



T. C.
ÜSKÜDAR ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

PSİKIYATRİ HEMŞİRELİĞİ YÜKSEK LİSANS PROGRAMI
YÜKSEK LİSANS TEZİ

**ALKOL VE MADDE KULLANIM BOZUKLUĞU TANISI İLE YATAN
HASTALARDA TEDAVİ ORTAMININ TEDAVİ MOTİVASYONUNA ETKİSİ**

Duygu GÜLTEKİN

Tez Danışmanı

Prof. Dr. Selma DOĞAN

İSTANBUL-2018

T. C.
ÜSKÜDAR ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

PSİKIYATRİ HEMŞİRELİĞİ YÜKSEK LİSANS PROGRAMI
YÜKSEK LİSANS TEZİ

**ALKOL VE MADDE KULLANIM BOZUKLUĞU TANISI İLE YATAN
HASTALARDA TEDAVİ ORTAMININ TEDAVİ MOTİVASYONUNA ETKİSİ**

Duygu GÜLTEKİN

Tez Danışmanı
Prof. Dr. Selma DOĞAN

İSTANBUL- 2018

T.C.
ÜSKÜDAR ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

Anabilim Dalı : Hemşirelik
Program : Psikiyatri Hemşireliği
Öğrenci No : 134204004
Öğrenci Adı Soyadı : Duygu GÜLTEKİN

“Alkol ve Madde Kullanım Bozukluğu Tanısı ile Yatan Hastalarda Tedavi Ortamının Tedavi Motivasyonuna Etkisi” isimli çalışma aşağıdaki jüri tarafından 21/09/2018 tarihinde yapılan sınavda Yüksek Lisans Tezi olarak oybirliğiyle kabul edilmiştir.

Jüri Başkanı : Prof.Dr. Besti ÜSTÜN
(Üsküdar Üniversitesi)

İmza 

Danışman : Prof.Dr. Selma DOĞAN
(Üsküdar Üniversitesi)

İmza 

Üye : Doç.Dr. Semra KARACA
(Marmara 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

Bu araştırmanın amacı alkol ve madde kullanım bozukluğu tanısı ile yatan hastalarda tedavi ortamının tedavi motivasyonu üzerindeki etkisini incelemektir.

Araştırma İstanbul il sınırları içindeki bir özel hastanede yapılmıştır. Çalışma kapsamına, 2017 yılında Ocak-Mart aylarını kapsayan üç aylık süre içinde yatan ve çalışmaya katılmayı kabul eden toplam 150 hasta alınmıştır. Veriler, Tedavi Motivasyonu Anketi(TMA), Servis Ortamı Ölçeği(SOÖ) ve Kişisel Bilgi Formu(KBF) yoluyla toplanmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde yüzdeler, Kruskal Wallis-H testi ve Mann Whitney-U testleri kullanılmıştır.

Araştırmadan elde edilen bulgulara göre; hastaların %78.7'si erkek, % 60'ı 25 yaş ve altı, %76'sı bekar, %56'sı lise ve üzeri eğitilmiş olup %78.7'si ailesi ile birlikte yaşamaktadır. Hastaların %15.3'ü alkol bağımlılığı tanısı ile tedavi olurken, %2.3'ü bonzai, diğerleri ise esrar, eroin bağımlılığı nedeniyle tedavi olmaktadır. Diğer yandan hastaların %56'sı 1-5 yıldır, % 27.3'ü ise bir yıldan kısa süredir madde kullanmakta olup %35'i ilk kez tedavi olmaktadır. Hastaların %24.6'sı daha önce yatarak tedavi görmüştür. Ayrıca hastaların %5.3'ü ilaç tedavisi ile birlikte ÇİP tedavisi almaktadır.

Hastaların Tedavi Motivasyonu Anketi genel ve alt grup puanları incelendiğinde; TMA toplam puan ortalaması 100.86 (en yüksek=130) iken ölçek alt gruplarından içsel motivasyon X.46.52 (en yüksek x: 55), dışsal motivasyon x: 15.39 (en yüksek x: 20), kişilerarası yardım 23.55 (en yüksek x: 30) ve tedaviye güven puan ortalaması x: 14.54(en yüksek x:25) olarak bulunmuştur.

Servis Ortamı Ölçeği puanları incelendiğinde ise, ölçeğin tüm alt gruplarında hastaların servis ortamı algıları orta düzeyde bulunmuştur. Buna göre; katılım, x: 4.86, destek x: 5.56, spontanlık x: 4.93, otonomi x: 4.16, pratik yönelim x:5.18, kişisel sorun yönelimi x: 4.83, öfke-saldırganlık x: 4.88, düzen-organizasyon x: 6.06, program açıklığı puan ortalaması x: 5.96 ve çalışan kontrolü x: 5.93 olarak bulunmuştur.

Hastaların TMÖ ile SOÖ puanları karşılaştırıldığında; SOÖ destek alt grubu ile TMÖ içsel motivasyon, dışsal motivasyon, kişilerarası yardım arama ve ölçeğin toplam puanları arasında ters yönde zayıf bir ilişki saptanmıştır. Tedaviye güven alt boyutunda ise anlamlı düzeyde doğrusal ilişki bulunmuştur. SOÖ ise program açıklığı alt grubu ile TMÖ kişilerarası yardım ve genel puanları arasında yine ters yönde zayıf ilişki, tedaviye güven

alt grubu ile de anlamlı düzeyde doğrusal ilişki olduğu görülmüştür. Ayrıca SOÖ çalışan kontrolü alt grubu ile TMÖ karşılaştırıldığında, TMÖ geneli ve içsel motivasyon alt grubu ile arasında ters yönde zayıf ilişki bulunmuştur. Diğer gruplar arasında anlamlı düzeyde bir ilişki belirlenmemiştir ($p<0.05$).

Hastaların Tedavi Motivasyonu Ölçeği puanları bireysel ve hastalık özelliklerine göre değerlendirildiğinde; cinsiyet dışındaki diğer değişkenler yönünden tedavi motivasyonunda anlamlı fark bulunmamıştır.

Araştırma sonucunda elde edilen bulgular doğrultusunda, araştırmanın yapıldığı kurumda alkol ve madde kullanım bozukluğu nedeniyle tedavi olan hastaların tedavi motivasyonlarının genel olarak yüksek olduğu, bununla birlikte tedavi ortamının hastaların tedavi motivasyonları üzerinde genel olarak etkili olmadığı görülmektedir.

Anahtar Sözcükler: Alkol ve madde kullanım bozukluğu, Tedavi Motivasyonu, Tedavi Ortamı.

ABSTRACT

The purpose of this study is to investigate the effect of therapeutic environment on treatment motivation in patients with alcohol and substance use disorder.

The research was conducted in a Greek hospital in a private hospital in the provincial borders of Istanbul. In the scope of the study, a total of 150 patients were admitted to participate in the study and to participate in the three-month period covering January-March 2017. Data were collected through the Treatment Motivation Questionnaire, the Service Environment Questionnaire and the Personal Information Form. Kruskal Wallis-H test and Mann Whitney-U tests were used in the evaluation of the data.

According to the findings obtained from the research; 78.7% of the patients were male, 60% were under 25 years old, 76% were single, 56% were high school and over educated and 78.7% were living with their family. 15.3% of the patients were treated with alcohol dependency, 2.3% were treated with bonzai and others were treated due to cannabis and heroin addiction. On the other hand, 56% of patients have been using drugs for 1-5 years and 27.3% have used drugs for a year, and 35% have been treated for the first time. 24.6% of patients had previous inpatient treatment. In addition, 5.3% of the patients are receiving CIP treatment with medication.

When the general and subgroup scores of the patients' Treatment Motivation Scale were examined; (Highest x: 130), while the subscale of the scale was X.46.52 (highest x: 55), external motivation x: 15.39 (highest x: 20), interpersonal assistance 23.55 x: 30) and the average of the custody trust scores was x: 14.54 (highest x: 25).

When the Service Environment Scale scores were examined, the service environment perceptions of the patients were found to be moderate in all subgroups of the scale. According to this; participation rate x: 4.86, support x: 5.56, spontaneity x: 4.93, autonomy x: 4.16, practical orientation x: 5.18, personal problem orientation x: 4.83, anger- aggression x: 4.88, score average x: 5.96 and employee control x: 5.93.

When the scores of patients with TMJ and HRQOL scale were compared; A weak relationship was found between the subordinate group of the STI support and the total scores of the internal motivation, external motivation, interpersonal assistance, and scale of the scale. A significant linear relationship was found in the treatment confidence sub-dimension. On the other hand, it was found that there was a significant linear relationship

between the subscale of the program openness subscale and the subscale of TME inter-
In addition, when the SES employee control subgroup is compared with the TMO, there
is a weak correlation between the TMÖ subscale and the intrinsic motivation subgroup.
There was no significant relationship between the other groups ($p < 0.05$).

When the treatment motivation scores of the patients were evaluated according to
individual and disease characteristics; gender there was no significant difference in
treatment motivation.

As a result of the research, it is seen that the treatment motivation of the patients treated
for alcohol and substance dependency in the study institution is generally high, and there
is generally no significant relationship between treatment environment perceptions and
treatment motivations.

Key Words: Alcohol and Substance Addiction, Treatment Motivation, Treatment
Environment

TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimim ve tez çalışmam boyunca bana her zaman ışık tutan, meslekte profesyonel anlamda beni yetiőtiren, tıbbi ve mesleki konularla birlikte, kiőtisel anlamda da kendime farklı bir bakıő açısı kazandıran danıőtmanım Prof. Dr. Selma DOĞAN baőtta olmak üzere, sabırları ve anlayıőları için annem Emine GÜLTEKİN ve babam Őükrü GÜLTEKİN'e;

Sonsuz teőtekkürler.



BEYAN FORMU

Bu çalışmanın kendi tez çalışmam olduğunu, planlanmasından yazımına kadar hiçbir aşamasında etik dışı davranışımın olmadığını, tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, tez çalışmasıyla elde edilmeyen bütün bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi beyan ederim.

17.10.2018

Duygu GÜLTEKİN



İÇİNDEKİLER

ÖZET	i
ABSTRACT	iii
TEŞEKKÜR	v
BEYAN FORMU	vi
İÇİNDEKİLER	vii
TABLolar DİZİNİ	ix
SİMGE ve KISALTMALAR	x
1.GİRİŞ VE PROBLEM TANIMI	1
1.1.Araştırmanın Amacı.....	5
1.1.1.Araştırmanın Soruları	5
2. GENEL BİLGİLER	6
2.1.Alkol ve Madde Kullanım Bozukluğu	6
2.1.1.Epidemiyoloji.....	8
2.1.2.Alkol ve Madde Kullanım Bozukluğunun Sınıflandırılması.....	9
2.1.3.Alkol ve Madde Kullanım Bozukluğunun Etiyolojisi	10
2.1.4.Alkol ve Madde Kullanım Bozukluğunda Tedavi	11
2.1.5.Alkol ve Madde Kullanım Bozukluğunda İmplant (Çip) Tedavisi	13
2.2.Tedavi Motivasyonu	14
2.2.1.Motivasyon Kavramı	14
2.2.2.Alkol ve Madde Kullanım Bozukluğunda Tedaviye Motivasyonu	15
2.3.Tedavi Ortamı	17
2.3.1.Tedavi Edici Ortamın Nitelikleri	17
2.3.2.Bağımlılıkta Tedavi Ortamı	19
2.3.3.Alkol ve Madde Kullanım Bozukluğu Tedavisinde AMATEM Kliniği	19
2.3.4.Tedavi Edici Ortam ve Psikiyatri Hemşireliği.....	21
3. YÖNTEM	23
3.1.Araştırmanın Şekli	23
3.2.Araştırmanın Yapıldığı Yer	23
3.3.Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	23
3.4.Verilerin Toplanması	24
3.4.1.Veri Toplama Araçları	24
3.4.1.1.Kişisel Bilgi Formu (Ek 1).....	24

3.4.1.2.Tedavi Motivasyon Anketi (TMA) (Ek 2).....	24
3.4.1.3.Servis Ortamı Ölçeği (SOÖ) (Ek 3).....	26
3.4.1.4.Veri Toplama Formlarının Uygulanması.....	28
3.4.2.Verilerin Değerlendirilmesi	29
3.4.3.Etik Boyut	29
4.BULGULAR.....	30
5.TARTIŞMA.....	39
5.1.Hastaların Tedavi Motivasyonu Ölçeği ve Servis Ortamı Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılmasının Tartışılması.....	39
5.2.Hastaların Tedavi Motivasyonu Genel ve Alt Grup Puan Ortalamaları İle İlgili Bulguların Tartışılması	41
5.3.Hastaların Tedavi Motivasyonu Ölçeği Puan Ortalamalarının Bireysel ve Hastalık Özelliklerine Göre Tartışılması	44
6.SONUÇLAR.....	45
KAYNAKLAR	47
EKLER	53

TABLULAR DİZİNİ

Tablo 1: Ölçeğin Alt Ölçek Maddeleri ve Her Birisinden Alınabilecek En Düşük ve En Yüksek Puanlar	26
Tablo 2: Ölçeğin boyutları ve Alt Ölçekleri İle İlgili Maddeler ve Her Birisinden Alınabilecek En Düşük ve En Yüksek Puanlar	28
Tablo 3: Hastaların Bireysel Özelliklerine Göre Dağılımı	30
Tablo 4: Hastaların Hastalık Özelliklerine Göre Dağılımı (n=150)	31
Tablo 5: Hastaların Tedavi Motivasyonu Ölçeği Genel ve Alt Grup Puan Ortalamalarının Dağılımı (n=150)	32
Tablo 6: Hastaların Servis Ortamı Ölçeği Alt Grup Puan Ortalamalarının Dağılımı (n=150).....	33
Tablo 7: Hastaların Tedavi Motivasyonu Ölçeği ve Servis Ortamı Ölçeği Genel ve Alt Grup Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	34
Tablo 8: Hastaların Bireysel ve Hastalık Özelliklerine Göre Tedavi Motivasyonu Ölçeği Genel Puan Ortalamalarının Dağılımı (n=150)	36
Tablo 9: Tedavi Motivasyonun Yordanmasına İlişkin Standart Çoklu Regresyon Analizi Sonuçları	37

SİMGE VE KISALTMALAR

KBF : Kişisel Bilgi Formu

TMA : Tedavi Motivasyonu Anketi

SOÖ : Servis Ortamı Ölçeği

SPSS : Statistical Package for Social Sciences



1.GİRİŞ VE PROBLEM TANIMI

Çağımızın en büyük problemlerinden biri olan alkol ve madde kullanım bozuklukları günümüzde en önemli halk sağlığı sorunları arasında sayılmaktadır. Madde kullanımı ile ilişkili bozuklukların yaygınlığı dünyada ve ülkemizde giderek artmaktadır. Alkol ve madde kullanım bozuklukları, kronik ve ilerleyici olmasının yanında ölümcül sorunlara da yol açan sorunlardır (Kalyoncu, 2010).

Ülkemizde de en önemli sağlık sorunlarından biri haline gelmektedir. TUBİM 2011 yılında Türkiye’de genel nüfusta bugüne kadar yapılan en kapsamlı madde kullanım yaygınlığı çalışmasını yapmıştır. Çalışmaya göre; katılımcıların %28,3’ü alkollü içecekleri denediğini belirtmiş ve ilk kez deneme yaşı ortalamasının 19 olduğu bulunmuştur. Yine aynı çalışmada katılımcıların %1,5’inin eroin ve türevleri maddeler kullandığı belirlenmiştir. Alkol kullanan katılımcılardan kadınların %14,9’u, erkeklerin %41,2’si alkol kullanmayı denemişken, kadınların %4,2’si, erkeklerin %15,8’i halen alkol kullanmaya devam ettiğini ifade etmiştir. Çalışmaya katılan bireylerin ilk sırada esrar, ikinci sırada ise diğer uçucuları kullandıkları belirlenmiştir (TUBİM, 2011).

Alkol ve madde kullanımı , bireyi etkilemesinin yanı sıra aileyi ve toplumu da etkilediği için fiziksel ve ruhsal sorunların yanında birçok sosyal, hukuki ve ekonomik soruna da yol açmaktadır. Alkolün bedensel olarak en büyük zararının karaciğere olduğu bilinmektedir. Aşırı alkol alımı karaciğerde yağ ve protein birikimi yaparak karaciğer yağlanmasına neden olur; ülser, ince bağırsak hastalıkları, yetersiz sindirim nedeniyle zayıf beslenme, başta B vitamini olmak üzere önemli seviyelerde vitamin eksikleri gibi rahatsızlıklara ve kas güçsüzlüklerine yol açar. (Tarhan ve Nurmedov, 2011). Zihinsel olarak, bireyi deprese ederek düşünme, yargılama ve kendini kontrol edebilme yetilerini bozmakta, motor hareketlerde zayıflatmakta, bireyin uykuya geçiş sürecini kısaltarak uyku bölünmelerine neden olmaktadır. Ruhsal açıdan; heyecan, neşe, üzüntü, korku, nefret, bilinç, dikkat, hafıza, algı, düşünce, beklenti, istek ve eylemlerle ilgili işlevlerde azalma, artma ve sapmaya yol açmaktadır (Köknel, 1998).

Sosyal açıdan ise; alkol ve madde kullanım bozukluğunun getirdiği sorunlar bireylerin, kişisel ilişkilerinin bozulması, yalnızlaşma, işini kaybetme, boşanma ve daha pek çok sorunla karşı karşıya kalmasına yol açmaktadır (Bilici ve ark., 2012). Yenigün'ün (2006) araştırmasına göre intiharların yarısı ile cinayetlerin üçte birisi alkol ve madde ile ilişkilidir. Madde kullanım sorunları olan çalışan bireylerin büyük bir kısmının işte

devamsızlık yaptıkları, bunun da büyük miktarda maddi zarara neden olduğu belirtilmektedir (Gümüş ve ark.,2002).

Alkol ve madde kullanımının olumsuz etkilerinden bireyin aile, iş çevresi ve toplumsal düzen de zarar görmektedir. Problemlili evlilikler, biten evlilikler, düzensiz aile yapısı, terk etme ve/veya boşanma gibi sorunlar aşırı alkol kullanımının sonuçları arasında sayılmaktadır. Alkollü araba kullanımının sonucunda trafik kazaları, ölümler ve yaralanmalar, kazaların sonucunda ortaya çıkan ekonomik yük, gelir kayıpları, yaralı ve/veya sakat kalmış bireylerin tıbbi ve sigorta masrafları hem bireysel hem toplumsal boyutta büyük zararlara sebep olmaktadır. (Yenigün, 2006).

Yukarıdaki nedenlerle; alkol ve madde kullanım bozukluğunun neden olduğu ağır sonuçların önüne geçilmesi için bağımlı bireylerin iyi yapılandırılmış bir tedavi programından geçirilmesi gerekmektedir. Bunun içinde ülkenin sağlık politikasına uygun olarak altyapısı oluşturulmuş kurum ve kuruluşlarda bu alanda yetiştirilmiş donanımlı bireyler tarafından tedavi edilmeleri önem kazanmaktadır.

Ruh sağlığı hizmetlerinden önemli bir bölümü alkol ve madde bozukluklarının önlenmesi, tedavisi ve rehabilitasyonuna yöneliktir. Alkol madde bağımlılığı tanısı alan hastaların tedavi süreci uzundur ve bu hastaların tedavi sürecinde uzun süre kalmaları tedavinin etkili olmasını arttırmaktadır.

Alkol ya da maddeyi belirli bir dönemden sonra kullanmadıktan sonra yeniden içmeye başlamak 'nüks' olarak adlandırılmaktadır. Oldukça karmaşık bir süreç olan nüksleri önlemek için kişinin yaşam biçimini değiştirmesi, desteklenmesi ve sosyal destek ağlarının güçlendirilmesi çok önemlidir. Ayrıca bilişsel olarak, alkol ve madde ile ilgili yanlış inanç ve tutumlarının değişmesi alkol madde alma isteği ile baş edebilme yolları belirleyebilmesi için tedaviye devamlılığı sağlanmalıdır. (Saatçioğlu ve ark., 2007). Bozulan okul, aile ve iş uyumunun ve işlevselliğinin yeniden oluşturulması, alkol ve madde bağımlısı olan hastanın psiko-sosyal tedavisinin ilk basamağıdır. Bağımlının yeniden toplum tarafından kabul görmesini sağlamak nüksü önlemede önemli bir adımdır. Bu tedavide, kişinin maddeden arınması bağımlılığa neden olan bedensel, ruhsal, toplumsal etkilerden kurtulması ve sonrasında bağımlılığı nedeniyle kaybettiği toplumsal rolünü yeniden kazanması gerekmektedir. Olumsuz tedavi seyrinin en sık nedeni ise, tedaviyi yarım bırakma, tedavide kalma süresinde ve tedaviye katılım da yetersizlik

olmasıdır. Hastanın tedaviye motivasyonunda eksiklik olması, tedaviye kendi isteği ile gelmeme nüks riskini arttırmaktadır.

Motivasyon, değişimi kabul etme ve değişim için hazır olma durumu olup zamana ya da duruma bağlı olarak değişkenlik gösterebilen ve dış etkilerden etkilenen içsel bir durumdur. (Evren ve ark. 2008). De Leon ve Jainchill (1986) alkol-madde bağımlılığı tedavisi için motivasyonun çok boyutlu olduğunu ve kişinin içsel baskıyı, dışsal baskıyı, tedaviye hazır olmayı ve tedavi programının uygunluğunu algılayış şekli ile ilgili olduğunu bildirmiş, içsel düşünce ve duygular kadar dışsal etki ve baskıların da kişinin davranışını değerlendirmesi ve değişimi sağlamasına katkıda bulunduğunu ifade etmişlerdir. Deci ve Ryan, (1985) motivasyonu, kaynaklarını dikkate alarak içsel ve dışsal motivasyon olarak tanımlamışlardır. Weisner ve arkadaşları (1979) iş yeri baskısı, yasal nedenler, sosyal sistem ve aile isteği ile tedavide olmayı dışsal motivasyonel faktörler olarak; tedaviye yüklenen önem, değişime hazır olmayı ise içsel motivasyonel faktörleri olarak tanımlamaktadırlar. İçsel motivasyon genellikle, dışsal motivasyondan daha uzun süreli değişim sağlamaktadır. Ryan ve arkadaşlarının (1999) yaptıkları çalışmada, tedaviye yönelik içsel motivasyonu yüksek olan hastaların tedaviye daha bağlı oldukları ve daha çabuk yanıt verdikleri; dışsal motivasyonu yüksek olan hastaların ise tedaviden daha az yarar sağladıkları ortaya konulmuştur. Motivasyon; tedavi arayışı, tedavide uyum ve tedavi tamamlama için önemli ölçütlerden birisi olarak kabul edilmektedir. Yapılan araştırmalar da madde kullanım bozukluğu olan hastalarda tedaviye katılım ve iyileşmenin sağlanmasında motivasyonun önemini desteklemektedir (Schomerus ve ark., 2011, Akın, 2013, Savaşan, 2010).

