



Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü

Sosyal Hizmet Anabilim Dalı

**ANKARA AMATEM'DE ALKOL TEDAVİSİ GÖREN BİREYLERİN
TEDAVİ SÜRECİNDE KARŞILAŞTIKLARI PROBLEMLERİN
TEDAVİ MOTİVASYONUyla ARASINDAKİ İLİŞKİLER VE
SOSYAL HİZMET UYGULAMALARININ İNCELENMESİ**

Merve Naz ERTOĞLU

Yüksek Lisans Tezi

Ankara, 2013

ANKARA AMATEM'DE ALKOL TEDAVİSİ GÖREN BİREYLERİN TEDAVİ
SÜRECİNDE KARŞILAŞTIKLARI PROBLEMLERİN TEDAVİ
MOTİVASYONUyla ARASINDAKİ İLİŞKİLER VE SOSYAL HİZMET
UYGULAMALARININ İNCELENMESİ

Merve Naz ERTOĞLU

Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü

Sosyal Hizmet Anabilim Dalı

Yüksek Lisans Tezi

Ankara, 2013

KABUL VE ONAY

Merve Naz ERTOĞLU tarafından hazırlanan “Ankara Amatem’de Alkol Tedavisi Gören Bireylerin Tedavi Sürecinde Karşılaştıkları Problemlerin Tedavi Motivasyonu ile Arasındaki İlişkiler ve Sosyal Hizmet Uygulamalarının İncelenmesi” başlıklı bu çalışma, 23.12.2013 tarihinde yapılan savunma sınavı sonucunda başarılı bulunarak jürimiz tarafından Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

Doç. Dr. Özlem CANKURTARAN ÖNTAŞ (Başkan)

Yrd. Doç. Dr. Filiz DEMİRÖZ (Danışman)

Doç. Dr. Tarık TUNCAY

Doç. Dr. Arzu İÇAĞASIOĞLU ÇOBAN

Yrd. Doç. Dr. Ercüment ERBAY

Yukarıdaki imzaların adı geçen öğretim üyelerine ait olduğunu onaylım.

Prof. Dr. Yusuf ÇELİK

Enstitü Müdürü

BİLDİRİM

Hazırladığım tezin/raporun tamamen kendi çalışmam olduğunu ve her alıntıya kaynak gösterdiğimi taahhüt eder, tezimin/raporumun kağıt ve elektronik kopyalarının Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü arşivlerinde aşağıda belirttiğim koşullarda saklanmasına izin verdiğimi onaylarım:

- Tezimin/Raporumun tamamı her yerden erişime açılabilir.
- Tezim/Raporum sadece Hacettepe Üniversitesi yerleşkelerinden erişime açılabilir.
- Tezimin/Raporumun yıl süreyle erişime açılmasını istemiyorum. Bu sürenin sonunda uzatma için başvuruda bulunmadığım takdirde, tezimin/raporumun tamamı her yerden erişime açılabilir.

23.12.2013

[İmza]

Merve Naz Ertoğlu

TEŞEKKÜR

Öncelikle bu araştırmayı yapmama olanak sağlayan Ankara AMATEM’de yatarak tedavi gören tüm alkol bağımlısı hastalara bana kaynak sağladıkları, benimle sorunlarını, görüşlerini, fikirlerini paylaştıkları için ayrı ayrı teşekkürlerimi sunarım.

Bir buçuk yıl süren araştırma süreci içinde beni her zaman maddi manevi destekleyen, zor zamanlarımda yanımda olan ve tüm huysuzluklarımı çeken fedakâr anne ve babama yaptıkları her şey için teşekkür ederim. Benden ayrı kalmak istememelerine rağmen isteklerime saygı duyan ve 8 yıl boyunca Ankara’da en iyi koşullarda yaşamamı sağlayan ailem, bu çalışmanın ardındaki en önemli kişilerdir. Siz olmasaydınız başaramazdım.

Tezi aşkla yazmamı sağlayan, gözyaşlarımı silen, yüzümü güldüren, bana yardımcı olabilmek için her daim çırpınan, tıkanıldığımda fikir veren, benimle birlikte sabahlayan, benim için dua eden, imkânlarım tükendiğinde imkân yaratan, gerektiğinde beni AMATEM’e götüren-getiren, koruyan ve kollayan Burak KAYA’ya tüm kalbimle teşekkür ederim. Sen yanımda olmadan ayağa kalkamazdım Eş’im.

Çalışmam boyunca ihtiyaç duyduğumda bana izin veren, iş yükümü azaltmak için ellerinden geleni yapan eski ve yeni işverenlerim ile tüm çalışma arkadaşlarıma teşekkürler. Karamsarlığa kapıldığımda bana moral veren, binlerce kilometre öteden desteğini hep yanımda hissettiğim, tezimin İngilizce çevirisinde bana destek olan Hazal AKSOYDAN ile tablolarımı oluştururken yaşadığım sıkıntılarda bana yardımcı olan annesi Emine AKSOYDAN’a çok teşekkürler. Bana evini açan ve sınımsız dostluğunu hep hissettiren Nil EVGAR’a, en kötü hissettiğim anlarda bile yüzümü güldüren Ece TOPBAŞ, Elif KAYA, Elif SÖKMEN, İrem Su ÖNEN, Hale DEMİRCİ ve Cana ÇAKIR’a binlerce kez teşekkürler.

En çokta benim kendime inanmadığım anlarda bile bana inanan, güvenen, destek veren, umutsuzluğa kapıldığımda iyi hissetmemi sağlayan, kendisini bu kadar uğraştırmama rağmen bir kez olsun tebessümünü yüzünden eksiltmeyen

ve hak ettiğim zamanlarda bile bana kızmayan, gönlümü kırmayan danışmanım Yrd. Doç. Dr. Filiz DEMİRÖZ'e çok çok ama çok teşekkür ediyorum. Bana her şeyi en baştan öğreten, tekrar tekrar anlatan, sabırla dinleyen hocama ne kadar teşekkür etsem de hep yetersiz kalacak.

Bir kez daha maddi manevi emeği geçen herkese teşekkürler...

ÖZET

Ertoğlu, Merve Naz, Ankara Amatem’de Alkol Tedavisi Gören Bireylerin Tedavi Sürecinde Karşılaştıkları Problemlerin Tedavi Motivasyonu ile Arasındaki İlişkiler Ve Sosyal Hizmet Uygulamalarının İncelenmesi, Yüksek Lisans Tezi, Ankara, 2013.

Uzun süreli alkol kullanımının neden olduğu bağımlılık, tedavisi uzun ve zorlu bir süreçtir. Tedavi sürecinde karşılaşılan bazı problemlerin tedavi motivasyonu üzerinde yarattığı etkilerin sonucunda hastaların tedaviyi yarım bırakması sık karşılaşılan durumlar arasındadır. Bu çalışma, sosyal hizmet uzmanlarının sosyal hizmet müdahalelerini geliştirebilmeleri açısından tedavi motivasyonlarını etkileyen problemleri belirleyen bilgiye duyulan gereksinimden yola çıkılarak yapılmıştır.

Bu araştırmanın amacı, Ankara AMATEM’de yatan alkol bağımlılarının tedavi motivasyonlarını etkileyen problemleri ve bu problemlere yönelik sosyal hizmet uygulamalarının incelenmesidir. Bu bağlamda, Ankara AMATEM’de yatarak tedavi gören 35 alkol bağımlısı bireye ulaşılmıştır. Araştırmada “Görüşme Formu” ve “Tedavi Motivasyonu Anketi”(TMA) ölçeği kullanılmıştır. Elde edilen verilerin girişi SPSS for Windows 16 ile düzenlenmiştir. Değişkenlerin yüzdeleri ve ortalamaları alınmış aynı zamanda da korelasyon ve Mann Whitney U-testi kullanılmıştır. Araştırma, tedavi sürecinde karşılaşılan problemler ile tedavi motivasyonu arasındaki muhtemel bir ilişkiyi ve derecesini baz aldığı için ilişki tarama modelinde gerçekleştirilmiştir.

Araştırmanın sonucunda ‘yaş’ ve ‘kişilerin çalışma durumu’, tedavi motivasyon ölçeğinde ‘tedaviye güven’ alt başlığı ile ilişkili bulunmuştur.

Alkol kullanımı nedeniyle işlerini aksattığını söyleyen bireylerin kişiler arası yardım arama, alkol aldıktan sonra pişmanlık, suçluluk gibi duygular yaşadığını

söyleyen bireylerin iç motivasyon, arkadaşları tarafından alkolü bırakması söylenen bireylerin kişiler arası yardım arama motivasyonu ile ilişki tespit edilmiştir.

Mesleki ve yardımcı elemanlara ilişkin yapılan değerlendirmeler ve karşılaştırmalarda birçok faktörün tedavi motivasyonu ile ilişkisi olduğu belirlendi. Çalışmanın analizleri bazı klinik özelliklerin de kişilerin tedavi motivasyonu ile ilişkili olduğu yönünde sonuçlar vermektedir.

Personel tarafından iyi muamele görmek, fikirlerin çekinmeden söyleyebilmesi, ihtiyaç duyulan personelin odasına çekinmeden gidebilmesi ve personelin tutarlı davranması alkol bağımlısı tedavisi gören bireylerin durumu motivasyonla ilişkili olarak belirlenmiştir. Sosyal hizmetle ilgili yöneltilen sorularda ise uzmanının gerekli bilgi ve beceriye sahip olması, görüşmelere vaktinde başlaması, alkol problemiyle baş etmeye ve taburculuk sonrası döneme hazırlanması, farklı bir bakış açısı kazandırması kişilerin motivasyonu üzerinde etkili bulunmuştur. Aynı zamanda tedavi süreciyle ve/veya kişisel konularla ilgili olarak uzmandan bir takım beklentileri olan bireylerin farklı tedavi motivasyonu ortanca değerlerine sahip olduğu belirlenmiştir. Klinik kuralları, klinik ortama duyulan memnuniyet ve tedavide olumsuzluk yaşama durumunda bu olumsuzluğun nedeni olarak tedaviyi görme bakış açısı ve tedaviden sıkılmamak diğer motivasyonla ilişkili bulunan değişkenler olmuştur. Tedavide aile desteğine ihtiyaç duyduğunu belirten bireylerin durumu motivasyonlarıyla ilişkili bulunmuştur.

Araştırmanın sonuçları ile ilgili detaylı bilgi sonuç ve öneriler kısmında yer almaktadır.

Anahtar Sözcükler

Alkol Bağımlılığı, Tedavi Motivasyonu, Sosyal Hizmet.

ABSTRACT

Ertoğlu, Merve Naz, The Relations between the Effects of the Problems, which are occurred during the treatment process of Ankara AMATEM alcohol addiction unit, and Individual's Treatment Motivation and Researching the Social Work Interventions on those Relations, Master Thesis, Ankara, 2013

The alcohol addiction, which is caused by long-time usage and misuse of alcohol, has a very long and difficult treatment process. During that treatment process, the difficulties that the patients faced with could affect their treatment motivation and their decisions on ending the treatment process as common. To improve the service intervention applied by the social service specialists, the data of problems affect the treatment motivation is needed.

The purpose of this research is defining the problems that affect the treatment motivation of alcohol patients in AMATEM and determining the solutions for social service interventions. In this purpose, 35 alcohol patients, who are treated in AMATEM, Ankara, are reached. Interview Form and Treatment Motivation Questionnaire are used in the research. The collected datum is verified and used by SPSS for Windows 16. The percentage and average of the variables are taken. T-test and correlation is used.

At the end of the research, 'age' and 'working status' of the person are found effective by the treatment motivation questionnaire under the sub-chapter 'confidence-in-treatment'. People who feel regret after the using of alcohol are more motivated under the sub-chapter internalized motivation (İM). Also, 'interpersonal-help-seeking' points are affected from the situation that alcoholic's family and friends direct person to treatment.

It is determined that a lot of factors are effective on the treatment motivation based on the professional/assistant employee evaluations and comparisons. T-test analysis of the research results in that there are some clinical properties that also effect the treatment motivation. Personal attitude, saying ideas without hesitation in treatment, going personal's room without hesitation, consistent attitude of personal are found important on the alcoholic's motivation. Social worker's knowledge and skill, time of meetings, cope with alcohol problems with the aid of social worker, preparing period after treatment with the aid of social worker and gaining different aspect due to social worker are significant point for alcoholic's treatment for motivation. At the same time, alcoholics whose have expectations from social worker have meaningful motivations scores. Feeling pleasure about the clinical environment is also important factor on motivation. Detailed information about the results of the research could be found in the 'result and suggestions' part.

Key Words

Alcoholism, Alcohol Addiction, Treatment Motivation, Social Work.

İÇİNDEKİLER

KABUL ve ONAY	i
BİLDİRİM	ii
TEŞEKKÜR	iii
ÖZET	iv
ABSTRACT	vi
İÇİNDEKİLER	viii
KISALTMALAR	xi
TABLolar DİZİNİ	xi
ŞEKİLLER DİZİNİ	xi
GİRİŞ	1
1.BÖLÜM	1
1.1 KONUyla İLGİLİ KURAMSAL YAKLAŞIM.....	1
1.1.1 Alkol ve Etkileri.....	3
1.1.2 Alkol Bağımlılığı Tedavisi	10
1.1.3 Motivasyon.....	20
1.1.4 Tedavi Sürecinde Karşılaşılan Problemler.....	28
1.1.4.1 Kişiden Kaynaklı Olmayan Problemler.....	29
1.1.4.1.1 Biyolojik Faktörler.....	29
1.1.4.1.2 Klinik Özellikler.....	31
1.1.4.1.3 Tedavi.....	33
1.1.4.2 Kişiden Kaynaklı Problemler.....	34
1.1.4.2.1 Kişilik Özellikleri.....	35
1.1.4.2.2 Sosyo-demografik Özellikler.....	38
1.1.5 Bağımlılık ve Sosyal Hizmet.....	48
1.1.5.1 Bağımlılık Tedavisinde Sosyal Hizmet Uygulamaları.....	50
1.1.5.2 Ankara AMATEM’de Sosyal Hizmet Uygulamaları.....	60
1.2 ARAŞTIRMANIN PROBLEMİ.....	66
1.3 ARAŞTIRMANIN AMACI.....	67
1.4 ARAŞTIRMANIN ÖNEMİ.....	67

1.5 ARAŞTIRMANIN SAYILTI LARI.....	68
1.6 SINIRLILIKLAR.....	68
1.7 TANIMLAR.....	68
2. BÖLÜM: YÖNTEM.....	70
2.1 ARAŞTIRMANIN MODELİ.....	70
2.2 ARAŞTIRMANIN EVREN ve ÖRNEKLEMİ.....	70
2.3 VERİ TOPLAMA ARAÇLARI.....	71
2.4 VERİLERİN TOPLANMASI ve ANALİZİ.....	73
3. BÖLÜM: BULGULAR ve YORUM.....	76
3.1 AMATEM'DE TEDAVİ GÖREN KİŞİLERİ TANITICI BULGULAR.....	76
3.1.1 Bireylerin Sosyo-demografik Özellikleri.....	76
3.1.2 Ailelerine İlişkin Bazı Özellikleri.....	82
3.1.3 Bireylerin Tedavi Sürecine İlişkin Bazı Bilgiler.....	85
3.1.3.1 Bireylerin Hastalık Öykülerine İlişkin Bazı Özellikleri.....	86
3.1.3.2 Bireylerin Personelle İlişkin Değerlendirmeleri.....	90
3.1.3.3 Bireylerin SHU'ya İlişkin Değerlendirmeleri.....	94
3.1.3.4 Bireylerin Klinik Ortama İlişkin Değerlendirmeleri.....	101
3.1.3.5 Bireylerin Tedaviye İlişkin Değerlendirmeleri.....	103
3.1.3.6 Bireylerin Kendilerine İlişkin Değerlendirmeleri.....	106
3.1.3.7 Bireylerin Sosyal Çevrelerine İlişkin Değerlendirmeleri	111
3.1.3.8 Bireylerin Tedavide Ailesinin Yardımına İlişkin Değerlendirmeleri	114
3.1.3.9 Bireylerin Kendine Yardım Gruplarına İlişkin Değerlendirmeleri.....	117
3.2 AMATEM'DE TEDAVİ GÖREN KİŞİLERİN TEDAVİ MOTİVASYONUNU ETKİLEYEN ETMENLERE İLİŞKİN BULGULAR.....	120
3.2.1 Tedavi Motivasyonuna İlişkin Bulgular.....	120
3.2.2 Bireylerin Sosyo-demografik Özellikleri ile Tedavi Motivasyonu Arasındaki İlişki.....	122
3.2.3 Bireylerin Aile Özellikleri ile Tedavi Motivasyonu Arasındaki	

İlişki.....	126
3.2.4 Bireylerin Tedavi Sürecine İlişkin Bilgileri ile Tedavi Motivasyonu Arasındaki İlişki.....	127
3.2.4.1 Bireylerin Hastalık Öyküleri ile Tedavi Motivasyonu Arasındaki İlişki.....	127
3.2.4.2 Bireylerin Personele İlişkin Değerlendirmeleri ile Tedavi Motivasyonu Arasındaki İlişki.....	133
3.2.4.3 Bireylerin SHU'ya İlişkin Değerlendirmeleri ile Tedavi Motivasyonu Arasındaki İlişki.....	141
3.2.4.4 Bireylerin Klinik Ortama İlişkin Bazı Değerlendirmeleri ile Tedavi Motivasyonuna Arasındaki İlişki.....	159
3.2.4.5 Bireylerin Tedaviye İlişkin Değerlendirmeleri ile Tedavi Motivasyonu Arasındaki İlişki.....	165
3.2.4.6 Bireylerin Kendilerine İlişkin Değerlendirmeleri ile Tedavi Motivasyonu Arasındaki İlişki.....	168
3.2.4.7 Bireylerin Sosyal Çevrelerine İlişkin Değerlendirmeleri ile Tedavi Motivasyonu Arasındaki İlişki.....	168
3.2.4.8 Kişilerin Tedavide Ailesinin Yardımına İlişkin Değerlendirmeleri ile Tedavi Motivasyonu Arasındaki İlişki.....	170
3.2.4.9 Kişilerine Kendine Yardım Gruplarına İlişkin Değerlendirmeleri ile Tedavi Motivasyonu Arasındaki İlişki	173
4. BÖLÜM: SONUÇ ve ÖNERİLER.....	176
4.1 SONUÇLAR.....	176
4.1.1 Sosyo-demografik Özellikler ve Sosyo-demografik Özellikler ile Tedavi Motivasyonu Arasındaki İlişkiye Ait Sonuçlar.....	176
4.1.2 Kişilerin Ailelerine İlişkin Özellikleri ve Bu Özellikler ile Tedavi Motivasyonu Arasındaki İlişkiye Ait Sonuçlar.....	177
4.1.3 Kişilerin Tedavi Sürecine İlişkin Bilgileri ve Bu Bilgilerin	

İle Tedavi Motivasyonu Arasındaki İlişkiye Ait Sonuçlar	178
4.2 ÖNERİLER.....	186
4.2.1 Sosyo demografik Özellikler ve Sosyo- demografik Özellikler ile Tedavi Motivasyonu Arasındaki İlişkiye Ait Öneriler.....	186
4.2.2 Kişilerin Ailesine İlişkin ve Bu Özellikle ile Tedavi Motivasyonu Arasındaki İlişkiye Ait Öneriler.....	186
4.2.3 Kişilerin Tedavi Sürecine İlişkin Bilgiler ve Bu Bilgiler ile Tedavi Motivasyonu Arasındaki İlişkiye Ait Öneriler.....	189
KAYNAKÇA.....	204
EK 1: GÖRÜŞME FORMU.....	216
EK 2: TEDAVİ MOTİVASYON ANKETİ (TMA).....	226

KISALTMALAR

DM	Dış motivasyon
İM	İç motivasyon
KYA	Kişilerarası yardım arama
SHU	Sosyal hizmet uzmanı
TG	Tedaviye güven
TMA	Tedavi motivasyon anketi

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 1: Alkol Kullanımının Güvenli Düzeyi.....	8
---	---

TABLOLAR DİZİNİ

Tablo 1: Bireylerin Sosyo-demografik Özellikleri.....	77
Tablo 2: Bireylerin Ailelerine İlişkin Bazı Özellikleri.....	83
Tablo 3: Bireylerin Hastalık Özelliklerine İlişkin Bazı Özellikleri.....	86
Tablo 4: Personel Davranışları ile İlgili Değerlendirmeler.....	91
Tablo 5: SHU'yla İlgili Değerlendirmeler.....	94
Tablo 6: Klinik Özelliklerle İlgili Değerlendirmeler.....	101
Tablo 7: Tedavi Özellikleriyle İlgili Değerlendirmeler.....	103
Tablo 8: Bireylerin Kendilerine İlişkin Değerlendirmeleri.....	106
Tablo 9: Bireylerin Sosyal Çevrelerine İlişkin Değerlendirmeleri.....	111
Tablo 10: Bireylerin Ailelerine İlişkin Değerlendirmeleri.....	115
Tablo 11: Bireylerin Kendine Yardım Gruplarına İlişkin Değerlendirmeleri.....	117
Tablo 12: Bireylerin Tedavi Motivasyonu Ortanca Değerleri	120
Tablo 13: Bireyleri Yaşlarıyla Tedavi Motivasyonları Arasındaki İlişki.....	122
Tablo 14: Bireylerin Eğitim Durumlarıyla Tedavi Motivasyon Puanları Arasındaki İlişki.....	123
Tablo 15: Çalışma Durumuna Göre Tedavi Motivasyonlarına İlişkin Mann Whitney U Testi Sonuçları.....	123
Tablo 16: Elde Edilen Gelirin Yeterliliğine Göre Tedavi Motivasyonlarına İlişkin Mann-Whitney U Testi Sonuçları.....	125
Tablo 17: Medeni Duruma Göre Tedavi Motivasyon Puanlarına İlişkin Mann Whitney U Testi Sonuçları.....	126
Tablo 18: Kişilerin Alkol Kullanımının Başarısızlığa Neden Olma Durumuna Göre Tedavi Motivasyonu Puanlarına İlişkin Mann-Whitney U Testi Sonuçları.....	128
Tablo 19: Bireylerin Alkol Kullandıklarındaki Pişmanlık Durumlarına Göre Tedavi Motivasyonlarına İlişkin Mann-Whitney U Testi Sonuçları.....	130
Tablo 20: Kişilerin Arkadaşlarının Alkolü Bırakma Taleplerine Göre Tedavi Motivasyonlarına İlişkin Mann-Whitney U Testi Sonuçları.....	131
Tablo 21: Klinikte Bireylere İyi Davranılmasına Göre Tedavi Motivasyonlarına	

İlişkin Mann-Whitney U Testi Sonuçları.....	133
Tablo 22: Bireylerin Personel Davranışı Sebebiyle Kişilerin Fikrini Söylemekten Çekinmesine Göre Tedavi Motivasyonlarına İlişkin Mann-Whitney U Testi Sonuçları.....	135
Tablo 23: Personel Tutarlılığına Göre Tedavi Motivasyonlarına İlişkin Mann-Whitney U Testi Sonuçları.....	137
Tablo 24: İhtiyaç Halinde Sağlık Personelinin Bulunabilme Durumuna Göre Tedavi Motivasyonlarına İlişkin Mann-Whitney U Testi Sonuçları...	139
Tablo 25: Başka Doktora Muayene Olma İsteğine Göre Tedavi Motivasyonlarına İlişkin Mann-Whitney U Testi Sonuçları.....	140
Tablo 26: Sosyal Hizmet Uzmanının Odasına Gitmeye Çekinmeyen Bireylere Göre Tedavi Motivasyonlarına İlişkin Mann-Whitney U Testi Sonuçları.....	142
Tablo 27: SHU'yla Bireysel Görüşme Yapan Kişilere Göre Tedavi Motivasyonu Puanlarına İlişkin Mann-Whitney U Testi Sonuçları.....	143
Tablo 28: SHU'yla Yapılan Görüşmelerin Vaktinde Başlamasına Göre Tedavi Motivasyonu Puanlarına İlişkin Mann-Whitney U Testi Sonuçları...	145
Tablo 29: SHU'yla Görüşme Sıklıklarına Göre Tedavi Motivasyonlarına İlişkin Mann-Whitney U Testi Sonuçları.....	147
Tablo 30: Bağımlılık Tedavisi Dışında Yardım Alan Bireylerin Tedavi Motivasyonlarına İlişkin Mann-Whitney U Testi Sonuçları.....	148
Tablo 31: SHU'nun Gerekli Bilgi ve Beceriye Sahip Olduğunu Düşünen Bireylerin Tedavi Motivasyonlarına İlişkin Mann-Whitney U Testi Sonuçları.....	149
Tablo 32: SHU'nun Verdiği Hizmeti Yeterli Bulan Bireylerin Tedavi Motivasyonlarına İlişkin Mann-Whitney U Testi Sonuçları.....	151
Tablo 33: SHU'dan Beklentisi Olan Bireylerin Tedavi Motivasyonu Puanlarına İlişkin Mann-Whitney U Testi Sonuçları.....	152
Tablo 34: Sosyal Hizmet Uzmanının Sorunlara Çözüm Bulduğunu Düşünen Kişilere Göre Tedavi Motivasyonlarına İlişkin Mann-Whitney U Testi Sonuçları.....	153

Tablo 35: SHU Tarafından Taburculuk Sonrası Döneme Hazırlandığını Düşünen Kişilere Göre Tedavi Motivasyonlarına İlişkin Mann-Whitney U Testi Sonuçları.....	154
Tablo 36: SHU'yla Yapılan Görüşmelerin Farklı Bakış Açısı Kazandırdığı Bireylerin Tedavi Motivasyonlarına İlişkin Mann-Whitney U Testi Sonuçları.....	156
Tablo 37: Bireylerin SHU'nına Önerilerine Göre Tedavi Motivasyonlarına İlişkin Mann-Whitney U Testi Sonuçları.....	157
Tablo 38: Bireylerce Motivasyonunu Arttırıcı Görülen Faktörlerin Tedavi Motivasyonlarına İlişkin Mann-Whitney U Testi Sonuçları.....	158
Tablo 39: Kişilerin Kliniğin Kurallarından Rahatsız Olma Durumlarına Göre Tedavi Motivasyonlarına İlişkin Mann-Whitney U Testi Sonuçları...	159
Tablo 40: Ortam Düzenlemesinden Memnun Olan Bireylerin Tedavi Motivasyonlarına İlişkin Mann-Whitney U Testi Sonuçları.....	160
Tablo 41: Klinik Olanakların Yeterli Faydalanılmasına Göre Tedavi Motivasyonlarına İlişkin Mann-Whitney U Testi Sonuçları.....	162
Tablo 42: Klinik Ortamının Tedavideki Başarıyı Etkileyeceğini Düşünen Bireylerin Tedavi Motivasyonlarına İlişkin Mann-Whitney U Testi Sonuçları.....	163
Tablo 43: Olumsuzlukların Sebebini Tedavi Olarak Gören Bireylerin Tedavi Motivasyonlarına İlişkin Mann-Whitney U Testi Sonuçları.....	165
Tablo 44: Tedavide Sıkılan Bireylerin Tedavi Motivasyonlarına İlişkin Mann-Whitney U Testi Sonuçları.....	166
Tablo 45: Çevre Desteğinin Tedaviyi Kolaylaştırdığını Düşünen Bireylerin Tedavi Motivasyonlarına İlişkin Mann-Whitney U Testi Sonuçları...	169
Tablo 46: Bağımlılıkla Baş Etmede Ailesine İhtiyaç Duyan Bireylerin Tedavi Motivasyonlarına İlişkin Mann-Whitney U Testi Sonuçları.....	170
Tablo 47: Ailesiyle Sorun Yaşadığında Tedavide Yalnız Hisseden Kişilerin Tedavi Motivasyonlarına İlişkin Mann-Whitney U Testi Sonuçları...	172
Tablo 48: Kendine Yardım Gruplarının Ayıklığı Sürdürmede Etkili Olduğunu Düşünen Kişilerin Tedavi Motivasyonlarına İlişkin Mann-Whitney U Testi Sonuçları.....	174

1.BÖLÜM: GİRİŞ

Alkol bağımlılığı zaman içerisinde birçok disiplin tarafından ele alınmıştır ve alınmaya da devam etmektedir. Bu nedenle alkol bağımlılığının tek tanımı bulunmamaktadır. Modern tıp, ilaçbilim, psikoloji, sosyoloji disiplinlerinin konuyu ele alış şekline göre alkol bağımlılığı tanımı değişiklik göstermektedir. Aslında alkol bağımlılığının tüm bu farklı disiplinlerce ele alınabilmesinin sebebi hastalığın biyo-psiko-sosyal yapısından ileri gelmektedir. Sosyal hizmet disiplini bu noktada devreye girmektedir. Sosyal hizmet mesleği sorunları tüm boyutlarıyla ele alan bir disiplindir. Bağımlılığı hem fiziksel, psikolojik, duygusal ve sosyal boyutlarıyla hem de birey, ailesi ve çevresi üzerinde odaklaşarak ele alır. Bu nedenle sosyal hizmetler alkol bağımlılığı konusuna tıbbi ve psikiyatrik açıdan yaklaşmaktadır. İyileştirme süreci oluşturulurken bağımlı birey, ailesi ve çevresi içinde bulunduğu duygusal, sosyal ve çevresel etmenler çerçevesinde ele alınır. Aynı zamanda bağımlı bireyin ve ailesinin parçası olduğu toplum da göz ardı edilmez. Özellikle son yıllarda tüm dünyada ve ülkemizde yaygın olarak kullanılan alkolün, tedavisine ilişkin birçok yaklaşım bulunmasına rağmen Türkiye’de bu rahatsızlığı sosyal ve duygusal yönleriyle ele alan ve öneriler geliştiren çalışmaların sayısı oldukça azdır. Bu eksiklik bağımlılığı en önemli sağlık problemlerinden biri haline getirmeye başlamış gözükmektedir.

1.1. KONUYLA İLGİLİ KURAMSAL YAKLAŞIM

Alkol zehirleyici, keyif veren ve alışkanlık yaratan bir maddedir. Çalışmanın konusu olan içilebilen alkol, etil alkol (etanol) olarak adlandırılmaktadır. Etil alkol alkollü içeceklerde kullanılabilinen tek alkol türüdür.

İnsanlık tarihi kadar eski olan alkol bağımlılığı ise bireylerin alkol alma isteklerini denetim altına alamamasıyla oluşur. Bu denetimsizlik sonucunda bireyler sürekli olarak alkole ihtiyaç duyar hale gelir. Alkol almadan hayatlarını sürdüremeyeceklerine inanırlar.

Bağımlılık düzeyindeki alkol kullanımı bireylerin hayatında ciddi zorluklar yaratır. İnsan sağlığını olumsuz etkiler. Şiddete başvurmaya, agresifliğe, kıskançlığa ve zarar vermeye neden olur. Trafik kazaları, intihar, insan ilişkilerinin bozulması, maddi kayıplar da alkol bağımlılığının sonuçları arasındadır. Aile, toplum ve iş uyumunun bozulmasına neden olmasına rağmen alkol bağımlılığı tedavi edilebilir bir rahatsızlıktır. Bireyin uygun tedaviyi aldığı takdirde yaşamını yeniden sağlıklı bir şekilde sürdürebilmesi mümkündür.

Alkol bağımlılığı tedavisinde öncelikle bireylerin bedeninde bulunan alkolden arındırılması gerekir. Bu süreçte ortaya çıkan yoksunluk belirtilerini gidermek için ilaç tedavisinden yararlanır. Ancak tek başına ilaç tedavisi alkol bağımlılığını ortadan kaldırmak için yeterli değildir. Bireysel ve grup terapiler aracılığıyla, bireyin kendini, bağımlılığı, bağımlılığının nedenlerini tanıması sağlanır, bağımlılıktan kurtulmak ve yeniden bağımlı olmamak için neler yapması gerektiği öğretilir. Tedavi süresi ne kadar uzun olursa başarılı olma şansının o kadar artacağı düşünülmektedir.

Alkol bağımlılığı tedavisinde başarıyı arttıran bazı faktörler bulunmaktadır. Kullanılan müdahale yöntemi ve çevresel koşullar bağımlılık tedavisinde başarı üzerinde etkilidir. Ancak bireyin tedaviye kendi isteğiyle katılım göstermesi ve kararlı olması bağımlılık tedavisini başarıya yaklaştıran en önemli faktördür.

Bireylerin istek ve kararlılığı tedavi motivasyonu ile doğru orantılıdır. Tedavi motivasyonu, alınması istenen tedavi sonuçlarının desteklenmesi ve tedavi için elverişli ortamın oluşturulmasıyla oluşur. Bireyin tedavi motivasyonu ne denli yüksekse, birey başarıya o denli yakındır. Bu nedenle bağımlılık tedavisinde bireyleri isteklendirme önemli bir yer tutmaktadır.

Günümüzde hükümet politikasında dahi önemli bir yere sahip gözükken alkol kullanımının ve neden olduğu bağımlılığın çalışmanın temeli olarak seçilmesinin nedeni bu çok boyutlu rahatsızlığın çok boyutlu bakış açısıyla ele alınmamış

olmasıdır. Yapılan az sayıdaki araştırmalarda yaygın olarak tıp ve psikoloji disiplinleri tarafından gerçekleştirilmiştir.

Bu çalışmada da alkol bağımlılığı tedavisinde bireylerin biyolojik, psikolojik ve sosyal yapılarının göz önünde bulundurulması oluşturulması mümkün müdahalelerden bahsedilmiştir. Müdahale planını oluşturulmadan önce alkolün tanımlanması, alkolün etkileri ile özelliklerinin bilinmesi, kısacası problemin yakından tanınmasının etkili bir müdahale planı oluşturmada yararlı olacağı düşünülmektedir. Bu nedenle çalışmaya alkol, alkol bağımlılığı ve alkol bağımlılığı tedavisi hakkında detaylı bilgiler verilmesiyle başlanacaktır.

Araştırmanın alkol bağımlılığı üzerine olması nedeniyle alkolü yakından tanımanın gerekli olduğu düşünülmektedir. Günümüzde alkol tüketimine bağlı olarak karşılaşılan problemlerin gittikçe artmasından yola çıkılarak öncelikle alkol ve neden olduğu zorluklar anlatılmıştır. Alkolün tarihçesinden kısaca bahsedilmiş ardından alkolün özellikleri anlatılırken fizyolojik etkilerine değinilmiştir. Alkolün zararlı etkilerinin yalnızca fizyolojik açıyla sınırlı kalmaması nedeniyle alkol kullanımının ruhsal ve toplumsal yönlerden neden olduğu tahribatlardan da kısaca bahsedilmiştir. Literatür çalışmalarına bu bölümde yer verilmiştir. Konuya alkol ve etkileri ile başlanmıştır:

1.1.1 Alkol ve Etkileri

Alkolün insan hayatına girmesi oldukça eski zamanlara dayanmaktadır. Ancak şimdiki kullanımının aksine o dönemlerde kullanılan alkol yaratılmamış, doğal olarak bulunduğu haliyle keşfedilmiştir. Örneğin doğal mayalanma yoluyla, bir başka deyişle, meyve kalıntılarının doğanın sıcak noktalarında çürümesiyle şarap oluşmuştur. Bu şekilde insanoğlu alkolü keşfetmeye başlamıştır (Kasatura 1998: 13). Daha sonraki dönemlerde ise Mezopotamyalılar ekmek yapma amacıyla arpayı kullanarak birayı elde etmişlerdir (Çakmak ve Evren 2006: 33). Yapılan araştırmalarla yazının bulunmasından önceki dönemlerde şarap ve biranın dini törenlerde kutsal bir içki olarak kullanıldığı ortaya çıkmıştır.

Hıristiyanlığın doğuşuyla beraber alkollü içkiler dinsel amaçlı kullanımının dışına çıkmış; doğum, evlenme, eğlenme gibi kutlamalarda kullanılmaya başlanmıştır (Zeren, 2010: 3). Alkolün bir keşif olmaktan çıkıp icat edilmeye başlanmasıyla insanoğlunun alkol alışkanlığı da başlamıştır.

Alkol sözcüğünün kökeni Arapçadır. Bir şeyin aslı, özü anlamına gelen 'el küul (al kihl, el kuhl)' kelimesinden türetilmiştir (Öncü ve ark., 2001: 134). Alkole rahatsızlık seviyesinde düşkün olma anlamına gelen 'alkolizm' terimi ilk kez İsviçreli halk sağlığı uzmanı Magnus Huss tarafından 1849 yılında kullanılmıştır (Turan ve Aşkın, 1999: 93). İlerleyen yıllarda alkolizm terimi, hem Amerikan Psikiyatri Birliği'nin hem de Dünya Sağlık Örgütü tarafından alkol bağımlılığı terimi ile değiştirilmiştir. Ancak birçok araştırmacı tarafından alkolizm terimi kullanılmaya devam etmektedir (Taylor ve Leeman, 2009; akt: Chasan, 2010: 1).

Alkol uygun miktarda alındığında yatıştırıcı, fazla miktarda alındığıdaysa beyni uyuşturucu etkiye sahiptir. Beynin uyuşmasıyla birlikte bireylerde düşünmeyi kontrol eden yetide azalma görülür. Davranışlar alkolün etkisindeyken bireyler hatırlama, anlama ve karar verme gibi görevleri yerine getirmekte zorluk yaşarlar. Bireyin bedensel dengesi, kol ve bacaklar hareketlerinin düzeni bozulur. Alkol hızlı alındığında kandaki alkol yoğunluğunun artması sebebiyle başlarda yarattığı yatıştırıcı etki yerini sarhoşluğa ve sızmaya bırakır.

Her bireyin alkole tepkisi farklı olabilmektedir. Bireyin alkol geçmişi, alkol alma arzusu, içme hızı, içkinin cinsi, vücudun ağırlığı ve kimyasal yapısı, ruhsal durum sarhoşluk yaratma hızı üzerinde etkilidir. Aynı miktarda ancak farklı ortamlarda alınan alkol, bireylerin içinde bulunduğu fiziki ve psikolojik faktörlere göre davranışlarında farklılık yaratabilmektedir (Kasatura, 1998: 15).

Alkolün davranışsal etkilerine bakıldığında depresan aktivitesinin mevcut olduğu tespit edilmiştir. Kanda bulunan %0.05'lik alkol bireyin düşünme, yargılama ve kendini kontrol edebilme yetilerinin bozulmaya başlaması için yeterlidir. %0.1'lik

oran ise motor hareketlerde bireyin beceriksizleşmesine neden olur. Davranışsal etkilerinin yanı sıra alkolün uyku üzerinde de etkileri bulunmaktadır. Alkol alımının uykuya geçiş sürecini kısalttığı tespit edilmiştir, ancak aynı zamanda uyku yapısı üzerinde bir takım yan etkilerinin olduğu da bilinmektedir. Alkol kullanımı, derin uyku olarak adlandırılan uykunun dördüncü evresinin kısalmasına sebep olur. Uyku bölünmeleri artarak bireyde daha sık ve uzun uyanıklık süresi sağlar. Alkolün en büyük bedensel zararının karaciğere olduğu bilinmektedir. Aşırı alkol alımı karaciğerde yağ ve protein birikimi yaparak karaciğerde yağlanma oluşmasına neden olur. Bunlara ek olarak ağır içiciliğin ülser, ince bağırsak hastalıkları, yetersiz sindirim nedeniyle zayıf beslenme, başta B vitamini olmak üzere önemli seviyelerde vitamin eksikleri gibi rahatsızlıkların kaynağı olduğu bilinmektedir. Kas güçsüzlüğü de alkol kullanımının diğer yan etkilerindedir (Yapıcı, 2006: 5-6). B vitamini eksikliği alkol bağımlılarının %30-80'ininde görülen, insan sağlığını riske atan önemli bir rahatsızlıktır (Tarhan ve Nurmedov, 2011).

Alkol, hem yağda hem de suda çözünmeyi sağlayacak özelliklere sahiptir. Bu nedenle sindirim sisteminden kana geçişi kolaylıkla sağlanır. Boş mideye alkol alındığı takdirde %80'i on iki parmak bağırsağından kana geçerken, %20'si mideden geçer. Kandaki maksimum konsantrasyona 45-60 dakika içerisinde ulaşılır (Zeren, 2010: 6-7). Alkol, kan dolaşımı yoluyla emilmesiyle bütün organlara kısa sayılacak bir süre içerisinde yayılır. Bedendeki tüm hücreler alkol tarafından etkilenir ancak en çok etkilenen beyin hücreleridir (Türkcan, 2002: 41). Vücuttan atılma yayılması kadar çabuk gerçekleşmez. Alınan alkolün yaklaşık olarak %15'i midede, %85'i ise karaciğerde metabolik reaksiyonlarla ortadan kaldırılır. Kalan %5'lik kısım hiçbir değişikliğe uğramadan akciğerler ile vücuttan atılır. Bireyin kanındaki alkol miktarından bağımsız olarak yaklaşık bir saat içinde bir kadeh rakı, bir kadeh şarap ya da bir kutu biranın vücuttan atılması mümkündür. Alınan alkolün miktarı, alkolün alınma hızı, midenin boş olup olmaması, kilo, yaş, cinsiyet ve ırk gibi faktörler alkol alındıktan sonra vücuttan atılmasını etkileyen çeşitli unsurlardır (Ayvaşık, 2005: 84-85).

Alkolün yukarıda bahsedilen özellikleri ve etkileri bireylerin hem merak duymasına hem de korkmasına neden olur. Merakın korkuyu yenmeye başlamasıyla birlikte bireyler bir kereden bir şey olmaz düşüncesine kapılarak alkol kullanımına başlar. Genellikle bir denemeyle kalmayan alkol kullanımında beklenen sonun bir türlü gelmemesiyle sorunlar başlayarak bağımlılık gelişir (Tarhan ve Nurmedov, 2011).

Eski adıyla alkolizm olarak da bilinen alkol tipi bağımlılık, hem birey hem de alkol kullanan bireyin çevresindekiler üzerinde olumsuz etkileri olan ciddi bir halk sağlığı problemidir. Alkole bağımlı hale gelmiş bireyler alkol alımını devam ettirebilmek için kendilerine göre doğru ve haklı sebepler üretirler. Alkol almak bireylerin tek amacı haline gelir (Köknel, 1998: 225). Beden ve ruh sağlığını, aile, sosyal yaşantı ve iş uyumunu bozacak bir şekilde fazla ve tekrarlayıcı biçimde alkol alma isteği, davranışını kontrol edememe ve durduramama durumu “alkol bağımlılığı” olarak tanımlanmaktadır (Çakmak ve Evren, 2006: 33). Dünya Sağlık Örgütüne göre alkolün işine engel olduğunu değil de, işinin alkol kullanmaya engel olduğunu düşünen birey alkolik olarak adlandırılabilir (Yüncü ve ark., 2005: 130).

Alkol bağımlılığının iki tipi bulunmaktadır. Tip A’da bireyin çocukluk döneminde karşılaştığı risk etmenleri azdır. Genellikle geç başlangıçlı olan bu tipte ağır bağımlılık belirtilerine, psikolojik ve alkole bağlı sorunlara az rastlanmaktadır. Bu bağımlılık tipinde bireyler genellikle kaygılarını azaltmak için içmeye meyillidirler. Tip B ise Tip A’nın tam tersidir. Çocukluk döneminde karşılaşılan risk etmenleri fazladır ve ailevi yatkınlık söz konusudur. Erken başlangıçlı olup ağır bağımlılık belirtileri çok, psikolojik ve alkole bağlı sorunlar sık görülmektedir. Aynı zamanda bu tip alkol bağımlılarında sıklıkla başka bağımlılık yapıcı maddelerin kullanımına rastlanmaktadır (Hasanoğlu, 2010, Erişim: 2.12.13, http://78.189.53.61/-/bs/bss/a_hasanoglu.pdf).

Toplumsal iletişimi arttırdığı düşüncesiyle sosyal çevre içerisinde sıklıkla kullanılan alkole karşı belirgin düzeyde tolerans geliştikten sonra bireylerde

fiziksel bağımlılık gelişir. Alkolün düzenlilik ve süreklilik halinde alınmasıyla ortalama beş sene içerisinde bireylerin özelliklerine göre bağımlılık yerleşmeye başlar. Ancak bağımlılığın meydana gelmesi bireylerin kullandıkları içki miktarına ve sıklığına, fiziksel ve ruhsal özelliklerine, içinde bulunduğu toplumun özelliklerine bağlı olarak değişkenlik gösterebilmektedir (Kasatura, 1998: 15-16).

Aşırı miktarda alkol alımı gibi uzun süreli alkol kullanımının da bireylerde bir takım bozukluklara neden olduğu bilinmektedir. Yapılan araştırmalara göre alkol bağımlılarında özellikle yürütücü işlevler, dikkat, bellek, görsel-mekansal işlevlerin bozuk olduğu ortaya konulmuştur (İlhan ve ark., 2004: 4). Uzun süreli tedavi gerektiren alkol bağımlılığı, bireylerin uzun süreli alkol kullanımının neden olduğu fiziksel ve ruhsal hasarlar sebebiyle daha da uzun hale gelebilmektedir. Bu noktada, bireylerin bağımlılığının ne kadar süre içerisinde geliştiğinin önemli bir nokta olduğu düşünülebilir.

Bireyin içinde yaşadığı çevrenin normlarına göre alınan içkinin cinsi değişkenlik göstermektedir. Yapılan bazı araştırmalar özellikle gençler arasında biranın hafif bir içki olarak kabul edildiği, bu sebeple de fazla miktarda alınmasında sakınca görülmediğini ortaya koymuştur. Aynı zamanda biranın diğer içkilere oranla daha ucuz bir içki olması sosyo-ekonomik imkânları sınırlı bireyler için daha çok tercih edilmesine neden olmaktadır. Her içki gibi bira da bireyleri zararlı alışkanlıklara sürükleyebilecek ve bağımlılığa sebep olabilecek bir içkidir, ancak içki alışkanlığını başlatan şey içkinin cinsi değil miktarıdır. Alınan içkinin alkol değerinin yüksekliği ya da düşüklüğü önemli değildir. Şarap, rakı, bira veya ispirto gibi farklı cinsten alkol bağımlılığı olan bireylerin tedavi sürecini etkileyen, ne içtikleri değil, alkolün hayatlarını ne şekilde ve ne derecede etkilediğidir. (Kasatura, 1998: 48).

Bayanlar için günde bir, erkekler içinse iki içki alımı normal kabul edilen miktardır. Bu miktarlar aşılmaya başlandığında, alkol bireylerde zamanla bedensel ve ruhsal rahatsızlıklar yaratmaya başlar. Ancak bu, daha düşük

dozlarda alkol kullanan bireylerin zarar görmeyeceği anlamına gelmemektedir (Çakmak ve Evren, 2006: 33-34). Yine de bireylerin kendilerini durumlarının farkında olabilmeleri açısından insan sağlığını tehlikeye atmayacak seviyedeki kullanıma ilişkin limitler belirlenmiştir. Erkek ve kadın fizyolojik yapısının birbirinden farklı olması kullanım limitlerini etkilemektedir. Buna göre, alkol kullanmanın güvenli seviyesi şu şekildedir:

Şekil 1. Alkol Kullanımının Güvenli Düzeyi

Haftalık Alkol Tüketimi	
Erkek	21 birim*
Kadın	14 birim
*1 birim: ¼ litrelik küçük şişe bira= 1 küçük kadeh şarap= 1,5 double rakı = 1 ölçü viski, votka, cin vb. alkollü içkiler.	

Bireylerin alkol tüketimleri hakkında bilgi sahibi olabilmeleri için örnek gösterilmiş bu şekilde göre kadınların haftada 14, erkeklerinse 21 birimden fazla içmemeleri önerilmektedir. Bunun anlamı kadınlar için günde bir, erkekler içinse iki içki demektir. Bir seferde alınan alkol miktarının haftalık limitin yarısından fazla olmaması gerekmektedir. Bu oranların üzerine çıkıldığı takdirde bireylerin bağımlı olma riskleri artmaktadır (Akvardar ve Uçku, 2010: 53-54). Yapılan araştırmalara göre alkol bağımlılığının yaşam boyu riski kadınlarda %3-5, erkeklerde %10 olarak tespit edilmiştir (Yenigün, 2006).

Alkol, fiziksel etkilerinin yanı sıra ruhsal açıdan da bireyleri etkileyebilmektedir. Heyecan, neşe, üzüntü, korku, nefret, bilinç, dikkat, hafıza, algı, düşünce, beklenti, istek ve eylemlerle ilgili işlevlerde alkolün etkisi altında azalma, artma ve sapma görülebilmektedir (Köknel, 1998).

Alkol kullanımının olumsuz etkileri yalnızca bireysel boyut ile sınırlı kalmamaktadır. Aile, iş çevresi ve toplumsal düzen de alkol kullanan bireylerin

davranışlarından zarar görmektedir. Problemlı evlilikler, biten evlilikler, düzensiz aile yapısı, terk etme ve/veya boşanma durumlar aşırı alkol kullanımının sonuçları arasında sayılmaktadır. Alkollü araba kullanımının sonucunda yaşanan trafik kazaları, ölümler ve yaralanmalar ise alkolün sorumlu olduğu bir diğer önemli problemdir. Alkollü sürücülerin sebep olduğu kazaların sonucunda oluşan hasarların neden olduğu ekonomik yük, gelir kayıpları, yaralı ve/veya sakat kalmış bireylerin tıbbi ve sigorta masrafları hem bireysel hem toplumsal boyutta büyük zararlara sebep olmaktadır. Ancak, bu zararlar yalnızca alkollü sürücüler tarafından değil aynı zamanda yollardaki içkinin tesiri altındaki yayalarca da verilmektedir. Yapılan araştırmalar göstermektedir ki, intiharların yarısı ile cinayetlerin üçte biri alkolle ilişkilidir. Otomobil kazalarının %75'inin ve kazadan ölümlerin %50'sinin, sorumlusunun alkol olduğu belirlenmiştir (Yenigün, 2006). İçki problemleri olan çalışan bireylerin büyük bir kısmının işte devamsızlık yaptıkları bilinmektedir. Çalıştıkları zamanlarda ise iş ortamında bireyler arası sürtüşmeler yaşanmakta, eleman kayıpları doğmaktadır. Alkol sorunlarının neden olduğu iş ortamındaki zaman kayıpları çalışan personeli etkilemekte bu da yılda büyük miktarda maddi zarar sebebiyet vermektedir. Alkol ve madde bağımlılığının topluma getirdiği ekonomik yüke ilişkin yapılan bir çalışmada 1992 yılında 246 milyon dolarlık bir maliyet tahmini yapılmıştır ve bunun 148 milyon dolarını (%60) alkol bağımlılığı oluşturmaktadır (Gümüş ve ark., 2002: 148).

Görüldüğü üzere alkolün olumsuz etkileri yalnız bireyi değil bir bütün olarak toplumu da içermektedir (Kasatura, 1998). Alkol bağımlılığının neden olduğu ağır sonuçların önüne geçilebilmesinde bağımlı bireylerin iyi yapılandırılmış bir tedavi programından geçirilmesi şarttır. Bunun içinde ülkenin sağlık politikasına uygun olarak altyapısı oluşturulmuş kurum ve kuruluşlarda bu alanda yetiştirilmiş donanımlı bireyler tarafından tedavi edilmeleri önem kazanmaktadır. (Köknel, 1998). İkinci bölümde alkol kullanan bağımlı bireyler için yürütülen tedavi programlarından bahsedilmiştir.

1.1.2 Alkol Bağımlılığı Tedavisi

Bağımlılık, 1970'li yıllardan önce tanımı olan bir kavram değildi. Bağımlılığa yönelik müdahale ve tedavi yöntemleri hakkında da yeterli bilgi bulunmamaktaydı. 1970'lerin başından itibaren bu konuya eğilmeye başlanmış ve bağımlılığı tedavi edebilecek servisler kurulmaya başlanmıştır. Bağımlılık tedavisine ilişkin müdahale ve yaklaşımlar özellikle son 20 yıl içerisinde oldukça geliştirilmiştir. Şimdilerde bağımlılık tedavisi farklı bireylerce farklı yöntemler uygulanarak sürdürülmektedir (Ögel, 2010). Ancak genel olarak alkol bağımlılığı tedavisi ayaktan ve yatarak olmak üzere iki şekilde yürütülmektedir. Ayaktan tedavi alan bağımlılık tanısı almış bireyler hastaneye yatmadan tedavilerini devam ettirirler. Bu şekilde bireylerin aile ve sosyal yaşantılarından uzak kalmadan ve sorumluluklarını aksatmadan hayatlarını devam ettirmeleri sağlanır. Bu açılarından ayaktan tedavi daha avantajlı gözükse de bazı durumlarda bağımlı bireyin yatarak tedavi alması daha uygundur. Örneğin, daha önce ayaktan tedavi almış ancak başarısızlıkla sonuçlanmış, öyküsünde hayatı tehdit eden tıbbi durumları ve/veya ruhsal rahatsızlıkları olan, kendine ve/veya başkalarına zarar vermek riski taşıyan, alkolün yanı sıra başka madde kötüye kullanımı olan ve yeterli sosyal desteğe sahip olmayan bireylerin hastaneye yatarak tedavi görmeleri gerekmektedir (Tarhan ve Nurmedov, 2011).

Bu bölümde, başvuru sürecinden itibaren alkol bağımlılığı tedavisinin süreçlerinden bahsedilmiştir. Bireyin sorununun belirlenme aşamasındaki tanı koyma, gidiş belirleyicileri, öykü alma, ön değerlendirme ve tedavi bölümünün alt başlıklarını oluşturmaktadır. İlk olarak **“Tanı Koyma”** aşamasından başlanmıştır.

Bağımlılık olgusu gelişene kadar bireyler bir takım evrelerden geçerler. Deneme amaçlı başlayan kullanım, sosyal kullanıma dönüşür ve bir sonraki aşamada kötüye kullanım ile birlikte bağımlılık ortaya çıkar. Yaşamı ve sağlığı olumsuz yönde etkilemesine karşın birey alkol/madde kullanımına devam eder. Bireyin düşünce ve davranışları kullandığı madde tarafından kontrol edilir (Çakmak ve

Evren, 2006). Ancak bireylerin alkolden kaynaklanan problemlerini belirlerken dikkat edilmesi gereken terimler vardır. Bunlar; kullanım, düşük riskli alkol kullanımı, zararlı alkol kullanımı, kötüye kullanım ve bağımlılıktır. Her türlü alkol kullanımı 'kullanım' olarak tanımlanmaktadır. Alkolle ilgili problemlerin baş göstermediği durumlar düşük riskli alkol kullanımındır. Alkol kullanımı yasal ve tıbbi sınırlar içerisinde gerçekleşir. Birey alkolden dolayı bedensel, ruhsal veya sosyal açılardan zarar görmeye ya da vermeye eğilimli olduğunda ise zararlı alkol kullanımı kategorisine dâhil edilmektedir. Alkol tüketen hamile kadınların, hipertansiyon, diyabet gibi hastalıkları olan veya 21 yaşın altındaki alkol kullanan bireylerin durumları riskli alkol tüketimidir. Alkol tüketimi bireylerde fiziksel ya da ruhsal yönlerden olumsuz sonuçlara neden olduğunda zararlı alkol kullanımı başlamış demektir (Akvardar ve Uçku, 2010: 52). Bağımlılık tanısı koymada kullanılan alkol miktarı, alkolün kullanım sıklığı ve alkol kullanımıyla ilgili problemlerin var olup olmaması belirleyici noktalardır. Bu nedenle alkol/madde bağımlılığı tanısı koyabilmek için ölçütler geliştirilmiştir. Amerikan Psikiyatri Birliği DSM-IV ölçütlerine göre alkol/madde bağımlılığını tanımlayan yedi ölçüt bulunmaktadır. Ölçütlerden iki tanesi fiziksel bağımlılığın, beş tanesi ise davranışsal bağımlılığın kriterleridir. Bağımlılık tanısı koyabilmek için bir yıllık süre içerisinde kriterlerden üçünün bulunması yeterlidir.

- Tolerans gelişimi
- Yoksunluk belirtileri
- Alkol/maddenin tasarlandığından daha uzun süre ve miktarlarda alınması.
- Sık ve başarısız bırakma girişimleri
- Maddeyi sağlamak, kullanmak ya da bırakmak için büyük zaman harcamak.
- Alkol/madde kullanımı sebebiyle sosyal, mesleki ve bireysel etkinliklerin azalması yada bırakılması
- Zarar görmeye rağmen madde alkol/madde kullanımını sürdürme (Çakmak ve Evren, 2006: 13-14).

Bazı bireyler kendilerine bağımlılık tanısı koyulmasının ardından bile alkolü kötüye kullandıklarını kabul etmeyebilirler. Bu nedenle en doğru tedavi seçeneğini uygulayabilmek adına alkol/madde kötüye kullanımı için DSM-IV ölçütleri dikkate alınır. Buna göre bir yıllık süre içerisinde aşağıdaki kriterlerden en az bir ya da daha fazlasının bulunması bireye alkol ya da madde kötüye kullanımı tanısı koyabilmek için yeterlidir.

- İş, okul ya da evde alması beklenen sorumlulukları alamama ile sonuçlanan tekrarlayıcı şekilde alkol/madde kullanımı.
- Fiziksel olarak tehlikeli durumlarda tekrarlayıcı şekilde alkol/madde kullanımı.
- Alkol/madde ile ilişkili, tekrarlayıcı şekilde ortaya çıkan yasal sorunlar.
- Alkol/maddenin etkilerinin neden olduğu ya da alevlendirdiği, sürekli ya da tekrarlayıcı toplumsal ya da bireyler arası sorunlara karşın sürekli alkol/madde kullanımı (Çakmak ve Evren, 2006: 15).

Görüldüğü gibi alkol tedavisinde en önemli aşamalardan biri tanı koyma sürecidir. Bu süreç gerçekleşikten sonra sürecin nasıl gelişeceğine ilişkin “**gidiş belirleyicileri**”nin de göz önüne alınması gerekir.

Tedavi için başvuru yapan bireylerin alkol/madde bağımlılığı ile alkol/madde kötüye kullanım ölçütlerine göre gidiş belirleyicileri tanımlanmaktadır. Buna göre:

- o *Erken Tam Remisyon (hastalık belirtilerinin sönmesi)*: Bir aydan fazla, 12 aydan kısa sürede bağımlılık ya da kötüye kullanım kriterlerinden hiçbirinin bulunmaması durumunda kullanılır.
- o *Erken Kısmi Remisyon*: Bir aydan fazla, 12 aydan kısa sürede bağımlılık ya da kötüye kullanım kriterlerinden bir ya da birkaçının bulunması durumunda kullanılır.
- o *Kalıcı Tam Remisyon*: 12 aydan daha uzun sürede bağımlılık ya da kötüye kullanım kriterlerinden hiçbirinin bulunmaması durumunda kullanılır.

- o *Kalıcı Kısmi Remisyon*: 12 aydan daha uzun sürede bağımlılık ya da kötüye kullanım kriterlerinden bir ya da birkaçının bulunması durumunda kullanılır (Çakmak ve Evren, 2006: 16).

Bu süreç, tedavi içinde madde kullanımının ne anlama geldiğine ilişkin bilgi verir. Aslında tanılama süreçlerinin de sonraki parçasıdır. Bundan sonra hastalığın gelişimi ile ilgili bilgi almak için “**öykü alma ve ön değerlendirme**” sürecine geçilir. Bu süreç sosyal hizmet değişim\müdahale süreçleri ile de benzerlik göstermektedir.

Bağımlılık tedavisinde başarılı bir tedavi planı oluşturmada öykü alma çok önemlidir. Alkol/madde bağımlılığının başlangıç zamanını, nedenini ve doğal öyküsünü bilmek bireyin ve hastalığının doğru değerlendirmesini yapabilmek için gereklidir. Bireyin ne zamandır, hangi sıklıkta, ne miktarda, hangi yolla kullandığı, son kullandığı tarih, daha önceden kendi başına bırakma ya da tedavi kuruluşlarından yardım alma girişimlerinin bulunup bulunmadığı ve yaşadığı zorlukların ayrıntılı öyküsü ilgili bireyler tarafından alınmaktadır.

Ön değerlendirme yapılırken doktorlar tarafından dikkat edilmesi gereken oldukça önemli iki nokta bulunmaktadır. Birincisi, bireyin alkol/madde etkisi altında olma ihtimalidir. İkincisi ise bireyde alkol ya da madde alınmasının durdurulmasına bağlı olarak yoksunluk belirtileri gösterme ihtimalidir. Bu ihtimaller göz önünde bulundurularak yapılan değerlendirmede bireyin durumu konusunda karar vermeden bir sonraki adıma geçilmemektedir (Karalı ve ark., 1999: 5).

Bağımlılık tedavisi için başvuruda bulunan bireylerin dâhili, cerrahi ya da psikiyatrik problemleri olabilmesi sebebiyle değerlendirmeleri çok yönlü alınmaktadır. Bireylerin kimi zaman alkol/madde kullanımını devam ettirebilmek amacıyla olanları küçük gösterme, yalan söyleme, yaşadığı zorlukları saklama çabaları sık karşılaşılan durumlardandır. Yapılan bir araştırmaya göre, alkol kullanan bireylerin yalnızca %17'sinin kullandıkları alkol miktarını doğru

yansıttığı belirlenmiştir (Karalı ve arkadaşları, 1999: 5). Bu nedenle, öykü alınırken oldukça dikkatli davranılmalıdır. Etkili bir değerlendirme için önyargısız ve tarafsız düşünceler gereklidir. Tam ve doğru tanı koyabilmek için öykü alma ve değerlendirmeye ek olarak bireylerden kan ve idrar testleri istenir. Buna ek olarak bağımlılar Hepatit ve AIDS gibi çeşitli enfeksiyon hastalıklarında risk altında bulunmaktadır (Çakmak ve Evren, 2006: 16-17). Tüm bu başvuru süreçlerinin ardından alkol bağımlılığının “**tedavi**”sinden bahsedilmiştir. Ancak tedavi sürecine geçiş yapmadan önce alkol bağımlılığının yaygınlığına kısaca değinmenin önemli olduğu düşünülmektedir. Yaygınlık, tedavilerin oluşturulmasında belirleyici olmaktadır.

Ülkemizde ve dünyada alkol kullanımının ve bağımlılığının artış gösterdiği herkes tarafından bilinmektedir.

Amerika Birleşik Devletleri’nde 2001 yılında yapılan bir araştırmada alkol kullanımının toplam nüfusa oranı % 84 olarak belirlenmiştir (WHO, 2004; akt: Chasan, 2010: 9). 2001-2001 yılında yapılan taramada ise alkol bağımlılığının yaygınlığı %3.81 olarak tespit edilmiştir (National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism, 2006; akt: Chasan, 2010: 9). Erkeklerde herhangi bir madde kullanım bozukluğu tanısından sonra en sık rastlanan psikiyatrik tanının alkol bağımlılığı olduğu tespit edilmiştir (Kessler ve ark. 1996; akt: Ayhan, 2010: 2).

Ülkemizde bağımlılık sıklığını ve yaygınlığını konu alan araştırmalar yetersizdir. 1996 yılında Akvardar ve arkadaşlarının 12-65 yaş aralığındaki 1550 kişiyle yaptıkları bir çalışmada alkol kullanım yaygınlığı %25.6 olarak belirlenmiştir (Akgün, 2010: 12). 1997 yılında yapılan Türk Ruh Sağlığı Profili araştırmasına göre 18 yaş ve üzeri bireylerde alkol bağımlılığı yaygınlığının %0.8 olduğu saptanmıştır (Tekin, 2008; akt: Chasan, 2010: 9). Ekuklu ve arkadaşlarının (2004) Edirne’de yaptığı bir araştırmanın sonucunda 15 yaş ve üzeri bireylerde alkol bağımlılığı oranı %8.3 olarak belirlenmiştir (Ekuklu ve ark., 2004; akt: Chasan, 2010: 10).

Türkiye Madde Kullanım Profili (2003) adı altında altı ilde yürütülen çalışmada 17 yaşındaki gençlerle görüşülmüş ve buna göre yarısına yakınının alkolle ilgili geçmişi olduğu belirlenmiştir. Türkiye’de alkol bağımlılığı tedavisi veren merkezlerde genellikle hem tıbbi hem de psikolojik tedaviler uygulanmakta, eğitim ve sosyal programlarla bu tedaviler desteklenmektedir (Dilbaz, 2011).

Bu bölümde alkol bağımlılığı tedavisi ile ilgili konular aktarılırken araştırma amacıyla klinikte bulunan süreçte yapılan gözlemlerden ve araştırmalardan yararlanılmıştır. Alkol bağımlılığı tedavisi çeşitli merkezlerde farklı yöntemlerle tedavi edilebilmektedir. Ancak bu çerçevede bahsedilmiş olan alkol bağımlılığı tedavisi başta Ankara AMATEM odaklı olmak üzere tüm bağımlılık tedavisi merkezlerinde bulunan standart yöntemleri konu almıştır.

Alkol bağımlılığı tedavisi için başvuruda bulunan ve poliklinikte ilk taramaları yapılan bireylerin tedavi seçenekleri belirlenir. Tedaviler ayaktan gerçekleştirilebildiği gibi acil durumdaki bireylere yatarak tedavi ve rehabilitasyon ünitesi hizmetleri verilmektedir.

İlk taramalar yapılırken hangi tür tedavinin bireyler için daha yararlı olacağına kararı verilmektedir. Ayaktan tedaviler, alkolden kendini uzak tutamayan, sosyal çevresinin baskılarına boyun eğen bireyler için uygun değildir. Bu gibi bireylerin buldukları ortamdaki uzaklaştırılarak merkezde tedavi olması gerekmektedir.

Ayaktan tedavi sürecinde bireylerden merkeze sık olarak gelmeleri beklenmektedir. Ayaktan tedavisi planlanan birey ve yakınları tedavinin kuralları, programın içeriği, ilaç kullanımı ve kontrol muayenesi konusunda bilgilendirilir. Bireyin tedavi sürecinde gösterdiği sosyal ve fiziksel değişimlerin farkında olması sağlanarak motivasyonu artırılır. Tedavi ekibinin ve yakınlarının bulunduğu ayıklık günü kutlamaları düzenlemek motivasyonun artırılmasına yardımcı olur. Bağımlı ailelerinin ve yakın çevresinin de tedaviye katılımının sağlanması için bireyin bazı görüşmelere yakınlarıyla birlikte gelmeleri istenmektedir. Bu görüşmelerde hem bireye hem de ailesine alkol yoksunluğu

döneminde ve ardından gelen süreçte alkol kullanımı ile başa çıkma stratejileri öğretilir. Görüşmelerin yanı sıra ayaktan tedavi alan bireylere detoksifikasyon ve ilaç tedavisi uygulanmaktadır. Tedavisini tamamlayan bireyler isteğe bağlı olarak bireysel ve grup tedavilerine devam edebilmektedir. Bireylerin ayaktan tedaviye alınması için bazı koşullar aranmaktadır. Bunlar Ögel tarafından şu şekilde sıralanmıştır (Ögel, (t.y), Erişim: 2.12.13, http://www.ogelk.net/Dosyadepo/tedavi_temel.pdf).

- Bireysel istek
- Zihinsel bir bozukluğun ve ağır fiziksel engelinin olmaması,
- Ağır kişilik bozukluğu ve aktif psikotik süreç içinde bulunmaması,
- Herhangi bir nedenden dolayı yatarak alınan tedavi programını tamamlayamadan yarıda bırakmış olması
- Yatarak tedavi görmek istemeyip ayaktan belirli aralıklarla gelebilecek olması.

Yoğun bakım ve detoksifikasyon süreci hem yatarak hem de ayaktan tedavi alan bireyler için tedavinin ilk basamağıdır. Aynı zamanda bağımlı bireylerin tedaviyi sağlayıcılarıyla ilk iletişim noktasıdır. İlk olarak bireyin bedenini alkolden arındırmak gerekmektedir. Bu nedenle tedaviye detoksifikasyon ile başlanır. Detoksifikasyon bedenin kendisi için zararlı olan toksik maddelerden arındırılması anlamına gelmektedir. Detoksifikasyon tedavisinde öncelik hücre sağlığını geri kazanmaktır. İnsan bedeni, alkol ve uyuşturucu madde kullandığı dönemde farklı bir denge kurar. Kullanım bırakıldıktan sonra yeni bir denge oluşturulana kadar beden bir takım sorunlar yaşar. Arındırma süreci bireyin alkol ve madde kullanımını bıraktıktan sonra ortaya çıkması muhtemel yoksunluk belirtilerini ortadan kaldırmayı hedefler. Bu nedenle alkol ve madde kullanımının kesilmesine bağlı olarak ortaya çıkabilecek komplikasyonlara ve yoksunluk belirtilerine yönelik gözlemler yapılır. Bireylerin yoksunluk belirtileri göstermesi durumunda ilaç tedavisi uygulanmaya başlanmaktadır. Bağımlıların alkol/madde kullanımıyla baş etmeyi öğrenmeye, tekrar kullanmamak için neler yapması gerektiğini öğrenmeye ihtiyacı vardır. Bireyler henüz uzun bir tedavi

süreci gerekli motivasyona sahip değildir. Bu nedenle, bu basamak bağımlılık hakkında gerekli bilgilendirmenin başlatıldığı, bireyin yarar sağlayabilecek niteliklerinin tespit edilip detoks sonrası tedavi sürecine katıldığı ve tedavi motivasyonunun kazandırıldığı yer olmalıdır (Atbaşoğlu ve Doğan, 1996: 75). Aynı sebeplerden dolayı tek başına detoksifikasyon ile tedaviyi tamamlamak mümkün değildir.

