

T.C.
EGE ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

ALKOL VE MADDE BAĞIMLILARINDA ÖĞRENİLMİŞ
GÜÇLÜLÜĞÜN İNCELENMESİ

Yüksek Lisans Tezi

Yüksek Lisans Öğrencisi

Tülay SAĞKAL

DANIŞMAN

Yrd. Doç. Dr. Ayça GÜRKAN

İZMİR

2005

T.C.
EGE ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

ALKOL VE MADDE BAĞIMLILARINDA ÖĞRENİLMİŞ
GÜÇLÜLÜĞÜN İNCELENMESİ

Yüksek Lisans Tezi

Yüksek Lisans Öğrencisi

Tülay SAĞKAL

DANIŞMAN

Yrd. Doç. Dr. Ayça GÜRKAN

İZMİR

2005

DEĞERLENDİRME KURULU ÜYESİ

(Adı-Soyadı)

(İmza)

Başkan: Yard. Doç. Dr. Ayça GÜRKAN

(Danışman)

Üye: Yard. Doç. Dr. Gönül ÖZGÜR

Üye: Yard. Doç. Dr. Bahire BOLIŞIK



Yüksek Lisans Tezinin Kabul Edildiği Tarih

14.10.2005

ÖNSÖZ

Araştırmanın başlangıcından itibaren her aşamasında desteği ve değerli katkıları olan tez danışmanım Sayın Yard. Doç. Dr. Ayça GÜRKAN' a teşekkür ederim.

Çalışmanın uygulanmasına olanak sağlayan, Manisa Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi çalışanlarına ve Ege Üniversitesi Psikiyatri Anabilim Dalı Alkol ve Madde Bağımlılığı Tedavi Birimi'nin sorumlu şefi Prof. Dr. Hakan COŞKUNOL' a teşekkür ederim.

Nüks önleme programının yürütülmesini sağlayan ve desteğini esirgemeyen E.Ü.T.F.H. Alkol ve Madde Bağımlılığı Tedavi Birimi'nin sorumlu hemşiresi Yük. Hemş. Kadriye GÜLTEKİN'e teşekkür ederim.

Ayrıca, uzun süren çalışmaların sırasında, manevi desteklerini esirgemeyen Prof Dr. Mucide AK ile Doç. Dr. Zümrüt BAŞBAKKAL ve bana her zaman ilgi ve destek gösteren aileme de sonsuz teşekkür ederim.

Tülay SAĞKAL

İZMİR, 2005

İÇİNDEKİLER

	Sayfa No
ÖNSÖZ.....	I
İÇİNDEKİLER.....	II
TABLolar DİZİNİ.....	IX
GRAFİKLER DİZİNİ.....	XIII
ŞEKİL.....	XIII
BÖLÜM 1	
GİRİŞ.....	1
1.1. Araştırmanın Amacı.....	4
1.2. Araştırmanın Önemi.....	5
1.3. Hipotezler.....	6
1.4. Tanımlar.....	7
1.5. Araştırma İle İlgili Genel Bilgiler.....	8
1.5.1. Sağlık, Ruh Sağlığı ve Bozukluğu.....	8
1.5.2. Alkol Kullanımına Bağlı Bozukluklar.....	8
1.5.2.1.Tarihsel Alt Yapısı.....	9
1.5.3. Alkolizm.....	10
1.5.3.1.Tanım.....	10
1.5.3.2. Epidemiyolojisi.....	10
1.5.3.3. Alkol Kullanımını Etkileyen Etmenler.....	11
1.5.3.4. Etiyolojisi(Nedenler).....	13
1.5.3.5. Alkolün Sistemler Üzerindeki Etkisi.....	15
1.5.3.5.1. Alkolün Merkezi Sinir Sistemi Üzerindeki Etkisi.....	15
1.5.3.5.2. Alkolün Sindirim Sistemi Üzerine Etkisi.....	16

1.5.3.5.3. Alkolün Solunum Sistemi Üzerine Etkisi.....	16
1.5.3.5.4. Alkolün Dolaşım Sistemi Üzerine Etkisi.....	17
1.5.3.5.5. Alkolün Diğer Vücut Sistemlerine Etkisi.....	17
1.5.3.6. Alkolizmin Sınıflandırılması.....	17
1.5.3.7. Alkol/Madde Kullanımıyla İlgili Bazı Kavramlar.....	18
1.5.3.8. Alkol/Madde Kullanım Bozuklukları.....	19
1.5.3.8.1. Alkol/Madde Bağımlılığı(DSM-IV).....	19
1.5.3.8.2. Alkol Kötüye Kullanımı(DSM-IV).....	19
1.5.3.9. Alkolün Yol Açtığı Bozukluklar.....	20
1.5.3.9.1. Alkol Entoksikasyonu Tanı Ölçütleri (DSM-IV).....	20
1.5.3.9.2. Alkol Yoksunluğu Tanı Ölçütleri (DSM-IV).....	21
1.5.3.9.3. Deliryum Tremens.....	21
1.5.3.10 Tedavisi.....	22
1.5.3.10.1. Akut Durumların Tedavisi.....	22
1.5.3.10.2. Kronik Alkolizmin Tedavisi.....	24
1.5.3.10.2.1. Genel İlkeler.....	24
1.5.3.10.2.2. İlaç Tedavisi.....	25
1.5.3.10.2.3. Psikoterapi.....	26
1.5.3.10.2.3.1. Alkol ve Madde Bağımlılığında Stresin Yeri ve Önemi.....	26
1.5.3.10.2.3.2. Bilişsel-Davranışsal Tedavi.....	28
1.5.3.10.2.4. Nüks Önleme Modeli.....	29
1.5.3.10.2.4.1. Nüks Önleme Modelinin Hedefleri.....	31
1.5.3.10.2.4.2. Nüksün Acil Durumları.....	32
1.5.3.10.2.4.3. Yüksek-Risk Durumların Gizli Durumları.....	33
1.5.3.10.2.4.4. Nüks Önleme Girişim Stratejileri.....	33

1.5.3.10.2.4.5. Nüks (Tekrar İçmeye Başlama) Aşamaları ve Belirtileri.....	35
1.5.3.10.2.4.6. Nüks Etmenin Önlenmesinin Planlanması.....	37
1.5.3.10.2.4.7. Nüks Önleme Modelinin Terapötik Öğeleri.....	39
1.5.3.10.2.5. Adsız Alkolikler(A.A.).....	41
1.5.3.10.2.6. Alkoliklerin Ailelerinin Tedavisi.....	41
1.5.3.10.2.7. Koruyucu Önlemler.....	42
1.5.4. Madde Kullanımına Bağlı Bozukluklar.....	43
1.5.4.1. Epidemiyolojisi.....	43
1.5.4.2. Etiyolojisi.....	44
1.5.4.3. Opioidlere Bağlı Bozukluklar.....	47
1.5.4.4. Kannabis Kullanımı İle İlgili Bozukluklar.....	50
1.5.4.5. Kokain.....	52
1.5.4.6. Amfetaminler.....	54
1.5.4.7. Halüsinojenler.....	55
1.5.4.8. Uçucularla İlgili Bozukluklar.....	57
1.5.4.9. Fensiklidin ve Benzer Etkili Maddelerle İlgili Bozukluklar.....	59
1.5.4.10. Sedatif, Hipnotik ve Anksiyete Giderici Maddelerle İlgili Bozukluklar.....	59
1.5.4.11. Nikotinle İlgili Bozukluklar.....	60
1.5.4.11.1. Nikotin Yoksunluğu.....	60
1.5.4.11.2. Sigarayı Bırakma Yöntemleri.....	61
1.5.4.12. Madde Bağımlılığın Önlenmesi.....	61
1.5.4.12.1. Madde Bağımlılığı Önleme Programlarının Önemi.....	62
1.5.4.12.2. Madde Bağımlılığı Önleme Çalışmalarının Biçimleri.....	62
1.5.4.12.3. Madde Bağımlılığı Önlemede Anne Babanın Yeri.....	62
1.5.4.12.4. Madde Bağımlılığı Ruhsal-Toplumsal Tedavi İlkeleri.....	63

1.5.5. Alkol ve Madde Bağımlılığında Hemşirenin Rolü.....	64
1.6. Öğrenilmiş Güçlülük.....	67
1.6.1. Öğrenilmiş Güçlülük Konusunda Yapılmış Araştırmalar.....	68

BÖLÜM 2

GEREÇ VE YÖNTEM

2.1. Araştırmanın Tipi.....	70
2.2. Araştırmanın Yapıldığı Yeri ve Süresi.....	70
2.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi.....	71
2.3.1. Araştırmanın Evreni.....	71
2.3.2. Araştırmanın Örneklemi.....	71
2.4. Araştırmanın Sınırlılıkları.....	71
2.5. Veri Toplama Yöntemi.....	72
2.5.1. Veri Toplama Araçları.....	72
2.5.2. Veri Toplama Araçlarının Uygulanması.....	74
2.6. Değişkenler.....	74
2.6.1. Bağımlı Değişkenler.....	74
2.6.2. Bağımsız Değişkenler.....	74
2.7. Verilerin Analizi ve Değerlendirilmesi.....	75
2.8. Araştırmanın Süresi ve Olanakları.....	76
2.9. Araştırma Etiği.....	76

BÖLÜM 3

BULGULAR

3.1. Hastaların Sosyodemografik Özelliklerine Göre Dağılımı.....	77
3.2. Hastaların Alkol/Madde Kullanım Özelliklerinin İncelenmesi.....	80
3.3. Hastaların Tedavi Olma ve Hastalıkla Başetme Durumlarının İncelenmesi.....	96
3.4. Hastaların Öğrenilmiş Güçlülük Ölçeği (RÖGÖ) Puan Ortalamalarının Sosyodemografik Özelliklerine Göre İncelenmesi.....	104
3.5. Hastaların Öğrenilmiş Güçlülük Ölçeği (RÖGÖ) Puan Ortalamalarının Alkol/Madde Kullanım Özelliklerine Göre İncelenmesi.....	111
3.6. Hastaların Öğrenilmiş Güçlülük Ölçeği (RÖGÖ) Puan Ortalamalarının Tedavi Olma ve Hastalıkla Başetme Durumlarının İncelenmesi.....	112
3.7. Hastaların Klinik Tedavi Öncesi (Ön Test) ve Sonrası (Son Test) Öğrenilmiş Güçlülük Ölçeği (RÖGÖ) Puan Ortalamalarının Değerlendirilmesi.....	117
3.8. Nüks Önleme Programına Katılan ve Katılmayan Hastaların Klinik Tedavi Öncesi (Ön Test) ve Sonrası (Son Test) Öğrenilmiş Güçlülük Ölçeği (RÖGÖ) Puan Ortalamalarının Değerlendirilmesi.....	119
3.8.1. Nüks Önleme Programına Katılan Hastaların Klinik Tedavi Öncesi (Ön Test) ve Sonrası (Son Test) RÖGÖ Puan Ortalamalarının Değerlendirilmesi.....	119
3.8.2. Nüks Önleme Programına Katılmayan Hastaların Klinik Tedavi Öncesi (Ön Test) ve Sonrası (Son Test) RÖGÖ Puan Ortalamalarının Değerlendirilmesi.....	121
3.8.3. Hastaların Nüks Önleme Programına Katılma Durumlarının Klinik Tedavi Öncesi (Ön Test) ve Sonrası (Son Test) RÖGÖ Puan Ortalamalarının Değerlendirilmesi.....	123

BÖLÜM 4

TARTIŞMA

4.1. Hastaların Sosyodemografik Özellikleri.....	125
4.2. Hastaların Alkol/Madde Kullanım Özelliklerinin İncelenmesi.....	128
4.3. Hastaların Tedavi Olma ve Hastalıkla Başetme Durumlarının İncelenmesi.....	134
4.4. Hastaların Öğrenilmiş Güçlülük Ölçeği (RÖGÖ) Puan Ortalamalarının Sosyodemografik Özelliklerine Göre İncelenmesi.....	139
4.5. Hastaların Öğrenilmiş Güçlülük Ölçeği (RÖGÖ) Puan Ortalamalarının Alkol/Madde Kullanım Özelliklerine Göre İncelenmesi.....	141
4.6. Hastaların Öğrenilmiş Güçlülük Ölçeği (RÖGÖ) Puan Ortalamalarının Tedavi Olma ve Hastalıkla Başetme Durumlarının İncelenmesi.....	141
4.7. Hastaların Klinik Tedavi Öncesi (Ön Test) ve Sonrası (Son Test) Öğrenilmiş Güçlülük Ölçeği (RÖGÖ) Puan Ortalamalarının İncelenmesi.....	143
4.8. Nüks Önleme Programına Katılan ve Katılmayan Hastaların Klinik Tedavi Öncesi (Ön Test) ve Sonrası (Son Test) Öğrenilmiş Güçlülük Ölçeği (RÖGÖ) Puan Ortalamalarının İncelenmesi.....	144
4.8.1. Nüks Önleme Programına Katılan Hastaların Klinik Tedavi Öncesi (Ön Test) ve Sonrası (Son Test) RÖGÖ Puan Ortalamalarının İncelenmesi.....	144
4.8.2. Nüks Önleme Programına Katılmayan Hastaların Klinik Tedavi Öncesi (Ön Test) ve Sonrası (Son Test) RÖGÖ Puan Ortalamalarının İncelenmesi.....	145
4.8.3. Hastaların Nüks Önleme Programına Katılma Durumlarının Klinik Tedavi Öncesi (Ön Test) ve Sonrası (Son Test) RÖGÖ Puan Ortalamalarının İncelenmesi.....	145

BÖLÜM 5**SONUÇ VE ÖNERİLER****A. SONUÇ****B. ÖNERİLER****ÖZET****SUMMARY****KAYNAKLAR****EKLER**

EK-1 Hastaların Tanıtıcı Bilgi Formu

EK-2 Rosenbaum'un Öğrenilmiş Güçlülük Ölçeği

EK-3 Nüks Önleme Programının İçeriği

EK-4 Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Etik Kurul Kararı

EK-5 Ege Üniversitesi Hastanesi Başhekimliği İzin Yazısı

EK-6 Manisa Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi Başhekimliği İzin Yazısı

EK-7 RÖGÖ' ini Kullanma İzin Yazısı

ÖZGEÇMİŞ

TABLolar DİZİNİ

Tablo 1: Hastaların Sosyodemografik Özelliklerine Göre Dağılımı.....	77
Tablo 2: Hastaların Hastaneye Yatmadan Önceki 1 Ay İçinde Alkol ve/veya Maddeler Kullanma Durumuna Göre Dağılımı.....	80
Tablo 3: Hastaların Hayatında İlk Kullandığı Madde Durumuna Göre Dağılımı.....	81
Tablo 4: Hastaların Hayatında İlk Alkol/Madde Kullanım Yaş Gruplarına Göre Dağılımı.....	81
Tablo 5: Hastaların Hayatında İlk Kullandığı Maddenin Miktarlarına Göre Dağılımı.....	82
Tablo 6: Hastaların Hayatında İlk Kullandığı Maddenin Son 1 Aydır Kullanım Sıklığına Göre Dağılımı.....	83
Tablo 7: Hastaların İlk Kullandığı Maddenin Son 1 Aydır Kullanım Miktarına Göre Dağılımı.....	85
Tablo 8: Hastaların Hastaneye Başvurma Nedeni Olan Maddelere Göre Dağılımı.....	86
Tablo 9: Hastaların Başvurma Nedeni Olan Alkol ve/veya Maddelerin İlk Kullanım Yaş Gruplarına Göre Dağılımı.....	87
Tablo 10: Hastaların Başvurma Nedeni Olan Maddenin İlk Kullanım Miktarlarına Göre Dağılımı.....	89
Tablo 11: Hastaların Başvurma Nedeni Olan Maddenin Son 1 Aydır Kullanım Sıklığına Göre Dağılımı.....	91
Tablo 12: Hastaların Başvurma Nedeni Olan Maddenin Son 1 Aydır Kullanım Miktarlarına Göre Dağılımı.....	92
Tablo 13: Hastaların En Uzun Remisyon Dönemine Göre Dağılımı.....	94
Tablo 14: Hastaların Alkol / Madde Kullanımını Tekrar Başlatan Riskli Durumlarına Göre Dağılımı.....	95

Tablo 15: Hastaların Alkol/Madde Kullanımının Aile, İş, Sosyal Yaşam, Sağlık Gibi Alanlarda Sorun Olma Durumlarına Göre Dağılımı.....	95
Tablo 16: Hastaların Tıp Dışı Kişilere Başvurma Durumlarına Göre Dağılımı.....	96
Tablo 17: Hastaların Fiziksel Hastalığı Olma Durumuna Göre Dağılımı.....	96
Tablo 18: Hastaların Fiziksel Hastalıklarına Göre Dağılımı.....	97
Tablo 19: Hastaların Başka Bir Ruhsal Hastalığı Olma Durumuna Göre Dağılımı.....	97
Tablo 20: Hastaların Başka Bir Ruhsal Hastalıklarına Göre Dağılımı.....	98
Tablo 21: Hastaların Daha Önce Alkol/Madde Bağımlılığı Tedavisi İçin Hastaneye Yatma Durumlarına Göre Dağılımı.....	98
Tablo 22: Hastaların Daha Önce Hastaneye Yatış Sayılarına Göre Dağılımı.....	99
Tablo 23: Hastaların Daha Önce Alkol/Madde Bağımlılığına İlişkin Toplantıya Katılma Durumlarına Göre Dağılımı.....	99
Tablo 24: Hastaların Daha Önce Katıldığı Toplantılara Göre Dağılımı.....	100
Tablo 25: Hastaların Hastaneye Yatış Şekline Göre Dağılımı.....	100
Tablo 26: Hastaların Hastaneye Yatış İsteği Durumuna Göre Dağılımı.....	101
Tablo 27: Hastaların Hastaneye Yatış Sayılarına Göre Dağılımı.....	101
Tablo 28: Hastaların İlaç Tedavilerine Göre Dağılımı.....	102
Tablo 29: Hastaların Kullandığı İlaç Bilgisi Durumuna Göre Dağılımı.....	102
Tablo 30: Hastaların Kullandığı İlaçların Yan Etkileri Bilgisine Göre Dağılımı.....	103
Tablo 31: Hastaların Hastanede Yatış Sürelerine Göre Dağılımı.....	103
Tablo 32: Hastaların Nüks Önleme Programına Katılma Durumuna Göre Dağılımı...	103
Tablo 33: Hastaların Öğrenilmiş Güçlülük Ölçeği (RÖGÖ) Puan Ortalamalarının Yaş Gruplarına Göre Dağılımı.....	104
Tablo 34: Hastaların Öğrenilmiş Güçlülük Ölçeği Puan Ortalamalarının Cinsiyetlerine Göre Dağılımı.....	105

Tablo 35: Hastaların Öğrenilmiş Güçlülük Ölçeği (RÖGÖ) Puan Ortalamalarının Medeni Durumlarına Göre Dağılımı.....	105
Tablo 36: Hastaların Öğrenilmiş Güçlülük Ölçeği (RÖGÖ) Puan Ortalamalarının Eğitim Durumlarına Göre Dağılımı.....	106
Tablo 37: Hastaların Öğrenilmiş Güçlülük Ölçeği (RÖGÖ) Puan Ortalamalarının Meslek Durumlarına Göre Dağılımı.....	107
Tablo 38: Hastaların Öğrenilmiş Güçlülük Ölçeği (RÖGÖ) Puan Ortalamalarının Çalışma Durumlarına Göre Dağılımı.....	108
Tablo 39: Hastaların Öğrenilmiş Güçlülük Ölçeği (RÖGÖ) Puan Ortalamalarının Gelir Düzeylerine Göre Dağılımı.....	108
Tablo 40: Hastaların Öğrenilmiş Güçlülük Ölçeği (RÖGÖ) Puan Ortalamalarının Sosyal Güvençelerine Göre Dağılımı.....	109
Tablo 41: Hastaların Öğrenilmiş Güçlülük Ölçeği (RÖGÖ) Puan Ortalamalarının En Uzun Süre Yaşadığı Yerleşim Birimine Göre Dağılımı.....	110
Tablo 42: Hastaların Öğrenilmiş Güçlülük Ölçeği (RÖGÖ) Puan Ortalamalarının Başvuru Nedeni Olan Alkol/Madde Kullanımına Göre Dağılımı.....	111
Tablo 43: Hastaların Öğrenilmiş Güçlülük Ölçeği (RÖGÖ) Puan Ortalamalarının Tıp Dışı Kişilere Başvurma Durumlarına Göre Dağılımı.....	112
Tablo 44: Hastaların Öğrenilmiş Güçlülük Ölçeği (RÖGÖ) Puan Ortalamalarının Başka Bir Ruhsal Hastalığı Olma Durumuna Göre Dağılımı.....	113
Tablo 45: Hastaların Öğrenilmiş Güçlülük Ölçeği (RÖGÖ) Puan Ortalamalarının Daha Önce Alkol/Madde Bağımlılığı Tedavisi İçin Hastaneye Yatma Durumlarına Göre Dağılımı.....	114

Tablo 46: Hastaların Öğrenilmiş Güçlülük Ölçeği (RÖGÖ) Puan Ortalamalarının Daha Önce Alkol/Madde Bağımlılığına İlişkin Toplantıya Katılma Durumlarına Göre Dağılımı.....	114
Tablo 47: Hastaların Öğrenilmiş Güçlülük Ölçeği (RÖGÖ) Puan Ortalamalarının Hastaneye Yatış İsteği Durumuna Göre Dağılımı.....	115
Tablo 48: Hastaların Öğrenilmiş Güçlülük Ölçeği (RÖGÖ) Puan Ortalamalarının Hastanede Yatış Sürelerine Göre Dağılımı.....	116
Tablo 49: Hastaların Ön test ve Son Test RÖGÖ Puan Ortalamalarının Dağılımı.....	117
Tablo 50: Nüks Önleme Programına Katılan Hastaların Klinik Tedavi Öncesi (Ön Test) ve Sonrası (Son Test) RÖGÖ Puan Ortalamalarının Dağılımı.....	119
Tablo 51: Nüks Önleme Programına Katılmayan Hastaların Klinik Tedavi Öncesi (Ön Test) ve Sonrası (Son Test) RÖGÖ Puan Ortalamalarının Dağılımı.....	121
Tablo 52: Hastaların Nüks Önleme Programına Katılma Durumlarının Klinik Tedavi Öncesi (Ön Test) ve Sonrası (Son Test) RÖGÖ Puan Ortalamalarının Dağılımı.....	123

GRAFİKLER DİZİNİ

- Grafik 1:** Hastaların Klinik Tedavi Öncesi (Ön Test) ve Klinik Tedavi Sonrası
(Son Test)Öğrenilmiş Güçlülük Ölçek Puan Ortalamalarının Dağılımı..... 118
- Grafik 2:** Nüks Önleme Programına Katılan Hastaların Klinik Tedavi Öncesi (Ön Test)
ve Sonrası (Son Test) RÖGÖ Puan Ortalamalarının Dağılımı..... 120
- Grafik 3:** Nüks Önleme Programına Katılmayan Hastaların Klinik Tedavi Öncesi
(Ön Test) ve Sonrası (Son Test) RÖGÖ Puan Ortalamalarının Dağılımı..... 122
- Grafik 4:** Hastaların Nüks Önleme Programına Katılma Durumlarının Klinik
Tedavi Öncesi (Ön Test) ve Sonrası (Son Test) RÖGÖ Puan
Ortalamalarının Dağılımı..... 124

ŞEKİL

- Şekil 1:** Nüks Sürecinin Bilişsel-Davranışsal Modelinde, Yüksek Risk Durumun
Rolü..... 32

BÖLÜM 1

GİRİŞ

Alkol ve madde bağımlılığı nüks (relaps = tekrar içmeye başlama) ve remisyonlarla (iyileşme) seyreden kronik bir hastalıktır. Alkol ve madde bağımlılığı tedavi programlarının ilk amacı bağımlıyı olabildiğince uzun süre ayık tutabilmektir. Alkol ve madde bağımlısının yaşam kalitesinin artırılmasının birinci koşulu “ayıklıktır” (19, 61, 64, 83). Alkol bağımlıların %65’inin 1 yıl süre ile “ayık” kalabildiği, hatta %20-30’unun tedavi görmeden bunu gerçekleştirebildiği kabul edilmektedir(16). Alkol veya madde kullanmayı bırakan hastaların yaklaşık %40-50’si ilk 6 ay içinde tekrar kullanmaya başlamaktadır(79).

Tüm dünyada bağımlılığı önleme programları giderek önem kazanmaktadır. Bunun nedeni bağımlılığın geliştikten sonra tedavisi güç olan bir durum olmasıdır. Bağımlılık gelişmeden önce yapılacak müdahaleler her zaman daha başarılı, ekonomik ve sosyal açıdan daha yararlı olmaktadır(64).

Alkol ve madde bağımlıların tedavisi, kullanılan maddenin cinsine, kullanım süresine, bireysel özelliklere göre değişiklik gösterir. Tedavi toplum içinde değişik öğelerden oluşan bir bütün olarak ele alınmalı, tedavinin başlangıcından toplumsal uyuma kadar bütün olanaklar sağlanmalıdır. Tedavi programı içinde biyolojik (ilaç tedavisi), ruhsal tedavi, bağımlının toplumla birleşip bütünleşmesini, uyumunu, çalışmasını düzenleyen uyarılma girişimleri yer alır. Bunlar bir bütün olarak sürdürülür ve izlenir. Alkol ve madde bağımlıların tedavisi birbirinden ayrı ve kopuk yöntemlerle değil birbirini bütünleyen tamamlayan yöntemlerle yapılmalıdır. Böylece olumlu sonuç alma olasılığı yükselir. Bütünleyici ve tamamlayıcı tedavi aynı zaman da psikiyatrist, psikolog, sosyal hizmet uzmanı, psikiyatri hemşiresi ve uğraş tedavisi uzmanıyla tedaviye katkısı olan çeşitli devlet, kurum ve kuruluşların işbirliğini gerektirmekte, bunların ortak çalışmasını zorunlu duruma getirmektedir (53).

Alkol ve madde bağımlılarının ruhsal ve toplumsal tedavisinde temel amaç onların yeniden topluma kazandırılmasıdır. Bu amacın gerçekleşmesi için önce bağımlı olduğu maddeden arınması, sonra bağımlılığa neden olan bedensel, ruhsal, toplumsal etkilerden kurtulması, daha sonra bağımlılığı nedeniyle kaybettiği toplumsal rolünü yeniden kazanması gerekmektedir. Ayrıca alkol ve madde bağımlılarına yapılacak en önemli toplumsal yardım onların alkol ve madde alt kültüründen uzak bir ortamda yaşamlarını sürdürmelerini sağlamaktır. Bu nedenle bağımlıların aileleriyle işbirliği yapılarak bağımlının aileye uyumu, ailenin bağımlıya desteği ve yardımı sağlanmalıdır. Bağımlıların çalışma ve iş ortamı bulması, bu ortama uyum sağlaması için destekleyici, yol gösterici girişimler yapılmalıdır(53).

Son yıllarda nüks önlemeye yönelik tedavi programları ön plana çıkmıştır. Nüks önleme alkol ve madde bağımlılıkları yanında kumar oynama sorunlarında da uygulanabilen bilişsel-davranışsal bir tedavi sürecidir. Bu tedavi süreci bilişsel tekniklerle davranışsal becerileri bir araya getirerek istenen davranış değişikliklerinin oluşturulmasını ve sürdürülmesini sağlar(19, 41, 59, 61).

Nüks önlemede; bağımlının alışkanlıkları, yaşam tarzı, alkol kullanımı ve madde ile ilgili yanlış düşünce ve beklentileri değiştirilmeye, yeni başa çıkma yolları oluşturulmaya çalışılmaktadır(25, 58).

Nüks süreci genellikle olumsuz düşüncelerle başlamaktadır. Bu düşüncelerin temelinde de daha önceden yerleşmiş, alkol ve madde bağımlılığı konusundaki “yanlış inançlar” yani mitler vardır. Tedavi sürecinde bu yanlış inançların ortaya çıkarılması nüks sürecinin engellenmesini de kolaylaştıracaktır. Nükslerin büyük bir bölümü “negatif emosyonel durumlar, kişiler arası çatışmalar ve sosyal baskı” ile ilgilidir(44, 57).

Bireyin bedensel ve ruhsal sınırlarının tehdit edilmesi ve zorlanması stresin ortaya çıkmasına neden olur. Bireyin, bozulan dengelerinin yeniden kurulması için yeni duruma uyum sağlaması gerekir. Kanadalı tıp araştırmacısı Hans Selye(1977), strese ‘Genel Uyum

Belirtisi' adını vermiştir. Selye'ye göre genel uyum belirtisinin alarm reaksiyonu, direnç dönemi ve tükenme dönemi olmak üzere üç farklı basamağı vardır. Tükenme basamağında bireyin savunma sistemi aşınmakta, mücadele gücünü yitirmekte ve sonuçta stresle ilgili birçok hastalıklara yakalanması mümkün olmaktadır. Stres, ancak aşırı boyutlara ulaştığında hastalığa, gerginliğe yol açmaktadır. Bu hastalıklardan ikisi alkol ve madde bağımlılığıdır (22, 45, 96, 86).

Bireyin karşılaştığı sorunlara çözüm üretmek veya sorunlarla başa çıkmak için uygun davranış ve düşünmeyi gerektirir. Sorunların çözümü için alınan alkol/madde ancak kişiyi uygun düşünme, duyma ve davranmadan uzaklaştırır. Üstelik mevcut sorunlara bir de alkol/maddenin yol açtığı sorunlar eklenmiş olur. Kişi bir süre sonra alkol/madde alma nedeniyle sorunlardan uzaklaşmaya başlar. Bu noktada mevcut durumun kesinleşmesi ve düzelmesi için profesyonel desteğe ihtiyaç başlar. Ancak alkol/madde kullanımı yaşam biçimi oldukça kişi çözümsüz hissettiğinde alkol/madde kullanarak rahatlamaya çalışır. Bir süre sonra da alkol/madde kullanma sorunlarla "başa çıkma" mekanizması olarak algılanır. Bu durum kişinin doğal olarak gelişebilecek "başa çıkma" mekanizmalarının engellenmesine neden olduğu gibi alkol/madde bırakıldıktan sonra da kişinin kendisini daha da çözümsüz hissetmesine neden olabilir(10).

Her birey aynı koşullar altında bir birinden çok farklı tepkiler gösterir. Biri kaygılı ve gerilimliken diğeri soğukkanlı ve sakin olabilir. Her bireyin kendine özgü bir stresle başa çıkma tarzı vardır. Başa çıkma tarzlarının bazı yönleri sağlıklı ve etkiliyken diğeri daha az etkili ve sağlığa, ilişkilere ve performansa zararlı olabilir(86).

Baş çıkma stratejileri, stres ve sağlık durumu ilişkisinin araştırılmasında dikkate alınan önemli bir kavramsal değişkeni oluşturmaktadır. Baş çıkma stratejilerde öğrenilmiş güçlülük kavramı, kişinin kendi davranışlarını düzenlemesi sürecine özel bilişsel beceriler açısından ağırlık veren bir anlayışı yansıtmaktadır. Rosenbaum(1980), öğrenilmiş güçlülüğü oluşturan

bilişsel becerilerin kişide bir birikim halinde bulunduğunu ve tümüyle öğrenme yaşantıları sonunda ortaya çıktığını ileri sürmektedir(27).

1.1.ARAŞTIRMANIN AMACI

Alkol ve madde bağımlıların tedavisi, kullanılan maddenin cinsine, kullanım süresine, bireysel özelliklere göre değişiklik gösterir. Tedavi programı içinde biyolojik (ilaç tedavisi), ruhsal tedavi, bağımlının toplumla birleşip bütünleşmesini, uyumunu, çalışmasını düzenleyen uyarılama girişimleri yer alır. Bunlar bir bütün olarak sürdürülür ve izlenir. Alkol ve madde bağımlıların tedavisi birbirinden ayrı ve kopuk yöntemlerle değil birbirini bütünleyen tamamlayan yöntemlerle yapılmalıdır. Böylece olumlu sonuç alma olasılığı yükselir(53).

Araştırmalar, ergenlerin ve gençlerin pek çok stresli yaşam olayları ile karşı karşıya kaldıklarını ve sayıca daha fazla olayla karşılaşan bireylerin alkol, esrar ve diğer maddelerin kullanımı konusunda yüksek risk grubuna dâhil olduklarını göstermektedir(18, 42, 43).

Psikopatolojide başlatıcı bir stres kaynağının varlığı düşüncesi yaygın olarak kabul görmektedir. Bu nedenle stres verici olaylar karşısında bireyin takındığı tutumlar ve benimsediği başa çıkma davranışları önemli bir inceleme konusu haline gelmiştir(28). Tüm psikopatolojilerde olduğu gibi alkol/madde kullanımının en sorunlu düzeyi olarak kabul edilebilecek alkol/madde bağımlılığında da bireyin yaşamındaki stres kaynağının önemli bir etkiye sahip olduğu düşünülmektedir. Araştırmalar, stres ile bağlantılı nedenlerin alkol/madde kullanımı ile ilgili motivasyonlar arasında temel bir yere sahip ve kullanılan içki miktarı üzerinde etkili olduğunu ortaya koymuştur(73).

Alkol ve madde bağımlılığında, tedavi amaçlarından birisi “tekrar alkol ve madde kullanmayı önleme” çalışmasıdır. Nüks önleme programı alkol ve madde bağımlılıklarında uygulanabilen bilişsel-davranışsal bir tedavi sürecidir. Bu tedavi süreci bilişsel tekniklerle

davranışsal becerileri bir araya getirerek istenen davranış değişikliklerinin oluşturulmasını ve sürdürülmesini sağlar(19, 41, 59,61).

Bu çalışma Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Psikiyatri Anabilim Dalı, Alkol ve Madde Bağımlılığı Tedavi Birimi'nde yatarak tedavi gören ve nüks önleme programına katılan alkol ve madde bağımlıları ile Manisa Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi, AMATEM'de yatarak tedavi gören alkol ve madde bağımlıların öğrenilmiş güçlülüklerini belirlemek amacıyla planlanmıştır. Bu temel amaç doğrultusunda, araştırmanın alt amaçları şunlardır:

- Alkol ve madde bağımlılığı hastaların tanıtıcı özelliklerini belirlemek
- Alkol ve madde bağımlılığı hastaların klinik tedavi öncesi ve sonrası öğrenilmiş güçlülük puan ortalamalarını değerlendirmek
- Nüks önleme programına katılan alkol ve madde bağımlılığı hastalarda klinik tedavi öncesi ve sonrasında öğrenilmiş güçlülük puan ortalamalarını değerlendirmek
- Nüks önleme programına katılmayan alkol ve madde bağımlılığı hastalarda klinik tedavi öncesi ve sonrasında öğrenilmiş güçlülük puan ortalamalarını değerlendirmek
- Alkol ve madde bağımlılığı hastaların öğrenilmiş güçlülük puan ortalamaları ile hastaların tanıtıcı özellikleri arasındaki ilişkiyi incelemek.

1.2.ARAŞTIRMANIN ÖNEMİ

Alkol ve madde bağımlılığı, sadece birey için değil, aynı zamanda aile, akrabalar, arkadaşlar ve toplum için de kaygı verici bir yaşantıdır. Psikiyatri kliniklerinde hastayı anlamaya ve ona yardımcı olmaya çalışan bir sağlık ekibi vardır. Hastalar bir süre, hastanede tedavi gördükten sonra, taburcu olmakta ve yaşadıkları ortama geri dönmektedirler(26).

Tedavi programı içinde biyolojik (ilaç tedavisi), ruhsal tedavi, bağımlının toplumla birleşip bütünleşmesini, uyumunu, çalışmasını düzenleyen uyarılama girişimleri yer alır.

Bunlar bir bütün olarak sürdürülür ve izlenir(53). Alkol ve madde bağımlılığı tedavilerinden biri olan nüks önleme programının amacı hastaların alkol ve madde kullanmalarını tekrarlamaları ve aynı zamanda kullanmaya tekrar başlaması durumunda devam etmelerini önlemektir. Nüks önleme programı, hastaların başa çıkma davranışlarını ve stratejilerini etkileyebilir(19, 41, 59, 61).

Baş çıkma stratejileri, stres ve sağlık durumu ilişkisinin araştırılmasında dikkate alınan önemli bir kavramsal değişkeni oluşturmaktadır. Baş çıkma stratejilerde öğrenilmiş güçlülük kavramı, kişinin kendi davranışlarını düzenlemesi sürecine özel bilişsel beceriler açısından ağırlık veren bir anlayışı yansıtmaktadır. Nüks önleme programa katılan alkol ve madde bağımlıları stres karşısında olumlu baş çıkma davranışları ve stratejileri öğrenir (27, 59, 81, 89). Bu açıdan tedavi programına(ilaç, bireysel ve aile görüşmesi, grup terapisi, uğraş ve sosyal etkinlikler terapisi, gibi) katılan hastaların, öğrenilmiş güçlülüğünün incelenmesi önemlidir.

1.3.HİPOTEZLER

H₀: Alkol ve madde bağımlılığı hastalarına uygulanan klinik tedaviler hastaların öğrenilmiş güçlülüğü üzerinde etkili değildir.

H₁: Alkol ve madde bağımlılığı hastalarına uygulanan klinik tedaviler hastaların öğrenilmiş güçlülüğü üzerinde etkilidir.

1.4.TANIMLAR

Bağımlılık: Kişinin kullandığı maddeyi birçok kez bırakma girişiminde bulunmasına rağmen bırakamaması, giderek madde dozunu arttırması, kullanmayı bıraktığında yoksunluk belirtilerinin ortaya çıkması, zararlarını görmesine rağmen kullanmayı sürdürmesi, zamanının büyük bölümünü madde arayarak geçirmesi ile belirli bir durumdur(64).

Nüks(relapse): Belirli bir alkol/madde kullanmama döneminden sonra kullanmaya başlamak ve kontrol kayıplarıyla birlikte eski kullanma durumuna gelmektir(59).

Nüks(relapse) önleme: İstenen davranış değişikliklerini devam ettirmede bağımlıya yardımcı olmak amacıyla bilişsel müdahale teknikleriyle davranışsal becerileri birleştiren “BİLİŞSEL-DAVRANIŞSAL” tedavi şeklidir(59).

Öğrenilmiş güçlülük: Bireyin, amaca yönelik davranışları engelleyen düşünce, duygu gibi etkenleri kontrol altına almasını mümkün kılan bugüne dek öğrenmiş olduğu beceriler olarak tanımlanmaktadır(80). Kişinin kendi davranışlarını düzenlemesi sürecine özel bilişsel beceriler açısından ağırlık veren bir anlayışı yansıtmaktadır(27).

1.5.ARAŞTIRMA İLE İLGİLİ GENEL BİLGİLER

1.5.1.SAĞLIK, RUH SAĞLIĞI VE BOZUKLUĞU

İnsan biyo-psiko-sosyal bir varlıktır. Bireyin yaşamını sağlıklı bir şekilde sürdürebilmesi için bu üç ögenin birbirleriyle karşılıklı etkileşmesi ve dengeli bir ilişki içinde olması gerekir. Dünya Sağlık Örgüt'ünde sağlığın tanımını yaparken bu üç ögeye yer vererek, sağlığı 'fiziksel, ruhsal ve sosyal yönden tam bir iyilik hali olarak' tanımlamıştır(15, 69).

Her sağlıklı olarak bilinen kişide sağlıksız özellikler, hasta olarak bilinen kişilerde de sağlıklı özellikler bulunabilir. Sağlık ve hastalık arasında çoğu kez kesin bir sınır çizilemediği, bireylerin hem sağlık hem de hastalık potansiyelini birlikte taşıdıkları bilinmektedir. Sağlık ve hastalığın kesin tanımı gibi, bilimsel açıdan normal ve normal dışı davranışların ayırımını yaparken de kullanılacak kesin bir ölçüt yoktur. Ruh sağlığının bittiği, hastalığın başladığı sınırlar kesin değildir. Ruh sağlığı tanımının yapılmaya çalışıldığı birçok görüş bulunmaktadır. Bu görüşleri de kapsayacak şekilde ruh sağlığı, 'Bireyin kendi kendisiyle, çevresini oluşturan kişilerle ve toplumla barış içinde olması, sürekli denge, düzen ve uyum sağlayabilmek için gerekli çabayı sürdürebilmesi' olarak tanımlanabilir (39, 54, 67, 70).

1.5.2.ALKOL KULLANIMINA BAĞLI BOZUKLUKLAR

Alkol çok eski çağlardan itibaren keyif verici, yatıştırıcı, uyuşturucu ve ilaç olarak kullanılmaktadır. Tarih boyunca toplumların ve kişilerin alkole karşı tutumları çok değişik olmuştur. Bir yandan dinsel törenlerde kullanılırken, diğer dinler tarafından yasaklanmıştır. Her çağda ve birçok toplumda alkolün ılımlı miktarda kullanımı az çok kabul görmüş; aşırı, uzun süreli kullanımı ise onaylanmamış, kötü bir davranış olarak görülmüştür. İslamiyet alkolü yasaklamış ise de, bu toplumlarda da alkol kullanımının başarı ile önlendiği söylenemez(70).

Alkol kullanımına bağlı sorunlar çağımızın en önemli sorunlarından biri olmuştur. Alkolizm sağlık sorunları, trafik kazaları, öz kıyım, suça yönelme, aile parçalanması, ekonomik sorunlar, iş yaşamının bozulması gibi pek çok boyutu olan önemli bir biyopsikososyal ve ekonomik sorundur(70, 94).

Psikiyatrik açıdan alkolizm, alkolün her türlü davranış, duygu ve bilişsel yetiler üzerinde geçici ya da kalıcı etkiler yapabilmesi nedeniyle son derece önemli bir konudur. Alkolizm, alkol kullanımına bağlı bozukları içeren konuların hemen hemen hepsini içine aldığından konular, alkolizm başlığı altında sunulacaktır(70).

1.5.2.1.TARİHSEL ALT YAPISI

Alkol ve alkol kullanımı insanlık tarihi kadar eskidir. Taş devrinde yaşayan insanların bile alkol kullandığı sanılmaktadır. Anadolu, Mezapotomya, Mısır ve diğer Akdeniz ülkelerinde yaşamış eski insanların M.Ö. 5-6 bin yıl önce biraya benzer bir içki yaptıkları biliniyor(5, 7, 56).

İlk Babil krallık ailesinden gelen altıncı hükümdar olarak bilinen Hammurabi (M.Ö. 1728-1686) yasalarında şarabın elde edilmesini ve alışverişini belirleyen hükümler olduğu görülmüş, 16. Luis döneminde mayalanmış içkiler tıpta yer almış, 18.y.y. şarapla eşdeğer tutulmuş olan alkol terimi günümüzde etil alkol içeren (C₂H₅OH) maddeler ve özellikler için kullanılmaya başlanmıştır(5, 7, 56).

Alkol insan sağlığı ve davranışı üzerinde en önemli kötü etkenlerden biri olarak tanımlanmaktadır. Bu yüzden içkiye karşı ilk tepki M.Ö. 6. y.y. Isparta'da Salon yasaları ile olmuştur. 1878'de Kanada'da 1919-1934 yılları arasında IV. Murat döneminde, alkol, afyon, tütün yasaklanmış, içenlere ölüm dâhil çok ağır cezalar verilmiştir(5, 7, 56).

İlkçağ dinleri alkolü yasaklamamış, hatta dinsel törenlerin kutsal bir simgesi olarak içilmesini gerekli görmüşlerdir. Eski dinlerde, Yunan ve Roma'da alkolün kazandığı bu

nitelik (bağ-üzüm şarap kutsal sayılırdı, içki ve şarap tanrıları vardı). Hıristiyan dininde de sürdürülmüştür. Şarap “İsa’nın Kanı” olarak kutsal sayılmış, dinsel törenler de özel bir yer almıştır. Musevilikte sarhoş olmayacak düzeyde içki içilmesi dinsel bir törendir. Hıristiyanlık sarhoşluğu yasaklarken alkol alımını serbest bırakmıştır. İslamiyet’te ise önce alkol içilmesine karışılmamış, sonradan yasaklanmıştır(8, 56).

1.5.3. ALKOLİZM

Alkolizm sözcüğünü ilk kez kullanan Magnus Hus (1851), kalıplaşmış sarhoşluğu, delirium tremensi ve kronik alkolizmi tanımlamıştır.(9).

1.5.3.1.TANIM

Alkolizm, bireyin beden ve ruh sağlığını, aile, toplum ve iş uyumunu bozacak derecede sık ve fazla alkol alma; alkol alma isteğini durduramama ile belirli bir bozukluktur (4, 5, 7, 8, 55, 56, 70).

1.5.3.2.EPIDEMİYOLOJİSİ

Alkolizm gelişmiş ülkelerde en başta gelen sağlık sorunlarından birisidir. Yılda 200.000 kişi alkole bağlı bir sorundan ölmektedir. Otomobil kazalarında %75, kazadan ölümlerde %50, adam öldürmelerde %50, öz kıyımlarda %25 oranında alkol sorumlu bulunmuştur (6, 70).

ABD’de yapılan Epidemiyolojik Catchment Area (ECA) çalışmasında alkol bağımlılığının yaşam boyu prevalansı %13.8 bulunmuştur(6,65). Alkol bağımlılığı prevalansı bir yıllık %6.8 (erkeklerde %11.9, kadınlarda %2.16), son bir aylık ise %3.29(erkeklerde %5.74, kadınlarda %1.06) olarak bulunmuştur. Türkiye’de Sağlık Bakanlığı tarafından 1995–1996 yılları arasında yapılan epidemiyolojik çalışmada son oniki ay içinde alkol

bağımlılığı tanısı alma oranı %0.8 bulunmuştur. Bu oran erkeklerde %1.7 kadınlarda ise %0.1'dir. Alkolizm en çok 22–35 yaşları arasında görülür. Alkol bağımlılığı tanısı alanların yaş ortalaması 41.1 olarak bulunmuştur. Kadınlar erkeklere göre alkol kullanmaya daha geç başlamakta ve ilk tedaviye daha erken başlamaktadır. İllerde alkol bağımlılığı oranı %57.4, köylerde %24,6'dır (33, 65, 70, 101).

1.5.3.3.ALKOL KULLANIMINI ETKİLEYEN ETMENLER

Alkol kullanımını etkileyen etmenler konusunda değişik yaklaşımlar bulunmaktadır (8, 55, 70).

- Psikodinamik Yaklaşım

Bu yaklaşıma göre alkolizm bilinçsiz-duygusal bir problemin göstergesidir. Freud, çocuğun gelişim dönemlerinden oral döneme saplanmasını alkolizme neden olduğunu ve alkolün oral doyum sağladığı inancındadır. Alkol kullanan insanlar diğer insanlara göre daha çok oral isteklere sahiptirler. Bu yargıya göre insanlar kendilerinin kontrol edemedikleri yönlerinin olduğunun farkına vardıklarında alkolün bir yenilik ve güç getireceğini düşünerek daha çok içmeye başlayabilirler(8, 55, 70).

- Davranışçı Yaklaşım

Davranışçı psikoloji ekolüne göre alkol tutkusu koşullanma sonucu oluşur. "Anksiyete, alkol, anksiyetenin giderilmesi" örüntüsü tekrarlı uygulamalar sonucu öğrenilir. Öğrenme ilkeleri açısından, içilen her bardak içki anksiyeteyi biraz daha azalttığından alkole yönelen davranışları pekiştirir. Böylece kişi alkole karşı bedensel bir bağımlılık geliştirdikten sonra, alkol alınmaması durumunda ortaya çıkan bedensel belirtileri hafifletmek amacıyla daha fazla miktarda alkol almak zorunda kalır. Sonunda alkole yönelik bir ihtiyaç ve bu ihtiyacın giderilmesi biçiminde bir "döngü" yerleşmiş olur(8, 55, 70).

- İnsancı-Varoluşçu Yaklaşım

Bu yaklaşım dışlanmış, hiçbir yere getirilememiş, kendi kimliklerini bulamamış kişilerin alkole yöneldiklerini belirtmektedir. Alkolikler kendilerini gerçekten tanımlamak yerine seçtikleri yolun riskini göze alarak hem kendileri hem de toplum tarafından doğru bulunmasa bile, en azından anlayışla karşılanacağı duygusuyla var olmanın yarattığı sorunları kendi doğruları ile çözmek istemektedirler. Bu yaklaşıma göre önem taşıyan bir diğer konuda alkoliklerin alkol aldıkları zaman oynadıkları rolün, kendi beğenmedikleri gerçek benliği dışında farklı bir rol oynadığıdır(8, 55, 70).

- Biyolojik Yaklaşım

Alkolizmde kalıtımın etkisinin önemli olduğu vurgulanmıştır. Evlat edinilmiş çocuklar üzerinde yapılan bir çalışmada, ana-babaları alkolik olan çocukların alkol kullanma oranları, alkolizmin etiolojisini aydınlatmak için yapılan son çalışmalarda, genetik ve çevresel faktörlerin önemi vurgulanmaktadır. Daha çok erkeklerde görülen ağır alkolizmin genetik geçişle ilişkili olduğu sanılmaktadır. Daha hafif olan alkolizm her iki cinste de görülmekte ve etiolojide genetik ve çevresel etkenlerin rol oynadığı kabul edilmektedir(8, 55, 70).

- Sosyo-Kültürel Yaklaşım

Toplumsal yapı, gelenek, görenek ve töreler, dinsel inançlar ve öğretiler toplumsal değişim ve zorluklar (güç, ekonomik güçlük, doğal yıkım vb.) alkol tüketimini ve alkolizmi etkilemektedir. İnsan yaşamındaki önemli dönemler (ergenlik, evlenme, anne olma, okul bitirme vb.) ve kişinin yeni katıldığı toplumsal çevrenin genel tutumu alkol almaya özendirilebilir ve alkolizme sebep olabilir. Kültürel etkilerin alkolizmi etkileyen bir başka yönü de din etkisidir. Kırsal kesimde veya küçük kasabalarda yaşayanlar, şehirlerde

yaşayanlara göre daha az alkol tüketmektedirler. Köyden kente yapılan göçler uyum sorunlarını ve kültürel karmaşıklığı artırdığı için alkol kullanımında da artış görülmektedir. Kişinin içine girdiği grubun tutumu, grup özdeşimi de alkol kullanmada etkili olmaktadır. Araştırmacılar alkolizme bireysel bir sorun olmaktan çok, grup dinamiklerinin etkili olduğu bir “sosyal davranış bozukluğu” olarak bakmaktadırlar(8, 55, 70).

