



Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü

Sosyal Hizmet Anabilim Dalı

**MOTİVASYONEL GÖRÜŞMEYE DAYALI GRUPLA SOSYAL HİZMET
MÜDAHALESİNİN ALKOL KULLANIM BOZUKLUĞU OLAN BİREYLERİN
TEDAVİ MOTİVASYONU, ÖZ YETERLİLİK VE REMİSYONA ETKİSİ**

Ercan MUTLU

Doktora Tezi

Ankara, 2021

**MOTİVASYONEL GÖRÜŞMEYE DAYALI GRUPLA SOSYAL HİZMET
MÜDAHALESİNİN ALKOL KULLANIM BOZUKLUĞU OLAN BİREYLERİN
TEDAVİ MOTİVASYONU, ÖZ YETERLİLİK VE REMİSYONA ETKİSİ**

Ercan MUTLU

Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü
Sosyal Hizmet Anabilim Dalı

Doktora Tezi

Ankara, 2021

TEŞEKKÜR

Bu doktora tez çalışması birçok farklı kişinin değerli katkılarıyla ortaya çıkmıştır. Öncelikle çalışmaya katılmayı kabul eden ve değerlerini, bakış açılarını, acılarını, umutlarını ve dahası kimseye anlatamadıklarını grup ortamında içtenlikle benimle paylaşan tüm katılımcılara çok teşekkür ederim.

Değerli danışman hocam, motivasyon kaynağım, öğrencisi olmaktan onur duyduğum Prof. Dr. Sunay İl'e doktora eğitimim ve tez sürecim boyunca yaptığı değerli katkı, anlayış ve desteğinden dolayı çok teşekkür ederim.

Tez izleme komitesinde bulunan değerli hocalarım Prof. Dr. Nesrin Dilbaz'a ve Prof. Dr. Hatice Demirbaş'a değerli zamanlarını bana ayırarak çalışmama verdikleri katkı ve destekler için çok teşekkür ederim. Ayrıca çalışmamı özenle okuyarak değerli katkı ve önerilerini sunan değerli hocalarım Prof. Dr. Kasım Karataş'a ve Doç Dr. Aslıhan Aykara'ya da çok teşekkür ederim.

Bu çalışmaya katkı veren, değerli görüş ve önerilerini benimle paylaşan Prof. Dr. Kamil Alptekin'e, Dr. Aziz Şeker'e, Prof. Dr. Yüksel Baykara Acar'a ve motivasyonel görüşme eğitmenim Prof. Dr. Kültegin Ögel'e de çok teşekkür ederim.

Çalışmanın Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi Amatem Kliniği'ndeki uygulama sürecinde alkol kullanım bozukluğu olan hastalara ulaşmamda bana destek olan Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Uzmanı Dr. Salih Cihat Paltun'a, araştırma sürecinde beni destekleyen Sosyal Hizmet Uzmanı Duygu Örd'e, Psikolog Recep Yarmalı'ya, Sosyal Hizmet Uzmanı Semra Gündüz Türkes'e, Psikolog Nihan Kılıç'a ve klinikteki tüm çalışanlara çok teşekkür ederim.

Ayrıca doktora öğrenimim boyunca desteklerini ve ilgilerini esirgemeyen değerli arkadaşlarım Uzman Psikolog Tamer Numan Duman'a, Uzman Psikolojik Danışman

Fahri Uzun'a, Psikolog Dilek Erdem Gırbalara ve Dr. Mustafa Kemal Çetin'e çok teşekkür ederim.

Doktora eğitimim boyunca destek, ilgi ve anlayışlarıyla her zaman yanımda olan aile büyüklerime, kuzenlerime, sevgili eşim Eda'ya ve oğlum Eymen'e çok teşekkür ederim.

ÖZET

MUTLU, Ercan. *Motivasyonel Görüşmeye Dayalı Grupla Sosyal Hizmet Müdahalesinin Alkol Kullanım Bozukluğu Olan Bireylerin Tedavi Motivasyonu, Öz Yeterlilik ve Remisyona Etkisi*. Doktora Tezi, Ankara, 2021.

Biyopsikososyal nedenlerin karşılıklı etkileşimi sonucunda ortaya çıkan alkol kullanım bozukluğu toplumda yaygın olarak görülen kronik bir hastalıktır. Grupla motivasyonel görüşmeye dayalı sosyal hizmet müdahalesinin, alkol kullanım bozukluğu olan bireylerin tedavi motivasyonu, öz yeterlik ve remisyona etkisinin olup olmadığının ortaya konulmasını amaçlayan bu araştırma, deney ve kontrol gruplu öntest-sontest modeline dayalı yarı deneysel bir çalışmadır. Araştırmaya, 16'sı deney, 16'sı kontrol grubunda olan 32 hasta dahil edilmiştir. Deney grubunda olan hastalarla 5 oturumluk grupla motivasyonel görüşme gerçekleştirilmiş olup, kontrol grubundaki hastalara ise herhangi bir müdahale yapılmamıştır. Müdahale öncesi yapılan ölçümlerde deney ve kontrol grubu hastalarının benzer sosyodemografik özelliklere, tedavi motivasyonu ve öz yeterlik düzeyine, alkol kullanım sıklık ve miktarlarına sahip oldukları görülmüştür. Müdahale sonrası ölçümlerde ise motivasyonel görüşmeye dayalı grupla sosyal hizmet müdahalesi alan deney grubu hastalarının kontrol grubu hastalarına göre tedavi motivasyonu ve öz yeterlik düzeyinin arttığı ayrıca alkol kullanım sıklık ve miktarlarının azaldığı istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Araştırma bulguları, alkol kullanım bozukluğu olan hastaların tedavi motivasyonu ve öz yeterliklerini arttırmada, alkol kullanım sıklık ve miktarlarını azaltmada grupla motivasyonel görüşmeye dayalı sosyal hizmet müdahalesinin etkili olduğunu göstermektedir.

Anahtar Sözcükler: Tedavi motivasyonu, öz yeterlik, remisyon, alkol kullanım bozukluğu, grupla motivasyonel görüşme, sosyal hizmet müdahalesi.

ABSTRACT

MUTLU, Ercan. The Effect of Social Work Intervention with Group Based on Motivational Interviewing on Alcohol Use Disorder Individuals Treatment Motivation, Self Efficacy and Remission. Ph.D. Dissertation, Ankara, 2021.

Alcohol use disorder which occurs as a result of the interaction of biopsychosocial causes, is a common chronic disease in the society. This research, which aims to reveal whether social work intervention based on group motivational interview, has an effect on the treatment motivation, self-efficacy and remission of individuals with alcohol use disorder, is a quasi-experimental study based on the pretest-posttest model with experimental and control groups. 32 patients, 16 in the experimental group and 16 in the control group, were included in the study. Motivational interviewings were conducted with the 5-session group with the patients in the experimental group, and no intervention was performed for the patients in the control group. In the pre-intervention measurements, the experimental and control group patients had similar sociodemographic, treatment motivation and self-efficacy levels, and the frequency and amount of alcohol use was observed. In the post-intervention measurements, it was found that the treatment motivation and self-efficacy level of the experimental group patients who received social work intervention with the group based on motivational interview increased compared to the control group patients, and the frequency and amount of alcohol use decreased statistically. Research findings show that social work intervention based on motivational interview with the group is effective in increasing the treatment motivation and self-efficacy of patients with alcohol use disorder and decreasing the frequency and amount of alcohol use.

Key Words: Treatment motivation, self-efficacy, remission, alcohol use disorder, motivational interviewing with group, social work intervention.

İÇİNDEKİLER

KABUL VE ONAY	i
YAYIMLAMA VE FİKRİ MÜLKİYET HAKLARI BEYANI	ii
ETİK BEYAN	iii
TEŞEKKÜR	iv
ÖZET	vii
ABSTRACT	viii
İÇİNDEKİLER	viii
TABLolar DİZİNİ	xiv
ŞEKİLLER DİZİNİ	xvii
KISALTMALAR DİZİNİ	xviii
GİRİŞ	1
1.BÖLÜM	4
KURAMSAL ÇERÇEVE	4
1.1. ALKOL VE MADDE BAĞIMLILIĞI	4
1.1.1. Alkol ve Madde Bağımlılığı: Tanımı, Tanı Kriterleri, Bağımlılık Süreci	4
1.1.2. Dünyada ve Türkiye’de Alkolle İlgili Yapılan Epidemiyolojik Çalışmalar.....	6
1.1.3. Alkol Bağımlılığıyla İlgili Teoriler	8
1.1.3.1. Sosyal Teoriler	8
1.1.3.2. Psikolojik Teoriler.....	9
1.1.3.3. Biyomedikal Teoriler	10
1.2. ALKOL BAĞIMLILIĞININ TEDAVİSİ	11
1.2.1. Psikososyal Tedaviler.....	12
1.2.1.1. Aile Terapisi	13
1.1.1.2. Nüks Önleme.....	14

1.2.1.3. Kendine Yardım Grupları	15
1.2.1.4. Terapötik Topluluklar.....	15
1.2.1.5. Bilişsel Davranışçı Terapi	16
1.2.2. Türkiye’de Alkol ve Madde Bağımlılığı Tedavisinin Genel Görünümü ve Alkol ve Madde Bağımlılığı Tedavisinde Karşılaşılan Sorunlar	17
1.2.3. Alkol Kötüye Kullanımı ve Bağımlılığının Tedavisinde Sosyal Hizmet Mesleğinin Rol ve İşlevleri	19
1.3. MOTİVASYONEL GÖRÜŞME.....	22
1.3.1. Motivasyon, Motivasyonel Görüşmenin Kökenleri ve Transteorik Model..	23
1.3.2. Motivasyonel Görüşmenin Ruhü ve Genel İlkeleri.....	31
1.3.3. Motivasyonel Görüşmede Kullanılan Beş Başlangıç Yöntemi	34
1.3.3.1. Açık Uçlu Sorular Sorma	34
1.3.3.2. Yansıtımlı Dinleme.....	34
1.3.3.3. Onaylama	35
1.3.3.4. Özetleme	35
1.3.3.5. Değişim Konuşması ve Değişim Konuşmasını Ortaya Çıkartma Yöntemleri.....	35
1.3.4. Sosyal Hizmet Uygulamasında Motivasyonel Görüşme	36
1.3.5. Motivasyonel Görüşmeye Dayalı Grup Çalışmalarında Alkol ve Madde Kullanımı İle İlgili Yapılan Araştırmalar	40
1.4. MADDE BAĞIMLILIĞI TEDAVİSİNDE GRUP TERAPİLERİ.....	42
1.4.1. Psikoeğitsel Gruplar	44
1.4.2. Beceri Geliştirme Grupları	45
1.4.3. Motivasyonel Görüşmeye Dayalı Gruplar.....	45
1.5. GRUPLARLA SOSYAL HİZMET UYGULAMASI	48
1.6. ÖZ YETERLİK VE MADDE BAĞIMLILIĞI.....	50
1.7. ALKOL BAĞIMLILIĞINDA TEDAVİ MOTİVASYONU VE REMİSYON... 53	

1.8. ARAŞTIRMANIN PROBLEMİ	55
1.9. ARAŞTIRMANIN AMACI	57
1.10. ARAŞTIRMANIN ÖNEMİ	60
1.11. ARAŞTIRMANIN SINIRLILIKLARI.....	61
1.12 ARAŞTIRMANIN SAYILTILARI	61
1.13. ARAŞTIRMANIN TANIMLARI.....	61
2. BÖLÜM:YÖNTEM	63
2.1. ARAŞTIRMANIN MODELİ	63
2.2. EVREN VE ÖRNEKLEM.....	63
2.3. ARAŞTIRMAYA DAHİL EDİLME VE DIŞLANMA ÖLÇÜTLERİ.....	64
2.4. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI.....	65
2.4.1. Öz-Etkililik-Yeterlik Ölçeği	65
2.4.2 Tedavi Motivasyonu Anketi.....	66
2.4.3. Sosyodemografik ve Klinik Özellikler Bilgi Formu	67
2.5. VERİLERİN ANALİZİ	67
2.6. UYGULAMA.....	68
2.6.1. Uygulama Öncesi Hazırlıklar	68
2.6.2. Grup Çalışmasında Ele Alınan Konular ve İzlenen Program	68
2.6.3. Grup Uygulama Süreci	72
2.6.4. Grup Oturumları	73
2.7. ARAŞTIRMANIN ETİK ÇERÇEVESİ.....	90
3. BÖLÜM:BULGULAR ve YORUM.....	92
3.1. DENEY VE KONTROL GRUPLARININ SOSYO-DEMOGRAFİK VE KLİNİK ÖZELLİKLERİNE İLİŞKİN BULGULAR	92
3.1.1. Cinsiyet.....	92
3.1.2. Yaş	93

3.1.3. Öğrenim Durumu	94
3.1.4. Medeni Durum	95
3.1.5. Meslek	96
3.1.6. Gelir Durumu	98
3.1.7. Sosyal Güvence	99
3.1.8. Birlikte Yaşanılan Kişiler	101
3.1.9. Alkolü İlk Kullanma Yaşı	102
3.1.10. Kullanılan Alkollü İçeceğin Cinsi.....	103
3.1.11. Ek Psikiyatrik Tanı	104
3.1.12. Ailede Alkol ve Madde Kullanımı	106
3.1.13. Deney ve Kontrol Grubu Hastalarının Yatarak Tedavi Olma Durumu.....	107
3.1.14. Ayaktan Gruplara Katılma Sayısı	108
3.1.15. İlaç Tedavisi Alma Durumu.....	109
3.2. MOTİVASYONEL GÖRÜŞMEYE DAYALI GRUPLA SOSYAL HİZMET UYGULAMASI ÖNCESİNE İLİŞKİN BULGULAR	110
3.2.1. Uygulama Öncesi Sosyo-demografik Özellikler.....	110
3.2.2. Uygulama Öncesi Öz Etkililik Yeterlik Durumu.....	112
3.2.3. Uygulama Öncesi Tedavi Motivasyonu Durumu	113
3.2.4. Deney ve Kontrol Grubu Hastalarının Yatarak Tedavi Sonrası En Uzun Remisyon Gün Süreleri	114
3.2.5. Araştırmaya Katılan Hastaların Yaşamlarındaki En Uzun Remisyonda Kaldıkları Gün Süreleri	114
3.2.6. Uygulama Öncesi Alkol Kullanım Sıklığı.....	115
3.2.7. Uygulama Öncesi Alkol Kullanım Miktarı	115
3.3. MOTİVASYONEL GÖRÜŞMEYE DAYALI GRUPLA SOSYAL HİZMET UYGULAMASI SONRASINA İLİŞKİN BULGULAR.....	117
3.3.1. Uygulama Sonrası Öz Etkililik Yeterlik Durumu.....	117

3.3.1.1. Birinci Denenceye İlişkin Bulgular.....	117
3.3.1.2. İkinci Denenceye İlişkin Bulgular	118
3.3.1.3. Üçüncü Denenceye İlişkin Bulgular	119
3.3.1.4. Dördüncü Denenceye İlişkin Bulgular	120
3.3.2. Uygulama Sonrası Tedavi Motivasyonu Durumu	121
3.3.2.1. Beşinci Denenceye İlişkin Bulgular.....	121
3.3.2.2. Altıncı Denenceye İlişkin Bulgular	122
3.3.2.3. Yedinci Denenceye İlişkin Bulgular	124
3.3.2.4. Sekizinci Denenceye İlişkin Bulgular	125
3.3.3. Uygulama Sonrası Remisyon Durumu.....	127
3.3.3.1. Uygulama Sonrası 1, 3 ve 6 Aylık Remisyon Durumu	127
3.3.3.2. Uygulama Sonrası Dokuzuncu Denenceye İlişkin Bulgular.....	128
3.3.3.3 Uygulama Sonrası Onuncu Denenceye İlişkin Bulgular	128
3.3.3.4 Uygulama Sonrası Onbirinci Denenceye İlişkin Bulgular.....	129
3.3.3.5 Uygulama Sonrası Ek Psikiyatrik Tanıya Göre Remisyon	130
3.3.4. Uygulama Sonrası Alkol Kullanım Sıklığı.....	132
3.3.4.1. Onikinci Denenceye İlişkin Bulgular.....	132
3.3.4.2. Onüçüncü Denenceye İlişkin Bulgular	133
3.3.4.3. Ondördüncü Denenceye İlişkin Bulgular.....	134
3.3.5. Uygulama Sonrası Alkol Kullanım Miktarı	135
3.3.5.1 Onbeşinci Denenceye İlişkin Bulgular.....	135
3.3.5.2 Onaltıncı Denenceye İlişkin Bulgular	135
3.3.5.3 Onyedinci Denenceye İlişkin Bulgular	136
4.BÖLÜM:SONUÇ VE ÖNERİLER.....	141
4.1. SONUÇ.....	141
4.2 ÖNERİLER	144

KAYNAKÇA	146
EK1: BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAM FORMU	165
EK 2 SOSYODEMOGRAFİK BİLGİLER VE KLİNİK ÖZELLİKLER ANKETİ.....	168
EK 3 TEDAVİ MOTİVASYON ANKETİ.....	170
EK 4: ÖZ - ETKİLİLİK - YETERLİLİK ÖLÇEĞİ.....	170
EK 5: TEZ ÇALIŞMASI ETİK KURUL İZİN MUAFİYET FORMU	173
EK 6: TEZ ÇALIŞMASI ORJİNALLİK RAPORU	174

TABLOLAR DİZİNİ

Tablo 1. Değişim Aşamalarının Her Biri İçin Görevler ve Hedefler	30
Tablo 2. Sosyal Hizmet Mesleğinin İlkeleri ile Motivasyonel Görüşmenin Bakış Açısı Arasındaki İlişkinin Dinamiği.....	38
Tablo 3. Araştırma Gruplarına Uygulanan İşlemler	72
Tablo 4. Deney ve Kontrol Grubu Üyelerinin Yaş Durumları.....	93
Tablo 5. Deney ve Kontrol Grubu Üyelerinin Öğrenim Durumları	94
Tablo 6. Deney ve Kontrol Grubu Üyelerinin Medeni Durumları	95
Tablo 7. Deney ve Kontrol Grubu Üyelerinin Meslek Durumu	97
Tablo 8. Deney ve Kontrol Grubu Üyelerinin Gelir Durumları	98
Tablo 9. Deney ve Kontrol Grubu Üyelerinin Sosyal Güvence Durumları.....	99
Tablo 10. Deney ve Kontrol Grubu Üyelerinin Birlikte Yaşadığı Kişiler.....	101
Tablo 11. Deney ve Kontrol Grubu Üyelerinin Alkolü İlk Kullanma Yaşı.....	102
Tablo 12. Araştırmaya Katılan Hastaların Kullandığı Alkolün Cinsi	104
Tablo 13. Deney ve Kontrol Grubu Hastalarının Ek Psikiyatrik Tanı Alma Durumları	105
Tablo 14. Deney ve Kontrol Grubu Hastalarının Ailesinde Alkol ve Alkol Dışı Madde Kullanım Durumu	107
Tablo 15. Deney ve Kontrol Grubu Hastalarının Ayaktan Gruplara Katılma Durumları	108
Tablo 16. Deney ve Kontrol Grubu Hastalarının İlaç Tedavisi Alma Durumu.....	109
Tablo 17. Deney ve Kontrol Grubu Hastalarının Müdahale Öncesi Yaş, Gelir Durumu ve İlk Alkol Kullanım Yaşınının Karşılaştırılması	110
Tablo 18. Deney ve Kontrol Grubu Hastalarının Müdahale Öncesi Medeni Durum, Öğrenim Durumu, Birlikte Yaşanılan Kişi ve Sosyal Güvence Durumuna Göre Karşılaştırılması	111

Tablo 19. Deney ve Kontrol Grubu Hastalarının Müdahale Öncesi Öz Yeterliklerinin Karşılaştırılması	112
Tablo 20. Deney ve Kontrol Grubu Hastalarının Müdahale Öncesi Tedavi Motivasyonlarının Karşılaştırılması.....	113
Tablo 21. Deney ve Kontrol Grubu Hastalarının Müdahale Öncesi Alkol Kullanım Sıklığının Karşılaştırılması (Gün).....	115
Tablo 22. Deney ve Kontrol Grubu Hastalarının Müdahale Öncesi Alkol Kullanım Miktarı Sıklığının Karşılaştırılması	116
Tablo 23. Deney ve Kontrol Grubunda Bulunan Grup Üyelerinin Müdahale Sonrası Özetkililik Yeterlilik Düzeyinin Karşılaştırılması	118
Tablo 24. Deney Grubunda Bulunan Grup Üyelerinin Müdahale Öncesi ve Sonrası Özetkililik Yeterlilik Düzeyinin Karşılaştırılması	119
Tablo 25. Kontrol Grubunda Bulunan Grup Üyelerinin Müdahale Öncesi ve Sonrası Özetkililik Yeterlilik Düzeyinin Karşılaştırılması.....	120
Tablo 26. Deney ve Kontrol Grubunda Bulunan Üyelerin Öz Etkililik Yeterlilik Öntest Sontest Puan Ortalamaları Farkının Karşılaştırılması.....	121
Tablo 27. Deney ve Kontrol Grubunda Bulunan Grup Üyelerinin Müdahale Sonrası Tedavi Motivasyonu Düzeyinin Karşılaştırılması	122
Tablo 28. Deney Grubunda Bulunan Grup Üyelerinin Müdahale Öncesi ve Sonrası Tedavi Motivasyonu Düzeyinin Karşılaştırılması	123
Tablo 29. Kontrol Grubunda Bulunan Grup Üyelerinin Müdahale Öncesi ve Sonrası Tedavi Motivasyonu Düzeyinin Karşılaştırılması	124
Tablo 30. Deney ve Kontrol Grubunda Bulunan Üyelerin Tedavi Motivasyonu Öntest Sontest Puan Ortalamaları Farkının Karşılaştırılması.....	125
Tablo 31. Araştırmaya Katılan Deney ve Kontrol Grubu Hastalarının Uygulamadan Sonraki 1, 3 ve 6 Aylık Remisyon Durumları	127
Tablo 32. Deney ve Kontrol Grubunda Bulunan Grup Üyelerinin 1 Aylık remisyon Süre Ortalamasının Karşılaştırılması.....	128

Tablo 33. Deney ve Kontrol Grubunda Bulunan Grup Üyelerinin 3 Aylık remisyon Süre Ortalamasının Karşılaştırılması.....	129
Tablo 34. Deney ve Kontrol Grubunda Bulunan Grup Üyelerinin 6 Aylık remisyon Süre Ortalamasının Karşılaştırılması.....	130
Tablo 35. Deney Grubu Üyelerinin Ek Psikiyatrik Tanı Alma Durumlarına Göre Uygulamadan Sonraki 1. Aydaki Remisyon Durumları	130
Tablo 36. Deney Grubu Üyelerinin Ek Psikiyatrik Tanı Alma Durumlarına Göre Uygulamadan Sonraki 3. Aydaki Remisyon Durumları	131
Tablo 37. Deney Grubu Üyelerinin Ek Psikiyatrik Tanı Alma Durumlarına Göre Uygulamadan Sonraki 6. Aydaki Remisyon Durumları	132
Tablo 38. Deney ve Kontrol Grubunda Bulunan Grup Üyelerinin Uygulamadan 1 Ay Sonraki Alkol Kullanım Sıklığının Karşılaştırılması	133
Tablo 39. Deney ve Kontrol Grubunda Bulunan Grup Üyelerinin Uygulamadan 3 Ay Sonraki Alkol Kullanım Sıklığının Karşılaştırılması	133
Tablo 40. Deney ve Kontrol Grubunda Bulunan Grup Üyelerinin Uygulamadan 6 Ay Sonraki Alkol Kullanım Sıklığının Karşılaştırılması	134
Tablo 41. Deney ve Kontrol Grubunda Bulunan Grup Üyelerinin Uygulamadan 1 Ay Sonraki Alkol Kullanım Miktarlarının Karşılaştırılması.....	135
Tablo 42. Deney ve Kontrol Grubunda Bulunan Grup Üyelerinin Uygulamadan 3 Ay Sonraki Alkol Kullanım Miktarlarının Karşılaştırılması.....	136
Tablo 43. Deney ve Kontrol Grubunda Bulunan Grup Üyelerinin Uygulamadan 6 Ay Sonraki Alkol Kullanım Miktarlarının Karşılaştırılması.....	136
Tablo 44. Deney ve Kontrol Grubunda Bulunan Grup Üyelerinin Öz Yeterlik ve Tedavi Motivasyonlarının Uygulamadan 1, 3 ve 6 Ay Sonraki Remisyon Durumları, Alkol Kullanım Sıklık ve Miktarlarına İlişkin Çoklu Regresyon Analizi Tablosu.....	138

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 1: Madde Kullanımının Temel Bilişsel Modeli	16
Şekil 2: Değişim Modeli Aşamaları.....	26

KISALTMALAR DİZİNİ

AMATEM: Alkol ve Madde Bağımlılığı Araştırma, Tedavi ve Eğitim Merkezi.

DİE: Devlet İstatistik Enstitüsü

MG: Motivasyonel Görüşme

NIDA: National Institute On Drug Abuse.

SAMBA: Sigara, Alkol ve Madde Bağımlılığı Tedavi Programı

SAMSHA: Substance Abuse and Mental Health Services.

SPSS: Statistical Package for the Social Sciences

THSK: Türkiye Halk Sağlığı Kurumu

TUBİM: Türkiye Uyuşturucu ve Uyuşturucu Bağımlılığı İzleme Merkezi.

TÜİK: Türkiye İstatistik Kurumu

WHO: World Health Organization

GİRİŞ

Alkol, insanlık tarihinin çok eski dönemlerinden günümüze kadar yaygın olarak kullanılan bağımlılık yapıcı bir madde olarak kabul edilmektedir. Alkol bağımlılığı biyopsikososyal boyutları olan psikiyatrik bozukluklardan birisidir. Uzun dönemli alkol kullanımı karaciğer hastalıkları, mide ülseri, cinsel işlev bozuklukları, kalp hastalıkları, kan basıncının yükselmesi, beyin hasarı, kanser gibi çeşitli tıbbi sorunlara; depresyon, anksiyete, yeni bilgileri öğrenememe, kısa ve uzun dönemdeki bilgileri hatırlayamama gibi psikolojik sorunlara ve maddi kayıplara, kişilerarası ilişkileri bozulması gibi sosyal sorunlara yol açabilmektedir. Dahası çok fazla miktarda alkol kullanımının ölümcül sonuçlara neden olduğu bilinmektedir (Heanue ve Lawton, 2012).

Dünya Sağlık Örgütü, küresel düzeyde neredeyse 2-3 milyar insanın alkol kullandığını tahmin etmektedir. Alkol tüketimin yarısından fazlası Avrupa, Amerika ve Batı Pasifik Bölgesindedir (WHO, 2018). Alkol kullanım bozukluğu Batı toplumlarında en sık görülen ruh sağlığı sorunları arasında gösterilmektedir. ABD’de kadınların yaklaşık % 10’u, erkelerin ise % 20’si alkol kötüye kullanım tanı ölçütlerini karşılamaktadır (Sadock ve diğerleri, 2016, s. 624). Türkiye’de alkol kullanım sorunu gelişmiş ülkelere göre daha az olmakla birlikte ne yazık ki, günümüzde alkol kullanımına ilişkin sorunlar giderek artmaktadır (Yargıç ve Özdemiroğlu, 2010).

Alkol olgusu ile ilgili yapılan çalışmaların, üretiminden insanların kullanımına kadar çok farklı konular üzerinde odaklandığı görülmektedir. Öte yandan alkol endüstrisi büyük bir bütçeye sahiptir. Reklamlar ve tüketim yerlerinin yaygınlığı insanların bir kısmında alkole karşı ilgi uyandırabilmektedir. Alkole duyulan ilgi, tüketimi artırmakta; artan tüketim alkol kötüye kullanımı ya da alkol bağımlılığına kapı aralayabilmektedir.

Bilindiği üzere, alkol bağımlılığının tedavisi oldukça zahmetli ve zaman alıcıdır. Genel olarak madde bağımlılığı tedavilerinde görüldüğü üzere alkol bağımlılığının tedavisinde de tam bir iyileşme yerine “düzelmeye”den söz edilebilir (Ögel, 2014). Tedavi remisyon ve nükslerle giden bir süreci içermektedir (Alptekin ve diğerleri, 2018). Zamanla özellikle alkol kullanım bozukluğu olan bireylerin tedavisinde tıbbi tedaviler kadar psikososyal tedaviler de oldukça önemsenmeye başlanmıştır. Psikososyal tedaviler alkol

kullanım bozukluğu bulunan bireylerin aile ve sosyal ilişkilerini geliştirmeyi, sorun çözme ve başa çıkma kapasitelerini arttırmayı, onlara yeni beceriler kazandırmayı amaçlamaktadır. Ayrıca tedavilerde alkol kullanımının tekrarlanmasını önlemek ve ayıklık (remisyon) sürelerini mümkün olduğu kadar arttırmak hedeflemektedir. Kuşkusuz remisyon dışında da tedavi sürecine dair hedefler söz konusudur. Bunlar içerisinde bağımlının tedaviye motive olması ve uyum sağlaması, kedisinde madde kullanımını bırakabileceğine ve böylece değişimi gerçekleştirebileceğine dair bir inanç ve gücü bulması yani öz yeterliği, tedavi başarısını etkilemesi bakımından önemli görülmektedir (Miller ve Rollnick, 2009).

Bağımlı bireylerin tedaviye bağlanamamaları, tedavi etkinliklerine düzensiz katılmaları ve tedaviye isteksiz olmaları tedavi ekibinin yükünü artırabileceği gibi tedavi harcamalarında israfa da yol açabilir. İşte tam bu noktada tedaviye motive olmanın önemi ortaya çıkmaktadır. Dolayısıyla madde bağımlılığının tedavisine yönelik çalışmalarda değişim motivasyonunun önemli bir konu olduğuna ilişkin yaygın bir fikir birliği vardır (Rollnick ve diğerleri, 2008). Madde bağımlısı bireylerin tedavi motivasyonlarının düşük olması nükse (kullanıma tekrar başlama), tedaviyi yarım bırakmaya, tedaviye uymamaya ve diğer olumsuz sonuçlara neden olmaktadır. İçsel ve dışsal motivasyona sahip olan madde bağımlısı bireylerde tedaviye başvurma, tedavi oturumlarına katılma ve başarılı davranış değişiklikleri gösterme olasılığının daha yüksek olduğu üzerinde durulmaktadır (Ryan ve diğerleri, 1995).

Tedavi üzerinde etkili olan, tedavi başarısını etkileyen bir diğer faktör ise öz yeterliktir. Bağımlı bireyin öz yeterliğini sağlamak, tedavide temel hedefler arasındadır. Madde kullanım bozukluklarında öz yeterlik, kişinin çeşitli yüksek riskli durumlarda maddeye karşı koyabilme yeteneğine ve inancına işaret eder. Bağımlı bireyin öz yeterliğini sağlamak, kendi sorunlarının çözümünde baş etme becerisini de arttıracaktır (Diclemente ve diğerleri, 1995). Son yıllarda bağımlılık davranışları, psikopatoloji, eğitim gibi alanlarda yapılan pek çok çalışmada öz yeterliğin tedavi etkililiğinde belirleyici bir işleve sahip olduğu ortaya konmuştur (Kadden ve Litt, 2011, s. 1120).

Alkol bağımlılığının tedavisine yönelik giderek önemi artan bir uygulama da motivasyonel görüşmedir. Motivasyonel görüşme tekniği danışan merkezlidir, danışanın ambivalanslarını keşfedip çözmelerine yardımcı olur (Ögel ve Doğmuş, 2008).

Motivasyonel görüşme ile bütünleşen ve yardım süreci boyunca yapılan onaylama danışanın güçlerini, kaynaklarını keşfetmeyi ve danışanı kabul etmeyi içerir (Hohman, 2012). Motivasyonel görüşmede; empatiyi ifade etme, çelişkiyi geliştirme, dirence dirençle karşılık vermeme ve öz yeterliği artırma ana ilkelere (Montgomery ve diğerleri, 2011). Motivasyonel görüşme sürecinde danışanlar, davranış değişikliği ile ilgili kendi kararlarını verirler. Bu durum danışanın güçlenmesine ve kendi kaderini tayin etmesine yardımcı olur (Hohman, 2012, s. 6).

Motivasyonel görüşme yaklaşımının danışanı merkeze koyması, danışanın özerkliğini koruması, danışanı kendine yeterli hale getirme (fonksiyonel kılma) ve güçlendirme çabası onun sosyal hizmet mesleğinin ilke ve değerleriyle uyumlu bir özelliğe sahip olduğuna işaret etmektedir.

Corcoran'ın (2016, s. 4) belirttiği gibi; kanıta dayalı ve sosyal hizmet mesleğinin değerleriyle uyumlu olması nedeniyle motivasyonel görüşme, değişik sosyal hizmet alanlarında farklı problemleri olup, değişime henüz hazır olmayan çeşitli müracaatçı gruplarına yönelik kullanılabilen oldukça faydalı bir yaklaşımdır. Örneğin motivasyonel görüşmeye dayalı yapılacak bir grup odaklı sosyal hizmet uygulaması motivasyonel görüşmenin ilkelerinden, niteliklerinden ve yapılandırılmış süreçlerinden yararlanarak grup üyelerinin yaşamında olumlu değişimlere olanak sağlayabilir. Ayrıca bu uygulamanın grup üyelerinde farkındalık, bütünleşme ve davranış değişikliği oluşturabileceğinin (Naar, 1992); böylece üyelerin iyilik halini geliştirmeye katkı sağlayabileceğinin altının çizilmesi gerekir.

Mevcut çalışmada, Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi AMATEM Kliniğine ayaktan başvuran ve alkol kullanım bozukluğu tanısı almış hastalarla yapılan motivasyonel görüşmeye dayalı grupla sosyal müdahalesinin hastaların remisyonu, tedavi motivasyonu ve öz yeterliklerine etkisi ele alınmaktadır. Kurgusu ve kapsamı birlikte değerlendirildiğinde, çalışmadan elde edilecek sonuçların pek çok araştırmaya kaynaklık edeceği ve alanında önemli bir boşluğu dolduracağı düşünülmektedir.

1.BÖLÜM

KURAMSAL ÇERÇEVE

Bu bölümde araştırmanın literatür bilgileri bağlamında öncelikle alkol ve madde bağımlılığı ile ilgili tanımlar, tanı kriterleri ve bağımlılık süreci tartışılacak olup; sonrasında ise alkol bağımlılığıyla ilgili yaygınlık durumu, ilgili teoriler ve alkol bağımlılığının tedavisi konuları ele alınacaktır. Kuramsal çerçevenin ilerleyen bölümlerinde de motivasyonel görüşme, madde bağımlılığının tedavisinde grup terapileri, gruplarla sosyal hizmet uygulaması ve öz yeterlik ve madde bağımlılığıyla ilgili bilgiler verilecektir.

1.1.ALKOL VE MADDE BAĞIMLILIĞI

1.1.1. Alkol ve Madde Bağımlılığı: Tanımı, Tanı Kriterleri, Bağımlılık Süreci

Alkol olgusunun zararları, oluşturduğu bağımlılık ve sonrasında yaşanan sosyal sorunlar tarihsel süreç içerisinde gösterdiği değişimler, alkolün ele alınışını da değiştirmiştir. Örneğin 1930'lu yıllarda alkol bağımlılığı bir sağlık sorunu olmaktan ziyade irade gücünden yoksun olma ve ahlaki yönden kusurlu olma biçiminde ele alınıyordu. Bu nedenle genelde alkol bağımlısı bireylere yönelik cezai yaptırımlar ön plandaydı. Çağımızda ise yaşanan bilimsel gelişmelerle birlikte alkol ve madde bağımlılığını ele almada koruma ve tedavi yaklaşımlarına öncelik verilmektedir (Tarhan, 2014).

Hastalık temelli tanımlamalar profesyoneller arasında baskın olmakla birlikte bağımlılık ve bağımlı davranışları tanımlamak kolay olmamaktadır. Evrensel olarak bağımlılığı ele alan tek bir tanımlama yoktur (Babor 1990; Berridge 1990; aktaran, Hanson, 2001, s. 66). Literatür incelendiğinde madde bağımlılığı, bağımlılığının çok boyutlu doğasına uygun olarak çeşitli biçimlerde tanımlanmaktadır. Bu tanımları şu şekilde sıralamak mümkündür:

Madde bağımlılığı, madde bağımlısı bireyin beyninde gerçekleşen değişiklikler sonucunda isteyerek yapılan madde kullanım davranışının kompulsüf bir biçimde madde kullanım davranışına dönüşmesi ile ortaya çıkan kronik bir hastalıktır (Kalyoncu, 2010, s. 34).

Madde bağımlılığı bir ilişki türü ve süreci olarak ele alındığında ise kişide özdenetim, özerklik, özgüllük ve özgürlüğün yitilmesi olarak tanımlanmaktadır (Doğan, 2000).

Madde bağımlılığının temel özelliği, merkezi sinir sistemini etkileyen, kötüye kullanım ve bağımlılığa neden olan madde ile ilişkili fiziksel, psikolojik sosyal ve yasal sorunlar yaşanmasına rağmen kişinin maddeyi sürekli bir biçimde kullanması ve böylece kişide bilişsel, davranışsal ve fizyolojik belirtilerin ortaya çıkmasıdır (Vardar, 2012).

Madde bağımlılığı deneme evresi, ara sıra veya eğlenme amaçlı kullanım evresi, düzenli kullanım evresi ve günlük kullanım olmak üzere çeşitli evrelerden oluşmaktadır. Deneme evresi bağımlılık yapıcı maddelerin keşfedildiği evredir. Ara sıra veya eğlenme amaçlı kullanım evresi maddenin öforik etkisinin arandığı evredir. Düzenli kullanım evresi, psikososyal işlevselliğin bozulduğu, madde kullanımının düzenli hale geldiği, aynı etkiyi elde etmek için madde kullanımının arttığı, bireyin madde üzerinde kontrolünü kaybettiği evredir. Günlük kullanım evresi ise günlük madde kullanımının olduğu, bağımlılığın geliştiği ve işlevselliğin belirgin bir şekilde bozulduğu evredir (Tamar, 2012).

Ögel (2005) yukarıda ifade edilen evrelere ek olarak bırakma, tekrar kullanmayı düşünme, tekrar başlama evrelerini de ele almıştır. Bırakma evresi, maddenin hayat üzerindeki olumsuz etkilerinin farkına varıldığı, maddeyi bırakma isteğinin olduğu evredir. Tekrar maddeyi kullanmayı düşünme evresi maddeye karşı olumlu duygu ve tutumların olduğu evredir. Tekrar başlama evresi ise madde kullanımına yoğun bir şekilde döndüğü evreyi ifade etmektedir.

Bu evrelerde de belirtildiği gibi bağımlılık süreci başlangıçta az miktarda, ara sıra ve keyif almak amacı ile başlamakta sonrasında ise tolerans gelişimi, yoksunluk ve işlevsellikte bozulmalara yol açmaktadır. Bağımlılık süreci dikkate alındığında, bağımlılığın sinsice gelişen bir hastalık olduğu ortaya çıkmaktadır.

Alkol veya madde kullanım bozukluğu olan kişiye erken tanı koyulması ve etkili tedavisi için tanı ölçütlerine gereksinim duyulmaktadır (Deveci, 2012). DSM V madde ile ilişkili bozuklukları içerisinde bağımlılık yapıcı bir madde olan alkolün de olduğu 10 farklı kümede ele almış olup; madde kullanım bozukluğunu on iki aylık bir zaman süresinde klinik yönden belirgin bir sıkıntıya ya da işlevsellikte azalmaya neden olan problemleri bir madde kullanım örüntüsü olarak tanımlamıştır (DSM V, 2013).

1.1.2. Dünyada ve Türkiye’de Alkolle İlgili Yapılan Epidemiyolojik Çalışmalar

Genel olarak alkol ile ilgili yapılan epidemiyolojik çalışmalarda durumu ve ihtiyaçları tespit etmek ve elde edilen verilerle sağlık politikalarına yön vermek amaçlanmaktadır (Yargıç ve Özdemiroğlu, 2010). Bu bağlamda Dünya’da ve ülkemizde alkol kullanımı ile ilgili çeşitli araştırmaların yapıldığı görülmektedir. Yapılan araştırmalar şu şekilde özetlenebilir:

Dünya Sağlık Örgütü, küresel düzeyde neredeyse 2-3 milyar insanın alkol kullandığını tahmin etmektedir. Alkol tüketiminin yarıdan fazlası ise Avrupa, Amerika ve Batı Pasifik Bölgesindedir. Dünya genelinde 15 yaşından büyük kişilerin, kişi başı toplam alkol kullanımı 2005 senesinde 5.5 litre saf alkolken, 2010 senesinde 6.4 litre olarak artış göstermiş ve 2016 yılında da bu oran korunmuştur. Kişi başı en yüksek alkol tüketimi Avrupa bölgesi ülkelerinde gözlenmiştir. (WHO, 2018). Alkolün en eski ve yaygın olarak kullanılan bağımlılık yapıcı bir madde olması alkol-cinsiyet ilişkisine odaklanan çalışmalar yapılmasını beraberinde getirmiştir. Buna ilişkin yapılan bir araştırmada Dünya’da erkeklerin % 54’ünün, kadınların ise % 27’sinin alkol kullanmakta olduğu belirtilmiştir (Güleç, 2012). ABD merkezli bir çalışmada ise nüfusun yaklaşık % 90’ının yaşamlarında en az bir kere alkol kullanmakta olduğu ve her hangi bir zamanda üç erkekten ikisinin içici olduğu ifade edilmektedir (Sadock ve diğerleri, 2016). Batı toplumlarını kapsayan bir başka çalışmada da alkol bağımlılığının yaşam boyu görülme sıklığının % 3-5 kadar olduğu saptanmıştır (Yüksel, 2006, 410). Ülkelerin gelişmişlik düzeyi ve alkol kullanımına dönük araştırmalarda ise alkol tüketim düzeyinin gelişmiş ülkelerde artmakta iken Kuzey Afrika, Orta Asya Bölgesi ve Güney Asya gibi gelişmekte olan bölgelerde düşük düzeyde olduğu vurgulanmıştır (Güleç, 2012).

Dünyada yapılan araştırmaların yanında Türkiye’de de alkol kullanımına ilişkin çeşitli çalışmalar yapılmıştır. Bu çalışmalar şu şekilde özetlenebilir:

Dünya Sağlık Örgütü’nün 2018 yılında gerçekleştirdiği çalışmaya göre Türkiye’de 15 yaş üzeri bireylerin kişi başı alkol kullanımı 2 litredir. 15 yaş üstü içicilerde kişi başı alkol tüketimi erkeklerde 33.3 litre, kadınlarda 11.9 litre ve her iki cinsiyette ise 28,5 litre olarak görülmektedir. 15 yaş üstü son 12 ayda alkol kullananların % 6,4’ü erkek, %

1,9'u ise kadındır. Her iki cinsiyette bu oran % 4.1'dir. Alkol kullanım bozukluğu ve bağımlılığı prevalansı incelendiğinde ise erkeklerin % 8,1'inde, kadınların ise % 1,7'sinde alkol kullanım bozukluğu olduğu tahmin edilmektedir. Alkol bağımlılığı tahmini oranları ise erkeklerde % 1,7 kadınlarda ise 0,7'dir. Her iki cinsiyette alkol kullanım bozukluğu oranı % 4,8, alkol bağımlılığı oranı ise %1,6'dır (WHO, 2018).

2011 yılında TUBİM tarafından 8.045 kişiyle yapılan "Türkiye'de Genel Nüfusta Tütün, Alkol ve Madde Kullanımına Yönelik Tutum ve Davranış Araştırması" bulgularına göre araştırmaya dahil olanların % 28,3'ünün alkol kullandığı belirtilmiştir. Cinsiyet açısından kadınların % 4,2'sinin, erkeklerin ise % 15,8'inin alkol kullanmaya devam ettikleri aktarılmıştır (TUBİM, 2012).

Türkiye Halk Sağlığı Kurumu tarafından 20898 kişi ile yapılan "Türkiye Kronik Hastalıklar ve Risk Faktörleri Sıklığı Çalışması" bulgularına göre araştırmaya katılanların %13'ünde alkol kullanımını bulunmaktadır. Araştırma sonuçlarına bölgeler açısından bakıldığında, alkol kullanımının en yaygın olduğu bölge Batı Marmara bölgesi olarak tespit edilmiştir. Batı Marmara bölgesini, Ege bölgesi ve İstanbul ili izlemektedir. En düşük alkol kullanımının olduğu bölge ise Güneydoğu Anadolu bölgesi olarak ortaya çıkmıştır. Alkol kullanımına kent bölgesi ve kırsal bölge açısından bakıldığında kentsel bölgelerde alkol kullanım oranı %14 iken, kırsal alanlarda % 11'dir. Araştırma sonuçları cinsiyet açısından incelendiğinde, alkol kullananların % 23'ünü erkekler, % 4' ünü ise kadınlar oluşturmaktadır ve riskli alkol kullanımı erkeklerde kadınlara oranla 8 kat daha fazladır. Araştırma sonuçlarına alkol kullanım sıklığı açısından bakıldığında alkol kullananların % 71'i günde 1-2 standart içki, % 22'si günde ise 3-4 standart içki aldığı belirtilmiştir. Günlük 5 ve üzeri standart içki alanların oranı ise % 7'dir (THSK, 2013).

Alkol kullanımı ile ilgili gençleri kapsayan çalışmalar ele alındığında çok çeşitli araştırmaların yapıldığını görülmektedir. Örneğin Türkiye'de 8674'ü kız, 9864'ü erkek olan 15-17 yaşları arasındaki nüfusa 1998 yılında yapılan "Gençler Arasında Sigara, Alkol Ve Madde Kullanım Yaygınlığı İle Özelliklerinin Değerlendirilmesi SAMAY 98" araştırmasının alkol kullanım yaygınlığına ilişkin bulguları incelendiğinde, gençlerin % 82,7'sinin son 30 günde alkol kullanmadığı, % 9'unun haftalık olarak en az bir kere

alkol kullandığı ayrıca % 26,5'inin ise yaşamlarında en az bir kere sarhoş oldukları ifade edilmiştir (Ögel, 2002, s. 110).

Çıraklık eğitimi alan 581 gençle gerçekleştirilen bir araştırmada ise gençler arasında yaşamları boyunca alkol kullanma yaygınlığı % 37,3 olarak bildirilmiştir. Araştırmaya katılan gençlerin % 24,3'ü yaşamlarında bir kereden daha fazla alkol kullanmışlardır. Alkol kullanan gençlerin %10'u ise son bir yılda alkol kullanımını sürdürmüşlerdir (İlhan ve diğerleri, 2005).

Türkiye'de alkol kullanımına ilişkin yapılan epidemiyolojik çalışmalar değerlendirildiğinde, araştırmaların çoğunlukla belirli bir topluluk üzerinde gerçekleştirildiği görülmektedir. (Mırsal, 2010)'a göre, araştırmalarda belirgin olarak, alkol bağımlılığı veya alkol kötüye kullanım ölçütlerini kullanmak yerine alkol kullanımının temel alınması, araştırmaların geçerliliği açısından bazı tartışmalara neden olabilmektedir. Bu bağlamda, alkol kullanımının cinsiyet, yaş, ekonomik gelişmişlik, yoksulluk, refah gibi çeşitli değişkenlerden hareketle yapılması ile alkol kullanımının nedenlerine, zararlarına, toplumsal sonuçlarına odaklanan çalışmalara ağırlık verilmesi sorunla mücadelede daha katkı verici olacaktır.

1.1.3. Alkol Bağımlılığıyla İlgili Teoriler

Alkol bağımlılığı, heterojen bir hastalık olarak ele alınmaktadır (Yüksel, 2006). Alkol bağımlılığının oluşumunda psikolojik, biyogenetik, sosyo-kültürel ve ailesel nedenler gibi pek çok neden bir arada olabilmektedir. Alkol bağımlılığının nedenlerinin ortaya konması alkol bağımlılığın önlenmesinde, tedavisinde ve alkol bağımlısı bireylerin rehabilitasyonunun sağlanmasında önemlidir.

Alkol bağımlılığının nedenlerini açıklamaya çalışan teoriler genel olarak sosyal, psikolojik ve biyomedikal teoriler olarak sınıflandırılabilir.

1.1.3.1. Sosyal Teoriler

Sosyal teoriler, bağımlılığın oluşumunda ve sürdürülmesinde toplumsal ve kültürel etkenlere, akran baskısına, sosyal politikalara, maddeye ulaşılabilirliğe ve ailenin önemine dikkat çekmektedir. Sosyal çevresel faktörlere yapılan vurgu, araştırmacıları madde alt kültürlerine, risk ve koruyucu faktörlere yönlendirmiştir (Diclemente, 2016). Madde ile karşılaşmanın gecikmesi ve olumlu bir çevrede yaşamak madde

bağımlılığının gelişmesinde koruyucu bir faktör iken maddeye ulaşmanın kolay olduğu ve madde kullanımının onaylandığı bir çevrede yaşamak risk faktörü olarak değerlendirilmektedir (Yüncü ve Aydın, 2012).

Madde bağımlılığının etiolojisinde çevresel faktörler önemli bir rol oynamaktadır. Yoksulluk, eğitimsizlik, işsizlik ve olumsuz rol modeller gibi sosyal ve çevresel faktörler madde kullanımına yol açmaktadır (Cavaiola, 2009). Ayrıca ebeveyn ve kardeşlerde madde kullanımı, disiplin ve süpervizyon eksikliği, anne-baba-çocuk arasındaki zayıf nitelikli etkileşim, boşanma ve anne baba arasındaki arasında yaşanan çatışmalar gibi bir dizi ailesel etkenler de madde kullanımına neden olabilmektedir (Essau ve Hutchinson, 2008).

Sosyal öğrenme teorisi, uyumsuz ve uyumlu davranışın rol modelleme süreci ve uyum gereksinimi aracılığıyla nasıl oluştuğunun ve sürdürüldüğünün açıklamasını sağlar (Bandura, 1977). Ayrıca bu teori karşılıklı ilişkileri ve öğrenme yeteneğinde diğerlerini gözlemleme ve taklit etmeyi vurgular (Barker, 1999, s.451). Ancak çevreye göre davranmakla birlikte birey, kendi güçleri ve isteklerine göre de hareket edebilir. Birey, davranışlarını kontrol etmek veya çevreyi değiştirmek için kendine yeterlik geliştirebilir. Örneğin bireyler, madde kullanmayı diğer insanları gözleyerek öğrenebilir ne var ki, gözlemlediği madde kullanım davranışının tekrar edip etmeyeceği, kişinin karar verme gücüne bağlıdır. Bu durum, bireyin bağımsız bir birey olarak davranma yeteneği yani kendine yeterlik olarak ifade edilmektedir (Borsos, 2009).

1.1.3.2. Psikolojik Teoriler

Psikolojik teorilerin temelini alkol bağımlısı olan ve olmayan bireylerin kişilik özellikleri ve anksiyete gibi psikolojik testlerde ortaya çıkan farklılıkları oluşturmaktadır (Mırsal, 2010). Bu teoriler daha çok alkolün gerginliği azaltması, güçlülük duygusu vermesi ve yaşamın günlük stresleri ile baş etmesini kolaylaştırması ile ilgilidir (Sadock ve diğerleri, 2016).

Sigmund Freud, bağımlılık konusuna yoğun bir şekilde eğilmemesine rağmen psikoseksüel gelişimin oral dönemine saplanmanın insanların alkole, sigaraya ve yiyeceklere bağımlılık geliştirebileceklerini açıklamıştır (Cavaiola, 2009). Diğer psikoanalitik teorisyenlere göre ise bağımlılık, aşırı sert bir süper egodan kaynaklanan içsel çatışmaların sonucu olarak ortaya çıkmaktadır. Bu açıdan bakıldığında alkol ve

madde kullanımı korku, kaygı ve öfkeden kaçma girişimini temsil eder. Nesne ilişkileri kuramcıları da bağımlılığın, anneye güvenli bir şekilde bağlanamamaktan kaynaklandığı görüşündedirler. Diğer yeni Freudçular ise travmatik yaşantıları olan bireylerin travmatik olayla başa çıkmanın yolu olarak bağımlılık geliştirebileceklerini öne sürmüştür. Ayrıca madde bağımlılığını, ego zayıflığının sonucu olarak gören teorisyenler de vardır (Cavaiola, 2009). Bağımlılığa özgü bir kişilikten söz edilmese de psikodinamik kuramlar bağımlı bireylerin çekingen, düşük engellenme eşiğine sahip, yalnızlığa meyilli, gergin ve libidosunu bastıramamış kişiler olduğunu ileri sürmektedir (Çakmak ve Evren, 2006).

Davranışçılar ise madde bağımlılığını klasik ve edimsel koşullanma ile açıklamaktadır. Klasik koşullanmaya göre birey kaygı oluşturan durum, ortam ve nesnelere karşılaştığında madde kullanımının kaygıyı azalttığını fark etmekte ve böylece benzer ortamlarda madde kullanma davranışını sürdürmektedir. Önceleri kaygı uyandırdığı için içme davranışını başlatan çeşitli durum ve ortamlar koşullanmayla birlikte zamanla kişi için kaygı yaratmasa da içme davranışının gelişmesini tetikleyebilmektedir. Edimsel koşullanma ise madde kullanım davranışının devam etmesinde en önemli neden olumlu ve olumsuz pekiştireçlerle belirlenen madde kullanım davranışının oluşturduğu sonuçlardır (Nurmedov, 2014, s.180).

Davranışçı yaklaşıma göre bağımlılık yapıcı madde kullanımı edinilmiş bir davranış olarak görülür. İnsanlar, ödüllendirici olan uyarıları arama ve ödüllendirici olmayan uyarılardan ise kaçma eğilimindedirler. Bu bağlamda bazı maddelerin bağımlılık yapmasının sebebi kullandıklarında kişilere güçlü ödül vermesi ve bırakılmaya çalışıldığında ise kişiyi cezalandırmalarıdır (Baltaş, 2000, s. 50).

1.1.3.3. Biyomedikal Teoriler

Biyomedikal teoriler bağımlılığı, madde kullanımının zararlı sonuçlarının bilinmesine rağmen kompulsüf tarzda madde arama davranışı ve tekrarlayan bir beyin hastalığı olarak ele almaktadır. Bu model, büyük ölçüde yeni tarama ve görüntüleme teknolojilerinin sonucu olarak madde kullanımının beyin yapısı ve işlevini nasıl değiştirdiğini ortaya koymaktadır. Bu modeller, alınan alkolün kimyasal özelliklerine dayanmaktadır. Alkolün alınması ve alkol alımının süreklilik kazanmasıyla tolerans

gelişimi ortaya çıkmakta, beyin dokusu alkole uyum sağlamakta, yoksunluk belirtileri, aşırma ve kontrol edememe ortaya çıkmaktadır (Doğan, 2018).

Bağımlılık yapıcı maddelerin tekrarlı kullanımları sonucu beynin motivasyon, karar verme süreçleri, ödül ve bellek ile ilişkili alanlarında bozulmalar olmaktadır (Aldemir ve Gönül, 2019). Ayrıca alkol kullanımı nedeniyle beyindeki hücreler arasında bilgi alışverişini sağlayan kimyasal ileticiler de (GABA ve glutamat) zarar görmektedir (Kalyoncu, 2010).

1.2. ALKOL BAĞIMLILIĞININ TEDAVİSİ

Alkol bağımlılığın tedavisinde 1960'lı yıllardan günümüze gelen süreçte önemli gelişmeler kaydedilmiştir. Sosyal ve bilişsel öğrenme teorilerinin kullanımı, davranışçı ve biyolojik psikiyatrinin gelişmesi, önceleri çok az sayıda olan ilaçlarla tedavi seçeneklerinin ve yapılan araştırmaların artması gelişmelerden bazılarıdır. Ayrıca günümüzde madde bağımlılığının tedavisinde sosyal çevre, davranışsal işlevsellik, bilişsel süreçler ve etkili başa çıkma yöntemlerinin önemi de kabul edilmiştir. Çağımızda bağımlılık tedavileri farklı yöntemler kullanılarak ve farklı kişilerce gerçekleştirilmektedir (Ögel, 2017).

