



T.C.
SANKO ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI
(Psikiyatri Hemşireliği)

**MADDE KULLANIM BOZUKLUĞU TEDAVİSİ GÖREN HASTALARIN
BAĞIMLILIK PROFİLİ VE GENEL ÖZYETERLİLİKLERİ ARASINDAKİ İLİŞKİ**

Nupel FİLİZ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

GAZİANTEP 2021

T.C.
SANKO ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI
(Psikiyatri Hemşireliği)

**MADDE KULLANIM BOZUKLUĞU TEDAVİSİ GÖREN HASTALARIN
BAĞIMLILIK PROFİLİ VE GENEL ÖZYETERLİLİKLERİ ARASINDAKİ İLİŞKİ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Nupel FİLİZ

DANIŞMAN

Dr. Öğr. Üyesi Sibel POLAT

2021

GAZİANTEP

KABUL VE ONAY SAYFASI

Öğrencinin Adı Soyadı	Nupel FİLİZ	Tez Savunma Tarihi	.../...2021
Tez Adı	MADDE KULLANIM BOZUKLUĞU TEDAVİSİ GÖREN HASTALARIN BAĞIMLILIK PROFİLİ VE GENEL ÖZYETERLİLİKLERİ ARASINDAKİ İLİŞKİ		

LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE

SANKO Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı, Hemşirelik Tezli Yüksek Lisans (Psikiyatri Hemşireliği) Programı kapsamında yürütülmüş olan bu çalışma, aşağıda adı geçen jüri tarafından **Yüksek Lisans Tezi** olarak kabul edilmiştir.

Sınav Jürisi	Unvanı, Adı Soyadı	Üniversitesi / Anabilim Dalı	İmzası
Tez Danışmanı Üye	Dr. Öğr. Üyesi Sibel POLAT	SANKO Üniv/ SBF/Psikiyatri Hemşireliği AD	
Üye	Dr. Öğr. Üyesi Meryem KILIÇ	SANKO Üniv/ SBF/ Hemşirelik Esasları AD	
Üye	Doç. Dr. Nurgül ÖZDEMİR	Gaziantep Üniv/ SBF/Psikiyatri Hemşireliği AD	

ONAY

ENSTİTÜ YÖNETİM KURULU KARARI

Tarih :/...../.....

Karar No :/...../.....

Bu tez, Enstitü Yönetim Kurulunca belirlenen jüri tarafından uygun görülmüş ve Enstitü Yönetim Kurulu Kararıyla **Yüksek Lisans Tezi** olarak onaylanmıştır.

Prof. Dr. Ayşen BAYRAM

Enstitü Müdürü

ETİK BEYAN

SANKO Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Tez Yazım Kurallarına uygun olarak hazırladığım bu tez çalışmada;

- Tez içinde sunduğum verileri, bilgileri ve dokümanları akademik ve etik kurallar çerçevesinde elde ettiğimi,
- Tüm bilgi, belge, değerlendirme ve sonuçları bilimsel etik ve ahlak kurallarına uygun olarak sunduğumu,
- Atıfta bulunduğum eserlerin tümünü kaynak olarak gösterdiğimi,
- Kullanılan verilerde herhangi bir değişiklik yapmadığımı,
- Bu tezde sunduğum çalışmanın özgün olduğunu, bildirir, aksi bir durumda aleyhime doğabilecek tüm hak kayıplarını kabullendiğimi beyan ederim.

Nupel Filiz

12/08/2021

TEŞEKKÜR

Yüksek lisans eğitiminin ilk gününden bu yana konuşması, ilgisi ve bilgisi ile motivasyonumun düşmesine izin vermeyen, yardımcı olmak için elinden geleni sunan ve tecrübelerini bir an olsun esirgemeyen değerli danışman hocam Dr. Öğr. Üyesi Sibel POLAT'a,

Veri toplama aşamasında desteğini esirgemeyip hayatıma dokunan tezimin bana kattığı değerli insan, canım arkadaşım Berivan Meryem AKNUR'a,

Araştırmaya katılarak araştırmanın gerçekleştirilmesinde katkı sağlayan, değerli hasta ve yakınlarına,

Bu zorlu süreçte derdimi dinleyen başaracağıma dair inançlarımı hissettiren ve buna inanmamı sağlayan gönül bağımın mesafelere rağmen hiç kopmadığı dostlarıma,

Her zaman arkamda olan bana güvenip destekleyen annem ve babamın hayatıma kattığı en yakın arkadaşlarım olan Meral FİLİZ KAYA, Ergün FİLİZ, Erkan FİLİZ ve Hatıra FİLİZ ELBEY'e

Hayatımın her anında varlıklarıyla yüzümü gülümseten, düştüğümde kaldırıp yaralarımı saran, güven veren ve sevgilerini esirgemeyen canım annem Hanım FİLİZ ve canım babam Hafız FİLİZ'e,

Sonsuz teşekkürlerimi borç bilirim.

Nupel FİLİZ

ÖZET

MADDE KULLANIM BOZUKLUĞU TEDAVİSİ GÖREN HASTALARIN BAĞIMLILIK PROFİLİ VE GENEL ÖZYETERLİLİKLERİ ARASINDAKİ İLİŞKİ

Bu çalışma madde kullanım bozukluğu tedavisi gören hastaların bağımlılık profili ve genel özyeterlilikleri arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla yapılmıştır. Tanımlayıcı ve ilişki arayıcı türde yapılmış bu çalışmanın verileri Aralık 2020- Mayıs 2021 tarihleri arasında toplanmıştır. Araştırmanın evrenini İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Alkol Madde Araştırma Tedavi Merkezi'nde ayaktan tedavi gören hastalar oluşturmuştur. Çalışma, dâhil edilme kriterlerini karşılayan 170 hasta ile tamamlanmıştır. Veri toplanmasında Kişisel Veri Formu, Genel Özyeterlilik Ölçeği (GÖY) ve Bağımlılık Profili İndeksi Ölçeği (BAPİ) kullanılmıştır. Verilerin istatistiksel analizinde; sayı, yüzde, Mann Whitney U, Kruskal Wallis, Post Hoc testleri ve Spearman Korelasyon testi kullanılmıştır. Çalışma bulgularına göre hastaların % 86,5'inin erkek, madde kullanımına başlama yaş ortalamasının 17.4 yıl olduğu, hastaların çoğunluğunun alkol % 41,8 ve esrar % 42,4 kullanımı ile maddeye başladığı tespit edilmiştir. BAPİ toplam/şiddet skoru puan ortalaması $11,56 \pm 4,06$ 'dır. BAPİ alt boyutlarında en yüksek puan madde kullanmanın kişinin yaşamına etkisi alt boyutundadır. Çalışmaya dâhil edilen hastaların BAPİ skorları ile alkol madde başlama ortamı değişkenleri arasındaki farklılıkların anlamlı olduğu tespit edilmiştir. GÖY puan ortalaması 59.4 ± 11.9 'dır. Hastalardan keyif almak için maddeye başlayanlarda, şu anda çalışanlarda ve tedaviye zorla getirilenlerde GÖY skorlarının daha düşük olduğu saptanmıştır. BAPİ skoru ile GÖY skorları arasında ters yönlü zayıf bir ilişki olduğu belirlenmiştir ($r = -0,278$). Sonuçlara bakıldığında madde kullanımına bağlı yasal sorun yaşama, tedaviye zorla getirilme, tedaviden beklentinin psikolojik sorunları iyileştirmek olması, daha önce psikiyatrik psikolojik tedavi görme, gelir durumu ve GÖY skoru arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde bir ilişki olduğu saptanmıştır.

Sonuç olarak hastaların, bağımlılık profili toplam ortalamasının düşük bağımlılık şiddeti düzeyinde olduğu ve özyeterlilik inancında azalmanın bağımlılık şiddetini arttırdığı söylenebilir. Bu nedenle, bağımlılık şiddeti ve özyeterlilik inancının madde kullanım bozukluğu tedavi sürecinde ele alınması ve üzerinde çalışılması gereken önemli faktörlerdir.

Anahtar Kelimeler: Madde Kötüye Kullanımı; Özyeterlilik; Bağımlılık; Psikiyatri Hemşireliği

ABSTRACT

THE CORRELATION BETWEEN THE ADDICTION PROFILE AND GENERAL SELF-EFFICACY OF PATIENTS TREATED FOR SUBSTANCE USE DISORDER

This study was conducted to determine the relationship between the addiction profile and general self-efficacy of patients receiving substance use disorder treatment. The data of this descriptive and correlation study were collected between December 2020 and May 2021. The population of the study consisted of patients receiving outpatient treatment at İzmir Katip Çelebi University Atatürk Training and Research Hospital Alcohol Substance Research Treatment Center. The study was completed with 170 patients who met the inclusion criteria. Personal Data Form, General Self-Efficacy Scale (GSE) and Addiction Profile Index Scale (BAPİ) were used to collect data. In the statistical analysis of the data; number, percentage, Mann Whitney U, Kruskal Wallis, Post Hoc tests and Spearman Correlation test were used. According to the study findings, it was determined that 86,5% of the patients were male, the average age of starting the substance was 17.4 years, and the majority of the patients started using substance use with 41,8% alcohol and 42,4% cannabis use. The average score of BAPİ total/craving is $11,56 \pm 4,06$. The highest score in BAPİ sub-dimensions is in the sub-dimension of the effect of substance use on one's life. It was determined that the differences between the BAPİ scores of the patients included in the study and the variables of alcohol/substance initiation environment were significant. GSE average score is 59.4 ± 11.9 . It was determined that the GSE scores were lower in patients who started using drugs for pleasure, those who are currently employed, and those who were forced into treatment. It was determined that there was a weak inverse relationship between BAPİ score and GSE scores ($r = -0,278$). When the results were examined, it was determined that there was a statistically significant relationship between experiencing legal problems due to substance use, being forced into treatment, the expectation from treatment to improve psychological problems, previous psychiatric psychological treatment, income status and GSE score. As a result, it can be said that the total average of the addiction profile of the patients is at a low level of addiction severity and that a decrease in self-efficacy belief increases the severity of addiction. Therefore, addiction severity and self-efficacy beliefs are important factors that need to be addressed and studied in the substance use disorder treatment process.

Keywords: Substance Abuse; Self Efficacy; Addiction; Psychiatric Nursing

KABUL VE ONAY SAYFASI	iii
TEŞEKKÜR	v
ÖZET	vi
ABSTRACT	vii
SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ	x
TABLolar DİZİNİ	xi
ŞEKİLLER DİZİNİ	xii
1. GİRİŞ	1
2. GENEL BİLGİLER	3
2.1. Madde ile İlişkili Bozukluklar ve Bağımlılık Bozuklukları	3
2.1.1. Bağımlılık Tanımı	4
2.1.2. Bağımlılık Etiyolojisi.....	4
2.1.3. Bağımlılık Yapıcı Maddeler	7
2.1.3.1. Alkol	7
2.1.3.2. Kenevir	8
2.1.3.3. Varsandıranlar (Hallüsinojenler/ Psikodeligler)	8
2.1.3.4. İnhalanlar (Uçucu maddeler)	9
2.1.3.5. Opioidler (Opiyatlar)	9
2.1.3.6. Yatıştırıcılar, Hipnotikler ve Anksiyolitikler	10
2.1.3.7. Merkezi Sinir Sistemini Uyarıcı Maddeler (amfetamin türü maddeler, kokain ve diğer uyarıcılar)	10
2.1.3.7.1. Amfetaminler	10
2.1.3.7.2. Ecstasy	11
2.1.3.7.3. Kokain	11
2.1.4. Madde Kullanım Bozukluğunun Kısa Tarihçesi.....	11
2.1.5. Madde Kullanım Bozuklukları Tanı Kriterleri	13
2.1.6. Madde Kullanım Bozukluğu Epidemiyolojisi	14
2.1.7. Madde Kullanım Bozukluğu Tedavisi	16
2.1.7.1. Psikososyal Müdahaleler	16
2.1.7.2. Farmakolojik Tedavi	18
2.1.8. Madde Kullanım Bozukluğu ve Relapse (Nüks, Depreşme)	19
2.1.9. Madde Kullanım Bozukluğu Tedavisinde Psikiyatri Hemşiresinin Rolü.....	21

2.1.10. Madde Kullanım Bozukluğu Tedavisinde Bağımlılık Profili ve Genel Özyeterliliğin Rolü	22
2.1.10.1. Bağımlılık Profili	22
2.1.10.2. Öz-yeterlilik	23
3. GEREÇ VE YÖNTEM	24
3.1. Araştırmanın Türü.....	24
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman	24
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	24
3.4. Verilerin Toplanması	25
3.4.1. Veri Toplama Araçları	25
3.5. Araştırmanın Değişkenleri	27
3.6. Verilerin Değerlendirilmesi	28
3.7. Araştırmanın Sınırlılıkları ve Genellenebilirliği	28
3.8. Araştırmada Etik Kurallar	28
4. BULGULAR	29
5. TARTIŞMA	44
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	48
7. KAYNAKLAR.....	50
8. EKLER	61

EK-1: Birey Onam Formu

EK-2: Kişisel Veri Formu

EK-3: Genel Özyeterlilik Ölçeği

EK-4: Bağımlılık Profili İndeksi Ölçeği

EK-5: Genel Öz-Yeterlilik Ölçek İzni

EK-6: BAPİ Ölçek İzni

EK-7: Etik Kurul Karar Formu

EK-8: Kurum İzni

EK-9: Tez İntihal Raporu

EK-10: Özgeçmiş

SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

AMATEM: Alkol ve Madde Bağımlılığı Tedavi Merkezi

ASAM: Addiction Medical Society of America (Amerika Bağımlılık Tıbbi Cemiyeti)

APA: American Psychology Association (Amerika Psikiyatri Derneği)

BAPİ: Bağımlılık Profili İndeksi

BDT: Bilişsel Davranışçı Terapi

DSM: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı)

DSÖ: Dünya Sağlık Örgütü

EMCDDA: European Monitoring Center for Drugs and Drug Addiction (Avrupa Uyuşturucu ve Uyuşturucu Bağımlılığı Merkezi)

GÖY: Genel Özyeterlilik

ICD: International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (Hastalıkların Uluslararası İstatistiksel Sınıflandırması ve İlgili Sağlık Sorunları)

MDMA: 3,4-metilenedioksi-N-metilamfetamin

MI: Motivational Interviewing (Motivasyonel Görüşme)

SPSS: Statistical Package for the Social Sciences (Sosyal Bilimler İstatistik Paketi)

TUBİM: Türkiye Uyuşturucu ve Uyuşturucu Bağımlılığı İzleme Merkezi

WHO: World Health Organization (Dünya Sağlık Örgütü)

Tablo 2. 1. Maddeyle İlgili Temel Kategoriler	3
Tablo 2. 2. Bağımlılığa Neden Olan Risk Faktörleri	6
Tablo 2. 3. Madde Kullanım Bozuklukları DSM-V Tanı Kriterleri	13
Tablo 2. 4 .Madde Kullanım Bozukluğu Farmakolojik Tedavisinde Kullanılan İlaçlar	18
Tablo 3. 1. Bağımlılığın Alt Boyutları	26
Tablo 4. 1. Hastaların demografik özelliklerinin dağılımı	29
Tablo 4. 2 .Hastaların kullandıkları madde ile maddeye başlama yaşlarına ilişkin bulguların dağılımı	30
Tablo 4. 3. Hastaların maddeye başlama ortamlarının dağılımı	31
Tablo 4. 4. Hastaların tedaviden beklentilerine ilişkin bulguların dağılımı	33
Tablo 4. 5. Hastaların tedavi sürecine ilişkin bulguların dağılımı	33
Tablo 4. 6. Hastaların GÖY ve BAPİ Toplam Puan Ortalamaları Dağılımı	34
Tablo 4. 7. Hastaların GÖY ve BAPİ ölçek skorları ile Sosyo-demografik Özellikleri arasındaki farklılıkların Mann Whitney u testi ile dağılımı	36
Tablo 4. 8. Hastaların GÖY ve BAPİ ölçek skorları ile ikili değişkenler arasındaki farklılıkların Kruskal wallis testi ile dağılımı	39
Tablo 4. 9. Araştırmada kullanılan ölçek skorları ile maddeye başlama yaşı bulguları arasındaki ilişkinin dağılımı	41
Tablo 4. 10. Çok değişkenli lineer regresyon analizi GÖY skoru ile ilişkili bağımsız faktörler	42
Tablo 4. 11. Çok değişkenli lineer regresyon analizi BAPİ skoru ile ilişkili bağımsız faktörler	43

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 2. 1. Nüks Sürecinin Bilişsel- Davranışçı Modeli	20
Şekil 4. 1. Hastaların maddeye başlama nedenlerinin dağılımı	31
Şekil 4. 2. Hastaların tedaviden beklentilerine ait bulguların dağılımı	32
Şekil 4. 3. GÖY ölçek skoru ile BAPİ ölçek skoru arasındaki ilişkinin dağılımı	41



1. GİRİŞ

Madde bağımlılığı, dünya çapında dramatik sağlık ve sosyoekonomik sonuçları olan kronik bir beyin hastalığıdır (Maldonado ve diğerleri, 2021). Tarihi insanlığın kendisi kadar eski olmasına rağmen, son zamanlarda sosyal, ekonomik, politik ve psikososyal faktörlerden etkilenen küresel bir sorun haline gelmiştir (Rather Bashir, Sheikh, Amin ve Zahgeer, 2013). Dünyanın birçok yerinde kritik bir halk sağlığı sorunu olmaya devam etmektedir (Oviedo-Joekes ve ark., 2008). Uluslararası Hastalık ve Sağlık Sorunları Sınıflandırması (ICD-10), bağımlılığı; “bir maddenin veya bir madde sınıfının kullanımının belirli bir birey için bir zamanlar daha değerli olan diğer davranışlardan çok daha yüksek bir önceliğe sahip olduğu davranışsal ve bilişsel bir fizyolojik küme” olarak tanımlamaktadır (WHO, 2020). Literatürde bu maddeler “psikoaktif madde” olarak isimlendirilmiştir (Ögel, 2018). Psikoaktif maddeler, kişinin sistemine alındığında veya uygulandığında zihinsel süreçleri, örneğin biliş veya duygulanımı etkileyen maddelerdir. Bu terim ve eşdeğeri olan psikotropik ilaç, uyuşturucu politikasını ilgilendiren yasal ve yasadışı tüm madde sınıfı için en tarafsız ve tanımlayıcı terimdir (WHO, 2020). Bu maddelerin kullanılması sonucunda kişilerde patolojik durumlar ortaya çıkmaktadır. Kişinin öz kontrol, fonksiyonellik ve çevre adaptasyonunun bozulması, sosyal ilişkilerinde kopuşlar görülmektedir. Kişi kendisi, yakın çevresi ve içinde bulunduğu toplum için risk oluşturmaktadır (Özden, 2018).

Madde bağımlılığının evrimi, kişisel seçimlerden ve çevresel faktörlerden etkilenen genetik bir katkıya bağlıdır ve tedavi edilmezse ölümcül olabilmektedir (McLellan ve ark., 2000). İlişkili faktörlerin çokluğu ve birbiriyle ilişkili olması, onu sağlık alanında karmaşık bir problem haline getirmiştir (Boogar ve diğerleri, 2014). Bu nedenle tedavi süreci bir hayli zorlayıcı olmaktadır (Güvaç, 2019). Tanı ölçütlerini sağlayan belirti sayısı, kullanılan madde özellikleri, maddeye karşı duyulan özlem ve bireyin yaşamına etkisi bağımlılık şiddetini oluşturan belirteçlerdir. Bağımlılık şiddetinin yüksek olması yoğun bir tedavi süreci uygulanmasını gerektirmektedir (Ögel ve diğerleri, 2012).

Sosyal Öğrenme Teorisi'nin en önemli kavramı olan öz-yeterlilik 1977 yılında Albert Bandura tarafından ileri sürülmüştür (Scherbaum ve diğerleri, 2006). Bir kişinin istenen bir sonucu elde etmek için gereken davranışları gerçekleştirmede ne kadar yetenekli olduğuna dair inançlarını ifade eder (Bandura, 1997). Değişen bir toplumsal bağlamda karmaşık bir şekilde bağlantılı bir dizi görev için öz-yeterliliğe sahip olmak, bir kişinin günlük işleyişi için hayati önem taşımaktadır. Öz-yeterlilik ölçüleri, klinik popülasyonlarla yapılan sağlık araştırmalarında yaygın olarak kullanılmaktadır (Bonsaksen ve diğerleri, 2018). Öz-

yeterlilik tedavi sonucunun tutarlı bir belirleyicisidir (Adamson, Sellman ve Frampton, 2009). Demmel ve arkadaşlarının (2003) yapmış olduğu araştırma, düşük öz-yeterliliğin ve aynı zamanda tehdit edici bilgilerle yüzleşmekten kaçınmanın nüks riskini artırabileceğini göstermektedir. Onu güçlendirmek önemli bir amaç ve bağımlılık tedavi mekanizması olarak görülmektedir (Moos ve Moos, 2006; Witkiewitz ve Marlatt, 2004).

Bağımlılık araştırmaları birçok kategoride ele alınmaktadır. Başlıca araştırma kategorileri bağımlılığın biyolojik özellikleri, tedavisi, psikososyal faktörleri ve bağımlılığı önleme programlarıdır (Babor ve diğerleri, 2017). Literatüre bakıldığında madde kullanım bozukluğuna yönelik araştırmalarda artış görülmüştür. Buna rağmen araştırmalar yetersiz kalmaktadır. Nörobilimsel, davranışsal, klinik ve sosyokültürel bakış açılarını bütünleştiren çok disiplinli araştırmalara ihtiyaç olduğu ortaya çıkmıştır (Can, Polat ve Evren, 2017; Heilig ve diğerleri, 2021).

Literatürde madde kullanım özellikleri, kullanım süresi ve sıklığı, bırakma teşebbüsleri, maddenin sosyo-ekonomik işlevlere olan etkisi ve madde kullanımına duyulan isteğin artışı gibi parametrelerin her biri bağımlılık şiddetinin göstergesidir ve bu şiddetin yüksekliği tedavide öncelikli alanların belirlenmesinde önem arz etmektedir (Dennis ve Scott, 2007; LeBlanc, Maidment ve Ostlund, 2014; Ekinci, Kural ve Yalçınay, 2016; Ögel, Karadağ, Evren ve Gürol, 2012). Ruh sağlığı alanında yapılan araştırmalar öz-yeterlilik algısının yüksekliği durumunda ruhsal iyilik durumunun da yüksek olduğu ve tedavi sonrası psikososyal uyumunun arttığı saptanmıştır (Magaletta ve Oliver, 1999; Cutler, 2005). Alkol ve esrar bağımlılığı olan bireylerde öz-yeterlilik algısının yüksek oluşu süreci belirleyen en önemli etkenlerden biridir (Hasking ve Oei, 2007; Lozano, Stephens ve Roffman, 2006). Bu bağlamda; bu araştırma madde kullanım bozukluğu tedavisi hastaların bağımlılık profili ve genel öz-yeterlilikleri arasındaki ilişkinin belirlenmesi amacıyla yapılmıştır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Madde ile İlişkili Bozukluklar ve Bağımlılık Bozuklukları

Tüm maddelerle ilgili bozuklukları aşağı yukarı tek tip terimlerle tanımlama geleneğini sürdürür. Şu anda kullanılmakta olan tanımlar, alkolizm, sorunlu içme, epizodik aşırı içme, bağımlılık, alışkanlık, bağımlılık, kötüye kullanma gibi eski kelimelerin ve zihin değiştiren maddeler kullanan kişilere yıllar içinde uygulanan diğer (genellikle aşağılayıcı) terimlerin yerini almaktadır (Morrisson, 2014). DSM-IV’ te yer alan “madde kötüye kullanımı” tanısının güvenilirliğindeki düşüklük nedeni ile 2013 yılında revize edilen DSM-V’ te “madde kullanım bozukluğu” tanısı getirilmiştir (Öztürk ve Uluşahin, 2018). Zihin değiştiren maddelerin hepsi üç temel bozukluk türü ortaya çıkarır: madde zehirlenmesi, madde yoksunluğu ve madde kullanım bozukluğu. Bu DSM-5 terimlerinin çoğu, tartışılan hemen hemen tüm maddeler için geçerlidir. Maddeyle ilgili temel kategoriler Tablo 2.1’de ayrıntılı biçimde açıklanmıştır (Morrisson, 2014).

Tablo 2. 1. Maddeyle İlgili Temel Kategoriler

Madde kullanım bozukluğu	Bir kullanıcı, bir maddeyi klinik olarak önemli sıkıntı veya işlev bozukluğu yaratacak ve belirli davranışsal özelliklerle sonuçlanacak kadar sık almıştır.
Madde zehirlenmesi	Bu akut klinik durum, bir maddenin son zamanlarda aşırı kullanımından kaynaklanmaktadır. Herkes sarhoş olabilir; bu, bir maddeyi yalnızca bir kez kullanan bir kişiye uygulanabilecek, maddeyle ilgili tek tanıdır.
Madde Yoksunluğu	Madde sınıfına özgü bu semptomlar topluluğu, bir maddeyi sıklıkla kullanan bir kişi onu bıraktığında veya kullanılan miktarı önemli ölçüde azalttığında gelişir.

(Morrisson, 2014)

2.1.1. Bağımlılık Tanımı

Amerika Bağımlılık Tıbbi Cemiyeti (ASAM) bağımlılığı birincil olarak beynin ödül, motivasyon, hafıza ve ilgili bağlantılarının kronik bir hastalığı olarak tanımlamaktadır. Bu bağlantılarda ortaya çıkan disfonksiyonlar hastanın patolojik bir şekilde ödül ve/veya madde kullanımı ve diğer bazı davranışlar ile rahatlama arayışı içine girmesine neden olmaktadır. Bağımlılık tedavi edilebilir beyin nöral ağları, genetik, çevresel ve bireyin yaşam deneyimleri arasındaki kompleks etkileşimleri içine alan kronik medikal bir hastalıktır. Etimolojik çalışmalarda yüzyıllar içerisinde bağımlılar günahkâr veya suçlu olarak stigmatize edilirken Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) 1951 yılında hastalık olarak tanımlamıştır. Amerika Psikiyatri Derneği (APA) ise bağımlılığı bir bozukluk olarak isimlendirmiştir (Güleç ve diğerleri, 2015).