Ancak yapılan çalışmalarda alkol madde kullanım bozukluğu olan hastaların tedaviyi yarım bıraktıkları, nükslerin yaşandığı ve tekrarlı yatış yaptıkları, bunun sonucunda mesleki ve ailesel sorunların ortaya çıktığı ve yaşam kalitelerinin düştüğü şeklinde tedaviye uyumsuzluk olduğu belirlenmiştir (Çobanoğlu ve ark. 2003, Dinç,2017, Chandler ve Stein 2006, Hepburn, 2005).

Bu nedenle hastaların uzun süren tedavi programına uyumlarını arttırmada hastaların motivasyonunun yüksek tutulması önemlidir. Yapılan çalışmalar incelendiğinde, tedavi motivasyonunun arttırılmasının alkol ve madde kullanım bozukluğu olan bireylerin tedavi seyrinde etkili olduğu görülmektedir (Akgün, 2010). Akgün'ün belirttiğine göre (2010), Cahill ve arkadaşları, alkol bağımlılarında tedavi öncesindeki motivasyonun tedavinin devamlılığı için önemli olduğu sonucuna varmış ve tedaviye yönelik

motivasyonun tedavi ilerledikçe arttığını göstermişlerdir. Akgün (2010) e göre Blume ve arkadaşlarının 2003 yılında yaptıkları bir çalışmada ise, alkol bağımlısı olan bireylerde tedavi motivasyonunun hastaların tedaviyi sürdürmesinde etkili olduğu bulunmuştur. Bir başka çalışmada da motivasyonu yüksek olan bireylerin daha uzun sürede hastanede kaldıkları, dolayısıyla tedavilerinin daha etkili olduğu belirlenmiştir (Cengisiz, 2013, Akın, 2013). Evren (2006) ve ark.'nin madde bağımlısı hastalar üzerindeki çalışmada ise, tedavi sonrası hastaların içsel motivasyon, kişiler arası yardım ve toplam tedavi motivasyonlarının arttığı, tedaviye güven ve dışsal motivasyon düzeylerinin yüksek olduğu saptanmıştır.

Tedavi motivasyonun, hastaların tedaviyi sürdürmesinde etkili olduğunu gösteren çalışmaların sonucunda hastaların tedaviye motivasyonunu arttırmaya yönelik çalışmalara yönelmişlerdir. Hastaların tedaviye uyumu ve motivasyonu çeşitli faktörlerden etkilenebilmektedir. Birçok çalışmada hastaların motivasyonunda bireylerin kişilik ve sosyo demografik (yaş, medeni durum, eğitim vb) özellikleri, tedavi programının etkili olduğu gösterilmiştir.(Ertoğlu, 2013, Avşar vd, 2016, Erdem vd.2006).

Hastaların tedavi motivasyonu üzerinde etkili olabilecek bir diğer faktör de tedavi ortamıdır. Etkili bir psikiyatrik tedavi ortamı hastaların iyileşmesi ve yaşama aktif olarak katılımlarında önemlidir.

Psikiyatrik tedavi ortamı, hastaneye kabul edilen kişilerin kısa sürede sosyal yaşamlarına dönebilmeleri için yardım eden; özgüvenlerini, benlik değerlerini, diğer kişilerle olan ilişkilerini geliştiren, yeteneklerini artıran ideal ve dinamik ortamdır (Bozkurt 1998, Çam ve ark. 2005). Tedavi edici ortamın amacı, hastanın benlik saygısının, benlik değerinin, kendine güveninin artmasına yardım etmek; toplum içinde, işte, yaşamda daha etkin kılmak ve diğer insanlarla ilişki kurma yeteneğini geliştirmektir. Tedavi edici ortamda yapıcı bir etkileşime olanak sağlanmalı, hastalar iş ve uğraşa yöneltilmeli; tedavi ekibi üyeleri arasında uyumlu iş birliği sağlanmalı, hasta ve ailesinin bakıma katılımı ve sosyal yönden gelişimi sağlanmalıdır (Bozkurt 1998). (Oflaz 2006). Bunun için ortamdaki tüm kaynakların en ideal bakımı sağlayacak şekilde hasta için düzenlenip kullanıldığı atmosferi oluşturmak önemlidir.

Madde bağımlılığı alanında tedavi sürecinde ve madde bağımlılığının önlenmesinde tedavi ortamının iyi yapılandırılması için etkili bir ekip çalışması gereklidir. Ekip içinde ise en önemli görevlerden birisi hemşirelere aittir. Bu alanda çalışan hemşirelerin

kullanılan maddelerin etkileri hakkında yeterli donanıma sahip olup, yoksunluk ve entoksikasyon belirtilerini ve bağımlılık tedavisinin temel ilkelerini iyi bilmeleri ve hastayı yakından takip etmeleri gerekmektedir.

Yukarıda belirtildiği gibi, psikiyatrik tedavi ortamı hastaların tedaviyi sürdürmeleri ve sosyal yaşama uyumlarında önemlidir. Bununla birlikte, alkol ve madde kullanım bozukluğu olan hastaların tedaviye motivasyonunda ortamın etkisini ortaya koyan çalışmalar oldukça yetersizdir. Ülkemizde bu konuyla ilgili yapılan bir çalışmaya ulaşılmıştır. Savaşan tarafından 2010 yılında bir hastanenin AMATEM kliniğinde yatarak tedavi gören 82 hasta üzerinde yapılan bu çalışmada servis ortamı ve tedavi motivasyonu ilişkisi incelenmiş ve çalışmanın sonunda hastaların tedaviye motivasyonu ile servis ortamı algıları arasında genel olarak pozitif yönde ilişki elde edilmiştir.

Alkol ve madde kullanım bozukluğu olan hastalarda tedavi ortamının hastaların tedavi motivasyonunun etkisini inceleyen çok az sayıda çalışmaya rastlanması sebebiyle bu çalışmanın yapılmasına karar verilmiştir.

1.1. Araştırmanın Amacı

Bu çalışmada alkol ve madde kullanım bozukluğu nedeniyle hastanede yatan hasta bireylerin tedavi motivasyonlarının belirlenmesi, tedavi ortamı algıları ile bireysel ve hastalıkla ilgili özelliklerinin tedavi motivasyonlarına etkisini incelemek amaçlanmıştır.

1.1.1. Araştırmanın Soruları

Alkol ve madde kullanım bozukluğu tanısı alan yatan hastaların;

1. Tedavi motivasyonu genel ve alt grup puan ortalamaları nasıldır?
2. Tedavi ortamı algısı alt grup puan ortalamaları nasıldır?
3. Tedavi ortamı algısının hastaların tedavi motivasyonuna etkisi ne düzeydedir?
4. Hastaların yaş, cinsiyet, medeni durumları açısından tedavi motivasyonu puan ortalamalarında fark var mıdır?
5. Hastaların tıbbi tanısı, hastalık süresi ve yatış süresi yönünden tedavi motivasyonu puan ortalamalarında fark var mıdır?

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Alkol ve Madde Kullanım Bozukluğu

Alkol ve madde kullanım bozuklukları gerek ülkemizde gerek gelişmiş ülkelerde gittikçe artış gösteren önemli bir problem haline gelmektedir. Amerika Birleşik Devletleri'nde ve Avrupa'da alkollü içki kullanımı yaygın bir davranış olarak görülmektedir. Ancak bu aşırı kullanımın bağımlılık haline gelmesi önemli sağlık problemlerine neden olmaktadır (İnce ve ark., 2002).

Alkol ve madde kullanımına bağlı ortaya çıkan sorunlar gerek bireylere gerekse aileler ve topluma yönelik ciddi sorunlar ortaya koymaktadır.

Madde bağımlılıkları bireylerin fizik sağlığında, dikkat, bellek gibi bilişsel işlevlerinde ve sosyal yaşamlarında birçok olumsuzluğa neden olmaktadır. (İlhan ve ark., 2004). Sosyal yönden, aile, iş çevresi ve toplumsal düzen alkol ve madde kullanan bireylerin davranışlarından zarar görmektedir. Problemlili evlilikler, biten evlilikler, düzensiz aile yapısı, terk etme ve/veya boşanma durumları aşırı alkol ve madde kullanımının sonuçları arasında sayılmaktadır. Alkollü araba kullanımının sonucunda yaşanan trafik kazaları, ölümler ve yaralanmalar ise alkolün sorumlu olduğu bir diğer önemli problemdir. Alkollü sürücülerin sebep olduğu kazaların sonucunda oluşan hasarların neden olduğu ekonomik yük, gelir kayıpları, yaralı ve/veya sakat kalmış bireylerin tıbbi ve sigorta masrafları hem bireysel hem toplumsal boyutta büyük zararlara sebep olmaktadır. Yenigün (2006), otomobil kazalarının %75'inin ve kazadan ölümlerin %50'sinin sorumlusunun alkole bağlı olduğu belirtilmektedir. İçki problemleri olan çalışan bireylerin büyük bir kısmının işte devamsızlık yaptıkları bilinmektedir. Alkol sorunlarının neden olduğu iş ortamındaki zaman kayıpları çalışan personeli etkilemekte bu da yılda büyük miktarda maddi zarar sebebiyet vermektedir.

Bağımlılık; bağımlılık yaratan maddelerin belli bir etkiyi elde etmesi için alınması sürecinde meydana gelen bedensel, ruhsal veya sosyal problemlere rağmen, madde alma durumunun devam etmesi ve madde alma arzusunun sonlandırılmamasıdır (Bağımlılık Yapıcı Maddeler ve Bağımlılıkla Mücadelede Ulusal Politika ve Strateji Belgesinin Uygulanması İçin Eylem Planı, 2010-2012).

Bağımlılık; bir veya daha fazla maddenin kullanımı ile ortaya çıkabilen, maddeye ulaşılmadığı zaman fiziksel ve/veya ruhsal çeşitli semptomlara yol açan, tedavi edilebilen fakat yeniden madde kullanımında tekrarlanabilen bir hastalıktır. (Sezgin,2010). Dünya Sağlık Örgütü (WHO) madde bağımlılığını; kullanılan bir psikoaktif maddeye kişinin daha önceden değer verdiği diğer uğraşlardan ve nesnelere belirgin olarak daha yüksek bir öncelik tanıma davranışı olarak tanımlamıştır.

Tarihin erken dönemlerinden beri hemen her toplumda bağımlılık yapıcı maddeler kullanılmaktadır. Bu maddelerin özel olarak bireyde yarattığı fizyolojik ve psikolojik etkilerin farklılık göstermesi, bağımlı olmakla maddeyi kötüye kullanmak arasındaki farkın ayırt edilmesinin zor olması sebebiyle kavram ve tanımların belirlenmesini zorlaştırmaktadır (Acar, 2006).

Madde bağımlılığı; esrar, eroin, alkol, uyuşturucu haplar, tiner ve buna benzer uçucuların doğal ya da yapay olan maddelerin dönem dönem ya da devamlı olarak alınması sonucunda bu maddelere yönelik fiziksel ya da psikolojik olarak ortaya çıkan alışma durumudur (Çetin, 2013).

Alkol bağımlılığı ise; İçki alma üzerinde hakimiyetin yok olduğu ve bedensel, ruhsal, sosyal ve yasal problemlere sebep olacak şekilde içildiği sürekli ve ilerleyici özelliklere sahip hastalığı alkol bağımlılığı olarak tanımlamaktadır (Uluğ, 2007). Dünya Sağlık Örgütüne göre alkol bağımlısı, “uzun süre ve aşırı bir şekilde alkol kullanan ve alkolün etkisine bağlı olarak ruhsal, toplumsal, bedensel sağlığı zarar gören ve buna rağmen içinde olduğu durumu değerlendiremeyen bunu başarsa da alkol alma yönündeki isteğini sonlandıramayan ve tedaviye ihtiyaç duyan hasta birey” olarak açıklanmaktadır (Erdal vd., 2013).

Madde kullanım bozuklukları:

a) Madde Bağımlılığı

b) Madde Kötüye Kullanımı.

c) Madde Kullanımının Yol Açtığı Bozukluklar olarak gruplandırılmaktadır.

Bağımlılık yapıcı maddelerin kullanılması sonucunda ise; entoksikasyon, yoksunluk, delirium, kalıcı demans, kalıcı amnestik bozukluk, psikotik bozukluk, duygu durum bozukluğu, anksiyete bozukluğu, cinsel işlev bozukluğu, uyku bozukluğu gibi sorunlarda ortaya çıkmaktadır.(Koca, 2011).

2.1.1. Epidemiyoloji

Birleşmiş Milletler Madde ve Suç Ofisinin (UNODC) 2009 yılında yayınlanan raporuna göre dünya genelinde, 15-64 yaş arasında, 172-250 milyon kişinin en az bir kez yasa dışı madde kullandığı tahmin edilmektedir. Dünyada bu yaş gurubunda 4.343 milyar kişi bulunmakta olup 18-38 milyon kişinin problemlili madde kullanıcı olduğu, 11-21 milyon kişinin ise damar yolu ile madde kullandığı yine aynı raporda bildirilmektedir. 2007 verilerine göre 148 ülke de damar yolu ile madde kullanımını olduğunu bildirmektedir. Çin, ABD, Rusya, Fransa ve Britanya'da damar yolu ile madde kullanan kişi sayısı tüm dünyadaki kullanıcıların %95'ini oluşturmaktadır. Amerika ve Avustralya' da madde kullanan her 5 kişiden biri yaşamın bir döneminde madde bağımlılığı ölçütlerini karşılamaktadır(yesilay.org).

Dünya Sağlık Örgütünün verilerini incelemeye devam edersek dünyanın en çok alkol tüketen 10 ülkesini şu şekilde sıralayabiliriz. 17,32 litre alkol tüketimi ile Beyaz Rusya birinci sırada. İkinci sırada 12,65 litre ile Litvanya var. Üçüncü sırada 12,43 litre ile Çek Cumhuriyeti bulunuyor. Sonrasında sıra ile 12,18 litre ile Hırvatistan, 12,04 litre ile Avusturya, 11,92 litre ile Portekiz, 11,80 litre ile Fransa, 11,72 litre ile İrlanda, 11,61 litre ile Estonya, 11,51 litre ile Macaristan geliyor(xtrlarge.com).

Ülkemizde TUBİM (Türkiye Uyuşturucu ve Uyuşturucu Bağımlılığı İzleme Merkezi) 2013 raporunun sonuçlarına göre esrar dahil herhangi bir uyuşturucu maddeyi yaşamı boyu en az bir kez deneyenler 15-64 yaş aralığında % 2.7, 15-16 yaş aralığında ise % 1.5 olarak bulunmuştur. Kadınlarda bu oran % 2.6 iken erkeklerde ise % 3.5 olarak tespit edilmiştir. Eğitim almamışlarda bu oran %2.6 iken, ilkokul mezunu grubunda % 2.4, ortaokul mezunu grubunda % 3.2, lise mezunu grupta % 2.6, üniversite mezunu grubunda % 3.1 olarak tespit edilmiştir. TUBİM de en çok kullanılan madde olarak esrar tespit etmiştir. Yaşam boyu en az bir kez esrar kullanma oranı araştırmaya katılanlar arasında %0,7 olarak tespit edilmiştir. İlk kullanım yaşı esrar için 20 olarak tespit edilmiştir (Tubim).

2.1.2. Alkol ve Madde Kullanım Bozukluğunun Sınıflandırılması

Madde kullanımı DSM-5 te, alkol, kafein, kannabis, hallüsinojenler, uçucular, opiyatlar, sedatif, hipnotik ve anksiyolitikler, uyarıcılar, tütün ve diğer bilinmeyen maddeler olarak 10 kümeye ayrılmıştır.

Amerikan Psikiyatri Birliği (APA) alkol bozukluklarını alkol kötüye kullanımı ve alkol bağımlılığı olmak üzere iki ayrı şekilde sınıflandırmaktadır.

DSM 5'e göre, bir veya daha fazla belirtinin 12 aylık bir dönem boyunca önemli derece meydana gelmesi alkol kötüye kullanımı olarak tanımlanmaktadır.

DSM 5'e göre madde kullanım bozukluğu tanısı şu şekilde belirtilmektedir;

Bir yıl içinde aşağıdakilerden en az ikisi kendini göstermeli, klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya ve işlevsellikte düşmeye yol açmalıdır:

1. İstendiğinden daha büyük ölçüde veya uzun süreli kullanım
2. Maddeyi bırakmak veya kontrol altında tutmak için istek veya sonuç vermeyen çabalar
3. Maddeyi elde etmek, kullanmak veya etkilerinden kurtulmak için gerekli etkinliklere çok zaman ayırma
4. Madde kullanımı için çok büyük bir istek duyma veya kendini zorlanmış hissetme
5. Tekrar eden kullanım sonucu sorumluluklarını yerine getirememe (işte, okulda, evde)
6. Olumsuz etkilerine rağmen kullanıma devam etme (toplumsal ve kişiler arası sorunlar)
7. Kullanımdan dolayı günlük etkinliklerin bırakılması veya azaltılması (iş, eğlence vb.)
8. Tehlikeli olabilecek durumlarda dahi kullanmaya devam etme
9. Olumsuz bedensel veya ruhsal etkilerinin bilinmesine rağmen kullanmayı sürdürme
10. Maddeye tolerans gelişmiş olması
11. İstenen etkinin ortaya çıkması için artan madde gereksinimi
12. Aynı miktarda maddenin sürekli kullanımı sonucu etkisinin azalması durumu

13.Yoksunluk belirtileri (Bulantı, uykusuzluk, kusma, sinirlilik, bunaltı, huzursuzluk, saldırganlık, ishal, terleme, titreme, kas sızıları, ateş vb.).

2.1.3. Alkol ve Madde Kullanım Bozukluğunun Etiyolojisi

Alkol ve madde kullanımının nedenleriyle ilgili biyolojik, davranışsal ve sosyal bilimlerde birden çok kuram ve görüş bildirilmiştir.

Alkol ve madde kullanım bozukluğunun etiyolojisinde birçok etkenin etkili olduğu kabul gören yaklaşımdır. Diğer bütün ruhsal bozuklukların heterojen süreçlerinin olduğu gibi alkol ve madde ile ilgili bozuklukların da nedenlerinin çok yönlü olduğu kabul edilmektedir.

Bağımlılığın gelişim göstermesinde her farklı vaka için psiko-sosyal, genetik ya da davranışsal etmenlerin herhangi birinin diğerine oranla daha önemli olabileceği düşünülmektedir (Kılınç, 2011).

Alkol içeceklerinin insan hayatında önemli hale gelmesine özellikle günümüzde alkol tüketiminde artış olması için çeşitli araçlarla yapılan reklamların varlığı neden olmaktadır. Alkol bağımlılarının hastalığa kapılmadan önceki kişilik yapıları birçok kez araştırılmıştır fakat özel kişilik yapısına rastlanmamıştır. Alkolik insanların alkol kullanmaya başlamadan önce çocuklarında saptanan bulgulara göre sahip olduğu özellikler; hiperaktif-tutarsız olması, amaç ve değerlere yeterli duyarlılık göstermemesi ve sosyopatiye eğilimli olmalarıdır. Kişiliğin varlığını oluşturan, içgüdü ve dürtünün yanında diğer katmanların tümü saplantı veya bozukluklar alkolizmin meydana gelmesini sağlayan ve kolaylaştıran faktörler olarak belirtilir (Tobakoff ve Hoffman, 2004). Alkol, kişinin anksiyete (sıkıntı) ye benzer hoş kabul edilmeyen duygularını yok edebilmesinin yanında sosyal etkileşimi güçlendirdiği için daha aktif konumda olmasına ve kişinin düşündüğünde rahatsız hissettiği anıları yok etmektedir. Bu durumlar kişiyi alkol alma davranışına daha sık ve daha çok itmektir (Morey ve Skinner, 1996).

Madde bağımlılığının oluşmasında sadece bir nedenin varlığından bahsetmek mümkün değildir. Bağımlılığın gelişmesinde birçok neden birlikte rol oynar.

Genetiğin rolü: Öztürk ve Uluşahin (2011), genetik etkenlerin varlığından bahsetmektedir. Yani alkol bağımlılığı söz konusu olan bir babanın erkek çocuğunda da alkol bağımlılık oranının yüksek olacaktır. Bununla birlikte tek yumurta ikizlerinde

hastalığa yakalanma oranı çift yumurta ikizlerine göre daha yüksektir. Evlat edinen bireylerde ise, alkol bağımlılığı olan bir babanın erkek çocuklarının kendi ailesinde ya da evlat edinilerek başka ailede yetişmeleri bir fark oluşturmamaktadır (Öztürk ve Uluşahin, 2011).

Kişilik yapısı: Bağımlı adayları henüz alkole başlamadan önce alkolün etkilerine düşük tepki verme ya da alkole karşı yüksek dayanma gücü göstermektedirler. Alkole karşı yüksek dayanma gücü gösteren bireylerin "bana birşey olmaz" etkisinin bağımlılık yordayıcısı olduğunu belirtilmiştir. Bununla birlikte alkole düşük tepki verme de bağımlılık yordayıcıları arasındadır. Ayrıca çocukluk döneminde hiperaktivite, anti-sosyal aile yapısı gibi nöro-psikiyatrik olguların alkolizme yakalanma olasılığını artırırken, cinsel kimlik sorunları, zayıf benlik yapısı ve anti-sosyal yaşam da bağımlılığın önemli yordayıcı etkenleri arasındadır (Öztürk ve Uluşahin ,2011).

