

T.C.

İSTANBUL OKAN ÜNİVERSİTESİ

LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

Emine KURUNÇ

MADDE BAĞIMLILIĞI TANISI ALMIŞ BİREYLERİN
SAVUNMA BİÇİMLERİNİN TEDAVİ MOTİVASYONU İLE
İLİŞKİSİNİN İNCELENMESİ

Tez Danışmanı

Dr. Öğr. Üyesi Neşe MERCAN

İSTANBUL, Mayıs 2023

T.C.

İSTANBUL OKAN ÜNİVERSİTESİ

LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

Emine KURUNÇ

194003177

MADDE BAĞIMLILIĞI TANISI ALMIŞ BİREYLERİN
SAVUNMA BİÇİMLERİNİN TEDAVİ MOTİVASYONU İLE
İLİŞKİSİNİN İNCELENMESİ

Tez Danışmanı

Dr. Öğr. Üyesi Neşe MERCAN

İSTANBUL, Mayıs 2023

ÖZET

MADDE BAĞIMLILIĞI TANISI ALMIŞ BİREYLERİN SAVUNMA BİÇİMLERİNİN TEDAVİ MOTİVASYONU İLE İLİŞKİSİNİN İNCELENMESİ

Bu çalışma, bir psikiyatri hastanesinin AMATEM kliniğinde yatarak tedavi gören madde bağımlılığı tanısı almış bireylerin savunma biçimlerinin tedavi motivasyonu ile ilişkisinin incelenmesi amacıyla yapılmıştır.

Bu çalışma, tanımlayıcı ve kesitsel yöntem ile yapılmıştır. Çalışmanın örneklemini bir psikiyatri hastanesinde yatarak tedavi gören madde bağımlılığı tanısı olan 170 katılımcı oluşturmuştur. Çalışmanın verileri, Sosyodemografik Veri Formu, Savunma Biçimleri Testi ve Tedavi Motivasyonu Anketi kullanılarak elde edilmiştir. Verilerin değerlendirilmesinde ortalama, standart sapma gibi tanımlayıcı istatistiksel yöntemler, demografik verilere dair frekans dağılımları (sayı, yüzde, ortalama, standart sapma), Kruskal-Wallis, Mann Whitney U, T-testi, One Way Anova ve Spearman's rho korelasyon analizleri kullanılmıştır.

Çalışmamızın analiz sonucunda, çalışmayan ve çocuk sahibi olan katılımcıların nevrotik savunmalarda daha yüksek puanlar aldığı tespit edilmiştir. Ayrıca çocuk sahibi olanların dışsal motivasyon puanlarının daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Daha önce maddeye bağlı yatışı olan katılımcıların immatür ve nevrotik savunmalarda daha yüksek puan aldığı saptanmıştır. Maddeyi bırakabilme düşüncesi olan katılımcıların nevrotik ve olgun savunmalarda daha yüksek puanlar aldığı gözlenmiştir. Savunma biçimlerinin tedaviye güven puanlarını yordadığı; immatür savunmaların tedaviye güven puanlarını negatif yönde anlamlı düzeyde yordadığı sonucuna ulaşılmıştır.

Bu çalışmanın sonucunda madde bağımlılığı tanısı olan bireylerde savunma mekanizmasının birçok değişken ile ilişki olduğu görülmüştür. Tedavi motivasyonunun bir alt boyutu olan tedaviye güvenin bireylerin sahip oldukları savunma mekanizmasından etkilendiği tespit edilmiştir. Bu bağlamda madde bağımlılığı tedavisi ve bakımda bireylerin yaşamlarını etkileyen savunma mekanizmaları göz ardı edilmemesi önerilmektedir.

Anahtar kelimeler: madde, madde kullanım bozukluğu, savunma biçimleri, tedavi motivasyonu

ABSTRACT

EXAMINATION OF THE RELATIONSHIP OF THE DEFENSE TYPES OF INDIVIDUALS DIAGNOSED WITH SUBSTANCE ADDICTION AND THE TREATMENT MOTIVATION

This study was carried out to examine the relationship between the defense styles and treatment motivation of individuals diagnosed with substance addiction who are hospitalized in the AMATEM clinic of a psychiatric hospital.

This study was conducted with descriptive and cross-sectional method. The sample of the study consisted of 170 participants with a diagnosis of substance addiction who were hospitalized in a psychiatric hospital. The data of the study were obtained by using the Sociodemographic Data Form, the Defense Styles Test, and the Treatment Motivation Questionnaire. Descriptive statistical methods such as mean and standard deviation, frequency distributions of demographic data (number, percentage, mean, standard deviation), Kruskal-Wallis, Mann Whitney U, T-test, One Way Anova and Spearman's rho correlation analyzes were used to evaluate the data.

As a result of the analysis of our study, it was determined that the participants who did not work and had children had higher scores in neurotic defenses. In addition, it was determined that those who have children have higher extrinsic motivation scores. It was determined that the participants who had previously been hospitalized due to the substance had higher scores in immature and neurotic defenses. It was observed that the participants with the idea of quitting the substance received higher scores in neurotic and mature defenses. Defense styles predicted treatment trust scores; It was concluded that immature defenses predicted treatment trust scores negatively and significantly.

As a result of this study, it was observed that the defense mechanism of individuals with a diagnosis of substance addiction was associated with many variables. It has been determined that trust in treatment, which is a sub-dimension of treatment motivation, is affected by the

defense mechanism of individuals. In this context, it is recommended that the defense mechanisms that affect the lives of individuals in substance abuse treatment and care should not be ignored.

Keywords: substance, substance use disorder, defense styles, treatment motivation



BEYAN

Bu çalışmanın kendi tez çalışmam olduğunu, planlanmasından yazımına kadar hiçbir aşamasında etik dışı davranışımın olmadığını, tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, tez çalışmasıyla elde edilmeyen bütün bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi beyan ederim.

Emine KURUNÇ

İÇİNDEKİLER

	<u>Sayfa No</u>
ÖZET	iii
ABSTRACT	iv
BEYAN	vi
İÇİNDEKİLER.....	vii
TABLolar LİSTESİ.....	x
KISALTMALAR.....	xii
1. GİRİŞ VE AMAÇ.....	13
2.GENEL BİLGİLER	16
2.1.Madde Bağımlılığı ve Tanımı.....	16
2.2. Madde Bağımlılığı Tanı Kriterleri.....	17
2.3.Bağımlılık Türleri	19
2.3.1. Fiziksel Bağımlılık.....	19
2.3.2. Psikolojik Bağımlılık	19
2.4.Bağımlılık Evreleri	19
2.5.Bağımlılığın Tarihçesi	20
2.6.Bağımlılık Etiyolojisi	20
2.6.1.Biyolojik Faktörler.....	21
2.6.2. Psikolojik Faktörler.....	22
2.6.3. Psikodinamik Faktörler	23
2.7. Madde Bağımlılığı Epidemiyolojisi	24
2.8.Savunma Mekanizmaları	24
2.8.1. Savunma Mekanizması Tanımı.....	24
2.8.2. Ego Savunma Mekanizmaları	26
2.8.3. Savunma Mekanizmalarının Türleri	27

2.8.4. Savunma Mekanizmaları İle İlgili Yapılan Çalışmalar.....	29
2.9.Tedavi Motivasyonu	31
2.10. Savunma Mekanizmaları ile Tedavi Motivasyonu Arasındaki İlişki	32
2.11. Madde Bağımlılığında Psikiyatri Hemşireliğinin Rolü	33
3.GEREÇ VE YÖNTEM	36
3.1. Araştırmanın Tipi	36
3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı	36
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklem Seçimi.....	36
3.4. Veri Toplama Araçları.....	37
3.4.1. Sosyodemografik Veri Formu	37
3.4.2. Savunma Biçimleri Testi-40 (SBT-40)	37
3.4.3. Tedavi Motivasyonu Anketi (TMA)	38
3.5. Verilerin Analizi	39
3.6. Araştırmanın Etik Yönü.....	39
3.7. Araştırmanın Sınırlılıkları ve Genellenebilirliği.....	40
4.BULGULAR	41
5. TARTIŞMA	58
5.1. Katılımcıların Sosyodemografik Verilerine İlişkin Tanımlayıcı Bilgilerin Tartışılması	58
5.2. Katılımcıların Savunma Biçimleri Ölçeği ve Alt Ölçek Puanları, Tedavi Motivasyon Anketi Toplam Ölçek ve Alt Ölçek Puanlarının Bazı Değişkenlerle İlişkisine Yönelik Verilerin Tartışılması.....	61
5.3. Katılımcıların Savunma Biçimleri, Tedavi Motivasyonları Arasındaki İlişkinin Tartışılması	67
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	69
6.1. Sonuçlar.....	69
6.2. Öneriler.....	71
KAYNAKLAR.....	72

EKLER	87
EK-1: Sosyodemografik Bilgi Formu.....	87
EK-2: Savunma Biçimi Testi-40	89
EK-3: Tedavi Motivasyonu Anketi (TMA).....	93
EK-4: Etik Kurul İzni	Hata! Yer işareti tanımlanmamış.
EK-5: Kurum İzni	Hata! Yer işareti tanımlanmamış.
EK-6: Savunma Biçimi Testi-40 Formunun Kullanım İzni	95
EK-7: Tedavi Motivasyonu Anketi Kullanım İzni	96
EK-8: Katılımcılar İçin Aydınlatılmış Onam Formu	97



TABLÖLAR LİSTESİ

Tablo 4. 1. Katılımcıların Sosyo-demografik Özelliklerine İlişkin Frekans Dağılımları (n=170).....	41
Tablo 4. 2. Katılımcıların Klinik Verilerine İlişkin Frekans Dağılımları (n=170).....	42
Tablo 4. 3. Katılımcıların Sosyo-Demografik ve Klinik Verilerine İlişkin Tanımlayıcı Değerler (n=170).....	43
Tablo 4. 4. Ölçek Puanlarına Dair Tanımlayıcı Veriler (n=170).....	43
Tablo 4. 5. Ölçek Puanlarının Cinsiyete Göre Karşılaştırılması (n=170).....	44
Tablo 4. 6. Ölçek Puanlarının Çalışma Durumuna Göre Karşılaştırılması (n=170).....	45
Tablo 4. 7. Ölçek Puanlarının Çocuk Sahibi Olma Durumuna Göre Karşılaştırılması (n=170).....	46
Tablo 4. 8. Ölçek Puanlarının Medeni Duruma Göre Karşılaştırılması (n=170)	47
Tablo 4. 9. Ölçek Puanlarının Gelir Durumuna Göre Karşılaştırılması (n=170)	48
Tablo 4. 10. Ölçek Puanlarının Eğitim Durumuna Göre Karşılaştırılması (n=170)....	49
Tablo 4. 11. Ölçek Puanlarının Hastanın Birlikte Yaşadıkları Kişilere Göre Karşılaştırılması (n=170).....	50
Tablo 4. 12. Ölçek Puanlarının Alkol Kullanımına Göre Karşılaştırılması (n=170)...	51
Tablo 4. 13. Ölçek Puanlarının Maddeye Bağlı Daha Önce Yatışı Olma Durumuna Göre Karşılaştırılması (n=170).....	52
Tablo 4. 14. Ölçek Puanlarının Maddeyi Bırakabilme Düşüncesine Göre Karşılaştırılması (n=170).....	53
Tablo 4. 15. Ölçek Puanlarının Madde Bırakmayı Deneme Durumlarına Göre Karşılaştırılması (n=170).....	54
Tablo 4. 16. Ölçek Puanlarının ve Klinik Değişkenlerin Birbirleri ile İlişkisi	55

Tablo 4. 17. Savunma Biçimlerinin Tedavi Motivasyonunu Yordayıcılığına Dair Regresyon Analizi	56
--	----



KISALTMALAR

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

DSÖ: Dünya Sağlık Örgütü

EMCDDA: Avrupa Uyuşturucu ve Uyuşturucu Bağımlılığını İzleme Merkezi

SBT-40: Savunma Biçimleri Testi-40

TMA: Tedavi Motivasyonu Anketi

TÜİK: Türkiye İstatistik Kurumu

WHO: World Health Organization

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Madde bağımlılığı geçmişten günümüze kadar uzanan süreçte hem bireysel hem de toplumsal bir sağlık sorunu olarak önümüze gelmektedir. Madde bağımlılığı ile mücadele de tüm dünya ülkeleri ve ülkemiz sıkı bir şekilde savaş vermektedir (1). Tıbbi tanım olarak madde kullanımı, kimyasal maddeleri ve ilaçları amaçları dışında kullanmak olarak tanımlanmaktadır. Madde kullanımının tarihçesi ilk insanlardan günümüze kadar gelmektedir. İlk insanlar çevrelerindeki bitkilerin bazılarının kendilerini farklı hissetmelerine sebep olduğunu anlayarak bu şekilde madde kullanmaya başlamışlardır (2). İnsana keyif verici bir maddenin kendi bedeninde istenilen düzeyde etkiyi sağlamak için yaşayacağı ruhsal, bedensel veya sosyal sorunları bile bile madde kullanımını engelleyememe, alınmadığı zaman huzursuzluk, sıkıntı ve hatta yoksunluk belirtilerinin meydana gelme durumudur (3).

Birey hayatta karşılaştığı zorluklar karşısında uyum içinde yaşayabilmesi ve benlik saygısını yitirmemesi ya da içten gelebilecek suçluluk duygularını önleyebilmesi için otomatik olarak savunma mekanizmaları geliştirmiştir (4, 5). Madde ve alkol bağımlılığı, bireyin tüm yaşantısını ve tüm ilişkilerini olumsuz etkilemektedir (6). Bu nedenle madde bağımlısı bireylerde savunma mekanizmasının gelişmesi beklendik bir durum haline gelmektedir (4, 6).

Freud'a göre dokuz tane savunma mekanizması bulunmaktadır. Bunlar bastırma, gerileme, tepki oluşturma, yansıtma, yapıp bozma, içe yansıtma, yalıtma, kendine yöneltme ve karşıtına çevirme olarak adlandırılmaktadır. Anna Freud ise ek olarak yüceltme, saldırganla özdeşleşme ve özgecilik savunmalarını eklemiştir (7, 8). Anne Freud, patolojik ve uyumlu olmak üzere savunma mekanizmalarını ikiye ayırmıştır. Patolojik savunma bireyin çevre ile uyumunu bozmaktadır, esnek olmayan ve dengesiz bir hal almasına neden olmaktadır (7, 8). Uyumlu savunma mekanizmaları ise bireyin dengede kalmasını sağlar. Bireyin geliştirdiği olumlu savunma mekanizmaları benliğini korumayı amaçlar. Öz imajını korumak için insanlar bilinçsizce savunma mekanizmaları geliştirebilirler (7).

Alkol/madde bağımlılığı tanısı olan bireylerin aldıkları bağımlılık tedavisine yanıt vermesi ve istendik/beklenen tedavi sonuçlarının elde edilmesinde tedavi motivasyonunun önemli bir yeri bulunmaktadır (9). Tedavi motivasyonu, bağımlı bireyin tedavisine önem verdiği, değişime hazır olduğu ve davranışlarını değiştirmesiyle anlaşılmaktadır. Hastanın tedavi motivasyonunun var denilebilmesi için davranış değişikliklerine bakılmaktadır. Değişime hazır olma isteği hastada olumlu etki yarattığı gibi hem içsel motivasyonunu hem de dışsal motivasyonunu artırır (10). Hasta dışsal motivasyonu ile kısa sürede madde veya alkolden uzak kalabilirken, içsel motivasyonu ile remisyonda kalmayı sağlayabilir (11). Kendi kendine madde bırakmayı deneyen birey her başarısız sonuçta hüsrana uğrayabilmektedir. Başarısız her tedavi girişimi hastada ümitsizlik ve bununla birlikte olumsuz savunma mekanizması oluşturmaya neden olmaktadır (6).

Alkol/madde tedavisinde bireyin kendisini iyi tanıması, tekrar madde kullanmaya başlamasına neden olan eksik yönlerini iyi tespit etmesi ve buna yönelik önlemler alması olumsuz savunma mekanizması oluşturmamasının önüne geçmektedir (6, 12, 13). Hasta tedavi ekibine kendini tam anlatabildiğinde ve kendisi de kendi sorununu tam olarak tespit edilebildiğinde olumsuz savunma mekanizmasının oluşmadığı düşünülmekte ve tedavide başarılı olma olasılığı yükselmektedir. Bunun yanı sıra bağımlılık tanısı olan bireylerin savunma biçimlerini olumlu bir şekilde yapıcı olarak kullanamadıklarında tedavi motivasyonlarında düşüşlerin olduğu ve hastaneye tekrarlı yatışlarının olduğu gözlemlenmektedir (14).

Sonuç olarak son yıllarda maddeye kolay ulaşım ile birlikte madde bağımlılığında relapsların fazlaca olduğu görülmektedir (15). Madde ve alkol bağımlılığı olan bireylerin olabildiğince erken tedaviye başlaması son derece önemlidir (16). Böylece bireyler, hem kendi yaşantılarını kaliteli şekilde sürdürebilir hem de ailelerine ve topluma yük oluşturmazlar. Madde bağımlılığı tanılı bireylerin tedavi motivasyonuna sahip olmaları tedaviye devam etmeleri için gereklidir. Literatürde hastaların tedavi motivasyonuna etki eden ve tedavi motivasyonu ile ilişkili birçok değişkenin olduğu bildirilmektedir. Yapılan çalışmalarda alkol/madde kullanım bozukluğu tanısı olan bireylerde immatür savunma mekanizmasının tedavi motivasyonunu olumsuz etkilediği saptanmıştır (14, 17). Ancak, literatürde madde bağımlılığı tanısı alan bireylerin savunma biçimlerinin tedavi motivasyonu ile ilişkisine rastlanmamıştır. Bu çalışmada madde bağımlılığı tanısı ile

yatışı olan hastaların savunma biçimlerinin tedavi motivasyonu ile ilişkisinin incelenmesi amaçlanmaktadır.

Arastırma Soruları

1. Madde bağımlılığı tanısı olan hastalarında gözlenen savunma biçimleri nelerdir?
2. Madde bağımlılığı tanısı olan hastaların tedavi motivasyon düzeyleri nedir?
3. Madde bağımlılığı tanısı olan hastaların savunma biçimlerinin tedavi motivasyonu ile ilişkisi nedir?



2.GENEL BİLGİLER

2.1.Madde Bağımlılığı ve Tanımı

“Madde” kavramı, bireylerin tıbbi tedavi dışında kullandıkları ilaçları ve bazı kimyasal içerikleri ifade etmektedir. Bu ilaçlardan belirli dozlarda alındığında bireylerin sinir sistemi, fiziki, psikolojik ve akli dengesi olumsuz etkilenmektedir. Ayrıca, bireylerin yaşamakta oldukları aile ve toplumun ekonomik ve sosyal yapısını bozmaktadır. Bu maddeler bireylerde alışkanlık ve bağımlılığa neden olduğundan, yasalar tarafından kullanılması suç kabul edilmekte ve satışı yasaklanmaktadır (18). Bağımlılık yapıcı maddeler kullanıldıklarında beyinde bulunan ödül sistemi aktif hale gelmekte ve bireylerde bağımlılık gelişmektedir (19). “Madde bağımlılığı”, %56.8 ila %81.8 arasında değişen son derece yüksek nüks oranları ile “kronik nükseden bir hastalık” olarak tanımlanmaktadır (20, 21).

Amerikan Bağımlılık Tıbbi Derneği’ne (ASAM) göre bağımlılık; “beyin devreleri, genetik, çevre ve bireyin yaşam deneyimleri arasındaki karmaşık etkileşimleri içeren tedavi edilebilir, kronik bir tıbbi hastalık” olarak tanımlanmaktadır (22). Dünya Sağlık Örgütü’ne (DSÖ) göre madde bağımlılığını; “maddeyi elde etmeye ve kullanmaya yönelik yoğun arzu ve ihtiyaç duyulması, giderek dozu arttırma eğiliminin görülmesi ile maddenin fiziksel ve psikolojik etkilerine karşı yoğun hassasiyet, bu etkileri arayış hali ve maddenin kişinin hayatındaki en önemli şey haline gelmesi” olarak dört ana özellik ile tanımlamıştır (23, 24).

Amerikan Psikologlar Birliği’ne (APA) göre bağımlılık; “alkol veya diğer uyuşturucuların kullanımına psikolojik veya fiziksel bağımlılık (veya her ikisi) durumu” olarak tanımlanmakla birlikte “bağımlılık” kavramının genellikle madde bağımlılığı için eşdeğer bir terim olarak kullanıldığı belirtilmektedir. APA ayrıca, bireylerde bağımlılık gelişme riskinin yaklaşık olarak yarısının genetik olabileceğini bildirmektedir (25). Bununla birlikte Çavmak ve Söyler (2020) madde bağımlılığının bireylerin irade zayıflığı ile doğrudan ilişkili olmadığını belirtmektedirler. Ayrıca, bağımlı bireyler tarafından kullanılan çeşitli bağımlılık yapıcı maddelerin kullanılması ile ya da özellikle aile geçmişlerinde madde bağımlılığı olan, psikolojik olarak problemler yaşayan bireylerde yetiştirilme tarzına da bağlı olarak bağımlılığın herkeste görülebileceğini belirtmektedir

(26). Ayrıca, bireylerin stresle baş etmede yetersiz kaldığı durumlarda ve problem çözme becerileri gelişmeyen bireylerde bağımlılık gelişme riskinin yüksek olduğu bildirilmektedir.

Bireylerin yaşadığı korku, üzüntü, yalnızlık gibi duygular günlük hayatta karşılaştıkları zorlukların üstesinden gelmelerini engelleyerek çözümü bağımlılık yapıcı maddeler aramalarına neden olabilmektedir. Ayrıca, bireylerin yakın çevrelerinde (aile, akraba, arkadaş ortamı) madde bağımlısı olan bireylerin olması madde kullanıma başlamada etkili olabilmektedir (27). Bireylerde düşük benlik saygısının varlığı, kişilik bozukluğu tanısına sahip olmaları, bilişsel bozuklukların varlığı, sigara/madde kullanımının güç göstergesi olarak görülmesi ve çocukluk çağı travmalarının da madde bağımlılığına neden olduğu bildirilmektedir (28-30).

Bireyleri ruhsal, fiziksel, sosyal ve ekonomik yönden olumsuz etkileyen madde bağımlılığı, bağımlı bireylerin yaşadıkları aileleri, toplumları ve ülkeleri olumsuz etkilemektedir. Madde bağımlılığı tanısı alan bireylerin genellikle genç yaşlarda olması ülkenin iş gücü kaybına ve tedavi masraflarının artmasına neden olmaktadır (31, 32).

2.2. Madde Bağımlılığı Tanı Kriterleri

DSM-V Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı'nda "Madde ile İlişkili Bozukluklar ve Bağımlılık Bozuklukları" ana başlığının altında "Madde Kullanım Bozukluğu" alt başlığı yer almakta olup, madde kullanım bozukluğu tanı ölçütlerinin belirlendiği görülmektedir. DSM-V'te madde kullanım bozukluğu, "12 aylık süre içerisinde klinik bakımdan sarıh bir probleme veya fonksiyonellikte azalmaya sebebiyet veren sorunlu bir madde kullanım örüntüsü" olarak tanımlanmaktadır (33). DSM-V madde bağımlılığına yönelik tanı ölçütleri aşağıda belirtildiği gibidir:

A. 12 aylık zaman içerisinde, aşağıdaki yer alan unsurlardan en az 3'üyle kendini göstermekte olan, klinik bakımdan sarıh bir probleme veya fonksiyonellikte azalmaya sebebiyet veren madde kullanım örüntüsü:

1. Çoğu defa arzu edildiğinden daha büyük oranda veya daha uzun zamanlı madde kullanımı,

2. Maddeyi bırakmak ya da kontrol altında tutmak üzere devamlı bir arzu duyma durumu ya da netice vermeyen gayretlerin varlığı

3. Maddeyi bulmak, kullanmak ya da tesirlerinden kurtulmak üzere gereken faaliyetlere çok süre ayırma

4. Maddeyi kullanma hususunda oldukça büyük bir arzuya sahip olma, madde için içinin gitmesi ya da kendini zorlanmış olarak hissetme

5. Tekrarlanan madde kullanımının neticesinde evdeki, işyerindeki veya okuldaki sorumluluklarını gerçekleştirememe

6. Toplumsal ya da kişilerarası sorunların varlığına rağmen maddeyi kullanmaya devam etme

7. Maddenin kullanılmasına bağlı şekilde işe veya eğlenceye yönelik gündelik faaliyetlerden vazgeçilmesi veya bunların azaltılması

8. Tehlikeli olabilecek hallerde bile maddenin kullanılmasına devam edilmesi

9. Bedensel ya da ruhsal açıdan negatif yönlü tesirlerinin farkında olunmasına karşın maddenin kullanılmasına devam edilmesi durumu

10. Madde kullanımıyla ilgili tolerans (dayanıklılık) geliştirme; arzulanan tesirin ortaya çıkması hususunda kullanılmakta olan maddeye ilişkin ihtiyacın artış göstermesi; maddenin aynı oranda devamlı biçimde kullanılmasının neticesinde tesirinin azalması

11. Yoksunluk geliştirilmiş olması: Bulantı, uykusuzluk, kusma, ishal, terleme, titreme, kas ağrıları, ateş, sinirlilik, irritabilite vb. yoksunluk belirtilerinin var olması.

