

T.C.
EGE ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

ETKİSİZ BİREYSEL BAŞ ETME VE BENLİK KAVRAMINDA BOZULMA
HEMŞİRELİK TANISI ALAN ALKOL BAĞIMLILARINDA TİDAL (GEL-GİT) MODEL'E

DAYALI PSİKİYATRİ HEMŞİRELİĞİ YAKLAŞIMININ ETKİSİ

Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı Programı

Doktora Tezi

Uzman Hemşire

Ayşegül SAVAŞAN

DANIŞMAN

Prof.Dr. Olcay ÇAM

İZMİR

2015

TEZ ONAY SAYFASI

Kurum Adı : EGE ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

Anabilim Dalı : Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı

Program : Doktora Programı

Tez Konusu : Etkisiz Bireysel Baş Etme ve Benlik Kavramında Bozulma
Hemşirelik Tanısı Alan Alkol Bağımlılarında Tidal (Gel-Git) Model'e Dayalı Psikiyatri
Hemşireliği Yaklaşımının Etkisi

Danışman : Prof.Dr. Olcay ÇAM

Tezi Hazırlayan : Ayşegül SAVAŞAN

Değerlendirme Kurulu Üyeleri :

Adı Soyadı :

Başkan(Danışman) : Prof.Dr. Olcay ÇAM

Üye / İmza : Doç.Dr. Esra ENGİN

Üye / İmza : Doç.Dr. Zeki YÜNCÜ

Üye / İmza : Doç.Dr. Levent METE

Üye / İmza : Doç.Dr. Hülya ARSLANTAŞ

Tezin Kabul Edildiği Tarih : 20 Nisan 2015

ÖNSÖZ

Mesleki, akademik ve kişisel gelişimime katkısı olan uzun ve zorlu bir süreci bitirmiş bulunmaktayım. Bu süreçte teşekkür etmek istediğim pek çok isim var.

Öncelikle, Tidal Model’le tanışmamı ve bu alanda çalışmamı sağlayan, tez sürecinde yol gösteren ve desteğini esirgemeyen, tez danışmanım Prof.Dr. Olcay ÇAM’a, çok teşekkür ederim.

Doktora ders aşamasında, doktora yeterlilik sınavı ve sonrasında, tez sürecindeki desteğiyle kendimi daha güçlü hissetmemi sağlayan Doç.Dr. Esra ENGİN’e, teşekkür ediyorum.

Tez öneri ve izlem sürecinde katkılarından dolayı Doç.Dr. Zeki YÜNCÜ’ye teşekkür ederim.

Birlikte çalışmaktan dolayı kendimi her zaman şanslı hissettiğim, yanında bulunduğum her dakika bilgilerime bilgi kattığım, çalışma arkadaşlarıyla ekip anlayışı içerisinde çalışan Doç.Dr. Levent METE’ye, çok teşekkür ederim.

Doç.Dr. Hülya ARSLANTAŞ’a, tezime yapmış olduğu katkılardan dolayı teşekkür ederim.

Bildiğim ve tanıdığım tek Başhemşire olan, bağımlılık alanında çalışmamı sağlayan, her koşulda beni destekleyen, kararlı olmayı ve kararlarını uygulamayı kendisinden öğrendiğim Uzm.Hem. Özlem KARADAĞ’a, doktora eğitimim sırasında desteklerinden dolayı çok teşekkür ederim.

Ortaokul yıllarında, rehberlik öğretmenine “çocuklar isterlerse 30 yaşına kadar okuturum” diyen ve “bir insan 30 yaşına kadar nasıl okur ki?” diye merak etmemi sağlayan; eğitim hayatıma yıllar öncesinden yön veren ve bu yolda en büyük motivasyon kaynağım olan babam Orhan SAVAŞAN’a, çok teşekkür ederim.

Küçük yaşına rağmen, yaşamımla ilgili yaptığı yorumlarla farkındalığımı artıran yeğenim Alin Lidya BÜYÜKYILDIZ’a; O’nu dünyaya getirdikleri için, annesi Lale BÜYÜKYILDIZ ve babası Ali BÜYÜKYILDIZ’a ve ayrıca doktora eğitimim süresince maddi ve manevi desteklerinden dolayı, çok teşekkür ederim.

Anaokulundan lisans eğitimime kadar, her zaman desteğini hissettiğim, ablam Özgür SAVAŞAN'a teşekkür ederim.

Annem Leyla SAVAŞAN'a, bu süreçte maddi ve manevi desteğiyle hayatımı kolaylaştırdığı için, çok teşekkür ederim.

Son olarak, çalışmaya katılmayı kabul eden deney ve kontrol grubunu oluşturan bireylere; birlikte çalıştığım mesai arkadaşlarıma çok teşekkür ederim.

İzmir, 2015

Ayşegül SAVAŞAN



ÖZET

ETKİSİZ BİREYSEL BAŞ ETME VE BENLİK KAVRAMINDA BOZULMA HEMŞİRELİK TANISI ALAN ALKOL BAĞIMLILARINDA TİDAL (GEL-GİT) MODEL'E DAYALI PSİKİYATRİ HEMŞİRELİĞİ YAKLAŞIMININ ETKİSİ

Amaç: Araştırma, Tidal Model'e dayalı psikiyatri hemşireliği yaklaşımının, etkisiz bireysel baş etme ve benlik kavramında bozulma tanısı alan alkol bağımlılarında etkisini belirlemek amacıyla yapılmıştır.

Yöntem: Ön test-son test değerlendirmeli, kontrol gruplu ve yarı deneysel nitelikte düzenlenen bu araştırma, Ekim 2013 ve Aralık 2014 tarihleri arasında, İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi AMATEM Kliniği'nde yürütülmüştür. AMATEM kliniğinde yatarak tedavi gören alkol bağımlıları araştırmanın evrenini, belirlenen kriterleri karşılayan ve araştırmaya katılmayı kabul eden alkol bağımlıları araştırmanın örneklemi oluşturmuştur. Örneklem büyüklüğü power analiz yapılarak bulunmuş, deney ve kontrol grubuna 18'er bireyin alınmasına karar verilmiştir.

Araştırmada veriler, Birey Tanıtım Formu, Bağımlılık Profil İndeksi (BAPI), Tedavi Motivasyonu Anketi (TMA), Başa Çıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeği (COPE), Coopersmith Benlik Saygısı Envanteri (BSÖ), Beck Depresyon Envanteri (BDE) ve Beck Anksiyete Envanteri (BAE) kullanılarak toplanmıştır.

Deney grubundaki bireylere bireyselleştirilmiş bakım sağlamak için, bireysel görüşmeler yapılmış ve bireylerin hedefleri ve araştırmanın hedefleri doğrultusunda girişimler uygulanmıştır.

Bulgular: Deney grubundaki bireylerin yaş ortalaması 43.33 ± 6.55 , kontrol grubundaki bireylerin yaş ortalaması 42.44 ± 7.03 'tür. Her iki gruptaki bireylerin %11.1'i kadın, %88.9'u erkek'tir. Her iki gruptaki bireylerin çoğunluğunun evli yada boşanmış, ilkokul mezunu olduğu, bir işte çalıştığı saptanmıştır.

Görüşmeler öncesi, deney ve kontrol grubu bireylerin COPE alt ölçek puanları ve BSÖ puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p > 0.05$).

Görüşmeler sonrası, deney ve kontrol grubu bireylerin COPE alt ölçekleri olan "Pozitif yeniden yorumlama ve gelişme", "Yararlı sosyal destek kullanımı", "Aktif başa çıkma", "Geri durma", "Duygusal sosyal destek kullanımı" ve "Madde kullanımı" puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p < 0.05$). Görüşmeler sonrası, deney

grubu bireylerin BSÖ puanının, kontrol grubuna göre yüksek olduğu; fakat, aradaki farkın anlamlı olmadığı saptanmıştır ($p>0.05$).

Görüşmeler sonrasında, deney grubu bireylerin Pozitif Yeniden Yorumlama ve Gelişme, Yararlı Sosyal Destek Kullanımı, Aktif Başa Çıkma, Geri Durma, Plan Yapma, Davranışsal Olarak Boş Verme ve Madde Kullanımı alt ölçek puanlarında ve BSÖ puanında, ön test puanlarına göre, olumlu yönde değışiklik oluştuğu bulunmuştur.

Sonuç: Sonuç olarak, Tidal Model'e dayalı psikiyatri hemşireliği yaklaşımının, alkol bağımlılarının Pozitif Yeniden Yorumlama ve Gelişme, Aktif Başa Çıkma, Geri Durma, Duygusal Sosyal Destek Kullanımı ve Plan Yapma puanlarını artırmak, Davranışsal Olarak Boş Verme puanını ise düşürmek için etkin bir yaklaşım olduğu ortaya konmuş; benlik saygısını arttırmada ise anlamlı bir etkiye sahip olmadığı belirlenmiştir.

Anahtar kelimeler: Alkol bağımlılığı, Tidal Model, Psikiyatri hemşireliği.

ABSTRACT

THE EFFECT OF PSYCHIATRIC NURSING APPROACH BASED TIDAL MODEL ON ALCOHOL-DEPENDENT PERSONS WITH NURSING DIAGNOSIS OF INEFFECTIVE COPING AND DISTURBED SELF-CONCEPT

Objectives: The study was designed and applied for assessing the effects of psychiatric nursing approach based Tidal Model on alcohol-dependent persons with nursing diagnosis of ineffective coping and disturbed self-concept.

Methods: The study was a test-retest controlled and quasi-experimental design. The study was performed in İzmir Katip Çelebi University, Atatürk Education and Research Hospital, AMATEM clinic, from October 2013-December 2014. The universe of the study was formed with alcohol-dependent persons who were inpatient in AMATEM clinic. The sample of the study was formed with alcohol-dependent persons according to criteria of study and who accepted the study. The sample size was found to be using power analysis. The study was conducted with 18 in study-group and 18 in control-group.

The data was collected with the Personal Definition Form, The Addiction Profile Index, The Treatment Motivation Questioner, The Coping Inventory, Coopersmith Self-Esteem Inventory, Beck Depression Inventory and Beck Anxiety Inventory.

Individual sessions were made to provide individualized care to alcohol-dependent persons in study-group and interventions were implemented for aims of study and individual goals.

Results: The mean age of the study group was 43.33 ± 6.55 and the mean age of the control group was 42.44 ± 7.03 . In two groups, 11.1% of persons were females, 88.9% of persons were males. In both groups, most of them were married and divorced and had graduated from primary school. Most of the participants were worked at a job.

Before sessions, there were no significant differences between two groups on The Coping Inventory and Coopersmith Self-Esteem Inventory.

After sessions, there were significant differences between two groups on Positive reinterpretation and growth, Use of instrumental social support, Active coping, Restraint coping, Use of emotional social support and Alcohol-drug disengagement. After sessions, the mean of Coopersmith Self-Esteem Inventory in study group were high than control group but, there were no significant differences between two groups.

After sessions, in study group, positive differences were found on Positive reinterpretation and growth, Use of instrumental social support, Active coping, Restraint coping, Planning, Behavioral disengagement, Alcohol-drug disengagement and Self-Esteem.

Conclusion: The results of this study indicate that an psychiatric nursing approach based Tidal Model may have a positive impact for alcohol-dependent persons with nursing diagnosis of ineffective coping and disturbed self-concept on Positive reinterpretation and growth, Active coping, Behavioral disengagement, Restraint coping, Seeking of emotional social support, Planning, and may not increase the level of Self-Esteem.

Keywords: Alcohol dependence, Tidal Model, Psychiatric Nursing.



İçindekiler

	Sayfa No
ÖNSÖZ.....	I
ÖZET.....	III
ABSTRACT.....	V
İÇİNDEKİLER.....	VII
TABLolar LİSTESİ.....	XV
ŞEKİLLER LİSTESİ.....	XVIII
KISALTMALAR LİSTESİ.....	XIX
1. GİRİŞ.....	1
1.1. Araştırmanın Amacı Ve Önemi.....	2
1.2. Hipotezler.....	2
1.3. Araştırmanın Sınırlılıkları.....	3
1.4. Genel Bilgiler.....	4
1.4.1. İyileşme Kavramı İle İlgili Genel Bilgiler.....	4
1.4.1.1. İyileşme Kavramı.....	4
1.4.1.2. İyileşme Sürecinin Önemli Bileşenleri.....	7
1.4.1.3. İyileşme Evreleri.....	9
1.4.2. Tidal Model İle İlgili Genel Bilgiler.....	10
1.4.2.1. Bir İyileşme Modeli: Tidal (Gel-Git) Model.....	10
1.4.2.2. Tidal Metaforlar.....	12
1.4.2.3. Tidal Model'in Altı Temel Prensibi.....	15
1.4.2.4. Dört Kuramsal Yapı.....	16
1.4.2.5. On Temel Yaklaşım ve Yirmi Tidal Yetkinlik.....	17
1.4.2.6. Temel Tidal Süreçler.....	20
1.4.2.6.1. Benlik Alanı.....	22
1.4.2.6.2. Dünya Alanı.....	25
1.4.2.6.3. Diğerleri Alanı.....	27
1.4.2.7. Bakımın Sürekliliği.....	30
1.4.2.8. Tidal Model'le İlgili Araştırmalar.....	31

1.4.3. Alkol Bağımlılığı İle İlgili Genel Bilgiler.....	34
1.4.3.1. Tanım.....	34
1.4.3.2. Tanı Kriterleri.....	34
1.4.3.3. Alkol Bağımlılığının Yaygınlığı.....	38
1.4.3.4. Alkol Bağımlılığında İyileşme.....	38
1.4.3.5. Alkol Bağımlılığına Yaklaşım (Nüks Önleme Yaklaşımları).....	38
1.4.3.5.1. Alkol Kullanımı ve Nüksetmesinde Uygulanan Bilişsel- Davranışçı Model.....	39
1.4.3.5.2. Değişim Süreci ve Değişim Evreleri.....	41
1.4.4. Psikiyatri Hemşireliği Yaklaşımı İle İlgili Genel Bilgiler.....	44
1.4.4.1. Psikiyatri Hemşireliği.....	44
1.4.4.2. Hemşirelik Tanıları.....	44
1.4.4.2.1. Alkol Bağımlılığında Hemşirelik Tanıları.....	44
1.4.4.3. Hemşirelik Girişimleri.....	45
1.4.4.3.1. Alkol Bağımlılığında Hemşirelik Girişimleri.....	45
1.4.4.4. Hemşirelik Sonuçlarının Sınıflandırma Sistemi.....	46
1.4.4.5. Tidal Model'e Dayalı Psikiyatri Hemşireliği Yaklaşımı.....	49
2. GEREÇ VE YÖNTEM.....	51
2.1. Araştırmanın Tipi.....	51
2.2. Kullanılan Gereçler.....	51
2.2.1. Birey Tanıtım Formu.....	51
2.2.2. Bağımlılık Profil İndeksi (BAPİ).....	51
2.2.3. Tedavi Motivasyonu Anketi (TMA).....	52
2.2.4. Başa Çıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeği (COPE).....	53
2.2.5. Coopersmith Benlik Saygısı Envanteri (BSÖ).....	53
2.2.6. Beck Depresyon Envanteri (BDE).....	54
2.2.7. Beck Anksiyete Envanteri (BAE).....	54
2.3. Kullanılan Yöntem.....	55
2.3.1. Süreç Hakkında Bilgi.....	55
2.3.2. Görüşme Planı ve İçeriği.....	56
2.4. Araştırmanın Yeri ve Zamanı.....	75
2.5. Araştırmanın Evreni.....	76

2.6. Araştırmanın Örneklemi.....	76
2.7. Bağımlı ve Bağımsız Değişkenler.....	77
2.7.1. Bağımlı Değişkenler.....	77
2.7.2. Bağımsız Değişkenler.....	77
2.8. Veri Toplama Yöntemi ve Süresi.....	77
2.9. Verilerin Analizi.....	78
2.10. Süre ve Olanaklar.....	79
2.11. Etik Açıklamalar.....	79
3. BULGULAR.....	81
3.1. Deney ve Kontrol Grubundaki Bireylerin Tanıtıcı Özelliklerinin İncelenmesi.....	81
3.2. Deney ve Kontrol Grubundaki Bireylerin Sigara Kullanım, Fiziksel ve Ruhsal Hastalık Durumlarının İncelenmesi.....	83
3.3. Deney ve Kontrol Grubundaki Bireylerin Alkol Kullanımı ve Tedavi Olma Özelliklerinin İncelenmesi.....	84
3.4. Deney ve Kontrol Grubundaki Bireylerin Değişim Aşaması Açısından Ön Test Değerlendirmeleri.....	89
3.5. Deney Grubu Bireylerin Görüşme Sayısı ve Görüşme Sürelerinin İncelenmesi.....	89
3.6. Deney ve Kontrol Grubundaki Bireylerin Son Test Değerlendirmelerinin İncelenmesi.....	90
3.7. Deney ve Kontrol Grubundaki Bireylerin Değişim Aşaması Açısından Son Test Değerlendirmelerinin İncelenmesi.....	92
3.8. Deney ve Kontrol Grubu Bireylerin Görüşmeler Öncesi BAPİ, TMA, BDÖ, BAÖ Puan Ortalamalarının İncelenmesi (Ön Test).....	92
3.8.1. Deney ve Kontrol Grubu Bireylerin Görüşmeler Öncesi Bağımlılık Profil İndeksi Puan Ortalamalarının Değerlendirilmesi (Ön Test).....	92
3.8.2. Deney ve Kontrol Grubu Bireylerin Görüşmeler Öncesi Tedavi Motivasyonu Anketi Puan Ortalamalarının Değerlendirilmesi (Ön Test).....	93

3.8.3. Deney ve Kontrol Grubu Bireylerin Görüşmeler Öncesi Beck Depresyon (BDÖ) ve Beck Anksiyete Ölçeği (BAÖ) Puan Ortalamalarının Değerlendirilmesi (Ön Test).....	94
3.9. Deney ve Kontrol Grubu Bireylerin Görüşmeler Öncesi COPE ve BSÖ Puan Ortalamalarının İncelenmesi (Ön Test).....	94
3.9.1. Deney ve Kontrol Grubu Bireylerin Görüşmeler Öncesi Başa Çıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeği (COPE) Puan Ortalamalarının Değerlendirilmesi (Ön Test).....	95
3.9.2. Deney ve Kontrol Grubu Bireylerin Görüşmeler Öncesi Benlik Saygısı Ölçeği (BSÖ) Puan Ortalamalarının Değerlendirilmesi (Ön Test).....	96
3.10. Deney ve Kontrol Grubu Bireylerin Görüşmeler Sonrası BAPİ, TMA, BDÖ, BAÖ Puan Ortalamalarının İncelenmesi (Son Test).....	96
3.10.1. Deney ve Kontrol Grubu Bireylerin Görüşmeler Sonrası Bağımlılık Profil İndeksi Şiddetli İstek ve Motivasyon Alt Ölçekleri Puan Ortalamalarının Değerlendirilmesi (Son Test).....	96
3.10.2. Deney ve Kontrol Grubu Bireylerin Görüşmeler Sonrası Tedavi Motivasyonu Anketi Puan Ortalamalarının Değerlendirilmesi (Son Test).....	97
3.10.3. Deney ve Kontrol Grubu Bireylerin Görüşmeler Sonrası Beck Depresyon (BDÖ) ve Beck Anksiyete Ölçeği (BAÖ) Puan Ortalamalarının Değerlendirilmesi (Son Test).....	98
3.11. Deney ve Kontrol Grubu Bireylerin Görüşmeler Sonrası COPE ve BSÖ Puan Ortalamalarının İncelenmesi (Son Test).....	98
3.11.1. Deney ve Kontrol Grubu Bireylerin Görüşmeler Sonrası Başa Çıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeği (COPE) Puan Ortalamalarının Değerlendirilmesi (Son Test).....	98
3.11.2. Deney ve Kontrol Grubu Bireylerin Görüşmeler Sonrası Benlik Saygısı Ölçeği (BSÖ) Puan Ortalamalarının Değerlendirilmesi (Son Test).....	100

3.12. Deney ve Kontrol Grubu Bireylerin Görüşme Öncesi (Ön Test) ve Sonrası (Son Test) BAPİ Şİ, BAPİ MOT, TMA, BDÖ, BAÖ Puan Ortalamalarının Değerlendirilmesi.....	100
3.12.1. Deney ve Kontrol Grubu Bireylerin Görüşme Öncesi (Ön Test) ve Sonrası (Son Test) BAPİ Şİ, BAPİ MOT Puan Ortalamalarının Değerlendirilmesi.....	100
3.12.2. Deney ve Kontrol Grubu Bireylerin Görüşme Öncesi (Ön Test) ve Sonrası (Son Test) Tedavi Motivasyonu Anketi Puan Ortalamalarının Değerlendirilmesi.....	101
3.12.3. Deney ve Kontrol Grubu Bireylerin Görüşme Öncesi (Ön Test) ve Sonrası (Son Test) Beck Depresyon ve Beck Anksiyete Puan Ortalamalarının Değerlendirilmesi.....	102
3.13. Deney ve Kontrol Grubu Bireylerin Görüşme Öncesi (Ön Test) Ve Sonrası (Son Test) COPE ve BSÖ Puan Ortalamalarının Değerlendirilmesi.....	103
3.13.1. Deney ve Kontrol Grubu Bireylerin Görüşme Öncesi (Ön Test) ve Sonrası (Son Test) COPE Puan Ortalamalarının Değerlendirilmesi.....	103
3.13.2. Deney ve Kontrol Grubu Bireylerin Görüşme Öncesi (Ön Test) ve Sonrası (Son Test) BSÖ Puan Ortalamalarının Değerlendirilmesi.....	105
3.14. Deney ve Kontrol Grubu Bireylerin Ön Test ve Son Test COPE ve BSÖ Puanlarının Değişim Farkının Değerlendirilmesi.....	106
3.14.1. Deney ve Kontrol Grubu Bireylerin Ön Test ve Son Test COPE Puanlarının Değişim Farkının Değerlendirilmesi.....	106
3.14.2. Deney ve Kontrol Grubu Bireylerin Ön Test ve Son Test BSÖ Puanlarının Değişim Farkının Değerlendirilmesi.....	108
4. TARTIŞMA.....	109
4.1. Deney ve Kontrol Grubundaki Bireylerin Tanıtıcı Özelliklerinin İncelenmesi.....	109
4.2. Deney ve Kontrol Grubundaki Bireylerin Sigara Kullanım, Fiziksel ve Ruhsal Hastalık Durumlarının İncelenmesi.....	111

4.3. Deney ve Kontrol Grubundaki Bireylerin Alkol Kullanımı ve Tedavi Olma Özelliklerinin İncelenmesi.....	112
4.4. Deney ve Kontrol Grubundaki Bireylerin Değişim Aşaması Açısından Öntest Değerlendirmelerinin İncelenmesi.....	116
4.5. Deney Grubu Bireylerin Görüşme Sayısı ve Görüşme Sürelerinin İncelenmesi.....	116
4.6. Deney ve Kontrol Grubundaki Bireylerin Son Test Değerlendirmeleri Açısından İncelenmesi.....	116
4.7. Deney ve Kontrol Grubundaki Bireylerin Değişim Aşaması Açısından Son Test Değerlendirmelerinin İncelenmesi.....	118
4.8. Deney ve Kontrol Grubu Bireylerin Görüşmeler Öncesi BAPİ, TMA, BDÖ, BAÖ Puan Ortalamalarının İncelenmesi (Ön Test).....	118
4.8.1. Deney ve Kontrol Grubu Bireylerin Görüşmeler Öncesi Bağımlılık Profil İndeksi Puan Ortalamalarının İncelenmesi (Ön Test).....	119
4.8.2. Deney ve Kontrol Grubu Bireylerin Görüşmeler Öncesi Tedavi Motivasyonu Anketi Puan Ortalamalarının İncelenmesi (Ön Test).....	119
4.8.3. Deney ve Kontrol Grubu Bireylerin Görüşmeler Öncesi Beck Depresyon (BDÖ) ve Beck Anksiyete Ölçeği (BAÖ) Puan Ortalamalarının İncelenmesi (Ön Test).....	120
4.9. Deney ve Kontrol Grubu Bireylerin Görüşmeler Öncesi COPE ve BSÖ Puan Ortalamalarının İncelenmesi (Ön Test).....	120
4.9.1. Deney ve Kontrol Grubu Bireylerin Görüşmeler Öncesi Başa Çıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeği (COPE) Puan Ortalamalarının İncelenmesi (Ön Test).....	121
4.9.2. Deney ve Kontrol Grubu Bireylerin Görüşmeler Öncesi Benlik Saygısı Ölçeği (BSÖ) Puan Ortalamalarının İncelenmesi (Ön Test).....	122
4.10. Deney ve Kontrol Grubu Bireylerin Görüşmeler Sonrası BAPİ, TMA, BDÖ, BAÖ Puan Ortalamalarının İncelenmesi (Son Test).....	122
4.10.1. Deney ve Kontrol Grubu Bireylerin Görüşmeler Sonrası Bağımlılık Profil İndeksi Şiddetli İstek ve Motivasyon Alt Ölçekleri Puan Ortalamalarının İncelenmesi (Son Test).....	122

4.10.2. Deney ve Kontrol Grubu Bireylerin Görüşmeler Sonrası Tedavi Motivasyonu Anketi Puan Ortalamalarının İncelenmesi (Son Test).....	123
4.10.3. Deney ve Kontrol Grubu Bireylerin Görüşmeler Sonrası Beck Depresyon (BDÖ) ve Beck Anksiyete Ölçeği (BAÖ) Puan Ortalamalarının İncelenmesi (Son Test).....	123
4.11. Deney ve Kontrol Grubu Bireylerin Görüşmeler Sonrası COPE ve BSÖ Puan Ortalamalarının İncelenmesi (Son Test).....	124
4.11.1. Deney ve Kontrol Grubu Bireylerin Görüşmeler Sonrası Başa Çıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeği (COPE) Puan Ortalamalarının İncelenmesi (Son Test).....	124
4.11.2. Deney ve Kontrol Grubu Bireylerin Görüşmeler Sonrası Benlik Saygısı Ölçeği (BSÖ) Puan Ortalamalarının İncelenmesi (Son Test).....	125
4.12. Deney ve Kontrol Grubu Bireylerin Görüşme Öncesi (Ön Test) ve Sonrası (Son Test) BAPİ Şİ, BAPİ MOT, TMA, BDÖ, BAÖ Puan Ortalamalarının İncelenmesi.....	125
4.12.1. Deney ve Kontrol Grubu Bireylerin Görüşme Öncesi (Ön Test) ve Sonrası (Son Test) BAPİ Şİ, BAPİ MOT Puan Ortalamalarının İncelenmesi.....	125
4.12.2. Deney ve Kontrol Grubu Bireylerin Görüşme Öncesi (Ön Test) ve Sonrası (Son Test) Tedavi Motivasyonu Anketi Puan Ortalamalarının İncelenmesi.....	126
4.12.3. Deney ve Kontrol Grubu Bireylerin Görüşme Öncesi (Ön Test) ve Sonrası (Son Test) Beck Depresyon ve Beck Anksiyete Puan Ortalamalarının İncelenmesi.....	126
4.13. Deney ve Kontrol Grubu Bireylerin Görüşme Öncesi (Ön Test) ve Sonrası (Son Test) COPE ve BSÖ Puan Ortalamalarının İncelenmesi.....	127
4.13.1. Deney ve Kontrol Grubu Bireylerin Görüşme Öncesi (Ön Test) ve Sonrası (Son Test) COPE Puan Ortalamalarının İncelenmesi.....	127

4.13.2. Deney ve Kontrol Grubu Bireylerin Görüşme Öncesi (Ön Test) ve Sonrası (Son Test) BSÖ Puan Ortalamalarının İncelenmesi.....	128
4.14. Deney ve Kontrol Grubu Bireylerin Ön Test ve Son Test COPE ve BSÖ Puanlarının Değişim Farkının İncelenmesi.....	129
4.14.1. Deney ve Kontrol Grubu Bireylerin Ön Test ve Son Test COPE Puanlarının Değişim Farkının İncelenmesi.....	129
4.14.2. Deney ve Kontrol Grubu Bireylerin Ön Test ve Son Test BSÖ Puanlarının Değişim Farkının İncelenmesi.....	132
5. SONUÇ VE ÖNERİLER	
5.1. SONUÇLAR.....	133
5.2. ÖNERİLER.....	139
KAYNAKLAR.....	141
EKLER	
EK-1 Bütüncül Değerlendirme	
EK-2 Birey Tanıtım Formu	
EK-3 Bağımlılık Profil İndeksi	
EK-4 Tedavi Motivasyonu Anketi	
EK-5 Tedavi Motivasyonu Anketi Kullanım İzni	
EK-6 Başa Çıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeği	
EK-7 Coopersmith Benlik Saygısı Ölçeği	
EK-8 Beck Depresyon Envanteri	
EK-9 Beck Anksiyete Envanteri	
EK-10 Etik Kurul İzni	
EK-11 Kurum İzni	
ÖZGEÇMİŞ	

Tablolar Listesi

Tablo 1: Alkol Bağımlılığı ile İlişkili NOC ve NIC'lerin Alan ve Sınıflara Göre Gruplandırılması	47
Tablo 2: Deney ve Kontrol Grubu Bireylerin Tanıtıcı Özelliklere Göre Dağılımı.....	81
Tablo 3: Deney ve Kontrol Grubundaki Bireylerin Sigara Kullanım, Fiziksel ve Ruhsal Hastalık Durumlarına Göre Dağılımı.....	83
Tablo 4: Deney ve Kontrol Grubu Bireylerin Alkolü İlk Kullanma Yaşı Ortalamaları.....	84
Tablo 5: Deney ve Kontrol Grubundaki Bireylerin Alkol Kullanımı ve Tedavi Olma Özelliklerine Göre Dağılımı.....	85
Tablo 6: Deney ve Kontrol Grubundaki Bireylerin Nüks Nedenlerinin Dağılımı.....	87
Tablo 7 : Deney ve Kontrol Grubundaki Bireylerin Ailelerinde Alkol Kullanımı Dağılımı.....	88
Tablo 8: Deney ve Kontrol Grubundaki Bireylerin Alkollüyen Yasal Sorun Yaşama Durumları Dağılımı.....	88
Tablo 9 : Deney ve Kontrol Grubundaki Bireylerin Değişim Aşaması Açısından Ön Test Değerlendirmelerinin Dağılımı.....	89
Tablo 10 : Deney Grubu Bireylerin Görüşme Sayısı ve Görüşme Sürelerinin Dağılımı.....	89
Tablo 11: Deney ve Kontrol Grubundaki Bireylerin Sigara ve İlaç Kullanım Özellikleri Dağılımı (Son Test).....	90
Tablo 12: Deney ve Kontrol Grubundaki Bireylerin Alkol Kullanım Özellikleri Dağılımı (Son Test).....	91
Tablo 13: Deney ve Kontrol Grubundaki Bireylerin Değişim Aşaması Açısından Son Test Değerlendirmelerinin Dağılımı.....	92
Tablo 14: Deney ve Kontrol Grubundaki Bireylerin Görüşmeler Öncesi (Ön Test) Bağımlılık Profil İndeksi Puan Ortalamalarına Göre Dağılımı.....	93
Tablo 15: Deney ve Kontrol Grubundaki Bireylerin Görüşmeler Öncesi (Ön Test) Tedavi Motivasyonu Anketi Puan Ortalamalarına Göre Dağılımı.....	93

Tablo 16: Deney ve Kontrol Grubundaki Bireylerin Görüşmeler Öncesi (Ön Test) Beck Depresyon (BDÖ) ve Beck Anksiyete Ölçeği (BAÖ) Puan Ortalamalarına Göre Dağılımı.....	94
Tablo 17: Deney ve Kontrol Grubundaki Bireylerin Görüşmeler Öncesi (Ön Test) Başa Çıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeği (COPE) Puan Ortalamalarına Göre Dağılımı.....	95
Tablo 18: Deney ve Kontrol Grubundaki Bireylerin Görüşmeler Öncesi (Ön Test) Benlik Saygısı Ölçeği (BSÖ) Puan Ortalamalarına Göre Dağılımı.....	96
Tablo 19: Deney ve Kontrol Grubundaki Bireylerin Görüşmeler Sonrası (Son Test) BAPİ Şiddetli İstek ve Motivasyon Alt Ölçek Puan Ortalamalarına Göre Dağılımı.....	96
Tablo 20: Deney ve Kontrol Grubundaki Bireylerin Görüşmeler Sonrası (Son Test) Tedavi Motivasyonu Anketi Puan Ortalamaları Dağılımı.....	97
Tablo 21: Deney ve Kontrol Grubundaki Bireylerin Görüşmeler Sonrası (Son Test) Beck Depresyon (BDÖ) ve Beck Anksiyete Ölçeği (BAÖ) Puan Ortalamalarına Göre Dağılımı.....	98
Tablo 22: Deney ve Kontrol Grubundaki Bireylerin Görüşmeler Sonrası (Son Test) Başa Çıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeği (COPE) Puan Ortalamalarına Göre Dağılımı.....	99
Tablo 23: Deney ve Kontrol Grubundaki Bireylerin Görüşmeler Sonrası (Son Test) Benlik Saygısı Ölçeği (BSÖ) Puan Ortalamalarına Göre Dağılımı.....	100
Tablo 24: Deney ve Kontrol Grubu Bireylerin Ön Test ve Son Test BAPİ Şiddetli İstek ve BAPİ Motivasyon Puan Ortalamalarının Dağılımı.....	100
Tablo 25: Deney ve Kontrol Grubu Bireylerin Ön Test ve Son Test Tedavi Motivasyonu Anketi Puan Ortalamalarının Dağılımı.....	101
Tablo 26: Deney ve Kontrol Grubu Bireylerin Ön Test ve Son Test Beck Depresyon ve Beck Anksiyete Ölçeği Puan Ortalamalarının Dağılımı.....	102
Tablo 27: Deney ve Kontrol Grubu Bireylerin Ön Test ve Son Test COPE Puan Ortalamalarının Dağılımı.....	103
Tablo 28: Deney ve Kontrol Grubu Bireylerin Ön Test ve Son Test BSÖ Puan Ortalamalarının Dağılımı.....	105

Tablo 29: Deney ve Kontrol Grubu Bireylerin Ön Test ve Son Test COPE Puanlarının Değişim Farkının Karşılaştırılması.....	106
Tablo 30: Deney ve Kontrol Grubu Bireylerin Ön Test ve Son Test BSÖ Puanlarının Değişim Farkının Karşılaştırılması.....	108



Şekiller Listesi

Şekil 1: Tidal Alanlar.....	21
Şekil 2: Tidal Süreç.....	22
Şekil 3: Birebir Seans Formu.....	27
Şekil 4: Araştırma Şeması.....	50



Kısaltmalar Listesi

BAPİ: Bağımlılık Profil İndeksi

MKÖ: Madde Kullanım Özellikleri

TÖ: Tanı Ölçütleri

YE: Yaşama Etkisi

Şİ: Şiddetli İstek

MOT: Motivasyon

TMA: Tedavi Motivasyonu Anketi

İM: İçsel motivasyon

DM: Dışsal motivasyon

KYA: Kişiler arası yardım arama

TG: Tedaviye güven

COPE: Başa Çıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeği

BSÖ: Coopersmith Benlik Saygısı Envanteri

BDE: Beck Depresyon Envanteri

BAE: Beck Anksiyete Envanteri

1. GİRİŞ

Ruh sağılığı alanında, ruh hastalığından iyileşme kavramı, son yıllarda artan şekilde ilgi görmektedir (1). İyileşme, tanı konmuş hastalığın ya da sıkıntının devam etmesine rağmen, kişisel olarak negatif etkilerin üstesinden gelme süreci olarak tanımlanır. Hastalığın neden olduğu sınırlamalarla, doyumlu, umutlu ve verimli bir hayat yaşama yoludur (2).

İyileşmenin kökeni, yaklaşık 70 yıl öncesine, Adsız Alkolikler (AA) gibi alkol ve madde bağımlılarının karşılıklı destek programlarına dayanır (3).

Alkol bağımlılığı relaps (nüks) ve remisyonlarla seyreden kronik bir hastalıktır. Yaşam kalitesinin arttırılmasının birinci koşulu olarak, alkol tedavisinin ilk amacı bağımlı bireyi olabildiğince uzun süre ayık tutabilmektir (4).

Uygulamada hemşireler tarafından geliştirilen bir iyileşme modeli olan Tidal Model, 1990'lı yılların ortalarında yürütölen, insanların hemşirelere niçin ihtiyaç duydukları, hemşirelikte bireylerin ve ailelerinin öneminin ne olduğu, hemşirelerin fark yaratmak için ne yaptığıyla ilgili uygulama temelli araştırmalardan geliştirildi (5). Hem bir model hem bir teori olmasına rağmen Tidal, her şeyden önce, uygulama için pragmatik bir felsefedir; iyileşme sürecini kolaylaştırmak için, ne yapılması gerektiğı hakkındaki bir düşünme şeklidir (6). Bireyin yaşadığı problemlere adapte olması ve/veya üstesinden gelebilmesi için nelere ihtiyaç duyduğuna odaklanır. Hemşirelerin bireylerle işbirliğı yaparak, yakından ve yetkilendirerek ilişki kurmalarını vurgular (7).

Tidal, normal bir hayat yaşamaya ihtiyacı olan bir kişiye destek ve hizmet sağlama üzerine odaklanır (8). Uygulayıcıları şu soruyu sormaya davet eder (2):

“Bireyin belirli ihtiyaçlarına ve hikayesine uygun bakımı nasıl uyarlarım ve böylece birey, iyileşme yolculuğuna nasıl başlar yada ilerler?”

Tidal (Gel-git) modele göre, yaşam, deneyim okyanusunda bir yolculuktur. Hastalık ve sağılık deneyimini de kapsayan bütün insan gelişimi, deneyim okyanusunda geçen yolculukta oluşturulan keşifleri içerir. Yaşam yolculuğunun kritik noktalarında, birey saldırı yada korsanlarla karşılaşır (kriz). Başka bir zamanda, gemi su almaya başlar ve birey boğulma yada kazayla yüz yüze gelebilir (bozulma). Birey onarım için yada travmadan iyileşmek için, güvenli bir limana götürecek kılavuza ihtiyaç duyabilir (rehabilitasyon). Birey, bireyi tekrar yaşamına geri koymayı amaçlayan, geminin tekrar denize açılabilmesi için gerekli gücü tekrar ele geçirmektedir (iyileşme) (9).

Etkisiz bireysel baş etme ve benlik kavramında bozulma hemşirelik tanıları, alkol bağımlılarında en sık üzerinde durulması gereken tanılardandır (10, 11, 12, 13, 14, 15).

Etkisiz bireysel baş etme hemşirelik tanısı; fiziksel, psikolojik, davranışsal, bilişsel kaynakların yetersizliğinden dolayı içsel ya da çevresel stresörleri yönetemeyen yada bu riski taşıyan bireydeki durumu belirtmektedir (10).

Benlik kavramında bozulma hemşirelik tanısı ise, kendine bakış açısında, kendi hakkındaki düşünceleri ve duygularında olumsuz bir değişim yaşayan/ bu riski taşıyan bir bireydeki durumu ifade etmektedir (10).

Alkol bağımlılarının alkolden uzak durma konusunda çaba göstermeleri ve yeni yaşam becerileri edinmeleri amacıyla bireylere yardım etmek, bireylerin öz yeterliliklerini yeniden oluşturup, alkol kullanımının döngüsel bir şekilde tekrarlamasını önlemek için, bireyin belirli ihtiyaçlarına uygun bakımı uyarlamak önemlidir.

1.1. ARAŞTIRMANIN AMACI VE ÖNEMİ

İyileşme sürecini kolaylaştırmak için, ne yapılması gerektiği hakkındaki bir düşünme şekli olan ve sürekli değişim halindeki insan deneyiminin akıcı doğasına vurgu yapan Tidal model'in, alkol bağımlılarına bireyselleştirilmiş bakım sağlamada uygun olacağı düşünülmektedir.

Tidal Model'e dayalı psikiyatri hemşireliği yaklaşımının, etkisiz bireysel baş etme ve benlik kavramında bozulma tanısı alan alkol bağımlılarında etkisini belirlemek araştırmanın amacını oluşturmaktadır.

1.2. HİPOTEZLER

"Tidal Model'e dayalı psikiyatri hemşireliği yaklaşımı, etkisiz bireysel baş etme ve benlik kavramında bozulma hemşirelik tanısı alan alkol bağımlılarında etkilidir" genel hipotezi altında, aşağıdaki hipotezler incelenmiştir:

- **H1₁:** Görüşmeler sonrası deney grubundaki bireylerin Başa Çıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeği (COPE) alt ölçek puan ortalamaları - inkar, davranışsal olarak boş verme, zihinsel boş verme, madde kullanımı, soruna odaklanma ve duyguları açığa vurma alt ölçekleri hariç - görüşme öncesine göre daha yüksektir.

- **H2₁:** Görüşmeler sonrası deney grubundaki bireylerin Coopersmith Benlik Saygısı Envanteri (BSÖ) puan ortalaması, görüşme öncesine göre daha yüksektir.
- **H3₁:** Görüşmeler sonrası deney grubundaki bireylerin COPE alt ölçek puan ortalamaları - inkar, davranışsal olarak boş verme, zihinsel boş verme, madde kullanımı, soruna odaklanma ve duyguları açığa vurma alt ölçekleri hariç - kontrol grubundan daha yüksektir.
- **H4₁:** Görüşmeler sonrası deney grubundaki bireylerin BSÖ puan ortalamaları kontrol grubundan daha yüksektir.
- **H5₁:** Görüşmeler öncesi ve sonrası COPE alt ölçekleri puanlarının değişim farkı, deney grubunda kontrol grubuna göre daha fazladır.
- **H6₁:** Görüşmeler öncesi ve sonrası BSÖ puanlarının değişim farkı, deney grubunda kontrol grubuna göre daha fazladır.

1.3.ARAŞTIRMANIN SINIRLILIKLARI

Alkol bağımlılarının tedaviye başvurmalarının 15-20 yıllık bir süreç sonunda olması, otuzlu yaşlarda bağımlılığın fark edilmesi sonucu, tedavi arama davranışının kırklı yaşların başlarında olması nedeniyle, 30-50 yaş arası bireylerin araştırmaya dahil edilmesi araştırmanın sınırlılığını oluşturmaktadır.

1.4. GENEL BİLGİLER

1.4.1. İYİLEŞME KAVRAMI İLE İLGİLİ GENEL BİLGİLER

1.4.1.1. İyileşme Kavramı

İyileşme kavramının, iki anlam içerdiğinden bahsedilmektedir. Birinci anlam, profesyoneller açısından iyileşme kavramının ifade ettiği anlamdır. İyileşmenin belirleyicisi olarak semptomatik ve işlevsel düzelme üzerinde durulur (1,2). Profesyoneller iyileşmeyi tanımlamak için nesnel, ölçülebilir ölçütler üzerinde dururlar: örneğin bir işi sürdürmek, okula devam edebilmek, bağımsız yaşamak ve ilaçlarını kendi kendine alabilmek. Klinik bakış açısıyla iyileşmeyi; tedavi, iyileştirim, toplumsal destek ve kişisel çabaların sonucunda normale denk düzeyde işlevsellikle sonuçlanan bir süreç olarak da tanımlayabiliriz (16).

Nesnel, klinik bir mercek ile bakıldığında, kişinin ruhsal bir yetiyitiminden iyileşmiş sayılması için aşağıdaki özelliklere sahip olması gerekir:

- Bir ruhsal bozukluğun belirtilerinde sıklık ve şiddet açısından klinik düzeyde olmayan, sürekli bir düzelme.
- Yapıcı, yaratıcı ve yaşa uygun olan okul yada iş gibi bir rol etkinliğine tam yada yarı zamanlı katılım.
- Para yönetimi, ilaç alımı, randevular, alışveriş, yemek hazırlama ve kişisel mülkiyetlerde bireyin günlük sorumluluklar alabildiği, aile ve diğer bakım verenlerin gözetiminden bağımsız bir yaşam.
- Samimi aile ilişkileri.
- Mekan ve ortamlara uyumlu eğlenti etkinlikleri.
- Ahbablar yada toplumsal bir ağla etkin bir arkadaşlık içinde bulunmakla nitelenen doyurucu akran ilişkileri (16).

İkinci anlam, kavrama birey açısından bakıldığında ortaya çıkan anlamdır. Burada iyileşme, semptom remisyonunu yada normal işlevsellığe dönüşü içerebilir; fakat, şart değildir (1). Hizmet alanlar, hastalığın seyri boyunca gelecek için umut ve şimdiki zaman için bir özdeğer duygusu ve amaç kazanmak isteğiyle yetiyitimiyle mücadele etme gibi iyileşmenin öznel göstergelerinin üzerinde dururlar (16). Hastalığın üstesinden gelmeye çabalamayı, kişinin onu iyileştiren ve onunla ilgilenenlerle işbirliği içeren bir ilişki geliştirmesini, kişinin kişisel hedeflerine ulaşma ve bireyselliğini yeniden kazanma yönünde ilerleme kaydetmesini içeren bu aşamayı ruhsal hastalıktan iyileşme olarak tanımlayabiliriz (16).

İyileşme, kişisel bir gelişme ve geliştirme süreci olarak görülür ve bütün ve anlamlı bir yaşamı kurmak ve kontrolü tekrar ele geçirmek için, bütün imalarıyla bir ruh hastası olmanın etkilerinin üstesinden gelmeyi içerir (1). Bu anlamıyla iyileşme,

- Kendi yaşamının kontrolünü sağlamak yada sürdürmek için, ruh sağlığı bakımındaki bir hasta olmanın etkilerinin üstesinden gelme,
- Umut ve kendini tanıma üzerine kurulan olumlu bir kimlik duygusu ve bütün ve anlamlı bir yaşamın kurulması,
- İncinebilirlik ve semptomlarla nasıl yaşanacağını kişisel olarak keşfedilme süreci,
- Bireyin tutumlarının, değerlerinin, hislerinin, hedeflerinin, becerilerinin ve rollerinin değişen, benzersiz, kişisel süreci,
- Hastalığın neden olduğu sınırlılıklarla, doyum verici, umutlu ve yardım edici bir yaşamı yaşama yolu,
- Ruh hastalığının katasrofinin ötesinde, bireyin gelişmesi için, yeni anlam ve amaç geliştirmeyi kapsar (1).

İyileşme yaşam boyu devam eden, benlikteki önemli değişimleri içeren bir süreç olarak görülür. Yaşam boyu devam eden bir yolculuktur. Bu değişimler aynı zamanda sancılı olmaktadır; fakat önemli kişisel gelişim düzeylerini de beraberinde getirmektedir (17).

İyileşme bireyin tutumları, değerleri, hisleri, amaçları, becerileri ve rollerinin, derin bir şekilde kişisel, benzersiz bir süreci olarak tanımlanır (17).

Berger'in (2006) aktardığı üzere, Anthony (1993) iyileşmeyi, psikiyatrik hastalığın katastrofik etkilerinden öteye hareket ederken, bireyin yaşamında yeni anlam ve amaç bulması olarak tanımlar. Deegan (1996) ise iyileşmenin, ruh hastalığı tanısı alan insanların, kendi iyileşmelerine katılma sorumluluğu olan kişiler olduklarını fark etmelerinde, temel olduğunu belirtir (18).

Ruhsal hastalıktan iyileşme süreci, birçok mücadelenin gerçekleştiği ve dayanıklılığın geliştiği, zamanla ilerleyen bir süreklilikte gerçekleşir. Bu süreç, normal ve doyum veren bir yaşama doğru kişisel bir gelişim olarak görülebilir (16).

Nesnel özellikler gibi, öznel olan çoğu deneyim de hastalık ve yetiyitiminden iyileşmeye giden yolda aralıksız olarak hareket eden bireyde mevcuttur (16). Bunlar:

- Olumlu benlik hissini geliştirmenin yanı sıra belirtiler ve yetiyitimi ile etkin bir şekilde mücadele sayesinde kazanılacak olan daha iyi bir gelecek için umut ve gerçekçi iyimserlik.
- Bir kişinin hedeflerine ulaşması, tedaviye katılması, tatmin edici ve toplum tarafından değeri verilen yeni roller keşfetmesi ile edindiği başarıdan kaynaklanan güçlenme.
- Sıkıntıların üstesinden gelebilecek, insanları inanç ve umutla birleştirebilecek manevi güç.
- Yukarıdan bakan ve buyurgan olan iyileştiricilerin zararlı mirasının izlerini silecek olan kendine yardım ve akranlardan gelen toplumsal destek.
- Ruhsal hastalığın ve bundan muzdarip olanların damgalanmaktan kurtarılması (16).

İyileşme süreci, devam eden belirtileri olan hastalığa rağmen, bir yaşam kurma ile belirtilerden bağımsız yaşama şeklinde gerçekteşen bir yolculuktur. İngilizcede tazelenmek anlamına gelen REFRESH kısaltması toplum içindeki normal bir yaşamda payı olan öğeleri bir araya getirir. İyileşme kavramı için uygun bir terim olan Refresh, yenilenmeyi, ruhun yeniden yapılanmasını, dayanıklılığı ve canlanmayı ifade eder. Tazelenme yetiyitimli kişinin büyüme ve gelişiminin canlanması demektir (16).

Relationships (İlişkiler)	deneyimlerini, duygularını ve hayallerini paylaşan insanlar
Empowerment (Güçlenme)	katılım, başarı ve kazanım ile elde edilen özsaygı
Family (Aile)	içinde karşılıklı duygu ve düşünceleri barındıran samimi ilişkiler
Recreation (Eğlenti)	normal mekanlarda toplumsal faaliyetlerden keyif almak
Education (Eğitim)	bağımsız yaşam için gereken bilgi ve becerileri öğrenmek
Spiritual (Manevi)	kişisel anlam mücadelesi için berkilme (sağlamlaşma) ve kişinin yalnız olmadığına inanması

Hope (Umut)

kendini iyileştirme için olumlu beklentileri

barındıran umutları olmak

İyileşme üzerine yapılan vurgu, ruhsal hastalıklara dair bakış açımızı belirti egemen tanılarla biyolojik olarak belirlenmiş sınıflamalardan alarak, daha geniş bir bakış açısı kazandırmıştır. İyileşme, bir akıl hastalığının kışkırttığı damgalanma ile bağdaşmayan normal bir yaşamı işaret eder. Herkes ister ruh hastalığı olsun ister olmasın, kendisi için tam ve saygın bir yaşam sürmenin anlamını kendi kendine tanımlayabilmeli, gelecek için umut ve iyimserlik taşıyabilmeli, kendi tercihlerini yapabilmeli, ilişkiler ve destekleyici bir çevre aracılığıyla geliştiğini hissedebilmelidir (16).

Ruhsal hastalıklardan iyileşme belirtiler ve bilişsel işlev bozuklukları etkisiz hale getirilince, mesleki ve toplumsal işlevsellik toplumsal yaşama etkin katılıma izin verecek şekilde iyileşince, bireyler güçlenme, kendini yönlendirme, özsaygı, kişisel sorumluluk ve değer, gelecek umudu ve günlük yaşamda doyum hissi kazanınca gerçekleşir (16).

1.4.1.2. İyileşme Sürecinin Önemli Bileşenleri

Umut: Umut, bireyin iyileşmesinin yada değişiminin mümkün olduğu inancıdır. İyileşme sürecini tetikler ve aynı zamanda iyileşmeyi sürdürür. Umut;

- Bir problemin olduğunu tanıma ve kabul etme,
- Değişimi üstlenme,
- Öncelikleri yeniden düzenleme,
- Güçsüzlüklerden ziyade, güçlü yönler üzerinde odaklanma,
- İyimserliği geliştirme,
- Kendine inanmayı içerir (1,19).

Spiritüallite: Katastrofik olaydan sonra bireyin yaşamını tekrar tanımlarken, önemli bir umut ve anlam kaynağıdır (1).

Sorumluluk ve kontrol: Bağımsızlık hissini geri kazanmayı içerir ve diğer alanlarla - özellikle güçlendirme- güçlü bir şekilde bağlantılıdır (1). Kontrol kelimesi iki anlama sahiptir. Birinci anlamda, semptomların yada stresin yönetiminin sonuçlarını belirtir. İkinci anlam, kontrol odağı yada kimin kontrol ettiğini belirtir. İyileşmede, kontrolü alan yada kendi yaşamında aktif bir ajan olan, bireydir (19). Semptomları yönetme;

- Hastalığı ve uygun hizmetleri bilme,

- Baş etme becerileri ve hastalığı yönetme stratejilerini geliştirme
- ilaç tedavisi
- Sağlıklı bir yaşam tarzı bulma ve iyiliği geliştirmeyi içerir (1).

Hastalığın semptomlarını hafifletme yada stresin sosyal ve psikolojik etkilerini azaltma yolu olarak, bazı hastalar için ilaç tedavisi başarılı bir stratejidir. Diğer bir strateji, iyi bir yaşam tarzı edinme ve belirti izlemeyi kullanma gibi özbakım uygulamaları vasıtasıyla, semptomların ve stresin etkilerinin oluşumunu ve şiddetini azaltmayı öğrenmektir. Sorumluluklar, gelişim hedefleri, bu hedeflere ulaşmada plan yapmak için diğerleriyle (aile ve arkadaşlar) birlikte hareket etme, karar verme görevini üstlenme ve özbakımıyla ilgilenmeyi kapsar (19).

Güçlendirme: En basit anlamıyla güçlendirme, ruh sağlığı sistemiyle uzun dönem etkileşimlerin ardından pek çok bireyin geliştirdiği bağımlılık, çaresizlik hissi ve kontrol kaybının bir düzelticisi olarak anlaşılabilir. Güçlenme hissi bireyin kendi içinde ortaya çıkar. Güçlendirme,

- Anlamlı seçimlerin yapılması, özgüven ve bilgiye bağlı olarak değişen otonomi,
- Risk almak için ve güvenli rutinin dışına çıkmak için istekliliği içeren cesaret,
- Kontrol ve kişisel sorumluluğu üstlenmek,
- Diğer vatandaşlar gibi, aynı sorumlulukları alma ve aynı hakları istemeyi içerir (1,19).

Bağlantı kurma: İyileşme sosyal bir süreçtir. Sosyal rolleri sürdürme ve arkadaşlar edinme, ilişkileri oluşturma ve sürdürmeyi kapsar (1,19).

Amaç: Yaşamda anlam ve amaca sahip olmak, temel bir insan gereksinimidir. Anlamlı roller bulmayı ve anlamlı rollerde hareket etmeyi, çalışmayı ve eğlence aktivitelerinden hoşlanmayı kapsar (1).

Kimlik bütünlüğü: Önemli bir iyileşme süreci unsurudur. Benliğin yeniden tanımlanması,

- Hastalığı kabul etme,
- Deneyimi anlamak için açıklayıcı bir çerçeve geliştirme,
- Ne olduğunu anlama ve kaybedilenler için üzülme,

- Hastalıktan ayrı olarak, benliği tanımlama,
- Kimlik duygusunu yeniden oluşturma,
- Özgüven ve özsaygıyı geliştirmeyi içerir (1).

Stigma: Ruhsal olarak hasta olmanın sosyal sonuçlarının üstesinden gelme, ikinci bir iyileştirme süreci olarak tanımlanmaktadır. Güçlü olma ve benliği yeniden tanımlamayla güçlü bir şekilde bağlantılı aktif bir süreçtir (1).

Jacobson (2001), iyileşmenin, iç şartların (tutumlar, deneyimler ve iyileşen bireylerin değişim süreçlerini) ve dış şartların (iyileşmeyi kolaylaştırabilen durumları, olayları, yasaları ve uygulamaları), her ikisini de belirttiğini ifade etmektedir. İç ve dış şartlar birlikte, iyileşme denen süreci oluşturur. Bu şartlar karşılıklı etkiye sahiptir. İç şartlar umut, iyileştirme, güçlendirme ve bağlantı kurmayı içerir. Dış şartlar ise, insan hakları, pozitif bir iyileştirme kültürü ve iyileşme yönelimli hizmetlerdir (19).

İnsan hakları psikiyatrik hastalığı olan bireylere karşı stigma ve ayrımcılığı azaltma ve ortadan kaldırma üzerinde durur. Hizmet sisteminde bireylerin haklarını koruma; iş, eğitim ve barınmada bireylere eşit fırsatlar sağlamayı vurgular. Pozitif bir iyileştirme kültürü görüşü, tolerans, dinleme, empati, anlayış, saygı, güvenlik, güvenme, farklılık ve kültürel yetkinlik tarafından karakterize edilen bir çevreyle başlar. Pozitif iyileşme kültürünün önemli bir unsuru, birey ve hizmet sağlayıcılar arasında işbirliğine yönelik bir ilişkinin gelişimidir. İyileşme yönelimli hizmetler semptom azaltma, krize müdahale, vaka yönetimi, rehabilitasyon, geliştirme, hakları koruma, temel destek ve kendine yardımı kapsar (19).

1.4.1.3. İyileşme Evreleri

İngiltere Ruh Sağlığı Enstitüsü birbirini izleyen dört evreyi belirtir (1):

- Bağımlı ve farkında olmayan,
- Bağımlı ve farkında,
- Bağımsız ve farkında,
- Birbirine bağlı ve farkında.

Başlangıç noktası, travmatik olaylar, ruh sağlığı sistemi, günlük yaşam, bozulan ilişkilerin etkisi ve hastalık deneyimi nedeniyle bağımlılık durumu olarak tanımlanır. Krizin bu aşaması, inkar, şaşkınlık, umutsuzluk, kimlik karmaşası ve kendini korumada eksiklikle karakterizedir. İyileşme sürecinin erken evresi, (bağımlı ve farkında) bireyin değerlerini, güçlerini ve zayıflıklarını tanımayı, hedefleri belirlemeye başlamayı, ruhsal hastalığı ve

uygun hizmetleri öğrenmeyi, iyileşme becerilerini edinmeyi ve diğerleriyle bağlantı kurmayı kapsar. Bir sonraki aşama (bağımsız ve farkında) kişisel olarak değerlendirilmiş hedefleri doğrultusunda çalışma, hastalığı yönetme konusunda sorumluluk alma ve kendi yaşamının kontrolünü ele geçirme, artan şekilde bilgi ve beceriyi geliştirme ve ilişkileri oluşturma ve sürdürmeyi kapsar. İyileşme sürecinin son aşaması ve hedefi, kişisel gelişme, kendini kabul, otonomi, pozitif ilişkiler, çevresel otorite ve yaşam amacı olarak tanımlanan psikolojik iyi olma durumudur. Bu aşamanın özelliği, kesinlikle, semptomların olmaması değildir; hastalığı yönetme yeteneği kazanması, bütün ve anlamlı bir hayat yaşama, depresyonlarla yüz yüze gelmede esneklik gösterme ve geleceğe dair olumlu tutumlara sahip olmaktır (1).