Sosyal faktörler: Kültürel yapı alkol bağımlılık oranını belirleyen etkenler arasındadır. Din ve ananevi yaklaşımlar alkol bağımlılık oranını düşürmektedir. Refah toplumlarda ise alkol kullanım oranları yüksektir. Ayrıca toplumsal ve bireysel zorlama, özellikle alkolden çabuk etkilenen ve yatıştırıcı özelliğinden memnun olan kişilerin bağımlılık oranında artış sağlamaktadır (Öztürk ve Uluşahin ,2011).

2.1.4. Alkol ve Madde Kullanım Bozukluğunda Tedavi

Günümüzde alkol/madde kullanımı ile madde bağımlılığı, tüm toplumların yüz yüze kaldığı başlıca halk sağlığı problemlerinden birisidir. Alkol/madde bağımlılığı ve madde kullanımı ile ilgili ortaya çıkan hastalıklar, morbidite ve mortalite oranları önlenebilir pek çok sağlık probleminin hepsine göre daha çok görülmeye başlamıştır. Bağımlılık bireyin sağlığının, aile hayatının, toplumsal güvenliğin ve ekonominin üstünde önemli boyutlarda yıkıcı etkiler bırakan oldukça masraflı, yıkıcı ve sıklıkla karşılaşılan bir hastalıktır. Bu nedenle daha fazla araştırmanın konusu olmaktadır (Karakaş ve Ersöğütçü, 2016).

Alkol ve madde kullanım bozukluğunda tedavi, hastaneye yatmadan ayaktan yürütülen tedavi programları veya tedavinin ilk aşaması hastanede yatarak, sonra ayaktan yürütülen tedavi programları şeklinde yapılır. Alkol ve madde kullanım bozukluğunda birçok hastanın hastaneye yatmadan, ayaktan yürütülen tedavi programlarından başarılı olduğu gözlenmiştir. Ayaktan tedaviler, kişiyi ev ve sosyal yaşamından uzaklaşmadan, işini ve sosyal görevlerini aksatmadan yürüttükleri için önemlidir. Ancak çoğu kez hastaların yatarak tedavi edilmesi gerekir. Hastaların yatarak tedavi olması şu durumda gereklidir;

1. Hastanın ayaktan tedavi ve izlem tedavisine yanıtı iyi değil ve ayaktan tedavi birçok kez başarısızlıkla sonuçlanmış ise,
2. Hastanın öyküsünde deliryum tremens veya hastanede yatırılarak tedavi görmeyi gerektirecek diğer yaşamı tehdit eden yoksunluk durumları var ise,
3. Hastanın öyküsünde ayaktan tedavi süresince içmeyi devam ettiği takdirde yaşamını tehdit edebilecek eşlik eden genel tıbbi bir durumu var ise,
4. Eşlik eden diğer ruhsal hastalıklar var ve bu hastalığa bağlı aktif belirtiler gösteriyor ise,
5. Hasta, daha az kısıtlayıcı bir ortamda bırakıldığında kendine veya başkalarına zarar verme riski taşıyor ise,
6. Aynı anda başka bir madde kötüye kullanımı da varsa,
7. Yeterli sosyal desteği yok, hasta tek başına ikamet ediyorsa hastanın hastaneye yatırılarak tedavisi gerekir.

Madde bağımlılığı tedavisi, maddenin türüne, kişisel özelliklere, madde kullanım süresine, oluşabilecek bağlantılı durumlara göre farklılık gösterebilir. Madde bağımlılığının kısa ve uzun vadeli olmak üzere iki derece de tedavisi vardır. İlk adım tedavisi ya da kısa vadeli tedavide detoksifikasyon ve entoksikasyonla mücadele tedavileri uygulanır. Kısa vadeli tedavinin sonrasında uzun vadeli tedaviye başlanır. Bu aşamada farmakoterapi ile birlikte hastanın ileriki yaşamını programlandırmayı ve tekrardan oluşturmayı, doğru savunma mekanizmaları geliştirmeye amaçlı psiko-sosyal tedaviler uygulanmaktadır (Beyazyürek M.2000).

Alkol ve madde kullanım bozukluğu olan kişilerde tedavi profesyonel bir yardım ile sağlanır. Bu yardımın ise şu yönleri vardır:

1. İlk bölüm bir süredir alınan maddeyi kesme tedavisidir. Bu dönemde maddenin kesilmesi sonucu olağan yoksunluk belirtilerinin ortadan kalmasına yardımcı olan ilaç kullanımı ve diğer tıbbi müdahaleleri içerir.
2. Rehabilitasyon dönemi: Bu dönemde kişi artık alko-maddel yoksunluğundan kurtulmuştur. Yaşamdaki normal işlevlere dönebilme ve maddesiz yaşama uyum sağlama bakımından hastaya bilgi ve beceriler kazandırılmaya çalışılır. Bunun için terapötik girişimlerden yararlanır.

3. Relapsı önleme: Tedavi modellerinde göre değişmekle birlikte AA (Adsız Alkolikler)'nin 12 basamak temeli üzerinde kurulu önleme programlarıdır. Bu programlar bu aşamada aynı zamanda ilaç tedavilerin yeri vardır (Chick1994). Kullanılan ilaçlar ya alkol arama isteğini azaltmaya ya da alkol arama davranışını söndürmeye yöneliktir.

Alkol ve madde kullanım bozukluğu tedavisinde uzun süreli bir başarı kazanılabilmesi için bağımlı kişinin çevresindeki bağımlılığa neden olan tüm faktörlerin derinlemesine irdelenmesi gereklidir. Bağımlılığı bütüncül bir yaklaşımla değerlendirmeli, birey; ailesi, duygusal durumu, kişiler arası ilişkileri ve çevresindeki problemlerle birlikte değerlendirilmelidir (Koob, Le Moal ve Drugabuse, 1997). Bunun yanı sıra, alkol ve madde bağımlıları için yapılabilecek en büyük toplumsal yardım, bağımlı bireylerin alkol ve madde kültürünün bulunduğu ortamlardan uzak bir yaşam sürmelerini desteklemektir. Bu sebeple tedavi aşamasında bağımlı aileleri ile iş birliği kurulmalı, bireyi ailesine uyumu, ailenin bireye desteği ve yardımı tesis edilmelidir. Bağımlılık tedavisi pek çok ortamda devam ettiğinden, bağımlının çalışma ya da iş ortamına uyum sağlaması için yol gösterici olunmalıdır (Karataşoğlu, 2013).

2.1.5. Alkol ve Madde Kullanım Bozukluğunda İmplant (Çip) Tedavisi

Alkol ve madde kullanım bozukluğu günümüzde kronik beyin hastalığı olarak kabul edilmektedir. Alkol ve madde kullanım bozukluğu tedavisinde yeni bir yöntem olarak cilt altına yerleştirilen “implant” veya halk arasındaki adıyla “çip” yöntemi uygulanmaktadır. Bu tedavi yöntemi özellikle alkol ve madde kullanım bozukluğu olanlarda ilaç tedavisine uyumun zorlukları değerlendirildiğinde, 3-6 ay süreyle etkili implantların, hastaların tedaviye uyumunu artıracığına inanılmaktadır. Naltrekson, disülfiram vb. gibi alkol ve madde kullanım bozukluğunda etkili olan ilaçların çip tedavisinde kullanılmasının amacı, bireyin hayat boyu bağımlılık yapan maddeden temiz ve uzak kalmasıdır. İmplantın türü kullanılacak maddenin türüne göre değişmektedir (Alkol ve madde kullanım bozukluğu Psikoeğitim, 2017).

Bağımlılık tedavisinde kullanılan implantların etkisini doğrulayan çok sayıda çalışma yapılmış olmasına rağmen, klinikte kullanımı sınırlı düzeydedir (Minozzi, Amato, Vecchi, Davoli, Kirchmayer ve Verster, 2006). Oral yolla tedavi alan birçok hasta bu tedavi yöntemi kullanmak konusunda kararsız kalmaktadır. Ancak implant dışında kullanılan tedavilere hastalar başlamakta ama tedaviye devam etmekte sorun yaşamaktadırlar (Bell, Young, Masterman, Morris, Mattick ve Bammer, 1999). Sürekli

salımlı bu tedavi yöntemi, hastaların ilacın günlük dozlarını alması gerekliliğini ortadan kaldırır ve bağımlılığa neden olan maddenin bırakılma süresini güvenli ve etkili bir şekilde azaltılmasını sağlar (Comer, Sullivan ve Hulse 2007). Bu ilerlemelere rağmen, hastaların doz-bırakma ve nüksetme risklerini en aza indirmek için daha uzun ömürlü ürünler tercih edilmektedir. Yapılan çalışmalar, bir tip implante edilebilir naltreksonun yaklaşık 6 aylık opioid reseptör blokajı sağladığını ve tatmin edici bir güvenlik profiline sahip olduğunu göstermektedir (Brewer, 2002). Naltrekson implantı olan hastaların daha az opioid kullanıp daha az doz aşımına sahip olacağı tahmin edilmektedir. Bunun yanı sıra daha az depresyon yaşama ve diğer tedavi yöntemlerini deneyimleyen hastalara kıyasla iş, eğitim ve suç davranışları ve uyum konusunda için daha iyi sonuçlar elde edilmesi beklenmektedir (Kun, Lobmaier, Vederhus, Hegstad, Gossop, Kristensen, ve Waal, 2009).

2.2.Tedavi Motivasyonu

2.2.1. Motivasyon Kavramı

Motivasyon kelime olarak, İngilizce ve Fransızca da yer alan ‘motive’ kelimesinden türetilmiştir. Motivasyon, harekete geçirici güç olarak açıklanabilen, kişilerin belli bir hedefe doğru sürekli hareket sağlaması için harcadığı çabaların bütünüdür. Motivasyon genellikle ihtiyaçları, istekleri, dürtüleri ve ilgileri içerir. Buna karşın motivasyonun, kişilere ait davranışların yorumlanmasıyla beraber hakkında fikir sunulabilir bir kavram olması mümkündür. Başka bir deyişle, motivasyonu etkileyebilen unsurlar sadece kişilerin hareketlerini değerlendirmeye almakla anlaşılır. Kişileri motive edebilen araçlar ise kişiden kişiye farklılık gösterebilir (Ünlü ve ark., 2013).

Motivasyon, davranışı değiştirmek adına harekete geçmek için atılan önemli bir adımdır (Akgün, 2010). Bireylerin davranışlarını değiştirme nedenlerinin ne olduğunun ve nasıl değiştirdiklerinin altında yatan temel mekanizma motivasyon olarak ifade edilmektedir. Bireyin bir davranışı gerçekleştirmeye motive olması, bireyin davranışı ve performansı başarılı bir şekilde gerçekleştirmesi için önem taşımaktadır.

Canöz (2010) bireylerin hedeflerini isteme konusunda etkili olan motivasyonun tam anlamıyla ne olduğunun anlaşılabilir olması için süreçlerini, araçlarını ve kuramlarını iyi anlamak gerektiğini ifade etmektedir (Ertoğlu, 2013). Bunun asıl nedeni, kişilerin birbirlerinden farklı seviye ve şekillerde motive olmasıdır. Örnek olarak, bir birey

çevresindeki insanları memnun etmek adına motive olabiliyorken bir diğeri kendi iyiliğini düşündüğü için motive olabilmektedir (Akbaba, 2006).

Kişilerin yaşamlarında davranış hızını, şiddetini ve sürekliliğini etkileyen faktörler yer almaktadır. Bu faktörler kişileri bireysel veya çevresel olarak etkilediği için motivasyon kavramı **iç motivasyon** ve **dış motivasyon** olarak birbirinden ayrılmıştır (Akbaba, 2006).

Bazı kaynaklar, iç motivasyonun dış motivasyona kıyasla daha etkili olabileceğini açıklamaktadır. **İçsel motivasyon** kavramı düşünce ve davranışta başarının esas unsurudur. Etkili ve verimli bir içsel motivasyonun varlığı için gerekli olan kavramlar; güç ve enerjidir. İç motivasyon için kişinin harcamış olduğu güç gerek beden ve aklın bulunduğu durumu gerek kişilik özellikleriyle yakından ilişki halindedir. Buna göre kişilik özellikleriyle iç motivasyon arasında etkileşim yer almaktadır. Buna örnek olarak, bir kişinin kar yağışını seyretmesi ve bundan mutluluk duyması iç motivasyon faktörüdür. Kar yağışını izlemeyi seviyor olması ise bireyin kişisel özellikleriyle ilişkilidir.

Dış motivasyon ise, çevreyle ilişkili olan motivasyon olup kişilerin etrafında yer alan faktörlerden etkilenmesidir. (Çakal ve ark., 2011). Canöz (2010) dış motivasyonu açığa çıkaran etkenlerin ödül, ceza, sosyal baskı, rica olduğunu belirtmektedir. Başka bir deyişle, dışarıdan gelen pekiştireçlerin yaratmış olduğu etki motivasyonu artırılabilir. Dış motivasyonu oluşturan öğeler, kişinin bir işi gerçekleştirme konusuyla alakalı iç motivasyonunu etkileyebilme gücüne sahiptir (Ertoğlu, 2013). Genelde bu öğeler hoşlanılan veya korku yaratan etkenleri içerir. Kişiler hediye alma, başkalarından daha iyi olabilme, onlardan daha iyi bir şeyler yapabilme veya küçük düşmeme, utanmama arzusu gibi durumlarla alakalı harekete geçmektedirler (Gülen, 2011).

2.2.2. Alkol ve Madde Kullanım Bozukluğunda Tedaviye Motivasyonu

Tedavi motivasyonu bağımlılık alanında dikkat çeken konulardan biridir. Tedavi motivasyonu, tedaviye yanıt verme ve alınması beklenen tedavi sonuçlarına destek veren önemli bir faktördür. Cahill ve Adinoff (2003)'e göre alkol-madde bağımlılarında tedavi için motivasyon genelde tedavi arayışı ve tedavi başarısında güçlü bir belirleyici olarak ifade edilmektedir.

Bağımlılık tedavisi kendisine özel aşamalarla ilerleme gösterirken yeterli motivasyonun elde edilmemesi, kişilerin tedaviyi sonlandırmasına veya yarıda bırakmasına ve olumsuz tedavi seyrinin görülmesiyle nüks etmesine sebep olmaktadır. Bireyin tedavide kalma

süresi ve tedaviye katılımı, tedavi aşamasında gerçekleşen motivasyonel değişimlerle ilişkilidir. Kişilerin tedavi kararı almasıyla tedaviyi kabul etmeleri arasında farklılık vardır. Tedavi programına etki eden faktörler motivasyona da etki eder, motivasyon da kişilerin tedaviye katılım göstermesine ve tedavi de kalma sürelerine etki eder (Evren ve ark., 2006). Özetle, motivasyon ve başarı birbiriyle ilişkili kavramlardır. Akbaba (2006)'ya göre kişiler motivasyonları kadar başarılı olmaya yakındır.

Diclemante ve arkadaşları (1992) son yıllarda bağımlılık alanında ilgi gösterilen tedavi için motivasyonu kendine özel dönemlere sahip bir süreç olarak ifade ederler (Evren ve ark., 2006). Diclemante ve arkadaşlarının aktardığına göre (1999) hastaların tedaviyi tamamlayamaması, yarım bırakması, nüks ve diğer negatif tedavi seyri sıklıkla uygun motivasyonun olmamasından kaynaklanmaktadır.

Alkol ve madde bağımlıları, bağımlılığın neden olduğu olumsuz etkilerini fark edip ve bunu değiştirmek istiyor olsalar da bu çok zor meydana gelmektedir (Cox ve ark., 2007). Alışkanlık haline gelmiş, yerleşmiş içme davranışının değiştirilmesi fazla çaba ve sorumluluk istemektedir. Bağımlı bireyin değişme konusundaki arzusu ve bunun için sergilediği çaba değişimin belirleyici faktörüdür. Bağımlının değişebilmesi için alkol ve madde kullanımının neden olduğu olumsuz etkilerin farkına varmalı ve oluşacak değişimin onun için pozitif bir sonuç yaratacağını biliyor olmalıdır.

Ryan ve arkadaşlarının (1995) yaptıkları araştırmaya göre, tedaviye yönelik yüksek içsel motivasyona sahip bireyler tedaviye daha bağlılık göstermiş ve daha hızlı yanıt vermiş, buna karşılık yüksek dışsal motivasyona sahip bireylerin ise tedaviden faydalanmaları daha az olmuştur. Tedaviyi yürütenler hastalarının içsel motivasyonunu arttırmaya yönelik çalışmaktadır, bunun nedeni ise dışsal motivasyonun tedavide daha az etkili olmasıdır. Tedavinin planlanması veya ileri zamanlarda madde kullanma davranışında azalma gözlenmesi değişime hazır olma konusunda önem taşımaktadır (Cox ve ark., 2007). Çoğu hasta tedaviye diğer insanların baskıları sonucunda gelir. Bu hasta bireyler genellikle tedaviye başlamak isteseler de değişime hazır olmadıklarından tedavinin bir parçası haline gelemeyizler.

Claus ve Kindleberg (2002) 'e göre hasta bireylerin tedaviyi yarım bırakarak sonlandırması ve hastalığın nüks etmesi gibi diğer negatif tedavi gidişatının sıklıkla nedeni, uygun motivasyonunun olmamasıdır. Tedavi sürecinde meydana gelen motivasyonel değişiklikler ile tedavide kalma süresi ve tedaviye katılım arasında güçlü

bir ilişki vardır. Değişim için hazır hissetme ve tedavi isteğinin bulunması, yani yardım arama kararı almak ve yardımı kabullenme birbirlerinden farklıdır. Tedaviyi tamamlayamama, tedavi katılımı ve süresinin azalması ve nükste artış olmasıyla ortaya çıkan tedaviye hazır hissedememe ve tedavi için motivasyonun yeterli olmaması sıklıkla olumsuz tedavi seyrinin nedenleri olarak ifade edilmektedir. Aslında tedaviye hazır olma ve tedavi için motivasyonun kendine özgü dönemleri vardır (Cengisiz, 2013).

De Leon ve Jainchill (1986)'e göre alkol- madde bağımlılığında motivasyonun, bireyin içsel ve dışsal baskıyı, tedaviye hazır olmayı ve tedavi programının uygun oluşunu kavrayış tarzını içeren birden fazla boyutu vardır. Bireyin davranışını değerlendirmesi ve değişimin oluşması için içsel düşünce ve duyguların yanında dışsal etki ve baskılarında katkısı bulunmaktadır. Değişim için motivasyon kaynağını araştıran araştırmacılar, motivasyonun içsel kaynakları (örn. başarıma duygusu) ve dışsal kaynaklarını (örn. finansal dürtü) birbiriyle karşılaştırılmıştır. Genelde içsel motivasyon, dışsal motivasyona oranla daha uzun süreli değişim ile ilişkili olmaktadır. İçsel motivasyon başarı elde etmede daha uzun süreli ve etkili kabul ediliyor olsa da dışsal motivasyon alkol ve maddelerden kısa bir süre için uzak durmayı sağlamaktadır. Yatarak tedavi olan alkol ve madde bağımlısı bireyler arasında tedaviye katılma durumları, dışsal baskılara bağlı bulunan bireylerde (örn. iş, eş ya da ehliyet kaybı) bu motivasyonel faktörlere maruz kalmayan bireylere oranla daha iyi tedavi seyri göstermiştir.

2.3.Tedavi Ortamı

2.3.1. Tedavi Edici Ortamın Nitelikleri

Tedavi edici ortam; belli bir çevrede edinilen olumlu hayat tecrübeleri ve sağlık konusunda değişim yaratabilmek ve bunları arttırabilmek için hasta veya hasta gruplarının kendine özgü ihtiyaçlarına dikkat eden dinamik, canlı ve esnek ortamdır. Eklund ve Hansson (2001) özel tedaviye ve gözleme ihtiyaç duyan hastaların tedavi edici bir ortamda bulunmaları gerektiğini ifade etmiştir. Bu ortam, esas olarak hastalar için iyileştirici olma, yani sağlığı arttıran bir ortam olarak açıklanmaktadır.

Tedavi edici ortamda olması gereken özellikler şu şekilde sıralanabilir; yapıcı etkileşime olanak sağlamalı, fiziksel yapı olarak ev ortamı hissi yaratmalı, hastalara bir uğraş bulmaları konusunda yol göstermeli aynı zamanda hasta ve yakınları tedaviye dahil

edilmeli ve sağlık ekibiyle birlik içinde olmaları gerekmektedir. Hastaları servis ortamlarında bütüncül değerlendirmek gerekir. Hasta bireylerin tedavi edici ortamda benlik değerlerine destek verildiği gibi bedensel gereksinimlerinin de karşılanması gerekir. Ortamın tamamen tedavi edici ortam halinde bulunabilmesi için hasta bireylere kişisel değer verilmelidir ve bu durumu hastalara yansıtmak gerekmektedir. Tedavi ekibi hastaları ortamda yer alan kurallar hakkında bilgilendirmeli ve olabildiğince karar vermeleri konusunda destek verilmelidir. Bu durum hasta bireylerin otonomilerinin gelişim göstermesi açısından önemlidir.

Taylor (1994)' a göre tedavi edici ortamın hedef ve uygulamaları şu şekildedir:

- Hastalara benlik saygısının, kişisel değerlerinin ve özgüvenlerinin artması konusunda destek olmak,
- Hastaları toplum içinde daha etkin hale getirmek,
- Hastaları diğer insanlarla olan ilişkilerinde daha etkili iletişim kurması konusunda geliştirmek.

Tedavi Edici Ortamdaki Uygulamalar:

- Hastaların fiziksel gereksinimleri karşılanmak
- Hasta bireylere kendi hak ve ihtiyaçlarını açıklamaları konusunda cesaret verilmek
- Karar verme olgusu açıklandıktan sonra bu konuda hastalar ve sağlık çalışanları arasında denge kurmak
- Hastalara gelebilecek tüm zararlardan önlemek yalnızca gerektiği zaman kısıtlama uygulamak
- Hastalara sahip oldukları yetenekleri doğrultusunda karar verme ve özgürce seçim yapma fırsatı tanımak
- Sağlık ekibinde çalışan bireylerin değişkenlik göstermemesi
- Servis ortamında yeni davranış şekillerinin oluşmasını sağlamak için gerçekleşen denemelere açık olmak
- Sağlık ekibi ve hasta bireyler arasında oluşan sosyal ilişkiye destek vermek
- Önceden hazırlanan bir tedavi programını esnek olarak uygulamak (Öztürk, 2011).