Alkol bağımlılığında tedavi denildiğinde, madde bağımlısı bireylerin kompulsif biçimde madde aramasını, kullanmayı bıraktığında kesilme belirtileri olarak nitelendirilen fiziksel ve ruhsal belirtileri ortadan kaldırmak ve kullanmasını durdurmak için yardım etmeyi amaçlayan tedavi anlaşılmaktadır. Madde bağımlılığının tedavisi çeşitli ortamlarda gerçekleştirilebilir; tedavinin birçok farklı çeşidi ve süresi vardır. Kronik bir rahatsızlık olarak nitelendirilen madde bağımlılığında zaman zaman nöksler ortaya çıktığı için kısa dönemli ve bir kere olan tedaviler genellikle yeterli olmamaktadır. Bu nedenle uzun süreli tedavi yaklaşımları çoklu müdahaleleri ve düzenli bir şekilde madde bağımlısı bireylerin izlenmesini gerektirir. Madde bağımlılığının tedavisinde çeşitli kanıta dayalı yaklaşımlar mevcuttur. Madde bağımlılığının tedavisi davranışsal terapiyi (bilişsel davranışçı terapi, acil durum yönetimi gibi), ilaç tedavilerini ve ya da bunların kombinasyonunu içerir. İlaç tedavileri kullanılan maddenin türüne göre değişiklik gösterir. Davranışsal terapiler ise bağımlı bireylerin tedaviye katılması için onları motive etmeye yardımcı olur, madde kullanma arzusu ve dürtüsüyle başa çıkmaları için

yöntemler sunar, onlara nüksün önlenmesini ve maddelerden uzak durma yöntemlerini öğretir (National Institute on Drug Abuse, 2012).

Köknel (1998); madde bağımlılığında tedaviyi ilaç tedavisi, ruhsal tedavi ve madde bağımlısı bireylerin toplumla bütünleşmesini ve uyumunu düzenleyen girişimler olarak sınıflandırmıştır. İlaç tedavileri ise kısa süreli olan ve uzun süreli olan ilaç tedavileri olmak üzere ikiye ayrılmaktadır. Kısa süreli olan ilaç tedavileri, maddeye kullanımına bağlı olarak ortaya çıkan zehirlenmelerde ya da yoksunluk belirtilerinin giderilmesinde kullanılır. Yerine koyma ya da ikame tedavisi olarak da isimlendirilen uzun süreli ilaç tedavisinde ise madde bağımlıları çok yönlü tıbbi tedavi programı içinde yer almaktadırlar. Ruhsal tedavi bilişsel, davranışsal terapileri ve grup terapilerini içermektedir. Bağımlı bireylerin toplumla bütünleşmesini ve uyumunu düzenleyen girişimler ise ilaç tedavisi ve ruhsal tedaviden sonra gelmektedir.

Ögel (2017)'e göre ise madde bağımlılığının tedavisi belli aşamalar dikkate alınarak gerçekleştirilmektedir. Bu aşamalar aşağıdaki gibi özetlenebilir:

İlk yardım: 1-2 gün süren bu aşama, zehirlenme ve yoksunluk belirtisi gibi tıbbi sorunların tedavi edildiği aşamadır.

Erken dönem: Bu aşama kanın zehirli maddeden arındırılmaya devam ettiği, tedavinin başlangıcından 4 haftaya kadar uzayabilen, madde bağımlısı bireye yönelik kısa süreli danışmanlık verildiği aşamadır.

Uzun dönem: 4-24 hafta süren, aile desteğinin sağlanmaya çalışıldığı, tıbbi ve ruhsal sorunların tedavi edildiği aşamadır.

Rehabilitasyon aşaması (6 ay-2 yıl): Madde bağımlısı kişinin izlendiği ve tedavi programının uzun sürdüğü aşamadır. Rehabilitasyon süreci madde bağımlısı hastaların birçoğu için ayık kalma motivasyonlarının yükseltilmesini, maddesiz yaşam tarzına uyum sağlamayı ve nüksün önlenmesini içermektedir (Sadock ve diğerleri, 2016, s. 637).

1.2.1. Psikososyal Tedaviler

Deneme yanılma yolu ile ampirik olarak evrim geçiren psikososyal tedaviler, tıbbi uygulamalarla birlikte madde bağımlısı hastalar için tedavinin etkili ve temel bir unsurudur (Martin ve diğerleri, 2007, s. 70). Madde bağımlısı bireyler, madde

kullanımına bağılı olarak karmaşık tıbbi, psikososyal, sosyal ve yasal sorunlar yaşamaktadırlar. Bu nedenle psikososyal müdahaleler hizmet alanların bireysel ihtiyaçlarına uygun yanıtlar içermelidir (Rassool, 2009). Literatür incelendiğinde, ayaktan veya yatarak tedavinin yapıldığı tedavi ortamlarında çok çeşitli psikososyal tedavilerin olduğu görülmektedir. Diğer bölümlerde grup terapileri ve kısa süreli girişimler ele alındığı için bu bölümde aile terapisi, nüks önleme, kendine yardım grupları, terapötik topluluklar ve bilişsel davranışçı terapi konuları ele alınacaktır.

1.2.1.1. Aile Terapisi

Bir alan olarak bağımlılıkta aile terapisi, 1960'lı ve 1970'li yıllarda daha önce bireysel düzeyde odaklanan tedavi yaklaşımlarını güçlendirmek için ortaya çıkmıştır. Aile bireylerinin bağımlılık tedavileri, bağımlılık tedavisi alanındaki uygulayıcılardan ziyade geleneksel aile ve evlilik terapistleri tarafından gerçekleştirilmiştir. Bağımlılık alanında aile terapisi, bireylerin aile ilişkilerinin desteklenmesini ve bağımlılıktan etkilenen bir çevrede yaşamının sonucu olarak güçlükler yaşayan aile bireyelerine yardım etmeyi amaçlar. Bu yönüyle aile terapisi, tedavi sonuçlarının olumlu hale gelmesini sağlayan müdahalelerden oluşur ve birçok bağımlılık tedavi programında yaygın olarak kullanılmaktadır (Chan ve Bedi, 2009).

Madde bağımlılığının tedavisinde aile hastalığı modeli, aile sistemi modeli, bilişsel davranışsal model ve çok boyutlu aile terapisi modeli olmak üzere dört temel aile terapisi modeli kullanılmaktadır (Samsha, 2005, s. 8). Bu modeller kısaca şöyle ele alınabilir:

Aile hastalığı modeli ile uğraşanlar çoğunlukla madde bağımlılığını bir aile hastalığı olarak ele almaktadırlar. Bu ifade, ailelerin bağımlılıktan sorumlu olduğu anlamına gelmemektedir. Çünkü bireyler bağımlı olmayı ya da olmamayı seçebilirler. Bununla birlikte bağımlılık ilerledikçe bağımlının ailesinde birtakım işlevsel olmayan örüntüler ortaya çıkabilmekte ve bağımlı birey acı çektikçe tüm aile de acı çekmektedir. Dolayısıyla aile tedavisi, bağımlılık tedavisinin ayrılmaz bir parçası olarak görülmektedir. Kısacası, aile hastalığı modelinde madde kullanımı tüm aile üyelerini etkileyen bir hastalık olarak kabul edilmektedir (Henderson, 2000).

Aile sistemleri modeli, ailelerin kendi etkileşimlerinde madde kötüye kullanımı etrafında organize oldukları düşüncesine dayanır. Bu model, ailenin dengeyi sağlaması

için madde kötüye kullanımına uyum sağlamasını içerir. Örneğin, madde kullanım bozukluğu olan bir kişi madde kullanmadıkça duygularını ifade etmede başarısız kalabilmektedir (Samsha, 2005, s. 8). Diğer yandan bilişsel davranışsal yaklaşımlar madde kullanımını, aile etkileşimleri aracılığıyla pekiştirilen uyumsuz bir davranış olarak ele almaktadır. Bu model, iletişim, problem çözme ve baş etmeyi geliştirmek için madde kullanımını tetikleyen davranışları ve etkileşimleri değiştirmeyi amaçlamaktadır (Samsha, 2005, s.8).

Çok boyutlu aile terapisi ise gelişim psikolojisi ve psikopatolojisini, ekolojik yaklaşımı ve aile terapisinin teorik ve klinik geleneklerini birleştiren ve ergen madde bağımlılığının tedavisinde kullanılan bir modeldir (Liddle ve diğerleri, 2005).

1.1.1.2. Nüks Önleme

Nüks, doğrudan tıbbi terminolojiden alınmış ve bağımlılığın temel karakteristiğini oluşturan kavramlardan biridir (Glantz, 201, s. 17) ve kişinin maddeden belirli bir süre uzak kaldıktan sonra tekrar madde kullanmaya başlaması olarak tanımlanabilir (Katz ve Ney, 1995, 231). Başarılı tedavi programları nüksü önlemeyi, baş etmeyi arttırmayı, madde kullanma arzusu ve dürtüsünü azaltmayı içermektedir (Skewes ve Gonzales, 2013, s.68).

Nüks, erken kayma (slip), kayma (lapse) ve nüks (relaps) olmak üzere üç aşamadan oluşmaktadır. Erken kayma, madde bağımlısı bireyin kullandığı madde türüne göre ilk yudum, ilk doz veya ilk kadeh alkol ya da madde almasıdır. Kayma, ilk madde kullanma girişiminin maddeyi birkaç kez kullanma ile devam etmesidir. Bir sonraki aşama olan nüks ise madde bağımlısı bireyin eski davranışlarına ve yaşam biçimine dönmesidir (Ögel, 2012).

Bilişsel davranışsal bir zemine dayalı nüks önleme programları, madde kullanım sorunu olan bireyin madde kullanımının nüksetmesine yol açabilecek yüksek riskli durumların belirlenmesini ve benzer durumlarda gelecekteki nüksleri önlemek için bilişsel ve davranışsal baş etme stratejilerini içerir. Nüks önleme, bu yönüyle üçüncül önleme olarak da tanımlanabilir (Marlatt ve Witkiewitz, 2005, s.1). Nüks önleme programlarının amaçları; madde bağımlısı bireylerin yeni baş etme yöntemleri geliştirmesine, madde kullanımıyla ilgili yanlış, olumsuz düşünceleri ve yaşam biçimlerini değiştirmesine yardımcı olmaktır (Mırsal ve diğerleri, 2010).

1.2.1.3. Kendine Yardım Grupları

Bu gruplar, genel olarak sorunlarını ve ihtiyaçlarını paylaşan, karşılıklı destek ve bilgi paylaşımını amaçlayan ve genellikle profesyonellerin yönlendirmesi olmaksızın bir araya gelen gönüllü bireylerden oluşmaktadır (Baker, 1999, s. 432-433). Örneğin bu alanda Adsız Alkolikler (AA) ve Adsız Narkotikler (NA) gibi madde bağımlılarından oluşan ve benzer kuralları benimseyen kendine yardım grupları yer almaktadır.

Adsız Alkolikler ve Adsız Narkotikler, belirlenmiş bir lideri olmayan, katılımcıların kimliklerinin gizli tutulduğu, kendi kendine yönetilen ve tüm alkol ya da madde kullanım sorunu bulunan kişilerin katılabileceği ve üyelerinin birbirlerini destekleyerek ayık kalmayı hedeflediği gruplardır (Tamar, 2012). Ayrıca bu gruplar, üyeleri tarafından yapılan bağışlarla desteklenen, her kesimden insanların katılım gösterdiği, madde bağımlısı bireylerin yalnız olmadıklarını fark ettikleri, benzer sorunu yaşayan bireyler tarafından anlaşıldıklarını hissettikleri ve sorunlarını diğer grup üyeleriyle rahatlıkla paylaşabildikleri bir yapıya sahiptir (Vaughan, 1984, aktaran, Zastrow, 2013). AA toplantısı Adsız Alkoliklerin işleyişinde önemli bir yere sahiptir. AA toplantılarında benzersiz bir atmosfer vardır. Bu toplantılar, gayri resmi bir görünüm sergilese de amaçlı bir çalışma yöntemine dayanmaktadır. AA gruplarında toplantıya katılan kişi sayısı gruptan gruba değişmekle birlikte genellikle bu sayı 10 ile 20 civarındadır. AA toplantıları genelde başkanın “Benim adım.....” (sadece ilk isim kullanılır) ve ben bir alkoliğim sözleriyle başlar (Edwards ve diğerleri, 2003).

1.2.1.4. Terapötik Topluluklar

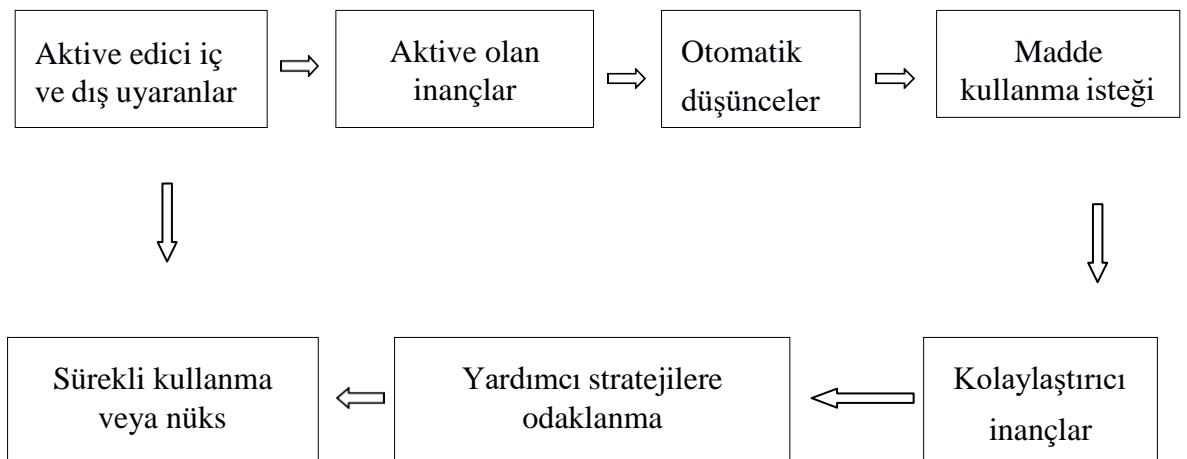
Madde bağımlılarının rehabilitasyonunda ilaç kullanmanın serbest olduğu terapötik topluluklar, ilk olarak 1958 yılında Kaliforniya’da kurulmuş ve 1960’lı yıllarda Amerika Birleşik Devletleri’nin geniş kesimlerine hızla yayılmıştır. Terapötik topluluklar son 40 yılda kendi programlarını geliştirerek; en savunmasız bazı madde kullanıcılarında madde kullanımını, işsizliği, yeniden suç işlemeyi ve ruh sağlığı problemlerini azaltmada etkili olmayı hedeflemişlerdir (Bar, 1986 ve Simpson ve Curry, 1997; aktaran, Bunt ve diğerleri, 2008, s. 81).

Terapötik topluluklar, kendi yaşamları üzerinde kontrollerini kaybeden, kendilerinde, çevrelerinde ve toplumda büyük zararlara neden olan madde kullanıcılarına yardım etmeye çalışmaktadır. Ayrıca terapötik topluluklar, bireylere iş bulmayı, aile hayatına

katılmalarını sağlamayı, madde kullanmayı içermeyen suçsuz bir yaşam tarzını nasıl yaşayacaklarını öğretmeyi amaçlamaktadır. Madde kullanım sorunu olan bireylerin, tedavi sürecinde yaşam biçimlerini değiştirebilmeleri ve topluma yeniden katılabilmeleri için terapötik çerçeveye uyum göstermeleri ve kendi yaşamları üzerinde kontrol sağlayabilmeleri önemlidir. Terapötik topluluklarda müdahale, müracaatçıların yaşam biçimlerini incelemeye ve onların davranışlarını, düşünce kalıplarını ve duygularını değiştirmeye dayanmaktadır (Amram ve Benbenishty, 2014, s.313-314). Bunun yanı sıra terapötik topluluklarda, meslek edindirme ve diğer destek hizmetlerinin yer aldığı yapılandırılmış ve kapsamlı bir program vardır. Terapötik topluluklara katılan hastaların temel özellikleri, diğer madde bağımlısı hastalara göre daha fazla psikiyatrik ve sosyal sorun yaşamaları ve diğer tedavilerden etkili bir şekilde yarar sağlayamamalarıdır (Kalyoncu, 2010). Terapötik topluluklar, madde bağımlılığının tedavisinde etkili olmakla birlikte geniş olanakları ve çok sayıda kişinin çalışmasını gerektirebilir (Sadock, 2016, s. 665).

1.2.1.5. Bilişsel Davranışçı Terapi

Bilişsel terapi, aşırı duygusal tepkilere ve kendine zarar verici davranışlara neden olan yanlış ya da hatalı düşünceleri ve uyumsuz inançları değiştirerek azaltmaya çalışan bir psikoterapi yöntemidir (Beck, 1976; Beck, Rush, Shaw ve Emery, 1979; aktaran, Beck ve diğerleri, 1993, s. 21).



Şekil 1: Madde Kullanımının Temel Bilişsel Modeli (Beck ve diğerleri, 1993).

İçsel ve dışsal uyaranlar ileriye dönük ve rahatlama merkezli inançları harekete geçirir. Bu inançlar ise madde arama davranışına yol açan otomatik düşüncelere yol açarlar. Otomatik düşünceler maddeyle ilişkili inançlardan ortaya çıkan kısa ve kendilğinden olan bilişsel süreçlerdir. Kolaylaştırıcı inançlar ise madde kullanımının olumsuz sonuçlarını inkarı sağlayan bilişsel çarpıtmalardır.

Bilişsel davranışçı terapinin madde kullanım sorunu olan bireylerin tedavisindeki temel varsayımı, madde bağımlılığının oluşumunda ve sürdürülmesinde öğrenme sürecinin etkili olduğudur. Bu terapi modelinde terapistin rolü, kişide madde kullanımına yol açan etkenlerin işlevsel bir analizini yapmasına yardımcı olmaktır. Yapılan analiz, kişinin madde kullanımının incelenmesini, sorgulanmasını ve maddeye verdiği değere ilişkin inançların araştırılmasını içerir. Madde kullanma arzusu ve dürtüsünün ele alınması, olumsuz duygular ve karşılaşılan problemlerle başa çıkmada yeterli yöntemler bulmaya yardımcı olma terapistin diğer rolleridir (Ögel, 2017).

1.2.2. Türkiye’de Alkol ve Madde Bağımlılığı Tedavisinin Genel Görünümü ve Alkol ve Madde Bağımlılığı Tedavisinde Karşılaşılan Sorunlar

Ülkemizde alkol ve madde bağımlısı bireylerin ayaktan veya yatarak tedavisi devlet hastanelerinde, tıp fakültelerine bağlı psikiyatri kliniklerinde ve özel hastanelerin bazılarında gerçekleştirilmektedir. 2018 yılı sonu itibariyle ülkemizde madde bağımlılığı tedavisi veren 113 merkez bulunmaktadır ve bu merkezlerdeki yatak sayısı 1082’dir. Tedavi merkezlerinin 48’inde hem yatarak hem de ayaktan tedavi hizmeti verilmektedir. 65 tedavi merkezinde ise sadece ayaktan tedavi hizmeti verilmektedir. Tedavi merkezine başvuran hasta, kullanılan madde, aile ilişkileri, tedaviye uyum, ayaktan ya da yatarak tedavi alma açısından hekim tarafından değerlendirilmektedir. Tedaviye alınan hastalara ilaç tedavileri, bireysel görüşmeler, aile görüşmeleri ve grup terapileri yapılmaktadır (TUBİM, 2019).

Yukarıda kurumsal düzeye ilişkin verilen bilgilerin yanında tedavi boyutunda karşılaşılan sorunlara da göz atmak gerekir. Bu açıdan alkol ve madde bağımlılığı tedavilerinde, tedavi sürecinde karşılaşılan ve alkol bağımlısı bireyin tedaviye uyumunu etkileyen sorunlar hasta, tedavi ve terapistle ilişkili olanlar olmak üzere üç ayrı grupta incelenebilir (Arıkan, 2012).

Hasta ile ilişkili olanlar: Alkol kullanım sorunu olan kişinin alkol kullanımıyla ilgili bir sorunu olduğunu kabul etmemesi tedaviye başvurmasına veya tedaviye bağlılığına engel oluşturmaktadır.

Tedaviyi güçleştiren nedenleri şu şekilde sıralamak mümkündür:

- Alkol bağımlısı bireylerin istedikleri zaman maddeyi bırakabileceklerini düşünmeleri,
- Alkol kullandıkları arkadaş ve ortamlardan kopmak istememeleri,
- Yaşam biçimlerini değiştirmek istememeleri,
- Alkol kullanımı ve alkol kullanımının getirdiği sorunlar hakkında yeterince bilgi sahibi olmamaları,
- Tedavi olma konusunda kararsızlık yaşamaları,
- Alkol kullanımlarından başkalarını sorumlu tutma ve suçlama eğiliminde olmaları,
- Tedaviden başarılı sonuç alamayacaklarını düşünmeleri,
- Alkol kullanma arzusu ve dürtüsüyle baş edememeleri,
- Alkol kullanım sorunu dışında ek bir psikiyatrik tanıya sahip olmaları.

Tedavi ile ilişkili olanlar:

Türkiye’de bağımlılık alanında çalışan uzmanların ve tedavi merkezlerinin sayısının yetersiz olmasının madde bağımlısı bireylerin tedaviye ulaşmalarında engel oluşturduğunu söylemek mümkündür.

Terapistle ilişkili olanlar:

Yapılan araştırmalar, terapistin tarzının tedavi sonuçlarını olumlu yönde etkilediğini ortaya koymuştur. Terapist konusunda iki ayrı görüş ileri sürülebilir. Birinci görüş, terapisti edilgen bir konumda ele alır ve alkol bağımlısı birey motive olana kadar terapistin yapacağı herhangi bir şeyin olmadığına inanır. İkinci görüşte ise motivasyon konusunda terapistin yapacakları şeylere inanılır. Burada terapist aktiftir ve hastanın motivasyonunu değiştirebilir.

1.2.3. Alkol Kötüye Kullanımı ve Bağımlılığının Tedavisinde Sosyal Hizmet Mesleğinin Rol ve İşlevleri

Sosyal hizmet uzmanları, uzun yıllar boyunca sosyal hizmet mesleğinin beceri ve değerlerini temel alarak madde bağımlılığı alanına önemli katkılarda bulunmuşlardır (Watson, 2014).

1917 yılının başlarında sosyal kişisel çalışmanın öncüsü Marry Richmond, alkolikleri günahkâr olarak tasvir eden alkolizmin ahlaki modelini reddetmiş ve 1917 yılında yayımlanan *Sosyal Teşhis* isimli kitabında alkol kullanımını bir hastalık olarak ele almıştır. Richmond, klinik gözlemlerine dayalı olarak hastalığın teşhisinin hem fiziksel hem de ruhsal muayeneyle olması gerektiğini savunmuştur (Straussner, 2001).

Günümüzde ise sosyal hizmet mesleği madde bağımlılığı alanında tedavi, rehabilitasyon ve önleme politikalarının uygulanmasında ve şekillenmesinde önemli bir rol oynamaktadır (Oren ve diğerleri, 2002). Sosyal hizmet uzmanları, madde bağımlısı bireylere ve ailelerine yönelik hizmet veren uzmanlaşmış bağımlılık tedavi merkezleri dışında da ruh sağlığı kurumlarında, mahkemelerde, okullarda, hastanelerde ve diğer sosyal hizmet kurumları gibi çeşitli uygulama ortamlarında da madde bağımlısı bireylerle çalışmaktadırlar (Mutlu, 2017).

Sosyal hizmet yaklaşımları arasında ekolojik yaklaşımın, çevresi içinde birey kavramsallaştırması, sosyal hizmet mesleğinin madde bağımlılığı sorununa özgün bir bakış açısını ortaya koymaktadır. Bağımlılık biyopsikososyal bir olgudur ve sosyal hizmet mesleği yalnızca bağımlılık yapıcı maddelerin ve kullanıcıların özelliklerini dikkate almamakta bununla birlikte madde kullanımının sosyal bağlamını da ele almaktadır. Sosyal hizmet mesleği bağımlılığın devam etmesine ve gelişmesine etki eden baskı ve ötekileştirme gibi çevresel faktörlere önem vermektedir. Bu bakış açısına göre nöksler yalnızca müracaatçının başarısızlığı, motivasyonsuzluğu, hastalığı inkarı olarak ele alınmamalı, tedavi planında sosyal koşullar da dikkate alınmalıdır (Csiernik ve Rowe, 2003). Yaklaşımlar kullanılırken meslek elemanlarının rol ve işlevlerinin de altını çizmek gerekir. Alkol ve madde kullanım bozuklukları toplumda yaygın olduğu için sosyal hizmet programlarından ve sosyal hizmet uzmanlarından yardım alan birey ve ailelerin pek çoğu, doğrudan ya da dolaylı olarak madde kullanımına ilişkin sorunlar

yaşayabilmektedir. Bu nedenle sosyal hizmet uzmanları çalıştıkları müracaatçıların madde kullanım sorunları karşısında duyarlı olmalıdırlar (Sheafor ve Horejsi, 2012).

Madde bağımlısı bireylerle çalışan sosyal hizmet uzmanlarının rolleri, madde bağımlısı bireylerin tedavi edildiği ortamlara göre değişiklik göstermektedir. Örneğin kısa süreli ve yatarak arındırmanın yapıldığı tedavi kurumlarında sosyal hizmet uzmanlarının rolü müracaatçıyla ilgili bilgi toplamak, değerlendirme yapmak ve taburculuk planı geliştirmektir. Kalış süresi 21 ile 28 gün arasında değişen ve hastaların yatarak tedavi gördüğü rehabilitasyon programlarında temel tedavi modeli grup terapisi ve ortam tedavisidir. Rehabilitasyon programlarında sosyal hizmet uzmanları, zamanlarının büyük bir kısmını müracaatçılarla geçirmekte, hastalara model olmakta ve onların davranışlarını pekiştirme gibi tedavi tekniklerini kullanmaktadırlar (Rosenberg, 2009, s. 6).

Watson'a göre ise madde bağımlılığı alanında çalışan sosyal hizmet uzmanlarının rolleri şu şekilde özetlenebilir:

Madde bağımlısı müracaatçı ile karşılaşıldığında müracaatçının sorunlarını belirlemek ve gerekli ise ilgili kurumlara müracaatçıyı havale etmek,

Riskli kullanım, zarar azaltma, enjektör değişimi gibi konularla ilgili olarak motivasyonel görüşme yapmak gibi kısa süreli müdahalelerde bulunmak ve destek sağlamak,

Bilişsel davranışsal yaklaşımlarla müracaatçıların madde kullanma dürtü ve arzusunu tetikleyen insanlar, yerler, duygular, olaylar, zamanlar ve inanç sistemlerinin farkında olmasına yardım etmektir (Watson, 2005).

Madde kullanımının yaygın olması sosyal hizmet uzmanlarının tüm alanlarda ve özellikle çocuk koruma, adalet, fiziksel ve ruhsal sağlık alanlarında madde bağımlılığıyla ilgili uygun bilgi ve becerilere sahip olmasını gerektirmektedir (Buchahan, 2005). Madde bağımlılığı alanında görev yapan sosyal hizmet uzmanlarının etkili bir müdahale yapabilmesi için gereksinim duyduğu bilgi ve becerilere Ulusal Amerikan Sosyal Hizmet Uzmanları Birliği (NASW) şu şekilde dikkat çekmektedir. Birliğe göre madde kullanım bozukluğu olan bireylerle ve onların yakınlarıyla mesleki uygulamalar yapan sosyal hizmet uzmanlarının aile teorileri, kişilerarası ilişkilerle ilgili teoriler ve hizmet verdikleri müracaatçı grubuna ilişkin uygun olan diğer teorilerle ilgili

kuramsal temele sahip olmaları gerekmektedir. Ulusal Amerikan Sosyal Hizmet Uzmanları Birliği ayrıca, sosyal hizmet uzmanlarının madde kullanımına bağlı olarak gelişen psikolojik sorunlar, madde kullanımının fiziksel etkileri, bağımlılık yapıcı maddeler, danışma müdahaleleri, tedavi modelleri, grup çalışmaları, müracaatçı hakları ve topluluklarla çalışmaya yönelik müdahaleler ve kendine yardım grupları hakkında bilgi sahibi olması gerektiğini vurgulamaktadır.

Beceri, öğrenilebilir olmakla birlikte belirlenmiş bir etkinliği belirlenmiş bir zamanda tutarlı ve etkili olarak yapabilme becerisidir. Sosyal hizmet uzmanları iyi bir mesleki uygulama gerçekleştirmek için iletişim becerileri, öz farkındalık becerisi, analitik beceriler, öz yönetim becerileri gibi birçok beceriye sahip olmak durumundadırlar (Thompson, 2013). Bunun yanı sıra madde bağımlısı bireylerle çalışan sosyal hizmet uzmanlarının etkili bir tedavi ve önleme yapabilmesi için değerlendirme, danışmanlık, planlama, organize etme, program geliştirme, savunuculuk ve politika geliştirme becerilerine sahip olması gerekmektedir (Symth, 1995).

Madde bağımlısı bireylerle mesleki uygulama yapan sosyal hizmet uzmanlarının etkili bir sosyal hizmet müdahalesi için sahip olması gereken bilgi ve becerilerin, değerlendirme sürecinde kullanılması önem taşımaktadır. Sosyal hizmet uzmanları, müracaatçılara yardımcı olmak ve onlarla birlikte müdahale stratejilerini planlamak için danışanın bağımlılığının doğasını ve şiddetini anlamak durumundadırlar. Bunun için sosyal hizmet uzmanları madde bağımlısı bireyleri tarama ve değerlendirmede açık uçlu sorular sorma, yapılandırılmış klinik görüşmeler yapma, tarama anketleri uygulama gibi çeşitli yöntemlerden yararlanabilir (Hanson, 2001).

Değerlendirmenin aşamalarında meslek elemanı birçok şeye dikkat eder. Değerlendirmenin ilk amacı müracaatçılarla ittifak kurmak için verimli bir terapötik anlaşma sürecini geliştirmektir. Değerlendirmenin ikinci amacı maddelerin kişinin yaşamında çeşitli psikososyal alanlarda oynadığı rolü anlamayı geliştirmektir. Değerlendirmenin üçüncü amacı müracaatçıların madde kullanım davranışlarını değerleştirmeye hazır olmalarını ve maddeyi nasıl kullandıklarını anlamayı keşfetmektir. Değerlendirmenin nihai amacı ise yukarıdaki bilgileri müracaatçının tanımladığı kısa ve uzun vadeli hedefleri karşılamak üzere tasarlanmış işbirlikçi eylem planına sentezlemektir (Mancini, 2013, s.49). Yine Ulusal Amerikan Sosyal Hizmet Uzmanları

Derneği'ne göre madde bağımlılarıyla çalışan sosyal hizmet uzmanları değerlendirme aşamasını ayrıca dikkate almalıdırlar. Değerlendirmede, müracaatçının fiziksel gelişimi ve tıbbi ve psikiyatrik problemleri, madde kullanım öyküsü ve davranışı, intihar girişimi, kontrol kaybı, psikososyal problemleri, formel ve enformel sosyal destekleri, motivasyonu ve tedaviye hazır oluşu, tedavi engelleri, spiritual ihtiyaçları ve davranışsal risk unsurları dikkate alınmalıdır.

Genel hatlarıyla bakıldığında, madde bağımlılığı alanında uygulamada bulunurken sosyal hizmet uzmanları, bireyi çevresi içinde ele alan ekolojik yaklaşım başta olmak üzere birçok yaklaşım ve teknikten yararlanırlar. Bu tekniklerden biri de motivasyonel görüşmedir. Motivasyonel görüşme sosyal hizmet mesleğinin etik ilke ve değerleriyle uyumlu ve kanıta dayalıdır. Bu yönleriyle motivasyonel görüşme sosyal hizmet uygulamalarında yer almaktadır. Çalışmanın bu kısmında motivasyonel görüşme ile ilgili bilgilere yer verilecektir.

1.3. MOTİVASYONEL GÖRÜŞME

Günümüzde madde kullanımının yaygınlaşması, madde bağımlısı bireylerin tedavi maliyetinin yüksek olması ve bağımlılık tedavisi merkezlerinin sayısının az olması nedeniyle madde bağımlılarının tedavisi için daha kısa süreli tedavi girişimleri arayışına yönelmiştir. Kısa süreli müdahale teknikleri maliyeti düşük, genellikle 1 ile 5 seans arası, danışan odaklı, öncelikle danışanın sorununu inceleyen ve daha sonra danışanı eyleme geçmesi için motive eden girişimlerdir (Ögel ve Doğmuş, 2008). İngilizcede FRAMES kelimeleri ile kısaltılan kısa süreli müdahalenin temel kavramları şöyle açıklanmıştır (Akvardar, 2012, s.131):

Geribildirim (feedback): Kişiye rahatsızlığı, karşılaşacağı riskler ve durumuna ilişkin geri bildirim verilmesidir.

Sorumluluk (responsibility): Değişimi sağlamak için sorumluluğun kişiye verilmesidir.

Öneride bulunma (advice): Kişiye değişimin önerilmesidir.

Tedavi kapsamı (menu): Kişiye alternatif tedavilerin, kendine yardım yollarının ve tedavi stratejilerini içeren menünün sunulmasıdır.

Empatik yaklaşım(empathy): Müdahale sürecinde kişiye empatik yaklaşımda bulunulur.

Öz yeterlik (self-efficacy): Bireyin başarmasına yönelik iyimserliğinin ve umudunun desteklenmesidir.

Madde kötüye kullanımının tedavisinde alkol ve madde danışmanları, sosyal hizmet uzmanları, doktorlar, psikologlar ve hemşireler tarafından 1960'lı yıllardan beri uygulanan kısa süreli müdahale teknikleri, günümüzde giderek önem kazanmaktadır. Kısa süreli müdahale teknikleri, riskli kullanımdan bağımlılığa kadar değişik düzeylerde madde kullanım problemi olan bireylerin, madde kullanımını azaltmasına veya maddeyi bırakmasına yardımcı olmaktadır. Madde bağımlılığı tedavi programlarında tedavi öncesinde, tedavi sırasında ve tedavi sonrasında sıklıkla kullanılan bu müdahaleler, genellikle madde kullanım bozukluğu olan bireylerin tedaviye girmesi, davranış değiştirmesi veya bir durum ile ilgili farklı düşünmesi gibi belirli bir eylemi gerçekleştirmesine motive edilmesini amaçlar (Barry, 1999). Madde bağımlısı bireylerin tedavisinde kullanılan kısa süreli girişimlerden biri de motivasyonel görüşmedir. Miller ve Rollnick motivasyonel görüşmeyi, bireyin özerkliğine önem veren, işbirlikçi, olumlu davranış değişikliğini engelleyen motivasyonel sorunları çözmek için tasarlanmış, danışan odaklı ve uygulaması beceri isteyen klinik bir teknik olarak ele almaktadır (Miller ve Rollnick, 2009).

1.3.1. Motivasyon, Motivasyonel Görüşmenin Kökenleri ve Transteorik Model

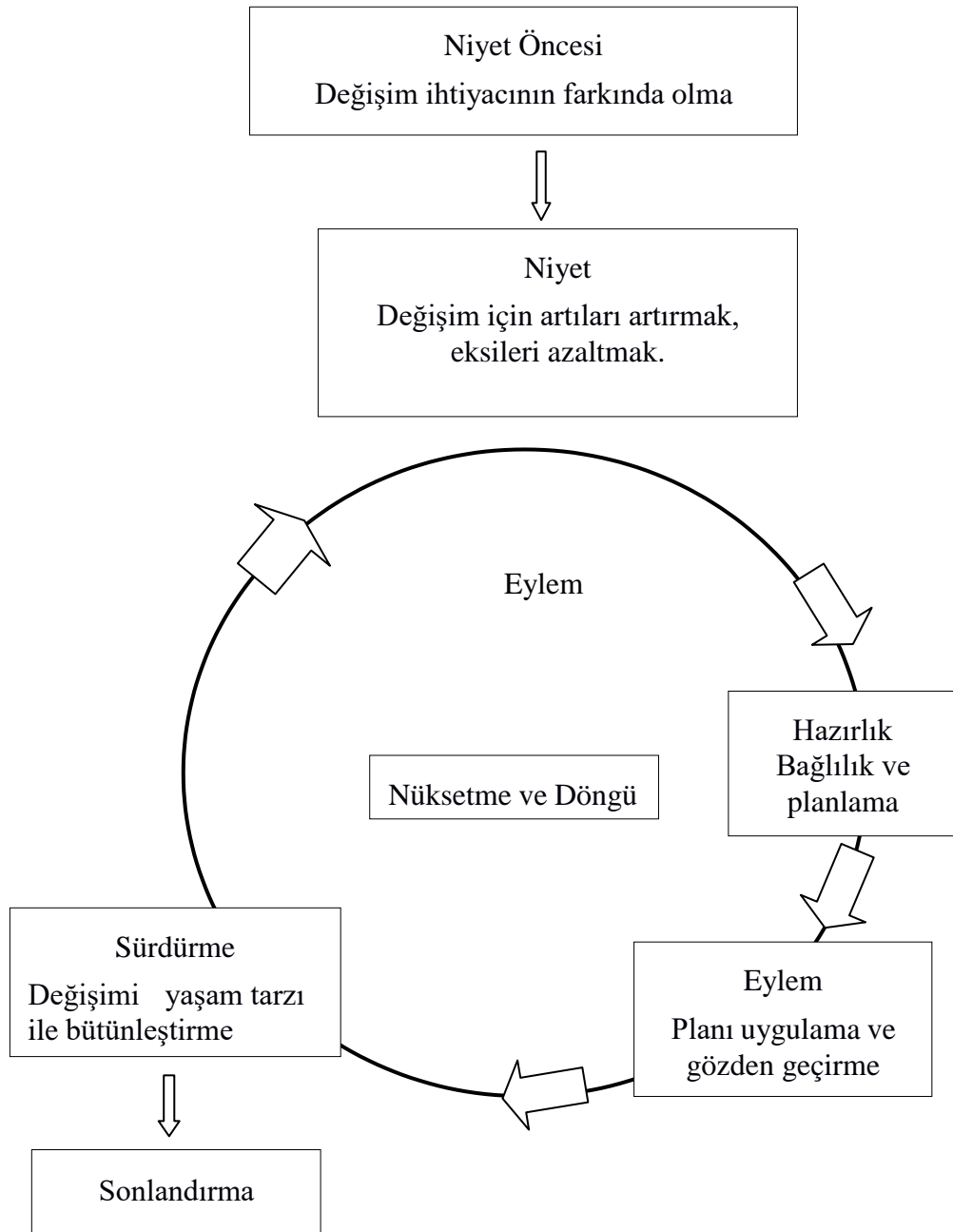
Motivasyon kavramının kökleri antik Yunan filozoflarına dayanmasına rağmen motivasyon kavramıyla ilgili psikologlar tarafından yapılan bilimsel çalışmalara 20. yüzyılın başında rastlanmaktadır (Viau, 2015). Motivasyon ayrıca, zamana ve duruma göre değişen dinamik bir durum olarak kavramsallaştırılır (Hanson ve Gutheil, 2004, s. 368). Miller ve Rollnick motivasyonu, değişmeye hazır veya istekli olma durumu olarak tanımlamışlardır (Miller ve Rollnick, 2009). Rogers'ın birey merkezli terapisi ve sosyal psikolojinin bilişsel uyumsuzluk ve kendine yeterlilik ilkelerine dayalı olan motivasyonel görüşme, klinik psikologlar William Miller ve Stephen Rollnick tarafından geliştirilmiştir. Miller'ın alkol problemi bulunan iki danışanı ile yaptığı çalışmalardan yola çıkarak *Behavioural Psychotherapy* dergisinde yazdığı makalesi motivasyonel görüşmeyle ilgili ilk tartışmaları ortaya çıkarmıştır. Motivasyonel görüşmeyle ilgili bu ilk tartışmalardan sonra Miller ve Rollnick motivasyonel görüşmenin kurucuları olarak kabul edilmiştir. Motivasyonel görüşme başlangıçta

danışan üzerine odaklanma, empati, koşulsuz olumlu kabul, işbirliği ve ambivalansın çözülmesi ile ilgiliyken daha sonraları Prochaska ve Di Clemente'nin transteorik modeli de benimsenmiştir (Teater, 2015). Transteorik model ise madde bağımlılığının tedavisinde son 30 yılda motivasyonel görüşme modelini tamamlayıcı önemli bir rol oynamış, dirençli ve değişim için henüz hazır olamayan danışanlara bile değişimin kolaylaşması için bir yol sunmuştur (Velasquez, Stephens ve Drenner, 2013).

Transteorik model, başlangıçta nikotin bağımlısı bireylerin sigarayı nasıl bırakacaklarıyla ilgili yapılan deneysel araştırmalarla ortaya çıkmış fakat günümüzde problemlili davranışların tümünde yaygın bir şekilde kullanılır olmaya başlamıştır (Corcoran, 2016). Bu model, bireyin isteyerek yaptığı davranış değişikliğini anlamada sorunlu davranışların tedavisinde kullanılan yaklaşımları bir araya getirerek bütüncül bir çerçeve sunmakta, insanlarda bağımlılık davranışının nasıl değiştiğini odak almaktadır. Bağımlı bireylerdeki davranış örüntüleri sıklıkla aniden ortaya çıkmamakta ve kaybolmamaktadır. Transteorik model bu süreci değişim aşamaları olarak tanımlamaktadır. Değişim sürecinde, bir aşamadan diğerine geçişte bireylerin tamamlaması gereken görevleri ve başarılması gereken hedefleri bulunmaktadır (Diclemente, 2016).

Transteorik model; süreçler, seviyeler ve değişim aşamaları olmak üzere üç boyuttan oluşmaktadır. Süreçler, değişime karşılık gelen ve değişimi hızlandıran genel aktiviteler, görevler ve stratejilerdir. Aynı zamanda süreçler değişimin zaman içinde nasıl gerçekleşeceğini açıklamaya yardım ederler. Transteorik modelde, yarısı bilişsel deneyim stratejilerinden ve diğer yarısı davranışsal stratejilerden oluşan 10 değişim süreci yer alır (Thombs ve Osborn, 2013). Bilişsel deneyimler; farkındalığı arttırmak, öz yeniden değerlendirme, çevresel yeniden değerlendirme, duygusal uyarılma/belirgin rahatlama ve sosyal özgürleşmedir. Davranışsal deneyimler ise öz özgürleşme, koşullanma/karşı koşullanma, uyarıcı genelleme, kontrol, ödül idaresi ve yardım eden ilişkilerdir (Diclemente, 2016). Transteorik modelde değişim seviyeleri, önleme veya tedavi hizmetlerinde ele alınan içsel çatışmalar, kişilerarası çatışmalar, aile-sistem çatışmaları, uyumsuz bilişler ve durumsal sorunlar gibi beş ayrı fakat birbirleriyle bağlantılı problemlerin önceliklendirilmesini içermektedir (Thombs ve Osborn, 2013).

Transteorik model, niyet öncesi, niyet, hazırlık, eylem ve sürdürme olmak üzere bireyin değişim yolunda geçirdiği 5 aşamayı tanımlamaktadır. Değişim aşamaları arasındaki geçişler doğrusal olmaktan ziyade dairesel ve döngüseldir. Bazen kişiler, aşamalar arasında ileriye gitmek yerine önceki bir aşamaya geri dönüş yaşayabilirler (Diclemente, 2016, s. 30). Değişim modeli aşamaları aşağıda gösterildiği gibidir:



Şekil 2: Değişim Modeli Aşamaları (Diclemente, 2016, s.30).

Değişim aşamaları ve her bir değişim evresine uygun motivasyonel stratejiler ise şu şekilde ele alınabilir:

Niyet Öncesi Aşama: Niyet öncesi aşamada madde kullanımı olan kişiler;

- Değişimi dikkate almamaktadırlar ve gelecekte davranışlarını değiştirmeye niyetinde değillerdir.

- Kısmen ya da tamamen bir problem olduğunun, değişim yapmak zorunda olduklarının, yardım almaya ihtiyaç duyabileceklerinin farkındalıkları gelişmemiştir.
- Davranışlarını değiştirmede isteksiz veya cesaretsizdirler.

Bu evrede bireyler genellikle madde kullanımlarından dolayı kötü sonuçlar veya krizler deneyimlememişlerdir ve sıklıkla madde kullanımlarının problemlili ve hatta riskli olduğuna ikna edilememişlerdir (Samsha, 1999, s. 17). Bireylerin mevcut davranışları onlar için işlevsel olarak algılanıyorsa ya da davranış örüntülerini değiştirecek bir zorunluluğu hissetmiyorsa niyet öncesi aşamada çok uzun bir süre hatta ömür boyu kalabilirler (Diclemente, 2016, s. 26).

Niyet Öncesi Aşamada Hedefler ve Uygun Motivasyonel Stratejiler: Farkındalık öncesi evrede hedef, kişinin danışma sürecine bağlanmasına, madde kullanım kalıplarını ve madde kullanımının potansiyel etkilerini düşünmelerine yardım etmektir. Bu hedefin gerçekleştirilmesi için danışanla ilişki kurulur, güven inşa edilir, kaygılar açıklanır ve açık kapı bırakılır, madde kullanımı hakkında iyi şeyler ve daha az iyi şeyler keşfedilir, madde kullanımının riskleri hakkında gerçeğe dayalı bilgi verme teklif edilir, katılmaya ve konuşmaya istekliliği onaylanır, danışanı tedaviye getiren olayların anlamları keşfedilir, danışanın davranışları ve daha büyük durum hakkındaki algıları ortaya çıkarılır (Ingersoll ve diğerleri, 2002, s.10).

Niyet Aşaması: Bu evre, sorunların varlığının kabul edildiği, sorunların nedenlerinin ve çözüm yollarının araştırıldığı, değişim yapmanın etkin bir biçimde düşünüldüğü evredir (Köroğlu, 2016). Bu evredeki bireyler, halihazırda madde kullanan fakat yakın bir gelecekte maddeyi bırakma ya da azaltma ihtimalini düşünen ve genellikle değişim ikilemi içinde olan bireylerdir. Bu noktada, konuya ilişkin bilgi toplayabilirler, madde kullanım davranışlarını yeniden değerlendirebilirler ya da davranış değiştirme olasılığına destek için yardım talebinde bulunabilirler (Samsha,1999, s. 17). Niyet evresindeki kişilerde yerine getirilmesi beklenen görev, karar dengelerini değişim lehine sonuçlandırmalarıdır (Diclemente, 2016, s. 28).

Niyet Aşamasında Hedefler ve Uygun Motivasyonel Stratejiler: Farkındalık öncesi evrede hedef, büyük resmi görmesi için danışana yardım etmektir. Ayrıca danışana şimdiki davranışları ile gelecekteki hedefleri arasındaki çelişkilerini keşfetmesi için yardımcı olunur. Danışanın yaşam stilinde bazı değişiklikler yapması dikkate alınır. Bu

evredeki müdahale stratejisi ambivalansı normalleştirmek, danışanın karar terazisi kefesini değişime doğru eğmesi için yardım etmektir. Ayrıca bu evredeki müdahale danışanın değişim için kendine yeterliliğini, sorumluluğunu, özgür seçimini vurgular, geleceği hayal etmeyi içerir ve danışanın değişimle bağlantılı kişisel değerlerini inceler. Danışanın motivasyonel ifadelerini özetlemek, değişim için önem ve güven algısını değerlendirmek, tedaviyle ilgili beklentilerini ve motivasyonel niyet ifadelerini ortaya çıkarmak bu evredeki diğer motivasyonel stratejilerdir (Ingersoll ve diğerleri, 2002, s.10).

Hazırlık Aşaması: Bu aşama, insanların kesin bir karara vardıkları ve davranışlarını değiştirmek için başlangıç tasarımlarını yaptığı evreyi kapsar (Köroğlu, 2016, s.73). Bir kişi, madde kullanımının olumsuz sonuçlarını kafasında canlandırdığında ve değişimin öngörülmesi avantajlarını algıladığında aynı seviyede devam eden madde kullanımına yönelik karar sürecine de geçmiş olup, değişim lehine beklentisi artmaktadır. Bir kez değişim için teşvik ortaya çıktığında kişi bağlılığın güçlendiği hazırlık aşamasına girer. Hazırlık, tedavinin gerekli olup olmadığıyla ilgili seçim yapma gibi değişim için daha özel planlamayı gerektirir. Ayrıca hazırlık, bir kişinin değişim için algılanmış kapasitesine veya öz yeterliliğine sorgusunu gerektirir. Hazırlık aşamasında kişiler halen madde kullanmaya devam etmektedirler, fakat genellikle çok yakın zamanda maddeyi bırakmaya niyetlidirler. Kişiler zaten kendi başlarına azaltmak, bırakmak girişimlerinde bulunmaktadır ya da bırakmak veya azaltmak için yollar deneyimleyebilirler. Kişiler, kendileri için amaçlar oluşturmaya başlarlar ve madde kullanmaya bırakmak için taahhütler vermektedirler ve hatta planlarını diğer önemli kişilere anlatmaktadırlar (Samsa, 1999, s. 17).

Hazırlık Aşamasında Hedefler ve Uygun Motivasyonel Stratejiler: Bu evredeki hedefler, değişime ilişkin ambivalansın çözülmesi için danışana yardım etmek ve danışanda değişim için yapabilirlik algısını geliştirmektir. Bu evrede aynı zamanda değişim yolunda başlangıç planları yapmak da hedeflenir. Ekonomik, çocukların bakımı gibi danışanın değişimine engel olan sorunların azaltılmasına yardımcı olmak, değişim için gerekli uygun seçenekler menüsü geliştirmek, danışanın değişimi için kendi hedeflerini ve stratejilerini açıklığa kavuşturmak, danışanın iznini alarak tavsiye ve uzmanlık bilgisi sunmak, danışanın değişim planı geliştirmesi için yardımcı olmak, danışana sosyal destek sağlamada yardımcı olmak, değişim planını ilan etmeyi düşünme

konusunu danışana sorma, değişimin diğer olumsuz yönlerini ve yüksek risk içeren durumları planlamada ve tanımlamada danışana yardım etmek bu evredeki uygun motivasyonel stratejilerdir (Ingersoll ve diğerleri, 2002, s. 11).

Eylem Aşaması: Eylem aşaması, değişim planını uygulama aşaması olarak değerlendirilebilir. Bu aşamada eski davranış örüntüsünün yerine yeni davranış örüntüleri konur. Eski davranış örüntüsü çekiciliğini koruduğundan ve eski davranış örüntüsüne dönebilme olasılığından dolayı bu aşama için belirlenen süre 3-6 ay arasındadır (Diclemente, 2016, s. 29). Eylem aşamasında kişiler değişim için bir strateji seçer ve onu izlemeye başlar. Aynı zamanda danışanlar alışkanlıklarını ve çevrelerini aktif bir şekilde değiştirirler. Bu evre, değişimi gerçekleştirmek için kişinin en çok zaman ve güç harcadığı evredir (Köroğlu, 2016).

Eylem Aşamasında Hedefler ve Uygun Motivasyonel Stratejiler: Danışanın değişime başlamasına ve değişim sürecinde zorluklarla baş etmesine yardım etmek, var oluşun yeni yolları için sosyal destek sağlamak eylem evresinin hedeflerini oluşturmaktadır. Bu evredeki uygun motivasyonel stratejiler; danışanın değişime doğru gerçekleştirdiği küçük adımları desteklemek, sosyal desteğe ulaşmasını ve sosyal desteği kullanmasını sağlamak, danışana değişimin önceden tahmin edilmeyen olumsuz etkileriyle baş etmesi için yardım etmektir (Ingersoll ve diğerleri, 2002, s.11).

Sürdürüm Aşaması: Sürdürüm aşaması; danışanın eylem evresinde elde ettiği kazanımları pekiştirdiği ve nüksü önlemek için mücadele ettiği değişim sürecindeki son evredir (Miller ve Rollnick, 2009). Aynı zamanda danışanın davranışını değiştirdiği ve değişen davranışın 6 aydan daha fazla sürede muhafaza ettiği evredir (Teater, 2015, s.149).

Sürdürüm Aşamasında Hedefler ve Uygun Motivasyonel Stratejiler: Bu aşamada danışanın zor durumlarla baş etmesine ve nüksten korunmaya karşı danışana yeni yaşam yolları geliştirme konusunda yardımcı olmak hedeflenir. Danışanın uzun dönemli hedeflerine geçişte yardımcı olma, danışanın nüks ve başarısızlık durumlarında danışana yardımcı olma istekliliğini ifade etme, danışanın kararlarını ve kendine yeterliğini onaylama ve danışanla iletişimi sürdürme bu evredeki uygun motivasyonel stratejilerdir (Ingersoll ve diğerleri, 2002, s.11).

Tablo 1. Değişim Aşamalarının Her Biri İçin Görevler ve Hedefler (Diclemente, 2016, s. 27).

Değişim Aşamaları	Görevler	Hedef
Niyet Öncesi	Değişimin gerekliliği ile ilgili farkındalık ihtiyacının arttırılması, mevcut davranış örüntüsü ile ilgili kaygının artması, değişimin gerçekleştirilebilir olduğuna inanmak.	Belirlenen davranış değişimini ciddi olarak düşünmek.
Niyet	Mevcut davranışın ve değişimin artılarının ve eksilerinin analizini yaparak karar vermek.	Değişimi gerçekleştirme üzerine düşünülmüş değerlendirme yapmak.
Hazırlık	Artan taahhüt ve değişim planı yapmak.	Yakın dönemde uygulanacak bir eylem planı yapmak
Eylem	Değişim stratejilerini uygulamak, gerektiğinde planı yeniden yapılandırmak, zorluklarla karşılaşıldığında bağlılığı devam ettirmek.	Var olan örüntüyü değiştirmede başarılı eylem. Kayda değer bir sürede (3-6 ay) yeni davranış örüntüsü oluşturmak.
Sürdürme:	Zaman içinde ve pek çok farklı durumda değişimin devam ettirilmesi. Davranışın kişinin hayatına entegre edilmesi. Eski davranış örüntüsüne kayma ve davranışın nüksetmesinden kaçınmak.	Eski davranış örüntüsünün uzun süreli olarak değiştirilmesi ve yeni davranış örüntüsü oluşturmak.

Transteorik modeli tedavi ortamlarında kullanmak isteyen sosyal hizmet uzmanlarına şunları yapması önerilebilir (Norcross, Krebs ve Prochaska, 2011):

1. Danışanın değişim aşamasını değerlendirmelidir.
2. Danışanların tümünü değişimin eylem aşamasındaymış gibi tedavi etmekten sakınmalıdır.
3. Bir keresinde bir aşama iletirmek gibi gerçekçi bir hedef oluşturmalıdır.
4. Niyet öncesi aşamadaki danışana temkinli yani özenle davranmalıdır.
5. Süreçleri değişim aşamalarına uyarlamalı diğer bir değişle eşleştirme sürecini aşamalara bağlamalıdır.
6. Aşama ve süreçlerin uyumsuzluğunu önlemelidir.
7. Bütünsel bir uygulama içinde olmalıdır yani farklı teorik oryantasyonlu tedavi ve önleme yaklaşımlarını birleştirmelidir.
8. Geri dönüşlerin olacağı unutulmamalıdır; çünkü değişim aşamalı olarak ve deneme yanılma yolu ile gerçekleşir. Kişilerin zaman zaman değişimin önceki aşamalarına geri dönmesi ve değişimin tamamen doğrusal bir tarzda olmadığı akılda tutulmalıdır.
9. Tedavi seçenekleri gibi eşleşmiş ilişki seçimleri de tanımlanmalıdır. Bu, eşleştirme süreci aşamasının ötesindedir ve bu durum uygulayıcının kişilerarası tarzını ya da danışanın değişim aşamasına yaklaşımını uyarlamasını gerektirir. Örneğin sürdürüm aşamasındaki kişiler için uygulayıcının öğretmen rolünde değil danışman tarzında olması tavsiye edilir.

1.3.2. Motivasyonel Görüşmenin Ruhü ve Genel İlkeleri

Pragmatik bir yaklaşım olarak değerlendirilebilecek olan motivasyonel görüşme, zarar azaltma veya kamu politikası modeliyle yakından ilişkilidir. Motivasyonel görüşmenin odağı, danışanla empatik bir danışma sürecinde olmak, danışanın yapabilirlik ve kendine yeterlik algısını pekiştirmektir (Wormer, 2007). Motivasyonel görüşme insanlara yapmak istemedikleri şeyleri yaptırmak için onları kandıran bir teknik değildir. Bunun yerine motivasyonel görüşme, danışanların kendi sağlıkları için davranışlarında değişiklikler yapmalarında kendi motivasyonlarını ortaya çıkarmalarını sağlayan beceri dolu klinik bir tarzdır. Motivasyonel görüşme ruhu bir bütün olarak işbirlikçilik, akla getirme ve danışanların özerkliğine saygı göstermek olarak tanımlanmıştır (Rollnick ve diğerleri, 2008). Motivasyonel görüşmenin temellerini

oluşturan bu özellikler danışmanların motivasyonel görüşmeyi başarılı bir şekilde kullanmaları için gerekli ve herhangi bir özel stratejiden daha önemlidir (Schumacher ve Madson, 2015, s. 6).