Yasa dışı ve reçeteli ilaçlara/maddelere bağımlılık, onları uzun bir süre düzenli olarak kullanan kişiler arasında gelişebilir ve kullanım üzerindeki kontrolün kaybedilmesi ve bir kişinin hayatında maddenin kullanımının artan önemi ile karakterizedir (Degenhardt ve ark., 2016). Bu süreçlerin genetik olduğu kadar psikososyal tarafının da fizyopatolojide yeri vardır. Madde kötüye kullanımı bir çeşit nöronal bağlantılar aracılığı ile belirir ve ödül işleme, caydırıcı uyarılar, iç algı, duygular, karar verme ve kognitif kontrol gibi fonksiyonların etkileyerek patolojik bir boyut kazanır. Bu etki sonrası madde kullanımı otonomi kazanıp kompulsif bir durum alır. Bağımlılık, kötü veya yanlış ilaç kullanımı bazı risk ve protektif faktörlerden etkilenmektedir. Risk faktörleri olarak çocukluk çağında agresif davranış, ebeveyn gözetim noksanlığı, arkadaşlarına yok diyememek, ilaç deneyimlemek, okulda ilaca erişebilmek, düşük gelirli toplum iken protektif faktörler ise öz yeterlilik, ebeveyn destek ve gözetimi, pozitif ilişkiler, program dışı aktiviteler, okul ilaç karşı politikalar, yakın çevre kaynaklarıdır (Zou ve diğerleri, 2017).

2.1.2. Bağımlılık Etiyolojisi

Bağımlılığın etiyolojisi kesin olarak belirlenememiş olmakla beraber temelde 3 faktörün yattığı düşünülmektedir.

- Maddelerin bulunabilirliği (availability of substances)
- Birey kişilik özelliklerinde bağımlı olma eğilimi (vulnerable personality)
- Bireyin içinde yaşadığı sosyal çevre (social environment).

Bağımlılık yapan maddeler ve bağımlılık eğilimi olan kişinin, uygun şartlar altında karşılaşması bağımlılığın devamının sağlanmasında gereklidir. Bu koşullar ve düzenli kullanımın varlığında madde kullanım bozukluğu gelişmektedir (Tosun, 2008).

Her ne kadar herhangi bir yaşta bağımlılık gelişebilse de erken yaşlarda gelişen bağımlılıkların daha ciddi problemlere yol açabileceği görülmüştür. Prefrontal korteks adölesan dönemde olgunlaşmaya devam eden beyin kısımlarından birisidir ve duygu ve istekleri kontrol altında tutmak, durum değerlendirme gibi görevleri vardır. Bu dönem madde kullanımı bu nedenle daha sarsıcı olabilmektedir. Ayrıca yeni şeyler denemek isteği ve kendi akranlarının çocuk üzerinde genç yıllarda yaptığı etki de bağımlılık gelişiminde rol oynamaktadır. Genç yaşta madde kullanımı, düzenli bir aile ve sosyal çevreden yoksun olmak, fiziki, yahut cinsel istismara maruz kalmak, mental bozuklukların gelişmesi gibi sosyal ve biyolojik risk faktörlerin bir arada komplike bir etki çıkarmasına neden olmaktadır (Whitesell, Bachand, Peel ve Brown, 2013; Biederman, Monuteaux ve Feighner, 2000; Substance Abuse and Mental Health Services Administration, 2014). Bir insanın biyolojik faktörleri o kişinin bağımlılık riskini etkileyebilir ve bunlar genler, gelişim basamağı, cinsiyet veya etnisite olabilmektedir. Çalışmalarla gösterilmiştir ki epigenetik dediğimiz çevresel faktörlerin gen ekspresyonunu değiştirmesi bir kişinin bağımlılık riskini %40 ile 60'lara kadar etkileyebilmektedir (Chalk ve Phillips, 1997; Bevilacqua ve Goldman, 2008).

Ülkemizin jeopolitik konumu da bağımlılıkla mücadeleyi zorlaştıran faktörlerden biridir. Ülkemiz uyuşturucu kaçakçılığında hedef ülke olmanın yanı sıra transit ülke konumunu da taşımaktadır. "Balkan Rotası" olarak bilinen Asya'da üretilen ve Avrupa'ya transfer edilen başta eroin olmak üzere kenevir türevleri kaçakçılığı ve Avrupa'da üretilen ve Asya'ya sevkiyatı yapılan sentetik uyuşturucu ve ara kimyasal kaçakçılığı rotası üzerinde bulunmaktadır (NDB Türkiye Uyuşturucu ve Uyuşturucu Bağımlılığı İzleme Merkezi, 2020).

Yapılan araştırma ve klinik veriler, bireylerin bağımlılığa yol açacak çeşitli etkenlerinin olduğunu ortaya koymaktadır. Bu faktörler Tablo 2.2'de detaylı bir şekilde gösterilmiştir. Etkenlerin belirlenmesi tedavinin seyri ve nüksün önlenmesi için gereklidir (Bahar, 2018; Alozai ve Sharma, 2020; Ögel, 2018).

Tablo 2. 2. Bağımlılığa Neden Olan Risk Faktörleri

Ailesel Risk Faktörleri	<ul style="list-style-type: none">➤ Antisosyal kişilik bozukluğu bulunan ebeveyn➤ Ebeveynlerin düşük eğitim düzeyleri➤ Aile bütünlüğünün olmaması➤ Aile içi etkileşimin olmaması➤ Ebeveyn-çocuk çatışması, çocuk istismarı➤ Aşırı otoriter ebeveyn➤ Evlilik çatışması aile disfonksiyonu➤ İntrauterin yaşamda maddeye maruz kalma➤ Birinci derece akrabaların madde kullanımı (Hereditör)
Bireysel Risk Faktörleri	<ul style="list-style-type: none">➤ Ego güçsüzlüğü➤ Sinirlilik/ Erken saldırgan davranış➤ Davranışsal ödenetim eksikliği➤ Zayıf sosyal beceriler: dürtüsel, agresif, pasif ve içine kapanık Heyecan düşkünlüğü➤ Zayıf sosyal problem çözme becerileri➤ Düşük notlar, okul başarısızlığı, okula düşük bağlılık➤ Düşük benlik saygısı, algılanan yetersizlik, olumsuz açıklayıcı ve çıkarımsal tarz➤ Zor mizaç / esneklik, düşük pozitif ruh hali, geri çekilme➤ Motor, dil ve bilişsel bozukluklar➤ Ruhsal problemler
Çevresel Risk Faktörleri	<ul style="list-style-type: none">➤ Maddenin bulunabilirliği/ mevcudiyeti➤ Şehrin genel yapısı➤ Toplumsal şiddet / okul şiddeti➤ Dini ayinler➤ Kültürel tutumlar➤ Toplumsal iletişim problemleri➤ Çoklu sanal ortamlar ve sosyal medya➤ Madde kullanan akranlar➤ Maddenin toplumsal kabul edilebilirliği➤ Madde kullanımına ilişkin yasa ve normlar

(Bahar, 2018; Alozai ve Sharma, 2020; Ögel, 2018).

2.1.3. Bağımlılık Yapıcı Maddeler

Bilim adamları şimdiye kadar yaptığı araştırmalar sonucunda en yaygın bağımlılık yapıcı ilaç/ madde sınıflarını belirlemiştir. Ruhsal Bozuklukların Teşhis ve İstatistik El Kitabının (DSM V) Beşinci Revizyonuna ve Uluslararası Hastalıklar ve İlgili Sağlık Sorunları Sınıflandırmasının Onuncu Revizyonuna (ICD-10) göre, en yaygın bağımlılık yapıcı ilaçlar şunlardır: Alkol; kafein; kenevir; halüsinojenler; inhalanlar; opioidler; yatıştırıcılar, hipnotikler ve anksiyolitikler; uyarıcılar (amfetamin türü maddeler, kokain ve diğer uyarıcılar); tütün ve diğer (veya bilinmeyen) maddelerdir (Pou, 2017; Köroğlu, 2013).

2.1.3.1. Alkol

Dünyanın birçok bölgesinde yetişkinlerin büyük bir kısmı hayatlarının belli bir döneminde de olsa alkol kullanmış olup alkol nedenli ölümlerin yıllık 3 milyon civarında olduğu düşünülmektedir ve alkol kullanımı başlıca önlenebilir ölüm nedenleri arasında sayılmaktadır. Sadece mortalite değil, alkol kullanımı artmış kaza riski, işgücü kaybı, sağlık harcamalarında artış ve suç oranlarında artış ile ilişkili bulunmuştur (WHO, 2018). Farklı madde kullanım bozuklukları ile karşılaştırıldığında alkol kullanımı en çok olumsuz sonuçları olan madde olarak ortaya çıkmaktadır (Nutt ve diğerleri, 2010).

Alkolizm oldukça kalıtsaldır; birinci derece akrabalar, genel nüfusa göre birkaç kat daha fazla risk taşır. Özellikle duygudurum bozuklukları ve antisosyal kişilik bozukluğu olmak üzere birçok komorbiditesi vardır. Bir erkeğin riski bir kadınıkinden en az iki kat daha fazladır. Başlangıç, genç yaşlarda olma eğilimindedir, ancak daha büyük yaş grupları bağışık değildir (Tuithof, 2016). Alkol sorunu olan bireylerin psikososyal sorunlar ve daha düşük yaşam kalitesi açısından yüksek risk altında ve ilişkinin doğası gereği karşılıklı olduğu bildirilmiştir (Al Abeiat diğerleri, 2016). Bu kadar sık ve giderek artan bir sağlık sorunu olmasına rağmen tanı ve tedavideki yetersizlikler sorunun hala farkındalık düzeyinde olmadığını düşündürmektedir. Hala tedavi almadan alkol kullanım bozukluğu tanısı mevcut birçok hastanın olduğu bilinmektedir. Her ne kadar hafif ve orta şiddette alkol bağımlılığı olan bireyler tedavi almadan alkol kullanımını azaltabilmekteyse de, özellikle kronik ve ağır alkol kullanımı mevcut olan hastalar tedavi için en çok sağlık kuruluşlarına başvuran hastalardır (Morrison, 2014).

2.1.3.2.Kenevir

Kenevir, Cannabis sativa bitkisinin çeşitli psikoaktif preparatlarını belirtmek için kullanılan genel bir terimdir. Esrardaki başlıca psikoaktif bileşen Δ -9 tetrahidrokannabinoldür (THC). Yapısal olarak THC'ye benzeyen bileşikler, kannabinoidler olarak anılır. Ek olarak, yapısal olarak kannabinoidlerden farklı olan bir dizi yeni tanımlanan bileşik yine de farmakolojik özelliklerinin çoğunu paylaşır. Meksika'daki 'marihuana' terimi, birçok ülkede kenevir yapraklarına veya diğer ham bitki materyallerine atıfta bulunmak için sıklıkla kullanılmaktadır. En yaygın olarak yetiştirilen, ticareti yapılan ve suiistimal edilen yasadışı uyuşturucudur. Dünya çapındaki tüm uyuşturucu ele geçirmelerinin yarısı esrar yakalamalarıdır. Bu ele geçirmelerin coğrafi yayılımı da neredeyse dünyanın her ülkesini kapsayacak şekilde küreseldir (WHO, 2016). Kenevir, bazı hastalar için kullanmayı bırakması en zor maddelerden biri olabilmektedir. Sebebi ise diğer maddelerde görülen tıbbi komplikasyonların nispeten daha azının görülmesidir (Morrison, 2014).

Esrar, genç yetişkinler arasında yaygın olarak kullanılmaktadır. Esrar kullanımının yüksek yaygınlığından dolayı, esrarın halk sağlığı üzerindeki etkisi önemlidir. Esrar kullanımıyla ilişkili bir dizi akut ve kronik sağlık sorunu tespit edilmiştir. İlk kez kullanım, esrar dozu, kişilik özellikleri ve önceden var olan savunmasızlık, esrar kullanımından kaynaklanan akut psikiyatrik bozukluklarla ilgili ana faktörler arasında yer almaktadır. Kullanımı savunmasız bireylerde doza bağımlı bir şekilde psikotik hastalık geliştirme riskini önemli ölçüde artırır. Akut esrar kullanımı, ciddi yaralanma veya ölümlü sonuçlanan çarpışma riskini neredeyse iki katına çıkarmaktadır. Kanıtlar, sık ve uzun süreli esrar kullanımının hem zihinsel hem de fiziksel sağlık için zararlı olabileceğini göstermektedir (Karila ve diğerleri, 2014).

2.1.3.3.Varsandırınlar (Hallüsinojenler/ Psikodeligler)

Halüsinojenler (psikodeligler), algıyı, ruh halini ve bir dizi bilişsel süreci güçlü bir şekilde değiştiren psikoaktif maddelerdir (Nichols, 2004). Genellikle fizyolojik olarak güvenli kabul edilirler ve fiziksel bağımlılığa yol açmazlar ancak birçok insan psişik olarak bağımlı hale gelmektedir. Kökenleri yazılı tarihten öncedir ve birçok sosyokültürel ve ritüel bağlamda erken kültürler tarafından kullanılmıştır (Nichols, 2016). Yüzyıllar boyunca dini törenlerde psikodeligler manevi havayı artırmak veya gizemli bir deneyimi pekiştirme gibi amaçlarla kullanılmıştır. Derin zihinsel yönelimle ulaşılan ruh haline daha kolay ulaşmak amacıyla birçok din psikoloğu gibi bazı araştırmacılar da dahil olmak üzere psikodeligleri denemiştir. Başlıca bilinen psikodeligler ise bazı mantarlar, sarmaşıklar, tahıllar ve peyotedir. Psikodeligler baş ağrısı, madde kullanım bozukluğu, yaşam sonu anksiyetesi, depresyon ve

obsesif kompulsif bozukluk tedavisinde etkili olduğunu gösteren bazı çalışmalar bulunmaktadır (Garcia-Romeu ve diğerleri, 2016).

2.1.3.4.İnhalanlar (Uçucu maddeler)

Uçucu madde kötüye kullanımı, değiştirilmiş bir zihinsel duruma ulaşmak amacıyla uçucu bir maddenin kasıtlı olarak solunmasıdır. Madde kötüye kullanımının önemli, ancak yeterince tanınmayan bir biçimi olarak, en az çalışma yapılan ve epidemik bir şekilde yaygınlaşan madde kullanım bozukluklarından. Solunan maddeler türleri yaygın olarak bulunur ve kolayca gizlenebilmektedir. Belirli amaçlanan kullanımlar için yasaldır(bazı spesifik kimyasal ajanlar veya bazı ticari ürünler), ancak istismarcılar tarafından kasten kötüye kullanılmaktadır. Belli bir intoksikasyon süresini sağlamak için sürekli bir boş naylon poşet veya konteyner ile bu maddeler kullanılır ve çoğunlukla hızlı etkili ve kısa ömürlüdürler. Uçucu madde kötüye kullanımı tüm demografik, etnik ve sosyoekonomik sınırları aşarak önemli morbidite ve mortaliteye neden olmaktadır (Howard ve diğerleri, 2011; Storck ve diğerleri, 2016).

2.1.3.5.Opioidler (Opiyatlar)

Opioidlerin Sümerlere kadar uzanan bir zaman diliminden bu yana kullanıldığı, antik Mısır ve Yunan dönemlerini de içine alacak şekilde yaygın ve uzun bir kullanım dönemi olduğu bilinmektedir ve günümüzde sentetik veya yarı sentetik formları ile medikasyon olarak sağlıkta kullanılmaktadır. Opioid bağımlılığı hem psişik hem de fiziksel bağımlılıkta gelişir. Fiziksel opioid bağımlılığı hem tedavi için kullanıldığında hem de kötüye kullanımın bir sonucu olarak ortaya çıkar. Opioid kötüye kullanımı, tolerans nedeniyle aynı etkiyi yaratmak için daha yüksek dozlarda kullanılan, yüksek morbidite ve mortalite ile tekrarlayan bir hastalıktır. Opioidlere maruz kalma süresi ne kadar yüksekse, bağımlılık ve tolerans derecesi o kadar yüksek olmaktadır. Fiziksel bağımlılık geliştikten sonra, yoksunluk belirtilerini önlemek için opioid tüketimi sürdürülmektedir. Görüldüğü üzere tedavi uzun ve zordur (Demirkapu ve Yananlı, 2020).

2.1.3.6. Yatıştırıcılar, Hipnotikler ve Anksiyolitikler

Tıpta sedatif etkili bitkilerin kullanımı küresel olarak yaygındır ve giderek artış göstermektedir. Bu bitkilerin içerdikleri aktif bileşenler sebebiyle bazı ilaçlar ile birlikte kullanımı amaç dışı etkilere yol açmaktadır. Bu istenmeyen etkiler insan sağlığı için tehlikeye yaratabilmektedir (Sözer Karadağlı, 2019). Bu maddeler anksiyeteyi önlemek, anestezi, koma ve hatta ölüme kadar farklı kademelerde merkezi sinir sistemi depresyonuna sebep olan farklı kimyasal yapıdaki ilaçlardır. Sınıflandırılması şu şekildedir; barbitüratlar, barbitürat olmayan hipnotikler ve antianksiyete ajanları. Bu ilaçlar alkolle ya da diğer istismar edilen ilaçlar ile birleşim şeklinde kullanıldıklarında baskılayıcı etkileri katlanır ve bu etkileri sıklıkla bilinmez. Psikoloji ya da fizyolojik olarak kendini yorgun hisseden bireylerde ilacın düşük bir dozu etkisini yoğun bir şekilde hissettirebilirken sağlıklı ve ya uyarılmış bireylerde etkisi hafif görülebilmektedir (Öztürk ve Uluşahin, 2014).

2.1.3.7. Merkezi Sinir Sistemini Uyarıcı Maddeler (amfetamin türü maddeler, kokain ve diğer uyarıcılar)

Uyarıcı kullanım bozukluğu, kanıta dayalı tedavi seçenekleri sınırlı olmasına rağmen, dünya çapında önemli bir hastalık yüküne katkıda bulunmaktadır (Ronsley ve ark., 2020). Sentetik(amfetaminler, ecstasy) ve tabii (kokain) olarak ikiye ayrılmaktadır (APA, 2014).

2.1.3.7.1. Amfetaminler

Amfetamin tipi uyarıcıların kullanımı ve kötüye kullanılması, ilk maruziyetin potansiyel olarak tek bir hafta içinde olduğu kadar hızlı bir şekilde bağımlılığa ilerleyebileceği düşünüldüğünde, önemli bir halk sağlığı sorunudur (APA, 2013). Amfetamin 1887 yılında sentez edildi ve 1932 yılında ise pazarlanmaya başlandı. Özellikle ikinci dünya savaşı sırasında yaygın olarak kullanılmaya başlanması ulusal önlemlerin alınmasına neden olmuştur. Hiperaktivite ve dikkat eksikliği bozukluğunda stimülanlar kullanılmaktadır. İleri ateroskleroz, semptomatik kardiyovasküler hastalıkları, orta ve ileri hipertansiyon, hipertiroidizm veya daha önce madde kötüye kullanım öyküsü olanlarda kontrendikedir (Ronsley ve diğerleri, 2020).

2.1.3.7.2. Ecstasy

Sentetik bir uyarıcı olan MDMA/ ecstasy (3,4-metilendioksimethamphetamine), dünyada en yaygın kullanılan eğlence amaçlı psikostimülan ilaçlardan biri haline gelmiştir (Papaseit ve diğerleri, 2020). İlk olarak 1912'de hemostatik ajanların sentezinin öncüsü olarak geliştirilen sentetik bir maddedir. Empatiyi teşvik etme ve iletişimi kolaylaştırma üzerindeki etkilerinden dolayı ilaç, terapötik potansiyeli nedeniyle 1970'lerin başında psikiyatristler arasında popüler hale gelmiştir. Daha sonra, artan öforik etkileri nedeniyle çılgın kültürle belirgin bir şekilde ilişkilendirildiği için dans partilerinde ve festivallerde yoğun bir kullanım alanı oluşmuştur (Figurasin ve Maguire, 2021).

2.1.3.7.3. Kokain

Kokain bağımlılığı, suç işleme ve bir dizi tıbbi ve psikososyal komplikasyonla karakterize bir halk sağlığı sorunudur. Kokain bağımlılığı, etkinliği kanıtlanmış farmakolojik tedavinin bulunmadığı bir hastalık olmaya devam etmektedir (Indave, Minozzi, Pani ve Amato, 2016). ABD'de 900.000 yetişkin kokain kullanım bozukluğu kriterlerini 2014 yılında karşıladı ve uyuşturucu kötüye kullanımı veya kötüye kullanımı nedeniyle acil servislere yapılan ziyaretlerin % 40'ı kokain içermektedir. Kokain kullanımı kardiyovasküler ve nörolojik etkilerle ilişkilidir ve kronik olarak tekrarlanan maruz kalma toleransa, olumsuz psikolojik ve davranışsal etkilere ve enfeksiyonlar, felç ve nöbet dâhil komplikasyonlara yol açar (Chan ve diğerleri, 2019).

2.1.4. Madde Kullanım Bozukluğunun Kısa Tarihçesi

Modern zamanlara kadar, tarih boyunca kültürler, farklı maddeleri belirli tanrılar ile ilişkilendirmiş, bunları belirli mitlere dahil etmiş ve maddeleri belirli ritüellerde kullanmıştır (Godlaski, 2012). Bağımlılık yapan psikoaktif maddelere olan zaaf ilk insan kayıtlarında kanıtlanmıştır. Psikoaktif maddeler, dinsel törenlerde rahipler, tıbbi amaçlı şifacılar ve sosyal olarak onaylanmış bir şekilde genel nüfus tarafından kullanılmıştır. Baskın kullanım biçimleri çağlara ve yerlere göre değişiklik göstermiştir (Crocq, 2007).

Merkezi sinir sisteminin işlevlerini değiştirebilen maddeler, bitkiler âleminde geniş çapta dağılmıştır ve bunların çoğu, insanlığın şafağında eski yiyecek toplayıcıları tarafından keşfedilmiştir. Eski Dünya'da coşku ya da değişen bilinç durumları üreten ve alışkanlık oluşturan özelliklere sahip sadece birkaç madde hala yaygın olarak kullanılmaktadır. Bunlar haşhaş (afyon, morfin), kenevir (haşhaş, marihuana) ve çeşitli organik maddeler alkolün fermantasyon ürünleridir (Vetulani, 2001). Neolitik dönemde Çin'in Henan eyaletinde

çömlek kavanozlarına emilen antik organik maddelerin kimyasal analizleri, pirinç, bal ve meyveden (alıç meyvesi ve/veya üzüm) oluşan karışık bir fermente içeceğin üretildiği ortaya çıkarılmıştır (McGovern ve diğerleri, 2004).

Bazı uyuşturucular, insanlık tarihinin büyük bölümünde ilaç olarak kullanılmıştır. Örneğin, afyonun tıbbi kullanımı ilk yazılı kayıtlardan anlatılmaktadır. Etimolojiye göre afyonun günümüzün anksiyolitiği veya antidepresanı olabileceği düşünülmektedir. Sümerlerin MÖ 3. bin yılın sonunda tohum kapsüllerinden haşhaş yetiştirdikleri ve afyon izole ettikleri konusunda genel bir fikir birliği bulunmaktadır. Tarih boyunca çocuklarda aşırı ağlamayı önleme, uykusuzluk, kalp ve bulaşıcı hastalıklar ve melankoli tedavisinde kullanıldığı bilinmektedir. Büyük İskender MÖ 323'teki ölümünün yıllardır süren alkol kullanımına bağlı oluşu ortaya çıkmıştır. Bu bağlamda patolojik madde kullanım tanımı ortaya çıkmıştır. Aristoteles, yoksunluk belirtilerini kayıt altına almış ve intrauterin yaşamda madde maruziyeti konusunda uyarılarda bulunmuştur. Hekimler tarafından yıllar sonra kabul edilen, bağımlılık tıbbının doğuşu Kalvinist rahiplerinin tekrarlayan kullanım fenomeni açıklamaları ile oluşmuştur (Crocq, 2007).

Yeni Dünya'da ortaya çıkan bağımlılık oluşturan bileşikler yaygın olarak tütün (nikotin) ve kokaindir. 19. ve 20. yüzyılda tıbbi kimyanın gelişimi, başlangıçta barbitüratlar gibi terapötik olarak önerilen birkaç sentetik bileşikle (benzodiazepinler ve amfetaminler) sonuçlanmıştır. Yasal sorunlar nedeniyle, hâlihazırda yasaklanmış maddelerin üretimini önlemek için birçok tasarım ürünü ilaç üretilmiştir. Ek olarak, eğlence amaçlı ilaçlar olarak çeşitli bileşikler sentezlenmiştir. Ayrıca aromatik hidrokarbonlar ve diğer temizleme maddeleri gibi ilaç olarak kabul edilmeyen bazı bileşiklerin yanı sıra steroidlerin tehlikeli, alışkanlık oluşturan maddeler özelliklerine sahip olduğu bulunmuştur. Toplumun tutumu ve psikoaktif maddelerin kullanım şekli, özellikle son on yıllarda, zamanla değişmiştir (Vetulani, 2001).

Zorlayıcı madde kullanımının hem psikolojik hem de fiziksel boyutlarından yararlanan ve Uluslararası Hastalık Sınıflandırmasında (ICD) uluslararası düzeyde önemli olan, "tiryakilik" ve "alışkanlık" terimleri yerine 1964 yılında Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından bu iki terim tek bir çatı altında toplamak "bağımlılık" potansiyeline sahip olduğu düşünülen madde yelpazesini genişletmiştir. Daha davranışsal bağımlılık kavramı, kullanıcının madde kullanma konusundaki güçlü arzusunu veya zorlanma hissini ve madde alma davranışını kontrol etmede artan zorluklarını vurgulamıştır (Berridge ve Mars, 2004).