Uzun süreli ve fazla miktarda alınan alkol/madde kullanımının sonlandırılmasının ardından bireylerde kullanılan alkole ve maddeye ait sendromun gelişmesi durumuna yoksunluk sendromu adı verilir. Bu sendromun oluşması halinde bireylerin bireysel, toplumsal ve sosyal işlevselliklerinde bozulmalar meydana gelir. Bireyler alkol ve madde kullandığı dönemlerde yoğun neşe, haz, umursamazlık ve güçlülük hissetmektedir. Kullanım bırakıldığında meydana gelen yoksunluk duygusundan kaçınmak amacıyla bireyler alkol/madde alımını devam ettirirler. Bedenin aradığı maddeye kavuşmasıyla beraber yoksunluk çeken birey iyilik halini hisseder (Ögel ve ark., 1998: 51-52).

Yoğun bakım ve detoksifikasyon sürecinde birçok bireyin sıklıkla yaşadığı yoksunluk sendromunun şiddeti kullanım süresine ve yoğunluğuna bağlı olarak değişkenlik gösterir. Bağımlı bireyler için yoksunluk sendromu acı verici bir durumdur. Bu nedenle kullanılan maddenin ani olarak kesilmesi, bireydeki fiziksel bağımlılığa bağlı olarak bazı durumlarda ölümcül olabilmektedir. Bu durumun önüne geçebilmek adına, bağımlılık tedavisinin yoğun bakım ve detoksifikasyon sürecinde öncelikle yoksunluk şikâyetlerini en aza indirmek ardından tamamen yok etmek ilk hedefler arasındadır.

Uzun süreli ve fazla miktarda alkol/madde kullanan bağımlı bireylerin ilk yoksunluk belirtileri, alınan miktarın azaltılması ya da kesilmesi durumunda 6-24 saat içerisinde başlar. Bu belirtiler başlıca solunum düzensizlikleri, kan basıncı ve nabızda değişkenlik, uyku bozuklukları, sebepsiz durgunluk dönemleri, kişilerle geçimsizlik, halsizlik, dikkat dağınıklığı, unutkanlıktır (Erdoğan ve ark., 2006:99). İkinci ve üçüncü günler isteğin en üst seviyeye ulaştığı en zor geçen

günlerdir. Dördünce ve beşinci günlerde istek azalır ancak yoksunluk belirtileri genellikle dört hafta kadar sürmektedir. Yoksunluk belirtilerine bağlı olarak ortaya çıkan açlık, susuzluk ve arama hislerinin ise altı ay ve daha çok sürebildiği gözlemlenmiştir. Yoksunluk sendromuna giren birey günlük hayatını devam ettiremez hale gelir. Yoğun bakım ve detoksifikasyon sürecinde bireyler yoksunluk sendromu sebebiyle oldukça yakından takip edilmektedir. Yoksunluk sendromunun yanı sıra bağımlı kişiler 'deliryum' adı veren başka bir rahatsızlığın risk grubunda yer almaktadır.

Yoksunluk döneminde bulunan bireylerin %5'inde 'deliryum' adı verilen bir rahatsızlık görülebilmektedir. Bu durum bir çeşit akut zihin karışıklığıdır. Ölümle sonuçlanma ihtimali olan, hayatı tehdit eden bir rahatsızlıktır. Genellikle yoksunluk dönemindeki bireylerin alkolü bıraktıktan sonraki iki ila onuncu günlerinde ortaya çıkar ancak daha geç ortaya çıkması da mümkündür. Hayal görme durumu olan deliryuma girme riskini en aza indirmek amacıyla yoğun bakım ve detoksifikasyon sürecindeki bireylerin uyku ve uyanıklık durumları yakından takip edilir. Tedavi protokolünde bulunan ilaç tedavisi uygulanırken kullanılan ilaçların yan etkilerine yönelik gözlemler yapılır.

Detoksifikasyon tedavisinin tamamlanmasının ardından bireyler içinde buldukları durumlara göre değerlendirilerek bireysel ya da grup tedavi programlarına katılmaktadır. Psikoterapi programlarının ilk amacı bireyin kendisini tanıması sağlamaktır. Birey kendini tanıyabildiği, anlayabildiği ve değerlendirebildiği ölçüde alkol/madde kullanmaya başlama nedenlerinin farkında olabilmekte, bu faktörleri ortadan kaldırmaya çalışmaktadır. Bireyin yeniden alkol/madde kullanmaya başlamasını engellemek amacıyla gerekli bilinçlenmenin yapıldığı bu programlar bireyin kendini dışarıdaki hayata hazırlama sürecinin de temelini oluşturmaktadır. Özetle, bu programlar ayaktan ya da yatarak alkol bağımlılığı tedavisi almış bireylerin ayık kalabilmesi için yeni bir yaşam biçimi oluşturmasını ve hastalığın nüks risklerinin üstesinde gelebilmeleri için stratejiler geliştirmesini sağlamaktadır (Hasanoğlu, 2010, Erişim: 2.12.13, http://78.189.53.61/-/bs/bss/a_hasanoglu.pdf). Psikoterapi

seanslarında bilişsel-davranışsal terapi, psikodrama ve etkileşim grupları uygulamalarının yanı sıra bağımlı yakınları tedavi sürecinde destek amaçlı toplumsal hizmet kaynaklarına yönlendirilmektedir. Benzer sorunlarını çözmek ve iyileşmek için bir araya gelmiş bireylerden oluşan kendine yardım grupları bağımlılığın önlenmesi ve tedavisi konusunda profesyonel hizmet veren en önemli toplumsal hizmet kaynaklarından biridir. Bu gruplar bağımlı bireyin yanı sıra alkol bağımlılarının ailelerine de destek sağlamaktadır (Coşkunol ve ark., 1997: 35). Yapılan bir çalışmada, en önemli kendine yardım gruplarından biri olan Adsız Alkolikler (AA) grubuna devam eden bireylerle devam etmeyen bireyler karşılaştırılmış; buna göre ayıklığını sürdüren bireylerin 12 aylık bir süre içerisinde %35 oranında ayıklık süresinin arttırırken, %16 oranında içmeyi azalttıkları belirlenmiştir (Yüncü ve ark., 2005: 133). 1992 yılında yapılan bir araştırmada profesyonel yardımın tedavi etkinliği ile AA'nın tedavi etkinliği arasında karşılaştırma yapılmış ve bunun sonucunda AA'nın ayıklığı sürdürmede daha başarılı olduğu saptanırken profesyonel yardımın alkol bağımlılarının içme miktarını azaltmada önemli bir etkinliği olduğu kaydedilmiştir (Coşkunol ve ark., 1997: 35). Bu istatistikler göz önünde bulundurulduğunda, kendine yardım gruplarına katılımının yaşanan ayık günleri fazlalaştırması nedeniyle alkol bağımlılığı tedavisi üzerinde çok önemli bir yer tuttuğu söylenebilir. Bireylerin kendine yardım gruplarına katılımının teşvik edilmesi tedavideki başarının artmasına sebep olur (Yüncü ve ark., 2005: 134).

İş-uğraş ve spor aktiviteleri bireylere destek olma amacıyla uygulanan bir diğer hizmettir. Bütün bu aşamalar alkol bağımlılığı tedavi programında önemli yer tutmaktadır. Ancak alkol bağımlılığı tedavisi, biyolojik ilaç tedavisinin ve psikoterapi programlarının yukarıda anlatıldığı gibi adım adım ilerlediği bir süreç değildir. Aksine son derece zorlu bir seyri olan alkol bağımlılığı tedavisi birçok faktöre göre değişiklik gösterir. Bu faktörler kimi zaman tedaviyi olumlu yönde etkilerken kimi zamanda olumsuz etkileyerek tedavinin olumsuz sonuçlanmasına neden olabilmektedir. Bu aşamada bireyin **motivasyonu** önem kazanmaktadır.

1.1.3 Motivasyon

Motivasyon kelimesi, dilimize İngilizce ve Fransızca bir sözcük olan 'motive' kelimesinden türetilerek girmiştir. Harekete geçirici güç olarak tanımlanabilecek bu sözcük bireyleri belirli bir hedefe doğru devamlı bir biçimde harekete geçirmek için gerçekleştirilen çabaların bütünü anlamına gelmektedir. Motivasyonun genel anlamıyla ihtiyaçları, istekleri, dürtüleri ve ilgileri içeren bir kavram olduğu söylenebilir. Buna rağmen motivasyon, bireylerin davranışlarının yorumlanmasıyla birlikte hakkında fikir belirtilmesi mümkün bir kavramdır. Başka bir deyişle, motivasyon üzerinde etkiye sahip unsurlar ancak bireylerin hareketlerinin değerlendirilmesi ile anlaşılabilir. Bireyleri motive edebilecek araçlarınsa bireyden bireye değişkenlik gösterdiği söylenebilir (Plotnik 2007: 329, akt: Ünlü ve ark., 2013: 3).

Bireylerin hedefleri doğrultusunda isteklendirilmesi konusunda oldukça etkili olan motivasyon kavramının tam olarak ne olduğu anlayabilmek amacıyla süreçlerinin, araçlarının ve kuramlarının iyi anlaşılması gerekmektedir (Canöz, 2010: 347). Bunun nedeni olarak bireylerin farklı seviye ve farklı şekillerde motive olması olarak gösterilebilir. Örneğin birey çevresindekileri memnun etmek amacıyla motive olurken başka birey kendi iyiliği için motive olmuş olabilir (Akbaba, 2006: 343).

Motivasyon süreci, hem kurumun hem de bireylerin ihtiyaçlarının istenen doğrultuda sonuçlanabilmesi için uygun ortamın yaratılarak bireyin harekete geçmesi için etkilenmesi ve isteklendirilmesi durumudur. Çeşitli kaynaklarda bu sürecin temel unsurları için farklı gruplandırmalar yapılmıştır. Bir kaynağa göre motivasyon süreci temel olarak altı unsurdan oluşmaktadır. Bunlar; gerekseme, ortam arama, istem, seçenek arama, sinama ve doyumdur. Gerekseme, bireyin biyolojik, psikolojik ve çevresel ihtiyaçlarını kapsar. Bireyin dengesi bunlardan herhangi birinin bozulmasıyla sorunlu hale gelir. Ortam arama, gereksemelerin karşılanması amacıyla uygun ortam ihtiyacıdır. Uygun ortamın sağlanmasıyla gereksinim isteme dönüşür. Bireylerin istemlerinin karşılanabilmesi için uygun

seçenekler oluşturulur. Sınama, istemi karşılamak amacıyla seçilen seçeneğin sınanması durumudur. Son olarak doyum ise motivasyon sürecinin son aşamasını meydana getirir. Bireyin yeterli duruma ulaşmasıyla yaşanan gerilim kaybolur. Doyuma ulaşılammama halinde bu aşamalara baştan başlanır ya da birey vazgeçer (Canöz, 2010: 347-348).

Motivasyon aracı ise bireylerin hedef ve isteklerine karşı bağlılık hissetmesi amacıyla dışarıdan gelen her türlü maddi ve manevi destektir. Etkin iletişim, takdir etme, kararlara katılım, sorumluluk verme, kişisel güç ve etki sahibi olma olanağı, kendini gösterme ve yeteneklerini kullanabilme olanakları, amaç ve ilkelerin belirginliği, uyum, kendine yeterlilik, iyi arkadaşlık ilişkileri, özenli ve sürekli gözetim, sürekli disiplin düzeni, kişiliğe saygı, uygun çevresel koşullar bireylerin amaç ve hedefleri doğrultusunda motive edilebilmesi için başlıca motivasyon araçlarıdır (Canöz, 2010: 348).

Motivasyonu açıklayan birçok yaklaşımlar bulunmaktadır. Bu yaklaşımların hepsine yer vermek mümkün değildir. Bu sebeple tedavi motivasyonu bağdaştırılmasının mümkün olduğu düşünülen üç yaklaşıma bu çerçevede yer verilmiştir. Bunlar ihtiyaç, amaç ve beklenti yaklaşımlarıdır.

En önemli yaklaşımlardan biri ihtiyaç yaklaşımıdır. Abraham Maslow (1943) tarafından geliştirilen bu yaklaşım motivasyonun temelinde bilinçli veya bilinçsiz bir şekilde karşılanmayan bir ihtiyacın olduğunu savunmaktadır. Davranışların nedeni olan ihtiyaçlar sürekli değişiklik göstermektedir. (Çiçek, 2005: 13). Maslow'a göre yedi temel ihtiyaç bulunmaktadır: fizyolojik ihtiyaçlar, güvenlik ihtiyacı, yakınlık/sevgi ihtiyacı, saygınlık ihtiyacı, bilme/tanıma ihtiyacı, estetik ihtiyacı ve kendini gerçekleştirme ihtiyacı. Genel olarak bu yedi ihtiyacı fiziksel, sosyal ve psikolojik ihtiyaçlar olarak gruplamak mümkündür. Yemek, uyumak, cinsel anlamda tatmin olmak gibi ihtiyaçlar fiziksel ihtiyaçlara dâhildir. Aile kurmak, meslek sahibi olmak gibi ihtiyaçlar sosyal ihtiyaçlar kapsamındadır. Takdir edilmek, saygı duymak, ait olmak gibi duygular ise psikolojik ihtiyaçlardandır. Bu durumda Maslow'a göre bireylerin mutluluğu ve huzuru

ihtiyaçlarının giderilmesine bağlıdır. Bu durumun tam tersi ise bireylerin psikolojisinin bozulmasıyla ve stresli olmalarıyla sonuçlanacaktır. Bu da, kişilerin yaşamını olumsuz yönde etkileyen bir durumdur (Haktanıyan, 2012:41). Alkol bağımlılarının bir takım fiziksel sağlık problemleri yaşadığından 1.1.1. bölümde bahsedilmiştir. Benzer şekilde bağımlılık nedeniyle yaşanan sosyal ve psikolojik sıkıntıların da altı çizilmiştir. Bu bağlamda alkol bağımlısı bireyin bağımlılığı nedeniyle uzun süredir giderilemeyen bir takım fiziksel, sosyal ve psikolojik ihtiyaçlarının giderilmeye başlanması kişinin yaşamını etkileyecektir.

Maslow'un yedi maddesi alkol bağımlılığı tedavisine şu şekilde uyarlanabilir:

Alkol bağımlılığı tedavisinin ilk aşamasının detoksifikasyon olduğundan bahsedilmiştir. Motivasyonu sağlamak için öncelikle detoksifikasyonla hasta, yorgun ve huzursuz olan bağımlı bireylerin fiziksel ihtiyaçları giderilmelidir. Bireyin kendini rahat ve güven içerisinde hissetmesi sağlanmalıdır. Aksi takdirde beklenen sonucu almak zorlaşır. Bağımlı kişilerden oluşturulan grupların olması, bu gruplara katılımın sağlanması gereklidir. Gruba uyum sağlayamayan kişinin motivasyonu olumsuz etkilenir. Her kişi başkalarının önünde yeterli ve de başarılı olma arzusu taşır. Bağımlı kişinin hayatında süregelen muhtemel olumsuzluklar bu duygunun daha kuvvetli hissedilmesine neden olabilir. Bu bağlamda tedavi grubu içerisinde saygınlık ihtiyaçlarını giderme amacıyla çaba gösterirler. Bu ihtiyaç karşılanamadığında kişiler üzerinde eksiklik ve güvensizlik duyguları oluşabilir.

Motivasyonu açıklayan bir başka yaklaşım ise Edwin Locke (1968) tarafından geliştirilmiş olan amaç yaklaşımıdır. Bu yaklaşıma göre davranışın temelini bireylerin bilinçli amaç ve niyetler oluşturmaktadır. Bireyler belirgin ve zor fakat mümkün olan hedeflere sahip olduklarında daha başarılı olabilmektedir. Zorlayıcı amaçlara sahip olmak ve bu amaçları gerçekleştirebilecek olanaklara sahip olmak motivasyonu arttıran faktörlerdir (Ünlü, 2013: 14). Locke'a göre amaçları belirlemede üç ana özellik söz konusudur: amaçların açıklığı, amaçların güçlüğü ve amaçların yoğunluğu (Gülen, 2011: 80). Bu yaklaşımı kullanmak amaçlara göre düzenleme yapmayı gerektirir. Amacın bağımlılıktan

kurtulmak olduğu bağımlılık tedavilerinde sağlık çalışanlarıyla bireylerin sorumluluklarını, ulaşılacak hedefleri birlikte kararlaştırdıkları, bu amaçlar doğrultusunda hedefe ne denli yaklaştıklarını birlikte incelemeleri gerekmektedir.

Motivasyonu açıklayan iki beklenti yaklaşımı bulunmaktadır: Motivasyonla ilgili “Beklenti Kuramı” ve “Başarı Beklentisi Kuramı” açıklama ve kavramlarından yararlanılmaktadır. Genel anlamda bu yaklaşımların temelinde bireyin gösterdiği çaba sonucunda bir sonuç elde etmek ihtimaliyle hareket etmesi bulunmaktadır (iek, 2005: 21). Vroom “Beklenti Kuramı”ndaki yaklaşımında bireyin beklentisine ulaşmak yolunda göstereceği çaba ile sahip olacağı ödül arasındaki ilişki bulunduğunu; bireyin motivasyonunu “motivasyon gc=değer X beklenti” şeklinde ifade etmektedir (Pekel, 2001, akt: Gülen, 2011: 80).

Başarı beklentisi kuramı da aynı temel üzerine kurulmuştur. Ancak bu kuram aynı zamanda bilgi ve yeteneğe sahip olmak gerektiğini savunmaktadır. Başka bir deyişle, kişi beklentisi doğrultusunda ne deli çaba harcarsa harcasın gerekli bilgi ve yeteneğe sahip olmadığı sürece başarılı olması mümkün değildir (Kırcı, 2007: 67). Beklenti yaklaşımları çerçevesinde alkol bağımlılığı ele alındığında, kişinin bağımlılıktan kurtulma beklentisi ve kurtulduğunda kavuşacağı yeni hayat ancak bağımlılık ve tedavisi hakkında yeterli bilgiye sahip olduklarında gerçekleşecektir.

Bireylerin hayatlarında davranış hızının, şiddetinin ve sürekliliğinin üzerinde etkisi olan faktörler bulunmaktadır. Bireylerin bireysel ya da çevresel özelliklerinden etkilenen bu faktörler motivasyon kavramını **i motivasyon** ve **dış motivasyon** olarak ikiye ayırır (Akbaba, 2006: 344).

Bazı kaynaklara göre i motivasyonun dış motivasyona göre daha etkili olduğu belirtilmektedir. Düşünce ve davranışta başarının en temel unsuru **içsel motivasyon** kavramıdır. G ve enerji, etkili ve verimli bir içsel motivasyonun oluşturulabilmesi için gereklidir. İ motivasyon için bireyin harcayacağı g hem

beden ve aklın durumu hem de kişilik özellikleriyle yakından ilişkilidir. Bu da demektir ki, iç motivasyon ve kişilik özellikleri arasında etkileşim bulunmaktadır (Çakal ve ark., 2011: 161). Örnek vermek gerekirse, bir bireyin kar yağışını izlemesi ve mutlu hissetmesi iç motivasyonu besleyen bir faktördür. Kar yağışını seyretmekten hoşlanmaksam bireyin sahip olduğu özelliklerle ilintilidir.

Bireyin içsel gereksinimlerine karşılık olarak geliştirdiği tepkilerden oluşan iç motivasyon yeterli olma, bilme ve anlama ihtiyacı ile beslenir (Canöz, 2010: 345-346). Örneğin, bireyin doyuma ulaşmak için başarıyı istemesi durumu içsel motivasyon olarak tanımlanmaktadır çünkü bireyin içsel ihtiyacına hitap eden bir durum söz konusudur. İçsel motivasyona sahip bireyler kendi istekleriyle harekete geçerler (Akbaba, 2006: 345). Yapılan şeye karşı duyulan bireysel ilgi, istek ve yapılanın sağladığı bireysel tatmin bireylerin iç motivasyona sahip olmasını sağlar. Örnek vermek gerekirse, öğrenme isteğine sahip olmayan bireye ne denli zorlanırsa zorlansın bir şey öğretmek çok zordur. Benzer şekilde öğretme görevindeki bireyin isteksiz olduğunda verimli ve etkili olması mümkün değildir (Gülen, 2011:84). Bu bağlamda, bağımlılık tedavisinde tedaviye karşı ilgi ve istek duymadan alkol kullanımının üstesinden gelmek kolay olmayacağı söylenebilir. Tedavi sağlayıcılarının da bağımlı kişilere hizmet sunarken istekli olmaları daha sağlıklı ve etkili bir sunum yapmayı kolaylaştıracaktır.

1995 yılında Ryan ve arkadaşlarının yaptığı çalışma içsel tedavi motivasyonu yüksek olan bireylerin tedaviye daha kolay uyum sağladıkları belirlenmiştir. Tedaviden daha az faydalanabilenlerin dışsal tedavi motivasyonu daha yüksek olan bireyler olduğu saptanmıştır (Ryan ve ark., 1995, akt: Akgün, 2010: 18).

Değişen durumlara bağlı olarak iç motivasyon farklılaşabilmektedir. Yapılan araştırmalar, bireyleri içsel anlamda motive edebilecek etkinlikler için en az dört özellik var olduğunu göstermiştir. Bunlar; uğraştırıcı, kontrol veya özerlik, merak ve yenilik, estetik değer olarak sıralanmıştır. Bazı kaynaklara göre iç motivasyona sahip bireyler dış motivasyona sahip bireylere göre daha yüksek başarıya ulaşabilmektedir (Canöz, 2010: 345-346).

Dış motivasyon, çevreyle alakalıdır. Bireylerin etraflarındaki faktörlerce etkilenmesi durumudur (Çakal ve ark., 2011: 162). Ödül, ceza, sosyal baskı, rica gibi etkiler aracılığıyla dış motivasyon açığa çıkar. Başka bir deyişle, dışarıdan verilen pekiştirenlerin yarattığı etki ile motivasyon yükseltilebilmektedir. Dış motivasyonu sağlayan öğelerin bireye bir işi yaptırabilme konusunda iç motivasyonu etkileme gücü vardır (Canöz, 2010: 345). Genellikle bu öğeler imrendiren ya da korkutan faktörler içerir. Bireyler hediye alma, başkalarından daha iyi olma-yapma ve/veya küçük düşmeme, utanmama isteği vb. durumlarla ilgili olarak harekete geçer (Düzgün, 2004: 49-51, akt: Gülen, 2011: 85).

Özetle, içsel motivasyonda bireyi harekete geçiren bireyin kendisidir. İçsel olarak motive olmuş birey kendisi için gerekli olduğunu düşündüğü durumlarda harekete geçer. Dışsal motivasyonda ise dış faktörler bireye etki etmektedir. Dış faktörlerin etkisi ile birey harekete geçmesi gerektiğini düşünür. Dış faktörlerle ortaya çıkan isteklilik ile bireyin içinden gelen isteklilik kıyaslandığında içten gelenin daha kuvvetli olduğu düşünülebilir. Ancak isteklenmeye yönelten dış faktörlerin de motivasyona yadsınamaz etkisi bulunmaktadır (Gülen, 2011: 85).

Tedavi motivasyonu ise bağımlılık alanında son yıllarda dikkat çeken konular arasında olup tedaviye cevap vermeyi ve alınması istenen tedavi sonuçlarını destekleyen önemli bir faktördür (Evren ve ark., 2006: 118, akt: Savaşan, 2010: 120). Kendine özgü aşamaları ile ilerleyen bağımlılık tedavisi sürecinde elverişli motivasyonun sağlanamaması bireylerin tedaviyi yarım bırakmasına, bitirememesine ve olumsuz tedavi seyri ile nüks yaşamasına neden olabilmektedir. Tedavi sırasında oluşan motivasyonel değişiklikler bireyin tedavide kalma süresi ve tedaviye katılımıyla yakından ilgilidir. Bireylerin tedavi olma kararı almasıyla tedaviyi kabul etmeleri birbirlerinden çok farklı kavramlardır. Bu nedenle tedavi programını etkileyen faktörler motivasyonu, motivasyon da bireylerin tedaviye katılımını ve tedavide kalma sürelerini etkilemektedir (Evren ve ark., 2006: 118). Özetle, motivasyon ve başarı

arasında yadsınamaz bir ilişki vardır. Bireyler sahip oldukları motivasyon kadar başarıya yakındır (Akbaba, 2006).

Düzenli ve güvenilir bir motivasyon yaratmak için bir takım şartların sağlanması gerektiği düşünülmektedir. Bunlar; ihtiyaçların giderilmesi, uygun ortam sağlama, istek, seçenek arama, deneme ve tatmin olma. Düzenli ve güvenilir bir tedavi motivasyonuna sahip olmak için bireyin *ihtiyaçları giderilmelidir* çünkü bireyin ihtiyaç duyduğu fiziksel ve psikolojik ve ruhsal etkenler sağlanmadıkça kişinin istenen duruma gelmesi mümkün değildir. *Uygun ortamın* sağlanmasının önemli olmasının nedeni her ihtiyacın her ortamda giderilmesinin mümkün olmamasıdır. *İstek* motivasyon için gereklidir çünkü istek farkına varılmış bir ihtiyaca işaret eder. İstek kişiyi *seçenek aramaya* iter. İstek kişiyi *deneme* amaçlı harekete geçirir. Deneme sonucunda yeterli seviyede *tatmin duygusu* yaşandığında kişi rahatlamaya başlar. Bu aşamalar bireyi hedefe ulaştıracak olan aşamalardır (Kaya, 2008: 18).

Tedavi kliniklerinde bazı bireyler tedavi sürecinde sorunlarını sonlandırmada istekli olurken bazı bireyler sorunla mücadele etmekten kaçmaktadır. Bu noktada bireyleri isteklendirme oldukça önemli bir faktör haline gelmektedir. Başka bir deyişle, bireylere enerji vererek davranışlarını tedavi için istekli hale getirmek tedavi motivasyonunun tedavideki etkisini ön plana çıkarmaktadır. Sorunlarını sonlandırmada istekli olan alkol bağımlıları için bile tedavi süreci oldukça zordur. Uzun süreli kullanım sonucunda yerleşmiş olan içme davranışını sonlandırmak büyük sorumluluk gerektirmektedir. Bu bağlamda tedavi motivasyonunun temelini bağımlı bireyin değişme konusunda isteği ve değişmek için gösterdiği çaba oluşturmaktadır (Akgün, 2010: 17-18).

Bireylerin tedavi motivasyonları, hizmet kalitesiyle yakından ilişkilidir. Hizmet kalitesinin temel belirleyicileri ise hizmeti sunan bireyler, yani çalışanlardır. Bu anlamda, tedavi hizmeti sunulan yerlerde tedavi motivasyonunun belirleyicisi olarak fiziksel, teknolojik ve tıbbi nitelik kadar çalışanların etkinliğinin de önemli olduğunu belirtmek önemlidir. (Kıdak ve Aksaraylı, 2009: 76).

Tedavide motivasyonun değerlendirmesini yapmak bireyin ne derece tedaviyle alakalı olduğunu ortaya koyar (Savaşan, 2010: 120). Alkol bağımlılığı tedavisinde değişim için beş aşama önemli bir unsurdur. Bunlar; niyet öncesi (birey değişimi henüz düşünmüyor), niyet (birey değişimi düşünüyor fakat harekete geçmiyor), hazırlık (birey değişimi planlıyor), eylem (bireyin davranışlarında değişiklik yapması) ve sürdürme (bireyin yeni davranışını koruyabilmek için yaşam biçimini değiştirmesi). Bu aşamalar aynı zamanda değişen motivasyon süreciyle alakalıdır. Bireyin değişimi daha niyet etmeden önceki halinden yeni bir davranış geliştirip bunu devam ettirebilmek adına davranışsal olarak değişime geçen süreçte motivasyon düzeylerini gözlemek mümkündür (Evren ve ark., 2006: 118).

Değişim için hazır olmanın bireyden bireye farklılık gösteren bir konu olması nedeniyle motivasyonun artırılmasını sağlamak için çeşitli tedavi ve görüşme teknikleri geliştirilmiştir. Alkol bağımlılığı tedavisinin çok yönlü olması sebebiyle bazı araştırmacılar tedavi motivasyonu için içsel baskı ve dışsal baskının, tedaviye hazır olma durumunun ve tedavi programının uygunluğunun birey tarafından nasıl algılandığına önemli olduğunu vurgulamışlardır. Bireylerin hareket ve tutumlarının anlamını belirlemede ve değişimin sağlanması hem içsel hem de dışsal duygular rol oynar. İçsel kaynaklar ile dışsal kaynakların karşılaştırıldığı araştırmalarda içsel motivasyonun daha uzun süreli başarıya olanak sağladığı gözlemlenmiştir. Dışsal motivasyon ise bireyin kısa süreli olarak alkol ve maddeden uzak kalmasına olanak sağlamaktadır. Yatarak tedavi gören alkol bağımlıları arasında yapılan bir araştırmaya göre, iş ya da eş kaybı gibi dış kaynaklar nedeniyle tedavi katılan bireylerin bu gibi motivasyon faktörlerine sahip olmayanlara oranla daha iyi bir tedavi sürecinden geçtiği belirlenmiştir. Ancak dış motivasyonun etkinlik alanının sınırlı olması sebebiyle dış motivasyonun iç motivasyona çevrilmesinin sağlamanın yararlı olacağı düşünülmektedir (Evren ve ark., 2006: 118).

Bireyleri üretken hale getirebilmek ve motive edebilmek için bir takım stratejiler geliştirilmiştir. Alkol bağımlılığı tedavisi gören bireylerin alkol problemiyle başa çıkmayı öğrenebilmesi tedavinin temel amacıdır. Buna göre bireylerin değiştirilmesi mümkün faktörleriyle ilgilenilmelidir. Alkol kullanımıyla baş etmeyi öğrenme ile ilgili pozitif ortamlar yaratılırken bireylerin ilgisi ve içsel motivasyon değerlerine göre davranış geliştirmek önemlidir. Bireylerin toplu halde bulunduğu grup terapilerinde her grubun farklı bir tarzı ile kişiliği olduğunu unutmamak gereklidir. Grup amacı ve içeriği aynı da olsa her seferinde farklı deneyimler yaşanır. Doğru zamanda gerekli motivasyon yönlendirmelerinin yapılabilmesi için grup dinamikleri iyi bir şekilde gözlemlenmelidir (Karahisarlı, 2003, Erişim: 2.12.13., <http://www.sizinti.com.tr/konular/ayrinti/motivasyon.html>).

Her tedavi zorlu ve sıkıntılı bir süreçten geçer. Kimi zaman bu zorlu süreç hastalığın ve tedavisinin doğal seyirinin bir sonucu olarak ortaya çıkmaktayken, kimi zaman servis ortamı, klinik uygulamak ve müdahaleler nedeniyle zor durumlar yaşanabilmektedir. Elbette ki, tedavi süresince gelişen sorunlar her klinik koşulda ve sağlık hizmet biriminde karşılaşma olasılığı yüksek olan sorunlardır (Dilbaz, 1998: 90). Ancak bu sorunlar bağımlılara yaklaşımda, onları anlamada ve tedavinin planlanması ve yürütülmesinde güçlükler neden olabilmektedir (Dilbaz, 1998: 101). Bu bağlamda bir sonraki bölümde tedavi sürecinde karşılaşılan problemler ele alınmıştır.

1.1.4 Tedavi Sürecinde Karşılaşılan Problemler

Birçok rahatsızlık gibi bağımlılık tedavisi de kendine özgü zorlu süreçlerden geçer. Bu sürecin zorlu geçmesi birçok faktöre bağlı olarak değişkenlik gösterebilmektedir. Bunun sebebi her bireyin farklı özelliklere, yaşantıya, deneyimlere ve kullanım öyküsüne sahip olmasıdır. Sahip olunan farklılıklar kimi zaman tedavide avantaj yaratan bir durum olarak ortaya çıkarken kimi zamanda problem yaratma riski taşımaktadır. Çalışmanın bu bölümü tedavi sürecinde zorluk yaratabilen faktörleri analiz etmeye odaklanmıştır. Ancak tedavide zorluk yaratan faktörler değerlendirilirken olumlu etkiler de göz ardı edilmeyecek, bu

etkilerden kısaca bahsedilmiştir. Olumlu etkilerin farkında olmanın olumsuz etkilerden doğacak kötü sonuçların önünde geçilmesinde faydalı olabileceği düşünülmektedir.

Tedavi sürecinde karşılaşılan problemler kişiden kaynaklı olan problemler ve kişiden kaynaklı olmayan problemler olmak üzere iki ana başlık altında değerlendirilmiştir. Bireylerin biyolojik özellikleri, tedavi gördükleri kliniğin özellikleri ve tedavi gördükleri kliniğin uygulamakta olduğu tedavi kişiden kaynaklı olmayan değişkenler olarak değerlendirilmiştir. Kişilik özellikleri, sosyo-demografik değişkenler, aile ve sosyal çevre ise kişiden kaynaklı değişkenler olarak ele alınmıştır.

1.1.4.1 Kişiden Kaynaklı Olmayan Problemler

Tedavi sürecinde kişiden kaynaklı olmayan bir takım problemlerle karşılaşılmaktadır. Bunların ilki **bireyin özellikleridir**. Birey özellikleri ele alınırken öncelikle bağımlılıkta karşılaşılan bireysel özelliklere değinilmiştir. Ardından bireyin sahip olduğu özellikler, aileden kaynaklı biyolojik belirleyiciler bakımından ele alınmıştır.

İkinci problem olarak bireylerin tedavi almak için seçtiği **linik özellikler** değerlendirilmiştir. Son olarak, bireylere uygulanan **tedavinin** bireye uygun olmamasının problem yaratması üzerinde durulmuştur. Bu bağlamda, kişiden kaynaklı olmayan problemler başlığı altında bu üç faktörden bahsedilmiştir.

1.1.4.1.1 Biyolojik faktörler

Alkol bağımlılığının biyolojik bir özellik olmamasına rağmen kalıtsal eğilim gösterdiği düşünülmektedir. Genetik olarak etkili olduğu düşünülen özellikler aynı zamanda değiştirilemez olarak görüldüğü için sosyal bilimlerdeki açıklamalarda bu bazen anlatım güçlüğü yaratılabilir. Herhangi bir problemde birden çok değişken etki yaratabilir. Bu yüzden biyolojik süreçlerle ilgili olarak da

değerlendirmelerimiz başka değişkenlerle birlikte ele alınması koşuluyla daha anlamlı sonuçlar verir. Ailesinde alkol bağımlısı olan bireylerin kalıtsal yüklülüğü nedeniyle kesinlikle alkol bağımlısı olacağı şeklinde bir biyolojik kural bulunmamaktadır. Buna rağmen, ailesinde alkol bağımlısı olan ya da aşırı miktarda alkol alan bireylerin alkol bağımlısı olma riskini ailesinde alkol bağımlısı olmayan bireylere oranla üç kat fazla bulunmuştur (Kasatura, 1998: 52). Yapılan araştırmalar alkol bağımlısı haline gelen bireylerin üçte birinde anne-babanın en az birinde alkol bağımlılığı olduğunu ortaya koymuştur (Ögel, (t.y), Erişim: 2.12.13, <http://www.ogelk.net/Dosyadepo/etyoloji.pdf>).

Biyolojik faktörler, alkolün emilme ve metabolize olma hızı ile sinir sisteminin alkole olan duyarlılığını etkiler. Bu da kalıtsal yüklülüğü olan bireylerin kalıtsal yüklülüğü olmayan bireylere göre daha kolay bağımlı hale gelebilmesine neden olur. Bu bağlamda kalıtsal yüklülüğü olan birey tedavi sürecinde daha dezavantajlı olarak algılanabilir. Zorlu bir süreç olan bağımlılık tedavisine bir de kalıtsal ön eğilim eklendiğinde şartlar daha zorlayıcı olabilmektedir. Bu durum kalıtsal yüklülüğü tedavi sürecinde kişiden kaynaklı olmayan kategorisine sokmaktadır. Biyolojik belirleyiciler ile alkol kullanımı arasındaki ilişkinin önceden saptanması tedavi sürecinin olumlu yönde şekillendirilmesine yardımcı ve tedavi yönteminin belirlenmesinde etkili olabilir. Ancak uzun yıllar yapılan araştırmaların ardından bile alkole yatkınlığın kesin olarak belirleyicisinin bulunduğunu söylemek mümkün olmamaktadır (Eşel, 2003: 61).

Ailesinde alkol bağımlılığı bulunması nedeniyle alkole yatkınlığı olan bireylerin alkole olan bakışları farklılaşabilir. Alkol kullanımı ve bağımlılık normal görülebilir ya da tam tersi olumsuz bakış açısına sahip olabilirler. Alkol kullanıma olan bakışın alkol bağımlılığı oranını etkilediği bilinmektedir (Saraçlı, 2007; Chasan, 2010: 14). Bu açıdan biyolojik faktörlerin sosyokültürel faktörlere etki ettiği düşünülebilir.

1.1.4.1.2 Klinik özellikler

Klinik özellikler, yatarak tedavi gören bireylerde tedavi yöntemlerinin tedavi edici tesirlerini arttıran ya da azaltan role sahiptir (Bozkurt 1998, Akt: Savaşan, 2010: 120). Bu sebeple, klinik ortamı en uygun bakım için yapılandırılmak ve tedavi için elverişli atmosfer sağlayacak şekilde oluşturmak önemlidir. Birey ve çevresi arasındaki ilişkinin davranışlar üzerindeki etkisi göz önünde bulundurularak tedavi edici ortamın sağlanması hem birey hem de tedavide yer alan personel için avantajlı bir tedavi süreci yaratacaktır (Savaşan, 2010: 125).

Tedavi amaçlı yatılan ortamın düzenine göre terapötik ya da nonterapötik olma özelliği taşıdığı bilinmektedir. Bu durum sağlık personelinin bilgi ve becerilerine olduğu kadar çevrenin özelliklerine de bağlıdır. Buna göre, Oflaz (2006) makalesinde ideal hastane ortamını “hastalığı öne çıkaran ve hastaların sığındığı bir yer olmaktan çok; sosyal organizasyonları, desteği ve toplumsal değerleri ile benlik güçlerinin en iyi şekilde kullanımına fırsat tanıyan, akılcı bir ortam” olarak aktarmıştır. (Oflaz, 2006: 56). Bireyler, tedavi verilen ortamdaki bütün kaynakların en uygun bakımı sağlayacak biçimde düzenlendiği ve kullanıldığı atmosferde yeniden toplumsal hayat için hazırlanmış duruma gelebilmektedir (Oflaz, 2006: 56). Tedavi üzerinde bu denli etkili olan klinik özellikler uygun düzenlenmediğinde tedavinin önünde engel yaratacağından tedavi sürecinde karşılaşılan kişiden kaynaklı olmayan problemler başlığı altında incelenmektedir.

Bireyin yeniden toplumsal yaşantısına dönmek için hazır duruma gelmesini sağlayan ortam tedavi edici ortamdır. Bu ortamı yaratmaktaki amaç orada bulunan tüm bireyler arası ve çevresel faktörleri kullanarak bireyin hem gelişimini hem de rehabilitasyonunu kolaylaştırılacak atmosferi sağlamaktır (Oflaz, 2006: 56). Tedavi gören bireyin yapıcı ve destekleyici olarak gördüğü ve tedavinin sonlandırılmasının ardından da bu algıyı sürdürmeyi isteyeceği bir süreç yaratmak tedavi edici ortam amaçlarındandır. Tedavi sürecinin birey için olumlu ve destekleyici geçmesinin sağlanmasıyla çok önemli bir işleve hizmet

etmiş olunacaktır (Aştı ve Çetinkaya, 2000: 186). Bu nedenle klinik özelliklerin bireyin benlik saygısının, benlik değerinin, kendine olan güveninin artmasına yardımcı olacak; toplum içinde daha etkin kılacak ve diğer insanlarla olan iletişim yeteneğini geliştirecek şekilde oluşturulması gerekmektedir. Bu özelliklere sahip olmayan ortamda bireyin uyum sorunları olacaktır. Bu da, hastanede kalmak istenmemesine ve tedavinin yarım bırakılmasına neden olabilmektedir (Savaşan, 2010).

Kliniğin bireyin gereksinimlerini karşılayamaması tedavide problem yaratacaktır. Bireylerin ilaç, tetkik, kan gibi ihtiyaçlarının klinik tarafından karşılanamaması tedavi sürecinde karşılaşılan kişiden kaynaklı olmayan problemlerdendir.

Bireylerin olumsuz davranışları olumsuz tedavi ortamıyla alakalı olabilmektedir. Tedavide rol alan personel (hekim, hemşire, psikolog, sosyal hizmet uzmanı vb.) hizmet kalitesinin ana belirleyicileridir (Ögel, (t.y), Erişim: 2.12.13, http://www.ogelk.net/Dosyadepo/tedavi_temel.pdf). Sağlık personelinin yürüttüğü besleme, yıkama, giydirme, öğretme, rahatlatma, toplumsallaştırma ve danışmanlık hizmetleri esnasında bireylerle kurulan iletişim tedavi edici etkiye sahiptir (Oflaz, 2006: 57). Yürütülen bu hizmetler sırasında bireyle kurulan sağlıklı iletişim hizmeti verenlere ve tedaviye karşı güvensizlik geliştirilmesine neden olmaktadır. Tedavide rol alan personelin vereceği öneri ve mesajlar bireyin tedaviye uyumunu arttırabileceği gibi bağımlılık sorunun yaygınlaşması konusunda önleyici olabilir. Özetle, tedavinin başarısında fiziksel, teknolojik ve tıbbi özelliklerin yanı sıra klinik ortam ve klinik ortamın temel faktörleri olan personelin etkinliğine büyük bir pay düşmektedir (Kıdak ve Aksaraylı, 2009: 80). Tedavi ortamı düzenlemesi yapılırken bireylerin bakım ihtiyaçları tanımlanmadığında ve bireysel farklılıklar göz önünde alınarak düzenleme yapılmadığında klinik özellikler tedavi sürecinde karşılaşılan bir problem haline gelmektedir.

Bağımlılık tedavisinde tüm bireylere aynı standartta davranılması ve saygı gösterilmesi tedavi sürecini etkileyen çok önemli bir unsurdur. Bireylere karşı

güvensizlik duymak ve bu güvensizliği hissettirmek, bireylerin personel üzerinde anksiyete uyandırması, bireyin daha önceki başarısız tedavi girişimleri veya bu tedavi girişimleri sırasında klinik çalışanları ile yaşanan olumsuzlukların iletişimde ön yargıya sebep olması tedavi ekibi tarafından mutlaka üzerinde durulması gereken hassas konulardandır. Bu tip tutumlar hem bireyin hem de tedavinin seyrini olumsuz olarak etkilemektedir. Bağımlılık tedavisinin başlangıç aşamasında sık karşılaşılan bir durum olan sorunu kabullenmede zorluk yaşama ve inkâr hassasiyet gösterilmesi gereken bir diğer husustur. Bireylerin yoğun inkârı alkol/madde kullanımının normal gösterilmesine, diğer bağımlıları etkilemesine, öfke duyulmasına dolayısıyla da olumsuz iletişimlerin ortaya çıkmasına yol açabilmektedir (Dilbaz, 1998: 104).

1.1.4.1.3 Tedavi

Bir bireyin tedavi görmesi, tedaviye hazır olduğu veya tedavi olmak için isteği olduğu anlamına gelmemektedir. Bu sebeple, tedavi tipinin bireye uygun olması oldukça büyük önem taşımaktadır. Olumsuz bir tedavi seyri yaşanmaması, tedavinin yarım bırakılmaması, tedavide kalma süresinin ve tedaviye katılımın az olmaması için bireyin tedavi seçenekleri en iyi şekilde değerlendirilmelidir. 12 hafta remisyonda olan erkek alkol bağımlılarıyla yapılan bir çalışmada bireylere almış oldukları tedaviler sorulmuştur. Buna göre %68'i yatarak detoksifikasyon, %32.1'i ayaktan tedavi, ve %75.5'inin grup psikoterapisi aldığı ortaya çıkmıştır (İlhan ve ark., 2002: 157). Bu istatistiklere bakılarak seçilen tedavinin sonuç üzerinde etkisi olduğu söylenebilir.

Süre, tedaviyi etkileyen önemli faktörlerden biridir. Bağımlılık tedavisinin süresi birçok farklı etkene göre değişkenlik göstermektedir. Bazı araştırmalar tedavinin başarıyla sonuçlanabilmesi için en az üç ay sürmesi gerektiğini savunmaktadır. Bu sürenin altındaki tedavilerin bireye herhangi bir yarar sağlamadığı iddia edilmektedir (Ögel, (t.y), Erişim: 2.12.13, http://www.ogelk.net/Dosyadepo/tedavi_temel.pdf).

Alınan tedavinin uzun olmasının çoğu zaman daha başarılı sonuç alınmasına neden olduğu bilinmektedir. Buna rağmen uzun tedavi süresinin tedavi sürecinde karşılaşılan bir problem olması mümkündür. Bunun nedeni kısa süreli tedavilerde elde edilen kazanımların uzun süreli tedavilerde elde edilememesidir. Tedavi programının süresi uzadıkça hem birey hem de bakım hizmetler için yön ve odak kaybetme riski oluşmaktadır. Uyum ve bağlılık problemlerine sahip bireyler için de uzun süreli tedavi programları tedaviyi yarım bırakma durumuna sebep olabilmektedir (Ögel, (t.y), Erişim: 2.12.13, http://www.ogelk.net/Dosyadepo/tedavi_temel.pdf). Tedavi süresince sunulan hizmetin devamlılığı tedavide başarı elde etmede diğer önemli etkidir. Sunulan hizmetin devamlılığı sağlanamadığında bireylerde oluşan iyilik halinin kaybolmakta olduğu gözlemlenmiştir.

Motivasyon ve değişim için hazır olmak kişiden kişiye farklılık gösterebilen bir konudur. Bu nedenle bireyi değerlendiren ölçek, görüşme teknikleri ve tedavilerin kullanılması tedavi sürecinde karşılaşılan kişiden kaynaklı olmayan problemlerin yaşanması azaltabilir.

1.1.4.2 Kişiden Kaynaklı Problemler

Çalışmada kişiden kaynaklı problemler başlığı altında üç faktöre değinilmiştir. Bunlardan ilki kişilik özellikleri olarak belirlenmiştir. Öncelikle bağımlılığın neden olduğu kişilik özelliklerine değinilmiştir. Ardından bireylerin sahip olduğu mizaç, karakter ve zekânın neden ve nasıl bir problem haline gelebileceğinden bahsedilmiştir. İkinci olarak, sosyo-demografik değişkenler ele alınmıştır. Bu değişkenler yaş, cinsiyet, sosyo-ekonomik düzey ile eğitim düzeyini kapsamaktadır. Son olarak aile ve sosyal çevre birlikte değerlendirilmiştir.

1.1.4.2.1 Kişilik özellikleri

Kişiliğin bağımlılık davranışına yatkınlıkta rol oynadığı, bağımlılık problemi olan bireylerin kişilik boyutunda farklı olduğu genel olarak kabul edilmektedir (Akvardar ve ark., 2005: 54). Bu nedenle alkol bağımlılığı teşhisi konan bireylerin benzer ya da ortak özellikler taşımakta olduğuyla ilgili birçok araştırma yapılmıştır. Fakat bu araştırmaların çoğunun birbirleriyle çelişkili olması sebebiyle kesin bir yargıda bulunmak zordur.

Klinik ortamlarda yapılan gözlemler sonucunda hem güçlü bir kişiliğe sahip olarak nitelendirilebilecek bireyin hem de kişiliği zayıf olan bireyin alkol bağımlısı konumuna geldikten sonra aynı özelliklere sahip oldukları fark edilmiştir. Bunun nedeni, alkole karşı bağımlılığın gelişmesinin ardından oluşan etkinin değişik kültür ve ortamlardan gelirse bile aynı olmasıdır. Örnek vermek gerekirse, sorumluluk sahibi bir insan için de sorumluluklarından kaçan bir insan için de, alkole eğilim başladığında aynı kontrolsüz, kaygılı, sinirli davranışların sergilenmesi söz konusudur. Bağımlılık nedeniyle değişime uğrayan bireylerin kişilik yapısı özellikleri şu şekilde değiştiği gözlemlenmektedir (Kasatura, 1998: 46):

- Gerçeklerle yüzleşecek güce sahip değillerdir.
- Zor durumlarla mücadele etmektense kaçmayı tercih ederler.
- Davranışlarında kaba kuvvet vardır.
- Çevresine karşı uyumlu davranışlar geliştiremezler.
- Alkolü sorunlarından kurtulabilecekleri bir araç olarak algılarlar (Kasatura, 1998: 47).

Tedavinin ilk aşamasında bireyin yukarıda sayılan özelliklere sahip olması mümkündür. Tedavi ilerledikçe bireyin alkol bağımlılığı sebebiyle uğradığı kişilik değişiminden sıyrılarak eski haline dönmesi mümkündür. Gerginlik, stres, uyumsuzluk ve güçsüzlük gibi bağımlılığın neden olabildiği özelliklerin tedavi seyrini olumsuz yönde etkilemesi nedeniyle birey özellikleri tedavi sürecinde karşılaşılan problemler olarak ele alınmıştır. Ancak aynı zamanda bağımlılıktan

bağımsız olarak bireyin sahip olduğu mizaç, karakter ve zekâsal özelliklerine bağlı olarak tedaviye etkileyen kişilik özellikleri bulunmaktadır.

Kişilik üzerine araştırmalar yapan Cloninger'e (1987) göre mizaç, karakter ve zekâ kişiliğin yapı taşlarıdır. Mizacın dört temel özelliği bulunmaktadır. Bunlar zarardan kaçınma, yenilik arayışı, ödül bağımlılığı ve sebat etmedir. Karakterinse üç temel özelliğinden bahsetmek mümkündür; kendini yönetme, işbirliğine yatkın olma ve kendini aşma. Bunların ışığı altında Cloninger ve arkadaşları alkol bağımlılığı için iki alt tip tanımlamışlardır. Tip 1, her iki cinste gelişmesi mümkün, 25 yaşından sonra başlayan ve suç işleme eğilimi olmayan kişilik özellikleriyle tanımlanmıştır. Ayrıca Tip 1'de düşük seviyede yenilik arayışı ve yüksek seviyede zarardan kaçınma ve ödül bağımlılığı özellikleri olduğu saptanmıştır. Düşük seviyeli yenilik arayışı içindeki bireyler; yavaş mizaçlı, sorgulamayan, sevinç veya üzüntüye kayıtsız, düşünceli, tutumlu, çekingen, sıradanlığa katlanabilen ve düzenli olarak tanımlanmıştır. Yüksek seviyede zarardan kaçınma özelliğine sahip bireyler belirsizlikten korkan, yabancılardan utanan, kolay yorulan ve başkalarını kaygılandırmayacak durumlarda bile endişelenen bireylerdir. Ancak, tehlike durumlarında tedbirli ve dikkatli planlama özelliğine sahip oldukları gözlemlenmiştir. Ödül bağımlılığı yüksek bireylerse şefkatli, duyarlı, sosyal olarak bağımlı ve hoş sohbet olarak belirlenmiştir. Tip 2; sadece erkeklerde, 25 yaşından önce gelişen, genetik özelliklerin belirleyici olduğu düşünülen, suça eğilimin görüldüğü ve hastalığın sürecinin genellikle olumsuz seyrettiği kişilik özelliklerine sahiptir. Bu tipte aynı zamanda yüksek seviyede yenilik arayışı, düşük seviyede zarardan kaçınma ile ödül bağımlılığı görülür. Yüksek yenilik arayışına sahip olan bireylerin özellikleri çabuk sinirlenme, meraklı olma, kolay sıkılma, dürtüsellik, müsriflik ve düzensizliktir. Düşük seviyede zarardan kaçınma ise kendinden emin, rahat, cesaretli, enerjik, sempatik, çoğu bireyi endişelendiren durumlarda bile iyimser olmayı gerektirmektedir. Ödül bağımlılık seviyesi düşük olanlarsa pratik, katı, soğuk, sosyal olarak duyarsız, kararsız ve kaygısız olarak tanımlanmıştır. Alkol bağımlıları arasında yapılan araştırmalar, karşılaşılan kişilik özelliklerinin

çoğunlukla yüksek yenilik arayışı, düşük seviyede zarardan kaçınma ve dürtüsellik olduğunu saptamıştır (Akvardar ve ark., 2005: 54).

Bu noktada, Tip 2 olarak tanımlanan grubun özellikleriyle benzerlik gösteren bu kişilik özellikleri dikkate alındığında kimi özelliklerin (kendinden emin, rahat, cesaretli, enerjik, sempatik, çoğu bireyi endişelendiren durumlarda bile iyimser olma) tedavi süreci için olumlu etki yapabileceği kimi özelliklerinse (çabuk sinirlenme, meraklı olma, kolay sıkılma, dürtüsellik, müsriflik ve düzensizlik) kişiden kaynaklı problemler olarak tedavi sürecini olumsuz etkileyebileceğini düşünmek mümkündür. Yüksek seviyede yenilik arayışının bağımlılık davranışına yatkınlık olarak değerlendirilmesi nedeniyle bağımlılık davranışına olan yatkınlık tedavi için olumsuz bir etken olarak görülebilir. Aynı zamanda Cloninger ve arkadaşları tarafından yapılan çalışmalar göstermiştir ki, bu kişilik özellikleri erkek alkol bağımlılarının nüks konusunda öngörücü nitelikte olabilmektedir. Yüksek yenilik arayışı; taşkınlık, düzensizlik ile bazı kişilik bozukluklarıyla ilişkili bulunmuştur. Aynı zamanda yenilik arayışıyla ilgili yapılan testler göstermektedir ki, bireylerin testlerden aldıkları skorla zaman içerisinde değişmemektedir. Bu da, yenilik arayışının alkol bağımlılığı gelişmeden önce var olan bir özellik olmasının mümkün olduğunu göstermektedir (Akvardar ve ark., 2005: 57). Bu tespitlere bakılarak taşkınlık, düzensizlik ya da kişilik bozuklarının var olduğu kişilik özelliklerine sahip bireylerin tedavi sürecinde başarısız olma olasılıkları yüksektir.

Zarardan kaçınmanın yüksek olması başkalarının endişelendirmeyecek durumlarda kötümserlik kişilik özelliğini beraberinde getirmektedir. Zarardan kaçınmanın kolay yorulma alt boyutunda yüksek skor elde eden bireylerin birçok bireyle kıyaslandığında daha az enerjiye sahip olmaları ve hastalık süreçlerinde daha yavaş iyileşmeleri sebebiyle bu kişilik özelliğinin tedavi sürecinde problem olabilecek bir faktör olduğu düşünülebilir (Akvardar ve ark., 2005: 57).

Düşük sebat etme özelliğine sahip bireyler karşılıklarına bir engel çıktığında vazgeçmeye meyilli olurlar. Engellere karşı gelememenin zayıf ego gücüne

işaret etmesi durumunu bağımlılığa yatkınlık olarak yorumlamak mümkün görünmektedir. Benzer şekilde engellere karşı koyamama ve düşük ego tedavi sürecinde sorun yaratabilecek özellik olabilmekte bu da nükse sebep olmaktadır. Bu nedendir ki, düşük sebat etme, düşük ego gücü, kolay yorulma, yüksek zarardan kaçınma gibi kişilik özelliklerinin tedavi sürecini olumsuz etkileyebileceği ihtimali göz önüne alınmalıdır. Aynı zamanda, her bireyin farklı kişilik özelliklerine sahip olduğunu düşünülürse tek tip tedavinin bütün bireylerin ihtiyaçlarını karşılaması mümkün gözükmemektedir bu nedenle kişilik özellikleri alkol bağımlılığı tedavi sürecinde dikkate alınmalıdır (Akvardar ve ark., 2005: 54).

Alkol bağımlısı bir grup bireyde kişilik özellikleri üzerine yapılan bir çalışmada alkol bağımlılarında sık rastlanan anksiyete ve depresyon seviyesinin arttıkça iş birliği yapma ve kendi kendini yönetme özelliklerinin zayıfladığı ortaya çıkmıştır (Sayın ve ark., 2004: 17). Düşük işbirliği yapma ve kendi kendini yönetme durumunun alkol bağımlılığı tedavisini olumsuz etkileyebilme potansiyeline sahip olduğu yorumunu yapmak mümkündür. Aynı çalışmada kullanılan envanterle saptanan mizaç ve karakter özelliklerinin bireylerin ayıklık süresinde farklılık göstermediği belirlenmiştir (Sayın ve ark., 2004: 18) Bu durumda, bazı mizaç ve karakter özelliklerinin gelişen bağımlılıktan bağımsız olarak bireye ait olduğu bu nedenle de olumsuz olarak nitelendirilebilecek özelliklerin tedavini gidişini olumsuz etkileyebileceği söylenebilir.

1.1.4.2.2 Sosyo-demografik özellikler

Bu çerçevede yaş, cinsiyet, eğitim ve medeni durum, aile ve sosyal çevre ile ilgili bilgilere yer verilmiştir.

Çalışmalarda **yaş** bu değişkenlerden biri olarak gösterilmiştir. Gençler, alışkanlık geliştirmeyecek bir biçimde alkol almayı becerememektedirler (Kasatura, 1998: 47). Bu nedenle günümüzde kontrolsüz olarak alkol almaya başlama yaşının 25 yaşının altına düştüğü ve bu sayısında gittikçe arttığı

bilinmektedir. Genel olarak, alkol alımı en aktif olarak 18-25 yaşları arasında gerçekleşmektedir ancak alkol kullanımının problem yaratmaya başlaması 30'lu yaşlarda olmaktadır. Dünya Sağlık Örgütü hazırladığı raporda alkole başlama yaşının bireyin ilerideki dönemlerindeki alkol bağımlılığı ve alkolle alakalı rahatsızlıklarda en belirleyici etken olduğu belirtilmiştir (Mayda ve ark., 2010: 8). Türkiye Ruh Sağlığı Profili Raporu'na (1998) göre alkol bağımlılığı tanısı alan bireylerin yaş ortalaması 41.1'dir (Erol ve ark., 1998; akt: Koçak, 2009: 4). Bu bağlamda alkol bağımlılığında önemli bir faktör olan yaşın, tedavi sürecini de etkileyeceğini düşünmek mümkündür.

Gelişim sürecini henüz tamamlamamış genç yaşta bir bireyin kişiliğinin oturmamış olması nedeniyle tedavi sürecinde zorluklar yaşayacağı düşünülebilir. Benzer şekilde, benlik saygısı gelişmemiştir, kendine ve etrafına karşı güven problemi yaşar, yaşı gereği ilişkilere, duruma ve çevresine anlam ve değer vermekte zorlanabilir. Yaşı daha büyük bireylerin daha tecrübeli olması nedeniyle gençlerden daha avantajlı oldukları varsayılabilir. Ancak, genç yaşta alışkanlıklardan kurtulmanın daha kolay olduğu düşünülerek bireylerin tedavi süresince buldukları kurumun imkânlarından yararlanarak, gençliklerinin verdiği ve cesaret ile bağımlılıktan kurtulabilecek donanıma ulaşabilecekleri de varsayılabilir. Bu bakımdan, yaş faktörünün tedaviyi olumlu-olumsuz yönde etkileyebileceği ancak tedavi açısından gerçek anlamda olumlu bir değişiklik yaratabilmek için yaş ne olursa olsun bireyin niyetindeki samimiyet belirleyici olacaktır.

Alkol bağımlılığında tedavi başvuru sürecinde alkol kullanım özellikleri ve klinik özellikler arasındaki ilişkileri sorgulayan bir araştırmanın sonucunda, bireyin alkol sorununu kabul etmesinin yaş arttıkça azaldığı ortaya konmuştur. Benzer şekilde, bireyin bağımlı olarak yaşadığı süre uzadıkça alkol sorununu kabul etme oranı azalmaktadır. Bunun sebebi olarak 'bireyin uzun yıllar alkol kullanmasına rağmen problem yaşamadığını düşünmesi' olarak görmenin mümkün olduğu düşünülmektedir (Kalyoncu ve ark., 1999: 24). Yapılan bir araştırmada yaş ile tedaviye yönelik uyum becerileri arasında ilişki olmadığı ileri

sürülmüştür. Buna rağmen, alkol bağımlılığı sürecinin problem çözme yolları ile ilişkisini araştıran bir çalışmada alkol bağımlısı bireylerde yaş ilerledikçe daha aceleci, planlı, kendine güvenen, değerlendiren ve kaçınan yaklaşımların kullanıldığı saptanmıştır. Uyumsuz yaklaşımların aynı anda kullanılmasının sebebi olarak bireylerin yaşlarının arttıkça hayat tecrübeleriyle beraber problem çözme yeteneklerini geniş bir alanda kullanmaları olarak görülmüştür. Düşünen yaklaşımın daha az kullanması durumunun ise yaş arttıkça otomatikleşmiş davranışların kazanılmasıyla birlikte eyleme yönelik problem çözme yollarına odaklanılarak, eylem öncesi düşünmeye daha az vaktin ayrıldığı düşünülmektedir (Demirbaş ve ark., 2004: 10). Bu açılarından, alkol bağımlılığı tedavisi gören yaşlı ilerlemiş bireylerin istemsizce tedavide problem yaratmalarının beklenebileceği yorumu yapılabilir.

Alkol kullanımına bağlı problemlerin **cinsiyetler** arası farklılık göstermektedir. Türkiye’de kadınlar arasında alkol kullanım bozuklarının durumu hakkında yapılan araştırmaların yetersizliği nedeniyle bu konuda net bir bilgi bulunmamaktadır. Ancak, bu sınırlı sayıdaki çalışmalar erkekler arasında alkol kullanım bozukluklarının daha yaygın olmasına rağmen tıpkı diğer ülkelerde olduğu gibi Türkiye’de de kadınlar arasında alkol kullanımı gittikçe artmakta olduğunu göstermektedir (Altıntoprak ve ark., 2008: 198).

Alkol kullanmaya başlama yaşının cinsiyetler arasında farklılık göstermediği düşünülmektedir. Buna rağmen, toplumda sosyal rolleri fazlaşan kadınların alkolden beklentileri ve içme biçimlerinin erkeklerden farklı olduğu tespit edilmiştir. Sosyal rol artışının kadınlarda alkol kullanım sorunlarını arttırmadığı ancak buldukları sosyal konumdaki gerçekleşen ani değişikliklerin alkol kullanım riskini arttırdığı ortaya konmuştur. Boşanma, işten ayrılma, annelik rolünü kaybetme gibi durumlara ek olarak hiç evlenmemiş, boşanmış ya da eşinden ayrı yaşayan veya evlenmeden beraberlik yaşayan kadınlar arasında alkol kötüye kullanımı daha sık görülmektedir. Bir başka çalışmada, kadınların çevrelerinde bulunan bireylerin içme davranışlarına sahip olduğunu belirtmektedir. Örneğin, eşi alkol bağımlısı olan alkol bağımlısı evli kadınların

sayısı alkol kullanım bozuklukları olmayan evli kadınlarla kıyaslandığında yüksek çıktığı saptanmıştır (Altıntoprak ve ark., 2008: 199). Bu bağlamda, bütün bu araştırma sonuçları göz önünde bulundurulduğunda alkol bağımlısı kadınların tedavi programı oluşturulurken kadınların çevrelerinde bulunan alkol kullanım bozukluğuna sahip olan bireylerle ve bu bireylerin içme davranışlarını öğrenmenin daha başarılı bir tedavi süreci geliştirilmesine katkı sağlayacağı düşünülebilir

Yapılan başka bir araştırmada kadın ve erkek alkol bağımlıları arasında yapılan karşılaştırma kadın bağımlı ölümlerinin %50-100 oranında daha yüksek olduğunu göstermiştir. İntihar alkol bağımlısı kadınların en önemli ölüm sebeplerinde biridir. Benzer şekilde kadınlarda anti sosyal davranışların alkol kullanım bozukluklarıyla ilişkisi olduğu tespit edilmiştir (Altıntoprak ve ark., 2008: 204). Alkol bağımlılığı tedavisi alan kadınların büyük oranda madde kötüye kullanımı rahatsızlığı olduğu ortaya çıkmıştır. 20-29 yaş aralığındaki genç alkol bağımlısı kadınların alkol beraberinde yasa dışı maddeleri, daha yaşlı kadınlarınsa alkolü doktor tarafından reçeteye verilmiş ilaçlarla kullandığı bildirilmiştir (Evren ve ark., 2003: 97). Bu noktada, tedavi planı oluşturulurken bu gibi durumların göz önünde bulundurulmasının istenen sonucun alınmasında etkisi olabileceği düşünülebilir. Bu açıdan bakıldığında alkol bağımlılığı tedavisi başvuran kadınların bu gibi eğilimleri bilinmediğinde tedavi sürecinde problemlerin yaşanması olası hale gelmektedir. Benzer şekilde, kadınların alkol problemlerine bağlı olarak erkeklere oranla daha fazla tıbbi, fizyolojik ve psikolojik kötüleşme yaşamaları yine tedavi sürecinde problem yaşanmasına ortam sağlayabilmektedir. Alkol bağımlılığı tedavisi alan erkek bireylerde aynı tedavi gören kadınların cinsiyet farklılıklarından ileri gelen problemler nedeniyle tedavide kendilerini erkeklerle kıyasladıklarında daha güçsüz hissetmeleri durumunda motivasyonlarının olumsuz etkilenebileceği düşünülebilir.

Genellikle kadınların alkol kullanımının toplum içerisinde hoş karşılanmadığı, alkol kullanan kadınların yanlış algılandığı bilinmektedir (Altıntoprak ve ark., 2008: 204). Bu da, toplumda kadın alkol kullanımının gizli kalmasına dolayısıyla

da yardım arayışının az olmasına sebebiyet vermektedir (Evren ve ark., 2003: 99). Bu baskı ve etiketleme kadınların alkol kullanımıyla ilgili problem yaşadıklarında tedaviye başvurmakta tereddüt etmelerine sebep olmaktadır. Tedaviye karar verilse dahi kadınlar üzerindeki toplum baskısı, damgalanmaktan korkma ve çekinme durumu kadınların tedavi içerisinde pasif kalmasıyla sonuçlanmaktadır. Örneğin, Türkiye’de 2006 yılında yapılan bir araştırma erkeklerin %96.8’nin bağımlılık tedavisi için başvuruda bulunduğu gösterirken bu sayı kadınlarda %3.2 olarak tespit edilmiştir (Bulut ve ark., 2006: 66). Dolayısıyla kadınların tedaviye başvurmalarını engelleyen faktörler üzerine çalışmalar yapılmasının bu grup hakkında daha net bilgilere ulaşmayı kolaylaştıracağıdır. Bu da yeni tedavi planlarının geliştirilmesini sağlayacak ve daha başarılı sonuçların elde edilebileceği bir ortam yaratacaktır. Özetle, alkol kullanım bozukluklarında cinsiyet farklılıklarının dikkate alınmasına ve kadınlara yönelik etkili tedavi ve koruma planlarının geliştirilebilmesine ihtiyaç duyulmaktadır. Bu şekilde, bağımlılık tedavi ve koruma programlarından daha olumlu sonuçlar almak imkân bulacaktır.

Erkeklerin kadınlardan farklı olarak yasal sistemle daha fazla sorun yaşadıkları ve hapis ortamında buldukları bilinmektedir. Alkol bağımlılığı tedavisinin zorlu sürecine ek olarak yasal problemlerle mücadele etmek durumunda kalmak erkek bireyler için motivasyonu düşürücü bir faktör olarak yorumlanabilir. Yine alkol kullanım bozukluklarında cinsiyet farklılığı üzerine yapılan araştırma ortaya koymuştur ki erkek bağımlılar daha fazla davranış sorunları yaşarken kadın bağımlılar bireyler arası sorunlar yaşama eğilimindedir. Bu farklılıklara bakarak iki farklı cinsiyetin aynı tedavi yöntemlerinden tam anlamıyla faydalanmaları ve ihtiyaçlarını karşılamaları mümkün gözükmemektedir. Cinsiyetler arasındaki farklılıkların tedavinin seyrini değiştirecek ve etkileyecek güçte olduğunu söylemek mümkündür (Evren ve ark., 2003). Bu nedenledir ki, alkol kullanım bozuklukları tedavisinde cinsiyet farklılıklarını dikkate almak tedavi sürecinde daha az problemle karşılaşılmasını sağlayabilir.

Sosyal faktörleri baz alan bir başka araştırma, **sosyoekonomik** seviyesi yüksek olan bir grup alkol bağımlısının sosyoekonomik seviyesi düşük olan alkol bağımlılarına göre remisyonda kalma süresinin daha kısa olduğu belirtilmiştir. **Evli bireyler** için bağımlılığın devam etme ihtimalinin bekar, dul veya boşanmış bireylerle kıyaslandığında daha düşük olduğu tespit edilmiştir (İlhan ve ark., 2003: 58). Evli olan alkol bağımlılarının akraba sayısının fazla olması nedeniyle daha fazla sosyal anlamda destek aldıkları yapılan başka bir çalışmada gözlemlenen olgulardandır. Bu sayede, bağımlılık problemi olan bireyler diğer bireylere oranla tedavi sürecinde hastalıkla daha kolay baş etmektedir (Yüncü ve ark., 2005: 133). Bu gözlemlere dayanarak sosyoekonomik seviyeleri yüksek, bekar, dul veya boşanmış bireylerin durumlarının tedavide dezavantaj yaratmasının mümkün olduğu yorumu yapılabilir.

Düşük **eğitim seviyesinin** bağımlılığın sürmesine neden olan bir faktör olduğu aynı çalışmada saptanan bilgiler arasındadır (İlhan ve ark., 2003: 58). Alkol bağımlılığında nüks ve eş tutumları üzerine yapılan bir çalışmada nüks etmeyen bir grubun eğitim düzeyinin yüksek olduğu belirtilmiş ve eğitim düzeyinin yüksek olması tedavi programından daha fazla yarar sağlamak olarak yorumlanmıştır (Pektaş ve ark., 2002). Bir başka çalışmada medeni durum ve eğitim seviyesi ile alkolden uzak kalma süresi arasında anlamlı bir ilişki saptanamamıştır. Aynı konuyu araştıran iki çalışmanın sonuçları birbirleriyle çelişmektedir. Bu nedenle, alkol bağımlılığı ile eğitim seviyesi ve medeni durum arasındaki ilişkinin boyutu hakkında kesin bir yargıya varmak mümkün değildir.

