of the Dysfunctional Attitudes Scale did not significantly explain the Treatment Motivation Questionnaire scores. However, it was found that Dysfunctional Attitudes Scale scores explained 11.6% of External Motivation subscale scores ($p < 0.05$), 10.8% of Confidence in Treatment subscale scores ($p < 0.05$), 5.1% of Interpersonal Help Seeking subscale scores ($p < 0.05$).

In conclusion, it may be useful to pay attention to the dysfunctional attitudes of individuals with alcohol and substance abuse disorders in order to make the external motivation healthier and to increase the confidence in treatment.

Keywords: Alcohol use disorder, substance use disorder, treatment motivation, dysfunctional attitudes, alcohol and drug nursing.

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Bağımlılık yapıcı maddelerin kullanımı toplum sağlığını tehdit eden önemli sorunlar arasındadır. Başta tütün ve alkol kullanımı olmak üzere madde kullanımının dünyada gerçekleşen ölümlerin yaklaşık olarak %13'ünde payı olduğu tahmin edilmektedir (World Health Organization [WHO] 2009). Alkol ve madde bağımlılığının genellikle ergenlik döneminde başladığı, bağımlılık yaygınlık oranının 18-44 yaş aralığında yüksek olduğu, yaşam boyu alkol ve madde bağımlılığı sıklığının %8,4 civarında olduğu ifade edilmiştir (Kessler ve ark. 2005).

Alkol ve madde bağımlılığının nedenlerinin araştırıldığı çalışmalarda temel olarak genetik ve çevresel faktörlerin etkileri incelenmiştir (Nestler 2013). Bu iki temel başlık altında yapılan çalışmalarda kişilerin alkol ve madde bağımlısı olmalarında yaş, cinsiyet, eğitim gibi demografik özellikler, nörobiyolojik anormallikler, psikopatoloji, problemlilik kişilik özellikleri ve kullanılan maddenin türü gibi değişik faktörlerin etkisi olabileceği gösterilmiştir (Peltzer ve ark. 2002; Marcos ve ark. 2008; Amerikan Psikiyatri Birliği 2014 pp. 231-290).

Alkol ve madde kullanımının nedenlerinin anlaşılması bağımlılık tedavisinde kullanılan yöntemlerin karşılaştırılmasını kolaylaştırmıştır. Bunun sonucunda alkol ve madde kullanım bozukluğunun tedavisinde bağımlılığa neden olan olumsuz çevresel ve genetik özelliklerle mücadele edebilmek amacıyla sadece medikal tedavinin yeterli olmadığı, bağımlılık ile daha iyi mücadele edilebilmesi amacı ile psikososyal tedavilerin de gerekli olduğu ifade edilmiştir (Taylor ve ark. 2013; Walter ve ark. 2015).

Alkol ve madde bağımlılığında kullanılan psikososyal tedaviler, başta psikoterapiler (Bilişsel Terapi, Bilişsel Davranışçı Terapi, Motivasyonel Görüşme, Aile Terapisi v.b.) olmak üzere, kendi kendine yardım gruplarını ve rehabilitasyon hizmetlerini içermektedir (Ögel 2010; Lynch ve ark. 2013; Walter ve ark. 2015). Medikal tedaviye ek olarak uygulanan psikososyal tedavilerin sadece iyileşmeyi sağlamadığı aynı zamanda iyileşmenin korunabilmesi için gerekli olduğu ifade edilmiştir (Ögel 2010).

Alkol ve madde bağımlılığında psikososyal tedavilerin etkinliğinin artırılabilmesi amacıyla bağımlı hastaların tedavi motivasyonlarının yeterli düzeyde tutulması gerektiği belirtilmiştir (Oji ve ark. 2017). Bağımlı bireylerde tedavi motivasyonunun; kişinin iç dünyasında oluşan içsel motivasyon, sosyal çevreden veya yasalar tarafından oluşturulan dışsal motivasyon, kişiler arası yardım arayışı ve tedaviye duyulan güven gibi temel

yapıları kapsadığı belirtilmiştir (Evren ve ark. 2006). Bu nedenle bağımlılığın terapisinde ilk adım olarak hastaların tedavi motivasyonlarına odaklanması gerektiği vurgulanmıştır (Longshore ve Teruya 2006; Conner ve ark. 2009). Alkol ve madde kullanım bozukluğu olan bireylerde gerekli davranış değişikliklerinin sağlanabilmesi için tedavi ile bağlantılı belirsizliklerin ortadan kaldırılması gerektiği belirtilmiştir (Oji ve ark. 2017).

Fonksiyonel olmayan tutumlar, işlevsel olmayan inanışları tanımlayan, kişileri ruhsal sorunlara ve bağımlılığa yatkın hale getiren bilişsel hataları ve çarpıtmaları içeren, bilişsel terapi sırasında değiştirilmesi gereken olumsuz zihinsel yapılar olarak tanımlanmıştır (Kahler ve ark. 2002; Gjestad ve ark. 2011; A'zami ve ark. 2015; Taymur ve ark. 2016; Nasrazadani ve ark. 2017). Alkol ve madde kullanım bozukluklarının psikoterapisinde sıklıkla motivasyonel görüşmelerin ve bilişsel davranışçı terapilerin tercih edildiği, psikiyatri hemşirelerinin başta destekleyici ve bilişsel davranışçı uygulamalar olmak üzere psikoterapi sürecinde aktif rol aldığı belirtilmiştir (Lynch ve ark. 2013; Walter ve ark. 2015; Delaney ve ark. 2019). Bu nedenle psikiyatri hemşirelerinin önemli bir üyesi olduğu ruh sağlığı çalışanlarının alkol ve madde bağımlılığının tedavi sürecinde, sıklıkla fonksiyonel olmayan inanışlar ile karşılaştığı söylenebilir.

Bağımlılığın terapisinde öncelikli olarak tedavi motivasyonunun sağlanması gerektiği, devam eden terapi sürecinde ise işlevsel olmayan inanışların ve bilişsel hatalarının düzeltilmesinin gerektiği vurgulanmıştır (Oji ve ark. 2017; Magill ve Ray 2009; A'zami ve ark. 2015). Buna rağmen literatürde alkol ve madde kullanımı olan bireylerin tedavi motivasyonları ve işlevsel olmayan inanışlarının incelendiği yeterli sayıda çalışma bulunmamaktadır. Fonksiyonel olmayan inanışlar tedavi sürecinde hastaların tedavi motivasyonlarını etkileyebilir. Bu nedenle bu çalışma ile alkol ve madde kullanım bozukluğu olan bireylerde işlevsel olmayan inanışlar ve tedavi motivasyonu arasındaki etkileşiminin araştırılması, eğer bir etkileşim var ise derecesinin belirlenmesi, tedavi motivasyonunun hangi alt bileşenlerinin işlevsel olmayan inanışlardan etkilendiğinin belirlenmesi amaçlanmıştır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Bağımlılık ve İlişkili Kavramların Tanımı

2.1.1. Bağımlılık

Bağımlılık kavramı literatür açısından geniş ve tartışmalı bir konu olup, bağımlılığın farklı türlerini içeren çeşitli tanımlamalar yapılmıştır (Alavi ve ark. 2012; Grant ve Chamberlain 2016). Bağımlılığın tanımlanma sürecinde davranışsal bağımlılıklar ve alkol/madde bağımlılığı olmak üzere iki temel çerçeveye vurgu yapılmıştır (Grant ve Chamberlain 2016). Bu nedenle kişilerin sadece alkol ve madde bağımlısı değil aynı zamanda kumar, alışveriş, internet gibi alanlarda da bağımlılıklar geliştirebileceği ifade edilmiştir (Alavi ve ark. 2012). Bunun sonucunda bağımlılık, üzerinde kontrol kaybının yaşandığı alanda ortaya çıkan, tolerans ve yoksunluk belirtilerini içeren, kullanımı nedeni ile kişinin işlevselliğinin bozan bir davranış alanı olarak tanımlanmıştır (Alavi ve ark. 2012; Grant ve Chamberlain 2016). Madde bağımlılığı ise madde kullanma isteği ile seyreden, kullanılan maddeye karşı tolerans ve yoksunluk belirtilerinin geliştiği, madde kullanımı nedeni ile kişinin yaşamının olumsuz etkilendiği ruhsal tablo olarak tanımlanmıştır (Amerikan Psikiyatri Birliği 2000 pp.191-295).

2.1.2. Tolerans

Aynı dozda madde kullanmanın kişide istenilen psikolojik ve fizyolojik etkiyi oluşturmaması, madde kullanımının arttırılmasına neden olur ve bu durum tolerans olarak tanımlanmaktadır (Amerikan Psikiyatri Birliği 2000 pp.192-194). Madde kullanan bireylerde tolerans gelişmesine neden olan faktörlerin çevresel, bilişsel, duygusal ipuçları ile bağlantılı olduğu aynı zamanda toleransın maddenin bağımlılık yapan güçlü farmakolojik etkilerinden kaynaklanabileceği ifade edilmiştir (Siegel 2005).

2.1.3. Yoksunluk

Yoksunluk, madde bırakılması durumunda kişide ortaya çıkan fizyolojik (titreme, üşüme, kusma, baş dönmesi vb.) ve psikolojik (isteksizlik, keyifsizlik, huzursuzluk, öfke, saldırganlık vb.) belirtilerdir (Amerikan Psikiyatri Birliği 2000 p.194). Kişinin bağımlılığa olan ruhsal yatkınlığına ve maddenin bağımlılık yapıcı etkisine göre ortaya çıkan yoksunluk belirtilerinin farklılaştığı ifade edilmiştir (Siegel 2005).

2.1.4. Entoksikasyon

Entoksikasyon, yakın bir geçmişte madde alımına bağlı olarak ortaya çıkan, kullanılan madde türüne göre değişiklik gösteren, bellek, yönelim veya duygudurum gibi farklı alanları etkileyen maddeye özgü sendrom olarak tanımlanmaktadır (Kaya 2014). DSM-5'te tanımlanan alkol ve madde kullanım bozukluklarında yer alan maddelerden tütün hariç, diğer tüm maddelerin entoksikasyona neden olabileceği, entoksikasyon sırasında psikoz, bipolar bozukluk, depresyon, anksiyete bozuklukları, deliryum gibi farklı bir çok ruhsal hastalık belirtisinin ortaya çıkabileceği ifade edilmiştir (Amerikan Psikiyatri Birliği 2014 p.233).

2.1.5. Çapraz Tolerans

Çapraz tolerans, bağımlı olunan maddenin yerine benzer psikolojik veya fizyolojik etkiler gösteren başka bir maddenin kullanımı olarak tanımlanmıştır (Jain ve Holtzman 2005). Örneğin amfetamin ihtiyacını karşılamak amacı ile kişinin yüksek miktarda kafein alması çapraz toleransa örnek gösterilebilir (Jain ve Holtzman 2005).

2.1.6. Madde Kötüye Kullanımı

Kötüye kullanım kavramı DSM-4-TR'de madde bağımlılığı tanı kriterlerini karşılamayan riskli madde kullanımını tanımlamak amacıyla kullanılmıştır (Amerikan Psikiyatri Birliği 2000 p.194). DSM-5 yayımlanmadan önce farklı araştırmacılar bağımlılık tanı kategorisi için yeni bağımlılıklar tanımlayıp önermişlerdir. Fakat DSM-5 tam tersi bir yaklaşım göstererek madde bağımlılığı kavramını yeni yayımladığı tanı sınıflama sisteminden çıkarmıştır (Güleç ve ark. 2015). DSM-5 bağımlılık ya da kötüye kullanım kavramı yerine kullanım bozukluğu kavramını ön plana çıkarmaya başlamıştır (Amerikan Psikiyatri Birliği 2014 pp. 231-290; National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism [NIAAA], 2016).

2.1.7. Madde Kullanım Bozukluğu

DSM-5'te alkol ve madde ile ilişkili problemleri kullanım Madde ile İlişkili Bozukluklar ve Bağımlılık Bozuklukları başlığı altında incelenmiştir (Amerikan Psikiyatri Birliği 2014 pp. 231-290). Bu nedenle DSM-5'te Alkol Bağımlılığı kavramı yerine Alkol Kullanım Bozukluğu, Madde Bağımlılığı yerine ise Madde Kullanım Bozukluğu kavramı tercih edilmiştir. DSM-5'e göre alkol ve madde kullanım bozukluğu kavramı, kullanılan madde sonucunda ortaya çıkan tolerans ve yoksunluk belirtilerini

içeren, kişinin ruhsal ve bedensel sağlığını olumsuz etkileyen, işlevselliğini bozan problemleri madde kullanımı olarak tanımlanmıştır. DSM-5'e göre Madde Kullanım Bozukluğu tanı kriterleri Tablo 2-1'de sıralanmıştır.

Tablo 2-1: DSM-5'e Göre Madde Kullanım Bozukluğu tanı kriterleri

1. Madde kullanımının çoğu kez istenilenden daha büyük ölçüde veya uzun süreli olması
2. Maddeyi bırakmak veya kontrol altında tutmak için istek veya sonuç vermeyen uğraşlar
3. Maddeyi elde etmek, kullanmak veya etkilerinden kurtulmak için gerekli etkinliklere çok zaman ayırma
4. Madde kullanımı için çok büyük bir istek duyma veya kendini zorlanmış hissetme
5. Madde kullanımı sonucu iş, ev veya okuldaki sorumluluklarını yerine getirememesi
6. Toplumsal veya kişiler arası sorunlara rağmen madde kullanımını sürdürme
7. Madde kullanımdan dolayı toplumsal, iş veya hobi ile ilişkili etkinliklerin bırakılması veya azaltılması
8. Yineleyici biçimde tehlikeli olabilecek durumlarda dahi madde kullanmaya devam etme
9. Tekrarlayan bedensel veya ruhsal sorunların bilinmesine rağmen madde kullanma
10. Maddeye karşı dayanıklılık (tolerans) gelişmiş olması
11. Yoksunluk

Açıklama: 12 ay içinde yukarıdaki kriterlerden en az ikisi karşılanmalıdır. Madde kullanımı klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya ve işlevsellikte düşmeye yol açmalıdır. 12 ay içinde yukarıdaki kriterlerin; 2-3'ünün karşılanması hafif, 4-5'inin karşılanması orta, 6 ve daha fazlasının karşılanması kişide şiddetli derecede madde kullanım bozukluğu olduğu göstermektedir.

2.2. Kullanım Bozukluğu Yapıcı Maddeler ve Özellikleri

DSM-5'e göre madde ile ilişkili bozukluklar alkol, kafein, kenevir, varsandiranlar, uçucular, opiyatlar, dinginleştiriciler, uyarıcılar, tütün ve diğer maddeler olmak üzere on altı başlık altında incelenmiştir (Amerikan Psikiyatri Birliği 2014 pp. 231-290).

2.2.1. Alkol

Arkeolojik bulgulara göre insanların, M.Ö. 7 binli yıllarda alıç veya üzüm gibi meyveleri, pirinci veya balı fermente ederek alkol ürettikleri ve tükettikleri bilinmektedir (McGovern ve ark. 2004). Merkezi sinir sistemi depreyanı olan alkol, N-methyl-D-aspartate (NMDA), Gama-Aminobütrik Asit (GABA), glisin, 5-hidroksitriptamin 3 (5HT3/serotonin) ve nikotinik ACh gibi reseptörlere etki ederek ortaya çıkardığı kaygı

giderici özelliği nedeni ile günümüzde halen sıklıkla tercih edilen psikoaktif maddelerden birisi olarak tanımlanmaktadır (Vengeliene ve ark. 2008). Alkolün kaygı giderici bir psikoaktif madde olması ve beynin ödül merkezini etkilemesi bağımlılık yapma ihtimalini artıran en önemli özellikleri arasında gösterilmektedir (Vengeliene ve ark. 2008). Alkolün uzun süreli kullanımında tolerans ve yoksunluk belirtilerinin ortaya çıktığı belirtilmiştir (Amerikan Psikiyatri Birliği 2014 pp. 237-241). Uzun süreli alkol kullanımının neredeyse tüm beyinin nörotransmisyonunu etkilediği, bu nedenle kişilerde fizyolojik ve psikolojik kökenli bağımlılık belirtilerinin ortaya çıktığı ifade edilmiştir (Vengeliene ve ark. 2008). Yüksek miktarda alkol tüketiminin ölümle sonuçlanan ciddi sağlık sorunlarını doğurabileceği, düşük veya yeterli miktarda alkol tüketimin uzun vadede kişilerin zihinsel sağlıklarını olumlu etkileyebileceği ifade edilmiştir (Kim ve ark. 2012).

2.2.2. Kafein

Kafeinin kullanımının tam olarak ne zaman başladığının bilinmediği, fakat 15. yüzyılda kullanımının yaygınlaştığı ve 18. yüzyılda Avrupa'da kullanılmaya başladığı ifade edilmiştir (Fredholm 2011). Kafein, serotonin nöronları üzerindeki etkisiyle merkezi sinir sistemini uyaran ve insanlar tarafından en sık tüketilen psikoaktif madde olarak tanımlanmaktadır (Nehlig ve ark. 1992). Kafeinin beyinde baskın olarak adenosin A2A reseptörlerini (A2AR) antagonize ederek dopamin (özellikle D2 ve D3 reseptörleri aracılığı ile) sinyalini arttırdığı değerlendirilmiştir (Volkow ve ark. 2015). Kafeinin öğrenme, hafıza ve koordinasyonu olumlu etkilediği, bu durumun metilksantin dikkat, uyarılma ve yorgunluk üzerindeki etkisiyle bağlantılı olduğu ifade edilmiştir (Nehlig ve ark. 1992). Yüksek miktarda tüketimde entoksikasyona neden olduğu, uzun süreli kullanımda ise kötüye kullanıma ve yoksunluğa neden olabileceği belirtilmiştir (Amerikan Psikiyatri Birliği 2014 pp. 242-244).

2.2.3. Kenevir (Kannabis)

Kenevirin tarihi kayıtlara ve arkeolojik bulgulara göre M.Ö. 6000'lerde gıda amaçlı Çin'de kullanılmaya başladığı ifade edilmiştir (Bauer ve ark. 2016). Tıbbi ismi Tetrahydrocannabinol (THC) olan kenevir Türk toplumu tarafından çoğunlukla esrar olarak bilinmekte olup, madde kullanım bozukluğuna, entoksikasyona ve yoksunluğa neden olan keyif verici uyuşturucu türlerinden birisidir (Amerikan Psikiyatri Birliği 2014 pp. 244-249). Kenevir kannabinoid reseptörlerini (CB1, CB2) etkileyerek psikomotor davranışın bozulması, kısa süreli hafıza kaybı, zehirlenme, iştahın uyarılması,

antinosiseptif eylemler (özellikle nöropatik kökenli ağrıya karşı) ve antiemetik etkiler ortaya çıkarabilmektedir (Iversen 2003). Kenevirin aşırı miktarda kullanımının deliryuma, psikoza ve kaygı bozukluğuna neden olabileceği, yoksunluğunun ise uyku problemlerine neden olabileceği belirtilmiştir (Amerikan Psikiyatri Birliği 2014 pp. 248-249). Bazı kannabinoid çeşitlerinin ise, insan sağlığı açısından fayda sağlayan medikal amaçlı kullanımı mevcuttur (United Nations Office on Drugs and Crime [UNODC], 2017).

2.2.4. Varsandırınlar (Halüsinojenler)

Psikoaktif maddelerin tarih öncesi dönemlerde dini ritüeller için kullanıldığı, günümüzde kötüye kullanımı sık olan varsandırınların ise 1950'li yıllardan sonra tıbbi amaçlar için üretilmeye başlandığı belirtilmiştir (Guerra-Doce 2015). Fensiklidin, ekstazi, ketamin, liserjik asit dietilamid (LSD), psilosibin ve peyote gibi halüsinojenleri içeren, kullanımı sırasında kişiler üzerinde ciddi fiziksel (taşikardi, hipertansiyon, uyku problemleri vb.) ve psikolojik (öfori, sanrı, illüzyon, paranoya vb.) etkileri olan uyuşturucu madde türü olarak tanımlanmıştır (Thompson ve ark. 1987; Hardaway ve ark. 2016). Buna ek olarak 25I-NBOMe olarak tanımlanan yeni bir halüsinojen kullanımının gençler arasında popülerlik kazandığı ve bu durumun ciddi tıbbi komplikasyonlara neden olabileceği belirtilmiştir (Hardaway ve ark. 2016). Hayvan ve insan çalışmalarından, halüsinojenlerin karakteristik etkilerinin 5-HT_{2A} (5-hidroksitriptamin/Serotonin) reseptörü ile bağlantılı olduğu belirtilmiştir (Halberstadt ve Geyer 2011). Halüsinojenlerin kullanımında madde kullanım bozukluğu ve entoksikasyonun görülebileceği, entoksikasyon sırasında ise psikoz, bipolar bozukluk, depresyon, kaygı bozukluğu ve deliryum gibi ciddi sağlık sorunlarının ortaya çıkabileceği belirtilmiştir (Amerikan Psikiyatri Birliği 2014 pp. 249-257).

2.2.5. Uçucular (İnhalanlar)

Uçucuların kullanımının milattan önceki dönemlerde Antik Mısır, Antik Yunan ve Babil uygarlıklarında kullanıldığı, günümüzdeki kullanım bozukluğu yaygın olan uçucuların ise 18. Yüzyıldan sonra ortaya çıktığı belirtilmiştir (Shehata 2008). İnhalan (solventler, gazlar, medikal anestezipler) kötüye kullanımı değişen bir zihinsel duruma ulaşmak için uçucu bir maddenin kasıtlı olarak solunması olarak tanımlanmıştır (Williams ve ark. 2007). Uçucu madde kullanımının GABA, glisin ve 5-hidroksitriptamin 3 aktivasyonu ve N-methyl-D-aspartate (NMDA) reseptörü inhibisyonu üzerinde

etkilerinin olduğu, uçucu kötüye kullanımının ise beyaz cevherdeki yaygın ve ince değişikliklerin yanı sıra nörolojik ve nöropsikolojik bozulmalarla ilişkili olduğu ifade edilmiştir (Lubman ve ark. 2008). Uçucu kullanım bozukluğunda yoksunluk belirtilerinin görülmediği, fakat entoksikasyona bağlı olarak psikoz, depresyon, kaygı bozukluklarının ortaya çıkabileceği ve uçucu kullanımının kalıcı nörobiyolojik bozukluklara neden olabileceği belirtilmiştir (Amerikan Psikiyatri Birliği 2014 pp. 257-261).

2.2.6. Opiyatlar

Opiyatın M.Ö. 3500 yıllarında Sümerler’de, ilerleyen yıllarda ise Antik Mısır ve Antik Yunanda kullanıldığı belirtilmiştir (Khademi ve ark. 2016). Opiyatlar doğada doğal olarak bulunabilen (morfin, kodein, opium vb.) veya yarı sentetik ve sentetik (eroïn, meperidin, metadon, pentazosin, fentanil vb.) olarak da elde edilebilen uyuşturucu maddeler arasındadır (Kalyoncu 2005; Degenhardt ve ark. 2011). Eroïn, afyon bitkisinden üretilen, kullanımında hızlı ve kısa süreli yoğun öforiye neden olan, bağımlılık yapma riski yüksek olan bir opiyat türü olarak tanımlanmıştır (Kalyoncu 2005). Opioid kullanım bozukluğunun başta mu-opioid reseptörleri olmak üzere dopamin, GABA ve noradrenarjik sistemle bağlantılı olduğu ifade edilmiştir (Evans ve Cahill 2016). Eroïnin aşırı doz alımının yüksek oranda ölümlere neden olması, opiyat kötüye kullanımının toplum sağlığını tehdit eden önemli problemlerden birisi olduğunu göstermektedir (Degenhardt ve ark. 2011). Opiyat kullanım bozukluğu tanısı alan kişilerde sıklıkla madde entoksikasyonu ve yoksunluk belirtilerinin görüldüğü; opiyat entoksikasyonu veya yoksunluğu yaşıyan kişide deliryum, cinsel işlev bozuklukları veya uyku bozuklukları gibi önemli hastalıkların ortaya çıkabileceği belirtilmiştir (Amerikan Psikiyatri Birliği 2014 pp. 262-267). Bazı opiyat türevleri medikal alanda ağrı kesici olarak kullanılmaktadır (UNODC, 2017).

2.2.7. Dinginleştirici, Uyutucu ya da Kaygı Gidericiler (Sedatif, Hipnotik ya da Anksiyolitikler)

Anksiyolitikler, yatıştırıcılar ve hipnotikler 20. yüzyılda geliştirilen ve sıklıkla kullanılan ilaçlar arasında olup psikofarmakolojik etkileri nedeni ile madde kötüye kullanımına veya bağımlılığına neden olduğu değerlendirilmiştir (Busto ve Sellers 1991). Bu grupta bulunan ilaçların kullanımında GABA etkisinin artması sonucunda sakinleştirici ve kaygı giderici etki ortaya çıkmaktadır (Rudolph ve Möhler 2006). Bununla birlikte bu ilaçların kullanımı madde kullanım bozukluğuna, entoksikasyona ve

yoksunluğa neden olabilmektedir (Amerikan Psikiyatri Birliği 2014 pp. 267-273). DSM-5'e göre bu gruptaki ilaçların entoksikasyonu veya yoksunluğu sırasında psikoz, bipolar bozukluklar, depresyon, uyku ve cinsel işlev bozukluğu gibi hastalıklar görülebilmekte, bu ilaçların kötüye kullanımı deliryuma veya nörobilişsel bozukluklara neden olabilmektedir.

2.2.8. Uyarıcılar (Stimülanlar)

Uyarıcıların günümüzden sekiz bin yıl öncesi kullanıldığını gösteren veriler bulunmuştur (Dillehay ve ark. 2010). Amfetamin ve kokain başta olmak üzere uyarıcıların beynin ödül yolları (dopamin, serotonin, GABA aracılığı ile) üzerinde oluşturduğu güçlü etki nedeni ile bağımlılık yapma potansiyelinin yaygın olduğu ifade edilmiştir (Li ve Kirby 2016; Kharkwal ve ark. 2016). Merkezi sinir sistemi üzerinde etki oluşturan uyarıcıların nöbet, fokal nörolojik semptom, baş ağrısı, ajitasyon, geçici bilinç kaybı gibi sorunların yanı sıra kalp krizi, inme ve ölüm de dahil olmak üzere ciddi sonuçlar ortaya çıkarabilmektedir (Sordo ve ark. 2014). Uyarıcıların kullanımı sonucunda kişilerde madde kullanım bozukluğu, entoksikasyon ve yoksunluğun gelişebileceği, buna ek olarak psikoz, bipolar bozukluk ve deliryum gibi önemli ruhsal hastalıklara neden olabileceği ifade edilmiştir (Amerikan Psikiyatri Birliği 2014 pp. 274-280).

2.2.9. Tütün

Tütün, Amerika kıtasında keşfedilen bir bitki olup 15. yüzyıldan itibaren bütün dünyaya yayılan bir bitkidir (Şahin ve Taşlıgil 2013). DSM-5'te entoksikasyona neden olmayıp, tolerans ve yoksunluk belirtilerinin yaşandığı tütün kullanımı, tütün kullanım bozukluğu olarak tanımlanmıştır (Amerikan Psikiyatri Birliği 2014 pp.280-284). Dünyada meydana gelen tüm ölümlerin %8,7'sinde tütün kullanımının etkilerinin olduğu değerlendirilmiştir (WHO, 2009). Akciğer kanseri, kalp ve damar hastalıkları gibi ölümcül sağlık sorunlarına neden olan tütünün içinde bulunan nikotin maddesinin beyin ödül sistemini aktive ederek (nikotin reseptörleri aracılığı ile) bağımlılık oluşumuna zemin hazırladığı belirtilmiştir (Sağlam 2017). Buna ek olarak tütün kullanımının kişileri diğer bağımlılıklara yatkın hale getirdiği düşünülmektedir. Bir diğer anlatımla sigara kullanımı kişilerin diğer bağımlılık yapıcı maddeleri kullanma riskini artıran bir geçiş maddesidir. Örneğin sigara kullanımı olan kişilerin kokain kullanma riskinin 7,5 kat, eroin kullanma riskinin 16 kat, taş kullanma riskinin 13,9 kat, esrar kullanma riskinin 7,3 kat daha yüksek olduğu değerlendirilmiştir (Lai ve ark. 2000).