2.1.5. Madde Kullanım Bozuklukları Tanı Kriterleri

Amerika Birleşik Devletleri'nde APA tarafından 1952 yılında ruhsal bozukluklar ile ilgili bilgilerin toplandığı DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) kitabı yayınlanmıştır. Daha sonra yıllar içinde güncelleyerek beş yeni versiyonunu ortaya çıkarmıştır. Son versiyonu olan DSM-V 2013 yılında bazı ruhsal bozukluklar için değişiklikler yapılarak yayınlamıştır. DSM-V bağımlılık konusunu 'Madde Kullanım Bozuklukları' çatısı altında toplayıp madde kullanım ölçütlerini daha kolay ve anlaşılır şekilde Tablo 2.3'de açıklamıştır (Güleç ve diğerleri, 2015; Zou ve diğerleri,2017).

Tablo 2. 3 Madde Kullanım Bozuklukları DSM-V Tanı Kriterleri

<p>Daha büyük miktarlarda veya amaçlanandan daha uzun bir süre almak;</p> <p>Uyuşturucu / madde kullanımını azaltmaya veya kontrol etmeye yönelik ısrarcı bir istek veya başarısız çaba;</p> <p>Uyuşturucu / madde elde etmek ve kullanmak veya etkilerinden kurtulmak için gerekli faaliyetlere çok fazla zaman harcanır;</p> <p>Uyuşturucu / maddeyi kullanma isteği veya güçlü istek veya dürtü;</p> <p>İşte, okulda veya evde temel rol yükümlülüklerini yerine getirememeye ile sonuçlanan tekrarlayan kullanım;</p> <p>Uyuşturucu etkilerinin neden olduğu veya bu etkilerin şiddetlendirdiği kalıcı veya tekrarlayan sosyal veya kişilerarası sorunlara rağmen kullanıma devam etme;</p> <p>Önemli sosyal, mesleki veya eğlenceye yönelik faaliyetler uyuşturucu / madde kullanımı nedeniyle bırakılır veya azaltılır;</p> <p>Fiziksel olarak tehlikeli olduğu durumlarda tekrarlayan kullanım;</p> <p>Uyuşturucunun neden olduğu veya daha da kötüleştirdiği, kalıcı veya tekrarlayan bir fiziksel veya psikolojik sorun olduğu bilgisine rağmen uyuşturucu / madde kullanımına devam edilir;</p> <p>Aşağıdakilerden biriyle tanımlanan tolerans:</p> <p>(a) intoksikasyon veya istenen etkiyi elde etmek için belirgin şekilde artan miktarlarda ilaç / madde ihtiyacı,</p> <p>(b) aynı miktarda ilaç / maddenin sürekli kullanımıyla belirgin şekilde azalmış bir etki;</p> <p>Aşağıdakilerden biriyle gösterildiği gibi geri çekilme:</p> <p>(a) uyuşturucu / madde için karakteristik yoksunluk sendromu,</p> <p>(b) uyuşturucu / madde yoksunluk semptomlarını hafifletmek veya önlemek için alınır.</p>

(Güleç ve diğerleri, 2015; Zou ve diğerleri,2017; American Psychiatric Association, 2013).

On iki aylık bir süre içinde, yukarıdakilerden en az ikisi ile kendini gösteren, sosyal, mesleki veya diğer önemli işleyiş alanlarında klinik olarak önemli sıkıntıya veya bozulmaya yol açan, sorunlu madde kullanım örüntüsü. Semptomlar başka bir tıbbi duruma atfedilemez ve başka bir akıl hastalığı tarafından daha iyi açıklanamaz (American Psychiatric Association, 2013).

Bu 11 kriter madde üzerinde bozulmuş kontrol alt grupları (kriter 1-4), sosyal bozulma (kriter 5-7), riskli kullanım (kriter 8-9) ve farmakolojik kriterler (kriter 10-11) şeklinde sıralanabilmektedir. Bununla birlikte, farklı ilaç türlerinin farklı geri çekilme kriterlerini karşıladığına dikkat etmek gerekir ve bu nedenle spesifik teşhisler, ilaca özgü bırakma kriterlerine atıfta bulunmaktadır. Madde kullanım bozukluğunun ciddiyeti, onaylanan belirti kriterlerinin sayısına bağlı olarak hafif ila şiddetli olabilmektedir. Hafif bir madde kullanım bozukluğu, 12 aylık bir süre içinde iki-üç belirti, orta şiddetli dört-beş belirti ve şiddet ise altı veya daha fazla belirtinin varlığıyla ifade edilebilmektedir (Zou ve diğerleri, 2017).

2.1.6. Madde Kullanım Bozukluğu Epidemiyolojisi

Madde kullanımı ve madde kullanım bozuklukları ile ilgili epidemiyolojik çalışmalar, dünya çapında ulusal olarak temsili örneklerde madde kullanım modelleri hakkında bol miktarda veri sağlamıştır. Bağımlılık yapan madde kullanım modellerine ilişkin uluslararası verilerin birikimi, madde kötüye kullanımının evrensel doğası ve önemli halk sağlığı etkisini vurgulayan kültürler arası karşılaştırmaları kolaylaştırmıştır (Merikangas ve McClair, 2012).

Dünya genelinde 2015 yılı bağımlılık prevalansları açısından bakıldığında toplumun yaklaşık %18.3'ünün alkol, %15.2'sinin tütün, %3.8'ünün kenevir, %0.77'inin amfetamin, %0.37'sinin opioid ve %0.35'inin ise kokain kullandığı tahmin edilmektedir (Peacock ve diğerleri, 2017). Avrupa Uyuşturucu ve Uyuşturucu Bağımlılığını İzleme Merkezi (EMCDDA)'nin 2020 yılında yayınladığı Avrupa Uyuşturucu Raporu'nda ise son bir yılda yetişkinlerin (15-64 yaş aralığı) kullandıkları maddelerin % 7.6'nın esrar, % 1.3'nün kokain, % 0.8'inin 3,4-metilenedioksi-N-metilamfetamin (MDMA/ ekstazi) ve % 0.6'sının amfetaminler olduğunu belirtmiştir (Avrupa Uyuşturucu ve Uyuşturucu Bağımlılığını İzleme Merkezi, 2020). Reçetelenen diğer medikasyonlardan benzodiazepin, barbitüratlar, non-benzodiazepinler gibi santral sinir ilaçları, reçelendirilmiş opioidlerden hidrokodon, oksikodon, fentanil ve kodein, reçeteli uyarıcılardan dextroamfetamin ile metilfenidat kötüye kullanımı bildirilmiş ilaçlardandır. Opioid doz aşımı 2016 yılında 1999 yılına göre beş kez daha fazla tespit edilmiştir (Meyer, Patel, Rattana, Quock ve Mody, 2014).

2014 yılındaki çalışmada Amerikalıların alkolizm veya alkol kötüye kullanım kriterlerini karşılayanlarının oranını %7 olarak bulmuştur. 2010 yılında ise DSÖ, alkol kötüye kullanımını 208 milyon kişi olarak bildirmiştir. Kenevir ile opioidi takiben daha az oranda ise amfetamin ve kokain kullanımı tespit edilmiştir (Harford, Grant, Yi ve Chen,2001). Avrupa’da kokain miktarı en yüksek seviyeye ulaşmıştır. Madde kullanım bozukluğunun oluşmasındaki temel problemin maddenin erişilebilirliğindeki yükseklik olduğu saptanmıştır Kenevir kullanımının daha çok ergen çocuklar ile genç yetişkinlerde olup (%8-16) ileri yaşta bildirimini daha az olduğu bilgisine ulaşılmıştır (Volkow, Baler, Compton ve Weiss, 2014; EMCDDA, 2020).

Bar-Or ve arkadaşlarının 2021 yılında İsrail’de yapmış olduğu çalışmada, en yaygın madde kullanım bozukluklarının alkol (% 10.5), esrar (%9.0) ve sedatif (% 3.6) kullanım bozuklukları olduğu bulunmuştur. Alkol-esrar (% 3.2) ve alkol-yatıştırıcı (%1.04) birlikte oluşan en yaygın madde kullanım bozukluklarıdır. Esrar kullanım bozukluğu olanlar arasında alkol kullanım bozukluğu yaygınlığı %35.3 olarak bulunmuştur. Alkol kullanım bozukluğu için tahmin edilen riskin yaşla ters orantılı olduğu, esrar kullanım bozukluğunun yaşla arttığı, zirveye ulaştığı ve azaldığı ve özellikle kadınlar arasında sedatif kullanım bozukluğunun yaşla birlikte arttığı bulunmuştur. Yaşlı bireyler (51-60 yaş grubu) alkol kullanım bozukluğu için 20 yaşından küçüklere kıyasla daha düşük risk altındayken, sedatif kullanım bozukluğu için daha yüksek risk altındadır (Bar-Or, Kor ve Lev-Ran, 2021).

2017 yılında Türkiye nüfusunun 15-64 yaşları aralığında en çok kullanılan uyuşturucu madde % 1.8 oranı ile esrardır. Esrarı, opioidler (% 0,3), MDMA (% 0.3), kokain (% 0.1) ve amfetaminler dâhil uyarıcılar(% 0.1) izlemektedir. Türkiye’de sentetik kannabinoidler ve diğer maddelerin kullanımına ilişkin mevcut veri bulunmamaktadır. Türkiye’deki erkeklerin herhangi bir maddeyi kullanma olasılığı kadınlara göre daha yüksektir (EMCDDA, 2020).

Madde kullanım bozukluğunun başlıca ölüm nedenleri arasında olduğu bilinmektedir. Her yıl yasak veya reçeteli yüksek dozlarda ilaç kullanımı on binlerce ölüme (2018’de yaklaşık 70 bin kişi) neden olup alkol 90 bin, tütün 480 bin kadar Amerikalının ölümüne sebep olduğu tahmin edilmektedir. Avrupa Uyuşturucu Raporu’nda ise ölüm yaşı ortalama 41.7 olarak bulunmuş olup ölüm sayısının pik yaptığı yaş grubu 35-39 aralığıdır (Wilson, Kariisa, Seth, Smith ve Davis, 2020; U.S. Department of Health and Human Services, 2014). Ülkemizde ise doğrudan maddeye bağlı ölümlerin sayısı 2013 yılında 232 olarak bulunmuştur. Bu sayı 2017 yılına kadar ivme kazanıp yaklaşık 950’ye ulaşmıştır. 2018 yılında %30.2 oranında bir düşüş yaşanıp 657 sayısına gerilemiştir. 2019 yılında ise bu eğilim devam etmiş madde bağlantılı ölümlerin sayısı yaklaşık %50’lik bir düşüşle 342 olarak bildirilmiştir. Ölümlerin

en sık yaşandığı yaş grubu 25- 34 yaş aralığıdır (%34.5). Ölüme yol açan maddeler içerisinde ilk sırada (%40.4) ecstasy yer alırken, (%37.7) eroin ikinci sırada bulunmaktadır. Maddeye bağlı ölümler en fazla (%31.6) İstanbul ilinde gerçekleşmiştir. İstanbul’u, Antalya (%15.2), İzmir (%6.7), Adana (%5.8) ve Ankara (%4.7) izlemektedir (TUBİM, 2020).

2.1.7. Madde Kullanım Bozukluğu Tedavisi

Madde kullanım bozuklukları ile ilişkili sınırlı tedavi yanıtı ve artmış morbidite ve mortalite ışığında, bağımlılık bilimi alanı, tedaviye yanıtı artırabilecek ve sonuçları iyileştirebilecek tedavi yaklaşımlarını genişletmeye odaklanmıştır (Hammond,2016). Bireylerin eşzamanlı olarak mental, fizyolojik ve çevresel problemlerinin varlığı tedavi sürecini güçlendirmektedir. Psikososyal ve farmakolojik müdahaleler, bağımlılık için en iyi uygulamalar olarak kabul edilir. Madde kullanım bozukluğu tedavisi, psikososyal müdahaleler, farmakolojik tedavi ve bu tedavilerin kombinasyonu şeklinde planlanabilmektedir (Madde Bağımlılığı Tanı ve Tedavi Kılavuzu El Kitabı,2012; Ray ve diğerleri, 2020).

2.1.7.1. Psikososyal Müdahaleler

2.1.7.1.1. Bilişsel Davranışçı Terapi

Bilişsel davranışçı terapi (BDT), madde kullanımı için bilişsel, duyuşsal ve çevresel riskleri hedefleyen ve bir bireyin yoksunluğu veya zarar azaltmayı başarmasına ve sürdürmesine yardımcı olmak için davranışsal öz kontrol becerileri konusunda eğitim sağlayan, zaman sınırlı, çok oturumlu bir müdahaledir. Bilişsel davranışçı terapi madde kullanım bozukluklarını tedavi etmek için birinci basamak bir davranışsal yaklaşımdır (Ray ve ark., 2020). Bilişsel uçta motivasyon geliştirme yani hastanın davranışlarını değiştirmek ve tedavilere uymak için motivasyonunu artırmaya odaklanma fikri vardır. Bu tür modeller, motivasyonel görüşmeden kabul ve bağlılık terapisine kadar değişen yöntemler aracılığıyla uyumsuz düşünceleri ve bilişsel süreçleri yeniden yapılandırmayı hedefler. BDT'nin davranışsal kısmı öğrenme teorisine dayanmaktadır ve madde kullanımı için işlevsel ipuçlarını belirlemeye ve alternatif, daha az yıkıcı yanıtlar sunmaya odaklanmıştır (Patel, Bunachita, Agarwal, Lyon ve Patel, 2021).

2.1.7.1.2. Motivasyonel Görüşme

Motivasyonel görüşme, belirsizliği keşfedip çözerek değişime yönelik içsel motivasyonu artırmak için birey merkezli, yarı yönlendirici bir yöntemdir. Müdahale yaygın olarak kullanılmaktadır ve bu nedenle yardımcı olup olmadığını, zarar verip vermediğini veya etkisiz olup olmadığını öğrenmek önemlidir (Smedslund ve diğerleri, 2011). Motivasyonel görüşme (MI), çeşitli sağlık koşullarında davranış değişikliğini kolaylaştırmanın etkili bir yoludur (Bahafzallah, Hayden, Raffin Bouchal, Singh ve King-Shier,2020).

2.1.7.1.3. Grup Terapisi ve Farkındalık Tabanlı Nüks Önleme Tedavileri

Çoğu yatılı tedavi merkezleri ve yoğun ayakta tedavi programları, temel olarak grup terapilerine dayanmaktadır. Temelde iki nedeni esas almaktadır; bağımlılıktan muzdarip kişilerde grup terapilerinin daha etkili olduğu inancından ve aynı tedaviyi birden fazla kişiye aynı anda sunmanın daha ucuz olduğu için (Polak, Meyer, Neale ve Reiswever, 2020). Bu terapi yönteminin kullanım amacı, farkına vardırma, çözümlenme ve yeni davranış temellerini işlevsel süreç ile bağımlı bireylere oluşturmaktır (Çam ve Engin, 2014)

Artan farkındalık, düzenleme ve nüksün potansiyel çökeltilerinin toleransı yoluyla, dikkatlilik, nüks etme tetikleyicileri ile başa çıkma yeteneğini artırabilir ve önceki otomatik madde kullanım davranışı döngüsünü kesintiye uğratabilir. Bir gecikme durumunda, farkındalığın teşvik ettiği farkındalık ve kabul, nüks etme riskini artıran suçlama, suçluluk ve olumsuz düşüncenin tanınmasına ve en aza indirilmesine yardımcı olabilir. Yüksek riskli durumların belirlenmesi tedavinin merkezinde yer alır. Katılımcılar, nüks için erken uyarı işaretlerini tanımak, daha önce madde kullanımı ile ilişkili iç (yani duygusal ve bilişsel) ve dış (yani durumsal) ipuçlarının farkındalığını artırmak, etkili başa çıkma becerileri geliştirmek ve öz-yeterliliği artırmak için eğitilmiştir (Bowen ve diğerleri, 2009).

2.1.7.1.4. Acil Durum Yönetimi

Acil durum yönetimi, bağımlı hastalar için en etkili tedavilerden biridir, ancak sağlık hizmeti sağlayıcıları tarafından nadiren kullanılmaktadır. Sürekli olarak negatif ilaç testleri üreten hastaları ödüllendirmek için pozitif pekiştirme modelleri kullanmaya dayanır. Geliştirilmiş çeşitli Acil Durum Yönetimi modelleri varken, en yaygın olarak kullanılanlar kupon bazlı güçlendirme ve ödül bazlı teşviklerdir. Kupon temelli pekiştirme, daha önce bağımlı olan bir hastanın negatif bir ilaç testi ürettiği her seferinde, daha sonra yiyecek, mal veya hizmetler gibi somut bir ürün için kullanılacak bir kuponla ödüllendirildiği bir stratejidir (Patel, Bunachita, Agarwal, Lyon ve Patel, 2021).

2.1.7.2.Farmakolojik Tedavi

İlaç destekli tedaviler, madde kullanım bozuklukları tedavisine 'bütün-hasta' yaklaşımı sağlamak için kanıta dayalı psikososyal müdahale ile birlikte kullanılması olarak tanımlanmaktadır. Farmakoterapi araştırması, (1) aşermeyi ve uyuşturucu içme veya kullanma dürtüsünü azaltmak, (2) akut ve akut sonrası / uzun süreli yoksunluk semptomlarını azaltmak ve (3) dürtüsel veya durumsal alkol veya uyuşturucu kullanımını azaltmak için ilaçlar geliştirmeye odaklanmıştır (Hammond, 2016). Bağımlılık oluşum ve süreğenliğini sağlayan nörobiyolojik süreçlerin anlaşılmaya başlanması ile birlikte ilaç tedavi seçenekleri de artmaya başlamıştır (Uğurlu, Şengül C.B ve Şengül C., 2012). Tablo 2.4' te bağımlılık yapıcı maddelere yönelik farmakolojik tedavide kullanılacak ilaçlara yer verilmiştir (Hammond, 2016; Uğurlu, Şengül C.B ve Şengül C., 2012).

Tablo 2. 4 Madde Kullanım Bozukluğu Farmakolojik Tedavisinde Kullanılan İlaçlar

Alkol	Naltrekson (oral), Uzatılmış salımlı enjektörde edilebilir naltrekson (XR-naltrekson) (kas içi), Disulfiram, Akamprosat, Gabapentin ve topiramet dahil benzodiazepin olmayan antikonvülsanlar (NBAC'ler) Antidepresan ilaçlar (seçici serotonin geri alım inhibitörleri) Antipsikotik ilaçlar (ketiyapin)
Kenevir	N-asetilsistein Gabapentin
Opioid	Metadon, Buprenorfin, Buprenorfin-nalokson, Naltrekson (oral) ve XR-naltrekson. İbogain
Kokain	Aprepitant N-asetilsistein

(Hammond,2016; Uğurlu, Şengül C.B ve Şengül C., 2012).

2.1.8. Madde Kullanım Bozukluğu ve Relapse (Nüks, Depreşme)

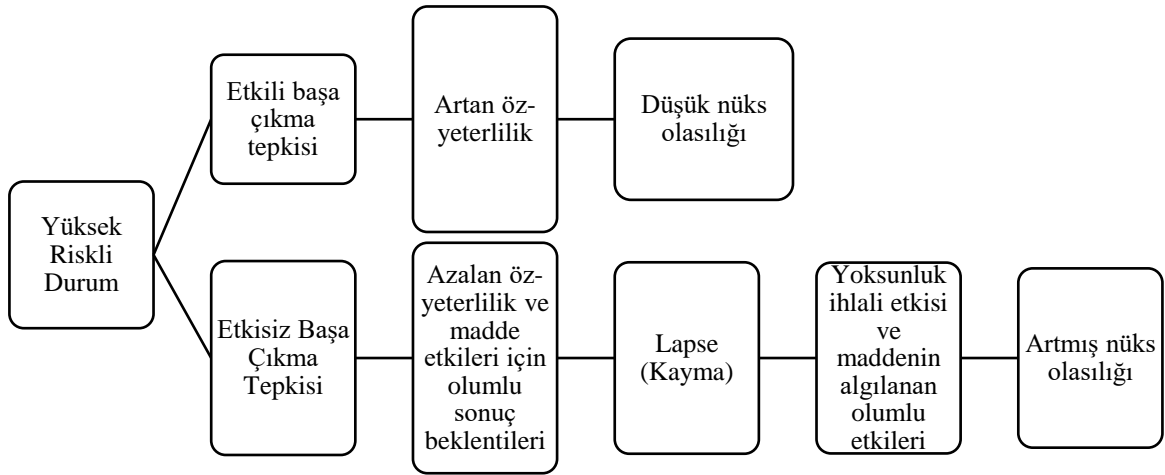
Madde kullanım bozukluğu yaşam boyu süren bağlı olunan maddeyi kullanma ve kullanmama dönemleri olarak seyreden bir bozukluk olup temelde remisyon ve relaps denilen iki ayrı süreçte izlenir. Depreşme literatürde farklı tanımlamalarla anlatılıp kayma (lapse) ise farklı bir durumu ifade etmekte kullanılmaktadır. Kayma tek bir olaya sınırlı olup daha önceki alışkanlığın tekrarlamasıdır, fakat depreşmeye neden olmaz. Depreşme ise algılanan kontrol kaybının süregelmesi ile alışkanlığın tekrar tekrar deneyimlenmesidir. Depreşmelerin daha çok istenmeyen emosyonel durumlar, bireylerle yaşanan çatışma ve stresli durumlar ile toplumsal baskının varlığında ortaya çıktığı bilinmektedir (Irvin, Bowers, Dunn ve Wang,1999).

Marlatt'ın 1996 yılında yaptığı bir çalışmada nüksü indükleyen durumların duygusal, çevresel ve kişilerarası özelliklerini kategorize etmiştir. Bu taksonomiye göre, nüks etme dönemlerinde çeşitli durumlar aşağıdaki gibi rol oynayabilmektedir:

- Kişilerarası yüksek riskli durumlar olarak da adlandırılan öfke, kaygı, depresyon, hayal kırıklığı ve sıkıntı gibi olumsuz duygusal durumlar,
- Başka bir kişiyi veya bir grup insanı (yani kişilerarası yüksek riskli durumlar), özellikle kişilerarası çatışmayı (örneğin, bir aile üyesiyle yapılan bir tartışma) içeren durumlar,
- Hem doğrudan sözlü hem de sözsüz ikna ve dolaylı baskı (örneğin, içen diğer insanların etrafında olmak) dâhil olmak üzere sosyal baskı,
- Olumlu duygusal durumlar (örneğin kutlamalar) ve spesifik olmayan istek (Marlatt, 1996).

Bir kişinin yüksek riskli bir durumda başa çıkma davranışı, olası sonucun özellikle kritik bir belirleyicisidir. Dolayısıyla, etkili başa çıkma stratejileri uygulayabilen bir kişinin (örneğin, durumdan ayrılma gibi davranışsal bir strateji veya pozitif kendi kendine konuşma gibi bir bilişsel strateji), bu becerilere sahip olmayan bir kişiye kıyasla nüks etme olasılığı daha düşüktür. Dahası, yüksek riskli durumlarla başarılı bir şekilde başa çıkmış olan kişilerin daha yüksek bir öz-yeterlik duygusu yaşadıkları varsayılmaktadır (Larimer, Palmer ve Marlatt, 1999).

Şekil 2. 1. Nüks Sürecinin Bilişsel- Davranışçı Modeli



(Larimer, Palmer ve Marlatt, 1999)

Yüksek riskli durumlar ve bu durumlara verilen tepki merkezi bir roledir. Etkili başa çıkma tepkileri olan bireyler, artan öz-yeterlilikleri dolayısıyla nüks olasılığını azaltabilmektedirler. Tersine, etkisiz başa çıkma tepkileri olan bireyler, madde kullanımının olumlu bir etkiye sahip olacağı beklentisiyle birlikte, başlangıçta bir hata ile sonuçlanabilecek, azalmış öz yeterlilik yaşayacaktır. Bu eksiklik, suçluluk ve başarısızlık duygularına neden olabilmektedir. Pozitif sonuç beklentileriyle birlikte yoksunluk ihlali etkisi, nüks olasılığını artırabilmektedir (Marlatt ve Gordon, 1985).

Savaşan ve ark.nın (2013) taburcu olan bağımlı hastaların nüks durumlarını incelediği çalışmada, tedaviden sonraki ilk altı içinde %55, ilk bir sene içerisinde ise %81 oranında nüks yaşandığını saptamıştır. Nüks nedenleri arasında ailevi problemler ve kişilerarası çatışmalar, ekonomik sorunlar ve arkadaş çevresinin önemli bir yüzdeliğe (%68.7) sahip olduğu bulunmuştur (Savaşan, Engin ve Ayakdaş, 2013). Akbaş ve Mutlu (2016) ile Danışmaz Sevin ve Erbay'ın (2019) yaptıkları nitel çalışmalarda ise bireyler nüks nedenleri olarak şunları ifade etmiştir: Kendine mantıklı bahaneler sunma, aşırma yaşama, etkisiz baş etme, olumsuz tecrübeler, madde kullanılan ortamda bulunma, sebepsiz yeniden maddeye başlama, yoksunluk belirtilerinden kurtulma isteği, çevre tarafından uğradıkları stigma ve dışlanma (Akbaş ve Mutlu,2016; Danışmaz Sevin ve Erbay, 2019). Katılımcıların büyük bir çoğunluğu tedavinin tamamlanması ardından ilk üç ay içinde tekrar madde kullandıklarını ifade etmiştir (Danışmaz Sevin ve Erbay, 2019). Ortak bir ifade olarak nüksten sonra alınan madde miktarının arttığı belirtilmiştir (Akbaş ve Mutlu,2016).

