



T.C.
GAZİANTEP ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**GAZİANTEP AMATEM'DE BAĞIMLILIK TEDAVİSİ GÖREN
HASTALARIN İLK YATIŞI İLE TABURCULUKLARINDA
TEDAVİ MOTİVASYONLARININ VE MADDE KULLANIMINA
İLİŞKİN İNANÇLARININ KARŞILAŞTIRILMASI**

SIDIK A ÖZKAN

YÜKSEK LİSANS TEZİ

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

DANIŞMAN
Doç. Dr. Derya TANRİVERDİ

Gaziantep

2017



T.C
GAZİANTEP ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**GAZİANTEP AMATEM'DE BAĞIMLILIK TEDAVİSİ GÖREN
HASTALARIN İLK YATIŞI İLE TABURCULUKLARINDA
TEDAVİ MOTİVASYONLARININ VE MADDE KULLANIMINA
İLİŞKİN İNANÇLARININ KARŞILAŞTIRILMASI**

Sıdıka ÖZKAN

YÜKSEK LİSANS TEZİ

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI YÜKSEK LİSANS PROGRAMI

DANIŞMAN
Doç. Dr. Derya TANRIVERDİ

Gaziantep
2017

TÜRKİYE CUMHURİYETİ
GAZİANTEP ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI YÜKSEK LİSANS PROGRAMI

GAZİANTEP AMATEM'DE BAĞIMLILIK TEDAVİSİ GÖREN HASTALARIN
İLK YATIŞI İLE TABURCULUKLARINDA TEDAVİ
MOTİVASYONLARININ VE MADDE KULLANIMINA İLİŞKİN
İNANÇLARININ KARŞILAŞTIRILMASI

Sıdıka ÖZKAN

Tez Savunma Tarihi: 27.11.2017

Sağlık Bilimleri Enstitüsü Onayı

Prof. Dr. Mehmet TARAKÇIOĞLU

Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürü

Bu tez çalışmasının bir “Yüksek Lisans” derecesi için uygun ve yeterli bir çalışma olduğunu onaylıyorum.

Doç. Dr. Zeynep GÜNGÖRMÜŞ

Hemşirelik Anabilim Dalı Başkanı

Bu tez tarafımda okunmuş, kapsamı ve niteliği açısından bir “Yüksek Lisans” tezi olarak kabul edilmiştir.

Doç. Dr. Derya TANRIVERDİ

Tez Danışmanı

Bu tez tarafımda okunmuş, kapsamı ve niteliği açısından bir “Yüksek Lisans” tezi olarak kabul edilmiştir.

Tez Jürisi

İmzası

Prof.Dr.Sebahat GÖZÜM

.....

Doç.Dr.Derya TANRIVERDİ

.....

Yrd.DoçDr.Nurgül ÖZDEMİR

.....

BEYAN

Bu tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu, tezin planlanmasından yazımına kadar bütün aşamalarda etik dışı davranışımın olmadığını, bu tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, bu tez çalışmasıyla elde edilmeyen bütün bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları da kaynaklar listesine aldığımı, yine bu tezin çalışılması ve yazımı sırasında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığını beyan ederim.

Sıdıka ÖZKAN

Kasım 2017

TEŞEKKÜR

Yüksek lisansa başladığım ilk günden itibaren engin bilgi ve tecrübesini esirgemeyen, gülümseyen yüzüyle hiç bıkmadan fazlasıyla yardımcı olan ve paylaştan değerli hocam Sayın Doç. Dr. Derya TANRIVERDİ'ye, tez yazım sürecinde kaynaklarını, tecrübelerini ve dostluğunu paylaşan Uzm. Hem. Esra SANCAR'a, tezime yaptığı katkılardan dolayı Psk. Uzm. Dr. Sevilay KANTEKİN'e, AMATEM kliniğinde çalışmaya katılan hastalara, her zaman yanımda olan benden hiçbir desteğini esirgemeyen eşime sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Sıdıka ÖZKAN

Gaziantep/2017

ÖZET

GAZİANTEP AMATEM'DE BAĞIMLILIK TEDAVİSİ GÖREN HASTALARIN İLK YATIŞI İLE TABURCULUKLARINDA TEDAVİ MOTİVASYONLARININ VE MADDE KULLANIMINA İLİŞKİN İNANÇLARININ KARŞILAŞTIRILMASI

Sıdıka ÖZKAN

Yüksek Lisans Tezi,

Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Programı

Danışman: Doç. Dr. Derya TANRIVERDİ

Kasım 2017, Sayfa 72

AMATEM biriminde yatarak tedavi gören hastaların kliniğe ilk kabullerinde ve taburculuklarında tedavi motivasyonlarının ve madde kullanımına ilişkin inançlarının karşılaştırılması amacıyla yapılmıştır. Gaziantep 25 Aralık Devlet Hastanesi Ahmet Şireci AMATEM Kliniğine tedavi için başvuran DSM-5'e göre madde kullanım bozukluğu tanısı almış hastalar araştırmanın evrenini, araştırma kriterlerine uyan 173 hasta ise çalışma kapsamına alınmıştır. Veriler, hastaların ilk AMATEM'e yatışlarında ve taburculukları sırasında iki aşamada, yüzyüze görüşülerek, Tanıtıcı Bilgi Formu, Tedavi Motivasyonu Anketi (TMA), Madde Kullanımı İle İlgili İnançlar Ölçeği (MKİÖ) kullanılarak toplanmıştır. Verilerinin değerlendirilmesinde; yüzdelik, ortalama, standart sapma, korelasyon analizi ve t-testi kullanılmıştır. Hastaların yaş ortalamaları 28.19 ± 7.38 'dir. Hastaların daha önce yatarak tedavi görme sayısı en fazla 14 kez olup ortalama 2.66 ± 2.67 , yatarak tedavi sonrası temiz kalma süresi en az 1 ay, en fazla 60 ay olup ortalama 7.02 ± 10.81 ay olarak belirlenmiştir. Hastaların %42.8'inin daha önce yatarak tedavi gördüğü, %86.1'inin kendi kendine maddeyi bırakma denemesi olduğu saptanmıştır. Hastaların tedavi tamamlandıktan sonraki TMA toplam puan ortalamasının ilk yatıştaki puan ortalamasına göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu bulunmuştur ($p < 0.05$). Hastaların TMA alt ölçeklerinden içsel motivasyon ve tedaviye güven alt boyutlarından aldıkları puan ortalamaları son değerlendirmede ilk değerlendirmeye göre daha yüksek olup aradaki fark anlamlıdır ($p < 0.05$), dışsal motivasyon ve kişilerarası yardım arama alt boyutlarında ise fark olmadığı bulunmuştur ($p > 0.05$). Hastaların tedavi tamamlandıktan sonraki MKİÖ toplam puan ortalaması ilk yatıştaki puan ortalamasına göre anlamlı düzeyde daha düşüktür ($p < 0.05$).

Sonuç olarak, madde kullanım bozukluğu olan hastaların yatarak tedavilerinin sonunda, tedavi motivasyonlarının özellikle içsel motivasyon ve tedaviye olan güvenin arttığı ve madde kullanımına ilişkin olumsuz inançların azaldığı bulunmuştur.

Anahtar Kelimeler: Madde Kullanım Bozukluğu, Madde Kullanımına İlişkin İnanç, Psikiyatri Hemşireliği, Tedavi Motivasyonu

ABSTRACT

COMPARISON OF BELIEFS ABOUT SUBSTANCE USE AND TREATMENT MOTIVATIONS AT THE FIRST ADMISSION AND DISCHARGE OF PATIENTS UNDER ADDICTION TREATMENT IN GAZİANTEP AMATEM

Sıdıka ÖZKAN

Thesis of Master, Nursing Department

Master Programme

Advisor: Assoc. Prof. Dr. Derya TANRIVERDİ

November 2017, 72 pages

The study was conducted to comparison of the treatment motivation and beliefs about substance use of inpatients who are treated at Gaziantep ASATEC unit in the first hospitalization and discharge. All the patients diagnosed as substance use disorder according to DSM-V who apply to Ahmet Şireci ASATEC unit of 25 Aralık Satate Hospital in during the research constitute the research population. The sample of the research has been consisted of 173 patients who are suitable for the criteria of the research. The data has been collected by using Descriptive Information Form, Treatment Motivation Questionnaire (TMQ) and Beliefs About Substance Use Questionnaire (BSU) by face-to-face interviews with patients as two stage in the first hospitalization and discharge. Percentile, arithmetic mean, standard deviation and correlation analyzes and t-test were used to evaluate data. Mean age of the patients was 28.19 ± 7.38 . The number of hospitalization before was no more than 14 times and mean number was 2.66 ± 2.67 . The minimum time that patients didn't use substance after in patient treatment was 1 month, the maximum time of that was defined 60 months and mean time of that was defined 7.02 ± 10.81 months. It was defined that 42.8% of the patients were hospitalization before and 86.1% of the patients tried to stop using substance by oneself. TMQ total scores of patients were significantly higher at the end of treatment compared to first admission ($p < 0.05$). Mean scores of internal motivation and confidence to the treatment subscales of TMQ were significantly higher at the last evaluation compared to first evaluation ($p < 0.05$). There were no difference in other subscales that were external motivation and to seek interpersonal assistance ($p > 0.05$). BSU total mean scores of patients were significantly lower at the end of the treatment compared to first admission ($p < 0.05$).

As a result, in this study it was found that inpatient treatment of patients with substance use disorder increases treatment motivation, especially internal motivation and confidence to the treatment, and decrease irrational beliefs about substance use.

Key words: Substance Use Disorder, Beliefs About Substance Use, Psychiatric Nursing, Treatment Motivation,

İÇİNDEKİLER

Sayfa No

TEŞEKKÜR	i
ÖZET	ii
ABSTRACT.....	iii
İÇİNDEKİLER	iv
TABLO LİSTESİ	vii
KISALTMALAR VE SİMGELER	viii
1. GİRİŞ VE AMAÇ	1
1.1. Problemin Tanımı ve Önemi	1
1.2. Araştırmanın Amacı	3
2. GENEL BİLGİLER.....	4
2.1. Madde Bağımlılığı Nedir	4
2.1.1. Tolerans	4
2.1.2. Yoksunluk	4
2.1.3. Madde Entoksikasyonu	4
2.2. Madde Kullanım Bozukluğunu Epidemiyolojisi	5
2.3. Madde Kullanım Nedenleri	6
2.3.1. Psiko-dinamik Kuramlar	6
2.3.2. Davranışsal Kuramlar	7
2.3.3. Çevresel Etkenler ve Sosyolojik Kuramlar	7
2.3.4. Biyolojik- Nörotransmitterler.....	7
2.3.5. Genetik- Biyolojik	8
2.3.6. Kişilik Etkeni.....	9
2.3.7. Risk Yaratıcı ve Koruyucu Etkenler.....	9
2.4. Tanı ve Sınıflama	9
2.4.1. Psikoaktif Maddelerin Merkezi Sinir Sistemi Üzerine Etkilerine Göre Sınıflanması.....	10
2.5. Madde Kullanımı ve Bağımlılık ile İlişkili Bozuklukları	11
2.5.1. Alkol İle İlişkili Bozukluklar	11
2.5.2. Kafein İle İlişkili Bozukluklar	12
2.5.3. Kannabisle (esrar) İlişkili Bozukluklar	13
2.5.4. Halusinojenlerle İlişkili Bozukluklar	13

2.5.5. Uçucu Maddelerle İlişkili Bozukluklar	14
2.5.6. Opioidlerle İlişkili Bozukluklar.....	15
2.5.7. Hipnotik, Sedatif ve Anksiyolitiklerle İlişkili Bozukluklar	15
2.5.8. Uyarıcılarla İlişkili Bozukluklar.....	16
2.5.9. Tütünle İlişkili Bozukluklar	16
2.6. Madde Kullanım Bozukluklarında Tedavi.....	16
2.6.1. Farmakolojik Tedavi	17
2.6.2. Tedavinin Aşamaları	18
2.6.2.1. Tedaviye Yönlendirme.....	18
2.6.2.2. Detoksifikasyon (arındırma)	19
2.6.2.3. Bağımlılığın Terapisi	19
2.6.2.4. Rehabilitasyon ve Topluma Kazandırma.....	20
2.7. Madde Kullanım Bozukluğunda Tedavi Motivasyonu	20
2.8. Madde Kullanımıyla İlgili İnançlar.....	22
2.9. Madde Kullanım Bozukluklarının Tedavisinde Hemşirenin Rol Görev ve Sorumlulukları	23
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	26
3.1. Araştırmanın Türü.....	26
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Tarih	26
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	26
3.4. Verilerin Toplanması	27
3.4.1. Tanıtıcı Bilgi Formu.....	27
3.4.2. Tedavi Motivasyonu Anketi (TMA)	27
3.4.3. Madde Kullanımı İle İlgili İnançlar Ölçeği (MKİÖ)	28
3.5. Verilerin Değerlendirilmesi	28
3.6. Araştırmanın Etik İlkeleri	29
3.7. Araştırmanın Sınırlılıkları ve Genellenebilirliği	29
4. BULGULAR.....	30
5. TARTIŞMA.....	38
5.1. Hastaların Tanıtıcı ve Madde Kullanımına İlişkin Özelliklerine Göre Dağılımlarının İncelenmesi.....	38
5.2. Hastaların Tedavi Motivasyon Anketi ve Madde Kullanımı İle İlgili İnançlar Ölçeği ve Alt Boyutlarından Aldıkları Puanların İncelenmesi	42

5.3. Hastaların AMATEM'e İlk Yatışlarında ve Taburculuklarında Madde Kullanımı İle İlgili İnançlar Ölçeği ve Tedavi Motivasyon Anketinin Alt Boyutları Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	42
5.4.Tedavi Motivasyon Anketi ile Madde Kullanım İnançları Ölçeği Puan Ortalamaları Arasındaki İlişki.....	43
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	45
6.1. Sonuçlar	45
6.2. Öneriler	45
7. KAYNAKLAR	47
8. EKLER	60
EK 1 TANICITI BİLGİ FORMU	60
EK 2 TEDAVİ MOTİVASYONU ANKETİ	64
EK-3 MADDE KULLANIMI İLE İLGİLİ İNANÇLAR ÖLÇEĞİ.....	66
EK-4 ARAŞTIRMANIN YAPILABİLMESİ İÇİN GEREKLİ İZİN YAZILARI ...	68
EK-5 GAZİANTEP ÜNİVERSİTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU	69
EK-6 BİLGİLENDİRİLMİŞ HASTA ONAM FORMU.....	70
ÖZGEÇMİŞ	72

TABLO LİSTESİ

Tablo 1. Tedavi Programını Tamamlamadan Taburcu Olan (Araştırma Kapsamı Dışında Kalan Hastalar) Hastaların TMA ve MKİÖ Ölçeklerinden Aldıkları Puan Ortalamaları	29
Tablo 2. Hastaların Sosyodemografik Özelliklerine Göre Dağılımları	30
Tablo 3. Hastaların Madde Kullanımına İlişkin Özelliklerine Göre Dağılımları	32
Tablo 4. Hastaların Son Bir Yıl İçerisinde Kullandıkları Maddeler ve Kullanım Sıklıkları.....	34
Tablo 5. Hastaların Tedavi Motivasyon Anketi ve Madde Kullanımı İle İlgili İnançlar Ölçeği ve Alt Boyutlarından Aldıkları Puan Ortalamaları	35
Tablo 6. Hastaların AMATEM'e İlk Yatışlarında ve Taburculuklarında Madde Kullanımı İle İlgili İnançlar Ölçeği ve Tedavi Motivasyon Anketinin Alt Boyutlarından Aldıkları Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	36
Tablo 7. Hastaların Tedavi Motivasyon Anketi ile Madde Kullanım İnançları Ölçeğinden Aldıkları Puan Ortalamaları Arasındaki İlişki (İlk Yatıştaki Değerlendirmelerin Karşılaştırılması)	37

KISALTMALAR VE SİMGELER

AMATEM	: Alkol ve Madde Bağımlılığı Tedavi ve Eğitim Merkezi
MKİÖ	: Madde Kullanımı ile İlgili İnançlar Ölçeği
TMA	: Tedavi Motivasyonu Anketi
DM	: Dışsal Motivasyon
İM	: İçsel Motivasyon
DSM	: Mental Hastalıkların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı, Beşinci Baskı (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Five Edition).
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
EMCDDA	: Avrupa Uyuşturucu ve Uyuşturucu Bağımlılığı İzleme Merkezi
ESPAD	: Avrupa Gençlerde Madde Kullanımı Değerlendirme Projesi
MSS	: Merkezi Sinir Sistemi
LSD	: Lysergic Acid Diethylamid
TUBİM	: Türkiye Uyuşturucu ve Uyuşturucu Bağımlılığı İzleme Merkezi
TÜİK	: Türkiye İstatistik Kurumu
GABA	: Gamma- aminoburitik Asit

1. GİRİŞ VE AMAÇ

1.1. Problemin Tanımı ve Önemi

Madde kullanım bozukluğu, bireyi ve toplumun her kesimini çok geniş alanda etkileyen bir sorun olarak ele alınması gereken, çağımızın en ciddi ve kapsamlı toplumsal sorunlarından biridir. Madde kullanımı, bireyi ruhsal ve fiziksel olarak etkilemesinin yanı sıra çeşitli suçlar, kazalar, cinayet, öz kırım, işsizlik, ekonomik kayıplar, sosyal alanlarda bozulmalar ve ailelerin parçalanması gibi çok boyutlu alanlarda etkileyen biyopsikososyal bir sorundur (1-3).

Son yıllarda sosyal, psikolojik ve biyolojik birçok etkenlerle etkileşim içinde olan uyuşturucu madde kullanımının giderek arttığı görülmektedir (4). Türkiye Uyuşturucu ve Uyuşturucu Bağımlılığı İzleme Merkezi (TUBİM) 2002 Türkiye Uyuşturucu Raporuna göre, genel nüfusta madde kullanım sıklığı %1.3 olup bu oran TUBİM 2011 Raporunda %2.7 oranına yükselmiştir. TUBİM 2014 Raporunda ise bu oranda 17 kat artış olduğu belirtilmiştir. Yatarak tedavi gören hastaların bilgileri incelendiğinde; 2011 yılında 2.117 hasta iken 2012 yılında ise yaklaşık %123'lük bir yükselişle 4.720 hasta olmuştur (5-8). Epidemiyolojisi gün geçtikçe artan bu bozukluk birey ve toplum üzerinde yıkıcı bir tehdit olmaya devam etmektedir. Bu bozuklukta tedavi sürecinin sürekli ve uzun vadede olması gerekmektedir (7).

Madde kullanım bozukluğu ile mücadelede, bireylerin madde kullanım alışmışlığından kurtarılarak topluma kazandırılması ve böylelikle madde bağlantılı suçların, maddeye olan talebin, sosyoekonomik sorunların vb. yok edilebilmesi için tedavi süreciyle birlikte mutlaka, sosyal, ekonomik ve kültürel destek programlarının da yürütülmesi gerekir (9). Hastanede yatarak tedavi modelinde, tedavisi tamamlanan çoğu hasta taburculuk sonrasında tedavi programına devam edememekte ve bu durum başarı oranını çok düşürmektedir. 2013 yılında ilk kez tedavi gördüğünü belirtenlerin sayısı %51.5 iken daha önce tedavi gördüğünü belirtenlerin sayısı ise %48.5'tir. Bu durum, Türkiye'de uygulanan tedavi ve sonrasındaki sosyal rehabilitasyonun ne derece yetersiz olduğunu ortaya koymaktadır (7). Bununla birlikte tedaviye başvuran hasta sayısı önceki yıllara göre artış göstermekte olup tedavi merkezlerindeki yatarak tedavi olan madde kullanıcılarına ait resmi rakamlar düşük bir popülasyonu temsil etmektedir (10). Madde kullanım bozukluğu

olan 6 kişiden ancak 1'i tedaviye başvurmaktadır (11). Madde kullananların tedaviye bakış açısı çoğunlukla olumsuz olup, Türkiye'de polis tarafından gözaltına alınan madde kullanan bireylerin %80'inin herhangi bir tedavi kurumuna başvurmadığı ve %82'sinin tedavi olmayı istemediği bildirilmiştir. Ayrıca ülkemizde 11 ilde yapılan madde kullanıcılarına yönelik araştırmada, hem kullanıcıların hem de yakınlarının tedavi konusunda umutlu olmadıkları ve hatta imkansız olarak gördükleri, tedavi arayışının çok düşük olduğu belirtilmektedir (12). Hastanın tedaviyi kabul etmesinde birçok etmen rol oynamaktadır. Bunlardan tedaviye istekli ve hazır olmak en önemli etmenlerdir. Çünkü madde kullanım bozukluğu olan bireyler tedaviye girmekte ve maddeyi bırakmakta kararsızlardır. Daha önceki olumsuz tedavi deneyimleri, ilişkilerde olumsuz beklentiler, dış etken ve uğraşlar, ideolojik sorumluluklar ve kültürel davranışlar yardımı kabul etmede motive ve hazır olmada olumsuz etki yaratabilirler ve önemle belirtmek gerekir ki, bir tedavi programına katılan bireylerin, katılmayanlarla karşılaştırıldığında başarı şansları daha fazladır (12,13). Madde bağımlısı bireylerin yaşadıkları olumsuzlukların, başarılı bir tedavi ile düzeldiği, bilimsel araştırmalarla ortaya konmuştur (14). Motivasyonun olmaması ise, hastaların tedaviyi yarıda bırakması ve kayma yaşaması için bildirilmiş olan en sık nedendir (15). Motivasyon, bireylerin davranışlarını değiştirme sebepleri ve ne şekilde değiştirdiklerinin altında yatan temel mekanizmadır. Bir davranışı yapmaya motive olmak, kişinin performansını olumlu etkilemekte ve davranışı başarılı bir şekilde gerçekleştirmesini sağlamaktadır (16). Tedavi motivasyonu, sunulan tedaviye olumlu cevap vermeyi ve istenilen tedavi sonuçlarını destekleyen oldukça önemli bir öge olarak görülmektedir (17). Motivasyonu değerlendirmek, bireyin tedaviyi ne kadar önemseydiğini anlamaya yardım eder (18). Araştırmacılar, madde kullanım bozukluğunun tedavisinde motivasyonun rolünün daha çok önemsenmesi gerektiğine ve motivasyonu arttırmaya yönelik stratejilerin tedavi programlarına eklenmesine vurgu yapmaktadırlar (19,20).

Bağımlı olan bireyin hayatı madde arayışı ve madde kullanımı gibi bir kısır döngüye dönüşmektedir (21). Buna rağmen bu hastalar çoğunlukla hastaneye yatarak tedavi olmayı istemezler. Hemen hemen hepsi ilk başlarda maddeyi kendi kendilerine bırakabileceklerine inanıp tedaviye başvurmadan bırakma girişiminde bulunurlar. Fakat bu çabaların büyük bir kısmı başarısızlıkla sonuçlanır. Yatarak arınma tedavisi daha çok önerilen bir yöntemdir (12,22). Madde kullanıcıları arasında “bu hastalığın bir tedavisi olmadığı” yolunda yanlış bir inanç yerleşmiştir. Bu inançlar tedaviyi mümkün kılan kararlılık ve istekliliğe engel olabilmektedir (23). Bağımlılık sürecinde etkili olan diğer

inançlar ise, “bir kereden bir şey olmaz”, “ben bağımlı olmam”, “ istersem bırakırım” “maddenin tüm sorunları ve acıları unutturduğu” gibidir (24). Bağımlıların büyük çoğunluğu, kontrolü altında tutabileceği inancıyla madde kullanmaya başlamış ve bağımlı olabileceğini düşünmemiştir. Ancak sonuçta birey bağımlı hale gelir (23). Tedavi sürecinde kişinin madde kullanmaya başlamasında, devam etmesinde ya da tedavi süreciyle ilgili gerçekçi olmayan inançlarının da ele alınması tedavinin başarısı için son derece önemlidir (25).