DSM-V'e göre, madde kullanım bozukluğu tanısının konabilmesi için yukarıda belirtilen ölçütlerden ikisinin karşılanması gerekir. Bahsi geçen ölçütlerin son bir yıl içerisinde karşılanması gerekmektedir ve son bir yıl içinde 2-3 ölçütü karşılamakta olanlar hafif, 4 veya 5 ölçütü karşılayanlar orta, 6 veya daha fazlasını karşılayanlar ağır olarak değerlendirilmektedir (33).

2.3.Bağımlılık Türleri

Madde bağımlılığı tanımlı bireylerde fiziksel ve psikolojik olmak üzere iki tür bağımlılık gelişebilmektedir. Madde bağımlılığı tanımlı olan bireylerde hem fiziksel bağımlılık hem de psikolojik bağımlılık bir arada görülebilmektedir (34, 35).

2.3.1. Fiziksel Bağımlılık

Fiziksel bağımlılık, vücudun maddeye karşı yeni bir denge oluşturduğu ve madde alınmadığında yoksunluk belirtilerinin görüldüğü fizyolojik bir durum olarak tanımlanmaktadır. Maddenin yokluğuna karşı duyulan fiziksel bir ihtiyaç söz konusudur ve çoğu zaman psikolojik belirtiler bu duruma eşlik etmektedir (34, 36). Bir maddeye karşı fiziksel bağımlılığı bulunan bireylerde, bağımlı oldukları o maddeyi almadıklarında bulantı, kusma, terleme, titreme ve üşüme gibi yoksunluk belirtileri ortaya çıkmaktadır. Bireylerin kullandıkları maddelere göre yoksunluk belirtileri değişebilmekle birlikte bazı maddelerin yoksunluk belirtileri benzer olabilmektedir (37). Fiziksel bağımlılığı bulunan bireylerin tedavisi, psikolojik bağımlılığı bulunan bireylere göre daha kolaydır.

2.3.2. Psikolojik Bağımlılık

Psikolojik bağımlılık, madde bağımlılığı tanımlı bireylerin bağımlı oldukları maddeyi almaya devam etme arayışı olarak tanımlanmaktadır. Özellikle tütün, morfin ve kokain gibi maddeler bireylerde güçlü psikolojik bağımlılık yapabilmektedir (34). Psikolojik bağımlılık gelişen bireyler maddeye bağımlı hale gelmiştir ve sürekli madde alma isteği, maddesiz duramayacağını hissetme gibi duygulara sahiptirler. Bu bağımlılık türünde birey maddeyi aldığı zamanlarda geçici bir huzur haline girerek rahatlamakta, haz duymaktadırlar. Bireyler maddeye ulaşamadıklarında ise kendilerini huzursuz hissetmekte, sinirli ve anksiyeteli bir ruh halinde olmaktadır (37, 38). Psikolojik bağımlılığı bulunan bireylerin tedavisinde maddeden kurtulma bireylerin isteklerine bağlı olduğundan tedavi süreçleri oldukça uzundur ve fiziksel bağımlılığa göre tedavisi daha zordur (36).

2.4.Bağımlılık Evreleri

Bağımlılık; hazırlık, ilk kullanım/karşılaşma, kullanımı/eylemi sürdürme, ilerleme, bırakma, tekrar kullanmayı/yapmayı düşünme, tekrar kullanım/yapma, tekrar

başlama olmak üzere 8 evreden oluşmaktadır ve bağımlılık bu evreler arasında bir döngü şeklinde devam eder (39).

2.5.Bağımlılığın Tarihçesi

Madde bağımlılığının başlangıcı insanlık tarihi kadar eskidir ve tarihte ilk bağımlılık yapan maddenin alkol olduğu bildirilmektedir (40). Tarihte alkolün ilk kullanımının bal ve meyvelerin fermante edilerek tüketilmesiyle keşfedildiği düşünülmektedir. Yazılı kaynaklardaki verilere göre bilinçli bir şekilde yapılan üzüm fermentasyonu ile alkol elde etme M.Ö. 4000 yıllarında Mısır'da arpadan bira yapıldığı görülmektedir. Daha sonra M.Ö. 6000'li yıllarda bugünkü Ermenistan yöresinde yapılmıştır. Üzüm fermentasyonu ile üretilen şarabın eski Mezopotamya'ya ait reçete tabletlerinde ilaç olarak kullanıldığına yönelik veriler bulunmaktadır (40, 41).

Esrar ve afyon gibi bağımlılık yapma özelliğine sahip maddelerin birçoğu doğada bulunmaktadır ve çoğunluğu doğal kaynaklardan elde edilebilmektedir. Zamanla bilimin gelişmesiyle ilaç endüstrisi de gelişmiş ve sentetik bağımlılık yapıcı maddeler de bu maddeler sentezlenerek kullanılmaya başlanmıştır. Çeşitli hastalıkların tedavisinde kullanılmaya başlayan bu ilaçların hasta bireylerin tedavi süreçleri tamamlandığında ilacın kullanımının bırakılmasıyla birlikte hastalarda yoksunluk belirtileri gözlenmiştir. Özellikle ruhsal hastalıkların tedavisi için geliştirilen ilaçların (benzodiazepinler, barbitüratlar gibi) kullanımı sonucunda hastalarda bağımlılık geliştiği tespit edilmiştir (41). Ancak, alkol, madde bağımlılığı, madde kötüye kullanımı gibi rahatsızlıklar 1960'lı yıllara kadar ciddi bir halk sağlığı sorunu olarak kabul edilmemiştir. 1960'lı yıllardan sonra afyon ve esrar başta olmak üzere barbitüratların ve alkolün bağımlılık yaptığı, madde kötüye kullanımının ise bir davranış bozukluğu olduğu tıp literatürüne girmiştir. 1980'li yıllardan itibaren de bağımlılık ve madde kötüye kullanımına yönelik tedavisi ve önlenmesine yönelik ciddi çalışmalar yapılmaya başlanmıştır (41).

2.6.Bağımlılık Etiyolojisi

Madde bağımlılığının ortaya çıkmasında birçok faktörün etkili olduğu bilinmektedir. Ayrıca, bağımlılığın gelişmesi için uygun şartların sağlanması gerekmektedir. Bireyleri madde kullanımına itebilecek faktörlerin varlığı kullanılan maddenin nörokimyasal

ve farmakolojik özelliklerinin de etkisiyle bireylerde bağımlılık gelişmektedir (42, 43). Madde bağımlılığı risk faktörleri arasında genetik yatkınlık, yaş, cinsiyet, sosyal çevre, stres gibi etkenler yer almaktadır. Özellikle ergenlik çağındaki bireylerde ortaya çıkan madde bağımlılığının nedenleri arasında ise yüksek düzeyde kırılganlık, merak, deney yapma gibi durumların varlığı söz konusuysa uzun zaman diliminde kendilerine zarar verebilecek seçimler yapma gibi davranışların yer aldığı görülmektedir (44, 45). Madde bağımlılığının etiyolojisinde biyolojik, psikolojik ve sosyokültürel nedenlerin yer aldığını söyleyebiliriz.

2.6.1.Biyolojik Faktörler

2.6.1.1. Genetik Faktör

Genetik faktör, madde bağımlılığının gelişmesinde orta ya da yüksek düzeyde etkili olan önemli faktörlerden biridir (46). Yapılan genetik epidemiyolojik çalışmalarda, genetik faktörlerin madde kullanımının bağımlılığa doğru ilerlemesinde büyük bir etkiye sahip olduğu bildirilmektedir. Ayrıca, genetik faktörün bireye özgü çevresel faktörlerle birlikte maddeye maruz kalma ve ilk kullanımda önemli bir rol oynadığı belirtilmektedir (47). Literatürde yer alan ikiz kardeş ve aile çalışmalarında bağımlılığın gelişmesinde genetik ve çevresel faktörlerin etkileşim içinde olduğuna dair güçlü kanıtlar bulunmaktadır (46, 48, 49). Ayrıca, madde bağımlılığına yatkınlıktan madde kullanımına başlama, sürdürme ve bağımlılık gelişene kadar ki tüm aşamalarda genetik faktörlerin etkili olduğu bildirilmektedir (50).

2.6.1.2. Nörobiyolojik Faktörler

Literatürde yer alan hayvan çalışmaları, beyin ödül sistemlerindeki dopamin, opioid peptidler gibi spesifik nörokimyasal mekanizmaların bağımlılığa karşı savunmasızlığını göstermektedir. Çalışmalarda ayrıca, bağımlılığın gelişimi sırasında beyin stres sistemlerinden kortikotropin salma faktörünün salındığı belirtilmektedir. Bunun yanı sıra yapılan genetik çalışmalar, hem beyin ödül hem de stres sistemlerinde yer alan nörokimyasal elementleri kodlayan genlerin bağımlılığa karşı savunmasızlıkta rol oynadığını öne sürmektedir (51).

Bireylerde hem normatif (örn. olgunlaşmamış frontal-limbik bağlantılar, olgunlaşmamış frontal lob gelişimi) hem de normatif olmayan (örn. düşük serotonerjik fonksiyon, anormal hipotalamik-hipofiz-adrenal eksen fonksiyonu) nörobiyolojik

gelişimsel faktörler, özellikle ergenleri yüksek madde kullanım bozukluğu riskine yatkın hale getirebilmektedir (52). Bağımlılık yapıcı maddelerden opioid, norepinefrin, GABA ve seratonin gibi maddelerin bağımlılık geliştirmesindeki temel nedeninin nörobiyolojik faktörler olduğu bildirilmektedir (52, 53).

2.6.2. Psikolojik Faktörler

Psikolojik faktörler üç başlık altında incelenmektedir.

2.6.2.1. Duygu Durum Değişikliği

Öfke, sıkıntı, huzursuzluk ve gerginlik gibi olumsuz duygusal durumlar bireylerde madde kullanımını hızlandırmaktadır (54). Yaşadıkları duygu durum değişiklikleri nedeniyle de bireyler sorun yaşadıklarında madde veya alkol kullanımına yönelebilmektedir. Bağımlılık gelişmiş bireylerin yaşadıkları olumsuz düşünceler, duygular ve duygu durum değişiklikleri bazen kullandıkları maddelerin miktarında artışa neden olabilmektedir (55).

2.6.2.2. Alkol ve Madde Kullanımı Konusunda Yanlış Bilinenler

Bireyler bir kereden bir şey olmaz diye düşünerek bağımlı olabileceklerine ihtimal vermeden veya kendilerini kontrol edebileceklerini düşünerek madde kullanmaya başlamaktadır. Ancak, daha sonra kullandıkları maddeye bağımlı hale gelmektedirler (27). Ayrıca, kullanılan maddenin vücuda alındığında bireyin rahatladığını, sakinleştiğini, stresinin azaldığını, cinsel gücünün arttığını düşünmesi ile madde kullanımına başladıkları görülebilmektedir (51).

2.6.2.3. Kişilik Faktörleri

Bireylerin sahip oldukları kişilik özellikleri madde bağımlılığının gelişmesinde önemli bir risk faktör olarak karşımıza çıkmaktadır. Özellikle, öz saygısı ve benlik algısı düşük, alıngan, antisosyal kişilik özelliğine sahip bireylerde madde kullanım bozukluklarının görülme oranının daha fazla olduğu bildirilmektedir (27, 56, 57).

2.6.2.4. Sosyokültürel Faktörler

Bireylerin yaşadıkları çevre, yaşam biçimleri gibi sosyokültürel özellikleri madde bağımlılığının gelişmesinde etkili ya da koruyucu faktörler olarak karşımıza

çıkabilmektedir. Bireyin özellikle yakın çevresinde madde bağımlılığı olan bireylerin olması ya da madde satışı yapan bireylerin olmasına bağlı maddeye kolay ulaşım imkanının olması, arkadaş çevresi maddeye başlamasında etkili olabilmektedir (58-60). Ayrıca, evsiz ve sokakta kalan bireylerde, işsizlerde madde kullanım oranlarının oldukça yüksek olduğu bildirilmektedir (59, 61). Bu da bize madde kullanımında bireyin yaşama biçiminin ne kadar etkili olduğunun bir göstergesidir.

2.6.3. Psikodinamik Faktörler

Freud, bağımlılığın yasaklanmış istek nedeniyle kendini cezalandırma amacına hizmet ettiğini savunur ve bireyler için aşılması en zorlu direncin; cezalandırılma isteği ve hastanın iyi olmayı hak etmediği duygusu ile ortaya çıkan süperegö direnci olduğunu ifade eder. Alkol kötüye kullanımı olan bireylerin genellikle alkol içmeye devam etmesinin altında yatan ana neden kendisini cezalandırmaktır. Freud, bireylerin kendini cezalandırma isteklerini bağımlılığın narsistik yapısı olarak ifade etmektedir. Alkol bağımlılığı tanısı olan bireylerin alkol aldıklarında kendilik değerlerinde yaşadıkları kayıp narsistik patoloji olarak tanımlanmaktadır. Freud ayrıca, alkol kötüye kullanımını “yineleme kompulsiyonu teorisi” ile açıklamaktadır. Bu teoriye göre bireyler alkol kullanımlarını kontrol edebileceklerine inanır ve alkol kullanımlarını kontrol edebileceklerini ispatlayabilmek için tekrar tekrar alkol tüketme davranışı sergiler. Ancak, bu tekrarlı kullanımlar kısır bir döngüye dönüşerek bireyin bağımlı hale gelmesiyle sonuçlanır (8).

Wurmser’de Freud’la benzer şekilde, madde bağımlıları için yedi aşamalı psişik bir kısır döngünün varlığından bahsetmektedir. İlk aşamada birey gerçek bir olaydan ya da fantezi dünyasında kurduğu kurgulardan kaynaklı narsistik bir kriz yaşar. İkinci aşamada, narsistik kriz sonrası birey, utanç, öfke, keder ve kontrolsüzlük duygulanımları ile karakterize psişik bir duruma girer. Üçüncü aşamada, birey yaşadığı duygulanımla baş edebilmek için bölme ve yadsıma savunma mekanizmalarını kullanarak hissettiği bu duygulanımlara yabancılaşır. Bu aşamada, yaşadığı duygulanımlara yabancılaşan birey, aynı zamanda kendine de yabancılaşır. Birey bundan sonra yaşadığı bu yanılsamayı devam ettirebilmek ve içinde yaşadığı çatışmalarla baş edebilmek için dışsallaştırma savunma mekanizmalarını kullanmaya yönelir ve içinde bulunduğu durumdan kurtulmak için çözümü dışarıda “büyülü” bir nesnede aramaya başlar. Birey bu arayış içindeyken süperegö ile etik ve ahlaki konularda çatışmaya girmemek için bölme mekanizmasına

yönelir ve bu süperego bölünmesini gerçekleştirmek için birey bir maddeye ihtiyaç duyar. Son aşamada bireyler ihtiyaç duydukları maddeyi bulduklarını düşünerek geçici bir çözüme ulaştığı hissine kapılmaktadırlar. Ayrıca, maddeyi kullandıktan sonra bireylerin zevk ve memnuniyet duydukları gözlenmektedir (62).

2.7. Madde Bağımlılığı Epidemiyolojisi

Son yıllarda, madde bağımlılığı her geçen gün artmakla birlikte bu alanda yapılan çalışmalarda artış söz konusudur (63). Birleşmiş Milletler tarafından 2019 yılında yayınlanan “Dünya Uyuşturucu Raporu”nda dünya nüfusunun %5,5’nin (271 milyon birey) yaşamının bir döneminde en az bir kez uyuşturucu maddeyi denediği bildirilmektedir. Bu rakamın 2009 yılında 210 milyon birey iken 2017 yılında %30 oranında artarak 270 milyon birey olduğu görülmektedir. Raporla ayrıca, 35 milyon bireyin uyuşturucu madde kullandığı ve tedaviye ihtiyaç duyduğu belirtilmektedir (64).

Avrupa Uyuşturucu ve Uyuşturucu Bağımlılığı İzleme Merkezi (EMCDDA) 2019 yılında yayınladığı raporunda Avrupa’da yaklaşık 96 milyon kişinin (%29) hayatının bir bölümünde madde kullandığını belirtmektedir. Raporla ayrıca, erkeklerde uyuşturucu madde kullanım oranının, kadınlardan daha yüksek olduğu ve Avrupa’da en çok kullanılan maddenin esrar olduğu bildirilmektedir (65).

Türkiye Uyuşturucu ve Uyuşturucu Bağımlılığı İzleme Merkezi (TUBİM)’nin 2018 yılında 26 ili kapsayan toplam 63.294 (20.540 erkek, 42.754 kadın) kişinin katılımı ile gerçekleştirdikleri çalışma sonucunda bireylerin %47’sinin yaşamında en az bir kez tütün ürünü kullandığı, %22,1’inin hayatında en az bir kez alkollü içecek içtiği tespit edilmiştir. Raporla ayrıca, bireylerin hayatları boyunca uyuşturucu madde kullanım bozukluğu sıklığının %5,8 olduğu bildirilmektedir (66).

2.8.Savunma Mekanizmaları

2.8.1. Savunma Mekanizması Tanımı

“Savunma mekanizmaları” kavramı, ilk olarak 1895 yılında Sigmund Freud tarafından tanımlanmıştır. Freud’un tanımına göre savunma mekanizmaları “dinamik bilinçdışı teorisinin bir parçası olarak bireylerin psikopatolojik fenomenleri ve bu psikopatolojik fenomenlerin tedavisinin anlaşılması” olarak tanımlanmaktadır. Freud bu

tanımında bireylerin hayatlarındaki yasaklar ile bireylerin istekleri arasındaki bitmeyen bir savaş olduğunu ifade eder. Bireylerin bilinçdışı dürtülerle ilişkili istekleri, bireylerin davranışlarına ve kararlarına etki eder. Yasaklar, sadece belirli isteklerin belirli kısmını karşılayabileceği bir hayatı mümkün hale getirmekle birlikte yasaklar ve bilinçdışı dürtüler arasındaki anlaşmayı ego sağlamaktadır. Ego, gerçeklik ile fantezi arasında yasaklanmamış çözüm yolu bulmak için savunma mekanizmalarının sisteme dahil edilmesini sağlar. Sisteme dahil olan bu savunma mekanizmaları da istekler ve dürtüler gibi benzer şekilde bilinçsizdirler ve otomatik olarak devreye girmektedirler. Burada kritik olan nokta bireylerin bu savunma mekanizmalarını kullanıp kullanmamaya ilişkin kararlarıdır (7, 67).

DSM-V'e göre savunma mekanizmaları, "bireyi kaygıya ve iç ve dış stresörlerin farkındalığına karşı koruyan otomatik psikolojik süreçler" olarak tanımlanmaktadır (33). Savunma mekanizmaları, bireylerin hissettiği kötü duygulara farkındalıklarını azaltan bilişsel, duygusal ve kişilerarası stratejileri içermektedir. Savunma mekanizmaları, bireylerin anlamlandıramadığı durumlar ya da farkındalıklarının ötesinde işleyen zihinsel olaylar olarak da tanımlanmaktadır (68). Bireylerin hissettiği rahatsız edici duyguların ve ilişkisel zorlukların savunma mekanizmaları tarafından hafifletilebileceği belirtilmektedir (69, 70). Savunma mekanizmaları yasaklanmış isteklerin neden olduğu kaygıyı azaltmak veya bireylerin kabul edilemez isteklerini kendilerinden ve başkalarından saklayarak sosyal istek elde etmek, korunmak amacıyla iki yönlü işleve sahip olabilmektedir. Savunma mekanizmaları başlı başına patolojik fenomen olarak kabul edilmemelidir. Çünkü, bireyler gündelik hayatlarında kullanırlar ve bireyler için oldukça faydalıdır. Ancak, savunma mekanizmalarının sık veya katı kurallarla kullanılması, bireylerde belirli karakter yapılarına ve zihinsel bozukluklara yol açabilmektedir. Ayrıca, bazı savunma mekanizmalarının bazı zihinsel bozukluklar için tipik olduğuna inanılmaktadır (67).

Savunma mekanizmaları, bireylerin yaşadıkları anksiyete, suçluluk, utanç, üzüntü, aşağılanma, vicdan azabı gibi rahatsızlık uyandıran duyguları daha kabul edilebilir hale getirmeye yardımcı olmaktadır. Savunma mekanizmaları, bireylerin algıladıkları olumsuz duruma yönelik planlanmış bir tepkiden ziyade otomatik olarak gelişen bir tepkidir ve bireylerin farkındalıklarının dışında gelişmektedir (7, 67).

2.8.2. Ego Savunma Mekanizmaları

Ego savunma mekanizmaları, bireyin stresli bir iç veya dış ortamdan kaynaklanan kaygı ile başa çıkmasına yardımcı olan bilinçsiz psikolojik süreçlerdir. Savunma mekanizmalarının kökeni, Freud'un insan zihnini üç varlığa bölen yapısal zihin teorisinde bulunur: içsel dürtü (id), ego ve süperego (7). İd, bir bireyin libido gibi bilinçsiz içgüdülerini içerir. Bu temel bilinçsiz arzular, ego tarafından kontrol edilir. Psişenin yürütücü organı, gerçeklikle temas halindeyken, id'in arzularını savunma mekanizmalarını kullanarak modüle eder. Ego ise mükemmellik arzularının, ideallerin ve manevi hedeflerin temsili olan süperegonun etkisi altındadır. Ego ve süperegonun bu etkileşimi ahlak, suçluluk ve vicdana yol açar (71). Savunma mekanizmalarının gerekliliği, hayvansı kimliğin istekleri idealist süperegonun istekleriyle çeliştiğinde ortaya çıkar. Zihinsel homeostazı sürdürmek ve bilinçli zihni zihinsel çatışmaların etkilerinden korumak için ego çeşitli savunma mekanizmalarını kullanır. Bu mekanizmaların sadece normal bireylerde ruhsal dengenin sağlanmasında değil, özellikle psikiyatri hastalarında psikopatolojilerin belirlenmesinde de büyük önem taşımaktadır.

Freud ilk olarak 1894 yılında ego savunma mekanizmalarını tanımlamıştır ve psikiyatrik hastalıklar ile bu psikolojik süreçler arasında olası bir ilişki olduğunu öne sürmüştür (72). Daha sonra Freud, klinik deneyimlerine dayanarak teorisini güçlendirmiş; Vaillant ise, bu savunma mekanizmalarının hiyerarşik doğasını tanımlamıştır. Vaillant, ego savunma mekanizmalarını olgunlaşmamış, nevrotik ve olgun olmak üzere üç grupta isimlendirmiştir (73). Fantezi, yansıtma, pasif saldırganlık ve dışavurma gibi durumları içeren olgunlaşmamış savunma mekanizmaları, bireylerin bilinçsiz olarak sahip oldukları bir istek ya da dürtüye bağlı bireyin eylemlerinde doğrudan kendini göstermesidir. Entelektüelleşme, tepki oluşumu, ayrışma, yer değiştirme ve bastırma gibi durumları içeren nevrotik savunma mekanizmaları, bireylerin dürtülerini istedikleri gibi yansıtmadıklarında ortaya çıkmaktadır ve bireylerin saldırganlık dürtüsüyle genellikle olumsuz bir davranışa yönelmelerine neden olmaktadır. Olgun savunma mekanizmaları ise, patolojik olmalarına ve yüksek kaygı düzeyleriyle ilişkili olmalarına rağmen, bireyin stresli bir ortama yanıt olarak psikolojik homeostazı sürdürme çabasını temsil eden olgunlaşmamış savunmaların ve nevrotik savunma mekanizmalarının aksine, uyum sağlama işleviyle ilişkili olduğu belirtilmektedir. Bireylerin savunma mekanizması seçimleri istemsizdir ve bireylerin “olgunlaşmamış savunmalar” (örneğin yansıtma ve hipokondriyazis) yerine sözde “olgun savunmalar”ı (örneğin yüceltme ve mizah) tercih

etmeleri ruh sağlıklarında gözle görünür bir fark yaratabilmektedir. Ancak, unutulmamalıdır ki en "patolojik" savunmalar bile bireylerin zihinsel çatışmalarını sakinleştirmeye hizmet etmektedir (74).

2.8.3. Savunma Mekanizmalarının Türleri

Freud'un 1936 yılında yayınlanan "Ego ve Savunma Mekanizmaları" kitabında savunma mekanizmalarının kapsamlı açıklamasına yer vermiştir. Freud, bastırma, izolasyon, yansıtma, içe yansıtma, tepki oluşumu, gerileme, tersine dönüş ve geri alma olmak üzere sekiz savunma türünden bahsetmektedir (8). Dimitrijevic ise Freud tarafından tanımlanan bu savunma türlerine ek olarak yer değıştirme ve yüceltme savunma türlerini tanımlamıştır. Daha sonraki yıllarda çoğunluğu Melanie Klein tarafından olmak üzere Otto F. Kernberg tarafından daha ilkel kabul edilen bölme, yansıtma özdeşim, idealleştirme, inkar ve manik savunmalar olmak üzere beş savunma türü daha tanımlanmıştır (67).