1.5.3.4.ETİYOLOJİSİ (NEDENLER)

Alkolizmin nedenleri kesin olarak bilinmemektedir. Yapılan araştırmalara dayanarak henüz kanıtlanmamış olsa bile ileri sürülen nedenler iki başlık halinde özetlenebilir (5, 7, 8, 56, 70, 101).

A. Biyolojik Nedenler

Alkolizmi bedensel nedenlere bağlayanların başında bu kavramı ilk tanımlayan Magnus Huss yer alır. Onun görüşüne göre, alkoliklerin sinir sisteminde doğuştan yapı bozukluğu vardır. Bu görüş daha sonra bazı ünlü ruh hekimleri tarafından da benimsenip geliştirilmiş ve alkolizmin soyaçekimle gelen, kalıtımla ilgili bir hastalık olduğu ileri sürülmüştür. Araştırmacılara göre, soyaçekimle gelen sinir sistemi bozukluğu nedeniyle dengesiz kişilik yapısı gösterenler alkolik olmakta, alkoliklerde kişilik bozulmakta, böylece alkolün oluşturduğu kısır bir döngü ortaya çıkmaktadır (5, 7, 8, 56, 70, 101).

Alkolizm ve kalıtım arasındaki ilişki üzerinde çalışan Jellinek değişik ülkelerde yapılmış onbeş araştırmanın sonuçlarını inceleyerek alkoliklerin %55’inde kalıtımın önemli rol oynadığını ortaya koymuştur. Ancak burada söz konusu olan geçişin gençlerle bağlantısı kesin olarak açıklığa kavuşmamıştır(5, 7, 8, 56, 70, 101).

İçinde alkolik kişilerin bulunduğu bir çevrede yetişen çocuk ve gençlerin soyaçekimle olmasa bile, “soya benzemeyle” alkolik olabilecekleri görüşü bugün içinde güncelliğini korumaktadır. Alkolizmi zekâ geriliğine, beyin örselenmelerine, beden sakatlıklarına, geçirilmiş sinir sistemi ve beyin iltihaplarına bağlayan görüşlerin bulunmasına karşın, bunların hiçbiri geçerli olmamıştır. Bu nedenle “alkolizmle kalıtım arasında hala geçerliliğini bir ölçüde sürdüren bağlantı dışında”, bugüne dek başka hiçbir organik görüş geçerli olmamıştır(5, 7, 8, 56, 70, 101).

B. Psikososyal Nedenler

- Kişilik Etkeni

Alkoliklerin hastalık öncesi kişilik yapısı üzerinde birçok araştırma yapılmıştır. Özgül bir kişilik yapısı gösterilememiştir. Ancak ruhbilim öğretilerinin hemen hepsi alkolizmin alkol almadan önce, “bozuk olan kişilik yapılarında” ortaya çıktığı görüşünde birleşmişlerdir. Alkoliklerin alkole başlamadan önce ve çocuklarında hiperaktif-tutarsız, amaç ve değerlere fazla duyarlı olmayan, sosyopatiye eğilimli olduklarına dair bulgular ağır basmaktadır. Yine kişiliği oluşturan, içgüdü ve dürtü katmanından başlayarak yukarıya doğru bütün katmanlarda ki takıntı-saplantı ya da bozukluklar alkolizmin ortaya çıkmasını kolaylaştıran birer etken olarak kabul edilmiştir(5, 7, 8, 56, 70, 101).

- Toplumsal Etkenler

Din ve töreleri ile alkolü onaylamayan toplum kesimlerinde alkolizmin oranı düşüktür. Sosyo-ekonomik durumu yüksek olanlarda daha sık görüldüğü kesindir. Refah toplumlarında ise alkolizm, en önemli sağlık sorunlarından biridir. Özellikle yaşadığımız yüzyılda alkol tüketimini artırmak için türlü yayın araçlarıyla yapılan reklâmlar, içkiyi insanın yaşamında önemli bir yer kazandırmıştır. Birçok toplumda arkadaş ilişkileri içkiyle başlar. Doğum, evlenme, yıldönümü toplantıları içkiyle kutlanır. İş konuşmaları, dernek yararına bağışlar,

başarının sevinci içkiyle renklendirilir. Kentleşme, sanayileşme, toplumsal çalkantılar, göçler alkol tüketimini ve alkolizmi artıran toplumsal nedenlerin başında yer alır. Batı ülkelerinde yapılan araştırmalara göre büyük kentlerde oturanların %70-80'inin alkol kullanmasına karşılık, bu oran küçük kasaba ve köylerde%20–30 dolaylarındadır (5, 7, 8, 56, 70, 101).

1.5.3.5.ALKOLÜN SİSTEMLER ÜZERİNDEKİ ETKİSİ

1.5.3.5.1. Alkolün Merkezi Sinir Sistemi Üzerine Etkisi

Alkolün vücutta en hızlı etkisini gösterdiği yer beyin, yani merkezi sinir sistemidir. Alkol başlangıçta beyin işlevini hızlandırmasına rağmen bu hızlanma giderek azalmakta ve beyin işlevleri yavaşlamaktadır. Alkol önce beyni etkileyerek algılama, heyecan, zekâ, uyum ve davranışları da etkilemektedir. Algılama ve hareket işlevlerinin koordinasyonunu sağlayan omurilikte alkolden etkilendiği için, beceri, refleks ve hareket gücü bozulmaktadır. Aşırı alkol ise beynin altında bulunan “bulbusu” etkileyerek solunumun durmasına neden olabilir. Alkolün beyin ve sinirler üzerine yapmış olduğu etkilerin sonucunda birçok sorunlar ortaya çıkmaktadır(5, 7, 8, 70, 101).

Bunların en önemlileri şunlardır(5, 7, 8, 70, 101).

- ❖ **Alkolik Polinevrit (sinirlerin iltihabı):** Sinirlerde iltihap ve inmeler(felçler) meydana getirir.
- ❖ **Alkolik Halüsinoz:** Ortada hiçbir madde yokken onun varlığına hükmetmek yani bir tür hayaller görmek.
- ❖ **Alkol Paranoyası:** Aşırı kıskançlık ve aldatılma korkusu biçiminde ortaya çıkan düşünce bozukluklarıdır.
- ❖ **Delirium Tremens:** Alkol kesildiğinde diğer yoksunluk belirtileri ile birlikte ortaya çıkar. Ateş, terleme, kalp atışında hızlanma, kan basıncında düşme, titreme ve bilinç bulanıklığı, dezorganize davranışlar vb. tablonun ortaya çıkmasıdır.

- ❖ **Vernike Hastalığı:** Özellikle beyin hasarlarından sonra görülen, gözlerde kasların çalışmaması ile hastalık kendini belli eder.
- ❖ **Korsakof Psikozu:** Beyinde ve sinirlerde hasar sonucu, hafıza kayıpları ve sinir iltihaplarıyla kendisini belli eder.
- ❖ Yine, “görme siniri bozukluğu ve çift görme, sara nöbetlerinde artma ve delirme” gibi hastalıklarda kendini göstermektedir.

1.5.3.5.2. Alkolün Sindirim Sistemi Üzerine Etkisi

Alkol, karaciğerin glikoz deposunu azaltmakta ve oksijenlenmesini bozmaktadır. Karaciğer hücresi ise oksijensizliğe karşı hassastır. Alkolün karaciğer üzerine zararlı etkisi, karaciğer yağlanması, iltihaplanması ve sonuçta “siroz” meydana gelmesi şeklinde olmaktadır. Sirozda normal faaliyet göreceği karaciğer hücrelerinin yerini bağ dokusu hücreleri almıştır. Karaciğer sertleşmiş ve normal faaliyetlerini yapamayacak hale gelmiştir. Alkoliklerde siroz görülme oranı alkol almayanlara göre 8 kat daha fazladır(5, 7, 8, 70, 101).

Alkolü devamlı kullananlarda sindirim sistemi ile ilgili olarak ağızda kanser, yemek borusu iltihabı, yemek borusu kanseri, mide iltihabı, hazımsızlık, beslenme bozuklukları, alkole bağlı sarılık ve karaciğer kanseri gibi hastalıklara rastlanmaktadır(5, 7, 8, 70, 101).

1.5.3.5.3. Alkolün Solunum Sistemi Üzerine Etkisi

Alkol solunum yollarını tahriş eder, fazla alınırsa solunumu baskılayarak insanı öldürür. Yapılan araştırmalar sonucu, alkoliklerde ağız, yemek borusu ve boğazda alkol kullanmayanlara göre daha fazla kanser oldukları ortaya konmuştur. Bununla beraber kronik solunum yolları ve akciğer hastalıkları ile akciğer tüberkülozu, normal bireylere göre, alkol kullananlarda yüksek oranda görülmektedir(5, 7, 8, 70, 101).

1.5.3.5.4. Alkolün Dolaşım Sistemi Üzerine Etkisi

Alkolün dolaşım sisteminde en fazla etkilediği organ kalptir. Bütün iç ve dış organlar faaliyetlerini kan sayesinde yaparlar. Kan dolaşımını kalp yönetir. Devamlı alkol alanlarda kalp atışı daima hızlıdır. Bu hızlilik ise kısa zamanda kalbin etrafında yağ bezleri meydana getirir. Dolayısıyla kalp etrafında yer alan yağ bezleri sadece solunumu ortadan kaldırmakla kalmaz, aynı zamanda damarların genişlemesine, sertleşmesine ve tansiyonun yükselmesine sebep olur. Normal çalışmasını kaybeden kalp, kısa zamanda durabilir(5, 7, 8, 70, 101).

1.5.3.5.5. Alkolün Diğer Vücut Sistemlerine Etkisi

Yüz ve Ciltteki Etkisi

Alkol alan bireylerin yüz ve ciltleri daima kırmızıdır. Yüz ve derideki kılcal damarlar genişler. Yüz ve burun şişer, bu bölgelerde nokta nokta kızarıklıklar görülür(5, 7, 8, 70, 101).

1.5.3.6. ALKOLİZMİN SINIFLANDIRILMASI

Alkol ile ilgili belirtiler, kalıtım modeli ve kişilik yapısı bakımından iki alt grup tiplenebilir. Bunlar **Tip I ve Tip II alkolizm** diye adlandırılmıştır; ancak bütün alkoliklerin mutlaka bu iki gruptan birine girmesi gerektiği anlaşılmamalıdır. Bu iki tip, uç alt grupları temsil ederler ve alkoliklerin geri kalan büyük kısmı bu iki uç arasında yer alırlar. Tip I alkolizm genellikle 25 yaşından sonra başlar, kişide devamlı alkol arama, alkole karşı özlem davranışı vardır; alkolik olmaktan suçluluk ve korku duymalarına rağmen içerler; antisosyal değildirler, olaya ve şiddete genellikle neden olmazlar. Kişilik yapıları, pasif bağımlı kişilik yapısına uyar (başkalarına duygusal olarak bağımlı, yardım edici, sempatik, kötümser, düzenli, ayrıntılara dikkat eden, kararlı ve maceradan hoşlanmayan kimselerdir). Tip II alkolizm daha çok gençlerde görülür ve genellikle 25 yaşından önce başlar; bu tür bağımlılar alkolden uzun süre uzak durabilirler fakat bir kez başladıklarında aşırı miktarda

alırlar, alkol almayı kesemezler ve kadehi kaldıramaz duruma gelene kadar içerler (kontrolü yitirme davranışı). Alkole olan psişik(manevi) bağımlılıkları, ilk tipin aksine belirgin değildir. İçme krizi esnasında olaya ve şiddete sıklıkla neden olurlar. Alkol kullandıkları için suçluluk veya korku duymazlar. Antisosyal kişilik yapısına sahiptirler; bu yapıdaki kimseler, Tip I'deki pasif bağımlı kişilik yapısı için sayılan niteliklerin tersine sahiptirler; atak, dürtüsel, düzensiz, çevreye önem vermeyen, soğuk, cesaretli, kararsız ve maceraperest kişilerdir. Tip II alkolizmde, genetik yatkınlık, Tip I dekinden daha belirgindir ve Tip II hemen hemen yalnızca erkeklerde görülür(13).

1.5.3.7.ALKOL/MADDE KULLANIMIYLA İLGİLİ BAZI KAVRAMLAR

A.Tolerans:

- Entoksikasyon ya da istenen etkiyi sağlamak için belirgin olarak artmış miktarlarda alkol/madde kullanma gereksinmesi
- Sürekli olarak aynı miktarda alkol/madde kullanılması ile belirgin olarak azalmış etki sağlanmasıyla gelişir(6, 7, 13, 17, 31, 101).

B.Yoksunluk Bir maddenin düzenli bir şekilde kullanımını takiben azaltılması veya bırakılması sonucu oluşan fizyolojik belirtilerdir(6, 7, 13, 17, 31, 101).

C. Psikolojik Bağımlılık: Bireyin alkolü/maddeyi yineleyen bir biçimde kullanım için yoğun bir gereksinim duyması, alkolü/maddeyi kullanmaktan kendini alıkoyamamasıdır(54, 101).

D. Fiziksel Bağımlılık: Psikolojik bağımlılıktan farklı olarak bireyin alkol/madde kullanımına bağlı olarak bedeninde biyokimyasal ve fizyolojik değişikliklerin oluşmasıdır(54, 101).

1.5.3.8.ALKOL/MADDE KULLANIM BOZUKLUKLARI

1.5.3.8.1.ALKOL/MADDE BAĞIMLILIĞI (DSM-IV)

12 aylık bir dönem içinde herhangi bir zamanda ortaya çıkan, aşağıdakilerden üçü (ya da daha fazlası) ile kendini gösteren, klinik olarak belirgin bir bozulmaya ya da sıkıntıya yol açan uygunsuz bir alkol/madde kullanım örüntüsü:

- ✓ Tolerans
- ✓ Yoksunluk
- ✓ Alkol/madde, çoğu zaman tasarlandığından daha yüksek miktarlarda ya da daha uzun bir dönem süresince kullanılır.
- ✓ Alkol/madde kullanımını bırakmak ya da denetim altına almak için sürekli bir istek ya da boşa çıkan çabalar vardır.
- ✓ Alkolü/maddeyi sağlamak, kullanmak ya da alkolün/maddenin etkilerinden kurtulmak için çok fazla zaman harcamak.
- ✓ Alkol/madde kullanımı yüzünden önemli toplumsal, mesleki etkinlikler ya da boş zamanları değerlendirme etkinlikleri bırakılır ya da azaltılır.
- ✓ Alkolün/maddenin neden olmuş ya da alevlendirmiş olabileceği, sürekli olarak var olan ya da yineleyici bir biçimde ortaya çıkan fizik ya da psikolojik bir sorunun olduğu bilinmesine karşın alkol/maddenin kullanımı sürdürülür(6, 7, 13, 17, 31, 101).

1.5.3.8.2.ALKOL KÖTÜYE KULLANIMI (DSM-IV)

12 aylık bir dönem içinde herhangi bir zaman ortaya çıkan, aşağıdakilerden üçü (ya da daha fazlası) ile kendini gösteren, klinik olarak belirgin bir bozulmaya ya da sıkıntıya yol açan uygunsuz kullanım örüntüsü:

- ✓ İşte, okulda ya da evde alması beklenen başlıca sorumlulukları alamama ile sonuçlanan yineleyici biçimde alkol/madde kullanımı

- ✓ Fizik olarak tehlikeli durumlarda yineleyici biçimde alkol/madde kullanımı
- ✓ Alkolle/maddeyle ilişkili yineleyici biçimde ortaya çıkan yasal sorunlar
- ✓ Alkolün/maddenin etkilerinin neden olduğu ya da alevlendirdiği, sürekli ya da yineleyici toplumsal ya da kişilerarası sorunlara karşın sürekli alkol kullanımı(6, 13, 17, 31, 101).

1.5.3.9.ALKOLÜN YOL AÇTIĞI BOZUKLUKLAR

1.5.3.9.1.ALKOL ENTOKSİKASYONU TANI ÖLÇÜTLERİ(DSM-IV)

A.Yakın bir geçmişte alkol kullanmış olması

B. Alkol kullanım sırasında veya hemen sonrasında gelişen, klinik açıdan belirgin olarak uygunsuz davranışsal ya da psikolojik değişiklikler (Örn. Uygun düşmeyen cinsel ya da saldırgan davranış, duygu durum değişikliği, yargılama bozukluğu, toplumsal ya da mesleki işlevsellikte bozulma)

C. Alkol kullanımı sırasında ya da hemen sonrasında gelişen aşağıdaki bulgulardan birinin(ya da daha fazlasının) bulunması:

- 1)Konusma bozukluğu
- 2)Koordinasyon bozukluğu
- 3)Sendeleyerek yürüme
- 4)Nistagmus (Çeşitli yönlerde ritmik göz hareketleri)
- 5)Dikkat ve bellek bozukluğu
- 6)Stupor ya da koma

D. Bu belirtiler genel tıbbi bir duruma bağlı değildir ve başka bir mental bozuklukla daha iyi açıklanamaz(13, 17).

1.5.3.9.2.ALKOL YOKSUNLUĞU TANI ÖLÇÜTLERİ(DSM-IV)

A. Çok fazla ya da uzun süreli alkol kullanımının sonlandırılması (ya da azaltılması)

B. A tanı ölçütünden sonra, bir kaç saatten bir kaç güne dek değişen bir zaman içinde gelişen aşağıdakilerden ikisinin (ya da daha fazlasının) bulunması:

- 1) Otonomik hiperaktivite (Örn. terleme ya da 100'ün üstünde bir nabız hızı)
- 2) Artmış el tremoru
- 3) Uykusuzluk
- 4) Bulantı ya da kusma
- 5) Gelip geçici görsel, dokunsal ya da işitsel halüsinasyonlar ya da illüzyonlar
- 6) Psikomotor ajitasyon
- 7) Anksiyete
- 8) Grand mal konvulsiyon

C. B Tanı Ölçütündeki belirtiler klinik olarak belirgin bir sıkıntıya ya da toplumsal, mesleki alanlarda ya da önemli diğer işlevsellik alanlarında bozulmaya neden olur.

D. Bu belirtiler genel tıbbi bir duruma bağlı değildir ve başka bir mental bozuklukla daha iyi açıklanamaz(13,17).

1.5.3.9.3.DELİRYUM TREMENS

Kronik alkolizmde alkolü bırakmaya bağlı olarak gelişen akut bir beyin hastalık tablosudur. Ancak, alkol kullanımını bırakmamış bir kronik alkol bağımlısında da geçirilen enfeksiyon hastalığının, beslenme eksikliğinin, kafa travmasının etkisi ile deliryum tremens görülebilir. Genellikle alkolü bıraktıktan ya da çok azaltıldıktan 2-3 gün sonra ortaya çıkar ve 4-7 gün sürer(70).

Klinik Belirtiler: Hasta dağınık, telaşlı, şaşkın, ajite görünümündedir. Elllerinde ve bedeninde tremorlar vardır. Kendine ve çevreye zarar verebilirler. Bilinç bulanıklığı, taşkın ya da çökkün

duygu durum, yönelim bozulur, dikkat dağınıklığı, varsanılar(işitsel, görsel, dokunsal) vardır. Düşünce süreci ve içeriği dağınıktır. Yüzde ve gözde kızarıklık, terleme, kan basıncının yükselmesi, nabız hızlı, ateş, sıvı kaybı, elektrolit dengesizliği belirtileri olur. Uykusuzluk sık görülür. Hastalık tablosu ağırlaşırse stupor ve koma olabilir(70). Tedaviye alınmamış deliryum vakalarında ölüm riski %20'dir ve ölüm sıklıkla pnömoni, böbrek hastalığı, karaciğer ya da kalp yetmezliği gibi komplikasyonlar sonucu gelişmektedir(13).

1.5.3.10. TEDAVİSİ

1.5.3.10.1.AKUT DURUMLARIN TEDAVİSİ

A. Akut Alkol Entoksikasyonu

Alkol düşük dozlarda hafif davranışsal, duygusal, bilişsel değişikliklere neden olur. 100ml kanda 100–200 mg alkol ile bedensel ve duygusal denge, konuşma, bellek, yargılama bozulur(sarhoşluk); 200–300 mg alkol ile denge, konuşma, bellek, yargılama ağır derecede bozulur; 400–500 mg alkol ile koma, 600–800 mg ile ölüm olur. Çok fazla miktarda alkolü(900–1250 cc rakı veya eşdeğeri) kısa sürede içen kişi genellikle komaya girer. Ölüm solunum yetmezliği ya da sekresyonların aspire edilmesinden olur(35, 70).

- Solunum yolu açık tutulmalı. Sekresyonların aspire edilmesi önlenmelidir.
- Hastaya damar yoluyla % 10'luk dekstroz takılır, kas içi ya da damar yoluyla B vitamini verilir.
- Kalbi destekleyici önlemler alınır. Oksijen verilir.
- Ağır taşkınlık durumu, saldırgan davranışlar varsa mümkün olduğunca trankilizan, nöroleptik ya da hipnotiklerden kaçınmak, hastayı sözle, güven vererek yatıştırmaya çalışmak uygun olur.

- Zorunlu koşullarda kısa etkili bir benzodiazepin(lorezepam gibi) yoksa diazepam kas içine ya da damar yoluyla yapılabilir. Gerektiğinde buna haloperidol kas-içi yolla eklenebilir.
- Amfetamin, kafein gibi uyarıcıların yararı yoktur(6, 70).

B. Alkol Yoksunluğu ve Deliryum Tremens

Hastaların birçoğu uzun süre alkol bağımlısı oldukları halde, hastalığı ve tedaviyi reddettikleri için alkolün bırakılması kolay değildir. Kimileri ayaktan bırakmayı denemek ister, kimi durumlarda da hastaneye yatırma imkânı bulunmayabilir. Ağır bir alkol hastasına, eğer hastaya destek olabilecek kişiler de varsa hastaneye yatırmadan alkolü bıraktırma denemesi doktor gözetiminde yapılabilir. Bu denemelerde kimileri başarılı da olabilir. Hastanede bıraktırma genellikle birden uygulanır. Yani hastaya giderek azalan dozlarda alkol verilmez.

- Hasta sessiz, az uyaranlı, karanlık olmayan bir odada yatırılır. Genel durumu iyi ise servis içinde dolaşmasına, ilişki kurmasına izin verilir.
- Fizik muayenesi ve laboratuvar incelemelerine hemen başlanır: Kan biyokimyası, elektrolitler, BUN, karaciğer fonksiyon testleri, açlık kan şekeri, kan sayımı, akciğer filmi, EKG.
- Hastanın oral alımı varsa proteini bol besin ve günde 5–6 litre sıvı verilir. C ve B kompleks vitaminleri kas içine ya da damar yolundan verilmelidir.
- 100 mg klordiazeposid (Librium) kas içi ya da damar yoluyla günde 2–3 kez verilir. Bu yoksa diazepam günde 10–60 mg ya da haloperidol 5 mg günde üç kez verilebilir. Çok ağır olmayan vakalarda bu ilaçlar uygun dozlarda oral verilebilir(6, 70, 101).

Deliryum tremens tedavisi hastanede yapılmalıdır.

- ✓ Hasta aydınlık, az uyaranlı bir odada yatırılır. Kapısı kapatılmaz ve hasta bağlanmaz. Yanında sürekli bakıcı bulundurulur. Hasta sık ve yakından izlenmelidir.
- ✓ Deliryum başlamışsa hasta genellikle oral alamaz. Bu yüzden 24 saat, klordiazepoksid (ya da diazepam) 100 mg x 2-4/gün kas-içi ya da damar yoluyla verilir. Ağızdan alabilirse klordiazepoksid 40 mg x 3-4/gün ya da diazepam 10 mg x 2-4 ağızdan verilebilir. Aşırı taşkınlık durumunda kas-içi haloperidol 5 mg x 1-3/gün verilebilir.
- ✓ Hastaya günde en az 4-6 litre sıvı verilmek istenirse de, beyin ödeme ve dolaşım yetmezliğine neden olmamak için hastanın hidrasyonunu ve elektrolitlerini dikkatli izlemek ve aşırı yüklememek gerekir.
- ✓ C ve B kompleks vitaminleri kas içine ya da damar yolundan verilmelidir(6, 70, 101).

1.5.3.10.2. KRONİK ALKOLİZMİN TEDAVİSİ

1.5.3.10.2.1. GENEL İLKELER:

- Alkolizm başka bir ruhsal bozukluğa bağlı ise alkolü bıraktıktan sonra bu durumların tedavisine geçilmelidir.
- Hastaya var olan hastalıkları hakkında açıkça bilgi verilmelidir. Alkolizmin bir hastalık olduğu ve bu hastalığın ruhsal, bedensel, sosyal komplikasyonları açıklanmalıdır.
- Kronik alkolizmin hemen, kestirme tedavisi yoktur. Hem hastanın kendisi, hem ailesi hem sosyal çevresi için uzun süreli bir mücadele ve destek zorunludur.
- Alkol bağımlısını zorla tedavi ettirmek imkânsızdır. Hastanın işbirliği içinde bulunmadığı girişimleri yapmak er geç olumsuz sonuçlanır(70).

1.5.3.10.2.2. İLAÇ TEDAVİSİ:

Disulfiram(Antabus): Hasta alkölü bıraktıktan sonra önemli bir sakıncası yoksa disulfiram tedavisi hastaya açıklanır. Disulfiram alkölizmi iyileştirmez. Ancak şiddetli içme tutkusu başlayınca hasta içemeyeceğini; içtiğinde bir zehirlenme ve ağır içtiğinde de ölüm tehlikesi ile karşılaşabileceğini bilir. Bu ona bir destek, bir erteleme olanağı sağlar. Alkölü içme tutkusu geldiğinde içemedikçe ve antabusa devam ettikçe içkiden uzak durma süresi artar. Süre uzadıkça güveni yerine gelir. Fakat alköl hastalarının çoğu bir süre sonra “artık ben içmemeyi başarabiliyorum, antabusa gerek yok” diyerek ilacı bırakır. Bu, genellikle yeniden başlamaya doğru bilinçli ya da bilinçdışı bir adımdır. Antabus alan hasta alköl almaya başlarsa hemen hastaneye götürülmelidir. Hastaya damar yolundan sıvı, antihistaminik ve C vitamini ya da efedrin sülfat verilerek yaşamı kurtarılabilir. Sonuç, alınan antabus ve alköl miktarına bağlıdır(6, 70, 101).

Yan etkileri: En çok uyku halsizlik, yorgunluk, baş ağrısı, ağızda metalik tat görülebilir. Bulantı, kusma, döküntü, libido azalması, nöropati, hipertansiyon, kanda kolesterol artması nadir olarak bildirilmiştir(6, 70, 101).

Naltrekson: Bir opioid antagonisti olan naltreksonun alkölü bırakanlarda sık görülen nüks(relapse) önlemede etkili olduğu gösterilmiştir. Çalışmalar naltreksonun içme özlemini(craving), alkolden alınan zevki, alınan alköl miktarını, içilen gün sayısını ve tekrarları azalttığını göstermektedir. Fakat araştırmalar hastaların yarısından çoğunun ilacı almayı sürdüremediklerini göstermektedir(70, 101).

Serotonerjik ilaçlar: Bunaltı giderici bir ilaç olan buspironun (buspon) alköl alma isteğini azalttığına ilişkin yayınlar varsa da bunu desteklemeyen yayınlar da vardır. Fluoksetin, fluvoksamin, paroksetin, sertralin, sitalopram ile yapılan uygulamalarda bu ilaçların alköl alımını bir miktar(%15–20) azalttığını bildirilmektedir(70, 101).

Akamprosat: Alkolü bırakmış olan alkol hastalarında sık gelişen içme özlemini(craving) azalttığını kontrollü araştırmalarla gösterilmiştir. Avrupa'nın değişik ülkelerinde yapılan araştırmalarda 1332 mg–1998 mg/gün dozlarda akamprosatin uzun süre kullanımı ile içme özleminde ve nükslerde belirgin derecede azalma olduğu gösterilmiştir. Artık akamprosat Türkiye'de bulunmaktadır. Fransa'da Aotal, Almanya'da ve Türkiye'de Campral (333 mg kap) adları ile satılmaktadır(70,101).

1.5.3.10.2.3.PSİKOTERAPİ

Hastanın strese dayanma gücünü arttırmaya ve uyum yetilerini güçlendirmeye yönelik destekleyici ya da analitik yönelimli psikoterapilerin yararı olabilir(70). Bunlar arasında bireysel, grup ve aile tedavisi vardır(101). Psikoterapiye uygun ve ihtiyaç duyan hasta grubunun doğru olarak saptanması tedavi başarısını arttıracaktır(36).

1.5.3.10.2.3.1.ALKOL VE MADDE BAĞIMLILIĞINDA STRESİN YERİ VE ÖNEMİ

Bireyin bedensel ve ruhsal sınırlarının tehdit edilmesi ve zorlanması stresin ortaya çıkmasına neden olur. Bireyin, bozulan dengelerinin yeniden kurulması için yeni duruma uyum sağlaması gerekir. Bilim adamlarından Walter B. Cannon(1930) bedenin stres karşısında gösterdiği “savaş ya da kaç” tepkisine ilişkin ilk araştırmaları yapmıştır. Kanadalı tıp araştırmacısı Hans Selye ise (1977), strese ‘Genel Uyum Belirtisi’ adını vermiştir. Selye'ye göre genel uyum belirtisinin alarm reaksiyonu, direnç dönemi ve tükenme dönemi olmak üzere üç farklı basamağı vardır. Tükenme basamağında bireyin savunma sistemi aşınmakta, mücadele gücünü yitirmekte ve sonuçta stresle ilgili birçok hastalıklara yakalanması mümkün olmaktadır(22, 45, 86, 88, 96).

Bireyin stresle başa çıkmada olumlu duygu, düşünce ve davranış geliştirebilmek için yapması ve uyum sağlaması gereken yollar şunlardır:

- “Ya hep ya hiç” düşünce tarzından uzak durmak
- Aşırı genelleme yapmamak
- Zihinsel çarpıtmalardan uzak durmak
- Olumluyu geçersiz kılmamak
- Hemen bir sonuca varmamak
- Bazı olayları aşırı büyütmemek ya da aşırı küçültmemek
- Duygusal mantık yürütmemek
- “Me” li “ma” lı cümleler kullanmamak
- Etiketleme ve yanlış etiketleme yapmamak
- Her hangi bir olayı kişiselleştirmemek
- Kendi kendine olumlu diyalogda bulunmak
- Telaş ve acelecilikten vazgeçmek
- Zaman baskısından kurtulmak
- Kendinize zaman ayırmak
- Öfkeyi yapıcı olarak kullanmak
- Derinlemesine gevşeme teknikleri uygulamak(otojenik eğitim, aşamalı gevşeme, meditasyon, biyolojik geri bildirim, gibi)
- Hızlı gevşeme teknikleri uygulamak(derin solunum, zihinde canlandırma gibi)
- Problem çözme teknikleri uygulamak(problemi saptama, seçenekleri gözden geçirme, bir çözümü seçme, sonuçları değerlendirme aşamalarından oluşur)
- Zamanı iyi kullanmak
- Etkili iletişim içerisinde olmak

- Eleştiri verebilmek ve alabilmek
- Doğru egzersizleri seçip uygulamak
- Uygun ve dengeli beslenmek
- Ölçülü olma alışkanlığını edinmek
- Alkol, madde ve aşırı dozda sakinleştirici ilaçlardan uzak durmak
- İyi dinlenmek ve yeterli uyumak(22, 88).

Stres, ancak aşırı boyutlara ulaştığında hastalığa, gerginliğe yol açmaktadır. Bu hastalıklardan ikisi alkol ve madde bağımlılığıdır(22, 45, 86, 88, 96).

Bireyin karşılaştığı sorunlara çözüm üretmek veya sorunlarla başa çıkmak için uygun davranmayı ve düşünmeyi gerektirir. Sorunların çözümü için alınan alkol/madde ancak kişiyi uygun düşünme, duyma ve davranmadan uzaklaştırır. Üstelik mevcut sorunlara bir de alkol/maddenin yol açtığı sorunlar eklenmiş olur. Kişi bir süre sonra alkol/madde alma nedeniyle sorunlardan uzaklaşmaya başlar. Bu noktada mevcut durumun kesinleşmesi ve düzelmesi için profesyonel desteğe ihtiyaç başlar. Ancak alkol/madde kullanımı yaşam biçimini oldukça etkiler, kişi çözümsüz hissettiğinde alkol/madde kullanarak rahatlamaya çalışır. Bir süre sonra da alkol/madde kullanma sorunlarla "başa çıkma" mekanizması olarak algılanır. Bu durum kişinin doğal olarak gelişebilecek "başa çıkma" mekanizmalarının engellenmesine neden olduğu gibi alkol/madde bırakıldıktan sonra da kişinin kendisini daha da çözümsüz hissetmesine neden olabilir(10).

1.5.3.10.2.3.2.BİLİŞSEL-DAVRANIŞÇI TEDAVİ

Son 20 yıldır psikoterapi alanında en yaygın olarak kullanılan terapi akımlarından biri de bilişsel-davranışçı tedavidir. Bilişsel öğeler bir kuram çerçevesinde ele alınmış ve buna bağlı olarak geliştirilen bilişsel-davranışçı teknikler sistematik olarak ortaya konmuştur.1960'lerden sonra davranışçı tedavilerin bazı ruhsal bozuklukların tedavisinde etkili olduğu gösterilmiş ve

bu çeşit tedavilerin uygulanmasında büyük bir artış olmuştur. Bilindiği gibi davranışçı teknikler öğrenme ilkelerine, özellikle klasik ve edimsel koşullanma modellerine dayalı olarak geliştirilmiştir. Ancak, çok geçmeden edimsel ve klasik koşullanma paradigmalarının insanlarda her çeşit öğrenmeyi açıklamada yeterli olmadığı gösterilmiştir. Sosyal öğrenme kuramcıları doğrudan koşullanma olmaksızın insanların başkalarının davranışlarını gözleme yoluyla öğrenebilecekleri ileri sürmüşlerdir. Bilişsel psikoloji de kavramsal öğrenmenin önemini vurgulamıştır(81).

Alkol ve madde bağımlılığı hastalarda bilişsel-davranışçı terapi, hastanın kendisiyle ilgili olumsuz inançları ve alkol/madde kullanımına yönelik kendine “izin verici” ve “kullanımı kolaylaştırıcı” inançları ele alınır, alkol/madde kullanımı ile ilgili düşünce ve imajları belirlenir ve sınanır; alkol/madde kullanım davranışlarını arttırıcı düşünceleri değiştirilir; yoksunlukla başa çıkma becerileri güçlendirilir; nüksler önlenmeye çalışılır(89).

1.5.3.10.2.4.NÜKS ÖNLEME MODELİ

Nüks(relaps): Belirli bir kullanmama döneminden sonra kullanmaya başlamak ve kontrol kayıplarıyla birlikte eski kullanma durumuna gelmektir. Nüks önleme; istenen davranış değişikliklerini devam ettirmede bağımlıya yardımcı olmak amacıyla bilişsel müdahale teknikleriyle davranışsal becerileri birleştiren “BİLİŞSEL-DAVRANIŞSAL” tedavi şeklidir(59).

Nüks önlemenin (Relaps Prevention=RP) amacı:

- Tekrar kullanmaya başlamayı önlemek ve böylece lapse ve relapse olayını engellemek
- Ortaya çıkan relaps epizodlarının başarılı bir şekilde idare edilmesi ve alevlenmenin önlenmesidir(74).

Marlatt ve Gordon(1985) nükslerin "Sonuç" ve "Süreç"e ilişkin iki ayrı tanımlamasını yapmışlardır. Sonuca ilişkin tanımlamaya göre nüks, belirli bir iyileşme döneminden sonra hastalık belirtilerinin yeniden ortaya çıkmasıdır. Bu tanım bir sonuç belirlemektedir. Sonuçta birey ya iyileşmiştir, yani belirtiler tamamen kontrol altındadır ya da hastalık yinelemiştir, yani nüks oluşmuştur(62).

Bağımlılık alanında tedaviler genellikle bağımlılık yapan maddenin kesinlikle ve daimi olarak kullanılmamasına yönelik yapıldığından, yasaklanmış maddenin bir kez kullanımı bile nüks göstergesi olarak kabul edilmektedir. Sürece ilişkin tanımlamaya göre ise nüks bir geriye gidiş, kötüleşme ve değer kaybetme sürecidir, eğer geriye gidiş sürecini başlatan hatalı davranışlar sonlandırılabilirse nüks oluşmayabilir. Bu esnek bakış açısıyla içilen 1–2 kadeh içki yalnızca bir hatadır ve bırakılmış eski istenmeyen davranışın bir kez daha yinelemiş olduğunu gösterir. Yapılan hata sonunda düzeltici tedbirler alınır ve kontrol kaybedilmezse nüks oluşmaz. Yanlışlara yer bırakmak ise bireyde; çaresizlik, başarısızlık ve umutsuzluk duygularının oluşmasına engel olur(62).

Marlatt ve Gordon(1985) böyle bir hatanın nüksden ayırımını daha kolaylaştırabilmek için lapse terimini kullanmışlardır. Lapse, bir küçük hata ve daha iyi durumdan kötüye gidiş anlamı taşır. “Bir buz pateni yarışında paten yapan kişi yere düştüğünde ayağa kalkar ve yarışa devam ederse yalnızca hata puanı alır (lapse). Ayağa kalkamayan ise diskalifiye olur ve yarış kaybeder (relapse)”. Alkol bağımlılığı alanında bir hatanın (lapse içilen 1–2 kadeh içkinin), nükse (relapse) dönüşüp dönüşmeyeceğini belirleyen, bireyin yaptığı hataya gösterdiği bilişsel ve duygusal tepkilerdir. Hatalara yer bırakmayan, sonuca ilişkin nüks tanımlaması ve bu tanımlamayı temel alan bir anlayış içinde, birey bir kadeh bile içse, kontrol algısında bir bozukluk oluşmakla ve kişi bu durumdan kendi iradesizliğini sorumlu tutmaktadır. Böylelikle kontrol kaybı düşüncesi oluşmakta ve aynı düşünce aşırı bir alkol tüketimine neden olmaktadır, böylelikle bireyde nüks olmakta, daha da kötüsü alkolü

bırakmayı beceremeyeceğine ilişkin bir umutsuzluk ve çaresizlik içine girebilmektedir. Oysa hatalara yer bırakan “süreç”e ilişkin tanımlama bireyde kontrol kaybı, umutsuzluk ve çaresizlik duygularının oluşmasını engellemektedir(62).

Marlatt ve Gordon’un(1985) Nüks Önleme Modeli sosyal- bilişsel psikolojiye dayalıdır ve nüks epizotlarını önlemek ya da azaltmak için hem kavramsal bir nüks modelini hem de bilişsel – davranışsal stratejilerin bir grubunu içerir. Bu modelin genel bir yaklaşımı; nüks epizotlarına neden olabilen ya da yardımcı olabilen faktörlerin ya da durumların detaylı sınıflandırılmasıdır(75).

Marlatt ve Gordon(1985) tarafından geliştirilen Nüks Önleme Modelinde, hem acil durumların hem de gizli durumların nükse neden olduğunu ileri sürerler. Nüks Önleme Modeli aynı zamanda terapist ve hastaya nüks sürecinin her bir aşamasını belirtmesine izin veren bir çok spesifik ve global girişim stratejilerini de içerir(75).

1.5.3.10.2.4.1.NÜKS ÖNLEME MODELİNİN HEDEFLERİ

- Yeni başa çıkma yöntemleri geliştirmek
- Alkol/madde kullanımı ile ilgili yanlış düşünce ve beklentileri değiştirmek
- Alışkanlıkları ve yaşam biçimini değiştirmek(59).

1.5.3.10.2.4.2.NÜKSÜN ACİL DURMLARI

❖ Yüksek-risk durumları

Şekil 1:Nüks sürecinin bilişsel-davranışsal modelinde, yüksek-risk durumun rolü(24,75).



Yatarak tedavi görmüş alkoliklerde nüksü ortaya çıkaranlar konusundaki araştırmaya dayanarak Marlatt, çalışmaya katılanların tanımladığı durumlar içinde emosyonel, çevresel ve kişilerarası nüks özelliklerini sınıflandırır. Bu sınıflandırmaya göre bazı çeşitli durumlar nüks epizotlarında rol oynayabilir. Bunlar;

- Negatif emosyonel durumlar
- Kişilerarası çatışmayı içeren durumlar
- Sosyal baskı
- Pozitif emosyonel durumlar(örn: kutlamalar, düğün) (75).

1.5.3.10.2.4.3.YÜKSEK-RİSK DURUMLARIN GİZLİ DURUMLARI

Yüksek-risk durumlar, nüks epizotların acil durumları olarak kavramsallaştırılabilmesine rağmen, az sayıda belli faktörlerin de nüks sürecini etkiler. Bu gizli durumlar, rasyonalizasyon, inkâr ve geçici bir zevk için bir istek gibi bir nüksü başlatmaya neden olabilen bilişsel faktörleri ve de ayrıntılı stres düzeyi gibi yaşam stili faktörlerini içerir. Bu faktörler bir bireyin, hem yüksek-risk durumlar tehlikesini arttırarak hem de yüksek risk durumlarda içmeye direnmede isteği azaltarak nüks riskini arttırabilir.

- ❖ Yaşam stili faktörleri
- ❖ İstekler ve dürtüler(75)

1.5.3.10.2.4.4.NÜKS ÖNLEME GİRİŞİM STRATEJİLERİ

Nüks Önleme Modeli, nüks sürecinde her bir aşamayı amaçlamak için düzenlenmiş bir çeşit bilişsel –davranışsal yaklaşımları içerir. Bu yaklaşımlar; nüksün acil durumlarına odaklanan spesifik girişim stratejilerini ve nüksün gizli durumlarına odaklanan global kendi kendini yönetme stratejilerini içerir. Hem spesifik hem de global stratejiler üç temel kategoride toplanır. Bunlar; eğitim becerileri, bilişsel yeniden yapılandırma ve yaşam stilini dengelemektir(75).

❖ Spesifik girişimler

Spesifik girişimler her bir hasta için spesifik yüksek-risk durumları belirlemeyi ve hastanın bu durumlarla baş etme becerilerini arttırmayı, hastanın öz yeterliliğini arttırmayı, alkolün/maddenin etkilerine ilişkin inançları gidermeyi, lapslarla baş etmeyi ve hastanın nüks süreci algılarının yeniden yapılandırılmayı içerir(75).

❖ Global girişimler

Global stratejiler, hastanın yaşam stilini dengelemek ve onun pozitif bağımlılıklarını geliştirmeye yardım etmek, uyarıcı kontrol teknikleri kullanmak ve istekle baş etme teknikleri ve nüksün yol haritasını geliştirmekten oluşur(75).

Nüks sürecine etkili olabilecek hasta ve tedavi programları ile ilgili faktörler aşağıdaki gibi özetlenebilir(48, 59).

1. Tek başına etkili bir tedavi yöntemi yoktur. Bir bağımlı için bile birkaç yöntemi birlikte uygulamak daha olumludur.
2. Tedavi ortamından çok tedavinin içeriği daha fazla etkiye sahiptir.
3. Terapist özellikleri; özellikle empati sonuçları etkiler.
4. Hastaların benzer özellikte olmasının iyi sonuçlara katkısı vardır.
5. İşyeri tarafından tedaviye zorlanma ve işverenin tedavi programına katılması tedavi sonuçlarını olumlu olarak etkilemektedir.
6. Grup ve bireysel terapi ağırlığı; grup etkileşimine ağırlık vermenin sonuçları olumlu olarak etkilediği ileri sürülmüştür.
7. Tedavi ekibinin özellikleri; medikal yönelimli tedavi programlarında bağımlıların tedavi programını tamamlama eğiliminde oldukları saptanmıştır.
8. Psikiyatrik değerlendirme; birlikte var olan psikiyatrik başka bir hastalığın değerlendirilmesi ve uygun şekilde ele alınması oldukça önemlidir. Bu konuda yapılan çalışmaların sonuçları oldukça değişkendir.
9. Hastanede yatma süresi; bazı çalışmalarda hastanede kalma süresi ve olumlu sonuçlar arasında negatif bir ilişki, bazı çalışmalarda ise pozitif bir korelasyon saptanmıştır.

1.5.3.10.2.4.5. NÜKS(TEKRRAR İÇMEYE BAŞLAMA) AŞAMALARI VE BELİRTİLERİ (59)

1) Kişinin Kendisi İle İlgili Olan Veya İçsel Belirtiler

- Düşünce netliği ve açıklığının azalması, karar verme zorluklarının başlaması
- Duygu ve heyecanların kontrol edilmesinde zorlanmaya başlama
- Olağan olmayan “öğrenme ve hatırlama” zorlukları
- Günlük yaşantının meydana getirdiği zorlanma, gerilim ve sıkıntılarla başa çıkamamak
- Uyku düzeninin değişmesi, rahat uyumama
- Daha önceden var olmayan “sakarlıkların” olması
- Utanma, suçluluk, umutsuzluk gibi olumsuz duyguların yaşanmaya başlanması

2) İnkâr

- Kendi durumu için endişelenme duymaya başlama, alkolsüz/maddesiz yaşamın zor olduğunu hissetmek, sıkıntı duymak
- Kişinin bu durumunu, endişelerini kabul etmemesi

3) Kaçınma-Direnç Gösterme

- Asla tekrar alkol/madde kullanmayacağını söylemek “Ben bir daha kesinlikle !!! alkol/madde kullanmam”
- Kendi kullanmama durumu(ayıklık) yerine başkalarının kullanmama durumu hakkında endişe duymak
- Kişisel problemler ve kullanmama durumu hakkında direnç göstermek
- Saplantılı, takıntılı davranışlar
- Kontrolsüz, ani davranışlar
- Yalnız kalmaya başlamak

4) Kriz Oluşturma

- Olaylara tek bir açıdan bakmaya başlama “dünyaya iğne deliğinden bakmak”
- Hafif düzeyde depresyon oluşması
- Günlük yaşantıyı veya geleceği planlayamamak
- Planlanan yaşantının gerçekleştirilememesi, “planların suya düşmesi”

5) Günlük Hareketliliğin Azalması, Durgunlaşma

- Somut, gerçekçi yaşantıdan koparak “hayallerde ve gündüz düşlerinde yaşamak”
- Hiçbir şeyin çözümlenemeyeceği duyguları yaşamak
- “Çocukça mutluluk” beklentileri içinde olmak

6) Şaşkınlık, Aşırı Tepkili Olmak

- Şaşkınlık atakları geçirmek
- Arkadaşlardan huzursuzluk duymak
- Kolayca kızmak, öfkelenmek

7) Depresyon

- Düzensiz ve aşırı yemek yemeye başlamak
- Harekete geçme güçlüğü, motivasyon-güdü kaybı
- Uyku düzeninin iyice bozulması
- Günlük yaşama düzeninin bozulması
- Yoğun depresyon ataklarının yaşanması

8) Davranışsal Kontrolün Ortadan Kalkması

- Grup toplantılarına katılmama veya düzensiz katılma
- Aldırmazlık, umursamazlık
- Problemlerin çözümü için “yardım-hizmet almama”, “ben hallederim” davranışı
- Doyumsuzluk
- Güçsüzlük, çaresizlik duyguları(59)

9) Kontrolden Çıkıldığının Fark Edilmesi

- Kendine acıma duyguları
- “Sosyal içici”(!) olunabileceği düşünceleri
- Bilerek yalan söylemeye başlama
- Kişinin kendine olan güvenini kaybetmesi

10) “Seçim Yapma Şansının” Azalması

- “Gereksiz”(!) öfkelenme atakları
- Tedaviyi bırakmak
- Şiddetli yalnızlık, engellenmişlik, öfke duyguları ve gerginlik duyma
- Davranış kontrolünün ortadan kalkması

11) Alkol/Madde Kullanmaya Başlamak

- “Kontrollü”(!) olarak alkol/madde kullanmaya başlamak
- Utanma ve suçluluk duymak
- Kullanma davranışının “kontrolde” çıkması
- Alkol/madde kullanmaya bağlı problemlerin tekrar başlaması(59).

1.5.3.10.2.4.6.NÜKS ETMENİN ÖNLENMESİNİN PLANLANMASI

1) Stabil Hale Gelme(Durup Düşünmek, Durulmak)

Bu aşama, kişinin nüks etmesinden sonra davranışlarının tekrar kontrol altına alınmasını ifade etmektedir. Bu aşamanın ilk ilkesi, bağımlılığın “HİZMET” almaya GEREKSİNİMİ olduğunu kabul etmesidir. Bu aşamada bağımlılığın düşünceleri, heyecanları, duyguları, hafızası, algısı, davranışları gözden geçirilir ve bu özellikler tekrar kişinin sahip olduğu niteliğe getirilir(59).

2) Değerlendirme

Bu aşamada kişi “nüks gerekçelerini” bulmaya çalışır. Her bağımlının hastalık sürecinde birçok bırakma girişimleri vardır. Nüks dönemleri gözden geçirilerek “yanlış giden şey” bulunmaya çalışılır(59).

3) Eğitim

Nüks bir süreçtir. Bağımlının bu süreci tanması oldukça önemlidir. Bu noktada bağımlının “uzamış yoksunluk belirtilerini” tanması ve bunlarla başa çıkmak için eğitilmesi gereklidir. Bağımlının yaşamındaki “İNKÂR” savunma mekanizmasını nasıl kullandığını tanması hedeflenir. “İnkârın arkası” rasyonalizasyondur. Bu aşamada; özellikle profesyonel olarak alınan “geri bildirimler” ve grup paylaşımlarında belirginleşen mesajlar önemlidir(59).