Motivasyonel görüşmenin ilkelerini şöyle sıralamak mümkündür:

İşbirlikçilik: Motivasyonel görüşme, danışmanın otoriter ve üstün bir durumda olmaktan kaçınıp danışanla saygı dolu işbirliği içinde olduğu bir ortaklıktır. Bu yönüyle motivasyonel görüşme süreci ortaklar arasında güreşten ziyade dans etme ve uzmanlar arasında aktif bir işbirliği yapmayı sağlar (Miller ve Rollnick, 2009).

Akla Getirme: Motivasyonel görüşme danışanlara zaten sahip oldukları şeyleri akla getirmeye çaba gösterir; danışanların değişimi gerçekleştirebilmeleri için kendi kaynak ve motivasyonlarını harekete geçirir. Bir danışan, ondan yapılmasını istediğiniz şeyi yapması için motive olmayabilir fakat her insanın kişisel amaçları, değerleri ve hayalleri vardır. Motivasyonel görüşme hastaların kendi değerleri ve kaygıları ile sağlıklı davranış değişikliğini bağlantılandırır (Rollnick ve diğerleri, 2008). Özetle akla getirmede danışman, danışanın bakış açısını, hedeflerini, çözümlerini ve değişimle ilgili düşüncelerini keşfeder, pekiştirir ve açığa çıkartır (Valesquez ve diğerleri, 2016).

Özerklik: Motivasyonel görüşme, değişim sorumluluğunun danışana bırakan, danışanın kapasite ve kendi kendini yönetme hakkını onaylayan ve böylelikle danışanın özerkliğine saygı duyan bir görüşme tekniğidir. Motivasyonel görüşmede danışanın özerkliğine saygı duyulmasının amacı danışanın içsel motivasyonunu arttırmaktır (Miller ve Rollnick, 2009).

Miller ve Rollnick (2009)'a göre ise motivasyonel görüşmenin dört genel ilkesi bulunur ve bunlar empati gösterme, çelişkiyi ortaya çıkarma, dirençle çalışma ve öz yeterliği desteklemektir. Burada empati, başka bir insanın duygusal durumunu ve fikirlerini algılama, anlama, deneyimleme ve cevap verme eylemi olarak kullanılır (Baker, 1999, s. 152). Empatinin ifade edilmesi, danışmanın danışanı destekleyen, ona saygı duyan ve onunla ilgilenen bir yaklaşım gösterilmesidir. Değişimi kolaylaştıran kabullenme tutumunun üzerine inşa edilen empati, motivasyonel görüşmede tüm görüşme süresince kullanılır ve motivasyonel görüşmenin adeta temelini oluşturur (Ögel, 2009).

Motivasyonel görüşmenin ikinci ilkesi danışanda çelişkiyi ortaya çıkarmaktır. Motivasyonel görüşmede danışanın mevcut davranışları ile hedefledikleri arasındaki

çelişkilerin netleştirilmesi amaçlanmaktadır. Diğer bir deyişle danışanın olduğu yer ile olmak istediği durum arasındaki çelişkiler belirginleştirilerek gelişime dönük bir tartışma sağlanır (Tamar, 2012).

Motivasyonel görüşmenin üçüncü ilkesi dirençle yuvarlanmadır. Geçmişte bağımlılık tedavisi programlarının pek çoğunda danışanların gelişime hazır olması önemsenmiştir. Bu süreçte yeteri kadar motive olmayan danışanlar tedavi sürecine dahil edilmemişlerdir. Bu yaklaşım, transteorik değişim modeli ile sorgulanmaya başlamıştır. Transteorik modele göre danışanların gelişime hazır oluşu değişkendir ve danışanın değişimi için danışmana sorumluluk verilmektedir (Arkowitz ve diğerleri, 2019). Motivasyonel görüşme danışanın direncini fark etme ve yönetmede yansıtımlı dinleme yapma, terapötik paradoks oluşturma gibi farklı bir yaklaşım ortaya koymaktadır (Flanagan ve Flanagan, 2015).

Treasure (2004)'e göre direncin iki çeşidi danışanda davranış değişikliğini engelleyebilmektedir. Bunlardan birincisi danışandaki problemle ilgilidir; ikincisi ise danışan danışman ilişkisi ile ilgilidir. Motivasyonel görüşmede direnç kişilerarası bir süreçtir ve danışanın değişim stratejilerini değiştirmesi için bir ipucudur. Direncin oluşmasında veya dirence karşılık vermede danışman davranışları etkilidir. Danışanı problemi olduğuna ikna etmeye çalışmak, değişimin yararlarını savunmak, danışana nasıl değişeceğini söylemek, değişmemenin sonuçları konusunda danışanı uyarmak danışanda direncin artmasına neden olmaktadır (Roesengren, 2009).

Goodman, danışan direnci ile karşılaşıldığında danışmana şunları önermektedir (Goodman, 2009, s. 107):

Momentum iyi bir avantaj olarak kullanılabilir. Miller ve Rollnick'e göre momentum, hareket halindeki algıyı işaret etmektedir ve danışanın direnci gelişime doğru yeni bir momentum yaratmak için çevrilebilir ya da hafifçe yeniden çerçevelendirilebilir (Miller ve Rollnick, 2009).

Danışanın algıları değiştirilebilir.

Danışan, yeni bakış açılarına davet edilebilir.

Danışman, danışan için çözümler ileri sürmez.

Danışan problemlerine çözüm sağlamalıdır.

Motivasyonel görüşmenin dördüncü ve son önemli ilkesi ise öz yeterliği desteklemedir. Öz yeterlik, değişim motivasyonu sağlamada anahtar bir unsur olarak ele alınmaktadır ve tedavi sonuçlarını olumlu etkilemektedir. Eğer danışan değişimi gerçekleştirebilmek için hiç umudunun olmadığını algırsa değişim için çaba harcamayacak ve sonuçta danışmanın çabaları boşa gitmiş olacaktır. Bu bağlamda motivasyonel görüşme, danışanın engelleri aşması ve değişimi gerçekleştirebilir olma potansiyeline karşı güvenini artırma amacına yönelmektedir (Miller ve Rollnick, 2009).

1.3.3. Motivasyonel Görüşmede Kullanılan Beş Başlangıç Yöntemi

Miller ve Rollnick açık uçlu sorular sormayı, yansıtmalı dinlemeyi, onaylamayı, özetlemeyi ve değişim konuşmasını ortaya çıkarmayı motivasyonel görüşmede kullanılan beş başlangıç yöntemi olarak ele almıştır. Bu yöntemlerin ilk dördü danışan merkezli yaklaşımdan alınmıştır; değişim konuşmasını ortaya çıkarma yöntemi ise motivasyonel görüşmeye özgüdür ve diğer dört yöntemi bütünleştirir. İfade edilen bu beş yöntem motivasyonel görüşmenin ilk oturumundan başlayarak motivasyonel görüşme süreci boyunca kullanılacak yöntemlerdir (Miller ve Rollnick, 2009). Motivasyonel görüşmede kullanılan beş başlangıç yöntemi aşağıda açıklanmıştır:

1.3.3.1. Açık Uçlu Sorular Sorma

Açık uçlu sorular genellikle ne, nasıl ile başlayan evet-hayır veya basit bir gerçek ile cevaplandırılmayan sorulardır. Açık uçlu sorular bilgi toplamak, danışanı keşfetmeye yardımcı olmak ve danışanın kaygılarını açığa çıkarmak için kullanılırlar (Hepworth ve diğerleri, 2012). Ayrıca açık uçlu sorular, danışanın görüşme sürecine katılımını ve danışanın görüşme seyri ile içeriğini belirlemesine izin vererek özerkliğini sağlar (Kadushin ve Kadushin, 2013). Motivasyonel görüşmede genel eğilim danışanı keşfetmek için açık uçlu bir sorular sormak ve daha sonra yansıtmalı dinleme yaparak değişim konuşmalarını açığa çıkartmaktır (Miller ve Rollnick, 2009).

1.3.3.2. Yansıtmalı Dinleme

Yansıtmalı dinleme, danışanın ifade ettiklerinin özünü veya özel bir yönünü kendisine geri bildirerek cevap vermeyi içerir. Yansıtmalı dinleme üç temel işleve sahiptir. Bunlardan birincisi danışmanın, danışanın neyi söylediğini doğru anlaması ve bunu danışana yansıtmasıdır. Eğer danışman, danışanın kastetmediği bir şeyleri yansıtırsa

danışan bunu daha sonra açıklar. Yansıtımlı dinlemenin ikinci amacı danışanın direncini azaltmaktır. Motivasyonel görüşmede danışmanlar, danışanın direnç ifadelerini danışanın ne demek istediğini geri yansıtarak cevaplarlar. Danışmanın amacı, iletişim kurarak danışanın düşüncelerini anlamak ve kabul etmektir. Yansıtımlı dinlemenin üçüncü amacı ise danışanı, değişim yapma nedenlerini tartışmaya teşvik etmektir (Levensky ve diğerleri, 2007).

1.3.3.3. Onaylama

Motivasyonel görüşme sürecinde danışanın onaylanması danışanla ilişki kurmada büyük önem taşımakta ve danışanın kendini keşfetmesine, tanımasına zemin hazırlamaktadır (Ertem, 2016). Motivasyonel görüşme ile bütünleşen ve yardım süreci boyunca yapılan onaylama danışanın güçlerini, kaynaklarını keşfetmeyi ve danışanı kabul etmeyi içerir (Corcoran, 2016).

1.3.3.4. Özetleme

Motivasyonel görüşmede özetlemeler; danışmana duyduğu şeyleri tekrarlama, önemli noktaları vurgulama ve yeni konulara geçiş fırsatı vermektedir (Douaihy ve diğerleri, 2014). Motivasyonel görüşme oturumları boyunca yapılan özetlemeler danışanın dinlendiğini gösterir. Ayrıca özetlemeler, danışanın değişim konuşmalarını toplama ve pekiştirmede de önemli bir rol oynamaktadır (Arkowitz ve Miller, 2015).

1.3.3.5. Değişim Konuşması ve Değişim Konuşmasını Ortaya Çıkartma Yöntemleri

Motivasyonel görüşmeyi danışan merkezli diğer terapilerden ayıran temel özellik değişim konuşmasıdır (Krejci ve Neugebauer, 2015, s. 25). Motivasyonel görüşmede kullanılan müdahalelerin birçoğu değişim konuşmalarını fark etmek, ortaya çıkarmak ve değişim konuşmaları başladığında bunları pekiştirmek için tasarlanmıştır (Rosengren, 2009; Rollnick, ve diğerleri, 2016). Değişim konuşmaları, mevcut durumun dezavantajlarını fark etme, değişimin avantajlarını fark etme, değişimle ilgili iyimserlik ifade etme, açık değişim niyeti ve kararlılığı olmak üzere dört genel kategoriye ayrılmaktadır (Teater, 2015, s.153).

Değişim konuşmasını ortaya çıkarma yöntemleri ise şu başlıklar altında incelenebilir:

Karar Dengesinin Açığa Çıkarılması: Danışandan bir davranışı değiştirmenin ya da değiştirmemenin artılarını ve eksilerini tartışması istenir ve böylece danışanın değişim ihtiyacı belirlenmeye çalışılır. Danışan, davranış değişikliği için değişimin eksilerinden ziyade artılarını tanımlamak durumundadır (Salvo ve Breland, 2015, s. 359).

Derecelendirme: Danışan değişim yapmayı önemsemesine rağmen değişimi gerçekleştirebilecek özgüvene ya da yeterliliğe sahip olmadığını düşünebilir. Bu nedenle önem ve güveni ayrı ayrı derecelendirmek önemlidir. Derecelendirme, danışanın belli bir değişikliği yapmasına ilişkin ne hissettiğini söylemesini sağlayacak özel soruları içerir (Teater, 2015, s. 153).

Detaylandırma: Danışan, değişim için neden ileri sürdüğünde danışmanın bu durumu daha fazla ayrıntılandırmasıdır (Ögel, 2010).

Uç Noktaları Sorgulama: Uç noktaları sorgulama, danışanın değişim isteğinin çok az olduğu durumlarda kullanılır. Uç noktaları sorgulama ile kast edilen danışanın kendi ya da başkalarının endişelerindeki uç noktaları ifade ve hayal etmeleridir (Miller ve Rollnick, 2009).

Çağrıştırıcı Sorular Sorma: Danışanın kendi algı ve endişelerini araştırmak amacıyla basit bir şekilde danışana şimdiki durumun dezavantajları, değişimin avantajları, değişimle ilgili iyimserlik ve değişme niyeti ile ilgili açık uçlu sorular sormaktır (Miller ve Rollnick, 2009).

1.3.4. Sosyal Hizmet Uygulamasında Motivasyonel Görüşme

Motivasyonel görüşmenin sosyal hizmet mesleğine uygunluğu çeşitli yazarlar tarafından tartışılmaya devam edilmektedir. Örneğin Stanhope ve diğerleri (2016), motivasyonel görüşmenin sosyal hizmet mesleğinin etik kodlarıyla uyumlu olmakla birlikte farklı ortamlarda, çeşitli müracaatçı gruplarıyla geniş bir uygulama çerçevesinin olduğunu ortaya koymuştur. Wahab (2005) ise motivasyonel görüşmenin sosyal hizmet mesleğine uygunluğunu kanıta dayalı uygulama, sosyal hizmet mesleğinin etik kodları, kendi kaderini tayin ve özerkliğe saygı, kısa süreli müdahale ve danışan grupların çeşitliliği gibi farklı açılardan değerlendirmiştir. Bu değerlendirmeler şu şekilde özetlenebilir.

1. Motivasyonel görüşmenin madde kötüye kullanımı ile ilgili müdahalelerde etkili olduğuna ilişkin önemli kanıtlar vardır.
2. Motivasyonel görüşmenin dört temel ilkesi (empatiyi ifade etme, çelişkiyi ortaya çıkarma, kendine yeterliği destekleme, dirençle çalışma) sosyal hizmet mesleğinin insanın onuru ve saygınlığını temel alan değerleri ile uyumludur.
3. Motivasyonel görüşme direktif olmasına rağmen, danışan merkezli motivasyonel görüşmenin doğası uygulayıcıların danışanların değişimi seçmeme yönündeki kararları da dâhil olmak üzere danışanların davranışları ile ilgili seçimlerine saygı duymalarını ve kabul etmelerini gerektirir. Motivasyonel görüşmenin bu özelliği sosyal hizmet mesleğinin etik ilkelerinde yer alan müracaatçının kendi kaderini tayin hakkını destekler.
4. Motivasyonel görüşmenin kısa süreli bir müdahale modeli olması sosyal hizmet mesleğine sağladığı diğer bir katkıdır. Kısa süreli müdahale olan motivasyonel görüşme madde bağımlılığı tedavilerinde maliyet etkililiği olan müdahaledir.
5. Sosyal hizmet uzmanları, dikkatlerini çok kültürlü konular ve uygulama yeterlilikleri üzerine sürdürdükleri için motivasyonel görüşme bu çabalara destek sağlayabilir.

Sosyal hizmet mesleğinin ilkeleri saygınlık, saygı, bireyselleştirme, vizyon, müracaatçının güçleri, müracaatçının katılımı, kendi kaderini tayin ve güçlendirmeyi içerir. İfade edilen ilkelerin tümü motivasyonel görüşmenin işbirliği ve özerkliği destekleyen, dayatmacı olmayan yönleri ile uyumludur. Motivasyonel görüşme danışan merkezli teori ve yaklaşımlara dayalı olduğu için danışanlar kendi hayatlarının uzmanları olarak görülür. Sosyal hizmet uzmanının rolü müracaatçı ile işbirliği içinde olarak onun kaygılarını tanımlamasına ve düşüncelerine bakmaktır. Motivasyonel görüşmeci danışanın bakış açılarını açığa çıkarmakla, danışanın cevaplarını aklında tutmakla, yansıtma ve özetleme yapmakla meşguldür. Motivasyonel görüşmeci, danışandan izin isteyerek tavsiyede bulunabilir. Bu tavsiye seçenekleri içinden danışan kendine uygun tavsiyeyi seçebilir. Danışanlar, davranış değişikliği ile ilgili kendi kararlarını verirler. Bunun nasıl başarılacağı konusunda ise kendi belirledikleri yöntemler kullanılmaktadır. Bu durum danışanın güçlenmesine ve kendi kaderini tayin etmesine yardımcı olur (Hohman, 2012, s. 6).

Tablo 2. Sosyal Hizmet Mesleğinin İlkeleri ile Motivasyonel Görüşmenin Bakış Açısı Arasındaki İlişkinin Dinamiği (Hohman, 2012, s. 7)

Sosyal hizmet mesleğinin ilkeleri	Motivasyonel görüşmenin bakış açısı ve ruhu
Sosyal hizmet uzmanları danışana saygı duyarak davranmalıdır.	Motivasyonel görüşmenin ruhu, danışanlarla eşit partnerler olarak işbirliği içinde çalışmayı ve danışanları etiketlemeden kaçınmayı içerir.
Sosyal hizmet uzmanı, danışanı bireyselleştirmelidir.	Motivasyonel görüşmenin ruhu, danışanın kaygılarında kendi biricik bakış açılarını ve düşüncelerini içerir.
Sosyal hizmet uzmanı, danışanı kendi yaşamının uzmanı olarak görmelidir.	Motivasyonel görüşme danışan merkezli teoriye ve danışanların kendi yaşamları hakkında sahip olduğu değer bilgisi yaklaşımına dayalıdır.
Sosyal hizmet uzmanı, danışana vizyon kazandırmalıdır.	Kendine yeterliliği destekleme motivasyonel görüşmenin temel ilkesidir; sosyal hizmet uzmanı onaylamayı kullanarak danışanın güçlerini ve yaşamında gerçekleştirdiği diğer değişimleri vurgular.
Sosyal hizmet uzmanı, danışanın güçlerine odaklanmalıdır.	Sosyal hizmet uzmanlarının motivasyonel görüşmedeki görevi danışanda geçmişte nasıl pozitif yönde değişim meydana geldiğini, güçleri ve yetenekleriyle ilgili ne gördüğünü belirlemektir.

Tablo 2'nin devamı

Sosyal hizmet uzmanı, danışanın katılımını en üst düzeye çıkarmalıdır.	Motivasyonel görüşmede sosyal hizmet uzmanı danışanın özerkliğine yönelik desteği ile görüşmenin büyük bir kısmını gerçekleştirmelidir. İşbirliği, değişim planının danışanın ihtiyaç ve isteklerine göre yaratılması temelini ifade eder.
Sosyal hizmet uzmanı, danışanın kendi kaderini tayin hakkını en üst düzeye çıkarmalıdır.	Tavsiye, müracaatçının izni alınarak ve bir seçenek dizisi sağlanarak verilir. Seçim yapma ile ilgili olarak danışanın kapasitesi ve özerkliği vurgulanır.
Sosyal hizmet uzmanı, danışana kendilik yönelimli problem çözme becerisini öğrenmede yardım etmelidir.	Eğer müracaatçı (danışan) problem çözme becerilerini öğrenmek istiyorsa motivasyonel görüşme ihtiyaç duyulduğunda bilişsel davranışsal terapi gibi diğer yöntemlerle birleştirilebilir.
Sosyal hizmet uzmanı danışanın güçlerini en üst düzeye çıkarmalıdır.	Kendine yeterliliği ve özerkliği destekleme ilkesi danışanın güçlenmesine yardım eder ve nihayetinde danışan kendi yaşamı üzerinde karar sahibi olur.

Özetle motivasyonel görüşmenin birçok niteliği arasında yer alan kanıta dayalı olması, sosyal hizmet mesleğinin değerleriyle uyumluluğu, modern bir uygulama yaklaşımı içermesi, lisans ve yüksek lisans düzeyindeki sosyal hizmet uzmanları için kullanılabilir bir seçenek olarak görülmesi, değişik sosyal hizmet ortamlarında, değişime henüz hazır olmayan çeşitli müracaatçı gruplarına ve problemlerine yönelik mesleki pratiklerde rehabilite edici bir boyutunun olması nedeniyle sosyal hizmet uzmanlarının da öğrenmesi gereken bir yaklaşım olarak değerlendirilmektedir (Corcoran, 2016, s. 4).

1.3.5. Motivasyonel Görüşmeye Dayalı Grup Çalışmalarında Alkol ve Madde Kullanımı İle İlgili Yapılan Araştırmalar

Bugüne kadar gruplarla motivasyonel görüşme müdahaleleri üzerine az sayıda araştırma gerçekleştirilmiştir. Bu araştırmaların çoğu madde kullanımını hedeflemiştir. Araştırma sonuçlarından elde edilen bulgular umut vericidir. Araştırmalar; grupla motivasyonel görüşmenin algılanan özerkliği, öz yeterliği, değişime hazır olmayı, tedaviye uyumu, tedaviyi tamamlamayı, tedavi sonrası katılımı, problemlerin ve değişim ikileminin farkına varmayı, risk azaltmayı ve hastalıkla baş etmeyi artırma ile sosyal izolasyonu ve negatif grup süreçlerini azaltmaya yardımcı olabileceğini ileri sürmektedir (Wagner ve Ingersol, 2013). Grup temelli motivasyonel görüşme üzerine yapılmış bazı araştırmalara aşağıda yer verilmiştir.

Lincourt ve diğerleri (2002)'nin yaptığı araştırma mahkeme kararıyla madde bağımlılığı tedavisine yönlendirilen danışanlarla yapılan 6 oturumluk grupla motivasyonel görüşmeyi ele almaktadır. Araştırmacılar, mahkeme tarafından madde bağımlılığı tedavisine yönlendirilen bazı danışanların tedaviye ilişkin hedeflerini tanımlamada istekli olmadıklarını ifade etmişlerdir. Araştırmacılara göre danışanların tedaviye istekli olmamaları terapötik ilişkilerde ve tedaviye bağlılıkta güçlükler neden olabilmektedir. Araştırmacılar, bu problemi çözmek için danışanlara standart tedavi öncesi gruba dayalı motivasyon geliştirme programı uygulamışlardır. İki yılın üzerinde olan zaman diliminde 94 danışan motivasyon grubuna katılmazken, 75 danışan motivasyon grubuna katılmıştır. Motivasyon grubuna katılanlarla katılmayanlar karşılaştırıldığında motivasyon grubuna katılanların madde kötüye kullanım kriterlerini önemli ölçüde daha az karşıladıkları ortaya çıkmıştır. Ayrıca motivasyonel gruba katılanlar tedavi oturumlarına katılımında daha yüksek bir oran sergilemişler ve tedaviyi daha fazla ölçüde tamamlamışlardır. Araştırmacılar, motivasyon grubunun tedavi hedeflerini belirleyemeyen danışanları madde kötüye kullanım programına katılmaları için destek olabileceği sonucuna ulaşmışlardır.

Grupla motivasyonel görüşmenin metedon sürdürüm tedavisi alan madde bağımlısı bireylerin madde kullanma arzusuna etkisinin incelendiği çalışmaya yaşları 18 ile 50 arasında değişen 100 kişi katılmıştır. Yarı deneysel bir araştırma modeli ile yapılan bu çalışmada, kontrol grubunu 50 erkek madde bağımlısı birey, tedavi grubunu ise yine 50

erkek madde bağımlısı birey oluşturmuştur. Tedavi grubu öncelikle haftada üç kere olan ve beş oturumluk motivasyonel görüşme grubuna katılmış daha sonrasında ise tedavi programına alınmıştır. Kontrol grubu ise yalnızca bağımlılık tedavi kliniği tarafından sunulan tedavi programından geçmiştir. Tedavi programı detoksifikasyon sürecini, tıbbi danışmayı ve beş oturumluk psikolojik danışmayı içermektedir. Tedaviden sonraki 2., 6. ve 12. aylarda yapılan madde kullanma arzusu derecesi ölçümlerinde kontrol grubundaki hastalar, tedavi grubundakilerle karşılaştırıldığında ortalama olarak önemli derecede madde kullanma arzusu tanımlamışlardır. Ayrıca, tedavi grubundaki hastalar tedaviyi daha fazla sürdürmüşlerdir. Araştırma sonuçları grupla motivasyonel görüşmenin tedaviyi sürdürmeyi arttırdığını ve madde kullanma arzusu ve dürtüsünü ise azalttığını ortaya koymuştur (Navidan ve diğerleri, 2015).

Başka bir çalışma ise DSM IV tanı kriterlerine göre madde bağımlılığı tanısı almış ve yatarak tedavi alan ve 46 hasta üzerinde yapılan grupla motivasyonel görüşmeyi ele almaktadır. Bu çalışma, detoks tedavisi yapılan hastaların ayıklık ve tedaviyi sürdürmeleriyle ilişkili sosyo-demografik, klinik ve terapötik faktörleri değerlendirmeyi amaçlamıştır. Hastalar, haftada üç kere gerçekleştirilen ve 45 dakika süren grupla motivasyonel görüşmeye katılmışlardır. Grupla motivasyonel görüşmelerin tamamlanması ve hastaların taburcu olmasından iki ay sonra hastalar telefonla aranmıştır. Araştırma sonuçları erkek cinsiyetinde olmanın, değişmek için daha fazla motivasyona sahip olmanın, yatarak tedavi süresince psikolojik tedaviden (motivasyonel terapi ve terapist) daha fazla memnun olmanın taburculuktan sonra daha uzun süreli ayıklığı sağladığını ve tedavide kalındığını ortaya koymuştur (Bachiller, Lopez ve diğerleri, 2015).

Santa Ana ve diğerleri (2007) tarafından gerçekleştirilen bir başka çalışmada madde bağımlısı olan ve yatarak tedavi gören psikiyatri hastalarında grupla motivasyonel görüşmenin madde kullanımına ve tedavi sonrası tedaviye katılıma etkililiği ele alınmıştır. Bu çalışmada, araştırmaya dahil edilen 101 hastanın tamamı standart tedavi programına (multidispliner tedavi ekibi tarafından gerçekleştirilen kapsamlı program) alınmış daha sonrasında ise bu hastaların 50'si grupla motivasyonel görüşmeye 51'i ise terapist katılımlı aktivite grubuna dahil edilmiştir. Araştırmada, motivasyonel grup, değişim ikilemi yaşamının normal olduğunun tartışıldığı, hastaların hastaneye yatış ile ilgili kişisel bakış açılarını ortaya koymaları için açık uçlu soruların sorulduğu, grup

üyelerinin kişisel tercihlerinin onaylandığı, grup üyelerinin paylaşımlarının artırılmasını teşvik etmek amacıyla yansıtıcı dinlemenin ve empatinin yapıldığı grup olarak ifade edilmiştir. Terapist katımlı aktivite grubu ise grup üyelerinin isimsiz bir şekilde bir kağıda tartışma konularını (madde kullanımı, aile içi ilişkiler, ekonomik problemler vs.) yazarak kutunun içine attıkları ve daha sonra yüksek sesle tartıştıkları gruptur. Hastaların tedavi programını tamamlamasını takiben 1. ve 3. aylarda hastalarla görüşmeler gerçekleştirilmiştir. Araştırma sonuçları, grupla motivasyonel görüşmeye katılan hastaların, terapist katımlı aktivite grubuna katılan hastalara oranla daha az alkol aldıklarını ve tedavi sonrasında tedavi oturumlarına önemli derecede daha fazla katıldıklarını ortaya koymuştur.

1.4. MADDE BAĞIMLILIĞI TEDAVİSİNDE GRUPTERAPİLERİ

Grup terapileri, bireylerin olumsuz duygu, düşünce ve davranışlarını değiştirmek için yaygın olarak kullanılan bir yöntemdir. Profesyonel eğitim almış bir lider tarafından gerçekleştirilen grup terapilerinde, grup üyelerinin ve grubun bütününe hedeflerine ulaşması için grup içindeki terapötik güçlerden, üyeler arası etkileşimlerden yararlanılır (Sadock ve diğerleri, 2016).

Yalom (2015)'a göre grup terapisi süreci bireylerin iyileşmesine katkı sağlamaktadır. Yalom, tedavi edici değişimi, tedavi edici etmenler olarak nitelermekte ve bu karmaşık sürecin insan deneyimlerinin karmaşık etkileşimi ile oluştuğunu ileri sürmektedir. Yalom, birbirine bağımlı olarak nitelendirdiği tedavi edici etmenleri şu şekilde ele almıştır (2012):

1. Umut aşılama: Umudun aşılması ve korunması tüm psikoterapilerde temel bir etkendir. Grup üyesi, kendisi gibi benzer problemleri olan ve grup terapisinden yarar sağlayanları gözleyerek kendisi için umut sağlayabilir.
2. Evrensellik: Grup üyelerinin birçoğu, yalnızca kendilerinin ağır sorunlarının olduğunu düşünerek grup sürecine başlarlar. Grup sürecinde diğer insanların da benzer sorunları olduğunu görmek kişide büyük bir rahatlama sağlamaktadır.
3. Bilgi Aktarımı: Grup üyelerinin birbirlerine bilgi taşımasıdır. Böylelikle bireyler, semptomlarını anlama, kişilerarası dinamikler, grup dinamikleri ve psikoterapi süreci hakkında çok şey öğrenirler.

4. Özgecılık: Bir grup üyesinin, diğerklerine yardım ettiğini deneyimlemesi kişinin kendisine olan değerini arttırır.
5. Sosyalleştirme Tekniklerinin Geliştirilmesi: Terapi gruplarının kişilerin sosyal beceri geliştirmelerine sağladığı katkıdır.
6. Taklitçi Davranış: Grup üyelerinin, diğerk grup üyelerinin bazı yönlerini kendilerine örnek almasıyla fayda sağlamasıdır.
7. Katarsis: Kişilerin, grup sürecinde duygularını ifade etmelerini ve ifade edilen duyguların felaketle sonuçlanmadığını öğrenmeleridir.
8. Varoluşsal Etmenler: Grup süreci, kişinin yalnızlığını gidermesine katkı sağlamasına rağmen yalnızlığı tamamen ortadan kaldıramayacaktır. Bu nedenle, kişinin varoluşuyla ilgili yalıtımla yüzleşmeyi öğrenmesidir.
9. Bağlılık: Kişinin, terapistle, grubun diğerk üyeleriyle ve bir bütün olarak grupla kurduğu ilişkide kendisinin kabul edildiğini, grubun değerli bir üyesi olduğunu deneyimlemesidir.
10. Bireylerarası Öğrenme: Grup üyesinin, diğerk grup üyeleriyle etkileşimleri sonucunda iç görü kazanması ve düzeltici duygusal deneyim yaşamasıdır.
11. Birincil Aile Grubunun Onarıcı Yinelenişi: Grup terapisi sürecinde, grup üyesinin eskiden ailesinde yaşadığı benzer çatışmaları yeniden yaşaması durumunda terapistin uyumsuz davranış örüntülerine meydan okuyarak düzeltici bir işlev görmesidir.

Diyebiliriz ki, grup terapisi yaklaşımları madde bağımlısı bireylerin ayaktan veya yatarak tedavilerinde önemli bir yer tutmaktadır (Fisher, 2004). Ayrıca çok yönlü olan grup terapileri, madde bağımlılığının tedavisinde iyileşmenin her evresindeki farklı popülasyonlara ve ortamlara uyarlanabilir (Johnson, 1986, Aktaran; Beyer ve Carnabucci, 2002, s. 515). Örneğin madde bağımlılığı alanında çalışan grup otoriteleri, grupların madde bağımlılığının tedavisindeki yerini şu şekilde vurgulamaktadırlar (Fisher, 1995, Flores, 1997, aktaran, Fisher, 2004):

.Madde kullanım sorunu olan bireylerin sıklıkla yaşadıkları izolasyon duygularını azaltırlar.

.Diğerk grup üyelerinin iyileştiğini görmek kişide umudun canlanmasına yardımcı olur.

.Üyelerine bağımlılıklarıyla nasıl başa çıkacakları öğrenmeleri için fırsatlar sunar.

.Grup lideri tarafından sunulan materyaller aracılığıyla grup, üyelerine pek çok yeni bilgi sağlayabilir.

.Öz değer ve öz imaj gibi üyelerin kendilik kavramlarını geliştirmeye yardımcı olur.

.Üyeler, grup dışındaki yaşamlarında onları kaygılandıran ve zorlayıcı görev üstlendiklerinde gruplar üyelerine duygusal destek sağlarlar. Bu, cesaret verme, destek verme ve koçluk yapma şeklinde olabilir.

.Yetersizlik duygularını yenmede madde kullanmak yerine yaşam durumlarıyla başa çıkmada ihtiyaç duydukları sosyal becerileri edinmelerine yardımcı olur.

.Madde bağımlılığı tedavisi almak isteyen pek çok insan göz önüne alındığında grup hizmetleri profesyonel personelin kullanımında aynı anda birçok insana yardım etme kabiliyeti gibi bazı ekonomik avantajlar sağlayabilir.

.Gruplar, onarıcı aile deneyimleri sağlarlar çünkü grup üyeleri kendi ailelerinde olmayan duygusal destek ve bakımı her üyeye sunarlar.

Gruplar terapilerinin, bireylerin yaşamında ortaya çıkardığı olumlu değişimlerden hareketle, diğer pek çok alanda olduğu gibi madde bağımlılığının tedavisine yönelik de farklı amaçlarla yürütülen grup terapi örneklerine rastlamak mümkündür. Bu çalışmada, madde bağımlılığının tedavisinde yaygın olarak kullanılan grup terapilerine değinilecektir.

1.4.1. Psikoëğitsel Gruplar

Bu gruplar, belli bir konuda bilgi ihtiyacı olan üyelerinin bilişsel, duygusal ve davranışsal becerilerini geliştirmeye odaklanmayı amaçlarlar (Corey ve diğerleri, 2016). Madde bağımlısı bireylerle yapılan psikoëğitsel grupların temel amacı madde kullanım sorunu olan bireylerde madde kullanımının tıbbi, psikolojik ve davranışsal sonuçları hakkında farkındalığı arttırmak ve onlara bilgi sağlamaktır (Zastrow, 2015). Bunun yanı sıra psikoëğitsel gruplar yalnızca madde kullanım sorunu olan bireylere değil onların ailelerine de yardım etmede kullanılabilen bir yardım edici tedavi yöntemidir. Başka bir ifadeyle psikoëğitsel gruplar, madde bağımlılığının tedavisinde bağımlılar, onların yakınları ve diğer sosyal bağlantıları için önemli ve yardımcı tedavi yöntemleri sunarlar (Galanter ve diğerleri, 2005). Böylelikle bağımlı bireylerin yakınları, bağımlının

davranışlarını anlar, bağımlının düzelmesine destek verir ve kendi değişim ihtiyaçlarını öğrenebilirler (Samsha, 2005, s. 12).

1.4.2. Beceri Geliştirme Grupları

Madde bağımlısı bireyler, madde kullanımını hayatla başa çıkma yöntemi olarak kullandıkları için başkalarının sahip oldukları önemli becerileri öğrenemeyebilirler ya da madde kullanımının sonucu olarak bu becerileri kaybedebilirler. Beceri geliştirme grupları, madde bağımlısı bireylere ayıklıklarını başarmalarında ve sürdürmelerinde ihtiyaç duydukları becerileri kazanmaları için yardımcı olmaktadır. Bu beceriler, madde kullanımını tetikleyen şeylerden kaçınma, madde tekliflerini reddetme veya madde kullanım isteği ile başa çıkma gibi doğrudan madde kullanımına yöneliktir. Buna ek olarak bu becerilere öfke yönetimi, problem çözme veya rahatlama gibi danışanın ayıklığını sürdürmesi ile ilgili daha geniş alanlarda da başvurulabilir (Samsha, 2005, s. 16).

1.4.3. Motivasyonel Görüşmeye Dayalı Gruplar

MG grupları (1) MG ruhunu, süreçlerini ve tekniklerini değişim motivasyonunu artırmak için kullanan, (2) değişime katkıda bulunmak için üyeler ve liderler arasındaki sağlıklı iletişimi besleyen, (3) aynı fiziksel alanı paylaşan iki ya da daha fazla üye ile bir ya da daha fazla liderin bulunduğu gruplardır. MG gruplarını yönetmek için gereken bazı genel prensipler şöyle sıralanabilir (Wagner ve İngersoll, 2013):

- Olumluya odaklanmak
- Grup üyelerini şimdiye taşımak
- Mevcut bakış açılarını ve odakları keşfetmek
- Şikâyetleri dinlemek fakat yakınmaya meydan vermemek
- Gelecek hakkındaki bakış açılarını ve odakları genişletmek
- Arzular, ihtiyaçlar, planlar ve benlik hakkındaki olumlu odakları keşfetmek ve yansıtmak
- Öz-yeterliği desteklemek
- Seanslar bitmeden önce bütün olumsuz tepkilerin etkilerini yok etmek

İfade edilen bu prensipler aşağıda daha ayrıntılı olarak açıklanmıştır:

Olumluya Odaklanmak

MG Grupları, psikopatolojiyi çözmek ya da geçmiş sorunlar ve travmalar üzerinde çalışmaktan ziyade daha çok olumlu bir gelişime odaklanır. Olumluya odaklanmak başarılı MG grupları için anahtardır ve neye odaklanılması ve neyin arka plana atılması konusunda bir rehber olarak işlev görür.

Grup Üyelerini Şimdiye Taşımak

Danışanlar genellikle yaşamlarını, profesyonel yardımcılarla tartışırken kırılğan hissederek. Utanç verici olan ya da kendilerinin utanç duyduğu bir şeyi ortaya çıkarırlarken tereddüt edebilirler ve yargılanacaklarından ya da kendilerine üstünlük taslanacağından korkabilirler. Bir grupta, tamamen yabancılarla dolu bir odaya girmek ise bu korkuları ve kaygıları arttırabilir. Eğer “oradaki” bir şeyi tartışmakla başlarsa – geçmişteki olaylar, şimdiki meseleler ve gelecek hedefleri – istemeden de olsa üyelerin yabancılarla dolu bir odada yalnız oldukları hissini uzatabilir ve grubun kaynaşması daha uzun sürebilir. Bu yüzden grubu şimdiye taşımak, şimdiki düşünceler ve duygular çevresinde empatik bir şekilde iletişime geçmek işlevsel olandır.

Mevcut Bakış Açılarını ve Odakları Keşfetmek

Bir kere ilişkilendiklerinde, artık görev üyeleri; yaşamlarındaki, değerlerindeki, durumlarındaki ya da deneyimlerindeki bakış açılarını keşfetmeye yönelirler. Bunu yaparken, konuşma nazik bir şekilde geçmişteki olay ve deneyimlerin üyelerin şimdiki yaşamına doğru nakledilmesinden uzağa yönlendirilmelidir. MG, çoğunlukla geleceğe odaklanır. Ancak insanlar nadiren geleceğe odaklanmaya alışkın oldukları için üyelere MG içerisinde tercih edilen tartışmalara uyum sağlamaları için yardımcı olarak şimdi ile başlanır. Bu, lidere üyeleri olumlamak gayret ve çabalarında görülen olumlu öğelerin altını çizmek ve çeşitli üyelerin önerdiği bakış açılarını takdir etmek için zaman kazandıracaktır. Bu odak, üyeler, duydukları ve takdir gördükleri için destek almayı deneyimledikçe savunma gardını indirmeye yardımcı olacaktır.

Şikâyetleri Dinlemek Fakat Yakınmaya Meydan Vermemek

Keşfin bir parçası olarak, üyeler bazı kızgınlıklarını, şikâyetlerini ya da yakınmalarını paylaşabilirler. Bunları kabul etmek ve bunlara “katlanmak” işlevseldir, ancak onları

yok saymak ya da itiraz etmek veya cesaretlendirip sesini yükseltmek işlevsel değildir. Üyelerin “dışa vurmalarına” biraz müsaade etmek, duyulmayı ve anlaşılmayı deneyimlemeleri, onların odaklarını daha üretken bir biçimde hedeflerine, görevlerine ve umutlarına yönlendirmelerine yardımcı olacaktır.

Gelecek Hakkındaki Bakış Açılarını ve Odakları Genişletmek

Üyelerin şimdiki yaşamlarını tüm detaylarıyla bilmek gerekli ya da istenen bir durum değildir. Bunun yerine, üyeler bir kez kendi mevcut durumlarını ve bakış açılarını ortaya koyduklarında onlara yeni bakış açıları geliştirmeleri için yardımcı olunmalıdır. Üyelerin, bazı geçmiş başarıları ya da şimdiki ilgileri araştırabilir, fakat grubun dikkatini çoğunlukla geleceğe odaklanmalıdır. Üyelerin bakış açılarını geliştirmelerine yardım etmenin amacı algılanan seçeneklerin çeşitliliğini artırmak ve üyelere onları daha fazla tatmin edici geleceğe doğru yönlendiren seçimler yaparken onlara destek olmaktır.

Arzular, İhtiyaçlar, Planlar ve Benlik Hakkındaki Olumlu Odakları Keşfetmek ve Yansıtma

Grup üyeleri, çoğunlukla değişmek için güçlü sebeplere sahiptirler. Bu nedenle grup üyelerinde değişim sağlamak için onların motivasyonlarını yükseltmelerine yardımcı olunmalıdır. Süregelen pişmanlık, sürekli aynı şeyi düşünme ve kendini suçlama genellikle motivasyonu artırmak yerine motivasyonu düşürür. Dahası, böyle duygusal anlar genellikle diğer üyelerin aynı fikirde olmasını (evet, sen batırdın), yargılamalarını (çok bencilmişsin), imdadına yetişmelerini (herkes bunu yapabilir, çok da büyük bir şey değil), ya da tavsiye verme durumlarını (kemerini bağla ve yola devam et) meydana çıkarabilir. Bu yanıtlar motive edici olsa bile aynı zamanda geri tepebilir ve kendini yeniden suçlama ya da kötümser düşünmeyi ortaya çıkarabilir. Bu, grubun ruhunu güçsüzleştirebilir.

Öz-Yeterliği Desteklemek

Gruplarda öz yeterliği desteklemek bireysel danışmada olduğundan daha kolaydır. “Beraberce aşmak” erdemi ile üyeler birbirlerini destekleyebilir, deneyimlerini paylaşabilirler ve yeni deneyimleri ya da eylemleri sınamak için birbirlerini örnek alabilirler. Üyeler yenilgilerin üzerine birbirlerinin acılarına ortak olabilir, yeniden denemek için kararlılığı cesaretlendirebilirler. Birlikte beyin fırtınası yapabilirler, pratik

yapabilirler ve süregelen değişim girişimlerinden öğrendikleri ipuçlarını birbirleriyle konuşabilirler.

Seanslar Bitmeden Önce Bütün Olumsuz Tepkilerin Etkilerini Yok Etmek

Gruplarda gerginlik ve çatışma anları kaçınılmazdır ve bunlarla başa çıkmaya hazırlıklı olmak önemlidir. MG grupları her ne kadar başarılı bir çatışma çözümü deneyimi sağlamak için çatışmaların kasten ortaya çıkmasına müsaade etmiyorsa da, çatışma bazen ortaya çıkabilir ve bunlara olumlu bir çözüm getirmek önemlidir. Lider, üyelere anlaşmaya varma ya da varmama konusunda bir fikir birliğine ulaşmaları için yardım edebilir. Ayrıca lider, grup oturumlarında üyelerin, utanmış, saldırıya uğramış, aşağılanmış, sindirilmiş grubun geri kalanından izole edilmiş ya da grubun geri kalanına kin besler bir şekilde bitmesini önlemeye çalışabilir.

1.5. GRUPLARLA SOSYAL HİZMET UYGULAMASI

Sosyal bir varlık olan insan, yaşamını çeşitli grupların bir üyesi olarak geçirmektedir. Gruplar insan yaşamının önemli bir bileşenidir ve insanlar başkaları tarafından kabul edilmeye ihtiyaç duyarlar. Gruplar, birebir ilişkilerde mevcut olanın ötesinde çeşitli faydalar sağlamaktadır. Bu faydalar şu başlıklar altında sıralanabilir (Kirst-Ashman ve Hull, 2009, s. 86-87):

Karşılıklı yardım sağlama: Gruplar, diğerlerinden yardım alma ve verme fırsatı sunarlar. Diğerleri tarafından verilen veya kullanılan yardım arkadaşlığı, materyal desteğini, duygusal veya manevi desteği, kaynaklara ulaşmayı içerebilir.

Başkalarıyla bağlantı kurma: Diğer insanlarla bağlantı kurma yeteneği bireysel izolasyonu azaltmaya yardımcı olur. Başkalarıyla bağlantı kurma düşünceleri, inançları ve duyguları paylaşmaya izin verir.

Yeni davranışları test etme: Gruplar, üyelerine yeni davranışlarını test etmede mevcut olandan daha güvenli bir çevre sunar. Grup üyeleri, bireyin değişim çabalarını desteklemek için ona geri bildirim ve öneri verecek konumdadırlar.

Hedefi başarma: Gruplar, tek bir bireye kıyasla da fazla sayıda çözümler, fikirler ve cevaplar üretebilir. Grubun enerji, akıl ve uzmanlık gibi şeyleri içeren birleşmiş kaynakları problemin çözülmesinde daha yüksek bir olasılık sunar.

Karar verme: Grupların bir faydası da birçok akıllı karar verme sürecine getirme kapasitesidir. Benzer sorunlara sahip olan farklı insanların kendi düşünce becerileri, deneyim ve bilgilerine dayalı çeşitli kanaatlere sahip olması olasıdır. Bu bağlamda gruplar, sıklıkla bireylerden daha iyi kararlar verirler. Çeşitli yeteneklere sahip olan grup üyelerinden en iyi sonuçları almak için her bir grup üyesinin potansiyel katkıları dikkate alınır.

Yukarıda grupların işlevleri ile ilgili anlatılanlar sosyal hizmet mesleğinin de grupla çalışmanın amaçlarından yararlanmasına neden olmuş, 1960'lı yıllarda ise sosyal hizmet uygulamasının yöntemlerinden birisi olarak kabul edilmesini sağlamıştır (Teater, 2014). Zamanla gruplarla sosyal hizmet uygulaması, benzer ilgi ve sorunlar yaşayan sayıca az olan bireylerin düzenli bir biçimde bir araya geldiği ve belirlenmiş hedefleri gerçekleştirmek için tasarlanan etkinliklerde yer aldığı sosyal hizmet mesleğinin yöntemi olarak tanımlanmıştır (Baker, 1999, s. 449). Bu müdahale yöntemini kullanarak sosyal hizmet uzmanları, eğitim, sağlık, adalet gibi alanlarda gereksinim içinde bulunan bireylerin, grubun etkileşim gücünden faydalanarak sosyal işlevsellik kazanmalarına olanak tanımaktadırlar (Çoban ve Bulut, 2016). Sosyal işlevsellik ve sosyal dengenin önemini bilen meslek elemanları, bu yöntem üzerinden sosyal söyleşi grupları, eğitim grupları, kendine yardım grupları, görev grupları, beceri geliştirme grupları, tedavi grupları gibi çeşitli grup türleri organize edebilmektedirler (Zastrow, 2015).

Drumm (2006)'a göre bir grubu sosyal hizmet grubu yapan bazı faktörler şu ilkeler çerçevesinde ele ele alınmaktadır:

Dâhil olma ve Saygı: Gruplar, her bir üyenin düşüncelerini kabul ederler ve her bireyin yapıcı katkı verme yeteneğine olan inanç ve güvenle birlikte görüşlerini onurlandırır.

Karşılıklı Yardım: Karşılıklı yardım, insanların kavramsallaştırabilme becerisini geliştirmeyi, kendi ihtiyaçlarını dile getirmeyi, tanımayı ve diğer grup üyesinin ihtiyacına cevap vermeyi içerir.

Aşama Yönetimi: Gruplarla sosyal hizmet uygulaması yapan etkili bir sosyal hizmet uzmanı, grup çalışmalarının çeşitli aşamalarını tanır ve bu aşamalardan faydalanır. Müdahaleler grubun başlangıç, orta ve sonlandırma gibi çeşitli aşamalarına uygun olarak zamanında yapılır.

Çatışmanın Kullanımı: Çatışmayla karşı karşıya gelme ve çatışmanın kullanılması uzmanlığın ve grup çalışmasının etkililiğinin temelidir.

Bilinçli Gelişim Kullanımı ve Amaca Dâhil Olma: Yetenekli kolaylaştırıcılar, düzenli olarak üyelerin farkındalıklarını tanımlar ve grubun değişen amacını geliştirirler.

Tabuları Ortadan Kaldırma: Grup çalışması uygulayıcıları, insanların en zor zamanlarında söylediği şeyleri söyleme yeteneklerini geliştirir. Bazen bazı bireylerin yaptığı utanç verici, sapkın ve anormal olarak değerlendirilen bazı şeyler uygulayıcının tabuları yıkma yeteneği tarafından normalleştirilir.

Eylemin Değeri: Sosyal öğrenme teorileri, öğrenme tarzları arasında büyük farklılıkları ortaya koymaktadır. Sanatın, müziğin yazmanın ve oyun oynamanın kullanımı çeşitli popülasyonlara ulaşmada oldukça önemlidir. Eylemin değeri, insanların bulunduğu yerde buluşması ve müracaatçıların güçlerini kullanmasını içerir.

Problem Çözme: Uygulayıcılar düzenli olarak grupta karar verme ve problem çözme süreçlerine rehberlik etmeye çağrılırlar. Eğitimli olmayan bir grup çalışmacısı tarafından genellikle yapılan bir hata grup üyelerine bir faydası olmaksızın sorun çözmeyi atlamaktır.

Sözü edilen bu faktörlerin etkili kullanımı, bireylerin grubun amaçları doğrultusunda gelişmelerine neden olurken, sosyal hizmet mesleğinin demokratik ve insancıl hedeflerinin gerçekleştirilmesine de zemin hazırlar.

1.6. ÖZ YETERLİK VE MADDE BAĞIMLILIĞI

Öz yeterlik bir kavram olarak 1977 yılında Bandura'nın sosyal öğrenme kuramının bir parçası olarak ortaya çıkmıştır. Öz yeterlik kavramı günümüzde yeme davranışı, madde bağımlılığı, egzersiz gibi birçok davranışı açıklamak için kullanılmaktadır (Ogden, 2006, s. 43). Öz yeterlik, akademik etkinlikler, sosyal etkinlikler veya eğlence etkinlikleri gibi her türlü davranışı etkilemektedir. Öz yeterlik, bireylerin çevresiyle başa çıkmasında kendi yetkinliklerine olan inancına ve bir eylem dizisine vurgu yapmaktadır. Bu eylem dizisi bireyin duygu, düşünce ve inançlarını içermektedir (Miller, 2017). Bandura (1986)'ya göre öz yeterlik, kişinin belli olan bir beceriyi ortaya koyması için ihtiyaç duyulan eylemleri organize edip başarılı bir biçimde gerçekleştirme kapasitesine ilişkin inancı olarak tanımlamıştır (İnanç ve Yerlikaya, 2016, s. 214). Diğer birçok

çalışmada, öz yeterliğe ilişkin yapılan bu tanımlamanın üç yönü vurgulanmaktadır: Bunlardan birincisi, öz yeterliğin belirli bir görevi yerine getirmede algılanan yeteneğin değerlendirilmesi ve kapsamlı bir özeti olduğudur. İkincisi öz yeterliği dinamik bir unsur olarak ele almaktadır. Böylece etkinlik yargısı yeni bilgiler ve deneyimler elde ettikçe zamanla değişebilir. Üçüncüsü ise etkinlik inançlarının bir hareketliliği içermesi ve öz yeterliğin daha karmaşık ve üretken bir süreci yansıtmasıdır. Böylece aynı becerilere sahip olan bireyler farklı performanslar sergileyebilirler (Gist ve Mitchell, 1992).

Son zamanlarda benlik saygısı ve benliğe kıyasla öğrenme ve motivasyon kuramlarında daha fazla ele alınan bir kavram olan öz yeterlik, benlik ve benlik saygısı kavramlarından farklıdır. Öyle ki benlik kavramı “ben kimim?” sorusuna, benlik saygısı ise “bir insan olarak ne kadar iyiyim?” sorusuna karşılık gelir; oysa ki kendine yeterlik “şunu ve şunu ne kadar iyi yapabilirim?” sorusunun karşılığıdır. Bu bağlamda benlik ve benlik saygısı kavramları çok çeşitli etkinlikleri kapsarken, öz yeterlik kavramı bireylerin belirli bir eylem ya da alandaki yeterlilikleriyle ilgili inançları içermektedir (Ormrod, 2016). Dolayısıyla öz yeterlik, bireyin yeteneklerini değil kendi kaynaklarına olan güvenini içermektedir. Bu bağlamda öz yeterliği düşük olan birisi bir problemle baş etmek için gerekli becerilere sahip olsa da becerilerini kullanamayacaktır (Yıldırım ve İlhan, 2010).

Sosyal bilişsel kuramcılara göre öz yeterlik, bireylerin etkinlik seçimlerini, amaçlarını, çabalarını ve sonuçta öğrenme ve başarılarını etkilemektedir. Bu başlıklar şöyle ele alınabilir (Ormrod, 2016):

Etkinlik seçimi: İnsanlar, başarabilecekleri etkinlikleri seçme eğilimindedirler. Başarısız olacaklarına inandıkları etkinliklerden ise kaçınma eğilimindedirler.

Amaçlar: İnsanlar geleneksel cinsiyet rollerine bağlı kalarak belirli bir alandaki öz yeterliğe yüksek oranda sahip olduklarında daha yüksek bir amaç belirlerler.

Çaba ve azim: Yüksek öz yeterlik algısına sahip olan insanlar belirli bir konuda daha fazla çaba göstermekte ve engellerle karşılaşma durumlarında ise daha çok sebat etme eğilimindedirler.

Öğrenme ve başarı: Yüksek öz yeterliğe sahip olan bireyler, düşük öz yeterliğe sahip olan bireylere göre başlangıçtaki yetenekleri aynı olsa bile öğrenmeye ve başarmaya daha yatkındırlar.

Bireyin algıladığı öz yeterliği ile gerçek öz yeterliği birbiriyle uyum içinde olmalıdır; aksi durumda birey ya yeteneklerini aşan bir şeyler yapmaya çalışacak ve hayal kırıklığına uğrayıp eylemlerinden vazgeçecek ya da yüksek öz yeterliğe sahip olduğu halde eyleme geçmeyerek kendi kişisel gelişimini engelleyecektir. Sonuç olarak bireylerin arzularıyla yapabildiklerinin eşit olması, istenen bir durumu ortaya koymaktadır (Olson ve Hergenhahn, 2016).

Bandura (1980)'ya göre bireylerin öz yeterlik yargılarını etkileyen dört temel bilgi kaynağı bulunmaktadır. Bunlardan birincisi, bireyin başardığı ya da başaramadığı etkinliklerden sağladığı bilgilerdir ve bu tamamlanmış başarılı performans olarak tanımlanmaktadır. İkincisi, dolaylı yaşantılar olarak ele alınan kendine benzer diğer kişilerin aynı etkinliği başarıp başaramamasının birey üzerinde yarattığı etkidir. Üçüncüsü, bireyin öz yeterlik yargısına etki eden ve başarıp başaramayacağına ilişkin öğütler ve önerileri içeren sözel iknadır. Dördüncüsü ise bireyin belirli bir görevi başarma ya da başaramama beklentisinin öz yeterlik algısını etkilemesi yani psikolojik durumdur. Eğer bireyin algılanan öz yeterliği yüksek ise algılanan öz yeterliği daha düşük olan bireye göre daha çok çaba gösterir ve bir şeyi denemekten daha az korkar (Senemoğlu, 2018, s. 234).

Öz yeterlik, sağlık davranışlarıyla yakından ilişkilidir. Örneğin, sağlıkla ilgili davranış değişikliklerini açıklamada sıklıkla kullanılan sağlık inancı modeline göre, sağlık davranışlarını etkileyen algılanan şüphe, sağlık tehlikesinin algılanan önemi, sağlık tehdidini azaltmak için önerilen davranışın algılanan faydası ve harekete geçmenin önünde algılanan engeller olmak üzere 4 bilişsel süreç vardır. İfade edilen bu dört bilişsel faktörden algılanan engeller, öz yeterlikle yakından ilişkili olan temel bir faktör olarak kabul edilmektedir (Schunk, 2004, s.114). Denebilir ki, algılanan öz yeterlik, bağımlı davranışları alanında eşsiz bir rol oynamaktadır. Öz yeterlik, bağımlılık yapıcı alışkanlıkların ilk gelişimine (direnç öz yeterliği), bağımlılık yapıcı alışkanlıkların bırakılmasıyla ilgili davranış değişikliği sürecine (nüks krizleriyle başa çıkmak için öz yeterlik) ve ayıklığın sürdürülmesine etki etmektedir (Marlatt ve diğerleri 1995).