2.2.10. Diğer (ya da Bilinmeyen) Maddeler

Sentetik Kannabinoid içeren maddeler 2004 yılından bu yana piyasada bulunabilir hale gelmiş ve yapılan testlerde sonuç vermediği için yasal kafa yapıcılar olarak popülerlik kazanmıştır (Evren ve Bozkurt 2013). Sentetik kannabinoid içeren maddeler Türkiye’de genellikle “Bonzai” ya da “Jamaika” olarak bilinmektedir (Artuç ve ark. 2014). Tüketiciler tarafından kanabise benzer şekilde tüketilen bu maddeler, tipik bir bitkisel içeriğe karıştırılmış birkaç farklı sentetik kannabinoid içerebilmektedir (Pakiş ve Polat 2016). DSM-5’ te yer alan diğer ya da bilinmeyen maddeler kategorisi tam olarak tanımlanamayacağı için neden olduğu bozuklukların dereceleri ve türleri belirsizdir. Bu maddelerin kullanımı ya da yoksunluğu psikoza, bipolar bozukluğa, kaygı bozukluklarına ve deliryuma neden olabilmektedir (Amerikan Psikiyatri Birliği 2014 pp.284-289).

2.3. Madde Kullanım Bozukluğu Nedenleri

Madde kullanım bozukluklarının nedenlerini açıklamada çeşitli psikoloji kuramları farklı hipotezler geliştirmiştir. Son dönemde madde kullanım bozuklukları üzerine yapılan çalışmalarda ise madde bağımlılığının nörobiyolojik, genetik ve çevresel öğeleri içeren üç temel faktörden ortaya çıktığı değerlendirilmiştir.

2.3.1. Biyolojik nedenler

Madde bağımlılığına neden olan biyolojik faktörler farklı beyin bölgeleri ve beyindeki anormallikler ile açıklanmaya çalışılmaktadır. Kullanılan maddelerin beyin ventral tegmantal alan, nükleus akkumbens, amigdala, hipotalamus, bazal ganglion ve prefrontal korteks gibi yapılar üzerinde yaptığı güçlü etki bağımlılığının en önemli nedenleri arasında gösterilmektedir (Koob ve Volkow 2016). Bir diğer anlatımla kullanılan maddenin türüne göre madde bağımlısı olma riskinin değiştiği, maddenin zihin üzerine olan güçlü farmakolojik etkilerinin bağımlılık riskini artırdığı söylenebilir. Bu nedenle araştırmacılar bağımlılığa karşı kırılganlığın; beyin ödül sistemlerini hassaslaştıran moleküler (dopamin, serotonin, GABA, glutamat), hücresel veya nöral devrelerindeki değişim faktörlerinden kaynaklandığını belirtmişlerdir (Gardner 2011; Koob ve Volkow 2016).

2.3.2. Genetik nedenler

Kişilerin neden bağımlı olduklarını açıklamaya çalışan araştırmaların önemli bir bölümü genetik faktörlere odaklanmıştır. Bağımlılığın kuşaklar arası aktarımında ve

ortaya çıkmasında başta dopaminerjik sistemle (özellikle D1 ve D2 reseptörlerinin) ilişkili anormalliklerin, serotonerjik sistemde bulunan protein kodlayıcı yapılardaki anormal değişikliklerin, GABA-A reseptörünün alt ünitesinde bulunan genetik materyalin etkilerinin olduğu gösterilmiştir (Feinn ve ark. 2005; Soyka ve ark. 2008; Le Foll ve ark. 2009). İkiz araştırmaların derlendiği bir meta analiz çalışmasında bağımlılığa neden olan genetik faktörlerin etki büyüklüğünün orta ve yüksek seviye arasında (0.30-0.70) değiştiği ifade edilmiştir (Agrawal ve Lynskey 2008). Aynı zamanda bu çalışmada genetik ve çevre etkileşimi sonucu bağımlı davranışların ortaya çıktığı, bu etkileşimde cinsiyet, yaş ve kültürel özelliklerin rol aldığı ifade edilmiştir.

2.3.3. Çevresel nedenler

Madde bağımlılığına neden olan önemli faktörlerden bazıları sosyokültürel özellikleri içermektedir. Madde kullanım oranlarının yaş, cinsiyet, eğitim, medeni durum, ekonomik durum, ırk, geçmiş madde kullanımı öyküsü gibi özelliklere göre farklılaştığı değerlendirilmiştir (Lai ve ark. 2000; Kızılkurt ve Gıynaş 2019; Peltzer ve ark. 2002). Bu çalışmalarda erkek cinsiyetin, ergenlik döneminin, akran etkisinin, düşük eğitim seviyesinin, kötü ekonomik durumun, geçmiş madde kullanımının ve sigara bağımlılığının madde kullanımı açısından risk oluşturduğu değerlendirilmiştir.

2.4. Madde Kullanım Bozukluğunun Epidemiyolojisi

Madde kullanımı halk sağlığını tehdit eden ruhsal sorunların başında gelmektedir. Dünya nüfusunun %7'sinin yaşamboyu en az bir defa uyuşturucu kullandığı, %5,3'ünün ise madde kullanım bozukluğuna sahip olduğu, bu nedenle 300 milyondan fazla insanın uyuşturucu madde kullandığı ve 255 milyondan fazla insanın madde kullanım bozukluğu tanısına sahip olduğu ifade edilmiştir (UNODC 2017). Bununla birlikte dünyada yaşamını kaybeden kişilerin % 12,7'sinin alkol, sigara ve uyuşturucu madde nedeni ile öldüğü tahmin edilmektedir (WHO 2009). Avrupa Uyuşturucu ve Uyuşturucu Bağımlılığını İzleme Merkezi (EMCDDA) 2018 raporuna göre Avrupa Birliğinde bulunan 15-64 yaş aralığındaki nüfusun, yaşam boyu 87,6 milyonunun esrar, 17 milyonunun kokain, 13,5 milyonunun MDMA (3,4-metilenedioksi-N-metilamfetamin) ya da bilinen adıyla ekstazi, 11,9 milyonunun amfetamin ve 1,3 milyonunun opiyat kullandığı tahmin edilmektedir.

Madde kullanımı ve madde kötüye kullanımı toplum sağlığını tehdit etmesinin yanında ülkelere önemli bir ekonomik yük oluşturmaktadır. Avrupa kıtasında bulunan

ülkelerin gayri safi yurt içi harcamalarının %0,01-%0,5'inin uyuşturucu ile ilişkili kamu harcamalarına ayrıldığı değerlendirilmiştir (EMCDDA 2018). Türkiye Uyuşturucu ve Uyuşturucu Bağımlılığı İzleme Merkezi (TUBİM) 2018 raporuna göre ise 2017 yılında bir milyar TL'ye yakın bir kaynağın uyuşturucu ile mücadeleye ayrıldığı belirtilmiştir.

Madde kullanımı Türkiye'de toplum ruh sağlığını olumsuz etkileyen faktörlerin başında gelmektedir. Sağlık Bakanlığı'nın verilerine göre Türkiye'de 2017 yılında 210 binden fazla kişinin ayaktan uyuşturucu kullanımı tedavisi aldığı, 12 binden fazla kişinin ise yatarak (alkol ve tütün kullanım bozuklukları hariç) tedavi aldığı ifade edilmiştir (TUBİM 2018a). İstanbul'da yaşayan 18-65 yaş arasındaki katılımcıların değerlendirildiği bir çalışmada alkol kullanımının kadınlarda % 15,9, erkeklerde % 34,5 olduğu, riskli alkol tüketimi sıklığının ise %6,8 olduğu bulunmuştur (Akvardar ve ark. 2003). Türkiye'de üniversite öğrencileri üzerinde yapılan bir çalışmada ise sigara kullanımının %45,4, düzenli sigara kullanımının %34,9, haftada birden daha sık alkol alım oranının %17,1, yaşam boyu en az bir kez madde kullanım oranının %10,4 olduğu değerlendirilmiştir (Ulukoca ve ark. 2013).

Türkiye dışında diğer ülkelerde yapılan çalışmalarda madde kullanım sıklığının yüksek olduğu ifade edilmiştir. ABD'de yapılan ulusal ruhsal hastalık araştırmasının sonuçlarına göre alkol kullanım bozukluğunun yaşam boyu sıklığının %18,6, madde kullanım bozukluklarının sıklığının ise %10,9 olduğu bildirilmiştir (Kessler ve ark. 2005). ABD'de ergenler üzerinde yapılan bir çalışmada ise alkol kullanım bozukluğunun yaşam boyu yaygınlığının %6,4, madde kullanım bozukluğunun %8,9 olduğu bulunmuştur (Merikangas ve ark. 2010). Altı Avrupa ülkesinden (Belçika, Fransa, Almanya, İtalya, Hollanda, İspanya) katılımcıları içeren bir çalışmada yaşam boyu alkol kullanım bozukluğu oranının %5,2 olduğu değerlendirilmiştir (Alonso ve ark. 2004). Türkiye ile benzer nüfus ve kültürel yapıya sahip olan Mısır'da ise madde kullanım yaygınlığının yaşam boyu %7,25 ile %14,5 arasında değiştiği, bildirilmiştir (Hamdi ve ark. 2013).

Ülkelere göre değişen madde kullanım sıklığının demografik özelliklere göre farklılaştığı belirtilmektedir. Örneğin yatarak tedavi alan psikiyatri hastalarının %26'sında alkol ve madde kötüye kullanımı olduğu, bu hastalar arasında alkol başta olmak üzere esrar ve kokain kullanımının yaygın olduğu; erkek cinsiyet, ergenlik, düşük eğitim, hapisane geçmişi, davranış bozukluğu semptomları ve antisosyal kişilik özelliklerinin madde kullanım bozukluğu sıklığını artırdığı belirtilmiştir (Mueser ve ark.

2000). Başka bir çalışmada ise on iki aylık ve yaşam boyu alkol kullanım sıklığının sırasıyla %13,9 ve %29,1 olduğu, erkekler arasında ve düşük ekonomik statüde olan kişiler arasında alkol kullanım bozukluğunun daha yaygın olduğu; majör depresyon, bipolar bozukluk, antisosyal ve borderline kişilik bozukluğu olan kişilerin daha yüksek oranda alkol kötüye kullandıkları değerlendirilmiştir (Grant ve ark. 2015).

2.5. Madde Kullanım Bozukluğunun Tedavisi

Madde kullanım bozuklukların tedavisinde kullanılan yöntemler medikal tedaviler, psikoterapiler ve rehabilitasyon faaliyetleri olmak üzere üç temel başlık altında incelenmiştir.

2.5.1. Medikal Tedavi

Madde kullanım bozukluklarının medikal tedavisi, başta psikofarmakolojik tedaviler olmak üzere, biorezonans yöntemi gibi tıbbi cihazların kullanıldığı uygulamaları ve akupunktur gibi alternatif medikal yöntemleri içeren tedavileri kapsamaktadır (Uğurlu TT ve ark. 2012; Pihtili ve ark. 2014; Southern ve ark. 2016). Medikal tedavi almanın, yetersiz tedavi alma veya tedavi almamaya karşın yüksek oranda başarı sağlaması ilaç tedavisinin bağımlılık tedavisinde ön plana çıkmasını sağlamıştır (Predergast ve ark. 2002). Özellikle yüksek bağımlılık yapıcı maddelerin neden olduğu entoksikasyon veya yoksunluk belirtilerinin giderilmesi sırasında kullanılan ilaçlar psikofarmakolojik tedavilerin madde kullanım bozukluklarında gerekliliğini pekiştirmiştir (Vezina 2007; Amerikan Psikiyatri Birliği 2014 pp. 231-290). Bununla birlikte madde kullanım bozukluğu olan kişilerdeki ek psikiyatrik hastalık yaygınlığı psikofarmakolojik tedaviye duyulan ihtiyacı artırmaktadır (Nesvåg ve ark. 2015).

Psikofarmakolojik tedavilerin kullanılan madde türüne göre, eşlik eden psikiyatrik hastalığa göre ve madde kullanımının nedenine göre değişebileceği, bu nedenle Disülfiram, Naltrekson, Akamprosot, Metadon, LAAM (Levo α asetilmetadol), Buprenorfin, Nalokson, Nalmefen, antidepresanlar, antipsikotikler ve anti epileptik ilaçlar olmak üzere farklı birçok medikal seçeneğin bağımlılığın tedavisinde kullanıldığı belirtilmiştir (Uğurlu TT ve ark. 2012). Sürekli oral ilaç kullanımına uyum sağlayamayan hastaların ömür boyu alkol ya da madde kullanımından uzak kalabilmesi için geliştirilmiş implantlar bulunmaktadır. İçeriğinde naltrekson, disülfiram gibi farmakolojik ajanları barındıran ve halk arasında “çip” olarak adlandırılan bu tedavi yöntemi, kullanılan

maddenin türü ve özelliklerine göre değişiklik gösterebilmektedir (Minozzi ve ark. 2011; Gültekin 2018). Bununla birlikte Uğurlu TT ve arkadaşları (2012) immünoterapiler, epigenetik tedaviler ve nanoteknolojinin kullanımı ile geliştirilecek yeni yöntemlerin bağımlılık tedavisinde alternatifleri artırabileceğini belirtmiştir.

2.5.2. Psikoterapiler

Madde kullanım bozukluklarının tedavisinde en önemli seçeneklerden birisi psikoterapilerdir. Bir meta-analiz çalışmasında bilişsel davranışçı terapinin 12 ay boyunca iyileşme üzerindeki etkinliğinin düşük ama istatistiksel açıdan anlamlı olduğunu, bilişsel davranışçı terapinin etkinliğinin kullanılan madde türüne göre değiştiği, ek olarak ilaç kullanımını ve bilişsel davranışçı terapi birlikteliğinin iyileşme ihtimalini belirgin derecede artırdığı ifade edilmiştir (Magill ve Ray 2009). Madde kullanım bozukluklarının psikoterapisi üzerine yapılan çalışmalarda aile terapisinin, davranışçı çift terapisinin, bireysel temelli psikoterapilerin olumlu sonuçlar verdiği gösterilmiştir (Powers ve ark. 2008; Lenz ve ark. 2016). Amerikan Psikiyatri Birliği (2014) madde kötüye kullanımı tedavi kılavuzunda psikodinamik psikoterapiyi, bilişsel davranışçı terapileri, motivasyonel görüşmeyi, on iki basamak bağımlılık tedavisini, acil durum terapisini, ilişki terapisini, grup ve aile terapilerini etkili tedavi edici yöntemler arasında değerlendirmiştir (Galanter ve ark. 2014 pp. 365-479). Motivasyonel görüşme, bağımlılığın tedavisinde hastanın motivasyonunu artırmayı amaçlar (Ögel 2009). Motivasyon için önemli öğeler; kişinin değişim için istekli olması, yapabileceğine dair kendine güveninin olması ve değişime hazır hissetmesidir (Dikeç ve Kutlu 2015). Empati göstermek, çelişki geliştirmek, direnci çözmek ve öz yeterliliği desteklemek şeklinde dört temel prensibi vardır (Özdemir ve Taşçı 2013).

2.5.3. Rehabilitasyon

Madde bağımlılığı ile mücadelede etkili yaklaşımlardan birisi rehabilitasyon faaliyetlerini içeren etkinliklerdir. Rehabilitasyon, arındırma sonrası ayakta ya da yatarak medikal tedavi ve psikoterapiyi içeren ve bağımlılık yapıcı maddelerden uzak kalmanın yanısıra kişinin sosyal işlevselliğinin düzelmesini hedefleyen tedavi sürecidir (Bağımlılıkta Danışma, Arındırma ve Rehabilitasyon Merkezleri Hakkında Yönetmelik 2019). Alkol ve madde bağımlılığının tıbbi olduğu kadar sosyal müdahaleleri de gerektiren bir alan olduğu, bu nedenle madde bağımlılığının tedavisinde psikososyal yöntemlerin tamamının kullanımının (psikoterapiler, danışmanlık, kaynak bulma, kendi

kendine yardım grupları, sosyal etkinlikler) önemli olduğu ifade edilmiştir (Ögel 2010; Polat 2014). Bağımlı bireyler üzerinde yapılan çalışmalarda psikoterapi faaliyetlerine benzer bir şekilde sportif, müzikal ve sanatsal etkinliklerin kişilerin madde kullanımını bırakmalarında fayda sağladığı gösterilmiştir (Lynch ve ark. 2013; Aletraris ve ark. 2014).

2.5.4. Türkiye’de Alkol ve Madde Kullanım Bozukluklarının Tedavisi

Türkiye’de alkol ve madde kullanım bozukluklarının tedavisinde kullanılan farklı yöntemler, Uyuşturucu ile Mücadele Danışma ve Destek Hattı, YEŞİLAY, YEDAM (Yeşilay Dayanışma Merkezi) Atölye, Adsız Alkolikler, Adsız Narkotikler, Birinci Basamak Sağlık Bakım Hizmetleri, psikiyatri poliklinikleri, psikiyatri hastaneleri, ÇEMATEM (Çocuk Ergen Alkol Madde Tedavi Merkezi) ve AMATEM (Alkol Madde Tedavi Merkezi) gibi kurum ve kuruluşlar tarafından yürütülmektedir (TUBİM 2018b). AMATEM klinikleri alkol ve madde kullanım bozukluğu olan hastalara ayaktan veya yatarak tedavi sunmaktadır (Bağımlılıkta Danışma, Arındırma ve Rehabilitasyon Merkezleri Hakkında Yönetmelik 2019). Bu nedenle Türkiye’de AMATEM klinikleri hastalara ayaktan ya da yatarak medikal tedavi, psikoterapi ve rehabilitasyon faaliyetleri sunan ve uyuşturucu ile mücadeleden sorumlu öncelikli sağlık kuruluşları arasındadır.

2.5.5. Madde Kullanım Bozukluğu Tedavisinde Hemşirenin Rolü

Madde kullanım bozuklukları tedavisi ömür boyu devam eden bir süreçtir. Bu süreçte tedavi ekibinin bir üyesi olarak hemşirelerin önemli rol ve sorumlulukları vardır (Şimşek 2010; Koçak ve ark. 2015; Albayrak ve Balcı 2014). İngiltere Halk Sağlığı Enstitüsü ve Royal Collage of Nursing madde kötüye kullanımı tedavisinde hemşirelerin aşağıda sıralanan 4 ana rolü olduğunu belirtmiştir (Public Health England 2017 pp. 6-8).

- Klinik Rolü (risk yönetimi, sağlık savunuculuğu, fiziksel ve ruhsal sağlık kontrolü, yara pansumanı ve aşılama ile psikososyal müdahaleler bulunma)
- Liderlik Rolü (klinik süpervizyon yapma, tedavi ekibi ve diğer paydaşlarla ortak çalışmalar yürütme, komisyon üyelerine ve politika yapıcılara önerilerde bulunma)
- Kalite Geliştirme Rolü (kalite yönetimini geliştirme, klinik denetleme yapma, veri izleme ve klinik araştırmalara dahil olma)

- Eğitici Rolü (uzman olmayan personele, öğrenci hemşirelere ve stajyerlere eğitim verme ve rehberlik yapma)

Ülkemizde 19 Nisan 2011 tarihli 27910 sayılı Resmi Gazete’ de yayımlanan Hemşirelik Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik ile Alkol ve Madde Bağımlılığı Tedavi Merkezi Hemşiresi görev, yetki ve sorumlulukları tanımlanmıştır. Bu yönetmelik doğrultusunda hemşirenin başlıca görevleri; tedavi amacıyla başvuran birey ve ailesinin fiziksel ve psikososyal tanınmasını yapmak, bu tanılara yönelik bakım girişimlerini planlayıp uygulamak ve bakımın etkinliğini değerlendirmektir (Hemşirelik Yönetmeliğinde Değişiklik 2011).

Madde kötüye kullanımında amaç bireyin itaat etmesi değil, tedavi sürecinde kendi sorumluluğunu almasıdır (Karakaş ve Ersöğütçü, 2016). Hemşireler, madde kullanım bozukluğu tedavisinde davranış değiştirme ve karar alma süreçlerinde önemli görevler üstlenirler (Bozdağ 2018). Tedavi ve rehabilitasyon sürecinde sağlık ekibinin aktif bir üyesi olarak çalışan hemşireler, hastaların bireysel gelişimini sağlayacak, benlik saygılarını artıracak etkinlikler düzenler ve hastaların katılımını teşvik eder. Hasta ve ailesi arasındaki problemlerin çözümlenmesine yardımcı olur. Nükslerin önlenmesinde danışmanlık yapar, hastaları kendi kendine yardım gruplarına katılımı konusunda bilgilendirir ve cesaretlendirir (Avşar ve ark. 2016; Albayrak ve Balcı 2014; Şimşek 2010; Kaya ve Şahin 2013).

2.6. Fonksiyonel Olmayan Tutumlar

Fonksiyonel olmayan tutumlar bilişsel çarpıtmaları, mantıksız çıkarımları ve otomatik düşünce kalıplarını içeren işlevsel olmayan inanışlar olarak tanımlanmaktadır (Weissman ve Beck 1978). Bilişsel terapinin gelişim sürecinde ruhsal hastalık yaşayan kişilerdeki hatalı inanışların farkedilmesi ilerleyen süreçte daha temel işlevsel olmayan inanışların keşfedilmesini sağlamıştır (Beck 1963;1964; Beck ve ark. 1979; Weissman ve Beck 1978). Bu durum sonucunda fonksiyonel olmayan tutumların, kişiyi ruhsal bunalıma sürükleyen, tedavi sırasında değiştirilmesi gereken hatalı inanışlar olduğu kabul edilmiştir.

Weissman ve Beck (1978) fonksiyonel olmayan tutumların, Piaget’in çocuklarda tanımladığı kavramsallaştırma yeteneğine benzer bir şekilde hareket eden bir şema olabileceğini ifade etmiştir. Bu inançları konuşulmamış, soyut, bir bireyin kendi değer ve yönünü yargıladığı ve başkalarını incelerken kullandığı düzenlemeler olarak

tanımlamıştır. Weissman ve Beck (1978) örnek vererek; tekrarlayan bir başarısızlık iddiası olan kişinin, her seferinde mükemmel olan taleplerinin artabileceğini, bu idealin karşılanmadığı durumlarda kişinin başarısız olduğuna karar verebileceğini ifade etmiştir. Bunun sonucunda kişinin temel varsayım olarak “her zaman mükemmel bir iş yapabildiğim için mükemmel bir iş çıkarmazsam, başarısızım” sonucuna ulaşabileceğini belirtmiştir.

2.6.1. Fonksiyonel Olmayan Tutumlar ve Madde Kullanım Bozukluğu

Bilişsel terapinin başta depresyon olmak üzere birçok farklı ruhsal hastalığın (depresyon, bulimia nervosa, hipokondriasis, sosyal fobi, obsesif kompulsif bozukluk, beden dismorfik bozukluğu ve travma sonrası stres bozukluğu v.b.) tedavisinde etkili olduğu, bununla birlikte bu tedavi yönteminin sıklıkla kullanıldığı alanlardan birinin de bağımlılık olduğu ifade edilmiştir (Dinç 2012). Bağımlılıkta bilişsel sorunların ve bilişsel terapinin etkisini araştıran çalışmalar sonucunda fonksiyonel olmayan tutumların bağımlılıkla ilişkisi araştırılmaya başlanmıştır.

Madde bağımlısı olan bireylerin, bağımlılığı olmayan bireylere göre daha fazla fonksiyonel olmayan tutuma sahip olduğu, fonksiyonel olmayan tutumların bireyi depresyon ve diğer psikolojik problemlere daha yatkın hale getirdiği, bu nedenle madde kullanımı olan kişilerdeki başa çıkma yöntemlerinin olumsuz etkilendiği değerlendirilmiştir (A'zami ve ark. 2015). Alkol bağımlısı olan bireylerde görülen depresif belirtilerin fonksiyonel olmayan tutumlar ile pozitif ilişkili olduğu ve aktif depresyonu olmayanlara oranla fonksiyonel olmayan tutum ortalamalarının daha yüksek olduğu bulunmuştur (Kahler ve ark. 2002). Yurtdışı kalan üniversite öğrencileri üzerinde yapılan bir çalışmada bağımlılık riskinin problem çözme becerisi ile negatif, fonksiyonel olmayan tutumlarla pozitif ilişkili olduğu, bu nedenle problem çözme becerisi artırılarak bağımlılık riskinin azaltılabilmesi amacıyla fonksiyonel olmayan tutumların azaltılması önerilmiştir (Nasrazadani ve ark. 2017).

ABD’de genç popülasyon üzerinde yapılan bir çalışmada madde kullanımı ve fonksiyonel olmayan tutumların pozitif, dindarlığın ve madde kullanımının negatif ilişkili olduğu, fonksiyonel olmayan tutumların seviyesine göre dindarlık ve madde kullanımı arasındaki ilişkinin değişkenlik gösterdiği bulunmuştur (Tharp ve ark. 2014). Uyku sorunlarının eşlik ettiği alkol bağımlılığı tanısı olan hastaların psikoterapi sürecinde fonksiyonel olmayan tutumların azaltılmasının ve diğer bilişsel hataların

iyileştirilmesinin kişilerde hem uyku sorunlarını hem de bağımlılık belirtilerini azalttığı gösterilmiştir (Arnedt ve ark. 2007). Sigara bağımlısı ve depresyonu olan bireylerde fonksiyonel olmayan tutumların, depresyonu olmayan bağımlılardan daha yüksek olduğu, sigara içen bireylerdeki başa çıkma becerileri ve fonksiyonel olmayan tutumların bağlantılı olduğu değerlendirilmiştir (Kahler ve ark. 2003).

Fonksiyonel olmayan tutumların hem dolaylı olarak hem de doğrudan alkol bağımlısı olan kadınların tedavi sonucuyla ilişkili olduğu, bu nedenle alkol tüketiminde tedavi planına depresyon ve disfonksiyonel tutumları dahil edilerek tedaviye uyum ve başarılı sonuçların artırılabilceği belirtilmiştir (Gjestad ve ark. 2011; Taymur ve ark. 2016). Erkek uyuşturucu bağımlılarında öğrenilmiş çaresizlik belirtilerinin ve fonksiyonel olmayan tutumların sık görüldüğü, fonksiyonel olmayan tutumların uyuşturucu bağımlılarında öğrenilmiş çaresizlik ve başa çıkma stillerini önemli ölçüde açıkladığı değerlendirilmiştir (Gjestad ve ark. 2011; Wang ve ark. 2017). Üniversite öğrencileri üzerinde yapılan bir çalışmada kişilerde internet bağımlılığı şiddeti artıkça fonksiyonel olmayan tutumların arttığı ancak internet bağımlılığı skorlarını açıklamada psikopatolojik özelliklerinden sonra belirgin bir etkinliğinin olmadığı değerlendirilmiştir (Taymur ve ark. 2016). Başka bir çalışmada ise alkol bağımlılığı olan ve olmayan sigara bağımlıları arasında yapılan karşılaştırmada fonksiyonel olmayan tutum ortalamalarının farklılaşmadığı bulunmuştur (Kahler ve ark. 2003).

2.6.2. Fonksiyonel Olmayan Tutumlar ve Ruhsal Hastalıklar

Fonksiyonel olmayan tutumlar ilk kez depresyon tanılı hastaların hatalı inanışları incelenirken tanımlanmıştır. Bu nedenle literatürde yapılan çalışmalarda fonksiyonel olmayan tutumların sıklıkla depresyon ile ilişkisine değinilmiştir. Yatarak tedavi alan depresyon hastalarının %73'ünün fonksiyonel olmayan tutum ölçek skorlarının yüksek olduğu, sağlıklı kontrollere göre bu oranın depresyon hastalarında iki kat fazla olduğu değerlendirilmiştir (Nelson ve ark. 1992). Fonksiyonel olmayan tutumları yüksek olan kişilerde depresif bozuklukların görülme oranının olmayan kişilere göre 6,8 kat yüksek olduğu, major depresyon ve distimik bozukluğun ortaya çıkmasında fonksiyonel olmayan tutumların önemli bir risk faktörü olduğu bulunmuştur (Ebrahimi ve ark. 2008). Depresyonun grup terapi sürecinde fonksiyonel olmayan tutumların ve otomatik düşüncelerin değiştirilmesinin depresif belirtilerin azalması ile yüksek ilişkili olduğu değerlendirilmiştir (Kwon ve Oei 2003).