2.3.2. Bağımlılıkta Tedavi Ortamı

Psikiyatri ve madde bağımlılığı programlarındaki tedavi iklimi, toplumdaki belirtilerin ortaya çıkması ve bireyin adaptasyonu da dahil olmak üzere hastaların yaşamlarının birçok yönünü etkilemektedir (Moos, 1997).

Tedavi ortamında yer alan kaynakların bireylere en doğru bakımı sağlayacak biçimde düzenlenmesi son derece önemlidir. Çevre ve kişi arasındaki iletişim ve etkileşim hasta davranışını etkileyeceğinden, hizmetin sunum ortamının tedavi edici ya da tedaviyi destekleyici bir nitelik taşıması gerekir. Tedavi edici bir ortam, sağlık ekibi ve hastalar için fayda sağlayacaktır (Mistral, Hall ve McKee, 2002).

Bağımlılıkta tedavi ortamına ilişkin yapılan çalışmaların sonuçları; tedavi programı politikaları, tedavi hizmetleri, personel ve hastaların özellikleri, hastaların ve personelin aktif destek görmesi, bireylerin özerkliği, bireylerin kendilerini ifade edebilmesi ve programların uygulanabilirliğinin tedavinin önemli birer unsuru olduğunu göstermiştir. Ayrıca yalnızca toplum destekli programların sadece hastanede yürütülen programa kıyasla daha fazla destekleyici, özerk, iyi organize edilmiş ve kişisel ifadeyi artırdığına dair çalışma bulguları vardır. Bulgular, tedavi iklimini iyileştirmek toplum desteğinin önemini vurgulamaktadır (Timko ve Moos, 1998).

Tedavi politikaları net olduğunda, hastaların kontrolü ve program faaliyetlerine tam katılımın sağlanmasının tedavi ikliminde kilit rol oynadığı, hastaların sürece daha aktif katıldığı ve tedavi sürecinin daha başarılı gerçekleştiği görülmektedir. Ayrıca sağlık personelinde görevlerinin de net bir biçimde tanımlanması gerekmektedir. Bununla birlikte personelin iş ortamındaki kararlılığı ve kontrolünün, daha destekleyici ve hedefe yönelik tedavi yaklaşımlarının sağlanmasına, tedaviye daha iyi cevap veren, daha aktif ve memnun hastalara sahip olunmasına neden olmaktadır. Sonuç olarak, bu tür yaklaşımlar hastaların tedavi sonuçlarına ve toplum adaptasyonuna fayda sağlayabilir (Timko ve Moos, 1998).

2.3.3. Alkol ve Madde Kullanım Bozukluğu Tedavisinde AMATEM Kliniği

Türkiye'de alkol ve madde kullanımı ve kullanıcıların sosyo-demografik özelliklerine ilişkin bilgilerin incelendiği sınırlı sayıda çalışma mevcuttur. Bu çalışmaların birçoğu ise Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi AMATEM verilerine ilişkindir. Halen ülkemizdeki en büyük madde bağımlılığı merkezi olan İstanbul AMATEM 1983 yılından 1996 yılına kadar ülkemizdeki madde kullanıcılarının çoğunun ilk tedavilerinin yapıldığı

kurum özelliği taşımaktadır. 1996 yılından itibaren farklı illerde AMATEM merkezleri kurulmuş, bu dönemde özel tedavi kurumları da açılmıştır (Türkcan, 1998).

AMATEM bağımlılık tedavisinde başarılı sonuçlar alan önemli bir tedavi merkezidir. AMATEM’de tedavi alan bağımlı bireylerin psikososyal tedavisinde amaç, bağımlı bireyi tekrar toplum yaşamına kazandırmaktır. Bozulmuş olan aile, okul, sosyal hayat ya da iş vb. gibi ortamlardaki işlevselliğin ve uyumun yeniden kurulmasıdır. Tedavinin odağında bireyi bağımlısı olduğu maddeden arındırmak, maddenin bağımlılığa sebep olduğu ruhsal, bedensel ve toplumsal etkilerden kurtulması sonrasında bağımlılığın bir sonucu olarak kaybettiği tüm rollerini tekrar kazanmasını sağlamaktır (Beyazyürek ve Şatır, 2000). Klinikte karşılaşılan en büyük sorun, tedavinin yarıda bırakılması, tedavi olmada isteksizlik, tedaviye hazır hissetmeme ve bireyin eksik motivasyonudur (Evren, Saatçioğlu, Dalbudak, Danışmant, Çakmak ve Ryan, 2006).

AMATEM kliniklerinde çalışan hemşirelerin görev, yetki ve sorumlulukları aşağıda sıralanmıştır (Fırıncık, 2016).

- Tedavi edici grup faaliyetlerini (spor, uğraşı, günaydın toplantısı, kitap, sinema, gezi, işe yönlendirme vb.) düzenlemek, faaliyetlere hasta katılımını sağlamak ve gözlemlemektir.
- Düzenli bir biçimde idrar numuneleri almak ve alkol düzeyi ölçümü yaparak madde kullanımı olup olmadığını takip etmektir.
- İlaçların güvenliğini (bilhassa narkotikler) sağlamak, kilitli bir biçimde tutmak ve sayım yaparak devretmektir.
- Klinikte aramalar yaptırmak, güvenliğini sağlamak ve kliniğe madde girmesini engellemeye yönelik tedbirler almaktır.
- Hastanın taburculuğundan sonra çözümleri önlemek için bireysel ya da grup danışmalığı yapmak ve çözümlere neden olan düşünceler ve davranışları tanımasını sağlamaktır.
- Hastalara yönelik olarak düzenlenen yardım gruplarına katılmalarını ağılamaktır (adsız alkolik (AA), adsız narkotik (NA), çocukların (ACA), ailelerinin (Al-Anon)).
- AMATEM personelinin bağımlılıkla ilgili eğitimlerini planlamak ve organize etmektir.

- Topluma bilgi verme konusunda faaliyetlerde görev almak, danışmanlık ve eğitim hizmetleri vermektir.
- Tedavi değişkenlik göstereceğinden motivasyonu düşen hastalara motivasyon vermektir.
- Hayatında var olan sorunlarla başa çıkmada yetersiz kalması sebebiyle bağımlı olduğunu fark etmesini sağlamak ve problem çözme becerisi sağlamaktır.
- Hastaya içinde olduğu problem ve bağımlılığın oluşturabileceği fiziksel zararlar ile ilgili bilgi vermek ve değişmesine yardımcı olmaktır.
- Tekrar madde almaması konusunda cesaretlendirmek ve temiz kalmasını sağlamaktır.
- Hastaya değer vererek, yargılamadan, yaşadığı problemleri samimi bir biçimde dinlemektir.

2.3.4. Tedavi Edici Ortam ve Psikiyatri Hemşireliği

Psikiyatri hemşireleri tedavi edici ortamın oluşturulmasından sorumlu ruh sağlığı profesyonelleridir. Amerikan Hemşireler Birliği Tedavi ortamının düzenlenmesini hemşirelerin temel sorumlulukları arasında göstermektedir.

Psikiyatri dalında uzmanlaşmış hemşirelerin, verilerin toplanması, hemşirelik tanılarının konulması, uygulama ve değerlendirme basamaklarından oluşmakta olan hemşirelik sürecini, bağımlılık tedavisinde dikkatli ve özenli bir biçimde kullanmalıdır (Karakaş ve Ersöğütçü, 2016).

Alkol ve madde kullanım bozukluğu tedavi ve bakımda hemşirelerin bireyi korumada ve iyileştirme sürecinde sağlık ekibiyle beraber çalışması gereklidir (Albayrak ve Balcı, 2014).

Madde bağımlılığı olan bireyin bakımında atılacak ilk adım hasta bireyin değerlendirilmesidir. Klinikteki hemşire alkol ve madde bağımlısı olan bireyi değerlendirirken ilk olarak kullanılan maddenin türü, hangi yolla ve ne miktarda aldığı, ne kadar zamandır madde kullandığı, en son ne zaman madde kullandığı, miktarı, sıklığı, kullanmayı bırakmayı düşünüp düşünmediği ve neticede ne olduğu gibi madde kullanımına ilişkin bilgiler toplanmalıdır (Şimşek, 2010).

Ortamda bulunan tüm bireysel ve çevresel etkenleri avantaj oluşturacak biçimde değerlendirerek hastanın rehabilitasyonunu kolaylaştıracak bir ortam oluşturmak tedavi

edici ortam yönetiminin ana amacıdır. Bu ortamı oluşturma vazifesi, başhemşire ve klinik şefi ile birlikte, tüm hemşireler tedavi edici ortamın özelliklerini anlamak ve sürdürmekten sorumludur (Oflaz, 2006). Tedavi edici ortamın tüm unsurlarına ilişkin aktiviteler, klinik ortamda hemşirelik açısından vizyonu olan akut belirtilerin iyileştirilmesi, işlevselliğin yeniden kazandırılması, destek sisteminin kurulması ve belirti yönetimi doğrultusunda bakım planına katılmalıdır (Oflaz, 2006).

Hasta yatış devrelerinin kısalması ve biyomedikal tedavilerin gelişen teknoloji ile ilerleyiş göstermesi gibi sebeplerle, tedavi edici ortam düşüncesi, her geçen gün önemini kaybetmiş gibi görünse de, yatan hasta birimlerinde hemşirelik aktiviteleri için hala mühim bir zemin oluşturmaktadır. Modern psikiyatri hemşireliği uygulamasının bilgi ve uzmanlık gerektiren üç alanı, tedavi edici ortamın yönetimi, bakım aktivitelerinin sürdürülmesi, bakımın bütünlüğü ve eşgüdümün sağlanmasıdır. Bu sebeple, psikiyatri hemşireleri psikiyatrik popülasyonda ve hizmet sunumunda ortaya çıkan değişiklikleri tedavi edici ortam ilkeleri ile bütünleştirerek bakım aktivitelerini sürdürmelidirler (Oflaz, 2006).

Genel olarak alkol ve madde kullanım bozukluğu tedavisinde hemşirelerin görevleri; rehabilitasyon ve tedavi sürecinde sağlık ekibinin aktif bir elemanı olarak görev yapmak, yardım alan bireylere ve onların ailelerine destek olmak, alkol ya da madde bağımlılığını engellemek amacıyla farkındalık oluşturmak, birey, ailesi ve sağlık takımının diğer üyelerini ilgili konu hakkında eğitmek, araştırmalar yapmak, kişisel ve mesleki gelişimini artırmak ve meslek üyeleri ile paylaşımlar yapmak olarak sıralanabilir (Albayrak ve Balcı, 2014).

3. YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Şekli

Alkol ve madde kullanım bozukluğu tanısı alan hastalarda tedavi motivasyonuna tedavi ortamı ile bireysel ve hastalık özelliklerinin etkisini incelemek amacıyla yapılan bu araştırma tanımlayıcı türde tasarlanmıştır.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer

Araştırma İstanbul İlinde bir vakıf hastanesi olan Balıklı Rum Hastanesinde yapılmıştır. Hastanede alkol ve madde kullanım bozukluğu tanısı alan hastalar için ayrılmış iki ayrı ünite bulunmaktadır. Anatolia 3(Alkol bağımlılığı) Kliniği 22 yataklı servis olup; bir psikiyatri uzmanı, bir pratisyen hekim, 10 hemşire ve 10 diğer sağlık personeli çalışmaktadır. Anatolia 3 (Alkol Bağımlılığı) “açık servis” niteliğinde ağırlıklı olarak “alkol kullanımına bağlı ruhsal ve davranışsal bozukluklar” tanısı alan hastaların yatarak tedavi gördükleri bir klinikdir. Odalar tek kişilik olarak düzenlenmiş, bazı odalarda refakatçi olarak yakınların da kalmalarına uygun ilave yataklar mevcuttur. Bu serviste kendi rızası ile tedaviye başvuran alkol kullanımını dışında, kumar oynama, yeme bozukluğu, depresyon, panik bozukluğu ve diğer anksiyete bozukluğu tanısı alan hastalar da yatarak tedavi olabilmektedir. Serviste rutin olarak sabahları hastanın doktoru, nöbetçi hemşire ve servis hemşiresi ile beraber vizit yapılmaktadır. Ayrıca rutin olarak günaydın toplantıları, grup terapileri ve hastalara tedavileri hakkında eğitimler yapılmaktadır.

Anatolia 2(Madde bağımlılığı) kliniği 50 yataklı servis olup, yedi psikiyatri uzmanı, iki pratisyen hekim, 17 hemşire, 20 diğer sağlık personeli çalışmaktadır. Bu klinik, “kapalı” ve “açık” servis niteliğinde ağırlıklı olarak “madde kullanım bozukluğu tanısı” alan hastaların yatarak tedavi gördükleri bir klinikdir. Odalar tek ve çift kişilik olarak düzenlenmiş, bazı odalarda refakatçi olarak yakınların da kalmalarına uygun ilave yataklar mevcuttur. Servis; diğer klinikte olduğu gibi hasta vizitleri, günaydın toplantıları ve grup terapileri yapılmaktadır.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Çalışmanın yapıldığı hastaneye 2016 yılında bir yıllık süre içinde madde bağımlılığı tanısı ile 397 ve alkol bağımlısı tanısı ile 103 olmak üzere toplam 500 hasta yatmıştır. Bu çerçevede, çalışmaya 2017 yılında Ocak-Mart aylarını kapsayan üç aylık süre içinde

yatan tüm hastaların alınması planlanmıştır. Çalışma sürecinde hastaneye 150 hasta yatışı yapılmış ve tüm hastalar katılımı kabul etmiştir. Görüşmeler hastaların uygun olduğu zamanlarda yapılmıştır.

Örnekleme dahil etme kriterleri

- 1- DSM V ölçütlerine göre alkol ve madde kullanım bozukluğu tanısı almak
- 2- Aktif kriz döneminde olmamak
- 3- Klinikte en az beş gündür yatıyor olmak
- 4- 18 üstü yaş grubunda olmak
- 5- Soruları algılama sorunu olmamak

3.4. Verilerin Toplanması

Araştırmada veriler; aşağıdaki formlar aracılığı ile, araştırmacı tarafından bireylerle yüz yüze görüşülerek elde edilmiştir.

3.4.1. Veri Toplama Araçları

Veriler, hastaların kişisel ve hastalık özelliklerin belirlemeye yönelik Kişisel Bilgi Formu (KBF), Tedavi Motivasyonu Anketi (TMA), Servis Ortamı Ölçeği (SOÖ) kullanılarak toplanmıştır.

3.4.1.1. Kişisel Bilgi Formu (Ek 1)

Kişisel Bilgi Formu (KBF) araştırmacı tarafından literatürden yararlanılarak geliştirilmiş olup bireylerin cinsiyet, yaş, medeni durumu, eğitim durumu, birlikte yaşadığı kişiler, psikiyatrik tanıları, madde kullanım türleri ve kullanım süreleri, bağımlılık tedavisi alıp almadığı, mevcut tedavilerini belirlemeye yönelik toplam 10 madde yer almaktadır.

3.4.1.2. Tedavi Motivasyon Anketi (TMA) (Ek 2)

Tedavi Motivasyon Anketi, hastaların uygulanan tedavileri benimseme, tedaviye katılım özelliklerini ölçmek üzere düzenlenmiş bir ölçektir. Öz bildirim dayalı olarak yapılandırılan ölçeğin maddeleri “Kesinlikle katılmıyorum”, “Katılmıyorum”, “Bilmiyorum”, “Katılıyorum” ve “Kesinlikle Katılıyorum” şeklinde beşli likert tipinde derecelendirilmiştir. 1995 yılında Ryan ve arkadaşları tarafından geliştirilen ölçeğin

ülkemizde geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Evren ve arkadaşları tarafından 2006 yılında yapılmıştır. Ölçeğin güvenilirlik katsayısı 0.84 olarak bulunmuştur (Evren ve ark., 2006).

Ölçeğin 22 maddesi olumlu, 4 maddesi olumsuz ifade taşımaktadır. Olumlu maddeler 1-5'edoğru, olumsuz maddeler 5'ten 1'e doğru puanlanmaktadır.

Ölçeğin dört alt grubu bulunmaktadır. Bunlar; İçsel Motivasyon (İM), Dışsal Motivasyon (DM), Kişiler arası Yardım (KYA) ve Tedaviye Güven (TG) dir.

İçsel motivasyonu (İM) belirleyen 11 madde (1,2,4,5,7,8,9,11,15,20 ve 23. maddeler) bulunmaktadır. TMA içsel motivasyon faktörleri tam anlamıyla dışarıdan belirlenmiş olmayan içselleştirilmiş motivasyon olarak ele alınmaktadır. Başka bir deyişle, bireyin kendisinin bunu istemek durumunda kalmış olmasıyla oluşan bir iç motivasyon söz konusudur (Evren ve ark. 2016:117).

Dışsal motivasyon (DM), (3,6,10 ve 12. maddeler), dört maddeden oluşmakta ve bireylerin tedavi olmaktan başka seçeneği kalmamasını ve tedavi görmesi için dış güçlerden baskı görmesini baz almaktadır.

Kişiler arası yardım arama (KYA) alt grubunda altı madde bulunmaktadır (17,18,19,22,25 ve 26 maddeler). Kişiler arası yardım arama motivasyonunun kriterini bireylerin problemlerini başkalarıyla paylaşabilmek oluşturmaktadır. Buna göre bir bireyin kişiler arası yardım arama motivasyonunu sorunlarını başkalarına açabilmesi belirler.

Tedavide güven (TG) faktörlerini oluşturan 5 madde bulunmaktadır (13,14,16,21 ve 24. maddeler). Burada bireylerin tedavi seyri ile ilgili beklentileri ve düşünceleri odak alınır. (Savaşan, 2010)

Ölçeğin değerlendirilmesinde toplam ve alt ölçek puanları ayrı ayrı hesaplanmaktadır.

Puanların yükselmesi bireylerin tedavi motivasyonunun yüksek olduğunu göstermektedir. Ölçekten alınan toplam puan en az 26, en fazla 130'dur.

Ölçeğin alt ölçek maddeleri ve her birisinden alınabilecek en düşük ve en yüksek puanlar aşağıdaki tabloda yer almaktadır.

Tablo 1: Ölçeğin alt ölçek maddeleri ve her birisinden alınabilecek en düşük ve en yüksek puanlar

Alt Gruplar	Maddeler	Alınabilecek en düşük puan	Alınabilecek en yüksek puan
İçsel Motivasyon (İM)	1,2,4,5,7,8,9,11,15,20 ve 23	11	55
Dışsal Motivasyon (DM)	3,6,10 ve 12	4	20
Kişiler arası yardım arama (KYA)	17,18,19,22,25, ve 26	5	30
Tedavide Güven (TG)	13,14,16,21 ve 24	5	25

3.4.1.3. Servis Ortamı Ölçeği (SOÖ) (Ek 3)

Servis Ortamı Ölçeği, psikiyatrik servis ortamını değerlendirmek, hastaların ve çalışanların verilen hizmete yönelik algılarını ölçmek amacıyla Moos tarafından 1974 yılında geliştirilmiştir. Ölçeğin geçerlilik ve güvenilirliği Bozkurt (1998) tarafından yapılmıştır. Bozkurt alt ölçeklerin güvenilirlik katsayılarının 0.51-0.74 arasında değiştiğini bildirmiştir. Ölçeğin kesme noktası yoktur. Ölçeğin değerlendirilmesi alt ölçekler üzerinden ayrı ayrı olarak yapılmaktadır. Toplam puan üzerinden değerlendirme yapılmamaktadır. Ölçeğin, 3 boyutu ve 10 alt ölçeği vardır ve 100 maddeden oluşmaktadır.

Ölçeğin boyutları; ilişki, kişilik gelişimi ve sistemin işleyişi şeklindedir. Her boyutun altında alt ölçekler bulunmaktadır. Bunlar şu şekildedir.

a) İlişki boyutu: Kişilerarası ilişkilerin yoğunluğuna ve doğasına odaklanan 3 alt ölçekten oluşmaktadır.

- **Katılım (KA):** Hastaların birbirleri ile ilişkisi dahilinde kişisel ve ortamın bir üyesi olarak günlük sürdürdükleri sosyal fonksiyonlarda ne kadar aktif ve enerjik olduklarının ölçümüdür. Genel heyecan, istek, ekip ruhu ve ortamdaki özgüveni saptar.

- Destek (DE): Hastaların birbirlerine karşı ne kadar destekleyici ve yardımcı oldukları, çalışanların hasta gereksinimlerini ne kadar anladıkları, hastayı cesaretlendirmeyi ne kadar istediklerini ölçmektedir

- Spontanlık (SP): Ortamın hastaları ve çalışanları ne kadar açık davranmaya yönelttiği ve diğer hastalara ve çalışanlara duygularını ne kadar özgürce ifade edebildiklerini ölçer.

b) Kişilik gelişim boyutu: Kişisel gelişimin ne kadar cesaretlendirildiğine odaklanır. Dört alt ölçekten oluşmaktadır.

- Otonomi (OT): Hastaların kendi kararlarını almada ne kadar özgüvenli ve bağımsız olduklarını, hastaların sorumluluklarını ve kendi yönetimini ne kadar istediklerini ölçer.

- Pratik yönelim (PY): Hastaların programdan ayrılmaya ve toplumsal yaşama ne kadar hazır olduklarını ölçer.

- Kişisel sorun yönelimi (KSY): Hastaların duygularını ve kişisel problemlerini anlama çabaları ve bunları diğer hastalarla ve çalışanlarla konuşmaya ne kadar cesaretli olduklarını ölçer.

- Öfke ve saldırganlık (ÖS): Hastaların başka hastalarla ve ekiple tartışmaları, öfkelerini açıkça ifade etmeleri ve saldırganlık gösterme düzeylerini ölçer.

c) Sistemin işleyişi boyutu: Programın düzenliliği ve beklentilerin açıklığına odaklanır. Üç alt ölçekten oluşur.

- Düzen ve organizasyon (DO): Ortamda düzen ve organizasyona ne kadar önem verildiğinin hasta ve çalışanlarca ifadesidir.

- Programın açıklığı (PA): Hastaların programın günlük işleyişini, bundan neler bekleyeceğini bilme düzeylerini ve ortamdaki kuralların ve işleyişin nasıl uygulanacağını anlama düzeylerini ölçer.