Böylece öz yeterliği yüksek olan kişiler yaşamlarında güçlüklerle karşılaştıklarında, bu güçlükleri nasıl ele alacaklarını bilmekte ve madde kullanımı gibi riskli olan davranışlarla başa çıkabilmektedirler (Uysal ve Bingöl, 2014, s. 575). Hatta ergenlik döneminin başlangıcında sosyal yeterliğin gelişmesi ve öz yeterlik duygusunun gelişmesi madde kullanımını önlemede etkili olabilmektedir (Diclemente, 2016). Örneğin Botvin ve Griffin tarafından geliştirilen yaşam becerileri eğitimi programı, ergenlerde madde kullanımını önlemeye yönelik olarak kullanılmıştır. Bu program, ergenlerde madde kullanımı ile ilgili koruyucu faktörleri ve risk faktörlerini dikkate alarak ergenlerde kişisel ve sosyal yeterliği yükseltmeyi ve sosyal dirençle ilgili becerileri arttırmayı amaçlamaktadır (Botvin ve Griffin, 2004). Aynı zamanda öz yeterlik, kaymaya eğilimli olan bağımlıların belirlenmesinde ve böylece kaymanın önlenmesinde önemli bir kavramdır. Madde bağımlısı bireylerde davranış değişikliğinin başlaması ve sonrasında değişimin sürdürülmesinde öz yeterlik güçlü bir belirleyicidir. Öz yeterlik, transteorik model açısından ele alındığında hazırlık aşamasından eylem ve sürdürme aşamalarına geçişte de önemlidir. Başarılı bir sürdürme öz yeterliğin artırılması ve isteğin azaltılmasıyla ilişkilidir. Ayrıca öz yeterlik, farkındalık öncesi aşamada da etkili olmaktadır. Örneğin alkolden uzak durma davranışını gerçekleştirme konusunda kendine güveni az olan bireyler değişimi gerçekleştirme umudundan yoksun olarak farkındalık öncesi aşamada takılı kalabilmektedirler (Diclemente, 2016). Öte yandan bununla ilişkili olarak alkol bağımlılığında nüksü açıklamaya yönelik psikolojik modellerden olan bilişsel davranışsal modele göre kendine yeterlik, ayıklığı sürdürmede güçlük yaratan yüksek riskli durumlarla başa çıkma becerilerini kullanmaya işaret eder (Yılmaz ve diğerleri, 2014).

Sonuç olarak öz yeterlik ve kendine yeterlik gibi durumlar, alkol bağımlılığında sosyal hizmet mesleğinin önemsedığı süreçlerdir. Her iki durumun varlığı, güçlendirilmesi ve bireyler açısından önemsenmesi bağımlılık tedavisinde olumlu değişmelere neden olacağı gibi bireyin iyilik halini de artırır.

1.7. ALKOL BAĞIMLILIĞINDA TEDAVİ MOTİVASYONU VE REMİSYON

Alkol bağımlılığının tedavisinde en önemli faktörlerden biri tedavi motivasyonudur. Bu süreç, madde bağımlılığının tedavisinde klinisyenler tarafından uzun zamandır incelenen ve tedaviye katılmayı, madde kullanmayı bırakmayı veya azaltmayı etkileyen

kritik öneme sahip belirleyici bir faktör olarak ele alınmaktadır (Gregoire ve Burke, 2004). Simpson ve Joe, tedavi motivasyonunu madde kullanım problemini fark etme, yardım alma arzusu ve tedaviye hazır olma gibi üç boyutta ele almaktadır (Simpson ve Joe, 1993). Motivasyon eksikliği ise alkol ve madde bağımlısı hastalar için sıklıkla tedaviyi yarım bırakmaya, tedaviye uymamaya, nükse ve diğer olumsuz tedavi sonuçlarına yol açan nedenlerdendir (Ryan ve diğerleri, 1995).

Alkol bağımlılığı, remisyon ve nüksle devam eden bir süreçtir ve tüm dünyadaki bağımlılık tedavisiyle ilgili programlar, kişinin ayıklık süresini uzatmayı amaçlamaktadır (Schuckit, 1994; aktaran, Kalyoncu ve diğerleri, 2001). Burada nüks, kişinin alkol kullanmayı bıraktıktan sonra tekrar alkol kullanmaya başlaması olarak tanımlanmaktadır ve alkol bağımlılarında nükslerin üçte ikisi alkölü bıraktıktan sonra ilk üç ay içinde görülmektedir (Ögel, 2012).

DSM 5'e göre alkol kullanım bozukluğunda remisyon, erken remisyon ve kalıcı remisyon olarak ele alınmaktadır. Erken remisyon, öncesinde alkol kullanım bozukluğu için tanı ölçütleri tam karşılandıktan sonra en az üç ay süre ile ancak 12 aydan daha kısa bir sürede alkol kullanmak için büyük bir istek duymak ya da kendini zorlanmış hissetme hariç, alkol kullanım bozukluğu tanı ölçütlerinin hiçbirinin karşılanmamış olmasıdır. Kalıcı remisyon ise 12 ay ya da daha uzun bir zaman içerisinde alkol kullanmak için büyük bir istek duymak ya da kendini zorlanmış hissetme hariç, alkol kullanım bozukluğu tanı ölçütlerinin hiçbirinin karşılanmamış olmasıdır (DSM V, 2013, s. 238).

Literatürde alkol kullanım bozukluğu olan hastaların remisyon sürelerini ele alan birçok çalışma vardır. Bu çalışmalardan bazıları aşağıda özetlenmiştir.

Walton ve diğerlerine göre, kullanılan madde ne olursa olsun tedaviyi izleyen 3-6 aylık dönemde % 75 gibi endişe verici yüksek bir oranda nüksle karşılaşılmaktadır (Walton ve diğerleri, 1994). Yatarak tedavi gören alkol bağımlılarıyla yapılan bir yıllık izleme çalışmasına göre ise hastaların % 39'unun ayıklıklarını sürdürebildikleri sonucuna ulaşılmıştır (Gordon ve Zrull, 1991). Türkiye'de de yatarak tedavi görmüş 107 erkek alkol bağımlısı hastayla yapılan altı aylık izleme çalışmasında hastaların % 53, 3'ünde tekrar alkol kullanımının olduğu bulgusuna ulaşılmıştır (Evren ve arkadaşları, 2010). Yine Türkiye'de alkol bağımlısı olan ve bilişsel davranışçı tedavi programına katılan

hastalarla yapılan 3 aylık izleme çalışması bulgularına göre hastaların remisyon oranı % 72, 3'tür (Türkcan ve diğerleri, 2001).

Araştırma sonuçlarına göre alkol bağımlılığında özgül bir remisyon oranından söz edilememektedir. Bağımlılıkta remisyon süresi tedavi başarısı, bireysel özellikler gibi birçok faktörden etkilenmektedir (Doğruer ve diğerleri, 2002).

1.8. ARAŞTIRMANIN PROBLEMİ

Alkol kullanımının neden olduğu sorunlar yalnızca alkol kullanım bozukluğu olan bireyi etkilememekte aynı zamanda onun üyesi olduğu ailesini, yakın çevresini ve toplumu da etkilemektedir. Alkol kullanımının yaygın olup, kullanıcılar arasında ölümlere ve işlev kayıplarına yol açıyor olması, onu ayı zamanda ciddi bir halk sağlığı sorunu haline getirmektedir. Alkol kullanım bozukluğunun tedavisinin zaman alıcı, masraflı ve meşakkatli olması tedavi seçeneklerinin gözden geçirilmesini ve artırılmasını zorunlu kılmaktadır.

Bilindiği üzere alkol kullanım bozukluğu olan bireylere ayaktan ve yatarak tedavi hizmetleri verilmektedir. Tıbbi ve psikososyal tedavinin birlikte uygulandığı tedavi kurumlarında yürütülen grup çalışmaları psikososyal tedavinin önemli bir parçasıdır. Yapılan araştırmalar, grup çalışmalarının öz yeterliğin gelişmesinde ve maddeden uzak durmada etkili bir tedavi yöntemi olduğuna işaret etmektedir (Sheykhnezhad ve Seyedfatem, 2019). Ülkemizde alkol ve alkol dışı madde bağımlılarına yönelik grup çalışmaları genellikle; didaktik öğeler ve aktiviteler içeren, 16 oturumluk Sigara, Alkol ve Madde Bağımlılığı (SAMBA) ile yürütülmektedir (Ögel, 2012). Dolayısıyla grup çalışmalarının SAMBA örneğinde olduğu gibi psikoeğitsel nitelikli çalışmalarla sınırlı kaldığı görülmektedir. Tedaviden etkili sonuçlar alınabilmesi için grup türlerinin çeşitlendirilmesi ve geliştirilmesine ihtiyaç duyulmaktadır.

Çeşitli danışan profillerine yönelik tedaviye uyumu kolaylaştırmada etkin bir biçimde kullanılabilen, özellikle tedaviye katılımı sürdürmek için danışanın karşıt değerliliğini (ambivalansı) azaltmaya yardımcı olan motivasyonel görüşmeye dayalı grup çalışmaları madde bağımlısı bireylerin tedavilerinde son zamanlarda dikkat çeken psikososyal tedavi seçeneklerinden biridir (Wagner ve Ingersoll, 2013). Hedef yönelimli ve danışanı odak alan motivasyonel görüşme yöntemi, bireylerin sorunlarını fark etmeleri ve değişimi gerçekleştirmek amacıyla harekete geçmelerini sağlamayı amaçlayan bir

yöntem olarak tanımlanmaktadır (Ögel ve Doğmuş, 2008, s. 65). Motivasyonel görüşmenin bağımlılık tedavisinde önem kazanmasındaki en önemli etkenlerden biri, bireyi maddeyi bırakması için baskı yapan, yüzleştirici yaklaşımların başarısız olmasıdır. Motivasyonel görüşmenin en dikkat çekici yönleri, kanıta dayalı, kısa süreli bir girişim olması ve kişide maddeyi kullanmaması için etkili olmasıdır (Miller ve Rollnick, 2009).

İlk uygulama örneklerinden itibaren bağımlılık, motivasyonel görüşmenin hep odağında yer almıştır. Motivasyon, bağımlılık tedavisinde temel bir problemdir (Miller, 2019). Motivasyon eksikliği kişilerin tedaviyi yarıda kesmesine, nükse ve tedavideki diğer istenmeyen gelişmelere neden olmaktadır (Ryan ve diğerleri, 1995). Bağımlılık sorunu yaşayan bireyler için tedavi motivasyonu, tedaviye başvurma ve tedavi olma başarısının önemli bir bileşenidir. Ayrıca bağımlı bireylerin tedavide kalma süresi ve tedaviye bağlı kalmaları da tedavi motivasyonu ile yakından ilişkilidir (Joe ve diğerleri, 1998).

Bugüne kadar motivasyonel görüşmeye dayalı grup çalışmaları üzerine az sayıda araştırma gerçekleştirilmiştir. Bu araştırmalarda, grupla motivasyonel görüşmenin algılanan özerkliği, öz yeterliği, değişime hazır olmayı, tedaviye uyumu, tedaviyi tamamlamayı, tedavi sonrası katılımı, problemlerin ve değişim ikileminin farkına varmayı, risk azaltmayı ve hastalıkla baş etmeyi arttırmaya; sosyal izolasyonu ve negatif grup süreçlerini azaltmaya yardımcı olabileceği ileri sürülmektedir (Wagner ve İngersol, 2013; aktaran, Krejci ve Neugebauer, 2015).

Öz yeterlik, değişim için anahtar bir unsurdur ve tedavi sonuçları ile ilgili iyi bir habercidir. Eğer madde kullanım bozukluğu olan birey değişim için hiç umut ya da olasılık olmadığını algılasa, tedavisi noktasında kendisinden beklenen çabayı göstermeyecektir (Miller ve Rollnick, 2009, s. 43). Maddeyi bırakmayı başaramayacağına dair bir inanç kuşkusuz tedavi süreçlerini de olumsuz yönde etkileyecektir. Öz yeterlik, bağımlılık yapıcı alışkanlıkların ilk gelişimine, bu alışkanlıkların bırakılmasıyla ilgili davranış değişikliği sürecine (nüks krizleriyle başa çıkmak için öz yeterlik) ve remisyonun sürdürülmesine etki etmektedir (Marlatt ve diğerleri 1995). Öz yeterlik, bağımlılık eğilimi olanların belirlenmesinde ve böylece kaymanın önlenmesinde önemli bir kavramdır. Madde kullanım bozukluğu olan bireylerde davranış değişikliğinin başlaması ve değişimin sürdürülmesinde öz yeterlik

güçlü bir belirleyicidir. (Diclemente, 2016). Öz yeterlik, tedavi motivasyonunu artırmakta ve alınan tedaviyle birlikte remisyon süresi de uzayabilmektedir.

Sosyal hizmet uzmanları alkol ve alkol dışı madde bağımlılarının tedavisine yönelik kurumlarda tıpkı psikososyal tedavi ekibinin diğer üyeleri (psikiyatrist, psikolog, hemşire ve sağlık memuru) gibi grup çalışmalarında çoğunlukla SAMBA programını yürütmektedirler (Ögel ve diğerleri, 2012). Türkiye’de sosyal hizmet literatüründe henüz motivasyonel görüşmeye dayalı grup çalışmasına yönelik bir araştırma bulunmamaktadır. Motivasyonel görüşme üzerine yapılan az sayıda çalışmanın tamamının birey odağında gerçekleştirildiği dikkati çekmektedir. Sosyal hizmet uzmanları tarafından yürütülecek motivasyonel görüşmeye dayalı bir grup çalışmasının, madde kullanım bozukluğu olan bireylere neler kazandırabileceği ve sosyal hizmet uzmanlarının kendi mesleki yetkinliklerine neler katabileceği tam bir merak konusudur. Bununla birlikte alkol ve alkol dışı madde bağımlılarının tedavisinden olumlu bir sonuç alabilmek için adeta birbirini besleyen ve birbiriyle iç içe girmiş öz yeterlik, tedavi motivasyonu ve remisyon olgularını bir arada inceleyen bir çalışmaya ulusal sosyal hizmet literatüründe rastlanmamıştır. Motivasyonel görüşmeye dayalı yürütülecek bir grupla sosyal hizmet çalışmasının, alkol kullanım bozukluğu olan bireylerin öz yeterliliğini, tedavi motivasyonunu ve remisyonunu nasıl etkileyeceğinin bilinmek istenmesi ve bu doğrultuda literatürdeki bilgi boşluklarını doldurma ihtiyacı bu çalışmanın temel sorununu oluşturmaktadır.

1.9. ARAŞTIRMANIN AMACI

Bu araştırmanın genel amacı; alkol kullanım bozukluğu tanısı almış ayaktan tedavi görmekte olan erkek hastalara yönelik motivasyonel görüşmeye dayalı grupla sosyal hizmet müdahalesinin hastaların öz-etkililik-yeterlik, tedavi motivasyonları ve remisyon sürelerine etkisini incelemektir.

Araştırmanın genel amacı çerçevesinde aşağıdaki denenceler test edilecektir:

Denence 1: Öz etkililik Yeterlilik Ölçeği ön test puanları kontrol altına alındığında ayaktan alkol kullanım bozukluğu tedavisi gören ve motivasyonel görüşmeye dayalı grupla sosyal hizmet müdahalesine katılan deney grubunun Öz etkililik Yeterlilik Ölçeği son test puanları sadece ayaktan alkol kullanım bozukluğu tedavisi gören kontrol grubuna göre daha yüksek olacaktır.

Denence 2: Ayaktan alkol kullanım bozukluğu tedavisi alan ve motivasyonel görüşme odaklı grupla sosyal hizmet uygulamasına dahil olan deney grubu katılımcılarının Öz Etkililik Yeterlik Ölçeği ön test ve son test puanları karşılaştırıldığında aralarında anlamlı bir farklılık olacaktır.

Denence 3: Yalnızca ayaktan alkol kullanım bozukluğu tedavisi gören kontrol grubunun Öz Etkililik Yeterlik Ölçeği ön test ve son test puanları arasında ayaktan alkol kullanım bozukluğu tedavisi görmeye bağlı anlamlı bir farklılık olacaktır.

Denence 4: Ayaktan alkol kullanım bozukluğu tedavisi gören ve motivasyonel görüşmeye odaklı grupla sosyal hizmet müdahalesine katılan deney grubuna katılanların Öz Etkililik Yeterlik Ölçeği ön test ve son test puan farkı ile sadece alkol kullanım bozukluğu tedavisi gören kontrol grubunun Öz Etkililik Yeterlik Ölçeği ön test son test puan ortalamalarının farkı karşılaştırıldığında deney ve kontrol arasında deney grubunda anlamlı bir farklılık olacaktır.

Denence 5: Tedavi Motivasyon Anketi ön test puanları kontrol altına alındığında ayaktan alkol kullanım bozukluğu tedavisi gören ve motivasyonel görüşmeye dayalı grupla sosyal hizmet müdahalesine katılan deney grubunun Tedavi Motivasyon Anketi son test puanları sadece ayaktan alkol kullanım bozukluğu tedavisi gören kontrol grubuna göre daha yüksek olacaktır.

Denence 6: Ayaktan alkol kullanım bozukluğu tedavisi alan ve motivasyonel görüşmeye odaklı grupla sosyal hizmet müdahalesine alınan deney grubu katılımcılarının Tedavi Motivasyon Anketi ön test ve son test ölçümlerinde anlamlı bir farklılık olacaktır.

Denence 7: Yalnızca ayaktan alkol kullanım bozukluğu tedavisi gören kontrol grubunun Tedavi Motivasyon Anketi öntest ve sontest puanları arasında ayaktan alkol kullanım bozukluğu tedavisi görmeye bağlı anlamlı bir farklılık olacaktır.

Denence 8: Ayaktan alkol kullanım bozukluğu tedavisi gören ve motivasyonel görüşmeye dayalı grupla sosyal hizmet müdahalesine katılan deney grubunun Tedavi Motivasyon Anketi ön test son test puan farkı ile sadece ayaktan alkol kullanım bozukluğu tedavisi gören kontrol grubunun Tedavi Motivasyon Anketi ön test son test ölçümleri karşılaştırıldığında deney ve kontrol grubu arasında deney grubu lehine anlamlı derecede fark olacaktır.

Denence 9: Ayaktan alkol kullanım bozukluğu tedavisi alan ve motivasyonel görüşme odaklı grupla sosyal hizmet müdahalesine alınan deney grubu katılımcılarının 1 aylık remisyon süresi ortalaması ile sadece ayaktan alkol kullanım bozukluğu tedavisi gören kontrol grubunun 1 aylık remisyon süresi ortalaması arasında deney grubu lehine anlamlı derecede fark olacaktır.

Denence 10: Ayaktan alkol kullanım bozukluğu tedavisi gören ve motivasyonel görüşmeye dayalı grupla sosyal hizmet müdahalesine katılan deney grubunun 3 aylık remisyon süresi ortalaması ile sadece ayaktan alkol kullanım bozukluğu tedavisi gören kontrol grubunun 3 aylık remisyon süresi ortalaması arasında deney grubu lehine anlamlı derecede bir fark olacaktır.

Denence 11: Ayaktan alkol kullanım bozukluğu tedavisi gören ve motivasyonel görüşmeye dayalı grupla sosyal hizmet müdahalesine katılan deney grubunun 6 aylık remisyon süresi ortalaması ile sadece ayaktan alkol kullanım bozukluğu tedavisi gören kontrol grubunun 6 aylık remisyon süresi ortalaması arasında deney grubu lehine anlamlı bir farklılık olacaktır.

Denence 12: Ayaktan alkol kullanım bozukluğu tedavisi gören ve motivasyonel görüşmeye dayalı grupla sosyal hizmet müdahalesine katılan deney grubunun, sadece ayaktan alkol kullanım bozukluğu tedavisi gören kontrol grubuna göre 1 ay sonraki alkol kullanım sıklığı daha düşük olacaktır.

Denence 13: Ayaktan alkol kullanım bozukluğu tedavisi gören ve motivasyonel görüşmeye dayalı grupla sosyal hizmet müdahalesine katılan deney grubunun, sadece ayaktan alkol kullanım bozukluğu tedavisi gören kontrol grubuna göre, 3 ay sonraki alkol kullanım sıklığı daha düşük olacaktır.

Denence 14: Ayaktan alkol kullanım bozukluğu tedavisi gören ve motivasyonel görüşmeye dayalı grupla sosyal hizmet müdahalesine katılan deney grubunun, sadece ayaktan alkol kullanım bozukluğu tedavisi gören kontrol grubuna göre, 6 ay sonraki alkol kullanım sıklığı daha düşük olacaktır.

Denence 15: Ayaktan alkol kullanım bozukluğu tedavisi gören ve motivasyonel görüşmeye dayalı grupla sosyal hizmet müdahalesine katılan deney grubunun, sadece ayaktan alkol kullanım bozukluğu tedavisi gören kontrol grubuna göre 1 ay sonraki alkol kullanım miktarı daha düşük olacaktır.

Denence 16: Ayaktan alkol kullanım bozukluğu tedavisi gören ve motivasyonel görüşmeye dayalı grupla sosyal hizmet müdahalesine katılan deney grubunun, sadece ayaktan alkol kullanım bozukluğu tedavisi gören kontrol grubuna göre 3 ay sonraki alkol kullanım miktarı daha düşük olacaktır.

Denence 17: Ayaktan alkol kullanım bozukluğu tedavisi gören ve motivasyonel görüşmeye dayalı grupla sosyal hizmet müdahalesine katılan deney grubunun, sadece ayaktan alkol kullanım bozukluğu tedavisi gören kontrol grubuna göre 6 ay sonraki alkol kullanım miktarı daha düşük olacaktır.

1.10. ARAŞTIRMANIN ÖNEMİ

Daha önce değinildiği gibi, alkol kullanım bozukluğunun giderek yaygınlaşmasına karşılık tedavisi meşakkatlidir, tedavi nüks ve remisyonlarla giden bir seyir izlemektedir. Tıbbi tedavileri bütünleyen ve destekleyen psikososyal tedavilerin önemi giderek artmakta ve seçeneklerin çoğaltılmasına ihtiyaç duyulmaktadır. Özellikle yurt dışında yapılan araştırmalar odağına doğrudan bağımlılık olgusunu yerleştiren motivasyonel görüşmeye dayalı birey ve grup düzeyinde çalışmaların alkol kullanım bozukluğu olan bireylerde değişim ve farkındalık yaratma konusunda işlevsel olduğunu ve kısa sürede olumlu sonuçlar verebildiğini göstermektedir. Ülkemizde alkol kullanım bozukluğu olan hastalara yönelik motivasyonel görüşmeye dayalı grup çalışmalarının son derece yetersiz olması, özellikle sosyal hizmet alanında henüz uygulama örneklerinin bulunmaması, bu araştırmaya öncü bir rol yüklemektedir. Bu araştırmadan elde edilecek sonuçların alkol kullanım bozukluğu olan hastaların tedavisinde sadece sosyal hizmet uzmanları için değil, diğer profesyonel uygulayıcılar (psikiyatrist, psikolog, psikiyatri hemşiresi gibi) için de yol gösterici olabileceği; araştırma kapsamında ortaya konan motivasyonel görüşmeye dayalı grup çalışması örneğinin, Türkiye’de ayaktan tedavi hizmeti sunan bağımlılık merkezleri için bir model olabileceği düşünülmektedir.

Yarı deneysel bir yöntemle alkol kullanım bozukluğunun tedavisinde olumlu sonuç alma yönünde öne çıkan öz-etkililik-yeterlik, tedavi motivasyonu ve remisyon gibi birbirini etkileyen üç değişkeni kapsamına alması; bir psikososyal tedavi seçeneği olarak motivasyonel görüşmeye dayalı grupla sosyal hizmet müdahalesinin bahse konu

değişkenler üzerinde etkisinin olup olmayacağını sorgulaması bu araştırmanın önemini artırmaktadır.

1.11. ARAŞTIRMANIN SINIRLILIKLARI

Araştırmaya katılan deney ve kontrol grubu üyelerinin çoğunun eğitim düzeyinin düşük olması araştırmanın sınırlılığını oluşturmaktadır.

1.12 ARAŞTIRMANIN SAYILTILARI

1. Bu çalışmada ayaktan tedavi gören alkol kullanım bozukluğu olan hastaların motivasyonel görüşmeye dayalı grupla sosyal hizmet müdahalesine katılma gereksinimi bulunduğu varsayılmıştır.
2. Araştırmaya katılan hastalar çalışmada kullanılan veri toplama araçlarına nesnel olarak ve içtenlikle cevap verdikleri varsayılmıştır.
3. Kullanılan bilgi formu ve ölçeklerin çalışma amacına ulaşmak için yeterli olduğu varsayılmıştır.

1.13. ARAŞTIRMANIN TANIMLARI

Alkol Kullanım Bozukluğu: Araştırmaya katılan hastaların 12 aylık süre içerisinde DSM 5 tanı kriterlerinin en az ikisini karşılayarak, klinik yönden belirgin bir sıkıntıya ya da işlevselliklerinde azalmaya neden olan haftalık en az 21 ve üzeri birim alkol kullanma durumlarıdır.

Motivasyonel Görüşme: Alkol kullanım bozukluğu olan hastaların ayıklık sürelerini arttırmayı, alkol kullanım miktar ve sıklığını azaltmayı, ambivalanslarını keşfetmelerine ve çözümlenmelerine yardımcı olmayı amaçlayan, danışan merkezli görüşme tekniğidir.

Grupla Sosyal Hizmet Uygulaması: Alkol kullanım bozukluğu olan ve ayaktan tedavisi devam eden benzer sorun, ihtiyaç ve ilgiyle sahip erkek hastaları ortak bir amaçla küçük gruplar halinde bir araya getiren, kişilerarası etkileşimin gücünden ve grup dinamiklerinden yararlanarak onların kendilerine ve çevrelerine yönelik farkındalıklarını ve/veya sorun çözme kapasitelerini artıran bir sosyal hizmet müdahale yöntemidir.

Öz-Etkililik-Yeterlik: Alkol kullanım bozukluğu olan hastaların alkol kullanmayı bırakmayı başarabileceklerine ilişkin kendi yeteneklerine olan inancı ve öz etkililik yeterlik ölçeğinden aldıkları puandır.

Tedavi Motivasyonu: Alkol kullanım bozukluğu olan hastaların alkol kullanım sorunlarını fark etmeleri, yardım alma arzusu arayışı içinde tedavi almaya hazır olmaları ve tedavi motivasyon anketinden aldıkları puandır.

Remisyon: Alkol kullanım bozukluğu olan hastaların tıbbi tedavi almalarından ve grupla motivasyonel görüşme uygulamasından sonraki 30, 90 ve 180 gün içinde alkol kullanmama durumlarıdır.

Alkol Kullanım Miktarı: Alkol kullanım bozukluğu olan hastaların kullandıkları haftalık alkol miktarıdır.

Alkol Kullanım Sıklığı: Alkol kullanım bozukluğu olan hastaların alkol kullandıkları haftalık gün sayısıdır.

2. BÖLÜM

YÖNTEM

Araştırmanın bu bölümünde, araştırma amaçları doğrultusunda şekillendirilen araştırma modeli, araştırmanın evren ve örnekleme, araştırmaya dahil edilme ve dışlanma kriterleri, veri toplama araçları, grup oturumlarını anlatan uygulama aşaması, verilerin analizi ve araştırmanın etik çerçevesine ilişkin konular ele alınmıştır.

2.1. ARAŞTIRMANIN MODELİ

Ayaktan tedavi gören ve alkol kullanım bozukluğu tanısı almış hastalarla motivasyonel görüşmeye dayalı grupla sosyal hizmet uygulamasının hastaların öz-etkililik-yeterlikleri, tedavi motivasyonları ve remisyonlarına etkisinin incelendiği bu çalışma, deney ve kontrol grubu olan ön test son test modeline dayalı yarı deneysel bir çalışmadır. Yarı deneysel araştırmalar, araştırmacının bağımsız değişken üzerinde daha az kontrolünün olduğu ve nedensel ilişkileri test etmeye yardımcı olan bir araştırma türüdür (Neuman, 2006, s.372). Yarı deneme modellenli araştırmaların gerçek deneme modellerinin gerektirdiği kontrollerin sağlanamadığı ya da onların bile yeterli olmadığı durumlarda kullanılmaktadır (Karasar, 2010, s.99).

Araştırmanın bağımsız değişkeni ön test ve son test uygulamaları arasında deney grubu ile gerçekleştirilen motivasyonel görüşmeye odaklı grupla sosyal hizmet uygulamasıdır. Çalışmanın bağımlı değişkeni ise ayaktan tedavisi devam eden alkol kullanım bozukluğu tanısı olan erkek hastaların Öz-Etkililik-Yeterlik Ölçeği ile ölçülen hastaların öz-etkililik-yeterlik düzeyi, Tedavi Motivasyonu Anketi ile ölçülen tedavi motivasyonu düzeyi ve uygulamanın tamamlanmasından 1. ay, 3. ay ve 6. ayda telefon görüşmesi ile öğrenilen remisyon durumudur.

2.2. EVREN VE ÖRNEKLEM

Araştırmanın evrenini, Türkiye’de alkol ve madde bağımlılığı tedavi merkezlerinde ayaktan tedavi gören ve alkol kullanım bozukluğu tanısı almış olan hastalar oluşturmaktadır. Araştırma, Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesine bağlı Alkol ve Madde Bağımlılığı Tedavi ve Eğitim Merkezi’nde (AMATEM) gerçekleştirilmiştir. Araştırmanın örneklemini ise Ankara Numune Eğitim ve Araştırma

Hastanesi AMATEM kliniğinde alkol kullanım bozukluğu tanısı almış olup ayaktan tedavi gören ve basit seçkili yöntemle belirlenmiş 16'sı deney grubu, 16'sı kontrol grubuna alınan toplam 32 hasta oluşturmuştur.

Araştırmanın örneklemini oluşturmak üzere deney ve kontrol grubuna katılacak alkol kullanım bozukluğu olan hastaların belirlenmesi amacıyla aşağıdaki adımlar izlenmiştir:

- 30 Eylül 2018 ile 30 Kasım 2018 tarihleri arasında Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi AMATEM kliniğine başvuran hastalar, klinikte görevli bir psikiyatrist yardımıyla, araştırmaya dahil edilme ve dışlanma kriterleri açısından değerlendirilmiştir.

- Araştırma bağımsız değişkeninin, bağımlı değişkenler üzerindeki olası etkilerini net görebilmek için motivasyonu en düşük hastalarla çalışılmak istendiğinden, araştırmaya dahil edilme kriterlerini karşılayan hastalara Tedavi Motivasyonu Anketi önden uygulanmıştır.

- Tedavi Motivasyonu Anketi uygulamasından en düşük puanı alan hastalardan 50'si belirlenerek basit seçkili örnekleme tekniği ile 25 kişilik deney ve 25 kişilik kontrol grubu oluşturulmuştur.

- Araştırmanın 5 hafta süren uygulama aşamasından sonra deney grubunda yer alan 25 hastadan 16'sının tüm oturumlara katıldığı tespit edilmiş, böylece bu 16 hasta deney grubu olarak kabul edilmiştir. Sayısal eşitliği sağlamak üzere kontrol grubunu oluşturmak için bu grupta yer alan 25 hasta arasından Tedavi Motivasyonu Anketi'nden en düşük puan alan ilk 16 hasta belirlenmiş, bu 16 hasta kontrol grubu olarak kabul edilmiştir.

2.3. ARAŞTIRMAYA DAHİL EDİLME VE DIŞLANMA ÖLÇÜTLERİ

Bu araştırmaya aşağıdaki ölçütleri karşılayan hastalar dahil edilmiştir:

Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi AMATEM kliniğinde alkol kullanım bozukluğu tanısı almış olup ayaktan tedavi görüyor olmak,

1. Erkek cinsiyetinde olmak,
2. 18 ve yukarı yaşta olmak,
3. En az ilkokul mezunu olmak,

4. Araştırmaya katılmaya gönüllü olup, bu durumunu beyan eden Gönüllü Katılım Formu'nu imzalamış olmak.

Aşağıdaki koşullara sahip hastalar, araştırma kapsamı dışında tutulmuşlardır:

1. Psikiyatrik değerlendirme ölçekleri ve psikoterapilere katılmasına engel oluşturabilecek psikiyatrik bozukluğu bulunma (psikotik bozukluklar, amnestik bozukluklar ve mental reterdasyon),

2. Grup oturumlarını tamamlayamamış olma.

2.4. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI

Bu araştırmada veri toplama araçları olarak Öz-Etkililik- Yeterlik Ölçeği (Ek. 4), Tedavi Motivasyonu Anketi (Ek.3) ile Sosyo-demografik ve Klinik Özellikler Bilgi Formu (Ek. 2) kullanılmıştır. Hastaların remisyon durumları ile alkol kullanım sıklıkları ve miktarları hakkında bilgiler araştırmacı tarafından grup oturumlarının tamamlanmasından sonraki 1., 3. ve 6. ayda yapılan telefon görüşmelerinden elde edilmiştir.

2.4.1. Öz-Etkililik-Yeterlik Ölçeği

Sherer ve diğerlerince (1982) geliştirilmiş olan Öz-Etkililik-Yeterlik Ölçeği (ÖEYÖ) davranış ve davranışsal değişimleri değerlendirmeyi amaçlamaktadır. İngilizce orijinal ismi "Self-Efficacy Scale" olan Ölçek, Gözümlü ve Aksayan (1999) tarafından "Öz-Etkililik-Yeterlik Ölçeği" şeklinde çevrilmiştir.

ÖEYÖ, 23 maddeden oluşan ve 1-5 arası puanlanan Likert tipi bir ölçektir. Ölçekte yer alan maddelerin her biri için sırasıyla; "beni hiç tanımlamıyor", "beni biraz tanımlıyor", "karasızım", "beni iyi tanımlıyor", "beni çok iyi tanımlıyor" seçenekleri olan ifadelerden birisinin seçilmesi istenmektedir. Ölçeğin her bir maddesi için verilen puan temel alınmakta; fakat ölçeğin sırasıyla 2, 4, 5, 6, 7, 10, 11, 12, 14, 16, 17, 18, 20, 22. maddeleri ters yönde puanlanmaktadır. Ölçekten alınacak puan en fazla 115 en az ise 23 olarak belirlenmiştir. Ölçek uygulandığında ölçekten elde edilen toplam puandaki artış, bireyin öz-etkililik-yeterlik algısının iyi seviyede olduğu anlamına gelmektedir (Gözüm ve Aksayan, 1999; 23-24). ÖEYÖ; 1) davranışa başlama, 2) davranışı sürdürme, 3) davranışı tamamlama ve 4) engellerle mücadele olmak üzere dört alt boyuta sahiptir.

ÖEYÖ'nün Türkçesinin güvenilirlik ve geçerlilik çalışması Gözüm ve Aksayan (1999) tarafından gerçekleştirilmiştir. Ölçeğin güvenilirlik ve geçerliliği çalışmasına ilköğretim düzeyindeki 133 sınıf öğretmeni katılmıştır. ÖEYÖ'nün bu çalışmadaki test-tekrar- test güvenilirlik katsayısı $r = .92$, Cronbach Alfa iç tutarlılık katsayısı ise $.81$ olarak bulunmuştur. Bu katsayılar ÖEYÖ'nün zamana göre değişmezliğinin oldukça tutarlı olduğunu ve iç tutarlığın oldukça iyi bir seviyede olduğunu göstermektedir. Mevcut çalışmada ÖEYÖ'nin Cronbach Alfa iç tutarlılık katsayısı ise $.77$ olarak bulunmuştur.

2.4.2 Tedavi Motivasyonu Anketi

Tedavi Motivasyonu Anketi (TMA) Ryan ve diğerleri (1995) tarafından geliştirilmiştir. Ölçek; alkol ve alkol dışı bağımlılıkları olan kişilerin tedaviye katılma ve tedavide kalma sebeplerini ölçmek için yapılmış olup 26 madde ve 4 faktörden oluşmaktadır. Ölçekte yer alan ifadeler “Kesinlikle katılmıyorum” dan “Kesinlikle katılıyorum”a kadar farklı biçimlerde derecelenmektedir. Dolayısıyla TMA 5 düzeyli Likert Ölçek tipindedir. 26 madde ve 4 faktörden oluşan ölçeğin faktör analizi ve madde analizleri alkol ve madde bağımlılığı tedavi merkezinin ayaktan tedavi birimine başvuran 109 kişi ile yapılmıştır. Faktör analizi ölçeğin tanımlanabilir 4 faktör içerdiğini göstermiştir: Bunlar; (1) **işsel motivasyon (İM)** (1, 2, 4, 5, 7, 8, 9, 11, 15, 20 ve 23. maddeler) – tamamen kendisi tarafından belirlenmiş olmasa da içselleştirilmiş motivasyon, (2) **dışsal motivasyon (DM)** (3, 6, 10 ve 12. maddeler) - tedavi arayışında olmak dışında bir seçeneği olmadığı duygusu ve tedavide kalmak için dışsal baskı, (3) **kişiler arası yardım arama (KYA)** (17, 18, 19, 22, 25 ve 26. maddeler) - olgunun sorunlarını diğerleriyle paylaşma motivasyonu ve (4) **tedaviye güvensizlik (TG)** (13, 14, 16, 21 ve 24. maddeler) - tedavinin seyri ile ilgili beklentilerdir (Evren ve arkadaşları, 2006, s.118).

TMA'nın Türkçeye çevirisi, geçerlik ve güvenilirliği Bakırköy Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi AMATEM'de DSM-IV tanı ölçütlerine göre alkol bağımlılığı tanısı konan 191 hastanın katıldığı bir çalışmayla Evren ve arkadaşları (2006) tarafından yapılmıştır. Bu çalışmada Ölçeğin Türkçe formunun faktöriyel yapısı ölçeğin orijinali ile uyumlu bulunmuştur. Ölçeğin iç tutarlılık ölçümünde Cronbach alfa katsayıları alkol kullanım bozukluğu olan hastalarda birinci ölçek (İM) için 0.91 , ikinci ölçek (DM) için 0.42 , üçüncü ölçek (TA) için 0.83 , dördüncü ölçek (TG) 0.72 ve tüm

ölçek (TMA) değerlendirildiğinde 0.84 olarak tespit edilmiştir (Evren ve arkadaşları, 2006, s.119).

2.4.3. Sosyodemografik ve Klinik Özellikler Bilgi Formu

Araştırmacı tarafından literatür bilgilerinden de yararlanılarak geliştirilen Sosyodemografik ve Klinik Özellikler Bilgi Formu iki bölümden oluşmaktadır. Birinci bölümde (ilk 9 soru) alkol kullanım bozukluğu olan hastaların sosyo-demografik özelliklerine (yaş, meslek, cinsiyet, gelir durumu, medeni durum, vb.) ilişkin sorular; ikinci bölümde (10.-18. sorular) ise alkol kullanım bozukluğu olan hastaların ruh sağlığı, alkol kullanımını ve tedavi süreçlerine (ek psikiyatrik tanı, ilaç tedavisi alma, alkolün ilk kullanıldığı yaş, kullanılan alkolün cinsi, günlük- haftalık sıklığı ve miktarı vb.) ilişkin sorular yer almaktadır.

2.5. VERİLERİN ANALİZİ

Araştırmada kullanılan ölçekler ve kişisel bilgi formu 32 kişiye uygulanmış ve verilerin analizinde SPSS 20 programı kullanılmıştır. Araştırmaya katılan hastaların sosyo-demografik ve klinik özellikleri frekans, yüzde ve ortalama değer olarak sunulmuştur. Analizlere geçilmeden önce normallik varsayımları kontrol edilmiştir. Bu varsayımlar sırasıyla Kolmogorov-Smirnov ve Shapiro Wilk istatistik değerlerinin kıyaslanması, çarpıklık basıklık değerleri, değişim katsayısı ve q-q plot grafiklerinin yorumlanması ile sağlanmıştır. Her bir varsayım bazında verilerin normallik koşullarına uyumu kontrol edilerek verilerin normal dağılım göstermemesi nedeniyle parametrik olmayan testler kullanılmıştır. Deney ve kontrol gruplarının öz etkilik-yeterlilik, tedavi motivasyonu ve remisyona dair sonuçları Mann Whitney U testi ile, aynı grup bazında müdahale öncesi ve sonrası sonuçların karşılaştırılması için Wilcoxon İşaretli Sıralar Testi kullanılmıştır. Kategorik veriler arasındaki fark, kıkare analizi ile incelenmiştir. Bağımsız değişkenlerin bağımlı değişken üzerindeki yordayıcı etkileri çoklu regresyon kapsamında analize konu edilmiştir. İstatistiksel anlamlılık düzeyi $p < 0.05$ olarak kabul edilmiştir.

2.6. UYGULAMA

2.6.1. Uygulama Öncesi Hazırlıklar

Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi AMATEM polikliniğine başvuran ve ayaktan tedavi alan alkol kullanım bozukluğu tanısı almış erkek hastaların tedavi motivasyonu, öz yeterlikleri ve remisyon durumlarının ele alındığı bu çalışmada, motivasyonel görüşmeye dayalı grupla sosyal hizmet uygulamasına geçilmeden önce araştırmacı tarafından bir dizi ön çalışma yapılmıştır.

Öncelikle araştırmacı tarafından alkol bağımlılığının neden olduğu psikolojik, sosyal ve ailevi sorunların belirlenmesi amacıyla literatür taraması yapılmış, motivasyonel görüşme konusunda klinik deneyimi olan uzmanlarla görüşülmüştür. Ayrıca çalışmanın yapılacağı tedavi merkezinde çalışmanın amacı konusunda tedavi ekibine bilgi verilerek çalışma konusunda destek alınmaya çalışılmıştır.

Bu çalışmada daha önce de söylendiği gibi ayaktan tedavi gören ve alkol kullanım bozukluğu tanısı almış hastalarla yansız atama ile biri deney grubu, diğeri kontrol grubu olmak üzere 25'er kişiden oluşan iki grup oluşturulmuştur. Grup çalışması öncesinde bu çalışmaya katılacak üyeler AMATEM'de çalışan deneyimli bir psikiyatristten yardım alınarak belirlenmiştir. Psikiyatrist tarafından yönlendirilen ve ek psikiyatrik tanısı olan hastaların ek psikiyatrik tanıları araştırmacının nesnel bir şekilde grup oturumlarını yürütebilmesi için grup oturumlarının başlangıcından sonuna kadar olan sürede bilinmemektedir. Deney grubunun her bir üyesi ile araştırmacı tarafından ön görüşmeler yapılmıştır. Yapılan ön görüşmelerde katılımcılara motivasyonel görüşme ve gruba katılacak diğer üyeler hakkında bilgi verilmiştir.

2.6.2. Grup Çalışmasında Ele Alınan Konular ve İzlenen Program

5 oturumluk grup uygulaması için Fields (2004) tarafından geliştirilen program temel alınmıştır. Bu program çerçevesinde grup oturumlarının amaç ve aşamaları aşağıda belirtilmiştir:

1. OTURUM

Oturumun Amacı: Bu oturumun amacı grup üyelerini motivasyonel görüşmeye dayalı grup çalışmasına hazır hale getirmektir. Bu oturumda grup lideri, grup üyelerini grupta uyulması gereken kurallar, öz değerlendirme alıştırmaları, grubun toplanma yeri ve

zamanı hakkında grup üyelerini bilgilendirir. Grup lideri, motivasyonel görüşmenin ruhu ve felsefesine uygun olarak grup üyelerini yönlendirir, temel motivasyon düzeyini değerlendirir.

Birinci Aşama:

Grup lideri kendini kısa bir şekilde gruba tanıtır.

Grup lideri grupta uyulması gereken kurallar, grup çalışmalarının yapılacağı yer ve saati konusunda grup üyelerini bilgilendirir.

Grup lideri, grupla motivasyonel görüşmenin içeriği hakkında grup üyelerini bilgilendirir.

Grup üyelerinin kendilerini kısaca tanıtması ve grup üyelerinin gruptan beklentilerinin açığa çıkarılması sağlanmaya çalışılır.

İkinci Aşama:

- Grup üyelerine değişim evreleri ayrıntılı bir şekilde açıklanır.
- Grup üyelerinden değişimin hangi evresinde olduklarını belirlemeleri ve ifade etmeleri istenir.

Üçüncü Aşama

Grup üyelerinde alkolü bırakmanın ne derece önemli olduğunun ve alkolü bırakabilme konusunda kendilerine ne derece güvendiklerinin açığa çıkarılması sağlanır.

Dördüncü Aşama

Grup oturumu özetlenir, grup üyelerinin değerlendirmeleri alınır ve bir sonraki grup oturumunun öz değerlendirme alıştırmaları hakkında grup üyelerine bilgi verilir.

2. OTURUM

Oturumun Amacı: Bu oturumun amacı grup üyelerinde değişimi gerçekleştirebilmeleri için onların dışsal zorlamadan içsel isteklerine doğru hareket etmesine yardım etmektir. Bu oturumda grup üyeleri dışsal zorlamaya maruz bırakılmalarına ilişkin yaşadıkları duygularını açığa vurmanın gerekli olduğunu anlarlar. Sıkıntı, kaygı gibi duyguların

farkına varırlar. Bu süreç grup üyelerinin değişme gereksinimini ortaya çıkarmaya başlamalarına izin verir.

Birinci Aşama:

Grup üyelerinin alkol kullanma davranışını değiştirmeye zorlandıklarında, hissettikleri duyguların açığa çıkarılması sağlanır.

İkinci Aşama

Grup üyelerinin alkol kullanmalarına bağlı olarak hayatlarında en çok etkilendikleri alanları (sağlık, aile, iş, ilişkiler gibi) duygularını da katarak ifade etmeleri sağlanarak bunları önem sırasına göre derecelendirmeleri istenir.

3. OTURUM

Oturumun Amacı: Bu oturum, grup üyelerinin alkol kullanma davranışının bedellerini ve getirilerini tartarak grup üyelerinde farkındalık geliştirmeye odaklanmaktadır.

Birinci Aşama:

Grup üyelerinden alkol kullanmanın kısa dönemli artılarını ve eksilerini ifade etmeleri istenir.

İkinci Aşama:

Grup üyelerinden alkol kullanmanın uzun dönemli artılarını ve eksilerini ifade etmeleri istenir.

Üçüncü Aşama:

Grup üyesinin her birinden alkol kullanma davranışlarıyla ilgili artı ve eksilerinin sayısını karşılaştırmaları istenir ve sonrasında lider, grup üyesinden artı ve eksilere verdiği önemi ayırt etmesine ve bir karar dengesine ulaşmasına yardımcı olur.

Dördüncü Aşama

Lider tarafından grup üyelerine kısa dönem artılar tablosunun önemi vurgulanır ve onlarla alkol kullanma davranışı yerine deneyebilecekleri etkinlik ve aktiviteleri ifade etmeleri istenir (örneğin bir hobi edinmek).

4. OTURUM

Oturumun Amacı: Bu oturumda grup üyelerinin değerlerini tanımlayarak onlarda değişim için içsel motivasyon oluşturmak ve grup üyelerinin davranış ve değerleri arasındaki farkındalığı artırmak hedeflenir.

Birinci Aşama:

Grup üyelerinden yaşamlarında onlar için en önemli olan değerlerini ifade etmeleri ve öncelik sırasına koymaları istenir.

İkinci Aşama:

Grup üyelerinden alkol kullanma davranışının önem verdikleri değerleri nasıl etkilediğini ifade etmeleri istenir; sonrasında alkol alma davranışı ve değerleri arasındaki çelişkinin ne gibi tepkiler ve duygular doğurduğu tartışılır.

Üçüncü Aşama:

Bir sonraki oturuma kadar, değerlerini destekleyen davranış ve etkinliği yazmaları istenir.

5. OTURUM

Oturumun Amacı: Bu son oturumda, grup üyelerinin taahhüdünü, güven seviyelerini ve değişim motivasyonunu yeniden değerlendirmek ve grup üyelerinde kendi yaşamlarında değişimin mümkün olabileceğine ilişkin vizyon oluşturmak amaçlanır.

Birinci Aşama:

Grup üyelerinden tekrar değişimin hangi evresinde olduklarını belirlemeleri ve ifade etmeleri istenir.

İkinci Aşama:

Grup üyelerinden alkolü bırakmanın ne derece önemli olduğunun ve alkolü bırakabilme konusunda kendilerine ne derece güvendiklerini tekrar ifade etmeleri istenir.

Üçüncü Aşama:

Grup üyelerinin alkol kullanma davranışına ilişkin olarak yaşamlarında en çok etkilendikleri alanları (sağlık, aile, iş gibi) önem derecesine göre ifade etmeleri sağlanır.

Dördüncü Aşama:

Grup üyelerinden grup sürecini ve grup liderini değerlendirmeleri istenir.

Beşinci Aşama:

Grup üyelerinden hayatlarında yapmak istedikleri gelişme ve değişimleri kapsayan vizyon ödevini grupta okumaları istenir.

2.6.3. Grup Uygulama Süreci

Grup uygulamasına geçildiğinde Tablo 3’de görüleceği üzere öncelikle ön test niteliğinde araştırmanın veri toplama araçlarından ÖEYÖ ve TMA hem deney grubuna hem de kontrol grubuna uygulanmıştır. Bu aşamada deney ve kontrol grubunun sosyo-demografik ve klinik özelliklerini öğrenmek üzere her iki gruba Sosyodemografik ve Klinik Özellikler Bilgi Formu da uygulanmıştır. Daha sonra 5 hafta sürecek olan motivasyonel görüşmeye dayalı grupla sosyal hizmet uygulaması sadece deney grubuna uygulanmıştır. Uygulamanın tamamlamasından hemen sonra son test niteliğinde her iki gruba ÖEYÖ ve TMA yeniden uygulanmıştır. Grup uygulamasının tamamlanmasından sonraki 1. ay, 3. ay ve 6. ayda her iki gruptaki hastaların remisyon durumları, alkol kullanım sıklık ve miktarları öğrenilmiştir. Araştırmaya katılan hastaların alkol kullanım miktarlarının hesaplanmasında 10-12 gram alkol içeren 1 standart içki esas alınmıştır.

Tablo 3. Araştırma Gruplarına Uygulanan İşlemler

Gruplar	Öntest	İşlem	Son test
Deney Grubu	1) Öz-Etkilik-Yeterlik Ölçeği uygulaması 2) Tedavi Motivasyonu Anketi uygulaması	Motivasyonel görüşmeye dayalı 5 oturumluk grupla sosyal hizmet uygulaması	1) Öz-Etkilik-Yeterlik Ölçeği uygulaması 2) Tedavi Motivasyonu Anketi uygulaması
Kontrol Grubu	1) Öz-Etkilik-Yeterlik Ölçeği uygulaması 2) Tedavi Motivasyonu Anketi uygulaması	İşlem yok (bekleme)	1) Öz-Etkilik-Yeterlik Ölçeği Uygulaması 2) Tedavi Motivasyonu Anketi uygulaması

25 kişiden oluşan deney grubu kendi içinde ikiye bölünerek biri 12 diğeri 13 kişiden oluşan iki ayrı grup oluşturulmuştur. Bu iki deney grubuna yönelik motivasyonel görüşmeye dayalı grupla sosyal hizmet uygulaması kapalı oturumlar şeklinde 2 Nisan 2018 tarihinde başlatılmış ve 4 Mayıs 2018 tarihinde sonlandırılmıştır. Oluşturulan 1. Deney grubun tüm oturumlarına 9 aynı hasta, 2. Deney grubunun tüm oturumlarına ise 7 aynı hasta sürekli olarak katılmıştır.

Araştırma kapsamındaki 5 oturumluk grup uygulamasının tamamı bir karışıklığa neden olmasın diye 1. ve 2. deney grubu için aynı gün, aynı saat, aynı yer ve aynı konu olacak şekilde planlanmış, AMATEM'deki hastalar için grup çalışmalarının yapıldığı odada gerçekleştirilmiştir. Uygulamanın kliniğin işleyişini aksatmamasına özen gösterilmiştir. Grup oturumlarında grup lideri motivasyonel görüşmenin ruhuna uygun olarak grup üyelerine empatik ve işbirlikçi bir tutum sergilemeye çalışmıştır. Ayrıca grup lideri değişim sorumluluğunu danışanlara bırakarak onların özerkliğine saygı duymuş; katılımcıların kendi kaynak ve içsel motivasyonlarını harekete geçirmeleri için yardımcı olmaya çalışmıştır.

Hastalarla yürütülmüş olan 5 oturumluk grupla motivasyonel görüşmelerin her bir oturumu yaklaşık 90 dakika sürmüştür. Grup çalışmaları, araştırmaya katılan hastaların izni alınarak ses kayıt cihazı ile kaydedilmiştir. Her bir grup oturumuna başlamadan önce araştırmaya katılacak hastalarla bireysel görüşme yapılarak grupla motivasyonel görüşme müdahalesi dışında son test sonuçlarını etkileyecek önemli yaşam deneyimleri yaşayıp yaşamadıkları görüşülmüştür. Grup kuralları dışına çıkan (başkalarının sözünü kesen, alkolden uyarıcı tarzda söz eden, konuyu saptırmaya çalışan) üyelere gereken ikazlar lider tarafından yapılmıştır.

2.6.4. Grup Oturumları

Grup Oturumu 1

İlk oturuma liderin kendisini gruba kısaca tanıtması ile başlanmıştır. Lider, grup üyelerine 16 yıldır Amatem kliniğinde sosyal hizmet uzmanı olarak görev yaptığını ve motivasyonel görüşme eğitimi aldığını ifade etmiştir. Daha sonra lider, grupta uyulması gereken kurallar ve 5 oturumluk grup çalışmasının yapılacağı yer ve saat konusunda üyeleri bilgilendirmiştir. Lider tarafından grup oturumlarının saati ve yapılacağı yerin aynı olacağı vurgulanmıştır. Grupta uyulması gereken kurallar; dürüstlük, başkasının

sözünü kesmeme ve diğer üyeleri dikkatli bir şekilde dinleme, grup oturumlarına zamanında gelme ve grup oturumunu sonuna kadar takip etme, grup oturumlarının sonunda verilen ödevleri yaparak bir sonraki oturuma katılma, alkolden özendirici bir şekilde söz etmeme, grup oturumlarına alkol etkisinde gelmeme ve gizlilik yani burada konuşulanlar burada kalır olarak grup üyelerine açıklanmıştır. Grup üyeleri kuralları dikkatlice dinlemişler ve grupta kuralların olması gerektiğini bizzat kendileri de ifade etmişlerdir. Grup üyelerinin bazıları gizlilik kuralını oldukça önemsediklerini ifade etmişler ve diğer üyelere buna uymalarını istemişlerdir. Sonrasında lider, motivasyonel görüşmeye dayalı grup çalışması hakkında açıklamalarda bulunmuş ve grup üyelerine motivasyonel görüşmeye dayalı grubun şimdiye kadar katıldıkları gruplardan farklı bir grup olduğunu vurgulamıştır. Lider, motivasyonel grubu; üyelere yeni beceriler ve bilgiler kazandırmak için çok zaman harcamayan onun yerine değişme ya da değişmeme sorumluluğunu bireyin kendisine bırakan, ‘bağımlısın’ gibi bir etiketlemeden kaçınan, “biz kimiz, nereye gidiyoruz, amacımız ne ve oraya nasıl ulaşırız?” şeklinde sorulan soruların cevabını arayan, kişileri kendi hayatlarının uzmanı olarak gören ve bireylerin sahip olduğu güçleri açığa çıkarmaya çalışan bir grup olarak tanımlamıştır.

Grubun başlangıç aşamasında üyelere kendilerini kısaca tanıtmaları istenmiş olmasına karşın grupta kısa cevaplar verme eğiliminde olan üyeler olmakla birlikte çoğu üyenin alkol kullanım öykülerini uzunca anlatmaya eğilimli oldukları gözlenmiştir. Üyelerin gruptan beklentileri konusunda uzlaştıkları ortak nokta ise alkölü bırakabilmek veya alkol kullanımını azaltmaktır.

