



T.C.
ÜSKÜDAR ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

BAĞIMLILIK DANIŞMANLIĞI VE REHABİLİTASYON ANABİLİM DALI
BAĞIMLILIK DANIŞMANLIĞI VE REHABİLİTASYON YÜKSEK LİSANS
PROGRAMI
YÜKSEK LİSANS TEZİ

**ALKOL VE MADDE BAĞIMLILARINDA KONTROL ODAĞININ
TEDAVİ MOTİVASYONUyla İLİŞKİSİNİN İNCELENMESİ**

Dilruba KESKİN

Tez Danışmanı

Dr. Öğr. Üyesi ALPTEKİN ÇETİN

İSTANBUL – 2019

T.C.
ÜSKÜDAR ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

BAĞIMLILIK DANIŞMANLIĞI VE REHABİLİTASYON ANABİLİM DALI
BAĞIMLILIK DANIŞMANLIĞI VE REHABİLİTASYON YÜKSEK LİSANS
PROGRAMI

YÜKSEK LİSANS TEZİ

**ALKOL VE MADDE BAĞIMLILARINDA KONTROL ODAĞININ
TEDAVİ MOTİVASYONU İLİŞKİSİNİN İNCELENMESİ**

Dilruba KESKİN

Tez Danışmanı

Dr. Öğr. Üyesi Alptekin ÇETİN

İSTANBUL-2019

T.C.
ÜSKÜDAR ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

Anabilim Dalı : Bağımlılık Danışmanlığı ve Rehabilitasyon
Program : Bağımlılık Danışmanlığı ve Rehabilitasyon Yüksek Lisans Programı
Öğrenci No : 174207010
Öğrenci Adı Soyadı : Dilruba KESKİN

“Alkol ve Madde Bağımlılarında Kontrol Odağının Tedavi Motivasyonu İlişkisinin İncelenmesi” isimli çalışma aşağıdaki jüri tarafından 25.12.2019 tarihinde yapılan sınavda Yüksek Lisans Tezi olarak oybirliğiyle kabul edilmiştir.

Jüri Başkanı : Dr. Öğr. Üyesi Dilek Meltem TAŞDEMİR ERİNÇ
(Üsküdar Üniversitesi)

İmza



Danışman : Dr. Öğr. Üyesi Alptekin ÇETİN
(Üsküdar Üniversitesi)

İmza



Üye : Dr. Öğr. Üyesi Erkal ERZİNCAN
(Gelişim Üniversitesi)

İmza

ONAY

Bu tez, yukarıdaki jüri üyeleri tarafından uygun görülmüş ve Enstitü Yönetim Kurulu'nun tarih ve sayılı kararıyla kabul edilmiştir.

Doç.Dr. Türker Tekin ERGÜZEL
Enstitü Müdür V.

ÖZET

ALKOL VE MADDE BAĞIMLILARINDA KONTROL ODAĞININ TEDAVİ MOTİVASYONU İLE İLİŞKİSİNİN İNCELENMESİ

Bu araştırma alkol ve madde bağımlılarında kontrol odağının tedavi motivasyonu ile ilişkisini incelemesi amacıyla yapılmıştır.

Araştırma NP İstanbul Beyin Hastanesi AMATEM kliniğinde yatan hastalarla yapılmıştır. Çalışma 2018 yılının Kasım ayı ile 2019 yılının Mayıs ayları arasında hastanede yatan, çalışmaya katılmayı kabul eden ve dahil edilme kriterlerine uyan 65 hastayla yapılmıştır. Verileri elde etmek için hastalara, Sosyodemografik Veri Formu, Tedavi Motivasyonu Anketi(TMA) ve Rotter'ın İç Dış Kontrol Odağı Ölçeği(RİDKOÖ) uygulanmıştır. Elde edilen veriler SPSS 20.0 programı kullanılarak analiz edilmiştir.

Araştırmadan elde edilen bulgulara göre; çalışmaya katılan hastaların kontrol odağı genel puan ortalamaları $10,24 \pm 3,49$, tedavi motivasyonu genel puan ortalamaları ise $97,78 \pm 13,65$ olarak bulunmuştur.

Tedavi motivasyonu anketi alt boyutu olan Tedaviye Güven ile kontrol odağı arasında negatif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur. Bu durum bize kontrol odağı puanı ne kadar artarsa yani dış kontrol odaklılık ne kadar fazlaysa tedaviye güvenlerinin o kadar azalacağını göstermektedir.

Hastaların sosyodemografik özellikleri ile RİDKOÖ puanları arasında anlamlı bir ilişkiye rastlanmazken Tedavi Motivasyonu Anketi alt boyutu İçsel Motivasyon ile hastanın mesleği arasında ve Tedaviye Güven alt boyutu ile hastanın ilk kullandığı madde arasında anlamlı ilişkiye rastlanılmıştır.

Sonuç olarak tedavi motivasyonu ile kontrol odağı arasındaki nedensel ilişkiyi daha iyi saptamak için farklı yapıdaki daha geniş örnekleme çalışmayı tekrarlamak elimize daha net veriler sunacaktır.

Anahtar Sözcükler: Alkol ve madde bağımlılığı, tedavi motivasyonu, kontrol odağı.

ABSTRACT

EXAMINATION OF THE RELATIONSHIP BETWEEN LOCUS OF CONTROL AND TREATMENT MOTIVATION ON ALCOHOL AND SUBSTANCE ADDICTS

This research was performed to investigate the relation between the locus of control and treatment Motivation in alcohol and substance addicts.

The research was carried out on the patients treated at AMATEM clinic in NP İstanbul Brain Hospital. 65 hospitalized patients complying with the inclusion criteria were involved in this study between november 2018 and may 2019. To obtain the data from the patients, the Sociodemographic Data Form, the Treatment Motivation Questionnaire (TMQ) and the Rotter's Internal and External Locus of Control Scale (RIELCS) were used. Moreover, obtained data were statistically analysed by SPSS 20.0.

According to the results, the average score of locus of control in the patients was found $10,24 \pm 3,49$, and the average score of the treatment motivation was found $97,78 \pm 13,65$. It was found that there was a negative correlation between confidence in treatment and the locus of control. This result shows that as the score of locus of control increases, the trust to treatment decreases.

Besides, an insignificant correlation between the sociodemographic characteristics and the RIELCS was observed. On the other hand, a significant correlation was observed between the intrinsic motivation, a subscale of the TMQ, and the profession of the patient and additionally between the confidence in treatment, another subscale of TMQ, and the first substance used by the patient.

In conclusion, repeating the study using a larger number of patients with different specifications would provide more clear results to better determine the causal relation between the treatment motivation and the locus of control.

Key Words: Alcohol and substance addicts, treatment motivation, locus of control.

TEŞEKKÜRLER

Tezimin her aşamasında desteğini esirgemeyen, her ihtiyacım olduğunda ulaşabildiğim ve her görüştüğümde pozitifliğiyle beni motive eden değerli hocam ve tez danışmanım Dr. Öğr. Üyesi Alptekin ÇETİN' e,

Yüksek lisans eğitimim boyunca bilgilerini ve deneyimlerini paylaşan değerli hocalarıma,

Çalışmaya katılmayı kabul ederek bana destek olan katılımcılara ve bana ihtiyaç duyduğum anlarda yardımcı olan NP İstanbul Beyin Hastanesi AMATEM Birimi çalışanlarına,

Ayrıca yüksek lisans eğitimim boyunca beni evinde misafir eden, olumsuz düşündüğüm, zorlandığım zamanlarda beni motive ederek devam etmemi sağlayan, 10 yıllık dostum Hikmet Zeynep TEKELLİ' ye

Son olarak; hayatımın her döneminde olduğu gibi yüksek lisans eğitimim sürecinde de yanımda olup bana her konuda destek olan ve her türlü fedakârlıkta bulunan canım annem Ayşegül AKDEMİR KESKİN' e, canım babam Kazım KESKİN' e, canım ablam Dr. Beyza KESKİN' e ve son olarak lisans eğitimimden başlayarak bugünüme kadar akademik becerileriyle beni destekleyen akıl hocam, kuzenim Saime AKDEMİR AKAR' a sonsuz saygılarımı ve teşekkürlerimi sunarım.

Dilruba KESKİN

BEYAN FORMU

Bu çalışmadaki bütün bilgi ve belgeleri akademik kurallar çerçevesinde elde ettiğimi, görsel, işitsel ve yazılı tüm bilgi ve sonuçları bilimsel ahlak kurallarına uygun olarak sunduğumu, kullandığım verilerde herhangi bir tahrifat yapmadığımı, yararlandığım kaynaklara bilimsel normlara uygun olarak atıfta bulunduğumu, tezimin kaynak gösterilen durumlar dışında özgün olduğunu, tarafımdan üretildiğini ve Üsküdar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Tez Yazım Kılavuzuna göre yazıldığını beyan ederim



Tarih:

Dilruba KESKİN

İmzası:

İÇİNDEKİLER

ÖZET	i
ABSTRACT	ii
TEŞEKKÜRLER	iii
BEYAN FORMU	iv
İÇİNDEKİLER	iv
TABLolar DİZİNİ	viii
KISALTMALAR DİZİNİ	viii
BÖLÜM 1: GİRİŞ	1
1.1. Araştırmanın Konusu	2
1.2. Araştırmanın Amacı.....	2
1.3. Araştırmanın Önemi	2
1.4. Araştırmanın Hipotezleri	3
1.5. Araştırmanın Sayıtları.....	3
1.6. Araştırmanın Sınırlılıkları.....	3
BÖLÜM 2: GENEL BİLGİLER	4
2.1. Alkol Bağımlılığı	5
2.1.1. Alkol Bağımlılığı Epidemiyolojisi.....	5
2.1.2. Alkol Bağımlılığı Etiyolojisi	6
2.2. Madde Bağımlılığı	7
2.2.1. Bağımlılık Yapıcı Maddeler	8
2.2.2. Madde Bağımlılığı Epidemiyolojisi.....	19
2.2.3. Madde Bağımlılığı Etiyolojisi	19
2.3. Alkol ve Madde Bağımlılığı Tanı Kriterleri	21
2.4. Kontrol Odağı (Locus of Control)	23
2.4.1. İç ve Dış Kontrol Odağı (Internal and External Locus of Control)	24
2.4.2. Kontrol Odağı İle Bağımlılık İlişkisi	25
2.5. Tedavi Motivasyonu ve Bağımlılık İlişkisi	26
BÖLÜM 3: YÖNTEM	29
3.1. Araştırmanın Modeli.....	30
3.2. Araştırmanın Evreni ve Örnekleme.....	30
3.3. Veri Toplama Araçları	30
3.3.1. Sosyodemografik Veri Formu: (EK-2)	31
3.3.2. Tedavi Motivasyonu Anketi(TMA): (EK-3)	31

3.3.3. Rotter'ın İç Dış Kontrol Odağı Ölçeği (RİDKOÖ): (EK-4).....	32
3.4. Verilerin İstatistiksel Analizi	32
4.BÖLÜM: BULGULAR	34
4.1. Örneklemin İncelenmesi	34
4.1.1. Sosyodemografik Özellikler	34
4.2. Ölçeklerin İncelenmesi	39
4.2.1. Ölçeklerin Normallik Dağılımları.....	39
4.2.2. Kontrol Odağı ve Tedavi Motivasyonu Düzeylerine İlişkin Bulgular	40
4.2.3. Kontrol Odağı ve Tedavi Motivasyonu Arasındaki İlişkiler	41
4.2.4. Kontrol Odağı ve Tedavi Motivasyonunun Cinsiyete Göre Değişiminin İncelenmesi	42
4.2.5. Kontrol Odağı ve Tedavi Motivasyonunun Yaşa Göre Değişiminin İncelenmesi.....	43
4.2.6. Kontrol Odağı ve Tedavi Motivasyonunun Eğitime Göre Değişiminin İncelenmesi	43
4.2.7. Kontrol Odağı ve Tedavi Motivasyonunun Çalışma Durumuna Göre Değişiminin İncelenmesi	44
4.2.8. Kontrol Odağı ve Tedavi Motivasyonunun Meslek Grubuna Göre Değişiminin İncelenmesi	45
4.2.9. Kontrol Odağı ve Tedavi Motivasyonunun Medeni Duruma Göre Değişiminin İncelenmesi	46
4.2.10. Kontrol Odağı ve Tedavi Motivasyonunun Birlikte Yaşanan Kişiye Göre Değişiminin İncelenmesi	47
4.2.11. Kontrol Odağı ve Tedavi Motivasyonunun Anne-Baba Birlikteliğine Göre Değişiminin İncelenmesi	48
4.2.12. Kontrol Odağı ve Tedavi Motivasyonunun Anne Eğitim Durumuna Göre Değişiminin İncelenmesi	49
4.2.13. Kontrol Odağı ve Tedavi Motivasyonunun Baba Eğitim Durumuna Göre Değişiminin İncelenmesi	51
4.2.14. Kontrol Odağı ve Tedavi Motivasyonunun Gelir Düzeyine Göre Değişiminin İncelenmesi	52
4.2.15. Kontrol Odağı ve Tedavi Motivasyonunun Psikiyatrik Hastalık Değişkenine Göre Değişiminin İncelenmesi	53
4.2.16. Kontrol Odağı ve Tedavi Motivasyonunun İlk Madde Kullanım Yaşına Göre Değişiminin İncelenmesi	54
4.2.17. Kontrol Odağı ve Tedavi Motivasyonunun İlk Kullanılan Maddeye Göre Değişiminin İncelenmesi	55

4.2.18. Kontrol Odağı ve Tedavi Motivasyonunun Alkol-Maddeye Başlama Nedenine Göre Değişiminin İncelenmesi	55
4.2.19. Kontrol Odağı ve Tedavi Motivasyonunun Kullanılan Maddelere Göre Değişiminin İncelenmesi	57
4.2.20. Kontrol Odağı ve Tedavi Motivasyonunun Temiz Kalma Süresine Göre Değişiminin İncelenmesi	59
4.2.21. Kontrol Odağı ve Tedavi Motivasyonunun Hastane Yatışına Göre Değişiminin İncelenmesi	59
4.2.22. Kontrol Odağı ve Tedavi Motivasyonunun Alkol-Madde Bırakma İnancına Göre Değişiminin İncelenmesi	60
4.2.23. Kontrol Odağı ve Tedavi Motivasyonunun Birinci Dereceden Yakınların Alkol-Madde Kullanımlarına Göre Değişiminin İncelenmesi	61
5.BÖLÜM: TARTIŞMA	62
5.1. Hastaların Sosyodemografik Verilerin Literatür Kapsamında Tartışılması	63
5.2. Hastaların Klinik Özelliklerinin Literatür Kapsamında Tartışılması	65
5.3. Hastaların Tedavi Motivasyonu Anketi ve Kontrol Odağı Ölçeği Puan Ortalamalarının ve Sosyodemografik Verilerinin Tartışılması	66
SONUÇ VE ÖNERİLER.....	69
KAYNAKÇA.....	71
EKLER	80
EK-1. BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU	80
EK-2. SOSYODEMOGRAFİK VERİ FORMU	82
EK-3. TEDAVİ MOTİVASYONU ANKETİ (TMA).....	84
EK-4. ROTTER'IN İÇ-DIŞ KONTROL ODAĞI ÖLÇEĞİ (RIDKOÖ).....	85
ÖZGEÇMİŞ	90

TABLULAR DİZİNİ

Tablo 1. Katılımcılara Ait Sosyodemografik Özellikler	34
Tablo 2. Katılımcıların Madde Kullanımlarına Dair Özellikler.....	37
Tablo 3. Ölçeklerin Normallik Testi Sonuçları	39
Tablo 4. Ölçeklerin Puan Ortalamaları ve Puan Aralıkları	40
Tablo 5. Ölçekler Arasındaki İlişkinin Korelasyon Analizi Sonuçları	41
Tablo 6. Örneklemin Ölçek Puanlarının Cinsiyete Göre İncelenmesi.....	42
Tablo 7. Örneklemin Ölçek Puanlarının Yaşa Göre İncelenmesi	43
Tablo 8. Örneklemin Ölçek Puanlarının Eğitime Göre İncelenmesi	43
Tablo 9. Örneklemin Ölçek Puanlarının Çalışma Durumuna Göre İncelenmesi.....	45
Tablo 10. Örneklemin Ölçek Puanlarının Meslek Grubuna Göre İncelenmesi	45
Tablo 11. Örneklemin Ölçek Puanlarının Medeni Duruma Göre İncelenmesi.....	47
Tablo 12. Örneklemin Ölçek Puanlarının Birlikte Yaşanan Kişiye Göre İncelenmesi..	47
Tablo 13. Örneklemin Ölçek Puanlarının Anne-Baba Birlikteliğine Göre İncelenmesi	49
Tablo 14. Örneklemin Ölçek Puanlarının Anne Eğitim Durumuna Göre İncelenmesi .	49
Tablo 15. Örneklemin Ölçek Puanlarının Baba Eğitim Durumuna Göre İncelenmesi ..	51
Tablo 16. Örneklemin Ölçek Puanlarının Gelir Düzeyine Göre İncelenmesi	53
Tablo 17. Örneklemin Ölçek Puanlarının Psikiyatrik Hastalığa Göre İncelenmesi.....	54
Tablo 18. Örneklemin Ölçek Puanlarının İlk Madde Kullanım Yaşına Göre İncelenmesi	54
Tablo 19. Örneklemin Ölçek Puanlarının İlk Kullanılan Maddeye Göre İncelenmesi ..	55
Tablo 20. Örneklemin Ölçek Puanlarının Alkol-Maddeye Başlama Nedenine Göre İncelenmesi	56
Tablo 21. Örneklemin Ölçek Puanlarının Kullanılan Maddeye Göre İncelenmesi	57
Tablo 22. Örneklemin Ölçek Puanlarının Remisyon Süresine Göre İncelenmesi	59
Tablo 23. Örneklemin Ölçek Puanlarının Hastane Yatışına Göre İncelenmesi.....	59
Tablo 24. Örneklemin Ölçek Puanlarının Alkol-Madde Bırakma İncancına Göre İncelenmesi	60
Tablo 25. Örneklemin Ölçek Puanlarının Birinci Dereceden Yakınların Alkol-Madde Kullanımlarına Göre İncelenmesi	61

KISALTMALAR DİZİNİ

AMATEM: Alkol ve Madde Bağımlılığı Tedavi ve Araştırma Merkezi

DSM: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (Mental Bozuklukların Tanımsal ve Sayısal El Kitabı)

EMCDDA: Avrupa Uyuşturucu ve Uyuşturucu Bağımlılığını İzleme Merkezi

FDA: Food and Drug Administration

RIELCS: Rotter's Internal and External Locus of Control Scale

RİDKOÖ: Rotter'ın İç ve Dış Kontrol Odağı Ölçeği

SPSS: The Statistical Package for the Social Sciences

TAPDK: Tütün ve Alkol Piyasası Denetleme Kurumu

TMA: Tedavi Motivasyonu Anketi

TMQ: Treatment Motivation Questionnaire

TDM: Transteorik Değişim Modeli

TUBİM: Türkiye Uyuşturucu ve Uyuşturucu Bağımlılığı İzleme Merkezi

UNODC: Birleşmiş Milletler Uyuşturucu ve Suç ile Mücadele Dairesi

WHO: World Health Organization

BÖLÜM 1: GİRİŞ

Alkol, madde kötüye kullanımı ve bağımlılığı gün geçtikçe yaygınlaşmasıyla beraber konu ile ilgili önleme, tedavi etme ve tedavi sonrası destek sağlamak amacıyla çok sayıda araştırma ve çalışma yapılmaktadır.

Geçmiş yıllarda bağımlılığa daha çok irade zayıflığı ya da ahlak sorunu olarak bakılırken, yapılan beyin araştırmalarıyla bu sorunun aslında iradeyle ya da ahlakla bir ilişkisi olmadığı, şizofreni, alzheimer gibi bir hastalık olduğu kanısına varılmıştır. Geniş bir çevrede beyin hastalığı olarak kabul gören bağımlılık, sadece nörobiyolojik bir hastalık değildir. Oluşumu ve gelişimi sürecinde çevresel ve kültürel faktörlerden çokça etkilenmektedir. Bağımlılık tedavisinde bütün etkenler göz önünde bulundurularak tedavi multidisipliner bir yaklaşımla yürütülmelidir(Uzbay, 2015).

Jaffe'nin (1975) terminolojisinde bağımlılık terimi, "bir ilacın kullanımı, temininin güvence altına alınması ve kullanıma ara verilmesi sonrası yüksek nüksetme eğilimi" ile zorlayıcı bir şekilde, "ilaç kullanımının davranışsal bir şekli" olarak tanımlanmıştır(Knipe, 1981).

Klinikte yatan bağımlı hastaların tedavisinde temel amaç, detoksifikasyonla beraber bağımlı kişiyi yeniden topluma kazandırmak, yaşamında bozulan işlevselliğini ve kaybettiği toplumsal rolünü yeniden kazandırmaktır(Beyazyürek ve Şatır, 2000). Ancak bu kolay bir süreç değildir. Hastanın tedaviyi yarıda bırakması, tedaviye isteksiz olması, tedavide kalma süresinin kısa olması, tedavi motivasyonunun eksik olması çoğu zaman tedavinin seyrini olumsuz yönde etkilemektedir(Evren ve ark., 2006). Bağımlılık tedavisine ihtiyaç duyan 6 kişiden sadece biri tedavi olmak için destek almaktadır. Hastalar tedaviye ulaşmalarına engel olan yüksek maliyet, az sayıda tedavi ve rehabilitasyon merkezi gibi birçok nedenden bahsedebiliyorken aslında tedavinin önündeki en büyük engel hastanın tedavi olmak için yeterli motivasyona sahip olmamasıdır.

Bağımlılık hastalığının temel parçası tedavi motivasyonudur ve genellikle bu hastalarda çok sık görülen savunma mekanizması olan "inkâr" ile yakından ilgilidir. Bağımlılığı ileri derecelere ulaşmış olan hastalarda, ilaçlar beynin problemleri tam olarak algılama ve sağlıklı kararlar alma kabiliyetinde ciddi bozulmalara yol açar ve bu

durum hastaların tek başlarına yardım arama ve destek almaları için gerekli olan yargılama yeteneklerini ve iç görülerini kaybetmelerine, motivasyonlarında ve öz bakım becerilerinde azalmaya yol açmaktadır. Beynin bu işlev kaybı genellikle bağımlı kişi, aileleri ve toplum tarafından bir irade sorunu veya hastanın umursamazlığı şeklinde yanlış anlaşılabilir.

Bu çalışmada, alkol ve madde bağımlılığı tanısı almış hastalarda iç dış kontrol odağının tedavi motivasyonuna etkisini incelemek amaçlanmıştır.

1.1 Araştırmanın Konusu

Bu araştırmanın konusu “Alkol ve Madde Bağımlılarında Kontrol Odağının Tedavi Motivasyonu ile İlişkisinin İncelenmesi” olarak belirlenmiştir.

1.2 Araştırmanın Amacı

Yapılan çalışmada alkol ve madde kullanım bozukluğu olan hastaların kontrol odaklarının tedavi motivasyonunu nasıl etkilediğini incelemek amaçlanmıştır.

1.3 Araştırmanın Önemi

Tedavi motivasyonu, alkol ve madde bağımlılığı tedavisinin sürdürülmesi ve hastalığın tekrarlamaması için sağlanması gereken önemli şartlardan biridir. Hastalarda tedavi için gerekli olan motivasyonun sağlanamaması sonucu çoğu hasta tedaviye istekli olmamakta, tedaviyi sürdürememekte ya da tedavi sonrası çok çabuk kullanıma geri dönmektedir. Bu durum hastalığın tedavisini daha da zorlaştırmakta ve tedavisinin mümkün olmadığı algısını ortaya çıkarabilmektedir.

Kontrol odağı, kişinin başına gelen yaşantıların, davranışlarının kendi sorumluluğunda mı yoksa şans, kader, kendinden daha güçlü diğer kişiler tarafından mı meydana geldiği algısıdır. Bağımlılık hastalarında kontrol odağı algısının tedavi motivasyonunu nasıl etkilediği sorusunun cevabı aranarak bu konuda literatüre katkı sağlamak ve bu hastaların tedaviden daha fazla yarar sağlaması için gerekli olan adımların atılmasını sağlamak çalışmanın önemini ortaya koymaktadır.

1.4 Araştırmanın Hipotezleri

H1: Hastaların demografik özellikleri ile kontrol odakları arasında anlamlı bir ilişki vardır.

H2: Hastaların demografik özellikleri ile tedavi motivasyonları arasında anlamlı bir ilişki vardır.

H3: Hastaların kontrol odakları ile tedavi motivasyonları arasında anlamlı bir ilişki vardır.

1.5 Araştırmanın Sayıltıları

1. Çalışma örnekleminin evreni temsil ettiği varsayılmaktadır.
2. Çalışmaya katılan hastaların uygulanan ölçekleri içten ve dürüst olarak cevapladıkları varsayılmaktadır.

1.6 Araştırmanın Sınırlılıkları

1. Bu araştırma, yukarıdaki hipotezlerle sınırlıdır.
2. Araştırma, Kasım 2018- Mayıs 2019 yıllarıyla sınırlıdır.
3. Araştırma, çalışmaya katılan 65 hastalık örneklem ile sınırlıdır.
4. Araştırma, İstanbul İli, Ümraniye İlçesindeki bir özel hastaneyle sınırlıdır.
5. Araştırmaya katılan hastaların kişisel özellikleri, madde kullanım bilgileri ve tedavi geçmişleri, sosyodemografik veri formuna verdikleri cevaplarla sınırlıdır.
6. Araştırmaya katılan hastaların tedavi motivasyonları, Tedavi Motivasyonu Anketi' ne verdikleri cevaplarla sınırlıdır.
7. Araştırmaya katılan hastaların kontrol odakları, Rotter'ın İç Dış Kontrol Odağı Ölçeği' ne verdikleri cevaplarla sınırlıdır.

BÖLÜM 2: GENEL BİLGİLER

Alkol ve madde bağımlılığı ve kötüye kullanımı dünyada olduğu gibi ülkemizde de önemli sağlık sorunlarından biridir. Özellikle gelişmekte olan ülkelerde, kullanılan maddelerin her geçen gün türevleri artmakta ve sorun daha da büyümektedir.

Bağımlılık yapan maddelerin, bağımlılık oluşumunda etkili 3 özelliği vardır. Bunlar;

-Pekiştirici olmaları,

-Tolerans geliştirmeleri ve

-Fiziksel veya psikolojik bağımlılık yapmalarıdır.

Opioidler, barbitüratlar, alkol, uçucu maddeler, merkezi sinir sistemi uyarıcıları, nikotin ve kafein dâhil olmak üzere yaygın olarak kullanılan maddelerin güçlü pekiştirme özellikleri vardır. Maddenin keyif verici ve uyarıcı etkileri nedeniyle kişide aynı maddeyi tekrar tekrar kullanma davranışının ortaya çıkmasıdır. Edimsel koşullanma sonucu olumlu ve olumsuz olarak iki pekiştirme ortaya çıkmaktadır. Olumlu pekiştirme de davranışı ileride tekrarlama ihtimalini arttıran bir uyarıcı varken olumsuz pekiştirme de davranışı yapmasını engelleyen uyarıcının ortadan kalkması söz konusudur(Uzby,2015).

Tolerans, bir maddenin belirli dozlarda, düzenli olarak kullanılırken belli zaman sonra aynı dozda istenilen etkiyi ortaya çıkarmaması sonucu maddenin dozunun artırılması ile karakterize bir durumdur. İstenen etkinin ortaya çıkması için daha yüksek bir dozaj alınması gerekir; bu da maddenin neden olduğu organik hasar olasılığını arttırır.

