

T.C.
İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ
ADLİ TIP ENSTİTÜSÜ

TEZ DANIŞMANI:
Doç. Dr. Neylan Ziyalar

ALKOL BAĞIMLILARINDA TEDAVİ MOTİVASYONU: ANKARA AMATEM
ÖRNEĞİ- 2018

SOSYAL BİLİMLER ANABİLİM DALI
YÜKSEK LİSANS TEZİ

ÇİĞDEM ULUTAŞ

İSTANBUL, 2018


İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ-CERRAHPAŞA
ADLI TIP ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜ
SOSYAL BİLİMLER ANABİLİM DALI BAŞKANLIĞINA

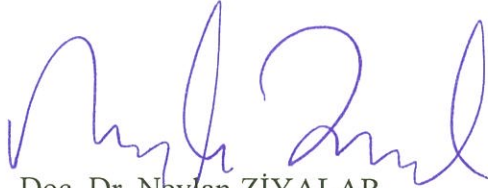
Lisansüstü Öğretim Yönetmeliğinin 36. maddesi uyarınca Enstitünüz Sosyal Bilimler Anabilim Dalı'nın yüksek lisans öğrencisi Çiğdem ULUTAŞ'ın

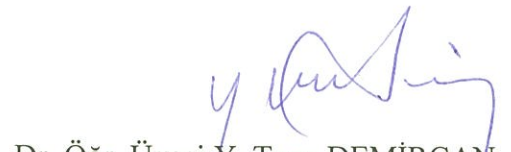
"Alkol Bağımlılarında Tedavi Motivasyonu: Ankara AMATEM Örneği 2017"

Yukarıda adı geçen tez başlığının "Alkol Bağımlılarında Tedavi Motivasyonu: Ankara AMATEM Örneği 2018" şeklinde değiştirilerek, tezin ve tez savunmasının kabul edilmesine oy birliğiyle karar verilmiştir.


Prof. Dr. Oğuz KARAMUSTAFALIOĞLU
Jüri Başkanı


Prof. Dr. Ümit Naci GÜNDOĞMUŞ
Üye


Doç. Dr. Neylan ZİYALAR
Danışman


Dr. Öğr. Üyesi Y. Tunç DEMİRCAN
Üye


Dr. Öğr. Üyesi Şaide Güliz KOLBURAN
Üye

Tarih ve Sayı: 07/03/2018-91269



T.C.
İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Sosyal ve Beşeri Bilimler Araştırmaları Etik Kurulu
Başkanlığı



Sayı :35980450-663.05-
Konu :Çiğdem ULUTAŞ

Sayın Çiğdem ULUTAŞ

Sorumlu araştırmacılığını üstlendiğiniz 2018/49 dosya numaralı "Alkol Bağımlılarında Motivasyon: Ankara Alkol ve Madde Bağımlılığı Tedavi ve Eğitim Merkezi Örneği-2018" konu başlıklı çalışma kurulumuzun 05.03.2018 tarih 03 sayılı toplantısında görüşülerek etik yönden uygun bulunmuş olup, karar ekte sunulmuştur.

Bilgilerinizi rica ederim.

e-İmzalı
Prof. Dr. N. Tolga SARUÇ
Başkan

06/03/2018 Sağ.Teknr. : G.ÇELİK

Doğrulamak için:<http://194.27.128.66/envision.Sorgula/belgedogrulama.aspx?V=BEASZUSC4>

Ayrıntılı bilgi için irtibat : Güldane ÇELİK Dahili : 11816

İstanbul Üniversitesi Merkez Kampüsü
34452 Beyazıt/Fatih-İstanbul
Tel : 0212 440 20 89 Faks : 0212 440 20 88
e-posta : sosyalbilimleretikkurul@istanbul.edu.tr Elektronik Ağ : www.istanbul.edu.tr



TEŞEKKÜRLER

Bu çalışma Adli Tıp Enstitüsü Sosyal Bilimler Ana Bilim Dalı'nda yüksek lisans tezi olarak hazırlanmıştır.

Uzun tez çalışma sürecimde bana büyük bir sabırla yol gösteren ve her zaman bilgisi ile bana ışık tutan tez danışmanım Sayın Doç. Dr. Neylan ZİYALAR hocama,

Ankara Numune Eğitim Araştırma Hastanesi Psikiyatri Klinik Şefi Sayın Prof. Dr Erol GÖKA' ya,

Araştırma sürecimde bana yardımcı ve destek olan Numune Eğitim Araştırma Hastanesi AMATEM başhekimi Sayın Uz. Dr. İsmail Volkan ŞAHİNER' e ve Uz. Dr. Şafak ŞAHİNER' e

Tütün ve Diğer Bağımlılık Yapıcı Maddelerle Mücadele Daire Başkanımız Sayın Dr. Sertaç POLAT' a

İş arkadaşlarımın yanı sıra özellikle ihtiyaç duyduğum her an ve durumda yanımda bulduğum, katkı sunarken beni kendinden ayırmayan titiz ve sağduyusu çok yüksek Hocam Dr. Evin ARAS KILINÇ'a

Tez jürimde yer alan saygıdeğer hocalarım Sayın Prof. Dr. Oğuz KARAMUSTAFALIOĞLU, Sayın Prof. Dr. Ümit Naci GÜNDOĞMUŞ, Sayın Dr. Güliz KOLBURAN, Sayın Dr. Yusuf Tunç DEMİRCAN' a

Sayın Psikiyatri Uzmanı Umut Işık'a ve

Sevgili aileme teşekkür ederim.

Çiğdem ULUTAŞ

ÖZET

Bu çalışmada alkol bağımlılığı tedavisi için son derece önemli olan motivasyon kavramı üzerinde etkisi olabileceği düşünülen sosyodemografik bazı özelliklerin araştırılması amaçlanmıştır. Yaş, cinsiyet, eğitim, medeni durum, çalışma durumu, çocuk sayısı, çalışma durumu, gelir durumu, sosyal güvence, yalnız yaşama, adli olay öyküsü varlığı, başka madde kullanımı olup olmadığı, daha önce tedavi olma durumu, daha önce yatarak tedavi olma durumu ve tedaviyi kabul nedeni etkisi olabileceği düşünülen değişkenler olarak incelenmiştir.

Araştırma sonucunda T.C. Sağlık Bakanlığı Ankara Numune Eğitim Araştırma Hastanesi Alkol Madde Bağımlılığı Tedavi ve Eğitim Merkezine (AMATEM) tedavi için başvuruda bulunan kişilerin büyük çoğunluğunun erkek olduğu, kadın katılımcı sayısının ise bunun dörtte biri oranında olduğu görülmüş olup, bilindiği üzere alkol bağımlılığın erkekler arasında yaygın olduğu bilgisi desteklenmiştir. Ayrıca alkol bağımlısı tanısı alan katılımcıların eğitim durumlarının ve gelir durumlarının da son derece yüksek olduğu görülmüştür. Katılımcıların düzenli gelir durumlarının ve sosyal güvence varlığının tedavi motivasyonu üzerinde olumlu bir etkiye sahip olduğu ve alkol bağımlılığı tedavisinde kişinin durumu değerlendirilirken ekonomik bu göstergelerin son derece önemli olduğu anlaşılmıştır.

Anahtar Kelimeler: Motivasyon, Alkol Bağımlılığı, Tedavi, Bağımlılık ve AMATEM

SUMMARY

In this study, some sociodemographic characteristics are aimed to be evaluated which are thought to have effects on the concept of motivation which is a very important concept in alcohol dependence treatment. The variables that are studied were age, gender, education, marriage status, employment, number of children, monthly income, having a social security, living alone, having a judicial case in the past, still abusing another substance, treatment and hospitalization history and there as on to accept the treatment.

As for the results; majority of the patients applied for alcohol dependence treatment in T.C. Ministry Of Health Ankara Numune Eğitim Araştırma Hastanesi AMATEM were males with a proportion of 3/4 to females which supports the general knowledge of male dominance for alcohol dependence. The results showed that patients applying for alcohol treatment had higher educational and income levels. The results also showed that having a regular income and a social security positively affect the treatment motivation and the self evaluation of the current situation.

Key Words: Motivation, Alcohol Dependence, Treatment, Dependence and AMATEM,

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR.....	i
ÖZET	ii
SUMMARY.....	iii
İÇİNDEKİLER.....	iv
TABLolar LİSTESİ.....	vi
KISALTMALAR.....	viii
1.GİRİŞ VE AMAÇ.....	1
2.GENEL BİLGİLER.....	3
2.1.Alkol Kavramı ve Alkol Kullanım Biçimleri	3
2.1.1.Sosyal İçicilik.....	4
2.1.2. Alkol Kötüye Kullanımı	5
2.1.3.Bağımlılık Davranışı.....	6
2.2. Alkol Bağımlılığı	6
2.2.1.Alkol Kullanım Bozukluklarının Sınıflandırılması	8
2.2.2.Alkol Bağımlılığının Epidemiyolojisi	13
2.2.3.Alkol Bağımlılığının Etiyolojisi	15
2.3. Alkol Bağımlılığı Tedavisi Ve Türkiye’de Mevcut Durum.....	18
2.3.1.Alkol Bağımlılığı Tedavi Yöntemleri	19
2.3.2.Türkiye’de Alkol Bağımlılığı Tedavisi.....	21
2.3.2.1. Tedaviye Kabul Koşulları	22
2.4. Motivasyon ve Tedavi Motivasyonu	23
3. GEREÇ VE YÖNTEM	26
3.1. Katılımcılar	26
3.2.Veri Toplama Araçları.....	27
3.3.İstatistiksel Analiz	28
4.BULGULAR VE YORUM	29
5. TARTIŞMA	60

6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	64
7.KAYNAKLAR.....	68
8. EKLER.....	77



TABLULAR LİSTESİ

Tablo I: Sosyodemografik Değişkenler.....	29
Tablo II: Olguların Ailelerine İlişkin Bazı Özellikler.....	32
Tablo III:Olguların Tedavi Sürecine İlişkin Bazı Özellikleri.....	33
Tablo IV: Tedavi Motivasyonuna İlişkin Bulgular.....	35
Tablo V: Olguların Yaş Durumuna Göre TMA İlişkin Mann-Withney U Testi Sonuçları.....	37
Tablo VI: Olguların Cinsiyet Durumuna Göre TMA İlişkin Mann-Whitney U Testi Sonuçları.....	38
Tablo VII: Olguların Eğitim Durumlarına Göre TMA İlişkin Mann-Whitney U Testi Sonuçları.....	40
Tablo VIII: Olguların Çalışma Durumuna Göre TMA İlişkin Mann-Whitney U Testi Sonuçları.....	42
Tablo IX: Olguların Gelir Durumuna Göre TMA İlişkin Mann-Whitney U Testi Sonuçları.....	43
Tablo X: Olguların Sosyal Güvence Durumuna Göre TMA İlişkin Mann-Whitney U Testi Sonuçları.....	44
Tablo XI: Olguların Medeni Durumuna Göre Göre TMA İlişkin Mann-Whitney U Testi Sonuçları.....	46
Tablo XII: Olguların Sahip Olduğu Çocuk Sayısına Göre Tedavi Motivasyonlarına İlişkin Mann-Whitney U TestiSonuçları.....	47

Tablo XIII: Olguların Yalnız Yaşama Durumuna Göre Tedavi Motivasyonlarına İlişkin Mann-Whitney U Testi Sonuçları.....	48
Tablo XIV: Olguların Daha Önce Tedavi Olup Olmadıklarına Göre Tedavi Motivasyonlarına İlişkin Mann-Whitney U Testi Sonuçları.....	50
Tablo XV: Olguların Tedavi Olmayı Neden Kabul Ettiklerine Göre Tedavi Motivasyonlarına İlişkin Mann-Whitney U Testi Sonuçları.....	52
Tablo XVI: Programın Sorunlarını Çözmeyeceğini Düşünen Olguların Tedavi Motivasyonlarına İlişkin Mann-Whitney U Testi Sonuçları.....	54
Tablo XVII: Programın İşe Yaramayacağını Düşünen Olguların Tedavi Motivasyonlarına İlişkin Mann-Whitney U Testi Sonuçları.....	55
Tablo XVIII: Olguların Adli Olay Öykülerine Göre Tedavi Motivasyonlarına İlişkin Mann-Whitney U Testi Sonuçları.....	57

KISALTMALAR

AMATEM: Alkol ve Madde Bağımlılığı Araştırma Tedavi Eğitim Merkezi

ÇEMATEM: Çocuk ve Ergen Madde Bağımlılığı Tedavi Merkezi

TMA: Tedavi Motivasyonu Anketi

DSÖ: Dünya Sağlık Örgütü

WHO: World Health Organization –Dünya Sağlık Örgütü

APA: American Psychological Association-Amerikan Psikoloji Birliği

ICD: International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems-
Uluslararası Hastalık Sınıflandırması.

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Dünya Sağlık Örgütü (1960) alkol bağımlılığını, “içki içmenin işine engel olduğunu değil de işinin içki içmesine engel olduğunu düşünmeye başlama olarak tanımlamıştır’ ’ Alkolizm alkol bağımlılığı olarak bilinen kronik, ilerleyici ve hatta ölümcül sonuçları olan bir hastalıktır (Kalyoncu, 2010).

Alkol kötüye kullanımı ve alkol bağımlılığı en sık karşılaşılan madde kullanım bozukluklarından. Alkol kullanım bozukluğu alkol bağımlılığı tanısı alınmamış olmasına rağmen bağımlılığın bütün sonuçlarının görüldüğü durumu ifade eder. Alkol bağımlılığı ise; içenin beden ve ruh sağlığı ile aile, iş ve sosyal uyumunu bozacak derecede fazla miktarda ve yineleyici şekilde alkol alımı, alkol alma isteği ve alkol istek ve alımını kontrol edememe ve durduramama ile karakterize bir bozukluk olarak tanımlanmaktadır (Keller ve ark. 1982).

İnsanın fiziksel, ruhsal ve sosyal yaşantısında son derece büyük problemlere neden olan bu maddenin neden bu kadar yüksek oranda tüketildiği ciddi oranda merak edilmektedir. Ayrıca içki içmenin belirgin olumsuz sonuçları ile karşı karşıya kalındığı halde içmenin durdurulamaması ve sürdürülmesi üzerine de odaklanılmıştır. Olumsuz sonuçlar hem tek bir içme dönemine, hem de uzun süreli içiciliğin tıbbi, psikolojik ve sosyal etkilerine bağlıdır. Trafik kazalarına, alkolle ilişkili kaza ve ölümlere, doğum anomalilerine ilaveten alkol kullanım bozuklukları şiddete, suç işlemeye, ailelerin parçalanmasına ve iş kayıplarına yol açabilmektedir. Alkolün olumsuz sonuçları sadece içenleri değil, onların

eşlerini, arkadaşlarını, işverenlerini ve aynı zamanda çevredeki yabancıları da etkilemektedir (Coşkunol,1996).

Alkol ve madde bağımlılığı tedavilerinde kişinin tedaviye istekli olması ve tedaviyi kabul etmesi en önemli etkidir. Joe ve arkadaşlarına göre; tedavide kalma süresi ve tedaviye katılım, tedavi süresince oluşan motivasyonel değişikliklerle güçlü bir şekilde ilişkilidir.(Joe ve ark. 1998). Son zamanlarda bağımlılık alanında ilgi çeken konulardan biri olan tedavi için motivasyon, kendine özgü dönemleri olan bir süreçtir (Prochaska ve ark. 1992). Motivasyon kavramının tedavinin başarısı açısından önemli olduğu su götürmez bir gerçektir. Özellikle uygun motivasyonun olmaması, hastaların tedaviyi yarım bırakması, tamamlayamaması, nüks ve diğer olumsuz tedavi seyirleri için bildirilen en sık nedendir (Ryan ve ark. 1995).

Alkol bağımlılığı ve alkol kötüye kullanımı Amerikan Psikiyatri Birliği (APA) tarafından belirlenen DSM-V 'e göre aynı başlık altında birleştirilmiş ve alkol kullanım bozukluğu olarak adlandırılmıştır. Alkol kullanım bozuklukları hafif, orta ve ağır olarak sınıflandırılmıştır. Bu çalışmada alkol kullanım bozukluğu ile kastedilen alkol bağımlılığı kavramıdır.

Bu bilgiler doğrultusunda bu çalışmanın amacı; alkol bağımlılığı tedavisi almak üzere başvuruda bulunan ve “alkol bağımlısı” tanısı alan bireylerin sosyodemografik özelliklerinin ve kriminal arka planlarının tedavi motivasyonlarına etkisi olup olmadığının araştırılmasıdır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Alkol Kavramı ve Alkol Kullanım Biçimleri

Türk Dil Kurumunun alkol kelimesi ile alakalı açıklamasına göre; sözcüğün Fransızca “alcohol” kelimesinden geldiği ve kimya alanında bir isim olduğu yönündedir. Ayrıca alkol; bira, şarap vb sıvıların veya pancar, patates nişastasının şekere dönüştürülmesi sonucu ortaya çıkan glikoz çözeltilerin mayalanmış özlerinin damıtılması ile elde edilen, kokulu, uçucu, yanıcı, renksiz sıvı, ispiroto, etanol, etil alkol ve ikinci olarak her türlü alkollü içki olarak tanımlanmıştır (TDK, 2018).