Grup süreci liderin ayrıntılı bir şekilde ve örneklerle Prochaska ve Diclemente'nin değişim evreleri ile ilgili bilgi vermesi ve her bir üyenin kendisini değişim tekerinde nerede gördüğünü işaretlemesi ve ifade etmesi ile devam etmiştir. Lider, üyelere verdiği değişim tekerinin evrelerini gösteren kağıttan söylediklerini takip etmelerini istemiştir. Lider, üyelere değişim tekerinde insanların bir davranışı değiştirmek için belirli benzer aşamalardan geçtiğini ve değişimin bir döngüsü olduğunu; bazen bir değişimi gerçekleştirmek için dairenin etrafında defalarca dönelebildiğini, denemelerin aslında kararlı olduğunu gösterdiğini oysaki bunun başarısızlık olarak görülme eğiliminde olduğunu ifade etmiştir. Lider, değişim tekerindeki evrelerle ilgili daha somut bir şekilde konunun anlaşılması için araba alma örneğinden yola çıkarak açıklamalarda

bulunacağını ifade etmiş ve bu örneğin açıklanmasından sonra üyelere değişim döngüsünün neresinde olduklarını ellerindeki değişim tekerini gösteren kağıtlara işaretlemelerini istemiştir. Lider, araba örneğini üyelere şu şekilde aktarmıştır: Örneğin sürekli bozulan bir arabam var. Beni gideceğim yere arkadaşlarım bırakmak zorunda kalıyorlar. Bana sürekli olarak yeni bir araba al diyorlar, ben ise onlara buna gerek yok diyorum. Bu örnek niyet öncesi duruma işaret ediyor yani arabamla ilgili kaygılarım var, fakat sorunumun olmadığını düşünüyorum. Bu evrede henüz değişim tekerine girmedim. Bu evre, alkol kullanımının bizim için sorun olduğunu düşünmediğimiz ve tedavi olma konusunda isteksiz olduğumuz niyet öncesi evredir. İş arkadaşlarım beni arabayla işe bırakmaya son verdi ve bu nedenle işe geç kaldım. Patronum işe geç kaldığım için sinirli ve çocuklarımı da gitmek istedikleri yere bırakamaz oldum. Arabam her an bozulabilir ve yolda kalabilirim diye düşünüyorum ve artık risklerin farkına vardım, niyet evresindeyim. Risklerin farkında olduğu için insanlar bu evrede değişim tekerine girerler. Bu evrenin en temel özelliği kararsızlık ve çelişkidir yani kişiler değişimi hem ister hem de reddederler. Kararsızlık değişim sürecinde normaldir. Yukarı tükürsem bıyık aşağı tükürsem sakal dediğimiz durum. Kararsızlık örneğini şu şekilde verebilirim: Eğer iş arkadaşlarım bana yeni bir araba almam hakkındaki sebepleri söylerlerse neden bir araba alamayacağımın nedenlerini anlatırım. İş arkadaşlarım neden bir araba almam gerektiğinin nedenlerini söylerlerse bu sefer de neden yeni bir araba almam gerektiğinin sebeplerini sıralarım. Değişim döngüsünde bir sonraki evre ise hazırlık evresidir. Hazırlık evresi 6 ay içerisinde alkolü bırakmamız gerektiğini düşündüğümüz evredir. Hazırlık evresi, hoşlanmadığımız bir davranışımızı değiştirmede değişime doğru adımlar attığımız aşamadır. Konunun daha iyi anlaşılması için araba örneğine dönersek iyi bir araba almak ile ilgili fikir sahibi değilim. Arabadan anlayan bir arkadaşım bana yardımcı oluyor ve kendimi araba alma konusunda umutlu hissediyorum. Ya da arabadan anlayan birini bulamadım yani bana yardımcı olacak bir kişi yok. Birinci durumda eylem aşamasına geçebilirim yani tekerdeki bir sonraki aşamaya ancak ikinci durumda ise tekerde niyet aşamasına geri dönerim. Sürdürme aşamasında artık işe vaktinde gidebiliyorum, çocuklarım da etkinliklerine katılabiliyor, iyilik halindeyim ve alkol almıyorum. Nüksütme aşaması ise eski davranışlara dönmemizle ilgilidir. Örneğin bir süre ayık kaldıktan sonra tekrar içmeye başlamamız gibi. Hastalığımız yeniden ortaya çıkmıştır. Nüksün farkına varır ve tekerin içinde

kalırsanız eğer isterseniz tabi ki yeniden ilerleyebilirsiniz. Liderin araba örneğinden sonra üyelere konunun anlaşıldığına ilişkin geri bildirim alınmış ve her bir üye değişim evresinde kendilerini nerede gördüklerini ellerindeki değişim evresini gösteren kağıtlara işaretlemişlerdir ve grup üyeleri neden kendilerini bu evrede gördüklerini açıklamaya çalışmışlardır.

Grup sürecinin sonraki aşamasında lider, grup üyelerine iki derecelendirme sorusu yönelmiştir. Birinci soru olan “alkolü bırakmak sizin için ne kadar önemli? 0 hiç önemli değil 100 çok önemli kendinize kaç puan verirsiniz ? sorusu grup üyelerin kendilerini daha fazla ifade etme eğiliminde oldukları bir soru olarak değerlendirilmiştir. Grup üyelerinin çok büyük bir kısmı bu soruya 0 puanından daha büyük bir puan vermişlerdir. 0 puanından daha büyük bir puan veren üyelere lider neden 0 demediniz de ... dediniz sorusunu yönelterek kendilerini daha fazla ifade etmelerini sağlamaya çalışmıştır. Grup üyeleri alkolü bırakmanın neden kendileri için önemli olduğunu yasal, ekonomik sorunlar, sağlık sorunları, yakınlarına vakit ayıramama, yaşam hedeflerine ulaşamama, ölüm riski, küfür etme, eve geç gelme gibi istemedikleri bir davranışı yapmalarına, öfke gibi psikolojik sorunlar yaşamalarına bağlamışlardır. Sonrasında lider diğer bir derecelendirme sorusu olan alkolü bırakma konusunda kendinize ne kadar güveniyorsunuz ? 0 hiç güvenmiyorum 100 çok güveniyorum kendinize kaç puan verirsiniz ? sorusuyla grup oturumuna devam etmiştir. Lider, güven sorusuna grup üyelerinin verdikleri cevaba göre üyelerin kendilerini ifade etmeleri için yönlendirici sorular sormaya devam etmiştir. Üyeler güven konusunda kendilerini derecelendirebilmişler; ancak alkolü bırakma konusunda kendilerine olan güvenlerini nelerin arttıracacağı konusunda sıklıkla çözüm bulmakta zorlanmalarına rağmen kararlı ve azimli olma gibi kişisel güçlü yanların, ilaç tedavisi ve profesyonel yardım almanın, alkolün yerine geçebilecek aktiviteler yapmanın, yakın aile üyelerinden ve arkadaşlardan destek almanın, alkol kullanan arkadaş çevresini değiştirmenin alkolü bırakma konusunda kendilerine olan güvenlerini arttırmada etkili olduğunu ifade etmişlerdir. Ayrıca daha önce alkol kullanımı bırakabilmiş üyelerin bir kısmı geçmişte alkolü bırakma konusunda denedikleri olumlu yolların kendilerinin güvenini arttıracığını söylemiştir.

Grup oturumun sonlarına doğru bu oturumda konuşulan konular özetlenmiş ve grup üyelerinin istekli olanlarından grupla ilgili değerlendirmeleri alınmıştır. Değerlendirme

yapan grup üyeleri grupta olmaktan memnun olduklarını, diğer üyelerle ortak yanlarının olduklarını ve zamanın çabuk geçtiğini ifade etmişlerdir. Daha sonra lider ikinci grup oturumunda yapılması istenen değerlendirme alıştırmalarını grup üyelerine dağıtmış ve grup üyelerine değerlendirme alıştırmalarıyla ilgili bilgi vermiştir.

Değerlendirme:

Grubun ilk oturumunda lider, grubun motivasyonel görüşmeye dayalı ruhuna uygun olan grup normlarının oluşması için çaba göstermiştir. Bu amaca uygun olarak grubun ilk oturumunda grup üyelerinin grup süreçlerine uyum sağlamasında danışanın referans çerçevesini anlamak için açık uçlu sorular sormaya, bağımlısın gibi bir etiketlemeden kaçınmaya, direnç konuşmalarına yansıtılmalı dinlemelerle karşılık vermeye, önem ve güven derecelendirme soruları ile değişim konuşmalarını ortaya çıkarmaya, grup üyelerini dikkatlice ve saygı içinde dinlemeye ve grup üyelerinin otonomilerini desteklemeye çalışılmıştır. Ayrıca grup üyeleri arasındaki etkileşimlerde de grup normlarının motivasyonel görüşmeye uygun olması özendirilmiştir. Örneğin, grup üyelerine birbirleriyle aynı fikirde olamayacağı ve herkesin farklı motivasyonlara sahip olduğu zaman zaman hatırlatılmıştır.

Değişim tekeri üyelere oldukları yer ile olmak istedikleri yer arasındaki farkı anlamalarını ve değişim yapmanın değişimi garanti etmeyeceğini anlamalarını sağlamış, önem sorusu ise alkol kullanma davranışını neden değiştirmeleri gerektiği konusunda gerekçelerini bir kez daha duymalarını sağlayarak değişime zemin hazırlamıştır. Güvene ilişkin derecelendirme sorusu ise grubun bazı üyelerinin kendilerine düşük bir puan verdikleri için üzerinde durulması gereken bir durum olarak ortaya çıkmıştır.

Bazı üyelerin grupta gizli gündemlerinin olacağını bilmesi ihtimaline rağmen motivasyonel görüşmeye dayalı grubun ne olduğuna ilişkin açıklamalar yapılarak grup üyelerinin grupta ilgili kişisel hedeflerini oluşturmasına yardımcı olunmaya çalışılmıştır. Liderin grupta ilgili açıklamaları her bir grup üyesinin gruba gelme nedenlerini açıkça ifade etmesine yardımcı olmuştur.

Grup üyelerinin çoğunluğu, lider tarafından grubun başlangıcında dürüst olmak önemli söylemine karşın kendilerini alkol kullanma davranışı açısından daha iyimser bir konumda görmüşlerdir. Lider tarafından bu durum direnç olarak fark edilmiş ancak dirence dirençle karşılık verme yerine yansıtılmalı dinlemeler yapılmıştır. Alkol kullanma

davranışının kendilerine ve çevrelerine zarar vermediği yönündeki söylemler değişim tekerinde kendilerini daha üst bir seviyede konumlandırmalarında somutlaşmıştır. Ancak üyelerin çoğunluğu değişim tekeri evrelerini bilmenin kendileri için faydalı olduğunu ifade etmişlerdir.

Grubun ilk oturumunda grup üyelerinin lideri dikkatlice izledikleri ve üyelere ziyade liderle daha fazla iletişim kurdukları görülmüştür. Grubun ilk oturumunda bazı üyelerin alkol kullanımı ile ilgili kendilerine odaklanmak yerine diğer insanlara odaklandıkları alkol alma davranışlarından onları sorumlu tuttıkları görülmüştür.

Liderin grup üyelerinin eğer isterlerse değişim yapabileceklerine dair güçlü bir inancının olması, onların oldukları gibi kabul etmesi ve klinik tecrübesinin fazla olması üyeler üzerinde gruba ilişkin güven duymalarında etkili olduğu grup üyelerinin sözel ve sözel olmayan davranışları ile ortaya konmuştur.

Motivasyonel görüşme odaklı grubun en dikkat çekici özelliğinin, etiketlemeden kaçınma olduğu grup üyelerinin geribildirimlerinden anlaşılmıştır. Etiketlemenin bir çözüm olmadığı grup üyelerince kabul edilmiştir.

Grup üyelerinin grup sürecin başlangıçlarında tedirgin ve kendilerini ifade etmede daha temkinli oldukları gözlenmiştir. Grup süreci ilerledikçe grupta yine sessiz kalan üyeler olmakla birlikte grup üyeleri kendilerini biraz daha fazla ifade etmişlerdir. Bunda iki faktörün etkili olduğu düşünülmektedir. Birincisi grup üyelerinin alkol kullanımına bağlı olarak benzer sorunları yaşamalarını fark etmiş olmalarıdır (evrensellik ilkesinin devreye girmesi ve rahatlatıcı etkisi). İkincisi ise motivasyonel görüşmenin grup üyeleri üzerinde yarattığı olumlu etkidir (liderin sergilediği etiketleme karşıtı söylemler, üyeleri değişime ikna etmeye çalışmama, empatik tutum vb.).

Üyeler arası etkileşimler açısından bakıldığında ilk oturumun özellikle ilerleyen süreçlerinde üyelerin birbirlerinin ifadelerinden etkilendikleri, daha fazla kendilerini güvende hissettikleri görülmüş ancak grup süreci daha çok lider ve üye etkileşimi şeklinde sonlanmıştır. Grup üyelerinin bir kısmı ilk oturumda zaman zaman odağın dışına doğru konuyu kaydırma eğiliminde olmuş olsa da lider, bu durumu engellemek ve böylece grubun amacı doğrultusunda ilerlemesi için yönlendirici bir tutum sergilemiştir.

Grubun ilk oturumunda bazı üyelerin grup oturumuna devam etme konusunda kararsız oldukları gözlenmiştir. Üyelerin gruba devam edip etmeme konusundaki kararsızlıklarının; alkol kullanma davranışları ile ilgili ambivalanslarından, özellikle içlerinde yaşamlarında ilk defa grup çalışmasına katılanların yaşadığı kaygılarından, grubun sorunlarını çözüp çözemeyeceğine dair duydukları endişelerinden kaynaklandığı düşünülmüştür. Lider, motivasyonel odaklı grubun ruhuna uygun olarak tüm grup sürecinde üyeleri grupta kalmaları için ikna etmeye çalışmamış, değişme ya da değişmeme sorumluluğunu üyelere bırakmıştır. Gruba katılma konusunda istekli olan grup üyeleri liderin bilgi ve deneyimlerine güven duyduklarını ve grubun sorunlarını çözme ve alkol kullanma davranışlarını değiştirebileceklerine yardımcı olabileceğini ifade etmişlerdir.

Grup Oturumu 2

Grup süreci, ilk grup oturumuna katılıp ikinci grup oturumunda olmayan üyelerin gruba katılmamalarının konuşulması ile başlamıştır. Halihazırda grupta bulunan bazı üyeler, gruba devam etmeyen üyelere yönelik “grupta kalsalardı iyi olurdu”, “gruba geleceklerini düşünmüştüm”, tarzında düşüncelerini dile getirmişlerdir. Lider ise gruba katılmayan bazı üyelerin kendisiyle iletişim kurduğunu ve mazeretleri nedeniyle gruba katılamayacaklarını aslında grupta olmak istediklerini diğer üyelere bildirmiştir. Ayrıca lider, motivasyonel grubun özüne uygun olarak üyelere seçim ve kararların kendilerine ait olduğu tekrar hatırlatılmıştır.

Grup oturumun başında grup üyelerine 1. oturumda konuşulan konularla ilgili lider tarafından özet yapılmış ve grup üyelerinden ilk oturuma ilişkin geri bildirim alınmıştır. Grup üyeleri değişim tekerinin, önem ve güven derecelendirme sorularının kendileri için faydalı olduğunu ifade etmişlerdir. Grup süreci, grup üyelerine 1. oturumda ödev olarak verilen ön değerlendirme alıştırmalarını geçen bir haftalık süre içerisinde yapıp yapmadıklarının sorulmasıyla devam etmiştir. Grup üyelerinin bir kısmının ön değerlendirme alıştırmalarını tamamlayıp grup oturumuna hazırlıklı geldiği, ancak büyük bir kısmının ön değerlendirme alıştırmalarını yapmadan geldiği görülmüştür. Lider ödevlerini yapmayan üyelere grup kurallarını ve sorumluluklarını hatırlatarak uyarıda bulunmuştur.

İkinci oturuma grup üyelerinin alkol kullanma davranışını çevreleri tarafından değiştirmeye zorlanıp zorlanmadıkları, eğer değiştirmeye zorlandılarsa hangi duyguları hissettikleri sorularak başlanmıştır. Grup üyeleri konu ile ilgili düşüncelerini rahatça ifade ederken, duygularını ifade etmede zorluk yaşamışlardır. Grup üyelerinin çoğunluğu alkolü bırakmalarıyla ilgili özellikle aile bireyleri gibi yakın ilişkide oldukları kişilerden zorlama ve baskı gördüklerini ifade etmişlerdir. Bazı grup üyeleri ise çevre baskısı ile yatarak birden çok kez tedavi olduklarını ama yatarak tedaviyi kendileri istemedikleri için tekrar alkol kullanmaya başladıklarını ifade etmişlerdir. Bu konuyla ilgili grubun birleştiği ortak nokta ise kendileri değişmeyi istemedikçe dışarıdan baskıyla değişimin mümkün olamayacağı, hatta baskı ve zorlamaların alkol kullanma isteklerini arttırmasıydı. Ayrıca bazı grup üyelerinin alkolü bırakma konusunda dışsal baskı yaşamadıklarını söylediklerinde bile kendi ifadeleriyle çelişen söylemlerinin olduğu dikkati çekmiştir. Direnç konuşması yapan ve ambivalan olan bazı üyeler ise alkol kullanmanın kendilerini daha fazla özgür hissettirdiğini ifade etmişler ve bu durum grubun bazı üyeleri arasında çatışma konusu olmuştur.

İkinci oturumda grup üyelerinden alkol kullanma davranışlarının yaşamlarında hangi alanları daha fazla etkilediğini öncelik sıralamasına göre ve puanlayarak duygularıyla birlikte ifade etmeleri istenmiştir. Üyeler duygularını sözel olarak ifade etmekte zorlanmakla birlikte sözel olmayan davranışlarıyla duygularını açığa vurmuşlardır. Üyeler genellikle suçluluk ve pişmanlık gibi duygular yaşadıklarını ifade etmişlerdir. Her ne kadar duygular grupta sözel olarak ifade edilmese de gruptaki diğer üyeler birbirlerini dikkatlice dinlemiş ve birbirlerinin yaşadıkları benzer sorunlardan etkilenerek birbirlerini anlamaya çalışmışlardır. Kendilerini ifade etmekte zorlanan grup üyeleri grubun diğer üyelerince kendilerini ifade etmeleri için desteklenmiştir. Grup üyelerinin alkol kullanımından etkilendikleri öncelikli alanlar farklı olmakla birlikte hemen hemen hepsinde öncelikli alanların aile, iş, eğitim, ilişkiler, maddiyat, fiziksel ve ruhsal sağlık ve maneviyat olduğu görülmüştür. Grup üyeleri alkolün aile üzerindeki etkilerini çocuklarıyla vakit geçirememeye, aile üyelerine fiziksel ve psikolojik şiddet uygulama ve sorumluluklarını yerine getirememeye olarak ifade etmiştir. Alkolün fiziksel sağlıklarına etkilerini ise uyku düzenlerindeki bozulmalar, gece terlemeleri, titremeler, ilaçları kullanmama gibi sağlığı ihmal etme, unutkanlık ve organlarının zarar görmesi olarak belirtmişlerdir. Grup üyelerinin önemli bir kısmı ise alkolün ilişkilerine zarar

verdiğini, toplumdan soyutlandıklarını ve ilişkilerinde tahammülsüz, sınırlı ve gergin olduklarını söylemişlerdir. Ayrıca grup üyelerinin bazıları alkol kullanmanın özgüvenlerini olumsuz etkilediğini bir işe girme ve bir işi başarıp başaramama gibi konularda kararsızlıklar ortaya çıkardığını söylemişlerdir. Buna karşın bazı üyeler ise alkol kullanmanın aile, iş, eğitim gibi alanlarını çok az ya da hiç etkilemediğini öne sürmüştür.

Grup üyelerinin aile, iş, sağlık, maneviyat gibi etkilendikleri alanlarındaki benzerlikler üyelerinin birbirlerini anlama ve desteklemelerine zemin hazırlamıştır. Bu sayede grubun ilk oturumunda sessiz kalan, kendini ifade etmekte zorlanan üyeler daha fazla katılım sergilemeye başlamışlardır. Grup üyelerinin çoğunluğu alkol kullanmaları nedeniyle etkilendikleri alanları sözel olarak ifade ederken lider tarafından duyguları sorulduğunda duygularını sözel olarak ifade etmede zorlanmışlardır. Grup üyelerinin çoğunda duygular sözel olmayan davranışlarla ifade edilmiştir.

Grup üyelerin bazıları alkolün yaşamlarında etkilediği alanları ifade ederken kendi durumlarına ilişkin olarak mizahı da kullanmışlardır ve kendilerine gülmüşlerdir. Grubun sonunda üyelere grup oturumunda konuşulan konuların özeti yapılmış ve gelecek hafta yapılması gereken ödevler hakkında bilgi verilmiş ve doldurmaları gereken formlar üyelere verilmiştir.

Değerlendirme:

Lider, grup oturumuna başlamadan önce grup toplantısının yapılacağı yere girdiğinde üyelerin birbiriyle etkileşim içinde olduğunu gözlemiştir. Grup sürecinin başlangıcından önce gözlenen üyeler arası etkileşim açığa vurulması zor olan konuların gündeme geldiği ve duygusal yoğunluğun fazla olduğu grup sürecinde de devam etmiştir.

Grup üyeleri alkol kullanımı nedeniyle aile, iş, sağlık gibi hayatlarında en çok etkilendikleri alanları önem sırasına göre bir ölçüde duygularını da katarak ifade ederken lider ve üye etkileşimi ve üyeler arası etkileşim sonucunda grubun iyileştirici etmenlerinden evrensellik ve özgeciliğin ortaya çıktığı açıkça görülmüştür. İyileştirici etmenlerden biri olan evrensellik, gruba katılanlara diğer üyelerinde benzer sorunları yaşadığının görülmesini sağlamış ve gruba katılan üye kaygılarının diğer üyelerce de hissedildiğini deneyimlemiştir. Özgecilik ise zor konuların konuşulduğu grup

oturumunda kendine ifade etmekte zorlanan üyelere diğer üyelerin yardımcı olması ile ortaya çıkmıştır.

Grubun ilk oturumuna kıyasla ikinci oturumda lider daha az yönlendirici olmuş, üyelerin kendini daha fazla ifade etmesini teşvik etmeye çalışmıştır. İkinci oturumda duygular üyelerin çoğu tarafından sözel olarak ifade edilmese de duygusal boyutun öne çıktığı görülmüştür. Üyeler etki alanları alıştırmada alkolün kendi yaşamlarındaki olumsuz etkilerini vurgulasalar da bazı grup üyelerinde ambivalansların ve değişime karşı dirençlerinin olduğu görülmüştür. Bu oturumda bazı üyeler arasında ilk klikleşme eğilimlerinin de olduğu görülmüştür.

Zor konuların konuşulduğu grup ortamında bazı üyelerce mizahın kullanılması duygusal gerilimi düşürmüş, üyeleri ifade edilmesi zor konuları konuşmak konusunda teşvik edici olduğu gözlenmiştir.

Grup Oturumu 3

Üçüncü oturum grup liderinin grubun gündemiyle ilgili kısa bir açıklamasıyla başlamıştır. Lider, üyelere bu oturumda karar dengesi çalışması yapacağını bildirmiştir. Lider, sadece alkolü bırakmak için değil hayatımızın birçok alanında önemli kararlar veririz ve bu karar verme sürecinde de verdiğimiz kararların eksilerini ve artılarını tartarız ifadesinden sonra karar dengesi çalışmasında üyelerden alkol kullanmalarıyla ilgili kısa dönemli ve uzun dönemli artılarını ve eksilerini ifade etmelerini istemiştir. Üyeler tarafından ifade edilenlerin ise her bir üye için tahtaya yazılacağı, bir karar dengesi çalışması yapılacağı ve tahtaya yazılanlar bittikten sonra her bir üyeye geri bildirim verileceği de söylenmiştir.

Üyelere alkol kullanmalarının kısa dönemli artılarının neler olduğunun sorulmasıyla grup süreci devam etmiş ve bu soru grup üyeleri tarafından yeterince anlaşılmadığı için liderin konu ile ilgili bir kez daha kısa bir açıklama yapmasını gerektirmiştir. Üyeler genel olarak alkolün kısa dönemli artılarını önceleri ne artısı var gibi cevaplasalar da keyif almak, sorunlardan uzaklaşmak, rahatlamak ve sosyalleşmek amacıyla alkol kullandıklarını ifade etmişlerdir ve üyelerin çoğu grup oturumun sonraki aşamasında olan alkolün kısa ve uzun dönemli eksilerini lider daha sormadan ifade etme eğilimine girmişlerdir. Grup oturumu başlangıç aşamasından sonuna kadar üyelerin birbirleriyle yoğun etkileşime girdikleri, işbirliği ve beyin fırtınası yaptıkları bir süreç olarak

görülmüştür. Bu grup oturumunda lider yazı tahtasını kullanarak her bir üyesinin alkol kullanımının kısa ve uzun dönemli etkileri hakkında söylediklerini yazmış ve böylece karar dengesini daha net görebilmelerine yardımcı olmuştur.

Grup oturumun sonraki aşamasında grup üyelerine alkol kullanmanın kısa dönemli eksileri sorulmuş ve kısa dönemin ne anlama geldiğinin kısa bir açıklaması yapılmıştır. Alkol kullanmanın kısa dönem etkileri üyelere alkol kullanımından sonraki saatler ve ya bir günlük kısa süre olarak belirtilmiştir. Üyeler genellikle unutkanlık, sorumluluklarını yerine getireme, maddi kayba uğrama, yapacaklarını erteleme, randevularına veya işe geç gelme, aileyle sorun yaşama, eve geç gelme gibi cevaplar vermişlerdir ve lider her bir üyenin verdiği cevabı tahtaya yazmıştır.

Alkol kullanmanın kısa dönemli eksilerinden sonra uzun dönemli artılarının neler olduğu sorulmuş ve grup üyeleri alkol kullanmanın uzun dönemli bir getirisinin olmadığı kanaatine varmış ve uzun dönemli artılara lider tarafından tahtaya çarpı konularak bir şey yazılmamıştır. Sonrasında alkol kullanmanın uzun dönemli eksileri konusu lider tarafından gündeme getirilmiş bu sorunun üyeleri mutsuz ettiği ve kaygılandığı görülmüştür. Grup üyeleri, alkol kullanımının kendilerinde yaratacağı olumsuz etkileri hem sözel hem de sözel olmayan davranışlarıyla belirgin bir şekilde ortaya koymuşlardır. Üyeler, alkol kullanımının uzun dönemli eksileri neler olur sorusuna da birbirlerine geri bildirim vererek ve birbirlerinden etkilenerek cevap vermişler ve her bir üye tarafından ifade edilenler tahtaya yazılmıştır. Grup üyeleri alkol kullanmanın uzun dönemli eksilerini genellikle ölüm riski, yalnızlık, toplumdan dışlanma, yasal sorunlar yaşama, sağlıklı karar verememe, terk edilme, sağlık sorunları yaşama ve işsiz kalma olarak sıralamışlardır.

Alkol kullanmanın kısa dönemli artıları ve eksileri, uzun dönemli eksileri ve artıları tablosu tahtada her bir üye için oluşturulduktan sonra grubun neredeyse hepsinin birleştiği nokta uzun dönemli eksiler hanesinin daha kabarık olmasıydı. Üyeler, birkaç kısa dönem artı yaşamak adına alkolün uzun dönemli olumsuz etkilerini yaşamayı ağır bir bedel, buna değer mi ?, alkol kullanımının uzun dönemli eksileri uzadıkça uzadı gibi çeşitli şekillerde ifade etmişlerdir.

Tablo tamamlandıktan sonra lider tarafından her bir grup üyesinin alkol kullanma davranışlarıyla ilgili artı ve eksilerini karşılaştırması istenmiştir. Böylece lider,

ambivalansın her iki yanını da yansıtmıştır. Grubun ve her bir üyenin üzerinde uzlaştıkları ortak nokta; kısa dönemli artıları elde etmek için verilen ağır bedeli ödemeye değer olup olmadığıydı. Son olarak lider tekrar kısa dönem artılar tablosuna dönmüş ve üyelere alkol kullanmak yerine yapabilecekleri aktiviteleri sıralamaları istenmiştir. Grup üyeleri alkol kullanmanın kısa dönemli artılarının yerine geçecek aktiviteleri zaman zaman birbirlerinde de etkilenerak aileyle daha fazla vakit geçirme, doğa yürüyüşü yapmak, tiyatroya, sinemaya gitmek, balık tutmak, yürüyüşe girmek, birine yardım etmek, bir işe girip çalışmak, ibadet etmek ve spor yapmak olarak sıralamıştır. Bazı grup üyeleri alkol kullanmanın kısa dönemli artılarının yerine geçecek balık tutmak, maç izlemek gibi hobi aktivitelerinde alkol alma riski doğurabileceği için diğer üyeleri uyarılmış ve kendi olumsuz deneyimlerini aktarmışlardır.

Geçmişte alkolü bırakmayı başarabilmiş üyeler kendi yaşamlarında yaptıkları ve etkili olan şeyleri gündeme getirmiştir. Bir kısım grup üyeleri ise diğer üyelerin bazı aktivitelerinin işe yaramayacağını alkole daha çok teşvik edeceğini ifade etmişlerdir.

Değerlendirme:

Grubun bu oturumunda grup üyeleriyle birlikte karar dengesi çalışması gerçekleştirilmiştir. Karar dengesi çalışmasında grup üyelerine alkol kullanma davranışlarını sürdürmenin kısa ve uzun dönemdeki artı ve eksilerini tartma konusunda yardımcı olunmuştur. Böylelikle grup üyeleri alkol kullanma davranışlarını değiştirme ihtiyacını netleştirebilmişlerdir. Ayrıca üyeler alkol kullanma davranışlarına yardımcı olan ya da alkol kullanma davranışını olumsuz yönde etkileyen etmenlerin de farkına varabilmişlerdir.

Üçüncü grup oturumu üyelerin çoğu açısından grubun çekici hale geldiği, üyelerin değişim konuşmalarına zemin hazırlandığı, değişime karşı direncin azaldığı üyelerin kendilerini daha dürüstçe değerlendirdiği bir oturum olarak görülmüştür. Ayrıca bu grup oturumunda grubun amaçları daha belirgin hale gelmiş ve üyeler kendilerini gruba ait hissetmeye başlamışlardır.

Bu oturumun ayrıca bazı grup üyelerinde motivasyonel görüşmenin anahtar unsurlardan olan umudun aşılmasını ve öz yeterliğin desteklenmesini ortaya çıkardığı gözlenmektedir. Bazı grup üyelerinin alkolü bırakma konusundaki geçmiş başarılarının

ve bireysel güçlerinin lider tarafından ortaya çıkarılmaya çalışması alkolü bırakmayı başaramayacaklarına inanan diğer üyeleri de olumlu yönde etkilemiştir.

Grup Oturumu 4

Değerler konusunun konuşulduğu grup oturumu, liderin üyelere motivasyonel grubu “biz kimiz, nereye gidiyoruz, amacımız ne ve bu amaca nasıl ulaşabiliriz?” sorularının cevabının arandığı bir grup olduğunun hatırlatılmasıyla başlamıştır. Lider, “ben kimim, nereye gidiyorum, amacım ne, ben oraya nasıl ulaşırım?” konusunda değerlerin yol gösterici olduğunu vurgulamış ve değer kavramını “bizim için kabul edilebilir, arzu edilebilir olan şeyler” olarak tanımlamıştır.

Değerler konusunun grup üyelerince öneminin daha iyi anlaşılması için bir örnek verilerek grup üyelerinin konuyla ilgili düşüncelerinin ve duygularının alınacağı ifade edilmiştir. Lider, iş hayatı ile ailesi arasında ikilemde kalan bir kişiyi sunarak grup oturumuna devam etmiştir. Verilen örnekte, ailesi onun için çok değerli olan ve ailesine zaman ayırmak isteyen bir kişinin cazip bir iş teklifi alması vardır. Kişi, teklifi hiç düşünmeden kabul eder fakat teklifi kabul ettikten sonra kendi kendine düşünür. Bu işi kabul ettiğime göre artık aileme vakit ayıramayacağım, ailemle birlikte olamayacağım ama benim en önemli değerim ailem. Sizce burada kişi nasıl hisseder yani verdiği kararlar ya da yaptığı eylemlerle değerleri çelişirse nasıl hisseder? Sorusu üyelere yöneltilmiştir. Soruya ilk cevabı veren üyeler alkol kullanımı ile değerler arasındaki ilişkiyi kavramış ve ailenin kendileri için çok önemli olduğunu ifade ederek alkol kullanmanın aile yaşantılarındaki olumsuz etkilerinden bahsetmişlerdir.

Grup oturumunun başında verilen örneğin grup üyelerince anlaşıldığına ilişkin geri bildiriminden sonra değerler konusunu konuşmaya devam edilmiş, grup üyelerine yaşamlarında onlar için en önemli olan değerlerini ifade etmeleri ve öncelik sırasına koymaları istenmiştir. Her bir grup üyesi kendi için önemli olan değerlerini sözel olarak ifade etmiştir. Bazı grup üyeleri kendi değerlerini kelimeye dökmekte zorlansa da ne demek istediklerini lider ve diğer grup üyeleri anlayabilmiştir. Değerlerini tam olarak ifade edemeyen grup üyeleri diğer grup üyeleri tarafından anlayışla karşılanmış ve desteklenmeye çalışılmıştır. Değerler konusunda dikkat çeken yön her bir üyenin birbirinden çok farklı değerleri öne sürmüş olmasıdır.

Grup üyelerinin çoğunluğu 'aile' üzerinde görüş birliği yaparak ailenin ortak bir değer olduğunu kabul etmiştir. Aile değeri grup üyelerince karşılıklı paylaşım yapmak, ortak karar verebilmek, güven ortamı, olmadığında hiç bir şey olmaz ifadeleri ile tanımlanmıştır. Ayrıca grup üyelerinin bazıları aile değerini tanımlarken ailelerin kendilerine güven duymalarını istediklerini de dile getirmişlerdir. Grup üyelerinin bazıları güç değerini öncelikli değerlerinden biri olarak sıralamışlar ve gücü kendi ayaklarının üzerinde durmak, kimseye muhtaç olmamak şeklinde tanımlamışlardır. Özgürlük değeri ise düşünce ve duygularını özgürce ifade etmek, özgürce karar alabilmek şeklinde ifade edilmiştir. Grup üyeleri yaşamlarında onlar için önemli olan diğer değerleri iç huzur, maneviyat, sadakat, dürüstlük ve adalet olarak sıralamışlardır. Grup üyelerince iç huzur, can sıkıntısının olamaması olarak, maneviyat huzurlu olma, dini vecibeleri yerine getirme, sadakat birine bağlı olma, dürüstlük kimseyi aldatmama, adalet herkese eşit davranmak, şefkat birilerine yardımcı olma, kimseye zarar vermeme, özgüven biri işi yapabilme olarak ifade edilmiştir.

Grup üyelerinin önem verdikleri değerleri sıralamasından sonra lider, grup üyelerinden alkol kullanımı ile eğer değerleri çelişiyorsa ortaya çıkan çelişkinin ne gibi tepkiler ve duygular doğurduğunu ifade etmelerini istemiştir. Değişim konuşması yapan grup üyeleri alkol kullanma davranışlarının aile değerini olumsuz etkilediğini, ailenin tamamen dağıldığını, aile üyelerine karşı zaman zaman sözel ve fiziksel şiddet uyguladıklarını, ailelerine karşı sorumluluklarını yerine getiremediklerini, aileye üyeleriyle yeterince vakit geçiremediklerini ifade etmişlerdir. Alkol kullanma davranışları ile aile değerinin çeliştiğini ifade eden grup üyeleri pişmanlık, suçluluk, utanma gibi duygular yaşadıklarını da zaman zaman dile getirmişlerdir. Öncelikli değeri güç olan ve değişim konuşması yapan bazı üyeler ise alkol kullanmanın güçlerini düşürdüğünü, çalışamaz ve üretmez hale geldiklerini ve bu burumun kendilerinde üzüntü ve kendilerine acıma hissi yarattığını söylemişlerdir. Dürüstlük değeri ile alkol kullanma davranışları arasındaki çelişki değerlendiren bazı grup üyeleri ise alkol kullanmanın kendilerini dürüstlükten uzaklaştırdığını, sürekli yalan söylediklerini ve verdikleri sözleri yerine getirmediklerini söylemişlerdir. Grup üyelerinin bazıları alkol kullanmanın özgüven değerini olumsuz yönde etkilediğini bir konuda karar alamamalarına, bir işe başlayacaklarında işi başarabilme konusunda tereddüt içinde olmalarına bağlamışlardır. Alkol kullanımı nedeniyle özgüven kaybı yaşayan üyeler

yetersizlik, güvensizlik ve umutsuzluk gibi duygular yaşadıklarını ifade etmişlerdir. Özgürlük değerini öncelikli değerleri arasında sıralayan ve değişim konuşması yapan grup üyelerinin bazıları alkol kullanımının özgürlüklerini yok ettiği, özgürce karar alamadıklarını ve özgürce yapmak istediklerini yapamadıklarını dile getirmişlerdir. Bazı grup üyeleri ise alkol almalarının maneviyatlarını olumsuz yönde etkilediğini dini vecibelerini istemelerine rağmen yerine getiremediklerini ve bu durumun onlarda huzursuzluk duygusu uyandırdığını ifade etmişlerdir.

Grup üyelerin çoğu alkol kullanmanın kendileri için önemli olan değerlerle çeliştiğini ve bu durumun kendilerinde rahatsızlık, yetersizlik, suçluluk, pişmanlık duygusu gibi çeşitli duyguları uyandırdığını ifade ederken bazı grup üyeleri ise alkol kullanma davranışının değerlerini etkilemediğini hatta bazı grup üyeleri ise alkol kullanmanın değerlerini daha da pekiştirdiğini ifade etmiştir. Direnç konuşması yapan grup üyelerinin bazıları alkol kullanırken de ailelerine karşı saygısızlık yapmadıklarını, onları ihmal etmediklerini, sözel veya fiziksel şiddet uygulamadıklarını dile getirmişlerdir. Direnç konuşması yapan bazı grup üyeleri ise alkol aldıklarında kendilerini daha özgür hissettiklerini, dünyayı daha canlı gördüklerini ifade etmişlerdir. Bazı grup üyeleri ise alkol kullanma davranışlarının dürüstlük ve adalet değerlerini etkilemediğini ileri sürmüşler ve hatta alkol aldıklarında çok daha şefkatli ve yardımsever olduklarını dile getirmişlerdir.

Grup oturumunun sonunda üyelere gelecek haftaki son oturumda değerlerini destekleyen davranışlarının konuşulacağı söylenmiş ve son değerlendirme alıştırmalarını üyelere yapmaları istenmiş ve yapacakları vizyon ödevi hakkında üyelere bilgi verilmiştir. Vizyon ödevinde üyelere 3-6 ay içerisinde gerçekleştirmeyi umdukları değişim veya gelişmeleri tanımlayan birkaç paragraf yazı yazmaları istenmiştir. Lider tarafından üyelere vizyon ödevini yazarken gerçekleştirmek istedikleri şeylerin ulaşılabilir şeyler olması yönünde grup üyelerinin izni alınarak tavsiyede bulunulmuştur.

Değerlendirme:

Değerler temasının işlendiği bu oturum, motivasyonel grubun “biz kimiz ve amacımız ne” sorusunun cevabının verildiği oturum olarak değerlendirilmiş ve grup üyelerinin alkol kullanma davranışı ve öncelikli olan değerleri arasındaki çelişki arttırılmaya

çalışılarak grup üyelerinde farkındalık yaratılmaya çalışılmıştır. Bu oturuma katılan üyelerin çoğunluğu alkol kullanma davranışları ile öncelikli değerlerinin çeliştiğini dürüstçe ifade ederek değişim konuşmaları yapmışlardır. Olmak istedikleri kişi ile oldukları kişi arasındaki farkı daha iyi görebilmişlerdir. Bazı grup üyeleri ise alkol kullanmanın değerlerini etkilemediğini hatta pekiştirdiğini öne sürerek direnç konuşması yapmışlardır. Bu durum bazı grup üyelerinin tepkisi ile karşılaşmış ve zaman zaman liderin grup kurallarını üyelere hatırlatması ve değişim sorumluluğunun bireye ait olduğu vurgusuyla çatışma çözümlenmiştir.

Bu oturumun en belirgin özelliği değişim konuşması yapan grup üyelerinin belir bir amaç ve yöne doğru içsel motivasyon oluşturması olarak gözlenmiştir. Kendi değerlerinin farkına varan grup üyeleri alkol kullanma davranışlarını değerlendirmede kayda değer bir ölçüde güç kazanmışlardır.

Grup Oturumu 5

Grubun son oturumu grup üyelerine son bir hafta içerisinde değerlerini destekleyen hangi davranışları yapabildiklerinin sorulmasıyla başlamıştır. Grup üyelerinin çoğu aileleriyle daha fazla vakit geçirdiklerini, bazıları ise alkol almadıkları için yalan söylemediklerini ve bu nedenle dürüst bir şekilde davrandıklarını ifade etmişlerdir. Sağlığı önemli bir değer olarak gören grup üyeleri ise kendi sağlıkları için sabah erken kalkma, yürüyüş yapma gibi etkinlikler yaptıklarını söylemişlerdir. Bazı grup üyeleri ise ibadetlerini yerine getirmenin huzuru içinde olduklarını ifade etmiştir. Grup oturumu daha sonra son değerlendirme alıştırmalarıyla devam etmiştir.

Son değerlendirme alıştırmalarının ilki grup üyelerine değişimin tekerinin hangi evresinde olduklarının sorulmasıyla başlamıştır. Grup üyelerinin çoğunluğu kendini ilk grup toplantısındaki değişim evresinden daha ileri bir evrede tanımlamıştır. Örneğin grubun ilk toplantısında kendilerini niyet döneminde tanımlayan grup üyeleri son oturumda kendilerini eylem aşamasında olarak tanımlamışlardır. Sonrasında önem ve güven derecelendirme soruları ile grup oturumuna devam edilmiştir. Grup üyelerinin “alkolü bırakmak sizin için ne kadar önemli ve alkolü bırakma konusunda kendinize ne kadar güveniyorsunuz?” sorusuna verdikleri yanıtlar değerlendirildiğinde üyelerin grubun ilk oturumuna göre daha yüksek bir derecelendirme yaptığı görülmüştür. Grup üyelerinin alkol kullanmaları nedeniyle yaşamlarında en çok etkilendikleri alanları

önem derecesine göre ifade etmeleri istenerek grup süreci devam etmiştir. Grup üyelerinin çoğunluğu ilk oturumda söyledikleri alanları bu oturumda da tekrar etmişlerdir. Bu değerlendirme alıştırmalarının alkol kullanma sıklığı ve miktarını azaltan, ayıklığını sürdürme konusunda kararlı olan grup üyeleri için alkol kullanma isteği geldiği zaman alkolü neden bıraktıklarını ya da azalttıklarını kendilerine tekrar hatırlatmaları gerektiği konusunda önemli olduğu düşünülmüştür ve grup üyeleriyle paylaşılmıştır.

Grubun son oturumu üyelere grup sürecini ve grup liderini değerlendirmeleri istenerek devam etmiştir. Grup üyelerinin çok büyük bir kısmı grup süreci ve grup lideri ile ilgili olumlu geribildirimler vermişlerdir. Üyeler motivasyon odaklı grubun olumlu özelliklerini “kendimi tanımama ve ifade etmeme yardımcı oldu”, “başarabileceğime inancım ve kendime ilişkin güvenim arttı”, “değerli olduğumu hissettirdi” şeklinde ifade etmişlerdir. Üyeler, grup liderini ise kendilerini anlayan, değerli hissettiren, kabul edici ve güven verici olarak nitelendirmiştir. Sonrasında lider üyelerin her birinden izin alarak vizyon ödevlerini yüksek sesle okumalarını, liderle ve diğer grup üyeleriyle paylaşmalarını istemiştir. Üyelerin çoğu vizyon ödevlerini yazarak gruba gelirken üyelerin bazıları ise vizyon ödevini tamamlamadan gruba katılmışlardır. Vizyon ödevini tamamlamayan grup üyeleri geleceğe ilişkin yapmak istediklerini sözel olarak paylaşmışlardır. Vizyon ödevlerinin içeriğinde her bir grup üyesinin aileyle daha fazla vakit geçirmek, işe girmek, boş zamanlarını değerlendirmek, alkolü belirli bir zaman aralığında bırakabilmek gibi alkolsüz yaşama dair kendileriyle ilgili gerçekleştirmek istedikleri şeyler yer almaktaydı.

5. oturumla birlikte grupla motivasyonel görüşmeye dayalı sosyal hizmet uygulaması sonlandırılmıştır. Daha öncesinde yatarak tedavi olan ve grup çalışmalarına katılan grup üyelerinin çoğunluğu motivasyon odaklı grubun katıldıkları önceki grup çalışmalarına göre kendilerini ifade etmelerinde, diğer üyelere öğrenebilmelerinde, rahatlamalarında, anlaşıldıkları duygusunu yaşamalarında ve alkolü bırakmayı başarabileceklerine ilişkin güvenlerinin artmasında etkili olduğunu ifade etmişlerdir. Grup lideri, grup üyelerine grubun sonlanmasıyla ilgili duygu ve düşüncelerini ifade ederek grup üyelerine model olmuş ve sonrasında grup üyeleri de grubun sonlanmasıyla ilgili duygularını ve düşüncelerini ifade etmişlerdir. Grup üyelerinin bazıları grup sonlansa da liderle ve diğer grup üyeleri iletişim halinde olacaklarını ifade etmişlerdir.

Değerlendirme:

Grup üyelerinin çoğunda 3. grup oturumunda belirgin bir şekilde başlayan değişim konuşmaları son oturumda da devam etmiştir. Grup üyelerinin çoğu alkol bırakmanın önemli olduğunu görmekte ve alkolü bırakabileceklerine dair kendilerine güvenmektedirler. Grup üyelerinin küçük bir kısmında değişime karşı direncin olduğu ve bazılarında ise değişim ikilemi yaşadıkları gözlenmiştir. Ayrıca grup üyelerinin değerlendirme alıştırmalarında birleştiği ortak nokta ise bu alıştırmaların kendilerine ilişkin farkındalık kazandırmasıydı.

Grup üyeleri verilen ödevleri yapma (değerlendirme alıştırmaları) ve gruba hazırlıklı gelme konusunda çoğunlukla isteksiz davranırken son oturumda vizyon ödevini daha fazla grup üyesi tamamlamış ve grup ortamında diğer üyelerle ve liderle isteklilik içinde paylaşmışlardır. Vizyon ödevi danışanların değişimin mümkün olduğuna ilişkin iyimserliklerini arttırmada bir araç olduğu düşünülmüştür.

Grubu tamamlayan üyelerin motivasyon odaklı grup hakkındaki “kendimi tanımama ve ifade etmeme yardımcı oldu”, “başarabileceğime inancım ve kendime ilişkin güvenim arttı”, “değerli olduğumu hissettirdi” ifadeleri ve grup liderini kendilerini anlayan, değerli hissettiren, kabul edici ve güven verici olarak nitelendirmeleri grubun motivasyonel görüşmenin ruhuna, yöntem ve tekniklerine uygun olarak gerçekleştiğini somut bir biçimde ortaya koymuştur. Motivasyonel görüşmeye dayalı grupla sosyal hizmet uygulaması grubunu tamamlayan üyelerin tedavi motivasyonunun ve öz yeterliklerinin artmasında, alkol kullanım sıklık ve miktarlarının azalmasında ve bazı üyelerin ayıklıklarının sağlanmasında etkili olduğu görülmüştür.

2.7. ARAŞTIRMANIN ETİK ÇERÇEVESİ

Etik kurul onayı: Bu araştırma için Hacettepe Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu tarafından araştırma izni (Ek. 5) alınmıştır.

Bilgilendirilmiş onam: Gerek deney grubu gerekse kontrol grubuna alınan tüm hastalara araştırmanın amacı, kapsamı ve hangi uygulamaların yapılacağı konusunda bilgi verilmiş, araştırmaya gönüllü olarak katıldıklarını beyan eden onamları (Ek 1) alınmıştır.

Tanık bulundurma ve süpervizyon: Tüm grup oturumlarına motivasyonel görüşme eğitimi almış klinik deneyimi olan ve araştırmanın yapıldığı klinikte görevli bir psikolog ve bir sosyal hizmet uzmanı “tanık” statüsü ile katılmış, bu uzmanlar grup sürecini ve liderini değerlendirmiştir. Araştırmacının süpervizörlüğünü ise bu çalışmanın tez izleme komitesinde yer alan psikiyatri kökenli bir öğretim üyesi üstlenmiştir.

Gizlilik ve mahremiyet: Araştırmadan elde edilen tüm verilerin gizliliğinin sağlanması konusunda araştırmaya katılan hastalara teminat verilmiş ve titizlikle buna uyulmuştur. Üyelere kendilerini grup uygulaması boyunca güvende hissetmeleri için şahsi bilgilerinin gizli tutulacağı bireysel görüşmelerde ve grubun ilk oturumunda açıklanmıştır. Etik hassasiyetler sebebiyle araştırmaya dahil olan bireylerin isimleri gizli tutulmuş ve katılımcıların hepsine araştırmacı tarafından farklı kodlar verilmiştir.

Araştırmacının konumu ve yetkinliği: Araştırmacı bağımlılık alanında 16 yıl klinik sosyal hizmet uzmanı olarak çalışmaktadır. Araştırmacı aynı zamanda AMATEM’de görev yapmakta olup, AMATEM’de grup çalışmalarını yürütmektedir. Araştırmacı, araştırma sürecine başlamadan önce motivasyonel görüşme tekniğinin geliştiricisi olan Miller ve Rollnick’den eğitici eğitimi almış deneyimli bir psikiyatristten 2017 yılı içerisinde farklı tarihlerde 2 tam gün motivasyonel görüşme eğitimi almıştır.

3. BÖLÜM

BULGULAR ve YORUM

Bu bölümde, araştırmadan elde edilen bulgulara ve yorumlara üç alt bölüm içerisinde yer verilmektedir. İlk olarak deney ve kontrol grubunun sosyo-demografik ve klinik özellikleri üzerinde durulmaktadır. İkinci alt bölümde deney ve kontrol grubunun motivasyonel görüşmeye dayalı gruba sosyal hizmet uygulaması öncesine, üçüncü alt bölümde ise uygulama sonrasına ilişkin bulgular ele alınmakta ve bu bulgular literatür desteği ile tartışılmaktadır.

3.1. DENEY VE KONTROL GRUPLARININ SOSYO-DEMOGRAFİK VE KLİNİK ÖZELLİKLERİNE İLİŞKİN BULGULAR

3.1.1. Cinsiyet

Araştırmaya katılan 16'sı deney, 16'sı kontrol grubundaki 32 hastanın tamamı araştırmaya dâhil edilme kriterlerinden biri olan cinsiyet kriterine uygun olarak erkek hastalardan oluşmaktadır. Alkol kullanım bozukluklarında kullanılan tanı kriterlerinde cinsiyet farklılığı olmamakla birlikte yapılan araştırmalar, alkol kullanım bozukluğunda erkek ve kadın cinsiyetleri arasında önemli farklılıkların olduğunu ortaya koymaktadır (Agabio ve diğerleri, 2017). Bu sebeple erkek alkol bağımlısı bireylerin sayıca fazla olması alkol bağımlılığını daha çok erkeklere özgü bir sorun olarak göstermekte, dolayısıyla tedavi ve önleme programı da erkekleri öncelemektedir (Ögel, 2017).

Dünya Sağlık Örgütü'nün 2018 verilerine göre ülkemizde alkol bağımlılığı tahmini oranı erkeklerde (%1,7), kadınlara (%0,7) göre daha yüksektir (WHO, 2018). Nitekim literatüre yansıyan araştırmaların (Asan ve diğerleri, 2015; Karaağaç ve diğerleri, 2017; Mutlu ve Sarıkaya, 2019) bulguları ülkemizde alkol kullanım bozukluğunda ezici çoğunluğu erkeklerin oluşturduğunu belirtmektedir. Yapılan araştırmalarda ayrıca Türkiye'de erkek hastalarda alkol bağımlısı olan kadın hastalara göre yasal sorunlarla karşılaşma, alkol etkisindeyken risk alıcı ve zarar verici davranışlarda bulunma ve cezaevine girme yaşantısının daha yüksek olduğu bulgusuna ulaşılmıştır (Evren ve diğerleri, 2003).

3.1.2. Yaş

Tablo 4. Deney ve Kontrol Grubu Üyelerinin Yaş Durumları

YAŞ	DENEY GRUBU		KONTROL GRUBU	
	Sayı	%	Sayı	%
28-39	6	37,5	1	6,3
40-51	4	25,0	8	50,0
52-64	6	37,5	7	43,7
Toplam	16	100,0	16	100,0

Deney grubu üyelerinin 6'sı (%37,5) 28-39 ve 52-64 yaşları arası katılımcılardan oluşmaktadır. Deney grubunun geriye kalan 4 üyesi (%25) 40-50 yaşları arasındadır. Kontrol grubunun yarısı (8 kişi) 40-50 yaşları arasındadır. Kontrol grubunun 7 üyesi (%43,7) 51-64 yaşları arasında iken yalnızca 1 üyesi (% 6,3) 28-39 yaşları arasındadır. Deney ve kontrol grubu üyelerinin tamamı dikkate alındığında, en az üyenin 28-39 yaş aralığında olduğu görülmektedir. Deney grubunun en küçük yaşta olan katılımcısı 28 yaşında en büyüğü ise 62 yaşındadır. Buna karşılık, kontrol grubunun en küçük yaşta olan katılımcısı 30 yaşında en büyüğü ise 64 yaşındadır. Deney grubunun yaş ortalaması 44,81 iken kontrol grubunun yaş ortalaması 50,25'tir.

Bu araştırmada olduğu gibi alkol bağımlısı bireyler üzerinde yapılan araştırmalarda; alkol bağımlılarının yaş ortalamasının yüksek olduğu görülmektedir. Alkol kullanım sorunu olan ve yatarak tedaviye alınan 47 erkek hasta üzerine yapılan bir çalışmada hastaların yaş ortalaması 42,2 olarak bulunmuştur (İnce ve diğerleri, 2002). DSM IV'e göre alkol bağımlısı olan ve yatarak tedavi alan 30 kişi üzerinde gerçekleştirilen başka bir çalışmada ise hastaların yaş ortalaması 40. 67 olarak bulunmuştur (Evren ve Ögel, 2003). Demirbaş ve diğerleri (2004) tarafından yatarak tedavi gören 96 alkol bağımlısı hasta üzerine yapılan çalışmada ise hastaların yaş ortalaması 43,53'tür. Bulut ve diğerleri alkol ve madde bağımlısı olan 126 hasta üzerinde yaptıkları bir çalışmada, alkol bağımlılığı olan hastaların yaş ortalamasının madde bağımlılığı olan hastalara göre

$p < 0.001$ düzeyinde anlamlı olarak yüksek olduğu bulgusuna ulaşmışlardır (Bulut ve diğerleri, 2006).

Alkol bağımlılarının yaş ortalamasının yüksek oluşu, alkol bağımlılığının oluşmasının zaman almasıyla ilişkilendirilmektedir. Örneğin alkol bağımlılığı nedeniyle yatarak tedavi alan 25 kişi üzerinde yapılan bir çalışmada ilk alkol kullanımından sonra bağımlılığın ortaya çıkmasının 8.2 yıl sürdüğü ve bireyin tedaviye başvurusunun ise 17 yıl sonra olduğu ifade edilmiştir (Kalyoncu ve diğerleri, 1999). Alkol bağımlılığı, yüksek miktarda alkol kullanımına bağlı olarak yıllar içinde ortaya çıkmaktadır (Doğan, 2018). Bunun ileri sürülen en önemli gerekçesi alkolün toplum tarafından alkol dışı maddelere göre daha kabul edilebilir olmasına bağlı olarak bireylerin tedaviye daha ileri yaşlarda başvurmalarıyla ilişkilidir (Evren ve Çakmak, 2001).

3.1.3. Öğrenim Durumu

Tablo 5’de görüleceği gibi deney grubu üyeleri içerisinde sırasıyla lise mezunu (7 kişi, %43,8) ve ilkokul mezunu (6 kişi, %37,5) yoğunluktadır. Kontrol grubunda ise yerleri değişmiş olsa da ilkokul mezunu (7 kişi, %43,8) ve lise mezunu (4 kişi, %25,0) olan daha fazladır. Kontrol grubunda 3 (%18,8), deney grubunda ise 2 (%12,5) üniversite mezunu üye bulunmaktadır. Her iki grupta da üniversite ve ortaokul mezunu olan katılımcıların sayısı lise ve ilkokul mezunu olanlara göre daha düşüktür.