Bastırma: En etkili ve doğrudan savunma mekanizması olarak kabul edilmektedir. Dürtüsel bir istekten ziyade zihinsel bir imajı bilinçten uzak tutarak bireylerin kaygısını azaltmaktadır. Dolaylı yollarla işlev gören birçok savunma mekanizmasının temelini oluşturmaktadır. Bastırma savunması, bireylerin sürekli olarak görüntünün bilince dönmesine izin vermemek için enerji harcar. Bu nedenle oldukça "pahalı" bir mekanizmadır. Bu savunma türü, histerik kişilikler için tipik olarak kabul edilmektedir (67).

İzolasyon: Bir deneyimi veya anıyı duygulardan ayıran savunma türüdür. Böylece bir deneyim ya da anının bireylerde kaygı uyandırmamasını sağlar. Bireyler genellikle deneyimlerini unutmazlar, bu nedenle bu savunma türü bireylerin deneyimlerinin etkisinden yoksun bırakarak çağrışimsal bağlantıları bastırır veya kesintiye uğratar. Bu savunma türü takıntılı kişilikler için tipik olarak kabul edilmektedir (7, 67).

Yansıtma: Bireylerin kabul edilemez isteklerini, duygularını veya içsel nesnelerini dışsallaştırarak bu kabul edilemez istekleri, duyguları veya içsel nesnelerini kendinde değil de başka bireylerde tanıma ve kendinde değil de başka bireylerde olduğuna inanma durumunu içeren savunma türüdür. Bu savunma türü, paranoyak ve fobik bozukluklar için tipik olarak kabul edilmektedir (67).

İçe yansıtma: Yansıtma savunma türünün aksine, dışsal bir durumu egonun ya da süper-egonun bir parçası haline getirme (tam olarak bütünleşmemiş hale getirme) sürecini içeren savunma türüdür. İçe yansıtma aynı zamanda normal bir gelişim süreci olarak da kabul edilmekle birlikte bireyin beceri kazanma ve bilgi edinmesinin bir yolu olabilmektedir. Bu savunma türü genellikle birey için önemli bir nesnenin kaybıyla bağlantılıdır. Bu nedenle bu savunma türü depresyon için tipik olarak kabul edilmektedir (67).

Tepki oluşumu: Bireyin gerçekte hissettiği duygunun tersi olan duyguyu abartılı bir şekilde ifade etmesine dayanan bir savunma türüdür. Bu savunma türünün süper egonun etkisi altında anal dönemde oluşmaya başladığına ve yaşanan durumlar karşısında çok hızlı bir şekilde genellemeler yapılmasına yol açtığı inanılmaktadır (67).

Gerileme: Egonun daha ilkel işleyiş, doyum ve ilişki türlerine geri dönmesini sağlayan savunma türüdür (67).

Tersine dönüş: Bireylerin pasif deneyimlerini aktif eyleme veya tam tersine çevirmelerini içeren savunma türüdür (67).

Geri alma: Bireylerin olumlu deneyimlerine yönelik kaygıya neden olabilecek dürtülerini silmeyi amaçlayan eylemleri içeren savunma türüdür. Bu savunma türü obsesif kompulsif kişilik bozukluğu için tipik olarak kabul edilmektedir (67).

Yer değiştirme: Yasaklanmış bir nesneyi, ego için kabul edilebilir ya da daha az tehdit edici olan bir başka nesneyle değiştiren savunma türüdür. Bu savunma türü bireylerin düşüncelerine, ilişkilerine, duygularına ya da zamana uygulanabilmektedir (67).

Yüceltme: Yüceltme savunma türünün açıklaması Freud'un "cinsel içgüdünün orijinal amacını, toplumsal olarak değerli faaliyetler sağlayan cinsel olmayan bir amaca dönüştürme kapasitesi"ne yönelik fikrine dayanmaktadır. Bu savunma türü, genellikle entelektüel ve sanatsal faaliyetlere uygulanmaktadır. Ancak, daha sonra saldırganlığı cerrah olmak için motivasyona dönüştürmek için de uygulandığı görülmektedir. Bu savunma türü bastırma olmadan tatmine izin verdiğinden en karmaşık savunma türü olarak kabul edilmektedir (67).

Bölme: Derin kararsızlığa bir tepki olarak kabul edilen savunma türüdür. Benliğin ve/veya nesnelerin tamamen iyi ve tamamen kötü parçalara bölünmesine yol açan savunma türüdür. Bu savunma türü travmaya bağlı ve kişilik bozukluklarının tipik bir örneği olarak da kabul edilmektedir (67).

Yansıtma özdeşim: Benliğin önceden ayrılmış parçalarını, daha sonra yansıtılan parçayla özdeşleşen başka bir bireye bırakmakla ilgili savunma türüdür. Bu savunma türü aynı zamanda başkalarına ve her şeye gücü yeten kontrol kurma çabası olarak da ifade edilmekle birlikte bireylerin günlük iletişimlerinin iyi huylu bir biçimi olarak da kabul edilebilmektedir (67).

İdealleştirme: Bireyin kendisine ya da başka bir bireye, kuruluşa ve fikirlere çok fazla değer atfetmeye dayanan savunma türüdür. Bireyler bu savunma türü sayesinde kendilerinde kötü hiçbir şey bulundurmaz ve kendi kötülüklerine dair her fikri dışlamaktadırlar (67).

İnkâr: İnkâr savunma türü, bireylerin açık ve net olan durumu görmeyerek veya “hiçbir şey olmasını beklemeyerek” kaygıdan kaçınma mekanizması olarak tanımlanmaktadır. Bu savunma türü birçok insanda geçici bir durum olabilmektedir. Ancak, bazı bireylerde bu genelleştirilmiş ve kalıcı biçimlerde de karşımıza çıkabilmektedir (67).

Manik Savunmalar: Bireylerin her şeye güçlerinin yettiği düşüncesiyle içinde bulundukları durumlarda kullandıkları inkar ve idealleştirme savunma türlerini içermektedir. Bireylerin olumsuz durumlar karşısında yaşayabileceği depresif kaygılarını önlemeyi amaçlayan savunma türü olarak tanımlanmaktadır (67).

2.8.4. Savunma Mekanizmaları İle İlgili Yapılan Çalışmalar

Wadhawan tarafından 2022 yılında yapılan çalışmada madde bağımlılarının kontrol grubuna göre daha az olgun, daha çok nevrotik ve immatür savunma biçimleri kullandıklarını bildirilmektedir (75).

Halim ve Sabri tarafından 2013 yılında tekrarlayan bağımlılarda savunma mekanizmalarının ve baş etme tarzlarının örüntüsünü ve bunların ilişkisini belirlemek amacıyla yapılan çalışmada nevrotik savunma mekanizmalarının ve göreve yönelik başa çıkma tarzının tekrarlayan bağımlılar tarafından sıklıkla kullanıldığı; nevrotik ve

olgunluk savunma mekanizmalarının, her üç başa çıkma tarzıyla önemli derecede ilişkili olduğu; immatür savunma mekanizmalarının duygu odaklı başa çıkma tarzı ile ilişkili olduğu; tekrarlayan bağımlıların çoklu savunma mekanizması tarzlarını kullandığı ve tüm bu tarzların bağımlılıkta alt kültürlerin varlığını ve doğasını doğruladığı tespit edilmiştir (76).

Di Pierro, Benzi ve Madeddu tarafından 2015 yılında duygu düzenlemedeki hangi spesifik zorlukların madde kullanım bozukluğu tanısıyla yatan hastaları tanımladığını açıklığa kavuşturmak ve bu ilişkinin savunma mekanizmalarının kullanımına aracılık edip etmediğini incelemek amacıyla yapılan çalışmada, duygu düzenleme stratejilerine erişmedeki zorluk ile madde kullanım bozukluklarının varlığı arasındaki ilişkiye, olgun savunmaların aracılık ettiği; bu tür stratejilere erişimde ne kadar zorluk varsa, o kadar az olgun savunmaların kullanıldığı; ne kadar az olgun savunma kullanılırsa, madde kullanım bozukluklarının varlığının o kadar olası olduğu tespit edilmiştir. Madde kullanım bozukluğu tanısıyla yatan hastalarda duygu düzenlemedeki zorlukları anlamada olgun savunma mekanizmalarını göz önünde bulundurmamak son derece önemlidir (77).

Hussin ve Sabri tarafından 2012 yılında tekrarlayan bağımlıların savunma mekanizması stillerini belirlemek amacıyla yapılan çalışmada, nevrotik savunma mekanizmalarının tekrarlayan bağımlılar arasında en belirgin savunma mekanizması olduğu ve tekrarlayan bağımlıların birden fazla savunma mekanizması stili kullandığı, tüm bu stillerin bağımlılıkta alt kültürün varlığını ve doğasını doğruladığı bildirilmektedir (78).

Raketic, Kovacevic ve Djuric tarafından 2009 yılında kadın alkol ve afyon bağımlılarının kullandıkları savunma mekanizmalarındaki temel benzerlikleri ve farklılıkları tanımlamak amacıyla yapılan çalışmada, alkol bağımlılarının yaygın olarak nevrotik mekanizmaları kullandıkları ve olgunlaşmamış mekanizmaların afyon bağımlıları arasında hâkim olduğu tespit edilmiştir. Çalışmada ayrıca, alkol bağımlılarının en çok kullandıkları nevrotik savunma mekanizmalarının sözde fedakârlık, idealleştirme ve geri alma olduğu saptanmıştır. Afyon bağımlılarının ise en çok kullandıkları olgunlaşmamış savunma mekanizmalarının düşlem, izolasyon, değersizleştirme, inkar ve bölme olduğu gözlenmiştir (79).

Ribadier, Dorard ve Varescon tarafından 2016 yılında kadınlarda alkol kullanım bozukluklarının klinik özellikleri ve prediktif faktörlerini belirlemek amacıyla ayakta tedavi gören alkol kullanım bozukluğu tanılı kadınların kişilik özelliklerini ve savunma tarzlarını araştırdıkları çalışmada, alkol kullanım bozukluğu bulunan kadınlarda alkol kullanım bozukluğu olmayan kadınlara göre daha yüksek nevrotiklik ve daha düşük dışadönüklük ve vicdanlılık tespit edilmiştir. Çalışmada ayrıca, alkol kullanım bozukluğu bulunan kadınların daha az olgun, daha nevrotik ve olgunlaşmamış savunma stillerini kullandıkları gözlenmiştir (80).

Khosravani ve arkadaşlarının 2017 yılında İranlı afyon, uyarıcı ve esrar uyuşturucu kullanıcılarının ve sağlıklı denekler arasında erken dönem uyumsuz şemaların, davranışsal engelleme/yaklaşma sistemlerinin ve savunma stillerinin karşılaştırılmasını incelemek amacıyla yaptıkları çalışmada, erken dönem uyumsuz şemaların, davranışsal yaklaşma ve immatür savunma stilinde opiat kullananların sağlıklı denekler daha yüksek ortalamalar aldıkları tespit edilmiştir. Çalışmada ayrıca, davranışsal engelleme, davranışsal engelleme-ödül tepkisi ve nevrotik savunma stilinde uyarıcı kullananların ve olgun savunma stilinde sağlıklı deneklerin daha yüksek ortalamalar aldıkları tespit edilmiştir (81).

2.9.Tedavi Motivasyonu

Latince hareket etme anlamındaki “motive” kelimesinden gelen “motivasyon” kavramı, bireyleri harekete geçirme niteliği olan gizli bir güç, enerji kaynağı olarak tanımlanmaktadır. Psikoloji biliminde ise “içten gelen itici güçlerle belli bir amaca doğru yönelen davranışlar” olarak ifade edilmektedir. Kısaca motivasyon, bireylerin önceden belirlenmiş bir hedefe ulaşmak amacıyla kendi istekleri doğrultusunda hareket etme sürecidir (82).

Motivasyon içsel ve dışsal motivasyon olmak üzere iki türü bulunmaktadır. İçsel motivasyon, bireylerin dışsal bir ödül olmadığı halde belli bir etkileşimle meşgul olması veya bu etkinliğe katılması ve yalnızca bundan dolayı zevk, doyum alması olarak tanımlanmaktadır (83, 84). Dışsal motivasyon ise, içsel güdülenmenin aksine dışsal güdülenme davranışının bir sonuç için gerçekleştirildiği motivasyon türüdür. Bu motivasyon türünde birey bir davranışı sergilemekten ziyade davranışı sergiledikten sonraki sonuçlar görmekten zevk almaktadır ve bunun için o davranışı sergilemektedir.

Bu motivasyon türünde sergilenen davranış bireyin amacına ulaşmasında sadece bir araç rolü üstlenmektedir (84).

“Tedavi motivasyonu” kavramı ise, bireylerin tedavi sürecine ilişkin isteklerini içeren, içsel ve dışsal motivasyon kaynaklarını içinde barından, bireylerin tedaviye duydukları güven ile yakından ilişkili olan ve kişilerarası yardım arayışına yönelmelerini içeren psikolojik bir süreç olarak tanımlanmaktadır (85). “Tedavi motivasyonu” kavramı Simpson ve Joe tarafından 1993 yılında “madde kullanma sorununu fark etme”, “yardım alma isteği” ve “tedaviye hazır olma” olmak üzere üç alt boyutta incelenmiştir. Bağımlı bireylerde tedavi sürecinin etkin bir şekilde devam ettirilmesindeki ilk basamağın bağımlı bireyin motivasyonunun artırılması olduğu belirtilmektedir. Bağımlı bireylerin tedaviye yönelik motivasyonları arttırılarak tedaviyi yarıda bırakma, tedavi sürecine uymama, nüks durumları ve başka birtakım negatif tedavi sonuçlarının önüne geçilebilir (85-87).

Madde Kullanım Bozukluğu tedavisinin planlanmasında bireylerin bağımlılık düzeylerinin belirlenmesi ve özellikle de tedavi motivasyonunun artırılması tedavinin amacına ulaşması için önemli bir faktör olarak kabul edilmektedir (88). Madde kullanım bozukluğu tanısı olan bireylerde olumsuz duyguların varlığının bağımlılığın her evresinde bireylerin tedavi sürecine uyumlarını zorlaştıran önemli bir faktör olduğu belirtilmektedir. Bu bağlamda bağımlı bireylerin tedavi süreçlerine başlamadan önce tedaviye olan motivasyonlarını arttırmak için bireylerin hissetmekte oldukları duygularına yönelik farkındalıklarının arttırılmasının önemli olduğu düşünülmektedir. Böylece bireylerin olumsuz duygu durumları ile baş etmeleri sağlanabilir.

Bağımlı bireylerde tedavi motivasyonu, bireylerin aldığı tedaviye cevap vermesi ve remisyon süreçlerinin uzun süreçte devamlılığının desteklenmesi açısından oldukça önemli bir faktör olarak kabul edilmektedir (9, 89). Bağımlı bireyin tedaviye olan güveni arttıkça maddeyi bırakma motivasyonu da artmakta olup, tedavi sürecinin başarılı bir şekilde sonuçlanması sağlanabilmektedir (90).

2.10. Savunma Mekanizmaları ile Tedavi Motivasyonu Arasındaki İlişki

Savunma mekanizmaları, bireyi kaygıya ve iç-dış tehlikelerin veya stres faktörlerinin farkındalığına karşı koruyan otomatik psikolojik süreçler olarak kabul

edilmekle birlikte DSM-5'te "bireyin duygusal çatışmalara ve dış stres faktörlerine tepkisine aracılık eden mekanizmalar" olarak tanımlandığı görülmektedir (33). Bazı yazarlar tarafından savunma stilinin, bireylerin kişilik yapısının önemli bir boyutu olarak değerlendirilmesi gerektiği belirtilmekle birlikte (91) bireylerin kullandıkları savunma mekanizmalarının olgun, nevrotik ve immatür savunmalar olmak üzere üç farklı grup altında toplandığı görülmektedir. Olgun savunmalar, bireylerin daha çok fiziksel ve zihinsel sağlıklarıyla ilişkiliyken, nevrotik ve immatür savunmaların daha çok psikopatoloji ile bağlantılı olduğu, bu nedenle de bireylerin kullandıkları savunma stillerinin belirlenmesinin özellikle alkol/madde bağımlılığı tedavisinde önemli bir konuma sahip psikoterapi aşamasında faydalı olabileceği belirtilmektedir (92, 93).

Literatürde yer alan bu çalışmalarda alkol/madde bağımlılığı tanılı bireylerde immatür savunmaların kullanımı ile tedavi motivasyonu düzeyleri arasında anlamlı bir ilişkinin olduğunu bildiren çalışmalara rastlanmıştır. Bu çalışma sonuçlarında inkârı daha çok kullanan alkol ve rasyonalizasyon gibi immatür savunmaları daha çok kullanan alkol/madde kullanım bozukluğu olan bireylerde tedavi motivasyonunun daha düşük olduğu bildirilmektedir (94, 95). Ülkemizde Evren ve diğerlerinin 2013 yılında yaptıkları çalışmada immatür savunmalarını (özellikle de rol yapma) daha çok kullanan alkol veya madde bağımlılığı tanısı olan bireylerin alkol/madde kullanım davranışını tekrarlamasında, ayrıca bireylerin tedavi motivasyonlarının düşmesinde etkili olduğu bildirilmektedir (96).

2.11. Madde Bağımlılığında Psikiyatri Hemşireliğinin Rolü

Madde bağımlılığı tedavisinde bireylerin kötüye kullandıkları maddeden kendilerini sakınmaları ve bireylerin fiziksel, psikiyatrik, psikososyal iyilik hallerinin devamlılığının sağlanması hedeflenmektedir. Bu bağlamda özellikle madde bağımlılığının gelişmesi açısından risk altında olan grupların belirlenmesi gerekmekte olup, madde bağımlılığında en riskli grup olarak kabul edilen ergenlerin madde kullanımına başlamalarına önlemeye yönelik girişimlerin planlamasında hemşirenin önemli sorumlulukları bulunmaktadır. Okul hemşireliği, işyeri hemşireliği, toplum ruh sağlığı merkezlerinde çalışan, sağlıklı bireylere hizmet veren bu alanlarda çalışan hemşirelerin madde bağımlılığını başlamadan önleme konusunda, bireylerin ve toplumun

bu konudaki farkındalıklarını arttırma konusunda önemli rolleri bulunmaktadır (97, 98). Hemşirelerin bu rollerini aşağıdaki gibi sıralayabiliriz (99):

- Madde kullanan bireylerin kullandıkları maddenin türü, miktarı ve kullanım özelliklerini öğrenmek,
- Madde bağımlısı bireyi belirleyebilmek ve değerlendirebilmek,
- Madde kötüye kullanımı, bağımlılık ve madde kullanan bireylerin davranışları konusunda madde kullanan bireylerin yakınlarını bilgilendirmek,
- Madde kullanan bireyle alkol/madde etkisinde olmadığı zamanda iletişime geçmeleri gerektiği konusunda aile üyelerini uyarmak, bilgilendirmek,
- Madde kullanan bireyler tedaviye gelmek istemiyorsa, tedavi için başvuracağını değil, danışmanlık almak için başvurabileceği konusunda hasta bireyi bilgilendirmek,
- Bağımlı bireyin ailesi ve diğer sağlık profesyonelleri ile işbirliği yaparak güvenli ve terapötik bir tedavi ortamı oluşturmak ve bu ortamın devamlılığını sağlamak,
- Bağımlı bireyi tedavi süreci boyunca yoksunluk belirtileri açısından gözlemek, bilinç takibini yapmak, bireyin yaşamsal bulgularını değerlendirmek, tremor, terleme, halüsinasyon, ajitasyon, konvülsiyon gibi belirtiler yönünden hastayı takip etmek,
- Bağımlı bireyde yoksunluk belirtileri varsa bu belirtilerin şiddetini değerlendirmek,
- Fiziksel yoksunluk belirtileri olan bağımlı bireylere yönelik gerekli girişimleri planlayarak uygulamak, bağımlı bireye destekleyici bakım vermek ve bireydeki yoksunluk belirtileri konusunda tedavi ekibini bilgilendirmek,
- Bağımlı bireyi öz bakımını yapması konusunda desteklemek,
- Tedavi ekibi ile işbirliği içinde bağımlı birey ve ailesinin/yakınlarının eğitim ihtiyaçlarını belirlemek, ihtiyaç duyulan eğitimleri planlamak, bağımlı bireyin aktif katılımını sağlamak, eğitimi uygulamak ve değerlendirmek,

- Bağımlı birey ile ailesi/yakınları arasındaki iletişim problemlerinin ve çatışmalarının çözümlenmesine yardımcı olmak, etkin kişilerarası iletişimi ve terapötik ilişkiyi geliştirici girişimler planlamak ve uygulamak.

Bu çalışmada madde bağımlılığı tanısı ile yatışı olan hastaların savunma biçimlerinin tedavi motivasyonu ile ilişkisinin belirlenmesiyle hastalara bakım veren hemşirelerin bu konudaki farkındalıklarının artırılması sağlanabilecektir. Özellikle psikiyatri kliniklerinde çalışan hemşirelerin bu konuda artan farkındalıkları doğrultusunda da hemşirelik uygulamalarında hasta bireylerin savunma biçimlerinin belirlenerek hemşirelik uygulamaları planlanabilecektir. Bunun sonucunda da bireye özgü hemşirelik bakım planları hazırlanabilecek, bu da hastalara verilen bakımın kalitesinin artmasını, hastaların iyileşme süreçlerinin etkin bir şekilde yönetilebilmesini sağlayacaktır.

3.GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Tipi

Bu çalışma, madde kullanan bireylerin savunma biçiminin tedavi motivasyonu ile ilişkisinin incelenmesi amacıyla kesitsel-tanımlayıcı araştırma yöntemi ile yapılmıştır.

3.2.Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Bu çalışmanın verileri, Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi yatan hasta kliniklerinde 1 Ocak – 31 Aralık 2021 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir. Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Cumhuriyet Dönemi'nin en büyük ruh ve sinir hastalıkları hastanesidir. 1174 yatak kapasiteli olup 1924 yılından beri psikiyatri, nöroloji ve nöroşirurji alanlarında tüm Türkiye'ye hizmet vermektedir. Alkol ve madde klinikleri ayrı katlarda hizmet vermekte olup madde kliniğinde 1 uzman, 1 asistan, 1 psikolog, gündüz mesaisinde 1 sorumlu hemşire ve 2 hemşire hizmet vermektedir. Alkol kliniğinde yine 1 uzman doktor, 1 asistan doktor, 1 psikolog, gündüz mesaisinde 1 sorumlu hemşire, 2 hemşire, gece mesaisinde ve hafta sonu mesaisinde 1 hemşire hizmet vermektedir. Her iki katta da 4 görüşme odası ve 1 hemşire odası vardır. 6 hasta odası ve 24 yataktan oluşmaktadır. Her iki kata da kadın ve erkek hastalar yatabilmektedir. Kadın ve erkek hastaların odaları ayrıdır. Sosyal çalışmacı ve sekreter 1'er kişidir, her iki kata da bakmaktadır. Her iki katta da 5'er kişi yardımcı personel vardır ve nöbet usulü hizmet vermektedir. Alkol kliniğine eroin maddesi dışı madde kullanan hastaların yatışı yapılmaktadır. Madde katına ise sadece eroin maddesini kullanan ve eroin maddesi kullanımını deneyimlemiş hastaların yatışı yapılmaktadır.

3.3.Araştırmanın Evreni ve Örneklem Seçimi

Bu çalışmanın evrenini, Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Hastanesi'nde madde bağımlılığı tanısı ile 1 Ocak-31 Aralık 2021 tarihleri arasında AMATEM kliniğine başvuran 14.000 birey oluşturmaktadır. Çalışmada geçerliliği sınanacak temel hipotezler bağımsız örneklem t testi, ANOVA ve Basit Doğrusal Regresyon ile incelenmiştir. Bu bağlamda α hata olasılığı 0.05 ve $1-\beta$ hata olasılığı=0.95 olarak belirlenerek örneklem büyüklüğü hesaplanırken en çok örneklem

sayısına ihtiyaç duyan tek yönlü varyans analizi (ANOVA) temel alınarak güç analizi hesaplamaları yapılmıştır. G*Power 3.1.10 programı ile yapılan analizde analizlerinde orta düzeyde Etki Büyüklüğü hedeflemesine göre ($f^2=.30$), α hata olasılığı 0.05 ve $1-\beta$ hata olasılığı=0.95 koşullarında gerekli minimum örneklem sayısı hesaplanmıştır. Üç basamaklı bağımsız değişkenin olduğu ANOVA testine göre, 0.950042 güce sahip (kritik $F=3.048$) analiz için minimum 167 örneklem sayısına ulaşılmıştır. Benzer güce sahip Regresyon analizi için minimum örneklem sayısı 74, bağımsız örneklem t testi için ise 66 kişi olarak belirlenmiştir. Bu bilgiler ışığında, belirlenen tarihler arasında AMATEM yatışı olan hastaların arasında içleme ve dışlama kriterini sağlayan 171 kişi çalışmaya katılmıştır. Analizlerde ise çalışmada yer alan ölçeklerin büyük bir kısmını boş bırakan bir kişinin verileri kullanılmadığı için çalışma 170 kişi ile gerçekleştirilmiştir. *Çalışmaya dahil edilme kriterleri*; okur yazar olan, Türkçe konuşabilen, madde bağımlılığı tanısı ile yatış yapan, iletişimi engelleyecek şekilde yoksunluk belirtileri olmayan bireyler. *Çalışmadan dışlama kriteri*; ayaktan tedavi alıyor olma olarak belirlenmiştir.