2.1.9. Madde Kullanım Bozukluğu Tedavisinde Psikiyatri Hemşiresinin Rolü

Özünde insana ve onun yaşamına dokunmanın yattığı hemşirelik mesleği, bireyin biyopsikososyal açıdan iyilik halinin sağlanması veya sürdürülmesinde bireye yardımcı olur. Hemşirelik bakımı, doğası gereği hemşire ve hasta arasındaki ilişki ve etkileşimlere dayanmaktadır (Doğan, 2013; Aydın ve Hiçdurmaz, 2016). Psikiyatri hemşireliği, üstlendiği roller ve iletişim temelli bakımın daha fazla önemli olduğu terapötik bir ortam sağlamayı içeren sorumluluklar çerçevesinde genel klinik hemşireliğinden farklıdır (Şimşek Arslan ve Buldukoğlu, 2021). Ruh sağlığı ve psikiyatri hemşireliği, bireylerin davranış mekanizmasını anlamayı amaçlayan, kişinin kendi ile ilgilenmesini kapsayan, hemşirelik rollerinin kullanımını sağlayan, ruh sağlığı bozukluğu olan bireylerin değerlendirilmesi ve tedavisine odaklanan, kişiler arası süreci içeren dinamik bir alandır (Varcarolis ve Halter, 2009; Gürhan, 2016; Varcarolis, 2013; Çam ve Engin, 2014).

Madde bağımlılığıyla mücadele toplumların birincil sorunları arasında öne çıkmaktadır. Madde kullanımı ve bağımlılığıyla başa çıkabilmek için ülkenin kaynaklarının etkin bir biçimde kullanılması, ilgili kurum ve kuruluşların koordineli bir şekilde hareket etmesi gerekmektedir. Bu mücadele çok yönlü olarak ele alınmalı ve bağımlılıkla mücadele ilgili disiplinlerin birlikte çalışarak koruyucu, önleyici ve rehabilite edici biçimde çalışmaları sağlanmalıdır (Albayrak ve Balcı, 2014). Madde kullanım bozukluğu olan hastaların; bireye özgü olarak planlanan tedavi sürecinde, güvenilir terapötik ilişkinin kurmasında, özerkliklerinin kazanılmasında, eşlik eden diğer psikiyatrik tanılarının saptanmasında ve öz kıyım riskinin değerlendirilmesinde hemşireler rol almaktadır (Gürhan, 2016).

Ruh sağlığı hemşiresi, bağımlılık için riskli faktörlerinin biyopsikososyal yönden belirlenmesi, madde kullanım bozukluğu olan bireylerin holistik (bütüncül) bakış açısı ile değerlendirilmesi, bakımının sürdürülmesi ve nüksün önlenmesinde sağlık profesyonelleri içinde önemli bir yere sahiptir (Şimşek, 2010). Alkol ve Madde Bağımlılığıyla mücadelede yetkin ve donanımlı sağlık personellerine ihtiyaç duyulmaktadır. Türkiye’de 19 Nisan 2011 yılında Hemşirelik Yönetmeliği’ne Ruh Sağlığı ve Hemşireliğinin alt disiplini olarak Alkol ve Madde Bağımlılığı Hemşireliği eklenmiştir. Nitekim Alkol ve Madde Bağımlılığı Hemşiresi genel görev ve sorumluluklarının yanı sıra birçok yeni yetki ve sorumluluklarla donatılmıştır. Bağımlılıktan kurtulmak veya yoksunluk tedavisi için kliniğe başvuran hastalar ile bu hastaların yakınlarının fiziksel ve biyopsikososyal tanınmasına yardımcı olur. Çünkü hastanın önceki tedavi durumu, yasal sorunlar, danışanın ve aile üyelerinin durumu algılamaları, duygusal tepkileri, baş etme davranışları ve bağımlılığın aile üzerindeki

etkilerin incelenerek kayıt altına alınması önem arz etmektedir. Toplanan veriler doğrultusunda hemşirelik tanısının konması gereklidir. Kliniğe bağımlılık yapıcı madde girişine yönelik önleyici tedbirler alınmalı, hastaneye yatışı yapılan bireylerin sorunlarını ifade etmeleri konusunda desteklemelidir. Birey ve aile arasındaki iletişimi güçlendirmeye yönelik girişimler ve hizmet verecek diğer personellerin bağımlılık konusundaki gelişimine yönelik eğitimler planlanmalıdır. Ruh sağlığını korumaya yönelik danışmanlık rolünü üstlenmelidir. Bireylerin özyeterliliklerini artıracak aktivitelere katılımını sağlamalıdır (<https://www.saglik.gov.tr/TR,10526/hemsirelik-yonetmeliginde-degisiklik-yapilmasina-dair-yonetmelik.html>).

Özyeterliliği arttıracak aktiviteler psikososyal müdahalelerdir. Bu müdahaleler kognitif süreci geliştirmeye yöneliktir. Bilişsel davranışçı terapi, grup terapisi ve motivasyonel görüşme yöntemleri gibi birçok müdahale bulunmaktadır. Bunlarla kişilerin öz yönetim, iletişim ve kişilerarası sorun çözme becerileri geliştirilerek benlik saygıları arttırılmaya çalışılmaktadır. Yapılacak bu müdahaleler özelliklidir ve eğitim almış ruh sağlığı çalışanları tarafından yapılmalıdır (Adams ve diğerleri, 2000; Bademli ve Çetinkaya Duman, 2011).

2.1.10. Madde Kullanım Bozukluğu Tedavisinde Bağımlılık Profili ve Genel

Özyeterliliğin Rolü

2.1.10.1. Bağımlılık Profili

Bağımlılık uzun süreli olan ve nükslerle devam eden bir hastalıktır. Madde kullanım bozukluğu olan hastaların tedavi planı yapılırken bu faktörler göz önünde bulundurulmalıdır. Literatüre bakıldığında bağımlılık tanı kriterlerini karşılama durumu, madde kullanım özellikleri, kullanım süresi ve sıklığı, bırakma teşebbüsleri, maddenin sosyo-ekonomik işlevlere olan etkisi ve madde kullanımına duyulan isteğin artışı gibi parametrelerin her biri bağımlılık şiddetinin göstergesidir ve bu şiddetin yüksekliği tedavide öncelikli alanların belirlenmesinde önem arz etmektedir (Dennis ve Scott, 2007; LeBlanc, Maidment ve Ostlund, 2014; Ekinci, Kural ve Yalçınay, 2016; Ögel, Karadağ, Evren ve Gürol, 2012).

Güvenç Bahadır ve Karaca'nın (2021) denetimli serbestlik tedbiri konulan madde kullanıcı üzerine yapmış olduğu çalışmada yaş ortalaması 28.93 olarak bulunmuştur. Kullanıcılarının %88.8'inin ailesinde madde kullanımının olmadığı, %52.8'inin madde kullanımı sonrası mental sağlık sorunları yaşadığı belirlenmiştir. Maddeye başlama nedenlerini büyük ölçüde

ortam (%40.3) ve sorunlar (%20.0) olduğunu belirtmiştir. Madde kullanıcılarının yarısında bağımlılık şiddetinin düşük olduğu saptanmıştır (Güvenç Bahadır ve Karaca, 2021).

2.1.10.2. Öz-yeterlilik

Albert Bandura 1977 yılında öz-yeterlilik kavramını ‘Bilişsel Davranış Değişimi’ kapsamında ileri sürmüştür. Sosyal bilişsel teori, öz-yeterliği algılayan veya istenen sonuçları elde etmek için zor durumlarla başarılı bir şekilde başa çıkma becerisinin davranışsal değişimin en yakın öngörücüsü olduğunu varsayar (Bandura, 1977, 1998). Genel öz-yeterlilik tarihsel olarak evrensel sağlık etkilerine sahip olduğu varsayılmaktadır. Genel öz-yeterlilik, ustalık ve iç kontrol odağı gibi kontrol inançlarının sağlık durumunu sürdürmek için önemli etkileri vardır. Kişinin çevredeki yaşam koşulları ve sonuçları üzerinde etkileme becerisine ilişkin öznel beklentiler olarak tanımlanan genel öz-yeterlilik, insanların stresle başa çıkmada kendilerini nasıl değerlendirdiklerini yansıtan kontrol inançlarından biridir. Bireylerin strese maruz kalma zamanlarında nasıl tepki vereceğini etkiler (Assari, 2017).

Ruh sağlığı alanında yapılan araştırmalar öz-yeterlilik algısının yüksekliği durumunda ruhsal iyilik durumunun da yüksek olduğu ve tedavi sonrası psikososyal uyumunun arttığı saptanmıştır (Magaletta ve Oliver, 1999; Cutler, 2005). Alkol ve esrar bağımlılığı olan bireylerde öz-yeterlilik algısının yüksek oluşu süreci belirleyen en önemli etkenlerden biridir (Hasking ve Oei, 2007; Lozano, Stephens ve Roffman, 2006). Bir bireyin yüksek riskli durumlarda madde kullanmayı reddetme konusundaki öz-yeterliliğinin, tekrarlama olasılığını en aza indirdiğine inanılmaktadır (Kenney, Bailey, Anderson ve Stein, 2017).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Türü

Bu çalışma tanımlayıcı ve ilişki arayıcı araştırma türünde yapılmıştır.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman

Araştırma İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Alkol Madde Bağımlılığı Tedavi ve Eğitim Merkezine (AMATEM) başvurup alkol/ madde bağımlılığı tanısı alan ayaktan tedavisi süren hastalarla yürütüldü. Araştırma Aralık 2020-Mayıs 2021 tarihleri arasında yapıldı.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Alkol Madde Araştırma Tedavi Merkezinde gerekli kriterleri sağlayan alkol ve madde bağımlılığı bulunan ayaktan tedavisi süren hastalardan oluşturmaktadır. Literatürdeki çalışmalar incelenmiş ve bu doğrultuda güç analizi yapılmıştır (Kaplanhan,2015., Bahadır, 2019). “Madde Kullanım Bozukluğu Tedavisi Gören Hastaların Bağımlılık Profili Ve Genel Özyeterlilikleri Arasındaki İlişki” başlığı altında incelenen parametrelerin ortalamalarında orta düzeyde etki büyüklüğünün (effect size= 0.3) fark kabul edilmesi öngörülerek alfa anlamlılık seviyesi 0,05 %95 G*Power Version 3.1.9.2 programı ile örneklem büyüklüğü toplam 147 hasta olarak hesaplanmıştır. Veri toplama aşamasında 190 hastaya ulaşılmış olup veri toplama araçlarındaki eksiklerden dolayı araştırmaya dâhil edilen örneklem sayısı 170'tir.

İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi AMATEM birimi 18 yaş ve üstü madde kullanım bozukluğu ve kumar oynama bozukluğu tanısı almış, tedavi olmak isteyen bireylerin başvurduğu bir merkezdir. Poliklinik ve klinik olarak hizmet vermektedir. AMATEM polikliniği hafta içi 08.30-16.30 saatleri arasında hizmet vermektedir. Poliklinikte üç uzman hekim, bir pratisyen hekim, 4 psikolog bir hemşire, bir sekreter, bir memur, bir sağlık personeli ve iki güvenlik personeli görev almaktadır. AMATEM kliniği 13 yataklı rehabilitasyon bölümü ve 14 yataklı detoksifikasyon odası olup, toplam 26 hasta kapasitelidir. Detoksifikasyon bölümünde bulunan yatakların 4'ü yakın gözlem gerektiren hastaların yatırıldığı yoğun bakım odasında bulunmaktadır.

Araştırmaya Alınma Kriterleri

- ✓ Okuma yazma biliyor olmak
- ✓ 18-65 yaş grubunda olmak,
- ✓ DSM-V'te yer alan tanı kriterlerine göre madde ve alkol kullanım bozukluğu tanısı ile ayaktan tedavi alıyor olmak,
- ✓ Görüşmeyi sürdürmeye ve anketleri doldurmaya engel olacak bilişsel ve iletişim engeli olmamak,
- ✓ Çalışmaya katılım için gönüllü olmak
- ✓ Madde bağımlılığı tanısı dışında bir psikiyatrik tanı almamak.

Araştırmada Dışlama Kriterleri

- ✓ Okuma yazma bilmiyor olmak
- ✓ Çalışmaya katılmayı kabul etmemek,
- ✓ Görüşmeyi sürdürmeye ve anketleri doldurmaya engel olacak bilişsel ve iletişim engeli olmak,
- ✓ Veri toplama sırasında çalışmayı yarım bırakma veya eksik veri doldurmak,
- ✓ Madde bağımlılığı tanısı dışında bir psikiyatrik tanı almak.

3.4. Verilerin Toplanması

Verilerin toplanmasında Kişisel Veri Formu, BAPİ ve GÖY ölçeği kullanılmıştır. Gönüllülük esasıyla hastaların katılmış olduğu araştırma verilerinin doldurulması ortalama 15-20 dakika olarak sürmüştür. Veriler araştırmacı gözleminde poliklinik bekleme odasında bireysel olarak ve hastaların istediği vakit araştırmacıya sorularını yöneltebileceği şekilde doldurulmuştur.

3.4.1. Veri Toplama Araçları

Verilerin toplanmasında, araştırmacı tarafından geliştirilen Kişisel Veri Formu (Ek-2) ile Bağımlılık Profili İndeksi (BAPİ) Ölçeği (Ek-4) ve Genel Öz-yeterlilik Ölçeği (Ek-3) uygulanmıştır.

- **Kişisel Veri Formu (Ek-2):** Literatürdeki örnek çalışmalardan taranarak oluşturulan hastaların sosyo-demografik (yaşı, eğitim durumu, medeni durumu, gelir durumu, yaşadığı

yer ve kimlerle yaşadığı) ve madde kullanımına özgü (başlama yaşı, başladığı madde, başlama ortamı, aile öyküsü, tedavi bilgileri ve kaç kez tedavi gördüğü) durumlarını belirlemeye yönelik 23 soru yer almaktadır (Ögel ve arkadaşları, 2004; Turkcan, 2018).

- **Bağımlılık Profili İndeksi (BAPİ) Ölçeği (Ek-4):** Bağımlılık Profili İndeksi (BAPİ), 2012 yılında Ögel ve arkadaşları tarafından madde kullanım özelliklerini, bağımlılık tanısını, madde kullanımının kişinin yaşamına etkisini, özlemine (craving) ve maddeyi bırakma motivasyonunu değerlendiren 37 madde ve 5 alt ölçekten oluşmaktadır. Uygulayıcı ve öz bildirim şeklinde iki formu bulunmaktadır. Bu formların soru içeriği aynıdır fakat keskin değerlendirme yapabilmek amacıyla öz bildirim formu beşli, uygulayıcı form ise üçlü likert cevaplandırma sistemi ile oluşturulmuştur. Bu araştırmada bireylere öz bildirim formu uygulanmıştır. Bağımlılığın farklı alt boyutlarını ele almak için kullanılan ölçekler ve soru sayısı Tablo 3.1’de gösterilmiştir (Ögel ve diğerleri, 2012).

Tablo 3. 1. Bağımlılığın Alt Boyutları

Alt Ölçek Adı	Soru Sayısı	Cevaplandırma Sistemi
Kişinin madde kullanım özellikleri (kullanılan maddeler ve kullanım sıklıkları)	12	“Hiç”, “Sadece 1-2 kez”, “ Ayda 1-3 kere”, “Haftada 1-5 kez”, “Hemen hemen her gün”
Bağımlılık tanı ölçütleri	8	“Hiçbir zaman”, “Nadiren”, “Bazen”, “Çoğu zaman”, “Neredeyse her zaman”
Madde kullanmanın kişinin yaşamına etkisi	10	“Hiçbir zaman”, “Nadiren”, “Bazen”, “Çoğu zaman”, “Neredeyse her zaman”
Madde kullanma için şiddetli istek (craving)	4	“Hiçbir zaman”, “Nadiren”, “Bazen”, “Çoğu zaman”, “Neredeyse her zaman”
Madde kullanmayı bırakma motivasyonu	3	“Hiçbir zaman”, “Nadiren”, “Bazen”, “Çoğu zaman”, “Neredeyse her zaman”

(Ögel ve diğerleri, 2012)

BAPİ’nin klinik anlamda önemli bir ölçek olmasının temel nedeni bağımlılık şiddetini alt ölçekler ile belirlemesidir. Yani BAPİ toplam puanı bağımlılık şiddetini belirtmektedir. Formülize edilmiş hali aşağıda gösterilmiştir.

“Madde kullanım özellikleri alt ölçeği puanı /2 + Bağımlılık tanı ölçütleri alt ölçeği puanı /6 + Madde kullanımının kişinin yaşamına etkisi alt ölçeği puanı /10 + Şiddetli madde kullanma isteği alt ölçeği puanı /4 + Maddeyi kullanımını bırakma motivasyonu alt ölçeği puanı/3” (Ögel ve diğerleri, 2012).

Bulanan BAPİ toplam puan en yüksek 20 en düşük 0 arasında hesaplanmaktadır. Puan arttıkça bağımlılık şiddetinin arttığı görülmektedir. Puan aralıkları üç ayrı bağımlılık şiddetini kategorize etmektedir.

“Düşük bağımlılık şiddeti 12 puan altı

Orta bağımlılık şiddeti 12- 14 puan arası

Yüksek bağımlılık şiddeti 14 puan üstü” (Ögel ve diğerleri, 2012).

- Genel Öz-yeterlilik (GÖY) Ölçeği (Ek-3): Türkçe geçerlilik ve güvenilirliği 2010 yılında Yıldırım ve İlhan tarafından yapılan Genel Öz-yeterlilik ölçeğinin özgün (23 maddeden oluşan) formu, Sherer ve arkadaşları (1982) tarafından geliştirilmiştir. Yıldırım ve İlhan’ın yaptığı araştırma sonrası ölçekteki soru sayısı 17 olarak revize edilmiştir.

“Cevaplandırma sistemi olarak “Sizi ne kadar tanımlıyor?” sorusuna beş dereceli olarak “hiç” ve “çok iyi” yanıtları arasında değişen yanıtların verilebildiği likert formatındaki hali kullanılmıştır. Her sorunun puanı 1-5 arasında değişmektedir. Ölçekteki 2, 4, 5, 6, 7, 10, 11, 12, 14, 16 ve 17. maddeler ters puanlanmaktadır” (Yıldırım ve İlhan, 2010).

Bu şekilde hesaplanması ölçekten alınacak puanın en az 17, en fazla 85 olduğunu göstermektedir. Bireylerin aldığı puanlar ne kadar yüksek ise GÖY inancının arttığı belirtilmiştir (Yıldırım ve İlhan, 2010).

3.5. Araştırmanın Değişkenleri

Bağımlı Değişkenleri: Bireylerin bağımlılık profili ölçeği puan ortalamaları ve genel öz-yeterlilik ölçeği puan ortalamalarıdır.

Bağımsız Değişkenleri: Bireylerin sosyo-demografik özellikleri ve sağlık durumuna ilişkin verileridir.

3.6. Verilerin Değerlendirilmesi

Verilerin istatistiksel analizinde SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) 23.0 paket programı kullanılmıştır. Kategorik ölçümler sayı ve yüzde olarak, sürekli ölçümler ortalama ve standart sapma (gerekli yerlerde ortanca ve minimum -maksimum) olarak özetlenmiştir. Çalışmada yer alan parametrelerin normal dağılım gösterip göstermediğini belirlemede Shapiro-Wilk testi kullanılmıştır. Normal dağılım göstermeyen parametrelerde ikili grup analizlerinde ise Mann Whitney u testi; ikiden fazla grup analizlerinde ise Kruskal Wallis testleri kullanılmıştır. İki'den fazla gruplar arasındaki farklılığı belirlemede Post Hoc testlerinden Tukey ve Tamhane's T2 testlerine başvurulmuştur. Ölçek skorları arasındaki ilişkiyi belirlemede Spearman korelasyon testi kullanılmıştır. GÖY ve BAPİ skorlarına etki eden faktörlerin belirlenmesinde çoklu lineer regresyon modeline başvurulmuştur. Tüm testlerde istatistiksel önemlilik düzeyi 0.05 olarak alınmıştır.

3.7. Araştırmanın Sınırlılıkları ve Genellenebilirliği

Araştırmanın bir hastanede yapılmış olması araştırmanın sınırlılıklarıdır. Araştırma, bu çalışmaya katılım sağlayan hastalar kapsamında genellenebilir.

3.8. Araştırmada Etik Kurallar

Araştırmanın yapılabilmesi için SANKO Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu'ndan etik kurul onayı (protokol no: 2020/10 tarih: 24.07.2020, Ek-7) ve çalışmanın yapıldığı İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim Ve Araştırma Hastanesi'nin bağlı olduğu İl Sağlık Müdürlüğü'nden yazılı izin (Ek-8) alınmıştır. Araştırmaya katılmayı kabul eden bireylere araştırmanın amacını ve gönüllülük esasını belirten Birey Onam Formu (Ek-1) imzalatılmıştır. Araştırmaya katılıp katılmama konusunda ve araştırmaya katıldıktan sonra araştırmadan ayrılma konusunda özgür oldukları ifade edilerek "Özerkliğe saygı" ilkesi araştırmaya katılan hastalara bilgilerinin gizli tutulacağı ifade edilerek "Gizlilik ve Gizliliğin Korunması" ilkesi sağlanmıştır.

4. BULGULAR

Araştırmanın uygulandığı AMATEM'e başvurup alkol/madde bağımlılığı tanısı alan ayaktan tedavisi süren 170 hasta üzerine yapılan çalışmada; hastaların % 86,5'inin (n= 147) erkek olduğu gözlenirken, yaş ortalamaları 30.5 yıl; yaş grupları ise hastaların % 31,8'inde (n= 54) 18 ila 25, % 47,6'sında (n= 81) 26 ila 35 yaş, % 20,6'sında (n= 35) ise 36 yaş ve üzeri olduğu gözlemlendi. Eğitim durumu değişkeni incelendiğinde hastaların 31 (% 18,2)'inin ilkokul ve altı mezuniyete sahip oldukları gözlenirken; 64 (% 37)'ünün ortaokul, 62 (% 36,5)'sinin lise, 13 (% 7,5)'ünün ise lisans mezunu oldukları belirlendi. Hastaların 56 (% 32,9)'sının evli olduğu gözlenirken, çocuk varlığı hastalardan 60 (% 35,3)'ünde tespit edildi.

Yaşanılan yer değişkeni açısından hastaların 150 (% 88,2)'sinin şehirde yaşadıkları belirlenirken, 20 (% 11,8) hastanın ilçe/kasaba/köy gruplarında yaşamlarını sürdürdükleri saptandı.

Hastaların büyük çoğunluğu anne ve babası ile yaşarken (% 45,3), eş ve çocukları ile yaşayan (% 26,5), eş, çocuk ve anne-baba ile birlikte yaşayan (% 5,9), yalnız yaşayan (% 15,9), diğer şekilde yaşamlarını sürdüren ise (% 6,5) hasta olduğu gözlemlendi.

Tablo 4. 1. Hastaların Demografik Özelliklerinin Dağılımı

	Frekans (n)	Yüzde (%)
Yaş grubu		
18-25 yaş arası	54	31,8
26-35 yaş arası	81	47,6
36 yaş ve üzeri	35	20,6
Cinsiyet		
Kadın	23	13,5
Erkek	147	86,5
Eğitim durumu		
İlkokul ve altı	31	18,2
Ortaokul	64	37,6
Lise	62	36,5
Lisans	13	7,5
Medeni durum		
Evli	56	32,9
Bekar	103	60,6
Boşanmış/Dul/Ayrı yaşıyor	11	6,5
Çocuk varlığı		
Evet	60	35,3
Hayır	110	64,7

Tablo 4.1.'in devamı

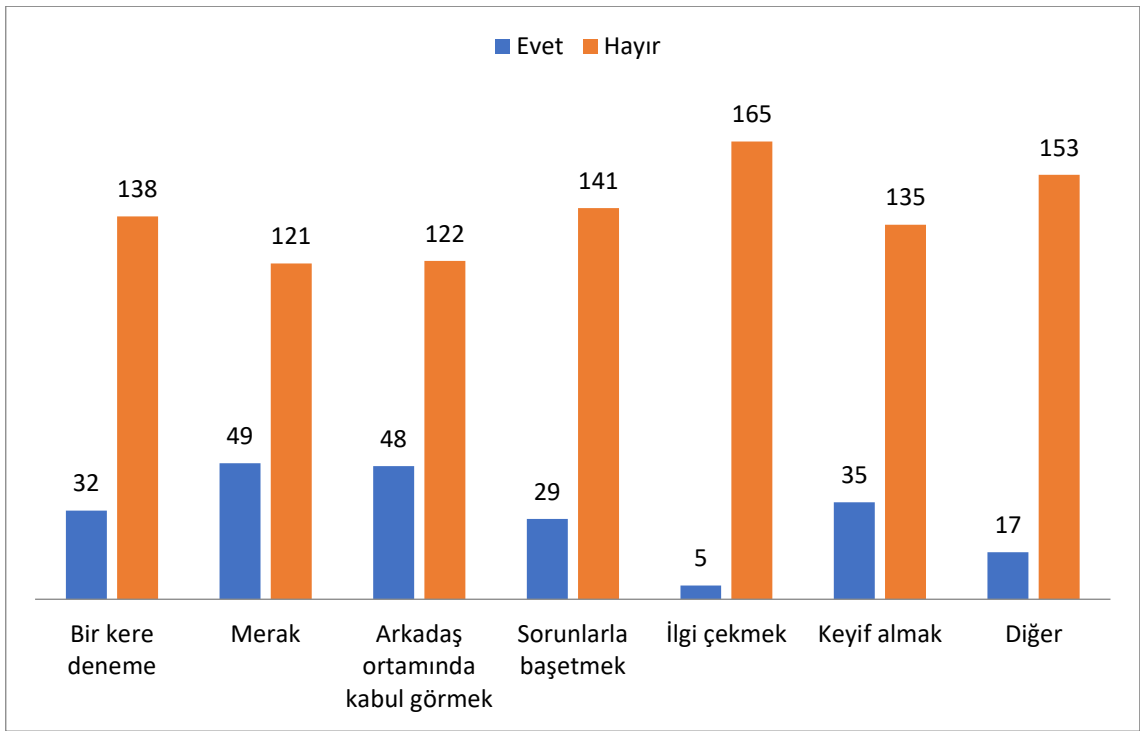
Gelir durumu		
İyi	22	12,9
Orta	101	59,4
Kötü	47	27,6
Yaşanılan yer		
Şehir	150	88,2
İlçe/kasaba/köy	20	11,8
Kiminle yaşıyorsunuz		
Anne-baba	77	45,3
Eş ve çocuklar	45	26,5
Eş, çocuk ve anne-baba	10	5,9
Yalnız	27	15,9
Diğer	11	6,5
	Ort±ss	Med (Min-Maks)
Yaş	30,5±8,8	28 (19-62)

Çalışmada yer alan hastaların maddeye başlama yaşları ortalama 17.4 yıl olduğu gözlenirken; hastaların çoğunluğunun alkol (% 41,8) ve esrar (% 42,4) kullandıkları; eroin % 11,2'sinde, ecstasy % 1,8'sinde, uçucu maddeler (tiner, bali, gaz) % 2,4'ünde, amfetamin türevi (metamfetamin vb) ise % 0,6'sında kullanıldığı saptandı.