Tablo 5. Deney ve Kontrol Grubu Üyelerinin Öğrenim Durumları

ÖĞRENİM DURUMU	DENEY GRUBU		KONTROL GRUBU	
	Sayı	%	Sayı	%
İlkokul Mezunu	6	37,5	7	43,8
Ortaokul Mezunu	1	6,3	2	12,5
Lise Mezunu	7	43,8	4	25,0
Üniversite Mezunu	2	12,5	3	18,8
Toplam	16	100,0	16	100,0

Evren ve diğ erleri (2003), İstanbul Bakırköy AMATEM kliniğ inde alkol kullanım bozukluğ u nedeniyle yatarak tedavi gören 3735 erkek hasta üzerinde yaptıkları araştırmada; mevcut çalışmaya benzer şekilde hastaların çoğ unluğ unun ilkokul (%45,7) ve lise (%21,7) mezunu olduğ u bulgusuna ulaşılmışlardır. Bilici ve diğ erlerinin (2012) Elazığ Ruh Sağlığ ı ve Hastalıkları Hastanesi AMATEM kliniğ inde alkol ve madde kullanım bozukluğ u nedeniyle yatarak tedavi gören 258 erkek hasta üzerinde yaptıkları bir diğ er araştırmada hastaların çoğ unluğ unun ilköğ retim (%47,7) ve ortaokul (%25,6) mezunu olduğ u belirlenmiştir. Gaziantep Üniversites i Tıp Fakültesi Hastanesi Psikiyatri Anabilim Dalı Alkol ve Madde Kullanım Bozuklukları Birimi'nde tedavi gören 126 hasta üzerinde yapılan başka bir çalışmada ise araştırmaya katılan hastaların %40,5'inin eđ itimsiz ve ilkokul mezunu olduğ u bulgusuna ulaşılmıştır (Bulut ve diğ erleri, 2006).

Madde kullanım bozuklukları boşlukta oluşmamakta ve bu nedenle de sosyal ve çevresel faktörler bireyleri ya da toplumun tümünü etkileyerek madde kullanım bozukluklarının oluşumunda önemli bir rol oynamaktadır. Bağ ımlılığ ın gelişiminde etkili olan sosyal çevresel faktörlerden biri de eđ itimi sürdürme ve meslek edinmedeki eksikliklerdir (Cavailoa, 2009, 840). Araştırma bulguları, erken yaşlarda başlayan alkol ve madde kullanımının bireylerde akademik başarının düş mesine ve eđ itimin kesintiye uğ ramasına neden olduğ unu ortaya koymaktadır (Çiftçi, 2019).

3. 1.4. Medeni Durum

Tablo 6. Deney ve Kontrol Grubu Üyelerinin Medeni Durumları

MEDENİ DURUM	DENEY GRUBU		KONTROL GRUBU	
	Sayı	%	Sayı	%
Evli	10	62,5	10	62,5
Bekar	1	6,3	2	12,5
Boşanmış	5	31,3	4	25,0
Toplam	16	100,0	16	100,0

Tablo 6 incelendiğinde araştırmaya katılan deney ve kontrol grubundaki üyelerin çoğunluğunun (10 kişi, %62,5) evli olduğu görülmektedir. Bekar olanlar hem deney grubunda (1 kişi, %6,3) hem de kontrol grubunda (2 kişi, %12,5) azınlıkta kalmıştır. Deney grubunda 5 (%31,3), kontrol grubunda ise 4 (%25,0) boşanmış üye bulunmaktadır.

Bu araştırmada hastaların büyük bir kısmının evli olması yönünde ortaya çıkan bulgu diğer araştırma bulgularını desteklemektedir. Örneğin 2007-2015 yılları arasında Kayseri Eğitim ve Araştırma Hastanesi AMATEM’de yatarak tedavi alan 367’si alkol bağımlısı 1222 hasta ile yapılan çalışmada alkol bağımlısı hastaların 258’i (%70,3) evli, 94’ü (%25,6) bekar ve 15’i (%4,1) boşanmıştır. Araştırma sonucuna göre alkol bağımlısı hastalarda evli olma oranı diğer bağımlılık türlerine göre anlamlı olarak yüksek bulunmuştur (Karaağaç ve diğerleri, 2017). 67’si alkol bağımlısı 126 bağımlı hasta üzerine yapılan başka bir çalışmada da hastaların 49’u (%83,1) evli, 10’u (%16,9) ise bekadır (Bulut ve diğerleri, 2006).

Alkol bağımlıları arasında evli olanların oranı iki araştırmada alkol dışı bağımlılığı olanlara göre anlamlı ölçüde yüksek bulunmuştur. Mevcut çalışmada boşanma oranı ise diğer araştırmalara göre daha yüksek bulunmuştur. Aile hastalığı olarak tanımlanan bağımlılık yalnızca alkol bağımlısı bireyi değil onun içinde yaşadığı aile sistemini bile olumsuz yönde etkilemekte, aile içi roller değişmekte ve aile bireyleri pek çok olumsuzlukla baş etmek durumunda kalmaktadır (Kahyaoğlu, 2019, Doğan, 2018). Alkol bağımlılığı çok sayıda sorunla birlikte aile içi çatışmaya, boşanmaya ve ayrı yaşama da neden olmaktadır (Ünal, 1991).

3.1.5. Meslek

Araştırmaya katılan ve deney ve kontrol grubu üyelerinin mesleklere göre dağılımlarına ilişkin Tablo 7’deki veriler incelendiğinde işçi olanların sayısının diğer meslek gruplarına göre fazla olduğu görülmektedir. İşçi olanların sayısı deney grubunda 6 kişi (% 31,3), kontrol grubunda ise 5 kişidir (% 31,3). Ayrıca işsizlik deney ve kontrol grubu üyelerinde önemli oranda fazladır. Deney grubu üyelerinin 5 kişisi (% 31,3), kontrol grubu üyelerinin ise 4’ü (% 25) işsizdir. Esnaf olanlar deney grubunda 2 kişi (% 12,5), kontrol grubunda ise 4 kişidir (% 25). Memur olanlar ise deney grubunda 1 kişi (% 6,3),

kontrol grubunda ise 2 kişidir (% 12,5). Deney ve kontrol grubunda emekli olanlar 1 kişi (% 6,3) olup, deney grubu üyelerinden 1 kişi (% 6,3) mühendistir.

Tablo 7. Deney ve Kontrol Grubu Üyelerinin Meslek Durumu

MESLEK	DENEY GRUBU		KONTROL GRUBU	
	Sayı	%	Sayı	%
İşsiz	5	31,3	4	25,0
İşçi	6	37,5	5	31,3
Esnaf	2	12,5	4	25,0
Memur	1	6,3	2	12,5
Emekli	1	6,3	1	6,3
Mühendis	1	6,3	-	0
Toplam	16	100,0	16	100,0

Tablo 7’den deney ve kontrol grubu üyelerinin çoğunluğunu iş sahibi olamayan veya işçi olarak çalışanlar oluşturduğu sonucu orta çıkmaktadır. Nitelikli işlerde çalışan alkol bağımlısı sayısı oldukça azdır. Literatüre bakıldığında bulguların benzer olduğu görülecektir. Örneğin Bir AMATEM polikliniğine başvuran 302 hasta üzerinde yapılan çalışmada alkol ve madde kullanıcıları arasında işsizlik oranı %33,1 olarak bulunmuştur. Bu araştırma sonucuna göre işsizlik oranı alkol bağımlılarında madde bağımlılarına oranla daha düşüktür. Ayrıca bu çalışmada meslek grupları içerisinde en yüksek oranı %33,8 ile işçiler oluşturmaktadır (Asan ve diğerleri, 2015). Yatarak tedaviye alınan 47 erkek hasta üzerinde yapılan başka bir çalışmada da araştırmaya katılan hastaların 31’i (% 66,0) işçidir (İnce ve diğerleri, 2002). Kayseri Eğitim ve Araştırma Hastanesi AMATEM’de yatarak tedavi alan alkol bağımlısı hastalarla yapılan başka bir çalışmada araştırmaya katılan hastaların 155’inin (% 42,2) düzenli bir işi olmadığı bulunmuştur (Karaağaç ve diğerleri, 2017). Alkol bağımlısı bireylerin işsiz

olması ve çoğunlukla nitelik gerektirmeyen işlerde çalışması alkol kullanımının bireylerin iş yaşamında yarattığı olumsuz etki olarak değerlendirilebilir.

3.1.6. Gelir Durumu

Tablo 8’de deney ve kontrol gruplarına ait gelir dağılımı gösterilmiştir. Tablo 8 incelendiğinde deney ve kontrol gruplarında olan her 4 kişiden (%25) birinin düzenli bir gelirinin olmadığı görülmektedir. Deney grubunda sadece 1 kişi (%6,3), kontrol grubunda ise 3 kişi (%18,7) 4000 TL ve üzeri gelire sahiptir. Deney grubunun aylık ortalama geliri 2037, 50 TL’dir. Kontrol grubunun aylık ortalama geliri 2312,50 TL’dir. Gelir durumuna ilişkin bulgular, alkol bağımlısı hastaların çoğunlukla düşük gelire sahip olduklarını göstermektedir.

Tablo 8. Deney ve Kontrol Grubu Üyelerinin Gelir Durumları

GELİR (TL)	DENEY GRUBU		KONTROL GRUBU	
	Sayı	%	Sayı	%
Geliri Yok	4	25,0	4	25,0
1000-1999	2	12,4	1	6,3
2000-2999	5	31,3	5	31,3
3000-3999	4	25,2	3	18,7
4000 ve üzeri	1	6,3	3	18,7
Toplam	16	100,0	16	100,0

Alkol bağımlılarının gelir durumlarıyla ilgili literatüre bakıldığında benzer sonuçlara rastlanmaktadır. Örneğin Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi AMATEM Kliniği’nde ayaktan tedavi alan 302 hasta üzerinde yapılan bir çalışmada alkol bağımlısı hastaların % 63,6’sı 0-1550 TL, % 25’inin 1500-2500 TL, % 11,4’ünün ise 2500 TL aylık ortalama gelirinin olduğu ve alkol bağımlısı bireylerin aylık gelirlerinin madde kullanıcıları bireylerin aylık gelirlerine göre daha fazla olduğu sonucuna varılmıştır (Asan ve diğerleri, 2015). Bursa Alkol ve Madde Bağımlılığı Tedavi ve Eğitim Merkezi’nde

yatarak tedavi gören 434 alkol ve madde bağımlısı ile yapılan başka bir çalışmada ise hastaların 238'inin (% 54,8) 0-500 TL, 122'sinin (% 28,1) 500-100 TL, 67'sinin (%15,5) 1001-2000 TL, 7'sinin 2000 TL ve üzeri arasında aylık kişi başı gelirinin olduğu sonucuna ulaşılmıştır (Mutlu ve Sarıkaya, 2019). Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi AMATEM'de 141 alkol ve madde bağımlısı hastayla yapılan çalışmada hastaların aylık ortalama gelirlerinin 843.39 TL olduğu görülmüştür (Erbay ve diğerleri, 2016).

Gelir ve alkol kullanımını ele alan yurt dışı literatür incelendiğinde, yapılan çalışmalar arasında tutarlı sonuçların olmadığı görülmektedir. Bazı araştırmacılar düşük gelire sahip hanelerde alkol tüketiminin fazla olduğunu (Delva ve Kameoka, 1999), diğer yandan bazı araştırmacılar ise gelir düşüklüğü ile alkol kullanmama arasında yüksek oranda ilişkinin olduğunu ileri sürmüşlerdir (Hilton, 1991). Ülkemizde TÜİK'in 2003-2006 yılları arasında tüketim harcamaları anketlerinin verileri temel alınarak 52000 hane halkı üzerinde gerçekleştirilen bir çalışmada hane halkı aylık geliri yükseldikçe alkol tüketiminin de simetrik olarak yükseldiği sonucuna ulaşılmıştır (Aydın, 2011). DİE'nin 2003 yılı hane halkı verileri kullanılarak 8544 hane halkıyla yapılan başka bir çalışmada ise benzer şekilde gelir düzeyi arttıkça alkol tüketiminin de arttığı görülmüştür (Emeç ve Gülay, 2008).

3.1.7. Sosyal Güvence

Tablo 9. Deney ve Kontrol Grubu Üyelerinin Sosyal Güvence Durumları

SOSYAL GÜVENCE	DENEY GRUBU		KONTROL GRUBU	
	Sayı	%	Sayı	%
Sosyal Güvencesi Yok	1	6,3	2	12,5
SGK	7	43,8	6	37,5
BAĞ-KUR	3	18,8	4	25,0
Yeşil kart	5	31,3	4	25,0
Toplam	16	100,0	16	100,0

Deney grubunda Sosyal Güvenlik Kurumu'na (SGK) tabi olan üye sayısı 7 kişi (%43,8), kontrol grubunda ise 6 kişidir (%37,5). Deney ve kontrol grubundaki yeşil kartlı üyelerin sayısı sırasıyla 5 (%31,3) ve 4 (%25,0) kişidir. Deney grubunun %31,3'ü, kontrol grubunun ise %25'i yeşil kartlıdır. Deney grubunda 3 kişi (%18,8), kontrol grubunda ise 4 kişi (%25) Bağkur'ludur. Deney grubunda sosyal güvencesi olmayan 1 üye (%6,3), kontrol grubunda ise 2 üye (%12,5) bulunmaktadır. Tablo incelendiğinde araştırmaya katılan deney ve kontrol grubu hastalarının büyük bir kısmının sosyal güvenceye sahip olduğu görülmekle birlikte hem deney hem de kontrol grubunda bulunan üyelerin çoğunun yeşil kartlı olması dikkat çekicidir.

Elazığ Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi AMATEM'de yatarak tedavi edilen 258 erkek hasta üzerinde yapılan başka bir çalışmada da hastaların çoğunluğunun 71 kişininin (%27,5) yeşil kart güvencesine sahip oldukları bulunmuştur (Bilici ve diğerleri, 2012). Alkol ve madde kullanım bozukluğu nedeniyle tedavi olan 132 hasta üzerinde yapılan başka bir çalışmada ise hastaların 30'u (% 22,7) yeşil kartlıdır (Eren ve diğerleri, 2018). Bilindiği üzere Yeşil kart, ülkemizde 1992 yılından beri yoksul ve sosyal güvencesi olmayan bireylerin sağlık masraflarını karşılayan uygulamadır (Güvercin, 2004, s. 93). Hastaların önemli bir kısmının yeşil kart güvencesinde olması alkol ve madde kullanımının hastaların çalışma yaşamını ve ekonomik durumunu olumsuz yönde etkilediğini ortaya koymaktadır.

3.1.8. Birlikte Yaşanılan Kişiler

Tablo 10. Deney ve Kontrol Grubu Üyelerinin Birlikte Yaşadığı Kişiler

BİRLİKTE YAŞANILAN KİŞİLER	DENEY GRUBU		KONTROL GRUBU	
	Sayı	%	Sayı	%
Eşi ve çocukları	7	43,8	7	43,8
Eşi	3	18,8	2	12,5
Anne-baba	2	12,5	2	12,5
Yalnız	3	18,8	4	25,0
Kızı	1	6,3	1	6,3
Toplam	16	100,0	16	100,0

Araştırmaya katılan deney ve kontrol grubu üyelerinin neredeyse yarısı (7 kişi, %43,8) araştırmanın medeni duruma ilişkin bulgularıyla uyumlu olarak eşi ve çocuklarıyla birlikte yaşamaktadır. Yalnız yaşayanlar deney grubunda 3 kişi (% 18,8), kontrol grubunda ise 4 kişidir (% 25). Eşiyle yaşayan deney grubunda 3 kişi (% 18,8), kontrol grubunda ise 2 kişidir (%12,5). Anne ve babasıyla yaşayanlar hem deney hem de kontrol grubunda 2 kişidir (%12,5). Kızıyla yaşayanlar ise hem deney hem de kontrol grubunda 1 kişidir (% 6.3). Araştırma bulgularına göre araştırmaya katılan deney ve kontrol grubu hastalarının büyük bir kısmı yakın aile üyeleriyle beraber yaşamaktadır.

Yatarak tedavi gören 24 alkol bağımlısı hasta üzerinde yapılan bir çalışmada hastaların 21'i (%87,5) ailesiyle birlikte yaşamakta 3'ü (%12,5) ise yalnız yaşamaktadır (Kalyoncu ve diğerleri, 1999). Bakırköy Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi AMATEM'de yatarak tedavi olan 30 alkol bağımlısı hasta üzerinde yapılan bir çalışmada 23 hastanın (% 76,7) eş ve çocuklarıyla birlikte yaşadığı, 4 hastanın (% 13,3) anne ve babasıyla birlikte yaşadığı, 3 hastanın (% 10) ise yalnız yaşadığı sonucuna ulaşılmıştır (Evren ve Ögel, 2003). Mevcut çalışma bulguları diğer çalışma bulgularıyla uyumlu olup alkol bağımlısı hastaların büyük bir kısmının ailesi ile birlikte yaşadıkları görülmektedir. Sağlık Bakanlığı'nın 2013 senesinde yatarak tedavi olan alkol dışı madde kullanıcısı 7.897 hastaya ilişkin verileri incelendiğinde ise mevcut

çalışma ve alkol bağımlısı bireyler üzerinde yapılan diğer çalışmalara benzer şekilde büyük bir kısmının 6978 kişinin %96,05'inin aileleriyle birlikte yaşadıkları görülmektedir (TUBİM 2014, s.78).

Bağımlılık aile hastalığıdır ve alkol kullanımı yalnızca alkol kullanımı olan bireyi değil tüm aile üyelerini etkilemektedir (Brown ve Lewis, 2008). Alkol bağımlılığının aile üyeleri üzerindeki etkilerini inceleyen çalışmalar, aile üyelerinin psikolojik ve sosyal uyumunun azaldığı, alkol bağımlısı bireyle ilişkilerin azaldığı, aile içi şiddetin arttığı, aile bireyleri arasında daha fazla çatışma ve stresin yaşandığını ortaya koymaktadır (Murpy ve diğerleri, 2001; Montgomery ve Johnson, 1992).

Alkol kullanımının kronikleşen ileri evrelerinde bireyin sosyal yaşantısı bozulmakta ve sosyal destek sistemleri olumsuz yönde etkilenerek bireyde çaresizlik, yalnızlık ve yetersizlik gibi psikolojik sorunlar yaşamasına yol açmaktadır. Bu bağlamda alkol bağımlısı bireylerin tedavi sürecinde sosyal destek sistemlerinin güçlendirilmesi hastalarda nükslerin önlenmesi ve tedaviye uyumlar açısından önemli olmaktadır (Yıldırım ve diğerleri, 2011).

3.1.9. Alkolü İlk Kullanma Yaşı

Araştırmaya katılan alkol bağımlılarının alkolü ilk kullanma yaşları ile ilgili bulgular Tablo 11'de yer almaktadır.

Tablo 11. Deney ve Kontrol Grubu Üyelerinin Alkolü İlk Kullanma Yaşı

ALKOLÜ İLK KULLANIM YAŞI	DENEY GRUBU		KONTROL GRUBU	
	Sayı	%	Sayı	%
18 yaş altı	10	62,5	7	43,8
18 yaş ve üzeri	6	37,5	9	56,2
Toplam	16	100,0	16	100,0

Araştırmaya katılan hastaların alkolü ilk kullanma yaşlarına ilişkin tablo 11'de görülen bulgular incelendiğinde, deney grubunda kontrol grubuna göre 18 yaş altı ilk defa alkol

kullanımın daha yüksek olduğu görülmektedir. 18 yaş altında ilk defa alkol kullananların oranı deney grubunda 10 kişidir (%62,5), kontrol grubunda ise 7 kişidir (%43,8). 18 yaş ve üzeri ilk alkol kullananlar deney grubunda 6 kişi (% 37,5), kontrol grubunda ise 9 kişidir. Deney grubunun ilk alkol kullanımına başlama yaş ortalaması 18,5 kontrol grubunun ise 19,25'tir. Deney grubunun ilk alkol kullanımına başlayan üyesi en küçük 10 yaşında en büyüğü ise 42 yaşında alkol kullanmıştır. Kontrol grubunun ilk alkol kullanımına başlayan üyesi ise en küçük 15 yaşında en büyüğü ise 29 yaşında alkol kullanmıştır.

Evren ve diğerleri tarafından 3729 alkol bağımlısı erkek hastayla yapılan çalışmada erkek hastaların ilk alkol kullanımına başlama yaşı ortalaması 19 olarak bulunmuştur (Evren ve diğerleri, 2003). Alkol bağımlılığı tanısı almış 25 yatan hasta ile yapılan bir çalışmada ilk alkol kullanımına başlama yaş ortalaması 18,8'dir (Mırsal ve diğerleri, 2000). Bursa AMATEM'de yatarak tedavi alan 434 hasta üzerinde yapılan bir araştırmada ise araştırmaya katılanların %80'inin alkol ve madde kullanımına başlama yaşı 18 yaşın altındadır (Mutlu ve Sarıkaya, 2019). Mevcut araştırma ve literatür bulguları incelendiğinde alkol ve madde kullanımına başlama açısından ergenlik ve gençlik döneminin önemli olduğu görülmektedir. Maddeyle ilk tanışma genellikle ergenlik döneminde olmakta ve erken yaşta madde kullanımı madde ile ilişkili sorunların çoğalmasına neden olmaktadır. 15 yaşından önce alkol kullanımına başlayanların 21 yaşından sonra alkole başlayanlara göre alkol bağımlısı olma ihtimali 4-6 kat daha fazladır. Ailede ve arkadaş çevresinde madde kullanımının olması, ebeveynin çocuğu ihmal ve istismar etmesi, doğru olmayan çocuk yetiştirme tutumları, düşük okul başarısı ergenlerde madde kullanımı açısından risk faktörleridir. Ergenlerde madde kullanımı kaza, yaralanma ve ölümlere, okulu yarım bırakmaya, meslek edinmemeye ve gelişimsel kayıplara yol açmaktadır (Tamar, 2012; Çiftçi, 2019).

3.1.10. Kullanılan Alkollü İçeceğin Cinsi

Tablo 12'de deney ve kontrol grubu üyelerinin kullandıkları alkolün cinsine bakıldığında rakının daha fazla kullanıldığı görülmektedir. Deney grubu üyelerinin 8'i (%50), kontrol grubu üyelerinin ise 4'ü (%25) rakı kullanmaktadır. Her iki grubun ikinci sırasında çoklu kullanım göze çarpmaktadır. Deney grubunda rakı-bira-votka

kullanımı (%18,8), kontrol grubunda ise rakı-bira kullanımı (%25,0) ikinci sırada yer almıştır.

Tablo 12. Araştırmaya Katılan Hastaların Kullandığı Alkolün Cinsi

ALKOLLÜ İÇECEĞİN CİNSİ	DENEY GRUBU		KONTROL GRUBU	
	Sayı	%	Sayı	%
Rakı bira şarap kolonya	1	6,3	2	12,5
Rakı bira votka	3	18,8	2	12,5
Rakı	8	50,0	4	25,0
Bira	2	12,5	1	6,3
Bira rakı	1	6,3	4	25,0
Viski votka	1	6,3	3	18,8
Toplam	16	100,0	16	100,0

Bu araştırmanın bulguları katılımcıların kullandıkları alkollü içecek türünde rakının öne çıktığını göstermektedir. Bulgular literatüre yansıyan araştırmaların bulgularıyla benzerdir. Mırsal ve diğerleri tarafından yatarak tedavi alan alkol bağımlısı hastalar üzerinde yapılan bir çalışmada en çok içilen alkol cinsinin rakı (13 hasta, %52) olduğu bulgusuna ulaşılmıştır. Hastaların 6'sı (%24) votka, viski, cin, konyak kullanmakta, 5'i (%20) karışık, 1'i (%4) ise bira şarap kullanmaktadır (Mırsal ve diğerleri, 2000). Her iki araştırmanın bulguları incelendiğinde alkol bağımlısı hastaların en çok kullandıkları içki türünün rakı olduğu görülmektedir. Araştırmaya katılan erkek hastalar tarafından en çok rakının tercih edilmesinin nedeni rakının Türkiye'nin farklı bölgelerinde üretilen geleneksel ve ulusal bir içki olması (Anlı ve diğerleri, 2007) ve bazı araştırmacılara göre ise erkeklikle ve güçle ilişkilendirilmesi (Maden, 1991) olarak değerlendirilebilir.

3.1.11. Ek Psikiyatrik Tanı

Eş tanı, iki ya da daha fazla psikiyatrik hastalığın bir hastada aynı anda olması olarak tanımlanmaktadır. Alkol bağımlısı hastalar arasında yüksek oranda ek psikiyatrik

bozukluk bulunmaktadır (Sadock ve diğeri, 2016). Alkol ve madde kullanım bozukluğu olan hastaların yaklaşık üçte ikisinde anksiyete bozuklukları, duygu durum bozuklukları, psikotik bozukluklar, disosiyatif bozukluklar, dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu en sık görülen DSM-IV 1. Eksen ek tanılarıdır (Karadağ ve Uluğ, 2012). Tablo 13'e bakıldığında ek psikiyatrik tanı bakımından araştırmaya katılan hastalarda durumun farklılaştığı görülmektedir.

Tablo 13. Deney ve Kontrol Grubu Hastalarının Ek Psikiyatrik Tanı Alma Durumları

EK PSİKİYATRİK TANI	DENEY GRUBU		KONTROL GRUBU	
	Sayı	%	Sayı	%
Tanı Yok	13	81,3	13	81,3
Anksiyete Bozukluğu	2	12,5	3	18,7
Okb	1	6,3	-	-
Toplam	16	100,0	16	100,0

Tablo 13'de görüldüğü gibi deney ve kontrol guruplarında yer alan hastaların 13'ünde (% 81,38) psikiyatrik ek tanı bulunmazken 3 kişide (%18,7) psikiyatrik ek tanı vardır. Deney grubunun 2 üyesinde (% 12,5) anksiyete bozukluğu, 1 kişide (%6,3) ise obsesif kompulsif bozukluk mevcuttur. Kontrol grubu üyelerinin 3'ünde (%18,7) ise anksiyete bozukluğu ek tanısı vardır. Alkol ve madde kullanım bozukluğu olan 131 hastayla yapılan bir çalışmada hastaların 98'inin (%74,4) ek tanı almadığı, 19'unun (%14,5) majör depresif bozukluk, 7'sinin (%5,3) yaygın anksiyete bozukluğu, 3'ünün (%2,3) obsesif kompulsif bozukluk, 2'sinin (%1,5) şizofreni, 2'sinin (%1,5) bipolar bozukluk tanısı aldıkları bildirilmiştir (Çıray ve diğeri, 2018). Alkol bağımlılığı tanısı ile yatarak tedavi alan 47 erkek hasta ile gerçekleştirilen başka bir araştırmada 31 hastanın DSM-IV tanı kriterlerine göre eksen I ve eksen II tanısı aldığı bulunmuştur. Araştırma sonucuna göre en sık görülen ek tanı majör depresyondur. Major depresyon tanısı alan hasta sayısı 12'dir. Major depresyonu 5 hasta ile distimi izlemiştir. Kişilik bozukluğu ise 24 hastada saptanmıştır (İnce ve diğeri, 2002). Psikiyatrik ek tanıya ilişkin bu

araştırmadaki bulgular, psikiyatrik ek tanı alma yoğunluğu bakımından literatürdeki araştırma bulgularını desteklememektedir.

3.1.12. Ailede Alkol ve Madde Kullanımı

Alkol ve madde bağımlılığının oluşumunda göz önünde bulundurulması gereken konulardan biri de bağımlının aile çevresinde alkol ve/veya madde kullanımının olup olmamasıdır. Alkol bağımlısı ebeveyne sahip olan çocuklar genetik ve ailesel nedenlerle alkol ve diğer maddelere karşı savunmasız kalarak alkol veya madde bağımlısı olabilmektedir (Grant, 2000). Bağımlılıkta genetik geçişle ilgili yapılan çalışmalarda biyolojik ebeveynleri alkol kullanan çocukların biyolojik ebeveynleri alkol kullanmayan çocuklara göre alkol kullanım bozukluğu görülme sıklığının çok daha fazla olduğu görülmüştür (Yüncü ve Aydın, 2012, s.29). Aile üyelerinde alkol kullanım sorununun olması, aile üyelerinin sorunlarla baş etmede alkolü kullanması alkol ve ya maddenin diğer aile üyeleri tarafından erken yaşta başlanmasına ve kötüye kullanımına neden olmaktadır (Kahyaoğlu, 2019). Ayrıca ebeveynde alkol kullanımı aile işlevlerini önemli derecede etkilemekte, alkol kullanım bozukluğu olan ebeveynlerin çocukları istismar ve ihmal edilme riskini de içeren bir dizi bilişsel, duygusal ve davranışsal sorunlarla karşı karşıya kalmaktadır (Zeitlin, 1994).

Aile üyelerinde alkol kullanım sorununun olması, aile üyelerinin sorunlarla baş etmede alkolü kullanması alkolün diğer aile üyeleri tarafından erken yaşta başlanmasına ve kötüye kullanımına neden olmaktadır (Kahyaoğlu, 2019). Literatüre yansıyan bu bilgiler göz önünde bulundurularak araştırma kapsamında bu konu da ele alınmış, alkol bağımlılarının ailesinde alkol ve madde kullanımına ilişkin bulgulara Tablo 14'de gösterilmiştir.

Tablo 14. Deney ve Kontrol Grubu Hastalarının Ailesinde Alkol ve Alkol Dışı Madde Kullanım Durumu

AİLEDE ALKOL VE ALKOL DIŞI MADDE KULLANIMI	DENEY GRUBU		KONTROL GRUBU	
	Sayı	%	Sayı	%
Var	4	25	2	12,5
Yok	12	75	14	87,5
Toplam	16	100,0	16	100,0

Tablo 14 incelendiğinde gerek deney grubunda (12 kişi, %75) gerekse kontrol grubunda (%87,5) hastaların ailesinde alkol ve madde kullanan bulunmamaktadır. Buna karşılık deney grubunda 4 hastanın (%25), kontrol grubunda ise 2 hastanın (%12,5) ailesinde alkol veya madde kullanım öyküsü bulunmaktadır. Oysa literatüre yansıyan bilgiler farklı yöndedir. Örneğın İstanbul Bakırköy AMATEM kliniğında yatarak tedavi gören 30 alkol bağımlısı hasta üzerinde yapılan bir çalışmada hastaların 22'sinin (%73,3) birinci derece akrabalarında alkol kullanım öyküsü bulunmaktadır (Evren ve Ögel, 2003). Nüks nedeniyle tedaviye alınan 24 alkol bağımlısı hasta üzerinde yapılan başka bir çalışmada ise hastaların %54,2'sinin ailesinde alkol bağımlılığının olduğu bulgusuna ulaşılmıştır (Kalyoncu ve diğeri, 1999). Konuya ailesinde alkol ve madde bağımlısı olup olmadığı yönünden yaklaşılnca durum değıŐmektedir. Alkol bağımlısı hastaların ailesinde alkol bağımlısı bireyin olma oranı farklılık gösterebilmektedir. Örneğın alkol bağımlısı olan ve yatarak tedavi alan 280 kişi ile yapılan bir çalışmada hastaların 211'inin (%75,4) ailesinde alkol bağımlısı bireyin olmadığı bulgusuna ulaşılmıştır (Kalyoncu ve diğeri, 2003).

3.1.13. Deney ve Kontrol Grubu Hastalarının Yatarak Tedavi Olma Durumu

Deney grubunda ortalama yatarak tedavi olma sayısı 2,31 kontrol grubunda ise ortalama yatarak tedavi olma sayısı 1,25'tir. Deney grubunun ortalama yatarak tedavi olma sayısı kontrol grubuna göre daha yüksektir. Deney grubunda ve kontrol grubunda yatarak

tedavi olmayan üyeler olmakla birlikte deney grubu hastaları en fazla 8 kez, kontrol grubu hastaları ise en fazla 5 kez yatarak tedavi görmüşlerdir.

Konuya ilişkin literatürde kısmen benzerlik taşıyan şu araştırmalara rastlanmaktadır: Alkol ve madde bağımlısı 126 hasta üzerinde yapılan bir çalışmada hastaların % 51,2'si daha önce yatarak tedavi görmüştür. Daha önce yatarak tedavi gören alkol bağımlısı hastaların ortalama yatış sayısı 1.24'tür (Bulut ve diğerleri, 2006). Bursa AMATEM'de yatarak tedavi gören alkol ve madde bağımlısı 434 hastayla yapılan başka bir çalışmada ise hastaların 118'i (%43,3) daha öncesinde yatarak tedavi almıştır. Hastaların 370'i (% 85,3) bir sene içerisinde bir kez yatarak tedavi görmüş, 61'i (%14,1) iki kez yatarak tedavi görmüş, 3'ü (% 0,7) ise üç kez yatarak tedavi görmüştür (Mutlu ve Sarıkaya, 2019). Bu araştırma ve diğer araştırma sonuçları incelendiğinde madde bağımlılığının remisyon ve nükslerle giden doğasına uygun olarak alkol ve madde bağımlısı hastaların tekrarlı yatışlar yaptığı görülmektedir.

3.1.14. Ayaktan Gruplara Katılma Sayısı

Araştırma kapsamında deney ve kontrol grubu hastalarının ayaktan gruplara katılıp katılmadıkları öğrenilmek istenmiştir. Vinogradov ve Yalom'un (1996) belirttiği gibi Alkol kullanım bozukluğu olan hastalarla yapılan ayaktan gruplar, hastaların ayıklıklarını sürdürmelerini sağlamaya yardımcı olmayı, hastalar arasında AA üyeliğini teşvik etmeyi, hastalarda alkol kullanmaya alternatif yeni davranışlar bulmayı ve hastaların bir tedavi planını sürdürmelerini amaçlamaktadır. Bu araştırmadaki deney ve kontrol grubu hastalarının ayaktan gruplara katılma durumları Tablo 15'de gösterilmektedir.

Tablo 15. Deney ve Kontrol Grubu Hastalarının Ayaktan Gruplara Katılma Durumları

AYAKTAN GRUPLARA KATILMA SAYISI	DENEY GRUBU		KONTROL GRUBU	
	Sayı	%	Sayı	%
Katılım Yok	14	87,5	14	87,5
1 Kez ve üzeri	2	12,6	2	12,6
Toplam	16	100	16	100

Tablo 15’deki verilere göre araştırmaya katılan deney ve kontrol grubu hastalarının büyük bir kısmı (14 kişi, %87,5) daha öncesinde ayaktan gruplara katılmamıştır. Deney ve kontrol grubunda 2 kişi (%6,3) ise 1 kez ve üzeri ayaktan gruplara katılmışlardır. Deney grubu hastalarının ayaktan gruplara katılma sayısı ortalaması 2,31, kontrol grubu hastalarının ayaktan gruplara katılma sayısı ortalaması ise 1,25’tir. Deney grubu hastaları en fazla 8 kez, kontrol grubu hastaları ise en fazla 5 kez ayaktan gruplara katılmışlardır. Bu durumun ortaya çıkmasında araştırmanın yapıldığı kliniğin tedavi programında ayaktan hastalara yönelik grup terapisinin olmamasının da etkisi olduğu düşünülmektedir.

3.1.15. İlaç Tedavisi Alma Durumu

Alkol ve madde kullanım bozukluğu olan hastaların farmakolojik tedavi seçenekleri açısından değerlendirilmesi gerekmektedir. Alkol ve madde kullanım bozukluğu olan hastaların tedavisinde dünyada ve ülkemizde bağımlılığın gelişmesinde ve sürmesinde rol oynadığı bilinen nörolojik mekanizmalar dikkate alınarak geliştirilen onaylı ilaç tedavileri arındırma tedavisinde, iyileşmede ve nüksün önlenmesinde kullanılmaktadır (Uluğ, 2019; Bozkurt ve Evren, 2019). Bu araştırmada deney ve kontrol grubundaki hastaların ilaç tedavisi alma durumuna ilişkin bulgular Tablo 17’de sunulmuştur.

Tablo 16. Deney ve Kontrol Grubu Hastalarının İlaç Tedavisi Alma Durumu

İLAÇ TEDAVİSİ ALMA DURUMU	DENEY GRUBU		KONTROL GRUBU	
	Sayı	%	Sayı	%
Alıyor	15	93,8	15	93,8
Almıyor	1	6,3	1	6,3
Toplam	16	100,0	16	100,0

Araştırmaya katılan hastaların ilaç tedavisi alma durumlarına ilişkin bulgular incelendiğinde hem deney hem de kontrol grubuna katılan hastaların neredeyse tamamının (15 kişi, %93,8) ilaç tedavisi aldığı görülmektedir. Ortaya çıkan bu durum literatür bilgilerini destekler niteliktedir.

3.2. MOTİVASYONEL GÖRÜŞMEYE DAYALI GRUPLA SOSYAL HİZMET UYGULAMASI ÖNCESİNE İLİŞKİN BULGULAR

Bu bölümde, araştırmaya katılan deney ve kontrol grubu üyelerinin motivasyonel görüşmeye dayalı grupla sosyal hizmet uygulaması öncesine ilişkin sosyo-demografik özellikleri, öz yeterlikleri, tedavi motivasyonları, remisyon durumları, alkol kullanma sıklık ve miktarlarına ilişkin bulgulara yer verilecektir.

3.2.1. Uygulama Öncesi Sosyo-demografik Özellikler

Tablo 17 Deney ve Kontrol Grubu Hastalarının Müdahale Öncesi Yaş, Gelir Durumu ve İlk Alkol Kullanım Yaşının Karşılaştırılması

Değişkenler	Grup	Ortanca	Ort	SS	SH	U	z	p
Yaş	Deney	46,00	50,25	8,08	2,581	88,500	-1,491	,136
	Kontrol	49,50	44,81	10,32	2,020			
Gelir	Deney	2050,00	2312,50	1643,93	376,704	114,500	-,514	,607
	Kontrol	2500,00	2037,50	1506,82	410,982			
İlk Alkol Kullanım Yaşı	Deney	16,00	19,25	4,11	1,839	95,000	-1,257	,209
	Kontrol	19,00	18,50	7,36	1,027			

Tablo 17’de kontrol ve deney grubu hastalarının yaş, gelir ve ilk alkol kullanım yaşı değişkenlerine ilişkin bulgulara yer verilmektedir. Yapılan Man Whitney-U testi sonucunda yaş ($z=-1,491$; $p>0,05$), gelir ($z=-0,514$; $p>0,05$) ve ilk alkol kullanım yaşı ($z=-1,257$; $p>0,05$) değişkenlerinin gruplar bazında ortalama değerlerinin birbirine yakın olması nedeniyle farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı görülmüştür. Böylelikle, kontrol ve deney grubundaki kişilerin yaş, gelir ve ilk alkol yaşı kriterlerinde birbirine benzer özellikler gösterdiği görülmüştür.

Tablo 18 Deney ve Kontrol Grubu Hastalarının Müdahale Öncesi Medeni Durum, Öğrenim Durumu, Birlikte Yaşanılan Kişi ve Sosyal Güvence Durumuna Göre Karşılaştırılması

Değişkenler	Grup	Kontrol (n = 16)	Deney (n = 16)	p
Medeni Durum	Evli	10 (%62.5)	10 (%62.5)	0.801
	Bekar	2 (%12.5)	1 (%6.3)	
	Boşanmış	4 (%25)	5 (%31.3)	
Öğrenim Durumu	İlkokul	7 (%43.8)	6 (%37.5)	0.699
	Ortaokul	2 (%12.5)	1 (%6.3)	
	Lise	4 (%25)	7 (%43.8)	
	Üniversite	3 (%18.8)	2 (%12.5)	
Birlikte Yaşanılan Kişi	Eş ve çocuk	7 (%43.8)	7 (%43.8)	0.987
	Eşi	2 (%12.5)	3 (%18.8)	
	Anne-Baba	2 (%12.5)	2 (%12.5)	
	Kızı	1 (%6.3)	1 (%6.3)	
	Yalnız	4 (%25)	3 (%18.8)	
Sosyal Güvence	Sgk	6 (%37.5)	7 (%43.8)	0.882
	Bağkur	4 (%25)	3 (%18.8)	
	Yeşil Kart	4 (%25)	5 (%31.3)	
	Güvence Yok	2 (%12.5)	1 (%6.3)	

Uygulanan ki kare analiz sonucunda kontrol ve deney gruplarındaki bireylerin incelenen demografik değişkenler bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık yaratmadığı görülmüştür. ($p>0.05$) Medeni durum bazında kontrol ve deney grubundaki bireylerin %62.5'inin evli bireylerden oluşması, öğrenim durumu bazında, kontrol grubundaki bireylerin %43.8'i ilkokul, deney grubundaki bireylerin %43.8'i lise ve %37.5'inin ilkokul mezunlarından oluşması, birlikte yaşanılan kişi kriterine göre kontrol ve deney grubundaki bireylerin %43.8'inin eşi ve çocuğu ile yaşaması ve sosyal güvence bakımından kontrol grubundaki bireylerin %37.5 ve deney grubundaki bireylerin %43.8'inin sosyal güvencesinin ağırlıkta sgk olması nedeniyle gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı görülmüştür.

3.2.2. Uygulama Öncesi Öz Etkililik Yeterlik Durumu

Tablo 19. Deney ve Kontrol Grubu Hastalarının Müdahale Öncesi Öz Yeterliklerinin Karşılaştırılması

Ön test	Grup	Ortanca	Ort	SS	SH	<i>U</i>	<i>z</i>	<i>P</i>
Öz Yeterlik	Deney	71,00	71,88	6,811	1,703	102,000	-,982	,326
	Kontrol	74,00	73,63	7,848	1,962			

Deney ve kontrol grubundaki katılımcıların müdahale öncesi yapılan ölçümlerine göre deney grubunun öz yeterlik puan ortalaması 71,88 iken kontrol grubunun ortalaması 73,63 olarak bulunmuştur. Deney ve kontrol grupları arasında bulunan bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı görülmüştür ($p>0.05$). Deney grubunun en düşük öz yeterlik puanı 64, en yüksek öz yeterlik puanı ise 89'dur. Kontrol grubunun en düşük öz yeterlik puanı 60, en yüksek öz yeterlik puanı ise 88'dir.

Dr. Abdurrahman Yurtaslan Ankara Onkoloji Eğitim ve Araştırma Hastanesi AMATEM Kliniği'nde alkol kullanım bozukluğu nedeniyle ayaktan tedavi gören ve öz etkililik yeterlik ölçeği uygulanan 83 erkek hasta üzerinde yapılan çalışmada araştırmaya katılan hastaların öz yeterlik puan ortalaması 35,0 olarak bulunmuştur (Pehlivan, 2020). Öz-Etkililik-Yeterlilik Ölçeği kullanılarak Malatya Turgut Özal Tıp Merkezi ve Gaziantep 25 Aralık Devlet Hastanesi Ahmet Şireci AMATEM'de madde kullanım bozukluğu tanısı ile tedavi gören 56'sı deney, 56'sı kontrol grubu olmak üzere toplam 112 hastayla yapılan çalışmada deney grubunun Öz-Etkililik-Yeterlilik Ölçeği ön test puan ortalaması 76,50 kontrol grubu ön test puan ortalaması ise 77.50 olarak bulunmuştur (Bayır, 2019).

3.2.3. Uygulama Öncesi Tedavi Motivasyonu Durumu

Tablo 20. Deney ve Kontrol Grubu Hastalarının Müdahale Öncesi Tedavi Motivasyonlarının Karşılaştırılması

Ön test	Grup	Ortanca	Ort	SS	SH	<i>U</i>	<i>z</i>	<i>P</i>
Tedavi Motivasyonu	Deney	90,00	89,81	4,385	1,096	127,000	-,038	,985
	Kontrol	90,00	89,38	5,852	1,463			

Araştırma kapsamındaki katılımcıların Tedavi Motivasyonu Anketi ile müdahale öncesi yapılan ölçümlerine göre deney grubunun tedavi motivasyonu puan ortalaması 89,81 iken kontrol grubunun ortalaması 89,38 olarak bulunmuştur. Deney ve kontrol grupları arasında bulunan bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı görülmüştür ($p>0.05$). Deney grubunun en düşük tedavi motivasyonu puanı 79, en yüksek tedavi motivasyonu puanı ise 97'dir. Kontrol grubunun en düşük tedavi motivasyonu puanı 78, en yüksek tedavi motivasyonu puanı ise 98'dir.

Ülkemizde alkol ve madde bağımlısı bireylerle Tedavi Motivasyonu Anketi kullanılarak yapılan sınırlı sayıda çalışmada Tedavi Motivasyonu Anketinden alınan ortalama puanlar şu şekilde özetlenebilir:

AMATEM'de yatarak tedavi gören 82 hasta üzerinde yapılan bir çalışmada Tedavi Motivasyonu Anket puanı ortalaması 105.52'dir (Savaşan, 2010). DSM IV tanı ölçütlerine göre alkol bağımlılığı tanısı konan 191 hastayla yapılan diğer çalışmada ise Tedavi Motivasyonu Anketi puan ortalaması 103.4 olarak bulunmuştur (Evren ve diğerleri, 2006). Yatarak tedavi gören 35 alkol bağımlısı hasta üzerine yapılan başka bir çalışmada ise Tedavi Motivasyonu Anketi puan ortalaması 103.00'dir (Ertoğlu, 2013). Mevcut araştırmada tedavi motivasyon anketi puan ortalamasının diğer araştırma sonuçlarına göre daha düşük çıkması araştırmaya tedavi motivasyonu düşük olan hastaların dahil edilmesiyle açıklanabilir.

Motivasyonel faktörler tedavi sonucu üzerinde önemli bir rol oynamaktadır. Alkol ve madde kullanım bozukluğu olan hastalarda yeterli düzeyde motivasyonun olmaması tedaviye uyumu, tedaviye girmeyi ve tedavi başarısını olumsuz yönde etkilemektedir

(Miller, 1985). Bu bağlamda alkol ve madde kullanım bozukluğu olan kişilerin motivasyon düzeylerinin belirlenmesi ve motivasyonlarının yükseltilmesi tedavide önemli bir yer tutmaktadır.

3.2.4. Deney ve Kontrol Grubu Hastalarının Yatarak Tedavi Sonrası En Uzun Remisyon Gün Süreleri

Deney grubu üyelerinin yatarak tedavi sonrası aylık süresi ortalaması 97,72 gün, kontrol grubu üyelerinin ise 260 gündür. Kontrol grubu üyelerinin aylık süresi ortalaması deney grubu hastalarından neredeyse 3 kat fazladır.

3.2.5. Araştırmaya Katılan Hastaların Yaşamlarındaki En Uzun Remisyonda Kaldıkları Gün Süreleri

Deney grubunun yaşamlarındaki en uzun süre ayık kaldıkları gün sayısı ortalaması 104,69 gün, kontrol grubu üyelerinin ise 354,50 gündür. Deney grubu üyeleri en az 15, en fazla 365 gün süre ayık kalabilirken, kontrol grubu üyeleri ise en az 7, en fazla 1825 gün ayık kalabilmiştir. Ayrıca deney grubu üyelerinin remisyon süre ortalaması kontrol grubu üyelerinin remisyon süre ortalamasından yaklaşık olarak 3 kat daha düşüktür.

Alkol ve madde kullanım bozukluğu kronik ve nükslerle seyreden beyin hastalığıdır (Karadağ ve Ögel, 2019). Alkol ve madde bağımlılığı tedavi programlarının öncelikli amacı bağımlı bireyin mümkün olduğunca remisyonunda kalmasını sağlamaya çalışmak ve bağımlı bireylerde nüksü önlemektir (Schuckit, 1994). Bu bağlamda, alkol ve madde bağımlısı bireylerin remisyon dönemlerinin ayrıntılı olarak incelenmesi tedavi yaklaşımlarının geliştirilmesinde tedavi sağlayıcılara yol gösterici olacağı düşünülmektedir (Yılmaz ve diğerleri, 2014). Alkol ve madde bağımlısı hastalarda remisyon sürecini çeşitli değişkenler açısından ele alan araştırmalar şu şekilde özetlenebilir:

Alkol bağımlılığı tanısı konmuş ve en az üç ay süre ile alkol kullanmamış 113 erkek hastayla yapılan çalışmada eğitim durumu, medeni durum ve alkole başlama yaşı, ailede sorunlu madde kullanım öyküsü ile remisyon süresi arasında anlamlı bir ilişki

bulunmazken, grup terapisine katılan ve iş yerinde sorun yaşama nedeniyle tedaviye başvuran hastalarda remisyon sürelerinin uzadığı bulgusuna ulaşılmıştır (İlhan ve diğerleri, 2003). Bazı araştırmalarda kadın cinsiyetinden olmanın, yaşça daha büyük olmanın ve eğitim düzeyinin yüksekliğinin remisyon süresini uzattığı bulgusuna ulaşılmıştır (Jarvis, 1992; Ornstein ve Cherepon, 1985). Ayrıca sosyal destek kaynaklarına sahip olma, aile üyeleri ve arkadaşlarla destekleyici ilişkiler içinde olma da bağımlı hastaların remisyon sürelerinin uzamasında etkili olmaktadır (Bischof ve diğerleri, 2001; Tucker ve diğerleri, 1995).

3.2.6. Uygulama Öncesi Alkol Kullanım Sıklığı

Deney grubundaki katılımcılar haftanın en az dört günü, kontrol grubundaki katılımcılar haftanın en az üç günü alkol almaktadır. Deney grubunun haftalık alkol kullanım sıklığı 6,13 gün, kontrol grubunun ise 5,50 gündür. Araştırma sonuçlarına göre her iki grupta da haftanın 7 günü alkol alanların oranının fazla olduğu görülmektedir. Alkol bağımlılığı tanısı ile yatarak tedavi gören 280 hasta ile yapılan bir çalışmada mevcut araştırma bulgularıyla uyumlu olarak hastaların 210'nun (% 75) her gün alkol aldıkları sonucuna ulaşılmıştır (Kalyoncu ve diğerleri, 2003).

Tablo 21. Deney ve Kontrol Grubu Hastalarının Müdahale Öncesi Alkol Kullanım Sıklığının Karşılaştırılması (Gün)

HAFTALIK ALKOL KULLANIM SIKLIĞI	Grup	Ortanca	Ort	SS	SH	U	z	p
	Deney	7,00	6,13	1,204	,301	95,000	-1,349	,177
	Kontrol	5,00	5,50	1,366	,342			

Deney ve kontrol gruplarının uygulama öncesi haftalık alkol kullanma sıklıkları arasında anlamlı fark olup olmadığını belirlemek amacıyla yapılan Mann Whitney U testi sonucunda iki grup arasında anlamlı bir farklılaşmanın olmadığı bulunmuştur (U=95,000 p>.0.5).

3.2.7. Uygulama Öncesi Alkol Kullanım Miktarı

Alkol alma sınırlarının aşılarak yüksek miktarda ve sıklıkta alkol tüketilmesi alkole ilişkili sorunların gelişmesinde en önemli etkidir. Erkeklerde günlük dört haftalık ise 14

standart içkiden fazla alkol kullanımı, kadınlarda ise günlük üç haftalık yedi standart içkiden fazla alkol kullanımı alkolle ilişkili sorun yaşama riskini arttırmaktadır (Akvardar ve Uçku, 2010).

Deney grubu üyelerinin en az haftalık tükettiği alkol miktarı 28 standart içki, en fazla tükettiği alkol miktarı 56 standart içkidir. Kontrol grubu üyelerinin en az haftalık tükettiği alkol miktarı 26 standart içki, en fazla tükettiği alkol miktarı 56 standart içkidir. Bu bulgulardan hareketle araştırmaya katılan hastaların haftalık 14 standart içkiden fazla alkol tüketerek riskli kullanımın üzerinde alkol kullanımlarının olduğu ifade edilebilir.

Tablo 22. Deney ve Kontrol Grubu Hastalarının Müdahale Öncesi Alkol Kullanım Miktarı Sıklığının Karşılaştırılması

HAFTALIK ALKOL KULLANIM MİKTARI	Grup	Ortanca	Ort	SS	SH	u	z	p
	Deney	37,50	38,56	8,099	2,025	98,500	-1,124	,261
	Kontrol	35,00	36,25	9,560	9,560			

Uygulama öncesi deney ve kontrol grubuna ilişkin bulgular incelendiğinde, deney grubunun 38,56, kontrol grubunun 36,25 haftalık alkol kullanım ortalamasına sahip olduğu görülmüştür. Elde edilen bu farkın anlamlı olup olmadığını belirlemek amacıyla yapılan MannWhitney U Testi sonucunda elde edilen farkın istatistiksel açıdan anlamlı olmadığı ($U=98,500$, $p>.0.5$) görülmüştür. Alkol bağımlılığı tanısı ile yatarak tedavi gören 25 hasta üzerinde yapılan bir çalışmada hastaların günlük 15,4 standart içki kullandıkları bulgusuna ulaşılmıştır (Mırsal ve diğerleri, 2000). Alkol bağımlılığı tanısı ile yatarak tedavi gören 280 hasta ile yapılan başka bir çalışmada ise hastaların 49'u (% 17,5), 0-8 arasında, 161'inin (%57,5) 8-16 arasında, 70'nin ise (% 25) 16 ve üzeri standart içki kullandığı bulgusuna ulaşılmıştır (Kalyoncu ve diğerleri, 2003). İki araştırma bulguları mevcut araştırma bulgularından farklı olarak araştırmaya katılan hastaların daha fazla standart alkol tükettiklerini ortaya koymaktadır.

Alkol kullanım bozukluğunun tedavisinde temel hedef ayıklığın sağlanması olmakla birlikte tüketilen alkol miktarındaki düşüş ile alkol kullanmanın getireceği yüklerin azaltılmasıdır (Rehm ve diğerleri, 2009). Bu bağlamda ağır içiciliğin azaltılması yani zarar azaltma bağımlılık tedavilerinde önem kazanmaktadır. Zarar azaltma, maddeyi tamamen bırakma yönelimli tedavi politikalarının bir anlamda alternatifi olup maddeye talebin azaltılması, kontrollü madde kullanımı, güvenli ve sağlıklı madde kullanımı gibi geniş bir alanı kapsayan ve önceliği madde kullanımının yarattığı olumsuz sonuçları azaltma olan halk sağlığı yaklaşımıdır (Mutlu, 2019; Ögel, 2017). Zarar azaltmanın tarihsel süreçte hem literatürde hem de popüler medyada tartışmalı olmasına ve maddeye karşı sıfır toleransın desteklenmesine rağmen deneysel araştırmalar alkol problemlerine ilişkin zarar azaltma yaklaşımlarının en az ayıklık oryantasyonlu yaklaşımlar kadar alkol tüketimi ve alkolle ilgili sonuçları azaltmada etkili olduğunu ortaya koymuştur (Marlatt ve Witkiewitz, 2012).

3.3. MOTİVASYONEL GÖRÜŞMEYE DAYALI GRUPLA SOSYAL HİZMET UYGULAMASI SONRASINA İLİŞKİN BULGULAR

Bu bölümde, araştırmaya katılan deney ve kontrol grubu üyelerinin motivasyonel görüşmeye dayalı grupla sosyal hizmet uygulaması sonrasında ilişkin öz yeterlikleri, tedavi motivasyonları, remisyon durumları, alkol kullanma sıklık ve miktarlarına ilişkin bulgulara yer verilecektir.

3.3.1. Uygulama Sonrası Öz Etkililik Yeterlik Durumu

3.3.1.1. Birinci Denenceye İlişkin Bulgular

Araştırmanın birinci denencesi “*Özetkililik Yeterlilik Ölçeği ön test puanları kontrol altına alındığında; ayaktan alkol kullanım bozukluğu tedavisi gören ve motivasyonel görüşmeye dayalı grupla sosyal hizmet müdahalesine katılan deney grubunun Özetkililik Yeterlilik Ölçeği son test puanları sadece ayaktan alkol kullanım bozukluğu tedavisi gören kontrol grubuna göre daha yüksek olacaktır*” şeklinde ifade edilmiştir. Buna göre, denencenin sınanmasına ilişkin bulgular Tablo 23’de yer almaktadır.

