
 YAZAR ADI SOYADI	 T.C. SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ GÖLHANE / SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
	ANA BİLİM DALI - PROGRAM ADI	TEZ BAŞLIĞI ADI SOYADI ANA BİLİM DALI PROGRAM ADI
	AY/YIL	YÜKSEK LİSANS TEZİ AY / YIL 





SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
GÜLHANE SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**MADDE KULLANIM BOZUKLUĞU TEDAVİSİ GÖREN
BİREYLERİN BAĞIMLILIK PROFİLİ VE TEDAVİ
MOTİVASYONLARININ BELİRLENMESİ**

Ash Zeynep GÜVAÇ

Doç. Dr. Emine ÖKSÜZ

Psikiyatri Hemşireliğı Ana Bilim Dalı

Psikiyatri Hemşireliğı Programı

YÜKSEKLİSANS TEZİ

EYLÜL/2019

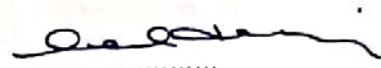
TEZ KABUL ONAYI

Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Gülhane/Sağlık Bilimleri Enstitüsü
Psikiyatri Hemşireliği Ana Bilim Dalı Başkanlığında
Aslı Zeynep GÜVAÇ tarafından hazırlanan
"Madde Kullanım Bozukluğu Tedavisi Gören Bireylerin Bağımlılık Profil ve Tedavi Motivasyonlarının
Belirlenmesi" başlıklı tez çalışması aşağıdaki jüri tarafından
OY BİRLİĞİ / OY ÇOKLUĞU ile YÜKSEK LİSANS TEZİ olarak kabul edilmiştir.

Başkan: Prof. Dr. Meral DEMİRALP

Lefke Avrupa Üniversitesi, Psikiyatri Hemşireliği ABD

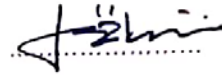
Bu tezin Yüksek Lisans Tezi olduğunu onaylıyorum/onaylamıyorum.



Danışman/Üye: Doç. Dr. Emine ÖKSÜZ

SBÜ Gülhane Hemşirelik Fakültesi, Psikiyatri Hemşireliği ABD

Bu tezin Yüksek Lisans Tezi olduğunu onaylıyorum/onaylamıyorum.

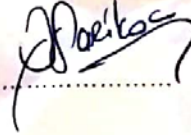


Üye: Dr. Öğr. Üyesi Gamze SARIKOÇ

Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik

SBÜ Gülhane Hemşirelik Fakültesi, Psikiyatri Hemşireliği ABD

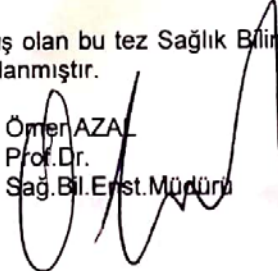
Bu tezin Yüksek Lisans Tezi olduğunu onaylıyorum/onaylamıyorum.



Tez Savunma Sınavı Tarihi: 29/11/2019

Jüri üyeleri tarafından Yüksek Lisans tezi olarak uygun görülmüş olan bu tez Sağlık Bilimleri Üniversitesi,
Gülhane/Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yönetim Kurulu kararı ile onaylanmıştır.

Ömer AZAL
Prof.Dr.
Sağ.Bil.Enst.Müdürü



BEYAN

Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü Tez Yazım Kurallarına uygun olarak hazırladığım bu tez çalışmasında;

- Mevcut tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu,
- Tez içinde sunduğum verileri, bilgileri ve dokümanları akademik ve etik kurallar çerçevesinde elde ettiğimi,
- Tüm bilgi, belge, değerlendirme ve sonuçları bilimsel etik ve ahlak kurallarına uygun olarak sunduğumu,
- Tez çalışmasında yararlandığım eserlerin tümüne uygun atıfta bulunarak kaynak gösterdiğimi,
- Mevcut tezin çalışılması ve yazımı sırasında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışının olmadığını,
- Kullanılan verilerde herhangi bir değişiklik yapmadığımı, bildirir, aksi bir durumda aleyhime doğabilecek tüm hak kayıplarını kabullendiğimi beyan ederim.

Aslı Zeynep GÜVAÇ

29.11.2019

ÖZET

AMAÇ: Madde kullanım bozukluğu uzun süreli tedavi ve izlem gerektiren kronik bir hastalıktır ve birçok faktör bu hastalığın seyrini etkilemektedir. Tedavi planı oluşturulurken bağımlılığı etkileyen bu faktörlerin göz önüne bulundurulması gerektiği belirtilmektedir. Bu araştırma madde kullanım bozukluğu tedavisi gören bireylerin bağımlılık profillerini ve tedavi motivasyonlarını incelemek ve aralarındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla yapılmıştır.

GEREÇ VE YÖNTEM: Tanımlayıcı nitelikteki bu araştırma, İstanbul ilindeki özel bir psikiyatri hastanesinde Aralık 2018 – Ağustos 2019 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir. Araştırmaya madde kullanım bozukluğu tanısı ile yatarak tedavi görmekte olan 130 hasta dahil edilmiştir. Verilerin toplanmasında tanıtıcı bilgi formu, Bağımlılık Profil İndeksi Klinik formu (BAPİ-K) ve Tedavi Motivasyon Anketi (TMA) kullanılmıştır. İstatistik analizleri için Sosyal Bilimler için İstatistik Paket Programı (IBM SPSS inc., chicago, il, usa) 22.0 kullanılmıştır. Sürekli değişkenler için aritmetik ortalama \pm standart sapma, kategorik değişkenler için sayı ve yüzde ifadeleri kullanılmıştır. Gruplar arası karşılaştırmalarda Kruskal-Wallis testi ve Mann-Whitney U testi kullanılmıştır. Değişkenler arası ilişkinin değerlendirilmesinde ise Spearman's Correlation testi kullanılmıştır. İstatistiksel önemlilik için $p < 0.05$ kabul edilmiştir.

BULGULAR: Araştırmada lise mezunu olan hastaların BAPİ-Madde Kullanım Özellikleri alt ölçeği puanları, çalışmayan hastaların da BAPİ-Öfke Kontrol Yetersizliği alt ölçeği puanları daha yüksek bulunmuştur ($p < 0,05$). Hastaların yaş ortalamaları ile BAPİ-Maddeyi Bırakma Motivasyonu alt ölçeği puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı negatif korelasyon olduğu belirlenmiştir ($p < 0,05$). Hastaların klinik özelliklerinden daha önce aldıkları tedavi şekline göre BAPİ-Bağımlılık Tanı Ölçütleri alt ölçeği ve BAPİ-Yaşam Üstüne Etkiler alt ölçeği puanlarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır ($p < 0,05$). Bağımlılık Şiddeti ile BAPİ- Öfke Kontrol Yetersizliği, BAPİ-Dürtüsellik ve BAPİ-Depresyon alt ölçekleri arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif korelasyon belirlenmiştir ($p < 0,05$). Evli hastaların TMA-İçsel Motivasyon alt ölçeği ve TMA-Toplam puanlarının daha yüksek olduğu bulunmuştur ($p < 0,05$). Hastaların klinik özellikleri ile TMA puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p > 0,05$). TMA puanları ile BAPİ-Yaşam Üstüne Etkiler, BAPİ-Maddeyi Bırakma Motivasyonu, BAPİ- Bağımlılık Şiddeti ve BAPİ-K

Öfke Kontrol Yetersizliği alt ölçek puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif korelasyon saptanmıştır ($p<0,05$).

SONUÇ: Araştırma sonuçlarına göre; bazı sosyodemografik ve klinik özellikler bağımlılık profilini ve tedavi motivasyonu etkilemektedir. Ayrıca bağımlılık şiddeti ile ruhsal sorunlar arasında ve bağımlılık profili ile tedavi motivasyonu arasında ilişki olduğu söylenebilir. Bu araştırmanın sonuçlarının madde kullanım bozukluğu nedeniyle tedavi gören bireylerin tedavisinde öncelik verilecek alanları belirlemede ve tedavi planını düzenlemede yol gösterici olacağı düşünülmektedir.

Anahtar Kelimeler: *Madde Kullanım Bozukluğu, Tedavi Motivasyonu, Bağımlılık Profili, Bağımlılık Şiddeti, Psikiyatri Hemşireliği*

ABSTRACT

AIM: Substance use disorders is a chronic disease which requiring long-term treatment and follow-up, and many factors influence the process of the disease. It is stated that these factors affecting addiction should be taken into consideration while preparing treatment plan. This study was conducted to investigate the addiction profiles and motivation of treatment of individuals who are treated for substance use disorder and to determine the relationship between them.

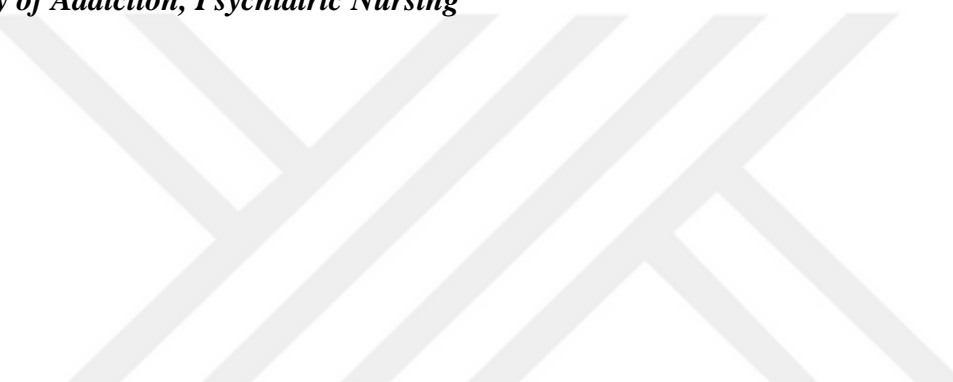
MATERIALS AND METHODS: This descriptive study was conducted between December 2018 and August 2019 in a private psychiatric hospital in Istanbul. A total of 130 inpatients with substance use disorder were included in the study. Data were collected by using the introductory information form, the Addiction Profile Index Clinical Form (BAPI-C) and the Treatment Motivation Questionnaire (TMA). Statistical Package for Social Sciences (IBM SPSS inc., Chicago, IL, USA) 22.0 was used for statistical analysis. Arithmetic mean \pm standard deviation for continuous variables and number and percentage expressions were used for categorical variables. Kruskal-Wallis test and Mann-Whitney U test were used for comparisons between the groups. Spearman's Correlation test was used to evaluate the relationship between variables. For statistical significance, $p < 0.05$ was accepted.

RESULTS: In the study, BAPI-Substance Use Characteristics subscale scores of the high school graduates and BAPI-Anger Management Problems subscale scores of the non-working patients were higher ($p < 0.05$). There was a statistically significant negative correlation between the mean age of the patients and the BAPI- BAPI-Motivation for Quitting Using Substances subscale scores ($p < 0.05$). A statistically significant difference was found in the BAPI-Dependency Diagnostic Criteria subscale and BAPI- The Effect of Substance Use on the Person's Life subscale scores ($p < 0,05$). There were statistically significant positive correlations between Dependence Severity and BAPI- Anger Management Problems, BAPI-Impulsivity and BAPI-Depression subscales ($p < 0.05$). TMA-Internal Motivation subscale and TMA-Total scores of married patients were found to be higher ($p < 0.05$). There were no statistically significant difference between the clinical characteristics and TMA scores of the patients ($p > 0.05$). A statistically significant positive correlations were found between TMA scores and BAPI-The Effect of Substance Use on the Person's Life, BAPI-Motivation for

Quitting Using Substances., BAPI-Addiction Severity and BAPI-K Anger Management Problems subscale scores ($p < 0.05$).

CONCLUSION: According to the results of the research; some sociodemographic and clinical characteristics affect the addiction profile and treatment motivation. In addition, it can be said that there are relationships between the severity of addiction and psychological problems and between the addiction profile and treatment motivation. The results of this study are thought to be guiding in determining the priority areas for the treatment of individuals who are treated for substance use disorder and in planning the treatment plan.

Keywords: *Substance Use Disorder, Treatment Motivation, Addiction Profile, Severity of Addiction, Psychiatric Nursing*



TEŞEKKÜR

Tez çalışmamın her aşamasında, değerli bilgilerini benimle paylaşan, kendisine ne zaman danışsam bana kıymetli zamanını ayırıp sabırla ve büyük bir ilgiyle bana faydalı olabilmek için elinden gelenden fazlasını sunan, güler yüzünü ve samimiyetini benden esirgemeyen ve gelecekteki mesleki hayatımda da bana verdiği değerli bilgilerden faydalanacağımı düşündüğüm değerli danışman hocam Sayın Doç. Dr. Emine ÖKSÜZ'e

Yüksek lisans eğitimim süresince değerli katkılarıyla yanımda olan Gülhane Hemşirelik Fakültesi Psikiyatri Hemşireliği Ana Bilim Dalının değerli öğretim üyeleri Doç. Dr. Çiğdem YÜKSEL ve Dr. Öğr. Üyesi Gamze SARIKOÇ'a

Araştırmamın izin ve uygulama aşamasında bilime verdiği önemle desteğini esirgemeyen Fransız Lape Hastanesi Yönetimine,

Araştırmam süresince beni destekleyen, iş yüklerinin yanında veri toplamamda bana destek olan çalışma arkadaşlarıma,

Bu yorucu süreçte her türlü kolaylığı sağladığı için Fransız Lape Hastanesi Hemşirelik Hizmetleri Müdürü Banu Katran'a,

Kıymetli deneyimlerini benimle paylaşıp destekledikleri için Uzm Hemşire Aslı Uslu, Psikolog Kinyas TEKİN, Fransız Lape Hastanesi Amatem Sorumlu Hemşiresi Hüseyin ERDOĞDU, Uzm. Hemş. Ömer Faruk AKBEN, Doç. Dr. SUAT EKİNCİ'ye

Hayatımın her evresinde bana destek olan sevgili ablam Ayşe Pınar ERDOĞAN ve sevgili abim Duran Adem GÜVAÇ'a

Eğitim hayatımda ve çalışmamın her aşamasında beni yüreklendiren sevgili aile üyelerim Kevser GÜVAÇ ve Selçuk ERDOĞAN'a

Hayatım boyunca bugünlere gelebilmem için hiçbir fedakarlıktan kaçınmayan, beni daima cesaretlendiren ve seven canım annem Emine Tülay GÜVAÇ ve canım babam Abdullah GÜVAÇ'a

Sevgi saygı ve sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Aslı Zeynep GÜVAÇ

ANKARA 2019

İÇİNDEKİLER

ÖZET	İV
ABSTRACT	VI
TEŞEKKÜR	VIII
İÇİNDEKİLER	IX
TABLO LİSTESİ	XI
SİMGELER VE KISALTMALAR	XII
1. GİRİŞ VE AMAÇ	1
1.1. PROBLEMİN TANIMI VE ÖNEMİ	1
1.2. ARAŞTIRMANIN AMACI	2
1.3.ARAŞTIRMANIN HİPOTEZLERİ.....	2
2. GENEL BİLGİLER	3
2.1. MADDE KULLANIM BOZUKLUĞU.....	3
2.1.1 Madde Kullanım Bozukluğunun Tanımı.....	3
2.1.2. Madde Kullanım Bozukluğuna Neden Olan Maddelerin Sınıflandırılması.	5
2.1.3. Madde Kullanım Bozukluğunun Etiyolojisi.....	7
2.1.4. Madde Kullanım Bozukluğunun Epidemiyolojisi.....	7
2.1.5. Madde Kullanım Bozukluğunun Tedavisi.....	9
2.2. MADDE KULLANIM BOZUKLUĞUNDA PSİKİYATRİ HEMŞİRESİNİN ROLÜ	10
2.3.MADDE KULLANIM BOZUKLUĞU TEDAVİSİNDE BAĞIMLILIK PROFİLİNİN VE TEDAVİ MOTİVASYONUNUN ROLÜ	11
2.3.1. Bağımlılık Profili.....	11
2.3.2. Tedavi Motivasyonu	13
3. GEREÇ VE YÖNTEMLER	15
3.1 ARAŞTIRMANIN ŞEKLİ	15
3.2.ARAŞTIRMANIN YAPILDIĞI YER VE ÖZELLİKLERİ	15
3.3 ARAŞTIRMANIN EVREN VE ÖRNEKLEMİ	15

3.3.1 Araştırmaya Dahil olma Kriterleri.....	16
3.3.2 Araştırmadan Dışlanma Kriterleri	16
3.4 ARAŞTIRMANIN ETİK YÖNÜ	16
3.5. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI	16
3.5.1. Hastaları Tanıtıcı Form (Bkz. Ek 3).....	16
3.5.2. Bağımlılık Profil İndeksi Klinik Formu (BAPİ-K) (Bkz. Ek 4).....	17
3.5.3. Tedavi Motivasyonu Anketi (TMA) (Bkz Ek 5).....	20
3.6. VERİLERİN TOPLANMASI	21
3.7. VERİLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ.....	21
3.8. ARAŞTIRMANIN SINIRLILIKLARI VE GENELLENEBİLİRLİĞİ.....	22
4. BULGULAR	23
4.1. HASTALARI TANITICI BİLGİLERE DAİR BULGULAR	23
4.2. HASTALARIN BAĞIMLILIK PROFİLİNE İLİŞKİN BULGULAR	25
4.3. HASTALARIN TEDAVİ MOTİVASYONUNA İLİŞKİN BULGULAR	35
5.TARTIŞMA.....	42
5.1. HASTALARIN BAĞIMLILIK PROFİLLERİ İLE İLGİLİ BULGULARIN TARTIŞILMASI..	42
5.2. HASTALARIN TEDAVİ MOTİVASYONLARI İLE İLGİLİ BULGULARIN TARTIŞILMASI	45
5.3. HASTALARIN BAĞIMLILIK PROFİLLERİ İLE TEDAVİ MOTİVASYONLARI ARASINDAKİ İLİŞKİNİN TARTIŞILMASI	46
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	48
7. KAYNAKLAR.....	50
8. EKLER	56
ÖZGEÇMİŞ	68

TABLO LİSTESİ

Tablo 4.1.1. Hastaların Sosyodemografik Özelliklerine Göre Dağılımı	23
Tablo 4.1.2. Hastaların Klinik Özelliklerine Göre Dağılımı	24
Tablo 4.2.1. Hastaların Bağımlılık Profil İndeksi (BAPİ) Toplam ve Alt Ölçeklerine İlişkin Puan Ortalamaları	25
Tablo 4.2.2. Hastaların Sosyodemografik Özelliklerine Göre BAPİ Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	27
Tablo 4.2.3. Hastaların Klinik Özelliklerine Göre BAPİ-K Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	30
4.2.4. Hastaların Klinik Özellikler ile BAPİ Arasındaki İlişkiye Ait Korelasyon Sonuçları.....	32
4.2.5. Hastaların Bağımlılık Şiddeti ile BAPİ-K Alt Ölçekleri Arasındaki Korelasyon	34
Tablo 4.3.1. Hastaların Tedavi Motivasyon Anketi (TMA) Toplam ve Alt Ölçeklerine İlişkin Puan Ortalamaları	35
Tablo 4.3.2. Hastaların Sosyodemografik Özelliklerine Göre TMA Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	36
Tablo 4.3.3. Hastaların Klinik Özelliklerine Göre TMA Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	37
4.3.4 Hastaların Klinik Özellikler ile TMA Arasındaki İlişkiye Ait Korelasyon Sonuçları.....	38
Tablo 4.3.5 TMA VE BAPİ Arasındaki Korelasyon	39

SİMGELER VE KISALTMALAR

BAPİ: Bağımlılık Profil İndeksi

BAPİ-K: Bağımlılık Profil İndeksi Klinik Formu

TMA: Tedavi Motivasyon Anketi

DSM: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

ICD: International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems

BM: Birleşmiş Milletler

UNODC: United Nations Office on Drugs and Crime

EMCDDA: European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction

TUBİM: Türkiye Uyuşturucu ve Uyuşturucu Bağımlılığı İzleme Merkezi

TÜİK: Türkiye İstatistik Kurumu

MSS: Merkezi Sinir Sistemi

KZVD: Kendine zarar verme davranışı

Bkz: Bakınız

SPSS: Statistical Package for Social Sciences

Min: Minimum

Max: Maximum

1. GİRİŞ VE AMAÇ

1.1. PROBLEMİN TANIMI VE ÖNEMİ

Bağımlılık yapan maddelerin kullanımı dünyada olduğu gibi Türkiye’de de hızla artmaktadır. Madde kullanımı hem bireylerin fiziksel sağlığına hem de toplumsal işlevlerine etki etmesi yönüyle en önemli halk sağlığı sorunlarından biri olarak karşımıza çıkmaktadır. Bağımlılık; bireyin beden ve ruh sağlığını, aile, toplum ve iş uyumunu bozacak derecede sık ve fazla miktarda madde kullanma ve madde alma isteğini durduramama olarak tanımlanmaktadır. Bağımlılıkta yineleyen sorunlara ve istenmeyen sonuçlara rağmen uygunsuz ve tekrarlayıcı madde kullanımı söz konusudur.

Madde kullanım bozukluğu bireyde fiziksel, ruhsal ya da sosyal bazı sorunlara neden olan ve bireyin aile dinamiklerini olumsuz etkileyen psikiyatrik bir hastalıktır. Kişinin bu süreçte çevresiyle, toplumla ve diğer faaliyetleriyle ilişkilerinde bozulma meydana gelmekte, çalışma gücü ve mesleki işlevselliği azalmaktadır. Diğer yandan kişinin ruh dünyasında kaygıların oluşmasına, endişelerin çoğalmasına, güven duygusunun kaybına, karamsarlık, korku halinin oluşmasına ve fiziksel sağlığın bozulmasına yol açmaktadır (1).

Madde kullanım bozukluğu uzun süreli tedavi ve izlem gerektiren kronik bir hastalıktır ve birçok faktör bu hastalığın seyrini etkilemektedir. Yapılan araştırmalar madde kullanım özellikleri, madde kullanım süre ve sıklığı, bırakma girişimleri, maddenin sosyal ve mesleki işlevselliğe olan etkisi gibi faktörlerin hastalığın seyrinde etkili olduğunu göstermiştir (2) Ayrıca madde kullanım bozukluğu tanı kriterlerini karşılama durumu, bağımlılığın şiddeti, madde yoksunluk şiddeti de bağımlılığı etkileyen faktörler arasındadır (3,4). Literatürde madde kullanım bozukluklarında tedavi planı oluşturulurken bağımlılığı etkileyen faktörlerin göz önüne bulundurulması gerektiği belirtilmektedir (5,6,7).