1.4.2. TİDAL MODEL İLE İLGİLİ GENEL BİLGİLER

1.4.2.1. Bir İyileşme Modeli: Tidal (Gel-Git) Model

1990'ların başlarından beri, hemşireler, bireylerin ve diğer önemli kişilerin tedaviye aktif katılımlarını artırma ve tedaviye katılımlarını cesaretlendirmenin önemine vurgu yapmaktadırlar (9).

Ruh sağlığı hizmetlerinde bakımın nasıl verileceği hakkındaki felsefi değişim, bireylerin kendi bakımlarına dahil olmalarının önemine vurgu yapmaktadır. Bu değişimden, iyileşme, birey merkezilik ve interdisipliner bakımı planlamayı içeren çeşitli kavram ve modeller ortaya çıkmaktadır. Baker tarafından Tidal modelin geliştirilmesi, bakım vericilere insancıl ve saygılı bir şekilde bireylerle ilgilenmelerini sağlayarak, bu kavramları birlikte uygulamaya koymaları için dayanak sağlar (19).

Tidal model 1995 ve 1998 yılları arasında İngiltere’de “Psikiyatri hemşireliği için gereksinim” üzerine ve hemşireler ve bakımdaki bireyler arasındaki güçlü ilişkinin farklı doğasına odaklanan bir dizi çalışmadan geliştirildi (20, 21, 22).

Tidal model, bireyin yaşadığı problemlere adapte olması ve/veya üstesinden gelebilmesi için nelere ihtiyaç duyduğuna odaklanır. Hemşirelerin bireylerle işbirliği yaparak, yakından ve yetkilendirerek ilişki kurmalarını vurgular (7).

Zor şartlar altında olsa da, olumlu yaşama şekillerini etkinleştirme üzerine odaklanır. Kişi iyileşme sürecinde önemli bir sürücüdür; fakat, uygulayan kişi bireyin iyileşme için potansiyelini çözmeye yardım edebilir (20). Modeli uygulayan kişiler çözümler için sadece

araçtır. Hemşireler için bu model, yaratıcılıklarını ve kişisel yeteneklerini ortaya koymak için bir fırsattır (23).

Bağ kurma, Barker tarafından tanımlanan, stres yaşayan bireyle yakın bir ilişki geliştirme vasıtasıyla, cankurtaranlar olarak bakım vericilerin gerçekleştirdiği, iyileşme süreciyle ilişkili bir yöntemdir. Bağ kurma sürecine başlamak için, bakım vericiler aşağıdakilere inanmaya ihtiyaç duyar (24):

- İyileşme mümkündür.
- Değişim kaçınılmazdır, son bulmaz.
- Sonuçta insanlar, onlar için en iyi olanı bilirler.
- İnsanlar iyileşme yolculuğuna başlamak için, ihtiyaç duydukları kaynakların hepsine sahiptir.
- Birey öğretmendir ve biz yardım ediciler öğrencileriz.
- Bizler, yapıcı bir şekilde ilgili olmaya, bireysel yardım için, şu anda neyin yapılmasına ihtiyaç duyulduğunu öğrenmeye ihtiyaç duyarız.

Tidal Model, normal bir hayat yaşamaya ihtiyacı olan bir kişiye destek ve hizmet sağlama üzerine odaklanır (8). Uygulayıcıları şu soruyu sormaya davet eder (5):

“Bireyin belirli ihtiyaçlarına ve hikayesine uygun bakımı nasıl uyarlarım ve böylece birey, iyileşme yolculuğuna nasıl başlar yada iyileşme yolculuğunda nasıl ilerler?”.

Modelin temelindeki felsefe, insanların bozukluk deneyimiyle kesintiye uğramış yaşamlarını iyileştirebilir olmalarıdır (25). Geleneksel olarak, ruh sağlığı çalışanları bireyi dinler ve sonra yönlendirir; Tidal Model’i uygulayanlar ise, dinler ve öğrenir (26).

Tidal, bireyin yaşam problemlerinin sebebini çözmeye odaklanmaz; fakat bireyin iyileşme yolculuğunda karşılanması gereken ihtiyaçları için bir sonraki adımı planlama vasıtasıyla, bireyin deneyimlerini ve deneyime verdiği anlamları araştırmayı amaçlar (6). Profesyoneller, insanların kendilerine ne olduğunu, şu an onlara ne oluyor olduğunu fark etmelerine ve bu bilgiyi, yaşamlarına pozitif bir yönde yön vermelerine yardım etmek için nasıl kullanabileceklerine yardım etme üzerinde odaklanırlar (27).

Tidal Model, karşılıklılık, saygı, işbirliği ve bireyin deneyimini nasıl anlamlandırdığını anlama gibi konular üzerinde durur (28). Bireyleri eski durumuna geri döndürmek yerine, geleceklerinde bir değişim yaratmak için uğraş verir (29).

1.4.2.2. Tidal Metaforlar

İnsanlar olağan dışı yada zorlayıcı deneyimleri tam olarak ifade etmek için kelimeleri bulmakta zorlanabilirler. İfade etmekte zorlandıkları olağan dışı, zorlayıcı deneyimler yaşadıklarında sıklıkla deneyimlerini ifade etme şekli olarak standart yada kişisel metaforlara başvurabilirler (6). Yerinde ve etkili metaforik dil kullanımı, bireyin kendi durumunu değerlendirmesi ve sorunu aşmaya yönelmesini sağlar. Metaforlar, bireyler açısından kavramların kolay anlaşılmasını, bireyin hayatında olan biteni farklı, geniş bir açıdan görmesini ve motivasyonunun artmasını sağlar (30).

Tidal Model’de gemicilik terimlerinin kullanıldığı görülmektedir.

Su

İnsan deneyiminin akıcı ve sürekli değişim halindeki doğası, Tidal modelin esas metaforunun temelini oluşturur – *su*. Su, Tidal modelin temel metaforudur. Tidal model, insan deneyiminin akıcı doğasını kabul eder. Heraklitos “her şey akar, sürekli değişir” demektedir ve “aynı nehirde iki kez yıkanılmaz” sözünü de ekleyerek tidal model için uygun bir metafor sağlamaktadır (9, 27).

Tidal modelde temel metafor olan *su*, hem psikiyatri hastası olan bireyin yaşanmış deneyimleri hem de bireyin insan desteğine olan ihtiyacına uygun olabilmek için kendi kendine yögrülen bakım sistemi için kullanılır (27).

Su metaforu aşağıda yer alan bir takım ifadelerle uyumludur (27):

- Yaşamımızın gel-gitleri kıyıyı yalayan dalgalar gibidir ve her nefes alıp verişimizde bu durum yansıtılır,
- Bütün insan yaşamı okyanustan oluşur,
- Biz, annemizin rahmindeki sudan ortaya çıkarız,
- Su, hemen hemen her yerde ruhun temizlenmesi için bir metafor olarak kullanılır,
- Su, yaşadıklarından bunalmış insanlar tarafından sıklıkla kullanılan boğulma kavramını hatırlatır,
- Suyun gücünü kontrol altına almak kolay değildir. Denizden bir miktar suyu kepçeyle boşaltabiliriz fakat bütün bir okyanusu kepçeyle boşaltamayız,
- Suyun gücüyle baş edebilmemizin tek yolu, suyun gücüyle nasıl yaşanacağını öğrenmektir,

- Sonuçta suyun gücü öngörülemez.

Bu metaforlar, sadece bütün insan deneyiminin değil, ruhsal sıkıntı deneyiminin gücünü ve elle tutulamayan bir şey olduğunu hatırlatır (8, 27).

Deneyim Okyanusu

İnsan deneyiminin akıcı bir yapısı vardır; sürekli hareket halindedir ve sürekli değişir. Epictetus'un da dediği gibi "Her şey sıvıdır" (31). Yaşam deneyim okyanusunda üstlenilen bir yolculuktur. Hastalık ve sağlık deneyimini içeren, bütün insan gelişimi, deneyim okyanusunda süren bir yolculukta elde edilen keşifleri kapsar. Yaşam yolculuğunun kritik noktalarında birey, fırtınayla hatta korsanlarla karşılaşabilir (kriz). Başka bir zaman, gemi su almaya başlayabilir ve birey boğulma yada deniz kazası olasılığıyla yüz yüze gelebilir (bozukluk). Birey iyileşmeyi üstlenmek yada travmadan iyileşmek için güvenli bir limana götüren klavuza ihtiyaç duyabilir (rehabilitasyon). Birey geminin güvertesinde yürüyebilme yeteneğini yeniden kazanmaktadır; birey yeniden yaşam rotasına oturmayı amaçlayarak, tekrar yola çıkabilir (iyileşme) (21, 22, 27).

Yaşam krizi deneyimleyen insanlar, metaforik olarak derin sulardadır ve boğulma riskleri vardır yada kayalıklardan fırlatılmış gibi hissederek. Travma yaşayan bireyler (şiddet yada kötüye kullanıma gibi) yada devamlı olarak yaşam problemleri olanlar (tekrarlayan bozukluklar, hastaneye yatırmalar, zorunlu hastaneye yatırılma nedeniyle özgürlük kaybı gibi) sıklıkla, benlik hislerinin kaybını belirtirler. Böyle bireyler, uygun bir mesafede, doğru iyileşmeye yol açmak için gerekli gelişimsel çalışma tarafından, karmaşık *cankurtarma* (psikiyatrik kurtarma) şekline ihtiyaç duyarlar. Bu, toplum içinde krize müdahale şeklinde yada bir yataklı kurumun güvenli limanı olabilir. Kurtarma (psikiyatrik bakım) toplum içinde anlamlı bir yaşama dönmesini sağlayarak, bireyi rotasına geri koymak için gerekli yardımı sağladığında tamamlanır (27).

İyileşme yada ruh sağlığının keşfine yönelik felsefik bir yaklaşım olan Tidal Model, bireyi değiştirmek için yapılması gerekenleri içeren bir tedavi modeli değildir. Tidal model, her ne kadar küçük ve ince ilerleyiş de olsa, bireyin zaten değişiyor olduğunu kabul eder. Profesyonellerin amacı, şimdiki yaşam problemleri tarafından yön verilecek seçimler yapmasında bireye yardım etmektir; böylece, bireyler deneyim okyanuslarında *eve* doğru bir rota çizmeye başlayabilirler. Bu anlamda, Tidal Model büyüme ve gelişmenin artması için

gerekli olabilecek şartları oluşturarak, bakımın etkilerini daha fazla vurgular. Bireyin kişisel olarak anlamlı ve uygun yaşam tercihlerine yardım desteğini amaç edinmemizi söyler (27).

Gelgit Metaforu

Deneyim okyanusunda geçen yaşam, yaşamın farklı aşamalarında deneyimlenen bir yolculuktur. Kişinin kendisi ve yaşamıyla ilgili bir şeyler öğrendiği, keşif ve aydınlanma seyahatidir (31).

Gelgit deneyimi, denizlerimizin ve ırmaklarımızın met ceziri gibidir. Tidal model, her nefes alma ve vermeyle yaşam zorluklarının içimizde ve dışımızda kabardığını kabul etmektedir (8). Her nefes alış yaşamı, her nefes veriş ölümü haber verir. İnsanlar devamlı yaşam ve ölümün gelgit zirvelerinde durur (31).

Metaforik Keşif Yolculuğu

Okyanus metaforu, herkes için yaşamın spiritüel bir yolculuk olduğunu kabul eder. En basit düzeyde, hepimiz beşikten mezara yolculuk ederiz. Okyanus metaforu aynı zamanda, insanların yaşamlarının çeşitli safhalarında ilerlerken bir araştırma ve keşif yolculuğu yaptıklarıyla da uygun görünmektedir. Araştırma ve keşif yolculuğu, sadece yeni yerler keşfetme fırsatı değildir. Aynı zamanda pek çok risk taşır: metaforik fırtına, geminin batma yada karaya oturma riski gibi. Geminin denize dayanıklılığı, bireyin sağlık durumu yada fiziksel yapısı için uygun bir metafor olarak görülmektedir. Açıkça, deneyim okyanusumuzda süren bu yolculuğu yapabilme derecemiz, yaşamlarımızın hikayesini çevirdiğimiz fiziksel bedenimize bağlıdır. Bu anlamda metaforik olarak, sıkıntılı olan zihin, kaçınılmaz bir şekilde araç olarak hizmet eden bedenle bağlantılıdır (27, 31).

İyileşme: Akıntıya kapılma yada derin sulara dalma

Akut stres altındaki insanlar, gemilerinin (beden) gerekli tamir işlerinin başlaması ve aynı zamanda mürettebatın (kendileri) güvenliğinin sağlanması için desteklenmiş hissedebilecekleri yer olan, *güvenli bir limana* ihtiyaç duyarlar. Bazı insanlar niçin bu sıkıntıların içinde olduklarını anlamak isterler. Bu olup biten ne anlama gelmektedir? Gelecekte benzer sıkıntılara düşmelerini önleyebilmek için bu deneyimlerden ne öğrenebilirler? Tidal Model, insanların *derin sulara dalma* ihtiyacı olduğunu kabul eder. Birey, fiziksel ve duygusal güvenliğini tehdit eden yada altta yatan nedenleri dikkatli bir şekilde değerlendirmeye ihtiyaç duyar. *Derin sulara dalma* metaforunun, birey için varolan

tehditlere karşı tavır almasını ve daha fazla beceri gerektiren durumları açıkladığı belirtilmektedir (27).

Tidal model herkes için, birey (yada aile) merkezli bakımı sağlamayı amaçlar. Aşağıdakilere vurgu yapar (27):

- Bireyin temel güvenlik ihtiyacı – hem varoluşsal hem fiziksel,
- Bireyin yaşam şartlarıyla sürekli değişen uyum kapasitesi,
- Bireyin var olan kaynakları – hem kişisel hem kişilerarası.

Hemşireler, *cankurtaranlar* olarak, stres yaşayan bireyle bağ kurar ve yakın ilişki geliştirirler. Bağ kurma sürecine başlamak için hemşirelerin, aşağıda belirtilenlere inanmaları gerekir (24):

- İyileşme mümkündür.
- Değişim kaçınılmazdır, son bulmaz.
- Sonuçta insanlar, onlar için en iyi olanı bilirler.
- İnsanlar iyileşme yolculuğuna başlamak için, ihtiyaç duydukları kaynakların hepsine sahiptir.
- Birey öğretmendir ve biz, hemşireler, öğrencileriz.
- Bizler, yapıcı bir şekilde ilgili olmaya, bireysel yardım için, şu anda neyin yapılmasına ihtiyaç duyulduğunu öğrenmeye ihtiyaç duyarız.

1.4.2.3. Tidal Model'in Altı Temel Prensipli

Tidal Model'in temel prensipleri, hemşirenin bireyle bakım ve tedaviye yönelik ilişki ve iletişim kurmasını sağlar (5, 7).

1- *Merak*: Hemşire bireyin kendi ile ilgili ne düşündüğünü, ne hissettiğini, ne bildiğini anlamaya çalışmalıdır. Hemşire, bireyin bakıma muhtaç hale düşmesine neden olan hangi önemli problemleri olduğunu merak etmelidir.

2- *Kaynak çeşitliliği*: Tidal Model sorunlar, eksiklikler ve zayıflıklar üzerine odaklanmaktan ziyade; iyileşme yolunda yardım edebilen, hem kişisel hem kişiler arası, bireye uygun pek çok kaynağı açığa çıkarmaya çalışır. Sorunun çözümü için, hastanın kişisel ve sosyal çevresinden de kaynak olarak faydalanır.

3- *Saygı*: Bireyler için öncelikli olan ihtiyaçları anlarken ve karşılarken, düşüncelerini ve bakış açılarını anlayarak onlara yönelmektir. Hastanın istekleri bakım sürecinin odak noktasını oluşturmaktadır.

4- *Krizin fırsat olarak kabul edilmesi*: Genelde krizler yönetilmesi ve kontrol altına alınması gereken problemler olarak görülmektedirler. Tidal model krizleri bir şeylerin değişmesi için birer işaret olarak görmektedir. Kriz durumları birey ve hemşire tarafından bir değişim fırsatı olarak görüldüğünde yarar sağlar.

5- *Hedef belirleme*: Tidal model iyileşme yolundaki küçük adımlara odaklanmıştır. Bütün hedeflerin belirlenmesi, açıkça bireye ait olmalıdır. İlk adım, hangi koşulların bireyi hastaneye getirdiğinin anlaşılmasıdır.

6- *Basit düşünme*: Psikiyatrik bakım ve tedavi karmaşık ve şaşırtıcı olabilir. Birey için ileriye yönelik değişiklik ihtiyacına sebep olabilen, en basit olası anlamlar görülmelidir. Bireyin pozitif yönde değişim gösterebilmesi için gerekli olan en basit ve küçük müdahaleleri içermelidir (5, 7).

Young'ın (2010) aktardığı üzere, Brookes, Tidal modeli, yapısı ve uygulaması altında yatan iki temel varsayımı açıklayarak toparlar. Birincisi sadece değişim, sürekli dir. Hemşirelerin verdiği bakım, hastaların sürekli değiştiğini bilmeye ihtiyaç duyar. İkinci varsayım, insanların kendilerinin hikayeleri olduğudur. Bireyin hikayesinin içinde, sorununun cevabı vardır (24).

Tidal Model bu iki varsayım, dört kuramsal yapı, on temel yaklaşım ve su metaforu arasındaki ilişkiler üzerine temellenir (24).

1.4.2.4. Dört Kuramsal Yapı

- 1) Ruh sağlığı bakımının birincil terapötik odağı, doğal ortamdır: sıradan yaşam dünyası. Bireyler, doğal hayatları olan deneyim okyanusunda yaşarlar. Psikiyatrik bir kriz, boğulma tehdidi olabilen, pek çok durumdan sadece biridir. Sonuçta eğer, ruh sağlığı bakımı için herhangi tek bir amaç var ise, o da insanların deneyim okyanuslarına geri dönmeleri olmalıdır; böylece kendi yaşam yolculuklarına devam edebilirler.
- 2) Değişim sürekli devam eden bir süreçtir. Tidal modelin temel bir amacı, sonuçta yaşamları üzerinde büyük bir etkiye sahip olacak, küçük değişimlerin farkındalığını geliştirmede insanlara yardım etmektir.

- 3) Bakım sürecinin kalbinde güçlendirme yatar. Hemşireler, yaşamlarının sorumluluğunu nasıl daha fazla alabileceklerini öğrenmelerinde bireylere yardım ederler.
- 4) Hemşire ve birey arasındaki terapötik ilişki, geçici bir uyum hareketini içerir. Hemşire ve birey bir süreliğine de olsa bir danstaki dansçılar gibi birleşmiştir. Hemşirelik, *bireyler için bakım yada bireylere bakmaktan ziyade, bireylerle birlikte bakım vermeyi* içerir (24, 27).

Hemşireler iki farklı rol ilişkisi içinde bulunmaktadırlar. Bunlar, hemşirelerin birey (ve aile) ile olan terapötik ilişkisi ve bakım ve tedavi ekibinin diğer üyeleriyle olan profesyonel ilişkisidir (25).

1.4.2.5. On Temel Yaklaşım ve Yirmi Tidal Yetkinlik

Tidal Model'in gelişme sürecinde, semptomları kontrol etme yada yönetmeye çalışmaktan ziyade, bireylerin yaşam değişikliklerini yapmalarında yardım etmek için hemşirelere felsefi odak sağlayan değerler ve özellikler tanımlanmaktadır. Bunlar arasında, Tidal Model uygulamasının özünü bulup çıkaran On Temel Yaklaşım ileri sürülmektedir. Model, iyileşmenin haritasını oluşturuyorsa, On Temel Yaklaşımın da pusulayı temsil ettiği ifade edilmektedir (5, 27). On Tidal Yaklaşım ve Yirmi Tidal Yetkinlik aşağıda yer almaktadır.

1- Sözü Önemse: İnsanların hikayelerini anlatmalarına izin ver. Hikaye, bireyin sıkıntılarını ve aynı zamanda çözüm umudunu da barındırır. Hikaye deneyimin sesiyle söylenir. Tidal, bireyin kendi sözleriyle yazılmış kayıtları ve bütün değerlendirmeleri sağlayarak, hikayenin somutlaştırılmış şekli içinde, insanlara kendi benzersiz hikayelerini geliştirmeye yardım etmeye çabalar.

Yetkinlik 1: Hemşire, bireyin hikayesini aktif bir şekilde dinleme kapasitesi sergiler.

Yetkinlik 2: Hemşire, devam eden bakım sürecinin bir parçası olarak, kişinin hikayesini kendi kelimeleriyle kaydetmesine yardım etme görevini yapar.

2- Dile Saygı Göster: İnsanlara sıkıntılarını kendi dillerinde ifade etmelerine izin vermeyi içerir. İnsanlar kendi yaşam hikayelerinin benzersiz ifade şekillerini geliştirirler. Garip gramer ve kişisel metaforlarla tamamlanan hikaye dili, iyileşmede yolu aydınlatmak için ideal bir ortamdır. Bizler, insanları, ayırt edici sesleriyle kendi kelimeleriyle konuşmaları için cesaretlendiririz. Profesyoneller tarafından yazılan hastalar hakkındaki hikayeler, psikiyatri yada psikolojinin gizli, teknik diliyle yazılır. Tidal uygulayıcılar, kişinin doğal dilini kullanarak, birey için en güçlü saygıyı iletirler.

Yetkinlik 3: Hemşireler, bireylere her zaman kendi dillerinde, kendilerini tanıtmalarına yardım ederler.

Yetkinlik 4: Hemşireler, bireylere kişisel hikayelerini, anekdotları, benzetmeleri yada metaforları kullanarak, belirli deneyimlerinin anlamlarını göstermelerine yardım ederler.

3- Gerçekten Merak Et: Hiç kimse bir başkasının deneyimini bilemez. Profesyoneller hikayeyi gerçekten merak etmeye ihtiyaç duyar; böylece hikaye anlatanı ve hikayeyi daha iyi anlayabilirler. Sıklıkla profesyoneller sadece, belirli yaralanma şekillerini izleyerek, kişiyle ilgili neyin yanlış gittiğiyle ilgilenirler. Örn: Belirti ve semptomları araştırarak. Gerçek merak, pek çok diğer hastada yaygın olan özellikleri sınıflama ve kategorize etmenin karşısı olarak, birey ve bireyin biricik deneyimine ilgiyi yansıtır.

Yetkinlik 5: Hemşireler, örnek ve detayları sorarak ve belirli noktaları aydınlatmak için sorular sorarak bireyin hikayesini merak ederler.

Yetkinlik 6: Hemşireler, bireyin kendi hızında hikayesini açmada, bireye yardım etmek için isteklilik gösterirler.

4- Çırak Ol: Birey hayat hikayesinde uzmandır. Profesyoneller, hikayenin gücünden bir şeyler öğrenebilirler. Bizler yol göstermekten ziyade, karşılanması gereken ihtiyacın ne olduğunu, bireyden öğrenmeye ihtiyaç duyarız. Hiç kimse diğer bir insanın deneyimini bilemez.

Yetkinlik 7: Hemşireler, kişinin belirttiği ihtiyaçlar, istekler ve dileklerin karşılanmasının nerde olursa olsun mümkün olduğu üzerine temellenen bir bakım planı geliştirir.

Yetkinlik 8: Hemşireler, belirli yaşam problemlerini tanımada bireye ihtiyaç duyarlar.

5- Uygun Aracı Kullan: Hikaye, geçmişte birey için neyin işe yaradığı örneklerini yada gelecekte bu kişi için neyin işe yarayabileceğini içerir. Bunlar, iyileşme hikayesini oluşturmada kullanılacak temel araçları belirtir. Bireyin hikayesiyle ilgilenmek, bakımı planlamada yardımcı olabilir.

Yetkinlik 9: Hemşireler, bireylere belirli yaşam problemleriyle ilişkili, onlar için neyin işe yarayacağı, neyin onlara karşı olduğu farkındalığını geliştirmelerine yardım eder.

Yetkinlik 10: Hemşireler, belirli yaşam problemleriyle ilgilenmede ilerde onlara yardımcı olabilecek belirli kişileri düşünmeleri ve belirlemeleri konusunda ilgi gösterir.

6- İleriye Adım Atma Becerisi Göster: Profesyonel ve birey “şu an” yapılmaya ihtiyaç duyulmanın ne olduğunu değerlendirmek için birlikte çalışırlar. Hemşire ve birey atılması gereken adımlara birlikte bakmaya ihtiyaç duyarlar. Her adım iyileşmeye doğru ilerlemedir. “İlk adım” iyileşmenin son hedefini gösteren ve değişim gücünü açığa çıkaran, çok önemli bir adımdır. İleriye hareket etmeyi tasarlamak yada hayal etmek önemlidir. Yolculuk hayallerimizde başlar.

Yetkinlik 11: Hemşireler, bireye, belirli bir yaşam probleminden öteye hareket etme yada çözüm yönünde bir adımı belirten değişiklik türünü tanımlamada yardım eder.

Yetkinlik 12: Hemşireler, istediği hedefler yönünde pozitif adım deneyimini başlatması için bireye yardım etmek için, yakın gelecekte neyin olmasına ihtiyaç duyduğunu tanımasında bireye yardım eder.

7- Zaman Ödülü Ver: Zaman aldatıcı olmasına rağmen, hiçbir şey daha değerli olamaz. Sıklıkla, profesyoneller, bireyle çalışmak için yeterli zamanın olmamasından şikayet ederler. Burada sorun zamanın kendisinden çok, profesyonelin zaman kavramıyla ilişkilidir. Birlikte geçirilen zamanın, hemşire ve bireyin her ikisine de bahsedilmiş, hediye edilmiş değerli bir şey olduğunu unutmama.

Yetkinlik 13: Hemşire, belirli ihtiyaçlarını belirlemek için ayrılan zamana farkındalığını geliştirmek için bireye yardım eder.

Yetkinlik 14: Hemşire, bakım verme ve değerlendirme sürecine, bireyin verdiği zamanın değerini kabul eder.

8- Kişisel Bilgeliği Açığa Çıkar: Sadece birey kendini bilebilir. Bireyler kendi iyileşmeleri için yeteneklere ve güçlere sahiptir. Birey hayat hikayesini yazarak yaşama vasıtasıyla, bilgeliğin gücünü geliştirir. Sıklıkla, insanlar deneyimlerini aktarmak için, güçlü bireysel metaforları çağırarak, deneyimlerinin karmaşıklığını, büyüklüğünü belirten kelimeleri bulamayabilirler. Profesyonel için önemli bir görev, bilgeliğe değer verme ve açığa çıkarma konusunda bireye yardım etmektir. Böylece, iyileşme yolculuğunun başından sonuna, bireyi güçlü tutmak için kullanılabilir.

Yetkinlik 15: Hemşire, kişisel güçlerinin ve zayıflıklarının farkındalığını geliştirmesinde ve tanımasında bireye yardım eder.

Yetkinlik 16: Hemşire, kendi kendine yardım yeteneğini artırarak, kendine inancı geliştirmesinde bireye yardım eder.

9- Değişimin Sürekli Olduğunu Bil: Değişim, sürekli olduğu için kaçınılmazdır. Bu, bütün insanlar için bilinen bir hikayedir. Bununla beraber, değişimin kaçınılmaz olmasına rağmen, gelişme ise seçime bağlıdır. Eğer gelişme görülürse, kararlar ve seçimler yapılmak zorundadır. Profesyonel yardımcının görevi, iyileşme yolculuğu hakkında kararlar vermesinde bireye destek olmak için, değişimin nasıl olduğu farkındalığını geliştirmektir. Bizler, iyileşme sürecinde tehlike ve stres dışına yönelmede bireye yardım ederiz.

Yetkinlik 17: Hemşire, değişikliklerin zorluğu konusunda farkındalık geliştirmede bireye yardım eder (düşüncelerde, hislerde, davranışlarda).

Yetkinlik 18: Hemşire, bu değişiklikleri etkileyen olayları yada diğer kişiler hakkında farkındalık geliştirmede bireylere yardım eder.

10- Şeffaf Ol: Kişi ve profesyonel, bir takım olduğunda, her ikisi de silahlarını bırakmalıdır. Hikaye yazma sürecinde, profesyonelin kalemi de sıklıkla bir silah olabilir. Profesyoneller ayrıcalıklı bir pozisyonundadır ve her zaman şeffaf olarak, neyin olduğu ve niçin olduğu konusunu bireyin anlamasına yardım ederek güven oluşturmalıdır. Güven paylaşımı karşılıklı olmalıdır. Bireyin kendi dilini kullanarak ve bütün değerlendirmeleri ve bakım planını birlikte tamamlayarak, profesyonel-birey ilişkisinin işbirlikçi doğası daha şeffaf olur.

Yetkinlik 19: Hemşire, bireyin bütün bakım süreçlerinin amacının, her zaman farkında olmasını sağlamayı amaçlar.

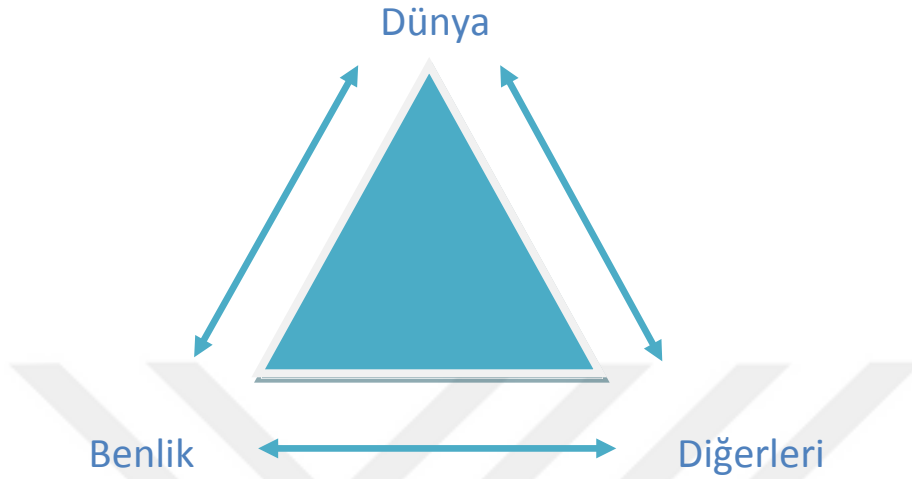
Yetkinlik 20: Hemşire, bakım planı ve bütün değerlendirme dökümanlarının kopyalarını bireyin elde etmesini sağlar (5, 23, 24, 27, 32).

1.4.2.6. Temel Tidal Süreçler

Tidal Model, ruh sağlığı hemşireliği uygulamasına temel olan ve herhangi bir bakım ortamı ve herhangi ruh sağlığı popülasyonu için uygun olan, bakım süreçlerine odaklanmış psikiyatri hemşireliği uygulamasının köklü, evrensel bir modelidir (22).

Tidal Model, başa gelen ve insanları boğulma ile tehdit eden, ruhsal hastalıktan acı çekme olarak tanımlanan yaşam problemlerinin insan olma deneyimiyle ilişkili olarak sıkıntının, kişi tarafından yüklenen ve kişiye yüklenen çeşitli anlamların sıkıntısını da içermesi bakımından, temel düzeyde manevi bir kriz olarak çözümlenebileceğini kabul etmektedir (22).

Tidal model, bozukluğun ve iyileşmenin, bireyin bütün yaşanmış deneyimleri yada yaşam dünyası içinde gerçekleştiği üzerinde durur. Hikaye, üç farklı fakat birbiriyle ilişkisi olan alanlardan (yaşam alanı) ortaya çıkar: benlik, dünya ve diğerleri (Şekil 1). Bu alanlar bireyin hikayesinin sahnelendiği metaforik sahnelerdir (6).



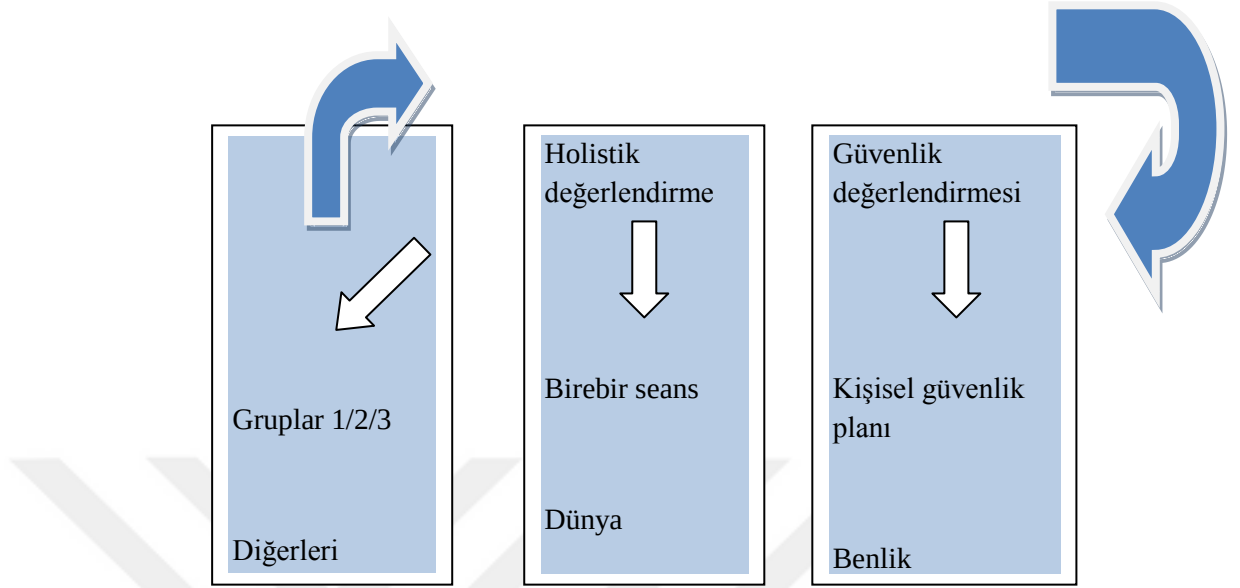
Şekil 1: Tidal Alanlar

Farklı Tidal süreçler, bu üç ortam içinde bireyin yaşadığı deneyimi araştırma çabası içinde geliştirilmektedir (6).

Tidal Model, gerekli iyileşmenin bir an önce başlaması gerektiğini kabul eder. Mümkünse birey bir an önce klinikle bağlantı kurmalıdır. Alışılmış biçimde, birey geçmiş tedavi ve bakım deneyimlerini tanımlayan uzun vaka notları eşliğinde kliniğe başvurur. Hemşirenin birinci görevi, hikayelerin ardındaki bireyin kim olduğu ve yaşamdaki problemlerin bireye ne sağladığını bulmaktır. Sonra, hemşire, yaşamdaki bu problemlerle ilgilenmeye başlamasında yardım edecek, ihtiyacı olan destek çeşidini bireyle görüşmelidir. Son olarak, hemşire, bireyin bireysel güvenlik algısını yükseltecek durumları görüşmelidir. Bireyi daha güvende hissettirecek nedir? Kendisi yada diğerlerinden gelecek zarar riskini azaltacak nedir? Bu konuları belirtmede kullanılan bütün Tidal süreçler, mümkün olduğunca çok, bireyin otonomisinin sürmesini ve bireyi şoför koltuğunda tutmaya çalışır. Bütün bir Tidal bakım süreci, birey taburcu olduktan sonra gerekli olacak kendini yönetme için bir prova olarak görülür (6).

Hemşire değişim için, neyin gerekli olduğunu tanımlama ve keşfetmede bireye yardım eden, bireyin duygusal ve fiziksel güvenliğini (benlik boyutu) sağlamak için, iyileşmeyi kolaylaştırmak (dünya boyutu) için ve bütün iyileşme sürecinde profesyonellerin, ailenin ve

arkadaşların olası rollerini (diğerleri boyutu) keşfetmelerini sağlamak için gerekli desteği sağlar (21).



Şekil 2: Tidal Süreç

Genel Tidal süreçler -girişten çıkışa- Şekil 2’de gösterilmiştir. Bu sürecin zorunlu bir şekilde, son derece esnek olduğu belirtilmektedir. Tidal çalışma bu alanlardan herhangi birinde başlayabilir. Eğer birey son derece rahatsız bir durumda ise, birinci odak, bireyin kişisel dünyası içinde dipte yer alan tehditleri araştırma, kişisel bir güvenlik planı geliştirme üzerinde durmaya ihtiyaç duyabilir (Benlik alanı). Eğer birey diğerleri yada kendisi için büyük bir risk değilse, ekip bireyi hikayesini anlatmaya başlaması için, holistik değerlendirme ve bunu izleyen birebir seanslar yaparak, cesaretlendirebilir (Dünya alanı). Eğer bireyler, bireysel çalışma ile meşgul olmaya isteksiz ise, grupların birinde oturarak, Tidal felsefe ortamına alışmaları için cesaretlendirilebilir. Burada, bireyin bakımda olan diğer kişiler yada ekip üyelerine güveni artabilir (Diğerleri alanı) (6).

Bireyin hikayesinin sahnelendiği metaforik sahnelerin açıklanmasına ve bu alanlarda nelerin yapıldığının anlatılmasına geçilebilir.

1.4.2.6.1. Benlik Alanı

Kişisel Güvenlik Planı

Bütün bakım alanlarının birinci önceliği, bireyin olabildiğince emin ve güvende hissetmesine yardım etmektir. Genel olarak akut servisler, ilaç tedavisiyle birlikte yakın

gözlem sağlar. Böyle müdahaleler fiziksel yaralanma riskini azaltır, fakat bireyin altta yatan duygusal güvensizliğine hitap edemez. Erken aşamalarda odaklanması gereken, hemşire hasta ilişkisinin daha da sağlamlaşmasını sağlayacak geçici bir kişisel güvenlik planı geliştirmektir. Yapılan bu ilk görüşmenin, işbirliğine yönelik ilişkinin prova edildiği bir görüşme olduğu belirtilmektedir (6).

Kişisel Güvenlik Planının amacı, kişinin 'su üstünde kalması' ve ciddi risk durumundan kurtulması için, hem kendisinin hem de diğer kişilerin neler yapabileceğini açıklamaktır. Kişisel Güvenlik Planı, kişinin Benlik Alanında ne olduğuna odaklanır. Kişinin duygusal olarak daha emniyetli hissetmesi için, düşünce ve hislerini nasıl yönetebileceğini tanımlar (31).

Güvenlik planı geliştirmede kullanılan formatta belirtilen sorularla kişisel güvenlik planı oluşturulur (33).

Güvenlik Planı Geliştirmede Kullanılan Format

- 1- Bugün nasıl hissediyorum?
- 2- Şuanda nasıl güvende hissedirim?
- 3- Daha güvende hissetmem için bana ne yardım edebilir?
- 4- Kendime zarar vereceğim değişiklikler nelerdir?
- 5- Hangi mesafede hemşire ekibi bana yardım edebilir?
- 6- Tam olarak, hemşirelik ekibi bana yardım etmek için ne yapabilir?
- 7- Başka kim daha güvenli hissetmem için yardım edebilir?
- 8- Tam olarak bana nasıl yardımcı olurlar?
- 9- Hemşiremle tekrar bir araya gelene kadar, kendimi nasıl güvende tutabilirim?
- 10- Geçmişte daha güvenli hissetmemde diğerleri yada ben ne yaptım?
- 11- Kendimi daha güvenli hissetmem için şimdi ne yapabilirim?
- 12- Hemşire ekibi, daha güvenli hissetmemde bana nasıl yardım edebilir? (33).

Kişisel güvenlik planı bireyin kendini daha emin ve güvende hissetmesinde yardım etmek için, zaten yaptığı yada yapabildiği şeyler ve diğerlerinin bu güvenlik hissini artırmak için ne yapabildiği hakkındaki görüşmelerden geliştirilir. Bu görüşme devam ederken, tartışılanları anlatan açıklamalar (notlar), bireyin kendi kelimeleriyle yazılır ve son olarak, bir kopyası hatırlamaya yardımcı olması açısından bireye verilir. Birey planı günlük rutinin parçası olarak denemek için cesaretlendirilir. Plan sonraki günlerde gözden geçirilir ve yararlı şeylerin sürdürülmesi yada daha geliştirilmesi ve etkisiz şeylerin bırakılması ve

alternatiflerle yer değiştirmesi için değerlendirilir. İlk olarak bu planın yazılmasını hemşire üstlenir. Fakat bu sorumluluk olabildiğince çabuk bireye geçmelidir (6).

Köprü Oluşturma (Bağ Kurma)

Stresli insanların desteklenmesinde kullanılan Tidal köprü metaforu, bakım sürecinde, bu aşamanın zorunlu çalışılması gerektiğini öne sürer (6,31). Köprü oluşturma yaratıcı bir çabadır. Karşı taraftaki önemli şeylere ulaşabilmemiz için tehdit edici suyu geçme aracı kavramını içerir. Ruh sağlığı bakımı kapsamında, sıkıntı içindeki bireye ulaşmayı amaçladığımız araçtır (27). Hemşire ekibi bakımdaki bireye doğru uzanmaya çaba göstermeli, fakat aynı zamanda bireyi, birlikte hareket etmek için cesaretlendirmelidir. Böylece bir bağlantı oluşturulabilir. Böyle bir karşılıklı bağlantı köprüsü olmaksızın, iyileşme sekteye uğrayabilir (6).

İzlem Değerlendirmesi

İlişki gelişirken hemşire ekibi, bireyin kendi kendine hislerini yansıtmaya ve hemşire ekibiyle ilişkilerinin gelişimine yardımcı araç olarak izlem değerlendirmesine başlar. Bu süreç bireye aşağıdakileri yapmasında yardım etmeye odaklanır (6):

- Bireyin kendi düşüncelerini, hislerini ve deneyimlerini kendi kelimelerinde rahatça ifade etmesi,
- Bu düşünce, duygular yada diğer deneyimlerin bireyi nasıl etkilediği hakkında konuşması (zellikle güvende yada savunmasız hissetmesi açısından),
- Bu kişisel durumları kalem ve kağıtlarla grafik olarak belirtme yada rakamla derecelendirerek ifade etmesi,
- Hemşire ekibiyle gelişen ilişkiyi özellikle mevcut yada potansiyel faydasıyla ilişkili olarak tartışması,
- Bireyin daha iyi bir kişisel güvenlik hissinin gelişmesini başlatmaya neyin yardımcı olabileceğini tartışması,
- Ekibin, bireyin kişisel güvenliğini destekleyecek hangi eylemi yapabileceğini tartışma (6).

İzlem değerlendirmesinin amacı, kişinin kendine yada diğer kişilere zarar verme riskini artıran tehlikeleri ve diğer duygusal güvensizlikleri tanımasına ve araştırmasına yardım etmektir (31).

Bu seansın sonunda bir sonraki seansa kadar, bireyin kendini güvende ne derecede tutabileceğini değerlendirmesi istenir. Son olarak, bütün Tidal seanslarda, izlem

değerlendirmesinin bir kopyası -bireyin kendi kelimeleriyle yazılmış- bireyin kendi referansı için oluşturulur; aslı referans için ekip tarafından saklanır (6).

1.4.2.6.2. Dünya Alanı

Bütüncül Değerlendirme

Bütüncül Değerlendirmenin amacı, insanların nasıl yardıma ihtiyaç duyar hale geldikleri üzerine konuşmaya ve yaşam sorunlarını nasıl ele alabileceklerini tartışmaya başlamaktır. Bütüncül değerlendirme, kişinin kendi ihtiyaçlarına odaklanan, bir kişisel bakım planı geliştirmek için kullanılır (31).

Bütüncül değerlendirme bireyin yaşamını ve problemlerini daha detaylı olarak araştırmak için 5 sayfalık bir şablondur (6) (Ek-1).

Bütüncül Hemşirelik Değerlendirmesinin Gözden Geçirilmesi

- 1-** Problemin kökeni (Bugünkü problemlerin nasıl başladığı)
- 2-** Geçmiş problemlerin işlevi (Bunun beni nasıl etkilediği)
- 3-** Geçmiş duygu bağlamı (Başlangıçta nasıl hissettiğim)
- 4-** Gelişim öyküsü (Zamanla değişikliklerin nasıl olduğu)
- 5-** İlişkiler (Bunun ilişkilerimi nasıl etkilediği)
- 6-** Şimdiki duygusal bağlam (Şimdi nasıl hissettiğim)
- 7-** Bütüncül içerik (Bunların hepsi hakkındaki düşüncelerim)
- 8-** Bütüncül bağlam (Bütün bunlar bir insan olarak benim hakkımda neyi gösteriyor?)
- 9-** İhtiyaçlar, istekler ve dilekler (Şimdi neyin olmasına ihtiyaç duyuyorum)
- 10-** Beklentiler (Hemşire ekibinin benim için ne yapmasını ümit ediyorum) (33).

Seans için basit bir açıklamadan sonra hemşire, “sizi buraya getiren nedir?” sorusunu sorarak, bireyin konuşmaya başlamasını sağlar. İlk önce, birey yaşamındaki sorunu, zorluğu yada hakkında konuşmak istediği ve konuşmaya ihtiyacı olan diğer problemleri açıklamaktadır. Hemşire, bireyin yaşamındaki bu problemin farkında olmasının altında yatan ayrıntıları, geçmişte ve şimdi oluşturduğu etkisini, zamanla nasıl geliştiği yada değiştiğini ve bireyin diğerleriyle ilişkisi üzerindeki etkisini ortaya çıkartır. İkinci aşamada, üzerinde tartışılan problemin asıl problemi oluşturduğu, kişinin kendisinin sorun olmadığını anlamasına yardım etme üzerinde durulur. Yani probleme uzaktan bakması için cesaretlendirilir. Bireyde ne kadar strese neden oluyor? Bireyin günlük yaşamında ne kadar

alanı etkiliyor? Birey bunun üzerinde, eğer varsa ne kadar kontrole sahip? gibi konular üzerinde durulur (6).

Üçüncü aşamada, birey bireysel kaynaklarını keşfetmek için cesaretlendirilir. Bireyler, önemli olan insanları, fikirleri, inançları, değerleri ve niçin önemli olduklarını detaylı bir şekilde tartışması için cesaretlendirilir. Bakımdaki pek çok kişi için bu, yaşamının çeşitli yönlerini tekrar keşfetme sürecini içerir. Son aşamada, hemşire, problemin bir çözümünü oluşturabileceği algısını yada farklı bazı ihtiyaçların karşılanabileceği algısını ve böyle bir değişim sürecinin başlaması için, bireyin değişmesi gereken inançlarının ne olduğu algısını geliştirerek, bireyi birebir seanslar için hazırlar. Sonuç olarak, bu görüşmenin kaydının bir kopyası birey için oluşturulur ve aslı hemşire ekibi tarafından saklanır (6).

Birebir Seanslar

Süreç, kişinin yaşam sorunlarından konuşmaya teşvik edildiği Birebir Seanslarla devam eder. O günkü sorunun, meselenin yada zorluğun ne olduğundan bahsedilir. Seansların odak noktası, kişinin değişimin bir parçası olduğunun ve sorunları nasıl deneyimlediğinin, belirli koşullar altında az da olsa değiştiğinin farkında olmasıdır. Seansların amacı, halihazırda yaşadıkları değişiklikler, bu değişikliklere katkıları, bakım ekibi ve diğer kişilerin, kişinin hislerinde ve düşüncelerinde küçük ama istikrarlı değişiklikler olması için nasıl bir rol alabildiğinin farkına varmasını sağlamaktır. Tüm bunlar kişinin, farklı yaşam sorunlarını fark etmek amacıyla kullanabileceği, kendindeki kaynakları bulması için teşvik edildiği güçlendirme sürecinin parçasıdır (31).

Birebir seanslarda, şu anda birey için önemli olan konuları araştırmak için, ayrılacak zaman günlük olarak belirlenir. Seanslar, bireyin bu problemi şu anda nasıl yaşadığının tartışılması üzerinde odaklanır. Bireyin durumu nasıl ifade edebildiği, geçmiş yaşantılara özgü öğelerle şimdiki yaşantı arasında bağ kurma vasıtasıyla araştırılır (6).

Birebir seanslarda kullanılan bir kayıt formu ve Tidal bakımın işbirliğine yönelik olan doğasının daha ileri düzeyde tasvirine yardım etmek için, bu kayıt formunun iki kolonu vardır: Bakımdaki birey için bir tane ve görüşmeyi yapan ekip üyesi için bir tane (Şekil 3). Soruların hepsi bireyin süreci içselleştirmesini mümkün kılmak için ifade edilir: “Neyi fark ettim?”, “Neyi tartışmaktayız?” . Aynı zamanda, bu, bireyin kendini değerlendirmesi için rutin bir yol sağlar. Birey, belirli bir durumu nasıl ele aldığını yada alabildiğini fark etmesi için ve sonra bu kişisel bilgisini nasıl kullanabileceği ve ekip üyelerinin nasıl yardım edebileceğini tartışması için cesaretlendirilir. Genel olarak, alabildiği destek çeşidi ve bunun nasıl

geliştirilebileceği konusunda fikrini beyan etmesi istenir. Bitirmeden önce, kendi kelimeleriyle özetlemesi istenir; bu özel seansla ilgili nasıl hissettiği üzerinde yorum yapmaya davet edilir. Oluşturulan kayıt, ekip üyelerinden ziyade bireyin kendi ifadeleriyle, birebir seansın detaylı bir özetini sağlar. Birebir seans kaydının bir kopyası bireye verilir (6).

İsim:		Tarih:
Hemşire:		Saat:
Amacım:		
Birey	Hemşire	
Neyi fark ettim?	Seansın odağı (<i>Neyi tartışmaktayız?</i>)	
Ne yaptım?		
Gelecekte ne yapacağım?		
Ödevim	Karalaştırılan ödev – yardım (<i>Hemşire ve ekip nasıl yardım edecek?</i>)	
Bu seansı nasıl buldum?	Destek (<i>Hemşire ve ekip genel desteği nasıl sağlayacak?</i>)	
İmza:	İmza:	
Tarih:	Tarih:	

Şekil 3: Birebir Seans Formu

1.4.2.6.3. Diğerleri Alanı

Diğerleri boyutunda, odak nokta, bireyin normal bir yaşam yaşayabilmesine hizmet etme ve destekleme üzerinedir. Bu boyut barınma, mali işler, meslek ve boş zaman gibi diğer önemli günlük yaşam alanlarını içeren, belirli tıbbi, psikolojik ve sosyal müdahale ihtiyacını vurgular (33).

Grup Çalışması

Tidal Grup Çalışmasının amacı, kişilerin sorunlarını diğer kişilerle paylaşabileceği, eşsiz değerlerinin farkına varacağı ve kişi olarak kimliklerini geri kazanacakları sosyal bir ortam sağlamaktır (31).

Grup çalışmasında kişiler;

- Stres deneyimlerini paylaşırlar,

- ‘Aynı gemide olan’ insanlardan destek alırlar,
- Sorunlarını ve yaşamlarını diğer kişiler üzerinden, farklı bir bakış açısından görürler,
- Değişimin yardımcı olmayı deneyimlerler, diğer kişilere destek sunarlar,
- Sorunlarla başa çıkmanın yeni seçeneklerini keşfederler,
- Diğer kişilerin deneyimlerinden öğrenirler,
- Yaşamlarının ve birey olarak değerlerinin farkına varırlar (31).

Tidal grup çalışması, üyeleri kendileri hakkında hasta olarak değil, insan olarak bahsetmeleri konusunda cesaretlendirmek için çeşitli formatlar kullanır. Tidal gruplar, eğitim deneyimine sahip her insanın yardım ve bir diğerine destek için grubu güçlendirerek, her bireyin kimliğini sürdürmesi için çalışır. Gruplar keşif, çözümler ve bilgi paylaşma gruplarından oluşur (6).

Keşif grubu, günlük yaşamın birçok yönüyle ilgili deneyimleri hakkında hikayeler anlatması için gruba olanak tanıyan iki ekip üyesi hemşire tarafından yönetilir. Hastalık ve problemler hakkındaki bütün konuşmalar yasaktır. Kolaylaştırıcı olarak hemşire de katılır ve kendini açmanın akıllıca kullanımı vasıtasıyla, bireylerin hemşireyi inançları ve hisleriyle bir insan olarak görmelerine yardım edilir. Keşif grubu yüksek derecede destekleyicidir ve doğal destekleyici çevre için bir çeşit model olarak hizmet eder (6).

Keşif grubu, kendileriyle ve birimdeki diğer insanlarla ve çalışanlarla ilgili çok şey keşfettikleri, insanların, oldukça destekleyici bir atmosferde diğer bakım alanlara ve çalışanlara kendileri ve hayatlarından bahsetme fırsatı buldukları bir ortam sağlar. Konuşarak, üyelerin diğer insanlarla paylaşımlarını arttırmaları için fırsat sunar (31).

Kapalı zarflarda bulunan kartları, gönüllülerin seçmesi, kartta yazılı soruları okuması ve cevap vermek istediği bir soruyu seçmesi istenerek uygulanır. Her zarfta üç soru vardır. Soru örnekleri şöyledir: “Gelecekte ne yapmak isterdiniz?”, “Üç dileğiniz olsaydı ne dilerdiniz?”, “Tüm gruba hangi soruyu sormak isterdiniz?”, “Gruptan birine hangi soruyu sormak isterdiniz?” gibi. Gönüllü kişi, soruya cevap verdikten sonra, soru grubun geri kalanına sorulur; kişinin söylediğine yorum yapmaya yada kendi cevaplarını vermeye davet edilir. Herhangi bir üye, grup içerisinde sorunlarından bahseder ve bu sorunları tartışmak isterse, bu sorunları Çözümler Grubunda yada Birebir Seanslarda dile getirmesi için teşvik edilir (31).

Çözümler grubunda, geleneksel anlamda liderlik etmekten ziyade, grup konuşmalarını yöneten tek bir hemşire vardır. Grup üyeleri, diğer üyeler tarafından sorular sorarak

gündeme alınan problemleri keşfetmek için cesaretlendirilir. Soru yöneltilen kişi her zaman sürücü koltuğundadır ve cevap vermek için baskı altında değildir. Birkaç soru turundan sonra, eğer gönüllü izin verirse, grup yorumlar, tavsiyeler yada başka yolla tartışmanın altındaki problemi destekleyen kanıtlar oluşturmak için cesaretlendirilir. Bitirmeden önce hemşire tartışmayı özetler ve tartışmanın bir sonucu olarak farklı deneyimleri paylaşmak için gönüllüleri davet eder (6).

Çözümler grubu, katılanların hem kendi elinde olan hem de arkadaşları, ailesi yada metaforik olarak, aynı gemide olduğu diğer kişilere ait olabilen, bulmaya çalıştığı cevapların pek çoğunun kaynağını fark etmelerine yardım eder (6).

İnsanların kendileri ve sorunları hakkında daha çok şey öğrenmelerine yardım eder ve iyileşme umudunu oluşturur. Değişim sohbetlerine, kişinin benzerlikler bulmasına ve diğer grup üyeleriyle 'ortak bir zemin' geliştirmesine odaklanır. Genellikle katılımcılardan onlarla birlikte bire bir çalışan uzmanlarla gruba katılmaları istenir. Grupta altı ile sekiz kişi olur, ancak yalnızca bir ya da ikisi tartışma konusu önerebilir. "İçinizden birinin şu anki sorunundan ya da sıkıntısından bahsetmesini isteyeceğim ve diğerlerinin onunla bu sorunla ilgili konuşmasını isteyeceğim" diyerek, bireyler sorunlarını paylaşmaya teşvik edilir. Kişinin her zaman 'kontrolün kendisinde olduğunu' hissetmesi önemlidir. Soruları 'alıp', ret hakkıyla birlikte son kararı kişiye vererek, kişinin duygusal olarak güvenli hissetmesi sağlanır. Birkaç 'tur' sorudan sonra yardımcı, kişiye diğer insanların sorun yada konuyla ilgili söyleyeceklerini duymak isteyip istemediğini sorar. Grup üyeleri kendi yorumlarını yapmaları için teşvik edilir; kişi de kendiyle ilgili bir yorum yaparak cevap vermeye davet edilir (31).

Bu destek süreci sayesinde, konuşmacı, 'kendi sorununun' diğerlerinden farklı olabileceğine ama onların hayatları üzerinde de benzer etki ve izlenimler bıraktığına yönelik bir farkındalık geliştirir. Tartışma sonlandırılırken en son önemli bir soru sorulur: "Bu hikayeyi (sorun ya da sıkıntıyı belirterek) bizimle paylaştın. Bizimle konuştuktan sonra **farklı olan ne**, merak ediyorum?"(31).

Bilgi paylaşma grubunda, grup üyeleri daha fazla bilgi almak istedikleri konuları tanımlar. Bilgi paylaşma grubu ilaç tedavisi, barınacak yer, toplum desteği, alternatif terapiler, sosyal yardımlar, kanunlar gibi konularda bilgi alabilecekleri, klinik ekip üyelerinden ziyade, belirtilen konular üzerinde uzman biri tarafından yürütülür (6).

Kişilerin hangi konularla ilgilendiğini bulmak için, tahtaya yada kağıda konular yazılıp, popüler konu belirlenir. Uygun bir grup temsilcisi belirlenip, seansın saati ve yeri konuşulur (31).

Bu üç boyutun her birinde hemşire, terapötik anlaşma kavramını kullanarak, anlatılanlar vasıtasıyla bireyin deneyim yapısını araştırmayı amaçlar (33).

1.4.2.7. Bakımın Sürekliliği

Bakımın öncelikli odağı, kişinin gerçek ihtiyaçlarını, zorluklarını yada sorunlarını ele almak için şu an ne yapılması gerektiğidir. İkinci öncelikli amacı da, ileride görülebilecek potansiyel sorunların yada zorlukların azaltılması için şu an ne yapılacağının belirlenmesidir. Bu anlamda bakım, hem şu ana hem de geleceğe odaklanır. Bakımın sürekliliği, kişinin var olan gerçek sorunlarını çözmesinden, belirli sorunların nasıl geliştiğine dair daha derinlikli bir anlayış geliştirmesine ve kişinin bu sorunları nasıl çözebileceğine ya da kabul edebileceğine yayılan geniş bir yelpazedir. Bu anlayış, kişinin ilerideki potansiyel sorunlarıyla daha etkili başa çıkmasını sağlar (31).

Tidal model, bakımın sürekliliğinde birbirini izleyen ve görünmez olan aşamalar da, bireyin bakım ihtiyaçlarının farklılaşacağını kabul eder ve üç çeşit bakımdan söz eder. Bunlar, acil bakım, geçiş dönemine yönelik bakım ve gelişime yönelik bakımdır. Belirtilen bu bakımlar, benlik, dünya ve diğerleri alanlarında kullanılmaktadır (6).

Acil Bakım

İnsanların aniden ortaya çıkan yada gittikçe zorlaşan sorunlarıyla başa çıkmaları gerektiğinde, bu sorunları çözme yöntemleri bulmalarına yardım eder. Acil bakım, kişinin kısa vadeli sorunlarına odaklanır. Bütüncül değerlendirmede açıklanan kişisel ve kişilerarası kaynakları kullanarak, kişinin acil sorunlarına pratik çözümler bulmaya çalışır. Kişisel güvenlik planında detaylandırılan, kişinin fiziksel ve duygusal güvenliğini garanti edip, diğerlerine zarar vermemesi için neler yapılması gerektiğini açıklar (31).

