



YAKIN DOĞU ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ
KLİNİK PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI

**PSİKİYATRİ KLİNİĞİNDE YATAN ALKOL VE
MADDE BAĞIMLILARINDA BAĞIMLILIK
ORANLARI İLE PSİKİYATRİK BELİRTİLERİ
ARASINDAKİ İLİŞKİNİN İNCELENMESİ**

ARMAĞAN KAR

YÜKSEK LİSANS TEZİ

LEFKOŞA

2021

**PSİKİYATRİ KLİNİĞİNDE YATAN ALKOL VE
MADDE BAĞIMLILARINDA BAĞIMLILIK
ORANLARI İLE PSİKİYATRİK BELİRTİLERİ
ARASINDAKİ İLİŞKİNİN İNCELENMESİ**

ARMAĞAN KAR

YAKIN DOĞU ÜNİVERSİTESİ LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ
KLİNİK PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI

YÜKSEK LİSANS TEZİ

TEZ DANIŞMANI

YRD. DOÇ. DR. MERYEM KARAAZİZ

LEFKOŞA

2021

KABUL VE ONAY

Armağan KAR tarafından hazırlanan “**Psikiyatri Kliniğinde Yatan Alkol ve Madde Bağımlıllarında Bağımlılık Oranları İle Psikiyatrik Belirtileri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi**” başlıklı bu çalışma, 23/06/2021 tarihinde yapılan savunma sınavı sonucunda başarılı bulunarak jürimiz tarafından Yüksek Lisans olarak kabul edilmiştir.

JÜRİ ÜYELERİ

.....
Yrd. Doç. Dr. Meryem KARAAZİZ (Danışman)
Yakın Doğu Üniversitesi
Fen Edebiyat Fakültesi ve Psikoloji Bölümü

.....
Yrd. Doç. Dr. Başak BAĞLAMA YÜCESOY (Başkan)
Yakın Doğu Üniversitesi
Atatürk Eğitim Fakültesi ve Özel Eğitim Bölüm Başkan Yardımcısı

.....
Dr. Sözen İNAK
Yakın Doğu Üniversitesi
Fen Edebiyat Fakültesi ve Psikoloji Bölümü

.....
Prof. Dr. K. Hüsnü Can BAŞER
Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Müdürü

BİLDİRİM

Hazırladığım tezin, tamamen kendi çalışmam olduğunu ve her alıntıya kaynak gösterdiğimi taahhüt ederim. Tezimin kağıt ve elektronik kopyalarının Yakın Doğu Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü arşivlerinde aşağıda belirttiğim koşullarda saklanmasına izin verdiğimi onaylarım.

o Tezimin tamamı her yerden erişime açılabilir.

o Tezim sadece Yakın Doğu Üniversitesinde erişime açılabilir.

X Tezimin iki (2) yıl süre ile erişime açılmasını istemiyorum. Bu sürenin sonunda uzatma için başvuruda bulunmadığım takdirde tezimin tamamı erişime açılabilir.

Tarih

İmza

Armağan KAR

TEŞEKKÜR

Yüksek lisans eğitimimin başlangıcından itibaren her konuda desteğini hissettiğim, tecrübeleri ile mesleki alanda gelişmemi sağlayan Yrd. Doç. Dr. Meryem KARAAZİZ'e gerek bana ayırdığı zaman gerekse özverili ve dikkatli yönlendirmesiyle bana sağladığı katkılardan ötürü tüm samimiyetimle teşekkür ederim.

Bir ömür boyu yan yana yürüdüğümüz, her konuda sevgisini ve desteğini yanı başımda bulduğum sevgili anneme sonsuz teşekkür ederim, ona bir ömür boyu minnettar kalacağım.

Lisans döneminden itibaren bana desteklerini esirgemeyen Yrd. Doç. Dr. Asra BABAYİĞİT'e Dr. Sözen İNAK'a Uzm. Psk. Ayşe BURAN'a ve Uzm. Psk. İpek ÖZSOY'a bir ömür boyu tüm samimiyetimle teşekkür ederim.

Özel hayatımda manevi desteklerini esirgemeyen M.Turhan ORHAN'a, Kamuran KARACA'ya ve Psk. İhsan Sabri TİTİ'ye teşekkür ederim.

ÖZ

Psikiyatri Kliniğinde Yatan Alkol ve Madde Bağımlılarında Bağımlılık Oranları ile Psikiyatrik Belirtileri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi

Alkol ve madde bağımlılığı günümüzde tüm dünyada, özellikle de pandemi etkisiyle her geçen gün artan biyopsikososyal bir sorun olarak karşımıza çıkmaktadır. Bu araştırmada Psikiyatri Servisinde yatarak tedavi olan alkol ve madde bağımlılığı tanısı alan hastalar; bağımlılık şiddeti ve türü, sosyodemografik özellikleri, tedavi motivasyonu ve psikiyatrik belirtileri açısından incelenmesi, ilişkilendirilmesi amaçlanmış; ilişkisel tarama modeliyle araştırılmıştır. Uygulama hakkında bilgi verilip, onam alındıktan sonra hastalara; Sosyodemografik Veri Formu, Bağımlılık Profil İndeksi, Tedavi Motivasyonu Ölçeği uygulanmıştır.

Hastaların madde bırakma motivasyonunun yüksek, hastaların bağımlılıkla ilgili sorunlarını fazla yaşamakta ve düşük bağımlılık şiddeti gösterdiği tespit edilmiştir. Hastaların medeni durumlarına göre BAPİ toplam ve alt ölçek puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur. Hastalarda madde kullanımının kişinin yaşamına etkisi ile madde kullanımını bırakma motivasyonu arasında istatistiksel olarak pozitif yönde zayıf düzeyde ilişkiye rastlanmıştır ($p>0,05$). Hastaların madde kullanım sorunu olduğunu düşünme durumlarına göre BAPİ toplam ve alt ölçek puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır ($p>0,05$). Hastaların eğitim düzeylerine göre sadece BAPİ madde kullanımının kişinin yaşamına etkisi alt ölçeği puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p>0,05$).

İlgili kurumlarda koruyucu ruh sağlığı eğitim ve planlamalarının yapılması, hastaların anksiyete ve depresyon açısından değerlendirilerek tedavi için yönlendirilmesi, tedavi sürecinde güven, kişinin şahsi tutumları ve hastane ortamından kaynaklı değişkenlerin incelendiği ayrıntılı çalışmaların yapılması, önerilebilir.

Anahtar Kelimeler: Alkol ve Madde Bağımlılığı, Bağımlılık Şiddeti, Tedavi Motivasyonu, Psikiyatrik Belirtiler.

ABSTRACT

Investigation of the Relationship Between Addiction Rates and Psychiatric Symptoms in Alcohol and Substance Addicts Hospitalized in Psychiatry Clinic

Alcohol and substance addiction is a biopsychosocial problem that is increasing day by day all over the world, especially with the effect of the pandemic. In this study, patients diagnosed with alcohol and substance addiction who were hospitalized in the Psychiatry Service; it was aimed to examine and correlate addiction severity and type, sociodemographic characteristics, treatment motivation and psychiatric symptoms; The research was carried out using the relational screening model. After giving information about the application and obtaining consent, the patients; Sociodemographic Data Form, Addiction Profile Index, Treatment Motivation Scale were applied.

It has been determined that the motivation of the patients is high, they experience addiction problems more and they show low addiction severity. According to the marital status of the patients, there is no statistically significant difference between the BAPI total and subscale mean scores. There was a statistically positive and weak correlation between the effect of substance use on the life of the patients and their motivation to quit using substance use ($p>0.05$). There was no statistically significant difference between the BAPI total and subscale mean scores according to the patients' thinking that they have a substance use problem ($p>0.05$). A statistically significant difference was found between the subscale scores of the effects of only BAPI substance use on one's life according to the education level of the patients ($p>0.05$).

It can be recommended to carry out preventive mental health education and planning in the relevant institutions, to evaluate the patients in terms of anxiety and depression and to direct them for treatment, to conduct detailed studies examining the trust in the treatment process, the personal attitudes of the person and the variables originating from the hospital environment.

Keywords: Alcohol and Substance Addiction, Addiction Severity, Treatment Motivation, Psychiatric Symptoms.

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR.....	iii
ÖZ.....	iv
ABSTRACT.....	v
İÇİNDEKİLER.....	vi
TABLolar DİZİNİ.....	viii
KISALTMALAR.....	ix
BİRİNCİ BÖLÜM.....	1
1.GİRİŞ.....	1
1.1.Problem durumu.....	2
1.2. Araştırmanın amacı.....	2
1.3. Araştırmanın önemi.....	3
1.4. Araştırma problemleri.....	3
1.5. Araştırmanın sınırlılıkları.....	4
2.KAVRAMSAL BİLGİLER.....	5
2.1 Alkol bağımlılığı.....	5
2.1.2 Tarihçe.....	5
2.1.3 Tanım.....	6
2.1.4 Etiyoloji ve epidemiyoloji.....	8
2.1.5 Komorbidite.....	10
2.2 Madde bağımlılığı.....	11
2.2.1 Tarihçe.....	11
2.2.2 Tanım.....	11
2.2.2.1 Kannabis (kenevir, esrar).....	11
2.2.2.3 İnhalan (uçucu).....	15
2.2.2.4 Opiat.....	17
2.2.2.5 Sedatif, hipnotik, anksiyolitik (dinginleştirici, uyutucu, kaygı giderici).....	19
2.2.2.6 Amfetamin, kokain (uyarıcı).....	21
2.3 Alkol ve madde bağımlılığının sosyal destek ile ilişkisi.....	23
2.4 Alkol ve madde bağımlılığının riskli davranışlarla ilişkisi.....	24
2.5 Alkol ve madde bağımlılığının tedavi motivasyonu ile ilişkisi.....	26
2.6 Alkol ve madde bağımlılığının sosyodemografik verilerle ilişkisi.....	27

3. YÖNTEM VE GEREÇLER.....	30
3.1. Araştırmanın Modeli	30
3.2. Örneklem	30
3.3. Veri Toplama Araçları.....	31
3.3.1. Demografik Bilgi Formu	31
3.3.2. Bağımlılık Profil İndeksi (BAPİ).....	31
3.3.3. Tedavi Motivasyonu Ölçeği (TMA).....	32
3.4. Verilerin İstatistiksel Analizi.....	33
3.5. Etik Konular	33
4. BULGULAR	35
4.1. Hastaların sosyodemografik özellikleri.....	35
5.TARTIŞMA	48
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	51
6.1.Sonuç	51
6.2.Öneriler.....	52
KAYNAKLAR	53
EKLER.....	58
ÖZGEÇMİŞ	69
İNTİHAL RAPORU	70
ETİK KURUL ONAY FORMU	71

TABLolar DİZİNİ

Tablo 1.	Hastaların sosyodemografik özelliklerine göre dağılımı	35
Tablo 2.	Hastalarla ilgili genel bilgiler	36
Tablo 3.	Madde kullanımını ile ilgili bilgiler	37
Tablo 4.	Hastaların kullanmayı istemedikleri madde türleri	38
Tablo 5.	Madde kullanmanın bir sorun olduğunu düşünme durumu	38
Tablo 6.	Hastaların Bağımlılık Profili İndeksi (BAPİ) Toplam ve Alt Ölçeklerine İlişkin Ortalama Puan Ortalamaları.....	39
Tablo 7.	Hastaların Sosyodemografik Özelliklerine Göre BAPİ Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	41
Tablo 8.	Hastaların Tedavi Motivasyon Anketi (TMA) Toplam ve Alt Ölçeklerine İlişkin Puan Ortalamaları	42
Tablo 9.	Hastaların Sosyodemografik Özelliklerine Göre TMA Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	43
Tablo 10.	BAPİ ve TMA Arasındaki Korelasyon	45

KISALTMALAR

- DSM** : Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
- ICD** : (Internatinonal Statistitical Classification Of Diseases And Related Health Problems)
- KZVD** : Kendine Zarar Verme Davranışı
- SPSS** : (Statistic Packets For Social Seciences) Sosyal Araştırmalar İçin İstatistiksel Program Paketi
- TUBİM** : Türkiye Uyuşturucu Ve Uyuşturucu Bağımlılığı İzleme Merkezi

BİRİNCİ BÖLÜM

1.GİRİŞ

Madde kullanımı hem bireyi hem de bireyin içerisinde bulunduğu toplumu etkilemektedir. Madde kullanımı tüm dünyada önemli bir sorun olup, çeşitli önlemlerin alınmasına rağmen hızla artış göstermektedir. Son yıllardaki çalışmalar Türkiye’de madde kullanım sıklığında belirgin bir artış olduğunu ve bağımlılık yapıcı madde kullanımı başlangıç yaşının giderek küçük yaşlara çekilmekte olduğunu göstermektedir (Aydoğdu ve Olcay Çam, 2013; Türkiye uyuşturucu ve uyuşturucu bağımlılığı izleme merkezi, 2012).

Yapılan araştırmalarda nikotin, alkol ve madde kullanımına neden olan çok sayıda risk faktörü görülmüştür. Madde kullanımı ile ilişkisi olduğu bulunan kültürel, bireysel, kişilerarası ve genetik birçok etken sıralanmaktadır (Aydoğdu ve Olcay Çam, 2013).

Kişilerin bağımlılık yapıcı maddelere başlama yaşı genellikle ergenlik ve genç erişkinlik dönemlerine denk gelmektedir. Bununla birlikte, üniversite dönemi bireyin hayatındaki önemli geçiş dönemlerinden birisidir. Üniversite dönemi, ergenliğin getirmiş olduğu karmaşaya ek olarak yeni bir ortama uyum, aileden ayrılma ve iş bulmaya yönelik belirsizlikler gibi sorunların neden olduğu kaygı ve stres, üniversite öğrencilerinde sigara, alkol ve madde kullanımını arttırdığı öne sürülmektedir (Turhan ve ark., 2011; Lanier ve ark., 2001).

Kişilerin ailesinden, arkadaşlarından veya diğer yakın ilişkide olduğu kişilerden sağladığı sosyal destek, hayatındaki stresörlerle baş etmesinde önemli bir etkiye sahiptir. Alkol ve madde kullanan kişilerde sosyal desteğin artırılmasının, bu kişilerin tedavisine pozitif yönde katkı sağlayacağı düşünülmektedir. Araştırmalar sosyal destek, benlik saygısı ve kendine güvenin geliştirilmesinin kişide madde kullanımı konusunda ‘koruyucu faktörler’ olduğunu göstermiştir (Turhan ve ark.,

2011). Kişinin algıladığı sosyal destek hem fiziksel hem de ruhsal sağlığı için pozitif etki yaratmaktadır. Ancak eğer kişinin sosyal destek kaynağı bulunmuyorsa veya yeterli düzeyde sağlanmıyorsa kişi hayatındaki stresörlerle baş etmek için daha farklı alternatiflere yönelebilir.

1.1.Problem durumu

Alkol ve madde bağımlılığı günümüzde tüm dünyada, özellikle de pandemi etkisiyle her geçen gün artan biyopsikososyal bir sorun olarak karşımıza çıkmaktadır. Alkol ve madde bağımlılığı, ayrıntılı olarak incelenmesi gereken, tedavi süreci açısından bir çok farklı değişkeni olan bir hastalıktır. Bu nedenle, çok daha fazla araştırma yapılmasına ihtiyaç duyulmaktadır. Bağımlılığın şiddeti, tedavi motivasyonu ve bağımlılıkla birlikte görülen psikiyatrik belirtilerin birlikte değerlendirilmesi; tedavi sürecini kolaylaştırması ve hastalığın süreci bakımından önem taşır.

Alkol ve madde kullanım bozukluğu tüm dünyada önemli bir halk sağlığı sorunudur. Özellikle gelişmekte olan ülkelerde çeşitli önlemlere rağmen madde kullanımı gün geçtikçe artmaktadır (Turhan, 2011). Her kültürde ve her dönemde farklı özelliklere uyabilecek zararlı maddeler vardır. Bir dönem kullanıcılar arasında çok popüler olan madde bazen çok az bazen de yoğun kullanılmaktadır veya farklı şekillerde tekrar kullanılabilir (Coşkunol, 2008).

Alkol ve madde kullanım bozukluklarının etiolojisinde çevresel ve sosyal faktörler ile kişisel psikolojik ve genetik koşulların önemli risk faktörleri olduğu vurgulanmaktadır. Alkol ve madde kullanım bozukluklarının nedenlerini ortaya çıkarmak, önleme yöntemlerini belirlemek; Tedavi programlarının geliştirilmesinde ve rehabilitasyon sürecinde kullanım açısından incelenmelidir (Yüncü, 2012).

1.2. Araştırmanın amacı

Bu çalışmada Psikiyatri Servisinde yatarak tedavi olan alkol ve madde bağımlılığı tanısı alan hastalar; bağımlılık şiddeti ve türü, sosyodemografik özellikleri, tedavi motivasyonu ve psikiyatrik belirtileri açısından incelenmesi ve ilişkilendirilmesi amaçlanmıştır. Tedavinin devamlılığı, madde türlerine göre olabilecek farklılıkların, bağımlılık oranları ile psikiyatrik belirtileri arasındaki ilişkinin ortaya

çıkarılmasının ruh sağlığı uzmanlarının rehabilitasyon planlarını geliştirmesine katkısı olacağı düşünülmektedir.

1.3. Araştırmanın önemi

Alkol ve madde bağımlılığı, ayrıntılı olarak incelenmesi gereken, tedavi süreci açısından birçok farklı değişkeni olan bir hastalıktır. Bu nedenle, çok daha fazla araştırma yapılmasına ihtiyaç duyulmaktadır. Bağımlılığın şiddeti, tedavi motivasyonu ve bağımlılıkla birlikte görülen psikiyatrik belirtilerin birlikte değerlendirilmesi; tedavi sürecini kolaylaştırması ve hastalığın gidişatı bakımından önemlidir.

1.4. Araştırma problemleri

1. Bağımlılık tanı ölçütleri ile madde kullanım şiddeti puanı arasında istatistiksel olarak ilişki var mıdır?
2. Bağımlılık tanı ölçütleri ile madde kullanımının bırakma motivasyonu arasında istatistiksel olarak ilişki var mıdır?
3. Madde kullanımının kişinin yaşamına etkisi ile madde kullanım şiddeti arasında istatistiksel olarak ilişki var mıdır?
4. Madde kullanımının kişinin yaşamına etkisi ile madde kullanımını bırakma motivasyonu arasında istatistiksel olarak ilişki var mıdır?
5. Madde kullanımını bırakma motivasyonu ile içsel motivasyon puanı arasında istatistiksel olarak ilişki var mıdır?
6. Madde kullanımını bırakma motivasyonu tedaviye güvensizlik arasında istatistiksel olarak ilişki var mıdır?
7. İçsel motivasyon ile kişiler arası yardım arasında istatistiksel olarak ilişki var mıdır?
8. İçsel motivasyon ile tedaviye güvensizlik arasında istatistiksel olarak ilişki var mıdır?

1.5. Araştırmanın sınırlılıkları

Araştırmanın sınırlılıkları aşağıdaki gibidir;

Araştırma, Adana Dr. Ekrem Tok Ruh Sağlığı Hastanesi Psikiyatri Kliniği Servislerinde yatarak tedavi gören, DSM-V (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders / Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımlar El Kitabı) kriterlerine göre alkol bağımlılık ve madde bağımlılığı tanısı alan bireyler ile sınırlıdır.

Araştırma, araştırma ölçekleri ve bu ölçekler çerçevesinde hazırlanan sosyodemografik bilgi formu ile sınırlıdır.

Araştırmanın bulguları ve bu bulgulardan yola çıkılarak varılan sonuç ve öneriler araştırma evreni ile sınırlıdır.

Günümüzde yayılmasının önlenmesi amacıyla pek çok ülke yönetimi ve sağlık kuruluşları tarafından sıkı tedbirlerin uygulandığı COVID-19 pandemisinin psikososyal etkilerinin sürmesi beklenmektedir. Virüsün yayılımını yavaşlatmak için uygulanan karantina önlemlerinin getirdiği sosyal izolasyonun; böylesi bir uygulamayla kendi tarihleri boyunca neredeyse hiç karşılaşmamış olan günümüz insanların ruh sağlığı üzerindeki eşzamanlı etkileri henüz yeterince araştırılmamıştır. Bu durum araştırmanın bulguları için aranan cevaplara ciddi sınırlamalar getirmiştir.