Madde kullanım bozukluklarının yeni ruhsal bozukluklara yol açtığı ya da var olan ruhsal bozuklukları kötüleştirdiği düşünülmektedir (8). Genel olarak artmış madde alımı ile depresyon ve anksiyete gibi ruhsal sorunlar arasında ilişki bulunmuştur (9). Depresyon ve anksiyetenin bağımlılığın gelişiminde etken olduğu gibi, bağımlılığın sürmesinde de önemli rol aldığı bilinmektedir (5,10). Yapılan çalışmalar madde kullanım bozukluğu olan hastalarda

depresyon, anksiyete öfke kontrolü, heyecan arama davranışı ve dürtüsellik gibi ruhsal faktörlerin belirlenmesini ve tedavide ele alınması gerektiğini vurgulamaktadır (11,12).

Bağımlılık tedavisinde göz önünde bulundurulması gereken diğer bir faktör ise tedavi motivasyonudur. Motivasyon, değişimi kabul etme ve değişim için hazır olma durumu olarak görülen, zamana ya da duruma bağlı olarak değişkenlik gösterebilen ve dış etkenlerden etkilenen içsel bir durum olarak tanımlanmaktadır. Uzun süre ve izlem gerektiren madde bağımlılığının tedavi sürecinde tedavi motivasyonu bireylerin tedavi arayışına girmeleri, tedaviyi sürdürmeleri ve tedavinin etkinliği için gereklidir (13). Literatürde alkol ve madde bağımlılığı profilini araştıran çalışmalar (14-19) olmasına rağmen, alkol dışındaki madde bağımlılığı olan bireylerin bağımlılık profillerini ve tedavi motivasyonlarını belirlemeye yönelik çalışmalar sınırlıdır. (20-22) Bu araştırmanın sonuçlarının madde kullanım bozukluğu nedeniyle tedavi gören bireylerin tedavisinde öncelik verilecek alanları belirlemede ve tedavi planını düzenlemede yol gösterici olacağı düşünülmektedir.

1.2. ARAŞTIRMANIN AMACI

Bu araştırmanın amacı madde kullanım bozukluğu tedavisi gören bireylerin bağımlılık profillerini ve tedavi motivasyonlarını incelemek ve aralarındaki ilişkiyi belirlemektir.

1.3.ARAŞTIRMANIN HİPOTEZLERİ

H₀: Hastaların sosyodemografik ve klinik özelliklerine göre bağımlılık profilleri değişmemektedir.

H₁: Hastaların sosyodemografik ve klinik özelliklerine göre bağımlılık profilleri değişmektedir.

H₀: Hastaların sosyodemografik ve klinik özelliklerine göre tedavi motivasyonları değişmemektedir.

H₁: Hastaların sosyodemografik ve klinik özelliklerine göre tedavi motivasyonları değişmektedir.

H₀: Hastaların bağımlılık profilleri ile tedavi motivasyonları arasında ilişki yoktur.

H₁: Hastaların bağımlılık profilleri ile tedavi motivasyonları arasında ilişki vardır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. MADDE KULLANIM BOZUKLUĞU

2.1.1 Madde Kullanım Bozukluğunun Tanımı

Madde kullanımı; insanların birtakım maddelerin beden ve ruh dünyasına etkilerini fark etmesinden ve kalıcı olmasa da kendilerini daha farklı hissettirdiğini keşfetmesinden bu yana bağımlılık geliştirmesi açısından önemli bir biyopsikososyal problem olarak varlığını sürdürmektedir (23). Literatürde bu konu farklı kavramlar ile karşımıza çıkmaktadır. Bu kavramların bir kısmı şu şekildedir:

- *Kötüye kullanma*: Olumsuz sonuçlarına veya toplumsal kültüre aykırı olmasına rağmen bir maddeyi kullanmaktır.
- *Alışkanlık*: Maddenin kötüye kullanımının kompulsif bir biçimde devam ettirilmesidir.
- *Bağımlılık*: Bir maddenin ısrarla tekrarlayan kullanımları ve bunun sonucunda yoksunluk sendromu oluşmaması için bireyin madde kullanımını zorunlu bırakan nöroadaptasyon durumudur (24).

Bağımlılıkta bireylerin sağlıklarını olumsuz yönde etkilemesine ve sosyal yaşamlarına zarar vermesine rağmen, insanların belirli bir durumu yinelemeye yönelik engellenemeyen bir istek duymaları ve bunu sürdürmeye devam etmeleri söz konusudur (25). Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistik Klavuzu, dördüncü baskısında (DSM IV) bağımlılık ve kötüye kullanım olarak iki farklı kavramdan bahsedilirken, DSM-V'te bu iki kavram madde kullanım bozukluğu olarak tek kavram adı altında ele alınmıştır.

Bir maddenin kullanımı bireyin iş, okul ve evde rollerini yerine getirme becerilerini etkileyip sosyal mesleki işlevselliğini bozduğunda madde kullanım bozukluğundan söz edilmektedir. Çoğunlukla birey madde kullanımını bırakmak ve ya kontrol etmek istese de çabaları başarısız olur ve madde kullanımını artmaya devam eder. Madde kullanımına karşı aşırı istek duyar ve daha fazla madde elde etmek ya da maddenin kullanım etkilerinden kurtulmak için aşırı miktarda zaman harcanır. Madde kullanımı kişilerarası ilişkilerde de problemler yaşanmasına neden olmaktadır. Kişi madde etkisinde riskli davranışlar sergileyebilir ve maddenin fiziksel ve ruhsal sağlığına olan zararının farkında olduğu halde kullanmaya devam

edebilir. İstenen etkiyi elde etmek için her seferinde daha fazla miktarda maddeye ihtiyaç duyulması ise o maddeye karşı tolerans gelişmesi durumudur (26).

Madde ile ilgili bozukluklar iki gruptan oluşmaktadır: Madde kullanım bozuklukları (bağımlılık) ve madde ile ilgili bozukluklar (intoksikasyon, geri çekilme, deliryum, nörokognitif bozukluk, psikoz, duygudurum bozuklukları vd.). DSM-V'e göre madde bağımlılığı "madde kullanım bozukluğu" kategorisinde değerlendirilmektedir. DSM V tanı kriterlerine göre madde kullanım bozukluğunun belirtileri şunlardır (27):

"A. On iki aylık süre içinde, aşağıda ifade edilen ölçütlerden en az ikisinin etkin olması hali, klinik bağlamda belirgin etki gösteren sıkıntı halinin oluşmasına veya işlevsellik oluşumunda düşmelerin olmasına bağlı madde kullanımı.

1. Çoğu defa istenilenden büyük bir ölçüyü etkileyen veya sanılandan uzun bir süreyi ifade eden madde tüketimi hali

2. Maddeyi bırakma yöneliminde sürekli olarak isteklerin olması ancak başarılı bir şekilde sonuçlanmaması

3. Maddenin elde edilebilmesi amacıyla etkinliklere fazlaca zaman ayırma

4. Madde kullanımı için isteğin fazlaca olması

5. İş, okul veya evde var olan durumları ifade eden görevlerden uzaklaşma ve yerine getirmek istememe

6. Madde kullanımının sürekli bir hal kazanmasından kaynaklı olarak yineleyici bir toplumsal etki veya kişilerarası problemlerin olması bağlamında madde kullanımının sürdürülebilirlik kazanması

7. Madde kullanımının bir sonucu olarak toplum yapısında gerçekleştirilen etkinlikleri, işe dayalı unsurları azaltmaya veya bırakmaya yönelim gösterme

8. Madde kullanımının tehlikeli durumlarda da devamlılık halinde olması

9. Bireyin ruhsal veya fiziksel sorunları fazlaca olmasına rağmen madde kullanımını devamlılık haline getirme

10. Madde kullanımında toleransa bağlı gelişimin oluşmasına dayalı belirtiler

a. Madde kullanımlarında istenilen etkilerin oluşması için fazlaca kullanılması durumu

b. Madde kullanım ölçütünde daha az düzeyde etkinin sağlanması durumu

11. Yoksunluğa neden olan belirtilerin meydana gelmesi."

DSM V'e göre madde kullanım bozukluğu için 10 ölçütten ikisinin karşılanması yeterlidir. Bu ölçütlerin son bir yılda karşılanması gerekmekte ve son bir yılda iki ya da daha az ölçütü karşılayan vakalar hafif, dört ya da beş kriteri karşılayan vakalar orta, altı ya da daha fazla kriteri karşılayan vakalar ise ağır olarak nitelendirilmiştir (28).

2.1.2. Madde Kullanım Bozukluğuna Neden Olan Maddelerin Sınıflandırılması

Bağımlılığa sebep olan maddeler türlerine göre farklı şekillerde sınıflandırılmaktadır. DSM-V'e göre madde kullanımı ve madde kullanımının yol açtığı bozukluklarla ilişkili olan madde sınıfları şu şekildedir: Alkol, kafein, kannabis, hallüsinojenler, inhalanlar, opiyatlar, sedatif-hipnotikler, stimülanlar ve tütün.

Alkol, şeker ve maya sporlarının fermentasyonu sonucu ortaya çıkan doğal bir maddedir. Çok eski çağlardan beri keyif verici, yatıştırıcı, uyuşturucu ve ilaç olarak kullanılmaya gelmiştir. Alkol, merkezi sinir sistemi (MSS) üzerinde davranış ve duyu durumu değişikliğiyle sonuçlanan depresan bir etki göstermektedir. Alkolün MSS üzerine etkileri kandaki kontrasyonu ile orantılıdır.

Kullanım bozukluğu oluşturan madde gruplarından bir diğeri sedatif, hipnotik ve anksiyolitik bileşenlerdir. Bu gruba ait maddeler anksiyeteyi yatırtmaktan anestezi, koma ve hatta ölüme kadar farklı derecelerde MSS depresyonuna neden olan farklı kimyasal yapıdaki ilaçlardır. Kendi aralarında barbitüratlar, barbitürat olmayan hipnotikler ve antianksiyete ajanları olarak sınıflandırılmaktadırlar. Bu ilaçlar alkolle ya da birbirleriyle kombinasyon şeklinde kullanıldıklarında baskılayıcı etkileri katlanır ve bu etkiler sıklıkla tahmin edilemez. Depresyonda ya da fiziksel olarak yorgun bir kişide ilacın bir dozu abartılı bir tepki yaratabilirken normal ya da uyarılmış bir kişide hafif etki gösterebilirler.

Kişide kullanım bozukluğu yapan maddelerden bir diğeri grup da halüsinojenlerdir. Bu maddeler kişinin bilinç, algılama, duygudurum ve düşüncüyü ileri derecede etkiler ve gerçeği algılama yetisini bozabilir. Psikoz doğurucu (psikozomimetik) olarak da bilinirler. LSD, mescaline ve ekstazi halüsinojenlerdendir (29).

Bir diğeri grup olan MSS uyarıcıları (stimülanlar) neden oldukları davranışsal uyarım ve psikomotor ajitasyon ile tanımlanmaktadır. Bu gruptaki psikomotor uyarıcılar nörepinefrin, epinefrin ya da dopamin, nörotransmitterlerinin artışı ya da potansiyelizasyonu yoluyla uyarılmayı sağlarlar.

Genel hücrel uyarıcılar (kafein, nikotin) etkilerini doğrudan hücrel aktivite üzerinde gösterirler. Kafein ve nikotin makul miktarda kullanıldıklarında yorgunluğu azaltma ve uyanıklığı artırma eğilimindedir. Fizyolojik bağımlılık yaratma potansiyelleri daha yüksek olan uyarıcılar yasalar tarafından düzenleme altına alınmıştır.

Kokain doğadan elde edilen en güçlü uyarıcıdır. Bir dönem tıpta anestezi ve analjezi amaçlı kullanılmıştır. Kokainin yaygın biçimde kullanılan alkaloid formu crack kokaindir.

Bir diğer uyarıcı madde amfetamin, metamfetamin ve türevleridir. 1960'lar boyunca tıbbi amaçlarla yoğun bir şekilde kullanılmış ancak kötüye kullanımının fark edilmesi ile klinik kullanım azaltılmıştır. MSS uyarıcılarının bağımlılığı genellikle dönemsel ya da kronik günlük ya da hemen her gün kullanımla karakterizedir. Kişiyi öfori, güven ve güçlülük duygusu verir. Bu duygular kullanım süresi arttıkça yerini sinirlilik, huzursuzluk, gerginlik gibi duygulara bırakmaktadır. Psikolojik bağımlılığı yüksek olan kokain ileri dozlarda ölümcül olabilir.

En yaygın kullanılan maddelerden bir diğeri de kanabinoiddir. Kenevir olarak da bilinen bu gruptaki maddelerin temel bileşeni delta-9-tetrahidrokannabinol (THC)'dür. Kenevir preparatlarından en yaygını olan marihuana, bitkinin kurumuş yapraklarından, sapından ve çiçeklerinden yapılmaktadır. Haşhaş ise bitkinin en üst çiçeklerinden elde edilen daha güçlü bir reçine konsantresidir (30). Orta düzey dozlarda, kenevir türevleri alkol ve diğer MSS baskılayıcılarını andıran etkiler gösterir. Çok yüksek dozda halüsinasyonlara neden olsalar da halüsinojenler grubunda değildirler.

Son zamanlarda kullanımı yaygınlaşan önemli maddelerden biri de sentetik bir kanabinoid olan bonzaidir. Bonzai kullanımı dünyada ve Türkiye'de halk sağlığını tehdit etmektedir (31).

DSM 5'te tanımlı olan inhalan kullanım bozukluğu ise; yakıtlar, çözücü sıvılar, yapıştırıcılar, basınçlı gazlar, boya incelticiler gibi maddelerin içeriğindeki hidrokarbonların içe çekilmesi ile gelişmektedir. İnhalan maddelere ulaşım yasal ve düşük maliyetli olduğundan çoğunlukla sosyoekonomik düzeyi düşük gruplar ve bu grupların çocuk ve ergen üyeleri tarafından kullanılmaktadır. Çalışmalarda ağır kullanım ile inhalanlara tolerans bildirilmekle birlikte, hafif bir geri çekilme sendromu bildirilmiştir (32).

Bağımlılık potansiyeli yüksek olan gruplardan bir diğeri de opiyatlardır. Opiyat; afyon ve afyon türevleri ve sentetik türleri kapsayan bir terimdir. Tıpta analjezi, ishal tedavisi ve öksürüğü rahatlatma için kullanımı mevcuttur ancak yarattığı öfori hissi ve acıya duyarlılığı azaltması ile suiistimal potansiyeli yüksek bir maddedir. Doğal kökenli olanlara opium, morfin, kodein; yarı sentetiklere eroin, opiyat benzeri sentetik ilaçlara da metadon, meperidin örnek verilebilir.

2.1.3. Madde Kullanım Bozukluğunun Etiyolojisi

Madde kullanım bozukluğu biyolojik, psikolojik, davranışsal ve sosyal etkenlerin birlikte rol oynadığı bir hastalıktır. Oluş nedenleri değerlendirilirken genetik yatkınlık kadar öğrenme kuramları da göz önünde tutulmalıdır. Maddelerin beyin üzerindeki etkileri ile birlikte davranışsal modellerin ve sosyal risk etkenlerinin de bilinmesi önemlidir.

Bağımlılık geliştirme özelliği olan maddelerin beyin ödül düzenekleri üzerine etkileri mevcuttur. Maddelerin keyif verici özellikte oluşu bu etkilerine, yani nucleus accumbente sonlanan mezolimbik dopaminerjik yolağın ve opioid peptiderjik düzeneklerin etkileşmesine bağlıdır. Bu maddeler maddeyi kendi kendine verme (selfadministration) hareketine ve kompulsif kullanıma neden olmaktadır. Bağımlılık geliştikten sonra hem insan hem hayvan modellerinde gözlenen şey, bir süre madde alınmasa da yeniden çok az miktarda madde alımının kompulsif kullanımı başlatabilmesidir. Hayvan deneylerinde güçlü madde isteği yaratan üç neden olarak: uyaran verilmesi, stres veya zorlanma oluşturulması ve kendi alım etkisi bulunmuştur.

İnsanlarda madde bağımlılığının oluşmasında ise; hatırlatıcı uyaranlar, stresle başa çıkma becerilerindeki yetersizlik, maddeye özgü duyarlılaşma ve uzun süreli bellek işleminin varlığı oldukça etkilidir (29). Toplumsal çevre, arkadaş grupları, maddenin kolay elde edilebildiği bir ortam, madde kullanımının güç ve üstünlük sağladığı ortamları madde kullanım bozukluğu oluşmasındaki önemli rol oynamaktadır. Kişinin bireysel özellikleri, heyecan arama davranışı, dürtüsellliği de madde kullanım bozukluğunun gelişmesinde oldukça önemli bir yere sahiptir (15,18)

2.1.4. Madde Kullanım Bozukluğunun Epidemiyolojisi

Madde kullanım yaygınlığı hakkında kapsamlı bilgiler edinmek, koruyucu çalışmalar için gerekli ve önemli bir adımdır. Ancak madde kullanım bozukluklarının yaygınlığını değerlendirecek epidemiyolojik araştırmaların yapılmasında bazı zorluklar yaşanmaktadır. Bu

zorluklardan bazıları şu şekildedir: Madde kullanımını yasal olmadığı için kullanan kişiler gizli kalma eğilimindedir ve bu kişilere ulaşmak zor olmaktadır. Ayrıca madde kullanan kişiler anketler sırasında sorulan sorulara doğru yanıtlar vermeyebilir. Anketler ile yapılan çalışmalarda ancak kullanıcılar tespit edilebilmekte, bağımlılığın tanımının yapılması güç olmaktadır. Yayınlık araştırmalarında kullanılan yöntemler arasında hastane, polis, mahkeme, cezaevi vb. kayıtların incelenmesi, okullarda gençler ile yapılan anketler, yakalanan madde miktarı ve sanık sayısı ile madde kullanımına bağlı ölümler sayılabilir (25).

Birleşmiş Milletler (BM), Uyuşturucu ve Suç Ofisinde (UNODC) hazırlanan 2019 Dünya Uyuşturucu Raporunda küresel ölçekte uyuşturucu madde kullanımında yaşanan ciddi artışa dikkati çekerek, 2017 yılında 271 milyon kişinin uyuşturucu kullandığını bildirmiştir (33).

Raporda, uyuşturucu kullanımı nedeniyle rahatsızlıklar yaşayan ve tedavi hizmeti bekleyen insanların sayısında ciddi artış gözlemlendiğine işaret edilerek, 2016'da 30 milyon 500 bin insanın uyuşturucu kullanımı nedeniyle çeşitli rahatsızlıklar yaşadığının, bu oranın 2017'de 35 milyona yükseldiğinin altı çizilmiştir (33).

Avrupa Uyuşturucu ve Uyuşturucu Bağımlılığı İzleme Merkezi tarafından (EMCDDA) hazırlanan raporda, Türkiye'de 15-64 arası yaş grubunda en çok esrar kullanıldığı, bunu ekstazi ile kokainin izlediği belirtildi. Tüm yaş gruplarında, esrar en çok kullanılan yasa dışı uyuşturucudur. Esrarın yaşam boyu kullanım seviyeleri ülkeler arasında ciddi değişkenlik göstermektedir ve Fransa'da yetişkinler arasında %45 ile Malta'da yaklaşık %4 arasında değişkenlik göstermektedir (34).

Raporda paylaşılan verilere göre yasadışı uyuşturucu madde kullanımı erkekler arasında daha yüksek ve Türkiye'de uyuşturucu tedavisi görenlerin çoğunluğunu 15-34 yaş arası erkekler oluşturmaktadır.

AB raporunda, yataklı tedavi oranlarının son beş yılda arttığı, tedavi olan kişilerin beşte birinin uyuşturucuyu şırınga ile enjekte edilen şekliyle kullandığı, eroinin şırınga yoluyla kullanımının ise son yıllarda gerilediği aktarılmaktadır (34).

Türkiye'de alkol, tütün ve madde kullanımına yönelik tutum ve davranışların belirlenmesine yönelik 2018 yılında Türkiye Uyuşturucu ve Uyuşturucu Bağımlılığı İzleme Merkezi (TUBİM) Genel Nüfus Araştırması çalışma grubu tarafından belirlenen illerde,

Türkiye İstatistik Kurumu'ndan (TÜİK) alınan adreslerde yüz yüze görüşme yöntemi ile araştırma gerçekleştirilmiştir. Bu araştırma sonuçlarına göre Türkiye'de bağımlılık profiline dair verilerin bir kısmı şu şekildedir (35).

Katılımcıların %5,8'i (2.498 kişi) hayatında en az bir kere yatıştırıcı/sakinleştirici ilaç kullanmıştır. Erkeklerde bu oran %3,9 iken kadınlarda %7,7'dir. Öte yandan ilaçları ilk kez kullanma yaşı ortalaması 32,26 olarak ölçülmüştür.

Katılımcıların %3,1'i (1.338 kişi) hayatında en az bir kere madde kullanmıştır. Araştırmada hayatında en az bir kere madde kullananların %94'ü erkek, %6'sı ise kadındır. Kadınlarda hayatında en az bir kere madde kullanım oranı %0,3 iken erkeklerde bu oran %6,1'dir.

Yaş gruplarına göre dağılımı incelendiğinde en yoğun yaş grubu 15-34 yaş grubudur (%65). Maddeyi ilk kullanım yaş ortalaması 19'dur. Hayatında en az bir kere madde kullananların %20'si ilkokul mezunu, %18,3'ü ortaokul mezunu, %29,9'u ise lise mezunudur. En yoğun kullanım lise mezunu olan gruptadır. Madde kullanıcılarından halen lise öğrencisi olanların oranı %4,5 iken, halen üniversite öğrencisi olanlar %9,7'dir. Hayatında en az bir kere madde kullananlar medeni durumlarına göre incelendiğinde %55,2'lik kısmın bekar olduğu görülmektedir.

2.1.5. Madde Kullanım Bozukluğunun Tedavisi

Madde kullanım bozukluğu günümüzde bir beyin hastalığı olarak kabul görmektedir. Tedavi yaklaşımları ise diğer psikiyatrik ve fiziksel rahatsızlıklara göre farklılıklar içermektedir. Kişinin tedaviye olan isteği, tedavide kalma süresi, madde kullanmadan geçirdiği süre ve madde kullanım özelliklerine dair ayrıntıların tamamı tedavi yaklaşımının her birey için özel olmasını gerekli kılmaktadır. Ayrıca madde bağımlılığında kişinin madde dışında da sosyal, ekonomik, tıbbi ve psikolojik sorunları bulunmaktadır. Bu da ilaç tedavisinin yanında psikososyal bir tedavi planını zorunlu hale getirmektedir (36).