Alkol, Fransızca “alcohol” mayalı içkilerden damıtma yoluyla elde edilen kimyasal madde sözcüğünden alıntıdır. Fransızca bu sözcüğün ise İspanyolca aynı anlama gelen “alcol” sözcüğünden alıntıdır. Aynı sözcüğün Arapça *khl* kökünden gelen *al-kuhl* “göze sürülen sürme, antimon veya kurşun sülfat ” sözcüğünden alıntıdır. İmbikle damıtma tekniğinin 12. yy’da İspanya Arapları tarafından Avrupa’ya getirildiği ve kurşun sülfat maddesi de alkol gibi damıtıldığı için bu şekilde ifade edildiği belirtilmektedir. Şarabın tufandan sonra Nuh peygamber tarafından dünyaya yayıldığı söylenmektedir. M.Ö. 2000 yıllarında Hammurabi kanunlarında alkol ticareti anlatılmaktadır. Alkol kullanımı ilk çağlardan beri kâh kabul görmüş, kâh yasaklanmış, bazı dinler kullanımını şiddetle yasakladığı halde bazı dinlerde mubah sayılmıştır. Sekiz bin yıl önce Mezopotamya’da ekmek yapmak için bira yapımı başlamıştır (Arıkan, 2008).

Alkol ve alkol kullanma alışkanlığı insanlık tarihi kadar eski olup Paleolitik çağa kadar uzanmaktadır. Bunun ipuçları etimolojik çalışmalardan ve Taş Devri kültürlerinin 20. Yüzyıla kadar yaşayan kalıntılarında elde edilmiştir. (Coşkunol, 1996).

Jelinek (1952) alkol kullanımını üç şekilde ele almaktadır; sosyal içicilik, alkol kötüye kullanımı ve bağımlılık. Kişinin sosyal bir ortamda eğlenmek için az bir miktarda alkol kullanması sosyal içicilik olarak, kişinin aile ve iş yaşamını olumsuz etkileyecek düzeyde alkol alması, fakat alkole bağımlı olmaması alkol kötüye kullanımı olarak, kişinin uzun süreli riskli alkol kullanımının olması, aile ve iş yaşamının olumsuz etkilenmesinin yanı sıra kişinin içme davranışlarını kontrol etmede yetersiz olması ise bağımlılık olarak tanımlanmaktadır (Aktrn: Piazza ve Wise, 1988). Bu tanımlara daha ayrıntılı bakacak olursak;

2.1.1. Sosyal İçicilik

Sosyal içicilik kullandığı alkol nedeni ile sağlık sorunu ya da sosyal sorun yaşamayan ve alkol kullanımı kesildiğinde hiçbir sorun ortaya çıkmayan kişiler için kullanılan isimlendirilmedir (Bankole ve ark, 2003). Sosyal içici olarak adlandırılan bu kişiler alkol kötüye kullanımının olumsuz sonuçlarını yaşamadıkları halde alkolle ilişkili kazalar gibi tek içme döneminin olumsuz sonuçlarının riski ile karşı karşıyadır.(Coşkunol, 1996: ss.37)

2.1.2. Alkol Kötüye Kullanımı

Alkol kullanım türlerinden ikincisi olan alkol kötüye kullanımı aslında bağımlılık sonucunda meydana gelen birçok soruna yol açmasına rağmen duruma bağımlılık tanısı konamamasını ifade eder. Yüksek riskli içicilik sonucu birçok sosyal ve tıbbi sorunlar yaşayan fakat alkole bağımlı olmayan insanlar, alkol kötüye kullananlar veya bağımlı olmayan sosyal içiciler olarak adlandırılır. Alkol kullanımı ile ortaya çıkan yargı bozuklukları ile alkol kullanımının vücut ağırlığı üzerine olumsuz etkileri ile karşı karşıyadır. Olumsuz etkiler tek bir kullanım sonucu ortaya çıkabileceği gibi uzun süreli riskli içiciliğe de bağlı olabilir (Coşkunol, 1996 ss:37).

Diğer bir deyişle alkol kötüye kullanımı; kişinin alkol kullanması nedeniyle ortaya çıkan veya kötüleşen problemlere rağmen alkol kullanımını sürdürmesi olarak tanımlanmaktadır. Ancak bu kişilerde alkol bağımlılığından farklı olarak fiziksel bağımlılık belirtileri, tolerans gelişimi, alkol kullanmaya istek ve kontrol kaybı olmamaktadır (Kalyoncu,2010).

Tolerans, alkolün tekrarlanan kullanımında istenilen etkinin elde edilebilmesi için daha yüksek dozlarda alınması sonucunda yüksek dozlara dayanabilme durumu olarak tanımlanmaktadır (Schuckit, 2000).

Yoksunluk belirtileri alkol kullanımının azaltılması ya da bırakılmasından sonra ortaya çıkan bunaltı, kaygı, terleme, çarpıntı, deliryum tremens, görme, işitme, dokunma var sanıları, titreme, uykusuzluk, bulantı, kusma gibi belirtilerdir (Kalyoncu, 2010).

2.1.3. Bağımlılık Davranışı

Bağımlılık davranışı alkol tüketim biçimi olarak; ister yalnız hafta sonları yoğun alkol tüketimi olsun, ister her gün fazla miktarda alkol tüketimi olsun, isterse dönem dönem yoğun alkol tüketimi şeklinde olsun (örn; dispomani gibi) içme davranışı üzerindeki kontrol kaybının meydana geldiği durum olarak tanımlanmıştır (Bankole ve ark 2003).

Bağımlılık sendromu tanımı ilk kez alkol bağımlılığı için yapılmıştır. Alkol kullanımı sırasında ortaya çıkan ve kişinin önceden değer verdiği davranışlarına öncelik kazanan birçok fizyolojik, davranışsal ve bilişsel değişikliklerle belirli bir durumdur. Bağımlılık sendromunun ana tanımlayıcı özelliği, alkol almak için istek olmasıdır. Bu istek sık sık alkol alma isteğinden önüne geçilemez bir alkol alma isteğine kadar değişen ölçülerde olabilir (Arıkan, 2007).

2.2. Alkol Bağımlılığı

Hâlihazırda alkol kullanımı tarihi bu kadar eski iken, alkol bağımlılığına ilişkin ilk tanımlamaların da ruhsal rahatsızlıkların tanımlanma tarihine paralel olarak 1800' lü yıllarda ortaya çıkmaya başladığı görülmektedir. 19. Yüzyıl başlarında alkol bağımlılığı olan hastalar için sıklıkla kullanılan terim “ayyaşlık” iken, 1849 yılında bir halk sağlığı uzmanı olan Magnus Huss, alkolün ruhsal ve bedensel etkilerini göz önüne alarak, bu hastalığı ayrı bir klinik antite olarak incelemiş ve “alkolizm” terimini önermiştir. Bu terim sonradan tüm dünyada kabul görmüştür. Huss alkolizmi aynı zamanda akut ile kronik formlar adı altında tanımlamış, sarhoş olma durumu deliryum tremensi akut form,

alkolün kronik etkilerini ise kronik formu olarak değerlendirmiştir(Aktrn: Ceylan ve Türkcan 2003).

Alkol bağımlılığına ait oldukça çok tanımlama mevcuttur. Dünya Sağlık Örgütü (1960) alkol bağımlılığı; “içki içmenin işine engel olduğunu değil de işinin içki içmesine engel olduğunu düşünmeye başlama olarak tanımlamıştır”(Kalyoncu, 2010). Orhan Öztürk ise alkol bağımlılığı; “bireyin beden ve ruh sağlığını, aile, sosyal ve iş uyumunu bozacak derecede sık ve fazla alkol alma; alkol alma isteğini durduramama ile belirli bir bozukluk” şeklinde tanımlamıştır (Öztürk, 2001).

Alkol bağımlılığı, alkole bağlı olarak yaşadığı önemli problemlere rağmen kişinin alkol kullanmayı sürdürdüğüne işaret eden bir grup bilişsel, davranışsal ve fizyolojik belirtilerin bulunmasıdır. Bağımlılık tanısının koyulabilmesi için 12 aylık bir dönemde, tolerans artması, yoksunluk belirtilerinden kaçınmak için içme, alkol ya da madde kullanmaya başlayınca duramama, bırakmak ya da kontrol edebilmek için çaba harcamaya rağmen yapamama, alkol kullanmak ya da etkilerinden kurtulmak için çok zaman harcama, başka aktivitelere ayrılan zamanın kısıtlanması, psikolojik ve fizyolojik sağlığının kötüye gitmesine rağmen alkol kullanmaya devam etmek gibi belirtilerin en az üçünün bulunması gerekmektedir (APA,1998).

2.2.1. Alkol Kullanım Bozukluklarının Sınıflandırılması

Ruhsal hastalıklarda tanı sistemlerinin geliştirilmesinin ardından alkolizm ve buna bağlı mental bozukluklar sistematik olarak ilk kez DSM-II ve ICD-9'da sınıflandırılmıştır. DSM-II 1968 yılında yayınlanmış ve bu sınıflamada alkolizm ve madde bağımlılığı “kişilik bozuklukları ve psikotik olmayan diğer bozukluklar ” başlığı altında ele alınmıştır. ICD-9'da ise “nevrotik bozukluk, kişilik bozukluğu ve diğer non-psikotikmental bozukluklar ” kategorisi altında yer almıştır(WHO, 1979).

DSM-III sınıflamasında (American Psychiatric Association 1980) alkolizm terimi yerine “alkol bağımlılığı” terimini kullanmıştır. Bu sınıflandırma ilk kez bağımlılık bozukluklarını ayrı bir kategoride değerlendirmiş ve “alkol kötüye kullanımı ve alkol bağımlılığı ” başlığı altında ele almıştır(APA 1987). DSM-IV alkolle ilişkili bozuklukları alkol kullanım bozuklukları ve alkolün yol açtığı bozukluklar olarak ayırmaktadır. Alkol kullanım bozuklukları başlığı altında alkol bağımlılığı ve alkol kötüye kullanımı yer almıştır. ICD – 10 ise alkol kullanım bozukluklarını alkol bağımlılık sendromu ve alkol zararlı kullanımı olarak sınıflandırmıştır. Alkol kullanımının fiziksel ya da ruhsal sağlığa zarar verici düzeyde olması ICD-10 sınıflandırmasında “ alkol zararlı kullanımı ” olarak sınıflandırılmaktadır (WHO, 1992).

Yukarıdaki tarihsel gelişime bakılarak güncel ve geçerli iki sınıflama ve tanılama kaynağının ICD-10 ve DSM-5' olduğu anlaşılmaktadır:

ICD-10 Sınıflamasına Göre Alkol Kullanım Bozuklukları

- Akut zehirlenme
- Zararlı kullanım
- Bağımlılık Sendromu
- Yoksunluk durumu
- Yoksunluk durumu (deliryumla birlikte)
- Psikotik bozukluk
- Amnezik Sendrom
- Kalıntı ve Geç Başlayan Psikotik Bozukluk
- Başka Ruhsal ve Davranışsal Bozukluk
- Belirlenmemiş Ruhsal ve Davranışsal Bozukluk (WHO 1992)

ICD- 10 Sınıflamasına Göre Bağımlılık Sendromu Kriterleri

Aşağıdaki kriterlerden en az birinin son bir yıl içinde bulunması;

- Alkol içmek için güçlü bir istek olması
- Alkol alma davranışını denetlemede güçlük (alınan alkol miktarını ayarlayamama ve başarısızlıkla sonlanan bırakma girişimleri)
- Alkol kullanımını azaltıldığında ya da bırakıldığında tipik yoksunluk belirtilerinin ortaya çıkması
- Alkol ile gerekli iyilik halini elde etmek için (rahatlık, sarhoşluk, keyif) gittikçe artan miktarlarda alkole gereksinim duyma (tolerans gelişimi)
- Alkolü elde etmek, kullanmak ve etkilerini gizlemek için harcanan çabanın,diğer ilgi ve uğraşlara yer vermeyecek şekilde giderek artması
- Aşırı alkol kullanımını nedeniyle ruhsal, sosyal, fiziksel zararlar ortaya çıkmış olmasına rağmen alkol kullanımını sürdürme.

DSM 5 Sınıflamasına Göre Alkol Bağımlılığının Kriterleri;

Madde kullanım bozuklukları ile ilgili DSM-IV deki madde kötüye kullanımı madde bağımlılığı kategorileri birleştirilerek DSM-5 de boyutsal bir şekilde, kullanım şiddetine göre tanımlanan tek bir bozukluk olarak ele alınmıştır. Yasal sorunlar ölçütlerden çıkartılmış, aşırma ile ilgili bir ölçüt eklenmiştir ve madde kullanım bozuklukları yerine madde kullanım ve alışkanlık bozuklukları olarak tanımlanmıştır. Kafein hariç her bir madde için “alkol kullanım bozukluğu, uyarıcı kullanım bozukluğu gibi” ayrı tanım yapılmış ise de tanı ölçütleri neredeyse tüm maddeler için aynı kapsayıcı niteliktedir. Kumar oynama davranışı, madde kullanım bozukluklarına benzer ödül mekanizmalarını etkinleştirmesi ve benzer davranışsal belirtilere neden olması sebebi ile bu bölüme dâhil edilmiştir. DSM-IV de madde kötüye kullanımı için bir ölçüt yeterli iken DSM-5 de hafif madde kullanım bozukluğu tanısı konabilmesi için 11 ölçütün tanımlandığı listeden 2 veya 3 ü karşılanmalıdır (APA, 2013).

Alkol bağımlılığının Amerikan Psikiyatri Birliği sınıflandırması olan DSM-5’e göre tanı kriterleri aşağıdaki gibidir;

- Çoğu kez istendiğinden daha büyük ölçüde ya da daha uzun süreli olarak alkol alınır.
- Alkol kullanmayı bırakmak ya da denetim altında tutmak için sürekli bir istek ya da bir sonuç vermeyen çabalar vardır.

- Alkol elde etmek, alkol kullanmak ya da yarattığı etkilerden kurtulmak için gerekli etkinliklere çok zaman ayrılır.
- Alkol kullanmaya içinin gitmesi ya da kullanmak için çok büyük bir istek duyma ya da kendini zorlanmış hissetme.
- İşte okulda ya da evdeki konumunun gereği olan başlıca yükümlülüklerini yerine getirmeme ile sonuçlanan yineleyici alkol kullanımı.
- Alkolün etkilerinin neden olduğu ya da alevlendirdiği, sürekli ya da yineleyici ya da toplumsal ya da kişiler arası sorunlar olmasına karşın alkol kullanımını sürdürme.
- Alkol kullanımından ötürü önemli bir takım toplumsal, işle ilgili etkinliklerin ya da eğlenme dinlenme etkinliklerinin bırakılması ya da azaltılması.
- Yineleyici bir biçimde tehlikeli olabilecek durumlarda alkol kullanma.
- Büyük bir olasılıkla alkolün neden olduğu ya da alevlendirdiği, sürekli ya da yineleyici bedensel ya da ruhsal bir sorunu olduğu bilgisine karşın alkol kullanımını sürdürülür
- Aşağıdakilerden biriyle tanımlandığı üzere dayanıklılık (tolerans) gelişmiş olması.
 - a) Esrikliği ya da istenen etkiyi sağlamak için belirgin olarak artan alkol kullanma gereksinimi.
 - b) Aynı ölçüde alkol kullanımının sürdürülmesine karşın belirgin olarak daha az etki sağlanması
- Aşağıdakilerden biri ile tanımlandığı üzere yoksunluk gelişmiş olması:

- a) Alkole özgü yoksunluk sendromu (alkol yoksunluğu için A ve B tanı ölçütlerine başvurun s.239-240)
- b) Yoksunluk belirtilerinden kurtulmak ya da kaçınmak için alkol(ya da benzodiazepin gibi yakından ilişkili bir madde alınır)

Varsa belirtiniz:

Erken yatışma evresinde

Sürekli yatışma ile giden

Varsa belirtiniz: Denetimli çevrede

O sırdaki ağırlığına göre kodlayınız:

Ağır olmayan: İki, üç belirtinin olması

Orta derecede: Dört beş belirtinin olması

Ağır derecede: Altı ya da daha çok belirtinin olması.