Madde kullanım bozukluğunda tedavi, uzun vadeli bir değişim sürecidir. Tedavi motivasyonu ve değişime hazır olma düzeyi ve inançları kişiden kişiye değişkenlik göstermektedir. Madde kullanım bozukluğunun tedavi süreci ve önlenmesinde ekip işbirliği oldukça önemli olup bu ekipte hemşirenin rolü büyüktür. Bu alanda çalışan psikiyatri hemşirelerinin özellikle de bu hastalara bakım sağlayan AMATEM biriminde çalışan hemşirelerin, bağımlılık tedavisinin temel ilkelerini, maddelerin etkilerini, entoksikasyon ve yoksunluk belirtilerini, tedavi motivasyonunu artırma stratejilerini iyi bilmeleri ve ayrıca iyi bir gözlemci olmaları gerekmektedir (26,27). Buna yönelik olarakda ülkemizde Sağlık Bakanlığı tarafından AMATEM’de çalışan hemşirelere sertifika programları düzenlenmektedir.

Madde kullanım bozukluğunda bakım ve tedavi, hastaların maddeyi kullanma davranışında etkili olan tüm etmenleri kapsamalıdır. Ayrıca tedavinin uzun vadeli bir süreç olacağı ve kaymaların (nükslerin) tedavi sürecinin bir parçası olduğu unutulmamalı, tekrarlayan kaymalara rağmen bireyin maddeyi bırakabileceğine dair inanç korunmalıdır (26,27). Birey ve ailesi problemle baş edebilmek için, madde bağımlılığı, maddelerin etkileri ve iyileşme süreci konularında bilgi almaya ihtiyaç duyar. Hemşire, etkili baş etme yöntemleri ve tedaviyi sürdürmenin önemini anlatmalı (28,29) ve madde kullanımına ilişkin yanlış inançlarını sorgulayarak düzeltmelidir. Hemşirenin klinik ortamda, tedaviyi etkileyen faktörleri çok boyutlu ele alarak değerlendirmesi, değişim sürecini daha anlamlı bir hale getirir. Tedavi motivasyonunun artırılarak tedavinin devamlılığının sağlanması ile daha uzun süreçli iyileşme şansı artırılabilir (29,30).

1.2. Araştırmanın Amacı

Bu çalışma, hastaların yatarak tedavi gördükleri süreçte tedavi motivasyonlarındaki ve madde kullanımına ilişkin inançlarındaki değişimi değerlendirmek amacıyla yapılmıştır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Madde Bağımlılığı Nedir?

Bağımlılık, bireyi ve çevresini sosyal, fiziksel ve ruhsal yönden etkileyen bir hastalıktır. Bağımlılık; kişinin kullandığı maddeyi defalarca bırakma çabasına rağmen bırakamaması, giderek madde miktarını arttırması, kullanmayı bıraktığıdaysa yoksunluk belirtilerinin görülmesi, zararlı etkilerini görmesine rağmen kullanmaya devam etmesi, zamanının büyük çoğunluğunu madde arayışı ile geçirmesi ile belirli bir durumdur (4). Madde bağımlılığının temeli, madde kullanımı ile ilişkili ciddi sorunlara karşın bireyin madde kullanımını sürekli bir şekilde işaret eden fizyolojik, bilişsel ve davranışsal bir grup belirtinin var olmasıdır (31).

2.1.1. Tolerans

İstenen etkiye ulaşabilmek için gittikçe artan dozlarda maddeye ihtiyaç duyma ve aynı dozun sürekli kullanılması halinde etkinin gittikçe azalmasıdır (32,33).

2.1.2. Yoksunluk

Yoksunluk (kesilme): Uzun bir süre düzenli olarak kullanılan bağımlılık yapıcı bir ilaç ya da maddenin kesilmesi ya da miktarının azaltılması sonucu oluşan maddeye özgü bir sendromun gelişmesidir. Bu sendrom bağımlılığın, fizyolojik belirti ve bulgularının yanı sıra hissetme, davranış ve düşünmede bozukluklar gibi fizyolojik değişikliklerle de karakterizedir (32,33).

2.1.3. Madde Entoksikasyonu

Temel niteliği, yakın bir zamanda herhangi bir maddenin alınmasına ya da bir maddeyle karşılaşmaya bağlı olarak o maddeye has, geriye dönüşlü bir sendromun ortaya çıkmasıdır. İntoksikasyonla ilgili, kliniksel açıdan belirgin olan uygun olmayan davranışlar veya psikolojik değişiklikler “Örn. kavgacılık, duygu durum değişikliği, bilişsel bozukluk, yargılama bozukluğu, toplumsal ya da mesleki işlevsellikte bozulma” maddenin MSS (merkezi sinir sistemi) üzerine olan doğrudan etkisine bağlıdır yada madde kullanımı esnasında ya da hemen ardından ortaya çıkmıştır. Bu belirtiler, genel bir tıbbi duruma bağlı değildir aynı zamanda başka bir zihinsel bozuklukla daha iyi açıklanamaz (31).

2.2. Madde Kullanım Bozukluğu Epidemiyolojisi

Son zamanlarda sosyal, psikolojik ve biyolojik birçok etkenlerle etkileşim içinde olan madde kullanımının giderek arttığı görülmektedir (4). Kapsamlı bir araştırmanın sonucuna göre; 18 yaş üstü Birleşik Devletler halkının maddeyi kötüye kullanım yada bağımlılık tanıları açısından yaşam boyu prevalansın %16.7 olduğu tespit edilmiştir. Alkol kötüye kullanımı yada bağımlılık tanıları açısından yaşam boyu prevalans %13.8, alkol dışı maddeler için ise bu oran %6.2'dir. Alkol ve nikotin en fazla kullanılan maddeler olmakla birlikte; esrar, kokain ve haşış kullanımı da artmıştır (34). Erkeklerde kadınlara göre kötüye kullanım ve bağımlılık daha sıktır. İşsiz ve azınlıklarda madde kullanımı, işi olan ve azınlık olmayanlara göre daha yüksektir (35).

1997 yılında Amerika Birleşik Devletleri'nde yapılan bir araştırmanın sonuçlarına göre; bir aylık bir dönemde 200 bin kişinin eroin, 800 bin kişinin amfetamin ve türevleri, 1 milyon 500 bin kişinin kokain, 10 milyon kişinin esrar, 11 milyon kişinin alkol, 61 milyon kişinin tütün veya tütünlü ürünler ve 130 milyon kişinin kafein tükettiği veya kötüye kullandığı tespit edilmiştir. Kafein, nikotin ve alkol gibi yasal ürünler kullananlar çıkarıldığında; Amerika Birleşik Devletleri'nde 1 ayda 13 milyon 500 bin kişinin yani toplumun yaklaşık ortalama %5'inin yasa dışı bağımlılık yapan maddelerden en az birini kötüye kullanmış olduğu görülmektedir. Nikotin ve alkol kullananlar da eklendiğinde, genel nüfusun yaklaşık %40'ının DSÖ (Dünya Sağlık Örgütü) tarafından tanımlanmış, bağımlılık yapan maddelerden herhangi bir tanesini kullandığı ortaya çıkmaktadır (36).

Avrupa Uyuşturucu Bağımlılığı İzleme Merkezi tarafından (EMCDDA) Avrupa'daki uyuşturucu madde sorununun durumunu ortaya koyan 2014 yılı raporunda; Avrupa'da uyuşturucu madde kullanımına ilişkin yetişkin bireylere ait sonuçlar yer almaktadır. Bu raporun sonucuna göre; farklı madde çeşitlerinin yaşam boyu yaygınlık oranları şöyledir; "73.6 milyon ya da yetişkinlerin %21.7'si (15-64 yaş arası) yaşamında esrar kullanmış; 14.1 milyon ya da yetişkinlerin %4.2'si (15-64 yaş arası) yaşamında kokain kullanmış; 11.4 milyon ya da yetişkinlerin %3.4'ü (15-64 yaş arası) yaşamında amfetamin kullanmış; 10.6 milyon ya da yetişkinlerin %3.1'i (15-64 yaş arası) yaşamında ekstazy kullanmış ve 1.3 milyon (15-64 yaş arası) problemli opioid kullanıcısı olduğu bulunmuştur" (4).

Türkiye Uyuşturucu ve Uyuşturucu Bağımlılığı İzleme Merkezi (TUBİM) 2011 Türkiye Uyuşturucu Raporuna göre ise; genel nüfusta madde kullanım sıklığı %2.7 olarak bulunmuştur. 2011 yılında yapılan TUBİM Okul çocukları araştırmalarında ise %49'u kız,

%51'i erkek ve yaş ortalaması 15 olan öğrencilerin yaşam boyu madde kullanım sıklığı %1.5 olarak tespit edilmiştir. Rapora göre;15-24 yaş grubunda olmak, alkol, tütün, hekim önerisi dışında ilaç kullanıyor olmak, bekar olmak, gelir düzeyi 500 TL ve altında olmak, erkek olmak madde kullanımını anlamlı biçimde arttırmaktadır (4,6).

TUBİM 2014 Yılı Raporuna göre ise; “ 2012 yılında 162 olan doğrudan madde bağımlılığı ölüm sayısı 2013 yılında %43.2'lik bir artışla 232'ye yükselmiştir. Öte yandan uyuşturucu madde kullanıcılarının önemli bir kısmı %41.4 sigara ve alkol kullanmaktadır. Maddeyi ilk deneme yaşının 15-24 yaşları arasında yoğunlaştığı ve kullanıcıların %75'inin bu yaş grubu aralığında uyuşturucu maddeyi ilk kez denediği bulunmuştur”. Madde kullanımının her geçen gün arttığı göz önüne alındığında bu durum hem toplumsal hem de bireysel alanlarda önemli bir mesele olarak karşımıza çıkmaktadır (4,7).

2.3. Madde Kullanım Nedenleri

1. Psiko-dinamik Kuramlar
2. Davranışsal Kuramlar
3. Çevresel Etkenler ve Sosyolojik Kuramlar
4. Biyolojik Etkenler
 - a. Nörotransmitterler
 - b. Genetik (Kalıtsal) Etkenler (37).

2.3.1. Psiko-dinamik Kuramlar

Psikodinamik kuramlar, aşırı baskıcı süperegö ve cinsel-ruhsal gelişimin oral dönemdeki saplantılar üzerine odaklaşmıştır. Aşırı baskıcı ve katı süperegöleri olan bireyler, alkolü gerginliklerini (bilinçdışı) azaltmak için içerler. Psiko-analitik özdeyişte söylendiği gibi; “katı süperegö alkol içinde erir”. Freud, oral dönemde kalmış bireylerin bunaltılarını alkol ve benzeri maddeleri oral yolla alarak azalttıklarını ve oral doyum elde ettiklerini düşünür (37).

Ego, güçsüzlüğü ve bağımlılık davranışını belirleyen önemli etmenlerdendir. Klasik psikanalizin temelini oluşturan Freud'a göre, oral dönem psiko-seksüel gelişim dönemlerinden biridir ve bu dönemde meydana gelen sorunlar sebebiyle bağımlılık oluşmaktadır. Bunun sonucunda oral kişilik yapısı gelişmektedir. Oral kişilik yapısının özellikleri arasında; iç çöküntü, açgözlülük, kolay duygulanma, karamsarlık, tutarsızlık, anneye aşırı bağımlılık sayılabilir. Kişi geliştikçe oral dönemine ilişkin nesneler biçim ve yön değiştirir. Çocukluk döneminde; doyum sağlayan anne memesi süt, su ve benzeri

nesneler, ileriki yaşlarda sigara, alkol ve maddeye dönüşür. Böylelikle doyum sağlama ve hazzı erişme nesneleri sigara, alkol ve madde olur. Üstünlük duyguları, güçlü olmak, yeterlilik insan davranışlarında ve gelişiminde önemli roller üstlenir. Katı cezalandırıcı bir eğitim, iş ve sosyal yaşamında başarısızlıklar, doğuştan sakatlıklar, karşı cinsle ilişkilerde yaşanan hayal kırıklıkları kişide büyük karmaşa yaratır. Bu karmaşayı çözümlmek ve bu duygular ile baş edemeyenler uyuşturucu maddeler ile bu eksikliklerini kapatmaya çalışmaktadırlar (38).

2.3.2. Davranışsal Kuramlar

Madde kullanım bozukluğunun davranışsal modelleri; bu bozukluğun oluşmasında öğrenmenin önemini belirtmektedir. Klasik ve edimsel koşullanma yoluyla, yaşananlar ve yaşanan olaylar hakkında sahip olunan bilgi arasındaki bağ madde kullanımı davranışını pekiştirmektedir. Örn.; alkol kullanımı, alkolün kullanıldığı mekandaki birçok uyarana bağlıdır. Alkollü bir içeceğin tadı ve kokusu en belirgin etmenlerden biridir. Daha hassas uyarılar ise; bar vb. ortamlar, kutlamalar ya da kişinin madde kullanırken içinde bulunduğu mutlu, üzüntülü, yalnız gibi ruh halidir. Çevresel nedenlerle eşleştirilen mükerrer madde kullanımı bu nedenleri koşullanmış uyarılara dönüştürerek madde kullanım davranışı gelişir. Bu öğrenilmiş bağlantılar, daha sonrasında maddenin benzeri bütün durumlarda kullanılacağı beklentisini ve fikrini ortaya çıkarır. Böylelikle, maddenin kokusu, daha önce madde kullandığı bir mekanın önünden geçmek veya mutsuz hissetmek, madde kullanma isteğini tetikleyen sebepler haline gelir (28).

2.3.3. Çevresel Etkenler ve Sosyolojik Kuramlar

Alkol ve madde kullanımını onaylamayan değer yargıları ve gelenekleri olan toplumlarda bağımlılık oranları düşüktür. Toplumsal çevre, maddenin ucuz ve kolay elde edilebildiği, arkadaş grupları, kullanımının üstünlük, güç ve prestij sağladığı ortamlar ve bazı otel, içkili lokanta, bar, pavyon, yurtlar, gemiler gibi ortamlarda çalışanlarda bağımlılık oranları yüksektir (39). Birey içinde bulunduğu ortama uyum sağlayamadığı zaman hüsrana ve yıkım duyguları yaşar. Yaşadığı bu duygulardan uzaklaşmak ve başa çıkabilmek için de maddeye başvurabilir (38). İyatrojenik nedenler; benzodiazepin ve opiumların kolay ve gereksiz yere verilmesi bağımlılığa neden olabilir (37).

2.3.4. Biyolojik- Nörotransmitterler

- ▶ Gamma-aminobutirik asit
- ▶ Glutamat
- ▶ Dopamin
- ▶ Serotonin

- Opioidler
- Nöropeptidler (37)

Beyinde bazı özel sistemler ve bölgelerin bağımlılıkta önemli rollere sahip olduğu bulunmuştur. Bazı maddeler bu sistemleri “aktive etmekte” ve o bölgelerde etkinlik göstererek dengeyi ve yapıyı bozmaktadır. Ancak bu maddelerin beyinde yarattığı etkinin geçici olduğu maddenin etkisinden kurtulduktan sonra (aylar) beynin eski işlevine döndüğüne ilişkin işaretler vardır (38).

Madde bağımlılığında etkili olan önemli üç nörotransmitter sistemler; katekolamin, GABA ve opiyat sistemleridir. Dopaminerjik nöronların; beynin kortikal ve limbik bölgesine olan uzantıları insanın ödül sistemi merkezidir. Bu uzantıların kokain ve amfetaminin etkisini gösterdiği yerler olduğu vurgulanmıştır. Locus ceruleus ve adrenerjik nöronlar ise opiyat bağımlılığında önemlidir. Kokain, sinir uçlarında dopaminin sinirlere geri alınmasını inhibe etmekte ve böylece sinir aralığında dopamin düzeyi artmaktadır. Aynı şekilde serotonin ve noradrenalin gibi nörotransmitterlerinde geri alımını inhibe ederek sinir aralığında miktarın artışlarına neden olduğu belirtilmiştir. LSD, serotonin reseptörlerini serotonin gibi etkileyerek, bu reseptörlerin fonksiyonunu artırmaktadır. Uçucu maddelerin, GABA sistemini etkilediği, alkol gibi hücre zarları üzerinde etki gösterdiği belirtilmektedir. Afyon vb. maddeler; opiyat reseptörleri üzerinden etki göstermektedirler (38,40).

2.3.5. Genetik-Biyolojik

Bağımlı kişilerin kan bağı olan yakınlarında bağımlılık görülme olasılığı artmaktadır (32). Evlat edinme, kardeş ve ikiz çalışmalarının sonucunda elde edilen veriler alkol kullanmanın genetik temelinin olduğuna dair güçlü kanıtlar vardır (35). Bunlardan bazıları şöyledir:

- Alkolizmde aileden geçiş vardır: Evlatlık edinilse bile risk 4 katıdır.
- İkiz çalışmalarında genetik etki: Monozigot > Dizigot
- Alkoliklerin evlatları alkole düşük duyarlılık gösterir.
- Dehidrojenaz eksikliği gibi bazı genler koruyucu olabilirler.
- Davranış bozukluğu, Anti sosyal kişilik bozukluğu, dürtüsellik riskli gruplardır.
- Bireyin alkolizme olan yatkınlığının düzeyi birçok gen (poligenetik) tarafından belirlenir (37).

2.3.6. Kişilik Etkeni

Psiko-dinamik kurama göre, madde kullanım bozukluğu olan kişiler, bağımlı, aşırı duyarlı, utangaç, ürkek, yalnızlığa eğilimli, gergin, aşırı güvensiz, cinsel dürtülerini bastırmış ve engellenmeye dayanma gücü düşük kişilerdir. Güvensizlik, başarısızlık ve güçsüzlüğü kapatabilmek için; otoriteye karşı çıkma, kuralları ve yasaları çiğneme eğilimi vb özellikler bulunmaktadır. Anti-sosyal kişilik özelliklerinin alkol-madde bağımlılarında daha fazla olduğu bilinmektedir. Madde bağımlılığına özgü bir kişilik yapısı yoktur (37,41).

Madde kullanım bozukluğu ve kişilik bozuklukları arasında önemli derecede bir ilişki olduğu tespit edilmiştir. Madde bağımlısı kişilerde en fazla gözlenen kişilik bozukluğu anti sosyal kişilik bozukluğudur. Bağımlıların %50'sinin "antisosyal kişilik bozukluğu" tanısı aldığı saptanmıştır (38).

2.3.7. Risk Yaratan ve Koruyucu Etkenler

Madde kullanım bozukluğundan koruyucu etkenler şunlardır:

- ✓ Pozitif ve güçlü aile bağları
- ✓ Anne-babaların çocuklarının arkadaşlarını tanıması ve neler yaptıklarından bilgilerinin olması
- ✓ Aile içi kuralların açık net olması ve tüm aile bireylerinin bunlara uyması
- ✓ Anne-babaların çocuklarının yaşantılarına ilgili olmaları
- ✓ Okulda başarılı olması, okul kulüplerine katılması, ilgi duyması

Madde kullanım bozukluğunda risk yaratan etkenler şunlardır:

- ✗ Ailede ruhsal sorun ya da bağımlılığı olan bireylerin varlığı
- ✗ Doğru olmayan çocuk yetiştirme şekilleri
- ✗ Ebeveyn ve çocuk arasında ilgi eksikliği ve bağlanma
- ✗ Okulda aşırı utangaçlık veya şiddet içeren davranışlar
- ✗ Okul başarısında düşme
- ✗ Sosyal becerilerde yetersiz olma
- ✗ Sapkın davranışları olan arkadaşlarla ilişki kurma
- ✗ İş, aile, okul ortamlarında madde kullanılmasına onay verilmesi (38)

2.4. Tanı ve Sınıflama

DSM V' te Madde Bağımlılığı ve Madde Kötüye Kullanımı tanıları Madde Kullanım Bozuklukları olarak yer almıştır. DSM V' e göre Madde Kullanım Bozuklukları (Her maddeye göre ayrı olarak) tanı kriterleri Tablo 1'de gösterilmiştir.

Tablo 1: DSM V Madde Kullanım Bozuklukları

1. Aşağıdakilerden biri ile tanımlandığı üzere tolerans gelişmiş olması a. Entoksikasyon ya da istenen etkiyi sağlamak için belirgin olarak artmış miktarlarda madde kullanma gereksinimi b. Sürekli olarak aynı miktarda madde kullanılması ile belirgin olarak azalmış etki sağlanması
2. Aşağıdakilerden biri ile tanımlandığı üzere yoksunluk gelişmiş olması: a. Söz konusu maddeye özgü yoksunluk sendromu b. Yoksunluk semptomlarından kurtulmak ya da kaçınmak için aynı maddenin ya da benzerinin alınması
3. Maddenin çoğu kez tasarlandığından daha yüksek dozlarda ya da daha uzun bir dönem süresince alınması
4. Özel maddeyi kullanmak için Şiddetli istek duymak (aşerme)
5. İşte, okulda ya da evde alması beklenen başlıca sorumlulukları alamama ile sonuçlanan yineleyici biçimde madde kullanımı
6. Fiziksel olarak tehlikeli durumlarda yineleyici bir biçimde madde kullanımı
7. Madde kullanımını denetim altına almak ya da bırakmak için sürekli bir istek ya da boşa çıkan çabalar
8. Maddeyi sağlamak (örn., çok sayıda doktora gitme ya da uzun süreli araba kullanma), maddeyi kullanmak (örn., birbiri ardına sigara içmek) ya da maddenin etkilerinden kurtulmak için çok fazla zaman harcama
9. Madde kullanımını yüzünden önemli mesleki, toplumsal etkinlikler ya da boş zamanları değerlendirme etkinliklerinin azaltılması ya da bırakılması
10. Maddenin neden olmuş ya da alevlendirmiş olabileceği, sürekli olarak var olan ya da yineleyici bir biçimde ortaya çıkan fizik ya da psikolojik bir sorununun olduğunun bilinmesine karşın madde kullanımının sürdürülmesi (alkol kullanımı ile kötüleştiğini bildiği ülseri olmasına karşın içmeyi sürdürme) (42)

2.4.1. Psikoaktif Maddelerin MSS (Merkezi Sinir Sistemi) Üzerine Etkilerine Göre Sınıflandırılması

Merkezi Sinir Sistemine *Narkotik* Etki Yapanlar;

-Afyon (Haşhaş)

-Morfin

-Eroin

Merkezi Sinir Sistemine *Depresan* Etki Yapanlar;

-Alkol

-Barbitürat

-Sedatifler

-Trankilizanlar

Merkezi Sinir Sistemine *Uyarıcı* Etki Yapanlar;

-Kokain

-Amfetamin

Merkezi Sinir Sistemine *Halusinojen* Etki Yapanlar;

-LSD

-Meskaline

-Esrar (marijuana) (31)

2.5. DSM V'e Göre Madde Kullanımı ve Bağımlılık ile İlişkili Bozukluklar Tanı Kategorileri Ana Başlıkları

Madde İle İlişkili Bozukluklar

1. Alkol ile ilişkili bozukluklar
2. Kafein ile ilişkili bozukluklar
3. Kenevirle (esrar) ilişkili bozukluklar
4. Halüsinojenlerle ilişkili bozukluklar
5. Uçucu maddelerle ilişkili bozukluklar
6. Opioidlerle ilişkili bozukluklar
7. Hipnotik, sedatif ve anksiyolitiklerle ilişkili bozukluklar
8. Uyarıcılarla ilişkili bozukluklar
9. Tütünle ilişkili bozukluklar
10. Başka madde kullanım bozuklukları
11. Başka madde entoksikasyonu
12. Başka madde yoksunluğu
13. Maddeye bağlı başka bozukluklar

Madde ile bağlantılı olmayan bozukluklar

- a. Kumar (32).

2.5.1. Alkol ile İlişkili Bozukluklar: Alkol eski çağlardan beri yatıştırıcı, keyif verici, ilaç ve uyuşturucu olarak kullanıla gelmiştir (31).

Alkol Kullanım Bozukluğu: 12 aylık bir süre içinde, Tablo 1’de ki tanı ölçütlerinden (en az ikisiyle) kendini gösteren, kliniksel açıdan belirgin bir soruna ya da işlevsellikte düşmeye neden olan, problemli bir alkol kullanım örüntüsüdür (4). Alkolün MSS (merkezi sinir sistemi) üzerindeki temel etkisi; depresyondur (32).