İşten çıkarılma durumunun alkol kullanım bozukluğu gelişim riskini arttıran bir faktör olduğu yapılan çalışmalarla ortaya konmuştur. İşyerinde yaşanan problemlerin ise bireyi tedavi kararı almaya yönelttiği, bu durumun tedaviyi olumlu etkilediği gözlemlenmiştir (İlhan ve ark., 2003: 57-61). Gelir getiren bir işe sahip olan bireylerde sürekli öfke seviyeleri düşük bulunmuştur. Bu anlamda relaplara ve ayık kalmayı tehdit eden öfkeyle baş edememe tedavide karşılaşılan problemler arasında gösterilebilir. Düşük eğitim seviyesi ve işten

çıkarılma ya da işsiz olma tedavi sürecinde problem yaratma ihtimali olan diğer sosyo-demografik özelliklerdendir.

Hem aile hem de sosyal çevre ile arkadaşların tedavi arama davranışında ve ayıklığın sürdürülmesinde etkin bir rolü bulunmaktadır. Bu destek sistemlerinin tedaviye dahil edildiklerinde tedavide daha olumlu sonuçlar alındığı bilinmektedir (Yüncü ve ark., 2005). Alkol bağımlısı bireylerin alkol kullanımına bağlı yaşadıkları sorunlar ve tedaviye başvuru nedenleri üzerine yapılan bir çalışma sonucunda alkol kullanımına bağlı olarak yaşanan aile içi problemler tedaviye karar vermede büyük oranda etkili bulunmuştur (Uludağ ve Öz, (t.y), Erişim: 2.12.13,

http://www.phdernegi.org/kongre_dokumanlar/III.UPHK_Ozet_Kitabi.pdf).

Tedavi üzerinde bu denli etkiye sahip bu iki sistemin tam tersi bir etkiyle problem yaratması da ihtimaller dâhilindedir. Örneğin, aile üyelerinin tedavideki rolünün keskin çizgilerle tanımlamak zordur. Bağımlılığın algısı ve kabul edilmesi problemiyle bireyin yanı sıra aile bireylerinin de yüzleşmesi durumu söz konusudur. Bu da ailenin tedavi ile ilgili tutumunun karmaşık bir hal almasına neden olabilmektedir (Pektaş ve ark., 2002). Bu açıdan bakıldığında, ailenin bireyin tedavi almasına destek vermesine rağmen sürece katılımının karmaşık anlamlar ifade etmesi istemeden de olsa tedavide problem yaratmasının mümkün olduğu yorumu yapılabilir.

Ailenin bağımlılık tedavisine olumlu ya da olumsuz ihmal edilemez etkileri vardır. Alkol bağımlılığı sadece bireyi etkileyen bir hastalık değildir. Bağımlı bireyi olan bir ailede sistemin yapısı bozulur (Tarhan ve Normedov, 2011: 147). Alkolik bireyle beraber yaşayanlar için sıkıntılı bir süreçtir. Bir aile işlevsel ve sağlıklı bir yapıya sahip olsa dahi süreklilik halindeki bağımlılık problemi etkileşim ve iletişim kanallarına zarar vererek sistemin bozulmasına neden olur. Bu bakımdan alkol bağımlılığının bir aile hastalığı olduğunu söylemek mümkündür. Aile, bağımlı bireyin alkol kullanma davranışını engellemeye çabalarken aynı zamanda bu durumundan kendini sorumlu tutabilir. Birey kadar zorlu bir süreçten geçen aileyle alkol problemi olan bireyin arasındaki karmaşık

ilişki; ailedeki huzursuzluklar, kavgalar ve baskılar, tedaviyi olumsuz etkileyebilmektedir (Yüncü ve ark., 2005: 131). Alkol bağımlısı bireyle uzun yıllar birlikte yaşayan bireylerin hayatları doğrudan durumdan etkilenmektedir. Başta depresif duygu durumunun ve sosyal izolasyonun artması, aile üyeleri arasında güvensizlik, ilişkilerde uzaklaşma ve problem çözmede yetersizlik olmak üzere birçok sağlıksal, sosyal ve ekonomik problemler ortaya çıkmaktadır (Korkmaz ve ark., 2003: 23).

Öfke, şüphe, çaresizlik ve korku içinde yaşayan alkol bağımlısı bireyi olan aile üyelerinin de en az bağımlı birey kadar acı çektiği söylemek yanlış olmaz. Sırtlandıkları yük oldukça ağırdır bu da çoğu zaman aile üyelerine sinirlilik, uykusuzluk, mide hastalıkları, ruhsal çöküntü olarak geri dönmektedir (Ögel, (t.y), Erişim: 2.12.13, http://www.ogelk.net/Dosyadepo/tedavi_temel.pdf). Bu gibi durumlarda aile tedaviyi desteleyen bir konumdan çok tedavi sürecine karşılaşılan bir problem haline gelmektedir.

Alkol bağımlısı erkeklerin eşleri üzerinde yapılan bir çalışmada eşlerin %80'i sosyal ilişkilerinde azalma olduğunu, %74'ü iletişim sorunları yaşadıklarını, %66'sı ev içinde şiddet yaşandığını ifade etmiştir. Aynı zamanda eşlerin %66'sı sinirlilik, %46'sı gerginlik, %29'u üzüntü, %20'si öfke ve bıkkınlık yaşadıkları cevabını vermiştir. Eşleri alkol bağımlısı olan bireylerin alkol aldığındaki yaklaşımları ise sırasıyla hiç bir şey yapmama, tartışma, ortamdaki uzaklaşma, alkolü bırakması için konuşma olarak belirlenmiştir. İstatistikler eşlerin de profesyonel yardıma ihtiyacı olduğunu göstermektedir (Kormaz ve ark., 2003: 23-24). Bu şartlar altında, ruh sağlığı yüksek risk altında bulunan aile bireyleri tedavide anlaşmazlığa neden olabilmekte ya da ilişkilerinde, soruna yaklaşımda daha çok pasif tutum içinde olmaları nedeniyle destek sağlamamaktadır. Bu yüzden sağlıksız ilişkiler sebebiyle aile kimi zaman tedavi sürecinde karşılaşılan bir problem durumuna gelmektedir.

Öte yandan evli olan alkol bağımlılarının akraba sayısının daha fazla olması aldıkları desteğin de daha fazla olduğu izlenimi vermektedir. Nitekim Korkmaz

ve arkadaşlarının araştırması (2003) sonucunda evli olan alkol bağımlıları aile desteğinin varlığından daha çok söz eden taraf olmuştur. Başka bir deyişle, evli olmak alkol bağımlılarının ayıklıklarını sürdürebilmesinde etkili bir faktör olarak bulunmuştur. Ebeveyn desteğine sahip ya da evli olan bağımlı bireylerin ayıklık sürelerinin daha uzun, tedavilerinin daha başarılı olduğu gözlemlenmiştir (Yüncü ve ark., 2005: 134).

Alkol bağımlılarında ruhsal belirtiler, evlilik sorunları ve aile tutumları üzerine yapılan bir çalışma aile üyelerinin karşılıklı sorumlulukların paylaşımında, ilgi ve samimiyet gibi konularda problem yaşadıklarını göstermiştir. Alkol bağımlılarının insanlardan uzak durmaya çalışan, sevgisini göstermek istemeyen, çevresindeki birey ve olaylara karşı şüpheli duruşu sorunlarını çözmede zorluk yaşadıkları sonucuna varılmıştır (Kaptanoğlu ve ark., 1997: 59). Bu tutum da alkol bağımlılığı tedavisine olumsuz bir şekilde yansımaktadır.

Bağımlı bireyin ailesinin içme davranışını arttıran tutumu mutlaka huzursuzluklar, kavgalar ya da baskı söz konusu değildir. Yapılan bir araştırmada bağımlı eşinin sigara içme davranışı nüks olasılığını artırıyor görünmektedir. Kesin sonuçların açıklanmamasına rağmen eşlerin sigara içmesinin alkol davranışını arttırdığı yorumu yapılmıştır (Pektaş ve ark., 2002). Alkol bağımlılığı tedavisi sürecinde ve tedavinin sonlandırılmasından sonraki dönemde bireyin yaşamına adapte olmasında ailenin etkin rolü tespit edilmiştir (Kaptanoğlu ve ark., 1997: 60). Tüm bu olgulara bakıldığında alkol bağımlılarının aile ve evlilik ilişkileriyle değerlendirilerek tedavi programlarının yeniden gözden geçirilmesinin önemli olduğunu söylemek mümkündür

Alkol bağımlılığında sosyal çevrenin etkisi üzerinde duran İlhan ve arkadaşları (2003) araştırmalarında sosyal çevrenin de tıpkı aile faktörü gibi bağımlılık üzerinde hem olumlu hem de olumsuz etkileri olabileceği iddia etmiştir. Bunun sebebi, alkol bağımlısı birey tarafından sosyal çevrenin destek olarak algılanabileceği gibi içmeye yönelen baskı olmasının da mümkün olması olarak gösterilmiştir. Benzer bir çalışmaya göre ailenin dahil edilmediği sosyal çevrenin

belirleyici etkiye sahip olduğu ileri sürülmüştür. Bir başka çalışmada ise ailede sosyal destek kapsamında değerlendirilmiş, süreci aynı anda hem olumlu ve hem de olumsuz etkileyebileceği düşünölmüştür (İlhan ve ark., 2003: 59).

Yapılan araştırmalar sosyal çevrenin bireylerin bedensel ve ruhsal hastalık süreçlerindeki sağlıklarını sürdürmede etkisi olduğunu göstermektedir. Evli olan olan alkol bağımlılarının bekar olanlara göre daha fazla sırdaş sayısı bildirmesiyle evli ve bağımlı bireyin çokça sırdaşının olması daha fazla paylaşma ve dışa vurma ihtiyacını karşılayabildiği fark edilmiştir. Bu tarz bir ilişkinin varlığının bağımlının psikolojisini olumlu yönde etkilediği ve problemleriyle daha kolay başa çıkmasını sağladığı bildirilmiştir. Profesyonel yardım arama tutumu üzerine yapılan bir araştırmada sosyal desteğe sahip bireylerin yardım almada zorlanmadıklarını ve bu desteğin tedaviye olan inançlarını arttırdığına yönelik sonuçlar elde edilmiştir (Arslantaş ve ark., 2011: 22)

Sosyal çevrenin kimi zaman alkol bağımlılığının sebepleri arasında gösterilebildiği göz önünde bulundurulduğunda genel anlamda bireysel yaşamdaki büyük etkisini fark etmek mümkündür. Tedavi aşamasında bu etkiyi olumlu yönde kullanabilmek amacıyla çevrenin üzerinde mutlaka durulmalıdır. Tedavide, bireyin içme davranışını sosyal çevrenin üyeleri tarafından olumlu yönde biçimlendirilmesi sağlanabilir. Birey çevresi tarafından onay verilen davranışı uygulamaya geçirdiğinde kendisine toplumda yer edineceği duygusunu hissedebilir.

Kimi zaman bağımlı bireyin sosyal çevresi olumsuz yargılarda bulunmaktadır. Bireyin ahlaki yönden yetersiz olduğu ya da zayıf iradeli bir birey olduğu yönündeki yargılar hem bağımlının hem de aile üyelerinin hastalığı kabullenmesini ve tedaviye uyum sağlamasını zorlaştırmaktadır. Damgalanmış olmak bireylerin ve aile üyelerinin kendilerini değersiz ve önemsiz hissetmesine yol açmaktadır. Bu da sosyal çevrenin yol açtığı olumsuz yargıları ve

etiketlemeyi bağımlılık tedavisinde en çok karşılaşılan başlıca problemler arasında gösterilmesini mümkün kılmaktadır. Buna ek olarak, sosyal desteği düşük olan bağımlı bireylerin hem alkol alma hem de depresyona girme ve stresli olma riskinin artmakta olduğu saptanmıştır (Yüncü ve ark., 2005: 134).

Yukarıda bahsedilmiş olan tedavide gelişen problemleri en aza indirgemenin ve/veya gelişen sorunlara karşın her zaman için pozitif sonuç almanın yolu bağımlılık tedavisinde takım ruhu ile takım bütünlüğünün oluşmasını sağlamaktır. Başka bir deyişle, tedavinin bir ekip tarafından ele alınması, planlanması ve uygulamaya konulması ortaya çıkabilecek problemlerin en aza indirgenmesi sağlayabilecek en etkili yoldur (Dilbaz, 1998: 104). Bu bağlamda, sosyal hizmet uzmanına düşen rol ve sorumlulukları tartışmak ve gözden geçirmek amacıyla “Bağımlılık ve Sosyal Hizmet” başlığı altında bu bilgilere yer verilmiştir.

1.1.5 Bağımlılık ve Sosyal Hizmet

Sağlık; fiziksel, ruhsal ve sosyal açıdan tam bir iyilik hali olarak tanımlanmaktadır. Bu bütünlüğü oluşturan bileşenlerden birinin dahi eksikliği dengenin bozulmasına neden olur. Sosyal hizmet mesleği ise, insanı bu bileşenleriyle bütüncül olarak ele alan bir disiplindir. Sağlık kuruluşlarında hizmet alan bireyler birçok uygulama alanına sahip olan sosyal hizmetin tıbbi sosyal hizmet olarak adlandırılan alanına girmektedir. Turan (1979) tıbbi sosyal hizmeti “sosyal hizmet metot ve felsefesinin sağlık ve tedavi hizmetlerine adapte edilmesi, tıp ve halk sağlığı çerçevesinde uygulanmasıdır” şeklinde tanımlamaktadır (Zengin, 2011). Bağımlılık problemi sağlık kuruluşlarında tedavi edilen bir rahatsızlık olması nedeniyle tıbbi sosyal hizmet alanına dahil edilebilmektedir. Ancak bağımlılığı, tıbbi sosyal hizmet kapsamında değerlendirmek fazla genel bir yaklaşım olacaktır. Tıbbin uzmanlık alanlarından biri olan psikiyatri, sosyal hizmetin bir diğer uygulama alanıdır. Bağımlılık, tıbbi boyutunun yanı sıra psikolojik, sosyal ve ekonomik açıdan da oldukça önemli bir

konu olması sebebiyle psikiyatrik sosyal hizmet kapsamını göz ardı etmemek daha doğrudur.

Bağımlılık tedavisinde sosyal hizmet uzmanının başlıca rol ve sorumlulukları arasında problem yaratan alanların belirlenmesi, bireyin kendisine yardım edebilme kapasitesinin güçlendirilmesi, toplum kaynaklarına başvurma ve bu kaynakları kullanma bulunmaktadır. Aynı zamanda tedavi ekibinin zamanını daha iyi değerlendirebilmesi için çalışmalar yürütmek, tedavi göreni gereksinimleri ile tedavi sağlayanların olanaklarını birleştirmek bağımlılık tedavisinde uzmanın oldukça önemli bir rolüdür (Yılmaz ve ark., 2000: 310).

Bağımlılık problemi çözüme ulaştırılmaya çalışılırken bütün yönleriyle ele alınmadığı takdirde hastalık nüks edebilmekte ve bulunan çözüm yolları ancak geçici seviyede kalmaktadır. Bağımlılık sürecinin hem bireyi hem de bireyin ailesi ile içinde yaşadığı toplumu olumsuz etkilediği göz önünde bulundurulduğunda bu soruna çok yönlü bir bakış açısıyla bakmak gerektiğini söylemek yanlış olmaz. Bu bağlamda, bütüncül, kapsamlı ve çok yönlü bakış açısı ile müdahale planlarına sahip sosyal hizmet mesleğinin bağımlılık konusuna katkısı oldukça önemli olduğunu söylemek mümkündür (Sevin ve Erbay, 2008).

Bağımlılık tedavisinde, içinde yaşadığı toplumun ve bu toplumda bulunan diğer bireylerin özellikleri ile karşılıklı olarak etkileşim halinde bulunan bireyin aile, sosyal çevre ve iş ortamlarının düzenlenmesi sosyal hizmet mesleğinin görevlerindedir. Bağımlılığın oluşumunda ve devamında bu faktörlerin yanı sıra psikolojik, ekonomik ve kimi zaman din etmenlerin rolü belirlenerek bunların bireyin davranışlarına olan yansıması gözlemlenir (Yılmaz ve ark., 2000: 310).

Sosyal hizmet uzmanlarının hastanelere bağlı alkol tedavi birim ve merkezlerinde birçok önemli sorumlulukları vardır. Bireyin aile, sosyal ve iş hayatı dışında birey hastaneye girdiği andan itibaren her türlü ihtiyaçlarıyla ilgilenilir. Yatacak birey karşılanır, hastane ve kuralları tanıtılır, taburculuk

süresinde ücret, ulaşım ve iş gibi sorunların çözüme ulaştırılması yine sosyal hizmet uzmanının görevleri arasındadır.

1.1.5.1 Bağımlılık Tedavisinde Sosyal Hizmet Uygulamaları

Dünya’da uygulanan bağımlılık tedavisinde sosyal hizmet uygulamaları üzerine birçok araştırma bulunmaktadır. Türkiye’de yapılan literatür araştırmasında da fark edildiği üzere ülkemizde aynı durumu söz konusu değildir. Amerika Birleşik Devletleri’nde alkol tedavi modeli ‘Minnesota Modeli’ çerçevesinde uygulanmaktadır. Bu model en bilinen kendine yardım gruplarından Adsız Alkolikler ve Adsız Narkotiklerin ilkelerini temel almaktadır. Bireylerin tedavilerini tamandıktan sonra kendine yardım gruplarının içine dâhil edilmesi bu modelin birincil amacıdır. Sosyal hizmet uygulamaları da bu çerçeve içerisinde gerçekleştirilmektedir. Türkiye’de de etkinlik gösteren bu gruplara dünya ülkelerinde olduğu kadar adapte olunamamıştır. Kendine yardım grupları günümüzde hala birçok birey tarafından bilinmemekte, bilinen bireyler tarafından ise göz ardı edilmektedir.

Türkiye’de bağımlılık tedavisinde başvurulacak birçok klinik bulunmaktadır. Bunlar Sağlık Bakanlığına bağlı tedavi merkezleri, üniversite hastanelerine bağlı tedavi merkezleri, kamu ve üniversiteye bağlı hastane merkezleri ve özel tedavi merkezleridir.

Ülkemizde bağımlılık alanında sosyal hizmet uygulamalarında tıbbi ve psikolojik tedavi yöntemlerinin ağırlıklı olduğunu söylemek mümkündür. Bunun nedeni alkol bağımlılığının neden ve sonuçlarının bireyin yanı sıra aile ve toplum üzerinde de ruhsal, sosyal ve ekonomik yönden etkilerinin olmasıdır. Bu bağlamda dünyada olduğu gibi ülkemizde de sosyal hizmet uygulamaları biyopsikosozyal model içinde ele alınmaktadır (Kalyoncu ve ark., 2000: 27). Sosyal hizmet uzmanı çalışmalarını genellikle üç aşamada yürütür. Bunlar tedavi öncesi, tedavi sırası ve tedavi sonrasıdır. Bu aşamalar mikro, mezzo ve makro olmak üzere üç düzeyde gerçekleştirilir.

Bağımlılık kliniğinde tedaviye gelmiş bir bireyin tedavisinin ilk aşaması detoksifikasyon süreci olarak tanımlanır. Detoksifikasyon süreci tıbbi müdahalelerin yapıldığı dönemdir. Bu dönemde sosyal hizmet uzmanları henüz tedavinin başlangıç aşamasında olan bireyin kaygı ve kuşku gibi duyguları üzerinde çalışmalar yapar.

Bağımlılık tedavisinde bireyler bağımlılığın yol açtığı tıbbi sorunlar dışında problemlerle karşılaşabilmektedir. Yatış ücreti ödemeleri ile ilgili sorunlar, yatış işlemleri ile ilgili sorunlar, yatışa engel olan ailesel sorunlar, klinik hakkındaki yetersiz bilgi ediminden kaynaklanan sorunlar, iş hayatının neden olduğu sorunlar, en çok karşılaşılan durumlar arasındadır (Duyan, 1996: 33). Sosyal hizmet uzmanı bu sorunların çözümü için hizmetler sunar. Bağımlılık kliniği ve yatış işlemleri hakkında bilgi verme, yatış ücretlerini ödeme konusunda yararlanılabilecek kaynakları belirleme, yönlendirme ve kullanmasını sağlama, bireyin yatışını engelleyen ailesel problemleri çözüme ulaştırmasına yardımcı olma, iş hayatına ilişkin problemlerde yardımcı olmak bu hizmetler arasındadır. Uzmanın bu aşamada sunduğu hizmetler bireyin ekonomik, sosyal ve duygusal yönden bireyi tanımaya olanak sağlar (Duyan, 1996: 60). Bağımlılık tedavisinin verildiği yerin diğer toplum kaynaklarıyla ilişki kurmasında uzman aracı rolünü üstlenir. Örneğin maddi sıkıntı çeken bireylere destek sağlamak amacıyla hizmet sağlayabilecek kaynakların bulunmasında uzman aktif bir rol üstlenebilir. Aynı zamanda uzman bireyin sosyal, kültürel, ekonomik, psikolojik, ailesel durumları hakkında diğer personele bilgi verir (Duyan, 1996: 77). Bu noktada sosyal hizmet uzmanlarının eğitici yönü ön plana çıkmaktadır. Bu bağlamda Bir sonraki bölümde de söz edilebileceği gibi ekosistem yaklaşımının kavramları sosyal hizmet uzmanına yardımcı olur. Yine kaynaklara ulaşılması da bir tür bireylerin güçlenmesini sağlar. Özellikle bilgisel sosyal destek bu süreçte sıklıkla kullanılabilir.

Psikolojik tedavi yöntemlerinin uygulandığı kısım rehabilitasyon dönemi olarak adlandırılan kısımdır. Yatarak tedavi gören bir birey söz konusuyla klinik içi ve

klirik dışı etkinliklerin takibi söz konusu olur. Yılmaz ve arkadaşlarının da ifade ettiği gibi uzman hem tedavi ekibinin bir parçası hem de toplumun bir uzantısıdır (Yılmaz ve ark., 1997: 11). Bu süreçte uzman bireysel ve grup görüşmeleri yapar. Bu görüşmeleri genellikle birey ve grupların özelliklerine göre eğitim, yüzleştirme, destek ve davranışçı-bilişsel yöntemler kullanarak gerçekleştirir. Bunların yanı sıra güçlendirme yaklaşımı çerçevesinde bireylerin olumsuz duygu ve düşünceleri ile sınırlı algılarını değiştirmek için çalışılır. Sonuçta olumsuzluklar ve sorun üzerinden gidilmeden daha çok bireyin gücü ve çözüm önerileri üretmelerine çalışılır. Böylelikle bireyin motivasyonu da artırılmaya çalışılır.

Sağlık alanında grup deneyimine sıkça başvurulur. Bunun nedeni bu grupların karşılıklı destek ve bilgi sağlamada büyük rolü olmasıdır. Bağımlılık alanında da bu nedenlerden dolayı grup çalışmaları tedavinin önemli bir kısmını oluşturur. Genellikle terapi grupları ve destek grupları bağımlılık alanında tercih edilmektedir. Grup tipi ne olursa olsun amacı aynıdır: Bağımlılık sonucunda birey ve ailelerinin yaşadığı duygusal sıkıntıların azaltılmasına destek sağlama, problemlerini çözmeye yardımcı olma, bireyin sosyal hayatında ortaya çıkan değişime uyum sağlamasına ve bilgi ve beceri kazanmasına yardımcı olma v.b.(Duyan, 1996: 83).

Bağımlılık tedavisinde bireylerin yattıkları süre içinde birçok problemle karşılaşmaktadır. Bunlardan bazıları; bağımlılığa ilişkin duygusal problemler, tedavi alınan yere uyum sağlamada zorluk çekme, uygulanan tedavi hakkında bilgi eksikliği ve buna ilişkin problemler, bireyin ailesinden uzak kalmasının neden olduğu problemler, bireyin ailesiyle iletişim kuramaması ve/veya ailenin ziyarete gelmemesi, tedavi nedeniyle yaşanan gelir kaybı, taburculuk sonrası iş hayatıyla ilgili problemlerdir (Duyan, 1996: 36). Bu gibi sorunların çözümüne ilişkin hizmetler sunmak sosyal hizmet uzmanının görevlerindedir. Bağımlı bireyin problemiyle ilişkili empati kurmak ve onu dinlemek önemlidir. Bireyin duygularını paylaşmasına yardımcı olma, yaşadığı problemlerle başa çıkma becerilerini artırma çalışmaları yapılır. Uzman, bireye hastaneye uyum

sağlayabilmesi için destek olur, bunun için tedavi veren ekibin bireye ve bireyin problemlerine karşı daha duyarlı olmasını sağlar. Tedavi sürecinde ailenin destekleyici olmasında rol alır. Bireylere sosyal aktiviteler yaptırır, eğitsel ve uğraş çalışmalarına katılması sağlanarak tedaviden daha çok faydalandırır. Bireyin tedavi gördüğü süre zarfında gelir kaybı yaşamaması için çalışmalar yürütür, yönlendirmelerde bulunur ve iş hayatına ilişkin düzenlemeler yapar (Duyan, 1996: 62). Hak temelli yaklaşım çerçevesinde bireyin bu aşamada yararlanabileceği, sosyal güvenlik ve sosyal yardım süreçleri konusunda bilgilendirme de önem taşır.

Taburculuk sonrası dönem ve bu dönemin hazırlık süreci uzmanın uygulamalarını yürüttüğü son aşamadır. Bireyler taburcu olma aşamasına adım adım yaklaşırken bazı problemlerle karşılaşabilirler. Örneğin, çıkış işlemleri hakkında yeterli bilgiye sahip olmamak, bireyin hastaneden çıkmak istememesi veya ailenin bireyi çıkartmak istememesi, bireyin evine ulaşımıyla ilgili problemleri veya bireyin hastaneden çıktıktan sonra gidecek bir yerinin olmaması bu dönemde karşılaşılan problemler arasındadır. Uzman bu sorunlar karşısında hastaneden çıkmak bireylerin veya bağımlıyı almak istemeyen ailelerin ikna edilmesi için çalışmalar yürütür. Bağımlı bireye ve ailesine çıkış işlemleriyle ilgili bilgi verir. Bireyin evine ulaştırılması için hizmetler sunar, gidecek yeri olmayan bireylerin sosyal hizmet kurumlarına nakledilmesini sağlar (Duyan, 1996: 66).

Bireyler taburcu olduktan sonra uzmanın amacı bireyin bağımlılığının nüksetmesini önlemektir. Bu nedenle bireyin taburculuğunun ardındaki dönemde karşılaşması muhtemel problemlerin en aza indirgenebilmesi yönünde çalışmalar yürütmek önemlidir. Bireylerin tedavilerini tamamladıktan sonra ailesine ve çevresine uyum sağlamakta zorlanması mümkündür. Aynı sebep bireyin iş hayatındaki rolünü yerine getirmesini olumsuz etkileyebilir. Taburculuğun ardından bireyin remisyonda kalmasını sağlamak amacıyla yerine getirilmesi gereken önerilerin gerçekleştirilmesinde problemlerle karşılaşılabilir. Bireyler tedavilerini tamamladıktan sonra kontrollerine düzenli gelmeyebilir

(Duyan, 1996: 42). Bu gibi durumlar karşısında uzman problemleri çözüme ulaştırmak için bir takım hizmetler sunar. Bağımlının yeni yaşamına, ailesine ve çevresine uyum sağlamasına yardımcı olunur. Aile içi yeniden düzenlemelere gidilebilir, iş hayatıyla ilgili yönlendirmeler yapılır. Birey ve ailesi çıkış sonrası yapmaları gerekenler konusunda bilgilendirilir. Faydalanabilecekleri toplumsal kaynaklardan bahsedilir (Duyan, 1996: 68).

Tüm bu süreç içerisinde sosyal hizmet uzmanının bağımlılık tedavisindeki rol ve işlevlerini kısaca şu şekilde sıralayabiliriz:

- bağımlı ve ailesi adına tüm kaynaklardan faydalanabilmesi için savunuculuk yapmak, bağlantı kurmak.
- bağımlı ve ailesi adına toplum, kurum ve kuruluşlarla işbirliği yaparak tedaviyi kolaylaştırmak, aracı olmak
- bağımlı bireyi, ailesini ve toplumu bağımlılık alanında olumlu değişikliklere yöneltmek için harekete geçirmek
- bağımlı bireyi ve ailesini bilinçlendirmek amacıyla eğitimler vermek, resmi grupların ve örgütlerin eğitimler vermesini sağlamak

Genel olarak bağımlılık tedavisinde sosyal hizmet uygulamaları incelendiğinde amaç tedavi öncesi-sırası ve sonrası sürecinde birey ve ailesinin karşılaşacağı problemleri en aza indirgeyerek tedaviye olan uyumunu arttırmaktır. Bu çabaların hepsi aynı zamanda bireyin tedavi için motivasyonunun arttıracak uygulamalardır. Özellikle son yıllarda her alanda öne çıkan bir konu olan motivasyonun tedaviye cevap vermeyi ve alınması istenen tedavi sonuçlarını desteklediği belirlenmiştir. Bu da, motivasyonla başarı arasında yadsınamaz bir ilişki olduğuna işaret etmektedir. Bu ilişki sosyal hizmet uygulamalarıyla da motivasyonu birleştirmektedir. Bağımlılık tedavisinde uygulanan sosyal hizmet müdahalelerinde motivasyon faktörlerine vurgu yapmak önemli ve de yararlıdır.

Bağımlılık tedavisinde uygulanabilecek birçok sosyal hizmet müdahalesi

bulunmaktadır. Ancak araştırma çerçevesinde yalnızca üç yaklaşım ele alınmıştır. Bunlar sistem kuramı, eko-sistem teorisi ve güçlendirme yaklaşımıdır. Araştırmada çevresi içinde bireyin model alındığı için bu kuramların çalışma amaçlarına ilişkin kavramları daha iyi açıklayacağı düşünülmüştür.

Sistem kuramı, bireye ve çevreye ayrı ayrı bakmak ve neden-sonuç ilişkisi kurmak yerine durum içinde bireyin sistematik etkileşimini bir bütün olarak ele alır. Sistemin tanımını yaparken “bir dizi elemanın oluşturduğu takım” söylemini kullanmak mümkündür. Sistemi oluşturan elemanlar ve elemanların arasında karşılıklı ilişki vardır ve bu sistemi oluşturan elemanlar bir birey ya da grup olabilmektedir. Örnek vermek gerekirse bir birey tek başına işlevsel bir sistemi oluşturabilmektedir. Ancak bireyi ele alırken bireyin ilişki halinde olduğu psikolojik, sosyal ve fiziksel niteliklerini de göz önünde bulundurmak gerekmektedir. Bu şekilde sosyal hizmet uzmanı görünen sorunun ötesinin inceleme fırsatı bulur, problemlerin ardında yatan faktörleri araştırır (Duyan, 2012)

Sistem kuramının açıklayıcı, keşfedici ancak reçete verici olmaması; herkes için uygun ve tek tedavi yönteminden bahsetmesi mümkün olmayan bağımlılık sorunuyla örtüşmektedir. Sistem kuramı bağımlılık tedavisine uygun müdahale modelleri ve yaklaşımları geliştirmek için kavramsal bir temel oluşturacak niteliğe sahip olması nedeniyle bağımlılık problemi için yeni değişim stratejileri ararken farklı müdahale yolları belirlemeye yardımcı olur. Sosyal hizmet uzmanları, bağımlılık tedavisinde sistematik düşünce yapısıyla birçok kapsamlı değişim hedeflerini oluştururken bireylerle işbirliğine girebilmektedir. Aynı zamanda, bir problemin açıklanmasında her bir değişkenin hesaba katılması gerektiğini öngören kuramın yapısı tedavi sürecinde etkileri olan kişiden kaynaklı ve kişiden kaynaklı olmayan bir çok değişkene sahip olan bağımlılık probleminin genel yapısına uygun bir yöntem olarak düşünülebilir (Duyan, 2012). Örneğin bir kurumda bağımlılık tedavisi gören bir grup birey içerisindeki bir üyenin durumu bireyin kendisi dışında dahil olduğu grubu da etkileyecektir. Bu nedenle sistem yaklaşımı, bağımlı bireyin dahil olduğu alt sistemler ile

parçası olduğu üst sistemlerle de çalışmayı gerektirmektedir. Grup sisteminin kaynakları, kapasitesi, değişme motivasyonu ortaya konarak tedavi sürecinde ve taburculuğun ardındaki dönemde bireylerin problemleriyle baş edebilecek durumda olmaları sağlanmaya çalışılır (Zengin, 2011).

Sistem kuramı çok sayıda insanla ve diğer sistemlerle bağlantı kurmayı gerektirir. Bağımlılık alanında çalışan bir sosyal hizmet uzmanı aile, arkadaşlar komşular, birey mahkeme kararıyla tedaviye gönderilmişse mahkeme sistemi, polis, hakimler ile tıbbi ve psikiyatrik hizmetler, karşılıklı yardım grupları, kendine yardım ve destek grupları, diğer tedavi ve rehabilitasyon merkezleriyle etkileşime girer. Sistem kuramına göre bağımlı bireyler istenilen faydanın sağlayabilmesi için değiştirilmesi (harekete geçirilmesi) gereken grup; yani sistemdir. İstenilen faydanın sağlanabilmesi içinse sosyal hizmet uzmanının ne çeşit bir değişimin gerekli olduğunu belirlemesi gereklidir. Alkol/madde kullanım bozukluğu olan bireylerin oluşturduğu grupta sosyal hizmet uzmanının amacı içme davranışını kontrol etmek; yani değiştirmek ve etkilemektir. Bunu yaparken bağımlılık tedavisi sırasında bireylerin etkilenme olasılığı olan her bir boyut (fiziksel, psikolojik ve sosyal) gözden geçirilerek durum incelemesi yapılır (Duyan, 2012).

Sistem yaklaşımının bağımlılığın hangi sebeplerle, nasıl bir ortamda gelişebileceğini belirlemek için uygun olmadığını ancak bağımlılığın su yüzüne çıkmasıyla beraber bireylerin hayatında yaşananları tetkik etmek için kullanışlı bir metot olabileceğini söylemek mümkündür. Sistem teorisi, tedavi sürecinde bireyi etkileyebilecek tüm boyutları da tedaviye dahil eder. Bu şekilde, tedavi sürecinde bireyin tedavisini bilinçli ya da bilinçsiz bir şekilde olumsuz yönde etkileyebilecek durumların ortaya çıkmasını engelleyecek ortam sağlanır. Bütün bunların yanı sıra tedavinin ardından bireyi sağlıklı bir düzene geri göndermek ve bireyin bağımlılığı sebebiyle bozulmuş olan dâhil olduğu sistemlerin toparlanmasını sağlamak konusunda en uygun sosyal hizmet müdahalelerinden biri olduğu söylenebilir.

Ekolojik sistem yaklaşımı insanlar arası ilişkilere ve insanların çevresindeki diğer sistemlerle arasındaki ilişkilere odaklanmak üzere genel sistem kuramından türetilmiştir. Çevresel şartlar nedeniyle karşılaşılan problemlerin artması insan hayatını olumsuz yönde etkilemiş bu da, sosyal hizmet mesleğinde çevre faktörünü merkezine alan yaklaşım ihtiyacını ortaya çıkarmıştır. Bu boşluğu doldurması amaçlanan ekolojik yaklaşım sosyal hizmette bireylerin çevresiyle arasındaki kesişim noktasına ve etkileşime odaklanır (Duyan, 2011:157-158).

Ekolojik sistem modelinde hem tedavi hem de reform yaklaşımı bütünleştirilerek kullanılmaktadır. Bu da demek oluyor ki modelin amacı yalnızca bireylere sorun yaratan çevresel faktörlerin ortadan kaldırılması değil, aynı zamanda çevresel faktörlerin yarattığı engellerin ortadan kaldırılmasıyla bireye sosyal işlevselliğini yeniden kazandırılmasını sağlamaktır. Böylece, ekolojik yaklaşımla hem dışsal hem de içsel etkenlerin altı çizilmektedir. 'Çevresi içinde birey' ekolojik yaklaşımın temel vurgularından biridir. Çok sayıda sistemle etkileşim halinde olan bireyi bulunduğu çevre içinde ele almak, bulunduğu durum içinde de ele almayı gerektirmektedir. Bu da çevre ve durum üzerinde etkisi olan cinsiyet, yaş, ırk, etnik köken, sosyal sınıf, yaşam tarzı gibi değişkenlerin ekolojik yaklaşımın kapsamı içine girmesi anlamına gelmektedir. Sosyal hizmet uygulaması olarak ekolojik yaklaşımda değerlendirme esnasında dikkate alınması gereken yedi durumdan bahsedilir. Bunlar; biogenetik faktörler, ailevi faktörler, kültürel faktörler, çevresel koşullar, kaynaklar ve fırsatlar, özbakım kalıpları, gelişim ve sağlığın güncel göstergeleridir. Aynı zamanda bu faktörlerin bağımlılık tedavisi üzerinde etkileri olan değişkenler olması ekolojik değerlendirmenin bağımlılık tedavisinin yapısıyla örtüştüğünü göstermektedir (Duyan, 2011). Özetle Duyan'ın belirttiği gibi sosyal hizmet uygulaması olarak ekolojik modelde 'birey çevre ve durum içinde değerlendirilmektedir ve bireyin davranışları bireyin geçmiş yaşantısından, bulunduğu sosyo-kültürel çevreden, fiziksel ve ruhsal özelliklerinden bağımsız olamaz' (Duyan, 2011: 163).

Turan (2009), bireyin çevresiyle olan etkileşiminin bireyin gelişmesi ve yeteneklerini kullanabilmesi açısından hem destekleyici hem de engelleyici nitelikte olmasının mümkün olduğunu belirtmiştir (Duyan, 2011: 58). Bu açıdan bakıldığında, benzer şekilde bağımlılık tedavisinde hem destekleyici hem de engelleyici faktör olabilen aile ve sosyal çevre sistemlerinin bağımlı bireyle olan etkileşimine odaklanmanın tedavi sürecine katkı sağlayabileceği anlaşılmaktadır.

Hem bireyi hem de toplumu etkileyen bir rahatsızlık olan bağımlılık sorununa mikro ve makro düzeydeki insani hizmetlere uygulanan ekolojik yaklaşım tercih edilebilmektedir. Ekolojik yaklaşımla insanların sosyal sistemleri etkileme kapasitesinin farkında olmak, sosyal sorunlara karşı yeni bakış açıları kazandırmaya ve anlayışı geliştirmeye yardımcı olmaktadır. Bu sebeple, ekolojik sistemin bütüncül yaklaşım tarzının bağımlılık gibi bir sosyal sorunun oluşmasına neden olan, politik, sosyal ve kültürel açıları göz önünde bulunduran ve bu bağlamdaki koruyucu ve risk faktörlerini göz ardı etmeyen yapısı bağımlılık tedavisinde uygulanmak için oldukça elverişlidir.

Sosyal hizmet müdahalesi olarak **güçlendirme yaklaşımı** ise bireylerin sahip oldukları gücün farkında olmalarına ve kullanmalarına yardımcı olur. Bir süreç olarak nitelendirilebilecek güçlendirme ile sosyal hizmet uzmanlarının birincil görevi hayatlarında farklılık yaratmak için bireylere güçlerini kullanmaları yönünde destek vermektir.

Birçok olumsuz ve zararlı hayat tecrübesine sahip olan bireylerin kendileri ve aileleri için daha iyi bir yaşam istemesine rağmen buna sahip olabilmek için gerekli gücü kendilerinde bulamaması, kendilerini çevreleri içinde reddedilmiş ve dışlanmış hissetmesi gibi durumlarda sosyal hizmet uzmanları bireylerin olumsuz duygu ve düşünceleri ile sınırlı algılarını değiştirmek için güçlendirme yaklaşımını kullanmaktadır. Bu açıdan, bağımlı olan bir bireyi ele alındığında; bağımlı bireyin hayatının kumandasını ele alması için ihtiyaç duyduğu güce sahip olabilmesi adına yardımcı olmanın yanı sıra hayatlarına olumsuz yönde

etkisi olan durumlara, kurumlara ve toplumsal tutumlara değişiklik yaratacak şekilde çalışma tarzı güçlendirme yaklaşımı olacaktır. Sosyal hizmet uzmanları bağımlılık tedavisinde bireylerle olan iletişimlerinde neyin doğru neyin yanlış olduğunu gösteren yaklaşımlarda bulunmazlar. Aksine, var olan durumla ilgilenir ve bağımlı bireyin karşılaştığı problemleri zme ulaştırabilmesi adına yararlanabileceği kaynaklara yönlendirmeye çabalar. Bu kapsamda, sosyal hizmet uygulaması olarak güçlendirme yaklaşımı öncelikli olarak çaresizliğe kapılmaktansa zorlukların üstesinden gelebilme kuvvetinin altını çizmektedir. Bireysel güçlendirme, toplumsal değişimi için bir basamaktır bu nedenle toplum üzerinde çeşitli sorunlara yol açabilen bağımlılık tedavisinde güçlendirme yaklaşımı sıklıkla başvurulan bir yöntemdir. (Duyan, 2012) Aynı zamanda, güçlendirme yaklaşımının ilk olarak klinik sosyal hizmet uygulamalarında kullanılmaya başladığı düşünüldüğünde benzer şekilde klinik ortamda tedavi gerektiren bağımlılık rahatsızlığına bu açıdan da uygun olduğunu söylemek mümkündür.

Genellikle toplum tarafından alkol ve madde kullanım bozuklukları olan bireylere yönelik yapılan olumsuz etiketleme bireylerde güçsüzlük duygusu yaratabilmektedir. Bu nedenle, güçlendirme sürecinde bu etiketlemeyi yok etmek sosyal hizmet uzmanının görevleri arasındadır. Bağımlı bireyin ailesindeki, tedavi amacıyla bulunduğu kurumdaki ve toplumdaki kaynakları farkına varmasını sağlamak, alkolsüz ve/veya maddesiz bir hayat kurabilecek kadar güçlü olduklarını görmesini sağlayacak zihin yapısını oluşturmak, kendi gücünü görmesini engelleyen durumları ortadan kaldırmak güçlendirme yaklaşımında uygulanması gerekenlerdendir (Duyan, 2012). Bağımlılık tedavisinde aile oldukça önemli bir faktördür. Bu nedenle birey kadar aile üyelerinin de bağımlılıktan zarar görmesi sebebiyle ailenin desteklenmesi güçlendirme yaklaşımında ele alınan konulardandır. Aileyi güçlendirmek adına bireysel ve grup çalışmalarının düzenlenmesiyle aile üyelerinin problemin üstesinden gelme becerilerinin geliştirilmesine, sorunu kabullenmesine, bağımlılık hakkında bilgilendirilmesine katkı sağlanır (Sevin ve Erbay, 2008).

Özetle, klinik ortamda, sağlık eğitiminde, toplum kalkınması ve toplum psikolojisi gibi bağımlılık alanını yakından ilgilendiren disiplinlerce kullanılan güçlendirme uygulaması bağımlılık tedavisi için en uygun yaklaşımlardan biridir. Başarılı bir bağımlılık tedavi planı bireyin tedaviye en üst seviyede katılımı, kendi yaşamının kontrolünü eline alma olanağının sunulması ve kendisini geliştirmesini kapsarken aynı süreçlerin güçlendirme yaklaşımının temelleri arasında bulunması sosyal hizmet uygulaması olarak güçlendirme yaklaşımının bağımlılık tedavisinde kullanmak için elverişli olduğu düşünülmektedir.

Güçlendirme yaklaşımı yalnızca bağımlı birey ve ailesi için değil toplum içinde kullanılabilecek en ideal yöntemlerden biridir. Sosyal hizmet uzmanı (SHU), makro düzeyde toplumu güçlendirmeye yönelik etkinlikler, eğitimler düzenler, sosyal çalışmalar yapar, bağımlı ve ailelerinin örgütlenmesini teşvik eder. Bağımlı bireylerin karşılaştıkları damgalama karşısında haklarının olması gereken noktaya getirilmesi için çalışır. Bağımlılık tedavisi görmüş bireylerin diğer bireylerden farklı olmadığını ve eşit haklara sahip olması gerektiğini anlatmaya çalışır.

1.1.5.2 Ankara AMATEM'de Sosyal Hizmet Uygulamaları

AMATEM'de pek çok bireyin tedavisi ayaktan gerçekleştirilebildiği gibi acil durumdaki bireylere yatarak tedavi ve rehabilitasyon ünitesi hizmetleri de merkezde verilmektedir. Bireylerin giriş başvurularını tamamlamasının ardından poliklinikte problemleri belirlenir. Sosyal hizmet uzmanının da dâhil olduğu bir tedavi ekibi tarafından gereksinimleri belirlenen bireyin tedavi planı oluşturulur. Bireylerin tedavi için motivasyonlarının oluşturulması ve güçlendirilmesi yönünden uzman ve tedavi ekibi birlikte çalışır.

Ayaktan ve yatarak tedavi gören bireylerin tedavi planının ilk aşaması yoğun bakım ve detoksifikasyon tedavisi almaktadır. Sosyal hizmet uzmanı tarafından bireyin detaylı öyküsü bu aşamada dinlenir. Çalışmanın tedavi bölümünde de bahsedildiği gibi detoksifikasyon tedavinin ilk ve en hassas basamağıdır.

Uzman tarafından bireyin kendisini tanıyabilmesi, alkol kullanma nedenlerini keşfedebilmesi ve tekrar başlamaması için neler yapması gerektiğini öğrenebilmesi için ilk adımların atılmaya başlandığı kısım olarak tanımlanabilir.

Bağımlı bireylerin yaklaşık olarak %80'ninin yoğun bakım ve detoksifikasyon esnasında ve yoksunluk dönemlerinde psikiyatrik belirtiler gösterdikleri bilinmektedir. Bu nedenle, detaylı öykü alınırken uzman psikiyatrik bozuklukların belirlenmesi üzerine çalışmalar yapar. Tespit edilen bozukluğun geçici ve alkol/madde kullanımına bağlı olduğu düşünülürse, bilişsel, destekleyici ve danışmanlık teknikleri kullanılarak bireyin intihar eğilimi potansiyeli değerlendirilir, kendine olan güvenini yeniden kazandırılmaya çalışılır. Yoksunluk dönemlerinde bireyin başa çıkma becerisini arttırması sebebiyle uzman evlilik ve diğer aile sorunlarını ele alarak problemlerin çözümüne ilişkin girişimlerde bulunur. Aynı zamanda, meslek işlevselliğinin ve mali durumun düzeltilmesi, belirgin manevi konuların ele alınması, evsizlerin ev probleminin ele alınması ve relapsın önlenmesi uzman tarafından üstesinden gelinmeye çalışan diğer konulardır.

Bağımlı bireyin işlevselliğini tam anlamıyla yeniden kazanması 3-6 ay kadar bir zaman gerektirmektedir. Bu bağlamda, bireylerin alkol kullanımını ve etkilerini azaltması, relapsın önlenmesi ve rehabilitasyonu için danışmanlık, bilişsel tedavi ile davranışsal teknikleri uygulamanın problemlere çözüm olabileceği düşünülmektedir (Dilbaz, 1998:37-38). AMATEM'de tedavinin başlangıç aşamasında bireyler için dış uyaranlardan uzak bir tedavi ortamı sağlanmaktadır. Uzman tarafından uygun sosyal hizmet müdahalesi geliştirilmeden önce bireyle yapılan görüşmelerle bireyin genel tıbbi durumu, psikolojik durumu, alkol kötüye kullanım öyküsü ve ilişki bir sosyal problemi açısından değerlendirilmesi yapılır (Dilbaz, 1998:39). Görüşmenin ilk aşamalarında bireyin yaşamı ve sorunları hakkında genel konuşmalar yapılır. Benzer şekilde, alkolün bireyin hayatındaki yeri ile alkol kullanımının sağlığını ne yönde etkilediği hakkında sübjektif olmadan konuşmalarla görüşmeye devam edilir. İlk görüşme, bireyle sosyal hizmet uzmanı arasında ilişki kurulmasına

yarayan aynı zamanda sorunlara direk olarak değinmek yerine sorunların etrafında dolaşarak bireyin problemlerini detaylı olarak konuşmaya ve değışmeye ne derece hazır olduğunu anlamayı sağlayan önemli bir adımdır. Bireylerle yapılan bireysel görüşme alkolün insan yaşamını nasıl kontrol ettiğinin genel olarak anlatıldığı ilk yerdir, tedavinin ilerleyen aşamalarında düzenlenen grup toplantılarında konuya daha detaylı giriş yapılır. Alkol bağımlılığı tedavisinde içmenin olumsuz etkilerinden bahsedilmesi önemli bir noktadır. İçki problemini tam anlamıyla farkına varamamış bireyler için, şimdi ki zamanda içinde buldukları durum ile gelecekte olmak istedikleri konum arasındaki farkların vurgusu yapılır. Alkol kullanımıyla ilgili problemleri olduğunu düşünen bireyler içinse alkolün onların için yarattıkları sorunun ne olduğu ve bu durumu değıştirmek için neler yapabileceği hakkında konuşmalar yapılır. Tedavi için istekli olan bireylerin alkol üzerinde hâkimiyet kurmalarını sağlamak için verdikleri karar karşısındaki seçenekleri sunulur. Bireyin öyküsü alınırken uzman arkadaşça bir yaklaşım içinde bulunur asla tehditkâr bir tavır içerisine girmez. Aynı zamanda bireyle yapılan görüşmelerle elde edilen bilgilerde gizlilik sağlar. Bağımlı bireyde rastlanan sosyal ve ekonomik problemlerin alkolle olan ilişkisini araştırırken, bireyin tutarsız cevaplar verdiğini düşündüğü noktada uzman aileyi de dinler (Dilbaz, 1998: 78-79).

Sosyal hizmet uzmanı tarafından bağımlı bireyler için gerekli olan danışmanlık yalnızca detoksifikasyon sürecindeki bireysel görüşmelerle sınırlı değildir. Yoğun bakım ve detoksifikasyon sürecinin tamamlayan bireyler istekleri doğrultusunda bireysel görüşmelere devam ederken aynı zamanda grup olarak yapılan görüşmelere dahil edilirler. Sosyal hizmet uzmanı tarafından haftada bir kere olmak üzere toplam üç görüşmede sonlandırılan 'günaydın toplantısı' adı verilen görüşmeler yapılmaktadır. Grup, bu toplantılara paralel olarak ilerleyen haftanın diğer kalan günlerinde ise merkezin psikoloğu tarafından davranışçı-bilişsel terapinin uygulandığı grup toplantılarına katılım sağlamaktadır. AMATEM'de psikolog tarafından yönetilen grup toplantılarında uygulanan yöntem her zaman davranışçı-bilişsel uygulamadır. Ancak sosyal hizmet uzmanı tarafından yapılan günaydın toplantıları için kesin ve tek bir yöntemin

varlığından söz etmek zordur. Bireylerin niteliklerine, grubun etkileşimine ve dinamiğine bağlı olarak toplantılar sosyal hizmet uzmanının yargısına kalmaktadır.

Günaydın toplantılarında servis hemşireleri ile tedavi alan bireylerin bir araya gelerek merkez içinde durumu konuşurlar. Bireyler problemlerden, istek ve önerilerinden bahsederken, çalışanlarda problemlere ilişkin çözüm önerilerinde bulunur ve aynı zamanda bireylerden beklentilerini ifade ederler. Servis elemanları ile bireyler arasında iletişimin arttırıldığı bu toplantılarda bireyin sosyal sorunları çözme, iletişim becerilerine geliştirme yetenekleri arttırılmaya çalışılırken, tedaviye ile servise olan uyum ve motivasyonları arttırılmaya çalışılır (Kurt, (t.y), Erişim: 7.12.13, http://www.sosyalhizmetuzmani.org/bakirkoy_sakinleri.htm)

AMATEM'de psikolog ve uzman tarafından birlikte oluşturulan grupla ilk görüşmeyi günaydın toplantısıyla sosyal hizmet uzmanı başlatır. Bu toplantılardan aynı zamanda bir sosyal amaçlı grup çalışması olarak bahsetmek mümkündür. Toplantılar temel mesleki yöntemlerden biri olan sosyal amaçlı grup çalışmasının tanım ve amaçlarına uygun olarak ilerlerken çoğu zaman görüşmelerin seyriyle bağlantılı olarak uzman kendi yorumunu katarak farklı teknikleri bu çalışmanın içinde katabilmektedir. Grup etkileşimi aracılığıyla bireyin yaşamakta olduğu bazı problemlerin yalnızca ona özel olmadığı, bağımlılığı olan tüm bireylerin bu gibi problemlerin deneyimlediği gösterilir. Her bireyi bağımlılığa götüren sebepler çok çeşitli olabilmektedir, ancak bu çeşitliliğe rağmen yaşanan bağımlılığın tedavi sürecinde ilgi, endişe ve sorunların benzer olduğunu göstermek önemlidir. Bu düşünceden yola çıkarak sosyal hizmet uzmanı, bireylerde istenen değişikliği meydana getirmek amacıyla bireylerin grup içindeki diğer bireylerle ilişki kurarak kendilerine, birbirlerine ve çevreye katkıda bulunmalarını sağlar.

Uzman liderliğinde bireylerin birbirleriyle sorunlarını paylaşıp, bu sorunlara çözüm yolları üretmeye çabalarken, grup dinamikleri uzman için oldukça önemli

bir noktadır. Grup süresince bireyler farklı duygular yaşarlar. Her grup üyesinin yaşaması muhtemel çatışmalar uzman tarafından dikkatle gözlenir. Bu çatışmaların grubun ilerlemesine engel olmaması için uzman uygun gördüğü noktalarda yargılarda bulunmadan müdahalede bulunur. Grubun dinamiğini bireylerin fiziksel, bireysel ve sosyal çevresini oluşturan faktörlerin bütünüdür. Eko-sistem yaklaşımını baz alan bu bağlamda, grup dinamiğine olumlu yönlendirmelerde bulunabilmek adına motivasyonu artırıcı teknikler uzman tarafından kullanılır. Motivasyonel görüşme grubun hedefine yönelik gelişmeler göstermesini ve bu gelişmelerin grup ile tedavi sonlandırıldıktan sonraki süreçte de devamlılığın sağlanmasına yardımcı olur.

Motivasyonun bireylerin tedavi arayışında, tedaviye uyum sağlamalarında, tedaviyi tamamlamalarında ve içme davranışında uzun süreli başarılı bir değişiklik yaratma konusunda oldukça kritik bir yere sahip olması sebebiyle motivasyonel görüşme sosyal hizmet uzmanı için önemlidir. Alkol problemi olan düşük motivasyonlu bireyler için motivasyonel görüşme kendine davranışçı bilişsel müdahalelerden daha faydalı olabilmektedir. Aynı zamanda diğer klinik yaklaşımlarla birlikte kullanılmak için uygun olan bir tekniktir ve tedaviyi bırakma oranını azaltır. Uzman, motivasyonel görüşmede bireyler iç motivasyonunu değişim için güçlendirmeye odaklanır. Uzman, bireyin bağımlı davranışını değiştirmenin kendi sorumluluğunda olduğunu ve yaşadığı duygu karmaşasının sürecin doğal bir parçası olduğunu fark etmesi için çabalar. Motivasyonel görüşme sürecinde uzman bireylerin duygu karmaşasının etrafıca ele alır ve pozitif davranışsal değişikliğe doğru bireyi ilerletir.

Zorlu bir süreç olan bağımlılık tedavisinde bireylerin çoğu zaman olaylara olumsuz gözle bakmaları sık rastlanan bir durumdur. Uzmanın bireylerin konu hakkındaki bakış açısını motivasyonel görüşme aracılığıyla öğrenmesi mümkündür. Grup içerisinde olumsuz düşüncelere sahip birey ya da bireylerin varlığını fark ettiği anda uzman müdahalede bulunmaktadır. Olumsuz düşüncelerin bireyler arasında bulaşıcı olması grup dinamiğine negatif yönde etki etmektedir. Bu nedenle, uzman gelecekle ilgili oluşan olumsuz düşünceler

yerine bireylerin inançlarını kuvvetlendirecek inançlar oluşturmaya çabalar. Olumlu alternatif düşünceler sunarak bireylerin streslerini azaltmanın yan sıra gelecek kaygılarından çok şimdiye odaklanmanın önemli olduğunun altı çizilir. Elbette, bu tedavi sonrası için gelecek planları kurmamak anlamına gelmemektedir. Ancak, olumsuz düşüncelerin sonucunda tedavi seyri dolayısıyla da tedavi sonucu da olumsuz etkilenebilmektedir. Bu nedenle, bireyler tam anlamıyla hazır olana dek gelecek kaygısından çok 'şimdi' ve 'burada' vurgusu yapılmaktadır. Bu noktada, motivasyonel görüşmelerin içinde devreye güçlendirme yaklaşımı girmektedir.

Güçlendirme yaklaşımı motivasyonel görüşme tekniği ile aynı amaca hizmet eder. Uzman tıpkı motivasyonel görüşmede olduğu gibi bireyin içindeki gücün harekete geçirilmesini sağlamaya çalışır. Bireyler olumsuz düşüncelere kapıldıklarında içinde buldukları durumu olduğu gibi kabullenip sorunun çözümüne ilişkin tedavi amaçlı girdikleri süreçte aktif olabilmeleri için desteklenmesi ve baş etme becerilerini geliştirilmesi AMATEM'de sosyal hizmet uzmanının grup sürecinde üstünde çalıştığı konulardandır. AMATEM'de güçlendirme yaklaşımı yalnızca birey tarafından ele alınmaz. Bağımlılığın aile boyutu göz önünde bulundurulur ve ailelerin de problemle baş edebilme becerileri geliştirilmeye çalışılır. Bu bağlamda, uzman tarafından aileyle bilgilendirici görüşmeler yapılır (Erbay ve Sevin, 2008).

AMATEM'de psikolog ve uzman tarafından birlikte oluşturulan grupla son görüşme, tıpkı ilk görüşmede olduğu gibi sosyal hizmet uzmanı tarafından gerçekleştirilir. Yine benzer şekilde psikolog tarafından yönetilen davranışçı bilişsel grup terapisi ile sosyal hizmet uzmanı tarafından yönlendirilen günaydın toplantısının son seansları paralel olarak ilerler. Her iki toplantının son seanslarında bireyleri klinikten ayrıldıktan sonra ne gibi risklerin beklediği konuşulur. Öfke, depresyon, anksiyete, evlilik sorunları, bireyler arası çatışmalar, işsizlik gibi yaşam stresleri, alkol/madde kullanan arkadaş grupları içinde olmak, düşük sosyoekonomik düzey, kutlamalar gibi bireyleri yeniden alkol/madde kullanmaya itebilen risk faktörlerinden bahsedilir. Tedaviden sonra

uzun süreli takibin şart olduğu, bireylerin izlenmedikleri takdirde alkol ve maddeye dönmelerinin kolay olduğundan söz edilir. Taburculuk sonrası bireyler mutlaka belirli ve düzenli aralıklarla görüşmelere gelmelerinin veya kendine yardım gruplarına katılmalarının önemli olduğundan bahsedilir.

Ankara AMATEM'de alkol bağımlılığı tedavi programlarında uygulanan sosyal hizmet uygulamalarının ilk amacı bireyin kendisini tanıması sağlamaktır. Birey kendini tanıyabildiği, anlayabildiği ve değerlendirebildiği ölçüde alkol/madde kullanmaya başlama nedenlerinin farkında olabilmekte, bu faktörleri ortadan kaldırmaya çalışmaktadır. Bireyin yeniden alkol/madde kullanmaya başlamasını engellemek amacıyla gerekli bilinçlenmenin yapıldığı bu programlar bireyin kendini dışarıdaki hayata hazırlama sürecinin de temelini oluşturmaktadır. Bu da güçlendirme yaklaşımı çerçevesinde yapılır.

1.2 ARAŞTIRMANIN PROBLEMİ

Alkol, toplumumuzda yaygın olarak kullanılan ve bağımlılığa yol açan bir maddedir. Alkol kötüye kullanımı ve uzun süreli alkol kullanımının neden olduğu bağımlılık hastalığı, tedavisi uzun ve zorlu bir süreçtir. Birincil amacın bireyi alkolden uzak tutmak olan tedavi sürecinde karşılaşılan bazı problemlerin tedavi motivasyonu üzerinde yarattığı etkilerin sonucunda bireylerin tedaviyi yarım bırakması, tamamlayamaması ve nüks durumunun ortaya çıkması sık rastlanan durumlar arasındadır. Bu nedenle, bireylerin tedavi motivasyonlarını etkileyen problemlerin ne olduğunun belirlenmesi tedavinin belirlenmesinde önemlidir. Tedavi sürecindeki ekip içinde yer alan sosyal hizmet uzmanlarının bu bireylere uygulayacağı hizmet müdahalelerini geliştirebilmeleri açısından bu bilgiye gereksinim duyulmaktadır. Ancak yapılan çalışmalarda bu konuda bir bilgi eksikliği olduğu görülmüştür.

Araştırmanın problemi, bağımlılık alanında önemli bir konu olan tedavi için motivasyon sürecinin, tedavi sırasında bireylerin ve/veya tedavi programının niteliklerinden ve ihtiyaçlarından oluşan değişkenler arasındaki ilişkiyi odak alan araştırmaların yetersizliğidir. Alkol bağımlılığının kişiden kaynaklı ve kişiden

kaynaklı olmayan değişkenleri kapsayan, çok nedenli bir bozukluk olması, tedavi motivasyonunu; dolayısıyla da tedavini seyrini etkilerken, tedavi motivasyonunu belirleyen araştırmaların eksikliği uygun sosyal hizmet yaklaşımlarının oluşturulması açısından alanında boşluk yaratmıştır. Bu nedenle, alkol bağımlıları örneğinde AMATEM tedavi programı baz alınarak hangi değişkenler ile tedavi motivasyonu arasında ilişki olduğu saptanmaya ve elde edilen verilerin işığında sosyal hizmet açısından ihtiyaç duyulan sosyal hizmet uygulamaları incelenmeye çalışılmıştır.

1.3 ARAşTIRMANIN AMACI

Bu araştırmanın amacı, AMATEM’de yatan alkol bağımlılarının tedavi motivasyonlarıyla ilişkili olan problemleri saptamak ve bu problemlerin çözümüne ilişkin sosyal hizmet uygulama sürecine veri sağlamaktır. Bu amacı gerçekleştirebilmek için aşağıdaki sorulara cevap aranmıştır:

- AMATEM’de tedavi gören bireylerin bazı sosyo-demografik özellikleri(yaş, cinsiyet, gelir, eğitim durumu, ailesine ilişkin özellikler, sosyal ortam) ile tedavi motivasyonu (TMA’dan alınan puanlar) arasında ilişki var mıdır?
- AMATEM’de tedavi gören bireylerin aile özellikleri(ailedeki roller, ailedeki ocuk sayısı, evde yaşayan birey sayısı, v.b) ile tedavi motivasyonu (TMA’dan alınan puanlar) arasında ilişki var mıdır?
- AMATEM’de tedavi gören bireylerin tedavi sürecine ilişkin bazı özellikleri (hastalık öyküleri, klinik ortamının özellikleri, tedavinin ve tedavide yer alan personelin nitelikleri, çevresel etmenler, sosyal hizmet uzmanına ilişkin değerlendirmeler, vb) ile tedavi motivasyonu (TMA’dan alınan puanlar) arasında ilişki var mıdır?

1.4 ARAşTIRMANIN ÖNEMİ

Bu araştırma ile tedavi edilebilir bir rahatsızlık olan bağımlılığa yol açan değişkenlerin tanımlanması ve tedavi motivasyonu üzerindeki etkilerinin belirlenmesiyle birçok olumsuz sonucun önüne geçebileceği düşünölmektedir. Bu bağlamda, tedavi alan bağımlıların tedavide başarı yüzdesinin

arttırılabileceği düşünölmektedir. Bu alışma madde bağımlılığı alanında çalışan meslek elemanları için de önemli bir veri kaynağı oluşturmaktadır.

1.5 ARAşTIRMANIN SAYILTI LARI

Bu araştırmanın sayıltıları şunlardır:

Alkol/madde bağımlısı bireylerde Tedavi Motivasyonu Anketi (TMA) leğinin kişiden kaynaklı olan ve kişiden kaynaklı olmayan değişkenlerin neden olduğu tedavi sürecinde karşılaşılan zorluklar ile tedavi motivasyonu arasındaki ilişkinin boyutlarına ışık tutabileceği düşünölmektedir. Çalışmaya katılan bireylerden geçerli ve güvenilir bilgiler alındığı varsayılmaktadır.

1.6 SINIRLILIKLAR

Bu çalışmanın sınırlılığı Ankara'da bulunan alkol bağımlılığı tedavisi veren tüm klinikler içerisinden çalışma için izin alınabilen tek yer olan AMATEM'dir. Bu alışma, üç aylık uygulama süresi içinde Ankara AMATEM'e yatarak tedavi olmak amacıyla yatmış ve detoksifikasyon tedavisini tamamlamış 35 kişi ile sınırlıdır.

1.7 TANIMLAR

Araştırmada kullanılan işlevsel tanımlar şunlardır:

Alkol bağımlısı bireyler: Bu çalışmada alkol bağımlısı olanlar AMATEM'de yatarak alkol bağımlılığı tedavisi gören bireylerdir.

Tedavi motivasyonu: Bu çalışmanın tedavi motivasyonu AMATEM'de yatarak bağımlılık tedavisi gören bireylerin Tedavi Motivasyonu Anketi'nden (TMA) aldığı puanlar belirlemektedir. TMA, 4 alt ölçekten oluşan bir ölçektir. İçsel motivasyon, dışsal motivasyon, kişiler arası yardım arama ve tedaviye güven tedavi motivasyonunu oluşturan ögelerdir.

Tedavi süreci: AMATEM'de alkol bağımlısı tanısı görmüş yatarak tedavi alan bireylerin girdikleri günden taburcu edildikleri güne kadar geçen süreç.

Sosyal Hizmet Uygulamaları: AMATEM'DE yatarak tedavi gören alkol bağımlısı bireylerin SHU'yla olan iletişimi bu çalışmanın sosyal hizmet uygulamalarıdır. Bu kapsamda, bireylerin uzmanla görüşme sıklıkları,

uzmandan aldığı ve almak istediği yardımlar, uzmanın sahip olduğu bilgi ve beceriler, bireyi problemiyle baş etmeye hazırlayıp hazırlamaması v.b. gibi durumlar bu çalışmanın sosyal hizmet uygulamaları kriterlerindedir.

2.BÖLÜM: YÖNTEM

2.1 ARAŞTIRMANIN MODELİ

Bu çalışma, AMATEM’de yatarak tedavi gören alkol bağımlısı bireylerin tedavi sürecinde karşılaştıkları problemlerin tedavi motivasyonuna etkisi üzerinde yapılmıştır. Araştırmanın bağımlı değişkeni alkol bağımlısı bireylerin tedavi motivasyonudur. Tedavi motivasyonunu etkileyen problemler olarak ele alınan alkol bağımlılarının kişilik özellikleri, sosyo-demografik özellikleri (yaş, cinsiyet, gelir, eğitim durumu), ailesine ilişkin özellikler, sosyal ortam, tedavi süreci, klinik özellikler, tedavinin ve tedavide yer alan personelin nitelikleri ise araştırmanın bağımsız değişkenidir.

Araştırma nicel olmasının yanı sıra değişkenler arası değişimin varlığını ve/veya derecesini belirleyebilme amacını gütmektedir. Aynı zaman da var olanı olduğu gibi betimlemeyi ve ortaya çıkarma hedeflendiği için çalışmada ilişkisel tarama modeli kullanılmıştır. Karasar’a göre ilişkisel betimleyici model; “geçmişte ya da halen var olan bir durumu var olduğu şekli ile betimlemeyi amaç edinen araştırmalar” modelidir (Karasar, 2005: 77).

2.2 ARAŞTIRMANIN EVREN ve ÖRNEKLEMİ

Araştırmanın evreni tüm ülkedeki bağımlılık tedavisi gören bireylerdir. Ankara’da alkol bağımlılığı tedavisinin uygulandığı tüm merkezler araştırılmış ve gerekli izinler için başvuruda bulunulmuştur. Uygulama için izin veren tek yer olması sebebiyle Ankara AMATEM’de çalışmanın yapılmasına karar verilmiştir. Daha önce Sosyal Hizmet Ortamlarında Uygulama 1 ve 2 dersleri amacıyla da bu klinikte çalışılmış olmasının araştırma sürecinde kolaylık ve avantaj sağlayabileceği düşünülmüştür.

Ankara AMATEM’de yatarak tedavi görenler ve araştırmaya katılmayı kabul edenler araştırmanın çalışma evrenini oluşturmaktadır. Ancak olanaklar

sebebiyle Ankara AMATEM’de yatarak alkol bağımlılığı tedavisi gören bireyler bu araştırma için çalışma evreni olarak seçilmiştir. Araştırma sürecinde çalışılacak birey sayılarını belirlerken öncelikle Ankara AMATEM’e 2012 yılı boyunca alkol bağımlılığı tanısıyla yatan birey sayısı (161) 12’ye bölünerek aybaşına düşen birey sayısı (13,4) tespit edilmiştir. Ancak nicel bir çalışma olması ve nicel çalışmalarda herhangi bir istatistiki bilgi için sayının en az 30 olması gerekmektedir. Ayrıca istatistik konusunda çalışanlardan alınan görüş çerçevesinde temsili olarak en az üç aylık bir sürenin uygun olduğu belirtilmiştir. Bu nedenle ay başına düşen birey sayısını baz alarak üç aylık süre ile 30 birey ve üstüne ulaşabileceği hedeflenmiştir.

Küçük boyutta bir çalışma evreninin oluşması sebebiyle bu araştırma için örneklem seçim yöntemine gidilmemiştir. Bunun yerine tam sayım yoluna gidilmiştir. Araştırmaya gönüllü olarak katılmayı kabul eden tüm bireyler araştırma kapsamına alınmıştır (n=35).