2.2.2. Alkol Bağımlılığının Epidemiyolojisi

Dünya Sağlık Örgütü'nün 2014 yılında yayınladığı “Alkol ve Sağlıkla İlgili Global Durum Raporu”nda dünya genelinde 15 ve üstü kişilerde kişi başına düşen yıllık saf alkol tüketiminin 6.2 litre olduğu belirtilmiştir. Bu tüketimin %24.8 gibi yüksek bir oranı ise ev yapımı yani kanun dışı üretilmiş ya da kaçak yollarla ülkeye girmiş alkolün tüketiminden oluşmaktadır. Aynı raporda 15 yaş ve üstü yaş grubundaki içicilerin %16 sının yoğun epizodik içme özelliği gösterdiği söylenmektedir (WHO, 2015).

ABD’de 2015 yılında gerçekleştirilen ulusal madde kullanımı ve sağlık araştırmasında (National Survey On Drug Use and Health- NSDUH) 18 yaş ve üstü kişilerin % 86.4 ünün yaşamlarının bir döneminde alkol kullandıkları, %70.1’inin son on iki ay içinde alkol kullandığı ve % 56 ‘sının bir önceki ay alkol kullandığı belirtilmiştir. ABD’de 16 milyon civarında kişinin alkol kullanım bozukluğuna sahip olduğu öngörülmektedir. Bu oran bu ülkedeki 18 yaş ve üstü kişilerin % 6.2’ sini oluşturmaktadır. Diğer bir deyişle 15.1 milyon kişi alkol kullanım bozukluğu göstermektedir. Bu sayıyı oluşturan kişilerin 9.8 milyonu erkek, 5.3 milyonu ise kadınlardan oluşmaktadır. 12-17 yaş aralığında 623.000 civarından ergenin de alkol kullanım bozukluğu tanısını karşılayacağı öngörülmektedir (SAMHSA, 2018).

DSÖ’nün 2014 yılında yayınladığı 2010 yılına ilişkin dünya çapında 15 yaş ve üstü kişi başına düşen yıllık saf alkol kullanımı haritasında en yüksek kullanımın 12,5 litre ve üzeri değerlerle Doğu Akdeniz Avrupa Ülkeleri ve Rusya’da olduğu, bu oranı % 10- %12.4 litre ile Kanada, Avustralya, Güney Afrika Ve Batı Avrupa Ülkelerinin takip ettiği

görülmektedir. Türkiye 15 yaş ve üstünde yıllık kişi başına düşen saf alkol tüketiminde %2,5 litreden az ortalama ile dünyadaki en az alkol tüketen ülkelerden biri olarak gözükmektedir (WHO, 2014).

Dünya Sağlık Örgütü'nün ülkemiz için belirlediği 2010 yılı itibari ile 15 yaş ve üstü kişi başı saf alkol toplam miktarının 2 litre olduğu ve bu tüketimin erkek- kadın oranınının 44/5 olduğu görülmektedir. Aynı tabloda Türkiye'de alkol bağımlılığı yaygınlığının erkeklerde % 1.3 kadınlarda ise % 0.4 olduğu ve toplam bağımlılık yaygınlığının ise % 0.8 olduğu belirtilmiştir. Bu bizi Avrupa Bölgesinin en düşük yaygınlığa sahip ülkesi yapmaktadır (WHO, 2014).

Dünyada 18 yaş altı alkol kullanımı ile ilgili yapılan çalışmaların en günceli 2015 yılında Avrupa Madde ve Madde Bağımlılığını İzleme Merkezi - EMCDDA (European Monitoring Centre For Drugs and Drug Addiction) tarafından yapılan Avrupa Alkol ve Diğer Maddeler Okul Araştırması Projesidir- ESPAD (The European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs) 2015 raporuna göre; çalışmaya katılan 15 – 16 yaş arası çocukların %78'i eğer isterlerse kolaylıkla alkol elde edeceklerini ifade etmişlerdir. Çalışmaya katılan çocukların %47' sinin 13 yaşında ya da daha önce alkol kullandıkları belirtilmiş ve bu oran Gürcistan'da % 72 ile en yüksektir. Erkek çocuklarının kız çocuklarına oranla daha erken yaşta alkolle tanıştıkları bildirilmiştir (ESPAD,2015).

Sağlık Bakanlığının 2016 Sağlık İstatistikleri Yıllığına göre; 2016 yılında Türkiye'de alkol kullanım oranı % 12. 2'dir. Cinsiyet açısından bakıldığında erkek nüfusunun %

19,3'ünün kadın nüfusunun ise % 5.3 ünün alkol kullandığı bildirilmektedir. 15 yaş ve üzeri bireylerin alkol kullanma nedenlerine bakıldığında %29.4'ünün eğlence amaçlı, % 23.6'sının arkadaş etkisi, yüzde 18.3' ünün merak nedeni ile, % 13.7'sinin özentisi ile %5.8'inin kişisel sorunlar ve % 1.5 ile aile sorunları nedeni ile alkol kullanmaya başladığı, % 6.6'lık bir kesimin ise hiçbir özel neden yokken alkol kullanmaya başladığı görülmüştür (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2016).

Kullanım oranlarının 25-64 yaş aralığında sık görüldüğü ve bu oranın özellikle 25-44 yaş aralığında yoğunlaştığı gözlenmektedir. Halen alkol kullananların ilk kez alkol kullanma yaşına bakıldığında ESPAD araştırmasına benzer şekilde % 54.3 'ünün alkolü ilk kez 15-19 yaşları arasında kullandıkları ortaya konmuştur. 10-14 yaş aralığında ilk kez alkol kullanan kişilerin oranı ise % 8,5 gibi azımsanamayacak bir düzeydedir. Bununla birlikte halen alkol kullananların %2'sinin alkolü ilk kez 10 yaş altında kullandığı da çarpıcı bir sonuç olarak karşımıza çıkmaktadır (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2016).

2.2.3.Alkol Bağımlılığının Etiyolojisi

Aşırı alkol kullanımına hangi nedenlerin yol açtığı sorusu eski yıllardan beri kuramcılarının ilgisini çekmiştir. Bu güne kadar bu konuda, biyolojik, davranışsal ve sosyal bilim alanlarında birçok kuram ve görüş ortaya atılmış, zengin bir literatür ortaya çıkmıştır. Buna rağmen, bugün üzerinde en çok anlaşma sağlanmış olan yaklaşım, alkolizmi, etiyojisinde birden çok etkenin rol oynadığı bir bozukluk olarak gören yaklaşımdır (Ceylan ve Türkcan, 2003 s:45).

Alkol bağımlılığı; kişilik özellikleriyle, öğrenme mekanizmalarıyla, psikanalitik dinamiklerle, psikososyal etkenler ve genetik, biyolojik, psikiyatrik ve tıbbi eş tanının yanı sıra aile sistemlerine yönelik olarak birçok yönden ele alınmaktadır. Alkol bağımlılığı sosyal, psikiyatrik, adli, ekonomik, davranışsal ve biyolojik birçok boyutu olan karmaşık bir kavram olması nedeniyle birçok yönden ele alınmaktadır.

Ruhsal davranışsal kuramlar; psikodinamik ve bilişsel davranışçı kuramlardır. İlk olarak psikanalitik kurama göre aşırı katı ve baskıcı üst benlikleri olan kişiler alkolü bilinçdışı gerginliklerini azaltmak için içerler. Bilinen psikanalitik özdeyişte söylendiği gibi, katı üst benlik alkol içinde erir. Freud oral döneme saplanmış kişilerin bunaltılarını alkol gibi maddeleri ağız yoluyla alarak azalttıklarını, oral doyum sağladıklarını ve kişinin kendilik değerini yükseltmek, anksiyetesini yatıştırmak, sakin hissetmek, bütünleşmiş hissetmek, boşluk yerine dolu hissetmek, yalnızlık yerine birilerinin eşlik ettiğini hissetmek, güvenli hissetmek için tümüyle güçlü anne ile birleşme yaşadığını düşünür (Levin, 1995).

Yine ruhsal davranışsal kuramlardan biri olan bilişsel- davranışçı kuramlar ise alkol almayı öğrenilmiş bozuk bir davranış olarak görürler. Alkol alımının gerginliği azaltan, rahatlatan özellikleri gibi olumlu pekiştirici yanları ilk alkol alımından sonra bu davranışın sürmesine katkıda bulunur. Kişiler sıkıntı ve sorunlarla baş etmede zorlukları olduğunda alkole yönelirler ya da aldıkları alkol miktarını arttırırlar. Ayrıca aile büyükleri ve akrabaların içme alışkanlıkları da kişilerin içme davranışını etkiler (Schuckit, 2007).

Ruhsal davranışsal kuramların yanı sıra sosyolojik faktörler ve genetik faktörler de bağımlılığın nedenlerini açıklamaktadırlar. Sosyolojik faktörlere göre; gelenek ve töreleri ile alkolü onaylamayan toplumlarda alkolizm oranının az olduğu düşünülür. Kimi iş kolları ve çalışma ortamlarında (otel, içkili lokanta, bar, pavyon, yurtlar, gemiler, vb) çalışan kişilerde alkollü içki tüketimi daha yüksektir. Alkolün kolay ve ucuz elde edilebilirliği de önemli başka bir etkidir. Sosyokültürel teoriler; sorunun tanımlanması ve anlaşılmasına çok az katkılar sağlamalarının ötesinde bir değere sahip gibi görünmemektedir. “Şu kültürde alkol bağımlısı daha fazla görülmektedir” gibi bir ifade olanaksızdır. İtalya, İsrail, ABD ve Fransa’da alkol evlerde çok yaygın olarak bulunmakta ve “dini” törenlerde kullanılmaktadır (Levin 1995; Schuckit 2007).

Benzer biçimde genetik faktörlere bakıldığında; birinci derece yakınında alkol bağımlısı olan birinin “bağımlı olma” riski olmayana göre yaklaşık dört kat daha fazla olarak bulunmuştur. A.B.D’ de yapılan bir epidemiyolojik çalışmada anne ve/ veya babalarında alkol problemi olan 408 yetişkin, ebeveynlerinde alkol problemi olmayan 1477 yetişkin ile karşılaştırılmış ve aile öyküsü pozitif olan gruptaki yetişkin erkek çocuklarda yaşam boyu alkol ve madde kötüye kullanımı aile öyküsü negatif olanlara göre belirgin derecede yüksek bulunmuştur (Agrawal ve Lynskey 2008).

2.3. Alkol Bağımlılığının Tedavisi ve Türkiye'deki Mevcut Durum

1970'lerden önce bağımlılığın düzgün bir tanımı ve bağımlılık kavramına aşinalık yoktu. Bağımlılığa nasıl müdahale edilebileceği ve tedavi yöntemleri ile ilgili bilgi çok azdı. 1960'ların sonu, 1970'lerin başında birçok ülkede bağımlılık tedavi servisleri kurulmaya ve yerleşmeye başladı. Bu servislerden önce bağımlılığın tedavisi yalnızca az sayıdaki uzmanlar tarafından ve genellikle akıl hastanelerinde ve hapishanelerde yapılırdı (Ögel, 2017).

1968'den sonra İngiltere'de kurulan uyuşturucu klinikleri sadece psikiyatristler tarafından yürütülmekteydi. Madde bağımlısı hastalara kısa süreli görüşmelerin ardından geçici olarak teşhis konmaktaydı. O zamanın tedavi imkânları çok kısıtlı olduğundan bu yöntemlerle olabilecek en düşük zarar hedeflenmekteydi. Ayakta tedavi gören hastalar için henüz düzenli bir tedavi sistemi yoktu. Yatılı tedavi gören hastalar içinse, klinik görevlilerinin tercihleri ile şekillenen ve birçok farklı kaynaktan yararlanılarak oluşturulmuş düzensiz terapötik müdahaleler yapılmaktaydı (Ögel 2017).

Genel bir tanımlama yapmak gerekirse dünyada ve ülkemizde tedavi yatarak ve ayaktan olmak üzere iki şekilde yürütülmektedir. Ayaktan tedavi alan bağımlılık tanısı almış bireyler hastaneye yatmadan tedavilerini devam ettirirler. Bu şekilde bireylerin aile ve sosyal yaşantılarından uzak kalmadan ve sorumluluklarını aksatmadan hayatlarını devam ettirmeleri sağlanır. Bu açılarından ayaktan tedavi daha avantajlı gözükse de bazı durumlarda bağımlı bireyin yatarak tedavi alması daha uygundur. Örneğin; daha önce ayaktan tedavi almış ancak tedavisi başarısızlıkla sonuçlanmış, öyküsünde hayatı tehdit eden tıbbi durumları ve/veya

ruhsal rahatsızlıkları olan, kendine ve/veya başkalarına zarar vermek riski taşıyan, alkolün yanı sıra başka madde kötüye kullanımı olan ve yeterli sosyal desteğe sahip olmayan bireylerin hastaneye yatarak tedavi görmeleri gerekmektedir (Tarhan ve Nurmedov, 2011).

2.3.1. Alkol Bağımlılığında Tedavi Yöntemleri

Başvuru sürecinden itibaren alkol bağımlılığının tedavi aşamaları tanı koyma, gidiş belirleyicileri, öykü alma, ön değerlendirme ve son olarak tedavi olarak sıralanmaktadır. Ögel'e göre madde kullanım bozukluklarının tedavisinde tıbbi tedavi ve psikososyal tedavi olmak üzere iki temel tedavi yaklaşım vardır. Kişinin tedavisine tıbbi tedavi ile başlanmalıdır. Ancak kişi eğer uzun süreli madde kullanmıyorsa, o zaman tıbbi tedaviye gerek olmayabilir. Tıbbi tedavi çoğu zaman tek başına yeterli değildir. Bu durumda psikososyal tedaviler eklenmelidir. Tıbbi tedavi öncesi kişinin motivasyonunu arttırmak ya da hazırlık amacıyla da psikososyal tedavilere geçilebilir(Ögel, 2017:ss295).

Öncelik olarak görülen tıbbi tedavi arındırma yani detoksifikasyon olarak tanımlanmaktadır. Detoksifikasyon bedenin kendisi için zararlı olan toksik maddelerden arındırılması anlamına gelmektedir. Detoksifikasyon tedavisinde öncelik hücre sağlığını geri kazanmaktır. İnsan bedeni, alkol ve uyuşturucu madde kullandığı dönemde farklı bir denge kurar. Kullanım bırakıldıktan sonra yeni bir denge oluşturulana kadar beden bir takım sorunlar yaşar. Arındırma süreci bireyin alkol ve madde kullanımını bıraktıktan sonra ortaya çıkması muhtemel yoksunluk belirtilerini ortadan kaldırmayı hedefler (Atbaşoğlu ve Doğan, 1996:75)

Alkol bağımlılığında arındırma (detoksifikasyon) tedavisi çoğunlukla ayaktan tedavi ile bir hafta on gün içinde tamamlanır. Tedavide alkolün çekilme belirtilerinin düzeltilmesini sağlayan ilaçlar kullanılır. Etkin bir arındırma tedavisi, tedavinin bir sonraki aşaması olan davranış değişikliklerinin planlandığı psikososyal tedaviye geçişi kolaylaştırmaktadır. Bazı vakalarda daha şiddetli bir tablo olan bilinç bozuklukları ve bilişsel bozukluklar ile giden “deliryum tremens ” görülebilir. Bu durumda tedavi hastaneye yatırılarak yapılmalıdır (Tamer Gürol, 2018).

Bağımlıların alkol/madde kullanımıyla baş etmeyi öğrenmeye, tekrar kullanmamak için neler yapması gerektiğini öğrenmeye ihtiyacı vardır. Bireyler henüz uzun bir tedavi süreci için gerekli motivasyona sahip değildir. Bu nedenle, bu basamak bağımlılık hakkında gerekli bilgilendirmenin başlatıldığı, bireyin yarar sağlayabilecek niteliklerinin tespit edilip detoks sonrası tedavi sürecine katıldığı ve tedavi motivasyonun kazandırıldığı yer olmalıdır (Atbaşoğlu ve Doğan, 1996)

Tıbbi olarak adlandırılan bu aşamanın tamamlanmasının ardından ise psikososyal tedavi kısmı başlamaktadır. Kişinin durumu göz önünde bulundurularak hazırlanan bu aşama bireysel ve grup terapilerinin bulunduğu önemli bir aşamadır. Bağımlılık tedavisinde psikososyal tedaviler uzun süreli olmaktadır. Bağımlılık gelişmesi bir zaman içinde olduğu gibi, alkolsüz yaşamın inşası da bir zaman içinde olmaktadır. Bu süreçte nüks (tekrar kullanım) yaşanabilir. Önemli olan alkolsüz yaşamın inşa edilmesine yönelik değişimin sürdürüldüğü yoldan ayrılmamaktır. Bağımlılığı psikososyal tedavisinde ailenin de tedaviye katılımı süreci olumlu yönde etkilemektedir. Bağımlılık tüm aile üyelerini etkileyen bir aile hastalığı olduğu için aile

üyelerinin de değişim sürecine katılmaları tedavi sonuçları üzerinde olumlu sonuçların ortaya çıkmasına yardım etmektedir (Tamer Gürol, 2018).