- Çalışanların kontrolü (ÇK): Servis çalışanlarının hastaları gerekli kontrol altında tutmakta kullandıkları ölçütlerin derecesidir.

Ölçeğin boyutları ve alt ölçekleri ile ilgili maddeler ve her birisinden alınabilecek en düşük ve en yüksek puanlar aşağıdaki tabloda verilmiştir.

Tablo 2: Ölçeğin boyutları ve alt ölçekleri ile ilgili maddeler ve her birisinden alınabilecek en düşük ve en yüksek puanlar

Boyutları	Alt ölçekleri	Maddeler	Alınabilecek En Düşük Puan	Alınabilecek En Yüksek Puan
İlişki Boyutu	Katılım (KA)	1,11,21,31,41,51,61,71,81,91	0	10
	Destek (DE)	2,12,22,32,42,52,62,72,82,92	0	10
	Spontanlık (SP)	3,13,23,33,43,53,63,73,83,93	0	9
Kişilik Gelişimi Boyutu	Otonomi (OT)	4,14,24,34,44,54,64,74,84,94	0	10
	Pratik Yönelim (PY)	5,15,25,35,45,55,65,75,85,95	0	10
	Kişisel Sorun Yönelimi (KSY)	6,16,26,36,46,56,66,76,86,96	0	9
	Öfke ve Saldırganlık (ÖS)	7,17,27,37,47,57,67,77,87,97	0	9
Sistemin İşleyişi	Düzen ve Organizasyon (DO)	8,18,28,38,48,58,68,78,88,98	0	10
	Programın Açıklığı (PA)	9,19,29,39,43,59,69,79,89,99	0	10
	Çalışanların Kontrolü (ÇK)	10,20,30,40,50,60,70,80,90,	0	10

Ölçekte soruların cevapları ‘doğru (D)’ ya da ‘yanlış (Y)’ olarak verilmekte olup her doğru ifadeye bir, yanlış ifadeye ise 0 puan verilmektedir. Ölçeğin kesme puanı bulunmamaktadır ve değerlendirilmede toplam puan elde edilmemekte, puanlar her alt ölçek için ayrı olarak belirlenmektedir. Alt ölçek puanlarının yüksek olması ortamın olumlu algılandığını göstermektedir.

3.4.1.4. Veri Toplama Formlarının Uygulanması

Araştırmada veriler; bireylerle önceden planlanan saatte araştırmacı tarafından yüz yüze görüşülerek elde edilmiştir. Formların doldurulması ortalama 45 dakika sürmüştür. Bu süre içinde araştırmacı bireylerin yanında bulunmuş, gerektiğinde sorularını yanıtlamıştır.

3.4.2. Verilerin Değerlendirilmesi

Veri toplama formlarından elde edilen veriler bilgisayar ortamına sayısal ifade olarak girilmiş ve bu veriler sosyal bilimler için istatistik paket programı (SPSS 18) kullanılarak istatistiksel sonuçlara dönüştürülmüştür.

İstatistiksel değerlendirmede; bulguların anlamlılık düzeyleri en az $p < 0.05$ olarak kabul edilmiştir. İki den fazla bağımsız değişken arasındaki farkın anlamlılığı için Kruskal Wallis analizi, iki değişkenin ortalamaları arasındaki farkın anlamlılığı için de Mann Whitney-U Testi kullanılmıştır. Araştırmanın bağımlı ve bağımsız değişkenleri arasındaki ilişki için Spearman korelasyon testi kullanılmıştır. Bağımlı ve bağımsız değişkenler arasındaki korelasyon ilişkileri aşağıdaki kriterlere göre değerlendirilmiştir (Kalaycı, 2006); R ilişkisi;

0,00-0,25 Çok Zayıf

0,26-0,49 Zayıf

0,50-0,69 Orta

0,70-0,89 Yüksek

0,90-1,00 Çok Yüksek

Elde edilen bulgular %95 güven aralığında %5 anlamlılık düzeyinde değerlendirilmiştir. Tedavi Motivasyon Ölçeği ve Servis Ortamı Ölçeğini yordama da ki önem sırasını belirlemek için de regresyon analizi yapılmıştır

3.4.3. Etik Boyut

Araştırma için Üsküdar Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik kurulundan (EK4) ayrıca araştırmanın yapıldığı kurumdan (EK5) yazılı olarak, çalışmaya dahil edilen hastalardan ise yazılı olarak onam alınmıştır.

4. BULGULAR

Bu bölümde; Alkol ve Madde Kullanım Bozukluğu tanısı ile yatan hastalarda tedavi ortamının ve bazı bireysel ve hastalıkla ilgili faktörlerin tedavi motivasyonuna etkisini belirlemek amacıyla Tedavi Motivasyonu Anketi, Servis Ortamı Ölçeği ve Kişisel Bilgi Formundan elde edilen bulgular yer almaktadır.

Hastaların demografik özelliklerine göre dağılım Tablo 3' de verilmiştir.

Tablo 3: Hastaların Bireysel Özelliklerine göre Dağılımı

Tanımlayıcı Özellikler		N	%
Cinsiyet	Kadın	32	21.3
	Erkek	118	78.7
Yaş	20 yaş altı	64	42,7
	20-25 yaş arası	42	28,0
	26-30 yaş arası	20	13,3
	31 yaş üstü	24	16,0
Medeni durum	Evli	35	23.3
	Bekar	115	76.7
Eğitim düzeyi	Eğitimi Olmayan	7	4.7
	İlkokul Mezunu	29	19.3
	Ortaokul	30	20.0
	Lise Mezunu	61	40.7
	Üniversite ve üstü	23	15.3
Birlikte Yaşadığı Kişi	Yalnız	10	6,7
	Aile/Akraba	118	78,7
	Arkadaş	22	14,6

Tablo 3'de hastaların bireysel özelliklerine göre dağılımı verilmiştir. Buna göre; hastaların %78.7'si erkek, %42.7'si 20 yaştan küçük, %76.7'si bekar, %40.7'si lise mezunu ve %78.7'si aile/akrabası ile yaşamaktadır.

Tablo 4: Hastaların Hastalık Özelliklerine Göre Dağılımı (n=150)

Hastalık Özellikleri	N	%	
Bağımlılık Yapan Madde	Alkol	23	15,3
	Bonzai	35	23,3
	Eroin	50	33,3
	Esrar	28	18,7
	Uçucu Maddeler	14	9,4
Alkol ve Madde Kullanım Süresi	0-1 yıl	41	27,3
	1-5 yıl	84	56,0
	6 ve üstü	25	16,7
Daha önce tedavi olma Durumu	Hiç tedavi olmadım	53	35,3
	Ayakta Tedavi	50	33,3
	Yatarak 1 kez	37	24,6
	Yatarak 2 kez	23	15,3
	Diğer	10	6,7
Uygulanan Tedaviler	Çip-İlaç tedavisi	80	53,3
	Çip-serum tedavisi	18	12,0
	Terapiler(Grup ve Bireysel Terapi)	19	12,7
	Çip-ilaç-serum tedavisi	33	22,0
Başka bir psikiyatrik hastalık varlığı	Evet	15	10
	Hayır	135	90
İkincil psikiyatrik hastalık(n=15)	Bipolar	9	60
	Anksiyete	2	13
	Depresyon	4	27

Tablo 4’de hastaların hastalık özelliklerinin dağılımı verilmiştir. Buna göre; hastaların %33’ü eroin, % 23,3’ü bonzai, %18,7 si esrar ve %15,3 ü alkol bağımlılığı tanısı ile yatmaktadır. Hastaların %56’sı 1-5 yıldır alkol ve madde kullanmaktadır. Hastaların %35,3’ü daha önce herhangi bir tedavi olmadığı, %33,3 ü ise ayaktan tedavi olduğu görülmektedir. Hastaların %53.3’üne çip ve ilaç tedavisi uygulanmaktadır. Hastaların %10’nunda psikiyatrik hastalığının olduğu, %90’na bakıldığında başka psikiyatrik hastalığı bulunmamaktadır.

Tablo 5: Hastaların Tedavi Motivasyonu Ölçeği Genel ve Alt Grup Puan Ortalamalarının Dağılımı (n=150)

Tedavi Motivasyonu Ölçeği	\bar{x}	Ss	Minimum	Maksimum
Genel	100.86	14,20	47,00	130,00
İçsel Motivasyon	46,52	8,73	12,00	55,00
Dışsal Motivasyon	15,39	4,00	6,00	20,00
Kişilerarası Yardım	23,55	5,57	6,00	30,00
Tedaviye Güven	14,54	4,67	8,00	25,00

Tablo 5’ te hastaların Tedavi Motivasyon ölçeği genel ve alt grup puan ortalamaları görülmektedir. Buna göre;

Hastaların Tedavi Motivasyonu ölçeği genel puan ortalaması, x : 100.86, içsel motivasyon puan ortalaması x : 46.52, Dışsal Motivasyon puan ortalaması x : 15.39, Kişilerarası Yardım x : 23.55ve Tedaviye Güven puan ortalaması x : 14.54 bulunmuştur.

Tablo 6: Hastaların Servis Ortamı Ölçeği Alt Grup Puan Ortalamalarının Dağılımı (n=150)

Alt Ölçekler	N	\bar{x}	Ss	Minimum	Maksimum
Katılım	150	4.86	1.49	0	10.0
Destek	150	5.56	1.38	0	10.00
Spontanlık	150	4.93	1.28	0	9.00
Otonomi	150	4.16	1.40	0	10.00
Pratik Yönelim	150	5.18	1.96	0	10.00
Kişisel Sorun Yönelimi	150	4.83	1.60	0	9.00
Öfke ve Saldırganlık	150	4.88	1.44	0	9.00
Düzen ve Organizasyon	150	6.06	1.88	0	10.00
Program Açıklığı	150	5.96	1.64	0	10.00
Çalışan Kontrolü	150	5.93	1.50	0	10.00

Tablo 6’da, hastaların Servis Ortamı Ölçeği alt grup puan ortalamaları dağılımı görülmektedir.

Buna göre; Katılım puan ortalaması x: 4.86, Destek puan ortalaması x: 5.56, Spontanlık puan ortalaması x: 4.93, Otonomi puan ortalaması x: 4.16, Pratik Yönelim puan ortalaması x: 5.18, Kişisel Sorun Yönelimi puan ortalaması x: 4.83, Öfke ve Saldırganlık puan ortalaması x: 4.88, Düzen ve Organizasyon puan ortalaması x: 6.06, Program Açıklığı puan ortalaması x: 5.96, Çalışan Kontrolü puan ortalaması x: 5.93 olarak bulunmuştur.

Tablo 7: Hastaların Tedavi Motivasyonu Ölçeği ve Servis Ortamı Ölçeği Genel ve Alt Grup Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Alt Ölçekler		Katılım	Destek	Spontanlı	Otonomi	P.Yönelim	K.Sorun	ÖfkeS.	Düzen	P. Açıklığı	Ç.Kontrol
İçsel Motivasyon	r	-.012	-.224	.018	.070	-.023	-.079	.082	-.080	-.214	-.173
	p	.883	.006	.827	.393	.784	.337	.316	.332	.130	.034
Dışsal Motivasyon	R	-.036	-.201	-.014	.095	-.111	-.105	.074	-.132	-.121	-.061
	P	.658	.013	.861	.246	.175	.199	.371	.108	.140	.462
Kişilerarası Yardım	R	.111	-.221	-.039	.124	.000	-.001	-.100	-.114	-.191	-.105
	P	.175	.007	.635	.129	1.00	.987	.223	.163	.019	.202
Tedaviye Güven	R	.058	.269	.017	-.146	.111	-.064	.064	.159	.197	.060
	P	.477	.001	.832	.075	.176	.435	.438	.052	.016	.465
Tedavi Motivasyon (toplam)	R	.051	-.205	.004	.071	.012	.088	.019	.098	-.170	-.164
	P	.534	.012	.963	.388	.886	.283	.816	.235	.037	.045

Tablo 7’de hastaların tedavi motivasyonu ölçeği ve servis ortamı ölçeği genel ve alt grup puan ortalamalarının karşılaştırılması verilmiştir.

Hastaların TMÖ ile SOÖ ölçeği puanları karşılaştırıldığında; SOÖ destek alt grubu ile TMÖ içsel motivasyon, dışsal motivasyon, kişilerarası yardım arama ve ölçeğin toplam puanları arasında ters yönde zayıf bir ilişki saptanmıştır ($p<0.05$). Tedaviye güven alt boyutunda ise anlamlı düzeyde doğrusal ilişki bulunmuştur. SOÖ ise program açıklığı alt grubu ile TMÖ kişilerarası yardım ve genel puanları arasında yine ters yönde zayıf ilişki, ($p<0.05$). Tedaviye güven alt grubu ile de anlamlı düzeyde doğrusal ilişki saptanmıştır($p<0.05$). Ayrıca SOÖ çalışan kontrolü alt grubu ile TMÖ karşılaştırıldığında, TMÖ geneli ve içsel motivasyon alt grubu ile arasında ters yönde zayıf ilişki bulunmuştur ($p<0.05$). Diğer gruplar arasında anlamlı düzeyde bir ilişki belirlenmemiştir. ($p>0.05$).

Tabloda görüldüğü gibi; tedavi motivasyon ölçeği toplam puan ortalaması ile (Tedaviye Güven alt ölçeği hariç) servis ortam ölçeği destek alt grubu puan ortalaması arasında negatif yönde, çok zayıf ilişki saptanmıştır. İçsel Motivasyon ($r=-.224$, $p<0.05$), Dışsal Motivasyon ($r=-.201$, $p<0.05$), Kişilerarası Yardım ($r=-.221$, $p<0.05$). Tedaviye Güven ile olumlu yönde çok zayıf ve doğru orantılı ilişki vardır. ($r=.269$, $p<0.001$). Tedavi Motivasyon toplam puan ortalamaları ile Program Açıklığı ve Çalışan Kontrolü puanları arasında negatif yönde anlamlı, çok zayıf ve ters orantılı ilişki bulunmuştur (PA $r= -.170$, $p<0.05$).

(Ç. K $r = -164$, $p < 05$). Bunların dışında kalan alt grup puan ortalamaları arasında ilişki bulunmamıştır ($p > 05$).

İşsel Motivasyon puan ortalamaları ile Çalışan Kontrolü puanı arasında negatif yönde anlamlı, çok zayıf ve ters orantılı ilişki vardır. ($r = -173$, $p < 05$). Bunların dışında kalan alt grup puan ortalamaları arasında ilişki bulunmamıştır ($p > 05$).

Kişiler arası yardım arama ve Tedaviye Güven ile Program Açıklığı puanı arasındaki olumlu yönde anlamlı, çok zayıf ve doğru orantılı ilişki vardır. ($r = -191$, $p < 05$) ve ($r = 197$, $p < 05$). Bunların dışında kalan alt grup puan ortalamaları arasında ilişki bulunmamıştır ($p > 05$).



Tablo 8: Hastaların Bireysel ve Hastalık Özelliklerine Göre Tedavi Motivasyonu Ölçeği Genel Puan Ortalamalarının Dağılımı (n=150)

Özellikler	N	Puan Ort.	İstatiksel Analiz
Cinsiyet		Sıra Ort.	
Kadın	32	59.64	U=1380.500 Z=-2,332 p=.020*
Erkek	118	79.80	
Yaş			
20 yaş altı	64	76.74	X ² = 2.927 Sd=3 p=.403
20-25 yaş arası	42	68.24	
26-30 yaş arası	20	88.08	
31 yaş üstü	24	74.42	
Medeni Durum			
Evli	35	79.94	U=1857.000 Z=-.692 p=.489
Bekar	115	74.15	
Eğitim Durumu			
a.Eğitimi olmayanlar	7	102.86	X ² =7.930 Sd=4 p=.094
b.İlkokul Mezunu	29	82.52	
c.Ortaokul	30	74.00	
d.Lise	61	65.84	
e.Üniversite	23	85.91	
İkincil Psikiyatrik Hastalık			
Evet	15	62.37	U=815.500 Z=-1.236 p=.216
Hayır	135	76.96	
Bağımlılık Yapıcı Madde			
a.Alkol	23	99.52	X ² =8.975 Sd=4 p=.062
b.Bonzai	35	72.94	
c.Eroin	50	71.22	
d.Esrar	28	73.02	
e. Uçucu Maddeler	14	62.68	
Madde Kullanım Süresi			
a.0-1 Yıl	41	83.96	X ² =3.042 Sd=2 p=.218
b.1-5 Yıl	84	74.46	
c.6 yıl ve üstü	25	65.12	
Daha Önce Tedavi Olma Durumları			
a.Hiç tedavi olmadım	53	81.10	X ² =5.143 Sd=4 p=.273
b.Ayakta Tedavi	50	65.05	
c.Yatarak 1 kez	14	79.50	
d.Yatarak 2 kez	23	85.02	
e.Diğer	10	70.55	

Tablo 8’de hastaların bireysel ve hastalık özelliklerine göre tedavi motivasyonu ölçeği toplam puan ortalamalarının dağılımı görülmektedir.

Buna göre; erkek hastaların tedavi motivasyonu puan ortalaması kadın hastalara göre yüksek olduğu ve aradaki farkın anlamlı olduğu görülmüştür. ($U=1380.500$, $p< .05$). Bununla birlikte yaş, medeni durum, eğitim durumu, ikincil psikiyatrik hastalık, yatış süresi, daha önce tedavi olma durumu yönünden tedavi motivasyonlarında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde fark bulunmamıştır ($p> 05$).

Bağımlılık yapıcı madde yönünden hastaların tedavi motivasyonu değerlendirildiğinde ise, istatistiksel olarak anlamlı olmamakla birlikte, alkol bağımlılığı olan hastaların tedavi motivasyonu, diğer madde bağımlılığı olan hastalara göre yüksek bulunmuştur.

Tablo 9: Tedavi Motivasyonun Yordanmasına İlişkin Standart Çoklu Regresyon Analizi Sonuçları

Bağımsız Değişken	B	Standart Hata	β	t	P	İkili r	Kısmi r
Sabit	91,560	11,303		8,101	,000		
Servis Ortamı	,665	,702	,311	,946	,346	,080	,077
Katılım Alt Boyutu	,274	1,184	,029	,231	,817	,020	,019
Destek Alt Boyutu	-2,246	1,349	-,219	-1,665	,098	-,140	-,136
Spontanlık Alt Boyutu	,891	1,175	,080	,758	,450	,064	,062
Otonomi Alt Boyutu	-,084	1,185	-,008	-,071	,944	-,006	-,006
Pratik Yönelim Alt Boyutu	,665	,702	,092	,946	,346	,080	,077
Kişisel Yönelim Alt Boyutu	-1,320	1,045	-,149	-1,262	,209	-,106	-,103
Öfke ve Saldırganlık Alt Boyutu	1,330	1,145	,136	1,162	,247	,098	,095
Düzen ve Organizasyon Alt Boyutu	-,719	1,232	-,095	-,584	,560	-,049	-,048
Program Açıklığı Alt Boyutu	-1,841	1,141	-,213	-1,614	,109	-,136	-,132
Çalışan Kontrolü Alt Boyutu	-,685	1,117	-,072	-,613	,541	-,052	-,050
R= .276	R ² =.07						
F(10, 139)=1.143,	P=.335						

Tablo 9’da tedavi motivasyonun yordanmasına ilişkin standart çoklu regresyon analiz sonuçları görülmektedir. Buna göre; Tedavi Motivasyon ile Servis Ortamı toplam puanı ile alt boyutları olan katılım, destek, spontanlık, otonomi, pratik yönelim, kişisel yönelim, öfke ve saldırganlık, düzen ve orgnizasyon, program açıklığı, çalışan kontrolü arasında

anlamli ilifkiler gostermemektedir ($R = .276$, $R^2 = .07$, $p > .05$). Servis Ortamının tedavi motivasyon üzerinde etkisi olmadığı tespit edilmiştir.



5.TARTIŞMA

Tedavi için motivasyon genellikle alkol ve uyuşturucu bağımlılığı bozuklukları olan hastalarda tedavi arayışı ve başarısının güçlü bir göstergesidir (Cahill, Adinoff, Hosig, Muller ve Pulliam, 2003).

Alkol ve madde kullanım bozukluğu tedavisi zor, bireysel ve toplumsal yükü fazla olan tüm dünyada yaygın önemli bir halk sağlığı sorunu olup tedavinin etkin bir şekilde yapılmasında hastaların motivasyonlarının artırılması önemlidir. Bu çalışmada, alkol ve madde kullanım bozukluğu olup yatarak tedavi gören hastaların tedaviye motivasyonlarında tedavi ortamının ve bireysel ve hastalığa yönelik bazı faktörlerin etkisinin incelenmiştir.

Araştırmadan elde edilen bulgulara göre; Hastaların %78.7 si erkek, % 60 ı 25 yaş ve altı, %76 sı bekar, % 56 sı lise ve üzeri eğitilmiş olup %78.7 si ailesi ile birlikte yaşamaktadır. Hastaların %15.3 ü alkol bağımlılığı tanısı ile tedavi olurken, %2.3 ü bonzai, diğerleri ise esrar, eroin bağımlılığı nedeniyle tedavi olmaktadır. Diğer yandan hastaların %56 sı 1-5 yıldır, % 27.3 ü ise bir yıldan kısa süredir madde kullanmakta, %35 i ilk kez tedavi olmaktadır. Hastaların %24.6 sı daha önce yatarak tedavi görmüştür ve %5.3 ü ilaç tedavisi ile birlikte ÇİP tedavisi almaktadır.

5.1. Hastaların Tedavi Motivasyonu Ölçeği ve Servis Ortamı Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılmasının Tartışılması

Psikiyatri klinikleri hastalığı öne çıkaran ve hastaların sığındığı bir yer olmaktan çok bireyleri sosyalleştirici, destekleyici ve benliklerini güçlendirici terapötik ortamlardır. Tedavi edici ortam, ortamdaki tüm kaynakların en ideal bakımı sağlayacak şekilde hasta için düzenlenip kullanıldığı ortamlardır (Oflaz, 2006).