2.3. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI

Araştırmanın verileri, Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi bünyesindeki AMATEM kliniğinde yatarak alkol bağımlılığı tedavisi gören bireylere uygulanan iki farklı veri toplama aracıyla elde edilmiştir. Bunlar, bireylerin sahip olduğu motivasyonu belirlemeye yarayan Tedavi Motivasyonu Anketi’ (TMA) ölçeği ve “Görüşme Formu” dur.

Tedavi Motivasyon Ölçeği, alkol ve madde bağımlılığı tedavilerinde kullanılan, tedaviye katılım ve tedavide kalma nedenleri ölçmek üzere düzenlenmiş bir ölçektir. 26 maddeden oluşan sorular 'Kesinlikle katılmıyorum', 'Katılmıyorum', 'Bilmiyorum', 'Katılıyorum' ve 'Kesinlikle katılıyorum' seçenekleriyle cevaplanmaktadır. Likert tipindeki 1995 yılında Ryan ve arkadaşları tarafından geliştirilen bu ölçeğin Evren ve arkadaşları tarafından Türkçeye çevrilerek geçerlilik ve güvenilirliği 2006 yılında yapılmıştır. Özbildirime dayalı 26 maddeden oluşan anketin 22 maddesi olumlu, dört maddesi olumsuz ifade

taşımaktadır. Olumlu maddeler 1'den 5'e, olumsuz maddeler 5'ten 1'e doğru puanlanmaktadır. Alt ölçek puanlarıyla toplam ölçek puanları hesaplanarak ölçek değerlendirilmesi yapılmaktadır. Ölçekten alınan puan en az 26, en fazla 130'dur.

İçsel motivasyon (İM), dışsal motivasyon (DM), kişilerarası yardım arama (KYA) ve tedaviye güven (TG) ölçeğın 4 faktörünü oluşturmaktadır.

İçsel motivasyonu belirleyen 11 madde (1, 2, 4, 5, 7, 8, 9, 11, 15, 20 ve 23. maddeler) bulunmaktadır. TMA ölçeğinde içsel motivasyon faktörleri tam anlamıyla birey tarafından belirlenmiş olmayan içselleştirilmiş motivasyon olarak ele alınmaktadır. Başka bir deyişle, bireyin bunu istemek durumunda kalmış olmasıyla oluşan bir iç motivasyon söz konusudur (Evren ve ark., 2006: 117).

Dışsal motivasyona yönelik 4 soru bulunmaktadır (3, 6, 10 ve 12. maddeler). Dış motivasyon düzeyini belirleyen bu sorular bireylerin tedavi olmaktan başka seçeneğı kalmamasını ve tedavi görmesi için dış güçlerden baskı görmesini baz almaktadır.

Kişiler arası yardım arama faktörlerini oluşturan 6 soru bulunmaktadır. (17, 18, 19,22, 25 ve 26. maddeler). Kişiler arası yardım arama motivasyonun kriteri bireylerin problemlerini başkalarıyla paylaşabilmek oluşturmaktadır. Buna göre bir bireyin kişiler arası yardım arama motivasyonunu sorunlarını başkalarına açabilmesi belirler.

Tedaviye güven motivasyonunu belirleyen sorular 5 tanedir. (13, 14, 16, 21 ve 24. maddeler) Bu sorular bireylerin tedavi süreciyle ilgili beklentilerini ve düşüncelerini odak alır (Savaşan, 2010: 121).

Alkol bağımlılarını başarılı bir şekilde ve en uygun müdahalelerle tedavi edebilmek için tedavi süresince oluşan motivasyonu etkileyen değışkenlerin etkileriyle birlikte saptanması ve sınıflandırılması uygun sosyal hizmet

müdahalelerin araştırılmasında kolaylık sağlayacak ve ihtiyaç duyulan bilimsel bilginin elde edilmesine katkı sağlayacağı düşünülmüştür.

Görüşme formu ise literatür taraması, klinik izlenim ve danışman kanısına başvurularak oluşturulmuştur. Açık ve kapalı uçlu 100 adet soru içeren üç bölümden meydana gelmektedir. Birinci bölümde (tanıtıcı bilgiler), görüşme formunu yanıtlayanların sosyo-demografik (yaş, cinsiyet, eğitim durumu, medeni durum, ikamet ettiği yer, çalışma durumu) özelliklerine ilişkin 13 soru bulunmaktadır. İkinci bölümde hastalık öyküsü hakkında veriler elde edebilmek amacıyla bireylerin alkol kullanma özelliklerine (ailede ve sosyal çevrede alkol bağımlılığı varlığı, içilen alkol cinsi ve miktarı, kendi kendine içmeyi bırakma çabası) ilişkin 13 soru sorulmaktadır. Son bölüm, bireylerin tedavi sürecine ilişkin özellikleri yöneliktir. Aile ve sosyal çevre, klinik ortam, tedaviye güven kapsamında 74 soru bulunmaktadır. Görüşme formunun anket niteliğinde hazırlanmış olması bireylerin kendi bildirim ve algılayış şekillerini baz almaktadır.

2.4 VERİLERİN TOPLANMASI ve ANALİZİ

Çalışmanın uygulamalarını Ankara Numune Hastanesi 2. Psikiyatri Kliniğine bağlı AMATEM biriminde yapabilmek amacıyla hastane yönetimine yapılan başvuru 05.12.2012 tarihinde kabul edilmiştir. Araştırmacı, kabul tarihinden Mayıs ayına kadar haftada iki gün AMATEM'e gidilerek veri toplama araçlarını oluşturma sürecine katkı sağlamak amacıyla klinik ortamda gözlemler yapılmış, sosyal hizmet uzmanıyla yapılan günaydın toplantıları ile psikolog tarafından yapılan grup terapilerine izleyici olarak katılmıştır

Veri toplama süreci, yatan birey sayısının az olması nedeniyle tahmin edilenden daha uzun süre içerisinde ve daha az katılımcıyla gerçekleşmek zorunda kalmıştır. Araştırma için izin alınabilen tek alkol bağımlılığı tedavisi veren olan AMATEM olması sebebiyle katılımcı sayısını arttırmak için başka kaynak bulmak mümkün olmamıştır. Veri toplama sürecinin yaz mevsimine ve ramazan ayına denk gelmiş olmasının yatan klinik yatan sayısı üzerinde etkili olmuş

olabileceği düşünülmektedir. Az sayıdaki alkol bağımlısı tedavisi gören bireylerin hepsine ulaşmak çeşitli sebepler nedeniyle mümkün olmamıştır. Kimi zaman klinik içerisinde yaşanan bazı idari sorunlar kimi zamansa bireylerin kendilerini iyi hissetmemesi nedeniyle sayıyı arttırmada sorunlar yaşanmıştır.

Giriş yapan bireylerin detoksifikasyon sürecinin tamamlanmasının ardından grup ve bireysel görüşme süreçleri başlamaktadır. Bu nedenle yatan birey başvurusu alındığında dahi bireyler hemen görüşme formuna tabii tutulamamıştır. Bireylerin içinde buldukları zorlu ve sıkıntılı süreç içerisinde kimi zaman ağırlı günler geçiriyor olması nedeniyle de uygulama olduğundan daha uzun süre içerisinde tamamlanmıştır.

Veriler toplanmadan önce tüm bireylere araştırmanın amacı hakkında bilgi verilmiş ve gönüllü olanlar araştırma kapsamına alınmıştır. Bilgilendirilmiş gönüllü onam formunu imzalayan bireyler, detoksifikasyon tedavisinin ardından görüşmeye alınmıştır.

Mayıs 2013 ve Temmuz 2013 tarihleri arasında alkol bağımlılığı tanısı almış 39 bireye Görüşme Formu ve Tedavi Motivasyon Anketi uygulanmıştır. Üç aylık sürenin sonunda klinikte yatarak tedavi alan 39 birey çalışmaya gönüllü olarak katılım sağlamıştır. Bu bireylere 39 adet görüşme formu ile 39 adet ölçek uygulanmaya çalışılmıştır. 39 görüşme formu ile 39 ölçekten dört tanesi yanıtlarındaki eksikler sebebiyle araştırmaya dâhil edilmemiştir.

Görüşme Formunda bulunan kapalı uçlu sorular gruplanarak düzenlenmiş ve bireylere ait veriler bilgisayara girilmiştir. Bu veriler SPSS for Windows 16 programında istatistiksel değerlendirmeye alınmıştır. Değişkenlerin yüzdeleri ve belirlenmiştir. 35 kişi ile çalışılmış olması ve elde edilen verilerin normal dağılım özelliğine sahip olmaması nedeniyle bu çalışmada parametrik olmayan veriler kapsamında Mann-Whitney U testi kullanılmıştır. Yaş ve eğitim durumu gibi değişkenlerin diziliş sıraları arasındaki ilişkinin derecesinin belirlemek için Spearman korelasyonundan yararlanılmıştır.

Bireylere soruları yanıtsız bırakma hakkı oldukları ifade edilmiştir. Buna rağmen uygulama sırasında yapılan gözlemler bireylerin bazı soruları anlamadıkları, tedavi süreçlerinde bulunan bazı birey, grup ve kavram tanımlarına hâkim olmadıklarına işaret etmiştir. Bu durumun nedenlerinde soruların yeterince basit olmaması ve bireylerin tedavileri ve tedavilerinde rol alan faktörler hakkında yeterli bilgiye sahip olmamaları olarak görülmüştür.

Görüşme Formunda yer alan ancak yetersiz cevapları nedeniyle Tablosu oluşturulmamış sorular bulunmaktadır. Benzer şekilde bazı açık uçlu sorular gruplandırılırken cevapların anlamlı bir kategori altında toplanamaması sebebiyle Tabloları oluşturulamamıştır. Anlamlı ilişki tespit edilememiş birçok Tablo kafa karıştırıcı olmaması için Bulgular kısmına dâhil edilmemiştir.

3.BÖLÜM: BULGULAR ve YORUM

AMATEM’de tedavi gören bireyleri tanıtıcı bulgular iki ana başlık altında ele alınmıştır. İlki AMATEM’de Tedavi Gören Bireyleri Tanıtıcı Bilgiler, ikincisi ise AMATEM’de Tedavi Gören Bireylerin Tedavi Motivasyonlarını Etkileyen Etmenler’dir.

3.1 AMATEM’DE TEDAVİ GÖREN KİŞİLERİ TANITICI BULGULAR

Bu çalışmada bireyleri tanıtıcı bulgular üç ana başlık altında ele alınmıştır. Bunlar bireylerin sosyo demografik özellikleri, ailelerine ilişkin özellikleri, tedavi sürecine ilişkin bilgileridir.

Bireylerin tedavi motivasyonlarını etkileyen etmenleri belirlemenin en doğru yolu öncelikle bireyleri tanıtıcı bulguları ele almaktır. Bireyleri tanımayı sağlayan verileri elde ettikten sonra tedavi motivasyonlarını belirleyen etmenleri belirlemek ve değerlendirmenin daha kolay olacağı düşünülmektedir.

Tabloların değerlendirmesi ve yorumu yapılırken araştırma sürecinde yapılan gözlemlerden ve kuramsal bölümde bahsedilen literatür çalışmalarından yararlanılmıştır.

3.1.1 Bireylerin Sosyo-demografik Özellikleri

AMATEM’de 2013 yılının Mayıs, Haziran, Temmuz aylarında yatarak tedavi gören 35 bireyin kliniğe geliş şekli, cinsiyeti, yaşı, yaşadıkları yeri, eğitimi, mesleği, çalışma durumu, gelir sahibi olma durumu, gelir kaynağı ve elde ettikleri gelirin yeterlik durumu ele alınmıştır. Alınan yanıtlara ilişkin oluşturulan Tablo şu şekildedir:

Tablo 1: Bireylerin Sosyo-demografik Özellikleri

Değerlendirmeler	Cevaplar	Sıklık	%
Kliniğe Geliş Şekli	Kendi isteği	30	85,7
	Kendi isteği dışında	5	14,3
Cinsiyet	Erkek	34	97,1
	Kadın	1	2,9
Yaş	40-46	11	31,4
	47-53	8	22,9
	32-39	7	20,0
	54-60	5	14,3
	61-67+	2	5,7
	Yanıtız	2	5,7
Yaşadığı yer	Şehir	33	94,3
	Köy-kasaba	2	5,7
Eğitim düzeyi	Lise	17	48,6
	İlköğretim	16	45,7
	Yüksek okul veya üniversite	2	5,7
Meslek	Çalışmıyor	12	34,3
	Serbest Meslek	8	22,9
	Emekli	6	17,1
	Memur	5	14,3
	Yanıtız	3	8,6
	Çiftçi	1	2,9
Gelir kaynağı	Çalışma Karşılığı Ücret	15	42,9
	Emekli Maaşı	7	20,0
	Yakınlarından	6	17,1
	Yanıtız	4	11,4
	Sosyal Yardım	2	5,7
	Diğer	1	2,9
İşi var mı?	Evet	16	45,7
	Hayır	19	54,3
Geliri var mı?	Evet	32	91,4
	Hayır	3	8,6
Geliri yeterli mi?	Evet	13	37,1
	Hayır	21	60,0
	Yanıtız	1	2,9

Bir işi yapmak için gönüllü ve istekli olmak bireyleri başarıya bir adım yaklaştırır. Benzer şekilde bağımlılık tedavisinde de gönüllülük esastır. Tedavi için istekli olmak bağımlılık tedavisinde en önemli belirleyicilerden biri olarak görülmektedir. Bu açıdan, tedavi alan bireyin kliniğe geliş şekli çalışmaya dahil edilmiştir ve motivasyon üzerinde etkili olabileceği düşünülmüştür. Tablo 1'deki dağılıma bakıldığında görüşmeye katılan 35 bireyden 30'unun bu soruya 'kendi isteği' (%85.7) cevabını verdiği saptanmıştır. Beş birey (%14.3) bağımlılık tedavisine kendi isteği dışında katılmıştır. Kendi isteğiyle gelen bireylerin çoğunlukta olması motivasyon açısından olumlu bir sonuç vereceği şeklinde yorumlanabilir. Ancak istekli olmak tedavi de önemli belirleyici olsa da motive olmak aynı anlamı taşımamaktadır. Birçok birey için tedavi kararı almak bile yeterince zordur. Bu nedenle bireylerin kliniğe kendi isteğiyle geldiklerinde bile motivasyonun hemen sağlanamama ihtimali vardır (Evren ve ark., 2006: 118).

Bireylere cinsiyetleri sorulduğunda verilen cevaplar sonucunda çalışmaya katılanlardan bir bireyin kadın, geri kalan 34 bireyin erkek olduğu saptandı. Buna göre, alkol bağımlılığının erkeklerde daha çok görüldüğü yorumunu yapmak mümkündür. Weijers ve arkadaşları da (2003) erkek alkol bağımlılarında bağımlılığın daha erken geliştiğini belirtmektedir (Weijers ve ark., 2003; akt: Ayhan, 2010: 21). Bu sonuç, aynı zamanda erkeklerin tedaviye daha kolay ulaştığı anlamını taşıyor olabilir. Bu durum toplumda kadın alkol kullanımının gizli kalması dolayısıyla da yardım arayışının az olmasıyla alakalı olabilir.

Bu konuda yapılan diğer araştırmalarda alkol bağımlılığının erkeklerde daha yaygın olduğunu göstermektedir (Pektaş ve ark. 2001: 26). Bulut (1993), bir ailede erkek birey bulunduğunda aile işlevlerinin daha çok zedelendiğini belirtmektedir. Bu durumda, Tablo 1'de de gösterildiği gibi çalışmaya katılan alkol bağımlısı erkek bireylerin 19'unun evli olduğu göz önüne alındığında bu gibi ailelerde işleyişin bozulma ihtimalinin daha yüksek olduğu düşünülebilir. Alkol bağımlılığı gibi kısa sürede ortadan kaldırılması mümkün olmayan rahatsızlıklarda aile yapısında bazı değişiklikler olmaktadır. Bu nedenle, cinsiyet

rolleri açısından tedavide önemli bir yere sahip olan ailenin yapısındaki oluşacak bozukluk motivasyon üzerinde olumsuz bir etkiye neden olabilir.

Görüşme yapılan 35 bireyden en çok 40-46 (%31.4) yaş aralığında, en az ise 61-67+ (%5.7) yaş aralığında alkol bağımlılığı tedavisi alan birey bulunduğu tespit edilmiştir. Alkol bağımlısı bireylerin çoğunlukla 40-46 yaş aralığında olması, Türkiye Ruh Sağlığı Profili Raporu'yla (1998) uyumludur. Bu rapora göre alkol bağımlılarının yaş ortalaması 41.1'dir (Erol ve ark., 1998, akt: Koçak, 2009: 4). Tedavi gören sekiz bireyin 47-53, yedi bireyin 31-39, beş bireyin 65-60 yaş aralığında olduğu belirlenmiştir. Alkol bağımlılığı tedavisi gören bireylerin büyük bir kısmının orta yaşın üstü olmasının nedeni zararlarının daha ileri yaşlarda ortaya çıkması olabilir. Bu durum da bireylerin tedaviye geç başvurmalarının nedeni olarak açıklanabilir. Benzeri bulgulara yapılan araştırmalarda da ulaşılmıştır (Bulut ve ark., 2002: 68, Gümüş ve ark., 2002:151).

AMATEM'de bulunan bireylerin yaşadıkları yerin dağılımına bakıldığında 33'ünün şehirde, iki bireyinse köy veya kasabada yaşadığı belirlenmiştir. Şehirler, köy ve kasaba gibi yerleşim yerlerine göre daha fazla olanağa sahip yerlerdir. Ancak fazla olanak beraberinde kirliliği, gürültüyü, trafiği, kalabalığı ve iş stresini getirmektedir. Tüm bunlar stres faktörlerine dönüşürken bireyler sıkıntılarından uzaklaşmak için alkole yönelebilmektedir. Şehirlerde alkole ulaşımın ve alkolü temin etmenin daha kolay olması da önemli bir etken olarak görülebilir. Bu bağlamda, şehirlerde alkol bağımlılığına daha sık rastlandığı düşünülebilir. Daha küçük yerleşim yerlerinde alkol kullanımının hoş karşılanmaması köy ve kasabada bağımlılığın daha az görülmesinin nedeni olabilir. Bu noktada, daha küçük yerleşim yerlerinden alkol bağımlılığı tedavisi almak için gelen bireylerin sosyal destek sistemlerine daha fazla ihtiyaç duyacakları düşünülebilir. Bağımlılık, genel olarak toplum tarafından hoş karşılanan bir durum olmasa da köy ve kasaba gibi eğitim seviyesinin şehirlere oranla daha düşük olduğu yerlerde bu durumun kabul görme ihtimali daha düşük gözükmektedir.

Yapılan çalışmaların pek çoğunda eğitim önemli bir faktördür. Bu nedenle kişilerin eğitim düzeyleri belirlenmek istenmiştir. Alınan cevaplar üç başlık altında toplanmıştır. En çok verilen cevap 17 bireyle 'lise' olmuştur. 16 birey ise 'ilköğretim' cevabını vermiştir. Yalnızca iki bireyin yüksek okul veya üniversite mezunu olduğu belirtmiştir. Bu bakımdan, yüksek öğrenim görmüş alkol bağımlılığı tedavisi alan bireylerin oldukça az olduğu görülmektedir. Ancak, ülkemizde lise de yüksek bir öğrenim olarak kabul görmektedir. Bu sebeple, çalışmaya katılan bireylerin büyük bir çoğunluğunun eğitilmiş olduğunu söylemek mümkündür. Bu sonuçlar eğitim seviyesinin düşüklüğü ile bağımlılık arasındaki ilişkiyi destekleyen görüşlerle çelişmektedir. Bu durum, aynı zamanda iyi eğitime sahip olan bireylerin kendini ifade etmekte özelliğinde farklılık yaratabilir. Nitekim, alkol bağımlıları üzerinde yapılan bir çalışmada eğitim durumunun kendini ifade etme özelliğinde anlamlı istatistiksel farklılık yarattığı belirlenmiştir (Kalyoncu ve ark., 2000: 59).

Alkol bağımlılığında belirgin meslek grupları olup olmadığı belirlenmek istenmiştir. Çalışma grubunun mesleklerini belirlemek amacıyla görüşme formunda bireylere açık uçlu sorular yöneltilmiştir. Verilen cevaplar doğrultusunda bireylerin meslekleri değerlendirildiğinde altı farklı başlıkta toplanabilecek cevaplar elde edilmiştir. 12 bireyin çalışmazken, sekiz bireyin serbest meslek, altı bireyin emekli, beş bireyin memur, bir bireyin çiftçi olduğu tespit edilmiştir. %8.6'lık bir kısım soruyu yanıt vermemeyi tercih etmiştir. Yapılan çalışmalar işten çıkarılma durumunun alkol kullanım bozukluğu gelişim riskini arttıran bir faktör olduğunu ortaya koymaktadır (İlhan ve ark., 2003). Bu durum en fazla oranın neden çalışmayan bireylere ait olduğuna bir açıklama olarak kabul edilebilir.

Bireylerin maddi durumunun bağımlılıkta belirgin bir rolü olup olmadığını öğrenmek amacıyla bireylere sorular yöneltilmiştir. Bireylerin cevap olarak belirtmiş olduğu sayısal veriler arasında anlamlı bir gruplandırma yapılamamıştır. Bu nedenle yalnızca hangi yolla gelir elde ettikleri cevap olarak alınmıştır. Buna göre çalışma grubunda bulunan 15 bireyin çalışma karşılığı

ücret aldığı tespit edilmiştir. Yedi bireyin gelir kaynağını emekli maaşı oluştururken altı birey yakınlarının (aile ve çevre) yardımıyla hayatını devam ettirmekte olduğu belirlenmiştir. Bunu sırasıyla yanıtız, sosyal yardım ve diğer seçenekleri izlemektedir.

Ülkemizde emekli maaşıyla geçinmenin zorluklarından sık sık bahsedilmektedir. Gelir kaynağı olarak emekli maaşını gösteren 7 bireye ek olarak, 6 bireyin yakınlarından, 2 bireyin sosyal yardım olarak geçimini sağlıyor olması çalışma grubunun sosyo-ekonomik düzeyinin düşük olduğunu izlenimini vermektedir. Soruları cevaplamayı tercih etmeyen 4 bireyin düzenli gelir kaynağı olmadığı için soruya cevap vermediği kabul edilirse bu bireylerde sosyo-ekonomik düzeyi düşük gruba dâhil edilebilir. Benzer şekilde 15 bireyin çalışma karşılığı ücret alıyor olması sosyo-ekonomik düzeyi yükseltmek için yeterli olmayabilir. Bu bağlamda, çalışma grubunun sosyo-ekonomik düzeyi düşük görünmektedir ancak daha doğru bir yorum yapabilmek için bireylerin iş sahibi olma, gelir elde etme ve elde ettikleri gelirin yeterli durumu dikkate alınmalıdır.

Bireylere iş ve gelir sahibi olup olmadıkları ve gelirlerini yeterli bulup bulmadıklarını belirlemek amacıyla sorulan soruları evet-hayır şeklinde cevaplamaları istenmiş, yanıt vermeme hakkına sahip oldukları belirtilmiştir. Buna göre bireylerin 16'sının iş sahibi olduğu, 19'unun çalışmadığı tespit edilmiştir. Bağımlılığın bireyleri mesleklerini yapamaz hale getirdiği bilinmektedir. Nitekim bağımlıları yeniden topluma kazandırmak ve meslek sahibi olmalarını sağlamak için çeşitli kurum ve kuruluş ve topluluklarca yürütölen projeler bulunmaktadır. Çalışmayan bireylerin çokluğu buradan kaynaklanıyor olabilir. 19 birey çalışmadığını belirtmesine rağmen yalnızca 3 bireyin gelirin olmadığı belirlenmiştir. Bu durumda yardım olarak geçimini sürdüren bireyler aldıkları yardımları 'gelir' olarak gördüğü düşünölebilir. bireylerden yalnızca 13'üne göre ellerine geçen miktar yeterli bulunmaktadır. 21 bireye göre elde ettikleri miktar yetersizdir. Gelirin ailelerin yaşam tarzından önemli bir role sahip olduğu bilinmektedir. Tedavi gerektiren durumlarda yüksek gelire sahip ailelerin daha şanslı bir konumda olduğu düşünölmektedir. Bu da,

rahatsız bireyi bulunan ailelerin işlevselliğinin aylık gelirden etkilendiği anlamına gelmektedir (Bulut, 1993:71). Bu durumda gelirin yetersiz olması ailedeki işleyişi bozabilir ve tedavi bundan olumsuz etkilenebilir.

Bağımlıların içebilmek için yüksek miktarlarda paralar harcadığı ve bu durumun bireyleri maddi sıkıntılara sürüklediği pek çok araştırma tarafından bildirilmiştir (Gümüş ve ark., 2002). Borç içine girmekte hatta hırsızlık bile yapacak kadar gözlerinin kararabilmektedir. Bu bağlamda, tedavi öncesinde bile bağımlılık nedeniyle ekonomik sıkıntılar içerisine düşmüş bireylerin tedavi nedeniyle masrafların artması ve işlerinden uzak kalmaları elde edilen gelirin yetersiz olarak nitelendirilmesine neden olabilir. Genel açıdan bakıldığında, çalışmayan bireylerin çokluğu ve elde edilen gelirlerin yetersizliği bireylerin ekonomik düzeylerinin düşük olduğuna işaret etmektedir.

Bireylerin sahip olduğu ailesel özelliklerin tedavi üzerinde etkili olabileceği düşünülmektedir. Bir sonraki bölümde AMATEM'de tedavi gören bireylerin ailelerine ilişkin özellikleri yer verilmiştir.

3.1.2 Ailelerine İlişkin Bazı Özellikler

Bu bölümde bireylerin ailelerine ilişkin özelliklerine yer verilmiştir. Bağımlı bireylerin aile özelliklerine ilişkin bilgiler elde edebilmek amacıyla beş soru oluşturulmuştur. Bunlar medeni durum, ailedeki roller, birlikte yaşanan aile bireyleri, çocuk sahibi olma durumu ve sahip olunan çocuk sayısıdır. Alınan cevaplara ilişkin oluşturulmuş Tablo şu şekildedir:

Tablo 2: Bireylerin Ailelerine İlişkin Bazı Özellikleri

Değerlendirmeler	Yanıtlar	Sıklık	%
Medeni durum	Evli	19	54,3
	Boşanmış	10	28,6
	Eşinden ayrı yaşıyor	4	11,4
	Bekar	2	5,7
Ailedeki rolleri	Eş ve ebeveyn	12	34,3
	Anne-Baba	11	31,4
	Eş	7	20,0
	Evlat	5	14,3
Yaşadığı aile bireyi	Biriyle ya da birileriyle	26	74,3
	Yalnız	9	25,7
Çocuğu var mı?	Var	27	77,1
	Yok	8	22,9
Çocuk sayısı	İki	13	37,1
	Üç ve daha fazla	9	25,7
	Çocuğu yok	8	22,9
	Bir	6	17,1

Çalışmada evlilerin oranı %54.3, bekârların oranı ise %5.7'dir. %28.6 boşanmış olup, %11.4'ü eşinden ayrı yaşamaktadır. Seçenekler arasında bulunan dul şikkı hiçbir birey tarafından işaretlenmemiştir. Buna göre, en yüksek oran evli bireylere ait gözükmetedir. Ancak boşanmış ve eşinden ayrı yaşayan bireylerin sayısı dikkate alındığında alkolün evlilik ilişkileri üzerindeki olumsuz etkilerini görmek mümkündür. Tablo 2'de ortaya çıkan sonuç literatür araştırmalarında karşılaşılan bireyler arası ilişkilerin bozulması, aile içi sorunların artması, ailelerin parçalanması ve düzensiz aile yapısı gibi alkol bağımlılığı sonuçlarıyla uyumludur.

Bağımlılık tedavisi gören bekar bireylerin sayısı azdır. Sayının bu denli az çıkması alkol bağımlılığının belirli bir yaşa ulaşmış, evlenerek kendi hayatını kurmuş bireylerde daha sık rastlandığı düşünülebilir.

Ağırlıklı olarak evli olan çalışma grubundaki tüm bireylere ailedeki rolleri sorulmuştur. Bağımlılık tedavisi gören bireylerin 12'sinin hem eş hem de ebeveyn oldukları belirlenmiştir. 11 birey anne-baba seçeneğini işaretlerken, 7 birey eş, 5 birey ise evlat konumunda gözükmektedir. Bireylerin medeni durumuyla ilgili dağılıma bakıldığında bazı sayıların değişkenlik gösterdiği görülmüştür. Örneğin çalışma grubunda yalnızca 2 bireyin bekar olmasına rağmen kendini yalnızca evlat olarak tanımlayan 5 bireyin bulunduğu görülmektedir. Bu durum bireylerin evliliklerinde ve ailelerinde yaşadıkları sorunlar sonucunda meydana gelmiş olabilir. bireyler yaşadıkları problemler nedeniyle sahip oldukları bazı rolleri reddediyor olabilirler. Tablodaki diğer değerler arası sayı uyumsuzluğunun da buradan kaynaklandığı düşünülmektedir.

Bireylere yaşadıkları aile bireyleri sorulduğunda 26'sının birileriyle, 9'unun yalnız yaşadığı tespit edilmiştir. Alkol bağımlılığının yarattığı suç işleme ve şiddet eğilimi, ailelerin parçalanması ve iş kayıpları gibi problemler göz önüne alındığında alkol bağımlısı bireyle birlikte yaşayanların sırtlandıkları yük oldukça ağırdır. En az bağımlı kadar acı çekerler. Bu nedenle bu bireyler tedaviyi en çok arzu edenlerden oluşur. Bu bağlamda, yalnız yaşamayan bireylerin tedavi sürecinde daha fazla destek sistemine sahip olacağı düşünülebilir. Buna ek olarak, bağımlı da olsa bir bireyin evi başka insanlarla paylaştığında iletişim kurma, ilişki sürdürme ve iletişim kurmaktan kaçınmama konularında yalnız yaşayanlara göre tedavi sürecinde daha başarılı olacağı düşünülebilir. Yalnız yaşamayan bireyleri bireysel düşünmeye alıştırdığı söylenebilir. Bu bağlamda yalnız yaşayan bireylerin diğer bireylere göre tedavide davranışsal farklılıklar gösterebilir. Yalnız yaşamak yardım arama davranışını körelten bir unsur haline gelebilir.

Bireylere çocuk sahibi olup olmadıkları sorulmuştur. 27 bireyin çocuk sahibi olduğu, 8'ininse çocuğu olmadığı tespit edilmiştir. Bağımlılık dahil olmak üzere bir çok hastalığın tedavi sürecinde bireyleri tedaviye dört elle sarılmaya iten şeylerin başında aile gelmektedir. Çocuk sahibi olmak sorumluluk anlamına gelmektedir ve kimi zaman bireyleri endişeye sürükleyerek bir an önce

iyileşmek istemelerinde etkili olmaktadır. İhtiyaç duymak ve duyulmak, aileye ve tedavi sonrası bekleyen birine sahip olmak bireyler, motive edebilmektedir. Bu bağlamda çocuk sahibi olmak bağımlılık tedavisinde avantaj yaratan bir durum haline gelebilir.

Ağırlıklı olarak alkol bağımlılığı tedavisi gören bireylerin çocuk sahibi olmaları, bağımlılığın belirli bir yaşa ulaşmış bireylerde daha sık rastlandığına işaret etmektedir. Bireylere sahip oldukları çocuk sayıları sorulmuştur. Alınan cevaplar 3 başlık altında toplanmıştır. Buna göre bir çocuk sahibi olan 6 birey bulunmaktadır. 13 bireyin iki çocuk, 9 bireyinse 3 ve daha fazla çocuk sahibidir.

Çalışma grubundaki bireylerin ağırlıklı olarak 2 çocuk sahibi olması Türkiye genelinde sahip olunan ortalama çocuk sayısı (2,6) uyumlu bulunmuştur (Türkiye’de Aile Yapısı Araştırması, 2011). Bir sonraki bölümde bireylerin tedavi sürecine ilişkin bilgilerinin verildiği Tablolara yer verilmiştir.

3.1.3 Bireylerin Tedavi Sürecine İlişkin Bazı Bilgiler

Bu çerçeve AMATEM’de yatarak tedavi gören bireylerin tedavi sürecine ilişkin bilgilerin Tablolarına yer verilmiştir. Tedavi sürecine ait Tablolar dokuz alt başlık altında incelenmiştir. Öncelikle, bireylerin Hastalık Öykülerine İlişkin Bilgileri’ne yer verilmiştir. Ardından sırasıyla personele ve SHU’na ilişkin değerlendirmelerin yer aldığı Tablolar irdelenmiştir. Bireylerin Klinik Ortama İlişkin Değerlendirmeleri, Bireylerin Tedaviye İlişkin Değerlendirmeleri, Bireylerin Kendilerine İlişkin Değerlendirmeleri, Bireylerin Sosyal Çevrelerine İlişkin Değerlendirmeleri, Bireylerin Tedavide Ailesinin Yardımına İlişkin Değerlendirmeleri, Bireylerin Kendilerine Yardım Gruplarına İlişkin Değerlendirmeleri bölüm altında incelenmiş diğer alt başlıklardır.

3.1.3.1. Bireylerin Hastalık Öykülerine İlişkin Bazı Özellikleri

Bu bölümde bireylerin bağımlılık öykülerine ilişkin bilgiler elde etmek amacıyla görüşme formunda bulunan soruların Tablolarına yer verilmiştir. Görüşme formunda hastalık öyküsüyle ilgili 13 soru bulunmaktadır. Bireylere farklı sorular halinde ne sıklıkta alkol kullandıkları ve günde ne kadar içki içtikleri sorulmuştur. Ne sıklıkta alkol kullanıldığı sorusuna her birey tarafından her gün cevabı verildiği için bu sorunun Tabloya dâhil edilmemiştir. Günde ne kadar içki içebilirsiniz sorusu ise kullanılan alkolün cinsiyle birlikte cevaplanmıştır. Miktarlar arasındaki çeşitlilik nedeniyle cevaplar gruplandırılmamıştır. Bu sebeple bunun yerine bireyler kullandıkları alkol cinslerine göre Tabloya dâhil edilmiştir. Ailesinde alkol bağımlısı bulunan bireylerce yanıtlanması istenen bazı sorular da çalışmada yer almıştır. Ailesinde alkol bağımlısı bulunan bireylerin sayısının az olması sebebiyle bu sorular Tabloda bulunmamaktadır. Bu sebeple görüşme formunun hastalık öyküsü kısmında 13 soru bulunmasına rağmen bu bölümde yalnız sekiz sorunun yanıtlarına yer verilmiştir.

Tablo 3: Bireylerin Hastalık Özelliklerine İlişkin Bazı Özellikleri

Değerlendirmeler	Yanıtlar	Sıklık	%
İçkinin cinsi	Rakı	18	51,4
	Bira	7	20,0
	İkiden fazla karışık	7	20,0
	Votka	2	5,7
	Viski	1	2,9
Alkol aldığında yapmam gerekenlerde başarısız oluyorum	Evet	27	77,1
	Hayır	8	22,9
Alkol aldıktan sonra pişmanlık hissediyorum	Evet	29	82,9
	Hayır	6	17,1
Ailemden biri alkolü bırakmam gerektiğini söyledi	Evet	34	97,1
	Hayır	1	2,9
Arkadaşlarım alkolü bırakmam gerektiğini söyledi	Evet	22	62,9
	Hayır	13	37,1
Alkol bağımlılığı konusunda bilgi aldım	Evet	25	71,4
	Hayır	10	28,6
Daha önce bağımlılık tanısı aldım	Evet	26	74,3
	Hayır	9	25,7
Ailenizde alkol bağımlılığı tanısı alan	Evet	12	34,3

bireyler var mı	Hayır	23	65,7
------------------------	-------	----	------

Bireylerin kullandıkları alkolün cinsi üzerine yapılan değerlendirmede; en çok rakı (%51.4) kullanıldığı tespit edilmiştir. Bira ile ikiden fazla karışık alkol alma oranları eşit bulunmuştur (%20). Votka %5.7 oranında kullanılırken viski %2.9 oranıyla en az kullanılan alkol türüdür.

En çok tercih edilen alkol türünün rakı olmasının çalışma grubunun yaş ortalamasıyla bağlantılı olduğu düşünülebilir. Rakı, Osmanlı dönemlerinden bu yana Türk içkisi olarak kabul gören bir alkol türüdür. İnsanların belirli bir yaşı geçtikten sonra geçmişe ve eski olana daha bağlı bir hale geldikleri bilinmektedir. Orta yaş olarak tabir edilen 40 yaş ve üstü yaş grubun geleneklerine bağlı yaşam sürmeye olan eğilimleri rakının en çok tercih edilen içki olmasının sebepleri arasında gösterilebilir.

Çoğunlukla rakı cevabının alınması üzerine bireysel görüşme yapılan bireylere 'Neden rakı?' sorusu yöneltilmiştir. Bireylerin 'rakı sofrası' olarak adlandırılan kültüre olan bağlılıkları bu sorunun cevabı olmuştur. Biranın en çok tercih edilen ikinci içki türü olmasının sebebi olarak diğer alkol türlerine göre daha ucuz olması olabilir. Ancak bireylerin içtikleri miktarlarla ilgili verdikleri cevaplar göz önünde bulundurulursa içilen bira miktarının neredeyse bir küçük rakı fiyatında olduğunu söylemek mümkündür.

Bireylerin 27'si alkol kullandığında yapması gerekende başarısız olduğunu düşünmektedir. 8'i ise alkolün yapılması gereken şeyleri etkilemediğini düşünmektedir. Kanda bulunan %0.05'lik alkolün dahi bireylerin düşünme, yargılama ve kendini kontrol edebilme yetilerini bozmaya başlaması için yeterli olduğu bilinmektedir (Yapıcı, 2006: 5-6). Bireylerin büyük çoğunluğunun alkolün kendilerini olumsuz etkilediğini kabul ederken 8 bireyin etkilenmediğini söylemesi bağımlılıkta sık karşılaşılan bir durum olan bireylerin benliğine aykırı gelen gerçeği kabul etmektense inkâr etmesi olarak açıklanabilir.

Pişmanlık duygusunun tedavide istekliliği arttırabileceği düşünülmektedir. Alkol aldıktan sonra suçluluk/pişmanlık hisseden birey sayısı 29'dur. 6 birey ise alkol kullandıktan sonra bu tür duygular hissetmediğini söylemiştir. Alkol bağımlılarında suçluluk ve utanç duyguları üzerinde yapılan bir araştırma, utanç duygusunun tedaviye başlamayı kolaylaştırabileceğini belirtmektedir. Bir miktar utanç duygusunun varlığı iyileşme sürecinin bir parçası olabilmektedir. Benzer şekilde, suçluluk duygusunun da bireylerin yaptıklarını onarma duygusunu güçlendirebileceği düşünülmektedir (Kalyoncu ve ark., 2002: 161). Buna göre, alkol aldıktan sonra pişmanlık ve suçluluk hissettiğini belirten bireylerin tedavi motivasyonlarını yüksek tutmak mümkün gözükmemektedir.

1'i dışında tüm bireyler aile tarafından alkolü bırakmaları konusunda talep geldiğini belirtmiştir. Bağımlı ailelerinden gelen alkolü bırakma talebi bireylerin alkol kullanımı nedeniyle bir takım sıkıntılar çektiklerine işaret etmektedir. Çoğu zaman, birey alkol tedavisi almaya başladığında aralarında büyük problemler yaşanmış olsa dahi aileler er ya da geç bireye destek vermektedir. Aile desteğinin bağımlılık tedavindeki önemi nedeniyle tedavi talebinde bulunan ailenin çok olması motivasyonu olumlu yönde etkileyen bir faktör olabilmektedir.

Bireylere arkadaşları tarafından alkolü bırakmasını söylenme oranı aile tarafından verilen tavsiyeye göre daha düşük bulunmuştur. Arkadaşları tarafından verilen alkolü bırakma tavsiyesi alan bireyler 22'dir. Arkadaşlarının tavsiyede bulunmadığı bireyler ise 13'dür. Arkadaş çevresi ve baskısı alkol bağımlılığı nedenleri arasında sayılan bir faktördür. Bu açıdan bakıldığında bu oranın neden aileyle kıyaslandığından daha düşük olduğu açıklanabilir. Buna rağmen, arkadaşları tarafından alkolü bırakması yönünde tavsiye alan bireyler tedavi almaya başladıklarında destek göreceklelerinden bu durum tedavileri için olumlu sonuçlanma ihtimalini yükseltmektedirler. Arkadaş desteği motivasyonu arttırıcı bir faktör olarak görülmektedir.

25 bireyin alkol bağımlılığı konusunda daha önce bilgi almış olduğu tespit edilmiştir. Alkol bağımlılığı hakkında bilgi sahibi olmayan birey sayısı ise 10'dur.

Tedavide, rahatsızlık hakkında bilgi sahibi olmak oldukça önemlidir. Bireylerin bilgilenme ve öğrenme yoluyla ayık kalmasının sağlanmasının mümkün olduğu düşünülmektedir (Alkol Tedavi Programı. (t.y). 8.12.13, <http://www.baliklirum.com/TibbiBirimDetay.aspx?tid=FvW5KJZZTEq%3D>). Bu nedenle, alkol bağımlılığı konusunda bilgi sahibi olma bireyleri tedavide iyiye doğru yaklaştıracak ilk adımlardan biri olarak görülebilir.

AMATEM'de tedavi alan bireylerin 26'sı daha önce bağımlılık tanısı almış, 9'una klinik tarafından ilk defa bağımlı olduğu söylenmiştir. Bu beklenmeyen bir sonuç değildir çünkü bağımlılık kendini tekrarlayan bir rahatsızlıktır olabilmektedir. Ancak birkaç başarısız tedavi girişimi bireylerin motivasyonunu olumsuz etkileyebilmektedir. Buna rağmen daha önce bağımlılık tanısı almış birey daha önce geçirdikleri tedavi sürecinden bir şeyler öğrenmiş olabilir. Hizmet sağlayan açınsındansa kişinin daha önce aldığı tedavi hakkında bilgi alınarak daha avantajlı ve motivasyonel bir tedavi planı oluşturmak mümkün olabilir. Benzer hataların yapılmaması bu noktada avantaj haline gelebilir. Bu açıdan bakıldığında daha önce bağımlılık tanısı almamış olan ve geçmişinde başarısız tedavi girişimi olmayan bireylerin tedaviye daha olumlu duygularla başlaması mümkün olabilir. Ancak ilk kez böyle bir durumla karşı karşıya kalmanın getirdiği şok ve hasar duygusu göz ardı edilememelidir.

Ailesinde alkol bağımlısı olan bireylerin oranı (%34.3) ailesinde alkol bağımlısı olmayan bireylerin oranından (%65.7) düşük bulunmuştur. Ailesinde alkol bağımlılığı bulunan bireyin, ailesinde alkol bağımlılığı bulunmayan bireye göre üç kat daha riskli konumda olması nedeniyle bu bilginin tedavi planını oluşturmada son derece önemli olduğu düşünülmektedir. Eşel (2003) kalıtımsal ön eğilime sahip bireyler için tedavide şartların daha zorlayıcı olabileceğini belirtmiştir. Bu zorluk bireylerin motivasyonel durumlarını etkileyebilir. Bireyler ailelerinde alkol bağımlılığı olmasından dolayı tedavi edilemeyeceklerini düşüncesine kapılabilir. Daha önce yapılan araştırmalar ailesinde sorunlu alkol kullanım öyküsü bulunan bireylerin bu durumu alkole başlama nedenleri olarak gördüklerini göstermiştir (İlhan ve ark., 2002: 90). Bireylerin bu algıya sahip olma ihtimalleri göz önünde bulundurularak motivasyon süreçlerini izlemek

tedaviye yarar sağlayabilir. Ailede alkol bağımlısı olan bireylerin kesinlikle alkol bağımlısı olacağı şeklinde bir durum söz konusu değildir. Ancak yine de toplum tarafından yapılan yargılama, etiketleme ve karalama bireylerin etkilemesine neden olabilir. 'Onların ailesinde var' gibi cümlelere sık sık maruz kalan bireylerin de bu cümleye kendini inandırması motivasyonu olumsuz etkileyebilecek bir durumdur (Kasatura, 1998: 52).

Ailesinde alkol bağımlısı bulunan bireylerin sayısının az olması sebebiyle bu bireylerin cevapladığı sorular Tablo 3'e dâhil edilmemiştir. Ancak ilerleyen kısımlarda yararlı ve gerekli olması durumunda oranlardan kısaca bahsedilebilir:

Ailesinde alkol bağımlısı bireylerin (n:12) yanıtladığı sorularda; %66.7 ailede bulunan alkol bağımlısı bireylerin alkol kullanımında etkili olduğunu, %33.3 ise etkili olmadığını belirtmiştir. Buna rağmen bireylerin %75'si ailede alkol bağımlısı olmasının tedavilerinde etkili olmayacağını düşündüğü saptanmıştır. Bireylerin büyük bir çoğunluğunun (%75) ailelerinde bulunan alkol bağımlısı bulunmasının alkole eğilimleri olduğunu düşündüğü belirlenmiştir. Ailede alkol bağımlısının bulunması nedeniyle tedavi edilemeyeceklerini düşünen bireyler ile düşünmeyen bireylerin oranı eşit bulunmuştur (%50).

Sırada araştırmaya katılan bireylerin personele ilişkin düşüncelerinin değerlendirileceği bölüm yer almaktadır.

3.1.3.2 Bireylerin Personele İlişkin Değerlendirmeleri

Görüşme formunda personel davranışları değerlendirmek amacıyla oluşturulmuş on soru bulunmaktadır. Bu sorular Tablo haline getirilirken ilk dokuz soru 'hayır' seçeneği olumsuz bir yargıyı belirtecek şekilde yeniden düzenlenmiştir. Bu şekilde dokuz sorunun bir Tablo altında gösterilmesi sağlanmıştır. Yalnızca son sorunun evet-hayır cevapları olumlu ya da olumsuz anlam ifade etmemektedir.

Meslek ve Yardımcı Elemanlara İlişkin Bilgiler kapsamında güvenlik elemanlarını değerlendiren üç soru bulunmaktadır. Bu sorular uygulama aşamasında güvenlik elemanlarıyla yaşanan bazı sorunlar ve tedavi görenlerin şikayetleri üzerine oluşturulmuştur. Buna rağmen form kapsamında da olsa bir çok birey güvenlik elemanlarını değerlendirmeye yanaşmamıştır. Yetersiz cevap sayısı nedeniyle güvenlik elemanlarıyla ilişkin sorular Tabloya dâhil edilmemiştir.

Tablo 4: Personel Davranışları ile İlgili Değerlendirmeler

Değerlendirmeler	Yanıtlar	Sıklık	Yüzde
Bireylere iyi davranılıyor	Evet	24	68,6
	Hayır	11	31,4
Personele çekinmeden fikrimi söyleyebiliyorum	Evet	30	85,7
	Hayır	5	14,3
Personelin davranışları tutarlı olduğundan ben de nasıl davranacağım hakkında kararsız kalmıyorum	Evet	20	57,1
	Hayır	15	42,9
Personel sayesinde tedavide kendimi rahat ve değer verilen insan olarak görüyorum	Evet	27	77,1
	Hayır	7	20,0
	Yanıtsız	1	2,9
İhtiyaç duyduğumda sağlık personelini bulabiliyorum	Evet	31	88,6
	Hayır	4	11,4
İhtiyaç duyduğumda psikologun odasına gitmeye çekinmiyorum	Evet	26	74,3
	Hayır	8	22,9
	Yanıtsız	1	2,9
Beni tedavi eden doktorlara güveniyorum	Evet	33	94,3
	Hayır	1	2,9
	Yanıtsız	1	2,9
Buradan çıktıktan sonra başka doktora muayene olmayı düşünmüyorum	Evet	26	74,3
	Hayır	7	20,0
	Yanıtsız	2	5,7
Bireylerin istekleri dikkate alınıyor	Evet	23	65,7
	Hayır	12	34,3
Personelin davranışları tedaviye olan bakışımı etkiliyor	Evet	20	57,1
	Hayır	15	42,9

Personel davranışlarıyla ilgili yapılan değerlendirmelerin geneline bakıldığında olumlu cevapların çoğunlukta olduğu görülmektedir. Olumsuz cevaplarınsa çelişkili bir şekilde arttığı ve azaldığı görülmektedir. Buna rağmen, sağlık hizmeti

veren yerlerin başarısının çalışanların başarısına bağlı olarak arttığı bilinmektedir (Kıdak ve Aksaraylı, 2009: 76). Çalışanların başarılı olması ve/veya başarılı algılanması tedavide başarıyı arttıracaktır. Bu nedenle, personelle ilgili yapılan değerlendirmeler mutlaka göz önünde bulundurulması gerektiği düşünülmektedir.

Bireylerin 24'ü kendilerine iyi davranıldığını düşünürken 11'ine göre iyi davranılmamaktadır. bireylerin kendilerine olan davranışları algılayış biçimleri tüm tedavilerde etkileyici bir role sahiptir. Doğru davranış bireyleri tedaviye yaklaştıran bir unsurdur. Bu nedenle, alkol bağımlılığı tedavisinde bireylerin iyi muamele gördüklerini düşünmeleri onları tedavi programında daha iyi motive olmalarını sağlaması mümkün gözükmemektedir. Bireylerin büyük bir çoğunluğu personel davranışını olumlu değerlendirmişken, iyi muamele görmediğini belirten bireylerin farklı düzeylerde beklenti ve ihtiyaçlara sahip olduğu düşünülebilir. Bu açıdan, olumsuz yanıt veren bireylerin başarılı bir tedavi planı için daha yakından ilgilenilmesi ve gözlemlenmesi önemlidir.

Bireylerin 5'inin kendilerine sert davranıldığı düşüncesiyle fikirlerini söylemekten çekindiğini tespit edilmiştir. Sağlık personelinin bazen sevecen ve anlayışlı bazen de kırıncı davrandığı için nasıl davranacağına ilişkin kararsız kaldığını düşünen 15 birey bulunmaktadır. 7 birey personel davranışlarından dolayı tedavide kendilerini rahat ve değerli hissetmediklerini ifade etmektedir. İhtiyaç duyduğunda 4 birey sağlık personelinin bulamadığını, 8 bireyse psikoloğun odasına gitmeye çekindiğini belirtmiştir. Psikoloğun odasına gitme konusunda çekinceler yaşayan bireylerin aslında almaları gereken ve almaya hakları olan bir hizmetten mahrum kaldıkları söylenebilir. Bu da, bu cevabı veren bireylerin tam anlamıyla tedavi edici bir ortama sahip olmadıklarını göstermektedir. Oflaz (2006), tedavi edici ortamların amacının bütün kaynakların en uygun bakımı sağlayacak şekilde düzenlenmesi olarak tanımlamaktadır. Bu bağlamda, tedaviyi sağlayan en önemli kaynaklardan birine ulaşamayan ve ihtiyaçlarının tam anlamıyla giderilmesi mümkün gözükmemektedir. Kuramsal kısımda da bahsedildiği gibi motivasyon, ihtiyaçları içeren bir kavramdır (Çakal ve ark.,

2011: 159-161). Bu ihtiyaçları karşılayamamak ise motivasyonu olumsuz etkileyebilir.

Tablonun ilk sorusunda 11 bireyin personel davranışlarını olumsuz değerlendirmişken, 'personel davranışındaki sertlik sebebiyle çekinme' sorusunda bu sayı 5'e inmiş, 'personelin tutarsız davranışları' sorusunda ise 15'e yükselmiştir. Bu durumun, zorlu bir süreç olan bağımlılık tedavisinde sürekli olarak değişen tutarsız ruh haliyle alakalı olması mümkündür. Diğer yandan, davranışların algılanış biçimleri bireylerin ruh hallerini yanı sıra karakterle de ilgili olabilmektedir. Bu nedenle, personel davranışları konusundaki çeşitli cevapların değerlendirmesi yapılırken karakterin göz önünde bulundurulmasının tedavi etkileyebileceği düşünülmektedir.

Güven üzerine yapılan değerlendirmede bireylerin yalnızca bir birey kendisini tedavi eden doktorlara güven duymamaktaydı. Buna rağmen bireylere AMATEM'den ayrıldıktan sonra başka bir doktora muayene olmayı düşünüp düşünmeyecekleri sorulduğunda yedi birey düşündüğünü söylemiştir. Sayıdaki bu değişkenlik diğer çizelgelerde kendini gösteren farklılıklara neden olarak gösterilen tutarsız ruh halinin yanı sıra bireylerin kendilerini tam anlamıyla ifade etmekten çekinmesi ihtimaliyle de açıklanabilir. Ancak, her iki açıklama da motivasyon ve tedavi üzerinde olumlu etkileri olan yanıtları sağlamamaktadır. Bu nedenle kontrol soruları içinde yer alabilecek bir soru sorulmuş ve personel davranışlarının tedaviyi etkileyip etkilemediği öğrenilmiştir.

Bireylerin 20'si personel davranışlarının tedavilerine olan bakışlarını ve katılımlarını etkilediğini düşünmektedir. Personel davranışlarının kendilerini etkilemeyeceklerini savunan 15 bireyin aksine sağlık personeline gösterilen ilgi, anlayış ve nezaket gibi davranışların bireylerin rahatlaması ve tedavilerinde daha katılımcı olmasını sağladığı bilinmektedir (Özer ve Çakıl, 2007: 142). Bu bağlamda, tedavide yer alan personel bireylerle etkin bir iletişim kurduğunda tedavi ve motivasyon açısından avantajlı bir durum yaratmak mümkün gözükmektedir.

Tablo 4'ün aynı zamanda alkol sorunu olan bireylere yaklaşımda sağlık hizmetlerinin belirleyici rolünü öne çıkardığı düşünülmektedir.

3.1.3.3 Bireylerin SHU'ya İlişkin Değerlendirmeleri

Bu bölümde bireylerin sosyal hizmet mesleğini ve uzmanını nasıl değerlendirdikleri konusunda fikir edinebilmek amacıyla yöneltilen soruların cevaplarına ilişkin Tablolara yer verilmektedir. Verilen cevaplar doğrultusunda kullanılan yaklaşımların uygulanabilirliğini değerlendirmek, yaklaşımları geliştirebilmek ve yeni yaklaşım önerilerinde bulunmak için 17 adet soru yöneltilmiştir. Bazı açık uçlu sorular Tabloya dökülürken evet-hayır soru tipine çevrilerek cevapları net sınırlarla belirlenmesine çalışılmıştır. Bu sebeple Tabloda bulunan değerlendirmelerin sayısı görüşme formundaki soru sayısından fazladır.

Tablo 5: SHU'yla İlgili Değerlendirmeler

Değerlendirmeler	Yanıtlar	Sıklık	Yüzde
SHU'nun odasına gitmeye çekinmiyorum	Evet	28	80,0
	Hayır	6	17,1
	Yanıtsız	1	2,9
SHU'yla bireysel görüşüyorum	Evet	19	54,3
	Hayır	16	45,7
SHU'yla yapılan görüşmeler vaktinde başlıyor	Evet	29	82,9
	Hayır	2	5,7
	Yanıtsız	4	11,4
SHU'ndan bağımlılık dışında yardım almak isterim	Evet	22	62,9
	Hayır	12	34,3
	Yanıtsız	1	2,9
SHU'dan bağımlılık dışında yardım alıyorum	Evet	18	51,4
	Hayır	17	48,6
SHU'nın sunduklarını yeterli buluyorum	Evet	20	57,1
	Hayır	12	34,3
	Yanıtsız	3	8,6
SHU'nın gerekli bilgi ve beceriye sahip olduğunu düşünüyorum	Evet	29	82,9
	Hayır	3	8,6
	Yanıtsız	3	8,6
SHU sorunlarına çözüm sunuyor	Evet	28	80,0
	Hayır	6	17,1
	Yanıtsız	1	2,9
SHU yoğun olduğunda da bana vakit ayırıyor	Evet	27	77,1
	Hayır	6	17,1
	Yanıtsız	2	5,7
SHU yoğun olduğunda da verimli	Evet	25	71,4

olabiliyor	Hayır	3	8,6
	Yanıtsız	7	20,0
SHU'yla kendimi işbirliği içinde hissediyorum	Evet	26	74,3
	Hayır	7	20,0
	Yanıtsız	2	5,7
SHU beni alkol problemimle baş etmeye hazırlıyor	Evet	28	80,0
	Hayır	6	17,1
	Yanıtsız	1	2,9
SHU beni taburculuk sonrası döneme hazırlıyor	Evet	26	74,3
	Hayır	7	20,0
	Yanıtsız	2	5,7
SHU yaptığım görüşmeler bana farklı bakış açısı sağladı	Evet	29	82,9
	Hayır	6	17,1
SHU'yla yaptığım görüşmeler beni başarıya ulaştıracak gücü bulmamda etkili oldu	Evet	28	80,0
	Hayır	5	14,3
	Yanıtsız	2	5,7
SHU'yla görüşme sıklıkları	Düzenli	20	57,1
	Düzensiz	15	42,9
Bağımlılık dışında yardım alınmak istenen konular	Bireysel sıkıntılar	17	48,6
	Yalnızca bağımlılık	5	14,3
	Tedavi sonrası yaşam	5	14,3
	İstemiyor	5	14,3
	Agresyon	3	8,6
SHU'dan yardım alınan konular	Kendisiyle ilgili	14	40,0
	Yanıtsız	11	31,4
	Tedavi süreciyle ilgili	6	17,1
	Ailesiyle ilgili	4	11,4
SHU'na öneriler	Hastane dışında yardım	8	22,9
	Daha yakın ilişki	7	20,0
	Daha iyi tedavi ortamı	7	20,0
	Boş zamanların değerlendirilmesi	6	17,1
	Yanıtsız	4	11,4
	Süre	3	8,6
Bireylerin motivasyonunu arttıran konular	Aile desteği	9	25,7
	Boş zaman aktiviteleri	8	22,9
	Daha iyi tedavi ortamı	7	20,0
	İyi sosyal çevre	6	17,1
	Maddi destek	5	14,3

Sosyal hizmet ile ilgili yapılan değerlendirmelerde ağırlık olarak olumlu cevaplar verildiği gözlemlenmiştir. Buna rağmen bireylerin SHU'ya ve sosyal hizmet mesleğine kavram olarak yakınlık hissetmedikleri fark edilmiştir. bireyler sosyal hizmetle ilgili sorular yöneltildiğinde öncelikle bazı sorular sorarak cevaplama ihtiyacı hissetmişlerdir. Bu durum psikolog ya da diğer meslek elemanlarıyla ilgiliyle sorularda yaşanmadığından bu yönde çıkarım yapılmıştır.

İhtiyaç duyduğunda SHU'nun odasına gitme konusunda çekinceler yaşayan yalnızca 6 birey saptanmıştır. Bu sayı psikoloğun odasına gitmeye çekindiğini

söyleyen birey sayısına oldukça yakındır. bireylerin kendilerine tedavi edenlere karşı duydukları güven oranının da yüksek bulunması sebebiyle bireylerin çekinme davranışlarının personele özgü olmadığını, 'odaya gitme' durumunun çekince yarattığı düşünülmektedir. bireylerin yatarak tedavi görmeleri ve kendi odalarına sahip olmaları oda konusunda farklı düşüncelere sahip olmalarına neden olmuş olabilir. Ortak alanlarda hep birlikte zaman geçiren bireyler yalnız kalmak ya da rahatsız edilmemek istediklerinde odalarına çekilmektedir. Bu nedenle uzmanın veya psikoloğun odasına gitmeyi özel alana girme olarak algılamak mümkün gözükmemektedir. Bu nedenle sosyal hizmet uzmanının rol ve görevleri bireyler için daha açık hale getirilmelidir. Çekimserlik alkol bağımlılığı tedavisinde bireyleri güçlendirmeyi hedefleyen uzmanın üzerinde durması gereken bir husustur.

19 birey sosyal hizmet uzmanıyla bireysel görüşmeler yaparken 16 birey uzmanı yalnızca grup toplantılarında gördüğünü ifade etmiştir. Uzmanla bireysel görüşme yapmayı tercih etmeyen bireylerin bu denli çok olması, bu bireylerin problemlerini konuşma isteği içinde olmaması olarak yorumlanabilir. Bu da, bireylerin problemlerini tam anlamıyla kabullenmediği anlamına gelmektedir. Problemi kabullenmemek ve inkar bağımlılık tedavisini olumsuz etkileyen bir faktör olarak değerlendirilmektedir. Bu açıdan, bireylerin ne amaçla bireysel görüşme yapmadıklarını öğrenmek tedavi sürecini işlevsel hale getirmek ve motivasyon sağlamak için önem teşkil etmektedir.

Sosyal hizmet uzmanından alkol bağımlılığı dışındaki konularda yardım alan 18 birey, yalnızca bağımlılık konusunda yardım alanlar ise 17 birey olarak tespit edilmiştir. bireylere bağımlılık dışında yardım almak isteyip istemedikleri sorulduğunda 22'si istediğini 12'si istemediğini belirtmiştir. Buna göre, bağımlılık dışında yardım almak istediği halde almayan 5 bireyin bulunduğu görülmektedir. Bu durum, bağımlılık tedavisinde uygulanacak görüşme formunun bireylerin ihtiyaçlarını belirlemede önemli bir rol oynadığını kanıtlamaktadır. Görüşme formu aracılığıyla 5 bireyin istediği halde bir hizmetten yararlanamamasının belirlenmesiyle bu bireylerin istedikleri hizmetlere ulaşılması sağlanarak

memnuniyetleri arttırılabilir, ihtiyaçlarının fark ediliyor olmasıyla bireylerin tedavi motivasyonlarını yükseltebilir.

Sosyal hizmet uzmanının sunduklarının yetersiz olduğunu düşünen 12 birey, uzmanın gereken bilgi ve beceriye sahip olmadığını düşünen 3 birey bulunmuştur. 6 birey sosyal hizmet uzmanının problemlerine çözüm sunamadığını düşünmektedir. Bağımlılık tedavisi alan bir bireyin sunulanları yetersiz buluyor olması tedavide başarılı olacağına dair inancını olumsuz etkileyecek güçte bir durumdur. Eğer birey yetersiz bir tedavi içinde bulunduğunu hissederse motive olması zorlaşır. Bu nedenle bireylerin tedavileriyle ilgili duygu ve düşüncelerinin farkında olmak motivasyonlarını arttırmak ve tedaviye olan katılımlarını arttırmak için çok önemli bir konudur.

Bireylerin %77.1'i uzmanın yoğun olduğunda dahi kendilerine vakit ayırdığını ve %71.4'ü bu yoğunlukta verimli olabildiğini ifade etmiştir. bireylerin %74.3'i uzmanla kendini işbirliği içinde hissetmektedir. Alkol bağımlılarında sık rastlanan anksiyete ve depresyon seviyesinin arttıkça işbirliği yapma özelliklerinin zayıfladığı ortaya çıkmıştır (Sayın ve ark., 2004: 17). Bu çalışmadaki bireylerin kendilerini uzmanla işbirliği içinde bulduklarını ifade eden değerlere bakıldığında bireylerin anksiyete ve depresyon seviyesinin düşük olduğu söylenebilir.

%80'i uzman tarafından alkol problemiyle baş etmeye hazırlandığını düşünüyor ve %74.3'ü uzman tarafından taburculuğun ardındaki döneme hazırlandığına inanıyor. Bu veriler bireylerin büyük çoğunluğunun yüksek motivasyonlu ve inançlı olduğunu göstermektedir. Ancak, az sayıdaki olumsuz düşünceye sahip bireylerin daha fazla ilgilenilmeye ihtiyaç duydukları da bir gerçektir. Tedavide işbirliğini hissetmemek, problemiyle baş etmeye ve taburculuğun ardındaki döneme hazırlandığını düşünmemek başarılı bir sonuç elde etme yolundaki oldukça büyük engellerdir. Benzer şekilde sosyal hizmet uzmanıyla yaptığı bireysel ve/veya grup görüşmelerinin kendisine farklı bir bakış açısı sağlamadığını düşünen 6 bireyle, bu görüşmelerle kendisini başarıya

ulaştıracak gücü bulamadığını söyleyen 5 bireyin belirlenmesi bu bireylerin tedaviye geri kazandırılması yolunda gereklidir.

Bireylerin SHU'yla bireysel görüşme sıklıkları üzerine yapılan değerlendirmeler 20 bireyin düzenli, 15 bireyinse düzensiz görüşmeler yaptđını göstermektedir. Görüşme formunda düzensiz görüşmelerin kaynağını direkt olarak belirleyebilecek nitelikte soru bulunmamaktadır. Bu nedenle kesin bir yargıda bulunmak mümkün değildir.

Alkol bağımlısı bireylerin bağımlılığına neden olan ve/veya bağımlılığa neden olan birçok problemle karşı karşıya kalabildiği bilinmektedir. Bu bağlamda bireylerin bağımlılık dışından hangi konuda yardım almak isteyip istemeyeceği sorulmuştur. Bireylere bağımlılık dışında yardım almak isteselerdi hangi konuyu tercih edecekleri sorulduğunda en çok yardım almak istenen konu bireysel sıkıntılar (%48.6), en az yardım talep edilen alanda agresyon (%8.6) olmuştur. Tedavi sonrası yaşam ve yalnızca bağımlılık yanıtları eşit oranlarda (%14.3) tercih edilen cevaplar olmuştur.

Bireysel sıkıntılar olarak adlandırılan cevap genellikle ailesel ilişkilerin düzenlenmesiyle ilgilidir. Bu sonuç, bağımlı bireyi olan bir ailede sistemin yapısının bozulduğunun altını çizmektedir. (Tarhan ve Normedov, 2011: 147).

Bağımlı bireylerde sıklıkla rastlanan aşırı sinir halleri görülmektedir. Üç bireyin agresyonla ilgili yardıma ihtiyaı olması bu durumu işaret etmektedir.

Bağımlılık nedeniyle tedavide bulunan bireylerin hemen hemen hepsinin ailesel, sosyal veya ekonomik problemleri olduğu bilinmektedir. Durum böyleyken bireylerin bağımlılık dışında bir alanda yardım talep edilmemesi ilginç bir sonuç olarak yorumlanmıştır. Bunun nedeni bağımlılığı tedavi kliniğinde başka problemlere karşı etraflıca bir çözüm üretilmeyeceği bireyler tarafından dşnlmş olabilir.

Görüşme formunda bireylere SHU'dan almak istedikleri yardımla ilgili yöneltilen soru açık uçlu bir sorudur. Alınan tüm cevaplar kategorize edilerek dört başlık altında toplanmıştır. Buna göre bağımlılık dışında ve/veya bağımlılıklarıyla bağlantılı görülen hangi konularda yardım aldıkları sorulduğunda bireylerin en çok kendisiyle ilgili (%40) yardım aldıkları tespit edilmiştir. %31.4 soruyu yanıtızsız bırakırken, %17.1 tedavi süreciyle ilgili, %11.4 ise ailesiyle ilgili konularda yardım aldığını ifade etmiştir.

Açık uçlu sosyal hizmet sorularının sıkça yanıtızsız bırakıldığı gözlemlenmiştir. Çabuk sıkılan ruh hali içinde oldukları gözlemlenen bireylerin testi bir an önce bitirebilmek için bu yola başvurduğu düşünülmektedir. Aynı zamanda sordukları sorularla sosyal hizmetle ilgili konulara hakim olmadıkları anlaşılan bireylerin bu nedenle de soruları yanıtızsız bırakması mümkün gözükmektedir.

Bağımlılık tedavisi olmak için AMATEM'de bulunan kişilerin öncelikle kendileriyle ilgili konularda yardım arayışında olmaları beklenen bir sonuçtur. Tedavi süreci olarak nitelendirilen cevaplar ise bireyleri tedavi sürecindeki beklentileriyle alakalıdır. Personel ilişkileri, klinikte kendini meşgul edebilme gibi konular bunların başındadır. Aile cevabı ise bağımlılık nedeniyle aile ilişkileri bozulan bireylerin bunu düzeltebilmek adına aldıkları yardımı kapsamaktadır. Buna göre, kuramsal çerçevede tedaviyi etkileyen faktör olarak değinilen tedavi özellikleri ve aile faktörleri ile alınan sonuçlar uyumlu gözükmektedir.

Bireylerin geçirmekte oldukları süreci göz önünde bulundurduklarında sosyal hizmet uzmanının sunduklarına ek olarak ne gibi önerilerde bulunacakları açık uçlu soru yapısıyla soruldu. Alınan cevaplar 6 kategoride toplandı. Bireylerden en çok hastanede dışında da yardım (%22.9) talebi gelmiştir. Bu cevap bireylerin kliniğin korunmalı ortamından ayrıldıktan sonra karşılaşılabileceklerinden duyduğu tedirginliğe işaret etmektedir. bireyler taburculuğun ardındaki dönemde de takip edilme ihtiyacı hissetmektedir. Bu da grup toplantılarında bireylere sıkça bahsedilen risk faktörlerinin farkında olduğu anlamını taşımaktadır. Uzmanın sunduklarına getirilen önerileri sırasıyla sağlık personeliyle daha yakın ilişki (%20), daha iyi bir tedavi ortamı (%20), boş zamanların değerlendirilmesi

(%17.1) ve tedavi süresinin uzatılması (%8.6) talepleri izlemektedir. bireylerin tedavi sürecine ilişkin özelliklere ne denli önem verdiği bu Tabloda ortaya çıkan bir sonuç olmuştur. Bireylerin %11.4 tercihlerini soruyu cevaplamamaktan yana kullanmıştır.

Bireylere hangi durumlarda motivasyonlarının artacağı açık uçlu soru yapısıyla sorulmuştur. Sorulara verilen cevaplar beş kategori altında toplanmıştır.