2.3.2. Türkiye’de Alkol Bağımlılığı Tedavisi

Ülkemizde madde bağımlılığı tedavisi kamu kuruluşlarında, 11 Ekim 2017 tarihli ve 30207 sayılı Resmi Gazetede yayımlanan “Sosyal Güvenlik Kurumu Sağlık Uygulama Tebliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Tebliğ” 1. Maddesi ile “Sosyal Güvenlik Kurumu Sağlık Uygulama Tebliğinin” 1.7 numaralı maddesinin ikinci fıkrasının (b) bendine “10) Madde bağımlılığı tedavisine yönelik sağlık hizmetleri,” ifadesi eklenerek, 18 yaşı üstü madde bağımlıların prim ödeme gün sayısı veya prim borcu bulunup bulunmadığına bakılmaksızın, madde bağımlılığı tedavisine yönelik sağlık hizmetleri Sosyal Güvenlik Kurumunca ödenmeye başlanmış olması sebebi ile ücretsiz olarak sağlanmaktadır (Resmi Gazete,2017).

Türkiye’de alkol ve madde bağımlılığı tedavileri kamu ve özel sağlık kuruluşlarında yatarak ya da ayaktan olarak iki şekilde; randevulu veya direk başvuru ile gerçekleştirilmektedir. Alkol ve madde bağımlılığı tedavileri Sağlık Bakanlığı’na bağlı Alkol ve Madde Bağımlılığı Tedavi ve Eğitim Merkezlerinde sağlanmaktadır. Sağlık Bakanlığı bünyesinde 29 ilde toplam 36 Alkol ve Madde Bağımlılığı Tedavi ve Eğitim Merkezi Polikliniği bulunmaktadır. AMATEM’ler 18 yaşı üstü tedavi hizmeti sağlayan merkezlerdir. Bunun yanı sıra 18 yaşı altına hizmet veren, 7 ilde 8 Çocuk ve Ergen Madde Bağımlılığı Tedavi Ve Eğitim Merkezi Polikliniği bulunmaktadır(Sağlık Bakanlığı Alo 191, 2018).

Sağlık Bakanlığına bağlı tedavi hizmeti sağlayan birimler farklılık göstermektedir. Örneğin; İstanbul'da Bağımlılık Danışma ve Eğitim Merkezi (BADEM) ile İstanbul ve Antalya'da bulunan Danışmanlık ve Tedavi Merkezlerinde (DANTE) ayaktan tedavi hizmeti verilmektedir(SağlıkBakanlığı Alo 191, 2018).

Yaşanılan ilde yukarıda bahsi geçen bağımlılık hizmeti veren birimlerin bulunmaması halinde psikiyatri polikliniği olan sağlık kuruluşlarına ve aile hekimliklerine de başvuru yapılması halinde gerekli tedaviye erişilebileceği belirtilmiştir. Ülkemizde 49 ilde 213 psikiyatri polikliniği bulunmaktadır (Sağlık Bakanlığı , 2018).

2.3.2.1. Tedaviye Kabul Koşulları

AMATEM'lerde tedavi sürecinde gönüllülük esastır. Kişinin tedaviye istekli ve gönüllü olması beklenir. Hastanın tedavi sorumluluğunu alması tedavinin başarısı için önemlidir. Tedavi süreci hekim ve hastanın birlikte karar verecekleri bir çerçevede planlanır. Fakat bazı nedenlerden ötürü kişinin zorla yatışı, zorla tedavi ettirilmesi diğer bir deyişle 'koruma amacıyla özgürlüğün kısıtlanması' da mümkündür. Türk Medeni Kanununun 432. Maddesinde bağımlılıkla alakalı olarak alkol ve madde bağımlılığı olan bireylerin kendileri ve toplum için tehlike arz etme durumları söz konusu olduğunda, kişisel olarak korunmasının sağlanabilmesi için tedavi, eğitim ve ıslah için uygun bir kuruma yerleştirilebileceği ve alıkonulabileceği ifade edilmektedir.

2.4. Motivasyon ve Tedavi İçin Motivasyon

Motivasyon kavramının Türkçe'de tam karşılığını bulmak zor olmakla birlikte, bu kavram İngilizce ve Fransızca "motive" kelimesinden türetilmiştir "Motive" teriminin Türkçe karşılığı güdü, saik veya harekete geçirici olarak belirlenebilir (Eren, 2004). Güdü, güdülenme sürecinde ihtiyaç ve dürtünün oluşturduğu ilk aşamayı içine alan bir kavramdır (Morgan, 1977). Bazı kaynaklara göre de, güdü kavramı öğrenilen ihtiyaçları tatmin için organizmayı (bireyi) faaliyete geçiren itici güç olarak ifade edilmekte ve dürtü fizyolojik ihtiyaçları tatmin için organizmayı faaliyete geçiren itici güç olarak tanımlanmaktadır (Eren, 2004).

Motivasyon bir veya birden çok insanı, belirli bir amaca doğru devamlı şekilde harekete geçirmek için yapılan çabaların toplamıdır. Bireylerin davranışları ise genellikle bir nedene dayanır. Bu nedenler de ihtiyaçlar, istekler, inançlar ve dürtüler gibi konulardan oluşur. Motivasyonu kişilerin belirli bir amacı gerçekleştirmek üzere kendi arzu ile istekleri doğrultusunda davranmalarını şeklinde tanımlamak da mümkündür (Koçel, 2005).

Diğer bir deyişle güdülenme, belli bir ihtiyaç ile başlayıp bu ihtiyacın doyurulmasıyla tamamlanan bir süreçtir. İhtiyacın doyurulması için bir takım faaliyetlerin ortaya konması ve bu faaliyetlerin ihtiyacı giderecek sonuçlara ulaşması gerekmektedir. Böylece, ihtiyaç-davranış-sonuç, güdülenmenin belli başlı aşamaları olmaktadır. (Tevrüz, 1999)

Deci ve Ryan, motivasyonun kaynaklarını içsel ve dışsal motivasyon olarak iki grupta tanımlamışlardır (Deci ve Ryan, 1987). İçsel motivasyonun genellikle, dışsal motivasyondan daha uzun süreli değişim sağladığı ifade edilmiştir. Ryan ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada tedaviye yönelik içsel motivasyonu daha yüksek hastaların tedaviye daha bağlı oldukları ve daha çabuk yanıt verdikleri, dışsal motivasyonu yüksek olan hastaların ise tedaviden daha az yarar sağladıklarını göstermiştir. Bu çalışmalar iç motivasyonun tedavi sürecinde daha etkili olmasından dolayı tedavinin uzun süreli olmasını sağlamak amacıyla içsel motivasyonun artırılması gerektiğini göstermiştir (Ryan ve ark, 1995). Aynı zamanda sosyoekonomik koşulların iyi olması ile içsel ve dışsal motivasyon değerlerinin yüksek olması tedavide kalma süresinin uzun olmasını sağlamaktadır.

Weisner ve arkadaşları iş yeri baskısı, yasal nedenler, sosyal sistem ve aile isteği ile tedavide olmayı dışsal motivasyonel faktörler olarak, içsel faktörleri ise tedaviye yüklenen önem, değişime hazır olma ve tedavinin amacı olarak tanımlamaktadırlar (Constance, 2001). Motivasyon tedavi arayışı, tedavide uyum ve tedavi tamamlama için önemli ölçütlerden birisi olarak kabul edilmektedir (Diclemente ve Scoot,1997). Araştırmalar madde kullanım bozukluğu olan hastalarda tedaviye katılım ve iyileşmenin sağlanmasında motivasyonun önemini desteklemektedir (Deleon veMelnick, 1997).

Deci ve Ryan'a göre (1985) insanları doğuştan harekete geçiren güçler içsel motivasyonu oluşturmaktadır. İçsel motivasyonun tersine dışsal motive olan bireyler ise bir ödül almak, suçluluk duygusuna kapılmamak ya da bir tasvip ya da onay almak için davranışı gerçekleştirmektedirler (Boiche ve Sarrazin, 2007).

Motivasyon değişimi kabul etme ve değişim için hazır olma durumu olarak görülen, zamana ya da duruma bağlı olarak değişkenlik gösterebilen ve dış etkenlerden etkilenen içsel bir durumdur (Evren ve ark. 2006). Motivasyon tanımlarından da anlaşılıyor ki değişimi isteme ve harekete geçme bu kavramın en önemli öğeleridir. Bağımlılık tedavilerinin de kişinin isteği ile başlaması göz önüne alındığında motivasyon kavramı ve tedavi arasında da güçlü bir bağ olduğu anlaşılmaktadır. Tedavi motivasyonu tedaviye cevap vermeyi ve istenen tedavi sonuçlarını destekleyen önemli bir unsur olarak görülmektedir (Conner ve ark 2009). Motivasyonu değerlendirmek, kişinin tedavi ile ne kadar meşgul olduğunu anlamaya yardım eder (Beek ve Verheul 2008).

Bağımlılık alanında ilgi çeken konulardan biri olan tedavi motivasyonu, kendine özgü dönemleri olan bir süreçtir. Tedavide kalma süresi ve tedaviye katılım, tedavi süresince oluşan motivasyonel değişikliklerde güçlü bir şekilde ilişkilidir. Olumsuz tedavi seyrinin en sık nedeni ise, tedaviyi yarım bırakma, tedavide kalma süresinde ve tedaviye katılımında azlık ve nüks ile kendini gösteren, tedaviye hazır olmama ve tedavi için motivasyonda eksiklik olmasıdır (Evren ve ark. 2006, Diclemente ve ark. 1999).

AMATEM kliniklerinde tedavi gören bağımlıların psikososyal tedavisinde de temel amaç, bağımlı kişiyi yeniden topluma kazandırmaktır. Bozulan okul, aile ve iş uyumunun ve işlevselliğini yeniden oluşturulmasıdır. Bu tedavide, kişinin maddeden arınması, bağımlılığa neden olan bedensel, ruhsal, toplumsal etkilerden kurtulması ve sonrasında bağımlılığı nedeniyle kaybettiği toplumsal rolünü yeniden kazanması gerekmektedir (Beyazyürek ve Şatır 2000).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

Bu çalışma 2018 yılında T.C. Sağlık Bakanlığı Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi Alkol ve Madde Bağımlılık Tedavi Ve Eğitim Merkezinde gerçekleştirilmiştir. Araştırmanın evrenini AMATEM’de alkol bağımlılığı tanısı ile tedavi gören herkes, çalışmanın örneklemini ise tesadüfi örneklem ile seçilmiş 100 olgu oluşturmuştur. Araştırmada kullanılan gereç Ryan ve arkadaşları tarafından 1995 yılında geliştirilen ve olguların alkol/madde bağımlılık tedavisine katılma ve tedavide kalma nedenlerini değerlendirmek için düzenlenmiş; 2006 yılında ise Evren ve arkadaşları tarafından Türkçe versiyonunun faktör yapısı geçerliği ve güvenilirliği yapılmış “Tedavi Motivasyonu Anketi”(TMA)dır. Tedavi Motivasyo Anketinin yanı sıra sosyodemografik verileri toplamak amacı ile katılımcılara araştırmacı tarafından oluşturulmuş olan soru formu uygulanmıştır.

3.1.Katılımcılar

T.C. İstanbul Üniversitesi ve T.C. Sağlık Bakanlığı Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi’nden alınan izinler neticesinde; tanımlayıcı ve kesitsel özellik taşıyan araştırma 2018 yılında 15 Mart -15 Haziran tarihleri arasında Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı Ankara Numune Eğitim Araştırma Hastanesi Alkol Ve Madde Bağımlılığı Tedavi Ve Eğitim Merkezi’nde gerçekleştirilmiştir. Araştırma evrenini polikliniğe başvuru yapan tüm hastalar, örneklemini ise polikliniğe başvuruda bulunan rastgele seçilmiş her beş kişiden bir kişi alınarak toplamda 100 alkol bağımlısı tanısı almış olgu oluşturmuştur

3.2. Veri Toplama

Tedavi Motivasyonu Anketi (TMA) olguların alkol/madde bağımlılık tedavisine katılma ve tedavide kalma nedenlerini ölçmek için düzenlenmiş 26 maddelik kendi bildirimli soru formudur. Olgular soruları “Kesinlikle katılmıyorum” dan “Kesinlikle katılıyorum” a değişen şekilde, 5 noktalı Likert tipi ölçeğe göre cevaplayacaktır. Faktör analizi, ölçeğin tanımlanabilir 4 faktör içerdiğini göstermiştir:

- (1) İçsel motivasyon (İM) (1, 2, 4, 5, 7, 8, 9, 11, 15, 20 ve 23. maddeler) – tamamen kendisi tarafından belirlenmiş olmasa da içselleştirilmiş motivasyon,
- (2) Dışsal motivasyon (DM) (3, 6, 10 ve 12. maddeler) - tedavi arayışında olmak dışında bir seçeneği olmadığı duygusu ve tedavide kalmak için dışsal baskı,
- (3) Kişiler arası yardım arama (KYA) (17, 18, 19, 22, 25 ve 26. maddeler) - olgunun sorunlarını diğerleriyle paylaşma motivasyonu,
- (4) Tedaviye güvensizlik (TG) (13, 14, 16, 21 ve 24. maddeler) - tedavinin seyri ile ilgili beklentiler.

Ayrıca tüm katılımcılara araştırmacı tarafından geliştirilmiş olan yaş, cinsiyet, eğitim durumu, medeni durumu, çocuk sayısı, çalışma durumu, gelir durumu, sosyal güvence durumu, yalnız yaşayıp yaşamadığı, adli olay öyküsü olup olmadığı, başka bir maddeye bağımlılığı olup olmadığı, daha önce tedavi olup olmadığı, yatış varsa sayısının ne olduğu ve tedavi olmayı neden kabul ettiğine ilişkin bilgilerin toplanmasını sağlayacak olan soru formu uygulanmıştır.

3.3 İstatistiksel Analiz

Veriler SPSS for Windows 22 programında istatistiksel değerlendirmeye alınmıştır. Sosyodemografik değişkenler incelenirken frekans ve yüzde oranları belirlenmiştir. Ayrıca demografik bilgiler gibi nicel veriler ele alınırken aritmetik ortalama, standart sapma ve sapma hatası gibi değerler hesaplanmıştır. Tedavi Motivasyonu Anketi ölçeği ve alt ölçeklerin güvenilirliği için diğer yöntemlerden biri olarak Cronbach alfa katsayısı hesaplanmış ve ortanca değerleri incelenmiştir. Birbirinden bağımsız iki değişkenin bağımlı değişken üzerinde ki gruplar arasında herhangi bir farklılığın olup olmadığını ortaya koyabilmek ve çalışma bağlamında 100 kişi ile çalışılmış olması sonucu elde edilen verilerin, normal dağılım özelliğine sahip olmaması nedeniyle bu çalışmada parametrik olmayan veriler kapsamında Mann-Whitney U testi kullanılmıştır. Ele alınan istatistiksel veriler için, Sig. değeri / p değeri 2 veya 3 kuyrukludur ve 0,05 ve altındaki değerler anlamlı olarak ele alınmıştır.

4. BULGULAR VE YORUM

Bu çalışmada, tedavi olmak isteyen olguları tanımamızı sağlayan veriler üç başlık altında toplanmıştır. Bu başlıklardan sosyodemografik değişkenler; bireylerin cinsiyeti, yaşı, eğitimi, çalışma durumu, gelir durumu ve sosyal güvencenin varlığını ele alınmıştır. Değerlendirilen bulgulara ilişkin oluşturulan veriler aşağıda verilmiş olan Tablo 1’de gösterilmektedir.

Tablo I: Sosyodemografik Değişkenler

Değerlendirmeler	Cevaplar	Sıklık	%
Cinsiyet	Kadın	17	17,0
	Erkek	83	83,0
Yaş	18-25	3	3,0
	26-45	60	60,0
	46-65	33	33,0
	66 ve Üstü	4	4,0
Eğitim düzeyi	Okur Yazar	1	1,0
	İlkokul	10	10,0
	Ortaokul	10	10,0
	Lise	28	28,0
	Üniversite	51	51,0
Çalışma Durumu	Düzenli bir işte çalışıyor.	67	67,0
	Düzenli olmayan işlerde çalışıyor.	11	11,0
	Çalışmıyor.	22	22

Gelir Durumu	0-1300 TL	10	10,0
	1300- 2500	20	20,0
	2500 ve Üstü	70	70,0
Sosyal Güvence	Var	94	94,0
	Yok	6	6,0

Sosyodemografik değişkenleri içerisinde bulunduran Tablo I'deki cinsiyet dağılımına bakıldığında; verileri cevaplayarak araştırmaya katılanların 17'sinin Kadın 83'ünün ise erkek olduğu saptanmıştır. Elde edilen bu bulguların sonucuna göre çalışmaya katılanların büyük çoğunluğunu erkekler oluşturmaktadır. Kadın katılımcı sayısının az olması ülkemizde mevcut kullanım oranları bakımından da benzerlik göstermektedir. Tedaviye katılım ve kullanımı ifade etmek konusu ise yeni araştırmaların konusu olabilecek konumdadır.