Üniversite öğrencileri üzerinde yapılan bir çalışmada fonksiyonel olmayan tutumların normal bireylerde görülen farklı psikopatolojik belirtilerle (somatizasyon, depresyon, obsesyon, kişiler arası problemler, kaygı, fobi, paranoya, psikoz, öfke) ilişkili olduğu bulunmuştur (Taymur ve ark. 2016). Buna ek olarak otizm, şizofreni, bipolar bozukluk, anksiyete bozukluğu ve obsesif kompulsif bozukluk gibi farklı bir çok ruhsal hastalıkta fonksiyonel olmayan tutumların yükseldiği, işlevsel olmayan inanışların ruhsal sorunlar ile bağlantılı olduğu değerlendirilmiştir (Greenaway ve Howlin 2010; Vriends ve ark. 2011; Shaheen ve Amin 2016; Grant ve ark. 2018; Wolters ve ark. 2018).

2.7. Tedavi Motivasyonu

Tedavi motivasyonu, kişinin tedavi ile ilişkili isteğini tanımlayan, içsel ve dışsal motivasyonları içeren, tedaviye olan güven ile bağlantılı olan ve kişilerarası yardım arayışına yönelimini içeren bir psikolojik süreçtir (Ryan ve ark. 1995). Tedavi motivasyonunun bağımlı hastaların tedavide kalmalarını sağlayan en öncelikli psikolojik süreçlerden birisi olduğu, aynı zamanda kişilerin tekrar madde kullanmaya başlamalarını önlemede öncelikli faktörlerden birisi olduğu belirtilmiştir (Evren ve ark 2006). Tedavi motivasyonunun yaş, cinsiyet, eğitim, medeni durum, kullanılan madde türü, adli durum gibi sosyodemografik özelliklere göre değiştiği, ailesinde tedavi alan veya madde kullanımı olan kişilerin tedavi motivasyonlarının farklılaştığı değerlendirilmiştir (Riehmman ve ark. 2000).

2.7.1. Tedavi Motivasyonu ve Madde Kullanım Bozukluğu

Uyuşturucu kullanımını bırakmada (altı aylık iyileşme süresinde) tedavi motivasyonunun belirleyici olduğu, özellikle zorlayıcı başvuru olduğunda kişilerde tekrar madde kullanmaya başlamanın yaygın olduğu, bu nedenle bağımlı kişilerde tedaviye hazır olma ve tedaviye direnç sürecinin ayrıntılı incelenmesi gerektiği önerilmiştir (Longshore ve Teruya 2006). Madde bağımlısı bireylerin tedavi motivasyonunda problemlerli kişilik özelliklerinin etkili olduğu, özellikle tedavi programındaki mahremiyet ve sınır meseleleriyle ilgili endişelerin tedaviden vazgeçmeye neden olabileceği belirtilmiştir (Ball ve ark. 2006).

Uyuşturucu madde kullanımı olan kişilerde davranış değişikliği için motivasyonun önemli olduğu, tedavinin korunmasında en etkili faktörlerden birisinin yüksek motivasyon olduğu, davranış değişikliği için karar vermede belirsizliklerin olmaması gerektiği ifade edilmiştir (Oji ve ark. 2017). Buna ek olarak tedavi alınan yerin

tedavi motivasyonu açısından önemli olabileceği düşünülmüştür. Örneğin Alkol ve Madde Tedavi Merkezinde (AMATEM) tedavi gören 82 hastanın değerlendirildiği bir çalışmada hastaların motivasyonlarını artırmak amacıyla, kişisel sorun yönelimi ve otonominin geliştirilmesine, tedavi programının açıklığına önem veren girişimlerde bulunulmasına değinilmiştir (Savaşan 2010). Dışsal baskı ve içsel motivasyonun yüksek olmasının belirgin bir rahatlama neden olabileceği bunun sonucunda bağımlı bireylerde ilaç tedavisine yönelik tutumun olumlu yönde değişebileceği ifade edilmiştir (Conner ve ark. 2009).

2.7.2. Tedavi Motivasyonu ve Ruhsal Hastalıklar

Uyuşturucu kullanımı olan bireylere eşlik eden önemli ruhsal hastalıkların varlığının kişideki davranış değişikliklerini etkilediği, bu nedenle madde kullanan bireylerde tedavi motivasyonunun ve değişime hazır olma durumunun farklılaşabileceği ifade edilmiştir (DiClemente ve ark. 2008). Erkek alkol bağımlıları üzerinde yapılan bir çalışmada depresyon skorlarının tedavi motivasyonu skorları ile ilişkili olduğu, tedavi motivasyonu artıkça depresif belirtilerin azaldığı değerlendirilmiştir (Cengisiz ve ark. 2015). AMATEM’de yatarak tedavi alan 100 hasta üzerinde yapılan bir çalışmada ise tedavi motivasyonu yüksek ve düşük olan kişiler arasında psikiyatrik tanılarının farklılaşmadığı, buna karşın tedavi motivasyonu yüksek olan kişilerin zarardan kaçınma kişilik özelliklerinin daha belirgin olduğu bulunmuştur (Kızılkurt ve Gıynaş 2019). Kızılkurt ve Gıynaş (2019) aileden sağlanan sosyal desteğin, tamamlanmış geçmiş tedavi varlığının ve maddenin yaşamdaki etkisinin tedavi motivasyonu üzerinde önemli bir faktör olduğunu göstermiştir. Başka bir çalışmada ise eroin bağımlısı olan erkeklerde içselleştirilmiş damgalamanın, depresyonun ve anksiyetenin tedavi motivasyonu ile bağlantılı olduğu değerlendirilmiştir (Akdağ ve ark. 2018).

2.7.3. Tedavi Motivasyonu ve Fonksiyonel Olmayan Tutumlar

Bilişsel terapide, değişim sürecinin ilk adımının tedavi motivasyonu olduğu, etkili tedavinin tedavi motivasyonu ile bağlantılı olduğu, tedavi motivasyonu sayesinde ev ödevleri gibi terapi açısından önemli olan etkinliklerin yerine getirilme sürecinin kolaylaştığı belirtilmiştir (Keijsers ve ark. 1999). Madde kötüye kullanımı olan kadınların medikal tedavideki ve bilişsel tedavideki başarısının, tedavi öncesi motivasyon ve terapötik iş birliği ile bağlantılı olduğu değerlendirilmiştir (Clarke ve ark. 2013). Bağımlı olunan maddeden uzak durulması, tedavinin sürdürülebilmesi ve tedavi başarısın

sağlanabilmesi amacıyla tedavi motivasyonun oluşturulmasının ve sürdürülmesinin madde bağımlılığının bilişsel davranışçı terapisinde öncelikli olduğu belirtilmiştir (Carroll 1998 pp. 41-45).

Tedavi arayışı belirgin olan alkolik bireylerin olumlu işlevsel duygulara sahip olduğu ve özgüvenlerinin daha iyi olduğu değerlendirilmiştir (Bell ve ark. 1998). Motivasyonel müdahalelerin madde bağımlılığı terapi sürecinde kullanılmasının madde ile ilgili olumsuz sonuç ve problemlerin azaltılmasında, madde kullanımındaki düşüşte ve artan tedavi başarısında rol oynadığı belirtilmektedir (Tevyaw ve Monti 2004). Fonksiyonel olmayan tutumların bilişsel terapi sürecinde değiştirilmesinin tedavi başarısını artırdığı ve iyileşme sürecini hızlandırdığı ifade edilmektedir (Arnedt ve ark. 2007). Ruhsal hastalığı olan bireylerin tedavilerinin önündeki engelleri ele alırken bireyin güçlü yanlarına odaklanması gerektiği, kişinin topluma katılımının sağlanabilmesi amacıyla motivasyonun artırılıp fonksiyonel olmayan inançlarının azaltılması önerilmiştir (Thomas ve ark. 2016). Bu nedenle tedavi motivasyonunun artırılmasının ve fonksiyonel olmayan tutumların azaltılmasının ruhsal iyileşmeye aracılık edebileceği tartışılmıştır. Buna ek olarak literatürde, madde kullanımı olan bireylerin fonksiyonel olmayan tutumları ve tedavi motivasyonu arasındaki ilişkiyi araştıran yeterli sayıda çalışma bulunmamaktadır.

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Amacı ve Tipi

Bu araştırma Alkol ve Madde Bağımlılığı Tedavi Merkezi'nde tedavi gören bireylerin fonksiyonel olmayan tutumlarının tedavi motivasyonları üzerine olan etkisini incelemek amacıyla tanımlayıcı-ilişki arayıcı tipte gerçekleştirildi.

3.2. Araştırma Soruları

Aşağıda bu araştırmanın yapılmasına neden olan sorulara yer verilmiştir.

1. Alkol ve madde kullanım bozukluğu olan bireylerin fonksiyonel olmayan tutumları ne düzeydedir?
2. Alkol ve madde kullanım bozukluğu olan bireylerin tedavi motivasyonları ne düzeydedir?
3. Alkol ve madde kullanım bozukluğu olan bireylerin tedavi motivasyonu bireysel ve klinik özelliklerine göre farklılık göstermekte midir?
4. Alkol ve madde kullanım bozukluğu olan bireylerin fonksiyonel olmayan tutumları ve tedavi motivasyonları arasında ilişki var mıdır?
5. Alkol ve madde kullanım bozukluğu olan bireylerin fonksiyonel olmayan tutumları tedavi motivasyonlarını açıklamada etkili midir?

3.3. Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Araştırma Bursa ilinde bir eğitim araştırma hastanesinin AMATEM kliniğinde, Eylül 2018 ve Mart 2019 tarihleri arasında ayaktan veya yatarak tedavi alan madde kullanım bozukluğu tanılı bireyler ile yapıldı.

3.4. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini, Bursa ilinde bir eğitim araştırma hastanesinin AMATEM kliniğinde, ayaktan veya yatarak tedavi alan madde kullanım bozukluğu olan bireyler oluşturmaktadır.

Örnekleme alınacak katılımcı sayısını belirlemek amacıyla çalışmaya alınan ilk 30 deneğin verilerinden yararlanılmıştır. Bu yöntem literatürde madde bağımlısı olan bireylerde fonksiyonel olmayan tutumlar ve tedavi motivasyonu arasındaki ilişkiyi inceleyen bir çalışma bulunmaması nedeni ile tercih edilmiştir. 30 denekten elde edilen

veriye göre FOTÖ (Fonksiyonel Olmayan Tutumlar Ölçeği) ve TMA (Tedavi Motivasyonu Anketi) skorları arasında pearson korelasyon analizine göre $r=0,285$ 'lik bir ilişki elde edilmiştir. 30 deneğin FOTÖ ve TMA skorlarının basıklık ve çarpıklık katsayılarının $\pm 1,50$ aralığında olması nedeni ile pearson korelasyon analizi tercih edilmiştir. Çalışmada α (two-tailed) değeri 0,05, β değeri 0,200, r değeri 0,285 olarak kabul edilmiş ve α için standart normal sapma değer $Z\alpha=1,960$, β için standart normal sapma değeri $Z\beta=0,842$ ve C değeri $0,5 \cdot \ln[(1+r)/(1-r)] = 0,293$ olarak hesaplanmıştır. Sonuç olarak bu çalışmada normal örneklem büyüklüğünün ($N = [(Z\alpha+Z\beta)/C]^2 + 3$) en az 94 olması gerektiği hesaplanmıştır.

Örnekleme dahil edilecek olan katılımcıların özellikleri araştırmaya kabul edilme ve araştırmadan dışlanma kriterlerine göre belirlenmiştir.

Araştırmaya alınma kriterleri aşağıda belirtilmiştir:

- 18-65 yaş aralığında olmak
- En az ilkokul mezunu olmak
- Alkol ve madde kullanım bozukluğu tanısına sahip olmak
- Araştırmaya katılmaya gönüllü olmak

Araştırmadan dışlama kriterleri aşağıda belirtilmiştir:

- Aktif psikotik dönemde bulunmak
- Aktif manik veya hipomanik dönemde bulunmak
- Entelektüel kısıtlılığa sahip olmak
- Nörogelişimsel veya nörobilişsel bir bozukluğa sahip olmak
- Deliryum belirtileri göstermek
- Kişinin bilişsel fonksiyonlarını olumsuz etkileyecek şekilde madde veya alkol etkisinde olmak

Çalışmaya 152 kişi davet edildi. Dışlama kriterleri kapsamında 5 kişi aktif psikotik dönemde olduğu, 3 kişi deliryum belirtisi gösterdiği, 6 kişi entelektüel kısıtlılık (okuduğunu anlamama, kendini ifade etme becerisinin yetersiz olması) nedeni ile çalışmadan çıkarılmıştır. 33 kişi tedavi almayı ve çalışmaya katılmayı kabul etmedikleri için, bir kişi de ölçekleri eksik doldurduğu için araştırma dışı bırakıldı. Bunun sonucunda 104 kişinin verisi analize alındı ancak analiz sırasında uç değer gösteren 3 kişinin verisi çalışmaya dahil edilmeyerek 101 kişi ile çalışma tamamlandı.

3.5. Veri Toplama Araçları

Araştırma verilerini bireysel ve klinik özellikleri içeren Kişisel Veri Formu (EK-1), öz bildirim ölçeği olan Fonksiyonel Olmayan Tutumlar Ölçeği (EK-2) ve öz bildirim ölçeği olan Tedavi Motivasyonu Anketi (EK-3) aracılığıyla toplanmıştır.

3.5.1. Kişisel Veri Formu

Yaş, cinsiyet, toplam eğitim yılı ve çalışma durumu gibi kişisel özellikleri içeren 8 soru ve klinik özellikleri içeren 11 sorudan oluşmaktadır. Klinik özelliklere yönelik sorular, katılımcıların tedavi şekli, madde kullanım türü, bağımlılık yapan maddeler, geçmiş psikiyatrik öykü, ailelerinde problemlili alkol/madde tüketiminin olup olmadığı, gibi özellikleri içermektedir. Araştırmadaki klinik özelliklerin bir kısmının belirlenmesinde (ek psikiyatrik tanı varlığı vb.) AMATEM kliniğinde çalışan, alanında uzman ve hastaların tedavisinden sorumlu hekimden destek alındı.

3.5.2. Fonksiyonel Olmayan Tutumlar Ölçeği (FOTÖ)

FOTÖ Weissman ve Beck (1978) tarafından kişilerde işlevsel olmayan inançları değerlendirmek için geliştirilmiştir. Araştırmacılar depresyonu olan hastaların bilişsel davranışçı terapi sürecinde işlevsiz tutumlarının ölçülmesinin ve değiştirmesinin önemli olduğunu, bu nedenle FOTÖ'yü geliştirdiklerini ifade etmiştir (Weissman ve Beck 1978). FOTÖ'nün geçerlilik ve güvenilirlik çalışması ülkemizde Şahin ve Şahin (1992) tarafından yapılmıştır. 40 maddeden oluşan ölçekte her bir madde 1 (tümüyle katılmıyorum) ile 7 (tümüyle katılıyorum) arasında puanlanmaktadır. Ölçekte bulunan 35. ve 40. maddeler ters puanlanmaktadır. Ölçekten alınabilecek puanlar 40-280 puan arasında değişmekte olup ölçekten yüksek puan almak kişide fonksiyonel olmayan tutumların arttığını göstermektedir. Ölçek Mükemmeli Tutum (17 madde), Onaylanma İhtiyacı (11 madde), Bağımsız Tutum (6 madde) ve Değişken Tutum (5 madde) olmak üzere dört alt faktörden oluşmaktadır. Ölçekte bulunan 25. Madde alt boyutlardan bağımsız toplam puana eklenmektedir. 345 üniversite öğrencisi üzerinde yapılan geçerlik çalışmasında ölçeğin iç tutarlılık kat sayısının 0,79, madde toplam korelasyon kat sayısının 0,34 olduğu, iki yarım güvenilirlik katsayısının 0,72 olduğu değerlendirilmiştir. FOTÖ'nün kişilerdeki mükemmeliyetçi özellikleri, onaylanma ihtiyacını, bağımsız ve değişken tutumları geçerli ve güvenilir bir şekilde ölçtüğü ifade edilmiştir (Şahin ve Şahin 1992). Bu araştırmada, ölçeğin Cronbach Alfa değeri 0,86 olarak bulundu.

3.5.3. Tedavi Motivasyonu Anketi (TMA)

TMA madde kullanım sorunu olan bireylerin bağımlılıktan kurtulmak amacıyla sunulan tedaviye ne kadar motive olduklarını değerlendirmek amacıyla geliştirilmiştir (Ryan ve ark. 1995). Ölçeği geliştiren Ryan ve arkadaşları (1995) çalışmayı iki aşamada gerçekleştirmiştir. Ölçeğin geliştirilme çalışmasında birinci aşamada 109, ikinci aşamada 98 alkol ve madde bağımlısı birey değerlendirilmiştir. Ölçeğin Türkiye'deki güvenilirlik ve geçerlik çalışması Evren ve arkadaşları (2006) tarafından 191 alkol bağımlılığı tanısı konan bireyler üzerinde yapılmıştır. Yirmi altı maddeden oluşan ölçek 1-5 arası (tamamen katılıyorum-tamamen katılmıyorum) puanlanmaktadır. TMA'dan yüksek puan almak bireylerdeki tedavi motivasyonunun yükseldiği anlamına gelmektedir. Ölçekten alınabilecek puanlar 26-130 puan arasında değişmekte olup ölçeğin dört maddesi (13, 16, 21, 24) ters puanlanmaktadır. Ölçekten yüksek puan almak kişinin tedavi motivasyonunun arttığını göstermektedir. Geçerlik çalışmasında ölçeğin İçsel Motivasyon (11 madde), Dışsal Motivasyon (4 madde), Kişiler Arası Yardım Arama (6 madde) ve Tedaviye Güven (5 madde) olmak üzere dört alt boyuttan oluştuğu değerlendirilmiştir. Ölçeğin Cronbach alfa katsayıları dört alt ölçek için 0,42-0,91 arasında değişmektedir (Evren ve ark. 2006). TMA'nın toplam puanlarından elde edilen Cronbach alfa katsayısı 0,84 olarak hesaplanmıştır. Bu veriler dolayısı ile ölçeğin bağımlılık alanında tedavi motivasyonunu ölçen geçerli ve güvenilir bir ölçüm aracı olduğu ifade edilmiştir. Bu çalışmada, ölçeğin Cronbach Alfa değeri 0,80 olarak bulundu.

3.6. Verilerin Toplanması

Çalışmaya katılması uygun görülen katılımcıların bireysel ve klinik özellikleri araştırmacı tarafından yüz yüze görüşme yoluyla toplandı. Katılımcıların madde kullanım durumları, ek psikiyatrik hastalıkları gibi özellikler aynı klinikte görev yapan alanında uzman bir psikiyatrist tarafından değerlendirildi. Daha sonra katılımcılara öz bildirim ölçekleri olan Fonksiyonel Olmayan Tutumlar Ölçeği ve Tedavi Motivasyonu Anketi uygulandı. Katılımcıların bireysel ve klinik özelliklerinin belirlenmesi ve katılımcılara öz bildirim ölçeklerinin uygulanması her bir denek için ortalama 45 dakika sürdü.

3.7. Araştırmanın Değişkenleri

Araştırmanın bağımsız değişkenleri: bireysel özellikler, klinik özellikler ve Fonksiyonel Olmayan Tutumlar Ölçeği puanlarıdır. Araştırmanın bağımlı değişkeni ise

bağımsız değişkenlerden etkilenebileceği düşünülen Tedavi Motivasyonu Anketi puanlarıdır.

3.8. Araştırma Etiği

Çalışmanın Yürütülebilmesi için S.B.Ü. Bursa Yüksek İhtisas E.A.H. Klinik Araştırmalar Etik Kurulundan 03/10/2018 tarihinde 2011-KAEK-25 2018/10-07 protokol numarasıyla alınan etik kurul izni ektedir (EK-4).

Araştırma hakkında klinikte görev alan sorumlu hekimlere bilgi verilmiş olup, S.B.Ü. Bursa Yüksek İhtisas E.A.H. Dörtçelik RSHH AMATEM Kliniği Eğitim Sorumlusu Doc.Dr. Ömer Şenormancı'dan ve Klinik Uzm. Dr. Çetin Turan'dan alınan onay izni ektedir (EK-5).

Çalışmaya katılmaya gönüllü olan katılımcılara uygulanan Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu ektedir (EK-6).

Tedavi Motivasyonu Anketi (TMA) ölçek kullanımı için Doç. Dr. Cüneyt Evren'den alınan izin ektedir (EK-7).

Fonksiyonel Olmayan Tutumlar Ölçeği (FOTÖ) ölçek kullanımı için Prof. Dr. Nesrin Hisli Şahin'den alınan izin ektedir (EK-8).

3.9. Verilerin Değerlendirilmesi

Çalışmada değerlendirilen katılımcıların bireysel ve klinik özelliklerini değerlendirmek amacıyla frekans, yüzde, ortalama ve standart sapma gibi betimleyici istatistiksel yöntemler kullanıldı. Katılımcıların bireysel ve klinik özelliklerine göre TMA ve alt ölçek puan ortalamalarının değişip değişmediğinin araştırılmasında Mann-Whitney U testi, Bağımsız Gruplar T Testi ve Kruskal-Wallis H testi kullanıldı. Araştırmada TMA ve alt ölçek puanlarının, FOTÖ ve alt ölçek puanları ile ilişkisini incelemek amacıyla Pearson Korelasyon Analizi kullanıldı. TMA ve alt ölçek puanlarının eğitim ve yaş ile olan ilişkisini değerlendirmek amacıyla Pearson Korelasyon Analizi'nden yararlanıldı. TMA ve alt ölçek skorlarının toplam FOTÖ skorları tarafından açıklanıp açıklanmadığını değerlendirmek amacıyla Basit Doğrusal Regresyon Analizi kullanıldı.

Bağımsız Gruplar T Testi, Pearson Korelasyon analizi ve Basit Doğrusal Regresyon Analizi için normallik varsayımı karşılandı. Araştırmada kullanılan tüm

analizler için güven aralığı 0,95 olup anlamlılık seviyesi tüm analizler için $p < 0,05$ olarak belirlendi. Verilerin analizi SPSS (Statistical Package for Social Sciences) 21.0 istatistik programı kullanılarak yapıldı. Programın lisansı İstanbul Üniversitesi tarafından alınmıştır (İ.Ü. Bilgi İşlem Daire Başkanlığı Yazılım Lisans Sunucusu <http://bilgislem.istanbul.edu.tr/tr/yalis/SPSS/>).

3.10. Araştırmanın Sınırlılıkları

Bu çalışmanın amacı, yöntemi ve istatistiksel analizleri ile ilişkili sınırlılıkları aşağıda sıralanmıştır:

1. Veriler tek bir kurumda takip edilen alkol ve madde bağımlılığı tedavi merkezinde takip edilen bireylerden toplandığı için tüm alkol ve madde bağımlılığı tedavi merkezlerinde tedavi alan hastalara genellenemez.
2. Çalışmada elde edilen veriler katılımcıların Fonksiyonel Olmayan Tutumlar Ölçeği ve Tedavi Motivasyonu Anketi'ne verdikleri yanıtlarla sınırlıdır.

4. BULGULAR

Bu bölümde; Alkol ve Madde Bağımlılığı Tedavi Merkezi'nde tedavi gören bireylerin fonksiyonel olmayan tutumlarının tedavi motivasyonuna etkisini incelemek amacıyla yapılmış olup, çalışmanın bulguları altı başlık halinde sunuldu.

4.1. Alkol ve Madde Kullanım Bozukluğu Olan Katılımcıların Bireysel Özellikleri (Tablo 4-1)

4.2. Alkol ve Madde Kullanım Bozukluğu Olan Katılımcıların Klinik Özellikler (Tablo 4-2)

4.3. Katılımcıların Fonksiyonel Olmayan Tutumlar Ölçeği ve Tedavi Motivasyonu Anketi Puan Dağılımları (Tablo 4-3/4-4)

4.4. Katılımcıların Bireysel ve Klinik Özelliklerine Göre Tedavi Motivasyonu (Tablo 4-5/ 4-6/ 4-7)

4.5. Katılımcıların Fonksiyonel Olmayan Tutumları ve Tedavi Motivasyonları Arasındaki İlişki (Tablo 4-8)

4.6. Katılımcıların TMA Skorlarını Açıklamada FOTÖ Toplam Skorlarının Etkinliği (Tablo 4-9)

4.1. Alkol ve Madde Kullanım Bozukluğu Olan Katılımcıların Bireysel Özellikleri

Bu bölümde, çalışmada değerlendirilen katılımcıların yaş, eğitim yılı, cinsiyet, medeni durumu, çocuk varlığı, kiminle birlikte yaşadığı, çalışma ve gelir durumu gibi bulgulara yer verildi (Tablo 4-1).

Tablo 4-1: Katılımcıların Bireysel Özellikleri (n=101)

Bireysel özellikler	Ort±SS	Min.-Maks.
Yaş (Yıl)	32,56±11,35	18-60
Eğitim (Yıl)	9,97±3,14	5-22
	Sayı	%
Cinsiyet		
Kadın	2	2,0
Erkek	99	98,0
Medeni durum		
Bekar	48	47,5
Evli	24	23,8
Boşanmış/ayrı yaşayan	29	28,7
Çocuk durumu		
Var	45	44,6
Yok	56	55,4
Birlikte yaşanılan kişi		
Aile ile birlikte	82	81,2
Diğer	19	18,8
Çalışma durumu		
Çalışıyor	36	35,5
Çalışmıyor	65	64,5
Gelir durumu		
Geliri giderinden az	66	65,3
Geliri giderine eşit	27	26,7
Geliri giderinden fazla	8	7,9

Alkol ve madde kullanım bozukluğu olan bireylerin yaş ortalaması 32,56±11,35, eğitim yıl ortalaması 9,97±3,14'tür. Katılımcıların %98'i erkeklerden oluşmaktadır. Hastaların %47,5'i bekar olduğunu, %28,7'i eşinden boşanmış veya ayrı yaşadığını, %55,4'ü çocuk sahibi olmadığını ifade etti. Katılımcıların %81,2'si ailesi ile birlikte, %18,8'i yalnız ya da başka birisi ile birlikte yaşadığını belirtti. Katılımcıların %35,5'i çalıştığını, %65,3'ü gelirinin giderinden az olduğunu ifade etti (Tablo 4-1).

4.2. Alkol ve Madde Kullanım Bozukluğu Olan Katılımcıların Klinik Özellikleri

Bu bölümde, çalışmada değerlendirilen katılımcıların aldığı tedavi şekli, alkol ve madde kullanım bozukluğu tanıları, remisyon geçmişleri, çocukluk çağında psikiyatrik tedavi geçmişi ve ek psikiyatrik tanıları, son bir yıl içerisindeki intihar girişimi varlığı ile ailesindeki alkol/madde kullanım bozukluğu ve psikiyatrik tedavi geçmişi gibi bulgularına yer verildi (Tablo 4-2).



Tablo 4-2: Katılımcıların Klinik Özellikleri (n= 101)

Klinik özellikleri		Sayı	%
Tedavi Şekli	Yatarak	91	90,1
	Ayaktan	10	9,9
Alkol ve madde kullanım bozuklukları	Alkol	29	28,7
	Madde	34	33,7
	Çoklu Madde	38	36,6
Kullanım Bozukluğu Yapan Madde*	Alkol	39	38,6
	Esrar	20	19,8
	LSD	1	1,0
	Ekstazi	7	6,9
	Opiyat	4	4,0
	Reçeteli İlaçlar	6	5,9
	Metamfetamin	52	51,5
	Kokain	3	3,0
	Sentetik Kannabinoid	34	33,7
Tütün	98	97,0	
Geçmiş remisyon dönemi (Bir yıldan uzun süren)	Var	23	22,7
	Yok	78	77,3
Başarısız tedavi sayısı	İlk başvuru	18	17,8
	Bir kez	31	30,7
	İki kez	17	16,8
	Üç kez ve fazlası	35	37,7
Madde kullanımı nedeniyle yaşanan yasal sorun	Var	62	61,4
	Yok	39	38,6
Çocukluk çağında psikiyatrik tedavi öyküsü (18 yaş öncesi)	Var	29	28,7
	Yok	72	71,3
Son bir yıl içinde intihar girişimi	Var	27	26,7
	Yok	74	73,3
Ek psikiyatrik hastalık	Var	67	66,3
	Yok	34	33,7
Ek psikiyatrik tanı	Anksiyete bozuklukları	10	9,9
	Bipolar ve İlişkili Bozukluklar	4	4,0
	Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu	21	20,8
	Depresif bozukluklar	17	16,8
	Psikotik bozukluklar	13	12,9
	Travma Sonrası Stres Bozukluğu	1	1,0
	Uyum Bozukluğu	1	1,0
Ailede alkol kullanım bozukluğu	Var	26	25,7
	Yok	75	74,3
Ailede madde kullanım bozukluğu	Var	10	9,9
	Yok	91	90,1
Ailede psikiyatrik tedavi öyküsü	Var	32	31,7
	Yok	69	68,3

*Birden fazla kullanım bozukluğu yapan madde işaretlenmiştir.