Hastaların Servis Ortamı Ölçeği puanları incelendiğinde, ölçeğin tüm alt gruplarında hastaların servis ortamı algıları orta düzeyde bulunmuştur. Buna göre; katılım, x: 4.86, destek x: 5.56, spontanlık x: 4.93, otonomi x: 4.16, pratik yönelim x: 5.18, kişisel sorun yönelimi x: 4.83, öfke-saldırganlık x: 4.88, düzen-organizasyon x: 6.06, program açıklığı puan ortalaması x: 5.96 ve çalışan kontrolü x: 5.93 olarak bulunmuştur. Bu bulgular hastaların ortamı yeterince tedavi edici bulmadıklarını göstermektedir. Savaşan'ın (2010) yaptığı çalışmada Spontanlık x: 4.84, Otonomi x: 4.57, Pratik Yönelim x: 7.54, Kişisel Sorun Yönelimi x: 5.29, Öfke ve Agresyon x: 3.17, Düzen ve Organizasyon x: 8.79,

Programın Açıklığı x: 7.46, olarak bulunmuş olup hastaların servis ortamlarını kendileri için motive edici buldukları tespit edilmiştir. Bu çalışmanın sonuçlarının Savaşan'ın (2010) çalışmasından düşük olması, kurumlar arası farklılıklara ve bu çalışmada hasta grubunun genellikle genç ve madde bağımlısı olan bireyler olmasından kaynaklanabilir.

Cahill ve arkadaşlarının (2003) çalışmasında ise alkol ve madde kullanım bozukluğu tedavisi sonrasında, sadece dış motivasyon boyutu düzeyinin azaldığı, diğer motivasyon boyutu düzeylerinin ise yükseldiği görülmüştür. Depresyon düzeyi Beck Depresyon Envanteri ile ölçülmüş, dört motivasyon alanından üçünde yüksek düzeyde korelasyon gösterirken, kaygı düzeyi sadece içsel motivasyonla yüksek düzeyde korelasyon göstermiştir.

Özkan'ın (2017) çalışmasında, madde kullanım bozukluğu olan hastaların yatarak tedavilerinin sonunda, tedavi motivasyonlarının özellikle içsel motivasyon ve tedaviye olan güvenin arttığı ve madde kullanımına ilişkin olumsuz inançların azaldığı bulunmuştur.

Çalışmada hastaların tedavi motivasyon genel ve alt grup puanları ile Servis Ortam Ölçeği alt grup puanları karşılaştırıldığında, iki alt grup dışında gruplar arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır. Diğer yandan Servis Ortam Ölçeği Destek alt grubu ile Tedavi Motivasyon genel ve alt grupları arasında zayıf ilişki bulunmuştur. Bu ilişki İçsel Motivasyon, Dışsal Motivasyon ve Kişilerarası Yardım Arama ile ters yönde , Tedaviye Güven ile doğru yöndedir.

Hastaların ortamın destekleyici olduğuna dair algısı orta düzeydedir (x: 5.56). Bununla birlikte bireysel motivasyonu yüksek olan hastaların, ortamın destekleyiciliğine yönelik algıları daha düşüktür, yani, hastaların motivasyonlarına tedavi ortamının katkısının yetersiz olduğu söylenebilir. Buna göre hastaların motivasyonuna tedavi ortamının katkısının yetersiz olduğu söylenebilir.

Diğer yandan ortamı destekleyici bulan hastaların puanları ile Tedaviye güven alt boyutu puanları arasında anlamlı düzeyde doğrusal ilişki bulunmuştur. Buna göre tedavi ortamını destekleyiciliği ne kadar yüksek ise hastaların tedaviye güvenlerinin de o doğrultuda yüksek olduğu söylenebilir. Diğer alt gruplarda anlamlı sonuçlar elde edilmemekle birlikte, destek ve tedaviye güven alt gruplarında ortaya çıkan bu sonuç, klinik ortamda hastaların pozitif yönde desteklenmelerinin önemini göstermektedir. Savaşan'ın (2010) çalışmasında da benzer sonuçlara rastlanmıştır.

Yapılan çalışmaların bazılarında tedavi motivasyonu grubunda yer alan hastalar, diğer tedavi grupları ile karşılaştırılmış ve anlamlı sonuçlara ulaşılmıştır. Tedavi oturumlarına tam katılım oranlarının değerlendirildiği çalışmada, %39-74 arasında düzenli tedaviye devam edildiği ve tedaviyi tamamlama oranlarının değerlendirildiği görülmüştür (Stephens, Roffman ve Curtin, 2000). Başka bir çalışmada, bu oranın daha düşük ve yaklaşık % 45 civarındadır (Budney, Higgins, Radonovich ve Novy, 2000).

Klinik olarak bireyin değişime kendini hazır hissetmesi uygun müdahalenin yapılabilmesini kolaylaştırmaktadır. Bu bağlamda hastanın mevcut değişim aşamasına ilişkin motivasyonu ile tedavi sağlayıcı çevre arasında tedavi planlaması ile ilgili bir ilişki bulunmaktadır (Mitchell ve Angelone, 2006).

Ayrıca SOÖ çalışan kontrolü alt grubu ile TMÖ karşılaştırıldığında, TMÖ geneli ve içsel motivasyon alt grupları ile SOÖ çalışan kontrolü alt grubu arasında ters yönde zayıf ilişki bulunmuştur. Çalışanların kontrolü, servis çalışanlarının hastaları gerekli kontrol altında tutmaktaki çabalarını yansıtmaktadır. Puanlar arasında zayıf bir ilişki bulunmakla birlikte çalışanların ortamda fazla kural koymalarının hastaların motivasyonuna olumsuz yansıdığı söylenebilir. Savaşan'ın (2010) çalışmasında da bununla ilgili olarak benzer sonuçlara rastlanmıştır. Bireylerin klinik kurallarından rahatsızlık duyması, içinde bulunduğu ortamı yapıcı ve destekleyici görmediği anlamını taşımaktadır. Tedavi edici ortamın amacı destekleyici bir ortam yaratmak ve bu ortamda bireylere kazandırılanların tedavinin sonlandırılmasın ardından devam etmesini sağlamaktır. Ancak kurallardan rahatsızlık duyarak geçirilen bir tedavi süreci sonlandırıldığında devam edecek olan algı olumsuz bir ifade taşımaktadır. Bu bakımdan klinik kurallarından duyulan memnuniyetsizlik kişilerin motivasyonunu hem tedavi sırasında hem de sonrasında olumsuz yönde etkileyebilir.

Çalışmada diğer gruplar arasında anlamlı düzeyde bir ilişki belirlenmemiştir. Buna göre genel olarak Servis Ortamı Ölçeği alt gruplarından Destek ve Program açıklığı dışında diğer alt gruplar dikkate alındığında ortamın hastaların tedavi motivasyonu üzerinde etkisinin olmadığı söylenebilir.

5.2. Hastaların Tedavi Motivasyonu Genel ve Alt Grup Puan Ortalamaları İle İlgili Bulguların Tartışılması

Alkol ve madde kullanım bozukluğu tedavisi zor, uzun süreli yatışlar gerektiren ve tedavinin sürdürülmesinde sorunlar olan bozukluktur. Araştırmada hasta grubunun tedavi

motivasyonu genel puan ortalaması $x=100,86$ bulunmuştur. (Maximum puanı 130) Bu puan tedavi motivasyonunun ortalamasının üzerinde olduğunu göstermektedir.

Savaşan'ın (2010) bir hastanenin AMATEM kliniğinde yatan bağımlılığı olan hastalarda servis ortamı ve tedavi motivasyonu ilişkisini incelemek amaçlı aynı ölçeği kullanarak yaptığı çalışmada, hastaların tedavi motivasyonu genel toplam puan ortalaması 105,52 bulunmuştur. Evren ve ark.(2006) nın yatarak tedavi gören alkol kullanım bozukluğu olan hastalar üzerinde yaptığı çalışmada ise tedavi motivasyonu 103.4 olarak bulunmuştur. Özkan'ın (2017) tedavi öncesi ve sonrası motivasyonunun değerlendirdiği çalışmadan alınacak puanın 0 ve 104 arasında değerlendirildiği tedavi motivasyonu ölçek puan ortalaması 70,46 olarak bulunmuştur. Buna göre araştırmanın yapıldığı hastaların tedavi motivasyonlarının diğer çalışmalarla benzerlik gösterdiği ve hastaların motivasyonunun ortanın üzerinde olduğu söylenebilir. Cahill ve arkadaşlarının alkol ve madde kullanımının tedavi öncesi ve sonrası tedavi motivasyonunu incelemiştir. Yoğun ve 2 haftalık bir uyuşturucu bağımlılığı programından hemen önce ve sonra alkol ve ilaca bağımlı hastaların Tedavi Motivasyon Anketi'ni (TMQ) kullanılarak motivasyonları değerlendirilmiştir. Alkol bağımlısı ve ilaç bağımlısı hastalar arasında tedavi öncesi veya tedavi sonrası motivasyon puanlarında anlamlı bir fark bulunmamıştır (Cahill, Adinoff, Hosig, Muller ve Pulliam, 2003).

Millere ve arkadaşlarının (2014) araştırmasında çalışmaya katılan hastaların motivasyon puanları, özellikle iç motivasyon ve yardım arama ölçeği açısından oldukça yüksek olma eğilimi göstermiştir. Her iki ölçek için de ortalama puanlar yedi puanlık bir ölçekte 6'nın üzerindedir. Tedavi motivasyon anketinde (TMA), İç Motivasyon ve Yardım Arama ortalamalarının istatistiksel olarak anlamlı şekilde arttığı görülmüştür.

Hastaların tedavi motivasyonu alt grup puan ortalamaları incelendiğinde, İçsel motivasyon puan ortalaması $x: 46.51$ bulunmuştur (Maximum puan 55). Bu alt grupta Savaşan (2010) ın yaptığı çalışmada ise $x: 49.31$, Evren ve ark.(2006) $x: 49.4$ olarak bulunmuştur. Cahill ve arkadaşlarının (2003) çalışmasında İçsel motivasyon $x: 45.8$ olarak bulunmuştur. Millere ve arkadaşlarının (2014) çalışmasında ise İç motivasyon $x: 6.43$ 'tür. İçsel motivasyon, bireyin herhangi bir şeyi dış unsurları dikkate almadan kendisinin istemesidir. Buna göre çalışma grubunun içsel motivasyonunun, diğer çalışmalara paralel olarak ortanın üzerinde olduğu söylenebilir.

Dışsal motivasyon alt grubuna bakıldığında, hastaların bu grupta ortalama puanı SD +/- 15.39 bulunmuştur. (Maximum puan 20). Dışsal motivasyon, bireyin tedavi olması için aile vb. dış güçlerden baskı gördüğüne ilişkin algısını içermektedir. Cahill ve arkadaşlarının (2003) çalışmasında Dışsal motivasyon x: 25.6 olarak bulunmuştur. Millere ve arkadaşlarının (2014) çalışmasında ise Dışsal motivasyon x: 3.92'dir. Bu alt grupta Evren ve arkadaşlarının (2006) yaptığı çalışmada x: 9,6, Savaşan'ın(2010) yaptığı çalışmada ise x: 11.26 bulunmuştur. Her iki çalışmadan elde edilen bulgular bu çalışmanın bulgularından daha düşüktür. Bu çalışmada hastaların dışsal motivasyon puanının yüksek olması, çalışma grubunun ağırlıklı olarak genç ve bekar bireylerden oluşmasına, bu doğrultuda ailelerin çocukları üzerindeki gözetiminin daha fazla olmasına bağlı olabilir.

Tedavi motivasyonu Ölçeğinin diğer alt grubu olan kişiler arası yardım arama, bireylerin problemlerini başkalarıyla paylaşabilmesi, sorunlarını başkalarına açabilmesi anlamına gelmektedir. Araştırmada hastaların kişiler arası yardım arama puan ortalaması x: 23.55 olduğu bulunmuştur (Maximum puan 30). Cahill ve arkadaşlarının (2003) çalışmasında kişilerarası yardım arama motivasyonu x: 44.8 olarak bulunmuştur. Savaşan(2010)ın yaptığı çalışmada bu puan x: 23.59, Evren ve arkadaşlarının(2006) çalışmasında ise x: 23.1 olarak bulunmuştur. Millere ve arkadaşlarının (2014) çalışmasında ise x: 6.15'tir. Bu çalışmanın bulguları her iki çalışmanın bulguları ile uyumlu bulunmuştur. Buna göre hastaların çoğunlukla sorunları ile ilgili diğer kişilerden yardım araştırdıkları söylenebilir.

Bireylerin tedavi seyri ile ilgili beklentilerini ve düşüncelerine odaklanan tedaviye güven alt grubunda hastaların ortalama puanı x: 14.54 olarak bulunmuştur. (Maximum Puan 25). Cahill ve arkadaşlarının (2003) çalışmasında Güven motivasyonu x: 17.3 olarak bulunmuştur. Millere ve arkadaşlarının (2014) çalışmasında ise x: 4.93 bulunmuştur. Buna karşın bu alt grupta Savaşan'ın (2010) yaptığı çalışmada x: 24.34, Evren ve arkadaşlarının (2006) yaptığı çalışmada ise x: 21.2 olarak bulunmuştur. Buna göre, bu çalışmadan elde edilen sonuçlar diğer iki çalışmadan daha düşüktür. Bu durum hastaların çalışmanın yapıldığı kurumun tedavi programından yeterince hoşnut olmadıklarını, buna karşın motivasyonlarında içsel ve aile desteğinin kurumda yürütülen tedavi programına göre daha fazla etkili olduğu söylenebilir.

5.3. Hastaların Tedavi Motivasyonu Ölçeği Puan Ortalamalarının Bireysel ve Hastalık Özelliklerine Göre Tartışılması

Erkek hastaların TMÖ puan ortalaması (x: 79.80), kadın hastalardan (x: 59.64) yüksek bulunmuş olup aradaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0.05$).

Hastaların Tedavi Motivasyonu Ölçeği puan ortalamaları incelendiğinde erkek bireylerin kadın bireylere oranla daha motive oldukları ve 26-30 yaş arası bireylerin motivasyon seviyesinin yüksek olduğu tespit edilmiştir ($X^2= 2.927$). Çalışma sonucuna göre alkol bağımlısı hastaların tedaviye daha fazla motive oldukları tespit edilmiştir ($X^2=8.975$). Bununla birlikte madde kullanımına 0-1 yıl arasında başlamış kişilerin tedavi motivasyonuna daha kolay adapte oldukları söylenebilir ($X^2=3.042$). Daha önce hiç tedavi olmayan hastalar ise tedaviye daha olumlu başlamaktadırlar ($X^2=5.143$).

Savaşan (2013) tarafından yapılan çalışmada SOÖ alt ölçek puan ortalamalarıyla tedavi motivasyonu arasında bulunan ilişki araştırıldığında kişisel sorun yönelimi ile içsel motivasyon kişilerarası yardım arama ve toplam tedavi motivasyonu arasında ve yine içsel motivasyon ile spontanlık ve toplam motivasyon arasında programın açıklığı ile tedaviye güven arasında; otonomi ile dışsal motivasyon arasında; pozitif yönde bir ilişki saptanmıştır.

Akgün (2010) tarafından yapılan çalışmada alkol bağımlısı hastaların nöropsikolojik test performansları, tedavi motivasyonları ve ikisi arasındaki bulunan ilişki araştırılmıştır. Deneklerin motivasyonlarını test etmek amacı ile kullanılan Tedavi Motivasyonu Anketinin toplam puanı ve içsel motivasyon alt ölçeğiyle WCST arasında, Değişime Hazır Olma ve Tedaviyi İsteme Ölçeğinin (SOCRATES) toplam puanı ve farkına varma alt ölçeği ile WCST arasında orta derecede korelasyon tespit edilmiştir. Ayrıca verbal akıcılık testi ile TMA' nın kişilerarası yardım arama alt ölçeği arasında da bir ilişki saptanmıştır. Araştırma bulguları değişime hazır olma kademeleri ve tedavi motivasyonu ile yürütücü işler arasında anlamlı yönde ilişki olduğunu göstermektedir.

6. SONUÇLAR

Alkol ve madde kullanım bozukluğu tanısı ile yatan hastalarda tedavi ortamının tedavi motivasyonuna etkisini değerlendirmek amacı ile yapılan çalışmanın bulgularından aşağıdaki sonuçlar elde edilmiştir:

1. Hastaların %70.7 si 25 yaş ve altında, %78.7'si erkek, %76.7'si bekar, %56.0' ilise ve üzeri eğitilmiş, %78.7'si aile/akrabası ile yaşamaktadır.

2. Hastaların %33'ün eroin, %23.3 ü bonzai, %18.7 si esrar bağımlılığı olup, alkol bağımlılığı olan hastalar %15,3 ü oluşturmaktadır.

3. Hastaların %56'sı 1-5 yıldır, %27. Ü ise bir yıldan daha kısa süredir alkol ve madde kullandığını ifade etmiştir.

4. Hastaların %35,3'ü daha önce herhangi bir tedavi olmadığını, %33,3 ü ise ayaktan tedavi olduğu görülmektedir. Yatarak tedavi olan hasta oranı %31. 4 tür.

5. Hastalara hastanede uygulanan tedavi programı ağırlıklı olarak (%53.3) çip ve ilaç tedavisidir.

6. Hastaların %90'nı başka bir psikiyatrik rahatsızlığı olmadığını ifade etmiştir.

7. Hastaların Tedavi Motivasyonu Ölçeği toplam puan ortalaması x: 100.86 (en yüksek x: 130) iken ölçek alt gruplarından içsel motivasyon X.46.52 (en yüksek x: 55), dışsal motivasyon x: 15.39 (en yüksek x: 20), kişilerarası yardım 23.55 (en yüksek x: 30) ve tedaviye güven puan ortalaması x: 14.54(en yüksek x: 25) olarak bulunmuştur.

8. Servis Ortamı Ölçeği tüm alt gruplarında hastaların servis ortamı algıları orta düzeyde bulunmuştur. Alt gruplar değerlendirildiğinde; katılım puan ortalaması, x: 4.86, destek puan ortalaması, x: 5.56, spontanlık puan ortalaması, x: 4.93, otonomi puan ortalaması, x: 4.16, pratik yönelim puan ortalaması, x: 5.18, kişisel sorun yönelimi x puan ortalaması, x: 4.83, öfke-saldırganlık puan ortalaması, x: 4.88, düzen-organizasyon puan ortalaması, x: 6.06, program açıklığı puan ortalaması x: 5.96 ve çalışan kontrolü puan ortalaması, x: 5.93 tür.

9. Hastaların TMÖ ile SOÖ ölçeği puanları karşılaştırıldığında; SOÖ destek alt grubu ile TMÖ içsel motivasyon, dışsal motivasyon, kişilerarası yardım arama ve ölçeğin toplam puanları arasında ters yönde zayıf bir ilişki saptanmıştır.

10. TMÖ Tedaviye güven alt boyutu ile SOÖ destek alt grubu arasında anlamlı düzeyde doğrusal ilişki bulunmuştur ($p<0.05$). SOÖ program açıklığı alt grubu ile TMÖ

kişilerarası yardım ve genel puanları arasında yine ters yönde zayıf ilişki, tedaviye güven alt grubu ile de anlamlı düzeyde doğrusal ilişki tespit edilmiştir.

11. SOÖ çalışan kontrolü alt grubu ile TMÖ genel ve içsel motivasyon alt grubu arasında ters yönde zayıf ilişki bulunmuştur ($p<0.05$).

12. TMÖ genel ve alt grupları ile SOÖ katılım, spontanlık, otonomi, pratik yönelim, kişisel sorun yönelimi, öfke-saldırganlık ve düzen-organizasyon alt grupları arasındaki ilişki anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$).

13. Hastaların Tedavi Motivasyonu Ölçeği puanları bireysel ve hastalık özelliklerine göre değerlendirildiğinde; cinsiyet dışındaki diğer değişkenler yönünden tedavi motivasyonunda anlamlı fark bulunmamıştır.

7.6. Öneriler

Araştırmadan elde edilen sonuçlara göre aşağıdaki önerilerde bulunulmuştur.

1. Çalışmanın yapıldığı kurumda genç yaşta ve çoğunluğu madde bağımlılığı olan hastalarda ziyade alkol bağımlılığı olan bireylerin tedavi olduğu anlaşılmaktadır. Alkol bağımlılığı nedeniyle tedavi olan hasta oranı % 15.3 tür. Araştırmada bu grubun tedavi motivasyonu puanı diğer maddeleri kullanan bireylerden yüksek bulunmuştur. Her iki grubun karşılaştırıldığı benzer bir çalışma yapılması,

2. Hastaların servis ortamı ölçeği tüm alt gruplarında puanları orta düzeyde bulunmuştur. Tedavi ortamının tedavi edici etkisi artırılması yönünden hemşireler başta olmak üzere çalışanların bilgilendirilmesi, gerekirse eğitim yapılması,

3. Araştırmada genel olarak hastaların tedavi motivasyonuna servis ortamının etkisinin yeterli düzeyde olmadığı görülmüştür. Bununla birlikte ortamı destekleyici olarak algılayan hastaların tedaviye güveninin de yüksek olduğu belirlenmiştir. Ayrıca, çalışanların ortamdaki kontrol mekanizmalarının hastaların motivasyonunu olumsuz etkilediği belirlenmiştir. Buna göre tedavi ortamının hastaların motivasyonunu yükseltmedeki etkisini arttırmak için personelin duyarlılığının artırılması önerilebilir.