Motivasyonu artırıcı faktörler ile ilgili yapılan değerlendirmede bireylere göre en çok aile desteği (%25.7) motivasyonlarının artmasına katkı sağladığı tespit edilmiştir. Kuramsal kısımda da bahsedildiği gibi alkol bağımlılığı tedavisi sürecinde bireyin yaşamına adapte olmasında ailenin etkin rolü bu değerlendirmenin sonuçlarında açıkça görülmektedir (Kaptanoğlu ve ark., 1997: 59).

Boş zaman aktiviteleri (%22.9) ve daha güzel tedavi ortamı (%20) motivasyona büyük oranda etki eden unsurlar olarak gösterilmiştir. İdeal hastane ortamı Oflaz tarafından “hastalığı öne çıkaran ve hastaların sığındığı bir yer olmaktan çok; sosyal organizasyonları, desteği ve toplumsal değerleri ile benlik güçlerinin en iyi şekilde kullanımına fırsat tanıyan, akılcı bir ortam” olarak aktarılmıştı (Oflaz, 2006: 56). Tabloda edilen sonuç bireylerin ideal hastane ortamı olarak tanımlanan yapının motivasyonları arttırdığını göstermektedir. Bu durum klinik ortam ve tedavi özelliklerinin tedavide ve motivasyonda etkili olduğuna işaret etmektedir.

İyi sosyal çevre (%17.1) ile maddi destek (%14.3) bireylerin motivasyonunda artırıcı etkiye sahip bulunan diğer faktörler olmuştur. Bu sonuç sosyal çevrenin bireylerin bedensel ve ruhsal hastalık süreçlerindeki sağlıklarını sürdürmede etkisi olduğunu gösteren araştırmalarla uyumludur.

Tablo 1’de gösterildiği üzere, çalışmaya katılım gösteren grubun çoğunluğunun iş sahibi olmadığı ve elde ettikleri gelirin yeterli olmadığı bilinmektedir. Bu

nedenle bireylerin maddi desteği motivasyonu artırıcı bir faktör olarak tanımlaması maddi desteğe sahip olmalarından değildir. %14.3'ün soruya "eğer maddi desteğe sahip olsaydım bu durum motivasyonumu etkileyebilirdi" yönünde fikir yürüterek cevap verdikleri düşünülmektedir.

3.1.3.4 Bireylerin Klinik Ortama İlişkin Değerlendirmeleri

Bu bölümde görüşme formunda klinik özelliklerin tedavideki yerini belirlemek amacıyla bireylere yöneltilen soruların dağılım Tablolarına yer verilmektedir. Bireylere yatarak tedavi gördükleri kliniğin özelliklerine ilişkin düşüncelerini yansıtacak sekiz adet soru sorulmuştur. Bu sorulardan alınan cevaplara göre oluşturulan Tablo aşağıdaki gibidir:

Tablo 6: Klinik Özelliklerle İlgili Değerlendirmeler

Değerlendirmeler	Yanıtlar	Sıklık	Yüzde
Kliniğin kurallarından rahatsız olmuyorum	Evet	19	%54,3
	Hayır	15	%42,9
	Yanıtsız	1	%2,9
Kliniğin kuralları nedeniyle kurumdan ayrılmayı düşünmedim	Evet	31	%88,6
	Hayır	4	%11,4
Ortamın düzenlemesinden memnunum.	Evet	9	%25,7
	Hayır	26	%74,3
Klinik temiz.	Evet	27	%77,1
	Hayır	7	%20
	Yanıtsız	1	%2,9
Klinik olanaklarından yeterli faydalanabiliyorum.	Evet	15	%42,9
	Hayır	20	%57,1
Klinikteki olanaklar yeterli.	Evet	14	%40
	Hayır	21	%60
Kliniğin özellikleri kendime olan güvenimi artırıyor	Evet	21	%60
	Hayır	14	%40

Klinik özelliklere ilişkin bilgiler üzerine yapılan değerlendirmeler; 15 bireyin kliniğin kurallarını rahatsız edici bulduğunu ortaya çıkarmıştır. Buna göre katılımcıların yarısına yakın bir kısmı klinik kurallarını rahatsız edici bulmaktadır. Klinik kurallarıyla ilgili problemler olması bireylerin kaldıkları ortamda kendilerini rahat hissetmemelerine neden olur. Bu da bireylere sürekli olarak evlerinde olmadıklarını ve rahatsızlıklarını vurgulayan bir durum oluşmasına neden olur. Ancak tedavi edici ortam rahatsızlığı öne çıkaran ve bireylerin sığındığı bir yer olmaktan uzak bir ortam olmalıdır (Oflaz, 2006: 56). Klinik kurallarından doğan rahatsızlık bireylerin tedaviye ve kliniğe uyum sağlamalarını zorlaştırabilir

15 birey için klinik kuralları rahatsız edici olmasına rağmen yalnızca 4 birey için bu rahatsızlık klinikten ayrılmayı düşündürecek seviyeye gelmiştir. 4 bireyin klinik kuralları nedeniyle ayrılmayı düşünmesi, istenilen tedavi ortamına sahip olunmadığında yaşanacak uyum sorunlarının altını çizmektedir (Bknz: 1.1.3.1 Kişiden Kaynaklı Olmayan Problemler) Uyum problemleri genellikle bireylerin tedavi ortamında kalmak istememesiyle ve tedavinin yarım bırakılmasıyla sonuçlanmaktadır.

Ortam düzenlenmesi hakkında yapılan değerlendirme bireylerin büyük bir çoğunluğunun ortam düzenlemesinden memnun olmadığını göstermektedir. Benzer şekilde 26 birey ortamın daha farklı düzenlenmesini istemekte, 21 birey klinikteki olanakların yeterli olmadığını düşünmekte ve mevcut bulunan olanaklardan 20 birey yeterli bir şekilde yararlanamadığını belirtmektedir. Klinik özelliklerin yatarak tedavi gören bireylerde tedavi yöntemlerinin tedavi edici tesirlerini arttıran ya da azaltan role sahip olduğu bilinmektedir. Nitekim klinik ortamın tedavideki başarıda etkili olup olmadığı hakkındaki düşüncelerinin değerlendirmesi yapıldığında 26 bireyin etkili olduğunu düşündüğü tespit edilmiştir. (Savaşan, 2010). Ancak Tabloda elde edilen verilere bakıldığında bireylerin klinik özelliklerle ilgili düşünceleri tedavi edici etkiyi arttıracak nitelikte gözükmemektedir.

İyi yapılandırılmış klinik özelliklerin bireylerin kendilerine olan güveninin artmasına yardımcı olduğu düşünülmektedir (Savaşan, 2010). AMATEM klinik özellikleri bireyler tarafından olumlu değerlendirilmemesine rağmen 21 birey klinik özelliklerinin kendilerine olan güvenlerinin arttırdığını söylemektedir. Bu sonuç bireylerin ortam düzenlemesi ve klinik olanakları hakkındaki olumsuz değerlendirmeleriyle çelişmektedir. bireylerin klinik ortamdaki ziyade kendilerini değerlendirmek istemiş olmaları sebebiyle sonuçların birbirleriyle çeliştikleri düşünülmektedir. bireylerin kendilerine olan güvenlerinin tam olduğu belirtmek adına klinik özelliklerle ilgili durumu göz ardı etmiş olmaları mümkündür.

Klinik özelliklerle ilgili yapılan olumsuz değerlendirmeler sağlık hizmetlerine ve hastaneye uyum problemleriyle ilişkili olabilir. Duyan (2003) tarafından bu durum ‐aile, arkadaşlar, alışık olunan yerler, kendi kararlarını verebilme, günlük rutin ve olağan aktiviteler ile sevilen yiyecek, içecek vb. şeylerden uzak kalma‐ kaynaklı uyum problemleri olarak açıklanmaktadır.

Klinik özelliklerle ilgili yapılan tek olumlu sayılabilecek değerlendirme ortamın temizliğiyle ilgili olmuştur. Bireylerin %77.1'i kliniğin temiz olduğunu düşünmektedir. Tedavi verilen ortamların temiz ve steril olması çok önemlidir. Ancak temizlik tek başına AMATEM'in klinik özellik standartlarını yükseltmek için yeterli gözükmemiştir.

3.1.3.5 Bireylerin Tedaviye İlişkin Değerlendirmeleri

Bu bölümde, görüşme formu aracılığıyla bireylerin tedaviye ilişkin özellikler hakkındaki düşüncelerinin dağılım Tablolarına yer verilmiştir. Bu bağlamda bireylere 12 soru yöneltilmiştir. Tablo aşağıdaki gibidir:

Tablo 7: Tedavi Özellikleri İlgili Değerlendirmeler

Değerlendirmeler	Yanıtlar	Sıklık	Yüzde
Tedavi tanım doğru konulmuştur	Evet	31	%88,6
	Hayır	3	%8,6
	Yanıtsız	1	%2,9
Tedavi süresinin kısa olduğunu düşünmüyorum	Evet	20	%57,1
	Hayır	15	%42,9
Tedavimi uygun buluyorum	Evet	31	%88,6
	Hayır	4	%11,4
Tedaviye güveniyorum	Evet	27	%77,1
	Hayır	6	%17,1
	Yanıtsız	2	%5,7
Tedavide olumsuzluk yaşarsam bunun sebebi olarak tedaviyi görmem	Evet	19	%54,3
	Hayır	15	%42,9
	Yanıtsız	1	%2,9
Tedavi yüzünden tedaviyi yarım bırakmayı düşündüğüm olmadı	Evet	32	%91,4
	Hayır	3	%8,6
Bu tedavi programının içinde kendimi güçlü hissediyorum	Evet	24	%68,6
	Hayır	10	%28,6
	Yanıtsız	1	%2,9
Tedavi içerisinde umutsuzluğa kapıldığım olmuyor	Evet	13	%37,1
	Hayır	22	%62,9

Tedavi yetersiz ama başarılı olacağım	Evet	23	%65,7
	Hayır	10	%28,6
	Yanıtsız	2	%5,7
Tedavi içinde sıkılmıyorum	Evet	16	%45,7
	Hayır	18	%51,4
	Yanıtsız	1	%2,9
Hoşnutsuzluk tedavi katılımımı etkiler	Evet	23	65,7
	Hayır	11	31,4
	Yanıtsız	1	2,9
Güven tedavi katılımımı etkiler	Evet	27	77,1
	Hayır	8	22,9

Tedaviye ilişkin yapılan değerlendirmelerde bireylerin büyük bir çoğunluğu (%88.6) tedavi tanısının doğru konulduğunu ve tedavisinin uygun olduğunu düşünmektedir. Bu oran bireylerin tedavilerine güven duyduklarını göstermektedir. Nitekim tedaviye duydukları güvenin değerlendirmesi yapıldığında 27 birey güvendiğini belirtmiştir.

15 birey tedavi süresinin kısa olduğunu ifade etmiştir. Bu, bireyler tarafından tedavinin nasıl algılandığını gösteren önemli bir belirteçtir. 18 birey ise tedavi içinde sıkıldıklarını belirtmektedir. bireylerin yarısından fazlasının tedavi sürecini sıkıcı olarak değerlendirmeleri sosyal aktivite uygulamalarının ve boş zaman değerlendirmelerinin geliştirilmeye ihtiyacı olduğuna işaret ediyor olabilir.

Tedavi içerisinde olumsuz bir durumla karşılaştığında bunun sebebi olarak tedaviyi gören bireylerin sayısı 15'dir. Bu durum bireylerin yarısına yakın bir kısmının olumsuzluk yaşadığında tedaviye olan katılımlarının olumsuz etkileneceği anlamına gelmektedir. 3 birey tedavi yüzünden tedaviyi yarım bırakmayı düşündüklerini ifade etmiştir. Bu düşünceye sahip birey sayının az olması göz ardı edilmesi anlamına gelmemelidir. Aksine bu bireyler klinikte bağımlılık sürecinde daha fazla ilgi ve desteğe ihtiyacı olan bireylerin varlığının bir kanıtı olarak görülmelidir.

24 birey içinde buldukları tedavi programının içinde kendilerini güçlü hissetmektedir. 23 bireye göreyse tedavi yetersiz ancak yine de başarılı olmak mümkündür. Bu değerlendirmelere göre, bireyler olumsuzluklara rağmen içsel

anlamda motive olmuş gözükmektedir. Ancak aynı zamanda 22 birey de tedaviden memnun olmalarına rağmen zaman zaman umutsuzluğa kapıldıklarını söylemektedir. Bu inişli çıkışlı sonuç bağımlılık tedavisi gören bireylerin ruh hallerinin son derece değişken olmasının bir sonucu olarak görülmektedir. bireylerin değişken ve durum, olay ve bireylerden çabuk etkilenen ruh halleri göz önünde bulundurularak tedaviye yön vermek bu sonuçlara dayalı olarak elde edilebilecek en doğru yorum gibi gözükmektedir.

Bireylerin tedaviye karşı geliştirdikleri duygu ve düşüncelerinin önemli olduğu düşünülmektedir. Bu bağlamda görüşme formunda bireylere iki soru yöneltilmiştir.

Bireylerin %65.7'si tedaviye karşı hoşnutsuzluk duyarlarsa bu durumun tedaviye olan katılımı etkileyeceğini düşünmektedir. Benzer şekilde, %77.1'lik bir kısmın da tedaviye olan güvenin tedaviye katılım üzerinde etki sahibi olduğunu düşündükleri saptanmıştır. Bu oranlar bireylerin klinik özelliklerle ilgili düşüncelerine göre dağılımlarının verildiği bölümle uyumlu gözükmektedir. Tablo 2'de bireylerin 26'sı klinik ortamın tedavideki başarıda etkili olduğunu düşündüğü tespit edilmiştir. Buna göre klinik özelliklere ilişkin düşünceler ve tedavi özelliklerine ilişkin geliştirilen duygular tedavi süreci üzerinde etkiye sahip gözükmektedir.

Tablo, tedavi edici ortamın ne denli önemli olduğuna işaret etmektedir. Tablo, tedavi ortamının bireyin rehabilitasyonu kolaylaştıracak şekilde düzenlenmesiyle bireylerin hoşnutluk seviyesi yükseltilecek tedaviye olan katılımlarının olumlu etkilenebileceği görüşlerinin doğru olduğuna işaret eden bir sonuç vermiştir.

Bir sonraki bölümde bireylerin kendileriyle ilgili düşüncelerinin tedaviye olan yansımaları hakkında ipuçları sağlayabileceği düşünülen Tablolar yer almaktadır.

3.1.3.6 Bireylerin Kendilerine İlişkin Değerlendirmeleri

Bu bölümde bireylerin kendileriyle ilgili değerlendirmelerine ilişkin Tablolara yer verilmektedir. Bunun için görüşme formunda bireylere dokuz adet soru yöneltilmiştir. Bu soruların cevaplarına ilişkin dağılımları gösteren Tablolar aşağıdakiler gibidir:

Tablo 8: Bireylerin Kendilerine İlişkin Değerlendirmeleri

Değerlendirmeler	Yanıtlar	Sıklık	%
Kişiliğim tedaviye uygun	Evet	29	82,9
	Hayır	5	14,3
	Yanıtsız	1	2,9
Huyularım tedaviyi etkiler	Evet	22	62,9
	Hayır	13	37,1
Yaşım yüzünden benden bekleneni yapmakta zorlanıyorum	Evet	12	34,3
	Hayır	23	65,7
Hayat tecrübesi kendime güvenmeme neden oluyor	Evet	30	85,7
	Hayır	5	14,3
Eğitimim yetersiz hissettiriyor	Evet	11	31,4
	Hayır	24	68,6
Daha yüksek eğitim daha kolay başarı sağlar	Evet	18	51,4
	Hayır	17	48,6
Evli olmak tedavide daha güçlü hissettirir	Evet	19	54,3
	Hayır	7	20,0
	Yanıtsız	9	25,7
Eşimin desteği güç veriyor	Evet	19	54,3
	Hayır	15	42,9
	Yanıtsız	1	2,9
Gelir düzeyin tedavideki cesaretimi etkiler	Evet	14	40,0
	Hayır	20	57,1
	Yanıtsız	1	2,9

Bireylerin bireysel durumlarına ilişkin yapılan değerlendirmelere göre bireylerin 5'i tedaviye uygun kişilik yapısına sahip olmadığını düşünmektedir. Cloninger'ın alkol bağımlılarındaki karakter çalışmalarını göz önünde bulundurarak, bu düşünce kötümser kişilik özelliğine yakın gözükmektedir. Kötümser kişilik özelliği ise zarardan kaçınması yüksek olan bireylerin en belirgin

özelliklerindedir. Yüksek zarardan kaçınma yapısına sahip bireylerin daha az enerjiye sahip olabildikleri ve rahatsızlık süreçlerinde daha yavaş iyileştikleri tespiti göz önünde bulundurularak bu Tablo dikkate alınması gereken bir sonuç olarak yorumlanmıştır. Ancak kişiliğini tedaviye uygun bulmayan bireylerin doğrudan kötümser olarak etiketlemek doğru değildir. Ancak, kişiliğini tedaviyle bağdaştırmayan bireylerin durum ne olursa olsun üzerinde durulması gerektiği de bir gerçektir. Yine de Cloninger'in alkol bağımlılığındaki karakter analizlerinin yol gösterici olabileceği düşünülmüştür.

Bireylere sahip oldukları kendilerine has özelliklerinin tedaviyi etkileyip etkilemeyeceği sorulmuştur. Bireylerin 22'sine göre sahip oldukları özelliklerin ya da huyların tedavileri üzerinde etkisi bulunmaktadır. Çalışmadaki bireylerin kendileri hakkındaki düşünceleri, Akvardan ve arkadaşlarının (2005), her bireyin farklı kişilik özelliklerine sahip olması sebebiyle tek tip tedavinin bütün bireylerin ihtiyaçlarını karşılaması mümkün olmadığı bu nedenle kişilik özelliklerinin alkol bağımlılığı tedavi sürecinde dikkate alınması sonucuyla paralellik göstermektedir.

Genel bir değerlendirme yapmak gerekirse, huyların tedaviyi etkileyebileceği düşünceleri bireylerin aslında kendilerinin ne kadar tanıdıklarına dair ipuçları veriyor olabilir. Böyle bir yargıda bulunabilmek huylarını bilmek ve neyi ne derece etkilediğine dair önceden yaşanmış deneyimleri gerektirir. bireylerin kendini tanıması tedavi süreci için olumlu bir durum haline dönüştürülebilir. bireylerin kendileri hakkında verecekleri ipuçları hangi durumlar karşısında nelerin yaşanacağını önceden kestirilmesine olanak sağlayabilir. Ancak bunun için bireylerden güvenli ve geçerli bilgiler alınması gerekmektedir.

Bireylerin yaşı nedeniyle tedavide zorluk çekip çekmedikleri sorulmuştur. Yaşının tedavide kendisinden beklenenleri yapmada etkisiz olduğunu düşünen bireylerin daha fazla olması yaş ile tedaviye yönelik uyum becerileri arasında ilişki olmadığını ileri süren çalışmalarla uyumlu gözükmektedir. Öte yandan, çalışma grubundaki bireylerin yaşlarının ağırlıklı olarak 40 yaş ve üstü olması

sebebiyle bireylerin gelişim sürecini tamamlamış ve kişiliklerinin oturmuş olduğu düşünülebilir. Bu da, Demirbaş ve arkadaşlarının (2004) belirlediği gibi yaş ilerledikçe kendine güvenen ve değerlendiren yaklaşımların artmasıyla sonuçlanmış olabilir.

Bireylere yaşları yüzünden kendilerinden bekleneni yapmakta zorlanıp zorlanmadıkları sorulduğunda tedavi sürecinde bazı zorluklarla yaşayan bireylere bir yönden arkasında saklanabilecekleri bir neden sunulmuştur. Çoğunluğun karşılaştıkları problemlere kılıf uydurmaya yanaşmaması olumlu bir yaklaşım olarak görülebilir.

Bireylere yaşları dolayısıyla sahip oldukları hayat tecrübesinin tedavide fark yaratıp yaratmayacağı sorulmuştur. Bireylerin çoğunun yaşlarının tedavideki becerilerini etkilemediğini düşünmesine rağmen %85.7'si yaşı dolayısıyla sahip olunan hayat tecrübesini tedavide güven verici bir unsur olarak görmektedir. Bu sonuç bireylerin yaşlarının arttıkça hayat tecrübeleriyle beraber problem çözme yeteneklerini daha geniş bir alanda kullandıklarını tespit eden araştırmayla uyumlu gözükmektedir (Demirbaş ve ark., 2004). Tablodaki bir üst değerlendirmeyle paralellik gösteren bir sonuç elde edilmiştir. Bireylerin ilerleyen yaşlarını dezavantaj değil, avantaj olarak gördükleri belirlenmiştir.

Bireylere eğitim düzeylerinin tedavide kendilerini yetersiz hissettirip hissettirmedeği sorulmuştur. Çalışmada eğitim seviyesi nedeniyle kendini yetersiz hisseden bireyler azınlıktadır. Bireylerin eğitim durumlarına göre dağılımlarının belirlendiği Tablo 1'de çalışma grubunun eğitim seviyesinin yüksek olduğu belirtilmişti. Türkiye'deki lise ve dengi okul mezununun 22.07 olduğunu düşünüldüğünde, oran bu şartlar altında gerçekten yüksek çıkmaktır (TÜİK, 2013). Bu değerlendirmeden elde edilen sonuç bireylerin bu durumun farkında olduğunu göstermektedir.

Düşük eğitim seviyesinin bağımlılığın sürmesine neden olan bir faktör olarak belirlendiği çalışmalar göz önünde bulundurularak grubun eğitim seviyesinin

bağımlılığı sürdürücü etkiye sahip olmadığı düşünülebilir (İlhan ve ark., 2003). Benzer bir şekilde başka bir araştırma eğitim seviyesinin yüksek olmasının tedavi programından daha fazla yarar sağlamak anlamına gelebileceğini düşünmektedir (Pektaş ve ark., 2002). Bu açılardan, çalışmanın eğitimle ilgili kısımların tedavi açısından olumlu etkilere sahip olduğu düşünülebilir.

Bireylere yüksek eğitimin tedavideki başarıda etkili olup olmadığı sorulmuştur. Daha yüksek eğitim almış olsaydı tedavide daha kolay başarıya ulaşabileceğini söyleyenler ile aksini düşünenler arasında belirgin bir fark bulunmadığı tespit edilmiştir. Eğitim seviyesi ve alkol bağımlılığına ilişkin yapılan bir çok araştırmaya rağmen bu konuda kesin bir yargıda bulunmak mümkün değildir. Yüksek çoğunluğun eğitim seviyelerinin yetersizlik hissetmelerine yol açmadığı belirlenmiş olmasına rağmen bu değerlendirmedeki oranlar bireylerin eğitime değer verdiğine işaret ediyor gözükmektedir. Başka bir deyişle, bireyler kendilerini yetersiz görmemektedir ancak daha yüksek bir eğitimin avantajlarını da inkar etmemektedir. Bu düşünce yapısının tedavi sürecine olumlu katkıları olabileceği düşünülebilir. Bunun nedeni, eğitime önem veren bireylerin bilinçli bir toplumun öncüler olmasıdır. Bağımlılık problemini çözüme ulaştırmada ise bireylerin bilinçli olmasını sağlamak önem taşımaktadır. Bu açıdan bilinçli bireylerden oluşan bir çalışma grubunun tedavide kolaylık sağlayabileceği düşünülebilir.

Evli olmak tedavide önemli bir destek sistemi olarak kabul görmektedir. Araştırmanın çalışma grubunun bu konuyla ilgili düşüncelerini almak amacıyla bir takım sorular yöneltilmiştir. Bireylerin 19'u evli olmanın tedavide daha güçlü hissettirmeyi sağladığını/sağlayabileceğini belirtmiştir. Soruyu cevapsız bırakan bireylerin sayısı olumsuz cevaplayanlardan fazladır. 9 birey olumsuz cevabı vermektense fikirleri olmadıklarını belirten seçeneği işaretlemişlerdir. Tablo 2'd bekar, boşanmış ve eşinden ayrı yaşayan toplamda 16 birey bulunduğu gösterilmişti. Soruyu yanıtızsız bırakmayı tercih eden ve/veya hayır cevabını veren bireylerin bu 16 bireyden olması muhtemeldir. Yanıtızsız kalan bireylerden her birinin olumsuz cevap verdiğinde dahi evet sayısını daha fazla olması

destek sistemine ve güçlü hissetmeye ihtiyaç duyan bireylerin fazlalıkta olduğuna işaret etmektedir. Öte yandan, evet cevabını veren bireylerin fazlalıkta olmasının sebebi evli olmanın akraba sayısını daha fazlalaştırması nedeniyle alınan desteği de fazlalaştırması olabilir (Kaptanoğlu ve ark., 1997).

19 bireye göre eş desteği tedavide güç veren bir faktördür. Ancak eşini destek olarak görmeyen birey sayısının da azımsanmayacak seviyede olduğu belirlenmiştir. Bu durum tedavi üzerinde büyük bir etkiye sahip olan aile sisteminin tedavi de bazı durumlarda olumlu bazı durumlarda ise olumsuz etki yaratmasıyla ilgili olabilir. Tablo 2’de de gösterildiği gibi çalışma grubunun 14 bireyi boşanmış ve eşinden ayrı yaşayan bireylerden oluşmaktadır. Bu bireylerin problemleri evlilikleri ve ilişkileri nedeniyle eşlerini tedavide destek olarak algılamaması mümkün gözükmektedir. Bir başka deyişle, eş desteğine sahip olan bireylerin bu desteğin güç vermediği cevabını vermesi mümkün ancak olası değildir.. Aksine eş desteğine sahip olmayan bireylerin direkt olarak olumsuz seçeneği işaretledikleri düşünülmektedir. Bireylerin motivasyonu arttıran konuların dağılımıyla ilgili değerlendirmeye yer verildiği Tablo 5’de aile desteğinin en çok verilen cevap olması bu düşüncüyü pekiştirir niteliktedir.

Bireylere sahip oldukları gelir düzeyinin tedavideki cesaretlerini etkileyip etkilemediği sorulmuştur. Bireylerin %57.1’i tarafından tedavide cesaret veren bir faktör olarak görülmemiştir. Bu sonuç, bireylerin motivasyonlarını arttıran konuların dağılımının verildiği Tablo 5’de çoğunluk tarafından maddi desteğin motivasyonu arttırıcı etken görülmediği sonucuyla uyumludur. Bireylerin birçoğunun çalışmadığı ve sahip oldukları geliri yeterli bulmadığı düşünüldüğünde gelir düzeylerini cesaret verici olarak nitelendirmemeleri beklenen bir sonuç olarak görülebilir.

3.1.3.7 Bireylerin Sosyal Çevrelerine İlişkin Değerlendirmeleri

Bu bölümde bireylerin sosyal çevrelerine ilişkin değerlendirmelerine ait Tablolara yer verilmektedir. Bunun için görüşme formunda bireylere altı adet soru yöneltilmiştir. Bu soruların cevaplarına ilişkin dağılımların gösterildiği Tablolar aşağıdakiler gibidir. İlk olarak alkol bağımlısı çevreye sahip olan bireylerin dağılımına yer verilmiştir.

Tablo 9: Bireylerin Sosyal Çevrelerine İlişkin Değerlendirmeleri

Değerlendirmeler	Yanıtlar	Sıklık	%
Alkol bağımlısı çevrem var	Evet	27	77,1
	Hayır	8	22,9
Tedavi kararında çevrem etkili	Evet	14	40,0
	Hayır	21	60,0
Bağımlılıkla baş etmede çevre desteği etkili	Evet	14	40,0
	Hayır	21	60,0
Çevremle sorun yaşadığımda tedavide yalnız hissederim	Evet	18	51,4
	Hayır	17	48,6
İyi çevre desteği tedavimi kolaylaştırıyor	Evet	24	68,6
	Hayır	11	31,4
Çevrem ayık kalmamda etkili	Evet	17	48,6
	Hayır	18	51,4

Sosyal çevreyle ilgili yapılan değerlendirmelerde bireylerin 27'sinin alkol bağımlısı arkadaşa sahip olduğu belirlenmiştir. Bu açıdan, çalışma grubunun alkol bağımlılığı sebepleri arasında sosyal çevrenin bulunduğu yorumu yapılabilir. Bu sonuçta, paylaşılmış grup yaşantısının alkol bağımlılığının gelişmesinde önemli olduğunu savunan çalışmalarla uyumludur (İlhan ve ark., 2002: 85). Başka bir deyişle, bu çalışmaya alkol kullanma davranışı ile sosyal öğrenme arasında bir ilişki bulunduğu dair sonuç elde edilmiştir. Ancak bu sonuç aynı zaman da bu bireylerin taburculuğun ardındaki dönemde riskli bir ortam içerisine gireceği için risk grubu kategorisine sokmaktadır. Alkol bağımlısı çevrenin yeniden içmeye yönelten baskı olması mümkündür. Baskı oluşmasa dahi bireylerin sosyal çevreleri dâhilinde alkole ulaşılabilirliğinin kolay ve rahat

olması risk yaratan bir etkidir. Bu bağlamda, bu çalışma grubunun sosyal çevresi destek sistemi olmaktan uzak gözükmektedir.

Bireylere arkadaşlarının tedavi alma kararı almalarında etkili olup olmadıkları sorulduğunda %60 oranında hayır cevabı alınmıştır. Bir önceki değerlendirmede belirlenen alkol bağımlısı arkadaş çevresinin bu sonuçla alakalı olduğu düşünülebilir. Alkol bağımlısı çevre bireyi alkole uzak değil yakın tutan bireydir. Bu açıdan bireyleri tedaviye yönelten sistem sosyal çevrenin olmaması beklenen bir durumdur. Bu sonuç aynı zamanda Tablo 1’de gösterilen bireylerin çoğunun tedaviyi kendi istekleriyle geldiğini belirttiği sonuçlarla uyumlu kabul edilebilir. %40’lık tedavi kararında etkili görülen çevre etkisinin alkol bağımlısı olmayan bir çevre olduğu düşünülmektedir.

Bir önceki değerlendirmenin sonucuyla da uyumlu olarak tedavi sürecinde bağımlılıkla baş etmede çevre desteğine ihtiyaç duymama oranı %60 olarak belirlenmiştir. Tablo 9’da hem bireylerin ağırlıklı olarak alkol bağımlısı çevreye sahip olduğu hem de tedavi kararında sosyal çevre etkisi bulunmadığı belirlenmiştir. Buna göre, alkol bağımlısı çevrenin alkol bağımlılığının sebepleri arasında ve bireylerin bu durumun farkında olması bağımlılıkla baş ederken çevrenin desteğini ihtiyaç dışı görülmesine neden olabilir. Aynı zamanda tedavi kararında etkili olmayan sosyal bir çevre söz konusudur. Tedaviye değil bağımlılığa yönlendirmiş bir çevrenin bağımlılıkta baş etmede etkili bulunmaması beklenen bir sonuçtur.

%40’lık bir kesimin bağımlılıkla baş etmede etkili görülen çevrenin etkili olduğunu söylerken alkol bağımlılığı tanısı alan çevrelerinin haricinde kalan bireyleri düşünülerek cevaplandırıldığı düşünülmektedir.

Bireylerin 18’inin çevresiyle arasında bir problem yaşadığında tedavide kendilerini yalnız hissettikleri saptanmış olup, 17’si tam tersini düşünmektedir. Birbirine yakın oranlar belirgin bir yorum yapmayı zorlaştırmaktadır. Yine de, hem fiziksel hem de duygusal açıdan hassas geçen bir tedavi sürecinde bulunan bireylerin herhangi biriyle sorun yaşadığında kendini yalnız

hissetmesinin mümkün gözüktüğü söylenebilir. Bu bireyler, çevreden biri olabileceği gibi, aile ya da tedavi ekibinden biri de olabilir. Bireyin her durumda kendini yalnız hissetmesi olasıdır.

Bağımlılığında çevresinin büyük etkisi olduğunu, çevresi tarafından tedaviye değil içmeye yönlendirildiğini düşünenlerin bu bireylere duyduğu kızgınlık bireyleri hayır cevabını vermeye itmiş olabilir. Çevrelerinden bu denli etkilendikleri için bu duruma düştüklerini düşünen bireylerin daha fazla etkilenmemeye kararı almış olmaları olasıdır.

Çevre desteğinin tedaviyi kolaylaştırıp kolaylaştırmadığı bireylere sorulmuştur. 11 birey çevre tarafından gelen desteğin tedaviyi kolaylaştırmak gibi bir etkiye sahip olmadığını belirtmiştir. 24 bireye göreyse çevre desteği tedaviyi kolaylaştırmaktadır. Bu değerlendirmeye kadar çevreyle ilgili tüm değerlendirmeler olumsuz yönde ilerlemiştir. Ancak bu değerlendirme çevreyle ilgili olumlu yorum yapılan ilk dağılım olmuştur. Çevreyle ilgili olumlu cevap sayısındaki artışın çevreyi 'iyi' olarak nitelendirilmesiyle oluştuğu düşünülmektedir.

Bireylerle yapılan bireysel ve grup çalışmalarında aile ve çevrenin desteğinden sıklık bahsedilmektedir. Bu nedenle bireyler sağlık aile ve çevre ortamının bağımlılığı kolaylaştırabileceğinin farkındadır.

Tablo 9'da bulunan son iki değerlendirme arasında benzerlik olduğu düşünülebilir. İlk değerlendirme tedavi sürecindeki zaman dilimine hitap ederken ikinci değerlendirme taburculuğun ardındaki dönemi de kapsamaktadır. Çalışma grubuna dâhil olan bireylere sorular arasındaki bu ayrımın izahı yapılmıştır.

Bireylerin 17'si çevrenin ayık kalmalarında etkili olduğunu ifade etmiştir. 18'isi ise tam tersini düşünmektedir. Daha önce bahsedildiği gibi bağımlılığa neden olan olarak görülen çevrenin destek olarak algılanmaması ayıklıkta da etkili olmayacağını düşüncesine yol açmış olabilir. Daha önceki değerlendirmede iyi

olarak tanımlanan çevreyle ilgili yanıtların bu soruyu da kapsamış olması nedeniyle ayıklıkta etkili olarak belirtilen cevapları sebebi olabilir.

Sosyal çevreyle ilgili genel değerlendirmeler olumsuz etkilerin ön planda tutulduğunu göstermektedir. Bu da çalışma grubunun sosyal çevreden kaynaklı sosyal desteklerinin son derece düşük olduğunu göstermektedir. Sosyal desteği düşük olan bağımlı bireylerin hem alkol alma hem de depresyona girme ve stresli olma riskinin artmakta olduğu bilinmektedir (Yüncü ve ark., 2005). Bu açıdan sosyal destekle ilgili Tabloların tedavi sürecinde dikkat edilmesi gereken hususlarla ilgili yol gösterici olduğu söylenebilir.

Bir sonraki bölümde AMATEM'deki bağımlı ailelerinin tedavideki etkinliklerini irdeleyen olan Tablolara yer verilmiştir.

3.1.3.8 Bireylerin Tedavide Ailesinin Yardımına İlişkin Değerlendirmeleri

Görüşme formunda ailelerin bireyler tarafından destek sistemi olarak algılanıp algılanmadığını belirleyebilmek için bir takım sorular yöneltilmiştir. Bu bölümde, bu soruların yanıtlarına ilişkin Tabloya yer verilmiştir.

Bireyler aile sisteminin destek yapısıyla ilgili beş soru yanıtlamışlardır. Aile ve sosyal çevrenin destek sistemlerinin en önemli iki parçası oluşturulması sebebiyle çevreyle ilgili sorulan soruların aynısı aile için de yöneltilmiştir. Bu bağlamda Tabloların değerlendirmesi yapılırken yer yer iki sistem arasında karşılaştırmalar yapılmıştır. Tablo şu şekildedir:

Tablo 10: Bireylerin Ailelerine İlişkin Değerlendirmeleri

Değerlendirmeler	Yanıtlar	Sıklık	%
Tedavi kararında ailem etkili	Evet	23	65,7
	Hayır	12	34,3
Bağımlılıkla baş etmede aileme ihtiyaç duyuyorum	Evet	26	74,3
	Hayır	9	25,7
Ailemle sorun yaşadığımda tedavide yalnız hissederim	Evet	27	77,1
	Hayır	8	22,9
Aile desteği alkol sorunumla baş etmeyi kolaylaştırır	Evet	26	74,3
	Hayır	9	25,7
Aile ayıklığımy sürdürmede etkili	Evet	27	77,1
	Hayır	8	22,9

Aile konulu yapılan değerlendirmelerde; bireylerin %65.7'si tedavi kararında ailenin etkili olduğunu belirtmiştir. Bu sonuç ailenin tedavi arama davranışında etkili olduğunu tespit eden bulgularla uyumludur (Yüncü ve ark., 2005). Bu noktada dikkat edilmesi gereken husus ailenin etkisinin bireyi tedavi alma konusunda cesaretlendirmesiyle oluşmuş olamayabileceğidir. Aile içi problemlerin tedaviye karar vermede büyük oranda etkili olduğundan çalışmanın ilk kısmında bahsedilmişti.

Bireylere bağımlılıkla baş etmede aile desteğine ihtiyaç duyup duymadıkları sorulmuştur. 26 birey ihtiyaç duyduğunu belirtirken 9 bireye göre aileye ihtiyaç yoktur. Ağırlıklı olarak verilen aile desteği ihtiyacı ailenin tedaviye dâhil edildiğinde tedaviden daha olumlu sonuçlar alınabileceğine işaret etmektedir. Görüşme formu oluşturulurken bu soru genel anlamda bağımlılıkla baş etmede aile desteğinin önemini belirlemek amacıyla düzenlenmiştir. Ancak uygulama sonlandırıldıktan sonra bağımlılıkla baş etmede aile desteğine ihtiyaç duyduğunu belirten bireylerin aynı zamanda aile desteğinden yoksun olan bireyleri işaret edip etmediği düşünülmüştür. Sorunun algılanış biçiminde farklılıklar oluşmuş bile olsa ailenin bağımlılıkta baş etmede önemli olduğu sonucu değişmemektedir.

Bağımlılıkla baş etmede sosyal çevreye ihtiyaç duyan bireyler azınlıktayken aile için durum tam tersi olmuştur. Bu bakımdan bireylerin güçlendirilmesi yönünde çalışmalar yapılırken aileyi ön planda tutmak önemli, sosyal çevreden kaynaklı destek eksikliğini doldurmak gereklidir.

Bireylere aileyle arada sorun oluştuğunda yalnız hissedip hissetmeyecekleri sorulmuştur. %77.1 oranında yalnız hissedileceği cevabı alınmıştır. Elde edilen sonuç bireylerin aileye verdikleri önemi ve değeri ortaya koyan bir yapıya sahiptir. Sosyal çevreyle yaşanan sorunun yarattığı yalnızlık hissi yüzdesinin verildiği Tablo 9'la kıyaslama yapıldığında ailenin sosyal çevreden önce geldiği görülmektedir. Sosyal çevrenin bağımlılığın nedeni olarak görülmesinin sonuca etki etmiş olması muhtemel olsa da bağımlı çevreye rağmen bireylerin mutlaka bağımlılıkla alakası olmayan tanıdıkları bulunmaktadır. Ancak buna rağmen sorun yaşadığında yalnız hissetmeyeceğini belirten çok birey olmuştur.

Daha öncede belirtildiği gibi son derece hassas ve zorlu bir süreç olan alkol bağımlılığı tedavisinde yaşanabilecek her türlü sorunun bireylerin yalnızlığa itmesi mümkündür. Elde edilen değerlendirmeler hangi değişkenin daha etkili olduğunu belirlemeye yardımcıdır. Aileyle yaşanan problemlerin sosyal çevreyle kıyaslandığında daha çok birey üzerinde etkili olduğunu belirlenmiştir.

Bireylere aile desteğinin alkol problemiyle baş etmeyi kolaylaştırıp kolaylaştırmadığı sorulmuştur. Bireylerin yalnızca 9'u kolaylaştırmadığını düşünmektedir. 26'sına göreyse kolaylaştırmaktadır.

Aileyle ilgili değerlendirmelerde bireyler için ailenin önemli olduğu belirlenmiştir. Ailenin varlığıyla kendini iyi hisseden bireylerin desteklerini hissettiklerinde problemleriyle başa çıkabileceklerini belirtmeleri beklenen bir sonuç olmuştur. Öncelikli olarak bireyler için ihtiyaç duyulan desteğin aile odaklı olmasının belirlendiği bu Tablo tedavi planı için birçok ipucu vermektedir. Bireylerin aileden beklentilerinin ve bu beklentilerin karşılanmadığında yaşanacakların bilinmesi tedavi için önemli bir kaynaktır.

Bireylere tedavi sırasında ve sonrasında ayıklıklarını sürdürmede ailenin etkisi sorulduğunda 27 birey etkili olduğunu, 8 birey etkisiz olduğunu belirtmiştir. Tedavi sürecinde aile desteğiyle bağımlılıkla baş etmenin kolaylaştığını belirten bireyler bu durumun tedavi sonrasında da süreceğini düşünmektedir. Elde edilen sonuçlar ailenin alkol bağımlılarının ayıklıklarını sürdürebilmesinde etkili bir faktör olduğunu göstermektedir. Benzer sonuçlara literatür araştırmaları sonucunda da rastlanmıştır (Korkmaz ve ark., 2003).

3.1.3.9 Bireylerin Kendine Yardım Gruplarına İlişkin Değerlendirmeleri

Kendine yardım gruplarının işlevselliğini belirleyebilmek amacıyla bireylere bir takım sorular yöneltilmiştir. Bu alanda bireylere yöneltilen 3 soru aile ve sosyal çevreyle ilgili yöneltilen soru yapılarıyla aynıdır. Bunun nedeni aile ve sosyal çevre kadar kendine yardım gruplarının da bağımlılık tedavisinde önemli bir yere sahip olmasıdır. Kendine yardım gruplarıyla ilgili değerlendirmelerin Tablosu aşağıda sıralanmıştır:

Tablo 11: Bireylerin Kendine Yardım Gruplarına İlişkin Değerlendirmeleri

Değerlendirmeler	Yanıtlar	Sıklık	%
Kendine yardım grupları iyi hissettiriyor	Evet	18	51,4
	Hayır	16	45,7
	Yanıtsız	2	2,9
Kendine yardım grupları alkol sorunuyla başa çıkmayı kolaylaştırıyor	Evet	12	34,3
	Hayır	21	60,0
	Yanıtsız	2	5,7
Kendine yardım grupları ayıklığıı sürdürmede etkili	Evet	14	40,0
	Hayır	19	54,3
	Yanıtsız	2	5,7

Kendine yardım gruplarına odaklanarak yapılan değerlendirmelerde kendi yardım gruplarının varlığının bireylere nasıl hissettirdiği sorulmuştur. Çoğu bireyin kendine yardım grupları olarak neyin kastedildiğini bilemediği gözlemlenmiştir. Adsız Alkoliklerin (AA) bir kendine yardım grubu olduğu söylenmiştir. Bireyler AA'nın adını duyduğunda anladıklarını belirten tepkiler vermiştir. Zira AMATEM ve AA ortak çalışmalar yürütmektedir. Ancak bireylerin

bildikleri tek kendine yardım grubunun AA olması sebebiyle tüm cevaplar bu grup üzerinden verilmiştir. bireylerin AA'larla ilgili geliştirilen duygu ve düşünceler üzerinden tüm yardım gruplarına aynı şekilde bakıldığı gözlemlenmiştir. Bu nedenle kendine yardım gruplarıyla ilgili değerlendirmelerde bulunulurken tüme varım yapılmıştır.

Bireylerin %51.4'ünün bu grupların varlığının kendilerini iyi hissetmesine sebep olduğu belirlenmiştir. Alkol bağımlılığında bireylerin yalnız olmadıklarını hissetmeye ne denli ihtiyacı olduğu bilinmektedir. %51.4'lük oranda bu grupların var olması bireylerde bu hissi uyandırıyor ve bu grupların kurulma amacına hizmet ediyor gözükmektedir. Öte yandan bireylerin %45.7'si ise grupların iyi hissettirmediklerini ve varlıklarının kendilerini etkilemediklerini belirtmiştir. Bu dikkat çekici yanıtların ardından birçoğuna neden böyle hissettikleri sorulduğunda bu grupların tuzak olduklarını belirtmişlerdir. Bu sonuçlar, AMATEM'de kendine yardım gruplarına karşı bir güvensizlik geliştirildiğini ve inanç sağlanmadığını ortaya koymaktadır.

Belirli zamanlarda AA'nın klinikte toplantılar yapması nedeniyle bireylerin grupla ilgili deneyimleri olduğu bilinmektedir. Birçok bireyin ilk kez bağımlılık tanısı almadığı da bilinen diğer durumdur ve bir şekilde daha önce bu gruplarla iletişim haline olunmuştur. bireylerin AA hakkında bir takım düşüncelere sahip olması bundan kaynaklanmaktadır. 1 birey AA'in hiçbir toplantısına katılmadığı için soruyu yanıtsız bırakmıştır.

Bireylerin %60'ının kendine yardım gruplarının alkol sorunuyla başa çıkmayı kolaylaştırmadığını düşündüğünü belirlenmiştir. Bir önceki değerlendirmeyle birbirine yakın olan oranların, bu değerlendirmede arasının açıldığı gözlemlenmiştir. Bu da, en azından düşünce olarak bu grupların varlığının kendileri gibi başka insanlar olduğunu hatırlattığı için iyi hissettirdiğini ancak işlevselliğine inanmadıklarını göstermektedir.

AMATEM'de tedavi gören bireylerin %54.3 oranında kendine yardım gruplarının ayıklığı sürdürmede etkili bulunmadığı saptamıştır. Kendine yardım gruplarının

işlevselliğine inanmayan çalışma grubunun ayık kalma konusunda da bu grupları etkisiz görmesi beklenen bir sonuç olabilir.

Adsız Alkolikler (AA) grubuna devam eden bireylerle ile devam etmeyen bireyler karşılaştırılmasının yapıldığı bir araştırmada ayıklığını sürdüren bireylerin 12 aylık bir süre içerisinde %35 oranında ayıklık süresinin arttırırken, %16 oranında içmeyi azalttıkları belirlenmiştir (Yüncü ve ark., 2005). Bu çalışmada elde edilen sonuç, kendine yardım gruplarıyla ilgili yapılan bir araştırmada ortaya çıkan grupların ayık geçirilen günler arttırdığı yönünde sonuçla çelişiyor gözükmektedir. AA'nın yürüttüğü çalışmaların başarılı bir şekilde ilerlediğini iddia eden birçok kanıtlanmamış iddia bulunmaktadır. Bu konuda tam anlamıyla bilimsel ve ciddi yaklaşımı olan çalışmaların eksikliği yorum yapmayı zorlaştırmaktadır (Coşkunol ve ark., 1997:37).

Tüm bunların ışığından görüşme formundan elde edilen ilgili şunlar söylenebilir:

- Bireylerin sosyo-demografik özellikleri ile ailelerine ilişkin özellikleri çerçevesinde alkol kullananlar aile, sosyal yaşantı ve iş uyumlarının bozulduğunu ifade etmişlerdir.
- Bireylere “..... tedaviniz üzerinde etkili midir?” kalıbında bir çok soru yöneltilmiştir. Elde edilen sonuçlar bireylerin tedavilerinin bir çok değişken tarafından etkileneceğini düşündüğünü ortaya koymuştur. Mesleki elemanların davranışları ve klinik özellikler tedaviyi etkileyen konular olarak irdelenmiştir.
- Tedavi sürecinde etkili olduğu bilinen aile, sosyal çevre ve kendine yardım gruplarıyla yapılan değerlendirmeler bireylerin yalnızca aile destek sistemine sahip olduklarını/olmak istediklerini ortaya koymuştur. Sağlıksız bir sosyal çevreye sahip olan ve kendine yardım gruplarına inanmadıkları belirlenen çalışma grubunun destek sisteminde eksikleri bulunduğu söylenebilir. Yalnızca aile desteği ile başarılı bir tedavi sonucu elde edilip edilemeyeceği tartışmalıdır.

Dağılım Tabloları bireylerin tedavi sürecini etkileyen faktörlere yönelik sosyal hizmet müdahalelerinin geliştirilmesi için genel veriler sunmaktadır. Bu bağlamda bir sonraki bölümde görüşme formunda bulunan sorular ile tedavi motivasyonları arasındaki ilişkiyi incelemek sosyal hizmet uygulamaları için daha fazla kaynak veri sağlayacaktır.

3.2. AMATEM’de TEDAVİ GÖREN BİREYLERİN TEDAVİ MOTİVASYONUNU ETKİLEYEN ETMENLERE İLİŞKİN BULGULAR

Bu çerçevede AMATEM’de tedavi gören bireylerin tedavi motivasyonunu etkileyen etmenlere ilişkin bulgular dört ana başlık altında ele alınmıştır. Öncelikle bireylerin Tedavi Motivasyonu ile İlgili Bulgulara yer verilmiştir. Ardından sırasıyla sosyo-demografik, aile ve tedavi sürecine ilişkin özelliklerin tedavi motivasyonuna etkisi incelenmiştir.

Değişkenler arası karşılaştırma, ilişki arama, değerlendirme ve yorum yapılırken araştırma sürecinde yapılan gözlemler ile kuramsal bölümde bahsedilen literatür çalışmalarından yararlanılmıştır.

3.2.1 Tedavi Motivasyonuna İlişkin Bulgular

Bu bölümde bireylerin TMA ölçeğinden aldıkları ortanca değerlere yer verilmiştir. Aynı zamanda çalışmaya katılan bireyler tarafından alınan en yüksek ve en düşük puanlar Tablo’da gösterilmektedir. Bireylerin aldıkları puanlar ölçeğin puan aralıklarıyla karşılaştırılarak değerlendirilmesi yapılmıştır.

Tablo 12: Bireylerin Tedavi Motivasyonu Ortanca Değerleri

Puanlar	N	Ortanca	SH	En Yüksek	En Düşük	Puan Aralığı
İç Motivasyon	35	51,00	7,97	55	20	11-55
Dış Motivasyon	35	11,00	3,18	19	4	4-20
Kişilerarası Yardım Arama	35	24,00	3,84	30	14	6-30
Tedaviye Güven	35	20,00	4,19	25	10	5-25
Toplam Puan	35	103,00	11,80	119	78	26-130

Araştırmaya katılan bireylerin TMA ölçeği aracılığıyla belirlenen tedavi motivasyonu ortanca değerleri yukarıda görüldüğü gibidir. İçselleştirilmiş motivasyonunu gösteren İM ortanca değeri $51,00 \pm 7,97$ 'dir. Tedavi arayışında olmak dışından başka bir seçeneği olmadığı duygu ve tedavide kalmak için dışsal baskıyı ifade eden DM puanı ortanca değeri $11,00 \pm 3,18$ 'dir. Sorunları başkalarıyla paylaşma motivasyonu anlamına gelen KYA puanı ortanca değeri $24,00 \pm 3,84$ 'tür. Tedavi süreciyle ilgili beklentileri yansıtan TG puan ortanca değeri ise $20,00 \pm 4,19$ 'tur. TP ortanca değerine bakıldığında ise sonuç $103,00 \pm 11,80$ olarak bulunmuştur.

TMA'dan alınabilecek en düşük İM puanı 11 ve alınabilecek en yüksek puanı 55'tir. Çalışmaya katılan bireyler arasında en yüksek skora ulaşılmış gözükmemektedir. En düşük puanınsa 20'da kalması ve taban puanından yüksek olması sebebiyle çalışmaya katılan bireylerin içselleştirilmiş motivasyona sahip olduğu düşünülebilir. TMA'nın DM puan aralığı 4-20'dir. En yüksek skora ulaşılamamış ancak en düşük skora sahip birey ya da bireylerin olduğu görülmektedir. Bu durumda bireylerin DM açısından geliştirilmeye ihtiyaçları olduğu söylenebilir. KYA, puan aralığı 6-30'dur. bireylerin aldığı en yüksek puan, puan aralığının tavan puanıyken, alınan en düşük puanda taban puanının oldukça üstündedir. Bu bakımdan bireylerin sorunlarını başkalarıyla paylaşma motivasyonuna sahip olduğu düşünülebilir. TG puanı aralığı ise 5-25'tir. En yüksek skor elde edilmiş, en düşük skor ise taban puanının üstüne bir değer almıştır. Toplamda bireylerin sahip oldukları motivasyon puan aralığı 26-130 olan TP'in en düşük skorunun taban puanından bir hayli yüksek oluşu göz önünde bulundurulduğunda bireylerin sahip oldukları bir motivasyon olduğu söylenebilir. Ancak en yüksek skora yakın olmayan bu puanların geliştirilmeye ihtiyacı olduğu söylenebilir.

Bir sonraki bölümde ortanca değerleri doğrultusunda bireylerin sosyo-demografik özellikleri ile tedavi motivasyonu arasındaki ilişki incelenmiştir.

3.2.2. Bireylerin Sosyo-demografik Özellikleri ile Tedavi Motivasyonu Arasındaki İlişki

Bu bölümde bireylerin bazı sosyo-demografik değişkenleri ile tedavi motivasyonu arasındaki ilişki ele alınmıştır. Yaş, eğitim, iş ve elde edilen gelirin yeterlilik durumu ile tedavi motivasyonu arasında ilişki olup olmadığına bakılmıştır. Tablolar aşağıdaki gibidir:

Tablo 13: Bireylerin Yaşlarıyla Tedavi Motivasyonu Puanları Arasındaki İlişki

Puanlar	N	R	P
İç Motivasyon	33	,600	$p>0,05$
Dış Motivasyon	33	,074	$p>0,05$
Kişilerarası Yardım Arama	35	,633	$p>0,05$
Tedaviye Güven	35	,013*	$p<0,05$
Toplam Puan	35	,144	$p>0,05$

Bireylerin yaşlarıyla tedavi motivasyonları arasındaki ilişki araştırıldığında İM, DM, KYA ve TP ile yaş arasındaki ilişki istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır. Ancak TG puanı ile yaş arasında 0.05 düzeyinde istatistiksel açıdan anlamlı bir sonuç bulunmuştur. Tedavi olan bireylerin yaşları arttıkça TG puanları da artmaktadır. Alkol bağımlısı bireylerin yaşları ilerledikçe kendine güvenen ve değerlendiren yaklaşımları kullanıldığı bilinmektedir (Demişbaş ve ark., 2004). Yaş ortalaması 46.03 olan uygulama grubunda da böyle bir yaklaşım içine girilmiş olabilir. Değerlendiren ve kendine güven duyan bir yapı da tedaviye olan güveni etkileyebilir. Bu bağlamda yaş, alkol bağımlılığı tedavisinde tedavi motivasyonu ile ilişkili olan önemli bir faktör olarak kabul edilebilir.

Tablo 14'de çalışmaya katılan bireylerin eğitim durumları ile tedavi motivasyonları arasındaki karşılaştırmalara ait bulgular değerlendirilmiştir.

Tablo 14: Bireylerin Eğitim Durumlarıyla Tedavi Motivasyonu Puanları Arasındaki İlişki

Puanlar	N	r	P
İç Motivasyon	35	,936	p>0,05
Dış Motivasyon	35	,681	p>0,05
Kişilerarası Yardım Arama	35	,122	p>0,05
Tedaviye Güven	35	,472	p>0,05
Toplam Puan	35	,415	p>0,05

Bireylerin eğitim durumlarıyla tedavi motivasyonları arasındaki ilişki araştırıldığında tedavi motivasyonları ile eğitim durumları arasındaki ilişki istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır. Bireylerin eğitim durumlarına göre dağılımları Tablo 1'de gösterilmişti ve çalışma grubundaki bireylerin Türkiye şartlarında iyi denilebilecek eğitime sahip oldukları belirlenmişti. Bu bağlamda iyi eğitim görmüş olmak bireylerin tedavilerini olumlu ya da olumsuz etkilemediği söylenebilir.

Tablo 15'da çalışmaya katılan bireylerin çalışma durumları ile tedavi motivasyonları arasındaki karşılaştırmalara ait bulgular değerlendirilmiştir.

Tablo 15: Çalışma Durumuna Göre Tedavi Motivasyonlarına İlişkin Mann-Whitney U Testi Sonuçları

Puanlar	İşiniz Var mı?	N	Ortanca	U	P	
İç Motivasyon	Evet	16	50,50	117,00	,243	p>0,05
	Hayır	19	53,00			
Dış Motivasyon	Evet	16	10,00	133,00	,526	p>0,05
	Hayır	19	11,00			
Kişilerarası Yardım Arama	Evet	16	24,00	138,50	,653	p>0,05
	Hayır	19	24,00			
Tedaviye Güven	Evet	16	18,00	87,00	,030*	p<0,05
	Hayır	19	21,00			
Toplam Puan	Evet	16	99,00	101,50	,094	p>0,05
	Hayır	19	107,00			

Bireylerin çalışma durumlarına göre tedavi motivasyon puanları karşılaştırılmıştır. İş sahibi olma ile TG motivasyonu puanı arasındaki ilişkinin $p < 0,05$ düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir. Buna göre, iş sahibi olan bireylerin daha düşük bir tedavi motivasyonu ortanca değerine sahip olduğu görülmüştür. Tedavi nedeniyle masrafların artması ve yine tedavi nedeniyle işten uzak kalmak bireylerin üzerinde baskı yaratan bir unsur haline gelebilir. Tedavinin ardından işe geri dönme stresi bireyleri olumsuz etkileyen diğer bir durum olabilir. Bağımlılığın en belirgin özelliklerin biri bireylerin kendi durumlarını kabul etmekte zorlanmasıdır. Bu nedenle bireyler işlerinden uzak kalmanın yarattığı sorunların kaynağı olarak bağımlılığı değil tedaviyi görebilir. Bu da, bireylerin tedaviye olan güvenlerini olumsuz yönde etkileyen bir etmen haline gelebilir.

Bireylerin çalışma durumunun TG motivasyonu puanı üzerinde etkili olması tedavi alınan süre içinde yaşanan gelir kaybının ve taburculuğun ardından karşılaşılabilecek olası çalışma yaşamına ilişkin problemlerin bireyler için önemli bir sorun olduğuna işaret etmektedir. Bu durum klinik ortamda tedavi gören bireylerin sosyal ve ekonomik durumlarının sosyal hizmet uzmanları tarafından mutlaka değerlendirilmesi gerektiğini altını çizmektedir. Sosyal güvencesi olmayan, maddi sıkıntı çeken bireylerin tespit edilip tedavi giderlerinin toplumsal kaynaklar aracılığıyla karşılanması bireylerin tedaviye olan güvenini arttırabilir. Bu bağlamda bireylerin problemlerinin çözülmesinde sosyal hizmet uzmanlarının başka kaynaklardan yararlanarak kuracağı hizmet ağının önemini vurgulayan bir sonuç elde edildiği düşünülmektedir.

Bireylerin elde ettikleri gelirin yeterlilik durumlarına göre tedavi motivasyonları Tablo 16'deki gibidir:

Tablo 16: Elde Edilen Gelirin Yeterliliğine Göre Tedavi Motivasyonlarına İlişkin Mann-Whitney U Testi Sonuçları

Puanlar	Gelir yeterli mi?	N	Ortanca	U	P	
İç Motivasyon	Evet	13	52,00	130,50	,830	p>0,05
	Hayır	21	51,00			
Dış Motivasyon	Evet	13	10,00	94,50	,133	p>0,05
	Hayır	21	12,00			
Kişilerarası Yardım Arama	Evet	13	24,00	131,50	,859	p>0,05
	Hayır	21	23,00			
Tedaviye Güven	Evet	13	20,00	134,00	,929	p>0,05
	Hayır	21	20,00			
Toplam Puan	Evet	13	104,00	133,00	,901	p>0,05
	Hayır	21	102,00			

*1kişi soruyu yanıtız bırakmıştır.

Bireylerin elde ettikleri gelirin yeterlik durumlarına göre tedavi motivasyon puanları karşılaştırılmıştır. Yeterli gelire sahip olan bireyler ile sahip olmayan bireylerin motivasyonları arasında istatistiksel olarak anlamlılık bulunmamıştır. Buna göre, yeterli miktarda gelire sahip olmak ya da olmamakla tedavi motivasyonu ilişki yoktur.

AMATEM'de SGK, bağkur, yeşil kart vb. sağlık güvencesine sahip bireylerin tedavi masrafları devlet tarafından karşılanmaktadır. Çalışmaya dahil olan bireylerin sahip olduğu sosyal güvencelere ilişkin bilgi toplanmamıştır. Ancak 2009 yılında yapılan bir araştırmaya göre AMATEM'e başvuran bireylerin %90'ına yakın bir bölümünün sosyal güvencesinin bulunduğu yalnızca %10'luk kısmının ise tedaviyi ücretli olarak aldığı belirlenmiştir (Dilbaz, 2011, Erişim: 7.12.13, <http://www.sdplatform.com/Dergi/450/Ankara-AMATEM-penceresinden-Turkiyenin-bagimlilik-fotografi.aspx>). Buna göre, çoğunluğun masraflarının devlet tarafından karşılandığı düşünülürse bireylerin ekonomik yetersizliklerini tedaviyle bağdaştırmamasına neden olmuş olabilir. Bu da, tedavi motivasyonu ile ilgili anlamlı bir sonuç elde edilememesine etki edebilir.

Sosyo-demografik özelliklerle tedavi motivasyonu arasında ilişkinin arandığı bu bölümde yalnızca yaş ve çalışma durumu değişkenlerinde anlamlı sonuçlar elde edilmiştir. Bir sonraki bölümde ise bireylerin ailesel özellikleri ile tedavi motivasyonları arasında ilişki olup olmadığını gösteren veriler bulunmaktadır.

3.2.3. Bireylerin Aile Özellikleri ile Tedavi Motivasyonuna Arasındaki İlişki

Bu çalışmada ailesel özellikler kapsamında ele alınan değişkenlerin hiçbirisi tedavi motivasyonu üzerinde anlamlı bulunmamıştır. Örnek teşkil etmesi açısından bireylerin ailesel özelliklerinden yalnızca medeni durum ile tedavi motivasyonu arasındaki ilişkiyi ele alan Tabloya yer verilmiştir. Konu ile ilgili Tablo aşağıdaki gibidir:

Tablo 17: Medeni Duruma Göre Tedavi Motivasyon Puanlarına İlişkin Mann-Whitney U Testi Sonuçları

Puanlar	Medeni durum	N	Ortanca	U	P	
İç Motivasyon	Evli	23	51,00	127,50	,713	p>0,05
	Evli değil	12	50,50			
Dış Motivasyon	Evli	23	11,00	122,00	,575	p>0,05
	Evli değil	12	10,00			
Kişilerarası Yardım Arama	Evli	23	23,00	131,00	,807	p>0,05
	Evli değil	12	24,00			
Tedaviye Güven	Evli	23	20,00	137,00	,972	p>0,05
	Evli değil	12	20,00			
Toplam Puan	Evli	23	102,00	130,00	,781	p>0,05
	Evli değil	12	103,50			

Evli olan bireyler ile evli olmayan bireylerin tedavi motivasyonları arasında istatistiksel bir anlamlılık elde edilmemiştir. Buna göre bu çalışmada medeni durum ile tedavi motivasyonu arasında hiçbir ilişki bulunmamaktadır.

Bu çalışmada elde edilen sonuç evli olan alkol bağımlılarının akraba sayısının fazla olması nedeniyle daha fazla sosyal anlamda destek aldıkları bu yüzden diğer bireylere oranla tedavi sürecinde hastalıkla daha kolay baş ettiği yönündeki çalışmalarla çelişmektedir (Yüncü ve ark., 2005: 133). Ancak alkol bağımlılarının %74'ünün evlilik sorunları yaşadığı ve %43'ünün aile içi fiziksel

şiddet uyguladığı atlanmaması gereken önemli bir istatistiktir (Kaptanoğlu ve ark., 1997; akt: Korkmaz ve ark., 2003: 23). Evlilerin ağırlıklı olduğu çalışma grubunda evlilik sorunlarının ve aile için fiziksel şiddetin yaşanması ihtimali aileyi sosyal destek kapsamından çıkarabilir. Bu bağlamda da bireylerin motivasyonu üzerinde olumlu etkiye sahip olunan bir sonuç elde edilmemiş olabilir.

Ailesel özelliklerle tedavi motivasyonu arasında ilişkinin arandığı bu bölümde hiçbir değişkenle anlamlı sonuçlar elde edilmemiştir. Bir sonraki bölümde ise bireylerin tedavi sürecine ilişkin bazı bilgileri ile tedavi motivasyonları arasında ilişki olup olmadığını gösteren veriler bulunmaktadır.

3.2.4 Bireylerin Tedavi Sürecine İlişkin Bilgilerin ile Tedavi Motivasyonu Arasındaki İlişki

Bu bölümde bireylerin tedavi sürecine ilişkin bilgileri ile tedavi motivasyonu arasındaki ilişki ele alınmıştır. Sırasıyla bireylerin hastalık öykülerine, personele, SHU'ya, klinik ortama, tedavi sürecine, kendilerine, sosyal çevrelerine, tedavide ailelerin yardımına ve kendine yardım gruplarına ilişkin değerlendirmeleri ile tedavi motivasyonu arasındaki ilişkiye ait bulgulara yer verilmiştir.

3.2.4.1 Bireylerin Hastalık Öyküleri ile Tedavi Motivasyonuna Arasındaki İlişki

Bu bölümde AMATEM'de yatarak tedavi almakta olan bireylerin hastalık öyküleriyle alakalı bilgiler ile tedavi motivasyonu arasındaki ilişkiler ele alınmıştır. Bu kapsamda bireylerin alkol aldığındaki başarısızlık ve pişmanlık ve arkadaşları tarafından tedaviye yönlendirilme durumunun tedavi motivasyonuna nasıl yansıdığına bakılmıştır. Konu ile ilgili Tablolar şu şekildedir:

Tablo 18: Kişilerin Alkol Kullanımının Başarısızlığa Neden Olma Durumuna Göre Tedavi Motivasyonu Puanlarına İlişkin Mann-Whitney U Testi Sonuçları

Puanlar	Alkol aldığımda yapmam gerekenleri aksatıyorum/yapamıyorum.	N	Ortanca	U	P	
İç Motivasyon	Evet	27	52,00	68,50	,118	p>0,05
	Hayır	8	46,00			
Dış Motivasyon	Evet	27	11,00	98,00	,692	p>0,05
	Hayır	8	11,00			
Kişilerarası Yardım Arama	Evet	27	24,00	57,00	,044	p<0,05
	Hayır	8	21,50			
Tedaviye Güven	Evet	27	20,00	70,50	,138	p>0,05
	Hayır	8	17,00			
Toplam Puan	Evet	27	104,00	62,00	,070	p>0,05
	Hayır	8	96,00			

Alkol kullanımının başarısızlığa neden olduğunu düşünen bireyler ile düşünmeyen bireylerin tedavi motivasyonu puanlarında fark olup olmadığını saptamak için Mann Whitney U testi yapılmıştır. Başarısız olduğunu düşünenler (ortanca: 24,00) ile düşünmeyenler (ortanca: 21,50) arasında KYA motivasyon puanlarında istatistiksel olarak anlamlılık elde edilmiştir.

Alkolün yapması gerekenleri aksatmasına ve/veya yapamamasına neden olduğunu söyleyen bireylerin kişiler arası yardım arama puan ortanca değerinin daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Bu sonuca bakarak, kişilerin yardıma ihtiyacı olduğunu kabul ettikleri bu nedenle de yardım arama puan ortancalarının daha yüksek bulunmasına neden olduğu düşünülebilir.

Alkol aldığımda işlerini aksatmayan bireylerin cevaplarının gerçeği tam anlamıyla yansıtmadığı düşünülmektedir. Kanda bulunan %0.05'lik alkolün dahi bireylerin düşünme, yargılama ve kendini kontrol edebilme yetilerini bozmaya başlaması için yeterli olduğu bilinmektedir. (Yapıcı, 2006: 5-6). Bu bakımdan bağımlılık seviyesindeki bireylerin alkolden etkilenmediklerini söylemeleri gerçekçi gözükmemektedir. Sorunu kabullenmede zorluk yaşama ve inkarın

bağımlılık tedavisinde sık karşılaşılan bir durum olduğu kuramsal kısımda söz edilen konular arasındadır. Sıklıkla tedavide bireylerin alkol kullanımını normal gösterme çabalarıyla karşılaşılmaktadır. (Dilbaz, 1998: 104). Bu bağlamda, alkol aldığıında başarısızlıklar yaşadığını kabul etmeyen bireylerin alkol bağımlılığını kabullenmeyle ilgili sorunları olduğu düşünülebilir. Alkol kullanımıyla ilgili problemin olmadığı düşünülmesi bireyin tedavide kalma nedenleri yaratamamasıyla sonuçlanabilir. Bu da tedavi için yüksek motivasyon oluşmamasında etkili görünmektedir.

Bireylerin alkol kullanım sorununu kabul etmiyor oluşları alkol bağımlılığı tedavisinde değişim için gerekli görülen beş aşamadan ilki olan niyet öncesinde olduğuna işaret etmektedir (Bknz: 1.1.2 Alkol Bağımlılığı Tedavisi ve Motivasyon) Motivasyon düzeyleriyle de yakından alakalı olan bu aşamalardan ilki bireyin henüz değişme hazır olmadığı anlamına gelmektedir. Alkol kullandığında yapması gerekenlerde başarısız olmadığını düşünen bireylerin daha düşük ortanca değere sahip olması henüz değişime hazır olmamaktan kaynaklanıyor olabilir.

Tablo 19'da bireylerin alkol kullandıktan sonraki pişmanlık duygularıyla motivasyonları arasındaki ilişkiye bakılmıştır. Bireylerin alkol kullandıkları dönemlerle ilgili duygu ve düşüncelerine hitap eden bu iki Tablo bireylerin problemi kabullenme seviyeleri hakkında ipucu sağlamaktadır. Bu bakımdan bu iki Tablo sonuçlarının birlikte değerlendirildiğinde daha aydınlatıcı olabileceği düşünülmektedir.