Katılımcıların %90'ı yatarak tedavi alan hastalardı. Hastaların %28,7'sinde alkol kullanım bozukluğu, %33,7'sinde madde kullanım bozukluğu, %37,6'sının çoklu madde kullanım bozukluğu tanısı olduğu bulundu. Bununla birlikte çoklu madde kullanım bozukluğu tanısı değerlendirilirken kafein ve tütün kullanım bozuklukları tanıları bu gruba dahil edilmedi. Hastaların %97'sinin tütün, %51,5'inin metamfetamin, %38,6'sının alkol, %33,7'sinin sentetik kannabinoid, %19,8'inin kannabis gibi maddeleri kullandığı bulundu.

Hastaların %22,7'si geçmişte bir yıldan uzun süre madde kullanmadığını ve remisyon dönemi yaşadığını belirtirken çoğunluğu (%77,3) remisyon yaşamadığını belirtti. Hastaların %17,8'i ilk kez tedavi aldığını belirtirken %34,7'si üç ve daha fazla başarısız tedavi girişimi olduğunu ifade etmiştir. Katılımcıların %61,4'ü madde kullanımı nedeniyle yasal sorun yaşadığını ifade etmiştir.

Hastaların %28,9'u on sekiz yaşından önce psikiyatrik tedavi aldığını, %26,7'si son bir yıl içinde intihar girişimde bulunduğunu belirtti.

DSM-5'e göre hastaların %66,3'ünde alkol ve madde kullanım bozukluğuna ek bir psikiyatrik hastalığın eşlik ettiği bulundu. Alkol ve madde kullanım bozukluğu olan bireylerin %20,8'inde dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu, %16,8'inde depresif bozukluk, %12,9'unda psikotik bozukluk, %9,9'unda anksiyete bozuklukları, %4'ünde bipolar ve ilişkili bozukluklar, %1'inde travma sonrası stres bozukluğu ve %1'inde uyum bozukluğu ek tanılarının olduğu bulundu.

Katılımcılar birinci derece akrabalarının %25,7'sinin alkol kullanım bozukluğu, %9,9'unun madde kullanım bozukluğu, %31'inin psikiyatrik tedavi başvurusu olduğunu ifade etti (Tablo 4-2).

4.3. Katılımcıların Fonksiyonel Olmayan Tutumlar Ölçeği ve Tedavi Motivasyonu Anketi Puan Dağılımları

Bu bölümde, katılımcıların TMA ve FOTÖ ve alt ölçeklerinin puan ortalamalarına, standart sapmalarına, maksimum ve minimum değerlerine yer verilmiştir (Tablo 4-3/Tablo 4-4).

Tablo 4-3: Katılımcıların Fonksiyonel Olmayan Tutumlar Ölçeği Puan Ortalamaları

		n	Min.	Maks.	Ort.	SS±
Fonksiyonel Olmayan Tutumlar Ölçeği	Mükemmelci Tutum	101	17	118	63,54	22,73
	Onaylanma İhtiyacı	101	18	71	46,99	12,13
	Bağımsız Tutum	101	12	42	30,39	5,76
	Değişken Tutum	101	9	35	23,28	5,47
	Toplam	101	89	267	168,95	36,24

Katılımcıların FOTÖ toplam puan ortalamasının 168,95±36,24, Mükemmelci Tutum alt ölçek puan ortalamasının 63,54±22,73, Onaylanma İhtiyacı alt ölçek puan ortalamasının 46,99±12,13, Bağımsız Tutum alt ölçek puan ortalamasının 30,39±5,76, Değişken Tutum alt ölçek puan ortalamasının 23,28±5,47 olduğu bulundu.

Tablo 4-4: Katılımcıların Tedavi Motivasyonu Anketi Puan Ortalamaları

		n	Min.	Maks.	Ort.	SS±
Tedavi Motivasyonu Anketi	İçsel Motivasyon	101	32	55	49,59	5,41
	Dışsal Motivasyon	101	4	16	10,30	2,68
	Kişiler Arası Yardım Arama	101	9	30	22,00	5,13
	Tedaviye Güven	101	9	25	20,17	4,29
	Toplam	101	66	123	102,07	12,03

Katılımcıların TMA toplam puan ortalamasının 102,07±12,03, İçsel Motivasyon alt ölçek puan ortalamasının 49,59±5,41, Dışsal Motivasyon alt ölçek puan ortalamasının 10,30±2,68, Kişiler Arası Yardım Arama alt ölçek puan ortalamasının 22,00±5,13, Tedaviye Güven alt ölçek puan ortalamasının 20,17±4,29 olduğu bulundu.

4.4. Katılımcıların Bireysel ve Klinik Özelliklerine Göre Tedavi Motivasyonları

Bu bölümde, katılımcıların yaş ve eğitim yılı ile TMA ve alt ölçeklerinin ilişkisi incelendi (Tablo 4-5). Buna ek olarak bireysel ve klinik özelliklerine göre TMA ve alt ölçekleri puan ortalamaların karşılaştırılması yapıldı (Tablo 4-6/Tablo 4-7).

Tablo 4-5: Katılımcıların Yaş ve Eğitim Yılı Ortalamalarının Tedavi Motivasyonu Anketi ile İlişkisi (n=101)

		Tedavi Motivasyonu Anketi				
		Toplam	İçsel Motivasyon	Dışsal Motivasyon	Kişiler Arası Yardım Arama	Tedaviye Güven
Yaş (Yıl)	r	0,112	0,049	0,019	0,115	0,103
	p	0,265	0,629	0,849	0,254	0,304
Eğitim (Yıl)	r	0,040	0,003	-0,125	0,045	0,132
	p	0,693	0,973	0,215	0,658	0,189

$p < 0,05$, r =Pearson Korelasyon Analizi

Alkol ve madde kullanım bozukluğu olan katılımcıların TMA toplam puanlarının ve alt ölçek skorlarının, katılımcıların yaşları ve eğitim yılları ile anlamlı bir ilişki göstermediği ($p > 0,05$) bulundu.

Tablo 4-6: Katılımcıların Bireysel Özelliklerine Göre Tedavi Motivasyonu Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (n=101)

	n (%)	TMA		İM		DM		KAYA		TG	
		Ort.±SS	Analiz	Ort ±SS	Analiz	Ort.±SS	Analiz	Ort.±SS	Analiz	Ort./SS	Analiz
Medeni durum											
Bekar	48 (47,5)	99,87±11,08		48,95±5,64		10,29±2,49		21,02±5,07		19,60±4,15	
Evli	24 (23,8)	104,50±13,10	KW=5,500 p=0,082	50,37±4,86	KW=0,973 p=0,615	10,25±2,80	KW=0,055 p=0,973	23,29±4,34	KW=4,269 p=0,118	20,58±5,13	KW=1,922 p=0,382
Boşanmış/ayrı yaşayan	29 (28,7)	103,72±12,42		50,00±5,29		10,37±2,98		22,55±5,67		20,79±3,75	
Çocuk durumu											
Var	45 (44,6)	102,88±13,01	t=-0,604	49,93±5,20	t=-0,563	10,20±3,07	t=0,357	22,46±5,37	t=-0,817	20,28±5,49	t=-0,231
Yok	56 (55,4)	101,42±11,37	p=0,547	49,32±5,60	p=0,572	10,39±2,34	p=0,722	21,62±4,95	p=0,416	20,28±4,06	p=0,818
Birlikte Yaşanılan kişi											
Aile	82 (81,2)	102,45±12,53	z=-0,991	49,54±5,59	z=-0,035	10,23±2,62	z=-0,819	22,34±5,11	z=-1,250	20,32±4,43	z=-1,016
Diğer	19 (18,8)	100,47±9,74	p=0,322	49,78±4,66	p=0,972	10,63±2,98	p=0,413	20,52±5,09	p=0,211	19,52±3,64	p=0,310
Çalışma durumu											
Çalışıyor	36 (35,5)	101,86±11,74	t=-0,135	49,00±5,94	t=-0,820	10,08±2,70	t=-0,621	22,19±5,15	t=0,282	20,58±4,22	t=0,704
Çalışmıyor	65 (60,2)	102,20±12,28	p=0,893	49,92±5,11	p=0,414	10,13±2,68	p=0,536	21,89±5,16	p=0,790	19,95±4,34	p=0,483
Gelir durumu											
Geliri giderinden az	66 (65,3)	101,40±13,24	KW=0,509 p=0,775	49,45±6,00	KW=1,272 p=0,529	10,50±2,56	KW=1,591 p=0,451	21,63±5,59	KW=0,904 p=0,636	21,63±5,59	KW=1,761 p=0,414
Geliri giderine eşit	27 (26,7)	103,81±9,43		50,11±4,39		10,18±2,74		22,88±3,70		22,88±3,70	
Geliri giderinden fazla	8 (7,9)	101,75±9,72		49,00±3,16		9,12±3,82		22,00±5,55		22,00±5,55	

p<0,05, z=Mann Whitney U testi, KW=Kruskal Wallis H Testi, t=Bağımsız Gruplar T Testi, Ort.=Ortalama, SS=Standart Sapma. TMA=Tedavi Motivasyonu Anketi, İM=İçsel Motivasyon, DM=Dışsal Motivasyon, KAYA=Kişiler Arası Yardım Arama, TG=Tedaviye Güven

Tablo 4-7: Katılımcıların Klinik Özelliklerine Göre Tedavi Motivasyonu Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (n=101)

	TMA		İM		DM		KAYA		TG		
	n (%)	Ort. ±SS	Analiz	Ort. ±SS	Analiz	Ort. ±SS	Analiz	Ort. ±SS	Analiz	Ort. ±SS	Analiz
Tedavi şekli											
Yatarak	91 (90,1)	102,65±12,03	z=-1,621	49,97±5,21	z=-2,621	10,39±2,62	z=-1,272	22,02±5,22	z=-0,239	20,26±4,25	z=-0,544
Ayaktan	10 (9,9)	96,80±11,31	p=0,105	46,10±6,13	p=0,033	9,50±3,24	p=0,203	21,80±4,49	p=0,811	19,40±4,78	p=0,586
Kullanım bozukluğu											
Alkol	29 (28,7)	100,79±12,47	KW=0,694 p=0,707	49,41±5,37	KW=0,315 p=0,854	9,51±2,58	KW=3,411 p=0,182	21,24±5,18	KW=0,952 p=0,621	20,62±3,89	KW=1,309 p=0,520
Madde	34 (33,7)	102,85±12,20		49,38±3,39		10,70±2,79		22,05±5,06		20,70±3,98	
Çoklu	38 (37,6)	102,36±11,79		49,92±5,57		10,55±2,60		22,52±5,23		19,36±4,80	
Geçmiş remisyon											
Var	23 (22,7)	105,39±10,16	z=-1,584	49,82±5,70	z=-0,383	10,47±2,04	z=-0,237	22,82±4,06	z=0,662	22,26±3,15	z=-2,637
Yok	78 (77,3)	101,10±12,42	p=0,113	49,52±5,35	p=0,702	10,25±2,85	p=0,813	21,75±5,21	p=0,508	19,56±4,40	p:0,008
Başarısız tedavi sayısı											
İlk başvuru	18 (17,8)	99,83±12,59	KW=2,230 p=0,526	47,77±6,77	KW=3,211 p=0,360	10,22±3,57	KW=1,633 p=0,652	21,61±5,45	KW=3,886 p=0,274	20,22±3,62	KW=3,535 p=0,316
Bir kez	31 (30,7)	101,80±12,41		49,09±5,56		9,96±2,61		21,41±5,28		21,32±4,02	
İki kez	17 (16,8)	99,58±16,23		49,64±6,07		10,11±2,36		20,47±6,12		19,35±4,80	
Üç kez ve fazla	35 (37,7)	104,68±8,61		50,94±3,81		10,74±2,41		23,45±4,08		19,54±4,52	
MKB nedeni ile yasal sorun											
Var	62 (61,4)	102,03±11,92	t=-0,348	49,48±5,31	t=-0,257	10,46±2,67	t=0,757	22,08±5,21	t=0,198	20,00±4,52	t=-0,524
Yok	39 (38,6)	102,15±12,37	p=0,961	49,76±5,62	p=0,798	10,05±2,72	p=0,451	21,87±5,08	p=0,844	20,46±3,93	p=0,601

p<0,05, z=Mann Whitney U testi, KW=Kruskal Wallis H Testi, t=Bağımsız Gruplar T Testi, Ort.=Ortalama, SS=Standart Sapma. TMA=Tedavi Motivasyonu Anketi, İM=İçsel Motivasyon, DM=Dışsal Motivasyon, KAYA=Kişiler Arası Yardım Arama, TG=Tedaviye Güven, MKB=Madde Kullanım Bozukluğu.

Tablo 4-7: Katılımcıların Klinik Özelliklerine Göre Tedavi Motivasyonu Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (n=101) (Devam)

	n (%)	TMA		İM		DM		KAYA		TG	
		Ort. ±SS	Analiz	Ort. ±SS	Analiz	Ort. ±SS	Analiz	Ort. ±SS	Analiz	Ort. ±SS	Analiz
Çocukluk çağında psikiyatrik tedavi öyküsü											
Var	29 (28,7)	102,68±11,47	z=-0,139	49,81±5,37	z=-0,789	10,38±2,63	z=-0,386	21,40±5,39	z=-1,659	20,22±4,38	z=-0,306
Yok	72 (71,3)	101,83±12,32	p=0,889	49,03±5,55	p=0,430	10,10±2,84	p=0,700	23,48±4,17	p=0,097	20,06±4,13	p=0,759
Son bir yıl içinde intihar girişimi											
Var	27 (26,7)	106,18±12,37	z=-2,354	50,85±4,22	z=-1,307	10,92±2,55	z=-1,357	23,74±5,17	z=-1,996	20,66±4,97	z=-1,230
Yok	74 (73,3)	100,58±11,63	p=0,019	49,13±5,74	p=0,191	10,08±2,71	p=0,175	21,36±5,01	p=0,046	20,00±4,03	p=0,219
Ek psikiyatrik hastalık											
Var	67 (66,3)	102,04±11,98	t=-0,040	49,47±5,50	t=-0,302	10,38±2,80	t=0,424	22,14±5,17	t=0,408	20,02±4,42	t=-0,486
Yok	34 (33,7)	102,14±12,32	p=0,968	49,82±5,29	p=0,763	10,14±2,46	p=0,672	21,70±5,13	p=0,684	20,47±4,06	p=0,628
Ailede alkol kullanım sorunu											
Var	26 (25,7)	102,61±11,62	z=-0,385	49,61±5,93	z=-0,289	10,61±2,49	z=-0,517	21,65±4,53	z=-0,713	20,73±4,42	z=-0,967
Yok	75 (74,3)	101,89±12,24	p=0,700	49,58±5,26	p=0,773	10,20±2,75	p=0,605	22,12±5,35	p=0,476	19,98±4,25	p=0,334
Ailede madde kullanım sorunu											
Var	10 (9,9)	102,60±8,70	z=-0,222	51,10±2,68	z=-0,400	11,10±2,60	z=-0,819	20,90±5,38	z=-0,758	19,50±5,38	z=-0,287
Yok	91 (90,1)	102,02±12,38	p=0,824	49,42±5,61	p=0,689	10,21±2,69	p=0,413	22,12±5,12	p=0,448	20,25±4,18	p=0,774
Ailede psikiyatrik tedavi öyküsü											
Var	32 (31,7)	101,81±13,18	t=0,151	48,68±6,23	t=1,431	9,93±2,96	t=0,941	22,46±5,18	t=-0,622	20,93±4,04	t=-1,214
Yok	69 (68,3)	102,20±11,56	p=0,880	50,11±4,94	p=0,156	10,47±2,55	p=0,349	21,78±5,14	p=0,535	19,82±4,38	p=0,228

p<0,05, z=Mann Whitney U testi, KW=Kruskal Wallis H Testi, t=Bağımsız Gruplar T Testi, Ort.=Ortalama, SS=Standart Sapma. TMA=Tedavi Motivasyonu Anketi, İM=İçsel Motivasyon, DM=Dışsal Motivasyon, KAYA=Kişiler Arası Yardım Arama, TG=Tedaviye Güven.

Tablo 4-6'da katılımcıların bireysel özellikleri ile TMA ve alt ölçek ortalamalarının medeni durum, çocuk durumu, birlikte yaşalılan kişi, çalışma ve gelir durumuna göre anlamlı derecede farklılaşmadığı bulundu.

Katılımcıların klinik özelliklerine göre TMA ve alt ölçek puanlarının karşılaştırılmasına bakıldığında (Tablo 4-7); TMA ve alt ölçek puan ortalamalarının bağımlılık türüne, başarısız tedavi sayısına göre, yaşanılan yasal soruna göre, çocukluk çağında alınan psikiyatrik tedavi öyküsüne, ek psikiyatrik hastalık varlığına, ailede alkol/madde kullanım sorununa göre, ailede psikiyatrik tedavi öyküsü durumuna göre anlamlı derecede farklılaşmadığı ($p>0,05$) bulundu. Tedavi türüne göre sadece İçsel Motivasyon alt ölçek puan ortalamalarının anlamlı derecede farklılaştığı, yatarak tedavi görenlerin ayaktan tedavi görenlere göre İçsel Motivasyon Alt Ölçek puan ortalamalarının anlamlı olarak daha yüksek olduğu bulundu ($z=-2,621$, $p=0,033$). Geçmiş remisyon dönemi varlığına göre sadece Tedaviye Güven alt ölçek puan ortalamalarının anlamlı derecede farklılaştığı ($z=-2,637$, $p=0,008$) bulundu. Buna göre geçmiş remisyon öyküsü olanların Tedaviye Güven alt ölçek puan ortalaması ($22,26\pm 3,15$) remisyon öyküsü olmayanlara göre ($19,56\pm 4,40$) anlamlı olarak daha yüksek bulundu. Son bir yıl içinde intihar girişimi olan ve olmayan kişiler arasında TMA toplam puan ($z=-2,354$, $p=0,019$) ve Kişiler Arası Yardım Arama alt ölçek puan ($z=-1,996$, $p=0,046$) ortalamalarının anlamlı derecede farklılaştığı bulundu. Buna göre son bir yıl içinde intihar girişimi olan bireylerin TMA toplam puan ortalamalarının ($106,18\pm 12,37$), olmayanlara göre ($100,58\pm 11,63$) anlamlı olarak daha yüksek olduğu bulundu. Yine son bir yıl içinde intihar girişimi olan bireylerin Kişiler Arası Yardım Arama alt ölçek puan ortalamalarının ($23,74\pm 5,17$), olmayanlara göre ($21,36\pm 5,01$) anlamlı olarak daha yüksek olduğu saptandı (Tablo 4-7).

4.5. Katılımcıların Fonksiyonel Olmayan Tutumları ve Tedavi Motivasyonları Arasındaki İlişki

Bu bölümde, katılımcıların Fonksiyonel Olmayan Tutumları ve Tedavi Motivasyonları arasındaki ilişki incelenmiştir (Tablo 4-8).

Tablo 4-8: Katılımcıların FOTÖ ve TMA Skorları Arasındaki İlişki (n=101)

		Tedavi Motivasyonu Anketi				
		Toplam	İçsel Motivasyon	Dışsal Motivasyon	Kişiler Arası Yardım Arama	Tedaviye Güven
FOTÖ						
	r	0,127	0,161	0,340	0,226	-0,329
Toplam	p	0,205	0,108	0,001	0,023	0,001
Mükemmелci tutum	r	0,088	0,105	0,336	0,200	-0,336
	p	0,383	0,295	0,001	0,045	0,001
Onaylanma ihtiyacı	r	0,213	0,195	0,361	0,317	-0,253
	p	0,032	0,051	<0,001	0,001	0,011
Bağımsız tutum	r	-0,127	-0,043	-0,081	-0,141	-0,083
	p	0,205	0,627	0,418	0,160	0,408
Değişken tutum	r	0,046	0,129	0,079	0,026	-0,114
	p	0,645	0,198	0,433	0,794	0,258

p<0,05, r=Pearson Korelasyon Analizi, FOTÖ: Fonksiyonel Olmayan Tutumlar Ölçeği

Alkol ve madde kullanım bozukluğu olan katılımcıların FOTÖ toplam puanları ve TMA toplam puanları arasındaki ilişki incelendiğinde; aralarında anlamlı derecede bir ilişki olmadığı (r=0,127, p=0,205) bulundu. Katılımcıların FOTÖ toplam puanlarının, Dışsal Motivasyon alt ölçek puanları (r=0,340, p=0,001) ve Kişiler Arası Yardım Arama alt ölçek puanları (r=0,226, p=0,023) ile anlamlı derecede pozitif ilişki gösterdiği; Tedaviye Güven alt ölçek puanları ile anlamlı derecede negatif ilişki (r=-0,329, p=0,001) gösterdiği bulundu (Tablo 4-8).

Tablo 4-8'e göre katılımcıların FOTÖ alt boyutları ile TMA alt ölçek puanları arasındaki ilişki incelendiğinde; Mükemmелci Tutum alt ölçek puanları ile Dışsal Motivasyon alt ölçek puanları (r=0,336, p=0,001) arasında anlamlı derecede pozitif yönlü orta güçte bir ilişki ve Kişiler Arası Yardım Arama alt ölçek puanlarıyla (r=0,200, p=0,045) anlamlı derecede pozitif yönlü zayıf bir ilişkili olduğu; Tedaviye Güven alt ölçek puanları arasında ise anlamlı derecede negative bir ilişki (r=-0,336, p=0,001) olduğu bulundu.

Katılımcıların Onaylanma İhtiyacı alt ölçek puanları ve TMA toplam puanları (r=0,213, p=0,032), Dışsal Motivasyon alt ölçek skorları (r=0,361 p<0,001) ve Kişiler

Arası Yardım Arama alt ölçek skorları ($r=0,317$, $p=0,001$) arasında anlamlı derecede orta kuvvette pozitif bir ilişki olduğu bulunurken; Tedaviye Güven alt ölçek skorları arasında anlamlı derecede negatif ilişki ($r=-0,253$, $p=0,011$) olduğu saptandı (Tablo 4-8).

4.6. Katılımcıların TMA Skorlarını Açıklamada FOTÖ Toplam Skorlarının Etkinliği

Bu bölümde TMA toplam puanlarının ve alt ölçek skorlarının ne kadarının FOTÖ toplam puanları tarafından açıklandığını değerlendirmek amacıyla Basit Doğrusal Regresyon Analizi sonuçlarına yer verilmiştir (Tablo 4-9).

Tablo 4-9: TMA Alt Ölçek Skorlarını Açıklamada FOTÖ Toplam Puanlarının Etkinliği

Yordanan değişkenler	R	R ²		β	Standart hata	Beta	t	p
TMA	0,127	0,016	Sabit	94,94	5,72		16,598	<0,001
			FOTÖ	0,04	0,03	0,12	1,275	0,205
İçsel Motivasyon	0,161	0,026	Sabit	45,53	2,55		17,797	<0,001
			FOTÖ	0,02	0,01	0,16	1,622	0,108
Dışsal Motivasyon	0,346	0,116	Sabit	6,05	1,21		5,000	<0,001
			FOTÖ	0,02	0,01	0,34	3,597	0,001
Kişiler Arası Yardım Arama	0,226	0,051	Sabit	16,59	2,39		6,920	<0,001
			FOTÖ	0,03	0,01	0,22	2,306	0,023
Tedaviye Güven	0,329	0,108	Sabit	26,76	1,94		13,792	<0,001
			FOTÖ	-0,03	0,01	-0,32	-3,471	0,001

$p<0,05$, Basit Doğrusal Regresyon Analizi, Yordayan değişken: Fonksiyonel Olmayan Tutumlar Ölçeği (FOTÖ) toplam skorları. TMA:Tedavi Motivasyonu Anketi.

TMA toplam skorlarının FOTÖ toplam skorları tarafından açıklanıp açıklanmadığının değerlendirilmesi amacıyla kurulan modelin anlamlı olduğu ($p<0,001$) bulunmuştur. Fakat model içinde TMA toplam puanlarının sadece %1,6'sının FOTÖ toplam skorları ile açıklandığı görülmüştür. Buna ek olarak model içinde FOTÖ toplam puanlarının yeterli derecede etkili olmadığı ($p=0,205$) bulunmuştur.

İçsel Motivasyon alt ölçek skorlarının FOTÖ toplam skorları tarafından açıklanıp açıklanmadığının değerlendirilmesi amacıyla kurulan modelin anlamlı olduğu ($p<0,001$) bulunmuştur. Fakat model içinde İçsel Motivasyon alt ölçek skorlarının sadece %2,6'sının FOTÖ toplam skorları ile açıklandığı görülmüştür. Buna ek olarak model içinde FOTÖ toplam puanlarının anlamlı derecede etkili olmadığı ($p=0,108$) bulunmuştur.

Dışsal Motivasyon alt ölçek skorlarının FOTÖ toplam skorları tarafından açıklanıp açıklanmadığının değerlendirilmesi amacıyla kurulan modelin anlamlı olduğu ($p<0,001$) bulunmuştur. Dışsal Motivasyon alt ölçek skorlarının %11,6'sının FOTÖ toplam skorları tarafından açıklandığı görülmüştür. Buna ek olarak model içinde FOTÖ toplam puanlarının anlamlı derecede etkili olduğu ($p=0,001$) bulunmuştur.

Kişiler Arası Yardım alt ölçek skorlarının FOTÖ toplam skorları tarafından açıklanıp açıklanmadığının değerlendirilmesi amacıyla kurulan modelin anlamlı olduğu ($p<0,001$) bulunmuştur. Model içinde Kişiler Arası Yardım alt ölçek skorlarının %5,1'inin FOTÖ toplam skorları tarafından açıklandığı görülmüştür. Buna ek olarak model içinde FOTÖ toplam puanlarının anlamlı derecede etkili olduğu ($p=0,023$) bulunmuştur.

Tedaviye Güven alt ölçek skorlarının FOTÖ toplam skorları tarafından açıklanıp açıklanmadığının değerlendirilmesi amacıyla kurulan modelin anlamlı olduğu ($p<0,001$) bulunmuştur. Model içinde Tedaviye Güven alt ölçek skorlarının %10,8'inin FOTÖ toplam skorları tarafından açıklandığı görülmüştür. Buna ek olarak model içinde FOTÖ toplam puanlarının anlamlı derecede etkili olduğu ($p=0,001$) bulunmuştur (Tablo 4-9).

5. TARTIŞMA

Madde kullanım bozukluklarının tedavisi medikal uygulamalarla birlikte psikososyal müdahaleleri içeren ve yaşam boyu devam eden bir süreçtir. Bu alanda hizmet veren hemşirelerin hastalara sunulan bakım hizmetlerine ek olarak psikososyal tedavi hizmetlerinde görev alması, hemşireliğin temel rollerinden birisi olarak tanımlanmıştır (Public Health England 2017 pp. 6-8). Psikososyal destek hizmeti sunan ve ruh sağlığı alanında çalışan hemşirelerin günümüzde, başta bilişsel davranışçı terapiler ve destekleyici görüşmeler olmak üzere farklı birçok psikoterapi yöntemini ayaktan ve yatarak tedavi alan psikiyatri hastalarında etkin bir şekilde uyguladığı ifade edilmiştir (Delaney ve ark. 2019).