2.KAVRAMSAL BİLGİLER

2.1 Alkol bağımlılığı

2.1.2 Tarihçe

Alkol kullanımına ait bilgiler insanlık tarihinin çok eski dönemlerine kadar dayanmaktadır. Etil alkol, tahıl ve meyvelerde bulunan karbonhidratın fermantasyonu sonucu elde edilmektedir. Bilinen en eskisi, M.Ö. 4000’li yıllarda arpa kullanılarak bira yapıldığıdır. Şarabın kutsal sayıldığı Eski Roma döneminde, Bacchus şarap tanrısı olarak anılmaktadır. Eski Yunanda ise Dionisos şarap tanrısı olarak anılmıştır. Nuh peygamberin, tufandan sonra üzüm yetiştirdiği bir bağı vardır ve sarhoşluk nedeniyle oğlu Ham ile sorunlar yaşadığı tarihte yerini almıştır. Alkole ilişkin ilk sorunlar, tarihte Nuh ile birlikte geçmektedir. Tarihin önemli isimlerinden biri olan Büyük İskender’in ise henüz 33 yaşında iken aşırı alkol kullanımı sonucunda öldüğü bilinmektedir. Babil Kralı Hamurabi şarabın elde edilmesi ve satışını belirleyen ilk yasaları oluşturmuştur (Muhtar, 2003).

Ortaçağda farklı damıtma teknikleri keşfedilmiş, Avrupa manastırlarında şarap üretimi ve kullanımı yaygın hale gelmiştir. 18. Yüzyıl Avrupa’sında alt sosyoekonomik guruplarda da alkol kullanım oranı artmıştır, bunun nedeni damıtma teknolojisinin ilerlemesidir. 19. Yüzyılda Amerika’da en yüksek düzeye ulaşmıştır. Alkol kullanımı çok eski tarihlere dayanmasına rağmen, 1790’lı yıllarda ilk kez Dr. Benjamin Rush bunu bir sorun olarak nitelendirmiş; çok fazla alkol tüketen kişilerin hasta olduğunu belirtmiştir. İsveç’te Magnus HUSS ilk defa ‘alkolizm’ teriminden bahsetmiştir (Muhtar, 2003).

Alkol bağımlılığı bugün, psikanalitik dinamikler, kişilik özellikleri, öğrenme mekanizmaları, psikososyal etkenler ile birlikte ele alınmaktadır. Ayrıca, kişinin genetik yapısı, alkolün psikofarmokolojisi, biyolojik yatkınlık ve psikiyatrik ve tıbbi

komorbite gibi önemli unsurlar da göz ününde bulundurulurken incelenmektedir (Muhtar, 2003).

2.1.3 Tanım

İlk kez Huss tarafından kullanılan ‘alkolizm’ terimi, Öztürk tarafından (2004) şöyle tanımlanmaktadır; ‘Alkolizm, aile, toplum ve iş uyumunu bozacak derecede sık ve fazla alkol alma; beden ve ruh sağlığını bozma; alkol alma isteğini durduramama ile belirli bir bozukluktur’ (Öztürk, 2004).

Dünya Sağlık Örgütü sınıflandırması olan ICD-10’a göre;

F10.2 Alkol Bağımlılık Sendromu Aşağıdakilerden 3 ya da daha fazlası son bir yıl içinde bulunuyorsa, kesin bağımlılık tanısı konulabilir:

- a. Maddeyi almak için güçlü bir istek veya zorlantı
- b. Madde alma davranışını denetlemede güçlük
- c. Madde kullanımı azaltıldığında ya da bırakıldığında fizyolojik bırakma sendromu: Maddenin tipik bırakma sendromu ya da bırakma belirtilerini giderebilmek için aynı ya da benzer maddeyi kullanma
- d. Dayanıklılık (tolerans) belirtileri, daha düşük dozlarda ortaya çıkan etkilerin ortaya çıkabilmesi için daha yüksek madde dozlarına gereksinim duyulması
- e. Maddeyi elde etmek, kullanmak, etkilerinden kurtulmak için harcanan zamanın diğer ilgi ve uğraşlara yer bırakmayacak şekilde giderek artması
- f. Aşırı içki nedeniyle karaciğer bozukluğu, ağır madde kullanımı dönemlerini izleyen depresif duygu durum, bilişsel yetilerde ilaç kullanımına bağlı bozulma gibi zarar gördüğüne ilişkin açık verilere karşın madde kullanımını sürdürme, kullananın gördüğü zararın ne olduğunu bilip bilmediği araştırılmalıdır.

F10.20 Şimdiki durumda yoksunlukta

F10.21 Şimdiki durumda yoksunlukta fakat korunmalı bir ortamda (örn; tedavi merkezi)

F10.22 Şimdiki durumda tıbbi denetim altında sürdürüm tedavisinde ya da bağımlı olunan maddenin yerine geçen bir ilaçla tedavide

F10.23 Şimdiki durumda yoksunlukta fakat vazgeçtirici ya da bloke edici ilaçlarla tedavi altında

F10.24 Şimdiki durumda maddeyi almakta (aktif kullanım)

F10.25 Sürekli kullanım

F10.26 Dönem dönem kullanım (dipsomani).

olarak belirtilmektedir.

Amerikan Psikiyatri Birliği'nin sınıflandırması olan DSM-V'e göre;

Alkol Kullanım Bozukluğu

A) Bir yıllık bir süreçte aşağıdakilerden asgari ikisi ile kendini gösteren, klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya ya da işlevsellikte düşmeye yol açan, sorunlu bir alkol kullanım örüntüsü:

1. Çoğu kez, istenildiğinden daha büyük ölçüde ya da uzun süreli olarak alkol alınır.
2. Alkol kullanmayı bırakmak ya da denetim altında tutmak için sürekli bir istek ya da bir sonuç vermeyen çaba vardır.
3. Alkol elde etmek, alkol kullanmak ya da yarattığı etkilerden kurtulmak için gerekli etkinliklere çok zaman ayrılır.
4. Alkol kullanmaya içinin gitmesi ya da alkol kullanmak için çok büyük bir istek duyma ya da kendini zorlanmış hissetme.
5. İşte, okulda ya da evdeki konumunun gereği olan başlıca yükümlülükleri yerine getirememeye ile sonuçlanan, yineleyici alkol kullanımı.
6. Alkolün etkilerinin neden olduğu ya da alevlendirdiği, sürekli ya da yineleyici toplumsal ya da kişiler arası sorunlar olmasına karşın alkol kullanımını sürdürme.

7. Alkol kullanımından ötürü önemli bir takım toplumsal, işle ilgili etkinliklerin ya da eğlenme-dinlenme etkinliklerinin azaltılması ya da bırakılması.

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

9. Büyük bir olasılıkla alkolün neden olduğu ya da alevlendirdiği, sürekli ya da yineleyici bedensel ya da ruhsal bir sorun olduğu bilgisine karşın alkol kullanımı sürdürülür.

10. Aşağıdakilerden biriyle tanımlandığı üzere, dayanıklılık (tolerans)

gelişmiş olması:

a. Esriklığı ya da istenen etkiyi sağlamak için belirgin olarak artan ölçülerde alkol kullanma gereksinimi.

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

11. Aşağıdakilerden biriyle tanımlandığı üzere, yoksunluk gelişmiş olması:

a. Alkole özgü yoksunluk sendromu

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

olarak belirtilmektedir.

2.1.4 Etiyoloji ve epidemiyoloji

Dünyanın bir çok ülkesinde, günlük ağır içicilikten zaman zaman tehlikeli içiciliğe kadar olan alkol tüketim tarzı, önemli toplum sağlığı ve güvenlik sorunları ortaya çıkartmaktadır. Dünya geneline bakıldığında bu oranın oldukça fazla olduğu görülmektedir, erkeklerin %54'ü, kadınların %27'si alkol kullanmaktadır (Blume, 2005: 37).

2005 yılında, dünya üzerinde kişi başı alkol tüketim miktarı yaklaşık 6.13 litre saf alkol olduğu saptanmıştır. Bu tüketimin büyük bir yüzdesi (%28.6, 1.76 litre/kişi

başı) ev yapımı ya da yasa dışı yapılmış kayıt dışı alkoldür. Yüksek alkol tüketim düzeyi gelişmiş ülkelerde, kuzey yarım kürede; Arjantin, Avustralya, Yeni Zelanda'dadır. Düşük alkol tüketimi ise Kuzey Afrika, Orta Asya, Güney Asya Hint Okyanusu bölgesindedir. Bu bölgelerin, genel olarak İslam inancının yaygın olduğu bölgeler olması dikkat çekmektedir. Alkol kullanım bozukluğu için en yüksek yaygınlık oranları; Avrupa'da %16, Amerika'da %10, Güneydoğu Asya'da %10, Batı Pasifik bölgesinde %13'dür (Blume, 2005: 36).

'Türkiye Ruh Sağlığı Profili' 1995 yılında yapılan genel bir taramadır. Bu araştırmada, uygulama yapılan örneklemin %17.2'si ICD-10'a göre en az bir psikiyatrik tanı kriterini karşılamaktadır. Alkol bağımlılığı tanısı alanların oranı psikiyatrik diğer tanıların içinde %1.8 olarak belirlenmiş; erkeklerde bu oranın %1.7 ve kadınlarda %0.1 olduğu belirtilmiştir (Kılıç, 1998).

İstanbul'da yürütülmüş bir araştırmada 1550 kişiden oluşan örnekleme, 12-65 yaşları arasında %33.5 oranında alkol kullanım yaygınlığı tespit edilmiştir (Türkcan ve ark., 1997). 2001 yılında 476 kişinin katıldığı bir araştırma da Sivas'ta yürütülmüştür. Bu çalışmada alkol kullanımı yaygınlığının, Sivas ilinde yaşayan öğrencilerde %8.3 olduğu tespit edilmiştir (Doğan, 2001).

Yine, İstanbul'da 707 yetişkinle, evlerinde yüzyüze görüşme yoluyla 2000 yılında yapılan bir çalışmanın sonuçları şöyledir; hayatları boyunca bir kez olsun alkol alanların oranı %54.7'dir. Bu oran cinsiyetlere göre incelendiğinde %73.4 erkekler ve %35 kadınlar, hayatları boyunca en az bir kez alkol denemişlerdir. Son iki ay içinde, haftada en az bir defa alkol tüketen erkeklerin oranı %17.9'dur. Kadınların ise %2.3'ü son iki ay göz önünde bulundurulduğunda haftada bir kez alkol aldıklarını bildirmişlerdir. Haftalık alkol kullanma sıklığı sorulduğunda, erkekler kadınlardan 9 kat daha fazla alkol kullanmaktadır ama bu oran hayatları boyunca bir kez deneyim söz konusu olduğunda 5 kata düşmektedir (Ögel ve ark. 2004).

Türkiye'de alkol ve madde kullanımı ve ilişkili bozukluklar alanında epidemiyolojik çalışmalar bulunsa da bunlar oldukça az sayıdadır. Bu konuda yapılan çalışmalar arasında, AMATEM'de yatan hastaların sosyodemografik özelliklerinin ele alındığı çalışmalar (Tuncer ve ark. 1987, Beyazyürek ve ark. 1990, Alpay ve ark. 1994), lise ve üniversite öğrencileri arasında yapılan anket çalışmaları (Yüksel ve ark. 1994,

Sağlık Bakanlığı(1995, Ögel 2000) madde kullanım suçundan hakkında işlem yapılan sanıklara uygulanmış anket çalışmaları sayılabilir.

2.1.5 Komorbidite

Komorbidite; bir hastanın iki ya da daha fazla hastalığının, temel bozukluk ya da hastalıkla eş zamanlı görülmesidir. Madde kötüye kullanım ve madde bağımlılığıtanısı almış %76 erkek ve %56 kadının ek bir psikiyatrik tanısı olduğu bulunmuştur.

Sıklıkla karşılaşılan eş tanı, iki maddenin eş zamanlı kötüye kullanılmasıdır. Madde kullanımı ile ilişkili diğer psikiyatrik tanılar; antisosyal kişilik bozukluğu, anksiyete bozuklukları, major depresif bozukluk ve distimik bozukluktur. Daha güçlü ve tehlikeli maddeler, yüksek eş tanı oranına sahiptir. Örneğin, opiat ve kokain kullanan madde bağımlılarının, esrardan daha fazla psikiyatrik eş tanı aldığı görülmektedir (Sadock, Kaplan, 2004).

Arıkan'ın (2008) belirttiğine göre, şizofreni hastalarının %35'inde alkol kullanım bozukluğu görülmektedir ve bu eş tanı, şizofreni hastalığın gidişatını kötü etkilemektedir.

Alkole bağlı bozukluğu olanların yaklaşık %30-%40'ı yaşamlarında bir dönem major depresif bozukluk tanı ölçütlerini karşılamaktadır. Bir çok çalışmada; günlük alkol kullanım oranı yüksek olan ve ailesinde alkol bağımlılığı öyküsü olan kişilerde depresyonla daha sık karşılaşılmaktadır. Alkole bağlı bozukluğu olan ve major depresyon eş tanısı alan kişiler intihar girişimi açısından risk altındadır. Alkole bağlı bozukluğu olan kişilerin intihar girişimini etkileyen diğer faktörler ise; psikososyal destek sisteminin zayıflığı, ciddi bir tıbbi hastalığın ya da bozukluğun olması, işsizlik ve tek başına yaşıyor olmaktır (Sadock, Kaplan, 2004).

Cloninger (1987) araştırmasında, alkolikleri kalıtım ve kişilik özelliklerini kullanarak Tip1 ve Tip2 olarak iki gruba ayırmıştır. Tip1 alkolizmde, sorunu 25 yaşından sonra başlangıç gösterir. Bu kişiler çevresel etkenlerden daha çok etkilenirler. Tip2'de ise sorun ergenlik döneminde başlar, genetik yönü çok daha baskındır, 'yenilik arayışı' özelliklerine daha sık rastlanır ve antisosyal kişilik özelliği ile ilişkili olduğunu belirtmektedir.

2.2 Madde bağımlılığı

2.2.1 Tarihçe

Coşkunol'un (2008) bahsettiği üzere; her dönemde her kültürde farklı özelliklere sahip kötüye kullanılan maddeler vardır. Bir dönem kullanıcılar arasında çok popüler olan bir madde, daha sonra az kullanılabilir ve bir süre sonra başka kullanım biçimleriyle yeniden, hatta belki daha etkin biçimde kötüye kullanılabilir.

2.2.2 Tanım

Kannabis, halüsinojen, inhalan, opiat, sedatif, hipnotik, anksiyolitik ve amfetamin, kokain aşağıda ayrıntılı olarak anlatılmış; tanımları, epidemiyolojik, etiyolojik özellikleri ve eş zamanlı aldıkları tanılara yer verilmiştir.

2.2.2.1 Kannabis (kenevir, esrar)

Kannabis, kenevir bitkisi olan 'cannabis sativa'nin kısaltılmış halidir. Opium ile birlikte dünyada farmakolojik kullanımı olan eski ilaçlardan biri olduğu bilinmektedir. On iki bin yıl öncesine kadar kullanım öyküsü olduğu bir çok kaynakta belirtilmektedir. Kannabis, tütün ile harmanlanarak ve ya 'bong', 'kumkuma', 'esrar kabağı' adı verilen nargile çeşitleri ile solunum yoluyla tüketilebilir. Ayrıca kek gibi bir takım pasta ve şekerlemelerin içine karıştırılarak oral yolla da kullanılabilir (Coşkunol, 2008).

ABD'de en çok kullanılan yasadışı maddedir kannabis. Tüm dünyada 143-190 milyon kişinin yaşam boyu en az bir kez esrar kullandığı bildirilmektedir. Kannabis, Avrupa ülkelerinde en sık 15-24 yaş arası kullanıldığı bilinmektedir. 15-64 yaş arasında, dünya popülasyonunun %3.3 -%4.4'ü kannabis kullanmaktadır (Güleç, 2012).

ESPAD'ın (1995) 26 ülkede yürütmüş olduğu çalışmaya baktığımızda ise, yaşam boyu kannabis'i bir kez kullanmış olma oranı %12'dir. % 41 ile İngiltere, yaşam boyu kannabisi bir kez kullanma bakımından ilk sıradadır, İngiltere'yi %37'lik bir oranla İrlanda izlemektedir. Ardından % 19 ile İtalya, %17 ile Ukrayna gelmektedir. En az oran %4 ile Türkiye'de olmakla birlikte; %6 oranlarda İsveç ve Norveç, %5

oranında Finlandia ve yine %4 Macaristan'da yaşam boyu bir kez kannabis kullanımını tespit edilmiştir.

2001 yılınsa Sivas'ta 476 öğrenci ile yapılan bir araştırmada kannabis kullanma yaygınlığının %1.3 olduğu saptanmıştır (Doğan 2001).

Belirtiler, kannabis kullanıldıktan 10-30 dakika içinde başlar ve etkisi 12 saate kadar sürebilir. Yeni kullanıcılarda panik benzeri anksiyete atağı görülebilir. Kannabis, dış uyaranlara karşı duyarlılığı arttırır. Renkler zenginleşir ve parlaklaşır, kişinin ayrıntılara dikkati artabilir. Zaman ve kendilik algısında değişimler gözlenebilir. Kişilerde alınganlık ve kuşku ile ilgili düşünceler gözlenebilir. Değerlendirme zaman zaman bozulmuş olsa da, nesnel değerlendirme vardır. Düşünce akışı hızlanabilir ve ofori hali gözlemlenebilir (Coşkunol, 2008).

Kaplan'ın (2004) belirttiği üzere, kannabis tolerans oluşturur ve psikolojik bağımlılık gelişmesine neden olabilir; ancak kannabisin fizyolojik bağımlılıkla ilgili verileri güçlü değildir. Yüksek miktarda kullanılan kannabisin kesilmesi, irritabilitede hafif artış, huzursuzluk, insomnia ve hafif bulantı ortaya çıkartabilir.

Amerikan Psikiyatri Birliği'nin sınıflandırması olan DSM-V'e göre; Kannabis kullanım bozukluğu;

A) On iki aylık bir süre içinde aşağıdakilerden en az ikisiyle kendini gösteren, klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya ya da işlevsellikte düşmeye yol açan, sorunlu bir kannabis kullanım örüntüsü:

1. Çoğu kez istendiğinden daha büyük ölçüde ya da daha uzun süreli olarak kannabis alınır.
2. Kannabis kullanmayı bırakmak ya da denetim altında tutmak için sğrekli bir istek ya da bir sonuç vermeyen çabalar vardır.
3. Kannabis elde etmek, kannabis kullanmak ya da yarattığı etkilerden kurtulmak için gerekli etkinliklere çok zaman ayrılır.
4. Kannabis kullanmaya içinin gitmesi ya da kannabis kullanmak için çok büyük bir istek duyma ya da kendini zorlanmış hissetme

5. İşte, okulda ya da evdeki konumunun gereği olan başlıca yükümlülüklerini yerine getirememeye sonuçlanan, yineleyici kannabis kullanımı.
6. Kannabisin etkilerinin neden olduğu ya da alevlendirdiği, sürekli ya da yineleyici toplumsal ya da kişilerarası sorunlar olmasına karşın kenevir kullanımını sürdürme
7. Kannabis kullanımından ötürü önemli bir takım toplumsal, işle ilgili etkinliklerin ya da eğlenme-dinlenme etkinliklerinin bırakılması ya da azaltılması
8. Yineleyici bir biçimde tehlikeli olabilecek durumlarda kannabis kullanma.
9. Büyük bir olasılıkla kannabisin neden olduğu ya da alevlendirdiği sürekli ya da yineleyici bedensel ya da ruhsal bir sorunu olduğu bilgisine karşın kannabis kullanımını sürdürülür.
10. Aşağıdakilerden biriyle tanımlandığı üzere tolerans (dayanıklılık) gelişmiş olması
 - a) Esriklığı ya da istenen etkiyi sağlamak için belirgin olarak artan ölçülerde kannabis kullanma gereksinimi
 - b) Aynı ölçüde kannabis kullanımının sürdürülmesine karşın belirgin olarak daha az etki sağlanması
11. Aşağıdakilerden biriyle tanımlandığı üzere yoksunluk gelişmiş olması:
 - a) Kannabise özgü yoksunluk sendromu
 - b) Yoksunluk belirtilerinden kurtulmak ya da kaçınmak için kannabis alınması.
 olarak belirtilmektedir.

2.2.2.2 Halüsinojen (Varsandırın)

Halüsinojenler, psikedelik ve ya psikotomimetikler olarak adlandırılırlar; çünkü halüsinasyonların ortaya çıkmasının yanı sıra gerçeklikle bağlantıyı kaybetmeye ve bilinçliliğin genişlemesine neden olur (Kaplan ve Sadock 2004). ‘Çiçek çocukları’ denen ve hippie felsefesini benimseyen kişilerce, 1960-1970’lerde kullanım oranı en

üst düzeye ulaşmıştır. 1980'li yıllarda kullanım oranının azaldığı belirtilse de, günümüzde, özel imalathanelerde yeni geliştirilen halüsinojenlerin olduğu bilinmektedir (Coşkunol, 2008).