Fiziksel ve psikolojik bağımlılık, ikincil sağlık sorunları ortaya çıkararak kendini gösteren fiziksel ve psikolojik bağımlılığın gelişmesi bağımlılığın toplumsal bir sorun haline gelmesine neden olur. Maddeye karşı duyulan yoğun özlem psikolojik bağımlılık, maddenin bırakılması ya da dozunun azaltılması sonucu kesilme sendromuna bağlı olarak kişide ortaya çıkan semptomlar ise fiziksel bağımlılığın göstergesidir.

2.1 Alkol Bağımlılığı

Dünyada tütün ve kafeinden sonra en yaygın kötüye kullanılan madde etil alkoldür. Alkolün keşfedilmesiyle ilgili ilk kaynaklara M.Ö. 3000-4000 yıllarında rastlanılmaktadır. Eski Mısır, Roma, Mezopotamya, Yunan uygarlıklarında kullanıldığı bilinen alkol, özellikle Mezopotamya’ da hastalıkların tedavisinde kullanıldığına dair yazılı kanıtlar mevcuttur. Alkolün ilk öforizan etkisinin keşfi ise balın ya da meyvelerin fermantasyonu sonucu tadılmasıyla ortaya çıktığı düşünülmektedir (Uzby,2018). 1849 yılında halk sağlığı uzmanı Magnus Huss tarafından “alkolizm” teriminin ortaya atılmasıyla alkol kullanımı sonucu bağımlılığın gelişmesi bir hastalık olarak değerlendirilmektedir(Akvardar,2012).

İnsan vücuduna çeşitli etkileri olan alkolün en önemli etkileri santral sinir sistemi üzerinden meydana gelen yaygın depresyon ve disinhibisyona bağlı oluşan davranışsal etkilerdir. Düşük dozlarda alınan alkol hafif sedasyonla birlikte kişide anksiyete, öfori, sıkılganlık ve sorumluluk duygusunda azalma oluşturmakla beraber kişinin davranışları üzerindeki kontrolünü, özeleştirici yeteneğini ve zihinsel yeteneğini kaybetmesine neden olarak bastırıldığı isteklerin, duyguların ve eğilimlerin eyleme dönüşmesini kolaylaştırmaktadır (Uzby, 2015).

Uzun süreli alkol kullanımı sonrası alkolün bırakılması ya da miktarının azaltılmasına bağlı olarak 6-8 saat içerisinde yoksunluk belirtileri görülmeye başlanır ve 2-3 gün arasında en yüksek seviyeye çıkar. Belirtiler halüsinasyonlar gibi algı bozuklukları şeklinde olabileceği gibi epileptik nöbet ve deliryum tremens gibi ağır semptomlarla kendini gösterebilir. Bu yoksunluk belirtilerini giderilmesi için kişi alkol almayı sürdürür ve fizyolojik bağımlılık gelişir(Bayar ve Yavuz, 2008).

2.1.1 Alkol Bağımlılığı Epidemiyolojisi

Alkol kullanım bozukluğu ve bağımlılığı dünyada da ülkemizde de giderek ciddiyetini artıran bir sağlık sorununa dönüşmektedir. Ülkemizde alkol kullanımı hakkında yeterli veriler olmamakla beraber alkol kullanımı ve bağımlılığında hızlı bir artış olduğu görülmektedir.

Birçok Avrupa ülkesinde ve Amerika Birleşik Devletleri’nde geçmişten günümüze en sık kötüye kullanılan maddelerden biri olan alkolün yaygınlığını artarak

devam etmektedir. ABD’ de 1977 yılında yapılan bir çalışmada alkollü içecek tüketme oranı kadınlarda %77,5 iken erkeklerde %86,6 oranında bulunmuştur(Akvardar, 2012). Yine ABD’de Ulusal Alkol Kötüye Kullanımı ve Alkolizm Enstitüsü’nün yaptığı çalışmaya göre 2001-2002 yıllarında yüksek riskli alkol kullanım %9,7 iken 2012-2013 yıllarında bu oran %12,6’ ya yükseldiği sonucuna ulaşılmıştır(WHO, 2014). ABD’ de yapılan çalışmada, özellikle lise düzeyindeki ergenlerde alkol kullanımı sıklığının %25’lere çıktığı görülmüştür(Uzbay,2018).

Dünya Sağlık Örgütü’ nün 2008-2010 yılları arasında yaptığı ve 2014 yılında yayınladığı raporda ABD’ de 8,7 litre, Birleşik Krallıkta 10,4 litre, Birleşik Arap Emirliklerinde 2,2 litre olan bir yılda kişi başına düşen saf alkol kullanım oranını ülkemizde ortalama 1,4 litre olarak hesaplanmıştır. Ülkemizde alkol bağımlılığı sıklığını ise genel nüfusta %0,8, erkeklerde % 1,3 ve kadınlarda %0,4 olarak bildirilmiştir(WHO, 2014). Tütün ve Alkol Piyasası Denetleme Kurumu (TAPDK) verileri incelendiğinde ise ülkemizde 2004-2015 yılları arasında 67,3 milyon litre saf alkol tüketilmişken 2015 yılında bu rakam 83,4 milyon litreye ulaşmıştır(Buzrul, 2016). Türkiye İstatistik Kurumu tarafından 2010-2016 yılları arasında yapılan araştırma sonucunda, 15 yaş ve üzerindeki nüfusta alkollü içecek kullanma oranının %10,4 ila %14,9 arasında olduğunu bulmuştur(TÜİK, 2017). Ülkemizde alkole ilk başlama yaşı ise ergenlik dönemine denk gelen 12’li yaşlara inmiş, ancak alkole başlama yaşının %70’i 15-22 yaşları arasındadır(Akvardar,2012).

2.1.2 Alkol Bağımlılığı Etiyolojisi

Alkol ve alkollü içeceklerin tüketiminin hızla artmaya devam etmesiyle, alkol tüketimini etkileyen ve kişilerde alkol kullanmaya sebebiyet veren faktörleri araştırma gereği ortaya çıkmıştır ve araştırmalar sonucu alkol kullanımı ve bağımlılığı ortaya çıkaran farklı etkenler bulunmuştur(Emeç ve Gülay, 2007).

Bağımlılığın nedeni olarak psikolojik, biyolojik, kalıtsal, sosyokültürel, aile ve daha başka birçok etkenden bahsedilebilir. Bu etkenler bazen bağımlılıkta koruyucu görev üstlenirken bazen de risk oluşturabilirler.

Alkol bağımlılığında kalıtsal etkenlerin öneminden bahseden çalışmalar vardır. Bu çalışmalara göre alkol bağımlısı ebeveyne sahip olan kişilerde alkol bağımlılığı gelişme riski alkol bağımlısı ebeveyne sahip olmayanlara göre 4-5 kat daha

fazladır. Her üç alkol bağımlısından birinin anne ya da babasının da alkol bağımlısı olduğu sonucuna varılmıştır(Ögel,2010; Enoch,2002). Yapılan ikiz çalışmaları sonucunda elde edilen verilere baktığımızda tek yumurta ikizlerinin çift yumurta ikizlerine göre bağımlılık geliştirme ihtimalleri daha yüksek bulunmuştur(Özpoymaz ve diğ.,1998).

Alkolün kolay ulaşılabilir olması, yasal olması ve aile ve arkadaş gibi yakın çevresinde yaygın olarak kullanılıyor olması kötüye kullanımın ve bağımlılığın oluşmasını tetikleyen başka bir etkidir. Ülkemizde özellikle genç nüfusta arkadaş grubunda alkolün kullanılıyor olması kullanımı artırmakta ve başlangıç yaşını düşürmektedir(Akvardar, 2012). Kişinin inancı ve yaşadığı toplumun kuralları gereği alkol kullanımının hoş görülmediği toplumlarda alkol kullanım oranı daha düşükken sosyoekonomik seviye arttıkça alkolle ilişkili bozukluklarda artış görülmektedir(Bayar ve Yavuz, 2008).

Alkol kullanımını açıklayan kuramlardan biri olan davranışçı kurama göre kişiler anksiyeteyi azaltmak, psikoza yatıştırmak ve depresyonu engellemek gibi amaçlarla sıklıkla kullanılan alkolün bu olumlu etkilerinin farkına varan bir kişi bu etkileri devam ettirmek için alkol kullanmaya devam edecek yani öğrendikleri bu davranışı pekiştireceklerdir. Bu olumlu etkileri ortaya çıkarmak için giderek daha fazla miktarda alkol alacak, daha fazla zaman ve emek harcayacaklardır. Psikanalitik kurama göre ise aşırı katı ve baskıcı süper egoya sahip olan kişiler üzerlerindeki baskıyı ve gerginliği azaltmak için alkol alırlar. Psikodinamik kuramlar bu kişileri bağımlı, yalnızlığa eğilimli, anksiyetesi yoğun, aşırı duyarlı, utangaç, ürkek, engellenmeye karşı tepkili ve cinsel dürtüleri bastırılmış kişiler olarak tanımlamaktadır(Bayar ve Yavuz,2008).

2.2 Madde Bağımlılığı

Santral sinir sistemini etkileyerek kişide ruhsal ve fiziksel olarak sorunlar meydana getiren maddeler zamanla kişide psikolojik ya da fizyolojik bağımlılığı neden olmaktadır. Bu maddelerin bazıları uyutucu, uyuşturucu etki ortaya çıkarırken bazıları uyarıcı etki oluşturmaktadır.

Dünya Sağlık Örgütü (WHO)' nun tanımına göre madde bağımlılığı, doğal ya da sentetik bir maddenin, tekrar tekrar kullanılmasıyla ortaya çıkan zehirlenme durumudur.

Amerikan Psikiyatri Derneği (APA) tanımına göre ise psiko-aktif maddenin kullanılmasının kontrol edilememesi, kullanımı sonrası ortaya çıkacak olan istenmeyen etkilerin bilinmesine rağmen kullanmaya devam edilmesiyle ortaya çıkan psikolojik, davranışsal ve bilişsel belirtilerdir(Ögel, 2002). Uzbay (2018)'in yaptığı madde bağımlılığı tanımı ise şöyledir: “İlaç niteliğinde bulunan bir maddenin beyni etkilemesiyle ortaya çıkan, keyif verici etkileri olan ve yokluğunda huzursuzluk meydana getiren, düzenli olarak kullanma arzusu duyulan ve farklı davranış bozukluklarıyla seyreden bir beyin hastalığıdır.”

2.2.1 Bağımlılık Yapıcı Maddeler

DSM-V' te madde kullanımı;

- Alkol
- Kafein
- Kannabis(kenevir, esrar)
- Hallüsinojenler (LSD, meskalin, fensiklidin, vb.)
- Uçucular (tiner, bali, benzin, ganolin, vb.)
- Opiyatlar (eroin, kodein, metadon, morfin, vb.)
- Sedatif-hipnotikler(diazepam, klorazepat, vb.)
- Uyarıcılar (kokain, ectasy, amfetamin ve türevleri, vb.)
- Tütün
- Diğer bilinmeyen maddeler

olmak üzere 10 alt küme içerisinde sınıflandırılmaktadır.

Esrar (Kannabis)

Latince ismi “Cannabis Sativa” olan esrar, eski çağlardan itibaren bilinen ve günümüzde sigara, kafein ve alkolden sonra en yaygın kötüye kullanılan yasadışı bağımlılık yapıcı maddedir. İlk defa Alman botanikçi ve doktor olan Leonhart Fuchs tarafından 1543 yılında keşfedilmiş ve tanımlanmıştır. Ancak bitkinin tarihçesi M.Ö. 2.

Yüzyılın ortalarına kadar uzanmaktadır. Ortadoğu topluluğu olan İskitlerle ortaya çıkan esrar daha sonra Mısır, Rusya ve Avrupa'ya yayılmıştır. Daha sonra ise Neolitik Çağ'da Çin'e ve Çin üzerinden de Hindistan'a ulaşmıştır. 1611-1620 yılları arasında ülkemizde yaşayan Evliya Çelebi, Seyahatnamesi'nde İstanbul'da esrar üretimi ve ticaretini yapan "Esnafi Benkçıyan" dükkânlarından bahsetmektedir. Yine o dönemlerde IV. Murat tarafından esrarın üretimi, kullanılması ve ticareti yasaklanmıştır. Ancak bu yasak etkili olamamış ve esrar önce Bursa Bölgesi'ne daha sonra da Konya Ovası'na yayılmıştır ve burada "Ban otu" olarak yetiştirilmeye devam edilmiştir (Köknel, 1998; Uzbay, 2015).

Esrar, hint keneviri bitkisinin çiçekleri, sapları, yaprakları ve tohumlarının karıştırılmasıyla oluşturulur. Ana etken maddesi THC (Delta-9-tetrahydrocannabinol)'dir. Bu etken maddenin beyinde, beynin kavrama, hafıza, ödül gibi önemli işlevlerinden sorumlu bölgelerinde özel reseptörleri bulunmaktadır (Ögel, 2010). Esrar bu reseptörleri etkinleştirerek mezolimbik ödül sisteminde dopamin salınımını artırır.

Genellikle tütüne karıştırılarak sigara gibi içilen esrarın dumanının solunmasına bağlı olarak 10-30 dakika içinde intoksikasyona bağlı etkiler görülmeye başlanır ve bu etkiler 3 saate kadar etkililiğini gösterebilir. Fizyolojik olarak ağızda kuruluk, iştah artışı, göz çukurlarında kızarıklık ve taşikardi görülürken, psikolojik olarak öfori, gevşeme ve algı değişikliği, kullanımla beraber panik, kuşku, korku gibi etkiler ortaya çıkmaktadır. Kronik kullanımda, psikomotor yavaşlama, isteksizlik ve edilgenlik görülürken, akut kullanımda paranoid hezeyanlar görülebilir (Uluğ ve Gürel, 2011, Ergenç ve Yıldırım, 2007).

Bonzai (Sentetik Kannabionid)

Laboratuvar ortamında üretilen kannabinoid türevi bu madde günümüzde özellikle gençler arasında en yaygın kullanılan sentetik bağımlılık yapıcı maddedir. Bonzai'nin ilk sentezlenmesi organik kimya profesörü John W. Huffman tarafından yapılmıştır. 1990'lı yıllarda Huffman ve arkadaşları JWH maddeleri olarak bilinen kannabinoid reseptör aktive edici olan bileşikler sentezlemişlerdir ve 2004 yılında bu yana sentetik kannabinoidler piyasada bulunabilir hale gelmiş ve popülerleşmeye başlamıştır (Evren ve Bozkurt, 2013). Bu kadar yaygın kullanılmasını sebebi olarak; esrar gibi keyif verici ve rahatlatıcı etki ortaya çıkarması, internetten üzerinden kolay

bir şekilde temin edilebilir olması, ucuz olması ve yakın zamana kadar tahlillerde saptanamaması gösterilebilir(Karaaziz ve Keskindağ, 2016).

Üretilen sentetik kimyasal madde kurutulmuş bitki yapraklarına emdirilerek ya da püskürtülerek hazırlanır ve genellikle sigara olarak içilir. Yapımında kullanılan kimyasallarda bulunan THC etken maddesi, kannabistekine oranla çok daha güçlü etkiye sahip ve çok daha zararlı sonuçlara yol açmaktadır.

Farmakolojik olarak esrara benzer etkiler ortaya çıkaran sentetik kannabinoidler psikolojik olarak; öfori, aşırı empati, sosyal etkileşim duygusu, merakta artma ortaya çıkarırken fizyolojik olarak; sedasyon, gözlerde yanma, duygulanım, algılama bozukluğu, kserostomi(ağız kuruluğu) ve flushing(yüzde kızarma) gibi belirtiler ortaya çıkarır. Toksik etki olarak bulantı, kusma, taşikardi, göğüs ağrısı, hipertansiyon, terleme, halüsinasyonlar, ajitasyon, psikoz, delüzyon, agresif davranış, panik atak, anksiyete, kognitif bozukluk, konfüzyon(zihin bulanıklığı), peltek konuşma, konjoktivada kızarıklık, solunum depresyonu, bulanık görme, baş ağrısı, midriazis(gözbebeğinin genişlemesi), kas ağrısı, hipokalemi, asidoz gibi birçok belirti gösterebilir(Erol, 2017).

Varsandıranlar (Hallüsinojenler)

Bu grupta yer alan maddelerin ortak özelliği algıyı farklılaştırarak psikozdaki hastalarda görülen sanrılara benzer sanrılar ortaya çıkarması, hayal gördürmesi, duygudurum ve düşüncede değişikliklere yol açmasıdır. Etkileri kullanan kişinin yapısına ve doza bağlı olarak farklılık gösterebilir. Etki mekanizmaları ve kimyasal yapıları bakımından farklılaşan hallüsinojenler çeşitli gruplar şeklinde incelenmektedir.

LSD

Halüsinojenler içerisinde etkisi en güçlü olan madde LSD (Liserjik asid dietilamid)' dir. Yapı olarak serotonin yapısına benzer ve kullanıldığında serotonin salgılanmasını artırır. Kullanıldığında kişinin algılama yapısını tamamen farklılaştırarak kişiyi gerçeklikten soyutlar ve kişiyi hayal âlemine gönderir. Ve bu gittiği hayal âlemi kişinin o anki ruh hali ile yakından ilişkidir. Yani kişi mutluya keyif verici hayaller, mutsuzsa ızdırap verici hayaller görebilir. Kişi gerçek hayatta yapması mümkün olmayan olayları gerçekmiş gibi yaşar(Uzbay, 2015). Gerçek gibi gözükken ama gerçek olmayan şeyler görür, sesler duyar ve dokunsal duyular algılar(Ögel, 2002).

LSD, 1943 yılında Albert Hofmann tarafından şizofreni tedavisinde kullanılmak üzere ilaç geliştirmeye çalışırken ortaya çıkmıştır. Daha sonra birçok laboratuvarında incelemeye alınan LSD, bazı mental bozuklukların, alkolizmin ve psikozun tedavisinde etkili olabileceği düşünülerek 1960' ların ortalarında laboratuvarlarda ve deneysel çalışmalarda ilaç olarak kullanılmaya başlanmıştır. Ancak yine bu yıllarda maddenin laboratuvardan çıkarak sokaklara ulaşmasıyla kötüye kullanılmaya başlanmıştır(Uzby, 2015). 1966 yılına gelindiğinde ABD hükümeti toplum sağlığını riske attığını düşünerek ilacın kullanımını yasaklamıştır ve bu yasakla beraber LSD kullanıcısı sayısında azalmalar görülmüştür. Kötüye kullanım potansiyeli yüksek olan LSD 1990' lı yıllarda öğrenci gruplarında tekrar kullanılmaya başlanmıştır(Akvardar, 2012).

Tatsız ve kokusuz olan LSD tablet, toz ya da likit halde kağıtlara emdirilerek, genellikle oral yolla kullanılır. Maddenin dozu arttıkça psikedelik(hallüsinojenler) etkisi artmaktadır. Alındıktan 30-90 dakika sonrasında etkileri ortaya çıkmaktadır. Yarılanma ömrü türe, vücuda alınış yoluna ve doza bağlı olarak değişkenlik göstermekle beraber oral yoldan alınan LSD' nin yarılanma ömrü ortalama 175 dakikadır(Uzby, 2015). Kullanıldığında fiziksel olarak vücut ısısında artma, titreme, terleme, yüzde kızarma, bulanık görme, göz bebeklerinin genişlemesi, yüksek tansiyon, iştahta azalma görülür(Akvardar, 2012).

Psilosibin

LSD gibi halüsinojenik etki gösteren "Psilosibin", bazı mantar türlerinin ana psikoaktif maddesidir. Bu madde Humphrey Osmand tarafından 1959 yılında LSD üzerine araştırmalar yapılırken bulunmuştur. Psilosibin içeren mantarların beyinde serotonin benzeri işlevde bulunur. Neredeyse tüm dünyada yetişen bu mantarların yaklaşık 190 çeşidi bulunmaktadır(Ögel, 2002).

Açık ve koyu kahve renkte, kokusu ve tadı kötü olan bu madde; taze, kuru veya toz halde satılmakta ve tüketilmektedir. Kimyasal yapı olarak serotonin benzeyen bu maddenin etkileri LSD' nin etkileriyle hemen hemen aynıdır. Merkezi sinir sistemini etkileyen psilosibinin etkilerinin ortaya çıkması 30-60 dakika arasında değişmektedir. İlk olarak göz odaklanmada zorluk yaşar sonrasında renkli hayaller görülmeye başlanır ve zaman algısı yok olur. Renkler daha canlı, parlak ve yoğun bir şekilde algılanır. Kişi gerçeklikten uzaklaşır ve duygu durumunda ani iniş çıkışlar görülebilir. Yine LSD' de olduğu gibi kişi huzurlu ve mutlu bir haldeyken maddeyi kullandığında güzel hayaller

görebilecekken, huzursuz ve kendini kötü hissederken kullandığında yoğun korku, baş ağrısı, yoğun endişe gibi olumsuz durumlarla karşılaşabilir(Ögel, 2002).

Meskalin

Bir diğer halüsinojenik etki ortaya çıkaran madde, peyote isimli bir kaktüs türünün ana aktif maddesi olan “Meskalin” dir. Bu kaktüs hakkında ilk araştırmalar Ludwig Lewin tarafından 1886 yılında yapılmıştır. Ancak madde Meksika ve Güney Amerika’ nın yerli kabileleri tarafından çok eski yıllardan itibaren bilinmekte ve mistik törenlerde, algıda ve düşüncede değişiklik oluşturmak, doğaüstü güçlerle ilişki kurmak için kullanılmışlardır(Ögel, 2002). 1919 yılında kimyasal yapısı tanımlanmış olan madde 1960’larda bazı gruplar içerisinde yaygın bir şekilde kullanılmıştır(Uzbay, 2018).

Oral kullanımda ilk olarak koordinasyonda azalma, titreme, bulantı ve kusma görülürken yaklaşık 60 dakika sonrasında LSD’ nin etkilerine benzer etkiler ortaya çıkar. Bu etkiler birkaç saat sürebilir(Uzbay,2018). Meskalinin kronik kullanımında fiziksel yoksunluk belirtileri görüldüğüne dair bir kanıt yokken; psikolojik yoksunluk belirtileri görülmektedir(Ögel, 2002).

Fensiklidin(PCP)

PCP olarak ta bilinen “Fensiklidin” ağrıkesici ve anestezik bir ilaç olarak 1963 yılında geliştirilmiştir. Ancak kullanımı bıraktıktan sonra görülen ağır yan etkiler sebebiyle 1965 yılında kullanımı durdurulmuş olsa da deneysel kullanım amacıyla üretimi devam etmiştir. Yine 1965 yılında yasadışı olarak sokaklarda satılmaya başlanmış, 1970 yılında LSD’ nin yasaklanmasıyla fensiklidin kullanımı daha da artmıştır(Uzbay, 2015).

Beyaz kristal toz formda olan madde toz, kapsül ve tabletler şeklinde ağızdan, damardan ya da daha sık olarak sigara gibi içilerek kullanılmaktadır. Sigara gibi içildiği takdirde etkisi kısa sürede ortaya çıkar ve 30 dakikada en üst seviyeye ulaşır ve etkisi 2-6 saat kadar devam edebilir(Ögel, 2002). Etkileri kullanılan doza ve kullanan kişinin yapısına göre değişkenlik gösterir. LSD kadar yoğun halüsinojenik bir madde değildir. 5-10 mg gibi düşük dozlarda kullanıldığında gevşeme, uyarılara karşı hissizlik, coşku, öforik düşünceler ortaya çıkarken 5-10 mg’ dan fazla dozlarda kullanıldığında şizofrenik hezeyanlar, katatoni(donakalım), aşırı dozlarda ise bilinç kaybı, koma ve hatta ölüm

görülebilmektedir. Sürekli kullanımda hızlı bir şekilde tolerans gelişir ve fiziksel bağımlılık oluşur. Ani kesilmesinde şiddetli yoksunluk krizleri görülür(Uzbay, 2015).

Uçucular (İnhalanlar)

Kolay ulaşılabilir, ucuz ve diğer maddelere oranla etkisinin kısa sürmesi sebebiyle genç popülasyon tarafından sıklıkla kullanılan bu maddelerin en çok kullanılanları; tiner, çakmak gazı, toluen içeren yapıştırıcılar(Bali, uhu, vb.) ve benzindir. Farklı türleri olan bu maddelerin kullanım şekilleri de farklılık göstermektedir. Yapıştırıcılar torbaya sıklıkla, buharı solunarak kullanılırken, tiner bir bez parçasına emdirilip, ağız ve burundan solunarak kullanılır(Ögel, 2002).

Eski zamanlardan itibaren bu maddeler Antik Yunan döneminde kâhinler tarafından dini ayinlerde transa geçmek için kullanılırdı. 13. Yüzyılda keşfedilen dietil eter yine transa geçmek için koklanarak kullanılıyordu. Daha sonra 18. Yüzyılda İngiltere’de “Anodin” ismiyle tıbbi tonik olarak piyasaya çıkan dietil eterin eğlenme amacıyla kullanımı kısa sürede yaygınlaşmış, alkolden daha çok kullanılır olmuştur. Yapıştırıcı koklama alışkanlığı ilk kez 1959 yılında Batı Amerika’ da çocuklarda görülmüştür. Giderek kötüye kullanımı yaygınlaşan bu madde üzerine çeşitli bilimsel çalışmalar yapılmıştır(Uzbay, 2015).

Uçucular başlangıçta düşük dozlarda kullanıldığında öforizan, mutluluk ve heyecan verici etkiler gösterebilir ve bu etkiler nedeniyle kişi kullanıma devam eder. Yüksek dozlarda kullanıldığında işitsel ve görsel halüsinasyonlar, göz yanılmaları, korkusuzluk gibi belirtiler görülebilir, motor baskılanmaya neden olarak konuşmada güçlük, yavaş konuşma ve ataksi ortaya çıkan belirtilerdir. Yapıştırıcılarda bulunan toluene maruz kalındığında baş ağrısı, susama, uyuşukluk, algı ve bellekte zayıflama, el becerilerinde azalma görülebilir. Uzun süreli uçucu madde kullanımı duygudurum değişkenliğine, bellek sorunlarına ve huzursuzluğa neden olur(Dilbaz, 2012).

Opiyatlar

Anavatanı Doğu Akdeniz olan gelincikgiller familyasından afyon, haşhaş, opiyum gelinciği adlarıyla bilinen Papaver somniferum bitkisinden elde edilen eroin, kodein, morfin, metadon, meperidin gibi uyuşturucu özelliği bulunan maddelerin tümüne “Opiyat” adı verilmektedir. Narkotik analjezikler veya narkotikler olarak bilinen bu tür maddeler tıpta çeşitli amaçlarla kullanılmaktadır(Uzbay, 2015).

Hindistan' da ve Anadolu' da yüzyıllardan beri üretimi yapılan bitkinin etken maddesi olan afyon, olgunlaşmış kapsülleri çizilerek beyaz renkli, yapışkan öz suyunun dışarı akması sonucu elde edilir. Kapsüldeki tohumlarından ise yenilebilir, kaliteli, bitkisel bir yağ olan “Haşhaş yağı” elde edilir. Günümüzde Afganistan, Pakistan, Çin, İran ve Hindistan'da üretilmeye devam edilmektedir. Ülkemizde ise başta Afyonkarahisar, Isparta, Kütahya, Burdur şehirlerinde olmak üzere ekimi yapılmaktadır(Çalışkan, 2018).

Merkezi sinir sistemine hem uyarıcı hem de deprese etkide bulunan opiyatlar güçlü ağrı kesici özelliğe sahiptirler ve tıpta kontrollü olarak kullanılmaktadırlar. Beyinde Mü, Kappa, Sigma ve Delta reseptörlerine etki den opiyatlar arasında bilinen en güçlü, en tehlikeli ve en çabuk bağımlılık yapan madde eroindir.