Tablo 19: Bireylerin Alkol Kullandıklarındaki Pişmanlık Durumlarına Göre Tedavi Motivasyonlarına İlişkin Mann-Whitney U Testi Sonuçları

Puanlar	Alkol aldıktan sonra pişmanlık hissediyorum	N	Ortanca	U	P	
İç Motivasyon	Evet	29	52,00	41,50	,045*	P<0,05
	Hayır	6	44,50			
Dış Motivasyon	Evet	29	10,00	67,00	,378	P>0,05
	Hayır	6	11,50			
Kişilerarası Yardım Arama	Evet	29	24,00	86,00	,965	P>0,05
	Hayır	6	23,50			
Tedaviye Güven	Evet	29	20,00	61,50	,261	P>0,05
	Hayır	6	17,50			
Toplam Puan	Evet	29	104,00	48,50	,092	P>0,05
	Hayır	6	96,00			

Alkol kullanımından pişmanlık duyan bireyler ile duymayan bireylerin tedavi motivasyonu puanlarında fark olup olmadığını saptamak için Mann Whitney U testi yapılmıştır. Pişmanlık duyanlar (ortanca: 52,00) ile duymayanlar (ortanca: 44,50) arasında İM puanlarında istatistiksel olarak anlamlılık elde edilmiştir.

Alkolün aldıktan sonra pişmanlık duyduğunu söyleyen bireylerin İM puanı ortanca değerinin daha yüksek olduğu belirlenmiştir. İM kategorisinde bireyler tarafından alınabilecek en yüksek puan 55'dir. Buna göre, ortadaki değeri 52 olan pişmanlık duyan bireylerin oldukça yüksek bir iç motivasyona sahip olduğu ortaya çıkmaktadır.

Bireylerin pişman duymaları alkol kullanımının yarattığı problemleri kabul ettikleri anlamını taşımaktadır. Bu bağlamda, tıpkı bir önceki Tabloda olduğu gibi alkol kullandıktan sonra pişmanlık duymadıklarını ifade eden bireylerin daha düşük değere sahip olmasının nedeni alkol probleminin kabul etmemesinden ötürü olduğu düşünülebilir. Alkol bağımlılarında suçluluk ve utanç duyguları üzerinde yapılan bir araştırmada utanç duygusunun tedaviye başlamayı kolaylaştırabileceği belirlenmiştir. Utanç duygusunun iyileşme sürecinin bir parçası olduğu ve bireylerin yaptıklarını onarma duygusunu güçlendirdiği düşünülmektedir (Kalyoncu ve ark., 2002: 161). Bu bağlamda pişmanlık

duymamak bireylerin yeni hamlelerini gerçekleştirmek için neden bulamadıkları anlamına gelebilir. Pişman olmamak bireylerin yeniden aynı hatalara düşmemek için ders çıkararak telafi yoluna gitme gücünü arayamamalarına neden olmuş olabilir.

İstatistiksel bir anlamlılık elde edilmemesine rağmen pişmanlık duymayan bireylerin DM, TG ve TP ortanca değerlerinin daha düşük olduğu belirlenmiştir. Pişmanlık duygusu yaşamayan bireylerin genellikle özsaygısı düşük bireyler olduğu belirlenmiştir. Bu bireylerin pişmanlığı en aza indirmek için daha fazla motive etmek gerektiği belirtilmektedir. (Çolakradioğlu, 2010: 47). Buna göre alkol kullanımından ötürü pişmanlık yaşamayan bireylerin daha fazla motivasyona ihtiyacı var gözükmektedir.

Tablo 20’de bireylerin arkadaşları tarafından tedaviye yönlendirilmesinin tedavi motivasyonu üzerinde etki sahibi olup olmadığına bakılmıştır.

Tablo 20: Kişilerin Arkadaşlarının Alkolü Bırakma Taleplerine Göre Tedavi Motivasyonlarına İlişkin Mann-Whitney U Testi Sonuçları

Puanlar	Arkadaşlarım alkolü bırakmamı söyledi.	N	Ortanca	U	P	
İç Motivasyon	Evet	22	52,50	97,00	,114	p>0,05
	Hayır	13	46,00			
Dış Motivasyon	Evet	22	10,00	104,50	,185	p>0,05
	Hayır	13	11,00			
Kişilerarası Yardım Arama	Evet	22	25,00	58,00	,004*	p<0,05
	Hayır	13	22,00			
Tedaviye Güven	Evet	22	20,50	81,00	,033*	p<0,05
	Hayır	13	17,00			
Toplam Puan	Evet	22	108,00	84,50	,046*	p<0,05
	Hayır	13	100,00			

Arkadaşları tarafından alkolü bırakması söylenen bireyler ile söylenmeyen bireylerin tedavi motivasyonu puanlarında fark olup olmadığını saptamak için Mann Whitney U testi yapılmıştır. Alkolü bırakması söylenenler ile

söylenmeyenler arasında KYA, TG ve TP alt başlıklarında istatistiksel olarak anlamlılıklar bulunduğu belirlenmiştir.

Arkadaşları tarafından alkolü bırakması tavsiye edilen bireylerin KYA, TG ve TP ortanca değerlerinin daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Özellikle KYA ve TG alt başlıklarında belirlenen ortanca değerler testten alınabilecek en yüksek puana oldukça yakın değerlerdir. Bu sonuca göre, arkadaşları tarafından alkolü bırakması söylenen kişilerin motivasyonları daha yüksektir.

Arkadaşları tarafından alkol kullanımı konusunda uyarılmayan bireylerin KYA motivasyonlarının düşüklüğü bireylerin sosyal desteğe sahip olduklarında yardım almakta zorlandıklarını göstermektedir. Bu sonuç, sosyal desteğin yardım alma konusunda daha az zorlanma yaşanmasına ve profesyonel yardıma olan inancın arttırdığına yönelik veriler elde eden çalışmayla uyumludur (Arslantaş ve ark., 2011: 22). Sosyal destek, yardım arama tutumu geliştirilmesine katkı sağlamaktadır. Bu bağlamda, Yüncü ve arkadaşlarının (2005) da belirttiği sosyal çevre ile arkadaşların tedavi arama davranışında ve ayıklığın sürdürülmesinde etkin bir rolü bulunduğu söylenebilir.

Arkadaşları tarafından alkolü bırakması söylenen bireylerin TG motivasyonun yüksek bulunması bireylerin arkadaşlarına güvendiklerini dolayısıyla arkadaşlarının onayladıkları bir duruma karşıda güven geliştirdikleri anlamını taşıyor olabilir. Bu durum, iyi arkadaşlık ilişkilerinin, amaç ve hedefler doğrultusunda bireyleri motive edilebilecek motivasyon araçlarından olduğuna işaret etmektedir (Canöz, 2010: 348). İki alt başlıkta tespit edilen istatistiksel anlamlılığın TP'ı etkilemesi olasıdır. KYA ve TG alt başlıklarında tespit edilen motivasyon kadar olmasa da TP da da kişilerin belirgin bir motivasyona sahip olduğu söylenebilir.

Tablo 20, destek sistemlerinin önemini vurgulayan bir sonuç vermiştir. Kişilerin motivasyonu üzerinde olumlu etkiye sahip olan arkadaşların tedaviye dâhil edildiklerin tedavide daha da olumlu sonuçlar alınmasını sağlayacağı

düşünülebilir. Bu da sosyal çevrenin bireylerin bedensel ve ruhsal hastalık süreçlerindeki sağlıklarını sürdürmede etkisi olduğunu söyleyen çalışmalarla uyumlu bir sonuçtur (Yüncü ve ark., 2005).

Genel olarak, hastalık öykülerinin tedavi motivasyonlarıyla ilişkisine bakıldığında alkol kullanımının yarattığı zorlukları kabul edildiğinde motivasyonla ilişki tespit edilmiştir. Aynı zamanda sosyal destek sistemlerinin bireyleri motive etmede rol sahibi olduğunu gösteren sonuçlar elde edilmiştir. Bir sonraki bölümde personele ilişkin değerlendirmeler ile tedavi motivasyonu arasında ilişki olup olmadığına ait verilere yer verilmiştir.

3.2.4.2 Bireylerin Personele İlişkin Değerlendirmeleri ile Tedavi Motivasyonu Arasındaki İlişki

Bu başlık altında personel davranışlarıyla ilgili yapılan değerlendirmelerden elde edilen cevaplara göre tedavi motivasyonlarının karşılaştırılması yapılmıştır. Bireylere iyi davranılmasına, bireylerin çekinmeden fikrini söyleyebilmesine, personelin tutarlı davranmasına, ihtiyaç duyulduğunda personelin bulunabilmesine, ve başka doktora muayene olma düşüncesine göre motivasyonların karşılaştırılacağı Tablolar aşağıdaki gibidir:

Tablo 21: Klinikte Bireylere İyi Davranılmasına Göre Tedavi Motivasyonlarına İlişkin Mann-Whitney U Testi Sonuçları

Puanlar	Klinikte bireylere iyi davranılıyor.	N	Ortanca	U	P	
İç Motivasyon	Evet	24	51,50	98,50	,230	p>0,05
	Hayır	11	50,00			
Dış Motivasyon	Evet	24	10,50	119,50	,654	p>0,05
	Hayır	11	11,00			
Kişilerarası Yardım Arama	Evet	24	24,00	78,50	,056*	p<0,05
	Hayır	11	21,00			
Tedaviye Güven	Evet	24	20,00	79,00	,058*	p<0,05
	Hayır	11	16,00			
Toplam Puan	Evet	24	104,50	81,00	,070	p>0,05
	Hayır	11	98,00			

Klinikte bireylere iyi davranıldığını düşünenler ile düşünmeyenlerin tedavi motivasyonu puanlarında fark olup olmadığını saptamak için Mann Whitney U testi uygulanmıştır. İyi davranıldığını düşünenler ile düşünmeyenler arasında KYA ve TG alt başlıklarında istatistiksel olarak anlamlılık bulunduğu belirlenmiştir.

Mann-Whitney U testi'nin sonucu anlamlı bulunduğu değişkenlerin ortanca değerleri arasında anlamlı bir fark bulunduğu anlamına gelmektedir. İyi davranıldığını düşünen bireylerin KYA ve TG ortanca değerlerinin daha yüksek olduğu belirlenmiştir. KYA ve TG alt başlıklarında belirlenen ortanca değerler testten alınabilecek en yüksek puana yakın değerlerdir. Bu sonuca göre, klinikte kendilerine iyi davranıldığını düşünen kişilerin motivasyonları daha yüksektir.

İnsanlar yardım isterken desteğini gördüğü, rahatlıkla iletişim kurduğu ve yakın hissettiği kişileri tercih ederler. Bu bakımdan, klinik ortamda kendilerine iyi davranıldığında kişilerin yardım arama motivasyonları yükselmektedir. Bu durum kişilerin rahatsızlıklarını özümsemeye bir adım daha yaklaştırır çünkü yardım etmekten çekinmeyen kişiler problemi kabul eden kişiler olacaktır. Tablodan elde edilen sonuç bireylerin klinik ortamda iyi muamele gördüklerini düşündüklerinde durumları ile ilgili yardım istemeye daha açık oldukları ve motivasyonları anlamlı düzeyde yükseldiği yönündedir.

Tedaviye karşı güveni oluşturacak öğeler tedaviyi sunan bireylerdir. Bireylere karşı oluşan memnuniyetsizlikse tedaviye güven geliştirmeyi zorlaştıracak türden bir durumdur. Dilbaz (1998) tarafından da belirtildiği gibi bağımlılık tedavisinde tüm bireylere aynı standartta davranılması ve saygı gösterilmesi tedavi sürecinin etkileyen çok önemli bir unsurdur. Özer ve Çakıl (2007), sağlık hizmetlerinde hasta memnuniyeti üzerine yaptıkları derlemede personel tarafından gösterilen ilgi, anlayış, bilgi ve becerilerin sunma şeklinin bireyleri tedavide daha rahat, uyumlu ve katılımcı yaptığından bahsetmektedir. Bu bağlamda kendilerine iyi davranılmadığını belirten bireylerin TG puanlarına

bakıldığında personelin bireyler üzerinde anksiyete uyandırdığı ve tedaviye uyumlu olmakta zorlandıkları düşünülebilir. Yapılan bir araştırmada katılımcılar tarafından güven boyutu, hizmet kalitesini belirleyen en önemli faktör olarak belirlenmiştir (Özer ve Çakıl, 2007: 142). Bu çalışmada kendilerine iyi davranılmadığını düşünen bireylerin iyi bir hizmet kalitesine sahip olmadıkları düşünülmektedir.

İstatistiksel anlamlılık elde edilmemesine rağmen bireylere iyi davranılmadığını belirten bireylerin İM ve TP ortanca değerleri de düşük bulunmuştur. Bu bağlamda, alkol bağımlılığı tedavisinde bireylerin iyi muamele gördüklerinde tedavi programında daha iyi motive olmalarının sağlanması mümkün gözükmemektedir. Tablo 22’de bireylerin fikirlerini çekinmeden belirtebilmesinin tedavi motivasyonuna etki edip etmediğini gösteren verilere yer verilmiştir.

Tablo 22: Bireylerin Personel Davranışı Sebebiyle Kişilerin Fikrini Söylemekten Çekinmesine Göre Tedavi Motivasyonlarına İlişkin Mann-Whitney U Testi Sonuçları

Puanlar	Personele fikrimi çekinmeden söyleyebiliyorum.	N	Ortanca	U	P	
İç Motivasyon	Evet	30	51,00	59,00	,447	p>0,05
	Hayır	5	46,00			
Dış Motivasyon	Evet	30	10,00	10,50	,002*	p<0,05
	Hayır	5	15,00			
Kişilerarası Yardım Arama	Evet	30	24,00	38,50	,084	p>0,05
	Hayır	5	19,00			
Tedaviye Güven	Evet	30	20,00	64,50	,618	p>0,05
	Hayır	5	18,00			
Toplam Puan	Evet	30	103,50	62,00	,539	p>0,05
	Hayır	5	101,00			

Fikrini çekinmeden personele söyleyebilenler ile söyleyemeyenlerin tedavi motivasyonu puanlarında fark olup olmadığını saptamak için Mann Whitney U testi uygulanmıştır. Fikrini çekinmeden söyleyebilenler ile söyleyemeyenler arasında DM alt başlığında istatistiksel olarak anlamlılık bulunduğu belirlenmiştir.

Fikrini personele ifade etmekte çekinceler yaşayan bireylerin DM ortanca değerinin daha yüksek olduğu belirlenmiştir. DM alt başlığında belirlenen ortanca değer testten alınabilecek en yüksek puana yakın bir değere sahiptir. Bu sonuca göre, fikrinin çekinmeden ifade edemeyen bireylerin dış motivasyonları daha yüksek gözükmektedir.

Tedavi Motivasyon Ölçeği'nde DM alt başlığı bireylerin tedavi arayışında olmak dışında başka bir seçeneğe sahip olup olmadıklarını ve tedavi görmek için dışsal baskıya maruz kalıp kalmadıkları belirlemek amacıyla oluşturulmuştur. Bu bağlamda, fikrini belirtmekte çekince yaşayan bireyler tedavi olmak dışında başka seçeneğe sahip olmadığını düşünen bireyler olarak kabul edilebilir. Buna göre, her ne kadar ilk bakışta fikri çekinmeden ifade edememek olumsuz bir durum olarak gözükse de, çekincenin altında yatan sebeplere göre olumlu bir durumun söz konusu olması mümkündür. Örneğin, bireyler alkole olan bağımlılığının kendilerine, ailelerine ve çevrelerine yarattığı hasarın farkında olarak herhangi bir şey söyleme hakkını kendilerine görmüyor olabilir. Fikrini söylemekten çekiniyor olabilirler çünkü bu tedaviyi almaktan ve yararlanmaktan başka şansları yoktur.

Fikir belirtmekten çekinme olumsuz bir durum olarak kabul edilse dahi olumsuzluğu bireylerin itici gücü haline gelmiş olarak yorumlamak mümkündür. Çekimsiz kişiliğe sahip olan bireyler söz konusu ise tedaviden başka yol görmemelerinden ötürü bireylerin çekimsizlikleri amaçları doğrultusunda daha inatçı davranma eğilimine dönüşmüş olabilir. Zorlayıcı amaçlara sahip olmak ve bu amaçları gerçekleştirebilecek olanaklara sahip olmak motivasyonu arttıran faktörlerdir (Ünlü, 2013: 14). Tablo 23'de personel tutarlılığının tedavi motivasyonları üzerindeki etkisine yönelik verilere yer verilmiştir.

Tablo 23: Personel Tutarlılığına Göre Tedavi Motivasyonlarına İlişkin Mann-Whitney U Testi Sonuçları

Puanlar	Personelin davranışları tutarlı.	N	Ortanca	U	P	
İç Motivasyon	Evet	20	53,00	110,50	,185	p>0,05
	Hayır	15	50,00			
Dış Motivasyon	Evet	20	10,50	144,00	,840	p>0,05
	Hayır	15	11,00			
Kişilerarası Yardım Arama	Evet	20	24,50	86,00	,032*	p<0,05
	Hayır	15	21,00			
Tedaviye Güven	Evet	20	20,00	101,50	,103	p>0,05
	Hayır	15	18,00			
Toplam Puan	Evet	20	108,00	95,50	,069	p>0,05
	Hayır	15	100,00			

Klinik personelinin davranışlarını tutarlı olarak değerlendirenler ile değerlendirmeyenlerin tedavi motivasyonu puanlarında fark olup olmadığını saptamak için Mann Whitney U testi uygulanmıştır. Personel davranışlarını tutarlı bulanlar ile bulmayanlar arasında KYA alt başlığında istatistiksel olarak anlamlılık bulunduğu belirlenmiştir.

Personel davranışlarının tutarlı olduğunu düşünen bireylerin KYA ortanca değerinin daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Personel davranışları KYA alt başlığı üzerinden kişilerin motivasyonlarında etkili gözükmektedir. Bu sonuç, tedavi hizmeti sunulan yerlerde motivasyonunun belirleyicisi olarak çalışanların etkinliğini önemli olduğu belirten çalışmalarla uyumludur (Kıdak ve Aksaraylı, 2009: 76).

Burada bireylerin tedavi motivasyonlarının çalışanların tutarsız etkinliğinden olumsuz etkilenmiş olması mümkündür. Bu durumun bireylerin karşılaştıkları tutarsız davranışlar karşısında güven duygusu geliştirememelerinden kaynaklanmış olması mümkündür. Tedavi içinde hizmet sunan personelin kendilerine yardım etmesi gereken kişiler olması gerekirken bu durumun tam

tersiyle karşılaşmak bireylerin kişilerarası yardım arama için kendilerini kapatmalarına neden olabilir.

Tutarsız personel davranışlarının sağlık hizmetlerinde sıklıkla karşılaşılan bir durum olduğu bilinmektedir. Sağlık hizmetinin sunulan yerlerde karmaşık yapılanma görülmekte, bu da personelin rol çatışması yaşamasına neden olmaktadır. Personelin bu rol çatışmaları da olumsuzlarla karşılaşılmasına neden olmaktadır. Araştırmanın uygulama sürecinde AMATEM çalışanlarıyla yapılan gözlemler klinikteki personelin rol çatışması yaşadığı yönünde olmuştur. Bu da bağımlı bireylerin sorunlarını diğerleriyle paylaşma motivasyonunu etkilemiş gözükmektedir.

Personel davranışlarını tutarlı bulmayan bireylerin İM, TG ve TP ortanca değerlerinin de daha düşük olduğu belirlenmiş ancak istatistiksel bir anlamlılık elde edilmemiştir. Özellikle TP alt başlığında ortanca değerler arasındaki fark açılmaktadır. Bu bağlamda, genel olarak tutarsız personel davranışları bireylerin motivasyonlarını aşağı çeken bir unsur olarak görülebilir.

Tablo 24'de ihtiyaç haline personel bulunabilirliği ile tedavi motivasyonu arasında ilişki olup olmadığına ilişkin verilere yer verilmiştir.

Tablo 24: İhtiyaç Halinde Sağlık Personelinin Bulunabilme Durumuna Göre Tedavi Motivasyonlarına İlişkin Mann-Whitney U Testi Sonuçları

Puanlar	İhtiyaç duyduğumda sağlık personelinin bulabiliyorum.	N	Ortanca	U	P	
İç Motivasyon	Evet	31	51,00	47,50	,449	p>0,05
	Hayır	4	46,00			
Dış Motivasyon	Evet	31	11,00	52,00	,601	p>0,05
	Hayır	4	10,50			
Kişilerarası Yardım Arama	Evet	31	24,00	32,50	,125	p>0,05
	Hayır	4	20,00			
Tedaviye Güven	Evet	31	20,00	40,50	,261	p>0,05
	Hayır	4	15,50			
Toplam Puan	Evet	31	104,00	36,50	,186	p>0,05
	Hayır	4	93,00			

İhtiyaç duyduğunda sağlık personelinin bulabilenler ile bulamayanların tedavi motivasyonu puanlarında fark olup olmadığını saptamak için Mann Whitney U testi uygulanmıştır. Buna göre, ihtiyaçta personeli bulabilmek ya da bulamak ile tedavi motivasyonu arasında anlamlı bir ilişki bulunmadığı belirlenmiştir.

Hasta memnuniyetiyle alakalı olarak birçok çalışma bulunmaktadır. Bu çalışmaların ortak yönü kaliteli hizmetin hasta memnuniyetini etkileyen önemli bir faktör olarak değerlendirilmesidir (Özcan ve ark., 2008: 97). İhtiyaç halinde sağlık personelinin bulamamak ise bireylerin hizmet kalitesini sorgulamalarına neden olabilir. İstatistiksel bir anlamlılık elde edilmemesine rağmen bu durumun ileri boyutların bireylerin tedavi motivasyonunu aşağı çekebilecek nitelikte bir hal alabilir. Bu bağlamda, personeli bulamadığını belirten 4 bireyin mutlaka dikkate alınması gerektiği düşünülmektedir.

Tablo 25'da tedavi sonlandırıldıktan sonra başka doktora muayene olmayı düşünen ve düşünmeyen bireylerin motivasyonları arasındaki ilişkiyi ortaya koyan verilere yer verilmiştir.

Tablo 25: Başka Doktora Muayene Olma İsteğine Göre Tedavi Motivasyonlarına İlişkin Mann-Whitney U Testi Sonuçları

Puanlar	Buradan çıktıktan sonra başka doktora muayene olmayı düşünmüyorum.	N	Ortanca	U	P	
İç Motivasyon	Evet	26	51,50	54,50	,106	p>0,05
	Hayır	7	43,00			
Dış Motivasyon	Evet	26	11,50	62,50	,206	p>0,05
	Hayır	7	10,00			
Kişilerarası Yardım Arama	Evet	26	24,00	72,00	,401	p>0,05
	Hayır	7	24,00			
Tedaviye Güven	Evet	26	20,00	39,00	,021*	p<0,05
	Hayır	7	16,00			
Toplam Puan	Evet	26	104,50	44,00	,038*	p<0,05
	Hayır	7	92,00			

*2 kişi soruyu yanıtsız bırakmıştır.

Tedavisini tamamladıktan sonra başka doktora muayene olma ihtiyacı hissettiklerini belirtenler ile belirtmeyenlerin tedavi motivasyonu puanlarında fark olup olmadığını saptamak için Mann Whitney U testi uygulanmıştır. Başka doktora muayene olmayı düşünenler ile düşünmeyenler arasında TG ve TP alt başlıklarında istatistiksel olarak anlamlılıklar bulunduğu belirlenmiştir.

Tedavisini tamamladıktan sonra başka bir doktora muayene olmayı tasarlayan bireylerin TG ve TP ortanca değerlerinin başka doktora muayene olmayı düşünmeyenlere göre anlamlı derecede düşük olduğu belirlenmiştir. Bu sonuç, doktora duyulan güvenin tedavi motivasyonunda etkili olduğuna işaret etmektedir.

6

Ögel'in de (2010) bahsettiği gibi tedavide rol alan personel hizmet kalitesinin ana belirleyicileridir. Hizmet kalitesi ise hasta memnuniyetini dolayısıyla da motivasyonu etkileyen bir faktördür. Hizmet kalitesinin ana belirleyicileri olan

sağlık personelinin tedavinin birey için olumlu ve destekleyici geçmesini sağlayabileceğinden daha önce bahsedilmişti (Aştı ve Çetinkaya, 2000). Elde edilen sonuç personel etkisinin altını çizmektedir. Ancak bu Tablodaki etki, tedavi sunan bireye karşı geliştirilememiş güvenin birey için olumlu ve destekleyici bir süreç sağlayamamasından dolayı olumsuz gözükmektedir.

Genel olarak, kişilerin personele ilişkin değerlendirmeleriyle tedavi motivasyonları arasındaki ilişkiye bakıldığında önemli sonuçlar elde edildiği söylenebilir. Personelin bireylere davranış şekli, personele fikrin çekinmeden ifade edilmesi, personelin tutarlılığı ve başka doktora muayene olma isteği ile motivasyon arasında ilişki olduğu belirlenmiştir.

Bir sonraki bölümde bireylerin tedavi sürecine ilişkin bilgileri ile tedavi motivasyonları arasındaki ilişki incelenmiştir.

3.2.4.3 Bireylerin SHU'ya İlişkin Değerlendirmeleri ile Tedavi Motivasyonu Arasındaki İlişki

Bu bölümde bireylerin sosyal hizmet mesleği ve sosyal hizmet uzmanıyla ilgili düşüncelerine göre tedavi motivasyonları incelenmiştir. Bu bağlamda SHU'nın odasına çekinmeden gidebilmenin, SHU'yla bireysel görüşme yapmanın, SHU'la yapılan görüşmelerin vaktinde başlamasının, SHU'la görüşme sıklıklarının, bağımlılık dışında yardım almanın, SHU'nın gerekli bilgi ve beceriye sahip olmasının, SHU'nın sunduklarının yeterliliğinin, SHU'dan beklentilerin, SHU'nın sorunlara çözüm bulma kabiliyetinin, SHU'nın alkolle baş etmeye hazırlanmasının, SHU'nın taburculuk sonrası döneme hazırlanmasının, SHU'yla yapılan görüşmelerin farklı bakış açısı sağlamasının, SHU'nın bireye güç vermesinin, SHU'na bulunan önerilerin ve bireylere göre hangi faktörlerin motivasyonu arttırabileceğinin tedavi motivasyonu üzerindeki etkilerine ait verilerin bulunduğu Tablolara yer verilmiştir. Tablolar şu şekildedir:

Tablo 26: Sosyal Hizmet Uzmanının Odasına Gitmeye Çekinmeyen Bireylere Göre Tedavi Motivasyonlarına İlişkin Mann-Whitney U Testi Sonuçları

Puanlar	SHU'nun odasına gitmeye çekinmiyorum.	N	Ortanca	U	P	
İç Motivasyon	Evet	28	52,00	32,00	,018*	p<0,05
	Hayır	6	39,00			
Dış Motivasyon	Evet	28	10,50	58,00	,237	p>0,05
	Hayır	6	12,50			
Kişilerarası Yardım Arama	Evet	28	23,50	82,00	,928	p>0,05
	Hayır	6	24,00			
Tedaviye Güven	Evet	28	20,00	55,00	,187	p>0,05
	Hayır	6	17,50			
Toplam Puan	Evet	28	103,50	42,00	,057*	p<0,05
	Hayır	6	86,50			

SHU'nun odasına gitmeye çekinen bireyler ile çekinmeyenlerin tedavi motivasyonu puanlarında fark olup olmadığını saptamak için Mann Whitney U testi uygulanmıştır. SHU'nun odasına gitmeye çekinenler ile çekinmeyenler arasında İM ve TP alt başlıklarında istatistiksel olarak anlamlılıklar bulunduğu belirlenmiştir.

SHU'nun odasına gitmeye çekinen bireyler ile çekinmeyen bireylerin ortanca değerleri arasında anlamlı farklılıklar bulunmaktadır. Çekinme hissetmeyen bireylerin ortanca değerleri daha yüksektir. İM alt başlığında bulunan ortanca değer testten alınabilecek en yüksek değere oldukça yakın bir değerdir. Bu bağlamda SHU'nun odasına çekince hissetmeden gidebilen bireylerin motivasyonunun daha yüksek olduğu söylenebilir.

Kişilere uzmanın odasına çekinmeden gidip gidemeyecekleri sorulduğunda uzman ile birey arasında kurulan ilişkinin niteliğini belirlemek amaçlanmıştır. Çekinmeden uzmanın odasına gidebilen kişilerin girişimci ve/veya özgüvenli olduğu düşünülebilir. Ancak bunun bir diğer nedeni uzmanın bireylerle kurduğu

güvene dayalı, açık ve bireye kendini özgürce ifade etme fırsatı tanıyan ilişkiye dayalı olması muhtemeldir. Çekinmeden odaya gidebilme bireylerin yardım alabildiklerini ve aldıkları yardımdan da memnun kaldıkları anlamını taşımaktadır. Özetle, SHU'nın odasına çekinmeden gidebilen bireyler gereksemelerinin karşılanması amacıyla uygun ortamı sağlayabiliyor gözükmektedir. Gereksinmelerin karşılanması amacıyla uygun ortamı bulma ise motivasyon sürecinin en önemli unsurlarından biridir (Canöz, 2010: 347-348). Bu Tablo, personelin bireylerin benlik saygısını, kendine olan güvenin arttıran, daha etkin kılan ve iletişim yeteneğini geliştiren bir iletişim kurmasının ne denli önemli olduğunu altını çizen bir sonuç vermektedir. Uzmanın kurduğu iletişim kişilerin motivasyonunda etkili gözükmektedir.

Tablo 27'de SHU'yla bireysel görüşme yapıyor olması ile tedavi motivasyonu arasında ilişki olup olmadığına bakılmıştır.

Tablo 27: SHU'yla Bireysel Görüşme Yapan Kişilere Göre Tedavi Motivasyonu Puanlarına İlişkin Mann-Whitney U Testi Sonuçları

Puanlar	SHU'yla bireysel görüşüyor musunuz?	N	Ortanca	U	P	
İç Motivasyon	Görüşüyorum	19	51,00	139,00	,665	p>0,05
	Görüşmüyorum	16	51,50			
Dış Motivasyon	Görüşüyorum	19	11,00	145,00	,815	p>0,05
	Görüşmüyorum	16	10,50			
Kişilerarası Yardım Arama	Görüşüyorum	19	24,00	146,00	,842	p>0,05
	Görüşmüyorum	16	23,00			
Tedaviye Güven	Görüşüyorum	19	18,00	103,00	,102	p>0,05
	Görüşmüyorum	16	20,50			
Toplam Puan	Görüşüyorum	19	100,00	123,50	,345	p>0,05
	Görüşmüyorum	16	105,50			

Uzmanla bireysel görüşme yapanlar ile yapmayanların tedavi motivasyonu puanlarında fark olup olmadığını saptamak için Mann Whitney U testi uygulanmıştır. Bireysel görüşme yapan bireyler ile yapmayan bireyler arasında istatistiksel bir anlamlılık elde edilmemiştir.

Bireysel görüşmeler, sosyal hizmet uygulamalarının temelini oluşturur. Özellikle bağımlılık tedavisi gibi zorlu ve desteğe sıklıkla ihtiyaç duyulan bir süreçte bireylerin yapacağı bireysel görüşmelerin tedavi ve motivasyon üzerinde son derece belirleyici olabileceği düşünülmekteydi. SHU'yla yapılan bireysel görüşmelerin motivasyon üzerinde etkili olduğunu belirten bir sonuç elde edilmemesi Tablodan önemli bir sonuç çıkarılamayacağı anlamına gelmemektedir.

Bireysel görüşmelerin motivasyonu etkilememesi yapılan görüşmeler amacına hizmet etmediği anlamını taşıyor olabilir. Uzman, bireyler üzerinde iz bırakacak motivasyonlarını yukarı çekecek bir iletişim kurmayı başaramamış olabilir. Ancak bu denli kesin bir yargıda bulunmak doğru değildir. Nitekim bu Tablodan esas çıkan sonuç motivasyonu etkileyebilecek bir durumun motivasyon için etkili bulunmadığıdır. SHU ile bireyler arasında kurulan iletişimin problem çözmede hızlandırıcı etkisi bulunmaktadır. Duyan (2012) tarafından bireysel iletişim "insanların enerjilerinin desteklenmesinde, beslenmesinde ve özgürleşmesinde dinamizm" olarak anlatılmaktadır. Böyle bir dinamizm söz konusuysen, dinamizmi yansıtan bir sonuç elde edilememiş olması bu Tablonun önemli sonucudur.

Tablo 28'de uzmanın görüşmeleri vaktinde başlatması ile tedavi motivasyonu arasında ilişki olup olmadığına bakılmıştır.

Tablo 28: SHU'yla Yapılan Görüşmelerin Vaktinde Başlamasına Göre Tedavi Motivasyonu Puanlarına İlişkin Mann-Whitney U Testi Sonuçları

Puanlar	SHU'yla yapılan görüşmeler vaktinde başlıyor.	N	Ortanca	U	P	
İç Motivasyon	Evet	29	51,00	7,50	,082	p>0,05
	Hayır	2	39,00			
Dış Motivasyon	Evet	29	11,00	14,50	,240	p>0,05
	Hayır	2	8,50			
Kişilerarası Yardım Arama	Evet	29	24,00	20,00	,467	p>0,05
	Hayır	2	20,50			
Tedaviye Güven	Evet	29	20,00	7,00	,075	p>0,05
	Hayır	2	15,00			
Toplam Puan	Evet	29	103,00	5,00	,053*	p<0,05
	Hayır	2	83,00			

*4 kişi soruyu yanıtız bırakmıştır.

SHU'yla yapılan görüşmelerin vakti başladığını düşünenler ile düşünmeyenlerin tedavi motivasyonu puanlarında fark olup olmadığını saptamak için Mann-Whitney U testi uygulanmıştır. Görüşmelerin vaktinde başladığını düşünen bireyler ile düşünmeyen bireyler arasında TP alt başlığında istatistiksel bir anlamlılık bulunduğu belirlenmiştir.

Görüşmelerin vaktinde başladığını belirtenlerin ile belirtmeyenlerin ortanca değerleri arasında anlamlı farklılıklar bulunmaktadır. Buna göre, SHU görüşmelerine söylediği zamanda başlaması bireylerin motivasyonunda etkili gözükmektedir.

Bağımlılık nedeniyle bireyler birçok sorunla karşı karşıya kalmaktadır. Aile ve toplum içinde bir takım huzursuzlukları bulunmaktadır. Birçoğuna sırt çevrilmiş, bir kısmı toplumun dışına itilmiştir. Son derece hassas bir durum içerisinde olan

bağımlı bireylere SHU'ları tarafından gerçek bir güven duygusunun aşılması bu nedenle çok önemlidir (Duyan, 2012, s:218). Bu duyguyu sağlamanın başlıca yollarından biri de yapılacağı söylenen en ufak şeylerin dahi yerine getirilmesidir. Görüşme saatleri de kişilere verilen bir sözdür ve sözün yerine getirilmesi bireyleri etkilemiş gözükmektedir.

Tıbbi bakım alan bireyler, hizmeti sunanlara güven duymak ve onlar tarafından da sevildiğini hissetmek ister. Böyle bir ortamda kişilere bu duyguyu vermenin başlıca yolu da tedavilerini önemsediklerini göstermektedir. Görüşmelerin vaktinde başlaması da hizmeti verenin tedaviyi önemseydiğine işaret etmektedir. Bu bağlamda bireyler söylenen vakitte uzmanın görüşme için hazır olmasını kendilerine verilen bir değer olarak algılamaları son derece normaldir. Bu durum kişilerin güven duygularını pekiştirir. Bir kez daha tedavide rol alan personel hizmet kalitesinin ana belirleyicisi olduğunu belirten bir sonuç elde edilmiştir (Ögel, (t.y), Erişim: 2.12.13, http://www.ogelk.net/Dosyadepo/tedavi_temel.pdf).

1.1.3.1'de de bahsedildiği gibi bağımlılık tedavisinde bireylere saygı gösterilmesi çok önemlidir. Sağlık personelinin yürüttüğü hizmet sırasında kuracağı tavır tedavi edici etkiye sahiptir (Oflaz, 2006: 57). Bu bağlamda, Tablo 28'de uzmanın görüşmeleri zamanın başlatmasıyla bağımlı bireye gösterdiği saygı, önem ve değer motivasyon üzerindeki olumlu sonucunu görmek mümkündür. Tablo 29'da uzmanla görüşme sıklıkları ile tedavi motivasyonu arasında ilişki olup olmadığına bakılmıştır.

Tablo 29: SHU'yla Görüşme Sıklıklarına Göre Tedavi Motivasyonlarına İlişkin Mann-Whitney U Testi Sonuçları

Puanlar	Sosyal hizmet uzmanıyla görüşme sıklığınız nedir?	N	Ortanca	U	P	
İç Motivasyon	Düzenli	20	51,50	143,50	,827	p>0,05
	Düzensiz	15	51,00			
Dış Motivasyon	Düzenli	20	11,00	138,50	,699	p>0,05
	Düzensiz	15	11,00			
Kişilerarası Yardım Arama	Düzenli	20	24,50	107,50	,155	p>0,05
	Düzensiz	15	22,00			
Tedaviye Güven	Düzenli	20	20,00	148,00	,946	p>0,05
	Düzensiz	15	20,00			
Toplam Puan	Düzenli	20	104,00	136,50	,652	p>0,05
	Düzensiz	15	101,00			

SHU'yla düzenli görüşme yapanlar ile yapmayanların tedavi motivasyonu puanlarında fark olup olmadığını saptamak için Mann Whitney U testi uygulanmıştır. Düzenli görüşme yapanlar bireyler ile yapmayan bireyler arasında istatistiksel bir anlamlılık bulunmamıştır.

Tablo 27'de SH görüşmesi yapan bireylerle yapmayan bireylerin motivasyonu arasında anlamlı bir farklılık elde edilmemişken, düzen görüşme yapanlar ile yapmayanların motivasyonlarından da benzer sonuç elde edilmesi normal olabilir. Buna rağmen, SHU ile düzenli görüşme yapanlar ile yapmayan kişiler arasında motivasyonel açıdan bir fark olması beklenmekteydi. Bunun nedeni, tedavi öncesinde, sırasında ve sonrasında birey ve ailesinin karşılaşacağı problemleri en aza indirmek için çalışmalar yürüten sosyal hizmet uzmanının çabalarının tedavi motivasyonunu arttıran uygulamalar olmasıdır. Özellikle düzenli görüşme yapmayan bireylerin bu çabalardan düzenli görüşme yapanlar kadar yararlanamaması gerekirken iki grup arasında bir fark bulunmaması şaşırtan bir sonuç olmuştur. Bu durum ile ilgili yorum yapmak için yeterli bilgi bulunmamaktadır.

Tablo 30'da bağımlılık tedavisi dışında yardım alıyor olmak ile tedavi motivasyonu arasında ilişki olup olmadığına bakılmıştır.

Tablo 30: Bağımlılık Tedavisi Dışında Yardım Alan Bireylerin Tedavi Motivasyonlarına İlişkin Mann-Whitney U Testi Sonuçları

Puanlar	Bağımlılık tedavisi dışında yardım alıyor musunuz?	N	Ortanca	U	P	
İç Motivasyon	Alıyorum	18	51,50	143,50	,752	p>0,05
	Almıyorum	17	50,00			
Dış Motivasyon	Alıyorum	18	10,00	122,00	,303	p>0,05
	Almıyorum	17	11,00			
Kişilerarası Yardım Arama	Alıyorum	18	25,00	119,00	,260	p>0,05
	Almıyorum	17	22,00			
Tedaviye Güven	Alıyorum	18	20,00	150,50	,934	p>0,05
	Almıyorum	17	20,00			
Toplam Puan	Alıyorum	18	103,50	152,50	,987	p>0,05
	Almıyorum	17	102,00			

SHU'dan bağımlılık dışında yardım alanlar ile almayanların tedavi motivasyonu puanlarında fark olup olmadığını saptamak için Mann Whitney U testi uygulanmıştır. Bağımlılık dışında yardım alan bireyler ile almayan bireyler arasında istatistiksel bir anlamlılık bulunmamıştır.

Buna göre, bağımlılık dışından başka konularda yardım alıyor olmak bireyleri daha az ya da daha çok motive ediyor gözükmemektedir. Tıbbi tedavi gören her bireyin alınan tedaviden en etkili bir biçimde yararlanabilmesi için SHU tarafından ekonomik, sosyal, ailesel ve eğitsel destekler sunulmaktadır (Yıldırım ve ark., 2013). Yani bireyler farkında olmasa bile bağımlılık dışındaki konularda mutlaka desteklenmektedir. Kendileri talep etmedikleri için aldıkları yardımın farkında olmamaları mümkündür. Bu da motivasyona etkilemeyen bir sonuç

olarak Tabloya yansımış olabilir. Ancak bu durum bireylerin sosyal hizmet ve sağladıkları hakkında yeterli bilgiye sahip olmama ihtimaline işaret ediyor olabilir. Tablo 3’de de gösterildiği üzere alkol bağımlısı olmasına rağmen alkol bağımlılığı hakkında bir fikri olmayan 10 birey bulunmaktadır. Bu durumda sosyal hizmet ve uygulamalarına hâkim olmayan bireylerin sayısı da bir hayli olabilir. Tablo 31’de uzmanın gerekli bilgi ve beceriye sahip olması ile tedavi motivasyonu arasında ilişki olup olmadığına bakılmıştır.

Tablo 31: SHU’nun Gerekli Bilgi ve Beceriye Sahip Olduğunu Düşünen Bireylerin Tedavi Motivasyonlarına İlişkin Mann-Whitney U Testi Sonuçları

Puanlar	SHU’nun gerekli bilgi ve beceriye sahip olduğunu düşünüyorum.	N	Ortanca	U	P	
İç Motivasyon	Evet	29	51,00	11,00	,034*	p<0,05
	Hayır	3	42,00			
Dış Motivasyon	Evet	29	11,00	33,50	,515	p>0,05
	Hayır	3	8,00			
Kişilerarası Yardım Arama	Evet	29	24,00	43,00	,974	p>0,05
	Hayır	3	25,00			
Tedaviye Güven	Evet	29	20,00	14,50	,058*	p<0,05
	Hayır	3	14,00			
Toplam Puan	Evet	29	104,00	12,00	,041*	p<0,05
	Hayır	3	88,00			

*3 kişi soruyu yanıtızsız bırakmıştır.

SHU’nun gerekli bilgiye ve beceriye sahip olduğunu düşünenler ile düşünmeyenlerin tedavi motivasyonu puanlarında fark olup olmadığını saptamak için Mann Whitney U testi uygulanmıştır. Uzmanın gerekli bilgi ve beceriye sahip olduğunu düşünen bireyler ile düşünmeyen bireyler arasında İM, TG ve TP alt başlıklarında istatistiksel anlamlılıklar bulunduğu saptanmıştır.

Farklı görüşlerdeki bu bireylerin ortanca değerlerinde anlamlı farklılıklar bulunmaktadır. Buna göre, SHU'nun donanımı bireyler için önemlidir ve motivasyonlarını etkilemektedir.

Bu noktada bir kez daha güven duygusu ön plana çıkmaktadır. Zorlu bir süreç olan bağımlılık tedavisinde kişiler sıklıkla olumsuz duygulara ve gelecek kaygılarına kapılmaktadır. Bu nedenle, tedavi görmek için geldikleri klinikte kendilerine hizmeti sağlayanların en iyi olmasını isterler. Bu kişilerin donanımları sayesinde başarıya ulaşacaklarını düşünürler bu yüzden de SHU'nun gerekli bilgi ve beceriye sahip olmasını beklemek bireyler için çok önemlidir. SHU ise bunu bireylere akademik başarılarıyla değil kuracağı ilişkiyle yansıtabilir. Bu noktada SHU'nun müracaatçıya gerçek bir güven duygusunu aşılması önemlidir (Duyan, 2012: 218). Tablo 31, yürütülen hizmetler doğrultusunda bağımlı bireyle kurulacak sağlık bir ilişki sonucunda tedavi motivasyonunun arttırılabileceğine işaret etmektedir. Bağımlı bireylere gösterilecek ilgi, destek ve önem bağımlılık tedavisinde tüm sosyal hizmet uygulamaları çerçevesinde odak alınması gereken birincil husus olarak görülebilir. Tablo 32'de uzmanın verdiği hizmetin yeterliliği ile tedavi motivasyonu arasında ilişki olup olmadığına bakılmıştır.

Tablo 32: SHU'nun Verdiği Hizmeti Yeterli Bulan Bireylerin Tedavi Motivasyonlarına İlişkin Mann-Whitney U Testi Sonuçları

Puanlar	SHU'nun verdiği hizmeti yeterli buluyorum.	N	Ortanca	U	P	
İç Motivasyon	Evet	20	51,00	117,50	,922	p>0,05
	Hayır	12	52,50			
Dış Motivasyon	Evet	20	10,00	106,00	,583	p>0,05
	Hayır	12	11,50			
Kişilerarası Yardım Arama	Evet	20	24,00	101,50	,470	p>0,05
	Hayır	12	22,50			
Tedaviye Güven	Evet	20	20,00	105,00	,556	p>0,05
	Hayır	12	19,00			
Toplam Puan	Evet	20	103,00	118,00	,938	p>0,05
	Hayır	12	103,50			

*3 kişi soruyu yanıtızsız bırakmıştır.

SHU'nun sunduğu hizmeti yeterli bulanlar ile bulmayanların tedavi motivasyonu puanlarında fark olup olmadığını saptamak için Mann Whitney U testi uygulanmıştır. Hizmetin yeterli bulan bireylerin motivasyonları ile bulmayan bireylerin motivasyonları arasında istatistiksel bir anlamlılık olmadığı belirlenmiştir.

Bir önceki Tabloda görüldüğü gibi uzmanın gerekli bilgi ve beceriye sahip olması bireylerin tedavi motivasyonlarını etkilemektedir. O halde gerekli bilgi beceriye sahip olduğu düşünülen bir uzmanın sunduklarının yeterliliğinin tedavi motivasyonu üzerinde etkisiz olduğu düşünmek mantıklı bir yaklaşım olmayacaktır. Bu Tabloda elde edilen veriler bireylerin uzmandan beklentilerini baz alarak uzmanın yeterliliğini değerlendirilmesi sonucu olabilir. Beklentilerin değerlendirildiği Tablo 33 da bu düşüncüyü doğrular niteliktedir.

Tablo 33: SHU'dan Beklentisi Olan Bireylerin Tedavi Motivasyonu Puanlarına İlişkin Mann-Whitney U Testi Sonuçları

Puanlar	SHU'dan beklentileriniz var mı?	N	Ortanca	U	P	
İç Motivasyon	Evet	24	51,00	101,00	,267	p>0,05
	Hayır	11	54,00			
Dış Motivasyon	Evet	24	10,50	104,00	,316	p>0,05
	Hayır	11	12,00			
Kişilerarası Yardım Arama	Evet	24	22,00	65,50	,018*	p>0,05
	Hayır	11	25,00			
Tedaviye Güven	Evet	24	20,00	117,50	,603	p>0,05
	Hayır	11	21,00			
Toplam Puan	Evet	24	101,00	83,00	,081	p>0,05
	Hayır	11	109,00			

SHU'dan beklentisi olanlar ile olmayanların tedavi motivasyonu puanlarında fark olup olmadığını saptamak için Mann Whitney U testi uygulanmıştır. Uzmanın beklentisi olan bireyler ile olmayan bireyler arasında KYA alt başlığında istatistiksel anlamlılık elde edilmiştir. Farklı görüşlerdeki bu bireylerin ortanca değerlerinde anlamlı farklılıklar bulunmaktadır. Buna göre, tedavi içinde bir takım beklentilere sahip olmak motivasyonu etkileyen bir durumdur.

Beklentisi olmayan bireylerin ortanca değeri KYA alt başlığında alınabilecek en yüksek puana oldukça yakın bir değerdir. Bu bağlamda beklenti içinde olmayan bireylerin KYA motivasyonlarının daha yüksek olduğu düşünülebilir. Beklentisi olmayan ve motivasyonlu bir bireyin durumu uzmanla yaptığı görüşmelerden memnun ve doyum içerisinde olduğu şeklinde yorumlanabilir. Nitekim bireylerin yardım arama motivasyonunun yüksek çıkması da aldıkları yardımlardan memnun, özenli ve sürekli olarak SHU'nın gözetimi altında olduklarına ve başka herhangi bir beklentileri de olmadığına işaret etmektedir. Bu bakımdan bu Tabloda SHU'nın etkinliği bireylerin motivasyonunda etkili gözükmektedir.

Başlıca motivasyon araçlarından olan özenli ve sürekli gözetim bu noktada SHU'nun etkinliği altında motivasyonu arttırmış gözükmektedir (Canöz, 2010: 348). Bir sonraki Tabloda bireylerin SHU'nun sorunlarına çözüm bulup bulmadığıyla ilgili elde edilen veriler tartışılmıştır.

Tablo 34: Sosyal Hizmet Uzmanının Sorunlara Çözüm Bulduğunu Düşünen Kişilere Göre Tedavi Motivasyonlarına İlişkin Mann-Whitney U Testi Sonuçları

Puanlar	SHU sorunlarına çözüm sunuyor.	N	Ortanca	U	P	
İç Motivasyon	Evet	28	51,00	83,00	,964	p>0,05
	Hayır	6	50,00			
Dış Motivasyon	Evet	28	11,00	69,00	,495	p>0,05
	Hayır	6	9,00			
Kişilerarası Yardım Arama	Evet	28	24,00	83,00	,964	p>0,05
	Hayır	6	24,00			
Tedaviye Güven	Evet	28	20,00	81,00	,891	p>0,05
	Hayır	6	18,00			
Toplam Puan	Evet	28	102,50	76,00	,718	p>0,05
	Hayır	6	100,50			

*1 kişi soruyu yanıtızsız bırakmıştır.

SHU'nun sorunlara çözüm bulduğunu düşünenler ile düşünmeyenlerin tedavi motivasyonu puanlarında fark olup olmadığını saptamak için Mann Whitney U testi uygulanmıştır. İki grubun motivasyonları arasında istatistiksel bir anlamlılık elde edilmemiştir.

Tedavi edilmek için bulunulan bir klinikte tedaviyi sunanın sorunları çözüme ulaştırması birey için beklenen ve istenen birincil sonuçtur. Bu nedenle, sorunlarına çözüm sunulduğunu düşünen ve düşünmeyen bireyler arasından fark olması beklenmekteydi. Buna rağmen böyle bir sonuç elde edilmemiş

olması halen daha tedavi sürecinde bulunan bireylerin en büyük sorunu olan bağımlılığın henüz çözüme ulaştırılmamış olmasına dayalı olarak verilmiş cevaplar olabilir. Bireylerin sorunlarına çözümler sunulmaktadır ancak tam anlamıyla sonuca ulaşılmış değildir. Bu nedenle motivasyonun anlamlı düzeyde yüksek ve düşük bulunmaması söz konusu olabilir. Neticede sorunlarına çözüm bulunmadığını ifade eden bireylerin tedavide tatmin olması mümkün gözükmemektedir (Özer ve Çakıl, 2007). Tablo 35’de SHU’nun bireyi taburculuk sonrası döneme hazırlaması ile tedavi motivasyonu arasında ilişki olup olmadığına bakılmıştır.

Tablo 35: SHU Tarafından Taburculuk Sonrası Döneme Hazırlandığını Düşünen Kişilere Göre Tedavi Motivasyonlarına İlişkin Mann-Whitney U Testi Sonuçları

Puanlar	SHU beni taburculuk sonrası döneme hazırlıyor.	N	Ortanca	U	P	
İç Motivasyon	Evet	26	52,50	56,50	,126	p>0,05
	Hayır	7	46,00			
Dış Motivasyon	Evet	26	11,50	57,50	,137	p>0,05
	Hayır	7	8,00			
Kişilerarası Yardım Arama	Evet	26	23,00	69,50	,342	p>0,05
	Hayır	7	25,00			
Tedaviye Güven	Evet	26	20,00	30,50	,007*	p<0,05
	Hayır	7	16,00			
Toplam Puan	Evet	26	104,50	52,50	,090	p>0,05
	Hayır	7	97,00			

*2 kişi soruyu yanıtızsız bırakmıştır.

SHU tarafından taburculuğun ardındaki döneme hazırlandığını düşünenler ile düşünmeyenlerin tedavi motivasyon puanlarında fark olup olmadığını saptamak için Mann Whitney U testi uygulanmıştır. Taburculuk sonrası döneme hazırlandığını düşünen bireyler ile düşünmeyen bireyler arasında TG alt başlığında istatistiksel anlamlılık elde edilmiştir. Farklı görüşlerdeki bu bireylerin

ortanca değerlerinde anlamlı farklılıklar bulunmaktadır. Buna göre, tedavi sürecinde tedavinin sonlandırılmasından sonraki dönem için hazır hissetmek bireylerin tedaviye güven motivasyonu üzerinde etkilidir.

Bireylerin taburculuktan sonraki döneme hazırlandığını düşünmesi tedaviye olan güvenlerini arttırabilmektedir. Alkol bağımlılığı tedavisi klinik tedavinin bitmesiyle sona ermemektedir. Klinikten ayrıldıktan sonra bireyleri bekleyen süreç son derece önemli ve risklidir. Çoğu zaman taburculuk sonrası dönemde bireylerin kendisini nelerin beklediğini bilmemesi stres faktörü haline gelmektedir. Bu nedenle, taburculuk sonrası döneme hazırlandığını hissetmenin bireyler için son derece önemli olması normaldir.

Alkol bağımlılığı tanısı ve tedavisi almış 26 birey bulunduğundan Tablo 3'de bahsedilmişti. Bu çalışmada daha önce tedavinin ve taburculuk sonrası dönemin zorlu süreçlerini yaşamış ancak alkol kullanmaya yeniden başlamış bireylerin bu konuya ayrıca bir önem gösteriyor olması mümkündür. Bu bağlamda, özellikle daha önce başarsız tedavi geçmişi olan bireyler için taburculuk sonrası döneme hazırlanmanın motivasyon üzerinde etkili bir faktör olduğu söylenebilir. Bu Tablo, hem bağımlılık probleminin çözüme ulaştırılmaya çalışılırken bütün yönleriyle ele alınmadığı takdirde hastalığın nüks edebilmekte ve bulunan çözüm yolları ancak geçici seviyede kaldığıının altını bir kez daha çizmektedir hem de bağımlılık tedavisinin klinikte geçirilen zamandan ibaret olmadığını vurgulamaktadır. Tablo 36'da uzmanla yapılan görüşmelerin farklı bakış açısı kazandırmasına göre tedavi motivasyonları incelenmiştir.

Tablo 36: SHU'yla Yapılan Görüşmelerin Farklı Bakış Açısı Kazandırdığı Bireylerin Tedavi Motivasyonlarına İlişkin Mann-Whitney U Testi Sonuçları

Puanlar	SHU'yla yaptığım görüşmeler bana farklı bakış açısı sağladı.	N	Ortanca	U	P	
İç Motivasyon	Evet	29	53,00	23,00	,005*	p<0,05
	Hayır	6	39,00			
Dış Motivasyon	Evet	29	10,00	57,50	,193	p>0,05
	Hayır	6	13,00			
Kişilerarası Yardım Arama	Evet	29	24,00	61,50	,262	p>0,05
	Hayır	6	22,00			
Tedaviye Güven	Evet	29	20,00	41,00	,042*	p<0,05
	Hayır	6	16,50			
Toplam Puan	Evet	29	105,00	23,00	,005*	p<0,05
	Hayır	6	86,50			

SHU'yla yapılan görüşmelerin farklı bakış açısı kazandırdığını düşünenler ile düşünmeyenlerin tedavi motivasyon puanlarında fark olup olmadığını saptamak için Mann Whitney U testi uygulanmıştır. Farklı bakış açısı kazanan bireyler ile kazanmayan bireyler arasında İM, TG ve TP alt başlıklarında istatistiksel anlamlılıklar elde edilmiştir. Farklı görüşlerdeki bu bireylerin ortanca değerlerinde anlamlı farklılıklar bulunmaktadır. Buna göre, tedavi içerisinde farklı bakış açısı kazanmak motivasyonu etkileyen bir durumdur.

Bu tablo iki sonuca işaret etmektedir. Birincisi, Tablo 27 ve 39 değerlendirilirken üzerinde durulan 'uzmanın yaptığı görüşmelerin amacına hizmet etmiyor olma' ihtimalinin ortadan kalkmasıdır. Uzmanla yaptığı görüşmeler sonucunda farklı bakış açısı kazandığını söyleyen ve motivasyonları yüksek bulunan kişilerin sayısı bir hayli fazladır. İkincisi ise tedavi görmeye başladıktan sonra daha farklı bakış açısına sahip olduğunu düşünen bireyler ilk geldikleri günden bu yana hayli ilerleme kaydetmişlerdir ve bu ilerlemenin de farkındadırlar. Farklı bir bakış

açısı kazanmak farklı bir birey olma yönünde atılan ilk adımdır. Değişimi istemekse motivasyonun en önemli aşamalarındandır (Evren ve ark., 2006: 118). Tablo 37’de bireylerin SHU’ya buldukları öneriler ile tedavi motivasyonu arasında ilişki olup olmadığı incelenmiştir.

Tablo 37: Bireylerin SHU’nına Önerilerine Göre Tedavi Motivasyonlarına İlişkin Mann-Whitney U Testi Sonuçları

Puanlar	SHU’nun çalışmaları için önerilerin sınıflandırılması	N	Ortanca	U	P	
İç Motivasyon	Tedaviyle ilgili	18	52,50	104,00	,600	p>0,05
	Ailesiyle ilgili	13	50,00			
Dış Motivasyon	Tedaviyle ilgili	18	10,50	114,50	,919	p>0,05
	Ailesiyle ilgili	13	12,00			
Kişilerarası Yardım Arama	Tedaviyle ilgili	18	23,00	96,00	,398	p>0,05
	Ailesiyle ilgili	13	24,00			
Tedaviye Güven	Tedaviyle ilgili	18	20,50	102,00	,545	p>0,05
	Ailesiyle ilgili	13	20,00			
Toplam Puan	Tedaviyle ilgili	18	105,50	115,50	,952	p>0,05
	Ailesiyle ilgili	13	103,00			

*4 kişi soruyu yanıtızsız bırakmıştır.

Bireylerin SHU’ya önerileriyle ilgili alınan cevaplar gruplandığında elde edilen verilerin tedavi motivasyon puanlarında fark yaratıp yaratmadığını saptamak için Mann Whitney U testi uygulanmıştır. Tedavisiyle ilgili önerisi bulunan bireyler ile ailesiyle ilgili önerisi bulunan bireyler arasında istatistiksel bir anlamlılık elde edilmemiştir. Buna göre, tedavi içerisinde ne ailesiyle ilgili ne de tedavisiyle ilgili önerisi olan kişilerin motivasyonlarında farklılık bulunmaktadır. Önerilerin temelini eksikliklerin oluşturduğu düşünülürse bireylerin mevcut eksiklikleri motivasyonu olumsuz etkileyecek düzeyde olmadığı yorumu yapılabilir. Tablo 38’de bireylerce motivasyon faktörü olarak belirlenen cevapların gerçek anlamda motivasyonlarıyla ilişkisi olup olmadığı incelenmiştir.

Tablo 38: Bireylerce Motivasyonunu Arttırıcı Görülen Faktörlerin Tedavi Motivasyonlarına İlişkin Mann-Whitney U Testi Sonuçları

Puanlar	Tedavide motivasyonunuzu etkileyen faktörler	N	Ortanca	U	P	
İç Motivasyon	Klinik içi	18	50,00	118,00	,283	p>0,05
	Klinik dışı	13	53,00			
Dış Motivasyon	Klinik içi	18	11,00	137,50	,675	p>0,05
	Klinik dışı	13	10,0			
Kişilerarası Yardım Arama	Klinik içi	18	23,50	143,00	,815	p>0,05
	Klinik dışı	13	24,00			
Tedaviye Güven	Klinik içi	18	20,00	132,50	,557	p>0,05
	Klinik dışı	13	20,00			
Toplam Puan	Klinik içi	18	100,50	123,50	,376	p>0,05
	Klinik dışı	13	105,00			

Bireyler tarafından tedavide motivasyonu arttıran faktörler gruplandığında elde edilen cevapların tedavi motivasyon puanlarında fark yaratıp yaratmadığını saptamak için Mann Whitney U testi uygulanmıştır. Klinik içi cevaplar veren bireyler ile klinik dışı cevaplar veren bireylerin motivasyonu arasında istatistiksel bir anlamlılık elde edilmemiştir. Motivasyon faktörü olarak belirlenenlerin motivasyon üzerinde etkili bulunmamasının iki nedeni olabilir: ya bireylerin kendileri için belirledikleri motivasyon faktörü gerçeği tam olarak yansıtmamaktadır ya da motivasyon faktörü olarak belirledikleri faktörlere sahip değillerdir. Bireylerin motivasyon faktörlerini belirtirken gerçeği yansıtmayacak cevaplar vermeleri için hiçbir neden olmadığı düşünülmektedir. Kişilerin hayatlarında motivasyonlarını yükseltecek faktörlerin işleyişinde bir problem olması daha olasıdır.

Genel olarak, SHU ve SHU uygulamalarıyla ilgili yapılan değerlendirmeler ile tedavi motivasyonu arasında ilişki aranırken elde edilen sonuçların oldukça önemli olduğu söylenebilir. SHU'nun odasına çekinmeden gitmek, SHU'nun

yaptığı görüşmelere vaktinde başlaması, SHU'nun gerekli bilgi ve beceriye sahip olması, SHU'dan beklentilerin olması, SHU'nun taburculuk sonrası döneme hazırlaması ve SHU'yla yapılan görüşmelerin farklı bakış açısı sağlaması ile tedavi motivasyonları arasında ilişki bulunduğu belirlenmiştir. Bir sonraki bölümde bireylerin klinik ortama ait değerlendirmeleri ile tedavi motivasyonu arasında ilişki olup olmadığı incelenmiştir.

3.2.4.4 Bireylerin Klinik Ortama İlişkin Bazı Değerlendirmeleri ile Tedavi Motivasyonu Arasındaki İlişki

Bu başlık altında klinik ortamla ilgili yapılan değerlendirmelerle tedavi motivasyonu arasında ilişki olup olmadığına bakılmıştır. Klinik kurallarından rahatsız olunması, ortam düzenlemesinden memnuniyet duyulması, klinik olanaklardan faydalanabilmesi ve klinik ortamın tedavideki başarıda etkili bulunması ile tedavi motivasyonu arasında ilişki olup olmadığına bakılmıştır.

Tablolar şu şekildedir:

Tablo 39: Kişilerin Kliniğin Kurallarından Rahatsız Olma Durumlarına Göre Tedavi Motivasyonlarına İlişkin Mann-Whitney U Testi Sonuçları

Puanlar	Klinik kurallarından rahatsız olmuyorum.	N	Ortanca	U	P	
İç Motivasyon	Evet	19	50,00	123,50	,507	p>0,05
	Hayır	15	52,00			
Dış Motivasyon	Evet	19	12,00	87,50	,056*	p<0,05
	Hayır	15	9,00			
Kişilerarası Yardım Arama	Evet	19	24,00	99,00	,130	p>0,05
	Hayır	15	23,00			
Tedaviye Güven	Evet	19	20,00	123,00	,496	p>0,05
	Hayır	15	18,00			
Toplam Puan	Evet	19	104,00	122,00	,476	p>0,05
	Hayır	15	102,00			

Klinik kurallarından rahatsızlık duyanlar ile duymayanların tedavi motivasyon puanlarında fark olup olmadığını saptamak için Mann Whitney U testi uygulanmıştır. Rahatsız olan bireyler ile olmayan bireylerin arasında istatistiksel bir anlamlılık bulunduğu tespit edilmiştir. Buna göre, klinik kurallarının rahatsız edici olması bireylerin motivasyonu ile ilişki kuran bir faktördür.

Bireylerin klinik kurallarından rahatsızlık duyması içinde bulunduğu ortamı yapıcı ve destekleyici görmediğini anlamını taşımaktadır. Tedavi edici ortamın amacı destekleyici bir ortam yaratmak ve bu ortamda bireylere kazanılan algının tedavinin sonlandırılmasının ardından devam etmesini sağlamaktır. Ancak kurallardan rahatsızlık duyarak geçirilen bir tedavi süreci sonlandırıldığında devam edecek olan algı olumsuz bir ifade taşımaktadır. Bu bakımdan klinik kurallarından duyulan memnuniyetsizlik kişilerin motivasyonunu hem tedavi sırasında hem de sonrasında olumsuz yönde etkileyecektir (Bozkurt 1998, Akt: Savaşan, 2010: 120) Tablo 40'da ortam düzeninden duyulan memnuniyet ile tedavi motivasyonu arasında ilişki olup olmadığı incelenmiştir.

Tablo 40: Ortam Düzenlemesinden Memnun Olan Bireylerin Tedavi Motivasyonlarına İlişkin Mann-Whitney U Testi Sonuçları

Puanlar	Ortam düzenlemesinden memnunum.	N	Ortanca	U	P	
İç Motivasyon	Evet	9	54,00	88,00	,270	p>0,05
	Hayır	26	50,50			
Dış Motivasyon	Evet	9	10,00	105,00	,648	p>0,05
	Hayır	26	11,00			
Kişilerarası Yardım Arama	Evet	9	25,00	96,50	,437	p>0,05
	Hayır	26	24,00			
Tedaviye Güven	Evet	9	22,00	64,50	,046*	p<0,05
	Hayır	26	19,00			
Toplam Puan	Evet	9	109,00	92,50	,355	p>0,05
	Hayır	26	101,50			

Ortam düzenlemesinden memnun olanlar ile olmayanların tedavi motivasyon puanlarında fark olup olmadığını saptamak için Mann Whitney U testi uygulanmıştır. Memnun olan bireyler ile olmayan bireylerin arasında TG motivasyonu alt başlığında istatistiksel bir anlamlılık bulunduğu tespit edilmiştir. Buna göre, ortam düzenlemesi bireylerin tedaviye güven motivasyonuna etki eden bir faktördür.

Alışık oldukları çevreden koparak bir süreliğine klinik ortamda yaşamaya başlayan bireylerin ortam düzenlemesine önem vermesi son derece doğaldır. Aynı nedenlerden dolayı klinik çalışanları ortam düzenlemesine önem vermelidir. Bireyler ortam düzenlemesine bakarak klinikte gösterilen özen hakkında bir fikir ediniyor olabilir. Düzenlemenin özensiz olduğuna kanaat getirildiğinde ise bu tedaviye olan inancı dolayısıyla da motivasyonu olumsuz etkileyebilir. Tablodan elde edilen sonuç, klinik özelliklerin yatarak tedavi gören bireylerde tedavi yöntemlerinin tedavi edici tesirlerini arttıran ya da azaltan role sahip olduğunu belirten çalışmalarla uyumludur (Bozkurt 1998, Akt: Savaşan, 2010: 120). Tablo 41’de klinik olanaklarından faydalanabilme ile tedavi motivasyonu arasında ilişki olup olmadığına ait verilere yer verilmiştir.

Tablo 41: Klinik Olanakların Yeterli Faydalanılmasına Göre Tedavi Motivasyonlarına İlişkin Mann-Whitney U Testi Sonuçları

Puanlar	Klinik olanaklarından faydalanabiliyorum.	N	Ortanca	U	P	
İç Motivasyon	Evet	15	50,00	144,00	,840	p>0,05
	Hayır	20	51,00			
Dış Motivasyon	Evet	15	9,00	115,50	,247	p>0,05
	Hayır	20	12,00			
Kişilerarası Yardım Arama	Evet	15	23,00	147,50	,933	p>0,05
	Hayır	20	24,00			
Tedaviye Güven	Evet	15	20,00	121,50	,338	p>0,05
	Hayır	20	19,00			
Toplam Puan	Evet	15	102,00	148,50	,960	p>0,05
	Hayır	20	103,50			

Kliniğin olanaklarından faydalanabilenler ile faydalanamayanların tedavi motivasyon puanlarında fark olup olmadığını saptamak için Mann Whitney U testi uygulanmıştır ancak iki değişken arasında istatistiksel bir anlamlılık elde edilmemiştir.

Klinik olanaklardan faydalanıp faydalanamamak gibi son derece önemli bir durumun faydalanabilenler ile faydalanamayanlar arasında fark yaratması beklenirken, bu faktörün bireyler üzerinde etkisiz gözükmesi yorumlanmaya açıktır. Bireylerin klinik özelliklere ilişkin düşüncelerinin dağılımının yapıldığı Tablolarda da açıkça görülebildiği gibi klinik özellikler hakkındaki olumlu nitelendirmeler sınırlıdır. Bireylerin klinik olanaklarıyla ilgili genel tutumlarındaki olumsuzluk, beklentilerini en aza indirmelerine sebep olmuş olabilir. Bu nedenle, klinik olanaklarından faydalanamıyor olmak bireyleri etkilememiştir, çünkü bu beklenmeyen bir olumsuzluk değildir. Nitekim, bir önceki Tabloda bireylerin çoğunluğunun klinikteki olanakları yeterli bulmadıkları düşünülürse,

yeterli olmayan olanaklardan yeterli seviyede faydalanamamayı bekliyor olabilirler.

Duruma başka bir açıdan yaklaşmak gerekirse, daha önce tedavi görmüş bireylerden oluşan ve tedavi görülen merkezlerdeki olanaklarla ilgili fikir sahibi olan bireylerin klinik özellikleriyle ilgili büyük beklentileri olmadığı düşünülebilir. Daha önce tedavi almış olmak, bazı şartlar ve durumlarla ilgili deneyim sahibi olmak bireylerin fazla etkilenmemelerine neden olmuş olabilir. Ancak olumsuz bir etkilenmenin söz konusu olmaması, şartla iyileştirildiğinde motivasyonun artmayacağı anlamını taşımamaktadır.

Tablo 42’de klinik ortamın tedavideki başarıda etkili olduğu düşünen bireyler ile tedavi motivasyonları arasında anlamlı bir ilişki bulunup bulunmadığına ait verilere yer verilmektedir.