ABD'de yaşayanların %8.1'i hayatları boyunca en az bir kez halüsinojen kullanmıştır. %1.2'si geçtiğimiz yıl en az bir kez kullanmıştır. Halüsinojen kullanımı 15-35 yaş arasında olan erkeklerde en sık olarak görülmektedir. Madde kullanan erkeklerde halüsinojen kullanım oranı %62'dir (Kaplan ve Sadock, 2004). Coşkunol'un (2008) belirttiği üzere, halüsinojenlerin hemen hepsinin etkileri birbirine benzer. LSD, en güçlüleri olup, etkisi ilk 60 dakika içinde çıkar. İlk 2-4 saat 'trip' olarak adlandırmakla birlikte, kullanıcılar 12 saat sonra ancak normale dönebilirler. LSD kullanan kişilerde; zaman algısının değişmesi, rüyadaymış hissi, mizaç değişiklikleri, somatik yakınmalar görülmektedir. Son saatlerde ise, paranoid düşünceler ve referans fikirler tabloya eşlik edebilir.

Amerikan Psikiyatri Birliği'nin sınıflandırması olan DSM-V'e göre; Halüsinojen kullanım bozukluğu;

A) On iki aylık bir süre içinde aşağıdakilerden en az ikisi ile kendini gösteren, klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya ya da işlevsellikte düşünmeye yol açan, halüsinojen kullanım örüntüsü:

1. Çoğu kez, istediğinden daha büyük ölçüde ya da daha uzun süreli olarak halüsinojen alınır.
2. Halüsinojen kullanmayı bırakmak ya da denetim altına tutmak için sürekli bir istek ya da sonuç vermeyen çabalar vardır.
3. Halüsinojen elde etmek, halüsinojen kullanmayı ya da yarattığı etkilerden kurtulmak için gerekli etkinliklere çok zaman ayrılır.
4. Halüsinojen kullanmaya içinin gitmesi ya da halüsinojen kullanmak için çok büyük bir istek duyma ya da kendini zorlanmış hissetme.
5. İşte, okulda ya da evdeki konumunun gereği olan başlıca yükümlülüklerini yerine getirmeme ile sonuçlanan, yineleyici halüsinojen kullanımı.

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

7. Halüsinojen kullanımından ötürü, önemli bir takım toplumsal, işle ilgili etkinliklerin ya da eğlenme-dinlenme etkinliklerinin bırakılması ya da azaltılması.

8. Yineleyici bir biçimde tehlikeli olabilecek durumlarda halüsinojen kullanma.

9. Büyük bir olasılıkla, halüsinojenin neden olduğu ya da alevlendirdiği, sürekli ya da yineleyici bedensel ya da ruhsal bir sorun olduğu bilgisine karşın halüsinojen kullanımını sürdürülür.

10. Aşağıdakilerden biri ile tanımlandığı üzere, dayanıklılık (tolerans) gelişmiş olması;

a) Esirikliği ya da istenen etkiyi sağlamak için, belirgin olarak artan ölçülerde halüsinojen kullanma gereksinimi.

b) Aynı ölçüde halüsinojen kullanımını sürdürülmesine karşın belirgin olarak daha az etki sağlanması.

olarak belirtilmektedir.

Halüsinojenler için yoksunluk belirti ve bulguları belirlenmemiştir, dolayısıyla böyle bir ölçüt yoktur. Hayvanlarda halüsinojenden yoksunluk olduğu bildirilmiştir, ancak kullanan insanlar için böyle bir veri yoktur.

2.2.2.3 İnhalan (uçucu)

DSM-V'de inhalanlarla ilişkili bozukluklar; çözücüler, yapıştırıcılar, uhular, propanlar, tiner ve benzinin yol açtığı psikiyatrik bozuklukları içerir. Özgül örnekleri, tiner, çakmak gazı, maket yapıştırıcısı, lastik çimento, sprey boya, ayakkabı boyası, daktilo düzeltici sıvıdır.

Ucuz, kolay ve yasal olarak elde edilebilen inhalanlar, düşük sosyoekonomik gruplar ve genç nüfus tarafından fazla kullanılmasına neden olmaktadır. Amerika halkının %5'i yaşamlarında en az bir kez uçucu kullanmıştır. Nüfusun %1'i ise uçucu madde

kullanımına devam etmektedir. 18-25 yaş arası genç erişkinlerin %11'i uçucuları en az bir kez kullanmış, %2'si ise hala kullanmaktadır. Uçucu kullanımı, şehirde yaşayanlardan daha fazla, kırsalda yaşayan kişilerde daha yoğundur (Sadock ve Kaplan 2004).

2001 yılınca Sivas'ta 476 öğrenci ile yapılan bir çalışmada %4.7 uçucu kullanma yaygınlığı saptanmıştır (Doğan 2001).

İnhalanlar, başlangıçta bir uyarılmışlık hali, sersemlik, baş dönmesi ve ajitasyon ortaya çıkartır. Artan dozlarda, yönelim ve koordinasyon bozukluğu, zaman algısının değişmesi, görsel ve işitsel halüsinasyonlar ve yanlısamalar ortaya çıkar (Coşkunol, 2008).

Amerikan Psikiyatri Birliği'nin sınıflandırması olan DSM-V'e göre; İnhalan Kullanım Bozukluğu;

A) On iki aylık bir süre içinde, aşağıdakilerden en az ikisiyle kendini gösteren, klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya ya da işlevsellikte düşmeye yol açan sorunlu bir hidrokarbon tabanlı uçucu madde kullanım örüntüsü;

1. Uçucu madde çoğu kez, istenildiğinden daha büyük ölçüde ya da daha uzun süreli alınır.
2. Uçucu madde kullanmak ya da denetim altında tutmak için sürekli bir istek ya da bir sonuç vermeyen çabaları vardır.
3. Uçucu madde elde etmek, uçucu madde kullanmak ya da yarattığı etkilerden kurtulmak için gerekli etkinliklere çok zaman ayrılır.
4. Uçucu madde kullanmaya içinin gitmesi ya da uçucu madde kullanmak için çok büyük bir istek duyma ya da kendini zorlanmış hissetme
5. İşte, okulda ya da evdeki konumunun gereği olan başlıca yükümlülüklerini yerine getirememe ile sonuçlanan yineleyici uçucu madde kullanımı.
6. Uçucu maddenin etkilerinin neden olduğu ya da alevlendirdiği, sürekli ya da yineleyici toplumsal ya da kişilerarası sorunlar olmasına karşın kullanımını sürdürme

7. Uçucu madde kullanımından ötürü önemli bir takım toplumsal, işle ilgili etkinliklerin ya da eğlenme-dinlenme etkinliklerinin bırakılması ya da azaltılması.

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

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

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

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

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

olarak belirtilmektedir.

2.2.2.4 Opiat

Opium, afyon bitkisinden elde edilen, çok eski bir ilaçtır. Ishali geçirmek, psikolojik etki ortaya çıkartmak ve ağrı kesici olarak kullanılmak üzere hem Sümerlilerde hem de Mısır Uygurlıklarında kullanıldığı bilinen bir ilaçtır. Günümüzde de morfin, ağır ve süregelen ağrılarda kullanılan bir ilaç olma özelliğini korumaktadır (Coşkunol, 2008).

Opiat bağımlılığı olanların yaklaşık %90'ının başka psikiyatrik ek tanıları da vardır. Major depresif bozukluk ve antisosyal kişilik bozukluğudur en sık görülen komorbidite hastalıkları. Opiat bağımlılarının %15'i hayatları boyunca en az bir kez intihar girişiminde bulunmuştur. Diğer psikiyatrik tanımlarla olan bu yüksek prevalans, geniş kapsamlı bir tedaviye ihtiyaç duyulduğuna dikkat çekmektedir (Kaplan ve Sadock, 2004).

Amerikan Psikiyatri Birliği'nin sınıflandırması olan DSM-V'e göre; Opiat kullanım bozukluğu;

A) On iki aylık bir süre içinde, aşağıdakilerden en az ikisiyle kendisini gösteren, klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya ya da işlevsellikte düşmeye yol açan, sorunlu bir opiat kullanım örüntüsü:

1. Opiatlar, çoğu kez, istendiğinden daha büyük ölçüde ya da daha uzun süreli olarak alınır.
2. Opiat kullanmayı bırakmak ya da denetim altında tutmak için sürekli bir istek ya da bir sonuç vermeyen çaba vardır.
3. Opiat elde etmek, opiat kullanmak ya da yarattığı etkilerden kurtulmak için gerekli etkinliklere çok zaman ayrılır.
4. Opiat kullanmaya içinin gitmesi ya da opiat kullanmak çok büyük bir istek duyma ya da kendini zorlanmış hissetme.
5. İşte, okulda ya da evdeki konumunun gereği olan başlıca yükümlülüklerini yerine getirememeye ile sonuçlanan, yineleyici opiat kullanımı.
6. Opiatın etkilerinin neden olduğu ya da alevlendirdiği, sürekli ya da yineleyici toplumsal ya da kişilerarası sorunlar olmasına karşın opiat kullanımını sürdürme
7. Opiat kullanımından ötürü önemli bir takım toplumsal, işle ilgili etkinliklerin ya da eğlenme-dinlenme etkinliklerinin bırakılması ya da azaltılması.
8. Yineleyici bir biçimde, tehlikeli olabilecek durumlarda opiat kullanma.
9. Büyük bir olasılıkla opiatın neden olduğu ya da alevlendirdiği, sürekli ya da yineleyici bedensel ya da ruhsal bir sorunu olduğu bilgisine karşın, opiat kullanımını sürdürülür.
10. Aşağıdakilerden biriyle tanımlandığı üzere, dayanıklılık (tolerans) gelişmiş olması:
 - a) Esrikliği ya da istenen etkiyi sağlamak için belirgin olarak artan ölçülerde opiat kullanma gereksinimi
 - b) Aynı ölçüde opiat kullanımını sürdürülmesine karşın belirgin olarak daha az etki sağlanması

Ayrıca uygun tıbbi bakım altındayken opiatları alanlarda bu tanı ölçütü karşılanmış olarak düşünülmez.

11. Aşağıdakilerden biriyle tanımlanmış olmak üzere yoksunluk gelişmiş olması

a) Opiata özgü yoksunluk sendromu

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

olarak belirtilmektedir.

Ayrıca uygun tıbbi bakım altındayken opiatları alanlarda bu tanı ölçütleri karşılanmış olarak düşünülmez.

2.2.2.5 Sedatif, hipnotik, anksiyolitik (dinginleştirici, uyutucu, kaygı giderici)

Uykuyu tetikleme ve gerginlik hissini azaltması en belirgin özelliğidir sedatif, hipnotik ve anksiyolitiklerin. Sadece gerginliği azaltan, uyku hali yapmayan türüne ise trankilizan denmektedir. Trankilizan gurubuna alkol ve esrar da, uyku hali yapmadan gerginliği azaltması sebebiyle girmektedir. Sedatif etkisi olan bazı medikal ilaçların da kötüye kullanıldığı bilinmektedir (Coşkunol 2008).

Sedatif ve anksiyolitikler yüksek dozlarda verildiklerinde hipnotikler gibi uykuya yol açabilirler. Hipnotikler de düşük dozlarda verildiklerinde, sedatif ve anksiyolitikler gibi gündüz sedasyonuna yol açabilirler (Sadock, Kaplan 2004).

Psikolojik ve bilişsel işlev, mizaç ve davranış gibi bir çok beyin mekanizmasını etki altında bırakabilir bu ilaçlar. Ameliyat öncesi hastaların sakinleşmesi, epilepsi gibi bir çok nörolojik atağın tedavisi için günümüzde de doktorlar tarafından kullanılmaktadır. Bu maddeler, sedasyon ve öfori dışında; kaygının azaltılmasına da yardımcı olmaktadır. (Coşkunol 2008).

Amerikan Psikiyatri Birliği'nin sınıflandırması olan DSM-V'e göre; Sedatif, hipnotik ve anksiyolitik kullanım bozukluğu;

A) On iki aylık bir süre içinde, aşağıdakilerden en az ikisiyle kendisini gösteren, klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya ya da işlevsellikte düşmeye yol açan, sorunlu bir sedatif, hipnotik ya da anksiyolitik kullanım örüntüsü:

1. Çoğu kez istendiğinden daha büyük ölçüde ya da daha uzun süreli olarak sedatif, hipnotik ya da anksiyolitik alınır.

2. Sedatif, hipnotik ya da anksiyolitik kullanmayı bırakmak ya da denetim altında tutmak için sürekli bir istek ya da bir sonuç vermeyen çaba vardır.

3. Sedatif, hipnotik ya da anksiyolitik elde etmek; sedatif, hipnotik ya da anksiyolitik kullanmak ya da yarattığı etkilerden kurtulmak için gerekli etkinliklere çok zaman ayrılır.

4. Sedatif, hipnotik ya da anksiyolitik kullanmaya içinin gitmesi ya da sedatif, hipnotik ya da anksiyolitik kullanmak için çok büyük bir istek duyma ya da kendini zorlanmış hissetme.

5. İşte, okulda ya da evdeki konumunun gereği olan başlıca yükümlülüklerini yerine getirememeye ile sonuçlanan, yineleyici sedatif, hipnotik ya da anksiyolitik kullanımı.

6. Sedatif, hipnotik ya da anksiyolitik etkilerinin neden olduğu ya da alevlendirdiği, sürekli ya da yineleyici toplumsal ya da kişilerarası sorunlar olmasına karşın sedatif, hipnotik ya da anksiyolitik kullanımını sürdürme.

7. Sedatif, hipnotik ya da anksiyolitik kullanımından ötürü önemli bir takım toplumsal, işle ilgili etkinliklerin ya da eğlenme-dinlenme etkinliklerinin bırakılması ya da azaltılması.

8. Yineleyici bir biçimde, tehlikeli olabilecek durumlarda sedatif, hipnotik ya da anksiyolitik kullanma.

9. Büyük bir olasılıkla sedatif, hipnotik ya da anksiyolitik kullanımının neden olduğu ya da alevlendirdiği, sürekli ya da yineleyici bedensel ya da ruhsal

bir sorunu olduğu bilgisine karşın, sedatif, hipnotik ya da anksiyolitik kullanımı sürdürülür.

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

a) Esrikliği ya da istenen etkiyi sağlamak için belirgin olarak artan ölçülerde sedatif, hipnotik ya da anksiyolitik kullanma gereksinimi

b) Aynı ölçüde sedatif, hipnotik ya da anksiyolitik kullanımın sürdürülmesine karşın belirgin olarak daha az etki sağlanması.

11. Aşağıdakilerden biriyle tanımlanmış olmak üzere yoksunluk gelişmiş olması:

a) Sedatif, hipnotik ya da anksiyolitik kullanımına özgü yoksunluk sendromu ortaya çıkması.

b) Yoksunluk belirtilerinden kurtulmak ya da kaçınmak için sedatif, hipnotik ya da anksiyolitik alınması.

2.2.2.6 Amfetamin, kokain (uyarıcı)

En fazla bağımlılık yapan, sıklıkla kötüye kullanılan ve en tehlikeli maddelerin başında gelir kokain (Sadock, Kaplan, 2004). Kokain, Güney Amerikada yetişen eritloksilon koka bitkisinin yapraklarında bulunan bir alkaloiddir. Kok, beyaz ya da buz isimleriyle de anılmaktadır (Smart, 1991).

Amfetamin ve kokain, merkezi sinir sistemi uyarıcılarıdır. Etkiledikleri temel psikolojik işlevler; açlık, cinsellik, susuzluk gibi dürtüler ile mizaç ve bilinç düzeyidir. Cinsel orgazma benzetilen ani ve yoğun öfori hissi, kullanım biçimine göre 1-2 dk sürebilir. Bu dönem sonrasında öforiyi izleyen anksiyete hali kendini gösterebilir. Mani ya da hipomaniye benzer belirtiler ortaya çıkabilir. Yüksek dozlarda; değerlendirme ve yargılama bozuklukları, alınma (referans), şüphelenme (perseküsyon) düşünceleri ve algı bozuklukları sıklıkla görülür (Arıkan, 2008).

Amerikan Psikiyatri Birliği'nin sınıflandırması olan DSM-V'e göre; Amfetamin, kokain kullanım bozukluğu;

A) On iki aylık bir süre içinde, aşğıdakilerden en az ikisiyle kendisini gösteren, klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya ya da işlevsellikte düşmeye yol açan, sorunlu bir amfetamin, kokain kullanım örüntüsü:

1. Çoğu kez istenildiğinden daha büyük ölçüde ya da daha uzun süreli olarak amfetamin, kokain alınır.
2. Amfetamin, kokain kullanmayı bırakmak ya da denetim altında tutmak için sürekli bir istek ya da bir sonuç vermeyen çaba vardır.
3. Amfetamin, kokain elde etmek; amfetamin, kokain kullanmak ya da yarattığı etkilerden kurtulmak için gerekli etkinliklere çok zaman ayrılır.
4. Amfetamin, kokain kullanmaya içinin gitmesi ya da amfetamin, kokain kullanmak çok büyük bir istek duyma ya da kendini zorlanmış hissetme.
5. İşte, okulda ya da evdeki konumunun gereği olan başlıca yükümlülüklerini yerine getirememeye ile sonuçlanan, yineleyici amfetamin, kokain kullanımı.
6. Amfetamin, kokain etkilerinin neden olduğu ya da alevlendirdiği, sürekli ya da yineleyici toplumsal ya da kişilerarası sorunlar olmasına karşın amfetamin, kokain kullanımını sürdürme.
7. Amfetamin, kokain kullanımından ötürü önemli bir takım toplumsal, işle ilgili etkinliklerin ya da eğlenme-dinlenme etkinliklerinin bırakılması ya da azaltılması.
8. Yineleyici bir biçimde, tehlikeli olabilecek durumlarda amfetamin, kokain kullanma.
9. Büyük bir olasılıkla amfetamin, kokain kullanımının neden olduğu ya da alevlendirdiği, sürekli ya da yineleyici bedensel ya da ruhsal bir sorunu olduğu bilgisine karşın, amfetamin, kokain kullanımını sürdürme.

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

- a) Esrikliği ya da istenen etkiyi sağlamak için belirgin olarak artan ölçülerde amfetamin, kokain kullanma gereksinimi
- b) Aynı ölçüde amfetamin, kokain kullanımının sürdürülmesine karşın belirgin olarak daha az etki sağlanması.

11. Aşağıdakilerden biriyle tanımlanmış olmak üzere yoksunluk gelişmiş olması:

- a) Amfetamin, kokain kullanımına özgü yoksunluk sendromu
- b) Yoksunluk belirtilerinden kurtulmak ya da kaçınmak için amfetamin, kokain alınır.

Smart (1991), ABD halkının yaklaşık %12'sinin kokaini en az bir kez kullandığını belirtmektedir. En yüksek kullanım, 18-25 yaş arasında olup, bunların %18'i en az bir kez kullanmış olup, %2'si halen kullanmaktadır. Kokain kullanımı işsizlerde en yüksekken, yüksek sosyoekonomik gruptaki yüksek eğitimli kişilerde de oldukça fazladır. Erkeklerde kokain kullanımı kadın kullanıcıların iki katıdır.

2.3 Alkol ve madde bağımlılığının sosyal destek ile ilişkisi

Hangi yaşta olursa olsun, yaşayan her insanoğlu için sosyal ilişkiler içinde olmak, başkalarıyla iletişim kurabilmek, etkileşim içinde olmak önemlidir. Her bireyin buna ihtiyacı vardır fakat özellikle son yıllarda artarak ilerleyen bir yalnızlaşma söz konusudur. Kişiler, bir çok farklı sebeple diğerlerinden uzaklaşmakta, destek almak ve destek olmak kavramlarından kaçınmaktadır. Bu nedenle yalnız insan sayısı gün geçtikçe çoğalmaktadır. Psikolojik sorunların bir çoğunun yalnızlık temeli üzerine kurulu olduğunu göz önünde bulundurduğumuzda, yalnızlığın kişinin yaşamını olumsuz etkilediğini söyleyebiliriz (Kılınç, 2005).

Kişinin uyum süreci ve iyilik haline etki eden en önemli mekanizmalardan biridir sosyal destek. Yakın arkadaşlar ve aile bireyleri sosyal desteğin ilk halkasını oluşturmaktadırlar. Kişi yaşadığı gerginlik ve duygusal bir çok sorunla, yeterli sosyal destek yardımıyla başedebilmektedir. Sosyal destek; aile, sevgili, yakın arkadaşlar

gibi doğal yardımcıları ile kurulan ilişkilerin bütünüdür, kişi yaşadığı zorluklarda bu yakın ilişkilerine dayanarak güç bulabilmektedir (Çakır, 1997).