4) Nüks Belirtilerini Tanıma

Hemen her bağımlıda nüks belirtileri özgüldür. Bu sürecin tanınması için geçmiş yaşantıların gözden geçirilmesi sağlanmaktadır.

En sık görülen belirtiler;

- Sağlık problemleri
- Düşünce problemleri
- Heyecansal problemler(59)

5) Nüks Belirtileri İle Başa Çıkma

Nüks belirtileri yaşamın kaçınılmaz gerçeklikleridir. Bağımlı öncelikle nüks belirtileri yaşamasının veya göstermesinin doğal olduğunu kabullenmelidir. Başa çıkma sürecinde; belirtiyi tanıma, “yürekten” kabullenme oldukça avantajlı konulardır. Bu aşamadan sonra plan yapılır ve uygulamaya geçilir. İşe yarayan davranışı veya çözümü bulmak zaman alabilir. Üstelik işe yarayan alışkanlık haline getirmek gerekmektedir(59).

6) Günlük Gözden Geçirme

Bağımlının günlük olarak özellikle nüks belirtilerini gözden geçirmesi önemlidir(59).

7) İyileşme Programının Gözden Geçirilmesi

8) “İlgili-İlişkili” Diğer Kişilerin Tespit Edilmesi

Alkol/madde kullanma ve kullanmama davranışını etkileyen aile üyelerinin, iş arkadaşlarının ve grup üyelerinin tespit edilmesi oldukça önemlidir(59).

9) Takip Ve Güçlendirme

Alkol/madde bağımlılığı hayat boyu süren bir hastalıktır. Kullanma dönemi ayrı, kullanma dönemi ayrı birer YAŞAM BİÇİMİDİR. “mr boyu kullanmayacak mıyım” sorusu yerine “mr boyu kullanmam gereksiz” diyebilen bir yaşam tarzı benimsenmelidir. Sık sorulan bir soru: “Hep korkuyla mı yaşayacağım”. Evet! “Korkusu olmayanın cesarete gereksinmesi yoktur”(59).

1.5.3.10.2.4.7.NÜKS ÖNLEME MODELİNİN TERAPÖTİK ÖĞELERİ(18)

- ❖ Nüks nleme Modeli, alkole/maddeye karşı istek ve dürtüyle baş etme gibi alışkanlık değiştirme yolunun ilk aşamalarından meydana gelen acil problemlerin üstesinden gelmek için baş etme stratejileri ğretir(24).
- ❖ Nüks nleme Modeli, hastalara kayma tuzağından kurtarabilen durum esnasında çeşitli kayma durumları, gizli tehlikeler ve tehlike ışıklarının yerini gösteren planları sağlar. Bu model, olası kayma durumlardan kaçınma yolları konusunda hastalara bilgi verir ve kaymamaya razı gelmeksizin ya da alışkanlık değiştirme sürecinden vazgemeksizin başarılı olarak hastalara meydan okumalarla baş etme becerileri kazanmalarına yardımcı olacaktır(24).

- ❖ Nüks Önleme Modeli, hastaların tutum ve davranış değişikliği yolunda kuşkuları olduğunda onlara bazen akıl oyunlarını oynamasıyla hastalara rehberlik yapar. Bu model, hastalara erken uyarı sinyallerini fark etmelerine yardımcı olur. Bu sinyaller hastaları Görüntüde İlgisiz Kararlar yapan psikolojik olarak oyunları içeren nüks tehlikesine karşı tetikte tutar. Aynı zamanda da hastalara akıllarının sıklıkla nüks tehlikesini arttıran inkâr ve rasyonalizasyon gibi savunmaların onlar üzerinde nasıl oynadığını gösterir ve hastalara onların bu bilişsel çarpıtmaları tanımlama ve üstesinden gelmenin nasıl öğrenebileceğini öğretir(24).
- ❖ Nüks Önleme Modeli, hastalara onların günden güne yaşam stilindeki önemli değişiklikleri yapmaya yardımcı olur. Alkol/madde bir bağımlılık çünkü hastalar alkölü/maddeyi, yaşamın sürekli inişleri ve çıkışlarıyla baş etmenin bir anlamı olarak kullanır. Hastalar kullanmayı durdurduğunda onlar, derin duygularına ve zehirlenmenin ötesine saklanmaya çalışmaksızın tecrübelerine güvenebildiklerini öğrenmeye başlarlar. Ayrıca hastalara stresle baş etmenin yeni metotlarını ve günlük yaşamlarında kendilerini doğrulama aktivitelerini, isteklerin nasıl arttığını öğretir(24).
- ❖ Sonuçta Nüks Önleme Modeli, hastalara süreç boyunca olası çöküntülerin ya da nükslerin gelişmesine önceden hazırlamaya ve hazırlanmasına yardımcı olur. Birçok insan, kendileri için çok yüksek beklentiler ve isteklerle alışkanlığı değiştirme yoluna girer. Onlar sıklıkla kendilerinden tek bir hatasız mükemmel olarak davranmayı beklerler. Nüks Önleme Modeli hastalara daha çok gerçekçi bir yaklaşımda bulunmaları için cesaretlendirir, aksi takdirde bir kayma ya da bir çöküntüye sebep olabilen yol durumlarını önceden fark etmelerini ve baş etmelerini öğretir. Aynı zamanda da hastalara gelecek yolda nasıl iyileşmenin olduğunu ve iyileşmeyi nasıl sürdüreceklerini, deneyimlerden nasıl bir şeyler öğreneceklerini ve devam ettireceklerini öğretir(24).

Kısacası, nüks önleme programlarında, hastaların potansiyel nüks işaretlerini tanımları ve bunlarla baş etmeleri öğretilir(98).

1.5.3.10.2.5.ADSIZ ALKOLİKLER(A.A.)

Adsız Alkolikler ortak problemlerini çözmek, yüzyıllardır var olan ve alkolizm denilen o şaşırtıcı hastalığa yakalanmış kişilere iyileşme yolunda yardım etmek amacıyla birbirine dayanışan yüz binden fazla alkolik erkek ve kadından oluşan bir birliktir(1).

Adsız Alkolikler, tanınmış bir operatör doktor ile New York'lu bir borsacının tanışması sonucu 1935 yılında Akron, Ohio'da başlamıştır. Her ikisi de aşırı derecede birer alkol bağımlısı olup, A.A. Birliği'nin kurucuları olmuştur(1).

A.A.'nın temel ilkeleri esas olarak din ve tıp alanlarında ödünç alınmış olup, sonunda başarılı olan bazı fikirler ise birliğin kendi davranışlarına ve ihtiyaçlarına dikkat edilerek elde edilmişlerdir(1).

A.A.'nın Oniki Basamak altındaki ilkeleri, manevi değerde olup, yaşam tarzı olarak uygulandıklarında içme tutkusunu kendinden uzaklaştırıp acı çeken kişinin mutlu ve yararlı bir bütün olmasını sağlar(1).

A.A.'nın Oniki Gelenek'leri Birliğin yaşantısı içinde de uygulanır. A.A.'nın bütünlüğünü nasıl sağladığını ve çevresindeki dünya ile nasıl ilişki kurduğunu, birliğin nasıl yaşadığını ve büyüdüğünü açıklar(1).

1.5.3.9.2.6.ALKOLİKLERİN AİLELERİNİN TEDAVİSİ

Alkol bağımlılığı; var olan aile ve evlilik sorunlarını tetikleyebildiği gibi ayrılık, boşanma, çocuk ve eş istismarı gibi istenmeyen sonuçları da çıkartabilmektedir. Genetik etmenler, ailede hatalı rol modeli ve anlaşmazlık ortamı gibi etmenlerin de hastalığın başlama ve sürmesinde önemli rol oynadığı gösterilmiştir. Araştırmalar, aile ve eşin ayıklık süreci ile

oluşan değişen ilişki dinamiklerine uyum sağlayamamalarının hastalığın nüks etme olasılığını artırdığını göstermiştir. Bir çalışmada alkol bağımlısı olmayan aile bireyinin tedaviye dâhil edilmesinin hastanın tedavi almayı kabulünü ve ayıklığını sürdürmesini sağlanmada önemli olduğu gösterilmiş, aile yakınları tedaviye dâhil edilen hastaların, destek almayanlara oranla iki kat daha fazla tedavi girişiminde buldukları bildirilmiştir(50).

Bağımlılığı aileyi de göz önüne alarak tedavi etmek hem hastaya sağlanan destek hem de yakınlarının “eş bağımlılık” kapsamındaki sorunlarını belirlemek açısından önemlidir. Alkol bağımlılığında uygulanan aile ve evlilik terapileri; değişime niyetli olma, değişim ve değişimin uzun vadede devam ettirilmesini kapsayan üç aşamadan oluşur(50).

1.5.3.9.2.7.KORUYUCU ÖNLEMLER

Alkolizm bütün dünyada en önemli sağlık sorunlarından biridir. Gelişmiş ülkelerde olduğu kadar gelişmekte olan ülkelerde de hızlı tüketim artması ve yayılma olduğu bir gerçektir. Bu nedenle bireysel tedaviden çok toplumsal korunmaya ağırlık verilmesi zorunludur(70).

Alkolizm konusunda en önemli koruyucu önlemler şu alanda olabilmektedir:

- Alkolün elde edilebilirliğini kısıtlamak
- Alkole karşı isteği azaltmak

1) Alkolün elde edilebilirliğini kısıtlamak:

Alkol üretimini ve satımını, satış günlerini, saatlerini, satış yerlerini kısıtlamak; alım satım fiyatlarını, satılacak kişileri denetlemek gibi önlemler sayılabilir. Bunların etkililiği ülkeden ülkeye, toplumdan topluma değişebilmektedir. Fakat etkili oldukları kesindir(70).

2) Alkole karşı isteği azaltma önlemleri:

- Alkolün sağlığa etkilerini eğitimle topluma iletmek
- Alkolü almayı isteklendiren toplumsal değerleri, koşulları değiştirmek, alkole karşı çıkan değer ve inançları pekiştirmek
- Alkol kullanımını arttıracak yaşam koşullarını ve toplumsal durumları düzeltmek
- Risk gruplarını belirleyip bu koruyucu ilkeleri bu gruplara daha yoğunlukla yöneltmek
- Kamu iletişim ve etkileşme araçlarında alkol reklâmlarını önlemek.

Bu koruyucu önlemler direkt devlet politikası ile ilgilidir. Ne yazık ki ülkemiz dâhil bütün dünyada devletler bir yandan içki üretip satarak ya da alkollü içkilere yüksek vergi koyarak para kazanmayı bırakmamaktadır(70).

1.5.4.MADDE KULLANIMINA BAĞLI BOZUKLUKLAR

Madde bağımlılığı yalnız bireysel değil aynı zamanda sosyal sorunlar yaratması nedeniyle toplum sağlığını tehdit eden en ciddi sorunlardan biridir. Madde bağımlılığının varlığı, hem bağımlının işgücü kaybı olması, hem yasadışı eylemlerinin sonucu cezaevi yaşantılarının olması, hem de çeşitli sağlık sorunları nedeniyle ciddi bir ekonomik yük getirmektedir. Ayrıca yukarıda sayılan nedenlerle madde kullanımı, suç işleme, çalışmama gibi durumlar toplumu sosyal olarak da etkileyen çeşitli sonuçlara yol açmaktadır (2, 12, 26, 38).

1.5.4.1.EPIDEMİYOLOJİSİ

Madde kullanımı ve bununla ilişkili sorunlar medeniyetlerin kurulması kadar eskidir. 1960-1970'li yıllardan sonra çok çeşitli uyuşturucu maddelerin bulunabilir ve kullanılabilir

hale gelmesiyle, zaten var olan alkol ve sigara kullanımına ait sorunlara yenileri eklenmiştir(26).

Bu maddeleri kullanma yaygınlığı çağdan çağa, ülkeden ülkeye büyük değişiklikler göstermektedir. Ülkemizde madde kullanımı ve satışı ağır cezalandırıcı yasalarla karşı karşıya olduğu için bu kişilerin hekime ve hastaneye başvurmaları nadirdir. Bu nedenle yaygınlığı bilinmemektedir. Ülkemizde Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesinde yapılan çalışmalar Batı ülkelerine göre düşük oranlar gösteriyorsa bile, yıllar içinde bir artmanın olduğu kesindir. Ülkemizde bağımlılık yapan maddelerin gençler arasında kullanılmasında en başta sigara, alkol ve esrar gelmektedir. Yasal olmayan maddelerin kullanımında en çok esrar kullanımı gelmektedir. Esrardan sonra uçuşu madde, hap ve eroin kullanımı gelmektedir (12, 26).

İstanbul'da 1991 yılında 1500 lise öğrencisi ile yapılan çalışmada herhangi bir maddeyi hayatında en az bir kez kullanan gençlerin oranı %2.6 oranında bulunmuştur(68). Sadece 4 okulda yürütülen bu çalışmaya karşı 1995 yılında 15 ayrı okulda 2800 öğrenci ile bir anket çalışması yürütülmüş ve herhangi bir maddeyi hayatında en az bir kez kullanan gençlerin oranı %7.0 olarak saptanmıştır(99). Yaşam boyu en az bir kez esrar kullanım oranı 1991 yılında %0.7, 1995 yılında %4.0'dır. 1996 yılında 6800 öğrenci ile yapılan anket çalışmasında ise bu oran %4.2 olarak bulunmuştur(63).

1.5.4.2.ETİYOLOJİSİ

Psikolojik Etkenler

Engeller ve sorunlar karşısında kolaylıkla kırılan ve olumsuz duygular yaşayan insanlar bu özelliklerinden dolayı daha da fazla engellenme yaşarlar. Çünkü toplumsal çevre de engellenme yaratacak etkenler çok fazladır. Bu tür kişiler isteklerinin derhal yerine gelmesini isterler. İstekleri geciktiği takdirde yıkım yaşarlar. Yaşadıkları duygular ile giderek bir kısır döngüye girerler Kişinin sıkıntı hissini azaltma isteği ön plandadır. Madde kullanımını

bırakan kişilerin olumsuz bir olay yaşadıkları zaman tekrar madde kullanmaya başladıkları bilinen bir gerçektir. Bu bağlamda sıkıntı hissi ile madde kullanımı arasında bir ilişki vardır (64, 101).

Ödüllendirilme ve sevilme duygusunu erteleyebilme yetisi düşük olan kişiler hemen ödüllendirilmek isterler. Sürekli sevilme ve iyi olma duygusunu yaşamak isterler. Bazı maddeler insanların kendilerini olduğundan daha iyi hissettirdiği için maddeye yönelebilirler. Bu sorun daha çok olgunlaşmamış kişiliklerde gözlenir (64, 101).

Psikoseksüel gelişim dönemlerinde eksikliği duyulan sevgi ve güven eksikliği nedeni, yetişkinlik döneminde yaşanan kaygının bastırılabilmesi ve bu duygu ile başa çıkabilmek amacı ile insanın maddelere yöneldiği söylenebilir(64, 101).

Kalıtımsal Etkenler

Madde kullanan kişilerin ailelerinde de madde kullanımı sık olduğu bilinmektedir. Ancak bu veri madde kullananların çocuklarında da madde kullanımının olmasının nedenlerini genetik teorilerle açıklayamaz. Çünkü aile biçimleri ve aileden öğrenmenin de genetik nedenler dışında ayrı bir etken olduğu ve hangi etkenin çocuğun madde kullanımına yol açtığı bilinemez. Bu nedenler ile genetik bir kod bulunamadığı takdirde madde kullanmanın kalıtımsal bir durum olduğu ileri sürülemez(64, 101).

Bir maddenin o çevrede bulunması madde kullanımını artıran diğer bir etkidir. Eğer, bulunduğunuz çevrede madde yoksa onu hiç bilemezsiniz ya da tanıyorsanız bile kullanma imkânı bulamazsınız. Maddenin olmadığı yerde, madde bağımlılığı da yoktur(64, 101).

Madde kullanımında önemli etkenlerden biri ise, kişinin yaşamında riskleri göze alıyor ve riskli bir yaşamı tercih ediyor olmasıdır. Bütün zararlarına rağmen, madde kullanımı kişilere çekici gelmektedir. Madde kullanımı toplumun koyduğu kurallara karşı gelmektir. Toplumun koyduğu sınırlar içinde yaşayan ve bunların dışına çıkmayan kişilerin madde kullanım olasılığı daha düşük olacaktır(64, 101).

Aile

Aile insan yaşamında ve gelişiminde çok önemli bir yer tutar. İnsanın gelişim dönemlerinde etkilendiği, sevgi ve güven duygularını geliştirdiği kurumdur. Bu noktada çıkacak aksaklıklar, tüm kişiliği etkileyebilir(12,64).

Aile ile madde kullanımı arasındaki ilişki aşağıdaki gibi özetlenebilir;

- Madde kullanan gençlerin büyük çoğunluğunun ailesinde de uyuşturucu madde kullanan kişiler saptanmıştır.
- Madde kullanan gençlerin aileleri genellikle ihmal eden, yeterli kontrol, sevgi ve destek sağlamayan, gevşek disiplinli ana babalardır.
- Madde bağımlılığı aileyi her yönden etkileyen bir hastalıktır. Kimi ailelerin ise ileri derecede katı, baskın, çocuğun gelişimine olanak tanımayan yapıya sahip olduğu belirlenmiştir.
- Boşanmış, ayrı yaşayan, ebeveynlerden birinin kaybedilmiş olduğu, parçalanmış aile çocuklarında uyuşturucu madde kullanımı yaygındır.
- Anne babanın iyi birer model olmaması da önemli bir etkendir. Sorunlar karşısında aciz kalan, çözüm üretemeyen ya da uyuşturucu maddelere karşı hoşgörülü ailelerin çocukları risk altındadır.
- Aile içinde gencin özdeşim kurabileceği bir bireyin olmaması önemli sorunlar yaratabilmektedir.
- Aşırı koruyucu, kollayıcı ailenin çocuklarında da uyuşturucu kullanımı yaygın olduğu gözlenmiştir(12, 64).

Kişilik

Kişilik kavramı, bireyin kendine özgü olan ve bireyi başkalarından ayırt ettiren uyum özelliklerini içerir. Bu özellikler bireyin bilme – düşünme – algılama biçimi, belli durumlarda

belli duygusal tepki gösterebilme yetisi, engellenme ve çatışmalar karşısında başa çıkma ve savunma düzenekleridir(12, 64, 101).

Madde bağımlılığı ile kişilik bozuklukları arasında önemli bir ilişki olduğu saptanmıştır. Bağımlı kişilerde en sık gözlenen kişilik bozukluğu anti sosyal kişilik bozukluğudur. Ayrıca borderline kişilik bozukluğu, pasif agresif kişilik bozukluğu madde bağımlılarında sıklıkla rastlanan diğer kişilik bozukluklarıdır(12, 64, 101).

Madde Kullanmaya Başlamada Önemli Diğer Etkenler

Yapılan araştırmalar gençlerin en sık olarak merak nedeniyle madde kullanmaya başladığını göstermektedir. Arkadaş baskısı ikinci önemli etkidir. Bir arkadaş ortamında yapılan ısrara çoğunlukla dayanılamamaktadır. Arkadaş grubunun dışında kalmak, onlarda farklı olma korkusu yaşanmaktadır. Ayrıca sorunlarını çözmek için başka yol kalmadığına inandıkları anda madde kullanımı siktir. Bir başka deyişle çaresizlik başka önemli bir etkidir. Gençleri madde kullanmaya iten diğer bir etken ise gencin madde kullanarak kendini kanıtlama davranışı gösterme eğilimidir. Farklı ve değişik gözükmek beğeni toplamak amaçlanmaktadır. Ani tepki veren, saldırgan veya asi davranışları olan, her şeyi reddeden, davranış bozukluğu gösteren, aykırı davranışlar içinde bulunan, erken yaşlarda davranış problemleri olan, çabuk heyecanlanan, içe dönmek olan, itaatkâr olan ve yaşlılarından aşırı etkilenen gençler; madde kullanma riski fazla olan gençlerdir(12, 13, 64, 87, 101).

1.5.4.3.OPİOİDLERE BAĞLI BOZUKLUKLAR

Tarihçesi

Opium, poppy (haşhaş, papaver somniferum) bitkisinden elde edilir ve en eski ilaçlardan biridir. Eski Sümerler (İ.Ö 4000) ve Mısır'da (İ.Ö 2000) kullanılıyordu. Opiumun esas aktif içeriği morfin alkaloididir. 20'den fazla alkaloid vardır (%10 morfin,%0.5 kodein, %0.2 tebain, papaverin vs). Bağımlılık yapmayan analjezik (ağrı kesici) üretmek amacıyla yapılan

çalışmalar sonucu opiyumdan morfin, kodein ve bunlardan üretilen ilaçlar ve tebain kullanılarak üretilen bazı yarı sentetik ilaçlar üretilmiştir(13, 21).

Fizyolojik Etkileri

Merkezi sinir sisteminde hem depresan hem uyarıcı etki yaparlar. Bazen bulantı, kusma görülebilir. Güçlü ağrı kesicidirler. Kullanıldığında bir iyilik, gevşeme ve rahatlama, uyuklama durumu olur(13, 70).

Akut Zehirlenme

Enjekte edilen opiyatın bir bölümü kan beyin engelini aşar. Plazma düzeyi ile zehirlenme derinliği doğrudan bağlantılıdır(101). Kan basıncı düşer, kalp atımı ve solunumu yavaşlar. Göz bebekleri küçülür. Giderek refleksler alınmaz olur. Maddenin miktarına bağlı olarak koma ve ölümle sonuçlanır(13,70).

Bağımlılık

Kısa sürede bağımlılık gelişir. Kandaki miktar biraz azalınca gerginlik ve hoş olmayan bir duygu belirince madde kullanım gereksinimi artar. Madde kullanınca ortaya çıkan rahatlama ile madde alma eğilimi pekiştirilmiş olur. Giderek fiziksel bağımlılık ve tolerans oluşur ve aynı etkiyi elde edebilmek için maddenin dozu arttırılır. 60 mg normal birisi için öldürücü olabilirken, ileri derecede bağımlı birisi günde 200, 300 mg'a ihtiyaç duyabilir(13,70).

Yoksunluk Sendromu

Kısa sürede gerginlik, huzursuzluk, sıkıntı ile başlar. 12–16 saat içinde giderek ağır sıkıntı, uykusuzluk, terleme, burun akıntısı, göz sulanması, titreme, esneme, göz bebeklerinde genişleme, tüylerin dikleşmesi görülür. Daha sonra kaslarda ağır seğirmeler, karında

krampolar, kusma, ishal, iştah azalması, kan basıncında yükselme, ajitasyon, zayıflama olur. Bilinç açıktır. Bu durum 7–8 gün içinde yatıştır(13, 70).

Tedavisi

Akut zehirlenmede hasta komadadır. Hava yolu açık tutulmalıdır. Entübasyon ya da trakeostomi gerekebilir. Opioid zehirlenmesi olduğu biliniyorsa naloxone 0.4–0.8 mg iv yaşamı kurtarıcı olabilir. Bu yoksa hastanın solunumunu, dolaşımını korumak, kalbi aşırı yüklemeyecek miktarda sıvı vermek ve komanın açılmasını beklemek gerekir. Bu hastaların önemli bir çoğunluğu ölür(47, 70).

Bırakma sendromunda; Batı ülkelerinde opioid detoksifikasyon tedavisi metadon ile yapılmaktadır. Hastaya 30–40 mg metadon ağızdan verilir ve bu doz genellikle yoksunluk belirtilerinin ortaya çıkmasını önler. 3–7 gün içinde her gün 5 mg azaltılarak metadon kesilir. Bu süre içinde benzodiazepinler, nöroleptikler kullanılır. Türkiye’de metadon konusu çok tartışılmıştır, fakat henüz tıbbi denetim altında kullanımına açık değildir(70).

Uzun süreli tedavide ise; bazı ülkelerde hastaya uzun süre metadon verilerek uyum sağlanmasına yardımcı olunmaktadır. Fakat bu, bir bağımlılığın yerine bir başka bağımlılığın oluşturulmasıdır. Naltrexone; 1985 yılında yaygın kullanıma elverişli hale gelen antagonist etkili bir ilaçtır ve bu nedenle metadondan belirgin bir biçimde farklı bir tedavi seçeneği sunmuştur. Naltroxene spesifik olarak opioid reseptörlerini bloke eder, ilacın varlığında eroine ve diğer maddelere karşı bağımlılığın yeniden gelişmesine engel olur. Bireysel ya da grup psikoterapileri, altta yatan ruhsal bozuklukların tedavisi yararlı olabilir. En önemlisi de koruyucu önlemlerin alınmasıdır(47, 70).

1.5.4.4.KANNABİS KULLANIMI İLE İLGİLİ BOZUKLUKLAR

Tarıkçesi

Çin ve Hindistan'da İ.Ö 3 binden beri kullanılmaktadır. Geçmişte lifleri giysi, yay, kâğıt yapımında kullanılmıştır. Taoizm'de zevk almak için kullanımı yasaklanmıştır. Dinsel ve büyü törenlerinde kullanılmıştır. Hindu Veda'larında tanrı Siva'nın esrarı bulunduğu söylenmektedir. Doğuda esrar, binlerce yıldır batıda alkolün bulunduğu sosyal rolde olmuştur. 19. yy'da ilaç rehberinde nevralji, gut, tetanoz, hidrofobi, kolera, epilepsi, kore, depresyon, histeri, delilik ve uterus kanaması için tavsiye ediliyordu. Migren ve morfin bağımlılığı için de öneriliyordu. Amerika'da 1920'lerde yasaklandı. Esrarın (Cannabis, hashish, marihuana) etkin maddesi (THC) tetrahidrokannabinoldür. Esrar (Marijuana), kenevir bitkisi Cannabis Sativa'nın çiçek ve yapraklarının kurutulup doğranması ile oluşan yeşil ya da gri bir karışımdır. Torba içinde ya da preslenmiş bir şekilde satılır. Haşaş kenevir bitkisinin reçinesinden yapılır. Argoda "ot" denilir (grass, pot, herb, weed, boom, Mary Jane, gangster, chronic). Kullanım şekli; sigara olarak (cigaralık ya da joint adı verilir) ya da pipo, çubuk içinde içilir. Son yıllarda sigaraların içi boşaltılıp crack gibi başka bir madde ile karıştırılmış halde esrar doldurularak hazır satılmaktadır. Bazıları, esrarı yiyeceklere (kurabiye vs) karıştırır ya da demlemek için çaya karıştırır(13, 21).

Fizyolojik- Psikolojik Belirtileri

Esrarın kısa vadeli etkisi verdiği haz etkisi (high) yanında bellek ve öğrenme güçlükleri, algı bozukluğu, düşünme ve problem çözmede zorluk, koordinasyon kaybı, kalp hızında artış, anksiyete ve panik ataktır(13, 21).

Akut Zehirlenme

Anksiyete, huzursuzluk, paranoya, öfori (neşe hali), gevşeme, şakacılık, depersonalizasyon, zaman akışında subjektif yavaşlama, sersemlik, boşlukta yüzme hissi,

bellek ve problem çözümede bozulma, denge bozukluğu, gözlerde kızarma, salivasyonda azalma, sık idrara çıkma, kalp hızında artış, sistolik hipertansiyon, postural hipotansiyon, iştah ve susuzlukta artış, intraokular basınçta azalma, ağrı hissinde azalma, illüzyon, halüsinasyon, psikotik eksitasyon, depresyon, panik belirtiler görülür. Bazı kişiler, başka intoksikasyon belirtisi olmadan, ters etki gösterebilir. Yoğun duygusal çöküntü, paranoya, hezeyanlar, depresyon, panik olur. Saatler, günler sürer. Nadirdir, genellikle ilk kez kullananlarda olur. Anksiyete ya da psikoza yatkın olan kişilerde daha fazla ters etki görülür. Flash-back (madde alındığında yaşanan duyguların madde kullanımı olmaksızın yeniden yaşanması) görülebilir(13, 21, 101).

Bağımlılık

Düzenli kullanım halinde marihuananın etkilerine tolerans gelişir. Psikolojik bağımlılık uzun süren kullanıcılarda ortaya çıkar. Fiziksel bağımlılık da gelişebilmektedir(13,101).

Yoksunluk Sendromu

Rahatsızlık, irritabilite, uyku bozukluğu, anoreksi, terleme, tremor, bulantı, kusma, ishal gibi belirtilerden oluşur(101).

Tedavisi

Spesifik tıbbi tedavisi yoktur. Bağımlılıkta kullanılan genel, sosyal ve psikolojik yaklaşımlar geçerlidir(21). Uygun bir yaklaşım da kullanım motivasyonları üzerine odaklaşmaktır. Hekim altta yatan ve hastanın kendi kendine madde almasına neden olan psikiyatrik durumları araştırmalıdır(101).

1.5.4.5.KOKAİN

Tarihçesi

Kokain, Güney Amerika'da yetişen Erythroxyton coca adındaki bodur bir bitkiden elde edilen bir alkaloiddir. Yerliler, eski dönemlerden beri bunun yapraklarını uyarıcı etkisi için çiğnerler. Bugün kötüye kullanılan kokain (kokain alkaloidi) ilk kez 1860'da izole edildi. Lokal anestetik olarak kullanılmaya başlandı. 1800'lerde birçok hastalığın tedavisi için kullanıldı.1880 ve 1990'larda kokaine çok değer verilirdi. Papa Leo XII, Sigmund Freud, Jules Verne ve Thomas Edison gibi birçok ünlü isim tedavide kullanımını önerdi. 1914'de uyuşturucu olarak sınıflandırıldı(13, 21).

Fizyolojik – Psikolojik Belirtileri

Kokain intranasal, sigara, intravenöz veya subkutan kullanılır. İntranasal veya intravenöz uygulamanın ardından 2 dakika içinde başlar. İntranasal uygulamada etki en yüksek düzeye 15–20 dakika, intravenöz kullanımda ise 5–10 dakika içinde ulaşır. Sigara ile derhal zehirlenmeye neden olur. Alkol ile birlikte alınımı öforiyi artırır. Kokain serebral korteks üzerinde uyarıcı etkisi yapar, eksitasyon, rahatsızlık, öfori, güçlülük duygusunda ve zihinsel yetilerde artış olur. Yüksek dozlarda varsanılar, konsantrasyon güçlüğü, karıncalanma, uykusuzluk, kilo kaybı, tremor, iritabilite, paranoid, taşikardi, kan basıncı ve beden ısısında artış, pupiller dilatasyon olur(13, 101).

Akut Zehirlenme

Akut zehirlenme intravenöz kokain kullanımında sıktır. Yoğun anksiyete, paronoya, varsanılar, öfori, basınçlı konuşma, rahatsızlık, stereotipik hareketler, kan basıncında yükselme, taşikardi, ventriküler iritabilite, midriazis, hipertermi ve solunum depresyonu da ağır zehirlenme belirtilerindedir(13, 101).

Bağımlılık

Crack kokainin son derece potent, serbest formudur. Argoda rock(taş) denilen, küçük içmeye hazır miktarda satılır. Bir veya iki kez denenmesi bağımlılık yapar ve cravinge (özleme) yol açabilir(13). Kokain devamlı olarak fiziksel bağımlılık oluşturmamakla birlikte, hayvan deneyleri maddenin güçlü pekiştirici etki yaptığını göstermektedir. İnsandaki klinik deneyimler kokaine güçlü psikolojik bağımlılık geliştiğini, olguların tüm etkinlikleri dışlayarak madde peşinde koştuklarını göstermektedir(101).

Yoksunluk Sendromu

Devamlı kullanımının ardından kokain bırakıldığında önce ajite depresyon belirtileri ve maddeyi arama davranışı ortaya çıkar. Bu dönemde intihar olasılığı vardır. Bu belirtilerin ardından genel bir enerji azlığı ve dalgalanma gösteren bir depresyon, hipersomnia, hiperfaji ve yorgunluk görülür. Bu belirtiler günler-haftalar arasında kaybolur(13, 101).

Tedavisi

Kokain zehirlenmesinde; hava yolunun açık tutulması, dolaşım sisteminin kontrolü, beden ısısının düşürülmesi gibi genel yaşam önlemleri yapılır. Olgular aşırı uyaranlardan uzak tutulur. Ajitasyon için 5–20 mg diazepam gerekirse verilebilir. Ağır olgularda haloperidol kullanılmalıdır. Hipertansiyon, taşikardi, takipne belirtileri propranolol ile tedavi edilebilir. Hasta tıbbi olarak stabilize olunca klorpromazin veya haloperidol psikotik belirtilerin tedavisi için kullanılır(101).

Temel ilke maddeden ve tekrarlamaya neden olacak olaylardan uzak durmaktır. Bireysel psikoterapi ve danışmanlık yararlı olabilir. Altta yatan depresif duygu durumunun tedavisi için kokain kullananlarda antidepresanlar ve lityum düşünülmelidir(101).

1.5.4.6.AMFETAMİNLER

Tarihçesi

1937'de amfetamin narkolepsi, postensefalitik parkinsonizm, depresyon ve letarji tedavisi amacıyla piyasaya çıktı. Bugün Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu (DEHB), narkolepsi ve depresyon için kullanılmaktadır. Formları; Dextroamfetamin (Dexedrin), Metamfetamin (Desoxyn), Metilfenidat (Ritalin). En çok kötüye kullanılan Metamfetamin (ice)'dir. Dumanoı çekilebilir, sigara içinde içilebilir ve enjekte edilebilir. Etkisi saatlerce devam eder(13, 21).

Fizyolojik-Psikolojik Belirtiler

Coşku hissi ile birlikte aşağıdakilerden en az biri olur. Düşük dozlarla zihinsel ve fiziksel performansta artış, öfori (neşe) ve enerji artışı, hiperaktivite, duygusal küntleşme, yorgunluk, üzüntü ya da sosyal geri çekilme, insanlarla daha fazla birlikte olma, konuşkanlık, kişilerarası ilişkilerde duyarlılık, anksiyete, gerginlik ya da öfke, uyanıklık hali, grandiyosite, kalıplaşmış yineleyici davranışlar, yargılama bozukluğu, tehlikeli olabilecek cinsel davranıştır. Taşikardi, pupiller dilatasyon, kan basıncında yükselme, terleme ya da titreme, bulantı ya da kusma, kilo kaybı, psikomotor ajitasyon, kas zayıflığı, solunumun baskılanması, göğüs ağrısı ya da aritmi, konfüzyon, epileptik nöbet, diskinezi, distoni ya da koma ve algı bozukluğu (varsanı) eşlik edebilir(13, 21, 101).

Akut Zehirlenme

Öfori, konsantrasyon artışı, sempatik ve davranışsal hiperaktivite, rahatsızlık hissi, irritabilite, tremor, konfüzyon, konuşkanlık, anksiyete, duygu durumunda labilite ön plandadır. Kan basıncı, nabız ve beden ısısında artış olur. Terleme, titreme, bulantı, kusma, psikomotor ajitasyon, baş ağrısı, üşüme, ağız kuruluğu, kaslarda güçsüzlük, solunum depresyonu, göğüs ağrısı ve davranışlarda yavaşlama olabilir(101).

Bağımlılık

Amfetamin kullananların çoğu bu maddeyi almaya obezite veya depresyon nedeni ile başlamaktadır. Yineleyen uygulamalarla uyarıcı etkilerine karşı tolerans gelişir. Tolerans gelişince maddeyi arttırma gereksinimi ve ardından bağımlılık gelişmektedir(101).

Yoksunluk Sendromu

Maddenin aniden kesilmesi ile ilaç arama davranışı, disfori, aşırı yorgunluk, halsizlik, depresyon, iştah artışı, letarji, REM uykusunda geri tepme, uyku düzeninde bozulma, psikomotor yavaşlama ve ajitasyon, bulantı, titreme, hiperfaji, kötü rüyalar görme gibi belirtiler ortaya çıkar. Bu belirtiler son dozdan 48–72 saat sonra en yüksek düzeyine ulaşır. Haftalarca devam edebilir. Yoksunluk hayati tehlike göstermez(101).

Tedavisi

Merkezi sinir sistemi iritabilitesini azaltmak, otonomik sinir sistemi hiperaktivitesini azaltmak, psikotik belirtileri kontrol etmek, maddenin ve metabolitlerinin atılımını hızlandırmak temel amaçtır. Hastaya akut dönemde bromokriptin, amantadin, veya desipramin önerilmektedir. Ajitasyon ve psikotik belirtiler için benzodiazepinler, haloperidol verilir(101).

1.5.4.7.HALÜSİNOJENLER

Tarihçesi

En bilinen sentetik halüsinojen ilk kez 1938 yılında Albert Hoffman tarafından sentez edilen LSD dir. LSD(liserjik asid dietilamid), peyot, meskalin, psilosibin, dimetil-triptamin gibi maddelerdir. Psikoza neden olan ilaçlar olarak bilinir ve deneysel psikoz araştırmaları için kullanılır(13, 70). LSD genellikle hap şeklinde veya bir parça kâğıt içinde çözülmüş olarak alınır bazen de intravenöz uygulanır(21).

Psikolojik Etkileri

Bilinç, algılama, duygu durum ve düşünceyi ileri derecede etkilerler. Normalde algılanmayacak uyaranlar algılanır. Bazen görme ve işitme algısı birbirine karışır. Oryantasyon bozukluğu, yanılsamalar ve yalancı varsanımlar olabilir(13, 70).

Akut Zehirlenme

Kan basıncı, beden ısısı ve nabız artışı, pupiller dilatasyon, hiperrefleksi, kas zayıflığı, hipertansiyon, görsel illüzyonlar, geçici algısal değişiklikler, düşünce bozuklukları ve emosyonel labilite izlenebilir. Halüsinojenlerin kullanımına bağlı en sık görülen yan etki "kötü gezi" diye bilinen akut panik nöbetidir(13, 70, 101).

Bağımlılık

Tekrarlayan uygulamalarda LSD'nin davranışsal etkilerine 2-4 günde tolerans gelişir. LSD genel olarak seyrek kullanılır, devamlı kullananlar bile haftada 2 kez den fazla almazlar. LSD ve diğer halüsinojenler arasında önemli ölçüde karşıt tolerans gelişir. LSD kullananlarda fiziksel bağımlılık gösterilmemiştir(13, 101).

Yoksunluk Sendromu

Son ilaç kullanımından birkaç gün ile aylar sonra olguların yaklaşık ¼'ünde ilaç etkileri kendiliğinden tekrarlayabilir. Buna geri dönüş(flashback) denir. Birkaç saniye ile saatler arasında değişen bir süre devam eder (101).

Tedavisi

Hastaya güvence verilir, bir süre sonra normale döneceği belirtilir, yalnız kalmaması sağlanır. Ajitasyon, paranoya durumunda diazepam ve haloperidol verilebilir. Halüsinojenlere bağlı algı bozukluğunda klonidin etkili olabilmektedir. Önerilen doz ise

3x0.025 mg/gün'dür. Kalıcı algı bozukluğu için karbamazepin de önerilen diğer bir ilaçtır(101).

1.5.4.8.UÇUCULARLA İLGİLİ BOZUKLUKLAR

Tarihçesi

Uçucular merkezi sinir sistemi üzerine ağır toksik etkileri olan organik çözücülerdir. Bunlar arasında yapıştırıcılar, çamaşır suyu, saç boyası, tırnak cilası, aseton, duvar boyası, tiner, ayakkabı boyası, tüp gaz, çakmak gazı, saç spreyi, deodorant, oda spreyi, daksil, işaretleyici, kalem ve boyalar, anestezi gazları, eter, kloroform, astma inhalanları, nitrit içeren kalp ilaçları, benzin, propan, bütan, antifriz, akü asidi, tutuşturucu sıvılar, gülme gazlarıdır. Sokakta yaşayan çocuklar arasında en sık kullanılan uçucu maddeler; tiner, bali, tüp gaz, benzin vb dir.(13, 87, 101).

Fizyolojik- Psikolojik Etkileri

Uçucu maddeler hızla başlayan ve hızla geçen bir iyilik haline neden olurlar. Uçucuların etkisi alkol ve sedatif ilaçların etkilerine benzer. Uçucu koklamanın etkileri kullanılan doza göre farklılıklar gösterir. Düşük dozda; neşelenme, kendini iyi hissetme ve uyarıcı etkiler. Orta doz; konfüzyon, algılama bozukluğu, halüsinasyonlar, hezeyanlar, agresif ve tehlikeli davranışlar vardır. Yüksek dozda ise merkezi sinir sisteminin baskılanması, denge bozukluğu, konuşma bozukluğu, dalgınlık ve nöbetler görülür. Kullanım süresine göre de uçucu madde etkileri farklılık gösterir. Uçucu maddelerin sık görülen diğer fiziksel etkileri şunlardır; çarpıntı, solunum güçlüğü, baş dönmesi, baş ve karın ağrısı, kas zayıflığı, bulantı ve burun kanaması, dışkı ve idrarı tutmakta güçlülüktür(13, 87).

Akut Zehirlenme

Yüksek oranda yağda çözünmeleri ve kan beyin engelini hızla geçme özelliği nedeni ile uçucular hızlı zehirlenme gösterirler. Öfori, sersemlik, baş dönmesi, nasal mukoza irritasyonu, konjonktivit, solunumda olağan olmayan koku tanıya yardımcı olur. Kardiyak aritmiler, hipoksi, konvülziyonlar, ölüm olabilir(13, 101).

Bağımlılık

Uçucu maddelere bağımlılık yüksek düzeyde olmaktadır. Bağımlılığın en önemli kriterlerinden birisi olan tolerans gelişimi çok kolay ve hızlı olmaktadır(59). Uçucu madde kullananlarda güçlü psikolojik bağımlılık söz konusudur(101).

Yoksunluk Sendromu

Uçucu maddeler klinik açıdan önemli sayılabilecek yoksunluk belirtilerine neden olmazlar. Uzun süre kullananlarda bile yoksunluk belirtileri oldukça hafiftir. Yoksunluk belirtileri arasında uyku bozuklukları, çarpıntı, yönelim bozukluğu, aşırı sinirlilik, huzursuzluk, terleme, bulantı, kusma görülebilir(87).

Tedavisi

Devamlı uçucu kullanımının tedavisi sosyoekonomik nedenler, ailesel sorunlar, okul başarısızlığı, antisosyal davranış, beyin hasarı nedeni ile oldukça zordur. Destekleyici bakım ve maddeden uzak durmanın sağlanması gerekir. Semptomatik olarak da benzodiazepinler önerilir. Terapötik topluluklar, eğitim ve gerçeğe yöneltici tedaviler yararlı olabilir(87, 101).

1.5.4.9.FENSİKLİDİN VE BENZER ETKİLİ MADDELERLE İLGİLİ BOZUKLUKLAR

Bu gruptaki maddeler beyinde sigma reseptörlere bağlanarak etki ederler. Ketamin de bu gruptandır. Stimülan, depresan, halüsinojenik ve analjezik etkisi vardır. İntravenöz, oral veya intranasal olarak alınabilir(101).

Fensiklidin(PCP) ile doza bağlı olarak kaslarda inkoordinasyon, ekstremitelerde uyuşukluk, pitozis, görme bulanıklığı, miyotik pupiller, algı bozulması, nistagmus, konfüzyon, yönelim bozukluğu, öfori, peltekleşme, ataksi, hiperrefleksi, kas tonusunda artma, katapleksi, ajitasyon, dizartri, duygu durumunda yükselme izlenir. Tedavide hastanın sakinleştirilmesi, tedavi ekibin güvenliğini sağlanması, hava yolunun açık tutulması ve aspirasyonun engellenmesi gerekir. Ajitasyon ve psikotik belirtiler için diazepam ve haloperidol verilir.(101).

Devamlı kullanımda PCP'ye davranışsal tolerans gelişir, fiziksel tolerans bildirilmemiştir. Anksiyete, sosyal izolasyon, ağır depresyon dönemleri, bazen öfke patlamaları göstermelerine karşın nadiren tedaviye gelirler(101).

1.5.4.10.SEDATİF, HİPNOTİK VE ANKSİYETE GİDERİCİ MADDELERLE İLGİLİ BOZUKLUKLAR

Bu grupta barbituratlar, benzodiazepinler, metakolon, glutetimid, mebrobamat, kloralhidrat, paraldehid, metprilon, etklorvinol ve bazı anestetikler bulunur. En sık kullanılanlar ise benzodiazepinler ve barbituratlardır. Kullanımı opiyatlardan daha sıktır. Akut zehirlenmelerde; nistagmus, diplopi, kas tonusunda azalma, motor koordinasyon bozukluğu, ataksi, vertigo, belek bozukluğu, konfüzyon, baş dönmesi, ajitasyon, paranoid belirtiler, dezoryantasyon, uygunsuz affekt, bazen de öfke patlamaları görülür. Hastada dolaşım ve

solunum komplikasyonun gelişmemesi için önlem alınır gerektiğinde de destek verilir. Yüksek dozlarda en önemli tehlike solunum arrestidir. Devamlı sedatif kullanımın tedavisi zordur. Uygun tedavi yöntemlerinin olmayışı, yetersizliği ve devamlı sedatif kullananlarda fiziksel ve psikolojik yeti kaybının yüksek oranda olması korunmanın önemini arttırmaktadır (13, 101).

1.5.4.11. NİKOTİNLE İLGİLİ BOZUKLUKLAR

Nikotin, nikotinic kolinerjik agonist etkili olup otonomik gangliyonları etkiler. Nikotin merkezi sinir sistemi uyarıcısıdır. Dikkat, uyanıklık, konsantrasyon yetisi artar, iştah baskılanır. Nikotin ile ilgili olarak bağımlılık ve yoksunluk söz konusudur(101). Nikotine bağlı ölümler kardiyovasküler nedenler, solunum sistemi hastalıkları nedeni ile olur. Alkol ve sigaranın birlikte kullanımı akciğer, orofaringeal ve gastrointestinal sistem kanserlerini artırır(13, 101).

1.5.4.11.1. Nikotin Yoksunluğu

Sigaranın bırakılmasıyla birlikte nikotin yoksunluk belirtileri ortaya çıkmaktadır.

DSM – IV'e göre;

- ✓ En az birkaç hafta süreyle her gün nikotin kullanılması
- ✓ Nikotin kullanımının birden bırakılmasının ya da kullanılan nikotin miktarının azaltılmasından 24 saat içinde aşağıdaki bulgulardan dördünün ya da daha fazlasının ortaya çıkması
 - Disforik ya da depresif duygu durum, insomnia, irritabilite, sinirlenme ya da öfkelenme, anksiyete, düşüncelerini yoğunlaştıramama, huzursuzluk, kalp hızında azalma, iştah artması ya da kilo alma

- ✓ İkinci tanı ölçütündeki belirtiler klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya ya da toplumsal, mesleki alanlarda ya da önemli diğer işlevsellik alanlarında bozulmaya neden olur.
- ✓ Bu belirtiler genel tıbbi bir duruma bağlı değildir ve başka bir mental bozuklukla daha iyi açıklanamaz(17).

1.5.4.11.2.Sigarayı Bırakma Yöntemleri

Sigarayı bıraktırma yöntemlerinde amaç psikolojik bağımlılığın ve nikotin bağımlılığın üstesinden gelmek ve bu konularda hastaya yardımcı olmak(11).

Sigaranın kısa sürede azaltılarak bırakılması amaçlanır. Azaltarak kesme için nikotin sakızları, transdermal nikotin uygulaması önerilir. Bilişsel davranışçı yaklaşım davranış değiştirmede yararlı olabilir. Kişilerin yaşamlarını zevkli hale getirecek sağlıklarını arttıracak aktiviteler planlanmaları önerilmelidir. Bu aktiviteler egzersiz yapmak, gevşeme ve meditasyon teknikleri öğrenmek, hobilerini uygulamak, ellerini boş bırakmayacak uğraşlar edinmek olabilir. Ani sigara içme isteği geldiği zaman hastaların şekersiz sakız çiğnenmesi, meyve yenmesi, dişlerin fırçalanması, derin nefes egzersizlerinin uygulanması, bulunan yeri değiştirilmesi, spor yapılması, yürüyüşe çıkılması, duş alınması, başka şeylere yoğunlaşma, onlara destek olacak arkadaşlarıyla beraber olmaları önerilir(11, 85, 101).

Sigaranın bırakılmasını izleyen ilk iki ay içinde depresyon ve kilo alma gözlenebilir. Depresyon hafif ve geçicidir(11).

1.5.4.12.MADDE BAĞIMLILIĞIN ÖNLENMESİ

Tüm dünyada bağımlılığı önleme programları giderek önem kazanmaktadır. Bunun nedeni bağımlılığın geliştikten sonra tedavisi güç olan bir durum olmasıdır. Bağımlılık gelişmeden önce yapılacak müdahaleler her zaman daha başarılı, ekonomik ve sosyal açıdan daha yararlı olmaktadır(64).

1.5.4.12.1.Madde Bağımlılığı Önleme Programlarının Önemi

- 1- Kişilerin bağımlılıktan kurtulma isteği tedavinin başarısını etkileyen en önemli faktördür.
- 2- Bağımlılığın getirdiği sosyal ve ekonomik zorluk sonucunda insanlar yasal olmayan eylemler yapabilmekte ve suç işlemektedirler.
- 3- Uygulanan uzun süreli tedavilerin topluma maliyeti çok yüksektir.
- 4- İyileştikten sonra yinelenme olasılığı çok yüksektir.
- 5- Her türlü önleme programı maliyetinin, tedavi maliyetinden daha düşük olduğu gözlenmiştir(64).

1.5.4.12.2.Madde Bağımlılığı Önleme Çalışmalarının Biçimleri

- Bilgilendirme
- Eğitim
- Toplumsal çalışmalar(64).

1.5.4.12.3.Madde Bağımlılığı Önlemede Anne Babanın Yeri

Madde kullanımı ve bağımlılık konusunda en önemli risk grubu gençler olduğu için, anne ve babanın bu konuda önemi çok büyüktür. Anne ve babanın çocuğunun maddeye bağlanmaması için yapacağı bazı basit davranışlar ve girişimler vardır. Bunlar aslında, ailenin her koşulda uyması gereken kural ve işlevlerdir.