Alkol zehirlenmesi; basit sarhoşluktan komaya kadar giden klinik tablolar meydana gelebilir (43). Alkol alımı ile hemen ya da kısa süre sonrasında ortaya çıkar. Bu belirtiler; konuşmanın bozulması, saldırgan davranışlar, eşgüdüm bozukluğu, ayakta düzgün duramama, yargılamanın bozulması, nistagmus, bellek ya da dikkatte bozukluklar, stupor/koma. Alkol intoksikasyonu, genellikle kan alkol düzeyi 100-200 ml olursa hemen her zaman zehirlenme belirtileri görülür (4,35,45).

Alkol kullanım bozukluğu olan kişiler, alkol miktarını azalttıklarında ya da kullanmayı kestiklerinde bir grup belirti ile kendini gösteren yoksunluk sendromu ortaya çıkar. Belirtiler; 12 saat veya daha erken zamanda başlar, 2. veya 3. gün en üst seviyeye ulaşır ve 4. ve 5. günler hafifler (43). En sık görülen belirtiler şunlardır:

Otonomik belirtiler; çarpıntı, terleme, hipertansiyon, ateş yükselmesi, titreklik, ağızda kuruluk

Nörolojik belirtiler; güçsüzlük, kramplar, tremor, konuşma da zorluk, kaslarda miyoklonik kasılmalar, derin tendon reflekslerinde artış, baş ağrısı

Ruhsal belirtiler; sinirlilik, bellek ve dikkat bozuklukları, uyku bozuklukları, korkulu düşler, illizyonlar ve kısa süren halüsinasyonlar,

Bilişsel işlevlerde bozukluk; konsantrasyon bozukluğu (4,32,35,43,45).

2.5.2. Kafein İle İlişkili Bozukluklar

Çay, kola ve kahve gibi içecekler ve çikolata kafein içermektedir. Düşük miktarlarda kullanıldığında uyarıcı, yüksek miktarlarda kullanıldığında depresan etki yaparlar (32,46). Bilgi işleme hızı ve sözel belleği olumlu yönde etkiler. Kan basıncını, dikkati artırır (32). Bir ya da iki fincan kahve uyanıklılığı artırır, yorgunluğu giderir, kişi kendini iyi ve enerji dolu hisseder, dikkat (konsantrasyon) artar (44).

Kafeinin alımının 250 mg veya fazlası intoksikasyona neden olur. İntoksikasyonda izlenen belirtiler arasında; huzursuzluk, sinirlilik, heyecan, yüzde kızarma, hipertansiyon, çarpıntı, nöbetler, hipertermi, hipokalemi, diürez, mide barsak sistemi ile ilgili bozukluklar, kardiyak aritmi, yorgunluk duygusunda azalma gibi belirtiler izlenir. Bir fincan kahvede yaklaşık olarak 100 mg kafein olduğu bilinmelidir (32,35,44).

DSM V tanısı için kafein kullanımının hemen ardından kullanımın bir anda kesilmesi ile baş ağrısı, yorgunluk, uyuşukluk, disforik, depresif duygu durum, sinirlilik, konsantrasyon

bozukluğu, soğuk algınlığına benzer belirtiler gibi belirtilerden en az 3 tanesinin varlığı gereklidir (32,38). Yoksunluk belirtileri; kafeinin kesilmesinden 12 ile 24 saat sonra başlar, 2 ile 7 günde sonlanır. Aşırı şiddetli belirtiler 2 gün sonra oluşur (44).

2.5.3. Kannabisle (esrar) İlişkili Bozukluklar

Esrar, hint keneviri bitkisinden elde edilen bir maddedir. Esrarın ana etken maddesi THC (Delta-9-tetrahydrocannabinol)'dir. Esrar beyin kendi kannabinoid alıcılarıyla etkileşerek 'mesolimbik' ödül sisteminde dopamin salgısını artırır (47). Bu alıcılar (reseptörler) beyin hafıza, ödül, kavrama, motor koordinasyon ve acı algısı işlevlerinden sorumlu bölümlerinde yer almıştır. Esrar en sık ot, marihuana ve joint olarak adlandırılmaktadır. Esrar içildiğinde; keyif verici etkisi bir kaç dakika içinde başlar, 30 dakika içinde etkisi en üst seviyeye çıkmakta ve bu etki 2 ile 4 saat içinde sonlanmaktadır. Motor becerilerindeki bozukluk 8 ile 12 saat kadar bir süre devam eder. Esrar kullanımı; kısa vadeli rahatlama ve öfori, zaman algısında bozulma, duyuşal deneyimlerde maraziye ve algıda değişikliğe neden olmaktadır. Esrar kullanımdan sonra; aşırı yeme, aşırı film seyretme veya çok fazla müzik dinleme gibi faaliyetlerde artış gözlenmektedir. Aynı zamanda sosyal ortamlarda kullanıldığında çok fazla gülme ve çok fazla konuşmaya neden olduğu bildirilmiştir (38,138).

Madde bağımlılarının, madde kullanmaya esrar kullanarak başladığı ve ağır düzeydeki kullanıcıların daha önce esrar kullanmayan kişilere göre 140 kat daha fazla öteki maddeleri kullanmaya eğilimli oldukları gösterilmiştir (48). Esrar kullanan bağımlılarda kullanmayan bağımlılara göre ekstazi kullanma riski 34 kat fazla, diğer uyuşturucu hapları kullanma riski 23 kat fazla, eroin kullanma riski 17 kat fazla ve uçucu madde kullanma riski 10 kat daha fazla olduğu bulunmuştur (49).

DSM-4-TR'ye (Amerikan Psikiyatri Birliği 2000) göre; akut esrar entoksikasyonu "yükselme" duygusuyla gelişir. Hareketlerde bozulma, öfori, zamanın yavaşladığı hissi, anksiyete, yargılama bozuklukları, sosyal içe çekilme, iştahta artış (özellikle karbonhidratlara yönelik açlık hissi), ağız kuruluğu, çarpıntı gibi belirtiler görülür (50).

Kannabis yoksunluk belirtileri; genelde çok fazla kannabis kullananlarda gözükmemektedir. Bu belirtiler; terleme, titreme, aşırı hassaslık, sinirlilik, huzursuzluk, iştah azalması, uykusuzluk, alınganlık, parçalanmış düşünceler, yön duygusu bozukluğu, dokunsal, görsel ve işitsel halüsinasyonlardır (40,51).

2.5.4. Halusinojenlerle İlişkili Bozukluklar

Algı bozuklukları, varsanı, gerçek dışılık duygusu ve benzeri psikoz gibi bulgulara neden olurlar. Asetilkolin, dopamin, GABA ve serotonin sistemlerini de içeren fazla sayıda

nörotransmitter sistemlerini etkiler. Hayal gördüren ve öforik etkilerine çok hızlı tolerans gelişir. Fiziksel bağımlılık yapmamakla birlikte psikolojik bağımlılık yapıcı etkisi vardır (139). Halüsinogen kullanımının başlangıcı; sosyal ve kültürel ortam, ulaşılabilirlik ve beklentilere bağlıdır (52). Halüsinogen kullanımı çoğunlukla deneysel ve geçicidir, fakat kronik ve ağır kullanım; kişilik bozuklukları, flaşbackler, duyuşal labilite ve demans gibi uzun vadeli sonuçlara neden olabilir (53).

Ekstazi; Halüsinogenler grubunda yer alır, tablet ve kapsül formlarında satılmaktadır. Çoğunlukla kişide yarattığı zindelik, rahatlık, mutluluk ve doygunluk hisleri sebebiyle kullanılır (54).

Fensiklidin: PCP; melek tozu da denir. Çoğunlukla sigara şeklinde içilir, kan beyin bariyerinden hızlı bir şekilde emilir. Dopaminerjik transmisyonu arttırmaktadır. Şiddete eğilim oluşturabilir. Taşikardi, kas gerilmesi, hipertansiyon, analjezi, ataksi, ağız sulanması, istemsiz göz hareketleri gibi etkileri vardır (55,56).

LSD; çavdar küfünde bulunan Lysergic asitten üretilir ve kokainden yüz kat daha güçlü bir maddedir (57). Çok az bir dozu bile saatler süren etki yaratabilir. Genellikle oral kullanılır (58).

2.5.5. Uçucu Maddelerle İlişkili Bozukluklar

İnhalanlar; oda ısısında sıvı ya da gaz formda olan maddelerdir (4). Merkezi sinir sistemine ciddi toksik etkilere sebep olan organik çözücülerdir. Dört değişik formda ele alınırlar; 1.Volatil Solventler; boya incelticiler, yağ çıkarıcılar, yapışkanlar, 2.Aerosoller; deodorantlar, sprej boyalar, 3.Gazlar ve Anestezikler; halotan, gülme gazı (nitroz oksit), eter, 4.Nitrit Türevleri; oda spreji, izoamil nitrit (32,140).

Etkisi, öfori ve eksitasyon dahil 5-45 dk da sonlanır. Baş dönmesi, konsantrasyon ve yönelim bozukluğu, geveleyerek konuşma ile karakterize akut deliryuma sebep olabilir. Aynı zamanda iştah kaybı, hipoaktif reflexler, çift görme, apati, düzgün ayakta duramama diğer etkileri arasındadır. Çok yüksek dozlarda alındığında ise stupor ve koma görülebilir (4,59). En yaygın kullanılan uçucu maddeler tiner ve ballydır (60). ESPAD 2007 Raporuna göre; araştırmaya alınan tüm ülkeler için uçuculara ilişkin ortalama yaşam boyu kullanım %9 olarak bulunmuştur (34).

2.5.6. Opioidlerle İlişkili Bozukluklar

Opium ve çeşitleri ile yarı sentetik, sentetik opium benzeri olan narkotikler bu gruba girer. Morfin ve kodein doğal opium alkaloidleridir. Metadon, eroin narkotik analjeziklerdir. MSS'ne etki eden tüm maddeler terapötik dozlarda kullanılması halinde az, yüksek dozlarda kullanılması halinde ise şiddetli bağımlılık ve tolerans gelişir (61). Eroinin analjezik etkisi morfinden daha güçlüdür ve bağımlılık oluşma potansiyeli morfinden daha yüksektir (62). Eroin ve morfinin etki süresi 3-5 saattir. Bu sebeple; yoksunluk sendromu yaşamamak için günlük en az 2-3 kez kullanmak gerekir (141).

Uyuşturucu madde ilk alındığında genel rahatlama hissi, öfori, ferahlık duygusu ve rüya alemine dalma hissi gibi geçici enerji ve neşe hali oluşur. Sonrasında zindelik yerini, sedasyon ve uyuşukluk dönemine bırakır. Cinsel isteksizlik olur. Konuşma ve hareketlerde yavaşlama, dikkatte ve bellekte bozulma, ağrı hissinin kaybı, düz kasların kasılması, vücut ısısında değişiklikler, kan basıncında azalma gibi değişiklikler olur. Eroin bağımlılarında genel görünüm; durgunluk, soluk bir yüz, yavaş hareketler, isteksizlik, zayıf olma, dengesiz yürüme, azalmış öz bakım gözlenir. Birey artık eroini zevk almak için değil, kriz yaşamamak için kullanır (31,63).

Opioid intoksikasyonunda; bilinç yerindedir, sersemlik ve uyku hali olur, konuşma ve bellek bozukluğu, istemsiz öne doğru eğilme, ötimik - öforik, pupiller konstrüksiyon belirtileri görülürken, opioid aşırı doz alımında; bilinç kaybı, solunum yavaşlaması, toplu iğne başı gibi pupilla, yavaş kalp atımı, apne, koma ve ölüm gerçekleşebilir (64). Yoksunluk belirtileri; eroin kesildikten ortalama 6-8 saat sonra başlar, 2-3 gün boyunca en şiddetli dönem yaşanır, 7-10 gün içinde de sonlanır (63). Bu belirtiler; hoşnutsuzluk, burun akıntısı, gözyaşı salgılama, gerginlik, kas ve eklem ağrısı, uykusuzluk, kusma, aniden aşırı sıcaklık hissi ya da üşüme, tüylerin diken diken olması, esneme, diyare, terleme, huzursuzluk, karın krampları ve halsizliktir (65).

2.5.7. Hipnotik, sedatif ve anksiyolitiklerle ilişkili bozukluklar

Bu gruptaki ilaçlar flunitrazepam, diazepam gibi benzodiazepinler ve barbituratlardır. Bu tür ilaçların depresyon yapıcı etkisi vardır. Altı-Sekiz hafta ve yüksek doz kullanımında bağımlılık gelişmektedir. Genellikle bu ilaçlar insomnia ve anksiyete tedavilerinde kullanılır. Benzodiazepinlerde kas gevşetici etki vardır. Yüksek dozda en önemli sorun, solunum durmasıdır. Ayrıca; bellek bozukluğu, peltek konuşma, yargılama bozukluğu, inkoordinasyon, saldırganlık, paranoid belirtiler, uyuşukluk, konfüzyon, irritabilite, stupor,

koma ve ölüm olabilir. Bu maddelerin çekilme (yoksunluk) durumlarında ise; sinirlilik, anksiyete, huzursuzluk, uykusuzluk, nöbetler, tremor, taşikardi görülür (32,33,66).

2.5.8. Uyarıcılarla ilişkili bozukluklar

Merkezi sinir sistemindeki temel etki dopaminerjik aktivasyondur. Öforik etkileri buna bağlıdır. Bu grupta en sık kullanılan maddeler: Amfetamin vb. maddelerle, kokaindir (32). Stimülanlar, genellikle ağız yolu ya da damar içi yolla alınır. Aynı zamanda burundan çekilerek veya sigara şeklinde de kullanılabilir. Uyarıcı etkileri özgüvenin ve enerjinin artışına ayrıca yorgunluk, iştah ve uyku gereksiniminin azalmasına neden olur (67).

Amfetaminler ağız yoluyla ya da damar yoluyla normal dozda alınması, başlangıçta kişiye huzur duygusu verir ve zevki artırır, kaygıyı azaltır, dikkati, enerjiyi, libidoyu ve kişilerarası ilişkilerin yarattığı heyecanları artırır. Kokusuz, beyaz, kristalize ve acı bir tozdur. Etkisi 6-8 saatte sonlanır. Kronik kullanım, bireyde görsel-işitsel halüsinasyonlara, şiddet davranışlarına, paranoyaya neden olmaktadır. Kokain, “erythroxilon coca” bitkisinin yapraklarından elde edilir. Kokainin kronik kullanımında, saldırganlık, kaygı, depresyon, kilo kaybı, endokrin anormallikleri oluşabilir (63,67,68).

2.5.9. Tütünle ilişkili bozukluklar

Sigarada iritan ve kanserojen özellikte 4000’den fazla kimyasal madde tespit edilmiştir. Bu maddelerden özellikle bağımlılık niteliği olan nikotindir. Nikotin, beyinde Lokus seruleus’tan norepinefrin salgılanmasına yol açarak; arama davranışı ve huzursuzluk gibi belirtilere ve dopamin düzeyini yükselterek haz oluşumuna neden olur. Düzenli sigara içilmesi beyinde nikotik reseptörlerin sayılarını artırır. Bu stimülan etki; bağımlılık, konsantrasyon artışı, öfori, iştah azalması ve enerji artışı gibi belirtiler görülür (69). Dünya Sağlık Örgütü (WHO) tarafından tütün kullanımı “günümüzde bir biyo-sosyo-psikolojik zehirlenme hali” olarak ifade edilmektedir (70).

2.6. Madde Kullanım Bozukluklarında Tedavi

Bağımlılık tedavisi uzun süreli bir değişim süreci olup tedavi motivasyonu, tedavi süreci ve değişime hazır olma düzeyi kişiden kişiye göre değişkenlik göstermektedir (27).

Madde kullanım bozukluklarının tedavisinde farmakolojik tedavinin yanı sıra; kişilerin aile ve çevrelerini, sosyal ve eğitim yaşamlarını düzenlemeyi hedefleyen önleyici programların öncelikli olduğu multi-disipliner bir tedavi yaklaşımının oluşturulması ve sayıca yetersiz olan tedavi/rehabilitasyon merkezlerinin imkanlarının ve sayılarının

artırılması ayrıca bu alanda daha çok araştırmanın yapılması gerekmektedir. Hastanelerin kötüye kullanılmaması için de önlemler geliştirilmelidir (71).

2.6.1. Farmakolojik Tedavi

İlaç tedavilerinin hiçbirisi doğrudan bireyde madde kullanımına neden olan etkeni tedavi etmek amaçlı değildir. İlaçlar, bağımlılık durumuna eşlik eden diğer ruhsal ve fiziksel belirtileri azaltmak, kullanılan maddenin yerine koymak ya da madde gereksinimini azaltmak içindir (72).

Bağımlılık psikofarmakolojisinde gelişmeler diğer psikiyatri alanlarına göre çok daha yavaş bir seyir göstermiş olup tedavisi uzun zaman sadece davranışsal ve sosyal yaklaşımlar ile sürdürülmüştür. Önceleri bağımlılık tedavisinde onay alan tek ajan disülfiram olurken, son yıllarda opiyat ve alkol bağımlılığı tedavisinde; metadon, naltrekson, buprenorfin ve akamprosot gibi ilaçların kullanımına onay verilmiştir (73).

Disülfiram (Antabus): Disülfiram alkolün karaciğerde işlenmesi esnasında bazı enzimleri engelleyerek bazı maddelerin ortaya çıkmasına neden olmaktadır. Bu maddeler; yüzde kırmızılık, çarpıntı ve fenalık hissi yaratmaktadır. Alkol kullanan birey bu ilacı kullandığı zaman sürecinde alkol alırsa, bu etkilerin kendisinde ortaya çıkacağını bilmektedir. Bu sebeple alkolle karşılaştığında alkol kullanmamak durumunda kalmaktadır (72).

Metadon: Ağız yoluyla alınan, buprenorfin, temgesic ve subutex adıyla bulunan, 24 saat etkili bir opiyat agonistidir. Sadece eroin bağımlılarının tedavisinde kullanılır. Metadon, eroine göre çok daha güvenilir bir maddedir (72).

Naltrexone: Bir sentetik opiyat antagonistidir. Narkotik bağımlılık ve alkolizmin tedavisinde kullanılır. Opioidlerin bedendeki etkisini ortadan kaldırır. Birey bu ilacı kullandığı süreçte kullandıkları maddenin etkisini yaşamaz ve psişik arzuyu azaltır. Naltrekson alkol ve maddenin tekrar kullanımının yüzdesini düşürür (74,75).

Buprenorfin: Parsiyel bir agonisttir ve kötüye kullanımı düşüktür. Parenteral uygulamada 15 dakikada etkisi başlar. Bağımlı kişilerde yoksunluk belirtilerini artırır (68,74). Buprenorfin, hızlı bir yoksunluk için uygun, naltrekson idamesine geçiş için iyi bir seçenek, ayaktan tedavide etkin ve güvenilir bir ilaçtır (76).

Akamprosot (Campral): Alkol bağımlılığı tedavisinde kullanılan bir ilaç olup alkol bırakıldıktan sonra alınır. Alkol içme sıklığını ve relapsı azaltır (72,75).

Bupropion (Zyban): Nikotin içermeyen bir ilaç olup, sigara bağımlılığı tedavisinde kullanılır. Aslında bir antidepresan ilaçtır, sigarayı bıraktıktan sonra bireyde oluşabilecek sorunları azaltmaya yarar (72,75).

2.6.2. Tedavinin Aşamaları

2.6.2.1. Tedaviye Yönlendirme

Birey istemediği sürece madde kullanımını bıraktırmak mümkün değildir. Tedavi motivasyonunu sağlama süreci bağımlılıkta tedavi aşamalarının ilk sürecidir (27). Motivasyonel görüşme, alkol ve madde kullanım bozukluğu olan bireylerle, özellikle tedavinin başlangıç aşamasında kullanılan etkin bir yöntemdir. Miller ve Rollnick tarafından geliştirilen bu yöntem kısa süreçli ve pratik bir yaklaşım olanağı sağlamaktadır. Motivasyon; değişmeye hazır olma ya da istekli olma durumudur. Motivasyonel görüşme; bireylerin sorunlarını anlamaları, değişime hazır olma ve değişim yönünde harekete geçmelerini sağlamayı amaçlamaktadır. Bu yöntem özellikle değişime isteksiz olan ya da ambivalan olan bireylerde etkili olmaktadır. Bu birçok hasta için tedavinin başlangıcıdır ve daha sonra diğer tedavi yöntemleri devreye girmektedir (77,78).

Değişimin evreleri

Prochaska ile DiClemente değişimin altı evresini tanımlamıştır. Bu yaklaşıma göre, motivasyon hastanın değişime hazır olmasıyla ilgili şuan ki durumu ya da evreyi göstermektedir. Bu evreler; (78)

Farkındalık öncesi evre: Hasta genellikle sorunu olduğunun farkında değildir ve zorla tedaviye getirilir ya da başka bir nedenden dolayı yapılan tahliller sonucunda görülür. Kişiye yaşadığı sorunlarla madde kullanımı arasındaki bağ açıklanarak bilgi vermek ve değişme ihtimalinden söz etmek bu evredeki en uygun yaklaşımdır (78,79).

Farkındalık evresi : Hasta artık madde kullanımıyla ilişkili bir sorunu olduğunun farkındadır. Bu evre de hasta değişip değişmemek arasında ikilemedir (78,80).

Karar verme evresi: Burada hasta ya farkındalık evresine döner ya da eylem evresine geçer (63).

Eylem evresi: Bu evre hastanın tedaviyi düşündüğü evredir (63).

Sürdürüm evresi: Bu evrede değişim sürecini devam ettirme ve relapsı önleme önemlidir (81,82).

Relaps(Nüks): Hastanın tekrar madde kullanımına ve eski durumuna dönmesidir (63).

Motivasyonel görüşmenin ilkeleri şunlardır:

- ✓ Empati gösterilmesi
- ✓ Çelişkilerin meydana çıkarılması
- ✓ Tartışmadan kaçınmak
- ✓ Dirençle çalışmak
- ✓ Kendine yeterliliği desteklemek (78).

2.6.2.2. Arındırma (Detoksifikasyon)

Detoksifikasyon (toksik maddeden temizleme) tedavisinde amaç; yoksunluk sendromunun gelişmesini önlemek, eğer gelişirse şiddetini azaltmak ve olabilecek komplikasyonları önlemektir. Detoksifikasyon tedavisinin hastanede yatarak yapılması daha faydalıdır. Yoksunluk sürecindeki madde bağımlılarının intihar riski ve depresyon riski taşıdıkları unutulmamalıdır (83). Arındırma aşamasında, hastanın yakından gözlenmesi, yoksunluk belirtilerinin izlenmesi, gerekli bakım ve tedavinin uygulanması sürecinde hemşirelik hizmetleri önemli bir yere sahiptir (27).

Tedavi merkezlerinde, yatarak tedavi görmede temelde toksik maddeden temizleme tedavisi uygulanmaktadır. Arındırmada tedavi süresi ortalama iki üç hafta kadardır. Yatarak terapi uygulayan tedavi merkezleri bulunmasıyla birlikte terapi uygulaması şuan için bir standart değildir. Genellikle kullanılan yöntemler kayma önlemeye yönelik bilişsel yöntemler ve motivasyonel görüşme teknikleridir (7).

2.6.2.3. Bağımlılığın Terapisi

AMATEM kliniklerinde ayakta ve yatarak tedavi gören bağımlı bireylerin psiko-sosyal tedavisinde temel amaç; bağımlı bireyi yeniden topluma kazandırmaktır. Bozulmuş olan aile, iş ve okul uyum süreçlerinin ve işlevselliğinin yeniden yapılandırılmasıdır. Bu tedavi sürecinde, bireyin maddeden arınması, bağımlılığa sebep olan toplumsal, fiziksel, ruhsal etkenlerden kurtulması ve daha sonra bağımlılığı nedeni ile kaybettiklerini (toplumsal rolü, fiziksel ve ruhsal etkileri) yeniden kazanması gerekmektedir (84).