Çok geniş bir kullanıcı profiline olması ve eşlik eden sorunlardaki farklılıklar nedeniyle madde kullanımının tekrarını önlemek amacıyla bir çok tedavi programı geliştirilmiştir. Sadece madde kullanan hasta değil, hasta yakınlarının da tedaviye dahil edilmesi; onlara da yardımcı olunması, tedavi sürecini olumlu etkilemektedir (Coşkunol, 2008).

Çocuk ilişki kurmayı, toplumsallaşmayı aileden öğrenir. Anne, baba ve çocuk arasındaki ilişki diğer ilişkilerin temelini oluşturmaktadır. Ailenin sosyalleşmesi, biyolojik, psikolojik ve bireysel faktörlerle, sosyodemografik ve yapısal faktörler içeren daha geniş kültürler arasında bir bağdır. Genç birey, ailenin sosyalleşmesi içinde geliştireceği sosyal davranışlarını. Alkol ve maddeye yönelik tutumlar da bu sosyal kalıp içinde öğrenilecektir (Yüncü, Aydın, 2012).

Sosyal çevresi kişiye ne kadar destek olursa; kişi o oranda kötüleşmenin azalmasını sağlamakta ve de damgalanmayı azaltmaktadır (Vogal, Wei, 2006). Yüncü'nün (2012) bahsettiği üzere; terk edilme, ölme, boşanma gibi çeşitli nedenlerle parçalanmış aile içinde olma, ergenlerin alkol ve madde bağımlılığı geliştirme risklerini arttırmaktadır. Parçalanmış aile ortamının okul başarısızlığına, madde bağımlılığına, suça eğilime (okuldan evden kaçma, aykırı gruplara üye olma, aile ve okulda disiplin sorunları yaşama) ve ruh sağlığı sorunlarına yol açtığı bilinmektedir. Bunun yanı sıra, aile çocuk arasındaki sıcak duygusal ilişkinin, ergen üzerinde yeterli ve uygun aile denetiminin, onları alkol ve madde bağımlılığından koruduğu bilinmektedir.

2.4 Alkol ve madde bağımlılığının riskli davranışlarla ilişkisi

Bağımlılık; yoksunluğa dair huzursuzluğu önlemek ya da maddenin ortaya çıkarttığı psikolojik etkilerini yaşamak üzere süregelen bir biçimde, sistematik olarak madde kullanımının olmasıdır. Ve bağımlılık insanoğlu ile zihinsel işlevleri bozan maddeler arasındaki ilişki nedeniyle ortaya çıkmakta olan fiziksel ve psikolojik olabilen disfonksiyondur (Dickinson, 1990).

Psikoaktif madde kullanımı ile suç davranışı arasında yakın bir ilişki öteden beri bilinmektedir. Yapılan çalışmalar yaşamın erken evrelerinde alkol almaya

başlamanın alkol bağımlılığı için daha büyük bir risk taşıdığını ayrıca suç davranışı gibi olumsuz sonuçlarının olduğunu göstermektedir (Peleg ve ark., 2009).

Alkol ve madde kullanımı bir çok suç davranışına neden olabilir. Sorun çözebilme becerisinin azalması ve çoğu durumda alınganlık oluşturması nedeniyle kavga etme ve benzeri bir çok suç davranışını ortaya çıkartabilir (Swahn, Donovan, 2005).

Crack, çok kuvvetli bağımlılık yapmasının yanısıra burundan çekildiğinde çok hızlı etki etmektedir. Sinir sistemine hemen ulaşabilen bu kullanım biçimi kişide; gerginlik, kilo kaybı, harekette artma ortaya çıkartabilir. Üstelik crack çok hızlı bağımlılık geliştirilmesine neden olmakta ve ciddi bağımlılık sorunları ortaya çıkartmaktadır. Ortaya çıkarttığı, hareketlerde artma, gerginlik, alınganlık gibi faktörler; kavgaya karışma, cinayet işleme ve intihar oranını arttırmaktadır (Akbulut, 2002).

Kullanıcının algılama mekanizmasını çok hızlı bozan maddelerden biri de Lysergic Acid Diethylamid denilen, kısa adı LSD olan bir uyuşturucudur. Bu madde kullanıcılar da flash back adı verilen bir takım yaşantılara neden olmaktadır. Flash back'ler 'LSD durumu' ve 'bad trips' olarak da anılmaktadır. Kullanıcılar, bad trips haldeyken, algılamaları farklılaşmakta ve duygusal olarak korku hissi ve paranoya yaşayabilmektedirler. Özellikle ilk kullananlar ve daha önce tanımadıkları bir ortamda bu maddeyi deneyenler için bu risk çok daha fazladır. İnsanlar bad trip halde iken, uçabileceğine inanıp, yüksek bir binadan atlayabilir ya da aşırı ajite bir halde kendine ve başkalarına zarar verici davranışlar içinde bulunabilir (Kurt ve Kurt, 2007).

Riskli davranışlardan bir diğeri de kendine kasıtlı olarak zarar verme davranışdır (KZVD). İntihar amacı olmadan, kendi bedenine fiziksel bir takım zarar verme ile karakterize olan KZVD, madde bağımlılarında %34.6 (Evren ve Evren, 2005) iken alkol bağımlılarında %29'dur (Evren ve ark, 2006). Yüzdeler dilimlerden de anlaşılacağı üzere, alkol bağımlılarından daha fazla risk altındadır madde bağımlıları (Evren ve ark, 2006).

Maloney ve arkadaşlarının (2010), opiat bağımlıları ile yaptığı bir çalışmada ise %25 ile %49 arasında değişen oranlarda KZVD saptanmıştır. Ayrıca araştırmalarda, alkol ve madde bağımlılarının; jilet ya da bıçak kullanarak kendini kesme, başını vurma,

sert bir yere yumruk ya da tekme atma gibi kendine zarar verme davranışlarını seçtikleri bulunmuştur (Evren ve ark., 2006). Oyafeso ve arkadaşlarının (2008) opiat bağımlıları ile yürüttükleri bir çalışmada ise, bıçak ya da kesici bir alet kullanarak kendini kesme en yüksek oranda kendine zarar verme davranışı olarak bulunmuştur. Ayrıca yine opiat bağımlılarının, tırnak ve dudak yeme, hatta kendini ısırma gibi davranışlar sergiledikleri de bildirilmiştir (Oyafeso ve ark., 2008).

Ateş ve arkadaşlarının (2009) yaptığı bir çalışmada; aleksitimi, antisosyal kişilik bozukluğu ve saldırganlık davranışı gösteren kişilerin %90.1'inde madde bağımlılığı tespit edilmiştir. Ayrıca yine aynı belirtileri gösteren kişilerin %75.2 gibi önemli bir kısmı da alkol bağımlılığı tanı kriterlerini karşılamaktadırlar.

Özellikle davranım bozukluğunun varlığı alkol ve diğer madde kullanım bozuklukları için risk etmeni olarak saptanmıştır. Dürtüsellik, yenilik arama davranışları ve riskli davranışlara temayül, gelecekte alkol-madde kullanım sıklığında artış görülmesi ile ilişkilidir. Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu olan çocuklarda da alkol-madde kullanma riskinin arttığı ileri sürülmüştür (Çakmak ve Evren, 2006).

2.5 Alkol ve madde bağımlılığının tedavi motivasyonu ile ilişkisi

Irvin J.E. ve arkadaşlarının (1999) tanımlamasına göre, alkol ya da maddeyi belirli bir dönem kullanmadıktan sonra yeniden içmeye başlamak 'nüks' olarak adlandırılmaktadır. Nüks durumunda birey, kısa süre sonra, sanki alkölü ya da maddeyi hiç bırakmamış gibi, ayıklık dönemindeki kontrolü kaybederek eski haline dönmektedir. Ayıklık halindeki hastaların %40 ila %50 arasında bir oranı kısa süre içinde yeniden madde ve alkole dönmektedir (Irvin J.E. ve ark., 1999).

Saatçioğlu ve arkadaşlarının Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi AMATEM'de yaptığı (2007) araştırmada, alkol ve madde kullanan hastaların sosyodemografik özellikleri açısından anlamlı farklılıklar bulunmuştur. Nüks olan alkol bağımlıları arasında evli; madde bağımlıları olanlarda ise bekar olanların oranı yüksek bulunmuştur. Tedavi motivasyonunu içsel nedenlerle etkilenebileceği gibi, sosyal destek gibi dışsal nedenlerden de etkilenebilir.

Oldukça karmaşık bir süreç olan nüksü önlemek için kişinin yaşam biçimini değiştirebilmesi için desteklenmesi ve sosyal destek ağlarını kuvvetlendirmek çok önemlidir. Ayrıca bilişsel olarak, alkol ve madde ile ilgili yanlış inanç ve tutumlarının değişmesi ve ortaya çıkabilecek istek ile baş edebilme yolları belirleyebilmesi için terapiye devamlılığı sağlanmalıdır (Saatçioğlu ve ark., 2007).

Bozulan okul, aile ve iş uyumunun ve işlevselliğinin yeniden oluşturulması, alkol ve madde bağımlısı olan hastanın psikososyal tedavisinin ilk basamağıdır. Bağımlının yeniden toplum tarafından kabul görmesini sağlamak nüksü önlemede önemli bir adımdır. Bu tedavide, kişinin maddeden arınmasını, bağımlılığa neden olan bedensel, ruhsal, toplumsal etkilerden kurtulması ve sonrasında bağımlılığı nedeniyle kaybettiği toplumsal rolünü yeniden kazanması gerekmektedir (Beyazyürek ve Şatır 2000).

Olumsuz tedavi seyrinin en sık nedeni ise, tedaviyi yarım bırakma, tedavide kalma süresinde ve tedaviye katılımında azlık olmasıdır. Tedavi için motivasyonda eksiklik olması, tedaviye kendi isteği ile gelmeme nüks riskini arttırmaktadır. Motivasyon, değişimi kabul etme ve değişim için hazır olma durumudur. Motivasyon, zamana ya da duruma bağlı olarak değişkenlik gösterebilen ve dış etkenlerden etkilenen içsel bir durumdur (Evren ve ark. 2008).

Savaşan'ın (2010) alkol ve madde bağımlıları ile ilgili yaptığı araştırmada tedavi motivasyonu anketi alt ölçek puan ortalamalarını hesaplamıştır. Alkol ve madde bağımlısı hastaların içsel motivasyon alt ölçeğinden aldıkları puan ortalaması 49.32'dir, aynı örneklemin dışsal motivasyon alt ölçeğinden aldıkları puan ise 11.26 olarak bulunmuştur. Toplam ölçek puanı ortalaması 105.52 olan tedavi motivasyonu ölçeğinin; 23.34 kişilerarası yardım arama alt ölçeğinden alınan puanların ortalamasıdır. Ayrıca tedaviye güven alt ölçeğinin ortalaması da 21.34 bulunmuştur.

2.6 Alkol ve madde bağımlılığının sosyodemografik verilerler ilişkisi

Savaşan'ın (2010) servite yatarak tedavi gören alkol ve madde bağımlıları ile ilgili yaptığı çalışmaya katılan bireylerin yaş ortalaması 45.29 bulunmuştur. Hastaların %79.3'ü alkol bağımlılığı nedeniyle başvurmuştur; madde bağımlılığı nedeniyle başvuranların oranı ise %20.7'dir. İlk kez arkadaş ortamında madde kullandığını belirten hastaların oranı %20.7'dir. Alkol ve madde ile ilk karşılaşma yaşı ise

17.42'dir. %51.2'si evli, %46.3'ünün bir işi var, %36.6'sı ilkokul mezunu olarak belirlenmiştir. Savaşan (2010), araştırmaya katılan hastaların %43.9'unun ailesinde alkol ve madde kullanım öyküsü olduğunu belirtmiştir. Hastaların %32.9'u yasal bir problem yaşadığını belirtmiştir.

Bulut ve arkadaşlarının (2006) yaptığı araştırmada ise, alkol ve madde bağımlılığı tanısı alan hastaların yaş ortalaması 36.02'dir. Aynı örneklemin madde kullanım süreleri ise 13.19 yıl olarak bulunmuştur. En uzun bırakabilme süreleri ise 2.13 yıl olarak tespit edilmiştir. Şu an ki başvurularından daha önce yatarak tedavi gören hastaların oranı %51.2'dir. Madde bağımlılarının ortalama hastaneye yatış sayısı 1.45'dir. Alkol bağımlılarının ortalama hastaneye yatış sayısı 1.24 olarak bulunmuştur. Alkol ve madde bağımlısı hastaların %96.8'i erkek, %3.2'si kadındır. Suç öyküsü saptanan alkol ve madde bağımlısı hastaların oranı ise %38.1'dir. %46.8 ile alkol en sık başvuru nedenini kapsamakta, %42.1 ile eroin ve %7.1 ile esrar sırası takip etmektedir. Alkol bağımlılarının ilk alkol kullanmaya başlama yaşı ortalama 24.03 bulunmuş; madde bağımlılarının ilk deneyim yaşı ortalamaları ise 22.44 olarak saptanmıştır (Bulut ve ark., 2006).

Kullanım süreleri karşılaştırıldığında, alkol bağımlılarının kullanım süresi ortalama 19.21 yıl olarak bulunmuştur. 7.88 ise madde bağımlılarının kullanım sürelerinin ortalamasıdır (Bulut ve ark., 2006). Ayrıca alkol bağımlılarının evli olma ve çalışma oranı madde bağımlılarına göre yüksek bulunmuştur.

Bulut ve arkadaşlarının (2006) yaptığı bir çalışmaya göre madde bağımlılarının suç öyküsü oranı %52.2 bulunmuştur. Bununla birlikte, alkol bağımlılarında suç öyküsü bulunma oranı ise %23.7'dir. Aynı örneklemin %40.5'i ilköğretim mezunu ya da hiç okula gitmemiştir. Orta öğretim mezunu olanların oranı %27 bulunmuştur. Lise mezunu olan %22.2 ve üniversite mezunu olanların oranı %10.3 olarak tespit edilmiştir. Eğitim düzeyi, suç öyküsü oranının önemli bir belirleyicisidir; eğitim düzeyi düşüğe suç oranı artmakta olduğu gözlenmiştir (Bulut ve ark., 2006).

Erken ve geç başlangıçlı alkol bağımlıları arasındaki farkı araştırmak için yapılan bir araştırmada; erken başlangıçlı alkol bağımlılarında, boşanma oranı daha yüksek, eğitim durumu daha düşük, aylık gelir ortalaması daha az bulunmuştur. Ayrıca aynı çalışmada elde edilen sonuçlar, erken başlangıçlı alkol bağımlısı olan bireylerin aile

öyküsünde alkol kullanım oranı daha fazla olduğunu söylemektedir (İnce ve ark., 2002).

Kişilik özellikleri açısından ise, erken başlangıçlı alkol bağımlılarında antisosyal kişilik bozukluğu, major depresyon anlamı olarak yüksek bulunmuştur; geç başlangıçlı alkol bağımlılarında ise uyum bozukluğu ve özgül fobi daha yüksek oranlarda karşımıza çıkmaktadır (İnce ve ark., 2002). Çalışmanın geneline bakıldığında en sık görülen tanı major depresyondur %25.5, bunu %10.6 ile distimi, %10.6 ile özgül fobi takip etmektedir (İnce ve ark., 2002).

3. YÖNTEM VE GEREÇLER

3.1. Araştırmanın Modeli

Araştırma modeli, yapılan araştırmanın amacına elverişli ve ekonomik bir süreçle verilerin elde edilmesi ve bu verileri analiz etmek için ihtiyaç duyulan şartların düzenlenmesidir. Araştırma modellerinden ‘Tarama (Survey)’, mevcut durumun resmini olduğu gibi çizmeyi, ‘Deneme’ modeli ise mevcut durumun kontrollü olarak değiştirilmesi suretiyle tahmin edilen sebep-sonuç ilişkisini sınamayı baz alır (Karasar, 2015). Kaynaklarda ‘Gözetim Yöntemi’ olarak da tanımlanan tarama yöntemi, kullanımı en yaygın veri toplama yöntemi olup, bu yöntemde, araştırılması planlanan konu içeriğine yönelik önceden hazırlanan anketin katılımcılara uygulanması suretiyle bilgi toplanır (Nakip, 2005). İlişkisel tarama modeli, iki veya daha fazla değişken arasında birlikte değişimin mevcut olup olmadığını, değişim mevcut ise derecesini tespit etmeyi amaçlayan araştırmalarda kullanılır.

Bir araştırmanın amacı ise, araştırmacının üzerinde çalıştığı konuya sağlamayı umduğu katkıdır (Yılmaz, vd., 2016). Bu araştırmada Psikiyatri Servisinde yatarak tedavi olan alkol ve madde bağımlılığı tanısı alan 72 adet hasta; bağımlılık şiddeti ve türü, sosyodemografik özellikleri, tedavi motivasyonu, algıladıkları sosyal destek ve psikiyatrik belirtileri açısından incelenmesi ilişkisel tarama modeliyle araştırılmıştır. Araştırma, amacına göre ilişkisel, kapsadığı zamana göre kesitsel, veri toplama yöntemine göre ise nicel analiz çalışmasıdır.

3.2. Örneklem

Bu araştırmada Adana Dr. Ekrem Tok Ruh Sağlığı Hastanesi Psikiyatri Kliniği Servislerinde yatarak tedavi gören, DSM-V (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders / Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımlar El Kitabı) kriterlerine göre alkol bağımlılık ve madde bağımlılığı tanısı alan hastalar örnekleme oluşturacaktır. Araştırmanın örneklem grubu amaçsal örnekleme yöntemiyle

belirlenmiştir. Amaçlı örnekleme ile, araştırmanın amacına uygun kişilerin seçilmesi hedeflenmiştir. Sınırlılığı olsa bile bu örnekleme yöntemi genellenebilirlik açısından da kullanılmaktadır. Bu örneklem insanlara yardımcı olabilmek amacıyla yaygın kullanılan pratik ve ekonomik örnekleme yöntemidir (Şata ve ark., 2016).

3.3. Veri Toplama Araçları

Çalışmaya alınma ölçütlerini karşılayan hastalara, gönüllü bilgilendirme ve onam formu imzalatılarak; Sosyodemografik Veri Formu (SVF), Bağımlılık Profil İndeksi (BAPİ) ve Tedavi Motivasyon Ölçeği (TMÖ) uygulanmıştır. Ölçek uygulamaları öncesi katılımcılara araştırmaya dair bilgileri içeren Onam formu (Ek-1) sunulmuştur.

3.3.1. Demografik Bilgi Formu

Veriler 15 Mart 2021- 15 Nisan 2021 tarihleri arasında Adana Dr. Ekrem Tok Ruh Sağlığı ve Hastalıkları hastanesinde yapılmıştır. Sosyodemografik veri formu, hastaların sosyodemografik ve klinik özelliklerini değerlendirmek amacıyla tarafımızca hazırlanmıştır. Form kapsamlı olup; yaşadığı ve büyüdüğü yerler, çalışma durumu, çalışma süreleri, yaş, aile üyelerinden birinin ya da kendisinin adli bir olayda adının geçmiş olup olmadığı, cinsiyet, öğrenim düzeyi, medeni durumu, ilk alkol/madde kullanma yaşı, alkol madde kullanım sıklığı ve miktarı, kullanılan alkol/madde türü, öncelikli tercih ettiği madde, önceki tedavi girişimleri, en uzun remisyon süresi, sosyal destekler, aile öyküsü, suç ve saldırganlık durumunu değerlendiren 44 sorudan oluşmaktadır.

3.3.2. Bağımlılık Profil İndeksi (BAPİ)

Bağımlılık Profil İndeksi (BAPİ); Dr. Külteğin Ögel, Dr. Cüneyt Evren, Dr. Figen Karadağ, Dr. Defne Tamar Gürol tarafından, alkol ve madde kullanıcılarının madde kullanımına bağlı oluşan sorunlarının özelliklerini çok boyutlu olarak değerlendirilmesine yardımcı olacak bir ölçek geliştirmiştir. Bağımlılık Profil indeksi, 37 sorudan meydana gelmiştir. Ölçeğin tüm olarak iç tutarlılık Cronbach Alpha değeri ,89'dur. Mevcut çalışmada ölçeğin Cronbach alfa katsayısı ,864 olarak bulunmuştur

Ayrıca bu indeks 5 alt ölçekten oluşmaktadır. Hem uygulayıcı hem de öz bildirim formları mevcuttur.

Alt ölçekler, aşağıda sıranmıştır.