İnsanlar kriz yaşadıklarında çabucak bir çözüm bulmaya odaklanan acil bakıma ihtiyaç duyarlar. Güvenli akut bakım limanına ihtiyaç duyan birey, duygusal kurtarmaya ihtiyaç duyar, duygusal olarak güvenli hissetmek için yardıma ihtiyaç duyarlar ve günlük yaşamına dönmesinde ona yardım etmek için neyin yapılması gerektiğini anlamaya ihtiyacı vardır. Açıklama yaparak, yüzeydeki sorunlarla genel olarak ilgilenerek, kısa süreli odaklanma söz konusudur. Aynı şekilde cankurtaranlar ve yangın söndürücülerin de ilk önce krizin

azaltılması üzerine odaklandıklarından bahsedilmektedir. İlaçlar geleneksel olarak sıkıntıyı azaltmak için kullanılıyor olmalarına rağmen, acil bakımın sağlanmasında pek çok non-invazif yolların olduğundan söz edilmektedir: Empati, destekleyici bakım sağlama gibi (6).

Geçiş dönemine yönelik bakım

Öncelikle birey, değişiklik sürecinin başlarında acil problemlere yönelik çözümler üzerinde çalışmaya başlar. Bu hem hastaneden eve taburculuğu görüşme hem de ilk planda kriz meydana getiren problemi daha derinlemesine araştırmayı kapsar. Bu geçiş evresi, toplum bakımına yada daha özelleşmiş destek şekillerine sorunsuz geçiş sağlama üzerinde durur (6).

Kişinin hastaneye kabul işlemleri yada taburcu olması sırasında, kişi geçiş dönemine yönelik bakıma ihtiyaç duyar. Bir bakım ortamından bir diğerine yada bir başka servise geçerken de bu bakım gerekir. Geçiş dönemine yönelik bakım, kişinin bir ortamdan diğerine geçerken mümkün olan en sorunsuz geçişi deneyimlemesini sağlamayı amaçlar (31).

Gelişime Yönelik Bakım

Gelişime yönelik bakım, daha yoğun, daha uzun dönem destek gerektirebilen bir bakımdır. Bu bakım türü, kriz deneyiminin anlamı hakkında daha fazla öğrenmesinde bireye yardım etmeyi amaçlar. Böylece birey daha da güvenli bir şekilde geleceğe bakabilir (6).

Gelişime yönelik bakımın amacı, kişinin orta yada uzun vadede, yaşam sorunlarıyla başa çıkması için beceri yada yöntem geliştirmesidir. Bu rehabilitasyon, danışmanlık yada psikoterapi ile sağlanabilir. Gelişime yönelik bakım, belirli bir uzman yada ekibin yada toplum temelli destek gruplarıyla çalışan bir ekip çalışmasının sunduğu sürekli bir destek sürecini içerebilir (31).

1.4.2.8. Tidal Model ile İlgili Araştırmalar

Tidal Model'in uygulandığı kliniklerde yapılan değerlendirmelerin çoğu, bireylerin açıklamalarına yada verilen hizmetten bireysel memnuniyetin ölçülmesine dayanmaktadır. Tidal modelin orijinal pilot çalışmasında (1997-1999) kullanılan araştırma protokolü, küçük değişikliklerle, İngiltere, Kanada, Japonya ve İrlanda'da yapılan çalışmalarda kullanılmıştır. Orijinal çalışma, klinik ve idari ekip tarafından algılanan faktörleri ve modelin tanıtılmasının etkisini değerlendirmek için yapılan çalışmaları içermektedir. Değerlendirme protokolü, intihar yada kendine zarar verme girişimleri, agresyon atakları gibi kritik beklenmedik olayların sıklığına ve klinikte kalış süresi, formal değerlendirme ve bakım planının kabul

edilmesi ve başlaması arasındaki zamanın uzunluğuna odaklanmaktadır. Verilerin, Tidal modelin tanıtılmasından yıllar önce ve izleyen yıllarda toplandığı belirtilmektedir (6, 25).

İskoçya, İngiltere ve İrlanda’da yapılan altı akut bakım çalışmasında, orijinal değerlendirme protokolünün kullanıldığı ve kendine zarar verme ve intihar girişimleri, ekibe karşı agresif sözel ve fiziksel olaylar, fiziksel kontrol ve kısıtlama prosedürlerine ihtiyaç sıklığını ve personelin gerekli olan ilaç tedavisini kullanmaya ihtiyaç duyma zamanlarında, olumlu şekilde azalmalar sağlandığı belirtilmektedir (6).

Kontrollü yürütülmüş bir çalışmada, Gordon, Morton ve Brooks (2005), aynı hastanede üç benzer akut servisle diğer bir akut serviste Tidal modelin kullanılmaya başlamasını karşılaştırmıştır. Çalışmada bireysel faktörlere ek olarak, her servis için kaba bir ortam toksisitesinin ölçümünü sağlamak için bütün ciddi beklenmedik olaylar gruplara ayrılmıştır. Bu olaylar şunlardır (34):

- Kendine zarar verme niyeti yada girişimi,
- Klinikten kaçma girişimi,
- Fiziksel kısıtlama,
- Personele yada diğer hastalara karşı fiziksel şiddet tehdidi,
- Fiziksel saldırı,
- Cinsel saldırı,
- Sözlü saldırı,
- Kargaşa,
- Cinsel taciz,
- Irka yönelik taciz.

Tidal modelin uygulamaya başlamasından önceki 12 aylık sürede, 308 beklenmedik olay, çalışma grubu kliniğinde rapor edilmiş ve diğer üç akut servis için 258, 215 ve 180 olan sonuçlarla karşılaştırılmıştır. Dört akut serviste kaydedilen bütün olayların %32’sini Tidal Modelin uygulandığı servis oluşturmaktaydı. Tidal modelin uygulanmaya başlamasından sonraki 12 aylık sürede, kaydedilen beklenmedik olay sayısı, Tidal Modelin uygulandığı servis için %55 oranında azalmıştır. Farklı olarak, iki servisteki olaylarda artma görülürken, diğer serviste %8’lik bir azalma olduğu bildirilmiştir. Çalışmanın başında dört klinik içinde ortam toksisitesinin en yüksek olduğu klinik Tidal Model’in uygulandığı klinik iken, çalışmanın sonunda en düşük olan klinik olduğu belirtilmektedir. Ek olarak, Tidal Model’in

uygulanmasından sonraki yıl içinde, belirtilen faktörlerde aşağıdaki şekilde azalmaların olduğu belirtilmektedir (34):

- Kendine zarar verme niyeti yada girişimi: %55 azalma,
- Klinikten kaçma girişimi: %51 azalma,
- Fiziksel kısıtlamanın kullanımı: %46 azalma,
- Fiziksel şiddet riski: %52 azalma,
- Fiziksel saldırı: %40 azalma,
- Sözlü saldırı: %71 azalma,
- Tehdit etme: %67 azalma.

Fletcher ve Stevenson (2001), Tidal Model uygulamasını değerlendirdikleri çalışmalarında, hastanede kalma süresinde %24, şiddet oluşma sıklığında %40, kendine zarar verme epizotlarında %6 ve kısıtlamanın kullanımında %67 azalma olduğunu; servise kabul edilme ve ilk değerlendirme arasında geçen sürenin 3 günden 1.3 güne düştüğünü ve hem hemşirelerin hem de bakım alan bireylerin Tidal Model değerlendirmelerinin olumlu olduğunu belirtmektedirler (35).

Cook, Philips ve Sadler (2005) tarafından yürütülen fenomenolojik bir çalışmada, adli birimde, birim kültüründe algılanan değişiklikleri beş temayla gözden geçirmişlerdir: Umut, aynı düzeye getirme, ilişkiler, birlikte çalışma, insan olma hissi. Tidal model uygulanmaya başladıktan sonra, hemşirelerin daha umutlu oldukları ve bir fark yaratmaktan daha fazlasını yapıyor olduklarını hissettikleri belirtilmektedir. Benzer şekilde, hastaların umut ve iyimserlik hislerini kendi kelimeleriyle anlatabilmeyi hissettikleri belirtilmektedir. Tidal Model aracılığıyla, hastalar için olduğu kadar hemşireler için de umudu harekete geçiren bir ilişki geliştirildiği belirtilmektedir. Aynı düzeye getirme teriminin, kişilerarası güç ve kontrolde bir değişimi deneyimleme ile ilgili olduğu; derin, gerçek ve pozitif değişimi tanımlamak için kullanıldığı belirtilmektedir. Hastaların, hemşireler tarafından kendi iyileşme süreçlerine aktif katılımcılar olarak kabul edildiği belirtilmektedir. Ayrıca çalışmada, ekip üyeleri ve hastalar arasında güçlü bir ilişki ortaya çıktığı, güçlenmiş bir benlik hissi ve kişilerarası bağlantı hissi, birlikte çalışarak kolayca gösterilen işbirliği ve insan olma hissi belirtilmektedir. Yazarlar, Tidal model kullanmanın, hemşirelerin profesyonel olarak doyum sağlamasına, hastaların yaşadıkları deneyimleriyle kabul edilmesine, sinerjik bir kişilerarası süreci mümkün kılmasına katkı sağladığı sonucunu çıkarmışlardır. Tidal Model'in ilişkilerdeki katılım ve işbirliğini artırdığı belirtilmektedir. Tidal Model'in, bireylerin iyileşme

için kendi hedeflerini seçmelerine, hedeflere sahip olmalarına ve başarıma olasılıklarında artmaya katkı sağladığı ifade edilmektedir. Tidal Model'in hemşirelik uygulamasını, etkili terapötik ilişkilerin gelişimini kolaylaştıran bir şekilde desteklediği belirtilmektedir (36).

Bakımın temellendirildiği felsefe ve psikiyatri hemşirelerinin yaklaşımını araştıran nitel bir çalışmada, Tidal Model, bir psikiyatri ünitesi için özel olarak dizayn edilmiş bir model olarak tanımlanmaktadır. Ayrıca, Model'in bireyleri tedavilerinde büyük bir paydaş olarak resmettiği ileri sürülmektedir (28).

Tidal Model uygulaması ile ilgili hekimlerden geri bildirim alınan bir çalışmada ise, hemşirelerin hastalar hakkında daha fazla bilgi sahibi oldukları, kendi rolleri hakkında daha net gördükleri ve vaka tartışmalarında katılımlarının daha yapıcı olduğu belirtilmektedir (7).

Tidal Model'in interdisipliner bakım planıyla birleştirildiği bir çalışmada, hemşire ekibinden alınan geribildirimlerde, iş doyumunda artma ve bireylerin bakımlarına daha fazla katıldıkları yer almaktadır. Bireylerden alınan geribildirimlerde ise, bakımlarına daha fazla katıldıklarını hissettikleri, ekip tarafından dinlenmiş oldukları ve birlikte bir plan yapmaları istendiğinde şaşırıldıklarını belirtmektedirler (18).

1.4.3. ALKOL BAĞIMLILIĞI İLE İLGİLİ GENEL BİLGİLER

1.4.3.1. Tanım

Alkol çok eski çağlardan beri keyif verici, yatıştırıcı, uyuşturucu ve ilaç olarak kullanılmıştır. Alkol kullanımına bağlı sorunlar çağımızın en önemli sorunlarından biri olmuştur. Alkol kullanımı sağlık sorunları, trafik kazaları, özkıym, suça yönelme, aile parçalanması, ekonomik sorunlar, iş yaşamının bozulması gibi pek çok boyutu olan önemli bir konudur (37).

Alkol bağımlılığı bireyin beden ve ruh sağlığını, aile, toplum ve iş uyumunu bozacak derecede sık ve fazla alkol alma; alkol alma isteğini durduramama ile belirli bir bozukluktur (37). Alkol bağımlılığı relaps (nüks) ve remisyonlarla seyreden kronik bir hastalıktır (4, 38, 39).

1.4.3.2. Tanı Kriterleri

Amerikan Psikiyatri Birliği sınıflandırması olan DSM-IV, alkolle ilişkili bozuklukları Alkol Kullanım Bozuklukları (Alkol Bağımlılığı ve Alkol Kötüye Kullanımı) ve Alkolün Yol Açtığı

Bozukluklar (Alkol Entoksikasyonu, Alkol Yoksunluğu, Alkol Kullanımının Yol Açtığı Deliryum, gibi) olarak iki gruba ayırmaktadır (40, 41).

DSM-IV'e göre alkol bağımlılığı tanı ölçütleri aşağıdaki gibidir (40);

Alkol Bağımlılığı

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

(1) Aşağıdakilerden biri ile tanımlandığı üzere tolerans gelişmiş olması:

(a) Entoksikasyon ya da istenen etkiyi sağlamak için belirgin olarak artmış miktarlarda alkol kullanma gereksinmesi,

(b) Sürekli olarak aynı miktarda alkol kullanımı ile belirgin olarak azalmış etki sağlanması.

(2) Aşağıdakilerden biri ile tanımlandığı üzere yoksunluk gelişmiş olması:

(a) Alkole özgü yoksunluk sendromu,

(b) Yoksunluk semptomlarından kurtulmak ya da kaçınmak için alkol alımı.

3) Alkol çoğu kez tasarlandığından daha yüksek miktarlarda ya da daha uzun bir dönem süresince alınır.

4) Alkol kullanımını bırakmak ya da denetim altına almak için sürekli bir istek ya da boşa çıkan çabalar vardır.

5) Alkolü sağlamak, alkol kullanmak ya da alkolün etkilerinden kurtulmak için çok fazla zaman harcama.

6) Alkol kullanımı yüzünden önemli toplumsal, mesleki etkinlikler ya da boş zamanları değerlendirme etkinlikleri bırakılır ya da azaltılır.

7) Alkolün neden olmuş ya da alevlendirmiş olabileceği, sürekli olarak var olan ya da yineleyici bir biçimde ortaya çıkan fizik ya da psikolojik bir sorunun olduğu bilinmesine karşın alkol kullanımı sürdürülür.

Varsa belirtiniz:

Fizyolojik bağımlılık gösteren: Direnç artımı ya da yoksunluğun kanıtı vardır.

Fizyolojik bağımlılık göstermeyen: Direnç artımı ya da yoksunluğun kanıtı yoktur.

En az bir ay süre ile alkol bağımlılığı ölçütlerinden hiçbirisi olmazsa uygulanabilecek, dört remisyon belirleyicisi tanımlanmıştır. Dört tipte belirtilen remisyon tanımı, bağımlılığın

sonlanmasından beri geçmiş olan zaman dilimine göre ve bağımlılık yada kötüye kullanım için tanı ölçütlerinde bir yada birden fazla maddenin sürekli olarak var olup olmadığına göre yapılır. Bağımlılığı izleyen ilk 12 ay relaps riskinin özellikle yüksek olduğu bir zaman olduğu için bu dönem Erken Remisyon olarak adlandırılmıştır. On iki aylık erken remisyon dönemi relaps olmadan geçtikten sonra kişi kalıcı remisyona girer. Hem erken hem de kalıcı remisyon için, remisyon dönemi sırasında bağımlılık için tanı ölçütlerinden hiçbirini karşılanmıyorsa tam remisyon tanımı da kullanılır. Remisyon dönemi sırasında aralıklı ya da sürekli olarak bağımlılık tanı ölçütlerinden en az biri karşılanıyorsa kısmi remisyon tanımı kullanılır (40).

Erken Tam Remisyon: En az bir ay süreyle, ancak 12 aydan daha kısa süreli olarak bağımlılık için tanı ölçütlerinin hiçbirini karşılanmamış ise bu tanım kullanılır.

Erken Kısmi Remisyon: En az bir ay süreyle, ancak 12 aydan daha kısa süreli olarak bağımlılık için tanı ölçütlerinden biri yada birden fazlası karşılanmış ise bu tanım kullanılır (Bağımlılık için bütün tanı ölçütlerinin karşılanmamış olması gerekir).

Kalıcı Tam Remisyon: 12 aylık bir dönemde yada daha uzun bir süre içinde bağımlılık tanı ölçütlerinden hiçbirini karşılanmamışsa bu tanım kullanılır.

Kalıcı Kısmi Remisyon: 12 aylık bir dönemde yada daha uzun bir süre içinde bağımlılık için tanı ölçütleri tam karşılanmamış ise, bununla birlikte bağımlılık tanı ölçütlerinden biri yada birden fazlası karşılanmışsa bu tanım kullanılır (40).

2013 yılında yeniden oluşturulan DSM-5'te ise, alkolle ilişkili bozukluklar Alkol Kullanım Bozukluğu ve Alkolün Yol Açtığı Bozukluklar (Alkol Esikliği - Entoksikasyonu, Alkol Yoksunluğu, Alkolün Yol Açtığı Ruhsal Bozukluklar) olarak yer almaktadır (42).

DSM-5'e göre alkol kullanım bozukluğu tanı ölçütleri aşağıdaki gibidir (42):

Alkol Kullanım Bozukluğu

A. On iki aylık bir süre içinde, aşağıdakilerden en az ikisi ile kendini gösteren, klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya yada işlevsellikte düşmeye yol açan, sorunlu bir alkol kullanım öyküsü:

1. Çoğu kez, istendiğinden daha büyük ölçüde yada daha uzun süreli olarak alkol alınır.
2. Alkol kullanmayı bırakmak yada denetim altında tutmak için sürekli bir istek yada bir sonuç vermeyen çabalar vardır.

3. Alkol elde etmek, alkol kullanmak yada yarattığı etkilerden kurtulmak için gerekli etkinliklere çok zaman ayrılır.
4. Alkol kullanmaya içinin gitmesi yada alkol kullanmak için çok büyük bir istek duyma yada kendini zorlanmış hissetme.
5. İşte, okulda yada evdeki konumunun gereği olan başlıca yükümlülüklerini yerine getirememeye ile sonuçlanan, yineleyici alkol kullanımı.
6. Alkolün etkilerinin neden olduğu yada alevlendirdiği, sürekli yada yineleyici toplumsal yada kişilerarası sorunlar olmasına karşın alkol kullanımını sürdürme.
7. Alkol kullanımından ötürü önemli bir takım toplumsal, işle etkinliklerin yada eğlenme-dinlenme etkinliklerinin bırakılmaması yada azaltılması.
8. Yineleyici bir biçimde, tehlikeli olabilecek durumlarda alkol kullanma.
9. Büyük bir olasılıkla alkolün neden olduğu yada alevlendirdiği, sürekli yada yineleyici bedensel yada ruhsal bir sorunu olduğu bilgisine karşın alkol kullanımı sürdürülür.
10. Aşağıdakilerden biriyle tanımlandığı üzere, dayanıklılık (tolerans) gelişmiş olması:
 - a. Esrikliği yada istenen etkiyi sağlamak için belirgin olarak artan ölçülerde alkol kullanma gereksinimi.
 - b. Aynı ölçüde alkol kullanımının sürdürülmesine karşın belirgin olarak daha az etki sağlanması.
11. Aşağıdakilerden biriyle tanımlandığı üzere, yoksunluk gelişmiş olması:
 - a. Alkole özgü yoksunluk sendromu.
 - b. Yoksunluk belirtilerinden kurtulmak yada kaçınmak için alkol (yada benzodiazepin gibi yakından ilişkili bir madde) alınır.

Varsa belirtiniz:

Erken yatışma evresinde: Daha önce alkol kullanım bozukluğu için tanı ölçütleri tam karşılandıktan sonra, alkol kullanım bozukluğunun hiçbir tanı ölçütü (A4 tanı ölçütü dışında, "Alkol kullanmaya içinin gitmesi yada alkol kullanmak için çok büyük bir istek duyma yada kendini zorlanmış hissetme"), 12 aydan daha kısa süreli olmak üzere, en az üç aydır karşılanmamaktadır.

Sürekli yatışma ile giden: Daha önce alkol kullanım bozukluğu için tanı ölçütleri tam karşılandıktan sonra, alkol kullanım bozukluğunun hiçbir tanı ölçütü (A4

tanı ölçütü dışında, “Alkol kullanmaya içinin gitmesi yada alkol kullanmak için çok büyük bir istek duyma yada kendini zorlanmış hissetme”), 12 ay yada daha uzun bir süredir, hiçbir zaman karşılanmamıştır (42).

1.4.3.3. Alkol Bağımlılığının Yaygınlığı

2002 verilerine göre Dünya Sağlık Örgütü, dünya üzerinde 140 milyon insanın alkol bağımlısı ve 400 milyon bireyin ise alkolle ilgili problemleri olduğunu belirtmektedir (43).

Ülkemizde alkol kullanımı ve bağımlılığı üzerine yapılan çalışmaların önemli bir kısmı orta öğretim, lise ve üniversite öğrencileri ile yapılmıştır (44, 45). Genel popülasyonda alkol kullanım bozukluklarının yaygınlığını araştıran geniş tabanlı, yeterli sayıda çalışma bulunmaması alkol bağımlılığının yaygınlığı konusundaki bilgilere ulaşmayı zorlaştırmaktadır (46, 47).

2011 Türkiye Uyuşturucu Raporuna göre, Türkiye Uyuşturucu ve Uyuşturucu Bağımlılığı İzleme Merkezi (TUBİM) tarafından 2010 yılında Ankara’da 700 adreste uygulanan pilot çalışmada yaşam boyu alkol kullanımının %44 olduğu belirtilmiştir (48).

1.4.3.4. Alkol Bağımlılığında İyileşme

Relaps (nüks) ve remisyon dönemleriyle seyreden kronik bir hastalık olan alkol bağımlılığında iyileşme süreci, nüksleri önleyerek yada diğer bir deyişle remisyon sürelerini olabildiğince uzatarak mümkün olabilmektedir (49). İçme davranışının sonlandırılması ve ardından içmeme davranışının devamının sağlanması amacıyla, kişilere nüks oluşturma riski yüksek olan durum ve ortamlarda uygulayabilecekleri özdenetim becerilerinin kazandırılması önemlidir (50).

1.4.3.5. Alkol Bağımlılığına Yaklaşım (Nüks Önleme Yaklaşımları)

Tedaviye katılım evreleri ile bağlantılı olarak motivasyonun artırılması (hastaları tedaviye etkin olarak katılmaya, hedef belirlemeye yöneltme), güvenli, korumalı ve alkolsüz yaşam ortamlarının oluşturulması önemlidir (16).

Nüks önlemede hastalara verilecek eğitimler şöyledir:

Madde kötüye kullanımı ve bağımlılığın düzenekleri hakkında eğitim; hastaların alkol kullanımını ve bağımlılığı, tetikleyen etkenleri, aşermeyi, kesilmeyi ve alkol kullanımının zararlı sonuçlarını anlamalarına yardımcı olur (16).

Depreşmeyi önleme eğitimi; hastaların tetikleyicilerle, aşermeye ve çok riskli durumlarla başa çıkmasına; destek veren kişilerden yardım istemelerine; madde kullanımı dönemlerinin fazla uzamadan kesilmesine yardımcı olur (16).

Toplumsal beceri eğitimi; hastaların alkolü reddetme becerilerini geliştirmesine, temiz ve alkol kullanmayan akranlarla toplumsal temas ve ilişki kurmalarına ve aileleriyle uzlaşma içerisinde olmalarına yardım eder (16).

Güvenli bir şekilde geri çekilebilme becerisi; kaymayla sonuçlanabilecek yüksek riskli durumlardan kaçarak özdenetimlerini sürdürmelerine yardımcı olur. Hastalar gelecek günlerde, haftalarda yada aylarda oluşabilecek yüksek riskli durumlardan çeşitli kaçış davranışlarını çalıştıkları için (kendi yangın tatbikatları) bu beceriyi pekiştirirler (16).

Alkol kullanımının tekrar başlamasının habercisi olabilecek aşermeye dair uyarıcı işaretlerin doğmasına neden olan durum yada stres etkenlerinden uzaklaşabilme becerisi gereklidir. Bu beceri için somut bir yardımcı bellek sağlamak amacıyla hastalar destek sağlayabilecekleri – hastalar tarafından seçilmiş, temiz, alkol ve madde kullanmayan ve gerektiğinde hastaya yardımcı olmaya hazır olmayı kabul etmiş olan – kişilerin isimleri ve telefon numaralarının bulunduğu acil durum kartlarının oluşturulması yararlı olacaktır (16).

Kayma olduktan sonra alkol maddeyi mümkün olduğunca kısa sürede bırakmak, tüm boyutlarıyla oluşacak uzun süreli bir depreşmeden kaçınmak için uygun bir baş etme yöntemidir (16).

Alkol bağımlısının sağlıklı zevkler edinmesi, alkolün göz önünde olmadığı ve kişinin yanında temiz ve ayık arkadaşlarının yada aile üyelerinin olduğu tüm keyifli toplumsal ve eğlentsel faaliyetleri içerir (16).

1.4.3.5.1. Alkol Kullanımı ve Nüksetmesinde Uygulanan Bilişsel-Davranışçı Model

Alkol ve madde kullanımının temel nedenleri çoklu, değişik ve karşılıklı ilişki içindedir. Madde kullanımının başlamasında kalıtsal yatkınlık, hücrel uyum, ebeveynlerin ve akranların model alınması, sosyoekonomik faktörler, yaşlıların baskıları, maddelerin etkileri hakkında yanlış inançlar, zayıf kendilik imajı, maddeler üzerinde bireysel hakimiyet konusunda abartılı görüşler, maddelere ulaşabilmenin kolaylığı, kendi başına ilaç olarak sıkıntılardan kaçma ve diğer birçok etkenler sayılabilir. Bilişsel model, madde kullanımı davranışlarının devam etmesini, yeniden nüksetme eğilimini ve yapılabilecek terapötik

müdahale alanlarını anlayabilmek için özellikle öğretici kavramsal bir sistemdir. Bilişsel model madde kullanımını, sorunlu davranışı sürekli kılan olaylar zincirinde bir halkayı temsil eden ve terapötik müdahale için potansiyel bir alan oluşturan, yedi ögede tanımlar (51):

1. Yüksek risk uyarıcıları: İnsanlar, mekanlar ve nesneler gibi dışsal uyarıcıları içermektedir. Telefon eden uyuşturucu satıcısı, kokain hazırlamak ve çekmek için kullanılan el aynası, reklamı yapılan bir bira, alkol satın alınan büfe gibi.
2. Madde hakkında yanlış inançlar: Bunlar maddeler ve alışkanlıkları hakkındaki yanlış bakış açılarıdır. Bazen bu inançlar yanlış bilgilendirmeden kaynaklanır. Bu durumda psiko-eğitime ihtiyaç vardır. Bazen de madde kullanıcısının kullanımın zararlı etkilerini inkar etmeye devam etmesini sağlayan kendini besleyici söylencelerden kaynaklanır. Bu inançların çoğu maddenin üreteceği rahatlama duygularına odaklıdır ve yaygın olarak bilinen sonuçlarını göz ardı etmeye yöneliktir. Diğer inançlar, maddenin güçlü çekiciliğiyle ilgilidir ve madde alma isteği geldiğinde hiçbir şeyin engel olamayacağı şeklindedir. Diğer yanlış inançlar, biranın alkol olarak sayılamayacağı, istenildiği kadar içilebileceği varsayımıdır. Sosyal fobisi olan kişilerin rahatlamak için alkol kullandıklarını söylemeleri de örnek olarak verilebilir.
3. Otomatik düşünceler: Otomatik düşünceler (ne olduğunu umursamıyorum; hadi yapalım şunu) madde kullanıcısının madde kullanmaya karar vermesine yol açmaktadır. Hastalarla, bu düşünceleri gözlemlemeleri, bu düşüncelerin fiziksel duyular ve madde kullanmaya karar verme süreçleri üzerindeki etkisinin farkında olmaları üzerinde çalışılır.
4. Şiddetli arzular ve dürtüler: Hastalar, şiddetli arzuların döngüsel doğası hakkında bilgilendirilirler. Bu arzular sırasında madde kullanmayı ertelemeyi denemeleri sağlanır. Arzuları doğrultusunda hareket etmezlerse duyularının yatışacağını öğrenirler. Dikkatlerini şiddetli arzularından başka yöne çevirmeyi öğrenirler.
5. Madde kullanmayı normalleştirici düşünceler: Madde kullanmak için iyi bir sebep olduğunu iddia ederler.
6. Maddeye ulaşma stratejileri: Madde kullanıcılarının maddeyi elde etmek ve kullanmak için gerçekleştirdikleri davranışsal aşamalara işaret etmektedir.

Maddeyi sağlayan kişiye aramayı, bir bara gitmeyi, arkadaşlardan yada aile üyelerinden yalan söyleyerek para istemeyi içerir.

7. Bağımlılık yapan maddeyi kullanma: Son aşama hastanın alkolü gerçekten kullanmasıdır. Bu, madde kullanımı sürecinde normal bir sonuç olarak değıl bir aşama olarak düşünölmektedir (51).

Uzun bir süredir madde bağımlısı olan hastaların çoğı, problem çözme, iletişim kurma, organizasyon, zamanı kontrol etme, kendini ifade etme ve gözlemlene yeteneklerini verimli ve doyurucu bir yaşam için yeterli olabilecek seviyede geliştirememişlerdir. Bilişsel terapi, hastaların öz yeterliliklerini yeniden inşa edip yaşam stresini azaltmak, dolayısıyla da problemin döngüsel şekilde tekrar nüksetme ihtimalini zayıflatmak için, bu yeteneklerin hastalara kazandırılmasına odaklanmaktadır (51).

Bağımlılık yapan tüm maddelerde bağımlılığıın gelişmesi bir süreç içinde olmaktadır. Kişinin bağımlılığını bırakması da bir süreçtir ve değışim gerektirir (52).

1.4.3.5.2. Değışim Süreci ve Değışim Evreleri

Değışim sürecinin farklı evreleri vardır. Hastalar genellikle değışmesi gereken birden fazla davranışın mevcut olduğı problemlerle gelirler. Terapi sürecinde hastaların ilerlediğı değışim aşamalarını tanımlayan bir model, Prochaska ve DiClemente tarafından geliştirilmiştir (52, 53, 54, 55). Bu aşamalar şunlardır:

- Farkındalık öncesi evre,
- Farkındalık,
- Hazırlık,
- Eylem
- Sürdürüm (idame).

Farkındalık Öncesi Evre: Kişi madde kullanımının getirdiğı olumsuz etkilerin farkında değıldir. Maddenin herhangi bir zararının olmadığına inanmaktadır. Değışime henüz hazır değıldir ve değışmeye gereksinim duymamaktadır. Kişiye sorunu olduğı söylendiğinde kişi kendini savunmaktan çok şaşkınlık duyacaktır. Bu kişiler nadiren tedavi için başvurmakta, daha çok zorlama ile tedaviye getirilmektedirler. Kişiye bilgi vermek, sorun ile ilişkili farkındalığını artırmak ve değışme ihtimalini gündeme almak bu evrede yapılacak en uygun yaklaşımdır (52).

Farkındalık Evresi: Kişi kullandığı maddenin zararlarının farkına varmıştır. Maddenin kendisini olumsuz yönde etkilediğinin farkındadır. Henüz madde kullanımını bırakmayı düşünmemektedir. Bu evrenin en önemli özelliği ambivaleanstır. Sorununu kabul etme ve reddetme arasında gider gelir. Bu evrede tedaviye başvuru sıktır. Dirençle karşılaşma olasılığı da oldukça yüksektir. Durumunu netleştirmek için, içmenin avantajları ve dezavantajlarını yazması istenebilir (52).

Hazırlık Evresi: Madde kullanımını bırakmaya karar vermiştir. Maddeyi bırakmak istemektedir. Ancak bırakmak için henüz eyleme geçmemiştir. Düşünceleri arasında, “Bu sorunla ilgili bir şeyler yapmak zorundayım”, “Bu ciddi bir sorun. Bir şeyler değişmeli.” vardır (52).

Eylem Evresi: Kullandığı maddeyi bırakmıştır. Gerekli iradeyi göstermiş ve mücadeleye başlamıştır. Hem değişimin zorluklarının, hem de değişmeden duyulan mutluluğun yaşandığı bir dönemdir. Ancak tekrar başlama riski vardır (52).

Sürdürüm Evresi: Maddeyi bir önceki evrede bırakmış, temizliğini sürdürmektedir. Tekrar madde kullanmaya başlamamıştır. Tekrar başlamamak için çaba göstermektedir. Bundan sonra ya madde kullanmamayı sürdürecektir ve çıkış evresine girecektir ya da tekrar kullanacaktır. Tekrar madde kullanmaya başlamışsa, çemberin tekrar çevrilmesi sağlanmalı, kişinin burada çakılıp kalması önlenmeye çalışılmalıdır. Kayma ve relapsı doğal kabul etmek gerekir. Önemli olan kişinin cesaretini kaybetmemesinin sağlanmasıdır. Bundan sonra ya madde kullanmaya devam edecek, ya da kullandığı maddelerin zararının farkına tekrar varacak ve bırakma kararını verecektir (52).

Bu beş adım modeli, Freeman ve Dolan (2002) tarafından gözden geçirilmiş ve tedavi planını belirlemeyi sağlayan, on adım modeline genişletilmiştir. Değişim aşamaları modelindeki değişiklik şu şekildedir (53):

- Farkındalığın olmaması,
- Farkındalığa karşı,
- Farkındalık öncesi,
- Farkındalık,
- Eylem planlama,
- Eylem,
- Laps öncesi,
- Laps,

- Relaps,
- Sürdürüm.

Ögel'in (2010) aktardığı üzere, De Leon (1996) da on tane değişim evresi tanımlamıştır. Bu evrelerin altı tanesi tedavi öncesi, dört tanesi tedavi süreci için geçerlidir. Tedavi öncesi değişim evreleri şunlardır (54):

- **İnkâr:** Varolan sorunları kabul etmeden madde kullanımına devam etmek.
- **Bocalama/Dengesizlik:** Sorunların varlığını kabul etmek fakat sonuçların ciddiyetinin farkına varamamak.
- **Dışarıdan gelen motivasyon:** Sorunların varlığını görmek ve kabul etmek ama sorunların kaynağının dış nedenler olduğuna inanmak.
- **İçsel motivasyonlar:** Madde kullanımı ve kullanıma bağlı sorunları görmek ve kabul etmek.
- **Değişime hazır olmak:** Tedavi istemeden, değişim için olası seçenekleri değerlendirmek.
- **Tedavi için hazır olmak:** Değişebilmek için tedaviye ihtiyaç duyulduğunu kabul etmek.

Tedavi sürecindeki değişim evreleri ise şöyledir (54):

- **Bağımlılıktan arınma:** Madde kullanımını kesmek, davranışsal ve farmakolojik arınma.
- **Sakinme:** Maddeden uzak kalınan süreci devamlı kılmak.
- **Devamlılık:** Ayıklık hali ve maddeden uzak kalma davranışları, tutumu ve değerleri sergilemek.
- **Bütünlük ve kimlik değişimi:** Tedavinin etkilerinin toplamı, sosyal ve kişisel değişimle sonuçlanan iyileşme ve hayat deneyimleri.

De Leon'un bu sınıflaması, bireyleri umutsuzluğa sürüklememesi, çabaların sonuca ulaşacağını göstermesi ve bireylerin bir kısır döngü içerisinde olmadığına, iyileşme ve yaşam deneyimlerine vurgu yapması açısından önemlidir (54).

1.4.4. PSİKİYATRİ HEMŞİRELİĞİ YAKLAŞIMI İLE İLGİLİ GENEL BİLGİLER

1.4.4.1. Psikiyatri Hemşireliği

Ruh sağlığı hemşireleri toplum ve hastanelerde hizmet alan kişilerle çalışan önemli konumdaki personellerdir. Hizmet alan kişileri, kendi iyileşme yolculuklarında desteklemede önemli bir role sahiptirler. Bu süreçte, hizmet alan kişileri etiketler olarak değil insan olarak değerlendirmek, bireyler için bakım değil bireylerle birlikte yapılan bakım, iyileşmeyi kolaylaştıran yada zorlaştıran etkenlerin tanımlanması, iyileşmeyi sağlayan becerilerin tanımlanmasında bireyle birlikte çalışmak, bireyin bakımında yer alan diğer ekip üyeleri ile bireyler arasında bir bağ olarak rol alması, uygun toplumsal destek kaynaklarıyla bağ kurmasını sağlamak önemlidir (17).

Psikiyatri hemşiresi, Psikiyatri Hemşireliği Uygulama Standartları (Amerikan Hemşireler Birliği tarafından belirlenen) doğrultusunda, bireyin sağlık ve hastalık verilerini toplayarak, hemşirelik tanımlarını koyarak, bireye özgü beklenen sonuç kriterlerini tanımlayarak, beklenen sonuçlara ulaşmak için girişimleri tanımlayan bir bakım planı geliştirir. Bakım planı içinde tanımlanan girişimleri uygular ve beklenen sonuçlara ulaşma durumunu belirlemek için hastanın gelişimini değerlendirir. Bakım planını uygulama esnasında, danışmanlık, sağlık öğretimi, vaka yönetimi yapar ve ileri uygulama girişimleri arasında bulunan psikoterapiyi kullanır (11).

1.4.4.2. Hemşirelik Tanıları

Hemşirelik tanıları, hemşirenin bağımsız olarak uygun hemşirelik yaklaşımları ile önlemek, hafifletmek yada çözümlmek için yasal olarak ele almaya yetkili olduğu, birey/aile/ grupların varolan yada potansiyel sağlık problemleridir (11).

1.4.4.2.1. Alkol Bağımlılığında Hemşirelik Tanıları

Alkol bağımlıları için hemşirelik tanıları şöyle sıralanabilir (10, 11):

- Ağrı
- Duyusal-algisal bozulma
- Travma riski
- Yüksek şiddet riski: kendisine ve başkalarına yönelik
- Beslenmede dengesizlik: gereksinimden az beslenme
- Sıvı volüm eksikliği riski
- Uyku düzeninde bozulma

- Korku
- Bilgi eksikliği
- Ruhsal sıkıntı
- Anksiyete
- Etkisiz bireysel baş etme
- Savunucu baş etme
- Etkisiz inkar
- Benlik kavramında rahatsızlık
- Sosyal etkileşimde bozulma
- Sosyal izolasyon
- Cinsellik örüntülerinde etkisizlik
- Terapötik rejimi etkisiz yönetme riski.

1.4.4.3. Hemşirelik Girişimleri

Hemşirelik Girişimleri Sınıflandırma Sistemi (NIC), hemşirelik uygulamalarının standardize edilmiş ayrıntılı sınıflandırmasıdır. Hemşirelik girişimleri, bireyin iyilik durumunu yükseltmek için gerçekleştirilen bilgi üzerine temellendirilmiş eylemler olarak tanımlanmaktadır. 30 sınıf ve 7 alanda gruplandırılmıştır (11).

1.4.4.3.1. Alkol Bağımlılığında Hemşirelik Girişimleri

Bağımlılık hemşireliğinde, hemşirelik girişimleri şunlardır (56):

- Davranış yönetimi (Behavior Management)
- Davranış değiştirme (Behavior Modification)
- Çatışmayı uzlaştırma (Conflict mediation)
- Baş etmeyi güçlendirme (Coping Enhancement)
- Danışmanlık (Counselling)
- Taburculuğu planlama (Discharge Planning)
- Yeme bozukluklarının yönetimi (Eating Disorders Management)
- Çevre yönetimi: güvenlik (Enviromental Management: Safety)
- Aile terapisi (Family Therapy)
- Sıvı-elektrolit yönetimi (Fluid/Electrolyte Management)
- Affetmeyi kolaylaştırma (Forgiveness Facilitation)
- Sağlık eğitimi (Health Education)
- Sağlık taraması (Health Screening)

- İlaç tedavisinin yönetimi (Medication Administration)
- Beslenme yönetimi (Nutrition Management)
- Risk tanımlama (Risk Identification)
- Öz farkındalığı güçlendirme (Self-awareness Enhancement)
- Öz sorumluluğu kolaylaştırma (Self Responsibility Facilitating)
- Manevi destek (Spiritual Support)
- Madde kullanımını önleme (Substance Use Prevention)
- Madde kullanım tedavisi (Substance Use Treatment)
- Madde kullanım tedavisi: Alkol yoksunluğu (Substance Use Treatment: Alcohol Withdrawal)
- Öğretme: Güvenli cinsellik (Teaching: Safe Sex)
- Vital bulguları izleme (Vital Signs Monitoring)

1.4.4.4. Hemşirelik Sonuçlarının Sınıflandırma Sistemi

Hemşirelik Sonuçlarının Sınıflandırma Sistemi (NOC), hemşirelik girişimlerinin etkinliğini değerlendirmek için geliştirilmiş hastaya verilen bakıma ilişkin sonuçların kapsamlı, standardize edilmiş bir şekilde sınıflandırılmasıdır. Kullanımı kolaylaştırmak için 29 sınıf ve 7 alan içinde gruplandırılmıştır (11).

Tablo 1’de alkol bağımlılığı ile ilişkili olarak belirlenen NOC ve NIC’ler taksonomik yapıya (alan ve sınıflara) göre gruplandırılarak verilmiştir (56, 57, 58).

TABLO 1: Alkol Bağımlılığı ile ilişkili NOC ve NIC'lerin Alan ve Sınıflara Göre Gruplandırılması

NOC	NIC
3. Psiko-Sosyal Sağlık Alanı Sonuçları	3. Davranışsal Alan Girişimleri
O. Öz kontrolünü sağlayabilmesi - Anksiyetenin öz kontrolü (Anxiety self control) - Dürtülerin öz kontrolü (Impulse self control) - Depresyonun öz kontrolü (Depression self-control) N. Psiko-sosyal adaptasyon - Başetme (Coping) - Kabul: hastalık durumu (Acceptance: Health status) - Bireysel esneklik (Personal resiliency) - Psikososyal uyum sağlama: yaşam değişikliği (Psychosocial adjustment: life change) M. Psiko-sosyal iyilik hali - Umut (hope) - Duygu durum dengesi (Mood equilibrium) - Benlik saygısı (Self esteem) - Yalnızlık derecesi (Loneliness severity) - Yaşama isteği (Will to live) - Anksiyete seviyesi (Anxiety level) - Depresyon seviyesi (Depression level) - Motivasyon (Motivation) - Stres seviyesi (Stress level) P. Sosyal ilişkileri geliştirmek - Rol Performansı (Rol performance) - Sosyal katılım (Social involvement) - Sosyal etkileşim becerileri (Social interaction skills) - Sosyal destek (Social support)	O. Davranış Terapisi - Davranış yönetimi (Behavior management) - Davranış değiştirme (Behavior modification) - Öfke kontrolüne yardım (Anger control assistance) - Dürtü kontrol eğitimi (Impulse control training) - Girişkenlik Eğitimi (Assertiveness training) - Karşılıklı hedef belirleme (Mutual goal setting) - Sınırları belirleme (Limit setting) - Madde kullanım tedavisi (Substance use treatment) - Aktivite terapisi (Activity therapy) P. Bilişsel Terapi - Bilişsel yeniden yapılandırma (Cognitive restructuring) Q. İletişimi Güçlendirme - Kompleks ilişkileri oluşturma (Complex relationships building) - Sosyalleşmeyi geliştirme (Socialization enhancement) R. Başetmeye Yardım - Krize müdahale (Crisis intervention) - Danışmanlık (Counseling) - Madde kullanımını önleme (Substance use prevention) - Anksiyetenin azaltılması (Anxiety reduction) - Baş etmeyi güçlendirme (Coping enhancement) - Öz farkındalığı güçlendirme (Self-awareness enhancement) - Benlik saygısını güçlendirme (Self-esteem

	enhancement) - Öz sorumluluğu kolaylaştırma (Self responsibility facilitating) - Rol güçlendirme (Rol enhancement) - Sakinleştirme teknikleri (Calming technique) - Kaslarda ilerleyici gevşemenin sağlanması (Progressive muscle relaxation) - Karar verme desteği (Decision-making support) - Duygusal destek (Emotional support) - Destek sistemini geliştirme (Support system enhancement) - Doğruyu söyleme (Truth telling) - Değer açıklama (Value clarification) - Manevi destek (Spiritual support) - Destek grubu (Support group) - Mizaç yönetimi (Mood management)
2. Fizyolojik Sağlık Sonuçları	- Umut aşılama (Hope inspiration)
J. Nöro-kognitif - Karar verme (Decision making)	- Affetmeyi kolaylaştırma (Forgiveness facilitation) - Manevi gelişimi kolaylaştırma (Spiritual growth facilitation) -Öz yeterliliği geliştirme (Self-efficacy enhancement)
5. Algılanan Sağlık Sonuçları	S.Hasta Eğitimi - Eğitim: Bireysel (Teaching: Individual) - Eğitim: Hastalık süreci (Teaching: Disease process)
U. Sağlık ve yaşam kalitesi - Yaşam kalitesi (Quality of life) - Spirituel sağlık (Spiritual health)	
4. Sağlık Bilgisi Ve Davranışı Alanı Sonuçları	

Q. Sağlık davranışı - Sağlık bakımı kararlarına katılım (Participation in health care decisions) - Bireysel otonomi (Personal autonomy) - Boş zaman aktivitelerine katılım (Leisure participation) - Alkol kötüye kullanımını durdurma davranışı (Alcohol abuse cessation behavior) R. Sağlık inançları - Sağlık inançları (Health beliefs) T. Risk kontrolü ve güvenlik - Risk kontrolü: alkol kullanımı (Risk control: alcohol use) - Risk belirleme (Risk detection)	
6. Aile Sağlığı Alanı Sonuçları	5. Aile Alanı Girişimleri
X. Ailenin iyilik hali - Ailenin sosyal ortamı (Family social climate) d- Çocuk yetiştirme - Anne-babalık performansı (Parenting performance)	X. Yaşam boyu bakım - Aile sürecini sürdürme (Family process maintenance) - Aile desteği (Family support) Z. Çocuk yetiştirme bakımı - Çocuk yetiştirmeyi geliştirme (Parenting promotion) - Esnekliği geliştirme (Resiliency promotion)

1.4.4.5. Tidal Model'e Dayalı Psikiyatri Hemşireliği Yaklaşımı

İyileşme sürecini kolaylaştırmak için, ne yapılması gerektiği hakkında bir düşünme şekli olan ve sürekli değişim halindeki insan deneyiminin akıcı doğasına vurgu yapan Tidal Model'in, alkol bağımlılarına bireyselleştirilmiş bakım sağlamada uygun olacağı düşünülmektedir.

Tidal Model, hemşirelik uygulaması için kişilerarası ilişkilerin önemi hakkındaki Peplau'nun iddialarını geliştirmiştir. Bozuklukla ya da hastalıkla uğraşmak yerine, Tidal Model kişiyle ilişki kurmaya odaklanır. Bu uğraşın amacı, hastalık ve sağlıkla ilişkisini içeren, kişinin şu anki durumunu anlamaktır. Model kişisel problem çözme, kişisel kaynakları ortaya çıkarma, uygulamaya vurgu yapan sistemik ve çözüm odaklı yaklaşımlardan yararlanır (22).

Hemşire ve birey belirli roller ve sorumluluklar üstlenerek, terapötik ilişki yoluyla, bireyin kişilerarası ilişkiler ve problem çözme becerilerini geliştirirler (59). Böylece, birey, sorumluluk duygusu, potansiyeli olduğuna inanç, özgüven ve bağımsızlığa doğru değişim göstererek, yaşamına yeni bir bakış yada yön getirmeye çalışır (60, 61).

Alkol bağımlılarının alkolden uzak durma konusunda çaba göstermeleri ve yeni yaşam becerileri edinmeleri amacıyla bireylere yardım etme, bireylerin öz yeterliliklerini yeniden oluşturup, alkol kullanımının döngüsel bir şekilde tekrarlamasını önlemek için, bireyin belirli ihtiyaçlarına uygun bakımı uyarlamak önemlidir.

İyileşme sürecinin bileşenleri açısından ve iyileşme sürecindeki alkol bağımlılarının karşılaşılabileceği sorunlarda, hemşirelik yaklaşımlarını belirlemek için yol gösterici olarak hemşirelik tanılarına baktığımızda, tanıları şöyle sıralayabiliriz:

- Anksiyete
- Ruhsal sıkıntı
- Karar vermede çatışma
- Etkisiz bireysel baş etme
- Savunucu baş etme
- Etkisiz inkar
- Benlik kavramında bozulma
- Sosyal etkileşimde bozulma
- Sosyal izolasyon
- Yalnızlık riski
- Güçsüzlük
- Ümitsizlik
- Azalmış rol performansı
- Disfonksiyonel aile içi süreçler: Alkolizm.

Etkisiz bireysel baş etme ve benlik kavramında bozulma hemşirelik tanıları, alkol bağımlılarında en sık üzerinde durulması gereken tanılardandır (10, 11, 12, 13, 14, 15).

Tidal Model'in felsefesi, prensipleri, kuramsal yapısı incelendiğinde, etkisiz bireysel baş etme ve benlik kavramında bozulma hemşirelik tanısı alan alkol bağımlılarına bireyselleştirilmiş bakım sağlamada uygun olacağı sonucuna varılmıştır.

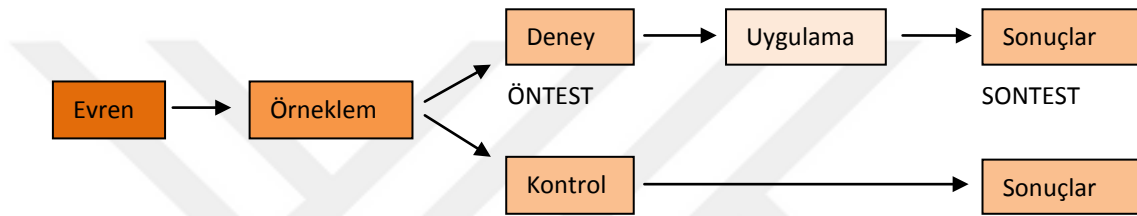
2. GEREÇ VE YÖNTEM

Bu bölümde, araştırma modeli, veri toplama araçları, evren ve çalışma grubu tanıtılmaktadır.

2.1. Araştırmanın Tipi

Araştırma, alkol bağımlılarında Tidal Model'e dayalı psikiyatri hemşireliği yaklaşımının etkisini inceleyen, yarı yapılandırılmış, yarı deneysel desende ön test, son test değerlendirmeli ve kontrol gruplu olarak planlanmıştır.

Şekil 4- Araştırma Şeması



2.2. Kullanılan Gereçler

Araştırmada veriler, Birey Tanıtım Formu, Bağımlılık Profil İndeksi (BAPİ), Tedavi Motivasyonu Anketi (TMA), Başa Çıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeği (COPE), Coopersmith Benlik Saygısı Envanteri (BSÖ), Beck Depresyon Envanteri (BDE) ve Beck Anksiyete Envanteri (BAE) kullanılarak toplanmıştır.

2.2.1. Birey Tanıtım Formu

Hastaların sosyo-demografik özelliklerini ve alkol kullanımıyla ilgili bilgileri değerlendiren, 26 sorudan oluşan bir formdur (Ek-2).

2.2.2. Bağımlılık Profil İndeksi (BAPİ)

Bağımlılık Profil İndeksi (BAPİ), bağımlılığın farklı boyutlarını değerlendirmek ve bağımlılık şiddetini ölçmek amacıyla Ögel ve ark. (2012) tarafından geliştirilmiş bir ölçektir. 37 soru ve 5 alt ölçekten oluşur. Alt ölçekler şunlardır: Madde kullanım özellikleri (MKÖ), Bağımlılık tanı ölçütleri (TÖ), Madde kullanımının kişinin yaşamına etkisi (YE), Şiddetli madde kullanma isteği (Şİ), Madde kullanımını bırakma motivasyonu (MOT). Her alt ölçek kendi içinde puanlandırılmaktadır. Her alt ölçeğin puanı eşit ağırlıkta BAPİ toplam puanını belirlemektedir. Bunun nedeni bağımlılık şiddetini her alt ölçeğin farklı biçimde etkilediği varsayımıdır. BAPİ, madde kullanan kişinin profilini çıkarabilen, buna uygun tedavi yöntemleri geliştirilmesine yardımcı olabilen bir ölçektir. BAPİ'nin özbildirim ve uygulayıcı

formu vardır. Her ikisinde de sorular aynıdır. Ancak yanıt seçenekleri daha keskin değerlendirme yapabilmek için öz bildirim formunda beşli, uygulayıcı formunda ise üçlü likert skaladır. Uygulayıcı formunda 2 puan kesme noktası sorunlu alkol kullanımına işaret etmektedir. Ölçeğin güvenirlik katsayısı 0.89 olarak bulunmuştur (62, 63). Bu çalışmada bireylerin, BAPİ'ne verdikleri yanıtlara göre yapılan güvenirlik çalışmasında, iç tutarlık Cronbach's alfa güvenirlik katsayısı 0.86 olarak bulunmuştur (EK-3). Bu araştırmada BAPİ, araştırma kapsamına alınacak bireyleri belirlemek için kullanılmıştır.

BAPİ'nin yazarlar tarafından kaynak gösterilme kaydıyla kullanılabileceği belirtildiği için, araştırmada kullanmak için ayrıca izin almaya gerek duyulmamıştır (62).

2.2.3. Tedavi Motivasyonu Anketi (TMA)

Tedavi Motivasyonu Anketi, alkol/madde bağımlılık tedavisine katılma ve tedavide kalma nedenlerini ölçmek için düzenlenmiş 26 maddelik öz bildirim dayalı; soruların "Kesinlikle katılmıyorum"dan "Kesinlikle katılıyorum"a değişen şekilde cevaplandığı 5 noktalı Likert tipi bir ölçektir. Ryan ve arkadaşları tarafından 1995 yılında geliştirilen ölçeğin geçerlilik ve güvenirliği Evren ve arkadaşları tarafından 2006 yılında yapılmıştır. Faktör analizi ölçeğin tanımlanabilir 4 faktör içerdiğini göstermiştir (64, 65):

İçsel motivasyon (İM) (1, 2, 4, 5, 7, 8, 9, 11, 15, 20 ve 23. maddeler): Tamamen kendisi tarafından belirlenmiş olmasa da içselleştirilmiş motivasyon,

Dışsal motivasyon (DM) (3, 6, 10 ve 12. maddeler): Tedavi arayışında olmak dışında bir seçeneği olmadığı duygusu ve tedavide kalmak için dışsal baskı,

Kişiler arası yardım arama (KYA) (17, 18, 19, 22, 25 ve 26. maddeler): Olgunun sorunlarını diğerleriyle paylaşma motivasyonu,

Tedaviye güven (TG) (13, 14, 16, 21 ve 24. maddeler): Tedavinin seyri ile ilgili beklentiler (64, 65).

Ölçeğin 13, 16, 21 ve 24. maddelerinde ters puanlama yapılır; alt ölçek puanları ve toplam ölçek puanı hesaplanır. Ölçeğin güvenirlik katsayısı 0.84 olarak bulunmuştur (64). Bu çalışmada bireylerin, TMA'ne verdikleri yanıtlara göre yapılan güvenirlik çalışmasında, iç tutarlık Cronbach's alfa güvenirlik katsayısı 0.64 olarak bulunmuştur. Bu çalışmada TMA, araştırmaya katılan alkol bağımlılarının tedaviye katılma ve tedavide kalma nedenlerini değerlendirmek için kullanılmıştır (Ek-4). Araştırmada ölçeği kullanmak için yazarlardan izin alınmıştır (Ek-5).

2.2.4. Başa Çıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeği (COPE)

Carver, Scheier ve Weintraub tarafından 1989 yılında geliştirilmiş, Türkçe geçerlilik ve güvenilirliği 2005 yılında Ağargün ve ark. tarafından yapılmıştır. Ölçek 60 sorudan oluşan bir öz bildirim ölçeğidir. Ölçeğin maddeleri dört seçenek üzerinden yanıtlanır. Bu yanıtlar: 1=Asla böyle bir şey yapmam; 2= Çok az böyle yaparım; 3= Orta derecede böyle yaparım; 4=Çoğunlukla böyle yaparım şeklindedir. COPE'un alt ölçeklerinin her biri ayrı bir başa çıkma tutumu hakkında bilgi verir. Alt ölçeklerden alınacak puanların yüksekliği hangi başa çıkma tutumunun birey tarafından daha çok kullanıldığı hakkında yorum yapma olasılığı verir. Bu 15 başa çıkma tutumu ya da alt ölçekler şunlardır: 1. Pozitif yeniden yorumlama ve gelişme, 2. Zihinsel boş verme, 3. Soruna odaklanma ve duyguları açığa vurma, 4. Yararlı sosyal destek kullanımı, 5. Aktif başa çıkma, 6. İnkâr, 7. Dini olarak başa çıkma, 8. Şakaya vurma, 9.Davranışsal olarak boş verme, 10. Geri durma, 11. Duygusal sosyal destek kullanımı, 12.Madde kullanımı, 13. Kabullenme, 14. Diğer meşguliyetleri bastırma, 15. Plan yapma. İşlevsel olmayan başa çıkma tutumları, Soruna odaklanma ve duyguları açığa vurma, İnkâr, Davranışsal olarak boş verme, Zihinsel boş verme, Madde kullanımı alt ölçekleri ile değerlendirilmektedir. Ölçeğin güvenirlik katsayısı 0.79 olarak bulunmuştur (66). Bu çalışmada bireylerin, COPE'a verdikleri yanıtlara göre yapılan güvenirlik çalışmasında, iç tutarlık Cronbach's alfa güvenirlik katsayısı 0.76 olarak bulunmuştur (Ek-6).

Bu çalışmada COPE, etkisiz bireysel baş etme hemşirelik tanısı alan alkol bağımlılarının başa çıkma tutumlarını, bireysel görüşmeler ve hemşirelik girişimlerinden önce ve sonra değerlendirmek için kullanılmıştır.

Ölçeğin yaygın kullanımı olduğu ve kullanıma açık olduğu için ayrıca yazarlardan izin alınmaya gerek görülmemiştir.

2.2.5. Coopersmith Benlik Saygısı Envanteri (BSÖ)

Stanley Coopersmith (1986) tarafından geliştirilmiş olan, Turan ve Tufan (1987) tarafından Türkçe'ye uyarlanarak geçerlilik ve güvenirlik çalışması yapılan ölçek, "benim gibi" ya da "benim gibi değil" biçiminde işaretlenebilen 25 maddeden oluşmaktadır. Bu maddelerde kişinin hayata bakış açısı, aile ilişkileri, sosyal ilişkileri ve dayanma gücü ile ilgili ifadeler bulunmaktadır. Alınan puanlar 0 ile 100 arasında değişmektedir. Benlik saygısının ortalamadan düşük ve yüksek olmasına göre değerlendirme yapılmaktadır. Alınan puanın ortalamanın altında olması benlik saygısının düşüklüğüne, ortalamanın üzerinde olması benlik saygısının yüksekliğine işaret etmektedir. Ölçeğin güvenirlik katsayısı 0.62 olarak

bulunmuştur (67). Bu çalışmada bireylerin, BSÖ'ne verdikleri yanıtlara göre yapılan güvenirlik çalışmasında, iç tutarlık Cronbach's alfa güvenirlik katsayısı 0.78 olarak bulunmuştur (Ek-7).

Bu çalışmada BSÖ, benlik kavramının bileşenlerinden olan benlik saygısını, bireysel görüşmeler ve hemşirelik girişimlerinden önce ve sonra değerlendirmek için kullanılmıştır.