Alkol ve madde bağımlılığı tedavisinin hedeflerini Ögel şu şekilde açıklamaktadır (37):

- Kişinin kullandığı maddeyi tamamen bırakmasını ya da azaltmasını sağlamak
- Kişinin ruhsal, fiziksel, sosyal yönden düzelmesini sağlamak,
- Ekonomik açıdan avantajlı hale gelmesini sağlamak

- Herhangi bir madde kullanmadan yaşamının tadını hissetmesini sağlamak
- Alkol ya da madde kullanımı ile ortaya çıkan yasal olmayan etkinliklerden uzaklaşmasını sağlamak
- Kendisine ve topluma zarar veren davranışların azalmasını sağlamak
- .Yasadışı yollardan sağlanan maddeler için, her kullanıcının olası bir satıcı sayılabileceği düşüncesinden hareketle, madde pazarını ve sunumunu azaltmak.

Tedavinin aşamaları ise şu şekilde özetlenebilir (38).

İlk müdahale (1.-2. gün): Entoksikasyon ya da akut yoksunluk belirtileri ve akut tıbbi sorunlar tedavi edilir. İntihar ve saldırganlık, akut psikotik tepkilerle uğraşılır.

Erken dönem (0-4 hafta): Detoksifikasyon sürecidir. Detoksifikasyon sırasında ruhsal destek sağlanır. Motivasyon artırılmaya çalışılıp kısa danışmanlık yapılabilir. Klinikte psikoeğitime başlanabilir.

Uzun dönem (4-24 hafta): Kronik tıbbi sorunları araştırmak ve tedavi etmek gerekir. Ruhsal bozuklukları araştırmak ve gerekiyorsa tedavisini yapmak önemlidir. Aile desteği sağlanmalıdır.

Rehabilitasyon (6 ay-2 yıl): Hastanın uzun süreli tedavi programına katılımı izlenmeli ve uzun süreli tedavi programına girmesine yardımcı olunmalıdır. İzlemeye devam edilmeli ve ilişki koparılmamalıdır.

2.2. MADDE KULLANIM BOZUKLUĞUNDA PSİKİYATRİ HEMŞİRESİNİN ROLÜ

Madde kullanım bozukluğu tedavi sürecinin başarıya ulaşması kişi ve hastalığa özgü faktörlerin yanında ekip üyelerinin uyum içinde çalışmasına, etik ilkeler çerçevesinde saygı ve güvene dayalı ilişki kurulmasına, meslek elemanlarının görevlerini eksiksiz yerine getirmelerine bağlıdır. Bu ekibin oluşmasına katkı veren ekip üyelerinden biri de psikiyatri hemşireleridir. Psikiyatri hemşireleri tedavi sürecinde hastaya bakım vermenin yanında, taburculuk sonrası için de hastanın toplumda üretici konuma geçebilmesinde etkin olarak rol almaktadırlar (39). Ülkemizde 8 Mart 2010 tarihinde resmî gazetede yayınlanan hemşirelik yönetmeliğinde alkol ve madde bağımlılığı merkezi hemşiresinin görevleri tanımlanmıştır (40).

Madde bağımlılığında verilecek hemşirelik bakımında hemşirenin ilk aşamada iyi bir öykü alması çok önemlidir. Hemşire, bağımlılık problemi olan bir bireyi değerlendirirken öncelikle bireyin ne tür bir madde kullandığı, maddeyi hangi yolla ve ne kadar aldığı ne kadar süredir madde kullandığı ve en son kullanım zamanı, madde kullanım miktarı ve sıklığı, madde kullanımını sonlandırmayı düşünüp düşünmediği ve sonucunda ne olduğu gibi doğrudan maddeye yönelik verileri toplamalıdır. Tedavi planının oluşturulmasında yardımcı olacak bu veriler kaydedilmeli ve tedavi ekibi ile paylaşılmalıdır (25).

Psikiyatri hemşireleri madde kullanım bozukluğu olan bir bireylerle çalışırken; aktivite intoleransı, beden gereksiniminden az beslenme, seksüel disfonksiyon, kendine bakımda yetersizlik, enfeksiyon ve yaralanma riski gibi fiziksel sorunlarla birlikte anksiyete, etkisiz bireysel baş etme, iletişimde bozulma, rol performansında değişim, umutsuzluk, güçsüzlük, benlik saygısında bozulma, spiritüel sıkıntı ve aile sürecinde değişim gibi ruhsal ve sosyal boyutta hemşirelik tanılarına yönelik bakım planlayabilirler (25,41).

Psikiyatri hemşirelerinin madde kullanım bozukluğu olan bireylerin tedavi sürecindeki rollerinden başka bireylere, ailelere destek vermek, bağımlılığı önlemek için risk gruplarını belirlemek ve bu gruplara eğitim vermek, konu ile ilgili araştırmalar yapmak ve meslektaşları ile paylaşımında bulunmak gibi görevleri de vardır (42,43).

2.3.MADDE KULLANIM BOZUKLUĞU TEDAVİSİNDE BAĞIMLILIK PROFİLİNİN VE TEDAVİ MOTİVASYONUNUN ROLÜ

2.3.1. Bağımlılık Profili

Bağımlılık birçok kişilik özelliğinin ve ruhsal problemlerin eşlik ettiği kronik bir hastalıktır ve tedavi bağımlılığı etkileyen farklı etkenler göz önüne alınarak yapılmalıdır (33). Yapılan araştırmalar madde kullanım özellikleri, madde kullanım süre ve sıklığı, bırakma girişimleri, maddenin sosyal ve mesleki işlevselliğe olan etkisi gibi faktörlerin hastalığın seyrinde etkili olduğunu göstermiştir (44, 15). Ayrıca madde kullanım bozukluğu tanı kriterlerini karşılama durumu, bağımlılığın şiddeti, madde yoksunluk şiddeti de bağımlılığı etkileyen faktörler arasındadır (37). Literatürde madde kullanım bozukluklarında tedavi planı oluşturulurken bağımlılığı etkileyen faktörlerin göz önüne bulundurulması gerektiği belirtilmektedir (5,6,7).

Tedavide kişide madde kullanımını başlatan ya da sürdüren psikolojik faktörlerin de değerlendirilmesi gerekmektedir. Öfke kontrol eksikliği, dürtüsellik, heyecan arama davranışı, güvenli davranış eksikliği gibi psikolojik faktörler bağımlılıkla ilişkilendirilmektedir (15,16,17). Dürtüsellik birçok psikiyatrik hastalıkta belirti olarak kabul edilirken, bağımlılık davranışlarının temelinde dürtüsellik olduğunu gösteren çalışmalar mevcuttur (37). Yapılan araştırmalarda emosyonel düzenlemede ve stresle başa çıkma becerilerinde yetersizliğin bağımlılığın başlamasında ya da sürmesinde etkili olduğu belirtilmektedir (45).

Madde kullanım bozukluklarının yeni ruhsal bozukluklara yol açtığı ya da var olan ruhsal bozuklukları kötüleştirdiği düşünülmektedir (8). Genel olarak artmış madde alımı ile depresyon ve anksiyete gibi ruhsal sorunlar arasında ilişki bulunmuştur (9). Depresyon ve anksiyetenin bağımlılığın gelişiminde etken olduğu gibi, bağımlılığın sürmesinde de önemli rol aldığı bilinmektedir (5,10). Bu nedenlerle ruhsal bozuklukların belirlenmesi tedavi planına yön verecektir.

Madde kullanım bozukluğu olan hastalarda göz önünde bulundurulması gereken faktörlerden biri de kendine zarar verme davranışı (KZVD) dır. Riskli davranışlardan olan KZVD madde kullanım bozukluğu hastalarında sık karşılaşılan bir durumdur. İntihar amacı olmadan, kendi bedenine fiziksel bir takım zarar verme ile karakterize olan KZVD, madde bağımlılarında %34,6 iken alkol bağımlılarında %29'dur (46,47,48)). Maloney ve arkadaşlarının 2010 yılında opiat bağımlıları ile yaptığı bir çalışmada ise %25 ile %49 arasında değişen oranlarda KZVD saptanmıştır (49). Ayrıca araştırmalarda, alkol ve madde bağımlılarının; jilet ya da bıçak kullanarak kendini kesme, başını vurma, sert bir yere yumruk ya da tekme atma gibi kendine zarar verme davranışlarını seçtikleri bulunmuştur (48). Oyafeso ve arkadaşlarının (2008) opiat bağımlıları ile yürüttükleri bir çalışmada ise, bıçak ya da kesici bir alet kullanarak kendini kesme en yüksek oranda kendine zarar verme davranışı olarak belirlenmiştir. Ayrıca opiyat bağımlılarının tırnak ve dudak yeme, hatta kendini ısırma gibi davranışlar sergiledikleri de bildirilmiştir. (48)

Ateş ve arkadaşlarının (2009) bağımlılık profilini araştırdıkları bir çalışmada; aleksitimi, antisosyal kişilik bozukluğu ve saldırganlık davranışı gösteren kişilerin %90,1'inde madde bağımlılığı tespit edilmiştir (51).

Savaşan'ın (2010) serviste yatarak tedavi gören alkol ve madde bağımlıları ile ilgili yaptığı çalışmaya katılan bireylerin yaş ortalaması 45,29 bulunmuştur. Hastaların %79,3'ü

alkol bağımlılığı nedeniyle başvurmuştur; madde bağımlılığı nedeniyle başvuranların oranı ise %20,7'dir. İlk kez arkadaş ortamında madde kullandığını belirten hastaların oranı %20,7'dir. Alkol ve madde ile ilk karşılaşma yaşı ise 17.42'dir. %51,2'si evli, %46,3'ünün bir işi var, %36,6'sı ilkokul mezunu olarak belirlenmiştir. Savaşan (2010), araştırmaya katılan hastaların %43,9'unun ailesinde alkol ve madde kullanım öyküsü olduğunu belirtmiştir. Hastaların %32,9'u yasal bir problem yaşadığını belirtmiştir (52).

Bulut ve arkadaşlarının (2006) yaptığı bir çalışmaya göre madde bağımlılarının suç öyküsü oranı %52,2 bulunmuştur. Bununla birlikte, alkol bağımlılarında suç öyküsü bulunma oranı ise %23,7'dir. Aynı örneklemin %40,5'i ilköğretim mezunu ya da hiç okula gitmemiştir. Orta öğretim mezunu olanların oranı %27 bulunmuştur. Lise mezunu olan %22,2 ve üniversite mezunu olanların oranı %10,3 olarak tespit edilmiştir. Eğitim düzeyi, suç öyküsü oranının önemli bir belirleyicisidir; eğitim düzeyi düşükçe suç oranı artmakta olduğu gözlenmiştir (53).

Bağımlık profilini oluşturan faktörler çeşitlidir ve madde kullanım bozukluğunun başlamasında ya da sürdürülmesinde oldukça önem arz etmektedir. Tedavi sürecinde bu faktörler göz önünde bulundurulmalıdır.

2.3.2. Tedavi Motivasyonu

Motivasyon, değişimi kabul etme ve değişim için hazır olma durumu olarak görülen, zamana ya da duruma bağlı olarak değişkenlik gösterebilen ve dış etkenlerden etkilenen içsel bir durum olarak tanımlanmaktadır. Madde kullanım bozukluğu olan bireylerde tedavi için motivasyon genellikle tedavi hedeflerine ulaşmanın en önemli belirleyicilerindedir. (Conner ve ark. 2009). Motivasyonu değerlendirmek, kişinin tedaviyle ne kadar meşgul olduğunu anlamaya yardım eder (Beek ve Verheul 2008). Araştırmalar motivasyon yokluğunun tedavinin yarım bırakılmasına ve relapslara neden olduğunu göstermektedir (13).

Motivasyon bireyin diğer insanlarla arasındaki etkileşimlerden veya çevresel faktörlerden etkilenebilmektedir. Dış etkiler ve baskılar bireyin davranış değişikliğini kendi değerlendirmesine ve durumunu değiştirme motivasyonuna katkıda bulunabilmektedir. Motivasyon, bunun yanında bireyin madde kullanımının neden olduğu sorunları tanımasından, değişim olasılığını göz önüne almasıyla da artmaktadır ve sonunda bireyi değişim kararına yönlendirmektedir (56). Bu ayırmadan dolayı motivasyon kavramı değerlendirilirken içsel ve dışsal motivasyondan söz edilmektedir. İçsel motivasyon kişinin

kendi isteğiyle, dış faktörlerin etkisi altında kalmadan tedavini kendisi için en iyi seçenek olduğuna inanması, maddeyi bırakmayı istemesine karşılık gelmektedir. Tedavi olma seçeneği dışında bir alternatifinin olmadığı düşüncesi ile ekonomik, ailevi nedenler ya da yasalar tarafından baskı ile tedavi görmek ise dışsal motivasyonu oluşturmaktadır (57). İçsel motivasyonun (başarma duygusu gibi) dışsal motivasyona (finansal dürtü, yasal konular gibi) göre daha uzun süreli değişimle ilişkili olduğu bulunmuştur. Bunun yanında dışsal motivasyon maddeden kısa süreli uzak kalmada oldukça etkili olduğu belirtilmektedir (54).

Literatürde çevresel, gelişimsel ve kişilik faktörleri gibi profil oluşturan özellikler motivasyonla ilişkilendirilmiştir (58). Bireysel ve klinik özellikler, sosyal destekleyici faktörler ve tedavinin niteliği hastaların yardım isteme düzeylerini etkilemektedir (59,60,61). Yapılan çalışmalarda yaş, bağımlılığın ciddiyeti, yaşamla ilgili kayıplar ve kişilik özellikleri gibi değişkenlerin bağımlılığın tedavisi için hasta motivasyonunu etkileyen faktörler olduğu bildirilmiştir (62,61). Hasta motivasyonuna etki eden bir diğer faktör ise sosyal destektir (41,64) (Chi, Kaskutas, Sterling, Campbell ve Weisner, 2009; Gyarmathy & Latkin, 2008). Hastalarda aile desteği, hastaların tedavi sırasında ve sonrasında yeniden şekillendirilmiş yaşamlarına adaptasyonunda aktif rol oynamaktadır (65).

Yapılan çalışmalar, tedaviye uyumun, tedavi isteyen bağımlılar arasında bile garanti edilemeyeceğini göstermiştir (59,60). Bağımlılıkta tedavi motivasyonu kendine özgü dönemleri olan bir süreçtir. Bu nedenlerle hastanın tedaviyi sürdürmesinde önemli bir etken olan motivasyonun bağımlılık tedavisi alan hastalarda araştırılmasının önemli olacağı düşünülmektedir.

3. GEREÇ VE YÖNTEMLER

3.1 ARAŞTIRMANIN ŞEKLİ

Bu araştırma madde kullanım bozukluğu tedavisi gören bireylerin bağımlılık profillerini ve tedavi motivasyonlarını incelemek ve aralarındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır.

3.2.ARAŞTIRMANIN YAPILDIĞI YER VE ÖZELLİKLERİ

Bu araştırma İstanbul ilinde bulunan Özel Fransız Lape Hastanesi'nde madde kullanım bozukluğu tanısı ile yatarak tedavi gören hastalarla yapılmıştır.

Fransız Lape Hastanesi, Kırım Savaşı sırasında yaralı Osmanlı ve Fransız askerleri ile sivil savaş mağdurlarına tedavi ve bakım hizmeti vermek amacıyla kurulmuş olup, 1858'den beri psikiyatri ve nöropsikiyatri alanında sağlık hizmeti sunmaktadır. Fransız Lape Hastanesi Türkiye'nin ilk psikiyatri dal hastanelerinden biri olup, 5 ayrı serviste 150 yatak kapasitesi ile acil, ayaktan tedavi, rehabilitasyon ve tetkik-tanı birimleri bulunmaktadır. Yataklı birimlerde bir güvenli servis, bir yarı güvenli servis, bir bağımlılık birimi, bir geropsikiyatri servisi ve bir genel servis bulunmaktadır. Hemşireler yataklı birimlerde, acil bölümünde, eğitim biriminde, enfeksiyon biriminde, rehabilitasyon bölümünde, elektrokonvulsif terapi biriminde görev almaktadır.

3.3 ARAŞTIRMANIN EVREN VE ÖRNEKLEMİ

Araştırmanın evrenini İstanbul Fransız Lape Hastanesi'nde Aralık 2018-Ağustos 2019 tarihleri arasında DSM-V tanı kriterlerine göre madde kullanım bozukluğu tanısı ile yatarak tedavi gören hastalar, örneklemini ise bu hastalar arasından çalışmaya katılmayı kabul eden 130 hasta oluşturmuştur. Örneklem büyüklüğü hesaplanırken g power 3.1 (Statistical Power Analyses for Windows and Mac) paket programı kullanılmıştır. Örneklem hesaplanırken 1.tip hata payı (α) = 0.05 ve testin gücü ($1-\beta$) = 0,80 olarak kabul edilmiştir. Hesaplamalar sonucunda örneklem büyüklüğü minimum 124 kişi olarak belirlenmiş ve bu çalışmaya 130 hasta dahil edilmiştir.

3.3.1 Araştırmaya Dahil olma Kriterleri

- DSM-V'e göre madde kullanım bozukluğu tanı ölçütlerini karşılayan,
- 18 yaş ve üzerinde olan,
- Dil sorunu olmayan,
- Okur yazar olan,
- Araştırmaya katılmayı kabul eden hastalar çalışmaya dahil edilmiştir.

3.3.2 Araştırmadan Dışlanma Kriterleri

- Alkol / madde yoksunluğu ya da deliryum tremens döneminde bulunan,
- Sadece sigara ya da alkol kullanımı olan,
- Mental retardasyonu olan,
- Demans ve diğer organik mental bozukluğun olan hastalar çalışmaya dahil edilmemiştir.

3.4 ARAŞTIRMANIN ETİK YÖNÜ

Araştırmanın yapılabilmesi için Sağlık Bilimleri Üniversitesi Gülhane Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu'ndan etik kurul onayı (Bkz. Ek 1) ve çalışmanın yapıldığı Özel İstanbul Fransız Lape Hastanesi'nden yazılı izin (Bkz. Ek 2) alınmıştır.

Araştırma kapsamındaki hastaların haklarının korunması için araştırmaya katılacak hastalara araştırma öncesi araştırmanın amacı, süresi ve araştırma formları hakkında bilgi verilmiştir. Hastaların araştırmadan istedikleri zaman çekilebilecekleri belirtilerek, şahsi bilgilerin araştırmacı ile paylaşıldıktan sonra korunacağı açıklanmıştır.

3.5. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI

3.5.1. Hastaları Tanıtıcı Form (Bkz. Ek 3)

Literatür bilgisi doğrultusunda araştırmacı tarafından oluşturulan bu form, sosyodemografik bilgileri ve hastalığa ilişkin soruları içermektedir. Formun ilk altı sorusu bireyin sosyodemografik özellikleriyle ilgili olup; doğum yılı, medeni durum, eğitim düzeyi, çalışma durumu ve kimlerle yaşadığına yönelik sorulardır. Formun kalan altı sorusu ise hastanın klinik tablosu ile ilgili sorulardır. Bu bölümde daha önce ayaktan ve yatarak bağımlılık tedavisi alıp almadığı, psikiyatrik bir tanı alıp almadığı, en son ne zaman yatarak

tedavi gördüğü, daha önce madde kullanımını bırakmayı deneyip denemediği, bağımlılık tedavisi ilk başvurusu ve madde kullanım süresi ile ilgili sorular bulunmaktadır.

3.5.2. Bağımlılık Profil İndeksi Klinik Formu (BAPİ-K) (Bkz. Ek 4)

BAPİ, bağımlılığın farklı boyutlarını değerlendirmek ve bağımlılık şiddetini ölçmek amacıyla Ögel ve arkadaşları tarafından geliştirilmiş 37 soruluk bir ölçektir. Yanıt seçenekleri, 0-4 puan arasında değerlendirilen beşli likert tipindedir (66). Ölçek madde kullanım özellikleri, bağımlılık tanı ölçütleri, madde kullanımının kişinin yaşamına etkisi, şiddetli madde kullanma isteği ve maddenin kullanımını bırakma motivasyonu olmak üzere beş alt ölçekten oluşmaktadır. Bu alt ölçekler şu şekildedir:

Madde kullanım özellikleri alt ölçeği (1., 2.,3., 4., 5., 6., 7., 8., 9., 10., 11. ve 12. sorular): Bu alt ölçekte kullanılan maddelerin ne olduğuna ve kullanım sıklığına yönelik sorular bulunmaktadır. Her maddenin kullanım sıklığı için artan düzeyde bir puan alınmaktadır. Eğer kişi çoklu madde kullanıyorsa, bu durumda daha yüksek puan almaktadır. Bu bölümden alınabilecek en yüksek puan 8, en düşük puan 0'dır.

Bu alt ölçeğin puan hesaplaması için; kullanılan madde türünün tek tek sorulduğu ilk 11 sorunun aritmetik ortalaması alınıp, bu ortalama ile 12. soru puanı toplanmaktadır. Hesaplama formülü şu şekildedir:

$$(soru\ 1 + soru\ 2 + soru\ 3 + soru\ 4 + soru\ 5 + soru\ 6 + soru\ 7 + soru\ 8 + soru\ 9 + soru\ 10 + soru\ 11) / 11 + soru12$$

Bağımlılık tanı ölçütleri alt ölçeği (13., 14.,15., 16., 17., 18., 19. ve 20. sorular): Bu bölümde DSM ve ICD' de yer alan bağımlılık tanı ölçütleri sorulmaktadır. Bu bölümden alınan puanın yüksekliği kişinin tanı ölçütlerini ne kadar karşıladığını göstermektedir. Alınabilecek en yüksek puan 24, en düşük puan 0'dır. Puanın artması bireyin bağımlılık ölçütlerini daha çok karşıladığını gösterir.