1. Madde kullanım özellikleri
2. Bağımlılık tanı ölçütlerini
3. Madde kullanımının kişinin yaşamına etkisini
4. Madde kullanımının şiddetini
5. Madde kullanımını bırakma motivasyonunu.

Madde kullanım özellikleri; bağımlılığın şiddetini ölçmektedir. Bu alt testte, madde kullanım sıklığı, kullanılan madde sayısı ve maddenin yarattığı sorunlar değerlendirilmeye alınmıştır.

Bağımlılık tanı; Ölçütleri alt testinde belirtilen bağımlılık kriterleri sorgulanacaktır. Madde kullanımının kişinin yaşamına etkisi; madde kullanımı kişinin yaşamını; adli, ekonomik, eğitim, iş ve aile ne kadar etkilediği sorgulanmıştır. Şiddetli madde kullanma isteği alt testi ise, madde kullanımını istemese dahi durdurup durduramayacağını, madde kullanım isteginin şiddetini ölçmektedir.

Madde kullanımını bırakma motivasyonu alt testi, kişinin motivasyon düzeyini ölçmektedir. Ayrıca, kişinin motivasyon düzeyi arttıkça bağımlılığın şiddetinin de arttığı göz önünde bulundurulacaktır (Ögel ve ark., 2012).

3.3.3. Tedavi Motivasyonu Ölçeği (TMA)

Ryan ve arkadaşları tarafından 1995 yılında geliştirilmiştir. Alkol ve madde bağımlısı hastaların, tedaviye devamlılıkları ve tedavide kalmalarını değerlendirebilmek için dizayn edilmiş bir ölçektir. 5 basamak likert tipi cevap verilebilecek 26 sorudan oluşmaktadır. Likert cevaplar ‘kesinlikle katılıyorum’ ile ‘kesinlikle katılmıyorum’ arasındaki basamaklardan oluşmaktadır. TMÖ’nün aşağıda belirtildiği üzere, 4 alt ölçeği vardır.

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

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

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

Tedaviye güvensizlik (TG) (13,14,16,21 ve 24. maddeler) Tedavinin seyri ile ilgili beklentiler.

3.4. Verilerin İstatistiksel Analizi

Araştırma verileri Statistical Package for Social Sciences (SPSS) 20.0 programında analiz edilmiştir. Ölçek puanları normal dağılım göstermediği için analizlerimizde parametrik olmayan test teknikleri kullanılmıştır. Ölçek puanlarının kategorik değişkenlere göre farklılık gösterme durumu Kruskal Wallis testi ile analiz edilmiştir.

Tedavi Motivasyonu Ölçeği'nin güvenilirlik çalışmaları için Michigan Alkolizm Tarama Testi (MATT) kullanılmıştır. MATT'ın Türkiye güvenilirlik ve geçerlik çalışması Coşkunol ve arkadaşları (1995) tarafından yapılmıştır. Ölçeğin tüm olarak iç tutarlılık Cronbach Alpha değeri ,84'tür. Mevcut çalışmada ölçeğin Cronbach alfa katsayısı ,798 olarak bulunmuştur

Bu çalışmada Psikiyatri Servisinde yatarak tedavi olan alkol ve madde bağımlılığı tanısı alan hastalar; bağımlılık şiddeti ve türü, sosyodemografik özellikleri, tedavi motivasyonu ve psikiyatrik belirtileri açısından incelenmesi ilişkisel tarama modeliyle araştırılmıştır. Araştırma, amacına göre ilişkisel, kapsadığı zamana göre kesitsel, veri toplama yöntemine göre ise anket çalışmasıdır.

ki değişken arasında hesaplanan korelasyon (r) değeri:

$r < 0.20$ ve sıfıra yakın değerler ilişkinin olmadığı ya da çok zayıf ilişkiyi işaret eder. $0.20-0.39$ arasında ise zayıf ilişkiden, $0.40-0.59$ arasında ise orta düzeyde ilişkiden, $0.60-0.79$ arasında ise yüksek düzeyde ilişki olduğu yorumu yapılır. $0.80-1.0$ ise çok yüksek ilişki olduğu yorumu yapılır.

3.5. Etik Konular

Araştırmada kullanılacak veri toplama araçlarının izinleri gerekli kişilerden alınıp, bu ölçme araçlarının yüz yüze doldurulması sağlanmıştır.

Uygulama yapılacak kuruluşun bağlı bulunduğu müdürlükten etik onay ile çalışma talebi başvuruları yapılmış, araştırmaya onay veren kuruluştaki tedavi gören bireylere

ölçek uygulamaları yapılmıştır. Ayrıca araştırma süreci boyunca tüm etik kuralları titizlikle takip edilmiştir. Araştırmanın etik ilkeleri; uygulanan testler gizlilik ilkesine uygun şekilde yürütülmüştür. Katılımcılara onam formu yazılı olarak sunulduğu gibi, sözel olarak da araştırmanın amacı ve gizlilik ilkeleri araştırmacı tarafından anlatılarak onayları alınmıştır.

4. BULGULAR

4.1. Hastaların sosyodemografik özellikleri

Tablo 1’de araştırmaya katılan hastaların sosyodemografik özellikler yer almaktadır. Araştırma kapsamındaki hastaların %98,6’sı erkek olup, yaş ortalaması $29,97 \pm 6,54$, %56,9’u bekar, %52,8’i ilköğretim mezunudur. Hastaların %50’si herhangi bir çalışmamakta, %43,1’i 700 TL ve altında gelire sahip, %52,8’i anne, baba ve kardeşleri ile yaşamakta ve %83,3’ü ailesinden sosyal destek almaktadır.

Tablo 1.

Hastaların sosyodemografik özelliklerine göre dağılımı

		Frekans (n)	Yüzde (%)
Cinsiyet	Erkek	71	98,6
	Kadın	1	1,4
Medeni durum	Evli	20	27,8
	Bekar	41	56,9
	Boşanmış	9	12,5
Eğitim	Eşinden ayrı	2	2,8
	İlköğretim	38	52,8
	Lise	28	38,9
	Ön lisans	5	6,9
Çalışma durumu	Üniversite	1	1,4
	Çalışıyor	34	47,2
	Çalışmıyor	36	50,0
Gelir	Emekli	2	2,8
	700 TL'nin altında	31	43,1
	800-1500 TL arasında	12	16,7
	1500-2500 TL arasında	12	16,7
Birlikte yaşanılan kişiler	2500 TL'den fazla	17	23,6
	Yalnız	8	11,1
	Sadece eşim/sevgilim	3	4,2
	Eşim ve çocuklar	13	18,1
Sosyal destek	Annem ve babam	38	52,8
	Büyük aile	10	13,9
	Aile	60	83,3
	Arkadaşlar	2	2,8
	Sevgili/Eş	6	8,3
	Adsız alkolikler / Adsız narkotikler	4	5,6

Hastaların 81,9'u fiziksel hastalığı olmadığını, %93,1'i ruhsal hastalığı olmadığını, %50'si çocuklukta yeterince ilgi gördüğünü, %75'i anne-babasıyla büyüdüğünü, %61,1'i korku ve dehşet uyandıracak, çaresizlik yaratacak olaya maruz kalmadığını, %61,1'i herhangi bir adli olaya karışmadığını, %88,9'u'da ailede herhangi bir adli olaya karışan kişilerin olmadığını ifade etmişlerdir (Tablo 2).

Tablo 2.

Hastalarla ilgili genel bilgiler

		Frekans (n)	Yüzde (%)
Özel ilgili alanı	Evet	43	59,7
	Hayır	29	40,3
Özel ilgili alanları*	Spor	32	61,5%
	Müzik	15	28,8%
	Diğer	5	9,6%
Kronik fiziksel hastalık	Evet	13	18,1
	Hayır	59	81,9
Kronik ruhsal hastalık	Evet	5	6,9
	Hayır	67	93,1
Çocuklukta yaşanılan yer	Köy	2	2,8
	Şehir	70	97,2
0-2 yaş arası bakım	Anne	56	77,8
	Baba	1	1,4
	Anne-baba	14	19,4
	Diğer	1	1,4
Çocuklukta görülen ilgi	Aşırı ilgi	17	23,6
	Yeterince ilgi	36	50,0
	İlgisiz	19	26,4
Çocukluk disiplini	Aşırı kontrol	12	16,7
	Yeterince kontrol	33	45,8
	Az kontrol	27	37,5
Büyüyülen aile tipi	Anne-baba birlikte	54	75,0
	Büyük ebeveynlerin de dahil olduğu aile	7	9,7
	Boşanmış	4	5,6
	Parçalanmış	7	9,7
Duygusal ilişki	Evet	63	87,5
	Hayır	9	12,5
Korku ve dehşet uyandıracak, çaresizlik yaratacak olaya maruz kalma	Evet	25	34,7
	Hayır	47	65,3
Adli olaya karışmama	Evet	44	61,1
	Hayır	28	38,9
Ailede adli olaya karışma	Evet	8	11,1
	Hayır	64	88,9

* Birden fazla seçenek işaretlenmiştir.

Araştırmaya katılan hastaların madde kullanım süresi 1-30 yıl arasında değişmekte olup, ortalaması $9,87 \pm 5,24$ yıldır. Hastaların madde kullanmaya başladıktan sonra tedavi için başvurusu süresi 1-30 yıl arasında değişmekte olup, ortalaması $6,25 \pm 4,99$ yıldır. Ayaktan tedavi aldığını belirten hastalara ilişkin tedavi sayısı 1-10 aralığında değişmekte olup, ortalaması $2,27 \pm 1,92$ 'dir. Yatarak tedavi aldığını belirten hastalara ilişkin tedavi sayısı 1-10 aralığında değişmekte olup, ortalaması $2,09 \pm 2,02$ 'dir. Profesyonel destek almadan bırakma girişimi 1-10 aralığında değişmekte olup, ortalaması $3,73 \pm 2,59$ 'dür. En uzun bırakma süresi 1-7 aralığında değişmekte olup, ortalaması $1,39 \pm 0,98$ 'dir (Tablo 3) .

Tablo 3.

Madde kullanımı ile ilgili bilgiler

	Frekans (n)	Yüzde (%)
Alkol/madde kullanmada tercih edilen yer		
Yalnız	44	61,1
Arkadaşlarımın yanında	21	29,2
Eğlence yerleri	3	4,2
Sokak- park	4	5,6
	Ort±SS	Min-Max
Madde kullanım süresi (yıl)	$9,87 \pm 5,24$	1-30
Alkol/madde kullanmaya başladıktan sonra başvuru süresi (yıl)	$6,25 \pm 4,99$	1-30
Alkol/madde bağımlılığı için yatarak tedavi sayısı	$2,27 \pm 1,92$	1-10
Alkol/madde bağımlılığı için ayaktan tedavi sayısı	$2,09 \pm 2,02$	1-10
Profesyonel destek almadan bırakma girişimi	$3,73 \pm 2,59$	1-10
En uzun bırakma süresi	$1,39 \pm 0,98$	1-7

Hastaların en fazla kullanmayı tercih etmedikleri maddeler arasında ilk sırada %35,5 ile esrar (marihuana, joint, gubar vb) gelmektedir. En fazla kullanmayı tercih etmedikleri maddeler arasında ikinci sırada ise %16,1 ile eroin gelmektedir (Tablo 4).

Tablo 4.

Hastaların kullanmayı istemedikleri madde türleri

		Frekans (n)	Yüzde (%)
Madde Türleri*	Alkol	17	18,3
	Esrar (marihuana, joint, gubar vb)	33	35,5
	Ecstasy (ekstazi)	7	7,5
	Eroin	15	16,1
	Kokain	2	2,2
	Taş (krak kokain)	4	4,3
	Uçucu maddeler (tiner, bali, gaz vb)	2	2,2
	Akineton, tantum, xanax gibi haplar	1	1,1
	Metamfetamin, ice gibi amfetamin türevleri	12	12,9

* Birden fazla seçenek işaretlenmiştir.

Hastaların %25'i madde kullanmanın 5 yıl ve daha fazla süredir kendisi için bir sorun olduğunu düşündüğünü, %15,3'ü ise madde kullanmanın kendisi için bir sorun olmadığını ifade etmişlerdir. (Tablo 5)

Tablo 5.

Madde kullanmanın bir sorun olduğunu düşünme durumu

		Frekans (n)	Yüzde (%)
Madde kullanmanın bir sorun olduğunu düşünme durumu	Benim için sorun değil	11	15,3
	1 yıldan az	16	22,2
	1-2 yıldır	15	20,8
	3-4 yıldır	12	16,7
	5 yıl ve daha fazla	18	25,0

4.2. Hastaların (BAPİ) Bağımlılık Profiline İlişkin Bulgular

Tablo 6’da araştırmaya katılan hastaların BAPİ puan ortalamaları sunulmuştur.

Araştırma kapsamındaki hastaların;

BAPİ–Madde Kullanım Özellikleri alt ölçek puanları 0-2,55 aralığında değişmekte olup, ortalaması $1,23 \pm ,66$ olarak tespit edilmiş araştırmaya katılan hastalar daha az çoklu madde kullanmadıkları,

BAPİ–Bağımlılık Tanı Ölçütleri alt ölçek puanları 0-12 aralığında değişmekte olup, ortalaması $7,47 \pm 3,11$ olarak tespit edilmiş hastaların bağımlılık ölçütlerine karşılamaya yakın bir puan aldıkları,

BAPİ–Yaşam Üstüne Etkileri alt ölçek puanları 0-22 aralığında değişmekte olup, ortalaması $13,98 \pm 14,85$ olarak tespit edilmiş hastaların yaşamını olumsuz etkileyecek düzeye yakın puan aldıkları,

BAPİ–Şiddetli İstek alt ölçek puanları 1-8 aralığında değişmekte olup, ortalaması $4,56 \pm 1,98$ olarak tespit edilmiş hastaların madde isteğinin ortalama değerinde olduğu,

BAPİ–Motivasyon alt ölçek puanları 0-6 aralığında değişmekte olup, ortalaması $5,05 \pm 1,37$ olarak tespit edilmiş puan ortalamasının yüksek olması hastaların madde bırakma motivasyonunun yüksek olduğunu ve hastaların bağımlılık sorunlarını fazla yaşamakta olduğu,

BAPİ–Toplam (Bağımlılık şiddeti) puanları 0-9 aralığında değişmekte olup, ortalaması $6,09 \pm 1,53$ olarak tespit edilmiş olup araştırmaya katılan hastaların düşük bağımlılık şiddeti gösterdiği tespit edilmiştir.

Tablo 6.

Hastaların Bağımlılık Profili İndeksi (BAPİ) Toplam ve Alt Ölçeklerine İlişkin Ortalama Puan Ortalamaları

BAPİ	Ölçekten Alınabilecek Min-Max	Hastaların Aldığı Min-Max	Ort±SS
Madde kullanım özellikleri	0-8	0-2,55	1,23±,66
Bağımlılık tanı ölçütlerini	0-24	0-12	7,47±3,11
Madde kullanımının kişinin yaşamına etkisini	0-40	0-22	13,98±4,85
Madde kullanımının şiddeti	0-16	1-8	4,56±1,98
Madde kullanımını bırakma motivasyonunu	0-12	0-6	5,05±1,37
BAPİ TOPLAM	0-20	0-9	6,09±1,53

Araştırma kapsamındaki madde kullanım bozukluğu olan hastaların BAPİ puan ortalamalarının sosyodemografik verilere göre minimum-maksimum değerleri Tablo 7’de verilmiştir.

Hastaların medeni durumlarına göre BAPİ toplam ve alt ölçek puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur ($p>0,05$).

Hastaların eğitim düzeylerine göre sadece BAPİ- madde kullanımının kişinin yaşamına etkisi alt ölçeği puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($\chi^2=12,06$; $p=0,007$). Bu farkın hangi gruplar arasında olduğunu belirlemek için Post Hoc analizi yapılmış ve analiz sonucuna göre; bu farkın eğitim düzeyi üniversite olan hastalardan kaynaklandığı bulunmuştur. Eğitim düzeyi üniversite olan hastaların BAPİ madde kullanımının kişinin yaşamına etkisi alt ölçeği ortalama değeri diğer eğitim düzeyindeki hastalara göre daha yüksektir ($p<0,05$).

Hastaların çalışma durumlarına göre BAPİ toplam ve alt ölçek puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur ($p>0,05$).

Hastaların madde kullanım sorunu olduğunu düşünme durumlarına göre BAPİ toplam ve alt ölçek puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur ($p>0,05$). (Tablo 7)

Tablo 7.

Hastaların Sosyodemografik Özelliklerine Göre BAPİ Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

	Madde Kullanım Özellikleri (0-2,55)	Bağımlılık Tanı Ölçütleri (0-12)	Madde Kullanımının Kişinin Yaşamına Etkisi (0-22)	Madde Kullanım Şiddeti (1-8)	Madde Kullanımını Bırakma Motivasyonu (0-6)	BAPİ Toplam (0-9)
Medeni Durumu						
Evli	1,39	6,87	14,65	4,30	4,85	5,99
Bekar	1,14	8,13	13,87	4,51	5,29	6,20
Boşanmış	1,38	6,00	12,33	5,11	4,44	5,68
Eşinden ayrı	,90	6,75	17,00	6,00	5,00	6,44
	$\chi^2=1,331$ p=,722	$\chi^2=$ p=,066	$\chi^2=2,161$ p=,540	$\chi^2=3,362$ p=,339	$\chi^2=6,988$ p=,072	$\chi^2=2,709$ p=,439
Eğitim						
İlköğretim	1,22	7,88	7,88	7,88	7,88	7,88
Lise	1,23	6,67	6,67	6,67	6,67	6,67
Ön lisans	1,43	8,20	8,20	8,20	8,20	8,20
Üniversite	,7273	11,0000	11,00	11,00	11,00	11,00
	$\chi^2=1,925$ p=,588	$\chi^2=3,675$ p=,299	$\chi^2=12,06$ p=,007*	$\chi^2=4,338$ p=,227	$\chi^2=5,504$ p=,138	$\chi^2=4,122$ p=,249
Çalışma Durumu						
Çalışıyor	1,23	7,30	12,91	4,76	5,02	5,99
Çalışmıyor	1,29	7,59	14,75)	4,27	5,02	6,13
Emekli	,18	8,25	18,50	6,50	6,00	6,94
	$\chi^2=3,911$ p=,141	$\chi^2=,159$ p=,924	$\chi^2=5,120$ p=,077	$\chi^2=2,606$ p=,272	$\chi^2=1,873$ p=,392	$\chi^2=1,260$ p=,532
Gelir						
700 TL'nin altında	1,24	8,14	14,83	4,38	5,12	6,26
800-1500 TL arasında	1,33	7,33	15,33	5,16	4,83	6,32
1500-2500 TL arasında	1,48	7,04	13,66	4,08	5,50	6,13
2500 TL'den fazla	,97	6,67	11,70	4,82	4,7647	5,56
	$\chi^2=3,388$ p=,336	$\chi^2=3,084$ p=,210	$\chi^2=4,521$ p=,210	$\chi^2=2,611$ p=,456	$\chi^2=4,495$ p=,213	$\chi^2=2,549$ p=,466
Madde kullanımının sorun olduğunu düşünme						
Benim için sorun değil	1,05	6,63	12,36	5,00	4,54	5,63
1 yıldan az	1,24	9,00	14,00	4,25	5,50	6,41
1-2 yıldır	1,23	6,50	13,86	4,40	5,13	5,89
3-4 yıldır	1,19	7,37	14,83	4,91	5,41	6,34
5 yıl ve daha az	1,35	7,52	14,50	4,50	4,66	6,06
	$\chi^2=,466$ p=,926	$\chi^2=9,997$ p=,019*	$\chi^2=1,722$ p=,632	$\chi^2=1,519$ p=,662	$\chi^2=5,200$ p=,158	$\chi^2=3,915$ p=,271

χ^2 =Kruskal-Wallis testi, p<0,005

4.3. Hastaların Tedavi Motivasyonuna İlişkin Bulgular

Tablo 8’de araştırmaya katılan hastaların TMA puan ortalamaları sunulmuştur.