KAYNAKLAR

- ACAR, M. (2006). Türkiye’de Madde Bağımlılığı ve Gençlik. Yüksek Lisans Tezi. Kırıkkale Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Kırıkkale.
- AKBABA, S. (2006). Eğitimde Motivasyon [Elektronik Sürüm]. Kazım Karabekir Eğitim Fakültesi Dergisi, 13, 343-361.
- AKEL, H. (2014). NPY Gen Polimorfizmleri ve Alkol Bağımlılığı Arasındaki İlişkinin Araştırılması. Yüksek Lisans Tezi, Hacettepe Üniversitesi Biyoloji Ana Bilim Dalı, Ankara.
- AKGÜN, B. (2010). Alkol Bağımlılığında Tedavi Motivasyonu Bağlamında Nöropsikolojik Test Performansının İncelenmesi. Yüksek Lisans Tezi. Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir.
- AKIN, Ş. A. (2013). Yasa Dışı Madde Kullanımı Nedeniyle Denetimli Serbestlik Tedbirine Tabi Tutulan Erkek Ergen ve Yetişkin Bireylerin Motivasyon Durumlarının Değerlendirilmesi, Ege Üniversitesi, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, İzmir.
- ALBAYRAK, S., & BALCI, S. (2014). Gençlerde madde bağımlılığı ve önlenmesi. *Hemşirelikte Eğitim Ve Araştırma Dergisi*, 11, 30-37.
- Alkol ve Madde Kullanım Bozukluğu Psikoeğitim, 2017, URL: <https://npistanbul.com/assets/uploads/merakedilen/alkol-ve-madde-bagimlilik.pdf>, Erişim Tarihi: 07.10.2018.
- APA (2013) Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-5. American Psychiatric Pub Incorporated.
- AVŞAR, G., KOÇ, F. VE ASLAN, G. (2016). Madde Bağımlısı Hastalarda Sosyal Destek ve Benlik Saygısı Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, 1: 44-49.
- BALSEVEN, A., ÖZDEMİR, Ç., TUĞ, A., HANCI, H., & DOĞAN, Y. (2002). Madde Kullanımı, Bağımlılıktan Korunma ve Medya. *Sürekli Tıp Eğitim Dergisi*, 11(3), 91-93.
- BELL, J. R., YOUNG, M. R., MASTERMAN, S. C., MORRIS, A., MATTICK, R. P., & BAMMER, G. (1999). A pilot study of naltrexone-accelerated detoxification in opioid dependence. *Medical Journal of Australia*, 171, 26-30.
- BEYAZÜREK, M., & ŞATIR, T. T. (2000). Madde kullanım bozuklukları. *Psikiyatri Dünyası*, 4(2), 50-56.
- BOZKURT S.D. (1998) Servis Ortamı Ölçeği (SOÖ) Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. İzmir, Ege Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- BREWER, C. (2002). Serum naltrexone and 6-beta-naltrexol levels from naltrexone implants can block very large amounts of heroin: a report of two cases. *Addiction biology*, 7(3), 321-323.
- BROWN, S., & YALOM, I. (2008). Alkolizm terapisi. (Çev. T. Kazırcı). İstanbul: Prestij Yayınları. (Eserin orijinali 1995’de yayımlandı).
- BUDNEY, A. J., HİGGİNS, S. T., RADONOVİCH, K. J., & NOVY, P. L. (2000). Adding voucher-based incentives to coping skills and motivational enhancement improves outcomes during treatment for marijuana dependence. *Journal of consulting and clinical psychology*, 68(6), 1051.
- CAHİLL, M. A., ADİNOFF, B., HOSİG, H., MULLER, K., & PULLİAM, C. (2003). Motivation for treatment preceding and following a substance abuse program. *Addictive behaviors*, 28(1), 67-79.
- CAHİLL, M. A., ADİNOFF, B., HOSİG, H., MULLER, K., & PULLİAM, C. (2003). Motivation for treatment preceding and following substance abuse program. *Addictive behaviors*, 28(1), 67-79.

- CENGİSİZ, C. (2013). Alkol Bağımlılığında Aleksitimi ve Öfkenin Tedavi Motivasyonuna Etkisi. Uzmanlık Tezi. Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi, Manisa.
- CHASAN, N. (2010). Alkol Bağımlılığı İle Çocukluk Çağı Travmaları İlişkisi. Yüksek Lisans Tezi, Maltepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.
- COMER, S. D., SULLIVAN, M. A., & HULSE, G. K. (2007). Sustained-release naltrexone: novel treatment for opioid dependence. *Expert opinion on investigational drugs*, 16(8), 1285-1294.
- COŞKUNOL H. (2008). Güncel Klinik Psikiyatri içinde; Alkol Dışı Madde Kullanım Bozuklukları. Eds: Işık E., Taner E., Işık U. Asimetrik Paralel Yayın Şirketi, İstanbul, s: 335-350
- COX, W. M., POTHOS, E. M., & HOSIER, S. G. (2007). Cognitive-motivational predictors of excessive drinkers' success in changing. *Psychopharmacology*, 192(4), 499-510.
- ÇAKAL, Ö., ÜNSAR, A.S., VE OĞUZHAN, A. (2011). Özel ve Kamu Hastane Yöneticilerinin Motivasyon Düzeylerinin Belirlenmesine Yönelik Bir Araştırma. Balıkesir Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, 14(25), 157-174.
- ÇAKIR Y., PALABIYIKOĞLU R. (1997), Gençlerde Sosyal Destek-Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeğinin Güvenirlik ve Geçerlik Çalışması, *Kriz Dergisi*. 5; 15-24.
- ÇAM O, AKGÜN E, GÜMÜŞ AB VE ARK. (2005) Bir ruh sağlığı ve hastalıkları hastanesinde çalışan hekim ve hemşirelerin klinik ortamlarını değerlendirmeleri ile iş doyumları arasındaki ilişkinin incelenmesi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 6: 213-220.
- ÇETİN, Y. (2013). Madde Bağımlılığı ve Yalova Ölçeğinde Madde Bağımlılığı Algısı. Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Yalova Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yalova.
- DECİ, E. L., ve RYAN, R. M. (1985). Intrinsic motivation and self-determination in human behavior. New York: Plenum.
- DİLBAZ, N. (1998). Ankara AMATEM Penceresinden Türkiye'nin Bağımlılık Fotoğrafı. Erişim: 4.12.16, <http://www.sdplatform.com/Dergi/450/Ankara-AMATEM-penceresinden-Turkiyenin-bagimlilik-fotografi.aspx>.
- DİNÇ, N. (2017). Madde Bağımlılığı Tedavisi Gören Bireylerin Bağlanma Stilleri ve Aleksitimi Düzeyi Arasındaki İlişki, Gaziantep Üniversitesi / Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Gaziantep.
- DOĞAN YB. (1997). Bağımlılık Kavramı ve Model Anlayış. Alkol ve Alkol Dışı Madde Bağımlılığı, Ed. Dilbaz N. 1997; Ankara, s:1-8.
- DOĞAN, E., (2015). Alkol Bağımlıları ile Bağımlılığı Olmayan Bireylerin Savunma Mekanizmaları Açısından Karşılaştırılması, İstanbul Arel Üniversitesi, Yüksek Lisans Bitirme Tezi, İstanbul.
- DRİESCHNER, K. H., LAMMERS, S. M., & VAN DER STAACK, C. P. (2004). Treatment motivation: An attempt for clarification of an ambiguous concept. *Clinical Psychology Review*, 23(8), 1115-1137.
- EKUKLU, G., DEVECİ, S., ESKİOCAK, M., BERBEROĞLU, U. & SALTİK, A. (2004). Alcoholism prevalence and some related factors in Edirne Turkey. *Yonsei Medical Journal*, 45(2), 207-214.
- ERDAL H. DOĞAN H. G., AĞCADAĞ D., (2013). Üniversite Öğrencilerinin Alkol Kullanma Durumları Ve Bunu Etkileyen Faktörlerin Analizi (Gaziosmanpaşa Üniversitesi Örneği), *Uluslararası Sosyal ve Ekonomik Bilimler Dergisi International Journal of Social and Economic Sciences* 3 (1): 95-99.
- ERDEM G, EKE CY, ÖGEL K, TANER S. (2006). Lise Öğrencilerinde Arkadaş Özellikleri ve Madde Kullanımı. *Bağımlılık Dergisi*, 7 (3): 111-116.
- ERGÜNEY, E. (2012). Yeme Bozukluğu Hastalarında Tedavi Motivasyonu, Depresyon ve Beden İmgisinin Değerlendirilmesi. Yüksek Lisans Tezi. İstanbul Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.

- ERSAN, F. (2014). Arınma Tedavisini Tamamlamış Alkol Bağımlılığı Tanısı Alan Erişkin Hastaların Nörobilişsel İşlevler, Dürtüsellik Ve Zihin Kuramı Açısından Sağlıklı Gönüllüler İle Karşılaştırılması. Uzmanlık Tezi. Maltepe Üniversitesi, Tıp Fakültesi, İstanbul.
- ERTOĞLU, M. N. (2013). Ankara Amatem’de Alkol Tedavisi Gören Bireylerin Tedavi Sürecinde Karşılaştıkları Problemlerin Tedavi Motivasyonu Arasındaki İlişkiler Ve Sosyal Hizmet Uygulamalarının İncelenmesi. Yüksek Lisans Tezi. Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara.
- EVREN C, SAATÇIOĞLU O, DALBUDAK E, DANIŞMAN SB VE ARK, (2006). Tedavi Motivasyonu Anketi (TMA) Türkçe Versiyonunun Alkol Bağımlısı Hastalarda Faktör Yapısı, Geçerliği ve Güvenirliği, Bağımlılık Dergisi. 2006; 7: 117-122.
- EVREN C., SAR V., EVREN B., DALBUDAK E. (2008) Self-Mutilation Among Male Patients and Relationship with Alcohol Dependency; The Role of Dissociation. *Compr Psychiatry*. 49:489-95
- EVREN, C., SAATÇIOĞLU, Ö., DALBUDAK, E., DANIŞMANT, B. S., ÇAKMAK, D., & RYAN, R. M. (2006). Tedavi Motivasyonu Anketi (Tma) Türkçe Versiyonunun Alkol Bağımlısı Hastalarda Faktör Yapısı, Geçerliği Ve Güvenirliği. *Journal of Dependence*, 7, 117-122.
- FIRINCIK S. (2016). Madde ve Bağımlılık. Gürhan N Edit. Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliği, Ankara Nobel Kitapevleri, Ankara, 622-624.
- FİGLİE, N. B., DUNN, J., & LARANJEİRA, R. (2005). Motivationforchange in alcoholdependentoutpatientsfromBrazil. *Addictivebehaviors*, 30(1), 159-165.
- FLETCHER BW, CHANDLER RK, STEİN JB. (2006). Principles of Drug Abuse Treatment for Criminal Justice Populations: A Research Based Guide (NIH pub no. 06–5316). Washington, DC: National Instiutes on Drug Abuse
- FUNG KM, TSANG H, CHEUNG W. (2011). Randomized controlled trial of the self-stigma Reduction program among individuals with schizofrenia. *Psychiatric Research*. 189:208-214.
- GÜLEN, H. (2011). Hastanelerde Öğrenme Yönelimin Çalışan Motivasyonu ve Örgütsel Performansa Etkisi. Yüksek lisans tezi, Beykent Üniversitesi, İstanbul.
- GÜMÜŞ, Ö., ŞAHİN, E. VE TOP, Ş.M. (2002). Alkol ve Eroin Psikososyal Ve Ekonomik Zorlukların Araştırılması. *Bağımlılık Dergisi*, 3(3), 146-154.
- HALL, K. L., & ROSSİ, J. S. (2008). Meta-analyticexamination of thestrongandweakprinciplesacross 48 healthbehaviors. *Preventivemedicine*, 46(3), 266-274.
- HEPBURN JR. (2005). Recidivism among drug offenders following exposure to treatment. *Criminal Justice Policy Review*, 16 (2): 237–259.
- HESELBROCK, M. N., HESSELBROCK, V. M., &CHARTİER, K. G. (2013). Genetics of alcoholdependenceandsocialworkresearch: do they mix?. *Socialwork in publichealth*, 28(3-4), 178-193.
- <http://www.narkotik.pol.tr/TUBIM/Documents/TURKIYE%20UYUSTURUCU%20RAPORU%202017.pdf> (Erişim Tarihi: 07.09.2018)
- <http://www.yesilay.org.tr/tr/haberler/detay/2016-dunya-uyusturucu-raporu-aciklandi>
- <https://www.xtrlarge.com/2017/02/22/turkiye-saf-alkol-tuketiminde-dunyanin-137incisi/>
- İÇİŞLERİ BAKANLIĞI; (2011), Bağımlılık Yapıcı maddeler ve Bağımlılıkla Mücadelede Ulusal polistika ve Strateji Belgesinin Uygulanması İçin Eylem Planı 2010-2012, EGM-Eğitim Dairesi Başkanlığı Basımevi Şube Müdürlüğü:5, Ankara.
- İLHAN, İ. Ö., DEMİRBAŞ, H., KOÇAK, O. M., & DOĞAN, Y. B. (2004). Alkol bağımlısı erkeklerde dikkat ve bellek işlevlerinin alkol kullanım öyküsüyle ilişkisi. *Bağımlılık Dergisi*, 5, 3-8.

- İNCE, A., DOĞRUER, Z. VE TÜRKÇAPAR, M.H. (2002). Erken ve geç başlangıçlı erkek alkol bağımlılarında sosyodemografik, klinik ve psikopatolojik özelliklerin karşılaştırılması. *Klinik Psikiyatri*, 5(2), 82-91.
- KALYONCU, A. VE MIRSAL, H. (2000). Alkol kullanım bozuklukları. *Psikiyatri Dünyası*, 4(1), 22-30.
- Kalyoncu, Ö.A. (2010). *Plastik Düşler*. İstanbul: Kapital.
- KAMIŞLI S, DAŞTAN L (2008) Bir psikiyatri kliniğinde hemşirelik uygulamaları ve bu uygulamalara yönelik hasta görüşleri. *C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 12:45-52
- KARAKAŞ, S. A., ve ERSÖĞÜTÇÜ, F. (2016). Madde Bağımlılığı ve Hemşirelik. *Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi*, 3(2), 133-139.
- KARASAR, N. (2000). *Bilimsel Araştırma Yöntemi*. 10. Baskı. Ankara: Nobel Yayın Dağıtım Ltd. Şti, 2000.
- KARATAŞOĞLU, S. (2013). Sosyal Politika Boyutuyla Madde Bağımlılığı. *Türk İdare Dergisi*, 476, 321-352.
- KIDAK, L. VE AKSARAYLI, M. (2009). Sağlık Hizmetlerinde Motivasyon Faktörleri. *Celal Bayar Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 7(1), 75-94.
- KILINÇ, S. (2011). Alkol Bağımlılığında Bir Belirteç Olarak Siyalik Asit. Uzmanlık Tezi. Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi, Manisa.
- KOCA, B. (2011). İnönü Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu Öğrencilerinin Sigara, Alkol, Madde Kullanımı, Madde Kullanımına Etki Eden Etmenler ve Aileden Aldıkları Sosyal Desteğin Etkisi. Yüksek Lisans Tezi. Fırat Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Elazığ.
- KOÇAK, H. (2009). Alkol Bağımlısı Olan ve Olmayan Kişilerde Yeme Davranış Bozuklukları, Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
- KOOB G, VOLKOW N (2010) Neurocircuitry of addiction. *Neuropsychopharmacology*, 35:217- 238.
- KOOB, G. F., ve LE MOAL, M. (1997). Drug abuse: hedonic homeostatic dysregulation. *Science*, 278(5335), 52-58.
- KOPS, M. S. (2009). Fromgenestotherapy: A study on how genetics can helpidentifyingnoveltargetsforalcohol dependence.
- KÖKNEL, Ö. (1998). Bağımlılık “Alkol ve madde kullanım bozukluğu”. İstanbul: Altın Kitaplar Yayınevi.
- Kulaksızoğlu A. (2001). *Ergenlik Psikolojisi Remzi Kitabevi*.
- KUN, N., LOBMAIER, P., VEDERHUS, J. K., HEGSTAD, S., GOSSOP, M., KRISTENSEN, Ø., ve WAAL, H. (2009). Naltrexone implants after in-patient treatment for opioid dependence: randomised controlled trial. *The British Journal of Psychiatry*, 194(6), 541-546.
- KUTLUHAN, T. (2012). Anjiyotensin Reseptör Blokeri Olan Telmisartanın Alkol Bağımlılığı Ve NükleusAkümbens'deDopamin Salınması Üzerine Etkisinin Araştırılması. Uzmanlık Tezi. Marmara Üniversitesi, Tıp Fakültesi, İstanbul.
- MİLLERE, A., PŪCE, A., MİLLERE, E., ZUMENTE, Z., SUDRABA, V., DEKLAVA, L., MİLLERE, I., CAUNE, L. ve VAGALE, A. (2014). Treatment motivation factor analysis of patients with substance use disorders in Latvia. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, 159, 298-302.
- MİNOZZİ, S., AMATO, L., VECCHİ, S., DAVOLİ, M., KİRCHMAYER, U., ve VERSTER, A. (2006). Oral naltrexone maintenance treatment for opioid dependence. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (1).

- MİSTRAL, W., HALL, A., & MCKEE, P. (2002). Using therapeutic community principles to improve the functioning of a high care psychiatric ward in the UK. *International Journal of Mental Health Nursing, 11*(1), 10-17.
- MİTCHELL, D., & ANGELONE, D. J. (2006). Assessing the validity of the Stages of Change Readiness and Treatment Eagerness Scale with treatment-seeking military service members. *Military medicine, 171*(9), 900-904.
- MOREY, L. C., & SKINNER, H. A. (1996). Empirically derived classifications of alcohol-related problems. In *Recent developments in alcoholism* (pp. 145-168). Springer US.
- NIAAA., <http://pubs.niaaa.nih.gov/publications/Social/Module2Etiology%26NaturalHistory/Module2.html> 1 (Aralık, 2013).
- NIELSEN, D. A., VİRKKUNEN, M., LAPPALAINEN, J., EGGERT, M., BROWN, G. L., LONG, J. C., & LİNNOİLA, M. (1998). A tryptophanhydroxylase gene marker for suicidality and alcoholism. *Archives of general psychiatry, 55*(7), 593-602.
- O'FLYNN N. (2011). Harmful drinking and alcohol dependence: advice from recent NICE guidelines. *Br J Gen Pract, 2011*; 61:754-756.
- ÖGEL, K. (2005). Madde Kullanım Bozuklukları Epidemiyolojisi. *Türkiye Klinikleri Dahili Tıp Bilimleri Dergisi Psikiyatri, 1*(47), 61-4.
- ÖGEL, K., ÇORAPÇIOĞLU, A., TOT, Ş., DOĞAN, O., SİR, A., BİLİCİ, M., ... & TAMAR, M. (2003). Türkiye'de ortaöğretim gençliği arasında ecstasy kullanımı. *Bağımlılık Dergisi, 4*(2), 67-71.
- ÖZER, A. VE ÇAKIL, E. (2007). Sağlık Hizmetinde Hasta Memnuniyetini Etkileyen Faktörler. *Tıp Araştırmaları Dergisi, 5*(3), 140- 143.
- ÖZKAN, S. (2017). Gaziantep Amatemi'de Bağımlılık Tedavisi Gören Hastaların İlk Yatışı İle Taburculuklarında Tedavi Motivasyonlarının Ve Madde Kullanımına İlişkin İnançlarının Karşılaştırılması. Gaziantep Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi.
- ÖZTÜRK O. VE ULUŞAHİN, A. (2011) Ruh Sağlığı ve Bozuklukları II, Nobel Kitapevi, Ankara.
- Paulson, K. A. (2011). The Influence of Three Short-Term Weight Loss Intervention on
- PETERSON, J. M. (2009). Using the Transtheoretical Model In Primary Care Weight Management: Tipping the Decisional Balance Scale for Exercise. Doctor of Nursing Practice (DNP) Capstone Projects. Paper 3.
- RYAN, R. M., CHIRKOV, V. I., LITTLE, T. D., SHELDON, K. M., TIMOSHINA, E., & DECI, E. L. (1999). The American dream in Russia: Extrinsic aspirations and well-being in two cultures. *Personality and Social Psychology Bulletin, 25*, 1509-1524.
- SAATÇIOĞLU Ö., YAPICI A., CİĞERLİ G., ÜNEY R., ÇAKMAK D. (2007) Yatarak Tedavi Gören Bağımlı Hastalarda Nüksün Değerlendirilmesi. *Bağımlılık Dergisi. Cilt:8 3;133-7*
- SAVAŞAN, A. (2010). Bağımlılığı Olan Hastalarda Servis Ortamı ve Tedavi Motivasyonu İlişkisinin İncelenmesi. *Klinik Psikiyatri Dergisi, 13*(3), 119-126.
- SAYIMSAL EL KİTABI, Beşinci Baskı (DSM-5). Ankara, Hekimler Yayın Birliği, s. 237-238
- SCHEURİCH, A. (2005). Nöropsikolojik işlevsellik ve alkol bağımlılığı. *Current Opinion in Psychiatry, 1*(2), 120-126.
- SCHOMERUS G, LUCHT M, HOLZİNGER A, MATSCHİNGER H, CARTA MG, ANGERMEYER MC. (2011). The stigma of alcohol dependence compared with other mental disorders: a review of population studies. *Alcohol Alcohol. 46*: 105–12.
- Self Efficacy, Decisional Balance, and Processes of Change in Obese Adults. Unpublished.