Bu alt ölçeğin hesaplanmasında 13. ile 14. soru ve 15. ile 16. soru birleştirilerek değerlendirilmektedir. Bunun nedeni 13 ve 14'üncü soruların toleransı, 15 ile 16'ıncı soruların yoksunluk belirtilerini ölçmesidir. Kendi içlerinde ortalama alınarak tanı ölçütleri alt ölçeği içinde değerlendirilmeye alınmaktadır. Böylece tanı ölçütü olan her bir durumun alt ölçek içinde eş ağırlığı olmaktadır. Tolerans ve yoksunluk, birer soruyla değerlendirmesi uygun

olmadığı için ikişer soruyla değerlendirilmiş ve ortalamaları alınmıştır. Hesaplama şu şekilde yapılmaktadır:

$$(\text{soru 13} + \text{soru 14})/2 + (\text{soru 15} + \text{soru 16})/2 + \text{soru 17} + \text{soru 18} + \text{soru 19} + \text{soru 20}$$

Madde kullanımının kişinin yaşamına etkisi alt ölçeği (21., 22., 23., 24., 25., 26., 27., 28., 29. ve 31. sorular) : Bu bölümde hem sosyal ve mesleki işlevselliği hem de maddenin kişinin yaşamına olan diğer etkilerini araştıran sorular bulunmaktadır. Eğitim, çalışma, aile, ekonomik, yasal sorunlar gibi alanların sorgulanması dışında, gündüz madde kullanımının olup olmaması, istemese dahi madde kullanıp kullanmama, aile veya çevrenin eleştirmesi gibi bağımlılık sorunlarının şiddetini yordayan sorular da bu bölümde yer almaktadır. Bu bölümden alınabilecek en yüksek puan 40, en düşük puan 0'dır. Yüksek puan madde kullanımının kişinin yaşamına olumsuz etkisinin fazla olduğunu göstermektedir.

Şiddetli madde kullanma isteği alt ölçeği (30., 32., 33., 34. sorular): Bu bölüm şiddetli madde kullanım isteğini değerlendirmektedir. Alınan puanın artması madde isteğinin fazla olduğunu göstermekte olup, bu alt ölçekten alınabilecek en yüksek puan 16, en düşük puan 0'dır.

Maddeyi kullanımını bırakma motivasyonu alt ölçeği (35., 36. ve 37. sorular): Bu bölümde kişinin motivasyon düzeyini ölçen sorular yer almaktadır. Alınan puanın yüksekliği bırakma motivasyonunda artışı; bırakma motivasyonunun artışı da kişinin bağımlılık sorunlarını fazla yaşaması olarak değerlendirilmiştir. Bu nedenle motivasyon tedavi için önemli bir faktör olmakla birlikte, bağımlılık şiddetinin yükseldiğini gösteren bir faktör olarak ele alınmıştır. Bu bölümden alınabilecek en yüksek puan 12, en düşük puan 0'dır.

BAPİ alt ölçekleri bağımlılık şiddetinin alt boyutlarda değerlendirilmesini sağlamakta ve alt ölçeklerin toplamı yani BAPİ toplam puanı bağımlılık şiddetini göstermektedir. BAPİ toplam puanı hesaplanırken her bölümün eş ağırlıklandığı soru sayısına göre ortalaması alınıp, bu ortalamaların toplamı alınmıştır. Formülü şu şekildedir:

$$\text{Madde kullanım özellikleri alt ölçeği puanı} /2 + \text{Bağımlılık tanı ölçütleri alt ölçeği puanı} /6 + \text{Madde kullanımının kişinin yaşamına etkisi alt ölçeği puanı} /10 + \text{Şiddetli madde kullanma isteği alt ölçeği puanı} /4 + \text{Maddeyi kullanımını bırakma motivasyonu alt ölçeği puanı} /3$$

BAPİ toplam puanı en yüksek 20, en düşük 0 olabilir. Bu puan bağımlılık şiddet puanıdır ve yüksek olması bağımlılığın şiddetli olduğunu göstermektedir. Puan aralıkları bağımlılık düzeyini ifade etmektedir.:

Düşük bağımlılık şiddeti	12 puan altı
Orta bağımlılık şiddeti	12 ile 14 puan arası
Yüksek bağımlılık şiddeti	14 puan üstü

BAPİ Klinik Formu (BAPİ-K) ise, klinik uygulamalarda ruhsal sorunları da değerlendirmek amacıyla geliştirilmiş, BAPİ'deki mevcut sorulardan başka ilave 21 soru içermektedir. BAPİ-K, BAPİ'nin ölçtüğü doğrudan bağımlılıkla ilgili alanların dışında bağımlılığı sürdüren ve bağımlılıkla ilgili olabilecek altı alanın değerlendirmesini içerir. Bu altı alanın ikisi ruhsal durumu, diğerleri ise bağımlılıkla ilgili bazı kişisel özellikleri ölçmektedir. Cevap şıkları hiçbir zaman (0 puan), bazen (1 puan) ve neredeyse her zaman (2 puan) olarak kodlanmaktadır. Her bir bölümden alınan puan artması o alandaki problemin artışına işaret etmektedir. Bu alt ölçekler şunlardır:

Öfke kontrol sorunu alt ölçeği (38., 39. ve 40. sorular): Bu alt ölçek öfke duygusunu kontrol etmekte yaşanan güçlüğü ifade etmekte olup, alınabilecek en yüksek puan 6, en düşük puan 0'dır. Öfke kontrol sorunu alt ölçeği için kesme değer 1,5'dir ve 1,5'in üzerindeki puanlar kişinin öfke kontrol sorunu yaşadığını göstermektedir.

Güvenli davranış eksikliği alt ölçeği (41., 42., 43., 44. ve 45. sorular): Bireyin duygu, düşünce ve ihtiyaçlarını doğrudan ve dürüst bir biçimde ifade edebilme becerisini göstermektedir. Bu bölümden alınabilecek en yüksek puan 10, en düşük puan 0'dır. Yüksek puan bireyin güvenli davranış eksikliğini göstermektedir. Güvenli davranış eksikliği alt ölçeği için kesme değer 3,5'dir ve 3,5'in üzerindeki puanlar kişinin güvenli davranış eksikliği problemi yaşadığını göstermektedir.

Heyecan arama davranışı alt ölçeği (46., 47. ve 48. sorular): Bu alt ölçek riskli olsa bile heyecan veren aktivite ve arkadaşların tercih edilme durumunu göstermektedir. Bu bölümden alınabilecek en yüksek puan 6, en düşük puan 0'dır. Yüksek puan heyecan arama davranışının daha fazla görüldüğünü ifade etmektedir.

Dürtüsel davranış alt ölçeği (49., 50. ve 51. sorular): Bireyin davranışlarına sınır koymada problem yaşadığını, istekleri karşısında ısrarcı ve sabırsız olmasını ifade etmektedir. Bu bölümden alınabilecek en yüksek puan 6, en düşük puan 0'dır. Yüksek puan dürtüsel davranışın daha fazla görüldüğü anlamına gelmektedir.

Depresyon alt ölçeği (52., 53., 54. ve 55. sorular): Bireylerin depresif belirtilerini test eden bu bölümden alınabilecek en yüksek puan 8, en düşük puan 0'dır. Depresyon alt ölçeğinin kesme değeri 2,5'dir ve 2,5'in üzerindeki puanlar kişinin depresyon belirtilerini karşıladığını ifade etmektedir.

Anksiyete riski alt ölçeği (56., 57. ve 58. sorular): Bu alt ölçek ile bireyde görülen anksiyete belirtileri değerlendirmektedir. Bu bölümden alınabilecek en yüksek puan 6, en düşük puan 0'dır. Yüksek puan anksiyete belirtilerinin fazla olduğu anlamına gelmektedir. Anksiyete riski alt ölçeğinin kesme değeri 1,5'dir ve 1,5'in üzerindeki değerler kişinin anksiyete riski taşıdığını ifade eder.

BABİ-K'nın Cronbach alfa katsayısı Ögel ve arkadaşları tarafından 0,89 olarak belirlenmiştir (Ögel K, Karadağ F, Evren C, Gürol DT. Bağımlılık Profil İndeksi (BAPİ) Uygulama Rehberi. Yeniden Yayınları. İstanbul, 2012). Mevcut çalışmada ise ölçeğin Cronbach alfa katsayısı 0,91 olarak bulunmuştur.

3.5.3. Tedavi Motivasyonu Anketi (TMA) (Bkz Ek 5)

Alkol ve madde bağımlısı hastaların tedaviye devamlılıklarını ve tedavide kalmalarını değerlendirebilmek için Ryan ve arkadaşları tarafından 1995 yılında geliştirilmiş bir ölçektir. Ölçeğin Türkçe geçerlik ve güvenirlik çalışması 2006'da Evren ve arkadaşları tarafından yapılmıştır. Ölçek beşli likert tipinde olup, 26 sorudan oluşmaktadır (67). Cevaplar 'kesinlikle katılıyorum (5)' ile 'kesinlikle katılmıyorum (1)' arasındaki basamaklardan oluşmaktadır. Ankette 22 soru olumlu 4 soru olumsuz ifade içermektedir. Olumsuz sorular (13., 16., 21. ve 24. soru) ters kodlanmaktadır. Ölçekten alınabilecek en yüksek puan 130, en düşük puan 26'dır. Alınan puanın yüksekliği tedavi motivasyonunun yüksekliğini göstermektedir. TMA'nın dört alt ölçeği vardır:

İçsel motivasyon alt ölçeği (1., 2., 4., 5., 7., 8., 9., 11., 15., 20. ve 23. sorular): Bu alt ölçek bireyin iç motivasyonu yani kendisi için bir şeyler yapma isteğini değerlendirilmektedir.

Bu bölümden alınabilecek puan aralığı 11-55 olup, yüksek puan içsel motivasyonun yüksek olduğunu göstermektedir.

Dışsal motivasyon alt ölçeği (3., 6., 10. ve 12. sorular): Bu alt ölçek ile dışarıdan baskı ve yönlendirmelerle bireyde gelişen motivasyon değerlendirilmektedir. Bu bölümden alınabilecek puan aralığı 4-20 olup, puan artışı dışsal motivasyonun yüksekliğini göstermektedir.

Kişilerarası yardım arama alt ölçeği (17., 18., 19., 22., 25. ve 26. maddeler): Bu alt ölçek kişinin sorunlarını diğerleriyle paylaşma ve yardım alma isteğini ifade etmektedir. Bu bölümden alınabilecek puan aralığı 6-30 olup, puan artışı kişiler arası yardım arama davranışının daha çok görüldüğünü göstermektedir.

Tedaviye güvensizlik alt ölçeği (13., 14., 16., 21. ve 24. sorular): Bu alt ölçekten alınabilecek puan aralığı 5-25 olup, yüksek puan bireyin tedaviye güvenin fazla olduğuna işaret etmektedir.

TMA'nın Cronbach alfa katsayısını Evren ve ark. 0,84 olarak belirlemiştir (C. Evren, Ö. Saatçioğlu, E. Dalbudak). Mevcut çalışmada ölçeğin Cronbach alfa katsayısı 0,86 olarak bulunmuştur.

3.6. VERİLERİN TOPLANMASI

Formlar hastalara servislerin dinlenme odasında uygulanmıştır. Formlar öz bildirim şeklinde hastalar tarafından doldurulmuştur. Verilerin toplanması 15-20 dakika sürmüştür. Tutarlı cevaplanan anketler analize dahil edilmiştir.

3.7. VERİLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Araştırma verilerinin analizi için Sosyal Bilimler İçin İstatistik Paket Programı (SPSS Inc., Chicago, IL, USA) 22.0 kullanılmıştır. Sürekli değişkenler için aritmetik ortalama \pm standart sapma, kategorik değişkenler için sayı ve yüzde şeklinde ifade edilmiştir. Veri setinin analizi öncesinde, kullanılacak istatistiksel analizlerin belirlenmesi için ilgili değişkenlerin normal dağılıma uyum sağlayıp sağlamadıkları test edilmiştir. Bu aşamada Kolmogorov-Smirnov ve Shapiro-Wilk testlerinden yararlanılmıştır. Veri setinin normal dağılıma uyum göstermemesi sebebiyle gruplar arası karşılaştırmalarda parametrik olmayan yöntemlerden Kruskal-Wallis Testi ve Mann-Whitney U Testi kullanılmıştır. Veriler arasındaki ilişkinin

incelenmesi ise Spearman's Correlation Testi ile yapılmıştır. İstatistiksel anlamlılık $p=0,05$ olarak alınmıştır.

3.8. ARAŞTIRMANIN SINIRLILIKLARI VE GENELLENEBİLİRLİĞİ

Araştırmanın tek merkezde yapılmış olması, örneklem grubunun sadece erkek hastalar olması ve veri toplama araçlarının öz bildirim dayalı olması bu araştırmanın sınırlılıklarıdır.



4. BULGULAR

4.1. HASTALARI TANITICI BİLGİLERE DAİR BULGULAR

Bu bölümde madde kullanım bozukluğu tanısı ile tedavi görmekte olan hastaların sosyodemografik ve klinik tabloları ile ilgili bulgulara yer verilmiştir.

Tablo 4.1.1. Hastaların Sosyodemografik Özelliklerine Göre Dağılımı

Yaş (Ort ± SS)	30,30 ± 9,42		
		n	%
Cinsiyet	Erkek	130	100,0
Medeni Durum	Evli	20	15,4
	Bekar	110	84,6
Eğitim Durumu	İlkokul	20	15,4
	Ortaokul	36	27,7
	Lise	43	33,1
	Üniversite ve üzeri	31	23,8
Çalışma Durumu	Çalışıyor	77	59,2
	Çalışmıyor	50	38,5
Birlikte Yaşanılan Kişiler	Yalnız	17	13,1
	Anne, baba, kardeşler	74	56,9
	Eş ve çocuklar	21	16,2
	Akraba	3	13,8

Tablo 4.1.1’de araştırmaya katılan hastaların sosyodemografik özelliklerine ait veriler verilmiştir. Araştırma kapsamındaki hastaların tamamı (n=130) erkek olup, yaş ortalaması 30,30 ± 9,42, %84,6’sı (n=110) bekar, %33,1’i (n=43) lise mezunudur. Hastaların %59,2’si (n=77) gelir getiren bir işte çalışmakta ve %56,9’u (n=74) anne, baba ve kardeşleri ile yaşamaktadır.

Tablo 4.1.2. Hastaların Klinik Özelliklerine Göre Dağılımı

	n	%
Madde Kullanmayı Bırakmayı Deneme		
Evet	110	84,6
Hayır	20	15,4
Daha Önce Bağımlılık Tedavisi Alma Durumu		
Evet	92	70,8
Hayır	38	29,2
Daha Önce Tedavi Alma Şekli		
Sadece ayaktan	38	29,3
Hem ayaktan hem yatarak	54	41,5
	Ort ± SS	Min-Max
Madde kullanım süresi (yıl)	7,00 ± 5,40	0-30
Bağımlılık tedavisi alma süresi (yıl)	4,20 ± 3,24	1-15
Ayaktan tedavi sayısı	2,11 ± 2,58	1-15
Yatarak tedavi sayısı	3,51 ± 3,33	1-18

Hastaların %84,6'sı (n=110) daha önce kendi çabalarıyla madde bırakmayı denediklerini ifade etmiştir. Hastaların %70,8'i (n=92) daha önce bağımlılık tedavisi almıştır. Hastaların %29,3'ü (n=38) daha önce sadece ayaktan, %41,5'i (n=54) hem ayaktan hem yatarak tedavi aldıklarını belirtmişlerdir. Araştırmaya katılan hastaların madde kullanım süresi 0-30 yıl arasında değişmekte olup, ortalaması 7,00 ± 5,40 yıldır. Hastaların bağımlılık tedavisi alma süresi 1-15 yıl arasında değişmekte olup ortalaması 4,20 ± 3,24' tür. Ayaktan

tedavi aldığını belirten hastalara ilişkin tedavi sayısı 1-15 aralığında değişmekte olup, ortalaması $2,11 \pm 2,58$ 'dir. Yatarak tedavi aldığını belirten hastalara ilişkin tedavi sayısı 1-18 aralığında değişmekte olup, ortalaması $3,51 \pm 3,33$ 'dür.

4.2. HASTALARIN BAĞIMLILIK PROFİLİNE İLİŞKİN BULGULAR

Tablo 4.2.1. Hastaların Bağımlılık Profil İndeksi (BAPİ) Toplam ve Alt Ölçeklerine İlişkin Puan Ortalamaları

BAPİ	Ölçekten alınabilecek Min-Max	Hastaların aldığı Min-Max	Ort \pm SS
Madde Kullanım Özellikleri	0-8	0-6	$1,83 \pm 1,47$
Bağımlılık Tanı Ölçütleri	0-24	0-24	$15,57 \pm 6,86$
Yaşam Üstüne Etkileri	0-40	0-40	$26,42 \pm 10,33$
Şiddetli İstek	0-16	0-16	$10,18 \pm 4,95$
Motivasyon	0-12	0-12	$10,09 \pm 2,98$
Bağımlılık Şiddeti	0-20	1-18	$12,06 \pm 3,70$
Öfke Kontrol Yetersizliği	0-6	0-9	$3,43 \pm 1,78$
Güvenli Davranış Eksikliği	0-10	0-10	$3,94 \pm 2,80$
Heyecan Arama Davranışı	0-6	0-6	$3,33 \pm 2,02$
Dürtüsellik	0-6	0-6	$3,26 \pm 1,64$
Depresyon	0-8	0-8	$3,68 \pm 2,09$
Anksiyete	0-6	0-7	$2,37 \pm 1,84$

Tablo 4.2.1'de araştırmaya katılan hastaların BAPİ puan ortalamaları sunulmuştur. Araştırma kapsamındaki hastaların;

BAPİ–Madde Kullanım Özellikleri alt ölçek puanları 0-6 aralığında değişmekte olup, ortalaması $1,83 \pm 1,47$

BAPİ–Bağımlılık Tanı Ölçütleri alt ölçek puanları 0-24 aralığında değişmekte olup, ortalaması $15,57 \pm 6,86$

BAPİ–Yaşam Üstüne Etkileri alt ölçek puanları 3-40 aralığında değişmekte olup, ortalaması $26,42 \pm 10,33$

BAPİ–Şiddetli İstek alt ölçek puanları 0-16 aralığında değişmekte olup, ortalaması $10,18 \pm 4,95$

BAPİ–Motivasyon alt ölçek puanları 0-12 aralığında değişmekte olup, ortalaması $10,09 \pm 2,98$

BAPİ–Toplam (Bağımlılık şiddeti) puanları 1-18 aralığında değişmekte olup, ortalaması $12,06 \pm 3,70$

BAPİ K–Öfke Kontrol Yetersizliği alt ölçek puanları 0-9 aralığında değişmekte olup, ortalaması $3,43 \pm 1,78$

BAPİ K–Güvenli Davranış Eksikliği alt ölçek puanları 0-10 aralığında değişmekte olup, ortalaması $3,94 \pm 2,80$

BAPİ K–Heyecan Arama Davranışı alt ölçek puanları 0-6 aralığında değişmekte olup, ortalaması $3,33 \pm 2,02$

BAPİ K–Dürtüsellik alt ölçek puanları 0-6 aralığında değişmekte olup, ortalaması $3,26 \pm 1,64$

BAPİ K–Depresyon alt ölçek puanları 0-8 aralığında değişmekte olup, ortalaması $3,68 \pm 2,09$

BAPİ K–Anksiyete alt ölçek puanları 0-7 aralığında değişmekte olup, ortalaması $2,37 \pm 1,84$ 'dür.