Çalışmaya katılanların yaş durumlarına bakıldığında, 100 olgudan en çok katılım 25-45 (%60) yaş aralığında gerçekleşmiştir. Bu sırayı % 33'lük katılım ile 46-65 yaş aralığı takip etmekte, ardından ise %4'lük bir katılım ile 66 yaş ve üstü olguların katılım gösterdiği tabloda belirtilmektedir. En az katılımın ise, 18-25 (% 3) yaş aralığında gerçekleştiği tespit edilmiştir. Katılım grubunun, 51'ini(%51) üniversite mezunları, 28'ini (%28) lise, 10'unu (%10) ortaokul, 10'unu (%10) ilkokul eğitimi görmüş olanlar oluşturmaktadır ve son olarak olguların 1'i (%1) okuryazar olduğunu belirtmiştir. Bu verilere dayanarak çalışmaya katılanların büyük bir çoğunluğunun eğitim düzeyinin yüksek sayılabilecek durumda olduğunu söylemek mümkündür.

Araştırma kapsamında maddi durumunun bağımlılıkta belirgin bir rolü olup olmadığını öğrenmek amacıyla katılanlara yöneltilen “Çalışma Durumu” sorusunun sonuçları incelendiğinde, düzenli bir işte çalışanların oranı %67 (n=67), düzenli olmayan işlerde çalışanların oranı %11 (n=11) ve çalışmadığını belirtenlerden yola çıkılarak işsizlik oranının ise %22 (n=22) olduğu saptanmıştır. Buna istinaden tedavi olmayı isteyen olguların büyük bir çoğunluğunun düzenli bir iş hayatı ve düzenli bir gelir kaynağı olduğu söylenebilir. Ancak olguların yanıtlamış oldukları çalışma durumu sorusu incelendiğinde cevap olarak belirtilen sayısal veriler arasında anlamlı bir gruplandırma yapılmamıştır yalnızca ne kadar gelir elde ettikleri cevap olarak alınmıştır. Ayrıca ankette gönüllü olarak katılım sağlayan olguların, ne kadarının gelir sahibi olup olmadığını belirlemek amacıyla sorulan “Gelir Durumunuz?” sorusuna verilen cevaplar incelenecek olursa; %70’lik dilim 2500 TL ve Üstünde, %20’lik dilim 1300- 2500 TL arasında ve son olarak da %10’luk dilim 0-1300 TL arasında gelire sahip olduğunu belirtmiştir.

Sosyodemografik Değişkenlerin incelendiği Tablo 1’de son olarak olgulara yöneltilen “Sosyal Güvenceniz Var Mı?” sorusuna verilen cevaplar da şu şekildedir. 94 olgu (%94) sosyal güvencesinin olduğunu 4’ü (%4) ise sosyal güvencesinin olmadığını belirtmiştir. Sosyal Güvenlik Kanunu’nda yapılan değişiklikle tüm olgular 2017 yılından bu yana ücretsiz olarak genel sağlık sigortası kapsamında tedavi olabilmektedirler. Bu noktada kimlerin bu kanun kapsamında tedavi olduğu belirlenememiştir.

Tablo II: Olguların Ailelerine İlişkin Bazı Özellikleri

Değerlendirmeler	Cevaplar	Sıklık	%
Medeni Durum	Evli	40	40,0
	Bekâr	34	34,0
	Boşanmış	26	26,0
Çocuk Sayısı	Yok	51	51,0
	1	12	12,0
	2	27	27,0
	3	6	6,0
	4 ve Fazlası	4	4,0
Yalnız mı yaşıyorsunuz?	Evet	44	44,0
	Hayır	56	56,0

Bu bölümde olguların ailelerine ilişkin özelliklerine yer verilmiştir. Ankete katılacak olanların aile özelliklerine ilişkin bilgiler elde edebilmek amacıyla üç soru sorulmuştur. Bu sorular; medeni durum, sahip olunan çocuk sayısı ve yalnız yaşama durumu şeklindedir. Alınan cevaplara ilişkin ortaya çıkan veriler Tablo II’de oluşturulmuştur. Bu veriler incelenecek olursa; çalışmaya katılmış olan olguların 40’ı (%40) evli, 34’ü (%34) bekâr ve son olarak 26’sı (%26) medeni durumunu boşanmış olarak belirtmiştir. Elde edilmiş bu bulgulara göre, en yüksek oran evli olduğunu ifade edenlere ait şekilde ortaya çıkmıştır.

Çalışmaya katılan olguların benzer biçimde çocuk sahibi olup olmadıkları belirlenmek istenmiş ve bu doğrultuda olguların kaç çocukları olduğunu belirtmeleri istenmiştir. Elde edilen bu veriler değerlendirilecek olursa; olguların %51'inin çocuğu bulunmamaktadır. Sıralamaya devam edecek olursak %27'sinin 2 çocuğu, %12'sinin 1 çocuğu, %6'sının 3 çocuğu ve son olarak da %4'ünün 4 veya daha fazla çocuk sahibi olduğu istatistiksel verilerle saptanmıştır. Bu veriler detaylı olarak incelenecek olursa olguların %49'unun hem eş hem de ebeveyn oldukları belirlenmiştir. Olguların ailelerine ilişkin bazı özellikleri tespit etmek amaçlı sorulmuş olan sorulardan son soru olan “Yalnız mı yaşıyorsunuz?” sorusuna olguların %44'ü yalnız yaşadıklarını %56'sı ise yalnız yaşamadığını belirtmiştir.

Tablo III: Olguların Tedavi Sürecine İlişkin Bazı Özellikleri

Değerlendirmeler	Cevaplar	Sıklık	%
Herhangi bir adli olay öykünüz var mı?	Evet	24	24,0
	Hayır	75	75,0
	Cevapsız	1	1,0
Başka bir madde bağımlılığınız ya da kullanımınız var mı?	Evet	20	20,0
	Hayır	80	80,0
Daha önce tedavi oldunuz mu?	Evet	33	33,0
	Hayır	67	67,0
Daha önce yatarak tedavi olduysanız sayısı?	Olmadım	87	87,0
	1	8	8,0
	2	2	2,0
	3 ve Üstü	3	3,0

Tedavi olmayı neden kabul ettiniz?	Ailemin isteği	19	19,0
	Doktorumun önerisi	3	3,0
	Kendi isteğim	74	74,0
	Zorunlu olarak	4	4,0

Bu bölümde görüşme formu aracılığıyla olguların tedaviye ilişkin özellikler hakkındaki düşüncelerinin dağılımına Tablo III' de yer verilmiştir. Alt başlıklar incelenecek olursa olgulara yöneltilen sorulardan ilki olan “Herhangi bir adli olay öykünüz var mı?” sorusuna olgulardan %24’ü adli olay öyküsü olduğu yönünde olumlu cevap vermektedir. Bu olgulardan %75’i bu soruya hayır cevabını vererek adli olay öykülerinin bulunmadığını belirtmektedirler. Katılımcılara bu soru yöneltilirken açıklayıcı olması açısından mağdur olmaları durumunun kastedilmediği ifade edilmiştir.

Sonrasında “Başka bir madde bağımlılığınız ya da kullanımınız var mı?” sorusu sorulduğunda %20’lik dilim evet, % 80’lik dilim hayır cevabını belirtmiştir. Alt başlıklarda belirtilen “Daha önce tedavi oldunuz mu?” sorusuna olgulardan % 33’ü evet yanıtını iletirken %67’si hayır yanıtını iletmiştir. Daha önce yatarak tedavi olanların yüzdesi %13, yatarak tedavi olanların sayısının ise %20 olduğu görülmüştür. Buradan yola çıkarak %33’lük dilimin daha önce tedaviyi denedikleri başarılı olamadıkları ancak tedavi olmak için vazgeçemedikleri anlaşılmaktadır. Olguların %87’si daha önce tedavi olmadığını belirtmiştir, %8’si daha önce 1 kere, %2’si daha önce 2 kere son olarak %3’ü ise daha önce 3 veya daha fazla kez tedavi gördüğünü belirtmektedirler.

Bu konuda yapılan diğ er araştırmalardan biri de ‘‘Tedavi olmayı neden kabul ettiniz?’’ sorusudur. Olguların bu soruya yanıtları ise şu şekildedir; %74’ü kendi isteğiyle tedavi olmayı kabul etmişken, %19’u ailesinin isteği üzerine tedavi olmayı kabul etmiştir. Tedavi olan olgulardan %4’ü zorunlu olarak tedaviye gelirken, %3’ü doktorunun önerisi/tavsiyesi üzerine tedavi olmayı kabul etmişlerdir. İstatistiksel verilerden anlaşıldığı üzere, en yüksek oran kendi isteğiyle tedavi olmayı isteyenlere aittir.

Tablo IV: Tedavi Motivasyonuna İlişkin Bulgular

Değerlendirmeler	N	Ortanca	SH	Minimum	Maximum	Puan Aralığı
İçsel Motivasyon	99	34,1	0,1 1	0,0	4,0	2-74
Dışsal Motivasyon	99	16,4	0,1 3	0,0	4,0	8-76
Kişilerarası Yardım Arama	100	19,8	0,1 4	0,0	4,0	5-60
Tedaviye Güven	100	8,87	1,0 2	0,0	4,0	3-53

Bu bölümde olguların Tedavi Motivasyonu Anketi (TMA) ölçeğinden aldıkları ortanca değerlere yer verilmiştir. Aynı zamanda olguların sayısı (N), Standart Sapma Hatası(SH) ayrıca Puan aralığı Tablo IV'de gösterilmektedir. Araştırmaya katılanların TMA ölçeği aracılığıyla belirlenen tedavi motivasyonu ortanca değerleri ele alınacak olursa İçselleştirilmiş motivasyonu gösteren İM ortanca değeri $34,1\pm 0,11$ 'dir. Tedavi arayışında olmak dışından başka bir seçeneği olmadığı duygu ve tedavide kalmak için dışsal baskıyı ifade eden Dışsal Motivasyonu puanı ortanca değeri $16,4\pm 0,13$ 'dür. Sorunları başkalarıyla paylaşma motivasyonu anlamına gelen Kişilerarası Yardım Arayışı puanı ortanca değeri $19,8\pm 0,14$ 'tür. Tedavi süreciyle ilgili beklentileri yansıtan TG puan ortanca değeri ise $8,87\pm 1,02$ 'dir. Tedavi Motivasyonu Anketinden alınabilecek Minimum Puan 0,0 iken Maximum Puan 9,0'dır.

Olguların Sosyo-demografik Özellikleri ile Tedavi Motivasyonu Arasındaki İlişki

Bu bölümde olgulara ait bazı sosyo-demografik değişkenler ile tedavi motivasyonu arasındaki ilişki ele alınmıştır. Yaş, cinsiyet, eğitim, çalışma durumu, gelir durumu ve sosyal güvence ile tedavi motivasyonu arasında ilişki olup olmadığına bakılmıştır ve bu ilişkilerin yorumu sunulmuştur.

Tablo V: Yaş Durumlarına Göre TMA İlişkin Mann-Whitney U Testi Sonuçları

Değerlendirmeler	Yaşınız	N	Ortanca	U	P
İçsel Motivasyon	18-25	100	3	6,28	,099 P >0,05
	26-45				
	46-65				
	66 ve Üstü				
Dışsal Motivasyon	18-25	100	1,7	4,05	0,04 P <0,05
	26-45				
	46-65				
	66 ve Üstü				
Kişilerarası Yardım Arama	18-25	100	2,3	11,5	0,09 P >0,05
	26-45				
	46-65				
	66 ve Üstü				
Tedaviye Güven	18-25	100	1,6	,552	,907 P >0,05
	26-45				
	46-65				
	66 ve Üstü				

Yukarıda verilmiş olan Tablo V’de olguların yaşlarına göre tedavi motivasyon puanları karşılaştırılmıştır. Olguların yaşlarıyla tedavi motivasyonları arasındaki ilişki araştırıldığında

İçsel Motivasyon, Kişilerarası Yardım Arama ve Tedaviye Güven ile yaş arasındaki ilişki istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır. Ancak Dışsal Motivasyon puanı ile yaş arasında 0,04 düzeyinde istatistiksel açıdan anlamlı bir sonuç bulunmuştur. Buna göre tedavi olan olguların yaşları arttıkça Dışsal Motivasyon puanları da artmaktadır. Bu durum yaşın artması ile tedavi konusunda sosyal kaygıların azalması, ekonomik bağımsızlığın artması gibi nedenlerle bağlantılı olabilir.

Tablo VI: Cinsiyet Durumlarına Göre TMA İlişkin Mann-Whitney U Testi Sonuçları

Değerlendirmeler	Cinsiyetiniz	N	Ortanca	U	P
İçsel Motivasyon	Kadın	17	1,9	635,5	,469
	Erkek	83			P >0,05
Dışsal Motivasyon	Kadın	17	2,0	845,5	,061
	Erkek	82			P >0,05
Kişilerarası Yardım Arama	Kadın	17	2,8	909,5	,047
	Erkek	83			P <0,05
Tedaviye Güven	Kadın	17	1,8	743,5	,698
	Erkek	83			P >0,05

Olguların cinsiyetlerine göre tedavi motivasyon puanları, yukarıda verilmiş olan Tablo VI' de karşılaştırılarak ele alınmıştır. Bu tabloya göre, olguların cinsiyet durumlarıyla İçsel Motivasyon bir tablo olarak ele alındığında bu iki unsur arasındaki ilişki p değeri 0,05'den büyük çıktığı için istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır. Bir başka değişken olan Dışsal Motivasyon ile cinsiyet arasındaki ilişki ele alındığında da istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır. Tıpkı Dışsal Motivasyon gibi Tedaviye Güven ile cinsiyet durumları arasındaki ilişki incelendiğinde istatistiksel açıdan bir ilişki bulunmamıştır. Ancak bunlardan farklı olarak cinsiyet durumlarıyla Kişilerarası Yardım Arama motivasyonu puanı arasındaki ilişkinin 0,04 düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir. Buna göre, 83'ü erkek olan, 17'si ise kadın olan katılımcı bireylerin daha düşük bir kişilerarası yardım arama motivasyonu ortanca değere sahip olduğu görülmüştür. Bu değer 1,8 olarak saptanmıştır. Elde edilen bu istatistiksel veriler ve erkek olguların çoğunluğu göz önüne alınarak değerlendirme yapılacak olursa erkek olguların Kişilerarası Yardım Arama motivasyonlarının daha yüksek ve bu fikre daha açık oldukları saptanmıştır. Tedaviye başvuran kadınların sayısının erkeklerin sayısı ile karşılaştırıldığında yapılan rastgele seçim sonucunda oluşan duruma göre erkeklerden daha az olduğu belirlenmiştir.

Tablo VII: Olguların Eğitim Durumlarına Göre TMA İlişkin Mann-WhitneyU Testi Sonuçları

Değerlendirmeler	Eğitim Durumu	N	Ortanca	U	P
İçsel Motivasyon	Okur Yazar	100	3,0	2,16	,706 P >0,05
	İlkokul				
	Ortaokul				
	Lise				
	Üniversite ve Üstü				
Dışsal Motivasyon	Okur Yazar	100	1,7	1,82	,769 P >0,05
	İlkokul				
	Ortaokul				
	Lise				
	Üniversite ve Üstü				
Kişilerarası Yardım Arama	Okur Yazar	100	2,3	14,5	,006 P <0,05
	İlkokul				
	Ortaokul				
	Lise				
	Üniversite ve Üstü				
Tedaviye Güven	Okur Yazar	100	1,6	3,01	,556 P >0,05
	İlkokul				
	Ortaokul				
	Lise				
	Üniversite ve Üstü				

Olguların eğitim durumlarıyla tedavi motivasyonları arasındaki ilişki araştırıldığında tedavi motivasyonları ile eğitim durumları arasındaki ilişki Kişilerarası Yardım Arama Motivasyonu hariç istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır. Olguların eğitim durumlarına göre dağılımları Tablo VII'de gösterilmiştir ve bu bağlamda daha yüksek eğitim seviyesinde eğitim görmüş olmanın olguların tedavi motivasyonlarını olumlu ya da olumsuz etkilemediği söylenebilir. Ancak Kişilerarası Yardım Arama motivasyonu ile olguların eğitim durumu arasında 0,006 düzeyinde istatistiksel açıdan yüksek anlamlı bir sonuç bulunmuştur. Bu durumda olguların eğitim düzeyi arttıkça Kişilerarası Yardım Arama motivasyonu puanları da artmaktadır. Eğitim düzeyinin yüksek olma durumunun Kişiler Arası Yardım Aramada olumlu etkisinin olduğunun gözlemlenmesine rağmen; İçsel ve Dışsal motivasyon konusunda olumlu ya da olumsuz olarak bir etkisinin olduğunu söylemek istatistiksel verilerimizin incelenmesi sonucunda pek de mümkün görünmemektedir.