- STEPHENS, R. S., ROFFMAN, R. A., & CURTİN, L. (2000). Comparison of extended versus brief treatments for marijuana use. *Journal of consulting and clinical psychology*, 68(5), 898.
- ŞAHİN, M. (2007). Madde Bağımlılığı Konusunda Türkiye’de Yapılmış Olan Lisansüstü Tezler Üzerine Bir Değerlendirme. Tezsiz Yüksek Lisans Dönem Projesi, Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimler Enstitüsü, Ankara.
- ŞİMŞEK, N. (2010). Madde kullanım bozukluğu olan birey ve ailesinin hemşirelik bakımı. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 1(2), 96-99.
- TABAKOFF, B., & HOFFMAN, P. L. (2004). *Neurobiology of Alcohol. The American Psychiatric Publishing textbook of substance abuse treatment* (3rd. ed.). (pp. 3-16).
- TARHAN, N. VE NURMEDOV, S. (2011). Bağımlılık Sanal veya Gerçek. İstanbul: Timaş Yayınları.
- TEKİN, M. (2008). Üniversite Öğrencilerinde Bilişsel Model Çerçevesinde Sosyal Anksiyete Bozukluğu Ve Alkol Kötüye Kullanımı İlişkisi. Yüksek Lisans Tezi. Muğla Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Muğla.
- TİMKO, C., & MOOS, R. H. (1998). Determinants of the treatment climate in psychiatric and substance abuse programs: Implications for improving patient outcomes. *The Journal of nervous and mental disease*, 186(2), 96-103.
- TÜRKCAN A, COŞKUN B, İLEM E, ÇAKMAK D, (2001). Alkol bağımlılarında bir tedavi programının 3 aylık izlem sonuçları. *Bağımlılık Dergisi*; 2(1): 30-33.
- TÜRKCAN, A. (1998). Türkiye’de madde kullananların profili: Hastane verilerinin incelenmesi. *Düşünen Adam*, 11(3), 56-64.
- Türkiye Uyuşturucu ve Uyuşturucu Bağımlılığı İzleme Merkezi. 2012, Ulusal Raporu.
- TYSON GA, LAMBERT G, BEATTİE L (2002) The impact of ward design on the behavior, occupational satisfaction and well-being of psychiatric nurses. *Int J Ment Health Nursing*, 11: 94-102.
- ULUĞ B. (2007). Alkol Kullanımı İle İlişkili Bozukluklar. Koroğlu E, Güleç C, eds. *Psikiyatri Temel Kitabı* (içinde), 2. baskı. Ankara: HYB Basım Yayın, 161-172.
- UNLU, S., EROĞLU, E., GÖKDAĞ, R., & ERGÜVEN, M. S. (2013). İş ve Yaşamda Motivasyon. *Anadolu Üniversitesi Açıköğretim Fakültesi Yayını, Eskişehir. Okuryazar*, 65(2.23), 0-02.
- WEİNER B. A (1979). theory of motivation for some classroom experiences. *Journal of Educational Psychology*, 1979; 71: 3-25.
- WORLD HEALTH ORGANİZATİON (2009, 4 Aralık). Alcohol. Web: http://www.who.int/topics/alcohol_drinking/en/.
- WORLD HEALTH ORGANİZATİON. (2004). *Global statusreport on alcohol*. Geneva.
- www.bagimlilikdergisi.net/gerlendirilmesi. Uzmanlık Tezi. Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi, Edirne.
- YENİGÜN, M. (2006). Alkol Tüketimi ve Tıp. [Elektronik Sürüm]. *Haseki Dergisi*, 44(3).
- YÜKSEL, D. (2014). Sağlık Psikolojisinde Tedavi Motivasyonu Açısından Diyet Davranışları: Diyet Özyeterlik İnançları Ölçeği’nin Geliştirilmesi Ve Psikometrik Özellikleri. Yüksek Lisans Tezi. Okan Üniversitesi Sosyal Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
- ZEREN, U. (2010). Alkol bağımlılığı olan hastalarda leptin, grelin, prolaktin düzeylerinin deBağımlılık Dergisi, 2016, Cilt:17, Sayı:2, s:71-81 / *Journal of Dependence*, 2016, Vol:17, N.:2, pp.71-81 /

EKLER

EK-1

KİŞİSEL BİLGİ FORMU

Elinizdeki form, bireylerin kendilerini nasıl algıladıklarına ilişkin bilgi toplamak ve bilimsel bir araştırmaya ışık tutmak amacı ile hazırlanmıştır. Sorulara vereceğiniz cevaplar Üsküdar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Psikiyatri Hemşireliği Yüksek Lisans Programında yürütülecek olan yüksek lisans tez çalışmasında kullanılacak ve gizli tutulacaktır. Formdaki soruların doğru veya yanlış cevapları yoktur. Araştırmanın doğru sonuçlara ulaşabilmesi açısından vereceğiniz cevapların samimi ve güvenilir olması ve soruların yanıtsız bırakılmaması önem taşımaktadır. Yardımlarınız ve ayırdığınız zaman için çok teşekkür ederim.

KİŞİSEL BİLGİ FORMU

1. Cinsiyet Kadın Erkek

2.Yaş

3. Medeni durumu: Evli Bekar Diğer(Belirtiniz).....

4. Eğitim durumu:

Okur-yazar değil Okur -yazar İlkokul mezunu Ortaokul mezunu

Lise mezunu Üniversite mezunu Yüksek lisans ve üzeri

5.Birlikte yaşadığı kişiler

Yalnız Aile/Akraba ile Arkadaş ile Diğer(Belirtiniz).....

6.Daha önce başka bir psikiyatrik tanı aldınız mı?

Evet Hayır Evet ise (Belirtiniz).....

7.Bağımlılık yapıcı maddelerden hangisini kullanmaktasınız?

Alkol Bonzai Eroin Esrar Diğer (Belirtin).....

8.Ne zamandan beri alkol ve madde kullanıyorsunuz?.....

9. Daha önce bağımlılık tedavisi oldunuz mu?

Hiç tedavi olmadım Ayaktan tedavi Yatarak 1 kez Diğer(belirtiniz).....

10.Şu anda hastanede uygulanan tedaviler nelerdir?.....

- Çip tedavisi-ilaç tedavisi
- Çip- Serum tedavisi
- Terapiler(Grup ve bireysel terapi)
- Çip-ilaç-serum tedavisi



EK-2: TEDAVİ MOTİVASYONU ANKETİ

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

19. Tedavide başkalarıyla yakın çalışmak 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-3

SERVİS ORTAMI ÖLÇEĞİ (SOÖ)

Aşağıda yer alan 100 ifade tedavi ortamı hakkındadır. Lütfen size verilen cevap formunda ilgili sorunun bölümüne, sizin ortamınız için ‘doğru’ ya da ‘çoğunlukla doğru’ olduğunu düşündüğünüz ifadeler için ‘D’; ‘yanlış’ ya da ‘çoğunlukla yanlış’ olduğunu düşündüğünüz ifadeler için ‘Y’ koyunuz. Her ifadeyi cevaplandırdığımızdan emin olunuz.

1. Burada, hastalar servisteki işlerini yapmak için çok istekli ve gayretlidir.
2. Doktorların hastaları desteklemek için çok az zamanları vardır.
3. Burada hastalar, duygularını birbirinden saklamaya gayret ederler.
4. Burada çalışanlar, hastaların önerileri doğrultusunda davranırlar.
5. Bu serviste sık sık yeni tedavi yöntemleri denenir.
6. Buradaki hastalar cinsel yaşamlarından çok az söz ederler.
7. Burada hastalar genellikle sızlanıp dururlar.
8. Burada hastaların faaliyetleri düzenlenmiştir.
9. Hastalar, doktorların ne zaman serviste bulunacaklarını bilirler.
10. Çalışanlar, hastaları nadiren kısıtlamak yoluyla cezalandırırlar.
11. Bu servis canlı ve hareketlidir.
12. Burada çalışanlar, hastaların ne istediklerini bilirler.
13. Hastalar, doktorlara söylemek istedikleri herhangi bir şeyi rahatlıkla söyleyebilirler.
14. Burada, çok az sayıda hasta sorumluluğa sahiptir.
15. Burada, hastaların, günlük yaşamda karşılaşılan sorunlara çözüm bulmaları için eğitilmelerine çok az önem verilir.
16. Burada hastalar kişisel sorunlarını, dertlerini, sıkıntılarını birbirlerine anlatırlar.
17. Burada hastalar, genellikle çalışanları eleştirirler veya onlarla ilgili şakalar yaparlar.
18. Bu tedavi programı çok iyi düzenlenmiştir.
19. Buradaki doktorlar, hastalarına tedavileri konusunda bilgi vermezler.
20. Burada hastalar, bir doktor konuşurken, sözünü kesebilirler.
21. Hastalar bu servisteki tedavi ve bakımdan memnundurlar.
22. Burada çalışanlar, hastaları tedaviyi bıraktıkları zaman bile onları izlemeye isteklidir.
23. Burada hastaların, kendilerini nasıl hissettiklerini ifade etmek zordur.
24. Burada hastalardan lider olmaları beklenir.
25. Burada hastalar geleceğe yönelik plan yapma konusunda desteklenirler.
26. Burada kişisel sorunlar hakkında açıkça konuşulur.
27. Bu tedavi programında hastalar nadiren tartışılır.
28. Burada çalışanlar, servisin daima temiz ve düzenli olduğundan emindir.

29. Hastanın kullandığı ilaçlarda bir değişiklik yapıldığında hemşire ya da doktor bunun nedenini hastaya her zaman açıklar.
30. Servisin kurallarını bozan hastalar cezalandırılır.
31. Bu serviste hastaların, birlikte bir şey yapmalarına çok az rastlanır.
32. Burada çalışan hemşirelerin hastaları desteklemek için çok az zamanları vardır.
33. Hastalar, çalışanların yanında konuştukları şeylere dikkat ederler.
34. Burada hastalar bağımsız davranma konusunda desteklenir.
35. Burada hastaların, taburu olduktan sonra neler yapacakları konusuna, çok az önem verilir.
36. Burada hastaların kişisel sorunlarını, dertlerini, sıkıntılarını birbirleriyle paylaşması beklenir.
37. Çalışanlar bazen birbirleriyle tartışır.
38. Bu servis bazen çok fazla düzensiz ve pis oluyor.
39. Bu servisin kuralları hastalar tarafından açıkça anlaşılabilir.
40. Bir hasta, başka bir hastayla tartışacak olursa çalışanlarla başı derde girer.
41. Burada çok az hasta, bir işin yapılmasına gönüllü olarak katkıda bulunur.
42. Buradaki doktorlar, bazı hastalara diğerlerinden daha fazla zaman ayırır.
43. Burada hastalar kendi faaliyetlerini özgürce belirleyebilir.
44. Hastalar ne zaman isterlerse servisten ayrılabilirler.
45. Servisten taburcu olduktan sonra ne yapılacağına planlanmasına çok az önem verilir.
46. Buradaki hastalar geçmişleri hakkında çok az konuşurlar.
47. Hastalar bazen birbirlerine hoş olmayan şakalar yapabilirler.
48. Burada bir çok hasta her gün düzenli bir program izler.
49. Burada hastalar, çalışanların kendileri ile ne zaman görüşeceklerini bilemezler.
50. Burada çalışanlar hastalara emir vermezler.
51. Bu serviste hastalar her zaman oldukça faaldir.
52. Burada sağlık durumları daha iyi olanlar, daha az sağlıklı olanların bakımına yardım ederler.
53. Hastalar birbirleriyle aynı fikirde olmadıkları zaman bunu, birbirlerine belli etmezler.
54. Burada hastalar istedikleri gibi giyinebilirler.
55. Bu tedavi programında yeni meslekler öğrenmek için eğitime önem verilir.
56. Burada çalışanlar, hastalara nadiren kişisel soru sorarlar.
57. Bu servisteki kişilerin tartışmaları oldukça zordur.
58. Buradaki hastaların çoğu bakımsız görünmektedir.
59. Bu programda herkes, kimin sorumlu olduğunu bilir.
60. Buradaki hastalar kendileri için düzenlenen tedavi programlarına uymak zorundadır.
61. Bu serviste çok az sosyal faaliyet vardır.
62. Burada hastalar birbirlerine çok az yardım ederler.

63. Burada, alışılmadık şekilde davranmanın bir sakıncası yoktur.
64. Bu serviste, hataların yönetime katılması söz konusu değildir.
65. Buradaki hastaların çoğu geleceklerinden çok, geçmişleri ile ilgilenirler.
66. Burada çalışanlar hastaların duygularıyla ilgili konuşmaya daha fazla ilgilidirler.
67. Burada çalışanlar hiçbir zaman tartışma başlatmazlar.
68. Burada bazen, her şey, son derece düzensiz olur.
69. Burada kurallara uymayan hastalar kendilerine ne olabileceğini bilir.
70. Hastalar buradaki hemşireleri isimleriyle çağırabilirler.
71. Burada insanları heyecanlandıracak ve harekete geçirecek çok az şey vardır.
72. Burada çalışanlar, yeni gelen hastaların servisi tanımalarına yardım ederler.
73. Hastalar çalışanlardan duygularını saklamaya eğilimlidirler.
74. Hastalar nereye gittiklerini söylemeden servisten ayrılabilirler.
75. Burada hastalara bazı davranışlarını değiştirip, yenilerini kazanmaları konusunda yardımcı olunur.
76. Burada hastalar birbirlerine dertlerini ve sıkıntılarını nadiren anlatırlar.
77. Burada çalışanlar, tartışmanın sağlıklı bir şey olduğunu düşünürler.
78. Burada çalışanlar temizlik ve düzen konusunda örnek olurlar.
79. Burada insanlar her zaman fikir değiştirir.
80. Bu serviste hastalar kurallara uymazlarsa, başka yerlere gönderilir ya da taburcu edilebilirler.
81. Bu serviste grup tartışmaları oldukça ilgi çekicidir.
82. Burada çalışanlar, bazen, hastalarla yapılacak görüşmelerine gelmezler.
83. Burada hastalar duygularını ifade etmek için desteklenir.
84. Çalışanlar hastaların baskıları karşısında nadiren pes ederler.
85. Burada çalışanlar, hastaların günlük sorunları yerine duygularına önem verirler.
86. Burada çalışanlar hastaları geçmişleri hakkında konuşmaya teşvik ederler.
87. Burada hastalar nadiren öfkelenir.
88. Hastaların görüşme istekleri olduğunda, çalışanlar onları nadiren bekletir.
89. Buradaki hastalar ne zaman taburcu olacaklarını hiçbir zaman bilemezler.
90. Burada, hastaların kişisel sorunlarını başkalarıyla paylaşmaları güvenli değildir.
91. Buradaki hastalar, hafta sonlarında genellikle birlikte bir şeyler yaparlar.
92. Çalışanlar hastalara yardım etmek için esnek davranabilirler.
93. Bu tedavi programı her zaman aynıdır, değişmez.
94. Bu serviste çalışanlar, eleştiri yapılmasından yana değildir.
95. Buradaki hastalar taburcu olmadan önce, yaşamları ile ilgili belki planlar yapmak zorundadır.
96. Burada kağıt oynamak ya da başka faaliyetler için grup oluşturmak çok zordur.

97. Burada hastaların çoğu sadece zaman geçiriyor gibidir.
98. Oturma salonu genellikle dağınıktır.
99. Çalışanlar, bir hastanın durumu iyiye gittiği zaman, bunu ona söylerler.
100. Burada doktorlara, sorumlu olduklarını hissettirmek iyi bir düşüncedir.

CEVAP FORMU

1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.	9.	10.
11.	12.	13.	14.	15.	16.	17.	18.	19.	20.
21.	22.	23.	24.	25.	26.	27.	28.	29.	30.
31.	32.	33.	34.	35.	36.	37.	38.	39.	40.
41.	42.	43.	44.	45.	46.	47.	48.	49.	50.
51.	52.	53.	54.	55.	56.	57.	58.	59.	60.
61.	62.	63.	64.	65.	66.	67.	68.	69.	70.
71.	72.	73.	74.	75.	76.	77.	78.	79.	80.
81.	82.	83.	84.	85.	86.	87.	88.	89.	90.
91.	92.	93.	94.	95.	96.	97.	98.	99.	100.

EK TABLOLAR

Hastaların Bireysel ve Hastalık Özelliklerine göre Tedavi Motivasyon Ölçeği Alt Grubu İçsel Motivasyon Puan Ortalamalarının Dağılımı (n=150)

Özellikler	N	Sıra Ort.	İstatistiksel Analiz
Cinsiyet			
Kadın	32	69.41	U =1693.000 Z =-.898 p=.369
Erkek	118	77.15	
Yaş			
20 yaş altı	64	72.28	X ² =4.360 Sd=3 p=.225
20-25 yaş arası	42	87.40	
26-30 yaş arası	20	70.50	
31 yaş üstü	24	58.29	
Medeni Durum			
Evli	35	78.36	U=1912.500 Z= -.446 p=.656
Bekar	115	74.63	
Eğitim Durumu			
Eğitimi Olmayanlar	7	104.29	X ² =6.250 Sd=4 p=.181
İlkokul Mezunu	29	85.50	
Ortaokul	30	71.75	
Lise	61	69.01	
Üniversite ve üstü	23	76.24	
İkincil psikiyatrik rahatsızlık			
Evet	15	56.93	U=734.000 Z=-1.751 p=.080
Hayır	135	77.56	
Madde Kullanım Türleri			
a.Alkol	23	100.61	X ² =12.403 Sd=4 p=.015*
b.Bonzai	35	73.67	
c.Eroin	50	67.20	
d.Esrar	28	80.82	
e.Uçucu maddeler	14	57.82	
Fark Sonuçları			a-b,a-c,a-d,a-e
Alkol-Madde Kullanım Süresi			
a.0-1 Yıl	41	88.67	X ² =6.631 Sd=2 p=.031*
b.1-5 Yıl	84	73.21	
c.6 yıl ve üstü	25	61.58	
Fark Sonuçları			a-c

Daha önce tedavi olma durumları			
Hiç tedavi olmamak	53	83.41	$X^2=4.153$ Sd=4 p=.386
Ayakta Tedavi	50	66.37	
Yatarak 1 kez	14	76.82	
Yatarak 2 kez	23	77.93	
Diğer	10	71.80	



Hastaların Bireysel ve Hastalık Özelliklerine göre Tedavi Motivasyon Alt Grubu Dışsal Motivasyon Puan Ortalamalarının Dağılımı (n=150)

Özellikler	N	Sıra Ort.	İstatiksel Analiz
Cinsiyet			
Kadın	32	69.41	U=1139.500 Z=-3.478 p=.001*
Erkek	118	77.15	
Yaş			
20 yaş altı	64	76.03	X ² =4.978 Sd=3 p=.173
20-25 yaş arası	42	69.91	
26-30 yaş arası	20	106.50	
31 yaş üstü	24	57.71	
Medeni Durum			
Evli	35	81.84	U=1790.500 Z= -.999 p=.318
Bekar	115	73.57	
Eğitim Durumu			
a.Eğitimi Olmayanlar	7	112.57	X ² =12.246 Sd=4 p=.016*
b.İlkokul Mezunları	29	87.00	
c.Ortaokul	30	60.47	
d.Lise	61	70.77	
e.Üniversite ve üstü	23	81.87	
Fark Sonuçları			a-c, a-d, a-e, b-c, b-d
İkincil Psikiyatrik Rahatsızlık			
Evet	15	52.23	U=663.500 Z=-2.214 p=.027*
Hayır	135	78.09	
Madde Kullanım Türleri			
a.Alkol	23	75.11	X ² =2.162 Sd=4 p=.706
b.Bonzai	35	83.79	
c.Eroin	50	74.25	
d.Esrar	28	72.36	
e.Diğer	14	66.18	
Alkol-Madde Kullanım Süresi			
a.0-1 Yıl	41	84.17	X ² =3.977 Sd=2 p=.136
b.1-5 Yıl	84	75.14	
c.6 yıl ve üstü	25	62.50	
Daha önce tedavi olma durumları			

Hiç tedavi olmadım	53	78.13	$X^2=3.509$ Sd=4 p=.476
Ayakta Tedavi	50	74.82	
Yatarak 1 kez	14	90.29	
Yatarak 2 kez	23	65.24	
Diğer	10	67.85	



Hastaların Bireysel ve Hastalık Özelliklerine göre Tedavi Motivasyon Alt Grubu Kişilerarası Yardım Puan Ortalamalarının Dağılımı (n=150)

Özellikler	N	Sıra Ort.	İstatiksel Analiz
Cinsiyet			
Kadın	32	48.36	U=1019.500 Z=-4.017 p=.000*
Erkek	118	82.86	
Yaş			
20 yaş altı	64	72.62	X ² =1.725 Sd=3 p=.631
20-25 yaş arası	42	79.06	
26-30 yaş arası	20	93.33	
31 yaş üstü	24	74.29	
Medeni Durum			
Evli	35	90.21	U=1497.500 Z= -2.307 p=.021*
Bekar	115	71.02	
Eğitim Durumu			
a. Okur-yazar değil	7	112.57	X ² =12.246 Sd=4 p=.016*
b. İlkokul Mezunu	29	87.00	
c. Ortaokul	30	60.47	
d. Lise	61	70.77	
e. Üniversite	23	81.87	
Fark Sonuçları			a-d, a-e, b-d, b-e, d, c-e
Psikiyatrik Rahatsızlık			
Evet	15	64.60	U=849.000 Z=-1.033 p=.302
Hayır	135	76.71	
Bağımlılık Yapıcı Madde			
a. Alkol	23	88.07	X ² =4.995 Sd=4 p=.288
b. Bonzai	35	80.31	
c. Eroin	50	74.58	
d. Esrar	28	62.70	
e. Diğer	14	71.71	
Alkol-Madde Kullanım Süresi			
a.0-1 Yıl	41	75.16	X ² =.007 Sd=2 p=.997
b.1-5 Yıl	84	75.76	
c.6 yıl ve üstü	25	75.18	

Daha önce Tedavi Olma Durumları			
Hiç tedavi olmamak	53	77.48	$X^2=3.342$ Sd=4 p=.502
Ayakta Tedavi	50	66.96	
Yatarak 1 kez	14	81.07	
Yatarak 2 kez	23	81.67	
Diğer	10	85.70	



Hastaların Bireysel ve Hastalık Özelliklerine göre Tedavi Motivasyon Alt Grubu olan Tedaviye Güven Puan Ortalamalarının Dağılımı (n=150)

Özellikler	n	Sıra Ort.	İstatiksel Analiz
Cinsiyet			
Kadın	32	96.59	U=1213.000 Z=-3.121 p=.002*
Erkek	118	69.78	
Yaş			
20 yaş altı	64	74.70	X ² =4.896 Sd=3 p=.180
20-25 yaş arası	42	83.82	
26-30 yaş arası	20	46.17	
31 yaş üstü	24	61.21	
Medeni Durum			
Evli	35	60.21	U=1477.500 Z= -2.396 p=.017*
Bekar	115	80.15	
Eğitim Durumu			
a. Eğitimi Olmayanlar	7	59.86	X ² =6.017 Sd=4 p=.198
b. İlkokul Mezunu	29	61.34	
c. Ortaokul	30	77.47	
d. Lise	61	78.86	
e. Üniversite	23	86.63	
Psikiyatrik Rahatsızlık			
Evet	15	100.07	U=644.000 Z=-2.327 p=.020*
Hayır	135	72.77	
Bağımlılık Yapıcı Madde			
a. Alkol	23	76.33	X ² =5.430 Sd=4 p=.246
b. Bonzai	35	61.19	
c. Eroin	50	78.93	
d. Esrar	28	82.45	
e. Diğer	14	83.79	
Alkol-Madde Kullanım Süresi			
a.0-1 Yıl	25	85.96	X ² =5.678 Sd=3 p=.128
b.1-5 Yıl	84	74.29	
c.6 yıl ve üstü	25	82.10	
a. Kullanmadım	16	55.19	
Daha önce tedavi olma durumları			

Hiç tedavi olmama	53	72.87	$X^2=3.242$ Sd=4 p=.518
Ayakta Tedavi	50	78.76	
Yatarak 1 kez	14	60.29	
Yatarak 2 kez	23	84.48	
Diğer	10	73.80	