3.4. Veri Toplama Araçları

Çalışmanın verilerinin toplanmasında Sosyodemografik Veri Formu (EK-1), Savunma Biçimleri Testi-40 (EK-2) ve Tedavi Motivasyonu Anketi (EK-3) kullanılmıştır.

3.4.1. Sosyodemografik Veri Formu

Sosyodemografik Veri Formu, araştırmacılar tarafından literatür taraması yapılarak hazırlanmıştır. Bu formda iki bölümden oluşmakla birlikte toplam 22 sorudan oluşmaktadır. İlk bölümde bireylerin yaşı, cinsiyeti, ekonomik durumu gibi benzer soruları içeren 11 soru yer almaktadır. İkinci bölümde ise alkol/maddeye başlama sebeplerini, tedavi süreçlerini, madde/alkol bırakma deneyimini değerlendiren toplam 11 soru yer almaktadır (EK-1).

3.4.2. Savunma Biçimleri Testi-40 (SBT-40)

Bond ve arkadaşları tarafından 1983 yılında geliştirilmiştir. Toplam 88 maddeden oluşan ölçek, 26 savunma biçiminin değerlendirildiği kendini değerlendirmeye dayalı bir testtir. Andrews ve arkadaşları tarafından 1989 yılında ölçek DSM III-TR'ye göre yeniden revize edilerek 72 maddelik formu oluşturulmuştur. 72 maddelik formda, 20

savunma biçimi ele alınmakta olup, immatür, nevrotik ve olgun savunma biçimleri olmak üzere 3 grup altında toplanmaktadır. Andrews ve arkadaşları tarafından ölçeğin 40 maddelik formu geliştirilmiş olup, 2007 yılında Yılmaz ve arkadaşları tarafından Türkçe güvenirlik ve geçerlik çalışması yapılmıştır. 40 maddeden oluşan bu son formda, savunma biçimleri yine üç (immatür, nevrotik ve olgun savunma biçimi) ana başlık altında ve 40 maddeden oluşmaktadır. İmmatür savunma biçimine ilişkin maddeler: yansıtma: 6. ve 29.; pasif saldırganlık: 23. ve 36.; dışa vurma: 11. ve 20.; yalıtma: 34. ve 37.; değersizleştirme: 10. ve 13.; otistik fantezi: 14. ve 17.; inkar: 8. ve 18.; yer değiştirme: 31. ve 33.; disosiyasyon: 9. ve 15.; bölünme: 19. ve 22.; rasyonalizasyon: 4. ve 16.; bedenselleştirme: 12. ve 27. maddelerdir. Nevrotik savunma biçimine ilişkin maddeler: yapma-bozma: 32. ve 40.; psödo altruizm: 1. ve 39.; idealleştirme: 21. ve 24.; karşıt tepki geliştirme (reaksiyon formasyon): 7. ve 28. maddelerdir. Olgun savunma biçimine ilişkin maddeler: yüceltme: 3. ve 38.; mizah: 5. ve 26.; beklenti: 30. ve 35.; baskılama: 2. ve 25. maddelerdir. İç tutarlılık katsayısı immatür savunmalar için .70, nevrotik savunmalar için .61, olgun savunmalar için ise .80'dir. 1 den 9'a kadar puanlanan likert tipi bir ölçektir ve 9 puan en yüksek düzey, 1 puan en düşük düzeyi göstermektedir (100) (EK-2). Bu tez çalışmasında ise "Savunma Biçimleri Ölçeği"nin iç tutarlık katsayısı "Olgun", "Nevrotik" ve "İmmatür" savunmalar alt boyutları için Cronbach Alfa iç tutarlık katsayıları sırasıyla 0.785, 0.798 ve 0.702 olarak tespit edilmiştir.

3.4.3. Tedavi Motivasyonu Anketi (TMA)

Tedavi Motivasyonu Anketi, 1995 yılında Ryan ve arkadaşları tarafından bireylerin alkol/madde bağımlılık tedavisine katılım ve tedaviyi sürdürme nedenlerini değerlendirmek amacıyla geliştirilmiştir (85). Anket 26 maddeden oluşmakta olup, anketin alkol bağımlılığında geçerlilik ve güvenirlik çalışması, Evren ve arkadaşları tarafından 2006 yılında yapılmıştır (87). Anketin içsel motivasyon, dışsal motivasyon, kişiler arası yardım arama ve tedaviye güven olmak üzere 4 alt boyutu vardır. İçsel motivasyon alt boyutu (1, 2, 4, 5, 7, 8, 9, 11, 15, 20 ve 23. maddeler) – Tamamen kendisi tarafından belirlenmiş olmasa da içselleştirilmiş motivasyondur ve maksimum puanı 55'tir. Dışsal motivasyon alt boyutu (3, 6, 10 ve 12. maddeler) - Tedavi arayışında olmak dışında bir seçeneği olmadığı duygusu ve tedavide kalmak için dışsal baskıyı ifade eder ve maksimum puanı 20'dir. Kişiler arası yardım arama alt boyutu (17, 18, 19, 22, 25 ve 26. maddeler) - Olgunun sorunlarını diğerleriyle paylaşma motivasyonudur ve maksimum

puanı 30'dur. Tedaviye güvensiz alt boyutu (13, 14, 16, 21 ve 24. maddeler) - Tedavinin seyri ile ilgili beklentileri ifade eder ve maksimum puanı 25'tir. Maddeler "Kesinlikle katılmıyorum" dan "Kesinlikle katılıyorum"a değişen şekilde cevapladığı 5'li likert tipi (1: Kesinlikle katılmıyorum, 2: Katılmıyorum, 3: Bilmiyorum, 4: Katılıyorum, 5: Kesinlikle katılıyorum) bir ölçektir. Her soru 1-5 puan arasında puanlanmaktadır ve 13., 16., 21. ve 24. maddeler ters puanlanması gereken maddelerdir. Toplam anketten alınabilecek en düşük puan 26, en yüksek puan 130'dur. Ölçeğin değerlendirilmesinde toplam ve alt ölçek puanları ayrı ayrı hesaplanmakta olup, ölçekten alınan puan arttıkça tedavi motivasyonunun yüksek olduğu kabul edilmektedir. Geçerlilik ve güvenirlik çalışmasında ölçeğin Cronbach alfa güvenirlik katsayısı 0.84 olarak bulunmuştur (87) (EK-3). Bu tez çalışmasında ise "Tedavi Motivasyonu Ölçeği"nin iç tutarlık katsayısı Cronbach's alfa değeri 0.824 olarak belirlenmiş olup, "İçsel", "Dışsal", "Kişilerarası Yardım Arama" ve "Tedaviye Güven" alt boyutları için Cronbach Alfa iç tutarlık katsayıları sırasıyla 0.891, 0.811, 0.755 ve 0.716 olarak tespit edilmiştir.

3.5. Verilerin Analizi

Çalışmadan elde edilen veriler SPSS 22.0 programı ile analiz edilmiştir. Çalışmadan alınan demografik ve klinik verilerin ortalama, standart sapma ve yüzdelik dilimleri hesaplanmıştır. Ölçek puanlarının çarpıklık ve basıklık (skewness-kurtosis) değerleri incelenmiş ve puanların normal dağılım gösterdiği saptanmıştır. Hipotez testleri için; iki ayrı grup karşılaştırmaları için Bağımsız örneklem t testi, ikiden fazla grup karşılaştırması için tek yönlü ANOVA analizi kullanılmıştır. Ölçek toplam puanları ve alt ölçek puanlarının birbirleri ile ilişkisi Pearson korelasyon analizi ile incelenmiştir. Savunma biçimleri alt ölçeklerinin Tedavi Motivasyonunu yordayıcılığına dair analiz ise basit doğrusal regresyon analizi ile incelenmiştir. Analizlerde güven aralığı %95 ($p=0.05$) olarak belirlenmiştir.

3.6. Araştırmanın Etik Yönü

Veri toplama sürecine başlamadan önce Okan Üniversitesi Etik Kurulundan (EK-4) ve Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nden gerekli (EK-5) izinler alınmıştır. Veri toplamada kullanılan Savunma Biçimleri Testi-40 (EK-6) ve Tedavi Motivasyonu Anketi'nin (EK-7) kullanımı için yazarlarından mail yoluyla kullanım izni alınmıştır. Katılımcılara çalışma ile ilgili detaylı bilgilendirme yapılmış olup, tamamen gönüllülük esasına dayandığı, bilgilerin

gizli kalacağı ve farklı bir çalışmada kullanılmayacağı açıklanarak yazılı ve sözlü onamları alınmıştır (EK-8).

3.7.Araştırmanın Sınırlılıkları ve Genellenebilirliği

Çalışmanın İstanbul ilinde bulunan yalnız bir ruh sağlığı ve hastalıkları hastanesine başvurarak yatarak tedavi gören bireylerle yapılmış olması ve elde edilen sonuçların verilerin toplandığı tarihlerde katılımcıların verdiği öz bildirimlerden oluşması bu çalışmanın sınırlılığını oluşturmaktadır. Çalışmanın bu sınırlılıkları doğrultusunda çalışma sonuçları tüm madde bağımlılığı tanısı olan bireylere genellenemez.



4.BULGULAR

Tablo 4. 1. Katılımcıların Sosyo-demografik Özelliklerine İlişkin Frekans Dağılımları (n=170)

		n	%
Cinsiyet	Erkek	155	91,2
	Kadın	15	8,8
Eğitim	Okuryazar	7	4,1
	İlkokul	33	19,4
	Ortaokul	62	36,5
	Lise	61	35,9
	Ön lisans	6	3,5
	Lisans	1	0,6
Çalışma Durumu	Çalışıyor	54	31,8
	Çalışmıyor	116	68,2
Medeni Durum	Evli	48	28,2
	Bekar	102	60,0
	Dul	3	1,8
	Boşanmış	17	10,0
Çocuk Sahibi Olma Durumu	Var	57	33,5
	Yok	113	66,5
Kiminle Yaşıyor?	Eşle	41	24,1
	Anne-baba	89	52,4
	Arkadaşla	2	1,2
	Yalnız	8	4,7
	Diğer	30	17,6
Anne-Baba Durumu	Evli-birlikte	125	73,5
	Evli-Ayrı Yaşıyor	21	12,4
	Boşanmış	24	14,1
Gelir Durumu (TL)	3500 altı	118	69,4
	3500-7500	44	25,9
	7500-10000	6	3,5
	10000 üstü	2	1,2

Çalışmaya katılanların 155'i erkek (%91,2) 15'i ise kadındır (%8,8). 62 kişi Ortaokul (%36,5) 61 kişi (%35,9) lise mezunudur. 116 kişi çalışmadığını belirtirken (%68,2), 57kişi (%33,5) çocuğunun olduğunu ifade etmiştir. Katılımcıların 102'si (%60)

bekar, 89'u (%52,4) anne-babasıyla yaşamaktadır. 118 katılımcı (%69,4) gelir düzeyinin ayda 3500 TL ve altı olduğunu belirtmiştir (Tablo 4.1).

Tablo 4. 2. Katılımcıların Klinik Verilerine İlişkin Frekans Dağılımları (n=170)

		n	%
Alkol	Evet	54	31,8
	Hayır	116	68,2
Madde Kullanım Nedeni	Arkadaş ısrarı	63	37,1
	Eğlenmek	21	12,4
	Özenmek	24	14,1
	Merak etmek	33	19,4
	Sorunlarla baş etmek	20	11,8
	Diğer	9	5,3
Kullanılan Madde (1. Sıra)	Esrar	143	84,1
	Eroin	21	12,4
	Alkol	1	0,6
	Bonzai	1	0,6
	Kokain	1	0,6
	Metamfetamin	2	1,2
	Diğer	1	0,6
Kullanılan Madde (2. sıra)	Eroin	116	77,3
	Alkol	21	14,0
	Diğer	20	11,8
	Bonzai	10	6,7
	Kokain	2	1,3
	Metamfetamin	1	0,7
Kullanılan Madde (3.Sıra)	Alkol	87	62,6
	Bonzai	27	19,4
	Diğer	31	18,2
	Kokain	9	6,5
	Uçucu madde	3	2,2
	Metamfetamin	5	3,6
	Extacy	8	5,8
Daha Önce Madde Kullanım Bozukluğuna Bağlı Yatışı Olma Durumu	Evet	112	65,9
	Hayır	58	34,1
Maddeyi Bırakabilme Düşüncesi	Evet	98	57,6
	Hayır	72	42,4
Madde Bırakmayı Deneme	Evet	143	84,1
	Hayır	27	15,9

Çalışmaya katılanların 54'ü (%31,8) alkol kullandığını belirtmiş, 63'ü (%37,1) arkadaş ısrarı nedeniyle madde kullandığını ifade etmiştir. Kullandığı maddeye birinci sırada Esrar yazan 143 kişi (%84,1), ikinci sırada eroin yazan 116 kişi (%77,3) ve üçüncü sırada alkol yazan 87 kişi (%62,6) bulunmaktadır. 112 kişinin (%65,9) daha önce madde kullanım bozukluğu nedeniyle yatışı bulunurken, 98 kişinin (%57,6) maddeyi bırakabilme düşüncesi vardır ve 143 kişi (%84,1) maddeyi bırakmayı denediğini ifade etmiştir (Tablo 4.2).

Tablo 4. 3. Katılımcıların Sosyo-Demografik ve Klinik Verilerine İlişkin Tanımlayıcı Değerler (n=170)

	n	Min.	Maks.	Ort.	Ss
Yaş	170	19,00	66,00	32,735	8,0490
Madde başlama yaşı	170	8,00	43,00	17,594	5,3443
En uzun ayık kalma Süresi	170	,00	180,00	25,988	31,283
Madde Yatış Sayısı	110	1	20	4,25	3,698

Katılımcıların yaşları ortalama 32,735 (8,04) olarak belirlenmiş, maddeye başlama yaşları ise ortalama 17,594 (5,34) olarak saptanmıştır. En uzun ayık kalma süresi ortalama 25,988 (31,28) ayken, madde yatış sayıları ise ortalama 4,25 (3,69) olarak belirlenmiştir (Tablo 4.3).

Tablo 4. 4. Ölçek Puanlarına Dair Tanımlayıcı Veriler (n=170)

		n	Min	Maks.	Ort.	Ss
Savunma Biçimleri	İmmatür	170	32,00	194,00	108,449	28,691
	Nevrotik	170	17,00	72,00	44,711	10,864
	Olgun	170	14,00	72,00	45,617	11,495
Tedavi Motivasyonu	İçsel Motivasyon	170	11,00	102,00	48,623	10,032
	Dışsal Motivasyon	170	4,00	20,00	11,341	3,063
	Kişilerarası Yardım Arama	170	6,00	30,00	21,541	5,137
	Tedaviye Güven	170	9,00	30,00	20,000	3,926
	Toplam	170	7,80	29,00	20,280	3,127

Katılımcıların ölçeklerden aldıkları puanlara dair tanımlayıcı veriler Tablo 4.4’de gösterilmiştir. Katılımcıların savunma biçimlerinin puan ortalamalarının sırasıyla immatür savunma 108,449 (28,691), nevrerik savunma 44,711 (10,864) ve olgun savunma 45,617 (11,495) olduğu tespit edilmiştir. Tedavi Motivasyonu Anketi alt boyutlarından aldıkları puan ortalamalarının sırasıyla içsel motivasyon 48,623 (10,032), dışsal motivasyon 11,341 (3,063), kişilerarası yardım arama 21,541 (5,137) ve tedaviye güven 20,000 (3,926) olduğu saptanmıştır. Tedavi Motivasyonu Anketinden aldıkları puan ortalamasının 20,280 (3,127) olduğu tespit edilmiştir (Tablo 4.4).

Tablo 4. 5. Ölçek Puanlarının Cinsiyete Göre Karşılaştırılması (n=170)

		Cinsiyet	n	Ort.	Ss	p
Savunma Biçimleri	İmmatür	Erkek	155	109,305	27,942	,215
		Kadın	15	99,666	35,419	
	Nevrotik	Erkek	155	44,967	10,891	,325
		Kadın	15	42,066	10,572	
	Olgun	Erkek	155	45,787	11,493	,538
		Kadın	15	43,866	11,776	
Tedavi Motivasyonu	İçsel Motivasyon	Erkek	155	48,483	10,359	,568
		Kadın	15	50,066	5,662	
	Dışsal Motivasyon	Erkek	155	11,335	3,083	,938
		Kadın	15	11,400	2,947	
	Kişilerarası Yardım Arama	Erkek	155	21,606	5,077	,596
		Kadın	15	20,866	5,865	
	Tedaviye Güven	Erkek	155	19,837	3,861	,085
		Kadın	15	21,666	4,336	
	Toplam	Erkek	155	20,229	3,214	,515
		Kadın	15	20,800	2,032	
Not: <i>p</i>: Bağımsız Örneklem <i>t</i> testi anlamlılık değeri						

Çalışmadan elde edilen Savunma Biçimleri Ölçeği ve Tedavi Motivasyon Anketi toplam ölçek puanı ve alt ölçek puanlarının cinsiyete göre karşılaştırılması adına bağımsız örneklem t testi uygulanmıştır. Analizlere göre iki ölçeğin de alt boyutlarının ve toplam puanlarının cinsiyete göre anlamlı düzeyde farklılık göstermediği saptanmıştır ($p>0,05$) (Tablo 4.5)

Tablo 4. 6. Ölçek Puanlarının Çalışma Durumuna Göre Karşılaştırılması (n=170)

		Çalışma Durumu	n	Ort.	Ss	p
Savunma Biçimleri	İmmatür	Çalışıyor	54	112,481	29,368	,212
		Çalışmıyor	116	106,556	28,298	
	Nevrotik	Çalışıyor	54	42,259	10,954	,044
		Çalışmıyor	116	45,853	10,678	
	Olgun	Çalışıyor	54	43,574	10,662	,114
		Çalışmıyor	116	46,569	11,787	
Tedavi Motivasyonu	İçsel Motivasyon	Çalışıyor	54	48,074	9,484	,628
		Çalışmıyor	116	48,879	10,307	
	Dışsal Motivasyon	Çalışıyor	54	10,777	3,081	,102
		Çalışmıyor	116	11,603	3,032	
	Kişilerarası Yardım Arama	Çalışıyor	54	22,537	4,620	,085
		Çalışmıyor	116	21,077	5,316	
	Tedaviye Güven	Çalışıyor	54	20,264	3,913	,556
		Çalışmıyor	116	19,879	3,943	
	Toplam	Çalışıyor	54	20,311	3,014	,576
		Çalışmıyor	116	20,767	2,115	
Not: p: Bağımsız Örneklem t testi anlamlılık değeri						

Çalışmada uygulanan ölçeklerin toplam ölçek puanı ve alt ölçek puanlarının çalışma durumuna göre farklılıkları analiz edildiğinde ise çalışmayanların nevroitik savunma biçimlerinin çalışanlara göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu belirlenmiş

($p<0,05$), diğer karşılaştırmalarda ise anlamlı düzeyde bir fark olmadığı saptanmıştır ($p>0,05$) (Tablo 4.6).

Tablo 4. 7. Ölçek Puanlarının Çocuk Sahibi Olma Durumuna Göre Karşılaştırılması (n=170)

		Çocuk Sahibi Olma Durumu	n	Ort.	Ss	p
Savunma Biçimleri	İmmatür	Var	57	113,052	27,589	,137
		Yok	113	106,107	29,076	
	Nevrotik	Var	57	47,912	9,666	,006
		Yok	113	43,097	11,115	
	Olgun	Var	57	47,736	11,270	,088
		Yok	113	44,548	11,509	
Tedavi Motivasyonu	İçsel Motivasyon	Var	57	48,631	9,412	,994
		Yok	113	48,619	10,371	
	Dışsal Motivasyon	Var	57	12,175	3,279	,011
		Yok	113	10,920	2,872	
	Kişilerarası Yardım Arama	Var	57	22,386	5,024	,128
		Yok	113	21,115	5,162	
	Tedaviye Güven	Var	57	19,631	4,007	,386
		Yok	113	20,187	3,889	
	Toplam	Var	57	20,564	2,926	,401
		Yok	113	20,135	3,227	
Not: p: Bağımsız Örneklem t testi anlamlılık değeri						

Çalışmada uygulanan ölçeklerin alt ölçek puanlarının çocuk sahibi olma durumuna göre farklılıkları analiz edildiğinde ise çocuk sahibi olanların nevroitik savunma biçimlerinin ve dışsal tedavi motivasyonlarının çocuk sahibi olmayanlara göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu belirlenmiş ($p<0,05$), diğer karşılaştırmalarda ise anlamlı düzeyde bir fark olmadığı saptanmıştır ($p>0,05$) (Tablo 4.7).

Tablo 4. 8. Ölçek Puanlarının Medeni Duruma Göre Karşılaştırılması (n=170)

		Medeni Durum	n	Ort.	Ss	p
Savunma Biçimleri	İmmatür	Evli	48	112,520	28,414	,246
		Diğer	122	106,834	28,757	
	Nevrotik	Evli	48	46,958	10,295	,091
		Diğer	122	43,827	10,995	
	Olgun	Evli	48	47,458	11,311	,191
		Diğer	122	44,893	11,532	
Tedavi Motivasyonu	İçsel Motivasyon	Evli	48	46,437	12,328	,075
		Diğer	122	49,483	8,882	
	Dışsal Motivasyon	Evli	48	12,437	3,241	,003
		Diğer	122	10,909	2,892	
	Kişilerarası Yardım Arama	Evli	48	21,916	5,549	,552
		Diğer	122	21,393	4,981	
	Tedaviye Güven	Evli	48	19,208	3,625	,099
		Diğer	122	20,314	4,010	
	Toplam	Evli	48	20,004	3,802	,464
		Diğer	122	20,217	2,825	
Not: p: Bağımsız Örneklem t testi anlamlılık değeri						

Çalışmada uygulanan ölçeklerin alt ölçek puanlarının medeni duruma göre farklılıkları analiz edildiğinde ise evli olanların dışsal tedavi motivasyonlarının evli olmayanlara göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu saptanmış ($p<0,01$), diğer karşılaştırmalarda ise anlamlı düzeyde bir fark olmadığı belirlenmiştir ($p>0,05$) (Tablo 4.8).

Tablo 4. 9. Ölçek Puanlarının Gelir Durumuna Göre Karşılaştırılması (n=170)

		Gelir Durumu	n	Ort.	Ss	p
Savunma Biçimleri	İmmatür	3500 altı	118	109,949	29,278	,303
		3500 ve üzeri	52	104,980	27,246	
	Nevrotik	3500 altı	118	45,186	11,109	,392
		3500 ve üzeri	52	43,634	10,310	
	Olgun	3500 altı	118	46,762	11,808	,052
		3500 ve üzeri	52	43,019	10,397	
Tedavi Motivasyonu	İçsel Motivasyon	3500 altı	118	48,084	10,693	,293
		3500 ve üzeri	52	49,846	8,306	
	Dışsal Motivasyon	3500 altı	118	11,372	3,126	,840
		3500 ve üzeri	52	11,269	2,944	
	Kişilerarası Yardım Arama	3500 altı	118	21,398	5,167	,586
		3500 ve üzeri	52	21,865	5,102	
	Tedaviye Güven	3500 altı	118	19,427	3,721	,004
		3500 ve üzeri	52	21,288	4,103	
	Toplam	3500 altı	118	20,025	3,270	,101
		3500 ve üzeri	52	20,853	2,701	
Not: p: Bağımsız Örneklem t testi anlamlılık değeri						

Çalışmada uygulanan ölçeklerin alt ölçek puanlarının gelir durumuna göre farklılıkları analiz edildiğinde ise geliri 3500 TL ve üzeri olanların tedaviye güven puanlarının, geliri 3500 TL'den daha az olanlara göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu saptanmış ($p<0,01$), diğer karşılaştırmalarda ise anlamlı düzeyde bir fark olmadığı belirlenmiştir ($p>0,05$) (Tablo 4.9).