Madde kullanımı bozukluklarının tedavisinde “Bilişsel davranışçı grup terapisi” nin etkili bir müdahale yöntemi olduğunu gösteren oldukça fazla bulgu mevcuttur. “Bilişsel davranışçı grup terapisi” nin özellikle maddenin içildiği gün sayısının azalmasında ve bozukluğa / eşlik eden diğer bozukluklara özgü semptomların iyileşme sürecinde etkili rol oynadığı görülmektedir (85).

2.6.2.4. Rehabilitasyon ve Topluma Kazandırma

Rehabilitasyon, bağımlılıkla birlikte gelen davranış biçimlerinin yerine yeni davranış kalıplarının yerleşmesi, toplumsal uyumun sağlanması ve ilişkilerin düzenlenerek işlevselliğin sağlandığı süreçtir. Rehabilitasyonun birinci aşaması olan ortam tedavisi hastanın hastaneye yattığı an başlar (27). Birey ve çevre arasındaki etkileşimin davranışları etkilediği düşüncesine dayanarak, servis ortamının “tedavi edici ortam” özelliği taşınması gerekmektedir. Tedavi edici ortam; hastaneye yatışı yapılan hastaların kısa bir sürede sosyal yaşamlarına dönebilmeleri için yardımcı olan ve kişilerin öz güvenlerini, benlik saygılarını, diğer bireylerle olan ilişkilerini geliştiren, yeteneklerini arttıran dinamik ve ideal ortamdır (86). Tedavi edici ortamda düzenli bir şekilde yürütülen grup aktiviteleri önemlidir. Bu aktiviteler; sosyal toplantılar, spor faaliyetleri ve psikoeğitim programlarını içerebilir (87). Psikiyatri ve AMATEM kliniklerinde, hastalara yönelik yürütülen sosyal faaliyet, günaydın toplantıları, işbölümü, eğitim toplantıları, sinema saatleri, iş-uğraşı terapisi gibi faaliyetler yürütülmektedir (88). Bu ortamda hemşireler, bireylere stres ve anksiyeteye baş etmelerinde gevşeme teknikleri, egzersiz, müzik dinleme ve çeşitli aktivitelere katılma gibi alternatif baş etme yöntemlerini öğretmelidir (29,30).

2.7. Madde Kullanım Bozukluğunda Tedavi Motivasyonu

Motivasyon; bireylerin davranışlarını değiştirme sebepleri ve ne şekilde değiştirdiklerinin altında var olan temel mekanizmadır. Kişinin davranışını başarılı bir şekilde gerçekleştirmesi ve performansını olumlu etkilemesi bu davranışa motive olmasıyla mümkündür (16,89). Ayrıca motivasyon; değişim için hazır olma ve değişimi kabul etme durumu olarak görülen, dış etkenlerden etkilenen zamana/duruma bağlı olarak değişkenlik gösterebilen içsel bir durumdur (89,90). Madde kullanım bozukluğu tedavisinde; tedaviyi yarım bırakma, tedavide kalma süresinde kısalık, tedaviye katılımı azlık ve kayma (nüks) ile kendini gösteren pek çok olumsuz sonuçla karşılaşılır. Bu olumsuz sonuçların en sık nedeni; tedaviye hazır olmama ve de tedavi için motivasyonda yetersizlik olmasıdır (90,91). Hastaların tedaviyi yarım bırakma, tamamlayamama, kayma ve diğer olumsuzluklar için bildirilmiş olan en sık neden doğru motivasyonun olmamasıdır (15).

Tedavi için motivasyon, genellikle alkol ve madde bağımlılığı olan hastalarda tedavi başarısı ve arayışının güçlü bir göstergesidir. Ayrıca tedavi sürecinde motivasyonun ne

şekilde değiştiğini ya da depresyon / anksiyetenin motivasyona etkilerini değerlendirmek için somut önlemler nadir kullanılmıştır (92).

Motivasyon kaynakları içsel ve dışsal motivasyon olarak iki grupta tanımlanmıştır. İçsel motivasyon dışsal motivasyona göre daha uzun süreçli değişim yaratmaktadır (93). Ryan ve arkadaşlarının (1995) yaptıkları çalışmada, tedavide içsel motivasyonu yüksek olan hastaların tedaviye çok daha bağlı oldukları ve daha erken cevap verdikleri, dışsal motivasyonu daha yüksek olan hastaların ise verilen tedaviden daha az faydalanmış oldukları görülmüştür (19).

Tedavi sürecinde hastaların ihtiyacı olan motivasyonu sağlayabilmek için, motivasyonel görüşmelerle desteklemek, tedavinin seyrini olumlu şekilde sonuçlandırmak ve relapsı (kayma) engellemek açısından faydalı olabilir (94). Tedavi motivasyonu, tedaviye olumlu cevap vermeyi ve istenilen tedavi sonuçlarını destekleyen oldukça önemli bir öge olarak görülmektedir (17). Motivasyonu değerlendirmek, bireyin tedaviyi ne kadar önemseydiğini anlamaya yardım eder (18). Araştırmacılar, madde kullanım bozukluğunun iyileştirilmesinde ve tedavisinde motivasyon rolünü daha çok önemsemeli ve motivasyonu arttırmaya yönelik stratejileri tedavi programlarına eklemelidirler (19).

Madde bağımlılığı tedavisi, sürekli ve uzun vadeli olması gerekir. Hastanede yatarak tedavi modelinde, tedavisi tamamlanan çoğu hasta taburculuk sonrasında tedavi programına devam edememekte ve bu durum başarı oranını çok düşürmektedir. Genel olarak dünyada hastanelerde hizmet yerine “toplum temelli müdahale merkezleri modeline” geçiş artmaktadır. Bunun nedenleri; tedavinin sürekliliğinin ve yerel güçlerin işbirliğinin sağlanması, tedaviye ulaşmanın kolay olması, çevresel faktörlere müdahalenin kolay olması şeklinde ifade edilmiştir. 2013 yılında ilk kez tedavi gördüğünü belirtenlerin sayısı %51.5 iken daha önce tedavi gördüğünü belirten relaps yaşayanların sayısı ise %48.5’tir. Bu durum, Türkiye’de uygulanan tedavi ve sonrasındaki sosyal rehabilitasyonun ne derece yetersiz olduğunu ortaya koymaktadır (7).

Bağımlılık tedavisinde düzelme, uzun süreçlidir ve genellikle defalarca tedavi gerektirir. Madde kullanım bozukluğu, kronik bir hastalıktır öteki kronik hastalıklar gibi tekrarlanabilir ve tekrar tedavi gerekir. Tedavi süresinin uzunluğu, madde bağımlılarında tedavinin başarı düzeyini belirleyen bir etmendir. Hizmetin devamlılığının, tedavinin başarısı üzerinde ciddi bir etkisi olduğu düşünülmektedir. Bu durum, kronik sorunların

psiko-sosyal tedavisinde de gözlemlenmiştir. Hizmetin devamlılığının kesilmesi durumunda, hastanın kazandığı iyileşmede kaybolmaktadır (95).

2.7. Madde Kullanımıyla İlgili İnançlar

İnsan, sosyal bir çevrede doğar ve sosyal bir varlıktır. Toplum tarafından kazanılmış inançlar ve değerler, bireyin de inanç, değer ve görevi haline gelir. Kitle iletişim araçlarıyla kamuoyuna yansıtılan bazı, uyuşturucuyu özendirici reklam veya filmler çocukların bilinçaltına normal bir davranışmış gibi yerleşmesine ve ileriki bir zamanda bu maddeleri denemelerine kadar götürebilmektedir (96).

Madde kullanımıyla ilgili inanç ve beklentiler, hem bozukluğun geliştirilmesi hem de sürmesinde rol oynayabilir. Bu inançlar, kendiyle ilgili değersizlik ve kusurlarına yönelik algılarıyla bağlantılı olabilir veya bu inançlar “Kullanmayı bırakmaya hazır değilim”, “Kullanırsam daha iyi hissedeceğim” gibi inançlar ile ilgili olabilir. Bu modelde bir bireyin maddelere ilişkin inançlarının, ruh sağlığı problemleri ile ilgili inançlarıyla bağlantılı olabileceği öne sürülmüştür (97).

Alkol ve madde bağımlılığı alanında, bozuklukla ilgili bilişlerin önemi iyi belirlenmiştir. Alkol ve madde bağımlılığının işlevsiz varsayımlarla ve sağlıklı çekirdek inançlarla ilişkili olduğuna dair klinik göstergeler vardır (98). Madde ile ilgili uygunsuz inançlar, stresle başa çıkma ve problem çözme becerilerinde güçlük çekme ve sosyalleşmeyle ilgili sorunlar yaşamayla birleştiğinde kişilerin madde kullanmalarına yol açabilir. Bu işlevsiz inançlar etkili başa çıkma stratejilerinin yokluğunda ortaya çıkar. Bağımlı hasta, maddenin zihinsel ve duygusal durum üzerindeki olumlu sonuçlarını, olumsuz sonuçlar yerine hatırlamak eğilimindedir (99). Çalışmalar, madde ya da alkol hakkında özlemle ilgili bilişsel inançlar ve madde kullanımı hakkındaki inançların önemini desteklemiştir. Bir çalışmada, madde alımına yönelik özlem ve fiziksel bağımlılığın şiddeti üzerine inançlar, erkek alkolik hastaların nüksetmesinde önemli bir rol oynadığı belirtilmiştir. Bu faktörler, alkol bağımlısı erkek hastalarda relapsın belirlenmesinde doğrudan bir klinik uygulamaya sahip olabilir (100).

Beck ve ark. (1993) inançtan kaynaklanan bağımlılık davranışlarını tanımlayan bir bilişsel model tanımlamıştır. Bu modelde, bir bağımlı, madde kullanan arkadaşını görmek ya da depresif hissetmek gibi yüksek riskli bir durumla karşı karşıya kaldığında, madde ile ilgili inançlar aktifleşir ve bu da maddenin kullanımı ile ilgili otomatik düşünceleri aktive eder

ve bağımlı maddeyi kullanmak için ilgi ve istek/özlem duyar. Çoğu bağımlı, bu özleme direnmeyi zor bulur ve maddelerin kullanımı ve nüksetmeye neden olan madde kullanımı konusunda kolaylaştırıcı inançlara sahip olurlar. Madde ile ilgili inançlar, otomatik düşünceler, onu takip eden ilgi ve istek/özlem duyguları, kolaylaştırıcı inançlar ve madde kullanım davranışı ile ilgili yüksek riskli durumlar bağımlılığın kısır döngüsünü oluşturur. (101,102). Ayrıca bağımlıların büyük çoğunluğu isteselerde madde kullanımını bırakamayacaklarını düşünmektedirler (103). Ancak bilinmesi gereken, işlevsel olmayan bu inançların doğuştan getirilmediği, sonradan öğrenildiği, bu nedenle de vazgeçilebileceğidir. Asıl olan, bu inançların değiştirilmesi, bozukluğun gelecekte tekrar etme olasılığını azaltmakta olduğu belirtilmektedir (104). Beck'in bağımlılıkla ilgili bilişsel modeli, madde kullanımının bilişsel tedavisinin temelini oluşturur, bu tedavinin verimliliği hakkında artan kanıtlar vardır (105). Ancak bağımlılık kısır döngüsünde, inançların rolü çok iyi bilinmesine rağmen (101), hastalarda madde kullanımı ile ilgili inancı vurgulayan; farklı yaş, cinsiyet, sosyokültürel durum, tedavi motivasyonu ve nüks sayısı olan bir çalışma eksikliği söz konusudur (106).

2.9. Madde Kullanım Bozukluklarının Tedavisinde Hemşirenin Rol, Görev ve Sorumlulukları

8 Mart 2010 tarihinde ülkemizde resmi gazetede yayınlanmış olan hemşirelik yönetmeliğinde “alkol ve madde bağımlılığı merkezi” hemşiresinin görevleri tanımlanmıştır (107). Hemşirenin bu bağlamdaki başlıca görevleri; rehabilitasyon ve tedavi sürecinde sağlık ekibinin aktif bir üyesi olarak çalışmak, bireylere ve ailelere destek vermek, madde bağımlılığını önlemeye yönelik farkındalık oluşturmak, bireylere – ailelere ve sağlık ekibi üyelerine konuyla ilgili eğitimler vermek, madde bağımlılığıyla ilgili konularda araştırmalar yapmak, meslek gelişimine katkıda bulunmak ve diğer hemşireler ile paylaşımda bulunmak olarak sıralanabilir (26).

Madde kullanım bozukluğunun tedavi süreci ve önlenmesinde ekip işbirliği oldukça önemli olup bu ekipte hemşirenin rolü büyüktür. Bu alanda çalışan hemşirelerin, bağımlılık tedavisinin temel ilkelerini, maddelerin etkilerini, entoksikasyon ve yoksunluk belirtilerini iyi bilmeleri ayrıca iyi birer gözlemci olmaları gerekmektedir (26,27). Madde kullanımının ve zararlı alışkanlıkların önlenmesi, iş yeri hemşireliği, okul, toplum sağlığı merkezleri ve benzeri sağlıklı kişilere hizmet verilen birimlerde görev yapan hemşirelerin birincil hedefi olmalıdır. Bu birimlerde çalışan hemşireler, her bir bireyi ailesi ile birlikte

ele alıp, madde kullanımı açısından riskli bireyleri belirleyip danışmanlık hizmetleri sunabilirler (108). Hemşireler, riskli grupların tespit edilmesi, bakımda sürekliliğin sağlanması, madde kullanım bozukluğu olan kişilerin bütüncül değerlendirilmesinde tedavi ekibi içerisinde önemli bir yere sahiptir. Bu sebeple hemşirelere, madde bağımlılığı ve hemşirelik yaklaşımları konusunda sertifika programları düzenlenerek bu süreçte daha aktif rol almaları sağlanabilir. Konunun psikososyal yönüyle ilgili de ileri araştırmaların yapılması madde bağımlılığıyla mücadele de yol gösterici olabilir (108,109).

Hemşire, madde kötüye kullanımı için riskli grupların belirlenmesi, madde kullanım bozukluğu olan bireylerin bütüncül olarak değerlendirilmesi, bakımda sürekliliğin sağlanmasında tedavi ekibi içinde önemli bir yere sahiptir (110).

Hemşire, madde kullanım bozukluğu olan hastayı değerlendirirken, öncelikle hastanın kullandığı maddenin türünü, hangi yolla aldığı, miktarı, sıklığı, ne kadar süredir ve en son ne zaman kullandığı, madde kullanımını sonlandırma konusundaki düşüncelerini, madde kullanımının sonucunda neler olduğu (iş, arkadaş, aile, yasal sorunlar, sağlık problemleri vb. konularda) ve ailede başka alkol ya da ilaç/madde kullananın olup olmadığı gibi direkt maddeye yönelik verileri değerlendirmelidir (28,110).

Hemşire, madde kullanımının göstergelerini değerlendirmeli, kişilerde madde kullanımını düşündürebilecek özellikler şu şekilde sıralanabilir; problemin inkarı, madde kullanıyor olmayı önemsememe, başka kişileri suçlama ya da öfke, mantığa bürüme, suçluluk, yargılamada zayıflık, impulsivite, benlik saygısında azalma, etkisiz başetme yöntemleri kullanma, rollerini (iş, aile, okul yaşamındaki roller) yerine getirmede yetersizlik, uyku ve beslenme bozuklukları, ilişkilerde samimi olmama (29).

AMATEM Biriminde çalışan hemşirenin diğer yetki, görev ve sorumlulukları;

- Terapötik grup çalışmalarını “uğraşı, spor, günaydın toplantısı, sinema, kitap, işe yönlendirme, gezi vb.” düzenler, hastaların katılımını sağlar ve gözlemler.
- Düzenli olarak idrar örnekleri alarak ve alkol metre ölçümü yaparak madde kullanılıp kullanılmadığını takip eder.
- Hemşire ilaçların (özellikle narkotikler) güvenliğini sağlamalı, kilit altında tutmalı ve sayarak devretmelidir.

- Serviste aramalar yaptırır, güvenliğı sağlar ve servise madde girişini engellemeye yönelik tedbirler alır.
- Taburculuk sonrasında relapsları önlemek için bireysel veya grup danışmanlığı yapar ve relapsa sebep olan düşünce ve davranışlarını tanımasını sağlar.
- Hastaların kendine yardım gruplarına katılmasını sağlar (adsız narkotik (NA), ailelerinin (Al-Anon), adsız alkolik (AA), çocukların (ACA)) gibi.
- AMATEM’de çalışan personellerin bağımlılık konusunda eğitimini planlar ve organize eder.
- Toplum bilgilendirme konusundaki aktivitelerde rol alır, eğitim ve danışmanlık hizmetleri verir.
- Tedavi motivasyonu değişkenlik gösterir, motivasyonu düşen hasta öteki hastaları madde kullanmaya itebilir; firar, içeriye madde koymaya çalışma, toplu taburculuk gibi davranışlar görülebilir. Hemşire, motivasyonu düşen hastanın diğerlerini etkilemesini engellemeli, hastalarla motivasyonel görüşmeler yaparak daima gözlemler ve madde kullanım bozukluğu olan hastanın tedaviye motivasyonunu artırmaya çalışır.
- Yaşamsal problemleriyle baş etmede yetersiz kalması nedeniyle madde kullanımına başvurduğunun farkına varması sağlanır ve hastaya daha etkili problem çözme yöntemleri kazandırır.
- Hastaya yaşadığı sorun ve bağımlılığın fiziksel zararları hakkında bilgi vererek değişmesine yardımcı olur.
- Madde almaması için cesaretlendirir ve temiz kalmasını sağlar.
- Tedavi sürecinde diğer tıbbi durumlar hakkında hasta ve yakınlarını bilgilendirir.
- Hastayı yargılamayan, değer veren, yaşadığı sorunları samimiyetle dinleyen tutumlar sergiler (4,111).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Türü

Bu çalışma, karşılaştırmalı tanımlayıcı araştırma olarak yapılmıştır.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Tarih

Araştırma, Gaziantep 25 Aralık Devlet Hastanesi Ahmet Şireci Alkol ve Madde Bağımlılığı Tedavi ve Eğitim Merkezi (AMATEM) Kliniğinde Nisan - Temmuz 2017 tarihleri arasında yapılmıştır. AMATEM kliniğinde 2 psikiyatri uzmanı, 2 pratisyen hekim, 2 psikolog, 1 sosyal hizmet uzmanı, 10 hemşire / sağlık memuru çalışmaktadır. AMATEM kliniği 6 özel, 13 çift yataklı ve 10 yataklı detoksifikasyon odası olup, toplam 42 hastaya hizmet vermektedir.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini, araştırmanın yapıldığı tarihlerde Gaziantep 25 Aralık Devlet Hastanesi Ahmet Şireci AMATEM Kliniğine tedavi için başvuran DSM-V' e göre madde kullanım bozukluğu tanısı alan, yatarak tedavisi devam eden, 242 hasta araştırma evrenini oluşturmaktadır. Araştırma kriterlerine uyan 218 hasta araştırmanın örneklemi oluşturmuştur. Ancak 39 hastanın tedaviyi tamamlamadan kendi isteğiyle taburcu olması , klinik kurallara uymama gibi nedenlerle erken taburcu edilmesi nedeniyle çalışmaya dahil edilmemiş ve araştırma kriterlerine uyan ve araştırmaya katılmayı kabul eden 173 madde kullanım bozukluğu olan hasta ile araştırma tamamlanmıştır. Örneklem büyüklüğünün hesaplanmasında G Power programından yararlanılmıştır. Çalışmaya başlamadan önce, daha önce yapılan çalışmalar incelenmiş ve “Tedavi Motivasyonu Anketi” beklenen güven aralıkları belirlenerek güven aralığının $\alpha=0.05$ iken, testin gücü $(1-\beta)$ 0.95, effect size $d=0.5$ iken örneklem büyüklüğü 54 hasta olarak belirlenmiştir. Çalışma tamamlandıktan sonra Post-Hoc analizde ise, çalışmanın istatistiksel gücü 0.99 olarak hesaplanmıştır (effect size=0.5, $\alpha=0.05$).

Çalışmaya alınma ölçütleri:

- 1.DSM-V'e göre madde kullanım bozukluğu ölçütlerini karşılıyor olması
2. Çalışmaya katılmayı kabul etmesi

3. Türkçe konuşma-anlama probleminin olmaması

4. Madde yoksunluk krizinde olmaması

5. 18-65 yaş aralığında olması

Çalışmadan dışlama ölçütleri:

1. Madde yoksunluk krizinde olma

2. İletişime engel olacak kadar işitsel, görsel ve bilişsel fonksiyon bozukluğu olması

3. Çalışmaya katılmayı kabul etmemesi

4. Türkçe konuşma- anlama probleminin olması

3.4. Verilerin Toplanması

Veriler, hastaların AMATEM’e ilk yatışlarında ve taburculukları sırasında iki aşamada, hastalarla yüzyüze görüşülerek toplanmıştır. Verilerin toplanmasında: araştırmacılar tarafından hazırlanan “Tanıtıcı Bilgi Formu”, tedavi motivasyonunu belirlemek için “Tedavi Motivasyonu Anketi”, Madde kullanımına ilişkin inançlarını belirlemek için “Madde Kullanımı İle İlgili İnançlar Ölçeği” kullanılmıştır. Verilerin toplanması yaklaşık 20-25 dakika sürmüştür.

3.4.1. Tanıtıcı Bilgi Formu

Araştırmacı tarafından literatüre (113,115,119,121) dayandırılarak geliştirilen, hastaların sosyodemografik, madde kullanımı özellikleri, tedavi motivasyonu ve madde kullanımına ilişkin inançlarını belirlemeye yönelik sorulardan oluşmaktadır.

3.4.2. Tedavi Motivasyonu Anketi (TMA)

Tedavi Motivasyonu Anketi, Ryan ve arkadaşları (1995) tarafından geliştirilen ve olguların alkol/madde bağımlılık tedavisine katılma ve tedavide kalma nedenlerini değerlendirmek için düzenlenmiş 26 maddelik kendi bildirimli soru formudur. Ölçeğin alkol bağımlılığında geçerlilik ve güvenirlik çalışması, Evren ve arkadaşları (2006) tarafından yapılmıştır. Olguların soruları “Kesinlikle katılmıyorum” dan “Kesinlikle katılıyorum”’a değişen şekilde cevapladığı 5 noktalı likert tipi ölçektir. Her soru 0-4 puan arasında değerlendirilmekte, 13, 16, 21 ve 24. maddeler tersten puanlanmaktadır. Anketten alınabilecek en yüksek toplam puan 104’ tür (91). Anketin 4 alt boyutu vardır: (1) içsel

motivasyon (İM) (1, 2, 4, 5, 7, 8, 9, 11, 15, 20 ve 23. maddeler) – tamamen kendisi tarafından belirlenmiş olmasa da içselleştirilmiş motivasyondur. Alt ölçeğin maksimum puanı 44’tür. (2) Dışsal motivasyon (DM) (3, 6, 10 ve 12. maddeler) - tedavi arayışında olmak dışında bir seçeneği olmadığı duygusu ve tedavide kalmak için dışsal baskıyı ifade eder. Alt ölçeğin maksimum puanı 16’dır. (3) Kişiler arası yardım arama (KYA) (17, 18, 19, 22, 25 ve 26. maddeler) - olgunun sorunlarını diğerleriyle paylaşma motivasyonudur. Alt ölçeğin maksimum puanı 24’tür. (4) Tedaviye güvensizlik (TG) (13, 14, 16, 21 ve 24. maddeler) - tedavinin seyri ile ilgili beklentileri ifade eder. Alt ölçeğin maksimum puanı 20’dir. Ölçek puanının artışı tedavi motivasyonunun artışı ifade etmektedir. Geçerlilik güvenirlik çalışmasında ölçeğin Cronbach alfa güvenirlik katsayısı 0.84 olarak bulunmuştur (91). Bu çalışmada ise Cronbach alfa değeri 0.78 olarak bulunmuştur.