İntoksikasyona halinde kişide uyku hali, sersemlik, konuşma ve bellekte bozulma, ötimik-öforik ruh hali, pupiller konstrüksiyon, istemsiz olarak öne eğilme görülür ve kişinin bilinci yerindedir. Ancak aşırı doz kullanımda kişide bilinç kaybıyla beraber solunumda ve kalp atımında yavaşlama, toplu iğne başı göz bebekleri ve koma görülebilir. Erken yoksunluk döneminde yani son kullanımdan 8 ila 24 saat sonraki dönemde kişide önce huzursuzluk, uykusuzluk, esneme, aşırı terleme ve gözlerde yaşarma görülürken daha sonra kas seğirmesi, kas ağrısı, karın ağrısı, tüylerde dikleşme ve göz bebeklerinde büyüme görülebilmektedir. Tam gelişmiş yoksunluk döneminde yani son kullanımdan 1 ila 3 gün sonrasında ise taşikardi, hipertansiyon, ateş, bulantı, iştahsızlık, ekstremitelerde huzursuzluk görülebilir ve bunu takiben kişide kusma, dehidratasyon, hipotansiyon, hiperglisemi ve kıvrılma pozisyonu ortaya çıkabilir(Dilbaz, 2012).

Dinginleştirici-Uyutucular (Sedatif-Hipnotikler)

Sedatif-hipnotik yani uyumaya yardımcı, uyutucu ilaçlarla ilk karşılaşma 1864 yılında Nobel ödüllü kimyager Adolf von Baeyer'in malonik asit ile üreyi birleştirmesiyle barbitürik asidi sentezlemesiyle olmuştur. Bunu takiben 1882' de sentezlenen, 1903 yılında ilaç olarak kullanılmaya başlanan barbitüratlar keşfedilmiştir(Uzbay,2015). Ancak 1960 yılında anksiyete ve insomnia tedavisi için ilk benzodiazepin olan klordiazepinlerin üretilmesiyle barbitürat kullanımını hızlı bir şekilde azalma göstermiştir. Bunun en önemli sebebi benzodiazepinlerin barbitüratlara göre daha az sedasyon yapması, daha az solunum depresyonu yapması ve anksiyeteyi

azaltması gösterilebilir(Arıkan, 2012). Kas gevşetici ve hipnotik etkileriyle anksiyete tedavisinde kullanılan ilk benzodiazepin ise klordiazepoksid olmuştur.

Birçok hastalığın semptomatik tedavisinde sıklıkla kullanılan barbitüratların ve benzodiazepinlerin hızlı bir şekilde tolerans geliştirmesi ve kişide bağımlılık yapması sonucunda kullanımını kısıtlanmıştır. Yasal olarak sadece tıbbi amaçlı reçeteyeyle kullanılabilen sedatif-hipnotikler çok sık suistimal edilmektedirler. Gerek ilacı kullanan kişiler tarafından gerek doktorlar tarafından gerekli dozun üzerinde kullanılarak suistimal edilen bu maddelerden en sık kötüye kullanılan benzodiazepinlerdir(Arıkan,2012). Birçok benzodiazepin sentezlenmiş olmasına karşın bunlardan sadece 8' i FDA(Food and Drug Administration)' dan anksiyete kullanılabilir onayı almıştır. Bunlar; diazepam, oksazepam, klorazepat, klordiazepoksid, lorazepam, prazepam, halazepam ve alprozalam' dır. Bunlardan sadece 5' i Türkiye' de reçetelenmektedir.

Günümüzde anesteziye yardımcı, kısa etkili birkaç barbitürat ve epilepsi tedavisinde kullanılan fenobarbital dışında tedavi amaçlı barbitürat kullanımı yoktur. Aynı şekilde benzodiazepinler de mutlaka doktor denetiminde ve kontrollü reçeteyeyle kullanılabilir(Uzby, 2015).

Merkezi sinir sistemine etkilerini GABA üzerinden gerçekleştiren barbitürat ve benzodiazepinlerin reseptörleri beyinde özellikle frontal, oksipital kortekste, hipotalamusta, beyincikte, hipokampusta ve diğer limbik yapılarda bulunmaktadır. Pozitif pekiştirme özelliğine sahip bu maddeler birçok pozitif pekiştirici özelliğe sahip maddenin aksine nükleus akumbenste dopaminerjik aktiviteyi azaltmaktadır. Bunun sebebi olarak nükleus akumbensteki GABA nöronlarının uyarılması görülmektedir(McKim, 2000; aktaran: Uzby, 2015).

Aşırı doz kullanımlarda kişide solunum depresyonu, tendon ve ağrı refleksleri hipoaktif, pupil refleksi küçük ve tembel, bilinçte stupor ya da koma ortaya çıkabilir. Bu ilaçların uzun süre yüksek dozlarda kullanımı sonrası kesilmesi sonucu anksiyete, halüsinasyonlar, hezeyanlar, paranoid düşünceler, ağrı, ataksi, panik, bulantı-kusma, duygudurum değişikliği, depersonalizasyon, elde, dilde ve göz kapaklarında tremor, huzursuzluk, uykusuzluk, ışığa, sese ve dokunmaya karşı aşırı hassasiyet, bellekte bozulma ve deliryum gibi yoksunluk belirtileri ortaya çıkar(Arıkan,2012).

Uyarıcılar (Stimülanlar)

Kokain, ekstazi, amfetamin ve türevleri ve katinon(khat) gibi uyarıcı maddeler beyinde dopamin, serotonin ve noradrenalinini artırır.

Kokain

Koka bitkisinden elde edilen kokain, Güney Amerika yerlileri çiğneyerek ya da yaprağı yuvarlak şekilde sarıp yanaklarının iç kısmına yerleştirip emerek kullanmaya başlamışlardır. Koka yapraklarıyla ilişkili ilk kalıntılara Peru'da yapılan arkeolojik kazılarda rastlanılmıştır. Kazıda bulunan M.Ö. 2500' lere ait olduğu düşünülen mumyanın yanında koka yapraklarıyla dolu bir çanta ve koka yaprağı çiğneyen yerlileri tasvir eden plakalar bulunmuştur. 10. Yüzyılda Kolombiya' ya gelen İnkalar sıklıkla kullandıkları bu bitkiyi kutsal olarak kabul ederek dini ayinlerde trans hale geçmek ve ruhlarla iletişime geçmek için kullandıkları ve zamanla kültürlerinin bir parçası haline getirdikleri görülmektedir(McKim, 2000; Mat, 2010; aktaran: Uzbay, 2015).

Periferik sinir sistemini uyarak perifer sinirlerde uyarı oluşumu ve iletimini engelleyen kokain, santral sinir sistemini doğrudan uyarak sinapstaki dopamin gerialımını engelleyerek lokal anestetik etki oluşturur. Serotonin üzerindeki etkisi sonucunda kişide iştah azalması, hiperaktivite, stereotipik hareketler ve uyanıklık meydana getirir(Arıkan,2012).

Çoğunlukla enjektörle damar yoluyla, tozu burundan çekilerek ya da sigaraya sarılarak kullanılan kokainin günümüzde en yaygın kullanım şekli crack' tır. Bu formda sodyum bikarbonat ile karıştırılan kokain hidroklorürün suyu buharlaştırılır ve geriye kalan kristalize tortular yakılarak dumanı içeri çekilerek kullanılır. Seyreltilerek kullanılan bu form diğer kullanım şekillerine göre daha ucuz ve güvenli olması sebebiyle daha çok tercih edilmektedir(Uzbay, 2015).

Etkisi santral, periferik ve kardiyovasküler sinir sistemlerinde ortaya çıkan kokain kullanıldığında, öfori, iştahta azalma, uyku bozuklukları, enerjide artma, duygudurum değişiklikleri, huzursuzluk, anksiyete, depresyon, işitsel ve dokunsal halüsinasyonlar, paranoid düşünceler, cinsel duygularda artış, taşikardi, terleme, titreme, göz bebeğinin büyümesi gibi otonomik hiperaktivite, bilinç bulanıklığı ve letarji gibi etkiler ortaya çıkabilir. Yüksek doz kullanımlarda, motor beceride azalma, epileptik nöbetler, bulantı, kusma, ateş, kalpte aritmiler ve ağır tremorlar görülebilir.

Uzun süre kullanım sonrası madde bırakıldığında ya da miktarı azaltıldığında genellikle 18 saat içerisinde yoksunluk sendromu ortaya çıkar ve kişide yoğun madde alma isteğiyle beraber yorgunluk, uykusuzluk ya da aşırı uyku, depresyon, disforik duygudurum, hoş olmayan rüyalar, anoreksi ve ajitasyon görülebilir. Bu etkilerin en yoğun görüldüğü zaman aralığı madde bırakıldığından ya da azaltıldığından 2-4 gün sonrasıdır(Arıkan,2012).

Amfetamin ve Türevleri

Sentetik uyarıcı olan amfetaminin çeşitli kimyasal türevleri sentezlenmiş olsa da en iyi bilinen, en popüler ve en fazla kötüye kullanılan türevi metamfetamindir. Bir diğer amfetamin türevi olan metilfenidat ise piyasada “ritalin” adıyla bilinir ve dikkat eksikliği hiperaktivite tedavisinde sıklıkla kullanılır.

Amfetaminin vücuttaki etkileri hakkında ilk bilimsel makale 1910 yılında yayınlanmıştır. 1937 yılında amfetaminin narkolepsi tedavisinde ve depresyon tedavisinde uyarıcı olarak kullanımı Amerikan Tıp Birliği tarafından onaylanmış ve 1943 yılına kadar kilo vermede diyeteye yardımcı olarak da kullanılmıştır. 1970’ li yıllara gelindiğinde ise metilfenidat geliştirilmiş ve pazara sunulmuştur(McKim, 2000; aktaran: Uzbay, 2015).

Amfetamin ve türevlerinin performans artırıcı ve öfori yapıcı etkilerinin keşfedilmesi maddenin kötüye kullanımına yol açmış ve yasadışı olarak sokakta kullanılmasına sebep olmuştur. Bunun üzerine birçok ülkede amfetamin ve türevlerinin kullanımı kontrol altına alınmıştır. Günümüzde ise tıbbi amaçla sadece narkolepsi ve dikkat eksikliği hiperaktivite tedavisinde reçeteli olarak kullanılmaktadır.

Ekstazi (MDMA(3,4-metilen dioksi metamfetamin))

İlk olarak 1912 yılında Alman kimya firması Merck tarafından sentezlenen madde daha sonra çeşitli konularda araştırılmış ve tıpta farklı tedaviler için kullanılmıştır. Ancak maddenin yaygın bir şekilde kullanılmaya başlanması Alexander Shulgin yaptığı araştırma sonucunda 1976 yılında yayınladığı rapor sonrasında olmuştur. 1970’li yıllarda psikoterapide kullanılan madde daha sonra birçok ülkede kullanımı yasaklanmıştır ancak Avrupa’ da ve İngiltere’ de sosyal ve yasadışı kullanımı yaygınlığını sürdürmüştür(Güneysel ve ark., 2008). Ülkemizde 2000’ li yılların başında kullanılmaya başlanan ekstazi, kullanıcılar arasında bağımlılık yapmadığı düşüncesiyle

kullanımı artmıştır. Ancak Dünya Sağlık Örgütü bağımlılık sendromu oluşturma şartlarını değerlendirdiği çalışmalar sonucu ekstazi kullanıcılarında da bağımlılık geliştiği sonucuna varmıştır(Bora ve diğ., 2014).

Sokakta çeşitli şekillerde ve çeşitli isimlerde bulunan ekstazi tabletlerinin her biri 60-120 mg MDMA içerir. Çekiciliklerini artırmak amacıyla ön yüzeylerinde çeşitli popüler logolar, çizgi film karakterlerinin resimleri, hayvan resimleri ve uluslararası anlamı olan işaretler bulunan tabletler genelde yuvarlak olmalarıyla beraber üçgen, kalp ya da farklı geometrik şekillerde de üretilebilmektedir.

Dopaminerjik ve serotoninerjik sistem üzerinde etkili olan ekstazi orta derecede halüsinojenik, amfetamin türevi metamfetaminden türetilmiş sentetik bir maddedir. Kapsül ya da tablet formunda ağızdan kullanılan bu maddenin etkisi alındıktan 2 saat sonra en yüksek etkiye ulaşır ve etkisi 4-6 saat devam eder. Kullanıldıktan kısa süre sonra kişide taşikardi, terleme, ağız kuruluğu, uyanıklık, insomnia, konsantrasyon bozukluğu, baş dönmesi, görme halüsinasyonları, fiziksel yakınlık gibi belirtiler ortaya çıkar(Arıkan, 2012). Aşırı doz kullanımda ajitasyon, halüsinasyon, anksiyete, koma, göğüs ağrısı, çarpıntı, nöbet ve kardiyovasküler semptomlar görülür(Güneysel ve ark., 2008).

Khat

Güney ve Orta Afrika'da ve özellikle Arap yarımadası ve Yemen'de uzun yıllardır kullanılan latince ismi Catha edulis olan bitkiden elde edilen khat, bu bölgelerde genellikle yerli halk tarafından psişik ve fiziksel aktivitelerde çiğnenerek kullanılmıştır(Kayaalp ve Uzbay, 2012). Avrupa' da 1600' lü yıllarda kullanılmaya başlanmıştır.

Ana etken maddesi katinon, katin ve norefedrin olan bu maddenin, özgüvende artış, öfori/coşku hissi, libido artışı, enerjide artış gibi santral sinir sistemini stimülan edici etkileri vardır. Khat çiğnedikten sonra yarım saat içerisinde öforizan etkisini ortaya çıkarır. Katinon yarım saatten sonra idrarda tespit edilebilirken daha az öforizan olan katin ise idrarda 24 saatte saptanır(Kılıç, 2016).

2.2.2 Madde Bağımlılığı Epidemiyolojisi

Amerika Birleşik Devletleri (ABD)'nde 1997 yılında yapılan bir araştırmada bir ayda 200.000 kişinin eroin, 800.000 kişinin ise amfetamin, ekstazi, vb. maddeleri, 1.500.000 kişinin kokain ve 10.000.000 kişinin esrar tükettiği ya da kötüye kullandığı sonucuna varılmıştır(Nash, 1997). Günümüzde bu rakamlarda hızlı bir şekilde artış görülmekte ve kötüye kullanılan madde çeşidi de her geçen gün artmaktadır. Avrupa İlaç Bağımlılığı İzleme Merkezi'nin yayınladığı verilere göre özellikle 15-34 yaş arasındaki grupta kokain, ekstazi, esrar kullanımında artış gözükmemektedir. En çok esrar kullanımı %20'lik oranlarla Çek Cumhuriyeti, ABD ve Fransa' da, Ekstazi kullanımı yaklaşık %6 oranla Çek Cumhuriyeti, %4 oranla İngiltere ve %3,5 oranla İspanya ilk üç sırayı oluşturmaktadır. Kokain kullanımı ise %4-5'lik oranla ABD, İngiltere ve İspanya' da görülmektedir(EMCDDA, 2005). Birleşmiş Milletler Uyuşturucu ve Suç ile Mücadele Dairesi (UNODC)' nin 2016 yılında yayınladığı rapora göre 2006 yılında dünya genelinde madde kullanım bozukluğu sorunu yaşayan yaklaşık 208 milyon kişiyken bu sayı 2014 yılında 247 milyona ulaşmıştır. En çok kullanılan madde ise 182,5 milyon kişi tarafından kullanılan esrar olmuştur(Özbay ve diğ., 2018).

EMCDDA' nın 2018 Avrupa raporunda ise 15-64 yaş arası yetişkinlerde yılda 24 milyon kişinin esrar kullandığı, 3,5 milyon kişinin kokain kullandığı, 2,6 milyon kişinin MDMA kullandığı, 1,7 milyon kişinin amfetamin kullandığı ve 1,3 milyon kişinin yüksek riskli opioid kullandığı ortaya konmuştur.

Ülkemizde madde kullanım oranı birçok ülkeye nazaran daha düşük ancak genç nüfusta kullanım oranı göz ardı edilemeyecek kadar fazladır. AMATEM' in 2013 yılı verilerine baktığımızda esrar ve ekstazi haricinde problemlili madde kullanımı olan kişi sayısı 59.895 olarak tahmin edilmektedir(EMCDDA, 2014). 2003 yılında uygulanmış olan Alkol ve Uyuşturucu Kullanımına Yönelik Avrupa Okul Anketi Projesi (ESPAD)' nin sonuçlarına göre genç nüfusta yaşam boyu en az bir kez esrar kullanım oranı %4 olarak tespit edilmiştir(TUBİM, 2011). Türkiye Uyuşturucu ve Uyuşturucu Bağımlılığı İzleme Merkezi (TUBİM)' in 2016 yılında yayınladığı rapora göre, bir önceki yıla göre eroin, ekstazi, kaptagon, metamfetamin yakalama oranında azalma görülürken esrar, kokain ve sentetik kanabinoidlerde(bonzai, vb.) artış görülmektedir.

2.2.3 Madde Bağımlılığı Etiyolojisi

Alkol ve madde kullanımı ve bağımlılığı sosyal, psikolojik, genetik ve biyolojik açıdan birçok kuram tarafından ele alınmış ve bağımlılık üzerinde birçok etkenin birlikte rol aldığı düşünülerek bütün kuramların bileşimi ile açıklanmaya çalışılmaktadır.

Bağımlılığın etiyojisi araştırılırken genetik yatkınlık kadar öğrenme kuramları, maddenin beyne etkisi, sosyal koşullar ve kişilik özellikleri de ele alınmalı, doğru tanı, tespit ve tedavi için hepsinin göz önünde bulundurulması gerekmektedir(Başkurt, 2003; Öztürk ve Uluşahin, 2015).

Madde bağımlısı olma riskini artıran çeşitli etkenler vardır. Bunlar; yaş, kişinin eğitimsiz ya da yanlış eğitilmiş olması, sosyoekonomik seviyenin düşük olması, aile ve sosyal çevrenin aşırı baskıcı tutumu, aile ortamından uzak ya da huzurlu bir aile ortamına sahip olamama, kişiyi doğru sosyal aktivitelere yönlendirmeme, gelecek kaygısı yaşama, çevreyle sağlıklı iletişim kuramama, boş zamanların çokluğu ve bu boş zamanları bar, kahvehane, eğlence mekânları gibi uygunsuz ortamlarda geçirme, genetik olarak yatkın olma ve bunun gibi daha birçok risk artıran etkenlerden bahsedilebilir(Uzbay, 2018). Ancak şu an bunları belli başlı başlıklar altında ele alacağız.

Biyolojik etkenlerden olan yaş etkenine baktığımızda, bağımlılık yapıcı maddeyle ilk karşılaşma ve ilk deneme yaşı değerlendirildiğinde ergenlik döneminin diğer dönemlere göre çok daha önemli olduğunu görülmektedir. Ergenlik döneminde ortaya çıkan fizyolojik ve bilişsel değişiklikler kişide dürtüleri ön plana çıkararak riskli kararlar almalarına ve bağımlılığın çok daha kolay ve hızlı gelişmesine sebebiyet verebilir(Uzbay,2018). Bu dönemde aileye ve yakın çevreye önemli görevler düşmekte ve gençler olabildiğince bu maddelerden ve bu maddelerin kullanıldığı ortamlardan uzak tutulmalıdır.

Bir diğer etken olan genetik yatkınlığın bağımlılık riskini artırdığı birçok çalışmayla ortaya çıkarılmıştır. Ancak tek başına genetik yatkınlık anlamlı bir etken değildir. Genetik hiçbir yatkınlığı bulunmayan kişilerde de bağımlılık sık görülen bir hastalıktır. Genetik yatkınlık, olumsuz çevresel faktörlerle bir araya geldiğinde

bağımlılık için ciddi bir risk oluşturmaktadır. Genetik yatkınlığı olan kişiler bağımlılık yapıcı maddelerden uzak durarak riski en aza indirgemelidirler(Uzbay,2018).

2.3 Alkol ve Madde Bağımlılığı Tanı Kriterleri

Tanı kriterlerine geçmeden önce Amerikan Psikiyatri Birliği tarafından yazılan mental bozuklukların tanısall ve sayımsal el kitabının son sürümü olan DSM-V ile DSM-IV arasında ne gibi değişiklikler olduğuna değinilmiştir.

DSM-IV’ de geçen bağımlılık sözcüğü birçok ülkede maddenin kişide zorunluluk yaratacak şekilde alışkanlık olarak kullanılmasıyla ilişkili ağır sorunları tanımlamak için yaygın olarak kullanılıyor ancak kavram istenilen tanımı tam karşılayamadığı, ara formları tam yansıtamadığı ve toplumda damgalanmaya yol açtığı gerekçeleriyle DSM-V’ te kaldırılmıştır. Bağımlılık ve kötüye kullanım terimleri kaldırılarak, bu terimler ”Madde Kullanım Bozuklukları” adı altında bir başlıkta toplanmıştır ve şiddet skalası eklenmiştir. Ayrıca DSM-V’ in bu bölümüne, madde ile ilişkili bozuklukların yanı sıra kumar oynama bozukluğu eklenmiştir. DSM-V’ de madde ile ilişkili bozukluklar iki kümeye ayrılır:

A-Madde kullanım bozuklukları

B-Maddenin yol açtığı bozukluklar:

1-Esriklik (entoksikasyon),

2-Yoksunluk ve maddenin/ilacın yol açtığı ruhsal bozukluklar (psikozla giden bozukluklar, iki uçlu ve ilişkili bozukluklar, depresyon bozuklukları, kaygı bozuklukları, takıntı-zorlantı bozuklukları ve ilişkili bozukluklar, uyku bozuklukları, cinsel işlev bozuklukları, deliryum ve nörobilişsel bozukluklar).

Amerikan Psikiyatri Birliği’nin 2013 yılında yayınladığı sınıflandırma olan DSM-V’e göre;

A. On iki aylık bir süre içinde, aşağıdakilerden en az ikisi ile kendini gösteren, klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya ya da işlevsellikte düşmeye yol açan sorunlu bir madde kullanım örüntüsü:

1. Çoğu kez, istendiğinden daha büyük ölçüde ya da daha uzun süreli olarak madde alınır.

2. Madde kullanmayı bırakmak ya da denetim altında tutmak için sürekli bir istek ya da bir sonuç vermeyen çabalar vardır.

3. Madde elde etmek, madde kullanmak ya da yarattığı etkilerden kurtulmak için gerekli etkinliklere çok zaman ayrılır.

4. Madde kullanmaya içinin gitmesi ya da madde kullanmak için çok büyük bir istek duyma ya da kendini zorlanmış hissetme.

5. İşte, okulda ya da evdeki konumunun gereği olan başlıca yükümlülüklerini yerine getirememe ile sonuçlanan, yineleyici madde kullanımı.

6. Maddenin etkilerinin neden olduğu ya da alevlendirdiği, sürekli ya da yineleyici toplumsal ya da kişilerarası sorunlar olmasına karşın madde kullanımını sürdürme.

7. Madde kullanımından ötürü önemli birtakım toplumsal, işle ilgili etkinliklerin ya da eğlenme-dinlenme etkinliklerinin bırakılması ya da azaltılması.

8. Yineleyici bir biçimde, tehlikeli olabilecek durumlarda madde kullanma.

9. Büyük bir olasılıkla maddenin neden olduğu ya da alevlendirdiği, sürekli ya da yineleyici bedensel ya da ruhsal bir sorunu olduğu bilgisine karşın madde kullanımı sürdürülür.

10. Aşağıdakilerden biriyle tanımlandığı üzere, dayanıklılık (tolerans) gelişmiş olması:

a. Esrikliği ya da istenen etkiyi sağlamak için belirgin olarak artan ölçülerde madde kullanma gereksinimi.

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

11. Aşağıdakilerden biriyle tanımlandığı üzere, yoksunluk gelişmiş olması:

a. Maddeye özgü yoksunluk sendromu (madde yoksunluğu için A ve B tanı ölçütlerine başvurun).

b. Yoksunluk belirtilerinden kurtulmak ya da kaçınmak için madde (yada benzodiazepin gibi yakından ilişkili bir madde) alınır.

Varsa belirtiniz:

Erken yatışma evresinde:

Sürekli yatışma ile giden:

Varsa belirtiniz:

Denetimli çevrede:

O sıradaki ağırlığına göre kodlayınız:

Ağır olmayan: İki-üç belirtinin olması.

Orta derecede: Dört-beş belirtinin olması.

Ağır: Altı ya da daha çok belirtinin olması (Köroğlu, 2013).

2.4 Kontrol Odağı (Locus of Control)

Kontrol odağı kavramının temelleri sosyal psikolojinin bir dalı olan sosyal öğrenme kuramı kapsamında Rotter tarafından 1954 yılında ortaya atılmıştır(Akboy ve Bozkurt, 2001; Dönmez, 1983). Kontrol odağı, kişinin davranışlarının sonucunda ortaya çıkan sonuçlarla ilgili beklentisidir(Gökçakan ve Yanılmaz, 1998). Bir başka deyişle kontrol odağı, kişinin yaşadığı ya da yaşaması muhtemel olan olumlu olayları ödül olarak, olumsuz olayları ise ceza olarak adlandıracak olursak kişi ödül veya cezaların kendi dışındaki şans, kader, güçlü diğer kişiler gibi başka güçlerce yönetildiğini, kontrol edildiğini ya da uygulandığını, ödüllere ulaşmak ya da cezalardan kaçınmak için kişisel çabasının bir işe yaramadığı doğrultusunda genel bir beklenti eğilimi ya da ödül veya cezaların çoğunlukla kendi davranışlarından kaynaklandığına dair genelleşmiş bir beklenti eğilimidir(Dönmez, 1986; Dönmez, 1983).

Kontrol odağı kavramı güncel literatürde kişiliği ifade etmek için kullanılan önemli bir boyut olarak ele alınmaktadır. Sosyal gelişimi sürecinde, çocukluğundan

itibaren anne-babasının ve sosyal çevresindeki insanların davranışlarını gözlemleyerek ve aldığı olumlu-olumsuz tepkilerden etkilenecek kişiliğini oluşturan kişi, hangi davranışının hangi sonucu ortaya çıkaracağına ve bu sonuçların sorumluluğu kendinde mi yoksa kendi dışındaki etkenlerde mi olduğuna ilişkin tutarlı beklentiler geliştirmektedir(Dönmez, 1985).

Rotter kontrol odağını, çevrelerini kendi yararlarına değiştirebileceklerine inanan iç kontrol odaklılar ve daha çok çevrenin kontrolünde olduklarına inanan dış kontrol odaklılar olarak iki grupta incelemektedir.

2.4.1 İç ve Dış Kontrol Odağı (Internal and External Locus of Control)

Rotter öğrenmeyi, kişilerin ödül ve cezaların kendileri tarafından ya da kendileri dışındaki şans, kader, diğer kişiler gibi güçler tarafından kontrol edildiğine ilişkin inançlarla gerçekleştiği şeklinde açıklamaktadır. Kişiler, ödül ya da cezaların büyük ölçüde kendi davranışları sonucunda ortaya çıktığı düşüncesini, inancını taşıyorsa “içten kontrollü”, ödül ya da cezaların büyük ölçüde kendileri dışındaki güçlerden kaynaklandığını düşünüyor veya inanıyorsa bu kişilere de “dıştan kontrollü” kişiler denmektedir(Rotter, 1966).

İç kontrol odaklı kişiler kendi çabalarını önemli görürler ve kişisel gelişimlerini sağlamak ve sorumluluk alma eğilimindedirler. Başarısızlıklarının sebebini kendi davranışlarında ararlar ve düzeltmek için çaba gösterirler. Kendi düşüncelerini ön planda tutar ve kendilerini olumlu değerlendirirler(Dönmez, 1983). Çevrelerine karşı daha duyarlı ve tutarlı olan bu kişiler, güçlü, bağımsız, çalışkan, kendine güvenen, özeleştiri yapabilen ve başarılıdırlar. Cüceloğlu (1993) ‘na göre içten denetimli kişi kendini güçsüz ve çaresiz hisseden, başkalarının gücüyle bir şeyler yapan ve kendine ne olacağını kontrol edemeyen nevrotik kişiliğin tam tersidir.