Tablo 4. 10. Ölçek Puanlarının Eğitim Durumuna Göre Karşılaştırılması (n=170)

		Eğitim Durumu	n	Ort.	Ss	p
Savunma Biçimleri	İmmatür	İlkokul	40	115,87	26,002	,090
		Ortaokul	62	109,18	32,848	
		Lise ve üzeri	68	103,42	25,401	
	Nevrotik	İlkokul	40	47,67	10,041	,120
		Ortaokul	62	44,38	12,922	
		Lise ve üzeri	68	43,26	8,918	
	Olgun	İlkokul	40	48,25	11,887	,201
		Ortaokul	62	44,08	12,182	
		Lise ve üzeri	68	45,47	10,470	
Tedavi Motivasyonu	İçsel Motivasyon	İlkokul	40	49,32	12,966	,726
		Ortaokul	62	48,98	7,464	
		Lise ve üzeri	68	47,88	10,213	
	Dışsal Motivasyon	İlkokul	40	11,27	3,623	,877
		Ortaokul	62	11,50	3,082	
		Lise ve üzeri	68	11,23	2,710	
	Kişilerarası Yardım Arama	İlkokul	40	21,35	5,837	,919
		Ortaokul	62	21,45	4,970	
		Lise ve üzeri	68	21,73	4,916	
	Tedaviye Güven	İlkokul	40	19,15	3,483	,308
		Ortaokul	62	20,29	3,540	
		Lise ve üzeri	68	20,22	4,451	
	Toplam	İlkokul	40	20,13	3,74	,867
		Ortaokul	62	20,43	2,82	
		Lise ve üzeri	68	20,21	2,65	
Not: p: Tek Yönlü ANOVA anlamlılık değeri						

Çalışmada uygulanan ölçeklerin alt ölçek puanlarının eğitim durumuna göre karşılaştırılması adına ilkokul mezunu ve okuryazar grubu, lisans, ön lisans ve lise grubu birleştirilerek üç grupta ölçek skorları ANOVA ile analiz edilmiştir. Analizlere göre alt

ölçek puanlarının eğitim seviyesine göre farklılık göstermediği belirlenmiştir ($p>0,05$) (Tablo 4.10).

Tablo 4. 11. Ölçek Puanlarının Hastanın Birlikte Yaşadıkları Kişilere Göre Karşılaştırılması (n=170)

		Kiminle Yaşıyor	n	Ort.	Ss	p
Savunma Biçimleri	İmmatür	Eş	41	110,95	30,442	,813
		Anne-Baba	89	107,42	28,427	
		Diğer	40	108,22	28,053	
	Nevrotik	Eş	41	46,29	10,230	,377
		Anne-Baba	89	43,62	10,415	
		Diğer	40	45,50	12,386	
	Olgun	Eş	41	47,56	11,404	,210
		Anne-Baba	89	45,85	11,159	
		Diğer	40	43,10	12,152	
Tedavi Motivasyonu	İçsel Motivasyon	Eş	41	46,29	13,253	,208
		Anne-Baba	89	49,08	9,886	
		Diğer	40	49,97	5,230	
	Dışsal Motivasyon	Eş	41	12,19	3,429	,119
		Anne-Baba	89	11,11	2,866	
		Diğer	40	10,97	3,008	
	Kişilerarası Yardım Arama	Eş	41	21,90	5,629	,612
		Anne-Baba	89	21,16	5,176	
		Diğer	40	22,00	4,551	
	Tedaviye Güven	Eş	41	19,31	3,823	,443
		Anne-Baba	89	20,22	4,010	
		Diğer	40	20,20	3,857	
	Toplam	Eş	41	19,94	4,010	,615
		Anne-Baba	89	20,27	3,085	
		Diğer	40	20,63	2,037	

Not: p : Tek Yönlü ANOVA anlamlılık değeri

Çalışmada uygulanan ölçeklerin alt ölçek puanlarının hastaların yaşadıkları kişilere göre karşılaştırılması adına ANOVA uygulanmış ve analizlere göre alt ölçek puanlarının hastaların birlikte yaşadıkları kişilere göre farklılık göstermediği belirlenmiştir ($p>0,05$) (Tablo 4.11).

Tablo 4. 12. Ölçek Puanlarının Alkol Kullanımına Göre Karşılaştırılması (n=170)

		Alkol Kullanma Durumu	n	Ort.	Ss	p
Savunma Biçimleri	İmmatür	Evet	54	113,740	28,724	,101
		Hayır	115	105,965	28,460	
	Nevrotik	Evet	54	44,111	9,038	,624
		Hayır	116	44,991	11,643	
	Olgun	Evet	54	44,240	9,640	,288
		Hayır	116	46,258	12,250	
Tedavi Motivasyonu	İçsel Motivasyon	Evet	54	48,814	7,294	,866
		Hayır	116	48,534	11,106	
	Dışsal Motivasyon	Evet	54	11,777	2,937	,206
		Hayır	116	11,137	3,112	
	Kişilerarası Yardım Arama	Evet	54	21,203	4,795	,561
		Hayır	116	21,698	5,301	
	Tedaviye Güven	Evet	54	19,773	3,619	,614
		Hayır	116	20,103	4,069	
	Toplam	Evet	54	20,248	2,651	,930
		Hayır	116	20,291	3,332	
Not: p: Bağımsız Örneklem t testi anlamlılık değeri						

Çalışmada uygulanan ölçeklerin toplam ölçek puanı ve alt ölçek puanlarının alkol kullanımına göre farklılıkları analiz edildiğinde, ölçek puanlarının alkol kullanımına göre farklılık göstermediği saptanmıştır ($p>0,05$) (Tablo 4.12).

Tablo 4. 13. Ölçek Puanlarının Maddeye Bağlı Daha Önce Yatışı Olma Durumuna Göre Karşılaştırılması (n=170)

		Maddeye Bağlı Daha Önce Yatış Durumu	n	Ort.	Ss	p
Savunma Biçimleri	İmmatür	Evet	110	105,009	29,400	,033
		Hayır	59	114,982	26,516	
	Nevrotik	Evet	110	42,633	10,588	,001
		Hayır	59	48,578	10,366	
	Olgun	Evet	110	45,196	11,344	,515
		Hayır	59	46,421	11,944	
Tedavi Motivasyonu	İçsel Motivasyon	Evet	110	48,026	9,623	,288
		Hayır	59	49,771	10,864	
	Dışsal Motivasyon	Evet	110	11,401	3,082	,890
		Hayır	59	11,333	2,960	
	Kişilerarası Yardım Arama	Evet	110	21,562	5,205	,968
		Hayır	59	21,596	5,038	
	Tedaviye Güven	Evet	110	20,160	4,028	,391
		Hayır	59	19,607	3,720	
	Toplam	Evet	110	20,230	3,160	,737
		Hayır	59	20,403	3,108	
Not: p: Bağımsız Örneklem t testi anlamlılık değeri						

Çalışmada uygulanan ölçeklerin alt ölçek puanlarının maddeye bağlı yatış durumuna göre farklılıkları analiz edildiğinde ise maddeye bağlı yatışı olanların immatür ve nevrotik savunma biçimlerinin, maddeye bağlı yatışı olmayanlara göre anlamlı düzeyde daha düşük olduğu saptanmış ($p<0,05$), diğer karşılaştırmalarda ise anlamlı düzeyde bir fark olmadığı belirlenmiştir ($p>0,05$) (Tablo 4.13).

Tablo 4. 14. Ölçek Puanlarının Maddeyi Bırakabilme Düşüncesine Göre Karşılaştırılması (n=170)

		Maddeyi Bırakabilme Düşüncesi	n	Ort.	Ss	p
Savunma Biçimleri	İmmatür	Evet	98	108,422	30,254	,989
		Hayır	72	108,486	26,648	
	Nevrotik	Evet	98	46,306	10,541	,025
		Hayır	72	42,541	10,994	
	Olgun	Evet	98	47,908	11,646	,002
		Hayır	72	42,500	10,589	
Tedavi Motivasyonu	İçsel Motivasyon	Evet	98	48,959	8,419	,612
		Hayır	72	48,166	11,931	
	Dışsal Motivasyon	Evet	98	11,285	3,207	,784
		Hayır	72	11,416	2,876	
	Kişilerarası Yardım Arama	Evet	98	21,204	5,088	,320
		Hayır	72	22,000	5,202	
	Tedaviye Güven	Evet	98	20,237	3,957	,364
		Hayır	72	19,680	3,888	
	Toplam	Evet	98	20,168	2,298	,901
		Hayır	72	20,196	3,114	
Not: p: Bağımsız Örneklem t testi anlamlılık değeri						

Çalışmada uygulanan ölçeklerin alt ölçek puanlarının maddeyi bırakabilme düşüncesine göre farklılıkları analiz edildiğinde ise maddeyi bırakabilme düşüncesi olanların olgun ve nevrotik savunma biçimlerinin, maddeyi bırakabilme düşüncesi olmayanlara göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu belirlenmiş ($p<0,05$), diğer karşılaştırmalarda ise anlamlı düzeyde bir fark olmadığı saptanmıştır ($p>0,05$) (Tablo 4.14).

Tablo 4. 15. Ölçek Puanlarının Madde Bırakmayı Deneme Durumlarına Göre Karşılaştırılması (n=170)

		Madde Bırakmayı Deneme Durumu	n	Ort.	Ss	p
Savunma Biçimleri	İmmatür	Evet	143	109,795	29,202	,163
		Hayır	27	101,370	25,144	
	Nevrotik	Evet	143	44,832	10,757	,741
		Hayır	27	44,074	11,605	
	Olgun	Evet	143	45,664	11,709	,903
		Hayır	27	45,370	10,492	
Tedavi Motivasyonu	İçsel Motivasyon	Evet	143	48,811	9,922	,576
		Hayır	27	47,629	10,735	
	Dışsal Motivasyon	Evet	143	11,384	3,011	,672
		Hayır	27	11,111	3,377	
	Kişilerarası Yardım Arama	Evet	143	21,769	4,899	,184
		Hayır	27	20,333	6,214	
	Tedaviye Güven	Evet	143	19,790	3,971	,103
		Hayır	27	21,153	3,517	
	Toplam	Evet	143	20,856	3,124	,603
		Hayır	27	20,419	3,096	
Not: p: Bağımsız Örneklem t testi anlamlılık değeri						

Çalışmada uygulanan ölçeklerin toplam ölçek puanı ve alt ölçek puanlarının maddeyi bırakmayı deneme durumlarına göre farklılıkları analiz edildiğinde, ölçek puanlarının madde bırakmayı deneme durumlarına göre farklılık göstermediği saptanmıştır ($p>0,05$) (Tablo 4.15).

Tablo 4. 16.Ölçek Puanlarının ve Klinik Değişkenlerin Birbirleri ile İlişkisi

			1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
1	Yaş		1											
2	Madde Başlama Yaşı		,412**	1										
3	En Uzun Ayık Kalma Süresi		,094	-,059	1									
4	Yatış Sayısı		,104	-,147	-,068	1								
5	Savunma Biçimleri	İmmatür	-,006	-,109	-,087	-,049	1							
6		Nevrotik	,081	-,098	,112	-,072	,360**	1						
7		Olgun	-,064	-,093	,056	-,126	,236**	,438**	1					
8	Tedavi Motivasyonu	İçsel Motivasyon	,071	-,020	,071	-,157	-,050	,113	,097	1				
9		Dışsal Motivasyon	,083	,009	,020	-,288**	,034	,080	,054	,191*	1			
10		Kişilerarası Yardım Arama	,217**	,027	,146	-,065	-,095	,023	,054	,391**	,342**	1		
11		Tedaviye Güven	,075	,008	,102	-,081	-,210**	-,019	,072	,373**	-,144	,113	1	
12		Toplam	,141	-,027	,127	-,194*	-,111	,092	,111	,900**	,391**	,671**	,419**	1

Not: *:p<.05, **:p<.01, r: Pearson Korelasyon Analizi

Çalışmada uygulanan ölçekler ve demografik verilerin birbirleri ile ilişkisi Spearman korelasyon analizi ile incelenmiştir. Analizlere göre; katılımcıların yaşları ile ve kişilerarası yardım arama puanları ile pozitif yönde ilişkili olduğu saptanmıştır ($p<0.01$). Yatış sayılarının ise dışsal tedavi motivasyonu ve tedavi motivasyonu toplam puanlarıyla negatif yönde ilişkili olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$). İmmatür savunmalar puanlarının ise tedaviye güven puanlarıyla negatif yönde; olgun ve nevrotik savunmalar puanlarıyla pozitif yönde ilişkili olduğu saptanmıştır ($p<0.01$). Diğer karşılaştırmalarda ise anlamlı bir ilişki olmadığı saptanmıştır ($p>0.05$) (Tablo 4.16).

Tablo 4. 17. Savunma Biçimlerinin Tedavi Motivasyonunu Yordayıcılığına Dair Regresyon Analizi

		B	β	t	p
İçsel Motivasyon $R = .154$ $R^2 = .024$ $R^2_{adj} = .006$, $F(3, 165) = 1.344$, $p > .05$	Sabit	45,161		10,812	,000
	İmmatür	-,038	-,108	-1,306	,193
	Nevrotik	,109	,117	1,316	,190
	Olgun	,058	,066	,778	,438
Dışsal Motivasyon $R = .095$ $R^2 = .009$ $R^2_{adj} = .001$, $F(3, 165) = .501$, $p > .05$	Sabit	10,001		7,786	,000
	İmmatür	,000	-,002	-,022	,983
	Nevrotik	,022	,079	,878	,381
	Olgun	,008	,031	,356	,722
Kişilerarası Yardım Arama $R = .124$ $R^2 = .015$ $R^2_{adj} = .003$, $F(3, 165) = .854$, $p > .05$	Sabit	21,869		10,175	,000
	İmmatür	-,022	-,122	-1,466	,145
	Nevrotik	,016	,034	,376	,708
	Olgun	,029	,064	,747	,456
Tedaviye Güven $R = .253$ $R^2 = .064$ $R^2_{adj} = .047$, $F(3, 165) = 3.749$, $p < .05$	Sabit	21,216		13,275	,000
	İmmatür	-,034	-,252	-3,098	,002
	Nevrotik	,010	,029	,329	,743
	Olgun	,046	,133	1,582	,116

Çalışmada uygulanan Savunma Biçimleri ölçeği alt boyutlarının (immatür, olgun ve nevrotik savunmalar) tedavi motivasyon düzeylerini (içsel motivasyon, dışsal motivasyon, kişilerarası yardım arama ve tedaviye güven) ne ölçüde yordadığını test etmek amacıyla basit doğrusal regresyon analizi uygulanmıştır. Analizde, savunma

biçimleri puanları bağımsız değişken; her bir tedavi motivasyonu puanı da bağımlı değişken olarak ayrı ayrı regresyon analizleri gerçekleştirilmiştir. Analizlere göre; savunma biçimlerinin birlikte oluşturduğu modelin içsel motivasyon, dışsal motivasyon ve kişilerarası yardım arama motivasyonlarını anlamlı düzeyde yordamadığı belirlenmiştir ($p>0.05$). Savunma biçimleri puanlarının birlikte oluşturduğu modelin, tedaviye güven puanlarını ise anlamlı düzeyde yordadığı saptanmıştır ($p<0.05$). Modelde, tedaviye güven varyansın %6'sı açıklanmaktadır ($R^2=.064$). Standardize edilmiş regresyon katsayılarına bakıldığında, modelde immatür savunmaların tedaviye güven puanlarını negatif yönde anlamlı düzeyde ($\beta= -.252, p< 0.01$) yordadığı saptanmıştır (Tablo 4.17).



5. TARTIŞMA

Bu bölümde, madde bağımlılığı tanısı almış bireylerin sosyodemografik verilerine ilişkin tanımlayıcı bilgiler birinci bölümde, katılımcıların savunma biçimleri, savunma biçimlerini ve tedavi motivasyonlarını etkileyen değişkenlerine ilişkin veriler ikinci bölümde ve savunma biçimleri ve tedavi motivasyonu düzeyleri ve bunlar arasındaki ilişkiye ilişkin veriler üçüncü bölümde tartışılmıştır.

5.1. Katılımcıların Sosyodemografik Verilerine İlişkin Tanımlayıcı Bilgilerin Tartışılması

Bireylerin gelir düzeylerinin düşük olması ve düşük gelire sahip ailelerin çocuklarının yeterli düzeyde eğitim alamamaları, kaliteli beslenememeleri, kişisel gelişimlerini destekleyecek okuma, spor, ilgi duydukları hobilere yönelme gibi imkânlarının olmaması bu bireylerin madde kullanımını kolaylaştırabilmektedir (101). Çalışmamızda katılımcıların %91,2'sinin erkek, %36,5'inin ortaokul, %35,9'unun lise mezunu, %68,2'sinin çalışmadığı, %33,5'inin çocuğunun olduğu, %60'ının bekar, %52,4'ünün anne-babasıyla yaşadığı ve %69,4'ünün gelir düzeyinin ayda 3500 TL ve altı olduğu tespit edilmiştir. Bilici ve diğerlerinin 2012 yılında yaptıkları çalışmada alkol ve madde kullanım bozukluğu tanılı bireylerin %56,4'ünün evli, %48,4'ünün eşi ve çocuklarıyla yaşadığı, %41,9'unun çocuğunun olmadığı, %47,7'sinin eğitim düzeyinin ilköğretim olduğu, %58,9'unun gelir düzeyinin düşük olduğu bildirilmektedir (102). Mutlu ve Sarıkaya'nın 2019 yılında yaptıkları çalışmada madde kullanım bozukluğu tanılı bireylerin %94,5'inin erkek, %36,6'sının eğitim süresinin 6-10 yıl, %29,5'inin eğitim süresinin 11 yıl ve üzeri olduğu bildirilmektedir. Çalışmada ayrıca, katılımcıların %47,7'sinin bekar, %87,1'inin ailesiyle yaşadığı, %54,8'inin kişi başı gelirinin 0-500 TL olduğu belirtilmektedir (103). Ateş ve Tuncay'ın 2020 yılında yaptıkları çalışmada madde bağımlılığı tanısı olan bireylerin %90,7'sinin erkek, %69,3'nün bekar, %50'sinin ortaokul mezunu, %65'inin çalışmadığı ve %57,9'unun anne-babasıyla yaşadığı saptanmıştır (104). Literatürde yer alan farklı yıllarda yapılmış çalışma sonuçları ile çalışmamızda elde ettiğimiz sonuçlar paralellik göstermektedir.

Madde kullanımına başlama nedenlerinin başında merak duygusunun yer aldığı belirtilse de merak duygusunun yanı sıra arkadaş çevresi, ailevi sorunların varlığı, yaşanan travmalar, kendini ispat etmek, kişisel problemleriyle başa çıkamamak, yalnızlık,

enerjilerini arttırma isteği, özentı gibi durumlarda bireyleri madde kullanımına itebilmektedir (27, 105). Çalışmamızda katılımcıların %37,1'inin arkadaş ısrarı, %19,4'ünün merak ve %14,1'inin özentı nedeniyle madde kullandığını ifade ettikleri görölmektedir. Taylan ve diğlerlerinin 2019 yılında yaptıkları çalışmada katılımcıların sigara ve alkole başlama nedenlerini önem derecesine göre sıralamaları istenmiş olup, merak etmenin daha önemli olduğu, bunu sırasıyla özentı ve arkadaş çevresinin takip ettiği tespit edilmiştir (106). Yılmaz, İbiş ve Aktuğ tarafından 2020 yılında yapılan çalışmada katılımcılara alkole başlama nedeni sorulduğunda katılımcıların %23,4'ünün merak, %11,5'inin can sıkıntısı, %10,4'ünün arkadaşlarını içtiği için yanıtını verdikleri gözlenirken, uyuşturucuya başlama nedenleri sorulduğunda %43,1'inin eğlenmek, %24,6'sının merak yanıtını verdikleri gözlenmiştir (107). Aşık ve diğlerlerinin 2018 yılında yaptıkları çalışmada öğrenciler alkol ve sigaraya başlama nedenlerinin arkadaş ortamı olduğunu ifade ettikleri gözlenmiştir (108). Literatürde yer alan farklı yıllarda yapılmış çalışmalarda elde edilen sonuçlarla çalışmamızda elde ettiğimiz sonuçlar benzerlik göstermektedir.

Çalışmamızda katılımcıların %84,1'inin kullandığı maddeye birinci sırada esrar yazdığı, %77,3'ünün ikinci sırada eroin yazdığı ve %62,6'sının üçüncü sırada alkol yazdığı tespit edilmiştir. Literatürde 2002 ve 2019 yıllarında yapılan iki farklı çalışmada katılımcıların ilk sırada kullandıkları maddenin esrar olduğu saptanmıştır (109, 110). Avrupa Uyuşturucu ve Uyuşturucu Bağımlılığını İzleme Merkezi'nin 2019 yılı Raporu'nda; Avrupa Birliği'nde yaklaşık 96 milyon bireyin ya da yetişkin nüfusun %29'unun hayatlarının bir döneminde yasa dışı madde denediği, dünya genelinde tüm yaş gruplarında esrarın en yaygın kullanılan yasa dışı madde olduğu bildirilmektedir (65). Ülkemizde İçişleri Bakanlığı Emniyet Genel Müdürlüğü Narkotik Suçlarla Mücadele Daire Başkanlığı tarafından 2019 yılında yayınlanan Türkiye Uyuşturucu Raporu'nda uyuşturucu kullandığını ifade eden bireylerin %85,6'sının ilk olarak esrar ile başladıkları bildirilmektedir (Başkanlığı, 2019) Literatürde yer alan çalışma sonuçları ile çalışmamızda elde ettiğimiz sonuçlar paralellik göstermekte olup, esrar maddesine ulaşımın daha kolay olmasının ve zamanla toplum tarafından esrarın diğler uyuşturuculara göre daha az zararlı olduğuna dair gelişen yanlış inanç ve tutumların (111) bu sonucun elde edilmesinde etkili olduğu düşünülmektedir.

Çalışmamızda katılımcıların %65,9'unun madde ile ilgili daha önce yatışı bulunmakla birlikte katılımcıların %57,6'sının maddeyi bırakabilme düşüncesi vardır ve

%84,1'i maddeyi bırakmayı denediğini ifade etmiştir. Karaağaç ve diğerlerinin 2017 yılında yaptıkları çalışmada hastaların %67,7'sinin 1-15 gün arasında yatarak tedavi gördükleri ve %59,8'inin kendi isteğiyle taburcu olduğu, kliniğe ilk kez yatan hasta oranının %59 olduğu bildirilmektedir (112). Saatçioğlu ve diğerlerinin 2007 yılında yaptıkları çalışmada yatarak tedavi gören alkol dışı madde bağımlılığı tanılı bireylerin %95,7'sinin kendi isteğiyle tedaviye başvurduğu bildirilmekle birlikte yatarak tedavi sayısının ortalama 2,65 olduğu bildirilmektedir (113). Madde bağımlılığı tanısı olan bireylerde özellikle çoklu madde kullanımı olan ve madde kullanımının daha şiddetli olduğu gözlenen bireylerde madde kullanımını bırakma ve tedavi olma isteğinin daha fazla olduğu bildirilmektedir (114, 115). Bu doğrultuda çalışma bulgumuz literatür bilgisini desteklemekte olup katılımcılarımızın çoğunluğu tedavi olmaya çaba gösterdikleri düşünülebilir.

Çalışmamıza katılan katılımcıların yaşları ortalaması $32,735 \pm 8,04$ olarak belirlenmiş, maddeye başlama yaşları ise ortalama $17,594 \pm 5,34$ olarak saptanmıştır. En uzun ayık kalma süresi ortalama $25,988 \pm 31,28$ ayken, madde yatış sayıları ise ortalama $4,25 \pm 3,69$ olarak belirlenmiştir. Mutlu ve Sarıkaya'nın 2019 yılında yaptıkları çalışmada katılımcıların yaş ortalamasının $31.95 \pm 11,42$ yıl, bir sene içinde tüm yatış günü sayısının 1 ila 30 gün arasında değiştiği ve yatış gün sayılarının ortalama 5.88 ± 6.23 olduğu, hastaların %79,5'inin bir yıllık süre içinde yalnızca 1-3 ay ayık kalabildiği %32.5'inin maddeye başlama yaşının 16-18 yaş aralığında olduğu bildirilmektedir (103). Ateş ve Tuncay tarafından 2020 yılında yapılan çalışmada katılımcıların %39,3'ünün 18-24 yaş aralığında ve maddeye ilk başlama yaşının ortalama $16.8 \pm 4,5$ olduğu bildirilmektedir. Çalışmada ayrıca, katılımcıların %25,7'sinin 1 kere, %16,4'ünün 2 kere, %5,7'sinin 3 kere ve %18,6'sının 4 ve üzeri kere bağımlılık tedavisi gördüğü belirtilmektedir (104). Sayın ve diğerlerinin 2004 yılında yaptıkları çalışmada hastaların yaş ortalamalarının 44.6 ± 6.4 yıl, alkole başlama yaşlarının ortalama 17.4 ± 4.5 yıl ve ayık kalma sürelerinin ortalama 28.8 ± 43.9 ay olduğu saptanmıştır (116). Ülkemizde yapılan benzer araştırmalarda maddeye başlama yaşının bizim bulgumuz ile benzer gösterdiği ve başlama yaşının yaklaşık son 10 yıldır değişmedi belirlenmiştir. Poudel ve Gautam tarafından 2017 yılında yapılan çalışmada erken başlangıçlı madde kullanımına başlama yaşının $25,77 \pm 8,83$, geç başlangıçlı madde kullanımına başlama yaşının $34,16 \pm 8,72$ olduğu bildirilmektedir. (117). Rockville Ulusal Uyuşturucu Kullanımı ve Sağlık Araştırması verilerinde ilk kez madde kullanımına başlama yaşının 14 veya daha küçük

yaşlarda olabileceğini belirtirken 14 yaş ve altı madde kullanımına başlama yaşının ilk kez 18 yaşında veya daha büyük yaşlarda madde kullanımına başlama oranının 6 kat daha fazla olduğu bildirilmektedir (118). Subodh ve diğerlerinin 2019 yılında yaptıkları çalışmada erken başlangıçlı madde kullanımına başlama yaşının $29,56 \pm 9,52$, geç başlangıçlı madde kullanımına başlama yaşının $39,35 \pm 11,21$ olduğu bildirilmektedir. (119). Diğer ülkelerde başlama yaşının ülkemizde madde kullanım yaşıyla benzerlik gösteren çalışmaların yanı sıra daha düşük yaşlarda da başlama oranlarının daha yüksek olduğu görülmüş olup, nedeni arasında kültürel faktörlerden olan aile yapısı ile ilişkili olduğu düşünülmektedir.