3.4.3. Madde Kullanımı İle İlgili İnançlar Ölçeği (MKİÖ)

Madde kullanımı ile ilgili inançlar ölçeği, Beck ve arkadaşları (1993) tarafından geliştirilmiş, Aslan ve arkadaşları tarafından (2012) alkol bağımlılarında Türkçe geçerlilik ve güvenirliği yapılmıştır. Ölçek 20 maddelik kendi bildirimli soru formudur. Her madde 1 ve 7 arasında puanlanan Likert tipi ölçüm vermektedir. 1: Tamamıyla yanlış/ hiç katılmıyorum; 2: Çoğunlukla katılmıyorum/yanlış buluyorum; 3: Biraz karşıyım/katılmıyorum; 4: Fikrim yok/ ne doğru ne de yanlış, ortadayım 5: Biraz katılıyorum/doğru buluyorum; 6: Oldukça katılıyorum/doğru buluyorum; 7: Tamamıyla doğru/ tam olarak aynı görüşteyim. Ölçek tek boyuttan oluşmaktadır. Ölçekten en az 20 en fazla 140 puan alınmaktadır. Daha yüksek puanlar daha fazla uyumsuzluğun göstergesidir. Geçerlilik güvenirlik çalışmasında ölçeğin Cronbach alfa güvenirlik katsayısı 0.89 olarak bulunmuştur (99). Bu çalışmada ise Cronbach alfa güvenirlik katsayısı 0.91 olarak bulunmuştur.

3.5. Verilerin Değerlendirilmesi

Verilerin değerlendirilmesinde SPSS 22.0 paket programı kullanılmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde hastaların tanıtıcı özelliklerini incelemek amacıyla yüzdelik, aritmetik ortalama ve standart sapma, hastaların ilk yatışlarında ve taburculukları sırasında ölçek değerlendirmelerinin karşılaştırılmasında t-testi, ölçeklerin puan ortalamaları arasındaki ilişkinin belirlenmesinde pearson korelasyon analizi kullanılmıştır. Sonuçlar %95’lik güven aralığında, anlamlılık $p < 0.05$ düzeyinde değerlendirilmiştir.

3.6. Araştırmanın Etik İlkeleri

Araştırmaya başlamadan önce, araştırmanın yapılacağı merkezden yazılı ve sözel izin alınmıştır (Ek 4), Gaziantep Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kuruluna sunulmuş ve onay alınmıştır (Ek 5). Araştırma kapsamındaki bireylerin haklarının korunması için araştırma verilerini toplamaya başlamadan önce bireylere, araştırmanın yapılma amacı, süresi ve araştırma süresince yapılacak işlemler açıklanarak “*Aydınlatılmış Onam*” etik ilkesine uyulmuştur. Bireylerin istedikleri zaman araştırmadan çekilebilecekleri belirtilerek “*Özerklik*” ilkesi, kişisel bilgilerin araştırmacı ile paylaşıldıktan sonra korunacağı söylenerek “*Gizlilik ve Gizliliğin Korunması*” etik ilkesine uyulmasına özen gösterilmiş olup, araştırmada “*insan onuruna saygı*” diğer bir etik ilke olarak göz önünde bulundurulmuştur. Ayrıca elde edilen bilgilerin ve cevaplayan bireyin kimliğinin gizli tutulacağı belirtilerek “*Kimliksizlik ve Güvenlik*” etik ilkesi yerine getirilmiştir.

3.7. Araştırmanın Sınırlılıkları ve Genellenebilirliği

Araştırmanın, tedaviyi tamamlamadan kendi isteğiyle taburcu olan hastaların olması araştırmanın sınırlılıkları arasına dâhil edilebilir. Araştırma sonuçları, benzer özellikte olan madde kullanım bozukluğu olan evrene genellenebilir.

Tablo 1. Tedavi Programını Tamamlamadan Taburcu Olan (Araştırma Kapsamı Dışında Kalan Hastalar) Hastaların TMA ve MKİÖ Ölçeklerinden Aldıkları Puan Ortalamaları (n=39)

Tedavi programını tamamlamadan ayrılan çalışma dışında kalan bu hastaların tedavi motivasyonu ve madde kullanımına ilişkin inançları Tablo 1’de gösterilmiştir. Tablo 1’e göre bu hastaların tedavi motivasyonlarının düşük, özelliklede tedaviye olan güvenin az olduğu ve madde kullanımına ilişkin olumsuz inançlara sahip oldukları görülmüştür.

Ölçekler	X ± SS
İçsel Motivasyon	33.35 ± 3.95
Dışsal Motivasyon	7.53 ± 2.01
Kişilerarası Yardım Arama	15.35 ± 4.03
Tedaviye Güven	12.94 ± 3.86
Tedavi Motivasyon Anketi Toplam	69.20 ± 8.82
Madde Kullanımı İle İlgili İnançlar Ölçeği Toplam	62.97 ± 32.13

4. BULGULAR

Tablo 2. Hastaların Sosyodemografik Özelliklerine Göre Dağılımları (n= 173)

Özellikler	Min-Max. Değerler	Ort. ± SS
Yaş (yıl)	18-61	28.19±7.38
	Sayı	Yüzde
Yaş grupları		
18-25 yaş	78	45.1
26-35 yaş	67	38.7
36 yaş ve üzeri	28	16.2
Cinsiyet		
Kadın	2	1.2
Erkek	171	98.8
Yaşadığı yer		
İl	158	91.3
İlçe	15	8.7
Eğitim durumu		
Okuryazar	7	4.0
İlkokul	58	33.5
Ortaokul	74	42.8
Lise ve dengi	26	15.0
Üniversite ve üstü	8	4.7
Sosyal güvence durumu		
Var	171	98.8
Yok	2	1.2
Kiminle yaşıyor		
Ailesiyle	166	96.0
Yalnız	7	4.0
Medeni durumu		
Bekar	96	55.5
Evli	67	38.7
Boşanmış	10	5.8
Çocuk sahibi olma durumu		
Evet	71	41.0
Hayır	102	59.0

Çalışma durumu		
Çalışmıyor	120	69.4
Çalışıyor	53	30.6
Şuan yaşadığı yere başka ilden göç etme durumu		
Evet	27	15.6
Hayır	146	84.4
Göç sebebi (n=27)		
Ekonomik sebepler	21	77.8
Sosyal sebepler	4	14.8
Siyasi sebepler	2	7.4
Annenin eğitim durumu		
Okuryazar değil	91	52.6
Okuryazar	22	12.7
İlkokul	45	26.0
Ortaokul	12	6.9
Lise ve dengi	3	1.7
Annenin mesleği		
Ev hanımı	170	98.3
Emekli	3	1.7
Babanın eğitim durumu		
Okuryazar değil	31	17.9
Okuryazar	25	14.5
İlkokul	74	42.8
Ortaokul	27	15.6
Lise ve dengi	10	5.8
Üniversite ve üstü	6	3.5
Babanın mesleği		
İşsiz	19	11.0
Aktif çalışan	113	65.3
Emekli	41	23.7
Anne babanın ayrı olma durumu		
Evet	53	30.6
Hayır	120	69.4

Araştırmaya katılan madde kullanım bozukluğu olan hastaların tanıtıcı özellikleri incelendiğinde en küçük hasta 18, en büyük hasta 61 yaşında olup ortalama yaşlarının da

28.19±7.38 olduğu görülmüştür. Hastaların %98.8'inin erkek olduğu, %91.3'ünün il merkezinde yaşadığı, %33.5'inin ilköğretim mezunu ve %42.8'inin ortaokul mezunu olduğu, %98.8'inin sosyal güvencesinin olduğu, %96'sının ailesiyle birlikte yaşadığı, %38.7'sinin evli, %59'unun çocuk sahibi olmadığı, %69.4'ünün bir işte çalışmadığı, %15.6'sının göç yaşadığı ve bunların %77.8'nin göç sebebinin ekonomik nedenler olduğu belirlenmiş olup hastaların annelerinin %52.6'sının okur yazar olmadığı, %98.3'ünün ev hanımı, babalarının ise %42.8'inin ilkokul mezunu, %65.3'ünün aktif çalışan ve %30.6 hastanın anne babasının ayrı olduğu belirlenmiştir (Tablo 2).

Tablo 3. Hastaların Madde Kullanımına İlişkin Özelliklerine Göre Dağılımları (n=173)

Özellikler	Min.- Max. Değerler	Ort. ± SS
İlk kez maddeye başlama yaşı (yıl)	5-33	16.31±4.28
Maddeyi bıraktıktan sonra temiz kalma süresi (ay)	1-60	7.02±10.81
Daha önce yatarak tedavi görme sayısı	1-14	2.66±2.67
Yattığı süre (gün)	5-60	19.1±6.94
	Sayı	Yüzde
Maddeye başlama nedeni		
Arkadaş etkisi	102	59.0
Merak	32	18.5
Sorunlardan uzak durma	12	6.9
Keyif alma	11	6.4
Ailevi sorunlar	16	9.2
Maddeyi kimlerle birlikte kullandığı		
Yalnız	141	81.5
Arkadaş grubu	32	18.5
Daha önce yatarak tedavi görme durumu		
Evet	74	42.8
Hayır	99	57.2
Daha önce tedavi görülen birim (n=74)		
AMATEM	70	94.6
Psikiyatri kliniği	4	5.4
Daha önce madde kullanmayı bırakma öyküsü		
Var	149	86.1
Yok	24	13.9

Tedaviye başlama şekli		
Kendi isteğiyle	162	93.6
Aile isteğiyle	6	3.5
Yasal zorunluluk nedeniyle	5	2.9
Aile üyelerinde madde kullanma durumu		
Var	24	13.9
Yok	149	86.1
Ailede madde kullanan kişiler (n=24)		
Baba	3	12.5
Kardeş	18	75.0
Yakın akraba	3	12.5
Ceza evinde yatma öyküsü		
Var	48	27.7
Yok	125	72.3
Madde etkisiyle suç işleme (n=48)		
Var	19	39.6
Yok	29	60.4
İşlediği suçtan pişmanlık duyma durumu (n=48)		
Evet	43	89.6
Hayır	5	10.4
Madde etkisindeyken kendini yaralama davranışı		
Var	102	59.0
Yok	71	41.0
İntihar girişimi öyküsü		
Var	43	24.9
Yok	130	75.1
İntihar girişiminin madde etkisinde gerçekleşmesi durumu (n=43)		
Evet	19	44.2
Hayır	24	55.8

Çalışmaya katılan hastaların madde kullanımına ilişkin özellikleri incelendiğinde; en erken 5, en geç de 33 yaşında maddeye başlanıldığı ve maddeye başlama yaşının ortalama 16.31 ± 4.28 olduğu, yatarak tedavi sonrası temiz kalma süresi en az 1, en fazla 60 ay olup

ortalama 7.02 ± 10.81 ay olduğu, daha önce yatarak tedavi görme sayısı en az 1, en fazla 14 kez olup ortalama 2.66 ± 2.67 olduğu, daha önceki yatarak tedavi sürecinde klinikte yatış süresi en az 5, en fazla 60 gün olup ortalama 19.1 ± 6.94 olduğu belirlenmiştir. Hastaların %59'unun maddeye başlama nedeninin arkadaş etkisi olduğu, %18.5'nin maddeyi arkadaş grubuyla birlikte kullandığı, %42.8'nin daha önce yatarak tedavi gördüğü ve bunların %94.6'sının AMATEM kliniğinde yatarak tedavi gördüğü, %86.1'inin kendi kendine maddeyi bırakma denemesi olduğu, %93.6'sının kendi isteğiyle yatarak tedaviye başvurduğu, %13.3'ünün ailesinde madde kullanım öyküsü olup bunun %75'inin kardeşi olduğu, %27.7'sinin ceza evine girmiş olup bunların %39.6'sı maddenin etkisinde suç işlediğini ve %89.6'sının işlediği suçtan pişmanlık duyduğu, %59'unun kendini yaralama davranışının olduğu, %24.9'unun intihar girişiminde bulunduğu ve bunların %44.2'sinin maddenin etkisindeyken intihar girişiminde bulunduğu belirlenmiştir (Tablo 3).

Tablo 4. Hastaların Son Bir Yıl İçerisinde Kullandıkları Maddeler ve Kullanım Sıklıkları (n: 173)

Kullanılan madde türü *	Maddeyi Kullanım Sıklığı				
	Hiç	Sadece 1-2 kez	Ayda 1-3 kez	Haftada 1-5 kez	Hemen hemen her gün
	S/%	S/%	S/%	S/%	S/%
Alkol	72/41.6	38/22.0	38/22.0	16/9.2	9/5.2
Esrar	47/27.2	29/16.8	43/24.9	28/16.2	26/15.0
Ekstazi	107/61.8	40/23.1	12/6.9	11/6.4	3/1.7
Eroin	60/34.7	5/2.9	-	2/1.2	106/61.3
Bonzai	99/57.2	47/27.2	13/7.3	7/4.0	7/4.0
Kokain	149/86.1	15/8.7	7/4.0	2/1.2	-
Rohipnol, rivotril gibi haplar	146/84.4	11/6.4	5/2.9	2/1.2	9/5.2
Uçucu maddeler	166/96.0	4/2.3	2/1.2	-	1/0.6
Amfetamin ve türevi	31/17.9	9/5.2	39/22.5	37/21.4	57/32.9
LSD	170/98.3	2/1.2	-	-	1/0.6

*Birden çok madde işaretlenmiştir.

Çalışmaya katılan hastaların son bir yıl içerisinde hemen hemen hergün en çok kullanılan maddeler sırasıyla eroin (%61.3), amfetamin ve türevleri (%32.9), esrar (%15), alkol (%5.2), rohipnol ve rivotril gibi haplar (%5.2), bonzai (%4), ekstazi (%1.7), uçucu maddeler (%0.6), LSD (%0.6) olup kokainin günlük kullanımı olmadığı görülmüştür. Haftada bir ya da beş kez kullanım sıklığına göre amfetamin ve türevleri (%21.4), esrar (%16.2), alkol (%9.2), ekstazi (%6.4), bonzai (%4), eroin, rohipnol gibi haplar ve kokain (%1.2) olup LSD ve uçucu maddelerin kullanımı bulunmamaktadır. Ayda bir veya üç kez kullanım sıklığına göre esrar (%24.9), amfetamin ve türevleri (%22.5), alkol (%22), bonzai (%7.3), ekstazi (%6.9), kokain (%4), rohipnol ve rivotril gibi haplar (%2.9), uçucu maddeler (%1.2) ve LSD ve eroinin kullanımı bulunmamaktadır. Sadece 1-2 kez kullanılan maddeler sırasıyla bonzai (%27.2), ekstazi (%23.1), alkol (%22), esrar (%16.8), kokain (%8.7), rohipnol ve rivotril gibi haplar (%6.4), amfetamin ve türevleri (%5.2), eroin (%2.9), uçucu maddeler (%2.3) ve LSD'dir (%1.2) (Tablo 4).

Tablo 5. Hastaların Tedavi Motivasyon Anketi ve Madde Kullanımı İle İlgili İnançlar Ölçeği ve Alt Boyutlarından Aldıkları Puan Ortalamaları (n=173)

Ölçekler ve Alt Boyutları	Ölçekten Alınabilecek Alt ve Üst Değerler	Ölçekten Alınan Alt ve Üst Değerler	X ± SS
Tedavi Motivasyon Anketi (TMA)			
İçsel Motivasyon	0-44	23-44	33.61± 3.50
Dışsal Motivasyon	0-16	2-16	7.85±2.10
Kişilerarası Yardım Arama	0-24	6-24	15.12±3.51
Tedaviye Güven	0-20	5-20	13.86±2.86
Tedavi Motivasyon Anketi Toplam	0-104	51-89	70.46±7.34
Madde Kullanımı İle İlgili İnançlar Ölçeği (MKİÖ) Toplam	20-140	20-140	56.60±27.46

Hastaların Tedavi Motivasyon Anketinden alabilecekleri en az puan 0 en fazla puan 104'tür. Toplam ölçek puan ortalaması ise 70.46±7.34 olarak bulunmuştur. TMA'nin alt ölçek puan ortalamaları: İçsel Motivasyon (İM) 33.61± 3.50, Dışsal Motivasyon (DM) 7.85±2.10, Kişilerarası Yardım Arama (KYA) 15.12±3.51, Tedaviye Güven (TG) 13.86±2.86'dır (Tablo 5).

Hastaların Madde Kullanımı İnançlar Ölçeğinden alabilecekleri en az puan 20 en fazla puan 140'dır. MKİÖ toplam puan ortalaması 56.60 ± 27.46 olarak bulunmuştur (Tablo 5).

Tablo 6. Hastaların AMATEM'e İlk Yatışlarında ve Taburculuklarında Madde Kullanımı İle İlgili İnançlar Ölçeği ve Tedavi Motivasyon Anketinin Alt Boyutlarından Aldıkları Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (n= 173)

	İlk Değerlendirme	Son Değerlendirme	P
Ölçekler	X ± SS	X ± SS	
Tedavi Motivasyonu Anketi Toplam	70.46 ± 7.34	75.04 ± 7.60	p<0.001
İçsel Motivasyon	33.61 ± 3.50	35.36 ± 3.86	p<0.001
Dışsal Motivasyon	7.85 ± 2.10	7.86 ± 2.17	P>0.001
Kişilerarası Yardım Arama	15.12 ± 3.51	15.79 ± 3.21	p>0.001
Tedaviye Güven	13.86 ± 2.86	16.02 ± 2.58	p<0.001
Madde Kullanımı İle İlgili İnançlar Ölçeği Toplam	56.60 ± 27.46	29.93 ± 12.34	p<0.001

Hastaların AMATEM'e İlk Yatışlarında ve Taburculuklarında Madde Kullanımı İle İlgili İnançlar Ölçeği ve Tedavi Motivasyon Anketinin Alt Boyutlarından Aldıkları Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması Tablo 6'da görülmektedir.

Hastaların AMATEM'e ilk yatıştaki tedavi motivasyonu anketinin toplam puanı (70.46 ± 7.34) tedavi tamamlandıktan sonraki taburculuklarındaki puan ortalamasına (75.04 ± 7.60) göre daha düşük olduğu ve aradaki farkın anlamlı olduğu bulunmuştur ($p=0.001$). TMA alt ölçeklerine bakıldığında; içsel motivasyon ilk değerlendirme puanı (33.61 ± 3.50) son değerlendirme puanı ortalamasına (35.36 ± 3.86) göre daha düşük olup aradaki fark anlamlıdır ($p=0.001$), dışsal motivasyon ve kişilerarası yardım arama puan ortalamaları arasında fark olmadığı bulunmuştur ($p=0.001$), tedaviye güven ilk değerlendirme puanı (13.86 ± 2.86) son değerlendirme puan ortalamasına (16.02 ± 2.58) göre daha düşük olduğu ve aradaki farkın anlamlı olduğu bulunmuştur ($p=0.001$).

Hastaların madde kullanımı ile ilgili inançları ölçeği toplam puanına göre AMATEM'e ilk yatışta ki puanı (56.60 ± 27.46) tedavi tamamlandıktan sonraki taburculuklarındaki puan

ortalamasına (29.93 ± 12.34) göre daha yüksek olup, aradaki fark istatistik olarak anlamlıdır ($p=0.001$) (Tablo 6).

Tablo 7. Hastaların Tedavi Motivasyon Anketi ile Madde Kullanım İnançları Ölçeğinden Aldıkları Puan Ortalamaları Arasındaki İlişki (İlk Yatıştaki Değerlendirmelerin Karşılaştırılması)

Tedavi Motivasyon Anketi (TMA)						
		İçsel Motivasyon	Dışsal Motivasyon	Kişilerarası Yardım Arama	Tedaviye Güven	TMA Toplam
Madde Kullanımı İle İlgili İnançlar Ölçeği Toplam	r	-0.051	0.190	0.086	-0.269	-0.033
	p	0.507	0.012	0.259	0.000	0.663

Hastaların tedavi motivasyonu anketi ile madde kullanımı ile ilgili inançlar ölçeği puanları arasındaki ilişki Tablo 7’de gösterilmiştir. Tabloya göre; madde kullanımı ile ilgili inançlar ölçeği toplam puanları ile tedavi motivasyonu ölçeği alt boyutlarından dışsal motivasyon puanları arasında pozitif yönde zayıf düzeyde bir ilişki olduğu saptanmıştır ($p<0.001$). Madde kullanımına yönelik daha fazla uygunsuz inançlara sahip olanların dışsal motivasyonu daha yüksektir.

Madde kullanımı ile ilgili inançlar ölçeği toplam puanları ile tedavi motivasyonu alt boyutlarından tedaviye güven puanları arasında negatif yönde zayıf düzeyde bir ilişki olduğu saptanmıştır ($p<0.001$). Tedaviye daha fazla güvenenlerin madde kullanımına yönelik uygunsuz inançları daha azdır. Diğer alt boyutlar arasında anlamlı yönde bir ilişki görülmemiştir ($p>0.05$).

5. TARTIŞMA

5.1. Hastaların Tanıtıcı ve Madde Kullanımına İlişkin Özelliklerine Göre Dağılımlarının İncelenmesi

Çalışmaya katılan hastaların %98.8'ini erkek, %1.2'sini kadın hastalar oluşturmaktadır. Madde kullanım bozukluğu tanısı alan bireylerin büyük çoğunluğu erkekler olup, yatarak tedaviye başvuranların da önemli oranda erkekler olduğu söylenebilir. Savaşan'ın (2010) AMATEM'de yatarak tedavi gören 82 hastaya yaptığı çalışmada, hastaların %97.6'sı erkek %2.4'ü kadın olmasıyla bu çalışmaya benzerlik göstermektedir (88). Bozkurt (2015) çalışmasında, çalışmaya katılan 225 madde kullanıcısının tamamı erkeklerden oluşmaktadır (112).

Bu çalışmada hastaların ortalama yaşı 28.19 ± 7.38 'dir. Hastaların ilk kez madde kullanım yaşına göre dağılımına baktığımızda; en erken 5 yaşında, en geç 33 yaşında olup, ortalama 16.31 ± 4.28 yaşında başladığı tespit edilmiştir. Çalışmaya alınan bireyler içinde bir hasta 5 yaşında madde kullanmaya başladığını ve babasının madde kullanıcısı olduğunu ve kendisine babasının içirdiğini belirtmiştir. Konu ile ilgili daha önce yapılmış araştırmalara bakıldığında benzer oranlar görülmekte olup, madde kullanımına başlama yaşının hızla düştüğü görülmektedir. Sancar, 2017'de yapmış olduğu çalışmada hastaların genel yaş ortalaması 28.36 ± 8.88 olup, madde kullanımına en erken 8, en geç 46 yaşında başladığı belirtilmiştir (113). Evren ve Ögel'in (2001) yapmış olduğu çalışmada hastaların genel yaş ortalaması 29.41 ± 8.21 olarak (114), Ersöğütçü'nün (2015) yaptığı çalışmada da 30.23 ± 10.46 olarak bulunmuştur (115). Yüncü ve arkadaşlarının (2009) yapmış olduğu çalışmada katılımcıların maddeyi ilk kullanma yaşları 14.1 ± 1.8 olarak belirtilmiştir (14). Gençlik yılları insan hayatında merak ve yeni şeylerin başlama dönemidir. Madde kullanımına başlama da bunlardan biridir. Çocukluk ve gençlik dönemlerinde bağımlılık konusunda bireyler bilinçlendirilmezse ve gerekli eğitim verilmezse kötü alışkanlıklardan biri olan madde kullanım oranı her geçen gün artabilir (116). Bu çalışma bulgularına göre madde kullanımına başlamak için gençlik hatta çocukluk dönemi büyük risk oluşturmaktadır. Hastaların büyük çoğunluğu genç yaşlarda ve arkadaş etkisi ile maddeye başlamıştır.