Tablo VIII: Olguların Çalışma Durumuna Göre TMA İlişkin Mann-Whitney U Testi Sonuçları

Değerlendirmeler	Çalışma Durumu	N	Ortanca	U	P
İçsel Motivasyon	Düzenli bir işte çalışıyor.	100	3,0	4,01	,134 P > 0,05
	Düzenli olmayan işlerde çalışıyor.				
	Çalışmıyor				
Dışsal Motivasyon	Düzenli bir işte çalışıyor.	100	1,75	0,55	,759 P > 0,05
	Düzenli olmayan işlerde çalışıyor.				
	Çalışmıyor				
Kişilerarası Yardım Arama	Düzenli bir işte çalışıyor.	100	2,3	10,7	,005 P < 0,05
	Düzenli olmayan işlerde çalışıyor.				
	Çalışmıyor				
Tedaviye Güven	Düzenli bir işte çalışıyor.	100	1,6	2,36	,307 P>0,05
	Düzenli olmayan işlerde çalışıyor.				
	Çalışmıyor				

Tablo VIII’de verilen olguların Çalışma Durumuna Göre TMA İlişkin Mann-Whitney U Testi Sonuçlarını inceleyecek olursak çalışmaya katılan olguların çalışma durumları ile tedavi motivasyonları arasındaki karşılaştırmalara ait bulgular karşılaştırılarak değerlendirilmiştir. Olguların çalışma durumu ile Kişilerarası Yardım Arama motivasyonu puanı arasındaki ilişkinin $p < 0,005$ düzeyinde istatistiksel olarak yüksek düzeyde anlamlı olduğu belirlenmiştir. Ayrıca çalışan durumda olan olguların daha yüksek bir tedavi motivasyonu ortanca değerine sahip olduğu görülmüştür. Bu durum ekonomik olarak kendini daha özgür hisseden, bu konuda kaygı duymayan kişilerin tedaviye daha motive olarak başvuruda başladıklarını ifade edebilir.

Tablo IX: Olguların Gelir Durumuna Göre TMA İlişkin Mann-Whitney U Testi Sonuçları

Değerlendirmeler	Gelir Durumu	N	Ortanca	U	P
İçsel Motivasyon	0-1300 TL	100	3,0	6,67	,036 P < 0,05
	1300- 2500				
	2500 ve Üstü				
Dışsal Motivasyon	0-1300 TL	100	1,8	,956	,620 P > 0,05
	1300- 2500				
	2500 ve Üstü				
Kişilerarası Yardım Arama	0-1300 TL	100	2,3	8,66	,013 P < 0,05
	1300- 2500				
	2500 ve Üstü				

Tedaviye Güven	0-1300 TL	100	1,7	,312	,856
	1300- 2500				P > 0,05
	2500 ve Üstü				

Yukarıda verilmiş olan Tablo IX’da olguların gelir durumlarına göre tedavi motivasyon puanları karşılaştırılmıştır. Gelir düzeyi yüksek olan olgular ile yüksek olmayan olguların Dışsal Motivasyonları ile Tedaviye Güven motivasyonları arasında istatistiksel olarak anlamlılık bulunmamıştır. Ancak İçsel Motivasyon ve Kişilerarası Yardım Arama Motivasyonu puanı ile Gelir Durumu arasındaki ilişkinin istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir. AMATEM’de sağlık güvencesine sahip bireylerin tedavi masrafları devlet tarafından karşılanmaktadır. Çalışmaya dâhil olan olguların sahip olduğu sosyal güvencelere ilişkin bilgi bir sonraki tabloda verilmiştir. Bu durumda bireylerin tedavi için herhangi bir ücret ödemeyecek olması bireylerin İçsel Motivasyonunu yükselten bir durum olarak karşımıza çıkabilecek unsurlardan birisi olabilir.

Tablo X: Olguların Sosyal Güvence Durumuna Göre TMA İlişkin Mann-Whitney U Testi Sonuçları

Değerlendirmeler	Sosyal Güvence	N	Ortanca	U	P
İçsel Motivasyon	Var	94	3,0	284	,974
	Yok	6			P > 0,05

Dışsal Motivasyon	Var	94	1,7	342	,020
	Yok	6			P < 0,05
Kişilerarası Yardım Arama	Var	94	2,6	468	,004
	Yok	6			P < 0,05
Tedaviye Güven	Var	94	1,6	234	,443
	Yok	6			P > 0,05

Bir önceki sayfada verilmiş olan Tablo IX' de ol gelir durumlarına göre tedavi motivasyon puanları karşılaştırılmıştır. Ancak yine de olguların herhangi bir sosyal sigortasının olup olmadığını tespit etmek amaçlı sorulan Sosyal Güvence durumunun tedavi motivasyonları puanlarıyla karşılaştırılması Tablo X'da verilmiştir. Tablo X'da verilmiş olan istatistiksel veriler yorumlanacak olursa, araştırmaya dâhil olan olguların %94'üsosyal güvenceye sahip olduğunu belirtmiştir. Tablo V'de ele alınması gereken bir başka değer ise anlamlılık düzeyleridir. Sosyal güvenceye sahip olanlar ile sahip olmayanların İçsel Motivasyonu ve Tedaviye Güven motivasyonları arasında istatistiksel olarak anlamlılık bulunmamıştır. Ancak Dışsal Motivasyon ile Kişilerarası Yardım Arama Motivasyonları ile Sosyal Güvence arasındaki ilişkinin $p < 0,05$ düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir. Bu durumda olguların gelir durumuyla İçsel Motivasyon arasındaki ilişkiden çıkan anlamlılıkta Sosyal Güvencenin önemli bir faktör olmaması dikkatleri çeken bir unsurdur. Buna göre, çoğunluğun masraflarının devlet tarafından karşılandığı düşünülürse bireylerin ekonomik

yetersizliklerini tedaviyle bağdaştırmamasına neden olmuş olabilir. Bu da, tedavi motivasyonu ile ilgili anlamlı bir sonuç elde edilememesine etki edebilir.

Olguların Aile Özellikleri ile Tedavi Motivasyonu Anketi Arasındaki İlişki

Bu bölümde olguların aile özellikleri ile tedavi motivasyonu arasındaki ilişki ele alınmıştır. Medeni Durum, çocuk sayısı ve yalnız yaşayıp yaşamadıkları soruları sorulmuş ve elde edilen cevaplar doğrultusunda tedavi motivasyonu arasında ilişki olup olmadığına bakılmıştır. Bu araştırmada ailesel özellikler kapsamında ele alınan değişkenlerin hiçbirisi tedavi motivasyonu üzerinde anlamlı bulunmamıştır. Konu ile ilgili tablolar aşağıdaki gibidir

Tablo XI: Olguların Medeni Durumuna Göre TMA İlişkin Mann-Whitney U Testi Sonuçları

Değerlendirmeler	Medeni Durum	N	Ortanca	U	P
İçsel Motivasyon	Evli	100	2,0	,725	,696
	Bekâr				
	Boşanmış				
					P> 0,05
Dışsal Motivasyon	Evli	100	2,1	,992	,609
	Bekâr				
	Boşanmış				
					P>

					0,05
Kişiler arası Yardım Arama	Evli				
	Bekâr	100	1,6	3,63	,163
	Boşanmış				P>0,05
Tedaviye Güven	Evli				
	Bekâr	100	1,8	,297	,862
	Boşanmış				P>0,05

Yukarıda verilen Tablo 11’de olguların ailesel özelliklerinden medeni durum ile tedavi motivasyonu arasındaki ilişki verilmiştir. Bu tabloya göre evli olanlar ile evli olmayan olguların tedavi motivasyonları arasında istatistiksel bir anlamlılık elde edilmemiştir. Bu anlamlılığın görülmemesi sonucunda; bu çalışmada medeni durum ile tedavi motivasyonu arasında hiçbir ilişki bulunmadığı ifade edilebilir. Evli olanların tüm grup içerisinde diğer en yüksek değere sahip olduğu araştırmamızın önemli bulguları arasında yer almaktadır.

Tablo XII: Olguların Sahip Oldukları Çocuk Sayısına Göre Tedavi Motivasyonlarına İlişkin Mann-Whitney U Testi Sonuçları

Değerlendirmeler	Çocuk Sayısı	N	Ortanca	U	P
------------------	--------------	---	---------	---	---

İçsel Motivasyon	Yok 1 2 3 4 ve Fazlası	100	3,1	5,60	,231 P > 0,05
Dışsal Motivasyon	Yok 1 2 3 4 ve Fazlası	100	2,2	4,01	,404 P > 0,05
Kişiler arası Yardım Arama	Yok 1 2 3 4 ve Fazlası	100	2,3	3,27	,513 P > 0,05
Tedaviye Güven	Yok 1 2 3 4 ve Fazlası	100	1,7	2,80	,591 P > 0,05

Araştırma sonucunda çocuk sayısına göre tedavi motivasyon puanları, yukarıda verilmiş olan Tablo XII'de karşılaştırılarak ele alınmıştır. Bu tabloya göre, olguların çocuk sahibi olmalarıyla veya sahip oldukları çocuk sayısı durumlarıyla İçsel, Dışsal, Kişilerarası Yardım Arama ve Tedaviye güven motivasyonları bir tablo olarak ele alındığında bu unsurlar arasındaki ilişki p değeri 0,05'den büyük çıktığı için istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır.

Tablo XIII: Olguların Yalnız Yaşama Durumuna Göre Tedavi Motivasyonlarına İlişkin Mann-Whitney U Testi Sonuçları

Değerlendirmeler	Yalnız Yaşıyorsunuz?	Mı	N	Ortanca	U	P
İçsel Motivasyon	Evet		100	3,0	1,13	,468
	Hayır					P > 0,05
Dışsal Motivasyon	Evet		100	1,6	1,15	,573
	Hayır					P > 0,05
Kişiler arası Yardım Arama	Evet		100	2,4	1,32	,255
	Hayır					P > 0,05
Tedaviye Güven	Evet		100	1,6	1,28	,678
	Hayır					P > 0,05

Bireylerin yalnız yaşama durumlarıyla tedavi motivasyonları arasındaki ilişki araştırıldığında tedavi motivasyonları ile yalnız yaşama durumları arasındaki ilişki istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır. Yalnız yaşama ile İçsel, Dışsal, Kişilerarası Yardım Arama ve Tedaviye güven motivasyonu puanı arasındaki ilişkinin $p < 0,05$ düzeyinde olmadığı için istatistiksel olarak anlamlı olmadığı belirlenmiştir. Bireylerin yalnız yaşama durumlarına göre dağılımları yukarıda verilmiş olan Tablo XIII'de gösterilmiştir.

Sonuç olarak; çocuk sahibi olma durumunun ya da yalnız yaşayıp yaşamama durumunun da içerisinde bulunduğu ailesel özelliklerle tedavi motivasyonu arasında ilişkinin arandığı bu bölümde hiçbir değişkenle anlamlı sonuçlar elde edilememiştir.

Olguların Tedavi Süreçleriyle Tedavi Motivasyonu Arasındaki İlişki

Bu bölümde bireylerin tedavi sürecine ilişkin bilgileri ile tedavi motivasyonu arasındaki ilişki ele alınmıştır. Sırasıyla bireylerin daha önce tedavi olup olmadıklarına göre ve bireylerin tedavi olmayı neden kabul ettiklerine göre değerlendirmeleri ile tedavi motivasyonu arasındaki ilişkiye ait bulgulara yer verilmiştir.

Tablo XIV: Olguların Daha Önce Tedavi Olup Olmadıklarına Göre Tedavi Motivasyonlarına İlişkin Mann-Whitney U Testi Sonuçları

Değerlendirmeler	Daha Önce Tedavi Oldunuz Mu?	N	Ortanca	U	P
İçsel Motivasyon	Olmadım	100	3,0	1,24	,264 P >0,05
	1				
	2				
Dışsal Motivasyon	3 ve Üstü	100	2,2	1,00	,489 P >0,05
	Olmadım				
	1				
	2				

	3 ve Üstü				
Kişilerarası Yardım Arama	Olmadım	100	2,3	672	0,01 P < 0,05
	1				
	2				
	3 ve Üstü				
Tedaviye Güven	Olmadım	100	1,6	866	0,05 P < 0,05
	1				
	2				
	3 ve Üstü				

Yukarıda verilmiş olan Tablo XIV'de olguların daha önce tedavi olup olmadıkları durumlarına göre tedavi motivasyon puanları karşılaştırılmıştır. Buna göre olguların daha önce tedavi olma durumları ile tedavi motivasyonları arasındaki ilişki araştırıldığında İçsel Motivasyon ve Dışsal Motivasyon arasındaki ilişki istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır. Ancak Kişilerarası Yardım Arama ve Tedaviye Güven alt başlıklarında istatistiksel olarak anlamlılık bulunduğu belirlenmiştir. Bulgular göz önünde bulundurulduğunda daha önce tedavi olma durumunun Kişiler Arası Yardım Arama ve Tedaviye Güven odağında motive edici bir etkiye sahip olarak puanlamanın yüksek çıkmasına neden olduğu ifade edilebilir.

Tablo XV: Olguların Tedavi Olmayı Neden Kabul Ettiklerine Göre Tedavi Motivasyonlarına İlişkin Mann-Whitney U Testi Sonuçları

Değerlendirmeler	Tedavi olmayı neden kabul ettiniz?	N	Ortanca	U	P
İçsel Motivasyon	Ailemin İsteği	19	2,5	1,28	,733 P >0,05
	Doktorumun Önerisi	3			
	Kendi İsteğim	74			
	Zorunlu Olarak	4			
Dışsal Motivasyon	Ailemin İsteği	19	3,0	4,50	,002 P <0,05
	Doktorumun Önerisi	3			
	Kendi İsteğim	74			
	Zorunlu Olarak	4			
Kişiler arası Yardım Arama	Ailemin İsteği	19	3,8	2,58	,032 P >0,05
	Doktorumun Önerisi	3			
	Kendi İsteğim	74			
	Zorunlu Olarak	4			
Tedaviye Güven	Ailemin İsteği	19	3,4	6,56	,087 P >0,05
	Doktorumun Önerisi	3			
	Kendi İsteğim	74			
	Zorunlu Olarak	4			

Araştırma kapsamında olguların tedaviyi kendi isteği doğrultusunda mı yoksa başka unsurların söz konusu olup olmadığını tespit etmek amacıyla bireylere, “Tedavi olmayı neden kabul ettiniz?” sorusu sorulmuş ve tedavi motivasyonu puanlarında fark olup olmadığını saptamak için Mann Whitney U testi uygulanmıştır. Elde edilen veriler yukarıda verilmiş olan Tablo XV ‘dedir. Araştırmaya katılan olgular tedavi olmayı, kendi isteğiyle ya da başka unsurlar söz konusu olduğu için kabul etmiş olsa da İçsel, Kişilerarası Yardım Arama ve Tedaviye güven motivasyonu arasındaki ilişkinin istatistiksel olarak anlamlı olmadığı belirlenmiştir. Ancak Dışsal Motivasyon ile bireylerin tedavi olmayı neden kabul ettikleri arasındaki ilişkinin $p < 0,05$ düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır. Bu durumda olguların tedavi olması için ailesel faktörlerin veya sosyal ilişkilerinin etkin olduğu hipotezi söz konusu olabileceği düşünülmektedir. Kişilerin dışsal kaynaklarının önemi bu sonuç ile anlaşılan bir durumdur.

Olguların Tedaviye İlişkin Değerlendirmeleri ile Tedavi Motivasyonları Arasındaki İlişki

Tablo XVI: Programın Sorunlarını Çözmeyeceğini Düşünen Olguların Tedavi Motivasyonlarına İlişkin Mann-Whitney U Testi Sonuçları

Değerlendirmeler	Programın sorunlarını çözmeye yardımcı olacağını düşünmüyorum.	N	Ortanca	U	P
	Kesinlikle Katılmıyorum.				

İçsel Motivasyon	Katılmıyorum	100	2,1	13,9	,016 P < 0,05
	Bilmiyorum.				
	Katılıyorum				
	Kesinlikle Katılıyorum.				
Dışsal Motivasyon	Kesinlikle Katılmıyorum.	100	3,0	19,0	,002 P < 0,05
	Katılmıyorum				
	Bilmiyorum.				
	Katılıyorum				
Kesinlikle Katılıyorum.					
Kişiler arası Yardım Arama	Kesinlikle Katılmıyorum.	100	2,8	23,7	,000 P < 0,05
	Katılmıyorum				
	Bilmiyorum.				
	Katılıyorum				
Kesinlikle Katılıyorum.					
Tedaviye Güven	Kesinlikle Katılmıyorum.	100	3,2	35,8	,000 P < 0,05
	Katılmıyorum				
	Bilmiyorum.				
	Katılıyorum				
Kesinlikle Katılıyorum.					