Tablo 4. 2. Hastaların Kullandıkları Madde İle Maddeye Başlama Yaşlarına İlişkin Bulguların Dağılımı

	Frekans (n)	Yüzde (%)
İlk kullanılan madde		
Alkol	71	41,8
Esrar	72	42,4
Eroin	19	11,2
Ecstasy	3	1,8
Uçucu maddeler (tiner, bali, gaz)	4	2,4
Amfetamin türevi (metamfetamin vb.)	1	0,6
	Ort±ss	Med (Min-Maks)
Maddeye başlama yaşı	17,4±4,6	16 (10-40)

Çalışmada yer alan hastaların maddeye başlama nedenleri Şekil 4.2.'de özetlenmiştir. Şekil 1'de yer alan bulgulara göre hastaların % 18,8 (n= 32)'inin bir kere deneme; % 28,8 (n= 49)'inin merak; % 28,2 (n= 48)'sinin arkadaş ortamında kabul görmek; % 17,1 (n= 29)'inin sorunlarla başetmek; % 2,9 (n= 5)'unun ilgi çekmek; % 20,6 (n= 35)'sının keyif almak; % 10,0 (n= 17)'unun ise diğer nedenlerden dolayı maddeye başladıkları saptandı.



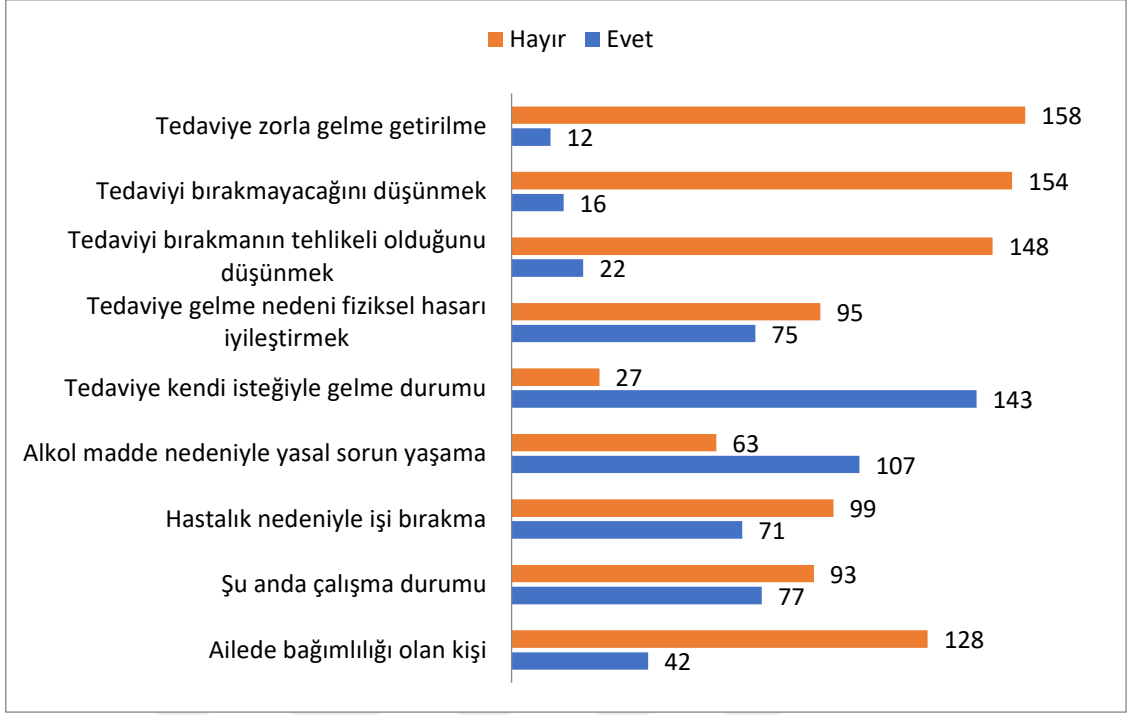
Şekil 4. 1. Hastaların Maddeye Başlama Nedenlerinin Dağılımı

Maddeye başlama ortamı hastaların 68 (% 40)'inde okul dışı arkadaştan öğrenildiği; 14 (% 8,2)'ünde aileden öğrenildiği; 23 (% 13,5)'ünde okul arkadaşından öğrenildiği; 65 (% 38,2)'inde ise diğer ortamlar (eğlence, kutlama vs.) şeklinde olduğu belirlendi.

Tablo 4. 3. Hastaların Maddeye Başlama Ortamlarının Dağılımı

Maddeye başlama ortamı	Frekans (n)	Yüzde (%)
Okul dışı arkadaştan öğrenme	68	40,0
Diğer (eğlence, kutlama vs.)	65	38,3
Okul arkadaşlarından öğrenme	23	13,5
Aileden öğrenme	14	8,2

Hastaların tedaviye bakışları Şekil 4.3'te incelenmiştir. Yapılan incelemeye göre hastaların 42 (% 24,7)'sinin ailesinde bağımlılığı olan kişinin gözlendiği; 77 (% 45,3)'sinin şu anda çalıştıkları; 71 (% 41,8)'inin hastalık nedeniyle işlerini bıraktıkları; 107 (% 62,9)'sinin alkol madde nedeniyle yasal sorun yaşadıkları; 143 (% 84,1)'ünün tedaviye kendi isteğiyle geldikleri; 75 (% 44,1)'inin tedaviye gelme nedenin fiziksel hasarı iyileştirmek olduğu; 22 (% 12,9)'sinin tedaviyi bırakmanın tehlikeli olduğunu düşündüğü; 16 (% 9,4)'sının tedaviyi bırakmayacağını düşündüğü; 12 (% 7,1)'sinin tedaviye zorla gelme getirildiği saptandı.



Şekil 4. 2. Hastaların Tedaviden Beklentilerine Ait Bulguların Dağılımı

Hastaların tedaviden beklentilerine ilişkin bulguları Tablo 4.4.'de incelenmiştir. Yapılan incelemeye göre hastaların tedaviden beklentileri; 126 (%74.1) hastada bir daha içilmemesi; 63 (%37.1) hastada aldığı maddenin azalması; 42 (%24.7) hastada psikolojik sorunların iyileşmesi; 29 (%17.1) hastada sosyal ilişkilerin düzelmesi; 26 (%15.3) hastada kontrollü içmeyi öğrenmek; 12 (%7.1) hastada fiziksel sorunların iyileşmesi şeklinde olduğu belirlendi.

Tablo 4. 4. Hastaların tedaviden beklentilerine ilişkin bulguların incelenmesi

Tedaviden beklentilerine ilişkin bulgular		
Aldığı maddeyi azaltmak		
Evet	63	37,1
Hayır	107	62,9
Bir daha içmemek		
Evet	126	74,1
Hayır	44	25,9
Kontrollü içmeyi öğrenmek		
Evet	26	15,3
Hayır	144	84,7
Fiziksel sorunları iyileştirmek		
Evet	12	7,1
Hayır	158	92,9
Psikolojik sorunları iyileştirmek		
Evet	42	24,7
Hayır	128	75,3
Sosyal ilişkileri düzenlemek		
Evet	29	17,1
Hayır	141	82,9

Tablo 4.5.'de Hastaların tedavi sürecine ilişkin bulguları özetlenmiştir. Kontrole düzenli gelme durumu 146 (% 85,9) ve tedaviyi düzenli kullanma 139 (% 81,8) hasta olduğu tespit edildi. Bir yılda ayaktan tedaviye başvuru sayısı hastaların 101 (% 59,4)'inde 1-2 kez, 30 (% 17,6)'unda 3-4 kez, 39 (% 22,9)'unda ise 5 ve üzeri şeklinde olduğu belirlendi. Hastaların daha önce psikiyatrik/ psikolojik tedavi görme düzeyi ise hastaların % 50,6 (n= 86)'sında tespit edildi.

Tablo 4. 5. Hastaların Tedavi Sürecine İlişkin Bulguların Dağılımı

Tedaviyi düzenli kullanma durumu		
Kullanıyorum	139	81,8
Kullanmıyorum	31	18,2
Kontrole düzenli gelme durumu		
Geliyor	146	85,9
Gelmiyor	24	14,1
Bir yılda ayaktan tedaviye başvuru sayısı		
1-2 kez	101	59,4
3-4 kez	30	17,6
5 ve üzeri	39	22,9
Daha önce psikiyatrik psikolojik tedavi görme		
Evet	86	50,6
Hayır	84	49,4

Tablo 4. 6’da çalışmada kullanılan GÖY, BAPİ toplam ölçek skorları ve BAPİ alt ölçek skorlarının ortalama, standart sapma, ortanca, minimum, maksimum ve cronbach alpha güvenilirlik katsayı değerleri incelendi. Cronbach alfa güvenilirlik katsayı değeri ile ilgili yapılan bir çalışmada Cronbach’ın alfa güvenilirlik katsayı aralıkları; $0.0 < \alpha < 0.4$ aralığında ‘ölçek güvenilir değildir’, $0,41 < \alpha < 0,6$ aralığında ‘ölçek düşük güvenilirliktedir’, $0,61 < \alpha < 0,8$ aralığında ‘ölçek orta güvenilirliktedir’, $0,81 < \alpha < 1,00$ aralığında ise ‘ölçek yüksek güvenilirliktedir’ şeklinde bildirilmiştir (Kılıç, 2016). Bu kapsamda yapılan çalışmada kullanılan ölçek skorlarının cronbach alfa güvenilirlik katsayı değerlerine bakıldığında; GÖY ($\alpha=0,798$) toplam ölçek skorunun orta güvenilirlikte olduğu gözlenirken, BAPİ toplam ölçek skorunun ($\alpha=0.933$) yüksek güvenilirlikte olduğu tespit edildi. Ölçek skorları ile ilgili yapılan normallik test bulguları incelendiğinde; araştırmada kullanılan ölçek skorlarının normal dağılım göstermediği saptandı.

Tablo 4. 6. Hastaların GÖY ve BAPİ Toplam Puan Ortalamaları Dağılımı

Ölçekler	İfade sayısı	Ort±ss	Med (Min-Maks)	Shapiro wilk normallik testi	Cronbach alfa güvenilirlik katsayı değeri
GÖY	17	59,4±11,9	58 (22-85)	0,005	0,798
BAPİ	37	11,56±4,06	12,51 (0,05-18)	<0,001	0,933
Mady	12	2,47±1,61	2,45 (0-6,55)	<0,001	0,728
Tanı	8	14,56±6,08	16 (0-24)	<0,001	0,878
Yaşam	10	25,33±10,34	28 (0-40)	<0,001	0,915
Crav	4	8,87±4,49	9 (0-16)	<0,001	0,818
Motivasyon	3	9,45±3,41	11 (0-12)	<0,001	0,849

Tablo 4. 7’de çalışmada kullanılan GÖY ve BAPİ ölçek skorları ile değişkenler arasındaki farklılıkların ikili grup analizleri ile incelendi. Yapılan inceleme sonucunda hastaların cinsiyet ($p=0,158$), çocuk varlığı ($p=0,289$), yaşanan yer ($p=0,598$), başlama nedeni bir kere deneme ($p=0,834$), başlama nedeni merak ($p=0,502$), başlama nedeni arkadaş ortamında kabul görmek ($p=0,916$), başlama nedeni sorunlarla baş etmek ($p=0,085$), başlama nedeni ilgi çekmek ($p=0,150$), başlama nedeni keyif almak ($p=0,802$), başlama nedeni diğer ($p=0,872$), ailede bağımlılığı olan kişi ($p=0,439$), hastalık nedeniyle işi bırakma ($p=0,199$), alkol madde nedeniyle yasal sorun yaşama ($p=0,720$), tedaviye gelme nedeni fiziksel hasarı iyileştirmek ($p=0,170$), tedaviyi bırakmanın tehlikeli olduğunu düşünmek

($p=0,930$), tedaviyi bırakmayacağını düşünmek ($p=0,060$), aldığı maddeyi azaltmak ($p=0,525$), bir daha içmemek ($p=0,862$), kontrollü içmeyi öğrenmek ($p=0,199$), fiziksel sorunları iyileştirmek ($p=0,353$), psikolojik sorunları iyileştirmek ($p=0,280$), sosyal ilişkileri düzenlemek ($p=0,756$), tedaviyi düzenli kullanma durumu ($p=0,869$), kontrole düzenli gelme durumu ($p=0,544$) ve daha önce psikiyatrik psikolojik tedavisi görme ($p=0,083$) değişkenleri ile GÖY skorları arasındaki farklılıkların anlamlı olmadığı saptandı ($p>0,05$). Hastaların GÖY skorlarının şu anda çalışanlar ($p=0,008$) ve tedaviye zorla getirilenlerde ($p=0,008$) daha yüksek olduğu gözlenirken; tedaviye kendi isteğiyle gelen hastalarda ($p=0,008$) daha düşük olduğu saptandı ($p<0,05$).

Çalışmada yer alan hastaların cinsiyet ($p=0,984$), çocuk varlığı ($p=0,475$), yaşanılan yer ($p=0,847$), bir kere deneme ($p=0,916$), merak ($p=0,944$), arkadaş ortamında kabul görmek ($p=0,053$), ilgi çekmek ($p=0,383$), diğer ($p=0,102$), ailede bağımlılığı olan kişi ($p=0,613$), tedaviye gelme nedeni fiziksel hasarı iyileştirmek ($p=0,130$), tedaviyi bırakmanın tehlikeli olduğunu düşünmek ($p=0,838$), tedaviyi bırakmayacağını düşünmek ($p=0,373$), aldığı maddeyi azaltmak ($p=0,183$), bir daha içmemek ($p=0,297$), kontrollü içmeyi öğrenmek ($p=0,659$), fiziksel sorunları iyileştirmek ($p=0,477$), tedaviyi düzenli kullanma durumu ($p=0,252$) ve kontrole düzenli gelme durumu ($p=0,692$) değişkenleri ile GÖY skorları arasındaki farklılıkların anlamlı olmadığı tespit edildi ($p>0,05$).

Hastaların GÖY skorlarının sorunlarla baş edebilme amacıyla maddeye başlayanlarda ($p=0,014$); hastalık nedeniyle işlerini bırakanlarda ($p=0,001$); alkol madde nedeniyle yasal sorun yaşayanlarda ($p=0,004$); tedaviye kendi isteğiyle gelenlerde ($p<0,001$); psikolojik sorunlarının iyileşmesini bekleyenlerde ($p<0,001$); sosyal ilişkilerinin düzelmesini bekleyenlerde ($p=0,003$) ve daha önce psikiyatrik psikolojik tedavi görenlerde ($p=0,001$) daha yüksek bulundu ($p<0,05$).

Hastalardan keyif almak için maddeye başlayanlarda ($p=0,027$); şu anda çalışanlarda ($p=0,031$) ve tedaviye zorla getirilenlerde ($p<0,001$) GÖY skorlarının daha düşük olduğu saptandı ($p<0,05$).

Tablo 4. 7. Hastaların GÖY ve BAPİ Ölçek Skorları ile Sosyo-demografik Özellikleri Arasındaki Farklılıkların Dağılımı

	GÖY	BAPİ
Cinsiyet		
Kadın	51 (43-83)	12,86 (0,25-16,93)
Erkek	59 (22-85)	12,46 (0,05-18)
Mann whitney u testi (Z)	-1,411	-0,021
p	0,158	0,984
Çocuk varlığı		
Evet	55,5 (25-85)	12,93 (0,05-17,4)
Hayır	59 (22-85)	12,35 (0,25-18)
Mann whitney u testi (Z)	-1,060	-0,714
p	0,289	0,475
Yaşanılan yer		
Şehir	57 (22-85)	12,69 (0,05-17,62)
İlçe/kasaba/köy	60 (25-79)	11,58 (2,35-18)
Mann whitney u testi (Z)	-0,528	-0,193
p	0,598	0,847
Başlama nedeni		
Bir kere deneme		
Evet	59 (41-85)	12,17 (0,05-17,14)
Hayır	57 (22-85)	12,55 (0,05-18)
Mann whitney u testi (Z)	-0,209	-0,106
p	0,834	0,916
Merak		
Evet	58 (41-85)	12,63 (0,05-16,93)
Hayır	57 (22-85)	12,46 (0,05-18)
Mann whitney u testi (Z)	-0,671	-0,071
p	0,502	0,944
Arkadaş ortamında kabul görmek		
Evet	60,5 (41-81)	13,39 (3,53-18)
Hayır	57 (22-85)	12,03 (0,05-17,62)
Mann whitney u testi (Z)	-0,106	-1,932
p	0,916	0,053
Sorunlarla başetmek		
Evet	54 (22-83)	13,56 (5,56-17,62)
Hayır	59 (25-85)	12,32 (0,05-18)
Mann whitney u testi (Z)	-1,722	-2,463
p	0,085	0,014
İlgi çekmek		
Evet	53 (50-55)	15,87 (8-16,92)
Hayır	59 (22-85)	12,46 (0,05-18)
Mann whitney u testi (Z)	-1,440	-0,872
p	0,150	0,383
Keyif almak		
Evet	59 (25-85)	10,77 (0,25-17,4)
Hayır	58 (22-85)	12,76 (0,05-18)
Mann whitney u testi (Z)	-0,251	-2,206
p	0,802	0,027
Diğer		
Evet	57 (49-84)	13,3 (2,05-16,86)
Hayır	58 (22-85)	12,44 (0,05-18)
Mann whitney u testi (Z)	-0,161	-1,636
p	0,872	0,102

Tablo 4.7'un devamı

Ailede bağımlılığı olan kişi		
Evet	59 (22-85)	12,81 (0,25-17,36)
Hayır	57 (25-85)	12,45 (0,05-18)
Mann whitney u testi (Z)	-0,774	-0,506
p	0,439	0,613
Şu anda çalışma durumu		
Evet	61 (41-85)	12,22 (0,05-17,08)
Hayır	56 (22-85)	12,87 (0,05-18)
Mann whitney u testi (Z)	-2,636	-2,155
p	0,008	0,031
Hastalık nedeniyle işi bırakma		
Evet	57 (22-81)	12,97 (0,05-17,62)
Hayır	59 (25-85)	11,51 (0,05-18)
Mann whitney u testi (Z)	-1,285	-3,220
p	0,199	0,001
Alkol madde nedeniyle yasal sorun yaşama		
Evet	58 (22-85)	12,89 (2,3-18)
Hayır	59 (40-85)	11,14 (0,05-16,98)
Mann whitney u testi (Z)	-0,358	-2,854
p	0,720	0,004
Tedaviye kendi isteğiyle gelme durumu		
Evet	57 (22-85)	12,88 (0,05-18)
Hayır	65 (41-85)	8,79 (0,25-15,01)
Mann whitney u testi (Z)	-2,673	-3,835
p	0,008	<0,001
Tedaviye gelme nedeni fiziksel hasarı iyileştirmek		
Evet	57 (22-85)	12,88 (0,05-17,62)
Hayır	59 (40-85)	12,0 (0,25-18)
Mann whitney u testi (Z)	-1,371	-1,513
p	0,170	0,130
Tedaviyi bırakmanın tehlikeli olduğunu düşünmek		
Evet	58 (43-78)	12,34 (6,81-18)
Hayır	58 (22-85)	12,59 (0,05-17,62)
Mann whitney u testi (Z)	-0,088	-0,204
p	0,930	0,838
Tedaviyi bırakmayacağını düşünmek		
Evet	50,5 (43-77)	13,05 (6,23)
Hayır	58,5 (22-85)	12,42 (0,05-18)
Mann whitney u testi (Z)	-1,880	-0,891
p	0,060	0,373
Tedaviye zorla gelme getirilme		
Evet	68 (55-85)	6,22 (0,25-14,19)
Hayır	57 (22-85)	12,77 (0,05-18)
Mann whitney u testi (Z)	-2,642	-4,198
p	0,008	<0,001
Tedaviden beklentilerine ilişkin bulgular		
Aldığı maddeyi azaltmak		
Evet	59 (40-85)	12,95 (2,05-17,14)
Hayır	57 (22-85)	12,22 (0,05-18)
Mann whitney u testi (Z)	-0,636	-1,333
p	0,525	0,183

Tablo 4.7'un devamı

Bir daha içmemek		
Evet	58 (25-85)	12,35 (0,05-17,62)
Hayır	58 (22-83)	13,24 (0,25-18)
Mann whitney u testi (Z)	-0,174	-1,042
p	0,862	0,297
Kontrollü içmeyi öğrenmek		
Evet	62 (41-84)	13,15 (2,53-16,98)
Hayır	57 (22-85)	12,42 (0,05-18)
Mann whitney u testi (Z)	-1,284	-0,442
p	0,199	0,659
Fiziksel sorunları iyileştirmek		
Evet	60 (50-84)	12,67 (10,28-15,88)
Hayır	57,5 (22-85)	12,50 (0,05-18)
Mann whitney u testi (Z)	-0,928	-0,712
p	0,353	0,477
Psikolojik sorunları iyileştirmek		
Evet	56,5 (22-83)	14,16 (0,25-18)
Hayır	59 (25-85)	11,56 (0,05-17,62)
Mann whitney u testi (Z)	-1,081	-4,032
p	0,280	<0,001
Sosyal ilişkileri düzenlemek		
Evet	57 (45-75)	13,79 (1,6-16,93)
Hayır	59 (22-85)	12,04 (0,05-18)
Mann whitney u testi (Z)	-0,311	-3,022
p	0,756	0,003
Tedaviyi düzenli kullanma durumu		
Kullanıyorum	58 (22-85)	12,38 (0,05-18)
Kullanmıyorum	57 (41-77)	13,59 (1,6-16,86)
Mann whitney u testi (Z)	-0,166	-1,146
p	0,869	0,252
Kontrole düzenli gelme durumu		
Geliyor	58,5 (22-85)	12,45 (0,05-18)
Gelmiyor	56,5 (43-84)	13,14 (2,05-16,86)
Mann whitney u testi (Z)	-0,607	-0,396
p	0,544	0,692
Daha önce psikiyatrik psikolojik tedavi görme		
Evet	56 (22-85)	13,29 (0,25-18)
Hayır	61 (25-85)	11,15 (0,05-17,4)
Mann whitney u testi (Z)	-1,734	-3,413
p	0,083	0,001

* p<0.05, Mann whitney u testi: Med(Min-Maks)

Hastaların GÖY skoru ile yaş grubu (p=0,426), eğitim durumu (p=0,773), medeni durum (p=0,095), kiminle yaşıyorsunuz (p=0,184), ilk kullanılan madde (p=0,319), alkol madde başlama ortamı (p=0,327) ve bir yılda ayaktan tedaviye başvuru sayısı (p=0,994) değişkenleri arasında anlamlı bir farklılık bulunamazken (p>0,05); gelir durumu değişkeni ile (p=0,006) GÖY skorları arasındaki farklılığın anlamlı olduğu tespit edildi (p<0,05). Hastaların gelir durumu ile GÖY skorları arasındaki farklılığın kaynağını belirlemek amacıyla yapılan Post hoc analizi sonucuna göre; gelir durumu iyi olan hastaların, gelir

durumu orta ($p=0,002$) ve kötü ($p=0,005$) olan hastalara göre daha yüksek GÖY skoruna sahip olduğu belirlendi ($p<0,05$).

Çalışmaya dâhil edilen hastaların BAPİ skorları ile yaş grubu ($p=0,694$), eğitim durumu ($p=0,055$), medeni durum ($p=0,155$), kiminle yaşıyorsunuz ($p=0,128$), ilk kullanılan madde ($p=0,076$) ve bir yılda ayaktan tedaviye başvuru sayısı ($p=0,877$) değişkenleri arasında anlamlı bir farklılık olmadığı gözlenirken ($p>0,05$); hastaların gelir durumu ($p=0,002$) ve alkol madde başlama ortamı ($p=0,033$) değişkenleri ile BAPİ skorları arasındaki farklılıkların anlamlı olduğu tespit edildi ($p<0,05$). Gelir durumu değişkeni ile BAPİ skorları arasındaki farklılıkların kaynağını belirlemek amacıyla yapılan Post hoc analizi sonucuna göre; gelir durumu kötü olan hastaların BAPİ skorlarının, gelir durumu iyi ($p=0,032$) ve orta ($p=0,009$) düzey olan hastalara göre daha yüksek olmasından kaynaklandığı anlaşıldı.

Madde başlama ortamı değişkeni ile BAPİ ölçek skorları arasındaki farklılıkların kaynağını belirlemek amacıyla yapılan Post Hoc analizi sonucunda; Okul dışı arkadaştan öğrenerek maddeye başlayanların BAPİ ölçek skorlarının, okul arkadaşlarından öğrenerek maddeye başlayanlara göre daha yüksek ölçek skorlarına sahip olmasından kaynaklandığı tespit edildi ($p=0,046$, $p<0,05$).