Dış kontrol odaklı kişiler ise daha çok kaderci bir bakış açısına sahiptirler. Toplumun ve çevresindeki insanların beklentilerine göre davranışlarını şekillendirir ve toplum kurallarına harfiyen uymaya çalışırlar. Ben merkezli, alingan, kendilerine güvenleri düşük, yeteneklerini keşfedememiş ve mesleki beklentileri düşük olan bu kişiler gerçeklerle baş etmede zorluk yaşarlar(Çetinkale, 2006).

Kontrol odağı kavramı, ortaya atıldığı günden itibaren çok sayıda araştırmaya konu olmuştur. Bu araştırmalarda kişiliğin bir boyutu olan kontrol odağının iç ya da dış iki uçlu bir boyut olarak ele almaktansa çok boyutlu bir kavram olarak ele alınması gerektiğini ortaya koymuşlardır. Yani bir kişiyi iç ya da dış kontrol odaklı olarak ele almak çoğu zaman bizi yanlış yönlendirecektir. Her zaman, her kişi bu iki uça yer almamaktadır. Pekiştirme yaşantıları bir türde belirginleşmediği sürece kişide bir beklenti oluşmayabilir. Bu durumda kişide kutuplaşma görülmeyebilir, kişi uzamın herhangi bir yerinde yer alabilir. Kişinin kontrol odağını belirlerken içinde bulunduğu durumu ve bağlamı da ele almamız kişi hakkında daha doğru sonuçlar elde etmemizi sağlayacaktır ve bunu belirlemek için özel durumlarla ilgili ölçekler geliştirilmiştir(Dağ, 1990).

2.4.2 Kontrol Odağı İle Bağımlılık İlişkisi

Kontrol odağı kavramı; yaşamın kontrolünün nerede algıladığı ile ilgili bir kişilik özelliğidir. İç kontrol odağına sahip olan kişi, bütün davranışlarının kendi kararlarından kaynaklandığına inanırken dış kontrol odağına sahip olan kişi, hayatındaki tüm sonuçların dış çevrenin etkisi nedeniyle başına geldiğini inanır ve kendi sorumluluğunun olmadığını düşünür. Dış kontrol odağına sahip alkol bağımlısı hastalar, problemleri kullanımının günlük hayatlarında sorun oluşturduğunu kabul etmez ve hemen hemen her sebepten dolayı alkol aldıklarını inkâr ederler(Wing, 1995). Aynı zamanda dış kontrol odaklı kişilerin iç görü düzeylerinin daha düşük olması sebebiyle buna bağlı olarak sorunlarının farkına varamamakta ve çözüm arayışına girmemektedirler. Yapılan bazı çalışmalar tedavi için önemli bir bulguya ulaşmışlardır. İç kontrol odağı, tedaviden daha iyi sonuçlar elde edilmesinde, tedaviden olumlu yanıtlar alınmasının belirleyici ve etkili roledir(Abbott, 1984; Koski-Jannes, 1994; Li, Feifer, Strohm, 2000).

Pektaş ve diğ.(2003) tarafından yapılan çalışmada alkol bağımlılarında kontrol odağının sosyodemografik ve klinik özelliklerine olan etkisinin araştırılmış ve bulunan sonuçlara göre hastalığın sık nüks etmesi ile dış kontrol odağının ilişkili olduğu, iç kontrol odağı özelliklerinin artması ile remisyon süresinin uzaması arasında ilişkili olduğu saptanmıştır. Başka bir çalışma ise tedavi programlarını tamamlamadan ayrılan hastaların dış kontrol odağına sahip olduğunu, tedaviyi tamamlayan hastaların ise iç kontrol odağına sahip olduğunu bulunmuştur(Sharp ve diğ., 1997).

Yapılan birçok araştırma, iç kontrol odağına sahip hastaların başarılı bir şekilde iyileşme olasılığının daha yüksek, dış kontrol odağına sahip hastaların ise madde kullanmaya daha kolay ve çabuk geri dönme eğiliminde olduklarını ve dış kontrol odağının başarısız iyileşmeye neden olduğunu göstermiştir. Bu sebeple, alkol bağımlısı bir hasta tedavide, kişisel sorumluluğunun, bağımlılığındaki rolünü anlamasına ve böylece davranış değişikliğini engelleyen zihinsel karmaşıklığını ortadan kaldırmasıyla sorunlu madde kullanma davranışını değiştirmede başarı oranını artırabilecektir(Johnson ve diğ., 1991; Yeh, 2008).

Donovan ve O'Leary (1978) tarafından yapılan çalışmada, dış kontrol odaklı olan alkoliklerin depresyona daha yatkın, daha şüpheli, daha fazla intihar eğilimli, daha kararsız ve davranışsal olarak daha kolay engellenebildiği ortaya konmuştur.

Yapılan diğer bir çalışmada ise madde bağımlılarında iç ve dış kontrol odağı incelenmiş ve merkezi sinir sistemi uyarıcıları, hipnotik-sedatifler ve halüsinojen kullanıcıları arasında iç kontrol odak noktasında anlamlı bir fark tespit edilmemiştir(Knipe,1981).

2.5 Tedavi Motivasyonu ve Bağımlılık İlişkisi

Birçok alanda olduğu gibi psikoloji alanında da uzun yıllardır üzerinde durulan ve araştırılan bir kavram olan motivasyon, kelime manası olarak isteklendirmek, güdülemek anlamlarında kullanılmaktadır. Motivasyon, kişinin davranışını değiştirmeye yönelik adım atması için gerekli olan istekli, yetenekli ve hazır olma durumunun önemli bir önkoşulu olarak kabul edilir(DiClemente, Prochaska 1983; Deci, Ryan, 1985; Ryan, Plant, O'Malley, 1995).

Bağımlılık kronik ve tekrarlayan bir hastalıktır ve tedavi gören çoğu hastada bile madde kullanımlarının azaltılmasında veya tamamen kullanmayı bıraktırmada başarı oranı düşük olabilir, tedavisini tamamlamış birçok kişide de hastalığın tekrarı görülebilir. Akıntıya karşı kürek çekmeye benzeyen bağımlılık tedavisi çoğu zaman hastaların yorulması ve motivasyonlarını kaybetmesiyle madde kullanımına geri dönmelerine sebep olabilir. Yakın zamana kadar, birçok bağımlılık tedavisi uzmanı, bu hastaları tedavi ederken uygulanacak müdahalenin hastanın içme alışkanlığını değiştirmek için kendi kendini motive edene kadar yararsız olduğunu iddia etmektedir(DiClemente ve diğ, 1999). Motivasyon, herhangi bir hastalığın tedavisinde

ve özellikle bağımlılık tedavisinde oldukça önemli bir rol oynar ve ayrıca motivasyon, hastaların tedavi olanaklarını aramasına, tedaviye uyum sağlayıp, sürdürmesine ve özellikle uzun dönemde değişiklikler yaparak hastalığın tekrarlamasını engellemeye yardımcı olan bir faktördür(DiClemente ve diğ., 1997).

Motivasyonun içsel ve dışsal olmak üzere iki kaynağı olduğunu söyleyen Deci ve Ryan (1987), içsel motivasyona sahip olan insanların kendi istek ve değerlerine bağlı olarak kendi seçimleriyle hareket ettiklerini, dışsal motivasyona sahip insanların ise dışarıdan verilen ödül ve ceza gibi pekiştirmelerin sonucunda harekete geçtiklerini ortaya atmışlardır. Yani motivasyonu ortaya çıkaran uyarıcı dışarıdan gelmektedir ve dıştan güdülenen kişi görevi sonucunda elde edeceği ödüle ya da verilecek cezaya odaklanmaktadır(Akbaba ve Aktaş, 2005).

Madde kullanım bozukluğu olan hastaların motivasyonu hakkında birçok çalışma yapılmıştır, bu çalışmalarda içsel motivasyonu daha yüksek olan hastaların daha düşük bırakma oranları ve daha iyi sonuçlar gösterme eğiliminde olduklarını gösterdiği görülmüştür (Ryan, Plant, OMalley, 1995). Bununla birlikte, dışsal motivasyon tedaviye girişi ve kısa süreli tedaviye uyumu ve katılımı artırabilirken uzun süreli sürdürülebilir sonucu iyileştirmedi. (Stark, 1992).

Motivasyonun değerlendirilmesi önemli bir zorluktur. Dış etkiler ve baskılar, aynı zamanda içsel düşünceler ve duygular, bir insanın davranıştaki bir değişikliği dikkate alma ve uygulama motivasyonuna katkıda bulunur(Cunnigham ve diğ., 1994). Bir kişinin motivasyonunu değerlendirmek, kişinin tutum ve niyetlerinin, güven ve bağlılığının ve karar verme yeteneğinin değerlendirilmesini gerektirir (DiClemente ve Prochaska, 1998). Ancak kişinin davranışlarında gözlenebilen motivasyon, bireysel bir durumdur ve kişiden kişiye değişkenlik gösterebilir. Bir kişiyi motive eden bir olay ya da durum başka bir kişiyi motive etmeyebilir(Akbaba ve Aktaş, 2005). Bununla beraber içsel uyarıcılarla motive olan bir kişi sadece iç dünyasından gelen başarıma arzusu gibi uyarıcılarla motive oluyor gibi gözükse de dışsal koşul ve uyaranlardan da etkileniyor olabilir(Amorose ve Horn, 2000).

Motivasyonla ilgili ortaya atılan birçok teori ve yapılan çalışmadan sonra Prochaska ve DiClimente (1982), teorileri tedaviyle ilişkilendirmek ve motivasyonun ortak bileşenleri standartlaştırmak amacıyla “Transteorik Değişim Modeli(TDM)” olarak adlandırdıkları bir model geliştirerek, kişilerin davranışlarında değişiklik

yapmaları için duydukları istek sürecini açıklamışlardır(Hettema, Steele ve Miller, 2005). Bu modele göre; davranış değişimi, dinamik, aşamalı ve devamlılık gösteren bir yapıdadır. TDM, davranış değişiminin bir anda olmayacağını, aşamalı bir ilerleme göstereceğini savunur ve kişinin değişimle ilgili düşünce, tutum ve niyetlerini yansıtan 5 değişim aşamasından bahseder. Bu aşamalar;

1. Farkındalık Öncesi Aşama: Bu aşamada kişi bir sorunu olduğunun farkında değildir. Etrafındaki insanlar tarafından sorun olarak görülen davranışın sorun olmadığını düşünür ve bunu savunur.
2. Farkındalık Aşaması: Kişi, uyuşturucu kullanımından kaynaklanan sorunlarının farkına varır ve değişik yapması gerektiğini düşünür ancak kararsız kalır.
3. Hazırlık Aşaması: Kişinin değişim konusunda kararlılığı artar ve harekete geçmeyi planlar.
4. Eylem Aşaması: Kişi açık bir davranış değişikliği yapar (örneğin, uyuşturucu kullanmayı bırakır veya uyuşturucu tedavisine girer).
5. Sürdürme Aşaması: Kişi, nüksü önlemek ve eylem aşamasında atılan adımları pekiştirmek için çalışır.

Başarılı bir iyileşme için, ilk üç aşamada özellikle önemli bir odak noktası olmasına rağmen, hasta motivasyonu tüm süreç boyunca önemlidir(DiClemente ve diğ., 1999).

DiClemente ve Hughes (1990) yaptığı araştırmada, ayaktan tedavi görmek isteyen alkol bağımlısı hastalar arasında farkındalık öncesi aşamadaki hastaların, alkol sorunu yaşadıklarını inkâr etme ihtimallerinin daha yüksek olduğu sonucuna varmıştır, örneğin, “Sorun yaşayan kişi ben değilim. Burada olmak benim için bir anlam ifade etmiyor ”ya da“ Değişmesi gereken herhangi bir alkol sorunu yok. ” gibi düşünce ve tutumlara sahipken; aksine, hazırlık ve eylem aşamalarındaki hastalar “Alkolle ilgili sorunu üzerinde aktif olarak çalışıyorum” ve “Bir sorunu var ve bunun üzerinde çalışmam gerektiğini düşünüyorum” diyerek alkol kullanım sorunu yaşadıklarını kabul etmeleri daha olasıydı.

Bir hastanın hangi değişim aşamasında olduğu bilgisi, tedavi ekibine tedavi planlaması hakkında bilgi ve yarar sağlayabilir(Mitchell, Angelone, 2006). Bir hastanın

değişim aşamasına uygun bir müdahaleye odaklanarak veya hastanın değişim sürecinde başarılı olan aşamaya ilerleterek tedaviye hazırlığını artırmaya odaklanarak tedavinin etkinliğini artırabilir. Hastanın hareketlerini cesaretlendiren değişimin bir aşamasından diğerine geçmesini teşvik eden madde kötüye kullanımının tedavisini azaltmak için bir dizi motivasyon müdahalesi geliştirilmiştir. (Miller ve Rollnick, 2002).



BÖLÜM 3: YÖNTEM

3.1 Araştırmanın Modeli

Bu araştırma alkol-madde bağımlılığı olan hastalarda; kontrol odağının tedavi motivasyonu ile ilişkisini incelemek amacıyla yapılmış kesitsel ve tanımlayıcı bir çalışmadır.

3.2 Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırma AMATEM servisinde yatarak tedavi gören ve DSM-V tanı kriterlerine göre alkol-madde kullanım bozukluğu tanısı almış, dahil edilme ve dışlama kriterlerine uyan 65 hastayla yapılmıştır.

Araştırmaya Dâhil Edilme Kriterleri

1. Alkol veya madde bağımlılığı tanısı almış olmak
2. 18 yaşından büyük olmak
3. Okur-yazar olmak
4. Ölçekleri doldurabilecek bilişsel yeterlilikte olmak
5. Çalışmaya katılmaya gönüllü olmak

Araştırmadan Dışlama Kriterleri

1. 18 yaşından küçük olmak
2. Okur-yazar olmamak
3. Ölçekleri doldurabilecek bilişsel yeterlilikte olmamak

3.3 Veri Toplama Araçları

Bu çalışmada katılımcılara, Bilgilendirilmiş Onam Formu, katılımcının sosyodemografik bilgilerini ve genel alkol madde kullanım bilgilerini elde etmek için Sosyodemografik Veri Formu, Tedavi Motivasyonu Anketi (TMA) ve Rotter'ın İç Dış Kontrol Odağı Ölçeği (RİDKOÖ) uygulanmıştır.

3.3.1 Sosyodemografik Veri Formu: (EK-2)

Araştırmacı tarafından hazırlanan formda; katılımcının yaşı, cinsiyeti, medeni durumu, kendinin ve ebeveynlerinin eğitim durumu, çalışma durumu, aylık gelir düzeyi gibi sosyodemografik değişkenler ve madde kullanım öyküsü, kullanılan maddeler, tedavi başvuruları, birinci derece yakınlarında alkol/madde kullanımı ve psikiyatrik rahatsızlığın bulunup bulunmadığı gibi klinik özelliklerini ölçmek için hazırlanmıştır. Veri formu 21 sorudan oluşmaktadır.

3.3.2 Tedavi Motivasyonu Anketi(TMA): (EK-3)

Ryan ve arkadaşları(1995) tarafından geliştirilen Tedavi Motivasyon Anketi, alkol ve madde bağımlılığı tedavilerinde kullanılan, tedaviye katılım ve tedavide kalma nedenleri ölçmek amacıyla düzenlenmiş, likert tipi 26 maddeden oluşan bir ankettir. Soruların “Kesinlikle katılmıyorum”, “Katılmıyorum”, “Bilmiyorum”, “Katılıyorum” ve “Kesinlikle katılıyorum” seçenekleri vardır. Anketin Türkçe geçerlilik, güvenilirlik çalışması Evren ve arkadaşları tarafından 2006 yılında yapılmıştır.

26 maddeden oluşan anketin 22 maddesi olumlu iken 4 maddesi olumsuz ifade taşımaktadır. Alt boyut puanlarıyla toplam anket puanları hesaplanarak değerlendirme yapılmaktadır. Anketten alınabilecek en düşük puan 26, en yüksek puan ise 130’dur. Evren ve ark. (2006) tarafından yapılan çalışma sonucunda elde edilen Cronbach alfa katsayısı 0,85 bulunmuştur. İçsel motivasyon (İM), dışsal motivasyon (DM), kişilerarası yardım arama (KYA) ve tedaviye güven (TG) tedavi motivasyonu anketinin 4 faktörünü oluşturmaktadır.

İçsel motivasyonu belirlemek amacıyla 11 madde (1, 2, 4, 5, 7, 8, 9, 11, 15, 20 ve 23. maddeler) içermektedir. TMA anketinde içsel motivasyon faktörleri tamamen kişi tarafından belirlenmiş olmayan içselleştirilmiş motivasyon olarak ele alınmaktadır.

Dışsal motivasyonu belirlemek amacıyla 4 madde (3, 6, 10 ve 12. maddeler) içermektedir. Dış motivasyon düzeyini belirleyen bu maddeler kişinin tedavi olmaktan başka seçeneği kalmaması duygusunu yaşaması ve tedavi görmesi için dıştan baskı görmesini temel almaktadır.

Kişiler arası yardım arama (KYA) faktörlerini belirlemek amacıyla 6 madde (17, 18, 19, 22, 25 ve 26. maddeler) içermektedir. Kişiler arası yardım arama kriteri kişinin problemlerini başkalarıyla paylaşma motivasyonunu ölçmektedir.

Tedaviye güven (TG) alt boyutunu belirleyen amacıyla 5 madde (13, 14, 16, 21 ve 24. maddeler) içermektedir. Bu sorular kişinin tedavi süreciyle ilgili beklentilerine odaklanır(Evren ve ark., 2006).

3.3.3 Rotter'ın İç Dış Kontrol Odağı Ölçeği (RIDKOÖ): (EK-4)

Özgün adı "Rotter's Internal-External Locus of Control Scale" olan ölçek, J.B. Rotter (1966) tarafından geliştirilmiştir. 29 maddeden oluşan ölçekte kişinin kontrol beklentilerinin içsellik ve dışsallık olmak üzere iki boyut üzerindeki konumunu belirlemek ve pekiştiricilerin bireyin kendi içinden mi yoksa kendi dışındaki güçlerin (şans, kader, kendinden güçlü diğer kişiler) kontrolünde mi olduğuna dair sahip olduğu genel inanç ya da beklentileri ölçmek amaçlanmaktadır.

Ölçeğin her maddesi seçime zorunludur ve her madde ikişer seçeneği kapsamaktadır. Ölçeğin amacını gizlemek için 6 dolgu madde yerleştirilmiş ve bu maddeler puanlamaya dahil edilmemektedir. Ölçek puanı 0-23 arasında değişmekte ve alınan puan ne kadar yüksek olursa kişinin dış kontrol odağı inancının o kadar baskın olduğunu düşündürmektedir.

Ölçeğin geçerlik ve güvenilirlik çalışması, Dağ (1991) tarafından, 99 ve 532 denekten oluşan iki ayrı grup halinde üniversite öğrencilerine uygulanan çalışma ile yapılmıştır. Ölçeğin güvenilirlik katsayısı $r=83$, esas araştırma örnekleme verileri üzerinden iç tutarlık katsayısı $.71$ olarak bulunmuştur. Cronbach alfa iç tutarlılık katsayısı ise $.70$ olarak bulunmuştur.

3.4 Verilerin İstatistiksel Analizi

Araştırmada elde edilen verilerin istatistiksel analizi SPSS 20.0(Statistical Package for Social Sciences 20.0) programı ile yapılmıştır. Tanımlayıcı verilerin değerlendirilmesinde istatistiksel yöntem olarak sayı ve yüzde kullanılmıştır. Araştırmanın sürekli değişkenleri olan ölçek puanları arasındaki ilişkiyi belirlemek için Pearson Korelasyon Analizi kullanılmıştır. İki bağımsız grup arasında karşılaştırma

yapmak için T testi kullanılırken ikiden fazla bağımsız grup arasındaki karşılaştırma için Tek Yönlü Varyans Analizi kullanılmıştır.



4.BÖLÜM: BULGULAR

Bu bölümde araştırma kapsamında elde edilen verilere ve istatistiksel analizlerine yer verilmiştir. Öncelikle alkol ve madde bağımlılığı tanısı almış hastaların sosyodemografik özellikleri ve klinik özelliklerine ilişkin frekans dağılımları ve yüzdeleri verilmiştir. Daha sonra alkol ve madde bağımlılığı tanısı almış hastaların tedavi motivasyonları ile kontrol odağı algıları arasındaki ilişkilerin değerlendirildiği Pearson korelasyon analizi bulguları verilmiştir.

4.1 Örneklem İncelenmesi

4.1.1 Sosyodemografik Özellikler

Çalışmada yer alan katılımcılara ait sosyodemografik bilgilerinin dağılımı Frekans Analizi ile incelenmiş ve sonuçları Tablo 1’de verilmiştir.

Tablo 1. Katılımcılara Ait Sosyodemografik Özellikler

		Kişi Sayısı (n)	Yüzde (%)
Cinsiyet	Kadın	3	4,6
	Erkek	62	95,4
Yaş	35 yaş altı	34	52,3
	35 yaş ve üzeri	31	47,7
Eğitim	İlkokul	3	4,6
	Ortaokul	5	7,7
	Lise	21	32,3
	Ön lisans	6	9,2
	Lisans	26	40,0
	Yüksek lisans	4	6,2
Çalışma Durumu	Çalışıyor	45	69,2
	Çalışmıyor	20	30,8
Meslek	Serbest meslek	39	60,0
	Öğrenci	4	6,2
	İşçi	11	16,9
	Memur	4	6,2
	Esnaf	4	6,2
	Emekli	2	3,1
Medeni Durum	Evli	34	52,3

	Bekar	27	41,5
	Boşanmış	4	6,2
	Eş	33	50,8
	Anne-Baba	18	27,7
Birlikte Yaşanan Kişi	Arkadaş	2	3,1
	Yalnız	10	15,4
	Diğer	2	3,1
	Evli ve birlikte yaşıyor	55	84,4
Anne-Baba	Evli ama ayrı yaşıyor	4	6,2
	Boşanmış	6	9,2
	Okur-yazar değil	6	9,2
	Okur-yazar	4	6,2
	İlkokul	17	26,2
Anne Eğitim Durumu	Ortaokul	12	18,5
	Lise	17	26,2
	Ön lisans	2	3,1
	Lisans	7	10,8
	Okur-yazar değil	1	1,5
	Okur-yazar	1	1,5
	İlkokul	18	27,7
	Ortaokul	17	26,2
Baba Eğitim Durumu	Lise	12	18,5
	Ön lisans	3	4,6
	Lisans	9	13,8
	Yüksek lisans	2	3,1
	Doktora	2	3,1
	3500 TL ve altı	17	26,2
Gelir Düzeyi	3501-7500 TL arası	15	23,1
	7501-10000 TL arası	7	10,8
	10000 TL ve üzeri	26	40,0
	Anne	6	9,2
Birinci Derece Yakınlarda Psikiyatrik Rahatsızlık	Baba	3	4,6
	Kardeş	10	15,4
	Hayır	50	76,9

Araştırmada yer alan 65 katılımcının cinsiyet değişkenine göre dağılımları incelendiğinde; 3 (%4,6) kadın, 62 (%95,4) erkek olduğu görülmektedir.

Katılımcıların yaş ortalaması 34 ve yaş aralığı 18-71 olarak saptanmıştır. Bununla birlikte katılımcılardan 34 (%52,3) kişi 35 yaş altı grubunda yer alırken, 31 (%47,7) kişi 35 yaş ve üzeri grubunda yer almaktadır.

Eğitime yönelik katılımcıların dağılımları incelendiğinde; ilkokul mezunu olan 3 (%4,6) kişi, ortaokul mezunu olan 5 (%7,7) kişi, lise mezunu olan 21 (%32,3) kişi, ön lisans mezunu olan 6 (%9,2) kişi, lisans mezunu olan 26 (%40) kişi ve yüksek lisans mezunu olan 4 (%6,2) kişi olduğu saptanmıştır.

Katılımcıların çalışma durumuna yönelik dağılımları incelendiğinde; 45 (%69,2) kişinin çalıştığı, 20 (%30,8) kişinin ise çalışmadığı görülmektedir.

Mesleğe yönelik dağılım incelendiğinde; serbest meslek sahibi olan 39 (%60) kişi, öğrenci olan 4 (%6,2) kişi, işçi olan 11 (%16,9) kişi, memur olan 4 (%6,2) kişi, esnaf olan 4 (%6,2) kişi, emekli olan 2 (%3,1) kişi ve soruya cevap vermeyen 1 kişi olduğu görülmektedir.

Katılımcıların medeni durumlarına yönelik dağılımları incelendiğinde; evli olan 34 (%52,3) katılımcı, bekar olan 27 (%41,5) katılımcı ve boşanmış olan 4 (%6,2) katılımcı olduğu görülmektedir.

Katılımcılardan 33 (%50,8) kişinin eşi ile, 18 (%27,7) kişinin anne-babası ile, 2 (%3,1) kişinin arkadaşı ile, 10 (%15,4) kişinin ise yalnız yaşadığı belirlenmiştir.

Katılımcıların ebeveynlerinin birlikteliğine yönelik dağılım incelendiğinde; evli ve birlikte yaşayan 55 (%84,4) kişi, evli ama ayrı yaşayan 4 (%6,2) kişi, boşanmış 6 (%9,2) kişi olduğu saptanmıştır.

Annenin eğitim durumuna yönelik dağılım incelendiğinde; okur-yazar olmayan 6 (%9,2), okur-yazar olan 4 (%6,2) kişi, ilkokul mezunu olan 17 (%26,2) kişi, ortaokul mezunu olan 12 (%18,5) kişi, lise mezunu olan 17 (%26,2) kişi, ön lisans mezunu olan 2 (%3,1) kişi ve lisans mezunu olan 7 (%10,8) kişi olduğu saptanmıştır.

Babanın eğitim durumuna yönelik dağılım incelendiğinde; okur-yazar olmayan 1 (%1,5), okur-yazar olan 1 (%1,5) kişi, ilkokul mezunu olan 18 (%27,7) kişi, ortaokul mezunu olan 17 (%26,2) kişi, lise mezunu olan 12 (%18,5) kişi, ön lisans mezunu olan 3 (%4,6) kişi, lisans mezunu olan 9 (%13,8) kişi, yüksek lisans mezunu olan 2 (%3,1) kişi ve doktora mezunu olan 2 (%3,1) kişi olduğu saptanmıştır.

Katılımcıların gelir düzeylerine ilişkin dağılım incelendiğinde; 17 (%26,2) kişinin 3500 TL ve altı, 15 (%23,1) kişinin 3501-7500 TL arası, 7 (%10,8) kişinin 7501-10000 TL arası ve 26 (%40) kişinin 10000 TL ve üzeri gelir düzeyine sahip olduğu görülmektedir.

Birinci dereceden yakınlarında psikiyatrik rahatsızlığa yönelik dağılım incelendiğinde; soru, çoklu yanıtı sahip olduğu için toplam kişi sayısı örneklem sayısını geçmektedir. Buna göre 6 (%9,2) katılımcının annesinde, 3 (%4,6) katılımcının babasında, 10 (%15,4) katılımcının kardeşinde psikiyatrik bir rahatsızlık olduğu görülmekteyken, 50 (%76,9) katılımcının birinci dereceden yakınlarında psikiyatrik bir rahatsızlık olmadığı görülmektedir.

Katılımcıların madde kullanımlarına yönelik özellikler Frekans Analizi ile incelenmiş ve sonuçları Tablo 2’de verilmiştir.