Araştırma kapsamındaki hastaların;

TMA–İçsel Motivasyon alt ölçek puanları 23-55 aralığında değişmekte olup, ortalaması $44,77\pm 8,04$ olarak tespit edilmiş puan ortalamasının yüksek olması kendisi için bir şeyler yapma isteğinin olduğu,

TMA–Dışsal Motivasyon alt ölçek puanları 6-20 aralığında değişmekte olup, ortalaması $12,44\pm 3,38$ olarak tespit edilmiş hastaların dışarıda aldıkları motivasyon oranının ortalamanın üstünden olduğu,

TMA–Kişilerarası Yardım Arama alt ölçek puanları 15-30 aralığında değişmekte olup, ortalaması $22,00\pm 3,92$ olarak tespit edilmiş hastaların kişiler arası yardım arama isteğinin ortalamanın üzerinde olduğu,

TMA–Tedaviye Güvensizlik alt ölçek puanları 9-25 aralığında değişmekte olup, ortalaması $16,59\pm 3,94$ olarak tespit edilmiş olup hastaların gördüğü tedaviye olan güvenin yüksek olduğu,

TMA–Toplam puanları 50-104 aralığında değişmekte olup, ortalaması $83,37\pm 11,35$ ’dir. Hastaların tedavi motivasyonunun ortalamanın üzerinde olduğu tespit edilmiştir.

Tablo 8.

Hastaların Tedavi Motivasyon Anketi (TMA) Toplam ve Alt Ölçeklerine İlişkin Puan Ortalamaları

BAPİ	Ölçekten Alınabilecek Min-Max	Hastaların Aldığı Min-Max	Ort±SS
TMA – İçsel Motivasyon	11-55	23-55	$44,77\pm 8,04$
TMA – Dışsal Motivasyon	4-20	6-20	$12,44\pm 3,38$
TMA – Kişilerarası Yardım Arana	6-30	15-30	$22,00\pm 3,92$
TMA – Tedaviye Güvensizlik	5-25	9-25	$16,59\pm 3,94$
TMA - TOPLAM	26-130	50-104	$83,37\pm 11,35$

Tablo 9.

Hastaların Sosyodemografik Özelliklerine Göre TMA Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

	İçsel Motivasyon (23-55)	Kişiler Arası Yardım (15-30)	Tedaviye Güvensizlik (9-25)	TMA Toplam (50-104)
Medeni Durumu				
Evli	13,70	23,75	15,70	89,47
Bekar	11,68	21,48	17,04	82,11
Boşanmış	13,33	20,22	15,88	75,30
Eşinden ayrı	11,50	23,00	19,50	84,37
	$\chi^2=6,335$ p=,096	$\chi^2=6,433$ p=,092	$\chi^2=2,066$ p=,559	$\chi^2=559$ p=,008*
Eğitim				
İlköğretim	13,31	22,13	15,81	84,05
Lise	11,35	22,10	17,35	83,01
Ön lisans	11,20	20,20	19,00	79,15
Üniversite	16,00	23,00	13,00	88,25
	$\chi^2=9,396$ p=,024	$\chi^2=1,354$ p=,716	$\chi^2=3,940$ p=,268	$\chi^2=3,435$ p=,329
Çalışma Durumu				
Çalışıyor	11,85	22,02	16,64	84,22
Çalışmıyor	13,05	21,69	16,41	82,13
Emekli	11,50	27,00	19,00	91,25
	$\chi^2=3,763$ p=,152	$\chi^2=2,186$ p=,245	$\chi^2=1,194$ p=,551	$\chi^2=432$ p=,806
Gelir				
700 TL'nin altında	12,51	21,45	16,38	79,96
800-1500 TL arasında	12,58	21,75	15,33	84,33
1500-2500 TL arasında	11,08	22,66	17,08	86,27
2500 TL'den fazla	13,17	22,70	17,52	86,85
	$\chi^2=1,364$ p=,714	$\chi^2=,952$ p=,813	$\chi^2=2,561$ p=,449	$\chi^2=4,326$ p=,228
Madde kullanımının sorun olduğunu düşünme				
Benim için sorun değil	14,18	21,54	15,45	83,13
1 yıldan az	11,12	22,31	16,06	77,76
1-2 yıldır	12,93	21,80	15,60	81,96
3-4 yıldır	11,41	21,66	18,91	88,31
5 yıl ve daha az	12,83	22,38	17,05	86,37
	$\chi^2=2,903$ p=,234	$\chi^2=3,529$ p=,171	$\chi^2=4,194$ p=,123	$\chi^2=1,519$ p=,451

χ^2 =Kruskal-Wallis testi, p<0,005

Araştırma kapsamındaki madde kullanım bozukluğu olan hastaların TMA puan ortalamalarının sosyodemografik verilere göre minimum-maksimum değerleri Tablo 9’da verilmiştir.

Hastaların medeni durumlarına göre TMA toplam puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($\chi^2=559$; $p=0,008$). Bu farkın hangi gruplar arasında olduğunu belirlemek için Post Hoc analizi yapılmış ve analiz sonucuna göre; bu farkın bekar olan hastalardan kaynaklandığı bulunmuştur. Medeni durumu evli olan hastaların TMA toplam puanı ortalama değeri diğer medeni durumdaki hastalara göre daha yüksektir ($p<0,05$).

Hastaların alışma durumlarına göre TMA toplam ve alt ölçek puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur ($p>0,05$).

Hastaların gelir durumlarına göre TMA toplam ve alt ölçek puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur ($p>0,05$).

Hastaların madde kullanım sorunu olduğunu düşünme durumlarına göre TMA toplam ve alt ölçek puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur ($p>0,05$).

4.4. Hastaların BAPİ ve Alt Ölçekleriyle TMA ve TMA alt ölçekleriyle arasındaki İlişki

Tablo 10.

BAPİ ve TMA Arasındaki Korelasyon

		Correlations									
		Madde kullanım özellikleri	Bağımlılık tanı ölçütleri	Madde kullanımının kişinin yaşamına etkisi	Madde kullanım şiddeti	Madde kullanımını bırakma motivasyonu	BAPİ TOTAL	İçsel motivasyon	Kişiler Arası Yardım	Tedaviye Güvensizlik	TMA TOPLAM
Madde kullanım özellikleri	P.C.	1									
	p										
	N										
Bağımlılık tanı ölçütleri	P.C.	,135	1								
	p	,259									
	N	72	72								
Madde kullanımının kişinin yaşamına etkisi	P.C.	,116	,642*	1							
	p	,332	,000								
	N	72	72	72							
Madde kullanım şiddeti	P.C.	-,070	,300*	,452**	1						
	p	,560	,010	,000							
	N	72	72	72	72						
Madde kullanımını bırakma motivasyonu	P.C.	,157	,591*	,361**	,102	1					
	p	,189	,000	,002	,394						
	N	72	72	72	72	72					
BAPİ_Toplam	P.C.	,322**	,843*	,811**	,582*	,678**	1				
	p	,006	,000	,000	,000	,000					
	N	72	72	72	72	72	72				
İçsel motivasyon	P.C.	-,021	-,098	,134	,268*	-,290*	,005	1			
	p	,858	,414	,263	,023	,013	,969	,150			
	N	72	72	72	72	72	72	72			
Kişiler Arası Yardım	P.C.	,183	,127	,188	,172	,089	,223	,235**,*	1		
	p	,125	,290	,115	,149	,458	,059	,047			
	N	72	72	72	72	72	72	72			
Tedaviye Güvensizlik	P.C.	,067	-,055	,095	-,076	,301*	,091	-,328**	-,277*	1	
	p	,574	,649	,426	,523	,010	,447	,005	,019		
	N	72	72	72	72	72	72	72	72		
TMA_Toplam	P.C.	,099	,058	,298*	,242*	,030	,222	,473**	,612**	,135	1
	p	,409	,627	,011	,041	,804	,061	,000	,000	,258	
	N	72	72	72	72	72	72	72	72	72	

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

* . Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

Tablo 10'da BAPİ ve TMA alt boyutlarının birbiriyle olan ilişkisi verilmiştir.

Araştırmada elde edilen sonuçlara göre, BAPİ Toplam Puanı ile TMA Toplam puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki tespit edilmemiştir.

Araştırmada elde edilen sonuçlara göre, BAPİ alt boyutundan madde kullanım özellikleri ile BAPİ TOPLAM puanı arasında istatistiksel olarak pozitif yönde zayıf düzeyde anlamlı olacak şekilde ilişkili bulunmuştur (PC:.,322; p=,006)

Araştırmada elde edilen sonuçlara göre, BAPİ alt boyutundan bağımlılık tanı ölçütleri ile BAPİ alt maddesi madde kullanımının kişinin yaşamına etkisi puanı arasında istatistiksel olarak pozitif yönde yüksek düzeyde anlamlı olacak şekilde ilişkili bulunmuştur (PC:.,642; p=,000)

Araştırmada elde edilen sonuçlara göre, BAPİ alt boyutundan bağımlılık tanı ölçütleri ile BAPİ alt maddesi madde kullanım şiddeti puanı arasında istatistiksel olarak pozitif yönde zayıf düzeyde anlamlı olacak şekilde ilişkili bulunmuştur (PC:.,300; p=,010)

Araştırmada elde edilen sonuçlara göre, BAPİ alt boyutundan bağımlılık tanı ölçütleri ile BAPİ alt maddesi madde kullanımının bırakma motivasyonu puanı arasında istatistiksel olarak pozitif yönde orta düzeyde anlamlı olacak şekilde ilişkili bulunmuştur (PC:.,591; p=,000)

Araştırmada elde edilen sonuçlara göre, BAPİ alt boyutundan bağımlılık tanı ölçütleri ile BAPİ toplam puanı arasında istatistiksel olarak pozitif yönde yüksek düzeyde anlamlı olacak şekilde ilişkili bulunmuştur (PC:.,843; p=,000)

Araştırmada elde edilen sonuçlara göre, BAPİ alt boyutundan madde kullanımının kişinin yaşamına etkisi ile BAPİ alt maddesi madde kullanım şiddeti puanı arasında istatistiksel olarak pozitif yönde orta düzeyde anlamlı olacak şekilde ilişkili bulunmuştur (PC:.,452; p=,000)

Araştırmada elde edilen sonuçlara göre, BAPİ alt boyutundan madde kullanımının kişinin yaşamına etkisi ile BAPİ alt maddesi madde kullanımını bırakma motivasyonu puanı arasında istatistiksel olarak pozitif yönde zayıf düzeyde anlamlı olacak şekilde ilişkili bulunmuştur (PC:.,361; p=,002)

Araştırmada elde edilen sonuçlara göre, BAPİ alt boyutundan madde kullanımının kişinin yaşamına etkisi ile TMA TOPLAM puanı arasında istatistiksel olarak pozitif yönde zayıf düzeyde anlamlı olacak şekilde ilişkili bulunmuştur (PC:.,298; p=,011)

Araştırmada elde edilen sonuçlara göre, BAPİ alt boyutundan madde kullanım şiddeti ile TMA TOPLAM puanı arasında istatistiksel olarak pozitif yönde zayıf düzeyde anlamlı olacak şekilde ilişkili bulunmuştur (PC:.,242; p=,041)

Araştırmada elde edilen sonuçlara göre, BAPİ alt boyutundan madde kullanımını bırakma motivasyonu ile BAPİ TOPLAM puanı arasında istatistiksel olarak pozitif yönde yüksek düzeyde anlamlı olacak şekilde ilişkili bulunmuştur (PC:.,678; p=,000)

Araştırmada elde edilen sonuçlara göre, BAPİ alt boyutundan madde kullanımını bırakma motivasyonu ile TMA alt maddesi içsel motivasyon puanı arasında istatistiksel olarak negatif yönde zayıf düzeyde anlamlı olacak şekilde ilişkili bulunmuştur (PC:,-290; p=,013)

Araştırmada elde edilen sonuçlara göre, BAPİ alt boyutundan madde kullanımını bırakma motivasyonu ile TMA alt maddesi tedaviye güvensizlik puanı arasında istatistiksel olarak pozitif yönde zayıf düzeyde anlamlı olacak şekilde ilişkili bulunmuştur (PC:.,301; p=,010)

Araştırmada elde edilen sonuçlara göre, TMA alt boyutundan içsel motivasyon ile TMA alt maddesi kişiler arası yardım puanı arasında istatistiksel olarak pozitif yönde zayıf düzeyde anlamlı olacak şekilde ilişkili bulunmuştur (PC:.,235; p=,047)

Araştırmada elde edilen sonuçlara göre, TMA alt boyutundan içsel motivasyon ile TMA alt maddesi tedaviye güvensizlik puanı arasında istatistiksel olarak negatif yönde zayıf düzeyde anlamlı olacak şekilde ilişkili bulunmuştur (PC:,-,328 p=,005)

Araştırmada elde edilen sonuçlara göre, TMA alt boyutundan içsel motivasyon ile TMA TOPLAM puanı arasında istatistiksel olarak pozitif yönde orta düzeyde anlamlı olacak şekilde ilişkili bulunmuştur (PC:.,473 p=,000)

5.TARTIŞMA

Alkol ve madde kullanım bozukluğu tüm dünyada önemli bir halk sağlığı sorunudur. Özellikle gelişmekte olan ülkelerde çeşitli önlemlere rağmen madde kullanımı gün geçtikçe artmaktadır. Bu araştırmada Adana Dr. Ekrem Tok Ruh Sağlığı Hastanesi Psikiyatri Kliniği Servislerinde yatarak tedavi gören, DSM-V (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders / Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımlar El Kitabı) kriterlerine göre alkol bağımlılık ve madde bağımlılığı tanılı 72 hastanın, bağımlılık şiddeti ve türü, sosyodemografik özellikleri, tedavi motivasyonu ve psikiyatrik belirtileri açısından incelenmesiyle gerçekleştirilmiştir.

Literatürde alkol ve madde bağımlılığı profilini araştıran çalışmalar olmasına rağmen, alkol dışındaki madde bağımlılığı olan bireylerin bağımlılık profillerini ve tedavi motivasyonlarını belirlemeye yönelik çalışmalar sınırlıdır (Karaaziz ve ark., 2016). Çalışmada, hastaların maddeyi bırakma motivasyonları arttıkça toplam tedavi motivasyonlarının da arttığı, bağımlılığın şiddeti ve bağımlılığın yaşam üzerindeki olumsuz etkileri arttıkça, hastaların tedavi motivasyonlarının arttığı belirlenmiştir. Benzer şekilde; Probst ve ark. (2015), bağımlılığın şiddetinin ve yaşamda bağımlılığın neden olduğu kayıpların artmasının tedavi motivasyonunu arttırdığı belirlenmiştir. Araştırmada bağımlılık tedavisinde karar vermede bağımlılığın ciddiyetinin önemli bir faktör olduğu vurgulanmıştır.

Çalışma kapsamındaki hastaların yüksek düzeyde tedaviye güvendikleri saptanmıştır. Literatürde hastaların tedaviden beklentilerinin ve tedaviye inançlarının tedavinin hangi döneminde oldukları ile yakından ilgili olduğu belirtilmektedir. Ögel'in (2016) çalışmasında madde kullanım bozukluğu ile tedavi gören hastaların tedavi programlarının tamamlanmasının ardından tedaviye olan güvenin arttığı, madde kullanımına ilişkin olumsuz inançların da azaldığı bulunmuştur. Mevcut çalışmada hastaların tedaviye güvenlerinin yüksek düzeyde bulunması hastaların hastanede yatmaları nedeniyle motivasyonlarının bir sonucu olabilir. Tedavi programı

tamamlandıktan sonra ve taburculuk sonrasında da tedaviye güven durumlarının ve bunları etkileyen faktörlerin araştırılması uygun olacaktır.

Bu araştırmada hastaların kişilerarası yardım arama durumları yani tedavi sürecinde sorunlarını diğer hastalarla ve ekiple paylaşmaya karşı tutumları ortalamanın üzerindedir. Miller'in (2014) 28 günlük bir tedavi programına istemli olarak katılan bağımlılarla yaptığı çalışmada hastaların kişilerarası yardım arama düzeyleri yüksek çıkmış ve bunun nedeni olarak da hastaların kendi istekleri ile hastaneye yatmış olmaları vurgulanmıştır.

Bu çalışmaya katılan hastaların büyük bir çoğunluğu halen evli olmayan (%56,9) kişilerden oluşmaktadır. Literatürde alkol ve madde bağımlılığı olan hastaların bekar veya boşanmış olduğu; evlilik oranlarının ise boşanmışlara oranla daha düşük olduğu görülmektedir (Zorlu, Türk, Manavgat, Karadas ve Gülseren, 2011; Öztürk, Kırılıoğlu ve Kıracı, 2016). Ek olarak, literatürde alkol bağımlılığı tanısı konan hastalarda evli olma oranlarının madde bağımlılığı tanısı alan bireylere oranla daha yüksek olduğuna yönelik çalışmalar da mevcuttur (Evren ve Ögel, 2003).

Medeni durumu evli olan hastaların TMA toplam puanı ortalama değeri diğer medeni durumdaki hastalara göre daha yüksektir. Literatürde sosyal desteğin madde kullanımını durdurmak için motive edici bir faktör olabileceği ve bireyi tedaviye yönlendirebileceği, aile desteği olan hastaların hem tedavi sırasında hem de tedavi sonrasında yeniden yapılandırılmış hayata adaptasyonlarının daha rahat olduğunu göstermektedir Türkiye Uyuşturucu Bağımlılığı ve Uyuşturucu Bağımlılığı İzleme Merkezi tarafından yapılan Genel Nüfusta Madde Kullanım Araştırmaları sonuçlarına göre bekar olmak madde kullanmayı anlamlı bir biçimde artırmaktadır Bu kapsamda araştırmamızda evli hastaların tedavi motivasyonlarının yüksek olması sosyal desteklerinin bekarlara göre daha iyi olmasından kaynaklanabilir.

Araştırmaya katılan hastaların halen bir işte çalışmayan (%50,0) kişiler oluşturmaktadır. Literatürdeki çalışmalara da bakıldığında alkol ve madde bağımlılığında işsizliğin sık rastlanan bir durum olduğu gözlemlenmektedir. Madde bağımlılığı tanısı alan hastalarla yapılan bir çalışmada hastaların %70'inin işsiz olduğu; bir diğer çalışmada ise %51'inin herhangi bir işte çalışmadığı bulunmuştur (Nebioğlu ve ark., 2013; Evren ve Ögel, 2003). Denetimli serbestlik kapsamında başvuran hastalarla yapılan başka bir çalışmada %40'ının düzenli bir işte

çalışmadığı, %60'ının ise sosyal güvenceye sahip olmadığı görülmüştür (Zorlu ve ark., 2011).

Çalışmamızda katılımcıların % 38,9'u alkol ve madde kullanımına bağlı adli olay yaşadığını belirtmiştir. Alkol ve madde bağımlılığında adli olayların sıklığı literatürde sıkça rastlanan bir bulgudur (Kaplan ve Sadock 2004). Fakat bu ilişki tek yönlü değil döngüsel olarak ele alınmalıdır; madde kullanımı ve suç davranışı arasındaki ilişkinin birbirini tetikleyen bir döngüsü olduğu belirtilmektedir (Topçuoğlu, 2016). Yapılan bir meta-analiz çalışmasında madde bağımlılığı olan bireylerdeki suç işleme oranlarının normal popülasyona oranla çok daha yüksek olduğu bildirilmiştir (Bennet ve ark., 2008).

Hastaların klinik özelliklerinden önceki dönemlerde hem yatarak hem de ayakta tedavi görenlerin, daha önce sadece yatarak tedavi görenlere göre tanı ölçütleri alt ölçek puanlarının daha yüksek olduğu saptanmıştır. Ayrıca ayakta tedavi sayısı arttıkça tanı ölçütlerini karşılama düzeyi düşmektedir. Ögel ve ark. (2016) bağımlı hastalarla yaptıkları çalışmada, yatan hastaların bağımlılık tanı ölçütlerini daha fazla karşıladığını saptanmıştır. Buna paralel olarak araştırma sonuçlarımız, yatarak tedavi gören hastaların tanı kriterlerinde yer alan ve bu nedenle yatarak tedavi gören yoksunluk ve maddeye aşerme gibi sorunları daha fazla yaşadığını göstermektedir.

Eğitim düzeyine göre madde kullanım özelliklerinin değiştiği ve öğrenim düzeyi lise olan hastalarda çoklu madde kullanımının daha fazla olduğu saptanmıştır. Katılımcıların eğitim düzeyleri incelendiğinde, çoğunluğunun (%91,7) ilköğretim ve lise seviyesinde olduğu bulunmuştur. Bu bulgunun genel literatürdeki çalışmalarla uyumlu olduğu görülmektedir. Benzer şekilde madde bağımlılığı lise mezunu hastaların psikoaktif madde kullanım sıklığının fazla olduğu sonucuna ulaşılan çalışmalar mevcuttur. TUBİM 2019 raporunda da madde kullanan kişiler arasında en fazla lise mezunlarının (%29,9) olduğu belirtilmiştir. Denetimli serbestliğe başvuran hastalarla yapılan bir çalışmada %67,4'ünün ise ilköğretim mezunu olduğu görülmüştür (Zorlu ve ark., 2011). Opiyat bağımlılığı tanısı almış hastalarla yapılan bir çalışmada ise %73,8'inin dokuz yıldan az eğitim düzeyinde olduğu bulunmuştur (Nebioğlu, Yalnız, Güven ve Geçici, 2013).