Aynı şekilde, Benlik Saygısı Envanteri'nin yaygın kullanımı olduğu için ayrıca yazarlardan izin alınmaya gerek görülmemiştir.

2.2.6. Beck Depresyon Envanteri (BDE)

Her yanıtta elde edilen 0-3 arasındaki puanların toplanması ile değerlendirilen, toplam 21 sorudan oluşan bir depresyon derecelendirme ölçeğidir. Denk düşen puan aralıkları doğrultusunda ölçek, 1-10 arası normal, 11-16 arası orta derecede duygu durumu bozukluğu, 17-20 arası klinik depresyon; 21-30 arası orta düzeyde depresyon; 31- 40 arası ciddi düzeyde depresyon; 41-63 arası ağır depresyon biçiminde değerlendirilmektedir. Ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenirlik çalışması Hisli (1989) tarafından yapılmıştır. Ölçeğin güvenirlik katsayısı 0.73 olarak bulunmuştur (68). Bu çalışmada ölçeğin Cronbach's alfa güvenirlik katsayısı 0.81'dir (Ek-8).

Bu çalışmada BDE, araştırma kapsamına alınacak bireyleri belirlemek için kullanılmıştır.

2.2.7. Beck Anksiyete Envanteri (BAE)

Beck ve arkadaşları tarafından geliştirilen bireylerin yaşadığı anksiyete belirtilerinin sıklığının belirlenmesi amacıyla kullanılan kendini değerlendirme ölçeğidir. 21 maddeden oluşan, 0-3 arası puanlanan likert tipi bir ölçektir. Türkiye'de geçerlilik ve güvenirliği Ulusoy ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (69). Ölçekten alınan puanlar 0-7 puan aralığında ise minimal düzeyde anksiyete/normal, 8-15 puan aralığında ise hafif düzeyde anksiyete, 16-25 puan aralığında ise orta düzeyde anksiyete ve 26-63 puan aralığında ise şiddetli anksiyete olarak kabul edilmektedir (70). Ölçeğin güvenirlik katsayısı 0.93 olarak bulunmuştur (69). Bu çalışmada ölçeğin Cronbach's alfa güvenirlik katsayısı 0.86'dır (Ek-9).

Bu çalışmada BAE, araştırma kapsamına alınacak bireyleri belirlemek için kullanılmıştır.

Beck Depresyon ve Beck Anksiyete envanterleri klinikte yaygın kullanımı olan ölçeklerdir. Bu nedenle yazarlardan ayrıca izin almaya gerek görülmemiştir.

2.3. Kullanılan Yöntem

Bu başlık altında, Tidal Model'e dayalı psikiyatri hemşireliği yaklaşımının uygulama sürecinden bahsedilecektir.

2.3.1. Süreç Hakkında Bilgi

Hastaneye yatış sırasına göre rastgele bir deney, bir kontrol olmak üzere atama yapılarak, deney ve kontrol grupları belirlenmiştir. Gruplar oluşturulurken her iki gruptaki kadın ve erkek sayıları eşit tutulmuştur.

Bir haftalık detoksifikasyon sürecini tamamlayan bireylere araştırmada kullanılan ölçüm araçları uygulanmıştır. Deney grubunda yer alan bireylere bireyselleştirilmiş bakım sağlamak için, bireysel görüşmeler başlatılarak ve bireylerin hedefleri ve araştırmanın hedefleri doğrultusunda girişimler uygulanmıştır.

Araştırmada deney grubuna, AMATEM Kliniği'nde rutin tedavi ve takibe ek olarak Tidal Model'e dayalı psikiyatri hemşireliği yaklaşımı yüzyüze bireysel görüşme yoluyla uygulanmıştır. Kontrol grubu ise, AMATEM Kliniği'nde rutin tedavi ve takibi almaya devam etmiştir.

Girişimler, hemşirelik uygulamalarının standardize edilmiş ayrıntılı sınıflandırması olan Hemşirelik Girişimleri Sınıflandırma Sistemi'nden (NIC), Etkisiz bireysel baş etme ve Benlik kavramında bozulma tanılarına yönelik girişimlerden seçilmiştir (10,11,56).

Hemşirelik girişimlerinin etkinliğini değerlendirmek için geliştirilmiş bireye verilen bakıma ilişkin sonuçların kapsamlı ve standardize edilmiş bir şekilde sınıflandırılması olan Hemşirelik Sonuçlarının Sınıflandırma Sistemi (NOC) kullanılmıştır (10,11,57).

Tidal Model'in temel süreçleri, bakım aşamaları, temel yaklaşım ve Tidal yetkinlikler dikkate alınarak alkol bağımlılarıyla yapılacak görüşmelerin detaylarının yer aldığı bir görüşme planı oluşturulmuştur.

2.3.2. Görüşme Planı ve İçeriği

1.Görüşme Amaç: Öndeğerlendirme ve tanışma	
Hedefler	- Çalışmanın kısaca tanıtılması - Yazılı onam alma - Ölçeklerin uygulanması - Bir sonraki görüşmenin planlanması
Uygulama	- Çalışmanın amacı ve içeriği kısaca açıklanır. - Ölçekler uygulanır. - Görüşme tarihi belirtilerek görüşme sonlandırılır.
2. Görüşme Amaç: Bakım sürecine oryantasyon sağlamak	
Hedefler	- Çalışmanın ayrıntılı bir şekilde tanıtılması ve oryantasyon sağlama - Bireyin iyileşme sürecine bakışını değerlendirme ve iyileşme süreci hakkında bilgi verme - Değişim aşamasını belirleme - Bütüncül (Holistik) değerlendirmenin yapılması - Kişisel güvenlik planını oluşturmaya başlama - Bir sonraki görüşmenin planlanması
Uygulama	- Araştırmanın amacı ve içeriği hakkında ayrıntılı bilgi verilir. - Görüşmelerin haftada iki kez, belirlenen zamanlarda yapılacağı açıklanır. - Görüşmelere düzenli ve zamanında katılımın önemli olduğu vurgulanır. - Bireyin iyileşme yolculuğundan ne anladığı belirlendikten sonra iyileşme hakkında bilgi verilir. - Bireyin değişim aşaması belirlenir. Burada Freeman ve Dolan (2002) tarafından geliştirilen değişim modeli kullanılır (Farkındalığın olmaması, Farkındalığa karşı, Farkındalık öncesi, Farkındalık, Eylem planlama, Eylem, Laps öncesi, Laps, Relaps, Sürdürüm). - Bireyin yaşamını ve problemlerini detaylı olarak araştırmak için Bütüncül Değerlendirme Formu doldurulur (Ek-1).

	- Kişisel güvenlik planı oluşturulmaya başlanır. Güvenlik planı formatı kullanılır. Kişisel güvenlik planı: Bireyin kendini daha emin ve güvende hissetmesine yardım etmek için, zaten yaptığı yada yapabildiği şeyler ve diğerlerinin bu güvenlik hissini artırmak için ne yapabildiği hakkındaki görüşmelerden geliştirilir. Planın yazılmasını ilk önce hemşire üstlenir; fakat sonraki görüşmelerde bu sorumluluk bireye devredilir. <i>Güvenlik Planı Geliştirmede Kullanılan Format</i> 1- Bugün nasıl hissediyorum? 2- Şuanda nasıl güvende hissedirim? 3- Daha güvende hissetmem için bana ne yardım edebilir? 4- Kendime zarar vereceğim değişiklikler nelerdir? 5- Hangi mesafede hemşire ekibi bana yardım edebilir? 6- Tam olarak, hemşirelik ekibi bana yardım etmek için ne yapabilir? 7- Başka kim daha güvenli hissetmem için yardım edebilir? 8- Tam olarak bana nasıl yardımcı olurlar? 9- Hemşiremle tekrar bir araya gelene kadar, kendimi nasıl güvende tutabilirim? 10- Geçmişte daha güvenli hissetmemde diğerleri yada ben ne yaptım? 11- Kendimi daha güvenli hissetmem için şimdi ne yapabilirim? 12- Hemşire ekibi, daha güvenli hissetmemde bana nasıl yardım edebilir? - Bireyin kendi kelimeleriyle yazılan güvenlik planının bir örneği bireye verilir. - Seansın sonunda bir sonraki seansa kadar, bireyin kendini güvende ne derecede tutabileceğini değerlendirmesi istenir. - Görüşme sonunda bireyden, görüşmeyle ilgili geri bildirim istenir. - Görüşme tarihi belirtilerek görüşme sonlandırılır.
3.Görüşme Amaç: - Hemşirelik sürecini planlamak - Birebir seanslarla, sorunlarına yönelik derinleşerek sorun çözme ve baş etme süreçlerinde ilerlemek	

Hedefler	- Bütüncül değerlendirmede saptanan sorunlar doğrultusunda ve etkisiz bireysel baş etme ve benlik kavramında bozulma tanılarına yönelik girişimlerin seçilmesi. - Hedef geliştirme (Çalışmanın genel hedefleri ve bireysel hedeflerin tanımlanması). - Birebir seans formatının tanıtılması. - Kişisel güvenlik planını güncelleme
Uygulama	- Araştırma amaçlarını yansıtan önceden belirlenmiş genel hedefler belirlenir ve bireyin kendi hedeflerini belirlemesi sağlanır. Karşılıklı hedef belirleme (Mutual goal setting) - o Bireyin kendi problemlerini nasıl tanımladığı belirlenir. - o Kendi yetenek ve güçlerini tanıması için teşvik edilir. - o Gerçekçi ve ulaşılabilir hedefler belirlemesine yardım edilir. - o Hedefler pozitif ifadelerle belirtilir. - o Karmaşık hedefleri, küçük ve yönetilebilir adımlara ayırmada bireye yardım edilir. - o Tanımlanan hedeflerin önceliğini belirlemede bireye yardım edilir. - Hemşirelik yaklaşımlarının seçilmesine belirlenmiş hedefler doğrultusunda karar verilir. - Birey birebir seanslar için hazırlanır. - Birebir seans formunun nasıl kullanılacağı anlatılır (Şekil 3). - Hedefler, Birebir Seans Formunda “Gelecekte ne yapacağım?” bölümüne yazılır. - Kişisel güvenlik planı gözden geçirilir. - Görüşme sonunda bireyden, görüşmeyle ilgili geri bildirim istenir. - Bir sonraki görüşme tarihi belirtilerek görüşme sonlandırılır.
4. Görüşme Amaç: - Bütüncül değerlendirmede saptanan sorunları, birebir seans formatında ele almak. - Bireyin yaşamında bir anlam ve amaca sahip olmasını sağlamak; iyileşmesinin yada değişiminin mümkün olduğu inancını geliştirmek.	
Hedefler	- Alkol bağımlısı olduğunu kabul etme.

	- Değişimi üstlenme. - Öncelikleri yeniden düzenleme. - Kişisel güvenlik planını güncelleme.
Uygulama	- Davranış değişikliği ve içgörüyü artırmak için bireyle terapötik bir ilişki oluşturulur. Kompleks ilişkileri oluşturma (Complex relationship building) - o Terapötik etkileşimlerin etkinliğiyle çatışabilen, hasta tarafından harekete geçirilen kişisel hisleri ele alınır. - o Sıcak ve kabul edici bir ortam yaratılır. - o Kendini açma kullanılır. - o Açık beden duruşu sürdürülür. - o Bireyin sözel olmayan mesajları izlenir. - o Temel fikirler kendi kelimeleriyle bireye geri yansıtılır. - o Birebir, birey-hemşire ilişkisinde bireyin sorumlulukları tartışılır. - o Görüşme sırasında, kabul edilebilir davranışların sınırları belirlenir. - o Görüşme sonlanmadan önce bir sonraki görüşmenin tarihi belirlenir. - o Tartışma sonunda görüşme özetlenir. - o Problemleri tanımlama ve değişim stratejilerini geliştirmede bireyin hazır olma durumu tanımlanır. - o Kendini ifade etmesi için gereken zaman verilir. - o Diğerleriyle etkileşime girme yeteneğini engelleyen hisleri tanımasında bireye yardım edilir (öfke, anksiyete, düşmanlık yada üzüntü gibi). - o Olumlu bir tavırda diğerleriyle etkileşime geçme çabaları desteklenir. - o İlişkiyi sona erdirmek için birey hazırlanır. - Problemin çözümünü oluşturabileceği algısı ve değişim sürecinin başlaması için, bireyin değişmesi gereken inançlarının olduğu algısı geliştirilir.

	Bilişsel yeniden yapılandırma (Cognitive restructuring) • Duygusal uyarıların düzenlemek için kendi çözümlerini oluşturmada bireye yardımcı olunur. • Gerçekçi olmayan düşüncelerin istenilen davranışlara ulaşmasına engel olduğunu bireyin hatırlamasına yardım edilir. • Gerçekçi olmayan düşünceleri, gerçekçi olanlar ile değiştirmesinde bireye yardım edilir. • İşlevsel olmayan düşünce biçimlerine dikkat çekilir. • Rahatsızlık veren duyguları belirlemesinde birey desteklenir (öfke, anksiyete, umutsuzluk). • Stres olarak algılanan durum, olay ve kişileri tanımlaması için bireye yardım edilir. • Bireyin stresör olarak algıladığı hatalı yorumlarını tanımlamasına yardım edilir. • Birey gerçek dışı düşünceleri tanıyarak gerçek ile karşılaştırması için desteklenir. • Stresli durum, olay ve ilişkilerde hatalı yorumlar yerine gerçeğe dayalı yorumlar oluşturmada birey desteklenir. - Bireyin, problemi nasıl yaşadığı tartışılır. - Yaşamında anlam ve amaç geliştirmesi için yardım edilir. - Güçsüz yönlerinden ziyade, güçlü yönleri üzerinde durulur. - Gelecek için umut ve iyimserliği geliştirmesi sağlanır. Umut aşılama (Hope inspiration) • Bireye yaşamındaki umut kaynaklarını tanımlamada yardım edilir. • Bireyin baş etme kaynakları geliştirilir. • Bireye umutla ilgili olarak yeni hedefler koyması ve eski hedeflerin yenilenmesi ile ilgili olarak yardım edilir. • Bireyin spiritüel alanını genişletmesine yardım edilir. • Bireyin geçmişteki deneyimlerini kabullenmesi sağlanır. • Bireyin devam eden ilişkileri vurgulanır. • Yaşamını gözden geçirmesi ve güzel anılarını hatırlaması
--	---

	sağlanır. • Bireyin kendi bakımına aktif katılımı sağlanır. • Birey önem verdiği kişilerle ilişkilerini geliştirmesi için teşvik edilir. • Bireyin destek gruplarına katılımı için olanak sağlanır. - Kişisel güvenlik planı, birey açısından yüksek riskli durumlar belirlenerek, geliştirilir. - Görüşme sonunda bireyden, görüşmeyle ilgili geri bildirim istenir. - Bir sonraki görüşme tarihi belirtilerek görüşme sonlandırılır.
5. ve 6. Görüşmeler Amaç: Alkol bağımlılığının üstesinden gelmeye çabalararak, işbirliğine yönelik ilişkiyi sürdürerek ve hedeflere ulaşmayı sağlayarak, bireyi güçlendirmek.	
Hedefler	- İşbirliğine dayalı ilişkiyi sürdürmesi. - Hedefler doğrultusunda çaba sarf etmesi.
Uygulama	- Kriz durumunda, bireyin krizle baş etmesine yardım edilir. Krize müdahale (Crisis intervention) • Destek ortamı sağlanır. • Güvenli bir sığınak sağlanır. • Bireyin kendine ve çevresine yönelik güvenlik riski oluşturup oluşturmadığı belirlenir. • Duyguların ifadesi teşvik edilir. • Krizi çözmede kullanabileceği güçlü yönleri ve yeteneklerini tanımlamada yardım edilir. • Geçmiş ve şimdiki baş etme becerileri ve bunların etkililiğini tanımlamada yardım edilir. • Yeni baş etme ve problem çözme becerilerinin gelişimine yardım edilir. • Krizi çözmede alternatif davranışları tanımlamada yardım edilir. • Çeşitli davranışların olası sonuçlarını değerlendirmede yardım edilir. • Belirli bir davranış tarzına karar vermede hastaya yardım edilir.

- Anksiyeteyi azaltmada yardım edilir.

Anksiyetenin azaltılması (Anxiety reduction)

- Sakin bir yaklaşım kullanılır.
- Güven sağlayan bir atmosfer oluşturulur.
- Stresli durum bireyin perspektifinden anlaşılmasına çalışılır.
- Duygularını, algılarını ve korkularını ifade etmesi sağlanır.
- Anksiyete seviyesindeki değişimler belirlenir.
- Anksiyeteyi hazırlayan durumları tanımada bireye yardım edilir.

- Gevşeme egzersizleri öğretilir.

Kaslarda ilerleyici gevşemenin sağlanması (Progressive Muscle Relaxation)

- Sessiz ve rahat bir ortam seçmesi sağlanır.
- Rahat ve sıkmayan kıyafetler giymesi önerilir.
- Kas gruplarını 5-10 saniye sürelerle sıkması sağlanır.
- Kasılı olan kaslara odaklanması sağlanır.
- Kasların gevşetilmesi sırasında da, gevşetilen kasa yoğunlaşması sağlanır.
- Bireye derin nefes alma ve yavaş bir şekilde nefes verme öğretilir.
- Kendini rahat hissetmesi ve odaklanmasında yardım edebilecek, kendine söyleyebileceği kelimeleri oluşturması sağlanır.
- Alkol kullanımıyla ilgili fiziksel ve psikolojik sorunlarla ilgilenmede bireye destek sağlanır.

Madde kullanımını önleme (Substance use prevention)

- Artan stres seviyelerini tolere etmesinde bireye yardım edilir.
- Üzücü yada zorlu olaylar için birey hazırlanır.
- Çevresel stresten zarar görme yada etkilenme azaltılır.
- Yaşam tarzı seçenekleri hakkında karar verme sorumluluğu desteklenir.
- Gerilimi azaltma stratejilerini tanımlamada bireye yardım edilir.

	Madde kullanım tedavisi (Substance use treatment) • Kendi davranışları üzerinde kontrol sağlaması için desteklenir. • Stresi azaltmak için, alkol kullanımına alternatif sağlayacak, yapıcı hedefler bireyle birlikte belirlenir. • Sık aralıklarla idrar testi istenerek, olası alkol kullanımı belirlenir. - Baş etme, problem çözme ve kişilerarası ilişkileri desteklemek için bireyin ihtiyaçları, sorunları yada duyguları üzerinde duran yardım edici bir süreç oluşturulur. Danışmanlık (Counselling) • Empati, sıcaklık ve samimiyet gösterilir. • Duygu ifadesi teşvik edilir. • Endişelerin ifadesini kolaylaştırmak için, yansıtma ve açıklığa kavuşturma tekniği kullanılır. • Ailenin yada diğer önemli kişilerin davranışının bireyi nasıl etkilediği belirlenir. • Bireyin duyguları ve davranışları arasındaki tutarsızlık ifade edilir. • Bireyin güçlü yönlerini tanımlamasına yardım edilir. - Stres zamanlarında rahatlama, kabul ve cesaret verme için, duygusal destek sağlanır. Duygusal destek (Emotional support) • Duyguları neyin başlattığı araştırılır. • Destekleyici yada empatik ifadeler kullanılır. • Anksiyete, öfke ve mutsuzluk gibi duyguları tanımasında bireye yardım edilir. • Duyguların ve inançların ifadesi desteklenir. - Yaşam hedefleri ve rollerini gerçekleştirmede engel oluşturan stresörler, değişiklikler yada tehditlere uyum sağlamada yardım edilir.
--	--

	Baş etmeyi güçlendirme (Coping Enhancement) • Bireyin yaşamının rolleri ve ilişkileri üzerindeki etkisi değerlendirilir. • Bireyin rolündeki değişimin gerçekçi bir tanımını yapması için teşvik edilir. • Hastalık sürecine verdiği anlam değerlendirilir. • Çaresizlik hisleriyle ilgilenme şekli olarak, bireyin umut geliştirmesi desteklenir. • Stresli duruma bireyin bakış açısı anlamaya çalışılır. • Şiddetli stres altındayken kararlarını vermesine engel olunur. • Sorunun aşamalı olarak üstesinden gelmesi konusunda cesaretlendirilir. • İlişkilerin gelişmesinde sabırlı olması desteklenir. • Benzer ilgi ve hedefleri olan bireylerle ilişki kurması desteklenir. • Sosyal ve toplumsal aktiviteler desteklenir. • Birey ambivalan duygularıyla (kızgın yada depresif) yüzleştirilir. • Öfke ve düşmanlık hislerinin yapıcı bir şekilde boşaltılması teşvik edilir. • Yaşam sorunlarıyla ilgilenmede öncelikli yöntemler, bireyle geliştirilir. • Birey benzer deneyimlerden geçmiş kişilerle (yada gruplarla) tanıştırılır. • Uygun savunma mekanizmalarını kullanması teşvik edilir. • Hislerini, algılarını ve korkularını dile getirmesi desteklenir. • Birey kendi güçlü yönleri ve yeteneklerini tanımlama konusunda teşvik edilir. • Uygun destek sistemlerini tanımlamada yardım edilir. • Yaşam tarzı yada rol değişikliklerinde gerekli baş etmeyi sağlamak yada sınırlamalarla ilgilenmek için pozitif stratejiler belirlemede yardım edilir. • Hatalı düşünceleri ortaya çıkarmada hastaya yardım edilir. • Kendi davranışlarını değerlendirme konusunda
--	---

	cesaretlendirilir. - Belirli rollere ait davranışları açıklayarak ve destek olarak ilişkileri geliştirmede bireye yardım edilir. Rol güçlendirme (Rol enhancement) • Yaşam döngüsünde çeşitli rolleri tanımlamada bireye yardım edilir. • Rol yetersizliğini tanımlamada bireye yardım edilir. • Rol geliştirme için gereken davranışları tanımlamada bireye yardım edilir. • Rol değişikliklerini yönetmede pozitif stratejileri tanımlamada bireye yardım edilir. • Yeni davranışlar rol model olarak öğretilir. • Yeni davranışları rol-play yaparak öğrenmesi için fırsat sağlanır. - Diğer kişilerin haklarına saygı göstererek, duyguları, ihtiyaçları ve fikirleri etkili bir şekilde ifade etmesine yardım edilir. Girişkenlik Öğretimi (Assertiveness training) • Girişkenlik için engeller belirlenir (Gelişim dönemi, tıbbi yada psikiyatrik durum). • Girişken olmayı engelleyen bilişsel çarpıtmaları tanıma yada azaltmaya yardım edilir. • Girişken, agresif ve pasif agresif davranışlar birbirinden ayrılır. • Kişisel haklar, sorumluluklar ve çatışma şekillerini tanımada yardım edilir. • Kişilerarası ilişkilerde problem alanlarını ortaya çıkarmada yardım edilir. • Hem olumlu hem de olumsuz duygu ve düşüncelerin ifadesi artırılır. • Kendi kendini baltalayıcı düşünceleri tanımlamasında yardım edilir. • Düşünce ve gerçekte olan şeyi ayırt etmede yardım edilir.
--	--

	• Girişken davranışı uygulama stratejileri hakkında bireye eğitim verilir (Ricada bulunma, mantıksız isteklere hayır deme, sohbeti başlatma ve sona erdirmeye gibi). • Tartışma, rol model olma ve rol oynama kullanılarak uygulama fırsatları sağlanır. • Konuşmayla ilgili ve sosyal becerileri uygulamasına yardım edilir (Ben dili ifadelerinin kullanımı, sözsüz iletişim, açıklık, iltifatı kabul etme gibi). • Duyguları ve fikirleri ifade etme çabaları artırılır. • Davranış değişikliği ile ilgili rahatsızlık ve anksiyete seviyeleri izlenir. - Benlik değerinin yükseltilmesinde bireye yardım edilir. Benlik saygısını güçlendirme (Self-esteem enhancement) • Bireyin benlik değeri ifadeleri izlenir. • Bireyin kontrol odağı belirlenir. • Güçlü yönlerini tanımlaması için birey cesaretlendirilir. • Diğer kişilerle iletişimde göz teması konusunda cesaretlendirilir. • Diğerlerinden gelen olumlu cevapları tanımlamada bireye yardım edilir. • Negatif eleştiriden sakınılır. • Bireyin durumla başa çıkma yeteneği için güven verilir. • Uygunsa, hastanın diğerlerine bağımlılığı olduğunu kabul etmesine yardım edilir. • Kendi hakkındaki negatif algıları tekrar değerlendirmesine yardım edilir. • Artan sorumlulukları konusunda cesaretlendirilir. • Benlik değeri hisleri üzerinde akran grubunun etkisini tanımlamada bireye yardım edilir. • Kendini eleştirme yada suçluluk nedenleri araştırılır. • Kendi davranışlarını değerlendirme konusunda cesaretlendirilir. • Benlik saygısını artıracak bir çevre ve aktiviteler sağlanır.
--	--

	• Kendini olumsuzlayan ifadelerin sıklığı izlenir. • Birey hakkında pozitif ifadeler kullanılır. - Etkili karar vermeyi kolaylaştırmak için, kendi değerlerini açığa çıkarmasına yardım edilir. Değer açıklama (Value clarification) • Seçimler ve seçimlerin sonuçlarının altında yatan değerleri düşünmesi teşvik edilir. • Kişisel olarak neyin önemli olduğu ve durumu yansıtan uygun sorular kullanılır. • Bireyin değerlerini önem sırasına göre düzenlemesine yardım edilir. • Bireyin yaşamında önemli olan ve olmayan şeylerin ve her biri için harcadığı zamanın bir listesini yapması için teşvik edilir. • Bazı durumlarda ve çeşitli ortamlarda davranışını yönlendiren değerleri listelemesinde bireye yardım edilir. • Değerlerin, aile üyelerinin yada diğer önemli kişilerin değerleriyle nasıl çatıştığını yada kabul gördüğünü değerlendirmede bireye yardım edilir. - Yaşama anlam veren, ümit ve güç sağlayan inanç ve değer sistemini geliştirmede bireye yardım edilir. Manevi destek (Spiritual support) • Manevi destek ve güç sağlayan ilişkiler ve olaylar üzerinde odaklanmak ve geçmiş yaşamı gözden geçirmek için birey teşvik edilir. • Birey aile üyeleri, arkadaşlar ve diğerleriyle etkileşime katılmaya teşvik edilir. • Destek gruplarına katılımı için cesaretlendirilir. • Gevşeme, meditasyon teknikleri öğretilir. • Çeşitli inanç sistemleri ve dünya görüşlerini tartışması için fırsat sağlanır. • Bireyin yalnızlık ve güçsüzlük ifadelerine açık olunur. • Manevi kaynakların kullanımı cesaretlendirilir.
--	---

	• Bireyin duygularını dinlemeye açık olunur. • Bireyin meditasyon, dua etme ve diğer dini uygulama ve ritüelleri kullanması desteklenir. • Bireyin hastalık ve ölüm hakkındaki duygularına açık olunur. Manevi gelişimi kolaylaştırma (Spiritual growth facilitation) • Manevi ilgilerini ortaya çıkarmada bireye yardım edilir. • Kendini keşfetme yada büyümeye engel olan tutumları ve engelleri tanımlamada bireye yardım edilir. • İnanç ve değerler üzerine kurulan manevi bağlılıklarını değerlendirmesi teşvik edilir. • Beden, zihin ve ruhun iyileşmesiyle ilgili olan inançları keşfetmede bireye yardım edilir. • Destek grupları, karşılıklı kendine yardım yada diğer manevi temeli olan programlara yönlendirilir. - Kişisel güvenlik planı gözden geçirilir. - Görüşme sonunda bireyden, görüşmeyle ilgili geri bildirim istenir. - Bir sonraki görüşme tarihi belirtilerek görüşme sonlandırılır.
7. ve 8. Görüşmeler Amaç: - Birey kendi yaşamının kontrolünü sağlayacak ve sürdürecektir. - Hedefleri doğrultusunda çalışarak, karar verme görevini üstlenerek ve öz bakımıyla ilgilenecek iyileşme sorumluluğunu alacak.	
Hedefler	- Davranışlarının sorumluluğunu alması.
Uygulama	- Davranış değişikliğini ileri düzeye getirmeye yardım edilir. Davranış değiştirme (Behavior Modification) • Bireyin değişim için motivasyonu belirlenir. • Bireyin güçlü yönlerini tanımasına ve bunları pekiştirmesine yardım edilir. • İstenmeyen alışkanlıkların yerine istenen alışkanlıkların geliştirilmesi cesaretlendirilir. • Birey aynı deneyimi başarılı bir şekilde yaşayan kişi ve gruplarla tanıştırılır. • Sağlık gereksinimleriyle ilgili yapıcı kararları pekiştirilir. • Birey kendi davranışını değerlendirmesi için cesaretlendirilir. • Küçük başarıları bile belirlemesinde bireye yardım edilir.

	• Davranıştaki küçük, ölçülebilir değişimler belirlenir. • Amaçlanan davranış değişiklikleri yazılır. • Bir davranış değişikliği programı geliştirilir. • Değişikliği başlatmadan önce davranışın temelde nasıl meydana geldiği gösterilir. • Birey davranışları kaydetmeye katılması için cesaretlendirilir. • İstenilen davranış azalırsa pozitif pekiştireç geri çekilir ve davranışın yerine istenen davranış gelene kadar pozitif pekiştireç verilmez. • Davranış değişikliğine yönelik bireyin farkındalığını arttırmasında yardım edilir. - Problem çözme stratejilerini, sosyal ve kişiler arası durumlara uygulayarak dürtüsel davranışı yönetmede bireye yardım edilir. Dürtü kontrol öğretimi (Impluse control training) • Bireyin gelişim dönemi ve bilişsel işlevselliğine uygun olan problem çözme stratejisi seçilir. • Dürtüsel bir şekilde davranmadan önce kendi kendine “dur ve düşün” demesi sağlanır. • Olası hareket tarzlarını ve bunların yararlarını tanımlamada bireye yardım edilir. • En yararlı hareket tarzını seçmesinde yardım edilir. • Seçilen hareket tarzının sonuçlarını değerlendirmesinde bireye yardım edilir. • Başarılı sonuçlar için olumlu pekiştirme sağlanır (övgü gibi). • Başarılı sonuçlarda kendini ödüllendirmesi için birey desteklenir. - Öfkesini uygun bir şekilde ifade etmesi sağlanır. Öfke kontrolüne yardım (Anger control assistance) • Sakin bir yaklaşım kullanılır. • Öfke ifadesi için uygun davranışsal beklentiler tanımlanır. • Uygun bir şekilde öfkesini ifade edene kadar öfkelenirici durumlarla karşılaşmaması sağlanır. • Yoğun duyguları ifade etmesini sağlayan teknikler öğretilir
--	--

	(Girişkenlik eğitimi, rahatlama teknikleri, yazı yazma, eğlenceli uğraşlar gibi). • Öfkesini tanımlamasında hastaya yardım etmek için davranışları hakkında geri bildirim sağlanır. • Öfke kaynağını tanımlamada yardım edilir. • Uygun olmayan öfke ifadesinin sonuçları belirlenir. • Uygun olmayan öfke ifadesini önlemek için, strateji planlamada bireye yardım edilir. • Öfkeyi uyumlu ve şiddet içermeyen biçimde ifade etmenin yararları bireyle tanımlanır. • Uygun öfke ifade yöntemlerini geliştirmede yardım edilir (Girişkenlik, duygu ifadesini kullanma gibi). - Mizaç değişiklikleri yaşayan bireye bakım sağlanır. Mizaç yönetimi (Mood management) • Duygudurum değerlendirilir (Belirtiler, semptomlar, kişisel öykü gibi). • Normal bir uyku uyanıklık döngüsünü sürdürmesinde yardım edilir (Dinlenme zamanı, relaksasyon teknikleri ve kafeini sınırlama gibi). • Fiziksel aktivite için fırsat sağlanır (Yürüme yada egzersiz bisikleti gibi). • Bilişsel işlevselliği izlenir (Dikkat, hafıza, bilgi işleme ve karar verme yeteneği). • Birey, bakımında etkin rol alması konusunda cesaretlendirilir. • Duyguları hakkında konuşması için bireye fırsat sağlanır. • Disfonksiyonel duygudurumun altında yatan duygular ve düşünceleri tanıması konusunda bireye yardım edilir. • Bireyin geçmiş başarısızlıkları yada negatif duygularını ifade etmesine verilen zamanın süresi sınırlandırılır. • Hastanın duygularını uygun bir şekilde rahatlatmasına yardım edilir (Fiziksel aktivite, uğraş terapisi gibi). • Disfonksiyonel duygudurumu hazırlayıcı nedenleri tanımlamada bireye yardım edilir (Durumsal stresörler, kayıp ve fiziksel problemler gibi).
--	--

	• Değiştirilebilen ve değiştirilemeyen hazırlayıcı etkenleri tanımlamada yardım edilir. • Disfonksiyonel duygudurumu hazırlayıcı nedenlerin azaltılmasında kullanılabilen kişisel güç, yetenekler ve kaynakları tanımlamada yardım edilir. • Yeni baş etme ve problem çözme becerileri öğretilir. • Gerektiğinde sosyal beceriler ve girişkenlik eğitimi sağlanır. • Sosyal davranışların uygunluğu konusunda bireye geri bildirim sağlanır. • Yaşam değişikliğini öngörme ve yaşam değişikliğiyle baş etme konusunda bireye yardım edilir. - Düşüncelerini, duygularını, motivasyonlarını ve davranışlarını keşfetme ve anlamada bireye yardım edilir. Öz farkındalığı güçlendirme (Self-awareness Enhancement) • Duygu ve düşüncelerini tanıma ve tartışma konusunda birey teşvik edilir. • Her insanın benzersiz olduğunu göz önünde bulundurmasında bireye yardım edilir. • Benlik kavramında rol oynayan değerleri tanımlamasında yardım edilir. • Kendi hakkındaki hislerini tanımlamada yardım edilir. • Bireyin davranışları hakkındaki gözlemler ve düşünceler paylaşılır. • Çeşitli durumlara verdiği cevapları tanımlaması kolaylaştırılır. • Hayattaki önceliklerini tanımlamada bireye yardım edilir. • Birey gerçeği inkar ettiğinde, sözle ifade edilir. • Karşıt duygularıyla yüzleştirilir. • Diğerlerine bağımlılık durumunu kabul etmesinde yardım edilir. • Kendi haklarını tanımlayarak, kendini kurban olarak görmesini değiştirmede yardım edilir. • Kendi olumsuz ifadelerini fark etmesinde yardım edilir. • Suçluluk hislerini tanımlamada yardım edilir. • Anksiyeteyi hazırlayan durumları tanımlamada bireye yardım
--	--

	edilir. • Motivasyon kaynaklarını tanımada bireye yardım edilir. • Kendine zarar verici davranışları tanımlamada bireye yardım edilir. - Kendi davranışları için daha fazla sorumluluk alması konusunda cesaretlendirilir. Öz sorumluluğu kolaylaştırma (Self responsibility facilitating) • Birey kendi davranışlarından sorumlu tutulur. • Sağlık durumundan sorumlu olması bireyle tartışılır. • Sorumlu olma hakkındaki duyguları, algıları ve korkularını ifade etmeye cesaretlendirilir. • Bireyin üstlendiği sorumluluk seviyesi izlenir. • Kendi sorumluluklarıyla ilgilenmemesinin sonuçları tartışılır. • Yanlış yapmayı kabul etme konusunda cesaretlendirilir. • Manipülatif davranışlara sınır konulur. • Birey kendi öz bakım sorumluluğunu alması için cesaretlendirilir. • Daha fazla sorumluluk almaları gereken alanları tanımlamada bireye yardım edilir. • Ek sorumluluklar ve davranış değişikliğini kabul etmesi için olumlu geribildirim sağlanır. - Sağlık bakımı hakkında karar verecek olan bireye bilgi ve destek sağlanır. Karar verme desteği (Decision-making support) • Bireyin kendi durumu hakkındaki görüşü ile sağlık bakım vericilerinin görüşü arasında farklılıkların olup olmadığı belirlenir. • Açık ve destekleyici şekilde alternatif görüşler ve çözümler hakkında birey bilgilendirilir. • Her alternatifin avantaj ve dezavantajlarını tanımlamasında bireye yardım edilir. • Bakım hedeflerini bireyin belirtmesine yardım edilir. • İşbirliğine yönelik karar vermesi kolaylaştırılır. • Birey tarafından talep edilen bilgi sağlanır.
--	---

	• Gerek olduğunda diğer kişilere kararını açıklarken bireye yardım edilir. • Destek gruplarına yönlendirilir. - Kişisel güvenlik planı gözden geçirilir. - Görüşme sonunda bireyden, görüşmeyle ilgili geri bildirim istenir. - Bir sonraki görüşme tarihi belirtilerek görüşme sonlandırılır.
9. Görüşme Amaç: Birey sosyal rollerini sürdürerek, ilişkiler oluşturma ve sürdürme suretiyle destekleyici bir çevre oluşturacak.	
Hedefler	- Yeni etkileşimlere açık olması - Sosyal becerileri artırma
Uygulama	- Kişilerarası sosyal yeteneklerini geliştirmesi için bireye yardım edilir. Davranış değiştirme: Sosyal beceriler (Behavior Modification: Social skills) • Bireyin sosyal beceri eksikliğinden kaynaklanan kişiler arası problemleri tanınmasına yardım edilir. • Kişiler arası problemler ile ilgili duygularını sözel olarak ifade etmesi için birey cesaretlendirilir. • Problemli kişiler arası ilişkiler ve durumlar için istenen sonuçların belirlenmesinde bireye yardım edilir. • Harekete geçmek için uygun yollar belirlemek ve kişiler arası/sosyal sonuçlarını belirlemede bireye yardım edilir. • Eğitimde üzerinde durulacak özel bir sosyal beceri (ler) belirlenir. • Amaçlanan sosyal beceriler için davranışsal adımları belirlemede bireye yardımcı olunur. • Bireyin, birey için anlamlı olan karışık durumun, davranışsal adımlarını deneyimlemiş bir modelle tanışması sağlanır. • Davranışın adımlarını rol oynama ile yapmasında bireye yardımcı olunur. • Amaçlanan sosyal becerilerdeki performansı için bireye geribildirim (Örn: Övgü, ödül) verilir.

	- Bireyin diğerleriyle etkileşime geçme yeteneği artırılır. Sosyalleşmeyi geliştirme (Socialization enhancement) • Mevcut ilişkilerine katılımını artırması için desteklenir. • İlişkiler geliştirme konusunda sabır teşvik edilir. • Aynı ilgilere ve amaçlara sahip bireylerle ilişkiler artırılır. • Sosyal ve toplumsal aktiviteleri desteklenir. • Diğer kişilerle benzer problemlerini paylaşması artırılır. • Diğerleriyle iletişimde güçlü yönleri ve sınırlılıklarını fark etmesinde bireye yardım edilir. • İletişim becerileri ve tekniklerini geliştirmek için rol play kullanılır. • Sözel iletişim teşvik edilir. • Birey diğerlerine elini uzattığı zaman olumlu geri bildirim verilir. • Gelecekteki aktiviteleri planlaması için birey desteklenir. • Mevcut ilişkiler ağının zayıf ve güçlü yönleri araştırılır. - Bireyin aile, arkadaşlar ve toplum tarafından desteklenmesi sağlanır. Destek sistemini geliştirme (Support system enhancement) • Varolan sosyal ağların yeterliliği belirlenir. • Aile desteğinin derecesi tanımlanır. • Destek sistemlerinin şuan ki kullanımı belirlenir. • Destek sistemlerinin kullanım engelleri belirlenir. • Şuan ki aile durumu izlenir. • Bireyin sosyal ve toplumsal aktivitelere katılımı teşvik edilir. • Benzer ilgileri ve amaçları olan bireylerle ilişkiler teşvik edilir. • Kendine yardım gruplarına yönlendirilir. • Aile, önemli kişiler ve arkadaşlar bakıma dahil edilir ve nasıl yardımcı olabilecekleri açıklanır. - Üyelerine duygusal destek sağlayan bir gruba katılımı sağlanır. Destek grubu (Support group) • Yeni yaşam tarzına uyum sağlamada bireye yardım etmek için geçiş aşamasında destek grubu kullanılır. • Deneyime dayalı bilgilerini grupta ifade etmesi ve paylaşması
--	--

	teşvik edilir. • Karşılıklı yardımı ifade etmesi desteklenir. • Kişisel sorumluluk ve kontrole vurgu yapılır. • Davranış değişikliği için destek sürdürülür. - Kişisel güvenlik planı gözden geçirilir. - Birey görüşmelerin sonlandırılması için hazırlanır. - Bir sonraki görüşmeye kadar, şimdiye kadar yapılan görüşmelerin değerlendirmesini yaptığı bir yazı yazması istenir. - Görüşme sonunda bireyden, görüşmeyle ilgili geri bildirim istenir. - Bir sonraki görüşme tarihi belirtilerek görüşme sonlandırılır.
10. Görüşme Amaç: 1- Çalışmanın etkililiğini ve uygulamaları değerlendirmek. 2- Bireyle kurulan ilişkiyi sonlandırmak.	
Hedefler	- Öğrenilen yeni bilgi ve davranışları iyileşme yolculuğunda kullanması - Sürecin değerlendirilmesi - Çalışmanın sonlandırılması
Uygulama	- Son şekline getirilen, kişisel güvenlik planını iyileşme sürecinde kullanması desteklenir. - Çalışma bireyden gelen geri bildirimler değerlendirilerek sonlandırılır.

2.4. Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Araştırma, İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, AMATEM Kliniği'nde yapılmıştır. Görüşmeler için klinikte bulunan görüşme odaları kullanılmıştır.

İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi AMATEM Kliniği'nde, 2 öğretim üyesi, 7 hemşire, asistanlar ve 1 psikolog hizmet vermektedir. Detoksifikasyon ve rehabilitasyon olmak üzere iki bölümden oluşan klinik, 26 yatak kapasitelidir. Detoksifikasyon sürecini tamamlayan hastalar rehabilitasyon bölümüne geçmektedir. Bağımlılık tedavisine yönelik hastalara ilaç tedavisi, bağımlılık ile ilgili psikoeğitim verilmekte ve terapötik ortam aktiviteleri düzenlenmektedir.

Araştırma, Ekim 2013 ve Aralık 2014 tarihleri arasında yapılmıştır.

2.5. Araştırmanın Evreni

İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi AMATEM kliniğinde yatarak tedavi gören alkol bağımlıları araştırmanın evrenini oluşturmuştur.

2.6. Araştırmanın Örneklemi

Araştırmanın örneklemini, İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi AMATEM kliniğinde yatarak tedavi gören, örnekleme dahil olma kriterlerine sahip alkol bağımlıları oluşturmuştur.

Araştırma kapsamına,

- Araştırmaya katılmayı kabul eden,
- Bağımlılık Profil İndeksinden 2 puan alan (orta ve yüksek bağımlılık şiddeti olan),
- Ölçek ve formları anlayabilecek ve bireysel görüşmeleri sürdürebilecek yeterlilikte olan,
- 30-50 yaş arasında olan alkol bağımlıları alınmıştır.

Alkol bağımlılarının tedaviye başvurmalarının 15-20 yıllık bir süreç sonunda olması, otuzlu yaşlarda bağımlılığın fark edilmesi sonucu, tedavi arama davranışının kırklı yaşların başlarında olması nedeniyle 30-50 yaş arası bireyler araştırmaya dahil edilmiştir (71).

Araştırma kapsamına,

- Araştırmaya katılmayı kabul etmeyen,
- Ölçek ve formları anlayabilecek ve bireysel görüşmeleri sürdürebilecek yeterlilikte olmayan,
- Beck Depresyon puanı 41 ve üzeri olan ağır depresyonlu,
- Beck Anksiyete puanı 26 ve üzeri, şiddetli anksiyetesi olan alkol bağımlıları alınmamıştır.

Örneklem büyüklüğü, araştırmanın güç analizi yapılarak, pilot çalışma sonunda, deney grubu ve kontrol grubu arasındaki değişim farkı (etki büyüklüğü) bulunduktan sonra hesaplanmıştır.

Güç analiziyle örneklem sayısı belirlenirken, TipI hata (α) 0.05, TipII hata (β) 0.2 olarak alınmıştır. Çalışmanın gücünü gösteren $1-\beta$ (0.80) değeri klinik çalışmalarda en düşük alınabilecek güç değeri olarak seçilmiştir (72).

Etki büyüklüğünü hesaplamak için benzer bir çalışma olmaması nedeniyle pilot çalışma yapılmıştır. Pilot çalışmaya alınacak örneklem sayısını belirlemede evren sayısı gerektiği için, 2013 yılında AMATEM kliniğinde yatarak tedavi gören 30-50 yaş arası alkol bağımlılarının sayısı hastane kayıtlarından çıkartılmıştır. Yatarak tedavi gören 30-50 yaş arası alkol bağımlılarının sayısı 68'dir. Pilot örneklem sayısının belirlenmesinde, literatürde evrenin %3-10'u oranında alınabileceği belirtilmektedir. Bu bilgiye dayanarak, 2 ile 7 arası bireyin deney ve kontrol grubuna alınabileceği belirlenmiştir. Her iki gruba, son testleri doldurulabilen deneklerden 4'er kişi alınarak pilot örneklem sayısı belirlenmiştir (73,74).

Etki büyüklüğü, deney grubu ortalaması ile kontrol grubu ortalaması arasındaki farkın ($d=2$), kontrol grubunun standart sapmasına (2.06) bölünmesiyle hesaplanmıştır. Etki büyüklüğü 0.97 olarak bulunmuştur.

Örneklem büyüklüğünü hesaplamak için Power and Sample Size 3.0 paket programı kullanılmış ve değerler programa girildiğinde deney ve kontrol grubuna minimum 18'er bireyin alınması gerektiği belirlenmiştir.

Hastaneye yatış sırasına göre rastgele bir deney bir kontrol olmak üzere atama yapılarak, deney ve kontrol grupları belirlenmiştir. Gruplar oluşturulurken her iki gruptaki kadın ve erkek sayıları eşit tutulmuştur.

2.7. Bağımlı ve Bağımsız Değişkenler

Bu çalışmada, alkol bağımlılarında Tidal Model'e dayalı psikiyatri hemşireliği yaklaşımının etkisi incelenmiştir.

2.7.1. Bağımlı Değişkenler

Bireylerin ölçekler ile değerlendirilebilen başa çıkma tutumları ve benlik saygısıdır (Başa Çıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeği ile saptanan başa çıkma tutumları, Coopersmith Benlik Saygısı Envanteri ile saptanan benlik saygısı).

2.7.2. Bağımsız Değişkenler

Araştırmanın bağımsız değişkenleri, bireylerin sosyodemografik özellikleri, bağımlılık profilleri ve uygulanan Tidal Model'e dayalı psikiyatri hemşireliği girişimleridir.

2.8. Veri Toplama Yöntemi ve Süresi

Bir haftalık detoksifikasyon sürecini tamamlayan bireylere araştırmada kullanılacak ölçüm araçları uygulanmıştır. Deney grubunda yer alan bireylere bireyselleştirilmiş bakım

sağlamak için, bireysel görüşmeler başlatılarak ve bireylerin hedefleri ve araştırmanın hedefleri doğrultusunda girişimler uygulanmıştır. Deney grubuna, planlanan girişimler hedeflerin gerçekleşme durumuna göre yaklaşık 10 bireysel görüşme yapılarak uygulanmıştır.

Uygulama ve veri toplama süreci 15 ay sürmüştür.

Kontrol Grubu	Deney Grubu
• Detoksifikasyon sürecinden sonra, anket formları uygulandı. - Birey tanıtım formu - Bağımlılık Profil İndeksi - Tedavi Motivasyonu Anketi - Başa Çıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeği - Coopersmith Benlik Saygısı Envanteri - Beck Anksiyete Envanteri - Beck Depresyon Envanteri • Klinikte yürütülen rutin tedavi, bakım ve takipler. • 3 ay sonra anket formları tekrar uygulandı. - Tedavi Motivasyonu Anketi - Başa Çıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeği - Coopersmith Benlik Saygısı Envanteri - Beck Anksiyete Envanteri - Beck Depresyon Envanteri	• Detoksifikasyon sürecinden sonra, bireysel görüşmelere başlamadan anket formları uygulandı. - Birey tanıtım formu - Bağımlılık Profil İndeksi - Tedavi Motivasyonu Anketi - Başa Çıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeği - Coopersmith Benlik Saygısı Envanteri - Beck Anksiyete Envanteri - Beck Depresyon Envanteri • Bireysel görüşmeler yapıldı. • Klinikte yürütülen rutin tedavi, bakım ve takipler. • 3 ay sonra anket formları tekrar uygulandı. - Tedavi Motivasyonu Anketi - Başa Çıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeği - Coopersmith Benlik Saygısı Envanteri - Beck Anksiyete Envanteri - Beck Depresyon Envanteri

2.9. Verilerin Analizi

Verilerin dökümü sayı, yüzdelik, ortalama, standart sapma kullanılarak yapılmıştır. Verilerin istatistiksel analizi SPSS 22 paket programında yapılmıştır. Kategorik verilerin gruplar arasında karşılaştırılmasında Pearson Chi-Square ve Fisher's Exact test; ölçek toplam

ve alt ölçek puanları normal dağılım koşuluna uymadığından ölçek puanlarının iki grup arasında karşılaştırılmasında Mann Whitney U; ön test ile son test değişimlerinde Wilcoxon Signed Ranks test istatistiksel analizleri kullanılmıştır. Grupların ön test son test değişim farkı, Mann Whitney U testi kullanılarak karşılaştırılmıştır. İstatistiksel önemlilik düzeyi “p<0.05” olarak alınmıştır.

2.10. Süre ve Olanaklar

İŞ PLANI	ARAŞTIRMA TAKVİMİ										
	EYLÜL 2012 - ...	MART 2013	HAZİRAN 2013	TEMMUZ 2013	AĞUSTOS 2013	EYLÜL 2013	EKİM 2013 - ...	ARALIK 2014	OCAK 2015	ŞUBAT – MART 2015	NİSAN 2015
Literatür taraması											
Tez komitesi top.											
Etik kurul izni											
Kurum izni											
Pilot çalışma											
Güç Analizi											
Veri top. ve Uyg. Süreci											
Verilerin analizi											
Çalışmanın rapor edilmesi											
Tez sunumu											

Araştırmanın literatür tarama ve hazırlık aşamaları 30 Eylül 2012 ile 28 Mart 2013 tarihleri arasında yapılmıştır. Araştırmanın uygulama ve veri toplama aşaması etik kurul onayları ve kurum izinleri alındıktan sonra yapılan pilot çalışma sonunda belirlenen örneklem sayısına ulaşana kadar devam etmiştir.

2.11. Etik Açıklamalar

Araştırmaya başlamadan önce Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Etik Kurulu’ndan onay alınmıştır (EK-10). Araştırmanın uygulanabilmesi ve verilerin toplanabilmesi için, İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi’nden yazılı kurum izni

alınmıştır (EK-11). Araştırmaya dahil edilmek istenen bireylere, araştırma ile ilgili sözlü ve yazılı bilgi verilerek ve bu bilgilendirmeden sonra araştırmaya katılmak isteyen bireylerden aydınlatılmış onam alınarak, çalışma yürütülmüştür.



3. BULGULAR

3.1.DENEY VE KONTROL GRUBUNDAKİ BİREYLERİN TANITICI ÖZELLİKLERİNİN İNCELENMESİ

Tablo 2: Deney ve Kontrol Grubu Bireylerin Tanıtıcı Özelliklere Göre Dağılımı

TANITICI ÖZELLİKLER		Deney		Kontrol		Toplam		χ^2/p
		n	%	n	%	n	%	
Yaş Grubu $\bar{X} \pm SS_{deney} = 43.33 \pm 6.55$ $\bar{X} \pm SS_{kontrol} = 42.44 \pm 7.03$	31-35	3	16.7	5	27.8	8	22.2	0.630/ 0.427
	36-40	3	16.7	3	16.7	6	16.7	
	41-45	2	11.1	2	11.1	4	11.1	
	46-50	10	55.5	8	44.4	18	50.0	
Cinsiyet	Kadın	2	11.1	2	11.1	4	11.1	0.000/ 1.000
	Erkek	16	88.9	16	88.9	32	88.9	
Medeni Durum	Evli	7	38.8	6	33.3	13	36.0	0.673/ 1.000
	Bekar	2	11.1	2	11.1	4	11.1	
	Eşi vefat etmiş	1	5.6	1	5.6	2	5.6	
	Boşanmış	5	27.8	6	33.3	11	30.6	
	Ayrı yaşıyor	3	16.7	3	16.7	6	16.7	
Çocuk Sahibi Olma Durumu	Evet	14	77.8	13	72.2	27	75.0	0.148/ 1.000
	Hayır	4	22.2	5	27.8	9	25.0	
En Uzun Yaşanılan Yer	Büyükşehir	14	77.7	12	66.6	26	72.2	3.269/ 0.374
	İl	3	16.7	2	11.1	5	13.9	
	İlçe-kasaba	0	0.0	3	16.7	3	8.3	
	Köy	1	5.6	1	5.6	2	5.6	
Eğitim Durumu	Okur-yazar	1	5.6	0	0.0	1	2.8	1.818/ 1.000
	İlkokul mezunu	10	55.6	10	55.6	20	55.6	
	İlköğretim mezunu	2	11.1	1	5.6	3	8.3	
	Lise mezunu	3	16.6	4	22.1	7	19.4	
	Fakülte/yüksekokul	2	11.1	3	16.7	5	13.9	
Bir İşte Çalışma Durumu	Evet	11	61.1	11	61.1	22	61.1	0.000/ 1.000
	Hayır	7	38.9	7	38.9	14	38.9	
İş Açısından Durumu	Düzenli ücretli/ maaşlı	5	27.8	4	22.2	9	25.0	2.581/ 0.690
	Kendi hesabına	1	5.6	3	16.7	4	11.1	
	Mevsimlik/ yevmiyeli/ geçici	5	27.8	4	22.2	9	25.0	
	İşsiz/iş arıyor	6	33.2	4	22.2	10	27.8	
	Emekli	1	5.6	3	16.7	4	11.1	
Kimle Yaşadığı	Anne-baba	1	5.6	2	11.1	3	8.4	7.092/ 0.051
	Eş-çocuklar	2	11.1	5	27.8	7	19.4	
	Yalnız	3	16.7	7	38.9	10	27.8	
	Diğer	12	66.6	4	22.2	16	44.4	
Sosyoekonomik Durum	Çok düşük	0	0.0	1	5.6	1	2.8	2.402/ 0.604
	Düşük	7	38.8	5	27.7	12	33.3	
	Orta	10	55.6	12	66.7	22	61.1	
	Yüksek	1	5.6	0	0.0	1	2.8	
TOPLAM		18	100.0	18	100.0	36	100.0	

Deney ve kontrol grubundaki bireylerin tanıtıcı özelliklerine göre dağılımı Tablo 2’de görülmektedir. Deney ve kontrol grubu bireylerin gruplararası uyum iyiliğini test etmek için X^2 testi kullanılmış; iki grup arasında istatistiksel olarak bir farklılık saptanmamıştır.

Deney grubundaki bireylerin %16.7’si 31-35 yaş grubunda, %16.7’si 36-40 yaş grubunda, %11.1’i 41-45 yaş grubunda ve %55.5’i 46-50 yaş grubunda yer almaktadır. Deney grubundaki bireylerin yaş ortalaması 43.33 ± 6.55 ’dir. Kontrol grubundaki bireylerin %27.8’i 31-35 yaş grubunda, %16.7’si 36-40 yaş grubunda, %11.1’i 41-45 yaş grubunda ve %44.4’ü 46-50 yaş grubunda yer almaktadır. Kontrol grubundaki bireylerin yaş ortalaması 42.44 ± 7.03 ’tür (Tablo 2). Deney ve kontrol grubu bireylerin yaş ortalamaları arasında fark yoktur ($U=155.0$, $p=0.822$; $p>0.05$).

Her iki gruptaki bireylerin cinsiyet dağılımı eşit oranlarda olup, bireylerin %11.1’i kadın, %88.9’u erkek’tir (Tablo 2).

Deney grubundaki bireylerin medeni durumları incelendiğinde %38.8’i evli, %11.1’i bekar, %5.6’sının eşi vefat etmiş, %27.8’i boşanmış ve %16.7’sinin eşinden ayrı yaşadığı bulunmuştur. Kontrol grubundaki bireylerin ise, %33.3’ünün evli, %11.1’inin bekar, %5.6’sının eşinin vefat ettiği, %33.3’ünün boşanmış olduğu ve %16.7’sinin eşinden ayrı yaşadığı bulunmuştur (Tablo 2).

Bireylerin çocuk sahibi olma durumları incelendiğinde, deney grubundaki bireylerin %77.8’inin, kontrol grubundaki bireylerin ise %72.2’sinin çocuk sahibi olduğu bulunmuştur (Tablo 2).

Bireylerin en uzun yaşadıkları yerleşim yerleri incelendiğinde, deney grubundaki bireylerin %77.7’sinin büyükşehirde, %16.7’sinin şehirde, %5.6’sının köyde yaşadığı; kontrol grubundaki bireylerin ise, %66.6’sının büyükşehirde, %11.1’inin şehirde, %16.7’sinin ilçe-kasabada ve %5.6’sının köyde yaşadığı bulunmuştur (Tablo 2).

Bireylerin eğitim durumları incelendiğinde, deney grubundaki bireylerin %5.6’sının okur-yazar olduğu, %55.6’sının ilkokul mezunu, %11.1’inin ilköğretim mezunu, %16.6’sının lise mezunu, %11.1’inin yüksekokul /fakülte mezunu olduğu; kontrol grubundaki bireylerin ise, %55.6’sının ilkokul mezunu, %5.6’sının ilköğretim mezunu, %22.1’inin lise mezunu ve %16.7’sinin ise yüksekokul /fakülte mezunu olduğu bulunmuştur (Tablo 2).

Deney ve kontrol grubundaki bireylerin bir işte çalışıp-çalışmama durumlarına bakıldığında, her iki grupta da bireylerin %61.1’inin bir işte çalıştığı görülmektedir.

Deney grubundaki bireylerin %27.8'inin düzenli ücretli/maaşlı bir işte, %5.6'sının kendi hesabına, %27.8'inin mevsimlik/yevmiyeli/geçici bir işte çalıştığı, %33.2'sinin işsiz/iş arıyor ve %5.6'sının emekli olduğu görülmektedir. Kontrol grubundaki bireylerin %22.2'sinin düzenli ücretli/maaşlı bir işte, %16.7'sinin kendi hesabına, %22.2'sinin mevsimlik/yevmiyeli/geçici bir işte çalıştığı, %22.2'sinin işsiz/iş arıyor ve %16.7'sinin emekli olduğu görülmektedir (Tablo 2).

Deney grubundaki bireylerin %5.6'sının anne-babayla, %11.1'inin eş ve çocuklarıyla, %16.7'sinin yalnız, %66.6'sının diğer kişilerle yaşadığı; kontrol grubundaki bireylerin ise, %11.1'inin anne-babayla, %27.8'inin eş ve çocuklarıyla, %38.9'unun yalnız, %22.2'sinin diğer kişilerle yaşadığı belirlenmiştir (Tablo 2).