Tablo 4. 8. Hastaların GÖY ve BAPİ Ölçek Skorları ile İkili Değişkenler Arasındaki Farklılıkların Dağılımı

	GÖY	BAPİ
Yaş grubu		
18-25 yaş arası	59,5 (22-85)	12,45 (1,6-17,36)
26-35 yaş arası	56 (25-84)	12,87 (0,25-18)
36 yaş ve üzeri	59 (33-85)	12 (0,05-16,86)
Kruskal Wallis (Chi-Square)	1,705	0,731
Post hoc Tukey & Tamhane's T2	Farklılık yok	Farklılık yok
p	0,426	0,694
Eğitim durumu		
İlkokul ve altı	57 (25-79)	13,38 (0,57-17,4)
Ortaokul	57,5 (42-85)	12,92 (0,05-17,08)
Lise	60,5 (22-85)	11,15 (0,05-18)
Lisans	56 (40-79)	12,22 (1,6-16,57)
Kruskal Wallis (Chi-Square)	1,117	7,590
Post hoc Tukey & Tamhane's T2	Farklılık yok	Farklılık yok
p	0,773	0,055
Medeni durum		
Evli	54,5 (25-85)	12,21 (0,05-17,4)
Bekar	60 (22-85)	12,44 (0,25-18)
Boşanmış/Dul/Ayrı yaşıyor	59 (51-79)	14,71 (8,77-16,86)
Kruskal Wallis (Chi-Square)	4,702	3,732
Post hoc Tukey & Tamhane's T2	Farklılık yok	Farklılık yok
p	0,095	0,155

Tablo 4.8'in devamı

Gelir durumu		
İyi (a)	64 (41-85)	10,76 (2,3-16,57)
Orta (b)	59 (43-85)	12,04 (0,05-17,14)
Kötü (c)	54 (22-75)	13,74 (0,25-18)
Kruskal Wallis (Chi-Square)	10,312	12,763
Post hoc Tukey & Tamhane's T2	a-c; p=0,002	c-a; p=0,032
	b-c; p=0,005	c-b; p=0,009
p	0,006	0,002
Kiminle yaşıyorsunuz		
Anne-baba	60 (40-85)	12,63 (0,25-18)
Eş ve çocuklar	55 (25-85)	10,6 (0,05-17,4)
Eş, çocuk ve anne-baba	55,5 (43-68)	14,34 (5,8-16,92)
Yalnız	59 (33-81)	12,76 (2,53-16,86)
Diğer	65 (22-75)	14,14 (6,81-17,62)
Kruskal Wallis (Chi-Square)	6,213	7,155
Post hoc Tukey & Tamhane's T2	Farklılık yok	Farklılık yok
p	0,184	0,128
İlk kullanılan madde		
Alkol	59 (33-85)	11,8 (0,05-17,62)
Esrar	59 (22-82)	12,88 (1,6-18)
Diğerleri	54 (41-85)	12,04 (0,05-16,57)
Kruskal Wallis (Chi-Square)	2,283	5,149
Post hoc Tukey & Tamhane's T2	Farklılık yok	Farklılık yok
p	0,319	0,076
Maddeye başlama ortamı		
Okul dışı arkadaştan öğrenme (a)	57,5 (22-85)	13,11 (0,57-18)
Aileden öğrenme (b)	64,5 (44-82)	12,43 (2,53-17,62)
Okul arkadaşlarından öğrenme (c)	57 (40-85)	10,13 (2,3-17,14)
Diğer (d)	57 (25-85)	12,44 (0,05-17,4)
Kruskal Wallis (Chi-Square)	3,455	8,743
Post hoc Tukey & Tamhane's T2	Farklılık yok	a-c; p=0,046
p	0,327	0,033
Bir yılda ayaktan tedaviye başvuru sayısı		
1-2 kez	59 (33-85)	12,75 (0,57-17,62)
3-4 kez	56,5 (22-85)	13,09 (0,05-17,4)
5 ve üzeri	57 (40-79)	11,42 (0,05-18)
Kruskal Wallis (Chi-Square)	0,012	0,262
Post hoc Tukey & Tamhane's T2	Farklılık yok	Farklılık yok
p	0,994	0,877

* p<0.05, Kruskal Wallis: Med(Min-Maks), Post hoc Tukey & Tamhane's T2

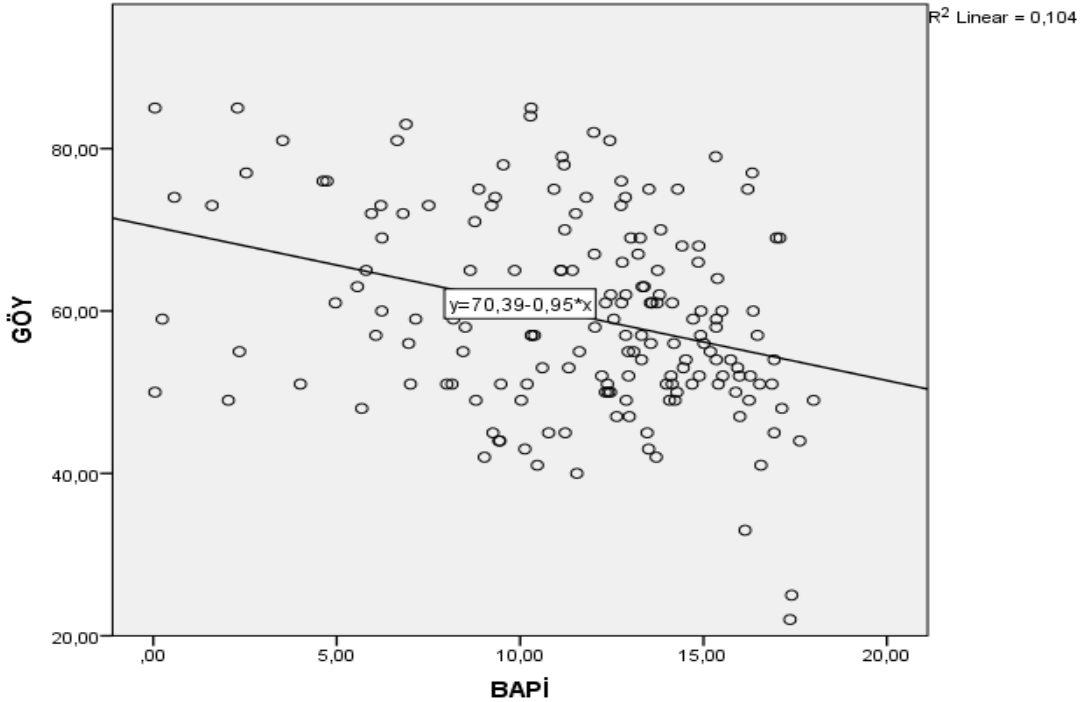
Hastaların maddeye başlama yaşı ile GÖY ve BAPİ ölçek skorları arasında anlamlı bir ilişki saptanmadığı gözlemlendi (p>0.05) (Tablo 4.9).

Tablo 4. 9. Araştırmada Kullanılan Ölçek Skorları ile Maddeye Başlama Yaşı Bulguları Arasındaki İlişkinin Dağılımı

	GÖY		BAPİ	
	r	p	r	P
Maddeye başlama yaşı	-0,058	0,450	-0,120	0,119
BAPİ	-0,278	<0,001		

* p<0.05, r=Spearman korelasyon testi

Şekil 4. 3. GÖY Ölçek Skoru ile BAPİ Ölçek Skoru Arasındaki İlişkinin Dağılımı



BAPİ ölçek skoru ile ($r=-0,278$) GÖY ölçek skorları arasında ters yönlü zayıf bir ilişki olduğu belirlendi ($p<0,001$; $p<0,05$) (Şekil 4.3; Tablo 4. 9).

Tablo 4.10.'da hastaların GÖY skoruna etki eden faktörlere tek değişkenli analizlerde GÖY skoru ile ilişkili bulunan parametreler çok değişkenli lineer regresyon analizinde (ENTER yöntemi) ile değerlendirildi. Model sonuçları incelendiğinde; gelir durumu değişkeni ($p=0.010$) ile BAPİ skoru ($p=0.008$) arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde bir ilişki olduğu tespit edildi ($p<0.05$).

Tablo 4. 10. Çok Değişkenli Lineer Regresyon Analizi GÖY Skoru İle İlişkili Bağımsız Faktörleri

Değişkenler	B	Std. Hata	Beta	t	p	%95 CI	
						Lower	Lower
Sabit	81,033	10,150		7,983	<0,001	60,992	101,075
Şu anda çalışma durumu	-2,891	1,783	-0,121	-1,621	0,107	-6,413	0,630
Tedaviye kendi isteğiyle gelme durumu	2,690	2,745	0,083	0,980	0,328	-2,729	8,110
Tedaviye zorla gelme getirilme	-2,602	3,974	-0,056	-0,655	0,514	-10,449	5,245
Gelir durumu	-3,733	1,435	-0,194	-2,601	0,010	-6,566	-0,900
BAPİ	-0,624	0,234	-0,212	-2,673	0,008	-1,085	-0,163

R = .423, R² =.179 F = 7.139, p<0.001, Durbin Watson=1,880

* p<0.05, Çoklu lineer regresyon analizi

Hastaların BAPİ skoruna etki eden faktörlere tek değişkenli analizlerde BAPİ skoru ile ilişkili bulunan parametreler çok değişkenli lineer regresyon analizinde (ENTER yöntemi) ile Tablo 4.11’de değerlendirildi. Model sonuçları incelendiğinde; yasal sorun yaşama (p=0,002), zorla gelme getirilme (p<0,001), tedaviden beklentisi psikolojik sorunları iyileştirmek olduğu (p=0,009), daha önce psikiyatrik psikolojik tedavi görme durumu (p=0,020), gelir durumu (p=0,029) ve GÖY (p=0,025) skoru ile arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde bir ilişki olduğu saptandı (p<0,05).

Tablo 4. 11. Çok Değişkenli Lineer Regresyon Analizi BAPİ Skoru İle İlişkili Bağımsız Faktörler

Değişkenler	B	Std. Hata	Beta	t	p	%95 CI	
						Lower	Lower
Sabit	15.364	4.124		3.725	<0.001	7.217	23.511
Sorunlarla baş etmek	-0.366	0.678	-0.034	-0.540	0.590	-1.704	0.972
Keyif almak	1.162	0.623	0.116	1.865	0.064	-0.069	2.392
Şu anda çalışma durumu	-0.046	0.531	-0.006	-0.087	0.931	-1.094	1.002
Hastalık nedeniyle işi bırakmak	-0.389	0.544	-0.047	-0.714	0.476	-1.464	0.686
Yasal sorun yaşama	-1.709	0.530	-0.204	-3.221	0.002	-2.756	-0.661
Kendi isteğiyle gelme	-1.253	0.805	-0.113	-1.556	0.122	-2.844	0.338
Zorla gelme getirilme	4.318	1.150	0.273	3.756	<0.001	2.047	6.589
Psikolojik sorunları iyileştirmek	-1.769	0.669	-0.188	-2.645	0.009	-3.090	-0.448
Sosyal ilişkileri düzenlemek	-1.382	0.720	-0.128	-1.919	0.057	-2.805	0.041
Psikiyatrik psikolojik tedavi görme	-1.261	0.539	-0.156	-2.342	0.020	-2.325	-0.197
Gelir durumu	0.932	0.423	0.143	2.203	0.029	0.096	1.767
Alkol madde başlama ortamı	-0.210	0.190	-0.070	-1.103	0.272	-0.585	0.166
GÖY	-0.051	0.022	-0.149	-2.266	0.025	-0.095	-0.007

R = .663, R² =.440 F = 9.418, p<0.001, Durbin Watson=1.987

* p<0.05, Çoklu lineer regresyon analizi

5. TARTIŞMA

Bu çalışma, Aralık 2020- Mayıs 2021 tarihleri arasında İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi AMATEM polikliniğine başvuran 170 hasta hakkında veri vermektedir. Alanyazındaki farklı hasta gruplarıyla yapılmış olan çalışmaların çıkarımları ile tartışılmıştır.

Bu araştırmaya dâhil edilen hastaların büyük oranda erkek (%86.5) olduğu belirlenmiştir. Bu verinin ülkemizde yapılmış olan birçok çalışma ile uyumlu olduğu görülmektedir (Saatçioğlu, Yapıcı, Ciğerli, Üney ve Çakmak; 2007; Savaşan, Engin ve Ayakdaş, 2013; Mutlu ve Öztürk, 2019; Sevin ve Erbay, 2019; Şimşek, Dinç ve Ögel, 2019). Literatüre bakıldığında 15 yıla yakın bir süredir yapılmış olan araştırmalarda erkek oranının baskınlığı dikkat çekmektedir. Bu baskınlık yurtdışı verilerinde de paralellik göstermektedir (Al Abeiat, Hamdan-Mansour, Hanouneh ve Ghannam, 2016; McHugh, Votaw, Sugarman, Greenfield, 2017). TUBİM'in yayınladığı (Türkiye Uyuşturucu Raporu, 2020) 2019 yılı yatarak tedavi gören hastaların verilerine göre, cinsiyete göre dağılımda örneklemin %93.9'unu erkekler oluşturmaktadır. Eğitim düzeyleri incelendiğinde eğitim düzeyi büyük ölçüde (%88.2) ilkokul mezunu olduğu görülmüştür. Bu araştırmada, hastaların çoğunluğunun ortaokul mezunu olduğu belirlenmiştir. Güvaç'ın 2019 yılında yaptığı çalışmasında da paralel veriler elde etmesi çalışmanın desteklenmesi açısından önemlidir. Literatüre ve şimdiki araştırmada elde edilen veriler kapsamında eğitim düzeyinin azalması ile madde kullanımı arasında pozitif bir ilişki olduğu söylenebilir. Bireylerin büyük çoğunluğunun bekâr olduğu, evli katılımcıların ise yarısından fazlasının çocuk sahibi olduğu saptanmıştır. Gelir durumu incelendiğinde hastaların sadece %12,9'u iyi bir gelire sahip olduğunu belirtmiştir. Yaşanılan yer değişkeni açısından hastaların 150 (% 88,2)'sinin şehirde yaşadığı tespit edilmiştir. Hastaların büyük bir kısmı yaşamını aile üyelerinden en az biri ile sürdürmektedir.

Turkcan'nın 1987 yılında Amatem de 220 madde bağımlısına ait verileri incelendiğinde % 24'ünün 25 yaşın altında olduğu ve hastaların % 74'ü nün 25 yaşın altında madde kullanmaya başladığı bildirilmiştir. Eğitim durumları incelendiğinde %7'sinin öğrenimi yokken, 41'i ilkokul, 26'sı ortaokul, 18'i lise, 8'i üniversite mezunu olduğu bildirilmiştir. Medeni durum incelendiğinde % 25'i bekar, 51'i evli, 20'si boşanmış veya dul olduğu ve hastaların % 38'i işsiz olduğu bildirilmiştir. % 61'i eroin, %2.5'i esrar, %10'u ilaç, 3'ü uçucu madde, % 23'ünün çoğul madde kullandığı saptanmıştır (Turkcan, 1998). Mutlu ve Öztürk'ün 2019 yılında 434 örneklem ile yaptığı çalışmada yaşadığı kişi sorusuna %87,1 oranında aile cevabını almıştır

(Mutlu ve Öztürk, 2019). Seçkin Esmeray'ın 2020 de yaptığı çalışmada ise kişilerin aile ile yaşama oranı %72,2 olarak saptanmıştır. Şimdiki araştırma örnekleminin ortalama yaşı 30.5 yıl olup literatürde yapılmış olan diğer çalışmalara göre daha fazla olduğu gözlenmiştir (Bilici, Karataş Uğurlu, Tufan, Güven ve Uğurlu, 2012; Türkiye Uyuşturucu Raporu, 2020; Güvaç, 2019). Buna göre şimdiki hasta grubunun uzun yıllardır madde kullandığı söylenebilir.

Çalışmada yer alan hastaların madde ile ilk tanışma yaşı ortalaması 17.4 yıl olduğu gözlenirken; hastaların çoğunluğunun ilk kullanımda alkol ve esrar ile maddeye başladığını belirtmiştir. Bu çalışmaya benzer şekilde yapılmış olan bir çalışmada katılımcıların madde başlama yaş ortalaması 14.5 olarak hesaplanmış ve ilk kullanılan maddenin çoğunlukla esrar olduğu saptanmıştır (Danışmaz Sevin ve Erbay, 2019). Mutlu ve Öztürk'ün elde ettiği verilerde de katılımcıların yarısından fazlası ilk kullanımda esrar ile madde kullanımına başladığını belirtmiştir (Mutlu ve Öztürk, 2019). Pazarcıkçı' 2018 yılı denetimli serbestlik tedbirine tabi 500 olgudan elde edilen verilere bakıldığında, madde kullanıcılarının %40,2'sinin 18 yaşın altında madde kullanmaya başladığını ve başlama yaşının ortalamalarını $19.09 \pm 5,3$ olduğu bulmuştur (Pazarcıkçı, 2018). Bu bulgular ışığında 14-18 yaş grubu gençlerin maddeye başlama yönünden büyük risk altında oldukları söylenebilir.

Bu çalışmada yer alan hastaların maddeye başlama nedenleri incelendiğinde ilk üç sırada merak, arkadaş ortamında kabul görmek ve keyif almak için maddeye başladıkları saptanmıştır. Yapılan başka bir çalışmada maddeye başlama nedenleri %54,5'i merak, %35,5'i problemlerden kaçmak, %38'i eğlenmek ve %64,5'i arkadaş etkisi nedeniyle maddeye başlanıldığı bildirilmiştir (Seçkin Esmeray, 2020). Katılımcıların neredeyse yarısı maddeye başlama ortamını olarak okul dışı arkadaştan öğrenme olarak belirtmiştir (Tablo 4.3). 2004 yılında İstanbul'da lise öğrencileriyle yapılan bir araştırmada yaşam boyu en az bir kez kullanım prevalansı en yüksek olan maddenin sırasıyla alkol, uçucu maddeler, esrar, ecstasy ve eroin olarak bildirilmiştir. Ayrıca alkol ve madde kullanımına başlamada en önemli faktörün merak olduğu bildirilmiştir (Ögel ve arkadaşları, 2004). Maddeye başlama ortamı değişkenleri açısından incelendiğinde okul dışı arkadaştan öğrenmenin bağımlılık şiddeti riskini arttırdığı görülmektedir. Bu bağlamda, gençlerin madde kullanımı ve sonuçları hakkında bilgi eksikleri olduğu düşünülebilir. Özellikle risk grubu gençlere madde kullanımı ve zararları hakkında bilgilendirme yapılması, onların merak nedeniyle maddeye başlama oranlarını azaltabileceği düşünülmektedir.

Yapılan incelemeye göre hastaların %24,7'sinin ailesinde bağımlılığı olan kişinin olduğu gözlenmiştir. Savaşan ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada ailesinde madde kullanım öyküsü

olan bir kişinin olduğunu söyleyenlerin oranı %36'dır (Savaşan, Engin ve Ayakdaş, 2013). Mutlu ve Öztürk'ün çalışmasında da olguların %59,2'sinde aile öyküsü görülmektedir(Mutlu ve Öztürk, 2019). Bu veriler madde ile tanışmada ailenin önemli bir etken olduğunu göstermektedir. Katılımcıların %41,8'i hastalık nedeniyle işi bıraktığını, yarısından fazlası yasal sorunlar yaşadığını belirtmiştir. Bu veriler madde kullanımının sosyal ve ekonomik yaşamı etkilediğine somut örnek olarak gösterilebilmektedir.

Katılımcıların geneli tedaviyi düzenli olarak kullandıklarını ve düzenli bir şekilde kontrollerine geldiklerini ifade etmiştir. Bir yılda ayaktan tedaviye başvuru sayısı %59,4 oranında 1-2 kez olarak saptanmıştır. Hastaların yarısı daha önce psikiyatrik/psikolojik tedavi gördüklerini belirtmiştir. Bu veri kapsamında hastaların daha önce maddeyi bırakmayı denedikleri söylenebilmektedir.

Çalışma kapsamında araştırmaya katılan hastaların BAPİ ölçeği alt boyutu olan bağımlılık tanı ölçütlerinin ICD ve DSM kriterlerini karşıladığı için hastaların büyük çoğunluğu yüksek oranda tanı kriterlerini karşıladıkları ve sosyodemografik verilere göre tanı kriterlerini karşılama durumlarını değiştirmedikleri saptanmıştır.

Bu çalışmada BAPİ toplam/şiddet skor ortalaması 11.56 ± 4.06 bulunarak düşük bağımlılık şiddeti ve alt boyutlardan yaşama etkinin en yüksek puanı aldığı saptanmıştır. Güvenç ve Bahadır'ın 2019 yılında yaptığı çalışmada orta bağımlılık şiddeti, alt boyutlardan ise en yüksek puanı yaşama etki olduğu tespit edilmiştir (Güvenç Bahadır, 2019). Başka bir çalışmada ise madde kullanımı olan bireylerin bağımlılık şiddeti yüksek olarak bulunmuştur (Kassem,2019). Orum ve arkadaşlarının (2018) yaptığı çalışmada ise bağımlılık şiddeti yüksek olarak saptanmıştır (Eğilmez, Örum ve Kara, 2018). Ayrıca alanyazına bakıldığında birçok araştırma madde kullanımının yasal sorunlara, aile ilişkilerinde bozulmaya, fiziksel ve mental sorunlara ve ekonomik problemlere neden olarak yaşama etkinin yüksekliğini kanıtlamaktadır (Aras, 2015; Aldemir, Berk ve Coşkunol, 2018; Güvenç Bahadır, 2019; Tektaş ve Kocataş; 2020). Bu bilgiler ışında madde kullanımının hastaların yaşamını oldukça olumsuz etkilediği söylenebilir.

Bu çalışmada gelir durumu orta ve kötü olan hastaların özyeterlilik düzeyinin düşük olduğu ve bağımlılık şiddetinin yüksek olduğu bulunmuştur. Bu bağlamda sosyoekonomik düzeylerin madde kullanımını etkilediği söylenebilmektedir.

Bu çalışmada BAPİ ölçek skoru ile GÖY ölçek skorları arasında ters yönlü zayıf bir ilişki olduğu belirlenmiştir. Bu bağlamda hastaların özyeterlilik düzeyleri arttıkça madde kullanma istekleri azalacağı ve tedavi motivasyonlarının artacağı böylece bağımlılık

şiddetinin azalacağı düşünölmektedir. Literatürde özyeterlilik ve bağımlılık profili arasındaki ilişkiyi inceleyen çalışmalara rastlanmamıştır. Buna rağmen bağımlılık riskinde artışa özyeterlilik düzeyindeki azalmanın neden olduğu bilinmektedir (Cutler, 2004; Chang, Palesh, Caldwell, Glasgow, Abramson, Luskin ve Koopman, 2004).



6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Sonuçlar

Madde kullanım bozukluğu tedavisi gören bireylerin bağımlılık profili ve genel öz-yeterliliklerini kapsamlı bir şekilde değerlendirmek amacıyla çalışılmıştır.

Uygulanan ölçekler doğrultusunda elde edilen çıkarımlar:

- Hastaların % 47,6'sı 26 ila 35 yaş aralığında, % 86,5'i erkek, %60,6'sı bekar, %44'ü lise ve üzeri eğitilmiş, % 45,3'ü anne ve babası ile yaşamaktadır.
- Hastaların maddeye başlama yaşları ortalama 17.4 yıl olduğu gözlenirken; hastalar genellikle madde kullanımına alkol (% 41,8) ve esrar (% 42,4) kullanımı ile başladığını belirtmiştir.
- Hastaların maddeye başlama nedenleri % 28,8'inin merak; % 28,2'sinin arkadaş ortamında kabul görmek ve %20,6'sının keyif almak olarak saptanmıştır.
- Hastaların maddeye başlama ortamını büyük ölçüde (% 40) okul dışı arkadaş ve (% 38,2) diğer ortamlar oluşturmaktadır.
- Hastaların tedaviden beklentilerinin büyük bir kısmı (%74,1) bir daha içilmemesi yönündedir.
- Hastaların % 81,8'u tedaviyi düzenli kullandığını belirtmiş, kontrole düzenli gelme durumu ise % 85,9 hastada tespit edilmiştir.
- Hastaların neredeyse yarısı daha önce psikiyatrik/psikolojik tedavi % 50,6 görmüştür.
- Hastaların GÖY skorlarının şu anda çalışanlar ve tedaviye zorla getirilenlerde daha yüksek olduğu gözlenirken; tedaviye kendi isteğiyle gelen hastalarda daha düşük olduğu saptanmıştır.
- Hastaların GÖY skorlarının sorunlarla baş edebilme amacıyla maddeye başlayanlarda; hastalık nedeniyle işlerini bırakanlarda; alkol madde nedeniyle yasal sorun yaşayanlarda; tedaviye kendi isteğiyle gelenlerde; psikolojik sorunlarının iyileşmesini bekleyenlerde; sosyal ilişkilerinin düzelmesini bekleyenlerde ve daha önce psikiyatrik/ psikolojik tedavi görenlerde daha yüksek bulunmuştur.
- Hastalardan keyif almak için maddeye başlayanlarda; şu anda çalışanlarda ve tedaviye zorla getirilenlerde GÖY skorlarının daha düşük olduğu saptanmıştır.
- Gelir durumu iyi olan hastaların, gelir durumu orta ve kötü olan hastalara göre daha yüksek GÖY skoruna sahip olduğu belirlenmiştir.

- Gelir durumu kötü olan hastaların BAPİ skorlarının, gelir durumu iyi ve orta düzey olan hastalara göre daha yüksek olmasından kaynaklandığı anlaşılmıştır.
- Okul dışı arkadaştan öğrenerek maddeye başlayanların BAPİ ölçek skorlarının, okul arkadaşlarından öğrenerek maddeye başlayanlara göre daha yüksek ölçek skorlarına sahip olmasından kaynaklandığı tespit edilmiştir.
- BAPİ ölçek skoru ile GÖY ölçek skorları arasında ters yönlü zayıf bir ilişki olduğu belirlenmiştir.

Öneriler

Elde edilen verilere göre;

- Madde kullanımına başlama yaş ortalamasının lise dönemleri ile örtüşmesi sebebiyle önleyici eğitim planlarının lise ve öncesi döneminde yaygınlaşması, ruh sağlığı ve psikiyatri hemşiresinin rol ve sorumluluklarını yerine getirmede aktif olması,
- Ayaktan tedavi gören hastaların tedavi motivasyonu, bağımlılık şiddeti ve nüks nedenlerinin belirlenip tedavisine bu doğrultuda yön verilmesi,
- Bağımlılığa eşlik eden eş tanılarının belirlenip tedavi ve hemşirelik bakımının planlanmasında ele alınması,
- Araştırma yalnızca ayaktan tedavi gören hastalar ile sınırlı kalmıştır. Bulguların karşılaştırılması için yatan hasta veya sağlıklı kontrol grubunun dâhil olduğu yapılması alanyazına katkı sağlayacağı,
- Tedavinin sürdürülememesi nedenlerinin, tedaviden beklentilerinin, nüks nedenlerinin, bağımlılık profillerinin ve özyeterliliklerinin incelendiği geniş örneklemlilerle araştırmaların yapılması,
- Araştırmaya katılan hastaların büyük ölçüde erkek olması değerlendirmeyi sınırlandırmıştır bu sebeple gelecekte cinsiyet açısından daha homojen çalışmaların yapılması önerilmektedir.