Çalışmaya katılanlar eğitim durumu açısından değerlendirildiğinde, %76.3'ünün ilkökul ve ortaokul düzeyi gibi alt eğitim seviyesine sahip oldukları görülmektedir. Yumru ve

arkadaşlarının (2005) çalışmasında madde kullanıcılarının eğitim düzeyleri incelendiğinde %85'inin ilkokul mezunu ve okur yazar olmayanlardan oluştuğu belirtilmiştir (117). Bireylerin eğitim düzeyi düştükçe, bilgi ve bilinç düzeyi de düşmektedir. Akın'ın 1996 yılında yaptığı araştırmaya göre madde kullanıcılarının %65'i eğitim ve bilgi eksikliği nedeni ile madde kullanmaktadırlar (118). Ayrıca madde kullanımının sonucu olarak eğitim yaşamı olumsuz etkilenmektedir. Madde kullanım bozukluğu olan bireyler, zamanlarının büyük bir kısmını maddeyi bulmak ve kullanmak için harcadıklarından dolayı büyük bir çoğunluğu eğitimini devam ettirememektedirler (119). Ayrıca maddenin zararlı etkilerlerinden ve yoksunluk sendromlarından (algı değişikliği, uyku uyanıklık problemleri, ağrı, dikkat konsantrasyon değişikliği vs.) dolayı da bireyler eğitime devam edemedikleri düşünülmektedir.

Hastaların çalışma durumuna göre dağılımına bakıldığında; %30.6'sının çalıştığı, %69.4'ünün işsiz olduğu bulunmuştur. Sancar'ın (2017) çalışmasında, madde kullanımına başlamadan önce bireylerin %76.1'i çalışırken, madde kullanım bozukluğu sonrası çalışma yüzdesinin %38.1'e düştüğü böylelikle işsizlik yüzdesinin arttığı görülmüştür (113). Taşkent'in (2010) madde kullanım bozukluğu olan bireylerle yaptığı çalışmasında, çalışan bireylerin oranı %51.6 olarak bulunmuş (120), Can'ın (2012) çalışmasında da çalışıyor olma oranı %89.5 olarak bulunmuştur (121). Bu çalışmaya katılan madde kullanım bozukluğu olan bireylerin işsizlik oranının daha yüksek olduğu söylenebilir. Bireylerin, zamanlarının büyük çoğunluğunu madde arayışı, madde kullanımı ve maddenin etkilerinden kurtulmak için harcamaları bir işte çalışamamalarına nedeni olabilir.

Hastaların %59'unun maddeye başlama nedeninin arkadaş etkisi olduğu bulunmuştur. Erdem ve arkadaşları (2006) lise öğrencilerinde arkadaş özellikleri ve madde kullanımı arasındaki ilişkiyi tespit etmek için yaptıkları çalışmalarında, madde kullanan bireylerin madde kullanan arkadaşına sahip olma oranı %50.2, madde kullanmayan bireylerin madde kullanan arkadaşına sahip olma oranı ise %15.2 olarak bulunmuştur. Madde kullanan arkadaşına sahip olmanın, madde kullanma riskini artıran ciddi bir etken olduğu saptanmıştır (122). Bu çalışmaya katılan hastaların büyük çoğunluğu maddeye başlama nedenlerinin arkadaş etkisi olduğunu belirtmişlerdir.

Bu çalışmada ki hastaların, %86.1'i kendi kendine maddeyi bırakma denemesi olduğunu ifade etmiştir. Literatürde belirtilmektedir ki, hastaların hemen hemen hepsi ilk

dönemlerde maddeyi kendi başlarına bırakabileceklerine inanıp tedaviye başvurmadan bırakma girişiminde bulunurlar. Fakat bu çabaların büyük bir kısmı başarısızlıkla sonuçlanır. Yatarak arınma tedavisi daha çok önerilen bir yöntemdir (12,22).

Çalışmaya katılan hastaların %42.8'nin daha önce yatarak tedavi gördüğü belirlenmiştir. Yatarak tedavi sonrası temiz kalma süresi en az 1, en fazla 60 ay olup ortalama 7.02 ± 10.81 ay olduğu, daha önce yatarak tedavi görme sayısı en az 1, en fazla 14 kez olup ortalama 2.66 ± 2.67 olduğu bulunmuştur. Madde kullanım bozukluğu ve bağımlılıkta, detoksifikasyonu takip eden tedavi – rehabilitasyon sürecinin, başarılı bir iyileşme için şart olduğu düşünülmektedir. Arınma sürecinden sonra tedavi – rehabilitasyon hizmetleri alan hastaların, bu hizmetleri almayan hastalara göre temiz kalma oranlarının daha yüksek (123) ve tekrar tedaviye başvuru oranının ise daha düşük olduğu belirtilmiştir (124). Detoksifikasyon sonrasında, uzun vadeli tedavi ve rehabilitasyon hizmetleri almayan bireylerin, tekrar yatarak tedaviye başvurma oranlarının yüksek olduğu bildirilmiştir (125). Savaşan ve arkadaşlarının (2013) bir AMATEM Kliniğinden taburcu olan bağımlı hastaların yaşam tarzı değişiklikleri ve nüks durumları adlı çalışmasında, taburculuk sonrası ilk 6 ay içinde relaps yaşayanların oranı %54.7, ilk 1 yıl içinde ise bu oran %81.2 olarak bulunmuştur (126). Mükerrer yatışların yüksek olması ve taburculuk sonrasında zaman ilerledikçe nükslerin artması, rehabilitasyon ve ayakta tedavi süreçlerinin devam ettirilememesi ve/ veya eksikliğini düşündürmektedir. Ayrıca mükerrer yatışlar, tedavi motivasyonu ve madde kullanım inançlarının önemini göstermektedir.

Bu çalışmada, hastaların %59'unun kendini yaralama davranışının olduğu, %24.9'unun intihar girişiminde bulunduğu ve bunların %44.2'sinin maddenin etkisindeyken intihar girişiminde bulunduğu belirlenmiştir. Madde kullanım bozukluğunun kişilerin hem kendini yaralamaları, hemde intihar girişiminde bulunmaları açısından bir risk faktörü olduğu görülmektedir. Ögel'in (2002) çalışmasında benzer şekilde, madde kullanan bireylerin dörtte birinde intihar girişimi saptanmış, üçte ikisi kendisini mutsuz ve yalnız hissetmekte, yarısı yaşamını sıkıcı ve anlamsız bulmaktadır (12). Randall Richartson ve arkadaşlarının (2009) yaptığı araştırmada madde kullanım bozukluğu olan bireylerin intihar etme riskinin yüksek olduğu belirtilmiştir (127).

Çalışmaya katılan hastaların son bir yıl içerisinde kullandığı maddeler ve kullanım sıklıklarına bakıldığında, hemen hemen hergün en çok kullanılan maddeler sırasıyla eroin, amfetamin, esrar, alkol, rohipnol ve rivotril gibi haplar, bonzai, ekstazi, uçuşu maddeler, LSD olup kokainin günlük kullanımı olmadığı görülmüştür. Haftada bir ya da beş kez

kullanım sıklığına göre amfetamin ve türevleri, esrar, alkol, ekstazi, bonzai, eroin, rohipnol gibi haplar ve kokain olup LSD ve uçucu maddelerin kullanımı bulunmamaktadır. Ayda bir veya üç kez kullanım sıklığına göre esrar, amfetamin ve türevleri, alkol, bonzai, ekstazi, kokain, rohipnol ve rivotril gibi haplar, uçucu maddeler ve LSD ve eroinin kullanımı bulunmamaktadır. Sadece 1-2 kez kullanılan maddeler sırasıyla bonzai, ekstazi, alkol, esrar, kokain, rohipnol ve rivotril gibi haplar, amfetamin ve türevleri, eroin, uçucu maddeler ve LSD'dir. Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) tarafından (2006) Türkiye genelinde 60 ilde 26000 öğrenci üzerinde yapılan araştırmaya göre, katılımcıların %2.9'u son üç ay içinde uyarıcı ve uyuşturucu madde kullandıkları belirtilmiştir. 2006-2007 yılları içinde Türkiye'de yatarak tedavi gören 2853 bireyin %43.6'sı afyon ve türevleri, %36.3'ü esrar kullanımı nedeni ile tedavi görmüştür (128). Avşar ve arkadaşlarının 2016 yılında yaptığı çalışmada, hastaların büyük bir çoğunluğunun esrar kullandığını ve maddeyi haftada 3-4 kez kullandığı bulunmuştur (129). AMATEM'de yatarak tedavi gören bireyler için daha önce yapılmış olan araştırmalara göre maddeleri kullanım sıklıklarına göre sıralamaları; 1988 yılına ait çalışmaya göre ilk sırada eroin, sonraki maddeler ise, esrar, ilaç, uçucu ve çoğul maddeler (130), 1990 yılında yapılmış çalışmaya göre sırasıyla, eroin, çoğul madde, amfetamin ve türevleri, ilaç ve uçucular (131), 1991-1995 yılları arasında yatan hastaların kullandıkları maddeler sıklık sırasına göre; eroin, uçucu, esrar, haplar ve amfetamin (132), 1998 yılı bulgularına göre sırasıyla; alkol, eroin, uçucu, esrar ve sedatif-hipnotik ilaçlar (133), 2000 yılı verilerindeki sıralama; alkol, eroin, uçucu, esrar ve benzodiazepine ve türevleridir (134). Çalışmalarda madde tercihi bulgularının farklılık göstermesi daha çok yaşanan ilin büyüklüğü, ekonomik gelişmişlik, kişilerin eğitim düzeyi ve geliri gibi faktörlerden etkilendiği düşünülebilir (135). Türkiye geneli çalışmalarda genellikle, birinci sırada kullanılan madde eroin olup, ikinci sırada kullanılan madde bölgesel değişiklik göstermektedir. Bunun nedeni olarak maddeye ulaşımın kolay olması olabilir. Bu çalışmada ikinci sırada en çok kullanılan madde amfetamin ve türevleri bulunmuştur. Bu maddenin Güneydoğu Anadolu Bölgesinde ulaşılabilirliği kolay ve maliyeti ucuz olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Alkol kullanım bozukluğu olan hastalar dışında en çok yatarak tedaviye başvuranlar eroin kullanan hastalardır. Bu durum eroin kullanıcılarının diğer maddelerin kullanıcılarına göre daha fazla yardımla zorunluluğundan kaynaklanabilir (134).

5.2. Hastaların Tedavi Motivasyon Anketi ve Madde Kullanımı İle İlgili İnançlar Ölçeği ve Alt Boyutlarından Aldıkları Puanların İncelenmesi

Hastaların Tedavi Motivasyon Anketinden alabilecekleri toplam puan, en az 0, en fazla 104'tür. Ölçekten alınabilecek toplam puan dikkate alındığında, hastaların tedavi motivasyonlarının orta düzeyde olduğu görülmektedir. Toplam ölçek puan ortalaması 70.46 ± 7.34 olarak bulunmuştur. TMA'nın alt ölçek puan ortalamaları ise: İçsel Motivasyon (İM) 33.61 ± 3.50 , Dışsal Motivasyon (DM) 7.85 ± 2.10 , Kişilerarası Yardım Arama (KYA) 15.12 ± 3.51 , Tedaviye Güven (TG) 13.86 ± 2.86 'dır. Akgün'ün (2010) alkol ve madde bağımlılığı polikliniğine başvuran hastalarla yaptığı araştırmasında, hastaların TMA'nın alt ölçek ortalamaları şöyledir: İM 21 ± 7.9 , DM 8.4 ± 2.9 , KYA 15.7 ± 3.9 , TG 13.6 ± 2.8 , Toplam puan 73.2 ± 11.9 'dur (94). Akgün'ün (2010) çalışması ve bu araştırma, dışsal motivasyon, kişilerarası yardım arama ve tedaviye güven puan ortalamaları açısından benzerlik göstermektedir.

Hastaların Madde Kullanımı İnançlar Ölçeğinden alabilecekleri en az puan 20 en fazla puan 140'dır. MKİÖ toplam puan ortalaması 56.60 ± 27.46 olarak bulunmuştur. Ölçekten alınabilecek puan dikkate alındığında, hastaların madde kullanımına ilişkin orta düzeyde olumsuz inançlara (maddesiz yaşam sıkıcı, maddesiz bir iş yapamam, madde almama diğer insanlar neden oluyor vs.) sahip oldukları görülmektedir.

5.3. Hastaların AMATEM'e İlk Yatışlarında ve Taburculuklarında Madde Kullanımı İle İlgili İnançlar Ölçeği ve Tedavi Motivasyon Anketinin Alt Boyutları Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Hastaların AMATEM'e ilk yatıştaki TMA toplam puanı (70.46 ± 7.34) tedavi tamamlandıktan sonraki taburculuklarındaki puan ortalamasına (75.04 ± 7.60) göre anlamlı düzeyde düşük olduğu belirlenmiştir. Dolayısıyla hastaların, hastanede yatış sürecinde tedavi motivasyonunun artmış olduğu görülmüştür. TMA alt ölçeklerine bakıldığında; içsel motivasyon ilk değerlendirme puanı (33.61 ± 3.50), son değerlendireme puanı ortalamasına (35.36 ± 3.86) göre anlamlı düzeyde düşük olduğundan, tedavi sürecinde içsel motivasyonun arttığı görülmüştür. Dışsal motivasyon ve kişilerarası yardım arama puan ortalamaları arasında fark olmadığı bulunmuştur. Tedaviye güven alt boyutu ilk değerlendirme puan ortalaması (13.86 ± 2.86) son değerlendirme puan ortalamasına (16.02 ± 2.58) göre daha düşük olduğu ve aradaki farkın anlamlı olduğu görüldüğünden taburculukta tedaviye güvenin arttığı bulunmuştur. Madde

kullanım bozukluğunda, hastanede yatarak tedavi görmenin, içsel motivasyonu, tedaviye güveni ve toplam tedavi motivasyonunu arttırdığı söylenebilir. Savaşan'ın (2010) AMATEM'de yatarak tedavi gören hastalarla yaptığı araştırmasında, hastaların duygularını ve sorunlarını anlama çabaları, sağlık personeliyle ve diğer hastalarla kendileri hakkında konuşabilme cesaretleri arttıkça, kişilerarası yardım arama, içsel motivasyon ve toplam tedavi motivasyonlarının arttığı görülmüştür (88). Servis kurallarının hastalara açıkça anlatılması, sağlık çalışanlarının her daim hastaların sorunlarıyla ilgilenmesi, yatış sürecindeki terapiler, günaydın toplantıları, eğitim ve iş uğrası gibi programların tedavi motivasyonunu arttırdığı düşünülmektedir. Hemşire, bu sürecin başından sonuna kadar her alanında yer almaktadır. Hastaların tedaviye güvenlerinde hemşirenin rolü büyük olduğunu söyleyebiliriz.

Ryan ve ark.ları (1995) alkol bağımlısı hastalarla yaptığı çalışmada içsel motivasyonun tedaviye katılma ve tedavide kalma ile doğrusal ilişki gösterdiğini tespit etmişlerdir. Hem İM hem de DM ları yüksek olan hastaların en yüksek tedavide kalma ve tedaviye katılım seyri göstermişlerdir (15). Bu çalışmada özetle, madde kullanım bozukluğu olan hastaların tedaviye katılma / başlama ve tedavide kalmaları için önemli olan, tedavi motivasyonunun artırılmasında ve madde kullanımına yönelik olumsuz inançların azaltılmasında AMATEM'de yatarak tedavi görmenin etkili olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

Hastaların AMATEM'e ilk yatıştaki madde kullanımı ile ilgili inançları ölçeği puan ortalaması (56.60 ± 27.46) tedavi tamamlandıktan sonraki taburculuklarındaki puan ortalamasına (29.93 ± 12.34) göre daha yüksek olup, aradaki fark istatistik olarak anlamlıdır. Hastaların hastaneye kabulü sürecindeki olumsuz madde kullanım inançları (maddesiz yaşam sıkıcı, maddesiz bir iş yapamam, madde hayatımdaki acıları dindirmenin tek yolu, madde kullanmaksızın sıkıntıyı kontrol edemem, bırakmaya hazır değilim, madde almama diğer insanlar neden oluyor vs.) taburcu olurken yüksek oranda olumlu madde kullanım inançlarıyla yer değiştirmiştir.

5.4. Tedavi Motivasyon Anketi ile Madde Kullanım İnançları Ölçeği Puan Ortalamaları Arasındaki İlişki

Madde kullanımı ile ilgili inançlar ölçeği toplam puanları ile tedavi motivasyonu ölçeği alt boyutlarından dışsal motivasyon puanları arasında pozitif yönde zayıf düzeyde bir ilişki olduğu saptanmıştır ($p < 0.001$). Madde kullanımına yönelik daha fazla uygunsuz inançlara sahip olanların dışsal motivasyonu daha yüksektir. Bu çalışmada dışsal motivasyon terimi,

tedavi için dışarıdan gelen baskı (yasal sistem tarafından tedaviye gönderildim, tedaviye geldim çünkü gelmem için çevremden baskı gördüm) anlamında kullanılmıştır.

Madde kullanımı ile ilgili inançlar ölçeği toplam puanları ile tedavi motivasyonu alt boyutlarından tedaviye güven puanları arasında negatif yönde zayıf düzeyde bir ilişki olduğu saptanmıştır ($p<0.001$). Tedaviye güven arttıkça madde kullanımına yönelik uygunsuz inançlar azalmaktadır. Benzer şekilde Luke ve arkadaşları (2002), madde kullanım bozukluğu olan bireylerin inanç sistemlerinin anlaşılması, tedaviye uyumu arttırdığını, hastanın tedaviye uygunluğu hakkında fikir verdiğini, tedavi amaçlarının belirlenmesine yardımcı olduğunu belirtmiştir. Ayrıca bağımlılıkla ilgili inançların anlaşılması, tedavi programları ile bireylerin özel bir takım inançları arasında uyumu sağlamaya, tedavinin kalitesi ve etkinliğini güçlendirmeye yardımcı olduğunu belirtmiştir (136). Syvertsen (2005) çalışmasında, işlevsel olmayan inançların madde kullanım bozukluğu tedavisinden beklenen cevabı azalttığı hipotezini test etmiştir (137). Tedaviye güven arttıkça madde kullanım inançlarının azaldığı söylenebilir. Bu durum hastalara güven sağlamanın önemini göstermektedir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

6.1. Sonuçlar

AMATEM biriminde yatarak tedavi gören hastaların merkeze ilk yatışlarında ve tedavinin sonunda tedavi motivasyonlarının ve madde kullanımına ilişkin inançlarının karşılaştırılması amacıyla yapılan bu çalışmada, aşağıdaki sonuçlar elde edilmiştir:

- Yatarak tedavi görmenin hastaların tedavi motivasyonunu ve alt boyutlarından içsel motivasyonu ve tedaviye olan güveni arttırdığı belirlenmiştir.
- Hastaların kliniğe ilk yatışından taburculuğuna kadar olan süreçte TMA alt boyutlarından dışsal motivasyon ve yardım arama boyutlarında farklılık bulunmamıştır.
- Hastaların hastaneye kabulü sürecindeki olumsuz madde kullanım inançları (maddesiz yaşam sıkıcı, maddesiz bir iş yapamam, hayatımdaki acıları dindirmenin tek yolu madde, madde kullanmaksızın sıkıntımı kontrol edemem, bırakmaya hazır değilim, madde almama diğer insanlar neden oluyor vs.) taburcu olurken anlamlı düzeyde azalmıştır.
- Madde kullanımına yönelik uygunsuz inançlara sahip olanların dışsal motivasyonu daha yüksektir.
- Tedaviye güven arttıkça madde kullanımına yönelik uygunsuz inançlar azalmaktadır.

6.2. Öneriler

Araştırmanın sonuçları doğrultusunda aşağıdaki önerilerde bulunulmuştur:

- Kendi kendine bırakma çabalarının fazlasıyla boşa sonuçlandığı, AMATEM’de yatarak tedavinin etkililiği tespit edilmiş olup madde kullanım bozukluğu olan hastaların tedavi ve rehabilitasyonu için AMATEM ya da ÇEMATEM’lerin yaygınlaştırılması,
- Tedaviye güvenin artırılması, içsel motivasyonun artırılması, uzun dönemde relaps olan ve olmayanların bu anlamda izlenmesi,

- Maddeye başlama açısından genç bireylerin risk altında olduğu bu çalışmada tespit edilmiş olup gençlere madde kullanımının zararları konusunda eğitimlerin verilmesi ve mümkünse okul müfredatlarında ilkokuldan itibaren yer alması,
- Maddeye başlama nedenlerinden birinci sırada arkadaş etkisi tespit edilmiş olup, doğru arkadaş seçimi konusunda gençler ve ailelerinin bilgilendirilmesi,
- Mükerrer yatışların yüksek olması, yatarak tedavinin hastalarda olumlu sonuçlar doğurduğu, fakat taburculuk sonrasında zaman ilerledikçe nükslerin artması, rehabilitasyon ve ayakta tedavi süreçlerinin devam ettirilememesi ve/ veya eksikliğini düşündürmekte olup rehabilitasyon merkezlerinin ve ayakta tedavi-takiplerin yaygınlaştırılması,
- Madde bağımlılığı konusunda eğitim alan hemşirelerin sayılarının artırılması, AMATEM kliniklerinde eğitilmiş hemşirelerin çalıştırılması ve aktif rol almaları,
- AMATEM’lerde hastaları dışarıya hazırlama ve rehabilitasyonu başlatma konularına yönelik eğitim ve etkinliklerin artırılması,
- Madde kullanım bozukluğu olan hastaların tedavi edildiği AMATEM ve Psikiyatri kliniklerinde özellikle tedavi motivasyonunun artırılması için “motivasyonel görüşme eğitimlerinin” ve madde kullanımına yönelik inançların ele alındığı eğitimlerin yaygınlaştırılması,
- Madde kullanım bozukluğu olan hastaların, tedavi motivasyonunda ve inançlar üzerinde etkili olan faktörlerin araştırıldığı geniş örneklemli araştırmaların yapılması önerilir.

7. KAYNAKLAR

1. Doğan YB. Madde Kullanımı ve Bağımlılığı. Aile ve Toplum Dergisi, 2001; 1:79-86.
2. Amerikan Psikiyatri Birliği: Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı, Dördüncü Baskı (DSM-IV), Amerikan Psikiyatri Birliği, Washington DC, 1994'ten çeviren Köroğlu E, Hekimler Yayın Birliği, Ankara, 1994.
3. Güleç C, Köroğlu E. Psikiyatri Temel Kitabı. Ankara, 1997; 299-321.
4. Fırıncık S. Madde ve Bağımlılık. Gürhan N Edit. Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliği, Ankara Nobel Kitapevleri, Ankara, 2016: 622-624
5. Türkiye Uyuşturucu ve Uyuşturucu Bağımlılığı İzleme Merkezi (TUBİM), 2012, Türkiye uyuşturucu raporu. [www.sck.gov.tr/2012 Türkiye Uyuşturucu Raporu.pdf](http://www.sck.gov.tr/2012_Turkiye_Uyusturucu_Raporu.pdf) (Erişim Tarihi: 20.03.2017).
6. Türkiye Uyuşturucu ve Uyuşturucu Bağımlılığı İzleme Merkezi (TUBİM), 2013, Türkiye uyuşturucu raporu. [www.sck.gov.tr/2013 Türkiye Uyuşturucu Raporu.pdf](http://www.sck.gov.tr/2013_Turkiye_Uyusturucu_Raporu.pdf) (Erişim Tarihi:20.03.2017).
7. Türkiye Uyuşturucu Raporu, T.C. İçişleri Bakanlığı, Emniyet Genel Müdürlüğü, Kaçakçılık ve Organize Suçlarla Mücadele Daire Başkanlığı, Türkiye, 2014.[www.eos.aeo.org.tr/userfiles/230_2014 Türkiye Uyuşturucu Raporu Hakkında.pdf](http://www.eos.aeo.org.tr/userfiles/230_2014_Turkiye_Uyusturucu_Raporu_Hakkinda.pdf) (Erişim Tarihi: 20.03.2017).
8. Yeltepe Ercan H. Bağımlılık Tedavisinde Egzersiz Terapisi, Nobel Akademik Yayıncılık, 1. Basım, Ankara, 2013; 1-49.
9. Özcebe H, Dilbaz N, Yardım N, Gürer C, Bülbül M. Türkiye Büyük Millet Meclisi Uyuşturucu Başta Olmak Üzere Madde Bağımlılığı ve Kaçakçılığı Sorunlarının Araştırılarak Alınması Gereken Önlemlerin Belirlenmesi Amacıyla Kurulan Meclis Araştırması Komisyonu. (Editör Ünüvar N) Madde Kullanımı ve Bağımlılığı ile Kaçakçılığının Önlenmesi Alanlarında Tespit Edilen Sorunlar ve Çözüm Önerileri. Meclis Araştırması Komisyonu Raporu Özeti. Ankara, 2009; 29-33.
10. Akgül A. Semi-structured interviews with experts at AMATEMs. Unpublished research notes in Istanbul and Ankara, 2013.