Tedavi programının olguların sorunlarını çözmeye yardımcı olup olmayacağını öğrenmek amacıyla “Programın sorunlarımı çözmeye yardımcı olacağını düşünmüyorum.” anket önermesi verilmiş ve görüşlerini bildirmeleri istenmiştir. Tedavi programının sorunlarını çözmeye yardımcı olup olmayacağını düşünen olguların önermeye verdikleri cevaplar ile tedavi motivasyon puanlarında fark olup olmadığını saptamak amacı ile Mann Whitney U testi uygulanmıştır. Bu test sonuçları yani yapılan anketler sonucunda ortaya çıkan değerler Tablo XVI’da verilmiştir. Tablo XVI’da gösterilmiş olan istatistiksel verilere odaklanacak olursak, farklı görüşlere sahip bu bireyler arasında İçsel Motivasyon, Dışsal Motivasyon,

Kişilerarası Yardım Arama ve Tedaviye Güven motivasyonu alt başlıklarında $p < 0,05$ düzeyinde istatistiksel bir anlamlılık bulunduğu tespit edilmiştir. Ortaya çıkan bu veriler doğrultusunda ilerleyecek olursak, tedavi kapsamında olan veya henüz tedaviye başlamamış olgular yaşadığı olumsuzluklara/sorunlara tedavinin bir çözüm olmayacağını düşünmektedir. Bu da olguların Tedavi Motivasyonu puanlarının etkilemesine sebep olmaktadır. Tablolardan da anlaşıldığı üzere olguların olumsuz düşünceleri onların Tedavi Motivasyon puanlarını etkilemektedir. Ayrıca şu an tedavi sürecinde olan olguların bir kısmının daha önce tedavi geçmişinin var olması ve etkili bir sonuç alamaması da olguların motivasyon puanlarına olumsuz etki ediyor olabilir.

Tablo XVII: Programın İşe Yaramayacağını Düşünen Olguların Tedavi Motivasyonlarına İlişkin Mann-Whitney U Testi Sonuçları

Değerlendirmeler	Bu programın benim için işe yarayacağından emin değilim.	N	Ortanca	U	P
İçsel Motivasyon	Kesinlikle Katılmıyorum. Katılmıyorum Bilmiyorum. Katılıyorum Kesinlikle Katılıyorum.	100	2,3	17,3	,004 $P < 0,05$
Dışsal Motivasyon	Kesinlikle Katılmıyorum. Katılmıyorum Bilmiyorum. Katılıyorum Kesinlikle Katılıyorum.	100	2,8	10,2	,037 $P < 0,05$
Kişiler arası Yardım	Kesinlikle Katılmıyorum. Katılmıyorum				

Arama	Bilmiyorum. Katılıyorum Kesinlikle Katılıyorum.	100	1,8	3,44	,487 P > 0,05
Tedaviye Güven	Kesinlikle Katılmıyorum. Katılmıyorum Bilmiyorum. Katılıyorum Kesinlikle Katılıyorum.	100	3,2	22,8	,000 P < 0,05

Yukarıda verilmiş olan Tablo XVII’de Tedavi Motivasyonu Anketinde verilmiş olan “Bu programın benim için işe yarayacağından emin değilim.” Önermesinin yanıtlanması istenmiş verilen cevaplar doğrultusunda motivasyon puanlarında fark olup olmadığını saptamak amacıyla Mann Whitney U testi uygulanmıştır. Ortaya çıkan bulgular ise tablo XVII’de istatistiksel olarak verilmiştir. Bu veriler yorumlanacak olursa “Bu programın benim için işe yarayacağından emin değilim.” önermesi ile farklı görüşlere sahip bireyler arasında İçsel Motivasyon ve Dışsal Motivasyon alt başlıklarında $p < 0,05$ düzeyinde istatistiksel bir anlamlılık bulunduğu tespit edilmiştir. Ancak görüş farklılığının olduğu bu önermede Kişilerarası Yardım Arama ve Tedaviye Güven motivasyonları arasında istatistiksel bir anlamlılık elde edilememiştir.

Tablo XVIII: Olguların Adli Olay Öykülerine Göre TMA İlişkin Mann-Whitney U Testi Sonuçları

Değerlendirmeler	Herhangi bir adli olay öykünüz var mı?	N	Ortanca	U	P
İçsel Motivasyon	Evet	100	2,9	2,80	,590 p<0,05
	Hayır				
	Cevapsız				
Dışsal Motivasyon	Evet	100	1,75	646	,039 p>0,05
	Hayır				
	Cevapsız				
Kişilerarası Yardım Arama	Evet	100	2,3	934	,759 p<0,05
	Hayır				
	Cevapsız				
Tedaviye Güven	Evet	100	1,5	780	,340 p<0,05
	Hayır				
	Cevapsız				

Yukarıda verilmiş olan tablo 1’de araştırmaya katılan olguların herhangi bir adli olay öykülerinin bulunup bulunmamasına göre tedavi motivasyon puanları karşılaştırılmıştır. Bireylerin adli olay öyküleri ile tedavi motivasyonları arasındaki ilişki araştırıldığında İçsel Motivasyon, Kişilerarası Yardım Arama ve Tedaviye Güven ile Adli öykü geçmişi arasındaki ilişki istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır. Ancak Dışsal Motivasyon

puanı ile bireylerin Adli olay öyküsü unsur arasındaki bir tablo olarak ele alındığında bu iki ilişki p değeri 0,05'den küçük çıktığı için ($p = 0,03$) istatistiksel açıdan anlamlı bir sonuç bulunmuştur. Buna göre tedavi olan bireylerin adli geçmişi veya adli süreci söz konusu olduğunda Dışsal Motivasyon puanları da etkilenmektedir. Bu durum kişilerin cezadan kaçınma, aile ve toplum tarafından tekrar kabul edilme ve onaylanacak davranışlar geliştirmek gibi dışsal faktörlerle bağlantılı olarak görülebilir.



TARTIŞMA

Alkol bağımlılığı çok yönlü, sosyal açıdan ciddi zararları olan bir hastalıktır. Motivasyon kavramı da aynı şekilde bu hastalığın tedavisinin yarıda bırakılmaması, başarılı bir biçimde ve nüks etmeden tamamlanabilmesi için son derece önemlidir. Bu bilgilerden hareketle bu çalışma; Sağlık Bakanlığı Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi Alkol ve Madde Bağımlılığı Tedavi Eğitim Merkezi'nde alkol bağımlılığı tedavisi için başvurmuş ve bu tanıyı almış rastgele seçilen 100 kişi ile gerçekleştirilmiştir.

Benzer biçimde yapılan birçok araştırmada olduğu gibi araştırmaya katılan 100 kişiden 17'sinin kadın 83'ünün ise çoğunlukla erkek olduğu görülmüştür. Sağlık Bakanlığının 2016 Sağlık İstatistikleri Yıllığına baktığımızda ülkemizdeki erkeklerin 19.3' ünün kadınların ise 5.3' ünün alkol kullandığı görülmektedir. Kullanım oranlarına paralel olarak bizim çalışmamızda da tedavi için başvuran kişilerin cinsiyete göre dağılım oranlarında benzerlik görülmüştür. Ayrıca alkol kullanımı ve bağımlılığı söz konusu olduğunda ülkemizdeki kadınların dini, sosyal, ailevi birçok nedenle kullanımını ve tedavi ihtiyacını rahatça ifade edemediği düşünülebilir. Erkeğin alkol bağımlısı olabilmesi ülkemizde daha normal karşılanabilirken aynı durum kadın için anormal olarak görülebilmektedir(Sağlık İstatistikleri Yıllığı, 2016).

Alkol bağımlılığı konusunda ülkemizde yapılan diğer bir çalışmada erkeklerin kadınlara oranla 12.4 kat daha fazla alkol bağımlılığı kriterlerini karşıladığı ifade edilmiştir(Erküklü ve ark. 2004). Erkek oranının alkol bağımlılığı söz konusu olduğunda yüksek olduğunu gösteren

destekleyici çalışmalardan bir diğeri ise; erkek bireylerde diğeri herhangi bir madde kullanım bozukluğundan sonra en sık rastlanan psikiyatrik tanının alkol bağımlılığı olduğudur(Ayhan,2010).

Araştırma grubumuzda bulunan yüz kişiden altmışının, yani %60'ının 25-45 yaş aralığında olduğu gözlemlenmiştir. Sağlık Bakanlığının yine 2016 Sağlık İstatistikleri Yıllığı'nda yayınlamış olduğu ulusal verilere paralel olarak kullanımın da en çok bu yaş aralığında olduğunu görmekteyiz.2016 verilerine göre 25-45 yaş alkol kullanım oranının Türkiye genelinde % 31,4' ünün 25-45 yaş aralığında olduğu belirtilmiştir. Bu da bizlere hem alkol kullanımı hem de alkol bağımlılığı için çalışılması gereken hedef kitlenin orta yaş olarak nitelendirdiğimiz grup olduğunu göstermektedir (Sağlık İstatistikleri Yıllığı, 2016).

Üniversite ve üstü eğitim almış bireylerin araştırma sonucunda %51'lik bir paya sahip olduğu görülmüştür. Bu noktada alkol bağımlılığının diğeri madde bağımlılıklarından farklı olarak; alkolün sosyal kabulünün yüksek olması, kültürel ve tarihi bağlarının güçlü olması gibi nedenler dolayısı ile eğitim durumu ya da sosyokültürel seviyenin düşük olması ile bağlantılandırılmayacağı görülmektedir.

Aylık gelir ve çalışma durumu incelendiğinde araştırma sonucumuz alkol bağımlısı bu bireylerin %67'sinin düzenli bir işte çalıştığını ve aynı şekilde, oldukça yüksek sayılabilecek bir oranla, % 70'lik bir oranın aylık gelirin ise 2000 TL üzerinde olduğu görülmüştür. Özden'e göre; ekonomik ve kültürel seviyeleri daha yüksek olan kesimlerde içki içenlerin toplam sayısı daha yüksektir (Özden, 2015). Bu da bizlere ülkemizde alkole erişebilmek için

düzenli ve yüksek bir gelire sahip olmanın gerekli olabileceğini göstermektedir. Kişilerin ekonomik problemler sonucunda alkol kullanmaya yöneldiği bilinmekle beraber, çalışmamız bu noktada alkol kullanımının kişinin çalışma durumuna olası etkileri konusunda cevap vermekte yetersiz kalmıştır.

Araştırmaya katılan bireylerin medeni durumları incelendiğinde; evli olanların %40, boşanmış olanların %26 ve hiç evlenmemiş olanların %34 oranına sahip oldukları görülmüştür. Arıkan ve Coşar'ın 1996 yılında yaptıkları bir araştırmaya göre alkol bağımlılığın en sık görüldüğü grubun boşanmış olanlar olduğu ifade edilmiştir (Arıkan ve Coşar, 1996). Mevcut sonuçlara bakıldığında %26'lık bir hiç evlenmeme oranı ve %40'lık bir evli olma oranı bulunduğundan bu çalışma ile uygun bir sonuç elde edilememiştir. Bununla beraber 1996 yılından bu yana alkol bağımlılığının boşanma nedenleri arasındaki yerinin değişmiş olabileceği, aynı zamanda alkol bağımlılığının boşanmaların nedeni mi yoksa sonucu mu olduğu konusunda daha fazla araştırmanın yapılması gerektiği düşünülmektedir.

Araştırmanın önemli olan sonuçlarından bir diğeri ise katılımcıların %24'ünün adli bir olay öyküsünün bulunmasıdır. Yeşilay'ın Dünya Sağlık Örgütü'nün araştırmasına dayanarak paylaştığı cinayet, ırza tecavüz, şiddet olayları, trafik kazaları ve kadına şiddet olaylarında alkolün en önemli etken olduğu verisi bu durumla uyumlu bulunmuştur (Yeşilay 2018). Bu noktada yaşanan adli olayların ne kadarında alkolün bir neden olarak görüldüğünün sorulmaması araştırmanın eksikliği olarak tanımlanabilir.

Araştırma sonucunda katılımcıların %33'ünün daha önce tedavi olduğu, %13 ünün ise yatarak tedavi olduğu görülmüştür. Bu bilgi bizlere bağımlılık tedavisinin uzun süreli ve tekrarlayabilen özellikte olduğunu kanıtlamaktadır. Aynı zamanda tedaviye tekrar tekrar başvuru yapılması bağımlılıktan kurtulma çabasının ve tedaviye güvenin devamlılık gösterdiğini ifade edebilmektedir.

Tedavi motivasyonu değerlendirmelerine bakıldığında araştırmaya katılan kişilerin içsel motivasyon değerlerinin en yüksek değer olduğu, tedaviye güven ve dışsal motivasyon değerlerinin ise geliştirilmesi gerektiği görülmektedir. Ektiricioğlu 'nun 2016 yılında alkol bağımlılığı tanısı almış hastalarla yapmış olduğu araştırmaya bakıldığında benzer olarak içsel motivasyon değerlerinin yüksek olduğu, dışsal motivasyon değerlerinin ise geliştirilmesi gerektiği ifade edilmiştir (Ektiricioğlu 2016). İlaveten araştırmaya katılan bireylerin tedaviyi %74'lük bir oranla kendi istedikleri görülmüştür. Bu da yine içsel motivasyon oranının en yüksek değere sahip olmasını açıklayan bir neden olarak tanımlanabilir. Bu noktada soru işaretine neden olan tek şey ise AMATEM'lerin bireylerin istekli olmamaları durumunda tedaviye kabulün mümkün olmamasıdır. Araştırma yapılırken eğer bu şart söz konusu olmasa idi kişinin vereceği cevabın değişip değişmeyeceğinin sorulması belki de bu konuda daha aydınlatıcı bir veriye sahip olmamızı sağlayabilirdi (Ektiricioğlu, 2016).

Cinsiyet ve motivasyon konusuna bakıldığında sadece kişiler arası yardım arama durumunda erkekler ve kadınlar arasında anlamlı bir farklılık olduğu görülmüştür. Erkeklerin kadınlara oranla yardım aramasının ve tedavi konusunda yardım isteğinin daha yüksek olduğu görülmüştür.

Araştırmaya katılan bireylerin çalışma ve sosyal güvence durumu göz önünde bulundurulduğunda çalışan dolayısı ile düzenli bir geliri olan kişilerin tedavi motivasyonlarının yüksek olduğu görülmüştür. Ayrıca tedavilerin 2017 yılından bu yana ücretsiz olarak sağlanmasının içsel motivasyon değerlerinin yüksek çıkmasına neden olabileceği görülmüştür. Kişilere sorulan sosyal güvenceniz var mı sorusunun bu düzenleme nedeni ile gereksiz olduğu düşünülmektedir.

Tedavi motivasyonu ile medeni durum ve çocuk sahibi olma arasında bu araştırmada anlamlı bir ilişki bulunamamıştır. Benzer biçimde Ektiricioğlu (2016) medeni durum ile tedavi motivasyonu arasında anlamlı bir değer yani ilişki saptayamamışken, Konuk (2018) evli hastaların içsel motivasyonlarının bekâr ve boşanmış hastalara göre yüksek olduğunu, bekar hastaların içsel motivasyonlarının ise boşanmış hastalara göre daha yüksek olduğunu görmüştür (Konuk 2018).

Araştırma kapsamında tedavi programının sorunlarının çözümüne yardımcı olacağını düşünüp düşünmeme durumuna bakıldığında motivasyon değerlerinin düşük olduğu görülmüştür. Bu durumun daha önce tedavi süreci geçirmiş olma ve henüz tedavisine başlanmamış olanların belirsizlik yaşamasının neden olduğu düşünülmektedir. Daha önce tedavi olan bireylerin motivasyon düzeyleri incelendiğinde içsel ve dışsal motivasyonlarının anlamlı bir değeri olmadığı fakat tedaviye güven ve kişiler arası yardım arama değerlerinin yüksek olduğu görülmüştür. Bu durum kişilerin yeniden alkole başlamasına rağmen geçmişte olumlu kanılar oluşturan tedavi süreçleri geçirdiklerini düşündürmektedir.