Medikal tedaviye ek olarak sunulan psikoterapi hizmetinin kalitesinin artırılması ile madde kullanım bozukluğu olan bireylerin tedavi başarısında yükselme olabileceği belirtilmiştir (Arnedt ve ark. 2007). Alkol kullanım bozukluğunun tedavisinde kullanılan psikoterapinin etkinliğinin artırılabilmesi için fonksiyonel olmayan inanışların azaltılması gerektiği ifade edilmiştir (Magill ve Ray 2009). Fonksiyonel olmayan inanışların psikopatolojik özelliklerle etkileşiminin bağımlı özellikleri artırabileceği ifade edilerek, bağımlılıkla daha etkili mücadele edilebilmesi amacı ile terapi sürecinde fonksiyonel olmayan tutumların belirlenmesinin ve azaltılmasının faydalı olabileceği vurgulanmıştır (Gjestad ve ark. 2011; Taymur ve ark. 2016).

Psikiyatri hemşirelerinin hastaların tedavi motivasyonlarını artırmasının daha kaliteli bir terapötik ilişki oluşturduğu, bununla birlikte artan tedavi motivasyonunu ile medikal tedavi sürecine uyumun kolaylaştığı ifade edilmiştir (Ragaisis 2017). Türkiye’de alkol ve madde kullanım bozukluklarının tedavisinde görev alan hemşirelerin psikososyal bakım hizmetlerinde aktif rol aldığı, hemşirelerin bireysel ve grup görüşmeleri ile hastaların tedavi motivasyonlarının artırılmasına yardımcı olduğu ve psikoeğitim faaliyetleri gerçekleştirdiği belirtilmiştir (Hemşirelik Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik 2011).

Bu bilgiler sonucunda bu araştırma, alkol ve madde kullanım bozukluğu olan bireylerin tedavi motivasyonlarının fonksiyonel olmayan tutumlarla bağlantılı olup olmadığı araştırmak, hastaların tedavi motivasyonlarının işlevsel olmayan inanışlardan etkilenip etkilenmediğini incelemek amacı ile yapıldı.

Bu araştırmadan elde edilen veriler, literatürdeki bilgiler ışığında altı temel başlıkta tartışıldı.

5.1. Katılımcıların Bireysel Özellikleri ile İlişkili Bulguların Tartışılması

5.2. Katılımcıların Klinik Özellikleri ile İlişkili Bulguların Tartışılması

5.3. Katılımcıların FOTÖ ve TMA Puan Ortalamalarının Tartışılması

5.4. Katılımcıların Bireysel ve Klinik Özelliklerine Göre Tedavi Motivasyonlarının Tartışılması

5.5. Katılımcıların Fonksiyonel Olmayan Tutumları ve Tedavi Motivasyonları Arasındaki İlişkinin Tartışılması

5.6. Katılımcıların Tedavi Motivasyonlarının Fonksiyonel Olmayan Tutumlar Tarafından Açıklanmasına Yönelik Bulguların Tartışılması

5.1. Katılımcıların Bireysel Özellikleri ile İlişkili Bulguların Tartışılması

Çalışmada değerlendirilen bireylerin %98'inin erkek olduğu görüldü. Benzer bir şekilde Türkiye'de 2018 yılında AMATEM'de yatarak tedavi alan bireylerin büyük çoğunluğunun (%95,6) erkeklerden oluştuğu bulunmuştur (TUBİM, 2018b). Ülkemizde yapılan iki çalışmada alkol ve madde kullanım bozukluğu tedavisi alan katılımcıların sırasıyla %91 ve %97 gibi yüksek oranlarda erkeklerden oluştuğu görülmüştür (Savaşan 2010; Kızılkurt ve Gıynaş, 2019). Araştırmacılar kadınlar arasında madde kullanımının giderek yaygınlaştığını, erkek ve kadın cinsiyeti arasındaki biyolojik ve sosyokültürel farklılıkların cinsiyetler arası madde kullanım sıklığını etkilediğini ifade etmiştir (Altıntoprak ve ark. 2008; Asan ve ark. 2015).

Çalışmada değerlendirilen alkol ve madde bağımlısı bireylerin yaş ortalaması $32,56 \pm 11,35$ 'tir. Alkol ve madde kullanım bozukluğu olan bireylerin sıklıkla 20-29 yaş aralığında tedavi almaya başladığı değerlendirilmiş olup diğer çalışmalarda AMATEM kliniklerinde tedavi gören katılımcıların yaş ortalamalarının bu çalışmadaki katılımcıların yaş ortalamaları ile benzer olduğu söylenebilir (TUBİM 2018b; Savaşan 2010; Kızılkurt ve Gıynaş 2019).

Alkol ve madde kullanım bozukluğu olan kişilerin eğitim yılı ortalamasının $9,97 \pm 3,14$ olduğu, %66'sının düzenli çalışmadığı ve giderlerini karşılayamadığı, %28'inin boşanmış veya ayrı yaşayan kişiler olduğu bulundu (Tablo4-1). Benzer şekilde literatürdeki çalışmalarda alkol ve madde kullanım bozukluğu olan bireylerin eğitim seviyelerinin ve iş bulma imkanlarının daha düşük olduğu, bu bireyler arasında boşanma

oranlarının ve ailevi sorunların daha yaygın olduğu, aynı zamanda sosyokültürel açıdan daha dezavantajlı konumda bulunan kişilerin daha sık madde kullanımına yöneldiği bulunmuştur (Lai ve ark. 2000; Peltzer ve ark. 2002; Asan ve ark. 2015; Kızılkurt ve Gıynaş 2019).

5.2. Katılımcıların Klinik Özellikleri ile İlişkili Bulguların Tartışılması

Hastaların %28,7'sinde alkol kullanım bozukluğu, %%33,7'sinde madde kullanım bozukluğu, %37,6'sının çoklu madde kullanım bozukluğu tanısı olduğu; sırası ile metamfetamin (%51,5), sentetik (%33,7), esrar (%19,8), ekstazi (%6,9), reçeteli ilaç (%5,9) ve opiyat (%4) kullanım bozukluklarının olduğu bulundu. Aynı zamanda katılımcıların %97'sinde tütün kullanım bozukluğu olduğu bulundu (Tablo 4-2).

Kızılkurt ve Gıynaş (2019) tarafından AMATEM'de yapılan çalışmada yatarak tedavi alan katılımcıların %26'sında alkol kullanım bozukluğu, %20'sinde alkol ve madde kullanım bozukluğu, %54'ünde madde kullanım bozukluğu tanılarının olduğu bildirilmiştir. AMATEM polikliniğine başvuran 302 hastanın incelendiği bir çalışmada ise hastaların %14,6'sının alkol, %53,3'ünün opiyat, %5,3'ünün esrar kullandığı bulunmuştur (Asan ve ark. 2015). Binden fazla bağımlının değerlendirildiği bir çalışmada sırası ile en sık tercih edilen uyuşturucu maddelerin esrar, uyarıcılar ve eroin olduğu bildirilmiştir (Aktaş ve ark. 2006). Literatürdeki araştırmalarda alkol ve madde kullanım oranlarının bu çalışmadan elde edilen verilerle benzerlik gösterdiği söylenebilir. Fakat bu çalışmada en yaygın kullanılan madde türlerinin metamfetamin ve sentetik uyuşturucular olması literatürdeki çalışmalar ile uyumlu değildir. Bu çalışmadaki yüksek metamfetamin ve sentetik uyuşturucu kullanımı, kullanılan uyuşturucu maddelerin bölgelere ve yıllara göre değişmesi, sentetik uyuşturucu üretiminin hızla yaygınlaşması ile bağlantılı olabilir (TUBİM, 2018a).

Katılımcıların tamamına yakınının (%98) tütün kullanım bozukluğu olduğu görüldü (Tablo 4-2). Benzer şekilde diğer çalışmalarda alkol ve madde kullanım bozukluğu olan kişilerin tamamına yakınının tütün kullandığı, tütün kullanımının diğer uyuşturucu maddelerin kullanımını kolaylaştırdığı, bu nedenle tütün kötüye kullanımının diğer madde kullanım bozuklukları açısından önemli bir risk faktörü olduğu belirtilmiştir (Lai ve ark. 2000; Magee ve Winhusen 2016; Dierker ve ark. 2018).

Katılımcıların %66'sında ek bir ruhsal hastalığın (eş tanı) olduğu saptandı. Alkol ve madde kullanım bozukluğu olan bu bireylerde başta dikkat eksikliği ve hiperaktivite

bozukluğu, depresif bozukluk, psikotik bozukluk ve anksiyete bozukluğu olmak üzere farklı ruhsal hastalığın olduğu bulundu. Ayrıca hastaların %29'u çocukluk çağında (18 yaşından önce psikiyatrik tedavi aldığını ifade etmiştir (Tablo 4-2).

Literatürde yapılan çalışmalarda alkol ve madde kullanım bozukluğu olan bireylerin yarısından fazlasına bir psikiyatrik hastalığın eşlik ettiği, başta depresyon olmak üzere dürtü kontrol bozukluklarının, psikotik bozuklukların, duyu durum bozukluklarının ve kaygı bozukluklarının bu bireylerde yüksek oranda görüldüğü bulunmuştur (Volkow 2004; Nesvåg ve ark., 2015; Conway ve ark. 2016; Kızılkurt ve Gıynaş 2019). Ruhsal hastalıkların ve madde bağımlılığının benzer çevresel, nörobiyolojik ve genetik özellikler göstermesi, alkol ve madde kullanım bozukluklarındaki yüksek birliktelik ile bağlantılı olabilir (Volkow 2004). Aynı zamanda kullanılan uyuşturucu maddelerin ve problemlili alkol tüketiminin kişilerin yaşam kalitesinde, ruhsal durumunda ve nörokimyasal yapısında oluşturduğu olumsuz etki psikotik bozukluklara, depresyona, bipolar bozukluk ve anksiyete bozukluğuna zemin hazırlayabilir (Nesvåg ve ark. 2015).

Çalışmada değerlendirilen katılımcılarda en sık görülen psikiyatrik hastalık dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğudur (Tablo 4-2). Dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu ile bağlantılı olan kişilik özelliklerinin (dışa dönüklük, yenilik arayışı, dürtüsellik) madde kullanım bozukluklarına neden olabileceği ifade edilmiştir (Butler 2004). Özellikle ergenlik döneminde davranım problemi yaşayan bireylerin daha sık alkol ve madde kullanımına yöneldikleri belirtilmiştir (Conway ve ark. 2016).

Hastaların sadece %22,7'si bir yıldan uzun bir süre madde kullanımını bırakabildiğini, %30,7'si bir kez, %16,7'si iki kez, %34,7'si üç ve daha fazla kez alkol ve madde kullanım bozukluklarının tedavide başarısız olduğunu ifade etmiştir (Tablo 4-2). AMATEM'de tedavi alan denetimli serbestlik hastalarının üçte birinden fazlasının tedavi sırasında başarısız olduğu bulunmuştur (Ögel ve ark. 2016). Geçmişte madde kullanım bozukluğu tanısı alan bireylerin tedavi başarılarının düşük olduğu, bu bireylerin %85'ine yakınının tekrar madde kullanmaya başladığı, %38'inin yeniden madde kullanım bozukluğu tanısı aldığı bulunmuştur (McCabe ve ark. 2018). Bu araştırmada alkol/madde kullanım bozukluğunun tedavisinde görülen düşük başarının ve düşük remisyon oranının literatürdeki çalışmalarla uyumlu olduğu söylenebilir. Buna ek olarak çalışmadaki katılımcıların %26,7'si son bir yıl içinde intihar girişimi olduğunu belirtmiştir (Tablo 4-2). Tedavi oranlarındaki düşüklük ve yüksek intihar girişimi oranları düşünüldüğünde

alkol/madde kullanım bozukluğu olan bireylerin ruhsal yaşamlarının ve yaşam kalitelerinin önemli ölçüde olumsuz etkilendiği söylenebilir. Çünkü madde kullanım bozukluklarının diğer ruhsal hastalıklara karşın kişilerin intihar etmesinde güçlü etkilerinin olduğu bulunmuştur (Uwakwe ve Gureje 2011).

Hastalar, birinci derecede yakınlarının %25,7'inin alkol kullanım sorunu, %9,9'unun madde kullanım sorunu olduğunu yaşadığını ve yakınlarının %31'inin psikiyatrik tedavi aldığını bildirdi (Tablo4-2). Benzer şekilde literatürde yapılan çalışmalarda alkol ve madde kullanım bozukluğu olan bireylerin ebeveynlerinde alkol ve madde kullanımının yaygın olduğu, ek olarak ebeveynlerin %16'sında alkol ve madde kullanım bozukluğu tanısının olduğu bulunmuştur (Taşçı ve ark. 2005; Zorlu ve ark. 2011; Nebioğlu ve ark. 2013). Alkol ve madde kullanım bozukluklarının önemli ölçüde genetik aktarım göstermesi ve aile ile ilişkili çevresel faktörlerin bağımlılıkların aktarımında rol alması (Agrawal ve Lynskey 2008), bağımlı hastaların ebeveynlerindeki problemler alkol ve madde kullanımını açıklayabilir. Bununla birlikte ebeveyninde ruhsal hastalık olan kişilerin madde kullanmak açısından daha riskli konumda olduğu, aile içi strese maruz kalan çocukların madde kullanımına daha sık yöneldiği, aynı zamanda üyelerinde madde kullanımı olan bir ailenin fazla ruhsal desteğe ihtiyacı olabileceği ifade edilmiştir (Cortes ve ark. 2009; Kelly ve ark. 2017).

5.3. Katılımcıların FOTÖ ve TMA Puan Ortalamalarının Tartışılması

Katılımcıların FOTÖ toplam puan ortalamasının $168,95 \pm 36,24$ olduğu bulundu (Tablo 4-3). FOTÖ başlangıçta depresif bozukluğu olan bireyler üzerinde geliştirildiği için literatürde birçok farklı popülasyonda FOTÖ'nün ortalaması incelenmiştir (Uğurlu GK ve ark. 2012; Taymur ve ark. 2016; Batmaz ve Özdel 2016). Alkol bağımlılığı tedavisi alan seksene yakın bireyin incelendiği bir çalışmada, alkolik bireylerin sağlıklı bireylere göre FOTÖ puan ortalamalarının daha yüksek olduğu, alkolik bireylerde FOTÖ toplam puan ortalamasının $165,7 \pm 31,7$ olduğu bulunmuştur (Uğurlu GK ve ark. 2012). Türk popülasyonunda 18-65 yaş aralığında ayaktan tedavi alan psikiyatri hastalarının araştırıldığı bir çalışmada FOTÖ toplam puan ortalamasının $147,48 \pm 48$ olduğu bulunmuştur (Batmaz ve Özdel 2016). İnternet bağımlılığı olan üniversite öğrencilerinde ise FOTÖ toplam puan ortalamasının $134,35 \pm 24,64$ olduğu bulunmuştur (Taymur ve ark. 2016). Bu çalışmadaki FOTÖ ve alt ölçek ortalamalarının Uğurlu GK ve ark. (2012) alkol bağımlısı olan kişileri incelediği çalışmadaki alt ölçek puanları (Mükemmelci

Tutum=54,3±16,0; Onaylanma İhtiyacı=49,3±14,2; Bağımsız Tutum=21,2±5,3; Değişken Tutum=19,6±5,7) ile benzer olduğu, diğer çalışmalardaki ortalamalara göre ise göreceli olarak daha yüksek olduğu söylenebilir. Bu araştırmada alkol ve madde kullanım bozukluğu olan bireylerin FOTÖ puan ortalamalarının sağlıklı bireylerin ortalamaları ile karşılaştırılmaması çalışmanın önemli bir eksikliği olarak söylenebilir. Bu nedenle alkol ve madde kullanım bozukluğu olan kişilerdeki yüksek FOTÖ ortalamalarının araştırılması için daha fazla çalışma önerilebilir.

Katılımcıların TMA toplam puan ortalamasının 102,07±12,03 olduğu bulundu (Tablo 4-4). TMA alkol bağımlısı olan bireylerin tedavi motivasyonlarını ölçmek amacı ile geliştirilmiş olup, Türkçe geçerlik çalışmasında alkol bağımlısı bireylerin TMA toplam puan ortalamasının 103,4±11,4 olduğu bulunmuştur (Evren ve ark. 2006). Başka bir çalışmada ise AMATEM’de yatarak tedavi alan alkol ve madde bağımlısı bireylerin TMA toplam puan ortalamasının 105,52±11,22; İçsel Motivasyon alt ölçek puan ortalamasının 49,31±5,83; Dışsal Motivasyon alt ölçek puan ortalamasının 11,26±2,95; Kişiler Arası Yardım Arama alt ölçek puan ortalamasının 23,59±4,37 ve Tedaviye Güven alt ölçek puan ortalamasının 21,34±3,37 olduğu bulunmuştur (Savaşan 2010). Bu araştırmalar ışığında bu çalışmadaki TMA ve alt ölçekleri puan ortalamalarının diğer çalışmalardaki ortalamalarla benzer olduğu söylenebilir.

5.4. Katılımcıların Bireysel ve Klinik Özelliklerine Göre Tedavi Motivasyonlarının Tartışılması

Yatarak tedavi gören kişilerin İçsel Motivasyon alt ölçek skor ortalamalarının ayaktan tedavi gören kişilerin ortalamalarından anlamlı derecede yüksek olduğu ($z=-2,621$, $p=0,033$) bulundu (Tablo 4-7). İçsel motivasyonun tedavi motivasyonunun en önemli parçası olduğu ve kişinin iç dünyası ile bağlantılı tedavi olma isteğini tanımladığı ifade edilmiştir (Evren ve ark. 2006). Yatarak tedavi gören hastaların klinik ortamda ruh sağlığı çalışanları ile etkileşim içinde olması, kendileri ile benzer bireylerle birlikte etkileşim içinde bulunmaları, katılımcıların içsel motivasyonun yükselmesine neden olabilir. Çünkü alkol ve madde bağımlılığı tedavisi gören bireylerin ruh sağlığı çalışanları ve diğer hastalarla olan etkileşimin kişinin ruh sağlığını ve tedavi motivasyonunu olumlu yönde etkileyebileceği ifade edilmiştir (Ögel 2010; Lynch ve ark. 2013; Walter ve ark. 2015).

Geçmişte en az bir yıl süre ile remisyonda kalabilen katılımcıların Tedaviye Güven alt ölçek skor ortalamalarının kalamayanlara göre anlamlı derecede daha yüksek olduğu

($z=-2,637$, $p=0,008$) bulundu (Tablo 4-7). Kişilerin tekrar madde kullanmalarını önlemede tedavi motivasyonunun önemli olduğu ifade edilmiştir (Evren ve ark. 2006). Geçmişte tedavide başarı sağlayan bireyler yeni alacakları tedaviye daha fazla güven duyabilirler. Bununla birlikte tekrarlayan başarısız tedavi girişimleri kişilerin tedaviye olan güvelerinin azalmasına neden olabilir. Bu nedenle alkol ve madde kullanım bozukluğu olan bireylerde geçmiş tedavi başarıları ve tedavi motivasyonları arasındaki ilişkiyi aydınlatmak için daha fazla çalışma gerekebilir.

Son bir yıl içinde intihar girişimi olan katılımcıların olmayanlara göre TMA toplam puan ($z=-2,354$, $p=0,019$) ve Kişiler Arası Yardım Arama alt ölçek puan ($z=-1,996$, $p=0,046$) ortalamalarının anlamlı derecede daha yüksek olduğu bulundu (Tablo 4-7). Madde kullanımı olan bireylerin sağlıklı ve ruhsal hastalık yaşayan bireylere oranla daha yüksek oranda kendine zarar verme davranışı gösterdiği bulunmuştur (Uwakwe ve Gureje 2011). Buna ek olarak alkol ve madde kullanımı olan bireylerin sıklıkla duygusal sorun yaşadığı ve kendilerini yalnız hissettikleri belirtilmiştir (Yıldırım ve ark. 2011). Alkol ve madde kullanım bozukluğu ve intihar girişimi olan bireylerde kişiler arası yardım arama eğiliminin yüksek olması, bu bireylerin olumsuz duygulardan daha fazla etkilenmesi, kendilerini daha fazla yalnız hissetmeleri ile bağlantılı olabilir. Buna ek olarak intihar girişimi sonrası yaşama tutunmayı başaran bireyler alkol ve madde kullanım bozukluğu tedavisini hayatla barışmak için yeni bir fırsat olarak görebilirler.

5.5. Katılımcıların Fonksiyonel Olmayan Tutumları ve Tedavi Motivasyonları Arasındaki İlişkinin Tartışılması

Çalışmada alkol ve madde kullanımı olan bireylerin FOTÖ toplam puanlarının TMA Dışsal Motivasyon alt ölçeği ile orta derecede pozitif ilişki ($r=0,340$, $p=0,001$) gösterdiği bulundu (Tablo 4-8).

TMA Dışsal Motivasyon alt ölçeğinin maddeleri kişinin tedavi almasına yönelik uygulanan yasal veya toplumsal zorunlulukları ve baskıyı ölçmektedir (Evren ve ark. 2006). Fonksiyonel olmayan tutumları yüksek olan bireyler, tedavi almaları yönünde uygulanan yasal veya toplumsal baskıyı daha yüksek seviyede algılayabilir. Bu nedenle yasal uygulamaların ve yasal yaptırımların doğru kullanımının kişilerin tedavi motivasyonlarını ve tedavi başarılarını olumlu etkileyeceği belirtilmiştir (Stevens ve ark. 2015). Bazı çalışmalarda ise madde kullanım bozukluğunda kullanılan motivasyon artırıcı müdahalelerin ve yasal yaptırımların iyileşmek açısından yeterli etkilerinin olmadığı değerlendirilmiştir (Broome ve ark. 1997; Shaul ve ark. 2016). Bu nedenle alkol

ve madde kullanımı olan bireylerin fonksiyonel olmayan tutumlarını azaltmak dışsal motivasyon kaynaklarının daha sağlıklı algılanmasına yardımcı olabilir. Özellikle alkol ve madde kullanım bozukluğu olan bireylerde işlevsel olmayan onay arayışını sağlıklı hale getirmek tedavi için gerekli olan motivasyonun ortaya çıkmasına yardımcı olabilir. Çünkü bu çalışmada Onaylanma İhtiyacı alt ölçek skorlarının, TMA toplam puanları ve Dışsal Motivasyon alt ölçek skorları ile anlamlı derecede ($p<0,05$) pozitif ilişki gösterdiği bulundu (Tablo 4-8). Bu nedenle alkol ve madde bağımlıların hem diğer kişilerden kabul görmeyi ve takdir edilmeyi beklediği, aynı zamanda yasal ve sosyal ilişkiler temelinde ortaya çıkan baskıları işlevsel olmayan inanışlar temelinde algıladıkları düşünülebilir.

Katılımcıların FOTÖ toplam puanları ve TMA Kişiler Arası Yardım Arama alt ölçek skorları arasında düşük ama anlamlı derecede pozitif ilişki ($r=0,226$, $p=0,023$) olduğu belirlendi (Tablo 4-8). Bu bulgular sonucunda alkol ve madde kullanım bozukluğu olan bireylerde fonksiyonel olmayan tutumlar artıkça kişiler arası yardım arama eğilimlerinin yükseldiği söylenebilir. Kişiler arası yardım arayışı, kişinin tedavi için destek arayışında olduğunu, endişe ve kaygılarının başka birisi ile paylaşılması gerektiğini, sorunlarının çözümü için desteğe ihtiyaç duyduğunu göstermektedir (Evren ve ark. 2006). Bu nedenle kişilerin bağımlıktan destek almadan kurtulamayacakları ile ilişkili algılarını ve işlevsel olmayan tutumlarla bağlantılı umutsuzluk duygularını tespit etmek ve azaltmak faydalı olabilir. Madde bağımlılığının tedavi başarısında sosyal desteğin gerekli olduğu, sosyal öğrenme süreçleri ve sosyal kontrol süreçleri sayesinde iyileşmenin ve karakteristik değişimin gerçekleştiği ifade edilmiştir (Best ve ark. 2016). Bu görüşü Onaylanma İhtiyacı alt ölçek puanlarının Kişiler Arası Yardım Arama alt ölçek skorları ile gösterdiği orta derecedeki pozitif ilişki ($r=0,317$, $p=0,001$) doğrulamaktadır (Tablo 4-8). İşlevsel olmayan onaylanma ihtiyacı belirtileri alkol ve madde bağımlılarında kişiler arası yardım arama eğilimini yükseltmektedir.

Katılımcıların FOTÖ toplam ve Onaylanma İhtiyacı alt ölçek puanlarının Tedaviye Güven alt ölçek skorları ile negatif ilişkisi ($p<0,05$) olduğu bulundu (Tablo 4-8). Tedaviye güven duyma kişinin başvurduğu tedavi programının kendisine yardımcı olabileceği, sorunlarını çözebileceği ve endişelerinin azalacağı inancını içermektedir (Evren ve ark. 2006). Fonksiyonel olmayan tutumlar kişiyi umutsuzluğa ve bunalıma sürükleyen bilişsel yapıları içermektedir (Ebrahimi ve ark. 2008). İşlevsel olmayan bilişsel hatalar ve onaylanma ihtiyacı nedeni ile kişinin başvurduğu tedavi programına olan güveni azalabilir. Tedavi edici ortamın amacının hastanın benlik saygısının, benlik

değerinin, kendine güveninin artırılmasına yardım etmek olduğu ifade edilmiştir (Savaşan 2010). Bu nedenle alkol ve madde kullanım bozukluğu olan kişilerin tedaviye olan güvenlerinin artırılabilmesi için kişilerin sürekli dışarıdan gelecek onaylara ihtiyaç duyması yerine kendi inanç ve görüşlerine değer vermesi yönünde işlevsel inanışlarla değiştirilmesi önemli görünmektedir.

Katılımcıların Mükemmelci Tutum alt ölçek puanlarının, Dışsal Motivasyon ve Kişiler Arası Yardım Arama alt ölçek skorları ile pozitif ilişki olduğu bulundu (Tablo 4-8). Buna ek olarak Mükemmelci Tutum alt ölçek puanlarını Tedaviye Güven alt ölçek skorları ile negatif ilişki ($p<0,05$) gösterdi. Literatürde alkol ve madde bağımlılarında tedavi motivasyonu ve mükemmelci özellikler arasındaki ilişkiyi inceleyen herhangi bir çalışmaya ulaşılamamıştır. Buna rağmen mükemmeliyetçiliğin problemlili alkol kullanımı ile bağlantılı olduğu ifade edilmiştir (Mackinnon ve ark. 2019). Mükemmelci kişilik özelliklerinin alkol, esrar ve kokain kullanımı ile bağlantılı olduğu gösterilmiştir (Gonzálvez ve ark. 2016). Aynı zamanda madde bağımlısı bireylerin tedavi motivasyonunda problemlili kişilik özelliklerinin etkililerinin olduğu değerlendirilmiştir (Ball ve ark. 2006). Bu nedenle mükemmelci tutumlar ve tedavi motivasyonunun ilişkisini inceleyen yeni çalışmaların yapılması önerilebilir. Bu çalışmadan elde edilen bulgular sonucunda alkol ve madde kullanım bozukluğu olan bireylerde, mükemmelci tutumların artması ile dışsal motivasyon ve yardım arama davranışının arttığı, tedaviye duyulan güvenin azaldığı söylenebilir.

5.6. Katılımcıların Tedavi Motivasyonlarının Fonksiyonel Olmayan Tutumlar Tarafından Açıklanmasına Yönelik Bulguların Tartışılması

Dışsal Motivasyon alt ölçek skorlarının %11,6'sının FOTÖ toplam skorları tarafından anlamlı derecede ($p<0,05$) açıklandığı görüldü (Tablo 4-9).

Alkol ve madde kullanımında iyileşmek açısından içsel motivasyon kaynaklarının, dışsal motivasyon kaynaklarından daha gerekli olduğu, bununla birlikte dozunda kullanılan dışsal motivasyon kaynaklarının hastaların iyileşme süreçlerine katkı sağladığı belirtilmiştir (Evren ve ark. 2006; Stevens ve ark. 2015; Broome ve ark. 1997; Shaul ve ark. 2016). Bu çalışmada dışsal motivasyon kaynaklarının %10'unun fonksiyonel olmayan inanışlar tarafından açıklanması, dışardan sağlanması beklenen tedavi motivasyonuna ilişkin algıların hatalı olabileceğini gösterebilir. Bu nedenle alkol ve madde kullanım bozukluğu olan kişilere sunulan psikoterapi etkinliklerinde hastaların

fonksiyonel olmayan inanışlarının tedavi motivasyonu ile nasıl bir etkileşim gösterdiğini anlamaya çalışmak gerekebilir.