- Her anne baba çocuğuyla kuvvetli bir sevgi ilişkisi kurmalıdır.
- Çocuğun davranışlarına bazı belirli kurallar konmalı, kurallar konduktan sonra muhakkak tam olarak uygulanmalıdır.
- Çocuklarıyla maddeler hakkında konuşmalıdır.
- Maddelerin etkilerini, sonuçlarını ve özelliklerini çok iyi bilmelidir.

- Tutarsız davranışlardan kaçınmalı evde konulan kurallar mantıklı, birbiriyle tutarlı ve sınırları belli olmalıdır.
- Ev içinde ve dışında çocuğun gözlenmesi de önem taşır.
- Çocuğun arkadaşlarını, onların ailelerini yakından tanımalıdır.
- Gözlem sürecinde onu suçlayıcı ve yargılayıcı davranışlardan kaçınmalıdır(30, 64,91).

1.5.4.12.4. Madde Bağımlılığın Ruhsal – Toplumsal Tedavi İlkeleri

Madde bağımlılığı tedavisinde başarı sağlamak için iki önemli etken vardır. Bunlardan birincisi kişinin tedavi olmak istemesidir. Eğer kişi tedavi olmayı kendisi istemiyor ise, kimse ona zorla bıraktırmayı başaramaz. Diğeri ise kişiyi maddeyi bırakmaya kendini hazır hissetmesidir. Çünkü kişi maddeyi bıraktığı zaman alışkanlıklarını, arkadaşlarını, yaşadığı ortamı değiştirmek zorunda kalabilecektir. Eğer tüm bunlara hazır değil ise, yapılacak çok fazla bir şey yoktur(64).

Alkol ve madde bağımlılığının oluşmasında benzer nedenler bulunmasına ve ortak tedavi yaklaşımının gerekli olmasına karşın, bağımlıların kişilik özellikleri de gözden uzak tutulmamalıdır. Bu nedenle ortak tedavi yaklaşımını elden geldiğince bireysel ve kişisel özellikleri göre uygulanması, bağımlıların tedavisinde temel ilke olmalıdır. Bağımlıların tedavisi birbirinden ayrı ve kopuk yöntemlerle değil birbirini bütünleyen tamamlayan yöntemlerle yapılmalıdır. Böylece olumlu sonuç alma olasılığı yükselir. Bütünleyici ve tamamlayıcı tedavi aynı zaman da psikiyatrist, psikolog, sosyal hizmet uzmanı, hemşire ve uğraş tedavisi uzmanıyla tedaviye katkısı olan çeşitli devlet, kurum ve kuruluşların işbirliğini gerektirmekte, bunların ortak çalışmasını zorunlu duruma getirmektedir(53).

Alkol ve madde bağımlıların ruhsal ve toplumsal tedavisinde temel amaç onların yeniden topluma kazandırılmasıdır. Bu amacın gerçekleşmesi için önce bağımlı olduğu maddeden arınması, sonra bağımlılığa neden olan bedensel, ruhsal, toplumsal etkilerden kurtulması, daha sonra bağımlılığı nedeniyle kaybettiği toplumsal rolünü yeniden kazanması

gerekmektedir. Ayrıca alkol ve madde bağımlılarına yapılacak en önemli toplumsal yardım onların alkol ve madde alt kültüründen uzak bir ortamda yaşamlarını sürdürmelerini sağlamaktır. Bu nedenle bağımlıların aileleriyle işbirliği yapılarak bağımlının aileye uyumu, ailenin bağımlıya desteği ve yardımı sağlanmalıdır. Bağımlıların çalışma ve iş ortamı bulması, bu ortama uyum sağlaması için destekleyici, yol gösterici girişimler yapılmalıdır(30, 53, 87).

1.5.5.ALKOL VE MADDE BAĞIMLILIĞINDA HEMŞİRENİN ROLÜ

Hemşirelik Bakımı ve Hemşirenin Rolü

Hastanın sıklıkla uzun alkol ve madde kötüye kullanım hikâyesi olması nedeniyle hemşire bireyin devam eden ihtiyaçlarını karşılayan bir bakım planı geliştirmelidir. Hasta bakımı veri toplama süreci esnasında elde edilen veriler ve şimdiki ihtiyaçları üzerine kurulur.

Hemşire hasta, aile ve tedavi ekibine ait işbirliği bakım planının geliştirilmesi ve düzeltilmesinde önemlidir(34).

Hemşirelik bakım planında; yoksunluk belirtileri olan hastaya yardım etme, gerektiğinde beslenmeyle ilgili destek sağlama, diğerlerine ya da kendine yönelen potansiyel şiddet ya da öfkenin ele alınışında hastaya yardım etme, hastanın benlik değerini artırmak için destek sağlama, kısa ve uzun dönem gerçekçi hedefler belirlemede hastaya yardım etme, aile ve diğer önemli kişilerle hastayı tekrar bütünleştirme, mesleksi rehabilitasyon için kaynak sağlama ve taburculuk sonrası hastanın gelişimini izlemeyi kapsar(34).

Hemşirelik Girişimleri

- 1) Hastanın durumu hakkında temel bilgi oluşturmak için aşırı dozda madde kullanım, yoksunluk ve ilaçların birbirleriyle etkileşim belirtilerini gözlerken, hastanın vital belirtileri izlenir.
- 2) Bırakma esnasında güvenli ve etkili tedavi sağlamak için yoksunluğun psikolojik ve fizyolojik belirtileri ve bırakma süreci sırasında verilen ilaç tedavilerinin etkileri değerlendirilir.
- 3) Hastanın bağımlı maddeyi güvenli bir şekilde bırakmasında yardım etmek için anksiyete ve diğer komplikasyonları kapsayan yoksunluk belirtilerini tedavi etmek için terapötik girişimler başlatılır.
- 4) Aileyi hastanın tedavi sürecine dâhil etmek için hasta, aile ya da diğer önemli kişilere psikolojik destek sağlanır.
- 5) Maddeyi bırakma sırasında yaşanan olası illüzyonlar, delüzyonlar ve halüsinasyonlar, kendine ya da diğerlerine potansiyel tehlike nedeniyle maddeyi bırakan hastalar için güvenli, sakin, tehdit edici olmayan bir çevre sağlanır.
- 6) İhtiyacı olan uygun hidrasyonu sağlamak için hastanın sıvı alabilmesine bağlı olarak oral ya da intravenöz besinsel/metabolik ihtiyaçları karşılamasında hasta desteklenir.
- 7) Holistik ve interdisipliner bakım vermek için hastanın kişisel, kültürel ya da spiritüel durumunu düşünerek ihtiyacı olan bir beslenme uzmanına gönderilir.
- 8) Kanun dışı madde için bazı hastaların şiddetli isteklerini azaltmak ve oral ihtiyaçlarını sağlamak için ihtiyacı olan karbonhidrat alımı artırılır.
- 9) Gerekli vitamin ve mineral replasman tedavisi başlatılır. Düşük B vitamini seviyesi, beslenme yetersizliğinin olmadığı durumlarda ve malabsorpsiyonda görülebilir. Magnezyum, demir, çinko seviyesi alkol metabolizması tarafından da etkilenebilir(34).

10) İnkârı kullanan hastaya destek sağlanır. Madde kötüye kullanımının varlığını inkâr eden hastayla terapötik, ilgili bir ilişki kurulur. Psikoterapötik teknikler, yüzleştirme ve davranışçı yaklaşımı kapsayan çeşitli teknikler kullanılabilir. Aile terapisi de belirlenebilir. Destek ve empati sağlama, inkar sürecinde hastaya yardım eder ve madde kullanımıyla ilgili pek çok yaşam problemi konusunda farkındalık geliştirmesinde yardım eder.

11) Madde kullanımının bir sonucu olarak hastada görülen sekonder komplikasyonlara müdahale edilir. Devam etmekte olan alkol ya da madde kullanımı çeşitli komplikasyonlara neden olabilir ve bütün vücut sistemlerine zarar verebilir.

12) Suçluluk ve vicdan azabı düşünceleriyle ilgilenmede ve benlik saygısını geliştirmede yardım etmek için bireysel ve grup etkileşimleri vasıtasıyla ilgili, empatik bir ilişki kurulur.

13) Rol-play, hastanın aileyle buluşması için sessiz uygun bir çevre sağlama ve ilk ziyarette hasta ve aileyle olabildiğince kalmak gibi çeşitli düzenlemeler vasıtasıyla aile ve diğer önemli kişilerin desteğini oluşturma ve güçlendirme konusunda hastanın çabaları cesaretlendirilir. Buluşmadan önce hastanın ihtiyaçları hakkında aile bilgilendirilir.

14) Hasta, aile ve diğer önemli kişilere madde kullanımı, belirtileri, yönetimi ve tedavi sonuçları hakkında sözlü ya da yazılı materyalle eğitim verilir.

15) Hasta ve aile üyelerinin destek gruplarına aktif katılımı konusunda destek sağlanır.

16) Hastanın destek gruplarına katılımı hakkında sabırlı ve esnek olmaları için aile cesaretlendirilir.

17) Alkol ya da madde kullanımını önlemek için hasta, aile ve diğer önemli kişilere madde kullanımı ve önlenmesi hakkında bilgi verilir(34).

18) İyileşme sürecine yardım edecek alternatif barınma, yeni arkadaşlar edinme ve iç güçlerini oluşturma fırsatları bulabildiği toplumsal organizasyonlarla temasını sağlayarak sosyal bir destek sistemi oluşturmada hasta desteklenir(34).

1.6. ÖĞRENİLMİŞ GÜÇLÜLÜK

“Öğrenilmiş Güçlülük” (Learned Resourcefulness) ilk kez Rosenbaum (1983) tarafından stresle başa çıkmada kullanılan bir stratejiyi tanımlamak üzere ortaya atılmıştır. Rosenbaum, bireyin stresle başa çıkmada birtakım becerileri öğrenmiş olmanın yararlı olacağını öne sürmüştü ve öğrenilmiş güçlülük kavramını geliştirmiştir. Öğrenilmiş güçlülük bireyin, amaca yönelik davranışları engelleyen düşünce, duygu gibi etkenleri kontrol altına almasını mümkün kılan bugüne kadar öğrenmiş olduğu beceriler olarak tanımlanmaktadır(80).

Öğrenilmiş güçlülük esas olarak aşağıdaki başa çıkma davranış ve stratejilerini içermektedir:

- Duygusal ve fizyolojik tepkilerle başa çıkmak için öz yönergelerin ve bilişlerin kullanımı;
- Planlama, problemi tanımlama, seçenekleri değerlendirme ve sonuçları tahmin etme;
- Hemen doyum isteğinin ertelenebilmesi
- İçsel olayları kişinin kendisinin düzenleyebileceğine dair genel bir inanca sahip olmasıdır.

Bireyde öğrenilmiş güçlülüğün yüksek olması, dağarcığında her türlü başa ve öz-kontrol becerilerinin yaygın biçimde bulunduğu anlamına gelmektedir. Böylece, bu özelliklere sahip bir birey, stresle başa çıkmada bu donanımı sayesinde stres kaynaklarından daha az etkilenebilmekte ve daha az psikolojik sorunlar yaşayabilmektedir(27, 28).

Baş çıkma stratejileri ile psikopatoloji arasındaki ilişkileri inceleyen çalışmalarda duyguya odaklanma, kaçınma, hayal kurma ve destek arama türü başa çıkmalar psikopatolojik

belirtilerle pozitif ilişki göstermekte; buna karşı, probleme odaklanan ve olumluya yönelen türden stratejiler ise psikopatolojik belirtilerin daha az olmasıyla ilişkili bulunmaktadır. Öğrenilmiş güçlülük ile psikopatoloji arasındaki ilişki dolaylı olarak gösterilebilmektedir. Örneğin, üniversite öğrencilerinden aşırı alkol kullananların öğrenilmiş güçlülüklerinin düşük olduğu bulunmuştur(28).

Rosenbaum (1983) öğrenilmiş güçlülüğü zekâ, akıl başarısı, motor beceriler gibi kişisel bir yapı olarak görmekte ve uygun psikometrik ölçekler ile değerlendirilebileceğini düşünmektedir. Bu amaçla geliştirmiş olduğu “Öğrenilmiş Güçlülük Ölçeği”nin yapı geçerliğinin gerekli düzeyde olduğuna ilişkin bulgular elde edilmiştir(76, 77).

1.6.1. ÖĞRENİLMİŞ GÜÇLÜLÜK KONUSUNDA YAPILMIŞ ARAŞTIRMALAR

Ulaşılan literatürde alkol ve madde bağımlılarında öğrenilmiş güçlülüğü inceleyen araştırmalara rastlanmamaktadır. Gözene Ö. (2002) tarafından, 170 riskli alkol kullanan üniversite öğrencileri ile riskli alkol kullanmayanlarda, stresli yaşam olayları, iç-dış kontrol odağı inancı ve öğrenilmiş güçlülük değişkenlerinin ilişkilerinin incelenmesi sonucunda, riskli grup (n=85) ile kontrol grubu (n=85) birbirleriyle öğrenilmiş güçlülük değişkeni üzerinde anlamlı farklılık göstermemiştir(37).

Baba D. ve ark(2005)'nin yaptığı çalışmada üniversite öğrencilerinin stresle(bilişsel) baş etme düzeyleri incelenmiş, tüm sınıfların RÖGÖ puan ortalaması 127 ± 16 , sınıflarla puan ortalamaları karşılaştırıldığında 2-4 ve 1-2. sınıf puan ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmuştur(20).

Uğurlu N.(2005)'nin yaptığı çalışmada 349 hemşirenin psikolojik belirti gösterme durumları ve stresle başa çıkma stratejileri arasındaki ilişkiyi incelemiş, ruhsal belirti tarama ölçeği toplam puanı ile RÖGÖ toplam puanı arasındaki ilişki negatif yönde anlamlı bir ilişkinin olduğu tespit edilmiştir(92).

Uğurlu ve ark.(2005)'nin yaptığı çalışmada iki farklı hastanede çalışan 349 hemşirenin stresle başa çıkma stratejileri ile kontrol odağı inancı arasındaki ilişkiyi incelemiş, RÖGÖ toplam puanların iki grup arasındaki farkının istatistiksel olarak anlamlı olmadığı tespit edilmiştir(93).

Yıldırım ve ark.(2005)'nin yaptığı çalışmada 121 hemşirenin stresle başa çıkma düzeylerinin ve etkileyen faktörlerin belirlenmesini incelemiş, RÖGÖ ortalama puanı 122.97 ± 16.91 olarak belirlenmiştir(100).

BÖLÜM 2

GEREÇ VE YÖNTEM

2.1.ARAŞTIRMANIN TİPİ

Bu araştırma, alkol ve madde bağımlılığı hastaların öğrenilmiş güçlülüğünü incelemek amacıyla planlanan ön test – son test uygulanan yarı deneysel nitelikte bir araştırmadır.

2.2.ARAŞTIRMANIN YAPILDIĞI YERİ VE SÜRESİ

Araştırma, Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Psikiyatri Anabilim Dalı, Alkol ve Madde Bağımlılığı Tedavi Birimi ve Manisa Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi AMATEM’de 1 Mayıs 2005–31 Ağustos 2005 tarihleri arasında yapılmıştır.

Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Psikiyatri Anabilim Dalı, Alkol ve Madde Bağımlılığı Tedavi Birimi 1993 yılında kurulmuş olup, 1 profesör doktor, 1 uzman doktor, 1 asistan doktor, 4 hemşire ve 1 uğraş öğretmeni hizmet vermektedir. 13 yataklı birimde yatan, kadın ve erkek hastalara bireysel, grup, aile, uğraş terapileri yapılmaktadır. Yaklaşık 7 yıldır, Nüks Önleme Programı yapılmaktadır. Haftada bir Tatlı Çarşamba etkinliği ve günaydın toplantısı, haftada iki gün Adsız Alkolikler grup ve uğraş terapisi, Salı günleri sinema ya da piknik gibi eğlenceli faaliyetler düzenlenmektedir.

Manisa Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi 1539 yılında Kanuni Sultan Süleyman’ın annesi Hafsa Sultan adına yaptırılmıştır. 1540 yılında Manisa Bimarhane’si veya Manisa Darül Şifası adı ile hizmete girmiştir. Hastanenin 10 servisi mevcut olup, bu servislerden bir tanesi tutuklu- mahkûm hastalara aittir (E- Blok Binası). A Blok Binası 1926 yılında, B Blok Binası 1958 yılında, C Blok Binası 1966 yılında, D Blok binası ise 1969 yılında hizmete açılmıştır. Yemekhane, mutfak, çamaşırhane, bloğu ile poliklinik binası 1973 yılında, mescit binası ise 1987 yılında inşa edilmiştir. Hastanede 13 uzman–10 pratisyen hekim, 4 psikolog, 3 sosyal hizmet uzmanı ve 50 hemşire görev yapmaktadır. Birimde 1 uzman hekim ve 5

hemşire çalışmaktadır. 65 yataklı AMATEM biriminde sadece erkek hastalar yatmakta ve birimde hasta ve aile görüşmesi, ilaç tedavisi uygulanmaktadır.

2.3.ARAŞTIRMANIN EVRENİ VE ÖRNEKLEMİ

2.3.1.ARAŞTIRMANIN EVRENİ

Araştırmanın evrenini Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Psikiyatri Anabilim Dalı, Alkol ve Madde Bağımlılığı Tedavi Birimi ve Manisa Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi AMATEM’de yatarak tedavi gören alkol ve madde bağımlılığı hastaları araştırmanın evrenini oluşturmuştur.

2.3.2.ARAŞTIRMANIN ÖRNEKLEMİ

Araştırmanın örneklemini, 1 Mayıs 2005–31 Ağustos 2005 tarihleri arasında Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Psikiyatri Anabilim Dalı, Alkol ve Madde Bağımlılığı Tedavi Birimi’nde klinik tedaviye katılan (tedavinin içinde nüks önleme programının en az 8 seansını tamamlayan), sınırlamalara uyan(n=33) ve Manisa Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi AMATEM’de klinik tedaviye katılan ve sınırlamalara uyan alkol ve madde bağımlılığı hastalar(n=85) araştırmanın örneklemini oluşturmuştur. Çalışma süresince 118 hasta alınmıştır.

2.4.ARAŞTIRMANIN SINIRLILIKLARI

Araştırma kapsamına alınan hastaların;

- Alkol/madde bağımlılığı tanısı almış olması,
- Nüks önleme programının en az 8 seansını tamamlaması,
- Bilişsel yetilerinin yeterli olması,
- Yatarak tedavi görmesi,
- Ağır psikotik bulgularının olmaması,

- En az orta öğretim düzeyinde olması,
- Gönüllü olması,
- 17 yaş ve üstünde olması.

2.5. VERİ TOPLAMA YÖNTEMİ

2.5.1. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI

Araştırmada, veri toplama aracı olarak iki form kullanılmıştır. Bunlar; Hastaları Tanıtıcı Bilgi Formu, Rosenbaum'un Öğrenilmiş Güçlülük Ölçeği (RÖGÖ)'dir(EK-I, EK-II).

Hastaları Tanıtıcı Bilgi Formu, araştırmacı tarafından geliştirilmiş olup, hastaların sosyo-demografik özelliklerini, alkol/madde kullanım özelliklerini ve tedavi olma ve hastalıkla baş etme durumlarını belirlemeye yönelik kapalı ve açık uçlu olarak hazırlanan 41 sorudan oluşmaktadır (EK-I). Alkol kullanma miktarı için "standart içki" terimi kullanılmıştır. "Standart içki" ülkeden ülkeye farklı alkol miktarına göre özel bir "formül" ile hesaplanmaktadır. Ülkemize göre pratik uygulama için hesaplandığında 1 kadeh şarap, 1 kutu bira, 1 çay bardağı rakıya (sulandırılmamış) karşılık gelmektedir(78). 1 küçük şişe rakı(35 cl) yaklaşık "8 standart içki" olarak kabul edilmiş ve hesaplar bu değer üzerinden yapılmıştır(48).

Rosenbaum'un Öğrenilmiş Güçlülük Ölçeği (RÖGÖ), Rosenbaum M.A.(1980) tarafından geliştirilmiş ve Ayşe Siva(1991) ve İhsan Dağ(1991) tarafından Türk toplumuna uyarlanmış, geçerlik ve güvenilirliği saptanmıştır(36).

RÖGÖ, stresle başa çıkmada bireyin kullanabileceği bilişsel stratejileri ne ölçüde kullandığını; kendini denetleme becerilerini ölçmektedir. Ölçek türü, kendini değerlendirme ölçeğidir ve bu grup olarak uygulanabilir. 17 yaş ve üstü en az orta öğretimden geçmiş kişilere uygulanabilir. Zaman sınırlaması yoktur; yaklaşık 15 dakika sürmektedir. Soru formu ve cevap kâğıdından oluşmaktadır. Formun başında nasıl yanıtlanacağı ile ilgili bilgi vardır. 36 maddeden oluşan 5'li Likert tipi bir ölçektir. Ölçekte her bir ifade, 1'den 5'e kadar puanlanmıştır. "Hiç tanımlamıyor" yanıtına 1 puan, "Biraz tanımlıyor" yanıtına 2 puan, "İyi

tanımlıyor” yanıtına 3 puan, “Oldukça iyi tanımlıyor yanıtına 4 puan, “Çok iyi tanımlıyor” yanıtına 5 puan verilir. Ancak, 4, 6, 8, 9, 14, 16, 18, 19, 21, 29, 35 no’lu 11 ifade ters yönde(negatif) puanlanmaktadır. Puan ranjı 36-180’dır. Yükselen puanlar kendini denetleme becerilerinin yüksekliğini; bir diğer deyişle ölçekte temsil edilen başa çıkma stratejilerinin sıklıkla uygulandığını gösterir. RÖGÖ Planlı davranma(33, 32, 34,14), Ruh hali denetimi(13, 5, 17, 15), İstenmeyen düşüncelerin denetimi(6, 35, 21, 9, 4), Dürtü denetimi ve planlı davranma(27,26, 28, 3, 7, 12), Yeterli olma ve kendini yatıştırma (24, 25, 16, 12), Ağrı denetimi(31,23), Erteleme(29, 22, 30, 18), Yardım arama(14, 19, 7), İyiye yorma(1, 2, 4), Dikkati yönlendirme(10, 36, 11), Esnek planlama (20,21) ve Denetleyici arama(8, 9, 11) olarak toplam 12 faktörden geliştirilmiştir. Yükselen puanlar kendini denetleme becerilerinin yüksekliğini; bir diğer deyişle ölçekte temsil edilen başa çıkma stratejilerinin sıklıkla uygulandığını gösterir(36, 82).

Ölçeğin asıl formunun güvenirlik katsayısı İsraili üniversite öğrencileri örnekleminde .86, Amerika örnekleminde ise .77 olarak saptanmıştır. Çeşitli örneklemlerde hesaplanan iç tutarlılık katsayıları ise .48 ile .71 arasında değişmektedir(29). Ölçeğin KR-20 yöntemiyle hesaplanan iç tutarlılık katsayıları çeşitli örneklemlerde .71 ile .48 arasında değişmiştir. Bir amerikan örneklemindeki Cronbach Alfa iç tutarlılık katsayısı da .82 olarak bildirilmiştir(29, 36).

Ülkemizde RÖGÖ’nün uyarılama çalışması ilk olarak Siva (1989) tarafından yapılmış; aslından farklı olarak tümü artı yönde puanlanan beş basamaklı bir cevaplama sistemi kullanılmıştır. Bu çalışmada, ölçeğin Türkçe formunun faktör yapısı yazılı kaynaklarda belirtilen faktör yapısına uygun bulunmuş, Cronbach alfa iç tutarlılık katsayısı .77 olarak saptanmıştır(27). Ölçeğin Türkçe formunun test-tekrar test güvenirlik katsayısı .80 olarak belirlenmiştir(27, 36, 82).

Nüks Önleme Programı, Marlatt ve Gordon (1985) tarafından geliştirilmiş, çeşitli konuların işlendiği ve yatarak tedavi gören bağımlılık hastalarına yönelik yapılandırılmış bilişsel-davranışsal bir tedavi programıdır. Programın her seansı 60 dakika, haftada 2 seans ve toplam 8 seanstır. Seanslar; gri, eflatun, mor, kırmızı, turuncu, sarı, yeşil, mavidir. Programda bilgi verme, rol oynama, model olma gibi öğretici tekniklerden yararlanır. Hastalara her seanstan sonra seansın içeriğine yönelik alıştırmaya kâğıtları verilir. Tüm seans bitiminden sonra bu alıştırmaya kâğıtları toplanarak hastanın taburculuk öncesi görüşmesinde değerlendirilir(EK-III).

2.5.2.VERİ TOPLAMA ARAÇLARININ UYGULANMASI

Veriler, gerekli izinler alındıktan sonra Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Psikiyatri Anabilim Dalı, Alkol ve Madde Bağımlılığı Tedavi Birimi'nde klinik tedaviye katılan (tedavinin içinde nüks önleme programının en az 8 seansını tamamlayan), sınırlamalara uyan ve Manisa Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi AMATEM'de klinik tedaviye katılan, sınırlamalara uyan alkol ve madde bağımlılığı hastalara klinik tedavi öncesi ve sonrası araştırmacı tarafından anket formları uygulanarak toplanmıştır. Anket formlarını yanıtlama süresi yaklaşık 30 dakikadır.

2.6. DEĞİŞKENLER

2.6.1. Bağımlı Değişkenler

Araştırmanın bağımlı değişkenleri kapsamında alkol ve madde bağımlılığı hastaların öğrenilmiş güçlülük ölçeği ölçüm puanları bulunmaktadır.

2.6.2.Bağımsız Değişkenler

Klinik tedavi ve nüks önleme programının etkisi, ölçülmesi amaçlanan esas bağımsız değişkendir. Hastaların sosyo-demografik özellikleri (yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim

düzeıı vb.), alkol/madde kullanım özellikleri (son bir ay içinde kullandığı maddeler, ilk kullandığı madde, ilk madde kullanımının yaşı, miktarı, son bir aydır kullanım sıklığı ve miktarı, başvuru nedeni olan madde/maddelerin ilk kullanım yaşı, miktarı, son bir aydır kullanım sıklığı ve miktarı, en uzun remisyon dönemi vb.) ve tedavi olma ve hastalıkla başatme durumları (tıp dışı kişilere başvurma durumu, fiziksel ve ruhsal hastalık durumu, daha önce hastaneye yatma ve toplantılara katılma durumu, yatış isteği vb.)diğer bağımsız değişkenleri oluşturmaktadır.

2.7.VERİLERİN ANALİZİ VE DEĞERLENDİRİLMESİ

Araştırma sonunda elde edilen verilerin analizi araştırmanın amaçları doğrultusunda SPSS(Statistical Package for Social Sciences) 11.0 paket programı kullanılarak yapılmıştır.

Verilerin analizinde;

- Hastaların sosyodemografik, alkol/madde kullanma, tedavi olma ve hastalıkla başatme verilerinin sayı ve yüzde dağılımları,
- Hastaların öğrenilmiş güçlülük ölçeği puan ortalamalarının bağımsız değişkenler ile (yaş, cinsiyet, medeni durum, meslek durumu, eğitim durumu, çalışma durumu, gelir düzeyi, alkol/maddeden başvurma durumu, tıp dışı kişilere başvurma, fiziksel ve ruhsal hastalık durumu v.b.) ilişkisini incelerken Independent Sample T testi, One Way ANOVA ve ileri varyans analizi,
- Hastaların klinik tedavi öncesi (ön test) ve klinik tedavi sonrası (son test) öğrenilmiş güçlülük ölçeğin puan ortalamalarının karşılaştırılması için Paired Sample T testi,
- Nüks önleme programına katılan hastaların klinik tedavi öncesi (ön test) ve klinik tedavi sonrası (son test) öğrenilmiş güçlülük ölçeğin puan ortalamalarının karşılaştırılması için Paired Sample T testi,

- Nüks önleme programına katılmayan hastaların klinik tedavi öncesi (ön test) ve klinik tedavi sonrası (son test) öğrenilmiş güçlülük ölçeğın puan ortalamalarının karşılaştırılması için Paired Sample T testi,
- Hastaların nüks önleme programına katılma durumlarının klinik tedavi öncesi (ön test) ve klinik tedavi sonrası (son test) öğrenilmiş güçlülük ölçeğın puan ortalamalarının karşılaştırılması için Independent Sample T testi,

2.8.ARAŞTIRMANIN SÜRESİ VE OLANAKLARI

Araştırma konusunun seçimi, planlanması ve öneri şeklinde hazırlanması 15 Kasım 2004–15 Mart 2005 tarihleri arasında yapılmış olup, 27 Mart 2005 tarihinde Tez Önerisi Komitesine tarafından yüksek lisans tezi olarak hazırlanması kabul edilmiştir. Araştırma verilerinin 1 Mayıs 2005–31 Ağustos 2005 tarihleri arasında toplanmıştır. Değerlendirme çalışmaları yürütüldükten sonra araştırma raporu yüksek lisans tez çalışması olarak sunulmuştur.

2.9.ARAŞTIRMANIN ETİĞİ

Araştırmanın uygulanabilmesi ve verilerin toplanabilmesi için Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu, Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi ve Manisa Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi etik kurulu, Psikiyatri Anabilim Dalı yöneticileri ve Alkol ve Madde Bağımlılığı Tedavi Birimi'nde ve Manisa Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi AMATEM'de görev yapan ekip üyeleri ile görüşme yapılarak, araştırma hakkında gerekli bilgiler verilmiştir. Uygulamada araştırma kapsamına alınacak hastalara, araştırma konusunda bilgi verilerek, araştırmanın amacı, sağlayacakları yararlılıklar ve harcayacakları zaman hakkında açıklamalar yapılmıştır. Araştırmaya katılım istekleri göz önünde bulundurularak, hastalardan sözel izin alınmıştır.

BÖLÜM 3
BULGULAR

3.1.HASTALARIN SOSYODEMOGRAFIK ÖZELLİKLERİNİN İNCELENMESİ

Tablo 1: Hastaların Sosyodemografik Özelliklerine Göre Dağılımı.

SOSYODEMOGRAFIK ÖZELLİKLER	Sayı	Yüzde
Yaş grubu		
17 – 25	30	25.4
26 – 33	19	16.1
34 – 41	19	16.1
42 – 49	27	22.9
50 – 57	16	13.6
58 yaş ve üzeri	7	5.9
$X = 37.36 \pm 12.94$		
Cinsiyet		
Erkek	110	93.2
Kadın	8	6.8
Medeni durum		
Bekâr	37	31.4
Evli	46	39.0
Boşanmış	28	23.7
Ayrı yaşıyor	4	3.4
Eşi ölmüş	3	2.5
Birlikte yaşadığı kişiler		
Yalnız	22	18.6
Eşiyle	6	5.2
Eşi ve çocuklarıyla	38	32.2
Sadece çocuklarıyla	5	4.2
Anne-babayla	42	35.6
Arkadaşlarıyla	5	4.2
Eğitim durumu		
Ortaokul mezunu	74	62.7
Lise mezunu	31	26.3
Üniversite mezunu	13	11.0

Sosyodemografik özellikler	Sayı	Yüzde
Meslek		
İşsiz	11	9.3
Öğrenci	3	2.5
Memur	16	13.6
İşçi	17	14.4
Serbest meslek	44	37.3
Emekli	27	22.9
Çalışma durumu		
Çalışan	69	58.5
Çalışmayan	49	41.5
Gelir düzeyi		
Gelir giderden yüksek	8	6.8
Gelir ve giderler dengeli	56	47.5
Gelir giderden düşük	54	45.7
Sosyal güvence durumu		
Emekli-sandığı	30	25.4
Bağ-kur	7	5.9
SSK	40	33.9
Yeşil kart	32	27.2
Ücretli	9	7.6
En uzun süre yaşadıkları yerler		
İl	67	56.8
İlçe	34	28.8
Köy	17	14.4
TOPLAM	118	100.0

Tablo 1’de hastaların sosyodemografik özelliklerine göre dağılımı görülmektedir.

Hastaların %25.4’ü 17–25, %16.1’i 26–33, %16.1’i 34–41, %22.9’u 42–49, %13.6’sı 50–57, %5.9’u 58 yaş ve üzeri yaş grubundadır. Hastaların yaş ortalamasının $X = 37.36 \pm 12.94$ olduğu saptanmıştır.

Hastaların %93.2'si erkek, %6.8'i kadındır. Medeni durumları incelendiğinde, hastaların %31.4'ü bekâr, %39.0'ı evli, %23.7'si boşanmış, %3.4'ü ayrı yaşıyor, %2.5'i eşi ölmüş olduğu saptanmıştır.

Hastaların %18.6'sı yalnız, %5.2'i eşiyle, %32.2'si eşi ve çocuklarıyla, %4.2'si sadece çocuklarıyla, %35.6'sı anne-babayla, %4.2'si arkadaşlarıyla birlikte yaşadığı saptanmıştır.

Hastaların eğitim durumları incelendiğinde, %62.7'si ortaokul, %26.3'ü lise, %11.0'ı üniversite mezundur.

Hastaların mesleki durumları incelendiğinde, %9.3'ü işsiz, %2.5'i öğrenci, %13.6'sı memur, %14.4'ü işçi, %37.3'ü serbest meslek, %22.9'u emekli olduğu saptanmıştır.

Hastaların çalışma durumu incelendiğinde, %58.5'i çalıştığı, %41.5'inin çalışmadığı saptanmıştır.

Hastaların % 6.8'inin gelirinin giderden yüksek, % 47.5'inin gelir ve giderleri dengeli, %45.7'sinin gelirinin giderden düşük olduğu saptanmıştır.

Hastaların %25.4'ünün emekli sandığına, %5.9'unun Bağ-kur'a bağlı olduğu %33.9'unun SSK' ya, %27.2'nin yeşil kartlı, %7,6'sının sosyal güvencesi yoktur.

Hastaların en uzun süre yaşadıkları yerler incelendiğinde, %56.8'inin ilde, %28.8'inin ilçede, %14.4'ünün köyde yaşadıkları saptanmıştır.

3.2.HASTALARIN ALKOL / MADDE KULLANIM ÖZELLİKLERİNİN İNCELENMESİ

Tablo 2: Hastaların Hastaneye Yatmadan Önceki 1 Ay İçinde Alkol ve/veya Maddeler Kullanma Durumuna Göre Dağılımı.

Madde	Kullanan	
	Sayı	Yüzde *
N = 118		
Alkol	114	96.6
Esrar	50	42.4
Ecstasy	22	18.6
Roş	15	12.7
Uçucu madde	12	10.2
Eroin	3	2.5
Kokain	6	5.1
Sigara	113	95.8
Tıbbi ilaçlar(kötüye kullanım)	12	10.2

(* Birden fazla madde kullanımı olduğu için satır yüzdesi verilmiştir)

Tablo 2’de hastaların hastaneye yatmadan önceki 1 ay içinde kullandığı alkol ve/veya maddelerin dağılımı görülmektedir. Hastaların hastaneye yatmadan önceki bir ay içinde %96.6’sının alkol kullandığı, %42.4’ünün esrar kullandığı, %18.6’sının ecstasy kullandığı, %12.7’sinin roş kullandığı, %10.2’sinin uçucu madde kullandığı, %2.5’inin eroin kullandığı, %5.1’inin kokain kullandığı, %95.8’inin sigara kullandığı, %10.2’sinin tıbbi ilaçların kötüye kullandığı saptanmıştır.

Tablo 3: Hastaların Hayatında İlk Kullandığı Madde Durumuna Göre Dağılımı.

Hastaların İlk Kullandığı Madde	Sayı	%
Alkol	21	17.8
Esrar	2	1.7
Ecstasy	1	0.8
Uçucu madde	4	3.4
Sigara	90	76.3
TOPLAM	118	100.0

Tablo 3'de hastaların hayatında ilk kullandığı maddeler incelenmektedir. Hastaların %17.8'inin alkol, %1.7'sinin esrar, %0.8'inin ecstasy, %3.4'ünün uçucu madde, %76.3'ünün sigara kullandığı saptanmıştır.

Tablo 4: Hastaların Hayatında İlk Alkol/Madde Kullanım Yaş Gruplarına Göre Dağılımı.

İlk alkol/madde kullanım yaş grupları	Sayı	%
8 – 11	27	22.9
12 – 16	63	53.4
17 – 22	25	21.2
23 – 27	2	1.7
28 ve üzeri	1	0.8
TOPLAM	118	100.0

Tablo 4'de hastaların hayatında ilk alkol/ madde kullanım yaş grupları incelenmektedir. Hastaların %22.9'unun 8–11, %53.4'ünün 12–16, %21.2'sinin 17–22, %1.7'sinin 23–27, %0.8'inin 28 ve üzeri yaş grubunda olduğu belirlenmiştir.

Tablo 5: Hastaların Hayatında İlk Kullandığı Maddenin Miktarlarına Göre Dağılımı.

Hastaların ilk kullandığı maddenin miktarı	Sayı	%
Alkol(standart içki miktarı/gün)		
1/2 – 1	14	66.7
2–3	4	19.0
4 ve daha fazla	3	14.3
TOPLAM	21	100.0
Esrar		
1 adet	1	50.0
2 – 3 adet	1	50.0
TOPLAM	2	100.0
Ecstasy		
2-3 tane	1	100.0
TOPLAM	1	100.0
Uçucu madde		
½ tüpten daha az	2	50.0
½ tüp	1	25.0
1 tüp ve daha fazla	1	25.0
TOPLAM	4	100.0
Sigara		
1 – 2 tane	64	71.1
3 – 4 tane	12	13.3
5 ve daha fazla	14	15.6
TOPLAM	90	100.0

Tablo 5’de hastaların hayatında ilk kullandığı maddenin miktarları incelenmektedir. Hastaların hayatında ilk kullandığı madde olan alkolün kullanım miktarın (standart içki miktarı/gün) % 66.7’sinin ½-1, % 19.0’ının 2–3, % 14.3’ünün 4 ve daha fazla olduğu saptanmıştır.

Hastaların hayatında ilk kullandığı madde olan esrar kullanım miktarın %50’sinin 1 adet, %50’sinin 2–3 adet olduğu saptanmıştır.

Hastaların hayatında ilk kullandığı madde olan ecstasy kullanım miktarın tamamının (%100.0) 2-3 tane olduğu saptanmıştır.

Hastaların hayatında ilk kullandığı madde olan uçucu madde kullanım miktarın %50'sinin ½ tüpten daha az, %25'inin ½ tüp, %25'inin 1 tüp ve daha fazla olduğu saptanmıştır.

Hastaların hayatında ilk kullandığı madde olan sigara kullanım miktarın %71.1'inin 1-2 tane, %13.3'ünün 3-4 tane, %15.6'sının 5 ve daha fazla olduğu saptanmıştır.

Tablo 6: Hastaların Hayatında İlk Kullandığı Maddenin Son 1 Aydır Kullanım Sıklığına Göre Dağılımı.

Hastaların ilk kullandığı maddenin son 1 aydır kullanım sıklığı	Sayı	%
Alkol		
Hergün	17	85.0
Haftada 1 – 2 gün	2	10.0
Ayda 1 – 2 gün	1	5.0
TOPLAM	20	100.0
Esrar		
Hergün	2	100.0
TOPLAM	2	100.0
Uçucu madde		
Haftada 3 – 4 gün	2	100.0
TOPLAM	2	100.0
Sigara		
Hergün	89	100.0
TOPLAM	89	100.0

Tablo 6'da hastaların hayatında ilk kullandığı maddenin son 1 aydır kullanım sıklığı incelenmektedir. Hastaların hayatında ilk kullandığı madde olan alkolün son 1 aydır kullanım

sıklığının %85.0'ının hergün, %10.0'ının hafta 1–2 gün, %5.0'ının ayda 1–2 gün olduğu saptanmıştır.

Hastaların hayatında ilk kullandığı madde olan esrarın son 1 aydır kullanım sıklığının tamamının (% 100.0) hergün olduğu saptanmıştır.

Hastaların hayatında ilk kullandığı madde olan uçucu maddenin son 1 aydır kullanım sıklığının tamamının (% 100.0) haftada 3–4 gün olduğu saptanmıştır.

Hastaların hayatında ilk kullandığı madde olan sigaranın son 1 aydır kullanım sıklığının tamamının (% 100.0) hergün olduğu saptanmıştır.



Tablo 7: Hastaların İlk Kullandığı Maddenin Son 1 Aydır Kullanım Miktarına Göre Dağılımı.

Hastaların ilk kullandığı maddenin son 1 aydır kullanım miktarı	Sayı	%
Alkol(standart içki miktarı/gün)		
3 – 5	1	5.0
6 – 9	3	15.0
10 – 15	2	10.0
16 – 21	10	50.0
22 ve daha fazla	4	20.0
TOPLAM	20	100.0
Esrar		
6 – 10 adet	1	50.0
11 – 20 adet	1	50.0
TOPLAM	2	100.0
Uçucu madde		
½ - 1 tüp	2	100.0
TOPLAM	2	100.0
Sigara		
10 – 20 tane	26	29.2
21 – 40 tane	48	53.9
41- 50 tane	9	10.2
51 ve daha fazla	6	6.7
TOPLAM	89	100.0

Tablo 7’de hastaların hayatında ilk kullandığı maddenin son bir aydır kullanım miktarı incelenmektedir. Hastaların hayatında ilk kullandığı madde olan alkolün son bir aydır kullanım miktarın (standart içki miktarı/gün) % 5.0’ının 3-5, %15.0’ının 6-9, %10.0’ının 10-15, %50’sinin 16-21, %20’sinin 22 ve daha fazla olduğu saptanmıştır.

Hastaların hayatında ilk kullandığı madde olan esrarın son bir aydır kullanım miktarın % 50’sinin 6–10 adet, %50’sinin 11–20 adet olduğu saptanmıştır.

Hastaların hayatında ilk kullandığı madde olan uçucu maddenin son bir aydır kullanım miktarın tamamının (% 100.0) ½-1 tüp olduğu saptanmıştır.

Hastaların hayatında ilk kullandığı madde olan sigaranın son bir aydır kullanım miktarın % 29.2'sinin 10–20 tane, %53.9'unun 21–40 tane, %10.2'sinin 41–50 tane, %6.7'sinin 51 ve daha fazla olduğu saptanmıştır.

Tablo 8: Hastaların Hastaneye Başvurma Nedeni Olan Maddelere Göre Dağılımı.

Başvurma nedeni olan madde	Başvuran	
	Sayı	Yüzde*
N = 118		
Alkol	101	85.6
Esrar	36	30.5
Hap	17	14.4
Uçucu madde	9	7.6
Eroin	3	2.5
Kokain	3	2.5
Sigara	0	0.0
Tıbbi ilaçlar	1	0.8

(* Birden fazla madde kullanımı olduğu için satır yüzdesi verilmiştir)

Tablo 8'de hastaların başvurma nedeni olan alkol ve/veya maddeler incelenmektedir. Hastaların alkolden başvuranların %85.6, esrardan başvuranların %30.5, hapdan başvuranların %14.4, uçucu maddeden başvuranların %7.6, eroinden başvuranların %2.5, kokainden başvuranların %2.5, sigaradan başvuranların %0.0, tıbbi ilaçların kötüye kullanımından başvuranların %0.8 olduğu saptanmıştır.

Tablo 9: Hastaların Başvurma Nedeni Olan Alkol ve/veya Maddelerin İlk Kullanım Yaş Gruplarına Göre Dağılımı.

Başvurma nedeni olan madde/maddelerin ilk kullanım yaş grubu	Sayı	%
Alkol		
8 – 11	6	5.9
12 – 16	46	45.5
17 – 22	42	41.6
23 – 27	4	4.0
28 ve üzeri	3	3.0
TOPLAM	101	100.0
Esrar		
12 – 16	24	66.7
17 – 22	11	30.6
23 – 27	1	2.7
TOPLAM	36	100.0
Hap		
12 – 16	8	47.1
17 – 22	8	47.1
23 ve üzeri	1	5.8
TOPLAM	17	100.0
Uçucu madde		
8 – 11	4	44.4
12 – 16	4	44.4
17 – 22	1	11.2
TOPLAM	9	100.0
Eroin		
12 – 16	1	33.3
17 – 22	1	33.3
23 ve üzeri	1	33.4
TOPLAM	3	100.0
Kokain		
12 – 16	2	66.6
17 – 22	1	33.4
TOPLAM	3	100.0

Tıbbi İlaçlar 17-22	1	100.0
TOPLAM	1	100.0

Tablo 9'da hastaların başvurma nedeni olan alkol ve/veya maddelerin ilk kullanım yaş grupları incelenmektedir. Hastaların başvurma nedeni olan alkol kullanım yaş gruplarının % 5.9'unun 8-11, %45.5'inin 12-16, %41.6'sının 17-22, %4.0'ının 23-27, %3.0'ının 28 ve üzeri olduğu saptanmıştır.

Hastaların başvurma nedeni olan esrar kullanım yaş gruplarının %66.7'sinin 12-16, %30.6'sının 17-22, %2.7'inin 23-27 olduğu saptanmıştır.

Hastaların başvurma nedeni olan hap kullanım yaş gruplarının %47.1'inin 12-16, %47.1'inin 17-22, %5.8'inin 23 ve üzeri olduğu saptanmıştır.

Hastaların başvurma nedeni olan uçucu madde kullanım yaş gruplarının %44.4'ünün 12-16, %44.4'ünün 17-22, %11.2'sinin 23-27 olduğu saptanmıştır.

Hastaların başvurma nedeni olan eroin kullanım yaş gruplarının %33.3'ünün 12-16, %33.3'ünün 17-22, %33.4'ünün 23 ve üzeri olduğu saptanmıştır.

Hastaların başvurma nedeni olan kokain kullanım yaş gruplarının %66.6'ünün 12-16, %33.4'ünün 17-22 olduğu saptanmıştır.

Hastaların başvurma nedeni olan tıbbi ilaçların kötüye kullanım yaş gruplarının tamamının (%100.0) 17-22 olduğu saptanmıştır.

Tablo 10: Hastaların Başvurma Nedeni Olan Maddenin İlk Kullanım Miktarlarına Göre Dağılımı.

Hastaların başvurma nedeni olan maddenin ilk kullanım miktarı	Sayı	%
Alkol(standart içki miktarı/gün)		
1/2 – 1	49	48.5
2–3	34	33.7
4 ve daha fazla	18	17.8
TOPLAM	101	100.0
Esrar		
1 adet	27	75.0
2 – 3 adet	6	16.7
4 ve daha fazla	3	8.3
TABLO	36	100.0
Hap		
1 tane	6	35.3
2 tane	6	35.3
3 ve daha fazla	5	29.4
TOPLAM	17	100.0
Uçucu madde		
½ tüpten daha az	7	77.8
1 tüp ve daha fazla	2	22.2
TOPLAM	9	100.0
Eroin		
½ gr ve daha az	2	66.6
2 gr ve daha fazla	1	33.4
TOPLAM	3	100.0
Kokain		
1 taş ve daha az	2	66.6
2 taş	1	33.4
TOPLAM	3	100.0
Tıbbi İlaçlar(kötüye kullanım)		
2–3 tane	1	100.0
TOPLAM	1	100.0

Tablo 10'da hastaların başvurma nedeni olan alkol ve/veya maddelerin ilk kullanım miktarlarına göre dağılımı incelenmektedir. Hastaların başvurma nedeni olan alkolün ilk kullanım miktarların (standart içki miktarı/gün) % 48.5'inin ½-1, % 33.7'sinin 2-3, %17.8'inin 4 ve daha fazla olduğu saptanmıştır.

Hastaların başvurma nedeni olan esrarın ilk kullanım miktarların %75.0'ünün 1 adet, %16.7'sinin 2-3 adet, %8.3'ünün 4 ve daha fazla olduğu saptanmıştır.

Hastaların başvurma nedeni olan hapın ilk kullanım miktarların %35.3'ünün 1 tane, %35.3'ünün 2 tane, %29.4'ünün 3 ve daha fazla olduğu saptanmıştır.

Hastaların başvurma nedeni olan uçucu maddenin ilk kullanım miktarların %77.8'inin ½ tüpten daha az, %22.2'sinin 1 tüp ve daha fazla olduğu saptanmıştır.

Hastaların başvurma nedeni olan eroinin ilk kullanım miktarların %66.6'sının ½ gr ve daha az, %33.4'ünün 2 gr ve daha fazla olduğu saptanmıştır.

Hastaların başvurma nedeni olan kokainin ilk kullanım miktarların %66.6'sının 1 taş ve daha az, %33.4'ünün 2 taş olduğu saptanmıştır.

Hastaların başvurma nedeni olan tıbbi ilaçların ilk kullanım miktarların tamamının (%100.0) 2-3 tane tıbbi ilaçların kötüye kullanım miktarı olduğu saptanmıştır.

Tablo 11: Hastaların Başvurma Nedeni Olan Maddenin Son 1 Aydır Kullanım Sıklığına

Göre Dağılımı.

Hastaların başvurma nedeni olan maddenin son 1 aydır kullanım sıklığı	Sayı	%
Alkol		
Hergün	75	75.8
Haftada 3 – 4 gün	7	7.1
Haftada 1 – 2 gün	11	11.1
Ayda 1 – 2 gün	6	6.0
TOPLAM	99	100.0
Esrar		
Hergün	22	62.9
Haftada 3 – 4 gün	10	28.6
Haftada 1 – 2 gün	3	8.5
TOPLAM	35	100.0
Hap		
Hergün	6	42.9
Haftada 3 – 4 gün	1	7.1
Haftada 1 – 2 gün	7	50.0
TOPLAM	14	100.0
Uçucu madde		
Hergün	4	44.4
Haftada 3 – 4 gün	5	55.6
TOPLAM	9	100.0
Eroin		
Hergün	2	66.6
Haftada 3 – 4 gün	1	33.4
TOPLAM	3	100.0
Kokain		
Haftada 3 – 4 gün	2	100.0
TOPLAM	2	100.0
Tıbbi İlaçlar(kötüye kullanım)		
Hergün	1	100.0
TOPLAM	1	100.0

Tablo 11’de hastaların başvurma nedeni olan alkol ve/veya maddelerin son bir aydır kullanım sıklığına göre dağılımı incelenmektedir. Hastaların başvurma nedeni olan alkolün son bir aydır kullanım sıklığının %75.8’inin hergün, %7.1’inin haftada 3–4 gün, %1.1’inin hafta 1–2 gün, %6.0’inin ayda 1–2 gün olduğu saptanmıştır.