Tablo 2. Katılımcıların Madde Kullanımlarına Dair Özellikler

		Kişi Sayısı (n)	Yüzde (%)
İlk Madde Kullanım Yaşı	18 yaş altı	36	55,4
	18 yaş ve üzeri	29	44,6
İlk Kullanılan Madde	Esrar	23	35,4
	Alkol	30	46,2
	Kokain	5	7,7
	Bonzai	2	3,1
	Akineton	1	1,5
	Metamfetamin	1	1,5
	Extacy	1	1,5
	Bromazepam	1	1,5
	Ativan-Ritalin-Conserta	1	1,5
Alkol-Maddeye Başlama Nedeni	Arkadaş Israrı	12	18,5
	Eğlenmek	22	33,8
	Özenmek	15	23,1
	Merak Etmek	20	30,8
	Sorunlarla Baş Etmek	5	7,7
	Diğer	6	9,2
Kullanılan Maddeler	Esrar	42	21,1
	Eroin	8	4,0
	Alkol	48	24,1
	Bonzai	17	8,5
	Kokain	31	15,6
	LSD	9	4,5
	Uçucu Maddeler	4	2,0
	Metamfetamin	16	8,0
	Extacy	18	9,0
	Diğer	6	3,0

En Uzun Temiz Kalma Süresi	1 yıldan az	34	52,3
	1 yıl ve üzeri	30	46,2
Hastane Yatışı	Evet	30	46,2
	Hayır	35	53,8
Alkol Madde Kullanma Bırakma İnanç	Evet	53	81,5
	Hayır	12	18,5
Birinci Derece Yakınlarda Alkol Madde Kullanımı	Sadece alkol	24	36,9
	Sadece madde	2	3,1
	Hem alkol hem madde	2	3,1
	Hiçbiri	37	56,9

Araştırmada yer alan katılımcıların ilk madde kullanım yaşlarının ortalaması 18 ve yaş aralıkları 6-40 olarak saptanmıştır. Bununla birlikte 36 (%55,4) kişinin ilk madde kullanımlarını 18 yaşın altında, 29 (%44,6) kişinin ise ilk madde kullanımlarını 18 yaş ve üzerinde yaptığı görülmektedir.

İlk kullanılan maddeye yönelik dağılım incelendiğinde; 23 (%35,4) kişinin esrar, 30 (%46,2) kişinin alkol, 5 (%7,7) kişinin kokain, 2 (%3,1) kişinin bonzai, 1 (%1,5) kişinin akineton, 1 (%1,5) kişinin metamfetamin, 1 (%1,5) kişinin extacy, 1 (%1,5) kişinin bromazepam ve 1 (%1,5) kişinin ativan-ritalin-conserta ilk kullandıkları maddedir.

Katılımcıların alkol-maddeye başlama nedenleri incelendiğinde soru, çoklu yanıtı sahip olduğu için toplam kişi sayısı örneklem sayısını geçmektedir. Buna göre 12 (%18,5) kişinin arkadaş ısrarı ile, 22 (%33,8) kişinin eğlenmek için, 15 (%23,1) kişinin özendiği için, 20 (%30,8) kişinin merak ettiği için, 5 (%7,7) kişinin sorunlarla baş etmek için, 6 (%9,2) kişinin ise diğer nedenlerle alkol-madde kullanmaya başladıkları saptanmıştır.

Katılımcıların kullandıkları maddeler incelendiğinde soru, çoklu yanıtı sahip olduğu için toplam kişi sayısı örneklem sayısını geçmektedir. Buna göre esrar kullanan 42 (%21,1) kişi, eroin kullanan 8 (%4) kişi, alkol kullanan 48 (%24,1) kişi, bonzai kullanan 17 (%8,5) kişi, kokain kullanan 31 (%15,6) kişi, LSD kullanan 9 (%4,5) kişi, uçucu maddeler kullanan 4 (%2) kişi, metamfetamin kullanan 16 (%8) kişi, extacy kullanan 18 (%9) kişi, diğer maddeleri kullanan 6 (%3) kişi olduğu görülmektedir.

Katılımcıların en uzun temiz kalma süresine yönelik dağılım incelendiğinde; en az 1 gün en fazla 10 yıl süre ile temiz kalma aralığı saptanmıştır. Bununla birlikte 34

(%52,3) katılımcı 1 yıldan az, 30 (%46,2) katılımcı 1 yıl ve üzeri süre ile temiz kalmışlardır. Bir katılımcının ise soruyu yanıtlamadığı saptanmıştır.

Hastane yatışı bulunan 30 (%46,2) katılımcı varken 35 (%53,8) katılımcının hastane yatışları bulunmamaktadır. Buna ek olarak hastane yatışı bulunan katılımcılar için en az 1 en fazla 16 defa hastane yatışları olduğu saptanmıştır.

Katılımcıların alkol-maddeyi istedikleri zaman bırakabileceğine yönelik inançlarına ilişkin dağılım ele alındığında; 53 (%81,5) kişinin alkol-maddeyi istediği zaman bırakabileceğine inandığı, 12 (%18,5) kişinin ise alkol-maddeyi istediği zaman bırakamayacağına inandığı görülmektedir.

Birinci dereceden yakınlarda alkol-madde kullanımına yönelik dağılım incelendiğinde; yalnızca alkol kullanan 24 (%36,9) kişi, yalnızca madde kullanan 2 (%3,1) kişi, hem alkol hem madde kullanan 2 (%3,1) kişi, alkol-madde kullanımı bulunmayan 37 (%56,9) kişi olduğu görülmektedir.

4.2 Ölçeklerin İncelenmesi

4.2.1 Ölçeklerin Normallik Dağılımları

Araştırma sorularının test edilmesinden önce, veri dağılımlarının standart normal dağılıma uygun olup olmadığı test edilmiştir. Sonuçlar Tablo 3'te verilmiştir.

Tablo 3. Ölçeklerin Normallik Testi Sonuçları

Ölçek Adı	Z	p
Rotter İç-Dış Kontrol Odağı Ölçeği (RİDKOÖ)	0,973	0,173
Tedavi Motivasyonu Anketi (TMA)	0,978	0,285

Yapılan normallik testi sonuçlarına göre kullanılan ölçek puanlarının dağılımı, standart normal dağılıma göre istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar göstermemektedir ($p>0,05$). Shapiro-Wilk testinin sonuçlarına göre; çalışmada kullanılan RİDKOÖ ($z=0,973$; $p=0,173$), ve TMA ($z=0,978$; $p=0,285$) ölçek puan dağılımları, istatistiksel

olarak anlamlı bir farklılık göstermemektedir ve buna bağlı olarak normal dağılıma uygundur. Bu nedenden dolayı, hipotez testlerinde parametrik testler kullanılmıştır.

4.2.2 Kontrol Odağı ve Tedavi Motivasyonu Düzeylerine İlişkin Bulgular

Araştırmada kullanılan bütün ölçeklerin ortalama ve standart sapma değerleri Tablo 4’te sunulmuştur.

Tablo 4. Ölçeklerin Puan Ortalamaları ve Puan Aralıkları

Ölçek Adı	Puan Ortalaması ± SS	Puan Aralığı
RİDKOÖ Toplam	10,24±3,49	0-1
TMA-İçsel Motivasyon	45,21±7,72	1-5
TMA-Dışsal Motivasyon	11,09±3,19	1-5
TMA-Kişiler Arası Yardım Arama	21,76±4,04	1-5
TMA-Tedaviye Güvensizlik	19,70±3,95	1-5
TMA Toplam	97,78±13,65	1-5

4.2.3 Kontrol Odağı ve Tedavi Motivasyonu Arasındaki İlişkiler

Kontrol odağı ve tedavi motivasyonu arasındaki ilişkinin incelenmesi amacıyla yapılan Pearson Korelasyon Analizi sonuçları Tablo 5'te verilmiştir.

Tablo 5. Ölçekler Arasındaki İlişkinin Korelasyon Analizi Sonuçları

Ölçek Adı		1	2	3	4	5	6
RİDKOÖ Toplam	r	1					
TMA-İçsel Motivasyon	r	-0,033	1				
TMA-Dışsal Motivasyon	r	0,128	0,257*	1			
TMA-Kişiler Arası Yardım Arama	r	0,010	0,438**	0,314*	1		
TMA-Tedaviye Güvensizlik	r	-0,250*	0,604**	-0,148	0,112	1	
TMA Toplam	r	-0,059	0,930**	0,429**	0,649**	0,630**	1

* $p < 0,05$: İstatistiksel olarak anlamlı , ** $p < 0,01$: İstatistiksel olarak anlamlı

RİDKOÖ Toplam ile TMA-Tedaviye Güvensizlik ($r=-0,250$; $p=0,044$) arasında istatistiksel olarak anlamlı ve negatif yönde bir ilişki vardır.

TMA-İçsel Motivasyon ile TMA-Dışsal Motivasyon ($r=0,257$; $p=0,039$), TMA-Kişiler Arası Yardım Arama ($r=0,438$; $p=0,000$), TMA-Tedaviye Güvensizlik ($r=0,604$; $p=0,000$) ve TMA Toplam ($r=0,930$; $p=0,000$) arasında istatistiksel olarak anlamlı ve pozitif yönde bir ilişki saptanmıştır.

TMA-Dışsal Motivasyon ile TMA-Kişiler Arası Yardım Arama ($r=0,314$; $p=0,011$) ve TMA Toplam ($r=0,429$; $p=0,000$) arasında istatistiksel olarak anlamlı ve pozitif yönde bir ilişki vardır.

TMA-Kişiler Arası Yardım Arama ile TMA Toplam ($r=0,649$; $p=0,000$) arasında istatistiksel olarak anlamlı ve pozitif yönde bir ilişki vardır.

TMA-Tedaviye Güvensizlik ile TMA Toplam ($r=0,630$; $p=0,000$) arasında istatistiksel olarak anlamlı ve pozitif yönde bir ilişki vardır.

4.2.4 Kontrol Odağı ve Tedavi Motivasyonunun Cinsiyete Göre Değişiminin İncelenmesi

Kontrol odağı ve tedavi motivasyonunun cinsiyete göre ortalamaları ve bu ortalamalar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olup olmadığını incelemek amacıyla yapılan Bağımsız Gruplarda T-Testi Analizi sonuçları Tablo 6'da verilmiştir.

Tablo 6. Örneklem Ölçek Puanlarının Cinsiyete Göre İncelenmesi

Ölçek Adı	Kadın (n=3)	Erkek (n=62)	t	p
RİDKOÖ Toplam	13,33±3,51	10,09±3,44	-1,587	0,118
TMA-İçsel Motivasyon	47,33±8,14	45,11±7,75	-0,484	0,630
TMA-Dışsal Motivasyon	11,00±3,60	11,09±3,20	0,051	0,960
TMA-Kişiler Arası Yardım Arama	21,33±6,11	21,79±3,98	0,190	0,850
TMA-Tedaviye Güvensizlik	19,00±5,56	19,74±3,29	0,315	0,754
TMA Toplam	98,66±15,30	97,74±13,71	-0,114	0,910

* $p<0,05$: İstatistiksel olarak anlamlı

Yapılan analiz sonucuna göre; kontrol odağı ve tedavi motivasyonu ile cinsiyet arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde bir fark bulunmamaktadır. ($p>0,05$).

4.2.5 Kontrol Odağı ve Tedavi Motivasyonunun Yaşa Göre Değişiminin İncelenmesi

Kontrol odağı ve tedavi motivasyonunun yaşa göre ortalamaları ve bu ortalamalar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olup olmadığını incelemek amacıyla yapılan Bağımsız Gruplarda T-Testi Analizi sonuçları Tablo 7’de verilmiştir.

Tablo 7. Örneklem Ölçek Puanlarının Yaşa Göre İncelenmesi

Ölçek Adı	35 yaş altı (n=34)	35 yaş ve üzeri (n=31)	t	p
RİDKOÖ Toplam	10,05±3,21	10,45±3,81	-0,450	0,654
TMA-İçsel Motivasyon	45,35±7,59	45,06±7,97	0,149	0,882
TMA-Dışsal Motivasyon	10,94±2,88	11,25±3,53	-0,397	0,692
TMA-Kişiler Arası Yardım Arama	21,64±4,08	21,90±4,05	-0,253	0,801
TMA-Tedaviye Güvensizlik	19,85±3,44	19,54±4,50	0,308	0,759
TMA Toplam	97,79±13,36	97,77±14,19	0,006	0,995

Yapılan analiz sonuçlarına göre kontrol odağı ve tedavi motivasyonu ile yaş arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde bir fark bulunmamaktadır. ($p>0,05$).

4.2.6 Kontrol Odağı ve Tedavi Motivasyonunun Eğitime Göre Değişiminin İncelenmesi

Kontrol odağı ve tedavi motivasyonunun eğitime göre ortalamaları ve bu ortalamalar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olup olmadığını incelemek amacıyla yapılan Tek Yönlü Varyans Analizi sonuçları Tablo 8’de verilmiştir.

Tablo 8. Örneklem Ölçek Puanlarının Eğitime Göre İncelenmesi

	N	Ortalama	Std. Sapma	F	p
RİDKOÖ Toplam İlkokul	3	13,66	1,15	0,900	0,487
Ortaokul	5	8,40	3,50		

	Lise	21	9,95	3,15		
	Ön lisans	6	10,33	3,61		
	Lisans	26	10,34	3,87		
	Yüksek lisans	4	10,75	3,30		
TMA-İçsel Motivasyon	İlkokul	3	42,66	10,69		
	Ortaokul	5	45,60	9,23		
	Lise	21	44,95	6,94	0,450	0,811
	Ön lisans	6	48,16	5,56		
	Lisans	26	44,42	8,83		
	Yüksek lisans	4	48,75	3,30		
TMA-Dışsal Motivasyon	İlkokul	3	12,33	7,50		
	Ortaokul	5	12,40	3,36		
	Lise	21	10,28	2,32	0,866	0,509
	Ön lisans	6	12,66	3,20		
	Lisans	26	11,11	3,32		
	Yüksek lisans	4	10,25	2,06		
TMA-Kişiler Arası Yardım Arama	İlkokul	3	20,00	8,54		
	Ortaokul	5	21,20	1,92		
	Lise	21	22,19	3,97	0,568	0,724
	Ön lisans	6	23,33	4,13		
	Lisans	26	21,15	4,00		
	Yüksek lisans	4	23,25	3,40		
TMA-Tedaviye Güvensizlik	İlkokul	3	16,00	7,54		
	Ortaokul	5	20,20	3,70		
	Lise	21	18,95	3,49	1,447	0,221
	Ön lisans	6	22,66	2,94		
	Lisans	26	20,00	4,12		
	Yüksek lisans	4	19,50	1,73		
TMA Toplam	İlkokul	3	91,00	19,28		
	Ortaokul	5	99,40	13,93		
	Lise	21	96,38	11,75	0,822	0,539
	Ön lisans	6	106,83	13,39		
	Lisans	26	96,69	15,40		
	Yüksek lisans	4	101,75	4,11		

Analiz sonuçlarına göre kontrol odağı ve tedavi motivasyonu ile eğitim arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde bir fark bulunmamaktadır. ($p>0,05$).

4.2.7 Kontrol Odağı ve Tedavi Motivasyonunun Çalışma Durumuna Göre Değişiminin İncelenmesi

Kontrol odağı ve tedavi motivasyonunun çalışma durumuna göre ortalamaları ve bu ortalamalar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olup olmadığını incelemek amacıyla yapılan Bağımsız Gruplarda T-Testi Analizi sonuçları Tablo 9’da verilmiştir.

Tablo 9. Örneklemın Ölçek Puanlarının Çalışma Durumuna Göre İncelenmesi

Ölçek Adı	Çalışıyorum (n=45)	Çalışmıyorum (n=20)	t	p
RİDKOÖ Toplam	10,42±3,64	9,85±3,16	0,607	0,546
TMA-İçsel Motivasyon	45,20±7,75	45,25±7,83	-0,024	0,981
TMA-Dışsal Motivasyon	10,97±3,12	11,35±3,40	-0,431	0,668
TMA-Kişiler Arası Yardım Arama	21,86±3,61	21,55±4,96	0,289	0,773
TMA-Tedaviye Güvensizlik	19,80±3,76	19,50±4,45	0,280	0,780
TMA Toplam	97,84±13,46	97,65±14,44	0,053	0,958

Analiz sonuçlarına göre kontrol odağı ve tedavi motivasyonu ile çalışma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde bir fark bulunmamaktadır. ($p>0,05$).

4.2.8 Kontrol Odağı ve Tedavi Motivasyonunun Meslek Grubuna Göre Değişiminin İncelenmesi

Kontrol odağı ve tedavi motivasyonunun meslek grubuna göre ortalamaları ve bu ortalamalar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olup olmadığını incelemek amacıyla yapılan Tek Yönlü Varyans Analizi sonuçları Tablo 10’da verilmiştir.

Tablo 10. Örneklemın Ölçek Puanlarının Meslek Grubuna Göre İncelenmesi

		N	Ortalama	Std. Sapma	F	p
RİDKOÖ Toplam	Serbest meslek	39	10,05	3,54	0,834	0,531
	Öğrenci	4	10,25	5,31		
	İşçi	11	12,00	2,93		
	Memur	4	10,75	2,98		
	Esnaf	4	8,75	3,20		
	Emekli	2	8,50	2,12		
TMA-İçsel Motivasyon	Serbest meslek	39	46,23	6,49	2,738	0,027*
	Öğrenci	4	36,00	8,64		
	İşçi	11	45,54	5,64		
	Memur	4	37,00	15,36		

	Esnaf	4	48,75	7,41		
	Emekli	2	48,50	6,36		
TMA-Dışsal Motivasyon	Serbest meslek	39	10,69	3,16	1,960	0,098
	Öğrenci	4	11,00	1,82		
	İşçi	11	13,36	3,23		
	Memur	4	10,00	3,46		
	Esnaf	4	8,75	1,89		
	Emekli	2	12,50	3,53		
TMA-Kişiler Arası Yardım Arama	Serbest meslek	39	21,84	4,35	1,146	0,347
	Öğrenci	4	18,25	2,50		
	İşçi	11	22,18	3,68		
	Memur	4	21,25	2,06		
	Esnaf	4	24,25	3,09		
	Emekli	2	19,00	4,24		
TMA-Tedaviye Güvensizlik	Serbest meslek	39	20,05	3,75	1,210	0,316
	Öğrenci	4	16,00	3,74		
	İşçi	11	19,18	4,49		
	Memur	4	18,25	4,92		
	Esnaf	4	21,50	3,87		
	Emekli	2	22,00	2,82		
TMA Toplam	Serbest meslek	39	98,82	12,65	2,186	0,068
	Öğrenci	4	81,25	8,88		
	İşçi	11	100,27	13,31		
	Memur	4	86,50	20,43		
	Esnaf	4	103,25	12,60		
	Emekli	2	102,00	8,48		

*** $p<0,05$: İstatistiksel olarak anlamlı**

Yapılan analiz sonuçlarına göre; TMA-İşsel Motivasyon ile meslek grubu arasında anlamlı düzeyde bir fark bulunmaktadır. ($p<0,05$). Farklılığın hangi gruptan kaynaklandığını saptamak amacıyla yapılan Tukey Post-Hoc testi sonuçlarına göre;

TMA-İşsel Motivasyon için; serbest mesleğin öğrenci, işçi ve memur ile arasındaki anlamlı ilişkiden kaynaklandığı görülmektedir. Serbest meslek grubuna mensup olan katılımcıların TMA-İşsel Motivasyon puanlarının öğrenci, işçi ve memur meslek gruplarına mensup olan katılımcılardan daha yüksek olduğu saptanmıştır.

4.2.9 Kontrol Odağı ve Tedavi Motivasyonunun Medeni Duruma Göre Değişiminin İncelenmesi

Kontrol odağı ve tedavi motivasyonunun medeni duruma göre ortalamaları ve bu ortalamalar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olup olmadığını incelemek amacıyla yapılan Tek Yönlü Varyans Analizi sonuçları Tablo 11’de verilmiştir.

Tablo 11. Örneklem Ölçek Puanlarının Medeni Duruma Göre İncelenmesi

		N	Ortalama	Std. Sapma	F	p
RİDKOÖ Toplam	Evli	34	10,41	3,57	0,398	0,673
	Bekar	27	10,25	3,49		
	Boşanmış	4	8,75	3,20		
TMA-İçsel Motivasyon	Evli	34	45,82	8,05	0,307	0,737
	Bekar	27	44,77	7,88		
	Boşanmış	4	43,00	2,58		
TMA-Dışsal Motivasyon	Evli	34	10,97	3,54	0,568	0,569
	Bekar	27	11,00	2,67		
	Boşanmış	4	12,75	3,59		
TMA-Kişiler Arası Yardım Arama	Evli	34	22,11	4,03	0,362	0,689
	Bekar	27	21,25	4,33		
	Boşanmış	4	22,25	1,50		
TMA-Tedaviye Güvensizlik	Evli	34	20,00	4,38	0,377	0,688
	Bekar	27	19,55	3,63		
	Boşanmış	4	18,25	2,06		
TMA Toplam	Evli	34	98,91	14,26	0,238	0,789
	Bekar	27	96,59	13,96		
	Boşanmış	4	96,25	4,57		

Analiz sonuçlarına göre kontrol odağı ve tedavi motivasyonu ile medeni durum arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde bir fark bulunmamaktadır. ($p>0,05$).

4.2.10 Kontrol Odağı ve Tedavi Motivasyonunun Birlikte Yaşanan Kişiyeye Göre Değişiminin İncelenmesi

Kontrol odağı ve tedavi motivasyonunun birlikte yaşanan kişiye göre ortalamaları ve bu ortalamalar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olup olmadığını incelemek amacıyla yapılan Tek Yönlü Varyans Analizi sonuçları Tablo 12’de verilmiştir.

Tablo 12. Örneklem Ölçek Puanlarının Birlikte Yaşanan Kişiyeye Göre İncelenmesi

		N	<u>Ortalama</u>	<u>Std. Sapma</u>	F	p
--	--	---	-----------------	-------------------	---	---

RİDKOÖ Toplam	Eş	33	10,48	3,60	2,025	0,102
	Anne-Baba	18	9,44	3,22		
	Arkadaş	2	15,50	2,12		
	Yalnız	10	9,30	2,54		
	Diğer	2	13,00	5,65		
TMA-İçsel Motivasyon	Eş	33	45,81	8,17	0,332	0,856
	Anne-Baba	18	43,94	8,84		
	Arkadaş	2	47,50	2,12		
	Yalnız	10	45,80	5,09		
	Diğer	2	41,50	4,94		
TMA-Dışsal Motivasyon	Eş	33	10,90	3,58	0,919	0,459
	Anne-Baba	18	10,50	2,22		
	Arkadaş	2	11,50	7,77		
	Yalnız	10	12,80	2,52		
	Diğer	2	10,50	0,70		
TMA-Kişiler Arası Yardım Arama	Eş	33	22,09	4,09	0,665	0,619
	Anne-Baba	18	21,94	3,97		
	Arkadaş	2	20,50	2,12		
	Yalnız	10	21,50	4,45		
	Diğer	2	17,50	3,53		
TMA-Tedaviye Güvensizlik	Eş	33	20,03	4,44	0,318	0,865
	Anne-Baba	18	19,22	3,76		
	Arkadaş	2	21,00	1,41		
	Yalnız	10	19,70	2,66		
	Diğer	2	17,50	6,36		
TMA Toplam	Eş	33	98,84	14,48	0,534	0,711
	Anne-Baba	18	95,61	14,63		
	Arkadaş	2	100,50	2,12		
	Yalnız	10	99,80	11,04		
	Diğer	2	87,00	8,48		

*** $p < 0,05$: İstatistiksel olarak anlamlı**

Yapılan analiz sonuçlarına göre; kontrol odağı ve tedavi motivasyonu ile birlikte yaşanan kişi arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde bir fark bulunmamaktadır. ($p > 0,05$).

4.2.11 Kontrol Odağı ve Tedavi Motivasyonunun Anne-Baba Birlikteliğine Göre Değişiminin İncelenmesi

Kontrol odağı ve tedavi motivasyonunun anne-baba birlikteliğine göre ortalamaları ve bu ortalamalar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olup olmadığını incelemek amacıyla yapılan Tek Yönlü Varyans Analizi sonuçları Tablo 13'te verilmiştir.

Tablo 13. Örneklemin Ölçek Puanlarının Anne-Baba Birlikteliğine Göre İncelenmesi

		N	Ortalama	Std. Sapma	F	p
RİDKOÖ Toplam	Evli ve birlikte yaşıyor	55	10,20	3,42	0,451	0,639
	Evli ama ayrı yaşıyor	4	9,25	2,98		
	Boşanmış	6	11,33	4,63		
TMA-İçsel Motivasyon	Evli ve birlikte yaşıyor	55	45,56	7,58	0,846	0,434
	Evli ama ayrı yaşıyor	4	46,25	7,32		
	Boşanmış	6	41,33	9,41		
TMA-Dışsal Motivasyon	Evli ve birlikte yaşıyor	55	10,83	3,08	1,501	0,231
	Evli ama ayrı yaşıyor	4	13,50	4,43		
	Boşanmış	6	11,83	3,06		
TMA-Kişiler Arası Yardım Arama	Evli ve birlikte yaşıyor	55	21,58	3,82	1,166	0,318
	Evli ama ayrı yaşıyor	4	24,75	5,37		
	Boşanmış	6	21,50	5,08		
TMA-Tedaviye Güvensizlik	Evli ve birlikte yaşıyor	55	19,83	3,80	0,237	0,790
	Evli ama ayrı yaşıyor	4	19,50	4,04		
	Boşanmış	6	18,66	5,68		
TMA Toplam	Evli ve birlikte yaşıyor	55	97,81	12,94	0,727	0,488
	Evli ama ayrı yaşıyor	4	104,00	16,20		
	Boşanmış	6	93,33	19,14		

Analiz sonuçlarına göre kontrol odağı ve tedavi motivasyonu ile anne ve babanın birlikteliği arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde bir fark bulunmamaktadır. ($p>0,05$).

4.2.12 Kontrol Odağı ve Tedavi Motivasyonunun Anne Eğitim Durumuna Göre Değişiminin İncelenmesi

Kontrol odağı ve tedavi motivasyonunun anne eğitim durumuna göre ortalamaları ve bu ortalamalar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olup olmadığını incelemek amacıyla yapılan Tek Yönlü Varyans Analizi sonuçları Tablo 14'te verilmiştir.

Tablo 14. Örneklemin Ölçek Puanlarının Anne Eğitim Durumuna Göre İncelenmesi

		N	Ortalama	Std. Sapma	F	p
RİDKOÖ Toplam	Okur-yazar değil	6	10,33	2,50	0,507	0,801
	Okur-yazar	4	9,50	1,73		
	İlkokul	17	9,41	3,93		
	Ortaokul	12	10,75	3,49		
	Lise	17	10,76	3,59		
	Ön lisans	2	13,00	1,41		
	Lisans	7	9,71	4,27		
TMA-İçsel Motivasyon	Okur-yazar değil	6	44,16	5,38	0,434	0,853
	Okur-yazar	4	49,50	0,57		
	İlkokul	17	45,82	7,48		
	Ortaokul	12	44,66	6,91		
	Lise	17	44,47	9,92		
	Ön lisans	2	50,00	5,65		
	Lisans	7	43,57	8,88		
TMA-Dışsal Motivasyon	Okur-yazar değil	6	11,16	3,31	0,257	0,954
	Okur-yazar	4	12,50	4,20		
	İlkokul	17	10,82	2,72		
	Ortaokul	12	11,08	4,39		
	Lise	17	10,82	3,08		
	Ön lisans	2	10,00	2,82		
	Lisans	7	11,85	2,41		
TMA-Kişiler Arası Yardım Arama	Okur-yazar değil	6	19,50	3,93	0,544	0,772
	Okur-yazar	4	20,75	6,23		
	İlkokul	17	21,64	3,60		
	Ortaokul	12	23,00	3,83		
	Lise	17	21,88	4,10		
	Ön lisans	2	21,50	4,94		
	Lisans	7	22,28	4,68		
TMA-Tedaviye Güvensizlik	Okur-yazar değil	6	20,16	2,40	0,859	0,531
	Okur-yazar	4	21,50	1,29		
	İlkokul	17	19,23	3,78		
	Ortaokul	12	18,08	4,62		
	Lise	17	20,47	4,09		
	Ön lisans	2	23,00	2,82		
	Lisans	7	19,42	4,92		
TMA Toplam	Okur-yazar değil	6	95,00	10,17	0,265	0,951
	Okur-yazar	4	104,25	9,74		
	İlkokul	17	97,52	13,19		
	Ortaokul	12	96,83	12,14		
	Lise	17	97,64	16,61		

Ön lisans	2	104,50	16,26
Lisans	7	97,14	16,97

Analiz sonuçlarına göre kontrol odağı ve tedavi motivasyonu ile anne eğitim durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde bir fark bulunmamaktadır. ($p>0,05$).