Tablo 4.2.2. Hastaların Sosyodemografik Özelliklerine Göre BAPİ Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

	Madde Kullanım Özellikleri	Bağımlılık Tanı Ölçütleri	Yaşam Üstüne Etkileri	Şiddetli İstek	Motivasyon	Bağımlılık Şiddeti	Öfke Kontrol Yetersizliği	Güvenli Davranış Eksikliği	Heyecan Arama Davranışı	Dürtüsellik	Depresyon	Anksiyete
Medeni Durum												
Evli	1,05 (0-6)	14,50 (3-24)	24,50 (7-40)	9,50 (0-16)	12,00 (4-12)	12,20 (4-16)	3,00 (0-9)	2,00 (0-10)	3,00 (0-6)	3,00 (0-6)	2,50 (1-8)	2,50 (1-6)
Bekar	1,27 (0-6)	17,25 (0-24)	29,00 (3-40)	10,00 (0-16)	12,00 (0-12)	13,30 (1-18)	3,00 (0-8)	4,00 (0-10)	4,00 (0-6)	3,00 (0-6)	4,00 (0-8)	2,00 (0-7)
	Z:-0,630 p:0,529	Z:-0,925 p:0,355	Z:-1,729 p:-0,084	Z:-0,861 p:0,389	Z:-0,165 p:0,869	Z:-1,081 p:0,280	Z:-0,643 p:0,520	Z:-0,969 p:-0,333	Z:-0,887 p:0,375	Z:-0,779 p:0,436	Z:-1,401 p:0,161	Z:-0,549 p:0,583
Eğitim Durumu												
İlkokul	1,68 (1-5)	15,25 (0-24)	20,50 (3-40)	10,00 (1-16)	11,00 (0-12)	13,30 (1-16)	3,00 (0-6)	4,50 (1-10)	3,00 (0-6)	3,50 (0-6)	4,00 (1-6)	2,00 (0-7)
Ortaokul	1,18 (0-4)	15,00 (3-24)	31,00 (8-40)	12,50 (0-16)	12,00 (4-12)	13,26 (4-16)	3,00 (1-7)	2,00 (0-10)	3,00 (0-6)	3,00 (0-6)	2,50 (0-8)	1,00 (0-7)
Lise	1,82 (0-6)	18,00 (2-24)	28,00 (16-40)	10,00 (0-16)	12,00 (3-12)	13,30 (6-18)	3,00 (0-8)	4,08 (0-10)	4,00 (0-6)	4,00 (0-6)	4,00 (0-8)	2,00 (0-6)
Üniversite ve Üzeri	1,00 (0-6)	16,50 (2-24)	27,00 (4-40)	10,00 (0-16)	12,00 (0-12)	12,48 (3-17)	3,00 (0-9)	3,00 (0-10)	4,00 (0-6)	3,00 (1-6)	4,00 (0-8)	1,00 (0-6)
	X ² : 8,217 p: 0,042	X ² : 2,701 p: 0,440	X ² : 5,051 p: 0,168	X ² : 4,730 p: 0,193	X ² : 3,828 p: 0,281	X ² : 2,948 p:0,400	X ² : 2,543 p:0,468	X ² : 6,835 p:0,077	X ² : 2,329 p:0,507	X ² : 1,400 p: 0,706	X ² : 2,472 p: 0,480	X ² : 2,668 p: 0,446
Çalışma Durumu												
Çalışıyor	1,18 (1-6)	15,50 (2-24)	27,00 (4-40)	10,00 (0-16)	12,00 (2-12)	13,34 (4-18)	3,00 (0-9)	3,00 (0-10)	3,00 (0-6)	3,00 (0-6)	3,00 (0-8)	1,00 (0-6)
Çalışmıyor	1,27 (0-6)	17,50 (0-24)	29,00 (3-40)	10,00 (0-16)	12,00 (0-12)	12,85 (1-17)	4,00 (1-8)	4,00 (0-10)	4,00 (0-6)	3,00 (0-6)	4,00 (0-8)	2,00 (0-7)
	Z:-1,449 p:0,147	Z:-0,819 p:0,413	Z:-0,932 p:-0,351	Z:-0,405 p:0,686	Z:-1,036 p:0,300	Z:-0,021 p:0,983	Z:-2,044 p: 0,041	Z:-0,903 p:0,367	Z:-0,593 p:0,553	Z:-1,087 p:0,277	Z:-1,465 p:0,143	Z:-1,033 p:0,302
Birlikte Yaşanılan Kişiler												
Yalnız	0,82 (0-4)	18,00 (2-24)	31,00 (9-40)	10,00 (0-16)	12,00 (4-12)	13,50 (5-16)	4,00 (0-6)	4,00 (0-10)	3,00 (0-6)	3,00 (1-6)	5,00 (1-8)	1,00 (0-6)
Anne/Baba/ Kardeş	1,14 (0-6)	14,75 (3-24)	29,50 (4-40)	11,50 (0-16)	12,00 (0-12)	13,28 (3-17)	3,00 (0-8)	3,00 (0-10)	4,00 (0-6)	3,00 (0-6)	3,00 (0-8)	1,00 (0-7)
Eş ve Çocuklar	1,82 (0-6)	17,00 (0-24)	27,00 (3-37)	10,00 (0-16)	11,00 (0-12)	13,25 (1-16)	4,00 (0-9)	5,00 (1-10)	3,00 (0-6)	4,00 (0-6)	4,00(1-8)	3,00 (0-6)
Akraba	1,23 (0-6)	19,00 (2-24)	27,50 (4-40)	10,50 (0-16)	12,00 (4-12)	13,54 (4-18)	3,00 (0-6)	3,00 (0-10)	3,5 (0-6)	2,5 (1-5)	4,00 (1-7)	2,00 (0-4)
	X ² : 3,942 p: 0,268	X ² : 0,596 p: 0,897	X ² : 2,826 p: 0,419	X ² : 3,140 p: 0,371	X ² : 1,599 p: 0,660	X ² : 0,397 p: 0,941	X ² : 6,725 p: 0,081	X ² : 4,184 p: 0,242	X ² : 0,701 p: 0,873	X ² : 4,542 p: 0,209	X ² : 3,199 p: 0,362	X ² : 4,071 p: 0,254
Yaş	ρ: -0,113 p: 0,199	ρ: -0,009 p: 0,919	ρ: -0,154 p: 0,081	ρ: 0,084 p: 0,339	ρ: -0,184 p: 0,036	ρ: -0,146 p: 0,098	ρ: -0,025 p: 0,775	ρ: 0,111 p: 0,210	ρ: 0,042 p: 0,632	ρ: 0,072 p: 0,418	ρ: 0,012 p: 0,889	ρ: 0,095 p: 0,284

Z: Mann-Whitney U testi, χ^2 : Kruskal-Wallis testi, ρ : Spearman's Correlation testi

Araştırma kapsamındaki madde kullanım bozukluğu olan hastaların BAPİ puan ortalamalarının sosyodemografik verilere göre ortanca değer ile minimum-maksimum değerleri Tablo 4.2.2.'de verilmiştir.

Hastaların medeni durumlarına göre BAPİ toplam ve alt ölçek puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur ($p>0,05$).

Hastaların eğitim düzeylerine göre sadece BAPİ- madde kullanım özellikleri alt ölçeği puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($\chi^2=8,217$; $p=0,042$). Bu farkın hangi gruplar arasında olduğunu belirlemek için Bonferroni düzeltilmeli Post Hoc analizi yapılmış ve analiz sonucuna göre; bu farkın eğitim düzeyi lise olan hastalardan kaynaklandığı bulunmuştur. Eğitim düzeyi lise olan hastaların BAPİ madde kullanım özellikleri alt ölçeği ortanca değeri diğer eğitim düzeyindeki hastalara göre daha yüksektir ($p<0,05$).

Hastaların çalışma durumlarına göre ise sadece BAPİ- öfke kontrol yetersizliği alt ölçeği puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark belirlenmiştir ($Z=-2,04$; $p=0,041$). Çalışmayan hastaların BAPİ- öfke kontrol yetersizliği alt ölçeği ortanca değeri çalışan hastalara göre daha yüksektir.

Hastaların birlikte yaşadıkları kişilere göre BAPİ alt ölçekleri ve toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0,05$).

Hastaların yaş ortalaması ile sadece BAPİ-maddeyi bırakma motivasyonu alt ölçeği puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı negatif yönde bir korelasyon olduğu saptanmıştır ($\rho=0,184$; $p=0,036$).



	Madde Kullanım Özellikleri	Bağımlılık Tanı Ölçütleri	Yaşam Üstüne Etkileri	Şiddetli İstek	Motivasyon	Bağımlılık Şiddeti (BAPİ-Toplam))	Öfke Kontrol Yetersizliği	Güvenli Davranış Eksikliği	Heyecan Arama Davranışı	Dürtüsellik	Depresyon	Anksiyete
Madde Kullanmayı Bırakmayı Deneme												
Evet	1,27 (0-6)	17,50 (0-24)	28,50 (3-40)	10,00 (0-16)	12,00 (0-12)	13,32 (1-18)	3,00 (0-9)	4,00 (0-10)	4,00 (0-6)	3,00 (0-6)	4,00 (0-8)	2,00 (0-7)
Hayır	0,91 (0-4)	13,50 (3-24)	26,00 (4-40)	10,00 (1-16)	12,00 (4-12)	12,84 (4-16)	3,00 (1-7)	2,00 (0-7)	2,50 (0-6)	2,50(0-6)	2,00 (1-7)	1,00 (0-7)
	Z:-1,396 p: 0,163	Z: 1,491 p: 0,136	Z: -1,389 p: 0,167	Z: -0,231 p: 0,817	Z: 1,228 p: 0,219	Z: -1,381 p: 0,167	Z: -0,368 p: 0,713	Z: -1,605 p: 0,108	Z: -1,125 p: 0,260	Z: -1,896 p: 0,058	Z: -1,574 p: 0,115	Z: -1,406 p: 0,160
Daha Önce Bağımlılık Tedavisi Alma Durumu												
Evet	1,23 (0-6)	17,00 (0-24)	29,00 (3-40)	10,50 (0-16)	12,00 (0-12)	13,25 (4-18)	3,00 (0-9)	3,00 (0-10)	3,00 (0-6)	3,00 (0-6)	4,00 (0-8)	2,00 (0-7)
Hayır	1,36 (0-5)	16,0 (2-24)	27,00 (4-40)	10,00 (0-16)	12,00 (3-12)	13,00 (4-18)	3,00 (0-8)	4,00 (0-10)	4,00 (0-6)	3,00 (0-5)	3,00(0-24)	2,00 (0-40)
	Z: -0,144 p: 0,886	Z: -0,395 p: 0,693	Z: -1,156 p: 0,248	Z: -0,010 p: 0,992	Z: -0,196 p: 0,845	Z: -0,799 p: 0,425	Z: -1,461 p: 0,144	Z: -0,274 p: 0,784	Z: -0,350 p: 0,726	Z: -0,626 p: 0,531	Z: -0,575 p: 0,565	Z: -0,361 p: 0,718
Daha Önce Tedavi Alma Şekli												
Sadece Ayaktan	1,27 (0-6)	13,50 (0-24)	26,0 (3-40)	10,00 (0-16)	11,50 (0-12)	12,25 (1-18)	3,00 (0-9)	3,50 (0-10)	3,00 (0-6)	3,00 (0-6)	3,00 (0-8)	2,00 (0-6)
Hem Ayaktan Hem Yatarak	1,18 (0-5)	19,00 (4-24)	30,50 (4-40)	10,00 (0-16)	12,00 (0-12)	13,44 (3-16)	3,00 (0-7)	4,00 (0-10)	4,00 (0-6)	3,00 (0-6)	4,00 (0-8)	2,00 (0-7)
	χ^2 : 0,065 p: 0,968	χ^2 : 12,108 p: 0,002	χ^2 : 5,534 p: 0,047	χ^2 : 2,952 p: 0,229	χ^2 : 4,270 p: 0,118	χ^2 : 5,181 p: 0,075	χ^2 : 0,968 p: 0,616	χ^2 : 0,005 p: 0,998	χ^2 : 4,096 p: 0,129	χ^2 : 0,199 p: 0,905	χ^2 : 3,545 p: 0,170	χ^2 : 0,175 p: 0,915

Tablo 4.2.3.Hastaların Klinik Özelliklerine Göre BAPİ-K Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Z: Mann-Whitney U testi, χ^2 : Kruskal-Wallis testi

Araştırmaya dahil edilen hastaların BAPİ puan ortalamalarının klinik özelliklere göre ortanca değer ile minimum-maximum değerleri Tablo 4.2.3' de verilmiştir.

Hastaların madde kullanımını bırakmayı deneme durumlarına göre BAPİ toplam ve alt ölçek puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur ($p>0,05$).

Hastaların daha önce bağımlılık tedavisi alma durumlarına göre BAPİ toplam ve alt ölçek puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur ($p>0,05$).

Hastaların daha önce aldıkları tedavi şekline göre BAPİ - bağımlılık tanı ölçütleri alt ölçeği puanları ve BAPİ-yaşam üstüne etkiler alt ölçeği puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur (sırasıyla $\chi^2=12,108$; $p=0,002$ ve $\chi^2=5,534$; $p=0,047$). Bu farkın hangi gruplar arasında olduğunu belirlemek için Bonferroni düzeltilmeli Post Hoc analizi yapılmış ve analiz sonucuna göre bu farkın daha önce hem ayaktan hem yatarak tedavi gören hastalardan kaynaklı olduğu belirlenmiştir. Daha önce hem ayaktan hem yatarak tedavi gören hastaların BAPİ bağımlılık tanı ölçütleri alt ölçeği ve yaşam üstüne etkiler alt ölçeği ortanca değeri daha önce sadece ayaktan tedavi gören hastalara göre daha yüksektir ($p<0,05$).

4.2.4. Hastaların Klinik Özellikler ile BAPİ Arasındaki İlişkiye Ait Korelasyon Sonuçları

		Bağımlılık Tedavisi Alma Süresi	Ayaktan tedavi sayısı	Yatarak tedavi sayısı	Madde Kullanım Süresi (Yıl)
BAPİ - Madde Kullanım Özellikleri	ρ	-0,111	-0,058	0,014	-0,083
	p	0,208	0,511	0,877	0,347
BAPİ - Bağımlılık Tanı Ölçütleri	ρ	0,136	-0,176	0,171	0,107
	p	0,123	0,046	0,052	0,227
BAPİ - Yaşam Üstüne Etkileri	ρ	0,101	-0,084	0,168	0,050
	p	0,252	0,342	0,056	0,574
BAPİ - Şiddetli İstek	ρ	0,091	-0,103	0,068	0,094
	p	0,305	0,244	0,439	0,288
BAPİ - Motivasyon	ρ	0,096	-0,086	0,123	0,082
	p	0,277	0,329	0,164	0,354
BAPİ - TOPLAM	ρ	0,104	-0,147	0,158	0,084
	p	0,237	0,095	0,072	0,343
BAPİ K - Öfke Kontrol Yetersizliği	ρ	-0,150	-0,161	-0,023	-0,064
	p	0,088	0,068	0,798	0,469
BAPİ K - Güvenli Davranış Eksikliği	ρ	0,197	-0,016	0,189	-0,096
	p	0,025	0,852	0,031	0,279
BAPİ K - Heyecan Arama Davranışı	ρ	0,054	-0,034	0,115	0,150
	p	0,542	0,697	0,191	0,088
BAPİ K - Dürtüsellik	ρ	-0,019	-0,056	0,039	0,067
	p	0,827	0,524	0,663	0,447
BAPİ K - Depresyon	ρ	-0,134	-0,169	-0,080	-0,093
	p	0,129	0,055	0,363	0,292
BAPİ K - Anksiyete	ρ	-0,063	-0,095	-0,046	0,076
	p	0,477	0,282	0,603	0,392

ρ : Spearman's Correlation testi

Araştırmaya dahil edilen hastaların BAPİ puan ortalamalarının klinik özellikler ile korelasyon değerleri Tablo 4.2.4' de verilmiştir.

Hastaların bağımlılık tedavisi alma süresi ile sadece BAPİ-güvenli davranış eksikliği alt ölçeği puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif yönde bir korelasyon olduğu saptanmıştır ($\rho =0,197$; $p=0,025$).

Hastaların ayaktan tedavi sayısı ile sadece BAPİ-bağımlılık tanı ölçütleri alt ölçeği puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif yönde bir korelasyon olduğu saptanmıştır ($\rho =0,176$; $p=0,046$).

Hastaların yatarak tedavi sayısı ile sadece BAPİ-güvenli davranış eksikliği alt ölçeği puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif yönde bir korelasyon olduğu saptanmıştır ($\rho =0,189$; $p=0,031$).

Hastaların madde kullanım süreleri ile BAPİ ölçek puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir korelasyon saptanmamıştır ($p>0,05$).

4.2.5. Hastaların Bağımlılık Şiddeti ile BAPİ-K Alt Ölçekleri Arasındaki Korelasyon

	Bağımlılık Şiddeti	
	ρ	p
BAPİ K- Öfke Kontrol Yetersizliği	0,322	0,001*
BAPİ K- Güvenli Davranış Eksikliği	0,002	0,985
BAPİ K - Heyecan Arama Davranışı	-0,001	0,992
BAPİ K - Dürtüsellik	0,254	0,004*
BAPİ K - Depresyon	0,277	0,001*
BAPİ K - Anksiyete	0,043	0,626

ρ : Spearman's Correlation testi

Araştırmaya dahil edilen hastaların BAPİ-K klinik sorunları içeren alt ölçek puanları ile klinik özelliklerin korelasyon değerleri Tablo 4.2.5' de verilmiştir.

Hastaların bağımlılık şiddetleri ile BAPİ-öfke kontrol eksikliği, dürtüsellik ve depresyon alt ölçek puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif yönde korelasyon olduğu saptanmıştır (sırasıyla: $\rho=0,322$; $p=0,001$ / $\rho=0,254$; $p=0,004$ / $\rho=0,277$; $p=0,001$).

Hastaların bağımlılık şiddetleri ile sadece BAPİ-güvenli davranış eksikliği, heyecan arama, anksiyete alt ölçek puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir korelasyon olduğu saptanmamıştır ($p>0,05$).

4.3. HASTALARIN TEDAVİ MOTİVASYONUNA İLİŞKİN BULGULAR

Bu bölümde madde kullanım bozukluğu tanısı ile yatarak tedavi görmekte olan hastaların tedavi motivasyonlarına ilişkin bulgular yer almaktadır.

Tablo 4.3.1. Hastaların Tedavi Motivasyon Anketi (TMA) Toplam ve Alt Ölçeklerine İlişkin Puan Ortalamaları

	Ölçekten alınabilecek min-max	Hastaların aldığı min-max	Ort ± SS
TMA - İçsel Motivasyon	11-55	11-55	41,01 ± 10,11
TMA - Dışsal Motivasyon	4-20	4-20	11,31 ± 3,41
TMA - Kişilerarası Yardım Arama	6-30	6-30	19,28 ± 4,62
TMA - Tedaviye Güvensizlik	5-25	9-25	17,68 ± 3,50
TMA - Toplam	26-130	43-118	89,28 ± 15,69

Tablo 4.3.1’de araştırmaya katılan hastaların TMA puan ortalamaları sunulmuştur. Araştırma kapsamındaki hastaların;

TMA–İçsel Motivasyon alt ölçek puanları 11-55 aralığında değişmekte olup, ortalaması 41,01 ± 10,11’dir.

TMA–Dışsal Motivasyon alt ölçek puanları 4-20 aralığında değişmekte olup, ortalaması 13,31 ± 3,41’dir.

TMA–Kişilerarası Yardım Arama alt ölçek puanları 6-30 aralığında değişmekte olup, ortalaması 19,28 ± 4,62’dir.

TMA–Tedaviye Güvensizlik alt ölçek puanları 9-25 aralığında değişmekte olup, ortalaması 17,68 ± 3,50’dir.

TMA–TMA-Toplam puanları 43-118 aralığında değişmekte olup, ortalaması 89,28 ± 15,69’dur.

Tablo 4.3.2. Hastaların Sosyodemografik Özelliklerine Göre TMA Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

	İçsel Motivasyon	Dışsal Motivasyon	Kişiler arası Yardım Arama	Tedaviye Güvensizlik	TMA -Toplam
Medeni Durum					
Evli	50,00 (31-55)	11,00 (7-16)	22,00 (15-30)	17,50 (9-25)	101,00 (74-118)
Bekar	42,00 (11-54)	11,00 (4-20)	20,00 (6-30)	18,00 (9-25)	90,00 (43-113)
	Z: -3,498 p: 0,001	Z: -0,296 p: 0,768	Z: -1,836 p: 0,066	Z: -1,117 p: 0,907	Z: -2,605 p: 0,009
Eğitim Durumu					
İlkokul	39,00 (15-55)	10,00 (6-16)	16,00 (11-24)	17,00 (12-25)	83,50 (54-107)
Ortaokul	45,00 (11-55)	11,00 (5-20)	20,00 (6-30)	18,00 (9-25)	94,00 (43-113)
Lise	42,00 (20-55)	11,00 (5-20)	20,00 (13-30)	17,00 (12-25)	89,00 (61-114)
Üniversite ve Üzeri	44,00 (16-55)	11,00 (4-20)	20,00 (10-30)	19,00 (9-21)	96,00 (46-118)
	X^2 :2,861 p: 0,414	X^2 : 4,057 p: 0,255	X^2 : 5,267 p: 0,153	X^2 : 0,766 p: 0,858	X^2 : 4,897 p: 0,180
Çalışma Durumu					
Çalışıyor	44,00 (15-51)	11,00 (4-20)	20,00 (10-30)	17,00 (9-25)	94,00 (46-114)
Çalışmıyor	42,00 (11-55)	10,00 (5-20)	20,00 (6-30)	19,00 (12-25)	88,00 (43-118)
	Z: -1,950 p: 0,051	Z: -1,247 p: 2,12	Z: -1,38 p: 8,90	Z: -0,743 p: 4,57	Z: -1,289 p: 0,197
Birlikte Yaşanılan Kişiler					
Yalnız	46,00 (19-55)	11,00 (6-16)	20,00 (14-28)	19,00 (9-21)	99,00 (66-113)
Anne/Baba Kardeş	42,00 (11-54)	11,00 (4-20)	20,00 (6-30)	18,00 (9-25)	90,00 (43-113)
Eş ve çocuklar	50,00 (15-55)	11,00 (7-16)	20,00 (11-26)	17,00 (12-25)	97,00 (54-118)
Akraba	42,00 (29-52)	11,50 (5-20)	17,00 (14-30)	18,00 (13-24)	94,00 (61-107)
	X^2 : 5,351 p: 0,148	X^2 : 1,196 p: 0,754	X^2 : 0,623 p: 0,891	X^2 : 0,404 p: 0,939	X^2 : 3,078 p: 0,380

Z: Mann-Whitney U testi, χ^2 : Kruskal-Wallis testi

Araştırma kapsamındaki madde kullanım bozukluğu olan hastaların TMA toplam ve alt ölçek puan ortalamalarının sosyodemografik verilere göre ortanca değer ile minimum-maksimum değerleri Tablo 4.3.2.'de verilmiştir.

Hastaların eğitim durumları, çalışma durumları ve birlikte yaşadıkları kişilere göre TMA toplam ve alt ölçek puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur ($p>0,05$).

Hastaların medeni durumlarına göre TMA-İçsel Motivasyon alt ölçeği puanı ($Z=-3,498$; $p=0,001$) ve TMA-Toplam puanı arasında ($Z=-2,605$; $p:0,009$) istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur. Evli hastaların TMA-İçsel Motivasyon alt ölçeği puanı ve TMA-Toplam puanı ortanca değeri bekar hastalara göre daha yüksektir ($p<0,05$).

Tablo 4.3.3. Hastaların Klinik Özelliklerine Göre TMA Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

	İçsel motivasyon	Dışsal Motivasyon	Kişiler arası Yardım Arama	Tedaviye Güvensizlik	TMA Toplam
Madde Kullanmayı Bırakmayı Deneme					
Evet	44,00 (15-55)	11,00 (4-20)	20,00 (10-30)	18,00 (9-25)	91,00 (46-118)
Hayır	42,00 (11-55)	11,50 (5-20)	21,00 (6-25)	15,00 (12-25)	89,00 (43-114)
	Z: -1,916 p: 0,055	Z: -0,058 p: 0,953	Z: -0,146 p: 0,884	Z: -1,623 p: 0,105	Z: -1,475 p: 0,140
Daha Önce Bağımlılık Tedavisi Alma Durumu					
Evet	44,00 (11-55)	11,00 (4-20)	20,00 (6-30)	18,00 (9-25)	91,00 (43-118)
Hayır	43,00 (15-53)	11,00 (5-20)	17,00 (13-30)	17,00 (13-25)	92,00 (54-113)
	Z: -0,118 p: 0,906	Z: -0,917 p: 0,359	Z: -1,308 p: 0,191	Z: -0,584 p: 0,559	Z: -0,090 p: 0,929
Daha Önce Tedavi Alma Şekli					
Sadece ayaktan	42,50 (15-55)	20,00 (9-30)	11,00 (5-20)	17,00 (12-25)	90,00 (43-114)
Hem ayaktan hem yatarak	45,00 (11-55)	20,00 (6-30)	11,00 (4-19)	18,0 (9-23)	94,50 (43-118)
	Z: -1,518 p: 0,129	Z: -0,307 p: 0,759	Z: 0,966 p: 0,334	Z: -0,626 p: 0,532	Z: -1,199 p: 0,230

Z: Mann-Whitney U testi, χ^2 : Kruskal-Wallis testi

Araştırma kapsamındaki madde kullanım bozukluğu olan hastaların klinik özelliklerine göre TMA puan ortalamalarının ortanca değer ile minimum-maksimum değerleri Tablo 4.3.3. 'de verilmiştir.