Hastaların başvurma nedeni olan esrarın son bir aydır kullanım sıklığının % 62.9’unun hergün, %28.6’sının haftada 3–4 gün, %8.5’inin haftada 1–2 gün olduğu saptanmıştır.

Hastaların başvurma nedeni olan hapın son bir aydır kullanım sıklığının % 42,9’unun hergün, %7.1’inin haftada 3–4 gün, %50.0’sinin haftada 1–2 gün olduğu saptanmıştır.

Hastaların başvurma nedeni olan uçucu maddenin son bir aydır kullanım sıklığının %44.4’ünün hergün, %55.6’sının haftada 3–4 gün olduğu saptanmıştır.

Hastaların başvurma nedeni olan eroinin son bir aydır kullanım sıklığının % 66.6’sının hergün, %33.4’ünün haftada 3–4 gün saptanmıştır.

Hastaların başvurma nedeni olan kokainin son bir aydır kullanım sıklığının tamamının (% 100.0) haftada 3–4 gün olduğu saptanmıştır.

Hastaların başvurma nedeni olan tıbbi ilaçların son 1 aydır kullanım sıklığının tamamının (% 100.0) hergün olduğu saptanmıştır.

Tablo 12: Hastaların Başurma Nedeni Olan Maddenin Son 1 Aydır Kullanım Miktarlarına Göre Dağılımı.

Hastaların başvurma nedeni olan maddenin son 1 aydır kullanım miktarı	Sayı	%
Alkol(standart içki miktarı/gün)		
3 – 5	10	10.1
6 – 9	26	26.3
10 – 15	18	18.2
16 – 21	31	31.3
22 ve daha fazla	14	14.1
TOPLAM	99	100.0

Esrar		
1 – 5 adet	12	34.3
6 – 10 adet	17	48.6
11 – 20 adet	5	14.3
21 ve daha fazla	1	2.8
TOPLAM	35	100.0
Hap		
1 – 2 tane	1	7.1
3 – 5 tane	7	50.0
6 ve daha fazla	6	42.9
TOPLAM	14	100.0
Uçucu madde		
½ - 1 tüp	7	77.8
2,5 tüp ve daha fazla	2	22.2
TOPLAM	9	100.0
Eroin		
1 gr	1	33.3
2 gr ve daha fazla	2	66.7
TOPLAM	3	100.0
Kokain		
2 taş	1	50.0
3 taş ve daha fazla	1	50.0
TOPLAM	2	100.0
Tıbbi İlaçlar(kötüye kullanım)		
6 – 10 adet	1	100.0
TOPLAM	1	100.0

Tablo 12’de hastaların başvurma nedeni olan alkol ve/veya maddelerin son bir aydır kullanım miktarına göre dağılımı incelenmektedir. Hastaların başvurma nedeni olan alkolün son bir aydır kullanım miktarının (standart içki miktarı/gün) % 10.1’inin 3–5, %26.3’ünün 6-9, %18.2’sinin 10-15, %31.3’ünün 16-21, %14.1’inin 22 ve daha fazla olduğu saptanmıştır.

Hastaların başvurma nedeni olan esrarın son bir aydır kullanım miktarının %34.3'ünün 1-5 adet, % 48.6'sının 6-10 adet, %14.3'ünün 11-20 adet, %2.8'inin 21 ve daha fazla olduğu saptanmıştır.

Hastaların başvurma nedeni olan hapin son bir aydır kullanım miktarının %7.1'inin 1-2 tane, %50.0'ının 3-5 tane, %42.9'unun 6 ve daha fazla olduğu saptanmıştır.

Hastaların başvurma nedeni olan uçucu maddenin son bir aydır kullanım miktarının %77.8'inin ½-1 tüp, %22.2'sinin 2 tüp ve daha fazla olduğu saptanmıştır.

Hastaların başvurma nedeni olan eroinin son bir aydır kullanım miktarının %33,3'ünün 1 gr, %66.7'sinin 2 gr ve daha fazla olduğu saptanmıştır.

Hastaların başvurma nedeni olan kokainin son bir aydır kullanım miktarının %50.0'ının 2 taş, %50.0'ının 3 taş ve daha fazla olduğu saptanmıştır.

Hastaların başvurma nedeni olan tıbbi ilaçların son bir aydır kullanım miktarının tamamının (%100.0) 6-10 adet olduğu saptanmıştır.

Tablo 13: Hastaların En Uzun Remisyon Dönemine Göre Dağılımı.

En uzun remisyon dönemi	Sayı	%
0 – 15 gün	38	32.2
16 – 30 gün	9	7.6
1 – 3 ay	37	31.4
4 – 12 ay	17	14.4
13 – 36 ay	11	9.3
37 ay ve daha fazla	6	5.1
TOPLAM	118	100.0

Tablo 13'de hastaların en uzun remisyon (ayıklık süreci) dönemine göre dağılımı incelenmektedir. Hastaların %32.2'sinin 0-15 gün, %7.6'sının 16-30 gün, %31.4'ünün 1-3 ay, %14.4'ünün 4-12 ay, %9.3'ünün 13-36 ay, %5.1'inin 37 ay ve daha fazla remisyon döneminin olduğu saptanmıştır.

Tablo 14: Hastaların Alkol / Madde Kullanımını Tekrar Başlatan Riskli Durumlarına Göre Dağılımı.

Riskli durumlar	Sayı	%
Olumsuz duygu, düşünce, tutum ve davranışlar	35	29.7
Sosyal baskılar	23	19.5
Tedavi alma ile ilgili sorunlar	2	1.7
Kişiler arası ilişkilerde yaşanan çatışmalar	31	26.3
Dürtü, özlem, istek ve alkol içmeyi kontrol etmek isteme	27	22.9
TOPLAM	118	100.0

Tablo 14’de hastaların alkol/madde kullanımını tekrar başlatan riskli durumlarına göre dağılımı incelenmektedir. Hastaların %29.7’sinin olumsuz duygu, düşünce, tutum ve davranışlar, %19.5’inin sosyal baskılar, %1.7’sinin tedavi alma ile ilgili sorunlar, %26.3’ünün kişiler arası ilişkilerde yaşanan çatışmalar, %22.9’unun dürtü, özlem, istek ve alkol içmeyi kontrol etmek isteme olduğu saptanmıştır.

Tablo 15: Hastaların Alkol/Madde Kullanımının Aile, İş, Sosyal Yaşam, Sağlık Gibi Alanlarda Sorun Olma Durumlarına Göre Dağılımı.

Alkol/Madde kullanımının sorun olma durumu	Sayı	%
Sorunu olan	118	100.0
Sorunu olmayan	0	0.0
TOPLAM	118	100.0

Tablo 15’de hastaların alkol/madde kullanımının aile, iş, sosyal yaşam, sağlık gibi alanlarda sorun olma durumlarına göre dağılımı incelenmektedir. Hastaların tamamının (%100.0) alkol/madde kullanımının bu gibi alanlarda sorun olduğu saptanmıştır.

3.3.HASTALARIN TEDAVİ OLMA VE HASTALIKLA BAŞETME DURUMLARININ İNCELENMESİ

Tablo 16: Hastaların Tıp Dışı Kişilere Başvurma Durumlarına Göre Dağılımı.

Tıp dışı kişilere başvurma durumu	Sayı	%
Başvuran	36	30.5
Başvurmayan	82	69.5
TOPLAM	118	100.0

Tablo 16’de hastaların tıp dışı kişilere başvurma durumlarının dağılımı incelenmektedir. Hastaların %30.5’inin tıp dışı kişilere (hacı, hoca, üfürükçü vb.) başvurduğu, %69.5’inin başvurmadığı belirlenmiştir.

Tablo 17: Hastaların Fiziksel Hastalığı Olma Durumuna Göre Dağılımı.

Fiziksel hastalığı olma durumu	Sayı	%
Fiziksel hastalığı olan	57	48.3
Fiziksel hastalığı olmayan	61	51.7
TOPLAM	118	100.0

Tablo 17’de hastaların fiziksel bir hastalığı olma durumu incelenmektedir. Hastaların %48.3’ünün fiziksel hastalığı olduğu, %51.7’sinin fiziksel bir hastalığı olmadığı saptanmıştır.

Tablo 18: Hastaların Fiziksel Hastalıklarına Göre Dağılımı.

Fiziksel hastalıkları	Sayı	%
Solunum sistemi hastalığı	3	5.2
Sinir sistemi hastalığı	3	5.2
Dolaşım sistemi hastalığı	12	21.1
Sindirim sistemi hastalığı	12	21.1
Endokrin sistemi hastalığı	7	12.3
Travma bulgusu(kesik, kırık)	20	35.1
TOPLAM	57	100.0

Tablo 18’de hastaların fiziksel hastalıkları incelenmektedir. Hastaların %5.2’sinin solunum sistemi hastalığı, %5.2’sinin sinir sistemi hastalığı, %21.1’inin dolaşım sistemi hastalığı, %21.1’inin sindirim sistemi hastalığı, %12.3’ünün endokrin sistemi hastalığı, %35.1’inin travma bulgusu olduğu saptanmıştır.

Tablo 19: Hastaların Başka Bir Ruhsal Hastalığı Olma Durumuna Göre Dağılımı.

Başka ruhsal hastalığı olma durumu	Sayı	%
Başka ruhsal hastalığı olan	85	72.0
Başka ruhsal hastalığı olmayan	33	28.0
TOPLAM	118	100.0

Tablo 19’de hastaların alkol/madde bağımlılığı dışında tanı konulmuş başka bir ruhsal hastalığı olma durumu incelenmektedir. Hastaların %72.2’sinin başka bir ruhsal hastalığı olduğu, %28.0’ının başka bir ruhsal hastalığı olmadığı saptanmıştır.

Tablo 20: Hastaların Başka Bir Ruhsal Hastalıklarına Göre Dağılımı.

Başka ruhsal hastalıkları	Sayı	%
Depresif bozukluğu	33	38.8
Anksiyete bozukluğu	10	11.8
Kişilik bozukluğu	32	37.6
Somatoform bozukluğu	3	3.5
Bipolar bozukluğu	1	1.2
Davranış bozukluğu	6	7.1
TOPLAM	85	100.0

Tablo 20’da hastaların alkol/madde bağımlılığı dışında başka bir ruhsal hastalıkları incelenmektedir. Hastaların %38.8’inin depresif bozukluğu, %11.8’inin anksiyete bozukluğu, %37.6’sının kişilik bozukluğu, %3.5’inin somatoform bozukluğu, %1.2’sinin bipolar bozukluğu, %7.1’inin davranış bozukluğu olduğu belirlenmiştir.

Tablo 21: Hastaların Daha Önce Alkol/Madde Bağımlılığı Tedavisi İçin Hastaneye Yatma Durumlarına Göre Dağılımı.

Hastaneye yatma durumu	Sayı	%
Hastaneye yatan	79	66.9
Hastaneye yatmayan	39	33.1
TOPLAM	118	100.0

Tablo 21’de hastaların daha önce alkol/madde bağımlılığı tedavisi için hastaneye yatma durumu incelenmektedir. Hastaların %66.9’unun daha önce hastaneye yattığı, %33.1’inin daha önce hastaneye yatmadığı saptanmıştır.

Tablo 22: Hastaların Alkol ve Madde Bağımlılığı Tedavisi için Daha Önce Hastaneye Yatış Sayılarına Göre Dağılımı.

Hastaneye yatış sayısı	Sayı	%
1 kez	27	34.2
2 kez	10	12.7
3-4 kez	20	25.3
5 ve daha fazla	22	27.8
TOPLAM	79	100.0

Tablo 22’de hastaların daha önce hastaneye yatış sayılarına göre dağılımı incelenmektedir. Hastaların %34.2’sinin 1 kez, %12.7’sinin 2 kez, %25.3’ünün 3-4 kez, %27.8’inin 5 ve daha fazla olduğu saptanmıştır.

Tablo 23: Hastaların Daha Önce Alkol/Madde Bağımlılığına İlişkin Toplantıya Katılma Durumlarına Göre Dağılımı.

Toplantıya katılma durumu	Sayı	%
Toplantıya katılan	28	23.7
Toplantıya katılmayan	90	76.3
TOPLAM	118	100.0

Tablo 23’de hastaların daha önce alkol/madde bağımlılığına ilişkin toplantıya katılma durumu incelenmektedir. Hastaların %23.7’sinin toplantıya katıldığı, %76.3’ünün toplantıya katılmadığı belirlenmiştir.

Tablo 24: Hastaların Daha Önce Katıldığı Toplantılara Göre Dağılımı.

Toplantılar	Katılan	
	Sayı	Yüzde*
N = 28		
Adsız Alkolikler	26	92.85
Nüks Önleme Programı	8	28.57

(* Birden fazla toplantılara katıldığı için satır yüzdesi verilmiştir)

Tablo 24'de hastaların daha önce katıldığı toplantılar incelenmektedir. Hastaların %92.85'inin adsız alkolikler toplantısına katıldığı, %28.57'sinin nüks önleme programına katıldığı saptanmıştır.

Tablo 25: Hastaların Hastaneye Yatış Şekline Göre Dağılımı.

Hastaneye yatış şekli	Sayı	%
Ayık	60	50.8
Yoksunluk tablosunda	9	7.6
Alkol/madde kullanmış	49	41.5
TOPLAM	118	100.0

Tablo 25'de hastaların hastaneye yatış şekli incelenmektedir. Hastaların %50.8'inin ayık, %7.6'sının yoksunluk tablosunda, %41.5'inin alkol/madde kullanmış olarak geldiği belirlenmiştir.

Tablo 26: Hastaların Hastaneye Yatış İsteği Durumuna Göre Dağılımı.

Yatışın kimin isteğiyle olma durumu	Sayı	%
Kendi	33	28.0
Ailesi	18	15.3
Kendi ve ailesi	65	55.0
Polis zoruyla	2	1.7
TOPLAM	118	100.0

Tablo 26'da hastaların hastaneye yatış isteği durumu incelenmektedir. Hastaların %28.0'ının kendi isteğiyle, %15.3'ünün ailesinin isteğiyle, %55.0'ının kendi ve ailesinin isteğiyle, %1.7'sinin polis zoruyla yattığı belirlenmiştir.

Tablo 27: Hastaların Bu Hastaneye Yatış Sayılarına Göre Dağılımı.

Bu hastaneye yatış sayısı	E.Ü. T.F.H. AMATEM		Manisa R. S. Hast. AMATEM	
	Sayı	%	Sayı	%
1 kez	20	60.6	42	49.4
2 kez	7	21.2	16	18.8
3-4 kez	5	15.2	13	15.3
5 ve daha fazla	1	3.0	14	16.5
TOPLAM	33	100.0	85	100.0

Tablo 27'de hastaların hastaneye yatış sayılarına göre dağılımı incelenmektedir. E.Ü.T.F.H. AMATEM'de yatan hastaların aynı hastaneye %60.6'sının 1 kez, %21.2'sinin 2 kez, %15.2'sinin 3-4 kez, %3.0'ının 5 ve daha fazla sayıda yattığı saptanmıştır. Manisa Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi AMATEM'de yatan hastaların aynı hastaneye %49.4'ünün 1 kez, %18.8'inin 2 kez, %15.3'ünün 3-4 kez, %16.5'inin 5 ve daha fazla sayıda yattığı saptanmıştır.

Tablo 28: Hastaların İlaç Tedavilerine Göre Dağılımı.

İlaçlar	Kullanan	
	Sayı	Yüzde *
N = 118		
Antipsikotikler	34	28.8
Antidepresanlar	45	38.1
Duygu-durum düzenleyici	17	14.4
Anksiyolitikler	111	94.1
B grubu vitaminler	96	81.4
Disülfiram	3	2.5
Akamprosat	7	5.9

(* Birden fazla ilaç kullanımı olduğu için satır yüzdesi verilmiştir)

Tablo 28'de hastaların ilaç tedavileri incelenmektedir. Hastaların %28.8'inin antipsikotikler, %38.1'inin antidepresanlar, %14.4'ünün duygu-durum düzenleyiciler, %94.1'inin anksiyolitikler, %81.4'ünün B grubu vitaminler, %2.5'inin disülfiram, %5.9'unun akamprosat kullandığı saptanmıştır.

Tablo 29: Hastaların Kullandığı İlaç Bilgisi Durumuna Göre Dağılımı.

İlaç bilgisi	Sayı	%
Biliyor	52	44.1
Bilmiyor	66	55.9
TOPLAM	118	100.0

Tablo 29'da hastaların kullandığı ilaç bilgisi durumu incelenmektedir. Hastaların %44.1'inin hastanede kullandığı ilaçların isimlerini ve endikasyonlarını bildiği, %55.9'unun bilmediği saptanmıştır.

Tablo 30: Hastaların Kullandığı İlaçların Yan Etkileri Bilgisine Göre Dağılımı

İlaç yan etki bilgisi	Sayı	%
Biliyor	19	16.1
Bilmiyor	99	83.9
TOPLAM	118	100.0

Tablo 30’da hastaların kullandığı ilaçların yan etkileri bilgisi incelenmektedir. Hastaların %16.1’sinin yan etkilerini bildiği, %83.9’unun bilmediği bulunmuştur.

Tablo 31:Hastaların Hastanede Yatış Sürelerine Göre Dağılımı.

Hastanede yatış süresi	Sayı	%
1 – 15 gün	66	55.9
16 – 30 gün	30	25.4
31 – 50 gün	13	11.1
51 – 70 gün	6	5.1
71 gün ve daha fazla	3	2.5
TOPLAM	118	100.0

Tablo 31’de hastaların hastanede yatış sürelerinin dağılımı incelenmektedir. Hastaların %55.9’unun 1–15 gün, %25.4’ünün 16–30 gün, %11.1’inin 31–50 gün, %5.1’inin 51–70 gün, %2.5’inin 71 gün ve daha fazla yatmaktadır.

Tablo 32: Hastaların Nüks Önleme Programına Katılma Durumuna Göre Dağılımı.

Nüks önleme programına katılma durumu	Sayı	%
Katılan	33	28.0
Katılmayan	85	72.0
TOPLAM	118	100.0

Tablo 32’de hastaların nüks önleme programına katılma durumunun dağılımı incelenmektedir. Hastaların %28.0’ının nüks önleme programına katıldığı, %72.0’ının katılmadığı saptanmıştır.

3.4. HASTALARIN ÖĞRENİLMİŞ GÜÇLÜLÜK ÖLÇEĞİ (RÖGÖ) PUAN ORTALAMALARININ SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİNE GÖRE İNCELENMESİ

Bu bölümde, hastaların öğrenilmiş güçlülük ölçeği (RÖGÖ) puan ortalamalarının yaş gruplarına, cinsiyetlerine, medeni durumlarına, eğitim durumlarına, mesleklerine, çalışma durumuna, gelir düzeyine, sosyal güvencelerine, en uzun süre yaşadığı yerleşim birimine göre dağılımı yer almaktadır.

Tablo 33: Hastaların Öğrenilmiş Güçlülük Ölçeği (RÖGÖ) Puan Ortalamalarının Yaş Gruplarına Göre Dağılımı.

YAŞ GRUPLARI	N	RÖGÖ Puan Ort.	Standart Sapma	F	P
17-25	30	97.40	16.84	0.651	0.628
26-33	19	99.32	24.49	P > 0.05	
34-41	19	101.16	18.54		
42-49	27	103.30	23.48		
50 yaş ve üstü	23	106.35	21.55		

Tablo 33'de araştırma kapsamına alınan hastaların öğrenilmiş güçlülük puan ortalamalarının yaş gruplarına göre dağılımı yer almaktadır. 17-25 yaş grubunun öğrenilmiş güçlülük puan ortalaması, 97.40 ± 16.84 , 26-33 yaş grubunun öğrenilmiş güçlülük puan ortalaması 99.32 ± 24.49 , 34-41 yaş grubunun öğrenilmiş güçlülük puan ortalaması 101.16 ± 18.54 , 42-49 yaş grubunun öğrenilmiş güçlülük puan ortalaması 103.30 ± 23.48 , 50 yaş ve üstü yaş grubunun öğrenilmiş güçlülük puan ortalaması 106.35 ± 21.55 'dir. Hastaların yaş gruplarına göre öğrenilmiş güçlülük puan ortalamaları arasındaki fark, tek yönlü varyans analizi (one way ANOVA) ile aranmış ve istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır ($F = 0.651, p > 0.05$).

Tablo 34: Hastaların Öğrenilmiş Güçlülük Ölçeği Puan Ortalamalarının Cinsiyetlerine Göre Dağılımı.

CİNSİYET	N	RÖGÖ Puan Ort.	Standart Sapma	t	P
Erkek	110	101.25	22.07	- 0.460	0.655
Kadın	8	103.63	13.37		P>0.05

Tablo 34'de araştırma kapsamına alınan hastaların öğrenilmiş güçlülük puan ortalamalarının cinsiyetlerine göre dağılımı yer almaktadır. Erkeklerin öğrenilmiş güçlülük puan ortalaması, 101.25 ± 22.07 , kadınların öğrenilmiş güçlülük puan ortalaması 103.63 ± 13.37 'dir. Hastaların cinsiyetlerine göre öğrenilmiş güçlülük puan ortalamaları arasındaki fark, iki ortalama arasındaki farkın önemlilik t testi (independent sample t testi) ile aranmış ve istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur ($t = - 0.460$, $p > 0.05$).

Tablo 35: Hastaların Öğrenilmiş Güçlülük Ölçeği (RÖGÖ) Puan Ortalamalarının Medeni Durumlarına Göre Dağılımı.

MEDENİ DURUM	N	RÖGÖ Puan Ort.	Standart Sapma	F	P
Bekâr	37	99.81	20.25	0.265	0.900
Evli	46	103.35	23.68		P > 0.05
Boşanmış	28	100.43	21.90		
Ayrı yaşıyor	4	96.25	4.92		
Eşi ölmüş	3	101.41	20.50		

Tablo 35'de araştırma kapsamına alınan hastaların öğrenilmiş güçlülük puan ortalamalarının medeni durumlarına göre dağılımı yer almaktadır. Bekârların öğrenilmiş

güçlülük puan ortalaması 99.81 ± 20.25 , evlilerin öğrenilmiş güçlülük puan ortalaması 103.35 ± 24.68 , boşanmış olanların öğrenilmiş güçlülük puan ortalaması 100.43 ± 21.90 , ayrı yaşayanların öğrenilmiş güçlülük puan ortalaması 96.25 ± 4.92 , eşi ölmüşlerin öğrenilmiş güçlülük puan ortalaması 101.41 ± 20.50 'dir. Hastaların medeni durumlarına göre öğrenilmiş güçlülük puan ortalamaları arasındaki fark, tek yönlü varyans analizi (one way ANOVA) ile aranmış ve istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır ($F = 0.265, p > 0.05$).

Tablo 36: Hastaların Öğrenilmiş Güçlülük Ölçeği (RÖGÖ) Puan Ortalamalarının Eğitim Durumlarına Göre Dağılımı.

EĞİTİM DURUMU	N	RÖGÖ Puan Ort.	Standart Sapma	F	P
Ortaokul mezunu	74	99.76	20.83	0.857	0.427
Lise Mezunu	31	102.61	23.45	P > 0.05	
Üniversite mezunu	13	107.92	21.22		

Tablo 36'da araştırma kapsamına alınan hastaların RÖGÖ puan ortalamalarının eğitim durumlarına göre dağılımı verilmiştir. Ortaokul mezunu olan hastaların RÖGÖ puan ortalaması 99.76 ± 20.83 , lise mezunu olan hastaların RÖGÖ puan ortalaması 102.61 ± 23.45 , üniversite mezunu olan hastaların RÖGÖ puan ortalaması 107.92 ± 21.22 'dir. Hastaların eğitim durumları ile RÖGÖ puan ortalamaları arasındaki fark, tek yönlü varyans analizi (one way ANOVA) ile aranmış ve istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır ($F = 0.857, p > 0.05$).

Tablo 37: Hastaların Öğrenilmiş Güçlülük Ölçeği (RÖGÖ) Puan Ortalamalarının Meslek Durumlarına Göre Dağılımı.

MESLEK DURUMU	N	RÖGÖ Puan Ort.	Standart Sapma	F	P
İşsiz	11	96.09	11.53	0.580	0.715
Öğrenci	3	99.33	7.02		
Memur	16	108.25	16.46		
İşçi	17	97.70	24.21		
Serbest meslek	43	101.44	23.44		
Emekli	27	100.22	22.11		

Tablo 37’de araştırma kapsamına alınan hastaların öğrenilmiş güçlülük puan ortalamalarının meslek durumlarına göre dağılımı yer almaktadır. İşsizlerin öğrenilmiş güçlülük puan ortalaması, 96.09 ± 11.53 , öğrencilerin öğrenilmiş güçlülük puan ortalaması 99.33 ± 7.02 , memurların öğrenilmiş güçlülük puan ortalaması 108.25 ± 16.46 , işçilerin öğrenilmiş güçlülük puan ortalaması 97.70 ± 24.21 , serbest mesleklerin öğrenilmiş güçlülük puan ortalaması 101.44 ± 23.44 , emeklilerin öğrenilmiş güçlülük puan ortalaması 100.22 ± 22.11 ’dir. Hastaların meslek durumlarına göre öğrenilmiş güçlülük puan ortalamaları arasındaki fark, tek yönlü varyans analizi (one way ANOVA) ile aranmış ve istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır ($F = 0.580, p > 0.05$).

Tablo 38: Hastaların Öğrenilmiş Güçlülük Ölçeği (RÖGÖ) Puan Ortalamalarının Çalışma Durumlarına Göre Dağılımı.

ÇALIŞMA DURUMU	N	RÖGÖ Puan Ort.	Standart Sapma	t	P
Çalışan	69	104.83	22.95	2.073	0.040
Çalışmayan	49	96.59	18.61		P < 0.05

Tablo 38’de araştırma kapsamına alınan hastaların öğrenilmiş güçlülük puan ortalamalarının çalışma durumlarına göre dağılımı yer almaktadır. Çalışanların öğrenilmiş güçlülük puan ortalaması 104.83 ± 22.95 , çalışmayanların öğrenilmiş güçlülük puan ortalaması 96.59 ± 18.61 ’dir. Hastaların çalışma durumlarına göre öğrenilmiş güçlülük puan ortalamaları arasındaki fark, iki ortalama arasındaki farkın önemlilik t testi (independent sample t testi) ile aranmış ve istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır ($t = 2.073, p < 0.05$).

Tablo 39: Hastaların Öğrenilmiş Güçlülük Ölçeği (RÖGÖ) Puan Ortalamalarının Gelir Düzeylerine Göre Dağılımı.

GELİR DÜZEYİ	N	RÖGÖ Puan Ort.	Standart Sapma	F	P
Gelir giderden yüksek	8	114.38	18.30	2.976	0.055
Gelir ve giderler dengeli	56	103.75	22.65		P > 0.05
Gelir giderden düşük	54	97.06	19.97		

Tablo 39’da araştırma kapsamına alınan hastaların öğrenilmiş güçlülük puan ortalamalarının gelir düzeylerine göre dağılımı yer almaktadır. Gelir giderden yüksek olanların öğrenilmiş güçlülük puan ortalaması 114.38 ± 18.30 , gelir ve giderlerin dengeli olanların öğrenilmiş güçlülük puan ortalaması 103.75 ± 22.65 , gelir giderden düşük olanların

öğrenilmiş güçlülük puan ortalaması 97.06 ± 19.97 'dir. Hastaların gelir düzeylerine göre öğrenilmiş güçlülük puan ortalamaları arasındaki fark, tek yönlü varyans analizi (one way ANOVA) ile aranmış ve istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır ($F = 2.976$, $p > 0.05$).

Tablo 40: Hastaların Öğrenilmiş Güçlülük Ölçeği (RÖGÖ) Puan Ortalamalarının Sosyal Güvencelerine Göre Dağılımı.

SOSYAL GÜVENCE	N	RÖGÖ Puan Ort.	Standart Sapma	F	P
Emekli sandığı	30	106.70	18.28	0.901	0.466
Bağ-kur	7	102.14	21.37	P > 0.05	
SSK	40	100.15	22.90		
Yeşil kart	32	100.40	21.03		
Ücretli	9	92.33	27.60		

Tablo 40'da araştırma kapsamına alınan hastaların öğrenilmiş güçlülük puan ortalamalarının sosyal güvencelerine göre dağılımı yer almaktadır. Emekli sandığı olanların öğrenilmiş güçlülük puan ortalaması 106.70 ± 18.28 , bağ-kurlu olanların öğrenilmiş güçlülük puan ortalaması 102.14 ± 21.37 , SSK'lıların öğrenilmiş güçlülük puan ortalaması 100.15 ± 22.90 , yeşil kartlıların öğrenilmiş güçlülük puan ortalaması 100.40 ± 21.03 , ücretlilerin öğrenilmiş güçlülük puan ortalaması 92.33 ± 27.60 'dir. Hastaların sosyal güvencelerine göre öğrenilmiş güçlülük puan ortalamaları arasındaki fark, tek yönlü varyans analizi (one way ANOVA) ile aranmış ve istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır ($F = 0.901$, $p > 0.05$).

Tablo 41: Hastaların Öğrenilmiş Güçlülük Ölçeği (RÖGÖ) Puan Ortalamalarının En Uzun Süre Yaşadığı Yerleşim Birimine Göre Dağılımı.

YERLEŞİM BİRİMİ	N	RÖGÖ Puan Ort.	Standart Sapma	F	P
İl	67	102.63	22.40	0.280	0.756
İlçe	34	99.24	20.56	P > 0.05	
Köy	17	100.94	20.96		

Tablo 41'de araştırma kapsamına alınan hastaların öğrenilmiş güçlülük puan ortalamalarının yerleşim birimlerine göre dağılımı yer almaktadır. En çok ilde yaşayanların öğrenilmiş güçlülük puan ortalaması 102.63 ± 22.40 , ilçede yaşayanların öğrenilmiş güçlülük puan ortalaması 99.24 ± 20.56 , köyde yaşayanların öğrenilmiş güçlülük puan ortalaması 100.94 ± 20.96 'dır. Hastaların yerleşim birimlerine göre öğrenilmiş güçlülük puan ortalamaları arasındaki fark, tek yönlü varyans analizi (one way ANOVA) ile aranmış ve istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır ($F = 0.280, p > 0.05$).

3.5. HASTALARIN ÖĞRENİLMİŞ GÜÇLÜLÜK ÖLÇEĞİ (RÖGÖ) PUAN ORTALAMALARININ ALKOL/MADDE KULLANIM ÖZELLİKLERİNE GÖRE İNCELENMESİ

Tablo 42: Hastaların Öğrenilmiş Güçlülük Ölçeği (RÖGÖ) Puan Ortalamalarının Başvuru Nedeni Olan Alkol/Madde Kullanımına Göre Dağılımı.

	BAŞVURAN			BAŞVURMAYAN			t	P
	N	RÖGÖ Puan Ort.	Standart Sapma	N	RÖGÖ Puan Ort.	Standart Sapma		
Alkol (A)	101	101.01	21.86	17	103.76	20.12	-0.486	0.628*
Esrar (ES)	36	94.31	18.57	82	104.52	22.14	-2.420	0.017**
Hap (H)	17	97.12	19.63	101	102.13	21.87	-0.886	0.378*
Uçucu madde (U)	9	93.33	11.67	109	102.07	22.08	-1.974	0.070*
Eroin (ER)	3	107.67	33.53	115	101.24	21.36	0.508	0.613*
Kokain (K)	3	90.67	17.79	115	101.69	21.64	-0.873	0.384*

(Birden fazla madde kullanımı vardır)

* P > 0.05 ** P < 0.05

Araştırma kapsamına alınan hastaların alkol/maddeden başvurma durumuna göre öğrenilmiş güçlülük puan ortalamaları Tablo 42’de yer almaktadır. Alkolden başvuranların öğrenilmiş güçlülük puan ortalaması 101.01±21.86, alkolden başvurmayanların öğrenilmiş güçlülük puan ortalaması 103.76±20.12’dir. Esrardan başvuranların öğrenilmiş güçlülük puan ortalaması 94.31±18.57, esrardan başvurmayanların öğrenilmiş güçlülük puan ortalaması 104.52±22.14’dür. Hapdan başvuranların öğrenilmiş güçlülük puan ortalaması 97.12±19.63, hapdan başvurmayanların öğrenilmiş güçlülük puan ortalaması 102.13±21.87’dir. Uçucu maddeden başvuranların öğrenilmiş güçlülük puan ortalaması 93.33±11.67, uçucu maddeden başvurmayanların öğrenilmiş güçlülük puan ortalaması 102.07±22.08’dir. Eroinden

başvuranların öğrenilmiş güçlülük puan ortalaması 107.67 ± 33.53 , eroinden başvurmayanların öğrenilmiş güçlülük puan ortalaması 101.24 ± 21.36 'dır. Kokainden başvuranların öğrenilmiş güçlülük puan ortalaması 90.67 ± 17.79 , eroinden başvurmayanların öğrenilmiş güçlülük puan ortalaması 101.69 ± 21.64 'dür. Hastaların alkol, hap, uçucu madde, eroin, kokainden başvurma durumuna göre öğrenilmiş güçlülük puan ortalamaları arasındaki fark, iki ortalama arasındaki farkın önemlilik t testi (independent sample t testi) ile aranmış ve istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır (t A = -0.486, t H= -0.886, t U= -1.974, t ER= 0.580, t K= -0.873 P>0.05). Esrardan başvurma durumuna göre öğrenilmiş güçlülük puan ortalamaları arasındaki fark, iki ortalama arasındaki farkın önemlilik t testi (independent sample t testi) ile aranmış ve istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır (t = - 2.420, p<0.05).

3.6. HASTALARIN ÖĞRENİLMİŞ GÜÇLÜLÜK ÖLÇEĞİ (RÖGÖ) PUAN ORTALAMALARININ TEDAVİ OLMA VE HASTALIKLA BAŞETME DURUMLARININ İNCELENMESİ

Tablo 43: Hastaların Öğrenilmiş Güçlülük Ölçeği (RÖGÖ) Puan Ortalamalarının Tıp Dışı Kişilere Başvurma Durumlarına Göre Dağılımı.

TIP DIŞI KİŞİLERE BAŞVURMA DURUMU	N	RÖGÖ Puan Ort.	Standart Sapma	t	P
Başvuran	36	100.25	16.11	-0.445	0.658
Başvurmayan	82	101.91	23.63		P > 0.05

Tablo 43'de araştırma kapsamına alınan hastaların öğrenilmiş güçlülük puan ortalamalarının tıp dışı kişilere başvurma durumlarına göre dağılımı yer almaktadır. Başvuranların öğrenilmiş güçlülük puan ortalaması 100.25 ± 16.11 , başvurmayanların öğrenilmiş güçlülük puan ortalaması 101.91 ± 23.63 'dür. Hastaların tıp dışı kişilere başvurma

durumlarına göre öğrenilmiş güçlülük puan ortalamaları arasındaki fark, iki ortalama arasındaki farkın önemlilik t testi (independent sample t testi) ile aranmış ve istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur ($t = -0.445$, $p > 0.05$).

Tablo 44: Hastaların Öğrenilmiş Güçlülük Ölçeği (RÖGÖ) Puan Ortalamalarının Başka Bir Ruhsal Hastalığı Olma Durumuna Göre Dağılımı.

RUHSAL HASTALIK DURUMU	N	RÖGÖ Puan Ort.	Standart Sapma	t	P
Ruhsal hastalığı olan	85	100.44	20.11	-0.784	0.434
Ruhsal hastalığı olmayan	33	103.91	25.07		P > 0.05

Tablo 44'de araştırma kapsamına alınan hastaların öğrenilmiş güçlülük puan ortalamalarının başka bir ruhsal hastalığı olma durumlarına göre dağılımı yer almaktadır. Ruhsal hastalığı olanların öğrenilmiş güçlülük puan ortalaması 100.44 ± 20.11 , ruhsal hastalığı olmayanların öğrenilmiş güçlülük puan ortalaması 103.91 ± 25.07 'dir. Hastaların başka bir ruhsal hastalığı olma durumlarına göre öğrenilmiş güçlülük puan ortalamaları arasındaki fark, iki ortalama arasındaki farkın önemlilik t testi (independent sample t testi) ile aranmış ve istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur ($t = -0.784$, $p > 0.05$).

Tablo 45: Hastaların Öğrenilmiş Güçlülük Ölçeği (RÖGÖ) Puan Ortalamalarının Daha Önce Alkol/Madde Bağımlılığı Tedavisi İçin Hastaneye Yatma Durumlarına Göre Dağılımı.

YATMA DURUMU	N	RÖGÖ Puan Ort.	Standart Sapma	t	P
Hastaneye yatan	79	99.85	21.45	-1.119	0.265
Hastaneye yatmayan	39	104.57	21.70		P > 0.05

Tablo 45’de araştırma kapsamına alınan hastaların öğrenilmiş güçlülük puan ortalamalarının daha önce alkol/madde bağımlılığı tedavisi için hastaneye yatma durumlarına göre dağılımı incelenmektedir. Hastaneye yatanların öğrenilmiş güçlülük puan ortalaması 99.85 ± 21.45 , hastaneye yatmayanların öğrenilmiş güçlülük puan ortalaması 104.57 ± 21.70 ’dir. Hastaların daha önce alkol/madde bağımlılığı tedavisi için hastaneye yatma durumlarına göre öğrenilmiş güçlülük puan ortalamaları arasındaki fark, iki ortalama arasındaki farkın önemlilik t testi (independent sample t testi) ile aranmış ve istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur ($t = -1.119, p > 0.05$).

Tablo 46: Hastaların Öğrenilmiş Güçlülük Ölçeği (RÖGÖ) Puan Ortalamalarının Daha Önce Alkol/Madde Bağımlılığına İlişkin Toplantıya Katılma Durumlarına Göre Dağılımı.

TOPLANTIYA KATILMA DURUMU	N	RÖGÖ Puan Ort.	Standart Sapma	t	P
Toplantıya katılan	28	104.89	17.94	0.980	0.329
Toplantıya katılmayan	90	100.32	22.54		P > 0.05

Tablo 46’da araştırma kapsamına alınan hastaların öğrenilmiş güçlülük puan ortalamalarının daha önce alkol/madde bağımlılığına ilişkin toplantıya katılma durumlarına

göre dağılımı incelenmektedir. Toplantıya katılanların öğrenilmiş güçlülük puan ortalaması 104.89 ± 17.94 , toplantıya katılmayanların öğrenilmiş güçlülük puan ortalaması 100.32 ± 22.54 'dir. Hastaların daha önce alkol/madde bağımlılığına ilişkin toplantıya katılma durumlarına göre öğrenilmiş güçlülük puan ortalamaları arasındaki fark, iki ortalama arasındaki farkın önemlilik t testi (independent sample t testi) ile aranmış ve istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur ($t = 0.980$, $p > 0.05$).

Tablo 47: Hastaların Öğrenilmiş Güçlülük Ölçeği (RÖGÖ) Puan Ortalamalarının Hastaneye Yatış İsteği Durumuna Göre Dağılımı.

YATIŞ İSTEĞİ DURUMU	N	RÖGÖ Puan Ort.	Standart Sapma	F	P
Kendi	33	102.97	23.93	0.862	0.463
Ailesi	18	93.89	13.46		P > 0.05
Kendi ve ailesi	65	102.62	22.27		
Polis zoruyla	2	101.41	21.56		

Tablo 47'de araştırma kapsamına alınan hastaların öğrenilmiş güçlülük puan ortalamalarının hastaneye yatış isteği durumuna göre dağılımı yer almaktadır. Kendisi isteğiyle yatanların öğrenilmiş güçlülük puan ortalaması 102.97 ± 23.93 , ailesinin isteğiyle yatanların öğrenilmiş güçlülük puan ortalaması 93.89 ± 13.46 , kendi ve ailesinin isteğiyle yatanların öğrenilmiş güçlülük puan ortalaması 102.62 ± 22.27 , polis zoruyla yatanların öğrenilmiş güçlülük puan ortalaması 101.41 ± 21.56 'dir. Hastaların hastaneye yatış isteği durumlarına göre öğrenilmiş güçlülük puan ortalamaları arasındaki fark, tek yönlü varyans analizi (one way ANOVA) ile aranmış ve istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır ($F = 0.862$, $p > 0.05$).

Tablo 48: Hastaların Öğrenilmiş Güçlülük Ölçeği (RÖGÖ) Puan Ortalamalarının Hastanede Yatış Sürelerine Göre Dağılımı.

YATIŞ SÜRELERİ	N	RÖGÖ Puan Ort.	Standart Sapma	F	P
1-15 gün	66	92.23	20.30	6.149	0.000
16-30 gün	30	105.37	26.54		P < 0.05
31-50 gün	13	116.15	19.33		
51-70 gün	6	117.17	17.88		
71 gün ve daha fazla	3	123.33	9.07		

Tablo 48'de araştırma kapsamına alınan hastaların öğrenilmiş güçlülük puan ortalamalarının hastaneye yatış sürelerine göre dağılımı yer almaktadır. 1-15 gün yatanların öğrenilmiş güçlülük puan ortalaması 92.23 ± 20.30 , 16-30 gün yatanların öğrenilmiş güçlülük puan ortalaması 105.37 ± 26.54 , 31-50 gün yatanların öğrenilmiş güçlülük puan ortalaması 116.15 ± 19.33 , 51-70 gün yatanların öğrenilmiş güçlülük puan ortalaması 117.17 ± 17.88 , 71 gün ve daha fazla yatanların 123.33 ± 9.07 'dir. Hastaların hastaneye yatış sürelerine göre öğrenilmiş güçlülük puan ortalamaları arasındaki fark, tek yönlü varyans analizi (one way ANOVA) ile aranmış ve istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır ($F = 0.862$, $p < 0.05$). İleri analiz yapılarak (Post Hoc Test - bonferonni) 1-15 gün ile 31-50 gün arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p = 0.004$ $p < 0.05$).

3.7.HASTALARIN KLİNİK TEDAVİ ÖNCESİ (ÖN TEST) VE SONRASI (SON TEST) ÖĞRENİLMİŞ GÜÇLÜLÜK ÖLÇEĞİ (RÖGÖ) PUAN ORTALAMALARININ DEĞERLENDİRİLMESİ

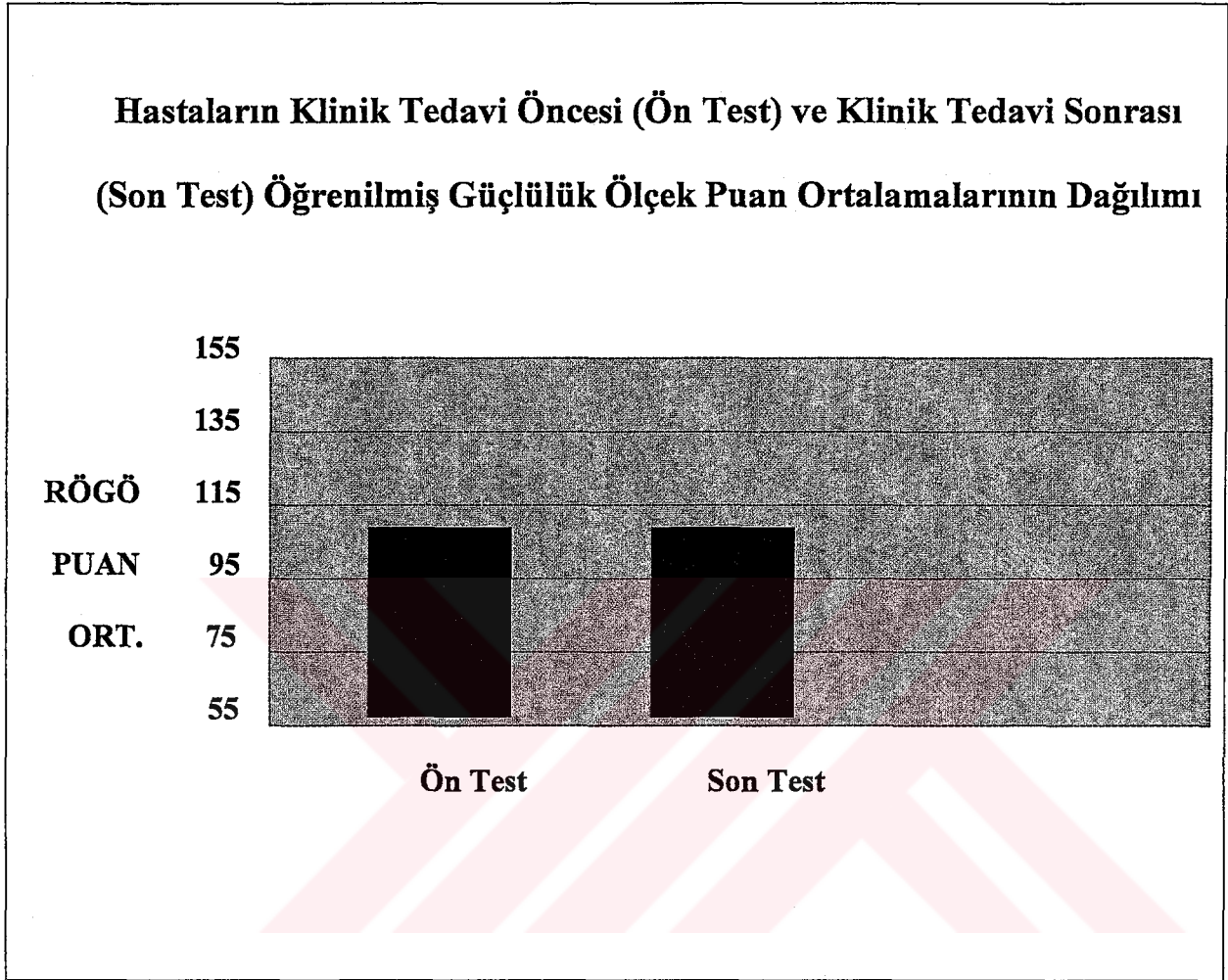
Bu bölümde hastaların klinik tedavi öncesi (öntest) ve sonrası(son test) öğrenilmiş güçlülük ölçeği puan ortalamalarının karşılaştırılması yer almaktadır.

Tablo 49: Hastaların Ön test ve Son Test RÖGÖ Puan Ortalamalarının Dağılımı.

SONUÇLAR	Ön Test	Son Test
Öğrenilmiş Güçlülük Ölçeği Puan Ortalaması	101.41	100.26
Standart Sapma	21.56	23.59
Denek Sayısı	118	118
t ve p değeri	t = 0.620	P = 0.536 P > 0.05

Tablo 49'da hastaların klinik tedavi öncesi (ön test) ve klinik tedavi sonrası (son test) öğrenilmiş güçlülük ölçeğinin puan ortalamaları görülmektedir. Hastaların ön test öğrenilmiş güçlülük ölçeği puan ortalaması 101.41 ± 21.56 , son test öğrenilmiş güçlülük ölçeği puan ortalaması 100.26 ± 23.59 'dur. Hastaların ön test ve son test öğrenilmiş güçlülük ölçek puan ortalamaları arasındaki fark, iki eş arasındaki farkın önemlilik t testi (paired sample t test) ile aranmış ve istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur ($t = 0.620, p > 0.05$).

Grafik 1. Hastaların Klinik Tedavi Öncesi (Ön Test) ve Klinik Tedavi Sonrası (Son Test) Öğrenilmiş Güçlülük Ölçek Puan Ortalamalarının Dağılımı



3.8.NÜKS ÖNLEME PROGRAMINA KATILAN VE KATILMAYAN HASTALARIN KLİNİK TEDAVİ ÖNCESİ (ÖN TEST) VE SONRASI (SON TEST) ÖĞRENİLMİŞ GÜÇLÜLÜK ÖLÇEĞİ PUAN ORTALAMALARININ DEĞERLENDİRİLMESİ

Bu bölümde nüks önleme programına katılan ve katılmayan hastaların klinik tedavi öncesi(ön test) ve sonrası (son test) öğrenilmiş güçlülük ölçeği puan ortalamalarının karşılaştırılması yer almaktadır.