4.2.13 Kontrol Odağı ve Tedavi Motivasyonunun Baba Eğitim Durumuna Göre Değişiminin İncelenmesi

Kontrol odağı ve tedavi motivasyonunun baba eğitim durumuna göre ortalamaları ve bu ortalamalar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olup olmadığını incelemek amacıyla yapılan Tek Yönlü Varyans Analizi sonuçları Tablo 15'te verilmiştir.

Tablo 15. Örneklem Ölçek Puanlarının Baba Eğitim Durumuna Göre İncelenmesi

		N	Ortalama	Std. Sapma	F	p
RİDKOÖ Toplam	Okur-yazar değil	1	11,00	.	0,725	0,669
	Okur-yazar	1	8,00	.		
	İlkokul	18	10,00	4,20		
	Ortaokul	17	9,76	3,21		
	Lise	12	10,91	3,05		
	Ön lisans	3	11,66	3,51		
	Lisans	9	9,44	3,60		
	Yüksek lisans	2	15,00	2,82		
	Doktora	2	10,00	1,41		
	TMA-İçsel Motivasyon	Okur-yazar değil	1	41,00		
Okur-yazar		1	46,00	.		
İlkokul		18	45,16	7,18		
Ortaokul		17	45,41	6,33		
Lise		12	48,91	6,35		
Ön lisans		3	37,33	20,81		
Lisans		9	43,55	4,97		
Yüksek lisans		2	39,50	16,26		
Doktora		2	48,50	6,36		
TMA-Dışsal Motivasyon	Okur-yazar değil	1	14,00	.	0,550	0,813
	Okur-yazar	1	13,00	.		
	İlkokul	18	11,22	4,10		
	Ortaokul	17	10,17	2,50		
	Lise	12	11,83	3,04		

	Ön lisans	3	10,66	3,21		
	Lisans	9	11,77	3,15		
	Yüksek lisans	2	10,50	3,53		
	Doktora	2	9,00	1,41		
TMA-Kişiler Arası Yardım Arama	Okur-yazar değil	1	19,00	.		
	Okur-yazar	1	23,00	.		
	İlkokul	18	21,11	4,72		
	Ortaokul	17	22,05	3,61		
	Lise	12	22,58	4,56	0,690	0,698
	Ön lisans	3	23,66	1,15		
	Lisans	9	19,88	3,62		
	Yüksek lisans	2	24,50	4,94		
	Doktora	2	24,00	1,41		
TMA-Tedaviye Güvensizlik	Okur-yazar değil	1	18,00	.		
	Okur-yazar	1	19,00	.		
	İlkokul	18	19,44	4,38		
	Ortaokul	17	18,47	3,12		
	Lise	12	22,08	2,99	1,293	0,266
	Ön lisans	3	18,66	6,50		
	Lisans	9	20,33	3,96		
	Yüksek lisans	2	15,50	6,36		
	Doktora	2	22,50	3,53		
TMA Toplam	Okur-yazar değil	1	92,00	.		
	Okur-yazar	1	101,00	.		
	İlkokul	18	96,94	13,56		
	Ortaokul	17	96,11	11,65		
	Lise	12	105,41	13,83	0,791	0,613
	Ön lisans	3	90,33	30,92		
	Lisans	9	95,55	9,59		
	Yüksek lisans	2	90,00	24,04		
	Doktora	2	104,00	9,89		

*** $p < 0,05$: İstatistiksel olarak anlamlı**

Yapılan analiz sonuçlarına göre; kontrol odağı ve tedavi motivasyonu ile babanın eğitim durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde bir fark bulunmamaktadır. ($p > 0,05$).

4.2.14 Kontrol Odağı ve Tedavi Motivasyonunun Gelir Düzeyine Göre Değişiminin İncelenmesi

Kontrol odağı ve tedavi motivasyonunun gelir düzeyine göre ortalamaları ve bu ortalamalar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olup olmadığını incelemek amacıyla yapılan Tek Yönlü Varyans Analizi sonuçları Tablo 16’da verilmiştir.

Tablo 16. Örneklemın Ölçek Puanlarının Gelir Düzeyine Göre İncelenmesi

		N	Ortalama	Std. Sapma	F	p
RİDKOÖ Toplam	3500 TL ve altı	17	10,00	3,12	0,124	0,945
	3501-7500 TL arası	15	10,53	3,41		
	7501-10000 TL arası	7	9,71	3,77		
	10000 TL ve üzeri	26	10,38	3,84		
TMA-İçsel Motivasyon	3500 TL ve altı	17	46,05	7,29	0,534	0,661
	3501-7500 TL arası	15	45,00	5,20		
	7501-10000 TL arası	7	41,85	7,24		
	10000 TL ve üzeri	26	45,69	9,31		
TMA-Dışsal Motivasyon	3500 TL ve altı	17	12,47	3,33	2,716	0,052
	3501-7500 TL arası	15	11,73	2,71		
	7501-10000 TL arası	7	10,85	4,01		
	10000 TL ve üzeri	26	9,88	2,80		
TMA-Kişiler Arası Yardım Arama	3500 TL ve altı	17	23,00	4,15	1,449	0,237
	3501-7500 TL arası	15	20,40	4,50		
	7501-10000 TL arası	7	20,42	2,07		
	10000 TL ve üzeri	26	22,11	3,95		
TMA-Tedaviye Güvensizlik	3500 TL ve altı	17	18,70	4,89	0,606	0,613
	3501-7500 TL arası	15	19,66	2,02		
	7501-10000 TL arası	7	19,71	3,14		
	10000 TL ve üzeri	26	20,38	4,34		
TMA Toplam	3500 TL ve altı	17	100,23	14,46	0,504	0,681
	3501-7500 TL arası	15	96,80	9,38		
	7501-10000 TL arası	7	92,85	10,63		
	10000 TL ve üzeri	26	98,07	15,98		

Analiz sonuçlarına göre kontrol odağı ve tedavi motivasyonu ile gelir düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde bir fark bulunmamaktadır. ($p>0,05$).

4.2.15 Kontrol Odağı ve Tedavi Motivasyonunun Psikiyatrik Hastalık Değişkenine Göre Değişiminin İncelenmesi

Kontrol odağı ve tedavi motivasyonunun birinci dereceden yakınlarda psikiyatrik hastalığa göre ortalamaları ve bu ortalamalar arasındaki farkın istatistiksel

olarak anlamlı olup olmadığını incelemek amacıyla yapılan Bağımsız Gruplarda T-Testi Analizi sonuçları Tablo 17’de verilmiştir.

Tablo 17. Örneklem Ölçek Puanlarının Psikiyatrik Hastalığa Göre İncelenmesi

Ölçek Adı	Var (n=15)	Yok (n=50)	t	p
RİDKOÖ Toplam	10,46±3,87	10,18±3,40	-0,277	0,783
TMA-İçsel Motivasyon	43,06±9,99	45,86±6,88	1,234	0,222
TMA-Dışsal Motivasyon	12,20±2,88	10,76±3,22	-1,550	0,126
TMA-Kişiler Arası Yardım Arama	20,53±3,56	22,14±4,13	1,359	0,179
TMA-Tedaviye Güvensizlik	18,46±3,29	20,08±4,09	1,396	0,168
TMA Toplam	94,26±14,66	98,84±13,31	1,140	0,259

Analiz sonuçlarına göre kontrol odağı ve tedavi motivasyonu ile birinci dereceden yakınlarda psikiyatrik hastalık arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde bir fark bulunmamaktadır. ($p>0,05$).

4.2.16 Kontrol Odağı ve Tedavi Motivasyonunun İlk Madde Kullanım Yaşına Göre Değişiminin İncelenmesi

Kontrol odağı ve tedavi motivasyonunun ilk madde kullanım yaşına göre ortalamaları ve bu ortalamalar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olup olmadığını incelemek amacıyla yapılan Bağımsız Gruplarda T-Testi Analizi sonuçları Tablo 18’de verilmiştir.

Tablo 18. Örneklem Ölçek Puanlarının İlk Madde Kullanım Yaşına Göre İncelenmesi

Ölçek Adı	18 yaş altı (n=36)	18 yaş ve üzeri (n=29)	t	p
RİDKOÖ Toplam	10,25±3,69	10,24±3,29	0,010	0,992
TMA-İçsel Motivasyon	44,05±8,56	46,65±6,37	-1,358	0,179
TMA-Dışsal Motivasyon	10,91±2,62	11,31±3,81	-0,492	0,625
TMA-Kişiler Arası Yardım Arama	21,36±3,84	22,27±4,28	-0,906	0,369
TMA-Tedaviye Güvensizlik	19,52±3,82	19,93±4,17	-0,406	0,686

TMA Toplam	95,86±13,84	100,17±13,28	1-,271	0,208
-------------------	-------------	--------------	--------	-------

*** $p<0,05$: İstatistiksel olarak anlamlı**

Yapılan analiz sonucuna göre; kontrol odağı ve tedavi motivasyonu ile ilk madde kullanma yaşı arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde bir fark bulunmamaktadır. ($p>0,05$).

4.2.17 Kontrol Odağı ve Tedavi Motivasyonunun İlk Kullanılan Maddeye Göre Değişiminin İncelenmesi

Kontrol odağı ve tedavi motivasyonunun ilk kullanılan maddeye göre ortalamaları ve bu ortalamalar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olup olmadığını incelemek amacıyla yapılan Bağımsız Gruplarda T-Testi Analizi sonuçları Tablo 19’da verilmiştir.

Tablo 19. Örneklem Ölçek Puanlarının İlk Kullanılan Maddeye Göre İncelenmesi

Ölçek Adı	Alkol (n=30)	Madde (n=35)	t	p
RİDKOÖ Toplam	10,53±3,86	10,00±3,17	0,611	0,543
TMA-İçsel Motivasyon	43,30±8,57	46,85±6,59	-1,889	0,064
TMA-Dışsal Motivasyon	11,20±2,41	11,00±3,76	0,258	0,797
TMA-Kişiler Arası Yardım Arama	21,90±2,55	21,65±5,01	0,251	0,803
TMA-Tedaviye Güvensizlik	18,66±4,26	20,60±3,48	-2,011	0,049*
TMA Toplam	95,06±12,95	100,11±13,99	-1,500	0,139

*** $p<0,05$: İstatistiksel olarak anlamlı**

Yapılan analiz sonucuna göre; TMA-Tedaviye Güvensizlik puanları katılımcıların ilk kullanılan maddeye göre anlamlı düzeyde farklılık göstermektedir ($p<0,05$). İlk kullanımı madde olan katılımcıların TMA-Tedaviye Güvensizlik puanları ilk kullanımları alkol olan katılımcılardan anlamlı derecede farklı ve yüksek olarak bulunmuştur.

4.2.18 Kontrol Odağı ve Tedavi Motivasyonunun Alkol-Maddeye Başlama Nedenine Göre Değişiminin İncelenmesi

Kontrol odağı ve tedavi motivasyonunun alkol-maddeye başlama nedenine göre ortalamaları ve bu ortalamalar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olup olmadığını incelemek amacıyla yapılan Tek Yönlü Varyans Analizi sonuçları Tablo 20’de verilmiştir.

Tablo 20. Örneklemenin Ölçek Puanlarının Alkol-Maddeye Başlama Nedenine Göre İncelenmesi

		N	Toplam Ortalama	Toplam Std. Sapma	F	p
RİDKOÖ Toplam	Arkadaş Israrı	12	10,24	3,49	0,488	0,921
	Eğlenmek	22				
	Özenmek	15				
	Merak Etmek	20				
	Sorunlarla Baş Etmek	5				
	Diğer	6				
TMA-İçsel Motivasyon	Arkadaş Israrı	12	45,21	7,72	0,695	0,759
	Eğlenmek	22				
	Özenmek	15				
	Merak Etmek	20				
	Sorunlarla Baş Etmek	5				
	Diğer	6				
TMA-Dışsal Motivasyon	Arkadaş Israrı	12	11,09	3,19	1,221	0,293
	Eğlenmek	22				
	Özenmek	15				
	Merak Etmek	20				
	Sorunlarla Baş Etmek	5				
	Diğer	6				
TMA-Kişiler Arası Yardım Arama	Arkadaş Israrı	12	21,76	4,04	1,531	0,138
	Eğlenmek	22				
	Özenmek	15				
	Merak Etmek	20				
	Sorunlarla Baş Etmek	5				
	Diğer	6				
TMA-Tedaviye Güvensizlik	Arkadaş Israrı	12	19,70	3,95	0,358	0,977
	Eğlenmek	22				
	Özenmek	15				
	Merak Etmek	20				
	Sorunlarla Baş Etmek	5				
	Diğer	6				
TMA Toplam	Arkadaş Israrı	12	97,78	13,65	0,802	0,655
	Eğlenmek	22				

Özenmek	15
Merak Etmek	20
Sorunlarla Baş Etmek	5
Diğer	6

Analiz sonuçlarına göre kontrol odağı ve tedavi motivasyonu ile alkol-maddeye başlama nedeni arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde bir fark bulunmamaktadır. ($p>0,05$).

4.2.19 Kontrol Odağı ve Tedavi Motivasyonunun Kullanılan Maddelere Göre Değişiminin İncelenmesi

Kontrol odağı ve tedavi motivasyonunun kullanılan maddelere göre ortalamaları ve bu ortalamalar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olup olmadığını incelemek amacıyla yapılan Tek Yönlü Varyans Analizi sonuçları Tablo 21’de verilmiştir.

Tablo 21. Örneklemnin Ölçek Puanlarının Kullanılan Maddeye Göre İncelenmesi

	N	Toplam Ortalama	Toplam Std. Sapma	F	p	
RİDKOÖ Toplam	Esrar	42				
	Eroin	8				
	Alkol	48				
	Bonzai	17				
	Kokain	31	10,24	3,49	1,034	0,463
	LSD	9				
	Uçucu Maddeler	4				
	Metamfetamin	16				
	Extacy	18				
	Diğer	6				
TMA-İçsel Motivasyon	Esrar	42				
	Eroin	8				
	Alkol	48				
	Bonzai	17				
	Kokain	31	45,21	7,72	2,104	0,120
	LSD	9				
	Uçucu Maddeler	4				
	Metamfetamin	16				
	Extacy	18				
	Diğer	6				
TMA-Dışsal	Esrar	42	11,09	3,19	0,887	0,632

Motivasyon	Eroin	8				
	Alkol	48				
	Bonzai	17				
	Kokain	31				
	LSD	9				
	Uçucu Maddeler	4				
	Metamfetamin	16				
	Extacy	18				
	Diğer	6				
TMA-Kişiler Arası Yardım Arama	Esrar	42				
	Eroin	8				
	Alkol	48				
	Bonzai	17				
	Kokain	31	21,76	4,04	0,941	0,568
	LSD	9				
	Uçucu Maddeler	4				
	Metamfetamin	16				
	Extacy	18				
Diğer	6					
TMA-Tedaviye Güvensizlik	Esrar	42				
	Eroin	8				
	Alkol	48				
	Bonzai	17				
	Kokain	31	19,70	3,95	0,901	0,615
	LSD	9				
	Uçucu Maddeler	4				
	Metamfetamin	16				
	Extacy	18				
Diğer	6					
TMA Toplam	Esrar	42				
	Eroin	8				
	Alkol	48				
	Bonzai	17				
	Kokain	31	97,78	13,65	1,530	0,117
	LSD	9				
	Uçucu Maddeler	4				
	Metamfetamin	16				
	Extacy	18				
Diğer	6					

Analiz sonuçlarına göre kontrol odağı ve tedavi motivasyonu ile kullanılan maddeler arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde bir fark bulunmamaktadır. ($p>0,05$).

4.2.20 Kontrol Odağı ve Tedavi Motivasyonunun Temiz Kalma Süresine Göre Değişiminin İncelenmesi

Kontrol odağı ve tedavi motivasyonunun temiz kalma süresine göre ortalamaları ve bu ortalamalar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olup olmadığını incelemek amacıyla yapılan Bağımsız Gruplarda T-Testi Analizi sonuçları Tablo 22’de verilmiştir.

Tablo 22. Örneklem Ölçek Puanlarının Remisyon Süresine Göre İncelenmesi

Ölçek Adı	1 yıldan az (n=34)	1 yıl ve üzeri (n=30)	t	p
RİDKOÖ Toplam	9,70±3,46	11,06±3,28	-1,604	0,114
TMA-İçsel Motivasyon	45,70±8,76	44,93±6,43	0,397	0,693
TMA-Dışsal Motivasyon	11,55±3,11	10,80±3,05	0,981	0,330
TMA-Kişiler Arası Yardım Arama	22,11±4,02	21,63±3,92	0,486	0,629
TMA-Tedaviye Güvensizlik	19,79±4,10	19,76±3,82	0,028	0,978
TMA Toplam	99,17±14,21	97,13±12,35	0,610	0,544

Analiz sonuçlarına göre kontrol odağı ve tedavi motivasyonu ile remisyon süresi arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde bir fark bulunmamaktadır. ($p>0,05$).

4.2.21 Kontrol Odağı ve Tedavi Motivasyonunun Hastane Yatışına Göre Değişiminin İncelenmesi

Kontrol odağı ve tedavi motivasyonunun hastane yatışına göre ortalamaları ve bu ortalamalar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olup olmadığını incelemek amacıyla yapılan Bağımsız Gruplarda T-Testi Analizi sonuçları Tablo 23’de verilmiştir.

Tablo 23. Örneklem Ölçek Puanlarının Hastane Yatışına Göre İncelenmesi

Ölçek Adı	Evet (n=30)	Hayır (n=35)	t	p
RİDKOÖ Toplam	10,86±3,72	9,71±3,23	1,335	0,187
TMA-İçsel Motivasyon	43,80±7,22	46,42±8,02	-1,378	0,173
TMA-Dışsal Motivasyon	11,16±2,94	11,02±3,42	0,173	0,863
TMA-Kişiler Arası Yardım Arama	21,46±3,56	22,02±4,44	-0,556	0,580
TMA-Tedaviye Güvensizlik	19,66±4,04	19,74±3,93	-0,077	0,939
TMA Toplam	96,10±13,02	99,22±14,20	-0,919	0,361

Analiz sonuçlarına göre kontrol odağı ve tedavi motivasyonu ile hastane yatışı arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde bir fark bulunmamaktadır. ($p>0,05$).

4.2.22 Kontrol Odağı ve Tedavi Motivasyonunun Alkol-Madde Bırakma İnancına Göre Değişiminin İncelenmesi

Kontrol odağı ve tedavi motivasyonunun alkol-madde bırakma inancına göre ortalamaları ve bu ortalamalar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olup olmadığını incelemek amacıyla yapılan Bağımsız Gruplarda T-Testi Analizi sonuçları Tablo 24’te verilmiştir.

Tablo 24. Örneklem Ölçek Puanlarının Alkol-Madde Bırakma İnancına Göre İncelenmesi

Ölçek Adı	Evet (n=53)	Hayır (n=12)	t	p
RİDKOÖ Toplam	9,88±3,20	11,83±4,34	-1,773	0,081
TMA-İçsel Motivasyon	45,45±7,39	44,16±7,88	0,518	0,606
TMA-Dışsal Motivasyon	11,15±3,13	10,83±3,56	0,309	0,758
TMA-Kişiler Arası Yardım Arama	21,81±3,90	21,58±4,79	0,175	0,862
TMA-Tedaviye Güvensizlik	19,67±3,82	19,83±4,68	-0,121	0,904
TMA Toplam	98,09±13,35	96,41±15,49	0,382	0,704

* $p<0,05$: İstatistiksel olarak anlamlı

Yapılan analiz sonucuna göre; kontrol odağı ve tedavi motivasyonu ile alkol-madde bırakma inancı arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde bir fark bulunmamaktadır. ($p>0,05$).

4.2.23 Kontrol Odağı ve Tedavi Motivasyonunun Birinci Dereceden Yakınların Alkol-Madde Kullanımlarına Göre Değişiminin İncelenmesi

Kontrol odağı ve tedavi motivasyonunun birinci dereceden yakınların alkol-madde kullanımlarına göre ortalamaları ve bu ortalamalar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olup olmadığını incelemek amacıyla yapılan Tek Yönlü Varyans Analizi sonuçları Tablo 25’te verilmiştir.

Tablo 25. Örneklemenin Ölçek Puanlarının Birinci Dereceden Yakınların Alkol-Madde Kullanımlarına Göre İncelenmesi

		N	Ortalama	Std. Sapma	F	p
RİDKOÖ Toplam	Sadece alkol	24	10,16	3,18	0,423	0,737
	Sadece madde	2	13,00	2,82		
	Hem alkol hem madde	2	10,50	0,70		
	Hiçbiri	37	10,13	3,80		
TMA-İçsel Motivasyon	Sadece alkol	24	45,62	8,91	1,014	0,393
	Sadece madde	2	51,00	2,82		
	Hem alkol hem madde	2	51,50	4,94		
	Hiçbiri	37	44,29	7,01		
TMA-Dışsal Motivasyon	Sadece alkol	24	10,70	2,85	0,870	0,462
	Sadece madde	2	13,50	2,12		
	Hem alkol hem madde	2	13,50	3,53		
	Hiçbiri	37	11,08	3,41		
TMA-Kişiler Arası Yardım Arama	Sadece alkol	24	22,66	3,33	2,199	0,097
	Sadece madde	2	25,50	2,12		
	Hem alkol hem madde	2	25,00	7,07		
	Hiçbiri	37	20,81	4,19		
TMA-Tedaviye Güvensizlik	Sadece alkol	24	20,25	4,14	0,761	0,520
	Sadece madde	2	21,50	3,53		
	Hem alkol hem madde	2	22,00	4,24		
	Hiçbiri	37	19,13	3,87		
TMA Toplam	Sadece alkol	24	99,25	13,99	1,972	0,128
	Sadece madde	2	111,50	0,70		
	Hem alkol hem madde	2	112,00	19,79		
	Hiçbiri	37	95,32	12,89		

* $p<0,05$: İstatistiksel olarak anlamlı

Yapılan analiz sonuçlarına göre; kontrol odağı ve tedavi motivasyonu ile birinci derece yakınlarda alkol-madde kullanımı arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde bir fark bulunmamaktadır. ($p>0,05$).



5.BÖLÜM: TARTIŞMA

Bu bölümde, yapılan araştırmanın amacı ve hipotezleri doğrultusunda yapılan analizlerden elde edilen bulgular literatür kapsamında tartışılacaktır.

5.1. Hastaların Sosyodemografik Verilerin Literatür Kapsamında Tartışılması

Çalışmaya katılan hastaların %95,4' ü erkektir. Türkiye' de bağımlılık üzerine yapılan çoğu çalışmada da katılımcıların çoğunu erkeklerin oluşturduğu görülmektedir. Zorlu ve diğ.(2011) tarafından 215 hasta ile yapılan çalışmada hastaların %99.5' inin erkek olduğu ifade edilmiştir. Türkcan(1998) tarafından 1983-1995 yılları arasında kaydedilmiş AMATEM verileri incelenerek yapılmış araştırmada madde kullanan kişilerin çoğunun erkek olduğu ortaya konmuştur. Gaziantep Üniversitesi Alkol ve Madde Kullanım Bozuklukları Birimi' ne tedavi için başvuran 126 hasta ile yapılan araştırmada hastaların %96.8'i erkektir (Bulut ve diğ., 2006). Yapılan araştırmalar da bu sonuçlara destek olarak erkeklerin alkol ve madde kullanma riskinin kadınların alkol ve madde kullanma riskinden daha yüksek olduğunu göstermektedir(Saatçioğlu ve diğ., 2007; Türkcan ve diğ., 2001).

Çalışmaya katılan hastaların yaş ortalaması 34 bulunmuştur. En küçük 18, en büyük hasta ise 71 yaşındadır. Literatürdeki diğer çalışmalarda bizim sonucumuzu destekleyen veriler elde etmişlerdir. Karaağaç ve diğ., (2017) tarafından 2007-2015 yılları arasında AMATEM Kliniği'nde yatarak tedavi gören hastalar üzerinde yapılan çalışma sonucunda hastaların yaş ortalaması 33,6±10.83 olarak bulunmuştur. Bursa alkol ve madde bağımlılığı tedavi merkezinde tedavi gören hastalarla yapılan diğer bir çalışmada ise hastaların yaş ortalaması 31.95±11,42 yıl olduğu görülmüştür(Mutlu ve Öztürk Sarıkaya, 2019). Bilici ve ark., (2012) tarafından yapılan çalışmanın sonucunda ise hastaların yaş ortalaması 30.1 olarak bulunmuştur. Genel olarak yapılan çalışmalara baktığımızda alkol-madde kullanımının ortalama 30 yaş civarında sıklığına görmekteyiz.

Çalışmaya katılan hastaların %40' ı lisans mezunu, %32,4' ü ise lise mezunudur. Literatürde bu konuyla ilgili farklı verilere rastlanmıştır. Denetimli serbestlik polikliniğine başvuran 215 hastanın kayıtlarının incelenmesiyle yapılan çalışmada hastaların %67.4'ü ilkokul mezunu iken %22.3'ü lise mezunu ve %2.3'ünün lisans mezunu olduğu bulunmuştur(Zorlu ve diğ., 2011). 1983-1995 yılları arasındaki AMATEM verileriyle yapılan çalışmada hastaların %40-60' ı ilkokul mezunu olup yatarak tedavi olanların %3-4' ü üniversite mezunudur(Türkcan, 1998). Bir başka

araştırmada alkol ve madde bağımlısı hastaların %67,5' inin ilkokul mezunu olduğu belirtilmiştir(Bulut ve diğ., 2006). Buna benzer olarak Evren ve Ögel (2003) tarafından yapılan araştırmada madde bağımlılığı tanısı almış hastaların %43,8' inin, alkol bağımlılığı tanısı almış hastaların ise %53,3' ünün ilköğretim seviyesinde eğitime sahip oldukları saptanmıştır. Genel olarak literatür incelendiği eğitim seviyesi arttıkça alkol ve madde bağımlılığının azaldığı görülse de bizim çalışmamızda bu durumun tam tersi söz konusudur. Örneklem içindeki en büyük grubu lisans mezunları oluşturmaktadır.

Çalışmaya katılan hastaların %69,2'sinin aktif olarak çalıştığı ve bu çalışan grubun %60'ının serbest meslek yaptığı ve %40'ının aylık gelirinin 10 bin lira ve üzeri olduğu sonucuna varılmıştır. Literatür incelendiğinde bizim bulgumuzun aksine katılımcıların çoğunun çalışmadığı sonucuna varılmıştır. Zorlu ve diğ. (2011) tarafından yapılan çalışmada hastaların %40'ının işsiz olduğu, Nebioğlu ve diğ. (2013) yaptığı çalışmada ise hastaların %51,2'sinin işsiz olduğu saptanmıştır. Benzer diğer bir çalışmada bağımlılık tanısı almış hastaların %70'inin çalışmadığı sonucuna varılmıştır(Evren ve Ögel, 2003). Literatür ile bizim çalışmamız arasındaki fark çalışmanın özel bir hastanede yapılmış olmasından kaynaklı olabileceğini düşündürmektedir.