Bireylerin sosyoekonomik durumları incelendiğinde, deney grubundaki bireylerin %38.8'i "düşük", %55.6'sı "orta", %5.6'sı "yüksek" sosyoekonomik düzeyde kendilerini değerlendirdiği; kontrol grubundaki bireylerin ise kendilerini %5.6'sı "çok düşük", %27.7'si "düşük", %66.7'si "orta" sosyoekonomik düzeyde değerlendirdikleri görülmüştür (Tablo 2).

3.2. DENEY VE KONTROL GRUBUNDAKİ BİREYLERİN SİGARA KULLANIMLARI, FİZİKSEL VE RUHSAL HASTALIK DURUMLARININ İNCELENMESİ

Tablo 3: Deney ve Kontrol Grubundaki Bireylerin Sigara Kullanımları, Fiziksel ve Ruhsal Hastalık Durumlarına Göre Dağılımı

		Deney		Kontrol		Toplam		χ^2/p
		n	%	n	%	n	%	
Sigara Kullanımı	Evet	16	88.9	18	100.0	34	94.4	2.118/ 0.486
	Hayır	2	11.1	0	0.0	2	5.6	
Fiziksel Hastalık	Evet	3	16.7	3	16.7	6	16.7	0.000/ 1.000
	Hayır	15	83.3	15	83.3	30	83.3	
Fiziksel Hastalık Grubu	Hipertansiyon	1	5.6	1	5.6	2	5.6	2.355/ 1.000
	Diabetes Mellitus ve Hiperkolesterolemi	1	5.6	0	0.0	1	2.8	
	Hipertansiyon ve Diabetes Mellitus	1	5.6	1	5.6	2	5.6	
	Koroner Arter Hastalığı	0	0.0	1	5.6	1	2.8	
Ruhsal Hastalık	Evet	6	33.3	3	16.7	9	25.0	1.333/ 0.443
	Hayır	12	66.7	15	83.3	27	75.0	
Ruhsal Hastalık Grubu	Sosyal Fobi	1	5.6	1	5.6	2	5.6	1.104/ 1.000
	Depresyon	4	22.2	2	11.1	6	16.7	
	Obsesif-Kompulsif Bozukluk	1	5.6	0	0.0	1	2.8	

Deney grubundaki bireylerin %88.9'unun, kontrol grubundaki bireylerin ise tamamının sigara kullandığı görülmektedir (Tablo 3).

Her iki grupta da ilaç kullanmayı gerektiren fiziksel hastalık görülme oranı %16.7'dir. Deney grubundaki bireylerin %5.6'sı hipertansiyon, %5.6'sı Diabetes Mellitüs ve Hiperkolesterolemi , %5.6'sı Hipertansiyon ve Diabetes Mellitüs rahatsızlıkları olduğunu belirtmiştir. Kontrol grubundaki bireylerin %5.6'sı hipertansiyon, %5.6'sı Hipertansiyon ve Diabetes Mellitüs ve %5.6'sı Koroner Arter Hastalığı olduğunu belirtmiştir (Tablo 3).

Deney grubundaki bireylerin %33.3'ü, kontrol grubundaki bireylerin ise %16.7'si ilaç kullanmayı gerektiren ruhsal bir rahatsızlıklarının olduğunu belirtmiştir. Deney grubundaki bireylerin %5.6'sı Sosyal Fobi, %22.2'si Depresyon, %5.6'sı Obsesif-Kompulsif Bozukluk tanısı aldığını belirtmiştir. Kontrol grubundaki bireylerin ise %5.6'sı Sosyal Fobi, %11.1'i Depresyon tanısı aldığını belirtmiştir (Tablo 3).

3.3.DENEY VE KONTROL GRUBUNDAKİ BİREYLERİN ALKOL KULLANIMI VE TEDAVİ OLMA ÖZELLİKLERİNİN İNCELENMESİ

Tablo 4: Deney ve Kontrol Grubundaki Bireylerin Alkolü İlk Kullanma Yaşı Ortalamaları

	Deney			Kontrol			U/p
	X	SD	Min.-Max.	X	SD	Min.-Max.	
İlk Kullanım Yaşı	18.11	3.34	14-27	18.39	4.85	10-30	159.5/ 0.936

Bireylerin alkolü ilk kullanma yaşı ortalamaları incelendiğinde, deney grubu bireylerin yaş ortalaması 18.11±3.34, kontrol grubu bireylerin yaş ortalaması ise 18.39±4.85'dir. Gruplar arasında ilk kullanım yaşı ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır (U=159.5; p>0.05) (Tablo 4).

Deney grubundaki bireylerin %72.2'si arkadaş ortamında, %5.6'sı düğünde, %11.1'i işyerinde, %11.1'i ev ve aile ortamında ilk defa alkol kullandıklarını belirtmiştir. Kontrol grubundaki bireylerin ise, %66.7'si arkadaş ortamında, %5.6'sı düğünde, %22.1'i işyerinde, %5.6'sı ev ve aile ortamında ilk defa alkol kullandıklarını belirtmiştir (Tablo 5).

Alkolü yoğun kullanma süreleri incelendiğinde, deney grubundaki bireylerin %27.8'i 1-5 yıldır, %27.8'i 6-10 yıldır, %44.4'ü 11 yıl ve üzeri bir süredir, alkolü yoğun kullandıklarını belirtmiştir. Kontrol grubundaki bireylerin %27.8'i 1-5 yıldır, %38.9'u 6-10 yıldır, %33.3'ü ise 11 yıl ve üzeri bir süredir, alkolü yoğun kullandıklarını belirtmiştir (Tablo 5).

Tablo 5: Deney ve Kontrol Grubundaki Bireylerin Alkol Kullanımı ve Tedavi Olma Özelliklerine Göre Dağılımı

Alkol Kullanımı ve Tedavi Olma Özellikleri		Deney		Kontrol		Total		χ^2/p
		n	%	n	%	n	%	
Alkolü İlk Nerede Kullandığı	Arkadaş ortamı	13	72.2	12	66.7	25	69.4	1.356/ 0.863
	Düğün	1	5.6	1	5.6	2	5.6	
	İşyeri	2	11.1	4	22.1	6	16.7	
	Ev, aile ortamı	2	11.1	1	5.6	3	8.3	
Alkolü Yoğun Kullanma Süresi – $\bar{X} \pm SS_{deney} = 12.25 \pm 9.31$ – $\bar{X} \pm SS_{kontrol} = 10.22 \pm 7.38$	1-5 yıl	5	27.8	5	27.8	10	27.8	0.165/ 0.685
	6-10 yıl	5	27.8	7	38.9	12	33.3	
	11 yıl ve üzeri	8	44.4	6	33.3	14	38.9	
Alkolün Ne Kadar Zamandır Sorun Olduğu	1 yıldan az	1	5.6	3	16.7	4	11.1	1.305/ 0.832
	1-2 yıldır	4	22.2	4	22.2	8	22.2	
	3-4 yıldır	3	16.7	3	16.7	6	16.7	
	5 yıl ve daha fazla	10	55.5	8	44.4	18	50.0	
Tedavi Olmaya Nasıl Karar Verdiği	Yoğun kullanım	8	44.4	5	27.7	13	36.1	7.050/ 0.133
	Eş ve çocukların terk etmesi	3	16.7	1	5.6	4	11.1	
	Ailesinin isteği, ısrarı	2	11.1	9	50.0	11	30.6	
	Hallüsinasyonlar	2	11.1	2	11.1	4	11.1	
	Sağlığının bozulması	3	16.7	1	5.6	4	11.1	
Daha Önce Tedavi Olma Durumu	Evet	11	61.1	8	44.4	19	52.8	1.003/ 0.505
	Hayır	7	38.9	10	55.6	17	47.2	
Kaç Kez Tedavi Gördüğü – $\bar{X} \pm SS_{deney} = 1.00 \pm 1.24$ – $\bar{X} \pm SS_{kontrol} = 1.22 \pm 2.82$	1 kez	7	63.6	5	62.5	12	63.2	0.003/ 1.000
	1'den fazla	4	36.4	3	37.5	7	36.8	
İlk Tedavi Başvuru Zamanı	1 yıldan az	8	44.4	10	55.6	18	50.0	0.444/ 0.505
	1 yıl ve daha fazla	10	55.6	8	44.4	18	50.0	
Remisyon Süresi – $\bar{X} \pm SS_{deney} = 8.33 \pm 1.13$ – $\bar{X} \pm SS_{kontrol} = 16.61 \pm 45.39$	1 aydan az	3	16.7	7	38.9	10	27.8	2.560/ 0.498
	1-2 ay	5	27.8	4	22.2	9	25.0	
	3-12 ay	7	38.8	4	22.2	11	30.5	
	12 aydan fazla	3	16.7	3	16.7	6	16.7	
Nüks Sayısı – $\bar{X} \pm SS_{deney} = 4.67 \pm 4.09$ – $\bar{X} \pm SS_{kontrol} = 2.61 \pm 2.62$	1 kez	4	22.2	8	44.5	12	33.3	2.228/ 0.328
	2-3 kez	7	38.9	6	33.3	13	36.1	
	4 ve üzeri	7	38.9	4	22.2	11	30.6	
TOPLAM		18	100.0	18	100.0	36	100.0	

Alkolü yoğun kullanma süre ortalamaları incelendiğinde, deney grubu bireylerin ortalaması 12.25 ± 9.31 , kontrol grubu bireylerin 10.22 ± 7.38 olup, aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ($U=148.5$, $p=0.668$; $p>0.05$).

Alkolün ne kadar zamandır bireylerin yaşamında sorun olduğu incelendiğinde, deney grubundaki bireylerin %5.6'sı bir yıldan az, %22.2'si 1-2 yıldır, %16.7'si 3-4 yıl, %55.5'i 5 yıl ve daha fazla süredir alkolün sorun olduğunu belirtmiştir. Kontrol grubundaki bireylerin

%16.7'si bir yıldan az, %22.2'si 1-2 yıldır, %16.7'si 3-4 yıl ve %44.4'ü 5 yıl ve daha fazla süredir alkolün yaşamlarında sorun olduğunu belirtmiştir (Tablo 5).

Bireylerin tedavi olmaya nasıl karar verdikleri incelendiğinde, deney grubundaki bireylerin %44.4'ü yoğun kullanım nedeni ile, %16.7'si eş ve çocuklarının terk etmesi sonucu, %11.1'i ailesinin isteği ve ısrarı ile, %11.1'i hallüsinasyonları nedeniyle, %16.7'si sağlığının bozulması sonucu tedavi olmaya karar vermiştir. Kontrol grubundaki bireylerin %27.7'si yoğun kullanım nedeni ile, %5.6'sı eş ve çocuklarının terk etmesi sonucu, %50.0'ı ailesinin isteği ve ısrarı ile, %11.1'i hallüsinasyonları nedeniyle, %5.6'sı sağlığının bozulması sonucu tedavi olmaya karar verdiğini belirtmiştir (Tablo 5).

Deney grubundaki bireylerin %61.1'i, kontrol grubundaki bireylerin ise %44.4'ü daha önce alkol bağımlılığı tedavisi gördüklerini belirtmiştir. Deney grubunda daha önce tedavi gören bireylerin %63.6'sı bir kez, %36.4'ü birden fazla kez; kontrol grubunda daha önce tedavi gören bireylerin ise %62.5'i bir kez, %37.5'i birden fazla kez tedavi görmüştür (Tablo 5). Daha önce tedavi görme sayısı ortalaması deney grubunda 1.00 ± 1.24 , kontrol grubunda 1.22 ± 2.82 olup, aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ($U=138.0$, $p=0.412$; $p>0.05$).

Tedaviye ilk başvuru zamanı incelendiğinde, deney grubundaki bireylerin %44.4'ü bir yıldan az bir süre önce, %55.6'sı bir yıl ve daha fazla süre önce tedaviye başvurmuştur. Kontrol grubundaki bireylerin %55.6'sı bir yıldan az bir süre önce, %44.4'ü bir yıl ve daha fazla süre önce tedaviye başvurmuştur (Tablo 5).

Bireylerin en uzun remisyon süreleri incelendiğinde, deney grubu bireylerin %16.7'sinin bir aydan az, %27.8'inin 1-2 ay, %38.8'inin 3-12 ay, %16.7'sinin 12 aydan fazla süre remisyon süreleri olduğu görülmektedir. Kontrol grubu bireylerin %38.9'unun bir aydan az, %22.2'sinin 1-2 ay, %22.2'sinin 3-12 ay, %16.7'sinin 12 aydan fazla süre remisyon süreleri olduğu bulunmuştur (Tablo 5).

Bireylerin en uzun remisyon süre ortalamaları incelendiğinde, deney grubu bireylerin ortalaması 8.33 ± 1.13 olup, kontrol grubu bireylerin ortalaması 16.61 ± 45.39 'dur. Grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ($U=120.5$, $p=0.188$; $p>0.05$).

Bireylerin şimdiye kadar yaşadıkları nüks sayıları incelendiğinde, deney grubundaki bireylerin %22.2'sinin bir kez, %38.9'unun 2-3 kez ve %38.9'unun 4 ve daha fazla sayıda nüks yaşadığı; kontrol grubundaki bireylerin ise, %44.5'inin bir kez, %33.3'ünün 2-3 kez ve %22.2'sinin 4 ve daha fazla sayıda nüks yaşadığı bulunmuştur (Tablo 5).

Bireylerin nüks sayı ortalamaları incelendiğinde, deney grubu bireylerin ortalaması 4.67 ± 4.09 , kontrol grubu bireylerin ortalaması ise 2.61 ± 2.62 olup, aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($U=109.5$, $p=0.088$; $p>0.05$).

Tablo 6: Deney ve Kontrol Grubundaki Bireylerin Nüks Nedenlerinin Dağılımı

NÜKS NEDENLERİ		Deney grubu		Kontrol		Toplam		χ^2/p
		n	%	n	%	n	%	
En Çok Nüks Nedeni	İçme isteği	8	44.4	9	50.0	17	47.2	3.565/ 0.684
	Arkadaş ortamı	2	11.1	1	5.6	3	8.3	
	Yoksunluk	0	0.0	1	5.6	1	2.8	
	Sorunlarla baş edememe	7	38.9	4	22.1	11	30.6	
	Yalnızlık	0	0.0	1	5.6	1	2.8	
	Diğer	1	5.6	2	11.1	3	8.3	
Son Nüks Nedeni	İçme isteği	9	50.0	8	44.4	17	47.2	3.109/ 0.863
	Arkadaş ortamı	1	5.6	0	0.0	1	2.8	
	Yoksunluk	1	5.6	1	5.6	2	5.6	
	Sorunlarla baş edememe	5	27.6	8	44.4	13	36.0	
	Yalnızlık	1	5.6	0	0.0	1	2.8	
	Diğer	1	5.6	1	5.6	2	5.6	
TOPLAM		18	100.0	18	100.0	36	100.0	

Nüks nedenleri incelendiğinde, deney grubundaki bireylerin en çok nüks nedenleri arasında, %44.4'lük oranla içme isteği, %11.1'lik oranla arkadaş ortamı, %38.9'luk oranla sorunlarla baş edememe, %5.6'lık oranla diğer nedenler yer almaktadır. Kontrol grubundaki bireylerin en çok nüks nedenleri arasında, %50.0'lık oranla içme isteği, %5.6'lık oranla arkadaş ortamı, %5.6'lık oranla yoksunluk belirtileri, %22.1'lik oranla sorunlarla baş edememe, %5.6'lık oranla yalnızlık ve %11.1'lik oranla diğer nedenler yer almaktadır (Tablo 6).

Bireylerin en son nüks nedeni incelendiğinde, deney grubundaki bireylerin %50.0'sinin içme isteği, %5.6'sının arkadaş ortamı, %5.6'sının yoksunluk belirtileri, %27.6'sının sorunlarla baş edememe, %5.6'sının yalnızlık ve %5.6'sının diğer nedenlerle nüks yaşadıkları bulunmuştur. Kontrol grubundaki bireylerin ise, %44.4'ünün içme isteği, %5.6'sının yoksunluk belirtileri, %44.4'ünün sorunlarla baş edememe ve %5.6'sının diğer nedenlerle nüks yaşadıkları belirlenmiştir (Tablo 6).

Tablo 7: Deney ve Kontrol Grubundaki Bireylerin Ailelerinde Alkol Kullanımı Dağılımı

AİLEDE ALKOL KULLANIM ÖZELLİKLERİ		Deney		Kontrol		Toplam		χ^2/p
		n	%	n	%	n	%	
Ailede Alkol Kullanımı	Evet	12	66.7	14	77.8	26	72.2	0.554/ 0.457
	Hayır	6	33.3	4	22.2	10	27.8	
Ailede Kimin Alkol Kullandığı	Baba	2	11.1	2	11.1	4	11.1	2.460/ 0.805
	Baba ve kardeş	1	5.6	3	16.7	4	11.1	
	Baba ve anne	1	5.6	0	0.0	1	2.8	
	Kardeş	4	22.2	3	16.7	7	19.4	
	Diğer	4	22.2	6	33.3	10	27.8	

Ailede alkol kullanım durumu incelendiğinde, deney grubundaki bireylerin %66.7'sinin, kontrol grubundaki bireylerin ise %77.8'inin ailesinde alkol kullanan bireylerin olduğu bulunmuştur. Deney grubundaki bireylerin %11.1'inin babasında, %5.6'sının baba ve kardeşinde, %5.6'sının baba ve annesinde, %22.2'sinin kardeşinde, %22.2'sinin ailesindeki diğer kişilerde alkol kullanımı olduğu bulunmuştur. Kontrol grubundaki bireylerin ise, %11.1'inin babasında, %16.7'sinin baba ve kardeşinde, %16.7'sinin kardeşinde ve %33.3'ünün ailesindeki diğer kişilerde alkol kullanımı olduğu bulunmuştur (Tablo 7).

Tablo 8: Deney ve Kontrol Grubundaki Bireylerin Alkollüken Yasal Sorun Yaşama Durumları Dağılımı

YASAL SORUN YAŞAMA ÖZELLİKLERİ		Deney		Kontrol		Toplam		χ^2/p
		n	%	n	%	n	%	
Yasal Sorun Yaşama Durumu	Evet	8	44.4	8	44.4	16	44.4	0.000/ 1.000
	Hayır	10	55.6	10	55.6	20	55.6	
Ehliyetin Alınması	Evet	5	27.8	6	33.3	11	30.6	0.131/ 0.717
	Hayır	13	72.2	12	66.7	25	69.4	
Trafik Kazası Geçirme	Evet	3	16.7	4	22.2	7	19.4	0.177/ 1.000
	Hayır	15	83.3	14	77.8	29	80.6	
Kavgaya Karışma	Evet	3	16.7	1	5.6	4	11.1	1.125/ 0.603
	Hayır	15	83.3	17	94.4	32	88.9	
Yaralama	Evet	0	0.0	1	5.6	1	2.8	1.029/ 1.000
	Hayır	18	100.0	17	94.4	35	97.2	
Diğer	Evet	1	5.6	0	0.0	1	2.8	1.029/ 1.000
	Hayır	17	94.4	18	100.0	35	97.2	
TOPLAM		18	100.0	18	100.0	36	100.0	

Bireylerin alkollüken yasal sorun yaşama durumları incelendiğinde, her iki gruptaki bireylerin %44.4'ünün yasal sorun yaşadığı bulunmuştur. Deney grubundaki bireylerin

%27.8'inin, kontrol grubundaki bireylerin ise %33.3'ünün ehliyetinin alındığı belirlenmiştir. Deney grubundaki bireylerin %16.7'si, kontrol grubundaki bireylerin ise %22.2'si trafik kazası geçirmiştir. Deney grubundaki bireylerin %16.7'si, kontrol grubundaki bireylerin ise %5.6'sı kavgaya karışmıştır. Kontrol grubundaki bireylerin %5.6'sı yaralama olayına karışmıştır. Deney grubundaki bireylerin ise %5.6'sı diğer nedenlerle yasal sorun yaşadığını belirtmiştir (Tablo 8).

3.4.DENEY VE KONTROL GRUBUNDAKİ BİREYLERİN DEĞİŞİM AŞAMASI AÇISINDAN ÖN TEST DEĞERLENDİRMELERİ

Tablo 9 : Deney ve Kontrol Grubundaki Bireylerin Değişim Aşaması Açısından Ön Test Değerlendirmelerinin Dağılımı

DEĞİŞİM AŞAMASI (Öntest)	Deney		Kontrol		Toplam		χ^2/p
	n	%	n	%	n	%	
Farkındalığa Karşı	2	11.1	0	0.0	2	5.6	3.225/ 0.337
Farkındalık Öncesi	2	11.1	5	27.8	7	19.4	
Farkındalık	4	22.2	5	27.8	9	25.0	
Eylem	10	55.6	8	44.4	18	50.0	
TOPLAM	18	100.0	18	100.0	36	100.0	

Bireylerin değişim aşamaları incelendiğinde, deney grubundaki bireylerin %11.1'inin farkındalığa karşı, %11.1'inin farkındalık öncesi, %22.2'sinin farkındalık ve %55.6'sının eylem aşamasında olduğu bulunmuştur. Kontrol grubundaki bireylerin ise %27.8'inin farkındalık öncesi, %27.8'inin farkındalık, %44.4'ünün eylem aşamasında olduğu bulunmuştur. Ön test değişim aşaması açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($\chi^2=3.225$; $p>0,05$) (Tablo 9).

3.5.DENEY GRUBU BİREYLERİN GÖRÜŞME SAYISI VE GÖRÜŞME SÜRELERİNİN İNCELENMESİ

Tablo 10 : Deney Grubu Bireylerin Görüşme Sayısı ve Görüşme Sürelerinin Dağılımı

GÖRÜŞME ÖZELLİKLERİ		n	%
Görüşme Sayısı	10 seans altı	6	33.3
	10 seans	8	44.5
	10 seans üstü	4	22.2
Görüşme Süresi	50 dakikadan az	10	55.6
	50 dk ve daha fazla	8	44.4
TOPLAM		18	100.0

Deney grubu bireylerle yapılan görüşmeler sayı açısından incelendiğinde, bireylerin %33.3'ü ile 10 seanstan daha az, %44.5'i ile 10 seans, %22.2'si ile 10 seanstan daha fazla görüşme yapıldığı görülmektedir (Tablo 10).

Deney grubu bireylerle yapılan görüşmelerin süre açısından incelenmesi için, bireylerle yapılan görüşmelerin ortalamaları alınmış ve gruplandırılmıştır. Bireylerle yapılan görüşme sürelerinin ortalaması, bireylerin %55.6'sında 50 dakikadan az, %44.4'ünde 50 dakika ve daha fazla olarak bulunmuştur (Tablo 10).

3.6.DENEY VE KONTROL GRUBUNDAKİ BİREYLERİN SON TEST DEĞERLENDİRMELERİNİN İNCELENMESİ

Tablo 11: Deney ve Kontrol Grubundaki Bireylerin Sigara ve İlaç Kullanım Özellikleri Dağılımı (Son Test)

SİGARA VE İLAÇ KULLANIM ÖZELLİKLERİ (SonTest)		Deney		Kontrol		Toplam		χ^2/p
		n	%	n	%	n	%	
Sigara Kullanım Durumu	Evet	16	88.9	17	94.4	33	91.7	0.364/ 1.000
	Hayır	2	11.1	1	5.6	3	8.3	
İlaç Kullanım Durumu	Evet	12	66.7	8	44.4	20	55.6	1.800/ 0.180
	Hayır	6	33.3	10	55.6	16	44.4	
İlaçları Düzenli Kullanma Durumu	Evet	9	75.0	7	87.5	16	80.0	0.469/ 0.619
	Hayır	3	25.0	1	12.5	4	20.0	

Son test değerlendirmelerinde, deney grubu bireylerin %88.9'u, kontrol grubu bireylerin ise %94.4'ü sigara kullandığını belirtmiştir. Taburcu olurken verilen ilaçların kullanımı değerlendirildiğinde, deney grubu bireylerin %66.7'si, kontrol grubu bireylerin %44.4'ü ilaç kullandığını belirtmiştir. İlaçlarını düzenli kullananların oranı deney grubunda %75.0, kontrol grubunda ise %87.5'dir (Tablo 11).

Bireylerin son test değerlendirmelerinde, alkol kullanma durumu incelendiğinde, deney grubu bireylerin %44.4'ünün, kontrol grubu bireylerin ise %77.8'inin alkol kullandığı belirlenmiştir. Alkol kullanımları açısından deney ve kontrol grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($\chi^2=4.208$; $p<0.05$) (Tablo 12).

Tablo 12: Deney ve Kontrol Grubundaki Bireylerin Alkol Kullanım Özellikleri Dağılımı
(Son Test)

ALKOL KULLANIM ÖZELLİKLERİ (SonTest)		Deney		Kontrol		Toplam		χ^2/p
		n	%	n	%	n	%	
Alkol Kullanma Durumu	Evet	8	44.4	14	77.8	22	61.1	4.208/ 0.040
	Hayır	10	55.6	4	22.2	14	38.9	
Alkolü Ne Zaman Kullandığı – $\bar{X} \pm SS_{deney} = 0.55 \pm 0.89$ – $\bar{X} \pm SS_{kontrol} = 0.83 \pm 0.67$	1 aydan az	3	37.5	5	35.7	8	22.2	0.007/ 1.000
	1 ay ve daha fazla	5	62.5	9	64.3	14	38.9	
Alkol Kullanma Nedeni	İçme isteği	4	22.2	7	38.9	11	30.6	1.740/ 1.000
	Ailevi sorunlar	2	11.1	2	11.1	4	11.1	
	Maddi sıkıntılar	0	0.0	1	5.6	1	2.8	
	Öfke	1	5.6	3	16.7	4	11.1	
	Diğer	1	5.6	1	5.6	2	5.6	

Deney grubunda alkol kullanan bireylerin %37.5'i taburcu olduktan sonra bir aydan daha az bir süre içerisinde, %62.5'i ise bir ay ve daha fazla süre içerisinde tekrar alkol kullandıklarını belirtmiştir. Kontrol grubunda alkol kullanan bireylerin ise %35.7'si taburcu olduktan sonra bir aydan daha az bir süre içerisinde, %64.3'ü bir ay ve daha fazla süre içerisinde tekrar alkol kullandıklarını belirtmiştir (Tablo 12). Deney grubundaki bireylerin taburcu olduktan sonra alkol kullanma zamanı ortalaması 0.55 ± 0.89 , kontrol grubundaki bireylerin ise 0.83 ± 0.67 'dir. Gruplar arasında alkol kullanma zamanı ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($U=112.0$, 0.102 ; $p>0.05$).

Alkol kullanma nedenleri incelendiğinde, deney grubu bireylerin %22.2'si içme isteği, %11.1'i ailevi sorunlar, %5.6'sı öfke, %5.6'sı diğer nedenlerle alkol kullandıklarını belirtmiştir. Kontrol grubu bireylerin %38.9'u içme isteği, %11.1'i ailevi sorunlar, %5.6'sı maddi sıkıntılar, %16.7'si öfke ve %5.6'sı diğer nedenlerle alkol kullandıklarını belirtmiştir (Tablo 12).

3.7.DENEY VE KONTROL GRUBUNDAKİ BİREYLERİN DEĞİŞİM AŞAMASI AÇISINDAN SON TEST DEĞERLENDİRMELERİNİN İNCELENMESİ

Tablo 13: Deney ve Kontrol Grubundaki Bireylerin Değişim Aşaması Açısından Son Test Değerlendirmelerinin Dağılımı

DEĞİŞİM AŞAMASI (Son Test)	Deney		Kontrol		Toplam		χ^2/p
	n	%	n	%	n	%	
Laps	5	27.8	4	22.2	9	25.0	6.335/ 0.049
Relaps	3	16.7	10	55.6	13	36.1	
Sürdürüm	10	55.5	4	22.2	14	38.9	
TOPLAM	18	100.0	18	100.0	36	100.0	

Bireylerin değişim aşaması açısından son test değerlendirmeleri incelendiğinde, deney grubundaki bireylerin %27.8'inin laps, %16.7'sinin relaps, %55.5'inin ise sürdürüm aşamasında olduğu görülmektedir. Kontrol grubundaki bireylerin %22.2'sinin laps, %55.6'sının relaps ve %22.2'sinin sürdürüm aşamasında olduğu bulunmuştur. Son testte değişim aşamaları açısından deney ve kontrol grubu arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($\chi^2=6.335$; $p<0,05$) (Tablo 13).

3.8.DENEY VE KONTROL GRUBU BİREYLERİN GÖRÜŞMELER ÖNCESİ BAPİ, TMA, BDÖ, BAÖ PUAN ORTALAMALARININ İNCELENMESİ (ÖN TEST)

Bu bölümde deney ve kontrol grubu bireylerin görüşmeler öncesi Bağımlılık Profil İndeksi (BAPİ), Tedavi Motivasyonu Anketi (TMA), Beck Depresyon ve Beck Anksiyete Envanteri (BDE ve BAE) puan ortalamalarının karşılaştırılması yer almaktadır.

3.8.1. Deney ve Kontrol Grubu Bireylerin Görüşmeler Öncesi Bağımlılık Profil İndeksi Puan Ortalamalarının Değerlendirilmesi (Ön Test)

Deney ve kontrol grubu bireylerin görüşmeler öncesi Bağımlılık Profil İndeksi puan ortalamalarının karşılaştırılması Tablo 14'de verilmiştir. Deney grubu bireylerin BAPİ MKÖ alt ölçeği puan ortalaması 1.79 ± 0.5 , TÖ alt ölçeği puan ortalaması 11.06 ± 1.48 , YE alt ölçeği puan ortalaması 15.94 ± 2.71 , Şİ alt ölçeği puan ortalaması 4.17 ± 2.48 , MOT alt ölçeği puan ortalaması 5.94 ± 0.24 ve BAPİ toplam puanı 7.36 ± 1.11 'dir. Kontrol grubu bireylerin BAPİ MKÖ alt ölçeği puan ortalaması 1.73 ± 0.62 , TÖ alt ölçeği puan ortalaması 11.08 ± 1.18 , YE alt ölçeği puan ortalaması 15.61 ± 2.03 , Şİ alt ölçeği puan ortalaması 4.17 ± 2.26 , MOT alt ölçeği puan ortalaması 5.89 ± 0.32 ve BAPİ toplam puanı 7.28 ± 0.9 'dur. Deney ve kontrol grubu

bireyler arasında BAPİ ölçeği ön test puanları dağılımları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır($p>0,05$).

Tablo 14: Deney ve Kontrol Grubundaki Bireylerin Görüşmeler Öncesi (Ön Test) Bağımlılık Profil İndeksi Puan Ortalamalarına Göre Dağılımı

BAPİ	Deney			Kontrol			U/p
	X	SS	Min.-Max.	X	SS	Min.-Max.	
Madde Kullanım Özellikleri (MKÖ)	1.79	0.5	1.18-2.18	1.73	0.62	0.18-2.18	149.5/ 0.651
Tanı Ölçütleri (TÖ)	11.06	1.48	7-12	11.08	1.18	8.5-12	151.0/ 0.709
Yaşama Etkisi (YE)	15.94	2.71	12-20	15.61	2.03	13-20	149.5/ 0.689
Şiddetli İstek (Şİ)	4.17	2.48	1-8	4.17	2.26	2-8	152.0/ 0.746
Motivasyon (MOT)	5.94	0.24	5-6	5.89	0.32	5-6	153.0/ 0.552
BAPİ Toplam Puan	7.36	1.11	5.41-9.09	7.28	0.9	6.06-9.09	160.0/ 0.950

3.8.2. Deney ve Kontrol Grubu Bireylerin Görüşmeler Öncesi Tedavi Motivasyonu Anketi Puan Ortalamalarının Değerlendirilmesi (Ön Test)

Tablo 15: Deney ve Kontrol Grubundaki Bireylerin Görüşmeler Öncesi (Ön Test) Tedavi Motivasyonu Anketi Puan Ortalamalarına Göre Dağılımı

Tedavi Motivasyonu Anketi (TMA)	Deney			Kontrol			U/p
	X	SS	Min.-Max.	X	SS	Min.-Max.	
İçsel Motivasyon (İM)	52.33	2.57	45-55	51.22	3.56	43-55	139.5/ 0.472
Dışsal Motivasyon (DM)	11.5	2.64	7-16	11.22	2.67	5-15	153.5/ 0.786
Kişilerarası Yardım Arama (KYA)	24.83	2.96	18-30	21.94	4.35	14-30	85.5/ 0.015
Tedaviye Güven (TG)	20.94	4.89	9-25	22.28	4.1	10-25	133.5/ 0.344
Toplam Tedavi Motivasyonu	109.61	6.41	98-120	106.67	9.51	81-121	136.5/ 0.419

Deney ve kontrol grubu bireylerin görüşmeler öncesi Tedavi Motivasyonu Anketi puan ortalamalarının karşılaştırılması Tablo 15’de verilmiştir. Deney grubu bireylerin TMA İM alt ölçeği puan ortalaması 52.33 ± 2.57 , DM alt ölçeği puan ortalaması 11.5 ± 2.64 , KYA alt ölçeği puan ortalaması 24.83 ± 2.96 , TG alt ölçeği puan ortalaması 20.94 ± 4.89 ve toplam

tedavi motivasyonu puan ortalaması 109.61 ± 6.41 'dir. Kontrol grubu bireylerin TMA İM alt ölçeği puan ortalaması 51.22 ± 3.56 , DM alt ölçeği puan ortalaması 11.22 ± 2.67 , KYA alt ölçeği puan ortalaması 21.94 ± 4.35 , TG alt ölçeği puan ortalaması 22.28 ± 4.1 ve toplam tedavi motivasyonu puan ortalaması 106.67 ± 9.51 'dir. Deney ve kontrol grubu bireylerin tedavi motivasyonu puan ortalamaları incelendiğinde, gruplar arasında KYA puanları açısından bulunan farkın anlamlı olduğu ($U=85.5$; $p<0.05$); diğer puan ortalamaları arasında ise anlamlı farkın olmadığı bulunmuştur ($p>0.05$).

3.8.3. Deney ve Kontrol Grubu Bireylerin Görüşmeler Öncesi Beck Depresyon (BDE) ve Beck Anksiyete Envanteri (BAE) Puan Ortalamalarının Değerlendirilmesi (Ön Test)

Tablo 16: Deney ve Kontrol Grubundaki Bireylerin Görüşmeler Öncesi (Ön Test) Beck Depresyon (BDE) ve Beck Anksiyete Envanteri (BAE) Puan Ortalamalarına Göre Dağılımı

	Deney			Kontrol			U/p
	X	SS	Min.-Max.	X	SS	Min.-Max.	
BDE	11.78	8.76	1-28	10.39	5.28	3-22	159.0/ 0.924
BAE	11.44	8.03	2-31	9.56	8.14	1-30	130.5/ 0.317

Deney grubu bireylerin BDE puan ortalaması 11.78 ± 8.76 , kontrol grubu bireylerin ise 10.39 ± 5.28 'dir. Deney grubu bireylerin BAE puan ortalaması 11.44 ± 8.03 , kontrol grubu bireylerin ise 9.56 ± 8.14 'dür. Deney ve kontrol grubu bireylerin BDE ve BAE ön test puanları dağılımı incelendiğinde gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0,05$) (Tablo 16).

3.9.DENEY VE KONTROL GRUBU BİREYLERİN GÖRÜŞMELER ÖNCESİ COPE VE BSÖ PUAN ORTALAMALARININ İNCELENMESİ (ÖN TEST)

Bu bölümde deney ve kontrol grubu bireylerin Başa Çıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeği (COPE) ve Benlik Saygısı Ölçeği (BSÖ) puan ortalamalarının karşılaştırılması yer almaktadır.

3.9.1. Deney ve Kontrol Grubu Bireylerin Görüşmeler Öncesi Başa Çıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeği (COPE) Puan Ortalamalarının Değerlendirilmesi (Ön Test)

Tablo 17: Deney ve Kontrol Grubundaki Bireylerin Görüşmeler Öncesi (Ön Test) Başa Çıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeği (COPE) Puan Ortalamalarına Göre Dağılımı

COPE Alt Ölçekleri	Deney			Kontrol			U/p
	X	SS	Min-Max	X	SS	Min-Max	
Pozitif Yeniden Yorumlama ve Gelişme	11.94	3.19	5-16	13.78	1.63	10-16	109.0/ 0.088
Zihinsel Boş verme	8.33	2.95	4-15	9.83	2.68	5-14	112.0/ 0.110
Soruna Odaklanma ve Duyguları Açığa Vurma	9.56	3.52	5-16	11.39	3.01	6-16	109.0/ 0.091
Yararlı Sosyal Destek Kullanımı	11.0	3.07	5-16	10.61	3.22	4-16	152.5/ 0.762
Aktif Başa Çıkma	11.89	3.16	7-16	13.06	2.24	9-16	133.0/ 0.355
İnkar	6.33	2.91	4-11	6.28	2.56	4-12	150.5/ 0.705
Dini Olarak Başa Çıkma	13.39	3.35	5-16	13.56	3.15	6-16	161.5/ 0.987
Şakaya Vurma	6.22	3.04	4-15	6.78	3.75	4-16	150.5/ 0.700
Davranışsal Olarak Boş Verme	7.5	3.33	4-14	6.22	2.34	4-11	130.0/ 0.302
Geri Durma	10.28	2.76	4-15	10.72	1.84	6-14	144.0/ 0.563
Duygusal Sosyal Destek Kullanımı	10.39	3.31	4-14	11.67	2.17	8-15	132.5/ 0.346
Madde Kullanımı	13.5	4.05	4-16	13.94	2.96	7-16	162.0/ 1.000
Kabullenme	11.28	2.61	7-16	11.11	3.01	4-16	161.0/ 0.975
Diğer Meşguliyetleri Bastırma	11.39	2.73	5-15	11.61	2.64	6-16	159.0/ 0.924
Plan Yapma	11.83	3.33	4-16	13.61	2.06	10-16	113.0/ 0.118

Deney ve kontrol grubu bireylerin görüşmeler öncesi Başa Çıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeği (COPE) puan ortalamalarının karşılaştırılması Tablo 17’de verilmiştir. Deney grubu bireylerin COPE alt ölçekleri ön test puan ortalamaları ile kontrol grubu bireylerin COPE alt ölçekleri puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0,05$).

3.9.2. Deney ve Kontrol Grubu Bireylerin Görüşmeler Öncesi Benlik Saygısı Ölçeği (BSÖ) Puan Ortalamalarının Değerlendirilmesi (Ön Test)

Tablo 18: Deney ve Kontrol Grubundaki Bireylerin Görüşmeler Öncesi (Ön Test) Benlik Saygısı Ölçeği (BSÖ) Puan Ortalamalarına Göre Dağılımı

BSÖ (Öntest)	Deney			Kontrol			U/p
	X	SS	Min.-Max.	X	SS	Min.-Max.	
Benlik Saygısı Ölçeği	59.33	21.08	16-84	63.55	15.02	40-88	148.0/ 0.655

Deney grubu bireylerin BSÖ puan ortalaması 59.33 ± 21.08 , kontrol grubu bireylerin ise 63.55 ± 15.02 'dir. Deney grubu bireylerin ön test benlik saygısı ölçeği puan ortalaması ile kontrol grubu bireylerin ön test benlik saygısı ölçeği puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($U=148.0$, $p>0.05$) (Tablo 18).

3.10. DENEY VE KONTROL GRUBU BİREYLERİN GÖRÜŞMELER SONRASI BAPİ, TMA, BDÖ, BAÖ PUAN ORTALAMALARININ İNCELENMESİ (SON TEST)

Bu bölümde deney ve kontrol grubu bireylerin görüşmeler sonrası Bağımlılık Profil İndeksi (BAPİ), Tedavi Motivasyonu Anketi (TMA), Beck Depresyon ve Beck Anksiyete Envanteri (BDE ve BAE) puan ortalamalarının karşılaştırılması yer almaktadır.

3.10.1. Deney ve Kontrol Grubu Bireylerin Görüşmeler Sonrası Bağımlılık Profil İndeksi Şiddetli İstek ve Motivasyon Alt Ölçekleri Puan Ortalamalarının Değerlendirilmesi (Son Test)

Tablo 19: Deney ve Kontrol Grubundaki Bireylerin Görüşmeler Sonrası (Son Test) BAPİ Şiddetli İstek ve Motivasyon Alt Ölçek Puan Ortalamalarına Göre Dağılımı

BAPİ Alt Ölçekler	Deney			Kontrol			U/p
	X	SS	Min.-Max.	X	SS	Min.-Max.	
Şiddetli istek (Şİ)	3.56	2.09	1-8	5.89	2.08	2-8	67.5/ 0.002
Motivasyon (MOT)	5.61	1.04	2-6	5.17	1.76	0-6	150.0/ 0.583

Bağımlılık Profil İndeksi'nin sadece Şİ ve MOT alt ölçekleri son bir haftayı değerlendirdiği için, son test değerlendirmesi yapılmıştır. Deney grubu bireylerin son test

BAPİ Şİ alt ölçek ortalaması 3.56 ± 2.09 , kontrol grubu bireylerin ise 5.89 ± 2.08 'dir. Deney grubu bireylerin son test BAPİ MOT alt ölçek ortalaması 5.61 ± 1.04 , kontrol grubu bireylerin ise 5.17 ± 1.76 'dir. Bireylerin BAPİ Şiddetli istek ve Motivasyon alt ölçekleri son test puan ortalamaları incelendiğinde; deney grubu bireylerin "Şiddetli istek" puanları ile kontrol grubu bireylerin puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($U=67.5$, $p<0.05$). BAPİ Motivasyon alt ölçeği son test puanları açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($U=150.0$, $p>0.05$) (Tablo 19).

3.10.2. Deney ve Kontrol Grubu Bireylerin Görüşmeler Sonrası Tedavi Motivasyonu Anketi Puan Ortalamalarının Değerlendirilmesi (Son Test)

Tablo 20: Deney ve Kontrol Grubundaki Bireylerin Görüşmeler Sonrası (Son Test) Tedavi Motivasyonu Anketi Puan Ortalamaları Dağılımı

TEDAVİ MOTİVASYONU ANKETİ	Deney			Kontrol			U/p
	X	SS	Min.-Max.	X	SS	Min.-Max.	
İçsel Motivasyon (İM)	50.94	3.89	43-55	46.72	6.85	28-55	99.5/ 0.046
Dışsal Motivasyon (DM)	11.22	3.04	4-16	10.5	3.4	4-16	141.0/ 0.501
Kişilerarası Yardım Arama (KYA)	22.83	4.99	12-30	22.56	3.73	15-29	143.0/ 0.545
Tedaviye Güven (TG)	21.06	4.8	13-25	22.06	4.89	6-25	155.5/ 0.826
Toplam Tedavi Motivasyonu	106.06	12.52	77-120	101.83	13.88	70-123	134.5/ 0.384

Deney ve kontrol grubu bireylerin görüşmeler sonrası Tedavi Motivasyonu Anketi puan ortalamalarının karşılaştırılması Tablo 20'de verilmiştir. Deney grubu bireylerin TMA İM alt ölçeği puan ortalaması 50.94 ± 3.89 , DM alt ölçeği puan ortalaması 11.22 ± 3.04 , KYA alt ölçeği puan ortalaması 22.83 ± 4.99 , TG alt ölçeği puan ortalaması 21.06 ± 4.8 ve toplam tedavi motivasyonu puan ortalaması 106.06 ± 12.52 'dir. Kontrol grubu bireylerin TMA İM alt ölçeği puan ortalaması 46.72 ± 6.85 , DM alt ölçeği puan ortalaması 10.5 ± 3.4 , KYA alt ölçeği puan ortalaması 22.56 ± 3.73 , TG alt ölçeği puan ortalaması 22.06 ± 4.89 ve toplam tedavi motivasyonu puan ortalaması 101.83 ± 13.88 'dir. Bireylerin Tedavi Motivasyonu ölçeği alt ölçekleri son test puan dağılımı incelendiğinde; deney grubu bireylerin İM puanı ile kontrol grubu bireylerin puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($U=99.5$, $p<0.05$). Diğer Tedavi Motivasyonu ölçeği alt ölçekleri son test puanları açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0.05$).

3.10.3. Deney ve Kontrol Grubu Bireylerin Görüşmeler Sonrası Beck Depresyon (BDE) ve Beck Anksiyete Envanteri (BAE) Puan Ortalamalarının Değerlendirilmesi (Son Test)

Tablo 21: Deney ve Kontrol Grubundaki Bireylerin Görüşmeler Sonrası (Son Test) Beck Depresyon (BDE) ve Beck Anksiyete Envanteri (BAE) Puan Ortalamalarına Göre Dağılımı

	Deney			Kontrol			U/p
	X	SS	Min.-Max.	X	SS	Min.-Max.	
BDE	7.28	7.02	0-24	12.06	9.03	0-30	105.5/ 0.073
BAE	7.94	7.16	0-23	12.17	8.75	1-32	108.0/ 0.087

Deney grubu bireylerin son test BDE puan ortalaması 7.28 ± 7.02 , kontrol grubu bireylerin ise 12.06 ± 9.03 'dür. Deney grubu bireylerin son test BAE puan ortalaması 7.94 ± 7.16 , kontrol grubu bireylerin ise 12.17 ± 8.75 'dir. Deney ve kontrol grubu bireylerin BDE ve BAE son test puanları dağılımı incelendiğinde gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p > 0.05$) (Tablo 21).

3.11. DENEY VE KONTROL GRUBU BİREYLERİN GÖRÜŞMELER SONRASI COPE VE BSÖ PUAN ORTALAMALARININ İNCELENMESİ (SON TEST)

Bu bölümde deney ve kontrol grubu bireylerin görüşmeler sonrası Başa Çıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeği (COPE) ve Benlik Saygısı Ölçeği (BSÖ) puan ortalamalarının karşılaştırılması yer almaktadır.

3.11.1. Deney ve Kontrol Grubu Bireylerin Görüşmeler Sonrası Başa Çıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeği (COPE) Puan Ortalamalarının Değerlendirilmesi (Son Test)

Deney ve kontrol grubu bireylerin görüşmeler sonrası Başa Çıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeği (COPE) alt ölçek puan ortalamalarının karşılaştırılması Tablo 22'de verilmiştir. Deney ve kontrol grubu bireylerin "Pozitif yeniden yorumlama ve gelişme", "Yararlı sosyal destek kullanımı", "Aktif başa çıkma", "Geri durma", "Duygusal sosyal destek kullanımı" ve "Madde kullanımı" alt ölçek puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p < 0.05$). Madde kullanımı alt ölçek puanı deney grubunda

kontrol grubuna göre daha düşük; pozitif yeniden yorumlama ve gelişme, yararlı sosyal destek kullanımı, aktif başa çıkma, geri durma, duygusal sosyal destek kullanımı alt ölçekleri puanı ise deney grubunda kontrol grubuna göre daha yüksek bulunmuştur.

Tablo 22: Deney ve Kontrol Grubundaki Bireylerin Görüşmeler Sonrası (Son Test) Başa Çıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeği (COPE) Puan Ortalamalarına Göre Dağılımı

COPE ALT ÖLÇEKLERİ (Son Test)	Deney			Kontrol			U/p
	X	SS	Min-Max	X	SS	Min-Max	
Pozitif Yeniden Yorumlama ve Gelişme	14.33	2.09	9-16	12.06	2.71	7-16	78.5/ 0.007
Zihinsel Boş Verme	9.39	2.57	4-14	9.39	2.48	5-15	151.5/ 0.737
Soruna Odaklanma ve Duyguları Açığa Vurma	11.67	2.22	8-16	11.11	3.77	5-16	147.0/ 0.633
Yararlı Sosyal Destek Kullanımı	12.72	2.47	7-16	9.83	4.12	4-16	99.5/ 0.046
Aktif Başa Çıkma	13.39	2.38	8-16	11.11	3.39	6-16	95.5/ 0.034
İnkâr	5.33	2.28	4-12	6.28	2.99	4-15	128.0/ 0.254
Dini Olarak Başa Çıkma	14.17	2.98	7-16	13.83	2.64	9-16	140.5/ 0.461
Şakaya Vurma	6.06	2.78	4-14	7.28	4.08	4-16	144.5/ 0.564
Davranışsal Olarak Boş Verme	5.72	2.14	4-11	7.89	3.55	4-14	102.0/ 0.052
Geri Durma	13.0	2.11	9-15	9.56	2.64	4-15	53.5/ 0.001
Duygusal Sosyal Destek Kullanımı	12.61	2.25	8-16	9.5	2.48	5-13	57.0/ 0.001
Madde Kullanımı	6.78	3.81	4-15	10.39	4.92	4-16	88.5/ 0.016
Kabullenme	11.61	3.6	4-16	11.67	2.61	7-16	152.0/ 0.750
Diğer Meşguliyetleri Bastırma	11.78	2.51	8-16	10.78	2.6	7-16	126.0/ 0.251
Plan Yapma	13.78	2.16	11-16	12.44	3.79	5-16	137.5/ 0.426

3.11.2. Deney ve Kontrol Grubu Bireylerin Görüşmeler Sonrası Benlik Saygısı Ölçeği (BSÖ) Puan Ortalamalarının Değerlendirilmesi (Son Test)

Tablo 23: Deney ve Kontrol Grubundaki Bireylerin Görüşmeler Sonrası (Son Test) Benlik Saygısı Ölçeği (BSÖ) Puan Ortalamalarına Göre Dağılımı

BSÖ (Son Test)	Deney			Kontrol			U/p
	X	SS	Min.-Max.	X	SS	Min.-Max.	
Benlik Saygısı Ölçeği	73.11	13.56	40-96	66.66	17.46	24-88	131.5/ 0.332

Deney grubu bireylerin son test BSÖ puan ortalaması 73.11 ± 13.56 , kontrol grubu bireylerin ise 66.66 ± 17.46 'dır. Deney grubu bireylerin son test benlik saygısı ölçeği puan ortalaması ile kontrol grubu bireylerin son test benlik saygısı ölçeği puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p > 0,05$) (Tablo 23).

3.12. DENEY VE KONTROL GRUBU BİREYLERİN GÖRÜŞME ÖNCESİ (ÖN TEST) VE SONRASI (SON TEST) BAPİ Şİ, BAPİ MOT, TMA, BDE, BAE PUAN ORTALAMALARININ DEĞERLENDİRİLMESİ

Bu bölümde, deney ve kontrol grubu bireylerin görüşme öncesi (ön test) ve sonrası (son test) BAPİ Şİ, BAPİ MOT, TMA, BDE, BAE puan ortalamalarının karşılaştırılması yer almaktadır.

3.12.1. Deney ve Kontrol Grubu Bireylerin Görüşme Öncesi (Ön Test) ve Sonrası (Son Test) BAPİ Şİ, BAPİ MOT Puan Ortalamalarının Değerlendirilmesi

Tablo 24: Deney ve Kontrol Grubu Bireylerin Ön Test ve Son Test BAPİ Şiddetli İstek ve BAPİ Motivasyon Puan Ortalamalarının Dağılımı

BAPİ		Deney			Kontrol		
		X	SS	Z/p	X	SS	Z/p
Şiddetli İstek (Şİ)	Ön test	4.17	2.48	-0.949/	4.17	2.26	-2.299/
	Son test	3.56	2.09	0.343	5.89	2.08	0.021
Motivasyon (MOT)	Ön test	5.94	0.24	-1.289/	5.89	0.32	-1.841/
	Son test	5.61	1.04	0.197	5.17	1.76	0.066

Bağımlılık Profil İndeksi'nin sadece Şİ ve MOT alt ölçekleri son bir haftayı değerlendirdiği için, bu alt ölçeklerin ön ve son test değerlendirmeleri yapılmıştır. Deney grubu bireylerin Şİ öntest puanı 4.17 ± 2.48 , son test puanı 3.56 ± 2.09 olup, aradaki fark

anlamli değildir ($p>0.05$). Deney grubu bireylerin MOT öntest puanı 5.94 ± 0.24 , son test puanı 5.61 ± 1.04 olup aradaki fark anlamli değildir ($p>0.05$). Kontrol grubunun Şİ öntest puanı 4.17 ± 2.26 , son test puanı 5.89 ± 2.08 olup aradaki fark istatistiksel olarak anlamli bulunmuştur ($Z= -2.299$, $p<0.05$). Kontrol grubunun MOT öntest puanı 5.89 ± 0.32 , son test puanı 5.17 ± 1.76 olup aradaki fark anlamli değildir ($p>0.05$) (Tablo 24).

3.12.2. Deney ve Kontrol Grubu Bireylerin Görüşme Öncesi (Ön Test) ve Sonrası (Son Test) Tedavi Motivasyonu Anketi Puan Ortalamalarının Değerlendirilmesi

Tablo 25: Deney ve Kontrol Grubu Bireylerin Ön Test ve Son Test Tedavi Motivasyonu Anketi Puan Ortalamalarının Dağılımı

Tedavi Motivasyonu Anketi		Deney			Kontrol		
		X	SS	Z/p	X	SS	Z/p
İçsel Motivasyon (İM)	Ön test	52.33	2.57	-1.510/	51.22	3.56	-2.107/
	Son test	50.94	3.89	0.131	46.72	6.85	0.035
Dışsal Motivasyon (DM)	Ön test	11.50	2.64	-0.315/	11.22	2.67	-0.745/
	Son test	11.22	3.04	0.752	10.5	3.4	0.456
Kişilerarası Yardım Arama (KYA)	Ön test	24.83	2.96	-1.639/	21.94	4.35	-0.855/
	Son test	22.83	4.99	0.101	22.56	3.73	0.393
Tedaviye Güven (TG)	Ön test	20.94	4.89	-0.221/	22.28	4.1	-0.237/
	Son test	21.06	4.8	0.825	22.06	4.89	0.813
Toplam Tedavi Motivasyonu	Ön test	109.61	6.41	-1.233/	106.67	9.51	-1.397/
	Son test	106.06	12.52	0.217	101.83	13.88	0.162

Deney grubu bireylerin İM ön test puanı 52.33 ± 2.57 , son test puanı 50.94 ± 3.89 ; DM ön test puanı 11.5 ± 2.64 , son test puanı 11.22 ± 3.04 ; KYA ön test puanı 24.83 ± 2.96 , son test puanı 22.83 ± 4.99 ; TG ön test puanı 20.94 ± 4.89 , son test puanı 21.06 ± 4.8 ; toplam tedavi motivasyonu ön test puanı 109.61 ± 6.41 , son test puanı 106.06 ± 12.52 olup, aradaki fark istatistiksel olarak anlamli değildir ($p>0.05$) (Tablo 25).

Kontrol grubu bireylerin İM ön test puanı 51.22 ± 3.56 , son test puanı 46.72 ± 6.85 olup, aradaki fark istatistiksel olarak anlamli bulunmuştur ($Z= -2.107$, $p<0.05$). DM ön test puanı 11.22 ± 2.67 , son test puanı 10.5 ± 3.4 ; KYA ön test puanı 21.94 ± 4.35 , son test puanı 22.56 ± 3.73 ; TG ön test puanı 22.28 ± 4.1 , son test puanı 22.06 ± 4.89 ; toplam tedavi motivasyonu ön test puanı 106.67 ± 9.51 , son test puanı 101.83 ± 13.88 olup, aradaki fark istatistiksel olarak anlamli değildir ($p>0.05$) (Tablo 25).

3.12.3. Deney ve Kontrol Grubu Bireylerin Görüşme Öncesi (Ön Test) ve Sonrası (Son Test) Beck Depresyon ve Beck Anksiyete Envanteri Puan Ortalamalarının Değerlendirilmesi

Tablo 26: Deney ve Kontrol Grubu Bireylerin Ön Test ve Son Test Beck Depresyon ve Beck Anksiyete Envanteri Puan Ortalamalarının Dağılımı

		Deney			Kontrol		
		X	SS	Z/p	X	SS	Z/p
BDE	Ön test	11.78	8.76	-1.788/	10.39	5.28	-0.171/
	Son test	7.28	7.02	0.074	12.06	9.03	0.865
BAE	Ön test	11.44	8.03	-1.279/	9.56	8.14	-1.042/
	Son test	7.94	7.16	0.201	12.17	8.75	0.297

Deney grubu bireylerin BDE ön test puanı 11.78 ± 8.76 , son test puanı 7.28 ± 7.02 ; BAE ön test puanı 11.44 ± 8.03 , son test puanı 7.94 ± 7.16 olup, aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p > 0.05$). Kontrol grubu bireylerin BDE öntest puanı 10.39 ± 5.28 , son test puanı 12.06 ± 9.03 ; BAE ön test puanı 9.56 ± 8.14 , son test puanı 12.17 ± 8.75 olup, aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p > 0.05$) (Tablo 26).

3.13. DENEY VE KONTROL GRUBU BİREYLERİN GÖRÜŞME ÖNCESİ (ÖN TEST) VE SONRASI (SON TEST) COPE VE BSÖ PUAN ORTALAMALARININ DEĞERLENDİRİLMESİ

Bu bölümde, deney ve kontrol grubu bireylerin görüşme öncesi (ön test) ve sonrası (son test) COPE VE BSÖ puan ortalamalarının karşılaştırılması yer almaktadır.