11. <http://www.yesilay.org.tr/tr/haberler/detay/2016-dunya-uyusturucu-raporu-aciklandi>, (Erişim Tarihi:15.06.2017).
12. Ögel K. Türkiye’de madde bağımlılığı. Madde kullanıcılarının özellikleri. IQ Kültür Sanat Yayıncılık, 2.Baskı, İstanbul, 2002; 139-196.
13. Zweben A, Zuckoff A. Motivational Interviewing and Treatment Adherence. Chapter,20. Ed.Miller WR, Rollnick S. Motivational Interviewing. Preparing People for Change. The Guildford Press, New York, London, 2002: 299-319.
14. Yüncü, Z. Kesebir, S. Özbaran, B. Çelik, Y. ve Aydın, C. Madde Kullanım Bozukluğu Olan Ergenlerin Ebeveynlerinde Psikopatoloji ve Mizaç: Kontrollü Bir Çalışma. Türk Psikiyatri Dergisi, 2009; 20 (1), 5-13.
15. Ryan RM, Plant RW, O’Malley S. Initial motivations for alcohol treatment: relations with patient characteristics, treatment involvement, and dropout. Addict Behav 1995; 20: 279-297.
16. DiClemente CC, Nidecker M, Bellack AS. Motivation and stages of change among individuals with severe mental illness and substance abuse disorders, Journal of Substance Abuse Treatment 2006; 34: 25-35.
17. Conner BT, Longshore D, Anglin M. Modeling Attitude towards Drug Treatment: The Role of Internal Motivation, External Pressure, and Dramatic Relief. J Behav Health Serv Res, 2009; 36: 150-158.
18. Beek N, Verheul R. Motivation for treatment in patients with personality disorders. J Pers Disord, 2008; 22: 89-100.
19. DiClemente CC, Bellino LE, Neavins TM. Motivation for change and alcoholism treatment. Alcohol Res Health 1999; 23: 86-92.
20. Handmaker N, Packard M, Conforti K. Motivational Interviewing in the Treatment of Dual Disorders. Chapter,24. Ed.Miller WR, Rollnick S. Motivational Interviewing, 2002.
21. Şuben A. 01 Enjektör. Taksim'den Kadıköy'e – Ecstasy'den Esrar'a. Ozan Yayıncılık, 2.Baskı, İstanbul, 2004; 23-101.
22. Tarhan N, Nurmedov S. Bağımlılık. Timaş Yayınları, Psikoloji Dizisi, 3. Baskı, İstanbul, 2014; 227-138.

23. Ögel K. Bağımlı Aileleri İçin Rehber Kitap. Türkiye İş Bankası Kültür Yayınları, 1.Baskı, İstanbul, 2014; 6-7.
24. Ercan Z. Bağımlılıktan Kaçışın Tıratları. Nemesis Kitap, 2.Baskı, İstanbul, 2010; 136-137.
25. Polat G. “Madde Bağımlısı Ergenlerin Tedavi Sonrası Toplumla Yeniden Bütünleşme Deneyimleri ve Sosyal Sermaye Yaklaşımı Temelinde Sosyal Hizmet Müdahalesi”, Yayınlanmamış Doktora Tezi, 356 sayfa, Ankara, Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, 2012, (Prof.Dr.İbrahim CILGA).
26. Albayrak S, Balcı S. Gençlerde madde bağımlılığı ve önlenmesi, Hemşirelikte Eğitim Ve Araştırma Dergisi, 2014, 11; 30-37
27. www.ogelk.net/Dosyadepo/hemsirebolum.pdf (Erişim tarihi: 12.05.2017)
28. Townsend MC. Substance related disorders.In:Psychiatric mental health nursing. 2nd ed. Davis Company, 2002; p. 221-59.
29. Viedebeck SL. Psychiatric mental health nursing. 2nd ed. Philadelphia: W.B. Saunders, 2003; p. 451-72.
30. Varcarolis EM. People who depend upon substances abuse. Foundations of psychiatric mental health nursing. 3rd ed. Philadelphia: W.B. Saunders, 1998; 751-91.
31. Çam O, Engin E. Madde Bağımlılığı. Çam O, Engin E, Edit. Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği bakım sanatı.İstanbul Tıp Kitabevi.1.Baskı, İstanbul, 2014: 447-484.
32. Yüksel N. Madde Kullanımı ve Bağımlılık ile İlişkili bozukluklar. Yüksel N Edit. Ruhsal Hastalıklar. Akademisyen Tıp Kitabevi, 4.Baskı, Ankara, 2014: 567-623.
33. Sadock BJ, Sadock VA. Kaplan Sadock’s Pocket Handbook Of Clinical Psychiatry. Lipponcott Williams & Wilkins. 2009: 78-116.
34. Avrupa Uyuşturucu ve Uyuşturucu Bağımlılığını İzleme Merkezi Özet, ESPAD (Avrupa Gençlerde Madde Kullanımı Değerlendirme Projesi) 2007 Raporu, 35 Avrupa Ülkesinde Öğrenciler Arasında Madde Kullanımı. Printed in Spain, 2009: 1-18.

35. Kaplan HI, Sadock BJ. Madde Kullanımı ile İlişkili Bozukluklar. İçinde: Abay E. Çev. Edit. Klinik Psikiyatri. İstanbul, Nobel Tıp Kitapevleri, Nobel Matbaacılık 2004: 75-115.
36. Yüksel N, Uzbay T. Madde Kötüye Kullanımı ve Bağımlılığı. Yüksel N Edit. Psikofarmakoloji. Nobel Tıp Kitapevleri, 3.Baskı, Ankara, 2007: 417-418.
37. Evren C. Psikiyatri Eğitimi Asistan Kılavuzu. Bağımlılığın Etiyolojisi. BRSHH. Eğitim Portalı. 2011.
38. Ögel K. Sigara, Alkol ve Madde Kullanım Bozuklukları: Tanı, Tedavi ve Önleme. Yeniden Yayınları. İstanbul, 2010.
39. Özden SY. Alkolizm, Sebep ve Sonuçları. Nobel Akademik Yayıncılık, 2.Baskı, Ankara, 2015; 100-107.
40. Uzbay İ.T. Madde Bağımlılığı. Tüm Boyutlarıyla Bağımlılık ve Bağımlılık Yapan Maddeler. İstanbul Tıp Kitapevi, İstanbul, 2015.
41. Çağlayan H. Bonsai. Korza Yayıncılık, Ankara, 2015; 97-98.
42. American Psychiatric Association. DSM 5. Çeviri: Köroğlu E. *DSM 5TM*, 5. Baskı. Ankara, Hekimler Yayın Birliği, 2013: 231-291.
43. Arıkan Z. Alkol Kullanım Bozukluğu, T.C.Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Madde Bağımlılığı Tanı ve Tedavi Kılavuzu El Kitabı.1.Baskı, Ankara, Pozitif Matbaa, 2012: 105-123.
44. Arıkan Z. Kafein ve Başka Uyarıcıların Kullanımına Bağlı Ruhsal ve Davranışsal Bozukluklar, T.C.Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Madde Bağımlılığı Tanı ve Tedavi Kılavuzu El Kitabı.1.Baskı, Ankara, Pozitif Matbaa, 2012: 169-174.
45. Öztürk MO, Uluşahin A. Ruh Sağlığı ve Bozuklukları. Ankara. 11. Basım, II. Cilt, Nobel Tıp Kitapevleri, 2008: 337-420.
46. Kurupınar A. Ortaöğretim öğrencilerinde görülen madde bağımlılığı alışkanlığı ve yaygınlığı (Bartın İli Örneği). Sosyal Bilimler Dergisi, Cilt:16, sayı 1, 2014, 65-84.
47. Uluğ B, Gürel ŞC. Esrar (Kannabis) Kullanımına Bağlı Ruhsal ve Davranışsal Bozukluklar, T.C.Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Madde

- Bağımlılığı Tanı ve Tedavi Kılavuzu El Kitabı.1.Baskı, Ankara, Pozitif Matbaa, 2012: 141-145.
48. Arseneault L, Cannon M, Poulton R, Murray R, Caspi A, Moffitt TE. Cannabis use in adolescence and risk for adult psychosis: longitudinal prospective study. *BMJ* 2002; 23;325(7374):1212-3.
49. Ögel K, Erol B. Çocuklarda Sigara, Alkol ve Madde Bağımlılığı “Çocuğum Madde Bağımlısı Olmasın”, Morpa Kültür Yayınları, İstanbul, 2005: 32-35
50. Gold MS, Roytberg A, Frost-Pineda K. Marihuana, Gabbard’s Treatments of Psychiatric Disorders, (Edit. Gabbard GO, Çeviri Edit. Alptekin K, Öztürk Ö), Veri Medikal Yayıncılık, 4.Baskı, Ankara, 2009: 247-255.
51. Sevük HY. Uyuşturucu ve Uyarıcı Madde Kullanılmasına İlişkin Suçlar. Ankara, Seçkin Yayınları, 2007; 41-42.
52. Kessler RC. The epidemiology of dual diagnosis.*Biol Psychiatry* 2004; 56: 730-737.
53. Vaillant GE. A long-term follow-up of male alcohol abuse.*Arch Gen psychiatry* 1996; 53; 243.
54. Çelik M. Uyuşturucu, Nedir? Nasıl anlarız? Ne yapabiliriz? Alter Yayıncılık, 1.Baskı, 2015; 54-56.
55. Schatzberg AF, Cole JO, DeBattista C. Manuel of Clinical Psychopharmacology. American Psychiatric Publishing, 2010: Inc.519-547.
56. Peter R. Martin. Madde ile ilişkili bozukluklar. Yapıcı Eser H Çev. Edit. Psikiyatri Tanı ve Tedavi. Michael H.Ebert, Peter T.Loosen, James F. Leckman Editörler. Current Diagnosis And Teatment Psychiatry. McGraw Hill Lange Medicine Books. Candansayar S Çev. Edit. Ankara, Güneş Tıp Kitapevleri, 2013: 230-260.
57. Akbulut İ. Ülkemizde Uyuşturucu Maddeler Sorunu. İÜHFM, Türkan Rado’ya Armağan Sayısı, 1997, C.LV, S.3, 132.
58. Ögel K, Koç C, Başabak A, İşmen EM, Görücü S. Bağımlılık Profil İndeksi Klinik Formunun (BAPİ-K) Geliştirilmesi: Geçerlik ve Güvenilirlik Çalışması, Anadolu Psikiyatri Dergisi. 2015; 16(2):57-69.

59. Dilbaz N. Uçucuların Kullanımına Bağlı Ruhsal ve Davranışsal Bozukluklar, T.C.Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Madde Bağımlılığı Tanı ve Tedavi Kılavuzu El Kitabı.1.Baskı, Ankara, Pozitif Matbaa, 2012: 157-167.
60. Demirbaş T. Kriminoloji, 2.Baskı, Ankara, 2005; 284.
61. Öztürk MO. Ruh Sağlığı ve Bozuklukları. Hekimler Yayın Birliği, 5.Basım, Ankara, 1994: 393-417.
62. Aydınalp K. Gençliğin Ruhunu Kemiren Uyuşturucular. Bilim ve Teknik, Ocak 1988, C.21, S.22.
63. Ögel K. Sigara, Alkol ve Madde Bağımlılığı Tedavi Programı (SAMBA) – Klinikler için Denetimli Serbestlik Uygulaması Uygulayıcı Kılavuzu. Yeniden Yayınları, İstanbul, 2014: 61-105.
64. Dilbaz N. Opiat Bağımlılığı, T.C.Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Madde Bağımlılığı Tanı ve Tedavi Kılavuzu El Kitabı.1.Baskı, Ankara, Pozitif Matbaa, 2012: 63-104.
65. Collins ED, Kleber HD, O'Brien CP et al. Opioid Bağımlılığı için Farmakolojik Tedaviler, Gabbard's Treatments of Psychiatric Disorders, (Edit. Gabbard GO, Çeviri, Özdel K), Veri Medikal Yayıncılık, 4.Baskı, Ankara, 2009: 219-236.
66. Gökler R, Koçak R. Uyuşturucu ve Madde Bağımlılığı, Bilimler Araştırmaları Dergisi. 2008: 1: 89-104.
67. Coşkun, F. Gaziantep Üniversitesi Merkez Kampüsündeki Lisans Öğrencilerinin Alkol ve Madde Kullanma Durumu. 2008, Uzmanlık Tezi, 206 sayfa, Gaziantep Üniversitesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Gaziantep, (Prof. Dr. Birgül ÖZÇİRPİCİ).
68. Evren EC, Çakmak D. Alkol ve Madde Kullanım Bozuklukları Kitabı. İstanbul, Özgül Matbaacılık, 2006: 11-112.
69. Bilici M. Tütün (Nikotin) Kullanımına Bağlı Ruhsal ve Davranışsal Bozukluklar, T.C.Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Madde Bağımlılığı Tanı ve Tedavi Kılavuzu El Kitabı.1.Baskı, Ankara, Pozitif Matbaa, 2012: 187-196
70. Atak H. Yetişkinliğe geçiş yıllarında sigara içme davranışlarının psikososyal belirleyicileri ve sigara içmenin yaşam doyumu ve öznel iyi oluşla ilişkisi. Klinik Psikiyatri 2011; 14: 29-43.

71. Asan Ö, Tıkır B, Okay İT, Göka E. Bir AMATEM Birimine Başvuran Alkol ve Madde Kullanım Bozukluğu olan Hastaların Sosyodemografik ve Klinik Özellikleri Bağımlılık Dergisi, Cilt:16, Sayı:1, 2015: 1-8
72. www.yeniden.org.tr/makale/286-bagimlilik-bilgi-merkezi-bagimlilik-hakkinda-temel-bilgiler-farmakolojik-tedavi.html (Erişim Tarihi 13.05.2017)
73. Toker Uğurlu T, Balcı Şengül C, Şengül C. Bağımlılık Psikofarmakolojisi. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar, 2012; 4(1):37-50.
74. Ceylan ME, Türkcan A. Araştırma ve Klinik Uygulamada Biyolojik Psikiyatri 2. Cilt, 1. Kitap: Alkol ve Madde Kullanım Bozuklukları, Genişletilmiş 2. Baskı. İstanbul, Küre Yayıncılık, 2003.
75. www.ogelk.net/Dosya_depo/tibbi_yaklasim.pdf (Erişim Tarihi 13.05.2017).
76. Gowing LR, Ali RL. Opioid bağımlılığı tedavisinde detoksifikasyonun yeri. Current Opinion in Psychiatry, 2. Cilt, Sayı 3, 2006.
77. Miller WR, Rollnick S. Motivational Interviewing. Helping People Change, New York, 2013: 3-25; 157-167.
78. Tamar Gürol D. Motivasyonel Görüşme, T.C.Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Madde Bağımlılığı Tanı ve Tedavi Kılavuzu El Kitabı.1.Baskı, Ankara, Pozitif Matbaa, 2012: 227-231.
79. Prochaska JO, DiClemente CC, Norcross JC. In Search of how of people change; application to addictive behaviors. American Psychologist, 1992; 47(9): 1102-1114.
80. Velicer WF, Prochaska JO, Fava JL et al. Using the transtheoretical model for population-based approaches to health promotion and disease prevention. Homeostasis in Health and Disease, 2000; 40: 174- 195.
81. Prochaska JO, Velicer WF. The transtheoretical model of health behavior change. American Journal of Health Promotion, 1997; 12(1):38-48.
82. Miller WR, Rollnick S. Motivational Interviewing. The Guilford Press, New York, London, 2002; 274-275,321.
83. Tosun M. Madde Bağımlılığına Genel Bakış, İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri, Türkiye’de Sık Karşılaşılan Psikiyatrik Hastalıklar Sempozyum Dizisi, No:6, Mart, 2008: 201-220.

84. Beyazyürek M, Şatır TT. Madde Kullanım Bozuklukları. Psikiyatri Dünyası, 2000; 4: 50-56.
85. Erdoğan Yıldırım Z, Tekinsav Sütçü S. Madde ile İlişkili Bozuklukların Tedavisinde Bilişsel Davranışçı Grup Terapisi Etkililiği: Sistemik Bir Gözden Geçirme, Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar-Current Approaches in Psychiatry; 8 (Suppl 1): 2016: 108-128.
86. Bozkurt SD. Servis Ortamı Ölçeği (SOÖ) Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması. Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi, 107 Sayfa, İzmir, Ege Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, 1998.
87. Oflaz F. Psikiyatri kliniğinde tedavi edici ortam kavramı ve hemşirenin sorumlulukları. Anadolu Psikiyatri Dergisi, 2006; 7:55- 61.
88. Savaşan A. Bağımlılığı olan hastalarda servis ortamı ve tedavi motivasyonu ilişkisinin incelenmesi. Klinik Psikiyatri 2010; 13:119-126.
89. Ergenç G, Yıldırım E. Madde Kullanım Klavuzu, T.C. İstanbul Valiliği Milli Eğitim Müdürlüğü, İstanbul, 2007: 78-100.
90. Evren C, Dalbudak E, Çakmak D. Değişime Hazır Olma ve Tedavi İsteği Ölçeği (SOCRATES) Türkçe versiyonunun yatarak tedavi gören erkek alkol bağımlısı hastalarda faktör yapısı, geçerliliği ve güvenirliliği. Klinik Psikofarmakoloji Bülteni, 2008; 18:84-91.
91. Evren C, Saatçioğlu Ö, Dalbudak E, Danışmant BS, Çakmak D, Ryan RM. Tedavi Motivasyonu Anketi (TMA) Türkçe Versiyonunun Alkol Bağımlısı Hastalarda Faktör Yapısı, Geçerliliği ve Güvenirliliği, Bağımlılık Dergisi, 2006, Cilt: 7, Sayı: 3, s:117-122.
92. Cahill MA, Adinoff B, Hosig H, et al. Motivation for treatment preceding and following a substance abuse program. Addict Behav 2003; 28: 67-79
93. Ryan RM, Deci EL. Intrinsic and Extrinsic Motivations: Classic Definitions and New Directions, Contemporary Educational Psychology, 2000: 25, 54–67.
94. Akgün B. Alkol Bağımlılarında Tedavi Motivasyonu Bağlamında Noropsikolojik Test Performansının İncelenmesi, Yüksek lisans Tezi, 53 Sayfa, Dokuz Eylül Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir, 2010 (Prof.Dr.Yıldız AKVARDAR).
95. www.ogelk.net/Dosyadepo/tedavi_temel.pdf erişim tarihi 12.03.2017.

96. Yıldırım E. Uyuşturucu Kullanımının Sosyolojik Boyutu Uyuşturucuya Yönelik Talep Azaltımı, Kırıkkale Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Sosyoloji Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, 117 Sayfa, 2008 (Prof.Dr.Mimar Türkkahraman).
97. Gregg L, Barrowclough C, Haddock G. Reasons for increased substance use in psychosis. *Clinical Psychology Review*, 2007; 27:494–510.
98. Brochie J, Meyer C, Copello A et al. Cognitive representations in alcohol and opiate abuse: The role of core beliefs. *British Journal of Clinical Psychology*, 2004; 43: 337–342.
99. Aslan S, Türkçapar MH, Yapıcı Eser H, 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.
100. Türkçapar H, Kose S, İnce A. Belief as a predictor of relapse in alcohol-dependent Turkish men. *J Stud Alcohol*, 2005; 66:848-51.
101. Mithcheson L, Maslin J, Meynen T. *Applied Cognitive and Behavioural Approaches to the Treatment of Addiction: A Practical Treatment Guide*. Oxford: Wiley-Blackwell, 2010; p.21-39,89-111.
102. Beck AT, Wright FD, Newman CF, Leise BS. Chapter 2: Cognitive Model of Addiction, In *Cognitive Therapy of Substance Abuse*. New York: Guilford, 1993.
103. Altun İ. Beyaz Ölüm. Bir kereden çok şey olur. Çatı Kitapları, İstanbul, 2013; 173.
104. Beck J. Bilissel Terapi, Temel İlkeler ve Ötesi. (Çev. Nesrin Hisli Sahin). Ankara: Psikologlar Dernegi Yayınları, 2001.
105. Carroll KM. Recent advances in the psychotherapy of addictive disorders. *Curr. Psychiatry Rep*, 2005; 7: 329-36.
106. Tolfrey M, Fox S, Jeffcote N. Beliefs about substance use and the attribution of blame for offending, *Journal of Forensic Psychiatry & Psychology*, 2011; 22: 266-277
107. Bekar Özen E. Bağımlılık yapıcı madde kullanımı olan hemşireler ve hemşirelik hizmetleri yönetiminin yaklaşımı: bir literatür incelemesi. *Sağlık Ve Hemşirelik Yönetimi Dergisi*, 2014; 1: 43-47

108. Kaya Y, Şahin N. Kadınlarda madde kullanımı ve hemşirenin rolü, Hemşirelikte Eğitim Ve Araştırma Dergisi, 2013, 10; 3-7
109. Asi Karakaş S, Ersöğütçü F. Madde Bağımlılığı ve Hemşirelik. Derleme. HSP,2016; 3(2):133-139.
110. Şimşek N. Madde kullanım bozukluğu olan birey ve ailesinin hemşirelik bakımı, Psikiyatri Hemşireliği Dergisi, 2010, 1; 96-99.
111. T.C. Milli Eğitim Bakanlığı. Hemşirelik. Psikiyatride Görülebilecek Diğer Bozukluklar. Ankara, 2012; 24-26.
112. Bozkurt O. Madde bağımlısı bireylerin bağımlılık süreçlerinde ailenin etkisi. 2015, Hacettepe Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 181 Sayfa, Ankara, (Doç.Dr.Tuğçe Poyraz TACOĞLU).
113. Sancar E. Madde kullanım bozukluğunun kişilerin yaşamları üzerine olumsuz etkileri ile hastaların işlevsellikleri ve evlilik uyumlarının belirlenmesi. 2017, Gaziantep Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 74 Sayfa, Gaziantep, (Doç.Dr.Derya TANRIVERDİ)
114. Evren C, Ögel K. Alkol/madde bağımlılarında dissosiyatif belirtiler ve çocukluk çağı travması, depresyon, anksiyete ve alkol/madde kullanımı ile ilişkisi. Anadolu Psikiyatri Dergisi. 2001;4:30-37.
115. Ersöğütçü F. Madde bağımlılığı tanısı almış bireylerde sosyal işlevsellik ve benlik saygısı. 2015, Atatürk Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 71 Sayfa, Erzurum, (Yrd Doç. D. Sibel Asi KARAKAŞ)
116. Acar M. Türkiye’de madde bağımlılığı ve gençlik. Kırıkkale Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 138 sayfa, 2006, Kırıkkale (Yard. Doç. Dr. Dolunay SENOL)
117. Yumru M, Savaş H, Tutkun H, Herken Karasu M, Dülger E. Gaziantep Üniversitesi’nde adli psikiyatrik açıdan incelenmiş olan olguların değerlendirilmesi: yüksek oranda alkol-madde kullanımı. Anadolu Psikiyatri Dergisi. 2005; 6:30-35.