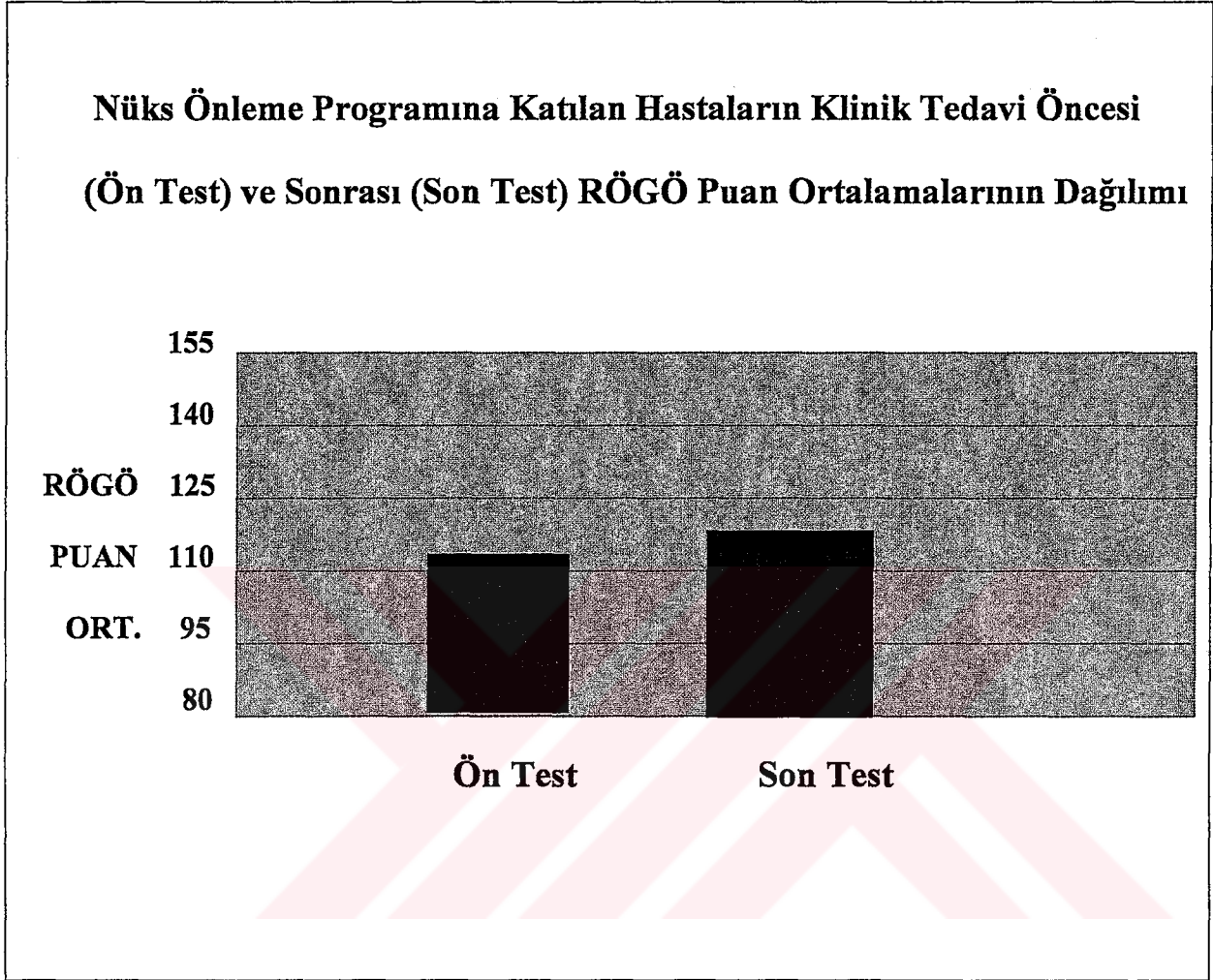
3.8.1.Nüks Önleme Programına Katılan Hastaların Klinik Tedavi Öncesi (Ön Test) ve Sonrası (Son Test) RÖGÖ Puan Ortalamalarının Değerlendirilmesi

Tablo 50:Nüks Önleme Programına Katılan Hastaların Klinik Tedavi Öncesi (Ön Test) ve Sonrası (Son Test) RÖGÖ Puan Ortalamalarının Dağılımı.

SONUÇLAR	Ön Test	Son Test
RÖGÖ Puan Ortalamaları	113.18	118.61
Standart Sapma	19.35	18.07
Denek Sayısı	33	33
t ve p değeri	t = - 2.347	P = 0.025 P < 0.05

Tablo 50'de nüks önleme programına katılan hastaların klinik tedavi öncesi (ön test) ve klinik tedavi sonrası (son test) öğrenilmiş güçlülük ölçeğinin puan ortalamaları görülmektedir. Hastaların ön test öğrenilmiş güçlülük ölçeği puan ortalaması 113.18 ± 19.35 , son test öğrenilmiş güçlülük ölçeği puan ortalaması 118.61 ± 18.07 'dir. Hastaların ön test ve son test öğrenilmiş güçlülük ölçek puan ortalamaları arasındaki fark, iki eş arasındaki farkın önemlilik t testi (paired sample t test) ile aranmış ve istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($t = - 2.347$, $p < 0.05$).

Grafik 2. Nüks Önleme Programına Katılan Hastaların Klinik Tedavi Öncesi (Ön Test) ve Sonrası (Son Test) RÖGÖ Puan Ortalamalarının Dağılımı



3.8.2. Nüks Önleme Programına Katılmayan Hastaların Klinik Tedavi Öncesi (Ön Test) ve Sonrası (Son Test) RÖGÖ Puan Ortalamalarının Değerlendirilmesi

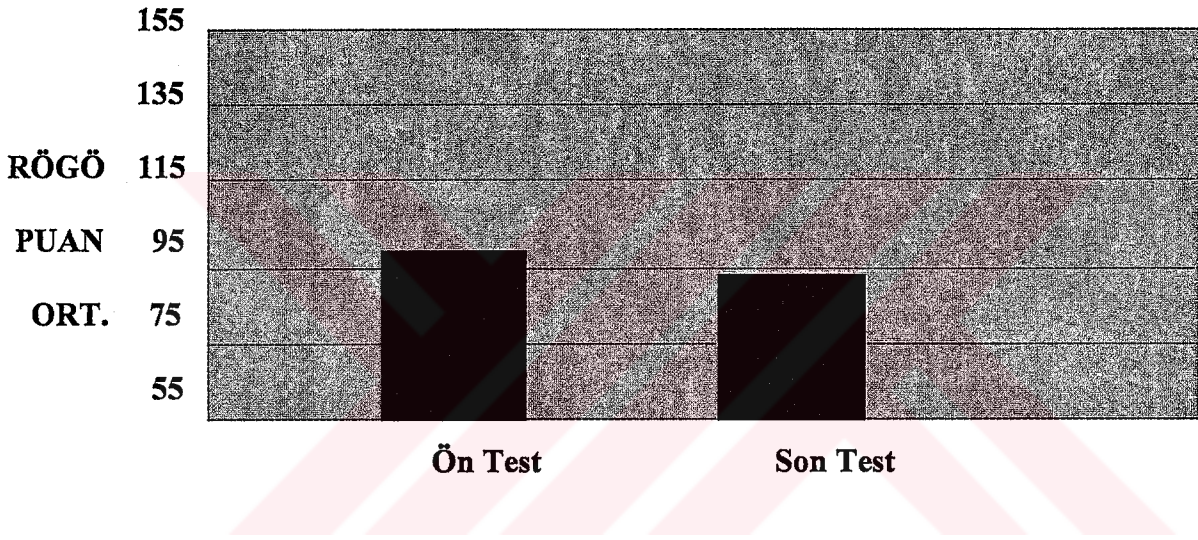
Tablo 51: Nüks Önleme Programına Katılmayan Hastaların Klinik Tedavi Öncesi (Ön Test) ve Sonrası (Son Test) RÖGÖ Puan Ortalamalarının Dağılımı.

SONUÇLAR	Ön Test	Son Test
RÖGÖ Puan Ortalamaları	96.84	93.14
Standart Sapma	20.71	21.61
Denek Sayısı	85	85
t ve p değeri	t = 1.573	P = 0.120 P > 0.05

Tablo 51’de nüks önleme programına katılmayan hastaların klinik tedavi öncesi (ön test) ve klinik tedavi sonrası (son test) öğrenilmiş güçlülük ölçeğinin puan ortalamaları görülmektedir. Hastaların ön test öğrenilmiş güçlülük ölçeği puan ortalaması 96.84 ± 20.71 , son test öğrenilmiş güçlülük ölçeği puan ortalaması 93.14 ± 21.61 ’dir. Hastaların ön test ve son test öğrenilmiş güçlülük ölçek puan ortalamaları arasındaki fark, iki eş arasındaki farkın önemlilik t testi (paired sample test) ile aranmış ve istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur ($t = 1.573, p > 0.05$).

Grafik 3. Nüks Önleme Programına Katılmayan Hastaların Klinik Tedavi Öncesi (Ön Test) ve Sonrası (Son Test) RÖGÖ Puan Ortalamalarının Dağılımı.

Nüks Önleme Programına Katılmayan Hastaların Klinik Tedavi Öncesi (Ön Test) ve Sonrası (Son Test) RÖGÖ Puan Ortalamalarının Dağılımı



3.8.3. Hastaların Nüks Önleme Programına Katılma Durumlarının Klinik Tedavi Öncesi (Ön Test) ve Sonrası (Son Test) RÖGÖ Puan Ortalamalarının Değerlendirilmesi

Tablo 52: Hastaların Nüks Önleme Programına Katılma Durumlarının Klinik Tedavi Öncesi (Ön Test) ve Sonrası (Son Test) RÖGÖ Puan Ortalamalarının Dağılımı.

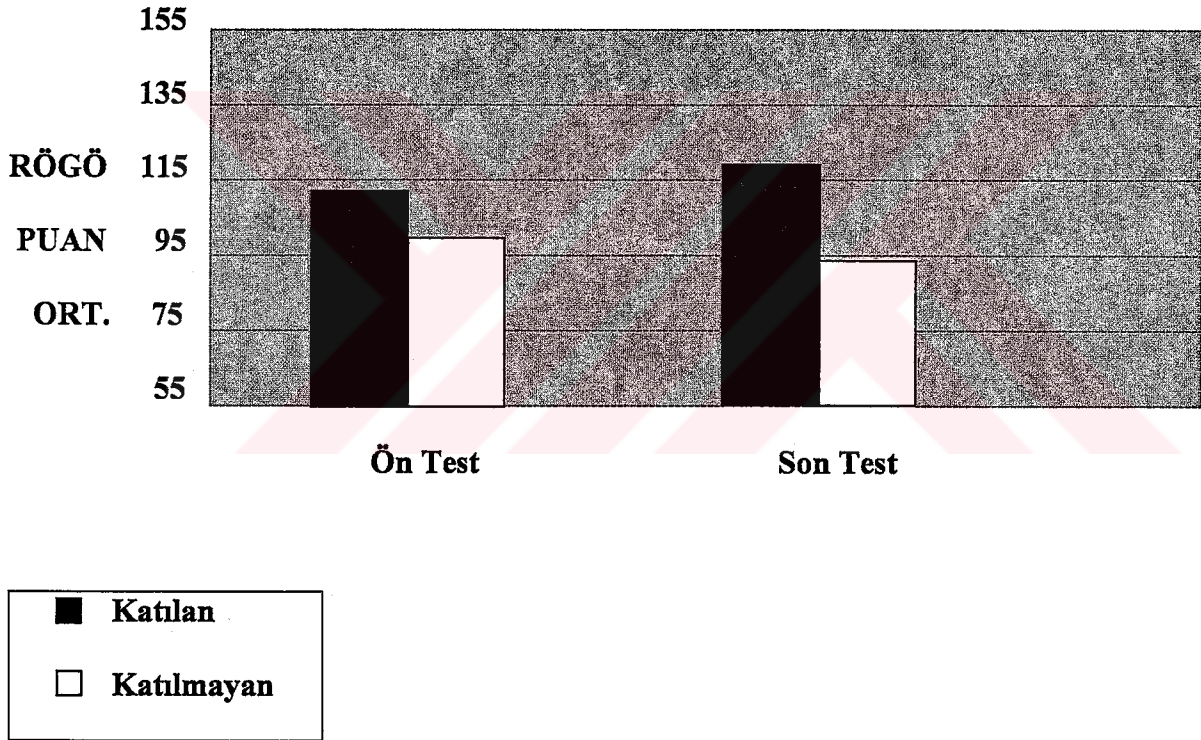
	ÖN TEST		SON TEST	
	Katılan	Katılmayan	Katılan	Katılmayan
NÜKS ÖNLEMEEYE KATILMA DURUMU				
RÖGÖ Puan Ortalamaları	113.18	96.84	118.61	93.14
Standart Sapma	19.34	20.71	18.07	21.61
Denek Sayısı	33	85	33	85
t ve P değeri	t= 3.917	P= 0.000 P < 0.05	t= 5.999	P= 0.000 P < 0.05

Tablo 52’de hastaların nüks önleme programına katılma durumlarının klinik tedavi öncesi (ön test) ve klinik tedavi sonrası (son test) öğrenilmiş güçlülük ölçeğın puan ortalamaları incelenmektedir. Nüks önleme programına katılan hastaların ön test öğrenilmiş güçlülük ölçeğı puan ortalaması 113.18±19.34, nüks önleme programına katılmayan hastaların ön test öğrenilmiş güçlülük ölçeğı puan ortalaması 96.84±20.71’dir. Hastaların nüks önleme programına katılma durumlarının ön test öğrenilmiş güçlülük ölçek puan ortalamaları arasındaki fark, iki ortalama arasındaki farkın önemlilik t testi (independent sample t testi) ile aranmış ve istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur (t= 3.917, p<0.05).

Nüks önleme programına katılan hastaların son test öğrenilmiş güçlülük ölçeğı puan ortalaması 118.61±18.07, nüks önleme programına katılmayan hastaların son test öğrenilmiş güçlülük ölçeğı puan ortalaması 93.14±21.61’dir. Hastaların nüks önleme programına katılma durumlarının son test öğrenilmiş güçlülük ölçek puan ortalamaları arasındaki fark, iki ortalama arasındaki farkın önemlilik t testi (independent sample t testi) ile aranmış ve istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur (t =5.999, P<0.05).

Grafik 4. Hastaların Nüks Önleme Programına Katılma Durumlarının Klinik Tedavi Öncesi (Ön Test) ve Sonrası (Son Test) RÖGÖ Puan Ortalamalarının Dağılımı.

Hastaların Nüks Önleme Programına Katılma Durumlarının Klinik Tedavi Öncesi (Ön Test) ve Sonrası (Son Test) RÖGÖ Puan Ortalamalarının Dağılımı



BÖLÜM 4

TARTIŞMA

4.1. HASTALARIN SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİ

Bu bölümde hastaların sosyodemografik özellikleri tanıtılmıştır. Bu sosyodemografik özellikler hastanın yaş grupları, cinsiyetleri, medeni durumu, birlikte yaşadığı kişiler, eğitim durumu, mesleki durumu, çalışma durumu, gelir durumu, sosyal güvencesi, en uzun süre yaşadıkları yerleri kapsamaktadır.

Hastalar yaş gruplarına göre incelendiğinde; araştırma kapsamına giren 118 hastanın %25.4'ü 17-25, %16.1'i 26-33, %16.1'i 34-41, %22.9'u 42-49, %13.6'sı 50-57, %5.9'u 58 yaş ve üzeri yaş grubunda olup, hastaların yaş ortalaması 37.36 ± 12.94 'dür (Tablo1). Pektaş ve ark. (2001)'nin alkol bağımlılarda yaptığı çalışmada yaş ortalaması 39.6 ± 10.6 , Akcan ve ark. (2000a)'nin alkol ve madde bağımlılarında yaptığı çalışmada yaş ortalaması 32.50 ± 10.16 olarak bulunmuş olup(2, 71), araştırmamızın bulguları ile benzerlik göstermektedir.

Hastaların cinsiyet durumları incelendiğinde; %93.2'si erkek, %6.8'i kadın olarak bulunmuştur (Tablo 1). Alkol ve madde bağımlılığı olan hastalarla yapılan araştırmalar incelendiğinde, Mirsal ve ark(2001)'nin yaptığı çalışmada %96.0'sı erkek, %4.0'ı kadın, Saatçioğlu ve ark(2003)'nin yaptığı çalışmada beş yıllık değerlendirmede kadınlarda en yüksek %4.2, en düşük %4.9, erkeklerde en düşük %95.1, en yüksek %95.8, Gümüş ve ark(2002)'nin yaptığı çalışmada %97.5'i erkek, %2.5'i kadın olarak saptanmıştır (38, 60, 78). Alkol ve madde bağımlılığı olan hastalarla yapılan araştırmalardan elde edilen bulgular, şimdiki araştırma bulgularını desteklemektedir. Kadın hastaların bağımlılık tedavisi için başvuru ve yatarak tedavi girişimlerinin az olmasında, kadınların sosyokültürel olarak Türk toplumunda daha az alkol ve madde kullanımına yönelmesi ve hoş görülmemesi etkili

olabilir. Bu araştırmada kadın hastaların oranının az olmasında, araştırmanın yapıldığı hastanelerden birinin kadın hasta yatışlarının olmaması etkili olduğu dűřünülmektedir.

Hastaların medeni durumları incelendiğinde; %31.4'ü bekâr, %39.0'ı evli, %23.7'si boşanmış, %3.4'ü ayrı yaşıyor, %2.5'i eşi ölmüş olduğu saptanmıştır (Tablo 1). Alkol ve madde bağımlılığı olan hastalarla yapılan araştırmalar incelendiğinde hastaların, Mirsal ve ark(1999)'nın yaptığı çalışmada %16'sı bekâr, %48'i evli, %16'sı boşanmış, %20'si ayrı yaşıyor, Akcan ve ark(2000b)'nin yaptığı çalışmada %19.5'i bekâr, %40.2'si evli, %15.9'u boşanmış veya ayrı, %24.4'ü dul, Evren ve ark(2003)'nin yaptığı çalışmada erkek ve kadın hastaların büyük bir kısmının evli olduğu saptanmıştır(3, 33). Bu bulgular doğrultusunda hastaların büyük çoğunluğunun evli olduğu ve araştırmamızın bulgularıyla uyum göstermektedir.

Hastaların birlikte yaşadığı kişiler incelendiğinde; %18.6'sı yalnız, %5.1'i eşiyle, %32.2'si eşi ve çocuklarıyla, %4.2'si sadece çocuklarıyla, %35.6'sı anne-babayla, %4.2'si arkadaşlarıyla birlikte yaşadığı saptanmıştır (Tablo 1). Alkol ve madde bağımlılığı olan hastalarla yapılan araştırmalar incelendiğinde hastaların, Kalyoncu ve ark(2001a)'nin yaptığı çalışmada %12.5'i yalnız, %87.5'i ailesi ile yaşadığı bulunmuştur(48). Araştırmamızın bulgusuyla uyum göstermektedir.

Hastaların eğitim durumları incelendiğinde; %62.7'si ortaokul, %26.3'ü lise, %11.0'ı üniversite mezunu bulunmuştur (Tablo 1). İlhan ve ark(2003)'nin araştırmasında hastaların %11.5'i okur-yazar/ilkokul, %61.1'i ortaokul/lise, %27.4'ü yüksekokul mezunu olduğu saptanmıştır(46). Araştırmamızın sınırlılıkları gereğince ortaokul mezunu ve üstü olan hastalar ele alındığından bu kriterlere uygun çalışmaları karşılaşılamamaktadır.

Hastaların mesleki durumları incelendiğinde; %9.3'ü işsiz, %2.5'i öğrenci, %13.6'sı memur, %14.4'ü işçi, %37.3'ü serbest meslek, %22.9'u emekli olduğu saptanmıştır (Tablo1). Saatçioğlu ve ark(2003)'nin alkol ve madde bağımlılığı olan hastalarla yaptığı çalışmada

işsizlik oranının tüm yıllarda (1998 yılında %34.1, 1999 yılında %31.6, 2000 yılında %29.2, 2001 yılında 32.7, 2002 %36.9) en yüksek olduğu görülmüştür(78). Bu bulgular araştırmamızın bulgularını desteklememektedir.

Hastaların çalışma durumu incelendiğinde, %58.5'i çalıştığı, %41.5'inin çalışmadığı saptanmıştır (Tablo1). Alkol bağımlıları üzerinde yapılan araştırmalar incelendiğinde hastaların, Mırsal ve ark(2001)'nin yaptığı çalışmada hastaların %68.0'nun çalıştığı, %32.0'nun çalışmadığı, Evren ve Çakmak(2001)'in alkol ve madde bağımlıları üzerinde yaptığı çalışmada hastaların büyük oranda çalıştığı bulunmuştur(32, 60). Bu araştırma bulgusu şimdiki araştırmamızı desteklemektedir.

Hastaların gelir düzeylerine göre incelendiğinde; % 6.8'inin gelirinin giderden yüksek, % 47.5'inin gelir ve giderleri dengeli, %45.8'inin gelirinin giderden düşük olduğu saptanmıştır (Tablo1). Akcan ve ark(2000a)'nin yaptığı çalışmada %12.3'ünün üst gelir düzeyine, %65.4'ünün orta, %22.3'ünün alt gelir düzeyine sahip olduğu belirtilmiştir(2). Araştırmamızın bulgusunda %45.8'inin gelir giderden düşük olduğu da dikkat çekmektedir.

Hastaların sosyal güvence durumuna göre incelendiğinde; %25.4'ünün emekli-sandığına, %5.9'unun Bağ-kur'a bağlı olduğu, %33.9'unun SSK' ya, %27.1'nin yeşil kartlı, %7,6'sının sosyal güvencesi olmadığı(ücretli) saptanmıştır (Tablo1). Evren ve Çakmak (2001)'in yaptığı çalışmada alkol kullananların %27.7'sinin memur, madde kullananların %40.4'ünün ücretli olduğunu belirlemiştir(32). Bu araştırmada hastaların sosyal güvencelerini, araştırmanın üniversite ve devlet hastanesinde yapılmasının etkili olduğu düşünülmektedir.

Hastaların en uzun süre yaşadıkları yerlere göre incelendiğinde; %56.8'inin ilde, %28.8'inin ilçede, %14.4'ünün köyde yaşadıkları saptanmıştır (Tablo1). Literatürde alkol ve madde bağımlılığı olan hastaların illerde daha fazla görüldüğü belirtilmekte ve araştırmamızla paralellik göstermektedir(70).

4.2. HASTALARIN ALKOL / MADDE KULLANIM ÖZELLİKLERİNİN İNCELENMESİ

Hastaların hastaneye yatmadan önceki 1 ay içinde kullandığı alkol ve/veya maddeler incelendiğinde; hastaların hastaneye yatmadan önceki bir ay içinde %96.6'sının alkol kullandığı, %42.4'ünün esrar kullandığı, %18.6'sının ecstasy kullandığı, %12.7'sinin roş kullandığı, %10.2'sinin uçucu madde kullandığı, %2.5'inin eroin kullandığı, %5.1'inin kokain kullandığı, %95.8'inin sigara kullandığı, %10.2'sinin tıbbi ilaçların(akineton, nervium, nörodol) kötüye kullandığı saptanmıştır (Tablo 2).

Alkol ve madde bağımlılığı olan hastalarla yapılan araştırmalar incelendiğinde hastaların, Akcan ve ark(2000a)'nın yaptığı çalışmada %52.5'inin alkol, %31.8'inin esrar, %19.4'ünün hap, %14.4'ünün kokain, %12.9'unun eroin, %2.1'inin uçucu maddeler, %36.5 birden fazla madde kullandığı, Ögel ve ark(2003)'nin sigara kullanım yaygınlığı üzerinde yaptığı çalışmada %58.1'inin son 1 ayda içinde en az bir kez sigara kullandığı saptanmıştır. Bu araştırma bulguları araştırmamızın bulgusuna göre alkol ve sigara kullanımının düşük oranda olduğu saptanmıştır. Saatçioğlu ve ark(2003)'nin yaptığı çalışmada sigara kullanımı yılların hepsinde yüksek oranda (en düşük 1998 yılı %92.5, en yüksek 2001 yılı %94.8) saptanmıştır ve bu araştırma bizim araştırmamızı desteklemektedir. Türkiye'de sigara ve alkol kullanımından sonra en sık kullanılan maddeler sırasıyla; esrar, uçucu madde, eroin, akineton, roş, kokain, ecstasy sayılabilir. Uçucu madde kullanımı değişik yaş gruplarında görülmekle birlikte, 7-19 yaşları arasındaki çocuk ve ergenlerde daha sıktır(2, 14, 66, 78, 95). Araştırmamızda uçucu madde kullanım oranının düşük çıkmasında, araştırmamızın sınırlılıklarında 17 yaşın altındaki hastaların katılmamasının etkili olduğu düşünülmektedir.

Hastaların hayatında ilk kullandığı maddeler incelendiğinde; %17.8'inin alkol, %1.7'sinin esrar, %0.8'inin ecstasy, %3.4'ünün uçucu madde, %76.3'ünün sigara kullandığı saptanmıştır (Tablo 3). Saatçioğlu ve ark(2003)'nin yaptığı çalışmada ilk kullanılan maddeler

arasında alkol (en düşük 2002 yılı %65.5, en yüksek 1999 yılı %71.2), esrar (en düşük 1999 ve 2000 yılları %10.4, en yüksek 2002 yılı %15.0), uçucu (en düşük 2001 yılı %6.9, en yüksek 2002 yılı %10) en sık bulundu. Literatürde de ilk kullanılan maddenin sigaradan sonra alkol, esrar ve uçucu madde gelmekte araştırmamızla da paralellik göstermektedir(78).

Hastaların hayatında ilk alkol/ madde kullanım yaş grupları incelendiğinde; hastaların %22.9'unun 8–11, %53.4'ünün 12–16, %21.2'sinin 17–22, %1.7'sinin 23–27, %0.8'inin 28 ve üzeri yaş grubunda olduğu saptanmıştır (Tablo 4). Alkol ve madde bağımlılığı olan hastalarla yapılan araştırmalar incelendiğinde hastaların, Saatçioğlu ve ark(2003) yaptığı çalışmada ilk kullanım yaşı 11–20 yaş arasında daha fazla görülmekle birlikte 6–10 yaş arasında bulunanların olması dikkat çekmektedir, Akcan ve ark(2000a)'nın yaptığı çalışmada alkol, esrar, hap ve uçucu maddeye başlama yaşı 20 yaşının altında iken, eroin ve kokaine başlama yaşı 20 yaş ve üstündedir(2, 78). Bu araştırma bulguları araştırmamızla uyum göstermektedir.

Hastaların hayatında ilk kullandığı madde miktarları incelendiğinde; hayatında ilk kullandığı madde olan alkolün kullanım miktarın (standart içki miktarı/gün) % 66.7'sinin ½-1, % 19.0'ının 2–3, % 14.3'ünün 4 ve daha fazla, esrar kullanım miktarın %50.0'ının 1 adet, %50.0'ının 2–3 adet, ecstasy kullanım miktarın tamamının (%100.0) 2–3 tane, uçucu madde kullanım miktarın %50.0'ının ½ tüpten daha az, %25.0'ının ½ tüp, %25.0'ının 1 tüp ve daha fazla, sigara kullanım miktarın %71.1'inin 1–2 tane, %13.3'ünün 3–4 tane, %15.6'sının 5 ve daha fazla olduğu saptanmıştır (Tablo 5). Ulaşılan literatür incelendiğinde hastaların ilk kullandığı madde miktarlarının ele alındığı herhangi bir araştırmaya rastlanmamıştır.

Hastaların hayatında ilk kullandığı maddenin son 1 aydır kullanım sıklığı incelendiğinde; hastaların hayatında ilk kullandığı madde olan alkolün son 1 aydır kullanım sıklığının %85.0'ının hergün, %10.0'ının hafta 1–2 gün, %5'inin ayda 1–2 gün, esrarın son 1 aydır

kullanım sıklığının tamamının (% 100.0) hergün, uçucu maddenin son 1 aydır kullanım sıklığının tamamının (% 100.0) haftada 3–4 gün, sigaranın son 1 aydır kullanım sıklığının tamamının (% 100.0) hergün kullandığı saptanmıştır (Tablo 6). Ulaşılan literatür incelendiğinde hastaların ilk kullandığı madde miktarlarının ele alındığı herhangi bir araştırmaya rastlanmamıştır.

Hastaların hayatında ilk kullandığı maddenin son 1 aydır kullanım miktarı incelendiğinde; hastaların hayatında ilk kullandığı madde olan alkolün son bir aydır kullanım miktarın (standart içki miktarı/gün) % 5'inin 3–5, %15'inin 6–9, %10'unun 10–15, %50.0'nin 16–21, %20'sinin 22 ve daha fazla, esrarın son bir aydır kullanım miktarın % 50.0'nin 6–10 adet, %50.0'nin 11–20 adet, uçucu maddenin son bir aydır kullanım miktarın tamamının (% 100.0) ½-1 tüp olduğu, sigaranın son bir aydır kullanım miktarın % 29.2'sinin 10–20 tane, %53.9'unun 21–40 tane, %10.1'inin 41–50 tane, %6.7'sinin 51 ve daha fazla olduğu saptanmıştır (Tablo 7). Ulaşılan literatür incelendiğinde hastaların ilk kullandığı madde miktarlarının hepsinin ele alındığı herhangi bir araştırmaya rastlanmamıştır. Kaya ve Çilli(2002)'nin nikotin, alkol ve madde bağımlılığın 12 aylık yaygınlığı konusundaki çalışmada son bir yıl içindeki en az bir ay süreyle hergün sigara kullanan 89 öğrencinin hemen hemen yarısı günde 11–20 adet sigara kullandığı saptanmıştır. Yanık ve ark(2004)'nin sarma tütün üzerinde yaptığı çalışmada hastaların %56.3'ü günde 20'den fazla sarma tütün kullandığı saptanmıştır(52, 97).

Hastaların başvurma nedeni olan alkol ve/veya maddeler incelendiğinde; alkolden başvuranların %85.6, esrardan başvuranların %30.5, hapdan başvuranların %14.4, uçucu maddeden başvuranların %7.6, eroinden başvuranların %2.5, kokainden başvuranların %2.5, sigaradan başvuranların %0.0, tıbbi ilaçların kötüye kullanımından başvuranların %,0.8 olduğu saptanmıştır (Tablo 8). Saatçioğlu ve ark(2003)'nin yaptığı çalışmada başvuru nedeni için alkol kullanımı (en düşük 2002 yılında %58.5 ve en yüksek 2000 yılında %64.5) ilk

sırada bulunurken, madde kullanımını ikinci, alkolle birlikte madde kullanımını ise 3. sırada bulunmuştur(78). Ulaşılan literatür incelendiğinde hastaların hastaneye başvurma nedeni olan alkol ve/veya maddelerin hepsinin ele alındığı herhangi bir araştırmaya rastlanmamıştır.

Hastaların başvurma nedeni olan alkol ve/veya maddelerin ilk kullanım yaş grupları incelendiğinde; hastaların başvurma nedeni olan alkol kullanım yaş gruplarının % 5.9'unun 8-11, %45.5'inin 12-16, %41.6'sının 17-22, %4.0'ünün 23-27, %3.0'ünün 28 ve üzeri, esrar kullanım yaş gruplarının %66.7'sinin 12-16, %30.6'sının 17-22, %2.7'inin 23-27, hap kullanım yaş gruplarının %47.1'inin 12-16, %47.1'inin 17-22, %5.8'inin 23 ve üzeri, uçucu madde kullanım yaş gruplarının %44.4'ünün 12-16, %44.4'ünün 17-22, %11.2'sinin 23-27, eroin kullanım yaş gruplarının %33.3'ünün 12-16, %33.3'ünün 17-22, %33.4'ünün 23 ve üzeri, kokain kullanım yaş gruplarının %66.6'ünün 12-16, %33.4'ünün 17-22, tıbbi ilaçların kötüye kullanım yaş gruplarının tamamının (% 100.0) 17-22 olduğu saptanmıştır (Tablo 9). Gürkaynak(1998)'ın yaptığı çalışmada opioide(eroin) başlama en sık 20-24 yaş grubunda olduğunu saptamıştır. Araştırmamızın bulgusuna göre eroin kullanımının 12-16 ve 17-22 yaş grubunda da kullanılmaya başlandığı belirlenmiştir. Akcan ve ark(2000a)'nın yaptığı çalışmada alkol, esrar, hap ve uçucu maddeye başlama yaşı 20 yaşının altında iken, eroin ve kokaine başlama yaşı 20 yaş ve üstündedir. Uçucu maddelere başlama yaşı tümünde 20 yaş altındadır(2, 40). Bu araştırma bulguları araştırmamızı desteklemektedir. Hastaların başvurma nedeni olan maddeler arasından sigaranın olmaması dikkat çekmektedir.

Hastaların başvurma nedeni olan alkol ve/veya maddelerin ilk kullanım miktarlarına göre incelendiğinde; hastaların başvurma nedeni olan alkolün ilk kullanım miktarların (standart içki miktarı/gün) % 48.5'inin ½-1, % 33.7'sinin 2-3, % 17.8'inin 4 ve daha fazla, esrarın ilk kullanım miktarların %75.0'ünün 1 adet, %16.7'sinin 2-3 adet, %8.3'ünün 4 ve daha fazla, hapın ilk kullanım miktarların %35.3'ünün 1 tane, %35.3'ünün 2 tane, %29.4'ünün 3 ve daha fazla, uçucu maddenin ilk kullanım miktarların %77.8'inin ½ tüpten daha az,

%22.2'sinin 1 tüp ve daha fazla, eroinin ilk kullanım miktarların %66.6'sının ½ gr ve daha az, %33.4'ünün 2 gr ve daha fazla, kokainin ilk kullanım miktarların %66.6'sının 1 taş ve daha az, %33.4'ünün 2 taş, tıbbi ilaçların ilk kullanım miktarların tamamının (%100.0) 2-3 tane tıbbi ilaçların kötüye kullanım miktarı olduğu saptanmıştır (Tablo 10). Ulaşılan literatür incelendiğinde hastaların hastaneye başvurma nedeni olan alkol ve/veya maddelerin ilk kullanım miktarlarının ele alındığı herhangi bir araştırmaya rastlanmamıştır.

Hastaların başvurma nedeni olan alkol ve/veya maddelerin son 1 aydır kullanım sıklığı incelendiğinde; hastaların başvurma nedeni olan alkolün son 1 aydır kullanım sıklığının %75.8'inin hergün, %7.1'inin haftada 3-4 gün, %1.1'inin haftada 1-2 gün, %6.0'ının ayda 1-2 gün, esrarın son 1 aydır kullanım sıklığının % 62.9'unun hergün, %28.6'sının haftada 3-4 gün, %8.5'inin haftada 1-2 gün, hapın son 1 aydır kullanım sıklığının %42.9'unun hergün, %7.1'inin haftada 3-4 gün, %50.0'ının haftada 1-2 gün, uçucu maddenin son 1 aydır kullanım sıklığının % 44.4'ünün hergün, %55.6'sının haftada 3-4 gün, eroinin son 1 aydır kullanım sıklığının % 66.6'sının hergün, %33.4'ünün haftada 3-4 gün, kokainin son 1 aydır kullanım sıklığının tamamının (% 100.0) haftada 3-4 gün, tıbbi ilaçların son 1 aydır kullanım sıklığının tamamının (100.0) her gün olduğu saptanmıştır (Tablo 11). Saatçioğlu ve ark(2003)'nın yaptığı çalışmada alkol kullanım sıklığı için "haftada ikiden sık" diyenler en sık olup en düşük 1998 yılı %54.8 ile en yüksek 2002 yılı %72.1 oranında ve yıllara göre kullanım sıklığı artmakta olduğu saptanmıştır. Akcan ve ark. (2000b)'nin yaptığı çalışmada alkolü hergün, esrarı hergün, hapi hergün, eroini hergün, kokaini haftada 1-2 gün kullanım sıklılığının yüksek oranda olup, araştırmamızı bu bulgular desteklemektedir(3, 78).

Hastaların başvurma nedeni olan alkol ve/veya maddelerin son 1 aydır kullanım miktarına göre incelendiğinde; hastaların başvurma nedeni olan alkolün son 1 aydır kullanım miktarının (standart içki miktarı/gün) % 10.1'inin 3-5, %26.3'ünün 6-9, %18.2'sinin 10-15, %31.3'ünün 16-21, %14.1'inin 22 ve daha fazla, esrarın son 1 aydır kullanım miktarının

%34.3'ünün 1-5 adet, % 48.6'sının 6-10 adet, %14.3'ünün 11-20 adet, %2.8'inin 21 ve daha fazla, hapın son 1 aydır kullanım miktarının %7.1'inin 1-2 tane, %50.0'ünün 3-5 tane, %42.9'unun 6 ve daha fazla, uçucu maddenin son 1 aydır kullanım miktarının %77.8'inin ½-1 tüp, %22.2'sinin 2 tüp ve daha fazla, eroinin son 1 aydır kullanım miktarının %33.3'ünün 1 gr, %66.7'sinin 2 gr ve daha fazla, kokainin son 1 aydır kullanım miktarının %50.0'ünün 2 taş, %50.0'ünün 3 taş ve daha fazla, tıbbi ilaçların son 1 aydır kullanım miktarının tamamının (%100.0) 6-10 adet olduğu saptanmıştır(Tablo 12). Alkol ve madde bağımlılığı olan hastalar incelendiğinde; Gürkaynak(1998)'ın yaptığı çalışmada uçucu madde bağımlılarının %23'ünün günde 3 tüpten fazla bally kullandıklarını ve Saatçioğlu ve ark(2003)'ünün yaptığı çalışmada alkol kullanımının ortalama miktarı(standart içki/gün), 1998-2001 yılına kadar olguların çoğunun (en düşük 2002 yılı %50.7, en yüksek 1998 yılı %64.7) "10 veya daha fazla standart alkollü içki" kullandığı bulunmuştur(40, 78). Bu araştırmalar araştırmamızın bulgularıyla benzerlik göstermektedir.

Hastaların en uzun remisyon (ayıklık süreci) dönemi incelendiğinde; hastaların %32.2'sinin 0-15 gün, %7.6'sının 16-30 gün, %31.4'ünün 1-3 ay, %14.4'ünün 4-12 ay, %9.3'ünün 13-36 ay, %5.1'inin 37 ay ve daha fazla remisyon döneminin olduğu saptanmıştır(Tablo 13). Alkol veya madde kullanmayı bırakan hastaların yaklaşık %40-50'si ilk 6 ay içinde tekrar kullanmaya başlamaktadır(79). Alkol bağımlıların %65'inin 1 yıl süre ile "ayık" kalabildiği, hatta %20-30'unun tedavi görmeden bunu gerçekleştirebildiği kabul edilmektedir(16). Araştırmamıza göre de hastaların %71.2'sinin ilk 3 ay içinde tekrar kullanmaya başladığını ve yapılmış çalışmalara göre kısa sürelik remisyon dönemlerinin olduğunu göstermektedir. Örneklem sayısının az olmasının bu sonuçla bağlantılı olduğu düşünülmektedir. Bu yüzden genel bir yargıya varılamamaktadır.

Hastaların alkol / madde kullanımını tekrar başlatan riskli durumlarına göre incelendiğinde; hastaların %29.7'sinin olumsuz duygu, düşünce, tutum ve davranışlar,

%19.5'inin sosyal baskılar, %1.7'sinin tedavi alma ile ilgili sorunlar, %26.3'ünün kişiler arası ilişkilerde yaşanan çatışmalar, %22.9'unun dürtü, özlem, istek ve alkol içmeyi kontrol etmek isteme olduğu saptanmıştır(Tablo 14). Kalyoncu ve ark(2001)'nin yaptığı çalışmada nüks nedenleri arasında olumsuz duygu, düşünce ve tutumların birinci sırada (%33.3) yer aldığını göstermiştir(48). Bu çalışma bizim araştırma bulgusunu desteklemektedir. Alkol ve madde bağımlılığı olan hastaların nükslerini önlemek için öfke yönetimi, stresle başa çıkma becerileri, problem çözme becerileri, kişilerarası ilişki becerileri kazandırmaya yönelik programların yapılması gerektiği düşünülmektedir.

Hastaların alkol/madde kullanımının aile, iş, sosyal yaşam, sağlık gibi alanlarda sorun olma durumları incelendiğinde; hastaların tamamının (%100.0) alkol/madde kullanımın bu gibi alanlarda sorun olduğu saptanmıştır(Tablo 15). Literatürde alkol ve madde kullanımın, sağlık sorunları, trafik kazaları, öz kırım, suça yönelme, aile parçalanması, ekonomik sorunlar, iş yaşamının bozulması gibi pek çok boyutunda sorun oluşturmakta olduğu belirtilmiştir(12, 70, 94). Bu bulguya göre alkol ve madde kullanımı veya bağımlılığın bir biyopsikososyal ve ekonomik sorun olarak karşımıza çıkmaktadır.

4.3. HASTALARIN TEDAVİ OLMA VE HASTALIKLA BAŞETME DURUMLARININ İNCELENMESİ

Hastaların tıp dışı kişilere başvurma durumları incelendiğinde; hastaların %30.5'inin tıp dışı kişilere (hacı, hoca, üfürükçü vb.) başvurduğu, %69.5'inin başvurmadığı saptanmıştır (Tablo 16). Alper ve ark.(1990)'nin yaptığı çalışmada, ruhsal bozukluğu olan bireylerin %54.5'inin tıp dışı kişilere başvurduğu saptanmıştır(15). Hastaların tıp dışı kişilere başvurmaları, toplumumuzda yaygın olarak görülen inanışlardan kaynaklanan bir çare arama davranışı olarak yorumlanabilir.

Hastaların fiziksel bir hastalığı olma durumu incelendiğinde; hastaların %48.3'ünün fiziksel hastalığı olduğu, %51.7'sinin fiziksel bir hastalığı olmadığı saptanmıştır (Tablo 17). İlgili literatürde alkol ve madde kullanımının bireylerde birçok fiziksel hastalıkları da beraberinde getirdiğini, araştırmamızda elde edilen bu bulguyu destekler niteliktedir(51).

Hastaların fiziksel hastalıkları incelendiğinde; hastaların %5.2'sinin solunum sistemi hastalığı, %5.2'sinin sinir sistemi hastalığı, %21.1'inin dolaşım sistemi hastalığı, %21.1'inin sindirim sistemi hastalığı, %12.3'ünün endokrin sistemi hastalığı, %35.1'inin travma bulgusu olduğu saptanmıştır(Tablo 18). Araştırmamızda birinci sırayı (%35.1) travma bulgusunun yer alması, alkol ve madde kullanımının getirdiği kendine zarar verme, düşme, kazalar, kavganın olduğunu göstermektedir.

Hastaların alkol/madde bağımlılığı dışında tanı konulmuş başka bir ruhsal hastalığı olma durumu incelendiğinde; hastaların %72.2'sinin başka bir ruhsal hastalığı olduğu, %28.0'ının başka bir ruhsal hastalığı olmadığı saptanmıştır(Tablo 19). Literatürde alkol ve /veya madde kullanımı veya bağımlılığı tanılarını almış olan %76.0 erkek ve %65.0 kadının ek bir ruhsal hastalık tanısının olduğu, araştırmamızda elde edilen bu bulguyu desteklemektedir(51).

Hastaların alkol/madde bağımlılığı dışında başka bir ruhsal hastalıkları incelendiğinde; hastaların %38.8'inin depresif bozukluğu, %11.8'inin anksiyete bozukluğu, %37.6'sının kişilik bozukluğu, %3.5'inin somatoform bozukluğu, %1.2'sinin bipolar bozukluğu, %7.1'inin davranış bozukluğu olduğu saptanmıştır(Tablo 20). Literatürde alkol ve /veya madde kullanımı veya bağımlılığı ile ilişkili diğer psikiyatrik tanılar; kişilik bozukluğu, anksiyete bozukluğu, depresif bozukluğu olduğunu belirtmektedir(51). Diğer bir literatürde saldırgan veya asi davranışları olan, her şeyi reddeden, davranış bozukluğu gösteren, aykırı davranışlar içinde bulunan, erken yaşlarda davranış problemleri olan gençler; madde kullanma riski fazla olan gençlerin olduğu yönünde var olan bilgiler, araştırmamızda elde edilen bu bulguyu destekler niteliktedir(12, 13, 101).

Hastaların daha önce alkol/madde bağımlılığı tedavisi için hastaneye yatma durumu incelendiğinde; hastaların %66.9'unun daha önce hastaneye yattığı, %33.1'inin daha önce hastaneye yatmadığı saptanmıştır (Tablo 21). Araştırma bulgularına göre yarısından fazlasının hastaneye yattığı söylenebilir. Literatürde alkol ve madde kullanımı veya bağımlılığı tedavisinde hastaneye yatış, ciddi tıbbi ya da psikiyatrik belirtilerin varlığında, başarısız ayaktan tedavi girişimleri öyküsü bulunduğunda, psikososyal desteğin olmadığı durumlarda ya da şiddetli ya da uzun dönemli alkol/madde kullanım öyküsünün bulunduğu hastalarda gerekli olması hastaların hastaneye yatma gereksinimlerini arttırmaktadır(51).

Hastaların daha önce hastaneye yatış sayılarına göre dağılımı incelendiğinde; hastaların %34.2'sinin 1 kez, %12.7'sinin 2 kez, %25.3'ünün 3-4 kez, %27.8'inin 5 ve daha fazla olduğu saptanmıştır(Tablo 22). Araştırma bulgusunda ikinci sırada (%27.8) hastaların 5 ve daha fazla sayıda yatışının ikinci sırada (%27.8) olması hastaların ve ailelerinin hastalık hakkında yeterli bilgi sahibi olmamaları, yüksek-risk durumlarıyla baş edememeleri, sosyal desteklerinin yetersiz olması, kriz durumları ile nasıl baş edeceklerini bilmemeleri, ayaktan tedavilerinin sürdürülmemesi, beklentilerinin karşılanması yönünde doyum bulmamaları gibi bir çok faktörün hastaların hastaneye yatış sayılarının artmasına neden olduğu düşünülmektedir.

Hastaların daha önce alkol/madde bağımlılığına ilişkin toplantıya katılma durumu incelendiğinde; hastaların %23.7'sinin toplantıya katıldığı, %76.3'ünün toplantıya katılmadığı saptanmıştır (Tablo 23). Hastaların daha önce toplantılara katılma oranlarının düşük olmasının nedenleri, alkol/madde bağımlılığı ile ilgili toplantıların hastanelerde yaygın olmaması, ülkemizde genel olarak grup terapilere katılma durumlarının düşük olması, hastaların var olan toplantılar hakkında yeterince bilgilendirilmemesi, var olan toplantıların sınırlı şehirlerde yapılması olduğu düşünülmektedir.

Hastaların daha önce katıldığı toplantılar incelendiğinde; hastaların %92.85'inin adsız alkolicler toplantısına katıldığı, %28.5'inin nüks önleme programına katıldığı saptanmıştır(Tablo 24).

Hastaların hastaneye yatış şekli incelendiğinde; hastaların %50.8'inin ayık, %7.6'sının yoksunluk tablosunda, % 41.5'inin alkol / madde kullanmış olarak geldiği saptanmıştır (Tablo 25).

Hastaların hastaneye yatış isteği durumu incelendiğinde; hastaların %28.0'mın kendi isteğiyle, %15.3'ünün ailesinin isteğiyle, %55.0'nın kendi ve ailesinin isteğiyle, %1.7'sinin polis zoruyla yattığı saptanmıştır (Tablo 26). Literatürde alkol/madde bağımlılığı tedavisinde başarı sağlamada birinci etken bireyin tedavi olmak istemesidir. Bağımlı olan bireyleri yeniden topluma kazandırmak içinde ailelerin desteği ve yardımı gerekmektedir(53,87). Bağımlı yakınlarının tedavi sürecine katılmalarının temel nedenlerinden birisi nükslerin azaltılmasıdır. Sosyal destek olgusu bağımlılıkta önemli bulunmuştur. Ailenin, özellikle bağımlı ile birlikte yaşayan kişilerin tedaviye katılmaları sorunu kabul etme ve nüksleri önlemede faydalı olmaktadır(72).

Hastaların hastaneye yatış sayıları incelendiğinde; hastaların aynı hastaneye %60.6'sının 1 kez, %21.2'sinin 2 kez, %15.2'sinin 3-4 kez, %3.0'mın 5 ve daha fazla sayıda yattığı saptanmıştır. Manisa Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi AMATEM'de yatan hastaların aynı hastaneye %49.4'ünün 1 kez, %18.8'inin 2 kez, %15.3'ünün 3-4 kez, %16.5'inin 5 ve daha fazla sayıda yattığı saptanmıştır (Tablo 27).

Hastaların ilaç tedavileri incelendiğinde; hastaların %28.8'inin antipsikotikler, %38.1'inin antidepresanlar, %14.4'ünün duygu - durum düzenleyiciler, %94.1'inin anksiyolitikler, %81.4'ünün B grubu vitaminler, %2.5'inin disülfiram, %5.9'unun akamprosat kullandığı saptanmıştır(Tablo 28). Bu sonuçlar doğrultusunda hastaların %94.1'inin anksiyolitikler, %81.4'ünün B grubu vitaminler kullandığı söylenebilir. Literatürde ilaç

tedavisi içinde en çok uygulananlar arasında anksiyolitikler ve B grubu ilaçlar olduğu belirtilmektedir(38,45). Disulfiram ilacının %97.5 oranında kullanılmaması hastaların sağlık durumunun iyi olmaması, koopere ve motivasyonunun olmadığını göstermektedir(51). Akamprosate ilacının düşük oranda kullanımının, ilacın yeni piyasaya çıkması olduğu düşünülmektedir.

Hastaların kullandığı ilaçlar ve onların yan etkileri bilgisi durumu incelendiğinde; hastaların %44.1'inin hastanede kullandığı ilaçların isimlerini ve endikasyonlarını bildiği, %55.9'unun bilmediği saptanmıştır(Tablo 29). Hastaların kullandığı ilaçların yan etkileri bilgisi durumu incelendiğinde; hastaların %16.1'sinin yan etkilerini bildiği, %83.9'unun bilmediği saptanmıştır (Tablo 30). Araştırmamızda hastaların yarısından fazlasının kullandığı ilaçlar ve onların yan etkileri ilgili bilgisi olmadığını göstermektedir. Sağlık personelinin hastaların kullandığı ilaçlarla ilgili yeterince hastalara bilgi vermediği düşünülmektedir.

Hastaların hastanede yatış süreleri incelendiğinde; hastaların %55.9'unun 1–15 gün, %25.4'ünün 16–30 gün, %11.1'inin 31–50 gün, %5.1'inin 51–70 gün, %2.5'inin 71 gün ve daha fazla yatış süresi olduğu saptanmıştır(Tablo 31). Bu sonuçlar doğrultusunda hastaların en uzun %55.9'unun 1–15 gün arasında yatış süresi olduğu söylenebilir. Kalyoncu ve ark. (2001b)'nın alkol bağımlılarında yaptığı bir izlem çalışmasında ortalama dokuz aylık bir izleme süreci içinde klinik tedavi gören hastaların %69.4'ünün halen alkol almadığı saptanmıştır(49). Bu bilgiler doğrultusunda yeterli ve etkili tedavi programları geliştirilerek, bu programların uygulanması içinde hastaların yatış sürelerinin uzun tutulması gerektiği düşünülmektedir.

Hastaların nüks önleme programına katılma durumunun dağılımı incelendiğinde; hastaların %28.0'ının nüks önleme programına katıldığı, %72.0'ının katılmadığı saptanmıştır(Tablo 32). Ülkemizde ayaktan veya yatarak tedavi gören bağımlılara yönelik yapılandırılmış bilişsel-davranışsal tedavi programlarının uygulanması yenidir(90). Nüks

önleme programına katılmayan hastaların yüksek oranda (%72.0) olmasının, araştırmanın yapıldığı yerlerden birinde nüks önleme programının uygulanıyor olmamasından kaynaklandığı düşünülmektedir.