Tablo 23. Deney ve Kontrol Grubunda Bulunan Grup Üyelerinin Müdahale Sonrası
Özetkililik Yeterlilik Düzeyinin Karşılaştırılması

	Grup	Ortanca	Ort	SS	SH	U	z	P
Özetkililik Yeterlilik Son test	Deney	85,00	87,13	8,570	2,143	36,000	-3,477	,001*
	Kontrol	74,50	74,25	8,536	2,134			

Motivasyonel görüşmeye dayalı grupla sosyal hizmet müdahalesi sonrasında uygulanan öz etkililik yeterlilik ölçeğine ilişkin bulgular incelendiğinde, deney grubunun 87,13, kontrol grubunun ise 74,50 puan ortalamasına sahip olduğu görülmüştür. Elde edilen bu farkın anlamlı olup olmadığını belirlemek amacıyla yapılan MannWhitney U Testi sonucunda öz etkililik yeterlilik ölçeği için deney grubu lehine elde edilen farkın istatistiksel açıdan anlamlı olduğu ($U= 36,000$, $p<0.005$) görülmüş ve denence 1 kabul edilmiştir. Araştırmanın bu bulgusu, motivasyonel görüşmeye dayalı grupla sosyal hizmet müdahalesinin alkol kullanım bozukluğu olan hastaların özyeterliliklerini artırdığını ortaya koymaktadır. Grup çalışmasının öz yeterliğe etkisini ele alan ve 50'si deney, 50'si kontrol grubunda olan madde kullanıcılarıyla yapılan yarı deneysel bir çalışmada mevcut çalışma bulgusuyla uyumlu olarak grup çalışmasına katılan madde kullanıcılarının öz yeterliğinin yükseldiği bulgusuna ulaşılmıştır (Sheykhnezhad ve Seyedfatemi, 2019).

3.3.1.2. İkinci Denenceye İlişkin Bulgular

Araştırmanın ikinci denencesi “*Ayaktan alkol kullanım bozukluğu tedavisi gören ve motivasyonel görüşmeye dayalı grupla sosyal hizmet müdahalesine katılan deney grubunun Öz Etkililik Yeterlilik ön test ve son test puanları arasında anlamlı bir farklılık olacaktır*” biçiminde düzenlenmiştir. Buna göre, denencenin test edilmesiyle ilgili bulgular Tablo 24’de yer almaktadır

Tablo 24. Deney Grubunda Bulunan Grup Üyelerinin Müdahale Öncesi ve Sonrası Özetkililik Yeterlilik Düzeyinin Karşılaştırılması

Deney Grubu	Sont test- Ön test	N	Sıra Ortalaması	Sıra Toplamı	z	p
	Negatif Sıra	0	,00	,00		
Pozitif Sıra	16	8,50	136			
Eşit	0					

Negatif Sıra: $SONTEST < ÖNTEST$

Pozitif Sıra: $SONTEST > ÖNTEST$

Eşit: $SONTEST = ÖNTEST$

Transteorik modele göre değişim aşamalarının başlangıcında daha düşük öz yeterlik sergilenmekte değişim aşamalarında ilerledikçe öz yeterlik ve davranış değişimi artmaktadır. Farkındalık öncesi ve farkındalık aşamasında olan kişi problemleri davranışın cezbediciliğine dayanamamakta ve eski alışkanlığına dönebilmektedir; oysa ki bir sonraki aşamalar olan hazırlık aşamasından eylem aşamasına geçildiğinde öz yeterlik artmakta ve davranış değişimi ortaya çıkmaktadır (Procohasca ve diğerleri, 1998). Mevcut çalışmada da benzer şekilde değişim aşamalarında ilerleme yaşanması ile grup çalışmasına katılan deney grubu üyelerinin öz yeterlikleri artmıştır. Wilcoxon İşaretli Sıralar Testi uygulandığında deney grubunun ön test ve son test puanları arasında anlamlı bir farkın ortaya çıktığı bulgusuna ulaşılmıştır. Katılımcıların tümünde pozitif yönlü bir değişim vardır ve elde edilen bu sonucun % 95 güven aralığında istatistiksel açıdan anlamlı olduğu görülmüştür ($Z = -3,520$; $p < 0,001$). Bu sonuca göre, söz konusu hipotez kabul edilmiştir.

3.3.1.3. Üçüncü Denenceye İlişkin Bulgular

Araştırmanın üçüncü denencesi “*Sadece ayaktan alkol kullanım bozukluğu tedavisi gören kontrol grubunun Özetkililik Yeterlilik Ölçeği ön test ve son test puanları arasında ayaktan alkol kullanım bozukluğu tedavisi görmeye bağlı anlamlı bir farklılık*

olacaktır” biçiminde kurgulanmıştır. Buna göre, denencenin sınanmasına ilişkin bulgular Tablo 25’de yer almaktadır.

Tablo 25. Kontrol Grubunda Bulunan Grup Üyelerinin Müdahale Öncesi ve Sonrası Özetkililik Yeterlik Düzeyinin Karşılaştırılması

	Sont test- Ön test	N	Sıra Ortalaması	Sıra Toplamı	z	p
Kontrol Grubu	Negatif Sıra	3	5,33	16,00	-1,811	,070
	Pozitif Sıra	9	6,89	62,00		
	Eşit	4				

Negatif Sıra: $SONTEST < ÖNTEST$

Pozitif Sıra: $SONTEST > ÖNTEST$

Eşit: $SONTEST = ÖNTEST$

Tablo 25’e bakıldığında Wilcoxon İşaretli Sıralar Testi sonuçlarına göre kontrol grubundaki üyelerin Öz Etkililik Yeterlik ölçeği ön test ve son test puanlarında anlamlı bir farklılığın olmadığı ($Z = -1,811$; $p > 0,05$) görülmektedir. Bu sonuca göre araştırmanın üçüncü denencesi kabul edilmemiştir. Alkol kullanım bozukluğu olan hastaların sadece tıbbi tedavi almasının onların öz yeterliklerinde değişim yaratmadığını göstermektedir.

3.3.1.4. Dördüncü Denenceye İlişkin Bulgular

Araştırmanın dördüncü denencesi, “*Ayaktan alkol kullanım bozukluğu tedavisi gören ve motivasyonel görüşmeye dayalı grupla sosyal hizmet müdahalesine katılan deney grubunun Öz Etkililik Yeterlik Ölçeği ön test son test puan farkı ile sadece alkol kullanım bozukluğu tedavisi gören kontrol grubunun Öz Etkililik Yeterlik Ölçeği ön test son test puan farkı karşılaştırıldığında iki grup arasında müdahale grubu lehine anlamlı bir farklılık olacaktır*” şeklinde ifade edilmiştir. Buna göre, denencenin sınanmasına ilişkin bulgular Tablo 26’da yer almaktadır.

Tablo 26. Deney ve Kontrol Grubunda Bulunan Üyelerin Öz Etkililik Yeterlik Ön test Son test Puan Ortalamaları Farkının Karşılaştırılması

Grup	Ortanca	Ort	SS	SH	U	z	P
Deney Grubu Ön test-Son test Fark	12,00	14,6 3	9,804	2,451	18,500	-4,141	,000*
Kontrol Grubu Ön test-Son test Fark	1,50	0,75	6,039	1,510			

Tablo 26’da deney ve kontrol grubunda bulunan grup üyelerinin öz etkililik yeterlik ön test ve son test puan ortalamaları farkına ilişkin bulgular incelendiğinde deney grubunun ortalaması ($X=14,63$), kontrol grubunun ortalaması ise ($X=0,75$)’tir. Bu sonuca göre Ön test son test puan ortalaması farkı deney grubunda kontrol grubuna göre daha fazladır. Ön test son test puanları arasında ortaya çıkan bu farkı değerlendirmek için yapılan Mann-Whitney U-Testi sonucuna göre deney ve kontrol grubu arasında öz etkililik yeterlik puan ortalamaları arasında deney grubu lehine anlamlı bir farkın olduğu ortaya çıkmıştır ($p<0.001$).

Bu sonuca göre, araştırmanın dördüncü denencesi kabul edilmiştir. Araştırmanın bulguları motivasyonel görüşmeye dayalı grupla sosyal hizmet uygulamasında yer alan deney grubu üyelerinin kontrol grubu üyelerine göre öz etkililik yeterlik puanlarının yükseldiğini ortaya koymaktadır. Ortaya çıkan bu durum, grup uygulamasının öz yeterlik üzerinde olumlu bir etki yaratmış olması ile açıklanabilir.

3.3.2. Uygulama Sonrası Tedavi Motivasyonu Durumu

3.3.2.1. Beşinci Denenceye İlişkin Bulgular

Araştırmanın beşinci denencesi “*Tedavi Motivasyon Anketi ön test puanları kontrol altına alındığında ayaktan alkol kullanım bozukluğu tedavisi gören ve motivasyonel görüşmeye dayalı grupla sosyal hizmet müdahalesine katılan deney grubunun Tedavi Motivasyon Anketi son test puanları sadece ayaktan alkol kullanım bozukluğu tedavisi gören kontrol grubuna göre daha yüksek olacaktır*” şeklinde ifade edilmiştir. Buna göre, denencenin sınanmasına ilişkin bulgular Tablo 27’de yer almaktadır.

Tablo 27. Deney ve Kontrol Grubunda Bulunan Grup Üyelerinin Müdahale Sonrası Tedavi Motivasyonu Düzeyinin Karşılaştırılması

	Grup	Ortanca	Ort	SS	SH	U	z	P
Tedavi Motivasyonu Son test	Deney	105,00	105,00	9,055	2,264	21,000	-4,037	,000
	Kontrol	90,50	88,88	5,920	1,480			

Tablo 27’deki deney ve kontrol gruplarına ilişkin son test puan ortalamaları incelendiğinde, deney grubunun tedavi motivasyonu puan ortalamasının 105 kontrol grubunun tedavi motivasyonu puan ortalamasının 88,88 olduğu görülmektedir. Araştırmanın bu bulgusu tedavi motivasyonu son test puan ortalamasının deney grubunda kontrol grubuna göre daha yüksek olduğunu ortaya koymaktadır. Deney ve kontrol grubu tedavi motivasyonu son test puan ortalamalarına ilişkin ortaya çıkan farkın anlamlı olup olmadığını test etmek için yapılan Mann-Whitney U-testi, Tedavi Motivasyon Anketi ön test puanları kontrol altına alındığında, deney ve kontrol grubu arasında tedavi motivasyonu seviyesi açısından anlamlı bir farkın olduğunu göstermektedir ($p < 0.001$).

Ortaya çıkan bu bulguya göre, araştırmanın 5. denencesi kabul edilmiştir. Sonuç olarak, grupla motivasyonel görüşmeye dayalı sosyal hizmet müdahalesine katılmış olan deney grubu üyelerinin tedavi motivasyonlarının artmış olduğu ifade edilebilir.

3.3.2.2. Altıncı Denenceye İlişkin Bulgular

Araştırmanın altıncı denencesi “*Ayaktan alkol kullanım bozukluğu tedavisi gören ve motivasyonel görüşmeye dayalı grupla sosyal hizmet müdahalesine katılan deney grubunun Tedavi Motivasyon Anketi ön test ve son test puanları arasında anlamlı bir farklılık olacaktır*” biçiminde kurgulanmıştır. Buna göre, denencenin sınanmasına ilişkin bulgular Tablo 28’de yer almaktadır.

Deney grubuna dahil olan grup üyelerinin tedavi motivasyonu anketinden aldıkları ön test son test puanları arasında farkın olup olmadığının belirlenmesi için nonparametrik test olan Wilcoxon İşaretli Sıralar Testinden yararlanılmıştır. Deney grubuna ilişkin bulgular Tablo 28’de verilmiştir.

Tablo 28. Deney Grubunda Bulunan Grup Üyelerinin Müdahale Öncesi ve Sonrası Tedavi Motivasyonu Düzeyinin Karşılaştırılması

Deney Grubu	Son test- Ön test	N	Sıra Ortalaması	Sıra Toplamı	z	p
	Negatif Sıra	0	,00	,00		
Pozitif Sıra	16	8,50	136,00			
Eşit	0					

Negatif Sıra : $SONTEST < ÖNTEST$

Pozitif Sıra: $SONTEST > ÖNTEST$

Eşit: $SONTEST = ÖNTEST$

Tablo 28 incelendiğinde deney grubundaki grup üyelerinin Tedavi Motivasyonu Anketi ön test ve son test puanları bakımından anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğine ilişkin yapılan Wilcoxon İşaretli Sıralar Testi sonuçlarına göre, deney grubundaki grup üyelerinin ön test ile son test puanları arasında anlamlı bir farklılığın olduğu ($Z = -3,519$; $p < .001$) görülmüştür. Fark puanlarının sıra ortalaması ve toplamları dikkate alındığında, gözlenen bu farkın pozitif sıraların, yani son test puanı lehinde olduğu anlaşılmaktadır. Buna göre, deney grubundaki grup üyelerinin tedavi motivasyonu puanlarının son testte yükseliş göstermesi dikkate alındığında uygulanan grupla motivasyonel görüşme müdahalesinin grup üyelerinin tedavi motivasyonunun artmasında önemli bir etkisinin olduğu söylenebilir. Elde edilen bulgulara göre araştırmanın altıncı denencesi doğrulanmış, yani kabul edilmiştir.

Literatür incelendiğinde ülkemizde grup çalışmalarının alkol ve alkol dışı madde kullanım bozukluğu olan hastaların tedavi motivasyonuna etkisini ele alan sınırlı sayıda araştırmanın olduğu görülmektedir. Bu araştırmalardan ilkinde SAMBA kullanılarak 214 madde kullanıcısıyla grup çalışması yapılmış ve çalışmaya katılanların maddeyi bırakma motivasyonlarının yükseldiği bulgusuna ulaşılmıştır (Ögel ve diğerleri, 2016). Denetimli serbestlik uygulamasıyla tedavi altına alınan ve motivasyonel görüşme odaklı gruba katılan 30 madde kullanıcısıyla yapılan ikinci çalışmada ise gruba katılanların

aşerme şiddet ve sıklığının azaldığı, maddeyi bırakmaya verilen önem ve hazır olma seviyesinin arttığı bulgusuna ulaşılmıştır (Aldemir ve diğerleri, 2008). SAMBA kullanılarak 43 madde kullanıcısıyla yapılmış başka bir araştırmada ise grup çalışmalarına katılan madde kullanıcılarının içsel motivasyonlarının arttığı ve motivasyon artışının grup çalışması tamamlandıktan sonraki bir aylık izleme döneminde de sürdüğü bulgusuna ulaşılmıştır (Görgülü, 2020).

3.3.2.3. Yedinci Denenceye İlişkin Bulgular

Araştırmanın yedinci denencesi “*Sadece ayaktan alkol kullanım bozukluğu tedavisi gören kontrol grubunun Tedavi Motivasyon Anketi ön test ve son test puanları arasında ayaktan alkol kullanım bozukluğu tedavisi görmeye bağlı anlamlı bir farklılık olacaktır*” biçiminde kurgulanmıştır. Bu denencenin test edilmesine ilişkin bulgular Tablo 29’da yer almaktadır.

Tablo 29. Kontrol Grubunda Bulunan Grup Üyelerinin Müdahale Öncesi ve Sonrası Tedavi Motivasyonu Düzeyinin Karşılaştırılması

	Sont test- Ön test	N	Sıra Ortalaması	Sıra Toplamı	z	p
Kontrol Grubu	Negatif Sıra	6	7,58	45,50	,000	1,000
	Pozitif Sıra	7	6,50	45,50		
	Eşit	3				

Negatif Sıra: $SONTEST < ÖNTEST$

Pozitif Sıra: $SONTEST > ÖNTEST$

Eşit: $SONTEST = ÖNTEST$

Tablo 29 incelendiğinde kontrol grubundaki grup üyelerinin Tedavi Motivasyonu Anketi ön test ve son test puanları bakımından anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğine ilişkin yapılan Wilcoxon İşaretili Sıralar Testi sonuçları görülmektedir. Wilcoxon İşaretili Sıralar Testi uygulandığında kontrol grubundaki grup üyelerinin ön test ve son test puan ortalamaları arasındaki farkın anlamlı olmadığı görülmüştür ($Z = ,000$; $p > 0.5$). Ortaya

çıkan bu sonuca göre araştırmanın yedinci denencesi reddedilmiştir. Araştırma sonuçları, alkol kullanım bozukluğu olan hastaların sadece tıbbi tedavi almasının onların motivasyon seviyesinde değişim yaratmadığını ortaya koymaktadır.

3.3.2.4. Sekizinci Denenceye İlişkin Bulgular

Araştırmanın sekizinci denencesi “*Ayaktan alkol kullanım bozukluğu tedavisi gören ve motivasyonel görüşmeye dayalı grupta sosyal hizmet müdahalesine katılan deney grubunun Tedavi Motivasyon Anketi ön test son test puan farkı ile sadece ayaktan alkol kullanım bozukluğu tedavisi gören kontrol grubunun Tedavi Motivasyon Anketi ön test son test puan farkı karşılaştırıldığında iki grup arasında müdahale grubu lehine anlamlı bir farklılık olacaktır*” şeklinde ifade edilmiştir. Buna göre, denencenin sınanmasına ilişkin bulgular Tablo 30’da yer almaktadır.

Tablo 30. Deney ve Kontrol Grubunda Bulunan Üyelerin Tedavi Motivasyonu Ön Test Son Test Puan Ortalamaları Farkının Karşılaştırılması

Grup	Ortanca	Ort	SS	SH	U	z	P
Deney Grubu Ön test-Son test Fark	15	15,19	7,476	1,869	,000	-4,833	,000
Kontrol Grubu Ön test- Son test Fark	-0,50	-1	3,162	0,791			

Tablo 30’da deney ve kontrol grubunda bulunan grup üyelerinin tedavi motivasyonu ön test ve son test puan ortalamaları farkına ilişkin bulgular incelendiğinde deney grubunun ortalaması ($X=15,19$), kontrol grubunun ortalamasının ise ($X=-1$)’dir. Bu sonuca göre tedavi motivasyonu ön test son test puan ortalaması farkı deney grubunda kontrol grubuna göre oldukça fazladır. Puan ortalamaları arasındaki bu farkı saptamak için yapılan Mann-Whitney U-Testi sonucuna göre deney ve kontrol grubu arasında tedavi motivasyonu ön test son test puan ortalamaları farkı açısından deney grubu lehine anlamlı bir farkın olduğu ortaya çıkmıştır ($p < 0.001$).

Ortaya çıkan bu bulguya göre, araştırmanın sekizinci denencesi doğrulanmıştır. Ortaya çıkan bu sonuç, motivasyonel görüşmeye dayalı grupla sosyal hizmet uygulamasına alınmış olan deney grubu üyelerinin kontrol grubu üyelerine göre tedavi motivasyonu puanlarının yükselmesinin grup uygulamasının tedavi motivasyonunu yükselttiği şeklinde değerlendirilebilir.

Grupla motivasyonel görüşme, grup üyelerinin birbirlerini etkileyerek tedaviye katılmalarını kolaylaştırmakta, üyelerde umut, fedakarlık ve ortak deneyimleme gibi özel faktörleri ortaya çıkararak duygularda değişim yaratmakta ve böylelikle üyelerin tedavi motivasyonunu arttırmaktadır (Akbari ve diğerleri, 2018).

3.3.3. Uygulama Sonrası Remisyon Durumu

3.3.3.1. Uygulama Sonrası 1, 3 ve 6 Aylık Remisyon Durumu

Tablo 31. Araştırmaya Katılan Deney ve Kontrol Grubu Hastalarının Uygulamadan Sonraki 1, 3 ve 6 Aylık Remisyon Durumları

	DENEY GRUBU		KONTROL GRUBU	
	Sayı	%	Sayı	%
1 Aylık Remisyon				
Remisyon Var	10	62,5	6	37,5
Remisyon Yok	6	37,5	10	62,5
Toplam	16	100	16	100
3 Aylık Remisyon				
Remisyon Var	9	56,3	4	25
Remisyon Yok	7	43,8	12	75
Toplam	16	100,0	16	100,0
6 Aylık Remisyon				
Remisyon Var	8	50	3	18,8
Remisyon Yok	8	50	13	81,3
Toplam	16	100,0	16	100,0

Tablodan da anlaşıldığı gibi deney grubu hastalarının 10'u (% 62,5), kontrol grubu hastalarının ise 6'sı (% 37,5) araştırmanın uygulanmasından sonra 1 ay süre ile alkol kullanmamışlardır. Uygulamadan 3 ay sonra alkol kullanmayanlar deney grubunda 9 kişi (% 56,3), kontrol grubunda ise 4 kişidir (% 25). Deney grubu hastalarının 8'i (% 50), kontrol grubu hastalarının ise 3'ü (18,8) uygulamadan 6 ay sonra alkol kullanmamıştır.

3.3.3.2. Uygulama Sonrası Dokuzuncu Denenceye İlişkin Bulgular

Araştırmanın dokuzuncu denencesi “*Ayaktan alkol kullanım bozukluğu tedavisi gören ve motivasyonel görüşmeye dayalı grupla sosyal hizmet müdahalesine katılan deney grubunun 1 aylık remisyon süresi ortalaması ile sadece ayaktan alkol kullanım bozukluğu tedavisi gören kontrol grubunun 1 aylık remisyon süresi ortalaması arasında deney grubu lehine anlamlı bir farklılık olacaktır*” biçiminde kurgulanmıştır. Buna göre, denencenin test edilmesiyle ilgili bulgular Tablo 32’de yer almaktadır.

Tablo 32. Deney ve Kontrol Grubunda Bulunan Grup Üyelerinin 1 Aylık remisyon Süre Ortalamasının Karşılaştırılması

	Grup	Ortanca	Ort	SS	SH	U	z	P
1 Aylık Remisyon Süresi	Deney	30,00	18,75	15,000	3,750	96,000	-1,392	,699
	Kontrol	,00	11,25	15,000	3,750			

Tablo 32’de deney ve kontrol gruplarının uygulamadan sonraki 1. Ayda deney grubu üyelerinin remisyon süresi ortalamasının 18,75, kontrol grubu üyelerinin ise 11,25 olduğu görülmektedir. Remisyon süre ortalamaları arasında anlamlı fark olup olmadığını belirlemek için yapılan Mann Mann Whitney U testi sonucunda deney ve kontrol grupları arasında anlamlı farklılaşmanın olmadığı bulgusuna ulaşılmıştır (U=96,000, p>0.05). Elde edilen bulgulara göre araştırmanın dokuzuncu denencesinin doğruluğu kabul edilmemiştir.

3.3.3.3 Uygulama Sonrası Onuncu Denenceye İlişkin Bulgular

Araştırmanın onuncu denencesi “*Ayaktan alkol kullanım bozukluğu tedavisi gören ve motivasyonel görüşmeye dayalı grupla sosyal hizmet müdahalesine katılan deney*

grubunun 3 aylık, remisyon süresi ortalaması ile sadece ayaktan alkol kullanım bozukluğu tedavisi gören kontrol grubunun 3 aylık remisyon süresi ortalaması arasında deney grubu lehine anlamlı bir farklılık olacaktır” biçiminde kurulmuştur. Buna göre, denencenin sınanmasına ilişkin bulgular Tablo 33’de yer almaktadır.

Tablo 33. Deney ve Kontrol Grubunda Bulunan Grup Üyelerinin 3 Aylık remisyon Süre Ortalamasının Karşılaştırılması

	Grup	Ortanca	Ort	SS	SH	U	z	P
3 Aylık Remisyon Süresi	Deney	90,00	50,63	11,528	46,111	88,000	-1,771	,077
	Kontrol	,00	22,50	40,249	10,062			

Tablo 33’de deney ve kontrol grubunda bulunan grup üyelerinin uygulamadan 3 ay sonraki remisyon süre ortalamasına ilişkin bulgular incelendiğinde, deney grubunun 50,63 kontrol grubunun ise 22,50 remisyon süre ortalamasına sahip olduğu görülmüştür. Deney grubu lehine elde edilen farkı saptamak için gerçekleştirilen MannWhitney U Testi sonucunda deney ve kontrol grupları arasında anlamlı farklılaşmanın olmadığı bulgusuna ulaşılmıştır. (U=88,000, $p>0.05$) sonucuyla onuncu denence kabul edilmemiştir.

3.3.3.4 Uygulama Sonrası On Birinci Denenceye İlişkin Bulgular

Araştırmanın on birinci denencesi “*Ayaktan alkol kullanım bozukluğu tedavisi gören ve motivasyonel görüşmeye dayalı grupta sosyal hizmet müdahalesine katılan deney grubunun 6 aylık, remisyon süresi ortalaması ile sadece ayaktan alkol kullanım bozukluğu tedavisi gören kontrol grubunun 6 aylık remisyon süresi ortalaması arasında deney grubu lehine anlamlı bir farklılık olacaktır” şeklinde ifade edilmiştir. Buna göre, denencenin sınanmasına ilişkin bulgular Tablo 34’de yer almaktadır.*

Tablo 34. Deney ve Kontrol Grubunda Bulunan Grup Üyelerinin 6 Aylık remisyon Süre Ortalamasının Karşılaştırılması

	Grup	Ortanca	Ort	SS	SH	U	z	P
6 Aylık Remisyon Süresi	Deney	90,00	90,00	92,952	23,238	88,000	-1,832	,067
	Kontrol	,00	33,75	72,560	18,140			

Tablo 34’de deney ve kontrol grubuna katılan üyelerin uygulamadan 6 ay remisyon süresi ortalamasına ilişkin bulgular verilmektedir. Bulgular incelendiğinde, deney grubunun remisyon süresi ortalamasının 90 kontrol grubunun ise 33,75 olduğu görülmektedir. Deney ve kontrol grupları arasındaki farkın anlamlı olup olmadığını saptamak için yapılan MannWhitney U Testi sonucunda farkın istatistiksel açıdan anlamlı olmadığı ($U=88,000$, $p>0.05$) görülmüş ve denence kabul edilmemiştir.

3.3.3.5 Uygulama Sonrası Ek Psikiyatrik Tanıya Göre Remisyon

Tablo 35. Deney Grubu Üyelerinin Ek Psikiyatrik Tanı Alma Durumlarına Göre Uygulamadan Sonraki 1. Aydaki Remisyon Durumları

Remisyon Durumu	Ek Psikiyatrik Tanı Var		Ek Psikiyatrik Tanı Yok	
	Sayı	%	Sayı	%
Var	1	33,3	9	69,2
Yok	2	66,7	4	30,8
Toplam	3	100	13	100

Tablo 35 incelendiğinde araştırmaya katılan ve ek psikiyatrik tanısı olan deney grubu üyelerinden 1 kişinin (% 33,3) 1 ay ayıklığını sürdürebildiği buna karşın ek psikiyatrik tanısı olmayan 9 kişinin (% 69,2) ise 1 ay ayıklığını sürdürebildiği görölmektedir.

Tablo 36. Deney Grubu Üyelerinin Ek Psikiyatrik Tanı Alma Durumlarına Göre Uygulamadan Sonraki 3. Aydaki Remisyon Durumları

Remisyon Durumu	Ek Psikiyatrik Tanı Var		Ek Psikiyatrik Tanı Yok	
	Sayı	%	Sayı	%
Var	1	33,3	8	61,5
Yok	2	66,7	5	38,5
Toplam	3	100	13	100

Tablo 36 incelendiğinde araştırmaya katılan ve ek psikiyatrik tanısı olan deney grubu üyelerinden 1 kişinin (% 33,3) uygulamadan sonra 3 ay ayıklığını sürdürebildiği buna karşın ek psikiyatrik tanısı olmayan 8 kişinin (% 61,5) ise uygulamadan 3 ay sonra ayıklığını sürdürebildiği görölmektedir.

Tablo 37. Deney Grubu Üyelerinin Ek Psikiyatrik Tanı Alma Durumlarına Göre Uygulamadan Sonraki 6. Aydaki Remisyon Durumları

Remisyon Durumu	Ek Psikiyatrik Tanı Var		Ek Psikiyatrik Tanı Yok	
	Sayı	%	Sayı	%
Var	1	33,3	7	53,8
Yok	2	66,7	6	46,2
Toplam	3	100	13	100

Tablo 37 incelendiğinde araştırmaya katılan ve ek psikiyatrik tanısı olan deney grubu üyelerinden 1 kişinin (% 33,3) uygulamadan sonra 6 ay ayıklığını sürdürebildiği buna karşın ek psikiyatrik tanısı olmayan 7 kişinin (% 53,8) ise uygulamadan 6 ay sonra ayıklığını sürdürebildiği görülmektedir.

3.3.4. Uygulama Sonrası Alkol Kullanım Sıklığı

3.3.4.1. Onikinci Denenceye İlişkin Bulgular

Araştırmanın on ikinci denencesi “*Ayaktan alkol kullanım bozukluğu tedavisi gören ve motivasyonel görüşmeye dayalı grupla sosyal hizmet müdahalesine katılan deney grubunun, sadece ayaktan alkol kullanım bozukluğu tedavisi gören kontrol grubuna göre 1 ay sonraki alkol kullanım sıklığı daha düşük olacaktır*” şeklinde ifade edilmiştir. Buna göre, denencenin sınanmasına ilişkin bulgular Tablo 38’de yer almaktadır.

Tablo 38. Deney ve Kontrol Grubunda Bulunan Grup Üyelerinin Uygulamadan 1 Ay Sonraki Alkol Kullanım Sıklığının Karşılaştırılması

	Grup	Ortanca	Ort	SS	SH	U	z	P
1Ay Sonraki Alkol Kullanım Sıklığı (Gün)	Deney	,00	1,19	1,974	,493	75,000	-2,139	,032
	Kontrol	4,00	3,25	2,769	,692			

Tablo 38’de deney ve kontrol gruplarının uygulamadan sonraki 1. ayda haftalık alkol kullanım sıklığı ortalamaları arasında anlamlı fark olup olmadığını saptamak için yapılan Mann Whitney U testi sonucu görülmektedir. Mann Whitney U testi sonucunda deney ve kontrol grupları arasında anlamlı farklılaşmanın olduğu bulgusuna ulaşılmıştır (U=75,000, p<0.05). Deney grubu üyelerinin uygulamadan 1 ay sonraki haftalık alkol kullanım sıklığı ortalaması 1,19, kontrol grubu üyelerinin ise 3,25’tir. Elde edilen bulgulara göre araştırmanın on ikinci denencesi doğrulanmış ve kabul edilmiştir.

3.3.4.2. On Üçüncü Denenceye İlişkin Bulgular

Araştırmanın on üçüncü denencesi “*Ayaktan alkol kullanım bozukluğu tedavisi gören ve motivasyonel görüşmeye dayalı grupla sosyal hizmet müdahalesine katılan deney grubunun, sadece ayaktan alkol kullanım bozukluğu tedavisi gören kontrol grubuna göre, 3 ay sonraki alkol kullanım sıklığı daha düşük olacaktır*” şeklinde ifade edilmiştir. Buna göre, denencenin sınanmasına ilişkin bulgular Tablo 39’de yer almaktadır.

Tablo 39. Deney ve Kontrol Grubunda Bulunan Grup Üyelerinin Uygulamadan 3 Ay Sonraki Alkol Kullanım Sıklığının Karşılaştırılması

	Grup	Ortanca	Ort	SS	SH	U	z	P
3Ay Sonraki Alkol Kullanım Sıklığı (Gün)	Deney	,00	1,13	1,928	,482	54,500	-2,904	,004
	Kontrol	6,50	4,81	2,994	,748			

Tablo 39'a göre göre motivasyonel görüşmeye dayalı grupla sosyal hizmet müdahalesinden sonraki 3. ayda deney grubunun haftalık alkol kullanım sıklığı ortalamasının 1,13, kontrol grubunun ise 4,81 ortalamasına sahip olduğu görülmüştür. Elde edilen bu farkı değerlendirmek için yapılan MannWhitney U Testi sonucunda (U=54,500, $p<0.05$) ortalamalar arası farkın anlamlı olduğu sonucuna ulaşılmış ve denence kabul edilmiştir.

3.3.4.3. On Dördüncü Denenceye İlişkin Bulgular

Araştırmanın on dördüncü denencesi “*Ayaktan alkol kullanım bozukluğu tedavisi gören ve motivasyonel görüşmeye dayalı grupla sosyal hizmet müdahalesine katılan deney grubunun, sadece ayaktan alkol kullanım bozukluğu tedavisi gören kontrol grubuna göre, 6 ay sonraki alkol kullanım sıklığı daha düşük olacaktır*” şeklinde ifade edilmiştir. Buna göre, denencenin sınanmasına ilişkin bulgular Tablo 40’da yer almaktadır.

Tablo 40. Deney ve Kontrol Grubunda Bulunan Grup Üyelerinin Uygulamadan 6 Ay Sonraki Alkol Kullanım Sıklığının Karşılaştırılması

	Grup	Ortanca	Ort	SS	SH	U	z	P
6 Ay Sonraki Alkol Kullanım Sıklığı (Gün)	Deney	,00	1,38	2,604	,651	59,000	-2,829	,005
	Kontrol	6,50	4,63	3,008	,752			

Tabloda 40’da deney ve kontrol grubu üyelerinin uygulamadan 6 ay sonraki haftalık alkol kullanım sıklıklarına ilişkin bulgular verilmektedir. Bulgular incelendiğinde, deney grubunun haftalık alkol kullanım sıklığı ortalamasının 1,38, kontrol grubunun ise 4,63 olduğu görülmüştür. Deney ve kontrol grupları arasındaki farkı test etmek için yapılan MannWhitney U Testi sonucunda farkın istatistiksel açıdan anlamlı olduğu (U=98,500, $p<0.05$) görülmüş ve denence kabul edilmiştir.

3.3.5. Uygulama Sonrası Alkol Kullanım Miktarı

3.3.5.1 On Beşinci Denenceye İlişkin Bulgular

Araştırmanın on beşinci denencesi “*Ayaktan alkol kullanım bozukluğu tedavisi gören ve motivasyonel görüşmeye dayalı grupta sosyal hizmet müdahalesine katılan deney grubunun, sadece ayaktan alkol kullanım bozukluğu tedavisi gören kontrol grubuna göre 1 ay sonraki alkol kullanım miktarı daha düşük olacaktır*” şeklinde ifade edilmiştir. Buna göre, denencenin sınanmasına ilişkin bulgular Tablo 41’de yer almaktadır

Tablo 41. Deney ve Kontrol Grubunda Bulunan Grup Üyelerinin Uygulamadan 1 Ay Sonraki Alkol Kullanım Miktarlarının Karşılaştırılması

	Grup	Ortanca	Ort	SS	SH	U	z	P
1 Ay Sonraki Alkol Kullanım Miktarı	Deney	,00	7,50	14,864	3,716	75,500	-2,116	,034
	Kontrol	27,00	22,13	19,235	4,809			

Tablo 41’de deney ve kontrol grubuna katılan üyelerin uygulamadan 1 ay sonraki haftalık alkol kullanım miktarlarına ilişkin bulgular verilmektedir. Bulgular incelendiğinde, deney grubunun alkol kullanım miktarı ortalamasının 7,50, kontrol grubunun ise 22,13 olduğu görülmektedir. Deney ve kontrol grupları arasındaki farkı test etmek için yapılan MannWhitney U Testi sonucunda farkın istatistiksel açıdan anlamlı olduğu ($U=75,500$, $p < .05$) görülmüş ve denence kabul edilmiştir.

3.3.5.2 On Altıncı Denenceye İlişkin Bulgular

Araştırmanın on altıncı denencesi “*Ayaktan alkol kullanım bozukluğu tedavisi gören ve motivasyonel görüşmeye dayalı grupta sosyal hizmet müdahalesine katılan deney grubunun, sadece ayaktan alkol kullanım bozukluğu tedavisi gören kontrol grubuna göre 3 ay sonraki alkol kullanım miktarı daha düşük olacaktır*” şeklinde ifade edilmiştir. Buna göre, denencenin sınanmasına ilişkin bulgular Tablo 42’de yer almaktadır.

Tablo 42. Deney ve Kontrol Grubunda Bulunan Grup Üyelerinin Uygulamadan 3 Ay Sonraki Alkol Kullanım Miktarlarının Karşılaştırılması

	Grup	Ortanca	Ort	SS	SH	U	z	P
3 Ay Sonraki Alkol Kullanım Miktarı	Deney	,00	6,13	14,791	3,698	55,500	-2,858	,004
	Kontrol	35,00	30,75	19,908	4,977			

Tablo 42’de deney ve kontrol grubuna katılan üyelerin uygulamadan 3 ay sonraki haftalık alkol kullanım miktarlarına ilişkin bulgular verilmektedir. Bulgular incelendiğinde, deney grubunun alkol kullanım miktarı ortalamasının 6,13, kontrol grubunun ise 30,75 olduğu görülmektedir. Deney ve kontrol grupları arasındaki farkı belirlemek için yapılan MannWhitney U Testi sonucunda farkın istatistiksel açıdan anlamlı olduğu (U=55,500, $p < .05$) görülmüş ve denence kabul edilmiştir.

3.3.5.3 On Yedinci Denenceye İlişkin Bulgular

Araştırmanın on yedinci denencesi “*Ayaktan alkol kullanım bozukluğu tedavisi gören ve motivasyonel görüşmeye dayalı grupla sosyal hizmet müdahalesine katılan deney grubunun, sadece ayaktan alkol kullanım bozukluğu tedavisi gören kontrol grubuna göre 6 ay sonraki alkol kullanım miktarı daha düşük olacaktır*” şeklinde ifade edilmiştir. Buna göre, denencenin sınanmasına ilişkin bulgular Tablo 43’de yer almaktadır.

Tablo 43. Deney ve Kontrol Grubunda Bulunan Grup Üyelerinin Uygulamadan 6 Ay Sonraki Alkol Kullanım Miktarlarının Karşılaştırılması

	Grup	Ortanca	Ort	SS	SH	U	z	P
6 Ay Sonraki Alkol Kullanım Miktarı	Deney	,00	9,75	20,095	5,024	65,000	-2,541	,011
	Kontrol	35,00	30,19	20,540	5,135			

Tablo 43’de uygulamadan sonraki 6. ayda alkol kullanım miktarı ortalamaları incelendiğinde deney grubunun ortalamasının 9,75, kontrol grubunun ortalamasının ise 30,19 olduğu görülmektedir. Araştırmanın bulguları kontrol grubunun alkol kullanım miktarının deney grubundan daha yüksek olduğunu ortaya koymaktadır. Deney ve kontrol grupları arasında yapılan istatistiksel analiz sonucunda alkol kullanım miktarı açısından ortaya çıkan fark anlamlıdır ($U= 65,000, p<.05$). Bu bulguya göre çalışmanın denencesi kabul edilmiştir.

Öte yandan yukarıdaki çalışma bulgularıyla uyumlu olarak grupla motivasyonel görüşmenin alkol ve madde kullanımını azalttığına ilişkin çeşitli çalışmaların örtüşüğünü söylemek mümkündür. Bu çalışmaların sonuçları şu şekilde özetlenebilir:

Alkol ve madde kullanımı olan 18-25 yaş arası 200 evsiz gençle yapılan randomize kontrollü çalışmada dört seanslık grupla motivasyonel görüşmeye katılanların kontrol grubuna göre son 3 ayda alkol ve madde kullanımında azalma olduğu vurgulanmıştır (Tucker ve diğerleri, 2017). Alkol kullanım bozukluğu olan 193 ergen üzerinde yapılan randomize kontrollü başka bir çalışmada ise grupla motivasyonel görüşmeye katılan ergenlerde alkol veya madde kullanımının 3 ay içerisinde azaldığı bilgisine ulaşılmıştır (D’Amico ve diğerleri, 2003). Alkol kullanan ve kampus kurallarını ihlal eden 115 kadın üniversite öğrencisi ile yapılan başka bir çalışmada ise motivasyonel görüşmeye dayalı gruba katılanların 3 aylık izleme sürecinde müdahale öncesine oranla alkol kullanımını % 29,9 azalttıkları görülmüştür (Labrie 2007 ve diğerleri). Alkol kullanımı olan 89 üniversite öğrencisi ile yapılan başka bir çalışmada da grupla motivasyonel görüşme müdahalesinden sonraki 3 ay ve 6 ayda üniversite öğrencilerinin alkol kullanımının azaldığı sonucuna ulaşılmıştır (Martin-Perez ve diğerleri, 2019).

Yapılan bilimsel çalışmalar karşılaştırıldığında grupla motivasyonel görüşmenin alkol ve madde kullanımı olan bireylerle yapılacak uygulamalarda önemli sonuçlar ortaya çıkardığını göstermektedir.

Tablo 44. Deney ve Kontrol Grubunda Bulunan Grup Üyelerinin Öz Yeterlik ve Tedavi Motivasyonlarının Uygulamadan 1, 3 ve 6 Ay Sonraki Remisyon Durumları, Alkol Kullanım Sıklık ve Miktarlarına İlişkin Çoklu Regresyon Analizi Tablosu

Değişkenler	Deney Grubu		Kontrol Grubu	
	Öz Yeterlilik	Tedavi Motivasyonu	Öz Yeterlilik	Tedavi Motivasyonu
Remisyon 1. Ay	p>0.05	p>0.05	p>0.05	p>0.05
Remisyon 3. Ay	($\beta=0,599$; p<0.05)	p>0.05	p>0.05	($\beta=0,648$; p<0.05)
Remisyon 6. Ay	p>0.05	p>0.05	p>0.05	($\beta=0,594$; p<0.05)
Miktar 1. Ay	p>0.05	p>0.05	p>0.05	p>0.05
Miktar 3. Ay	p>0.05	p>0.05	p>0.05	($\beta=-0,681$; p<0.01)
Miktar 6. Ay	p>0.05	p>0.05	p>0.05	($\beta=-0,686$; p<0.01)
Sıklık 1. Ay	p>0.05	p>0.05	p>0.05	p>0.05
Sıklık 3. Ay	p>0.05	p>0.05	p>0.05	($\beta=-0,732$; p<0.01)
Sıklık 6. Ay	p>0.05	p>0.05	p>0.05	($\beta=-0,637$; p<0.01)

Yukarıdaki tabloda deney ve kontrol grubundaki hastaların öz yeterlik ve tedavi motivasyonlarının, hastaların birinci, üçüncü ve altıncı aylardaki remisyon durumu, alkol kullanma miktar ve sıklık gelişimlerine olan etkilerine çoklu regresyon modeli ile bakılmıştır.

Deney grubundaki hastaların tedavi motivasyonlarının hastaların birinci, üçüncü ve altıncı aylardaki remisyon, alkol kullanım miktar ve sıklıkları üzerinde yordayıcı bir değişken olmadığı görülmüştür (p>0.05). Öz yeterlik durumu ise sadece remisyonun 3. ayı için modelde istatistiksel olarak yordayıcı bir değişken olduğu görülmüştür ($\beta=0,599$; p<0.05). Hastaların öz yeterlilik düzeylerindeki 1 birimlik artış, 3.ayda alkol

kullanmama durumlarında %59,9'luk bir artışa neden olmaktadır. Hastaların öz yeterlilikleri arttıkça, 3. aydaki alkol kullanmama durumlarında da artış olduğu görülmektedir. Diğer yandan öz yeterliliğin, birinci, üçüncü ve altıncı aylarda hastaların alkol kullanma miktar ve sıklıklarına, birinci ve altıncı aydaki remisyon düzeylerine etki etmediği gözlemlenmiştir ($p>0.05$)

Kontrol grubundaki hastaların öz yeterlilik durumlarının, hastaların birinci, üçüncü ve altıncı aylardaki remisyon durumu, alkol kullanım miktar ve sıklıkları üzerinde yordayıcı bir değişken olmadığı görülmüştür ($p>0.05$). Diğer yandan tedavi motivasyonunun özellikle kontrol grubu üzerinde oldukça etkili olduğu görülmektedir. Hastaların 3.ay ($\beta=0,648$; $p<0.05$) ve 6. Ay remisyon durumlarında ($\beta=0,594$; $p<0.05$), tedavi motivasyonunun istatistiksel olarak yordayıcı bir değişken olduğu görülmüştür. Tedavi motivasyondaki 1 birimlik değişim 3. aydaki remisyonunda %64,8'e ve 6. aydaki remisyonunda %59,4 oranında artışa neden olmuştur. Diğer bir deyişle, tedavi motivasyonunda görülen artış, remisyonun 3. ve 6. aylarda hastaların alkol kullanmama olasılıklarını arttırdığını göstermektedir. Tedavi motivasyonunun, 3. ay ($\beta=-0,681$; $p<0.01$) ve 6.aydaki alkol kullanma miktarı ($\beta=-0,686$; $p<0.01$) süreçlerinin negatif yönlü bir yordayıcısı olduğu görülmektedir. Tedavi motivasyondaki 1 birimlik değişim 3. Aydaki alkol kullanma miktarında %68,1 ve 6.aydaki alkol kullanma miktarında %68,6 oranında azalışa neden olmuştur. Diğer bir deyişle, tedavi motivasyonunda görülen artış, 3. ve 6. aylarda hastaların alkol kullanma miktarlarını azaltmaya destek sağlamıştır. Tedavi motivasyonunun, alkol kullanma sıklığı 3. ay ($\beta=-0,732$; $p<0.01$) ve 6.ay ($\beta=-0,637$; $p<0.01$) süreçlerinin negatif yönlü bir yordayıcısı olduğu görülmektedir. Tedavi motivasyondaki 1 birimlik değişim alkol kullanma sıklığında 3. ayda %73,2 ve 6.ayda %63,7 oranında azalışa neden olmuştur. Diğer bir deyişle, tedavi motivasyonunda görülen artış, 3. ve 6. aylarda hastaların alkol kullanma sıklıklarını azaltmaya olanak sağlamıştır. Buna karşın kontrol grubunda hastaların, tedavi motivasyonlarının remisyon 1. ay, alkol kullanma miktarı 1.ay ve alkol kullanma sıklığı 1.ay süreçlerinde yordayıcı bir değişken olmadığı gözlemlenmiştir ($p>0.05$).

Konrtol grubunda tedavi motivasyonunun 3. ve 6. aydaki remisyon oranıyla pozitif; alkol kullanım sıklığı ve miktarıyla ise negatif ilişki olduğunun saptanmış olmasına karşın motivasyonel görüşmeye dayalı sosyal hizmet müdahalesi sonrası daha yüksek motivasyon ve öz yeterlik düzeyine ulaşan deney grubunda ise benzer bir ilişkinin

saptanmamış olması alkol kullanım bozukluklarında remisyon durumu, alkol kullanım sıklık ve miktarlarına ilişkin sonuçların mevcut çalışma deseninde değerlendirilmemiş diğer faktörlerin (bireysel özellikler, baş etme kapasitesi, sosyal destek vb) dolaylı etkilerine bağlı olarak ortaya çıkmış olabileceği düşünülmektedir.

4. BÖLÜM

SONUÇ VE ÖNERİLER

Araştırmanın bu bölümünde araştırmaya ilişkin sonuçlara ve araştırma sonuçları temel alınarak önerilere yer verilmektedir.

4.1. SONUÇ

Alkol kullanım bozukluğu dünyada ve ülkemizde giderek artış gösteren; çeşitli tıbbi, psikolojik, sosyal ve yasal sorunlara yol açan bir halk sağlığı sorunudur. Alkol kullanım bozukluğunun birey, aile ve toplum üzerindeki olumsuz sonuçları çeşitli tedavi yaklaşımlarının önemini ortaya koymaktadır. Alkol ve madde kullanım bozukluklarının tedavisinde tıbbi boyutun yanı sıra psikososyal boyut da önemlidir. Madde bağımlılığının tedavisinde birey, aile ve grup çalışmaları şeklinde gerçekleştirilen çeşitli psikososyal müdahaleler; nüksleri önlemeyi, remisyon süresini uzatmayı, alkol kullanım miktar ve sıklığını azaltmayı, birey ve aileleri güçlendirmeyi hedeflemektedir. Bağımlılığın psikososyal tedavisinde kullanılan müdahalelerden biri de grupla motivasyonel görüşmedir. Yurt dışında yapılan araştırma sonuçları madde bağımlılığının tedavisinde motivasyonel görüşmeye dayalı grupların etkili olduğunu ortaya koymaktadır.

Alkol kullanım bozukluğunun tedavisi bünyesinde çeşitli güçlükleri barındırmaktadır. Bahse konu güçlüklerden bazıları hastaların tedavi olmak istememesi, hastalığını inkar etmesi, tedavi olup olmama konusunda kararsızlık yaşamalarıdır. Oysaki alkol kullanım bozukluğu olan hastaların tedavi motivasyonlarının artması tedaviye bağlılıklarını arttırmakta, remisyon sürelerini uzatmakta, problemlerini fark etmelerine yardımcı olmaktadır. Ayrıca tedavi motivasyonlarının yüksek olması başkalarından yardım almayı da kolaylaştırmaktadır.

Alkol kullanım bozukluğu olan hastalarda karşılaşılan diğer bir sorun maddeyi bırakamayacaklarına dair bir inanç geliştirmeleridir. Onların maddeyi bırakamayacaklarına dair bir inanç içinde olmaları yani öz yeterliklerinin düşük olması tedavi süreçlerini olumsuz yönde etkileyerek nükse neden olmaktadır. Oysa öz yeterliği artan hastalar başarabileceklerine dair inanç geliştirerek problem çözme becerilerini geliştirmekte, alkol kullanımı karşısında davranış değişikliğini başlatmakta ve sürdürebilmektedirler.

Dünyadaki alkol kullanım bozukluğuna yönelik tedavi programlarının nihai amacı alkol kullanım bozukluğu olan bireylerin remisyon sürelerini olabildiğince arttırmak ve bununla birlikte ağır içiciliği önlemek veya azaltmaya çalışmaktır. Böylece alkol kullanım bozukluğu olan bireylerin alkol kullanma miktarındaki azalma ile birlikte alkolün getireceği olumsuz sonuçlar da azalacaktır.

Bu çalışmanın amacı; alkol kullanım bozukluğu tanısı almış ayaktan tedavi görmekte olan erkek hastalara yönelik motivasyonel görüşmeye dayalı grupla sosyal hizmet müdahalesinin hastaların öz-etkililik-yeterlilik, tedavi motivasyonları ve remisyon sürelerine etkisini incelemektir.

Alkol kullanım bozukluğu tanısı ile Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi AMATEM kliniğinde ayaktan tedavi gören hastalarla motivasyonel görüşmeye dayalı grupla sosyal hizmet uygulamasının hastaların öz-etkililik-yeterlilikleri, tedavi motivasyonları ve remisyonlarına etkisinin incelendiği bu araştırmada yansız atama ile herbiri 16 üyeye sahip deney ve kontrol grubu oluşturulmuştur. Öncelikle deney ve kontrol grubunda bulunan üyelere Öz-Etkililik-Yeterlilik Ölçeği ve Tedavi Motivasyon Anketi uygulanmıştır. Daha sonra sadece deney grubuyla haftada bir gün toplamda beş oturum olan motivasyonel görüşmeye dayalı grupla sosyal hizmet uygulaması gerçekleştirilmiştir. Uygulamanın tamamlamasından hemen sonra deney ve kontrol grubuna Öz-Etkililik-Yeterlilik Ölçeği ve Tedavi Motivasyon Anketi yeniden uygulanmıştır. Grup uygulamasının tamamlanmasından sonraki 1. ay, 3. ay ve 6. ayda her iki gruptaki hastaların remisyon durumları öğrenilmiştir.

Bu araştırmada müdahale öncesine ilişkin yapılan ölçümlerde deney ve kontrol grubunu oluşturan hastalar arasında öz etkililik-yeterlilik, tedavi motivasyonu, alkol kullanım sıklığı ve alkol kullanım miktarı bakımından fark gözlenmemiştir. Buna karşılık; müdahale sonrası yapılan ölçümler sonucunda deney grubunda yer alan ve motivasyonel görüşmeye dayalı grupla sosyal hizmet uygulamasına katılan hastaların kontrol grubunda yer alan ve sadece tıbbi tedavi alan hastalara göre öz etkililik-yeterlilikleri ve tedavi motivasyonları artmış ve böylelikle uygulamadan sonraki 1., 3. ve 6. aydaki alkol kullanım sıklık ve miktarları azalmıştır. Araştırma kapsamında kontrol ve deney grubu üyeleri remisyon süreleri açısından karşılaştırılmış, sonuç olarak motivasyonel görüşmeye dayalı grupla sosyal hizmet uygulamasına katılanların

remisyon sürelerinde artışın olduğu ancak bu farkın uygulamadan sonraki 1., 3. ve 6 ayda anlamlı olmadığı görülmüştür.

Motivasyonel görüşmeye dayalı grupla sosyal hizmet uygulamasına katılan hastalar değerlendirildiğinde araştırmanın bulgularını destekleyen bazı önemli değişimlerin ortaya çıktığı görülmüştür. Örneğin; grup oturumlarının 1. ve 2. oturumlarında değişime karşı direnç konuşmaları ağırlıktayken ambivalansın çözülmesi ile ilgili 3. grup oturumunda yapılan karar dengesi çalışmasından sonra gruba katılan üyelerin çoğunda belirgin bir şekilde başlayan değişim konuşmalarının (değişimin avantajları, değişmemenin dezavantajları, değişme niyeti ve değişimle ilgili iyimserlik) grubun son oturuma kadar devam ettiği görülmüştür. Ayrıca grup üyelerinin çoğunda alkol kullanımının zararlarının farkına vararak risk algısı ve alkolü bırakabileceklerine dair inanç da gelişmiştir. Risk algısı oluşan ve alkolü bırakabileceklerine dair inanç geliştiren grup üyeleri değişime hazır hale gelerek ve değişim planlarını ortaya koyarak değişimi gerçekleştirebilmişlerdir.

Araştırmaya katılan deney ve kontrol grubu hastalarının alkol kullanım sıklığı, miktarı ve remisyon durumlarının uygulama sonrası 6 ay süre ile izlenmiş olması bu araştırmanın güçlü yönlerinden birisidir. Araştırmanın diğer bir güçlü yanı ise bağımlılık tedavisinde karşılaşılan önemli sorunların çözümüne yönelik sonuçlar içermesidir. Bu çalışmada aynı zamanda grupla motivasyonel görüşmenin diğer psikososyal müdahalelere göre bazı ayırt edici özellikleri somut olarak gözlemlenebilmiştir. Bu özellikler grupla motivasyonel görüşmenin ruhu ve temel özelliklerini yansıtması, grup formatında yapılması ve sosyal hizmet mesleğinin etik ilke ve değerleriyle uyumlu olmasıdır.

Mevcut çalışmanın bazı sınırlı yanları da bulunmaktadır. Araştırma, yalnızca alkol kullanım bozukluğu tanısı almış az sayıda yetişkin erkek hasta ile gerçekleştirilmiştir. Bu nedenle araştırmadan elde edilen bulguların yalnızca alkol kullanım bozukluğu tanısı almış yetişkin erkek hastalar için geçerli olup diğer örneklem grupları için genelleme yapmaya uygun olmadığı düşünülmektedir. Ayrıca alkol kullanım bozukluğu olan hastalara yönelik grupla motivasyonel görüşmeye dayalı bir grup çalışması psikososyal nitelikli birçok değişken üzerinde etkili olabilir. Bu çalışmada, bahse konu değişkenlerden sadece öz-etkililik-yeterlik, tedavi motivasyonu ve remisyon ele alınmış;

remisyonun yanısıra alkol kullanım sıklık ve miktarları da uygulama sonrasında 6 ay süre ile izlenmiştir.

4.2 ÖNERİLER

- Tedavi motivasyonun düşük olması nükslere ve tedaviyi yarım bırakmaya neden olduğundan alkol kullanım bozukluğu tanısıyla tedavi merkezine başvuran hastaların tedavi programlarına tedavi motivasyon düzeylerinin belirlenmesi (bireysel görüşmeler veya motivasyon ölçme araçları kanalıyla) dahil edilmelidir.
- Öz etkililik-yeterlik düzeyini artırmaya, tedavi motivasyonu sağlamaya, remisyon süresini uzatmaya, madde kullanım miktarı ve sıklığını azaltmaya olanak sağladığı için madde bağımlılığı danışma ve tedavi merkezlerinde psikososyal tedavi programlarında grupla motivasyonel görüşmelere de yer verilmelidir.
- Motivasyonel görüşmeye dayalı grupla sosyal hizmet uygulaması yapacak olan sosyal hizmet uzmanları motivasyonel görüşmenin süreç ve tekniklerine hakim olmanın yanında grup çalışmaları ile ilgili temel düzeyde bilgi ve beceri sahibi olmalıdır. Motivasyonel gruplara liderlik eden sosyal hizmet uzmanları grup oturumlarının başından sonuna kadar olan süreçte grup üyelerini kabul edici bir tutum içinde olmalı, grup üyelerinin geçmişteki sorunlarını ya da psikopatolojilerini çözmek yerine grup üyelerinde olumlu bir gelişim sağlama üzerine odaklanmalı, grup üyelerinin mevcut bakış açılarını ortaya çıkarmalı, değişim konuşmalarını ayrıntılandırmaları için yönlendirmelidirler.
- Alkol kullanım bozukluğu olan bireyle çalışan sosyal hizmet uzmanları, sosyal hizmet mesleğinin bulunduğu yerden başlama ilkesine uygun olarak transteorik modele göre bireylerin hangi değişim evresinde olduğunu (niyet öncesi, niyet, hazırlık, eylem, sürdürme ve nüks) belirlemeli ve içinde bulunduğu evreye uygun müdahale ve yaklaşımda bulunmalıdır.
- Alkol kullanım bozukluğu olan hastalarla çalışan sosyal hizmet uzmanları, hastaların hastalıklarını inkar edebilecekleri, tedaviye direnç gösterebilecekleri ve değişim konusunda ambivalan olabilecekleri gerçeğini göz önünde bulundurarak hastalara karşı kabul edici tutum içinde olmalıdırlar. Sosyal hizmet uzmanları hastaların değişimi için aceleci davranmamalı, dirence dirençle karşılık vermemeli ve ambivalansı değişimin normal bir evresi olarak kabul etmelidir. Ayrıca sosyal hizmet uzmanları,

alkol kullanım bozukluğu olan bireylerin tedavisinde madde bağımlılığının remisyon ve relapslarla giden sürecine uygun olarak uzun süreli izleme çalışmaları da yapmalıdır.