Hastaların klinik özelliklerine göre TMA toplam ve alt ölçek puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur ($p>0,05$).

4.3.4 Hastaların Klinik Özellikler ile TMA Arasındaki İlişkiye Ait Korelasyon Sonuçları

		Bağımlılık Tedavisi Alma Süresi	Ayaktan tedavi sayısı	Yatarak tedavi sayısı	Madde Kullanım Süresi (Yıl)
TMA - İçsel Motivasyon	ρ	0,040	-0,187	-0,054	0,232
	P	0,651	0,058	0,543	0,502
TMA - Dışsal Motivasyon	ρ	-0,132	0,027	-0,172	0,099
	P	0,135	0,763	0,059	0,262
TMA - Kişilerarası Yardım Arama	ρ	0,058	-0,031	-0,023	0,002
	P	0,516	0,730	0,791	0,978
TMA - Tedaviye Güvensizlik	ρ	-0,080	-0,093	-0,057	-0,059
	P	0,368	0,290	0,522	0,502
TMA - Toplam	ρ	-0,004	-0,145	-0,092	0,159
	p	0,967	0,100	0,300	0,071

ρ : Spearman's Correlation testi

Araştırmaya dahil edilen hastaların klinik özellikleri ile TMA puan ortalamaları arasındaki korelasyon değerleri Tablo 4.3.4' de verilmiştir.

Hastaların bağımlılık tedavisi alma süreleri ile TMA ölçek puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir korelasyon saptanmamıştır ($p>0,05$).

Hastaların ayaktan tedavi sayıları TMA ölçek puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir korelasyon bulunmamıştır. ($p>0,05$).

Hastaların yatarak tedavi sayıları ile TMA ölçek puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir korelasyon saptanmamıştır. ($p>0,05$).

Hastaların madde kullanım süreleri ile TMA ölçek puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir korelasyon bulunmamıştır. ($p>0,05$).

Tablo 4.3.5 TMA VE BAPİ Arasındaki Korelasyon

BAPİ	TMA - Toplam	
	ρ	p
Madde Kullanım Özellikleri	-0,023	0,795
Bağımlılık Tanı Ölçütleri	0,361	0,108
Yaşam Üstüne Etkileri	0,275	0,002
Şiddetli İstek	0,141	0,109
Maddeyi Bırakma Motivasyonu	0,276	0,001
BAPİ Toplam (Bağımlılık Şiddeti)	0,305	0,001
Öfke Kontrol Yetersizliği	0,182	0,038
Güvenli Davranış Eksikliği	0,010	0,914
Heyecan Arama Davranışı	0,106	0,230
Dürtüsellik	0,197	0,450
Depresyon	0,159	0,070
Anksiyete	0,064	0,470

ρ : Spearman's Correlation testi

Araştırmaya dahil edilen hastaların BAPİ puan ortalamaları ile TMA toplam puan ortalamalarının korelasyon değerleri Tablo 4.3.5'de verilmiştir.

BAPİ–Yaşam Üstüne Etkileri alt ölçeği ile TMA-Toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif yönde bir korelasyon olduğu saptanmıştır ($\rho=0,317$; $p=0,001$).

BAPİ–Maddeyi Bırakma Motivasyonu alt ölçeği ile TMA-Toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif yönde bir korelasyon olduğu saptanmıştır ($\rho=0,276$; $p=0,001$).

BAPİ-Toplam (Bağımlılık Şiddeti) ile TMA-Toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif yönde bir korelasyon olduğu saptanmıştır ($\rho=0,305$; $p=0,001$).

BAPİ K-Öfke Kontrol Yetersizliği alt ölçeği ile TMA-Toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif yönde bir korelasyon olduğu saptanmıştır ($\rho=0,182$; $p=0,038$).





5.TARTIŞMA

Bu araştırma madde kullanım bozukluğu tanısı ile yatarak tedavi görmekte olan hastaların bağımlılık profilleri ile tedavi motivasyonlarını incelemek ve aralarındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla yapılan tanımlayıcı bir çalışmadır.

Bu bölümde hastaların bağımlılık profilleri, tedavi motivasyon düzeyleri ve bunlar arasındaki ilişki tartışılmıştır.

5.1. HASTALARIN BAĞIMLILIK PROFİLLERİ İLE İLGİLİ BULGULARIN TARTIŞILMASI

Bu bölümde hastaların bağımlılık profilleri ile sosyodemografik ve klinik özelliklerine göre bağımlılık profillerine ait bulgular ve bağımlılık şiddeti ile ruhsal sorunlar arasındaki ilişki tartışılmıştır.

Bu çalışmada madde kullanım bozukluğu tanısı ile yatarak tedavi görmekte olan hastaların çoklu madde kullanımlarının ve madde kullanım sıklıklarının az olduğu, çoğunlukla da tek madde kullandıkları belirlenmiştir. Bununla birlikte eğitim düzeyine göre madde kullanım özelliklerinin değiştiği ve öğrenim düzeyi lise olan hastalarda çoklu madde kullanımının daha fazla olduğu saptanmıştır. Benzer şekilde Sancak ve arkadaşlarının (2014) madde bağımlılığı olan hastalarla yaptıkları çalışmada da lise mezunu hastaların psikoaktif madde kullanım sıklığının fazla olduğu bulunmuştur. TUBİM 2019 raporunda da madde kullanan kişiler arasında en fazla lise mezunlarının (%29,9) olduğu belirtilmiştir (68). Araştırma sonucumuza göre eğitim düzeyi lise olan hastaların çoklu madde kullanımı yönünden daha ayrıntılı araştırılması gerektiği söylenebilir.

Araştırma kapsamındaki hastaların tanı kriteri alt ölçek puanları DSM ve ICD tanı kriterlerine denk geldiği için hastaların büyük oranda bağımlılık tanı kriterlerini karşıladıkları ve sosyodemografik özelliklere göre tanı kriterlerini karşılama durumlarının değişmediği sonucuna ulaşılmıştır. Hastaların klinik özelliklerinden ise daha önceki dönemlerde hem yatarak hem de ayaktan tedavi görenlerin daha önce sadece yatarak tedavi gören hastalara göre tanı kriteri alt ölçek puanlarının daha yüksek olduğu bulunmuştur. Ayrıca ayaktan tedavi alma sayısı arttıkça tanı kriterlerini karşılama düzeyi azalmaktadır. Ögel ve arkadaşlarının (2016) bağımlı hastalarla yaptıkları çalışmada yatarak tedavi gören hastaların bağımlılık tanı kriterlerini daha fazla karşıladıkları saptanmıştır (4). Buna paralel olarak, araştırma sonuçlarımız yatarak tedavi gören hastaların tanı kriterlerinde yer alan yoksunluk, madde isteği gibi sorunları daha fazla yaşadıklarını ve bu nedenle yatarak tedavi olduklarını düşündürmektedir.

Araştırmada hastaların madde kullanımlarının yaşamlarına olumsuz etkisi yüksek düzeyde bulunmuştur. Ayrıca, daha önce hem ayaktan hem de yatarak tedavi alan hastaların madde

bağımlılığının yaşamları üzerine olan olumsuz etkisi önceden sadece ayaktan tedavi alanlara göre daha fazladır. Benzer şekilde yatarak tedavi gören hastalarda yapılan çalışmalarda da bağımlılığın yaşam üstüne olumsuz etkilerinin fazla olduğu bulunmuştur (4,15). Bu sonuç, hastaların madde bağımlılığının olumsuz etkileri ile baş etmek için hem yatarak hem de ayaktan tedavi aldıklarını düşündürmektedir.

Bu araştırmada hastaların maddeyi kullanma isteklerinin orta düzeyde olduğu ve kullanım isteğinin sosyodemografik ve klinik özelliklere göre değişmediği saptanmıştır. Yapılan araştırmalar madde kullanım isteği yüksek olan hastaların tedaviyi bırakma risklerinin daha fazla olduğunu göstermektedir (15,37,68,69). Araştırmamızda hastaların madde kullanım isteklerinin orta düzeyde olması tedaviyi sürdürme konusunda istekli olacaklarını düşündürmektedir.

Bu araştırmada hastaların maddeyi bırakma motivasyonlarının yüksek düzey olduğu ve yaş dışında sosyodemografik özelliklerin maddeyi bırakma motivasyonunu etkilemediği bulunmuştur. Hastaların yaş ortalaması artıkça madde bırakma motivasyonları azalmaktadır. Araştırma sonucumuza benzer şekilde; Fridell ve arkadaşlarının (2006) yaptıkları çalışmada da genç hastaların maddeyi bırakma motivasyonları daha yüksek bulunmuştur (70).

Araştırma kapsamındaki madde kullanım bozukluğu olan hastaların öfke kontrolünü sağlamakta yetersiz oldukları belirlenmiştir. Literatürde araştırma sonucumuza paralel olarak, madde bağımlılığı olan hastaların öfke kontrolünü sağlamakta yetersiz olduklarını gösteren çok sayıda çalışma bulunmaktadır (71,72,73). Yapılan çalışmalarda öfke düzeyi ile anksiyete, depresyon gibi ruhsal problemler arasında pozitif ilişki belirlenmiştir (15,74); Bacciardi ve arkadaşlarının (2012) yaptıkları çalışmada ise; madde bağımlılığı olan hastalarda öfke düzeyi ile intihar girişimi arasında ilişki olduğu bulunmuştur. Bu kapsamda hastalara öfke yönetimi konusunda girişimlerin planlanmasının faydalı olacağı düşünülmektedir (75). Bu araştırmada ayrıca gelir getiren bir işte çalışmayan hastalarda öfke kontrol probleminin daha fazla olduğu bulunmuştur. Henkel (2011) işsizlik ve madde kullanımı üzerine yaptığı literatür tarama çalışmasının sonucunda işsizliğin bağımlılık tedavisini olumsuz etkilediğini vurgulamıştır. (76) Araştırma sonucumuz işsiz hastaların öfke yönetimi becerilerini artırmaya yönelik girişimler ile desteklenmeleri gerektiğini düşündürmektedir.

Bu araştırmada hastaların güvenli davranış eksikliği alt ölçeğinden aldıkları puanlara göre duygu, düşünce ve ihtiyaçlarını doğrudan ve dürüst bir biçimde ifade edebilme becerisinde yetersiz oldukları söylenebilir. Hastaların güvenli davranış eksikliğini sosyodemografik özelliklerin etkilemediği bulunmuştur. Ayrıca daha önce yatarak tedavi görme sayısı fazla olan hastaların güvenli davranış eksikliği problemini daha çok yaşadıkları saptanmıştır. Altıntaş ve arkadaşlarının (2017) çalışmasında güvenli davranış eksikliği ile bağımlılık şiddeti arasında pozitif yönde bir ilişki saptanmıştır (77). Bu kapsamda araştırmamızda güvenli davranış eksikliği olan hastaların yatarak

tedavi görme sayısının fazla olması, bu problemi yaşayan hastaların daha yoğun bir tedaviye ihtiyaç duyduklarını düşündürmektedir.

Araştırma kapsamındaki hastaların heyecan veren arkadaş ya da aktivite seçme konusunda orta düzeyde riskli davranış gösterdikleri saptanmıştır. Hastaların sosyodemografik ve klinik özelliklerine göre heyecan arama davranışlarının değişmediği belirlenmiştir. Araştırmalar madde kullanımı ile heyecan arama davranışı arasında pozitif yönde anlamlı ilişki olduğunu göstermektedir (78, 79). Ayrıca literatürde heyecan arama davranışının tedavi sonrası dönemde relapslara neden olabilecek bir faktör olduğu belirtilmektedir (15,19,38). Bu kapsamda hastaların heyecan veren riskli davranışlarının neler olduğunun araştırılmasının ve azaltılmasına yönelik girişimlerin planlanmasının gerekli olduğu söylenebilir.

Araştırmada hastaların sosyodemografik ve klinik özelliklerine göre dürtüsellik düzeylerinin değişmediği bulunmuştur. Bununla birlikte, hastaların davranışlarına sınır koymada orta düzeyde problem yaşadıkları, istekleri karşısında ısrarcı ve sabırsız tutumlarının orta düzeyde olduğu bulunmuştur. Evren ve arkadaşlarının (2009) alkol kullanım bozukluğu olan hastalarda yaptığı çalışmada hastaların dürtüsellik seviyesi anlamlı derecede yüksek çıkmıştır (80) Bunun yanında literatürde madde bağımlılarında sağlıklı gruba göre dürtüsellik düzeylerinde fark saptanmayan çalışmalar da mevcuttur (15,81). Bulgulardaki bu farklılık örneklem gruplarının farklı olmasından kaynaklanabilir.

Bu araştırmada hastaların BAPİ anksiyete ve depresyon puanlarına göre; depresyon belirtilerinin fazla ve anksiyete düzeylerinin ise yüksek olduğu söylenebilir. Literatürde madde bağımlılığı olan hastalarda depresyon ve anksiyete düzeylerinin yüksek olduğunu gösteren çok sayıda çalışma bulunmaktadır (81-85). Luoma J.B ve arkadaşlarının (2010) yaptıkları çalışmada; depresyonun alkol ve madde kullanımı riskini artırdığı bulunmuştur (86). Yine Ahronovic ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada (2001) eroin bağımlılığı olan hastalarda maddeyi bırakma döneminde depresif semptomların daha sık görüldüğü saptanmıştır (87). Araştırmamızda örneklem grubunu yatarak tedavi gören hastalardan oluştuğu düşünüldüğünde; tedavide depresyon ve anksiyeteyi azaltmaya yönelik planlar yapılmasının hastalığın seyrini de olumlu etkileyeceği düşünülmektedir. Ayrıca bu araştırmada hastaların sosyodemografik ve klinik özelliklerine göre depresyon ve anksiyete düzeylerinin değişmediği belirlenmiştir. Bu konuda literatürde farklı çalışma sonuçları bulunmaktadır. Bahar ve Taşdemir'in (2008) çalışmasında yaş ile depresyon ve anksiyete arasında ilişki bulunurken, Oflaz ve Varol'un (2010) çalışmasında ise bizim çalışmamıza benzer şekilde sosyodemografik değişkenler ile depresyon ve anksiyete arasında ilişki bulunmamıştır (88,89).

Araştırmada hastaların bağımlılık şiddetleri orta düzeyde olup, bağımlılık şiddeti ile öfke kontrol yetersizliği, dürtüsellik ve depresyon arasında ilişki bulunmuştur. Yusefi ve arkadaşlarının

(2015) yaptığı çalışmaya göre bağımlılık şiddeti ile öfke sorunu doğru orantılı olarak artmaktadır (90). Altıntaş ve arkadaşlarının (2019) yaptığı çalışmada bağımlılık şiddeti ile öfke kontrol yetersizliği ve güvenli davranış eksikliği problemi arasında pozitif yönde bir ilişki saptanmıştır. Bu sonuçlar, araştırma sonucumuz ile benzerlik göstermektedir.

5.2. HASTALARIN TEDAVİ MOTİVASYONLARI İLE İLGİLİ BULGULARIN TARTIŞILMASI

Bu bölümde hastaların sosyodemografik ve klinik özelliklerine göre tedavi motivasyonlarına ilişkin bulgular tartışılmıştır.

Araştırma kapsamındaki hastaların tedavi motivasyon düzeyleri ortanın üzerindedir. Madde bağımlılığı olan hastalarla yapılan çalışmalarda; hastaların tedavi sırasında motivasyon düzeyleri orta ya da yüksek olarak bulunmuştur (36, 52). Araştırma sonucumuz literatür ile uyumludur.

Bu çalışmada hastaların klinik özelliklerine göre tedavi motivasyonlarının değişmediği belirlenmiştir. Sosyodemografik özelliklerden ise; sadece medeni duruma göre tedavi motivasyonlarının değiştiği; evli hastaların içsel motivasyonlarının ve genel olarak tedavi motivasyonlarının bekarlara göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Literatürde sosyal desteğin madde kullanımını durdurmak için motive edici bir faktör olabileceği ve bireyi tedaviye yönlendirebileceği bildirilmiştir (41,64). Araştırmalar aile desteği olan hastaların hem tedavi sırasında hem de tedavi sonrasında yeniden şekillendirilmiş yaşamlarına adaptasyonlarının daha rahat olduğunu göstermektedir (65, 92). Ayrıca Türkiye Uyuşturucu Bağımlılığı ve Uyuşturucu Bağımlılığı İzleme Merkezi tarafından yapılan Genel Nüfusta Madde Kullanım Araştırmaları sonuçlarına göre bekar olmak madde kullanmayı anlamlı bir biçimde artırmaktadır (35). Bu kapsamda çalışmamızda evli hastaların tedavi motivasyonlarının yüksek olması sosyal desteklerinin bekarlara göre daha iyi olmasından kaynaklanabilir.

Araştırmada hastaların içsel motivasyonlarının yüksek, dışsal motivasyonlarının ise düşük olduğu saptanmıştır. Bu sonuca göre hastaların kendileri için değişimi/tedaviyi daha çok kendi iradeleriyle istedikleri söylenebilir. Literatürde madde bağımlılarında tedavi için dış motivasyonun daha düşük olduğunu saptayan çalışmalar bulunmaktadır (10,36,93).

Bu çalışmada hastaların kişilerarası yardım arama durumları yani tedavi sürecinde sorunlarını diğer hastalarla ve ekiple paylaşmaya karşı tutumları orta düzeydedir. Miller'in (2014) 28 günlük bir tedavi programına istemli olarak katılan bağımlılarla yaptığı çalışmada hastaların kişilerarası yardım arama düzeyleri yüksek çıkmış ve bunun nedeni olarak da hastaların kendi istekleri ile hastaneye yatmış olmaları vurgulanmıştır (93). Bu çalışmada, hastaların yardım arama durumlarının orta düzeyde

olmasına yönelik olarak yardım arama davranışını etkileyen faktörleri belirlemek için daha kapsamlı araştırmalar yapılması önerilebilir.

Araştırma kapsamındaki hastaların orta düzeyde tedaviye güvenmedikleri saptanmıştır. Literatürde hastaların tedaviden beklentilerinin ve tedaviye inançlarının tedavinin hangi döneminde oldukları ile yakından ilgili olduğu belirtilmektedir (10). Ögel'in (2016) çalışmasında madde kullanım bozukluğu ile tedavi gören hastaların tedavi programlarının tamamlanmasının ardından tedaviye olan güvenin arttığı, madde kullanımına ilişkin olumsuz inançların da azaldığı bulunmuştur(4). Mevcut çalışmada hastaların tedaviye güvensizliklerinin orta düzeyde bulunması hastaların hastanede yatmaları nedeniyle henüz tedavilerinin tamamlanmamasının bir sonucu olabilir. Tedavi programı tamamlandıktan sonra ve taburculuk sonrasında da tedaviye güven durumlarının ve bunları etkileyen faktörlerin araştırılması uygun olacaktır.

5.3. HASTALARIN BAĞIMLILIK PROFİLLERİ İLE TEDAVİ MOTİVASYONLARI ARASINDAKİ İLİŞKİNİN TARTIŞILMASI

Bu bölümde hastaların bağımlılık profilleri ve tedavi motivasyonları arasındaki ilişki tartışılmıştır.

Bu araştırmada bağımlılığın şiddeti ve bağımlılığın yaşam üstüne olumsuz etkileri arttıkça hastaların tedavi motivasyonlarının arttığı saptanmıştır. Benzer şekilde; Probst ve arkadaşlarının (2015) yaptığı çalışmada da bağımlılık şiddetinin ve bağımlılığın yaşamda neden olduğu kayıplarda artışın tedavi motivasyonunu artırdığı belirlenmiştir (62). Araştırmalarda bağımlılığın sonuçlarının ciddiyetinin, bağımlılığın tedavisinde karar vermede önemli bir faktör olduğu vurgulanmıştır (92,93).

Araştırmada hastaların maddeyi bırakma motivasyonları arttıkça toplam tedavi motivasyonlarının da arttığı bulunmuştur. Bu sonuç, tedavi motivasyonu için maddeyi bırakmak istemenin etkili bir faktör olduğunu düşündürmektedir.

Araştırma kapsamında öfke kontrolünde daha fazla problem yaşayan bireylerin tedavi motivasyonlarının daha yüksek olduğu bulunmuştur. Yapılan çalışmalarda madde bağımlılığı olan hastaların öfke kontrolünü sağlamakta yetersiz oldukları (71,72,73) ve bu öfkenin hem fiziksel hem de ruhsal sağlıklarını olumsuz etkilediği bulunmuştur (15, 68,69). Bu kapsamda araştırma sonucumuz, hastaların öfkenin yaşamlarına olumsuz etkilerini azaltmak için de tedavi olmak istediklerini düşündürmektedir.



6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Madde kullanım bozukluğu tedavisi gören bireylerin bağımlılık profillerini ve tedavi motivasyonlarını incelemek ve aralarındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla yapılan bu araştırmadan elde edilen sonuçlar şu şekildedir:

Araştırmaya dahil olan hastaların bağımlılık profilleri ile ilgili olarak; hastaların bağımlılık şiddetlerinin orta düzeyde olduğu, çoklu madde kullanımlarının ve madde kullanım sıklıklarının az olduğu, çoğunlukla da tek madde kullandıkları, büyük oranda bağımlılık tanı kriterlerini karşıladıkları, madde kullanımlarının yaşamlarına olumsuz etkisinin fazla, maddeyi kullanma isteklerinin orta düzeyde, maddeyi bırakma motivasyonlarının yüksek düzeyde olduğu, öfke kontrolünü sağlamakta yetersiz oldukları, güvenli davranış eksikliği problemi yaşadıkları, heyecan veren arkadaş ya da aktivite seçme konusunda orta düzeyde riskli davranış gösterdikleri, davranışlarına sınır koymada orta düzeyde problem yaşadıkları, depresyon ve anksiyete açısından riskli oldukları saptanmıştır.

Eğitim düzeyi lise olan hastaların çoklu madde kullanımının daha fazla olduğu bulunmuştur.

Gelir getiren bir işte çalışmayan hastalarda öfke kontrol probleminin daha fazla olduğu bulunmuştur.