4.4. HASTALARIN ÖĞRENİLMİŞ GÜÇLÜLÜK ÖLÇEĞİ (RÖGÖ) PUAN ORTALAMALARININ SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİNE GÖRE İNCELENMESİ

Hastaların öğrenilmiş güçlülük puan ortalamaları ile yaş grupları arasında yapılan One Way ANOVA testinde, öğrenilmiş güçlülük puan ortalamaları ile yaş grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0.05$) (Tablo 33).

Hastaların öğrenilmiş güçlülük puan ortalamaları ile cinsiyetleri arasında yapılan Independent Sample T testinde, öğrenilmiş güçlülük puan ortalamaları ile cinsiyetleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0.05$) (Tablo 34).

Hastaların öğrenilmiş güçlülük puan ortalamaları ile medeni durumları arasında yapılan One Way ANOVA testinde, öğrenilmiş güçlülük puan ortalamaları ile medeni durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0.05$) (Tablo 35).

Hastaların öğrenilmiş güçlülük puan ortalamaları ile eğitim durumları arasında yapılan One Way ANOVA testinde, öğrenilmiş güçlülük puan ortalamaları ile eğitim durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0.05$) (Tablo 36).

Hastaların öğrenilmiş güçlülük puan ortalamaları ile meslek durumları arasında yapılan One Way ANOVA testinde, öğrenilmiş güçlülük puan ortalamaları ile meslek durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0.05$) (Tablo 37).

Hastaların öğrenilmiş güçlülük puan ortalamaları ile çalışma durumları arasında yapılan Independent Sample T testinde, öğrenilmiş güçlülük puan ortalamaları ile çalışma durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır ($p<0.05$) (Tablo 38). Bu bulgular

doğrultusunda hastaların çalışma durumlarına göre öğrenilmiş güçlülük puanlarının farklılık gösterdiği, çalışan hastaların çalışmayanlara göre öğrenilmiş güçlülük puan ortalamalarının yüksek olduğu söylenebilir.

Hastaların öğrenilmiş güçlülük puan ortalamaları ile gelir düzeyleri arasında yapılan One Way ANOVA testinde, öğrenilmiş güçlülük puan ortalamaları ile gelir düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0.05$) (Tablo 39).

Hastaların öğrenilmiş güçlülük puan ortalamaları ile sosyal güvenceleri arasında yapılan One Way ANOVA testinde, öğrenilmiş güçlülük puan ortalamaları ile sosyal güvenceleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0.05$) (Tablo 40).

Hastaların öğrenilmiş güçlülük puan ortalamaları ile en uzun süre yaşadığı yerleşim birimi arasında yapılan One Way ANOVA testinde, öğrenilmiş güçlülük puan ortalamaları ile en uzun süre yaşadığı yerleşim birimi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0.05$) (Tablo 41).

Tüm bu sonuçlar birlikte değerlendirildiğinde, hastaların öğrenilmiş güçlülük ölçeği puan ortalamalarını etkileyebilecek etmenler incelenmiş ve hastaların yaş gruplarının, cinsiyetlerinin, medeni durumlarının, eğitim durumlarının, mesleklerinin, gelir düzeylerinin, sosyal güvencelerin, en uzun süre yaşadığı yerleşim biriminin öğrenilmiş güçlülük ölçeği puan ortalamaları ile ilişkisi olmadığı saptanmıştır. Bu sonuçlar, bu konuda yapılan çalışmalar olmamasından dolayı karşılaştırılamamaktadır. Bu sonucun oluşmasında hastaların homojen bir dağılım göstermesinin ve örneklem sayısının sınırlı olmasının etkili olduğu düşünülmektedir.

4.5. HASTALARIN ÖĞRENİLMİŞ GÜÇLÜLÜK ÖLÇEĞİ (RÖGÖ) PUAN ORTALAMALARININ ALKOL/MADDE KULLANIM ÖZELLİKLERİNE GÖRE İNCELENMESİ

Hastaların öğrenilmiş güçlülük puan ortalamaları ile alkol/maddeden başvurma durumları arasında yapılan Independent Sample T testinde, öğrenilmiş güçlülük puan ortalamaları ile alkol, hap, uçucu madde, eroin, kokainden başvurma durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamış ($p>0.05$), esrardan başvurma durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır ($p<0.05$) (Tablo 42).

Bu bulgular doğrultusunda hastaların alkol, hap, uçucu madde, eroin, kokainden başvurma durumlarının öğrenilmiş güçlülük puanlarına göre farklılık göstermediği, esrardan başvurma durumlarına göre öğrenilmiş güçlülük puanlarının farklılık gösterdiği, esrardan başvurmayan hastaların başvurularına göre öğrenilmiş güçlülük puanlarının yüksek olduğu söylenebilir.

4.6. HASTALARIN ÖĞRENİLMİŞ GÜÇLÜLÜK ÖLÇEĞİ (RÖGÖ) PUAN ORTALAMALARININ TEDAVİ OLMA VE HASTALIKLA BAŞETME DURUMLARINA GÖRE İNCELENMESİ

Hastaların öğrenilmiş güçlülük puan ortalamaları ile tıp dışı kişilere başvurma durumları arasında yapılan Independent Sample T testinde, öğrenilmiş güçlülük puan ortalamaları ile tıp dışı kişilere başvurma durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0.05$) (Tablo 43). Bu bulgulara göre hastaların öğrenilmiş güçlülük puanlarının tıp dışı kişilere başvurma durumlarına göre farklılık göstermediği, tıp dışı kişilere başvurmanın eğitim düzeyleri ve gelir düzeyleri ile çok ilişkili olmadığı düşünülebilir.

Hastaların öğrenilmiş güçlülük puan ortalamaları ile başka bir ruhsal hastalığı olma durumları arasında yapılan Independent Sample T testinde, öğrenilmiş güçlülük puan ortalamaları ile başka bir ruhsal hastalığı olma durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0.05$) (Tablo 44).

Hastaların öğrenilmiş güçlülük puan ortalamaları ile daha önce alkol/madde bağımlılığı tedavisi için hastaneye yatma durumları arasında yapılan Independent Sample T testinde, öğrenilmiş güçlülük puan ortalamaları ile daha önce alkol/madde bağımlılığı tedavisi için hastaneye yatma durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0.05$) (Tablo 45).

Hastaların öğrenilmiş güçlülük puan ortalamaları ile daha önce alkol/madde bağımlılığına ilişkin toplantıya katılma durumları arasında yapılan Independent Sample T testinde, öğrenilmiş güçlülük puan ortalamaları ile daha önce alkol/madde bağımlılığına ilişkin toplantıya katılma durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0.05$) (Tablo 46).

Hastaların öğrenilmiş güçlülük puan ortalamaları ile yatış isteği durumu arasında yapılan One Way ANOVA testinde, öğrenilmiş güçlülük puan ortalamaları ile yatış isteği durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0.05$) (Tablo 47).

Tüm bu sonuçlar birlikte değerlendirildiğinde, hastaların öğrenilmiş güçlülük ölçeği puan ortalamalarını etkileyebilecek etmenler incelenmiş ve hastaların tıp dışı kişilere başvurma durumları, başka bir ruhsal hastalığı olma, daha önce alkol/madde bağımlılığı tedavisi için hastaneye yatma durumları, daha önce alkol/madde bağımlılığına ilişkin toplantıya katılma durumları, yatış isteği durumlarının öğrenilmiş güçlülük ölçeği puan ortalamaları ile ilişkisi olmadığı saptanmıştır. Bu sonuçlar, bu konuda yapılan çalışmalar olmamasından dolayı karşılaştırılamamaktadır. Bu sonucun oluşmasında örneklem sayısının az olmasının etkili olduğu düşünülmektedir.

Hastaların öğrenilmiş güçlülük puan ortalamaları ile yatış süreleri arasında yapılan One Way ANOVA testinde, öğrenilmiş güçlülük puan ortalamaları ile yatış süreleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır. İleri analiz yapılarak(Post Hoc Test - bonferonni) bu farklılığın 1-15 gün ile 31-50 gün arasında olduğu bulunmuştur ($p=0.004$ $p<0.05$) (Tablo 48). Bu sonuç, 31–50 gün yatanların öğrenilmiş güçlülük ölçeği puan ortalamasının, 1–15 gün yatanlardan daha yüksek olduğunu göstermektedir.

4.7.HASTALARIN KLİNİK TEDAVİ ÖNCESİ (ÖN TEST)VE SONRASI (SON TEST) ÖĞRENİLMİŞ GÜÇLÜLÜK ÖLÇEĞİ (RÖGÖ) PUAN ORTALAMALARININ İNCELENMESİ

Hastaların klinik tedavi öncesi (ön test) ve klinik tedavi sonrasında (son test), öğrenilmiş güçlülük ölçeğinin puan ortalamaları Tablo 49'da incelenmiştir. Hastaların öğrenilmiş güçlülük ölçeğinin ön test – son test puan ortalamaları arasındaki fark, Paired Sample T testi ile aranmış ve istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$). Bu bulgu değerlendirildiğinde, hastalara uygulanan klinik tedavinin öğrenilmiş güçlülük ölçeğinin puan ortalamaları üzerinde etkili olmadığı görülmektedir.

Ulaşılan literatürde alkol/madde kullanımı ile öğrenilmiş güçlülüğü arasındaki ilişkiyi inceleyen oldukça az sayıda araştırmaya rastlanmakla birlikte, alkol bağımlılığı ile başa çıkma stratejileri arasındaki ilişkiyi inceleyen çalışmaların daha yoğun olarak yapıldığı görülmüştür. Chung ve ark. (2001)'nin 133 alkol hastaları üzerinde yaptığı çalışmada araştırmanın başlangıcından itibaren altıncı ve on ikinci aylarda Başa Çıkma Yolları Anketi'ni kullanarak izleme çalışmaları yapmışlardır. Sonuçta, hastaların tedavi süresince hayal kurma gibi kaçınma biçiminde başa çıkma davranışlarında düşüş, harekete geçme gibi yaklaşma temelli davranışsal başa çıkma düzeylerinde ise artış olduğu saptanmıştır(23). Gözene (2002)'nin

yaptığı çalışmada öğrenilmiş güçlülüğün AKBBT (Alkol Kullanım Bozukluklarını Belirleme Testi) puanları üzerinde temel bir etkiye sahip olmadığını saptamıştır(37).

Araştırmamızın bu sonucu, klinik tedavi uygulamasının hastaların öğrenilmiş güçlülüğünü etkilediğine ilişkin genel hipotezimizi gerçekleştirmediğini göstermektedir. Bu sonucun oluşmasında örneklem sayısının az, hastaların tedavi sürecinin kısa, araştırmamızın yapıldığı yerlerden birinde etkin ve yeterli tedavilerin uygulanmaması, araştırmamızda Başa Çıkma Yolları Anketi'nin ve Rotter'in İç-Dış Kontrol Odağı Ölçek'nin kullanılmaması, hastaların alkol/madde bağımlılığı dışında hem fiziksel hem de ruhsal hastalıklarının olması düşünülmektedir.

4.8. NÜKS ÖNLEME PROGRAMINA KATILAN VE KATILMAYAN HASTALARIN KLİNİK TEDAVİ ÖNCESİ (ÖN TEST) VE SONRASI (SON TEST) ÖĞRENİLMİŞ GÜÇLÜLÜK ÖLÇEĞİ PUAN ORTALAMALARININ İNCELENMESİ

4.8.1. Nüks Önleme Programına Katılan Hastaların Klinik Tedavi Öncesi (Ön Test) ve Sonrası (Son Test) RÖGÖ Puan Ortalamalarının İncelenmesi

Tablo 50'de nüks önleme programına katılan hastaların klinik tedavi öncesi (ön test) ve klinik tedavi sonrası (son test) öğrenilmiş güçlülük ölçeğinin puan ortalamaları incelenmiştir. Nüks önleme programına katılan hastaların öğrenilmiş güçlülük ölçeğinin ön test – son test puan ortalamaları arasındaki fark, Paired Sample T testi ile aranmış ve istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p < 0.05$). Bu sonuç değerlendirildiğinde, hastalara uygulanan nüks önleme programının (bilişsel-davranışsal terapi) öğrenilmiş güçlülük ölçeğinin puan

ortalamları üzerinde etkili olduğu görülmektedir. Buna göre, hastalara yönelik yapılan nüks önleme programlarının, hastaların kendi davranışlarını düzenlemesi sürecine özel bilişsel becerileri üzerinde oldukça etkili olduğu söylenebilir.

4.8.2. Nüks Önleme Programına (Eğitime) Katılmayan Hastaların Klinik Tedavi Öncesi (Ön Test) ve Sonrası (Son Test) RÖGÖ Puan Ortalamalarının İncelenmesi

Tablo 51'de nüks önleme programına katılmayan hastaların klinik tedavi öncesi (ön test) ve klinik tedavi sonrası (son test) öğrenilmiş güçlülük ölçeğın puan ortalamaları incelenmiştir. Hastaların ön test ve son test öğrenilmiş güçlülük ölçek puan ortalamaları arasındaki fark, Paired Sample T testi ile aranmış ve istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur ($p>0.05$). Bu sonuç, klinik tedavi uygulamasının hastaların öğrenilmiş güçlülüğünü etkilediğine ilişkin genel hipotezimizi gerçekleştirmediğini göstermektedir. Bu sonucun oluşmasında örneklem sayısının az, hastaların yatış sürelerinin kısa, nüks önleme programının ve diğer tedavilerin (uğraş terapisi, grup terapisi, sosyal etkinlikler, öfke yönetimi, stresle başa çıkma programı, gibi) uygulanmaması olduğu düşünülmektedir.

4.8.3. Hastaların Nüks Önleme Programına Katılma Durumlarının Klinik Tedavi Öncesi (Ön Test) ve Sonrası (Son Test) RÖGÖ Puan Ortalamalarının İncelenmesi

Tablo 52'de hastaların nüks önleme programına katılma durumlarının klinik tedavi öncesi (ön test) ve klinik tedavi sonrası (son test) öğrenilmiş güçlülük ölçeğın puan ortalamaları incelenmiştir. Hastaların nüks önleme programına katılma durumlarının ön test öğrenilmiş güçlülük ölçek puan ortalamaları arasındaki fark, Independent Sample T testi ile aranmış ve istatistiksel olarak oldukça anlamlı bir fark bulunmuştur ($p=0.000$). Hastaların nüks önleme programına katılma durumlarının son test öğrenilmiş güçlülük ölçek puan ortalamaları arasındaki fark, Independent Sample T testi ile aranmış ve istatistiksel olarak

oldukça anlamlı bir fark bulunmuştur ($p=0.000$). Bu bulgulara göre öğrenilmiş güçlülük ölçeği puan ortalamalarının nüks önleme programına katılma durumuna göre farklılık gösterdiği, nüks önleme programına katılanların katılmayanlara göre hem ön test hem son test öğrenilmiş güçlülük ölçeği puan ortalamalarının daha yüksek olduğu söylenebilir.



BÖLÜM 5

SONUÇ VE ÖNERİLER

A. SONUÇ

Bu çalışma Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Psikiyatri Anabilim Dalı, Alkol ve Madde Bağımlılığı Tedavi Birimi'nde yatarak tedavi gören ve nüks önleme programına katılan alkol ve madde bağımlıları ile Manisa Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi, AMATEM'e yatarak tedavi gören alkol ve madde bağımlıların öğrenilmiş güçlülüklerini belirlemek amacıyla yapılan araştırma bulgularına göre;

Araştırma kapsamına giren hastaların %25.4'ü 17-25 olup, yaş ortalamasının 37.36 ± 12.94 olduğu bulunmuştur. Hastaların, %93.2'si erkek, %39.0'ı evli, %35.6'sı anne-babayla birlikte yaşadığı, %62.7'si ortaokul mezunu olduğu, %37.3'ü serbest meslekle uğraştığı, %58.5'i çalıştığı, %47.5'inin gelir ve giderleri dengeli, %33.9'unun SSK'ya bağlı olduğu, %56.8'inin en uzun süre ilde yaşadığı saptanmıştır.

Hastaların hastaneye yatmadan önceki 1 ay içinde %96.6'sının alkol kullandığı, %57.6'sının esrar kullanmadığı, %81.4'ünün ecstasy kullanmadığı, %87.3'ünün roş kullanmadığı, %89.2'inin uçucu madde kullanmadığı, %97.5'inin eroin kullanmadığı, %94.9'unun kokain kullanmadığı, %95.8'inin sigara kullandığı, %89.8'inin tıbbi ilaçların kötüye kullanmadığı saptanmıştır. Hastaların %76.3'ünün hayatında ilk kullandığı maddenin sigara olduğu, %53.4'ünün ilk alkol / madde kullanımının 12-16 yaş grubunda olduğu saptanmıştır.

Hayatında ilk kullandığı maddenin alkol olan hastaların %66.7'sinin $\frac{1}{2}$ -1 (standart içki miktarı/gün), esrar olan hastaların %50'sinin 1 adet, ecstasy olan hastaların tamamının

(%100.0) 2–3 tane, uçucu madde olan hastaların %50'sinin ½ tüpten daha az, sigara olan hastaların %71.1'inin 1–2 tane miktarda alkol/madde kullandığı saptanmıştır.

Hastaların hayatında ilk kullandığı maddenin son 1 aydır kullanım sıklığında; alkol kullanan hastaların %85.0'ının hergün, esrar kullanan hastaların tamamının (% 100.0) hergün, uçucu madde kullanan hastaların tamamının haftada 3–4 gün, sigara kullanan hastaların tamamının (% 100.0) hergün kullandığı saptanmıştır. Hastaların hayatında ilk kullandığı maddenin son 1 aydır kullanım miktarında; alkol kullanan hastaların %50.0'ının 16–21(standart içki miktarı/gün), esrar kullanan hastaların %50.0'ının 6–10 adet, %50.0'sının 11–20 adet, uçucu madde kullanan hastaların tamamının (% 100.0) ½-1 tüp, sigara kullanan hastaların %53.9'unun 21–40 tane kullandığı saptanmıştır.

Hastaların %85.6'sı alkolden başvuran, %69.5 esrardan başvurmayan, %85.6 hapdan başvurmayan, %92.4 uçucu maddeden başvurmayan, %97.5 eroinden başvurmayan, %97.5 kokainden başvurmayan, %100.0 sigaradan başvurmayan, %99.2 tıbbi ilaçların kötüye kullanımından başvurmayanların olduğu saptanmıştır. Hastaların başvurma nedeni olan alkol ve/veya maddelerin ilk kullanım yaş gruplarında; alkol kullanan hastaların %45.5'inin 12–16, esrar kullanan hastaların %66.7' sinin 12–16, hap kullanan hastaların %47.1'inin 12–16 ve %47.1'inin 17–22, uçucu madde kullanan hastaların %44.4'ünün 12–16 ve %44.4'ünün 17–22, eroin kullanan hastaların %33.4'ünün 23 ve üzeri, kokain kullanan hastaların %66.6'sının 12–16, tıbbi ilaçların kötüye kullanan hastaların tamamının (% 100.0) 17–22 yaş grubunda olduğu saptanmıştır.

Hastaların başvurma nedeni olan alkol ve/veya maddelerin ilk kullanım miktarlarında; alkol kullanan hastaların % 48.5'inin ½-1(standart içki miktarı/gün), esrar kullanan hastaların %75.0'ının 1 adet, hap kullanan hastaların %35.3'ünün 1 tane ve %35.3'ünün 2 tane, uçucu madde kullanan hastaların %77.8'inin ½ tüpten daha az, eroin kullanan hastaların %66.6'sının ½ gr ve daha az, kokain kullanan hastaların %66.6'sının 1 taş ve daha az, tıbbi

ilaçların kötüye kullanan hastaların tamamının (%100.0) 2–3 tane kullanım miktarında olduğu saptanmıştır. Hastaların başvurma nedeni olan alkol ve/veya maddelerin son 1 aydır kullanım sıklığında; alkol kullanan hastaların %75.8'inin hergün, esrar kullanan hastaların % 62.9'unun hergün, hap kullanan hastaların %50.0'ının haftada 1–2 gün, uçucu madde kullanan hastaların %55.6'sının haftada 3–4 gün, eroin kullanan hastaların % 66.6'sının hergün, kokain kullanan hastaların tamamının (% 100.0) haftada 3–4 gün, tıbbi ilaçları kötüye kullanan hastaların tamamının (%100.0) her gün kullanım sıklığında olduğu saptanmıştır. Hastaların başvurma nedeni olan alkol ve/veya maddelerin son 1 aydır kullanım miktarında; alkol kullanan hastaların %31.3'ünün 16–21, esrar kullanan hastaların% 48.6'sının 6–10 adet, hap kullanan hastaların%50.0'ının 3–5 tane, uçucu madde kullanan hastaların %77.8'inin ½-1 tüp, eroin kullanan hastaların, %66.7'sinin 2 gr ve daha fazla, kokain kullanan hastaların %50.0'ının 2 taş ve %50.0'ının 3 taş ve daha fazla, tıbbi ilaçları kötüye kullanan hastaların tamamının (%100.0) 6–10 adet kullanım miktarında olduğu saptanmıştır.

Hastaların %32.2'sinin en uzun remisyon (aylık süreci) döneminin 0–15 gün olduğu, %29.7'sinin olumsuz duygu, düşünce, tutum ve davranışların tekrar alkol/maddeye başlatan risk durumu olduğu, tamamının (%100.0) alkol/madde kullanımının aile, iş, sağlık, sosyal yaşam gibi alanlarda sorun oluşturduğu, %69.5'inin tıp dışı kişilere başvurmadığı, %51.7'sinin fiziksel bir hastalığı olmadığı, %35.1'inin travma bulgusu olduğu, %72.2'sinin başka bir ruhsal hastalığı olduğu, %38.8'inin depresif bozukluğu olduğu saptanmıştır.

Hastaların %66.9'unun daha önce alkol/madde bağımlılığı tedavisi için hastaneye yattığı, %34.2'sinin daha önce hastaneye 1 kez yattığı, %76.3'ünün toplantıya katılmadığı, %78.0'ının adsız alkolikler toplantısına katılmadığı, %93.2'sinin nüks önleme programına katılmadığı, %50.8'inin ayık şekilde hastaneye yattığı, %55.0'ının kendi ve ailesinin isteğiyle yattığı, %60.6'sının 1 kez E.Ü.T.F.H. AMATEM'de, %49.4'ünün Manisa Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi AMATEM'de yattığı saptanmıştır.

Hastaların %94.1'inin anksiyolitik ilaç kullandığı, %55.9'unun hastanede kullandığı ilaçların isimlerini ve endikasyonlarını bilmediği, %83.9'unun kullandığı ilaçların yan etkilerini bilmediği, %55.9'unun 1-15 gün hastanede yattığı, %72.0'ının nüks önleme programına katılmadığı saptanmıştır.

Hastaların yaş gruplarının, cinsiyetlerinin, medeni durumlarının, eğitim durumlarının, mesleklerinin, gelir düzeylerinin, sosyal güvencelerinin, en uzun süre yaşadığı yerleşim biriminin öğrenilmiş güçlülük ölçeği puan ortalamaları ile ilişkisi olmadığı saptanmıştır.

Hastaların öğrenilmiş güçlülük ölçeğinin puan ortalamalarının çalışma durumlarına göre farklılık gösterdiği saptanmıştır. Çalışma durumlarına göre çalışan hastaların çalışmayanlara göre öğrenilmiş güçlülük puan ortalamalarının yüksek olduğu bulunmuştur. Yapılan istatistiksel analizde bu fark anlamlı olduğu saptanmıştır ($t = 2.073$, $p = 0.040$).

Hastaların öğrenilmiş güçlülük puan ortalamaları ile alkol, hap, uçucu madde, eroin, kokainden başvurma durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamış, esrardan başvurma durumlarına göre öğrenilmiş güçlülük puanlarının farklılık gösterdiği, esrardan başvurmayan hastaların ($X = 104.52 \pm 22.14$) başvuranlara ($X = 94.31 \pm 18.57$) göre öğrenilmiş güçlülük puanlarının yüksek olduğu bulunmuştur. Yapılan istatistiksel analizde fark anlamlı olarak saptanmıştır.

Hastaların tıp dışı kişilere başvurma durumları, başka bir ruhsal hastalığı olma durumları, daha önce alkol/madde bağımlılığı tedavisi için hastaneye yatma durumları, daha önce alkol/madde bağımlılığına ilişkin toplantıya katılma durumları, yatış isteği durumlarının öğrenilmiş güçlülük ölçeği puan ortalamaları ile ilişkisi olmadığı saptanmıştır.

Hastaların öğrenilmiş güçlülük puan ortalamalarının yatış sürelerine göre farklılık gösterdiği saptanmıştır. Yatış sürelerine göre 30-51 gün yatan hastaların öğrenilmiş güçlülük ölçeği puan ortalamasının 1-15 gün yatan hastalardan daha yüksek olduğu bulunmuştur.

Yapılan istatistiksel ileri analizde bu fark anlamlı olarak saptanmıştır ($X=23.93\pm 6.60$, $p=0.004$).

Hastaların klinik tedavi öncesi (ön test) ve klinik tedavi sonrası (son test) öğrenilmiş güçlülük ölçeği puan ortalamaları incelendiğinde; hastaların ön test öğrenilmiş güçlülük ölçeği puan ortalaması 101.41 ± 21.56 , son test öğrenilmiş güçlülük ölçeği puan ortalaması 100.26 ± 23.59 olarak bulunmuştur. Hastaların ön test ve son test öğrenilmiş güçlülük ölçek puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır.

Nüks önleme programına katılan hastaların klinik tedavi öncesi (ön test) ve klinik tedavi sonrası (son test) öğrenilmiş güçlülük ölçeği puan ortalamaları incelendiğinde; nüks önleme programına katılan hastaların öğrenilmiş güçlülük ölçeğin ön test puan ortalaması 113.18 ± 19.35 , son test puan ortalaması 118.61 ± 18.07 olarak bulunmuştur. Nüks önleme programına katılan hastaların klinik tedavi öncesi (ön test) ve klinik tedavi sonrası (son test) öğrenilmiş güçlülük ölçeği puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark bulunmuştur.

Nüks önleme programına katılmayan hastaların klinik tedavi öncesi (ön test) ve klinik tedavi sonrası (son test) öğrenilmiş güçlülük ölçeğin puan ortalamaları incelendiğinde; nüks önleme programına katılmayan hastaların öğrenilmiş güçlülük ölçeğin ön test puan ortalaması 96.84 ± 20.71 , son test puan ortalaması 93.14 ± 21.61 olarak bulunmuştur. Nüks önleme programına katılmayan hastaların klinik tedavi öncesi (ön test) ve klinik tedavi sonrası (son test) öğrenilmiş güçlülük ölçeği puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır.

Hastaların nüks önleme programına katılma durumlarının klinik tedavi öncesi (ön test) ve klinik tedavi sonrası (son test) öğrenilmiş güçlülük ölçeğin puan ortalamaları incelendiğinde; nüks önleme programına katılan hastaların ön test öğrenilmiş güçlülük ölçeği puan ortalaması 113.18 ± 19.34 , nüks önleme programına katılmayan hastaların ön test öğrenilmiş güçlülük ölçeği puan ortalaması 96.84 ± 20.71 ve nüks önleme programına katılan hastaların son test öğrenilmiş güçlülük ölçeği puan ortalaması 118.61 ± 18.07 , nüks önleme

programına katılmayan hastaların son test öğrenilmiş güçlülük ölçeği puan ortalaması 93.14 ± 21.61 olarak bulunmuştur. Hastaların nüks önleme programına katılma durumlarının ön test ve son test öğrenilmiş güçlülük ölçek puan ortalamaları arasında oldukça anlamlı bir fark bulunmuştur ($p= 0.000$).



B. ÖNERİLER

- Bağımlılık gelişmeden önce yapılacak müdahaleler her zaman daha başarılı, ekonomik ve sosyal açıdan daha yararlı olduğundan toplumun bağımlılık konusunda bilgilendirilmesi, eğitim verilmesi ve toplumsal çalışmaların yaygınlaşması,
- Alkol ve madde bağımlılığı olan hastaların ruhsal ve toplumsal tedavisinin temel amacı onları yeniden topluma kazandırmak olduğundan bağımlı olduğu maddeden arınması, sonra bağımlılığa neden olan bedensel, ruhsal, toplumsal etkilerden kurtulması, daha sonra bağımlılığı nedeniyle kaybettiği toplumsal rolünü yeniden kazanması yönünde rehabilitasyon merkezleri, gündüz hastaneleri ve danışma merkezlerinin tedavi merkezlerinin yaygınlaştırılması,
- Alkol ve madde bağımlılığı olan hastaların yeni başa çıkma yöntemleri, alkol/madde kullanımı ile ilgili yanlış düşünce ve beklentileri, alışkanlıkları ve yaşam biçimlerini değiştirme üzerinde olumlu etkisi olan Nüks Önleme Programının (görünüşte ilgisiz kararların üstesinden gelme, nüks önleme, yüksek-risk durumları, istek-dürtü ile başa çıkma yolları, düşünceleri davet edip meydan okuma yolları, alkol ve madde kullanma düşünceleri ve düşüncelerin üstesinden gelme yolları, sorun çözme becerileri, rol oynama, reddetme becerisinin önemleri, sözel/sözel olmayan reddetme becerileri, acil durumlar için plan yapma, beklenmedik yüksek-risk durumları, zevkli aktiviteler, kayma yaşandığında yapılması gerekenler) uygulanması ve bu programı yürütebilecek uzmanların (psikiyatri hemşiresi, bağımlılık hemşiresi, psikolog) yetiştirilmesi,
- Ülkemizde sıklıkla uygulanan standart tedaviye nüks önleme programlarının, Adsız Alkolikler ve Narcotics Anonymous gruplarının, iş uğraş ve zevkli aktivitelerinin, eğitim programlarının eklenmesi, optimal tedavi anlayışının tüm psikiyatri çalışanları arasında yaygınlaşmasının sağlanması,

- Alkol ve madde bağımlılığı olan hastaların nükslerini ve tekrar yatışlarını önlemek için hastalara, problem çözme becerileri, stresle baş etme becerileri, öfke yönetimi ve kişilerarası ilişki becerileri, bilişsel davranışsal teknikleri gibi psikoeğitimin hastanede hemşireler tarafından uygulanması,
- Araştırmamızda, sigarayı bırakmak için hastaneye başvuran hastaların hiç olmadığı dikkat çekmektedir. Bu nedenle, hastaların sigarayı bırakma konusunda motivasyonlarını arttırmada hekim ve hemşireler bu konuda hastalara eğitim ve danışmanlık hizmeti vermesi, ülkemizde sadece psikiyatri kliniğinde değil tüm sağlık kuruluşlarında sigarayı bıraktırma yöntemlerinin uygulanması,
- Alkol ve madde bağımlılığı olan hastalarda sosyodemografik, alkol/madde kullanım özellikleri, tedavi olma ve hastalıkla baş etme, öğrenilmiş güçlülük, problem çözme, kişilerarası ilişkiler, stresle baş etme, öfke denetimi, klinik tedavi programları, nüks önleme programı, ayıklık sürecini etkileyen faktörler üzerinde araştırmaların yapılması ve bu çalışmaların daha büyük sayıda örneklem üzerinde yapılması,
- Araştırmamızda kadınların bağımlılık tedavisine çok düşük oranda katıldığı görülmekte ve bu nedenle araştırmalarda kadınların bağımlılık tedavisine katılımlarının artırılması,
- Alkol ve madde bağımlılığı kronik ve aile hastalığı olduğu için, hasta ve ailelerine gerektiğinde başvurabilecekleri danışmanlık merkezlerinin sayısının artırılması,
- Alkol ve madde bağımlılığı olan hastalar ve aileleri için yaşadıkları zorluklarla baş etmeye yönelik kapsamlı, düzenli ve sürekli eğitim programlarının oluşturulması ve bu programların tüm psikiyatri hizmetlerinde (klinik, poliklinik) rutine yerleştirilmesi,
- Alkol ve madde bağımlılığı olan hastalara ve yakınlarına, hastalığın, belirti ve bulguların, bakım ve tedavi yöntemlerinin, hastalıkla ilgili yasal konuların ve hastalıktan kaynaklanan sorunlara yönelik etkili baş etme tarzlarının detaylı bir şekilde

öğretildiği, bilimsel öğretim tekniklerinin (drama- rol yapma, grup çalışmaları, programlı öğretim gibi) kullanıldığı eğitim programlarının hazırlanması ve uygulanması,

- Alkol ve madde bağımlılığı olan bireyler ve ailelerine verilecek olan sözlü ya da yazılı materyallerinin organizasyonunun sağlanması,
- Alkol ve madde bağımlılığı olan hastaların hastaneye tekrar yatışlarını ve nükslerini önlemek, tedaviyi hızlandırmak amacıyla, hasta ve ailelerine yönelik planlanan eğitim programları ile ilgili diğer disiplinler ile (psikiyatrist, psikolog, hemşire, sosyal hizmet uzmanı) koordinasyon ve işbirliğinin oluşturulması,
- Alkol ve madde bağımlılığı olan hastalara ve ailelerine hastanın hastaneden taburcu olduktan sonra tedavi ve bakımının sürekliliği için, bu alanda eğitimler planlayıp uygulamak,
- Alkol ve madde bağımlılığı tedavi biriminde çalışan/çalışacak olan hemşirelerin, hasta ve ailelerinin eğitim programlarını yürütmeleri için sürekli eğitim ve süper vizyonlarının olması,
- Alkol ve madde bağımlılığını tanıtmaya yönelik eğitim, toplantı ve yayınların sayısının artırılması ve tüm psikiyatri hizmetlerinde (klinik, poliklinik) hasta yakınlarının yayınlara ücretsiz ulaşması,
- Alkol ve madde bağımlılığı olan bireyler ve ailelerine yönelik olarak kısa, açık ve gerçekçi bilgi aktaran televizyon, radyo ve gazete programlarının hazırlanması ve bu konuda uzmanların rehberlik etmesi önerilmektedir.

ÖZET

Alkol ve madde bağımlılığında, tedavi amaçlarından birisi “tekrar alkol ve madde kullanmayı önleme” çalışmasıdır. Tedavi programı içinde biyolojik (ilaç tedavisi), ruhsal tedavi, bağımlının toplumla birleşip bütünleşmesini, uyumunu, çalışmasını düzenleyen uyarılama girişimleri yer alır. Nüks önleme programı da alkol ve madde bağımlılıklarında uygulanabilen bilişsel davranışsal bir tedavi sürecidir. Bu çalışma alkol ve madde bağımlıların öğrenilmiş güçlülüklerini belirlemek amacıyla planlanmış ve uygulanmıştır.

Bu araştırma ön test – son test uygulanan yarı deneysel nitelikte bir çalışma olarak yapılmıştır. Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Psikiyatri Anabilim Dalı, Alkol ve Madde Bağımlılığı Tedavi Birimi ve Manisa Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi AMATEM’de 1 Mayıs 2005- 31 Ağustos 2005 tarihleri arasında yatarak tedavi gören alkol ve madde bağımlılığı hastaları araştırmanın evrenini, bu evrenden sınırlamalara uyan 118 hasta araştırmanın örneklemini oluşturmuştur.

Araştırmanın verileri, Hastaları Tanıtıcı Bilgi Formu, Rosenbaum’un Öğrenilmiş Güçlülük Ölçeği (RÖGÖ) ile gerekli izinler alındıktan sonra, yatarak tedavi gören hastalara klinik tedavi öncesi ve sonrasında öğrenilmiş güçlülük ölçeği uygulanarak toplanmıştır.

Araştırmada veriler, sayı ve yüzde dağılımları, Independent Sample T testi, Paired Sample T testi, One Way ANOVA ve ileri varyans analizi kullanılarak değerlendirilmiştir.

Hastaların yaş gruplarının, cinsiyetlerinin, medeni durumlarının, eğitim durumlarının, mesleklerinin, gelir düzeylerinin, sosyal güvencelerin, en uzun süre yaşadığı yerleşim biriminin öğrenilmiş güçlülük ölçeği puan ortalamaları ile ilişkisi olmadığı saptanmıştır.

Hastaların çalışma durumlarına göre öğrenilmiş güçlülük puanlarının farklılık gösterdiği, çalışan hastaların çalışmayanlara göre öğrenilmiş güçlülük puan ortalamalarının yüksek olduğu saptanmıştır.

Hastaların tıp dışı kişilere başvurma durumları, başka bir ruhsal hastalığı olma, daha önce alkol/madde bağımlılığı tedavisi için hastaneye yatma durumları, daha önce alkol/madde bağımlılığına ilişkin toplantıya katılma durumları, yatış isteği durumlarının öğrenilmiş güçlülük ölçeği puan ortalamaları ile ilişkisi olmadığı saptanmıştır.

Hastaların öğrenilmiş güçlülük puan ortalamaları ile yatış süreleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır. Bu farklılığın 31–50 gün yatan hastaların öğrenilmiş güçlülük ölçeği puan ortalamasının, 1–15 gün yatan hastalardan daha yüksek olduğu bulunmuştur.

Hastaların klinik tedavi öncesi (ön test) ve klinik tedavi sonrasında (son test), öğrenilmiş güçlülük ölçeğinin puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır.

Nüks önleme programına katılan hastaların klinik tedavi öncesi (ön test) ve klinik tedavi sonrası (son test) öğrenilmiş güçlülük ölçeğinin puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur.

Nüks önleme programına katılmayan hastaların klinik tedavi öncesi (ön test) ve klinik tedavi sonrası (son test) öğrenilmiş güçlülük ölçeğinin puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır.

Nüks önleme programına katılma durumlarının klinik tedavi öncesi (ön test) ve klinik tedavi sonrası (son test) öğrenilmiş güçlülük ölçeğinin puan ortalamaları arasında oldukça anlamlı bir fark bulunmuştur.

Tüm bulgular doğrultusunda, hastaların yaşadıkları ruhsal ve toplumsal zorluklarla baş etmeleri, nüksleri ve tekrar yatışları önlemek için problem çözme becerileri, stresle baş etme becerileri, öfke yönetimi ve kişilerarası ilişki becerileri, bilişsel davranışsal teknikler gibi beceri alanlarını içeren kapsamlı, düzenli ve sürekli eğitim programlarının uygulanması önerilmektedir.

SUMMARY

One of the treatment goals in alcohol and drug dependence is the study of "prevention the reuse of alcohol and drug". The treatment program includes biological (drug treatment), mental treatment, and the adaptive attempts that regulate the integration, accommodation, and communication of the dependent with the society. Relapse prevention program is also a cognitive-behavioral treatment course that can be utilized in alcohol and drug addicts. This study was planned and implemented with the purpose of determining the learned resourcefulness of alcohol and drug addicts.

The research was conducted as a quasi-experimental study including pretest and posttest. Whereas the universe of the study was constituted by those alcohol and drug addicts hospitalized in Ege University Medical School Hospital Psychiatry Department, The Treatment Unit for Alcohol and Drug Dependency and Manisa Mental Health and Disorders Hospital, The Treatment Center of Alcohol and Drug Dependency (AMATEM) between 1st May and 31st August 2005, 118 patients from this universe that met the study limitations constituted the sampling of the research.

After having the required consents in relation to Patient Identification Form and Rosenbaum's Learned Resourcefulness Scale (RLRS), the data were collected by applying the learned resourcefulness scale to the hospitalized patients before and after clinical treatment.

The data of the research were assessed by employing number and percent distributions, Independent Sample T test, Paired Sample T test, One Way ANOVA, and advanced variance analysis.

No significant relationship was found between the mean score in the learned resourcefulness scale and age groups, sexualities, marital statuses, education levels,

occupations, income levels, social assurances, and the settling units where the longest lifetime was spent.

It was detected that the learned resourcefulness scores were varied according to the patients' employment statuses since the employed patients had higher learned resourcefulness mean scores than those not working.

No relationship was detected between mean scores of the learned resourcefulness scale and the will of patients for hospitalization as well as the situations where patients apply to non-medical persons, have another spiritual disease, have a history of hospitalization for alcohol/drug dependency treatment, have a previous experience of attending a meeting relating to alcohol/drug dependency.

A statistically significant difference was detected between mean scores of the learned resourcefulness of patients and the hospitalization period. The mean scores of the learned resourcefulness scale of those patients who had 31-50 days of hospitalization were higher than that of those who had 1-15 days of hospitalization.

There was no statistically significant difference among mean scores of the learned resourcefulness scale of patients before clinical treatment (pretest) and after clinical treatment (posttest).

There was a statistically significant difference between pretest (before clinical treatment) and posttest (after clinical treatment) mean scores of the learned resourcefulness scale of patients who participated in the relapse prevention program. However, there was no statistically significant difference between pretest (before clinical treatment) and posttest (after clinical treatment) mean scores of the learned resourcefulness scale of patients who did not participate in the relapse prevention program.

There was a highly significant difference between mean scores of the learned resourcefulness scale before clinical treatment (pretest) and after clinical treatment (posttest) regarding the participation in the relapse prevention program.

In direction with all these findings a comprehensive, regular, and continuous education program is recommended to facilitate patients to cope with the spiritual and social difficulties they experience as well as to empower their skills in problem solving, coping, anger management and interpersonal relationships, and cognitive-behavioral techniques in order to prevent relapses and rehospitalizations.



KAYNAKLAR:

- 1- Adsız Alkolikler ve A.A.(1994).Oniki Basamak ve Oniki Gelenek. 1.Baskı. Alcoholics Anonymous World Services, Inc. New York.
- 2- Akcan A. ve ark.(2000a). "İstanbul Bayrampaşa Kapalı Cezaevindeki Erkek Adli Tutuklu ve Hükümlülerde Cezaevi Öncesi Alkol ve Madde Kullanma Sıklığı ve Özellikleri", Bağımlılık Dergisi, 1(2), s.s.61-68.
- 3- Akcan A. ve ark.(2000b). "İstanbul'da Suç Zanlısı Kadınlarda Cezaevi Öncesi Alkol ve Madde Kullanma Sıklığı ve Özellikleri", Bağımlılık Dergisi, 1(1).
- 4- "Alkol Bağımlılığı" <http://www.atmpsiko.com/a.php> erişim tarihi:08.12.2004
- 5- "Alkol Bağımlılığı" www.aytim.k12.tr/rehberlik/insan/madde.htm
erişim tarihi: 08.12.2004
- 6- "Alkol Bağımlılığı" <http://www.fcac.8m.com/alkol.htm> erişim tarihi: 08.12.2004
- 7- "Alkol Bağımlılığı" <http://okulpdr.sitemynet.com/uyusturucu.htm>
erişim tarihi: 08.12.2004
- 8- "Alkol Bağımlılığı"
<http://www.rehberogretmen.com/rehfiles/davboz/madde%20bagimlilik.htm>
erişim tarihi: 08.12.2004
- 9- "Alkol Bağımlılığı" <http://www.saglikplatformu.com/statik/madde.htm>
erişim tarihi:05.01.2005
- 10- "Alkol Bağımlılığı" <http://www.derinlikler.com.tr/> erişim tarihi:12.01.2005
- 11- "Alkol ve Madde Bağımlılığı"
http://www.toraks.org.tr/sub/sigarasiz/Sigara_Birakma_Esra_Uzaslan.pdf
erişim tarihi:19.07.2005
- 12- "Alkol ve Madde Bağımlılığı"
http://www.yeniden.org.tr/yazilar/arastirmalar/TUGI_derpdf erişim tarihi:29.01.2005

13- “Alkol Kullanımı İle İlişkili Bozukluklar”

<http://med.ege.edu.tr/~hanci/madde.htm> erişim tarihi:17.12.2004

14- Alpay N. ve ark.(1991). “AMATEM’de 1990 Yılında Yatırılan Madde Bağımlılarının Demografik Özellikleri ve Geçmiş Yıllarla Kıyaslanması”, 25. Ulusal Psikiyatrik Bilimler Kongresi Program ve Bildiri Özetleri Kitabı, Antalya, Akdeniz Üniversitesi, s.s.177.

15- Alper Y. ve ark.(1990). “Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Polikliniğinde Görülen Hastalardaki Tıp Dışı Uygulamalar”, Ege Tıp Dergisi, 29(4), s.s.864–868.

16- American Psychiatric Association.(1994): Diagnostik and Statical Manual of Mental Disorders. 4.Baskı. Washington, DC The American Psychiatric Association, p.p. 194–522.

17- American Psychiatric Association.(1994): DSM-IV Tanı Ölçütleri: Çeviren: Ertuğrul Köroğlu, Ankara, MEDİKOMAT Basım Yayın San. ve Tic. Ltd. Şti. s.s.99–102.

18- Aseltine R.H.(2000). “The variable effects of stres on alcohol use from adolescence to early adulthood”, Use and Misuse, 35(5), p.p.643–668.

19- Atkinson D.R., Abreu J.(1994). “Mexican American and European American Ratings of Four Alcoholism Treatment Programs”, Hispanic Journal of Behavioral Sciences, 16(3), p.p.265–281.

20- Baba D. ve ark.(2005). “E.Ü. Ödemiş Sağlık Yüksekokulu Öğrencilerinin Stresle Başetme Düzeylerinin İncelenmesi”, 3. Uluslararası–10. Ulusal Hemşirelik Kongresi Özet Kitabı, İzmir, s.s.61.

21- “Bağımlılık Yapan Maddeler” <http://www.alkolmadde.com/madde.htm>
erişim tarihi:25.01.2005

22- Baltaş A., Baltaş Z. (1995). “Stres ve Başaçıkma Yolları”, 14. Basım, Remzi Kitapevi, İstanbul, s.s.23- 279.

23- Chung T. J. ve ark. (2001). “Change in alcoholic patients’ coping responses predict

12- month treatment outcomes.”, Journal of Consulting and Clinical Psychology, 69(1), s.s.92–100.

24- “Clinical Guidelines For Implementing Relapse Prevention Therapy”

www.bhrm.org/guidelines/RPTguideline.pdf erişim tarihi:13.01.2005

25- Coşkunol H.(1996). “Alkol Bağımlılığı: Tanı ve Tedavisi”, Ege Üniversitesi Basımevi, Bornova İzmir.

26- Çakmak D. ve ark. (1997). “Uyuşturucu Madde Kullanımının Aile Üstüne Etkisi”, Başbakanlık Aile Araştırma Kurumu Yayını, Ankara, s.s.9.

27- Dağ İ.(1991). “Rosenbaum’un Öğrenilmiş Güçlülük Ölçeği’nin Üniversite Öğrencileri İçin Güvenirliği ve Geçerliliği”, Türk Psikiyatri Dergisi, 2(4), s.s.269–274.

28- Dağ İ.(1992). “Kontrol Odağı, Öğrenilmiş Güçlülük ve Psikopatoloji İlişkileri”, Psikoloji Dergisi, 7(27), s.s.1–9.

29- Demirci S.(1998). “Düşünme İhtiyacı Ölçeği Psikometrik Özellikleri: Düşünme İhtiyacı, Kontrol Odağı İnancı ve Öğrenilmiş Güçlülük İlişkilerinin İncelenmesi” (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tez i) Ankara: Hacettepe Üniversitesi.

30- “Ecstasy nedir” <http://www.ruki.org/uyusturucudrugs.htm>

erişim tarihi:04.04.2005

31- Ebert M.H., Loosen P.T., Nurcombe B.(2003). “Current: Psikiyatri Tanı ve Tedavi”, 1. Baskı. Öncü Basımevi, Ankara.

32- Evren E.C., Çakmak D.(2001). “Alkol ve Madde Kullananların Özellikleri:2000 Yılına Ait AMATEM’e Yatan Hasta Verilerinin İncelenmesi”, Düşünen Adam Dergisi, 14(3), s.s.142–149.

33- Evren E.C. ve ark.(2003). “Alkol Kullanım Bozukluğunda Cinsiyet Farklılığı”, Bağımlılık Dergisi, 4(3), s.s.97–100.

- 34- Fortinash K.M.(1996), "Psychiatric Mental Health Nursing", Holoday-Worret PA. by Mosby-Year Book, Inc. p.p.356–368.
- 35- Gençtan E.(2003). "Psikodinamik Psikiyatri ve Normal Dışı Davranışlar", 16.Basım. Metis Yayınları. İstanbul.
- 36- Göka E., Başterzi A.D.(2001). "Alkol Bağımlılığına Psikodinamik Bir Bakış", Bağımlılık Dergisi, 2(3), s.s.127–132.
- 37- Gözene Ö. (2002). "Riskli Alkol Kullanan Üniversite Öğrencileri İle Riskli Alkol Kullanmayanlarda, Stresli Yaşam Olayları, İç-Dış Kontrol Odağı İnancı ve Öğrenilmiş Güçlülük Değişkenlerinin İlişkilerinin İncelenmesi", Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Psikoloji A.D. Yüksek Lisans Tezi, Ankara.
- 38- Gümüş Ö. ve ark.(2002). "Alkol ve Eroin Bağımlılarının Ailelerindeki Psikososyal ve Ekonomik Zorlukların Araştırılması", Bağımlılık Dergisi, 3(3), s.s.146–154.
- 39- Gürhan N. (1991). "Psikiyatri Hastalarına Sahip Ailelerin Sosyal İhtiyaçlarına Destek", Hemşirelik Bülteni, 5(22), s.s.67–70.
- 40- Gürkaynak M.(1998). "İntravenöz Madde Kullanıcılarında Risk Alma Davranışları ve HIV Riski İle İlgili Bilgi ve Tutum", Uzmanlık Tezi, İstanbul.
- 41- Hester R.K.(1994). "Outcome Research: Alcoholism. In Textbook of Substance Abuse Treatment", Galanter M. and Kleber H.D.(Eds). American Psychiatric Press Inc., Washington, DC, pp:35-43.
- 42- Hoffman J.B., Su S.S.(1998). "Substance use and depression: Conditional and gender differentiated effects", Substance Use and Misuse, 33, p.p. 2219–2262.
- 43- Hoffman J.B. ve ark.(2000). "A growth curve analysis of stress and adolescent effects", Substance Use and Misuse, 35(5), p.p.687–716.
- 44- Irvın J.E., Bowers C.A., Dunn M.E.(1999). "Efficacy of Relapse Prevention: A Meta-Analytic Review", J Consult Psychol, 67(4), p.p.563–570.