Hastaların tedavi motivasyonlarını arttırmanın tedavi kalitesini artırdığı, bu sayede artan motivasyon ile medikal tedaviye uyumun gerçekleştiği belirtilmiştir (Ragaisis 2017). Psikiyatri hemşireleri tarafından uygulanan psikoterapi yöntemlerinde tedavi motivasyonunun artırılmasını hedefleyen farklı terapi yöntemleri kullanılmaktadır (Delaney ve ark. 2019). Bu nedenle alkol ve madde kullanan hastaların dışsal motivasyon kaynaklarını psikoterapi sürecinde daha sağlıklı hale getirebilmek amacı ile işlevsel olmayan inanışların değiştirilmesine odaklanılabilir.

Tedaviye Güven alt ölçek skorlarının %10,8'inin FOTÖ toplam skorları tarafından anlamlı derecede açıklandığı ($p<0,005$) görülmüştür (Tablo 4-9).

Alkol ve madde kullanım bozukluğu olan bireylerde yardım ve tedavi arayışı iyileşme ile bağlantılı ilk ve en önemli adımlardan birisidir (Hiller ve ark. 2002). Bu nedenle kişinin bağımlı olduğunu kabul etmesi, probleminin ne olduğunu anlaması, güven ihtiyacını karşılaması ve yardım araması iyileşmenin bilişsel basamakları olarak değerlendirilmektedir (Rosen ve ark. 2004). Bu nedenle alkol ve madde kullanım sorunu olduğunu kabul eden ve yardım arayışında olan bir bireyin tedaviye olan güveninin sağlanması iyileşme açısından oldukça önemli bir basamaktır. Buna ek olarak tedaviye duyulan güvenin tedaviyi sağlıklı bir şekilde sürdürme ile bağlantılı olduğu bildirilmiştir (Evren ve ark. 2006). Bu nedenle alkol ve madde kullanım bozukluğu olan bireylerde tedaviye olan güveni artırmak amacıyla işlevsel olmayan inanışları azaltmak faydalı olabilir.

Alkol ve madde kullanım bozukluğu kişilerin yardım arayışına uygun cevabı vermek terapötik ilişkisinin sağlıklı kurulmasına aracılık etmektedir (Hiller ve ark. 2002). Sağlıklı kurulan bu ilişkinin devam edebilmesi ve kişinin tedaviye güveninin oluşabilmesi için fonksiyonel olmayan inanışları terapi sırasında konuşmak, yatan hastalarla yapılan etkinliklerde, grup etkinliklerinde fonksiyonel olmayan tutumların değiştirilmesine aracılık etmek tedaviye duyulan güveni arttırabilir.

Kişiler Arası Yardım Arama alt ölçek skorlarının %5,1'inin, İçsel Motivasyon alt ölçek skorlarının %2,6'sının FOTÖ toplam skorları tarafından açıklandığı ($p<0,05$) görülmüştür (Tablo 4-9). Açıklayıcılık istatistiksel açıdan anlamlı olsa da açıklama değerinin düşük olması bu alanda daha çok çalışmaya ihtiyaç olduğunu göstermektedir. Bununla birlikte bu çalışma alkol ve madde kullanım bozukluğu olan bireylerde tedavi

motivasyonu ve fonksiyonel olmayan tutumlar arasındaki ilişkiyi inceleyen ilk çalışmadır.

Bu çalışmada katılımcıların fonksiyonel olmayan tutumlarının ve tedavi motivasyonlarının karşılaştırılabileceği bir kontrol grubu içermemesi çalışmanın önemli eksikliklerinden birisi olarak ifade edilebilir. Çünkü FOTÖ ve TMA arasındaki ilişkinin, FOTÖ toplam puanlarının TMA ve alt ölçeklerini açıklamadaki etkinliğinin başka örneklemeler veya sağlıklı kontrol grubu üzerinde test edilmesi çalışmanın zenginliğini artırabilirdi. Buna ek olarak çalışmanın önemli bir kısıtlılığı ayaktan tedavi alan hastaların çoğunlukla çalışmaya katılmaya gönüllü olmaması nedeniyle katılımcıların %90'ının yatarak tedavi alan hastalardan oluşmasıdır. Bununla birlikte kadın katılımcının az olması çalışmanın genellenebilirliğini olumsuz etkileyen faktörlerden birisidir.

Sonuç ve Öneriler

Araştırma sonucunda;

- Çalışmada değerlendirilen alkol ve madde kullanım bozukluğu olan bireylerin yaş ortalamasının $32,56 \pm 11,35$ olduğu, eğitim yıl ortalamasının $9,97 \pm 3,14$ olduğu, %98'inin erkek olduğu %64,5'inin çalışmadığı, %47,5'inin bekar olduğunu, %23,8'ü evli olduğunu, %28,7'i boşanmış veya ayrı yaşayan kişiler olduğu (Tablo 4-1),

- Katılımcıların %28,7'sinde alkol kullanım bozukluğu, %33,7'sinde madde kullanım bozukluğu, %37,6'sının çoklu madde kullanım bozukluğu tanısının olduğu; %97'sinde tütün, %51,5'inde metamfetamin, %38,6'sında alkol, %33,7'sinde sentetik %19,8'inde kannabis, %6,9'unda ekstazi, %5,9'unda reçeteli ilaç, %4'ünde opiyat ve %1'inde LSD kullandığı (Tablo 4-2),

- Katılımcılarda başta dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu ve depresyon olmak üzere, alkol ve madde kullanım bozukluğu tanısına %66,3 oranında ek bir ruhsal hastalığın eşlik ettiği (Tablo 4-2),

- Katılımcıların FOTÖ toplam puan ortalamasının $168,95 \pm 36,24$, TMA toplam puan ortalamasının $102,07 \pm 12,03$ olduğu (Tablo 4-3/Tablo 4-4),

- Tedavi türüne göre sadece İçsel Motivasyon alt ölçek skor ortalamalarının ($z=-2,621$, $p=0,033$), geçmiş remisyon dönemi varlığına göre sadece Tedaviye Güven alt ölçek skor ortalamalarının ($z=-2,637$, $p=0,008$), son bir yıl içinde intihar girişimi varlığına göre kişiler TMA toplam puan ($z=-2,354$, $p=0,019$) ve Kişiler Arası Yardım Arama alt ölçek puan ($z=-1,996$, $p=0,046$) ortalamalarının anlamlı derecede farklılaştığı (Tablo 4-7),

- FOTÖ toplam puanları ve TMA toplam puanları arasında anlamlı derecede bir ilişki olmadığı ($r=0,127$, $p=0,205$), FOTÖ toplam puanlarının; Dışsal Motivasyon alt ölçek puanları ($r=0,340$, $p=0,001$) ve Kişiler Arası Yardım Arama alt ölçek skorları ($r=0,226$, $p=0,023$) ile pozitif ilişkili, Tedaviye Güven alt ölçek skorları ile negatif ilişkili ($r=-0,329$, $p=0,001$) olduğu (Tablo 4-8),

- Mükemmelci Tutum alt ölçek puanlarının; Dışsal Motivasyon alt ölçek puanları ($r=0,336$, $p=0,001$) ve Kişiler Arası Yardım Arama alt ölçek skorları ($r=0,200$, $p=0,045$) ile pozitif, Tedaviye Güven alt ölçek skorları ile negatif ilişkili ($r=-0,336$, $p=0,001$) olduğu (Tablo 4-8)

- Onaylanma İhtiyacı alt ölçek puanlarının; TMA toplam puanları ($r=0,213$, $p=0,032$), Dışsal Motivasyon alt ölçek skorları ($r=0,361$ $p<0,001$) ve Kişiler Arası Yardım Arama alt ölçek skorları ($r=0,317$, $p=0,001$) ile pozitif ilişkili, Tedaviye Güven alt ölçek skorları ile negatif ilişkili ($r=-0,253$, $p=0,011$) olduğu (Tablo 4-8),

- TMA toplam puanlarının ve TMA alt ölçek skorlarının katılımcıların yaşları ile anlamlı bir ilişki ($p>0,05$) göstermediği (Tablo 4-8),

- Basit Doğrusal Regresyon Analizine göre FOTÖ toplam puanlarının; Dışsal Motivasyon Alt ölçek skorlarının %11,6'sını ($p<0,05$), Tedaviye Güven Alt ölçek skorlarının %10,8' ini ($p<0,05$), Kişiler Arası Yardım Arama alt ölçek skorlarının %5,1'ini açıkladığı bulundu (Tablo 4-9).

Bu bulgular sonucunda;

- Alkol ve madde kullanım bozukluğu olan bireylerde ek ruhsal hastalıklara dikkat edilmesi; geçmiş tedavi başarısı, geçmişinde intihar girişimi ve tedavi türü gibi özelliklerin hastaların tedavi motivasyonu üzerindeki etkisine dikkat edilmesi,
- Alkol ve madde kullanım bozukluğu olan bireylerin tedavi motivasyonlarının artırılabilmesi amacıyla terapi sürecinde fonksiyonel olmayan tutumlara odaklanması,
- Alkol ve madde kullanım bozukluğu tedavisine duyulan güvenin artırılabilmesi amacıyla başta onaylanma ihtiyacı ve mükemmelci tutum olmak üzere, işlevsel olmayan inanışların terapi sürecinde tespit edilmesi ve değiştirilmesi,
- Fonksiyonel olmayan tutumları etkileyen faktörleri inceleyen ileri çalışmaların yapılması,

- Yatarak ve ayaktan tedavi gören hastalarda farklı motivasyonel çalışmaların yapılması,
- Kontrol grubu ile karşılaştırmalı çalışmaların yapılması önerilebilir.



KAYNAKLAR

Agrawal, A., Lynskey, M. T. (2008). Are there genetic influences on addiction: evidence from family, adoption and twin studies. *Addiction*, **103(7)**, 1069-1081. doi: 10.1111/j.1360-0443.2008.02213.x

Akdağ, E. M., Kotan, V. O., Köse, S., Tıkır, B., Aydemir, M. Ç., Okay, İ. T. ve ark. (2018). The relationship between internalized stigma and treatment motivation, perceived social support, depression and anxiety levels in opioid use disorder. *Psychiatry and Clinical Psychopharmacology*, **28**, 394-401. doi: 10.1080/24750573.2018.1478190

Aktaş, E. Ö., Koçak, A., Ender, Ş. N., Yemişçigil, A., Coşkunol, H., Erbaş, K., Akbaba, M. (2006). Ege Bölgesinde ele geçirilen narkotik maddeler ve madde bağımlılarının incelenmesi. *Türkiye Klinikleri Journal of Forensic Medicine*, **3(1)**, 13-24.

Akvardar, Y., Türkcan, A., Yazman, U., Ayaçlar, S., Ergör, G., Çakmak, D. (2003). Prevalence of alcohol use in Istanbul. *Psychological Reports*, **92(3)**, 1081-1088. doi:10.2466/pr0.2003.92.3c.1081

Alavi, S. S., Ferdosi, M., Jannatifard, F., Eslami, M., Alaghemandan, H. ve Setare, M. (2012). Behavioral addiction versus substance addiction: Correspondence of psychiatric and psychological views. *International Journal of Preventive Medicine*, **3(4)**, 290-294. PMID: 22624087

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

Aletraris, L., Paino, M., Edmond, M. B., Roman, P. M., Bride, B. E. (2014). The use of art and music therapy in substance abuse treatment programs. *Journal of Addictions Nursing*, **25(4)**, 190-196. doi: 10.1097/JAN.0000000000000048

Alonso, J., Angermeyer, M. C., Bernert, S., Bruffaerts, R., Brugha, T. S., Bryson, H. ve ark. (2004). Prevalence of mental disorders in Europe: results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, **109(420)**, 21-27. doi: 10.1111/j.1600-0047.2004.00327.x

Altıntoprak, E., Akgür, S. A., Yüncü, Z., Sertöz, Ö. Ö., Coşkunol, H. (2008). Kadınlarda Alkol Kullanımı ve Buna Bağlı Sorunlar. *Türk Psikiyatri Dergisi*, **19(2)**, 197-208.

Amerikan Psikiyatri Birliği (2000). *DSM-4 Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı*. Dördüncü Baskı. (Çev. Ed.: E. Köroğlu). Ankara: Hekimler Yayın Birliği.

Amerikan Psikiyatri Birliği (2014). *DSM-5 Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı*. Dördüncü Baskı. (Çev. Ed.: E. Köroğlu). Ankara: Hekimler Yayın Birliği.

Arnedt, J. T., Conroy, D., Rutt, J., Aloia, M. S., Brower, K. J., Armitage, R. (2007). An open trial of cognitive-behavioral treatment for insomnia comorbid with alcohol dependence. *Sleep Medicine*, **8(2)**, 176-180. doi:10.1016/j.sleep.2006.06.007

Artuç, S., Doğan, K., Demirci, Şerafettin. (2014). Uyuşturucu maddelerde yeni trend sentetik kannabinoidler. *Adli Tıp Bülteni*, **19(3)**, 198-205. Erişim tarihi 24.24.2019, <https://www.researchgate.net/publication/269634158>

Asan, Ö., Tıkır, B., Okay, İ. T., Göka, E. (2015). Bir AMATEM birimine başvuran alkol ve madde kullanım bozukluğu olan hastaların sosyodemografik ve klinik özellikleri. *Bağımlılık Dergisi*, **16(1)**, 1-8.

A'zami, Y., Doostian, Y., Mo'tamedi, A., Massah, O., Heydari, N. (2015). Dysfunctional attitudes and coping strategies in substance dependent and healthy individuals. *Iranian Rehabilitation Journal*, **13(1)**, 49-53.

Bağımlılıkta Danışma, Arındırma ve Rehabilitasyon Merkezleri Hakkında Yönetmelik. (2019, 10 Mart). Resmi Gazete (Sayı: 30710). <http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2019/03/20190310-2.htm>

Ball, S. A., Carroll, K. M., Canning-Ball, M., Rounsaville, B. J. (2006). Reasons for dropout from drug abuse treatment: Symptoms, personality, and motivation. *Addictive Behaviors*, **31(2)**, 320-330. doi:10.1016/j.addbeh.2005.05.013

Batmaz, S., Ozdel, K. (2016). Psychometric properties of the revised and abbreviated form of the Turkish version of the Dysfunctional Attitude Scale. *Psychological Reports*, **118(1)**, 180-198. doi: 10.1177/0033294116628349F

Bauer, B., Kostic, V., Cekovska, S., Kavrovski, Z. (2016) Cannabis history and timeline. *Macedonian Pharmaceutical Bulletin*, **62**, 477-478.

Beck, A. T. (1963). Thinking and depression: I. Idiosyncratic content and cognitive distortions. *Archives of General Psychiatry*, **9(4)**, 324-333.

Beck, A. T. (1964). Thinking and depression: II. Theory and therapy. *Archives of General Psychiatry*, **10(6)**, 561-571.

Beck, A. T., Rush, A.C., Shaw, B.F., Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression*. Newyork: Guilford.

Bell, D. C., Montoya, I. D., Richard, A. J., Dayton, C. A. (1998). The motivation for drug abuse treatment: Testing cognitive and 12-step theories. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, **24(4)**, 551-571. PMID: 9849768

Best, D., Beckwith, M., Haslam, C., Haslam, A.S., Jetten, J., Mawson, E., Lubman, D. I. (2016). Overcoming alcohol and other drug addiction as a process of social identity transition: The social identity model of recovery (SIMOR). *Addiction Research & Theory*, **24(2)**, 111-123. <https://doi.org/10.3109/16066359.2015.1075980>

Broome, K. M., Knight, D. K., Knight, K., Hiller, M. L., Simpson, D. D. (1997). Peer, family, and motivational influences on drug treatment process and recidivism for probationers. *Journal of Clinical Psychology*, **53(4)**, 387-397. [doi: 10.1002/\(SICI\)1097-4679\(199706\)53:43.3.CO;2-J](https://doi.org/10.1002/(SICI)1097-4679(199706)53:43.3.CO;2-J)

Busto, U. E., Sellers, E. M. (1991). Anxiolytics and sedative/hypnotics dependence. *British Journal of Addiction*, **86(12)**, 1647-1652. [doi: 10.1111/j.1360-0443.1991.tb01760.x](https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.1991.tb01760.x)

Carroll, K. M. (1998). Therapy manuals for drug addiction, Manual 1: A cognitive-behavioral approach: treating cocaine addiction. Rockville, ABD: *National Institute of Health*.

Cengisiz, C., Deveci, A., Yapıcı, A. (2015). Effects of depression on treatment motivation in male alcohol dependence. *Nöropsikiyatri Arşivi*, **52(4)**, 412-416. [doi:10.5152/npa.2015.9859](https://doi.org/10.5152/npa.2015.9859)

Clarke, N., Mun, E. Y., Kelly, S., White, H. R., Lynch, K. (2013). Treatment outcomes of a combined cognitive behavior therapy and pharmacotherapy for a sample of women with and without substance abuse histories on an acute psychiatric unit: do therapeutic alliance and motivation matter?. *The American Journal on Addictions*, **22(6)**, 566-573. [doi: 10.1111/j.1521-0391.2013.12013.x](https://doi.org/10.1111/j.1521-0391.2013.12013.x)

Conner, B. T., Longshore, D., Anglin, M. D. (2009). Modeling attitude towards drug treatment: the role of internal motivation, external pressure, and dramatic relief. *The Journal of Behavioral Health Services & Research*, **36(2)**, 150-158. [doi: 10.1007/s11414-008-9119-1](https://doi.org/10.1007/s11414-008-9119-1)

Conway, K. P., Swendsen, J., Husky, M. M., He, J. P., Merikangas, K. R. (2016). Association of lifetime mental disorders and subsequent alcohol and illicit drug use: results from the National Comorbidity Survey–Adolescent Supplement. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, **55**(4), 280-288. doi: 10.1016/j.jaac.2016.01.006

Cortes, R. C., Fleming, C. B., Mason, W. A., Catalano, R. F. (2009). Risk factors linking maternal depressed mood to growth in adolescent substance use. *Journal of Emotional and Behavioral Disorders*, **17**(1), 49-64. doi: 10.1177/1063426608321690

Degenhardt, L., Bucello, C., Mathers, B., Briegleb, C., Ali, H., Hickman, M., McLaren, J. (2011). Mortality among regular or dependent users of heroin and other opioids: a systematic review and meta-analysis of cohort studies. *Addiction*, **106**(1), 32-51. doi:10.1111/j.1360-0443.2010.03140.x

Delaney, K. R., Drew, B. L., Rushton, A. (2019). Report on the APNA national psychiatric mental health advanced practice registered nurse survey. *Journal of the American Psychiatric Nurses Association*, **25**(2), 146-155. <https://doi.org/10.1177/1078390318777873>

DiClemente, C. C., Nidecker, M., Bellack, A. S. (2008). Motivation and the stages of change among individuals with severe mental illness and substance abuse disorders. *Journal of Substance Abuse Treatment*, **34**(1), 25-35. doi:10.1016/j.jsat.2006.12.034

Dierker, L., Braymiller, J., Rose, J., Goodwin, R., Selya, A. (2018). Nicotine dependence predicts cannabis use disorder symptoms among adolescents and young adults. *Drug and Alcohol Dependence*, **187**, 212-220. doi: 10.1016/j.drugalcdep.2018.02.037

Dikeç G., Kutlu, Y. (2015). Ruhsal bozukluklarda tedavi uyumunu artırmak için bir yöntem: tedaviye uyum programı. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, **6**(1), 40-46. doi:10.5505/phd.2015.69875

Dillehay, T. D., Rossen, J., Ugent, D., Karathanasis, A., Vásquez, V., Netherly, P. J. (2010). Early Holocene coca chewing in northern Peru. *Antiquity*, **84**(326), 939-953. <https://doi.org/10.1017/S0003598X00067004>

Dinç, M. (2012). Aaron Temkin BECK: After Cricritical Thinking to A Creative Psychotherapy Theory. *Journal of Cognitive-Behavioral Psychotherapy and Research*, **1**(2), 70-76.

Ebrahimi, A., Kalantari, M., Molavi, H., Asadollahi, G. (2008). Contributions of dysfunctional attitude scale and general health subscales to prediction and odds ratio of depression. *Journal of Shahrekord University of Medical Sciences*, **9(4)**. Erişim 14.03.2019, <http://eprints.skums.ac.ir/id/eprint/5738>.

EMCDDA (2018). *European Drug Report 2018*. Erişim 14.4.2019, <http://www.emcdda.europa.eu/edr2018>

Evans, C. J., Cahill, C. M. (2016). Neurobiology of opioid dependence in creating addiction vulnerability. *F1000Research*, **5** (F1000 Faculty Rev): 1748. doi: 10.12688/f1000research.8369.1

Evren, C., Bozkurt, M. (2013). Sentetik kannabinoidler: son yılların krizi. *Düşünen Adam The Journal of Psychiatry and Neurological Sciences*, **26(1)**, 1-11. doi:10.5350/DAJPN20132601001

Evren, C., Saatçioğlu, Ö., Dalbudak, E., Danışmant, B. S., Çakmak, D., Ryan, R. M. (2006). Tedavi motivasyonu anketi (TMA) Türkçe versiyonunun alkol bağımlısı hastalarda faktör yapısı, geçerliliği ve güvenilirliği. *Bağımlılık Dergisi*, **7(3)**, 17-122.

Feinn, R., Nellissery, M., Kranzler, H. R. (2005). Meta-analysis of the association of a functional serotonin transporter promoter polymorphism with alcohol dependence. *American Journal of Medical Genetics Part B: Neuropsychiatric Genetics*, **133(1)**, 79-84.

Fredholm, B. B. (2011). Notes on the history of caffeine use. İçinde B. B. Fredholm (Ed.), *Methylxanthines*. Berlin: Springer; 1-9. doi: 10.1007/978-3-642-13443-2_1

Galanter, M., Kleber, H. D., Brady, K. T. (Ed.). (2014). *The American Psychiatric Publishing textbook of substance abuse treatment*. American Psychiatric Pub, 365-479. Erişim 25.04.2019, <https://doi.org/10.1176/appi.books.9781615370030>

Gardner, E. L. (2011). Addiction and brain reward and antireward pathways. *Chronic Pain and Addiction*, **30**, 22-60. doi: 10.1159/000324065

Gjestad, R., Franck, J., Hagtvet, K. A., Haver, B. (2011). Level and change in alcohol consumption, depression and dysfunctional attitudes among females treated for alcohol addiction. *Alcohol and Alcoholism*, **46(3)**, 292-300. doi: 10.1093/alcalc/agr018

González, M. T., Espada, J. P., Guillen-Riquelme, A., Secades, R., Orgiles, M. (2016). Association between personality traits and substance use in Spanish adolescents. *Adicciones*, **28**(2), 108-115. doi: 10.20882/adicciones.777

Grant, B. F., Goldstein, R. B., Saha, T. D., Chou, S. P., Jung, J., Zhang, H. ve ark. (2015). Epidemiology of DSM-5 alcohol use disorder: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions III. *JAMA Psychiatry*, **72**(8), 757-766. doi:10.1001/jamapsychiatry.2015.0584

Grant, J. E., Chamberlain, S. R. (2016). Expanding the definition of addiction: DSM-5 vs. ICD-11. *CNS Spectrums*, **21**(4), 300-303. doi:10.1017/S1092852916000183

Grant, K., Hassel, S., Bobyn, J. A., Hall, G. B., MacQueen, G. M. (2018). A novel task for examining the neural basis of Theory of Mind deficits in Bipolar Disorder. *Psychiatry Research: Neuroimaging*. **282**, 143-150. doi: 10.1016/j.psychresns.2018.06.001

Greenaway, R., Howlin, P. (2010). Dysfunctional attitudes and perfectionism and their relationship to anxious and depressive symptoms in boys with autism spectrum disorders. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, **40**(10), 1179-1187. doi:10.1007/s10803-010-0977-z

Guerra-Doce, E. (2015). Psychoactive substances in prehistoric times: examining the archaeological evidence. *Time and Mind*, **8**(1), 91-112. doi:10.1080/1751696x.2014.993244

Güleç, G., Köşger, F. Eşsizoglu, A. (2015). DSM-5'te alkol ve madde kullanım bozuklukları. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, **7**(4), 448-460. doi:10.5455/cap.20150325081809

Gültekin, D. (2018). Alkol ve madde kullanım bozukluğu tanısı ile yatan hastalarda tedavi ortamının tedavi motivasyonuna etkisi. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Üsküdar Üniversitesi, İstanbul.

Halberstadt, A. L., Geyer, M. A. (2011). Multiple receptors contribute to the behavioral effects of indoleamine hallucinogens. *Neuropharmacology*, **61**(3), 364-381. doi:10.1016/j.neuropharm.2011.01.017

Hamdi, E., Gawad, T., Khoweiled, A., Sidrak, A. E., Amer, D., Mamdouh, R. ve ark. (2013). Lifetime prevalence of alcohol and substance use in Egypt: a community

survey. *Substance Abuse*, **34(2)**, 97-104.
<http://dx.doi.org/10.1080/08897077.2012.677752>

Hardaway, R., Schweitzer, J., Suzuki, J. (2016). Hallucinogen use disorders. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics*, **25(3)**, 489-496.
<https://doi.org/10.1016/j.chc.2016.03.006>

Hemşirelik Yönetmeliği. (2010, 8 Mart). Resmi Gazete (Sayı: 27515). Erişim adresi: <http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2010/03/20100308-4.htm>

Hemşirelik Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik. (2011,19 Nisan). Resmi Gazete (Sayı:27910). Erişim adresi: <http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2011/04/20110419-5.htm>

Hiller, M. L., Knight, K., Leukefeld, C., Simpson, D. D. (2002). Motivation as a predictor of therapeutic engagement in mandated residential substance abuse treatment. *Criminal Justice and Behavior*, **29(1)**, 56-75.
 doi:10.1177/0093854802029001004

Iversen, L. (2003). Cannabis and the brain. *Brain*, **126(6)**, 1252-1270.
 doi:10.1093/brain/awg143

Jain, R., Holtzman, S. G. (2005). Caffeine induces differential cross tolerance to the amphetamine-like discriminative stimulus effects of dopaminergic agonists. *Brain Research Bulletin*, **65(5)**, 415-421. <https://doi.org/10.1016/j.brainresbull.2005.02.024>

Kahler, C. W., Brown, R. A., Strong, D. R., Lloyd-Richardson, E. E., Niaura, R. (2003). History of major depressive disorder among smokers in cessation treatment: Associations with dysfunctional attitudes and coping. *Addictive Behaviors*, **28(6)**, 1033-1047. doi:10.1016/S0306-4603(02)00234-4

Kahler, C. W., Ramsey, S. E., Read, J. P., Brown, R. A. (2002). Substance-induced and independent major depressive disorder in treatment-seeking alcoholics: associations with dysfunctional attitudes and coping. *Journal of Studies on Alcohol*, **63(3)**, 363-371. <https://doi.org/10.15288/jsa.2002.63.363>

Kalyoncu, Ö. A. (2005). Eroin bağımlılığı. *Türkiye Klinikleri Journal of Internal Medical Sciences*, **1(47)**, 79-88.

Kaya, E. (2014). Madde Kullanım Bozuklukları. *Okmeydanı Tıp Dergisi* 30(Ek sayı 2):79-83. doi: 10.5222/otd.supp2.2014.079

Keijsers, G. P., Schaap, C. P., Hoogduin, C., Hoogsteyns, B., de Kemp, E. C. (1999). Preliminary results of a new instrument to assess patient motivation for treatment in cognitive-behaviour therapy. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, **27**(2), 165-179.

Kelly, L. M., Becker, S. J., Wolff, J. C., Graves, H., Spirito, A. (2017). Interactive effect of parent and adolescent psychiatric symptoms on substance use among adolescents in community treatment. *Community Mental Health Journal*, **53**(4), 383-393. doi:<https://doi.org/10.1007/s10597-017-0110-2>

Kessler, R. C., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., Merikangas, K. R., Walters, E. E. (2005). Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of General Psychiatry*, **62**(6), 593-602. doi: 10.1001/archpsyc.62.6.593

Khademi, H., Kamangar, F., Brennan, P., Malekzadeh, R. (2016). Opioid therapy and its side effects: a review. *Archives of Iranian Medicine*, **19**(12), 870-876.