- 118.Akın M. Lise Öğrencilerinin Madde Kullanımının Zararlarına İlişkin Eğitim Gereksinimleri. 33. Ulusal Psikiyatri Kongresi Kitabı. Antalya, 1997; 281-288.
119. Karataş C. Ergenlerde saldırganlığın madde bağımlılığı ve diğer değişkenlerle ilişkisi. 2009, Gazi Üniversitesi, Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 124 Sayfa, Ankara, (Yrd Doç. Dr. Leyla ERCAN)
120. Taşkent A. Alkol ve/veya Madde Bağımlıları İle Bağımlılığı Olmayan Bireylerin Savunma Mekanizmaları Açısından Karşılaştırılması, Çocukluk Çağı Travmaları, Disosiyatif Yaşantılar Ve Bağımlılık şiddetinin Savunma Mekanizmaları Üzerindeki Etkisinin incelenmesi. 2010, Maltepe Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 128, İstanbul, (Doç. Dr. Figen KARADAĞ).
121. Can G. Madde bağımlılığı tanısı alan bireylerin sosyal işlevsellik ve içselleştirilmiş damgalanma düzeyleri. 2012, Gaziantep Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 113 Sayfa, Gaziantep, (Yrd.Doç.Dr.Derya TANRIVERDİ)
122. Erdem G, Eke CY, Ögel K, Taner S. Lise öğrencilerinde arkadaş özellikleri ve madde kullanımı. Bağımlılık Dergisi. 2006; 7(3), 111-116.
123. McCusker J, Bigelow C, Luippold R, Zorn M, Lewis BF. Outcomes of a 21-day drug detoxification program:Retention, transfer to further treatment, and HIV risk reduction. American Journal on Drug Alcohol Abuse,1995; 21, 1-21.
124. Daley M, Argeriou M, McCarthy D. Substance abuse treatment for pregnant woman: A window of opportunity. Addictive Behaviors, 1998; 23, 232-249.
125. Franken IH, Hendricks VM. Predicting outcome of inpatient detoxification of substance abusers. Psychiatric Services, 1999; 50, 813-817.
126. Savaşan A, Engin E, Ayakdaş D. Bir Amatem kliniğinden taburcu olan bağımlı hastalarının yaşam tarzı değişiklikleri ve nüks durumları. Psikiyatri Hemşireliği Dergisi, 2013; 4(2): 75-79.
127. Randall Richardson-Vejlgaard, Ph.D.a, Leo Sher, M.D.a, Maria A. Oquendo, M.D.a, DanaLizardi, Ph.D.b, and Barbara Stanley, Ph.D.a. Objections to suicide among depressed patients with alcohol useDisorders. J Affect Disord. 2009 October ; 117(3): 197–201. doi:10.1016/j.jad.2009.01.005.
128. Türkiye Uyuşturucu ve Uyuşturucu Bağımlılığı İzleme Merkezi (TUBİM), Türkiye uyuşturucu raporu, Ankara, 2011.

129. Avşar G, Koç F, Aslan G. Madde bağımlısı hastalarda sosyal destek ve benlik saygısı. ACU Sağlık Bil Dergisi, 2016;(1):44-49.
130. Beyazyürek M, Alpkan L, Karamustafalıoğlu KO. Uyuşturucu madde bağımlılarında sosyodemografik özellikler. Düşünen Adam, 1990; (3):59-61.
131. Alpay N, Maner F, Kalyoncu A. AMATEM’de 1990 yılında yatırılan madde bağımlılarının demografik özellikleri ve geçmiş yıllarla kıyaslanması. 27. Ulusal Psikiyatri Kongresi Program ve Bildiri Özetleri Kitabı, Antalya, 1991: 117
132. Türkcan A. Türkiye’de madde kullananların profili: Hastane verilerinin incelenmesi. Düşünen Adam, 1998, 11(3): 56-64
133. Türkcan A, Çakmak D. AMATEM’e 1998 yılı içinde yatan hastaların sosyodemografik ve madde kullanım özellikleri. 35. Ulusal Psikiyatri Kongresi Özet Kitabı, Trabzon, 1999; 24-25
134. Evren C, Çakmak D. Alkol ve madde kullananların özellikleri: 2000 yılına ait AMATEM’e yatan hasta verilerinin incelenmesi. Düşünen Adam. 2001; 14:142-149
135. Bulut M, Savaş HA, Cansel N, Selek S, Kap Ö, Yumru M ve Vırt O. Gaziantep Üniversitesi alkol ve madde kullanım bozuklukları birimine başvuran hastaların sosyodemografik özellikleri. Bağımlılık Dergisi 2006; 7: 65-70.
136. Luke DA, Ribisi KM, Walton MA, Davidson WS. Assessing the diversity of personal beliefs about addiction: development of the addiction belief inventory. Subst Use Misuse, 2002; 37: 89-120
137. Syvertsen KP. The role of cognitive processes in dysphoria and college drinking: A daily experiences study. Uzmanlık Tezi. University of Wyoming, 2005.
138. Ercan Z. Kapımızdaki Düşman: Uyuşturucu. Nememis Kitap, İstanbul, 2010, 50-65.
139. Akvardar Y. Halüsinojenler, T.C.Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Madde Bağımlılığı Tanı ve Tedavi Kılavuzu El Kitabı.1.Baskı, Ankara, Pozitif Matbaa, 2012: 181-185.
140. Ercan Z. Bağımlılık Yapan ve Türkiye’de En Çok Bağımlılık Yapan Maddeler, Testi Kırılmadan. Nemesis Kitap, 10. Baskı, İstanbul, 2013; 53-88.
141. Özden S.Y. Adli Psikiyatri Açısından Uyuşturucu ve Uyuşturucu Madde Bağımlılığı, Adli Psikiyatri. Nobel Akademik Yayıncılık, 2.Basım, Ankara, 2015; 341-452.

142. Ögel K. Sigara, Alkol ve Madde Bağımlılığı Tedavi Programı (SAMBA) - Uygulayıcılar için kaynak kitapçık. 2. Sürüm. Yeniden Yayınları, İstanbul, 2014.



8. EKLER

EK 1

TANITICI BİLGİ FORMU

Sayın katılımcı;

Elinizde bulunan bu anketler bilimsel bir araştırma amacıyla hazırlanmış olup; hastalığınızla/madde kullanım bozukluğunuzla ilgili soruları içermektedir. Her bir ifadeyi dikkatle okuyup soruları size en uygun biçimde cevaplamanız, çalışmanın doğru bir şekilde sonuçlanması açısından büyük önem taşımaktadır. Çalışmanın en uygun şekilde değerlendirilebilmesi için soruların boş bırakılmaması önemle rica olunur. Araştırmadan elde edilecek veriler sadece araştırmacının amacına hizmet edecek şekilde kullanılacak ve kimlik bilgileriniz kullanılmayacaktır. Bu nedenle isim yazmanıza gerek yoktur.

Katılımınız ve araştırmaya vermiş olduğunuz desteklerden dolayı teşekkür ederiz.

Anket No:

1. Yaşınız:

2. Cinsiyetiniz

a. Erkek b. Kadın

3. Yaşadığınız yer?

a. İl b. İlçe c. Köy

4. Kiminle yaşıyorsunuz?

a. Aileyle

b. Yalnız

5. Eğitim Durumunuz?

- a. Okur yazar
- b. İlkokul
- c. Ortaokul
- d. Lise ve dengi
- e. Üniversite ve üstü

6. Medeni Durumunuz?

- a. Bekar
- b. Evli
- c. Boşanmış

7. Çocuğunuz var mı?

a. Evet

b. Hayır

8. Mesleğiniz?

a. İşsiz

b. Diğer.....

9. Sosyal güvenceniz var mı?

a. Evet

b. Hayır

10. Şu anda yaşadığınız yere başka bir ilden göç etme durumunuz var mı?

a. Evet

b. Hayır

11. Göç etme sebebiniz nedir?

a..Ekonomik güçlükler

b. Sosyal sebepler

c. Siyasi sebepler

12. Son bir yıl içinde aşağıdaki maddeleri kullanıp kullanmadığınızı veya ne sıklıkta kullandığınızı belirtiniz.

	Hiç	Sadece 1-2 kez	Ayda 1-3 kez	Haftada 1-5 kez	Hemen hemen her gün
1. Alkol					
2. Esrar (marihuana, joint, gubar vb.)					
3. Ekstazi					
4. Eroin					
5. Bonzai					
6. Kokain					
7. Rohipnol, rivotril gibi haplar					
8. Uçucu maddeler (tiner, bali, gaz vb)					
9. Amfetamin türevleri (metamfetamin, ice vb)					
10. Çeşitli haplar (akineton, tantum, xanax vb)					

11.Diğer (LSD, GHB vb)					
--------------------------	--	--	--	--	--

13. İlk kez kaç yaşında madde kullandınız?.....

14. Maddeye başlama nedeniniz?

- a. Arkadaş etkisi
- b. Merak
- c. Sorunlardan uzak durma
- d. Keyif alma
- e. Ailevi sorunlar

15. Maddeyi kullanma durumunuz?

- a. Yalnız
- b. Arkadaş grubu

16. Daha önce yatarak tedavi gördünüz mü?

- a. Evet
- b. Hayır

Cevabınız evet ise kaç kez.....Nerede:..... Ne kadar süre yattınız?.....

Cevabınız evet ise tedaviden sonra ne kadar süre temiz (madde almadan) kaldınız?.....

17. Daha önce kendi çabanızla madde kullanmayı bırakmayı denediniz mi?

- a. Evet
- b. Hayır

18. Şuandaki tedaviye başlama nedeniniz?

- a. Kendi isteğimle
- b. Ailemin isteği ile
- c. Yasal zorunluluk nedeniyle

19. Ailenizde madde kullanan bireyler var mı?

- a. Evet
- b. Hayır

20. Varsa kimde var?

- a. Anne
- b. Baba
- c. Kardeş

d. Yakın akraba (kim olduğunu belirtiniz.....)

21. Annenizin eğitim durumu nedir?

- a. Okur yazar değil
- b. Okur yazar
- c. İlkokul
- d. Ortaokul
- e. Lise ve dengi

22. Annenizin mesleği nedir?.....

23. Babanızın eğitim durumu nedir?

- a. Okur yazar değil
- b. Okur yazar
- c. İlkokul
- d. Ortaokul
- e. Lise ve dengi
- f. Üniversite ve üstü

24. Babanızın mesleği nedir?.....

25. Anne-babanız ayrı mı?

- a. Evet
- b. Hayır

26. Ceza evi öykünüz var mı ?

- a. Evet
- b. Hayır

27. Evet ise madde etkisinde mi suç işlediniz?

- a. Evet
- b. Hayır

28. İşlediğiniz suçtan dolayı pişmanlık duyuyor musunuz?

- a. Evet
- b. Hayır

29. Kendinizi yaralama davranışınız var mı?

- a. Evet
- b. Hayır

30. İntihar girişiminiz var mı?

- a. Evet
- b. Hayır

31. Cevabınız evet ise intihar girişimi madde etkisinde mi gerçekleşti?

- a. Evet
- b. Hayır

EK 2**TEDAVİ MOTİVASYONU ANKETİ (TMA)**

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

20.Bu tedaviyi seçmekten ben sorumluyum.					
21.Programın sorunlarımı çözmeye yardımcı olacağını düşünmüyorum.					
22.Sorunlarımla ilgilenilmesi için sabırsızlanıyorum.					
23.Tedaviyi seçtim, çünkü tedavi değişmem için bir fırsat.					
24.Bu sefer tedaviden sonuç alacağımdan emin değilim.					
25.Tedavide diğerleriyle endişelerimi paylaşmak rahatlatır.					
26.Yardım ve desteğe ihtiyacım olduğu gerçeğini kabul ediyorum.					



EK 3

MADDE KULLANIMIYLA İLGİLİ İNANÇLAR ÖLÇEĞİ

Aşağıda alkol/madde kullanımıyla ilgili bazı inançlar ve düşünceler sıralanmıştır. Herbirini dikkatlice okuyarak yan tarafına size ne kadar uyduğunu rakamla belirtiniz. Puanlarken aşağıda belirtilen rakamları kullanın.

- 1: Tamamıyla yanlış/ hiç katılmıyorum
- 2: Çoğunlukla katılmıyorum/yanlış buluyorum;
- 3: Biraz karşıyım/katılmıyorum
- 4: Fikrim yok/ ne doğru ne de yanlış, ortadayım
- 5: Biraz katılıyorum/doğru buluyorum
- 6: Oldukça katılıyorum/doğru buluyorum
- 7: Tamamıyla doğru/ tam olarak aynı görüşteyim.

	1	2	3	4	5	6	7
1. Alkolsuz/maddesiz yaşam sıkıcı							
2. Alkol/Madde kullanmak benim verimimi ve yaratıcılığımı artırmamın tek yolu							
3. Alkolsuz/maddesiz bir iş yapamam							
4. Hayatımdaki acıları dindirmemin tek yolu alkol/madde							
5. Bırakmaya hazır değilim							
6. İstek/arama bana alkolü/maddeyi kullanıdırıyor							
7. Alkolü/Maddeyi bıraksam bile hayatım yoluna girmez							
8. Sinirimi azaltmanın tek yolu alkol/madde							
9. Eğer alkolü/maddeyi bırakırsam yaşamım tatsızlaşır							
10. Düzelmeyi hak etmiyorum							
11. Alkolü/maddeyi bırakacak kadar güçlü değilim							

12. Alkol/madde kullanmadan insanlarla arkadaşlık yapamam							
13. Alkol/madde kullanımı benim için bir sorun değil							
14. Alkol/madde almadıkça kullanma isteğim azalmaz							
15. Alkol/madde almama diğer insanlar neden oluyor (eşim, sevgilim, ailem)							
16. Alkol/madde kullanımı soya çekime bağlıdır							
17. Alkolsüz/maddesiz rahatlayamam							
18. Alkol/madde sorunumun olması benim doğuştan kötü bir insan olduğum anlamına gelir							
19. Alkol/madde kullanmaksızın sıkıntımı kontrol edemem							
20. Alkol/madde almadıkça yaşantım eğlencesiz geçer							

EK-4

ARAŞTIRMANIN YAPILABİLMESİ İÇİN GEREKLİ İZİN YAZILAR

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu
Gaziantep İli Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği

Tarih ve Sayı: 17.04.2017/04

Bilimsel Araştırma İzinleri Başvuru İnceleme Komisyonu Toplantı Kararları

Başvuru Sahibi:

Sıdıka ÖZKAN

Çalışma Adı:

“Gaziantep AMATEM’de Bağımlılık Tedavisi Gören Hastaların İlk Yatışı ile Taburculuklarında Tedavi Motivasyonlarının ve Madde Kullanımına İlişkin İnançlarının Karşılaştırılması”

Komisyon Kararı:

Çalışmanın Kurumumuzda yapılmasına oy birliği ile karar verilmiştir.

KOMİSYON BAŞKANI

Op. Dr. Ali Güven FİNCAN
Tıbbi Hizmetler Başkan V.

ÜYE

Abdullah UZUNASLAN
İdari Hizmetler Başkanı

ÜYE

Selahattin TEKATLI
Mali Hizmetler Başkanı

18.../04/2017

OLUR

Uzm. Dr. Ömer AYKUT
Genel Sekreter

EK-5

GAZİANTEP ÜNİVERSİTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU
KARAR FORMU

GAZİANTEP ÜNİVERSİTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Gaziantep AMATEM’de Bağımlılık Tedavisi Gören Hastaların İlk Yatışı İle Taburculuklarında Tedavi Motivasyonlarının Ve Madde Kullanımına İlişkin İnançlarının Karşılaştırılması
VARSA ARAŞTIRMANIN PROTOKOL KODU	89

ETİK KURUL BİLGİLERİ	ETİK KURULUN ADI	Gaziantep Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu
	AÇIK ADRESİ:	Gaziantep Üniversitesi Sağlık Bilimler Fakültesi 2. Kat Şehitkamil/Gaziantep
	TELEFON	0342 360 07 53 / 77704
	FAKS	0342 360 39 27
	E-POSTA	gaunetikkurul@gmail.com

BAŞVURU BİLGİLERİ

KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI	Doç. Dr. Derya TANRIVERDİ			
KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI	Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği			
KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ BULUNDUĞU MERKEZ	Gaziantep Üniversitesi Sağlık Bilimler Fakültesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği			
VARSA İDARI SORUMLU UNVANI/ADI/SOYADI				
DESTEKLEYİCİ				
PROJE YÜRÜTÜCÜSÜ UNVANI/ADI/SOYADI (ULUSİTAK vb. gibi kaynaklardan destek alanlar için)				
DESTEKLEYİCİNİN YASAL TEMSİLCİSİ				
ARAŞTIRMANIN FAZİ VE TÜRÜ	FAZ 1	☐		
	FAZ 2	☐		
	FAZ 3	☐		
	FAZ 4	☐		
	Gözlemsel ilaç çalışması	☐		
	Tıbbi cihaz klinik araştırması	☐		
	In vitro tıbbi tanı cihazları ile yapılan performans değerlendirme çalışmaları	☐		
	İlaç dışı klinik araştırma	☐		
	Diğer ise belirtiniz :			
ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ ☐	ÇOK MERKEZLİ ☐	ULUSAL ☐	ULUSLARARASI ☐

DEĞERLENDİRİLEN BELGİLER	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili
	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ			Türkçe ☐ İngilizce ☐ Diğer ☐
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU			Türkçe ☐ İngilizce ☐ Diğer ☐
	OLGU RAPOR FORMU			Türkçe ☐ İngilizce ☐ Diğer ☐
	ARAŞTIRMA BROŞÜRÜ			Türkçe ☐ İngilizce ☐ Diğer ☐

Etik Kurul Başkanının
Unvanı/Adı/Soyadı: Prof. Dr. Belgin ALAŞEHİRLİ
İmza:

Not: Etik kurul başkanı, imzasının yer almadığı her sayfaya imza atmalıdır.

GAZİANTEP ÜNİVERSİTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI		Gaziantep AMATEM'de Bağımlılık Tedavisi Gören Hastaların İlk Yatışı İle Taburculuklarında Tedavi Motivasyonlarının Ve Madde Kullanımına İlişkin İnançlarının Karşılaştırılması	
VARSA ARAŞTIRMANIN PROTOKOL KODU		89	
DEĞERLENDİRİLEN DİĞER BELGELER	Belge Adı		Açıklama
	SIGORTA	☐	
	ARAŞTIRMA BÜTÇESİ	☐	
	BIYOLOJİK MATERYEL TRANSFER FORMU	☐	
	ILAN	☐	
	YILLIK BİLDİRİM	☐	
	SONUÇ RAPORU	☐	
	GÜVENLİLİK BİLDİRİMLERİ	☐	
KARAR BİLGİLERİ	Karar No:2017 /89	Tarih: 13.03 .2017	
	Yukarıda bilgileri verilen başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmann/çalışmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve uygun bulunmuş olup araştırmann/çalışmanın başvuru dosyasında belirtilen merkezlerde gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel sakınca bulunmadığına toplantıyla katılan etik kurul üye tam sayısının salt çoğunluğu ile karar verilmiştir İlaç ve Biyolojik Ürünlerin Klinik Araştırmaları Hakkında Yönetmelik kapsamında yer alan araştırmalar/çalışmalar için Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu'ndan izin alınması gerekmektedir.		

KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU	
ETİK KURULUN ÇALIŞMA ESASI	İlaç ve Biyolojik Ürünlerin Klinik Araştırmaları Hakkında Yönetmelik, İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu
BAŞKANIN UNVANI / ADI / SOYADI:	Prof. Dr.Belgin ALAŞEHİRLİ

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet		Araştırma ile ilişki		Katılım *		İmza
Prof. Dr.Belgin ALAŞEHİRLİ	FARMAKOLOJİ	Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi	E ☐	K ☒	E ☐	H ☒	E ☐	H ☐	
Prof. Dr. Mehmet KESKİN	PEDİATRİ	Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi	E ☒	K ☐	E ☐	H ☒	E ☐	H ☐	
Prof. Dr.Ferdun İŞİK	GÖĞÜS CERRAHI	Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi	E ☒	K ☐	E ☐	H ☒	E ☐	H ☐	
Prof. Dr. İlker SEÇKİNER	ÜROLOJİ	Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi	E ☒	K ☐	E ☐	H ☒	E ☐	H ☐	
Prof. Dr. Ramazan BAL	FİZYOLOJİ	Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi	E ☒	K ☐	E ☐	H ☒	E ☐	H ☐	
Prof. Dr.Yasemin ZER	MIKROBİYOLOJİ	Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi	E ☐	K ☒	E ☐	H ☒	E ☐	H ☐	
Doç. Dr. Zeynel Abidin ÖZTÜRK	İÇ HASTALIKLARI	Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi	E ☒	K ☐	E ☐	H ☒	E ☐	H ☐	
Doç. Dr.Seval KUL	BIYOİSTATİSTİK	Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi	E ☐	K ☒	E ☐	H ☒	E ☐	H ☐	
Yrd. Doç. Dr.Betül TAŞ	AĞIZ DIŞ ve ÇENE CERRAHİSİ	Gaziantep Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi	E ☐	K ☒	E ☐	H ☒	E ☐	H ☐	
Uzm. Dr. Cahide Elif ORHAN	FARMAKOLOJİ	Gaziantep İl Sağlık Müdürlüğü	E ☐	K ☒	E ☐	H ☒	E ☐	H ☐	
Eyup ÇELİK	AVUKAT	Gaziantep Barosu	E ☒	K ☐	E ☐	H ☒	E ☐	H ☐	
Recep TÜRK	BANKACI	Ziraat Bankası Gaziantep Bölge Yöneticisi	E ☒	K ☐	E ☐	H ☒	E ☐	H ☐	

Etik Kurul Başkanının
Unvanı/Adı/Soyadı: Prof. Dr. Belgin ALAŞEHİRLİ
İmza:

Etik Kurul Üyesi
S. dıky Ögütü
Adı

Not: Etik kurul başkanı, imzasının yer almadığı her sayfaya imza atmalıdır.

BİLGİLENDİRİLMİŞ HASTA ONAM FORMU

BİLGİLENDİRİLMİŞ HASTA ONAM FORMU	
Gaziantep AMATEM’de bağımlılık tedavisi gören hastaların ilk yatışı ile taburculuklarında tedavi motivasyonlarının ve madde kullanımına ilişkin inançlarının karşılaştırılması	
Araştırmacı Sıdika ÖZKAN Doç. Dr. Derya TANRIVERDİ	Hastanın Adı-Soyadı: Yaşı: Bilgilendirme Tarihi Tel: Adres:

Sayın KATILIMCI,

Bu araştırma, AMATEM biriminde yatarak tedavi gören hastaların tedavi motivasyonları ve madde kullanımına ilişkin inançlarının karşılaştırılması amacıyla yapılmaktadır. Bu araştırma sonucunda elde edilen veriler ışığında, hastalara uygun yaklaşımlar geliştirmeyi ve planlamayı hedefledik. Araştırmacı tarafından sizlere bir anket sunulacaktır. Size sorduğumuz sorular bu araştırma için bizlere veri sağlayacaktır. Bu araştırmaya katılmanız veya katılmamanız yapılacak işlemleri etkilemeyecektir. İstedığınız anda araştırmacıya haber vererek çalışmadan çekilebilir ya da araştırmacı tarafından gerek görüldüğünde araştırma dışı bırakılabilirsiniz. Bu çalışma karşılığı sizden ücret talep edilmeyecektir ve araştırmaya katılım gönüllülük ilkesine bağlıdır. Araştırma sadece araştırma ekibi tarafından okunup değerlendirilecektir. Vereceğiniz bilgiler bilimsel bir amaçla kullanılacaktır. Araştırmanın sonucunun doğru olması için soruları atlamadan, samimi ve tarafsız olarak yanıtlamanız uygun olacaktır. Araştırmaya katıldığınız ve tüm soruları içtenlikle yanıtladığınız için teşekkür ederiz.

Hastanın Rızası:

Araştırmacı tarafından şahsıma anlatılan tüm bu bilgiler doğrultusunda bu çalışmaya katılmayı KABUL EDİYORUM.

Hastanın Adı Soyadı:

İmza:

ÖZGEÇMİŞ

25.12.1984 yılında Şanlıurfa’da doğdu. İlk, orta ve lise öğrenimini Şanlıurfa’da tamamladı. 2006 yılında Gaziantep Üniversitesi Hemşirelik Bölümünden mezun oldu. 2015 yılında Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisansa başladı. Sağlık Bakanlığına bağlı çeşitli kurumlarda 11 yıl hemşire olarak çalıştı. Son 6 yıldır Gaziantep AMATEM Kliniğinde hemşire olarak çalışıyor.

Sıdıka ÖZKAN