3.13.1. Deney ve Kontrol Grubu Bireylerin Görüşme Öncesi (Ön Test) ve Sonrası (Son Test) COPE Puan Ortalamalarının Değerlendirilmesi

Tablo 27: Deney ve Kontrol Grubu Bireylerin Ön Test ve Son Test COPE Puan Ortalamalarının Dağılımı

COPE ALT ÖLÇEKLERİ		Deney			Kontrol		
		X	SS	Z/p	X	SS	Z/p
Pozitif Yeniden Yorumlama ve Gelişme	Ön test	11.94	3.19	-2.886/	13.78	1.63	-2.763/
	Son test	14.33	2.09	0.004	12.06	2.71	0.006
Zihinsel Boş Verme	Ön test	8.33	2.95	-1.671/	9.83	2.68	-0.915/
	Son test	9.39	2.57	0.095	9.39	2.48	0.360
Soruna Odaklanma ve Duyguları Açığa Vurma	Ön test	9.56	3.52	-2.695/	11.39	3.01	-0.478/
	Son test	11.67	2.22	0.007	11.11	3.77	0.633
Yararlı Sosyal Destek Kullanımı	Ön test	11.0	3.07	-2.302/	10.61	3.22	-0.799/
	Son test	12.72	2.47	0.021	9.83	4.12	0.425
Aktif Başa Çıkma	Ön test	11.89	3.16	-2.378/	13.06	2.24	-1.623/
	Son test	13.39	2.38	0.017	11.11	3.39	0.105
İnkâr	Ön test	6.33	2.91	-1.457/	6.28	2.56	-0.317/
	Son test	5.33	2.28	0.145	6.28	2.99	0.751
Dini Olarak Başa Çıkma	Ön test	13.39	3.35	-1.916/	13.56	3.15	-0.517/
	Son test	14.17	2.98	0.055	13.83	2.64	0.605
Şakaya Vurma	Ön test	6.22	3.04	-0.035/	6.78	3.75	-0.713/
	Son test	6.06	2.78	0.972	7.28	4.08	0.476
Davranışsal Olarak Boş Verme	Ön test	7.5	3.33	-2.242/	6.22	2.34	-1.545/
	Son test	5.72	2.14	0.025	7.89	3.55	0.122
Geri Durma	Ön test	10.28	2.76	-3.307/	10.72	1.84	-1.661/
	Son test	13.00	2.11	0.001	9.56	2.64	0.097
Duygusal Sosyal Destek Kullanımı	Ön test	10.39	3.31	-1.879/	11.67	2.17	-3.209/
	Son test	12.61	2.25	0.060	9.5	2.48	0.001
Madde Kullanımı	Ön test	13.5	4.05	-3.295/	13.94	2.96	-2.598/
	Son test	6.78	3.81	0.001	10.39	4.92	0.009
Kabullenme	Ön test	11.28	2.61	-0.457/	11.11	3.01	-0.569/
	Son test	11.61	3.6	0.647	11.67	2.61	0.569
Diğer Meşguliyetleri Bastırma	Ön test	11.39	2.73	-0.468/	11.61	2.64	-1.175/
	Son test	11.78	2.51	0.640	10.78	2.6	0.240
Plan Yapma	Ön test	11.83	3.33	-2.351/	13.61	2.06	-0.947/
	Son test	13.78	2.16	0.019	12.44	3.79	0.344

Deney grubu bireylerin COPE alt ölçek ön test puanları, Pozitif Yeniden Yorumlama ve Gelişme 11.94±3.19, Zihinsel Boş Verme 8.33±2.95, Soruna Odaklanma ve Duyguları Açığa

Vurma 9.56 ± 3.52 , Yararlı Sosyal Destek Kullanımı 11.0 ± 3.07 , Aktif Başa Çıkma 11.89 ± 3.16 , İnkâr 6.33 ± 2.91 , Dini Olarak Başa Çıkma 13.39 ± 3.35 , Şakaya Vurma 6.22 ± 3.04 , Davranışsal Olarak Boş Verme 7.5 ± 3.33 , Geri Durma 10.28 ± 2.76 , Duygusal Sosyal Destek Kullanımı 10.39 ± 3.31 , Madde Kullanımı 13.5 ± 4.05 , Kabullenme 11.28 ± 2.61 , Diğer Meşguliyetleri Bastırma 11.39 ± 2.73 , Plan Yapma 11.83 ± 3.33 ; COPE alt ölçek son test puanları ise, Pozitif Yeniden Yorumlama ve Gelişme 14.33 ± 2.09 , Zihinsel Boş Verme 9.39 ± 2.57 , Soruna Odaklanma ve Duyguları Açığa Vurma 11.67 ± 2.22 , Yararlı Sosyal Destek Kullanımı 12.72 ± 2.47 , Aktif Başa Çıkma 13.39 ± 2.38 , İnkâr 5.33 ± 2.28 , Dini Olarak Başa Çıkma 14.17 ± 2.98 , Şakaya Vurma 6.06 ± 2.78 , Davranışsal Olarak Boş Verme 5.72 ± 2.14 , Geri Durma 13.00 ± 2.11 , Duygusal Sosyal Destek Kullanımı 12.61 ± 2.25 , Madde Kullanımı 6.78 ± 3.81 , Kabullenme 11.61 ± 3.6 , Diğer Meşguliyetleri Bastırma 11.78 ± 2.51 , Plan Yapma 13.78 ± 2.16 olarak bulunmuştur. Deney grubu bireylerin ön test son test COPE alt ölçek puan ortalamaları arasındaki fark, Zihinsel Boş Verme, İnkâr, Dini Olarak Başa Çıkma, Şakaya Vurma, Duygusal Sosyal Destek Kullanımı, Kabullenme ve Diğer Meşguliyetleri Bastırma alt ölçekleri dışında, diğer bütün alt ölçeklerde ön test son test ilişkisi istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p < 0.05$) (Tablo 27).

Kontrol grubu bireylerin COPE alt ölçek ön test puanları, Pozitif Yeniden Yorumlama ve Gelişme 13.78 ± 1.63 , Zihinsel Boş Verme 9.83 ± 2.68 , Soruna Odaklanma ve Duyguları Açığa Vurma 11.39 ± 3.01 , Yararlı Sosyal Destek Kullanımı 10.61 ± 3.22 , Aktif Başa Çıkma 13.06 ± 2.24 , İnkâr 6.28 ± 2.56 , Dini Olarak Başa Çıkma 13.56 ± 3.15 , Şakaya Vurma 6.78 ± 3.75 , Davranışsal Olarak Boş Verme 6.22 ± 2.34 , Geri Durma 10.72 ± 1.84 , Duygusal Sosyal Destek Kullanımı 11.67 ± 2.17 , Madde Kullanımı 13.94 ± 2.96 , Kabullenme 11.11 ± 3.01 , Diğer Meşguliyetleri Bastırma 11.61 ± 2.64 , Plan Yapma 13.61 ± 2.06 ; COPE alt ölçek son test puanları ise, Pozitif Yeniden Yorumlama ve Gelişme 12.06 ± 2.71 , Zihinsel Boş Verme 9.39 ± 2.48 , Soruna Odaklanma ve Duyguları Açığa Vurma 11.11 ± 3.77 , Yararlı Sosyal Destek Kullanımı 9.83 ± 4.12 , Aktif Başa Çıkma 11.11 ± 3.39 , İnkâr 6.28 ± 2.99 , Dini Olarak Başa Çıkma 13.83 ± 2.64 , Şakaya Vurma 7.28 ± 4.08 , Davranışsal Olarak Boş Verme 7.89 ± 3.55 , Geri Durma 9.56 ± 2.64 , Duygusal Sosyal Destek Kullanımı 9.5 ± 2.48 , Madde Kullanımı 10.39 ± 4.92 , Kabullenme 11.67 ± 2.61 , Diğer Meşguliyetleri Bastırma 10.78 ± 2.6 , Plan Yapma 12.44 ± 3.79 olarak bulunmuştur. Kontrol grubu bireylerin ön test son test COPE alt ölçek puan ortalamaları arasındaki fark, Pozitif Yeniden Yorumlama ve Gelişme, Duygusal Sosyal Destek Kullanımı ve Madde Kullanımı alt ölçekleri dışında diğer bütün alt ölçeklerde ön test son test ilişkisi istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur ($p > 0.05$) (Tablo 27).

3.13.2. Deney ve Kontrol Grubu Bireylerin Görüşme Öncesi (Ön Test) ve Sonrası (Son Test) BSÖ Puan Ortalamalarının Değerlendirilmesi

Tablo 28: Deney ve Kontrol Grubu Bireylerin Ön Test ve Son Test BSÖ Puan Ortalamalarının Dağılımı

		Deney			Kontrol		
		X	SS	Z/p	X	SS	Z/p
Benlik Saygısı Ölçeği (BSÖ)	Ön test	59.33	21.08	-2.938/	63.55	15.02	-0.885/
	Son test	73.11	13.56	0.003	66.66	17.46	0.376

Deney grubu bireylerin BSÖ ölçeği ön test puanı 59.33 ± 21.08 , son test puanı 73.11 ± 13.56 olarak bulunmuştur. Deney grubu bireylerin ön test son test BSÖ ölçek puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($Z = -2.938$, $p < 0.05$) (Tablo 28).

Kontrol grubu bireylerin BSÖ ölçeği ön test puanı 63.55 ± 15.02 , son test puanı 66.66 ± 17.46 olarak bulunmuştur. Kontrol grubu bireylerin ön test son test BSÖ ölçek puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p > 0.05$) (Tablo 28).

3.14. DENEY VE KONTROL GRUBU BİREYLERİN ÖN TEST VE SON TEST COPE VE BSÖ PUANLARININ DEĞİŞİM FARKININ DEĞERLENDİRİLMESİ

3.14.1. Deney ve Kontrol Grubu Bireylerin Ön Test ve Son Test COPE Puanlarının Değişim Farkının Değerlendirilmesi

Tablo 29: Deney ve Kontrol Grubu Bireylerin Ön Test ve Son Test COPE Puanlarının Değişim Farkının Karşılaştırılması

COPE Alt Ölçekleri	Deney			Kontrol			U/p
	X	SS	Min/Max	X	SS	Min/Max	
Pozitif Yeniden Yorumlama ve Gelişme	2.38	3.14	-2 / 11	-1.72	2.19	-6 / 1	36.00/ 0.000
Zihinsel Boş Verme	1.05	2.33	-2 / 7	-0.44	2.70	-4 / 5	93.00/ 0.027
Soruna Odaklanma ve Duyguları Açığa Vurma	2.11	2.63	-3 / 7	-0.27	3.13	-6 / 8	78.50/ 0.008
Yararlı Sosyal Destek Kullanımı	1.72	2.58	-1 / 7	-0.77	3.85	-5 / 6	106.0/ 0.074
Aktif Başa Çıkma	1.50	2.35	-2 / 7	-1.94	4.19	-10 / 4	77.50/ 0.007
İnkâr	-1.00	2.91	-6 / 6	0.00	2.08	-3 / 5	134.0/ 0.365
Dini Olarak Başa Çıkma	0.77	1.55	-2 / 5	0.27	2.51	-6 / 5	137.5/ 0.406
Şakaya Vurma	-0.16	3.18	-8 / 5	0.50	4.55	-12 / 11	134.0/ 0.366
Davranışsal Olarak Boş Verme	-1.77	2.81	-8 / 2	1.66	3.75	-4 / 9	83.00/ 0.012
Geri Durma	2.72	2.44	-1 / 8	-1.16	3.82	-9 / 9	43.50/ 0.000
Duygusal Sosyal Destek Kullanımı	2.22	4.03	-3 / 10	-2.16	1.79	-6 / 0	52.00/ 0.000
Madde Kullanımı	-6.72	5.58	-12 / 5	-3.55	4.76	-12 / 7	103.0/ 0.059
Kabullenme	0.33	3.58	-7 / 6	0.55	3.05	-5 / 8	160.0/ 0.949
Diğer Meşguliyetleri Bastırma	0.38	3.56	-6 / 6	-0.83	3.20	-6 / 7	124.0/ 0.227
Plan Yapma	1.94	2.95	-4 / 8	-1.16	3.97	-10 / 5	92.50/ 0.026

Deney grubunun ön test ve son test Pozitif Yeniden Yorumlama ve Gelişme alt ölçeği puanının değişim farkı (2.38), kontrol grubuna göre (-1.72) oldukça yüksek olup, aradaki fark anlamlı bulunmuştur (U=36.00, p<0.05) (Tablo 29).

Zihinsel Boş Verme alt ölçek puanının değişim farkı kontrol grubu lehine anlamlıdır (U=93.00, $p<0.05$). Soruna Odaklanma ve Duyguları Açığa Vurma alt ölçek puanının da değişim farkı kontrol grubu lehine anlamlıdır (U=78.50, $p<0.05$) (Tablo 29).

Deney grubunun ön test ve son test Yararlı Sosyal Destek Kullanımı alt ölçeği puanının değişim farkı (1.72), kontrol grubuna (-0.77) göre yüksek olup, aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (U=106.0, $p>0.05$). Deney grubunun ön test ve son test Aktif Başa Çıkma alt ölçeği puanının değişim farkı (1.50), kontrol grubuna göre (-1.94) yüksek olup, aradaki fark anlamlıdır (U=77.5, $p<0.05$). Deney grubunun ön test ve son test İnkâr alt ölçeği puanının değişim farkı (-1.00), kontrol grubuna (0.00) göre düşük bulunmuş; fakat aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (U=134.0, $p>0.05$). Deney grubunun ön test ve son test Dini Olarak Başa Çıkma alt ölçeği puanının değişim farkı (0.77), kontrol grubuna (0.27) göre yüksek olup, aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildir (U=137.5, $p>0.05$) (Tablo 29).

Deney grubunun ön test ve son test Şakaya Vurma alt ölçeği puanının değişim farkı (-0.16), kontrol grubuna (0.50) göre düşük bulunmuş olup, aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildir (U=134.0, $p>0.05$) (Tablo 29).

Deney grubunun ön test ve son test Davranışsal Olarak Boş Verme alt ölçeği puanının değişim farkı (-1.77), kontrol grubuna (1.66) göre düşük bulunmuş olup, aradaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır (U=83.00, $p<0.05$). Deney grubunun ön test ve son test Geri Durma alt ölçeği puanının değişim farkı (2.72), kontrol grubuna (-1.16) göre yüksek olup, aradaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır (U=43.5, $p<0.05$). Deney grubunun ön test ve son test Duygusal Sosyal Destek Kullanımı alt ölçeği puanının değişim farkı (2.22), kontrol grubuna (-2.16) göre yüksek olup, aradaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır (U=52.00, $p<0.05$). Deney grubunun ön test ve son test Madde Kullanımı alt ölçeği puanının değişim farkı (-6.72), kontrol grubuna (-3.55) göre daha düşük bulunmasına rağmen, aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildir (U=103.0, $p>0.05$) (Tablo 29).

Deney grubunun ön test ve son test Kabullenme alt ölçeği puanının değişim farkı (0.33), kontrol grubuna (0.55) göre düşük bulunmuş olup, aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildir (U=160.0, $p>0.05$) (Tablo 29).

Deney grubunun ön test ve son test Diğer Meşguliyetleri Bastırma alt ölçeği puanının değişim farkı (0.38), kontrol grubuna (-0.83) göre yüksek bulunmuştur; fakat aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildir (U=124.0, $p>0.05$) (Tablo 29).

Deney grubunun ön test ve son test Plan Yapma alt ölçeği puanının değişim farkı (1.94), kontrol grubuna (-1.16) göre yüksek bulunmuş olup, aradaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($U=92.50$, $p<0.05$) (Tablo 29).

3.14.2. Deney ve Kontrol Grubu Bireylerin Ön Test ve Son Test BSÖ Puanlarının Değişim Farkının Değerlendirilmesi

Tablo 30: Deney ve Kontrol Grubu Bireylerin Ön Test ve Son Test BSÖ Puanlarının Değişim Farkının Karşılaştırılması

	Deney			Kontrol			U/p
	X	SS	Min/Max	X	SS	Min/Max	
BSÖ Puanındaki Değişim	13.77	15.77	-12 / 48	3.11	16.89	-28 / 28	108.5/ 0.089

Deney grubu bireylerin ön test ve son test BSÖ puanlarının değişim farkı (13.77), kontrol grubuna (3.11) göre yüksek olmasına rağmen, aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($U=108.5$, $p>0.05$) (Tablo 30).

4. TARTIŞMA

4.1.DENEY VE KONTROL GRUBUNDAKİ BİREYLERİN TANITICI ÖZELLİKLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Bu bölümde deney ve kontrol grubu bireylerin sosyodemografik özellikleri tanıtılmıştır. Bu sosyodemografik özellikler deney ve kontrol grubu bireylerin yaş, cinsiyet, medeni durum, çocuk sahibi olma, en uzun yaşanan yer, eğitim, çalışma durumu, kimle yaşadığı ve sosyoekonomik durumunu kapsamaktadır.

Deney grubundaki bireylerin yaş ortalaması 43.33 ± 6.55 , kontrol grubu bireylerin ise 42.44 ± 7.03 'tür (Tablo 2). Deney ve kontrol grubu bireylerin yaş ortalamaları arasında fark bulunmamıştır ($U=155.0$, $p=0.822$; $p>0.05$).

Alkol bağımlılarının tedaviye başvurmalarının 15-20 yıllık bir süreç sonunda olması, otuzlu yaşlarda bağımlılığın fark edilmesi sonucu tedavi arama davranışının kırklı yaşların başlarında olma nedeniyle 30-50 yaş arası bireyler araştırmaya dahil edilmiştir (71). Uğurlu ve ark.(2012)'nin yapmış olduğu bir çalışmada alkol bağımlılarının yaş ortalaması 40.4 ± 5.6 olarak bildirilmiştir (75). Aslan ve ark.(2012)'nin yapmış olduğu bir çalışmada alkol bağımlılarının yaş ortalaması 42.3 ± 7.0 'dır (76). Evren ve ark.(2003)'nin yaptığı bir çalışmada alkol bağımlısı erkeklerin yaş ortalaması 45.99 ± 9.33 , kadınların ise 40.78 ± 10.17 olarak bulunmuştur (77). Engin ve Savaşan'ın (2012) alkol bağımlılarının psikoterapi süreçlerini etkileyen faktörlerin değerlendirildiği bir çalışmada ise yaş ortalaması 39.49 ± 8.46 'dır (39). Savaşan ve ark.(2013)'nin yaptığı bir çalışmada da yaş ortalaması 46.31 ± 9.83 olarak bulunmuştur (78). Bu çalışmada bulunan alkol bağımlılarının yaş ortalamasının literatürle uygunluk gösterdiği görülmektedir.

Deney grubundaki bireylerin %55.5'i, kontrol grubundaki bireylerin ise %44.4'ü 46-50 yaş grubunda yer almaktadır. Hem deney hem de kontrol grubundaki bireylerin çoğunluğunun 46-50 yaş grubunda olduğu görülmektedir. Gruplar arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır ($\chi^2=0.630$, $p>0.05$) (Tablo 2).

Gruplar oluşturulurken her iki gruptaki kadın ve erkek sayıları eşit tutulmuş olup, deney ve kontrol grubundaki bireylerin %11.1'i kadın, %88.9'u erkek'tir (Tablo 2). Evren ve ark.(2003)'nin yaptığı bir çalışmada olguların %2.9'u kadın, %97.1'i ise erkektir (77). Türkcan ve ark.(2001) yaptıkları bir çalışmada olguların %4.4'ünü kadın, % 95.6'sını ise erkek olarak bildirmişlerdir (79). Araştırmalar alkol ve yasal olmayan madde kullanım riskinin erkekler arasında kadınlara göre daha yüksek olduğunu göstermektedir (77, 79, 80, 81, 82).

Deney ve kontrol grubu bireylerin medeni durumlarına göre dağılımları incelendiğinde; her iki gruptaki bireylerin medeni durum dağılımı eşit oranda olup, çoğunluğun evli (deney %38.8; kontrol %33.3) yada boşanmış (deney %27.8; kontrol %33.3) olduğu görülmektedir. Bekar olanların oranı her iki grupta da %11.1; eşinden ayrı yaşayanların oranı ise %16.7'dir. Deney ve kontrol grubundaki bireylerin medeni durumları karşılaştırıldığında anlamlı bir fark bulunmamıştır ($\chi^2=0.673$, $p>0.05$) (Tablo 2).

Bireylerin çocuk sahibi olma durumlarına göre dağılımları incelendiğinde, deney grubundaki bireylerin %77.8'inin, kontrol grubundaki bireylerin ise %72.2'sinin çocuk sahibi olduğu bulunmuş olup, gruplar arasında çocuk sahibi olma durumlarına göre anlamlı bir fark saptanmamıştır ($\chi^2=0.148$, $p>0.05$) (Tablo 2).

Deney ve kontrol grubundaki bireylerin en uzun süre yaşadıkları yerleşim yerine göre dağılımları incelendiğinde, deney (%77.7) ve kontrol (%66.6) grubundaki bireylerin büyük çoğunluğunun büyükşehirde yaşadığı görülmektedir (Tablo 2).

Bireylerin eğitim durumuna göre dağılımları incelendiğinde, her iki grupta da çoğunluğun ilkökul mezunu (%55.6) olduğu; lise mezunu olanların oranının deney grubunda %16.6, kontrol grubunda %22.1 olduğu; yükseköğretim mezunu olanların ise deney grubunda %11.1, kontrol grubunda ise %16.7 olduğu bulunmuştur. Gruplar arasında eğitim durumlarına göre anlamlı bir fark saptanmamıştır ($\chi^2=1.818$, $p>0.05$) (Tablo 2).

Deney ve kontrol grubundaki bireylerin bir işte çalışıp-çalışmama durumları incelendiğinde, her iki grupta da bireylerin %61.1'inin bir işte çalıştığı görülmektedir. İşsiz/iş arayanların oranı deney grubunda %33.2, kontrol grubunda %22.2'dir. Emekli olanların oranı ise deney grubunda %5.6, kontrol grubunda %16.7'dir. İş açısından deney ve kontrol grubu arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır ($\chi^2=2.581$, $p>0.05$) (Tablo 2).

Bireylerin evlerinde kimlerle yaşadıkları sorusuna vermiş oldukları cevaplar incelendiğinde, kontrol grubundaki bireylerin çoğunluğunun (%38.9) yalnız yaşadıkları, deney grubundaki bireylerin çoğunluğunun (%66.6) ise geniş aile bireyleri, akrabalar gibi diğer kişilerle yaşadıklarını belirttikleri görülmektedir. Deney grubunda yalnız yaşayan bireylerin oranı %16.7'dir. Kontrol grubunda geniş aile bireyleri, akrabalar gibi diğer kişilerle yaşayan bireylerin oranı %22.2'dir. Eş ve çocuklarıyla yaşadığını belirtenlerin oranı deney grubunda %11.1, kontrol grubunda ise %27.8'dir. Anne ve babasıyla yaşayan bireylerin oranı deney grubunda %5.6, kontrol grubunda ise %11.1'dir. Gruplar arasında kimlerle yaşadıklarına göre anlamlı fark bulunmamıştır ($\chi^2=7.092$, $p>0.05$) (Tablo 2). Savaşan ve

ark.(2013)'nın yapmış oldukları çalışmada bireylerin %26.6'sı eş ve çocuklarıyla, %17.2'si anne ve babasıyla, %31.2'i yalnız ve %25.0'ı diğer kişilerle yaşadığını bulunmuşlardır (78). Bu çalışmada, kontrol grubunda yalnız, eş-çocukları ile ve diğer kişilerle yaşayanların oranı, Savaşan ve ark.(2013)'nın yapmış olduğu çalışmada bulunan oranlarla benzerlik göstermektedir.

Deney ve kontrol grubundaki bireylerin sosyoekonomik durum dağılımı eşit oranlarda olup, bireylerin çoğunluğunun (deney: %55.6, kontrol: %66.7) kendilerini "orta" sosyoekonomik düzeyde olarak belirttikleri görülmektedir. Sosyoekonomik durum açısından deney ve kontrol grubu arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır ($X^2=2.402$, $p>0.05$) (Tablo 2).

4.2.DENEY VE KONTROL GRUBUNDAKİ BİREYLERİN SİGARA KULLANIMLARI, FİZİKSEL VE RUHSAL HASTALIK DURUMLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ

Deney grubundaki bireylerin tamamına yakınının (%88.9), kontrol grubundaki bireylerin ise tamamının (%100.0) sigara kullandığı görülmektedir (Tablo 3). Evren ve ark.'nın (2003) alkol kullanım bozukluğunda cinsiyet farklılığını araştırdıkları çalışmada sigara kullananların oranının kadınlarda %93.7, erkeklerde ise %94.1 olduğunu bildirmişlerdir (77). Ersoy'un (2001) aktardığı üzere, alkol bağımlılarının %90'ından fazlasının sigara kullandığı ve bu oranın genel popülasyondaki sigara kullanım oranından daha fazla olduğu belirtilmektedir (83). Savaşan (2010) tarafından yapılan bir çalışmada, bağımlılığı olan hastalarda sigara kullanım oranı %89 olarak bulunmuştur (84). Bu çalışmada bulunan sigara kullanım oranı literatürle uygunluk göstermektedir.

Hem deney ve hem de kontrol grubu bireylerde ilaç kullanmayı gerektiren fiziksel hastalık görülme oranı %16.7'dir. Deney ve kontrol grubu bireylerde görülen ilaç kullanmayı gerektiren fiziksel hastalıklar arasında hipertansiyon, diabetes mellitus, hiperkolesterolemi, koroner arter hastalığı yer almaktadır. Deney ve kontrol grubu bireyler arasında fiziksel hastalık grubu açısından anlamlı fark bulunmamıştır ($X^2=2.355$, $p>0.05$) (Tablo 3).

Deney grubundaki bireylerin %33.3'ünün, kontrol grubundaki bireylerin ise %16.7'sinin ilaç kullanmayı gerektiren ruhsal bir rahatsızlıklarının olduğu belirlenmiştir. Hem deney, hem de kontrol grubundaki bireylerin %5.6'sının sosyal fobi; deney grubundaki bireylerin %22.2'sinin, kontrol grubundaki bireylerin ise %11.1'inin depresyon; deney grubundaki bireylerin %5.6'sının obsesif-kompulsif bozukluk tanısı aldığı saptanmıştır (Tablo 3). Savaşan (2010) tarafından yapılan çalışmada hastaların %40.2'sinin tanı konmuş başka bir ruhsal hastalığı olduğu bulunmuştur (84). Uğurlu ve ark.'nın (2012) yaptığı çalışmada

başka bir ruhsal hastalık görülme oranı %48.1'dir. Alkol bağımlılarında depresyon görülme oranını %16.5 ve sosyal fobi görülme oranını %10.1 olarak bulmuşlardır (75). Yüncü ve ark.'nın (2005) yapmış olduğu çalışmada alkol bağımlılarının %32.5'inde depresyon saptandığı bulunmuştur (85). Literatürde; alkol bağımlılarında ruhsal rahatsızlık %30-50 arasında değişen farklı oranlarda görülmektedir.

4.3.DENEY VE KONTROL GRUBUNDAKİ BİREYLERİN ALKOL KULLANIMI VE TEDAVİ OLMA ÖZELLİKLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Bireylerin alkolü ilk kullanma yaşı ortalamaları incelendiğinde, deney grubu bireylerin yaş ortalamasının 18.11 ± 3.34 , kontrol grubu bireylerin yaş ortalamasının ise 18.39 ± 4.85 olduğu görülmektedir. Gruplar arasında ilk kullanım yaşı ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($U=159.5$; $p>0.05$) (Tablo 4).

Savaşan (2010) tarafından yapılan bir çalışmada, alkol bağımlılarının ilk kullanım yaşı ortalaması 17.29 ± 4.59 olarak bulunmuştur (84). Uğurlu ve ark. (2012) ilk kez alkol kullanma yaşı ortalamasını 17.5 olarak bulmuşlardır (75). Ekinci ve ark.(2012) tarafından yapılan çalışmada ilk kullanım yaşı 18.66 ± 1.21 'dir (86). Demirbaş ve ark.(2004) alkole başlama yaşı ortalamasını 17.34 ± 4.52 olarak bulmuşlardır (87). Araştırmalarda alkolü ilk kullanma yaşı olarak 17-19 yaşları arası gösterilmektedir (75, 77, 84, 86, 87). Bu çalışmada bulunan yaş ortalamasının literatürle uygunluk gösterdiği söylenebilir.

Bireylerin alkolü ilk nerede kullandığı incelendiğinde, deney (%72.2) ve kontrol (%66.7) grubundaki bireylerin çoğunluğunun, alkolü ilk kez arkadaş ortamında kullandığı bulunmuştur. Deney ve kontrol grubu bireylerin alkolü ilk nerede kullandığına göre, gruplar arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır ($\chi^2=1.356$, $p>0.05$) (Tablo 5).

Bireylerin alkolü yoğun kullanma süreleri incelendiğinde, deney grubundaki bireylerin %27.8'i 1-5 yıldır, %27.8'i 6-10 yıldır, %44.4'ü 11 yıl ve üzeri bir süredir; kontrol grubundaki bireylerin ise %27.8'i 1-5 yıldır, %38.9'u 6-10 yıldır, %33.3'ü ise 11 yıl ve üzeri bir süredir alkolü yoğun kullandıkları saptanmış olup, gruplar arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır ($\chi^2=0.165$, $p>0.05$) (Tablo 5). Alkolün yoğun kullanılma süre ortalamaları incelendiğinde, deney grubu (12.25 ± 9.31) ve kontrol grubu (10.22 ± 7.38) bireylerinin ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı bulunmuştur ($U=148.5$, $p=0.668$; $p>0.05$).

Alkolün ne kadar zamandır bireylerin yaşamında sorun olduğu incelendiğinde, bireylerin çoğunluğu için (Deney: %55.5; Kontrol: %44.4) alkolün 5 yıl ve daha fazla süredir

sorun olduğu görülmektedir. Gruplar arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır ($X^2=1.305$, $p>0.05$) (Tablo 5).

Bireylerin tedavi olmaya nasıl karar verdikleri incelendiğinde, deney grubundaki bireylerin çoğunluğunun (%44.4) yoğun kullanım nedeniyle, kontrol grubundaki bireylerin çoğunluğunun ise (%50.0) ailesinin isteği ve ısrarı ile tedaviye başvurdıkları saptanmıştır. Hallüsinasyonlar nedeniyle tedaviye başvuru oranı her iki grupta da aynıdır (%11.1). Bireyler için diğer tedaviye başvuru nedenleri eş ve çocuklarının terk etmesi (Deney: %16.7, Kontrol: %5.6), sağlığının bozulmasıdır (Deney: %16.7, Kontrol: %5.6). Deney ve kontrol grubu bireylerin tedavi olmaya karar vermeleri açısından, gruplar arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır ($X^2=7.050$, $p>0.05$) (Tablo 5).

Bireyler daha önce bağımlılık tedavisi görmeleri açısından değerlendirildiğinde, deney grubundaki bireylerin %61.1'inin, kontrol grubundaki bireylerin ise %44.4'ünün daha önce alkol bağımlılığı tedavisi gördükleri bulunmuştur. Deney grubunda daha önce tedavi gören bireylerin %63.6'sı bir kez, %36.4'ü birden fazla kez; kontrol grubunda ise daha önce tedavi gören bireylerin %62.5'i bir kez, %37.5'i birden fazla kez tedavi görmüştür. Daha önce tedavi görme sayısı ortalaması deney grubunda 1.00 ± 1.24 , kontrol grubunda 1.22 ± 2.82 'dir (Tablo 5). Evren ve ark.'nın (2003) çalışmasında, daha önce tedavi görenlerin oranı kadınlarda %64, erkeklerde %63'dür (77). Savaşan (2010) çalışmasında, daha önce tedavi görme oranını %45.1 olarak bulmuştur (84). Pektaş ve ark.'nın (2001) çalışmasında tedavi görme oranı kadınlarda %41.7, erkeklerde %36.2'dir (88). Aki ve ark.'nın (2008) çalışmasında tedavi görme sayısı ortalaması erken remisyondaki alkol bağımlılarında 1.9 ± 1.4 , en az bir yıldır remisyonda olanlarda 1.9 ± 1.6 olarak bulunmuştur (89). Ekinci ve ark.'nın (2012) yapmış oldukları çalışmada yatarak tedavi görme ortalaması 2.08 ± 1.12 'dir (86). Saatçioğlu ve ark. (2007) çalışmalarında, daha önce tedavi görme ortalamasını 2.39 ± 1.67 olarak bulmuştur (80). Bulut ve ark.'nın (2006) çalışmasında, alkol bağımlılarının ortalama hastaneye yatış sayısı 1.24 ± 2.12 'dir (82). Literatür incelendiğinde, alkol bağımlılarının daha önce tedavi görmeleri açısından çeşitli oranlar ve ortalamalar görülmektedir. Bu çalışmada bulunan daha önce tedavi görme oranının Evren ve ark.'nın (2003) ve Savaşan'ın (2010) çalışmalarında bulunan oranlarla benzerlik gösterdiği görülmektedir.

Bireylerin tedaviye ilk başvuru zamanı incelendiğinde, çoğunluğun (%55.6), deney grubundaki bireylerde bir yıl ve daha fazla süre önce; kontrol grubundaki bireylerde ise bir yıldan az bir süre önce tedaviye başvurdıkları görülmektedir. Gruplar arasında tedaviye ilk başvuru zamanı açısından anlamlı bir fark bulunmamıştır ($X^2=0.444$, $p>0.05$) (Tablo 5).

Bireylerin en uzun remisyon süreleri incelendiğinde, deney grubu bireylerin %16.7'sinin bir aydan az, %27.8'inin 1-2 ay, %38.9'unun 3-12 ay, %16.7'sinin 12 aydan fazla süre; kontrol grubu bireylerin ise %38.8'inin bir aydan az, %22.2'sinin 1-2 ay, %22.2'sinin 3-12 ay, %16.7'sinin 12 aydan fazla süre remisyon süreleri olduğu bulunmuştur (Tablo 5). Ekinci ve ark. (2012) alkol bağımlılarının en uzun ayıklık sürelerini %38.3 oranla 1 aydan kısa, %46.7 oranla 1-12 ay, %15.0 oranla 12 aydan uzun olarak bulmuştur (86). Bu çalışmada bulunan oranlarla, Ekinci ve ark.'nın (2012) çalışmasında bulunan oranlar, bireylerin çoğunluğunun en uzun remisyon sürelerinin 1-12 ay arasında olduğunu göstermektedir.

Bireylerin en uzun remisyon süre (ay olarak) ortalamaları incelendiğinde, deney grubu bireylerin ortalaması 8.33 ± 1.13 , kontrol grubu bireylerin ortalaması 16.61 ± 45.39 'dur (Tablo 5). Kontrol grubu bireylerin en uzun remisyon sürelerinin, deney grubuna göre daha fazla olduğu fakat aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı bulunmuştur ($U=120.5$, $p=0.188$; $p>0.05$). Saatçioğlu ve ark. (2007) en uzun remisyon süre (yıl olarak) ortalamasını 1.13 ± 1.86 olarak bulmuştur (80). Bu çalışmada kontrol grubunun en uzun remisyon süre ortalamasının bir yıldan fazla olması açısından, Saatçioğlu ve ark.'nın (2007) çalışmasıyla benzer olduğu söylenebilir.

Bireylerin şimdiye kadar yaşadıkları nüks sayıları incelendiğinde, deney grubundaki bireylerin %22.2'sinin bir kez, %38.9'unun 2-3 kez ve %38.9'unun 4 ve daha fazla sayıda nüks yaşadığı; kontrol grubundaki bireylerin ise, %44.5'inin bir kez, %33.3'ünün 2-3 kez ve %22.2'sinin 4 ve daha fazla sayıda nüks yaşadığı bulunmuştur (Tablo 5). Hem deney hem de kontrol grubundaki bireylerin çoğunluğunun iki ve daha fazla sayıda nüks yaşadıkları görülmektedir. Alkol bağımlılığının nüks ve remisyon dönemleriyle seyreden kronik bir rahatsızlık olduğu belirtilmektedir (4,38,39).

Bireylerin nüks sayı ortalamaları incelendiğinde, deney grubu bireylerin ortalamasının (4.67 ± 4.09), kontrol grubu bireylerin ortalamasından (2.61 ± 2.62) daha yüksek olduğu, fakat; aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı bulunmuştur ($U=109.5$, $p=0.088$; $p>0.05$).

Bireylerin nüks nedenleri incelendiğinde, hem deney hem de kontrol grubundaki bireylerin çoğunluğunun en çok nüks nedenleri arasında, içme isteği (Deney: %44.4, Kontrol: %50.0) ve sorunlarla baş edememe (Deney: %38.9, Kontrol: %22.1) yer almaktadır. En son nüks nedenleri incelendiğinde ise, yine içme isteği (Deney: %50.0, Kontrol: %44.4) ve sorunlarla baş edememe (Deney: %27.6, Kontrol: %44.4) en fazla görülmektedir. (Tablo 6). Bağımlılığın temel özelliklerinden biri olan içme isteği, alkolü bıraktıktan sonra yıllarca yaşanabilmekte ve alkole tekrar başlamada en önemli etkenlerden biri olmaktadır (90, 91,

92, 93, 94, 95). Evren ve ark.'nın (2010) yaptığı çalışmada, 12 ayın sonunda değerlendirilen içme isteği şiddetinin, tekrar alkol kullanmaya başlayan grupta, remisyonda olanlara göre yüksek olduğu bulunmuştur (92). Nüks nedenleri arasında olan sorunlarla baş edememe, alkol bağımlılarında en sık üzerinde durulması gereken bir sorundur. "Etkisiz bireysel baş etme" hemşirelik tanısıyla, psikiyatri hemşireliği sürecinde ele alınmalı ve uygun girişimler uygulanmalıdır (10, 11, 12, 13, 14, 15). Saatçioğlu ve ark.'nın (2007) çalışmasında baş etme becerilerinde yetersizlik oranı %22.7 olarak bulunmuştur (80).

Ailede alkol kullanım durumu incelendiğinde, deney grubundaki bireylerin %66.7'sinin, kontrol grubundaki bireylerin ise %77.8'inin ailesinde alkol kullanan bireylerin olduğu bulunmuştur (Tablo 7). Evren ve ark. (2003) ailede alkol kullanım oranını kadınlarda %80.1, erkeklerde %68.1 olarak bulmuştur (77). Uğurlu ve ark. (2012) ailede alkol kullanım oranını %60.8 olarak saptamıştır (75). Ekinci ve ark.'nın (2012) çalışmasında, ailede alkol kullanım oranı %70.0'dır (86). Alkol bağımlılarının ailelerinde, büyük oranda alkol kullanan kişilerin bulunduğu görülmektedir. Bireylerin ailelerinde kimlerin alkol kullandığıyla ilgili oranlar Tablo 7'de verilmiştir. Gruplar arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır ($X^2=2.460$, $p>0.05$).

Bireylerin alkollüken yasal sorun yaşama durumları incelendiğinde, her iki gruptaki bireylerin de %44.4'ünün yasal sorun yaşadığı bulunmuştur (Tablo 8). Evren ve ark. (2003) yasal sorun yaşama oranını kadınlarda %19.8, erkeklerde %37.6 olarak bulmuşlardır (77). Bulut ve ark. (2006) alkol bağımlılarında suç işleme oranını %23.7, madde bağımlıların da ise %52.2 olarak bulmuştur (82). Madde bağımlıları kadar olmasa da, alkol bağımlılarında da alkollüken yasal sorunlar yaşanmakta ve cinsiyet farklılıkları görülmektedir (77, 82, 96).

Deney grubundaki bireylerin %27.8'inin, kontrol grubundaki bireylerin ise %33.3'ünün ehliyetinin alındığı belirlenmiştir. Deney grubundaki bireylerin %16.7'si, kontrol grubundaki bireylerin ise %22.2'si trafik kazası geçirmiştir. Deney grubundaki bireylerin %16.7'si, kontrol grubundaki bireylerin ise %5.6'sı kavgaya karışmıştır. Kontrol grubundaki bireylerin %5.6'sı yaralama olayına karışmıştır. Deney grubundaki bireylerin ise %5.6'sı diğer nedenlerle yasal sorun yaşadığını belirtmiştir. Gruplar arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$) (Tablo 8).

4.4.DENEY VE KONTROL GRUBUNDAKİ BİREYLERİN DEĞİŞİM AŞAMASI AÇISINDAN ÖN TEST DEĞERLENDİRMELERİNİN İNCELENMESİ

Bireylerin ön testte belirlenen değişim aşamaları incelendiğinde, deney grubundaki bireylerin %11.1'inin farkındalığa karşı, %11.1'inin farkındalık öncesi, %22.2'sinin farkındalık ve %55.6'sının eylem aşamasında olduğu bulunmuştur. Kontrol grubundaki bireylerin ise %27.8'inin farkındalık öncesi, %27.8'inin farkındalık, %44.4'ünün eylem aşamasında olduğu bulunmuştur (Tablo 9). Bireylerin değişim aşaması belirlenirken, Freeman ve Dolan (2002) tarafından geliştirilen değişim sınıflaması kullanılmıştır (53). Bireylerin tedavi için başvurdukları ve yatarak tedavi gördükleri dönemde değerlendirildikleri için, çoğunluğun eylem aşamasında oldukları görülmektedir. Hem deney hem de kontrol grubunda nispeten az olmakla birlikte, farkındalığa karşı, farkındalık öncesi ve farkındalık aşamalarında bireylerin olması, tedaviye başvuru nedenlerinin ailesinin isteği ve ısrarı, halüsinasyonlar ve eş ve çocuklarının terk etmesi gibi sebeplerle olması ile açıklanabilir (Tablo 5).

4.5.DENEY GRUBU BİREYLERİN GÖRÜŞME SAYISI VE GÖRÜŞME SÜRELERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Deney grubu bireylerle yapılan görüşmeler sayı açısından incelendiğinde, bireylerin %33.3'ü ile 10 seanstan daha az, %44.5'i ile 10 seans, %22.2'si ile 10 seanstan daha fazla görüşme yapıldığı görülmektedir. Deney grubu bireylerle yapılan görüşmelerin süre açısından incelenmesi için, bireylerle yapılan görüşmelerin ortalamaları alınmış ve gruplandırılmıştır. Bireylerle yapılan görüşme sürelerinin ortalaması, bireylerin %55.6'sında 50 dakikadan az, %44.4'ünde 50 dakika ve daha fazla olarak bulunmuştur (Tablo 10). Tidal Model'de bireylerle yapılan, farklı yaşam sorunlarını fark etmeleri amacıyla kullanabilecekleri, kendilerindeki kaynakları bulmaları için teşvik edildikleri güçlendirme sürecinin parçası olan birebir seansların, sayı ve süresiyle ilgili bir standart bulunmamaktadır (5, 6, 8, 31). Bu çalışmada seansların sayı ve süre olarak değerlendirilmesi, daha sonra yapılacak çalışmalar için yol gösterici olması açısından yapılmıştır.

4.6. DENEY VE KONTROL GRUBUNDAKİ BİREYLERİN SON TEST DEĞERLENDİRMELERİ AÇISINDAN İNCELENMESİ

Son test değerlendirmelerinde, deney grubu bireylerin %88.9'unun, kontrol grubu bireylerin ise %94.4'ünün sigara kullandığı bulunmuştur. Kontrol grubundan bir kişinin, son test değerlendirmesinde, sigarayı bıraktığı görülmektedir (Tablo 11).

Taburcu olurken verilen ilaçların kullanımı değerlendirildiğinde, deney grubu bireylerin %66.7'si, kontrol grubu bireylerin %44.4'ü ilaç kullandığını belirtmiştir. İlaçlarını kullandıklarını belirten bireylerin, deney grubunda %75.0'nin, kontrol grubunda ise %87.5'inin ilaçları düzenli kullandıkları bulunmuştur. Deney grubundaki bireylerde ilaç kullanma oranının, kontrol grubuna göre daha fazla olduğu bulunmuş olup, aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ($\chi^2=1.800$, $p>0.05$) (Tablo 11). İlaç kullanan bireylerin, ilaçlarını oldukça düzenli kullandıkları söylenebilir.

Bireylerin son test değerlendirmelerinde, alkol kullanma durumu incelendiğinde, deney grubu bireylerin %44.4'ünün, kontrol grubu bireylerin ise %77.8'inin alkol kullandığı belirlenmiştir. Deney grubundaki bireylerde alkol kullanımının, kontrol grubundaki bireylere göre daha az olduğu ve aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ($\chi^2=4.208$; $p<0.05$) (Tablo 12). Üç aylık süre içerisinde deney grubunda, kontrol grubuna göre, daha az sayıda birey alkol kullanmıştır. Bu sonuç, deney grubundaki bireylerin ayıklıklarını sürdürmeleri açısından Tidal Model'in etkisini gösteren önemli bir sonuçtur.

Evren ve ark.'nın (2010) yapmış oldukları 6 ve 12 aylık izlem çalışmalarında, sırasıyla bireylerin %53.3'ünde ve %61.8'inde alkol kullanımının yinelediği bulunmuştur (92,93). Türkcan ve ark.'nın (2001) alkol bağımlılarında bir tedavi programının 3 aylık izlem sonuçlarını değerlendirdikleri çalışmada, alkol bağımlılarının %32.3'ünde alkol kullanımının yinelediği bulunmuştur (79). Türkcan ve ark.'nın (2001) çalışmada bulunan oranın (%32.3), bu çalışmada bulunan orandan (%44.4) düşük olması, bireylerin ayaktan tedavi programına da devam etmiş olmaları ile açıklanabilir. Bireylerin taburcu olduktan sonra ayaktan tedavi programlarına katılımının önemli olduğu belirtilmektedir (79). Engin ve Savaşan (2012) tarafından yapılan, alkol bağımlılarının psikoterapi süreçlerini etkileyen faktörlerin incelendiği çalışmada, 6 aylık izlem sonunda, bireylerin %42.9'unun alkol kullandığı bulunmuştur (39). Çalışma bulgularıyla benzerlik gösterdiği söylenebilir.

Brown ve Miller (1993) tarafından yapılan motivasyonel görüşme uyarlamasının etkinliğinin araştırıldığı bir çalışmada, deney grubunun %57'sinin, kontrol grubunun %29'unun 3 aylık izlem süresinde alkol kullanmamış olduğu bildirilmiştir (97). Bu çalışmada bulunan deney grubundaki alkol kullanmayan bireylerin oranıyla (%55.6) benzer olduğu görülmektedir.

Bireylerin taburcu olduktan ne kadar süre sonra tekrar alkol kullandıkları incelendiğinde, çoğunluğun (Deney: %62.5, Kontrol: %64.3) bir ay ve daha fazla süre sonra tekrar alkol kullandıkları bulunmuştur. Gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark

yoktur ($X^2=0.007$, $p>0.05$) (Tablo 12). Deney grubundaki bireylerin taburcu olduktan sonra alkol kullanma zamanı ortalaması 0.55 ± 0.89 , kontrol grubundaki bireylerin ise 0.83 ± 0.67 'dir. Gruplar arasında alkol kullanma zamanı ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($U=112.0$, 0.102 ; $p>0.05$).

Alkolü tekrar kullanma nedenleri incelendiğinde, deney grubu bireylerin %22.2'sinin içme isteği, %11.1'inin ailevi sorunlar, %5.6'sının öfke, %5.6'sının diğer nedenlerle; kontrol grubu bireylerin ise, %38.9'unun içme isteği, %11.1'inin ailevi sorunlar, %5.6'sının maddi sıkıntılar, %16.7'sinin öfke ve %5.6'sının diğer nedenlerle alkol kullandıkları bulunmuştur (Tablo 12). Bireylerin tekrar alkol kullanma nedenleri arasında, en çok nüks ve en son nüks nedenleri arasında (Tablo 6), en fazla içme isteği ve sorunlarla baş edememenin yer aldığı görülmektedir.

4.7.DENEY VE KONTROL GRUBUNDAKİ BİREYLERİN DEĞİŞİM AŞAMASI AÇISINDAN SON TEST DEĞERLENDİRMELERİNİN İNCELENMESİ

Bireylerin değişim aşaması açısından son test değerlendirmeleri incelendiğinde, deney grubundaki bireylerin %27.8'inin laps, %16.7'sinin relaps, %55.5'inin ise sürdürüm aşamasında; kontrol grubundaki bireylerin %22.2'sinin laps, %55.6'sının relaps ve %22.2'sinin sürdürüm aşamasında olduğu bulunmuştur. Son testte değişim aşamaları açısından deney ve kontrol grubu arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($X^2=6.335$; $p<0.05$) (Tablo 13). Deney grubundaki bireylerin sürdürüm aşamasında olanların oranı (%55.5), kontrol grubuna (%22.2) göre daha fazladır. Kontrol grubundaki bireylerde ise relaps oranı (%55.6), deney grubuna (%16.7) göre daha fazladır.

Türkcan ve ark.'nın (2001) alkol bağımlılarında bir tedavi programının 3 aylık izlem sonuçlarını değerlendirdikleri çalışmada, relaps olanların oranı %27.7'dir (79). Bu çalışmada deney grubunda bulunan relaps oranının (%16.7), Türkcan ve ark.'nın (2001) çalışmada bulunan relaps oranından (%27.7) daha düşük olduğu görülmektedir. Bunun nedeninin bireylerde Tidal Model'e dayalı psikiyatri hemşireliği yaklaşımı uygulanmış olmasından kaynaklandığı düşünülmüştür.

4.8.DENEY VE KONTROL GRUBU BİREYLERİN GÖRÜŞMELER ÖNCESİ BAPİ, TMA, BDE, BAE PUAN ORTALAMALARININ İNCELENMESİ (ÖN TEST)

Deney ve kontrol grubu bireylerin bağımlılık profillerini, tedavi motivasyonlarını, depresyon ve anksiyete düzeylerini belirlemek amacıyla, Tidal Model'e dayalı psikiyatri

hemşireliği yaklaşımı uygulanmadan önce, her iki gruba da ölçekler ön test olarak uygulanmıştır.

4.8.1. Deney ve Kontrol Grubu Bireylerin Görüşmeler Öncesi Bağımlılık Profil İndeksi Puan Ortalamalarının İncelenmesi (Ön Test)

Deney grubu bireylerin BAPİ MKÖ alt ölçeği puan ortalaması 1.79 ± 0.5 , TÖ alt ölçeği puan ortalaması 11.06 ± 1.48 , YE alt ölçeği puan ortalaması 15.94 ± 2.71 , Şİ alt ölçeği puan ortalaması 4.17 ± 2.48 , MOT alt ölçeği puan ortalaması 5.94 ± 0.24 ve BAPİ toplam puanı 7.36 ± 1.11 'dir. Kontrol grubu bireylerin BAPİ MKÖ alt ölçeği puan ortalaması 1.73 ± 0.62 , TÖ alt ölçeği puan ortalaması 11.08 ± 1.18 , YE alt ölçeği puan ortalaması 15.61 ± 2.03 , Şİ alt ölçeği puan ortalaması 4.17 ± 2.26 , MOT alt ölçeği puan ortalaması 5.89 ± 0.32 ve BAPİ toplam puanı 7.28 ± 0.9 'dur (Tablo 14). Deney ve kontrol grubu bireyler arasında BAPİ ölçeği ön test puanları dağılımları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($U_{MKÖ}=149.5$, $U_{TÖ}=151.0$, $U_{YE}=149.5$, $U_{Şİ}=152.0$, $U_{MOT}=153.0$, $U_{BAPİ}=160.0$, $p>0.05$). Bu bulgu deney ve kontrol grubunun BAPİ ve alt ölçeklerinin puanlarının çalışma öncesi benzer olması açısından önemlidir. Deney ve kontrol grubu bireylerinin benzer özelliklere sahip olması girişimsel çalışmalarda önemlidir.

4.8.2. Deney ve Kontrol Grubu Bireylerin Görüşmeler Öncesi Tedavi Motivasyonu Anketi Puan Ortalamalarının İncelenmesi (Ön Test)

Deney ve kontrol grubu bireylerin görüşmeler öncesi Tedavi Motivasyonu Anketi puan ortalamalarının karşılaştırılması Tablo 15'de görülmektedir. Deney grubu bireylerin TMA İM alt ölçeği puan ortalaması 52.33 ± 2.57 , DM alt ölçeği puan ortalaması 11.5 ± 2.64 , KYA alt ölçeği puan ortalaması 24.83 ± 2.96 , TG alt ölçeği puan ortalaması 20.94 ± 4.89 ve toplam tedavi motivasyonu puan ortalaması 109.61 ± 6.41 'dir. Kontrol grubu bireylerin TMA İM alt ölçeği puan ortalaması 51.22 ± 3.56 , DM alt ölçeği puan ortalaması 11.22 ± 2.67 , KYA alt ölçeği puan ortalaması 21.94 ± 4.35 , TG alt ölçeği puan ortalaması 22.28 ± 4.1 ve toplam tedavi motivasyonu puan ortalaması 106.67 ± 9.51 'dir. Deney ve kontrol grubu bireylerin tedavi motivasyonu puan ortalamaları incelendiğinde, gruplar arasında KYA puanları açısından bulunan farkın anlamlı olduğu ($U_{KYA}=85.5$; $p<0.05$); diğer puan ortalamaları arasında ise anlamlı farkın olmadığı bulunmuştur ($U_{İM}=139.5$, $U_{DM}=153.5$, $U_{TG}=133.5$, $U_{TMA}=136.5$, $p>0.05$). KYA puanının deney grubunda yüksek olması yardım aramaya daha istekli oldukları şeklinde yorumlanabilir.

Evren ve ark.(2006)'nın alkol bağımlısı hastalarla yaptıkları çalışmada İM 49.4 ± 6.3 , DM 9.6 ± 3.1 , KYA 23.1 ± 4.6 , TG 21.2 ± 3.5 ve toplam ölçek puan ortalaması 103.4 ± 11.4 olarak bulunmuştur (64). Bu çalışmada bulunan deney ve kontrol grubu bireylerin İM, DM ve Toplam Tedavi Motivasyonu puanları, Evren ve ark.'nın çalışmasından yüksek bulunmuştur. Deney grubunun KYA puanı Evren ve ark.(2006)'nın çalışmasından yüksek, kontrol grubunun puanı ise düşüktür. Deney grubunun TG puanı Evren (2006) ve ark.'nın çalışmasından düşük, kontrol grubunun ise yüksek olmakla birlikte puanların benzerlik gösterdiği söylenebilir.

4.8.3. Deney ve Kontrol Grubu Bireylerin Görüşmeler Öncesi Beck Depresyon (BDE) ve Beck Anksiyete Envanteri (BAE) Puan Ortalamalarının İncelenmesi (Ön Test)

Tablo 16 incelendiğinde, deney grubu bireylerin BDE puan ortalamasının (11.78 ± 8.76), kontrol grubu bireylerin ortalamasından (10.39 ± 5.28) yüksek olduğu; yine deney grubu bireylerin BAE puan ortalamasının (11.44 ± 8.03), kontrol grubu bireylerin ortalamasından (9.56 ± 8.14) yüksek olduğu görülmekte; fakat, deney ve kontrol grubu bireylerin BDE ve BAE ön test puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır ($U_{BDÖ}=159.0$, $U_{BAÖ}=130.5$, $p>0,05$).

Evren ve ark.(2010) alkol bağımlılarının BDE puanını 14.02 ± 11.29 , BAE puanını 13.40 ± 13.24 olarak bulmuştur (93). Bu çalışmada bulunan BDE ve BAE puanlarının, Evren ve ark.(2010)'nın bulduğu puanlardan daha düşük olduğu görülmektedir.

Ekinci ve ark.(2012) çalışmalarında alkol bağımlılarının BDE puanını 13.63 ± 4.21 , BAE puanını 16.28 ± 4.27 olarak bulmuştur (86). Bu çalışmada bulunan BDE ve BAE puanlarının, Ekinci ve ark.(2012)'nin çalışmasında bulduğu puanlardan daha düşük olduğu görülmektedir.

Engin ve Savaşan'ın(2012) yapmış olduğu çalışmada, BDE puanı 15.46 ± 10.19 , BAE puanı 14.62 ± 9.34 olarak bulunmuştur (39). Yine bu çalışmada bulunan BDE ve BAE puanları, Engin ve Savaşan'ın(2012) çalışmasında bulunan puanlardan düşüktür.

4.9.DENEY VE KONTROL GRUBU BİREYLERİN GÖRÜŞMELER ÖNCESİ COPE VE BSÖ PUAN ORTALAMALARININ İNCELENMESİ (ÖN TEST)

Deney ve kontrol grubu bireylerin başa çıkma tutumlarını değerlendirmek ve benlik saygısı düzeylerini belirlemek amacıyla, Tidal Model'e dayalı psikiyatri hemşireliği yaklaşımı uygulanmadan önce, her iki gruba da ölçekler ön test olarak uygulanmıştır.

4.9.1. Deney ve Kontrol Grubu Bireylerin Görüşmeler Öncesi Başa Çıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeği (COPE) Puan Ortalamalarının İncelenmesi (Ön Test)

Deney ve kontrol grubu bireylerin COPE alt ölçek ön test puanları Tablo 17’de görülmektedir. Deney grubu bireylerin alt ölçek puan ortalamaları şöyledir: Pozitif Yeniden Yorumlama ve Gelişme 11.94 ± 3.19 , Zihinsel Boş Verme 8.33 ± 2.95 , Soruna Odaklanma ve Duyguları Açığa Vurma 9.56 ± 3.52 , Yararlı Sosyal Destek Kullanımı 11.0 ± 3.07 , Aktif Başa Çıkma 11.89 ± 3.16 , İnkâr 6.33 ± 2.91 , Dini Olarak Başa Çıkma 13.39 ± 3.35 , Şakaya Vurma 6.22 ± 3.04 , Davranışsal Olarak Boş Verme 7.5 ± 3.33 , Geri Durma 10.28 ± 2.76 , Duygusal Sosyal Destek Kullanımı 10.39 ± 3.31 , Madde Kullanımı 13.5 ± 4.05 , Kabullenme 11.28 ± 2.61 , Diğer Meşguliyetleri Bastırma 11.39 ± 2.73 , Plan Yapma 11.83 ± 3.33 . Kontrol grubu bireylerin COPE alt ölçek öntest puanları ise, Pozitif Yeniden Yorumlama ve Gelişme 13.78 ± 1.63 , Zihinsel Boş Verme 9.83 ± 2.68 , Soruna Odaklanma ve Duyguları Açığa Vurma 11.39 ± 3.01 , Yararlı Sosyal Destek Kullanımı 10.61 ± 3.22 , Aktif Başa Çıkma 13.06 ± 2.24 , İnkâr 6.28 ± 2.56 , Dini Olarak Başa Çıkma 13.56 ± 3.15 , Şakaya Vurma 6.78 ± 3.75 , Davranışsal Olarak Boş Verme 6.22 ± 2.34 , Geri Durma 10.72 ± 1.84 , Duygusal Sosyal Destek Kullanımı 11.67 ± 2.17 , Madde Kullanımı 13.94 ± 2.96 , Kabullenme 11.11 ± 3.01 , Diğer Meşguliyetleri Bastırma 11.61 ± 2.64 , Plan Yapma 13.61 ± 2.06 ’dır. Deney grubu bireylerin COPE alt ölçekleri ön test puan ortalamaları ile kontrol grubu bireylerin COPE alt ölçekleri puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p > 0,05$). Bu bulgu girişimsel çalışma olması nedeniyle bireylerin benzer özelliklere sahip olması açısından önemlidir.