5.2. Katılımcıların Savunma Biçimleri Ölçeği ve Alt Ölçek Puanları, Tedavi Motivasyon Anketi Toplam Ölçek ve Alt Ölçek Puanlarının Bazı Değişkenlerle İlişkisine Yönelik Verilerin Tartışılması

Çalışmamızda savunma mekanizmaları alt boyutları puan ortalamaları incelendiğinde her bir savunma biçiminin orta düzeye yakın olduğu belirlenmiştir. Çalışmamıza katılan katılımcıların her bir düzeneği benzer düzeyde kullandıkları görülmektedir. Halim ve Sabri tarafından 2013 yılında yapılan çalışmada nevrotik savunma mekanizmalarının ve göreve yönelik başa çıkma tarzının tekrarlayan bağımlılar tarafından sıklıkla kullanıldığı; nevrotik ve olgunluk savunma mekanizmalarının, her üç başa çıkma tarzıyla önemli derecede ilişkili olduğu; immatür savunma mekanizmalarının duygu odaklı başa çıkma tarzı ile ilişkili olduğu; tekrarlayan bağımlıların çoklu savunma mekanizması tarzlarını kullandığı tespit edilmiştir (76). Bu çalışmada her ne kadar katılımcıların çoklu savunma mekanizmasını kullandığı bildirilse de literatürde yer alan farklı çalışmalarda savunma mekanizmalarının kullanım düzeylerinde farklılık gözlenmektedir. Bu çalışma sonuçlarına bakacak olursak; Wadhawan tarafından 2022 yılında yapılan çalışmada madde bağımlılarının kontrol grubuna göre daha az olgun, daha çok nevrotik ve immatür savunma biçimleri kullandıkları tespit edilmiştir (75). Di Pierro, Benzi ve Madeddu tarafından 2015 yılında yapılan çalışmada, duygu düzenleme stratejilerine erişimdeki zorluk ile madde kullanım bozukluklarının varlığı arasındaki ilişkiye, olgun savunmaların aracılık ettiği; bu tür stratejilere erişimde ne kadar zorluk varsa, o kadar az olgun savunmaların kullanıldığı; ne kadar az olgun savunma kullanılırsa, madde kullanım bozukluklarının varlığının o kadar olası olduğu tespit edilmiştir (77). Madde bağımlılığı tanısı olan bireylerin genellikle immatür savunma mekanizmalarını kullandıkları bildirilmektedir (120). Khosravani ve diğerleri tarafından 2017 yılında

yapılan çalışmada doğal madde kullanıcılarının immatür savunma stilinde, sentetik madde kullanıcılarının nevrotik savunma stilinde ve sağlıklı deneklerin ise olgun savunma stilinde daha yüksek puan aldıkları tespit edilmiştir (81).

Çalışmadan elde edilen Savunma Biçimleri Ölçeği ve Tedavi Motivasyon Anketi toplam puanı ve alt ölçek puanları cinsiyete göre karşılaştırıldığında her iki ölçeğin de alt boyutlarının cinsiyete göre anlamlı düzeyde farklılık göstermediği saptanmıştır ($p>0,05$). Çalışmamıza katılanların %8.8'i kadındır. Benzer olarak ülkemizde 2006 yılında Bulut ve diğerlerinin yaptığı bir çalışmada bağımlılık tedavisi için başvuruda bulunanların yalnızca %3.2'sinin kadın olduğu bildirilmektedir (121). Literatürde yer alan çalışmalarda madde kullanımı açısından cinsiyetler arasında fark olmadığını bildiren çalışmaların yanı sıra (122, 123), erkeklerde daha sık olduğunu bildiren çalışmalar da bulunmaktadır (124-126). Çalışmamızda her ne kadar hastaların savunma biçimleri ve tedavi motivasyonlarının cinsiyete göre farklılık göstermediği sonucuna ulaşılsa da bunu net olarak ifade edebilmenin sağlıklı olmayacağı düşünülmektedir. Çalışmamızda yer alan erkek ve kadın cinsiyet oranları arasında oldukça büyük bir fark bulunmaktadır. Daha geniş örneklem gruplarında ve kadın-erkek cinsiyetinin oranlarının birbirlerine yakın olduğu bir örneklem grubuyla benzer çalışmaların yapılarak bireylerin savunma biçimlerinin ve tedavi motivasyonlarının cinsiyete göre farklılık gösterip göstermediğinin tekrar değerlendirilmesi önerilmektedir.

Çalışmamızda Savunma Biçimleri Ölçeği ve Tedavi Motivasyon Anketi toplam ölçek ve alt ölçek puanları hastaların çalışma durumuna göre farklılıkları analiz edildiğinde çalışmayanların nevrotik savunma biçimlerinin çalışanlara göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$). Çalışan bireylerin iş yükleri ve sorumlulukları arttıkça immatür savunmaları daha az kullandıkları, çalıştıkları birimlerde görev tanımlarının net olması ile de genellikle olgun savunma mekanizmalarını kullandıkları görülmektedir (127). Madde bağımlılığı tanısı olan bireylerin çalışmaya teşvik edilerek onlara rol ve sorumluluk verilmesi ile olgun savunma mekanizmalarını (127) daha sık kullanmaları sağlanabilir. Böylece bir işe sahip olan bireylerin olgun savunma biçimlerini daha sık kullanmaya başlayabileceği düşünülmektedir.

Çalışmamızda Savunma Biçimleri Ölçeği ve Tedavi Motivasyon Anketi toplam ve alt ölçek puanlarının çocuk sahibi olma durumuna göre farklılıkları analiz edildiğinde çocuk sahibi olanların nevrotik savunma biçimlerinin ve dışsal tedavi motivasyonlarının

çocuk sahibi olmayanlara göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$). Çalışmamıza benzer şekilde Yılmaz tarafından 2020 yılında yapılan çalışmada çocuğu olan katılımcıların nevrotik savunma mekanizmaları alt ölçeğinden aldıkları puanların çocuğu olmayan katılımcılardan daha yüksek olduğu tespit edilmiştir (128). Bireyler çocuk yetiştirmenin getirdiği sorumluluğa bağlı büyük bir stres yaşayabilmektedirler ve bireylerin çocuk büyüme sürecinde karşılaştıkları sorunlarla/durumlarla baş etmede kullandığı mekanizmaların yaşadıkları strese bağlı olduğu düşünülmektedir. Çalışmamızda çocuk sahibi olmanın bağımlılık tedavisini kabul etmede ve devam etmede dışsal bir motivasyon kaynağı olduğu görülmüştür. Çalışmamıza benzer şekilde Acar ve diğerlerinin 2022 yılında yaptıkları çalışmada özellikle erkek bireylerin tedaviye başlama kararı almalarında çocuk sahibi olmalarının olumlu bir etkisi olduğu bildirilmektedir. Çalışmada bireylerin çocuklarına iyi bir rol model olmak istemesi, babalık görevlerini aksatmak istememesi ve çocuklarının “bağımlı çocuğu” olarak damgalanmalarını önlemek gibi nedenlerin tedavi olmaya karar vermedeki önemli motivasyon araçları olduğu belirtilmektedir (129).

Çalışmamızda Savunma Biçimleri Ölçeği ve Tedavi Motivasyon Anketi toplam ve alt ölçek puanlarının medeni duruma göre farklılıkları analiz edildiğinde evli olanların dışsal tedavi motivasyonlarının evli olmayanlara göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu saptanmış ($p<0,01$). Acar ve diğerlerinin 2022 yılında yaptıkları çalışmada alkol ve madde bağımlılığı tanılı erkek bireylerin alkol/madde bağımlılığı nedeniyle eşlik rolleri yerine getiremediklerini fark etmelerinin tedaviye karar verme veya tedaviyi sürdürme sürecinde motivasyonu (dışsal motivasyonlarını) artırıcı bir faktör olduğu bildirilmekle birlikte bireylerin eşlerine karşı duydukları sevgi ve onlarla ilişkilerinin kopmasına yönelik kaygılarının da tedavi kararlarını desteklediği belirtilmektedir (129). Ross ve Mirowsky tarafından 2002 yılında yapılan çalışmada hastaların ailelerinin varlığını hissediyor olmasının bireylerin sağlıklı alışkanlıkları pekiştirmelerinde ve yaşam koşullarını iyileştirmede önemli bir motivasyon kaynağı olduğu vurgulanmaktadır (130). Çalışmamızda elde edilen sonuçla literatürde yer alan çalışma sonuçları paralellik göstermektedir.

Çalışmamızda uygulanan ölçeklerin toplam ve alt ölçek puanlarının gelir durumuna göre farklılıkları analiz edildiğinde geliri 3500 TL ve üzeri olanların tedaviye güven puanlarının, geliri 3500 TL’den daha az olanlara göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu saptanmıştır ($p<0,01$). Bu bulgumuz gelir durumu az olanların tedaviye

güvensizliğinin daha fazla olduğunu göstermektedir. Literatürde madde bağımlılığı tanısı alan bireylerin işlevselliğinde azalmaya bağlı bir işe başlama ve devam etmede zorluklar yaşadığı bilinmektedir (131-134). Ekonomik olarak bağımsız olmamak ve düşük gelirli bir aileye sahip olmak ise tedaviye başlama ve sürdürmeyi olumsuz etkilediği düşünülmekte ve tedaviye olan inancı azaltabildiği öngörülmektedir. Madde bağımlılığı tanısı olan bireylerde iş kayıplarının yaşanmasına bağlı gelir durumlarındaki düşüşler nedeniyle işini kaybeden bireylerin tedaviye duyduğu güvende azalmanın olduğu söylenebilir.

Çalışmamızda uygulanan ölçeklerin toplam ve alt ölçek puanları eğitim durumuna göre karşılaştırıldığında toplam ve alt ölçek puanlarının eğitim seviyesine göre farklılık göstermediği belirlenmiştir ($p>0,05$). Görgülü tarafından 2019 yılında yapılan çalışmada bireylerin eğitim durumlarına göre tedavi motivasyonunda anlamlı bir farklılık tespit edilmiştir (135). Literatürü incelediğimizde, savunma biçimlerinin eğitim durumuna göre farklılaştığına ilişkin herhangi bir çalışmaya rastlanmamıştır. Çalışmamızda elde ettiğimiz sonucun madde bağımlılığı tanısı olan bireylerin savunma biçimleri ve tedavi motivasyonlarının bireylerin eğitim durumlarına göre farklılık göstermemesinin alınan eğitimin bu alanlara ilişkin farkındalığı içermemesi ile ilgili olduğu düşünülebilir.

Çalışmamızda uygulanan ölçeklerin toplam ve alt ölçek puanlarının hastaların birlikte yaşadıkları kişilere göre karşılaştırıldığında toplam ve alt ölçek puanlarının hastaların birlikte yaşadıkları kişilere göre farklılık göstermediği belirlenmiştir ($p>0,05$). Madde bağımlılığı tanısı olan bireylerin aile yaşantılarında sorunların olma ihtimali yüksek olmakla beraber birlikte yaşamakta oldukları bireylerde madde kötüye kullanımının varlığının bu riski arttırdığı bildirilmektedir (58, 60). Çalışmamızda madde bağımlılığı tanılı bireylerin çoğunluğunun ailesiyle birlikte yaşadığı ve yaşanan ailelerin çoğunluğunun benzer özelliklere sahip olmasının arada herhangi bir farka neden olmadığı düşünülmektedir.

Çalışmamızda uygulanan ölçeklerin toplam ve alt ölçek puanlarının alkol kullanımına göre farklılıkları analiz edildiğinde, toplam ve alt ölçek puanlarının alkol kullanımına göre farklılık göstermediği saptanmıştır ($p>0,05$). Alkol kullanım sorunu olan kişilerde duygusal farkındalığı baskılamada immatür savunmaların önemli bir yere sahip olduğu bildirilmekle birlikte (136, 137) çalışmamızda madde bağımlılığı olan

bireylerin çoğunluğunun alkol kullanmamasına bağılı olarak bireylerin savunma biçimleri ve tedavi motivasyonlarının farklılık göstermediğı düşünölmektedir.

Çalışmamızda “Savunma Biçimleri Ölçeğı” toplam ve alt ölçek puanlarının maddeye bağılı daha önce yatış durumuna göre farklılıkları analiz edildiğinde maddeye bağılı daha önce yatış olanların immatür ve nevrotik savunma biçimlerinin, maddeye bağılı daha önce yatış olmayanlara göre anlamlı düzeyde daha düşük olduğı saptanmıştır ($p<0,05$). Bu sonuç daha önce yatış olan bireylerin bağımlılık gibi olumsuz yaşantı ile baş etmede etkili olmayan savunma mekanizmasını daha az tercih ettiklerini göstermiştir. İlk kez yatış olanlar zaman ile gerçeğı daha etkili fark edip bu savunma mekanizmalarından vaz geçecekleri öngörülmektedir. İmmatür savunma mekanizmalarına sahip bireyler genellikle gerçeğı anlamakta zorluk çekebilmekte, bulundukları durumlara göre savunma sergilemekteler. Ayrıca içgörü kapasiteleri ve kendilerini keşfetme olasılıklarının daha az olduğı bilinmektedir (138). Bu bilgiler çalışma bulgumuz ile desteklenmektedir.

Çalışmamızda uygulanan ölçeklerin alt ölçek puanlarının maddeyi bırakabilme düşüncesine göre farklılıkları analiz edildiğinde maddeyi bırakabilme düşüncesi olanların olgun ve nevrotik savunma biçimlerinin, maddeyi bırakabilme düşüncesi olmayanlara göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğı belirlenmiştir ($p<0,05$). Olgun savunmalar, normal ve sağlıklı kişiler tarafından kullanılan uyum sağlayıcı mekanizmalar olarak kullanılmaktadır. Nevrotik savunmalar ise stres altındaki ve nevrotik kişiler tarafından kullanılmaktadır (74, 139). Özellikle çoklu madde kullanımı olan, madde kullanımının daha şiddetli olduğı gözlenen bireylerde madde kullanımını bırakabilme düşüncesinin ve tedavi olma isteğinin daha fazla olduğı bildirilmekle birlikte (114, 115), tedavi motivasyonlarının daha yüksek düzeyde olduğı düşünölmektedir. Bu bilgiler doğrultusunda çalışma bulgumuz maddeyi bırakabilme düşüncesi olan kişilerin yaşadığı duruma, problemi çözmeye yönelik daha olgun yaklaştıkları ancak stres yaşadıkları şeklinde yorumlanabilir.

Çalışmamızda kullanılan ölçeklerin toplam ve alt ölçek puanlarının maddeyi bırakmayı deneme durumlarına göre farklılıkları analiz edildiğinde, toplam ve alt ölçek puanlarının madde bırakmayı deneme durumlarına göre farklılık göstermediğı saptanmıştır ($p>0,05$). Evren ve diğerklerinin 2013 yılında yaptıkları çalışmada immatür savunma biçimini daha çok kullanmanın alkol/madde kullanım davranışının

tekrarlanmasına neden olduğu bildirilmektedir (96). Hussin ve Sabri tarafından 2012 yaptıkları çalışmada, nevroitik savunma biçimlerinin tekrarlayan bağımlılar arasında en belirgin savunma mekanizması olduğu ve maddeyi bırakmayı deneyip tekrar başlayan bağımlıların birden fazla savunma biçimi kullandığı, tüm savunma biçimlerinin bağımlılıkta alt kültürün varlığını ve doğasını doğruladığı belirtilmektedir (78). Sevin ve Erbay tarafından 2019 yılında çalışmada mahkemenin Denetimli Serbestlik kararı nedeniyle tedaviye zorunlu gelen bağımlı bireylerin, tedaviye kendi isteği ile gelmemelerine bağlı tedavi motivasyonlarının düşük olabileceği bildirilmektedir (109). Çalışmamızda savunma biçimlerinin benzer düzeylerde kullanılmasının bu sonucun elde edilmesinde etkili olduğu düşünülmekte olup, maddeyi bırakmayı deneyen bireylerin bu çaba ve isteklerinin motivasyonlarını arttırdığı söylenebilir.

Çalışmamızda katılımcıların yaşlarının, madde başlama yaşları ile ve kişilerarası yardım arama puanları ile pozitif yönde ilişkili olduğu saptanmıştır ($p<0.01$). Hastaların yaşları arttıkça kişilerarası yardım arama puanları artmaktadır. Literatürde yer alan çalışmalarda da benzer şekilde yaşın motivasyonu etkilediği ile ilgili çalışmalar bulunmaktadır (140, 141). İnsanların yaşın ilerlemesi ile birlikte problemlerine yönelik çözümlerde daha akılcı bir yöntem buldukları bilinmektedir. Ergenlik döneminde problem çözmede riskli davranışlara daha fazla yönelme bu bilgiyi desteklemektedir (142, 143). Çalışma bulgumuzda benzer şekilde yaş ilerledikçe kişiler arası yardım alma gibi yapıcı bir çözüm yöntemine yönelik daha motive oldukları görülmüştür.

Çalışmamızda katılımcıların yatış sayılarının dışsal tedavi motivasyonu puanlarıyla negatif yönde ilişkili olduğu belirlenmiştir ($p<0.01$). Hastaların yatış sayısı arttıkça dışsal tedavi motivasyonları azalmaktadır. Hasta bireylerin yatış sayılarının fazla olması tedaviye uyumsuz olduklarının bir göstergesi olmakla birlikte hastaların dışsal motivasyon kaynakları arasında yer alan sosyal ve çevresel desteklerin yetersiz olması hastaların dışsal tedavi motivasyonlarının düşük olmasına neden olabilmektedir (144). Bu bağlamda çalışmamızda elde ettiğimiz sonucun beklenen bir sonuç olduğunu söyleyebiliriz. Bireylerin yatış sayılarının azaltılmasına yönelik tedaviye ilk başladıkları andan itibaren özellikle yatarak tedavi almaya başladıkları süreçte bireylerin dışsal motivasyon kaynaklarının belirlenerek motivasyonlarının arttırılmasına yönelik destekleyici planlamalar yapılması önerilmektedir.

5.3. Katılımcıların Savunma Biçimleri, Tedavi Motivasyonları Arasındaki İlişkinin Tartışılması

Çalışmamızda katılımcıların İmmatür Savunma biçimi puanının tedaviye güven puanlarıyla negatif yönde olduğu saptanmıştır ($p<0.01$). Bu bulgu bize immatür savunma biçimine sahip hastaların tedaviye güvenlerinin azaldığını göstermektedir. Bireyleri kaygıya ve iç-dış tehlikelerin veya stres faktörlerinin farkındalığına karşı koruyan otomatik psikolojik süreçler olarak ifade edilen savunma mekanizmaları immatür, nevrotik ve olgun savunma mekanizmaları olmak üzere üçe ayrılmaktadır. Bu savunma mekanizmalarından olgun savunmalar bireylerin daha çok fiziksel ve zihinsel sağlıklarıyla ilişkili iken, nevrotik ve immatür savunmalar bireylerin daha çok psikopatolojik durumlarıyla ilişkili olduğu belirtilmektedir (92, 93). Bu bağlamda özellikle madde bağımlılığı tanısı olan bireylerin savunma mekanizmalarının belirlenmesinin tedavi sürecinde önemli bir konuma sahip olduğu açıkça görülmektedir. Wadhawan (2022) madde bağımlılarının daha az olgun, daha çok nevrotik ve immatür savunma biçimleri kullandıklarını belirtmekte olup (75), immatür savunma biçimlerinin doğası gereği bireylerin tedaviye güvenmede azalmaya neden olabileceği söylenebilir. Örneğin birey tedavinin iyi olmadığı ile ilgili bir inkâra gittiğinde bağımlılık ile mücadele gibi stres yaratan bir durumu red ederek istenilen sonuca ulaşamayacaktır.

Çalışmamızda katılımcıların savunma biçimlerinin birlikte oluşturduğu modelin içsel motivasyon, dışsal motivasyon ve kişilerarası yardım arama motivasyonlarını anlamlı düzeyde yordamadığı belirlenmiştir ($p>0.05$). Bu bulgu bize katılımcıların savunma biçimlerinin içsel motivasyonu, dışsal motivasyonu veya kişilerarası yardım aramayı açıklamadığını göstermektedir. Ancak, çalışmamızda katılımcıların savunma biçimleri puanlarının birlikte oluşturduğu modelin, tedaviye güven puanlarını ise anlamlı düzeyde yordadığı saptanmıştır ($p<0.05$). Modelde, tedaviye güven varyansın %6'sı açıklanmaktadır ($R^2=.064$). Çalışmamızda oluşturduğumuz modelde immatür savunmaların tedaviye güven puanlarını negatif yönde anlamlı düzeyde ($\beta= -.252$, $p<0.01$) yordadığı saptanmıştır. Çalışmamızda elde ettiğimiz sonuca benzer şekilde literatürde yer alan çalışmalarda alkol/madde bağımlılığı tanısı olan bireylerin savunma biçimlerinin tedavi motivasyonu üzerinde etkisi olduğu bildirilmektedir (14, 96, 136) Evren ve diğerlerinin 2013 yılında yaptıkları çalışmada immatür savunma biçimini daha çok kullanmanın tedavi motivasyonunun düşmesine neden olduğu bildirilmektedir (96). Pehlivan 2020 yılında yaptığı çalışmada nevrotik savunmaları daha çok kullanan

bireylerde tedavi motivasyonunun daha düşük olduğunu; immatür savunmaların kullanımı ile bireylerin tedavi motivasyonu düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki olmadığını tespit etmiştir (136). Literatürde yer alan diğer çalışmalarda hastaların tedavi motivasyonuna etki eden ve tedavi motivasyonu ile ilişkili birçok değişkenin olduğu bildirilmekle birlikte, alkol/madde kullanım bozukluğu tanısı olan bireylerde immatür savunma mekanizmasının tedavi motivasyonunu olumsuz etkilediği belirtilmektedir (14, 17). Çalışmamız tedavi motivasyonunu artırmaya yönelik yapılacak girişimlerde savunma mekanizmaların göz ardı edilmemesi bilgisini desteklemektedir.



6. SONUÇ VE ÖNERİLER

6.1. Sonuçlar

Katılımcıların Sosyo-demografik Verilerine İlişkin Tanımlayıcı Bilgilerine Yönelik Sonuçlar

- Çalışmamızda katılımcıların %91,2 erkek, %8,8'i kadındır. %36,5'i ortaokul, %35,9'u ise lise mezunudur. Katılımcıların %68,2'i çalışmamakta olup, %33,5'i çocuğu olduğunu ifade etmektedir. Katılımcıların %60'ı bekar, %52,4'ü anne-babasıyla yaşamakta, %69,4'ünün gelir düzeyi ayda 3500 TL ve altındadır.
- Çalışmamızda katılımcıların %31,8'i alkol kullanmakta, %37,1'i arkadaş ısrarıyla madde kullandığını ifade etmekte olup, kullandığı maddeye birinci sırada Esrar yazanların oranı %84,1, ikinci sırada eroin yazanların oranı %77,3 ve üçüncü sırada alkol yazanların oranı %62,6'dır. Katılımcıların %65,9'unun madde ile ilgili yatışı bulunurken, %57,6'sının maddeyi bırakabilme düşüncesi vardır. Ayrıca, %84,1'i maddeyi bırakmayı denediğini ifade etmektedir.
- Çalışmamızda katılımcıların yaş ortalaması 32,735 (8,04), maddeye başlama yaşları ise ortalama 17,594 (5,34)'tür. En uzun ayık kalma süreleri ortalama 25,988 (31,28) ayken, madde yatış sayıları ise ortalama 4,25 (3,69)'tir.