Alkol ve madde bağımlılığı olan kişilerin %52,3'ünün evli, %50,8'inin eşle birlikte yaşamakta ve %84,4'ünün anne ve babası da evli ve birlikte yaşadığı, %6'sının ise anne babasının boşanmış olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Diğer çalışmalar incelendiğinde farklı sonuçların olduğu görülmüştür. Zorlu ve diğerleri tarafından 2011 yılında yapılan çalışmada hastaların %54'ünün bekar olduğu, Nebioğlu ve diğ. tarafından 2013 yılında yapılan çalışmada da hastaların %85,7'sinin bekar olduğu, Karaağaç ve diğ.,(2017) tarafından yapılan çalışmada da çoğunluğun (%49,6) bekar olduğu ve %90,4'ünün aileyle birlikte yaşadığı görülmüştür. Alkol ve madde bağımlılıklarıyla yapılan diğer bir çalışmada ise madde bağımlılığı tanısı alan hastaların %25'i evliyken alkol bağımlılığı tanısı almış kişilerde bu oran %76,7'dir(Evren ve Ögel, 2003). Bizim sonucumuza benzer olarak yapılan bir diğer çalışmada hastaların %56,4'ünün evli olduğu ve %48,4'ünün eşi ve çocuklarıyla yaşadığı sonucuna ulaşılmıştır(Bilici ve ark., 2012).

Anne ve babanın eğitim durumları ile bağımlılık arasındaki ilişkiye baktığımızda hastaların %26,2'sinin annesinin lise mezunu ve yine %26,2'sinin annesinin ise ilkokul

mezunu olduğu, %27,7'sinin babasının ilköğretim mezunu olduğu ve bunu %26,2 ile ortaokul mezunu takip etmektedir. AMATEM Kliniği'nde tedavi gören hastalarla yapılan çalışmada hastaların %70,7'sinin annesinin eğitim seviyesinin 1-5 yıl arası olduğu %69,8'inin babasının eğitim seviyesinin 1-5 yıl arası olduğu sonucuna varılmıştır(Aktan Mutlu ve Öztürk Sarıkaya, 2019). Üniversite öğrencileri ile yapılan çalışmada yükseköğretim mezunu olan annelerin çocuklarında alkol kullanma riski annesi okur-yazar grubunda ya da okur-yazar olmayan grupta olan çocuklara göre 3.3 kat azaldığı saptanmıştır(Ulukoca ve diğ., 2013).

Çalışmaya katılan hastaların %76,9'unun birinci derece yakınlarında psikiyatrik rahatsızlık bulunmazken %15,4'ünün kardeşinde, %9,2'sinin annesinde ve %4,6'sının ise babasında psikiyatrik rahatsızlık bulunmaktadır. Madde kullanım bozukluğu olan ergenlerle yapılan çalışmada annelerin %43,2'sinde babaların ise %22,7'sinde duygudurum bozukluğu tanısına rastlanmıştır(Yüncü ve diğ., 2009).

5.2.Hastaların Klinik Özelliklerinin Literatür Kapsamında Tartışılması

Araştırmaya katılan hastaların ilk alkol-madde kullanma yaşları ortalaması 18' dir. En küçük yaş 6 iken en büyük yaş 40' tır. Araştırmaya katılan hastaların %55,4'ü 18 yaşın altındadır. Türkcan (1998) tarafından 1983-1995 yılları arasındaki AMATEM verileri değerlendirilerek yapılan çalışmada maddeye başlama yaşının 15 ile 25 yaş arasında sıklık kazandığı görülmüştür. AMATEM Kliniği'nde tedavi gören hastalarla yapılan bir diğer çalışmada hastaların %32,4'ü 16-18 yaşları arasında madde kullanmaya başlamıştır(Aktan Mutlu ve Öztürk Sarıkaya, 2019). Bu sonuç madde kullanımına ilk başlama yaşlarına denk gelen ergenlik döneminin bu konuda ki hassasiyetini bir kez daha ortaya koymuştur.

Araştırma bulgularımızda hastaların %46,2'lik çoğunluğunun ilk kullandığı madde alkolken bunu %35,4 oranıyla esrar izlemektedir. Hastaların kullandıkları maddeler baktığımızda en çok tercih edilen maddenin alkol(%24,1) olduğu ve bunu %21,1 ile esrarın takip ettiği görülmüştür. Daha sonra ise %15,6 ile kokain gelmektedir. Literatürdeki araştırmalar incelendiğinde özellikle alkol, esrar, eroin ve uçuçü maddelerin en çok tercih edilen maddeler olduğu görülmektedir. Bu çalışmalardan birinde hastaların %53,3'ünün opiyat, %14,6'sını alkol kullandığı sonucuna varılmıştır(Asan ve diğ., 2015). Çakmak ve Evren (2006) tarafından yapılan çalışmada ise en sık kullanılan maddenin %61 oranıyla eroin olduğu görülmüştür. Kayseri Eğitim

ve Araştırma Hastanesi AMATEM Kliniği'nde 2007-2015 yılları arası yatarak tedavi gören hastalarla yapılan çalışmada hastaların %37,2'sinin alkol, %34,1'inin esrar, %18,5'inin eroin bağımlılığı nedeniyle tedavi gördüğü saptanmıştır(Karaağaç ve diğ., 2017). Alkolün bu kadar fazla kullanılmasının başında yasal olması ve ulaşılabilirliğinin yüksek olması gelmektedir. Esrarın piyasada ki çoğu maddeye göre ucuz ve kolay bulunabilir olması bu maddeyi sık kullanılır hale getirdiği düşünülmektedir.

Araştırmaya katılan hastaların %33,8'i alkol-maddeye başlama nedeninin eğlenmek olduğunu belirtirken %30,8'i merak ettiği için alkol-madde kullanmaya başladığını belirtmiştir. Lise öğrencileriyle yapılan bir çalışmada öğrencilerin %31,2'si maddeyi arkadaşlarının ısrarıyla kullandığını %25'inin ise özendiği için kullandığı saptanmıştır(Taşçı ve diğ., 2005).

Hastaların en uzun temiz kalma süreleri 1 gün ile 10 yıl arasında değişmekle beraber hastaların %52,3'ünün en uzun temiz kalma süresi 1 yıldan azdır. Hastaların %53,8'inin daha önce hastane yatışı olmamıştır. Karaağaç ve diğ.,(2017)'nin yaptığı çalışmada da bizim çalışmamızı destekleyen bir sonuç elde edilmiştir. Hastaların %60'ının ilk hastane yatışıdır. Bir başka çalışmada hastaların %32,6'sı daha önce yatarak tedavi gördüğünü belirtmiştir(Bilici ve ark., 2012). Hastaların %81,5'i alkol-madde kullanmayı istediği zaman bırakabileceğine inanmaktadır ve birinci derece yakınlarında alkol-madde kullanma oranına baktığımızda %56,9'unun anne, baba ya da kardeşinin alkol-madde kullanmadığı görülmüştür. Literatür incelendiğinde sonucumuzla benzerlik gösteren çalışmalara rastlanmıştır. Zorlu ve diğ., (2011)'nin 215 hastayla yaptığı çalışmada hastaların %83,3'nün birinci derece yakınlarında alkol-madde kullanım öyküsüne rastlanmamıştır ve yine benzer olarak Yüncü ve diğ., (2008)'nin yaptığı çalışmada olguların %68,2'sinin ailesinde bağımlılık öyküsüne rastlanmamıştır. Ancak farklı sonuçlar gösteren çalışmalarda olmuştur. Akdeniz Üniversitesi Alkol ve Madde Bağımlılığı Araştırma ve Uygulama Merkezi'nde 84 kişi ile yapılan çalışma sonucunda hastaların %78,6'sının ailesinde alkol ya da madde kullanma öyküsü olduğu saptanmıştır(Nebioğlu ve diğ., 2013). Alkol ve madde bağımlılarının yakın çevresindeki kişilerin alkol-madde kullanıyor olması ya da bu konudaki tutumu ve düşüncesi önemli bir risk etmenidir(Ögel ve Erol, 2005).

5.3.Hastaların Tedavi Motivasyonu Anketi ve Kontrol Odağı Ölçeği Puan Ortalamalarının ve Sosyodemografik Verilerinin Tartışılması

Alkol ve madde bağımlılarında kontrol odağının tedavi motivasyonu üzerindeki etkisini görmek için yapılan analizler sonucunda, iki ölçeğin genel puanlarında ve alt boyutlarında anlamlı bir ilişkiye rastlanmazken sadece hastaların kontrol odakları ile tedavi motivasyonu alt boyutu olan tedaviye güvensizlik arasında anlamlı ve negatif yönde bir ilişkiye rastlanmıştır. Yani hastanın kontrol odağı puanı artıp dış kontrol odağına yaklaştıkça tedaviye güveni azalmaktadır. Diğer alt ölçekler ve genel ölçek puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişkiye rastlanmamıştır. Yerli literatür incelendiğinde, alkol ve madde bağımlılarında tedavi motivasyonu ile kontrol odağını birlikte ele alan bir araştırma bulunmamaktadır. Ancak yabancı literatüre baktığımızda konu ile ilgili yapılan çalışmaya rastlanılmıştır. Alkol bağımlısı 114 yatan ve 46 ayaktan tedavi olan erkek hasta üzerinde yapılan çalışma sonucunda iç kontrol odaklı hastaların daha yüksek değişme motivasyonuna sahip olduğu saptanmıştır. Çalışma sonucunda dış kontrol odağının bağımlı hastalar için bir savunma mekanizması görevi görerek sorunlu kullanma davranışlarını inkar etmelerinin nedeni olarak görüldüğü vurgulanmıştır(Yeh, 2008).

Hastaların tedavi motivasyonlarını saptamak için kullanılan Tedavi Motivasyonu Anketi(TMA)' nden aldıkları puanlara göre; hastaların genel tedavi motivasyonlarının yüksek olduğu görülmektedir. En yüksek puan içsel motivasyon puanlarıyken en düşük puan dışsal motivasyon puanlarıdır. Literatür incelendiğinde alkol ve madde bağımlılarında tedavi motivasyonunu inceleyen çalışmaların sonuçlarının çalışmamızın sonucuyla benzer olduğu görülmüştür(Savaşan, 2010; Evren ve ark., 2006; Cahill, 2003; Ertoğlu, 2013;Ektiricioğlu, 2016).

Araştırmaya katılan hastaların tedavi motivasyonu anketi genel puanlarıyla sosyodemografik özellikleri arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Ertoğlu (2013) tarafından AMATEM' de alkol tedavisi gören hastalarla yaptığı çalışma sonucunda hastaların eğitim durumları ve medeni durumları ile tedavi motivasyonları arasında anlamlı bir ilişkiye rastlanmamıştır. Aynı şekilde yapılan bir diğer çalışmada da alkol ve madde bağımlılarının tedavi motivasyonu ile yaş, medeni durum ve eğitim durumları arasında bir ilişkiye rastlanmamıştır(Ektiricioğlu, 2016).

Araştırma sonucunda tedavi motivasyonu anketi alt boyutu olan içsel motivasyon ile meslek arasında anlamlı bir ilişkiye rastlanmıştır. Serbest meslek mensubu olan hastaların içsel motivasyon puanları öğrenci, işçi ve memur meslek mensubu olan hastalara göre yüksek olduğu saptanmıştır. Bu durum kendi işi olan,

ticaretle uğraşan ya da yüksek statülü işlerde görev alan kişilerin tedaviye dışarıdan baskı görerek değil kendi istekleriyle geldiklerini göstermektedir. Ancak literatürü incelediğimizde bizim verimizle örtüşen bir çalışmaya rastlanmamıştır.

Yapılan analiz sonucunda tedavi motivasyonu anketi alt boyutu olan tedaviye güvensizlik puanları katılımcıların ilk kullandıkları maddeye göre anlamlı düzeyde farklılık göstermektedir ($p<0,05$). İlk kullanımı madde olan katılımcıların TMA-Tedaviye Güvensizlik puanları ilk kullanımları alkol olan katılımcılardan anlamlı derecede farklı ve yüksek olarak bulunmuştur

Hastaların kontrol odaklarını belirlemek için uyguladığımız ölçek sonucunda hastaların ortalama puanları $10,24\pm3,49$ olarak bulunmuştur. Ölçekten alınan yüksek puan bize kişilerin dış kontrol odaklı olduğunu gösterirken puan ne kadar düşerse kişiler o kadar iç kontrol odağına yakınlaşır. Bu sonuç bize çalışmaya katılan hastaların iç kontrol odağına daha yakın olduklarını ve davranışlarının, başlarına gelen olayların sorumluluğunu kendi üzerlerine aldıklarını ve yaşamları üzerinde kontrol duygusuna sahip olduklarını düşündürebilir. Remisyondaki alkol bağımlılarıyla yapılan bir çalışmada bizim sonucumuzla örtüşen bir sonuç elde edilmiştir. Çalışma sonucunda hastaların ortalama puanları $11,5\pm3,3$ bulunmuştur(Pektaş ve ark., 2003). Yine alkol bağımlılarıyla yapılan bir diğer çalışmada da hastaların RİDKOÖ ölçeğinden aldıkları puanların ortalaması $8,65\pm3,81$ bulunmuştur(Engin ve Savaşan, 2012). Farklı örneklerle yapılan farklı çalışmalarda hastaların iç kontrol odağına yakın oldukları görülmektedir. Bu durumun kişilerin tedaviye uyum sağlamalarında ve tedaviden daha fazla yarar sağlamalarında yardımcı olacağı düşünülmektedir.

Alkol sorunu yaşayan ve yaşamayan kişilerle yapılan bir araştırmada alkol sorunu yaşayan kişilerin dış kontrol odağına yakın oldukları saptanmıştır(Bilim Şenel, 2013). Bu da alkol sorunu yaşayan kişilerin davranışlarının sonuçlarını üstlenmediklerini ve bu konuda sorumluluk almaktan kaçındıklarını ortaya koyan bir sonuçtur.

Sosyodemografik verilerle RİDKOÖ puanları ortalaması değerlendirildiğinde hiçbir anlamlı ilişkiye rastlanmamıştır. Örneklemin kısıtlılığı bu durumu etkilemiş olabilir. 608 kişiyle yapılan geniş kapsamlı bir araştırmada katılımcıların %77.7 sinin dış kontrol odaklı olduğu ve kontrol odakları ile eğitim durumları, meslekleri ve medeni durumları arasında anlamlı ilişki saptanmıştır. Bekar olan kişilerin dış kontrol odağı

puanları daha yüksek bulunmuştur. Bu durum bekar kişilerin kendi yaşamları ve başarılarının şans, kader ya da diğer kişiler tarafından belirlendiğine dair genel bir beklenti içerisinde olduklarını gösterir. Meslek grubu olarak ise yönetici, doktor, avukat, mühendis gibi yüksek pozisyonlarda çalışanların iç kontrol odaklı oldukları ve sorumluluk alma eğiliminde oldukları saptanmıştır(Angelova, 2016).



SONUÇ VE ÖNERİLER

Motive olmayan bir hastanın tedavisi genellikle tedaviyi yarıda bırakması, tedavi sırasında uyumsuzluk göstermesi ya da tedavi sonrası hastalığın tekrarlamasıyla son bulmaktadır.

Bağımlılıkta motive edilmesi zor olan hastaları tedavi etmek, tedaviye güvenmelerini sağlamak, tedaviyi tamamlamalarını sağlamak ve tekrarlamasını engellemek için sağlık çalışanlarını ve tedavi ekibini, motivasyonel müdahalelere dahil etmek için gerekli beceriler konusunda eğitmek, konu ile ilgili yeni gelişmeleri takip ederek en etkili yöntemleri araştırmak ve uygulamak, bağımlılığı olan bireyleri, tedavi programından ayrıldıktan sonra günlük hayata dönerken yaşayacakları problemleri öngörmeleri ve bu konuda destek alabileceği kişileri belirlemelerinde yardımcı olarak sağlık uzmanlarından, aile üyelerinden veya arkadaşlar çevresinden destek ve ilgi görmelerini sağlamak hastanın, günlük hayatta karşısına çıkacak kaçınılmaz aksaklıklarla veya engellerle karşı karşıya kalsa bile, ileriye yönelik motivasyonunu korumasına yardımcı olacaktır.

Sharp (1997), kişinin kontrol odağı ne kadar içselse hayatını kontrol etme gücünün de o kadar arttığını ileri sürdü ve iç kontrol odağına sahip alkol bağımlısı hastaların, kontrol sorunlarını ve sorunlarının üstesinden gelebileceklerine dair inançlarını artırmak ve iç kontrollerini geliştirerek olumlu değişikliklerini sürdürmelerine yardımcı olmak için özel tedaviler tasarlanmasını önermiştir.

Motivasyonel gelişim müdahaleleri, dış kontrol yönü olan hastaların problemleri kullanımlarının farkına varmalarını, kararsızlıklarını azaltmalarını ve harekete geçme ihtimalini artırmalarını sağlayabilir(DiClemente ve Prochaska, 1998).

Tedavinin başlangıcında yapılacak olan motivasyonel görüşme, hastaları problemleri kullanımlarının farkına varmalarını, değişime hazırlanmalarını, değişim süreci hakkında beklentilerini açığa çıkarmaların sağlayarak, hastanın değişimi ve yapacağı seçimler için kişisel sorumluluk alma ihtiyacını vurgulayarak ve değişim için öz-yeterliliklerinin önemi arttırılarak tedavinin başarıyla ilerlemesi sağlanacaktır(Yeh, 2008).

Bizim çalışmamızda da bu görüşleri destekleyecek şekilde veriler elde edilmiştir. İç kontrol odağına yakın olan hastaların tedaviye olan güvenlerinin dış kontrol odağına yakın olan hastalara göre daha fazla olduğu görülmüştür. Tedaviye

güven duyan hasta, tedavinin işe yarayacağını ve tedaviden yarar sağlayacağı düşünerek daha fazla sorumluluk alacak ve tedaviye dört elle sarılacaktır.

Konu ile ilgili ileride yapılacak araştırmalarda örneklem sayısının artırılması elde edilecek verilerin evrene genellenebilirliğini artıracaktır. Alan yazın incelendiğinde alkol ve madde bağımlılığı ile tedavi motivasyonu ve kontrol odağı algısı arasında yapılan yeterli çalışma bulunmamaktadır. Çalışmaların sayısı artırılarak birbirlerine olan etkileri daha kolay incelenecektir.

Sonuç olarak, alkol-madde bağımlılarında kontrol odağı ve tedavi motivasyonları arasında nedensel bir ilişkinin olup olmadığını doğrulamak için daha fazla araştırma yapılması önerilmektedir.



KAYNAKÇA

Abbott, M.W. (1984). Locus of Control and Treatment Outcome in Alcoholics. *Journal of Studies on Alcohol*, 45, 46–52.

Akbaba, S., Aktaş, A. (2005). İçsel Motivasyonun Bazı Değişkenler Açısından İncelenmesi. *M.Ü. Atatürk Eğitim Fakültesi Eğitim Bilimleri Dergisi*, Sayı 21: 19-42

Akboy, R., Bozkurt, N. (2001). Üniversite Öğrencilerinde Depresyon, Olumsuz Otomatik Düşünce, ve Denetim Odağı İlişkisi. *X. Ulusal Eğitim Bilimleri Kongresi*, I. Cilt: 334-345.

Aktan Mutlu, E. ve Öztürk Sarıkaya, Ö.(2019). Bir AMATEM Kliniğinde Tedavi Gören Hastaların Sosyodemografik Verilerinin İncelenmesi. *Klinik Psikiyatri Dergisi*, 22:276-285).

Akvardar, Y. ve diğ.(2012). Madde Bağımlılığı Tanı ve Tedavi Kılavuzu El Kitabı: T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Ankara.

Amorose, A.J. ve Horn T.S. (2000). Intrinsic Motivation: Relationship With Collegiate Athletes Gender, Scholarship Satus, and Perceptions of Their Coaches Behaviour. *Journal of Sport and Exercise Psychology*, 63-84.

Angelova, N.V.(2016). Locus of Control and Its Relationship With Some Social-Demographic Factors. *Psychological Thought*, 9(2).

Arıkan, Z. ve diğ. (2012). Madde Bağımlılığı Tanı ve Tedavi Kılavuzu El Kitabı. Ankara: Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü.

Asan, Ö., Tıkkır, B., Okay, İ.T., Göka, E. (2015).Bir AMATEM Birimine Başvuran Alkol ve Madde Kullanım Bozukluğu Olan Hastaların Sosyodemografik ve Klinik Özellikleri. *Bağımlılık Dergisi*, (16):1-8.

Başkurt, İ. (2003). Gençlik, Madde Bağımlılığı ve Koruma Yolları. *İ.Ü. İlahiyat Fakültesi Dergisi*, (7), 73-114

Bayar R.M. ve Yavuz, M.(2008). Alkol Bağımlılığı. *İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri, Türkiye’de Sık Karşılaşılan Psikiyatrik Hastalıklar, Sempozyum Dizini*; 6:221-230.

Beyazyürek, M. ve Şatır, T.T.(2000). Madde Kullanım Bozuklukları. Psikiyatri Dünyası, 4(2): ss. 50-56.

Bilici, R. ve diğ. (2012). Bir Bağımlılık Merkezinde Yatarak Tedavi Gören Hastaların Sosyodemografik Özellikleri. Fırat Tıp Dergisi, 22(2): ss. 86-91.

Bilim Şenel, G. (2013). Alkol Sorunu Yaşayan ve Yaşamayan Bireylerin Suçluluk Utanç Duyguları, Stresle Başa Çıkma Tarzları ve İç Dış Kontrol Odağı Açısından Karşılaştırılması. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul: Maltepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Psikoloji Bölümü.

Bora, T., Nuralın,F., Şenocak, N., Aydın, H. (2014). Determination of the Organic Compounds in Synthetic Tablets Containing MDMA (ecstasy).J For Med; 28(2):164-177.

Bulut, M., Savaş, H. A., Cansel, N., Selek, S., Kap, Ö., Yumru, M. ve Vırit, O. (2006). Gaziantep Üniversitesi Alkol ve Madde Kullanım Bozuklukları Birimine Başvuran Hastaların Sosyodemografik Özellikleri. Bağımlılık Dergisi, 7, 65-70.

Buzrul, S. (2016). Türkiye’de Alkollü İçki Tüketimi, Journal of Food and Health Science: 3, 112-122.

Cahill A., M. et al., (2003). Motivation for Treatment Preceding and Following a Substance Abuse Program. Addictive Behaviours, 28: pp. 76.

Cuningham, J.A.; Sobell, L.C.; Sobell, M.B.; and Gaskin, J. (1994). Alcohol and Drug Abusers’ Reasons for Seeking Treatment. Addictive Behaviors 19: 691– 696.

Cüceloğlu, D. (1993). İnsan ve Davranışı. İstanbul: Remzi Kitabevi.

Çakmak, D. ve Evren, C.(2006). Alkol ve Madde Kullanım Bozuklukları. Özgül Matbaacılık.

Çalışkan, M., (2018). Madde Bağımlılığının Biyo-Psiko-Sosyal ve Hukuksal Analizi. İstanbul: Beta Basım.

Çetinkale, E. (2006). 11. Sınıf Öğrencilerinin Denetim Odakları, Problem Çözme Becerileri ve Algılanan Ana Baba Tutumları Arasındaki İlişkinin Cinsiyet ve

Akademik Alan Değişkenleri Açısından İncelenmesi. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Konya: Selçuk Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü.

Dağ, İ. (1990). Kontrol Odağı, Stresle Başa Çıkma Stratejileri ve Psikolojik Belirti Gösterme İlişkileri. Yayınlanmamış Doktora Tezi, H.Ü. Sosyal Bilimler Enstitüsü., Psikoloji Anabilim Dalı.

Dağ, İ.(1991). Rotter'ın İç-Dış Kontrol Odağı Ölçeği'nin (RİDKOÖ) Üniversite Öğrencileri için Güvenilirliği ve Geçerliliği. Psikoloji Dergisi, 7(6):10-15.

Deci, E.L., Ryan, R.M.(1985). Intrinsic Motivation and Self-Determination in Human Behavior. New York: Plenum.

Deci, E. L., & Ryan, R. M. (1987). The Support of Autonomy and the Control of Behavior. Journal of Personality and Social Psychology, 53, 1024-1037.

Diclemente, CC., Bellino, LE., Neavins, TM. (1999). Motivation for Change and Alcoholism Treatment. Alcohol Res Health, 23:86-92.

DiClemente, C.C., and Hughes, S.O. (1990). Stages of Change Profiles in Outpatient Alcoholism Treatment. Journal of Substance Abuse 2(2):217–235.

DiClemente, C.C., and Prochaska, J.O. (1998). Toward a Comprehensive, Transtheoretical Model of Change: Stages of Change and Addictive Behaviors. In: Miller, W.R., and Heather, N., eds. Treating Addictive Behaviors. 2d ed. New York: Plenum Press, pp. 3–24.

Dilbaz, N. Vd.(2012). Uçucuların Kullanımına Bağlı Ruhsal ve Davranışsal Bozukluklar. Madde Bağımlılığı Tanı ve Tedavi Kılavuzu El Kitabı: T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Ankara.

Donovan, D. M., & O'Leary, M. R. (1978). The Drinking-Related Locus of Control Scale: Reliability, Factor Structure, and Validity. Journal of Studies on Alcohol, 39, 759-783.

Dönmez, A.(1983). Denetim Odağı ve Çevre Büyüklüğü. Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Fakültesi Dergisi, 16(1):37-47.

Dönmez, A.(1985). Denetim Odağı (Locus of Control). Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Fakültesi Dergisi, 18(1):31-45.

Dönmez, A.(1986). Denetim Odağı: Temel Araştırma Alanları. Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Fakültesi Dergisi,19(1):259-280.

Ektiricioğlu, C. (2016). Alkol ve Madde Bağımlılarında İçselleştirilmiş Damgalanma ve Tedavi Motivasyonu İlişkisinin İncelenmesi., Yüksek Lisans Tezi, Marmara Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.

Emeç, H. Ve Gülay, E. (2007). Alkol Tüketimi ve Alkol Tüketiminde Sosyo-Demografik Değişkenlerin Etkisi Üzerine Ekonometrik Model Uygulaması. Türkiye 8. Ekonometri ve İstatistik Kongresi 24-25 İnönü Üniversitesi, Malatya.

Enoch, MA.(2002). The Influence of Gene–Environment Interactions on the Development of Alcoholism and Drug Dependence. Curr Psychiatry Rep. Apr; 14(2): 150–158.

Ergenç, G. Ve Yıldırım, E. (2007). Madde Kullanımı Önleme Kılavuzu. İstanbul: T.C. İstanbul Valiliği Milli Eğitim Müdürlüğü.

Erol, K. (2017). Bonzai Zehirlenmeleri. Osmangazi Tıp Dergisi, 39(3):130-139.

Ertoğlu, M.N.(2013). Ankara Amatem’de Alkol Tedavisi Gören Bireylerin Tedavi Sürecinde Karşılaştıkları Problemlerin Tedavi Motivasyonu ile Arasındaki İlişkiler ve Sosyal Hizmetler Uygulamalarının İncelenmesi. Yüksek Lisans Tezi, Hacettepe Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü. Ankara.

European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. The state of the drugs problem in Europe. Annual Report 2005.

European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. The state of the drugs problem in Europe. Annual Report 2018.

Evren, C., Bozkurt, M. (2013). Sentetik Kannabinoidler. Düşünen Adam, 26:1-11.

Evren, C. ve Ögel, K. (2003). Alkol/Madde Bağımlılarında Dissosiyatif Belirtiler ve Çocukluk Çağı Travması, Depresyon, Anksiyete ve Alkol/Madde Kullanımı ile İlişkisi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 4, 30-37.

Evren C, Saatçioğlu Ö, Dalbudak E ve ark.(2006). Tedavi Motivasyonu Anketi(TMA) Türkçe Versiyonunun Alkol Bağımlısı Hastalarda Faktör Yapısı Geçerliliği ve Güvenirliği. *Bağımlılık Dergisi*, 7:117-122.