Hastaların yaş ortalaması arttıkça maddeyi bırakma motivasyonlarının arttığı ve önceki dönemlerde hem yatarak hem de ayaktan tedavi gören hastaların, sadece ayaktan tedavi gören hastalara göre tanı kriteri alt ölçek puanlarının daha yüksek olduğu yani kriterleri daha fazla karşıladıkları belirlenmiştir.

Daha önceki dönemlerde hem yatarak hem de ayaktan tedavi gören hastalarda, madde bağımlılığının yaşamları üzerine olan olumsuz etkisinin sadece ayaktan tedavi gören hastalara göre daha fazla olduğu bulunmuştur.

Ayaktan tedavi alma sayısı fazla olan hastaların, bağımlılık tanı kriteri alt ölçek puanlarının daha düşük olduğu yani DSM ve ICD kriterlerini daha az oranda karşıladıkları saptanmıştır.

Yatarak tedavi görme sayısı fazla olan hastaların güvenli davranış eksikliği problemini daha çok yaşadıkları belirlenmiştir.

Hastaların bağımlılık şiddeti ile öfke kontrol yetersizliği, dürtüsellik ve depresyon düzeyi arasında pozitif ilişki saptanmıştır.

Araştırma kapsamındaki hastaların tedavi motivasyonları ile ilişkili olarak; hastaların içsel motivasyon düzeylerinin yüksek, dışsal motivasyon düzeylerinin düşüktür, kişilerarası yardım arama

istekleri ile tedaviye karşı güvensizliklerinin orta düzeyde ve genel olarak tedavi motivasyonlarının ortamın üzerinde olduğu belirlenmiştir.

Evli hastaların bekarlara göre içsel motivasyonlarının ve genel olarak tedavi motivasyonlarının daha yüksek olduğu bulunmuştur.

Hastaların bağımlılığın yaşam üstüne etkileri, hastaların maddeyi bırakma motivasyonu, bağımlılık şiddeti ve öfke kontrol yetersizliği arttıkça tedavi motivasyonları da artmaktadır.

Bu sonuçlar doğrultusunda şu öneriler sunulabilir:

- Lise eğitim düzeyinde çoklu madde kullanımının daha fazla görülmesi nedeniyle bu konuda liselerde koruyucu ruh sağlığı planlamalarının yapılması ve bu eğitimlerde psikiyatri hemşirelerinin aktif rol alması,
- Gelir getiren bir işte çalışmayan hastalara yönelik öfke yönetimi konusunda eğitimler planlanması,
- Yatan hasta servislerinde hastalara öfke kontrolü, güvenli davranış, duygu ve düşünceleri rahatça ifade edebilme gibi konularda eğitim verilmesi ve hastaların anksiyete ve depresyon yönünden değerlendirilerek tedavi için yönlendirilmesi,
- Yatarak tedavi gören bireylerde bağımlılığın yaşamları üstüne olumsuz etkilerinin araştırılması ve sorunlara yönelik eğitim ve danışmanlık verilmesi,
- Tedaviye güven ile ilgili bireyden kaynaklı ve servis ortamından kaynaklı sebeplerin incelendiği ileri çalışmaların yapılması,
- Araştırmaya dahil olan hastalar yatarak tedavi görmekte olduklarından araştırma sonuçlarının hastaların buldukları şartlardan etkilendiği düşünülmektedir. Bu nedenle tedavi tamamlandıktan sonra ve taburculuk sonrası da bağımlılığı etkileyen faktörlerin ve hastaların tedavi motivasyonlarının araştırılması ve araştırma sonuçlarına göre uygun eğitimler yapılması önerilebilir.

7. KAYNAKLAR

1. Şahin Ö, Madde bağımlılığı tanısı almış kişilerde benlik saygısı ile sosyal fobi arasındaki ilişkinin incelenmesi Yüksek Lisans Tezi. T.C. Haliç Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul, 2017
2. Ersöğütçü, F. (2015). Madde bağımlılığı tanısı almış bireylerde sosyal işlevsellik ve benlik saygısı. Yüksek lisans tezi, Atatürk Üniversitesi, Erzurum.
3. Bayar, M. R. ve Yavuz, M. (2008). Alkol bağımlılığı. İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri. Türkiye’de Sık Karşılaşılan Psikiyatrik Hastalıklar Sempozyum Dizisi, 62, 221-230.
4. Ögel, K., Bilici, R., Güvenç Bahadır, 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*, 16(4).
5. Dennis ML, Scott CK, Funk R ve ark. (2005) The duration and correlates of addiction and treatment careers. *J Subst Abuse Treat*, 28 (Suppl. 1):51–62.
6. Dennis M, Scott CK (2007) Managing addiction as a chronic condition. *Addict SciClin Pract*, 4: 45–55
7. Yancar C, Madde bağımlılarında ikinci eksen komorbidite ve kişilik özelliklerinin bağımlılık şiddeti ve yaşam kalitesine etkisinin değerlendirilmesi. Uzmanlık Tezi. Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul,2005
8. Farrell M, Howes S, Bebbington P ve ark. (2001) Nicotine, alcohol and drug dependence and psychiatric comorbidity. Results of a national household survey. *Br J Psychiatry*, 179:432-437.
9. Krausz M, Verthein U, Degkwitz P (1999) Psychiatric comorbidity in opiate addicts. *Eur Addict Res*, 5(2):55-62
10. Sinha R.,(2007) Sinha R. The role of stress in addiction relapse. *Curr Psychiatry Rep* 2007; 9:388-395.
11. Wills AT, Pokhrel P, Morehouse,(2011) Wills AT, Pokhrel P, Morehouse E, et al. Behavioral and Emotional Regulation and Adolescent Substance Use Problems: A Test of Moderation Effects in a Dual-Process Model. *Psychol Addict Behav* 2011; 25: 279–292.
12. Marlatt GA, Barrett K, Daley DC. Relapse prevention. *American Psychiatric Press Textbook of Substance Abuse Treatment*, 2. Baskı, M Galanter , HD Kleber (ed). Washington DC. The Association 1999; s.353-66
13. Cahill MA, Adinoff B, Hosig H, et al. Motivation for treatment preceding and following a substance abuse program. *Addict Behav* 2003; 28: 67-79.
14. Kizilkurt, 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.
15. Ekinci, S., Kural, H. U. ve Yalçınay, M. (2016). Madde bağımlılığı olan hastalarda öfke düzeyi; bağımlılık profili, depresyon ve anksiyete düzeyi ile ilişkisi. *Bağımlılık Dergisi*, 17(1), 12-17.
16. Asan, Ö., Tıkır, B., Okay, İ. T. ve Göka, E. (2015). Bir Amatem birimine başvuran alkol ve madde kullanım bozukluğu olan hastaların sosyodemografik ve klinik özellikleri. *Bağımlılık Dergisi*, 16(1), 1-8.

17. Kaplanhan T., 2015 Alkol/madde bağımlılarında bağımlılık türü ile tedavi motivasyonu, algılanan sosyal destek ve psikiyatrik belirtileri arasındaki ilişkinin incelenmesi. Yüksek lisans tezi, Haliç Üniversitesi, İstanbul.
18. Yalçın H., 2018 Madde kullanım bozukluğu olan bireylerin işlevsel olmayan tutumlar, depresyon ve anksiyete düzeyleri açısından incelenmesi: Karşılaştırmalı bir çalışma Yüksek lisans Tezi Hasan Kalyoncu Üniversitesi, Gaziantep
19. Öztürk M., 2019, Sentetik kannabinoid semptom şiddeti ile bağımlılık profili arasındaki ilişkinin incelenmesi Yüksek lisans Tezi Arel Üniversitesi, İstanbul
20. Şatır T. T., Kalyoncu A. ve Pektaş Ö. (2000). Kokain kullanım bozukluğunda birbirini takip eden iki sürecin değerlendirilmesi. *Bağımlılık Dergisi*, 1(1), 18-21.
21. Bozkurt, M., Evren, E. C., & Cetingök, S. (2012). Eroin Bağımlısı Bir Erkek Hastada Tedaviyi Engelleyen Çoklu Kendine Zarar Verme Davranışı: Olgu Sunumu. *Dusunen Adam: Journal of Psychiatry & Neurological Sciences*, 25(3).
22. Karaaziz, M., & Keskindağ, B. (2016). Gençler Arasındaki Popüler Psikoaktif Madde; Sentetik Kannabinoid (bonzai): Bir Gözden Geçirme. *Klinik Psikiyatri Dergisi*, 19(3).
23. Yıldırım, Z , Sütcü, S . (2016). Effectiveness of Cognitive Behavioral Group Therapy for the Treatment of Substance-Related Disorders: A Systematic Review. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 8 (Ek 1) , 108-128 . DOI: 10.18863/pgy.32564
24. Uzbay T. (2009). Madde bağımlılığının tarihçesi, tanımı, genel bilgiler ve bağımlılık yapan maddeler. *Meslek İçi Sürekli Eğitim Dergisi*, 21, 5-15.
25. BPS 2016, British Psychological Society (BPS) (2016). *Addiction. Psychology Today*.
26. Townsend, M.C. (2016). *Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliğinin Temelleri: Kanıta Dayalı Uygulama ve Bakım Kavramları* (C. Özcan ve N. Gürhan, Çev.). Ankara: Akademisyen Tıp Kitabevi.
27. Amerikan Psikiyatri Birliği (2013a) *Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Tanı Ölçütleri Başvuru Elkitabı*, ikinci Baskı (DSM-IV-TR) (Çev. ed.: E Köroğlu). Gözden Geçirilmiş. Ankara, Hekimler Yayın Birliği.
28. Petry NM, Blanco C, Stinchfield R ve ark. (2013) An empirical evaluation of proposed changes for gambling diagnosis in the DSM-5. *Addiction*, 108(3): 575-581.
29. Öztürk, M. O., & Uluşahin, A. (2014). *Ruh sağlığı ve bozuklukları*. Nobel Tıp Kitabevleri.
30. *Street Drugs*, (2012), Long Lake, MN: The Publishers Group
31. Seely KA, Lapoint J, Moran JH ve ark.(2012) Spice drugs are more than harmless herbal blends: a review of the pharmacology and toxicology of synthetic cannabinoids. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry*, 39; 234-243
32. Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA), (2011), *Results from the 2010 National Survey on Drug Use and Health: Summary of National Findings*. nsduh Series H-41, DHHS Publication No.SMA 11-4658 Rockville, MD:SAMHSA
33. DÜNYA UYUŞTURUCU RAPORU (2018), Uyuşturucu ve Suç Ofisi (UNODC)
<https://www.yesilay.org.tr/tr/haberler/detay/bm-dunya-uyusturucu-raporu-aciklandi>
34. Avrupa Uyuşturucu ve Uyuşturucu Bağımlılığını İzleme Merkezi (2019), *Avrupa Uyuşturucu Raporu 2019: Eğilimler ve Gelişmeler*, Avrupa Toplulukları Resmi Yayınlar Bürosu, Lüksemburg

http://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/11364/20191724_TDAT19001TRN_PDF_2.pdf

35. Türkiye Uyuşturucu Raporu T.C. İçişleri Bakanlığı Emniyet Genel Müdürlüğü Narkotik Suçlarla Mücadele Daire Başkanlığı, EGM Yayın Katalog No: 703 ANKARA 2019

<http://www.narkotik.pol.tr/kurumlar/narkotik.pol.tr/TUB%C4%B0M/Ulusal%20Yay%C4%B1mlar/2019-TURKIYE-UYUSTURUCU-RAPORU.pdf>

36. Işık, E. ve Işık, U. (2016). Alkol ve madde bağımlılığı nörobiyolojisi, kliniği, tedavi ve psikofarmakolojisi (1. Baskı). İstanbul: Sigma publishing.

37. Ögel, K. (2010). Sigara, alkol ve madde kullanım bozuklukları: Tanı, tedavi ve önleme. İstanbul: Yeniden Yayınları.

38. Ögel, K., Taner, S. ve Yılmazçetin, C. (2003). Ergenlerde Madde Kullanım Bozukluklarına Yaklaşım Kılavuzu. İstanbul: IQ Yayıncılık.

39. Sağkal T. ve Gürkan A., (2008) , psikiyatri hemşireliği sürecinin alkol ve madde bağımlılığı tedavisinde etkinliği, Bağımlılık Dergisi cilt: 9, sayı:3, sf:148-153

40. Cohen, E., Feinn, R., Arias, A., & Kranzler, H. R. (2007). Alcohol treatment utilization: findings from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. Drug and alcohol dependence, 86(2-3), 214-221.

41. Chi, F. W., Kaskutas, L. A., Sterling, S., Campbell, C. I., & Weisner, C. (2009). Twelve - step affiliation and 3 -year subst service attendance as potential mediators. Addiction, 104(6), 927-939.

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

43. Kaya, Y., & Şahin, N. (2013). Kadınlarda madde kullanımı ve hemşirenin rolü. Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi, 10(1), 3-7.

44. LeBlanc, K. H., Maidment, N. T., & Ostlund, S. B. (2014). Impact of repeated intravenous cocaine administration on incentive motivation depends on mode of drug delivery. Addiction biology, 19(6), 965-971.

45. A'zami, Y., Doostian, Y., Mo'tamedi, A., Massah, O. and Heydari, N. (2015). Dysfunctional attitudes and coping strategies in substance dependent and healthy individuals. Iranian Rehabilitation Journal, 13(23), 49-53.

46. Evren C, Evren B. Self-mutilation in substance-dependent patients and relationship with childhood abuse and neglect, alexithymia and temperament and character dimensions of personality. Drug Alcohol Depend 2005; 80:15-22.

47. Evren C, Sar V, Evren B, Dalbudak E. Self-mutilation among male patients with alcohol dependency: the role of dissociation. Compr Psychiatry 2008; 49:489-495.

48. Evren C, Kural S, Cakmak D. Clinical correlates of selfmutilation in Turkish male substance-dependent inpatients. Psychopathology 2006; 39:248-254.

49. Maloney E, Degenhardt L, Darke S, Nelson EC. Investigating the co-occurrence of self-mutilation and suicide attempts among opioid-dependent individuals. Suicide Life Threat Behav 2010; 40:50-62.

50. Oyefeso A, Brown S, Chiang Y, Clancy C. Self-injurious behaviour, traumatic life events and alexithymia among treatment-seeking opiate addicts: prevalence, pattern and correlates. Drug Alcohol Depend 2008; 98:227-234.

51. Ateş A.M., Algül A., Gülsün M., Geçici Ö., Özdemir B. Başoğlu C., Semiz B. Ü., Ebrinç S., Çetin M. (2009) Antisozyal Kişilik Bozukluğu Olan Genç Erkeklerde Aleksitimi, Saldırganlık ve Psikopati İlişkisi. *Nöropsikiyatri Arşivi*. 46: 135-9
52. Savaşan A., (2010) Bağımlılığı olan Hastalarda Servis Ortamı ve Tedavi Motivasyonu İlişkisinin İncelenmesi. *Klinik Psikiyatri*. 13:119-26
53. Bulut M., Savaş H.A., Cansel N., Selek S., Kap Ö., Yumru M., Vırt O. (2006) Gaziantep Üniversitesi Alkol ve Madde Kullanım Bozuklukları Birimine Başvuran Hastaların Sosyodemografik Özellikleri. *Bağımlılık Dergisi*. 7:65-70
54. Gough, B., Fry, G., Grogan, S., & Conner, M. (2009). Why do young adult smokers continue to smoke despite the health risks? A focus group study. *Psychology and Health*, 24(2), 203-220.
55. Van Beek, N., & Verheul, R. (2008). Motivation for treatment in patients with personality disorders. *Journal of Personality Disorders*, 22(1), 89–100
56. Longshore, D., & Teruya, C. (2006). Treatment motivation in drug users: A theory-based analysis. *Drug and Alcohol Dependence*, 81(2), 179–188.
57. DiClemente, C. C. (2018). *Addiction and change: How addictions develop and addicted people recover*. Guilford Publications.
58. Cooper, M. L., Kuntsche, E., Levitt, A., Barber, L. L., & Wolf, S. (2016). Motivational models of substance use: A review of theory and research on motives for using alcohol, marijuana, and tobacco. *The Oxford handbook of substance use and substance use disorders*, 1, 375-421
59. 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
60. Blanco, C., Iza, M., Rodriguez-Fernandez, J. M., Baca-Garcia, E., Wang, S., & Olfson, M. (2015). Probability and predictors of treatment-seeking for substance use disorders in the US. *Drug and Alcohol Dependence*, 149, 136–144
61. Shorey, R. C., Anderson, S., & Stuart, G. L. (2014). The relation between antisocial and borderline personality symptoms and early maladaptive schemas in a treatment seeking sample of male substance users. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 21(4), 341–351. doi:10.1002/cpp1843
62. Probst, C., Manthey, J., Martinez, A., & Rehm, J. (2015). Alcohol use disorder severity and reported reasons not to seek treatment: a cross-sectional study in European primary care practices. *Substance abuse treatment, prevention, and policy*, 10(1), 32.
63. Adamson, S. J., Sellman, J. D., & Frampton, C. M. (2009). Patient predictors of alcohol treatment outcome: a systematic review. *Journal of substance abuse treatment*, 36(1), 75-86
64. Gyarmathy, V. A., & Latkin, C. A. (2008). Individual and social factors associated with participation in treatment programs for drug users. *Substance use & misuse*, 43(12-13), 1865-1881.
65. Avşar, G., Koç, F., & Aslan, G. (2016). Madde bağımlısı hastalarda sosyal destek ve benlik saygısı
66. Ögel, K., Evren, C., Karadağ, F., & Gürol, T. (2012). Bağımlılık Profil İndeksi'nin (BAPİ) geliştirilmesi, geçerlik ve güvenilirliği. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 23(4), 264-273.

67. Evren, C., Saatçioğlu, Ö., Dalbudak, E., Danişmant, B. S., akmak, D., & Ryan, R. M. (2006). Tedavi Motivasyonu Anketi (TMA) Türkçe Versiyonunun Alkol Bağımlisi Hastalarda Faktör Yapisi, Geerliği Ve Gvenirliği. *Journal of Dependence*, 7, 117-122.
68. Deane, F. P., Wootton, D. J., Hsu, C.-I., & Kelly, P. J. (2012). Predicting dropout in the first 3 months of 12-step residential drug and alcohol treatment in an Australian sample. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, 73(2), 216–225. doi:10.15288/jsad.2012.73.216
69. McHugh, R. K., Fitzmaurice, G. M., Griffin, M. L., Anton, R. F., & Weiss, R. D. (2016). Association between a brief alcohol craving measure and drinking in the following week. *Addiction*, 111(6), 1004–1010. doi:10.1111/add.13311
70. Fridell, M., Cesarec, Z., Johnsson Fridell, E., & Kindberg, L. (2006). Faktorer som pverkar behandlingsutfallet fo kroniska narkotika missbrukare p kort och lng sikt. Slut rap- port. Del 1.
71. Giancola, P. R., Helton, E. L., Osborne, A. B., Terry, M. K., Fuss, A. M., & Westerfield, J. A. (2002). The effects of alcohol and provocation on aggressive behavior in men and women. *Journal of studies on alcohol*, 63(1), 64-73.
72. Hoaken, P. N., & Stewart, S. H. (2003). Drugs of abuse and the elicitation of human aggressive behavior. *Addictive behaviors*, 28(9), 1533-1554.
73. Ilgen, M., & Kleinberg, F. (2011). The link between substance abuse, violence, and suicide. *Psychiatric times*, 28(1), 25-27.
74. Khakbaz H, Karami H, Sha'e-Abadi A, et al. The relationship between depression, anxiety, stress and aggression in patients with drug dependence. *Journal of Rehabilitation* 2014; 14: 15-20.
75. Maremmani, A. G. I., Rovai, L., Rugani, F., Bacciardi, S., Dell'Osso, L., & Maremmani, I. (2012). Substance abuse and psychosis. The strange case of opioids. *Eur Rev Med Pharmacol Sci*, 18(3), 287-302.
76. Unemployment and substance use: a review of the literature (1990-2010).Henkel D1. (işsizlikle ilgili olan)
77. Altınbaş, K., Saatçioğlu, Ö. ve akmak, D. (2007). Madde bağımlılığı ve psikoz. *Nropsikiyatri Arşivi Dergisi*, 44, 34-40.
78. Fehrman, E., Egan, V., Gorban, A. N., Levesley, J., Mirkes, E. M., & Muhammad, A. K. (2019). Drug Use and Personality Profiles. In *Personality Traits and Drug Consumption* (pp. 5-33). Springer, Cham.
79. Dubey, C., & Arora, M. (2008). Sensation seeking level and drug of choice. *Journal of the Indian Academy of Applied Psychology*, 34(1), 73-82.
80. Evren, C., Durkaya, M., elik, R., Dalbudak, E., akmak, D., & Flannery, B. (2009). Yatarak tedavi gren erkek alkol bağımlisi hastalarda alkol asermesinin aleksitimi ve dissosiyasyon ile iliskisi/Relationship of alcohol craving with alexithymia and dissociation in male alcohol dependent inpatients. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 10(3), 165.
81. Gonzales, R., Anglin, M. D., Beattie, R., Ong, C. A., & Glik, D. C. (2012). Understanding recovery barriers: Youth perceptions about substance use relapse. *American journal of health behavior*, 36(5), 602-614.
82. Brady, K. T., Back, S. E., & Greenfield, S. F. (Eds.). (2009). *Women and addiction: A comprehensive handbook*. Guilford Press.