SONUÇ VE ÖNERİLER

Alkol bağımlılığı tanısı almış olan bir grup hasta ile yapılan bu çalışmada sonuçlar aşağıdaki şekilde sıralanabilir;

- Araştırmaya katılan grubun, yapılan rastgele beş hastadan birinin seçilmesi sonucunda, yüksek oranda erkeklerden oluştuğu
- Bu grubun azımsanmayacak biçimde birbirine yakın oranda evli, bekar ve boşanmış olgulardan oluştuğu
- Eğitim durumları incelendiğinde grubun yarısından fazlasının üniversite ve üstü eğitim durumuna sahip olduğu
- Araştırma grubunun yaklaşık olarak dörtte birinin adli bir olay öyküsünün olduğu,
- Adli olay öyküsü bulunma durumunun kişilerin dışsal motivasyon değerinin üzerinde etkisi olduğu,
- Araştırmaya katılanların üçte birinin daha önce tedavi olduğu ve tekrar başvuruda bulunduğu,
- Araştırmaya katılan bireylerin içsel motivasyon düzeylerinin en yüksek değere sahip olduğu, dışsal motivasyon, tedaviye güven ve kişiler arası yardım arama durumlarının ise desteklenmesi gerektiği,

- Araştırma uygulanan grubun gelir düzeyinin yüksek olduğu ve sosyal güvence konusunda herhangi bir problem yaşamadıkları bu sayede motivasyon düzeylerinin yüksek olmasına katkı sağladığı,
- Ailesel özelliklerin çocuk sahibi olma ya da yalnız yaşama gibi durumların kişilerin tedavi motivasyon düzeyleri üzerinde etkili olmadığı
- Erkeklerin kadınlara oranla tedaviye güvenlerinin ve kişiler arası yardım arama değerlerinin daha yüksek olduğu saptanmıştır.
- Araştırma kapsamında tedavi programının sorunların çözümü noktasında güvenilir olmadığı ve bu konudaki motivasyon değerlerinin düşük olduğu görülmüştür.

Buna göre öneriler;

I. Alkol bağımlılığı tedavisi alan olguların içsel motivasyonlarının yüksek olması önemli bir faktör olarak görülüp, sosyal destek sistemleri güçlendirilmelidir. Bağımlılık süreci hakkında ayrıntılı ve destekleyici bilgi ya da eğitimler verilerek, kişilerin dışsal motivasyonları, tedaviye güven duymaları ve yardım arama konusundaki düşünceleri desteklenmelidir.

II. Gelir durumunun yüksek olmasının ve tedavinin ücretsiz olmasının sağladığı motivasyon düşünülerek, tedavi planlanırken kişilerin geçim kaynakları, aile dinamikleri ve sosyoekonomik özellikleri başarılı bir tedavi için mutlaka göz önünde

bulundurulmalı ve tedavi bu bağlamda planlanmalıdır. Bu anlamda kişilerin yaşantılarının ciddi anlamda bir sosyal incelemeye tabi tutulmalı ve ihtiyaç analizleri profesyonel olarak yapılmalı. Sosyal hizmetler ve sosyal yardım mekanizmaları bu durum değerlendirmesinin ardından etkin olarak kullanılmalıdır.

III. Benzer bir biçimde içsel motivasyonun yüksek olduğunun görüldüğü başvuru evresinde ilk görüşme, cesaretlendirici ve destekleyici özellikler taşınmalıdır. Kişilerin başvuru evresinde herhangi bir belirsizlik yaşamaması için süreç, tedaviye başvuran ve başvuru yapanın yakınları ile açık ve tanımlayıcı olarak paylaşılmalıdır. Tedavi başladıktan sonra da kişilerin motivasyon düzeyleri her aşamada takip edilmeli ve göz önünde bulundurulmalıdır.

IV. Alkol kullanımının erkekler arasında yaygın olduğu bilinmesine rağmen kadınların da bu konuda toplumsal olarak damgalanma korkusu yaşamadan rahatça tedaviye katılımının sağlanması için bilinçlendirme kampanyaları, eğitim ve yayınlar yapılmalıdır. Bağımlılık ve toplumsal cinsiyet konusunda daha geniş kapsamlı çalışmalar yapılmalıdır.

VI. Alkol bağımlılığı konusunda ülke genelinde geniş çaplı çalışmaların yetersiz olduğu görüldüğünden, bu çalışmaların sayısı artırılmalı ve koruyucu önleyici hizmetler kapsamında eldeki veriler artırılmalıdır.

VII. Kriminal geçmişe sahip kişilerin bu durumları göz önünde bulundurularak dışsal motivasyonlarının yüksek olduğu görüldüğünden bu konuda kişiyi motive etmeye devam edici bir tedavi programı geliştirmek. Özellikle aile, sosyal çevre gibi dışsal

motivasyon kaynaklarının tedavinin her aşamasına dahil edilmesi bu konuda son derece yararlı olacaktır.

VIII. Kişilerin tedavi programının sorunlarının çözümü olacağı konusunda motivasyon değerlerinin düşük olduğu görüldüğünden özellikle tedavinin aşamaları, olası zorlukları ve kişilerin kendi özelliklerine göre şekillendirileceği gibi konularda hekim, sosyal servis ve ilgili tüm çalışanlarca açıklayıcı ve belirgin bir planlama sunulmalı ve tedavi programına güven sağlanmalıdır.



KAYNAKLAR

Agrawal A, Lynskey M (2008) Are there genetic influences on addiction: evidence from family, adoption and twin studies. *Addiction*, 103, 1069-1081.

Akbaba S. (2006) Eğitimde Motivasyon. *Kazım Karabekir Eğitim Fakültesi Dergisi*, 13:343:361.

ALO 191 Sağlık Bakanlığı Amatem ve Çematem Listesi Erişim:06.10.2018

<http://alo191uyusturucu.saglik.gov.tr/TR,21197/amatem-cematem-ayaktan-tedavi-merkezleri.html>

Arıkan Z ve Coşar B (1996) Alkol bağımlılığına demografik ve epidemiyolojik bir bakış *Kriz Dergisi*, 4(2); 81-91

Arıkan Z. (2008) Alkol Kullanımına Bağlı Ruhsal ve Davranışsal Bozukluklar: Işık E, Taner E, Işık U (Editörler). *Güncel Psikiyatri Ankara*, 54: 317-335

American Psychiatric Association (1968) *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 2. Edition (DSM- II)*. Washington DC

American Psychiatric Association (1980) Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 3. Edition (DSM- III). Washington DC

American Psychiatric Association (1987) Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 3. Edition revised (DSM- III-R). Washington DC

American Psychiatric Association (1994) Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 3. Edition (DSM -IV). Washington DC

American Psychiatric Association (2013) Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 5. Edition (DSM-5) American Psychiatric Pub Incorporated.

Amerikan Psikiyatri Birliği- APA(1998). Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı Dördüncü Baskı (DSM-IV) (Çev. Ed. Köroğlu, E). Ankara Hekimler Yayın Birliği.(Eserin orijinali 1994'te yayınlanmıştır.)

Ayhan Y. (2010). Türkiye'de Alkol Bağımlılarında Bağımlılığa Yatkınlığın Genetik Belirleyicileri ve Temel Kişilik Boyutları: Alkol Dehidrogenaz 1C Genindeki Poliformizmin Rolü. Uzmanlık Tezi. Hacettepe Üniversitesi, Ankara.

Bankole J, Ruiz P, Galanter M (2003). Handbook of Clinical Alcoholism Treatment. Lippincott Williams and Wilkins, Baltimore.

Beek N, Verheul R (2008) Motivation for treatment in patients with personality disorders. J Pers Disord, 22:89-100.

Beyazyürek M, Şatır TT (2000) Madde Kullanım Bozuklukları. Psikiyatri Dünyası 4: 50-56

Boiché, J. ve Sarrazin, P. (2007). Motivation auto Déterminée, perceptions de conflit et d'instrumentalité et assiduité envers la pratique d'une activité physique : un étude prospective sur six mois. Psychologie Française, 52, 417- 430.

Ceylan ME, Türkcan A (2003) Araştırma ve Klinik Uygulamada Biyolojik Psikiyatri 2. Cilt 1. Kitap Alkol ve Madde Kullanım Bozuklukları Genişletilmiş 2. Baskı, İstanbul

Conner BT, Longshore D, Anglin M (2009) Modeling Attitude towards Drug Treatment: The Role of Internal Motivation, External Pressure, and Dramatic Relief. J Behav Health Serv Res, 36:150-158.

Constance W, Jennifer M, Tammay T, Charles M (2001). Factors affecting the initiation of substance abuse treatment in managed care. Addiction; 96,:705–716.

Coşkunol H. (1996) Ege Psikiyatri Sürekli Yayınları Kitap 1 Alkol Bağımlılığı Tanı ve Tedavisi. Ege Üniversitesi Basımevi, Bornova İzmir

Coşkunol H. (1996) Ege Psikiyatri Sürekli Yayınları Kitap 1 Alkol Kullanım Bozuklukları ve Tedavisi. Ege Üniversitesi Basımevi ,Bornova İzmir, 141-155

Cox MW, Pothod EM, Hosier HG (2007).CognitiveMotivationalPredictors of ExcessiveDrinkers' SuccessInChanging, Psychopharmacology.; 192:499 – 510

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

Deci, E. L., ve Ryan, R.M. (1985). Intrinsic motivation and self determination in humanbehavior. New York: Plenium.

Deci EL, Ryan RM (1987) . The upport of autonomy and the control of behavior. J Pers SocPsychol; 53: 1024-1037.

Deleon G, Melnick G, Kressel D (1997). Motivationandreadinessfortherapeuticcommunitytreatmentamongcocaineandotherdrugab users. AmericanJournalof Drug&AlcoholAbuse ; 23:169–189.

Diclemente CC, Scott CW (1997). Stages of change: Interaction with treatment compliance and involvement. In: Onken LS, Blaine JD andBoren

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

Erkkl G, Deveci S, Eskiocak M, Berberoğlu U, Saltik A. (2004) Alcoholism Prevalance and some related factors in Edirne, Turkey. Yonsei Medical Journal, 45(2); 207-214.

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

Eren, E. (2004), rgtsel Davranış ve Yönetim Psikolojisi, 8. Baskı, İstanbul, Beta Yayınevi.

ESPAD Report (2015) Results From The European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs. The Espad Group. Publication Office Of The European Union, Luxembourg,13.

Evren C, Saatcioğlu O, Dalbudak E, Danısmant SB ve ark.(2006). Tedavi Motivasyonu Anketi (TMA) Trk Versiyonunun Alkol Bağımlısı Hastalarda Faktor Yapısı, Gecerliği ve Guvenirliği, Bağımlılık Dergisi, 7: 117-122.

Joe GW, Simpson DD, Broome KM(1998). Effects of readiness for drug abuse treatment on client relation and assessment of process. *Addiction*, 93: 1177-1190

Evren C, Saatçioğlu Ö, Dalbudak E ve ark. (2006) Tedavi motivasyonu anketi (TMA) Türkçe versiyonunun alkol bağımlısı hastalarda faktör yapısı, geçerliği ve güvenilirliği. *Bağımlılık Dergisi*, 7:117-122.

Kalyoncu Ö.A. (2010). *Plastik Düşler*. İstanbul: Kapital.

Keller M, Mc Cormick M, Efron V. (1982) *Dictionary Of Words About Alcohol 2nded.* New Brunswick, N.J. Rutgers Univ. Center Of Alcohol Studies

Koçel, T. (2005), *İşletme Yöneticiliği*. 10.Basım, Arıkan Yayınevi, İstanbul.

Konuk E A (2018). *Alkol ve Madde Bağımlılığı Tanısı Almış Hastalarda Kognitif Empatinin Tedavi Motivasyonuna Etkisi*. Üsküdar Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.

Levin JD (1995) *Psychodynamic treatment of alcohol abuse. Dynamic Therapies for Psychiatric Disorders (Axis I)*. Ed. Barber JP, Crits-Cristoph P. New York, Basic Books, 193-229.

Ögel K (2017) Bağımlılık ve Tedavisi Hakkında Her Şey. Bağımlılık Ve Tedavisi El Kitabı , İstanbul

Özden S.Y(2015). Alkolizm Sebep ve Sonuçları. 2. Basım Ankara : 101.

Piazza N.J, Wise S.L. (1988) InternationalJournal Of Addiction; 23.

Prochaska JO, Diclemente CC (1982) Transtherotical therapy: Toward a moreintegrative model of change. Psychother Theory Res .Pract 19: 276-288

Prochaska JO, Diclemente CC (1992). Norcross JC. Insearchof how people change. Applications to addictive behaviours ,47 : 1102-1114

Resmi Gazete, Erişim:07.10.2018)

<http://www.resmigazete.gov.tr/main.aspx?home=http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2017/10/20171011.htm&main=http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2017/10/20171011.htm>

Ryan RM, Plant RW, O'Malley S (1995).Initialmotivationsforalcoholtreatment:relationswithpatientcharacteristics, treatmentinvolvement, anddropout. AddictBehaviour; 20: 279-297

SAMHSA-SubstanceAbuseandMentalHealth Services Administration (2015) 2015 NationalSurvey on DrugUseandHealth. Table 2.41B

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

Schuckit, M.A. (2000). Alcohol- Related disorders. Sadock B.J. &Sadock V.A. (Ed), Kaplan &Sadock’s comprehensive textbook of psychiatry 7th edition içinde (ss: 953-971) Philadelphia, Lippincott Williams &Wilkins.

Schuckit MA (2007) Alkole Bağlı Bozukluklar. Kaplan andSaddockComprehensiveTextbook of Psychiatry, 2007, 1168-1188.

Sezgin E, Evren C, Çınar ÖG, Küçükgöncü S, Kılıç Bayram M (2010) Antiepileptikbarbeksaklon (maliasin) bağımlılığı olan iki olgu. Düşünen Adam Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi,23: 128-132

Tamer Gürol D (2018) Erişim: 18.07.2018 20:49

<http://www.alkoltedavisi.info.tr/alkol-bagimliliği-ve-tedavisi/alkol-bagimliliginda-arindirma-detoksifikasyon-tedavisi/>

Tamer Gürol D (2018) Erişim: 18.07.2018 20:50

<http://www.alkoltedavisi.info.tr/alkol-bagimliliği-ve-tedavisi/alkol-bagimliliginda-psikososyal-tedaviler/>

Tevrüz, S. (1999), Endüstri ve Örgüt Psikolojisi, Türk Psikologları Derneği Yayınları, Ankara.

T.C. Sağlık Bakanlığı (2016) Sağlık İstatistikleri Yıllığı; 2016:52.

Son Erişim 15.10.2018 <https://dosyasb.saglik.gov.tr/Eklenti/13183,sy2016turkcepdf.pdf?0>

Türk Dil Kurumu Resmi İnternet Sitesi. Online Erişim :16.08.2018 20:28

https://www.tdk.gov.tr/index.php?option_com_gts&arama=gts&guid=TDK.GTS.5b75ae56d9bd13.12457814

WHO- World HealthOrganization (2015) Global Status Report AlcoholandHealth, XIII.

WHO (2014) Total Alcohol Per Capita (+15 years) Connsumption, in Litres Of Pure Alcohol,2010.Erişim:18.07.201801:45

gamapserver.who.int/mapLibrary/Files/Maps/Global_consumption_percapita_2010.png

191 Uyuşturucu İle Mücade Danışma ve Destek Hattı- Sağlık Bakanlığı saglik.gov.tr

Erişim:00:26 07.10.2018

<http://alo191uyusturucu.saglik.gov.tr/TR,21197/amatem-cematem-ayaktan-tedavi-merkezleri.html>

EKLER

EK-1

TEDAVİ MOTİVASYONU ANKETİ

	KESİNLİKLE KATILMIYORUM	KATILMIYORUM	BİLMİYORUM	KATILYORUM	KESİNLİKLE KATILYORUM
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 sürdürmesem başarısız hissederim					
10.Tedaviyi sürdürme konusunda seçeneğim olduğunu sanmıyorum.					
11.Tedaviyisürdürmek kendime yardım etmemenin 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 desteğe ihtiyacım olduğu gerçeğini kabul ediyorum.					

EK-2

SOSYODEMOGRAFİK BİLGİ FORMU**1) Yaşınız?**

A)18-25

B)25-45

C)45-65

D)65 ve üstü

2) Cinsiyetiniz?

A)Kadın

B) Erkek

3)Eğitim durumunuz?

A)Okur-yazar

B)İlkokul

C)Orta Okul

D)Lise

E) Üniversite

4)Medeni Durum?

A)Evli

B)Bekar

C)Boşanmış

5)Çocuk sayısı?

A)Yok B)1 C)2 D)3 E)4 ve fazlası

6)Çalışma Durumunuz?

- A)Düzenli bir işte çalışıyorum.
B)Düzenli olmayan işlerde çalışıyorum.
C)Çalışmıyorum.

7)Gelir Durumunuz?

- A)0-1300 TL
B)1300-2500 TL
C)2500 TL ve üstü

8) Sosyal Güvenceniz?

- A)Var B)Yok

9)Yalnız mı yaşıyorsunuz?

- A)Evet B)Hayır

10)Herhangi bir adli olay öykünüz var mı?

- A)Evet B)Hayır

11)Başka bir madde bağımlılığınız ya da kullanımınız var mı?

- A)Evet B)Hayır

12)Daha önce tedavi oldunuz mu?

- A)Evet B)Hayır

13)Daha önce yatarak tedavi olduysanız sayısı?

A) Olmadım B)1 C)2 D)3 ve Üstü

14) Tedavi olmayı neden kabul ettiniz?

A)Ailemin isteği

B)Doktorumun önerisi

C)Kendi isteğim

D)Zorunlu olarak.