Kharkwal, G., Radl, D., Lewis, R., Borrelli, E. (2016). Dopamine D2 receptors in striatal output neurons enable the psychomotor effects of cocaine. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, **113**(41), 11609-11614. <https://doi.org/10.1073/pnas.1608362113>

Kızılkurt, O. K., Gıynaş, F. F. (2019). Factors affecting treatment motivation among Turkish patients receiving inpatient treatment due to alcohol/substance use disorder. *Journal of Ethnicity in Substance Abuse*, 1-16. doi: 10.1080/15332640.2018.1548324

Kim, J. W., Lee, D. Y., Lee, B. C., Jung, M. H., Kim, H., Choi, Y. S. ve ark. (2012). Alcohol and cognition in the elderly: a review. *Psychiatry Investigation*, **9**(1), 8-16. <http://dx.doi.org/10.4306/pi.2012.9.1.8>

Koob, G. F., Volkow, N. D. (2016). Neurobiology of addiction: a neurocircuitry analysis. *The Lancet Psychiatry*, **3**(8), 760-773.

Kwon, S. M., Oei, T. P. (2003). Cognitive change processes in a group cognitive behavior therapy of depression. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, **34**(1), 73-85. doi:10.1016/S0005-7916(03)00021-1

Lai, S., Lai, H., Page, J. B., McCoy, C. B. (2000). The association between cigarette smoking and drug abuse in the United States. *Journal of Addictive Diseases*, **19**(4), 11-24. doi:10.1300/J069v19n04_02

Le Foll, B., Gallo, A., Le Strat, Y., Lu, L., Gorwood, P. (2009). Genetics of dopamine receptors and drug addiction: a comprehensive review. *Behavioural Pharmacology*, **20**(1), 1-17.

Lenz, A. S., Rosenbaum, L., Sheperis, D. (2016). Meta-analysis of randomized controlled trials of motivational enhancement therapy for reducing substance use. *Journal of Addictions & Offender Counseling*, **37**(2), 66-86.

Li, C., Kirby, L. G. (2016). Effects of cocaine history on postsynaptic GABA receptors on dorsal raphe serotonin neurons in a stress-induced relapse model in rats. *European Neuropsychopharmacology*, **26**(1), 45-54. <http://dx.doi.org/10.1016/j.euroneuro.2015.11.009>

Longshore, D., Teruya, C. (2006). Treatment motivation in drug users: A theory-based analysis. *Drug and Alcohol Dependence*, **81**(2), 179-188. doi:10.1016/j.drugalcdep.2005.06.011

Lubman, D. I., Yücel, M., Lawrence, A. J. (2008). Inhalant abuse among adolescents: neurobiological considerations. *British Journal of Pharmacology*, **154**(2), 316-326. doi:10.1038/bjp.2008.76

Lynch, W. J., Peterson, A. B., Sanchez, V., Abel, J., Smith, M. A. (2013). Exercise as a novel treatment for drug addiction: a neurobiological and stage-dependent hypothesis. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, **37**(8), 1622-1644. <http://dx.doi.org/10.1016/j.neubiorev.2013.06.011>

Mackinnon, S. P., Ray, C. M., Firth, S. M., O'Connor, R. M. (2019). Perfectionism, negative motives for drinking, and alcohol-related problems: A 21-day diary study. *Journal of Research in Personality*, **78**, 177-188. doi:10.1016/j.jrp.2018.12.003

Magee, J. C., Winhusen, T. (2016). The coupling of nicotine and stimulant craving during treatment for stimulant dependence. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, **84**(3), 230-237. doi: 10.1037/ccp0000054

Magill, M., Ray, L. A. (2009). Cognitive-behavioral treatment with adult alcohol and illicit drug users: a meta-analysis of randomized controlled trials. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, **70(4)**, 516-527. PMID: 19515291

Marcos, M., Pastor, I., Gonzalez-Sarmiento, R., Laso, F. J.(2008). Interleukin-10 gene polymorphism is associated with alcoholism but not with alcoholic liver disease. *Alcohol and Alcoholism*. **43(5)**, 523–528. <https://doi.org/10.1093/alcalc/agn026>

McCabe, S. E., West, B. T., Strobbe, S., Boyd, C. J. (2018). Persistence/recurrence of and remission from DSM-5 substance use disorders in the United States: Substance-specific and substance-aggregated correlates. *Journal of Substance Abuse Treatment*, **93**, 38-48. <https://doi.org/10.1016/j.jsat.2018.07.012>

McGovern, P. E., Zhang, J., Tang, J., Zhang, Z., Hall, G. R., Moreau, R. A. ve ark. (2004). Fermented beverages of pre-and proto-historic China. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, **101(51)**, 17593-17598. <https://doi.org/10.1073/pnas.0407921102>

Merikangas, K. R., He, J. P., Burstein, M., Swanson, S. A., Avenevoli, S., Cui, L. ve ark. (2010). Lifetime prevalence of mental disorders in US adolescents: results from the National Comorbidity Survey Replication–Adolescent Supplement (NCS-A). *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, **49(10)**, 980-989. doi:10.1016/j.jaac.2010.05.017

Minozzi S, Amato L, Vecchi S, Davoli M, Kirchmayer U, Verster A. (2011). Oral naltrexone maintenance treatment for opioid dependence. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, **4**. doi: 10.1002/14651858.CD001333.pub4.

Mueser, K. T., Yarnold, P. R., Rosenberg, S. D., Swett Jr, C., Miles, K. M., Hill, D. (2000). Substance use disorder in hospitalized severely mentally ill psychiatric patients: prevalence, correlates, and subgroups. *Schizophrenia Bulletin*, **26(1)**, 179-192. doi:10.1093/oxfordjournals.schbul.a033438

Nasrazadani, E., Maghsoudi, J., Mahrabi, T. (2017). The relationship of social problem-solving skills and dysfunctional attitudes with risk of drug abuse among dormitory students at Isfahan University of Medical Sciences. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research*, **22(4)**, 276-279. doi: 10.4103/ijnmr.IJNMR_58_16

National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism.(2016). Alcohol use disorder: a comparison between DSM-IV and DSM-5. Erişim 13.03.2019. <http://pubs.niaaa.nih.gov/publications/dsmfactsheet/dsmfact.pdf>

Nebioğlu, M., Yalnız, H., Güven, F. M. Geçici, Ö. (2013). Opiyat bağımlılarında diğer maddelerin kullanımı ve sosyodemografik özellikler ile ilişkisi. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, **12**(1), 35-42.

Nehlig, A., Daval, J. L., Debry, G. (1992). Caffeine and the central nervous system: Mechanisms of action, biochemical, metabolic and psychostimulant effects. *Brain Research Reviews*, **17**(2), 139-170. PMID: 1356551

Nelson, L. D., Stern, S. L., Cicchetti, D. V. (1992). The Dysfunctional Attitude Scale: how well can it measure depressive thinking?. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, **14**(3), 217-223. doi: 10.1007/BF00962629

Nestler, E.J. (2013). Cellular basis of memory for addiction. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, **15** (4), 431–443

Nesvåg, R., Knudsen, G. P., Bakken, I. J., Høy, A., Ystrom, E., Surén, P. ve ark. (2015). Substance use disorders in schizophrenia, bipolar disorder and depressive illness: a registry-based study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, **50**(8), 1267-1276. <https://doi.org/10.1007/s00127-015-1025-2>

Oji, A., Sohrabi, F., Jomehri, F., Massah, O., Molavi, N. (2017). Role of motivation for behavior change in treatment retention amongst a group of illicit drug users: A study from Iran. *Iranian Journal of Psychiatry and Behavioral Sciences*, **11**(2). doi: 10.5812/ijpbs.8325.

Ögel, K. (2009). Motivasyonel görüşme tekniği. *Türkiye Klinikleri J Psychiatry-Special Topics*, **2**(2), 41-44.

Ögel, K. (2010). Alkol bağımlılarında psikososyal uygulamalar, kısa girişimler ve motivasyonu artırma. *Türkiye Klinikleri Journal of Psychiatry-Special Topics*, **3**(3), 85-90.

Ögel, K., Bilici, R., Bahadır, G.G., Maçkan, A., Orhan, N., Tuna, O. (2016). Denetimli serbestlikte, sigara, alkol madde bağımlılığı tedavi programı (SAMBA) uygulamasının etkinliği. *Anatolian Journal of Psychiatry/Anadolu Psikiyatri Dergisi*, **17**(4), 270-277. doi:10.5455/apd.200521

Özdemir, H., Taşçı, S. (2013). Motivasyonel görüşme tekniği ve hemşirelikte kullanımı. *Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, **1**(1), 41-47.

Pakiş, I., Polat, O. (2016). Sentetik kannabinoidler. *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, **7**(1), 6-13.

Peltzer, K., Malaka, D. W., Phaswana, N. (2002). Sociodemographic factors, religiosity, academic performance and substance use among first-year university students in South Africa. *Psychological Reports*, **91(1)**, 105-113. <https://doi.org/10.2466/pr0.2002.91.1.105>

Pihtili, A., Galle, M., Cuhadaroglu, C., Kilicaslan, Z., Issever, H., Erkan, F. ve ark. (2014). Evidence for the efficacy of a bioresonance method in smoking cessation: a pilot study. *Forsch Komplementmed*, **21**, 239-245. doi: 10.1159/000365742

Polat, G. (2014). Madde bağımlılığı tedavisinde sosyal hizmet mesleği. *Okmeydanı Tıp Dergisi*, **30(2)**, 143-148. doi:10.5222/otd.supp2.2014.143

Powers, M. B., Vedel, E., Emmelkamp, P. M. (2008). Behavioral Couples Therapy (BCT) for alcohol and drug use disorders: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, **28(6)**, 952-962. doi:10.1016/j.cpr.2008.02.002

Public Health England (Eylül 2017). *The Role of Nurses in Alcohol and Drug Treatment Services: A resource for commissioners, providers and clinicians*. London: PHE. Erişim 18.04.2019, https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/652963/Role_of_nurses_in_alcohol_and_drug_services.pdf

Ragaisis, K. M. (2017). Psychiatric Inpatient Nurses' Perceptions of Using Motivational Interviewing. *Issues in Mental Health Nursing*, **38(11)**, 945-955. doi:10.1080/01612840.2017.1377328

Riehman, K. S., Hser, Y. I., Zeller, M. (2000). Gender differences in how intimate partners influence drug treatment motivation. *Journal of Drug Issues*, **30(4)**, 823-838. <https://doi.org/10.1177/002204260003000409>

Rosen, P. J., Hiller, M. L., Webster, J. M., Staton, M., Leukefeld, C. (2004). Treatment motivation and therapeutic engagement in prison-based substance use treatment. *Journal of Psychoactive Drugs*, **36(3)**, 387-396. doi: 10.1080/02791072.2004.10400038

Rudolph, U., Möhler, H. (2006). GABA-based therapeutic approaches: GABAA receptor subtype functions. *Current Opinion in Pharmacology*, **6(1)**, 18-23. doi:10.1016/j.coph.2005.10.003

Ryan, R. M., Plant, R. W., O'Malley, S. (1995). Initial motivations for alcohol treatment: Relations with patient characteristics, treatment involvement, and dropout. *Addictive Behaviors*, **20(3)**, 279-297. PMID:7653312

Sağlam, L. (2017). Nikotin bağımlılığının klinik değerlendirilmesi. *Güncel Göğüs Hastalıkları Serisi*, **4(1)**, 78-89. doi: 10.5152/gghs.2016.011

Savaşan, A. (2010). Bağımlılığı olan hastalarda servis ortamı ve tedavi motivasyonu ilişkisinin incelenmesi. *Klinik Psikiyatri*, **13**, 119-126.

Shaheen, S., Amin, R. (2016). Effects of internalized stigma on symptoms and quality of life in schizophrenic patients; mediated by dysfunctional attitude. *International Journal of Health*, **4(2)** 145-150. doi: 10.14419/ijh.v4i2.6754

Shaul, L., Koeter, M. W., Schippers, G. M. (2016). Brief motivation enhancing intervention to prevent criminal recidivism in substance-abusing offenders under supervision: a randomized trial. *Psychology, Crime & Law*, **22(9)**, 903-914. doi:10.1080/1068316X.2016.1202248

Shehata, M. (2008). History of inhalation therapy. *Internet J Health*, **9**, 1-9.

Sher, K. J., Bartholow, B. D., Wood, M. D. (2000). Personality and substance use disorders: a prospective study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, **68(5)**, 818. doi:10.1037//0022-006X.68.5.818

Siegel, S. (2005). Drug tolerance, drug addiction, and drug anticipation. *Current Directions in Psychological Science*, **14(6)**, 296-300. doi: 10.1111/j.0963-7214.2005.00384.x

Sordo, L., Indave, B. I., Barrio, G., Degenhardt, L., De La Fuente, L., Bravo, M. J. (2014). Cocaine use and risk of stroke: a systematic review. *Drug and Alcohol Dependence*, **142**, 1-13. <http://dx.doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2014.06.041>

Southern, C., Lloyd, C., Liu, J., Wang, C., Zhang, T., Bland, M., MacPherson, H. (2016). Acupuncture as an intervention to reduce alcohol dependency: a systematic review and meta-analysis. *Chinese Medicine*, **11(49)**, 1-12.

Soyka, M., Preuss, U. W., Hesselbrock, V., Zill, P., Koller, G., Bondy, B. (2008). GABA-A2 receptor subunit gene (GABRA2) polymorphisms and risk for alcohol dependence. *Journal of Psychiatric Research*, **42(3)**, 184-191. doi:10.1016/j.jpsychires.2006.11.006

Stevens, L., Verdejo-García, A., Roeyers, H., Goudriaan, A. E., Vanderplassen, W. (2015). Delay discounting, treatment motivation and treatment retention among substance-dependent individuals attending an inpatient detoxification program. *Journal of Substance Abuse Treatment*, **49**, 58-64. doi: 10.1016/j.jsat.2014.08.007

Şahin N, Şahin N (1992) How dysfunctional are the dysfunctional attitudes in another culture. *British Journal of Medical Psychology*, **65**: 17-26. doi: 10.1111/j.2044-8341.1992.tb01680.x

Şahin, G., Taşlıgil, N. (2013). Türkiye’de tütün yetiştiriciliğinin tarihsel gelişimi ve coğrafi dağılımı. *Doğu Coğrafya Dergisi*, 30, 71-102.

Taşçı, E., Atan, Ş.Ü., Durmaz, N., Erkuş, H., Sevil, Ü. (2005). Kız meslek lisesi öğrencilerinin madde kullanma durumları. *Bağımlılık Dergisi*, **6**, 122-128.

Taylor, S. B., Lewis, C. R., Olive, M. F. (2013). The neurocircuitry of illicit psychostimulant addiction: acute and chronic effects in humans. *Substance Abuse Rehabilitation*, **4**, 29-43. doi: 10.2147/SAR.S39684

Taymur, I., Budak, E., Demirci, H., Akdağ, H. A., Güngör, B. B., Özdel, K. (2016). A study of the relationship between internet addiction, psychopathology and dysfunctional beliefs. *Computers in Human Behavior*, **61**, 532-536. <http://dx.doi.org/10.1016/j.chb.2016.03.043>

Tevyaw, T. O. L., Monti, P. M. (2004). Motivational enhancement and other brief interventions for adolescent substance abuse: foundations, applications and evaluations. *Addiction*, **99**, 63-75. <https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2004.00855.x>

Tharp, A. T., DeWall, C. N., Richman, S. B., Noonan, R. K. (2014). Effect of religiosity and dysfunctional dating attitudes on youth substance use. *Journal of Addiction*, **22(4)**, 276-280. <http://dx.doi.org/10.1155/2014/143709>

Thomas, E. C., Luther, L., Zullo, L., Beck, A. T., Grant, P. M. (2016). From neurocognition to community participation in serious mental illness: the intermediary role of dysfunctional attitudes and motivation. *Psychological Medicine*, **47(5)**, 822-836. doi:10.1017/S0033291716003019

Thompson, D. M., Winsauer, P. J., Mastropaolo, J. (1987). Effects of phencyclidine, ketamine and MDMA on complex operant behavior in monkeys. *Pharmacology Biochemistry and Behavior*, **26(2)**, 401-405. [https://doi.org/10.1016/0091-3057\(87\)90136-5](https://doi.org/10.1016/0091-3057(87)90136-5)

TUBİM (2018a). *Türkiye Uyuşturucu Raporu 2018*. Erişim 14.04.2019, <http://www.narkotik.pol.tr/Duyurular/Documents/2018%20TURKIYE%20UYUSTURUCU%20RAPORU.pdf>

TUBİM (2018b). *2018-2023 Uyuşturucu ile Mücadele Ulusal Strateji Belgesi ve Eylem Planı*. Erişim 14.04.2019, http://www.narkotik.pol.tr/TUBIM/Documents/STRATEJ%c4%b0%20BELGES%c4%b0_2016-2018_TR.PDF

Uğurlu, G. K., Uğurlu, M., Turhan, L., Türkçapar, M. H. (2012). Alkol bağımlılarında işlevsel olmayan inançlar: karşılaştırmalı bir çalışma. *Bilişsel Davranışçı Psikoterapi ve Araştırmalar Dergisi*, **1**, 113-120.

Uğurlu, T. T., Şengül, C. B., Şengül, C. (2012). Bağımlılık psikofarmakolojisi. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, **4**(1), 37-50. doi:10.5455/cap.20120403

Ulukoca, N., Gökgöz, Ş., Karakoç, A. (2013). Kırklareli üniversitesi öğrencileri arasında sigara, alkol ve madde kullanım sıklığı. *Fırat Tıp Dergisi*, **18**(4), 230-234.

UNODC (2017). *World Drug Report 2017*. Erişim 14.04.2019, <https://www.unodc.org/wdr2017/>

Uwakwe, R., Gureje, O. (2011). The relationship of comorbidity of mental and substance use disorders with suicidal behaviors in the Nigerian Survey of Mental Health and Wellbeing. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, **46**(3), 173-180. doi:10.1007/s00127-009-0178-2

Vengeliene, V., Bilbao, A., Molander, A., Spanagel, R. (2008). Neuropharmacology of alcohol addiction. *British journal of pharmacology*, **154**(2), 299-315. doi: 10.1038/bjp.2008.30

Vezina, P. (2007). Sensitization, drug addiction and psychopathology in animals and humans. *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry*, **31**(8), 1553. doi:10.1016/j.pnpbp.2007.08.030

Volkow, N. D. (2004). The reality of comorbidity: depression and drug abuse. *Biological Psychiatry*, **56**(10), 714-717. <http://dx.doi.org/10.1016/j.biopsych.2004.07.007>

Volkow, N. D., Wang, G. J., Logan, J., Alexoff, D., Fowler, J. S., Thanos, P. K. ve ark. (2015). Caffeine increases striatal dopamine D2/D3 receptor availability in the human brain. *Translational Psychiatry*, **5**(4), e549. doi: 10.1038/tp.2015.46

Vriends, N., Becker, E. S., Meyer, A. H., Margraf, J. (2011). Incidence of DSM-IV social phobia in a community sample of young German women. *German Journal of Psychiatry*, **14**(2), 80-90.

Walter, M., Dürsteler, K. M., Petitjean, S. A., Wiesbeck, G. A., Euler, S., Sollberger, D. ve ark. (2015). Psychosocial treatment of addictive disorders - an overview of psychotherapeutic options and their efficacy. *Fortschritte der Neurologie-Psychiatrie*, **83**(4), 201-210. doi: 10.1055/s-0034-1399338

Wang, C. Y., Zhang, K., Zhang, M. (2017). Dysfunctional attitudes, learned helplessness, and coping styles among men with substance use disorders. *Social Behavior and Personality: an international journal*, **45**(2), 269-280. <http://dx.doi.org/10.2224/sbp.5825>

Weissman, A. N., Beck, A.T. (1978). Development and the validation of the Dysfunctional Attitude Scale: A preliminary investigation. Paper presented at the Annual Meeting of the American Educational Research Association. Toronto, Ontario. Erişim 15.04.2019, <https://eric.ed.gov/?id=ED167619>

WHO (2009). *Global Health Risks: Mortality and Burden of Disease Attributable to Selected Major Risks*. Geneva: World Health Organization.

Williams, J. F., Storck, M., Committee on Substance Abuse, Committee on Native American Child Health. (2007). Inhalant abuse. *Pediatrics*, **119**(5), 1009-1017.

Wolters, L. H., Prins, P. J., Garst, G. J. A., Hogendoorn, S. M., Boer, F., Vervoort, L., de Haan, E. (2018). Mediating Mechanisms in Cognitive Behavioral Therapy for Childhood OCD: The role of dysfunctional beliefs. *Child Psychiatry & Human Development*, 1-13. <https://doi.org/10.1007/s10578-018-0830-8>

Yıldırım, B., Engin, E., Yıldırım, S. (2011). Alkol ve madde bağımlılarında yalnızlık ve etki eden faktörler. *Journal of Psychiatric Nursing*, **2**(1), 25-30.

Zorlu, N., Türk, H., Manavgat, A. İ., Karadaş, B., Gülseren, Ş. (2011). Denetimli serbestlik uygulaması kapsamında başvuran hastalarda sosyodemografik, klinik özelliklerin ve alkol kullanım bozukluğu sıklığının geriye dönük değerlendirilmesi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, **12**(4), 253-257.

EKLER

EK-1:

KİŞİSEL VERİ FORMU

Bireysel Özellikler

1. Yaş: 2. Toplam eğitim yılı:.....
3. Cinsiyet: Erkek Kadın
4. Çalışma durumu: Düzenli işi var. Düzenli işi yok.
5. Gelir durumu:
- Geliri giderinden az. Geliri giderine eşit. Geliri giderinden fazla.
6. Medeni durumu:
- Bekar Evli Boşanmış/Ayrı yaşıyor
7. Çocuğunuz var mı? Yok Var
8. Birlikte yaşadığınız kişi:
- Aile ile Diğer (Yalnız, arkadaş ile, akraba ile vb.)

Klinik Özellikler

9. Ailenizde alkol bağımlılığı tanısı alan var mı?
- Yok Var (.....)
10. Ailenizde madde bağımlılığı tanısı alan var mı?
- Yok Var (.....)
11. Ailenizde psikiyatrik tedavi alan var mı?
- Yok Var (.....)
12. Çocukluk çağında (18 yaşından küçük halinizi düşünün) psikiyatrik tedavi aldınız mı?
- Evet Hayır
13. Son bir yıl içinde hiç intihar girişiminde bulundunuz mu?
- Evet Hayır
14. Madde kullanımı ile ilgili herhangi bir yasal süreciniz oldu mu?
- Evet Hayır
15. Tedavi altında başarısız olunan maddeyi bırakma girişimi sayısı:
16. Ek psikiyatrik tanı:
17. Tedavi şekli: Yatarak Ayaktan
18. Alkol/Madde Kullanım Bozukluğu Tanısı:
19. Geçmiş Remisyon Dönemi:

EK-2:

FONSİYONEL OLMAYAN TUTUMLAR ÖLÇEĞİ (FOTÖ)

Aşağıda insanların davranışlarını zaman zaman etkileyebilen bazı tutumlar, inançlar düşünceler verilmiştir. Lütfen bu inançlara, tutumlara, düşüncelere ne kadar katıldığınızı, cümlelerin yanında verilmiş olan 1-7 dereceli ölçek üzerinden değerlendiriniz.

1= %0 Katılıyorum; 2= %10 Katılıyorum; 3= %20 Katılıyorum;
4= % 40 Katılıyorum; 5= % 60 Katılıyorum; 6= % 80 Katılıyorum;
7= %100 Katılıyorum

Tutumlar	1	2	3	4	5	6	7
(Ne kadar katılıyorsunuz?)	%0	%10	%20	%40	%60	%80	%100
1. Bir insanın mutlu olabilmesi için mutlaka ya çok güzel (yakışıklı), ya da çok zengin, ya çok zeki, ya da çok yaratıcı olması gerekir.							
2. Mutlu olabilmem için başkalarının benim hakkımdaki duygu ve düşüncelerinden çok benim kendimle ilgili duygu ve düşüncelerim önemlidir.							
3. İnsanların bana değer vermesi için hiç hata yapmamam gerekir.							
4.İnsanların bana saygı göstermeleri için her zaman başarılı olmam gerekir.							
5.Risk almak hiç bir zaman doğru bir şey değildir. Çünkü kaybetmek bir felaket olabilir.							
6.İnsanın herhangi bir alanda özel bir yeteneği olmasa da başkalarının saygısını kazanması mümkündür.							
7.Mutlu olabilmem için tanıdığım insanların çoğunun hayranlığını kazanmalıyım.							
8.Bir başka kişiden yardım istemek aslında zayıflık işaretidir.							
9. Bir insan olarak yeterli olmam için, başkaları kadar başarılı olmam gerekir.							
10.İnsan bir işi iyi yapamıyorsa hiç yapmasın daha iyi.							

11. Bir insan olarak başarılı sayılabilmem için yaptığım her işte başarılı olmam gerekir.

12. Hatalarımdan da bir şeyler öğrenebildiğim sürece, hata yapmamda bir sakınca yoktur.

13. Beni seven bir insanın benimle aynı fikirde olması gerekir.

14. Bir işte tümüyle başarısız olmak ile yarı yarıya başarısız olmak arasında pek bir fark yoktur.

15. İnsanların bana verdiği önemi yitirmemem için kendimi onlara tümüyle açmamalıyım

16. Sevdiğim insan beni sevmediği sürece bir hiç sayılırım.

17. Sonucu başarısızlık da olsa insan yaptığı işten zevk alabilir.

18. İnsanın başarılı olacağına ilişkin biraz olsun inancı yoksa, herhangi bir işe girişmemelidir.

19. Başkalarının benim hakkımdaki düşünceleri bir insan olarak değerimi büyük bir ölçüde belirler.

20. İkinci sınıf bir insan durumuna düşmemem için kendime koyduğum standartların en yüksek olması gerekir.

21. En azından bir yönümle başarılı değilsem, değerli bir insan sayılmam.

22. İnsanın değerli biri olması için iyi fikirleri olması gerekir.

23. Bir hata yaptığım zaman bundan rahatsızlık duymam gerekir.

24. Benim için önemli olan, başkalarının benim hakkımdaki düşüncelerinden çok, benim kendim hakkımdaki düşüncelerimdir.

25. İhtiyacı olan herkese yardım etmediğim takdirde iyi bir insan sayılmam.

26. Yenilmiş, kaybetmiş duruma düşmemek

için soru sormamalıyım.

27. İnsanın kendisi için önemli olan kişiler tarafından onaylanmaması çok kötüdür.

28. İnsanın mutlu olabilmesi için dayanabileceği, güvенеbileceği, başka insanların olması gerekir.

29. Önemli amaçlarıma ulaşabilmem için kendimi çok fazla zorlamam gerekmez.

30. İnsan biri tarafından azarlansa da buna üzülmemesi gerekir.

31. Bana zarar verebileceklerini düşündüğümünden diğer insanlara güvenmem.

32. Diğer insanlar tarafından sevilmedikçe mutlu olamazsın.

33. İnsanın, başkalarını mutlu etmek için kendi ihtiyaçlarından vazgeçmesi gerekiyorsa, bunu yapması gerekir.

34. Mutluluğum kendimden çok, diğer insanlara bağlıdır.

35. Diğer insanlar beni ve yaptıklarımı onaylamadıkça mutlu olamam.

36. İnsan, sorunlarından uzak durabildiği sürece sorunlar da ortadan kalkar.

37. Hayatın güzelliklerinin çoğundan (zenginlik, güzellik, başarı...) nasibimi almasam da mutlu alabilirim.

38. Başka insanların benim hakkımda ne düşündükleri benim için önemlidir.

39. Başkalarından ayrı olmak eninde sonunda mutsuzluğa yol açar.

40. Bir başka insan tarafından sevilmesem de mutlu olabilirim.

EK-3:

Tedavi Motivasyonu Anketi (TMA)

	Kesinlikle katılmıyorum	Katılmıyorum	Bilmiyorum	Katılıyorum	Kesinlikle katılıyorum
1.Tedavi için geldim, çünkü değişmek istiyorum.					
2.Yardım almazsam kendimi iyi hissetmeyeceğim.					
3.Yasal sistem tarafından tedaviye gönderildim.					
4.Tedavi için geldim, çünkü kendimi suçlu hissediyorum.					
5.Tedavi için geldim, çünkü bu benim için kişisel olarak önemli.					
6.Tedaviyi sürdürmezsem başım belaya girer.					
7.Eğer tedaviyi sürdürmezsem kendimi kötü hissederim.					
8.En iyi kazancım tedaviyi tamamlamaktır.					
9.Tedaviyi sürdürmezsem başarısız hissederim.					
10.Tedaviyi sürdürme konusunda seçeneğim olduğunu sanmıyorum.					
11.Tedaviyi sürdürmek kendime yardım etmenin en iyi yoludur.					
12.Tedaviye geldim, çünkü gelmem için baskı gördüm.					
13.Bu programın benim için işe yarayacağından emin değilim.					
14.Bu programın işime yarayacağından eminim.					
15.Tedaviye geldim, çünkü yardım almak istiyorum.					