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

6.1.Sonuç

Araştırma kapsamındaki hastaların %98,6'sı erkek olup, yaş ortalaması $29,97 \pm 6,54$, %56,9'u bekar, %52,8'i ilköğretim mezunudur. Hastaların %50'si herhangi bir çalışmamakta, %43,1'i 700 TL ve altında gelire sahip, %52,8'i anne, baba ve kardeşleri ile yaşamakta ve %83,3'ü ailesinden sosyal destek almaktadır. Hastaların 81,9'u fiziksel hastalığı olmadığını, %93,1'i ruhsal hastalığı olmadığını, %50'si çocuklukta yeterince ilgi gördüğünü, %75'i anne-babasıyla büyüdüğünü, %61,1'i korku ve dehşet uyandıracak, çaresizlik yaratacak olaya maruz kalmadığını, %61,1'i herhangi bir adli olaya karışmadığını, %88,9'u'da ailede herhangi bir adli olaya karışan kişilerin olmadığını ifade etmişlerdir.

Araştırma kapsamındaki hastaların madde kullanım süresi 1-30 yıl arasında değişmekte olup, ayakta tedavi aldığını belirten hastalara ilişkin tedavi sayısı 1-10 aralığında değişmekte, yatarak tedavi aldığını belirten hastalara ilişkin tedavi sayısı 1-10 aralığında değişmektedir.

Araştırmada elde edilen sonuçlara göre, hastaların %25'i madde kullanmanın 5 yıl ve daha fazla süredir kendisi için bir sorun olduğunu düşündüğünü, %15,3'ü ise madde kullanmanın kendisi için bir sorun olmadığını ifade etmişlerdir. Hastaların en fazla kullanmayı tercih etmedikleri maddeler arasında ilk sırada esrar (marihuana, joint, gubar vb) gelmektedir. En fazla kullanmayı tercih etmedikleri maddeler arasında ikinci sırada ise eroin yer almıştır.

Araştırmada elde edilen sonuçlara göre, hastaların medeni durumlarına göre BAPİ toplam ve alt ölçek puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur. Hastalarda madde kullanımının kişinin yaşamına etkisi ile madde kullanımını bırakma motivasyonu arasında istatistiksel olarak pozitif yönde zayıf düzeyde ilişkiye rastlanmıştır. Hastaların eğitim düzeylerine göre sadece BAPİ madde

kullanımının kişinin yaşamına etkisi alt ölçeği puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur. Bu farkın eğitim düzeyi üniversite olan hastalardan kaynaklandığı bulunmuştur. Eğitim düzeyi üniversite olan hastaların BAPİ madde kullanımının kişinin yaşamına etkisi alt ölçeği ortalama değeri diğer eğitim düzeyindeki hastalara göre daha yüksektir.

Sosyal desteğin hem fiziksel hem de zihinsel sağlık üzerinde olumlu etkileri vardır. Bu nedenle sosyal desteğe sahip olmayan kişiler üzerinde olumsuz etkisi olduğu söylenebilir. Geleceğe yönelik olumlu beklentilerin bir göstergesi olan umut, bireyleri gelecek yaşamlarında karşılaşılabilecekleri olumsuz unsurlarla mücadele duygusu yaratarak motive eder. Geleceğe yönelik karamsar olmak, belirlenen hedeflere ulaşamayacağına inanmak, mevcut sorunların hiçbir şekilde çözülemeyeceğine inanmak umutsuzluğu gösteren bilişsel faktörlerdir.

6.2.Öneriler

Lise eğitim düzeyinde madde bağımlılığının daha fazla görülmesi nedeniyle ilgili kurumlarda koruyucu ruh sağlığı eğitim ve planlamalarının yapılması ve bu eğitimlerde hekimlerin aktif rol alması, düşük gelirli işte çalışan hastalara yönelik ilgili konularda eğitimler planlanması değerlendirilmelidir.

Yatan hasta birimlerinde hastalara davranış, duygu ve düşünceleri rahatça ifade edebilme gibi hususlarda eğitim verilmesi ve hastaların anksiyete ve depresyon açısından değerlendirilerek tedavi için yönlendirilmesi düşünülmektedir.

Yatarak tedavi alan bağımlı bireylerin yaşamları üstüne olumsuz etkilerinin araştırılması ve sorunlara yönelik eğitim ve danışmanlık hizmeti verilmesi ile tedavi sürecinde güven, kişinin şahsi tutumları ve hastane ortamından kaynaklı değişkenlerin incelendiği ayrıntılı çalışmaların yapılması önem arz etmektedir.

Araştırma sırasında tedavi alan hastaların araştırma ortamı şartlarından etkilendiği belirlenmiştir; tedavi tamamlandıktan ve taburcuyla tedavi motivasyonlarının araştırılması ve araştırma sonuçlarına göre uygun eğitimler yapılması önerilmektedir.

KAYNAKLAR

- Akbulut İ., (2002). Ülkemizde Uyuşturucu Maddeler Sorunu. *İstanbul Barosu Dergisi*. 76(2), 407-23
- Arıkan Z. (2008). Güncel Klinik Psikiyatri içinde; Alkol Kullanımına Bağlı Ruhsal ve Davranışsal Bozukluklar. Eds: Işık E., Taner E., Işık U. Asimetrik Paralel Yayın Şirketi, İstanbul, 318-334
- Ateş A.M., Algül A., Gülsün M., Geçici Ö., Özdemir B. Başoğlu C., Semiz B. Ü., Ebrinç S., Çetin M. (2009) Antisosyal Kişilik Bozukluğu Olan Genç Erkeklerde Aleksitimi, Saldırganlık ve Psikopati İlişkisi. *Nöropsikiyatri Arşivi*. 46, 135-9
- Aydoğdu, H., ve Olcay Çam, M. (2013). Madde Kullanım Bozukluğu Olan ve Olmayan Ergenlerin Bağlanma Stilleri, Anne Baba Tutumları ve Sosyal Destek Algıları Yönünden Karşılaştırılması. *Journal of Psychiatric Nursing/Psikiyatri Hemşireleri Derneği*, 4(3).
- Bennett T., Holloway K. (2008). Farrington D. The statistical association between drug misuse and crime: A meta-analysis. *Aggress Violent Behav.* 13(2), 107–18.
- Beyazyürek M., Şatır T.T. (2000) Madde Kullanım Bozuklukları. *Psikiyatri Dünyası Dergisi*. 4, 50-6
- Blume A.W. (2005). Drug Problems: an Overview. Treating Drug Problems. Canada: John Wiley & Sons Yayınları.
- Bulut M., Savaş H.A., Cansel N., Selek S., Kap Ö., Yumru M., Vırt O. (2006) Gaziantep Üniversitesi Alkol ve Madde Kullanım Bozuklukları Birimine Başvuran Hastaların Sosyodemografik Özellikleri. *Bağımlılık Dergisi*. 7, 65-70

- Cloninger C.R., (1987) A Systematic Method for Clinical Description and Classification of Personality Variance: A Proposal. *Arch Gen Psychiatry*, 44, 573-588
- Coşkunol H. (2008). Güncel Klinik Psikiyatri içinde; Alkol Dışı Madde Kullanım Bozuklukları. Eds: Işık E., Taner E., Işık U. Asimetrik Paralel Yayın Şirketi, İstanbul, s: 335-350
- Coşkunol, H. ve Altıntoprak, E. (1995). Alkol Kullanımının Genetik Yönleri. *Klinik Psikiyatri*, 2 (4), 222-229.
- Çakır Y., Palabıyıkoglu R. (1997), Gençlerde Sosyal Destek-Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeğinin Güvenirlik ve Geçerlik Çalışması. *Kriz Dergisi*. 5, 15-24
- Çakmak, D. ve Evren, C. (2006). Alkol ve Madde Kullanım Bozuklukları, İstanbul: Özgül Matbaacılık.
- Dickinson B., Rush P.A., Racliffe A.B., West J. (1990), Alprazolam use and dependence. *A Resrospective Analysis of 30 Cases of Withdrawal*. 152(5), 604-608
- Doğan O. (2001), Sivas İlindeki Öğrencilerde Madde Kullanımı Yaygınlığı. *Bağımlılık Dergisi*, 2, 53-6
- ESPAD (The European School Survey Projection Alcohol and Other Drugs) (1995) Araştırmacılar; Anderson B., Bjarnason T., Kokkevi A., Morgan M., Narusk A., Alchol and Other Drugs Use Among Students in 26 European Countries. The Sedish Council for İnformation on Alcohol and Other Drugs, CAN. Council of Europe., Co-operation Group to Combat Drug Abuse and Illicit Trafficingind in Drug (Pompidou Group).
- Evren C., Evren B. (2005) Self-Mutilation in Substance Dependent Patients and Temperament and Character Dimension of Personality. *Drug Alcohol Depend.* 80, 15-22
- Evren C., Kural S., Çakmak D., (2006) Clinical Correlates af Self-Multilation in Turkish Male Substance Dependent İnpatiens. *Psychopathology*. 39, 248-54
- Evren, C., ve Ögel, K. (2003). Alkol/madde Bağımlılarında Dissosiyatif Belirtiler ve Çocukluk Çağı Travması, Depresyon, Anksiyete ve Alkol/madde Kullanımı ile İlişkisi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 4(1), 30-37.

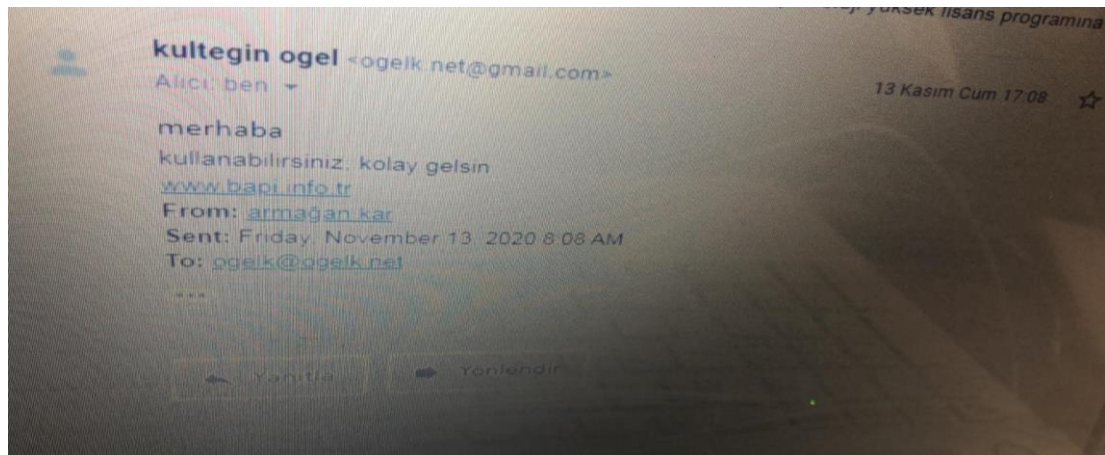
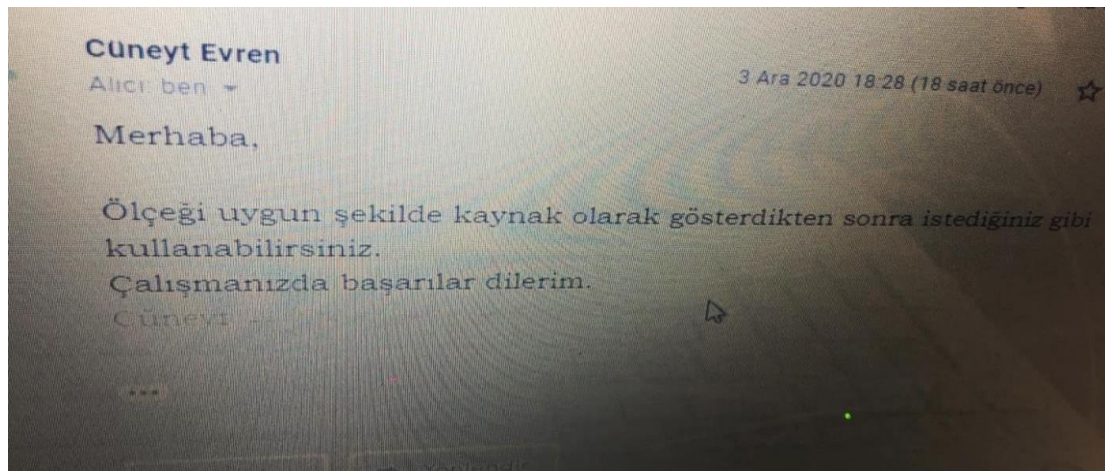
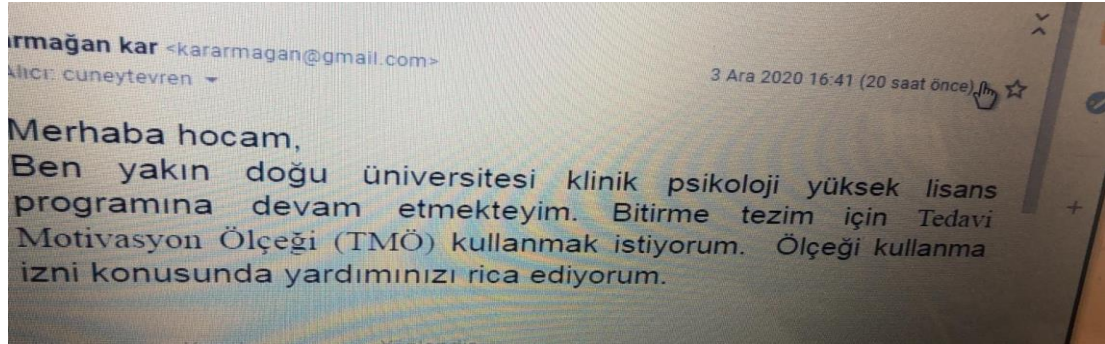
- Güleç G. (2012) Alkol Madde Bağımlılığı içinde; Alkol Madde Kullanım Bozuklukları Epidemiyolojisi. Eds: Evren C. Ögel K., Uluğ B. Türkiye Psikiyatri Derneği Yayınları, İstanbul, s:2-17
- Irvin J.E., Bowers C.A., Dunn M.E., Wang M.C. (1999) Efficacy of Relaps Prevention: a Meta-analitic Review. *J Consult Clin Psychol.* 67, 563-70
- İnce A., Doğruer Z., Türkçapar H. M., (2002). Erken ve Geç Başlangıçlı Erkek Alkol Bağımlılarında Sosyodemografik, Klinik ve Psikopatolojik Özelliklerin Karşılaştırılması. *Klinik Psikiyatri.* 5, 82-91
- Kaplan H., Sadock B. (2004) Klinik Psikiyatri. Çeviri ed.; Abay E., Nobel Tıp Kitapevleri, İstanbul, s: 75-119
- Karaaziz, M., & Keskindağ, B. (2016). Gençler Arasındaki Popüler Psikoaktif Madde; Sentetik Kannabinoid (bonzai): Bir Gözden Geçirme. *Klinik Psikiyatri Dergisi*, 19(3).
- Karasar, N. (2015). Araştırmalarda rapor hazırlama. Ankara: Nobel Akademik Yayıncılık.
- Kılıç C. (1998). Türkiye Ruh Sağlığı Profili. Eksen Tanıtım Ltd., Ankara. 77-93
- Kılınç H., Sevim S.A. (2005), Ergenlerde Yalnızlık ve Bilişsel Çarpıtmalar. *Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 38, 67-89
- Kurt Ş., Kurt E., (2007), Uygulamada Uyuşturucu veya Uyarıcı Madde Suçları. Adalet Yayın Evi, Ankara, 39
- Maloney E., Degenrdt L., Darke S., Nelson E.C., (2010) Investigating the Co-Occurrence of Self-Mutilation and Suicide Attempts Among Opioid-Dependent Individuals. *Suicide Life Threat Behav.* 40, 50-62
- Millere, A., Pūce, A., Millere, E., Zumente, Z., Sudraba, V., Deklava, L., and Vagale, A. (2014). Treatment motivation factor analysis of patients with substance use disorders in Latvia. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, 159, 298-302
- Muhtar N. (2003). *Alkol Bağımlılarında Bağlanma*. Yayınlanmış doktora Tezi. İstanbul: İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
- Nakip, M. (2005). Pazarlama Araştırmalarına Giriş. Ankara: Seçkin Yayınları.
- Nebioglu, M., Yalnız, H., Güven, F. M., ve Geçici, Ö. (2013). Opiyat Bağımlılarında Diğer Maddelerin Kullanımı ve Sosyodemografik Özellikler ile İlişkisi. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 12(1).

- Oyefeso A, Brown S, Chiang Y, Clancy C., (2008). Self-injurious behaviour, Traumatic Life Events and Alexithymia Among Treatment-seeking Opiate Addicts: Prevalence, Pattern and Correlates. *Drug Alcohol Depend*, 98, 227-234.
- Ögel K., Evren C., Karadağ F., Tamar Gürol D., (2012). Bağımlılık Profil İndeksi'nin (BAPİ) Geliştirilmesi, Geçerlik ve Güvenirliği. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 23(4), 264-73
- Ögel K., Çorapcıoğlu A., Sır A., Tamar M., Tot S., Doğan O., Uğuz S., Yenilmez C., Bilici M., Tamar D., Liman O., (2004). Türkiye'de Dokuz ilde İlk ve Orta Öğretim Öğrencilerinde Tütün, Alkol ve Madde Kullanım Yaygınlığı. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 15(2); 112-118
- Ögel, K., Bilici, R., Güvenç Bahadır, G., Maçkan, A., Orhan, N., & Tuna, O. (2016). Denetimli Serbestlikte, Sigara, Alkol Madde Bağımlılığı Tedavi Programı (SAMBA) Uygulamasının Etkinliği. *Anatolian Journal of Psychiatry/Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 16(4).
- Öztürk, M.O. (2004). Ruh Sağlığı ve Bozuklukları. Ankara: Nobel Tıp Kitapevi
- Öztürk, Y. E., Kırılıoğlu, M., ve Kıracı, R. (2016). Alkol ve Madde Bağımlılığında Risk Faktörleri. *Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Meslek Yüksek Okulu Dergisi*, 18(2), 97-118.
- Peleg Oren N., Saint Jean G., Cardenas G.A., Tammara H., Pierre C., (2009) Drinking Alcohol Before Age 13 and Negative Outcomes In Late Adolescence. *Alcohol Clinic Exp. Res. Epub*. 33(11), 1966-72
- Probst, C., Manthey, J., Martinez, A., & Rehm, J. (2015). Alcohol use Disorder Severity and Reported Reasons not to Seek Treatment: A Cross-sectional Study in European Primary Care Practices. *Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy*, 10(1), 32.
- Saatçioğlu Ö., Yapıcı A., Ciğerli G., Üney R., Çakmak D., (2007). Yatarak Tedavi Gören Bağımlı Hastalarda Nüksün Değerlendirilmesi. *Bağımlılık Dergisi*. 8(3), 33-7.
- Savaşan A., (2010) Bağımlılığı olan Hastalarda Servis Ortamı ve Tedavi Motivasyonu İlişkisinin İncelenmesi. *Klinik Psikiyatri*. 13, 119-26
- Smart R.G. (1991) Crack Cocaine Use; A Review of Prevalence and adverse effects. *Am J Drug and Alcohol Abuse*, 17, 13-26

- Swahn M.H., Donovan J.E., (2005). Predictors of Fighting Attributed to alcohol use Among Adolescent Drinkers. *Addict Behav.* 30, 1317-34
- Şata M, Çelik İ, Ertürk Z, Taş UE. (2016) Akıllı Telefon Bağımlılığı Ölçeği'nin (ATBÖ) Türk Lise Öğrencileri İçin Uyarılma Çalışması. *Eğitimde ve Psikolojide Ölçme ve Değerlendirme Dergisi*, 7(1), 156-169.
- Topçuoğlu, T. (2016). Ceza İnfaz Kurumlarında Gerçekleştirilen Madde Bağımlılığı Programının Etkinliği: Meta Analiz Çalışmalarının Sistemik Olarak İncelenmesi. *Addicta: The Turkish Journal of Addictions*, 3(1), 87-124.
- Turhan E., İnandı T., Özer C., Akoğlu S., (2011). Üniversite Öğrencilerinde Madde Kullanımı, Şiddet ve Bazı Psikolojik Özellikler. *Türkiye Halk Sağlığı Dergisi*. 9, 33-44.
- Türkcan A., Akvardar Y., Aytaçlar S., (1997). İstanbul'da Alkol Kullanım Yaygınlığı. 33. Ulusal Psikiyatri Kongresi Özet Kitabı. Antalya.
- Türkiye Uyuşturucu Raporu (2019). T.C. İçişleri Bakanlığı Emniyet Genel Müdürlüğü Narkotik Suçlarla Mücadele Daire Başkanlığı, EGM Yayın Katalog No: 703 Ankara.
- Vogel D. L., Wade N. G, Haake S., (2006). Measuring the Self-stigma Associated with Seeking Psychological Help. *Journal of Counseling Psychology*, 53(3), 325- 337.
- World Health Organization (1992). The ICD Clasification of Mental and Behavioural Disorders, Geneva.
- Yılmaz, C., Şenol, D., Coşkun, H., Güneş, M., Karaçor, Z., Usta, A. ve ark. (2016). Bilimsel Araştırma Yöntemleri. İstanbul: Lisans Yayıncılık.
- Yüncü Z., Aydın C. (2012). Alkol Madde Bağımlılığı İçinde; Alkol Madde Kullanım Bozukluklarında Etiyoloji. Eds: Evren C., Ögel K., Uluğ B., Türkiye Psikiyatri Derneği Yayınları, Ankara, s:19-33
- Zorlu, N., Türk, H., Manavgat, A. İ., Karadas, B., ve Gülseren, S. (2011). Denetimli serbestlik uygulaması kapsamında başvuran hastalarda sosyodemografik, klinik özelliklerin ve alkol kullanım bozukluğu sıklığının geriye dönük değerlendirilmesi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 12(4), 253.