Tablo 42: Klinik Ortamının Tedavideki Başarıyı Etkileyeceğini Düşünen Bireylerin Tedavi Motivasyonlarına İlişkin Mann-Whitney U Testi Sonuçları

Puanlar	Klinik ortam tedavi başarımda etkili.	N	Ortanca	U	P	
İç Motivasyon	Evet	26	51,00	88,50	,526	p>0,05
	Hayır	8	53,50			
Dış Motivasyon	Evet	26	12,00	41,00	,010*	p<0,05
	Hayır	8	8,50			
Kişilerarası Yardım Arama	Evet	26	24,00	103,50	,984	p>0,05
	Hayır	8	23,50			
Tedaviye Güven	Evet	26	20,00	72,50	,197	p>0,05
	Hayır	8	21,00			
Toplam Puan	Evet	26	103,00	101,50	,919	p>0,05
	Hayır	8	106,00			

Klinik ortamın tedavideki başarıda etkili olduğunu düşünenler ile düşünmeyenlerin tedavi motivasyon puanlarında fark olup olmadığını saptamak

için Mann Whitney U testi uygulanmıştır. Farklı görüşlere sahip bu bireyler arasında DM alt başlığında istatistiksel bir anlamlılık bulunduğu tespit edilmiştir. Buna göre, klinik ortamın tedavi başarısında belirleyici olduğunu düşünmek motivasyona da etki eden bir durumdur.

TMA ölçeğinde DM'yi belirleyen kriterler tedavide kalmak için dışsal baskı görmek ve tedavi dışında başka seçeneğe sahip olmamaktır. Bu bakımdan tedavi olmak dışında seçeneği olmayan bireylerin tedavideki ortamın başarıda etkili olacağını düşünmesi beklenen bir durumdur. Başka şansı olmadığını düşünen bu kişilerin düşüncesinin motivasyon unsuru haline gelmesi de son derece normaldir.

Klinik etkenlerin tedavideki başarıda önemli olduğu düşüncesi motivasyon üzerinde etkili bulunmuşken iyi yapılandırılmış bir klinik ortam düzenlemesiyle motivasyonu yukarılara çekerek hem tedavi gören hem de tedavi verenler için avantajlı bir tedavi süreci yaratmanın mümkün olduğu düşünülmektedir. Sonuç itibarıyla klinik özelliklerden tedavilerini başarı yönde ilerletebilecek kadar etkilendiklerini kabul eden bireylerin çokluğu daha iyi bir düzenleme söz konusu olduğunda motivasyonların üst seviyeye çıkartılabileceğini göstermektedir.

Klinik ortam ile ilgili yapılan değerlendirmeler ile tedavi motivasyonu arasında ilişki aranırken değişkenler arasında bir takım anlamlı ilişkiler bulunduğu belirlenmiştir. Buna göre, klinik kurallarından rahatsız olmak, ortam düzeninden memnun olmak ve klinik ortamın tedavideki başarıda etkili bulunması ile tedavi motivasyonu ilişkili bulunmuştur. Bir sonraki bölümde bireylerin tedaviye ilişkin değerlendirmeleri ile tedavi motivasyonu arasında ilişki olup olmadığı incelenmiştir.

3.2.4.5 Tedaviye İlişkin Değerlendirmeleri ile Tedavi Motivasyonları Arasındaki İlişki

Bu bölümde bireylerin tedaviye ilişkin değişkenleriyle tedavi motivasyonları arasındaki ilişki ele alınmıştır. Bu kapsamda bireylerin tedaviye karşı duygu ve düşüncelerinin tedavi motivasyonlarına nasıl yansıdığına bakılmıştır. Tablolar aşağıdaki gibidir:

Tablo 43: Olumsuzlukların Sebebini Tedavi Olarak Gören Bireylerin Tedavi Motivasyonlarına İlişkin Mann-Whitney U Testi Sonuçları

Puanlar	Tedavide olumsuzluk yaşarsam bunun sebebi olarak tedaviyi görmem.	N	Ortanca	U	P	
İç Motivasyon	Evet	19	50,00			
	Hayır	15	51,00	136,50	,834	p>0,05
Dış Motivasyon	Evet	19	11,00			
	Hayır	15	10,00	117,00	,373	p>0,05
Kişilerarası Yardım Arama	Evet	19	25,00			
	Hayır	15	22,00	84,00	,042*	p<0,05
Tedaviye Güven	Evet	19	20,00			
	Hayır	15	20,00	137,00	,847	p>0,05
Toplam Puan	Evet	19	103,00			
	Hayır	15	100,00	127,00	,590	p>0,05

Bireylere tedavide olumsuzluk yaşadıklarında olumsuzluğun sebebi olarak tedaviyi görüp görmeyecekleri sorulmuştur. Tedaviyi sebep görenler ile görmeyenler tedavi motivasyon puanlarında fark olup olmadığını saptamak için Mann Whitney U testi uygulanmıştır. Farklı görüşlere sahip bu bireyler arasında KYA motivasyonu alt başlığında istatistiksel bir anlamlılık bulunduğu tespit edilmiştir. Buna göre, olumsuzluklarla tedaviyi bağdaştırma-bağdaştırmama durumu tedavi motivasyonu üzerinde etkili bulunmuştur.

Tablo 43’de de görüldüğü üzere, tedavinin başka bir durumla bağdaştırılması durumu genel olarak tedavi alan bireyleri etkilemektedir. Bu sonuçlar, kişilerin tedavi konusunda ne denli hassas durumda olduklarını, tedaviden aslında çok şey beklediklerini ve bu tedaviden kazanacaklarına çok ihtiyaç duyduklarına işaret ediyor olabilir. Bunun nedeni, bireylere bir durumun tedavilerinde etkili olup olmadığı ve/veya bir durumun sebebinin tedaviyle alakalı olup olmadığı sorulduğunda genel olarak farklı cevaplar elde edilmiş olmasıdır. Çalışma grubunda daha önce bağımlılık tanısı almış bir hayli birey olduğu düşünüldüğünde tedavi geçmişleri buluna bu kişilerin nelerin ve hangi durumların tedavilerini etkilediğini bilmeleri son derece normaldir. Daha önceki yaşanmışlıklardan gelen bir bilgi kişilerin motivasyonuna da haliyle etki ediyor gözükmektedir. Bu bağlamda yaşadığı olumsuzluklarını tedaviyi etkilemeyeceğini belirten daha önce bir olumsuzluk yaşamış ve bundan tedavisinin etkilenmediğini görmüş olması muhtemeldir. Bu da, motivasyonu yükseltebilir. Tablo 44’de tedaviden sıkılma ile tedavi motivasyonu arasında ilişki olup olmadığına gösteren verilere yer verilmiştir.

Tablo 44: Tedavide Sıkılan Bireylerin Tedavi Motivasyonlarına İlişkin Mann-Whitney U Testi Sonuçları

Puanlar	Tedavi içinde sıkılmıyorum.	N	Ortanca	U	P	
İç Motivasyon	Evet	16	53,00	91,50	,068	p>0,05
	Hayır	18	50,50			
Dış Motivasyon	Evet	16	11,00	141,00	,917	p>0,05
	Hayır	18	10,00			
Kişilerarası Yardım Arama	Evet	16	25,00	95,50	,093	p>0,05
	Hayır	18	23,00			
Tedaviye Güven	Evet	16	20,50	99,00	,118	p>0,05
	Hayır	18	18,00			
Toplam Puan	Evet	16	106,50	80,50	,028*	p<0,05
	Hayır	18	98,50			

Tedaviyi içerisinde sıkılanlar ile sıkılmayanların tedavi motivasyon puanlarında fark olup olmadığını saptamak için Mann Whitney U testi uygulanmıştır. Sıkılan ve sıkılmayan bireyler arasında TP motivasyonu alt başlığında istatistiksel bir anlamlılık bulunduğu tespit edilmiştir. Buna göre, sıkılmak tedavi motivasyonu üzerinde etkili bir değişkendir.

Tedavi içinde sıkılmayan bireyler tam anlamıyla tedavilerine, alkol problemiyle başa çıkmaya ve bu yolda gerekenleri gerçekleştirmeye odaklanmış bireyler olarak görülebilir. İyi yapılandırılmış etkinlik ve aktivitelerin bireylerin sıkılmayışında etkili olabileceği düşünülebilir. Ancak Tablo 6 göz önünde bulundurulduğunda klinik olanakların yetersiz görüldüğü ve olanaklardan faydalanılmadığı görülmektedir. Nitekim, tedavide sıkıldığını belirten bireylerin sayısı da bir hayli yüksektir. Tedavi içerisinde sıkıldığını belirten bireylerin sayısının bu denli yüksek olması iyi yapılandırılmış etkinliklere değil, iyi yapılandırılmamış etkinliklere işaret etmektedir.

İyi yapılandırılmış sosyal etkinliklerin düzenlendiği bir klinik ortama sahip olunsaydı bile sosyal etkinliklerin bireylerin sıkılmasının önüne geçmesi tartışmalıdır. Klinik Bunun nedeni, birey alkol problemiyle başa çıkmaya ve tedaviye odaklanmamışsa tedavi içerisinde düzenlenen her şeye karşı ilgisiz kalacaktır. Klinik özelliklerin bireyleri etkilediği belirlenmişti ancak aynı zamanda kişinin tedavi için istekli olması tedavide sıkılmanın önüne geçilmesinde önemlidir.

Tedaviye ilişkin değerlendirmeler ile tedavi motivasyonu arasında aranıla ilişkinin sonunda yaşanan olumsuzluğu sebebi olarak tedaviyi görmek ve tedavi içerisinde sıkılmak ile tedavi motivasyonu arasında anlamlı ilişkiler tespit edilmiştir.

3.2.4.6 Bireylerin Kendilerine İlişkin Değerlendirmeleri ile Tedavi Motivasyonu Arasındaki İlişki

Bu bölümde AMATEM’de yatarak tedavi almakta olan bireylerin kendilerine ilişkin değerlendirmeleri ile tedavi motivasyonu arasındaki ilişki ele alınmıştır. Bu kapsamda tedaviye uygun bireyliğe sahip olduğunu, sahip olunan huyların tedaviyi etkileyeceğini, yaşın tedavide bekleneni yapmayı zorlaştıracağını, hayat tecrübesinin tedavide güven vereceğini, eğitim durumunun tedavide yetersiz hissettirebileceğini, daha yüksek eğitimin tedavide başarıyı getireceğini, eş desteğinin tedavide güç verdiğini ve gelir düzeyinin tedavide cesaret verdiğini düşünen bireylerin tedavi motivasyonlarında anlamlı değişiklikler olup olmadığına bakılmıştır. Ancak hiçbir değişken ile tedavi motivasyonu arasında anlamlı bir ilişki saptanamamıştır.

3.2.4.7 Bireylerin Sosyal Çevrelerine İlişkin Değerlendirmeleri ile Tedavi Motivasyonu Arasındaki İlişki

Bu bölümde AMATEM’de tedavi gören bireylerin sosyal çevresiyle ilgili bilgilerinin tedavi motivasyonuna etkisi ele alınmıştır. Alkol bağımlısı çevreye sahip olmak, çevrenin tedavi kararında etkili olması, bağımlılıkla baş etmede çere desteğine ihtiyaç duymak, çevreyle sorun yaşandığında yalnız hissetmek, çevrenin ayık kalmada etkili bulunması ile tedavi motivasyonu arasında ilişki aranmıştır. Hiçbir değişken ile tedavi motivasyonu arasında anlamlı bir ilişki edilememiştir. Soru yapılarının ve elde edilen sonuçların benzerliği nedeniyle yalnızca bir Tabloya örnek göstermek amacıyla yer verilmiştir.

Tablo 45: Çevre Desteğinin Tedaviyi Kolaylaştırdığını Düşünen Bireylerin Tedavi Motivasyonlarına İlişkin Mann-Whitney U Testi Sonuçları

Puanlar	Çevre desteği tedaviyi kolaylaştırır.	N	Ortanca	U	P	
İç Motivasyon	Evet	24	50,50	106,00	,352	P>0,05
	Hayır	11	54,00			
Dış Motivasyon	Evet	24	11,50	103,00	,299	P>0,05
	Hayır	11	10,00			
Kişilerarası Yardım Arama	Evet	24	23,50	110,50	,443	P>0,05
	Hayır	11	24,00			
Tedaviye Güven	Evet	24	20,00	107,00	,371	P>0,05
	Hayır	11	21,00			
Toplam Puan	Evet	24	102,50	107,00	,374	P>0,05
	Hayır	11	109,00			

Çevre desteğinin tedaviyi kolaylaştırdığını düşünenler ile düşünmeyenlerin tedavi motivasyon puanlarında fark olup olmadığını saptamak için Mann Whitney U testi uygulanmıştır. Farklı düşüncelere sahip bu bireylerin motivasyonları arasında istatistiksel bir anlamlılık bulunmadığı tespit edilmiştir.

Sosyal desteğin bağımlılık tedavisinde belirleyici bir rolü olduğundan bahsedilmişti. Buna rağmen bu çalışmada böyle bir sonuç elde edilmemiş olması alkol bağımlısı birey tarafından sosyal çevrenin içmeye yönelten baskı olarak algılanması olabilir. Nitekim, Tablo 9'da da gösterildiği birçok bireyin alkol bağımlısı çevresi vardır. Eğer birey alkol bağımlısı arkadaşları nedeniyle bağımlı olduğunu düşünüyorsa bu durum bireyin çevresine karşı güvensizlik geliştirmesine sebep olmuş olabilir. Bu nedenle sosyal destek ile ilgili motivasyonu arttırdığına yönelik bir sonuç elde edilmemiş olabilir.

3.2.4.8 Bireylerin Tedavide Ailesinin Yardımına İlişkin Değerlendirmeleri ile Tedavi Motivasyonu Arasındaki İlişki

Bu bölümde AMATEM’de tedavi gören bireylerin aileleriyle ilgili bilgileri ile tedavi motivasyonu arasındaki ilişki ele alınmıştır. Aile bilgileri ve motivasyon arasında aranan ilişki sonucunda yalnızca bir değişken (aileyle baş etmede aile desteğine ihtiyaç duyma) tedavi motivasyonu ile anlamlı bulunmuştur. Bu bölüm altında, anlamlı bulunan sonuç Tablosunun yanı sıra ailesiyle sorun yaşadığında yalnız hisseden bireylerin ilişki saptanamamış motivasyon Tablosuna da yer verilmiştir. İstatistiksel olarak herhangi bir ilişki saptanamamış olmasına karşın iki Tablonun birbirlerini destekleyen sonuçlar yansıttığı düşünülmektedir.

Tablo 46: Bağımlılıkla Baş Etmede Ailesine İhtiyaç Duyan Bireylerin Tedavi Motivasyonlarına İlişkin Mann-Whitney U Testi Sonuçları

Puanlar	Bağımlılıkla baş etmede ailemin desteğine ihtiyaç duyuyorum.	N	Ortanca	U	P	
İç Motivasyon	Evet	26	50,50	90,50	,314	p>0,05
	Hayır	9	54,00			
Dış Motivasyon	Evet	26	10,50	86,50	,246	p>0,05
	Hayır	9	12,00			
Kişilerarası Yardım Arama	Evet	26	24,00	100,00	,519	p>0,05
	Hayır	9	22,00			
Tedaviye Güven	Evet	26	19,00	63,50	,042*	p<0,05
	Hayır	9	22,00			
Toplam Puan	Evet	26	101,50	85,50	,234	p>0,05
	Hayır	9	110,00			

Bağımlılıkla baş etmede aile desteğine ihtiyaç duyanlar ile duymayanların tedavi motivasyon puanlarında fark olup olmadığını saptamak için Mann Whitney U testi uygulanmıştır. Aile desteğine ihtiyaç duyan bireyler ile ihtiyaç duymayan

bireylerin motivasyonları arasında TG motivasyonu alt başlığında istatistiksel bir anlamlılık tespit edilmiştir.

Aile desteğine ihtiyaçları olmadığını belirten bireylerin ortanca değerlerinin daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Bu bireylerin ortanca değeri ölçekten alınabilecek en yüksek puana oldukça yakın bir değere sahiptir. Bu manada, aile desteğine ihtiyaç duymayanların daha yüksek tedavi motivasyonu olduğu düşünülebilir.

Ailesine ihtiyaç duyduğunu söyleyen bireylerin motivasyonlarının daha düşük çıkması bu bireylerin ihtiyaç duydukları aile desteğinden yoksun kalmaları olabilir. Bireyler ihtiyaç duydukları aile desteğini tedavi sürecinde görememiş bu da motivasyonlarını olumsuz etkilemiş olabilir. Nitekim ebeveyn desteğine sahip ya da evli olan bağımlı bireylerin ayıklık sürelerinin daha uzun, tedavilerinin daha başarılı olduğu bilinmektedir. (Yüncü ve ark., 2005). Bu sistemlerin yokluğu kbireylerin motivasyonu olumsuz etkilemiş olabilir.

Aileye duyulan ihtiyacın TG motivasyonu üzerinde etkili olması ise yatarak tedavi görmenin zorluklarından ileri geliyor olabilir. Bireyler ailelerinden, sosyal çevrelerinden ve işlerinden uzaktadır. Bireylerin zorunlu olarak değiştirdikleri çevrelerine karşı hissettikleri yabancılık tedaviye yansıyor gözükmektedir. Bireyler çevrelerini tedavi nedeniyle değiştirmek durumunda kalmışlardır. Bu durum bireylerin bağımlılık nedeniyle değişime uğrayan kişilik yapısıyla uyumludur (Kasatura, 1998: 46).

Bir diğer ihtimal ise aile desteğine duyulan aşırı ihtiyacın tedaviye güven motivasyonunu düşürmesidir. Bu durum bireylerin bağımlılıkla verilen mücadelede aileye duyulan ihtiyaçlarının tedavinin önüne geçmiş olmasıyla açıklanabilir. Bu durum, tedavi sürecinde etkin rolü bulunan ailenin ters bir etkiyle problem yaratabilme potansiyelidir (Pektaş ve ark., 2002), (Bknz: 1.1.3.2. Kişiden Kaynaklı Problemler).

Aile desteğine ihtiyaç duymadığını ifade eden bireylerin motivasyonlarının daha yüksek bulunması ise aileyle alkol problemi olan birey arasındaki karmaşık ilişkiden kaynaklanıyor olabilir (Yüncü ve ark., 2005: 131). Bireyler, aileleriyle yaşadıkları huzursuzluklar, kavgalar ve baskılar nedeniyle ihtiyaç duymadıklarını belirtmiş olabilirler ya da aile alkol bağımlılığının sebeplerinden olabilir. Bu bağlamda bireylerin aileden yana bulamadıkları desteği tedaviye daha sıkı sarılarak arıyor olmaları mümkün gözükmektedir. Bu bireylerin güvenilebilecekleri bir aile sisteminden bahsetmiyor oluşları ihtiyaç duydukları güveni tedavide aramakla sonuçlanmış olabilir. Motivasyon aracı bireylerin hedef ve isteklerine karşı bağlılık hissetmesi amacıyla dışarıdan gelen her türlü maddi ve manevi destektir (Canöz, 2010: 348). Burada, tedavinin kendisi bireylerin desteği ve motivasyon aracı olmuş gözükmektedir.

Tablo 47: Ailesiyle Sorun Yaşadığında Tedavide Yalnız Hisseden Kişilerin Tedavi Motivasyonlarına İlişkin Mann-Whitney U Testi Sonuçları

Puanlar	Ailemle sorun yaşadığımda tedavide kendimi yalnız hissederim.	N	Ortanca	U	P	
İç Motivasyon	Evet	27	51,00	87,00	,406	p>0,05
	Hayır	8	54,00			
Dış Motivasyon	Evet	27	11,00	92,00	,526	p>0,05
	Hayır	8	11,00			
Kişilerarası Yardım Arama	Evet	27	24,00	101,50	,798	p>0,05
	Hayır	8	23,00			
Tedaviye Güven	Evet	27	20,00	68,00	,113	p>0,05
	Hayır	8	22,00			
Toplam Puan	Evet	27	102,00	87,00	,409	p>0,05
	Hayır	8	109,50			

Ailesiyle problem yaşadığında kendisini yalnız hissedenler ile hissetmeyenlerin tedavi motivasyon puanlarında fark olup olmadığını saptamak için Mann Whitney U testi uygulanmıştır. Yalnız hisseden bireyler ile hissetmeyen

bireylerin motivasyonları arasında istatistiksel bir anlamlılık elde edilememiştir. Buna rağmen, istatistiksel anlamsızlığın Tablo 46 ile benzer sonuçlara işaret ettiği düşünülmektedir.

Aile gibi yalnızca tedavide değil günlük hayatta da bireyler üzerinde etkisi olabilecek bir sistemdir. Bu sistemin yokluğunda bireylerin yalnız hissetmeyecekleri belirtmesi aile içinde yaşanan problemlere işaret etmektedir. Süre gelen problemler ailesel ilişkiler, bireylerin artık bu duruma alıştığı için yalnız hissetmedikleri olarak yorumlanabilir. Böyle bir durumda bireylerin motivasyonu, problemler ailesel ilişkilerden olumsuz etkilenmiyor olabilir. Bu noktada ailenin işlevselliğinden çok bireylerin karakteristik özelliklerine göre durumdan etkilenmeleri veya etkilenmemeleri de söz konusu olabilir. Ailenin yokluğunda kendini yalnız hissetmeyen bireyler yapısal olarak alkol bağımlılığı tip 2'de tanımlanan ödül bağımlılık seviyesi düşük bireylerin özellikleriyle benzeşmektedir (Akvardar ve ark., 2005). Katı ve soğuk olarak tanımlanan ödül bağımlılık seviyesi düşük bireyler bu özelliklerinden dolayı kendilerini yalnız hissetmiyor bu durumda motivasyonlarına olumsuz yansımıyor olabilir.

3.2.4.9 Bireylerin Kendine Yardım Gruplarına İlişkin Değerlendirmeleri ile Tedavi Motivasyonu Arasındaki İlişki

Bu bölümde AMATEM'de tedavi gören bireylerin kendine yardım grupları hakkındaki düşünceleri ile tedavi motivasyonu arasındaki ilişki ele alınmıştır. Tedavi motivasyonu ile kendine yardım grupları değerlendirmeleri arasındaki hiçbir istatistiksel anlamlılık elde edilmemiştir. Tabloların benzer sonuçları nedeniyle yalnızca bir Tabloya bu bölümde yer verilmiştir.

Tablo 48: Kendine Yardım Gruplarının Ayıklığı Sürdürmede Etkili Olduğunu Düşünen Kişilerin Tedavi Motivasyonlarına İlişkin Mann-Whitney U Testi Sonuçları

Puanlar	Kendine yardım grupları ayıklığımı sürdürmede etkili.	N	Ortanca	U	P	
İç Motivasyon	Evet	14	51,00	124,50	,755	p>0,05
	Hayır	19	51,00			
Dış Motivasyon	Evet	14	11,00	131,50	,956	p>0,05
	Hayır	19	10,00			
Kişilerarası Yardım Arama	Evet	14	23,00	116,50	,546	p>0,05
	Hayır	19	24,00			
Tedaviye Güven	Evet	14	20,00	130,50	,927	p>0,05
	Hayır	19	20,00			
Toplam Puan	Evet	14	101,50	128,50	,870	p>0,05
	Hayır	19	104,00			

Kendine yardım gruplarının ayıklığı sürdürmede etkili olduğunu düşünenler ile düşünmeyenlerin tedavi motivasyon puanlarında fark olup olmadığını saptamak için Mann Whitney U testi uygulanmıştır. Karşıt görüşlü bu bireylerin motivasyonları arasında istatistiksel bir anlamlılık elde edilememiştir. Bu sonuç AA'nın ayıklığı sürdürmede daha başarılı olduğu saptandığı çalışmayı desteklemiyor gözükmemektedir (Coşkunol ve ark., 1997).

Kendine yardım gruplarının destek sistemi olarak tedavide önemli bir yeri olduğu bilinmektedir sağlamaktadır (Coşkunol ve ark., 1997). Yüncü ve arkadaşları (2005), Adsız Alkolikler (AA) grubuna devam eden bireylerle ile devam etmeyen bireylerin karşılaştırmasının yapıldığı bir araştırmada ayıklığını sürdüren bireylerin 12 aylık bir süre içerisinde %35 oranında ayıklık süresinin arttırırken, %16 oranında içmeyi azalttıklarını belirtmektedir. Bu çalışmada ise Yüncü ve arkadaşlarının bulgularını desteklemeyen bir sonuç çıkmasının sebebi Tablo 11'de belirtildiği gibi bireylerin bu grupların etkinliğine inanmamasından kaynaklanıyor olabilir.

Kendine yardım gruplarının tedavi motivasyonu ilişkisini gösteren veriler incelendiğinde genel olarak bu çalışmadaki bireylerin motivasyonlarının kendilerine yardım gruplarının desteğinden olumlu ya da olumsuz hiçbir şekilde etkilenmediği belirlenmiştir. Literatür taramalarında benzer sorunlarını çözmek ve iyileşmek için bir araya gelmiş bireylerden oluşan kendine yardım gruplarının en önemli toplumsal hizmet ve kaynakları olarak belirtilen grupların bu çalışmada bireyler sahibi üzerinde etkiye sahip olmadığı sonucu bireylerin kendine yardım gruplarına katılımının teşvik edilmesi yönündeki eksikliğe işaret ediyor olabilir.

4.BÖLÜM: SONUÇ ve ÖNERİLER

4.1 SONUÇLAR

Ankara AMATEM’de yatarak alkol bağımlılığı tedavisi gören bireylerle yapılan görüşmelerin sonucunda elde edilen önemli sonuçlar 3 alt bölümde değerlendirilmiştir. Bunlar;

- Araştırmaya katılan alkol bağımlısı bireylerin sosyo-demografik özellikleri ve bu özellikler ile tedavi motivasyonu arasındaki ilişkiye ait sonuçlar
- Araştırmaya katılan bireylerin ailelerine ilişkin bazı özellikleri ve bu özellikler ile tedavi motivasyonu arasındaki ilişkiye ait sonuçlar
- Araştırmaya katılan bireylerin tedavi sürecine ilişkin bilgileri ve tedavi süreci ile tedavi motivasyonu arasındaki ilişkiye ait sonuçlar

4.1.1 Sosyo-demografik Özellikler ve Sosyo-demografik Özellikler ile Tedavi Motivasyonu Arasındaki İlişkiye Ait Sonuçlar

Çalışmada yer alan bireylerin büyük bir bölümünün tedaviye kendi istekleriyle başladıkları belirlenmiştir. Cinsiyet dağılımına bakıldığında klinikte yalnızca bir kadın bulunması, erkek alkol bağımlılarının ağırlıklı olduğunu göstermektedir. Katılımcıların ortalama yaşı 46.03’ken tedavide en çok 40-46 yaş aralığında birey bulunduğu saptanmıştır. Bireylerin büyük bir çoğunluğu şehir hayatı sürmektedir. Çalışmaya katılan bireylerin yarısından fazlası lise mezunudur. Çalışma grubunun çoğunluğu şu an çalışmadığını belirtmiştir. Çalışmıyor olsa bile birçok bireyin bir gelir kaynağı olduğunu tespit edilmiştir. Ancak bu kaynaklar bireyler tarafından yeterli bulunmamaktadır.

Çalışmanın amaçlar bölümünde bazı sosyo-demografik değişkenler ile tedavi motivasyonu arasında ilişki olup olmadığı sorgulanmıştır. Bu bağlamda, yaş ve çalışma durumu değişkenleri istatistiksel olarak anlamlı bulundu. Kliniğe geliş şekli, cinsiyet, yaşanılan yer, eğitim seviyesi, meslek, gelir kaynağı değişkenleri ise anlamlı bulunmamıştır.

Çalışmada Mann-Whitney U testi ve Spearman korelasyon analizi sonucunda ‘yaş’ ve ‘bireylerin çalışma durumu’, tedavi motivasyon ölçeğinde ‘tedaviye

güven' alt başlığı ile ilişkili bulundu. Yaş ile tedavi motivasyonu üzerine yapılmış bir çalışma bulunmamaktadır ancak yaş arttıkça tedaviye olan güvenin artması, yaşın tedaviyi olumlu etkileyebileceği düşünceleriyle uyumludur. Çalışmanın kuramsal kısmında yaşın tedaviyi hem olumlu hem de olumsuz etkileyebileceğinden bahsedilmişti. Çıkan sonuçlar, yaş ortalamasının 46.03 olduğu çalışmada gelişim sürecini tamamlamış bireylerin kendine ve etrafına karşı güven problemi yaşamamasının mümkün olduğunu göstermektedir. Bu da, yaşın motivasyonu olumlu etkileyebileceğinin anlatıldığı kısım ile uyumludur. Alkol bağımlılığı tedavisi alan bireylerin çalışma durumu ile tedavi motivasyonları karşılaştırıldığında çalışmayan bireylerin tedaviye güven motivasyonu alt başlığında istatistiksel anlamlılık saptandı.

Hem ileri yaşın hem de iş sahibi olmamanın tedaviye olan güveni arttırmasını doğrudan neden-sonuç ilişkisi içerisinde açıklamak doğru değildir. Ancak motivasyonla ilişkisi olan sosyo-demografik özellikler konusunda bazı ipuçları vermektedir. Yaşı geçkin olan ve çalışmayan bireylerin hayatlarında belli bir noktaya gelmeleri, daha fazla tecrübeye sahip olmaları ve daha çok vakte sahip olmaları, tedaviye daha fazla odaklanabilmelerine dolayısıyla da tedaviye güven motivasyonlarını etkilemesine neden olabilir.

4.1.2 Araştırmaya Katılan Bireylerin Ailelerine İlişkin Bazı Özellikleri ve Bu Özellikler ile Tedavi Motivasyonu Arasındaki İlişki

Tedavi gören bireylerin çoğunluğu evlidir ancak eşinden ayrı yaşayan bireyler vardır. Katılımcıların ailedeki rolleri ağırlıklı olarak hem eş hem ebeveyn olarak tespit edilmiştir. Çoğunlukla sahip olunan çocuk sayısı 2'dir. Yalnız yaşayan bireylerin sayısının az olduğu belirlenmiştir.

Çalışmanın amaçlar bölümünde bazı ailesel özellikler ile tedavi motivasyonu arasında ilişki olup olmadığı sorgulanmıştır. Bu çalışmada ailesel özellikler kapsamında ele alınan değişkenlerin hiçbirisi tedavi motivasyonu üzerinde anlamlı bulunmamıştır.

4.1.3 Bireylerin Tedavi Sürecine İlişkin Bilgileri ve Bu Bilgiler ile Tedavi Motivasyonu Arasındaki İlişki

Çalışmada bireylerin kullandıkların alkolün cinsi üzerine yapılan değerlendirmede en çok tercih edilen içkinin rakı olduğu tespit edilmiştir. Bireylerin büyük bir çoğunluğunun alkol aldıktan sonra yapması gerekenlerde başarısız olduğu ve pişmanlık/suçluluk hissettiği belirlenmiştir. Hemen hemen tüm bağımlı aileleri bireylerle alkolü bırakmaları konusunda konuşmuşlardır. Ancak arkadaşlar söz konusu olduğunda bu oranın düştüğü, arkadaşların aile gibi uyarıda bulunmadığı fark edilmiştir. Bireylerin büyük bir kısmının daha önce bağımlılık tanısı aldığı ve bağımlılık hakkında bilgi sahibi olduğu saptanmıştır. Ailesinde alkol bağımlısı bulunmayan bireylerin sayısı bulunanlardan daha fazladır.

Çalışmanın amaçları kapsamında tedavi sürecine ilişkin bilgiler altında bireylerin hastalık öyküleri ile tedavi motivasyonu arasında ilişki olup olmadığına bakılmıştır. Bireylerin hastalık öyküleri ile tedavi motivasyonu arasında ilişki olup olmadığını belirleyebilmek için uygulanan Mann-Whitney U testi analizleri sonucunda alkol aldığında yapması gerekenlerde başarısız olan, alkol aldıktan sonra pişmanlık duyan ve arkadaşları tarafından alkolü bırakması söylenen bireylerin durumları ile tedavi motivasyonu arasında ilişki bulundu. Alkolün cinsi, alkol bağımlılığı hakkında bilgi sahibi olma, daha önce bağımlılık tanısı almış olma ve ailede alkol bağımlısı olması tedavi motivasyonu üzerinde anlamlı bulunmamıştır.

Alkol aldığında yapması gerekenleri aksattığını ya da yapamadığını belirten bireylerin kişilerarası yardım arama motivasyonunda istatistiksel anlamlılıklar belirlendi. Bireylerin alkol aldığında yapması gerekenlerde başarısız olduğu ifade etmeleri yardıma ihtiyaçları olduğunu fark ettikleri şeklinde yorumlandı. Yardıma ihtiyaçları olduğunu kabul ediyor olmalarının kişiler arası yardım arama puan ortancalarının daha yüksek bulunmasına da etkili olabileceği sonucuna varıldı.

Alkol aldıktan sonra pişmanlık, suçluluk gibi duygular yaşadığını söyleyen bireylerin iç motivasyonu etkilenmiş görünürken, arkadaşları tarafından alkolü bırakması söylenen bireylerin KYA, TG ve TP motivasyonları etkilenmekteydi.

Çalışmada bireylerin alkol problemlerinden pişmanlık duyduğunu ifade etmeleri gerçeğe yüzleşmeyi ve üstesinden gelmeyi istediği manasını taşıyor olabileceği şeklinde yorumlandı. Bağımlılık tedavisindeyse sorunu kabul etmek başarıya ulaşmanın ilk adımı olması sebebiyle bu durumun bireyleri içsel anlamda motive ediyor olması anlamlı gözükmekteydi.

Arkadaş çevresi tarafından alkol probleminin önceden altının çizilmiş olması, tedavi sürecinde kişiler arası yardım arama puanlarını etkilemiş ve arkadaşların bireyler tarafından destek sistemi olarak algılanmasına neden olmuş olabilir. Destek sisteminin bağımlılık tedavisindeki etkin rolü tedaviye güven ve toplam puan motivasyonlarına da yansımış olabilir.

Çalışmanın amaçları bölümünde bazı personele ilişkin değerlendirmeleri ile tedavi motivasyonu arasında ilişki olup olmadığı sorgulanmıştır. Bu çalışmada bireylere iyi davranılması, bireylerin fikrini çekinmeden söyleyebilmesi, personel davranışlarının tutarlı olması, başka doktora muayene olmayı düşünmemek olarak belirlenen değişkenler ile tedavi motivasyonu arasında anlamlı bir ilişki olduğu belirlenmiştir.

Personel davranışlarıyla ilgili yapılan değerlendirmelerin geneline bakıldığında bireylerin büyük bir çoğunluğunun personel davranışını olumlu değerlendirdiği görülmektedir. Az sayıdaki olumsuz cevapları veren bireylerin farklı düzeylerde beklenti ve ihtiyaçlara sahip olduğu düşünülebilir. Aynı zamanda, farklı sonuçların zorlu bir süreç olan bağımlılık tedavisinde sürekli olarak değişen ruh haliyle alakalı olması da mümkündür.

Personel sayesinde tedavide kendisini rahat ve değer verilen insan olarak gören (%77.1) ve ihtiyaç duyduğunda sağlık personelinin bulabildiğini ifade eden

(%88.6) bireyleri temsil eden değişkenlerin tek başlarına motivasyonla anlamlı bir ilişki kurmak için yeterli olmadıkları saptanmıştır.

Tedavi gören bireylerden kendilerine iyi davranıldığını düşünenler ile TG ve KYA motivasyonları arasında ilişki olduğu belirlenmiştir. Bireylerden sadece 5'inin fikirlerini söylemekten çekinmesine rağmen DM ile anlamlı sonuç elde edilmiştir. Ölçeğin dış motivasyon puan kriterlerini belirleyen soruların çoğu yasal sistemle alakalıdır. Bu nedenle bireylerin esas çekincesinin yasal sistem olduğu söylenebilir. Bireylerin personelle ne kadar az iletişime geçerse başlarının o kadar az derde gireceği düşüncesine sahip olması bu sonuçta etkili olmuş olabilir.

Personel davranışları tutarlı olduğunda bireylerin de nasıl davranacağı hakkında kararsızlık yaşamadıkları görülmektedir (%57.1). İstikrarlı davranış geliştirmek bağımlılık tedavisinde anlamlı bir değişken olarak belirlenmiştir.

Çalışmada bireylerin ihtiyaç duyduğu kişinin odasına çekinmeden gidebilmeye önem verdikleri ortaya çıkmıştır. Bu çalışmada çekinmeden odaya gitme kapsamına konu gereği yalnızca psikolog ve sosyal hizmet uzmanı alınmıştır. Personel davranışlarının tedavi üzerindeki etkisi üzerine düşüncelere bakıldığında bireylerin %57.1'i etkilendiğini savunmuştur. Bu sonuç, personelin davranış geliştirirken ne denli özenli olması gerektiğinin önemini bir kez daha altını çizmektedir.

Sosyal hizmet ile ilgili yapılan değerlendirmelerde uzmanın odasına çekinmeden gitmek, uzmanın yaptığı görüşmelerin vaktinde başlaması, gerekli bilgi ve beceriye sahip olması, bireylerin uzmandan beklentileri olması, uzmanın bireyi alkol problemiyle baş etmeye ve taburculuk sonrası döneme hazırlaması, farklı bakış açısı sağlaması tedavi motivasyonu ile ilişki kurmuş değişkenler olarak belirlenmiştir.

Sosyal hizmetle ilgili değerlendirmelerde olumlu cevapların ağırlık olduğu gözlemlenmiştir. Bireylerin sosyal hizmet uzmanından bağımlılık dışında yardım

alıp almadığını değerlendiren soru evet ile hayır cevaplarının birbirine en yaklaştığı cevap olmuştur. Formun bu sorusu uygulanırken en çok sorulan soru olmuştur. Bireylerin soruya anlam verememeleri bağımlılık dışında da yardım alabileceklerinin farkında olmamaları olabilir. Bu durumun neden 16 bireyin uzmanı yalnızca grup toplantılarında gördüğünün cevabı olması da mümkündür. Şayet bireylere bağımlılık dışında yardım almak isteyip istemedikleri sorulduğunda %62.9'u istediğini belirtmiştir. Az sayıda da olsa sosyal hizmet uzmanı hakkında yapılan değerlendirmelerde olumsuz değerlendirmelere rastlanmıştır. 12 bireye göre sosyal hizmet uzmanının sundukları yetersiz, 3 bireye göreyse uzman gereken bilgi ve beceriye sahip değildir. 6 birey sosyal hizmet uzmanının problemlerine çözüm sunamadığını, alkol problemiyle baş etmeye hazırlanmadığını ve uzmanın yoğun olduğunda kendilerine vakit ayırmadığını düşünmektedir. Olumsuz düşüncelere sahip bireylerin azınlıkta olması durumun ciddiyetini azaltmamaktadır. Bu sonuçlar bazı bireylerin daha fazla ilgilenilmeye ve tedaviye geri kazandırılmaya ihtiyacı olduğunu göstermektedir.

Bireylerle yapılan aldıkları, almak istedikleri yardımı ve/veya önerilerini kapsayan değerlendirmelerin hepsinde en çok verilen cevaplar bireylerin bağımlılık dışında bireysel problemleri bulunduğunu göstermektedir. Bireyler ya kendileriyle ilgili yardım almakta, ya almak istemekte ya da kendisi ve ailesiyle ilgili yapılması gerekenler hakkında önerileri bulunmaktadır. Bu da kuramsal çerçevede bahsedilen alkol kullanımının bireysel olumsuz yansımalarının çalışmanın sonuçlarında da göze çarptığı anlamına gelmektedir.

Değerlendirmelerde görüşmelerin başlayacağı saatte başlıyor olmasının bireylerin motivasyonunu oluşmasında önemli bir yere sahip olduğu ortaya çıkmıştır. Buna göre, sosyal hizmet uzmanının başlayacağını söylediği saatte görüşmelerini başlatması ile bireylerin toplam motivasyon puanları arasında anlamlı bir ilişki ortaya çıkmaktadır. Bu küçük gibi gözükse de ayrıntının, hastane ortamında yaşayan bireyler için ne kadar önemli olduğunu gösteren bir sonuçtur. Benzer şekilde, uzmanın sahip olduğu mesleki bilgi beceri ve

niteliklerin bireyler için önem arz ettiği saptanmıştır. Uzmanın gerekli bilgi beceriye sahip olması iç motivasyon ile toplam motivasyon, bireyleri alkol problemiyle baş etmeye ve taburculuk sonrası döneme hazırlayabilmesi tedaviye güven motivasyon, farklı bir bakış açısı kazandırması iç motivasyonu ile ilişkilidir. Beklenti üzerine yapılan değerlendirmede ise uzmandan beklentileri olduğu ortaya çıkan bireylerin kişiler arası yardım arama motivasyonları farklılaşmaktadır.

Klinik özelliklere ilişkin değerlendirmeler göz önüne alındığında memnuniyet belirtenler kadar memnuniyetsizlik hali de göze çarpmaktadır. Bireylerin genel memnuniyetsizlik profili klinik ortamın düzenlemesiyle alakalı gözükmektedir. Bireyler ne ortamın düzenlemesinden memnundur, ne de klinikteki olanakların yeterli olduğunu düşünmektedir ve olan kısıtlı olanaktan da yeterli faydalanabilmektedir. Klinik kurallarını rahatsız edici bulanlar ile bulmayanlar arasındaki oranın birbirine yakınlığına rağmen kurallar nedeniyle klinikten ayrılmayı düşünen bireylerin yalnızca %11.4 olması bireylerin durumu kabullenmeye itildiğini düşündürmektedir. Çalışmaya katılım gösterenlerin büyük bir kısmı daha öncede tedavi görmüş bireylerden oluşmaktadır. Nitekim, görüşme formunun açık uçlu sorularında çoğunluğu AMATEM'in diğer illerdeki klinikleri olmak üzere çeşitli yerlerde tedavi görmüş bireyler olduğu yanıtları alınmıştır. Bu açıdan bakıldığında başka klinik deneyimleri olan bireylerin memnuniyetsizliklerine rağmen ayrılmayı düşünmemeleri durumun farklılaşmayacağını düşünmelerinden olabilir. Bu durum da, bağımlılık tedavi kliniklerindeki bulunan eksiklere işaret etmektedir.

Amaçlar bölümünde bazı tedavi özellikleri ile tedavi motivasyonu arasında ilişki olup olmadığı sorgulanmıştır. Çalışmanın Mann-Whitney U testi analizleri, klinik kurallarını rahatsız edici bulan bireyler ile motivasyonları arasında anlamlı bir ilişki olduğunu göstermiştir. Buna göre klinik kurallarından doğan rahatsızlık bireylerin dış motivasyonu ile ilişkili bulunmuştur. Bu durum, kurallar sebebiyle bireylerin içinde bulunduğu ortamı yapıcı ve destekleyici görmemesinin bir sonucu olarak dış motivasyonla bağ kurulması olarak yorumlanmıştır.

Klinik düzenlemesi ile bireylerin tedavi motivasyonu arasında da ilişki olduğu yönünde sonuçlar elde edilmiştir. Ortam düzenlemesinden memnun olunması ve bireylerin klinik ortamın tedavideki başarıda etkili olduğunu düşünmesi olarak belirlenen değişkenler ile tedavi motivasyonu arasındaki ilişki anlamlı bulunmuştur. Buna göre klinikteki ortamın tedavisindeki başarıyı etkileyeceğini düşünen bireylerin dış motivasyonlarında anlamlı farklılıklar bulunmuştur. Aslında, klinik ortamın tedavilerini etkileyeceğini söyleyen bireyler aynı zamanda klinik ortamdaki etkilendiklerini belirtmektedir. Nitekim klinik ortamından memnun olmayan bireylerin tedaviye güven motivasyonları da yüksek değildir. Bu bağlamda, klinik ortam düzenlemelerine ağırlık verilmesi tedavi başarısı açısından önem taşımaktadır.

Çalışmada tedaviye ilişkin düşüncelerin değerlendirilmesi yapıldığında tedaviye güven gerektiren soru yapılarında genel anlamda olumlu sonuçlar alındığı söylenebilir.

Bireylerin %88.6'sına göre tedavileri uygun ve tanıları doğrudur. Benzer şekilde %91.4'lük bir kesim tedavi yüzünden tedaviyi yarım bırakmayı hiç düşünmediklerini dile getirmiştir. Ancak bireylerin %65.7'sinin tedavinin yetersiz olduğunu yine de başarılı olacaklarını düşündükleri belirtmesi sonucunda tedavinin uygun ve doğru olduğunun söylendiği oranlarla karşılaştırıldığında tedavi ortamındaki yetersizlikleri kastettikleri düşünülmüştür. Nitekim bu oran klinikteki olanakların yetersiz olduğunu belirten bireylerin oranına yakındır.

Bireylerin yetersizlik düşüncelerine rağmen başarılı olacaklarına dair inanca sahip olmaları hedefe kitlenmiş ve motive olmuş olduklarını düşünebilir. Ancak yetersizlik duygusu bireylerin motivasyonu üzerinde her daim olumsuzluğu arttıracak kuvvete sahip bir değişkendir. Bu nedenle mutlaka dikkate alınması gereken bir sonuç olduğu düşünülmektedir. Zira tedavi içerisinde zaman zaman umutsuzluğa kapılanların oranına bakıldığında (%62.9) yetersizlik duygusunun yansımalarını görmek mümkündür.

Tedavi sürecinde sıkıldığını belirten bireyler %51.4'dir. %42.9'a göre tedavi süresi kısayken, %57.1'inin kısa olduğunu düşünmediği belirlenmiştir. Süre ile

ilgili oranların birbirlerine bu denli yakın olması tedavide sıkılmanın süreden kaynaklı olup olmadığını belirlemeyi zorlaştırıyor. Ancak olumsuz oranların çoğunlukta olması süreç içerisinde bir takım değişiklikleri yapılması gerektiğine ve sosyal etkinliklerin geliştirilmeye ihtiyacını olduğuna işaret etmektedir.

Genel anlamda tedavi içinde hissedilen tedaviden kaynaklı bir duygunun tedaviyi etkilediği sonucu çıkmıştır. Bireyler hoşnutsuzluk (%65.7) ve güven (%77.1) duygularının tedavi üzerinde etkili olarak tanımlanmış, buna göre katılımlarının farklılık göstereceğini belirtmişlerdir. Bireylere kendileriyle ilgili soruların yöneltildiği bölümde huylarının tedaviyi etkileyeceği yönünde verilen cevaplar çoğunlukta. Kısacası bireylerin duygu düşünce ve karakteristik yapıları bireylerin söylemlerine göre tedaviyi etkiliyor gözükmektedir.

Tedavide olumsuz bir durumla karşılaştığında buna tedaviyi sebep olarak görmek ile bireylerin tedavi motivasyonu arasında anlamlı bir ilişki olduğu yönünde sonuçlar elde edilmiştir. Bireylerin kişiler arası yardım arama motivasyonlarıyla olumsuzluğun sebebi olarak tedaviyi görmeme bakış açıları arasında ilişki bulunmaktadır. Yaşanılan olumsuzluğun sebebi olarak tedaviyi görmeyen çoğunluğun KYA motivasyonu ortanca değeri daha yüksektir. Bu durum, yaşanılan herhangi bir sorunda suçlamak ve kaçmak yerine yardım ve çözüm aramak olarak yorumlanmıştır. Bunun nedeni bireyler tedavi içerisinde bir problemle karşılaştıklarında tedavi, klinik veya personeli durumdan sorumlu görmeyeceklerini belirtmiş olmasıdır. Bu da, bahane üretmeyen, kaçmayan, savaştan ve yardım arayan bir profil çizmektedir. Bu bakış açısının kişilerin KYA motivasyonu ile ilişki kurmasını sağladığı düşünülmektedir. Bu sonuç aynı zamanda, çalışma grubunun gerçek anlamda tedavi olmaya istekli ve motivasyonu yükseltmeye uygun bir yapıda olduğuna işaret etmekte olduğu düşünülmektedir.

Bireylere kendi durumlarıyla ilgili yöneltilen sorularda çoğunlukla olumlu nitelendirilebilecek cevaplarla kendilerini tanımladıkları görülmüştür. Örneğin 29 bireye göre kişilikleri tedaviye uygun, 30 bireyin kendisine güven veren hayat tecrübesi mevcuttur. 23 birey yaşlarının tedavide kendilerinden bekleneni yapmalarına engel teşkil etmediğini ve 24 birey eğitim durumunun kendilerini

yetersiz hissetmesine neden olmadığını belirtmektedir. Tüm bu cevaplar bireylerin çoğunluğunun özgüvenlerinin yüksek olduğuna işaret etmektedir. Bu açıdan da motive edilmeye müsait oldukları düşünülebilir. Dikkate alınması gereken bir nokta bireylere daha yüksek eğitim almış olsalardı tedavide başarıya daha kolay ulaşıp ulaşamayacaklarında verdikleri cevaptır. 18 bireyin evet yanıtını verdiği bu soru bireylerin eğitime verdiği öneme işaret ediyor gözükmektedir. Bu, tedavinin eğitsel etkinliklerine ağırlık kazandırmak için yeterli bir cevaptır.

Yarının biraz üstünde değer alarak eş desteği ve evli olmak tedavide güç veren bir faktör olarak tanımlanmıştır. Ancak düşük olabilecek bir değere sahip olması nedeniyle bu faktörler ne derece destek olarak algılanabilir olduğu yoruma açıktır. Ancak, çalışmaya katılım sağlayan birey sayısının yalnızca 35 olmasının bir genelleme yapmayı zorlaştırdığı unutulmamalıdır. Formun diğer sorularıyla birlikte ele alındığından evli olmanın güç verdiği yönündeki az sayı bireylerin evliliklerinde yaşadıkları sorunlara işaret ediyor gözükmektedir.

Bireylerin sosyal çevreleriyle ilgili yapılan değerlendirmelerde ortaya çıkan genel sonuç bireylerin büyük bir çoğunluğunun alkol bağımlılığı olan bir çevreye sahip olduğu ve bu çevrenin tedavi alma kararlarında etkili olmadıkları bu nedenle de bağımlılıkla baş etmede desteklerine ihtiyaç duymadıkları yönündedir. Benzer şekilde çevrelerinin ayıklıklarında etkili olmadığını düşünmektedirler. Nitekim bazı bireylere birebirde görüşme formunda yardımcı olunurken bireyler 'onlar içsem daha mutlu olurlar' gibi ifadeler kullanmıştır. Bu, bireylerin kendilerini bağımlılığa sürükleyen sebep olarak çevrelerini gördükleri taşıyor gözükmektedir. Buna rağmen bireyler bu çevreleriyle aralarında problem olmasını istememektedir. Problem olduğu takdirde kendilerini yalnız hissediyor gözükmektedirler. Ancak iyi çevre ise bireylere tedaviyi kolaylaştıracak bir etken olarak görülmektedir. Tüm bu değerlendirmelere bakıldığında sosyal çevrenin alkol bağımlılığı tedavisindeki büyük rolü kendini hissettirmektedir. Hem avantaj hem de dezavantaj haline gelmesi mümkün bir sistem olan sosyal çevreyle ilişkin önerilen bir sonraki bölümde ele alınmıştır.

Bireylerin ailelerinin tedavi sürecindeki konumunu anlamak amacıyla yöneltilen sorularda alınan tüm cevaplar aileyi olumlu etkileyen faktör olarak göstermiştir. Çalışmanın kuramsal kısmında ailenin tedavide destekleyici bir role bürünebileceği gibi engel teşkil eden bir yapıya sahip olmasının da mümkün olduğundan bahsedilmişti. Bu çalışmada aile tedavi sürecini olumlu etkileyen, tedavi alma kararında etkili, desteğine ihtiyaç duyulan, bağımlılıkla başa çıkmayı kolaylaştıran ve ayıklığı sürdürmede etkili bir sistem olarak kendini göstermektedir.

Ancak aynı durum kendine yardım grupları için söz konusu değildir. Elde ettiğimiz sonuçlar göstermektedir ki kendine yardım grupları bireyler için yalnızca düşünce olarak önemlidir. Etkinliklerine inanılmamaktadır. Bu gruplar bireylere yalnız olmadıklarını hissettirse de bundan öteye geçemiyor gözükmektedir. Bireyler bu grupların varlığının kendilerini iyi hissettirdiklerini dile getirmiş (%51.4), ancak alkol problemleriyle başa çıkmayı kolaylaştırmadığını (%60), ve ayıklığı sürdürmede etkili olmadığını (%54.3) belirtmişlerdir.

4.2 ÖNERİLER

Önerilerin sosyal hizmet mesleği çerçevesinde ele alınacağı bu bölümde, alkol bağımlılığı tedavisi alan bireylerin tedavi motivasyonlarıyla ilişki olan değişkenler göz önünde bulundurularak sosyal hizmet uygulamalarıyla ilgili bakış açısı oluşturulmaya çalışılmıştır.

4.2.1 Sosyo demografik Özellikler ve Sosyo- demografik Özellikler ile Tedavi Motivasyonu Arasındaki İlişkiye Ait Öneriler

Çalışmadan elde edilen sonuçlar yaş arttıkça tedaviye güven motivasyonunun da yükseldiğini göstermektedir. Ancak, bir bireyin tedaviyi güven motivasyonunu yüksek tutmak için belirli bir yaşa gelmesini beklemek mümkün değildir. Bu nedenle toplumu bilinçlendiren programlar oluşturarak tedavi ekibinin, özellikle de bu konuda deneyimli olan SHU'nun, katkısı sağlanabilir. Radyo, tv programları, sosyal medya ve gazete yazılarıyla bu durum toplumda görünür hale getirilebilir. Alkol bağımlılığı tedavisinde motivasyonu etkileyen yaş üzerine

odaklanılarak daha genç bağımlı bireylerin güven duygularını ve motivasyonlarını arttıracak sosyal hizmet müdahaleleri geliştirilebilir. Bireylerin güven duygularını arttırmak güvenilir bir ilişki kurmaktan geçer. Bunu sağlamak için en iyi yol, profesyonellerle kurulacak açık ve rahat bir iletişimidir. Bireyselleştirilmiş hizmet ile bireylere kendilerini değerli ve evinde gibi hissettirdiği, güvene dayalı ilişki kurmaya yardımcı olacağı düşünülmektedir. Ankara AMATEM’de bir yıl boyunca yatarak tedavi alan bireylerin sayısına bakıldığında bireyselleştirilmiş bakım hizmeti sunmanın çok zor olmayacağı tahmin edilmektedir. Çalışmada literatür bölümünde de yer aldığı gibi, taburculuk öncesinde ve sonrasında bu hizmetin verilmesi motivasyonu artırmaktadır. Bireylerle ilgili yapılan değerlendirmeleri derinleştirilerek, sosyal hizmet müdahaleleri zenginleştirilebilir.

Sistem kuramına göre sosyal hizmet uzmanı bu noktada diğer meslek ve yardımcı elemanlara etkileşime girerek tedavi programına duyulan güveni arttırıcı çalışmalar yapabilir. Klinik kapsamın hizmeti sunan bireylerin yeterli eğitimi almış olması ve tedavi gören bireylerin bunu bilmesi programa güvenlerini arttıracaktır. Bu bakımdan meslek ve yardımcı elemanlarının bireylere kendilerini tanıttıkları ve deneyimlerini paylaştıkları toplantılar düzenlemek yararlı olabilir. Ekolojik sistem açısından yaş faktörünün bireyin çevresiyle olan etkileşiminde destekleyici hale getirilmesi gerekmektedir. Uzman bireylere yaşlarının avantajlarını görmesini sağlayabilir, bunu yaparken de pekiştirme sağlamak için bir başarı öyküsü örneği verebilir. Aynı yaş grubundan daha önce aynı programda tedavi görmüş remisyon sürecindeki bir bireyin öyküsü paylaşılabilir ya da bireyin kendisiyle iletişime geçerek öyküsünü paylaşması istenebilir. Bu noktada bu gibi bireylere ulaşmak için kendine yardım gruplarıyla etkileşime geçmek mümkündür. Benzer çalışmalar güçlendirme yaklaşımı açısından da ele alınmaya elverişlidir.

İş sahibi olmayan bireylerin tedavi programına daha fazla odaklanabildikleri, yönündeki varsayımdan yola çıkarak, iş sahibi olan bireylerin tedaviye güven motivasyon değerlerinin daha düşük çıkmasının sebebi yatarak tedavi görmeleri nedeniyle uzak kaldıkları işlerinin bireyler için stres faktörü haline gelmiş olması

olabilir. Bireyin işinden uzak kalması, işlerin yolunda gidip gitmediğini, geri döndüğünde neyle ve/veya nasıl bir tepkiyle karşılaşacağını bilememek huzursuzluk verici olabilir. Uzman bu noktada bu faktörleri yok etmek için bir takım stratejiler geliştirebilir. Sistem teorisi açısından bireylerin işyeriyle iletişime geçerek tedaviye dâhil etmek birey açısından yararlı olacaktır. Bu şekilde hem bireyin aklının işinde kalması engellenebilir hem de birey için yeni bir destek sistemi oluşturulabilir. Ekolojik sistem açınsındansa bireylere iş sahibi olmanın avantajlarını vurgulamak yararlı olabilir. Bilinçlendirme toplantıları, el ilanları, broşürler aracılığıyla bireylerin çalışma hayatının sağladığı fizyolojik, psikolojik, sosyolojik ve ekonomik faydaların farkına varması sağlanabilir. Her bireyin işe yaradığını hissetmeye ihtiyacı vardır. Bağımlı bireylerde bu ihtiyacın daha da fazla olduğu söylenebilir. Bu açıdan güçlendirme yaklaşımı açısından çalışmanın sosyal faydalarını odak alınabilir. Sistem kuramında olduğu gibi bireylerin işyerleriyle bağlantı kurmak ve tedaviye dâhil etmek bireylere değerli olduklarını ve ihtiyaç duyulan biri olduklarını hissettirecektir.

Çalışmada yalnızca yaş ve çalışma durumunun tedavi motivasyonu ile ilişkisinin bulunması bireylerin kliniğe geliş şekli, eğitim durumları, gelir sahibi olmaları, yeterli gelire sahip olmaları, medeni durumları, kiminle yaşadıkları ve çocuk sahibi olmaları gibi diğer sosyo-demografik özelliklerin tedavi motivasyonu için tamamıyla önemsiz olduğu manasına gelmemektedir. Bu çalışmada bu özellikler tek başlarına motivasyonla ilişki kurabilmek için yeterli bulunmamıştır. Bu nedenle yaşı genç olan ve/veya iş sahibi olan bireylerin tedaviye güven duymadıkları sonucu çıkarmak doğru değildir.

4.2.2 Araştırmaya Katılan Bireylerin Ailelerine İlişkin Bazı Özellikleri ve Bu Özellikler ile Tedavi Motivasyonu Arasındaki İlişkiye Ait Öneriler

Bu çalışmaya dâhil olan bireylerin bazı ailesel özellikleri ile tedavi motivasyonu arasında ilişki olmadığı belirlenmiştir. Buna rağmen bireylerin görüşme formunda sorulan ailesel özelliklerle ilgili oluşturulan sorulara verdiği yanıtlar tedavide aile danışmanlığının altının çizilmesinin gerekli ve önemli olduğuna işaret etmektedir.

Alkol bağımlılığı tedavisi gören bireylerin çoğunlukla ailesel sorunlar yaşadığı belirlenmiştir. Evli olmasına rağmen eşinden ayrı yaşayan bireylerin yanı sıra ailedeki rolleri sorgulandığında evli olmasına rağmen eş yanıtını vermeyen bireylerin varlığı ailesel sorunların altını çizen durumlar arasındadır. Bireylerin çocuk sahibi olması ve yalnız yaşayan bireylerin sayısının düşük olması genel olarak alkol bağımlısı grubun bir aileye mensup olduğu bu nedenle de ailesel çalışmalara önem gösterilmesi gerektiğine işaret etmektedir. Bağımlı birey ve ailesiyle birlikte çalışmak, aileyi teşvik etmek ve birey için destek sistemi haline getirmek, hastane içi uygulamalar ile aileyi ön plana çıkaran çalışmalar düzenlemek yararlı olacaktır.

4.2.3 Araştırmaya Katılan Bireylerin Tedavi Sürecine İlişkin Bilgiler Ve Tedavi Süreci ile Tedavi Motivasyonu Arasındaki İlişkiye Ait İlişkin Öneriler

Çalışmada bireylerin kullandıkların alkolün cinsi üzerine yapılan değerlendirmede rakının en çok tercih edilen içki olmasının kültürel sebepler olabilir. Osmanlı dönemlerinden bugüne ulaşan rakı 'Türk içkisi' olarak kabul görmektedir. Çalışmaya katılan bireylerin de çoğunlukla 'rakı sofrası' olarak tabir edilen ortamı sevdiklerini belirtmesi bu düşünceyi doğrular niteliktedir. Bu açıdan bakıldığında uzmanın, bireylerin rakı ortamında bulunmaktan aldıkları hazzı başka bir aktiviteye yönlendirmesi gerekmektedir. Bireyle işbirliği içerisinde bulunarak, ilgi alanlarını baz alarak ya da yeni ilgi alanları keşfetmesine zemin hazırlayarak sosyal ve kültürel faaliyetlere katılması sağlanabilir. Örneğin, kullandığı alkol türü rakı olan bireylerin hobileri hakkında bilgi verebilecek anket uygulaması uzmana nasıl bir yön çizeceği konusunda yol gösterici olabilir.

Bireylere klinik içerisinde kazandırılacak aktivite ve uğraş alışkanlığı taburculuğun ardındaki dönemde de devam etmesine zemin hazırlayacaktır. Bu nedenle klinik içerisinde bireylerin zamanlarını değerlendirebilecekleri aktiviteler buldurmak mutlaka önemlidir. Çalışmada bireylerin kliniğin olanaklarından yeterli yararlanamadıkları konusundaki söylemleri göz önünde bulundurulursa kliniğin bu konudaki çalışmalarını arttırmaya ihtiyacı olduğu söylenebilir. Klinik

içinde şarkı-türkü söylemek-dinlemek, enstrüman çalmak koro oluşturmak gibi etkinlikler düzenlenebilir. Buna ek olarak kliniğin konumunun bahçe işleri yapılmasına olanak sağlayacak düzende olmasından faydalanarak farklı uğraşlar geliştirilebilir. Klinikte masa tenisi bulunmaktadır. Bunun daha aktif kullanılması sağlanabilir, turnuvalar düzenlenebilir. Uzman bu uygulama için diğer klinik çalışanlarından, özel ve kamu kurum ve kuruluşlarıyla, kütüphanelerle, bireylerin aileleriyle etkileşime girerek destek alabilir. Sistem ve eko-sistem kuramı kapsamında etkinlikler ilgili birey ve kurumlarla iletişime geçilebilir, güçlendirme yaklaşımı kapsamında ise etkinlikler aracılığıyla bireylerin işe yaramazlık duygusu azaltılıp özgüvenini arttırmaya odaklanılabilir.

Alkol aldığı pişmanlık/suçluluk hisseden bireylerin iç motivasyonunun daha yüksek çıkması sonucuyla uzmanın yapması gerekenin uygulanacak anket form veya yapılacak görüşmeler aracılığıyla bu duyguları yaşayan ve yaşamayan bireylerin belirlenmesini sağlamak olduğu düşünülmüştür. Suçluluk/pişmanlık yaşıyor olmanın motivasyonla ilişkili olması elbette ki iç motivasyonu yükseltmek için bireylerin bu duyguları yaşamamasını sağlamak anlamına gelmemektedir, kaldı ki kimseye zorla bir duygu yüklemek mümkün değildir. Bu noktada amaç bu duyguları yaşamayanların fark edilip motivasyonlarındaki muhtemel eksiklik üzerine odaklanmaktır. Çünkü pişmanlık ve suçluluk duygusu yaşamayan bireyler davranışlarının sorumluluğunu taşıyamayan bireylerdir. Bu sebeple bu gibi bireylere güçlendirme yaklaşımını kullanmak yararlı olabilir. Uzman bireylerin kendilerine gerçekleştirilebilir hedefler koyarak yoğunlaşması yönünde çalışmalar başlatabilir. Sosyal destek önemli olacaktır.

Alkol aldığı zamanlarda işlerini ve yapması gerekenleri aksattığını ve/veya yapamadığını söyleyen bireylerin KYA motivasyonunda ilişki bulunması bu bireylerin yardıma, iletişime ve işbirliğine açık olduğu anlamını taşımaktadır. Bu bağlamda, kişilere alkol sebebiyle aksattıklarının mümkün olduğunca telafi etme yolunun bağımlılıktan kurtulmaktan geçtiği vurgusu yapılmalıdır. Başarısızlıklarının farkında olan bu bireyler beklide güçlenmeye en çok ihtiyaç duyanlardır. Bu nedenle güçlendirme yaklaşımı çerçevesinde kişilere ulaşılabilir hedefler koyarak yapabileceklerini göstermek yararlı olabilir.

Araştırmada elde edilen veriler arkadaşlar tarafından problemin daha önce dile getirilmesinin kişiler arası yardım arama motivasyonu ile ilişkili bulunduğunu ortaya koymaktadır. Arkadaşların bireylere alkolü bırakmaları gerektiğini söylemeleri bu bireylere uzatılmış yardım elidir. Bireyler, yalnız olmadıklarını aile ve yakınları tarafından destek gördüklerini bilmektedirler. Bireylerin bu düşüncesi bağımlılık tedavisinde arkadaşların tedavi arama davranışında ve ayıklığın sürdürülmesinde etkin bir rolü bulunduğu, bu destek sistemlerinin tedaviye dâhil edildiğinde daha olumlu sonuçlar alındığı sonuçlarıyla da uyumludur. Alkol bağımlılığı tedavisinde uyum, katılım ve işbirliğinin çok önemli olduğu kuramsal kısımda anlatılmıştı. Burada, bireylerin yardım arama motivasyonlarında ilişki tespit edilmesi uyum ve katılım sağlamaya, işbirliğine daha yatkın olduklarını göstermektedir. Bu açıdan sistem ve ekosistem teorileri uyarınca bireylerin sosyal çevreleriyle birlikte çalışmak, bu bireyleri bilgilendirmek, bireylere bilinçlendirme toplantıları yapmak, ev ve işyeri ziyaretleri düzenlemek faydalı olacaktır.

Mesleki ve yardımcı elemanlara ilişkin yapılan değerlendirmeler ve karşılaştırmalarda birçok faktörün tedavi motivasyonu ile ilişkisi olduğu belirlendi. Elde edilen sonuçlar özellikle tedaviye güven motivasyonu ile ilişkiliydi. Bu durum, klinik çalışanları ile yaşanan olumsuzlukların ön yargıya sebep olarak tedavinin seyrini olumsuz olarak etkilediği sonuçlarıyla uyumluydu. Meslek ve yardımcı elemanları bağımlılık tedavisinde bu denli belirleyici bir yere sahip olması nedeniyle tedavide sosyal hizmet müdahaleleri geliştirirken bu konunun daha ön plana alınması tedavi sonucu açısından yarar sağlayacaktır. Tedavi uygulamasında, sosyal aktivitelerin ve uğraş çalışmalarının organizasyonunda hasta memnuniyetini arttıracak müdahaleler geliştirmek mümkündür. Elbette bireylere kendileriyle işbirliği içinde olduklarını hissettirmek, birey için güvenli ve tedavi edici ortamı sağlamak sosyal hizmet uzmanının görevleri arasındadır. Bu tür yaklaşımların gerekliliği bilinmektedir. Elde edilen sonuç yeni bir fikir ortaya atmamaktadır, çalışmanın bu sonucu tedavi ortamındaki mesleki ve yardımcı elemanların düşünülenden ve/veya fark edilenden çok daha belirleyici bir etken olduğunun altını bir kez daha çizmektedir.

Bağımlılık tedavisine gelmiş bireyin sağlık çalışanlarıyla ilk karşılaşma anından klinikten ayrılma sürecine kadar geçen zamanda bireyin gereksinimleri doğrultusunda ihtiyacı olan mesleki ve yardımcı eleman davranışıyla karşılaşması için gözlem ve görüşme yoluyla plan oluşturmak yararlı olacaktır. Meslek ve yardımcı elemanların birey ile güven dayalı ilişki kurmasının ve herkese eşit davranmasının önemi kavranmalıdır. Uzmanın, tedavi edici özelliği olmayan yanlış ve/veya riskli iletişim tekniklerinden kaçınılması, tedavide rol alan tüm ekibin kurallara uyma ve kuralları uygulamada işbirliği içinde olması gerektiğini anlatan meslek içi eğitim düzenlemesi bireylere fayda sağlayan bir uygulama olacaktır. Alkol kullanımının alkol bağımlılığı tedavisi almış olmanın hoş karşılanmadığı ülkemizde meslek ve yardımcı elemanların bağımlıya karşı önyargısız olmanın önemli olduğunu ancak yine de olumsuz düşünceler geliştirilirse bireyin bunu fark etmemesi gerektiğini vurgulanabilir. Bunu yaparken bağımlı bireye en uygun ve ihtiyacı olan destek ile hizmeti verebilmek için öncelikle mesleki ve yardımcı elemanların bağımlılığa ait duygu ve düşüncelerini gözden geçirmek önemli olacaktır. Aynı zamanda bireylerin bağımlılıklarıyla ilişkin duygu ve düşüncelerini anlayabilmek için sorular yöneltmek önyargıdan uzaklaşarak empati kurmaya yardımcı olabilir. Bu şekilde bağımlı bireye daha etkili fiziksel ve psikolojik bakım sağlamak mümkün gözükmektedir. Uzmanın hem kendi hem de diğer meslek ve yardımcı elemanların iletişim konusundaki bilgi ve becerilerini geliştirmeleri sosyal hizmet uygulamalarına ve tedaviye önemli katkılar sağlayacaktır. Ancak unutulmamalıdır ki, bağımlı bireylerle uygun ilişkiyi kurabilmek ve sürdürülebilmek için devamlı olarak okumak, araştırmak, öğrenileni uygulamaya aktarmak ve uzman kendisi de dahil olmak üzere meslek ve yardımcı elemanlarının kendilerini geliştirmesini sağlayacak müdahaleler üzerinde çalışmalıdır. Bu açıdan, mesleki ahlak kuralları üzerine eğitim programları yapılması yararlı olacaktır. Sağlık hizmetlerinde beklenti ve istekler bireyler arası farklılık gösterdiğinden personelin sahip olduğu temel bilgi becerisinden fazlasına ihtiyacı olacaktır. Eğitim programlarıyla bilgi eksikliğinden kaynaklanan hasta memnuniyetsizliği azaltılabilir ve motivasyon yükseltilebilir.