- 45- Iwanicki F.E. (1983). "Toward understanding and alleviating teacher burnout", Theory Into Practice, 22(1), s.s.28–32.
- 46- İlhan İ.Ö. ve ark.(2003). "Alkol Bağımlılığında Remisyon Süresi Üzerinde Etkili Olan Değişkenler", Bağımlılık Dergisi, 4(2).
- 47- Kalyoncu Ö. A., Mırsal H., Şatır T.(2000). "Opiat Bağımlılığında Antagonist Tedavi: Naltrexone", Bağımlılık Dergisi, 1(1), s.s.43–49.
- 48- Kalyoncu Ö. A. ve ark.(2001a). "Alkol Bağımlılığında Nüks Nedenleri", Bağımlılık Dergisi, 2(2), s.s. 61 – 67.
- 49- Kalyoncu Ö. A. ve ark. (2001b). "Alkol Bağımlılığında Klinik Tedavi Sonrası Bir İzleme Çalışması", Bağımlılık Dergisi, 39 (3).
- 50- Kalyoncu Ö.A.(2003). "Alkol Bağımlılığında Tek Taraflı Aile Terapisi", Bağımlılık Dergisi, 4(1), s.s.31–37.
- 51- Kaplan H.I., Sadock J.B. (2004). "Maddeye Bağlı Bozukluklar", Abay E. (ed): Klinik Psikiyatri, Nobel Tıp Kitapevleri, s.s.79–119.
- 52- Kaya N., Çilli A.S.(2002). "Üniversite Öğrencilerinde Nikotin, Alkol ve Madde Bağımlılığın 12 Aylık Yaygınlığı", Bağımlılık Dergisi, 3(2).
- 53- Köknel Ö. (1998). "Bağımlılık", Altın Kitaplar Yayınevi, İstanbul, s.s. 251–263.
- 54- Kum N. ve ark.(1996). "Psikiyatri Hemşireliği El Kitabı", 1.Baskı. Vehbi Koç Yayınları. İstanbul, Birlik Ofset Ltd. Şti., s s.82-84.
- 55- "Madde Bağımlılığı" <http://www.rehberlikservisi.com/read.asp?id=652>
erişim tarihi:02.05.2005
- 56- "Madde Bağımlılığı" <http://www.rehberlikservisi.com/read.asp?id=653>
erişim tarihi:02.05.2005

- 57- Marlatt G.A., Barrett K.(1994). "Relapse Prevention:In Textbook of Substance Abuse Treatment", Galanter M., Kleber H.D.(Eds). American Psychiatric Press Inc., Washington, DC, p.p.285-299.
- 58- Marlatt G.A., Gordon J.R.(1985). "Relapse Prevention: Maintenance Strategies In The Treatment of Addictive Behaviors", The Guildford Press, New York.
- 59- Mırsal H.ve ark.(2000). "Alkol Bağımlılığında Nüks", Bağımlılık Dergisi,1(1), s.s.22–26.
- 60- Mırsal H. ve ark.(2001). "Alkol Bağımlılığında İntihar Davranışının Araştırılması", Bağımlılık Dergisi, 2(1).
- 61- National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism(1999). "Cognitive-Behavioral Coping Skills Therapy Manual", NIH Publication, No:94.
- 62- "Nüks Önleme Modeli"
<http://medline.superonline.com/kategori.php?sayfa=48yazi=31-34k> erişim tarihi:04.01.2005
- 63- Ögel K., Tamar D.(1996). "Uyuşturucu Maddeler ve Bağımlılık Okul Eğitim Paketi", Öğrenci Anketi Bulguları, AMATEM/Özel Okullar Derneği.
- 64- Ögel K. (2001). "İnsan, Yaşam ve Bağımlılık Tartışmalar ve Gereçekler", IQ Kültür Sanat Yayıncılık, İstanbul, s.s.17–114.
- 65- Ögel K., Tamar D.(2002). "Psikiyatrik Epidemiyoloji", Ege Psikiyatri Yayınları, İzmir, s.s.97–103.
- 66- Ögel K. ve ark.(2003). "İstanbul Örneğinde Sigara Kullanım Yaygınlığı", Bağımlılık Dergisi, 4(3), s.s.105–108.
- 67- Öz F.(1993). "Ruh Hastalarına Karşı Tutumlar ve Hemşirelik", Türk Hemşireler Dergisi, 43(1), s.s.36–38.
- 68- Özer Ö.A.(1991). "Ortaöğrenim Öğrencilerinin Psikoaktif Madde Kullanımına Yaklaşımı ve Demografik Özellikler", Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi, Uzmanlık Tezi, İstanbul, s.s.18–34.

- 69- Özgür G., Karaaslan A., Çam O.(1998). "Bornova Sağlık Grup Başkanlığına Bağlı Toplumda Ruhsal Belirtilerin Değerlendirilmesi", Ege Üniversitesi Araştırma Fonu Proje Raporu. Proje no:1995 HYO-06, İzmir, s.s.1-8.
- 70- Öztürk O.(2002). "Ruh Sağlığı ve Bozuklukları", 9.Basım. Ankara, Nobel Tıp Kitapevleri Ltd.Şti. s.s.520-546.
- 71- Pektaş Ö. ve ark.(2001). "Alkol Bağımlılığında Sosyodemografik Değişkenler, Klinik Özellikler ve Tedavi Sonuçlarının Cinsiyetler Arasındaki Farklılıklarının İncelenmesi", Bağımlılık Dergisi, 2(1).
- 72- Pektaş Ö. ve ark. (2002). "Alkol Bağımlılığında Nüks ve Eş Tutumları", Bağımlılık Dergisi, 3(2).
- 73- Perkins H.W.(1999). "Stres-motivated drinking in collegiate young adulthood: Life course and gender patterns", Journal of Studies on Alcohol, 60, p.p. 219-227.
- 74- "Relapse Önleme" <http://www.med.gazi.edu.tr/akademik/psikiyatri/madde.doc>
erişim tarihi: 15.01.2005
- 75- "Relapse Prevention"
<http://www.niaaa.nih.gov/publications/arh23-2/151-160.pdf> erişim tarihi:11.01.2005
- 76- Rosenbaum M.A., Palmon N.(1984). "Helplessness and resourcefulness in coping with epilepsy" Journal of Consulting and Clinical Psychology, 52(2), p.p. 244-253.
- 77- Rosenbaum M.A., Smıra K.B.(1986). "Cognitive and personality factors in delay of gratification of hemodialysis patients", Journal of Personality and Social Psychology, 51(2), p.p.357-364.
- 78- Saatçioğlu Ö., Evren E. C., Çakmak D.(2003). "1998 - 2000 Yılları Arasında Yatarak Tedavi Gören Alkol ve Madde Kullanımı Olan Olguların Değerlendirilmesi", Bağımlılık Dergisi, 4(3), s.s.109-117.

- 79- Saatçioğlu Ö. (2004). “Bağımlılıkta Nüks Belirleyiciler”, 40. Ulusal Psikiyatri Kongre Bildiri Özetleri Kitabı, Türkiye Psikiyatri Derneği, s.s.644.
- 80- Sarıcı S.(1999). “Üniversite Öğrencilerinin Öğrenilmiş Güçlülük Düzeyleri, Ben Durumları ve Sosyo-Ekonomik Düzeyleri Aralarındaki İlişkiler” (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi), Erzurum: Atatürk Üniversitesi.
- 81- Savaşır I., Soygüt G., Kabakçı E.(2003). “Bilişsel-Davranışçı Terapiler”, Türk Psikologlar Derneği Yayınları No: 7, Ankara, s.s.17.
- 82- Savaşır I., Şahin N.(1997). “Bilişsel-Davranışçı Terapilerde Değerlendirme: Sık Kullanılan Ölçekler”, Türk Psikologlar Derneği Yayınları. No:9, Ankara, s.s.86–92.
- 83- Schuckit M.A.(1994). “Goals of Treatment. In Textbook of Substance Abuse Treatment”, Galanter M., Kleber H.D.(Eds). American Psychiatric Press Inc., Washington, DC, p.p.3-10.
- 84- Schuckit M.A.(1997). “San Diego O.A. Hospital Addiction Treatment Unit Relapse Prevention Group Nots”, USA, California, (EK III.).
- 85- “Sigara İçme Alışkanlığı”
<http://www.hastarehberi.com/dahiliye/dahiliye7/sigarayibirakmayollari.htm>
erişim tarihi:01.05.2005
- 86-“Stres ve Başa Çıkma Yolları” <http://abone.turk.net/elibal/yazim/sitres.htm>.
erişim tarihi:17.03.2005
- 87- “Sokakta Yaşayan Çocuklar”
<http://www.yeniden.org.tr/dosya/ucucu%20temel%20kitap%206.pdf>
erişim tarihi:05.02.2005
- 88- Şahin N.H.(1994). “Stresle Başa Çıkma” Türk Psikologlar Derneği Yayınları No: 2, Ankara, s.s.19,146.
- 89- Şahin N.H.(2001). “Bilişsel Terapi Temel İlkeler ve Ötesi”, Türk Psikologlar Derneği Yayınları No: 22 Ankara, s.s.10, 335.

90- Türkcan ve ark. (2001). “Alkol Bağımlılarında Bir Tedavi Programının 3 Aylık İzlem Sonuçları”, Bağımlılık Dergisi, 2(1).

91- “Türkiye’de Madde Bağımlılığı”

<http://www.hastarehberi.com/cocuk/cocuk5/uyusturucumaddekullanimicocuklardanonleme.htm> erişim tarihi: 14.02.2005

92- Uğurlu N.(2005). “Hemşirelerin Psikolojik Belirti Gösterme Durumları ve Stresle Başa Çıkma Stratejileri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi”, 3. Uluslararası–10. Ulusal Hemşirelik Kongresi Özet Kitabı, s.s.105.

93- Uğurlu N. ve ark.(2005). “İki Farklı Hastanede Çalışan Hemşirelerin Stresle Başa Çıkma Stratejileri İle Kontrol Odağı İnancı Arasındaki İlişkinin İncelenmesi”, 3. Uluslararası–10. Ulusal Hemşirelik Kongresi Özet Kitabı, s.s.106.

94- Weiss R.D.(1994). “Inpatient Treatment. In Textbook of Substance Abuse Treatment”, Galanter M., Kleber H. D. (Eds). American Psychiatric Press Inc., Washington, DC, p.p.359–368.

95- Westermeyer J.(1987). “The Psychiatrist and solvent-inhalant abuse:Recognition, assesment and treatment”, Am J Psychiatry, 144, p.p.903-907.

96- Wittrock D.A., Myers T.C.(1998). “The comparison of individuals with recurrent tension-type headache and headache-free controls in physiological response, appraisal, and coping with stressors: a review of the literature”, Ann Behav Med, 20(2), s.s.118–134.

97- Yanık M. ve ark.(2004). “Şanlıurfa’da ‘Sarma Tütün’ Kullanan Bir Grupta Sosyodemografik Özellikler ve Bağımlılık Düzeyleri”, Bağımlılık Dergisi, 5(1).

98- Yargıç İ. (2000). “ Relaps Önleme Programları ve Bunların Klasik Tedavi Yaklaşımlarından Farkı”, 36. Ulusal Psikiyatri Kongre Bildiri Özetleri Kitabı, s.s.23.

99- Yazman Ü.(1995). “Lise Gençliğinin Psikoaktif Maddelere Bakışı ve Kullanım Oranlarının Türkiye-İstanbul Örneği İle İncelenmesi”, Uzmanlık Tezi, İstanbul, s.s.16.

100- Yıldırım A. ve ark.(2005). "Hemşirelerin Stresle Başa Çıkma Düzeylerinin ve Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi", 3. Uluslararası-10. Ulusal Hemşirelik Kongresi Özet Kitabı, s.s.159.

101- Yüksel N.(2001). "Ruhsak Hastalıklar", 2.Baskı. Ankara, Çizgi Tıp Yayınevi San. ve Tic. Ltd. Şti., s.s.496-557.



SOSYO-DEMOGRAFİK ÖZELLİKLER

- 1) Bitirdiğiniz yaş.....
- 2) Cinsiyetiniz nedir?
 - a) Erkek
 - b) Kadın
- 3) Medeni durumunuz nedir?
 - a) Bekâr
 - b) Evli
 - c) Boşanmış
 - d) Ayrı yaşıyor
 - e) Eşi ölmüş
- 4) Şu anda evinizde kimlerle birlikte yaşıyorsunuz?
 - a) Yalnız
 - b) Eşiyle
 - c) Eşi ve çocuklarıyla
 - d) Sadece çocuklarıyla
 - e) Anne-babayla
 - f) Arkadaşlarıyla
- 5) Eğitim düzeyiniz nedir?
 - a) Ortaokul mezunu
 - b) Lise mezunu
 - c) Üniversite mezunu
- 6) Mesleğiniz nedir?
 - a) İşsiz
 - b) Öğrenci
 - c) Memur
 - d) İşçi
 - e) Serbest meslek
 - f) Emekli
- 7) Gelir getiren bir işte çalışıyor musunuz?
 - a) Evet
 - b) Hayır
- 8) Gelir gider durumunuz nedir?
 - a) Gelir giderden yüksektir
 - b) Gelir ve giderler dengelidir
 - c) Gelir giderden düşüktür.
- 9) Sosyal güvenceniz nedir?
 - a) Emekli-sandığı
 - b) Bağ-kur
 - c) SSK
 - d) Yeşil kart
 - e) Ücretli

10) En uzun süre yaşadığınız yerleşim birimi neresidir?

- a) İl
- b) İlçe
- c) Köy

ALKOL/MADDE KULLANIM ÖZELLİKLERİ

1) Hastaneye yatmadan önceki bir ay içinde kullandığınız alkol ve/veya maddeler nelerdir?

- a) Alkol
- b) Esrar
- c) Ecstasy
- d) Roş
- e) Uçucu madde
- f) Eroin
- g) Kokain
- h) Sigara
- i) Tıbbi İlaç(kötüye kullanım)

2) Hayatınızda ilk kullandığınız madde(alkol, esrar, ecstasy, vb.) nedir?.....

3) Hayatınızda ilk kullandığınız maddenin başlama yaşı.....

4) Hayatınızda ilk kullandığınız maddenin miktarı

5) Hayatınızda ilk kullandığınız maddenin son 1 aydır kullanım sıklığı.....

6) Hayatınızda ilk kullandığınız maddenin son 1 aydır kullanım miktarı.....

7) Başvuru nedeni olan madde nedir?.....

8) Başvuru nedeni olan maddenin başlama yaşı.....

9) Başvuru nedeni olan maddenin ilk kullanım miktarı.....

10) Başvuru nedeni olan maddenin son 1 aydır kullanım sıklığı.....

11) Başvuru nedeni olan maddenin son 1 aydır kullanım miktarı.....

12) En uzun ayıklık dönemini(remisyon) yazınız?(gün/ay).....

13) Alkol/madde kullanımını tekrar başlatan en önemli risk durumu hangisiydi?

- a) Olumsuz duygu, düşünce, tutum ve davranışlar
- b) Sosyal baskılar
- c) Tedavi alma ile ilgili sorunlar
- d) Kişiler arası ilişkilerde yaşanan çatışmalar
- e) Dürtü, özlem, istek ve alkol içmeyi kontrol etme

14) Alkol/madde kullanımını sizin aile, iş, sosyal yaşam, sağlık gibi alanlarda sorun oluşturdu mu?

- a) Evet
- b) Hayır

TEDAVİ OLMA VE HASTALIKLA BAŞETME DURUMLARI

15) Hastalığınız nedeniyle tıp dışı kişilere(hacı, hoca, üfürükçü vb.) başvurduunuz mu?

- a) Evet
- b) Hayır

16) Herhangi bir fiziksel rahatsızlığınız var mı?

- a) Evet
- b) Hayır (18.soruya geçiniz)

17) Evet ise ne olduğunu belirtiniz.....

18)Alkol/madde bağımlılığı dışında tanı konulmuş bir ruhsal rahatsızlığı var mı?(Hasta dosyası bilgilerinden alınmıştır)

- a) Evet
- b) Hayır (20.soruya geçiniz)

19)Evet ise ne olduğunu belirtiniz.....

20)Daha önce alkol/madde bağımlılığı tedavisi için hastanede yattınız mı?

- a) Evet
- b) Hayır (22. soruya geçiniz)

21)Evet ise kaç kez yattınız.....

22)Daha önce alkol/madde bağımlılığına ilişkin toplantılara katıldınız mı?

- a) Evet
- b) Hayır (24. soruya geçiniz)

23)Evet ise hangi toplantılara katıldınız?.....

24)Hastaneye yatış şekliniz

- a) Ayık
- b) Yoksunluk tablosunda
- c) Alkol/madde kullanmış

25)Yatışınız kimin isteğiyle oldu?

- a) Kendi
- b) Ailesi
- c) Kendi ve ailesi
- d) Polis zoruyla

26)Bu hastanede kaçınıcı yatışınız?.....

27)Tedavide kullandığı ilaçlar(hasta dosyası bilgilerinden alınmıştır)

.....
28)Hastanın ilaçları ile ilgili bilgisi(ilâç isimleri ve endikasyonu) var mı?

- a) Evet
- b) Hayır (30. soruya geçiniz)

29)Kullandığınız ilaçların yan etkilerini biliyor mu?

- a) Evet
- b) Hayır

30)Hastanın hastanede yatış süresi(gün/ay).....

31) Hastaların nüks önleme programına katıldı mı?

- a) Evet
- b) Hayır

EK-II

ROSENBAUM'UN ÖĞRENİLMİŞ GÜÇLÜLÜK ÖLÇEĞİ (RÖGÖ)

Aşağıda kötü bir durum veya olayla karşılaşıldığında kişilerin neler yapabileceğini anlatan 36 ifade vardır. Lütfen her maddeyi dikkatle okuyarak o maddede yer alan ifadenin size ne derece uygun olduğuna karar veriniz. Verdiğiniz karara göre aşağıdaki ölçeği dikkate alarak yandaki sayıların uygun olanı üzerine (O) işareti koyunuz.

1. Hiç tanımlamıyor 3. İyi tanımlıyor 5. Çok iyi tanımlıyor
2. Biraz tanımlıyor 4. Oldukça iyi tanımlıyor

	Sizi ne kadar tanımlıyor?				
	Hiç				Çok iyi
1. Sıkıcı bir iş yaparken, işin en az sıkıcı olan yanını ve bitirdiğimde elde edeceğim kazancı düşünürüm.	1	2	3	4	
2. Beni bunaltan bir iş yapmak zorunda olduğumda, bunaltımı nasıl yenebileceğimi hayal eder, düşünürüm.	1	2	3	4	5
3. Duygularımı düşüncelerime göre değiştirebilirim.	1	2	3	4	5
4. Sinirlilik ve gerginliğimi yardım almadan yenmek bana güç gelir.	1	2	3	4	5
5. Kendimi üzüntülü hissettiğimde hoş olayları düşünmeye çalışırım.	1	2	3	4	5
6. Geçmişte yaptığım hataları düşünmekten kendimi alamam.	1	2	3	4	5
7. Güç bir sorunla karşılaştığımda düzenli bir biçimde çözüm yolları ararım.	1	2	3	4	5
8. Birisi beni zorlarsa işimi daha çabuk yaparım.	1	2	3	4	5
9. Zor bir karar vereceksem bütün bilgiler elimde olsa bile bu kararı ertelerim.	1	2	3	4	5
10. Okuduğum şeye kendimi veremediğimi fark ettiğim zaman, dikkatimi toplamak için yollar ararım.	1	2	3	4	5
11. Çalışmayı planladığımda, işimle ilgili olmayan her şeyi ortadan kaldırırım.	1	2	3	4	5
12. Kötü bir huyumdan vazgeçmek istediğinde, bu huyumu devam ettiren nedir diye araştırırım.	1	2	3	4	5

13. Beni sıkan bir düşünce karşısında güzel şeyler düşünmeye çalışırım. 1 2 3 4 5
14. Günde iki paket sigara içiyor olsam, sigarayı bırakmak için muhtemelen başkasının yardımına ihtiyaç duyarım. 1 2 3 4 5
15. Kendimi kötü hissettiğimde neşeli görünmeye çalışarak ruh halimi değiştiririm. 1 2 3 4 5
16. Kendimi sinirli ve gergin hissettiğimde, sakinleştirici ilacım varsa bir tane alırım. 1 2 3 4 5
17. Üzüntülü olduğumda kendimi hoşlandığım şeylerle uğraşmaya zorlarım. 1 2 3 4 5
18. Hemen yapılabilecek durumda bile olsam hoşlanmadığım işleri geciktiririm. 1 2 3 4 5
19. Bazı kötü huylarımdan vazgeçebilmem için başkasının yardımına ihtiyaç duyarım. 1 2 3 4 5
20. Oturup belli bir işi yapmam güç geldiğinde, başlayabilmek için değişik yollar ararım. 1 2 3 4 5
21. Beni kötümser yapsa da, gelecekte olabilecek bütün felaketleri düşünmekten kendimi alamam. 1 2 3 4 5
22. Önce yapmam gereken işi bitirip, daha sonra gerçekten hoşlandığım işlere başlamayı tercih ederim. 1 2 3 4 5
23. Bedenimin herhangi bir yerinde ağrı hissettiğimde, bunu dert etmemeye çalışırım. 1 2 3 4 5
24. Kötü bir huyumu yendiğimde kendime olan güvenim artar. 1 2 3 4 5
25. Başarısızlıkla birlikte gelen, kötü duyguları yenmek için, sık sık kendime bunun bir felaket olmadığını ve bir şeyler yapabileceğimi telkin ederim. 1 2 3 4 5
26. Kendimi patlayacakmış gibi hissettiğimde, 'Dur, bir şey yapmadan önce düşün' derim. 1 2 3 4 5
27. Birine çok öfkelensem bile davranışlarımı kontrol ederim. 1 2 3 4 5
28. Genellikle bir karar vereceğim zaman, ani kararlar yerine bütün ihtimalleri göz önüne alarak sonuca varmaya çalışırım. 1 2 3 4 5
29. Acilen yapılması gereken şeyler olsa bile, önce yapmaktan hoşlandığım şeyleri yaparım. 1 2 3 4 5

30. Önemli bir işi elimde olmayan nedenlerle geciktirdiğimde kendi kendime sakin olmayı telkin ederim. 1 2 3 4 5
31. Bedenimde bir ağrı hissettiğim zaman, ağrıdan başka şeyler düşünmeye çalışırım. 1 2 3 4 5
32. Yapılacak çok şey olduğunda genellikle bir plan yaparım. 1 2 3 4 5
33. Kısıtlı param olduğunda, kendime bir bütçe yaparım. 1 2 3 4 5
34. Bir iş yaparken dikkatim dağılırsa, işi küçük bölümlere ayırırım. 1 2 3 4 5
35. Sık sık beni rahatsız eden hoş olmayan düşünceleri yenemediğim olur. 1 2 3 4 5
36. Aç olduğum halde yemek yeme imkanım yoksa, ya açlığımı unutmaya ya da tok olduğumu düşünmeye çalışırım 1 2 3 4 5



EK-III

EGE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ HASTANESİ PSİKIYATRİ KLİNİĞİNİN ALKOL VE MADDE BAĞIMLILIĞI TEDAVİ BİRİMİNDE UYGULANAN NÜKS ÖNLEME PROGRAMININ İÇERİĞİ

Nüks Önleme Programı, Marlatt ve Gordon(1985) tarafından geliştirilen, çeşitli konuların işlendiği ve yatarak tedavi gören bağımlılara yönelik yapılandırılmış bilişsel-davranışsal bir tedavi programıdır. Seanslar bağımlılık tedavisi konusunda en az 11 yıl deneyimli yüksek hemşire tarafından yapılan, her seansta daha önceden belirlenmiş konular işlenir. Her seans 60 dakika, haftada 2 seans olarak toplam 8 yapılandırılmış seanstan oluşur. Programda bilgi verme, rol oynama, model olma gibi öğretici tekniklerden yararlanır. Hastalara her seanstan sonra seansın içeriğine yönelik alıştırmaya kâğıtları verilir. Tüm seans bitiminden sonra bu alıştırmaya kâğıtları toplanarak hastanın taburculuk öncesi görüşmesinde değerlendirilir.

GRİ SEANS

Görünüşte İlgisiz Kararların Üstesinden Gelme:

Seçenekleri düşünün.

Her seçeneğin muhtemel sonuçları(+ ve -).

Nüks riskini en aza indirecek seçeneği seçin veya eğer riskli olan seçilmişse, kendinizi koruyun.

Tehlike- işareti düşünceleri:

“.....yapmalıyım”

“.....gerçekte önemli değil”

“.....üstesinden gelebilirim”.

Nüks Önleme

Aşırı kullanma=zararlı davranış.

Kullanım başlatıcıları

Kullanım konusundaki inanışlarınız.

Yüksek –Risk Durumları

Durumlar? Başlatıcılar?

Özgül örnekler

O andaki düşünceleriniz ve hisleriniz?

Kullanım sonrası olumsuz sonuçlar?

Kullanım sonrası olumlu sonuçlar?

4)

Başlatıcı	Duygu ve düşünceler	Davranış	Olumlu sonuç	Olumsuz sonuç
Beni alkol kullanmaya hazırlayan nedir?	Ne düşünüyordum?	Sonrasında ne yaptım?	Olumlu neler oldu?	Olumsuz neler oldu?

İstek-Dürtü İle Başa Çıkma Yolları:

Kullanımı başlatan şeylere maruz kalmaktan kaçının:

Alkol ve maddeler

Başkalarını kullanırken görmek

Alkol veya maddeyi kullanma ile ilişkili kişiler, yerler, durumlar

Olumsuz duygular, olumlu duygular

Bedensel hisler

Dikkatinizi başka yöne çeken bir aktiviteye(uğraş) katılın.

Konuyu başkaları ile konuşarak paylaşın.

Dürtü sörfü

Bir envanter oluşturun

Sadece bir konu üzerine odaklaşın

Odaklaşmayı tekrarlayın

Düşüncelerinizi değiştirin ve davet ederek meydan okuyun.

EFLATUN SEANS

1)

Başlatıcı	Duygu ve düşünceler	Davranış	Olumlu sonuç	Olumsuz sonuç
Beni alkol kullanmaya Hazırlayan nedir?	Ne düşünüyordum?	Sonrasında ne yaptım?	Olumlu neler oldu?	Olumsuz neler oldu?

2) Alkol ve Madde Alma İsteği

Alkol kullanımını bırakmaya çalışanlar genelde şunları yaşar:

İstek sık gelir, tedavi sürecinde erken görünür.

İstek zamanla- sınırlıdır; dalgalanma şeklindedir.

Alkol almayı başlatan şeyler istek ve dürtülere zemin hazırlar.

Bedensel hisler

Psikolojik bulgular

3) İstek-Dürtü İle Başa Çıkma Yolları:

Kullanımı başlatan şeylere maruz kalmaktan kaçının:

Alkol ve maddeler

Başkalarını kullanırken görmek

Alkol veya maddeyi kullanma ile ilişkili kişiler, yerler, durumlar

Olumsuz duygular, olumlu duygular

Bedensel hisler

Dikkatinizi başka yöne çeken bir aktiviteye(uğraş) katılın.

Konuyu başkaları ile konuşarak paylaşın.

Dürtü sörfü

Bir envanter oluşturun

Sadece bir konu üzerine odaklaşın

Odaklaşmayı tekrarlayın

Düşüncelerinizi değiştirin ve davet ederek meydan okuyun.

Düşünceleri Davet Edip Meydan Okuma Yolları

Kullanımın doğuracağı kötü, kullanmamanın doğuracağı iyi sonuçları düşünün.

Otomatik düşünce yollarınızı kontrol edin.

En ince-nokta düşünceleri

En ince nokta düşüncelerinizi davet edin:

Kanıtlar neler?

Kötü olan neler?

Hatalar O.K.

Uygulama Alıştırmaları

İstek ve dürtü başlatıcılarının bir listesini yapın.

Bir istek ve dürtü planı yapın.

Günlük dürtü kaydı tutun.

Kullanma Düşüncelerinin Üstesinden Gelme Yolları:

Davet edip meydan okuyun.

Kullanmamanın yararlarını hatırlayın ve listeleyin.

Hoş olmayan kullanım tecrübelerini hatırlayın ve listeleyin.

Dikkatinizi başka yöne çeviriniz.

Kendinize pekiştirme yapın.

Karar geciktirme teknikleri

Mevcut durumu değiştirin ya da terk edin.

Birini arayın.

MOR SEANS

Alkol veya Madde Kullanma Düşünceleri:

Dürtüler olağandır, başarısızlık göstergesi değildir.

Dürtüler dalgalara benzer.

Kullanmayarak kazanırsınız.

Düşüncelerin üstesinden gelmek:

Kullanma hakkında düşünce olması normaldir.

“Negatif teyp bandı”= kullanıma yol açabilecek ruh hali.

Kullanım hakkındaki düşünce ve nedenlerinizi belirleyin.

Yüksek-Risk Durumları

Nostaljik hatıralardaki durumlar, örn; alkolüz bir yeni yıl kutlaması

İradenin test edilmesi, örn; bugün kullan, yarın tekrar işe git

Kriz durumları

Ayık kalındığındaki rahatsızlık

Kendi hakkında şüpheler, örn; hiçbir şeye gücüm yetmiyor.

Kaçış ihtiyacı

Gevşeme ihtiyacı

Sosyal(toplumsal) durumlar

Kişisel imajı geliştirme isteği

Aşk serüvenleri

“Canı cehenneme” tutumları

Kontrolsüzlük duyguları örn; kendimi kullanmaktan alıkoyamıyorum.

Alkol veya Madde Kullanım Düşünceleri İle Etkili Baş Etme

İyileşmemek için kararlılık

Alkol kullanımını haklı çıkaracak düşünce tarzından kendinizi sakının.

Nüks risklerinizi sezerek öngörün.

5) Kullanma Düşüncelerinin Üstesinden Gelme Yolları:

Davet edip meydan okuyun.

Kullanmamanın yararlarını hatırlayın ve listeleyin.

Hoş olmayan kullanım tecrübelerini hatırlayın ve listeleyin.

Dikkatinizi başka yöne çeviriniz.

Kendinize pekiştirme yapın.

Karar geciktirme teknikleri

Mevcut durumu değiştirin ya da terk edin.

Birini arayın.

6) Uygulama Alıştırmaları:

- Yüksek risk durumlarını hayal edin ve üstesinden gelmenin uygulamasını yapın.
- Aşağıdaki listeleri yapın.
 - ✓ Alkol veya madde kullanmamanın 5–10 adet olumlu sonucu
 - ✓ Kullanımın 5–10 olumsuz sonucu
 - ✓ Ayıklığı zorlaştıracak en güçlü 5–10 adet risk faktörü

Sorun Çözme Becerileri:

- Sorunu tanımak için ipuçları
 - ✓ Vücudunuzdan
 - ✓ Düşünce ve duygularınızdan
 - ✓ Davranışlarınızdan
 - ✓ Başkalarına olan tepkilerinizden
 - ✓ Başka insanlardan
- Sorunu belirleyin.
- Çeşitli yaklaşımları düşünün.
 - Beyin jimnastiği
 - Davranış ve düşüncelerinizde değişimler
- En ümit verici yaklaşımı seçin.
- Etkinliği belirleyin.

KIRMIZI SEANS

1) Kullanma Düşüncelerinin Üstesinden Gelme Yolları:

Davet edip meydan okuyun.

Kullanmamanın yararlarını hatırlayın ve listeleyin.

Hoş olmayan kullanım tecrübelerini hatırlayın ve listeleyin.

Dikkatinizi başka yöne çeviriniz.

Kendinize pekiştirme yapın.

Karar geciktirme teknikleri

Mevcut durumu değiştirin ya da terk edin.

Birini arayın.

2) Sorun Çözümü

İnsanlar zor durumlar ile yüz yüze gelirler

Bağımlıların karşılaştığı sorunlar

Geçmişte alkol kullanılan durumlar

Sosyal baskı, istek ve dürtüler, kaymalar

Yeni aktiviteler ve alışkanlıklar geliştirmek

- Sorun çözümü= tanıma ve ayartıcılara direnme
- Sorun çözümü çok önemlidir.

3) Sorun Çözme Becerileri:

Sorunu tanımak için ipuçları

Vücudunuzdan

Düşünce ve duygularınızdan

Davranışlarınızdan

Başkalarına olan tepkilerinizden

Başka insanlardan

Sorunu belirleyin.

Çeşitli yaklaşımları düşünün.

Beyin jimnastiği

Davranış ve düşüncelerinizde değişimler

En ümit verici yaklaşımı seçin.

Etkinliği belirleyin.

Rol Oynama

Belirgin bir çözümü olmayan bir sorun seçin.

Beyin jimnastiği çözümleri listeleyin.

Her biri için avantaj ve dezavantajları listeleyin.

Seçenekleri tartın ve öncelik sırasına göre sokun.

En çok ümit vereni seçin.

Reddetme Becerisinin Önemleri:

İkramlar= sık, yüksek-risk durumu

Kullanan başka insanlarla birliktelik sizin kullanma ihtimalinizi artırır.

Kullandırmak için baskı

Bu kişilerle ve onlarla birlikte olduğunuz yerler ile ilişkili istekleriniz.

Alkolün sizi ne kadar iyi hissettirdiği şeklindeki inanışları artırır.

Alkol veya maddeye ulaşmanız artabilir.

Direkt teklifler veya indirekt baskı

Bu becerileri uygulamak etkin bir tepkide bulunmanızı sağlayacaktır.

TURUNCU SEANS

1) Sorun Çözme Becerileri:

Sorunu tanımak için ipuçları

- ✓ Vücudunuzdan
- ✓ Düşünce ve duygularınızdan
- ✓ Davranışlarınızdan

- ✓ Başkalarına olan tepkilerinizden
- ✓ Başka insanlardan

Sorunu belirleyin.

Çeşitli yaklaşımları düşünün.

Beyin jimnastiği

Davranış ve düşüncelerinizde değişimler

En ümit verici yaklaşımı seçin.

Etkinliği belirleyin.

2) Reddetme Becerisinin Önemleri:

İkramlar= sık, yüksek-risk durumu

Kullanan başka insanlarla birliktelik sizin kullanma ihtimalinizi artırır.

Kullandırmak için baskı

Bu kişilerle ve onlarla birlikte olduğunuz yerler ile ilişkili istekleriniz.

Alkolün sizi ne kadar iyi hissettirdiği şeklindeki inanışları artırır.

Alkol veya maddeye ulaşmanız artabilir.

Direkt teklifler veya indirekt baskı

Bu becerileri uygulamak etkin bir tepkide bulunmanızı sağlayacaktır.

3) Sözel Olmayan Reddetme Becerileri

Açık, kesin ve tereddütsüz bir ses ile konuşun.

Direkt göz teması kurun.

Suçluluk hissetmeyin.

Sözel Reddetme Becerileri

“Hayır” ilk kelimeniz olmalıdır.

Yapacak başka bir alternatif sunun(yürüyüşe çıkın).

Kişilere daha fazla teklifte bulunmamalarını söyleyin.

Konuyu değiştirin.

Mazeretlerden ve belirsiz cevaplardan kaçının(“bu gece değil”).

Acil Durumlar İçin Plan Yapılması

Sürprizlere hazırlıklı olun.

Olumsuz hayat olayları → nüks:

Sosyal ayrılıklar(boşanma, ölüm)

Sağlık sorunları

Yeni sorumluluklar

Yeni durumlara uyum sağlama

İş ile ilgili değişiklikler

Ekonomik(parasal) değişiklikler

• Olumlu hayat olayları → nüks:

✓ Yer değişikliği

✓ Terfi

✓ Mezuniyet

• Etrafınızdaki yakın kişilerin başına gelen olaylar sizin alkol ve madde kullanmanızı etkiler.

• Eğer “kayma” olursa, utanç ve suçluluğa kapılmayın, bundan ders almaya çalışın.

SARI SEANS

- 1) Sözel Olmayan Reddetme Becerileri
Açık, kesin ve tereddütsüz bir ses ile konuşun.
Direkt göz teması kurun.
Suçluluk hissetmeyin.

Sözel Reddetme Becerileri
“Hayır” ilk kelimeniz olmalıdır.
Yapacak başka bir alternatif sunun(yürüyüşe çıkın).
Kişilere daha fazla teklifte bulunmamalarını söyleyin.
Konuyu değiştirin.
Mazeretlerden ve belirsiz cevaplardan kaçının(“bu gece değil”).

- 3) Acil Durumlar İçin Plan Yapılması
Sürprizlere hazırlıklı olun.

Olumsuz hayat olayları → nüks:

- Sosyal ayrılıklar(boşanma, ölüm)
- Sağlık sorunları
- Yeni sorumluluklar
- Yeni durumlara uyum sağlama
- İş ile ilgili değişiklikler
- Ekonomik(parasal) değişiklikler

- Olumlu hayat olayları → nüks:
 - ✓ Yer değişikliği
 - ✓ Terfi
 - ✓ Mezuniyet
- Etrafınızdaki yakın kişilerin başına gelen olaylar sizin alkol ve madde kullanmanızı etkiler.
- Eğer “kayma” olursa, utanç ve suçluluğa kapılmayın, bundan ders almaya çalışın.

- 4) Beklenmedik Yüksek-Risk Durumu

Mevcut durumu terk edin veya değiştirin.

Alkol veya madde kullanma kararınızı 15 dakika geciktirin.

Kullanma ile ilgili düşüncelerinize meydan okuyun.

“Gerçekten alkol almaya ihtiyacım var mı?” diye kendinize sorun.

Kullanma biçimi ile ilgili olmayan başka şeyler düşünün.

Başarılarınızı kendinize hatırlatın (2 aydır ayıklık).

Yardım istemek için arayabileceğiniz insanların telefon numaralarını yanınızda bulundurun.

Krizi atlattık tedavi programınızı daha da güçlendirecektir.

Eğer Kayma Yaşıyorsanız:

- Alkol veya maddeyi bırakarak kaydığınız ortamı terk edin.
- Tam nükse dönüşmesine izin vermeyin.
- Yardımları için arayabileceğiniz insanların telefon numaralarını yanınızda bulundurun.
- “Kayma”nızı terapistiniz ile inceleyin.
- Bu sadece geçici bir eksikliktir.

Uygulama Alıştırılmaları

Yüksek-risk durumu / kayma ile uğraşmak için bir acil plan yazınız.
Alternatif seçenekler ile birlikte yapacağınız özgül şeyleri de ekleyin.
Arayabileceğiniz 4-6 kişinin telefon numaralarını da ekleyin.

Zevkli Aktivitelere Giriş

Hayat-tarzı sorunları ile baş etme

Alkol veya madde kullanmayı bıraktıktan sonra oluşan boşluğu doldurmaya ihtiyaç

Daha çok zevkli uğraşlar=daha çok olumlu duygular

“Zorunlu”lar ile “isteyerek”leri dengeleme ihtiyacı

YEŞİL SEANS

1) Beklenmedik Yüksek-Risk Durumu

Mevcut durumu terk edin veya değiştirin.

Alkol veya madde kullanma kararınızı 15 dakika geciktirin.

Kullanma ile ilgili düşüncelerinize meydan okuyun.

“Gerçekten alkol almaya ihtiyacım var mı?” diye kendinize sorun.

Kullanma biçimi ile ilgili olmayan başka şeyler düşünün.

Başarılarınızı kendinize hatırlatın (2 aydır ayıklık).

Yardım istemek için arayabileceğiniz insanların telefon numaralarını yanınızda bulundurun.

Krizi atlama tedavi programınızı daha da güçlendirecektir.

2) Eğer Kayma Yaşıyorsanız:

- Alkol veya maddeyi bırakarak yaşadığınız ortamı terk edin.
- Tam nükse dönüşmesine izin vermeyin.
- Yardımları için arayabileceğiniz insanların telefon numaralarını yanınızda bulundurun.
- “Kayma”nızı terapistiniz ile inceleyin.
- Bu sadece geçici bir eksikliktir.

3) Zevkli Aktivitelere Giriş

Hayat-tarzı sorunları ile baş etme

Alkol veya madde kullanmayı bıraktıktan sonra oluşan boşluğu doldurmaya ihtiyaç

Daha çok zevkli uğraşlar=daha çok olumlu duygular

“Zorunlu”lar ile “isteyerek”leri dengeleme ihtiyacı

4) Zevkli Aktiviteleri Arttırma

- Bir zevkli aktiviteler menüsü oluşturun.
- Olumlu alışkanlıklarınızı arttırın.
 - ✓ Rekabetçi nitelik yoktur.
 - ✓ Başkalarına bağlı değildir.
 - ✓ Sizin için bir değeri vardır(bedensel, zihinsel veya ruhsal)
 - ✓ Uygulama ile ilerleme gösterir.
 - ✓ Kendinizi eleştirmeden performans düzeyinizi olduğu gibi kabul edersiniz.

Zevkli aktiviteler planı oluşturun.

Aşağıdakileri hatırlayın.

- Vaat
- Denge
- Planlama
- Zevk vericilik
- Gevşeme
- Kontrol(irade)

Zevkli aktiviteler istek ve dürtüyü azaltır- istek ile baş etmede çok yararlıdırlar.

5) Uygulama Alıştırmaları

Zevkli aktiviteleri listeleyin.

Kendi kendinizle 30–60 dakika/günlük randevular ayarlayın.

O zamanda yaptığınız aktiviteyi kaydedin.

6) Görünüşte İlgisiz Kararlar

- Küçük önemsiz şeyler alkol veya madde kullanma ihtimalinizi artırır.
- Küçük basamaklar sizi yavaş yavaş alkol almaya doğru götürür.
- Küçük kararlar o anda alkol kullanmayı içermez.
 - ✓ Bağlantıları görmek her zaman kolay değildir.
 - ✓ Her bir küçük tercih sizi yavaş yavaş alkol almaya yaklaştırır.

MAVİ SEANS

1) Zevkli Aktiviteleri Arttırma

- Bir zevkli aktiviteler menüsü oluşturun.
- Olumlu alışkanlıklarınızı arttırın.
 - ✓ Rekabetçi nitelik yoktur.
 - ✓ Başkalarına bağlı değildir.
 - ✓ Sizin için bir değeri vardır(bedensel, zihinsel veya ruhsal)
 - ✓ Uygulama ile ilerleme gösterir.
 - ✓ Kendinizi eleştirmeden performans düzeyinizi olduğu gibi kabul edersiniz.

Zevkli aktiviteler planı oluşturun.

Aşağıdakileri hatırlayın.

- Vaat
- Denge
- Planlama
- Zevk vericilik
- Gevşeme
- Kontrol(irade)

Zevkli aktiviteler istek ve dürtüyü azaltır- istek ile baş etmede çok yararlıdırlar.

2) Görünüşte İlgisiz Kararlar

- Küçük önemsiz şeyler alkol veya madde kullanma ihtimalinizi artırır.
- Küçük basamaklar sizi yavaş yavaş alkol almaya doğru götürür.
- Küçük kararlar o anda alkol kullanmayı içermez.
 - ✓ Bağlantıları görmek her zaman kolay değildir.
 - ✓ Her bir küçük tercih sizi yavaş yavaş alkol almaya yaklaştırır.

Görünüşte İlgisiz Kararların Üstesinden Gelme:

Seçenekleri düşünün.

Her seçeneğin muhtemel sonuçları(+ ve -).

Nüks riskini en aza indirecek seçeneği seçin veya eğer riskli olan seçilmişse, kendinizi koruyun.

Tehlike- işareti düşünceleri:

- ✓ “.....yapmalıyım”
- ✓ “.....gerçekte önemli değil”
- ✓ “.....üstesinden gelebilirim”.

Rol Oynama

En son alkol veya madde kullandığınız zamanı gözünüzde canlandırın.

Sizi içmeye ne başlattı?

Hangi tercihler sizi yüksek-riske soktu?

Hafta sonu için planlarınız var mı?

- ✓ Riskli durumlardan kaçınmaya yardım edecek planlar yapın.

Görünüşte ilgisiz kararlar

- ✓ Evde alkol veya madde bulundurmak
- ✓ Eskiden beraber alkol kullandığınız arkadaşınızla eve beraber gitme teklifi
- ✓ Arkadaşlarınıza alkölü bıraktığınızı söylemek veya bir sır olarak saklamak.

Uygulama Alıştırmaları

Çok yakın zamanda verdiğiniz ya da vermek üzere olduğunuz bir karar hakkında düşünün.

Güvenli tercihleri belirleyin.

Nüks riskini arttıran tercihleri belirleyin.

Yüksek-Risk Durumları

Durumlar? Başlatıcılar?

Özgül örnekler

O andaki düşünceleriniz ve hisleriniz?

Kullanım sonrası olumsuz sonuçlar?

Kullanım sonrası olumlu sonuçlar?(84)

EK IV

T.C.
EGE ÜNİVERSİTESİ
HEMŞİRELİK YÜKSEKOKULU
(BİLİMSEL ETİK KURULU)

İSAYI :2005-29
KONU :Araştırma hk.

Bornova /İZMİR
27.04.2005

HEMŞİRELİK YÜKSEKOKULU MÜDÜRLÜĞÜNE

Yüksekokulumuz Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalında Yard.Doç.Dr.Ayça Gürkan'ın sorumluluğunda Mayıs 2005 –Temmuz 2005 tarihleri arasında yapmayı planladığı “Alkol ve Madde Bağımlılarında Öğrenilmiş Güçlülüğün İncelenmesi” konulu araştırması 26.04.2005 tarihinde Bilimsel Etik Kurulu tarafından incelenmiş ve “Araştırmanın Yürütülmesi Uygun “ bulunmuştur.

Gereğinin yapılmasını arz ederim.

Doç.Dr.İsmet EŞER

Bilimsel Etik Kurulu Başkanı



EK V

T.C
EGE ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Hastane Başhekimliği

Hemşirelik Hizmetleri Yönetimi

SAYI :B.30.2.EGE.0.1H.00.04/H-1733-4415

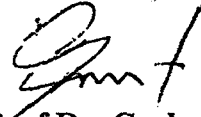
23.8/2005

KONU :

EGE ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜ'NE

LGİ: 1535 sayı ve 11.08.2005 tarihli yazınız.

Enstitünüz Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı yüksek lisans öğrencisi Tülay SAĞKAL'ın 15.08.2005-31.08.2005 tarihleri arasında "Alkol Bağımlılarında Öğrenilmiş Güçlüğü'nün İncelenmesi" konulu tez çalışmasını Psikiyatri Anabilim Dalında yapması Başhekimliğimizce uygun görülmüştür. Gereğini ve bilgilerinizi rica ederim.



Prof.Dr. Ceyhan ÖZYURT
Başhekim Yrd.



EK VI

Manisa Ruh Sağlığı Hastalıkları Hastanesi
Başhekimliği

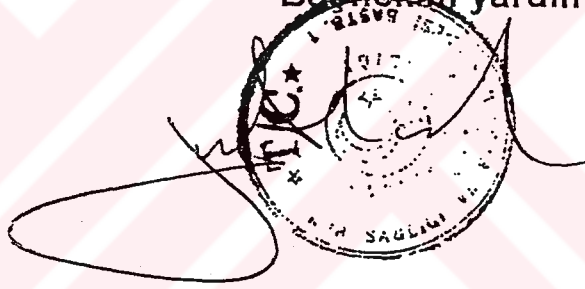
Sayı : 12538
Konu : Tez çalışması

26.09.2005

Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğüne

İlgili yazınız ile sormuş olduğunuz Tülay Sağkal ile ilgili "Alkol ve madde bağımlılarında öğrenilmiş güçlülüğün incelenmesi" konulu tez çalışmasını Amatem servisinde yapması başhekimliğimizce uygun görülmüştür. Gereğinin ve bilgilerinizi rica ederim.

Dr. Turgut Işık
Psikiyatri uzmanı
Başhekim yardımcısı



E.Ü.SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ	
Kayıt No	
Kayıt Tarihi	
Eki	G.B.
Öğrenci İşleri 1	
Öğrenci İşleri 2	Ø
Öğrenci İşleri 3	
Öğrenci İşleri 4	
Özlük İşleri	
Yazı İşleri	
Muhasebe	
Ayniyat	

Hems. Y. O. Md. yazalım.

EK-VII

Sayın Tülay Sağkal,

Araştırmanızda uyarlama çalışmasını yaptığım Rosenbaum'un Öğrenilmiş Güçlülük Ölçeğini kaynak göstermek kaydıyla kullanabilirsiniz. Çalışmanızın sonuçlarından haberdar olmak isterim.

Başarı dileklerimle...

Saygılar...

Doç.Dr. İhsan Dağ

Hacettepe Üniversitesi

Edebiyat Fakültesi

Psikoloji Bölümü

Beytepe Kampüsü / ANKARA

İş tel: 0 312 297 83 26

ihsandag@hacettepe.edu.tr

www.ihsandag.net

ÖZGEÇMİŞ

1979 yılında İzmir’de doğdu. İlk, orta ve lise öğrenimini İzmir’de tamamladı. 1997 yılında Öğrenci Seçme ve Yerleştirme Sınavı (ÖSYS) sonucunda Ege Üniversitesi (E.Ü.) Ödemiş Sağlık Yüksek Okulu’nda öğrenim görme hakkını elde etti. 1997–1998 öğretim yılında E.Ü. Yabancı Diller Bölümü İngilizce Hazırlık Bölüm’ünü okudu. 2002 yılında okulun ilk birincisi olarak mezun oldu. 2003 yılında E.Ü. Tıp Fakültesi Hastanesi Psikiyatri Kliniği’nde servis hemşiresi olarak çalışmaya başladı, aynı yıl E.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü tarafından Psikiyatri Hemşireliği Ana Bilim Dalı’nda açılan Yüksek Lisans “Bilim Sınavında” başarılı oldu. Halen E.Ü. Psikiyatri Anabilim Dalı Alkol ve Madde Bağımlılığı Tedavi Birimi’nde servis hemşiresi olarak çalışmaktadır.