Gökçakan, Z., Yanılmaz, B. (1998). Öğretmen Adaylarında Denetim Odağı ve Stresle Başa Çıkma Tarzları. VII. Ulusal Eğitim Bilimleri Kongresi, Selçuk Üniversitesi Eğitim Fakültesi Yayınları, 2. Cilt:287-290.

Güneysel, Ö., Yeşil, O. ve Onur, Ö.(2008). Öngöremediğimiz Tehlike: Ekstazi. *Akademik Acil Tıp Dergisi*, 7(4):14-19.

Hettema, J., Steele, J., & Miller, W. R. (2005). Motivational Interviewing. *Annual Review of Clinical Psychology*, 1,91.

Hochreich, D.J.(1975). Sex Role Stereotypes for Internal-External Control and Interpersonal Trust. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*: 43,273.

Jaffe, J.H. (1975). Drug Addiction and Drug Abuse. In: Goodman LS, Gilman A (eds) *The pharmacological basis of therapeutics* (pp. 284-324), MacMillan, New York.

Johnson E.E., Nora R.M., Tan B., Bustos N.(1991). Comparison of Two Locus of Control Scales in Predicting Relapse in an Alcoholic Population. *Percep Mot Skills* ;72:43-50.

Karaağaç, H., Esenkaya Usta, Z., Usta, A. ve diğ.(2017). Kayseri Eğitim ve Araştırma Hastanesi AMATEM Kliniğinde Yatarak Tedavi Gören Hastaların Sosyo-demografik Özelliklerinin Retrospektif Analizi. *Düşünen Adam Dergisi*, 30:251-257.

Karaaziz, M. Ve Keskindağ, B. (2016). Gençler Arasında Popüler Psikoaktif Madde; Sentetik Kannabinoid (Bonzai): Bir Gözden Geçirme. *Klinik Psikiyatri Dergisi*: 19:137-144,Kıbrıs.

Kayaalp, O., Uzbay, T. (2012). İlaç Kötüye Kullanımı ve İlaç Bağımlılığı. *Akılcı Tedavi yönünden Tıbbi Farmakoloji* 13.baskı. 2. Cilt.846-868.

Kılıç, S.F.(2016). Bağımlılık ve Uyarıcı Maddeler. Osmangazi Tıp Dergisi; 38:55-60.

Knipe, H.(1981). External Versus İnternal Locus of Control in Longterm Drug Abusers. Theses Digitization Project. 260.

Koski-Jannes, A. (1994). Drinking-Related Locus of Control as a Predictor of Drinking After Treatment. Addictive Behaviors, 19, 491–495.

Köknel, Ö.(1998). Bağımlılık :Alkol ve Madde Bağımlılığı. 1.Basım,İstanbul: Altın Kitaplar Yayınevi.

Köroğlu, E.(2013).Alkol Madde Kullanım Bozuklukları. Ruhsal Bozukluklar Tanısal ve Sayımsal El Kitabı, Beşinci Baskı(DSM-V). Ankara: Hekimler Yayın Birliği.

Li, E.C., Feifer, C., Strohm, M.(2000). A Pilot Study: Locus of Control and Spiritual Beliefs in Alcoholics Anonymous and Smart Recovery Members. Addictive Behaviors 25(4): 633-640.

Mat, A.(2010). Bitkiden İlaça: Hepsinin Bir Öyküsü Var. İstanbul: Pharmavision Kültür Yayınları.

McKim, W.A. (2000). Drugs and Behavior An Introduction to Behavioral Pharmacology. 4. Baskı, New Jersey, Upper Saadle River, s.154-178.

Miller, W. R., Rollnick, S. (2002). Motivational İnterviewing: Preparing People for Change (2nd ed. p. 5). New York: Guilford Press.

Mitchell, D., Angelone, J.A.(2006). Assessing the Validity of the Stages of Change Readiness and Treatment Eagerness Scale with Treatment-Seeking Military Service Members. Military Medicine: 171(9):900-4.

Nash, J.M. (1997). Addicted: Why Do People Get Hooked? Mounting Evidence Points to a Powerful Brain Chemical Called Dopamin. TIME, May 5.

Nebioğlu, M., Yalnız, H., Güven, F. M. ve Geçici, Ö. (2013). Opiyat Bağımlılarında Diğer Maddelerin Kullanımı ve Sosyodemografik Özellikler ile İlişkisi. TAF Preventive Medicine Bulletin, 12(1), 35-42.

Ögel, K. (2002). Madde Bağımlılarına Yaklaşım ve Tedavi. İstanbul: IQ Yayıncılık.

Ögel, K. Ve Erol, B.(2005). Çocuklarda Sigara Alkol ve Madde Bağımlılığı. İstanbul: Morpa Kültür Yayınları.

Ögel, K.(2010). Sigara, Alkol ve Madde Kullanım Bozuklukları: Tanı, Tedavi ev Önleme. İstanbul: Yeniden Yayınları.

Özbay, Y., Yılmaz, S., Büyüköztürk, Ş. ve diğerleri.(2018). Madde Bağımlılığı: Temiz Bir Yaşam için Bireyin Güçlendirilmesi. Addicta: The Turkish Journal on Addictions, 5(1), 81-130.

Özpoyraz N., Taman L., Şentürk A. (1998). Alkol ve Madde Kullanım Bozuklukları. 1-10. <https://www.researchgate.net/publication/274835111>

Öztürk, O. ve Uluşahin, N. A. (2015). Ruh Sağlığı ve Bozuklukları (13.baskı). Ankara: Nobel Tıp Kitabevi.

Pektaş Ö, Mırsal H, Kalyoncu A, ve ark. (2003). Remisyondaki Alkol Bağımlılarında Kontrol Odağı. Bağımlılık Dergisi; 4: 72-75.

Prochaska, J.O., DiClemente, C.C.(1982). Transtheoretical Therapy: Towards a More İntegrative Model of Change. Psychotherapy: Theory. Research and Practice; 19:276-288.

Rotter, J.B.(1966). Generalized Expectancies for İnternal Versus External Control of Reinforcements. Psychological Monographs; 8:1-28.

Ryan, R.M, Plant, R.W., O'Malley, S.(1995). Initial Motivation for Alcohol Treatment: Relations with Patient Characteristics, Treatment Involvement and Dropout. Addict Behav. ;20:279-297.

Saatçioğlu, Ö., Yapıcı, A., Ciğerli, G. Ve ark.(2007). Yatarak Tedavi Gören Bağımlı Hastalarda Nüksün Değerlendirilmesi. Bağımlılık Dergisi: 8,133-137.

Savaşan, A. (2010).Bağımlı Olan Hastalarda Servis Ortamı ve Tedavi Motivasyonu İlişkisinin İncelenmesi. Klinik Psikiyatri Dergisi, 13(3): 119-126.

Sharp, C., Hurford, D.P., Allison, J., Sparks, R., Cameron, B.P. (1997). Facilitation of Internal Locus of Control in Adolescent Alcoholics Through a Brief Biofeedback-Assisted Autogenic Relaxation Training Procedure. *J Subst Abuse Treat*;14:55-60.

Stark, M. J. (1992). Dropping Out of Substance Abuse Treatment: A Clinically Oriented Review. *Clinical Psychology Review*, 12, 93–116.

Taşçı, E., Atan, U., Durmaz, N., Erkuş, H. ve Sevil, U. (2005). Kız Meslek Lisesi Öğrencilerinin Madde Kullanma Durumları. *Bağımlılık Dergisi*, 6, 122-128.

Türkiye İstatistik Kurumu. (2017). Sağlık Araştırması 2016 [Health Survey, 2016]. Retrieved from http://www.turkstat.gov.tr/PreIstatistikTablo.do?istab_id=2396

Türkcan, A. (1998). Türkiye’de Madde Kullananların Profili: Hastane Verilerinin İncelenmesi. *Düşünen Adam*, 11 (3), 56-64.

Türkcan, A., Coşkun, B. ve ark.(2001). Alkol Bağımlılarında Bir Tedavi Programının 3 Aylık İzlem Sonuçları. *Bağımlılık Dergisi*: 2,30-33.

Türkiye Uyuşturucu ve Uyuşturucu Bağımlılığı İzleme Merkezi(TUBİM). Türkiye Uyuşturucu Raporu 2011, Ankara.

Türkiye Uyuşturucu ve Uyuşturucu Bağımlılığı İzleme Merkezi(TUBİM). Türkiye Uyuşturucu Raporu 2016, Ankara.

Ulukoca, N., Gökgöz, Ş. ve Karakoç, A. (2013). Kırklareli Üniversitesi Öğrencileri Arasında Sigara, Alkol ve Madde Kullanım Sıklığı. *Fırat Tıp Derg*, 18(4), 230-234.

Uluğ, B., Gürel, Ş.C. (2011). Esrar (Kannabis) Kullanımına Bağlı Ruhsal ve Davranışsal Bozukluklar. In: Akvardar Y, Arıkan Z, Berkman K, Dilbaz N, Oral G, Uluğ B, Et Al. (Eds.)*Madde Bağımlılığı Tanı El Kitabı*. T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü; P. 141–145.

United Nations Office on Drugs and Crime.(2016). World Drug Report. United Nations Office on Drug and Crime. New York: Author.

Uzbay, T.(2009). Madde Bağımlılığının Tarihçesi, Tanımı, Genel Bilgiler ve Bağımlılık Yapan Maddeler. Türk Eczacılar Birliği Yayını, Meslek İçi Sürekli Eğitim Dergisi, 21.

Uzbay, T.(2015). Madde Bağımlılığı Tüm Boyutlarıyla Bağımlılık ve Bağımlılık Yapan Maddeler. 1.Baskı, İstanbul: İstanbul Tıp Kitabevi.

Uzbay, T.(2018). Hazdan Bağımlılığa. 3.Baskı, İstanbul: Destek Yayınları.

Wing, D.M. (1995). Transcending Alcoholic Denial. J Nurs Scholarsh;27:121-126.

World Health Organization. (2014). Global Status Report on Alcohol and Health-2014 Report. Retrieved from http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112736/1/9789240692763_eng.pdf

Yeh, M. (2008). Locus of Control and Motivation to Change among Male Patients with Alcohol Dependence Taiwanese J Psychiatry;22:193-201.

Yüncü, Z., Gürçay, E., Topçu Kabasakal, Z., Özbaran, B., Tamar, M., & Aydın, C. (2009). Madde Kullanım Bozukluğu Olan Ergenlerde Ayrılma Bireyleşme Süreci. New/Yeni Symposium Journal , 47 (4), 225-234.

Yüncü, Z., Kabukçu Başay, B., Özbaran, B., Aydın, C. ve Tamar, M. (2008). Madde Kullanım Bozukluğu Olan Ergenlerde HBV: Yaygınlık, Riskler, Aşılama. Anadolu Psikiyatri Dergisi, 9(4), 208-216.

Zorlu, N., Türk, H., Manavgat, A. Ğ., Karadaş, B. ve Gülseren, Ş. (2011). Denetimli Serbestlik Uygulaması Kapsamında Başvuran Hastalarda Sosyodemografik, Klinik Özelliklerin ve Alkol Kullanım Bozukluğu Sıklığının Geriye Dönük Değerlendirilmesi. Anadolu Psikiyatri Dergisi, 12, 253-257.

EKLER

EK-1. BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU

ÇALIŞMANIN ADI: Alkol ve Madde Bağımlılarında Kontrol Odağı'nın Tedavi Motivasyonu ile İlişkisinin İncelenmesi

Aşağıda bilgileri yer almakta olan bir araştırma çalışmasına katılmanız istenmektedir. Çalışmaya katılıp katılmama kararı tamamen size aittir. Katılmak isteyip istemediğinize karar vermeden önce araştırmanın neden yapıldığını, bilgilerinizin nasıl kullanılacağını, çalışmanın neleri içerdiğini, olası yararları ve risklerini ya da rahatsızlık verebilecek yönlerini anlamanız önemlidir. Lütfen aşağıdaki bilgileri dikkatlice okumak için zaman ayırınız. Eğer çalışmaya katılma kararı verirsiniz, Çalışmaya Katılma Onayı Formu'nu imzalayınız. Çalışmadan herhangi bir zamanda ayrılmakta özgürsünüz. Çalışmaya katıldığımız için size herhangi bir ödeme yapılmayacak ya da sizden herhangi bir maddi katkı/malzeme katkısı istenmeyecektir.

ÇALIŞMANIN KONUSU VE AMACI:

Motivasyon hastanın tedavi olanaklarını aramasında, tedaviye uyum sağlamasında, uzun vadeli davranış değişiklikleri yapmasında ve tedaviden anlamlı sonuçlar almasında etkili bir faktördür. Bağımlılık hastalarında uygun tedavi motivasyonunun olmaması tedavi seyrini olumsuz etkilemektedir. Hastanın tedaviyi yarım bırakmasına, tamamlayamamasına ve hastalığın tekrarlamasına neden olmaktadır.

Bu çalışmada alkol ve madde bağımlısı kişilerde kontrol odağının tedavi motivasyonu üzerindeki etkisini tespit etmek ve ayrıca elde edilen verilerin analizi sonucu ortaya çıkan bulgularla literatüre katkı sağlamak amaçlanmıştır.

ÇALIŞMA İŞLEMLERİ:

Bu çalışmaya katıldığınız takdirde size doldurmanız için 3 farklı form verilecektir. Bu formlardan ilkinde bazı demografik bilgilerinizle ilgili sorular bulunmaktadır. Bu form araştırmacı tarafından hazırlanmıştır. Diğer iki form standardize ölçeklerdir. Bu ölçekler sizin tedavi motivasyonunuzu ve kontrol odağı algınızı ölçmektedir. Tüm formları eksiksiz doldurmanız beklenmektedir.

ÇALIŞMAYA KATILMAMIN OLASI YARARLARI NELERDİR?

Bu çalışmaya katılarak araştırmaya destek vermiş, güncel veriler elde etmemizi sağlayarak daha önce bire bir çalışılmamış olan Alkol ve Madde Bağımlılarında Kontrol Odağı ile Tedavi Motivasyonu İlişkisi konusu hakkında literatüre katkı sağlamamıza yardımcı olmuş olacaksınız.

KİŞİSEL BİLGİLERİM NASIL KULLANILACAK?

Ad, soyad ve şahsınızı deşifre edebilecek hiçbir bilgi başka kişi veya kurumlarla paylaşılmayacak, araştırma sınırları kapsamında gizli tutulacaktır.

SORU VE PROBLEMLER İÇİN BAŞVURULACAK KİŞİLER:

1.Dilruba KESKİN / dilrubakeskin@gmail.com

Çalışmaya Katılma Onayı

Yukarıdaki bilgileri ilgili araştırmacı ile ayrıntılı olarak tartıştım ve kendisi bütün sorularımı cevapladı. Bu bilgilendirilmiş olur belgesini okudum ve anladım. Bu araştırmaya katılmayı kabul ediyor ve bu onay belgesini kendi hür irademle imzalıyorum. Bu onay, ilgili hiçbir kanun ve yönetmeliği geçersiz kılmaz. Araştırmacı, saklamam için bu belgenin bir kopyasını çalışma sırasında dikkat edeceğim noktaları da içerecek şekilde bana teslim etmiştir.

Gönüllü Adı Soyadı:

Tarih ve İmza:

Telefon:

Vasi (var ise) Adı Soyadı:

Tarih ve İmza:

Telefon:

EK-2. SOSYODEMOGRAFİK VERİ FORMU

Kişisel Bilgi Formu

Lütfen boşlukları size uygun şekilde doldurunuz.

- 1) Yaşınız:.....
- 2) Cinsiyetiniz:
Erkek () Kadın ()
- 3) Eğitim Durumunuz:
Okur-Yazar() İlkokul() Ortaokul() Lise() Önlisans() Lisans()
Lisansüstü() Doktora()
- 4) Çalışma Durumunuz:
Çalışıyorum() Çalışmıyorum()
- 5) Mesleğiniz:.....
- 6) Medeni Haliniz:
Evlili() Bekar() Dul() Boşanmış()
- 7) Kiminle Yaşıyorsunuz:
Eşle() Anne ve Babayla() Arkadaşla() Yalnız()
Diğer(.....)
- 8) Anne-Baba:
Evlili ve Birlikte yaşıyor() Evlili ama Ayrı yaşıyor() Boşanmış()
- 9) Annenizin Eğitim Durumu:
Okur-Yazar Değil() Okur-Yazar() İlkokul() Ortaokul() Lise()
Önlisans() Lisans() Lisansüstü() Doktora()
- 10) Babanızın Eğitim Durumu:
Okur-Yazar Değil() Okur-Yazar() İlkokul() Ortaokul() Lise()
Önlisans() Lisans() Lisansüstü() Doktora()
- 11) Aylık Gelir Seviyesi(TL):
3500 ve altı() 3500-7500 arası() 7500-10000 arası() 10000 ve üstü()
- 12) İlk Alkol/Madde Kullanım Yaşı:.....
- 13) İlk Kullanılan Madde:.....

14) Alkol/Maddeye Başlama Nedeni:

Arkadaş Israrı() Eğlenmek() Özenmek() Merak etmek()

Sorunlarla Baş Etmek() Diğer(.....)

15) Kullanılan Madde/Maddeler(Birden fazla seçebilirsiniz):

Esrar() Eroin() Alkol() Bonzai() Kokain() LSD() Uçucu Maddeler() Metamfetamin() Extacy() Alkol() Diğer(.....)

16) En Uzun Temiz Kalma Süreniz:.....

17) Alkol/Madde Nedeniyle Daha Önce Hastane Yatışınız Oldu Mu? :
Evet() Hayır()

18) Cevabınız Evet ise Kaç Kez?:.....

19) Maddeyi/Alkolü istediğim zaman bırakabileceğime inanıyorum:

Evet() Hayır()

20) Birinci Derece Yakınlığınızda Alkol/Madde Kullanımı var mı?
Alkol() Madde() Her İkisi de() Yok()

21) Birinci Derece Yakınlığınızda Psikiyatrik Rahatsızlık Var mı?
Hayır() Anne() Baba() Kardeş()

EK-3. TEDAVİ MOTİVASYONU ANKETİ (TMA)

Ek 1:

Tedavi Motivasyonu Anketi (TMA)

	Kesinlikle katılmıyorum	Katılmıyorum	Bilmiyorum	Katılıyorum	Kesinlikle katılıyorum
1.Tedavi için geldim, çünkü değişmek istiyorum.					
2.Yardım almazsam kendimi iyi hissetmiyeceğim.					
3.Yasal sistem tarafından tedaviye gönderildim.					
4.Tedavi için geldim, çünkü kendimi suçlu hissediyorum.					
5.Tedavi için geldim, çünkü bu benim için kişisel olarak önemli.					
6.Tedaviyi sürdürmezsem başım belaya girer.					
7.Eğer tedaviyi sürdürmezsem kendimi kötü hissederim.					
8.En iyi kazancım tedaviyi tamamlamaktır.					
9.Tedaviyi sürdürmezsem başarısız hissederim.					
10.Tedaviyi sürdürme konusunda seçeneğim olduğunu sanmıyorum.					
11.Tedaviyi sürdürmek kendime yardım etmenin en iyi yoludur.					
12.Tedaviye geldim, çünkü gelmem için baskı gördüm.					
13.Bu programın benim için işe yarayacağından emin değilim.					
14.Bu programın işime yarayacağından eminim.					
15.Tedaviye geldim, çünkü yardım almak istiyorum.					
16.İçmeyi bırakmamda programın bana yardımcı olacağından şüphe ediyorum.					
17.Programda başkalarıyla birlikte kalmak istiyorum.					
18.Başkalarıyla endişelerimi ve hislerimi paylaşmak istiyorum.					
19.Tedavide başkalarıyla yakın çalışmak önemli olacaktır.					
20.Bu tedaviyi seçmekten ben sorumluyum.					
21.Programın sorunlarımı çözmeye yardımcı olacağını düşünmüyorum.					
22.Sorunlarımla ilgilenilmesi için sabırsızlanıyorum.					
23.Tedaviyi seçtim, çünkü tedavi değişmem için bir fırsat.					
24.Bu sefer tedaviden sonuç alacağımdan emin değilim.					
25.Tedavide diğerleriyle endişelerimi paylaşmak rahatlatır.					
26.Yardım ve desteğe ihtiyacım olduğu gerçeğini kabul ediyorum.					

EK-4. ROTTER'IN İÇ-DIŞ KONTROL ODAĞI ÖLÇEĞİ (RIDKOÖ)

Yönerge: Aşağıda a ve b olarak verilen çift cümlelerin hangisinin daha doğru olduğunu düşünüyorsanız onun önüne X işaretini koyunuz. İşaretlemeniz gerektiğini düşündüğünüzü veya doğru olmasını arzu ettiğinizi değil, gerçekten doğru olduğuna inandığınızı işaretleyiniz.

Bazı çift cümlelerin her ikisi de fikrinize uygun olmayabilir. Böyle bir durumda da gene bu iki cümleden fikrinize biraz daha uygun olanı seçiniz. Her çift cümleyi kendi başına ele alınız, ona göre cevap verirken diğer çift cümlelere verdiğiniz cevapların etkisinde kalmayınız.

1. a) Çocukların başlarının belaya girmesinin nedeni ana-babalarının onları çok fazla cezalandırmasıdır.

b) Bugünlerde birçok çocuğun sorun olmasının nedeni ana-babalarının onlara karşı çok gevşek davranmasıdır.

2. a) Kişilerin hayatlarındaki üzücü olayların çoğuna kısmen şanssızlık neden olur.

b) Kişilerin başına gelen talihsizliklere kendi yaptıkları hatalar neden olur.

3. a) Savaşların var olmasının ana nedenlerinden biri insanların siyasete yeterince ilgi duymamasıdır.

b) İnsanlar ne kadar önlemeye çalışırlarsa çalışsınlar, savaşlar her zaman var olacaktır.

4. a) Eninde sonunda insanlar bu dünyada hak ettikleri saygıyı kazanacaklardır.

b) Ne yazık ki ne kadar çabalarsa çabalasın kişinin değeri çoğu zaman anlaşılmaz.

5. a) Öğretmenlerin öğrencilere adil davranmadıkları düşüncesi çok saçmadır.

b) Birçok öğrenci aldığı notun ne dereceye kadar tesadüfi olaylardan etkilendiğinin farkında değildir.

6. a) Şans izin vermezse kişi etkili bir lider olamaz.

b) Yetenekli oldukları halde lider olamamış kişiler ellerine geçen fırsatları yeterince değerlendirememiş demektir.

7. a) Ne kadar çabalasanız da nedense bazı insanlar sizi sevmezler.

b) Başkalarının kendisini sevmesini sağlayamayan kişi insanlarla nasıl geçineceğini bilemeyen kişidir.

8. a) İnsanın kişiliğinin belirlenmesinde en önemli rolü kalıtım belirler.

b) İnsanın kişiliğini deneyimler belirler.

9. a) Sık sık şahit oldum ki “her şey olacağına varır”.

b) Kararlı adım atmak yerine kadere inandığımda hep zararlı çıkmışumdur.

10. a) İyi hazırlanmış bir öğrenci için “haksız bir sınav” hemen hemen söz konusu olamaz.

b) Çoğu zaman sınav soruları dersin konusuyla öylesine ilgisiz oluyor ki çalışmanın gerçekten yararı olmuyor.

11. a) Başarı çok çalışmaya bağlıdır, şansla hemen hemen hiç ilgisi yoktur.

b) İyi bir işe girmek esas olarak, uygun zamanda uygun yerde bulunmaya bağlıdır.

12. a) Herhangi bir vatandaş hükümet kararları üzerinde etkili olabilir.

b) Dünya başta bulunan birkaç güçlü kişi tarafından yönetilir, herhangi birinin bu konuda yapabileceği fazla bir şey yoktur.

13. a) Plan yaptığımda onları başarıyla uygulayacağımdan hemen hemen eminimdir.

b) Çok önceden planlar yapmak her zaman akıllıca bir iş değildir. Çünkü nasılsa birçok şey iyi veya kötü şansa bağlıdır.

14. a) Bazı insanlar vardır ki nereden bakarsan bak iyi değildirler.

b) Her insanda iyi olan bir yön vardır.

15. a) Benim için istediğini elde etmenin şansla hiç ilgisi yoktur.

b) Çoğu kez her şey öylesine şansa bağlıdır ki, ne yapacağımıza karar vermek için yazı-tura bile atabiliriz.

16. a) Kimin sözünün geçeceği genellikle uygun yerde ilk bulunma şansına sahip olmaya bağlıdır.

b) İnsanlara doğru olanı yaptırmak yetenek işidir, şansla hemen hemen hiç ilgisi yoktur.

17. a) Dünya meselelerinde çoğumuz, anlayamadığımız ve kontrol edemediğimiz güçlerin kurbanlarıyız.

b) İnsanlar siyasal ve toplumsal konulara aktif olarak katılarak dünya olaylarını kontrol edebilirler.

18. a) Çoğu kişi hayatlarının ne dereceye kadar tesadüfi olaylar tarafından kontrol edildiğinin farkında değildir.

b) Gerçekte şans diye bir şey yoktur.

19. a) Kişi daima hatalarını kabul etmeye gönüllü olmalıdır.

b) Genellikle kişinin hatalarını örtbas etmesi en doğrudur.

20. a) Birinin sizi gerçekten sevip sevmediğini bilmek güçtür.

b) Kaç tane arkadaşınızın olduğu sizin ne kadar iyi bir insan olduğunuza bağlıdır.

21. a) Başımıza gelen kötü olaylar uzun vadede iyileriyle dengelenir.

b) Birçok talihsiz olay yeteneksizlik, bilgisizlik, tembellik veya üçünün bir arada bulunması sonucu meydana gelir.

22. a) Yeterli çaba harcarsak siyasette kötülüğü ortadan kaldırebiliriz.

b) İnsanların, politikacıların masa başında yaptığı şeyleri kontrol altında tutması zordur.

23. a) Bazen öğretmenlerin nasıl not verdiklerini anlayamıyorum.

b) Çalışma oranım ile aldığım notlar arasında direkt bir bağlantı vardır.

24. a) İyi bir lider insanların, ne yapmaları gerektiği hakkındaki kararları kendi kendilerine vermelerini bekler.

b) İyi bir lider, herkese düşen görevi açıkça bildiren kişidir.

25. a) Çoğu zaman, başıma gelen olaylar üzerinde çok az etkim olduğunu düşünürüm.

b) Tesadüf ya da talihin hayatımda önemli bir rol oynadığına inanmayı aklım almıyor.

26. a) İnsanlar arkadaşça davranmaya çalışmadıkları için yalnızdırlar.

b) İnsanları memnun etmek için çok fazla çabalamanın yararı yoktur, seni ya severler ya sevmezler.

27. a) Liselerde spor üzerinde çok fazla duruluyor.

b) Takım sporları olumlu bir kişiliğin gelişmesi için mükemmel bir yöntemdir.

28. a) Başıma gelen her şey benim davranışlarımın sonucudur.

b) Zaman zaman hayatımın gidişatı üzerinde yeterli kontrolüm yokmuş gibi hissediyorum.

29. a) Çoğu zaman politikacıların davranışlarını anlayamıyorum.

b) Uzun vadede, bütün vatandaşlar, yerel de olsa ülke çapında da olsa kötü yönetimden sorumludur.

ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler

Ad Soyad: Dilruba Keskin

Doğum Tarihi: 01.01.1995

Doğum Yeri: Kayseri

E-Posta: dilrubakeskin@gmail.com

Eğitim Bilgileri

Yüksek Lisans: Bağımlılık Danışmanlığı ve Rehabilitasyon - Üsküdar Üniversitesi (2017-2019)

Lisans: Psikolojik Danışmanlık ve Rehberlik – Fatih Üniversitesi (2012-2016)

Yabancı Dil ve Düzeyi

İngilizce (Okuma-Yazma-Konuşma) – Orta

İş Deneyimi

2016 – Beylikdüzü IMKB Ortaokulu(Staj)

2018 – NP İstanbul Beyin Hastanesi(Staj)