Şenormancı ve ark. (2014) internet bağımlılarının baş etme tutumlarını değerlendirdikleri çalışmasında, Pozitif Yeniden Yorumlama ve Gelişme 10.6 ± 2.6 , Zihinsel Boş Verme 10.7 ± 2.4 , Soruna Odaklanma ve Duyguları Açığa Vurma 10 ± 2.7 , Yararlı Sosyal Destek Kullanımı 9.4 ± 3.3 , Aktif Başa Çıkma 9.6 ± 2.5 , İnkâr 8 ± 2.8 , Dini Olarak Başa Çıkma 11.2 ± 4 , Şakaya Vurma 9.4 ± 3.3 , Davranışsal Olarak Boş Verme 7.8 ± 2.4 , Geri Durma 9.5 ± 2.2 , Duygusal Sosyal Destek Kullanımı 9.7 ± 3 , Madde Kullanımı 5.5 ± 2.8 , Kabullenme 8.6 ± 2.8 , Diğer Meşguliyetleri Bastırma 9.5 ± 2.7 , Plan Yapma 9.8 ± 2.9 olarak bulmuştur (98). Bu çalışmada bulunan Pozitif Yeniden Yorumlama ve Gelişme, Yararlı Sosyal Destek Kullanımı, Aktif Başa Çıkma, Dini Olarak Başa Çıkma, Duygusal Sosyal Destek Kullanımı, Madde Kullanımı, Kabullenme, Diğer Meşguliyetleri Bastırma ve Plan Yapma puanlarının, Şenormancı ve ark. (2014)’nın bulduğu puanlardan yüksek olduğu görülmektedir. Bu çalışmada bulunan, Zihinsel Boş Verme ve İnkâr puanları, Şenormancı ve ark. (2014)’nın bulduğu puanlardan düşük olduğu bulunmuştur. Bu çalışmada bulunan, Soruna Odaklanma

ve Duyguları Açığa Vurma, Davranışsal Olarak Boş Verme ve Geri Durma puanları, Şenormancı ve ark. (2014)'nın bulduğu puanlarla benzer olarak bulunmuştur. Alkol bağımlılarının Madde Kullanımı puanlarının yüksek olması beklenen bir sonuçtur. Alkol bağımlılarının, Pozitif Yeniden Yorumlama ve Gelişme, Yararlı Sosyal Destek Kullanımı, Aktif Başa Çıkma, Dini Olarak Başa Çıkma, Duygusal Sosyal Destek Kullanımı, Kabullenme, Diğer Meşguliyetleri Bastırma ve Plan Yapma açısından, internet bağımlılarına göre daha iyi durumda oldukları söylenebilir. Ayrıca, Zihinsel Boş Verme ve İnkâr puanları açısından da alkol bağımlılarının, daha iyi durumda oldukları söylenebilir.

4.9.2. Deney ve Kontrol Grubu Bireylerin Görüşmeler Öncesi Benlik Saygısı Ölçeği (BSÖ) Puan Ortalamalarının İncelenmesi (Ön Test)

Deney grubu bireylerin BSÖ puan ortalaması (59.33 ± 21.08), kontrol grubu bireylerin puan ortalamasından (63.55 ± 15.02) daha düşük olup; benlik saygısı ölçeği ön test puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamaktadır ($U=148.0$, $p>0.05$) (Tablo 18).

Ebrinç ve ark.'nın(2002) alkol ve madde kullanımı da olan, suç işleyen, antisosyal kişilik bozukluğu olan bireylerle yaptıkları çalışmada, BSÖ puan ortalaması 38.8 ± 18.0 olarak bulunmuştur (99). Alkol bağımlılarının BSÖ puanlarının daha yüksek olduğu görülmektedir.

4.10. DENEY VE KONTROL GRUBU BİREYLERİN GÖRÜŞMELER SONRASI BAPİ, TMA, BDE, BAE PUAN ORTALAMALARININ İNCELENMESİ (SON TEST)

Deney ve kontrol grubu bireylerin bağımlılık profillerini, tedavi motivasyonlarını, depresyon ve anksiyete düzeylerini belirlemek amacıyla, Tidal Model'e dayalı psikiyatri hemşireliği yaklaşımı uygulandıktan sonra, her iki gruba da ölçekler son test olarak uygulanmıştır.

4.10.1. Deney ve Kontrol Grubu Bireylerin Görüşmeler Sonrası Bağımlılık Profil İndeksi Şiddetli İstek ve Motivasyon Alt Ölçekleri Puan Ortalamalarının İncelenmesi (Son Test)

Deney grubu bireylerin son test BAPİ Şİ alt ölçek ortalaması 3.56 ± 2.09 , kontrol grubu bireylerin ise 5.89 ± 2.08 'dir. Deney grubu bireylerin "Şiddetli istek" puanı kontrol grubu bireylerin puanından daha düşük olup, aradaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($U=67.5$, $p<0.05$) (Tablo 19). Tidal Model'e dayalı psikiyatri hemşireliği yaklaşımının, alkol

bağımlılarında “Şiddetli istek” puanı üzerinde etkili olduğu ve içme isteğini azalttığı söylenebilir.

Deney grubu bireylerin son test BAPİ MOT alt ölçek ortalaması 5.61 ± 1.04 , kontrol grubu bireylerin ise 5.17 ± 1.76 'dır. BAPİ Motivasyon alt ölçeği son test puanları açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($U=150.0$, $p>0.05$) (Tablo 19).

4.10.2. Deney ve Kontrol Grubu Bireylerin Görüşmeler Sonrası Tedavi Motivasyonu Anketi Puan Ortalamalarının İncelenmesi (Son Test)

Tablo 20'de deney ve kontrol grubu bireylerin görüşmeler sonrası Tedavi Motivasyonu Anketi puan ortalamalarının karşılaştırılması yer almaktadır. Deney grubu bireylerin TMA İM alt ölçeği puan ortalaması 50.94 ± 3.89 , DM alt ölçeği puan ortalaması 11.22 ± 3.04 , KYA alt ölçeği puan ortalaması 22.83 ± 4.99 , TG alt ölçeği puan ortalaması 21.06 ± 4.8 ve toplam tedavi motivasyonu puan ortalaması 106.06 ± 12.52 'dir. Kontrol grubu bireylerin TMA İM alt ölçeği puan ortalaması 46.72 ± 6.85 , DM alt ölçeği puan ortalaması 10.5 ± 3.4 , KYA alt ölçeği puan ortalaması 22.56 ± 3.73 , TG alt ölçeği puan ortalaması 22.06 ± 4.89 ve toplam tedavi motivasyonu puan ortalaması 101.83 ± 13.88 'dir. Bireylerin Tedavi Motivasyonu ölçeği alt ölçekleri son test puan dağılımı incelendiğinde; deney grubu bireylerin İM puanının (50.94 ± 3.89), kontrol grubu bireylerin puanından (46.72 ± 6.85) daha yüksek olduğu; aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ($U=99.5$, $p<0.05$). Diğer Tedavi Motivasyonu ölçeği alt ölçekleri son test puanları açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0.05$). Deney ve kontrol grubu bireylerin İM puanları arasındaki anlamlı fark Tidal Model'e dayalı psikiyatri hemşireliği yaklaşımının etkisi olarak açıklanabilir.

4.10.3. Deney ve Kontrol Grubu Bireylerin Görüşmeler Sonrası Beck Depresyon (BDE) ve Beck Anksiyete Envanteri (BAE) Puan Ortalamalarının İncelenmesi (Son Test)

Deney grubu bireylerin son test BDE puan ortalaması (7.28 ± 7.02), kontrol grubu bireylere göre (12.06 ± 9.03) daha düşüktür. Aynı şekilde, deney grubu bireylerin son test BAE puan ortalaması (7.94 ± 7.16), kontrol grubu bireylere (12.17 ± 8.75) göre daha düşük bulunmuştur. Fakat, deney ve kontrol grubu bireylerin BDE ve BAE son test puanları dağılımı incelendiğinde gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($U_{BDÖ}=105.5$, $U_{BAÖ}=108.0$, $p>0.05$) (Tablo 21).

Evren ve ark. (2010) altı aylık izlem sonuçlarını değerlendirdikleri çalışmalarında, remisyonunda olan alkol bağımlılarının BDE puanını 5.18 ± 7.92 , BAE puanını 5.36 ± 6.89 olarak; relaps döneminde olan alkol bağımlılarının ise, BDE puanını 14.02 ± 11.29 , BAE puanını 13.40 ± 13.24 olarak bulmuştur (93). Bu çalışmada deney grubu bireylerin BDE ve BAE puanının, Evren ve ark.'nın (2010) çalışmasında bulunan, remisyonunda olan bireylerin BDE ve BAE puanlarına daha yakın olduğu söylenebilir. Kontrol grubu bireylerin ise BDE ve BAE puanlarının, relaps döneminde olan alkol bağımlılarının puanlarıyla benzerlik gösterdiği görülmektedir.

4.11. DENEY VE KONTROL GRUBU BİREYLERİN GÖRÜŞMELER SONRASI COPE VE BSÖ PUAN ORTALAMALARININ İNCELENMESİ (SON TEST)

Deney ve kontrol grubu bireylerin başa çıkma tutumlarını değerlendirmek ve benlik saygısı düzeylerini belirlemek amacıyla, Tidal Model'e dayalı psikiyatri hemşireliği yaklaşımı uygulandıktan sonra, her iki gruba da ölçekler son test olarak uygulanmıştır.

4.11.1. Deney ve Kontrol Grubu Bireylerin Görüşmeler Sonrası Başa Çıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeği (COPE) Puan Ortalamalarının İncelenmesi (Son Test)

Deney ve kontrol grubu bireylerin görüşmeler sonrası Başa Çıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeği (COPE) alt ölçek puan ortalamaları karşılaştırıldığında, deney ve kontrol grubu bireylerin "Pozitif yeniden yorumlama ve gelişme", "Yararlı sosyal destek kullanımı", "Aktif başa çıkma", "Geri durma", "Duygusal sosyal destek kullanımı" ve "Madde kullanımı" alt ölçek puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p < 0.05$) (Tablo 22). Madde kullanımı alt ölçek puanı deney grubunda kontrol grubuna göre daha düşük; pozitif yeniden yorumlama ve gelişme, yararlı sosyal destek kullanımı, aktif başa çıkma, geri durma, duygusal sosyal destek kullanımı alt ölçekleri puanı ise deney grubunda kontrol grubuna göre daha yüksek bulunmuştur. Deney grubunda alkol kullanımının, kontrol grubundan daha az olması olumlu bir sonuçtur ve çalışmanın hipotezleriyle uyumlu görünmektedir. Pozitif yeniden yorumlama ve gelişme, yararlı sosyal destek kullanımı, aktif başa çıkma, geri durma, duygusal sosyal destek kullanımı alt ölçekleri puanlarının, deney grubunda kontrol grubuna göre daha yüksek olması da, çalışmanın hipotezleriyle uyumludur.

4.11.2. Deney ve Kontrol Grubu Bireylerin Görüşmeler Sonrası Benlik Saygısı Ölçeği (BSÖ) Puan Ortalamalarının İncelenmesi (Son Test)

Deney grubu bireylerin son test BSÖ puan ortalaması (73.11 ± 13.56), kontrol grubu bireylere (66.66 ± 17.46) göre daha yüksek bulunmuş olup, aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ($U=131.5$, $p>0.05$) (Tablo 23). Çalışmanın hipotezlerinde belirtildiği gibi, deney grubu bireylerin BSÖ puanı, kontrol grubuna göre yüksek bulunmuştur, fakat aradaki fark anlamlı değildir.

4.12. DENEY VE KONTROL GRUBU BİREYLERİN GÖRÜŞME ÖNCESİ (ÖN TEST) VE SONRASI (SON TEST) BAPİ Şİ, BAPİ MOT, TMA, BDE, BAE PUAN ORTALAMALARININ İNCELENMESİ

4.12.1. Deney ve Kontrol Grubu Bireylerin Görüşme Öncesi (Ön Test) ve Sonrası (Son Test) BAPİ Şİ, BAPİ MOT Puan Ortalamalarının İncelenmesi

Deney ve kontrol grubu bireylerin ön test ve son testte, Bağımlılık Profil İndeksi şiddetli istek ve motivasyonlarının değerlendirilmesinden elde edilen puan ortalamaları Tablo 24'te yer almaktadır. BAPİ alt ölçeklerinden sadece Şİ ve MOT alt ölçekleri son bir haftayı değerlendirdiği için, bu alt ölçeklerin ön ve son test değerlendirmeleri yapılmıştır.

Deney grubu bireylerin şiddetli istek ön test puanının, son test puanına göre daha yüksek olduğu; son testte şiddetli istek puanının düştüğü; fakat, aradaki farkın anlamlı olmadığı bulunmuştur ($Z=-0.949$, $p>0.05$). Kontrol grubu bireylerin ise, şiddetli istek puanının son testte arttığı ve ön test ve son testte bulunan bu farkın anlamlı olduğu bulunmuştur ($Z=-2.299$, $p<0.05$).

Tidal Model'e dayalı psikiyatri hemşireliği yaklaşımı uygulanan deney grubunun içme isteğinin düştüğü söylenebilir; fakat son test puanındaki bu düşüşün anlamlı olmadığı görülmektedir. Tidal Model'e dayalı psikiyatri hemşireliği yaklaşımı uygulanmayan kontrol grubunun içme isteğinin ise arttığı ve bu artışın da anlamlı olduğu söylenebilir.

Deney grubu bireylerin motivasyon ön test puanıyla son test puanı arasında benzerlik görülmektedir. Deney grubu bireylerin motivasyon alt ölçeği ön test-son test puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($Z=-1.289$, $p>0.05$). Kontrol grubu bireylerin de motivasyon ön test-son test puanı arasında benzerlik görülmektedir. Kontrol grubu bireylerin motivasyon alt ölçeği ön test-son test puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($Z=-1.841$, $p>0.05$).

4.12.2. Deney ve Kontrol Grubu Bireylerin Görüşme Öncesi (Ön Test) ve Sonrası (Son Test) Tedavi Motivasyonu Anketi Puan Ortalamalarının İncelenmesi

Deney ve kontrol grubu bireylerin ön test ve son testte, TMA puanlarının değerlendirilmesinden elde edilen puan ortalamaları Tablo 25'te yer almaktadır. Deney grubu bireylerin İM, DM, KYA ve Toplam Tedavi Motivasyonu son test puanının, ön test puanına göre düşük olduğu; TG son test puanının, ön test puanına göre ise arttığı bulunmuş olup, aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p>0.05$) (Tablo 25).

Kontrol grubu bireylerin İM ön test puanının (51.22 ± 3.56), son test puanına (46.72 ± 6.85) göre yüksek olduğu ve aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ($Z= -2.107$, $p<0.05$). Kontrol grubu bireylerin İM puanında anlamlı düşüş olduğu görülmektedir. Kontrol grubu bireylerin DM, TG ve toplam tedavi motivasyonu son test puanının, ön test puanına göre düşük; KYA son test puanının ise ön test puanına göre yüksek olduğu bulunmuş olup, aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p>0.05$) (Tablo 25).

4.12.3. Deney ve Kontrol Grubu Bireylerin Görüşme Öncesi (Ön Test) ve Sonrası (Son Test) Beck Depresyon ve Beck Anksiyete Puan Ortalamalarının Değerlendirilmesi

Deney grubu bireylerin BDE ön test puanının (11.78 ± 8.76), son test puanına (7.28 ± 7.02) göre; yine BAE ön test puanının (11.44 ± 8.03), son test puanına (7.94 ± 7.16) göre yüksek olduğu; fakat aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı bulunmuştur ($p>0.05$). Deney grubu bireylerin BDE ve BAE puanlarının düştüğü söylenebilir; fakat bu düşüş anlamlı değildir. Kontrol grubu bireylerin ise, BDE ön test puanının (10.39 ± 5.28), son test puanına (12.06 ± 9.03) göre ve BAE ön test puanının (9.56 ± 8.14), son test puanına (12.17 ± 8.75) göre düşük olduğu; fakat aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı bulunmuştur ($p>0.05$) (Tablo 26). Kontrol grubu bireylerin BDE ve BAE puanlarının yükseldiği bulunmuş olup bu yükselme anlamlı değildir.

4.13. DENEY VE KONTROL GRUBU BİREYLERİN GÖRÜŞME ÖNCESİ (ÖN TEST) VE SONRASI (SON TEST) COPE VE BSÖ PUAN ORTALAMALARININ DEĞERLENDİRİLMESİ

4.13.1. Deney ve Kontrol Grubu Bireylerin Görüşme Öncesi (Ön Test) ve Sonrası (Son Test) COPE Puan Ortalamalarının Değerlendirilmesi

Deney ve kontrol grubu bireylerin ön test ve son testte, COPE alt ölçek puanlarının değerlendirilmesinden elde edilen puan ortalamaları Tablo 27’de yer almaktadır.

Deney grubu bireylerin Pozitif Yeniden Yorumlama ve Gelişme son test puanı (14.33 ± 2.09), ön test puanından (11.94 ± 3.19) yüksek olup aradaki fark anlamlıdır ($Z = -2.886$, $p < 0.05$). Yararlı Sosyal Destek Kullanımı son test puanı (12.72 ± 2.47), ön test puanından (11.0 ± 3.07) yüksek olup, aradaki fark anlamlıdır ($Z = -2.302$, $p < 0.05$). Aktif Başa Çıkma son test puanı (13.39 ± 2.38), ön test puanından (11.89 ± 3.16) yüksek olup, aradaki fark anlamlıdır ($Z = -2.378$, $p < 0.05$). Dini Olarak Başa Çıkma son test puanı (14.17 ± 2.98), ön test puanından (13.39 ± 3.35) yüksek olup, aradaki fark anlamsızdır ($Z = -1.916$, $p > 0.05$). Geri Durma son test puanı (13.00 ± 2.11), ön test puanından (10.28 ± 2.76) yüksek olup, aradaki fark anlamlıdır ($Z = -3.307$, $p < 0.05$). Duygusal Sosyal Destek Kullanımı son test puanı (12.61 ± 2.25), ön test puanından (10.39 ± 3.31) yüksek olup, aradaki fark anlamsızdır ($Z = -1.879$, $p > 0.05$). Plan Yapma son test puanı (13.78 ± 2.16), ön test puanından (11.83 ± 3.33) yüksek olup, aradaki fark anlamlıdır ($Z = -2.351$, $p < 0.05$). Şakaya Vurma son test puanı (6.06 ± 2.78), ön test puanına (6.22 ± 3.04) benzer olup, aradaki fark anlamsızdır ($Z = -0.035$, $p > 0.05$). Kabullenme son test puanı (11.61 ± 3.6), ön test puanına (11.28 ± 2.61) benzer olup, aradaki fark anlamsızdır ($Z = -0.457$, $p > 0.05$). Diğer Meşguliyetleri Bastırma son test puanı (11.78 ± 2.51), ön test puanına (11.39 ± 2.73) benzer olup, aradaki fark anlamsızdır ($Z = -0.468$, $p > 0.05$). Deney grubunda, Pozitif Yeniden Yorumlama ve Gelişme, Yararlı Sosyal Destek Kullanımı, Aktif Başa Çıkma, Geri Durma ve Plan Yapma alt ölçekleri açısından bulunan sonuçlar, çalışmanın hipotezleriyle uyumludur.

Deney grubu bireylerin Davranışsal Olarak Boş Verme son test puanı (5.72 ± 2.14), ön test puanından (7.5 ± 3.33) düşük olup, aradaki fark anlamlıdır ($Z = -2.242$, $p < 0.05$). Madde Kullanımı son test puanı (6.78 ± 3.81), ön test puanından (13.5 ± 4.05) düşük olup, aradaki fark anlamlıdır ($Z = -3.295$, $p < 0.05$). İnkâr son test puanı (5.33 ± 2.28), ön test puanından (6.33 ± 2.91) düşük olup, aradaki fark anlamsızdır ($Z = -1.457$, $p > 0.05$). Zihinsel Boş Verme son test puanı (9.39 ± 2.57), ön test puanından (8.33 ± 2.95) yüksek olup, aradaki fark anlamsızdır ($Z = -1.671$, $p > 0.05$). Soruna Odaklanma ve Duyguları Açığa Vurma son test puanı

(11.67±2.22), ön test puanından (9.56±3.52) yüksek olup, aradaki fark anlamlıdır ($Z=-2.695$, $p<0.05$). Soruna Odaklanma ve Duyguları Açığa Vurma puanındaki yükselme, görüşmelerde girişkenlik ve öfke ifadesi üzerinde çalışılmış olması ile açıklanabilir. Deney grubunda, Davranışsal Olarak Boş Verme ve Madde Kullanımı alt ölçekleri açısından bulunan sonuçlar, çalışmanın hipotezleriyle uyumludur.

Çalışmanın hipotezleriyle, Dini Olarak Başa Çıkma, Şakaya Vurma, Duygusal Sosyal Destek Kullanımı, Kabullenme, Diğer Meşguliyetleri Bastırma, İnkâr, Zihinsel Boş Verme, Soruna Odaklanma ve Duyguları Açığa Vurma açısından bulunan sonuçlar, çalışmanın hipotezleriyle uyum değildir.

Tidal Model'e dayalı psikiyatri hemşireliği yaklaşımının, bireylerin başa çıkma tutumları arasında yer alan, Pozitif Yeniden Yorumlama ve Gelişme, Yararlı Sosyal Destek Kullanımı, Aktif Başa Çıkma, Geri Durma, Plan Yapma, Davranışsal Olarak Boş Verme ve Madde Kullanımı açısından etkili olduğu ve olumlu yönde değişiklikler oluşturduğu söylenebilir.

Kontrol grubu bireylerin ön test-son test COPE alt ölçek puan ortalamaları arasındaki fark, Pozitif Yeniden Yorumlama ve Gelişme, Duygusal Sosyal Destek Kullanımı ve Madde Kullanımı alt ölçekleri dışında diğer bütün alt ölçeklerde ön test-son test ilişkisi istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur ($p>0.05$) (Tablo 27). Kontrol grubu bireylerin Pozitif Yeniden Yorumlama ve Gelişme son test puanı (12.06±2.71), ön test puanından (13.78±1.63) düşük olup, aradaki fark anlamlıdır ($Z=-2.763$, $p<0.05$). Kontrol grubu bireylerin Pozitif Yeniden Yorumlama ve Gelişme puanının düşmüş olduğu görülmektedir. Duygusal Sosyal Destek Kullanımı son test puanı (9.5±2.48), ön test puanından (11.67±2.17) düşük olup, aradaki fark anlamlıdır ($Z=-3.209$, $p<0.05$). Kontrol grubu bireylerin Duygusal Sosyal Destek Kullanımı puanının düşmüş olduğu görülmektedir. Madde Kullanımı son test puanı (10.39±4.92), ön test puanından (13.94±2.96) düşük olup, aradaki fark anlamlıdır ($Z=-2.598$, $p<0.05$). Kontrol grubu bireylerin Madde Kullanımı puanının düşmüş olduğu görülmektedir.

4.13.2. Deney ve Kontrol Grubu Bireylerin Görüşme Öncesi (Ön Test) ve Sonrası (Son Test) BSÖ Puan Ortalamalarının Değerlendirilmesi

Deney grubu bireylerin BSÖ ölçeği son test puanının (73.11±13.56), ön test puanına (59.33±21.08) göre yüksek olduğu ve aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ($Z= -2.938$, $p<0.05$) (Tablo 28). Bu sonuç çalışmanın hipotezleriyle uyumlu

olup Tidal Model'e dayalı psikiyatri hemşireliği yaklaşımının alkol bağımlılarının benlik saygısını arttırmada etkili olduğu söylenebilir.

Kontrol grubu bireylerin BSÖ ölçeği son test puanının (66.66 ± 17.46), ön test puanına (63.55 ± 15.02) göre, çok az yüksek olduğu ve aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı bulunmuştur ($Z = -0.885, p > 0.05$) (Tablo 28).

4.14. DENEY VE KONTROL GRUBU BİREYLERİN ÖN TEST VE SON TEST COPE VE BSÖ PUANLARININ DEĞİŞİM FARKININ İNCELENMESİ

4.14.1. Deney ve Kontrol Grubu Bireylerin Ön Test ve Son Test COPE Puanlarının Değişim Farkının İncelenmesi

Deney ve kontrol grubu bireylerin ön test ve son testte, COPE alt ölçek puanlarının değişim farkları Tablo 29'da yer almaktadır.

Deney grubunun ön test ve son test Pozitif Yeniden Yorumlama ve Gelişme alt ölçeği puanının değişim farkı (2.38), kontrol grubuna göre (-1.72) oldukça yüksek olup, aradaki fark anlamlı bulunmuştur ($U = 36.00, p < 0.05$). Bu sonuç, çalışmanın hipotezleriyle uyumludur. Tidal Model'e dayalı psikiyatri hemşireliği yaklaşımının, alkol bağımlılarının Pozitif Yeniden Yorumlama ve Gelişme puanını arttırmada anlamlı bir etkiye sahip olduğu görülmektedir.

Zihinsel Boş Verme alt ölçek puanının değişim farkı kontrol grubu lehine anlamlıdır ($U = 93.00, p < 0.05$). Aynı şekilde, Soruna Odaklanma ve Duyguları Açığa Vurma alt ölçek puanının da değişim farkı kontrol grubu lehine anlamlıdır ($U = 78.50, p < 0.05$). Bu sonuçlar, çalışmanın hipotezleri ile uyumlu değildir. Zihinsel Boş Verme, Soruna Odaklanma ve Duyguları Açığa Vurma alt ölçeklerine ilişkin puan ortalamalarının, görüşmeler öncesinden sonrasına, deney grubundaki bireylerin lehine anlamlı farklılık göstermediği görülmektedir.

Deney grubundaki bireylerle yapılan birebir seanslarda girişkenlik ve öfke konularında, duyguların ifade edilmesi üzerinde çalışılması nedeniyle, Soruna Odaklanma ve Duyguları Açığa Vurma puanının arttığı düşünülmektedir.

Deney grubunun ön test ve son test Yararlı Sosyal Destek Kullanımı alt ölçeği puanının değişim farkı (1.72), kontrol grubuna (-0.77) göre yüksek olduğu; Yararlı Sosyal Destek Kullanımı alt ölçeği puanının deney grubunda arttığı, kontrol grubunda ise azaldığı; fakat, aradaki değişim farkının istatistiksel olarak anlamlı olmadığı bulunmuştur ($U = 106.0, p > 0.05$).

Bu sonuç, çalışmanın hipotezleriyle uyumlu değildir. Yararlı Sosyal Destek Kullanımı alt ölçeğine ilişkin puan ortalamalarının, görüşmeler öncesinden sonrasına, deney grubundaki bireylerin lehine anlamlı farklılık göstermediği görülmektedir.

Deney grubunun ön test ve son test Aktif Başa Çıkma alt ölçeği puanının değişim farkı (1.50), kontrol grubuna göre (-1.94) yüksek olup, aradaki fark anlamlıdır ($U=77.5$, $p<0.05$). Bu sonuç, çalışmanın hipotezleriyle uyumludur. Aktif Başa Çıkma alt ölçeği puanının deney grubunda arttığı bulunmuştur. Aktif Başa Çıkma alt ölçeğine ilişkin puan ortalamasının deney grubundaki bireylerin lehine, görüşmeler öncesinden sonrasına anlamlı farklılık gösterdiği görülmektedir.

Deney grubunun ön test ve son test İnkâr alt ölçeği puanının değişim farkı (-1.00), kontrol grubuna (0.00) göre düşük bulunmuş; fakat aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($U=134.0$, $p>0.05$). Deney grubunun İnkâr puanının düştüğü, kontrol grubunun ise aynı kaldığı; fakat, değişim farkının anlamlı olmadığı bulunmuştur.

Deney grubunun ön test ve son test Dini Olarak Başa Çıkma alt ölçeği puanının değişim farkı (0.77), kontrol grubuna (0.27) göre yüksek olup, aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ($U=137.5$, $p>0.05$). Bu sonuç da, çalışmanın hipotezleri ile uyumlu değildir. Dini Olarak Başa Çıkma alt ölçeğine ilişkin puan ortalamalarının, görüşmeler öncesinden sonrasına, deney grubundaki bireylerin lehine anlamlı farklılık göstermediği görülmektedir.

Deney grubunun ön test ve son test Şakaya Vurma alt ölçeği puanının değişim farkı (-0.16), kontrol grubuna (0.50) göre düşük bulunmuş olup, aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ($U=134.0$, $p>0.05$). Deney grubunda Şakaya Vurma puanının düştüğü, kontrol grubunda ise yükseldiği; fakat, değişim farkının anlamlı olmadığı görülmektedir. Şakaya Vurma alt ölçeğine ilişkin puan ortalamalarının, görüşmeler öncesinden sonrasına, deney grubundaki bireylerin lehine anlamlı farklılık göstermediği görülmektedir.

Deney grubunun ön test ve son test Davranışsal Olarak Boş Verme alt ölçeği puanının değişim farkı (-1.77), kontrol grubuna (1.66) göre düşük bulunmuş olup, aradaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($U=83.00$, $p<0.05$). Deney grubunun ön test ve son test Geri Durma alt ölçeği puanının değişim farkı (2.72), kontrol grubuna (-1.16) göre yüksek olup, aradaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($U=43.5$, $p<0.05$). Deney grubunun ön test ve son test Duygusal Sosyal Destek Kullanımı alt ölçeği puanının değişim farkı (2.22), kontrol grubuna (-2.16) göre yüksek olup, aradaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($U=52.00$, $p<0.05$). Davranışsal Olarak Boş Verme, Geri Durma ve Duygusal Sosyal Destek Kullanımı

puanlarının değişim farkları, deney grubu lehine anlamlıdır ve çalışmanın hipotezleriyle uyumludur. Bu sonuçlar, Tidal Model'e dayalı psikiyatri hemşireliği yaklaşımının, alkol bağımlılarının Davranışsal Olarak Boř Verme puanını dūřürmede, Geri Durma ve Duygusal Sosyal Destek Kullanımı puanlarını ise artırmada anlamlı bir etkiye sahip olduğunu göstermektedir.

Deney grubunun ön test ve son test Madde Kullanımı alt ölçeği puanının değişim farkı (-6.72), kontrol grubuna (-3.55) göre daha dūřük bulunmasına rağmen, aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ($U=103.0$, $p>0.05$). Deney ve kontrol grubunda Madde Kullanımı puanlarının dūřtüęü, fakat değişim farkının anlamlı olmadığı görölmektedir.

Deney grubunun ön test ve son test Kabullenme alt ölçeği puanının değişim farkı (0.33), kontrol grubuna (0.55) göre dūřük bulunmuş olup, aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ($U=160.0$, $p>0.05$). Deney ve kontrol grubunun Kabullenme puanlarında artma görölmektedir; fakat aradaki değişim farkının anlamlı olmadığı bulunmuştur. Deney grubunun ön test ve son test Dięer Meřguliyetleri Bastırma alt ölçeği puanının değişim farkı (0.38), kontrol grubuna (-0.83) göre yüksek bulunmuş olmasına rağmen, aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ($U=124.0$, $p>0.05$). Bu sonuçlar, çalışmanın hipotezleri ile uyumlu değildir. Kabullenme ve Dięer Meřguliyetleri Bastırma alt ölçeklerine ilişkin puan ortalamalarının, görüşmeler öncesinden sonrasına, deney grubundaki bireylerin lehine anlamlı farklılık göstermediği görölmektedir.

Deney grubunun ön test ve son test Plan Yapma alt ölçeği puanının değişim farkı (1.94), kontrol grubuna (-1.16) göre yüksek bulunmuş olup, aradaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($U=92.50$, $p<0.05$). Plan yapma puanının deney grubunda artmış, kontrol grubunda ise azalmış olduğu bulunmuş olup; bu sonuç çalışmanın hipotezleriyle uyumludur. Plan Yapma alt ölçeğine ilişkin puan ortalamasının deney grubundaki bireylerin lehine, görüşmeler öncesinden sonrasına anlamlı farklılık gösterdiği görölmektedir.

Tidal Model'e dayalı psikiyatri hemşireliği yaklaşımı, alkol bağımlılarının Pozitif Yeniden Yorumlama ve Geliřme, Aktif Bařa ıkma, Geri Durma, Duygusal Sosyal Destek Kullanımı ve Plan Yapma puanlarını artırmak, Davranışsal Olarak Boř Verme puanını ise dūřürmek için etkin bir yaklaşımdır denilebilir.

4.14.2. Deney ve Kontrol Grubu Bireylerin Ön Test ve Son Test BSÖ Puanlarının Değişim Farkının İncelenmesi

Deney ve kontrol grubu bireylerin ön test ve son testte, BSÖ puanlarının değişim farkları Tablo 30'da yer almaktadır.

Deney grubu bireylerin ön test ve son test BSÖ puanlarının değişim farkı (13.77), kontrol grubuna (3.11) göre yüksek olmasına rağmen, aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($U=108.5$, $p>0.05$). Bu sonucun, çalışmanın hipotezleri ile uyumlu olmadığı görülmektedir. Tidal Model'e dayalı psikiyatri hemşireliği yaklaşımının, alkol bağımlılarının benlik saygısını arttırdığı, fakat kontrol grubu ile karşılaştırıldığında, değişim farkının anlamlı olmadığı söylenebilir. Benlik saygısının daha uzun bir süreçte, baş etme becerilerinde artışla, sorunların üstesinden gelme ve hedeflere ulaşma sonucu artabileceği düşünülmektedir.

5. SONUÇ VE ÖNERİLER

5.1.SONUÇLAR

Tidal Model'e dayalı psikiyatri hemşireliği yaklaşımının, etkisiz bireysel baş etme ve benlik kavramında bozulma tanısı alan alkol bağımlılarında etkisini belirlemek amacıyla planlanan bu çalışmadan elde edilen sonuçlar şöyledir:

Deney grubundaki bireylerin yaş ortalaması 43.33 ± 6.55 , kontrol grubu bireylerin ise 42.44 ± 7.03 'tür. Her iki grubundaki bireylerin çoğunluğu 46-50 yaş grubundadır. Kadın ve erkek sayıları eşit tutulmuş olup, deney ve kontrol grubundaki bireylerin %11.1'i kadın, %88.9'u erkek'tir. Deney ve kontrol grubu bireylerin medeni durumlarına göre dağılımlarına bakıldığında; her iki gruptaki bireylerin medeni durum dağılımı eşit oranda olup, çoğunluğun evli yada boşanmış olduğu saptanmıştır. Deney ve kontrol grubundaki bireylerin en uzun süre yaşadıkları yerleşim yerine göre dağılımları incelendiğinde, her iki gruptaki bireylerin büyük çoğunluğunun büyükşehirde yaşadığı bulunmuştur. Her iki grupta da çoğunluğun ilkokul mezunu olduğu, bir işte çalıştığı ve kendilerini "orta" sosyoekonomik düzeyde olarak değerlendirdikleri bulunmuştur.

Deney grubundaki bireylerin tamamına yakınının (%88.9), kontrol grubundaki bireylerin ise tamamının (%100.0) sigara kullandığı bulunmuştur. Hem deney ve hem de kontrol grubu bireylerde ilaç kullanmayı gerektiren fiziksel hastalık görülme oranı %16.7'dir. Bireylerde görülen, ilaç kullanmayı gerektiren fiziksel hastalıklar arasında hipertansiyon, diabetes mellitus, hiperkolesterolemi, koroner arter hastalığı yer almaktadır. Deney grubundaki bireylerin %33.3'ünün, kontrol grubundaki bireylerin ise %16.7'sinin ilaç kullanmayı gerektiren ruhsal rahatsızlıklarının olduğu belirlenmiştir. İlaç kullanmayı gerektiren ruhsal bozukluklar arasında sosyal fobi, depresyon ve obsesif-kompulsif bozukluk yer almaktadır.

Bireylerin alkolü ilk kullanma yaşı ortalamaları incelendiğinde, deney grubu bireylerin yaş ortalamasının 18.11 ± 3.34 , kontrol grubu bireylerin ise 18.39 ± 4.85 olduğu saptanmıştır. Bireylerin alkolü ilk nerede kullandığı incelendiğinde, deney (%72.2) ve kontrol (%66.7) grubundaki bireylerin çoğunluğunun, alkolü ilk kez arkadaş ortamında kullandığı bulunmuştur. Bireylerin alkolü yoğun kullanma süreleri incelendiğinde, deney grubundaki bireylerin çoğunluğunun (%44.4) 11 yıl ve üzeri bir süredir, kontrol grubundaki bireylerin çoğunluğunun (%38.9) ise 6-10 yıldır alkolü yoğun kullandığı saptanmıştır.

Bireylerin tedavi olmaya nasıl karar verdikleri incelendiğinde, deney grubundaki bireylerin çoğunluğunun (%44.4) yoğun kullanım nedeniyle, kontrol grubundaki bireylerin çoğunluğunun ise (%50.0) ailesinin isteği ve ısrarı ile tedaviye başvurdıkları saptanmıştır. Bireyler daha önce bağımlılık tedavisi görmeleri açısından değerlendirildiğinde, deney grubundaki bireylerin %61.1'inin, kontrol grubundaki bireylerin ise %44.4'ünün daha önce alkol bağımlılığı tedavisi gördüğü bulunmuştur. Bireylerin tedaviye ilk başvuru zamanı incelendiğinde, çoğunluğun (%55.6), deney grubundaki bireylerde bir yıl ve daha fazla süre önce; kontrol grubundaki bireylerde ise bir yıldan az bir süre önce tedaviye başvurdıkları görülmektedir.

Bireylerin en uzun remisyon süreleri (ay olarak) incelendiğinde, deney grubu bireylerin ortalaması 8.33 ± 1.13 , kontrol grubu bireylerin ortalaması 16.61 ± 45.39 'dur. Hem deney hem de kontrol grubundaki bireylerin çoğunluğunun iki ve daha fazla sayıda nüks yaşadıkları saptanmıştır. Bireylerin nüks nedenleri incelendiğinde, hem deney hem de kontrol grubundaki bireylerin çoğunluğunun nüks nedenleri arasında, içme isteği ve sorunlarla baş edememe yer almaktadır.

Deney grubundaki bireylerin %66.7'sinin, kontrol grubundaki bireylerin ise %77.8'inin ailesinde alkol kullanan bireylerin olduğu bulunmuştur. Bireylerin alkollüken yasal sorun yaşama durumları incelendiğinde, her iki gruptaki bireylerin de %44.4'ünün yasal sorun yaşadığı bulunmuştur.

Deney grubu bireylerle yapılan görüşmeler sayı açısından incelendiğinde, bireylerin %33.3'ü ile 10 seanstan daha az, %44.5'i ile 10 seans, %22.2'si ile 10 seanstan daha fazla görüşme yapılmıştır. Bireylerle yapılan görüşme sürelerinin ortalaması, bireylerin %55.6'sında 50 dakikadan az, %44.4'ünde 50 dakika ve daha fazla olarak bulunmuştur.

Son test değerlendirmelerinde, deney grubu bireylerin %88.9'unun, kontrol grubu bireylerin ise %94.4'ünün sigara kullandığı bulunmuştur. Kontrol grubundan bir kişinin, son test değerlendirmesinde, sigarayı bıraktığı saptanmıştır. Taburcu olurken verilen ilaçların kullanımı değerlendirildiğinde, deney grubu bireylerin %66.7'sinin, kontrol grubu bireylerin %44.4'ünün ilaç kullandığı belirlenmiştir.

Bireylerin son test değerlendirmelerinde, alkol kullanma durumu incelendiğinde, deney grubu bireylerin %44.4'ünün, kontrol grubu bireylerin ise %77.8'inin alkol kullandığı belirlenmiştir. Deney grubundaki bireylerde alkol kullanımının, kontrol grubundaki bireylere göre daha az olduğu ve aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur.

($p<0.05$). Bireylerin taburcu olduktan ne kadar süre sonra tekrar alkol kullandıkları incelendiğinde, çoğunluğun (deney: %62.5, kontrol: %64.3) bir ay ve daha fazla süre sonra tekrar alkol kullandıkları bulunmuştur. Bireylerin tekrar alkol kullanma nedenleri arasında en fazla içme isteği ve sorunlarla baş edememe yer almaktadır.

Son testte bireylerin değişim aşamaları incelendiğinde, deney grubundaki bireylerin sürdürüm aşamasında olanların oranı (%55.5), kontrol grubuna (%22.2) göre daha fazladır. Kontrol grubundaki bireylerde ise relaps oranı (%55.6), deney grubuna (%16.7) göre daha fazladır. Deney ve kontrol grubu arasında değişim aşamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p<0.05$).

Görüşmeler öncesi deney ve kontrol grubu bireylerin BAPİ puan ortalamaları incelendiğinde, deney grubu bireylerin MKÖ alt ölçeği puan ortalaması 1.79 ± 0.5 , TÖ alt ölçeği puan ortalaması 11.06 ± 1.48 , YE alt ölçeği puan ortalaması 15.94 ± 2.71 , Şİ alt ölçeği puan ortalaması 4.17 ± 2.48 , MOT alt ölçeği puan ortalaması 5.94 ± 0.24 ve BAPİ toplam puanı 7.36 ± 1.11 ; kontrol grubu bireylerin ise MKÖ alt ölçeği puan ortalaması 1.73 ± 0.62 , TÖ alt ölçeği puan ortalaması 11.08 ± 1.18 , YE alt ölçeği puan ortalaması 15.61 ± 2.03 , Şİ alt ölçeği puan ortalaması 4.17 ± 2.26 , MOT alt ölçeği puan ortalaması 5.89 ± 0.32 ve BAPİ toplam puanı 7.28 ± 0.9 'dur. Deney ve kontrol grubu bireylerin görüşmeler öncesi, BAPİ ölçeği puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır.

Deney ve kontrol grubu bireylerin görüşmeler öncesi Tedavi Motivasyonu Anketi puan ortalamaları incelendiğinde, deney grubu bireylerin İM alt ölçeği puan ortalaması 52.33 ± 2.57 , DM alt ölçeği puan ortalaması 11.5 ± 2.64 , KYA alt ölçeği puan ortalaması 24.83 ± 2.96 , TG alt ölçeği puan ortalaması 20.94 ± 4.89 ve toplam tedavi motivasyonu puan ortalaması 109.61 ± 6.41 ; kontrol grubu bireylerin TMA İM alt ölçeği puan ortalaması 51.22 ± 3.56 , DM alt ölçeği puan ortalaması 11.22 ± 2.67 , KYA alt ölçeği puan ortalaması 21.94 ± 4.35 , TG alt ölçeği puan ortalaması 22.28 ± 4.1 ve toplam tedavi motivasyonu puan ortalaması 106.67 ± 9.51 'dir. Deney ve kontrol grubu bireylerin görüşmeler öncesi tedavi motivasyonu puan ortalamaları incelendiğinde, gruplar arasında KYA puanları açısından bulunan farkın anlamlı olduğu; diğer puan ortalamaları arasında ise anlamlı farkın olmadığı bulunmuştur.

Deney grubu bireylerin BDE puanının (11.78 ± 8.76), kontrol grubu bireylerin puanından (10.39 ± 5.28) yüksek olduğu; yine deney grubu bireylerin BAE puanının (11.44 ± 8.03), kontrol grubu bireylerin puanından (9.56 ± 8.14) yüksek olduğu bulunmuş; fakat deney ve kontrol grubu bireylerin görüşmeler öncesi BDE ve BAE puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır.

Görüşmeler öncesi, deney ve kontrol grubu bireylerin COPE alt ölçekleri puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$).

Görüşmeler öncesi, deney grubu bireylerin BSÖ puan ortalaması (59.33 ± 21.08), kontrol grubu bireylerin puan ortalamasından (63.55 ± 15.02) daha düşük olup; benlik saygısı ölçeği puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamaktadır.

Görüşmeler sonrası, deney grubu bireylerin BAPİ Şİ alt ölçek puanı 3.56 ± 2.09 , kontrol grubu bireylerin ise 5.89 ± 2.08 'dir. Deney grubu bireylerin "Şiddetli istek" puanı kontrol grubu bireylerin puanından daha düşük olup, aradaki fark anlamlıdır. Deney grubu bireylerin son test BAPİ MOT alt ölçek puanı 5.61 ± 1.04 , kontrol grubu bireylerin ise 5.17 ± 1.76 'dir. BAPİ Motivasyon alt ölçeği puanları açısından gruplar arasında anlamlı fark bulunmamıştır.

Görüşmeler sonrası, bireylerin Tedavi Motivasyonu Ölçeği puanları incelendiğinde; deney grubu bireylerin İM puanının (50.94 ± 3.89), kontrol grubu bireylerin puanından (46.72 ± 6.85) daha yüksek olduğu; aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ($p<0.05$). Diğer Tedavi Motivasyonu Ölçeği alt ölçekleri son test puanları açısından gruplar arasında anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0.05$).

Görüşmeler sonrası, deney grubu bireylerin BDE puanı (7.28 ± 7.02), kontrol grubu bireylere göre (12.06 ± 9.03) daha düşüktür. Aynı şekilde, deney grubu bireylerin BAE puanı (7.94 ± 7.16), kontrol grubu bireylere (12.17 ± 8.75) göre daha düşük bulunmuştur. Fakat, deney ve kontrol grubu bireylerin görüşmeler sonrası BDE ve BAE puanları incelendiğinde gruplar arasında anlamlı fark bulunmamıştır.

Deney ve kontrol grubu bireylerin görüşmeler sonrası COPE alt ölçek puanları incelendiğinde, deney ve kontrol grubu bireylerin "Pozitif yeniden yorumlama ve gelişme", "Yararlı sosyal destek kullanımı", "Aktif başa çıkma", "Geri durma", "Duygusal sosyal destek kullanımı" ve "Madde kullanımı" alt ölçek puanları arasında anlamlı fark bulunmuştur. Madde kullanımı alt ölçek puanı deney grubunda, kontrol grubuna göre daha düşük; pozitif yeniden yorumlama ve gelişme, yararlı sosyal destek kullanımı, aktif başa çıkma, geri durma, duygusal sosyal destek kullanımı alt ölçekleri puanı ise deney grubunda kontrol grubuna göre daha yüksek bulunmuştur.

Deney grubu bireylerin görüşmeler sonrası, BSÖ puanı (73.11 ± 13.56), kontrol grubu bireylere (66.66 ± 17.46) göre daha yüksek bulunmuş olup, aradaki fark anlamlı değildir.

Deney grubu bireylerin görüşmeler öncesi (ön test) ve sonrası (son test) BAPİ Şİ ve MOT alt ölçek puanları incelendiğinde, görüşmeler öncesi şiddetli istek puanının, görüşmeler sonrası puanına göre daha yüksek olduğu; görüşmeler sonrası şiddetli istek puanının düştüğü; fakat aradaki farkın anlamlı olmadığı bulunmuştur. Deney grubu bireylerin görüşmeler öncesi MOT puanıyla görüşmeler sonrası MOT puanı arasında benzerlik görülmektedir. Kontrol grubu bireylerin ise, şiddetli istek puanının son testte arttığı, ön test ve son testte bulunan bu farkın anlamlı olduğu bulunmuştur. Kontrol grubu bireylerin, MOT ön test-son test puanı arasında benzerlik görülmektedir.

Deney grubu bireylerin İM, DM, KYA ve toplam tedavi motivasyonu son test puanının, ön test puanına göre düşük olduğu; TG son test puanının ise, ön test puanına göre yüksek olduğu bulunmuş olup, aradaki fark anlamlı değildir. Kontrol grubu bireylerin İM ön test puanı (51.22 ± 3.56), son test puanına (46.72 ± 6.85) göre yüksektir ve aradaki fark anlamlıdır. Kontrol grubu bireylerin DM, TG ve toplam tedavi motivasyonu son test puanının, ön test puanına göre düşük; KYA son test puanının ise ön test puanına göre yüksek olduğu bulunmuş olup, aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildir.

Deney grubu bireylerin görüşmeler öncesi BDE puanının (11.78 ± 8.76), görüşmeler sonrası BDE puanına (7.28 ± 7.02) göre; yine görüşmeler öncesi BAE puanının (11.44 ± 8.03), görüşmeler sonrası BAE puanına (7.94 ± 7.16) göre yüksek olduğu; fakat aradaki farkın anlamlı olmadığı bulunmuştur. Kontrol grubu bireylerin ise, BDE ön test puanının (10.39 ± 5.28), son test puanına (12.06 ± 9.03) göre ve BAE ön test puanının (9.56 ± 8.14), son test puanına (12.17 ± 8.75) göre düşük olduğu; fakat aradaki farkın anlamlı olmadığı bulunmuştur.

Deney grubu bireylerin görüşmeler öncesi ve sonrası COPE alt ölçek puanları arasındaki fark, Zihinsel Boş Verme, İnkâr, Dini Olarak Başa Çıkma, Şakaya Vurma, Duygusal Sosyal Destek Kullanımı, Kabullenme ve Diğer Meşguliyetleri Bastırma alt ölçekleri dışında, diğer bütün alt ölçeklerde ön test-son test ilişkisi anlamlı bulunmuştur. Kontrol grubu bireylerin ön test-son test COPE alt ölçek puan ortalamaları arasındaki fark, Pozitif Yeniden Yorumlama ve Gelişme, Duygusal Sosyal Destek Kullanımı ve Madde Kullanımı alt ölçekleri dışında, diğer bütün alt ölçeklerde ön test-son test ilişkisi anlamlı bulunmamıştır.

Deney grubu bireylerin görüşmeler sonrası BSÖ puanının (73.11 ± 13.56), görüşmeler öncesi puanına (59.33 ± 21.08) göre yüksek olduğu ve aradaki farkın anlamlı olduğu bulunmuştur. Kontrol grubu bireylerin BSÖ son test puanının (66.66 ± 17.46), ön test puanına (63.55 ± 15.02) göre, çok az yüksek olduğu ve aradaki farkın anlamlı olmadığı bulunmuştur.

Tidal Model'e dayalı psikiyatri hemşireliği yaklaşımı, alkol bağımlılarının Pozitif Yeniden Yorumlama ve Geliřme, Aktif Bařa Çıkma, Geri Durma, Duygusal Sosyal Destek Kullanımı ve Plan Yapma puanlarını artırmak, Davranışsal Olarak Boř Verme puanını ise dūřürmek için etkin bir yaklaşımdır.

Tidal Model'e dayalı psikiyatri hemşireliği yaklaşımının, alkol bağımlılarının benlik saygısını arttırmada anlamlı bir etkiye sahip olmadığı söylenebilir.



5.2.ÖNERİLER

Tidal Model'e dayalı psikiyatri hemşireliği yaklaşımının, etkisiz bireysel baş etme ve benlik kavramında bozulma tanısı alan alkol bağımlılarında etkisini belirlemek amacıyla planlanan bu çalışmada belirlenen sonuçlar doğrultusunda;

- Tidal Model'in, etkisiz bireysel baş etme ve benlik kavramında bozulma hemşirelik tanıları dışında da, alkol bağımlılarında en çok görülen sorunlarda, uygulanmasını sağlayan çalışmaların yapılması,
- Alkol bağımlılarının taburcu olduktan sonra, birebir seanslara devam edebileceği şekilde düzenlemelerin yapılması,
- Alkol bağımlılarında nüksleri önlemek için, izlem çalışmalarının yapılması,
- Alkol bağımlılarının ailelerinin bakıma dahil edildiği, aile programlarının oluşturulması,
- Diğer psikiyatrik bozukluklarda da, Tidal Model'in uygulandığı çalışmaların yapılması,
- Psikiyatri hemşireliği uygulamalarının, kuramsal temele dayandırılması ve psikiyatri hemşirelerinin ileri ruh sağlığı hemşireliği rollerini yerine getirmelerini sağlayacak bir model olması açısından, Tidal Model'in psikiyatri ve AMATEM kliniklerinde uygulanması,
- Tidal Model'in bütün bir kliniğe uygulandığı yada sadece birebir seansların kullanıldığı çalışmaların yapılması,
- Tidal Model'in psikiyatri hemşireleri tarafından uygulanmasını sağlamak için, modelin tanıtılmasını sağlayan eğitim programlarının oluşturulması,
- Tidal Model'in psikiyatri ve AMATEM kliniklerinde uygulanmadan önce, birimde çalışan hemşireler için, eğitim programı düzenlenmesi,
- Tidal Model'in uygulanacağı kliniklerde çalışan diğer ruh sağlığı çalışanlarına yönelik eğitimler düzenlenerek, Tidal Model'in tanıtılması; diğer disiplinlerle koordinasyon ve işbirliğinin sağlanması,
- Tidal Model'in uygulanacağı kliniklerde, uygulamanın etkinliğini değerlendirmek açısından, uygulama öncesi ve sonrası, belirlenecek ölçütlerle, değerlendirmelerin yapılması,
- Tidal Model uygulaması öncesinde, modelin tanıtılması ve uygulamanın tartışılması olanağı sağlayacak, sempozyum, çalıştay vb. gibi bilimsel toplantıların düzenlenmesi,

- Tidal Model'in uygulanacağı birimlerde çalışan hemşirelerin, sürekli eğitim ve süpervizyonlarının sağlanması,
- Bireylerin ve çalışanların görüşlerinin ve memnuniyet düzeylerinin değerlendirildiği nitel araştırmaların yapılması,
- Psikiyatri hemşireliği alanında, Tidal Model'in uygulandığı, randomize kontrollü çalışmaların yapılması önerilmektedir.



KAYNAKLAR

- 1- Schrank B, Slade M. Recovery in Psychiatry. Psychiatric Bulletin 2007; 31: 321-325.
- 2- Slade M, Hayward M. Recovery, psychosis and psychiatry: research is beter than rhetoric. Acta Psychiatr Scand 2007; 116: 81-83.
- 3- Barker P, Buchanan-Barker P. Mental Health Nursing and the Politics of Recovery: A Global Reflection. Archives of Psychiatric Nursing 2011; 25(5): 350-358.
- 4- Kalyoncu ÖA, Mırsal H, Pektaş Ö, Yazıcı H, Mırsal N, Beyazyürek M. Alkol bağımlılığında nüks nedenleri: Kesitsel bir çalışma. Bağımlılık Dergisi 2001; 2(2): 61-63.
- 5- Buchanan-Barker P, Barker PJ. The Tidal commitments: Extending the value base of mental health recovery. Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing 2008; 15: 93-100.
- 6- Barker P, Buchanan-Barker P. The Tidal Model of Mental Health Recovery and Reclamation: Application in Acute Care Settings. Issues in Mental Health Nursing 2010; 31: 171-180.
- 7- Lafferty S, Davidson R. An account of experience of implementing the Tidal Model in an adult acute admission ward in Glasgow. Mental Helth Today 2006; March: 31-34.
- 8- Barker P. Psychiatric and Mental Health Nursing The Craft of Caring. New York: Oxford University Pres Inc.; 2003: 51-66, 681-691.
- 9- Barker P. The Tidal Model: the lived-experience in person-centred mental health nursing care. Nursing Philosophy 2001; 2: 213-223.
- 10- Carpenito-Moyet LJ. Hemşirelik Tanıları El Kitabı. Çev.Erdemir F. 2.Baskı. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri; 2005: 552,553.
- 11- Çam O, Dülgerler Ş, Engin E. Psikiyatri Hemşireliğinde Standart Bakım için Hemşirelik Süreci: Uygulama Kitabı. Birinci Basım. İzmir: İzmir Güven Kitabevi; 2006: 1-25, 62-66.
- 12- Townsend MC. Substance Related Disorsers. Psychiatric Mental Health Nursing. 2nd ed. Davis Company; 2002: 221-259.

- 13-** Viedebeck SL. Psychiatric Mental Health Nursing. 2nd ed. Philadelphia: W.B. Saunders; 2003: 451-472.
- 14-** Şimşek N. Madde kullanım bozukluğu olan birey ve ailesinin hemşirelik bakımı. Psikiyatri Hemşireliği Dergisi 2010; 1(2): 96-99.
- 15-** Öz F. Madde Kullanım Bozuklukları: Psikiyatri Hemşireliği El Kitabı. Ed. N. Kum. İstanbul: Birlik Ofset; 1996: 82-100.
- 16-** Liberman RP. Yetiyitiminden İyileşmeye: Psikiyatrik İyileştirim Elkitabı. American Psychiatric Publishing, Inc. Washington DC, 2008'den çeviri: Yıldız M. Ankara: Türkiye Sosyal Psikiyatri Derneği; 2011: 2-33, 454-464.
- 17-** Whitehill I. The Concept of Recovery. Ed. Barker P. Psychiatric and Mental Health Nursing: The craft of caring. First Edition. London: Oxford University Pres Inc.; 2003: 43-49.
- 18-** Berger JL. Incorporation of the Tidal Model into the interdisciplinary plan of care: A program quality improvement project. Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing 2006; 13: 464-467.
- 19-** Jacobson N, Greenley D. What is recovery? A conceptual model and explication. Psychiatric Services 2001; 52(4): 482-485.
- 20-** Buchanan-Barker P, Barker PJ. The Tidal commitments: extending the value base of mental health recovery. Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing 2008; 15(2): 93-100.
- 21-** Barker P. The Tidal Model: Psychiatric colonization, recovery and the paradigm shift in mental health care. International Journal of Mental Health Nursing 2003; 12: 96-102.
- 22-** Barker P. The Tidal Model: Developing an empowering, person-centred approach to recovery within psychiatric and mental health nursing. Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing 2001; 8: 233-240.
- 23-** Buchanan-Barker P. The Tidal Model: Uncommon sense. Mental Health Nursing 2004; 24(3): 6-10.
- 24-** Young BB. Using the Tidal Model of mental health recovery to plan primary health care for women in residential substance abuse recovery. Issues in Mental Health Nursing 2010; 31: 569-575.

- 25-** Stevenson C, Barker P, Fletcher E. Judgement days: Developing an evaluation for an innovative nursing model. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 2002; 9: 271-276.
- 26-** Kilmer DL, Lane-Tillerson C. When stil waters become a soul Tsunami: Using the Tidal Model to recover from shipwreck. *JCN* 2013; 30(2): 100-104.
- 27-** Barker P, Buchanan-Barker P. *The Tidal Model: A Guide for Mental Health Professionals*. First Edition. Routledge, London. 2005: 10, 11, 22, 24, 243.
- 28-** O'Donovan A. Patient-centred care in acute psychiatric admission units: reality or rhetoric? *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 2007; 14: 542-548.
- 29-** Pektekin Ç. *Hemşirelik Felsefesi: Kuramlar-Bakım Modelleri ve Politik Yaklaşımlar*. 1.Baskı. İstanbul: İstanbul Tıp Kitabevi; 2013: 167-171.
- 30-** Piştov S, Şanlı E. Bilişsel davranışçı terapide metafor kullanımı. *Bilişsel Davranışçı Psikoterapi ve Araştırmalar Dergisi* 2013; 2: 182-189.
- 31-** Barker P, Buchanan-Barker P. *The Tidal Model: Mental Health, Reclamation and Recovery*. İskoçya, 2007: 7-105.
- 32-** Brookes N, Murata L, Tansey M. Guiding practice development using the Tidal Commitments. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 2006; 13: 460-463.
- 33-** Barker P. The Tidal Model: Developing a person-centered approach to psychiatric and mental health nursing. *Perspectives in Psychiatric Care* 2001; 37(3): 79-87.
- 34-** Gordon W, Morton T, Brooks G. Launching the Tidal Model: evaluating the evidence. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 2005; 12: 703-712.
- 35-** Fletcher E, Stevenson C. Launching the Tidal Model in an adult mental health programme. *Nursing Standart* 2001; 15: 33-36.
- 36-** Cook NR, Phillips BN, Sadler D. The Tidal Model as experienced by patients and nurses in a regional forensic unit. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 2005; 12: 536-540.
- 37-** Öztürk MO. *Ruh Sağlığı ve Bozuklukları*. 8.Basım. Ankara: Feryal Matbaası; 2001: 520-540.