Katılımcıların Savunma Biçimleri Ölçeği ve Tedavi Motivasyon Anketi Toplam Ölçek ve Alt Ölçek Puanlarının Bazı Değişkenlerle İlişkisine Yönelik Sonuçlar

- Çalışmamızda çalışmayanların nevrotik savunma biçimleri çalışanlara göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu ($p<0,05$),
- Çalışmamızda çocuk sahibi olanların nevrotik savunma biçimleri ve dışsal tedavi motivasyonlarının çocuk sahibi olmayanlara göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu ($p<0,05$),
- Çalışmamızda evli olanların dışsal tedavi motivasyonlarının evli olmayanlara göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu ($p<0,01$),

- Çalışmamızda geliri 3500 TL ve üzeri olanların tedaviye güven puanlarının, geliri 3500 TL'den daha az olanlara göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu ($p<0,01$),
- Çalışmamızda alt ölçek puanlarının eğitim seviyesine göre farklılık göstermediği ($p>0,05$),
- Çalışmamızda alt ölçek puanlarının hastaların birlikte yaşadıkları kişilere göre farklılık göstermediği ($p>0,05$),
- Çalışmamızda ölçek puanlarının alkol kullanımına göre farklılık göstermediği ($p>0,05$),
- Çalışmamızda maddeye bağlı daha önce yatışı olan katılımcıların immatür ve nevrotik savunma biçimlerinin, maddeye bağlı daha önce yatışı olmayanlara göre anlamlı düzeyde daha düşük olduğu ($p<0,05$),
- Çalışmamızda maddeyi bırakabilme düşüncesi olan katılımcıların olgun ve nevrotik savunma biçimlerinin, maddeyi bırakabilme düşüncesi olmayanlara göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu ($p<0,05$),
- Çalışmamızda ölçek puanlarının madde bırakmayı deneme durumlarına göre farklılık göstermediği ($p>0,05$),
- Çalışmamızda kullanılan maddeyi ilk sırada esrar olarak belirten katılımcıların immatür savunma biçimlerinin, diğer maddeleri işaretleyenlere göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu ($p<0,05$),
- Çalışmamızda katılımcıların yaşlarının madde başlama yaşları ile ve kişilerarası yardım arama puanları ile pozitif yönde ilişkili olduğu ($p<0,01$).
- Yatış sayılarının ise dışsal tedavi motivasyonu puanlarıyla negatif yönde ilişkili olduğu ($p<0,01$)

Katılımcıların Savunma Biçimleri, Tedavi Motivasyonları Arasındaki İlişisine Yönelik Sonuçlar

- İmmatür savunmalar puanlarının tedaviye güven puanlarıyla negatif yönde ilişkili olduğu ($p<0,01$) tespit edilmiştir.
- Çalışmamızda uygulanan Savunma Biçimleri ölçeği alt boyutlarının (immatür, olgun ve nevrotik savunmalar) tedavi motivasyon düzeylerini (içsel motivasyon, dışsal motivasyon, kişilerarası yardım arama ve tedaviye güven) ne ölçüde yordadığını test etmek amacıyla yapılan basit doğrusal regresyon analizi sonucunda (savunma biçimleri puanları bağımsız değişken; her bir

tedavi motivasyonu puanı da bağımlı değişken olarak ayrı ayrı regresyon analizleri gerçekleştirilmiştir); savunma biçimlerinin birlikte oluşturduğu modelin içsel motivasyon, dışsal motivasyon ve kişilerarası yardım arama motivasyonlarını anlamlı düzeyde yordamadığı ($p>0.05$),

- Savunma biçimleri puanlarının birlikte oluşturduğu modelin, tedaviye güven puanlarını ise anlamlı düzeyde yordadığı ($p<0.05$),
- Modelde, tedaviye güven varyansın %6'sı açıkladığı,
- Standardize edilmiş regresyon katsayılarına bakıldığında, modelde immatür savunmaların tedaviye güven puanlarını negatif yönde anlamlı düzeyde ($\beta = -.252, p<0.01$) yordadığı saptanmıştır.

6.2. neriler

Çalışmamız sonuçları ile savunma mekanizmasının birçok değişken ile ilişkili olduğu farkındalığı sağlanmıştır. Tedavi motivasyonunun bir alt boyutu olan tedaviye güven, bireyin sahip olduğu savunma mekanizmasından etkilendiği diğer bir çalışma sonucumuzdur. Bu bilgiler doğrultusunda madde bağımlılığı tedavisi ve bakımında bireyin yaşamını etkileyen sahip olduğu savunma mekanizması göz ardı edilmemelidir. Hemşirelik girişimlerinde tedaviye güven ile ilgili yapılan motivasyon çalışmalarında bireylerin savunma biçimleri tespit edilmeli ve immatür savunma biçimlerinin tedaviye güveni azaltmasının önüne geçilmesi önerilmektedir. Hemşirelik uygulamalarına tekrarlı yatışları olan bireylerin dışsal motivasyon kaynaklarının düzenlenmesinin eklenmesinin yararlı olacağı öngörülmektedir. Çalışmamızda nevrotik ve immatür savunma biçimlerinin değişkenler ile ilişkisi daha fazla olduğu belirlenmiştir. Bu bulgudan yola çıkarak olgun savunma mekanizmaların artırılmasına yönelik hemşirelik girişimlerinin planlanmasının önemi göz ardı edilmemelidir. Ayrıca alışma bulgumuzun kanıt değerinin yükselmesi için farklı çalışmalara ihtiyaç duyulmaktadır.

KAYNAKLAR

1. Doğan YB. Madde kullanımı ve bağımlılığı. Sosyal Politika Çalışmaları Dergisi. 2001;4(4).
2. Kaya Y, Şahin N. Kadınlarda madde kullanımı ve hemşirenin rolü. Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi. 2013;10(1):3-7.
3. Akbaş GE, Mutlu E. Madde Bağımlılığı Tedavisi Gören Kişilerin Bağımlılık ve Tedavi Deneyimleri. Toplum ve Sosyal Hizmet. 2016;27(1):101-22.
4. Burçak A. İç Denetim Programının Ergenlerin Denetim Odağı, Öğrenilmiş Güçlük ve Savunma Mekanizmalarını Kullanma Biçimi Üzerindeki Etkisi. Yayımlanmamış Doktora Tezi İzmir: Dokuz Eylül Üniversitesi Eğitim Bilimleri Ana Bilim Dalı. 2012.
5. Wurmser L. Psychoanalytic considerations of the etiology of compulsive drug use. Journal of the American Psychoanalytic Association. 1974;22(4):820-43.
6. Zeman HÖ, Söyler HÇ, Altıntoprak AE. Madde kullanım geçmişli bireylerin olumsuz otomatik düşünceleri ve öğrenilmiş çaresizlik örüntülerinin incelenmesi. Kıbrıs Türk Psikiyatri ve Psikoloji Dergisi. 2019;1(1):22-30.
7. Freud A, Erim Y. Ben ve savunma mekanizmaları: Metis; 2004.
8. Freud S. Further remarks on the neuro-psychoses of defence. The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud, Volume III (1893-1899): Early Psycho-Analytic Publications 1962. p. 157-85.
9. Conner BT, Longshore D, Anglin MD. Modeling attitude towards drug treatment: the role of internal motivation, external pressure, and dramatic relief. The journal of behavioral health services & research. 2009;36(2):150-8.
10. Goodman A. Addiction: definition and implications. British journal of addiction. 1990;85(11):1403-8.

11. Dura E. Alkol ve madde bağımlılığı tedavi merkezi'nde tedavi gören bireylerin fonksiyonel olmayan tutumlarının tedavi motivasyonuna etkisi: İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa; Yüksek Lisans Tezi. 2019.
12. West AE. Yetişkin bağlanma stillerinin savunma mekanizmaları ve yaşam doyumuyla ilişkilerinin incelenmesi: İstanbul Işık Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi. 2018.
13. Vaillant GE. Theoretical hierarchy of adaptive ego mechanisms: A 30-year follow-up of 30 men selected for psychological health. Archives of general psychiatry. 1971;24(2):107-18.
14. Tekin MS. Madde kullanım bozukluğu tanılı hastaların yakın ilişkilerde bağlanma stilleri, duygu düzenleme güçlüğü ve bilinçli farkındalık düzeylerinin tedavi motivasyonlarını yordayıcı etkisi. Gaziantep Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Yüksek Lisans Tezi. 2020.
15. Kabisa E, Biracyaza E, Habagusenga JdA, Umubyeyi A. Determinants and prevalence of relapse among patients with substance use disorders: case of icyizere Psychotherapeutic Centre. Substance abuse treatment, prevention, and policy. 2021;16(1):1-12.
16. Westermeyer J. Comorbid schizophrenia and substance abuse: a review of epidemiology and course. American Journal on Addictions. 2006;15(5):345-55.
17. Evren C, Saatcioglu O, Dalbudak E, Danismant B, Cakmak D, Ryan R. Factorial structure and reliability and validity of Turkish version treatment motivation questionnaire (TMQ) in alcohol dependents. Journal of Dependence. 2006;7(3):117-22.
18. Özmen F, Kubanç Y. Liselerde Madde Bağımlılığı Mevcut Durum ve Önerilere İlişkin Okul Müdürleri ve Öğretmenlerin Bakış Açıları. Electronic Turkish Studies. 2013;8(3).
19. Abuse NIOd (National Institute on Drug Abuse). Drugs, brains, and behavior: The science of addiction: National Institute on Drug Abuse, National Institutes of Health, US ...; 2007.

20. Cheung Y-w. A brighter side: Protective and risk factors in the rehabilitation of chronic drug abusers in Hong Kong: Chinese University Press; 2009.
21. Peacock A, Leung J, Larney S, Colledge S, Hickman M, Rehm J, et al. Global statistics on alcohol, tobacco and illicit drug use: 2017 status report. *Addiction*. 2018;113(10):1905-26.
22. ASAM, A. S. o. A. M. What is the definition of addiction?. 2019. Retrieved from <https://www.asam.org/quality-care/definition-of-addiction> Erişim Tarihi: 02.02.2023
23. WHO, W. H. O. Mental Health and Substance Abuse. 2007. Retrieved from <https://www.who.int/teams/mental-health-and-substance-use/overview> Erişim Tarihi: 10.02.2023
24. White WL. Addiction recovery: Its definition and conceptual boundaries. *Journal of substance abuse treatment*. 2007;33(3):229-41.
25. Shaffer HJ, LaPlante DA, Nelson SE. APA addiction syndrome handbook, Vol. 1: Foundations, influences, and expressions of addiction: American Psychological Association; 2012. <https://doi.org/10.1037/13751-000>. Erişim Tarihi: 05.02.2023.
26. avmak ř, Söyler S. Temel sağlık hizmetleri bağlamında sağlık eğitimi ve bağımlılıkla mücadele. 2020.
27. Bahar A. Uyuşturucu madde kullanımının nedenleri ve bağımlılık oluşum sürecinde iletişimsel yaklaşımların rolü ve nemi: Polis kayıtları üzerinden olgusal bir inceleme. *Connectist: Istanbul University Journal of Communication Sciences*. 2018(55):1-36.
28. Gıynaş FF, Kızılkurt K, Taştekin N, Kırşavoğlu B, Oruç GA, Bilici R. Alkol-madde kullanım bozukluğu olan hastalarda tedaviye yarım bırakmanın yordayıcıları olarak mizaç ve karakter profilleri ve dürtüsellik. *Cukurova Medical Journal*. 2019;44(1):59-65.

29. Soy İT, Zorlu S. Madde Bağımlılığı Tanısı Almış Bireylerde Benlik Saygısı ve Sosyal Dışlanma Algıları Arasındaki İlişki. Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi. 2020;36(2):73-86.
30. Meyers JL, Dick DM. Genetic and environmental risk factors for adolescent-onset substance use disorders. Child and Adolescent Psychiatric Clinics. 2010;19(3):465-77.
31. Ünüvar N. Madde kullanımı ve bağımlılığı ile kaçakçılığının önlenmesi alanlarında tespit edilen sorunlar ve çözüm önerileri= The problems determined in the area of substance use and dependence, in the prevention of drug trafficking and recommendations offered: TBMM; 2009.
32. Balseven A, Özdemir Ç, Tuğ A, Hancı H, Doğan YB. Madde kullanımı, bağımlılıktan korunma ve medya. Sürekli Tıp Eğitim Dergisi. 2002;11(3):91-3.
33. Amerikan Psikiyatri Birliği A. Ruhsal bozuklukların tanısı ve sayımsal elkitabı (DSM-5). Çev Köroğlu E, Beşinci Baskı, Ankara, Hekimler Yayın Birliği. 2014(5. Baskı):129-41.
34. Gökler R, Koçak R. Uyuşturucu ve madde bağımlılığı. Sosyal bilimler araştırmaları dergisi. 2008;3(1):89-104.
35. Güngör D. Sentetik uyuşturucular: Amfetamin örneği. Güvenlik Çalışmaları Dergisi. 2018;20(1):105-12.
36. Ögel K. Bağımlılık ve tedavisi temel kitabı. İstanbul: IQ Kültür Sanat Yayıncılık. 2017.
37. Şahiner ŞY. Madde Kullanım Bozukluğuna Genel Yaklaşım. Acil Servislerde Madde Kullanım Bozukluklarına Yaklaşım Rehberi. 2020:5.
38. Hezer H, Karalezli A. Sigaraya psikolojik bağımlılığın sigara içme arzusu ve nikotin yoksunluk semptomlarına etkisi. Ankara Medical Journal. 2019;19(4):700-7.
39. Çetinoğlu C, Deveci Y, Gülay S, Potas M, Şekeroğlu Ş. Bağımlı Mıyız?
40. Uzbay İT. Madde Bağımlılığının Tarihçesi, Tanımı, Genel Bilgiler Ve Bağımlılık Yapan Maddeler. Meslek İçi Sürekli Eğitim Dergisi. 2009:5-15.

41. Hancock S, McKim W. Drugs and behavior: An introduction to behavioral pharmacology: Pearson; 2017.
42. Karakaş SA, Ersöğütçü F. Madde bağımlılığı ve hemşirelik. Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi. 2016;3(2):133-9.
43. Kurui DK, Ombaka JH, Ogonda L. Factors Associated with Substance Abuse by Students in Medical Training Colleges in South Nyanza Region, Kenya. 2020. <https://repository.maseno.ac.ke/handle/123456789/4555>. Erişim Tarihi: 10.02.2023.
44. Oluwatoyin B, Iyanuoluwa OO, Beatrice O, Chisom HI. Risk Factors Associated with Substance Abuse among Adolescents. International Neuropsychiatric Disease Journal. 2022;11-24.
45. Kaur PP, Sokhey G, Sharma N. Role of Relational Risk Factors in Substance Abuse among Adolescents. Indian Journal of Health and Wellbeing. 2022;13(1):53-6.
46. Goldman D, Oroszi G, Ducci F. The genetics of addictions: uncovering the genes. Focus. 2006;6(3):521-415.
47. Merikangas KR, McClair VL. Epidemiology of substance use disorders. Human genetics. 2012;131(6):779-89.
48. Kreek MJ, Nielsen DA, Butelman ER, LaForge KS. Genetic influences on impulsivity, risk taking, stress responsivity and vulnerability to drug abuse and addiction. Nature neuroscience. 2005;8(11):1450-7.
49. Nielsen DA, Kreek MJ. Common and specific liability to addiction: approaches to association studies of opioid addiction. Drug and alcohol dependence. 2012;123:S33-S41.
50. Li MD, Burmeister M. New insights into the genetics of addiction. Nature Reviews Genetics. 2009;10(4):225-31.
51. Koob GF. The neurobiology of addiction: a neuroadaptational view relevant for diagnosis. Addiction. 2006;101:23-30.

52. Schepis TS, Adinoff B, Rao U. Neurobiological processes in adolescent addictive disorders. *American Journal on Addictions*. 2008;17(1):6-23.
53. Semenkovich K, Chockalingam R, Scherrer JF, Panagopoulos VN, Lustman PJ, Ray JM, et al. Prescription opioid analgesics increase risk of major depression: new evidence, plausible neurobiological mechanisms and management to achieve depression prophylaxis. *Missouri medicine*. 2014;111(2):148.
54. Azizi A, Borjali A, Golzari M. The effectiveness of emotion regulation training and cognitive therapy on the emotional and addictional problems of substance abusers. *Iranian Journal of Psychiatry*. 2010;5(2):60-5.
55. Cheetham A, Allen NB, Yücel M, Lubman DI. The role of affective dysregulation in drug addiction. *Clinical psychology review*. 2010;30(6):621-34.
56. Ball SA. Personality traits, problems, and disorders: Clinical applications to substance use disorders. *Journal of research in personality*. 2005;39(1):84-102.
57. Dolan SL, Bechara A, Nathan PE. Executive dysfunction as a risk marker for substance abuse: the role of impulsive personality traits. *Behavioral sciences & the law*. 2008;26(6):799-822.
58. Dishion TJ, Owen LD. A longitudinal analysis of friendships and substance use: bidirectional influence from adolescence to adulthood. *American Psychological Association*. 2009; 199-224.
59. Tyler KA, Johnson KA. Pathways in and out of substance use among homeless-emerging adults. *Journal of adolescent research*. 2006;21(2):133-57.
60. Uzun S, Kelleci M. Lise öğrencilerinde madde bağımlılığı: Madde bağımlılığından korunma konusundaki öz yeterlikleri ve ilişkili faktörler. *Düşünen Adam*. 2018;31(4):356-63.
61. Stein JA, Leslie MB, Nyamathi A. Relative contributions of parent substance use and childhood maltreatment to chronic homelessness, depression, and substance abuse problems among homeless women: Mediating roles of self-esteem and abuse in adulthood. *Child abuse & neglect*. 2002;26(10):1011-27.

62. Blaine J, Julius D. Psychodynamics of Drug Dependence. National Institute of Drug Abuse, Washington: US Government Printing Office. 1977:15-47.
63. Ögel K. Madde kullanım bozuklukları epidemiyolojisi. Türkiye Klinikleri Dahili Tıp Bilimleri Dergisi Psikiyatri. 2005;1(47):61-4.
64. Dünya Uyuşturucu Raporu BM. World Drug Report 2019 2019. Retrieved from <https://wdr.unodc.org/wdr2019/en/exsum.html> Erişim Tarihi: 05.02.2023.
65. EMCDDA. Avrupa Uyuşturucu ve Uyuşturucu Bağımlılığı İzleme Merkezi Türkiye Uyuşturucu Raporu. Avrupa Toplulukları Resmi Yayınlar Bürosu Lüksemburg. 2019. Retrieved from <https://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/11356/turkey-cdr-2019.pdf> Erişim Tarihi: 05.02.2023.
66. TUBİM, Türkiye Uyuşturucu ve Uyuşturucu Bağımlılığı İzleme Merkezi. (2018). 2018 Türkiye Uyuşturucu Raporu. Retrieved from <http://www.narkotik.pol.tr/kurumlar/narkotik.pol.tr> Erişim Tarihi: 10.02.2023.
67. Dimitrijević A. Defense Mechanisms, Contemporary Perspectives. The Wiley Encyclopedia of Personality and Individual Differences: Personality Processes and Individual Differences. 2020:113-7.
68. Cramer P. Psychodynamic Perspective of Defense Mechanisms. The Wiley Encyclopedia of Personality and Individual Differences: Models and Theories. 2020:147-51.
69. Punzi E, Lindgren K. Relationships, emotions, and defenses among patients with substance use disorders, assessed with Karolinska Psychodynamic Profile: Possibilities to use Intensive Short-Term Dynamic Psychotherapy in substance abuse treatment. Alcoholism Treatment Quarterly. 2019;37(4):481-96.
70. Coughlin P, Yarns BC. Short-term psychodynamic psychotherapy: Cambridge University Press Cambridge; 2020.
71. Lapsley DK, Stey PC. Id, ego, and superego. Encyclopedia of human behavior. 2011;2.

72. Sandler J, Freud A. The analysis of defense: The ego and the mechanisms of defense revisited. The analysis of defense: the ego and the mechanisms of defense revisited.1985. p. 556.
73. Battista JR. Empirical test of Vaillant's hierarchy of ego functions. 1982.
74. Vaillant GE. Involuntary coping mechanisms: a psychodynamic perspective. Dialogues in clinical neuroscience. 2022.
75. Wadhawan A. Defence Mechanisms & Personality Factors in Substance Abuse Patients. Health Science Journal. 2022;16(8):1-5.
76. Abd Halim M, Sabri F. Relationship between defense mechanisms and coping styles among relapsing addicts. Procedia-Social and Behavioral Sciences. 2013;84:1829-37.
77. Di Pierro R, Benzi IMA, Madeddu F. Difficulties in emotion regulation among inpatients with substance use disorders: The mediating effect of mature defenses mechanisms. Clinical neuropsychiatry. 2015(4).
78. Hussin AHM, Sabri F. Defense mechanisms styles of relapsing addicts in Malaysian context. International Journal of Humanities and Social Science. 2012.
79. Raketec D, Kovacevic M, Djuric T. Women addiction (alcohol and opiates) and defense mechanism style. European Psychiatry. 2009;24(S1):1-.
80. Ribadier A, Dorard G, Varescon I. Personality and defense styles: clinical specificities and predictive factors of alcohol use disorder in women. Journal of psychoactive drugs. 2016;48(5):384-92.
81. Khosravani V, Mehdizadeh A, Dortaj A, Alvani A, Amirinezhad A. Early maladaptive schemas, behavioral inhibition/approach systems, and defense styles in the abusers of opiate, stimulant, and cannabis drugs and healthy subjects. Journal of Substance Use. 2017;22(3):317-23.
82. Ergül HF. Motivasyon ve motivasyon teknikleri. Elektronik Sosyal Bilimler Dergisi. 2005;4(14):67-79.

83. Akbaba S. Eğitimde motivasyon. Atatürk Üniversitesi Kazım Karabekir Eğitim Fakültesi Dergisi. 2006(13):343-61.
84. Aslan M, Doğan S. Dışsal motivasyon, içsel motivasyon ve performans etkileşimine kuramsal bir bakış. Süleyman Demirel Üniversitesi Vizyoner Dergisi. 2020;11(26):291-301.
85. Ryan RM, Plant RW, O'Malley S. Initial motivations for alcohol treatment: Relations with patient characteristics, treatment involvement, and dropout. Addictive behaviors. 1995;20(3):279-97.
86. Savaşan A. Bağımlılığı olan hastalarda servis ortamı ve tedavi motivasyonu ilişkisinin incelenmesi. Klinik Psikiyatri. 2010;13:119-26.
87. Evren C, Saatçioğlu Ö, Dalbudak E, Danışmant BS, Çakmak D, Ryan RM. Tedavi motivasyonu anketi (TMA) Türkçe versiyonunun alkol bağımlisi hastalarda faktör yapısı, geçerliği ve güvenirliği. Journal of Dependence. 2006;7:117-22.
88. Magill M, Apodaca TR, Barnett NP, Monti PM. The route to change: Within-session predictors of change plan completion in a motivational interview. Journal of substance abuse treatment. 2010;38(3):299-305.
89. Van Beek N, Verheul R. Motivation for treatment in patients with personality disorders. Journal of Personality Disorders. 2008;22(1):89-100.
90. Rosen PJ, Hiller ML, Webster JM, Staton M, Leukefeld C. Treatment motivation and therapeutic engagement in prison-based substance use treatment. Journal of psychoactive drugs. 2004;36(3):387-96.
91. Blaya C, Dornelles M, Blaya R, Kipper L, Heldt E, Isolan L, et al. Brazilian–Portuguese version of Defensive Style Questionnaire-40 for the assessment of defense mechanisms: Construct validity study. Psychotherapy Research. 2007;17(3):261-70.
92. Bond M. Empirical studies of defense style: relationships with psychopathology and change. Harvard review of psychiatry. 2004;12(5):263-78.
93. Bowins B. How psychiatric treatments can enhance psychological defense mechanisms. The American Journal of Psychoanalysis. 2006;66(2):173-94.

94. Miller WR. Motivation for treatment: a review with special emphasis on alcoholism. *Psychological bulletin*. 1985;98(1):84.
95. Charles Ward L, Rothaus P. The measurement of Denial and rationalization in male alcoholics. *Journal of clinical psychology*. 1991;47(3):465-8.
96. Evren C, Yigiter S, Bozkurt M, Cagil D, Ozcetinkaya S, Can Y, et al. Personality dimensions and defense styles that are related with relapse during 12 month follow-up in male alcohol dependents. *Dusunen Adam The Journal of Psychiatry and Neurological Sciences*. 2013;26(3):248.
97. Taşçı E, Atan ÜŞ, Durmaz N, Erkuş H, Sevil Ü. Kız meslek lisesi öğrencilerinin madde kullanma durumları. *Bağımlılık Dergisi*. 2005;6(3):122-8.
98. Marshall M, Lockwood A. Assertive community treatment for people with severe mental disorders. *Cochrane Database Syst Rev*. 2011;13(4):CD001089.
99. Potter B, Fleming MF. Obstetrics and gynecology resident education in tobacco, alcohol, and drug use disorders. *Obstetrics and Gynecology Clinics*. 2003;30(3):583-99.
100. Yılmaz N, Gençöz T, Ak M. Savunma Biçimleri Testi'nin psikometrik özellikleri: güvenilirlik ve geçerlik çalışması. *Türk Psikiyatri Dergisi*. 2007;18(3):244-53.
101. Sajjadi H, Shushtari ZJ, Mahboubi S, Rafiey H, Salimi Y. Effect of socioeconomic status, family smoking and mental health through social network on the substance use potential in adolescents: a mediation analysis. *Public health*. 2018;157:14-9.
102. Bilici R, Uğurlu GK, Tufan E, Güven T, Uğurlu M. Bir bağımlılık merkezinde yatarak tedavi gören hastaların sosyodemografik özellikleri. *Fırat Tıp Dergisi*. 2012;17(4):223-7.
103. Mutlu EA, Sarıkaya ÖÖ. Bir AMATEM kliniğinde tedavi gören hastaların sosyodemografik verilerinin incelenmesi. *Klinik Psikiyatri Dergisi*. 2019;22(3):276-85.
104. Ateş K, Tuncay T. Madde Bağımlılığı Merkezine Başvuranların Aile ve Sosyodemografik Özellikler Açısından İncelenmesi Bursa GADEM Örneği. *Tıbbi Sosyal Hizmet Dergisi*. 2020(16):62-81.