EKLER

Ek-1: Ölçek izinleri



Ek-2: Onam, bilgilendirme, demografik form ve anketler**Gönüllü Bilgilendirme Formu**

Sayın Katılımcı,

Bu çalışma Yüksek Lisans Tezi amacıyla alkol ve madde bağımlılığı tanısı almış hastaların tedavi motivasyonları, algıladıkları sosyal destek ve psikiyatrik belirtileri arasındaki ilişkiyi anlamak için yapılmaktadır. Araştırmada toplam 100 kişiyle görüşülmesi planlanmaktadır. 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 kullanılacağı için kimlik bilgileriniz belirtilmeyecektir. Araştırmanın sonucunun doğru olması için soruları boş bırakmadan, samimi ve tarafsız olarak yanıtlamanız uygun olacaktır. Araştırmaya katıldığınız ve tüm sorulara içtenlikle yanıtladığınız için teşekkür ederiz.

Armağan KAR

Onam Formu

Sayın Armağan KAR tarafından tedavi için başvurduğum hastanede, bir araştırma yapılacağı belirtilerek bu araştırma ile ilgili yukarıdaki bilgiler bana aktarıldı. Bu araştırmaya katılırsam bana ait bilgilerin gizliliğine büyük özen ile yaklaşılacağına ve bilgilerimin güvenle korunacağına inanıyorum. Araştırma sonuçlarının eğitim ve bilimsel amaçlarla kullanımı sonrasında kişisel bilgilerimin korunacağı konusunda bana yeterli güvence verildi. Çalışmanın yürütülmesi sırasında herhangi bir sebep göstermeden, araştırmacıya bilgi vererek araştırmadan çekilebilirim. Ayrıca araştırmacı tarafından araştırma dışı da tutulabilirim. Araştırma için bana bir ödeme yapılmayacaktır. Bu koşullarda söz konusu araştırmaya katılmayı kendi rızamla, memnuniyet ve gönüllülük ilkesi içerisinde kabul ediyorum.

Gönüllünün

Adı-soyadı:

İmzası:

Açıklamaları yapan araştırmacının:

Adı-soyadı:

İmzası:

Onam alma işlemine başından sonuna kadar tanıklık eden kuruluş görevlisinin:

Adı-soyadı:

İmzası:

DEMOGRAFİK FORM

Yaşınız;

Cinsiyet; a) Erkek

b) Kadın

Medeni Durumunuz

- a) Evli, (.....) yıldır
- b) Bekar
- c) Boşanmış, (.....) yıldır
- d) Eşinden ayrı, (.....) yıldır
- e) Dul, (.....) yıldır

'Varsa' çocuk sayısı; Kız yaşları (.....)

Erkek yaşları (.....)

Kaç kez gebe kaldınız / eşiniz, partneriniz kaç kez gebe kaldı?

Evinizde kimlerle yaşamaktasınız?

- a) Yalnız
- b) Sadece eşim / sevgilim
- c) Eşim ve çocuklar
- d) Annem ve babam
- e) Büyük aile

) Sosyal destek aldığınız kimler var?

- a) Aile
- b) Arkadaşlar
- c) Sevgili / Eş
- d) AA / AN (adsız alkolikler / adsız narkotikler)

Eğitim düzeyiniz?

- a) ilköğretim
- b) Lise
- c) Ön lisans
- d) Üniversite
- e) Y.lisans ve üstü

Özel bir ilgi alanınız var mı?

- a) Evet
 - b) Hayır
- 1-Spor
 - 2-Müzik
 - 3-Teknoloji
 - 4- diğ er.....

Şu an yaşadığınız yer?

- a) Köy
- b) Kasaba
- c) Şehir

Çocukluğunuzun geçirdiğiniz yer?

- a) Köy
- b) Kasaba
- c) Şehir

Gelir düzeyiniz nedir ?

- a) 800 tl'nin altında
- b) 800 – 1500 tl arasında
- c) 1500 – 2500 tl arasında
- d) 2500 tl den fazla

Çalışma durumu:

- a) Çalışıyor
- b) Çalışmıyor
- c) Emekli
- d) Malulen emekli
- e) Ev hanımı
- f) Öğrenci

Çalışıyorsanız çalışmakta olduğunuz birim\ ünite

.....lütfen belirtiniz

En uzun çalışma süreniz nedir (ay) / (yıl)

Son 5 yıl içinde iş değiştirdiniz mi?

- a) Evet
- b) Hayır

Kaç kez;

Tanısı konulmuş, kronik fiziksel bir hastalığınız var mı?

- a) Evet, belirtiniz
- b) Hayır

Tanısı konulmuş, kronik ruhsal bir hastalığınız var mı?

- a) Evet, belirtiniz
- b) Hayır

0-2 yaş arası bakımınızı kim yapmış?

- a) Anne
- b) Baba
- c) Bakıcı
- d) Anne-baba
- e) Büyükanne – büyükbaba
- f) Diğer

Çocukluğunuzda nasıl bir ilgiyle bakıldınız?

- a) Aşırı ilgiyle
- b) Yeterince ilgiyle
- c) İlgisiz

Çocukluğunuzda nasıl bir disiplin ile büyütüldünüz?

- a) Aşırı kontrol
- b) Yeterince kontrol
- c) Az kontrol

Nasıl bir ailede büyüdünüz?

- a) Anne – baba birlikte
- b) Büyük ebeveynlerin de dahil olduğu aile
- c) Boşanmış
- d) Parçalanmış

Hiç duygusal ilişkiniz oldu mu?

- a) Evet
- b) Hayır

'Evet' ise en uzun süre devam eden duygusal ilişkiniz ne kadar sürdü? (ay) /.....(yıl)

Sizde korku ve dehşet uyandıran, çaresizlik yaratacak bir olay ya da duruma maruz kaldınız mı?

- b) Evet
- b) Hayır

Adli bir olayda adınız geçti mi?

- a) Evet
- b) Hayır

'Evet' ise,

- a) Gasp, hırsızlık
- b) Madde ile ilgili (denetimli serbestlik vb)
- c) Cinayet, cinayete kasıt
- d) Ticari davalar
- e) Diğer

Ailenizde adli bir öykü var mı?

- b) Evet, yakınlığı
- b) Hayır

'Evet' ise,

- a) Gasp, hırsızlık
- b) Madde ile ilgili (denetimli serbestlik vb)
- c) Cinayet, cinayete kasıt
- d) Ticari davalar
- e) Diğer

Ne kadar süredir alkol / madde kullanıyorsunuz? (ay) /.....(yıl)

Alkol / madde kullanmaya başladıktan ne kadar süre sonra ilk kez tedavi için başvurduğunuz?

..... (ay) /(yıl)

Alkol / madde kullanmayı tercih ettiğiniz yer?

- a) Yalnız
- b) Arkadaşlarımın yanında
- c) Eğlence yerleri
- d) Sokak, park
- e) Diğer

Alkol / madde bağımlılığı ile ilgili kaç kez tedavi gördünüz?

..... (yatarak tedavi) / (ayaktan tedavi)

Profesyonel destek almadan kaç kez bırakma girişiminiz oldu?

En uzun ne kadar süre bırakabildiniz?

..... (ay) / (yıl)

BAPİ

II Doğum tarihiniz [.....]

III Cinsiyetiniz?

- ① Kadın ② Erkek

IV Eğitiminiz?

- ① Okur yazar ② İlkokulu bitirmiş ③ Ortaokulu bitirmiş ④ Liseyi bitirmiş ⑤ Üniversiteyi bitirmiş

V Medeni durumunuz?

- ① Evli ② Bekar ③ Ayrı ④ Boşanmış ⑤ Dul ⑥ Diğer

VI Çocuğunuz var mı?

- ① Evet ② Hayır

VII Daha önce herhangi bir psikiyatrik veya psikolojik tedavi gördünüz mü?

- ① Evet ② Hayır

→ Şimdi size bağımlılık yapan maddelerle ilgili bazı sorular soracağım.

Burada bulunmadan önceki son bir yılınızı düşünerek içinde aşağıdaki maddeleri kullanıp kullanmadığınızı veya ne sıklıkta kullandığınızı belirtiniz

Yanıt kartını gösterin

	Hiç veya ayda 3 kezden fazla değilse	Haftada 1-5 kez	Her geçen her gün
1 Ne sıklıkla alkol kullanıyordunuz?	①	①	②
2 Ne sıklıkla esrar (marihuana, joint, gubar vb) kullanıyordunuz?	①	①	②
3 Ne sıklıkla ecstasye (ekstazi) kullanıyordunuz?	①	①	②
4 Ne sıklıkla eroin kullanıyordunuz?	①	①	②
5 Ne sıklıkla kokain kullanıyordunuz?	①	①	②
6 Ne sıklıkla taş (krak kokain) kullanıyordunuz?	①	①	②
7 Ne sıklıkla rohipnol, rivotril (roş) gibi haplar kullanıyordunuz?	①	①	②
8 Ne sıklıkla uçucu maddeler (tiner, bali, gaz vb) kullanıyordunuz?	①	①	②
9 Ne sıklıkla akineton, tantum, xanax vb gibi çeşitli haplar kullanıyordunuz?	①	①	②
10 Ne sıklıkla metamfetamin, ice gibi amfetamin türevleri kullanıyordunuz?	①	①	②
11 Ne sıklıkla LSD, GHB gibi maddeler kullanıyordunuz?	①	①	②

→ Şimdi sayacağım hangisi sizin tercih maddeniz? Yani asıl kullanmayı sevdiğiniz, o varsa başkasını kullanmak istemeyeceğiniz hangisi?
Yukarıda kullandığımı söylediği maddeleri sayınız ve sorunuz

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

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

Yanıt kartını gösterin

- | | | Hipçbir zaman | Bazen | Neredeyse her zaman |
|------|--|---------------|-------|---------------------|
| 12 | [Madde] etkisinde olduğunuz zamanlarda, ne sıklıkta film kopması, aşırı doz alma, kontrol kaybı gibi problemleri yaşıyordunuz?
<i>Gerekirse açıklayın: Burada film kopması derken, [madde] etkisindeyken yaptıklarımı, söylediklerimi...vs hatırlamadığın zamanları kastediyoruz.</i> | ① | ① | ② |
| VIII | [Madde] kullanımının sizin için bir sorun olduğunu düşünüyor musunuz, eğer düşünüyorsanız, ne kadar zamandır?
① Benim için sorun değil ② 1 yıldan az ③ 1-2 yıldır ④ 3-4 yıldır ⑤ 5 yıl ve daha fazla | | | |
| 13 | Kullandığınız [maddenin] miktarı giderek arttı mı? | ① | ① | ② |
| 14 | Aynı miktarda kullanmanıza rağmen, zaman içinde kullandığınız [maddenin] etkisinde azalma oldu mu? | ① | ① | ② |
| 15 | Kullandığınız [maddeyi] kestiğinizde veya azalttığımızda uykusuzluk, terleme, sinirlilik, huzursuzluk, titreme gibi sorunlar ortaya çıktı mı? | ① | ① | ② |
| 16 | Kullandığınız [maddeyi] kestiğinizde ortaya çıkabilecek sorunlardan çekindiğiniz için [madde] kullandığınız oldu mu? | ① | ① | ② |
| 17 | Planladığınızdan daha fazla [madde] kullandığınız oldu mu? Örneğin az içmeyi düşünüp fazla içtiğiniz veya kısa süre kullanmayı planlayıp uzun süre kullandığınız oldu mu? | ① | ① | ② |
| 18 | Kullandığınız [maddeyi] bırakmayı veya azaltmayı isteyip bunu başaramadığınız oldu mu? | ① | ① | ② |
| 19 | [Maddeyi] bulmak, kullanmak veya ayılmak için fazla zaman harcadığınız oldu mu?
<i>Gerekirse açıklayın: Ne kadar zamanını, [maddeyi] düşünerek ya da [madde] ile uğraşarak geçiriyordun?</i> | ① | ① | ② |

- 20 [Madde] kullandığınız için aile ziyaretleri, hobiler, sosyal ilişkiler gibi hayatınızdaki başka etkinliklerden vazgeçtiğiniz oldu mu? ① ② ③
- 21 [Madde] kullanmak aile ilişkilerinizi olumsuz yönde etkiledi mi? Ne sıklıkla? ① ② ③
- 22 [Madde] kullanmak eğitim/ iş hayatınızı olumsuz yönde etkiledi mi? Ne sıklıkla? ① ② ③
- 23 [Madde] kullanmak beden sağlığınızı olumsuz yönde etkiledi mi? Ne sıklıkla? ① ② ③
- 24 [Madde] kullanmak ruhsal sağlığınızı olumsuz yönde etkiledi mi? Ne sıklıkla? ① ② ③
- 25 [Madde] kullanmak sizi ekonomik açıdan olumsuz yönde etkiledi mi? Ne sıklıkla? ① ② ③
- Şimdi soracağım sorulara yanıt verirken SON BİR YILI göz önüne alarak cevap veriniz.
- Yanıt kartını gösterin*
- 26 [Madde] kullanmak arkadaş veya diğer insanlarla olan ilişkilerinizi olumsuz yönde etkiledi mi? Ne sıklıkla? ① ② ③
- 27 [Madde] kullanmak beklenmedik problemler yaşamınıza yol açtı mı? Örneğin; kavga, kaza, istenmeyen cinsel ilişki, cinsel yolla bulaşan hastalık gibi sorunlar yaşadınız mı? Ne sıklıkla? ① ② ③
- 28 [Madde] kullanmak yasal sorunlar yaşamınıza neden oldu mu? Örneğin; ehliyeti kaptırmak, maddeyle yakalanmak, karakola düşmek gibi sorunlarınız oldu mu? Ne sıklıkla? ① ② ③
- 29 Gündüz saatlerinde de [madde] kullandığınız zamanlar oldu mu? Ne sıklıkla? ① ② ③
- 30 [Madde] kullanmayı istememenize rağmen yine de gidip [madde] kullandığınız zamanlar oldu mu? Ne sıklıkla? ① ② ③
- 31 Aileniz veya çevreniz sizin çok fazla [madde] kullandığınızdan endişeleniyor muydu? Ne sıklıkla? ① ② ③
- Şimdi soracağım sorulara yanıt verirken SON BİR HAFTAYI göz önüne alarak cevap veriniz.
- Yanıt kartını gösterin*
- 32 [Madde] kullanmak ya da [madde] kullanmanın sizi iyi hissettireceği hakkında düşünüyor musunuz? Ne sıklıkta? ① ② ③
- 33 [Madde] kullanmak için kuvvetli bir istek, arzu veya dürtü hissediyor musunuz? Ne sıklıkta? ① ② ③
- 34 [Madde] ile karşılaştığımızda [madde] kullanmaya direnmek veya kullanmamak sizin için zor olur mu? Ne sıklıkta?
- Gerekirse açıklayın:*
[Madde] yakınızdaki bulunduğunda, mesela şu an burada olsa, [madde] kullanmaya direnmek sizin için zor olur mu? Ne sıklıkta?
- 35 [Madde] kullanmanın sizin için bir sorun olduğunu düşünüyor musunuz? Ne sıklıkta? ① ② ③
- 36 [Madde] kullanmayı bırakmayı veya azaltmayı düşünüyor musunuz? Ne sıklıkla? ① ② ③
- 37 [Madde] kullanmayı bırakmak veya azaltmak sizin için önemli mi? ① ② ③

Tedavi Motivasyonu Anketi (TMA)

	Kesinlikle katılmıyorum	Katılmıyorum	Bilmiyorum	Katılıyorum	Kesinlikle katılıyorum
1.Tedavi için geldim, çünkü değişmek istiyorum.					
2.Yardım almazsam kendimi iyi hissetmiyeceğim.					
3.Yasal sistem tarafından tedaviye gönderildim.					
4.Tedavi için geldim, çünkü kendimi suçlu hissediyorum.					
5.Tedavi için geldim, çünkü bu benim için kişisel olarak önemli.					
6.Tedaviyi sürdürmezsem başım belaya girer.					
7.Eğer tedaviyi sürdürmezsem kendimi kötü hissedirim.					
8.En iyi kazancım tedaviyi tamamlamaktır.					
9.Tedaviyi sürdürmezsem başarısız hissedirim.					
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.					

ÖZGEÇMİŞ

Armağan KAR 7 Kasım 1996 tarihinde Adana'da doğmuştur. İlköğretim ortaöğretim liseyi Adana da okumuştur. 2015 yılında Yakınoğu üniversitesi psikoloji bölümüne başlamış. 2019 yılında Yakınoğu üniversitesi klinik psikoloji yüksek lisansa başlamıştır. Yüksek lisans stajını Adana Dr. Ekrem tok ruh sağlığında tamamlamıştır. 2021 yılının ikinci döneminde yüksek lisans sürecinin tez dönemini tamamlamaktadır.

İletişim bilgileri:

E-mail: kararmagan@gmail.com

İNTİHAL RAPORU

PSİKİYATRİ KLİNİĞİNDE YATAN ALKOL VE MADDE BAĞIMLILARINDA BAĞIMLILIK ORANLARI İLE PSİKİYATRİK BELİRTİLERİ ARASINDAKİ İLİŞKİNİN İNCELENMESİ

ORJİNALLİK RAPORU

% 12	% 12	% 6	%
BENZERLİK ENDEKSİ	İNTERNET KAYNAKLARI	YAYINLAR	ÖĞRENCİ ÖDEVLERİ

BİRİNCİL KAYNAKLAR

1	dokumen.pub İnternet Kaynağı	% 3
2	shyk2018.mu.edu.tr İnternet Kaynağı	% 1
3	www.researchgate.net İnternet Kaynağı	% 1
4	www.psych.rochester.edu İnternet Kaynağı	% 1
5	dergipark.org.tr İnternet Kaynağı	% 1
6	www.openaccess.hacettepe.edu.tr:8080 İnternet Kaynağı	% 1
7	sedatsen.files.wordpress.com İnternet Kaynağı	<% 1
8	www.aligok.com.tr İnternet Kaynağı	<% 1

istanbulsaglik.gov.tr

ETİK KURUL ONAY FORMU



YAKIN DOĞU ÜNİVERSİTESİ

BİLİMSEL ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

25.02.2021

Sayın Armağan Kar

Bilimsel Araştırmalar Etik Kurulu'na yapmış olduğunuz YDÜ/SB/2021/888 proje numaralı ve **“Psikiyatri Kliniğinde Yatan Alkol ve Madde Bağımlılarında Bağımlılık Oranları ile Psikiyatrik Belirtileri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi”** başlıklı proje önerisi kurulumuzca değerlendirilmiş olup, etik olarak uygun bulunmuştur. Bu yazı ile birlikte, başvuru formunuzda belirttiğiniz bilgilerin dışına çıkmamak suretiyle araştırmaya başlayabilirsiniz.

Doçent Doktor Direnç Kanol

Bilimsel Araştırmalar Etik Kurulu Raportörü

Direnç Kanol

Not: Eğer bir kuruma resmi bir kabul yazısı sunmak istiyorsanız, Yakın Doğu Üniversitesi Bilimsel Araştırmalar Etik Kurulu'na bu yazı ile başvurup, kurulun başkanının imzasını taşıyan resmi bir yazı temin edebilirsiniz.