Tedavi gören bireylerin meslek ve yardımcı elemanların davranışlarında yana memnun kalmasını sağlamak amacıyla davranışsal geliştirme sağlayabilmek için uzman çeşitli kurum ve kuruluşlarla etkileşime geçerek sistem teorisi içinde bir müdahale geliştirebilir. Hastalara iyi davranılması hususunda ilişki tespit edilen KYA ve TG motivasyonu göz önüne alındığında durumun bireylere davranışın öneminin kavranması tüm personel açısından gereklidir. Hassas durumda olan, bağımlılıkları sebebiyle alışkanlıkları, bakış açıları, karakteristik özellikleri değişime uğramış bu bireylerle çalışmak çok fazla özen gerektirmektedir. Sağlık hizmetinin sunan kişiler prosedüre uygun davrandığında bile bu durumdaki kişilerle iletişimde sorun yaşanması olasıdır. Bu nedenle beden dili eğitimi, etkin dinleme yöntemleri gibi programlar personelin eğitim sürecine dahil edildiğinde tedaviyi alan ve tedaviyi veren arasındaki uyum artırılabilir.

Bireylerin sosyal hizmet uzmanı ve müdahaleleri hakkındaki cevapları bireylerin bağımlılık dışında da yardım alabileceken almadıklarını ve/veya alabileceklerinin farkında olmadığını ortaya koymuştur. Buna göre, bireyler için sosyal hizmetin daha açık ve net olarak hale getirilmeye ihtiyacı olduğu söylenebilir. Uzmanın bireye uygulayacağı müdahale ne olursa olsun öncelikle bireye klinikteki rol ve görevlerini tanımlaması birey için yol gösterici olacaktır. Bireyin uzmanın aile ve yakın çevresiyle iletişiminde arabulucu, kimi zaman bireylerin iş bulma gereksinimleri ile ilgili olarak gerekli ortamı oluşturmak amacıyla girişimlerde bulunan rolünü bilmesi bireyin kendisini açmasına yardımcı olabilir.

Görüşme formunda bireylere yöneltilen sosyal hizmetle ilgili soruların yapısı uzmanın nitelikleri ve uyguladıklarına duyulan güven üzerine kuruluydu. Değerlendirmelerden çıkan genel sonuç sosyal hizmet uzmanının davranışlarının, niteliklerinin ve uyguladıklarının geçerliğinin bireyleri etkilediği belirlenmiştir. Özellikle bireylerin uzman tarafından 'hazırlanmış' hissetmeye ihtiyacı olduğu görülmüştür. Kendisindeki değişiklikleri fark edenler motive olmakta daha başarılıdır. Bu açıdan uzmanın bireylerin kendilerindeki en

küçük değişimin bile farkında olmalarını sağlaması önemli gözükmektedir. Bu sistemler teorisi ve güçlendirme yaklaşımı içinde ekip çalışmasıyla mümkündür. Bireylerin değişimi ve gelişimi yönündeki farkındalığın sağlanabilmesi için klinik içerisindeki tüm profesyonellerin katılımıyla oluşturulacak işbirliği önemlidir. Bireyin kliniğe geldiği ilk günden taburcu olacağı güne kadarki süreçte geçirdiği fiziksel ve duygusal değişimleri görebilmesini sağlamak iyi bir gözlemci olmayı gerektirir. Bireyin karşılaştırmalar yapabilmesine yardımcı olabilmek için profesyonellerin birbirini tamamlaması ve desteklemesi uzman tarafından sağlanmalıdır. Aynı zamanda tüm klinikte bireylerden uymaları beklenen kurallara, kuralları koyanlarında uymasının önemli olduğu belirlenmiştir. Görüşmelerin söylenen saatte başladığında bireylerin motivasyonlarının olumlu olarak etkilenmesi bunu göstermektedir. Bu nedenle, hizmet sağlayanların da denetlendiği bir sistem oluşturmak düzenin sorunsuz işleyişine katkı sağlayacaktır. Bireylerin farklı bakış açısını kazandıklarını düşünmeleriyle İM, TG ve TP motivasyonları arasında kurulan ilişki, bireylerin farklılaşmaya duydukları ihtiyaca işaret etmektedir. Bu nedenle, uzmanın tek amacı tedavi alan bireye fiilen alkol kullanmasını bırakmasını sağlamak olmamalıdır. Bireylere sadece alkol bağımlılığını kapsayan bir tedavi süreci uygulamak yerine kişisel gelişim seminerlerinin düzenlendiği bir ortam yaratmak motivasyonla daha olumlu ilişkiler yaratılmasını sağlayabilir.

Bu araştırmada klinik ortamla ilgili elde edilen sonuçlar bireylerin ortamdaki kaynaklanacak huzur ve güven duygusunun yükseltilmeye ihtiyacı olduğunu göstermektedir. Bunun için öncelikle uzmanın kliniğin içeriden ve dışarıdan nasıl görüldüğünün ayırımına varması gerekmektedir. Bu bağlamda, kliniğin hem tedaviyi alan (birey ve ailesi bazında) hem tedaviyi veren tarafından değerlendirilmesi yararlı olacaktır. Bilgiler anket ya da formlar aracılığıyla elde edilebileceği gibi görüşme yoluyla da sağlanabilir. Güçlendirme yaklaşımı içinde bireylerin klinik özelliklerle ilgili fikirlerini almak kendilerini değer verilen bir birey olarak hissettirecektir. Bu da işe yararlık duygusunu güçlendirerek yaklaşıma katkıda bulunan bir faktördür.

Klinik kurallarının rahatsız edici bulunmasıyla motivasyon arasında kurulan ilişki bu durumun gerekliliğini vurgulamaktadır. Bağımlılık kliniğinin korunaklı olması ve bazı açılardan sıkı kurallarının gereklidir ancak bu sıkı kurallar nedeniyle kişiler hapis hayatı yaşadıkları düşüncesine kapılmamalıdır. Bu açıdan kuralların sıklığının rahatsız edici boyuta ulaşmaması önemlidir. Tedavi verilen bir klinikte, uyulması gereken kurallara farklı ve eğlenceli maddeler eklenerek daha bireylerde farklı bir algı yaratılabilir. Örneğin, yeme-içme, yatma-kalkma, boş zaman saatlerinin verildiği maddelere ek olarak herkesin her gün bir fıkra anlatmak ya da şarkı söylemek durumunda olduğu gibi maddelerin bulunduğu bir kurallar listesi yaratmak bazı zorunlulukların daha az göze batmasını sağlayabilir.

Araştırmada da tespit edildiği gibi bağımlı bireylerin tedavi ile ilgili düşünceleri kendi ruh hallerini, becerilerini, motivasyonlarını etkileyebilmektedir. Bazı Tabloladaki sonuçlar anlamlı çıkmasa dahi dikkate alınması gerektiği düşünülmektedir. Bireylerin tedavi süresi ile ilgili düşünceleri bunlardan biridir. Tedavi süresinin kısa olarak değerlendirenler kadar değerlendirmeyenlerin bulunması bireylerin bu konudaki düşünceleriyle ilgilenilmesi gerektiğine işaret etmektedir. Tedavi süresinin kısa olduğunu düşünen bireylere içinde buldukları programın özellikleri anlatılabilir. Tedavi için neden o süre zarfının belirlendiği ifade edilebilir. Başka kliniklerdeki alternatif programlardan bahsedilerek bireylere başka seçenekler gösterilebilir. Uzman bu noktada bireyler ve diğer merkezler ile tedavi arasında arabulucu konumdadır. Ancak bu bireyi etkileyecek klinik sistemi hakkında detaylı bilgi sağlamanın en başından yapılması bazı sorunları ortadan kaldıracaktır. Bireyler tedavinin en başında tedavi süresinin tüm aşamalarından haberdar edilmeli. Örneğin neden en az iki hafta detoksifikasyon tedavisine ihtiyacı olduğunu bilmesi bireyin içinde bulunduğu süreci anlamasına yardımcı olur. Bu da tedaviye daha fazla uyum sağlmasına yardımcı olacaktır.

Tedavi sürecinde herhangi bir olumsuzluk yaşandığı takdirde bunun sebebi olarak tedaviyi görececeklerini belirten bireylerin sayısı bir hayli çoktur. Benzer

şekilde tedavide hissedilen hoşnutsuzluk ile güvensizliğin tedaviyi etkilediği tespit edilmiştir. Bu sonuç yaşanan olumsuzlukların tedaviyi/motivasyonu ne denli etkileyeceğini göstermektedir. Bu açıdan tedavi sürecinde yaşanacak olumsuzlukları en aza indirmek için bireyler yakından takip edilmeli, hoşnutsuzluklar yaşandığı anda tespit edilmeli ve duruma hemen müdahale edilmelidir. Bireylerin günlük ruh hallerine dikkat edilmeli, endişeleri varsa önceden fark edilmelidir. Bu farkındalığın sağlanması için bireylerle birebirde iletişim kurulması gerekli ve de önemlidir. Araştırma, sosyal hizmet uzmanıyla bireysel görüşme yapmayan alkol bağımlıları bulunduğunu göstermektedir. Ankara AMATEM'deki yatak kapasitesinin çok fazla olmayışı, hatta bu kapasiteye rağmen her zaman dolu olmaması nedeniyle bütün tedavi gören bireylerle birebir görüşme yapmanın olanaksız olmadığı düşünülmektedir. Bireylerle yapılan birebir görüşmeler zamanla onların ruh hallerinin, duygu ve düşüncelerini farkında olmayı kolaylaştıracak, bu da herhangi bir sorun gelişmeden gözlemlenip önlemler alınmasına fırsat sağlayacaktır. Alkol bağımlılığı tedavisinde kullanılan en temel müdahalelerden ne güçlendirme yaklaşımı, ne de sistem kuramı ile ekosistem teorisi bireylerle birebir iletişime geçilmeden uygulamaya müsait değildir. Bireylerin çevreleriyle olan etkileşimlerini gözlemlenmek veya güçlendirilmesi gereken yanları ile duygularını fark etmek onları tanımaktan geçmektedir. Bu iletişimi kurmak için dışarıdan gözlemlenmek ya da grup toplantılarıyla aracılığıyla elde etmeye çalışmak yeterli değildir.

Görüşme formunda bulunan bireylere içinde buldukları tedavi programında güçlü hissedip hissetmedikleri sorusuna 10 birey güçlü hissetmediğini cevabını vermiştir. Sayı azınlık dahi olsa güçlü hissetmemek motivasyona dayalı bağımlılık tedavisinde önemli bir sorundur. Bu nedenle, bu bireylere güçlendirme amaçlı çalışmalar yapılmalıdır. Güçsüzlük bağımlılık tedavisinde sık karşılaşılan bir durumdur. Benzer problemler yaşayan bireylerle aynı ortamda bulunmak büyük bir avantajdır. Diğer bireylerinde bağımlılık nedeniyle orada bulunduğu bilinen bir durumdur. Ancak aynı sorunu yaşayan bireylerde paylaşımda bulunmak başka bir olaydır. Uzman paylaşım sağlanmasına

çalışarak bireylere yalnız olmadıkları duygusunu vermeli, rahatlatmalı ve güçlendirmelidir. Bu paylaşım aile bireyleri, arkadaşları ve bağımlı yakınlarıyla da yapılmalıdır. Uzman bu noktada kendine yardım gruplarının desteğini alarak ilerleyebilir. Benzer durum tedavi içerisinde zaman zaman umutsuzluğa kapıldığı tespit edilen bireyler içinde geçerlidir. Bu oran umutsuzluk duygusunda daha yüksek bulunmuştur. Bireylerin umutsuzluğa kapıldıkları fark edildiğinde buna neden olan unsurları, yaşanan umutsuzluğun düzeyini ve buna yönelik yöntemler belirlenmelidir. Bireyin umut faktörlerini düşünmesi, belirlemesi ve yaşadıklarını destek sistemleri ile paylaşması sağlanmalıdır. Grup çalışmalarlarıyla destek gücünün artırılmasına olanak sağlanabilir.

Araştırmadan elde edilen sonuçlarla bireylerin %51.4'ünün tedavide sıkıldığı belirlenmesi klinikteki sosyal faaliyetlerin yetersizliğine işaret etmektedir. Araştırma sürecinde klinikte geçirilen süre zarfında bireylerin vakitlerinin çoğunu bahçede gruplar halinde oturarak ve sigara içerek geçirdiğini gözlemlenmiştir. Bazı zamanlarda ise okey, kağıt, tavla gibi şans oyunları oynamaktadır. Boş zaman olarak adlandırılan zamanda gerçekleştirilen sayılan aktivitelerin hiç birine eğitici, öğretici ya da beceri geliştirici özelliğe sahip değildir. Klinikte bulunan masa tenisinin kullanılmaması, kullanıldığı nadir zamanlarda ise bireylerin gürültü yaptıkları gerekçesiyle aktivitenin sonlandırılmış olması bireyleri hiçbir getirisi olmayan zaman geçirme yöntemlerine itmiş olabilir. Tüm bu şartlar altında bireylerin sıkılması normal gözükmemektedir. Bağımlılık tedavisinde boş zamanların değerlendirilebilmesi tedavi seyrinde belirleyici bir yere sahiptir. Bireyler kendilerini meşgul etmeyi bildikleri sürece tedavide başarı kazanmaya yaklaşmaktadırlar. Ancak son derece korunaklı bir ortam olan klinik içerisinde bile boş zamanların sağlık bir biçimde değerlendirilememesi, bireyleri taburculuk sonrası risk altında bırakabilir. Bu nedenle klinik içerisinde piknik, film gösterimleri, eğitsel etkinlikler, sosyal ve kültürel faaliyetlerle bu süreç desteklenmelidir. Masa tenisi turnuvaları düzenlenebilir, yapılan etkinliklere klinik çalışanlarının da katılım göstermesi sağlanabilir. Bu bireyler arası etkileşimin ve kliniğe karşı memnuniyetin artmasına, güven duygusunun gelişmesine yardımcı olabilir. Piknik, eğitici film gösterimleri gibi etkinliklere

ailelerin de katılımı sağlanabilir. Bağımlı bireylerin ailelerinin birbirleriyle etkileşimde bulunması yeni bir destek sistemi oluşturmaya da katkı sağlayacaktır. Ailelerinde katılım gösterebileceği etkinlikler kimi zaman sosyal, kültürel ve spor faaliyetleri olabilir kimi zamansa bilgilendirme ve bilinçlendirme toplantıları olabilir. Örneğin, önemli ve yaygın bir sağlık problemi olmasına rağmen halen daha yeter düzeyde hakkında bilgi sahibi olunmayan alkol bağımlılığıyla hastanelerde farkındalık ayı adı altında halka açık eğitimler düzenlenebilir. Bağımlı bireylerden etkinlik önerilerinde bulunulması istenebilir. Bu şekilde bireyler tedavi sürecine dâhil edilir, fikirlerinin önemli olduğu ve tedavisi hakkında söz sahibi olduğu güçlendirme yaklaşımı çerçevesinde bireylere hissettirilebilir.

Eş sahibi/evli olmakla ilgili birey yakınlarının tedavideki rolünü saptamak üzere yönelttiğimiz soruların sonucunda büyük bir çoğunluğa göre eş desteğine sahip ve evli olmak tedavide güç veren bir faktör olduğu belirlenmiştir. Bu sonuç bireylerin mutlaka eşlerinin tedaviye dâhil edilmesinin önemini altını bir kez daha çizmektedir. Eşler arası iletişim, sosyal destek sağlama ve uzlaşma gibi konularda eğitim programları uygulanarak eşlere aile yaşamında birbirlerine destek olabilecekleri davranışlar kazandırılabilir. Problemlili ailelerde uzman arabuluculuk rolünü üstelenerek birey ve ailesiyle yaptığı görüşmelerde bireylerin birbirlerini dinlemesini ve anlamasını sağlayabilir. Benzer şekilde aileyle ilgili yapılan değerlendirmelerde alınan sonuçlar bireylerin aile desteğine ihtiyaç duyduklarını, destek gördüklerinde iyi hissettikleri ve motive oldukları belirlenmiştir. Buna göre tedavide aile etkinliğini olabildiğince arttıran çalışmalara ağırlık verilmelidir. Klinik ortamda düzenlenecek sosyal etkinliklerin bazıları ailelere de açık olabilir. Bireylerin ayık aldıkların belirli zaman dilimleri klinikte ailelerin katılımıyla kutlanabilir. Sosyal hizmet uzmanı işbirlikçi rolünü üstelenerek ailelerle birlikte çalışarak ailenin bağımlı bireyin ihtiyacı olan desteği ve anlayışı sunmasını sağlayabilir. Bunun için öncelikle aile bireylerinin bağımlılığı tam olarak anlaması önemlidir. Alkol bağımlılığının getirebileceği problemlerin farkında olması, taburculuk sonrası yaşanması muhtemel krizleri azaltacak yöntemler bilmesi sağlanmalıdır. Özetle, aile ilgili ailenin bağımlılık

tedavisinde katılımının ne denli önemli olduğu birçok araştırmada olduğu gibi bu çalışmada da elde edilmiş bir sonuçtur.

Araştırmada bireylerin büyük bir çoğunluğunun alkol bağımlısı çevresi bulunduğu tespit edilmiştir. Bireylere arkadaşlarının tedavi almalarındaki kararlarında etkili olup olmadığı sorulduğunda birçok bireyden 'onlar ben içsem daha mutlu' yanıtı alınmıştır. Bu noktada, uzmanın taburculuk sonrası dönülecek çevredeki risk faktörlerinden bireyi ve ailesini haberdar etmesi ve bireyleri bu döneme hazırlaması önemli bir gerekliliktir. Bireyin rahatsızlığının nüks etmemesini sağlamak için bağımlı çevresinden uzak kalması amacıyla bu çevrenin bireyin yaşamının neresine ait olduğu öncelikle tespit edilebilir. Duruma göre ve mümkün olduğu takdirde bu çevre iş yaşamındansa yeni bir iş aranabilir, yakın yerlerde oturuluyorsa çevre değişikliği yapılması sağlanmalıdır. Tüm bunlar için uzman işbirlikçi rolünü üstelenerek bireyin aile, çevre ve iş hayatıyla etkileşimde olur. Taburculuk sonrası programlar geliştirilerek bireylerin takibinin devamı sağlanır. Bu şekilde riskli durumlarla karşılaşıldığında müdahale etmek daha kolay olabileceği gibi bireylerin remisyonda kalma sürelerinin uzatılmasına katkı sağlanabilir.

Kendine yardım grupları ile ilgili yapılan değerlendirmelerin sonucunda birçok birey tarafından bu gruplar ilgili soru yöneltildiğinde bireylerden gergin geri dönüşler alınmıştır. Bu düşüncelerin alt yapıları bilinmemekle beraber genel olarak kendine yardım gruplarına karşı ciddi boyutlarda bir güvensizlik geliştirildiğini söylemek yanlış olmaz. Bu seviyeye gelmiş bir güvensizliğin ardından bireyleri bu gruplara katılmaya teşvik etmek bireylerin uzman ve diğer sağlık personeline olan güvenini de zedeleyebilir. Bu açıdan, öncelikli olarak uzmanın bireylerin bu düşüncelerinin arkasında yatan nedenler öğrenilmeli, gerçeklik payı olup olmadığı tespit edilmelidir. Söz konusu durumla ilgili diğer tedavi kliniklerindeki mevcut durum sosyal hizmet uzmanlarıyla iletişime geçerek öğrenilebilir. Kendine yardım grupları bağımlılık tedavisinde aile ve sosyal çevreden sonra en önemli destek sistemidir. Bu nedenle SHU bu gruplarla bazı etkinlikler ve eğitim çalışmaları düzenleyebilir. Kendine yardım

gruplarının motivasyonu olumlu etkilediği kanıtlayan birçok çalışma olduğu unutulmamalıdır. Bireylerin bu guruplarla ilgili olumsuz algılarını yok etmek ve bu grupları tedaviye dâhil etmek motivasyonel açıdan büyük farklılıklar yaratabilir.

Araştırmada elde edilen bir diğer bulgu ise klinik ortamının tedavideki başarıda etkili olduğunu söyleyen bireylerin dışsal motivasyonla ilişkili bulunmasıdır. Bu sonuç bir kez daha klinik ortamına gösterilmesi gereken özenin ne derece önemli olduğunu altını çizmektedir. Bireylerin klinikteki ortamdan etkilenmeye bu denli açık olması en elverişli klinik ortam yaratıldığında tedavide daha avantajlı bir duruma sahip olunabileceği anlamını da taşımaktadır. Uzmanın klinik ortamının tedavi edici ortam özelliklerini taşıdığından emin olması bu nedenle önemlidir. Klinik ortamın düzenlenmesiyle ilgili bir başka önemli bulguya Mann-Whitney U testi analizi sonucunda rastlanmıştır. Buna göre, ortamın düzenlenmesinden memnuniyet duymayan bireylerin fazlalığı ve bu bireylerin tedaviye güven motivasyonlarıyla ilişkili çıkmış olması ortamın yeniden düzenlenmesine olan ihtiyacı vurgulamaktadır. Fiziksel çevrenin bireylerin davranışlarını etkileyebileceğini gösteren araştırmalar bulunmaktadır. Bu da göz önünde bulundurularak hem tedavi sağlayıcıyı hem de tedavi alanı mutlu, düzenli ve temiz bir ortam içerisinde bulundurularak bireyin olumlu yönde etkilenmesi sağlanabilir. Renkler yaşamını hastane ortamında geçiren bireyler için ayrı bir önem taşımaktadır. Bu bağlamda ortamı oluşturan en önemli unsurlardan olan renklerle ilgili düzenlenmeler yapılabilir. Renkler aracılığıyla bireyler sakinleştirebilir, harekete geçirebilir. Aydınlatma da dikkat edilmesi gereken bir konudur. Hastane ortamlarında kullanılan güçlü beyaz ışık kullanıldığı bilinen bir şeydir. Aşırı aydınlatma azaltılarak eden olduğu dikkat dağınıklığı, uyku ve uyuşukluk hali ve memnuniyetsizlik azaltılabilir. Özenle seçilerek oluşturulmuş klinik bir düzenin bireyleri ruhsal açıdan etkilemesi mümkündür. Bu bir çeşit estetik algıdır ve estetik algı bireyin iç huzurunu doğrudan etkileyen bir unsurdur. Bu bağlamda SHU, araştırmacı rolünü ön plana çıkararak gerekli yerlerde iletişime geçebilir, kaynak sağlayabilir, edindiği bilgilerle bireylerin de fikrini alarak yeni bir düzenleme içine girebilir.

Tedavi içerisinde sıkılmadığını belirten bireylerin toplam puan motivasyonu anlamlı bir ilişki içinde olduğu belirlenmiştir. Bir anda yaşadıkları çevreden ayrılıp bağımlılıklarından kurtulmak amacıyla kliniğe yatan bireylerin sıkılma duygusunu yaşaması normaldir. Ancak bu duygunun tedavinin seyrini olumsuz etkileyecek seviyeye ulaşmaması için bir takım çalışmalarda bulunulmalıdır. Bu da sosyal etkinlik ve faaliyetlerle mümkün olabilir. Örneğin, klinik ortamdaki gönüllüler, bağımlılar ve yakınları, hemşireler, hastane personelinden koro oluşturmak, kendilerinin belirleyeceği bir tarihte tüm klinik için konser vermek üzere çalışmalar ve provalar yapmak birçok birey için oyalayıcı olacaktır. Resim, el sanatları, tarım gibi uğraş terapilerinin yanı sıra gelenek haline getirilebilecek bir etkinlik oluşturulabilir. Her yıl belli zamanlarda gerçekleştirilerek tüm bağımlı ve yakınlarının motivasyonlarına katkıda bulunulabilir. Tedavi gören bireylerin yaptıkları el sanatları, resim gibi uğraşların sergilenmesi sağlanabilir.

Araştırmanın amaç kısmını oluştururken sorulan sorular yaş, cinsiyet, gelir, eğitim durumu, ailesine ilişkin özellikler, sosyal ortam, tedavi süreci, klinik özellikler, tedavinin ve tedavide yer alan personelin nitelikleri, bağımlılık tipi ve süresi, tedavi tipi ve süresi, kullanılan yöntemler, çevresel etmenler ve sosyal hizmet uygulamaları ile tedavi motivasyonunu arasında ilişki olup olmadığıydı. Araştırmanın sonucunda ise AMATEM’de tedavi gören bireylerin bazı özelliklerinin ve durumlarının tedavi motivasyonlarıyla ilişkili olduğu tespit edildi. Bunlar, iş sahibi olmak, alkol kullandığında yapması gerekenleri aksatmak/yapamamak, alkol kullandıktan sonra pişmanlık/suçluluk duymak, bağımlı bireyin arkadaşları tarafından alkölü bırakmasının söylenmesi, klinikte bireylere iyi davranılması, bireylerin klinik personeline fikirlerini çekinmeden söyleyebilmesi, klinik personelinin davranışlarının tutarlı olması ve bağımlı bireylerin kendi davranışları hakkında kararsız kalmaması, başka doktora muayene olmayı düşünmemek, sosyal hizmet uzmanının odasına çekinmeden gidebilmek, sosyal hizmet uzmanıyla yapılan görüşmelerin vaktinde başlaması, sosyal hizmet uzmanının gerekli bilgi ve beceriye sahip olması, sosyal hizmet uzmanının bağımlı bireyi alkölle baş etmeye hazırlıyor olması, sosyal hizmet

uzmanının bağımlı bireyi taburculuk sonrası döneme hazırlıyor olması, sosyal hizmet uzmanıyla yapılan görüşmelerin bağımlı bireye farklı bir bakış açısı kazandırması, bağımlı bireyin sosyal hizmet uzmanından beklentileri olması, klinik ortamın düzeninden memnun olmak, klinik kurallarının rahatsız edici olmaması, bağımlı bireyin klinik ortamın tedavide başarıda etkili olduğu düşüncesi, yaşanan olumsuzluğun sebebi olarak tedaviyi görmemek, tedaviden sıkılmamak ve tedavide aile desteğine ihtiyaç duymak olarak belirlenmiştir.

Görüldüğü üzere sosyo-demografik özelliklerden yalnızca yaş ve iş sahibi olmak motivasyon üzerinde etkili bulunmuştur. Tedavi süreci, klinik özellikler, tedavinin ve tedavide yer alan personelin nitelikleri ile sosyal hizmet uygulamaları bağımlı bireylerin tedavi motivasyonları üzerinde etkili görünen diğer değişkenler arasındadır.

Elde edilen sonuçlara göre yukarıda bahsedilen ve genel açıdan ele alınan sosyal hizmet müdahalelerinin aynı zamanda mikro, mezo ve makro düzeyde gruplandırılarak sosyal hizmet uzmanlarının yapabileceği çalışmalar şu şekilde ele alınmıştır:

Mikro Düzeyde:

- Alkol bağımlılığına neden olan etmenleri bilmeli, risk faktörleri analizini iyi yapabilmek
- İş sahibi olmanın motivasyon üzerinde etkisi göz önüne alınarak iş bulma gereksinimleri olan bireyleri tespit ederek girişimlerde bulunmak
- Bağımlı bireylerin pişmanlık/suçluluk duygularını hafifletmek, ortadan kaldırmaya çalışmak.
- Ailenin bağımlılığı kabullenmesini, bağımlı bireye yeterli desteği sağlamasını için görüşmeler yapmak.
- Bu araştırmada olduğu gibi bireylerin kendine yardım gruplarıyla ilgili güvensizlikleri var ise bağımlı bireylerin ailelerinden oluşan kendine yardım grupları oluşturmak, ve birbirlerini desteklemelerini sağlamak.

- Bağımlı bireyin ve ailesinin klinikle ilişkilerinin geliştirilmesini sağlamak
- Klinikteki diğer ekip elemanlarıyla boş zamanları değerlendirme konusunun üstünde durmak, gerekli ortamı oluşturmak ve girişimlerde bulunmak.

Mezzo Düzeyde;

- Alkol bağımlılığı tedavi merkezlerinde hem hizmeti sağlayanlara hem de hizmeti alanlara çalışanların görev tanımları açık ve net yapılması
- Alkol bağımlılığı tedavi merkezlerinde çalışanların ihtiyaçları doğrultusunda mesleki gelişmelerle ilgili hizmet içi eğitim faaliyetler düzenlenmesi

Makro Düzeyde;

- Sağlık Bakanlığı ve Sağlık Bakanlığına bağlı Tütün ve Bağımlılık Yapıcı Maddelerle Mücadele Daire Başkanlığı tarafından yürütülen sağlığın teşviki ve geliştirilmesi kampanyalarının artırılması, toplumu duyarlılaştırmaya yönelik etkinlikler geliştirilmesi
- Bağımlılığa neden olan zararlı alışkanlıklardan korunma bilincinin topluma kazandırılabilmesi için risk faktörlerine yönelik olarak toplum eğitimleri düzenlenmesi
- Sağlık Bakanlığı tarafından taslağı hazırlanan ve 2010 yılında yayımlanması hedeflenen Ulusal Alkol Kontrol Programının tamamlanması ve hayata geçirilmesi
- Alkol bağımlılarına en iyi desteğin sağlandığı yer olan tedavi veren kurum, kuruluş ve kliniklerin sayısının ve ulaşılabilirliğinin artırılması
- Bağımlı ailelerinin daha bilinçli destek sağlayabilmeleri için örgütlenmelerin teşvik edilmesi
- Bağımlı bireylere karşı geliştirilen önyargıların kırılmasına ve etiketlemelere yönelik çalışmalar yapmak
- Alkol bağımlılığı tedavi merkezlerinde disiplinler arası bir işbirliğine gidilerek bakım, tedavi ve koruyucu önleyici hizmetlerini destekleyen resmi kuruluşlarla birlikte çalışılması
- Alkol bağımlılığı tedavi merkezlerinde performans değerlendirme sistemleri uygulanması

KAYNAKÇA

III. Ulusal Psikiyatri Hemşireliği Kongresi. (t.y). Bildiri Özet Kitabı.

Erişim:4.12.13,http://www.phdernegi.org/kongre_dokumanlar/III.PHK_Ozet_Kitabi.pdf

Adsız Alkolikler (1991). Alcoholics Anonymous World Services, Inc.

Akbaba, S. (2006). *Eğitimde Motivasyon* [Elektronik Sürüm]. Kazım Karabekir Eğitim Fakültesi Dergisi, 13, 343-361.

Akgün, B. (2010). *Alkol Bağımlılarında Tedavi Motivasyonu Bağlamında Nöropsikolojik Test Performansının İncelenmesi*. Yüksek lisans tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi, İzmir.

Akvardar, Y., Türkcan, A., Yazman, U., Aytaçlar, S., ve Ergör, G. (2003). Prevalance of Alcohol Use In Istanbul, Psychological Reports, 92, 1081-1088 .

Akvardar, Y., Arkar, H., Akdede, B.B., Gül, S., Sarı, Ö. ve Tunca, Z. (2005). Alkol Kullanım Bozukluklarında Kişilik Özellikleri. *Bağımlılık Dergisi*, 6(2), 53-59.

Akvardar, Y. ve Uçku, R. (2010). Alkol Kullanım Sorunları Nasıl Önlenir? Alkol Kullanım Bozukluklarının Tanı Ve Tedavisinde Kısa Müdahale Yaklaşımı. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 11(1), 51-59.

Alkol ve Alkol Dışı Madde Bağımlılığı (1998). *Ankara Numune Hastanesi Temel Kursu-1*. İstanbul: Mutludoğan Ofset Matbaacılık ve U.V Lak Tesisleri.

Alkol Tedavi Programı. (t.y). Erişim: 7.12.13,

<http://www.baliklirum.com/TibbiBirimDetay.aspx?tid=FvW5KJZZEg%3D>.

Altıntoprak, E., Akgür, A.S., Yüncü, Z., Sertöz, Ö.Ö. ve Coşkunol, H. (2008). Kadınlarda Alkol Kullanımı ve Buna Bağlı Sorunlar. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 19(2), 197-208.

Arndt, S., Clayton, R., ve Schultz, S. K. (2011). Trends in substance abuse treatment 1998-2008: Increasing older adult first-time admissions for illicit drugs. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 19(8), 704-711.

Arslantaş, H., Dereboy, F.İ., Aştı, N. ve Pektekin, Ç. (2011). Yetişkinlerde Profesyonel Psikolojik Yardım Arama Tutumu ve Bunu Etkileyen Faktörler. *ADÜ Tıp Fakültesi Dergisi*, 12(1), 17-23.

Aştı, N. ve Çetinkaya, Z. (2000). Yataklı Psikiyatri Ünitele Hemşirelerin Yürüttüğü Yatan Hasta Grupları. *Düşünen Adam Dergisi*, 13(3), 185-192.

Atasoy, Z. (t.y). Alkol Hurafeleri. Erişim: 4.12.13,

<http://www.sdplatform.com/Dergi/461/Alkol-hurafeleri.aspx>

Atbaşoğlu, C. ve Doğan, B.Y. (1996). Alkol Bağımlılığında Detoksifikasyonun Önemi ve Detoks Birimlerinin İşlevi. *Kriz Dergisi*, 4(2), 71-75.

Ayvaşık, B.H. (2002). Alkol, Öğrenme Süreçleri ve Trafik Kazaları. [Elektronik Sürüm]. *Türk Psikoloji Yazıları*, 5(9-10), 83-103.

Ayhan, Y. (2010). *Türkiye’de Alkol Bağımlılarında Bağımlılığa Yatkinliğin Genetik Belirleyicileri ve Temel Kişilik Boyutları: Alkol Dehidrogenaz 1C Genindeki Bir Polimorfizmin Rolü*. Uzmanlık tezi, Hacettepe Üniversitesi, Ankara.

Barry, K., Oslin, D. ve Blow, F. (2001). *Alcohol Problems in Older Adults*. Springer Publishing Company.

Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri Veri Rehberi (t.y). Erişim: 4.12.13, http://www.thsk.gov.tr/tr/dosya/TSBS/hsbs_rehber_son.pdf

Bulut, I. (1993). *Ruh Sağlığının Aile İşlevlerine Etkisi*. [Elektronik Sürüm]. Ankara: Başbakanlık Kadın ve Sosyal Hizmetler Müsteşarlığı Yayınları.

Bulut, M., Savaş, A.H., Cansel, N., Selek, S., Kap, Ö., Yumru, M. ve Vırt, O. (2006). Gaziantep Üniversitesi Alkol ve Madde Kullanım Bozuklukları Birimine Başvuran Hastaların Sosyodemografik Özellikleri. *Bağımlılık Dergisi*, 7(2), 65-70.

Canöz, K. (2010). Kurum Kültürünün Oluşumunda Kurum İçi Motivasyonun Rolü Üzerine Teorik Bir Çalışma. *NWSA e-journal of New World Sciences Academy*, 5(2), 341-353.

Chasan, N. (2010). *Alkol Bağımlılığı ile Çocukluk Çağı Travmaları İlişkisi*. Yüksek lisans tezi, Maltepe Üniversitesi, İstanbul.

Coşkunol, H. ve Altıntoprak, E. (1999). Alkol Kullanımının Genetik Yönleri. *Klinik Psikiyatri Dergisi*, 2(4), 222-229.

Coşkunol, H., Tamar, M., Bağdiken, İ. ve Saygılı, R. (1997). Alkol Bağımlılarında Adsız Alkoliklere Katılımın Etkinliği. *Düşünen Adam Dergisi*, 10(3), 35-38.

Çakal, Ö., Ünsar, A.S., ve Oğuzhan, A. (2011). Özel ve Kamu Hastane Yöneticilerinin Motivasyon Düzeylerinin Belirlenmesine Yönelik Bir Araştırma. *Balıkesir Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 14(25), 157-174.

Çakmak, D. ve Evren, C. (2006). *Alkol ve Madde Kullanım Bozuklukları*. İstanbul: Özgül Matbaacılık.

Çelikkol, A. (t.y). Alkol Madde Kullanımı İle İlişkili Bozukluklar. Erişim: 4.12.13, <http://www.celikkol.org/alkolmad.htm>

Çiçek, D. (2005). *Örgütlerde Motivasyon ve İş Yaşam Kalitesi: Bir Kamu Kuruluşundaki Yönetici Personelin Motivasyon Seviyelerinin Tespit Edilerek İş Yaşam Kalitesinin Geliştirilmesi Üzerine Bir Araştırma*. Doktora Tezi, Çukurova Üniversitesi Adana.

Çoban, A. ve Gümüşel, O. (2008). *Alkol ve Madde Bağımlılığı*. [Elektronik Sürüm]. İstanbul: NP Yayınları.

Çolakkadioğlu, O. (2010). Çatışma Kuramına Dayalı Olarak Geliştirilen Karar Verme Beceri Eğitimi Grup Uygulamalarının Ergenlerin Karar Verme Stillere Etkisi, Doktora Tezi, Çukurova Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Eğitim Bilimleri Anabilim Dalı, Adana.

Dedeoğlu, N. (2003). Halk Sağlığı ve Sosyal Hizmetler. *C.Ü Tıp Fakültesi Dergisi*, 25(4), 31-33.

Demirbaş, H., İlhan, Ö.İ. ve Doğan, B.Y. (2004). Alkol Bağımlısı Hastalarda Bağımlılık Sürecinin Problem Çözme Yolları İle İlişkisi [Elektronik Sürüm]. *Bağımlılık Dergisi*, 5(2), 8-11.

Dilbaz, N. (t.y). Ankara AMATEM Penceresinden Türkiye'nin Bağımlılık Fotoğrafı. Erişim: 4.12.13, <http://www.sdplatform.com/Dergi/450/Ankara-AMATEM-penceresinden-Turkiyenin-bagimlilik-fotografi.aspx>

- Duyan, V. (1996). *Tıbbi Sosyal Hizmet (Sağlık Psiko-sosyal Boyut)*. Ankara: 72 TDFO Bilgisayar Yayıncılık.
- Duyan, V. (2003). Hastaların Karşılaştığı Sorunlar Ve Çözümleri Odağında Tıbbi Sosyal Hizmet. *C.Ü Tıp Fakültesi Dergisi*, 25(4), 39-44.
- Duyan, V. (2012). *Sosyal Hizmet Temelleri Yaklaşımları Müdahale Yöntemleri*. Ankara.
- Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi (2006). 22(1).
- Erdoğan, S., Eren, N. ve Arıkan, Z. (2006). Kronik Alkol Kullanımına Bağlı Uzamış Yoksunluk Sendromu: Bir Olgu Sunumu. *Bağımlılık Dergisi*, 7(2), 98-103.
- Erol, N., Kılıç, C., Ulusoy, M., Keçeci, M. Ve Şimşek, Z. (1998). Türkiye Ruh Sağlığı Profili Raporu, TC Sağlık Bakanlığı Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü, Ankara.
- Ertekin, G., Ögel, K., Tamar, D. ve Çakmak, D. (t.y). Alkol Bağımlılığı Tedavi Programı. Erişim: 4.12.13, <http://www.ogelk.net/Dosyadepo/atp.pdf>
- Esatoğlu, E.A., Ağırbaş, İ., Akbulut, Y. ve Çelik, Y. (t.y) Hastanelerde Rol Çatışması ve Rol Belirsizliği: Sağlık Bakanlığı Hastanelerinde Bir Uygulama. Erişim: 4.12.13, <http://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/m15.pdf>
- Eşel, E. (2003). Alkol Bağımlılığına Yatkınlığın Biyolojik Belirleyicileri. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 14(1), 60-71.

- Evren, C. ve Duran, Ç. (2001). Alkol ve Madde Kullananların Özellikleri: 2000 Yılına ait AMATEM'e Yatan Hasta Verilerinin İncelenmesi. *Düşünen Adam Dergisi*, 14(3), 142-149.
- Evren, C., Saatçioğlu, Ö., Dalbudak, E., Danışmant, S.B., Çakmak, D. ve Ryan, M.R. (2006). Tedavi Motivasyonu Anketi (TMA) Türkçe Versiyonunun Alkol Bağımlısı Hastalarda Faktör Yapısı, Geçerliliği ve Güvenirliği. *Bağımlılık Dergisi*, 7(3), 117-122.
- Evren, C., Saatçioğlu, Ö., Evren, B., Yapıcı, A. ve Çakmak, D. (2003). Alkol Kullanım Bozukluğunda Cinsiyet Farklılığı: Yatan Hasta Verilerinin İncelenmesi. *Bağımlılık Dergisi*, 4(3), 96-100.
- Evren, C., Dalbudak, E. ve Çakmak, D. (2008). Değişime Hazır Olma ve Tedavi Olma İsteği Ölçeği Türkçe Versiyonunun Yatarak Tedavi Gören Erkek Alkol Bağımlısı Hastalarda Faktör Yapısı Geçerliliği ve Güvenirliği. *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni*, 18(2), 84-91.
- Haktanıyan, Y. (2012). *İnsan Kaynakları Yönetiminde Motivasyonun Çalışanlara Etkisi Üzerine Bir Çalışma*. Yüksek lisans tezi, Beykent Üniversitesi, İstanbul.
- Hasanoğlu, A. (2010). Alkol Bağımlılığında Bilişsel Davranışçı Terapi. Erişim: 4.12.13, http://78.189.53.61/-/bs/bss/a_hasanoglu.pdf
- Hepworth, D., Roonet, R.H., Rooney, D.G., Strom-Gottfried, K. ve Larsen, J. (2010). *Direct Social Work Practice: Theory and Skills*. Eighth Edition.
- İlhan, Ö.İ., Doğan, B.Y., Demirbaş, H. ve Boztaş, H. (2002). Alkol Bağımlılarında Alkole Başlamada Belirleyici Risk Etmenlerinin Gelişim Dönemlerine Göre İncelenmesi. *Bağımlılık Dergisi*, 3(2), 84-90.

- İlhan, Ö.İ., Demirbaş, H. ve Doğan, B.Y. (2002). Remisyonda Olan Alkol Bağımlılarının Sosyodemografik Özellikleri Ve Bağımlılık Süreci Üzerine Tanımlayıcı Bir Çalışma. *Bağımlılık Dergisi*, 3(3), 155-159.
- İlhan, Ö.İ., Demirbaş, H., Yarpuz, Y.A. ve Doğan, B.Y. (2003). Alkol Bağımlılığında Remisyon Süresi Üzerinde Etkili Olan Değişkenler. *Bağımlılık Dergisi*, 4(2), 57-61.
- Gülen, H. (2011). *Hastanelerde Öğrenme Yöneliminin Çalışan Motivasyonu ve Örgütsel Performansa Etkisi*. Yüksek lisans tezi, Beykent Üniversitesi, İstanbul.
- Gümüş, Ö., Şahin, E. ve Top, Ş.M. (2002). Alkol ve Eroin Psikososyal Ve Ekonomik Zorlukların Araştırılması. *Bağımlılık Dergisi*, 3(3), 146-154.
- Kalyoncu, Ö.A., Mırsal, H., Pektaş, Ö., Şatır, T., Mırsal, N. Ve Beyazyürek, M. (2000). *Alkol Bağımlılarında Hastane Tedavisi Sırasındaki Grup Etkileşimi ile Sosyodemografik-Klinik Özellikler Arasındaki İlişkilerin Araştırılması*. 36. Ulusal Psikiyatri Kongresi, Özet Kitabı, Antalya.
- Kalyoncu, Ö.A., Mırsal, H., Pektaş, Ö., Gümüş, Ö., Tan, D. ve Beyazyürek, M. (2002). Alkol Bağımlılarında Suçluluk ve Utanç Duyguları. *Bağımlılık Dergisi*, 3(3), 160-164.
- Kalyoncu, Ö.A., Pektaş, Ö., Mırsal, H., Şatır, T., Pektaş, A., Mırsal, N., Yılmaz, S. ve Beyazyürek, M. (1999). Alkol Bağımlılığında Tedaviye Başvuru Sürecinde Alkol Kullanım Özellikleri ve Klinik Özellikler Arasındaki İlişkilerin Araştırılması. 35. Ulusal Psikiyatri Kongresi ve Uluslararası Kros-Kültürel Psikiyatri Uydu Sempozyumu, Tam Metin Kitabı, 39-44.

- Kaptanoğlu, C., Yenilmez, ., Seber, G. ve Tekin, G. (1997). Alkol Bağımlılarında Ruhsal Belirtiler Evlilik Sorunları ve Aile Tutumları. *Düşünen Adam Dergisi*, 10(1), 57-60.
- Karahisarlı, F. (2003). Motivasyon. Erişim: 8.12.2013, <http://www.sizinti.com.tr/konular/ayrinti/motivasyon.html>.
- Karalı A., Ögel, K., Tamar, D. ve akmak, D. (1999). *Alkol ve Madde Kullanım Bozuklukları Acil Yaklaşım Kılavuzu*. İstanbul: AMATEM
- Karasar, N. (2005). *Bilimsel Araştırma Yöntemi*. Ankara: Nobel Yayın Dağıtım.
- Kasatura, İ. (1998). *Gençlik ve Bağımlılık*. İstanbul: Evrim Yayınları
- Kaya, M. (2008). *Anadolu Liselerinde Görev Yapan Öğretmenlerin Öğrencilerini Motive Etme Yeterliliklerinin İncelenmesi*. Yüksek lisans tezi, Yeditepe Üniversitesi, İstanbul.
- Keskin, A. (t.y). Motivasyon ve Dikkatin Öğrenme Üzerine Etkisi. Erişim: 4.12.13, <http://www.egitim.aku.edu.tr/motivasyondikkat1.pdf>
- Kessler RC, Nelson CB, McGonagle KA, Edlund MJ, Frank RG, Leaf PJ. (1996). The epidemiology of co;occurring addictive and mental disorders: implications for prevention and service utilization. *Am J Orthopsychiatry*. 66(1), 17-31.
- Kıdak, L. ve Aksaraylı, M. (2009). Sağlık Hizmetlerinde Motivasyon Faktörleri. *Celal Bayar Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 7(1), 75-94.

- Kırcı, Z. (2007). *Motivasyon Unsuru Olarak Kariyer Geliştirme ve Bir Uygulama*. Yüksek lisans Tezi, Atatürk Üniversitesi, Erzurum.
- Koçak, H. (2009). *Alkol Bağımlısı Olan ve Olmayan Kişilerde Yeme Davranış Bozuklukları*. Yüksek lisans tezi, Marmara Üniversitesi, İstanbul.
- Korkmaz, G., Batur, D., Karakuş, E. ve Tel, H. (2003). Alkol Bağımlısı Erkeklerin Eşlerinin Yaşadıkları Güçlükler Ve Baş Etme Tarzlarının Belirlenmesi. *C.Ü Hemşirelik Yüksekokul Dergisi*, 7(1), 21-26.
- Köknel, Ö. (1998). *Bağımlılık "Alkol ve Madde Bağımlılığı"*. İstanbul: Altın Kitaplar Yayınevi.
- Kulaç, E. (2008). Grup Dinamikleri. Erişim: 4.12.13, https://docs.google.com/viewer?a=v&q=cache:lgXuaK-G-n4J:tip.sdu.edu.tr/assets/uploads/sites/101/files/grup-dinamikleri-yrd-doc-dr-e-kulac-30032012.ppt+&hl=en&gl=tr&pid=bl&srcid=ADGEESi_7DKYQXe84f36VD39gh05dpPqRFnxfKntf5vWk9iH3OKWmBLs-gIqc1Gi5ZwMxek2K1dtRQZU5UAUKU1xICJEta6qFDznxTZsmNlzbYAkOCFYpvmzVpi_mfGnzMJPgJ7Ckma9&sig=AHIEtbS2eTP3_BQnVrSREE_yWw0tNAA99g
- Kurt, E. (t.y.) "Bakırköy"de Hayat Nasıl? 80 Yıllık Bakırköy Sakinleri. Erişim: 4.12.13, [http://psikiyatriksosyalhizmet.com/"bakirkoy"de-hayat-nasil-80-yillik-bakirkoy-sakinleri](http://psikiyatriksosyalhizmet.com/)
- Manzardo, A. M., Goodwin, D.M., Campbell, L.J., Penick, C.E. ve Gabrielli, F.W. (2008). *Alcoholism*, 4th ed. New York: Oxford Univ.Press.

- Mayda, S.A., Gerçek, G.Ç., Gümüş, G., Demir, S., Deniz, M., Sürücü, P.Z., Konuk, M., Türkmaya, M. ve Taner, H. (2010). Düzce Üniversitesi Orman Fakültesi Öğrencilerinde Sigara, Alkol Ve Madde Kullanımı Sıklığı ve Kullanmaya Başlama Nedenleri. *Düzce Tıp Dergisi*, 12(3), 7-14.
- Oflaz, F. (2006). Psikiyatri Kliniğinde Tedavi Edici Ortam Kavramı Ve Hemşirenin Sorumlulukları. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 7(1), 55-61.
- Ögel, K. (t.y). Bağımlılık Tedavisinde Temel Bilgiler. Erişim: 4.12.13, http://www.ogelk.net/Dosyadepo/tedavi_temel.pdf
- Ögel, K. (2010). Alkol Bağımlılarında Psikososyal Uygulamalar, Kısa Girişimler ve Motivasyonu Artırma. *Türkiye Klinikleri Psikiyatri Özel Dergisi*, 3(3), 85-90.
- Ögel, K., Karalı, A., Tamar, D. ve Çakmak, D. (1998). *Alkol ve Madde El Kitabı*. [Elektronik Sürüm]. İstanbul: AMATEM Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi.
- Ögel, K., Taner, S. ve Yılmazçetin, C. (2003). *Ergenlerde Madde Kullanım Bozukluklarına Yaklaşım Kılavuzu*. İstanbul: Kültür Sanat Yayıncılık.
- Öncü, F., Ögel, K. ve Çakmak, D. (2002). Alkol Kültürü-1: İçki Kültürü Ve Edebiyatta İçki. *Bağımlılık Dergisi*, 2(3), 133-138.
- Öncü, F., Ögel, K. ve Çakmak, D. (2002). Alkol Kültürü-2: İçki Kültürü Ve Edebiyatta İçki. *Bağımlılık Dergisi*, 3(1), 31-36.
- Özbesler, C. ve Çoban, İ.A. (2010). Hastane Ortamında Sosyal Hizmet Uygulamaları: Ankara Örneği. *Toplum ve Sosyal Hizmet*, 21(2), 31-46.
- Özer, A. ve Çakıl, E. (2007). Sağlık Hizmetinde Hasta Memnuniyetini Etkileyen Faktörler. *Tıp Araştırmaları Dergisi*, 5(3), 140- 143.

- Pektaş, Ö., Mırsal, H., Kalyoncu, A., Tiryaki, A. ve Beyazyürek, M. (t.y). Alkol Bağımlılığında Nüks Ve Eş Tutumları. Erişim: 4.12.13, http://uvt.ulakbim.gov.tr/uvt/index.php?cwid=9&vtadi=TPRJ%2CTTAR%2CTTIP%2CTMUH%2CTSOS%2CTHUK&c=google&ano=17512_ef795934f610f1971a7babf7ce8e0f69
- Plotnik, R. (2009). *Psikolojiye Giriş*. Çev.:Geniş, T. İstanbul: Kaktüs Yayınları.
- Savaşan, A. (2010). Bağımlılığı Olan Hastalarda Servis Ortamı ve Tedavi Motivasyonu İlişkisinin İncelenmesi. *Klinik Psikiyatri Dergisi*, 13(3), 119-126.
- Sayın, A., Karslıoğlu, E., Arıkan, Z. ve Aslan, S. (2004). Alkol Bağımlısı Bir Grup Hastada Kişilik Özellikleri. *Bağımlılık Dergisi*, 5(1), 13-19.
- Sevin, Ç. ve Erbay, E. (2008). Madde Bağımlılarının Tedavi Sonrası Sosyal Yaşama Uyumları ve Sosyal Hizmet Uygulamaları. *Bağımlılık Dergisi*, 9(1), 36-40.
- Shinn, G. (1996). *Motivasyon Mucizesi*. İstanbul: Sistem Yayıncılık
- Tarhan, N. ve Nurmedov, S. (2011). *Bağımlılık Sanal veya Gerçek*. İstanbul: Timaş Yayınları.
- Tuncay, T. ve Erbay, E. (2006). Sosyal Hizmetin Temel Hedefi: SosyalAdalet. *Toplum ve Sosyal Hizmet Dergisi*, 17(1), 53-69.
- Turan M. ve Aşkın R. (1999). Alkol Bağımlılığında Ruhsal Belirtiler. *Genel Tıp Dergisi*, 9(3), 93-98.

Türkcan, A. (2002). Alkol Kullanma İsteğinin (Craving) Mekanizması. *Bağımlılık Dergisi*, 3(1), 37-42.

Türkiye'de aile Yapısı Araştırması. (2011). Ankara. Erişim: 7.12.13,
[http://www.ailetoplum.gov.tr/upload/athgm.gov.tr/mce/2013/taya_kitap_b
utun.pdf](http://www.ailetoplum.gov.tr/upload/athgm.gov.tr/mce/2013/taya_kitap_b
utun.pdf).

Ünlü, S., Eroğlu, E., Gökdağ, R. ve Ergüven, S.M. (2013). *İş ve Yaşamda Motivasyon*. [Elektronik Sürüm]. Eskişehir: Anadolu Üniversitesi.

Yargıç, İ. (t.y). Sağlık Çalışanlarında Bağımlılıkla İlgili Sorunlar Ve Çözüm Yolları. Erişim: 4.12.13,
http://www.klinikgelisim.org.tr/eskisayi/kg_22_4/14.pdf

Yenigün, M. (2006). Alkol Tüketimi ve Tıp. [Elektronik Sürüm]. *Haseki Dergisi*, 44(3).

Yüncü, Z., Yıldız, U., Kesebir, S., Altıntoprak, E. ve Coşkunol, H. (2005). Alkol Kullanım Bozukluğu Olan Olguların Sosyal Destek Sistemlerinin Değerlendirilmesi. *Bağımlılık Dergisi*, 6(3), 129-135.

Zengin, O. (2011). Sosyal Hizmetin Sağlık Hizmetlerinin Sunumundaki Rol. *Konuralp Tıp Dergisi*, 3(3), 29-34.

Zeren, U. (2010). *Alkol Bağımlılığı Olan Hastalarda Leptin, Grelin, Prolaktin Düzeylerinin Değerlendirilmesi*. Yüksek lisans tezi, Trakya Üniversitesi, Edirne.

Weijers, H.G., Wiesbeck, G.A., Wodarz, N., Keller, H., Michel, T., Boning, J. (2003). Gender and Personality in Alcoholism. *Arch Womens Ment Health*. 6(4), 245-52

EKLER
EK 1
GÖRÜŞME FORMU

Sayın Katılımcı,
Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Sosyal Hizmet Ana Bilim Dalı Yüksek Lisans Programı için hazırlamış tez çalışmasının uygulamasını yapmaktayım. Çalışmanın adı "AMATEM'de Alkol Tedavisi Gören Hastaların Tedavi Sürecinde Karşılaştıkları Problemlerin Tedavi Motivasyonuna Etkisi ve Problemlerin Çözümüne İlişkin Sosyal Hizmet Müdahalelerinin Belirlenmesi"dir. Uygulamaya katılım gönüllük esasına dayalıdır. İsminiz ve elde edilen bilgiler tamamen gizli tutulacaktır. Çalışma kapsamında elde edilen bilgiler sadece bu çalışma için kullanılacak ve kullanım sırasında da mahremiyeti korunacaktır. Bu çalışmaya gönüllü olarak katılıyorum:.....

Merve Naz ERTOĞLU

Görüşme Formu

Tanıtıcı Bilgiler

Kliniğe geliş şekliniz

*Kendi isteği *Aile isteği *Polis nezaretinde *Adli *Diğer

.....

Cinsiyetiniz:

*Bayan *Erkek

Yaşınız:.....

Şu an yaşadığınız yer:

*Köy *Kasaba *Şehir

Eğitim düzeyiniz:

*Okuma-yazma yok *Okur yazar *İlköğretim *Lise *Yüksek okul veya üniversite

Yapmakta olduğunuz bir işiniz var mı?

*Evet *Hayır

Çalışıyorsanız yapmakta olduğunuz iş nedir?

.....

Gelir düzeyiniz nedir?

.....

Bu gelir geçiminiz için yeterli midir?

*Evet *Hayır

Medeni Durumunuz:

*Evli *Bekar*Boşanmış *Eşinden ayrı yaşıyor *Dul

Ailedeki rolünüz:

*Eş *Baba *Evlat

Yaşadığınız aile bireyleri:

*Yalnız *Sadece eş *Eş ve çocuklar *Anne ve baba *Diğer

Çocuğunuz var mı?

*Var *Yok

Sahip olduğunuz çocuk sayısını yazınız:

.....

Hastalık Öyküsü:

Şimdi size burada bulunma sürecinizle ilgili sorular sorulacaktır.

Ne sıklıkta alkol

kullanıyorsunuz?.....

Günde ne kadar içki

içebilirsiniz?.....

Alkol aldığınız zaman yapmanız gerekeni yapmakta başarısız olduğunuz oldu mu?

*Evet * Hayır

Alkol aldıktan sonra pişmanlık/suçluluk hissettiğiniz oldu mu?

*Evet * Hayır

Ailenizden biri size alkol almayı bırakmanız gerektiğini söyledi mi?

*Evet * Hayır

Arkadaşlarınız size alkol almayı bırakmanız gerektiğini söyledi mi?

*Evet * Hayır

Şu ana kadar alkol bağımlılığı konusunda bilgi aldınız mı?

*Evet * Hayır

Daha önce bağımlılık tanısı aldınız mı? Eğer yanıtınız evet ise açıklayınız.

• Evet

.....

• Hayır

Ailenizde alkol bağımlılığı tanısı alan kişi ya da kişiler var mı?

*Evet * Hayır

Aşağıdaki dört soruyu ailesinde alkol bağımlılığı tanısı almış kişiler cevaplamalıdır.

Ailede alkol bağımlılığı tanısı almış kişilerin sizin alkol kullanımınızda etkili olduğunu düşünüyor musunuz?

*Evet * Hayır

Ailenizde alkol bağımlılığı tanısı alan kişilerin tedavinizde etkili olacağını düşünüyor musunuz?

*Evet * Hayır

Ailenizde alkol bağımlılığı tanısı alan kişiler varsa bu kişilerin olması size alkole eğiliminiz olduğunu düşündürüyor mu?

*Evet * Hayır

Ailenizde alkol bağımlılığı tanısı alan kişiler varsa bu kişilerin olması size tedavi edilemeyeceğinizi düşündürüyor mu?

*Evet * Hayır

Meslek ve Yardımcı Elemanlara İlişkin Bilgiler

Klinikte hastalara iyi davranılıyor mu?

*Evet * Hayır

Personele fikrinizi çekinmeden söyleyebiliyor musunuz?

*Evet * Hayır

Personelin davranışları tutarlı mı?

*Evet * Hayır

Personel sayesinde tedavide kendinizi rahat ve değer verilen insan olarak görüyor musunuz?

*Evet * Hayır

İhtiyaç duyduğumda sağlık personelinin hemen bulabiliyor musunuz?

*Evet * Hayır

İhtiyaç duyduğumda psikoloğun odasına gitmeye çekiniyor musunuz?

*Evet * Hayır

Sizi muayene veya tedavi eden doktorlara güven duyuyor musunuz?

*Evet * Hayır

Tedavi sürenizi doldurduktan sonra tedavinin yetersiz olduğunu düşünüp başka bir doktora muayene olmayı düşünür müsünüz?

*Evet * Hayır

Hastaların isteklerinin dikkate alındığını düşünüyor musunuz?

*Evet * Hayır

Personelin size olan davranışları tedaviye olan bakışınızı etkiliyor mu?

*Evet * Hayır

Tedavinizin başarıyla sonuçlanabilmesi için sağlık personelinin katı davranması gerektiğine inanıyor musunuz?

*Evet * Hayır

Güvenlik elemanlarının olması gerektiği gibi davrandığını düşünüyor musunuz?

*Evet *Hayır

Güvenlik elemanlarının size haddinden fazla müdahale ettiğini düşünüyor musunuz?

*Evet *Hayır

Cevabınız evetse güvenlik elemanlarının bu davranışı tedavinizi olumsuz etkiliyor mu?

*Evet *Hayır

Klinik Özellikler ile İlgili Bilgiler

Kliniğin kurallarından rahatsız oluyor musunuz?

*Evet * Hayır

Kliniğin kuralları nedeniyle tedaviden ayrılmayı düşündünüz mü?

*Evet * Hayır

Klinikteki olanakların yeterli olduğunu düşünüyor musunuz?

*Evet * Hayır

Kliniğin olanaklarından (kütüphane, hobi odası, vs) yeterli yararlanabildiğinizi düşünüyor musunuz?

*Evet * Hayır

İçinde bulunduğunuz kliniğin genel özellikleri kendinize olan güveninizin artmasına neden oluyor mu?

*Evet * Hayır

Klinik ortamın daha farklı düzenlenmesini ister misiniz?

*Evet * Hayır

Klinik ortamının temiz olduğunu düşünüyor musunuz?

*Evet * Hayır

İçinde bulunduğunuz ortam tedavideki başarınızda etkili oluyor mu?

*Evet * Hayır

Tedavi ile İlgili Bilgiler

Tedavi tanınızın doğru konulduğunu düşünüyor musunuz?

*Evet * Hayır

Tedavi sürenizin kısa olduğunu düşünüyor musunuz?

*Evet * Hayır

Uygulanan tedavinin size uygun olduğunu düşünüyor musunuz?

*Evet * Hayır

Aldığınız tedaviye güven duyuyor musunuz?

*Evet * Hayır

Olumsuz bir tedavi seyri yaşandığında bunun kaynağı olarak tedaviyi gördüğünüz oluyor mu?

*Evet * Hayır

Aldığınız tedavi nedeniyle tedaviyi yarım bırakmayı düşündünüz mü?

*Evet * Hayır

Eğer tedaviye karşı duyduğunuz hoşnutsuzluk duyarsanız bu durum tedaviye olan katılımınızı etkiler mi?

*Evet * Hayır

Tedaviye karşı duyduğunuz güven tedaviye olan katılımınızı etkiliyor mu?

*Evet * Hayır

Bu tedavi programının içinde kendinizi güçlü hissediyor musunuz?

*Evet * Hayır

Uygulanan tedaviden memnun olmanıza rağmen süreç içerisinde umutsuzluğa kapıldığınız oluyor mu?

*Evet * Hayır

Uygulanan tedavinin yetersiz olduğunu düşünmenize rağmen başarılı bir sonuç elde edeceğinize inanıyor musunuz?

*Evet * Hayır

Sosyal Hizmet ile İlgili Bilgiler

Konuşmaya ihtiyaç hissettiğinizde sosyal hizmet uzmanının odasına gitmekte çekiniyor musunuz?

*Evet * Hayır

Sosyal hizmet uzmanıyla görüşme sıklığınız nedir?

.....

Uzmanla yapılan bireysel ve grup görüşmeleri söylenen vakitte başlıyor ve bitiyor mu?

*Evet * Hayır

Bağımlılık dışında hangi konularda sosyal hizmet uzmanından yardım alıyorsanız?

.....

.....

Sosyal hizmet uzmanından yardım alamadığınızı düşünüyorsanız hangi konularda yardım almak isterdiniz?

.....

.....

Sosyal hizmet uzmanından beklentileriniz nedir?

.....

.....

.....

Uzmanın size sunduklarının yeterli olduğunu düşünüyor musunuz? Yetersiz buluyorsanız önerileriniz nedir?

.....

Uzmanın tedavi için gereken bilgi ve beceriye sahip olduğunu düşünüyor musunuz?

*Evet * Hayır

Yaptığınız görüşmelerde uzman yaşadığınız stres faktörlerini ortadan kaldıracak çözümler sunuyor mu?

*Evet * Hayır

SHU yoğun olduğunda dahi size vakit ayırıyor mu?

*Evet * Hayır

Cevabınız evetse iş yoğunluğunda yarattığı vakitte verimli olabiliyor mu?

*Evet * Hayır

Hangi durumlarda motivasyonunuzun artacağını düşünüyorsunuz?

.....

Tedavi sürecinde sosyal hizmet uzmanıyla kendinizi işbirliği içinde hissediyor musunuz?

*Evet * Hayır

Uzmanla yaptığınız bireysel ve grup görüşmelerinin tedavi sürecinde alkol probleminizle baş etmeye hazırladığını hissediyor musunuz?

*Evet * Hayır

Uzmanla yaptığınız bireysel ve grup görüşmelerinin taburculuğun ardındaki döneme hazırladığını hissediyor musunuz?

*Evet * Hayır

Tedavi sürecinde yaptığınız görüşmeler sorunlarınıza farklı bir açıdan bakmanızı sağladı mı?

*Evet * Hayır

Görüşmeleriniz yapmak istediklerinize ulaşmanızı sağlayacak gücü bulmanıza etki ettiğini düşünüyor musunuz?

*Evet * Hayır

Kişinin Kendisine İlişkin Bilgiler

Tedaviye uygun bir kişilik yapısına sahip olduğunuzu düşünüyor musunuz?

*Evet * Hayır

Sahip olduğunuz size has özelliklerin tedavinizi etkilediğini düşünüyor musunuz?

*Evet * Hayır

Tedavi sürecinin sizi sıktığı oluyor mu?

*Evet * Hayır

Arkadaşlarınızda alkol bağımlılığı tanısı alan kişiler var mı?

*Evet * Hayır

İçki içmeniz konusunda ailenizin endişe etmeleri tedavi almaktaki kararınızda etkili oldu mu?

*Evet * Hayır

İçki içmeniz konusunda arkadaşlarınızın endişe etmeleri tedavi almaktaki kararınızda etkili oldu mu?

*Evet * Hayır

Alkol kullanımınızla baş etmede ailenizin desteğine ihtiyaç duyuyor musunuz?

*Evet * Hayır

Alkol kullanımınızla baş etmede arkadaşlarınızın desteğine ihtiyaç duyuyor musunuz?

*Evet * Hayır

Ailenizle aranızda sorun olması tedavide kendinizi yalnız hissetmenize sebep olur mu?

*Evet * Hayır

Yakınlarınızla aranızda sorun olması tedavide kendinizi yalnız hissetmenize sebep oluyor mu?

*Evet * Hayır

Adsız Alkolikler gibi kendine yardım gruplarının varlığı kendinizi daha iyi hissetmenize neden oluyor mu?

*Evet * Hayır

Ailenizin desteği içki probleminizle başa çıkmanızı kolaylaştırıyor mu?

*Evet * Hayır

Yakın çevrenizin desteği içki probleminizle başa çıkmanızı kolaylaştırıyor mu?

*Evet * Hayır

Kendine yardım gruplarının desteği içki probleminizle başa çıkmanızı kolaylaştırıyor mu?

*Evet * Hayır

Ailenizin varlığı ayıklığınızı sürdürmede etkili oluyor mu?

*Evet * Hayır

Yakın çevrenizin varlığı ayıklığınızı sürdürmede etkili oluyor mu?

*Evet * Hayır

Kendine yardım gruplarının varlığı ayıklığınızı sürdürmede etkili oluyor mu?

*Evet * Hayır

Yaşınız dolayısıyla tedavide sizden beklenenleri yapmakta zorlandığınızı düşünüyor musunuz?

*Evet * Hayır

Yaşınız dolayısıyla sahip olduğunuz hayat tecrübesi tedavi konusunda kendinize güvenmenize neden oluyor mu?

*Evet * Hayır

Eğitim durumunuz tedavide kendinizi yetersiz hissetmenize neden oluyor mu?

*Evet * Hayır

Daha yüksek bir eğitim almış olsaydınız başarıya daha kolay ulaşabileceğinizi düşünüyor musunuz?

*Evet * Hayır

Eşinizin desteği tedavide size güç veren bir faktör mü?

*Evet * Hayır

Evli olsaydınız/boşanmamış olsaydınız tedavide kendinizi daha güçlü hisseder miydiniz?

*Evet * Hayır

Sizin için gelir düzeyiniz tedavi sürecindeki cesaretinizi etkileyen bir unsur mu?

*Evet * Hayır

EK 2

Tedavi Motivasyonu Anketi (TMA)

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

kendime yardım etmenin en iyi yoludur.					
12.Tedaviye geldim, çünkü gelmem için baskı gördüm.					
13.Bu programın benim için işe yarayacağından emin değilim.					
14.Bu programın işime yarayacağından eminim.					
15.Tedaviye geldim, çünkü yardım almak istiyorum.					
16.İçmeyi bırakmamda programın bana yardımcı olacağından şüphe ediyorum.					
17.Programda başkalarıyla birlikte kalmak istiyorum.					
18.Başkalarıyla endişelerimi ve hislerimi paylaşmak istiyorum.					
19.Tedavide başkalarıyla yakın çalışmak önemli olacaktır.					
20.Bu tedaviyi seçmekten ben sorumluyum.					
21.Programın sorunlarımı çözmeye yardımcı olacağını düşünmüyorum.					
22.Sorunlarımla ilgilenilmesi için					

sabırsızlanıyorum .					
23.Tedaviyi seçtim, çünkü tedavi değişmem için bir fırsat.					
24.Bu sefer tedaviden sonuç alacağımdan emin değilim					
25.Tedavide diğerleriyle endişelerimi paylaşmak rahatlatır.					
26.Yardım ve desteğe ihtiyacım olduğu gerçeğini kabul ediyorum.					