105. Padhy GK, Sahu T, Das S, Parida S. Prevalence and Causes of Substance Abuse Among Undergraduate Medical College Students. 2014.
106. Taylan ŞB, İbrahim N, Çiçek E. Sağlıklı yaşam seminerine katılan öğrencilerin madde bağımlılığı ile ilgili farkındalıkları. Bağımlılık Dergisi. 2019;20(4):197-205.
107. Yılmaz G, İbiş S, Aktuğ ZB. Üniversite Öğrencilerinin Sigara, Alkol ve Uyuşturucu Madde Kullanma Durumları. Niğde Ömer Halisdemir Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi. 2020;2(2):73-80.
108. Aşık E, Albayrak S, Kamanlı MG, Gadiş S, Elibol S, Çetin A, et al. Bir Sağlık Bilimleri Fakültesinde Okuyan Öğrencilerin Madde Kullanım Özellikleri ve Tutumları. Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi. 2018;27(6):415-20.
109. Sevin MD, Erbay E. AMATEM’de ikinci kez tedavi gören madde bağımlılarının madde kullanımına ilişkin yaşam deneyimleri. Addicta: The Turkish Journal on Addictions. 2019;6(5):691-716.
110. Evren EC, Ögel K, Çakmak D. Esrar ve meperidin (Petidin) kullanım bozukluğu nedeni ile yatarak tedavi gören hastaların özelliklerinin karşılaştırılması. Anadolu Psikiyatri Dergisi. 2002;3(1):20-7.
111. Macit R. Uyuşturucu madde kullanıcıları ve esrar. Journal of Economy Culture and Society. 2020(61):141-51.
112. Karaağaç H, Usta ZE, Usta A, Yarmalı MG, Gödekmerdan A. Kayseri Eğitim ve Araştırma Hastanesi AMATEM Kliniğinde yatarak tedavi gören hastaların sosyo-demografik özelliklerinin retrospektif analizi. Dusunen Adam. 2017;30(3):251-7.
113. Saatçioğlu Ö, Yapıcı A, Ciğerli G, Üney R, Çakmak D. Yatarak tedavi gören bağımlı hastalarda nüksün değerlendirilmesi. Bağımlılık Dergisi. 2007;8(3):133-7.
114. Karcı CK, Gürbüz AA, Özdemir FA, Varmış DA, Tahiroğlu AY. Madde Kullanan Ergenlerde Psikiyatrik Eş Tanı, Bağımlılık Profili ve Tedavi İsteği: ÇEMATEM Verileri. Bağımlılık Dergisi. 2022;23(1):61-8.

115. Haughwout SP, Harford TC, Castle IJP, Grant BF. Treatment utilization among adolescent substance users: Findings from the 2002 to 2013 National Survey on Drug Use and Health. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*. 2016;40(8):1717-27.
116. Sayın A, Karşlıoğlu E, Arıkan Z, Aslan S. Alkol Bağımlısı Bir Grup Hastada Kişilik Özellikleri. *Journal of Dependence*. 2004;5:13-9.
117. Poudel A, Gautam S. Age of onset of substance use and psychosocial problems among individuals with substance use disorders. *BMC psychiatry*. 2017;17:1-7.
118. Administration SAaMHS. Results from the 2012 National Survey on Drug Use and Health: summary of national findings. Rockville. 2013. Retrieved from <http://www.samhsa.gov/data/sites/default/files/NSDUHresults2012/NSDUHresults2012>. Erişim Tarihi: 06.04.2023.
119. Subodh BN, Sahoo S, Basu D, Mattoo SK. Age of onset of substance use in patients with dual diagnosis and its association with clinical characteristics, risk behaviors, course, and outcome: A retrospective study. *Indian Journal of Psychiatry*. 2019;61(4):359.
120. Redick RT. The defense styles of outpatient substance abusers vs. non substance abusers: Adler School of Professional Psychology; 2002. 3049605.
121. Bulut M, Savaş HA, Cansel N, Selek S, Kap Ö, Yumru M, et al. Gaziantep Üniversitesi Alkol ve Madde Kullanım Bozuklukları Birimine Başvuran Hastaların Sosyodemografik Özellikleri. *Journal of Dependence*. 2006;7:65-70.
122. Merikangas KR, He J-p, Burstein M, Swanson SA, Avenevoli S, Cui L, et al. Lifetime prevalence of mental disorders in US adolescents: results from the National Comorbidity Survey Replication–Adolescent Supplement (NCS-A). *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 2010;49(10):980-9.
123. Bilaç Ö, Kavurma C, Önder A, Doğan Y, Uzunoğlu G, Ozan E. Bir bölge ruh sağlığı hastanesi çocuk ve ergen yataklı servisinde madde kullanımı nedeniyle yatarak tedavi gören gençlerin klinik ve sosyodemografik özellikleri. *Klinik Psikiyatri Dergisi*. 2019;22(4):463-71.

124. Çiftçi Demirci A, Erdoğan A, Yalçın Ö, Yıldızhan E, Koyuncu Z, Eseroğlu T, et al. Sociodemographic characteristics and drug abuse patterns of adolescents admitted for substance use disorder treatment in Istanbul. *The American journal of drug and alcohol abuse*. 2015;41(3):212-9.
125. Malta DC, Oliveira-Campos M, Prado RRd, Andrade SSC, Mello FCMd, Dias AJR, et al. Psychoactive substance use, family context and mental health among Brazilian adolescents, National Adolescent School-based Health Survey (PeNSE 2012). *Revista Brasileira de Epidemiologia*. 2014;17:46-61.
126. Yuncu Z, Aydin C, Coskunol H, Altintoprak E, Bayram A. A Sociodemographic evaluation of cases applying to a child and adolescent dependency centre during a period of two years attending ege university faculty of science. *Journal of Dependence*. 2006;7:31-7.
127. Solgun C, Tarsuslu B, Çulhacık GD, Durat G. Yoğun bakım ünitelerinde çalışan hemşirelerin örgütsel stres düzeyleri ile benlik savunma mekanizmaları arasındaki ilişkinin incelenmesi. *Journal of Human Rhythm*. 2018;4(2):126-33.
128. Yıldız GT. Egonun Savunma Mekanizmaları İle Bilinçli Farkındalık Ve Mutluluk Korkusu Arasındaki İlişki. Yakın Doğu Üniversitesi, Sosyal Bilimler Üniversitesi, Klinik Psikoloji Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi. 2020.
129. Acar B, Çakır G, Karaköse Ş, Yaman Ö. Alkol/Madde Bağımlısı Bireylerin Tedavi Süreçlerinde ve Motivasyonlarında Sosyal Destek Sistemlerinin Etkisi. *Bağımlılık Dergisi*. 2022;23(4).
130. Ross CE, Mirowsky J. Family relationships, social support and subjective life expectancy. *Journal of health and social behavior*. 2002:469-89.
131. Patrick ME, Wightman P, Schoeni RF, Schulenberg JE. Socioeconomic status and substance use among young adults: a comparison across constructs and drugs. *Journal of studies on alcohol and drugs*. 2012;73(5):772-82.
132. Shah V, Watson J. Relationship between substance use and socioeconomic variables in Pennsylvania adolescents: 2009–2017. *Substance Use & Misuse*. 2020;55(11):1856-66.

133. Süheyla Ü, Mutlu EA, Topaktaş Ö. Madde Bağımlılığının Gelişiminde Birikimli Risk Faktörlerinin Rolü. Bağımlılık Dergisi. 2020;22(1):31-42.
134. Asan Ö, Tıkır B, Okay İT, Göka E. Bir AMATEM birimine başvuran alkol ve madde kullanım bozukluğu olan hastaların sosyodemografik ve klinik özellikleri. Bağımlılık Dergisi. 2015;16(1):1-8.
135. Gorgulu T. The effect of self-efficacy and coping strategies on treatment motivation of individuals in the substance addiction group work process. Dusunen Adam - The Journal of Psychiatry and Neurological Sciences. 2019; 32(1), 33-42.
136. Pehlivan FZ. Alkol Kullanım Sorunları Nedeniyle Ayaktan Tedavi Gören Bireylerin Ego Savunma Biçimleri ve Tedavi Motivasyonu Arasındaki İlişkide Öz Yeterliğin ve Değişime Hazır Olmanın Aracı Rolünün İncelenmesi. Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Psikoloji Bölümü. Yüksek Lisans Tezi. 2020.
137. Ivanov I, Schulz KP, London ED, Newcorn JH. Inhibitory control deficits in childhood and risk for substance use disorders: a review. The American journal of drug and alcohol abuse. 2008;34(3):239-58.
138. Jana Abadi H, Zamani N. Defense mechanisms in substance abusers' families. Scientific Quarterly Research on Addiction. 2016;9(35):55-67.
139. Masalcı AD. İç denetim programının ergenlerin denetim odağı, öğrenilmiş güçlülük ve savunma mekanizmalarını kullanma biçimi üzerindeki etkisi: Dokuz Eylül Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü Doktora Tezi. 2012.
140. Goodman I, Peterson-Badali M, Henderson J. Understanding motivation for substance use treatment: the role of social pressure during the transition to adulthood. Addictive Behaviors. 2011;36(6):660-8.
141. Goodman I, Henderson J, Peterson-Badali M, Goldstein AL. The relationship between psychosocial features of emerging adulthood and substance use change motivation in youth. Journal of Substance Abuse Treatment. 2015;52:58-66.
142. Kulak JA, Griswold KS. Adolescent substance use and misuse: Recognition and management. American family physician. 2019;99(11):689-96.

143. Duyan V, Gövebakan R. Madde bağımlılığı ve aile: Yeni İnsan Yayınevi; 2021.
144. Çobanoğlu ZSÜ, Aker T, Çobanoğlu N. Şizofreni ve diğer psikotik bozukluğu olan hastalarda tedaviye uyum sorunları. Düşünen Adam. 2003;16(4):211-8.



EKLER

EK-1: Sosyodemografik Bilgi Formu

Değerli Katılımcı,

Bu araştırma, Dr. Öğr. Üyesi Neşe MERCAN danışmanlığında Okan Üniversitesi yüksek lisans öğrencisi Emine KURUNÇ tarafından yürütülmekte olup, yatarak tedavi gören madde bağımlısı bireylerin savunma biçimlerinin tedavi motivasyonu ile uyumu incelenmesi amaçlanmaktadır. Çalışmaya katılmak gönüllülük esasına dayanmakla beraber çalışmaya katılmama hakkına sahipsiniz. Elde edilen veriler tamamen akademik bir araştırmada kullanılacak olup, gizlilik ilkesi gereği paylaşılmayacaktır. Çalışma yaklaşık 10 dakika sürecektir.

Kişisel Bilgi Formu Lütfen boşlukları size uygun şekilde doldurunuz.

1) Yaşınız kaç?

2) Cinsiyetiniz nedir?

Erkek () Kadın ()

3) Eğitim durumunuz nedir?

Okur-Yazar () İlkokul () Ortaokul () Lise () Önlisans () Lisans () Lisansüstü ()
Doktora ()

4) Çalışma durumunuz nedir?

Çalışıyorum () Çalışmıyorum ()

5) Mesleğiniz nedir?

6) Medeni haliniz nedir?

Evli () Bekar () Dul () Boşanmış ()

7) Çocuğunuz var mı?

Evet () Hayır ()

8) Çocuğunuz varsa kaç çocuğunuz var?

9) Kiminle yaşıyorsunuz?

Eşle () Anne ve Babayla () Arkadaşla () Yalnız () Diğer (.....)

10) Anne-babanızın birlikte yaşama durumu nedir?

Evli ve Birlikte yaşıyor () Evli ama Ayrı yaşıyor () Boşanmış ()

11) Aylık gelir seviyesi (TL) aralığınız nedir?

3500 ve altı () 3500-7500 arası () 7500-10000 arası () 10000 ve üstü ()

12) İlk alkol/madde Kullanım yaşıınız kaçtır?.....

13) İlk kullandığınız madde nedir?.....

14) Alkol/maddeye başlama nedeniniz nedir?

Arkadaş Israrı () Eğlenmek () Özenmek () Merak etmek () Sorunlarla Baş Etmek ()

Diğer (.....)

15) Bugüne kadar kullanılan madde/maddeler nelerdir? (Birden fazla seçebilirsiniz)

Esrar () Eroin () Alkol () Bonzai () Kokain () LSD () Uçucu maddeler ()

Metamfetamin () Extacy () Alkol () Diğer (.....)

16) En uzun ayık kalma süreniz ne kadardır? (Ay olarak)

17) Alkol/madde nedeniyle daha önce hastane yatışınız oldu mu?

Evet () Hayır ()

18) Cevabınız ‘Evet’ ise alkol/madde nedeniyle daha önce kaç kez hastaneye yattınız?

19) Maddeyi/alkolü istediğim zaman bırakabileceğinize inanıyor musunuz?

Evet () Hayır ()

20) Maddeyi/alkolü daha önce kendi kendinize bırakmayı denediniz mi?

Evet () Hayır ()

21) Cevabınız ‘Evet’ ise ne kadar süre ayık kalabildiniz? (Ay ya da gün olarak belirtiniz)

22) Birinci derece yakınlarınızda alkol/madde kullanımı var mı?

Alkol () Madde () Her İkisi de () Yok ()

EK-2: Savunma Biçimi Testi-40

Lütfen her ifadeyi dikkatle okuyup, bunların size uygunluğunu 1 den 9 a kadar derecelendirilmiş skala üzerinde seçtiğiniz dereceyi çarpı şeklinde (X) işaretlemek suretiyle gösteriniz.

Örnek: Bana hiç uygun değil 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Bana çok uygun

1. Başkalarına yardım etmek hoşuma gider, yardım etmem engellenirse üzülürüm.

Bana hiç uygun değil 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Bana çok uygun

2. Bir sorunum olduğunda, onunla uğraşacak vaktim olana kadar o sorunu düşünmemeyi becerebilirim.

Bana hiç uygun değil 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Bana çok uygun

3. Endişemin üstesinden gelmek için yapıcı ve yaratıcı şeylerle uğraşırım (resim, el işi, ağaç oyma)

Bana hiç uygun değil 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Bana çok uygun

4. Arada bir bu gün yapmam gereken işleri yarına bırakırım.

Bana hiç uygun değil 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Bana çok uygun

5. Kendime çok kolay gülerim.

Bana hiç uygun değil 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Bana çok uygun

6. İnsanlar bana kötü davranmaya eğilimlidir.

Bana hiç uygun değil 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Bana çok uygun

7. Birisi beni soyup paramı çalsa, onun cezalandırılmasını değil ona yardım edilmesini isterim.

Bana hiç uygun değil 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Bana çok uygun

8. Hoş olmayan gerçekleri, hiç yokmuşlar gibi görmezlikten gelirim.

Bana hiç uygun değil 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Bana çok uygun

9. Süpermen" mişim gibi tehlikelere aldırmam.

Bana hiç uygun değil 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Bana çok uygun

10. İnsanlara, sandıkları kadar önemli olmadıklarını gösterebilme yeteneğimle gurur duyarım.

Bana hiç uygun değil 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Bana çok uygun

11. Bir şey canımı sıktığında, çoğu kez düşüncesizce ve tepkisel davranırım.

Bana hiç uygun değil 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Bana çok uygun

12. Hayatım yolunda gitmediğinde bedensel rahatsızlıklara yakalanırım.

Bana hiç uygun değil 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Bana çok uygun

13. Çok tutuk bir insanım.

Bana hiç uygun değil 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Bana çok uygun

14. Hayallerimden gerçek hayatta olduğundan daha çok tatmin sağlarım.

Bana hiç uygun değil 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Bana çok uygun

15. Sorunsuz bir yaşam sürdürmemi sağlayacak özel yeteneklerim var.

Bana hiç uygun değil 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Bana çok uygun

16. Seçimlerde bazen haklarında çok az şey bildiğim kişilere oy veririm.

Bana hiç uygun değil 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Bana çok uygun

17. Birçok şeyi gerçek yaşamımdan çok hayalimde çözerim.

Bana hiç uygun değil 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Bana çok uygun

18. Hiçbir şeyden korkmam.

Bana hiç uygun değil 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Bana çok uygun

19. Bazen bir melek olduğumu, bazen de bir şeytan olduğumu düşünürüm.

Bana hiç uygun değil 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Bana çok uygun

20. Kırıldığımda açıkça saldırgan olurum.

Bana hiç uygun değil 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Bana çok uygun

21. Her zaman, tanıdığım birinin koruyucu melek gibi olduğunu hissederim.

Bana hiç uygun değil 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Bana çok uygun

22. Bana göre, insanlar ya iyi ya da kötüdürler.

Bana hiç uygun değil 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Bana çok uygun

23. Patronum beni kızdırırsa, ondan hıncımı çıkarmak için ya işimde hata yaparım ya da işi yavaşlatırım.

Bana hiç uygun değil 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Bana çok uygun

24. Her şeyi yapabilecek güçte, aynı zamanda son derece adil ve dürüst olan bir tanıdığım var.

Bana hiç uygun değil 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Bana çok uygun

25. Serbest bıraktığımda, yaptığım işi etkileyebilecek olan duygularımı kontrol edebilirim.

Bana hiç uygun değil 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Bana çok uygun

26. Genellikle, aslında acı verici olan bir durumun gülünç yanını görebilirim.

Bana hiç uygun değil 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Bana çok uygun

27. Hoşlanmadığım bir işi yaptığımda başım ağrır.

Bana hiç uygun değil 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Bana çok uygun

28. Sık sık, kendimi kesinlikle kızmam gereken insanlara iyi davranırken bulurum.

Bana hiç uygun değil 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Bana çok uygun

29. Hayatta, haksızlığa uğruyor olduğuma eminim.

Bana hiç uygun değil 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Bana çok uygun

30. Sınav veya iş görüşmesi gibi zor bir durumla karşılaşacağımı bildiğimde, bunun nasıl olabileceğini hayal eder ve başa çıkmak için planlar yaparım.

Bana hiç uygun değil 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Bana çok uygun

31. Doktorlar benim derdimin ne olduğunu hiçbir zaman gerçekten anlamıyorlar.

Bana hiç uygun değil 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Bana çok uygun

32. Haklarım için mücadele ettikten sonra, girişken davrandığımdan dolayı özür dilemeye eğilimliyimdir.

Bana hiç uygun değil 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Bana çok uygun

33. Üzüntülü veya endişeli olduğumda yemek yemek beni rahatlatır.

Bana hiç uygun değil 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Bana çok uygun

34. Sık sık duygularımı göstermediğim söylenir.

Bana hiç uygun değil 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Bana çok uygun

35. Eğer üzüleceğimi önceden tahmin edebilirsem, onunla daha iyi baş edebilirim.

Bana hiç uygun değil 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Bana çok uygun

36. Ne kadar yakınırsam yakınayım, hiçbir zaman tatmin edici bir yanıt alamıyorum.

Bana hiç uygun değil 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Bana çok uygun

37. Yoğun duyguların yaşanması gereken durumlarda, genellikle hiçbir şey hissetmediğimi fark ediyorum.

Bana hiç uygun değil 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Bana çok uygun

38. Kendimi elimdeki işe vermek, beni üzüntülü veya endişeli olmaktan korur.

Bana hiç uygun değil 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Bana çok uygun

39. Bir bunalım içinde olsaydım, aynı türden sorunu olan birini arardım.

Bana hiç uygun değil 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Bana çok uygun

40. Eğer saldırganca bir düşüncem olursa, bunu telafi etmek için bir şey yapma ihtiyacı duyarım.

Bana hiç uygun değil 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Bana çok uygun

EK-3: 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 alacağımıdan emin değilim.					
25.Tedavide diğerleriyle endişelerimi paylaşmak rahatlatır.					
26.Yardım ve desteğe ihtiyacım olduğu gerçeğini kabul ediyorum.					



EK-6: Savunma Biçimi Testi-40 Formunun Kullanım İzni



nilgun yilmaz 18 Mar

Alıcılar: ben



Değerli meslektaşım,

DSQ-40 ölçeğini, etik kurallara uygun olmak kaydıyla, bilgim ve iznim dışında 3. Şahıslarla paylaşmama koşuluyla ve referans göstererek, çalışmanızda kullanmanızda bir sakınca yoktur. İzin alan diğer araştırmacılarla paylaştığım bilgileri ekte yolluyorum.

Bunların dışında; bazen araştırmacılar araştırmalarının istatistiksel analizleri vb. gibi konularda öneri ve yardım talepleri ile ilgili tekrar e-mailler alıyorum. Bu mailleri; çok sayıda olmaları ve farklı konulardaki bu araştırmaların hepsine vakit ayırıp danışmanlık yapmamın mümkün olmaması nedeniyle yanıtlamıyorum.

Sizlere çalışmalarınızda kolaylıklar dilerim.

Android'de Yahoo Postadan gönderildi

10:23"12e' 12 Mar 2021 Cum tarihinde, Emine Kurunç <[redacted]> şunu yazdı:

Merhaba ben Emine Kurunç Bakırköy Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi Amatem Kliniğinde hemşire olarak görev yapmaktayım. Hemşirelik yüksek lisans tezimde 'Madde bağımlılığı tanısı almış bireylerde savunma biçiminin tedavi motivasyonu ile ilişkisinin incelenmesinin üzerine yapmak istediğim yüksek lisans tez çalışmamda Savunma Biçimi testi-40 formunu kullanmak için izninizi istemekteyim.

Teşekkürler.

Saygılarımla.

EK-7: Tedavi Motivasyonu Anketi Kullanım İzni



Emine Kurunç 11 Mar

Alicilar: cuneytevren ✓



Cüneyt Hocam merhaba ben Emine Kurunç Bakırköy Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi Amatem Kliniğinde hemşire olarak görev yapmaktayım bildiğiniz üzere. Hemşirelik yüksek lisans tezimde 'Madde bağımlılığı tanısı almış bireylerde savunma biçiminin tedavi motivasyonu ile ilişkisinin incelenmesi üzerine yapmak istediğim yüksek lisans tez çalışmamda Tedavi Motivasyonu Anketi formunu kullanmak için izninizi istemekteyim.

Teşekkürler.

Saygılarımla.



Virüs bulunmuyor. www.avg.com



Cüneyt Evren 11 Mar

Alicilar: ben ✓



Merhaba Emine,

Ölçeği kullanmana izin veriyorum. Çalışmada başarılar dilerim.

Doç. Dr. Cüneyt Evren

EK-8: Katılımcılar İçin Aydınlatılmış Onam Formu

Sizi Dr. Öğr. Üyesi Neşe MERCAN danışmanlığında araştırmacı Emine Kurunç tarafından yürütülen “*Madde Bağımlılığı Tanısı Almış Bireylerin Savunma Biçimlerinin Tedavi Motivasyonu ile Uyumunun İncelenmesi*” başlıklı araştırmaya davet ediyoruz. Bu araştırmanın amacı, yatarak tedavi gören madde bağımlısı bireylerin savunma biçimlerinin tedavi motivasyonu ile uyumunun ortaya konulması amaçlanmaktadır. Araştırmada sizden tahminen 10 dakika kadar süre ayırmanız istenmektedir. Bu çalışmaya katılmak tamamen **gönüllülük** esasına dayanmaktadır. Çalışmanın amacına ulaşması için sizden beklenen, bütün soruları eksiksiz, kimsenin baskısı veya telkini altında olmadan, size en uygun gelen cevapları içtenlikle vermenizdir. Bu formu okuyup onaylamanız, araştırmaya katılmayı kabul ettiğiniz anlamına gelecektir. Ancak, çalışmaya katılmama veya katıldıktan sonra herhangi bir anda çalışmayı bırakma hakkına da sahipsiniz. Bu çalışmadan elde edilecek bilgiler tamamen araştırma amacı ile kullanılacak olup kişisel bilgileriniz **gizli tutulacaktır**; ancak verileriniz yayın amacı ile kullanılabilir. Eğer araştırmanın amacı ile ilgili verilen bu bilgiler dışında şimdi veya sonra daha fazla bilgiye ihtiyaç duyarsanız araştırmacıya şimdi sorabilir veya e-posta adresinden ulaşabilirsiniz. Araştırma tamamlandığında size özel sonuçların sizinle paylaşılmasını istiyorsanız lütfen araştırmacıya iletiniz.