16.İçmeyi bırakmamda programın bana yardımcı olacağından şüphe ediyorum.

17.Programda başkalarıyla birlikte kalmak istiyorum.

18.Başkalarıyla endişelerimi ve hislerimi paylaşmak istiyorum.

19.Tedavide başkalarıyla yakın çalışmak önemli olacaktır.

20.Bu tedaviyi seçmekten ben sorumluyum.

21.Programın sorunlarımı çözmeye yardımcı olacağını düşünmüyorum.

22.Sorunlarımla ilgilenilmesi için sabırsızlanıyorum.

23.Tedaviyi seçtim, çünkü tedavi değişmem için bir fırsat.

24.Bu sefer tedaviden sonuç alacağımdan emin değilim.

25.Tedavide diğerleriyle endişelerimi paylaşmak rahatlatır.

26.Yardım ve desteğe ihtiyacım olduğu gerçeğini kabul ediyorum.

EK-4:



T.C.
BURSA VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü
Sağlık Bilimleri Üniversitesi Bursa Yüksek İhtisas Eğitim Ve Araştırma Hastanesi

Sağlık Bilimleri Üniversitesi Bursa Yüksek İhtisas Eğitim Ve
Araştırma Hastanesi - Sağlık Bilimleri Üniversitesi Bursa
Yüksek İhtisas Eğitim Ve Araştırma Hastanesi
04/10/2018 16:22 / 31234050 / 514.10 / 27932



Sayı : 31234050-514.10
Konu : Etik Kurul Başvurunuz Hk.

Sayın Emine DURA

Hastanemiz Klinik Araştırmalar Etik Kuruluna sunmuş olduğunuz dosyanız 03.10.2018 tarihinde S.B.Ü. Bursa Yüksek İhtisas E.A.H. Klinik Araştırmalar Etik Kurulunda incelenmiş olup, **2011-KAEK-25 2018/10-07** protokol numarasıyla Karar Formu yazımız ektedir. Bilgilerinize sunulur.

e-imzalıdır.
Emin ÜSTÜNYURT
Eğitim Görevlisi

Tıpta Uzmanlık Eğitim Sekreterliği Birimi - Mimarsinan Mah. Emniyet Cad.
Yıldırım BURSA
Faks No:


e-Posta: ilknur.gunes@saglik.gov.tr İnt. Adresi:
www.bursayuksekihtisascah.saglik.gov.tr

Evrakın elektronik imzalı suretine <http://c-belge.saglik.gov.tr> adresinden 9223877c-1c38-490c-8de1-c843a02c60d6 kodu ile erişebilirsiniz.
Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Bilgi için: İlknur GÜNEŞ

Unvan: Veri Hazırlama ve Kontrol İşlt.

Telefon No: 0224 295 50 00 / 5283


	BURSA YÜKSEK İHTİSAS EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ			
	KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU			
Doküman Kodu: EY. FR. 19	Yayın Tarihi: 23.11.2011	Revizyon Tarihi:05.11.2015	Revizyon No:02	Sayfa No:1 / 3

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	“Alkol ve Madde Bağımlılığı Tedavi Merkezi’nde Tedavi Gören Bireylerin Fonksiyonel Olmayan Tutumlarının Tedavi Motivasyonuna Etkisi?”
VARSA ARAŞTIRMANIN PROTOKOL KODU	2011-KAEK-25 2018/10-07

ETİK KURUL BİLGİLERİ	ETİK KURULUN ADI	YÜKSEK İHTİSAS EAH KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU
	AÇIK ADRESİ:	MIMARSINAN MH. EMNİYET CD. YILDIRIM/BURSA
	TELEFON	0224 295 52 83
	FAKS	-
	E-POSTA	-

BAŞVURU BİLGİLERİ	SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI	Hemşire Emine DURA			
	SORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI	AMATEM Kliniği Hemşireliği			
	SORUMLU ARAŞTIRMACININ BULUNDUĞU MERKEZ	SBÜ Bursa Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi			
	YARDIMCI ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI	Psikolog Ersin BUDAK			
	YARDIMCI ARAŞTIRMACI UZMANLIK ALANI	Psikolog-Psikiyatri			
	YARDIMCI ARAŞTIRMACI BULUNDUĞU MERKEZ	SBÜ Bursa Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi Dörtçelik Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Ek Hizmet Binası AMATEM kliniği			
	DANIŞMAN UNVANI/ADI/SOYADI	Dr. Öğr. Üyesi Sevil YILMAZ			
	DESTEKLEYİCİ				
	PROJE YÜRÜTÜCÜSÜ UNVANI/ADI/SOYADI (TÜBİTAK vb. gibi kaynaklardan destek alanlar için)				
	DESTEKLEYİCİNİN YASAL TEMSİLCİSİ				
	ARAŞTIRMANIN FAZİ VE TÜRÜ	FAZ 1	<input checked="" type="checkbox"/>		
		FAZ 2	<input type="checkbox"/>		
		FAZ 3	<input type="checkbox"/>		
		FAZ 4	<input type="checkbox"/>		
		Gözlemsel ilaç çalışması	<input type="checkbox"/>		
Tıbbi cihaz klinik araştırması		<input type="checkbox"/>			
In vitro tıbbi tanı cihazları ile yapılan performans değerlendirme çalışmaları		<input type="checkbox"/>			
İlaç dışı klinik araştırma	<input checked="" type="checkbox"/>				
Diğer ise belirtiniz: Yüksek Lisans Tez Çalışması					
ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ	<input checked="" type="checkbox"/>	ÇOK MERKEZLİ	<input type="checkbox"/>	
	ULUSAL	<input checked="" type="checkbox"/>	ULUSLARARASI	<input type="checkbox"/>	


Etik Kurul Başkanının
Unvanı/Adı/Soyadı: Doç. Dr. Emin ÜSTÜNYURT
İmza:

	BURSA YÜKSEK İHTİSAS EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ			
	KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU			
Doküman Kodu: EY. FR. 19	Yayın Tarihi: 23.11.2011	Revizyon Tarihi:05.11.2015	Revizyon No:02	Sayfa No:2 / 3













ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	“Alkol ve Madde Bağımlılığı Tedavi Merkezi’nde Tedavi Gören Bireylerin Fonksiyonel Olmayan Tutumlarının Tedavi Motivasyonuna Etkisi?”
VARSA ARAŞTIRMANIN PROTOKOL KODU	2011-KAEK-25 2018/10-07

	Belge Adı		Tarihi	Versiyon Numarası	Dili		
	DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	BAŞVURU DİLEKÇESİ		27.09.2018	-	Türkçe <input checked="" type="checkbox"/>	İngilizce <input type="checkbox"/>
KLİNİK ARAŞTIRMALAR/GÖZLEMSEL ÇALIŞMALAR BAŞVURU FORMU		27.09.2018	-	Türkçe <input checked="" type="checkbox"/>	İngilizce <input type="checkbox"/>	Diğer <input type="checkbox"/>	
ANABİLİM DALI BAŞKANI VEYA EĞİTİM SORUMLUSU TARAFINDAN ONAYLANAN BELGE		17.09.2018	-	Türkçe <input checked="" type="checkbox"/>	İngilizce <input type="checkbox"/>	Diğer <input type="checkbox"/>	
ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ		27.09.2018	-	Türkçe <input checked="" type="checkbox"/>	İngilizce <input type="checkbox"/>	Diğer <input type="checkbox"/>	
OLGU RAPOR FORMU		-	-	Türkçe <input checked="" type="checkbox"/>	İngilizce <input type="checkbox"/>	Diğer <input type="checkbox"/>	
ARAŞTIRMA BÜTÇE FORMU		27.09.2018	-	Türkçe <input checked="" type="checkbox"/>	İngilizce <input type="checkbox"/>	Diğer <input type="checkbox"/>	
BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU		-	-	Türkçe <input checked="" type="checkbox"/>	İngilizce <input type="checkbox"/>	Diğer <input type="checkbox"/>	
İKU VE HELKİNGİ BİLDİRGESİNİN OKUNDUĞUNA DAİR TAAHÜTNAME		27.09.2018	-	Türkçe <input checked="" type="checkbox"/>	İngilizce <input type="checkbox"/>	Diğer <input type="checkbox"/>	
ÖZGEÇMİŞ		4		-	Türkçe <input checked="" type="checkbox"/>	İngilizce <input type="checkbox"/>	Diğer <input type="checkbox"/>
LİTERATÜR		7			Türkçe <input type="checkbox"/>	İngilizce <input checked="" type="checkbox"/>	Diğer <input type="checkbox"/>
DİĞER: 1 adet CD							
ÖNERİLER							
KARAR BİLGİLERİ	Karar No: 2011-KAEK-25 2018/10-07		Tarih: 03.10.2018				
	<p>Yukarıda bilgileri verilen başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmanın/çalışmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve uygun bulunmuş olup araştırmanın/çalışmanın başvuru dosyasında belirtilen merkezlerde gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel sakınca bulunmadığına,</p> <p>Çalışmanın sonlanım raporunun Etik Kurul Başkanlığı'na iletilmesine toplantıya katılan etik kurul üye tam sayısının salt çoğunluğu ile karar verilmiştir.</p> <p>(İlaç ve Biyolojik Ürünlerin Klinik Araştırmaları Hakkında Yönetmelik kapsamında yer alan araştırmalar/çalışmalar için Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu'ndan izin alınması gerekmektedir.)</p>						

Etik Kurul Başkanının
Unvanı/Adı/Soyadı: Doc. Dr. Emin ÜSTÜNYURT
İmza:

	BURSA YÜKSEK İHTİSAS EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ			
	KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU			
Doküman Kodu: EY. FR. 19	Yayın Tarihi: 23.11.2011	Revizyon Tarihi:05.11.2015	Revizyon No:02	Sayfa No:3 / 3

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	“Alkol ve Madde Bağımlılığı Tedavi Merkezi’nde Tedavi Gören Bireylerin Fonksiyonel Olmayan Tutumlarının Tedavi Motivasyonuna Etkisi?”
VARSA ARAŞTIRMANIN PROTOKOL KODU	2011-KAEK-25 2018/10-07

KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU							
ETİK KURULUN ÇALIŞMA ESASI		İlaç ve Biyolojik Ürünlerin Klinik Araştırmaları Hakkında Yönetmelik, İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu					
BAŞKANIN UNVANI / ADI / SOYADI:		Doç. Dr. Emin ÜSTÜNYURT					
Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet		Araştırma ile ilişki	Katılım *	İmza
Doç. Dr. Emin ÜSTÜNYURT	Kadın Hastalıkları ve Doğum Eğitim Görevlisi	Sağlık Bilimleri Üniversitesi Bursa Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Doç.Dr.D.Sinem K.KIYICI	Farmakoloji Uzmanı	Sağlık Bilimleri Üniversitesi Bursa Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Prof. Dr. Şenol YAVUZ	Kalp Damar Cerrahisi Eğitim Görevlisi	Sağlık Bilimleri Üniversitesi Bursa Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Yasemin ÜSTÜNDAĞ	Biyokimya Uzmanı	Sağlık Bilimleri Üniversitesi Bursa Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Uzm. Dr. Fatma Tuba ENGİNDENİZ	Halk Sağlığı Uzmanı	Sağlık Bilimleri Üniversitesi Bursa Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Uzm.Dr.Bureu METİN ÖKMEN	Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Uzmanı	Sağlık Bilimleri Üniversitesi Bursa Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Doç.Dr.Metin GÜÇLÜ	Endokrinoloji ve Metabolizma Hastalıkları Eğitim Görevlisi	Sağlık Bilimleri Üniversitesi Bursa Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Uzm.Dr.Şeyda Efsun ÖZGÜNAY	Anesteziyoloji ve Reanimasyon Uzmanı	Sağlık Bilimleri Üniversitesi Bursa Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Uzm.Dr.Seyhan DÜLGER	Göğüs Hastalıkları Uzmanı	Sağlık Bilimleri Üniversitesi Bursa Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Uzm.Dr.Mustafa Özgür AKÇA	Enfeksiyon Hastalıkları Uzmanı	Sağlık Bilimleri Üniversitesi Bursa Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Dr.Öğr.Üyesi Halil Erkan SAYAN	Anesteziyoloji ve Reanimasyon Uzmanı	Sağlık Bilimleri Üniversitesi Bursa Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Nalan KORKMAZ	Biyomedikal Mühendisi	Bursa İl Sağlık Müdürlüğü	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Av.Alper KOÇ	Avukat	Koç Hukuk Bürosu	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Av. Cem SATIŞ	Avukat	Bursa İl Sağlık Müdürlüğü	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Ali Berkan GEÇEN	Mühendis	Sağlık Mensubu Olmayan Üye	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	

*:Toplantıda Bulunma

Etik Kurul Başkanı
 Doç. Dr. Emin ÜSTÜNYURT

EK-5:

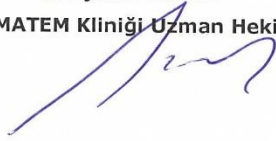
Versiyon No: 1

T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI
SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
BURSA YÜKSEK İHTİSAS EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ
KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU BAŞKANLIĞI'NA

Sağlık Bilimleri Üniversitesi Bursa Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi Dörtçelik Ruh Sağlığı Hastalıkları Ek Hizmet Binası AMATEM Kliniği ve Polikliniği bünyesinde yürütülecek olan "Alkol ve Madde Bağımlılığı Tedavi Merkezi'nde Tedavi Gören Bireylerin Fonksiyonel Olmayan Tutumlarının Tedavi Motivasyonuna Etkisi" başlıklı yüksekisans tez projesinin Emine DURA tarafından kliniğimizde yapılması uygun görülmüştür. 17/09/2018

Gereğini bilgilerinize arz ederim.

Dr. Çetin TURAN
AMATEM Kliniği Uzman Hekimi



Dr. Ömer ŞENORMANCI
AMATEM Kliniği Eğitim Sorumlusu



EK-6:

	BURSA YÜKSEK İHTİSAS EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ			
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU (ANKET ARAŞTIRMALARI İÇİN)			
Doküman Kodu: EY. FR. 17	Yayın Tarihi:23.11.2013	Revizyon Tarihi:05.11.2015	Revizyon No: 02	Sayfa No:1 / 2

Versiyon No:

LÜTFEN BU DÖKÜMANI DİKKATLİCE OKUMAK İÇİN ZAMAN AYIRINIZ

Sayın

Sizi **Emine DURA** tarafından yürütülen "**Alkol ve Madde Bağımlılığı Tedavi Merkezi'nde Tedavi Gören Bireylerin Fonksiyonel Olmayan Tutumlarının Tedavi Motivasyonuna Etkisi**" başlıklı ankete dayalı bir **araştırmaya** davet ediyoruz. Bu araştırmaya katılıp katılmama kararını vermeden önce, araştırmanın neden ve nasıl yapılacağını, bu araştırmanın gönüllü katılımcılara getireceği olası fayda ve rahatsızlıklarını bilmeniz gerekmektedir. Bu nedenle bu formun okunup anlaşılması büyük önem taşımaktadır. Aşağıdaki bilgileri dikkatlice okumak için zaman ayırınız. İsterseniz bu bilgileri aileniz ve/veya yakınlarınız ile tartışınız. Eğer anlayamadığınız ve sizin için açık olmayan şeyler varsa, ya da daha fazla bilgi isterseniz bize sorunuz. Bu anket çalışmasına katılmayı kabul ettiğiniz takdirde, gerekli yerleri siz ve sorumlu araştırmacı tarafından doldurulmuş bu formun bir kopyası saklamanız için size verilecektir.

Araştırmaya katılmak tamamen **gönüllülük** esasına dayanmaktadır. Size verilen **anket formlarındaki** soruları yanıtlarken kimsenin baskısı veya telkini altında olmayın. Bu formlardan elde edilecek bilgiler tamamen araştırma amacı ile kullanılacaktır ve kimlik bilgileriniz kesinlikle gizli tutulacaktır.

Çalışmaya katılmama veya herhangi bir anda çalışmadan çıkma hakkında sahibsiniz. Her iki durumda da bir ceza veya hakkınız olan yararların kaybı kesinlikle söz konusu olmayacaktır.

Araştırma Sorumlusu
Emine DURA
Dörtçelik Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi
Alkol ve Madde Bağımlılığı Tedavi Merkezi Klinik Hemşiresi
İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Lisansüstü Eğitim Enstitüsü
Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliği Yüksek Lisans Öğrencisi

Araştırmanın Amacı:

Alkol ve Madde Bağımlılığı Tedavi Merkezi (AMATEM)' nde tedavi gören bireylerin fonksiyonel olmayan tutumlarının tedavi motivasyonuna etkisinin belirlenmesi amaçlanmıştır.

İzlenecek Olan Yöntem ve Yapılacak İşlemler:

Size verilen formları dikkatlice okuyarak herhangi bir maddeyi boş bırakmadan anketleri şu an doldurmanızı, anlamadığınız bir yer olduğu takdirde araştırmacıya sormanızı öneriyoruz.

Araştırmanın Süresi: Her bir anketin yanıtlanması ortalama 15 dakika sürer.

Katılması Beklenen Gönüllü Sayısı: 194

Size Getirebileceği Olası fayda ve Rahatsızlıklar: Bu çalışmada sizin zihinsel süreçleriniz incelenmiş olacaktır. Çalışmanın herhangi bir zararı bulunmamaktadır. Kimlik bilgileriniz gizli tutulacaktır.

Araştırmanın Yapılacağı Yer(ler): Sağlık Bilimleri Üniversitesi Bursa Yüksek İhtisas Eğitim Ve Araştırma Hastanesi Dörtçelik Ruh Sağlığı Hastalıkları Hastanesi AMATEM Kliniği ve Polikliniği

Araştırmaya Katılan Araştırmacılar:**1. Araştırma Sorumlusu**

Emine DURA

Dörtçelik Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi AMATEM Klinik Hemşiresi

İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliği Yüksek Lisans Öğrencisi

	BURSA YÜKSEK İHTİSAS EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ			
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU (ANKET ARAŞTIRMALARI İÇİN)			
Doküman Kodu: EY. FR. 17	Yayın Tarihi:23.11.2013	Revizyon Tarihi:05.11.2015	Revizyon No: 02	Sayfa No:2 / 2

Versiyon No:

2. Danışman

Dr. Öğr. Üyesi Sevil YILMAZ

İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliği ABD

Katılma ve Çıkma:

Bu anket çalışmasına katılmak tamamen gönüllülük esasına dayanmaktadır. Çalışmaya katılmama veya herhangi bir anda çalışmadan çıkma hakkına sahipsiniz. Ayrıca sorumlu araştırmacı gerek duyarsa sizi çalışma dışı bırakabilir. Çalışmaya katılmama, çalışmadan çıkma veya çıkarılma durumlarında bir ceza veya hakkınız olan yararların kaybı kesinlikle söz konusu olmayacaktır.

Masraflar:

(Bu bölümde varsa çalışma masraflarının nereden karşılanacağı belirtilmelidir)

Gizlilik:

Bu çalışmadan elde edilen bilgiler tamamen araştırma amacı ile kullanılacak ve kimlik bilgileriniz kesinlikle gizli tutulacaktır.

Ben,.....[gönüllünün adı, soyadı (kendi el yazısı ile)] yukarıdaki metni okudum ve katılmam istenen anket çalışmasının amacını, gönüllü olarak üzerime düşen sorumlulukları tamamen anladım. **Çalışma hakkında soru sorma ve tartışma imkanı buldum ve tatmin edici yanıtlar aldım. Bu çalışmayı istediğim zaman ve herhangi bir neden belirtmek zorunda kalmadan bırakabileceğimi ve bıraktığım zaman herhangi bir olumsuzlukla karşılaşmayacağımı anladım.** Bu koşullarda söz konusu söz konusu anket çalışmasına kendi rızamla, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın katılmayı (çocuğumun/vasimin bu çalışmaya katılmasını) kabul ediyorum.

Gönüllünün(Kendi el yazısı ile)

Adı-Soyadı:

İmzası:

Adresi:

(varsa Telefon No, Faks No):

Tarih (gün/ay/yıl):/...../.....

Velayet veya Vesayet Altında Bulunanlar İçin

Veli veya Vasisinin (kendi el yazısı ile)

Adı Soyadı:

İmzası:

Adresi:

Varsa Telefon No, Faks No:

Tarih (gün/ay/yıl): .../.../....

Açıklamaları Yapan Araştırmacının

Adı-Soyadı:

İmzası:

Tarih (gün/ay/yıl):.../.../.....

Onay Alma İşlemine Başından Sonuna Kadar Tanıklık Eden Kuruluş Görevlisinin (Klinikte yapılacak çalışmalar anket çalışmaları için geçerlidir)

Adı-Soyadı:

İmzası:

Görevi:

Tarih (gün/ay/yıl):...../...../.....

NOT: Bu formun bir kopyası gönüllüde kalacak, diğer kopyası ise hasta dosyasına yerleştirilecektir. Hasta dosyası veya protokol numarası olmayan sağlıklı gönüllülerden alınacak onam formunun bir kopyası mutlaka sorumlu araştırmacı tarafından saklanacaktır.

EK-7:

Re: Fonksiyonel Olmayan Tutumlar Ölçeği kullanım izni hk.

Gönderen: Handan Deniz Ayalp <hdenizayalp@gmail.com>**Gönderildi:** 27 Şubat 2018 Salı 23:42**Kime:** eminedura@hotmail.com**Konu:** Re: Fonksiyonel Olmayan Tutumlar Ölçeği kullanım izni hk.

Aşağıda bulunan izin yazısı ve söz konusu ölçeğe ilişkin materyaller, Prof. Dr. Nesrin Hisli Şahin tarafından gönderilmektedir.

Sayın Dura,

Fonksiyonel Olmayan Tutumlar Ölçeği'ni araştırma amaçlı olarak kullanmanızda benim açımdan bir sakınca bulunmamaktadır. Ancak sizden önemli ricam, Ölçeğin başka kopyalarını değil, size gönderdiğim kopyasını, puanlama anahtarını ve ölçeğin ilk sayfasındaki kaynakçayı da kullanmanızdır. Ekte, söz konusu ölçekle ilgili yayını da gönderiyorum. Çalışmanızda başarılar dilerim.

22 Şubat 2018 23:20 tarihinde Nesrin Hisli Sahin <nesrinhislisahin@gmail.com> yazdı:

----- Yönlendirilmiş ileti -----

Gönderen: emine dura <eminedura@hotmail.com>**Tarih:** 22 Şubat 2018 13:55**Konu:** Fonksiyonel Olmayan Tutumlar Ölçeği kullanım izni hk.**Alıcı:** "nesrinhislisahin@gmail.com" <nesrinhislisahin@gmail.com>

Değerli Hocam,

İstanbul Üniversitesi Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliği yüksekisans programında öğrenciyim ve tez danışmanım Yrd.Doc.Dr. Sevil Yılmaz. Eğer izniniz olursa "Alkol ve Madde Bağımlılığı Tedavi Merkezinde Yatarak Tedavi Gören Bireylerin Fonksiyonel Olmayan Tutumları ve Tedavi Motivasyonu Arasındaki İlişki" konulu yüksek lisans tezim için Türkiye'de geçerlik güvenirliğini çalıştığımız "Fonksiyonel Olmayan Tutumlar Ölçeği (FOTÖ)"ni kullanmak istiyorum.

İyi günler dilerim,

Emine DURA

EK-8:

Re: Tedavi Motivasyonu Ölçeği izni hk.



Cüneyt Evren <cuneytevren@hotmail.com>
Pzt 26.02.2018, 20:56
Siz



Tabi ki kullanabilirsiniz.
Kolay gelsin
Cuneyt

From: emine dura <eminedura@hotmail.com>
Sent: Monday, February 26, 2018 3:13 PM
To: cuneytevren@hotmail.com
Subject: Tedavi Motivasyonu Ölçeği izni hk.

Değerli Hocam,

Istanbul Üniversitesi Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliği yüksekisans programında öğrenciyim ve tez danışmanım Yrd.Doc.Dr. Sevil Yılmaz. Eğer izniniz olursa "Alkol ve Madde Bağımlılığı Tedavi Merkezi'nde Tedavi Goren Bireylerin Fonksiyonel Olmayan Tutumları ile Tedavi Motivasyonu Arasındaki İlişki " konulu yüksekisans tezim için Türkiye'de geçerlik güvenilirliğini çalıştığınız "Tedavi Motivasyonu Ölçeği"ni kullanmak istiyorum.

İyi günler dilerim,

Emine DURA

Get [Outlook for Android](#)

İNTİHAL RAPORU İLK SAYFASI

ALKOL ve MADDE BAĞIMLILIĞI TEDAVİ MERKEZİ'NDE TEDAVİ GÖREN BİREYLERİN FONKSİYONEL OLMAYAN TUTUMLARININ TEDAVİ MOTİVASYONUNA ETKİSİ

ORJİNALLİK RAPORU

%7	%3	%2	%6
BENZERLİK ENDEKSİ	İNTERNET KAYNAKLARI	YAYINLAR	ÖĞRENCİ ÖDEVLERİ

BİRİNCİL KAYNAKLAR

1	Submitted to Istanbul University Öğrenci Ödevi	%1
2	Submitted to Üsküdar Üniversitesi Öğrenci Ödevi	%1
3	Submitted to Gaziantep Aniversitesi Öğrenci Ödevi	%1
4	Submitted to The Scientific & Technological Research Council of Turkey (TUBITAK) Öğrenci Ödevi	<%1
5	ALDEMİR, Seçil and TAN, Seda. "Lateralization pattern in schizophrenia and effects of antipsychotics in this pattern", Yerküre Tanıtım ve Yayıncılık Hizmetleri A.Ş., 2012. Yayın	<%1
6	Submitted to Hasan Kalyoncu Üniversitesi Öğrenci Ödevi	<%1

www.ichastalikhemsireligi.com

ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler

Adı	EMİNE	Soyadı	DURA
Doğ.Yeri	NAZİLLİ	Doğ.Tar.	02/08/1990
Uyruğu	T.C.	TC Kim No	26185238588
Email	eminedura@hotmail.com	Tel	05512335619

Eğitim Düzeyi

	Mezun Olduğu Kurumun Adı	Mez. Yılı
Doktora		
Yük.Lis.	İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ	2019
Lisans	MARMARA ÜNİVERSİTESİ	2012
Lise	NAZİLLİ ANADOLU LİSESİ	2008

İş Deneyimi (Sondan geçmişe doğru sıralayın)

	Görevi	Kurum	Süre (Yıl - Yıl)
.	HEMŞİRE	BURSA YÜKSEK İHTİSAS EAH	2017-2019
.	HEMŞİRE	ŞİŞLİ HAMİDİYE ETFAL EAH	2014-2017
.	HEMŞİRE	AMERİKAN HASTANESİ	2013-2014

Yabancı Dilleri	Okuduğunu Anlama*	Konuşma*	Yazma*	KPDS/ÜDS Puanı	YÖKDİL Puanı
İngilizce	İyi	İyi	İyi		80
Almanca	Orta	Orta	Orta		-

*Çok iyi, iyi, orta, zayıf olarak değerlendirin

	Sayısal	Eşit Ağırlık	Sözel
ALES Puanı	73,35170	75,32999	70,89527

Bilgisayar Bilgisi

Program	Kullanma becerisi
Microsoft Office Programları	Çok iyi
IBM SPSS Statistics Base 21.0	İyi

Yayınları/Tebligleri Sertifikaları/Ödülleri

2011- 10. Ulusal Uluslararası Katılımlı Hemşirelik Öğrencileri Kongresi- **Poster Üçüncülüğü Ödülü**

Özel İlgi Alanları (Hobileri): Voleybol oynamak, camping