7. KAYNAKLAR

Adams, C., Wilson, P., Bagnall, A.M. (2000). Psychosocial interventions for schizophrenia. *BMJ Quality Safety*, 9:251-256.

Adamson, S.J., Sellman, J.D., Frampton, C.M.A. (2009). Patient predictors of alcohol treatment outcome: a systematic review. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 36(1):75–86.

Albayrak, S., Balcı, S.(2014). Gençlerde madde bağımlılığı ve önlenmesi. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*, 11(2): 30-37.

Al Abeiat, D. D., Hamdan-Mansour, A.M., Hanounch S.I., Ghannam B.M.(2016). Psychosocial Predictors of Relapse Among Patients with Alcohol Problems. *Curr Drug Abuse Rev*, 9(1):19-25.

Aldemir, E., Berk, G., Coşkunol, H. (2018). Denetimli serbestlik bağımlılık programının tedavi motivasyonu, ayıklık ve yaşam kalitesi üzerine etkileri: motivasyonel ve bireysel görüşme ile karşılaştırmalı bir çalışma. *Noro Psikiyatı Ars*, 55: 261–270. 19.

Alozai, U. U., Sharma, S. Drug and Alcohol Use. 2021 May 7. In: *StatPearls* [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2021 Jan.

American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 5th edn. The American Psychiatric Association, Washington, DC.

Amerikan Psikiyatri Birliği. (2013). Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı, Beşinci Baskı (DSM-5), Tanı Ölçütleri Başvuru Elkitabı (Çev. Ed.: E Köroğlu) Hekimler Yayın Birliği, Ankara, 2013.

Aras, G. (2015). Erkek Alkol ve Madde Bağımlılarının Kaygı Depresyon ve Hastalık Algısı Yönünden Karşılaştırılması. Yüksek Lisans Tezi, Ankara: Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı.

Assari S. (2017). General Self-Efficacy and Mortality in the USA; Racial Differences. *Journal Of Racial And Ethnic Health Disparities*, 4(4), 746–757.

Avrupa Uyuşturucu ve Uyuşturucu Bağımlılığını İzleme Merkezi. (2020). Avrupa Uyuşturucu Raporu 2020: Temel Sorunlar Özeti, Avrupa Birliği Resmi Yayın Ofisi, Lüksemburg.

Aydın, A., Hiçdurmaz, D. (2016). Nursing and Interpersonal Sensivity. *Journal of Psychiatric Nursing*, 7:45–9.

Babor, T.F., Morisano, D., Noel, J., Robaina, K., Ward, J. H., Mitchell, A. L. (2017). ‘Bağımlılık Biliminde Altyapı ve Kariyer Fırsatları: Disiplinler Arası Bir Alanın Ortaya Çıkışı.’ Babor, T F, Stenius, K, Pates, R, Miovsky, M, O’Reilly, J ve Candon, P. (ed) *Bağımlılık Bilimi Alanında Akademik Yayın Rehberi: Kafası Karışıklar İçin Bir Kılavuz*, S. 9-34. Londra: Ubiquity Press.

Bademli, K., Çetinkaya Duman, Z. (2011). Şizofreni hastalarının bakım verenlerine uygulanan aileden aileye destek programları: sistematik derleme. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 22:255-265.

Bahafzallah, L., Hayden, K.A., Raffin Bouchal, S., Singh, P., King-Shier, K.M. (2020). Motivational Interviewing in Ethnic Populations. *J Immigr Minor Health*, 22(4):816-851.

Bahar, A. (2018). Uyuşturucu madde kullanımının nedenleri ve bağımlılık oluşum sürecinde iletişimsel yaklaşımların rolü ve önemi: Polis kayıtları üzerinden olgusal bir inceleme. *Connectist: Istanbul University Journal of Communication Sciences*, 55, 1-36.

Bandura, A. (1998). Self-efficacy. In: FH, editor. *Encyclopedia of mental health*. San Diego: Academic Press; pp. 71–81.

Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: the exercise of control*. New York: W.H. Freeman and Company.

Bandura, A. (1977). Self-efficacy: toward a unifying theory of behavioral change. *Psychol Rev*, 84(2):191–215.

Bar-Or, R.L., Kor, A., Jaljuli, I., Lev-Ran, S.(2021). The Epidemiology of Substance Use Disorders among the Adult Jewish Population in Israel. *Eur Addict Res*, 17:1-9.

Berridge, V., Mars, S.(2004). History of addictions. *J Epidemiol Community Health*, 58(9):747-50.

Bevilacqua, L., Goldman, D. (2009). Genes and addictions. *Clin Pharmacol Ther*, 85(4):359-361.

Biederman, J., Faraone, S.V., Monuteaux, M.C., Feighner, J.A. (2000). Patterns of alcohol and drug use in adolescents can be predicted by parental substance use disorders. *Pediatrics*, 106(4):792-797.

- Bonsaksen, T., Lerdal, A., Heir, T., Ekeberg, Ø., Skogstad, L., Grimholt, T.K., Schou-Bredal, I. (2019).** General self-efficacy in the Norwegian population: Differences and similarities between sociodemographic groups. *Scand J Public Health*, 47(7):695-704.
- Bowen, S., Chawla, N., Collins, S. E., Witkiewitz, K., Hsu, S., Grow, J., Clifasefi, S., Garner, M., Douglass, A., Larimer, M. E., Marlatt, A. (2009).** Mindfulness-based relapse prevention for substance use disorders: a pilot efficacy trial. *Substance abuse*, 30(4), 295–305.
- Can, Y., Polat, G., Evren, C. (2017).** Madde Kullanım Bozukluğu Olan Ergenler Arasında Çocukluk Çağı Travmalarının Yaygınlığı ve Madde Kullanım Özellikleri. *Düşünen Adam The Journal of Psychiatry and Neurological Sciences*, 30;1.
- Chalk, R., Phillips, D.A. (1997).** Youth Development and Neighborhood Influences: Challenges and Opportunities. National Academies Press.
- Chan, B., Kondo, K., Freeman, M., Ayers, C., Montgomery, J., Kansagara, D. (2019).** Pharmacotherapy for Cocaine Use Disorder-a Systematic Review and Meta-analysis. *Journal of general internal medicine*, 34(12), 2858–2873.
- Crocq, M. A. (2007).** Historical and cultural aspects of man's relationship with addictive drugs. *Dialogues in clinical neuroscience*, 9(4), 355–361.
- Cutler, C. G. (2005).** Self-Efficacy and Social Adjustment of Patients With Mooddisorder. *Journal of the American Psychiatric Nurses Association*, 11(5): 283-9.
- Chang, V.Y., Palesh, O., Caldwell, R., Glasgow, N., Abramson, M., Luskin, F., Koopman, C. (2004).** The Effects of a Mindfulness-Based Stress Reduction Program on Stress, Mindfulness Self-Efficacy, and Positive States of Mind. *Stress and Health*, 20(3): 141-7.
- Çam, O. (2013).** Ruh sağlığı ve hastalıklarına genel bakış. Çam, O., Engin, E. (Ed.) *Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Bakım Sanatı* (s. 3–19). İstanbul. İstanbul Tıp Kitabevi.
- Danışmaz Sevin, M., Erbay, E. (2019).** AMATEM’de ikinci kez tedavi gören madde bağımlılarının madde kullanımına ilişkin yaşam deneyimleri. *Addicta: The Turkish Journal on Addictions*, 6, 691–716.
- Demirkapu, M.J., Yananlı H.R. (2020).** Opium Alkaloids, Bioactive Compounds in Nutraceutical and Functional Food for Good Human Health, Kavita Sharma, Kanchan Mishra, Kula Kamal Senapati and Corina Danciu, IntechOpen.

<https://www.intechopen.com/books/bioactive-compounds-in-nutraceutical-and-functional-food-for-good-human-health/opium-alkaloids>

Demmel, R., Beck, B., Lammers, A. (2003). Prediction of treatment outcome in a clinical sample of problem drinkers: self-efficacy, alcohol expectancies, and readiness to change. German medical science : GMS e-journal, 1, Doc06.

Dennis, M., Scott, C.K. (2007). Managing addiction as a chronic condition. Addict SciClin Pract, 4: 45–55.

Doğan, S. (2013). İnancın hemşireliğe yansması: Spiritüel bakım. Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü Dergisi, 28:96–7.

Eğilmez, O., Örum, M., Kara, M. (2019). Adıyaman İli AMATEM Verilerinin Değerlendirilmesi: 2018 Yılı Verileri. Bağımlılık Dergisi, 20(2): 88-96.

Ekinci, S., Kural, H. U., Yalçınay, M. (2016). Madde bağımlılığı olan hastalarda öfke düzeyi; bağımlılık profili, depresyon ve anksiyete düzeyi ile ilişkisi. Bağımlılık Dergisi, 17(1), 12-17.

Erükçü Akbaş, G., Mutlu, E. (2016). Madde bağımlılığı tedavisi gören kişilerin bağımlılık ve tedavi deneyimleri. Toplum ve Sosyal Hizmet, 27(1) , 101-122.

Figurasin, R., Maguire, N.J. (2020). 3,4-Methylenedioxy-Methamphetamine. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2021 Jan–. PMID: 30860717.

Garcia-Romeu, A., Kersgaard, B., Addy, P.H. (2016). Clinical applications of hallucinogens: A review. Exp Clin Psychopharmacol, 24(4):229-268.

GBD 2016 Alcohol and Drug Use Collaborators (2018). The global burden of disease attributable to alcohol and drug use in 195 countries and territories, 1990-2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. The lancet. Psychiatry, 5(12), 987–1012.

Güleç, G., Köşger, F., Eşsizoglu, A. (2015). DSM-5'te Alkol ve Madde Kullanım Bozuklukları. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar, 7 (4) , 448-460.

Güvaç, A, Z. (2019). Madde kullanım bozukluğu tedavisi gören bireylerin bağımlılık profili ve tedavi motivasyonların belirlenmesi. Yüksek lisans tezi, Sağlık Bilimleri Üniversitesi Gülhane Sağlık bilimleri Enstitüsü, İstanbul.

- Güvenç Bahadır, G., Karaca, S. (2021).** Denetimli Serbestlik Tedbiri Konulan Madde Kullanıcılarında Depresyon Belirti Düzeyine Göre Bağımlılık Şiddetinin İncelenmesi. *Bağımlılık Dergisi*, 22(3): 209-217.
- Godlaski, T.M. (2012).** Shiva, Lord of Bhang. *Substance Use & Misuse*, 47(10):1067- 72.
- Hammond, C. J. (2016).** The Role of Pharmacotherapy in the Treatment of Adolescent Substance Use Disorders. *Child and adolescent psychiatric clinics of North America*, 25(4), 685–711.
- Harford, T.C., Grant, B.F., Yi, H.Y., Chen, C.M. (2005).** Patterns of DSM-IV alcohol abuse and dependence criteria among adolescents and adults: results from the 2001 National Household Survey on Drug Abuse. *Alcohol Clin Exp Res*, 29(5):810-28.
- Hasking, P.A., Oei, T.P. (2007).** Alcohol expectancies, self-efficacy and coping in an alcohol-dependent sample. *Addic Behav*, 32: 99-113.
- Heilig, M., MacKillop, J., Martinez, D., Rehm, J., Leggio, L., Vanderschuren, L.J.M.J. (2021).** Addiction as a brain disease revised: why it still matters, and the need for consilience. *Neuropsychopharmacology*, 0:1 -9.
- Howard, M. O., Bowen, S. E., Garland, E. L., Perron, B. E., Vaughn, M. G. (2011).** Inhalant use and inhalant use disorders in the United States. *Addiction science & clinical practice*, 6(1), 18–31.
- Indave, B.I., Minozzi, S., Pani, P.P., Amato, L. (2016).** Antipsychotic medications for cocaine dependence. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 3:CD006306.
- Irvin, J.E., Bowers, C.A., Dunn, M.E., Wang, M.C. (1999).** Efficacy of relapse prevention: a meta-analytic review. *J Consult Clin Psychol*, 67:563-570.
- Karadağlı, S.S. (2019).** Yaygın Olarak Sedatif Etkili Tıbbi Bitkiler ve İlaçları etkileme. *FABAD Eczacılık Bilimleri Dergisi*, 44 (3), 243-253.
- Karila, L., Roux, P., Rolland, B., Benyamina, A., Reynaud, M., Aubin, H.J., Lançon, C. (2014).** Acute and long-term effects of cannabis use: a review. *Curr Pharm Des*, 20(25):4112-8.
- Kassem, N. (2019).** Tercih maddesi ve bağımlılık şiddetine bakılarak bağımlılarda yaşama son verme düşüncesi yoğunluğunun araştırılması. *Cyprus Turkish Journal of Psychiatry & Psychology*, 1(Özel Sayı.1): 36-39.

- Kenney, S. R., Bailey, G. L., Anderson, B. J., Stein, M. D. (2017).** Heroin refusal self-efficacy and preference for medication-assisted treatment after inpatient detoxification. *Addictive behaviors*, 73, 124–128.
- Larimer, M.E., Palmer, R.S., Marlatt, G.A. (1999).** Relapse prevention. An overview of Marlatt's cognitive-behavioral model. *Alcohol Res Health*, 23(2):151-60.
- Lozano, B.E., Stephens, R.S., Roffman, R.A. (2006).** Abstinence and moderate use goals in the treatment of marijuana dependence. *Addiction*, 101(11):1589-97.
- Magaletta, P.R., Oliver, J.M. (1999).** The hope construct, will, and ways: their relations with self-efficacy, optimism, and general well-being. *J Clin Psychol*. 55(5):539-51.
- Maldonado, R., Calvé, P., García-Blanco, A., Domingo-Rodriguez, L., Senabre, E., Martín-García, E. (2021).** Vulnerability to addiction. *Neuropharmacology*, 15;186:108466
- Marlatt, G.A. (1996).** Taxonomy of high-risk situations for alcohol relapse: evolution and development of a cognitive-behavioral model. *Addiction*, 91 Suppl:S37-49.
- Marlatt, G.A., Gordon, J.R. (1985).** Relapse prevention: Maintenance strategies in the treatment of addictive behaviors. New York: Guilford Press.
- McGovern, P.E., Zhang, J., Tang, J., Zhang, Z., Hall, G.R., Moreau, R.A., Nuñez, A., Butrym, E.D., Richards, M.P., Wang, C.S., Cheng, G., Zhao, Z., Wang, C. (2004).** Fermented beverages of pre- and proto-historic China. *Proc Natl Acad Sci U S A*, 21;101(51):17593-8.
- McHugh, R.K., Votaw, V.R., Sugarman, D.E., Greenfield, S.F. (2018).** Sex and gender differences in substance use disorders. *Clin Psychol Rev*, 66:12-23.
- McLellan, A.T., Lewis, D.C., O'Brien, C.P., Kleber, H.D. (2000).** Drug dependence, a chronic medical illness: implications for treatment, insurance, and outcomes evaluation. *JAMA*, 4;284(13):1689-95.
- Merikangas, K. R., McClair, V. L. (2012).** Epidemiology of substance use disorders. *Human genetics*, 131(6), 779–789.
- Meyer, R., Patel, A.M., Rattana, S.K., Quock, T.P., Mody, S.H. (2014).** Prescription opioid abuse: a literature review of the clinical and economic burden in the United States. *Popul Health Manag*, 17(6):372-87.

Moos, R.H., Moos, B.S. (2006). Rates and predictors of relapse after natural and treated remission from alcohol use disorders. *Addiction*, 101(2):212–222.

Morrison, J. (2014). DSM-5 made easy—the clinician’s guide to diagnosis. New York: Guilford Press.

National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion (US) Office on Smoking and Health. (2014). The Health Consequences of Smoking—50 Years of Progress: A Report of the Surgeon General. Atlanta (GA): Centers for Disease Control and Prevention (US).

NDB Türkiye Uyuşturucu ve Uyuşturucu Bağımlılığı İzleme Merkezi. (2020). Türkiye Uyuşturucu Raporu. http://www.narkotik.pol.tr/kurumlar/narkotik.pol.tr/TUB%C4%B0M/TU%CC%88RKI%C%87YE-UYUS%CC%A7TURUCU-RAPORU_26-HAZI%CC%87RAN-FI%CC%87NAL-1_.pdf 10.04.2021.

Nichols, D.E. (2004). Hallucinogens. *Pharmacol Ther*, 101(2):131-81.

Nichols, D.E. (2016). Psychedelics. *Pharmacol Rev*, 68(2):264-355.

Nutt, D.J., King, L.A., Phillips, L.D; Independent Scientific Committee on Drugs. (2010). Drug harms in the UK: a multicriteria decision analysis. *Lancet*, 6;376(9752):1558-65.

Oviedo-Joekes, E., Nosyk, B., Brissette, S., Chettiar, J., Schneeberger, P., Marsh, D. C., Krausz, M., Anis, A., & Schechter, M. T. (2008). The North American Opiate Medication Initiative (NAOMI): profile of participants in North America's first trial of heroin-assisted treatment. *Journal of urban health : bulletin of the New York Academy of Medicine*, 85(6), 812–825.

Ögel, K., Çorapçıoğlu, A., Sır, A., Tamar, M., Tot, S., Doğan, O., ... Liman, O. (2004). Türkiye'de Dokuz İlde İlk ve Ortaöğretim Öğrencilerinde Tütün, Alkol Ve Madde Kullanım Yaygınlığı. *Türk Psikiyatri Dergisi*. 15(2):112-118.

Ögel, K., Evren, C. ve Karadağ, F. (2012). Bağımlılık Profil İndeksi'nin (BAPİ) Geliştirilmesi, Geçerlik ve Güvenilirliği. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 23(4).

Ögel, K., Karadağ, F., Evren, C., Gürol, D.T. (2012). Bağımlılık Profil İndeksi (BAPİ) Uygulama Rehberi Yeniden Yayınları. İstanbul.

- Ögel, K. (2018).** Bağımlılık ve Tedavisi Temel Kitabı. 2. Baskı. İstanbul. Kültür sanat yayıncılık.
- Özden, S.Y. (2019).** Uyuşturucu Madde Bağımlılığı. 3. Baskı. İstanbul. Nobel Tıp Kitap Evleri.
- Öztürk, M. O., Uluşahin, A. (2014).** Ruh sağlığı ve bozuklukları. 15. Baskı. İstanbul. Nobel Tıp Kitabevleri.
- Papaseit, E., Pérez-Mañá, C., Torrens, M., Farré, A., Poyatos, L., Hladun, O., Sanvisens, A., Muga, R., Farré, M. (2020).** MDMA interactions with pharmaceuticals and drugs of abuse. *Expert Opin Drug Metab Toxicol*, 16(5):357-369.
- Patel, K., Bunachita, S., Agarwal, A.A., Lyon, A., Patel, U.K. (2021).** Opioid Use Disorder: Treatments and Barriers. *Cureus*, 6;13(2):e13173.
- Pazarcıkcı M. (2018).** Yaşa Dışı Madde Kullanımı Nedeniyle Denetimli Serbestlik Tedbirine Tabi Kişilerde Madde Kullanımına Eşlik Eden Sigara, Alkol ve Patolojik Kumar Bağımlılığının Araştırılması (Tez). Ege Üniversitesi, Madde Bağımlılığı Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi.
- Peacock, A., Leung, J., Larney, S., Colledge, S., Hickman, M., Rehm, J., Giovino, G.A., West, R., Hall, W., Griffiths, P., Ali, R., Gowing, L., Marsden, J., Ferrari, A.J., Grebely, J., Farrell, M., Degenhardt, L (2018).** Global statistics on alcohol, tobacco and illicit drug use: 2017 status report. *Addiction*, 113(10):1905-1926.
- Polak, K., Meyer, B. L., Neale, Z. E., Reisweber, J. (2020).** Program Evaluation of Group Transcending Self Therapy: An Integrative Modular Cognitive-Behavioral Therapy for Substance Use Disorders. *Substance abuse: research and treatment*, 14, 1178221820947653.
- Rahimian Boogar, I., Tabatabaee, S. M., Tosi, J. (2014).** Attitude to substance abuse: do personality and socio-demographic factors matter?. *International journal of high risk behaviors & addiction*, 3(3), e16712.
- Rather, Y.H., Bashir, W., Sheikh, A.A., Amin, M., Zahgeer, Y.A. (2013).** Socio-demographic and Clinical Profile of Substance Abusers Attending a Regional Drug De-addiction Centre in Chronic Conflict Area: Kashmir, India. *Malays J Med Sci*, 20(3):31-8.
- Ray, L.A., Meredith, L.R., Kiluk, B.D., Walthers, J., Carroll, K.M., Magill, M. (2020).** Combined Pharmacotherapy and Cognitive Behavioral Therapy for Adults With Alcohol or

Substance Use Disorders: A Systematic Review and Meta-analysis. JAMA Network Open, 3 (6), e208279.

Ronsley, C., Nolan, S., Knight, R., Hayashi, K., Klimas, J., Walley, A., et al. (2020). Treatment of stimulant use disorder: A systematic review of reviews. PLoS ONE 15(6): e0234809.

Sağlık Bakanlığı. (2011). Hemşirelik Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik. Resmi Gazete, Sayı: 27910. <https://www.saglik.gov.tr/TR,10526/hemsirelik-yonetmeliginde-degisiklik-yapilmasina-dair-yonetmelik.html> 05.03.2021.

Sağlık Bakanlığı. (2012). Madde Bağımlılığı Tanı ve Tedavi Kılavuzu El Kitabı. <https://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/maddebagimliliği.pdf> 14.02.2021.

Savaşan, A. Engin, E., Ayakdaş, D. (2013). Bir AMATEM kliniğinden taburcu olan bağımlı hastaların yaşam tarzı değişiklikleri ve nüks durumları. Psikiyatri Hemşireliği Dergisi, 4(2), 75–79.

Scherbaum, C., Cohen-Charash, Y., Kern, M.J. (2006). Measuring General Self Efficacy: A Comparison of Three Measures Using Item Response Theory. Educational and Psychological Measurement, 66(6): 1047-63.

Smedslund, G., Berg, R.C., Hammerstrøm, K.T., Steiro, A., Leiknes, K.A., Dahl, H.M., Karlsen, K. (2011). Motivational interviewing for substance abuse. Cochrane Database Syst Rev. (5):CD008063.

Storck, M., Black, L., Liddell, M. (2016). Inhalant Abuse and Dextromethorphan. Child Adolesc Psychiatr Clin N Am, 25(3):497-508.

Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA). (2020). Mental and Substance Use Disorders. <https://www.samhsa.gov/find-help/disorders> 03.03.2021.

Şimşek, N. (2010). Madde Kullanım Bozukluğu Olan Birey ve Ailesinin Hemşirelik Bakımı. Psikiyatri Hemşireliği Dergisi, 1(2):96-99.

Şimşek Arslan, B., Buldukoğlu, K. (2021). Being a nurse working in a psychiatric department: A qualitative study. J Psychiatric Nurs, 12(1):67-75.

- Tektaş Soy, İ., Kocataş, S. (2020).** Madde bağımlılığı tanısı almış bireylerde benlik saygısı ve sosyal dışlanma algıları arasındaki ilişki. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 36: 73-86.
- Tosun, M. (2008).** Madde Bağımlılığına Genel Bakış İ.U. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri. Türkiye’de Sık Karşılaşılan Psikiyatrik Hastalıklar Sempozyum Dizisi, 62: 201-20.
- Tuithof, M., Ten Have, M., van den Brink, W., Vollebergh, W., de Graaf, R. (2016).** Treatment Seeking for Alcohol Use Disorders: Treatment Gap or Adequate Self-Selection? *Eur Addict Res*, 22(5):277-85.
- Türkcan, A. (1998).** Türkiye’de Madde Kullananların Profili: Hastane Verilerinin İncelenmesi. *Düşünen Adam*, 11 (3), 56-64.
- Uğurlu, T.T., Şengül, C.B., Şengül, C. (2012).** Bağımlılık psikofarmakolojisi. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 4(1), 37-50.
- Varcarolis, E.M. (2013).** *Essentials of Psychiatric Mental Health Nursing*. Missouri: Elsevier Saunders.
- Varcarolis E.M., Halter M.J. (2009).** *Essentials of Psychiatric Mental Health Nursing: A Communication Approach to Evidence- Based Care*. Saunders Elseiver, China, 3.
- Vetulani J. (2001).** Drug addiction. Part I. Psychoactive substances in the past and presence. *Pol J Pharmacol*, 53(3):201-14.
- Yıldırım, F., İlhan, İ.Ö. (2010).** Genel Öz-yeterlilik Ölçeği Türkçe Formunun Geçerlik ve Güvenilirlik Çalışması. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 21(4): 301-8.
- Volkow, N. D., Baler, R. D., Compton, W. M., Weiss, S. R. (2014).** Adverse health effects of marijuana use. *The New England journal of medicine*, 370(23), 2219–2227.
- Whitesell, M., Bachand, A., Peel, J., Brown, M. (2013).** Familial, social, and individual factors contributing to risk for adolescent substance use. *J Addict*, 2013:579310.
- Wilson, N., Kariisa, M., Seth, P., Smith, H. IV., Davis, N.L. (2020).** Drug and Opioid-Involved Overdose Deaths — United States, 2017–2018. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep*, 69:290–297.
- Witkiewitz, K., Marlatt, G.A. (2004).** Relapse prevention for alcohol and drug problems: that was Zen, this is Tao. *American Psychologist*, 59(4):224–235.

World Health Organization (WHO). (2014). Global status report on alcohol and health. http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112736/1/9789240692763_eng.pdf 30.01.2021.

World Health Organization (WHO). (2016). Cannabis. <https://www.who.int/teams/mental-health-and-substance-use/alcohol-drugs-and-addictive-behaviours/drugs-psychoactive/cannabis> 02.02.2021.