83. Alavi, S. S., Ferdosi, M., Jannatifard, F., Eslami, M., Alaghemandan, H., & Setare, M. (2012). Behavioral addiction versus substance addiction: Correspondence of psychiatric and psychological views. *International journal of preventive medicine*, 3(4), 290.
84. Mosher, C. E., & Danoff-Burg, S. (2010). Addiction to indoor tanning: relation to anxiety, depression, and substance use. *Archives of dermatology*, 146(4), 412-417.
85. Shapira, L. B., & Courbasson, C. M. (2011). Depression and anxiety: Predictors of eating disorder symptoms and substance addiction severity. *Mental Health and Substance Use*, 4(3), 222-238.
86. Luoma, J. B., O'Hair, A. K., Kohlenberg, B. S., Hayes, S. C., & Fletcher, L. (2010). The development and psychometric properties of a new measure of perceived stigma toward substance users. *Substance Use & Misuse*, 45(1-2), 47-57.
87. Ahronovich E, Nguyen HT, Nunes EV. Anger and depressive states among treatment-seeking drug abusers: testing the psychopharmacological specificity hypothesis. *Am J Addict* 2001; 10: 327-334.
88. Bahar, A. ve Taşdemir, H. S. (2008). Dahili ve cerrahi kliniklerde yatan hastalarda anksiyete ve depresyon. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 11(2), 9-17.
89. Bahar, A. ve Taşdemir, H. S. (2008). Dahili ve cerrahi kliniklerde yatan hastalarda anksiyete ve depresyon. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 11(2), 9-17.
90. Agha Yusefi, A., Saffarinia, M. A. J. I. D., & Abaspour, P. A. R. A. S. T. O. O. (2016). The investigation of drug addiction potential among medical students: Role of subjective components of anger. *research on addiction*, 9(35), 25-35.
91. Altıntaş, M., Inanc, L., Hunca, A. N., Ektiricioğlu, C., Yılmaz, N., Tuna, Z. O., & Üney, R. (2019). Theory of mind, aggression and impulsivity in patients with synthetic cannabinoid use disorders: a case-control study. *Anatolian Journal of Psychiatry*, 20(1), 5-12.
92. Tosun, M. (2008). Madde bağımlılığına genel bakış. İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri Türkiye'de Sık Karşılaşılan Psikiyatrik Hastalıklar Sempozyum Dizisi, 62: 201-220.
93. Millere, A., Pūce, A., Millere, E., Zumente, Z., Sudraba, V., Deklava, L., ... & Vagale, A. (2014). Treatment motivation factor analysis of patients with substance use disorders in Latvia. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, 159, 298-302.

8. EKLER

EK 1: TANITICI BİLGİ FORMU

EK 2: BAĞIMLILIK PROFİL İNDEKSİ KLİNİK FORMU (BAPİ-K)

EK 3: TEDAVİ MOTİVASYON ANKETİ (TMA)

EK 4: SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ GİRİŞİMSEL OLMAYAN
ARAŞTIRMALAR ETİK KURUL ONAYI

EK 5: İSTANBUL ÖZEL FRANSIZ LAPE HASTANESİ İZİN KARARI

EK 6: ÖZGEÇMİŞ

EK 1: TANITICI BİLGİ FORMU

Tanıtıcı formda yanıtlamanız için kimliğinizi ortaya çıkarmadan doğum yılı, cinsiyet gibi özellikler ve konuya ilişkin sorular sorulmuştur. Elde edilen bilgiler amacı dışında kesinlikle kullanılmayacaktır. Araştırmanın seyri hakkında bilgi almak isterseniz araştırmacılara ayrıca e-posta adresi veriniz.

TANITICI FORM

1)Cinsiyet()Kadın ()Erkek

2)Doğum yılınız:.....

3)Medeni hali ()Evli ()Bekar ()Dul

4)En son bitirdiğiniz okulu seçiniz.

()İlkokul ()Ortaokul ()Lise ()Üniversite ve üzeri

5)Maddi kazanç sağlayan bir işte çalışıyor musunuz?

()Çalışıyor ()Çalışmıyor ()Emekli ()Malulen Emekli

6) Kiminle yaşıyorsunuz?

()Yalnız

()Anne, baba, kardeşlerle

()Eş ve çocuklarla

()Akraba ile

7)Daha önce bağımlılık tedavisi aldınız mı?

()Evet ()Hayır

8)Size uygun gelen ifadeleri işaretleyiniz

() daha önce sadece ayaktan tedavi aldım.

()daha önce hem ayaktan hem yatarak tedavi aldım.

9)Tedavi durumunuza uygun şekilde doldurunuz.

Daha önce ayaktan tedavi alma sayınız:

Daha önce yatarak tedavi alma sayınız:

10)Daha önce madde kullanmayı bırakmayı denediniz mi?

() Evet ()Hayır

11)Ne kadar süredir madde kullanıyorsunuzyıl

12)Ne kadar süredir bağımlılık tedavisi alıyorsunuz?yıl

EK 2. BAĞIMLILIK PROFİL İNDEKSİ KLİNİK FORMU (BAPİ-K)

SON BİR YIL İÇİNDE aşağıdaki maddeleri kullanıp kullanmadığınızı veya ne sıklıkta kullandığınızı belirtiniz

		Son bir yıl içinde...				
		Hiç	Sadece bir iki kez	Ayda 1-3 kere	Haftada 1-5 kez	Hemen hemen her gün
1	Alkol	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2	Esrar (marihuana, joint, gubar vb).....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2b	Bonzai, jamaikan (sentetik kannabinoid)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3	Ecstasy (Ekstazi)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4	Eroin	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5	Kokain	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6	Taş (krak kokain)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7	Rohipnol, rivotril (roş) gibi haplar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8	Uçucu maddeler (tiner, bali, gaz vb).....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9	Çeşitli haplar (akineton, tantum, xanax vb).....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10	Amfetamin türevleri (metamfetamin, ice vb).....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11	Diğer (LSD, GHB vb)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Dikkat!

Aşağıdaki sorularda yer alan [madde] sözcüğü son dönem içinde kullanmayı daha çok tercih ettiğiniz maddeyi anlatmaktadır. Bu nedenle temel olarak kullandığınız madde neyse, sorularda onu [madde] sözcüğü yerine koyunuz.

Örneğin...

“[Madde] kullanmak aile ilişkilerimi olumsuz yönde etkiledi” yerine alkol içiyorsanız “Alkol kullanmak aile ilişkilerimi olumsuz yönde etkiledi” veya esrar içiyorsanız “Esrar kullanmak aile ilişkilerimi olumsuz yönde etkiledi” biçiminde okuyun.

- 12 [Madde] etkisinde olduğunuz zamanlarda, ne sıklıkta problem yaşıyorsunuz?** (örneğin film kopması, aşırı doz alma, kontrol kaybı vb)
- Hiçbir zaman Nadiren Bazen Çoğu zaman Neredeyse her zaman

SON BİR YIL İÇİNDE aşağıdakilerin ne sıklıkta olduğunu belirtiniz

- 13 Kullandığınız [maddenin] miktarı zaman içinde giderek arttı mı?** (örneğin giderek daha fazla miktarda [madde] kullanmak)
- Hiçbir zaman Nadiren Bazen Çoğu zaman Neredeyse her zaman

- 14 Her zamanki dozda kullanmanıza rağmen kullandığınız [maddenin] etkisinde azalma oldu mu?** (örneğin her zamanki kadar [madde] kullandığınız halde sarhoş olmama veya kafanızın güzel olmaması)
- Hiçbir zaman Nadiren Bazen Çoğu zaman Neredeyse her zaman

- 15 Kullandığınız [maddeyi] kestiğinizde veya azalttığınızda bazı sorunlar ortaya çıktı mı?** (örneğin uykusuzluk, terleme, sinirlilik, huzursuzluk, titreme vb)
- Hiçbir zaman Nadiren Bazen Çoğu zaman Neredeyse her zaman

- 16 Kullandığınız [maddeyi] kestiğinizde ortaya çıkabilecek sorunlardan çekindiğiniz için [madde] kullandığınız oldu mu?**
- Hiçbir zaman Nadiren Bazen Çoğu zaman Neredeyse her zaman

- 17 [Madde] kullanmaya başladıktan sonra, kullanmayı durdurmakta zorlanıyor musunuz?** (örneğin az içmeyi düşünüp fazla içmek veya kısa süre kullanmayı planlayıp uzun süre kullanmak)
- Hiçbir zaman Nadiren Bazen Çoğu zaman Neredeyse her zaman

18 **Kullandığınız [maddeyi] bırakmayı veya azaltmayı isteyip bunu başaramadığınız oldu mu?**

- Hiçbir zaman Nadiren Bazen Çoğu zaman Neredeyse her zaman

19 **[Maddeyi] aramak, kullanmak veya etkisinden kurtulmak için fazla zaman harcadığınız oldu mu? (örneğin [madde] bulmak, kullanmak veya etkisinden kurtulmak zamanınızın büyük bir kısmını kaplıyor mu?)**

- Hiçbir zaman Nadiren Bazen Çoğu zaman Neredeyse her zaman

20 **[Madde] kullandığınız için hayatınızdaki başka etkinliklerden vazgeçtiğiniz oldu mu? (örneğin aile ziyaretleri, hobiler, sosyal ilişkiler vb)**

- Hiçbir zaman Nadiren Bazen Çoğu zaman Neredeyse her zaman

SON BİR YIL İÇİNDE aşağıdakilerin ne sıklıkta olduğunu belirtiniz

21 **[Madde] kullanmak aile ilişkilerinizi olumsuz yönde etkiledi mi?**

- Hiçbir zaman Nadiren Bazen Çoğu zaman Neredeyse her zaman

22 **[Madde] kullanmak eğitim/ iş hayatınızı olumsuz yönde etkiledi mi?**

- Hiçbir zaman Nadiren Bazen Çoğu zaman Neredeyse her zaman

23 **[Madde] kullanmak beden sağlığınızı olumsuz yönde etkiledi mi?**

- Hiçbir zaman Nadiren Bazen Çoğu zaman Neredeyse her zaman

24 **[Madde] kullanmak ruhsal sağlığınızı olumsuz yönde etkiledi mi?**

- Hiçbir zaman Nadiren Bazen Çoğu zaman Neredeyse her zaman

25 **[Madde] kullanmak sizi ekonomik açıdan olumsuz yönde etkiledi mi?**

- Hiçbir zaman Nadiren Bazen Çoğu zaman Neredeyse her zaman

26 **[Madde] kullanmak arkadaş veya diğer insanlarla olan ilişkilerinizi olumsuz yönde etkiledi mi?**

- Hiçbir zaman Nadiren Bazen Çoğu zaman Neredeyse her zaman

27 **[Madde] kullanmak başınızı derde soktu mu? (örneğin kavga, kaza, istenmeyen cinsel ilişki-gebelik, cinsel yolla bulaşan hastalık vb)**

- Hiçbir zaman Nadiren Bazen Çoğu zaman Neredeyse her zaman

28 **[Madde] kullanmak yasal sorunlar yaşamınıza neden oldu mu? (örneğin maddeyle yakalanmak, ehliyeti kaptırmak, karakola düşmek vb)**

- Hiçbir zaman Nadiren Bazen Çoğu zaman Neredeyse her zaman

29 Gündüz saatlerinde de [madde] kullandığınız oldu mu?
 Hiçbir zaman Nadiren Bazen Çoğu zaman Neredeyse her zaman

30 [Madde] kullanmayı istememenize rağmen yine de gidip [madde] kullandığınız oldu mu?
 Hiçbir zaman Nadiren Bazen Çoğu zaman Neredeyse her zaman

31 Aileniz veya çevreniz sizin çok fazla [madde] kullandığınızdan endişeleniyor mu?
 Hiçbir zaman Nadiren Bazen Çoğu zaman Neredeyse her zaman

SON BİR HAFTA İÇİNDE aşağıdakilerin ne sıklıkta olduğunu belirtiniz

32 Ne sıklıkta aklınıza [madde] kullanmak ya da [maddenin] keyif verici/rahatlatıcı etkisi geliyor?
 Hiçbir zaman Nadiren Bazen Çoğu zaman Neredeyse her zaman

33 Ne sıklıkta [madde] kullanmak için kuvvetli bir istek, arzu veya dürtü hissediyorsunuz?
 Hiçbir zaman Nadiren Bazen Çoğu zaman Neredeyse her zaman

34 [Madde] ile karşılaştığınızda [madde] kullanmaya direnmek veya kullanmamak sizin için zor olur mu?
 Hiçbir zaman Nadiren Bazen Çoğu zaman Neredeyse her zaman

35 [Madde] kullanmanın sizin için bir sorun olduğunu düşünüyor musunuz?
 Hiçbir zaman Nadiren Bazen Çoğu zaman Neredeyse her zaman

36 [Madde] kullanmayı bırakmayı veya azaltmayı düşünüyor musunuz?
 Hiçbir zaman Nadiren Bazen Çoğu zaman Neredeyse her zaman

37 [Madde] kullanmayı bırakmak veya azaltmak sizin için önemli mi?
 Hiçbir zaman Nadiren Bazen Çoğu zaman Neredeyse her zaman

→ Aşağıda insanların ruh haliyle ilgili bazı sorular bulunmaktadır. Bu soruları genel ruhsal yapınızı düşünerek cevaplayınız.

- | | | | | |
|----|--|------------------------------------|-----------------------------|---|
| 38 | Kolaylıkla kızıp öfkelenirim. | <input type="radio"/> Hiçbir zaman | <input type="radio"/> Bazen | <input type="radio"/> Neredeyse her zaman |
| 39 | Kontrol edemediğim öfke patlamaları yaşıyorum. | <input type="radio"/> Hiçbir zaman | <input type="radio"/> Bazen | <input type="radio"/> Neredeyse her zaman |
| 40 | Bir şeyleri kırıp dökme isteği duyuyorum. | <input type="radio"/> Hiçbir zaman | <input type="radio"/> Bazen | <input type="radio"/> Neredeyse her zaman |
| 41 | Ne hissettiğimi ifade etmekte zorluk çekerim. | <input type="radio"/> Hiçbir zaman | <input type="radio"/> Bazen | <input type="radio"/> Neredeyse her zaman |
| 42 | Başkalarını kendimden daha çok düşünürüm. | <input type="radio"/> Hiçbir zaman | <input type="radio"/> Bazen | <input type="radio"/> Neredeyse her zaman |
| 43 | İçe kapanık biriyimdir. | <input type="radio"/> Hiçbir zaman | <input type="radio"/> Bazen | <input type="radio"/> Neredeyse her zaman |
| 44 | Sosyal bir ortama girdiğimde, ne konuşacağımı bilememekten endişe ederim. | <input type="radio"/> Hiçbir zaman | <input type="radio"/> Bazen | <input type="radio"/> Neredeyse her zaman |
| 45 | Başkaları ile beraberken, yanlış bir şey yapacağım, ya da saçma konuşacağım ile ilgili endişe yaşarım. | <input type="radio"/> Hiçbir zaman | <input type="radio"/> Bazen | <input type="radio"/> Neredeyse her zaman |
| 46 | Uygunsuz veya tehlikeli olsalar bile, heyecanlı veya eğlenceli şeyler yapmaktan hoşlanırım. | <input type="radio"/> Hiçbir zaman | <input type="radio"/> Bazen | <input type="radio"/> Neredeyse her zaman |
| 47 | Hayatımda yeni bir şeyler olmadığında, heyecan ya da coşku verici şeyler aramaya başlarım. | <input type="radio"/> Hiçbir zaman | <input type="radio"/> Bazen | <input type="radio"/> Neredeyse her zaman |
| 48 | Ne zaman ne yapacağı belli olmayan, heyecan verici, hareketli arkadaşları tercih ederim. | <input type="radio"/> Hiçbir zaman | <input type="radio"/> Bazen | <input type="radio"/> Neredeyse her zaman |
| 49 | İstedğim şeyi elde etmek için beklemekte zorlanırım. Sabırsızımdır (Örneğin bir sırada beklerken çabucak sıkılmak gibi...). | <input type="radio"/> Hiçbir zaman | <input type="radio"/> Bazen | <input type="radio"/> Neredeyse her zaman |
| 50 | Düşünmeden hareket ederim. | <input type="radio"/> Hiçbir zaman | <input type="radio"/> Bazen | <input type="radio"/> Neredeyse her zaman |
| 51 | Rahat konsantre olamam, dikkatimi kolay toplayamam. | <input type="radio"/> Hiçbir zaman | <input type="radio"/> Bazen | <input type="radio"/> Neredeyse her zaman |

- Hiçbir zaman Bazen Neredeyse her zaman

→ Aşağıdaki soruları cevaplariken SON BİR YILI göz önüne alarak, sorularda verilen durumu yaşıyıp yaşamadığımızı ya da ne sıklıkla yaşadığımızı belirtiniz.

52 Geçen yıl içinde yaşamıma son vermekle ilgili düşüncelerim oldu.

- Hiçbir zaman Bazen Neredeyse her zaman

53 Geçen yıl içinde kendimi hüznü, kederli hissettim.

- Hiçbir zaman Bazen Neredeyse her zaman

54 Geçen yıl içinde gelecekle ilgili olarak düşündüğümde, umutsuzluk hissine kapıldım.

- Hiçbir zaman Bazen Neredeyse her zaman

55 Geçen yıl içinde kendimi başka insanlarla karşılaştırdığımda, daha değersiz gördüm.

- Hiçbir zaman Bazen Neredeyse her zaman

56 Geçen yıl içinde kendimi huzursuz ve tedirgin hissettim.

- Hiçbir zaman Bazen Neredeyse her zaman

57 Geçen yıl içinde dehşet ya da panik nöbetleri yaşadım.

- Hiçbir zaman Bazen Neredeyse her zaman

58 Geçen yıl içinde kendimi yerimde duramayacak kadar tedirgin hissettim.

- Hiçbir zaman Bazen Neredeyse her zaman

EK 3.TEDAVİ MOTİVASYON ANKETİ

	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					
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.					

EK4. SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ GİRİŞİMSSEL OLMAYAN ARAŞTIRMALAR ETİK KURUL ONAYI



T.C.

SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ

Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu

Sayı : 46418926

Konu : Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurul Kararları

ARAŞTIRMA PROJESİ DEĞERLENDİRME RAPORU

TOPLANTI TARİHİ : 12 ŞUBAT 2019 SALI
 TOPLANTI NO : 2019/03
 PROJE/ KARAR NO : 19/36 (Değerlendirilme Tarihi: 12.02.2019)

Üniversitemiz Gülhane Hemşirelik Fakültesi, Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalında görevli Dr. Öğr. Üyesi Emine ÖKSÜZ'ün sorumlu araştırmacı, Aslı Zeynep GÜVAÇ'ın yardımcı araştırmacı olduğu, 19/36 kayıt numaralı, "**Madde Kullanım Bozukluğu Tedavisi Gören Bireylerin Bağımlılık Profili ve Tedavi Motivasyonlarının Belirlenmesi**" başlıklı yüksek lisans tezi başlıklı proje önerisi, araştırmacının gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş olup, etik açıdan uygun bulunmuştur.

BAŞKAN

Ahmet COŞAR
Prof. Dr.

ÜYE

Alper GÖZÜBÜYÜK
Prof. Dr.

ÜYE

Ayhan KILIÇ
Prof. Dr.

ÜYE

Levent KENAR
Prof. Dr.

ÜYE

Ömer Cumhuri AYDIN
Prof. Dr.

ÜYE

Cemal Nuri ERCİN
Prof. Dr.

ÜYE

TOPLANTIYA KATILMADI
Kazım Emre KARASHAHİN
Prof. Dr.

ÜYE

Yusu İZCİ
Prof. Dr.

ÜYE

Murat ÇELİK
Doç. Dr.

ÜYE

TOPLANTIYA KATILMADI
Ali Kağan COŞKUN
Doç. Dr.

ÜYE

Ceyhan ALTUN
Doç. Dr.

ÜYE

Şiir YILDIZ
Doç. Dr.

ÜYE

Gülten GÜVENÇ
Doç. Dr.

EK 5. İSTANBUL FRANSIZ LAPE HASTANESİ İZİN KARARI

İç Yazışma No: 2019/ 01

14.01.2019

Konu: Etik Kurul Kararı.

Sayın Aslı Zeynep Güvaç,

Sorumluluğunu yürüttüğünüz " Madde Kullanım Bozukluğu Tedavisi Gören Bireylerin Bağımlılık Profili ve Tedavi Motivasyonlarının Belirlenmesi" başlıklı yüksek lisans tez projeniz 26.12 2018 tarihli Özel Fransız Lape Hastanesi Tıbbi Etik Kurul Toplantısında görüşülmüş olup 1 nolu karar numarası ile kurumumuzda yapılabilmesi tıbbi etik yönden uygun bulunmuştur.

Bilgilerinize.



Mesul Müdür Yardımcısı

Dr. Memnune Funda Atabay

Dip. No: 8051



ÖZGEÇMİŞ

I- Bireysel Bilgiler

Adı-Soyadı : Aslı Zeynep GÜVAÇ

Doğum yeri ve tarihi : Silifke –

29.03.1995 Uyuğu : T.C.

Medeni durumu : Bekar

İletişim adresi ve telefonu :05454157947

Yabancı dili : İngilizce 2018 YÖKDİL notu: 72,50

II- Eğitimi

2002-2009 : Silifke Cengiz Topel İ.Ö.O

2009-2013 : Mersin Yahya Akel Fen Lisesi

2013-2016: GATA Hemşirelik Yüksek Okulu

2016-2017: Sağlık Bilimleri Üniversitesi Gülhane Hemşirelik Yüksek Okulu

2017-2019 : Gülhane SBÜ Psikiyatri Hemşireliği Yüksek Lisans

III- Ünvanları : -----

IV- Mesleki Deneyimi: Temmuz 2017- Eylül 2017 Ankara TOBB ETÜ Hastanesi
Ekim 2017 - Mart 2018 İstanbul Yeni Yüzyıl Üniversitesi
Mayıs 2018 - Devam İstanbul Fransız Lape Hastanesi

V- Üye Olduğu Bilimsel Kuruluşlar: Psikiyatri Hemşireleri Derneği

VI-Bilimsel İlgi Alanları:Hemşirelik, Psikiyatri, Sosyoloji

VII-Yayınları:

Ensefalit Kaynaklı Deliryumda Holistik/Multidisipliner

Yaklaşımli Hemşirelik Bakımı: Olgu Sunumu

I.ulusal II uluslararası Sağlık Bakım Hizmetleri Kongresi

VIIİ- Bilimsel Etkinlikleri

Katıldığı paneller (panelist olarak)

VIIİİ- Diğer Bilgiler

Eğitim programı haricinde aldığı kurslar ve katıldığı eğitim seminerleri

2013 Hipotez Geliştirme ve Araştırma Kursu

2015 GATA HYO Hemşirelik Eğitim Çalıştayı

2015 MEB İşaret Dili Programı

2016 MEB Diksiyon Programı

2016 Hızlı Okuma Kursu

2017 Ulusal Sağlık Bakım Hizmetleri Kongresi

2017 Preanalitik Hataların Azaltılması ve Kan Alma Teknikleri Eğitimi

2017 AFAD Olağanüstü Koşullarda Hemşirelik ve Arama- Kurtarma Tatbikatı

2019I.Ulusal II.Uluslararası Sağlık Bakım Hizmetleri Kongresi