- Mevcut alışma alkol kullanım bozukluğu olan sınırlı sayıda yetişkin erkek hastalar ile gerçekleştirilmiştir. Grupla motivasyonel görüşme alkol dışı madde kullanım bozukluğu olan hastalarla, kadınlar, ergenler, yaşlılar gibi farklı örneklem gruplarıyla da gerçekleştirilmeli ve etkisi incelenmelidir.

- Alkol ve madde bağımlılığı danışma ve tedavi merkezlerinde çalışan sosyal hizmet uzmanlarının ve diğer ruh sağlığı meslek elemanlarının bilgi ve becerilerinin geliştirilmesi amacıyla kanıta dayalı yaklaşım olan motivasyonel görüşme eğitimi almaları sağlanmalıdır.

KAYNAKÇA

- Achiller, D., Lopez, L., Daigre, C., Alberich, C., Cintas, L. R., Valero, S., et al. (2015). Motivational interviewing group at inpatient detoxification, its influence in maintaining abstinence and treatment retention after discharge. *Addicciones*, 27 (2), 109-118.
- Agabio, R., Pisanu, C., Gessa, G. L. Franconi, F. (2017). Sex differences in alcohol use disorder. *Current Medicinal Chemistry*, 24, 1-10.
- Akbari, S., Rahimi, C., Mohamadi,, N., &Hussaini, S.H. (2018). Studying the effectiveness of motivational group therapy in heroin addicts. *Intervention*, 16 (3), 249-255.
- Akvardar, Y., Uçku, R. (2010). Alkol kullanım sorunları nasıl önlenir? Alkol kullanım bozukluklarının tanı ve tedavisinde kısa müdahale yaklaşımı. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 11, 51-59.
- Akvardar, Y. (2012). Alkol kullanım bozukluklarının tanı ve tedavisinde kısa müdahale yaklaşımı. C. , K. Ögel, & B. Uluğ (Ed) içinde, *Alkol ve Madde Bağımlılığı Tanı ve Tedavi El Kitabı* (s. 139-150). Ankara: Türkiye Psikiyatri Derneği.
- 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. *Nöro Psikiyatri Arşivi*, 55, 261-270.
- Alptekin, K., Mutlu, E., Paltun, C.S., Göka, E. (2018). Psycho-social factors that lead to heroin addiction among young males in Turkey. *The Turkish Journal on Addictions*, 5, 577-595.
- Amerikan Psikiyatri Birliği (2013). *Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı (DSM-V)*. E. Köroğlu (Çev. Ed), Ankara: Hekimler Yayın Birliği.
- Amram, Y., Benbenishty, R. (2014). The impact of therapeutic factors on locus of control of addicts in therapeutic communities. *Journal of Groups in addiction & Recovery*, 9, 313-325.

- Anlı, R.E., Vural, N., Gucer, Y. (2007). Determination of the principal volatile compounds of Turkish raki. *Journal of the Institute of Brewing*, 113 (3), 302-309.
- Arıkan, Z. (2012). Alkol kullanım bozukluğu. İçinde, *Madde Bağımlılığı Tanı ve Tedavi Kılavuzu El Kitabı* (s. 105-123), T.C. Sağlık Bakanlığı Yayın No: 879, Ankara: Pozitif Matbaa.
- Arıkan, Z. (2012). Bağımlılık tedavisinde karşılaşılan güçlükler ve bunlarla başa çıkma. İçinde, *Alkol Kullanım Bozukluğu, Madde Bağımlılığı Tanı ve Tedavi Kılavuzu El Kitabı* (s. 233-238), T.C. Sağlık Bakanlığı Yayın No: 879, Ankara: Pozitif Matbaa.
- Arkowitz, H., Miller, W. R. (2015). Learning, applying and extending motivational interviewing in the treatment of psychological problems. Arkowitz, H., Miller, W.R., S. Rollnick (Ed) içinde, *Motivational Interviewing in the Treatment of Psychological Problems*. (1-32). New York: Guilford Press.
- Asan,Ö., Tıkrı, B., Okay, İ. T., Göka, E. (2015). Bir Amatem birimine başvuran alkol ve madde kullanım bozukluğu olan hastaların sosyodemografik ve klinik özellikleri. *Bağımlılık Dergisi*,16(1), 1-18.
- Aydın, K. (2011). Türkiye’de alkollü içki kültürü ve hanehalkı alkol harcamalar., *Elektronik Sosyal Bilimler Dergisi*, 10 (38), 335-347.
- Baltaş, Z (2000). *Sağlık Psikolojisi: Halk Sağlığında Davranış Bilimleri*. İstanbul: Remzi Kitabevi.
- Bandura, A. (1977). *Social Learning Teory*. New Jersey: Prentice Hall.
- Barker, L. R. (1999). *The Social Work Dictionary*. Washington DC: Nasw.
- Barry, K. L. (1999). *Brief Interventions and Brief Therapies for Substance Abuse*. Treatment Improvement Protocol (TIP) Series 34 U.S. Department of Health and Human Services. DHHS Publication No. (SMA) 99-3353.
- Batvin, G.J., Griffin, K.W. (2004). Life skills training: Emprical findings and future directions. *The Journal of Primary Prevention*, 25, 2, 211-232.

- Bayır, B. (2019). *Madde kullanım bozukluğu olan bireylere öz-yeterlilik kuramına göre verilen farkındalık temelli eğitimin öz-yeterlilik algısına etkisi*, (Yayımlanmamış doktora tezi), İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Malatya.
- Beck, A.T., Wright, F.D. Newman, C. F., Liese, B.S. (1993). *Cognitive Therapy of Substance Abuse*. New York: Guilford Press.
- Beyer, E., P., Carnabucci, K. (2002). Group treatment of substance abusing women. S.L.A. Stravusner. S. Brown (Ed), içinde, *The Handbook of Addiction Treatment for Women*. San Francisco: Jossey Bass.
- Bilici, R., Karakaş, G., Tufan, E., Güven, T., Uğurlu, M., (2012). Bir bağımlılık merkezinde yatarak tedavi gören hastaların sosyodemografik özellikleri. *Fırat Tıp Fakültesi Dergisi* 17 (4), 223-227.
- Bischof, G., Rumpf H. J., Hapke, U., Meyer, C., John, U. (2001). Factors influencing remission from alcohol dependence without formal help in a representative population sample. *Addiction*, 96, 1133-1136.
- Brooks, F., Mchenry, B. (2015). *A Contemporary Approach to Substance use Disorder and Addiction Counseling*. America: American Counseling Association.
- Brown, S., Levis, V. (2008). Alkolik aile gelişimsel bir iyileşme modeli. I. Yalom, (Ed) içinde, *Alkolizm Terapisi* (s. 279-318). İstanbul: Prestij Yayınları.
- Bulut, M., Savaş, H. A, Cansel, N., Selek, S.,Kap, Ö., Yumru, M., Vırt, O. (2006). Gaziantep Üniversitesi alkol ve madde kullanım bozuklukları birimine başvuran hastaların sosyodemografik özellikleri. *Bağımlılık Dergisi*, 7, 65-70.
- Bunt, C., Muehlbach, B., Moed, C. O. (2008). The therapeutic community: An international perspective. *Substance Abuse*, 29(3), 81-87.
- Borsos, D. (2009). Models of Addiction. G. Fisher, N.A. Roget (Ed), *Encyclopedia of Substance Abuse Prevention, Treatment, & Recovery*. USA: Sage Publications,

- Cavaiola, A. A. (2009). Psychological models of addiction. G. Fisher, N.A. Roget (Ed) içinde, *Encyclopedia of Substance Abuse Prevention, Treatment, & Recovery*. USA: Sage Publications.
- Chan. J.G., Bedi, R.P. (2009). Family therapy. G. Fisher, N.A. Roget (Ed) içinde, *Encyclopedia of Substance Abuse Prevention, Treatment, & Recovery*. USA: Sage Publications.
- Corcoran, J. (2016). *Motivational Interviewing: A Workbook for Social Workers*. New York: Oxford University Press.
- Csiernik, R., Rowe, W. S. (2003). Creating a social work understanding of addiction. R. Csiernik., W.S. Rowe (Ed) içinde, *Responding to the Opression of Addiction: Canadian Social Work Perspectives* (s. 3-15). Toronto: Canadian Scholars' Press.
- Crey, M. S., Corey, G., Corey, C. (2016). *Psikolojik Danışmada Gruplar: Süreç ve Uygulama*, F. Aysan, S.B. Çelik, A Uz Baş (Çev Ed). Ankara: Nobel
- Çakmak, D., Evren, C. (2006). *Alkol ve Madde Kullanım Bozuklukları*. İstanbul: Özgül Matbaacılık.
- Çıray, R. O., Kurt, Ü. S., Kılıçarslan, E. (2018). Alkol ve madde kullanım bozukluğu olan hastalarda ek tanı, kullanılan madde ve kişilik bozukluklarının yatış sürelerine etkisi. *Bağımlılık Dergisi*, 19 (4), 107-114.
- Çitçi, A. (2019). Ergenlerde madde kullanım bozuklukları. M. Öztürk, K. Ögel, C. Evren, R. Bilici (Ed) içinde, *Bağımlılık: Tanı, Tedavi, Önleme Kitabı* (s. 575-596). İstanbul: Yeşilay Yayınları.
- D'amico, E.J., Hunter, S.B., Miles, J.N.V., Ewing, B.A. Osilla, K.C. (2013). A randomized controlled trial of a group motivational interviewing intervention for adaloscents with a first time alcohol or drug offence. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 45, 400-408.
- Delva, J., & Kameoka, V. A. (1999). Risk for alcohol and drug abuse among ethnically diverse female recipients of public assistance. *Ethnic Diseases*, 9, 237-245.

- Demirbaş, H., İlhan, İ. Ö. (2004). Alkol bağımlısı hastalarda bağımlılık sürecinin problem çözme yolları ile ilişkisi. *Bağımlılık Dergisi*, 5, 57-60.
- Deveci, A. (2012). Alkol madde kullanım bozukluklarında tanı araçları. C. Evren, K. Ögel, B. Uluğ, (Ed) içinde, *Alkol ve Madde Bağımlılığı Tanı ve Tedavi El Kitabı* (S. 53-66). Ankara: Türkiye Psikiyatri Derneği.
- Doğan, Y. B. (2000). Madde kullanımı ve bağımlılığı. I. Sayıl, (Ed), içinde, *Ruh Sağlığı ve Hastalıkları* (139-148). Ankara: Antıp A.Ş.
- Doğan, Y. B. (2018). *Alkol Bağımlılığı*. Ankara: Nobel
- Doğruer, Z., Türkçapar, M.H., İnce, A. (2002). Alkol bağımlılığında relaps. *Klinik Psikiyatri*, 5, 43-49.
- Drum, K. (2006). The essential power of group work. *Social with Groups*, 29 (2-3), 17-31.
- Diclemente, C. C., Fairhurst, S.K., Piotrowski, N.A. (1995). Self-efficacy and addictive behaviour, J.E. Maddux (Ed), içinde, *Self-Efficacy, Adaptation and Adjustment: Theory, Research and Application*, (109-141), New York: Springer.
- Diclemente, C.C. (2016). *Bağımlılık ve Değişim: Bağımlılık Nasıl Gelişir ve Bağımlı İnsan Nasıl İyileşir?* M. Şahin (Çev. Ed.). Ankara: Nobel Akademik Yayıncılık.
- Dovaihy, A., Thomas, M. K., Gold, M. A. (2014). *Motivational Interviewing a Guide for Medical Trainees* (2014). New York: Oxford University Press.
- Edwards, G., Marshall, E. S., Cook, C. C. H. (2003). *The Treatment of Drinking Problems*. United Kingdom: Cambridge University Press.
- Emeç, H., Gülay, E. (2008). Alkol tüketimi ve sosyodemografik değişkenlerin alkol tüketimi üzerine etkisi. *Ekonomik Yaklaşım*, 19 (68), 115-134.
- Erbay, E., Oğuz, N., Yıldırım, B., & Fırat, E. (2016). Alkol ve madde bağımlılığı olan bireylerin başa çıkma tutumları. *Türkiye Sosyal Araştırmalar Dergisi*, 597-609.

- Eren, F., Gündüz, N., Turan, H., Erkal, E. (2018). Erzurum ilinde denetimli serbestlik polikliniğine başvuran hastaların sosyodemografik incelemesi. *Current Addiction Research*, 2(1), 11-16.
- Ertoğlu, M. N. (2013). *Ankara AMATEM’de alkol tedavisi gören bireylerin tedavi sürecinde karşılaştıkları problemlerin tedavi motivasyonu ile arasındaki ilişkiler ve sosyal hizmet uygulamalarının incelenmesi* (Yayımlanmamış yüksek lisans tezi). Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara.
- Ersoy, N. C. (2016). Motivasyon. M. Zencirkıran, (Ed) içinde, *Davranış Bilimleri* (s. 77-98). Bursa: Dora Basım-Yayım.
- Essau, C. A., Hutchinson, D. (2008). Alcohol use. İçinde, *Abuse and Dependence* (61-115). Essau, C.A. (Ed). USA: Elsevier.
- Evren, C., Ögel, K. (2003). Alkol ve madde bağımlılarında dissosiyatif belirtiler ve çocukluk çağı travması; depresyon, anksiyete ve alkol madde kullanımı ile ilişkisi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 4, 30-37.
- Evren, C., Saatçioğlu, Ö., Evren, B., Yapıcı, A., Çakmak, D. (2003). Alkol kullanım bozukluğunda cinsiyet farklılığı: Yatan hasta verilerinin incelenmesi. *Bağımlılık Dergisi*, 4, 96-100.
- Evren, C., Saatçioğlu, Ö., Dalbudak, E., Danışment, B. S., Çakmak, D. (2006). Tedavi motivasyonu anketi (TMA) Türkçe versiyonunun alkol bağımlısı hastalarda faktör yapısı, geçerliği ve güvenilirliği. *Bağımlılık Dergisi*, 7, 117-122.
- Evren, C., Çetin, R., Durkaya, M., Dalbudak, E. (2010). Clinical factors associated with relapse in male alcohol dependence during six month follow up. *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni*, 20, 14-22.
- Evren, C., Çakmak, D. (2001). Alkol ve madde kullananların özellikleri: 2000 yılında AMATEM’de yatan hasta verilerinin incelenmesi. *Düşünen Adam: Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi*, 14(3), 142-149.
- Fisher, M. S. (2004). Groups for substance abuse treatment. Garvin, C. D., Gutierrez, M.L., Galinsky, M.J. (Ed) içinde, *Handbook of Social Work with Groups*. (s. 259-274). Newyork: The Guildof Press.

- Galanter, M., Hayder, F., Castaneda, R., Franco, H. (2005). Group therapy, self help group and network therapy, R.J. Frances, S. Miller, A.H. Mack (Ed) içinde, *Clinical Textbook of Addictive Disorders* (s. 502-527), New York: The Guilford Press.
- Gist, M. E., Trencce, R. M. (1992). Self-efficacy: A teoretical analysis of its determinants and malleability. *Academy of Management Review*, 17 (2), 183-211.
- Glantz, M.D. (2013). The terminolgy of addictive behavior. P.M. Miller (Ed) içinde *Principles of Addiction: Comprehensive Addictive Behavior and Disorders*, 1 (s. 13-22).
- Grant, B.F (2000). Estimates of US children exposed to alcohol abuse and dependence in the family. *American Journal of Public Health*, 90, 112-115.
- Goodman, A. (2009). *Social Work with Drug and Substance Abuse Misusers*. Trowbridge: Cromwell Press Group.
- Gordan, A. J., Zrull, M. (1991). Social networks and recovery: one year after inpatient treatment. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 8, 143-152.
- Görgülü, T. (2020). Tedavi motivasyonu ve özyeterliliğin geliştirilmesinde psikososyal grup çalışmaları ne kadar etkili? Madde kullanıcılarıyla deneysel bir çalışma. *Nöro Psikiyatri Arşivi*, 57, 241-247.
- Gözüm, S., Aksayan, S. (1999). Öz-etkililik-yeterlik ölçeğinin Türkçe formunun güvenilirlik ve geçerliliği. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokul Dergisi*, 2, 1, 21-34.
- Gregoire, T. K., Burke, A. C. (2004). The relationship of legal coercion to change among adults with alcohol and other drug problems. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 26 (1), 337-343.
- Güleç, G. (2012). Alkol Madde kullanım bozuklukları epidemiyolojisi. C. Evren, K. Ögel, B. Uluğ, (Ed) içinde, *Alkol ve Madde Bağımlılığı Tanı ve Tedavi El Kitabı* (s. 1-17). Ankara: Türkiye Psikiyatri Derneği.

- Güvercin, H. C. (2004). Sosyal güvenlik kavramı ve Türkiye’de sosyal güvenliğin tarihçesi. *Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası*, 57 (2), 89-95.
- Hanson, M. (2001). Alcoholism and other drug addictions. A. Gitterman (Ed) içinde, *Handbook of Social Work Practice with Resilient Populations* (s. 64-96).
- Hanson, M., Gutheil, I.A (2004). Motivational strategies with alcohol involved older adults: implications for social work practice. *Journal of Social Work*, 49 (3), 364-372.
- Heanue, K., Lawton, L. (2012). *Working With Substance Users*. New York: Open University Press.
- Henderson, A.C. (2000). *Understanding Addiction*. USA: Mississippi University.
- Hepworth, D. H., Rooney, R. H., Rooney, G. D., Gottfried, K.S. (2012). *Direct Social Work Practice*. Belmont, CA: Brooks/Cole.
- Hergenhahn, B.R., Olson, M.H. (2016). *Öğrenmenin Kuramları* (M. Şahin Çev Ed.). Ankara: Nobel.
- Hilton, M. E. (1991). The demographic distribution of drinking patterns in 1984. W. B. Clark, & M. E. Hilton (Ed) içinde, *Alcohol in America* (s. 87–101). New York: State University of New York Press.
- Hohman, M. (2012). *Motivational Interviewing in Social Work Practice*. New York: Guilford Press.
- İçağasıoğlu Çoban, A., & Bulut, I. (2016). Ergenler için kentin riskleri: Grupla sosyal hizmet müdahalesi örneği. *Journal of Human Sciences*, 13(3), 4312-4324.
- İlhan, Ö.İ., Demirbaş, H., Yolaç, A., Doğan, Y.B. (2003). Alkol bağımlılığında remisyon süresi üzerinde etkili olan değişkenler. *Bağımlılık Dergisi*, 4, 57-61.
- İlhan, Ö.İ., Demirbaş, H., Doğan, Y.B. (2005). Çıraklık eğitimine devam eden çalışan gençlerde alkol kullanımı üzerine bir çalışma. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 16(4), 237-249.
- İnanç, B.Y., Yerlikaya, E.E. (2016). *Kişilik Kuramları*. Ankara: Pegem Akademi.

- İnce, A., Doğruer, Z., Türkçapar, M.H (2002). Erken ve geç başlangıçlı erkek alkol bağımlılarında sosyodemografik, klinik ve psikopatolojik özelliklerin karşılaştırılması. *Klinik Psikiyatri*, 5, 82-91.
- Ingersoll, K. S., Wagner, C. C. Richmond, V. A. (2002). Motivational Groups for Community Substance Abuse Programs. Mid Atlantic Addiction Technology Transfer Center.
- Jarvis TJ. Implications of gender for alcohol treatment research: a quantitative and qualitative review. *Br J Addict*, 1992; 87: 1249–61.
- Joe G. W, Simpson D. D, Broome K. M. (1998). Effects of readiness for drug abuse treatment on client retention and assessment of process. *Addiction*, 93: 1177-1190.
- Kadden, R. M., Litt, M. D. (2011). The role of self efficacy in the treatment of substance use disorder., *Addictive Behaviours*, 36, 1120—1126.
- Kadushin, A., Kadushin, G. (2013). *Sosyal Hizmet Görüşme Teknikleri*. Ö. Karakuş, Y. Özdemir (Çev. Ed). Ankara: Nika Yayınevi.
- Kahyaoğlu, G. (2019). Bağımlılık ve aile. M. Öztürk, K. Ögel, C. Evren, R. Bilici (Ed) içinde, *Bağımlılık: Tanı, Tedavi, Önleme*, (s. 85-92). İstanbul: Yeşilay Yayınları.
- Kalyoncu, Ö. A., Pektaş, Ö., Mırsal, H., Şatır, T., Pektaş, A., Mırsal, N., Beyazyürek, M. (1999). Alkol bağımlılığında tedaviye başvuru sürecinde alkol kullanım özellikleri ve klinik özellikleri arasındaki ilişkilerin araştırılması. 35. Ulusal Psikiyatri Kongresi, Tam Metin Kitabı, (s. 39-44), Trabzon.
- Kalyoncu, Ö. A., Mırsal, H., Pektaş, Ö., Yazıcı, A. H., Mırsal, N., Betyazyürek, M. (2001). Alkol bağımlılığında nüks nedenleri: kesitsel bir çalışma. *Bağımlılık Dergisi*, 2, (2), 61-65.
- Kalyoncu, A., Mırsal, H., Pektaş, Ö., Ünsalan, N., Beyazyürek, M. (2003). Alkol bağımlılarında grup etkileşimi ile sosyodemografik ve klinik özellikler arasındaki ilişkilerin araştırılması. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 4, 201-207.

- Kalyoncu, A. (2010). *Plastik Düşler: Bağımlılık Hakkında Gerçekler, Yeni Bilgiler, Yeni Tedaviler, Yeni Umutlar*. 2 Baskı. İstanbul: Kapital.
- Karaağaç, H., Esenkaya, Z., Usta, A., Gümüş, M., Godekmerdan, A. (2017). Retrospective analysis of sociodemographic characteristics of inpatients at Kayseri Research and Training Hospital AMATEM Clinic. *Düşünen Adam The Journal of Psychiatry and Neurological Sciences*, 30, 251-257.
- Karadağ, F., Uluğ, B. (2012). Madde kullanım bozukluklarında ek tanı. C. Evren, K. Ögel, B. Uluğ, (Ed) içinde, *Alkol ve Madde Bağımlılığı Tanı ve Tedavi El Kitabı*, (s. 151-171). Ankara: Türkiye Psikiyatri Derneği.
- Karadağ, F., Ögel, K. (2019). Alkol ve madde kullanım bozukluğunda depresmeyi önleme. C. Evren (Ed) içinde, *Alkol ve Madde Kullanım Bozuklukları Temel Başvuru Kitabı*, (s. 104-114).
- Uluğ, B. (2019). Bağımlılık tedavisine genel bir bakış. M. Öztürk, K. Ögel, C. Evren, R. Bilici (Ed) içinde, *Bağımlılık: Tanı, Tedavi, Önleme Kitabı*, (s. 343-349). İstanbul: Yeşilay Yayınları.
- Karasar, N. (2010). *Bilimsel Araştırma Yöntemleri*. Ankara: Nobel Yayıncılık.
- Katz, R., Ney, N.H (1995). Preventing relapse. S. Brown (Ed) içinde, *Treating Alcoholism*, (s. 231-276). San Francisco: Jossey&Bass.
- Köknel, Ö. (1998). *Bağımlılık*. İstanbul: Altın Kitaplar.
- Köroğlu, E. (2016). *Bağımlılıktan Kurtuluş: Alkol ve Madde Bağımlılıkları Nelerdir? Nasıl Baş edilir?* Ankara: HYB Yayıncılık.
- Krejci, J., Neugebauer, Q. (2015). Motivational interviewing in groups: Group process considerations. *Journal of Groups in Addiction & Recovery*, 10:23-40.
- Labrie, J. W., Thompson, A. D., Huching, K., Lac, A., Buckley, K. (2007). A group motivational interviewing intervention reduces drinking and alcohol related negative consequences in adjudicated college women. *Addictive Behaviours*, 32, 2549-2562.

- Levensky, E. R., Forcehimes, A., O'Donohue, W. T., Beitz, K. (2007). Motivational interviewing an evidence based approach to counseling helps patients follow treatment recommendations. *American Journal of Nursing*, 107(10), 50-58.
- Liddle, H. A., Rodriguez, R. A, Kanzki, G. A. D, Marvel, F. A. (2005). Multidimensional family therapy: A science based treatment for adolescent drug abuse, J.L. Lebow (Ed) içinde, *Handbook of Clinical Family Therapy* (s. 128-163). New Jersey: John Willey&Sons
- Lincourt, P., Kuettel, T. J., Bombardier, C.H. (2002). Motivational interviewing in a group setting with mandated clients. *Addictive Behaviors*, 27 (3), 381-391.
- Maden, A. (1991). Alkolizm psikosomatığı ve kültürel nitelikleri. *Ankara Dil Tarih ve Coğrafya Fakültesi Dergisi*, 35 (2), 196-205.
- Mancini, M (2013). *Asesment Strategies for Substance Abuse Disorders. Contemporary Social Work Practice: Social Work practice in the Addictions*, M.G. Vaughn, B.E Perron (Ed) New York: Springer.
- Marlatt, G. A., Baer, J. S., Quigley, L. A. (1995). *Self Efficacy and Addictive Behavior in Changing Societies* (A. Bandura Ed) (289-315).
- Marlatt, G.A., Witkiewitz, K. (2005). Relaps prevention for alcohol and drug problems. G.A. Marlatt, D.M. Donovan (Ed) içinde, *Relapse Prevention, Maintenance Strategies in the Treatment of Addictive Behaviors* (s. 1-44). New York: The Guilford Press.
- Marlatt, G.A., Witkiewitz, K. (2002). Harm reductin approaches to alhocol use: Health promotion, prevention and treatment. *Addictive Behaviors*, 27, 867-886.
- Martin-Perez, C., Navas, J. F., Peralves, J. C., Lopez-Martin, A., Cordovilla-Guardia, S., Partillo, M., Maldonada, A., Lopez, R. (2019). Brief group delivered motivational interviewing is equaaly effective as a brif group delivered cognitive behavioral therapy at reducing alcohol use in risky college drinkers. *Plus One*, 14 (12), 1-17.
- Martin, P.R., Winberg, B.A., Bealer, B.K. (2007). *Healing Addiction an Integrated Pharmacopsychosocial Approach to Treatment*. America: John Willey&Sons

- Mırsal, H., Kalyoncu, A., Pektaş, Ö., Şatır, T., Mırsal, N., Beyazyürek, M. (2000). Alkol bağımlılığında klinik özellikler ve sosyodemografik değişkenler. *Bağımlılık dergisi*, 1(2) 22-26.
- Mırsal, H. (2010). Alkol bağımlılığı, epidemiyoloji, etyoloji ve prognoz. *Türkiye Klinikleri J Psychiatry-Special Topics*, 3, 15-19.
- Miller, P.H. (2017). *Gelişim Psikolojisi Kuramları*. Ankara: İmge Kitapevi.
- Miller, W.R. (1985). Motivation for treatment: A review with special emphasis on alcoholism. *Psychological Bulletin*, 98 (1), 84-107.
- Miller, W.R., Rollnick, S. (2009). *Motivasyonel Görüşme: İnsanları Değişime Hazırlama*. F. Karadağ, K. Ögel, A.E. Tezcan (Çev. Ed) Ankara: HYB Basım Yayın
- Mutlu, E. (2017). Madde bağımlılığı ve sosyal hizmet. S. Attepe Özden, E. Özcan (Ed) içinde, *Tıbbi Sosyal Hizmet* (s. 247-261). Ankara: Nobel.
- Mutlu, E. (2019). Zarar azaltma. M. Öztürk, K. Ögel, C. Evren, R. Bilici (Ed) içinde, *Bağımlılık: Tanı, Tedavi, Önleme* (s. 435-445). İstanbul: Yeşilay Yayınları.
- Mutlu, E., Sarıkaya, Ö. (2019). Bir AMATEM kliniğinde tedavi gören hastaların sosyodemografik verilerinin incelenmesi. *Klinik Psikiyatri Dergisi*, 22, s. 276-285.
- Montgomery, P., & Johnson, B. (1992). The stress of marriage to an alcoholic. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services*, 30 (10), 12–16.
- Murphy, C. M., O'Farrell, T. J., Fals-Stewart, W., Feehan, M. (2001). Correlates of intimate partner violence among male alcoholic patients. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69 (3), 528–540.
- National National Institute on Drug Abuse (2012). *Principles of Drug Addiction Treatment. A Research Based Guide*. America: NIH Publication.
- Navidan, A., Kermansaravi, F., Tabas, E.E., Saedinezhad, F. (2016). Efficacy of group motivational interviewing in the degree of drug craving in the addicts under the Methadone Maintenance Treatment (MMT) in South East of Iran. *Archives of Psychiatric Nursing*, 30, 140-149.

- Naar,R. (1992). *Grup Psikoterapisine İlk Adım*. N. Hisli Şahin (Çev. Ed.), Ankara: İmge Yayınevi.
- Neuman, W.L. (2006). *Toplumsal Araştırma Yöntemleri: Nitel ve Nicel Yaklaşımlar*. (S. Özge Çev) Ankara: Yayınodası.
- Norcross, J. C., Krebs, P.M., Prochaska, J. O. (2011). Stage of change. *Journal of Clinical Psychology*, 67 (2), 143-154.
- Nurmedov, S. (2014). Alkol ve madde bağımlılığı. İçinde, *Bağımlılık: Sanal veya Gerçek* (s. 137-253). 3. Baskı, İstanbul: Timaş Yayınları.
- Ogden, J. (2006). *Sağlık Psikolojisi* (G. Dirik Çev Ed). Ankara: Nobel
- Omrod, E.J. (2016). *Öğrenme Psikolojisi*. (M. Baloğlu Çev Ed). Ankara: Nobel
- Oren, N.P., Rahav, G., Teichman, M. (2002). Social work and treatment of substance abuse in İsrail. *Journal of Social Work Practice in the Addictions*, 2(3-4), 85-96.
- Ornstein P, Cherepon J. A. (1985). Demographic variables as predictors of alcoholism treatment outcome. *Journal of Studies on Alcohol*, 46: 425–32.
- Ögel, K. (2002). *Türkiye’de Madde Bağımlılığı*. İstanbul: IQ Kültür sanat Yayıncılık.
- Ögel, K. (2005). *Sokaklar Tiner Kokuyor*. İstanbul: Yeniden Sağlık ve Eğitim Derneği.
- Ögel, K., Doğmuş, D. (2008). *Alkol ve Madde Bağımlılığında Kısa Girişimler*. Ankara: Hekimler Yayın Birliği.
- Ögel, K. (2012). Bağımlılıkta depresmeyi önleme. C. Evren, K. Ögel, B. Uluğ, (Ed) içinde, *Alkol ve Madde Bağımlılığı Tanı ve Tedavi El Kitabı* (s. 139-150). Ankara: Türkiye Psikiyatri Derneği.
- Ögel, K., Koç, C., Aksoy, A., Başabak, A., ve Evren, C. (2012). *Sigara, Alkol ve Madde Bağımlılığı Tedavi Programı (SAMBA) Klinik İçi Uygulayıcı Klavuz*. İstanbul: Yeniden Yayınları.
- Ögel, K. (2017). *Bağımlılık Tedavisi Temel Kitabı*, İstanbul: IQ Kültür sanat Yayıncılık.

- Ögel, K. (2019). Motivasyonel görüşme tekniği. *Türkiye Klinikleri Journal of Psychiatri-Special Topics*, 2 (2), 41-44.
- Pehlivan, Z.P. (2020). Alkol kullanım sorunları nedeniyle ayaktan tedavi gören bireylerin ego savunma biçimleri ve tedavi motivasyonu arasındaki ilişkide öz yeterliğin ve değişime hazır olmanın aracı rolünün incelenmesi (Yayımlanmamış yüksek lisans tezi), Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara.
- Prochaska, J.O., Velicer W.F., DiClemente, C.C., Fava, J. (1988). Measuring processes of change: applications to the cessation of smoking. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56 (4), 520-558.
- Rollnick, S., Miller, W.R., Butler, C.C. (2008). *Motivational Interviewing in Health Care*. New York: Guilford Press.
- Rollnick, S., Kaplan, S.G., Rutschman, R. (2016). *Motivational Interviewing in Schools: Conversations to Improve Behavior and Learning*, New York: Guilford Press.
- Ryan, M.R., Plant, R.W., O'Malley,S. (1995). Initial motivations for alcohol treatment: Relations with patient characteristics, treatment involvement and droupout. *Addictive Behaviors*, 20, (3), 279-297.
- Rassool, G.H. (2009). Alcohol and Drug Misuse. A Handbook for Students and Health Professionals. Routledge Taylor Francis Group.
- Rehm, J., Mathers, C., Papova, S., Thavorncharoensap, M., Teerawattananony, Patra, J. (2009). Global burden of disease and injury and economic cost attributable to alcohol use. *Lancett*, 373, 2223-2233.
- Rosengren, D.B. (2009). *Building Motivational Interviewing Skills: A Practitioner Workbook*. New York, Guilford Press.
- Ryan, R. M., Plant, R. W., Malley, S.O. (1995). Initial motivations for alcohol treatment: Elations with patient characteristics, treatment involement and droupout. *Addictive Behaviours*, 20(3),279-297.

- Sadock, B. J., Sadock, V. A., Ruiz, P. (2016). Kaplan & Sadock Psikiyatri: Davranış Bilimleri, Klinik Psikiyatri. (A.Bozkurt Çeviri Ed). Ankara: Güneş Tıp Kitapevleri.
- Salvo, M.C., Breland, M.L.C. (2015). Motivational interviewing for medication adherence, *Journal of the American Pharmacists Association*, 55, 354-363.
- Samsha (2005). Family Therapy. TIP 39 A Treatment Improvement Protocol Center for Substance Abuse Treatment. Rockville (MD): Substance Abuse and Mental Health Services Administration (US).
- Samsha (2005). Group Therapy. TIP 41 A Treatment Improvement Protocol Center for Substance Abuse Treatment. Rockville (MD): Substance Abuse and Mental Health Services Administration (US).
- Santa-Ana, E. J., Wulfort, E., Nietert, P. J. (2007). Efficacy of Group Motivational Interviewing (GMI) for psychiatric inpatients with chemical dependence. *Journal of Consulting Psychology*, 75 (5), 816-822.
- Savaşan, A. (2010). Bağımlılığı olan hastalarda servis ortamı ve tedavi motivasyonu ilişkisinin incelenmesi. *Klinik Psikiyatri*, 13, 119-126.
- Schumacher, J.A., Madson, M.B.C. (2015). *Fundamentals of Motivational Interviewing: Tips And Strategies For Addressing Common Clinical Challenges*. Oxford: Oxford University Press.
- Schunk, D.H. (2004). *Öğrenme Teorileri: Eğitimsel Bir Bakış* (M. Şahin Çev. Ed). Ankara: Nobel.
- Senemoğlu, N. (2018). *Gelişim, Öğrenme ve Öğretim: Kuramdan Uygulamaya*. Ankara: Anı Yayıncılık.
- Sheafor, B.W, Horejsi, C.J. (2012). *Sosyal Hizmet Uygulaması: Temel Teknikler ve İlkeler*. D.B. Çiftçi (Çev Ed), Ankara: Nika Yayınevi.
- Simpson, D. D., Joe, G.W. (1993). Motivation as a predictor of early dropout from drug abuse treatment. *Psychotherapy, Theory, Research, Practice, Training*, 30(2), 357-368.

- Sheykhnezhad, F., Seyedfatem, N. (2019). Effect of group education on self-efficacy and craving tendencies in drug abuser in 5th Azar Drug abuse Treatment Center of Gorgan. *Cogent Psychology*, 6(1), 1-16.
- Skewes, M.C., Gonzales, V.M. (2013). The biopsychosocial model of addiction. P.M. Miller (Ed) içinde, *Principles of Addiction: Comprehensive Addictive Behavior and Disorders 1*, (s. 61-69). USA: Elsevier.
- Stanhope, V., Tennile, J., Bohrman, C., Hamovitch, E. (2016). Motivational interviewing: Creating a leadership role for social work in the area of healthcare reform. *Social Work in Public Health*, 31 (6), 474-480.
- Symmth, N.S. (1995). Substance abuse direct practice. R. L. Edwards (Ed) içinde, *Encyclopedia of Social Work*, 19 th, No:13 (s. 2328-2338), Washington, DC: Nasw Press.
- Tamar, D. (2012). Ergenlik ve madde kullanımı. C. Evren, K. Ögel, B. Uluğ, (Ed) içinde, *Alkol ve Madde Bağımlılığı Tanı ve Tedavi El Kitabı* (s. 215-228). Ankara: Türkiye Psikiyatri Derneği.
- Tarhan, N. (2014). Bağımlılıkta eski ve yeni yaklaşımlar. İçinde, *Bağımlılık: Sanal veya Gerçek* (15-55). 3. Baskı, İstanbul: Timaş Yayınları.
- Teater, B. (2014). Grup çalışması, A. Karatay (Çev. Ed) içinde, *Sosyal Hizmet Kuram ve Yöntemleri* (s. 267-285). Ankara: Nika Yayınevi.
- Thombs, D.L., Osborn, C.J. (2013). *Introduction to Addictive Behaviours*. New York: The Guilford Press.
- Thompson, N. (2013). *Kuram ve Uygulamada Sosyal Hizmeti Anlamak* (Ö. Cankurtaran Öntaş, B. Hatiipoğlu Eren Çev. Ed). Ankara: Dipnot Yayınları.
- Treasure, J. (2004). Motivational interviewing. *Advances in Psychiatric Treatment*, 10, 331-337.
- TUBİM (2012). EMCDDA 2012 Ulusal Raporu, Türkiye, Yeni Gelişmeler, Trendler, Seçilmiş Konular, Ankara: TUBİM
- TUBİM (2014) *Bağımlılık Yapıcı Maddeler ve Bağımlılık ile Mücadele, 2008 Türkiye Raporu*. Ankara: TUBİM

- Tucker, J. S., D'Amico, E. J., Ewing, B. A., Miles, J. N. V., Pedersen, E.R. (2017). Motivational interviewing brief intervention to reduce substance use and sexual risk behavior among homeless young adults. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 7, 20-27.
- Tucker J. A, Vuchinich R. E, Pukish M. M (1995). Molar environmental contexts surrounding recovery from alcohol problems by treated and untreated problem drinkers. *Experimental and Clinical Psychopharmacology*,3 (2), 195–204.
- Türkcan, A., Coşkun, B., İlem, E., Çakmak, D. (2001). Alkol bağımlılarında bir tedavi programının 3 aylık izlem sonuçları. *Bağımlılık Dergisi*, 2 (1), 30-33.
- Uluğ, B. (2019). Bağımlılık tedavisine genel bir bakış. M. Öztürk, K. Ögel, C. Evren, R. Bilici (Ed) içinde, *Bağımlılık: Tanı, Tedavi, Önleme Kitabı* (s. 343-349). İstanbul: Yeşilay Yayınları.
- UNODC (2016). *Annual Report 2009*. United Nations: UNODC.
- Uysal, R., Bingöl, T. (2014). Ergenlerde risk alma davranışının öz-yeterlik ve farklı değişkenler açısından incelenmesi. *Akademik ve Sosyal Araştırmalar Dergisi*, 8, 573-582.
- Ünal, M. (1991). Madde bağımlılığı ve alkolizmde aile. *Aile ve Toplum* 1 (1), 80-85.
- Vardar, E. (2012). Bağımlılıkta temel kavramlar ve tanısal sınıflamalar. C. Evren, K. Ögel, B. Uluğ, (Ed) içinde, *Alkol ve Madde Bağımlılığı Tanı ve Tedavi El Kitabı* (s. 43-52). Ankara: Türkiye Psikiyatri Derneği.
- Viau, R. (2015). *Okulda Motivasyon: Okulda Güdüleme ve Güdülemeyi Öğrenme* (Y. Budak Çev Ed), Ankara: Anı Yayıncılık.
- Vinogradov, S., Yalom, I. D. (1996). *Grup Psikoterapsi: Kısa Bir Rehber*. (T.T. Tüzer Çev), Ankara: Compos Mentis Yayınları.
- Wagner, C. C., Ingersoll, K.S. (2013). *Motivational Interviewing in Groups*. Newyork: The Guilford Press.

- Walton, M. A., Castro, F. G., Barrington E.H. (1994). The Role of attributions in the abstinence, laps and relaps following substance abuse treatment. *Addictive Behavior*, 19, 319-331.
- Whab, S. (2005). Motivational interviewing and social work practice. *Journal of Social Work*, 5 (1), 45-60.
- WHO (2018). *Management of Substance Abuse Unit: Global Status Report on Alcohol and Health*.
- Wormer, K.V. (2007). Motivational interviewing: A theoretical framework for study of human behavior and the social environment. *Advances in Social Work*, 8 (1), 19-29.
- Yalom, I.D. (2012). *Kısa Süreli Grup Terapileri*, Z.İ. Babayiğit (Çev Ed) İstanbul: Kabalcı Yayınevi.
- Yalom, I.D. (2015). *Grup Psikoterapisinin Teori ve Pratiği*. A. Tangör, Ö. Karaçam (Çev Ed) İstanbul: Kabalcı Yayınevi.
- Yargıç, İ., Özdemiroğlu, F. (2010). Türkiye’de yapılan alkol ile ilgili epidemiyolojik çalışmaların düşündürdükleri ve sonuçları. *Türkiye Klinikleri J Psychiatry-Special Topics*, 3, 20-29.
- Yıldırım, B., Ergin, E., Yıldırım, S. (2011). Alkol ve madde bağımlılarında yalnızlık ve etki den faktörler. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 2 (1), 25-30.
- Yıldırım, F., İlhan, İ.Ö. (2010). Genel özyeterlik ölçeği Türkçe formunun geçerlik ve güvenirlik çalışması. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 21 (4), 301-308.
- Yılmaz, A., Can, Y., Evren, C. (2014). Alkol ve madde bağımlılığında remisyon ve depresme. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 6 (3), 243-256.
- Yüksel, N. (2016). Madde kullanım bozuklukları. N. Yüksel, (Ed) içinde, *Ruhsal Hastalıklar* (s. 403-445). Ankara: MN Medikal Nobel.
- Yüncü, Z., Aydın, C. (2012). Alkol madde kullanım bozukluklarında etiyoloji. C. Evren, K. Ögel, B. Uluğ, (Ed) içinde, *Alkol ve Madde Bağımlılığı Tanı ve Tedavi El Kitabı* (s. 19-33). Ankara: Türkiye Psikiyatri Derneği.

Zastrow, C.H. (2015). *Social Work with Groups: A Comprehensive Worktext*. USA: Cengage Learning.

Zeitlin, H. (1994). Children with alcohol misusing parents, *British Medical Bulletin*, 50 (1), 139-151.

EK1: BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAM FORMU

(Araştırmacının Açıklaması)

Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Sosyal Hizmet Anabilim Dalı'nda sürdürdüğüm doktora programı kapsamında Prof. Dr. Sunay İl'in danışmanlığında "Motivasyonel görüşmeye dayalı grupla sosyal hizmet müdahalesinin alkol kullanım bozukluğu olan bireylerin tedavi motivasyonu, öz yeterlilik ve remisyona etkisi" isimli bir araştırma yapmaktayım.

Alkol kullanımı tıbbi, psikolojik, sosyal ve yasal sorunlara neden olabilmektedir. Bu nedenle Dünyada ve ülkemizde alkol kullanım sorununa yönelik kanıta dayalı çeşitli müdahale yaklaşımları uygulanmaktadır. Bu kanıta dayalı yaklaşımlardan biri de grupla motivasyonel görüşmedir. Grupla motivasyonel görüşmenin temel felsefesi alkol kullanım alışkanlıkları olan bireyleri alkolü bırakması için zorlamadan ve etiketlemeden onlara kendi kararlarını vermesi için yardımcı olmaktır. Sizler, yaşamlarınızın uzmanısınız ve hayatınızla ilgili seçim ve kararlar sizindir. Grup oturumlarında kendi yaşamınızı gözden geçirerek ben kimim, nereye gidiyorum, amacım ne ve oraya nasıl ulaşırım gibi soruların cevabını arayacağız.

Bu araştırma, haftada bir gün yaklaşık bir buçuk saat sürecek 5 oturumluk grup çalışmalarını kapsamaktadır. Grup oturumları sırasında konuşulanların not alınması zor olduğu için izin verdiğiniz takdirde ses kayıt cihazı veya kamera kullanacaktır. Bu gönüllü katılım formunu imzalamadan önce veya daha sonra aklınıza gelebilecek olan soruları istediğiniz zaman bize sorabilirsiniz. Eğer isterseniz grup oturumları tamamlandıktan sonra da kağıtta yazan iletişim bilgilerimden bana ulaşabilir ve araştırma ile ilgili her türlü soruyu sorabilir ve bilgi alabilirsiniz.

Araştırmaya katılım göstermeniz gönüllülük temeline dayanmaktadır. Araştırmaya katılmanız için sizden herhangi bir ücret istenmeyecektir. Araştırmaya katıldığınız için size ek bir ödeme de yapılmayacaktır. Grup oturumlarının herhangi bir aşamasında araştırmaya katılmama hakkına sahipsiniz. Araştırmanın tüm süreçlerinde verdiğiniz bilgiler gizli tutulacaktır. Grup oturumlarında paylaştığımız bilgiler bilimsel araştırma amaçları dışında kesinlikle kullanılmayacaktır.

Katılımcının Adı-Soyadı:

Bu araştırmaya kendi isteğimle katılıyorum ve yukarıdaki koşulları kabul ediyorum.

İmza:

Katılımcı ile Görüşen Araştırmacının Adı Soyadı: Ercan Mutlu

İmza:***(Katılımcının Beyanı)***

Prof.Dr. Sunay İl ve Sosyal Hizmet Uzmanı Ercan Mutlu tarafından yapılacak olan araştırma ile ilgili olarak yukarıda yer alan bilgiler bana aktarıldı. Bu bilgilerden sonra böyle bir araştırmaya “katılımcı” olarak davet edildim.

Araştırmaya katıldığım takdirde kişisel bilgilerimin gizliliğine gerekli özen ve saygı ile yaklaşılacağına inanıyorum. Araştırma sonuçlarının bilimsel amaçlar dışında kullanılmayacağı ve kişisel bilgilerimin özenle korunacağı konusu bana açıklandı. Araştırmaya katılımın gönüllük esasına dayalı olduğunu biliyorum. Araştırmaya katılmam konusunda zorlayıcı bir davranışla karşılaşmadım. Araştırmanın yürütülmesi sırasında herhangi bir sebep göstermeden araştırmadan çekilebileceğimin farkındayım. Ancak araştırmacıları ve grup durumlarına katılan diğer üyeleri zor durumda bırakmamak için araştırmadan çıkacağımı önceden bildirmemin uygun olacağını farkındayım. Araştırmaya katılmam için tarafıma her hangi bir ödeme yapılmayacağı gibi benden de ek bir ücret istenmeyecektir.

Araştırmayı yapacak olan Ercan Mutlu’nun verdiği iletişim bilgileri yoluyla kendisiyle iletişime geçebileceğimi ve araştırma ile ilgili hertürlü bilgiyi alabileceğimi biliyorum. Bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Belli bir değerlendirme süreci sonunda adı geçen bu araştırmaya “katılımcı” olarak yer alma kararını aldım. Bu konuda yapılan teklifi gönüllü olarak kabul ediyorum.

Bu gönüllü katılım formunun imzalı bir kopyası tarafıma verilecektir.

Katılımcının**Adı ve soyadı:****Adres:****Tel:****İmza:****Araştırmacının****Adı, soyadı:** Ercan Mutlu**Adres:** Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi Amatem Kliniği
ANKARA**Tel:****E-posta:****İmza:**

EK 2 SOSYODEMOGRAFİK BİLGİLER VE KLİNİK ÖZELLİKLER ANKETİ

Değerli katılımcı, bu çalışma Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Sosyal Hizmet Anabilim Dalı tarafından doktora tez çalışması olarak gerçekleştirilmektedir. Araştırmaya katılmanız zorunlu olmakla birlikte, araştırmaya katılmanız alkol kullanım bozukluğu olan bireylerin tedavi sürecine destek sağlayacaktır. Anket sorularına verdiğiniz cevaplar yalnızca bilimsel amaçlar için kullanılacak ve şahsi bilgilerinizin gizliliği korunacaktır. Lütfen anket formundaki soruları doğru ve tam olarak cevaplayınız. Araştırmaya katıldığınız için teşekkür ederiz. *Ercan Mutlu*

1.Hasta Başvuru Numarası.....

2. Yaşınız:.....

3. Cinsiyetiniz:

1.()Erkek 2.()Kadın

4. Mesleğiniz

.....

5. Öğrenim Durumunuz:

1.()Okur-yazar 2.()İlkokul Mezunu 3.() Orta okul mezunu 4. ()Lise Mezunu

5.()Üniversite Mezunu 6.()Yüksek Lisans/ Doktora Mezunu

6. Medeni Durumunuz:

1.()Evlili 2.()Bekar 3.()Dul 4.()Boşanmış

7. Aylık Ortalama Gelir Durumunuz

1. ()Düzenli bir gelirim yok 2. ()0 – 700 TL 3. ()701 – 1400 TL

4. ()1401 – 2100 TL 5. () 2101 – 2800TL 6. () 2801 – 3500TL

6. () 3501TL ve yukarısı

8. Sosyal Güvenceniz:

1.()Sosyal Güvencem Yok 2.()SGK 3.()Bağ-Kur 4.()Yeşil Kart

9. Birlikte Yaşadığınız Kişiler:

1. () Eşi ve Çocukları 2. () Eşi 3. () Anne-baba
 4. () Yalnız 5. () Akraları 6. () Diğer.....

10. Alkolü ilk kullandığınız yaş:.....**11. Kullandığınız alkolün cinsi, günlük- haftalık sıklığı ve miktarı nedir ?**

Cinsi.....

Günlük..... miktar

Haftalık..... günmiktar

12. Hastanın ek psikiyatrik tanısı:

1. () Yok 2. () Var.....

13. Ailenizde alkol ya da madde bağımlısı bir birey var mı ?

1. () Yok 2. () Var.....

14. Alkol bağımlılığı nedeniyle yatarak tedavi gördünüz mü ? Cevabınız evet ise kaç kez yatarak tedavi gördünüz ?

1. () Evet..... kere

2. () Hayır

15. Yatarak tedavi sonrası alkol kullanmadığınız en uzun süre

.....gün

16. Yaşamınızda alkol kullanmadığınız en uzun süre

..... gün

17. Daha önce alkol kullanımınız nedeniyle ayaktan gruplara katıldınız mı ? Cevabınız evet ise kaç kez ayaktan terapi gruplarına katıldınız?

1. () Evet..... kere

2. () Hayır

18. İlaç tedavisi alıyor musunuz ?

1. () Evet

2. () Hayır

EK 3 TEDAVİ MOTİVASYON ANKETİ

	KESİNLİKLE KATILMIYORUM	KATILMIYORU M	BİLMİYORUM	KATILYORUM	KESİNLİKLE KATILYORUM
1.Tedavi için geldim çünkü değişmek istiyorum.					
2.Yardım almazsam kendimi iyi hissetmeyeceğim					
3.Yasal sistem tarafından tedaviye gönderildim.					
4.Tedavi için geldim çünkü kendimi suçlu hissediyorum.					
5.Tedavi için geldim çünkü bubenim için kişisel olarak önemli					
6.Tedaviyi sürdürmezsem başım belaya girer					
7.Eğer tedaviyi sürdürmezsem kendimi kötü hissedirim.					
8.En iyi kazancım tedaviyi tamamlamaktır					
9.Tedaviyi sürdürmesem başarısız hissedirim					
10.Tedaviyi sürdürme konusunda seçeneğim olduğunu sanmıyorum.					
11.Tedaviyisürdürmek kendime yardım etmemenin iyi yoludur.					
12.Tedaviye geldim çünkü gelmem için baskı gördüm.					
13.Bu programın benim için işe yarayacağından emin değilim.					
14.Bu programın işime yarayacağından eminim.					
15.Tedaviye geldim çünkü yardım almak istiyorum					
16.İçmeyi bırakmamda programın bana yardımcı olacağından şüphe ediyorum					
17.Programda başkalarıyla birlikte kalmak istiyorum.					
18.Başkalarıyla endişelerimi ve hislerimi paylaşmak istiyorum.					
19.Tedavide başkalarıyla yakın çalışmak önemli olacaktır.					
20.Bu tedaviyi seçmekten ben sorumluyum.					
21.Programın sorunlarımı çözmeye yardımcı olacağını düşünmüyorum					
22.Sorunlarımla ilgilenilmesi için sabırsızlanıyorum.					
23.Tedaviyi seçtim çünkü tedavi değişmem için bir fırsat.					
24.Bu sefer tedaviden sonuç alacağımdan emin değilim.					
25.Tedavide diğerleriyle endişelerimi paylaşmak rahatlatır.					
26.Yardım desteğe ihtiyacım olduğu gerçeğini kabul ediyorum.					

EK 4: ÖZ - ETKİLİLİK - YETERLİLİK ÖLÇEĞİ

Cümleler	<i>Beni tanımlamıyor</i>	<i>hiç</i>	Beni biraz tanımlıyor	Kararsızım	Beni tanımlıyor	iyi	Beni çok iyi tanımlıyor
1.Yaptığım planları, gerçekleştireceğimden eminim.							
2. Yapmam gereken bir işe girişememe gibi bir problemim vardır.							
3. Bir işi bir seferde yapamıyorsam, yapıncaya kadar devam ederim.							
4.Kendim için önemli hedefler koyduğum da, nadiren başarırım.							
5. İşleri yapıp sonuçlandırmadan yapmaktan vazgeçerim.							
6. Zorluklarla karşılaşmaktan kaçınırım.							
7. Bazı işler çok karışık görünüyorsa yapmak için sıkıntıya girmem.							
8. Hoşlanmadığım ancak yapmam gereken işler varsa bitirinceye kadar devam ederim.							
9. Bir şeyi yapmaya karar verdiğimde onun üzerinde çalışmaya devam ederim.							
10. Yeni bir şeyler öğrenmeye çalıştığımda, başlangıçta başarılı olamazsam hemen vazgeçerim							
11. Beklenmedik problemler çıktığında üzerinde fazla durmam.							
12. Benim için çok zor göründüklerinde, yeni şeyler öğrenmek için çaba göstermekten kaçınırım							

Cümlerler	<i>Beni tanımlamıyor</i>	<i>hiç</i>	Beni biraz tanımlıyor	Kararsızım	Beni iyi tanımlıyor	Beni çok iyi tanımlıyor
13. Başarısızlık beni daha çok teşvik eder.						
14. Bir şeyleri yapabilme konusunda kendime fazla güvenmem						
15. Ben kendime güvenen bir insanım.						
16. Kolaylıkla vazgeçerim.						
17. Hayatta ortaya çıkan problemlerin üstesinden gelme yeteneğini kendimde bulamam						
18. Yeni arkadaş edinmek benim için zordur.						
19. Tanışmak istediğim birisini görürsem, onun bana gelmesini beklemek yerine ben giderim.						
20. Arkadaşlık kurulması güç, ilginç biriyle tanışsam, o kişiyle arkadaş olmaktan hemen vazgeçerim.						
21. Bana ilgi göstermeyen birisiyle arkadaş olmaya çalıştığımda kolaylıkla vazgeçmem						
22. Sosyal toplantılarda kendimi rahat hissetmem.						
23. Arkadaşlarımı, arkadaş edinmede kişisel yeteneklerimle kazanırım						