- 38-** Mırsal H, Kalyoncu ÖA, Pektaş Ö, Şatır T. Alkol bağımlılığında nüks. Bağımlılık Dergisi 2000; 1(1): 22-26.
- 39-** Engin E, Savaşan A. Alkol bağımlılarının psikoterapi süreçlerini etkileyen faktörlerin incelenmesi. Psikiyatri Hemşireliği Dergisi 2012; 3(2): 75-79.
- 40-** Amerikan Psikiyatri Birliği, Psikiyatride Hastalıkların Tanımlanması Ve Sınıflandırılması El Kitabı, Yeniden Gözden Geçirilmiş Dördüncü Baskı (DSM-IV-TR), Amerikan Psikiyatri Birliği, Washington DC, 2000'den çeviren Köroğlu E. Ankara: Hekimler Yayın Birliği; 2001: 91-107.
- 41-** Yüksel N. Ruhsal Hastalıklar. 2. Baskı. Ankara: Çizgi Tıp Yayınevi; 2001: 496-525.
- 42-** Amerikan Psikiyatri Birliği, Ruhsal Hastalıkların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı, Beşinci Baskı (DSM 5), Tanı Ölçütleri Başvuru Elkitabı'ndan, Çev. Köroğlu E. Ankara: Hekimler Yayın Birliği; 2013: 230-241.
- 43-** Cooper DB. The person who uses substances. Ed. Barker P. Psychiatric and Mental Health Nursing: the craft of caring. First Edition. London: Oxford University Press Inc.; 2003: 296-304.
- 44-** Ögel K, Çorapçıoğlu A, Sır A, Tamar M, Tot Ş, Doğan O ve ark. Türkiye'de dokuz ilde ilk ve ortaöğretim öğrencilerinde tütün, alkol ve madde kullanım yaygınlığı. Türk Psikiyatri Dergisi 2004; 15(2): 112-118.
- 45-** Akvardar Y, Aslan B, Ekinci B, Ögün E, Şimşek T. Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi dönem II öğrencilerinde sigara, alkol, madde kullanımı. Bağımlılık Dergisi 2001; 2(2): 49-52.
- 46-** Ögel K, Tamar D, Evren C, Çakmak D. Türkiye'de 15 ilde sigara, alkol ve madde kullanımının yaygınlığı. Türk Psikiyatri Dergisi 2001; 12: 47- 52.
- 47-** Altıntoprak E, Akgür SA, Yüncü Z, Sertöz ÖÖ, Coşkunol H. Kadınlarda Alkol Kullanımı ve Buna Bağlı Sorunlar. Türk Psikiyatri Dergisi 2008; 19(2): 197-208.
- 48-** Türkiye Uyuşturucu Raporu. EMCDDA 2011 Ulusal Raporu. Türkiye Uyuşturucu ve Uyuşturucu Bağımlılığı İzleme Merkezi (TUBİM) 2011: 43-46.
- 49-** Özgür İlhan İ, Demirbaş H, Yolaç Yarpuz A, Doğan YB. Alkol bağımlılığında remisyon süresi üzerine etkili olan değişkenler. Bağımlılık Dergisi 2003; 4, 57-61.

- 50-** Sungur MZ. Alkol bağımlılığı tedavisinde nüks önleme modeli. Ege Psikiyatri Sürekli Yayınları 1996; 1(2): 299-304.
- 51-** Leahy RL. Bilişsel Terapi ve Uygulamaları. 2.Basım. İstanbul: Litera Yayıncılık; 2003: 239-263.
- 52-** Ögel K, Doğmuş D. Alkol ve Madde Bağımlılığında Kısa Girişimler. Ankara: HBY Basım Yayın; 2008: 7-12.
- 53-** Freeman SM, Freeman A. Cognitive Behavior Therapy in Nursing Practice. New York: Springer Publishing Company; 2005: 113-144.
- 54-** Ögel K. Sigara, Alkol, Madde Kullanım Bozuklukları: Tanı, Tedavi ve Önleme. İstanbul: Yeniden Yayınları; 2010 [09 Şubat 2015].
http://www.ogelk.net/Dosyadepo/tedavi_temel.pdf
- 55-** Miller WR, Rollnick S. Motivasyonel Görüşme: İnsanları Değişime Hazırlama. Ankara: HBY Basım Yayın; 2009: 215-231.
- 56-** Bulechek GM, Butcher HK, McCloskey Dochterman J. Nursing Interventions Classification (NIC). 5th Edit. Missouri: Mosby; 2008: 116-809.
- 57-** Moorhead S, Johnson M, Maas ML, Swanson E. Nursing Outcomes Classification (NOC). Fourth Edition. Missouri: Mosby; 2008: 178-638.
- 58-** Johnson M, Moorhead S, Bulechek GM, Butcher HK, et al. NOC and NIC Linkages to NANDA-I and Clinical Conditions: Supporting Critical Reasoning and Quality Care. Third Edition. Maryland: Mosby; 2012: 747-824.
- 59-** Barker P. The future of the theory of interpersonal relations? A personal reflection on Peplau's legacy. Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing 1998; 5(1): 213-220.
- 60-** Velioğlu P. Hemşirelikte Kavram ve Kuramlar. İstanbul: Alaş Ofset; 1999: 53-118.
- 61-** Karaca S. Hemşireler için vazgeçilmez bir kavram: Kendini tanıma. Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi 2010; 3(1): 79-84.
- 62-** Ögel K, Evren C, Karadağ F, Gürol T. Defne. Bağımlılık Profil İndeksi'nin (BAPİ) geliştirilmesi, geçerlik ve güvenilirliği. Türk Psikiyatri Dergisi 2012; 23(4): 264-273.

- 63-** Ögel K, Karadağ F, Evren C, Gürol DT. Bağımlılık Profil İndeksi (BAPİ) Uygulama Rehberi. İstanbul: Yeniden Yayınları; 2012 [09 Şubat 2015]. <http://www.bapi.info.tr/dosyalar/bapirehber.pdf>
- 64-** Evren C, Saatçioğlu Ö, Dalbudak E, Danışmant BS, Çakmak D, Ryan RM. Tedavi motivasyonu anketi (TMA) Türkçe versiyonunun alkol bağımlısı hastalarda faktör yapısı, geçerliği ve güvenirliği. Bağımlılık Dergisi 2006; 7: 117-122.
- 65-** Çakmak D, Evren C. Alkol ve Madde Kullanım Bozuklukları. 1. Basım, İstanbul: Özgül Matbaacılık; 2006: 107-108.
- 66-** Ağargün MY, Beşiroğlu L, Kıran ÜK, Özer ÖA, Kara H. The psychometric properties of the COPE inventory in Turkish sample: a preliminary research. Anatol J Psychol 2005; 6(4): 221-226.
- 67-** Turan N, Tufan B. Coopersmith benlik saygısı envanteri'nin (SEI) geçerlik-güvenirlik çalışması. 23. Ulusal Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Kongresi, 1987; İstanbul-Türkiye: 816-817.
- 68-** Hisli N. Beck Depresyon Envanterinin üniversite öğrencileri için geçerliği, güvenirliği. Psikoloji Dergisi 1989; 7: 3-13.
- 69-** Savaşır I, Hisli Şahin N. Bilişsel-Davranışçı Terapilerde Değerlendirme: Sık Kullanılan Ölçekler. Ankara: Türk Psikologlar Derneği Yayınları No:9. Özyurt Matbaacılık; 1997: 67-70.
- 70-** Aydoğan Ü, Mutlu S, Akbulut H, Taş G, Aydoğdu A, Sağlam K. Hipertansiyon Hastalarında Anksiyete Bozukluğu. Konuralp Tıp Dergisi 2012; 4(2): 1-5.
- 71-** Mırsal H, Kalyoncu A, Pektaş Ö, Yılmaz S, Beyazyürek M. (1998). İlk kez yatarak tedavi gören alkol bağımlılarının sosyodemografik özellikleri ve erken dönem tedavi sonuçları. 34. Ulusal Psikiyatri Kongresi, Bilimsel Çalışmalar Özet Kitabı, İzmir: 202.
- 72-** Süt N. Klinik araştırmalarda örneklem sayısının belirlenmesi ve güç (*power*) analizi. RAED Dergisi 2011; 3(1-2): 29-33.
- 73-** Billingham SAM, Whitehead AL, Julious SA. An audit of sample sizes for pilot and feasibility trials being undertaken in the United Kingdom registered in the United Kingdom Clinical Research Network database. BMC Medical Research Methodology 2013; 13: 104.

- 74-** Stallard N. Optimal sample sizes for phase II clinical trials and pilot studies. *Stat Med* 2012; 31: 1031-1042.
- 75-** Uğurlu GK, Uğurlu M, Turhan L, Türkçapar MH. Alkol bağımlılarında işlevsel olmayan inançlar: karşılaştırmalı bir çalışma. *Bilişsel Davranışçı Psikoterapi ve Araştırmalar Dergisi* 2012; 1: 113-120.
- 76-** Aslan S, Türkçapar MH, Eser HY, Uğurlu M. Reliability and validity of beliefs about substance use (BSU) questionnaire in alcohol dependent patients. *Bilişsel Davranışçı Psikoterapi ve Araştırmalar Dergisi* 2012; 1: 162-170.
- 77-** Evren EC, Saatçioğlu Ö, Evren B, Yapıcı A, Çakmak D. Alkol kullanım bozukluğunda cinsiyet farklılığı: Yatan hasta verilerinin incelenmesi. *Bağımlılık Dergisi* 2003; 4(3): 96-100.
- 78-** Savaşan A, Engin E, Ayakdaş D. Bir AMATEM kliniğinden taburcu olan bağımlı hastaların yaşam tarzı değişiklikleri ve nüks durumları. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi* 2013; 4(2): 75-79.
- 79-** Türkcan A, Coşkun B, İlem E, Çakmak D. Alkol bağımlılarında bir tedavi programının 3 aylık izlem sonuçları. *Bağımlılık Dergisi* 2001; 2(1): 30-33.
- 80-** Saatçioğlu Ö, Yapıcı A, Ciğerli G, Üney R, Çakmak D. Yatarak tedavi gören bağımlı hastalarda nüksün değerlendirilmesi. *Bağımlılık Dergisi* 2007; 8(3): 133-137.
- 81-** Akvardar Y, Demiral Y, Ergör G, Ergör A, Bilici M, Akil Ozer O. Substance use in a sample of Turkish medical students. *Drug Alcohol Depend* 2003; 72 (2): 117-121.
- 82-** Bulut M, Savaş HA, Cansel N, Selek S, Kap Ö, Yumru M ve ark. Gaziantep Üniversitesi alkol ve madde kullanım bozuklukları birimine başvuran hastaların sosyodemografik özellikleri. *Bağımlılık Dergisi* 2006; 7(2): 65-70.
- 83-** Ersoy MA. Psikiyatri ve bağımlılık tedavisi servislerinde sigara yasağı. *Düşünen Adam* 2001; 14(1): 4-9.
- 84-** Savaşan A. Bağımlılığı olan hastalarda servis ortamı ve tedavi motivasyonu ilişkisinin incelenmesi. *Klinik Psikiyatri* 2010; 13: 119-126.
- 85-** Yüncü Z, Yıldız U, Kesebir S, Altıntoprak E, Coşkunol H. Alkol kullanım bozukluğu olan olguların sosyal destek sistemlerinin değerlendirilmesi. *Bağımlılık Dergisi* 2005; 6: 129-135.

- 86-** Ekinci A, Ekinci O, Türkçapar MH, Özbay H. Alkol bağımlısı olguların sağlıklı kontrollerle emosyonel şemalar yönünden karşılaştırılması ve klinik özelliklerle ilişkisi. Nöropsikiyatri Arşivi 2012; 49: 286-293.
- 87-** Demirbaş H, İlhan İÖ, Doğan YB. Alkol bağımlısı hastalarda bağımlılık sürecinin problem çözme yolları ile ilişkisi. Bağımlılık Dergisi 2004; 5: 57-60.
- 88-** Pektaş Ö, Kalyoncu A, Mırsal H, Beyazyürek M. Alkol bağımlılığında sosyodemografik değişkenler, klinik özellikler ve tedavi sonuçlarının cinsiyetler arasındaki farklılıklarının incelenmesi. Bağımlılık Dergisi 2001; 2(1): 25-29.
- 89-** Aki ŞÖE, Arıkan Z, Işıklı S. Erken remisyonadaki alkol bağımlıları, en az bir yıldır remisyonunda olan alkol bağımlıları ve kontrol grubunun başa çıkma mekanizmaları yönünden karşılaştırılması. Nöropsikiyatri Arşivi 2008; 45: 36-45.
- 90-** Verheul R, Van Den Brink W, Geerlings P. A three-pathway psychobiological model of craving for alcohol. Alcohol Alcohol 1999; 34: 197-222.
- 91-** Eşel E. Alkol yoksunluğunun nörobiyolojisi: Ödül ve strese cevap sistemlerindeki değişiklikler. Klinik Psikofarmakoloji Bülteni 2005; 15: 31-44.
- 92-** Evren C, Durkaya M, Dalbudak E, Çelik S, Çetin R, Çakmak D. Erkek alkol bağımlılarında depreşme ile ilişkili etkenler: 12 aylık takip çalışması. Düşünen Adam, Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi 2010; 23: 92-99.
- 93-** Evren C, Çetin R, Durkaya M, Dalbudak E. Clinical variables related with relapse during 6 month follow-up in male alcohol dependents. Clinical Psychopharmacology Bulletin 2010; 20: 14-22.
- 94-** Gordon SM, Sterling R, Siatkowski C, Raively K, Weinstein S, Hill PC. Inpatient desire to drink as a predictor of relapse to alcohol use following treatment. Am J Addict 2006; 15: 242-245.
- 95-** Skinner MD, Aubin HJ. Craving's place in addiction theory: Contributions of major models. Neuroscience and Biobehavior Reviews 2010; 34: 606-623.
- 96-** Bendtsen P, Dahlstrom ML, Bjurulf P. Sociodemographic gender differences in patients attending a community-based alcohol treatment centre. Addict Behav 2002; 27: 21-33.

- 97-** Brown JM, Miller WR. Impact of motivational interviewing on participation and outcome in residential alcoholism treatment. *Psychology of Addictive Behaviors* 1993; 7: 211-218.
- 98-** Şenormancı Ö, Konkan R, Güçlü O, Şenormancı G. Evaluation of coping strategies of male patients, being treated in internet addiction outpatient clinic in Turkey. *Journal of Mood Disorders* 2014; 4(1): 14-19.
- 99-** Ebrinç S, Evren C, Başoğlu C, Çetin M, Emiz ÜB, Yılmaz V ve ark. Adli gözlem için gelen suçlularda sosyodemografik özellikler, kaygı, öfke ifadesi ve benlik saygısının kişilik bozukluğu ile ilişkisinin araştırılması. *Düşünen Adam* 2002; 15(2): 97-103.



EKLER

Bütüncül Değerlendirme**İsim:****Değerlendiren Hemşire:****Tarih:****Saat:****Görüşmede bulunan diğer kişiler:****Özet:****Uzman Hemşire:****İmza:****Tarih:****Bütüncül Değerlendirme**

Servise girişten sonra
olabildiğince çabuk
değerlendirme tamamlanır

1. Değerlendirmenin
amacını açıkla
2. Aktif katılımı için
cesaretlendir
3. Bireyin ismini,
değerlendiren ve
uzman hemşirenin
isimlerini kaydet
4. Tarih ve saati kaydet
5. Görüşmede hazır
bulunan diğer
kişilerin isimlerini
kaydet: öğrenci,
arkadaş gibi.
6. Servise girişteki
durumunun kısa bir
özetini kaydet
7. Uzman hemşireye
bilgi ver ve detayları
kaydet

Sorunun nasıl başladığı:

Bunun beni nasıl etkilediği:

Başlangıçta nasıl hissettiğim:

Değişikliklerin genellikle nasıl olduğu:

İlişkilerim üzerindeki etkisi:

Bütüncül Değerlendirme

Service giriş:

“Sizi buraya getiren nedir?”

- 1- Problem kaynakları:**
“Bunun ilk ne zaman farkına vardınız?”
yada farkında olma zamanı?
- 2- Geçmiş problemlerin işlevi:** “Başlangıçta sizi etkilemesi nasıl oldu?”
- 3- Geçmiş duygular:**
“Bunlar hakkında ne hissettiniz?”
- 4- Tarihsel gelişim:**
“Değişim ne şekilde oldu?”
- 5- İlişkiler:**
“Diğerleriyle olan ilişkisini etkilemesi nasıl oldu?”

Şimdi nasıl hissediyorum?

Bunun anlamı hakkında ne düşünüyorum?

Bir birey olarak, bunların hepsi benim hakkımda neyi gösteriyor?

Şimdi olması gereken nedir? / Şimdi neyin olmasını istiyorum, diliyorum?

Hemşirenin benim için ne yapmasını bekliyorum?

Bütüncül Değerlendirme

Devam etmek için izin iste

- 6- Şimdiki duygular:**
“Şimdiki durum hakkında nasıl hissediyorsun?”
- 7- Bütüncül kapsam:**
“Bunların hepsi sizin için ne anlama geliyor?”
- 8- Bütüncül bağlam:**
“Bir birey olarak sizin hakkınızda, bütün bunların gösterdikleri nedir?”
- 9- İhtiyaçlar, istekler, dilekler:** “Bununla ilgili ne olmasını isterdiniz?”
- 10- Beklentiler:**
“Burada sizin için yapabileceklerimizin neler olduğunu düşünüyorsunuz?”

- Bireyin temel sorunlarını / ihtiyaçlarını listele
- Maddeleri bireyle birlikte kontrol edin
- Her sorunu / ihtiyacı bütün olarak sınıflandırın
 1. Bu, sizi ne derece sıkıntıya sokuyor?
 2. Bu, ne derece hayatınıza engel oluyor?
 3. Bunu, ne derece kontrol edebiliyorsunuz?

1. Sıkıntı

2. Engel

3. Kontrol

İmza:

Tarih:

Önemli olan kişiler:

Bütüncül Değerlendirme

Kişisel Kaynaklar

Problem yada ihtiyacın çözümünde yardım edebilecek kaynakları yada kişisel olarak sahip olduklarını tanımlamasını bireyden iste.

1- Yaşamınızda önemli olan kimler var? - aile, arkadaşlar, gruplar, diğerleri

Bu kişiler sizin için neden önemli?

2- Yaşamınızda önemli olan neler var? – para, ev, servet gibi

Bunlar sizin için neden önemli?

3- Genel olarak hayat hakkındaki inançları nız nelerdir? – inanç, kişisel felsefe, değerler.

Önemli olan şeyler:

Hayat hakkında önemli olan inançlar yada düşünceler:

Problemin çözülmüş olduğunu nasıl bileceğim yada ihtiyacın karşılanmış olduğunu nasıl bileceğim?

Bunun olması için, değişmesi gereken nedir?

Bütüncül Değerlendirme

Çözüm

Bireyden, problemin olmadığı durumu yada karşılanması gereken ihtiyacı tanımlaması istenir.

- 1- Bu problemin çözüldüğünü nasıl bileceğim yada bu ihtiyaç nasıl karşılanacak?**

Neyin farklı olacağına bir örnek ver.

- 2- Bunun olmasına izin veren değişiklik nedir?**

Bu değişiklik kendini nasıl gösterecek? – sende, diğer insanlarda yada günlük yaşamının diğer boyutlarında.

Derecelendirme Skalası

Problem yada ihtiyacın değeriendirilmesi

- Bunun bireyi ne kadar sıkıntıya soktuğunu belirtmek için
- Bunun bireyin yaşamına ne kadar engel olduğunu belirtmek için
- Bireyin bunu ne kadar kontrol ettiğini belirtmek için

Sıkıntı

Yok	2	4	6	8	10
1	3	5	7	9	son derece
.					

Engel

Yok	2	4	6	8	10
1	3	5	7	9	son derece
.					

Kontrol

Yok	2	4	6	8	10
1	3	5	7	9	Tamamen
.					

EK-2

BİREY TANITIM FORMU

Tarih:

Denek No:

1. Bitirdiğiniz yaş
2. Cinsiyetiniz nedir?
Kadın () 1 Erkek () 2
3. Medeni durumunuz nedir?
Evli () 1 Bekar () 2 Eşi ölmüş () 3 Boşanmış () 4
Ayrı yaşıyor () 5 Birlikte yaşıyor () 6
4. Çocuğunuz var mı?
Evet () 1 Hayır () 2
5. En uzun süre yaşadığınız yer neresidir?
Büyükşehir () 1 İl () 2 İlçe – kasaba () 3 Köy () 4
6. Eğitim durumunuz nedir?
Okur-yazar değil () 1 Okur-yazar () 2
İlkokul mezunu () 3 İlköğretim mezunu () 4
Lise Mezunu () 5 Fakülte / Yüksekokul () 6
Yüksek Lisans / Doktora () 7
7. Gelir getirmek amacıyla bir işte çalışıyor musunuz?
Evet () 1 Hayır () 2 → soru 9'a geçiniz
8. Çalıştığınız işteki durumunuz?
Düzenli ücretli (maaşlı) () 1 İşveren () 2
Ücretsiz aile işçisi () 3 Yevmiyeli (mevsimlik, geçici) () 4
Kendi hesabına () 5 Diğer () 6
(Açıklayınız).....
9. Çalışmıyorsanız durumunuzu nasıl tanımlarsınız?
Öğrenci () 1 İşsiz / iş arıyor () 2
Ev kadını () 3 Emekli () 4
Mevsimlik çalışan () 5 Çalışamaz halde () 6
İrad sahibi () 7 Diğer () 8 → (Açıklayınız).....

10. Evinizde kimlerle birlikte yaşıyorsunuz?
Anne-Baba () 1 Eş-çocuklar () 2 Yalnız () 3 Diğer () 4
11. Sosyoekonomik durumunuzu nasıl değerlendiriyorsunuz?
Çok düşük () 1 Düşük () 2 Orta () 3 Yüksek () 4 Çok yüksek () 5
12. Sigara kullanıyor musunuz?
Evet () 1adet / gün
Hayır () 2
13. İlaç almayı gerektiren fiziksel bir rahatsızlığınız var mı?
Evet () 1 → (Açıklayınız)
Hayır () 2
14. İlaç almayı gerektiren ruhsal bir rahatsızlığınız var mı?
Evet () 1 → (Açıklayınız)
Hayır () 2
15. Alkolü ilk kaç yaşında ve nerede kullandınız?.....
16. Yoğun alkol kullanımı ne zaman başladı?.....
17. Tedavi olmaya nasıl karar verdiniz?.....
18. Daha önce bağımlılık tedavisi gördünüz mü? Gördüyseniz kaç kez?
Evet () 1 Hayır () 2
19. İlk tedaviye ne zaman başvurduunuz?
20. En uzun alkol kullanmadığınız süre ne kadardır?.....
21. Şimdiye kadar kaç kez nüks yaşadınız?.....
22. En çok hangi nedenle tekrar alkol kullanmaya başladınız?.....
23. En son tekrar içmeye başlama nedeniniz neydi?.....
24. En son ne zaman alkol kullandınız?.....
25. Alkol kullanımıyla ilgili yasal sorun yaşadınız mı?
Evet () 1 Hayır () 2
26. Ailenizde alkol kullanan var mı? Varsa kim kullanıyor?
Evet () 1 Hayır () 2

EK-3

BAĞIMLILIK PROFİL İNDEKSİ (UYGULAYICI FORMU)

Soruları sormadan önce eğer varsa açıklamaları yapın.

İtalik olan yazılar uygulayıcı için gerekli bilgileri içerir.

➔ **Şimdi size bağımlılık yapan maddelerle ilgili bazı sorular soracağım. Burada bulunmadan önceki son bir yılınızı düşünerek içinde aşağıdaki maddeleri kullanıp kullanmadığınızı veya ne sıklıkta kullandığınızı belirtiniz**

Yanıt kartını gösterin: (0) Hiçbir zaman (1) Bazen (2) Neredeyse her zaman

- 1 Ne sıklıkla alkol kullanıyordunuz? (0) (1) (2)
- 2 Ne sıklıkla esrar (marihuana, joint, gubar vb) kullanıyordunuz? (0) (1) (2)
- 3 Ne sıklıkla ecstasy (ekstazi) kullanıyordunuz? (0) (1) (2)
- 4 Ne sıklıkla eroin kullanıyordunuz? (0) (1) (2)
- 5 Ne sıklıkla kokain kullanıyordunuz? (0) (1) (2)
- 6 Ne sıklıkla taş (krak kokain) kullanıyordunuz? (0) (1) (2)
- 7 Ne sıklıkla rohipnol, rivotril (roş) gibi haplar kullanıyordunuz? (0) (1) (2)
- 8 Ne sıklıkla uçucu maddeler (tiner, bali, gaz vb) kullanıyordunuz? (0) (1) (2)
- 9 Ne sıklıkla akineton, tantum, xanax vb gibi çeşitli haplar kullanıyordunuz? (0) (1) (2)
- 10 Ne sıklıkla metamfetamin, ice gibi amfetamin türevleri kullanıyordunuz? (0) (1) (2)
- 11 Ne sıklıkla LSD, GHB gibi maddeler kullanıyordunuz? (0) (1) (2)

➔ **Şimdi sayacağım hangisi sizin tercih maddeniz? Yani asıl kullanmayı sevdiğiniz, o varsa başkasını kullanmak istemeyeceğiniz hangisi? (Yukarıda kullandığınızı söylediği maddeleri sayınız ve sorunuz)**

- | | |
|--|---|
| 11b1 Alkol | 11b7 Rohipnol, rivotril (roş) |
| 11b2 Esrar (marihuana, joint, gubar vb) | 11b8 Uçucu maddeler (tiner, bali, gaz vb) |
| 11b3 Ecstasy (ekstazi) | 11b9 Akineton, tantum, xanax gibi haplar |
| 11b4 Eroin | 11b10 Metamfetamin, ice gibi amfetamin türevleri |
| 11b5 Kokain | 11b11 LSD, GHB gibi maddeler |
| 11b6 Taş (krak kokain) | |

➔ Şimdi soracağım sorulara yanıt verirken SON BİR YILI göz önüne alarak cevap veriniz.

Yanıt kartını gösterin: (0) Hiçbir zaman (1) Bazen (2) Neredeyse her zaman

12 [Madde] etkisinde olduğunuz zamanlarda, ne sıklıkta film kopması, (0) (1) (2)

aşırı doz alma, kontrol kaybı gibi problemleri yaşıyordunuz?

Gerekirse açıklayın: Burada film kopması derken, [madde] etkisindeyken

yaptıklarını, söylediklerini...vs hatırlamadığınız zamanları kastediyoruz.

VIII [Madde] kullanmanın sizin için bir sorun olduğunu düşünüyor musunuz, eğer düşünüyorsanız, ne kadar zamandır?

(1) Benim için sorun değil (2) 1 yıldan az (3) 1-2 yıldır (4) 3-4 yıldır (5) 5 yıl ve daha fazla

13 Kullandığınız [maddenin] miktarı giderek arttı mı? (0) (1) (2)

14 Aynı miktarda kullanmanıza rağmen, zaman içinde kullandığınız [maddenin] etkisinde azalma oldu mu? (0) (1) (2)

15 Kullandığınız [maddeyi] kestiğinizde veya azalttığınızda uykusuzluk, terleme, sinirlilik, huzursuzluk, titreme gibi sorunlar ortaya çıktı mı? (0) (1) (2)

16 Kullandığınız [maddeyi] kestiğinizde ortaya çıkabilecek sorunlardan çekindiğiniz için [madde] kullandığınız oldu mu? (0) (1) (2)

17 Planladığınızdan daha fazla [madde] kullandığınız oldu mu? Örneğin az içmeyi düşünüp fazla içtiğiniz veya kısa süre kullanmayı planlayıp uzun süre kullandığınız oldu mu? (0) (1) (2)

18 Kullandığınız [maddeyi] bırakmayı veya azaltmayı isteyip bunu başaramadığınız oldu mu? (0) (1) (2)

19 [Maddeyi] bulmak, kullanmak veya ayılmak için fazla zaman harcadığınız oldu mu? (0) (1) (2)

Gerekirse açıklayın: Ne kadar zamanını, [maddeyi] düşünerek ya da [madde] ile uğraşarak geçiriyordun?

20 [Madde] kullandığınız için aile ziyaretleri, hobiler, sosyal ilişkiler gibi hayatınızdaki başka etkinliklerden vazgeçtiğiniz oldu mu? (0) (1) (2)

21 [Madde] kullanmak aile ilişkilerinizi olumsuz yönde etkiledi mi? Ne (0) (1) (2)
sıklıkla?

22 [Madde] kullanmak eğitim/ iş hayatınızı olumsuz yönde etkiledi mi? Ne (0) (1) (2)
sıklıkla?

23 [Madde] kullanmak beden sağlığını olumsuz yönde etkiledi mi? Ne (0) (1) (2)
sıklıkla?

24 [Madde] kullanmak ruhsal sağlığını olumsuz yönde etkiledi mi? Ne (0) (1) (2)
sıklıkla?

25 [Madde] kullanmak sizi ekonomik açıdan olumsuz yönde etkiledi mi? Ne (0) (1) (2)
sıklıkla?

➔ **Şimdi soracağım sorulara yanıt verirken SON BİR YILI göz önüne alarak cevap veriniz.**

Yanıt kartını gösterin: (0) Hiçbir zaman (1) Bazen (2) Neredeyse her zaman

26 [Madde] kullanmak arkadaş veya diğer insanlarla olan ilişkilerinizi (0) (1) (2)
olumsuz yönde etkiledi mi? Ne sıklıkla?

27 [Madde] kullanmak beklenmedik problemler yaşamınıza yol açtı mı? (0) (1) (2)
Örneğin; kavga, kaza, istenmeyen cinsel ilişki, cinsel yolla bulaşan
hastalık gibi sorunlar yaşadınız mı? Ne sıklıkla?

28 [Madde] kullanmak yasal sorunlar yaşamınıza neden oldu mu? Örneğin; (0) (1) (2)
ehliyeti kaptırmak, maddeyle yakalanmak, karakola düşmek gibi
sorunlarınız oldu mu? Ne sıklıkla?

29 Gündüz saatlerinde de [madde] kullandığınız zamanlar oldu mu? Ne (0) (1) (2)
sıklıkla?

30 [Madde] kullanmayı istememenize rağmen yine de gidip [madde] (0) (1) (2)
kullandığınız zamanlar oldu mu? Ne sıklıkla?

31 Aileniz veya çevreniz sizin çok fazla [madde] kullandığınızdan (0) (1) (2)
endişeleniyor muydu? Ne sıklıkla?

➔ **Şimdi soracağım sorulara yanıt verirken SON BİR HAFTAYI göz önüne alarak cevap veriniz.**

Yanıt kartını gösterin: (0) Hiçbir zaman (1) Bazen (2) Neredeyse her zaman

- 32** [Madde] kullanmak ya da [madde] kullanmanın sizi iyi hissettireceği hakkında düşünüyor musunuz? Ne sıklıkta? (0) (1) (2)
- 33** [Madde] kullanmak için kuvvetli bir istek, arzu veya dürtü hissediyor musunuz? Ne sıklıkta? (0) (1) (2)
- 34** [Madde] ile karşılaştığınızda [madde] kullanmaya direnmek veya kullanmamak sizin için zor olur mu? Ne sıklıkta? *Gerekirse açıklayın:*
[Madde] yakınınızda bulunduğu anda, mesela şu an burada olsa, [madde] kullanmaya direnmek sizin için zor olur mu? Ne sıklıkta? (0) (1) (2)
- 35** [Madde] kullanmanın sizin için bir sorun olduğunu düşünüyor musunuz? Ne sıklıkta? (0) (1) (2)
- 36** [Madde] kullanmayı bırakmayı veya azaltmayı düşünüyor musunuz? Ne sıklıkla? (0) (1) (2)
- 37** [Madde] kullanmayı bırakmak veya azaltmak sizin için önemli mi? (0) (1) (2)

➔ **Şimdi size ruh halinizle ilgili bazı sorular soracağım.**

- 38** Kolaylıkla kızıp öfkelenir misiniz? Ne sıklıkta? (0) (1) (2)
- 39** Kontrol edemediğiniz öfke patlamaları yaşar mısınız? Ne sıklıkta? (0) (1) (2)
- 40** Bir şeyleri kırıp dökme isteği duyar mısınız? Ne sıklıkta? (0) (1) (2)
- 41** Ne hissettiğinizi ifade etmekte zorluk çeker misiniz? (0) (1) (2)
- 42** Başkalarını kendinizden daha çok düşünür müsünüz? Örneğin, bir arkadaşınız sizden bir miktar borç para istedi, ancak sizin de paraya ihtiyacınız olabilecek bir dönem ise arkadaşına yine de yardım eder misiniz? Ne sıklıkla? (0) (1) (2)
- 43** Kendinizi “içe kapanık” biri olarak tanımlar mısınız? (0) (1) (2)
- 44** Sosyal bir ortama girdiğinizde ne konuşacağınızı bilememekten ne sıklıkla endişe edersiniz? (0) (1) (2)

- 45 Başkaları ile beraberken, yanlış bir şey yapacağınız, ya da saçma konuşacağınız ile ilgili endişe yaşar mısınız? Ne sıklıkta? (0) (1) (2)
- 46 Uygunsuz veya tehlikeli olsalar bile, heyecanlı veya eğlenceli şeyler yapmaktan hoşlanır mısınız? (0) (1) (2)
- 47 Hayatınızda yeni bir şeyler olmadığında, heyecan ya da coşku verici şeyler aramaya başlar mısınız? (0) (1) (2)
- 48 Ne zaman ne yapacağı belli olmayan, heyecan verici, hareketli arkadaşları tercih eder misiniz? (0) (1) (2)
- 49 İsteddiğiniz şeyi elde etmek için beklemekte zorlanır mısınız? Sabırsız mısınız? Örneğin bir sırada beklerken çabucak sıkılır mısınız? (0) (1) (2)
- 50 Düşünmeden hareket eder misiniz? (0) (1) (2)
- 51 Rahat konsantre olabilir misiniz, dikkatinizi kolay toplayabilir misiniz? (0) (1) (2)
- ➔ **Şimdi soracağım sorulara SON BİR YILI göz önüne alarak cevap veriniz.**
- 52 Geçen yıl içinde ne sıklıkta yaşamınıza son vermekle ilgili düşünceleriniz oldu? (0) (1) (2)
- 53 Geçen yıl içinde ne sıklıkta kendinizi hüzünlü, kederli hissettiniz? (0) (1) (2)
- 54 Geçen yıl içinde ne sıklıkta gelecekle ilgili olarak umutsuzluk hissine kapıldınız? (0) (1) (2)
- 55 Geçen yıl içinde ne sıklıkta başka insanlarla karşılaştığınızda, kendinizi daha değersiz gördünüz? (0) (1) (2)
- 56 Geçen yıl içinde ne sıklıkta kendinizi huzursuz ve tedirgin hissettiniz? (0) (1) (2)
- 57 Geçen yıl içinde ne sıklıkta dehşet ya da panik nöbetleri yaşadınız? (0) (1) (2)
- Örneğin; aniden başlayan iç sıkıntısı, nefes darlığı, baş dönmesi, çarpıntı, terleme gibi belirtilerle, şiddetli bir korku duyduğunuz, ölecekmiş gibi hissettiğiniz zamanlar oldu mu?
- 58 Geçen yıl içinde ne sıklıkta kendinizi yerinizde duramayacak kadar tedirgin hissettiniz? (0) (1) (2)

TEDAVİ MOTİVASYONU ANKETİ

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

EK-5

TEDAVİ MOTİVASYONU ANKETİ KULLANIM İZİNİ

Re: ölçek kullanım izni - Yahoo! Mail

Page 1 of 1



Re: ölçek kullanım izni

Wednesday, April 17, 2013 8:15 PM

From: "Cüneyt Evren" <cuneytevren@yahoo.com>

To: "aysegul savasan" <aysegulsavasan@yahoo.com>

2 Files (196KB)



50-TMQ_... 54-SOCR...

Merhaba,

Ölçeği kullanabilirsiniz. Ekte konuyla ilgili makale ve en arkasında ölçeğin kendisi yer alıyor. Bunun yanı sıra SOCRATES ölçeğini de ekledim. Kolay gelsin.
Cüneyt

From: aysegul savasan <aysegulsavasan@yahoo.com>

To: Cüneyt Evren <cuneytevren@yahoo.com>

Sent: Wednesday, April 17, 2013 10:18 AM

Subject: ölçek kullanım izni

Sayın Cüneyt Evren,

"Etkisiz Bireysel Baş etme ve Benlik Kavramında Bozulma Hemşirelik Tanısı Alan Alkol Bağımlılarında Tidal (Gel-Git) Model'e Dayalı Psikiyatri Hemşireliği Yaklaşımının Etkisi" isimli tez çalışmamada, izniniz olursa Tedavi Motivasyonu Anketini kullanmak istiyorum.

Teşekkürler.

Ayşegül Savaşan
E.Ü. Sağlık Bilimleri Ens.
Psikiyatri Hemşireliği
Doktora Öğrencisi

EK-6

BAŞA ÇIKMA TUTUMLARINI DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ (COPE)

Bu ölçek yardımıyla insanların günlük yaşamlarında güç veya bunaltı verici olaylarla ya da sorunlarla karşılaştıkları zaman nasıl tepki verdiklerini araştırmayı amaçlıyoruz. İnsanların karşılaştıkları sorunlarla baş etmelerinin çok sayıda yolu olabilir. Ancak yine de siz seçenekleri bir sorunla karşılaştığınızda genel olarak ne yaptığınızı ya da nasıl davrandığınızı düşünerek işaretlemeye çalışın. Seçenekleri işaretlerken bir öncekinden bağımsız düşünmeye özen gösterin. Seçenekleri belirtirken şu belirtilen puanlamayı kullanın:

1=Asla böyle bir şey yapmam 2=Çok az böyle yaparım 3=Orta derecede böyle yaparım
4=Çoğunlukla böyle yaparım

1.Sorunla karşılaştığımda daha önceki tecrübelerden yararlanıp sorunun üstesinden gelmeye çalışırım.

1 () 2 () 3 () 4 ()

2.Sorun olan şeyleri aklımdan atmak için bir şeyler yapmaya ya da başka türlü meşguliyetlere yönelirim.

1 () 2 () 3 () 4 ()

3.Sorunla karşılaştığımda moralim bozulur ve duygularımı dışarıya yansıtırım.

1 () 2 () 3 () 4 ()

4.Başkalarından bu tür sorunlarda ne yaptıkları konusunda tavsiyeler almaya çalışırım.

1 () 2 () 3 () 4 ()

5.Sorunla başa çıkma konusunda kendimi konsantre ederim.

1 () 2 () 3 () 4 ()

6.Kendi kendime “böyle bir sorunun gerçekte var olmadığını” söylerim.

1 () 2 () 3 () 4 ()

7.Allah’a tevekkül eder, O’na dayanırım.

1 () 2 () 3 () 4 ()

8.İçinde bulunduğum sorunla ilgili olarak gülerim.

1 () 2 () 3 () 4 ()

9.Kendi kendime bir şey yapamayacağımı söyleyerek çabalamayı bırakır ve soruna teslim olurum.

1 () 2 () 3 () 4 ()

10.Kendimi hemen bir şeyler yapmaktan vazgeçiririm.

1 () 2 () 3 () 4 ()

11.Duygularımı bir başkasıyla tartışırım.

1 () 2 () 3 () 4 ()

12.Kendimi daha iyi hissedebilmek için alkol ya da sakinleştirici ilaç alırım.

1 () 2 () 3 () 4 ()

13.Kendimi yaşadığım soruna alıştırmaya çalışırım.

1 () 2 () 3 () 4 ()

14.Sorunla ilgili bir şeyler öğrenmek için birileriyle konuşurum.

1 () 2 () 3 () 4 ()

15.Diğer düşünce ve meşguliyetlere yönelmem ve sorundan kendimi uzak tutmaya uğraşmam.

1 () 2 () 3 () 4 ()

16.Karşılaştığım sorundan farklı şeylerle ilgili hayaller kurarım.

1 () 2 () 3 () 4 ()

17.Üzülürüm ama söz konusu sorunun bilincinde olurum.

1 () 2 () 3 () 4 ()

18.Allah`ın yardımını umarım.

1 () 2 () 3 () 4 ()

19.Bir eylem planı yaparım.

1 () 2 () 3 () 4 ()

20.Söz konusu sorunla ilgili şakalar yaparım.

1 () 2 () 3 () 4 ()

21.Karşıma çıkan sorunun var olduğunu ve değişmeyeceğini kabullenirim.

1 () 2 () 3 () 4 ()

22.Sorun el verinceye kadar herhangi bir şey yapmayı ertelerim.

1 () 2 () 3 () 4 ()

23.Arkadaş veya akrabalarımın moral ve manevi destek almaya çalışırım.

1 () 2 () 3 () 4 ()

24.Sorunla baş etmede amacıma ulaşmaya çabalamaktan hemen vazgeçerim.

1 () 2 () 3 () 4 ()

25.Sorunun üstesinden gelebilmek için ilave şeyler yaparım.

1 () 2 () 3 () 4 ()

26.Alkol ya da sakinleştirici alarak bir an olsun kendimi kaybedip olanları unutmaya çalışırım.

1 () 2 () 3 () 4 ()

27.Sorun olduğuna inanmayı reddederim.

1 () 2 () 3 () 4 ()

28.Duygularımı dışarı vururum.

1 () 2 () 3 () 4 ()

29.Daha olumlu taraflarını görebilmek için sorunu başka bir açıdan ele almaya çalışırım.

1 () 2 () 3 () 4 ()

30.Sorunla ilgili somut bir şeyler yapabilen kişilerle konuşurum.

1 () 2 () 3 () 4 ()

31.Sorunla karşılaştığımda her zamankinden daha çok uyurum.

1 () 2 () 3 () 4 ()

32.Ne yapacağım ya da yapmam gerektiği konusunda bir strateji belirlemeye çalışırım.

1 () 2 () 3 () 4 ()

33.Sorunu çözmeye odaklanırım ve eğer gerekirse yapmam gereken diğer şeyleri bir süre kendi haline bırakırım.

1 () 2 () 3 () 4 ()

34.Başkalarından sempati ve anlayış görmeyi beklerim.

1 () 2 () 3 () 4 ()

35.Sorunla daha az meşgul olmak için alkol ya da ilaç alırım.

1 () 2 () 3 () 4 ()

36.Sorunla ilgili şaka yaparım.

1 () 2 () 3 () 4 ()

37.İstediğimi elde etmeye uğraşmayı bırakırım.

1 () 2 () 3 () 4 ()

38.İyiye giden bir şeyler arayıp bulmaya çalışırım.

1 () 2 () 3 () 4 ()

39.Sorunu en iyi nasıl çözebileceğim konusunda düşünürüm.

1 () 2 () 3 () 4 ()

40.Sorun gerçekte olmamış gibi davranırım.

1 () 2 () 3 () 4 ()

41.Olumsuz şeyler yaparak işlerin daha da kötüye gitmesine yol açmadığımdan emin olmak isterim.

1 () 2 () 3 () 4 ()

42.Sorunun çözümüne yönelik gayretlerime engel olabilecek şeyleri önlemeye ciddi şekilde çaba gösteririm.

1 () 2 () 3 () 4 ()

43.Sorunla karşılaştığımda sinemaya gider veya TV izler ya da sorunla ilgili daha az düşünürüm.

1 () 2 () 3 () 4 ()

44.Olup biten şeyin ya da sorunun bir realite olduğunu kabul ederim.

1 () 2 () 3 () 4 ()

45.Benzer durumlarla karşılaşan kişilere bu durumda ne yaptıklarını sorarım.

1 () 2 () 3 () 4 ()

46.Büyük oranda duygusal rahatsızlık hisseder ve bu tür hisleri dışarıya yansıtırım.

1 () 2 () 3 () 4 ()

47.Sorunla aktif olarak uğraşmayı hedefleyerek dobra dobra bir tavır takınırım.

1 () 2 () 3 () 4 ()

48.Sorunla karşılaştığımda dini inancımda bir huzur bulmaya çalışırım.

1 () 2 () 3 () 4 ()

49.Bir şeyler yapmak konusunda kendimi uygun ve doğru zamanı beklemeye zorlarım.

1 () 2 () 3 () 4 ()

50.Sorunlu durumla ilgili eğlenir ya da oyun oynarım.

1 () 2 () 3 () 4 ()

51.Sorunu çözmeye yönelik çabalarımı azaltırım.

1 () 2 () 3 () 4 ()

52.Neler hissettiğim konusunda birisiyle konuşurum.

1 () 2 () 3 () 4 ()

53.Yaşadıklarım konusunda kendi kendime yardım olsun diye alkol ya da sakinleştirici ilaç alırım.

1 () 2 () 3 () 4 ()

54.Sorunla birlikte yaşamayı öğrenirim.

1 () 2 () 3 () 4 ()

55.Soruna odaklanabilmek için diğer meşguliyetlerimi bir tarafa bırakırım.

1 () 2 () 3 () 4 ()

56.Takınmam gereken tavır konusunda daha ciddi düşünürüm.

1 () 2 () 3 () 4 ()

57.Sanki sorun yokmuş veya hiç olmamış gibi davranırım.

1 () 2 () 3 () 4 ()

58.Yapmam gereken şey neyse atmam gereken adımı zamanında atarım.

1 () 2 () 3 () 4 ()

59.Başıma gelen şeyden ya da yaşadığım sorundan bir şeyler öğrenir ya da tecrübe kazanırım.

1 () 2 () 3 () 4 ()

60.Her zamankinden daha çok dua ve ibadet ederim.

1 () 2 () 3 () 4 ()

COOPERSMİTH BENLİK SAYGISI ÖLÇEĞİ

Aşağıda insanların kendileri ile ilgili bazı duygularını açıklayan ifadeler yer almaktadır. Bu cümlelerden size uygun olanlarını “Benim gibi”, uygun olmayanlarını ise “Benim gibi değil” sütununa (X) işareti koyarak belirtiniz.

	Benim Gibi	Benim Gibi Değil
1. Çevrede olup bitenlerden genellikle rahatsız olmam.	()	()
2. Başkalarının önünde konuşmak bana zor gelir.	()	()
3. Eğer elimde olsaydı kendimdeki pek çok şeyi değiştirmek isterdim.	()	()
4. Karar vermede fazla zorluk çekmem.	()	()
5. İnsanlar benimle olmaktan hoşlanırlar.	()	()
6. Evde kolayca moralim bozulur.	()	()
7. Yeni şeylere kolay alışmam.	()	()
8. Yaşıtlarım arasında sevilen bir kişiyim.	()	()
9. Ailem genellikle duygularıma önem verir.	()	()
10. Başkalarının söylediğini kolaylıkla kabul ederim.	()	()
11. Ailem benden çok şey bekler.	()	()
12. Benim yerimde olmak oldukça zordur.	()	()
13. Hayatımın karmakarışık olduğuna inanıyorum.	()	()
14. Genellikle başkaları düşüncelerimi kabul eder.	()	()
15. Kendimi yetersiz buluyorum.	()	()
16. Sık sık evden kaçmayı düşünüyorum.	()	()
17. Yaptığım işten çoğunlukla memnun olmam.	()	()
18. Başkaları kadar güzel/yakışıklı değilim.	()	()
19. Söylenecek sözüm varsa onu söylemekten kaçınmam.	()	()
20. Ailem benim duygularımı anlar.	()	()
21. Çok sevilen bir kimse değilim.	()	()
22. Genellikle ailemin beni dışladığını hissediyorum.	()	()
23. Yaptığım şeyler genellikle cesaretimi kırar.	()	()
24. Sık sık keşke başka biri olsam diye düşünürüm.	()	()
25. Güvenilir bir kişi olmadığımı düşünüyorum.	()	()

EK-8

BECK DEPRESYON ENVANTERİ

Bu form son bir (1) hafta içerisinde kendinizi nasıl hissettiğinizi araştırmaya yönelik 21 maddeden oluşmaktadır. Her maddenin karşısındaki dört cevabı dikkatlice okuduktan sonra, size en çok uyan, yani sizin durumunuzu en iyi anlatanı işaretlemeniz gerekmektedir.

1. (0) Üzgün ve sıkıntılı değilim. (1) Kendimi üzüntülü ve sıkıntılı hissediyorum. (2) Hep üzüntülü ve sıkıntılıyım. Bundan kurtulamıyorum. (3) O kadar üzgün ve sıkıntılıyım ki, artık dayanamıyorum.	11. (0) Başkalarıyla görüşme, konuşma isteğimi kaybetmedim. (1) Eskisi kadar insanlarla birlikte olmak istemiyorum. (2) Birileriyle görüşüp konuşmak hiç içimden gelmiyor. (3) Artık çevremde hiç kimseyi istemiyorum.
2. (0) Gelecek hakkında umutsuz ve karamsar değilim. (1) Gelecek için karamsarım. (2) Gelecekte beklediğim hiçbir şey yok. (3) Gelecek hakkında umutsuzum ve sanki hiçbir şey düzelmeyecekmiş gibi geliyor.	12. (0) Karar verirken eskisinden fazla güçlük çekmiyorum. (1) Eskiden olduğu kadar kolay karar veremiyorum. (2) Eskiye kıyasla karar vermekte çok güçlük çekiyorum. (3) Artık hiçbir konuda karar veremiyorum.
3. (0) Kendimi başarısız biri olarak görmüyorum. (1) Başkalarından daha başarısız olduğumu hissediyorum. (2) Geçmişe baktığımda başarısızlıklarla dolu olduğunu görüyorum. (3) Kendimi tümüyle başarısız bir insan olarak görüyorum.	13. (0) Her zamankinden farklı göründüğümü sanmıyorum. (1) Aynada kendime her zamankinden kötü görünüyorum. (2) Aynaya baktığımda kendimi yaşlanmış ve çirkinleşmiş buluyorum. (3) Kendimi çok çirkin buluyorum.
4. (0) Her şeyden eskisi kadar zevk alıyorum. (1) Birçok şeyden eskiden olduğu gibi zevk alamıyorum. (2) Artık hiçbir şey bana tam anlamıyla zevk vermiyor. (3) Her şeyden sıkılıyorum.	14. (0) Eskisi kadar iyi iş güç yapabiliyorum. (1) Her zaman yaptığım işler şimdi gözümde büyüyor. (2) Ufacık bir işi bile kendimi çok zorlayarak yapabiliyorum. (3) Artık hiçbir iş yapamıyorum.
5. (0) Kendimi herhangi bir biçimde suçlu hissetmiyorum. (1) Kendimi zaman zaman suçlu hissediyorum. (2) Çoğu zaman kendimi suçlu hissediyorum. (3) Kendimi her zaman suçlu hissediyorum.	15. (0) Uykum her zamanki gibi. (1) Eskisi gibi uyuyamıyorum. (2) Her zamankinden 1-2 saat önce uyanıyorum ve kolay kolay tekrar uykuya dalamıyorum. (3) Sabahları çok erken uyanıyorum ve bir daha uyuyamıyorum.
6. (0) Kendimden memnunum. (1) Kendimden pek memnun değilim. (2) Kendime kızgınım. (3) Kendimden nefret ediyorum.	16. (0) Kendimi her zamankinden yorgun hissetmiyorum. (1) Eskiye oranla daha çabuk yoruluyorum. (2) Her şey beni yoruyor. (3) Kendimi hiçbir şey yapamayacak kadar yorgun ve bitkin hissediyorum.
7. (0) Başkalarından daha kötü olduğumu sanmıyorum. (1) Hatalarım ve zayıf taraflarım olduğunu düşünmüyorum. (2) Hatalarımdan dolayı kendimden utanıyorum. (3) Her şeyi yanlış yapıyormuşum gibi geliyor ve hep kendime kabahat buluyorum.	17. (0) İştahım her zamanki gibi. (1) Eskisinden daha iştahsızım. (2) İştahım çok azaldı. (3) Hiçbir şey yiyemiyorum.
8. (0) Kendimi öldürmek gibi düşüncülerim yok. (1) Kimi zaman kendimi öldürmeyi düşündüğüm oluyor ama yapmıyorum. (2) Kendimi öldürmek isterdim. (3) Fırsatını bulsam kendimi öldürürüm.	18. (0) Son zamanlarda zayıflamadım. (1) Zayıflamaya çalışmadığım halde en az 2 Kg verdim. (2) Zayıflamaya çalışmadığım halde en az 4 Kg verdim. (3) Zayıflamaya çalışmadığım halde en az 6 Kg verdim.
9. (0) İçimden ağlamak geldiği pek olmuyor. (1) Zaman zaman içimden ağlamak geliyor. (2) Çoğu zaman ağlıyorum. (3) Eskiden ağlayabilirdim ama şimdi istesem de ağlayamıyorum.	19. (0) Sağlığım ile ilgili kaygılarım yok. (1) Ağrılar, mide sancıları, kabızlık gibi şikayetlerim oluyor ve bunlar beni tasalandırıyor. (2) Sağlığımın bozulmasından çok kaygılanıyorum ve kafamı başka şeylere vermekte zorlanıyorum. (3) Sağlık durumum kafama o kadar takılıyor ki, başka hiçbir şey düşünemiyorum.
10. (0) Her zaman olduğumdan daha canı sıkın ve sinirli değilim. (1) Eskisine oranla daha kolay canım sıkılıyor ve kızıyorum. (2) Herşey canımı sıkıyor ve kendimi hep sinirli hissediyorum. (3) Canımı sıkın şeylere bile artık kızamıyorum.	20. (0) Sekse karşı ilgimde herhangi bir değişiklik yok. (1) Eskisine oranla seke ilgim az. (2) Cinsel isteğim çok azaldı. (3) Hiç cinsel istek duymuyorum.
	21. (0) Cezalandırılması gereken şeyler yaptığımı sanmıyorum. (1) Yaptıklarımın dolayı cezalandırılabilceğimi düşünüyorum. (2) Cezamı çekmeyi bekliyorum. (3) Sanki cezamı bulmuşum gibi geliyor.

BECK ANKSİYETE ENVANTERİ

Aşağıda insanların kaygılı ya da endişeli oldukları zamanlarda yaşadıkları bazı belirtiler verilmiştir.

Lütfen her maddeyi dikkatle okuyunuz. Daha sonra, her maddedeki belirtinin **bugün dahil son bir (1) haftadır** sizi ne kadar rahatsız ettiğini yandakine uygun yere (x) işareti koyarak belirleyiniz.

	Hiç	Hafif düzeyde	Orta düzeyde	Ciddi düzeyde
1. Bedeninizin herhangi bir yerinde uyuşma veya karıncalanma				
2. Sıcak/ ateş basmaları				
3. Bacaklarda halsizlik, titreme				
4. Gevşeyememe				
5. Çok kötü şeyler olacak korkusu				
6. Baş dönmesi veya sersemlik				
7. Kalp çarpıntısı				
8. Dengeyi kaybetme duygusu				
9. Dehşete kapılma				
10. Sinirlilik				
11. Boğuluyormuş gibi olma duygusu				
12. Ellerde titreme				
13. Titreklik				
14. Kontrolü kaybetme korkusu				
15. Nefes almada güçlük				
16. Ölüm korkusu				
17. Korkuya kapılma				
18. Midede hazımsızlık ya da rahatsızlık hissi				
19. Baygınlık				
20. Yüzün kızarması				
21. Terleme (sıcaklığa bağlı olmayan)				

EK-10



T.C
EGE ÜNİVERSİTESİ
HEMŞİRELİK FAKÜLTESİ DEKANLIĞI

SAYI : 27344949- 1221
KONU: Doktora Tez Çalışması hk.

12/06/2013

T.C
SAĞLIK BAKANLIĞI
TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ KURUMU
İZMİR İLİ GÜNEY KAMUHASTANELERİ BİRLİĞİ GENEL SEKRETERLİĞİ
KÂTİP ÇELEBİ ÜNİVERSİTESİ ATATÜRK EĞİTİM HASTANESİ

Fakültemiz Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Ana Bilim Dalı Öğretim Üyesi Prof.Dr. M.Olcay ÇAM sorumluluğunda Doktora Öğrencisi Ayşegül SAVAŞAN'ın “**Etkisiz Bireysel Baş Etme ve Benlik Kavramında Bozulma Hemşirelik Tanısı Alan Alkol Bağımlılarında TİDAL (Gel-Git) Model'e Dayalı Psikiyatri Hemşireliği Yaklaşımının Etkisi**” konulu doktora tezini Haziran 2013- Haziran 2014 tarihleri arasında Kurumunuza bağlı Ametem Servisinde yapabilmeleri hususunda gereğini bilgilerinize arz ederim

Prof.Dr. Z. Çiçek FADİLOĞLU
Dekan

EKLER: 60 Sayfa Etik Kurul onayı ve Anket Formu

Eğitim Birimi

T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI
Kamu Hastaneleri Kurumu Başkanlığı
İzmir Güney Genel Sekreterliği
Tarih: 11.07.2013 15:53

Giden evrak

2013-16931

(İlgili Birim) : TIBBİ HİZMETLER BAŞKANLIĞI

T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI
TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ KURUMU İzmir İli Güney Bölgesi
Kamu Hastaneleri Birliği Genel SekreterliğiSayı : 23592379 / 16931
Birim : Tıbbi Hizmetler Başkanlığı
Konu : Araştırma İzni

16.07.2013

KATİP ÇELEBİ ÜNİVERSİTESİ ATATÜRK
EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ YÖNETİMİNE

Ege Üniversitesi Psikiyatri Hemşireliği Anabilim dalında doktora öğrencisi olan Ayşegül SAVAŞAN'ın "Etkisiz Bireysel Başetme ve Benlik Kavramında Bozulma Hemşirelik Tanısı Alan Alkol Bağımlılarında TİDAL Model'e Dayalı Psikiyatri Hemşireliği Yaklaşımının Etkisi " konulu araştırmasıyla ilgili evrakları incelenmiş olup, çalışmanın kurumunuzda hizmeti aksatmayacak şekilde ve araştırmaya katılımın gönüllülük esasına dayalı olması koşuluyla, sağlık tesisinizde yürütülmesi Genel Sekreterliğimizce uygun görülmüştür.

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.

Prof.Dr. Behzat ÖZKAN
Genel SekreterT.C. SAĞLIK BAKANLIĞI
İZMİR KATİP ÇELEBİ ÜNİVERSİTESİ
ATATÜRK EĞİTİM VE

Tarih: 18.07.2013 15:53

Gelen evrak

2013-22847



Hastane Adı:



Ayrıntılı

123/11 Sokak No:6 Poligon Mah. Karabağlar/İzmir

Bilgi:2239

Tlf: (232)232 32 32

Fax: (232)246 88 00

e-mail:tibbihizmetler@gmail.com

ÖZGEÇMİŞ

2002 yılında, Ege Üniversitesi Atatürk Sağlık Yüksekokulu hemşirelik bölümünden mezun oldu. 2006 yılında, “Hipertansiyonu Olan Hastalarda Öfke ve Öz-bakım Gücü İlişkisi” konulu tez çalışmasıyla, Psikiyatri Hemşireliği alanında yüksek lisans eğitimini tamamladı. 2010 yılında doktora eğitimine başladı.

2002 yılında Zonguldak İli, Devrek İlçesi, Özbeği Sağlık Ocağı’na bağlı Derebulaca Sağlık Evi’nde göreve başladı. İzmir Buca 2 Nolu Sağlık Ocağı ve İzmir İl Sağlık Müdürlüğü, 112 Komuta Kontrol Merkezi’nde görevine devam etti.

2006 yılında İzmir Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi’nde çalışmaya başlamış olup, halen bu hastanede Psikiyatri ve AMATEM kliniklerinde yönetici hemşire olarak çalışmaktadır.