World Health Organization (WHO). (2018). *Global Status Report on Alcohol and Health.* www.who.int/substance_abuse/publications/global_alcohol_report/en/ 31.01.2021.

World Health Organization (WHO). (2020). Management of substance abuse, Psychoactive substances. https://www.who.int/substance_abuse/terminology/psychoactive_substances/en/ 30.01.2021.

World Health Organization (WHO). (2020). Management of Substance Abuse, Terminology and classification. https://www.who.int/substance_abuse/terminology/en/ 30.01.2021.

Zou, Z., Wang, H., d'Oleire Uquillas, F., Wang, X., Ding, J., Chen, H. (2017). Definition of Substance and Non-substance Addiction. *Adv Exp Med Biol*, 1010:21-41.

8. EKLER



EK-1: Birey Onam Formu

Araştırmanın Adı: Madde Kullanım Bozukluğu Tedavisi Gören Hastaların Bağımlılık Profili Ve Genel Özyeterlilikleri Arasındaki İlişki

Bu araştırma SANKO Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı'nda yüksek lisans yapan Nupel FİLİZ tarafından planlanmıştır.

Madde kullanım bozukluğu uzun süreli tedavi ve izlem gerektiren kronik bir hastalıktır ve birçok faktör bu hastalığın seyrini etkilemektedir. Tedavi planı oluşturulurken bağımlılığı etkileyen bu faktörlerin göz önüne bulundurulması gerektiği belirtilmektedir. Bu araştırma madde kullanım bozukluğu tedavisi gören bireylerin bağımlılık profillerini ve genel özyeterliliklerini incelemek ve aralarındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla yapılacaktır.

Çalışma hastalara sunulacak anket yöntemiyle yapılacaktır.

Bu araştırmanın yapılabilmesi için İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Alkol Madde Araştırma Tedavi Merkezi yönetiminden izin alınmıştır.

Yukarıda gönüllüye araştırmadan önce verilmesi gereken bilgileri okudum. Bunlar hakkında bana yazılı ve sözlü olarak açıklama yapıldı. Bu koşullarla söz konusu klinik araştırmaya kendi rızamla hiçbir baskı ve zorlama olmadan katılmayı kabul ediyorum.

Herhangi bir gereksiniminiz olduğunda araştırmacıyı 05364614677 numaralı telefondan arayabilirsiniz.

Birey İmzası :

Araştırmacının İmzası:

Tarih :

Tarih:

EK-2: Kişisel Veri Formu

1. Doğum tarihiniz [.....]

2. Yaş Grubu:

1) 18-25 2)26-35 3)36-45 4)46-55 6)56 ve üzeri

3. Cinsiyetiniz?

- Kadın
 Erkek

4. Eğitiminiz?

Okuryazar İlkokulu bitirmiş Ortaokulu bitirmiş Liseyi bitirmiş Üniversiteyi bitirmiş

5. Medeni durumunuz?

Evli Bekâr Ayrı Boşanmış Dul Diğer

6. Çocuğunuz var mı?

Evet Hayır

7. Gelir durumunuzu nasıl değerlendiriyorsunuz?

a) İyi b) Orta c) Kötü

8. Halen yaşadığınız yer:

a) Şehir
b) İlçe-kasaba
c) Köy

9. Kiminle Yaşıyorsun?

a) Anne- Baba b)Eş ve Çocuklar c) Eş, Çocuk ve Anne-Baba d) Yalnız e) Diğer

10. Madde kullanımına kaç yaşında başladınız?

11. İlk kullandığınız madde hangisiydi?

- Alkol
- Esrar
- Eroin
- Kokain
- Ecstasy (Ekstazi)

- Taş (krak kokain)
- Rohipnol, rivotril (roş) gibi haplar
- Uçucu maddeler (tiner, bali, gaz vb)
- Çeşitli haplar (akineton, tantum, xanax vb)
- Amfetamin türevleri (metamfetamin, ice vb)

12. Alkol/Madde Başlama nedeni nedir?

- a) Bir kere deneme
- b) Merak
- c) Arkadaş ortamında kabul görme
- d) Sorunlarla baş etmek
- e) İlgi çekmek
- F) Keyif almak
- g) Diğer

13. Alkol/ Madde Başlama Ortamınız Neresidir?

- a) Okul dışı arkadaştan öğrenme
- b) Aileden öğrenme
- c) Okul arkadaşlarından öğrenme
- d) Diğer.....

14. Ailede bağımlılığı olan başka biri var mı?

- a) Var
- b) Yok

15. Şuan herhangi bir işte çalışıyor musun?

.....

16. Hastalık nedeniyle İşi bırakmak zorunda kaldınız mı?

- a) Evet b) Hayır

17. Alkol/madde kullanımı nedeniyle yasal sorun yaşadınız mı?

- a)Evet b) Hayır

18. Şuan tedavi almaya kendi isteğinizle mi geldiniz?

- a) Evet b) Hayır (Kim İstedi.....)

19. Tedaviye Gelme Nedeni?

- a) Fiziksel hasarı iyileştirmek
b)Tedaviyi bırakmanın tehlikeli olduğunu düşünmek
c)Tedaviyi bırakamayacağını düşünmek
d)Tedaviye zorla gelme/ getirilme
e)Aldığı maddeyi azaltmak

20. Tedaviden Beklentileri?

- a) Bir daha içmemek
b)Kontrollü İçmeyi Öğrenmek
c)Fiziksel sorunları iyileştirmek
d)Psikolojik sorunları iyileştirmek
e)Sosyal ilişkileri düzenlemek

21. Size önerilen tedavilerinizi düzenli kullanıyor musunuz?

- a) Kullanıyorum b) Kullanmıyorum

22. Kontrol muayenelerinize düzenli geliyor musunuz?

- a) Geliyorum b) Gelmiyorum

23. Bir yılda ayaktan tedaviye başvuru sayısı:

- a) bir-iki b) üç ile dört arasında c) beş ve üzeri

24. Daha önce herhangi bir psikiyatrik veya psikolojik tedavi gördünüz mü?

- Evet Hayır

EK-3: Genel Özyeterlilik Ölçeği

Aşağıda çeşitli konulardaki düşüncelerinizi öğrenmek üzere cümleler verilmiştir. Cümlede geçen ifadenin sizi ne kadar tanımladığını, lütfen, size uygun olan bölmeye işaretleyiniz.

Sizi ne kadar tanımlıyor?

Hiç

Çok İyi

	1	2	3	4	5
1. Planlar yaparken, onları hayata geçirebileceğimden eminimdir.	1	2	3	4	5
2. Sorunlarımdan biri, bir işe zamanında başlayamamamdır.	1	2	3	4	5
3. Eğer bir işi ilk denemede yapamazsam, başarana kadar uğraşırım.	1	2	3	4	5
4. Belirlediğim önemli hedeflere ulaşmada, pek başarılı olamam.	1	2	3	4	5
5. Her şeyi yarım bırakırım.	1	2	3	4	5
6. Zorluklarla yüz yüze gelmekten kaçınırım.	1	2	3	4	5
7. Eğer bir iş çok karmaşık görünüyorsa onu denemeye bile girişmem.	1	2	3	4	5
8. Hoşuma gitmeyen bir şey yapmak zorunda kaldığımda onu bitirinceye kadar kendimi zorlarım.	1	2	3	4	5
9. Bir şey yapmaya karar verdiğimde hemen işe girişirim.	1	2	3	4	5
10. Yeni bir şey denerken başlangıçta başarılı olamazsam çabucak vazgeçerim.	1	2	3	4	5
11. Beklenmedik sorunlarla karşılaştığımda kolayca onların üstesinden gelemem.	1	2	3	4	5
12. Bana zor görünen yeni şeyleri öğrenmeye çalışmaktan kaçınırım.	1	2	3	4	5
13. Başarısızlık benim azmimi arttırır.	1	2	3	4	5
14. Yeteneklerime her zaman çok güvenmem.	1	2	3	4	5
15. Kendine güvenen biriyim	1	2	3	4	5
16. Kolayca pes ederim.	1	2	3	4	5
17. Hayatta karşıma çıkacak sorunların çoğuyla başedebileceğimi sanmıyorum.	1	2	3	4	5

EK-4: Bağımlılık Profili İndeksi Ölçeği



Lütfen her maddeyi dikkatlice okuyun.

Soruları boş bırakmayın, kendinizi en yakın hissettiğiniz **tek bir** şıkkı işaretleyin.

I Adınız soyadınız [.....]

II Doğum tarihiniz [.....]

III Cinsiyetiniz?

Kadın Erkek

IV Eğitiminiz?

Okuryazar İlkokulu bitirmiş Ortaokulu bitirmiş Liseyi bitirmiş Üniversiteyi bitirmiş

V Medeni durumunuz?

Evli Bekâr Ayrı Boşanmış Dul Diğer

VI Çocuğunuz var mı?

Evet Hayır

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

Evet Hayır

Dikkat!

Aşağıdaki sorularda yer alan [madde] sözcüğü son dönem içinde kullanmayı daha çok tercih ettiğiniz maddeyi anlatmaktadır. Bu nedenle temel olarak kullandığınız madde neyse, sorularda onu [madde] sözcüğü yerine koyunuz.

Örneğin...

“[Madde] kullanmak aile ilişkilerimi olumsuz yönde etkiledi” yerine alkol içiyorsanız “Alkol kullanmak aile ilişkilerimi olumsuz yönde etkiledi” veya esrar içiyorsanız “Esrar kullanmak aile ilişkilerimi olumsuz yönde etkiledi” biçiminde okuyun.

12 [Madde] etkisinde olduğunuz zamanlarda, ne sıklıkta problem yaşıyorsunuz? (örneğin film kopması, aşırı doz alma, kontrol kaybı vb)

- Hiçbir zaman Nadiren Bazen Çoğu zaman Neredeyse her zaman

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

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

SON BİR YIL İÇİNDE aşağıdakilerin ne sıklıkta olduğunu belirtiniz

13 Kullandığınız [maddenin] miktarı zaman içinde giderek arttı mı? (örneğin giderek daha fazla miktarda [madde] kullanmak)

- Hiçbir zaman Nadiren Bazen Çoğu zaman Neredeyse her zaman

14 Her zamanki dozda kullanmanıza rağmen kullandığınız [maddenin] etkisinde azalma oldu mu? (örneğin her zamanki kadar [madde] kullandığınız halde sarhoş olmama veya kafanızın güzel olmaması)

- Hiçbir zaman Nadiren Bazen Çoğu zaman Neredeyse her zaman

15 Kullandığınız [maddeyi] kestiğinizde veya azalttığınızda bazı sorunlar ortaya çıktı mı? (örneğin uykusuzluk, terleme, sinirlilik, huzursuzluk, titreme vb)

- Hiçbir zaman Nadiren Bazen Çoğu zaman Neredeyse her zaman

16 **Kullandığınız [maddeyi] kestiğinizde ortaya çıkabilecek sorunlardan çekindiğiniz için [madde] kullandığınız oldu mu?**

- Hiçbir zaman Nadiren Bazen Çoğu zaman Neredeyse her zaman

17 **[Madde] kullanmaya başladıktan sonra, kullanmayı durdurmakta zorlanıyor musunuz? (örneğin az içmeyi düşünüp fazla içmek veya kısa süre kullanmayı planlayıp uzun süre kullanmak)**

- Hiçbir zaman Nadiren Bazen Çoğu zaman Neredeyse her zaman

18 **Kullandığınız [maddeyi] bırakmayı veya azaltmayı isteyip bunu başaramadığınız oldu mu?**

- Hiçbir zaman Nadiren Bazen Çoğu zaman Neredeyse her zaman

19 **[Maddeyi] aramak, kullanmak veya etkisinden kurtulmak için fazla zaman harcadığınız oldu mu? (örneğin [madde] bulmak, kullanmak veya etkisinden kurtulmak zamanınızın büyük bir kısmını kaplıyor mu?)**

- Hiçbir zaman Nadiren Bazen Çoğu zaman Neredeyse her zaman

20 **[Madde] kullandığınız için hayatınızdaki başka etkinliklerden vazgeçtiğiniz oldu mu? (örneğin aile ziyaretleri, hobiler, sosyal ilişkiler vb)**

- Hiçbir zaman Nadiren Bazen Çoğu zaman Neredeyse her zaman

SON BİR YIL İÇİNDE aşağıdakilerin ne sıklıkta olduğunu belirtiniz

21 **[Madde] kullanmak aile ilişkilerinizi olumsuz yönde etkiledi mi?**

- Hiçbir zaman Nadiren Bazen Çoğu zaman Neredeyse her zaman

22 **[Madde] kullanmak eğitim/ iş hayatınızı olumsuz yönde etkiledi mi?**

- Hiçbir zaman Nadiren Bazen Çoğu zaman Neredeyse her zaman

23 [Madde] kullanmak beden sağlığınızı olumsuz yönde etkiledi mi?

- Hiçbir zaman Nadiren Bazen Çoğu zaman Neredeyse her zaman

24 [Madde] kullanmak ruhsal sağlığınızı olumsuz yönde etkiledi mi?

- Hiçbir zaman Nadiren Bazen Çoğu zaman Neredeyse her zaman

25 [Madde] kullanmak sizi ekonomik açıdan olumsuz yönde etkiledi mi?

- Hiçbir zaman Nadiren Bazen Çoğu zaman Neredeyse her zaman

26 [Madde] kullanmak arkadaş veya diğer insanlarla olan ilişkilerinizi olumsuz yönde etkiledi mi?

- Hiçbir zaman Nadiren Bazen Çoğu zaman Neredeyse her zaman

27 [Madde] kullanmak başınızı derde soktu mu? (rneğin kavga, kaza, istenmeyen cinsel ilişki-gebelik, cinsel yolla bulaşan hastalık vb)

- Hiçbir zaman Nadiren Bazen Çoğu zaman Neredeyse her zaman

28 [Madde] kullanmak yasal sorunlar yaşamanıza neden oldu mu? (rneğin maddeyle yakalanmak, ehliyeti kaptırmak, karakola düşmek vb)

- Hiçbir zaman Nadiren Bazen Çoğu zaman Neredeyse her zaman

29 Gündüz saatlerinde de [madde] kullandığınız oldu mu?

- Hiçbir zaman Nadiren Bazen Çoğu zaman Neredeyse her zaman

30 [Madde] kullanmayı istememenize rağmen yine de gidip [madde] kullandığınız oldu mu?

- Hiçbir zaman Nadiren Bazen Çoğu zaman Neredeyse her zaman

31 Aileniz veya çevreniz sizin çok fazla [madde] kullandığınızdan endişeleniyor mu?

- Hiçbir zaman Nadiren Bazen Çoğu zaman Neredeyse her zaman

SON BİR HAFTA İÇİNDE aşağıdakilerin ne sıklıkta olduğunu belirtiniz

32 Ne sıklıkta aklınıza [madde] kullanmak ya da [maddenin] keyif verici/rahatlatıcı etkisi geliyor?

- Hiçbir zaman Nadiren Bazen Çoğu zaman Neredeyse her zaman

33 Ne sıklıkta [madde] kullanmak için kuvvetli bir istek, arzu veya dürtü hissediyorsunuz?

- Hiçbir zaman Nadiren Bazen Çoğu zaman Neredeyse her zaman

34 [Madde] ile karşılaştığımızda [madde] kullanmaya direnmek veya kullanmamak sizin için zor olur mu?

- Hiçbir zaman Nadiren Bazen Çoğu zaman Neredeyse her zaman

35 [Madde] kullanmanın sizin için bir sorun olduğunu düşünüyor musunuz?

- Hiçbir zaman Nadiren Bazen Çoğu zaman Neredeyse her zaman

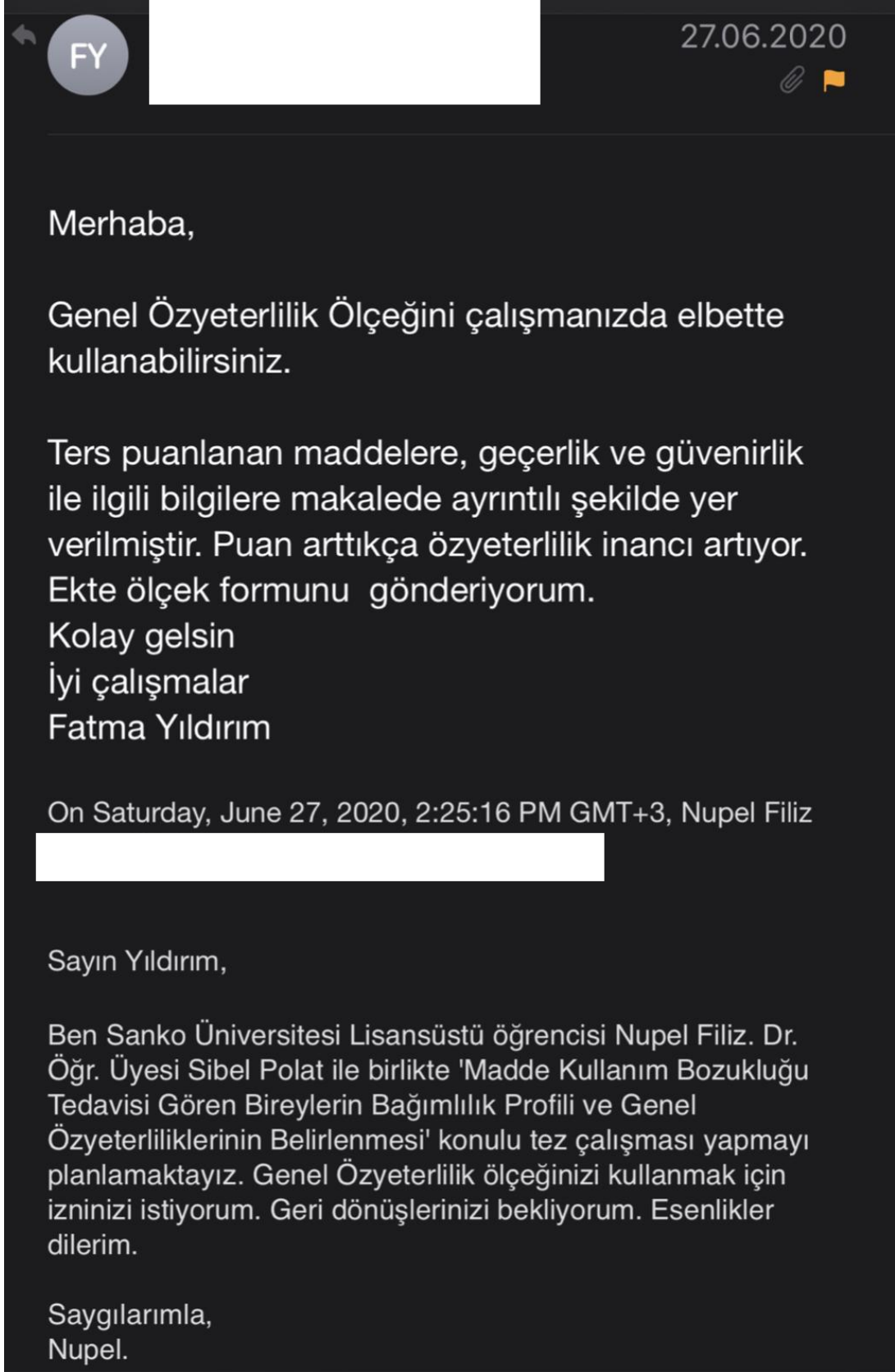
36 [Madde] kullanmayı bırakmayı veya azaltmayı düşünüyor musunuz?


- Hiçbir zaman Nadiren Bazen Çoğu zaman Neredeyse her zaman

37 [Madde] kullanmayı bırakmak veya azaltmak sizin için önemli mi?

- Hiçbir zaman Nadiren Bazen Çoğu zaman Neredeyse her zaman

EK-5: Genel Öz-Yeterlilik Ölçek İzni



← KO [Redacted] 27.06.2020 

Ynt: Ölçek İzni Hk.

merhaba
ölçeği kullanabilirsiniz, ölçekle ilgili bilgilere ww.bapi.info.tr sitesinden ulaşabilirsiniz

From: [Nupel Filiz](#)
Sent: Saturday, June 27, 2020 2:22 PM
To: [Redacted]
Subject: Ölçek İzni Hk.

Sayın Ögel,
Ben Sanko Üniversitesi Lisansüstü öğrencisi Nupel Filiz. Dr. Öğr. Üyesi Sibel Polat ile birlikte 'Madde Kullanım Bozukluğu Tedavisi Gören Bireylerin Bağımlılık Profili ve Genel Özyeterliliklerinin Belirlenmesi' konulu tez çalışması yapmayı planlamaktayız. Bağımlılık Profili İndeksi (BAPİ) ölçeğinizi kullanmak için izninizi istiyorum. Geri dönüşlerinizi bekliyorum. Esenlikler dilerim.

Saygılarımla,
Nupel.

*Nupel FİLİZ, MSc Sanko University,
Health Sciences Institute
Mental
Health and Nursing Student*

EK-7: Etik Kurul Karar Formu



GİRİŞİMSEL OLMAYAN ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU TOPLANTI TUTANAĞI

TOPLANTI			
NUMARASI	TARİHİ	SAATİ	YERİ
2020/10	24.07.2020	10.00	Online

TOPLANTIDA ALINAN KARARLAR

KARAR-9: Dr. Öğr. Üyesi Sibel POLAT'ın "Madde Kullanım Bozukluğu Tedavisi Gören Bireylerin Bağımlılık Profili ve Genel Özyeterliliklerinin Belirlenmesi" konulu araştırma dosyasının gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemler dikkate alınarak incelenmesi sonucunda etik açıdan uygun olduğuna oy birliği ile karar verilmiştir.

KATILIMCI ONAYI	
AD-SOYAD	İMZA
1. Prof. Dr. Şahin A. SIRMALI (Başkan)	
2. Prof. Dr. Nimet OVAYOLU (Başkan Yrd.)	KATILMADI
3. Prof. Dr. Nevin ERGUN	KATILMADI
4. Prof. Dr. Mehtap ÖZKUR	
5. Dr. Öğr. Üyesi Betül KOCAMER ŞİMŞEK	
6. Dr. Öğr. Üyesi Duygu GÖK YURTSEVEN	ÜCRETSİZ İZİNLİ
7. Dr. Öğr. Üyesi Deniz MIHÇIOĞLU	
8. Dr. Öğr. Üyesi Sibel POLAT	KATILMADI
9. Dr. Öğr. Üyesi Burçin ALTINBAŞ	

EK-8: Kurum İzni



T.C.
İZMİR VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü

İZMİR İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ - İZMİR HASTANE
HİZMETLERİ BİRDİM



Sayı : 90953153-772.02
Konu : Araştırma (Nupel FİLİZ)

DAĞITIM YERLERİNE


SANKO Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Hemşirelik Yüksek Lisans Öğrencisi Nupel FİLİZ'in "Madde Kullanım Bozukluğu Tedavisi Gören Bireylerin Bağımlılık Profili ve Genel Özyeterliliklerinin Belirlenmesi" konulu araştırmasıyla ilgili evrakları incelenmiş olup, çalışmanın hizmeti aksatmayacak şekilde ve araştırmaya katılımın gönüllülük esasına dayalı olması koşuluyla, İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde yürütülmesi Müdürlüğümüzce uygun görülmüştür.

Bilgilerinizi ve gereğini arz/rica ederim

e-izmalıdır.
Op.Dr. Anıl ESEN
Başkan

DAĞITIM:
İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim Ve Araştırma Hastanesi
Sanko Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü

EK-9: Tez İntihal Raporu

	<p style="text-align: center;">T.C. SANKO ÜNİVERSİTESİ LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ NİHAİ TEZ İNTİHAL RAPORU FORMU</p>
---	---

I- ÖĞRENCİ BİLGİLERİ

Adı : |Nupel| Anabilim Dalı : Hemşirelik AD
Soyadı : |FİLİZ| Programı : Hemşirelik Tezli (Psikiyatri Hemşireliği)
Öğrenci No : |191101009| Statüsü : Yüksek Lisans

II- TEZ BİLGİLERİ

Tez Danışmanı : |Dr. Öğr. Üyesi Sibel POLAT|
Tez Adı : Madde Kullanım Bozukluğu Tedavisi Gören Hastaların Bağımlılık Profili ve Genel Özyeterlilikleri Arasındaki İlişki

III- İNTİHAL RAPOR BİLGİLERİ

	<u>Benzerlik Oranı (%)</u>	<u>Tarih</u>
<input checked="" type="checkbox"/> Tez Savunması Sınavı Öncesi	9	09.07.2021
<input checked="" type="checkbox"/> Tez Savunma Sınavı Sonrası	8	06.09.2021

Yukarıda belirtilen tez çalışmasının kapak sayfası, giriş, ana bölümler ve sonuç kısımlarından oluşan toplam |50| sayfalık kısmına ilişkin, TURNITIN adlı intihal tespit programından aşağıda belirtilen filtrelemeler uygulanarak alınmış olan orijinallik raporuna göre, tezin benzerlik oranı alıntılar dahil % |8|'dir.

Uygulanan filtrelemeler:

- Tez Ön Sayfaları (onay, etik beyan, teşekkür, özet ve izin sayfaları) hariç,
- Kaynaklar hariç,
- Ekler hariç,
- Beş kelimedenden daha az örtüşme içeren metin kısımları hariç.

ENSTİTÜ ONAYI

UYGUNDUR

Miyese ŞAYF

Enstitü Sekreter V.

...06.../...09.../...2021...

ACIKLAMA

*Enstitü söz konusu teze ilişkin intihal yazılım programı (TURNITIN) raporunu alarak tez danışmanına ve jüri üyelerine gönderir.
*Rapordaki verilerde gerçek bir intihalın tespiti halinde gerekçesi ile birlikte karar verilmek üzere tez, Enstitü Yönetim Kuruluna gönderilir.

EK-10: Özgeçmiş

Adı Soyadı:

Doğum Tarihi/ Yeri:

İş Deneyimi:

Eğitim Düzeyi:

	Mezun Olduğu Kurum	Mezuniyet Yılı
Lisans		2019

İletişim Bilgisi:

E-mail: