

T.C.
AYDIN ADNAN MENDERES ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ
DOKTORA PROGRAMI

MADDE KULLANIM BOZUKLUĞUNDA BİLİŞSEL
DAVRANIŞÇI YAKLAŞIM TEMELLİ PSİKOEĞİTİMİN
BAĞIMLILIK PROFİLİ, ÖZ YETERLİLİK VE BAĞIMLILIK
SEYRİNE ETKİSİNİN İNCELENMESİ: RANDOMİZE
KONTROLLÜ DENEYSSEL ÇALIŞMA

CİHAN KOCAİRİ
DOKTORA TEZİ

DANIŞMAN
Prof. Dr. Fatma DEMİRKIRAN
Doç. Dr. Merih ALTINTAŞ

AYDIN-2023

KABUL VE ONAY

T.C. Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Doktora Programı çerçevesinde Cihan KOCAİRİ tarafından hazırlanan “Madde Kullanım Bozukluğunda Bilişsel Davranışçı Yaklaşım Temelli Psikoğitimin Bağımlılık Profili, Öz Yeterlilik ve Bağımlılık Seyrine Etkisinin İncelenmesi: Randomize Kontrollü Deneysel Çalışma” başlıklı tez, aşağıdaki jüri tarafından Doktora Tezi olarak kabul edilmiştir.

Tez Savunma Tarihi: 05/07/2023

Üye : Prof. Dr. Fatma DEMİRKIRAN Aydın Adnan Menderes Üniversitesi
(T.D.)
Üye : Doç. Dr. Filiz ADANA Aydın Adnan Menderes Üniversitesi
Üye : Dr. Öğr. Üye. Mehtap KIZILKAYA Aydın Adnan Menderes Üniversitesi
Üye : Prof. Dr. Gül ÜNSAL Marmara Üniversitesi
Üye : Prof. Dr. Semra KARACA Marmara Üniversitesi

ONAY:

Bu tez Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Lisansüstü Eğitim-Öğretim ve Sınav Yönetmeliğinin ilgili maddeleri uyarınca yukarıdaki jüri tarafından uygun görülmüş ve Sağlık Bilimleri Enstitüsünün tarih ve sayılı oturumunda alınan nolu Yönetim Kurulu kararıyla kabul edilmiştir.

Prof. Dr. Süleyman AYPAK

Enstitü Müdürü V.

TEŞEKKÜR

Doktora eğitim sürecimde; akademik bilgisini, ilgisini, tecrübesini, zamanını benimle paylaşan ve hiçbir zaman desteğini esirgemeyen, yoluma ışık tutan çok sevdiğim değerli hocam Prof. Dr. Fatma DEMİRKİRAN'a teşekkür ediyorum. Öğrencisi olma ayrıcalığına sahip olduğum için çok mutluyum.

Bilgi ve tecrübelerini esirgemeyen, deneyimlerinden çok şey öğrendiğim, bu tezin yapılmasını olanaklı kılan saygı değer hocam Doç. Dr. Merih ALTINTAŞ'a teşekkür ederim.

Doktora eğitimim boyunca, her anlamda yanımda olduğunu hissettiğim, bilgisi ve tecrübesiyle bana katkı sağlayan, desteğini her zaman hissettiğim Dr. Öğr. Üye. Mehtap KIZILKAYA'ya teşekkür ederim.

Doktora eğitimim süresince bilgi ve deneyimi benimle paylaşan, tezimin her aşamasında desteğini esirgemeyen, katkılarıyla bana yol gösteren ve gelişmemi sağlayan Doç. Dr. Filiz ADANA'ya teşekkür ederim.

Akademik hayatımın başlangıcından itibaren her zaman yanımda olan, varlıklarını her daim hissettiğim, elimden tutan çok sevdiğim hocalarım Prof. Dr. Gül ÜNSAL ve Prof. Dr. Semra KARACA'ya doktora tezimin jürisinde olmayı kabul ettikleri, görüş ve önerileriyle katkı sağladıkları için sonsuz teşekkür ederim.

Doktora eğitimim boyunca bilgi ve deneyimlerini içten duygularla paylaşan değerli hocalarım Sayın Prof. Dr. Hülya ARSLANTAŞ'a ve Doç. Dr. Hatice ÖNER'e emekleri ve yardımları için teşekkür ederim.

Doktora eğitimimin başladığı günden itibaren her zaman destek olan, arkamı her döndüğümde orada olduğu bildiğim, beraber ter döktüğümüz sevgili arkadaşım Orkun ERKAYIRAN' a teşekkür ederim.

Çalışma hayatımda beraber ter döküp yine beraber keyiflendiğim tezimin tamamlanmasında desteklerini ve geri bildirimlerini eksik etmedikleri, neşeleriyle zor zamanları atlattır kıldıkları için canım arkadaşlarım Tuğba YAPAR ve Tuğba DÜNDAR' a teşekkür ederim.

Tüm hayatım boyunca olduğu gibi eğitimim süresince de yanımda oldukları, bana

güvendikleri, sevgileri ve desteklerini hiçbir zaman eksik etmedikleri için çok sevgili aileme teşekkür ediyorum.

Eğitimimin her aşamasında tam desteğini aldığım, yoğun çalışmalarım sırasında beni her zaman sabır ve anlayışla karşılayan eşim Sercan KOCAİRİ'ye ve varlığını minik tekmeleriyle bana hissettiren, tanışmak için sabırsızlandığım canım oğlum Aslan'a teşekkür ederim.

İÇİNDEKİLER

KABUL VE ONAY	i
TEŞEKKÜR	ii
İÇİNDEKİLER.....	iv
SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ.....	vi
ŞEKİLLER DİZİNİ.....	vii
TABLOLAR DİZİNİ.....	viii
ÖZET	ix
ABSTRACT	xi
1.GİRİŞ.....	1
1.1. Problemin Tanımı ve Önemi	1
1.2. Araştırmanın Amacı	5
1.3. Araştırmanın Hipotezleri	5
2. GENEL BİLGİLER.....	7
2.1. Madde Kullanım Bozukluğunun Tanımı.....	7
2.2. Madde Kullanım Bozukluklarının Tanı ve Sınıflandırılması.....	7
2.3. Madde Kullanım Bozukluğunun Sıklık ve Yaygınlığı.....	10
2.4. Madde Kullanım Bozukluğunun Etiyolojisi.....	12
2.4.1. Biyolojik Faktörler	12
2.4.2. Psikolojik Faktörler	14
2.4.3. Sosyokültürel Faktörler	17
2.5. Madde Kullanım Bozukluğunun Tedavisi.....	17
2.6. Bilişsel Davranışçı Yaklaşım.....	22
2.7. Madde Kullanım Bozukluğunda Bilişsel Davranışçı Yaklaşım.....	24
2.8. Öz Yeterlilik	25
2.9. Madde Kullanım Bozukluğu ve Psikiyatri Hemşiresi Yaklaşımları	27
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	31
3.1. Araştırmanın Türü	31
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri	31
3.3. Araştırmanın Evren ve Örnekleme.....	32
3.4. Katılımcıların Araştırmaya Dahil Edilme, Dışlanma ve Çıkarılma Kriterleri.....	33

3.4.1 Araştırmaya dahil edilme kriterleri:	33
3.4.2. Araştırmadan dışlanma kriterleri:.....	33
3.4.3. Araştırmadan çıkarılma kriterleri	33
3.5. Randomizasyon ve Körleme.....	33
3.6. Araştırmanın Zamanı	34
3.7. Araştırmanın Metodu.....	34
3.7.1. Veri Toplama Araçları.....	36
3.7.2. Bilişsel Davranışçı Yaklaşım Temelli Psikoeğitim İçeriğinin Hazırlanması ve Uygulama Süreci	41
3.8. Araştırmanın Değişkenleri.....	44
3.9. Ön Uygulama.....	44
3.10. Verilerin İstatistiksel Değerlendirilmesi.....	44
3.11. Araştırmanın Etik Yönü.....	45
4. BULGULAR	46
5. TARTIŞMA.....	54
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	62
6.1. Sonuçlar	62
6.2. Öneriler.....	62
KAYNAKLAR.....	64
EKLER	80
Ek 1. Bağımlılık Profil İndeksi Klinik Formu Kullanım İzni.....	80
Ek 2. Bağımlılık Seyir İndeksi Kullanım İzni	81
Ek 3. Öz Yeterlilik Ölçeği Kullanım İzni.....	82
Ek 4. Tanıtıcı Bilgi Formu	83
Ek 5. Bağımlılık Profil İndeksi Klinik Formu	85
Ek 6. Bağımlılık Seyri İndeksi	92
Ek 7. Öz Yeterlilik Ölçeği	93
Ek 8. Bilişsel Davranışçı Yaklaşım Temelli Psikoeğitim Programının İçeriği	95
Ek 9. Etik Kurul İzni	104
Ek 10. Kurum İzni	105
Ek 11. Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu (Deney ve Kontrol Grubu için).....	106
BİLİMSEL ETİK BEYANI.....	113
ÖZ GEÇMİŞ.....	114

SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

AA	: Adsız Alkolikler
AMATEM	: Alkol ve Madde Bağımlılığı Tedavi ve Araştırma Merkezi
BAPİ	: Bağımlılık Profil İndeksi
BAPİ-K	: Bağımlılık Profil İndeksi Klinik Formu
BASİ	: Bağımlılık Seyir İndeksi
CONSORT	: Consolidated Standards of Reporting Trials
DSM	: The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
EGM	: Emniyet Genel Müdürlüğü
EMCDDA	: The European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction
NA	: Adsız Narkotikler
ÖYÖ	: Öz Yeterlilik Ölçeği
SE	: Standart Error
SPSS	: Statistical Package for Social Sciences
TUBİM	: Türkiye Uyuşturucu ve Uyuşturucu Bağımlılığı İzleme Merkezi
UNODC	: The United Nations Office on Drugs and Crime

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 1. Araştırmanın CONSORT akış şeması.....	34
Şekil 2. Uygulama şeması	41

TABLolar DİZİNİ

Tablo 1. Deney ve kontrol grubu hasta yakınlarının sosyodemografik özelliklerinin karşılaştırılması	44
Tablo 2. Deney ve kontrol grubu hastalarının madde kullanımına ilişkin özelliklerinin karşılaştırılması	45
Tablo 3. Hastaların deney ve kontrol gruplarına göre ön-test ve son test bağımlılık profil indeksi ölçeği (BAPİ) puan ortalamalarının karşılaştırılması	46
Tablo 4. Deney ve kontrol grubu hastalarının ön-test ve son test bağımlılık profil indeksi ölçeği klinik formu (BAPİ-K) alt boyut puan ortalamalarının karşılaştırılması	47
Tablo 5. Deney ve kontrol grubu hastalarının ön-test ve son test bağımlılık seyir indeksi (BASİ) ölçeği puan ortalamalarının karşılaştırılması.....	49
Tablo 6. Deney ve kontrol grubu hastalarının ön-test ve son test bağımlılık öz yeterlilik ölçeği puan ortalamalarının karşılaştırılması	50

ÖZET

MADDE KULLANIM BOZUKLUĞUNDA BİLİŞSEL DAVRANIŞÇI YAKLAŞIM TEMELLİ PSİKOEĞİTİMİN BAĞIMLILIK PROFİLİ, ÖZ YETERLİLİK VE BAĞIMLILIK SEYRİNE ETKİSİNİN İNCELENMESİ: RANDOMİZE KONTROLLÜ DENEYSEL ÇALIŞMA

Kocairi C. Aydın Adnan Menderes Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Programı, Doktora Tezi, Aydın, 2023.

Amaç: Bu araştırma, madde kullanım bozukluğu olan hastalara uygulanan bilişsel davranışçı yaklaşım temelli psikoeğitimin bağımlılık profili, öz yeterlilik ve bağımlılık seyrine etkisini incelemek amacıyla yapılmıştır.

Gereç ve Yöntem: Araştırmada ön test-son test randomize kontrollü deneysel yöntem kullanılmıştır. Araştırma İstanbul Erenköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi'nde Aralık 2022- Ocak 2023 tarihleri arasında alkol ve madde kullanım bozukluğu olan bireyler ile yürütülmüştür. Araştırma örnekleme randomizasyon yöntemi ile belirlenen 50 (Deney:25 ve Kontrol:25) hasta alınmıştır. Veriler, Kişisel Bilgi Formu, Bağımlılık Profil İndeksi Klinik Formu, Öz Yeterlilik Ölçeği ve Bağımlılık Seyir İndeksi kullanılarak toplanmıştır. Verilerin analizinde tanımlayıcı istatistikler ile Ki-Kare Testi, Fisher Ki-Kare Testi, bağımsız iki örneklem t testi ve Mann Whitney U testi kullanılmıştır.

Bulgular: Araştırmada deney grubu hastalarının son test bağımlılık seyri puan ortalamalarının, kontrol grubu hastalarına göre istatistiksel olarak anlamlı derecede düşük olduğu bulunmuştur ($p=0.004$). Deney grubu hastalarının son test öz yeterlilik puan ortalamalarının, kontrol grubu hastalarına göre istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek olduğu saptanmıştır ($p=0.003$). Deney ve kontrol gurubu hastalarının son test bağımlılık profil indeksi puan ortalamaları arasında anlamlı farklılık bulunmamıştır ($p=0.263$).

Sonuç: Bu çalışmada madde kullanım bozukluğu olan hastalara verilen bilişsel davranışçı yaklaşım temelli psikoeğitimin, hastaların öz yeterliliklerini artırdığı ve bağımlılık seyirlerini azalttığı sonuçlarına ulaşılmıştır. Madde kullanım bozukluğu olan hastaların tedavisinin, bilişsel davranışçı yaklaşım temelli psikoeğitim ile desteklenmesi önerilmiştir.

Anahtar Kelimeler: Bilişsel davranış terapisi, Madde kullanım bozukluğu, Öz yeterlilik, Psikiyatri hemşireliği.

ABSTRACT

EXAMINATION OF THE EFFECT OF COGNITIVE BEHAVIORAL APPROACH-BASED PSYCHOEDUCATION ON ADDICTION PROFILE, SELF-EFFICACY AND ADDICTION OUTCOME IN SUBSTANCE USE DISORDER: A RANDOMIZED CONTROLLED EXPERIMENTAL STUDY

Kocairi C. Aydın Adnan Menderes University, Health Sciences Institute, Psychiatric and Mental Health Nursing Program, Doctorate Thesis, Aydın, 2023.

Aim: This research was conducted to examine the effects of a psychoeducation program based upon the cognitive behavioral approach applied to patients with substance use disorder on addiction profile, self-efficacy and addiction outcome.

Materials and Methods: In the study, pre test- post test randomized controlled experimental method were used. The research was carried out in Erenköy Mental And Nervous Diseases Hospital in İstanbul, between December 2022 and January 2023 with substance use disorder patients. The patients relatives of 50 (Experimental: 25 and Control: 25) determined by the randomization method were included in the study sample. Data were collected using Personal Information Form, Addiction Profile Index Clinical Form, The Self-Efficacy Scale and Addiction Outcome Assessment Index. In the analysis of the data, in addition to descriptive statistics, Chi-Square Test, Fisher Chi-Square Test, independent sample t test and Mann Whitney U test were used.

Findings: In the study, it was found that post test mean scores of addiction outcome of the patients in the experimental group were statistically significantly lower than the patients in the control group ($p=0.004$). It was found that the post test mean scores of self-efficacy of the patients in the experimental group were statistically significantly higher than the patients in the control group ($p=0.003$). There was no significant difference found in the post test mean scores of the addiction profile index between the experimental and control groups of patients ($p=0.263$).

Conclusion: In this study, it was concluded that the psychoeducation program based upon the cognitive behavioral approach given to the patients with substance use disorder

increased the self-efficiency of the patients relatives and reduced their addiction outcome. It has been recommended to support the treatment of patients with substance use disorders through the psychoeducation program based upon the cognitive behavioral approach.

Key Words: Cognitive behavior therapy, Psychiatric nursing, Substance use disorder, Self efficacy.

1.GİRİŞ

1.1. Problemin Tanımı ve Önemi

Madde bağımlılığı tüm dünyada olduğu gibi ülkemizde de artış gösteren önemli bir halk sağlığı sorunudur (Kulaksızoğlu ve diğerleri, 2020). Madde kullanım bozukluğu, olumsuz sonuçlarına rağmen psikoaktif maddelerin kullanımını sürdürme, madde kullanma için istek duyma, tolerans gelişmesi, yoksunluk belirtileri ve kullanım üzerinde kontrol kaybı dahil olmak üzere bir dizi semptomla karakterize edilen ve nükslerle seyreden kronik bir beyin hastalığıdır (Lundgren ve Krull, 2018; Milhorn, 2018; Tokur, 2021). Avrupa Uyuşturucu ve Uyuşturucu Bağımlılığı İzleme Merkezi (EMCDDA) tarafından 2022 yılında yayınlanan Dünya Uyuşturucu Raporu'nda 2020 yılında dünya çapında yaklaşık 284 milyon kişinin son bir yılda en az bir kez uyuşturucu madde kullandığı ve 2010 yılına göre %26'lık bir artış olduğu bildirilmiştir (EMCDDA, 2022). Tüm dünyada kullanımında artış görülen maddenin, ülkemizde de kullanımının arttığı görülmektedir. Türkiye Uyuşturucu Bağımlılığı İzleme Merkezi (TUBİM)'nin istatistiklerinin yer aldığı Türkiye Uyuşturucu Raporu'na göre ülkemizde 2020 yılı içerisinde toplam 224.260 kişinin bağımlılık tedavisi için başvurduğu, 2021 yılında ise tedaviye başvuran kişi sayısının 262.887'ye yükseldiği belirtilmektedir (TUBİM, 2021; TUBİM, 2022). Aynı rapora göre, ülkemizde madde kullanımı ile mücadele kapsamında yapılan 2021 yılı kamu harcamaları, 2020 yılına oranla yaklaşık %27,2 artış göstermiştir (TUBİM, 2022).

Tüm ülkelerde olduğu gibi ülkemizde de yaygın olarak görülen madde kullanım bozukluğu remisyon ve nükslerle seyretmektedir (Yılmaz ve diğerleri, 2014). Madde kullanım bozuklukları tedavisinde nüks oranları genellikle %40 ila %60 arasında değişmektedir (Brandon ve diğerleri, 2007; Lappan ve diğerleri, 2020). Nüks ile ilgili yapılan araştırmalar incelendiğinde, detoksifikasyondan sonra madde kullanımına dönen hastaların nüks oranlarının %21,5-%43 arasında olduğu (Specka ve diğerleri, 2011; Gilchrist ve diğerleri, 2012), ayakta tedavide bu oranların %23-%50 arasında değiştiği (Dakof ve diğerleri, 2001), yatarak tedavi görenlerde ise %17- %57 olduğu görülmektedir (Samuel ve diğerleri, 2011; Deane ve diğerleri, 2012).

Madde bağımlılığı, fiziksel ve ruhsal hastalıklar, ani ölümler, aile problemleri, okul başarısızlıkları, suç davranışları ve şiddet gibi birçok soruna neden olmaktadır (Angres ve Bettinardi Angres, 2008; Mutlu, 2015). Yüksek nüks oranlarıyla seyreden madde kullanım bozukluğunda hastalar bu sorunlar ile daha fazla karşı karşıya kalmaktadır (Brandon ve diğerleri, 2007; Gilchrist ve diğerleri, 2012; Lappan ve diğerleri, 2020). Bu nedenlerle bağımlılığın tedavisinde hasta, bağımlılık sürecini ve tedaviyi etkileyen kişilik özellikleri ve ruhsal sorunları içeren çeşitli etkenlerin yer aldığı bağımlılık profilleri göz önüne alınarak ele alınmalıdır. Bağımlılık profili, madde kullanımının kişinin yaşamına etkisi, şiddetli madde kullanma isteği ve maddenin kullanımını bırakma motivasyonu, öfke kontrol sorunu, güvenli davranış eksikliği, heyecan arama davranışı, dürtüsel davranış, depresyon ve anksiyeteyi içermektedir (Ögel ve diğerleri, 2012; Ögel ve diğerleri, 2015).

Bağımlılık profili gibi öz yeterlilik de bağımlılık sürecinde ve madde kullanımının bırakılmasında etkili olan kavramlardan birisidir. Öz yeterlilik ilk olarak Albert Bandura (1977) tarafından sosyal öğrenme teorisinin bir bileşeni olarak "bireylerin, belirli görevleri yerine getirme veya belirli hedeflere ulaşma yeteneklerine ilişkin inancı" şeklinde tanımlanmıştır (Banduro, 1986; Bandura, 1997; Liese ve Beck, 2022). Öz yeterlilik duygusu yüksek olan bireyler, arzulanan hedefe ulaşmak için yeteneklerine dair daha güçlü bir inanç duygusuna sahiptir. Bu inanç, davranışı gerçekleştirme yeteneğine olan güvenini ifade eder ve doğrudan davranışlar üzerinde etkilidir (Liese ve Beck, 2022; Dhankar ve diğerleri, 2022; Moniz-Lewis ve diğerleri, 2022). Araştırmalar, öz yeterliliğin bireylerin nasıl hissettiğini, düşündüğünü ve davrandığını etkilediğini ve sağlık davranışı değişikliğinin güçlü belirleyicilerinden biri olduğunu göstermektedir (Bandura ve diğerleri, 1999; Arnett ve diğerleri, 2022; Jain ve diğerleri, 2023; Wood ve diğerleri, 2023; Parschau ve diğerleri, 2013). Madde kullanım bozukluğu olan kişilerde ise öz yeterlilik kavramı, maddeleri kullanma davranışlarını değiştirme yeteneklerine duyulan inancı ifade etmektedir (Gemeay ve diğerleri, 2019). Bireyler, madde kullanma isteklerine direnme, tetikleyicilerle başa çıkma ve sağlıklı davranışlarda bulunma becerilerine güvendiklerinde, olumlu değişiklikler yapma ve ayıklığı sürdürme olasılıkları daha yüksek olmaktadır (Banduro, 1986; Ibrahim ve diğerleri, 2011; Gemeay ve diğerleri, 2019). Madde kullanımına geri dönme durumunda, öz yeterliliği yüksek kişiler bu durumu geçici bir gerileme olarak görme ve kontrolü yeniden sağlama eğilimindeyken, öz yeterliliği düşük olanların madde kullanımı sürdürme ve nüks yaşama olasılığı daha yüksektir (Banduro, 1986; Kadden ve Litt, 2011). Madde kullanım bozukluklarıyla ilgili olarak yapılan araştırmalar, öz yeterlilik inançları ile madde kullanımı

sonuçları arasında güçlü bir ilişki olduğunu bildirmektedir. Abdullahi ve diğerlerinin 2014 yılında yaptıkları çalışmada, yüksek öz yeterlilik düzeyine sahip madde kullanım bozukluğu olan bireylerde daha düşük oranda nüks görüldüğünü saptamışlardır. Benzer şekilde madde kullanım bozukluğunda nüksü etkileyen faktörleri incelemek amacıyla yapılan sistematik derleme sonuçları özyeterlilik düzeyinin nüksü etkilediğini göstermektedir (Barati ve diğerleri, 2023). Torrecillas ve diğerlerinin 2015 yılında madde kullanım bozukluğu tanısıyla tedavi gören hastaların öz yeterliliklerini etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla yürüttükleri araştırma sonuçlarına göre, öz yeterlilik düzeyi yüksek olanların bağımlılık şiddetinin düşük olduğu bildirilmektedir. Aynı araştırmanın sonuçlarına göre, daha yüksek öz yeterlilik düzeyine sahip olanlar, bağımlılık davranışlarını değiştirmek için daha güçlü bir istek göstermektedirler. Forcehimes ve Tonigan'ın (2008) madde kullanımını bırakma sürecinde öz yeterliliğin rolünü incelemek için yürüttükleri meta analiz çalışmasının sonuçlarına göre, öz yeterlilik ile madde kullanımının azaltılması da dahil olmak üzere iyileşme sonuçları arasında pozitif bir ilişki bulunmaktadır.

Nükslerle seyreden ve bağımlılık sürecine bağlı olarak bir çok sorunun ortaya çıktığı madde kullanım bozuklarının tedavisinde, terapötik stratejinin daha geniş kapsamlı olması gerektiği, tek başına farmakolojik tedavinin yeterli olmadığı ve farmakolojik tedavinin yanı sıra hastanın tedavi sürecine aktif olarak dahil olabileceği psikoterapiler ve psikososyal yaklaşımların kullanılması önerilmektedir (Brorson ve diğerleri, 2013; Yılmaz ve diğerleri, 2014; Morgen, 2017; Danışmaz Sevin ve Erbay, 2019). Psikoeğitim uygulamaları da madde kullanım bozukluklarının tedavisinde yer alması gereken tekniklerden birisidir (Lopes ve diğerleri, 2021; Baldisserotto ve diğerleri, 2021). Bir hastalığa ve tedavisine yönelik sistematik, yapılandırılmış ve didaktik bir müdahale olan psikoeğitim, söz konusu patoloji veya problem hakkında hastaları bilinçlendirmek, etkili başa çıkma yöntemleri formüle etmek ve hastanın tedavi uyumunu artırmak amacıyla, bilgi veya becerilerin doğrudan veya model alınarak aktarılmasını içeren psikoterapötik bir tekniktir (Lopes ve diğerleri, 2021; Liese ve Beck, 2022). Bilişsel davranışçı yaklaşım, madde kullanım bozukluğu olan hastaların, bağımlılık davranışlarının üstesinden gelmelerini sağlayan alternatif bilişsel ve davranışsal kalıpları öğrenmelerine yardımcı olmayı amaçlamaktadır (Beck, 2018). Bilişsel davranışçı terapi yaklaşımıyla psikoeğitimin uygulanmasında ise, bağımlılık ve tedavi süreci hakkında bilgilendirme, kişilerarası iletişimin geliştirilmesi, baş etme becerileri kazandırılmasının yanı sıra hastalara madde kullanımını sürdürmeye neden olan otomatik düşünce ve inançlarını

sorgulamayı öğretmek ve bu amaçla onlara bilgi sağlamak hedeflenmektedir (Baldisserotto ve diğeri, 2021; Lopes ve diğeri, 2021; Liese ve Beck, 2022).

Literatürde madde kullanım bozukluklarında psikoeğitim uygulamalarının etkisini değerlendiren sınırlı sayıda çalışma bulunmaktadır. Ögel ve arkadaşlarının (2016), denetimli serbestlik kapsamında uygulanan psikoeğitim programının tedavi süreci üstündeki etkisini belirlemek amacıyla yürüttükleri araştırmada, bireylerin bağımlılık profillerine ait alt boyutlarda olumlu yönde değişim görülmüştür. Can Gür ve Okanlı'nın (2019), alkol kullanım bozukluğu olan bireylerde yaptıkları araştırmanın sonuçlarına göre, psikoeğitim ve egzersizden oluşan müdahalenin depresyon ve anksiyeteyi azaltmada ve öz yeterliliği artırmada etkili olduğunu bildirmişlerdir. Benzer bir şekilde Kayaoğlu ve Şahin Altun (2021), alkol ve madde kullanım bozukluklarında psikoeğitim ve müzik müdahalesinin stres, öz yeterlilik ve nüks oranlarına etkisini belirlemek amacıyla yaptıkları araştırmada, müdahale sonrasında hastaların öz yeterlilik düzeylerinin arttığını bildirmişlerdir.

Madde kullanım bozukluğunun yıllar içerisinde artış göstermesine bağlı olarak artan tedavi maliyetleri (Peterson ve diğeri, 2021), madde kullanımına olan bireylerde suç davranışında bulunma (Moore ve diğeri, 2019) ve bulaşıcı hastalıklara yakalanma riskinin yüksek olması (Kolla ve diğeri, 2020) göz önünde bulundurulduğunda madde bağımlılığının önemli bir halk sağlığı sorunu haline geldiği söylenebilir. Bu nedenlerle tüm toplumu etkileyen madde kullanım bozukluğunun multidisipliner yaklaşım içerisinde ele alınması gerekmektedir. Bu yaklaşım doğrultusunda psikiyatri hemşireleri birçok rol ve sorumluluk üstlenmektedirler. Hemşirelerin, bağımlılığın önlenmesi ve toplumu bilgilendirmeye yönelik faaliyetler planlaması ve yürütülmesi gibi görev ve sorumluluklarının yanı sıra madde kullanım bozukluğunun tedavi ve rehabilitasyon sürecinin her aşamasında birçok rolü bulunmaktadır (Şimşek, 2010; Asi Karakaş ve Ersöğütçü, 2016). Ülkemizde 2011 yılında yayınlanan Hemşirelik Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik'te alkol ve madde bağımlılığı merkezi hemşiresinin görev, yetki ve sorumlulukları tanımlanmıştır (T.C. Resmi Gazete, 2011). Tanımlandığı üzere bağımlılık hemşiresi, hasta ve ailesine ilişkin verileri toplar, bu veriler doğrultusunda hemşirelik tanısı koyar, bakım girişimleri planlar ve uygular, hastayı yoksunluk ve yoksunluk şiddeti açısından değerlendirir ve gerekli tedavileri uygular. Hastaların bireysel gelişimini ve sosyalizasyonunu sağlayacak terapötik grup çalışmalarını düzenler, hastaların katılımını sağlar, bu süreci gözlemler ve bu süreci rehabilitasyon ekibi ile iş birliği içerisinde yürütür. Hastaların madde kullanımı olup olmadığını idrar tetkikleriyle ve alkolmetre ölçümleriyle belirlenen aralıkta takip eder. Servise

madde girişini önlemeye yönelik tedbirler alır, gözlem yapar, binada aramalar yaptırır ve güvenliği sağlar. Hastaların hastanede kalmaya bağlı yaşadıkları duyguları ifade etmelerine ve problemlerini çözmelerine yardımcı olur. Hastaların çevresiyle yaşadığı iletişim problemlerin çözülmesi için girişimleri planlar uygular. Ayrıca alkol/madde hemşiresi, madde kullanımı tedavi süreci boyunca hastanın davranış değişikliği sağlamasında, kayma ve nükslerin önlenmesinde, taburculuk öncesi ve sonrasında ruh sağlığının iyileştirilmesinde bireysel veya grup psikoeğitimi uygulayabilmektedirler (T.C. Resmi Gazete, 2010). Alkol/madde hemşirelerinin, madde kullanım bozukluğu olan hastalara bilişsel davranışçı yaklaşım temelli psikoeğitim uygulayarak hastaların bağımlılık profillerinde, öz yeterliliklerinde ve bağımlılık seyirlerinde olumlu yönde etkili olabileceği ve hastaların gereksinim duyduğu bakım, eğitim ve danışmanlık desteğini de sağlayabileceği düşünülerek bu araştırma yürütülmüştür.

1.2. Araştırmanın Amacı

Bu çalışmanın amacı, madde kullanım bozukluğu olan hastalara uygulanan bilişsel davranışçı yaklaşım temelli psikoeğitimin bağımlılık profili, öz yeterlilik ve bağımlılık seyrine etkisini incelemektir.

1.3. Araştırmanın Hipotezleri

H₀:

1. Madde kullanım bozukluğu olan hastalarda bilişsel davranışçı yaklaşım temelli psikoeğitimin bağımlılık profil indeksi toplam puanlarına etkisi yoktur.
2. Madde kullanım bozukluğu olan hastalarda bilişsel davranışçı yaklaşım temelli psikoeğitimin bağımlılığın seyri puanlarına etkisi yoktur.
3. Madde kullanım bozukluğu olan hastalarda bilişsel davranışçı yaklaşım temelli psikoeğitimin öz yeterlilik düzeyine etkisi yoktur.

H₁:

1. Madde kullanım bozukluğu olan hastalara uygulanan bilişsel davranışçı yaklaşım temelli psikoeğitim, hastaların bağımlılık profil indeksi toplam puanlarını azaltır.

2. Madde kullanım bozukluğu olan hastalara uygulanan bilişsel davranışçı yaklaşım temelli psikoeğitim hastaların bağımlılığın seyri puanlarını azaltır.

3. Madde kullanım bozukluğu olan hastalara uygulanan bilişsel davranışçı yaklaşım temelli psikoeğitim, hastaların öz yeterlilik ölçeği puanlarını artırır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Madde Kullanım Bozukluğunun Tanımı

DSM-V ile birlikte madde kullanım bozukluğu olarak adlandırılan madde bağımlılığı, ilaç niteliğine sahip bir maddenin beyni etkilemesinden kaynaklanan, maddenin keyif verici etkilerini duyumsamak veya yokluğundan kaynaklanan huzursuzluktan sakınmak için devamlı veya periyodik olarak madde alma arzusu ve bazı davranış bozukluklarıyla karakterize bir beyin hastalığı olarak tanımlanmaktadır (Uzday, 2015; Milhorn, 2018). Bağımlılık biyolojik, sosyal ve davranışsal boyutları olan, düzelebilen ancak madde kullanımıyla tekrar eden kronik bir süreçtir (Townsend, 2016, Milhorn, 2018). Bağımlılığın oluşması için maddeyi kullanmış olmak gerekli ancak yeterli değildir. Alışkanlık oluşturan maddeleri kompulsif kullanma ihtiyacı ve bu davranışın engellenememesi ile seyretmektedir (Townsend, 2016; Lundgren ve Krull, 2018; Tokur, 2021). Madde kullanımı sonucunda maddenin etkilerine karşı tolerans gelişmekte ve maddenin kesilmesine bağlı olarak yoksunluk belirtileri ortaya çıkmaktadır. (Çam ve Engin, 2014; Öztürk ve Uluşahin, 2016; Tokur, 2021). Madde kullanımında tolerans, maddenin kendine özgü etkisini elde edebilmek için daha fazla miktarda alınması ya da aynı miktarda alınmasıyla maddenin kendine özgü etkilerinde azalma olması ve yoksunluk belirtilerinin ortaya çıkmasını ifade eder. Yoksunluk ise, bir maddenin aşırı ölçüde ve uzun süre kullanımının bırakılması ya da azaltılması sonrası ortaya çıkan, maddeye özgü fizyolojik belirti bulgularıdır (Çam ve Engin, 2014; Öztürk ve Uluşahin, 2016; Tokur, 2021).

2.2. Madde Kullanım Bozukluklarının Tanı ve Sınıflandırılması

Madde kullanım bozukluğunun resmi tanılması zaman içinde önemli ölçüde değişikliğe uğramıştır. Madde kullanım bozukluğu, 20. yüzyılın ortalarında yayınlanan Mental Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitaplarının, (DSM) 1952 yılında yayınlanan DSM-I ve 1968 yılında yayınlanan DSM-II baskılarında bir kişilik bozukluğu olarak sınıflandırılmıştır. Alkolizm ilk olarak 1956'da Amerikan Tabipler Birliği tarafından bir hastalık olarak kabul edilmiştir ve 1950'lere kadar hastanelerde yatarak tedavi uygulanmamıştır DSM'nin 1980 yılında yayınlanan ve üçüncü baskısı olan DSM-III'te ise

“madde kullanım bozuklukları” başlığı altında "madde bağımlılığı" ve “madde kötüye kullanımı” olarak iki farklı bozukluk olarak yer almıştır. DSM-III’te "madde kötüye kullanımı" tanısı için en az bir ay süren patolojik bir kullanım örüntüsü ve sosyal veya mesleki işlevsellikte bozulmanın olması gerekiyken, “madde bağımlılığı” tanısı için tolerans ve geri çekilme görülmesi gerektiği de vurgulanmaktadır (Göker ve diğerleri, 2015; Güleç ve diğerleri, 2015; Lundgren ve Krull, 2018). DSM'nin 1987'de yayınlanan ve üçüncü baskısının gözden geçirilmiş versiyonu olan DSM-III-R’de “madde bağımlılığı” kategorisi, DSM-III' ün “madde kötüye kullanım” ölçütlerinde yer alan semptomları içerecek şekilde dahada genişletilmiştir. DSM-III-R’de madde bağımlılığı sadece fizyolojik semptomları değil, aynı zamanda madde kullanımı üzerindeki kontrolün bozulması gibi davranışsal semptomları da içermektedir (Lundgren ve Krull, 2018).

DSM-III’te ilgili kategori madde kullanım bozukluğu iken, 1994'te yayınlanan dördüncü baskısı olan DSM-IV’te “madde ile ilişkili bozukluklar” olarak ele alınmıştır ve iki küme oluşturulmuştur. İlk kümede “madde bağımlılığı” ve “madde kötüye kullanımı” nı içeren madde kullanım bozuklukları ölçütleri yer almıştır (Göker ve diğerleri, 2015). DSM-III’ten farklı olarak DSM-IV’te, madde kötüye kullanımı, daha az şiddetli bir bozukluk olarak sınıflandırılmıştır ve bir kişiye ancak bağımlılık olmadığında madde kötüye kullanımı teşhisi konulabileceği vurgulanmıştır. DSM-IV’te madde ile ilgili bozukluklar kategorisinde yer alan ikinci kümede ise madde kullanımın yol açtığı bozukluklar ve madde kullanımın yol açtığı diğer durumlar olarak tanı ölçütleri listelenmiştir (Güleç ve diğerleri, 2015).

DSM-V’te madde ile ilişkili bozukluklar kategorisi DSM-IV’te olduğu gibi madde kullanım bozuklukları ve maddenin yol açtığı bozukluklar olarak iki kümeye ayrılmıştır. DSM-V’te madde kullanım bozuklukları kümesi DSM-III ve IV’te olduğu gibi madde kötüye kullanım ve madde bağımlılığı ölçütleri ayrı ayrı yer almamaktadır. Maddenin yol açtığı bozukluklar kümesinde; madde esikliği (entoksikasyonu), madde yoksunluğu ve maddenin/ilacın yol açtığı ruhsal bozukluklar (psikozla giden bozukluklar, iki uçlu ve ilişkili bozukluklar, çökkünlük bozuklukları, anksiyete bozuklukları, obsesif-kompulsif bozuklukları ve ilişkili bozukluklar, uyku bozuklukları, cinsel işlev bozuklukları, deliryum ve nörobilişsel bozukluklar) yer almaktadır (Güleç ve diğerleri, 2015; Lundgren ve Krull, 2018).

DSM-V madde ile ilişkili bozukluklar 10 ayrı madde kümesini kapsamaktadır (Koroğlu, 2014; Bulut ve Kaloğlu, 2021). Bunlar: Alkol, kafein, kenevir (kannabis), varsandırınlar (halüsinojenler), uçucular (inhalanlar), opiyatlar, dinginleştirici, uyku verici ve kaygı

gidericiler (sedatif, hipnotik ve anksiyolitikler), uyarıcılar (amfetamin türü maddeler, kokain ve diğer uyarıcılar), tütün ve diğer maddelerdir.

Madde Kullanım Bozukluğu: DSM-V’te madde kullanım bozuklukları A tanı ölçütleri 11 maddeden oluşmaktadır.

A. On iki aylık bir süre içinde, aşağıdakilerden en az ikisi ile kendini gösteren, klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya ya da işlevsellikte düşmeye yol açan, sorunlu bir madde kullanım örüntüsü:

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

Madde Esrikliği (Entoksikasyonu): Kişinin kullandığı maddenin etkisinde bulunduğu dönem olarak adlandırabileceğimiz esriklik, DSM-V'e göre yakın geçmişteki madde kullanımını sırasında veya kısa süre sonrasında gelişen klinik açıdan önemli, sorunlu davranışsal ya da ruhsal değişikliklerdir. Bu belirtiler veya bulgular başka bir sağlık durumuna bağlanamaz ve başka bir madde esrikliği de içinde olmak üzere başka bir ruhsal bozuklukla daha iyi açıklanamaz. Birçok maddenin ve ilacın zehirlenme olarak tanımlanabileceği istenmeyen fizyolojik ve psikolojik etkileri bulunmaktadır (Köroğlu, 2014; Tokur, 2021).

Madde Yoksunluğu: DSM- V'e göre bir maddenin aşırı ölçüde ve uzun süre kullanımının bırakılması ya da azaltılması sonrası ortaya çıkan, maddeye özgü fizyolojik belirti bulgulardır. Maddelere özgü bu belirti ve bulguların şiddeti ve süresi de farklılıklar göstermektedir (Tokur, 2021).

Maddenin Yol Açtığı Diğer Bozukluklar: DSM-V'te maddenin yol açtığı bozukluklar, aynı görüntüyü paylaştıkları bozuklukların bulunduğu diğer bölümlerde tanımlanmıştır. Bu bozukluklar DSM-V'te deliryum, nörobilişsel bozukluklar, psikozla giden bozukluk, iki uçlu ve ilişkili bozukluklar, depresyon bozukluk, kaygı bozukluğu, cinsel işlev bozukluğu ve uyku bozukluğu başlıklarıyla sıralanmıştır (Köroğlu, 2014; Göker ve diğerleri, 2015).

Tanımlanmamış Madde ile İlişkili Bozukluk: Klinik açıdan bir sıkıntıya ya da toplumsal, işle ilgili alanlarda ya da önemli diğer işlevsellik alanlarında düşmeye neden olan, madde ile ilişkili bozukluğun belirti özelliklerinin baskın olduğu durumlardır. Ancak, bunların madde ile ilişkili bozukluklar ve bağımlılık bozuklukları tanı kümesindeki herhangi birinin tanısı için tanı ölçütlerini tam karşılamadığı durumlarda bu kategori kullanılmaktadır (Köroğlu, 2014).

2.3. Madde Kullanım Bozukluğunun Sıklık ve Yaygınlığı

Birleşmiş Milletler Uyuşturucu ve Suç Ofisi'nin (UNODC) 2022 yılında yayınlanan Dünya Uyuşturucu Raporu'na göre, 2020'de dünya çapında 15-64 yaş arası yaklaşık 284 milyon kişi son 12 ay içerisinde madde kullanmıştır. Bu sonuca göre bu yaş aralığında madde kullanım yüzdesi 5.6'dır ve 18 kişiden birinin madde kullandığı anlamına gelmektedir. 2010 yılı Dünya Uyuşturucu raporuyla karşılaştırıldığında madde kullanımında %26 oranında bir

artış olduğu görülmektedir. Madde kullanımı olan 284 milyon kişinin yaklaşık yüzde 13,6'sının madde kullanım bozukluğu yaşadığı tahmin edilmektedir. Bu oran, 15-64 yaş arası küresel nüfusun yüzde 0,76'sında uyuşturucu kullanım bozukluğu prevalansına karşılık gelmektedir. Aynı rapora göre, esrar kullanımı 2010 yılına göre %26'lık bir artış göstermektedir ve dünyada en çok kullanılan madde sıralamasında ilk sırada yer almaktadır. Eroin kullanan kişi sayısı ise 61 milyondur ve eroin kullanımında 2010 yılına göre 2 katı bir artış söz konusudur. 34 milyon kullanıcısı olan amfetaminin kullanım oranlarında geçmiş yıllara göre bir değişiklik olmamakla beraber, 20 milyon ecstasy kullanıcısının olduğu bildirilmiştir ve geçmiş yıllara göre kullanım oranlarında azalma olduğu bildirilmiştir. Benzer bir şekilde 21 milyon kullanıcısı olan kokain için de kullanım oranlarında düşüş olduğu bildirilmiştir. Genel olarak, erkeklerin uyuşturucu kullanma prevalansı daha yüksektir, ancak kadınların kullanım oranlarında ve madde kullanım bozuklukları tanısında daha hızlı bir artış mevcuttur. Rapora göre, dünya genelinde 11,2 milyon kişinin damar yolu ile madde kullandığı tahmin edilmektedir. Bu kişilerin yaklaşık yarısında hepatit C olduğu, 1,4 milyon kişinin HIV olduğu ve 1,2 milyonunun her ikisiyle de yaşadığı bildirilmiştir (UNODC, 2022).

Avrupa Uyuşturucu ve Uyuşturucu Bağımlılığını İzleme Merkezi'nin (EMCDDA)'nın 2022 yılında yayınlanan 2020 yılı verilerini içeren Avrupa Uyuşturucu Raporu'na göre Avrupa Birliği genelinde maddeye erişim ve maddenin kullanımı önceki yıllarda olduğu gibi yüksek oranlarda devam etmektedir. Ancak ülkeler arasında anlamlı farklılıklar bulunmaktadır. Avrupa Uyuşturucu Raporu kapsamında verileri değerlendirilen ülkelerin, 15-64 yaş arası yetişkin nüfusunun %29'unun (83,4 milyon) daha önce yasa dışı madde kullandığı bildirilmiştir. Bildirilen kullanım oranı erkeklerde 50,5 milyondur ve kullanım oranları kadınlarda daha azdır. Avrupa'da kullanımı en yaygın olan madde esrardır ve geçen yıl içinde esrar kullanımı olan kişi sayısının 22 milyondan fazla olduğu tahmin edilmektedir. Esrardan sonra kullanımı bildirilen maddeler arasında uyarıcı maddeler ikinci sırada yer almaktadır. 2020 yılı verilerine göre 3,5 milyon yetişkinin kokain kullandığı bildirilirken, ekstazi kullanan yetişkin sayısı 2,6 milyondur. Ayrıca amfetamin kullanan yetişkin sayısının 2 milyon olduğu bildirilmiştir. 2020 yılında kullanıma bağlı en fazla zararı oluşturan opioid kullanımının yaklaşık 1 milyon kişi olduğu bildirilmiştir. Kullanımı her ne kadar diğer maddelere göre daha az yaygın olsa da Avrupa Birliği'nde 2020 yılında bildirilen ve ölümle sonuçlanan doz aşımalarının yaklaşık dörtte üçü diğer maddelerle birlikte opioidlerin de kullanılmasıyla gerçekleşmektedir (EMCDDA, 2022).

Avrupa Uyuşturucu ve Uyuşturucu Bağımlılığını İzleme Merkezi'nin raporunda yer alan verilere göre, 2020 yılında Türkiye'de ölümlle sonuçlanan doz aşımına bağlı olarak 314 kişinin hayatını kaybettiği bildirilmiştir. Raporda yer alan ülkeler arasında ölümlle sonuçlanan doz aşımında Türkiye ilk sırada yer almaktadır. lmlerin %80'ini 25-45 yaş aralığında olan yetişkinler oluşturmaktadır. Aynı rapora göre ülkemizde metamfetamin kullanımında önceki yıllara kıyasla artış söz konusudur (EMCDDA, 2022).

Türkiye'de Emniyet Genel Müdürlüğü (EGM) Narkotik Suçlarla Mücadele Daire Başkanlığı'nın 2018 yılında yayınladığı Genel Nüfusta Tütün, Alkol ve Madde Kullanımına Yönelik Tutum ve Davranış Araştırması Raporu'na göre katılımcıların %22,1'i hayatında en az bir kere alkol kullanmıştır ve alkol ilk kez kullanma yaşı 19,94'tür. Esrar kullanma prevalansı ise %2,7'dir. Aynı rapora göre hayatında en az bir kere madde kullananların oranı %3,1'dir. Kadınlarda bu oran %0,3 iken erkeklerde bu oran %6,1'dir. Maddenin ilk kez kullanıldığı yaş ortalaması 19'dur ve en yoğun kullanımın olduğu yaş aralığı ise 15-34 olarak bildirilmiştir (EGM, 2018).

2.4. Madde Kullanım Bozukluğunun Etiyolojisi

Madde kullanım bozukluğu biyolojik, psikolojik ve sosyokültürel etkenlerin rol oynadığı kronik bir hastalıktır. Günümüzde hiçbir teori problemin nedenini tam olarak aıklayamamakta bu faktörler ayrı ayrı değerlendirilmektedir (ztrk ve Uluşahin, 2016).

2.4.1. Biyolojik Faktörler

Madde kullanım bozukluklarının etiyolojisi genetik faktörler açısından incelendiğinde, geniş rneklemele yapılan kesitsel ikiz çalışmaları ile madde kullanımına bağlı bozukluklar arasında çevresel ve genetik etkilerin bir karışımının paylaşıldığı gösterilmiştir. Madde kullanım bozukluklarıyla ilgili sorunlar yüksek genetik geçiş göstermelerine rağmen, yapılan çalışmalarda sorumlu tek bir gen bulunamamıştır. Birçok etmene dayanan hastalıklardaki genetik etkilerin araştırılması çalışmalarında olduğu gibi madde kullanım bozuklukları da bağımlılıktan etkilenen ve etkilenmeyen bireylerin yer aldığı aile, ikiz ve evlat edinme çalışmalarıyla gerçekleştirilmiştir. Aile alışmaları alkol bağımlılığı olanların çocuklarında, olmayanlara göre üç kat ile beş kata varan alkol kullanım bozuklukları riski bildirirken, sigara

ve esrar kullanımı açısından iki kat risk bildirilmiştir. Alkol kullananların çocukları bir tek alkol için değil esrar, kokain ve sigara kullanımı için de artmış riskle karşı karşıyadırlar (Townsend, 2016; Binbay ve Çoşkunol, 2021). Tek ve çift yumurta ikizlerinde yapılan çalışmalar bu bulguları desteklemektedir ve tek yumurta ikizlerinde çift yumurta ikizlerine göre alkol bağımlılığında daha yüksek bir genetik yatkınlık söz konusudur (Townsend, 2016; Vanyukov ve Tarter, 2019). Evlat edinme çalışmalarında, evlat edinilen çocuğun sigara kullanımının biyolojik ebeveynlerin sigara kullanım biçimleriyle güçlü bir ilişkisi olduğu gösterilmiştir. Aynı güçlü ilişki alkol bağımlılığı ile yapılan çalışmalar için de gösterilmiştir (Townsend, 2016; Vanyukov ve Tarter, 2019; Binbay ve Çoşkunol, 2021).

Madde kullanım bozukluklarının oluşumunda nörobiyolojik açıdan birçok faktörün etkili olduğu bilinmektedir. Bağımlılık yapıcı maddeler, beynin motivasyon, ödül, karar verme süreçleri ve bellek ile ilişkili alanlarında bozukluklara neden olur (Townsend, 2016; Vanyukov ve Tarter, 2019; Bozkurt, 2022). Dopaminerjik mezokortikolimbik ödül yolağı, yemek, sosyal etkileşimler ve cinsellik gibi doğal haz verici eylemlerin ödül etkisinde ve bu eylemleri sürdürmek için gerekli motivasyonun oluşumunda önemli rol oynamaktadır. Dopamin, ödül sistemi ve bağımlılık gelişiminde merkezi öneme sahip bir nörotransmitterdir. Ancak opioid ve kannabis gibi maddelerin kullanımı sonucunda beklenen düzeyde şiddetli bir dopamin artışı ortaya çıkmamakta ve dopaminerjik sistemi bloke eden ilaçlar bağımlılığı tedavi etmede yetersiz kalmaktadır. Yapılan çalışmalar göstermiştir ki, endojen opioid sistem gibi diğer nörotransmitter sistemlerinin de madde kullanımı ve bağımlılık gelişiminde dopaminerjik sistem kadar önemli rolü vardır (Vanyukov ve Tarter, 2019; Binbay ve Çoşkunol, 2021; Gönül ve Aldemir, 2021).

Madde ile ilişkili uyarılar ve ödüllendirici yanıt arasında bir eşleştirilmenin ortaya çıkması, madde kullanımının pekişmesine, bu pekişme de adaptif nöronal ve davranış değişikliklerinin gelişimine neden olmaktadır. Madde kullanımı devam ettikçe, madde kullanma davranışının nöronal kontrolü ventral striatumdan, dorsal striatuma kaymaktadır ve madde kullanımı, yoksunluk kaynaklı olumsuz pekiştireçlerin de etkisiyle kompulsif hale gelmektedir (Morgen, 2017; Gönül ve Aldemir, 2021; Bozkurt, 2022).

Bağımlılık yapıcı maddelerin tekrarlayan kullanımları sonucu, bu maddelerin etkiledikleri reseptörlerde azalma veya duyarsızlaşma şeklinde görülen nöroadaptif değişiklikler ortaya çıkar ve yeni bir homeostatik denge oluşur. Klinikte bu durum tolerans olarak isimlendirilir. Madde kullanımının aniden bırakılmasıyla birlikte homeostatik dengeyi sürdüreceği denge ortadan kalkar ve kesilme sendromu ortaya çıkar. Tolerans ve kesilme

sendromunun nörobiyolojisi, bağımlılık yapıcı maddenin etkilediği nörotransmitter sistemine göre değişkenlik göstermektedir (Morgen, 2017; Gönül ve Aldemir, 2021; Bozkurt, 2022).

2.4.2 Psikolojik Faktörler

Pek çok farklı teori bireyin psikolojik gelişimini farklı açılardan ele alarak bağımlılık sorununun temellerini araştırmıştır. Klasik *psikanalitik teorilere* bakıldığında bireyin, cinsel ve saldırgan dürtülerini baskılamak ve onlara karşı savunma oluşturmak için madde kullandığı ileri sürülmüştür. Bu teorilerin gelişimine öncülük eden Freud, alkol bağımlılığının homoseksüeliteye karşı ortaya çıkan bir diğer savunma mekanizması olduğunu söylemiştir. Diğer psikanalistler alkol bağımlılığının, kişinin psikoseksüel gelişim sırasında oral dönemde takılı kalmasından kaynaklı olduğunu belirtirken aynı zamanda bir çeşit intihar olarak da değerlendirilmiştir. Kişinin güce sahip olma isteğiyle, kendisine zarar verme arasındaki ikilemin çözülememesinin de bu soruna neden olduğu ileri sürülmüştür. İlerleyen yıllarda modern psikanalistler, dürtüler ve toplumsal değerler arasındaki dengeyi kuran “ego”nun işlevindeki bozulmaların, bazen de kişinin kendi yetersizlikleriyle başa çıkma çabasının alkol ve madde bağımlılığının oluşumuna etken olduğunu ileri sürmüştür (Milhorn, 2018; Kahyaoğlu, 2021; Göka ve Çakmak, 2021).

Bağımlılığın oluşma nedenleri, psikolojik gelişim açısından değerlendirildiğinde öğrenme teorilerinde de ele alınmıştır. İlk olarak, klasik koşullanma teorisinde, kişinin alkol ve madde ile ilişkilendirdiği uyanlarla karşılaştığında madde kullanma isteğinde artış olacağı, bu durumda, madde kullanımına yol açabileceği savunulur (Şenyuva ve Sungur, 2021). Aşırma ve yoksunluk belirtileri sonrası madde kullanan kişinin, aynı durum tekrarlandığında klasik koşullanmaya bağlı olarak yeniden madde kullanmaya yönelebildiği görülmektedir. Kişinin daha önce alkol ya da madde kullandığı bir ortamda bulunması, benzer ruh hali ya da bağlamın içinde olması kullanımı tetikleyen unsurlardandır. Örneğin, belirli bir lokasyonda sıklıkla madde kullanmanın tolerans gelişimini artırması, kişide maddenin keyif verici etkisinin ortaya çıkabilmesi için artık daha fazla madde kullanması gerektiği anlamını taşır. Alışık olunmayan ortamda madde kullanıldığında ise, her zaman kullanılan dozun yeterli olmadığı görülür ve bu durumda da sıklıkla doz aşımı vakalarıyla karşılaşılır. İkinci olarak edimsel koşullanma, davranışın ortaya çıkan sonuçla bağlantılı şekillendiğini söylemektedir. Örneğin, belirli bir davranışın belirli bir durumda ortaya çıkışını artırmak için pozitif pekiştirici yani ödüllendirmeler kullanılır. Eğer davranışın azalması ya da yok olması

isteniyorsa negatif pekiştireç kullanılmaktadır (Şenyuva ve Sungur, 2021; Kahyaoğlu, 2021). Alkol ve madde beyinde haz bölgesini uyardığı için kişiye keyif verir ve ödül etkisi yaratır. Bu durum belirli içsel ve dışsal tetikleyicilerle birleştiğinde davranış daha da pekişmiş olur. Örneğin, alkol kullandığında kişi kendisini gevşemiş ve rahat hissettiği için yine gergin olduğu bir ortamda alkol kullanma ihtiyacı hissedip, alkolü stresi azaltan bir pekiştireç olarak görebilir. Alkolün sağladığı pozitif etkiyle kişi, stresle başa çıkma yöntemini alkol kullanmak olarak kodlar. Kişinin yaşadığı olumsuz sonuçlar (ya da suçluluk düşünceleri) sıkıntı hissi yaratacağından ve alkolün etkisiyle rahatlama gerçekleşeceğinden (kişi bu inanca sahiptir) negatif pekiştireç etkisi yapar. Fakat hızlıca ortaya çıkan etkiler (maddenin keyif veren etkisi ve yoksunluk belirtilerinin azalması) kişi için pozitif bir pekiştireç olmaya devam eder. Tüm bu duruma rağmen kişi yaşadığı olumsuz deneyimler sonrası kendisini suçlayabilir ve pişmanlık yaşayabilir. Dolayısıyla pozitif pekiştireç olan alkol kullanma davranışı kişi için negatif bir pekiştireç halini alabilir. Kişinin yaşayacağı sonuçlarla ilgili yapacağı değerlendirmeler, pekiştirecin negatif ya da pozitif olmasını belirleyebilir. Yapılan araştırmalar, alkol ve madde kullanımından sonra sorun yaşamayacağına dair olumlu düşünceleri olan kişilerin diğerlerine oranla fazla miktarda alkol-madde tüketiminin olduğunu göstermektedir (Uzbay, 2015; Kahyaoğlu, 2021).

Sosyal öğrenme teorisine göre, madde kullanım davranışının kişinin içinde bulunduğu kültür, normlar ve sosyal çevre tarafından da şekillendirildiği savunulmaktadır. Örneğin, ebeveynlerinin stresli olduğu bir anda rahatlamak için alkol kullandığını gören bir çocuk, alkolün rahatlattığına dair bir bilgi kodlayabilir. Ayrıca sosyal çevrenin de alkol tüketimini etkilediği, alkolün çoğunlukla kalabalık ortamlarda daha sık tüketildiği gözlemlenmiştir. Sosyal öğrenme teorisi, kişinin rol-modeline ait madde ile bağlantılı davranışının kişiyi etkileyebileceği, madde kullanımına sebep olabileceğini savunur. Bu aşamada kişi gözlemlenmeye ve madde ile bağlantılı davranışları taklit etmeye başlar. Madde kullanımı, sosyal pekiştireçler ve kişinin pozitif beklentisi gibi faktörlerle de şekillenir. Aileden birinin ya da arkadaşların alkol ya da madde kullanımının kişinin pozitif beklentilerini artırdığı görülmüştür (Bandura, 1997; Maisto ve diğerleri, 1999; Kahyaoğlu, 2021). Sosyal öğrenme teorisinde bilişlerin de önemli bir yeri vardır. Geçmiş deneyimler, bir sonraki kullanım için kişide benzer bir deneyimin yaşanacağı beklentisini getirir. Daha önce stresi azaltmak için alkol alan bireyin, benzer bir durumda yeniden alkol alma isteği artacaktır. Fakat alkol ya da madde kullanmakla ilgili olumsuz düşünceleri olduğunda kişinin bu maddelerden uzak kalmaya devam ettiği görülmüştür. Kişinin yaşamında stres yaratan durumların alkol ve

madde kullanımını tetiklediği ya da depresmeye sebep olduğu gözlemlenmiştir. Stresle başa çıkmada zorlama ya da öz yeterlilik duygusunun olmaması alkol kullanımı ve bağımlılık ile ilişkilendirilmiştir. Eğer kişinin öz yeterlilik duygusu fazla ise bu durum tedaviden daha çok fayda görmesini ve daha uzun süre temiz kalmasını sağlar. Ayrıca, depresmenin önleminde önemli bir faktör olarak değerlendirilir (Bandura, 1997; Maisto ve diğerleri, 1999; Kahyaoğlu, 2021; Liese ve Beck, 2022).

Bilişsel teoriler, çarpık bilişlerin alkol ve madde kullanımına sebep olduğunu ve bağımlılığı geliştirdiğini öne sürmektedir. Düşünce sistemindeki çarpık bilişler aynı zamanda kişinin inançlarını, beklentilerini, öz yeterlilik duygusunu ve dikkatini de etkiler. Örneğin, alkol ile ilgili “kişisel ve sosyal ilişkilerin gelişmesine yardımcı olur” gibi inançların, alkol kullanımını devam ettiren pozitif bilişsel önyargılar olduğu ortaya konmuştur. Bilişsel davranışçı terapinin kurucusu Aaron Beck ve arkadaşları, bağımlılık kavramını kişinin kendisi ve diğerleri hakkında oluşturduğu çarpık bilişler ve şemalar üzerinden açıklar. Bu durum kişinin tetikleyicilere karşı doğru zamanda uygun tepki verememesine, dolayısıyla alkol ve madde kullanımı gibi negatif sonuçlar yaşamasına neden olur. Örneğin, alkol bağımlısı olan birinin çarpıtılmış (distorted) inançları nedeniyle farkında olmadan alkol ile ilgili bilgi ve imgeleri daha hızlı işlediği, dikkatini daha çok bunlara yoğunlaştırdığı gözlemlenmiştir (Kahyaoğlu, 2021; Liese ve Beck, 2022).

Bilişsel model, beklenti teorisinden faydalanmış ve modeli daha da geliştirmiştir. Beklenti teorisi; bireyin davranışlarını belirleyen etmenlerin, bu davranış sonucundaki beklentiler olduğunu iddia eden teoridir. Daha genel anlamda, bireyin bir beklenti ile ilgili oluşan çekicilikten dolayı belli bir motivasyona sahip olduğu ve bu motivasyonun bireyin seçimleri, davranışları, kararları gibi bir dizi davranışsal faaliyetini belirlediğini ileri sürmektedir. Dolayısıyla olumlu bir etki beklentisi kişinin alkol kullanımının artmasına sebep olabilir. Bilişsel model ise; düşünce, dikkat ve hafızadaki çarpıtmaların beklentide yarattığı hatalarla ilişkili olup bağımlılık sorununu ortaya çıkardığını ileri sürer. Çarpık inançları test edebilmek için kişinin davranışını etkileyen ve hafızada yer alan beklentilerin incelenmesini öngörür. Örneğin, sigara bağımlılarına sorulduğunda; sigara içmenin olumlu ve olumsuz yanlarını eşit oranda belirtirlerken, rastlantısal olarak olumlu yanları daha fazla hatırladıkları gözlemlenir (Kahyaoğlu, 2021; Lopes ve diğerleri, 2021; Liese ve Beck, 2022).

2.4.3. Sosyokültürel Faktörler

Madde kullanım bozukluklarını katkıda bulunan kültürel, sosyal, ekonomik ve çevresel faktörlerle kişinin ilişkisi dinamiktir; etkileşir, etkilenir aynı zamanda etkileyebilir ya da değiştirilebilir (Uzby, 2015; Tekin, 2021).

Kültürel çevre ve sosyal yapılar, madde kullanma davranışını birtakım mekanizmalar aracılığıyla etkileyebilir. Tüm bu mekanizmaları ve bunların karşılıklı ilişkilerini tatmin edici bir şekilde tanımlayan bir model bulunmamakla beraber, Durrant ve Thakkeri (2003) ilgili faktörleri içeren bütüncül bir model sunmaktadır. Bu modelde madde kullanım örüntülerinin, sosyal ve yapısal faktörler, kültürel faktörler, maddenin bulunabilirliği ve maddenin fonksiyonları tarafından doğrudan etkilendiği görülmektedir. Kültürel etmenler, toplumsal tutumlar, akran davranışları, kanunlar, maliyet ve bulunabilirlik, maddelerin ilk kullanımını etkilemektedir (Durrant ve Thakker, 2003; Ögel, 2007; Tekin, 2021). Sosyal ve yapısal faktörler açısından değerlendirildiğinde politik ve ekonomik ötekileştirme, baskı, önyargı, ayrımcılık, işsizlik, oturulan çevreden kaynaklanan dezavantajlar da madde kullanımını ve madde kullanımını sürdürmeyi etkileyen etmenler arasındadır. Genel sağlık durumunun etkilenmesi gibi, madde kullanma davranışları ve madde kullanımıyla ilgili sonuçlar, bireysel, ailesel ve toplumsal sosyoekonomik faktörler tarafından çeşitli şekillerde etkilenmektedir. Kişisel konum, madde kullanımını etkileyen risk faktörlerinden birisidir. Bireysel sosyoekonomik durumun etkileri, mutlak yoksulluktan ziyade sosyoekonomik konumla daha çok ilişkilidir. Dezavantajlı insanlara yönelik sosyal tutumlar, destek ve hizmetlerin ne derecede erişilebilir olduğu gibi sosyal ve yapısal değişikliklerden etkilenmektedir. Sosyoekonomik statü, yaşam seyri boyunca madde kullanımını ve ilgili problemlere ve risk faktörlerine maruz kalmaya katkıda bulunur (Ögel, 2007; Çam ve Engin, 2014; Tekin, 2021).

2.5. Madde Kullanım Bozukluğunun Tedavisi

Madde kullanım bozukluğu tanısı konulan hastalarda, tedavinin amacı, hastanın yeniden sağlıklı bir yaşama ve iyilik haline dönmesini sağlamaktır. Bu amaçla, ilaç tedavileri, psikoterapiler ve psikososyal yaklaşımlar bir arada uygulanmaktadır. Tedavinin amacı, hastanın ileri derecede bozulmuş olan sağlığını, uyumunu ve dengesini yeniden kazanması için, maddeyi ve bağımlılık davranışını bırakmasına yardımcı olmaktır (Morgen, 2017). Bağımlı bireyde, madde almaya ya da bağımlılık davranışına ilişkin çok güçlü ve sürekli bir

istek, hastanın hayatını ve eylemlerini yönlendirmektedir. Bu istek, kendi kendini başlatan ve sürdüren, karşı konulması çok zor bir dürtü olarak varlığını sürdürmektedir. Madde kullanımına başlandığında durdurmak mümkün olmayacağı için, tedavi hedefi tam bırakma olarak tanımlanmaktadır. Buna bir alternatif olarak, opioid bağımlılığında agonist ilaçlarla yerine koyma ve sürdürüm tedavilerinde de, tedavinin temel hedefi hastanın sağlıklı, uyumlu ve dengeli bir yaşama ulaşması ve bunu sürdürebilmesi olarak tanımlanmaktadır. Bağımlılıkta tedavinin ana bileşenleri şunlardır:

1. Bilme ve anlama
2. Kabul etme ve tedaviye katılım
3. Tanı koyma ve arındırma (detoksifikasyon)
4. İlaç tedavileri
5. Psikoterapiler
6. Altta yatan veya eşlik eden hastalıkların belirlenmesi ve tedavi edilmesi
7. Aile ve toplum desteği sağlanması
8. Destek grupları
9. Bakımının sürekliliği
10. Yaşam biçiminin ve çevrenin değiştirilmesi
11. Bütüncül tedavi yaklaşımı

Bilme ve anlama: Modern tıp anlayışında, hasta kendi tedavisinin etkin bir katılımcısı olarak görülmektedir. Bireye hem hastalığının doğasını hem de tedavinin önemini ve gereğini anlayabilmesi için gerekli bilgiler verilmelidir. Bu bilgilere sahip olan hasta, kendi tedavisine daha etkin bir biçimde katılabilecektir. "Psikoeğitim" olarak da adlandırılabilir olan bu yaklaşım, yapılandırılmış eğitim oturumları, görsel eğitim malzemeleri, kitapçıklar gibi, eğitimin verimliliğini artıracak yöntemler ile desteklenmelidir (Uluğ, 2021).

Tedaviyi kabul etme ve tedaviye katılım: Tedavide ilerleme kaydedilebilmesi için, hastanın belirli bir seviyede sorumluluk alması gerekir. Eğer hasta, hastalığı ve tedaviyi kabul etmiyorsa, tedaviye katılımı sağlanamıyorsa tedavi süreci çok güçtür. Hasta ve ailesi çok zor durumda da olsa bu gibi durumlarda gereken yardım yapılamamaktadır. Hastanın, iyileşmenin önemini ve bunun için kendisinin de çaba göstermesinin gerekliliğini anlaması çok önemlidir.

Tedaviyi kabul etme ve iş birliği içerisinde olma, kişiden kişiye ve zaman içinde değişebilen bir durumdur. Bazen, kişinin yaşamını derinden etkileyen bir zarar görme durumunda hasta hızlı bir biçimde tutum değiştirebilmektedir. Bazen de hasta yakınlarının

cesaretlendirmeleri, baskı yapmaları hatta zorlamaları durumunda da tedaviyi kabul gerçekleştirebilmektedir (Uluğ, 2021).

Tanı koyma ve arındırma (detoksifikasyon): Tedavinin ilk evresinde, arındırma (detoksifikasyon) yer almaktadır. Arındırma sırasında hastanın bedensel ve ruhsal yönden görece iyi ve dengede kalmasını sağlayan ve fiziksel veya ruhsal kesilme belirtilerini etkili bir biçimde yatıştırmak için kullanılan maddeye göre tedavi uygulanmalıdır. Kesilme belirtileri ne kadar iyi tedavi edilir, hasta bu dönemi ne kadar iyi geçirirse, uzun süreli sonuçların o kadar iyi olduğu ve nüks riskinin azaldığı bilinmektedir. Detoksifikasyon dönemi, daha uzun dönemli tedavi, iyileşme ve yaşam biçimini değiştirme planlarının yapılabilmesi için bir başlangıç olmakla beraber yeterli değildir (Öztürk ve Uluşahin, 2016; Morgen, 2017; Uluğ, 2021).

İlaç tedavileri: Hem arındırma tedavisinde hem de daha sonra iyileşmeyi sağlayacak ve nüksü önleyecek birçok ilaç bulunmaktadır. İlaçlar, bağımlılığın gelişiminde ve sürmesinde rol oynadığı bilinen nörobiyolojik mekanizmalar göz önünde tutularak geliştirilmiştir (Morgen, 2017; Bozkurt, 2022). İlaç tedavileri birkaç grup altında toplanabilir:

Nörobiyolojik ödül mekanizmaları ve santral sinir sisteminin uyarıcı (eksitator) sistemleri üzerine etki ederek, özellikle bağımlılığın sürmesinde en önemli rolü oynayan “aşırma (craving)” üzerinde etkide bulunan ilaçlar vardır. Bu grupta yer alan naltrekson ve akamprosot, özellikle alkol bağımlılığında kullanılmakta ve “istek azaltıcı (anticraving)” ilaçlar olarak adlandırılmaktadır (Lundgren ve Krull, 2018; Uluğ, 2021; Dilbaz ve diğerleri, 2021).

Tütün bağımlılığının tedavisinde dopaminerjik etkili (bupropion) ya da reseptör agonisti (vareniklin) ilaçlar kullanılmaktadır. Kesilme belirtilerini ve isteği kontrol etmek için kullanılan replasman (yerine koyma) tedavilerinden de faydalanılmaktadır. Farmakolojik agonist tedaviler olan metadon ve buprenorfin, opioid bağımlılığı tedavisinde çok önemli ilaçlardır. Farmakolojik antagonistlerde ise, özellikle opiyat bağımlılığı tedavisinde naltrekson öne çıkmaktadır (Öztürk ve Uluşahin, 2016; Uluğ, 2021; Dilbaz ve diğerleri, 2021).

Psikoterapiler: Psikoterapiler, bireysel veya grup terapileri şeklinde uygulanmaktadır. Nüksü önlemek ve kalıcı bir iyileşme sağlamak üzere çeşitli psikoterapi yöntemleri kullanılmaktadır. Motivasyonel terapilerin, bilişsel davranışçı terapilerin, farkındalık temelli ve kabul ve kararlılık terapilerinin, etki ve faydaları bakımından kontrollü klinik çalışmalar yürütülmüş ve kanıta dayalı etkinlikleri gösterilmiştir (Ögel, 2007; Myers, 2019).

Bağımlılığın tedavisinde ilaç tedavileri ve psikoterapilerin birbirini tamamlayacak şekilde birlikte uygulanmaları esastır. Psikoterapi görüşmelerinin yoğunluk ve sıklığı, klinik durumun ağırlığına ve bireyin gereksinimine göre ayarlanmalıdır (Ögel, 2007; Uluğ, 2021).

Altta yatan veya eşlik eden hastalıkların belirlenmesi ve tedavi edilmesi: Madde kullanım bozuklukları diğer psikiyatrik hastalıklarla birlikte görülebilmektedir. Eş tanı durumlarının oranı çok yüksektir. Özellikle depresyon, anksiyete bozuklukları, bipolar bozukluk, travma ile ilişkili bozukluklarda madde kullanım bozuklukları sık olarak görülmektedir (Aldemir ve diğerleri, 2018; Uluğ, 2021). Kannabinoid ve uyarıcı maddelerin kullanımında ise psikotik bozukluk eş tanısı sıklığı artmaktadır (Eseroğlu ve diğerleri, 2019). Eş tanı durumlarında tedaviye yanıtın daha az, gidiş ve sonlanışın daha kötü olduğu bilinmektedir. Birbirine eşlik eden hastalıkların her birinin uygun tedavi yöntemleri ile ele alınıyor olması iyileşmenin sağlanması bakımından çok önemlidir. Eş tanı hastalarda bağımlılık tedavisinde kullanılan ilaçların yanı sıra antidepresanların, antipsikotiklerin ve duygudurum düzenleyici ilaçların uygun ve etkili biçimde kullanılması gereklidir (Uluğ, 2021).

Aile ve toplum desteği sağlanması: Bağımlılığı olan bireylerde, ailenin ve çevrenin etkisi olumlu ve olumsuz etkiler bakımından oldukça önemlidir. Bazen bağımlılık gelişmeden önceki aile ve sosyal çevre ilişkilerine geri dönüş, iyileşmeye giden bir yol açabilmektedir. Ancak çoğu zaman da bağımlılık sürecinde yaşanan sıkıntı ve güçlükler, aileyi yormuş ve uzaklaştırmış olabilmektedir. Hastaya karşı duyulan güvensizlik hem aileyi hem hastayı kuşatan en önemli sorunlardan biri olarak ortaya çıkmaktadır. Hasta, tedavide bazı adımlar atabildiğinde aile desteği daha kolay sağlanabilmektedir. Bu açıdan ele alındığında tedavi süreçlerinde aile üyelerinin de gereksinimlerinin belirlenmesi ve ailelere yönelik müdahalelerin tedavi sürecine dahil edilmesi önem taşımaktadır (Ögel, 2007; Uzbay, 2015; Townsend, 2016; Kourgiantakis ve diğerleri, 2021; Uluğ, 2021).

Destek grupları: Kendi kendine yardım grupları duygusal destek almak, destek sağlamak ve bilgi alışverişi yapmak için düzenli olarak toplanan; ortak bir süreci paylaşan bireylerden oluşan organizasyonlardır. Ülkemizde 12 basamak programları kapsamında alkol bağımlılığı için “Adsız Alkolikler (AA)” ve madde bağımlılığı için “Adsız Narkotikler (NA)” grupları bulunmaktadır. Amerika Birleşik Devletleri’nde Adsız Kumarbazlar, Adsız Nikotin Bağımlıları, Adsız İnternet ve Teknoloji Bağımlıları, Adsız Yeme Bağımlıları, Adsız Seks Bağımlıları gibi topluluklar da bulunmaktadır ancak ülkemizde bu grupların oluşumu tam gerçekleştirilememiştir. Bu gruplar 12 basamaklı modeli temel almaktadırlar. 12 Basamak

genel olarak madde kullanım problemini kabul etmek, yardım aramak, kapsamlı bir kendi kendine inceleme yapmak, başkalarına verilen zararı telafi etmek ve diğer madde bağımlıların iyileşmesine yardım etmek prensiplerini içermektedir (Alevsaçanlar Cücü ve Dilbaz, 2021; Uluğ, 2021).

Bakımının sürekliliği: Madde kullanım bozukluklarında, nöksler sürecin bir parçasıdır. Tedavide sürecinde nökslerin göz önünde bulundurulması ve bakımın sürekliliğinin sağlanması gereklidir. İyileşme süresinin 2-5 yıl aldığı, başlangıç döneminde tedavi girişimlerini izleyen periyodik depresmeler yaşandığı bilinmektedir. Nöksleri önlemede uzun süreli takip ve sürdürüm tedavilerinin yer aldığı nöks önleme programları büyük önem taşımaktadır. Bu programlarda, nöks oluşturma riski yüksek olan durum ve ortamlarda uygulayabilecekleri öz denetim becerilerinin kazandırılması ya da bireyi kendi kendine yardımcı olacak bilgi ve becerilerle donatmaktır (Çam ve Engin, 2014).

Yaşam biçiminin ve çevrenin değiştirilmesi: İyileşme için doğru tanı konulmasının, uygun tedavi yöntemlerinin birlikte kullanılmasının, destek gruplarının ve ailenin tedavi için harekete geçirilmesinin yanı sıra hastanın yaşam biçimi ve çevresinde de değişimlerin gerçekleştirilmesi gereklidir. Hastanın hemen yanı başında bulunan aile üyeleriyle, duygusal yakınlığı olan kişilerle, eşiyle, arkadaşları ile sağlıklı ve doyum veren ilişkiler kurabilmesi çok önemlidir. Kişinin sağlıklı bir iş ve uğraşı ortamında olması da koruyucudur. Yer veya ortam değişimi bazen faydalı olabilse de hastalık tedavi edilmeden sadece ortam değişiminden yarar görülmeyebilir. Hastanın gündelik yaşamının kendisine de anlamlı gelen bir düzene ve rutine girmesi de tedavi sürecine katkı sağlayan önemli etkenlerden birisidir (Çam ve Engin, 2014; Townsend, 2016; Uluğ, 2021).

Bütüncül tedavi yaklaşımı: Madde bağımlılığı tanı ölçütleri içinde yer alan ve bağımlılığın çekirdek fenomenlerinden birini oluşturan “kontrol kaybı” olgusu ve nöks sorunu, bağımlılık tedavisindeki temel güçlükleri oluşturmaktadır. Yoksunluk duyguları ve madde arayışı, madde kullanımı ile ilgili koşullanılmış uyarılarla ortaya çıkabilmekte ve otomatik madde arayışına/isteğine ve madde arama davranışına yönlendirmektedir. Madde kötüye kullanımı olan birey, belirli ruh hallerinde gösterdiği refleks tepkiler ile de nökse karşı çok dayanıksız hale gelmektedir. Madde bağımlılığı tedavisindeki bu güçlükler ve dirençler, çeşitli yöntemlerin birlikte uygulandığı bütüncül yaklaşımla ele alınmalıdır. Yalnızca hastanın değil, hasta yakınlarının ve ailenin de bu sürece dahil edilmesi önemlidir. Hastaların biyolojik, psikolojik, sosyal ve manevi boyutlarda yaşadığı birçok zorluk farklı disiplinlerden

profesyonellerle daha geniş bir sağlık ve toplum hizmetleri çerçevesinde iş birlikleriyle ele alınmalıdır (Uluğ, 2021; Demiray ve diğerleri, 2021).

2.6. Bilişsel Davranışçı Yaklaşım

Bilişsel davranışçı terapi; öğrenme kuramlarını temel alan, kanıta dayalı yaklaşım olan, ortaya çıkan değişimleri değerlendiren, bireyin yaşam kalitesini artıran, problem çözme becerileri kazandıran, sadece ruhsal bozuklukların tedavisinde değil, önlenmesinde de kullanılabilen etkililiği meta-analitik çalışmalarla kanıtlanmış psikoterapi yaklaşımlarından birisidir. Bilişsel davranışçı terapi bilişsel ve davranışsal kuramları temel almaktadır (Kouimtsidis ve diğerleri, 2007; Beck, 2018; Türkçapar, 2019;). Davranış terapileri, öğrenme ilkelerinin davranış bozukluklarının analiz ve tedavilerine sistematik bir biçimde uygulanması ya da öğrenme kuramlarını kullanarak insan davranışlarında gözlemlenebilen ve ölçülebilen değişiklikler oluşturan tedavi yaklaşımı olarak tanımlanabilir. Burada bahsedilen öğrenme kuramları, klasik koşullanma, edimsel koşullanma ve sosyal öğrenme kuramlarıdır (Şenyuva ve Sungur, 2021).

Beck tarafından 1964 yılında geliştirilen bilişsel modele göre, bireyin yaşanan bir olaya verdiği emosyonel yanıt, yaşanan olaya yönelik yapılan yoruma bağlıdır. Durumun kendisi, nasıl hissedileceğini veya ne yapılacağını doğrudan belirlememekle beraber durumu nasıl algıladıklarına ve duygusal yanıtlarına aracılık eder. Bilişsel modele göre çocukluk dönemindeki yaşam olayları ve edinilen tecrübeler, inanç sistemleri ve düşüncelerin gelişmesini sağlamaktadırlar. Beck bilişsel yapıyı şemalar ve otomatik düşünceler olarak kavramsallaştırmıştır. Şemalar, içinde bulunduğumuz dünyaya anlam vermemizi, yeni bilgi ve tecrübelerin belirli bir anlam çerçevesinde anlaşılmasını sağlayan yapılardır. Şemalar, ara inançlar (tutumlar, kurallar ve varsayımlar) ve temel inançlardan oluşmaktadır (Beck, 2018; Lopes ve diğerleri, 2021).

Otomatik düşünceler, zihin akışı içinde yer alan ve daha çok duygusal sıkıntı anlarına eşlik eden ortama, duruma özgü bilişlerdir. Bu düşünceler kendiliğinden ortaya çıkmaktadır. Çoğu zaman oldukça hızlı ve genel oldukları için fark edilmeleri zor olmaktadır. Fark edilen genellikle eşlik eden duygulardır (Türkçapar, 2019).

Ara inançlar, en yüzeyde yer alan, yaşanan ana ve duruma özgü olan otomatik düşüncelerin altında, kişinin dile getirmemekle birlikte inanmakta olduğu tutum, kural ve

varsayımlardan oluşmaktadır. Ara inançlar söze dökülmeseler bile davranışın soyut düzenleyicileridir. Bireyin ara inançları, saptanan otomatik düşüncelerindeki ortak ve tekrarlayan temalardan, kişinin otomatik düşüncelerinin anlamının sorulmasından, eğer otomatik düşüncesi doğruysa bunun sonuçlarının neler olabileceğinin sorulmasından ve çeşitli ölçeklerle bulunabilir. Ara inançlar, doğrudan yaşantılardan, gözlemlerden veya başkalarından alınan bilgilerle öğrenilenlerden kaynaklanmaktadır (Beck, 2018; Türkçapar, 2019; Lopes ve diğerleri, 2021).

Temel inançlar, bilişsel yapının en derininde yer almaktadır. Temel inançlar, bireyin kişisel ve çevresel bilgiyi nasıl düzenleyeceğini belirleyen, bireyin kendisi, başkaları ve dünyayla ilgili temel varsayımlarını içeren, geçmiş yaşantı ve deneyimler sonucunda oluşan bilişsel yapılarıdır. Yaşamın erken dönemlerindeki kişisel deneyimler ve çevredeki önemli insanlarla yapılan özdeşimlerle oluşan temel inançlar, yaşamın daha ileriki yıllarındaki benzer deneyimler ve öğrenmelerle pekişir. Kişilik denilen duygusal ve davranışsal örüntüler yaşamla ve kendilikle ilgili ana inançlardan oluşur. Beck temel inançları, çaresizlik, sevilme ve değersizlik temel inançları olarak üç ana grupta toplamıştır (Beck, 2018; Türkçapar, 2019).

Bilişsel yapıda yer alan işlevsiz inançlar, bireyin düşüncelerini biçimlendirir ve psikopatolojiye özgü bilişsel hata veya çarpıtma olarak adlandırılan bilişsel sonuçlara neden olurlar. Bu bilişsel hatalar normal zihnin bir işleyişi olmakla beraber, ruhsal bozukluklarda daha sık, sistematik ve uygunsuz olarak ortaya çıkarlar. Sorun yaşanan durumlarda ise normalde herkeste olan bu bilişsel çarpıtmalar daha katı ve uygunsuz olarak çalışmaya başlarlar. Duruma uygun olmayan otomatik düşünceler bilişsel çarpıtmaların ortaya çıkmasına neden olur. Bu bilişsel çarpıtmalar, “keyfi çıkarsama”, “seçici soyutlama”, “aşırı genelleme”, “büyültme ve küçültme”, “hep ya da hiç biçiminde düşünme”, “kişiselleştirme”, “felaketleştirme”, “-meli, -malı düşünce tarzı”, “zihin okuma”, “duygudan sonuca ulaşma” ve “etiketlemedir” (Beck, 2018; Türkçapar, 2019).

Bilişsel davranış terapisi, temel inançlardan kaynaklı otomatik düşünceleri belirlemeye ve onları değiştirmeyi amaçlamaktadır. Bireylerin özgül düşüncelerindeki bozulmayı fark etmeleri, kendilerini ve dünyalarını anlamlandırmalarından daha kolaydır. Daha yüzeysel bir biliş olan düşüncelerle çalıştıklarında rahatlarlar ve tekrar eden deneyimler yoluyla işlevsiz düşüncelerinin altında yer alan inançlarını değerlendirebilirler. Bireylerin ara inançları ve temel inançları birçok yöntemle değerlendirilmekte, kişinin algıları ve durumları değerlendirmeleri hakkındaki yargıları değiştirilebilmektedir. Düşüncelere göre daha derinde

yer alan temel inançlardaki değişiklikler semptomların nüksetmesini azaltmaktadır (Lopes ve diğerleri, 2021).

2.7. Madde Kullanım Bozukluğunda Bilişsel Davranışçı Yaklaşım

Davranışçı kuramlar, madde kullanımını bireyin öğrendiği sağlıklı olmayan bir davranış olarak açıklamaktadır. Kurama göre madde kullanımın olumlu pekiştireç rolü vardır. Klasik ve edimsel öğrenme yoluyla, yaşanan olaylar sonucunda maddeye dair geliştirilen olumlu bilişler ve madde kullanımı arasında bağlantı kurulmaktadır. Madde kullanımının tekrarlamasıyla beraber bu öğrenmeler pekiştirilmektedir (Lopes ve diğerleri, 2021; Liese ve Beck, 2022). Ayrıca bu öğrenme sırasında sadece maddenin kendisi değil, kullanım sırasında çevrede olup bitenlerde (duygu, koku, çevre gibi) maddeyi çağrıştıran uyaranlar olarak bağlantılandırılır. Kişi, bu uyaranlarla karşılaştığında da madde kullanım düşüncesi oluşmaktadır (Lundgren ve Krull, 2018). Rahatlama, keyif alma, haz, hızlı doyum gibi duygularla madde kullanım sıklığı arttıkça kullanım davranışı pekişmekte ve kişi için madde kullanımı, olumlu duyguları yaşamak için gereken tutum olarak kodlanmaktadır. Maddenin fizyolojik etkilerine bağlı olarak kişide bir süre sonra tolerans ve yoksunluk belirtileri gelişmektedir. Bu durumda olumsuz sonuçlarla karşılaşan kişi, kullanım sonrasında yaşadığı rahatsızlık ve kaygı gibi duyguların seviyesinde azalma fark ettiğinde aynı şekilde kullanımını bu olumsuz duygu ve düşüncelerle baş etmeye yardımcı bir davranış olarak yorumlamaktadır. Bu yorumlamaya bağlı yaşanan olumsuz durumlarda kişinin kullanım ihtiyacı artmaktadır (Lopes ve diğerleri, 2021).

Aaron Beck, madde kullanan kişilerin benzer inanç kalıplarına ve işlevsiz düşüncelere sahip olduğunu öne sürmüştür ve bu doğrultuda, madde kullanım bozuklukları için bilişsel bir model önermiştir. Bilişsel kurama göre, madde kullanım bozukluğu olan kişiler çaresizlik, sevilmemeye ve değersizlik temel inançlarına sahiptirler. Madde kullanım bozukluğu olan bireyler, "işler benim için yolunda gitmezse vazgeçerim" gibi engellenme eşiğinin düşük olması veya tekdüzeliğe karşı düşük tolerans veya "bu benim hatam değil" gibi sorumluluktan kaçınma ve başkalarını suçlama örüntüsü gibi ara inançlar göstermektedirler (Güven, 2019; Lopes ve diğerleri, 2021; Liese ve Beck, 2022). Beck tarafından önerilen bu modelde tüm bireylerde ortak olan temel inançların ve ara inançların yanı sıra, madde kullanım bozukluklarında bağımlılık inançları da yer almaktadır. Bağımlılık inançları beklenti inançları, rahatlama inançları ve izin verici inançlar olmak üzere üç temel işlevsiz inançtan

oluşmaktadır. Beklenti inançları, ödül ve doyumunu içeren olumlu beklentilerdir. Beklenti inançlarına, “madde aldığımda daha iyi odaklanıyorum”, “içtiğimde kendimi daha iyi ifade ediyorum” gibi örnekler verilebilir. Rahatlama inançları, maddenin yaşanılan sıkıntıyı azaltacağı ile ilgili inançları içermektedir. Örneğin “gerginliğim içmeden geçmeyecek”. İzin veren inançlar ise, bağımlılık davranışının kontrol edilebileceği yanılığını içeren inançlardır, örneğin, “sadece özel günler olduğunda, madde kullanacağım” (Morgen, 2017; Lopes ve diğerleri, 2021; Liese ve Beck, 2022).

Bağımlılık inançları iç veya dış tetikleyicilerle etkinleşir. İç tetikleyiciler, madde kullanımıyla ilgili bazı zevkli anlara ait anılar veya düşünceler olabilir. Dış tetikleyiciler ise, kişinin dikkatini maddeye çeken yerler, insanlar veya nesnelere olabilir. Bu nedenle, bu tür tetikleyicilere maruz kalmak, bağımlılık inançlarını ve bu inançlarla ilgili otomatik düşünceleri harekete geçirebilir. Tetikleyiciler kişide madde kullanma isteği uyandırır, aşermeye neden olur ve kişiyi madde edinmek ve kullanmaya yönelik bir plan oluşturmaya yönlendirir (Kouimtsidis ve diğerleri, 2007; Liese ve Beck, 2022).

Bilişsel davranışçı yaklaşımla ele alınan madde kullanım bozukluğunun tedavisinde, bireyin bağımlılık davranışı ile ilgili duyguları, bireyin kendisi, dünyası ve gelecek hakkındaki temel inançları, bireyin varsayımları, tutumları ve kuralları, bağımlılık davranışına yönelik değişiklik stratejileri, bağımlılık davranışını tetikleyebilecek yüksek riskli durumların ele alınması, bağımlılık ile ilgili olan otomatik düşünceleri ve bağımlılık inançları, bağımlılık davranışı ve olumsuz duygularla ilişkili uyumsuz davranışları, karşılaşılabilecek sorunlar ile başa çıkmaya yönelik oluşturulacak stratejileri davranışçı ve bilişsel teknikler kullanılarak ele alınır (Güven, 2019; Şenyuva ve Sungur, 2021).

2.8. Öz Yeterlilik

Öz yeterlilik, ilk olarak 1977’de Bandura tarafından davranış değişikliğinin altında yatan bilişsel bir mekanizma olarak öne sürülmüştür ve "bireylerin, belirli görevleri yerine getirme veya belirli hedeflere ulaşma yeteneklerine ilişkin inancı" olarak tanımlanmıştır (Banduro, 1986; Liese ve Beck, 2022). Tanım, bireyin eylemleri planlama ve eyleme dökme yetenekleri hakkındaki inançlarına odaklanırken ayrıca, kişinin bir amaca ulaşma yeteneği hakkındaki "inancı" yönlendirme yönüne de vurgu yapmaktadır (Liese ve Beck, 2022). Öz yeterlilik duygusu yüksek olan bireyler, arzulanan hedefe ulaşmak için yeteneklerine dair

daha güçlü bir inanç duygusuna sahiptir. Bu inanç, davranışlar üzerinde etkilidir. Öz yeterlilik, öz saygı veya özgüven kavramıyla karıştırılmaktadır ancak bu iki kavram bir benlik duygusunu içerirken, öz yeterlilik daha çok belirli bir beceri veya sonuca ilişkin inancı ifade etmektedir (Dhankar ve diğerleri, 2022). Öz yeterlilik kaynakları, başarı ya da deneyimlerdeki beceri, dolaylı öğrenme, sosyal ikna ve son olarak da ruhsal ve fizyolojik durumdan oluşmaktadır (Marlatt ve diğerleri, 1995; Moniz Lewis ve diğerleri, 2022; Dhankar ve diğerleri, 2022). Başarı ya da deneyimlerdeki beceri, bireyin geçmiş yaşantısında ki olumlu veya olumsuz deneyimlerini ifade eder. Olumlu deneyimler kişinin bu deneyimi tekrar tecrübe etmesi durumunda başarabileceğine dair inancını oluşturur. Dolaylı öğrenme, gözlem ve modelleme yoluyla gerçekleşir. Kendisine benzeyen kişilerin olumlu deneyimlerine bakarak kendisinin başarıp başaramayacağına dair geliştirdiği yargıyı ifade etmektedir. Sosyal ikna ise, insanlar bir bireyin davranışını teşvik, öneri ve sözlü övgü yoluyla etkilediğinde ortaya çıkar. Bu destek, övgü ve tavsiyeler kişinin başaracağına dair inancını etkilemektedir. Duygusal ve fizyolojik durumlar, öz yeterliliğin en önemli göstergelerinden birisidir. Bir kişi fiziksel kapasiteden yoksun olduğunu düşünüyorsa bu düşünce başarıma ihtimaline olan inancını etkilemektedir. Benzer şekilde, depresyon veya kaygı gibi ruhsal sorunlar yaşayan bir kişi, bir görevde başarılı olma yeteneği hakkında olumlu düşünmekte zorlanabilir (Banduro, 1986; Marlatt ve diğerleri, 1995; Dhankar ve diğerleri, 2021).

Bandura öz yeterlilik kaynaklarından farklı olarak, yeterlilik beklentileri ve sonuç beklentileri olarak iki kavram daha tanımlamıştır. Yeterlilik beklentisi, bireyin belirli eylemleri gerçekleştirme yeteneğine sahip olup olmadığına dair inancıdır. Bu inanç, kişinin eylemlere teşebbüs edip etmeyeceğinin önemli bir belirleyicisidir. Eylemin başlatılıp başlatılmayacağına, bunun için ne kadar ne kadar çaba harcanacağına ve olası engellere rağmen davranışın ne kadar sürdürüleceği konusunda karar vermesini etkilemektedir. Ek olarak, ilk başarısızlık karşısında ısrar edip etmeyeceğini, sonunda elde edilen başarı düzeyini ve geliştirilen içsel ilgi düzeyini belirlemektedir. Sonuç beklentisi ise, bireyin belirli davranışlarda bulunmanın doğuracağı sonucun olasılıklarına duyduğu inancı ifade etmektedir (Banduro, 1986; Elshatarat ve diğerleri, 2016).

Madde kullanım bozukluğunda öz yeterlilik, bir bireyin madde kullanım sürecini doğrudan etkileyen istenen davranışları uygulama ve sürdürme becerisine olan inancını ifade eder (Moniz Lewis ve diğerleri, 2022). Bireyin, yoksunluk belirtileriyle başa çıkma ve madde kullanımından uzak kalmayı içeren davranışlarını planlama ve sürdürme yeteneklerine olan inançlarını içermektedir (Liese ve Beck, 2022). Bandura'nın belirttiği gibi (1986) hem gerekli

becerilere hem de güçlü başa çıkma etkinliğine sahip olan kişiler, madde kullanım bozukluğunun tedavisinde kişinin karşı karşıya kalabileceği yüksek riskli durumları başarılı bir şekilde yönetebilmektedir (Banduro, 1986; Liese ve Beck, 2022). Bir kayma durumunda, öz yeterliliği yüksek kişiler kaymayı geçici bir başarısızlık olarak görme ve kontrolü yeniden sağlama eğilimindeyken, düşük öz yeterliliğe sahip olanlar kayma sorması madde kullanımını sürdürme eğilimi daha yüksektir. Madde kullanım bozukluklarıyla ilgili olarak çok sayıda araştırma, öz yeterlilik inançları ile madde kullanımı sonuçları arasında güçlü bir ilişki olduğunu göstermiştir (Kadden ve Litt, 2011; Hartzler ve diğerleri, 2011; Witkiewitz ve diğerleri, 2012; Maisto, ve diğerleri, 2015; Gause, ve diğerleri, 2018; Holzauer, ve diğerleri, 2020). Banduro ve Locke 2003 yılında öz yeterlilik inancı ile ilgili yapılan dokuz meta analiz sonucunu incelemiştir ve kişinin performans yeterliliğine olan inancının, yani istenen sonuçların kişinin kendi çabalarıyla elde edilebileceğine olan inancının, başa çıkma davranışlarını harekete geçirmek ve sürdürmek için gerekli olduğunu bildirmişlerdir.

2.9. Madde Kullanım Bozukluğu ve Psikiyatri Hemşiresi Yaklaşımları

Tolerans ve yoksunlukla seyreden, kişinin fizyolojik, psikolojik ve sosyal alanlarını etkileyen ve kronik bir hastalık olan madde kullanım bozukluğu, sadece bireyi değil, aileyi ve toplumu da olumsuz yönde etkilemektedir (Townsend, 2016). Madde kullanım bozukluğu olan birey, madde kullanmaya başlanılan süreçten itibaren iyileşme ve tekrar madde kullanımının tekrarlamasıyla seyreden bir döngü içerisinde. Bu döngü içerisinde, birey dürtüleri ve davranış örüntülerinin yanı sıra yaşamındaki iletişim çatışmaları da bu sürecin bir parçası haline gelmektedir. Böylece madde kullanımı sadece kişiye özgü bir problem olmaktan çıkmaktadır ve tüm toplumu ilgilendiren karmaşık bir sorun haline gelmektedir (Baysan Arabacı ve diğerleri, 2018).

Multidisipliner bağımlılık ekibinin bir üyesi olan psikiyatri hemşireleri geleneksel rollerinin yanında, hastayı bütüncül olarak değerlendirmekte ve hastanın ihtiyaçlarına uygun tanı koymakta ve bakımı uygulamaktadırlar. Bağımlılıkta hemşirelik bakımının sağlanabilmesi için psikiyatri hemşirelerinin ileri klinik müdahaleler sunabilecek donanıma sahip olmaları önem taşımaktadır. Bu anlamda bağımlılık psikiyatri hemşireleri, birey ve aileyi bütüncül olarak ele almalı, biyolojik, psikolojik, sosyal yönleri ile değerlendirmeli,

birey ve aileye ilişkin hemşirelik bakım planı oluşturmalı, psikososyal müdahaleler ve danışmanlık süreçlerinde aktif rol almalıdır (Demiray ve diğerleri, 2021).

Ülkemizde 2011 yılında yayımlanan Hemşirelik Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik'te alkol ve madde bağımlılığı merkezi hemşiresinin görev, yetki ve sorumlulukları tanımlanmıştır (T.C. Resmi Gazete, 2010). Bu görev, yetki ve sorumluluklar; madde kullanımı olan ve farklı nedenlerle hastaneye başvuranların ve ailelerinin tanılmasının yapılmasını içermektedir. Bu doğrultuda, bağımlılık hemşiresi hasta ve ailesine ilişkin verileri toplar, bu veriler doğrultusunda hemşirelik tanısı koyar, bakım girişimleri planlar ve uygular, hastayı yoksunluk ve yoksunluk şiddeti açısından değerlendirir ve gerekli tedavileri uygular. Ayrıca, hastaların bireysel gelişimini ve sosyalizasyonunu sağlayacak terapötik grup çalışmalarını düzenler, hastaların katılımını sağlar, bu süreci gözlemler ve bu süreci rehabilitasyon ekibi ile iş birliği içerisinde yürütür. Hastaların madde kullanımı olup olmadığını idrar tetkikleriyle ve alkolmetre ölçümleriyle belirlenen aralıkta takip eder. Servise madde girişini önlemeye yönelik tedbirler alır, gözlem yapar, binada aramalar yaptırır ve güvenliği sağlar. Hastaların hastanede kalmaya bağlı yaşadıkları duyguları ifade etmelerine ve problemlerini çözmelerine yardımcı olur. Hastaların çevresiyle yaşadığı iletişim problemlerin çözülmesi için girişimleri planlar uygular. Gerekli durumlarda yasal sorunu olan hasta/danışmanların ilgili mercilere iletilmek üzere tedavi sürecindeki durumlarını gözlemler ve gözlemleriyle ilgili kayıt tutar. Tedavi sürecinde, nükslerin önlenmesinde bireysel ya da grup danışmanlığı yapar ve psikoeğitim grupları oluşturur. Hastaların adsız alkolik (AA) ve adsız narkotik (NA) ve aile üyelerinin ise Al-Anon Aile Yardım Grubu gibi kendi kendine yardım gruplarına katılımını sağlar. Bağımlılık ekibinde yer alan üyeler için eğitimler düzenler ve değerlendirir. Topluma madde kullanımı ve bağımlılık hakkında bilgilendirme yapar, ruhsal sağlığını koruma ve geliştirme konusunda eğitim ve danışmanlık hizmeti verir.

Bağımlılık hemşirelerinin rol ve sorumlulukları klinik uygulamalar, karar verme, mesleki değerler, izlem, tanılama, değerlendirme, danışmanlık, rehberlik, liderlik, eğitim ve yönetim süreçlerini içermektedir. Bağımlılık kliniğine yatışı veya tedaviye başvurusuyla başlayan bakım sürecinde hastanın, kabulü ve oryante edilmesi bağımlılık hemşiresinin görevi içindedir. Bireyin kabulü sırasında, hastanın bakım ihtiyaçlarını karşılayan hemşirenin hastaya yaklaşımı empatik ve önyargısız bir şekilde olmalıdır (Çam ve Engin, 2014; Townsend, 2016). Tedaviye başvuran bağımlının yoksunluk belirtileri ve zarar verici davranışları olabilmektedir. Bağımlılık hemşiresinin, yoksunluk belirtilerini tanıması bu duruma yönelik hemşirelik girişimlerini planlamayabilmesi açısından önem taşımaktadır. Hastanın

değerlendirilmesi yoksunluk belirtileriyle beraber madde kullanıma bağlı gelişen fiziksel sorunları ve ruhsal sorunları da içermelidir. Bu doğrultuda bağımlılık hemşirelerinin, uygulamış oldukları hemşirelik süreci de verilerin toplanması, mevcut sorunların tanınması, hedeflerin belirlenmesi, hemşirelik girişimlerinin uygulanması ve sonuçların gözden geçirilmesi aşamalarını kapsar (Şimşek, 2010; Çam ve Engin, 2014; Townsend, 2016). Hemşirelik girişimleri grup danışmanlığı, psikoeğitim ve psikoterapi gibi uygulamaları da içermelidir. Psikoeğitim uygulamaları, hastaların madde kullanımı ile ilgili süreçlerde bilgi eksikliklerini gidermeli, madde kullanımı sonucu oluşan madde çekilme belirtileri, epileptik nöbet gibi fiziksel semptomlar ve ruhsal semptomlar ve bu semptomlarla baş etme süreçlerini içermelidir. Ayrıca hemşirelik bakımında tedaviye devam etmede hastanın bağımlılık duygularını artırmak, uyumsuz davranışlarını değiştirmesini desteklemek (madde kullanan kişilerle ilişki kurmak, madde satıldığını veya kullanıldığını bildiği yerlere gitmek gibi) ve iyileşmeye yardımcı davranışları desteklemek de yer almalıdır (Yoldaş ve Demircioğlu, 2020; Demiray ve diğerleri, 2021). Bağımlılık hemşiresi, madde kullanım bozukluğu olan hastanın bakım sürecinde davranış patolojileri, aile içi rol değişimleri, iş gücü kayıpları nedeniyle toplumsal damgalamaya maruz kalan bağımlı bireylere yönelik damgalamayı önleme çalışmalarında yer almalıdır. Madde kullanan hastaların eşit saygın bakım almaları açısından kurumdaki ekip ve hemşirelerce belirlenen tedavi bakım protokollerinin uygulanması, ihlalin olmaması açısından önem taşır. Madde kullanım bozukluğu olan hastaların tedaviye başvurma ve bakım süreçleri bir kriz dönemi olmakla beraber, hasta ve ailesinin yanında tedavi ekibi üyelerinin de beklentileri yüksektir. Bağımlılık hemşireleri ve bağımlılık ekibi, bağımlılığı hastalık olarak değil, zayıflık ve kişilik problemleri olarak değerlendirebilir. Hastaların tekrarlayan yatışları, tedavi motivasyonları, hastaların davranış patolojileri, hemşirelerin empati ve sempati süreçleri ile ilgili sorun yaşamalarına neden olabilir. Ayrıca bağımlılık alanında çalışan hemşirelerin, diğer sağlık çalışanları tarafından damgalanması gibi sorunlar da yaşanabilir. Bağımlılık hemşiresi, yaşanan bu sorunlarda liderlik yapmalıdır (Çam ve Ayekdaş Dağlı, 2017; Büyükbayram ve diğerleri, 2017; Yılmaz ve Cüceler, 2019; Demiray ve diğerleri, 2021). Bağımlılık ekibi üyeleri ile birlikte bakım modelleri geliştirmek için çalışmalar yürütmelidir. Bağımlılık ile ilgili kalite ve komisyon çalışmalarında yer almalı, halk sağlığı çalışmalarında ve klinik çalışmalarda liderlik rolü üstlenmelidir. Bağımlılık hemşiresi; hastayı, aileyi ve çevreyi bütüncül olarak ele almalıdır. Ailede ve sosyal yaşamında, yakın çevresinde madde kullanımı olan kişilerin varlığı, bireyin bu süreçlerde neler düşündüğü, yaşantısının hangi döneminde tanık olduğu, aile ya da sosyal yaşantısındaki

bireylerin desteğinin olup olmadığı, destek arayışını talep edip edemediği gibi sosyal becerileri de sorgulanmalıdır (Asi Karakaş ve Ersöğütçü, 2016; Demiray ve diğerleri, 2021).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

Bu bölümde araştırmanın türü, yapıldığı yer ve özellikleri, evren ve örneklem, veri toplama araçları, eğitim materyalinin geliştirilme süreci ile verilerin toplanmasını içeren gereç ve yöneme ait bilgilere yer verilmiştir. Çalışmanın gereç ve yöntemi, CONSORT 2010 Statement (Consolidated Standards of Reporting Trials)'in Türkçe kılavuzu esas alınarak yazılmıştır (Schultz ve diğerleri, 2010; Sunay ve diğerleri, 2013).

3.1. Araştırmanın Türü

Madde kullanım bozukluğu olan hastalarda bilişsel davranışçı yaklaşım temelli psikoeğitimin bağımlılık profili, öz yeterlilik ve bağımlılık seyrine etkisini incelemek amacıyla planlan bu araştırma, randomize kontrollü deneysel bir çalışma olarak gerçekleştirilmiştir. Deney grubuna uygulanan bilişsel davranışçı yaklaşım temelli psikoeğitimin etkisini belirlemek amacıyla ön test ve son test kontrol gruplu desen tercih edilmiştir.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri

Araştırma İstanbul ilinde hizmet sunan Erenköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi Alkol Madde ve Tedavi Merkezi (AMATEM)'ne ait poliklinikte yürütülmüştür. Poliklinikte 18 yaş ve üzeri madde kullanım bozukluğu olan bireylerin tedavileri yapılmaktadır. Hafta içi 08.30-17.00 saatleri arasında hizmet sunulmaktadır. AMATEM bünyesinde psikiyatri hekimleri toplamda 10 poliklinik ile hizmet vermektedir. Hizmet sunulan polikliniklere randevulu ve randevusuz olarak 15 dakikada bir hasta kabul edilmektedir. Hastaların AMATEM birimine kabulü tıbbi sekreter tarafından yapılmaktadır. Hastanın giriş işlemleri tamamlandıktan sonra polikliniğe yönlendirilmektedirler. Hekim hastanın ilk muayenesini gerçekleştirdikten sonra idrarda madde tetkiki için güvenlik kontrolü eşliğinde idrar alınması için laboratuvara yönlendirmektedir. İdrar tetkikinin sonuçları ile beraber hekim hastayı tekrar değerlendirmekte ve farmakolojik tedavisini düzenlemektedir. İlk muayene sonrası hasta

kontrol muayeneleri için yönlendirilmektedir. Kontrol muayenelerinin sıklığı hastaya göre değişkenlik göstermekle beraber ilk kontrol randevusunun 10-15 gün içerisinde, ikinci kontrol randevusunun 1 ay sonrasında yapılması planlanmaktadır. Poliklinik bünyesinde haftanın iki günü olmak üzere hemşire, psikolog ve sosyal hizmet uzmanlarının yürüttüğü psikoeğitim grupları planlanmıştır. Psikiyatri hekiminin yönlendirdiği hastalar bu psikoeğitim gruplarına isteğe bağlı olarak katılım gösterebilmektedirler. Ancak psikoeğitim grupları pandemi dönemi süresince iptal edilmiş olup bu araştırmanın yürütüldüğü süreç içerisinde tekrar aktif edilmemiştir.

3.3. Araştırmanın Evren ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini Erenköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi AMATEM Polikliniği'ne başvuran hastalar oluşturmuştur. Örneklem sayısı, G Power version 3.1.9.2 programı kullanılarak hesaplanmıştır. Hesaplamada kullanılacak olan etki büyüklüğü, Gür ve arkadaşlarının 2017 yılında yapmış oldukları çalışmada belirttikleri, bilişsel davranışçı temelli psikoeğitimin, bağımlılık ile ilişkili değişkenlere etkisi ile ilgili standart sapma ve ortalama değerleri dikkate alınarak 0.20 olarak belirlenmiştir (Gür ve diğerleri, 2017). Buna göre $\alpha=0,05$, $1-\beta= 0,80$ ve Etki büyüklüğü=0,20 alınarak deney grubu için 18 kontrol grubu için 18, olmak üzere minimum örnek sayısı 36 olarak hesaplanmıştır. Olası vaka kayıpları da düşünülerek yaklaşık %40 eklenmiş ve deney grubu için 25, kontrol grubu için 25 olmak üzere toplam 50 hastanın araştırmaya alınması planlanmıştır. Araştırma toplam 50 katılımcı (25 deney, 25 kontrol grubu) ile başlamış olup, 45 katılımcı (23 deney, 22 kontrol grubu) ile tamamlanmıştır. Deney grubundaki hastalardan birisi 3., diğeri 4. oturumuna gelmemiştir. Gelmeyen hastalar aranıp gelmedikleri oturum için tekrar gün ve saat belirlenmiştir. Ancak hastalar belirlenen tarihte yine oturumlarına katılmamışlardır. Tekrar arandıklarında telefonlarına yanıt vermemişlerdir. Kontrol grubundan ise 3 kişi son testler için çağırıldıkları randevularına gelmemişlerdir. Bu grupta yer alan hastalara verdikleri telefon numaralarından ulaşılamamıştır.

3.4. Katılımcıların Araştırmaya Dahil Edilme, Dışlanma ve Çıkarılma Kriterleri

3.4.1 Araştırmaya dahil edilme kriterleri:

1. DSM- V'e göre "Madde Kullanım Bozukluğu" tanısı almak,
2. 18 yaşını doldurmuş olmak,

3.4.2. Araştırmadan dışlanma kriterleri:

1. Madde Kullanım Bozukluğu dışında başka kronik, sürekli yardım ve bakım gerektiren tıbbi hastalığın bulunması,
2. Okur – yazar olmama

3.4.3. Araştırmadan çıkarılma kriterleri

1. Veri toplama formları eksik doldurma
2. Deney grubunda olup psikoeğitimin 3 oturumuna katılmamış olma

3.5. Randomizasyon ve Körleme

Araştırmaya dahil edilecek "Madde Kullanım Bozukluğu" tanısı alan hastaların hangi grupta yer alacaklarını belirlemek için basit randomizasyon yapılmıştır. Her iki gruptaki tüm katılımcılar rastgele olarak (<http://www.randomizer.org> adresindeki yazılım kullanılarak) deney ya da kontrol grubuna dahil edilmiştir. Randomizasyona göre 1.,3., 5., 7., 9., 11., 14., 15., 19., 20., 21., 24., 26., 32., 33., 35., 37., 38., 39., 40., 42., 43., 44., 47., 50. hastalar deney grubuna, 2., 4., 6., 8., 10., 12., 13., 16., 17., 18., 22., 23., 25., 27., 28., 29., 30., 31., 34., 36., 41., 45., 46., 48., 49. hastalar ise kontrol grubuna alınmıştır.

Araştırmanın deney grubuna bilişsel davranışçı yaklaşım temelli psikoeğitim uygulanacağı için, katılımcıların hangi grupta olduğunu kendilerinin bilmemesi mümkün

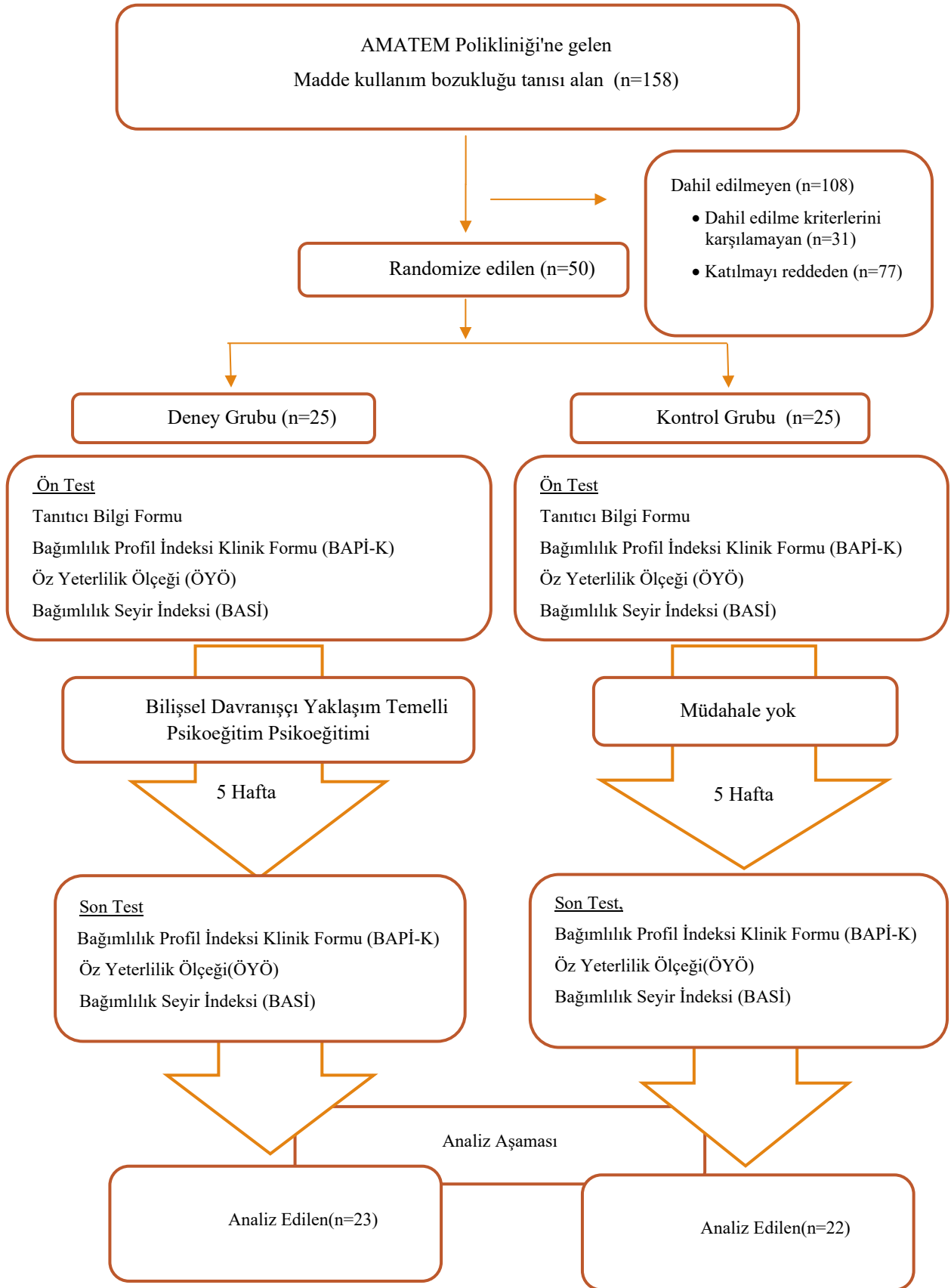
değildir. Bu nedenle hastalar körülenememiştir. Deney grubuna verilecek olan bilişsel davranışçı yaklaşım temelli psikoeğitim uygulaması, araştırmacının kendisi tarafından verileceği için araştırmacı da körülenememiştir. Ancak, çalışmanın verilerinin analiz edilmesi sırasında istatistik uzmanının verilerin hangi gruba ait olduğunu bilmemesi sağlanmıştır. Bu amaçla veri girişi yapılırken deney grubu (1), kontrol grubu (2) olarak girilmiştir. Böylece verilerin analizi aşaması körülenmiştir.

3.6. Araştırmanın Zamanı

Araştırma, Nisan 2020- Temmuz 2023 tarihleri arasında yürütülmüştür. Deney grubuna verilen bilişsel davranışçı yaklaşım temelli psikoeğitim ile verilerin toplanması 05.12.2022-12.01.2023 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir. Araştırmanın akış şemasına Şekil 1’de yer verilmiştir.

3.7. Araştırmanın Metodu

Bu araştırmada ilk olarak, araştırmada kullanılacak olan veri toplama aracı hazırlanmıştır. Ardından deney grubu hastalarına verilecek olan bilişsel davranışçı yaklaşım temelli psikoeğitim içeriği oluşturulmuştur. Araştırma izni alınan AMATEM Polikliniği’nde araştırmada yer alacak hastalara ulaşıldıktan sonra, katılımcılara verilecek eğitim ve veri toplama aşamasına geçilmiştir. Araştırmanın metodunun ayrıntılarına aşağıda yer verilmiştir.



Şekil 1. Araştırmanın CONSORT Akış Şeması

3.7.1. Veri Toplama Araçları

Araştırmada veri toplamak için, literatür doğrultusunda araştırmacılar tarafından oluşturulan tanıtıcı bilgi formu Bağımlılık Profil İndeksi Klinik Formu (BAPİ-K), Bağımlılık Seyir İndeksi (BASİ) ve Öz Yeterlilik Ölçeği kullanılmıştır. Araştırmada kullanılan tüm ölçeklerin yazarlarından kullanım izinleri alınmıştır (Ek 1-3).

3.7.1.1. Tanıtıcı Bilgi Formu

Araştırmacı tarafından literatür bilgisi doğrultusunda (Can Gür ve Okanlı, 2019; Kargın ve Hiçdurmaz, 2020) oluşturulan form, sosyo-demografik ve hastalığa ilişkin bilgileri sorgulayan 14 soru içermektedir. Formun ilk dokuz sorusu bireyin sosyodemografik özellikleriyle ilgili olup; doğum yılı, medeni durum, eğitim düzeyi, düzenli gelirinin olma durumu ve birlikte yaşadığı bireylere yönelik sorulardır. Formun kalan beş sorusu ise hastanın klinik tablosu ile ilgili sorulardır. Bu bölümde, kullandığı maddenin türü, ne kadar süredir madde kullandığı, daha önce madde kullanımını bırakmayı deneyip denemediği, kaç kez bırakma girişiminde bulunduğu, bağımlılık tedavisi alıp almadığı ile ilgili sorular yer almaktadır (Ek 4)

3.7.1.2. Bağımlılık Profil İndeksi Klinik Formu (BAPİ-K)

Bağımlılık Profil İndeksi (BAPİ), alkol ve madde kullanıcılarının bağımlılıklarının farklı boyutlarını değerlendirmek ve bağımlılık şiddetini ölçmek amacıyla Ögel ve arkadaşları tarafından 2012 yılında geliştirilmiştir. Ölçek, 37 sorudan ve 5 alt ölçekten oluşmakta olup, öz-bildirime dayanmaktadır. Alt ölçekler, bağımlılık şiddetinin alt boyutlarda değerlendirilmesini sağlamaktadır. Madde kullanım özelliklerini, bağımlılık tanı ölçütlerini, madde kullanımının kişinin yaşamına etkisini, madde kullanımı için şiddetli isteği (craving) ve madde kullanımını bırakma motivasyonunu ölçmektedir. Ölçeğin öz-bildirim formunun yanıt seçenekleri 0-1-2-3-4 olarak kodlanmaktadır. Ölçeğin alt ölçeklerinin puanlarının hesaplamasının yapılışını yazarlar şu şekilde belirtmiştir (Ögel ve diğerleri, 2012):

“Değerlendirme yapılırken 13 ile 14'üncü soru ve 15 ile 16'ıncı soru birleştirilerek değerlendirilmektedir. Bunun nedeni 13 ve 14'üncü soruların toleransı, 15 ile 16'ıncı soruların yoksunluk belirtilerini ölçmesidir. Kendi içlerinde ortalama alınarak tanı ölçütleri alt ölçeği içinde değerlendirilmeye alınmaktadır. Böylece tanı ölçütü olan her bir durumun alt ölçek içinde eş ağırlığı olmaktadır. Tolerans ve yoksunluk, birer soruyla değerlendirmesi uygun olmadığı için ikişer soruyla değerlendirilmiş ve ortalamaları alınmıştır.”

Madde kullanım özellikleri

$$(b1 + b2 + b3 + b4 + b5 + b6 + b7 + b8 + b9 + b10 + b11)/11 + b12$$

Tanı

$$(b13+14)/2 + (b15+16)/2 + b17+ b18 + b19 + b20$$

Yaşam üstüne etkileri

$$b21 + b22 + b23 + b24 + b25 + b26 + b27 + b28 + b29 + b31$$

Şiddetli istek

$$b30 + b32 + b33 + b34$$

Motivasyon

$$b35 + b36 + b37$$

BAPİ toplam puanı (bağımlılık şiddeti)

Madde kullanım özellikleri alt ölçeği puanı/2 + tanı alt ölçeği puanı/6 + yaşam üstüne etkileri alt ölçeği puanı/10 + şiddetli istek alt ölçeği puanı/4 + motivasyon alt ölçeği puanı/3

Ölçekten alınan genel puan; 12 puanın altında ise düşük bağımlılık şiddetini, 12 ile 14 puan arasında ise orta bağımlılık şiddetini, 14 puanın üstünde ise yüksek bağımlılık şiddetini göstermektedir.

Ölçeğin Cronbach alfa katsayısı 0.89 iken alt ölçeklerin Cronbach alfa katsayıları 0.63-0.86 arasında bulunmuştur (Ögel ve diğerleri, 2012). Bu çalışmada ölçeğe ait alt boyutların Cronbach alfa katsayıları 0.38 ile 0.84 arasında saptanmıştır. En düşük Cronbach alfa katsayısı madde kullanım özellikleri alt boyutuna, en yüksek ise yaşam üstüne etki alt boyutuna aittir.

Bağımlılık Profil İndeksi Klinik Formu (BAPİ-K), BAPİ'yi geliştiren yazarlar tarafından, 2015 yılında klinik uygulamalarda ruhsal sorunları da değerlendirmek amacıyla

geliştirilmiştir. Bağımlılık Profil İndeksi'nde mevcut olan sorulara 21 soru eklenerek oluşturulmuştur. Bağımlılık Profil İndeksi Klinik Formu, BAPİ'nin ölçtüğü doğrudan bağımlılıkla ilgili alanların dışında bağımlılığı sürdüren ve bağımlılıkla ilgili olabilecek altı alanın daha değerlendirmesini içermektedir. Böylece ölçek, bağımlılık ile ilgili etkenlerin yanı sıra depresyon, anksiyete, öfke kontrol zorluğu, güvenli davranış eksikliği, dürtüsellik ve heyecan arama davranışını da ölçer hale getirilmiştir. Ölçeğin sahip olduğu altı alanın ikisi ruhsal durumu, diğerleri ise bağımlılıkla ilgili bazı kişisel özellikleri ölçmektedir (Ögel ve diğerleri, 2015).

Bağımlılık Profil İndeksi Klinik Formu'nda toplam puan hesaplaması yapılmamakta olup, her klinik alan kendi içinde değerlendirilmektedir. Yanıtlar, hiçbir zaman (0 puan), bazen (1 puan) ve neredeyse her zaman (2 puan) olarak kodlanmaktadır. Her bir bölümden alınan puanın artması o alandaki problemin artışına işaret etmektedir. Öfke kontrol yetersizliği 38, 39 ve 40; güvenli davranış eksikliği 41, 42, 43, 44 ve 45; heyecan arama davranışı 46, 47 ve 48; dürtüsellik 49, 50 ve 51; depresyon 52, 53, 54 ve 55; anksiyete 56, 57 ve 58. soruların puanlarının toplamı ile hesaplanmaktadır. BAPİ'ye eklenen ruhsal sorunlar bölümünün genel Cronbach alfa katsayısı 0.80, alt ölçeklerinin Cronbach alfa katsayıları ise 0.66-0.75 arasında bulunmuştur. Tüm ölçeğin Cronbach alfa katsayısının 0.81 olduğu belirtilmiştir (Ögel ve diğerleri, 2015). Bu araştırmada BAPİ-K alt boyutları Cronbach alfa katsayıları 0.56 ile 0.83 arasında bulunmuştur. En düşük güvenilirlik kat sayısı anksiyete, en yükseği ise güvenli davranış eksikliği alt boyutuna aittir. Ölçeğin BAPİ'ye eklenen ruhsal sorunlar bölümünün genel Cronbach alfa katsayısı 0.80, tüm ölçeğin ise 0.86 olarak saptanmıştır (Ek 5).

3.7.1.3. Bağımlılık Seyir İndeksi (BASİ)

Bağımlılık Seyir İndeksi (BASİ), Şimşek ve arkadaşları tarafından 2019 yılında, bağımlılıkta tedavinin gidişini ve iyileşmenin düzeyini tüm alanlarda ölçmek, izlemde de kullanılabilme amacıyla geliştirilmiştir. Ölçeğin soruları gözlemci formu olarak düzenlenmiş ve izlem sırasında gözlemci tarafından doldurulması planlanmıştır. Bağımlılık Seyir İndeksi'nin soruları alkol-madde kullanım miktarı, alkol-madde kullanım sıklığı, bırakma motivasyonu, alkol-madde kullanım isteği, aile ilişkileri, çalışma/egitim durumu, yaşama katılım, ruhsal ve fiziksel durum ile tedavi uyumunu değerlendirmektedir. Yanıt seçenekleri,

0-4 puan arasında değerlendirilen beşli Likert tipi ölçekten oluşmuştur. Ölçekten alınabilecek puan 0-32 arasındadır. Klinik izlem sırasında ölçeğin toplam puanından 3,5 puanlık bir düşüş, güvenilir bir değişime işaret etmektedir. Ölçeğin Cronbach alfa katsayısı 0.80 olarak bildirilmiştir. Ölçeğin alt boyutu bulunmamaktadır (Şimşek ve diğerleri, 2019). Bu çalışmada ölçeğin Cronbach alfa katsayısı 0.77 olarak hesaplanmıştır (Ek 6).

3.7.1.4. Öz Yeterlilik Ölçeği (ÖYÖ)

Ölçek ilk olarak, Sherer ve diğerleri, tarafından “The Self-Efficacy Scale” adı ile 1982 yılında İngilizce dilinde geliştirilmiştir. Dilimize uyarlaması Gözüm ve Aksayan tarafından 1999 yılında yapılmış ve Öz Yeterlilik Ölçeği (ÖYÖ) olarak literatüre geçmiştir. Ölçek, bireysel terapide değişmesi gereken öz yeterlik beklentilerinin terapi sürecindeki seyrini takip etmektedir. Öz Yeterlilik Ölçeği, 23 madde ve 4 alt faktörden oluşmaktadır. Her bir madde için; 1- “beni hiç tanımlamıyor”, 2-“beni biraz tanımlıyor”, 3-“kararsızım”, 4-“beni iyi tanımlıyor”, 5- “beni çok iyi tanımlıyor” seçeneklerinden birisi işaretlenir. Ölçekte yer alan 2, 4, 5, 6, 7, 10, 11, 12, 14, 16, 17, 18, 20, 22. maddeler ters yönde puan almaktadır. Ölçekten en az 23, en fazla 115 puan alınabilmektedir. Ölçekten alınan toplam puanın yüksek olması, bireyin öz yeterlilik algısının iyi düzeyde olduğunu göstermektedir. İki, 11, 12, 14, 17, 18, 20, 22. maddeler davranışa başlama, 4, 5, 6, 7, 10, 16, 19. maddeler davranışı sürdürme, 3, 8, 9, 15, 23. maddeler davranışı tamamlama, 1, 13, 21. maddeler engellerle mücadele alt faktörlerini oluşturmaktadır. Ölçeğin Türkçe formunun Cronbach alfa iç tutarlılık katsayısı 0.81 olarak bulunmuştur (Gözüm ve Aksayan, 1999). Ölçeğin bu araştırmadaki Cronbach alfa iç tutarlılık katsayısı benzer olarak 0.85 hesaplanmıştır (Ek 7).

3.7.2. Bilişsel Davranışçı Yaklaşım Temelli Psikoeğitim İçeriğinin Hazırlanması ve Uygulama Süreci

3.7.2.1. Bilişsel Davranışçı Yaklaşım Temelli Psikoeğitim İçeriğinin Hazırlanma Süreci

Bilişsel davranışçı yaklaşım temelli psikoeğitim oturumları, bilişsel davranışçı terapi'nin ilkeleri göz önünde bulundurularak araştırmacı tarafından oluşturulmuştur. Programda oturum etkinliklerinin planlanmasında Aeron Beck'in madde kullanım bozukluğu

için önerdiği bilişsel modelinden faydalanılmıştır (Beck ve diğerleri, 1993). Bunun yanı sıra psikoeğitim programının kuramsal alt yapısını oluşturma ve oturum etkinliklerinin planlanmasında çok sayıda kaynağa başvurulmuştur (Kouimtsidis ve diğerleri, 2007; Morgen, 2017; Newman, 2019; Şenyuva ve Sungur, 2021; Lopes ve diğerleri, 2021; Liese ve Beck, 2022). Psikoeğitim, bilgi veya becerilerin doğrudan veya model alınarak aktarılmasını içerir. Bağımlılığı olan hastalar, bağımlılık davranışlarını sürdüren aşırı öğrenilmiş bilişsel ve davranışsal kalıplara sahiptir. Bu nedenle, bilişsel davranışçı terapi temelli psikoeğitimin birincil amacı, hastaların bağımlılık davranışlarının üstesinden gelmelerini sağlayan alternatif bilişsel ve davranışsal kalıpları öğrenmelerine yardımcı olmaktır (Baldisserotto ve diğerleri, 2021; Lopes ve diğerleri, 2021; Liese ve Beck, 2022). Bu amaç temel alınarak, her bir psikoeğitim oturumunda, madde bağımlılığı konusunda hastaları bilgilendirmek, hastanın motivasyonunu artırmak, hastanın bağımlılık döngüsünü devam ettiren otomatik düşüncelerini fark etmesini sağlamak, madde kullanımına ilişkin işlevsiz inançlarını değiştirmesini sağlamak, yüksek riskli durumlarla nasıl baş edebileceklerini öğretmek, kayma ve nüksü önlemek için beceriler kazanmasını sağlamak ve problem çözme becerilerini geliştirmesini sağlamak konularına odaklanılmıştır.

Oluşturulan bu psikoeğitim bilişsel davranışçı terapi ve bağımlılık konusunda uzman ve çalışmaları olan 12 kişiye gönderilmiştir. Ancak, sadece dört akademisyen psikiyatri hemşiresi tarafından değerlendirilmiş ve geribildirimde bulunulmuştur. Yapılan değerlendirme sonuçlarına göre, psikoeğitime son şekli verilmiştir. Ayrıca oturumlar, süreleri 60-75 dakika yerine 45-60 dakika olacak şekilde düzenlenmiştir.

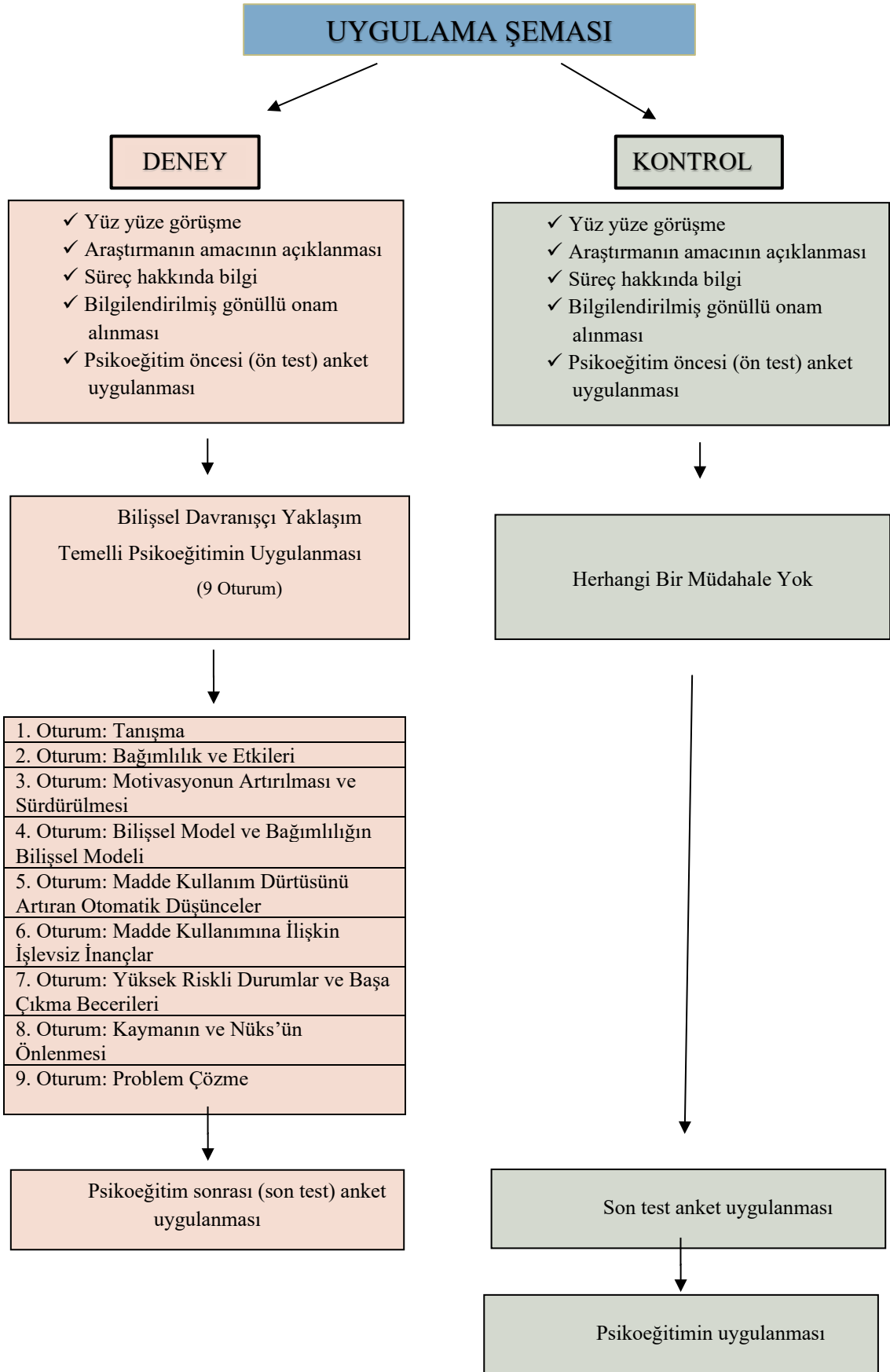
Psikoeğitim programı 8-10 kişilik gruplar halinde planlanmış, fakat COVID-19 pandemi süreci nedeniyle bireysel olarak ilk hafta 1 oturum, sonraki haftalarda 2 oturum şeklinde 45-60 dakikadan oluşan 9 oturumdan oluşmuştur. Araştırmada, deney grubuna 9 oturumluk bilişsel davranışçı yaklaşım temelli psikoeğitim programı uygulanırken kontrol grubuna herhangi bir işlem uygulanmamıştır. Araştırma kapsamında, bilimsel eğitime içeriğine katkı sağlamak için Bilişsel Davranışçı Psikoterapiler Derneği tarafından İzmir’de, Ocak - Aralık 2020 tarihleri arasında düzenlenen, 50 saatlik “Bilişsel ve Davranışçı Terapi Kuramsal Eğitimi” alınmıştır.

3.7.2.2. Bilişsel Davranışçı Yaklaşım Temelli Psikoeğitim İçeriğinin Uygulama Süreci

Randomizasyon sonrası deney ve kontrol grubunda yer alan hastalarla yüz yüze görüşme yapılmıştır. Görüşmeler ve oturumlar AMATEM birimde yer alan çalışma masası, çalışma koltuğu, danışan koltuklarının ve yazı tahtasının bulunduğu görüşme odasında uygulanmıştır. Görüşmede hastalar araştırmanın amacı, süreci hakkında bilgilendirilmişlerdir. Araştırmanın amacı hakkında bilgilendirilen hastalar bilgilendirilmiş gönüllü onam formunda yer alan bilgileri doldurmuşlardır ve araştırmaya katılmaya gönüllü olduklarını beyan etmişlerdir. Bilgilendirme sonrası, hastalara psikoeğitim öncesi doldurulması gereken "Tanıtıcı Bilgi Formu, Bağımlılık Profil İndeksi Klinik Formu, Öz Yeterlilik Ölçeği (ÖYÖ) ve Bağımlılık Seyir İndeksi (BASİ)" ile toplanmıştır veri toplama formları uygulanmıştır. Veri toplama formlarının uygulanması yaklaşık olarak 35-40 dakika sürmüştür.

Deney grubuna bilişsel davranışçı yaklaşım temelli psikoeğitim uygulanırken, kontrol grubuna herhangi bir işlem uygulanmamıştır. Deney grubuna, psikoeğitimin içeriği hakkında, oturumların yeri, zamanı ve süresi hakkında bilgi verilmiştir. Deney grubunda yer alan hastalara haftada 2 oturum ve ilk oturum hazırlık oturumu olmak üzere 45-60 dakikadan oluşan toplamda 5 haftalık (9 oturumluk) psikoeğitim uygulanmıştır. Deney grubu hastalara verilen bilişsel davranışçı yaklaşım temelli psikoeğitiminde; "Bağımlılık ve Etkileri", "Motivasyonun Artırılması ve Sürdürülmesi", "Bilişsel Model ve Bağımlılığın Bilişsel Modeli", "Madde Kullanım Dürtüsünü Artıran Otomatik Düşünceler", "Madde Kullanımına İlişkin İşlevsiz İnançlar", "Yüksek Riskli Durumlar ve Başa Çıkma Becerileri", "Kaymanın ve Nüks'ün Önlenmesi" ve "Problem Çözme" konularına yer verilmiştir. Psikoeğitimin uygulama şeması Şekil -2' de gösterilmiştir. Oturumlarda anlatım, tartışma, özetleme, role-play, soru/cevap ve egzersizler gibi öğrenme etkinlikleri kullanılarak belirlenen konular anlatılmış ve tartışılmıştır. Her oturum sonunda hastanın oturumlar arasındaki bilişsel ve davranışsal değişimini kolaylaştırmak için ödev verilmiştir. Bilişsel davranışçı yaklaşım temelli psikoeğitim içeriğine ilişkin ayrıntılar Ek 8'de sunulmuştur. Kontrol grubunda yer alan hastalara da, araştırma tamamlandıktan sonra haftada 2 oturum olacak şekilde 45-60 dakikadan oluşan toplamda 9 oturum bilişsel davranışçı yaklaşım temelli psikoeğitim uygulanmıştır. Psikoeğitimin son oturumu tamamlandığında deney grubunda yer alan hastalardan eğitimin başında doldurdıkları "Bağımlılık Profil İndeksi Klinik Formu, Öz Yeterlilik Ölçeği ve Bağımlılık Seyir İndeksi" formlarını bir kez daha doldurmaları

istenmiştir. Kontrol grubunda yer alan hastalardan da benzer şekilde, veri toplama formlarını doldurmaları istenmiştir.



Şekil 2. Uygulama Şeması

3.8. Araştırmanın Değişkenleri

Araştırmanın Bağımsız Değişkeni: Bilişsel Davranışçı Yaklaşım Temelli Psikoeğitim, Tanıtıcı Bilgi Formu ve Bağımlılık Profil İndeksi Klinik Formu, Bağımlılık Seyir İndeksi, Öz Yeterlilik Ölçeği ön-testlerinden alınan puan ortalamaları.

Araştırmanın Bağımlı Değişkenleri: Bağımlılık Profil İndeksi Klinik Formu, Bağımlılık Seyir İndeksi, Öz Yeterlilik Ölçeği son- testlerinden alınan puan ortalamaları.

3.9. Ön Uygulama

Ön uygulama, bilişsel davranışçı yaklaşım temelli psikoeğitim içeriğinin istenilen nitelikte ve sürede olup olmadığını belirlemek amacı ile yapılmıştır. Araştırmanın ön uygulaması 14.12.2022- 25.12.2022 tarihleri arasında 3 kişi ile yapılmıştır. Bu aşamaya dahil olan bireyler araştırmaya alınmamıştır. Ön uygulama sonrasında psikoeğitimin içerik ve süre olarak uygun olduğu belirlenmiş olup herhangi bir değişiklik yapılmamıştır.

3.10. Verilerin İstatistiksel Değerlendirilmesi

Araştırmadan elde edilen verilerin istatistiksel analizi amacıyla SPSS (Statistical Packag for Social Sciences) for Windows 22 (SPSS Inc., Chicago, IL, USA) paket programı kullanılmıştır. Tanımlayıcı özellikler frekans, yüzde, ortalama ve \pm standart sapma olarak verilmiştir. Araştırmanın deney ve kontrol gruplarına dahil edilen hastaların, sosyo-demografik ve madde kullanımına ilişkin özelliklerinin arasında farklılık olup olmadığı ki-kare testi ile incelenmiştir.

Verilerin normal dağılıma uygunluğu çarpıklık ve basıklık değerleri ile değerlendirilmiştir. Çarpıklık ve basıklık değerlerinin +1,5 ile -1,5 arasında olması durumunda verilerin normal dağılıma uygun olduğu kabul edilmiştir (Tabachnick ve Fidell, 2013). Normal dağılım göstermeyen gruplar arası farklılık Mann Whitney U analizi ile normal dağılım gösteren gruplar arası farklılık ise bağımsız iki örneklem t testi ile analiz edilmiştir. Varyansların homojenliği ise Levene's test ile değerlendirilmiştir. Grup ortalamalarının karşılaştırıldığı analizlerde, ortalamalarla birlikte standart sapma yerine standart hata değerleri

alınmıştır. Bunun nedeni, standart hata, aynı popülasyondan seçilen örneklemelerin ortalamalarının yayılma ölçüsünü gösterirken, standart sapmanın gruptaki her bir bireyin ortalamaya olan uzaklığını göstermesidir. Yani standart hata örneklem grubunu, standart sapma popülasyonu belirtir (Çimen, 2015). Yapılan istatistiksel analizlerden elde edilen sonuçlardan $p < 0.05$ olan değerler önemli kabul edilmiştir.

Anlamli farklılık tespit edilen analizlerde bağımsız değişkenin bağımlı değişken üzerindeki etkisini belirlemek için eta-kare (η^2) etki büyüklüğü katsayıları hesaplanmıştır. Etki büyüklüğü katsayılarının yorumlanmasında, eta-kare (η^2) değeri alınmıştır. Değerin 0.01 düzeyine yakınlığı küçük etki büyüklüğü, 0.06 düzeyine yakınlığı orta etki büyüklüğü; orta, 0.14 düzeyine yakınlığı ise büyük etki büyüklüğü olarak yorumlanmıştır (Cohen, 1988; Büyüköztürk ve diğerleri, 2011).

3.11. Araştırmanın Etik Yönü

Araştırma için Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan 04.05.2020 tarihinde 2020/179 protokol no ile onay alınmıştır (Ek 9). Araştırmanın yürütüldüğü Erenköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi'nden 23/08/2021 tarihli ve E-32900231-929-1130 sayılı kurum izni alınmıştır (Ek 10). Araştırmaya katılmayı kabul eden hastalarla yapılan ilk görüşmede araştırmanın amacı ve nasıl yürütüleceği bilgilerin yer aldığı bilgilendirilmiş gönüllü olur formu (BGOF) imzalatılmıştır (Ek 11). Araştırmanın Clinical Trials sistemine kaydı yapılmıştır (NCT05941195).

4. BULGULAR

Bu araştırma, bilişsel davranışçı yaklaşım temelli psikoeğitimin madde kullanım bozukluğu olan hastalarda bağımlılık profili, öz yeterlilik ve bağımlılık seyrine etkisini incelemek amacıyla 50 hasta ile yürütülmüştür. Bu bölümde, madde kullanım bozukluğu tanısı olan hastaların tanıtıcı özellikleri ve bilişsel davranışçı yaklaşım temelli psikoeğitim öncesi ve sonrasına ait bulgular sunulmuştur.

Tablo 1. Deney ve kontrol grubu hastalarının sosyo-demografik özelliklerinin karşılaştırılması

Sosyodemografik Özellikler	Deney		Kontrol		Toplam		Test Değeri	p
	n	%	N	%	N	%		
Yaş								
19-28 yaş	9	36,0	8	32,0	17	34,0	x ² =0,118*	0,943
29-36 yaş	8	32,0	8	32,0	16	32,0		
37 yaş ve üzeri	8	32,0	9	36,0	17	34,0		
Cinsiyet								
Erkek	25	100,0	25	100,0	50	100,0		
Eğitim Düzeyi								
İlköğretim	16	64,0	12	48,0	28	56,0	x ² =1,402*	0,551
Lise	5	20,0	8	32,0	13	26,0		
Üniversite ve üzeri	4	16,0	5	20,0	9	18,0		
Medeni Durum								
Evli	9	36,0	3	12,0	12	24,0	x ² =3,947	0,047**
Bekar	16	64,0	22	88,0	38	76,0		
Birlikte Yaşanılan Kişi								
Yalnız/arkadaşla	6	24,0	8	32,0	14	28,0	x ² =2,600	0,273
Anne ve baba ile	10	40,0	13	52,0	23	46,0		
Eş ve çocuklarla	9	36,0	4	16,0	13	26,0		
Düzenli Geliri Olma Durumu								
Düzenli geliri var	10	40,0	10	40,0	20	40,0	x ² =0,000	1,000
Düzenli geliri yok	15	60,0	15	60,0	30	60,0		
Çocuk Sahibi Olma Durumu								
Çocuğu var	9	36,0	8	32,0	17	34,0	x ² =0,089	0,765
Çocuğu yok	16	64,0	17	68,0	33	66,0		

*Fischer kesin olasılık testi, X²: Ki-kare test istatistiği, **p<0.05

Tamamı erkek olan katılımcıların yaş ortalaması 34.10±9.26 (min:19 max:58) olmakla birlikte, deney grubundaki hastalar ortalama 33.48±1.70 (min:19 max:58), kontrol grubundaki hastalar ise 34.72±2.01 (min:19 max:58) yaşındadır. Her iki gruptaki bireyler en çok,

ilköğretim düzeyinde eğitime sahip (deney %64,0 ve kontrol %48,0) olup, çoğunun düzenli geliri bulunmamaktadır. Gruplardaki hastaların yarıdan fazlası bekar (deney %64,0 ve kontrol %88,0) ve çoğunlukla anne-babaları ile birlikte yaşamaktadır (deney %40,0; kontrol %46,0) (Tablo 1).

Araştırmanın randomizasyonu sonrası deney ve kontrol gruplarına dahil edilen hastaların, sosyo-demografik özelliklerinin arasında farklılık olup olmadığı ki-kare testi ile incelenmiştir. Yapılan analize göre; deney ve kontrol grupları arasında yaş, cinsiyet, eğitim düzeyi, düzenli gelir sahibi olma durumu, birlikte yaşadıkları kişi ve çocuk sahibi olma değişkenlerinde anlamlı bir farklılık olmadığı grupların benzer sosyo-demografik özelliklere sahip olduğu saptanmıştır ($p>0,05$). Medeni durum açısından bakıldığında ise deney ve kontrol grubunun benzer dağılıma sahip olmadığı belirlenmiştir ($p=0,047$) (Tablo 1).

Tablo 2. Deney ve kontrol grubu hastalarının madde kullanımına ilişkin özelliklerinin karşılaştırılması

Madde Kullanımına İlişkin Özellikler	Deney		Kontrol		Toplam		Test Değeri	p
	N	%	N	%	N	%		
Kullanılan Madde								
Madde	21	84,0	19	76,0	40	80,0	$x^2=0,500$	0,480
Alkol	4	16,0	6	24,0	10	20,0		
Madde Kullanım Süresi								
1-5 yıl	11	44,0	8	32,0	19	38,0	$x^2=0,947$	0,623
6-10 yıl	6	24,0	6	24,0	12	24,0		
11 yıl ve üzeri	8	32,0	11	44,0	19	38,0		
Maddeyi Bırakma Deneyimi								
Var	24	96,0	21	84,0	45	90,0	$x^2=0,349^*$	0,174
Yok	1	4,0	4	16,0	5	10,0		
Maddeyi Bırakma Girişimi Sayısı (n=45)**								
1-5 arası	15	62,5	13	61,9	28	62,2	$x^2=0,002$	0,967
6 ve üzeri	9	37,5	8	38,1	17	37,8		
Maddeyi Bırakmak İçin Tedavi Görme Durumu								
Tedavi almış	20	80,0	18	72,0	38	76,0	$x^2=0,439$	0,508
Tedavi almamış	5	20,0	7	28,0	12	24,0		
Maddeyi Bırakma Tedavi Görme Sayısı (n=38)***								
1-2 kez	11	55,0	7	38,9	18	47,4	$x^2=0,986$	0,321
3 ve üzeri	9	45,0	11	61,1	20	52,6		

*Fischer kesin olasılık testi

** Madde bırakma girişimi olmayan 5 kişi dahil edilmemiştir.

***Madde bırakmak için tedavi almayan 12 kişi dahil edilmemiştir.

Deney ve kontrol grubundaki hastaların, madde kullanımına ilişkin özellikler açısından her iki gruba dağılım durumları incelenmiş ve Tablo 2’de sunulmuştur. Deney grubundaki hastaların %84,0’ünün madde kullandığı, kullandıkları maddeyi bırakmayı denediğini ifade

eden hastaların oranının %96,0 olduğu, %62,5'sinin kullandıkları maddeyi 1 ile 5 kez arasında bırakmayı denediği, %80'inin maddeyi bırakmak için tedavi gördüğünü ve tedavi görenlerde %55'inin bir veya iki kez gördüğü belirlenmiştir. Kontrol grubunda ise, %80,0'inin madde kullandığı, kullandıkları maddeyi bırakmayı denediğini ifade eden hastaların oranının %84,0 olduğu, %61,9'unun kullandıkları maddeyi 1 ile 5 kez arasında bırakmayı denediği, %72'sinin maddeyi bırakmak için tedavi gördüğünü ve tedavi gördüğünü belirten hastaların %38,9'unun bir veya iki kez gördüğü sonucuna ulaşılmıştır (Tablo 2).

Her iki gruptaki hastaların, kullandıkları madde türü, madde kullanım süreleri, daha önce maddeyi bırakma deneyimlerinin olup olmaması, maddeyi bırakma girişimlerinin sayıları ve tedavi görme durumları arasında anlamlı bir farklılık olmadığı ve her iki grubun homojen olduğu saptanmıştır ($p>0,05$) (Tablo 2).

Tablo 3. Hastaların deney ve kontrol gruplarına göre ön-test ve son test bağımlılık profil indeksi ölçeği (BAPİ) puan ortalamalarının karşılaştırılması

Bağımlılık Profil İndeksi Ölçeği ve Alt Boyutları	Ön-Test		Son-Test	
	Deney Grubu (n=25)	Kontrol Grubu (n=25)	Deney Grubu (n=23)	Kontrol Grubu (n=22)
	$\bar{x}\pm SE$	$\bar{x}\pm SE$	$\bar{x}\pm SE$	$\bar{x}\pm SE$
Ölçek Toplam Puan	12.95±0.46	13.79±0.36	12.44±0.41	13.05±0.33
	t=-1,427 p=0,160		t=-1,133 p=0,263	
Madde Kullanım Özellikleri	2.48±0.27	2.79±0.28	1.91±0.25	2.18±0.26
	t=0,803 p=0,426		t=-0,721 p=0,475	
Tanı	16.39±0.63	17.38±0.47	16.60±0.63	17.25±0.50
	t=-1,251 p=0,217		t=-0,794 p=0,432	
Yaşam Üstüne Etkileri	28.40±1.45	29.72±1.72	28.65±1.56	29.77±1.33
	t=-0,696 p=0,490		t=-0,543 p=0,590	
Şiddetli İstek	10.60±0.64	12.04±0.64	8.30±0.57	11.40±0.66
	U=223.500 Z=-1,751 p=0,080		U=99,500 Z=-3,500 *p=0,000 $\eta^2=0,446$	
Motivasyon	10.48±0.39	10.56±0.35	11.34±0.31	9.77±0.30
	t=-0,151 p=0,881		U=85,000 Z=-4,017 *p=0,000 $\eta^2=0,568$	

t=Bağımsız iki örneklem t testi, U= Mann Whitney U testi *p<0.05

Tablo-3'te Bağımlılık Profil İndeksi Klinik Formu'nun (BAPİ-K) ilk kısmı olan Bağımlılık Profil İndeksi (BAPİ) ve alt boyutlarına ilişkin sonuçlar sunulmuştur.

Deney grubunun ön-test Bağımlılık Profil İndeksi puan ortalaması 12.95 ± 0.46 , kontrol grubunun ise 13.79 ± 0.36 'dur. Her iki gruptaki hastalar orta düzeyde bağımlılık şiddeti göstermektedir. Deney ve kontrol grubunun Bağımlılık Profil İndeksi ön test toplam ve alt boyutları puan ortalamaları arasında anlamlı bir farklılık olmadığı ve her iki grubun homojen olduğu saptanmıştır ($p > 0,05$) (Tablo 3).

Psikoeğitim sonrası yapılan son test ölçümlerinde deney grubu hastalarının Bağımlılık Profili İndeksi (BAPİ) toplam puan ortalamaları 12.44 ± 0.41 , kontrol grubu hastalarının ise Bağımlılık Profili İndeksi (BAPİ) toplam puan ortalamaları 13.05 ± 0.33 'dir. Deney ve kontrol grupları arasında Bağımlılık Profili İndeksi (BAPİ) toplam puan ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığı saptanmıştır ($p = 0,263$) (Tablo 3).

Bağımlılık Profili İndeksi (BAPİ) şiddetli istek alt boyutu puan ortalamaları incelendiğinde, deney grubu hastalarının son test puan ortalamasının 8.30 ± 0.57 , kontrol grubu hastalarının puan ortalamasının ise 11.40 ± 0.66 olduğu saptanmıştır. Deney ve kontrol gruplarının Bağımlılık Profili İndeksi (BAPİ) şiddetli istek alt boyutu puan ortalamaları arasında anlamlı farklılık bulunmuştur ($p = 0,000$). Psikoeğitimin, hastaların şiddetli istek alt boyutu puan ortalamalarına ileri düzeyde etki ettiği ve şiddetli istek puan ortalamasını düşürdüğü belirlenmiştir ($\eta^2 = 0,446$) (Tablo 3).

Bağımlılık Profil İndeksi (BAPİ) alt boyutlarından biri olan motivasyon alt boyutunda; deney grubunda yer alan hastaların puan ortalamasının 11.34 ± 0.31 , kontrol grubundaki hastaların puan ortalaması 9.77 ± 0.30 'dir. Deney ve kontrol grubu hastalarının motivasyon alt boyutu puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur ($p = 0,000$). Psikoeğitimin, hastaların motivasyon puan ortalamalarına ileri düzeyde etkili olduğu belirlenmiştir ($\eta^2 = 0,568$) (Tablo 3).

Tablo 4. Deney ve kontrol grubu hastalarının ön-test ve son test bağımlılık profil indeksi ölçeği klinik formu (BAPİ-K) alt boyut puan ortalamalarının karşılaştırılması

Bağımlılık Profil İndeksi Klinik Formu Ölçeği Alt Boyutları	Ön-Test		Son-Test	
	Deney Grubu (n=25)	Kontrol Grubu (n=25)	Deney Grubu (n=23)	Kontrol Grubu (n=22)
	$\bar{x}\pm SE$	$\bar{x}\pm SE$	$\bar{x}\pm SE$	$\bar{x}\pm SE$
Öfke Kontrol Yetersizliği	3.32±0.37	3.44±0.36	1.73±0.28	3.63±0.33
	t=-0,230 p=0,819		U=97,500 Z= -3,617 * p=0,000 $\eta^2=0,372$	
Güvenli Davranış Eksikliği	4.60±0.58	4.48±0.48	3.00±0.48	4.77±0.49
	t=0 ,158 p=0,875		t=-2,571* p=0,014 $\eta^2=0,231$	
Heyecan Arama Davranışı	2.76±0.35	2.64±0.35	1.30±0.27	2.09±0.33
	t= 0,241 p=0,810		t=-1,816 p=0,076	
Dürtüsellik	3.00±0.27	2.84±0.29	1.78±0.23	2.63±0.36
	t=0,401 p=0,690		t=-1,990 p=0,053	
Depresyon	4.76±0.42	4.64±0.37	3.04±0.27	4.50±0.47
	t=0,213 p=0,832		t=-2,665 * p=0,011 $\eta^2=0,430$	
Anksiyete	3.04±0.23	2.92±0.25	1.04±0.20	2.40±0.29
	U=307,000 Z=- 0,116 p=0,908		t=-3,868 * p=0,000 $\eta^2=0,271$	

\bar{x} =Ortalama, SE=Standart error(standart hata) t: bağımsız örneklem t test istatistiği *p<0.05

Tablo-4'te ruhsal sorunları değerlendiren Bağımlılık Profil İndeksi Klinik Formu'nun (BAPİ-K) alt boyutlarına ilişkin sonuçlar sunulmuştur.

Bağımlılık Profil İndeksi Klinik Formu'nun alt boyut ön test sonuçları incelendiğinde, deney ve kontrol gruplarının puan ortalamaları arasında anlamlı bir farklılık olmadığı ve her iki grubun homojen olduğu saptanmıştır (p>0,05) (Tablo 4).

Bilişsel davranışçı yaklaşım temelli psikoeğitim sonrası yapılan son test ölçümlerinde, deney grubu hastalarının BAPİ-K'nın öfke kontrol yetersizliği alt boyutu puan ortalaması, 1.73±0.28, kontrol grubu hastalarının puan ortalaması ise 3.63±0.33'dır. Deney ve kontrol grubu hastalarının, öfke kontrol yetersizliği puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık (p=0,000) olduğu bulunmuştur. Ayrıca, psikoeğitimin ileri düzeyde etki ettiği ($\eta^2=0,372$) ve deney grubunun öfke kontrol yetersizliği puan ortalamalarını düşürdüğü saptanmıştır (Tablo 4).

Deney grubu hastalarının Bağımlılık Profil İndeksi Klinik Forumu'nun (BAPİ-K) alt boyutlarından birisi olan güvenli davranış eksikliği son test puan ortalamasının 3.00±0.48

olduğu, kontrol grubunda ise 4.77 ± 0.49 olduğu bulunmuştur. Deney ve kontrol grubunda yer alan hastaların, güvenli davranış eksikliği puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık ($p=0,014$) olduğu saptanmıştır. Deney grubuna uygulanan psikoeğitimin ileri düzeyde etki değerine sahip olduğu ($\eta^2=0,231$) ve güvenli davranış eksikliği puanlarını düşürdüğü belirlenmiştir (Tablo 4).

Bağımlılık Profil İndeksi Klinik Formu 'nun ruhsal değerlendirme alt boyutlarından biri olan depresyon alt boyutuna ait son test puan ortalamalarının, deney grubunda 3.04 ± 0.27 , kontrol grubunda ise 4.50 ± 0.47 olduğu belirlenmiştir. Deney ve kontrol grubu hastalarının depresyon alt boyutu puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu saptanmıştır ($p=0,001$). Gruplar arasındaki farkın, verilen psikoeğitimin depresyon puan ortalamasını ileri düzeyde düşürmede etki değerine sahip olduğu ($\eta^2=0,231$) bulunmuştur (Tablo 4).

Deney grubunda yer alan hastaların, psikoeğitim sonrası yapılan son testlerde Bağımlılık Profil İndeksi Klinik Formu anksiyete alt boyutu puan ortalaması 1.04 ± 0.20 , kontrol grubunda ise 2.40 ± 0.29 'dur. Her iki grubun anksiyete puan ortalamaları arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık olduğu ($p=0,000$) olduğu belirlenmiştir. Gruplar arasındaki puan farkı, psikoeğitimin ileri düzeyde etki değerine sahip olduğunu ($\eta^2=0,271$) ve deney grubundaki hastaların anksiyete puanlarını düşürdüğünü göstermektedir (Tablo 4).

Tablo 5. Deney ve kontrol grubu hastalarının ön-test ve son test bağımlılık seyir indeksi (BASİ) ölçeği puan ortalamalarının karşılaştırılması

Grup	Bağımlılık Seyir İndeksi Ölçeği			
	Ön-Test		Son-Test	
	n	$\bar{x}\pm SE$	n	$\bar{x}\pm SE$
Deney	25	21.04 ± 0.94	23	10.78 ± 0.63
Kontrol	25	20.64 ± 1.11	22	13.68 ± 0.73
Test Değerleri	$t=0,273$ $p=0,786$		$t=-3,003$ * $p=0,004$ $\eta^2=0,391$	

\bar{x} =Ortalama, SE =Standart error(standart hata) t: bağımsız örneklem t test istatistiği * $p<0.05$

Tablo-5'te bağımlılıkta tedavinin gidişini ve iyileşmenin düzeyini ölçen Bağımlılık Seyir İndeksi 'ne (BASİ) ilişkin sonuçlar sunulmuştur. Bağımlılık Seyir İndeksi (BASİ) ön

test puanları ortalamaları incelendiğinde; deney grubunda yer alan hastaların puan ortalamasının 21.04 ± 0.94 , kontrol grubundaki hastaların puan ortalamasının ise 20.64 ± 1.11 olduğu ve aralarında anlamlı bir farklılık ($p=0,786$) bulunmadığı ve her iki grubun homojen olduğu saptanmıştır (Tablo 5).

Son test ölçümlerinde deney grubunun Bağımlılık Seyir İndeksi puan ortalaması 10.78 ± 0.63 , kontrol grubunun ise 13.68 ± 0.73 bulunmuştur. Deney ve kontrol gruplarına göre son test Bağımlılık Seyir İndeksi puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($p=0,004$). Gruplar arasındaki puan farkının, psikoeğitimin ileri düzeyde etki değerine sahip ($\eta^2=0,391$) olduğu ve deney grubunun bağımlılık seyrinin daha güvenilir bir düşüş göstermesini sağladığı belirlenmiştir (Tablo 5).

Tablo 6. Deney ve kontrol grubu hastalarının ön-test ve son test bağımlılık öz yeterlilik ölçeği puan ortalamalarının karşılaştırılması

Öz Yeterlilik Ölçeği ve Alt Boyutları	Ön-Test		Son-Test	
	Deney Grubu (n=25)	Kontrol Grubu (n=25)	Deney Grubu (n=23)	Kontrol Grubu (n=22)
	$\bar{x} \pm SE$	$\bar{x} \pm SE$	$\bar{x} \pm SE$	$\bar{x} \pm SE$
Ölçek Toplam Puan	76.48 ± 2.72	78.24 ± 2.81	88.65 ± 2.03	78.31 ± 2.64
	$t=-0,449$ $p=0,655$		$t=3,114$ * $p=0,003$ $\eta^2=0,637$	
Davranışa Başlama	27.76 ± 1.10	28.44 ± 1.09	31.52 ± 0.86	28.90 ± 1.01
	$t=-0,436$ $p=0,664$		$t=1,964$ $p=0,056$	
Davranışı Sürdürme	24.12 ± 0.93	25.04 ± 1.06	28.08 ± 0.77	25.13 ± 1.01
	$t=-0,650$ $p=0,519$		$t=2,319$ * $p=0,025$ $\eta^2=0,402$	
Davranışı Tamamlama	16.36 ± 0.97	16.68 ± 0.78	19.39 ± 0.72	15.90 ± 0.82
	$t=-0,255$ $p=0,800$		$t=3,176$ * $p=0,003$ $\eta^2=0,441$	
Engellerle Mücadele	8.24 ± 0.51	8.08 ± 0.50	9.65 ± 0.43	8.36 ± 0.52
	$t=0,223$ $p=0,824$		$t=1,900$ $p=0,064$	

\bar{x} =Ortalama, SE =Standart error(standart hata) t: bağımsız örneklem t test istatistiği * $p < 0.05$

Tablo-6'de öz yeterlilik beklentilerinin seyrini takip etmek amacıyla uygulanan Öz Yeterlilik Ölçeği' ne ilişkin sonuçlar sunulmuştur.

Araştırmada yer alan hastaların, uygulanan Öz Yeterlilik Ölçeğine ait ön test puan ortalamaları deney grubu için 76.48 ± 2.72 , kontrol grubu için ise 78.24 ± 2.81 puan olarak

bulunmuştur. Deney ve kontrol grubu hastalarının Öz Yeterlilik Ölçeği toplam ve alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık ($p>0,05$) bulunmadığı ve her iki grubun homojen olduğu saptanmıştır (Tablo 6).

Deney grubuna uygulanan psikoeğitimden sonra Öz Yeterlilik Ölçeği son-test toplam puan ortalaması deney grubu için 88.65 ± 2.03 , kontrol grubu için ise 78.31 ± 2.64 olduğu ve gruplar arasındaki puan ortalamaları farkının istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($p=0,003$). Psikoeğitimin deney grubundaki hastaların öz yeterliliklerine ileri düzeyde ($\eta^2=0,637$) etki ettiği ve öz yeterlilik puan ortalamasını artırdığı belirlenmiştir (Tablo 6).

Öz Yeterlilik Ölçeği'nin alt boyutlarından birisi olan davranışa başlama son test puan ortalamaları incelendiğinde, deney grubu hastalarının puan ortalaması 27.76 ± 1.10 , kontrol grubu hastalarının puan ortalaması ise 28.44 ± 1.09 'dur. Hastaların davranışa başlama alt boyutu son test puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p=0,056$) (Tablo 6).

Psikoeğitim sonrası, deney grubunun Öz Yeterlilik Ölçeği davranışı sürdürme alt boyutuna ait son-test puan ortalamaları deney grubu için 28.08 ± 0.77 , kontrol grubu için ise 25.13 ± 1.01 puan olarak bulunmuştur. Deney ve kontrol gruplarının davranışı sürdürme son test puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($p=0,025$). Psikoeğitim davranışı sürdürmede ileri düzeyde etkili olduğu ($\eta^2=0,402$) belirlenmiştir (Tablo 6).

Deney grubundaki hastaların Öz Yeterlilik Ölçeği davranışı tamamlama alt boyutu son test puan ortalaması 19.39 ± 0.72 ile kontrol grubu hastalarının puan ortalaması 15.90 ± 0.82 arasında anlamlı farklılık olduğu belirlenmiştir ($p=0,003$). Deney grubuna verilen bilişsel davranışçı yaklaşım temelli psikoeğitimin hastaların davranışı tamamlama puan ortalamalarını artırmada ileri düzeyde ($\eta^2=0,441$) etkili olduğu saptanmıştır (Tablo 6).

Öz Yeterlilik Ölçeği'nin alt boyutu olan engellerle mücadele son test puan ortalamaları incelendiğinde, deney grubu puan ortalamaları (9.65 ± 0.43) ile kontrol grubu puan ortalamaları (8.36 ± 0.52) arasında istatistiksel açıdan farklılık olmadığı belirlenmiştir ($p=0,064$) (Tablo 6).

5. TARTIŞMA

Bu bölümde, madde kullanım bozukluğu olan hastalara uygulanan bilişsel davranışçı yaklaşım temelli psikoeğitimin, hastaların bağımlılık profili, öz yeterlilik ve bağımlılık seyrine etkisini incelemek amacıyla yapılan araştırmadan elde edilen bulgular literatür doğrultusunda tartışılmıştır.

Bu araştırmada kullanılan Bağımlılık Profil İndeksi Klinik Formu hastaların madde kullanım özellikleri, tanı, yaşam üstüne etkileri, şiddetli istek, motivasyon, öfke kontrol yetersizliği, güvenli davranış eksikliği, heyecan arama davranışı, dürtüsellik, depresyon ve anksiyete alt boyutlarını içermektedir (Ögel ve diğerleri, 2012; Ögel ve diğerleri, 2015;). Bağımlılık Profil İndeksi Klinik Formu Ögel ve arkadaşları tarafından geliştirilmiş ve farklı bir dile uyarlanmamıştır. Form, ülkemizde sağlık bakanlığı tarafından sıklıkla kullanılmaktadır. Akademik anlamda ise, tanımlayıcı araştırmalarda genellikle bağımlı hastaların profilini belirlemek için kullanılırken (Orum ve diğerleri, 2018; Bahadır ve Karaca, 2021; Aygül ve diğerleri, 2023), sadece bir çalışmada psikoeğitimin etkinliğini ölçmek için kullanıldığı görülmektedir. Bu nedenle bu araştırmanın sonuçları ölçek alt boyutlarına benzer ölçüm araçlarının kullanıldığı literatür temel alınarak tartışılmıştır.

Deney grubunda yer alan hastalara verilen psikoeğitim hastaların bağımlılık profili alt boyutlarından şiddetli istek duyma, öfke kontrol yetersizliği, güvenli davranış eksikliği, depresyon ve anksiyete düzeylerini azaltmış, motivasyon düzeylerini artırmıştır. Ancak, deney ve kontrol grupları son test Bağımlılık Profil İndeksi toplam puan ortalamaları arasında anlamlı farklılık bulunmamıştır. Ögel ve diğerlerinin (2016), denetimli serbestlik kapsamında madde kullanımı olan bireylere uygulanan psikoeğitim programının tedavi süreci üstündeki etkisini belirlemek amacıyla yürüttükleri araştırmada, programa dahil olan bireylere 6 oturum psikoeğitim uygulanmıştır. Araştırmada, eğitim sonrası, bireylerin şiddetli madde kullanma isteği, depresyon ve anksiyete puanlarının düştüğü; maddeyi bırakma motivasyon alt ölçeği puanlarının yükseldiği saptanmıştır. Bu araştırmanın sonuçları, bilişsel davranışçı temelli psikoeğitimin madde kullanım bozukluğu olan bireylerdeki, tedavi sürecini olumsuz yönde etkileyen ruhsal ve kişisel özellikleri düzeltmek bakımından etkili olduğunu göstermektedir.

Literatürde aşerme (craving) olarak da yer alan şiddetli madde kullanma isteği DSM-V' te madde kullanım bozukluğu tanı kriterleri arasında yer almaktadır (Köroğlu, 2014). Bu

araştırmada, deney grubunda yer alan hastaların psikoeğitim sonrası son test sonuçlarına göre şiddetli madde kullanma isteğinin kontrol grubuna göre daha düşük olduğu bulunmuştur. Vafaie ve Kober'in (2022) aşermenin, madde kullanımı ve nüksle ilişkisini değerlendirmek amacıyla yürüttükleri meta analiz çalışmasının sonuçlarına göre madde kullanmak için şiddetli istek duyma, tedavi uyumunu bozmakta, madde kullanımına ve nkse neden olmaktadır. Moskal ve arkadaşlarının (2021), alkol kullanımı olan bireylerde web tabanlı uygulanan alkol kullanımını iyileştirme programının etkisini değerlendirmek amacıyla yürüttükleri araştırmada, hastalara haftalık 1-1,5 saatlik video dersler ve günlük olarak farkındalık çalışmaları uygulanmıştır. Araştırmanın sonuçlarına göre, hastalarda aşermeye, alkol kullanımında ve alkol kullanım bozukluğu belirtilerinde azalma olduğunu bildirilmiştir. Madde kullanım bozukluğunda farklı müdahalelerin yanı sıra psikoeğitimin de yaşanılan aşermeyi azalttığı ve bununla bağlantılı olarak nüksü azaltılabileceği söylenbilir.

Madde kullanım bozukluklarında, değerimi kabul etme ve değerim için hazır olma durumunu ifade eden tedavi motivasyonu tedavide kalma süresini ve tedaviye katılımı etkilemektedir (Evren ve diğerleri, 2006; Savaşan, 2010). Bu araştırmada, hastalara uygulanan bilişsel davranışçı yaklaşım temelli psikoeğitim hastaların tedavi motivasyonunu artırmıştır. Madde bağımlılığında, bireyin motivasyonunu ve yaşadıkları nkslerin incelendiği çalışmalar değerlendirildiğinde, madde kullanım bozukluklarında hastaların motivasyonunun yüksek olmasının, nks yaşama risklerini azalttığı görülmektedir (Adamson ve diğerleri, 2009; Berger ve diğerleri, 2016; Senn ve diğerleri, 2021). Görgülü'nn (2020), yasa dışı madde kullanım nedeniyle denetimli serbestlik tedbiri almış 43 erkek madde kullanıcısına uygulanan grup psikoeğitim programının madde kullanıcılarının motivasyonel süreçlerine ve öz yeterliliklerine etkisini incelemek amacıyla yürüttüğü çalışmada, örneklem grubuna 10 oturum psikoeğitim uygulanmıştır. Araştırmada, uygulanan psikoeğitim programının araştırmaya katılanların motivasyonlarını ve öz yeterliliklerini artırdığı bulunmuştur. Yeh ve arkadaşlarının (2017), alkol kullanım bozukluğu olan hastalarda, psikoeğitim programının motivasyona etkisini incelemek amacıyla yürüttükleri deneysel çalışmada, uygulanan psikoeğitimin bağımlı hastaların içme davranışlarını değeristirmeye yönelik motivasyonlarını güçlendirmede etkili olduğu sonucuna ulaşmışlardır. Bu araştırmada psikoeğitim sonuçları literatürde yer alan çalışma sonuçlarını destekler niteliktedir. Ayrıca bu araştırmanın deney grubunda yer alan hastaların neredeyse tamamı psikoeğitim oturumlarını tamamlamıştır. Bu sonuçlardan yola çıkararak psikoeğitimin motivasyonu artırarak iyileşmeyi olumlu yönde etkilediğini söylemek mümkündür.

Madde kullanım bozukluklarında remisyon sürecini etkileyen faktörlerden birisi de öfke kontrolüdür (Engin ve diğerleri, 2006). Bu araştırmada, deney grubunda yer alan hastaların psikoeğitim sonrası öfke kontrollerinin kontrol grubuna göre daha yüksek olduğu bulunmuştur. Laitano ve arkadaşlarının (2022) öfke kontrolü ve madde kullanım bozukluğu arasındaki ilişkiyi incelemek amacıyla yaptıkları meta analiz çalışmasının sonuçlarına göre, madde kullananların öfke düzeyleri kullanmayanlara göre anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. Araştırmalar, bağımlılık tedavisinde gözlenen sık ve yoğun öfkenin, nüksetme için bir risk faktörü olduğunu göstermektedir (Kelly ve diğerleri, 2010; Bodkyn ve Holroyd, 2019; Clarke ve diğerleri, 2020). Bu oturumlarda hastaların yoğun yaşadığı duygulardan birisinin öfke olduğu gözlemlenmiştir. Hastalarla bu oturumlarda öfke üzerinde çalışıldığından, psikoeğitim programımızın nükse neden olan öfke kontrolünü sağlamada etkili olduğu söylenebilir.

Güvenli davranış olarak da adlandırılan atılganlık, kişinin yapmak istemediği isteklere hayır demesi, kendinden emin bir şekilde kendini savunması ve duygularını, fikirlerini ve inanışlarını başkalarını incitmeden özgürce ifade edebilme yeteneğidir (Ebrahim ve diğerleri, 2022). Bu araştırmada, psikoeğitim sonrası deney grubunun güvenli davranış eksikliğinin kontrol grubuna göre daha düşük olduğu bulunmuştur. Araştırmalar, güvenli davranış eksikliğinin yüksek olmasının madde kullanmaya başlama ve bu davranışı sürdürmeyle ilişkili olduğunu göstermektedir (González Yubero ve diğerleri, 2021; Tatari ve diğerleri, 2021). Davranışları doğrudan etkileyen öz yeterliliğin yüksek olmasının, kişilerin güvenli davranış göstermelerinde de olumlu yönde etki sağlaması beklenebilir. Bu araştırmada, psikoeğitim verilen deney grubundaki hastaların eğitim sonrasında öz yeterliliklerinin yükselmesinin, güvenli davranış eksikliklerinde azalmaya neden olabileceği söylenebilir.

Heyecan arama davranışı, yeni uyaranları ve çevreleri arzulama eğilimi olarak tanımlanmaktadır (Wingo ve diğerleri, 2016). Bu araştırmada, deney ve kontrol gruplarının heyecan arama davranışı puan ortalamaları arasında anlamlı farklılık bulunmamıştır. Yapılan alışmalar, yüksek düzeyde heyecan arayışının, madde kullanımının başlamasını ve kompulsif madde kullanımına geçişi etkileyen faktörlerden olduğunu ve nüksetmeyle ilişkili olduğunu göstermektedir (Ismael ve Baltieri, 2014; Mahoney ve diğerleri, 2015). Bu araştırmada heyecan arama davranışı açısından, gruplar arası anlamlı farklılık bulunmamasının nedeninin psikoeğitim ieriğimizde bu davranışa yönelik bir oturumun yer almamasından kaynaklandığı söylenebilir.

Madde kullanımını etkileyen faktörlerden birisi olan dürtüsellik, yeterli öngörüde

bulunmadan hareket etme eğilimi olarak tanımlanmaktadır (Loree ve diğerleri, 2015). Araştırmalar, dürtüsellüğün madde kullanım sürecini birkaç yoldan etkileyebileceğini göstermektedir. Dürtüsellığı yüksek olan kişilerin, madde kullanmaya başlama ve madde kullanımını sürdürme olasılıklarının daha yüksek olduğu, ayrıca nüks görülme oranlarının da daha yüksek olduğu bildirilmiştir (Krishnan Sarin ve diğerleri, 2007; Müller ve diğerleri, 2008; MacKillop ve Kahler, 2009; Loree ve diğerleri, 2015). Bu araştırmada, psikoeğitim sonrası son test ölçümlerinde deney ve kontrol gruplarının dürtüsellikleri arasında anlamlı farklılık bulunmamıştır. Kılınç'ın (2019), madde bağımlılarında bilişsel davranışçı temelli grup danışmanlığının madde kullanımına ilişkin inanç ve dürtüsellğe etkisini belirlemek amacıyla yaptığı çalışmada hastalara 8 oturum grup danışmanlığı uygulanmıştır. Araştırmada, grup danışmanlığının dürtüsellığı azalttığı bildirilmiştir. Bu araştırmada dürtüsellik açısından, gruplar arası anlamlı farklılık bulunmamasının nedeninin psikoeğitim içeriğimizde tıpkı heyecan arama davranışında olduğu gibi dürtüsellğe yönelik bir oturumun yer almamasından kaynaklandığı söylenebilir.

Epidemiyolojik ve tedavi araştırmalardan elde edilen bulgular, anksiyete, depresyon ve madde kullanım bozukluklarının sıklıkla birlikte ortaya çıktığını ve etkileşimin çok yönlü ve değişken olduğunu göstermektedir (Mohamed ve diğerleri, 2020). Madde kullanım bozukluklarının tedavisinde maddenin kullanımını azaltılması veya bırakılmasıyla beraber yoksunluk görülmektedir. Yoksunluk sendromu fiziksel ve zihinsel semptomlarla ortaya çıkmaktadır (Köroğlu, 2014; Tokur, 2021). Bu aşamada hastalarda depresyon ve anksiyete belirtileri görülmektedir. Depresyon ve anksiyete, detoksifikasyon sürecinde hastanın tedaviyi bırakmasına ve madde kullanımında nüksetme riskini artırmaktadır (Anglin ve diğerleri, 2000; Brady ve diğerleri, 2007; Homer ve diğerleri, 2008). Bu araştırmada, deney grubunda yer alan hastaların psikoeğitim sonrası depresyon ve anksiyete düzeylerinin kontrol grubuna göre daha düşük olduğu bulunmuştur. Can Gür ve Okanlı'nın (2017) alkol kullanım bozukluğu olan bireylere uygulanan bilişsel davranışçı model temelli müdahalenin depresyon, anksiyete ve öz yeterlilik üzerine etkisini belirlemek amacıyla yaptıkları ve yarı deneysel olarak yürüttükleri araştırmada hastalara toplamda 8 oturum psikoeğitim ve 18 seans fiziksel egzersiz uygulanmıştır. Araştırma sonuçlarına göre, müdahalenin depresyon ve anksiyeteyi azaltmada etkili olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Roos ve arkadaşları (2017), madde kullanım bozukluğu olan hastalara uygulanan farkındalık temelli nüks önleme programının anksiyete ve depresyonu azaltmada etkili olduğunu bildirmişlerdir. Bu araştırmada psikoeğitim sonuçları literatürde yer alan diğer girişimsel çalışma sonuçları ile benzerlik göstermektedir.

Bu durum, psikoeğitimin bağımlılığı etkileyen ruhsal bozuklukların iyileşmesinde ve ruhsal bozuklukların belirtilerinin azalmasında diğer girişimler gibi katkı sağlayabileceğini düşündürmektedir.

Bağımlılık seyri, tedavi sürecindeki iyileşmeyi ifade etmektedir. Madde kullanım bozukluklarında iyileşme madde kullanımının bırakılması ve nüks yaşanmaması ile gerçekleşmektedir (Şimşek ve diğerleri, 2021). Bu araştırmada, hastaların iyileşme düzeylerini değerlendirmek için kullandığımız, Bağımlılık Seyri İndeksi 2019 yılında Şimşek ve arkadaşları tarafından geliştirilmiş olup literatürde kısıtlı araştırmada kullanıldığı görülmektedir. Bu nedenle bu araştırmanın bulguları, madde kullanımının bırakılmasını ve nüksü ölçen araştırmaların bulgularıyla tartışılmıştır. Bu araştırmada, deney grubunda yer alan hastaların psikoeğitim sonrası bağımlılık seyrinin kontrol grubuna göre daha düşük olduğu bulunmuştur. Bu bulgu, deney grubundaki iyileşme düzeyinin kontrol grubuna göre daha yüksek olduğunu göstermektedir. Kargın ve Hiçdurmaz'ın (2020) madde kullanım bozukluğu olan hastalara uygulanan relaps önleme psikoeğitim programının relaps oranına, sosyal işlevsellik, algılanan esenlik ve stresle başa çıkma biçimlerine etkisini değerlendirmek amacı yürüttükleri araştırmada, hastalara 10 oturumdan oluşan psikoeğitim programı uygulanmıştır. Araştırmada relaps oranları idrarda yapılan madde ölçümüyle izlenmiştir. Yapılan izlemlerde psikoeğitim alan hastaların relaps oranı, kontrol grubuna göre daha düşük bulunmuştur. Miles ve arkadaşlarının (2007), entegre bir tedavi modeli geliştirmek amacıyla geliştirdikleri motivasyonel görüşme, psikoeğitim ve nüksetmeyi önleme yaklaşımlarını içeren madde tedavi programı yatan hastalara 12 oturum olarak uygulanmıştır. Araştırma sonuçlarına göre, uygulanan madde tedavi programının hastaların madde kullanımından uzak kalmalarında etkili olduğunu bulunmuştur. Kayaoğlu ve Şahin Altun'un (2021), alkol ve madde kullanım bozukluğunda bilişsel davranışçı model temelli ve psikoeğitim destekli müziğin etkisini incelemek için yürüttükleri çalışmada deney grubundaki bireylere üç hafta boyunca 8 oturum psikoeğitim ve müzik dinletisi uygulanmıştır. Oturumlar tamamlandıktan sonra yapılan ölçümlere göre, uygulanan müdahalenin relapsları önlemede etkili olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Bu çalışmanın psikoeğitim sonuçları literatürde yer alan farklı uygulamalarla benzer niteliktedir. Bu araştırmada BAPİ-K'nın alt boyutunda deney grubunda olumlu sonuçlar elde edilmiştir. Bu alt boyutlar madde kullanım bozukluğunda iyileşmeyi etkilemektedir. Bu sonuçlardan yola çıkarak psikoeğitim programımızın iyileşme sürecini doğrudan olumlu yönde etkilediğini, ruhsal ve kişisel özelliklerde oluşturduğu olumlu değişimlerle de dolaylı yoldan desteklediğini söylemek mümkündür.

Davranışı gerçekleştirme yeteneğine olan inancı ifade eden öz yeterlilik (Liese ve Beck, 2022; Dhankar ve diğerleri, 2022; Moniz Lewis ve diğerleri, 2022), bireylerin duygu, düşünce ve davranışlarını etkilemektedir (Bandura ve diğerleri, 1999; Arnett ve diğerleri, 2022). Ayrıca özyeterlilik, sağlık davranışı değişikliğinin güçlü belirleyicilerinden birisidir (Parschau ve diğerleri, 2013; Jain ve diğerleri, 2023; Wood ve diğerleri, 2023). Madde kullanım bozukluğu olan kişilerde ise öz yeterlilik kavramı, maddeleri kullanma davranışlarını değiştirme yeteneklerine duyulan inancı ifade etmektedir (Gemeay ve diğerleri, 2019). Bu araştırmada deney grubu hastalarına uygulanan bilişsel davranışçı yaklaşım temelli psikoeğitim hastaların özyeterlilik düzeyini artırmıştır. Literatürde, madde kullanım bozukluğu olan hastalara uygulanan müdahalelerin öz yeterliliğe etkisini belirlemeyi amaçlayan araştırmalar incelendiğinde farklı müdahalelerin kullanıldığı görülmektedir. Can Gür ve Okanlı'nın (2017) alkol kullanım bozukluğu olan bireylere uygulanan bilişsel davranışçı model temelli müdahalenin depresyon, anksiyete ve öz yeterlilik üzerine etkisini belirlemek amacıyla yarı deneysel olarak yürüttükleri araştırmanın sonuçlarına göre, müdahale sonrası yapılan ölçümlerde çalışmaya katılanların müdahale sonrası öz yeterliliklerinin kontrol grubuna göre daha yüksek olduğu sonucuna ulaşmışlardır. Gemeay ve arkadaşlarının (2019), madde kullanım bozukluğu olan hastalara uygulanan psikoeğitim programının, hastaların öz yeterliliklerine etkisini belirlemek amacıyla yürüttükleri araştırmada, uygulanan müdahalenin hastaların öz yeterliliklerini artırmada etkili olduğu görülmüştür. Madde kullanım bozukluğu olan bireylere verilen farkındalık temelli eğitimin öz yeterlilik algısına etkisini belirlemek amacıyla, Bayır ve Aylaz (2021) tarafından ön test-son test kontrol gruplu olarak yürütülen araştırmada, psikoeğitim programı uygulanan hastaların öz yeterlilik algılarının arttığı saptanmıştır. Kayaoğlu ve Şahin Altun (2021) alkol ve madde kullanım bozukluklarında psikoeğitim ve müzik müdahalesinin stres, öz yeterlilik ve nüks oranlarına etkisini belirlemek amacıyla randomize kontrollü bir araştırma gerçekleştirmişlerdir. Bu araştırma sonuçlarına göre, deney grubundaki hastaların öz yeterlilikleri, kontrol grubuna göre anlamlı düzeyde artış göstermiştir. Ayrıca deney grubunun algılanan stres düzeyleri ve nüks oranları kontrol grubuna kıyasla önemli ölçüde azalmıştır. Barakat ve Ibrahim'in (2022) madde kullanım bozukluğu olan hastalara yönelik psikolojik müdahalenin hastaların öz yeterlilikleri, öz denetimleri ve başa çıkma örüntüleri üzerindeki etkisini belirlemek amacıyla yürüttükleri araştırmada, uygulanan müdahalenin hastaların öz yeterliliklerinde olumlu etkiye sahip olduğunu bildirmişlerdir. Bu araştırmanın psikoeğitim sonuçları literatürde yer alan çalışma sonuçları ile benzerlik göstermektedir. Bireylerin, madde kullanma isteklerine direnme, tetikleyicilerle başa çıkma ve sağlıklı davranışlarda

bulunma becerilerine güvendiklerinde, olumlu değişiklikler yapma ve ayıklığı sürdürme olasılıkları daha yüksek olmaktadır (Banduro, 1986; Ibrahim ve diğerleri, 2011; Gemeay ve diğerleri, 2019). Madde kullanımına geri dönme durumunda, öz yeterliliği yüksek kişiler bu kaymayı geçici bir gerileme olarak görme ve kontrolü yeniden sağlama eğilimindeyken, öz yeterliliği düşük olanlar madde kullanımını sürdürme ve nüks yaşama olasılığı daha yüksektir (Banduro, 1986; Kadden ve Litt, 2011; Abdullahi ve diğerleri, 2014; Barati ve diğerleri, 2023). Bu nedenle madde kullanım bozukluğu olan hastalarda öz yeterliliği artırmak önemlidir. Bu araştırmada uygulanan psikoeğitimin hastaların öz yeterliliklerini artırmada etkili bir girişim olarak kullanılabileceğini söylemek mümkündür.

Bilişsel davranışçı yaklaşım temelli psikoeğitim, madde kullanım bozukluğu olan hastalarda şiddetli istek duymayı, öfke kontrol yetersizliğini, güvenli davranış eksikliğini, depresyon ve anksiyeteyi azaltmada, motivasyonu ve öz yeterliliği artırmada ayrıca bağımlılığın iyileşmesinde etkili olmuştur. Literatür bulgularıyla uyumlu olarak, bu çalışmanın sonuçları, psikiyatri hemşireleri tarafından uygulanan bilişsel davranışçı yaklaşım temelli psikoeğitimin madde kullanım bozukluğu olan hastaların iyileşmelerine katkı sağlayabileceği ve nüksleri önleyebileceğini göstermektedir.

5.1. Araştırmanın Sınırlılıkları

1. Araştırma, uygulama sürecinde AMATEM birimine tedavi görmek için başvuran hastalardan elde edilen verilerle sınırlıdır.
2. Araştırma bağımlılık profili, öz yeterlilik ve bağımlılık seyri ölçme araçlarının ölçtüğü niteliklerle sınırlıdır.
3. Araştırmaya katılan kadın hasta olmaması sınırlılık oluşturmaktadır.
4. Araştırma sonuçları, çalışmada kullanılan istatistiksel yöntemler ile sınırlıdır.

5.2. Araştırmada Karşılaşılan Güçlükler

Kurum izni için başvuru alan ilk kurum ait AMATEM birimi, COVID-19 pandemisi nedeniyle COVID-19 ile ilgili test için örneklerin alındığı ve aşıların uygulandığı bir merkeze

dönüştürülmüştür. Araştırmacının bulunduğu şehirde başka AMATEM biriminin bulunmaması nedeniyle il dışı başka bir kuruma başvuruda bulunulmuştur. Bu süreç kurum izinlerinin alınması ve araştırmanın yürütülmesi açısından zaman kaybına neden olmuştur.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

6.1. Sonuçlar

Erenköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi AMATEM polikliniğine başvuran madde kullanım bozukluğu olan hastalara uygulanan bilişsel davranışçı yaklaşım temelli psikoeğitimin, hastaların bağımlılık profilleri, öz yeterlilik düzeyleri ve bağımlılık seyirlerine etkisini incelemek amacıyla randomize kontrollü deneysel olarak yürütülen çalışmada deney grubuna 9 oturumluk bilişsel davranışçı yaklaşım temelli psikoeğitim verilirken kontrol grubuna müdahalede bulunulmamıştır. Çalışmanın bulgularından yola çıkarak elde edilen sonuçlar aşağıda sunulmaktadır.

1. Bilişsel davranışçı yaklaşım temelli psikoeğitim, hastaların bağımlılık profil indeksi toplam puanlarını etkilememiştir. Araştırmanın 1. Hipotezi olan “Madde kullanım bozukluğu olan hastalara uygulanan bilişsel davranışçı yaklaşım temelli psikoeğitim, hastaların bağımlılık profil indeksi toplam puanlarını azaltır.” reddedilmiştir.

2. Bilişsel davranışçı yaklaşım temelli psikoeğitim, şiddetli madde kullanma isteği duyma, öfke kontrol yetersizliği, güvenli davranış eksikliği, depresyon ve anksiyete düzeylerini azaltmakta, motivasyonlarını ise artırmaktadır.

3. Bilişsel davranışçı yaklaşım temelli psikoeğitim, hastaların bağımlılık seyri puanlarını azaltmaktadır. Araştırmanın 2. Hipotezi olan “Madde kullanım bozukluğu olan hastalara uygulanan bilişsel davranışçı yaklaşım temelli psikoeğitim hastaların bağımlılık seyri puanlarını azaltır.” kabul edilmiştir.

4. Bilişsel davranışçı yaklaşım temelli psikoeğitim, hastaların öz yeterliliklerini artırmaktadır. Araştırmanın 3. Hipotezi olan “Madde kullanım bozukluğu olan hastalara uygulanan bilişsel davranışçı yaklaşım temelli psikoeğitim, hastaların öz yeterlilik ölçeği puanlarını artırmaktadır.” kabul edilmiştir.

6.2. Öneriler

Madde kullanım bozukluğu olan hastalara uygulanan bilişsel davranışçı yaklaşım temelli psikoeğitimin, hastaların bağımlılık profillerine, öz yeterlilik düzeylerine ve bağımlılık

seyirlerine etkisini incelemek amacıyla yapılan bu çalışmadan elde edilen sonuçlar doğrultusunda şu önerilerde bulunulabilir:

Bilişsel davranışçı yaklaşım temelli psikoeğitimin, AMATEM polikliniklerinde madde kullanım bozukluğu tanısıyla takip edilen hastaların mevcut standart tedavi ve izlem faaliyetlerine eklenmesi,

Madde kullanım bozukluğu olan hastalara hizmet veren polikliniklerde, psikiyatri hemşirelerinin bilişsel davranışçı yaklaşım temelli psikoeğitimler yapabilmeleri için gerekli planlamaların yapılması,

Bilişsel davranışçı yaklaşım temelli psikoeğitimin maddeye özgü oluşturulmuş örneklem gruplarında yürütülecek araştırmaların planlanması,

Madde kullanım bozukluğu olan hastalarla yapılan bilişsel davranışçı yaklaşım temelli psikoeğitimin kullanıldığı araştırmalara izlem süreçlerinin eklenmesi,

Kadın hastaların da yer aldığı bir örneklem grubunda bilişsel davranışçı yaklaşım temelli psikoeğitimin etkinliğinin incelenmesine yönelik araştırmaların yapılması önerilmektedir.

KAYNAKLAR

Abdullahi, Z., Taghizadeh, F., Hamzehgardeshi, Z., Bahramzad, O. (2014). Relationship between Addiction Relapse and Self-Efficacy Rates in Injection Drug Users Referred to Maintenance Therapy Center of Sari. *Global Journal of Health Science*, 6(3), 138–144.

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

Aldemir, E., Baklacı, U., Gönül, A. (2018). Bir psikiyatri kliniği yataklı birimi hastalarında psikotik bozukluk ve madde kullanım bozukluğu birlikteliği: Retrospektif bir çalışma. *Klinik Psikiyatri*, 21, 148-153.

Alevsaçanlar Cücü, S. ve Dilbaz, N. (2021). Kendi Kendine Yardım Grupları: 12 Basamak Tedavisi. N. Dilbaz, I. Göğcegöz, C. Noyan, Ö. Kazan Kızılkurt (Ed.) içinde, *Bağımlılık Tanı ve Tedavi Temel Kitabı* (ss. 502-528). Ankara: Ankara Nobel Tıp Kitapevleri.

Anglin, M., Burke, C., Perrochet, B., Stamper, E., ve Dawud Nursi, S. (2000). History of the Methamphetamine Problem. *Journal of Psychoactive Drugs*, 32(2), 137-141,.

Angres, D. ve Bettinardi Angres, K. (2008). The disease of addiction: Origins, treatment, and recovery. *Disease-a-Month*, 54(10), 696-721.

Arnett, M., Rogers, K., Evans, M., Reibel, Y. (2022). Effectiveness of brief motivational interviewing on perceived importance, interest and self-efficacy of oral health behaviors: A randomized clinical trial. *PEC Innovation*, 1, 100092.

Asi Karakaş, S. ve Ersöğütçü, F. (2016). Madde Bağımlılığı ve Hemşirelik. *Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi*, 3(2), 133-1397.

Aygül, I., Şahin, M., Ünübol, B. (2023). Madde Kullanım Bozukluğu Tanılı Bireylerde Yeme Bozuklukları, Duygusal Yeme ve Depresyon Düzeylerinin İncelenmesi. *Bağımlılık Dergisi*, 24(4), 417-427.

Bahadır, G. ve Karaca, S. (2021). Denetimli Serbestlik Tedbiri Konulan Madde Kullanıcılarında Depresyon Belirti Düzeyine Göre Bağımlılık Şiddetinin İncelenmesi. 22(3), . *Bağımlılık Dergisi*, 22(3), 209-217.

Baldisserotto, G., Melo, W., Meyer, E. (2021). Psychoeducation on Drug (Ab)Use. In A. Andrade, D. De Micheli, E. Silva, F. Opes, B. Pinheiro, R. Reichert (Eds) , *Psychology of Substance Abuse* (pp. 315-330). Switzerland: Springer Nature.

Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: The Exercise of control*. Newyork: Freeman.

Bandura, A. ve Locke, E. (2003). Negative self-efficacy and goal effects revisited. *The Journal of Applied Psychology*, 88(1), 87-99.

Bandura, A., Freeman, W., Lightsey, R. (1999). Self-efficacy: The exercise of control. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 13(2), 158-166.

Banduro, A. (1986). Fearful expectations and avoidant actions as coeffects of perceived self-inefficacy. *American Psychologist*, 41(12), 1389–1391.

Bandura, A. (1977). *Social learning theory*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.

Barakat, A. ve Ibrahim, Z. (2022). Effectiveness of Psychological Intervention on Self-Efficacy, Self-Control, and Coping among Patients with Substance Abuse Disorders. *Egyptian Journal of Health Care*, 13(3), 574-591.

Barati, M., Beşiryan , S., Moeini, B., Afşari , M. (2023). An ecological approach to exploring factors affecting substance use relapse: a systematic review. *Journal of Public Health*, 31, 135-148.

Bayır, B., ve Aylaz, R. (2021). The effect of mindfulness-based education given to individuals with substance-use disorder according to self-efficacy theory on self-efficacy perception. *Applied Nursing Research*, 57, 151354.

Baysan Arabacı, L., Ayakdaş Dağlı, D., Taş, G. (2018). Madde Kullanım Bozukluklarında Duygu Düzenleme Güçlüğü ve Hemşirelerin Rol ve Sorumlulukları. *Bağımlılık Dergisi*, 19(1), 10-16.

Beck, A. T., Wright, F. D., Newman, C. F., Liese, B.S. (1993). Cognitive therapy of substance abuse. Newyork:The Guilford Press

Beck, J.S. (2018). *Bilişsel Davranış Terapi Temelleri ve Ötesi*. Ankara: Nobel Akademik Yayıncılık.

Berger, L., Brondino, M., Fisher, M., Gwyther, R., Garbutt, J. (2016). Alcohol Use Disorder Treatment: The Association of Pretreatment Use and the Role of Drinking Goal. *The Journal of the American Board of Family Medicine*, 29(1), 37-49.

Binbay, T. ve Çoşkunol, H. (2021). Madde Kullanımı ve Genetik. M. Öztürk içinde, *Bağımlılık Tanı, Tedavi, Önleme* (ss. 65-78). İstanbul: Yeşilay Yayınları.

Bodkyn, C., ve Holroyd, C. (2019). Neural mechanisms of affective instability and cognitive control in substance use. *International Journal of Psychophysiology*, 146(1), 1-19.

Bozkurt, M. (2022). Madde Kullanım Bozukluklarında Tedavinin Nörobilimsel Temelleri. *Nöropsikiyatri Arşivi*, 59(Ek-1), 75-80.

Brady, K., Verduin, M., Tolliver, B. (2007). Treatment of Patients Comorbid for Addiction and Other Psychiatric Disorders. *Current Psychiatry Reports*, 9(5), 374-380.

Brandon, T., Vidrine, J., Litvin, E. (2007). Relapse and Relapse Prevention. *Annual Review of Clinical Psychology*, 27(3), 257-284.

Brorson, H., Arnevik, E., Rand-Hendriksen, K., Duckert, F. (2013). Drop-out from addiction treatment: A systematic review of risk factors. *Clinical Psychology Review*, 33(8), 1010-1024.

Bulut, S.D. ve Kaloğlu, H. (2021). Bağımlılıkta Tanısal Değerlendirme. N. Dilbaz, I. Göğceğöz, O. Noyan, Ö. Kazan Kızılkurt (Ed.), *Bağımlılık Tanı ve Tedavi Temel Kitabı* içinde (ss. 37-56). Ankara: Ankara Nobel Tıp Kitapevleri.

Büyükbayram, A., Baysan Arabacı, L., Arabacıoğlu, İ., Ayyıldız, C., Acar, K. (2017). Psikiyatri Kliniğinde Çalışan X ve Y Kuşağındaki Hemşirelerin Alkol-Madde Bağımlılığı ve Ruhsal Bozukluğu Olan Bireylere Yönelik Tutumları. *Bağımlılık Dergisi*, 18(4), 122-134.

Büyüköztürk, Ş., Çokluk, Ö. Köklü, N. (2018). Sosyal bilimler için istatistik. Ankara: Pegem Akademi.

Can Gür, G. ve Okanlı, A. (2019). The Effects of Cognitive-Behavioral Model-Based Intervention on Depression, Anxiety, and Self-Efficacy in Alcohol Use Disorder. *Clinical Nursing Research*, 28(1), 52-78.

Clarke, P., Lewis, T., Myers, J., Henson, R., Hill, B. (2020). Wellness, Emotion Regulation, and Relapse During Substance Use Disorder Treatment. *Journal of Counseling ve Development*, 98(1), 17-28.

Cohen, J. (1988). Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates, Publishers.

Çam, O. ve Ayekdaş Dağlı, D. (2017). Alkol Bağımlılarında İçselleştirilmiş Damgalama, Suçluluk ve Utanç Duyguları. *Bağımlılık Dergisi*, 18(4), 145-151.

Çam, O., ve Engin, E. (2014). Madde Bağımlılığı. O. Çam, ve E. Engin (Ed.), *Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Bakım Sanatı* içinde (ss. 447-467). İstanbul: İstanbul Tıp Kitabevi.

Çimen, M. (2015). Fen ve Sağlık Bilimleri Alanlarında SPSS Uygulamalı Veri Analizi. Ankara: Palme Yayıncılık.

Dakof, G., Tejada, M., vLiddle, G. (2001). Predictors of engagement in adolescent drug abuse treatment. *Journal of the American Academy of Child ve Adolescent Psychiatry*, 40(3), 274-281.

Danışmaz Sevin, M. ve Erbay, E. (2019). AMATEM’de İkinci Kez Tedavi Gören Madde Bağımlılarının Madde Kullanımına İlişkin Yaşam Deneyimleri. *Addicta: The Turkish Journal on Addictions*, 6(3), 689–714.

Deane, F., Wootton , D., Hsu, C.-I., Kelly, P. (2012). Predicting Dropout in the First 3 Months of 12-Step Residential Drug and Alcohol Treatment in an Australian Sample. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, 73(2), 216–225.

Demiray, T., Doğruyol, S., Kazan Kızılkurt, Ö. (2021). Bağımlılık Hemşireliği. N. Dilbaz, I. Göğceğöz, O. Noyan, ve Ö. Kazan Kızılkurt (Ed.) *Bağımlılık Tanı ve Tedavi Temel Kitabı* içinde (ss. 678-684). Ankara: Ankara Nobel Tıp Kitapevleri.

Dhankar, A., Kaur, N., Majumdar, O., Grover, S. (2022). Role of Self-Efficacy in Dealing with Drug Use. *International Journal of Indian Psychology*, 9(1), 1493-1505.

Dilbaz, N., Göğceğöz, I., Kazan Kızılkurt, Ö. (2021). Düünden Bugüne Bağımlılık Psikofarmakolojisi. N. Dilbaz, I. Göğceğöz, C. O. Noyan, ve Ö. Kazan Kızılkurt (Ed.), *Bağımlılık Tanı ve Tedavi Temel Kitabı* içinde (ss. 339-342). Ankara: Ankara Nobel Tıp Kitapevleri.

Durrant, R. ve Thakker, J. (2003). *Substance use and abuse: Cultural historical perspectives*. California: Sage Publications.

Ebrahim, S., Radwan, H., Amrosy, S. (2022). The Effectiveness of Life Skills Training on Assertiveness, Self-Esteem and Aggressive Behavior among Patients with Substance Use Disorders. *International Egyptian Journal of Nursing Sciences and Research*, 2(2), 413-431.

Emniyet Genel Müdürlüğü [EGM]. (2018). *Genel Nüfusta Tütün, Alkol ve Madde Kullanımına Yönelik Tutum ve Davranış Araştırması Raporu* <http://www.narkotik.pol.tr/turkiyede-genel-nufusta-tutun-alkol-ve-madde-kullanimina-yonelik-tutum-ve-davranis-arastirmasi-raporu> adresinden erişildi.

Elshatarat, R., Yacoub, M., Khraim, F., Saleh, Z. (2016). Self-efficacy in treating tobacco use: A review article. *Proceedings of Singapore Healthcare*, 25(4), 243-248.

European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction [EMCDDA]. (2022). *European Drug Report* European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction https://www.emcdda.europa.eu/publications/edr/trends-developments/2022_en adresinden erişildi.

Engin, E., Gültekin, K., Çoşkunol, H., Horozoğlu, N. (2006). Alkol ve Madde Bağımlılarında Öfke İfadesi ve Kişilerarası İlişki Tarzı. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*, 22(1), 211-223.

Eseroğlu, T., Yalçın, Ö., Kılıçoğlu, A., Karaçetin, G. (2019). İlk atak psikoz tanısıyla yatarak tedavi gören ergen hastalarda madde kullanım bozukluğu eş tanısının tedavi yanıtı üzerine etkisi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 20(4), 385-394.

Evren, C., Saatçioğlu, Ö., Dalbudak, E., Danişmant, B., Çakmak, D., Ryan, R. (2006). Tedavi motivasyonu anketi (TMA) Türkçe versiyonunun alkol bağımlısı hastalarda faktör yapısı, geçerliği ve güvenirliliği. *Bağımlılık Dergisi*, 7(3), 117-122.

Forcehimes, A. ve Tonigan, J. (2008). Self-Efficacy as a Factor in Abstinence from Alcohol/Other Drug Abuse: A Meta-Analysis. *Alcoholism Treatment Quarterly*, 26(4), 480-489.

Gause, N., Elliott, J., Delker, E., Stohl, M., Hasin, D., Aharonovich, E. (2018). Association between change in self-efficacy to resist drinking and drinking behaviors among an HIV-infected sample: Results from a large randomized controlled trial. *Journal of Health Psychology*, 23(6), 829-839.

Gemeay, E., Shama, G., Abo-Elyzeed, S., Shalaby, H. (2019). Effect of Psycho-educational Program on Self-Efficacy of Patient with Substance Use Disorders. *Journal of Nursing and Health Science*, 8(6), 1-13.

Gilchrist, G., Langohr, K., Fonseca, F., Muga, R., Torrens, M. (2012). Factors associated with discharge against medical advice from an alcohol and drug inpatient detoxification unit in Barcelona between 1993 and 2006. *Heroin Addiction and Related Clinical Problems*, 14(1), 35-44.

González Yubero, S., Lázaro-Visa, S., Palomera, R. (2021). Personal variables of protection against cannabis use in adolescence: The roles of emotional intelligence, coping styles, and assertiveness as associated factors. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(11), 1-15.

Göka, E., ve Çakmak, I. (2021). Bağımlılığın Psikodinamiği. N. Dilbaz, I. Göğcegöz, O. Noyan, ve Ö. Kazan Kızılkurt (Ed.), *Bağımlılık Tanı ve Tedavi Temel Kitabı* içinde, (s. 22-27). Ankara: Ankara Nobel Tıp Kitabevleri.

Göker, Z., Üneri, Ö., Dinç, G., Güney, E., Hekim Bozkurt, Ö. (2015). Çocuk Ve Ergenlerde Madde Kullanım Bozukluğuna Yeni Bir Bakış: Dsm-5'in Getirdikleri. *Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi*, 22(2), 131-139.

Gönül, A.S. ve Aldemir, E. (2021). Bağımlılığın Nörobiyolojisi. M. Öztürk, K. Ögel, C. Evren, R. Bilici (Ed.) içinde, *Bağımlılık Tanı, Tedavi, Önleme* (s. 59-81). İstanbul: Yeşilay Yayınları.

Görgülü, T. (2020). Tedavi Motivasyonu ve Özyeterliliğin Geliştirilmesinde Psikososyal Grup Çalışmaları Ne Kadar Etkili? Madde Kullanıcılarıyla Deneysel Bir Çalışma. *Nöro Psikiyatri Arşivi*, 57, 241-247.

Gözüm, S., Aksayan S. (1999) Öz-etkililik-yeterlik ölçeği'nin türkçe formunun güvenilirlik ve geçerliliği. *Journal of Anatolia Nursing and Health Sciences*, 2, 35-43.

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

Gür, F., Gür, G.C., Okanlı, A. (2017) The effect of the cognitive-behavioral modelbased psychoeducation and exercise intervention on quality of life in alcohol use disorder. *Arch Psychiatr Nurs*, 31, 541-548.

Güven, F.M. (2019). Farklı Bozukluklar İçin Depreşmeyi Önlemede Bilişsel Davranışçı Terapi. G. Bahadır, E. Ertekin (Ed.), *Farklı Tanı Gruplarında Bilişsel Davranışçı Terapiler* içinde (s. 76-82). Ankara: Türkiye Klinikleri.

Hartzler, B., Witkiewitz, K., Villarroel, N., Donovan, D. (2011). Self-efficacy change as a mediator of associations between therapeutic bond and one-year outcomes in treatments for alcohol dependence. *Psychology of Addictive Behaviors*, 25(2), 269–278.

Holzhauser, C., Hildebrandt, T., Epstein, E., McCrady, B., Hallgren, K., Cook, S. (2020). Mechanisms of change in female-specific and gender-neutral cognitive behavioral therapy for women with alcohol use disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 88(6), 541–553.

Homer, B., Solomon, T., Moeller, R., Mascia, A., De Roleau, L., Halkitis, P. (2008). Methamphetamine abuse and impairment of social functioning: a review of the underlying neurophysiological causes and behavioral implications. *Psychological Bulletin*, 134(2), 301.

Ibrahim, F., Kumar, N., Samah, B. (2011). Self Efficacy and Relapsed Addiction Tendency: An Empirical Study. *The Social Sciences*, 6(4), 277 - 282.

Ismael, F. ve Baltieri, D. (2014). Role of personality traits in cocaine craving throughout an outpatient psychosocial treatment program. *Brazilian Journal of Psychiatry*, 36(1), 24-31.

Jain, M., Vardhan, V., Yadav, V., Harjpal, P. (2023). Efficacy of Buteyko Breathing Technique. *Journal of Clinical and Diagnostic Research*, 17(1), 11-24.

Kadden, R. ve Litt, M. (2011). The role of self-efficacy in the treatment of substance use disorders. *Addictive Behaviors*, 36(12), 1120-1126.

Kahyaoğlu, G. (2021). Psikolojik Etkenler. M. Öztürk, K. Ögel, C. Evren, R. Bilici (Ed.), *Bağımlılık Tanı, Tedavi, Önleme* içinde (ss. 43-63). İstanbul: Yeşilay Yayınları.

Kargın, M. ve Hiçdurmaz, D. (2020). Psychoeducation Program for Substance Use Disorder: Effect on Relapse Rate, Social Functioning, Perceived Wellness, and Coping. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services*, 58(8), 39-47.

Kayaoğlu, K. ve Şahin Altun, Ö. (2021). The effect of combined cognitive-behavioral psychoeducation and music intervention on stress, self-efficacy, and relapse rates in patients with alcohol and substance use disorders: A randomized controlled trial. *Perspectives in Psychiatric Care*, 58(3), 968-977.

Kelly, J., Stout, R., Tonigan, J., Magill, M., Pagano, M. (2010). Negative Affect, Relapse, and Alcoholics Anonymous (AA): Does AA Work by Reducing Anger? *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, 71(3), 434-444.

Kılıç, S. (2014). Etki büyüklüğü. *Journal of Mood Disorders*, 4(1), 44, 46.

Kılınç, G. (2019). *Madde bağımlılarında bilişsel davranışçı temelli grup danışmanlığının madde kullanımına ilişkin inanç ve dürtüselliğe etkisi*. Doktora Tezi, İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Malatya.

Kolla, B., Oesterle, T., Altın, M., Southwick, F., Rummans, T. (2020). Infectious diseases occurring in the context of substance use disorders: A concise review. *Journal of the Neurological Sciences*, 411, 116719.

Kouimtsidis, C., Reynolds, M., Drummond, C., Davis, P. (2007). *Cognitive-Behavioural Therapy A Treatment Planner for Clinicians*. London: John Wiley & Sons.

Kourgiantakis, T., Ashcroft, R., Mohamud, F., Fearing, G., ve Sanders, J. (2021). Family-Focused Practices in Addictions: A Scoping Review. *Journal Of Social Work Practice In The Addictions*, 21(1), 18-53.

Köroğlu, E. (2014). *Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı* Ankara: Hekimler Yayın Birliği.

Krishnan Sarin, S., Reynolds, B., Duhig, A., Smith, A., Liss, T., McFetridge, A., . . . Potenza, M. (2007). Behavioral impulsivity predicts treatment outcome in a smoking cessation program for adolescent smokers. *Drug and Alcohol Dependence*, 88(1), 79-82.

Kulaksızoğlu, B., Bingöl, M., Güleğöz, M., Kuloğlu, M. (2020). Madde Kullanım Bozukluğu Tedavisinde Bir Yıllık Tedavide Kalma Oranları: Geriye Dönük Bir Çalışma. *Fırat Tıp Dergisi*, 25(1), 43-47.

Laitano, H., Ely, A., Sordi, A., Schuch, F., Pechansky, F., Hartmann, T., . . . Kessler, F. (2022). Anger and substance abuse: a systematic review and meta-analysis. *Brazilian Journal of Psychiatry*, 44(1), 103-110.

Lappan, S., Brown, A., Hendricks, P. (2020). Dropout rates of in-person psychosocial substance use disorder treatments: a systematic review and meta-analysis. *Society for the Study of Addiction*, 115(2), 201-217.

Liese, B.S. ve Beck, A. (2022). *Cognitive- Behavioral Therapy of Addictive Disorders*. New York: The Guilford Press.

Lopes, F. M., Lehmkuhl da Luz, W., Bizarro, L. (2021). Cognitive-Behavioral Therapy. In A. Andrade, D. De Micheli, E. Aparecida da Silva, F. Lopes, B. Pinheiro, R. Reichert (Eds.), *Psychology of Substance Psychotherapy, Clinical Management* (pp. 139-155). Switzerland: Springer Nature.

Lopes, F., Lehmkuhl da Luz, W., Remus, J., ve Andretta, I. (2021). Psychoeducation in the Treatment of Smoking and Alcohol Use Disorder. In D. Micheli, A. Andrade, R. Reichert, E. Aparecida da Silva, B. Pinheiro, F. Lopes (Eds), *Drugs and Human Behavior Biopsychosocial Aspects of Psychotropic Substances Use* (pp. 291- 304). Switzerland: Springer Nature.

Loree, A., Lundahl, L., Ledgerwood, D. (2015). Impulsivity as a predictor of treatment outcome in substance use disorders: Review and synthesis. *Drug and Alcohol Review*, 34(2), 119-134.

Lundgren, L. ve Krull, I. (2018). *Screening, Assessment, And Treatment of Substance Use Disorders*. New York: Oxford University Press.

MacKillop, J. ve Kahler, C. (2009). Delayed reward discounting predicts treatment response for heavy drinkers receiving smoking cessation treatment. *Drug and Alcohol Dependence*, 104(3), 197-203.

Mahoney, J., Thompson Lake, D., Cooper, K., Verrico, C., Newton, T., La Garza, R. (2015). A comparison of impulsivity, depressive symptoms, lifetime stress and sensation seeking in healthy controls versus participants with cocaine or methamphetamine use disorders. *Journal of Psychopharmacology*, 29(1), 50 –56.

Maisto, S., Roos, C., O’Sickey, A., Kirouac, M., Connors, G., Tonigan, J., Witkiewitz, K. (2015). The Indirect Effect of the Therapeutic Alliance and Alcohol Abstinence Self-Efficacy on Alcohol Use and Alcohol-Related Problems in Project Match. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 39(3), 504-513.

Maisto, S., Carey, K., Bradizza, C. (1999). Social Learning Theory. In K. Leonard, ve H. Blane (Eds.) *Psychological theories of drinking and alcoholism* (pp. 106-163). Newyork: Guilford.

Marlatt, G., Baer, J., Quigley, L. (1995). Self-efficacy and addictive behavior. In A. Banduro (Eds.), *Self-Efficacy in Changing Societies* (pp. 289-316). New York: Cambridge University Press.

Milhorn, H.T. (2018). *Substance Use Disorders A Guide for the Primary Care Provider*. Switzerland: Springer International Publishing.

Mohamed, İ., Ahmad, H., Hassaan , S., Hassan , S. (2020). Assessment of anxiety and depression among substance use disorder patients: a case-control study. *Middle East Current Psychiatry*, 27(1), 1-8.

Moniz-Lewis, D. I., Elena R. , S., Bowen , S., Witkiewitz, K. (2022). Self-Efficacy as a Potential Mechanism of Behavior Change in Mindfulness-Based Relapse Prevention. *Mindfulness*, 13, 2175–2185.

Moore, K., Oberleitner, L., Zonana, H., Buchanan, A., Pittman, B., Verplaetse, T., . . . McKee, S. (2019). Psychiatric Disorders and Crime in the US Population: Results From the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions Wave III. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 80(2), 15899.

Morgen, K. (2017). *Substance Use Disorders and Addictions*. California: SAGE.

Moskal, D., Whitaker, H., Bernstein, J., Maisto, S., ve Connors, G. (2021). Evaluation of a Web-based Psychosocial Education and Peer Support Program for Alcohol Use Concerns. *Alcoholism Treatment Quarterly*, 39(3), 366-382.

Mutlu, E. (2015). Madde Bağımlılığının Tedavisinde Sosyal Hizmet Uzmanlarının Rol ve İşlevleri: Ankara Numune Eğitim Ve Araştırma Hastanesi Alkol Ve Madde Bağımlılığı Tedavi Ve Eğitim Merkezi Örneği. *Tıbbi Sosyal Hizmet Dergisi*, 5(1), 16-23.

Müller, S., Weijers, H.-G., Böning, J., Wiesbeck , G. (2008). Personality Traits Predict Treatment Outcome in Alcohol-Dependent Patients. *Neuropsychobiology*, 57(1), 159-164.

Myers, B. (2019). Psychotherapy for substance use disorders. D.J. Stein, J. Bass, S.G. Hofmann, (Eds.), *Global Mental Health and Psychotherapy: Adapting psychotherapy for low- and middle-income countries* (s. 241-256). London: Academic Press.

Orum, M., Kustepe, A., Kara, M., Dumlupinar, E., Egilmez, O., Ozen, M., Kalenderoglu, A. (2018). Addiction profiles of patients with substance dependency living in Adiyaman province. *Medicine Science 2018*, 7(2), 369-372.

Ögel, K. (2007). *Bağımlılık Tedavisi El Kitabı*. Ankara: IQ Kültür Sanat Yayıncılık.

Ögel, K., Bilici, R., Güvenç Bahadır, G., Maçkan, A., Orhan, N., ve Tuna, O. (2016). Denetimli serbestlikte, sigara, alkol madde bağımlılığı tedavi programı (SAMBA) uygulamasının etkinliği. *Anatolian Journal of Psychiatry*, 17(4), 270-277.

Ögel, K., Evren, C., Karadağ, F., ve Tamar Gürol, D. (2012). Bağımlılık Profil İndeksi'nin (BAPİ) Geliştirilmesi, Geçerlik ve Güvenilirliği. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 23(4), 264-273.

Ögel, K., Koç, C., Başabak, A., İşmen, E., Görücü, S. (2015). Bağımlılık Profil İndeksi Klinik Formunun (BAPİ-K) Geliştirilmesi: Geçerlik ve Güvenilirlik Çalışması. *Bağımlılık Dergisi*, 16(2), 57-69.

Öztürk, O. ve Uluşahin, A. (2016). *Ruh sağlığı ve bozuklukları* Ankara: Nobel Tıp Kitabevi.

Parschau, L., Fleig, L., Koring, M., Lange, D., Knoll, N., Schwarzer, R., Lippke, S. (2013). Positive experience, self-efficacy, and actioncontrol predict physical activity changes:A moderated mediation analysis. *The British Psychological Society*, 18(2), 395–406.

Peterson, C., Li, M., Xu, L., Mikosz, C., Luo, F. (2021). Assessment of Annual Cost of Substance Use Disorder in US Hospitals. *JAMA Network Open*, 4(3), e210242.

Roos, C., Bowen, S., Witkiewitz, K. (2017). Baseline patterns of substance use disorder severity and depression and anxiety symptoms moderate the efficacy of mindfulness-based relapse prevention. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 85(11), 1041–1051.

Samuel, D., LaPaglia, D., Maccarelli, L., Moore, B., Ball, S. (2011). Personality Disorders and Retention in a TherapeuticCommunity for Substance Dependence. *The American Journal on Addictions*, 20(6), 555–562.

Savaşan, A. (2010). Bağımlılığı Olan Hastalarda Servis Ortamı ve Tedavi Motivasyonu İlişkisinin İncelenmesi. *Klinik Psikiyatri*, 13(3), 119-126.

Schulz, K. F., Altman, D. G., Moher, D., CONSORT Group. (2010). CONSORT 2010 statement: updated guidelines for reporting parallel group randomized trials. *Annals Of Internal Medicine*, 152(11), 726-732.

Senn, S., Odenwald, M., Sehrig, S., Haffke, P., Rockstroh, B., Kreoll, D., . . . Reosner, S. (2021). Therapeutic success in relapse prevention in alcohol use disorder: the role of treatment motivation and drinking-related treatment goals. *Journal Of Addictive Diseases*, 39(1), 88-95.

Sherer, M., Maddux J.E., Mercandante, B., Prentice-Dunn, S., Jacobs, B., Rogers, R.W. (1982) The self-efficacy scale: Construction and validation. *Psychological Reports*, 51, 663-671.

Specka, M., Buchholz, A., Kuhlmann, T., Rist, F., Scherbaum, N. (2011). Prediction of the outcome of inpatient opiate detoxification treatment: Results from a multicenter study. *European Addiction Research*, 17(4), 178-184.

Sunay, D., Şengezer, T., Oral, M., Aktürk, Z. (2013). CONSORT 2010 Raporu: Randomize paralel grup çalışmalarının raporlanmasında güncellenmiş kılavuzlar. *Eurasian Journal of Family Medicine*, 2(1), 1-10.

Şenyuva, G., Sungur, M. (2021). Bağımlılıkta Kognitif Davranışçı Terapi. N. Dilbaz, I. Göğcegöz, C. Noyan, ve Ö. Kazan Kızılkurt (Ed.) *Bağımlılık Tanı ve Tedavi Temel Kitabı* içinde (s. 385-401). Ankara: Ankara Nobel Tıp Kitabevleri.

Şimşek, M., Dinç, M., Ögel, K. (2019). Determinants of the addiction treatment drop-out rates in an addiction counseling centre: a cross-sectional study. *Psychiatry And Clinical Psychopharmacology*, 29(4), 446-454.

Şimşek, M., Dinç, M., Ögel, K. (2021). Bağımlılık Seyir İndeksi (BASİ)'nin Geçerlik ve Güvenilirlik Çalışması. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 32(2), 129-136.

Şimşek, N. (2010). Madde Kullanım Bozukluğu Olan Birey ve Ailesinin Hemşirelik Bakımı. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 1(2), 97-99.

Tabachnick, B.G., Fidell, L.S. (2013). *Using Multivariate Statistics*. Boston: Pearson.

T.C. Resmi Gazete. (2010). *Türkiye Sağlık Bakanlığı Hemşirelik Yönetmeliği*, 8 Mart 2010, Sayı: 27515. <https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2011/04/20110419-5.htm> adresinden erişildi.

Tatari, F., Farnia, V., Momeni, K., Davarinejad, O., Salemi, S., Soltani, B., . . . Alikhani, M. (2021). Predicting addiction potential based on sensation-seeking, psychological hardiness and assertiveness in students in western Iran: an analytical study. *Journal of Substance Use*, 26(1), 7-12.

Tekin, K. (2021). Bağımlılığa Etki Eden Sosyal Faktörler. M. Öztürk, K. Ögel, C. Evren, R. Bilici (Ed.), *Bağımlılık Tanı, Tedavi, Önleme* içinde (ss. 47-58). İstanbul: Yeşilay Yayınları.

Tokur, H. (2021). Bağımlılık Tanısı ve İlgili Kavramlar. M. Öztürk, K. Ögel, C. Evren, R. Bilici (Ed.), *Bağımlılık Tanı, Tedavi, Önleme* içinde (ss. 147-176). İstanbul: Yeşilay Yayınları.

Torrecillas, F., Cobo, M., Delgado, P., Ucles, I. (2015). Predictive Capacity of Self-Efficacy in Drug Dependence and Substance Abuse Treatment. *Journal of Psychology and Clinical Psychiatry*, 2(3), 1-6.

Townsend, M.C. (2016). Maddeyle İlgili Bozukluklar. C.T. Özcan, N. ve Gürhan, N *Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliğinin Temelleri Kanıtı Dayalı Uygulama Bakım Kavramları* içinde (ss. 280-313). Ankara: Akademisyen Tıp Kitap Evi.

Türkiye Uyuşturucu ve Uyuşturucu Bağımlılığı İzleme Merkezi [TUBİM]. (2021). *Türkiye Uyuşturucu Raporu, 2021*. <http://www.narkotik.pol.tr/kurumlar/narkotik.pol.tr/TUB%C4%B0M/2021-Turkiye-Uyusturucu-Raporu.pdf> adresinden erişildi.

Türkiye Uyuşturucu ve Uyuşturucu Bağımlılığı İzleme Merkezi [TUBİM]. (2022). *Türkiye Uyuşturucu Raporu, 2022*. <https://www.narkotik.pol.tr/2022-turkiye-uyusturucu-raporu-yayinlanmistir> adresinden erişildi.

Türkçapar, H. (2019). *Bilişsel Davranışçı Terapi Temel İlkler ve Uygulamalar*. İstanbul: Epsilon.

Uluğ, B.D. (2021). Bağımlılık Tedavisine Genel Bir Bakış. M. Öztürk, K. Ögel, C. Evren, R. Bilici (Ed.), *Bağımlılık Tanı, Tedavi, Önleme* içinde (ss. 343-357). İstanbul: Yeşilay Yayınları.

United Nations Office on Drugs and Crime [UNODC]. (2022). World Drug Report <https://www.unodc.org/unodc/data-and-analysis/world-drug-report-2022.html> adresinden erişildi.

Uzbay, T. (2015). *Madde Bağımlılığı Tüm Boyutlarıyla Bağımlılık ve Bağımlılık Yapan Maddeler*. İstanbul: İstanbul Tıp Kitabevi.

Vafaie, N. ve Kober, H. (2022). Association of Drug Cues and Craving With Drug Use and Relapse A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA Psychiatry*, 79(7), 641-650.

Vanyukov, M. ve Tarter, R. (2019). Genetics and Epigenetics of Substance Use. In Z. Sloboda, H. Petras, E. Robertson, ve R. Hingson (Eds.), *Prevention of Substance* (pp. 57-74). Switzerland: Springer Nature.

Wingo, T., Nesil, T., Choi, J.-S., ve Li, M. (2016). Novelty Seeking and Drug Addiction in Humans and Animals: From Behavior to Molecules. *Journal of Neuroimmune Pharmacology*, 11, 456–470.

Witkiewitz, K., Donovan, D., Hartzler, B. (2012). Drink refusal training as part of a combined behavioral intervention: Effectiveness and mechanisms of change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 80(3) 440–449.

Wood , E., Liang, Y., Moon, T.-J., Wasserman, A., Lamb, R., Roache, J., . . . Dougherty , D. (2023). Reduced alcohol use increases drink-refusal self-efficacy: Evidence from a contingency management study for DWI arrestees. *Drug and Alcohol Dependence*, 242, 109706.

Yeh, M.Y., Tung, T.H., Horn, F.-F., Sung, S.C. (2017). Effectiveness of a psychoeducational programme in enhancing motivation to change alcohol-addictive behaviour. *Journal of Clinical Nursing*, 26(21-22), 3724-3733.

Yılmaz, A., Can, Y., Bozkurt, M., Evren, C. (2014). Alkol ve Madde Bağımlılığında Remisyon ve Depreşme. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 6(3), 243-256.

Yılmaz, M., ve Cüceler, S. (2019). Alkol Bağımlılığı ve Damgalanma. *Bağımlılık Dergisi*, 20(3), 167-174.

Yoldaş, C. ve Demircioğlu, H. (2020). Madde Kullanımı ve Bağımlılığını Önemeye Yönelik Psikoeğitim Programlarının İncelenmesi. *Bağımlılık Dergisi*, 21(1), 72-91.

EKLER

Ek 1. Bağımlılık Profil İndeksi Klinik Formu Kullanım İzni

Kaynak gösterildiği sürece kullanımı serbesttir. BAPİ için temel kaynaklar:

- Ogel K, Evren C, Karadağ F, Gurol T. Defne. Bağımlılık Profil İndeksi'nin (BAPİ) Geliştirilmesi, Geçerlik ve Güvenilirliği. Türk Psikiyatri Dergisi (baskıda).
- Psychometric properties of different forms of the Addiction Profile Index (BAPİ). Ogel K, Başabak A, Koc C, Aksoy A, Karadayı G. Bulletin of Clinical Psychopharmacology 2011;21(Suppl. 2):S151

İletişim

Prof. Dr. Kültegin Ögel
e-posta: ogelk@ogelk.net

Ek 2. Bağımlılık Seyir İndeksi Kullanım İzni

Ölçek kullanım izni Gelen Kutusu x



Cihan Ek <cihan.ektircioglu@gmail.com>
Alıcı: melike ▾

28 Nis 2020 Sal 14:03 ☆ ↶ ⋮

Sayın Şimşek,

Geçerlilik, güvenilirliğini yaptığınız Bağımlılık Seyir İndeksi(BASİ) 'ni *madde kullanım bozukluğu olan hastalarda bilişsel davranışçı yaklaşım temelli psikoeğitimin, hastaların bağımlılık profilleri, öz yeterlilik ve bağımlılık seyirlerine etkisini incelemek amacıyla planladığımız çalışmamızda kullanmak için izninizi istiyorum. İyi çalışmalar dilerim. Saygılarımla.*

--

Arş., Gör. Cihan KOCAİRİ
Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi
Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı



Melike Şimşek <melike@melikesimsek.com>
Alıcı: ben ▾

29 Nis 2020 Çar 19:14 ☆ ↶ ⋮

Merhabalar,

Öncelikle gösterdiğiniz ilgi için çok teşekkür ederim. Çalışmanızda BASİ'yi kullanmanız beni çok memnun eder. Ölçek makalenin sonunda yer alıyor, ulaşamazsanız ben de gönderebilirim.
Sevgiler,
Melike

Ek 3. Öz Yeterlilik Ölçeği Kullanım İzni

ölçek kullanım izni Gelen Kutusu x



Cihan Ek <cihan.ektircioglu@gmail.com>

28 Nis 2020 Sal 14:34



Alıcı: sgozum, sgozum_25

Sayın Hocam,

Güvenirlilik ve geçerliliğini yaptığımız, "Öz etkililik-yeterlik ölçeği"ni, madde kullanım bozukluğu olan hastalarda bilişsel davranışçı yaklaşım temelli psikoeğitimin, hastaların bağımlılık profilleri, öz yeterlilik ve bağımlılık seyirlerine etkisini incelemek amacıyla yapacağımız çalışmada kullanmak için izninizi istiyorum.

İyi çalışmalar dilerim. Saygılarımla.

--

Arş. Gör. Cihan KOÇALTI
Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi
Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı



SEBAHAT GÖZÜM <sgozum_25@hotmail.com>

29 Nis 2020 Çar 10:02



Alıcı: ben

Sayın Cihan Koçarı

Öz etkililik-yeterlik ölçeği ile ilgili makale ektedir. Yararı olması dileğiyle

Ek 4. Tanıtıcı Bilgi Formu

"MADDE KULLANIM BOZUKLUĞUNDA BİLİŞSEL DAVRANIŞÇI YAKLAŞIM TEMELLİ PSİKOEĞİTİMİN BAĞIMLILIK PROFİLİ, ÖZ YETERLİK VE BAĞIMLILIK SEYRİNE ETKİSİNİN İNCELENMESİ: RANDOMİZE KONTROLLÜ DENEYSEL ÇALIŞMA"

ANKET FORMU

Bu anketler ile "Madde Kullanım Bozukluğunda Bilişsel Davranışçı Yaklaşım Temelli Psikoeğitimin Bağlımlılık Profili, Öz Yeterlik ve Bağlımlılık Seyrine Etkisinin İncelenmesi" amaçlanmıştır. Lütfen soruları cevaplamadan önce her birini dikkatlice okuyunuz. Hiç bir soruyu atlamamaya özen gösteriniz. Burada sorulan sorulara verilebilecek cevapların doğrusu veya yanlışı yoktur. Önemli olan size en uygun ve aklınıza ilk gelen cevabı vermenizdir ve sizin duygu, düşünce ve tutumlarınızdır.

Araştırmaya katılmak serbesttir. Anket ve ölçekleri doldurmanız, bu konudaki bilimsel araştırmalara katkı sağlaması ve ileride bu bilgiler doğrultusunda etkin planlamaların yapılması açısından rehber olacaktır. Bu ankete vereceğiniz yanıtlar, isim ve kişisel bilgiler bilimsel ahlak kuralları çerçevesinde kesinlikle gizli tutulacak ve size ait bilgiler bilimsel amaçlar dışında hiç kimseye paylaşılmayacaktır. Bu araştırma ile ilgili sormak istediğiniz tüm soruları sorumlu araştırmacı Prof. Dr. Fatma Demirkıran'ı 0542257444 no'lu telefondan, fdemirkiran@adu.edu.tr mail adresinden ve uygulamayı yürüten Cihan KOCAİRİ 05546606361 nolu telefon numarasından ve cek_ek@hotmail.com e.mail adresinden uygulama sırasında veya sonrasında sorabilirsiniz. Anketi cevaplama süreniz yaklaşık olarak 35-40 dakikadır. Yardım ve katkılarınız için şimdiden teşekkür ederiz.

Prof. Dr. Fatma DEMİRKIRAN
Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği
Anabilim Dalı Başkanı

Cihan KOCAİRİ
Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği
Anabilim Dalı Araştırma Görevlisi

TANITICI BİLGİ FORMU

1- Adı Soyadı:

2- Yaş:

3- Cinsiyet

a) Erkek b) Kadın

4- Eğitim Durumu

a) Okuryazar

b) İlköğretim

c) Lise

d) Üniversite

e)Yüksek Öğrenim

5- Medeni Durumunuz:

a)Bekar

b)Evli

c)Boşanmış/Ayrı Yaşıyor

7-Çocuğunuz var mı?

a) Evet

b) Hayır

8- Mesleğiniz nedir?

9- Kimlerle aynı evde yaşıyorsunuz?

a) Yalnız

b) Anne ve baba

c) Eş ve çocuklar ve büyük ebeveynler

d) Arkadaş vs.

10-Kullandığınız esas madde'nin cinsini yazınız.

11. Ne kadar süredir madde kullanıyorsunuz?Yazınız.

12. Daha önce madde kullanmayı bırakmayı denediniz mi?

a) Evet

b) Hayır

13. 12. Soruya cevabınız "Evet" ise, kaç kez bırakma girişiminiz oldu? Yazınız.

14. Daha önce madde kullanım bozukluğu tanısıyla kaç kez tedavi gördünüz?

Ek 5. Bağımlılık Profil İndeksi Klinik Formu

✓bapi-k

Lütfen her maddeyi dikkatlice okuyun.
Soruları boş bırakmayın, kendinizi en yakın hissettiğiniz tek bir şıkka işaretleyin.

- I Adınız soyadınız [.....]
- II Doğum tarihiniz [.....]
- III Cinsiyetiniz?
 Kadın Erkek
- IV Eğitiminiz?
 Okur yazar İlkokulu bitirmiş Ortaokulu bitirmiş Liseyi bitirmiş Üniversiteyi bitirmiş
- V Medeni durumunuz?
 Evli Bekar Ayrı Boşanmış Dul Diğer
- VI Çocuğunuz var mı?
 Evet Hayır
- VII Daha önce herhangi bir psikiyatrik veya psikolojik tedavi gördünüz mü?
 Evet Hayır

SON BİR YIL İÇİNDE aşağıdaki maddeleri kullanıp kullanmadığınızı veya ne sıklıkta kullandığınızı belirtiniz

Son bir yıl içinde...

	Hiç	Sadece bir iki kez	Ayda 1-3 kere	Haftada 1-5 kez	Hemen hemen her gün
1 Alkol	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2 Esrar (marihuana, joint, gubar vb).....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2b Bonzai, jamaikan (sentetik kannabinoid)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3 Ecstasy (Ekstazi)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4 Eroin	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5 Kokain	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6 Taş (krak kokain).....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7 Rohipnol, rivotril (roş) gibi haplar.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8 Uçucu maddeler (tiner, bali, gaz vb).....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9 Çeşitli haplar (akineton, tantum, xanax vb).....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10 Amfetamin türevleri (metamfetamin, ice vb).....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11 Diğer (LSD, GHB vb).....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Dikkat!

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

Örneğin...

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

- 12 [Madde] etkisinde olduğunuz zamanlarda, ne sıklıkta problem yaşıyorsunuz? (örneğin film kopması, aşırı doz alma, kontrol kaybı vb)
- Hiçbir zaman Nadiren Bazen Çoğu zaman Neredeyse her zaman

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

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

SON BİR YIL İÇİNDE aşağıdakilerin ne sıklıkta olduğunu belirtiniz

- 13 Kullandığımız [maddenin] miktarı zaman içinde giderek arttı mı? (örneğin giderek daha fazla miktarda [madde] kullanmak)
- Hiçbir zaman Nadiren Bazen Çoğu zaman Neredeyse her zaman

- 14 Her zamanki dozda kullanmanıza rağmen kullandığımız [maddenin] etkisinde azalma oldu mu? (örneğin her zamanki kadar [madde] kullandığımız halde sarhoş olmama veya kafanızın güzel olmaması)
- Hiçbir zaman Nadiren Bazen Çoğu zaman Neredeyse her zaman

- 15 Kullandığımız [maddeyi] kestiğinizde veya azalttığımızda bazı sorunlar ortaya çıktı mı? (örneğin uykusuzluk, terleme, sinirlilik, huzursuzluk, titreme vb)
- Hiçbir zaman Nadiren Bazen Çoğu zaman Neredeyse her zaman

- 16 Kullandığımız [maddeyi] kestiğinizde ortaya çıkabilecek sorunlardan çekindiğiniz için [madde] kullandığınız oldu mu?
- Hiçbir zaman Nadiren Bazen Çoğu zaman Neredeyse her zaman

- 17 [Madde] kullanmaya başladıktan sonra, kullanmayı durdurmakta zorlanıyor musunuz? (örneğin az içmeyi düşünüp fazla içmek veya kısa süre kullanmayı planlayıp uzun süre kullanmak)
- Hiçbir zaman Nadiren Bazen Çoğu zaman Neredeyse her zaman

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

- Hiçbir zaman Nadiren Bazen Çoğu zaman Neredeyse her zaman

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

- Hiçbir zaman Nadiren Bazen Çoğu zaman Neredeyse her zaman

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

- Hiçbir zaman Nadiren Bazen Çoğu zaman Neredeyse her zaman

SON BİR YIL İÇİNDE aşağıdakilerin ne sıklıkta olduğunu belirtiniz

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

- Hiçbir zaman Nadiren Bazen Çoğu zaman Neredeyse her zaman

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

- Hiçbir zaman Nadiren Bazen Çoğu zaman Neredeyse her zaman

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

- Hiçbir zaman Nadiren Bazen Çoğu zaman Neredeyse her zaman

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

- Hiçbir zaman Nadiren Bazen Çoğu zaman Neredeyse her zaman

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

- Hiçbir zaman Nadiren Bazen Çoğu zaman Neredeyse her zaman

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

- Hiçbir zaman Nadiren Bazen Çoğu zaman Neredeyse her zaman

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

- Hiçbir zaman Nadiren Bazen Çoğu zaman Neredeyse her zaman

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

- Hiçbir zaman Nadiren Bazen Çoğu zaman Neredeyse her zaman

29 Gündüz saatlerinde de [madde] kullandığınız oldu mu?
 Hiçbir zaman Nadiren Bazen Çoğu zaman Neredeyse her zaman

30 [Madde] kullanmayı istememenize rağmen yine de gidip [madde] kullandığınız oldu mu?
 Hiçbir zaman Nadiren Bazen Çoğu zaman Neredeyse her zaman

31 Aileniz veya çevreniz sizin çok fazla [madde] kullandığınızdan endişeleniyor mu?
 Hiçbir zaman Nadiren Bazen Çoğu zaman Neredeyse her zaman

SON BİR HAFTA İÇİNDE aşağıdakilerin ne sıklıkta olduğunu belirtiniz

32 Ne sıklıkta aklınıza [madde] kullanmak ya da [maddenin] keyif verici/rahatlatıcı etkisi geliyor?
 Hiçbir zaman Nadiren Bazen Çoğu zaman Neredeyse her zaman

33 Ne sıklıkta [madde] kullanmak için kuvvetli bir istek, arzu veya dürtü hissediyorsunuz?
 Hiçbir zaman Nadiren Bazen Çoğu zaman Neredeyse her zaman

34 [Madde] ile karşılaştığınızda [madde] kullanmaya direnmek veya kullanmamak sizin için zor olur mu?
 Hiçbir zaman Nadiren Bazen Çoğu zaman Neredeyse her zaman

35 [Madde] kullanmanın sizin için bir sorun olduğunu düşünüyor musunuz?
 Hiçbir zaman Nadiren Bazen Çoğu zaman Neredeyse her zaman

36 [Madde] kullanmayı bırakmayı veya azaltmayı düşünüyor musunuz?
 Hiçbir zaman Nadiren Bazen Çoğu zaman Neredeyse her zaman

37 [Madde] kullanmayı bırakmak veya azaltmak sizin için önemli mi?
 Hiçbir zaman Nadiren Bazen Çoğu zaman Neredeyse her zaman

→ Aşağıda insanların ruh haliyle ilgili bazı sorular bulunmaktadır. Bu soruları genel ruhsal yapınızı düşünerek cevaplayınız.

- | | | | | |
|----|--|------------------------------------|-----------------------------|---|
| 38 | Kolaylıkla kızıp öfkelenirim. | <input type="radio"/> Hiçbir zaman | <input type="radio"/> Bazen | <input type="radio"/> Neredeyse her zaman |
| 39 | Kontrol edemediğim öfke patlamaları yaşıyorum. | <input type="radio"/> Hiçbir zaman | <input type="radio"/> Bazen | <input type="radio"/> Neredeyse her zaman |
| 40 | Bir şeyleri kırıp dökme isteği duyuyorum. | <input type="radio"/> Hiçbir zaman | <input type="radio"/> Bazen | <input type="radio"/> Neredeyse her zaman |
| 41 | Ne hissettiğimi ifade etmekte zorluk çekerim. | <input type="radio"/> Hiçbir zaman | <input type="radio"/> Bazen | <input type="radio"/> Neredeyse her zaman |
| 42 | Başkalarını kendimden daha çok düşünürüm. | <input type="radio"/> Hiçbir zaman | <input type="radio"/> Bazen | <input type="radio"/> Neredeyse her zaman |
| 43 | İçe kapank biriyimdir. | <input type="radio"/> Hiçbir zaman | <input type="radio"/> Bazen | <input type="radio"/> Neredeyse her zaman |
| 44 | Sosyal bir ortama girdiğimde, ne konuşacağımı bilememekten endişe ederim. | <input type="radio"/> Hiçbir zaman | <input type="radio"/> Bazen | <input type="radio"/> Neredeyse her zaman |
| 45 | Başkaları ile beraberken, yanlış bir şey yapacağım, ya da saçma konuşacağım ile ilgili endişe yaşarım. | <input type="radio"/> Hiçbir zaman | <input type="radio"/> Bazen | <input type="radio"/> Neredeyse her zaman |
| 46 | Uygunsuz veya tehlikeli olsalar bile, heyecanlı veya eğlenceli şeyler yapmaktan hoşlanırım. | <input type="radio"/> Hiçbir zaman | <input type="radio"/> Bazen | <input type="radio"/> Neredeyse her zaman |
| 47 | Hayatımda yeni bir şeyler olmadığında, heyecan ya da coşku verici şeyler aramaya başlarım. | <input type="radio"/> Hiçbir zaman | <input type="radio"/> Bazen | <input type="radio"/> Neredeyse her zaman |
| 48 | Ne zaman ne yapacağı belli olmayan, heyecan verici, hareketli arkadaşları tercih ederim. | <input type="radio"/> Hiçbir zaman | <input type="radio"/> Bazen | <input type="radio"/> Neredeyse her zaman |
| 49 | İstediğim şeyi elde etmek için beklemekte zorlanırım. Sabırsızımdır (Örneğin bir sırada beklerken çabucak sıkılmak gibi...). | <input type="radio"/> Hiçbir zaman | <input type="radio"/> Bazen | <input type="radio"/> Neredeyse her zaman |
| 50 | Düşünmeden hareket ederim. | <input type="radio"/> Hiçbir zaman | <input type="radio"/> Bazen | <input type="radio"/> Neredeyse her zaman |
| 51 | Rahat konsantre olamam, dikkatimi kolay toplayamam. | <input type="radio"/> Hiçbir zaman | <input type="radio"/> Bazen | <input type="radio"/> Neredeyse her zaman |

- Hiçbir zaman Bazen Neredeyse her zaman

→ Aşağıdaki soruları cevaplariken SON BİR YILI göz önüne alarak, sorularda verilen durumu yaşıyıp yaşamadığınızı ya da ne sıklıkla yaşadığınızı belirtiniz.

-
- 52 Geçen yıl içinde yaşamıma son vermekle ilgili düşüncelerim oldu.
- Hiçbir zaman Bazen Neredeyse her zaman
-
- 53 Geçen yıl içinde kendimi hüznü, kederli hissettim.
- Hiçbir zaman Bazen Neredeyse her zaman
-
- 54 Geçen yıl içinde gelecekle ilgili olarak düşündüğümde, umutsuzluk hissine kapıldım.
- Hiçbir zaman Bazen Neredeyse her zaman
-
- 55 Geçen yıl içinde kendimi başka insanlarla karşılaştığımda, daha değersiz gördüm.
- Hiçbir zaman Bazen Neredeyse her zaman
-
- 56 Geçen yıl içinde kendimi huzursuz ve tedirgin hissettim.
- Hiçbir zaman Bazen Neredeyse her zaman
-
- 57 Geçen yıl içinde dehşet ya da panik nöbetleri yaşadım.
- Hiçbir zaman Bazen Neredeyse her zaman
-
- 58 Geçen yıl içinde kendimi yerimde duramayacak kadar tedirgin hissettim.
- Hiçbir zaman Bazen Neredeyse her zaman

Ek 6: Bağımlılık Seyri İndeksi

BAĞIMLILIK SEYİR İNDEKSİ (BASİ)

Aşağıdaki soruları doğrudan kişiye sorun. Son bir haftayı göz önüne alın.

Dikkat: [Madde] kavramı kişinin tercih maddesini tanımlamaktadır.

T1	[Madde] kullanmak için kuvvetli bir istek, arzu veya dürtü hissediyor musun? Ne sıklıkta?									
	<input type="radio"/>	Hiçbir zaman	<input type="radio"/>	Nadiren	<input type="radio"/>	Bazen	<input type="radio"/>	Çoğu zaman	<input type="radio"/>	Neredeyse her zaman

AŞAĞIDAKİ SORULARI GÖZLEMLERİNİZE GÖRE DOLDURUN

T2	[Madde] kullanım sıklığı (kullandığı zamanların ortalaması, görülmeyen dönemde ama en fazla son 1 ayı değerlendirin)											
	<input type="radio"/>	Yok	<input type="radio"/>	Çok seyrek	<input type="radio"/>	Haftada bir kaç gün	<input type="radio"/>	Haftanın çoğunluğu	<input type="radio"/>	Hemen hemen her gün	<input type="radio"/>	BUG

(BUG-Bilinmiyor, Uygulanamaz, Güvenilmez)

T3	[Madde] kullanım miktarı (kullandığı zamanların ortalaması, görülmeyen dönemde ama en fazla son 1 ayı değerlendirin)											
	<input type="radio"/>	Yok	<input type="radio"/>	Çok az	<input type="radio"/>	Ortalama kadar	<input type="radio"/>	Ortalamadan fazla	<input type="radio"/>	Zarar verici düzey	<input type="radio"/>	BUG

T4	Aile ilişkileri											
	<input type="radio"/>	Çok iyi	<input type="radio"/>	İyi	<input type="radio"/>	Orta	<input type="radio"/>	Kötü	<input type="radio"/>	Çok kötü	<input type="radio"/>	BUG

T5	Çalışma durumu/Eğitim durumu											
	<input type="radio"/>	Çok iyi	<input type="radio"/>	İyi	<input type="radio"/>	Orta	<input type="radio"/>	Kötü	<input type="radio"/>	Çok kötü	<input type="radio"/>	BUG

T6	Fiziksel durum <i>Hiçbir hastalığı yoksa "çok iyi", kronik bir hastalık veya bağımlılığa ilişkin bir sorunu varsa ama hayatını etkilemiyorsa "orta", hastalığı hayatını etkiliyorsa "çok kötü" işaretlenebilir.</i>											
	<input type="radio"/>	Çok iyi	<input type="radio"/>	İyi	<input type="radio"/>	Orta	<input type="radio"/>	Kötü	<input type="radio"/>	Çok kötü	<input type="radio"/>	BUG

T7	Ruhsal durum											
	<input type="radio"/>	Çok iyi	<input type="radio"/>	İyi	<input type="radio"/>	Orta	<input type="radio"/>	Kötü	<input type="radio"/>	Çok kötü	<input type="radio"/>	BUG

T8	Yaşama katılımı <i>Boş zaman değerlendirme, madde dışı aktivite, yaşlı kalkış saatleri vb</i>											
	<input type="radio"/>	Çok iyi	<input type="radio"/>	İyi	<input type="radio"/>	Orta	<input type="radio"/>	Kötü	<input type="radio"/>	Çok kötü	<input type="radio"/>	BUG

Ek 7. Öz Yeterlilik Ölçeği

ÖZ YETERLİK ÖLÇEĞİ

Yönerge

Aşağıda herhangi bir durumda insanların nasıl davranacaklarını ve düşüneceklerini anlatan 23 ifade vardır. Lütfen her bir maddeyi dikkatle okuyarak o maddede yer alan ifadenin size ne derece uygun olduğuna karar veriniz. Verdiğiniz karara göre aşağıdaki ölçeği dikkate alarak yandaki rakamlardan uygun olanı yuvarlak içine alınız.

- 1-Beni hiç tanımlamıyor.
- 2-Beni biraz tanımlıyor.
- 3-Karasızım.
- 4-Beni iyi tanımlıyor.
- 5-Beni çok iyi tanımlıyor.

1.Yaptığım planları, gerçekleştireceğimden eminim.	1	2	3	4	5
2.Yapmam gereken bir işe girişememe gibi bir problemim vardır.	1	2	3	4	5
3.Bir işi bir seferde yapamıyorsam, yapıncaya kadar devam ederim.	1	2	3	4	5
4.Kendim için önemli hedefler koyduğumda, nadiren başarırım.	1	2	3	4	5
5.İşleri yapıp sonuçlandırmadan yapmaktan vazgeçerim.	1	2	3	4	5
6.Zorluklarla karşılaşmaktan kaçınırım.	1	2	3	4	5
7.Bazı işler çok karışık görünüyorsa yapmak için sıkıntıya girmem.	1	2	3	4	5
8.Hoşlanmadığım ancak yapmam gereken işler varsa bitirinceye kadar devam ederim.	1	2	3	4	5
9.Bir şeyi yapmaya karar verdiğimde onun üzerinde çalışmaya devam ederim.	1	2	3	4	5
10.Yeni bir şeyler öğrenmeye çalıştığımında, başlangıçta başarılı olamazsam hemen vazgeçerim.	1	2	3	4	5
11. Beklenmedik problemler çıktığında üzerinde fazla durmam.	1	2	3	4	5
12.Benim için çok zor göründüklerinde, yeni şeyler öğrenmek için çaba göstermekten kaçınırım.	1	2	3	4	5
13.Başarısızlık beni daha çok teşvik eder.	1	2	3	4	5
14.Bir şeyleri yapabilme konusunda kendime fazla güvenmem.	1	2	3	4	5
15.Ben kendime güvenen bir insanım.	1	2	3	4	5
16.Kolaylıkla vazgeçerim.	1	2	3	4	5
17.Hayatta ortaya çıkan problemlerin üstesinden gelme yeteneğini kendimde bulamam.	1	2	3	4	5
18.Yeni arkadaş edinmek benim için zordur.	1	2	3	4	5

19.Tanısmak istediğim birisini görsem, onun bana gelmesini beklemek yerine ben giderim.	1	2	3	4	5
20.Arkadaşlık kurulması g, ilginç biriyle tanışsam, o kişiyle arkadaş olmaktan hemen vazgeçerim.	1	2	3	4	5
21.Bana ilgi göstermeyen birisiyle arkadaş olmaya çalıştığımda kolaylıkla vazgeçmem	1	2	3	4	5
22.Sosyal toplantılarda kendimi rahat hissetmem.	1	2	3	4	5
23.Arkadaşlarımı, arkadaş edinmede kişiisel yeteneklerimle kazanırım.	1	2	3	4	5

Ek 8. Bilişsel Davranışçı Yaklaşım Temelli Psikoeğitim Programının İçeriği

1. Oturum: Tanışma ve Psikoeğitimin Tanıtılması Süre: 45-60 dk	
Amaçlar	1- Hasta ile tanışmak, 2- Hastanın psikoeğitimden beklentilerini ve hedeflerini belirlemek 3- Hastayı psikoeğitim programı, işleyişi ve sürecine ilişkin bilgilendirmek, 4- Hastayı psikoeğitim süresince uyulması gereken kurallar hakkında bilgilendirmektir.
Kullanılan Yöntem ve Teknikler	Anlatım Soru/cevap
Kullanılan Materyaller	Kalem-Kağıt Yazı tahtası Tahta Kalem Psikoeğitim Programı Kuralları Listesi
Uygulama Süreci	Hastayla tanışılır ve hastanın madde bağımlılığı sürecinde yaşadığı sorunlar üzerine tartışılır. 2. “Nereye gittiğinizi bilmiyorsanız, oraya varamayabilirsiniz.” “Bu süreç sonunda kendinizde nasıl bir değişim görmeyi bekliyorsunuz?” “Bu süreçte neyi başarmayı hedefliyorsunuz?” sorularıyla hastanın psikoeğitimden ve tedaviden beklentilerini ve hedeflerini daha somut bir şekilde belirlemesi ve ifade etmesi sağlanır. 3. Hastanın Bilişsel Davranışçı Yaklaşım Temelli Psikoeğitim Programı hakkında daha detaylı bilgi sahibi olmaları için psikoeğitimin özellikleri, amacı hakkında genel bilgi verilir. 4. Psikoeğitimin haftada iki gün ortalama 45-60 dakika olacak şekilde planlandığı hastaya aktarılır. Bireysel olarak sürdürülecek olan psikoeğitim için, hastayla birlikte belirlenmiş olan gün ve saatler doğrultusunda program oluşturulur ve hastayla paylaşılır. 5. Hastaya psikoeğitim programının kurallarının yazılı olduğu bir liste verilir ve okuması istenir. 6. Ev ödevlerinin önemi vurgulanır. Ödev: Hastadan bir sonraki oturuma kadar hedeflerini gözden geçirmesi eklemek istedikleri olup olmadığını düşünmesi ve varsa yeni hedeflerini listeye eklemesi istenir.

2. Oturum: Bağımlılık ve Etkileri Süre: 45-60 dk	
Amaçlar	<ol style="list-style-type: none"> 1. Hastanın madde kullanım öyküsünü öğrenmek, 2. Hastanın, madde bağımlılığı tanı kriterleri doğrultusunda bağımlı olup olmadığının değerlendirmesini sağlamak, 3. Hastayı bağımlılığın nasıl geliştiği ile ilgili olarak bilgilendirmek, 4. Bağımlılığın bir beyin hastalığı olduğunu anlatmak.
Kullanılan Yöntem ve Teknikler	<p>Anlatım Tartışma Özetleme Soru/cevap</p>
Kullanılan Materyaller	<p>Yazı tahtası Tahta Kalem Madde Bağımlılığı Tanı Kriterleri Listesi Kalem-Kağıt</p>
Uygulama Süreci	<ol style="list-style-type: none"> 1. Hastanın madde kullanım öyküsü, ilk madde kullanımından başlayarak ayrıntılı olarak öğrenilir. 2. Hastanın bağımlı olup olmadığı ile ilgili düşünceleri öğrenilir. Hastayla madde bağımlılığı tanı kriterlerinin listesi paylaşılır ve listede bulunan maddelerden kaçını yaşadığı sorulur. 3. Hastaya madde bağımlılığı kavramı açıklanır. Bağımlılığın gelişim süreci ve bağımlılık döngüsü anlatılır. Hastanın kendisini bağımlılık döngüsünde hangi aşamada gördüğü tartışılır. 4. “Bağımlılık bir beyin hastalığıdır.” Hastaya maddenin beyin üzerinde neden olduğu değişiklikler anlatılır ve bağımlılığın beyin hastalığı olduğu vurgulanır. 5. Oturum sonlandırılmadan önce hastadan oturumu özetlemesi istenir ve oturumla ilgili söylemek veya sormak istediği bir şey olup olmadığı sorulur. Ev ödevi ile ilgili paylaşımlar yapılır. <p>Ödev: Hastadan bir sonraki oturuma kadar madde kullanımının hayatında yarattığı olumsuz etkiler hakkında düşünmesi ve bu olumsuz etkileri yazması istenir.</p>

3. Oturum: Motivasyonun Artırılması ve Sürdürülmesi Süre: 45-60 dk	
Amaçlar	1. Hastanın madde kullanımını bırakma sürecine ilişkin motivasyonunu ve ambivalanslarını değerlendirmek, 2. Hastanın madde kullanımını bırakma sürecine ilişkin ambivalanslarını çözmek ve motivasyonunun artmasını sağlamak.
Kullanılan Yöntem ve Teknikler	Anlatım Tartışma Özetleme Soru/cevap
Kullanılan Materyaller	Yazı tahtası Avantaj-Dezavantaj Çizelgesi Önem Cetveli-Güven Cetveli Yazı Kalem Kalem-Kağıt
Uygulama Süreci	1. Hastanın hatırlamasını sağlamak ve yeni oturumla bağlantısı kurulabilmesi için hastadan bir önceki oturumu özetlemesi istenir. Ev ödeviyle ilgili paylaşımlar yapılır. 2. Hastanın madde kullanmaya başlama ve madde kullanımını sürdürme nedenleri öğrenilir. Ev ödeviyle ilgili paylaşımlar yapılır. 3. Hastadan alınan yanıtlara göre madde kullanımını sürdürmenin avantajları ve dezavantajları Avantaj-Dezavantaj Çizelgesi kullanılarak yazılır ve tartışılır. 4. Hastanın maddeyi bırakma ve tedaviye başlamak istemesinin nedenleri öğrenilir. 5. Hastadan alınan yanıtlara göre madde kullanımını bırakmanın avantajları ve dezavantajları Avantaj-Dezavantaj Çizelgesi kullanılarak yazılır ve tartışılır. 6. Hastanın motivasyonunu anlamak ve geliştirmek için önem ve güven cetvelleri kullanılır. 7. Hastayla değişimi konuşmak ve hastanın değişim için isteğini, değişebilme yeteneğini, değişmek için nedenlerini, değişme ihtiyacını ve değişime bağlılığını araştırmak için hastaya “Madde kullanımını bırakırsanız neler yapabileceğinizi düşünüyorsunuz?” “Madde kullanımını sürdürdüğünüzü düşüncecek olursanız, 10 yıl sonra nasıl bir hayatınız olur?” “Madde kullanımını sürdürmeniz halinde siz endişelendiren nedir?” “Ne olursa madde kullanmayı bırakırsınız ve bu durumu sürdürürsünüz?” soruları yöneltilir. 8. Hastanın değişimin önemini fark etmesi ve motivasyonunu sürdürmesi için uç durumlar sorgulanır. 9. Hastanın isteksizliğini ya da ambivalansını, değişim için nedenlerini ortaya koymak için hastanın sorunu algılaması, yaşadığı ambivalanslar, değişimin önemini gösteren kanıtları, değişim işaretleri ve mevcut durum ile ilgili endişeleri özetlenir. 10. Oturum sonlandırılmadan önce hastadan oturumu özetlemesi istenir ve oturumla ilgili söylemek veya sormak istediği bir şey olup olmadığı sorulur. Ev ödevi ile ilgili paylaşımlar yapılır. Ödev: Hastadan, maddeyi bırakmak konusunda kendisinde gördüğü zayıf ve güçlü yanlarını yazması istenir.

4. Oturum: Bilişsel Model ve Bağımlılığın Bilişsel Modeli Süre: 45-60 dk	
Amaçlar	1. ABC (Düşünce-Duygu-Davranış) Modelini anlatmak, 2. Bağımlılığın bilişsel modeli hakkında hastayı bilgilendirmek.
Kullanılan Yöntem ve Teknikler	Anlatım Tartışma Özetleme Metafor Kullanımı Soru/cevap
Kullanılan Materyaller	Yazı Tahtası Tahta Kalem Kalem- Kağıt
Uygulama Süreci	<p>1. Hastanın hatırlamasını sağlamak ve yeni oturumla bağlantısı kurabilmesi için hastadan bir önceki oturumu özetlemesi istenir. Ev ödeviyle ilgili paylaşımlar yapılır.</p> <p>2. Hastanın, nasıl hissettiğinin ve nasıl davrandığının, bir durumu nasıl yorumladığı ve o durumla ilgili ne düşündüğü ile ilişkili olduğunu fark edilebilmesi için A-B-C modeli hakkında bilgilendirme yapılır.</p> <p>3. Hastanın alternatif düşüncelerin davranışı nasıl etkilediğini kavrayabilmesi için örnek durumlar üzerinde çalışılır.</p> <p>4. Selam vermeyen adam metaforu kullanılarak bilişsel model özetlenir.</p> <p>5. Hastaya düşünceleri ve bağımlılık davranışları arasındaki doğrudan bağlantıları anlamaları için madde kullanım bozukluklarında bilişsel modelin nasıl işlediği anlatılır.</p> <p>6. Hastanın modeli daha iyi anlaması ve içselleştirebilmesi için hastanın madde kullandığı bir olay üzerinden model tekrar örneklendirilir.</p> <p>7. Oturum sonlandırılmadan önce hastadan oturumu özetlemesi istenir ve oturumla ilgili söylemek veya sormak istediği bir şey olup olmadığı sorulur. Ev ödevi ile ilgili paylaşımlar yapılır.</p> <p>Ödev: Hastadan A-B-C modeline uygun olarak madde kullanımıyla ilgili olarak yaşadığı üç olayı yazması istenir.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Durum/Olay neydi? (İç ve dış tetikleyiciler) • Neler düşündünüz? • Nasıl davrandınız ve duygunuz neydi?

5. Oturum: Madde Kullanım Dürtüsünü Artıran “Otomatik Düşünceler” Süre: 45-60 dk	
Amaçlar	1. Hastanın bağımlılık döngüsünü devam ettiren otomatik düşüncelerini fark etmesini sağlamak, 2. Hastanın madde kullanımı ile ilgili otomatik düşüncelerinin yerine alternatif düşünceler geliştirmesine yardımcı olmak.
Kullanılan Yöntem ve Teknikler	Anlatım Tartışma Özetleme Soru/cevap
Kullanılan Materyaller	Yazı tahtası Yazı Kalemi Bilişsel Çarpıtmalar Listesi Alternatif Düşünce Geliştirme Çalışması Düşünceleri Test Etme Çalışması Düşünce Kayıt Formu Kalem-Kağıt
Uygulama Süreci	1. Hastanın hatırlamasını sağlamak ve yeni oturumla bağlantısı kurabilmesi için hastadan bir önceki oturumu özetlemesi istenir. Ev ödeviyle ilgili paylaşımlar yapılır. 2. Hastaya ‘otomatik düşünce’ kavramı açıklanır. 3. “O anda aklından ne geçiyordu?” Hastanın otomatik düşüncelerini fark edebilmesi ve belirleyebilmesi için örneklerle açıklama yapılır. 4. Hastanın belirli bilişsel çarpıtmaları tekrarladığını fark etmelerini sağlamak için hastayla temel bilişsel çarpıtmaların yer aldığı bir liste paylaşılır. Bilişsel çarpıtmalar hastaya örneklerle açıklanır. 5. Hastanın bağımlılıkla ilgili olumsuz otomatik düşünceleri yerine alternatif düşünce geliştirme becerisi kazanması için ‘alternatif düşünce geliştirme çalışması’ ve ‘düşünceleri test etme çalışması’ yapılır. 6. Hastanın otomatik düşüncelerini fark etmesi ve alternatif düşünceler geliştirmeyi geliştirmesi için düşünce kayıt formunun nasıl doldurulacağı ile ilgili bilgi verilir. Hastanın düşünce kayıt formunu doldurma pratiği kazanması için bir örnek yapılır. 7. Oturum sonlandırılmadan önce hastadan oturumu özetlemesi istenir ve oturumla ilgili söylemek veya sormak istediği bir şey olup olmadığı sorulur. Ev ödevi ile ilgili paylaşımlar yapılır. Ödev: Hastaya düşünce kayıt formu üzerinden otomatik düşünceleri takip etme ve alternatif düşünce geliştirme ödevi verilir.

6. Oturum: Madde Kullanımına İlişkin İşlevsiz İnançlar Süre: 45-60 dk	
Amaçlar	1. Hastanın madde kullanımını etkileyen ara ve temel inançlarını belirlemesini sağlamak, 2.Hastanın işlevsiz inançlarının değiştirilmesi ve alternatif inançlar oluşturulması.
Kullanılan Yöntem ve Teknikler	Anlatım Tartışma Derine Doğru İnme Tekniği Özetleme Soru/cevap
Kullanılan Materyaller	Yazı Tahtası Yazı Kalemi Baş Etme Örnek Cümleler Listesi Baş Etme Kartları Kalem-Kağıt
Uygulama Süreci	<p>1. Hastanın hatırlamasını sağlamak ve yeni oturumla bağlantısı kurabilmesi için hastadan bir önceki oturumu özetlemesi istenir. Ev ödeviyle ilgili paylaşımlar yapılır.</p> <p>2. Hastaya ‘temel inançlar ve ara inançlar’ kavramları açıklanır.</p> <p>3. İnançların, otomatik düşünceleri etkilediği ve bunun da duygu ve davranışlarımızı ortaya çıkardığı açıklanır. Hastanın kavramları anlayabilmesi için örneklerle açıklama yapılır.</p> <p>4. Bağımlılık yapan inançların rahatlatma inançları (olumlu beklenti ve izin verici(kolaylaştırıcı) inançlardan oluştuğu örneklerle açıklanır.</p> <p>5. Hastanın inançlarını ortaya çıkarmak için “derine doğru inme tekniği” kullanılır. Hastanın fark ettiği otomatik düşüncesi için “Eğer düşüncen doğruysa bunun nesi kötü?” “Diyelim öyle, ne olur o zaman?” “Bunun anlamı veya zararı nedir?” “Bunun olumsuz yanı ne olur?” ve “Eğer bu doğruysa olabilecek en kötü şey ne?” sorularıyla hastanın olumsuz düşünceleri belirlenir. “Maddeyi bırakmam mümkün değil.” otomatik düşüncesi üzerinden derine inme tekniği örneklendirilir.</p> <p>6. Hastanın işlevsiz inançlarının yeniden yapılandırılması için rehberli keşif ve avantaj-dezavantaj analizi kullanılır.</p> <p>6. Bir tetikleyici durumunda, hastaların otomatik düşünceleri ve madde kullanımıyla ilgili inançlarıyla ve temel inançlarıyla karşı karşıya kaldıklarında, kendilerine bu düşüncelerle nasıl mücadele edeceklerini hatırlatmaları için hastayla beraber başa çıkma kartları oluşturulur.</p> <p>7. Oturum sonlandırılmadan önce hastadan oturumu özetlemesi istenir ve oturumla ilgili söylemek veya sormak istediği bir şey olup olmadığı sorulur. Ev ödevi ile ilgili paylaşımlar yapılır.</p> <p>Ödev: Hasta ile madde kullanımına ilişkin yaygın görülen izin veren inançlar paylaşılır ve hastadan bu inançların yerine alternatif yanıtlar geliştirmesi istenir.</p>

7. Oturum: Yüksek Riskli Durumlar ve Başa Çıkma Becerileri Süre: 45-60 dk	
Amaçlar	1.Hastanın karşılaşılabileceği yüksek riskli durumları belirlemesini sağlamak 2.Hastanın yüksek riskli durumlarla başa çıkma becerilerini geliştirmek
Kullanılan Yöntem ve Teknikler	Anlatım Tartışma Özetleme Soru/cevap
Kullanılan Materyaller	Yazı tahtası Yazı Kalem Yaygın Görülen Tetikleyicilerin Listesi Dürtü İzleme Kartı Dürtü Sörfü Derin Nefes Alma Egzersizi Gevşeme Teknikleri Kalem-Kağıt
Uygulama Süreci	<p>1. Hastanın hatırlamasını sağlamak ve yeni oturumla bağlantısı kurabilmesi için hastadan bir önceki oturumu özetlemesi istenir. Ev ödeviyle ilgili paylaşımlar yapılır.</p> <p>2. Hastaya düşünce ve inançları harekete geçiren yüksek riskli durumlar kavramı açıklanır.</p> <p>3. Hastanın madde kullanımına geri dönmeye yol açabilecek tetikleyicileri ve yüksek riskli durumları belirlenir. Hasta ile yaygın görülen tetikleyicilerin listesi paylaşılır ve hastanın belirlediği ve listede yer almayan tetikleyicileri listeye eklenir.</p> <p>4. Hastaya aşerme kavramı ve özellikleri anlatılır.</p> <p>5. Hastanın madde kullanım isteğini ve tetikleyicilerini yönetmek için kullandığı baş etme yöntemlerini belirlemek ve yeni baş etme yöntemleri geliştirebilmesi için dürtü izleme kartlarıyla dürtü izleme yöntemi üzerine çalışılır.</p> <p>6. Hastaya dürtü sörfü tanıtılır ve aşerme yaşadığında nasıl kullanabileceği anlatılır ve yönergelerin yer aldığı liste hasta ile paylaşılır.</p> <p>7. Hastaya derin nefes alma egzersizi öğretilir ve yönergelerin yer aldığı liste hasta ile paylaşılır.</p> <p>8. Hastaya gevşeme teknikleri öğretilir ve yönergelerin yer aldığı liste hasta ile paylaşılır.</p> <p>9. Oturum sonlandırılmadan önce hastadan oturumu özetlemesi istenir ve oturumla ilgili söylemek veya sormak istediği bir şey olup olmadığı sorulur. Ev ödevi ile ilgili paylaşımlar yapılır.</p> <p>Ödev:</p> <p>1.Hastadan tetikleyicilerini belirlemeye devam etmesi ve listesine eklemesi istenir.</p> <p>2. Hastadan yaşadığı aşermeyi Dürtü İzleme Kartına (Tarih/Saat, Durum neydi? Şiddeti neydi?(%), Ne yaptım) yazarak takip etmesi istenir.</p> <p>3.Aşerme yaşadığında dürtü sörfünü deneyimlemesi istenir.</p>

8. Oturum: Kaymanın ve Nüks'ün Önlenmesi Süre: 45-60 dk	
Amaçlar	1. Hastanın kayma ve nüksün erken uyarı işaretlerini öğrenmesini sağlamak, 2. Kayma ve nüksü önlemek için hastanın baş etme becerilerini geliştirmek.
Kullanılan Yöntem ve Teknikler	Anlatım Tartışma Özetleme Role-play Soru/cevap
Kullanılan Materyaller	Yazı tahtası Yazı Kalemi Nüks Erken Uyarı İşaretleri Nüks Önleme Programı ve "Neler Yapabilirsin?" Örnekler Listesi Kalem-Kağıt
Uygulama Süreci	<p>1. Hastanın hatırlamasını sağlamak ve yeni oturumla bağlantısı kurulabilmesi için hastadan bir önceki oturumu özetlemesi istenir. Ev ödeviyle ilgili paylaşımlar yapılır.</p> <p>2. Hastaya daha önceki bırakma girişimleri sorulur ve bırakma girişimlerinden birini anlatması istenir. Bırakma girişiminde tekrar madde kullanmaya nasıl başladığı üzerinde durulur. Hastanın maddeyi bıraktıktan sonraki ilk kullanımına dikkat çekilir ve hastadan bu durumu daha ayrıntılı anlatması istenir.</p> <p>3. Hastaya kayma ve nüks kavramları açıklanır.</p> <p>4. Hastanın paylaştığı kayma ve nüks öyküsü üzerinden, riskli durumun ne olduğu, hastanın kullandığı baş etme yöntemi, olumlu sonuç beklentisinin ne olduğu, kayma öyküsü, o anda yaşadığı madde etkisi ve artan nüks riski belirlenir.</p> <p>5. Hastayla nüks erken uyarı işaretlerinin olduğu bir liste paylaşılır. Listede yer alan işaretlerden yaşadıkları belirlenir ve eklemek istediği uyarı işareti varsa eklenir.</p> <p>6. Hastaya dikkat odağını değiştirme tekniği öğretilir.</p> <p>7. Hastanın madde kullanması konusunda yaşayacağı sosyal baskıya ve gelen teklifleri reddetme becerisini geliştirmek için 'Hayır Deme' becerileri hakkında bilgi verilir ve role-play yapılır.</p> <p>8. Hastaya bir sonraki oturumun son oturum olacağı hatırlatılır. Hastadan birlikte gözden geçirmek istediği bir konu olup olmadığı ile ilgili son oturuma kadar düşünmesi istenir.</p> <p>9. Oturum sonlandırılmadan önce hastadan oturumu özetlemesi istenir ve oturumla ilgili söylemek veya sormak istediği bir şey olup olmadığı sorulur. Ev ödevi ile ilgili paylaşımlar yapılır.</p> <p>Ödev: Hastadan "Nüks Önleme Programı" üzerinden Riskli Durumlar/Kayma Belirtisi' ne karşılık neler yapabileceği (oturum sonunda örnek liste paylaşılır) ile ilgili plan hazırlaması istenir.</p>

9. Oturum: Problem Çözme Süre: 45-60 dk	
Amaçlar	1. Hastanın problem çözme becerilerini geliştirmek, 2. Oturumların sonlandırılması, hastadan geri bildirim alınması ve son ölçüm araçlarının doldurulması.
Kullanılan Yöntem ve Teknikler	Anlatım Tartışma Özetleme Soru/cevap
Kullanılan Materyaller	Yazı tahtası Yazı Kalemi Kalem-Kağıt Problem Çözme Çalışma Sayfası Bağımlılık Profil İndeksi Klinik Formu (BAPİ-K), Bağımlılık Seyir İndeksi (BASİ) ve Öz Yeterlik Ölçeği
Uygulama Süreci	1. Hastanın hatırlamasını sağlamak ve yeni oturumla bağlantısı kurabilmesi için hastadan bir önceki oturumu özetlemesi istenir. Ev ödeviyle ilgili paylaşımlar yapılır. 2. Hastaya problem çözmenin önemi ve problem çözme aşamaları anlatılır. Bunun için yazı tahtasına alt alta problem çözme basamakları yazılır ve her basamak için açıklama yapılır. 3. Hastadan madde kullanımıyla bağlantılı olarak problem yaşadığı bir durumu anlatması istenir. Hastanın problemi “Problem Çözme Basamakları” kullanılarak tartışılır. 4. Hastaya “Psikoeğitimin son oturumu olduğunu bir önceki oturumda konuşmuştuk ve sizden birlikte gözden geçirmek istediğiniz bir konu olup olmadığı ile ilgili düşünmenizi istemiştım’ hatırlatması yapılır. Hastanın üzerine konuşmak istediği bir konu varsa tartışılır. Soruları yanıtlanır. 5. Hastaya oturumların başlangıcından itibaren yaşadığı değişiklikler sorulur ve başlangıçtan itibaren katettiği yol hatırlatılır ve olumlu geri bildirimde bulunulur. 6. Hastaya ‘İlerisi için başka değişiklikler planlıyor musunuz?’ sorusu yöneltilir. Varsa planladığı değişiklikler hakkında tartışılır. Her zaman seçme ve değiştirme yeteneği olduğu vurgulanır. 7. Hastanın, oturumların sonunda doldurulması planlanan ölçüm araçlarını doldurması sağlanır.

Ek 9. Etik Kurul İzni

ADÜ Evrak Tarih ve Sayısı: 11.03.2021-15109



T.C.
AYDIN ADNAN MENDERES ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Hemşirelik Fakültesi Dekanlığı
Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu

Sayı : E-50107718-050.99-15109
Konu : 2020-179 nolu çalışmanız

Sayın Prof.Dr. Fatma DEMİRKIRAN
Öğretim Üyesi

Hemşirelik Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'nun 08.03.2021 tarihinde yapılan olağan toplantısında çalışmanızla ilgili alınan IV nolu karar aşağıda sunulmuştur.

Bilgilerinize sunarım.

KARAR :IV

Protokol No : 2020/179

Sorumlu Yürütücü : Prof. Dr. Fatma DEMİRKIRAN

Hemşirelik Fakültesi

Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı

Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'na 05.05.2020 tarihinde onay verilen Hemşirelik Fakültesi Öğretim Üyesi Prof. Dr. Fatma DEMİRKIRAN' ın "Madde Kullanım Bozukluğunda Bilişsel Davranışçı Yaklaşım Temelli Psikoeğitimin Bağımlılık Profili, Öz Yeterlilik ve Bağımlılık Seyrine Etkisinin İncelenmesi" başlıklı klinik araştırmasının 03.03.2021 tarihli *Önemli Değişiklik Formu*, ekleri dosya halinde görüşüldü.

Önemli Değişiklik Formu'nda; araştırmada veri toplanacak ölçeğin çıkarılmasına bağlı olarak çalışma adının "**Madde Kullanım Bozukluğunda Bilişsel Davranışçı Yaklaşım Temelli Psikoeğitimin Bağımlılık Profili, Öz Yeterlilik ve Bağımlılık Seyrine Etkisinin İncelenmesi: Randomize Kontrollü Deneysel Çalışma**" olarak değiştirileceği bildirilmiş, çalışmanın bu haliyle gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel sakınca bulunmadığına oy birliğiyle karar verilmiştir.

Yine sorumlu araştırmacıya; Form 2'nin 14.1.'in son bölümünde taahhüt edilen **çalışma bittikten sonra nihai raporun**, [Sonuç Raporu (web'te), BGOF (Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu-gönüllüler tarafından bizzat kendilerinin kendi adıyla yazması ve imzalamasının sağlanması ile adreslerinin eksiksiz olarak formlara yazılmasına dikkat edilmelidir.) ve ORF (*Olgu Rapor Formu/Anket*)] lerin **gönderilmesi gerektiğinin hatırlatılmasına** ve sorumlu yürütücülerinin bu hususa özen göstermesi gerektiğinin bir kez daha vurgulanmasına oy birliğiyle karar verilmiştir.

Prof.Dr. Hilmiye AKSU
Kurul Başkanı

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Belge Doğrulama Kodu :BSDK7M52YU Pin Kodu :94182

Belge Takip Adresi : <https://ebys.adu.edu.tr/en/Vision/Dogrula/BSDK7M52YU>

Adres:ADU Merkez Kampüs AYTEPE MEVKİİ 09100 EFELER/AYDIN

Bilgi için: Emir Hatice Selda Korkmaz

Ek 10. Kurum İzni



T.C.
İSTANBUL VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü

İSTANBUL İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ - İSTANBUL EĞİTİM
VE TESCİL BİRİMİ

14/09/2021 17:58 - E-15916306 - 604.01.02 - 7044



00147787185

Sayı : E-15916306-604.01.02
Konu : Cihan KOCAİRİ Tez Çalışması İzni

ERENKÖY RUH VE SİNİR HASTALIKLARI EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİNE

İlgi : 23/08/2021 tarihli ve 32900231-929-E-32900231-929-1130 sayılı yazımız.

İlgi yazımız ile Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Ruh Sağlığı ve Hastalıklar Hemşireliği Anabilim Dalı Doktora öğrencisi Cihan KOCAİRİ'nin Hastanemiz kadrosunda görevli Doç. Dr. Merih ALTINTAŞ sorumluluğunda yürüttüğü "Madde Kullanım Bozukluğunda Bilişsel Davranışçı Yaklaşım Temelli Psikoeğitim Bağımlılık Profili, Öz Yeterlilik ve Bağımlılık Seyrine Etkisi İncelenmesi: Randomize Kontrollü Deneysel Çalışma" isimli tezinin saha çalışmasını kurumunuzda yapma talebi Birimimize iletilmiş olup Müdürlüğümüz Sağlık Hizmetleri Başkanlığı Araştırma, Basılı Yayın, Duyuru İçeriği Değerlendirme Komisyonu 10.09.2021 tarih ve 2021/40 sayılı kararınca araştırmada elde edilecek verilerin Kişisel Verilerin Korunması Kanunu (KVKK) kapsamında anonimleştirilerek kullanılması şartıyla uygun görülmüştür.

Çalışmanın kurumunuzun uygun gördüğü zaman diliminde (başvuru dosyasında belirtilen aralık gözetilerek) sürecin koordinasyonunun tarafımızca sağlanması ve araştırmanın bitiminde bir nüshasının elektronik ortamda (CD halinde) Müdürlüğümüze teslim edilmesi gerektiğinin başvuru sahibine tebliği hususunda;

Gereğini bilgilerinize rica ederim.

Uz. Dr. Hasan Basri VELİOĞLU
Başkan

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Belge Doğrulama Kodu: 1449b466679c4655b94573b4969f586 - Belge Doğrulama Adresi: <https://www.turkiye.gov.tr/saglik-bakanligi-ebys>

İstanbul Etiler Genel Kurul Binası, No:3/1 Yenimahalle/Bakırköy/İSTANBUL

Dahili:3058

Telefon: Faks No:

e-Posta: yesim.biyik@saglik.gov.tr İnternet Adresi: yesim.biyik@saglik.gov.tr

Bilgi için: Yeşim BIYIK

MEMUR

Telefon No: (0 212) 638 33 99



Ek 11. Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu (Deney ve Kontrol Grubu için)

BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU (FORM 3-DENEY GRUBU)

LÜTFEN DİKKATLİCE OKUYUNUZ !!!

Bu çalışmaya katılmak üzere davet edilmiş bulunmaktasınız. Bu çalışmada yer almayı kabul etmeden önce çalışmanın ne amaçla yapılmak istendiğini anlamanız ve kararınızı bu bilgilendirme sonrası özgürce vermeniz gerekmektedir. Size özel hazırlanmış bu bilgilendirmeyi lütfen dikkatlice okuyunuz, sorularınıza açık yanıtlar isteyiniz.

ÇALIŞMANIN AMACI NEDİR?

Bu çalışma madde kullanım bozukluğu olan hastalarda bilişsel davranışçı yaklaşım temelli psikoeğitimin bağımlılık profili, öz yeterlilik ve bağımlılık seyrine etkisini incelemek amacıyla planlanmıştır.

KATILMA KOŞULLARI NEDİR?

Bu çalışmaya dahil edilebilmeniz için 18 yaşını doldurmuş olmanız, Madde Kullanım Bozukluğunuzun olması ve araştırmaya katılmaya gönüllü olmanız gerekmektedir.

NASIL BİR UYGULAMA YAPILACAKTIR?

Araştırmada Kuşadası Devlet Hastanesi Alkol ve Madde Bağımlılığı Tedavi Merkezi(AMATEM)' ne başvuran ve "Madde Kullanım Bozukluğu" tanısı alan hastalar ile yüz yüze görüşülecek ve araştırma hakkında bilgi verilecektir. Araştırmaya katılmaya gönüllü olmanız durumunda, Tanıtıcı Bilgi Formu, Bağımlılık Profil İndeksi Klinik Formu (BAPİ-K), Bağımlılık Seyir İndeksi(BASİ) ve Öz yeterlilik Ölçeğinden oluşan anketi doldurmanız gerekmektedir. Anketlerin doldurulmasını takiben hafta da bir gün 45-60 dk, toplamda 9 oturum olacak şekilde grup psikoeğitimine katılmanız gerekmektedir. Psikoeğitimin tüm oturumlarının bitiminde Bağımlılık Profil İndeksi Klinik Formu (BAPİ-K), Bağımlılık Seyir İndeksi(BASİ) ve Öz Yeterlilik Ölçeğinden oluşan anketleri tekrar doldurmanız gerekmektedir.

SORUMLULUKLARIM NEDİR?

Araştırma ile ilgili olarak sizin sorumluluğunuz araştırma ile ilgili olarak sorulara doğru ve eksiksiz cevap vermeniz beklenmektedir. 9 oturumdan oluşacak psikoeğitime düzenli olarak devam etmeniz gerekmektedir. Toplamda 3 oturuma katılmadığınız takdirde araştırmacı sizi araştırma dışı bırakabilme yetkisine sahiptir.

KATILIMCI SAYISI NEDİR?

Araştırmada yer alacak gönüllülerin sayısı; 25 hasta çalışmaya dahil edilecektir.

ÇALIŞMANIN SÜRESİ NE KADAR ?

Bu araştırma için psikoeğitim ve veri toplama süresi 15.09.2020-15.03.2020(6 ay) aydır.

GÖNÜLLÜNÜN BU ARAŞTIRMADAKİ TOPLAM KATILIM SÜRESİ NE KADAR ?

Psikoeğitim uygulaması 9 oturum şeklinde hafta bir 45-60 dk olmak üzere uygulanacaktır. Veri toplama süresi ön testler için 35-40 dk ve son test için 35 dakikadır.

ÇALIŞMAYA KATILMA İLE BEKLENEN OLASI YARAR NEDİR?

Bu çalışma madde kullanım bozukluğu olan hastalarda bilişsel davranışçı yaklaşım temelli psikoeğitimin, hastaların bağımlılık profillerine, öz yeterlilik düzeylerine ve bağımlılık seyrine etkisini

incelemek amacıyla planlanmıştır. Bu araştırmaların sonuçlarının madde kullanım bozukluğu olan bireylere yönelik etkili hizmetlerin planlanmasında ve uygulanmasında yol gösterici olacağı düşünölmektedir.

ÇALIşMAYA KATILMA İLE BEKLENEN OLASI RİSKLER NEDİR?

Çalışmaya katılma ile beklenen herhangi bir risk bulunmamaktadır.

KAN ÖRNEKLERİNİN SAKLANMASI

Araştırmaya yönelik sizden kan örneği alınmayacaktır.

GEBELİK

Gebeliği etkileyecek herhangi bir risk bulunmamaktadır.

ARAşTIRMA SÜRECİNDE BİRLİKTE KULLANILMASININ SAKINCALI OLDUğU BİLİLEN İLAÇLAR/BESİNLER NELERDİR?

Çalışma süresince birlikte kullanımının sakıncalı olduğu herhangi bir ilaç ve besin bulunmamaktadır.

HANGİ KOŞULLARDA ARAşTIRMA DIşI BIRAKILABİLİRİM?

Görüşmede ile ilgili olarak sorulara “*doğru cevap vermediğinizde, ya da görüşmeye devam etmek istemediğinizde*” araştırma dışı bırakılabilirsiniz.

DİğER TEDAVİLER NELERDİR?

Çalışma ile ilgili bir tedavi uygulanmayacaktır.

HERHANGİ BİR ZARARLANMA DURUMUNDA YÜKÜMLÜLÜK/SORUMLULUK KİMDEDİR VE NE YAPILACAKTIR?

Araştırmaya bağlı bir zarar söz konusu değildir.

ARAşTIRMA SÜRESİNCE ÇIKABİLECEK SORUNLAR İÇİN KİMİ ARAMALIYIM?

Uygulama süresi boyunca sizin için çıkabilecek herhangi bir sorun bulunmamaktadır. Ancak herhangi bir sorunuz ya da probleminiz olduğu zaman sorumlu araştırmacı Prof. Dr. Fatma Demirkıran’ı 0542257444 no’lu telefondan, fdemirkıran@adu.edu.tr mail adresinden ve araştırmacı Cihan Kocairi’yi 05546606361 no.lu telefondan, cihan.ektiricioglu@adu.edu.tr mail adresi aracılığıyla ulaşabilirsiniz.

ÇALIşMA KAPSAMINDAKİ GİDERLER KARŞILANACAK MIDIR?

Yapılacak her tür araştırma masrafları size veya çalışmış olduğunuz kurum veya kuruluşa ödetilmeyecektir.

ÇALIşMAYI DESTEKLEYEN KURUM VAR MIDIR ?

Çalışmayı destekleyen kurum yoktur.

ÇALIşMAYA KATILMAM NEDENİYLE HERHANGİ BİR ÖDEME YAPILACAK MIDIR?

Bu araştırmada yer almanız nedeniyle size hiçbir ödeme yapılmayacaktır.

ARAşTIRMAYA KATILMAYI KABUL ETMEMEM VEYA ARAşTIRMADAN AYRILMAM DURUMUNDA NE YAPMAM GEREKİR?

Bu araştırmada yer almak tamamen sizin isteğinize bağlıdır. Araştırmada yer almayı reddedebilir ya da herhangi bir aşamada araştırmadan ayrılabilirsiniz. Araştırmanın sonuçları bilimsel amaçla kullanılacaktır. Çalışmadan çekilmeniz ya da araştırıcı tarafından çıkarılmanız durumunda, sizin ile ilgili veriler bilimsel amaçla kullanılmayacaktır.

KATILMAMA İLİŞKİN BİLGİLER KONUSUNDA GİZLİLİK SAĞLANABİLECEK MİDİR?

Size ait tüm tıbbi ve kimlik bilgileriniz gizli tutulacaktır ve araştırma yayımlansa bile kimlik bilgileri verilmeyecektir ancak araştırmanın izleyicileri, yoklama yapanlar, etik kurullar ve resmi makamlar gerektiğinde görüşme bilgilerine ulaşabilir. Siz de istediğinizde kendinize ait anket bilgilerine ulaşabilirsiniz.

Çalışmaya Katılma Onayı:

Yukarıda yer alan ve araştırmaya başlanmadan önce gönüllüye verilmesi gereken bilgileri gösteren 3 sayfalık metni okudum ve sözlü olarak dinledim. Aklıma gelen tüm soruları araştırmacıya sordum, yazılı ve sözlü olarak bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Çalışmaya katılmayı isteyip istemediğime karar vermem için bana yeterli zaman tanındı. Bu koşullar altında, bana ait tıbbi bilgilerin gözden geçirilmesi, transfer edilmesi ve işlenmesi konusunda araştırma yürütücüsüne yetki veriyor ve söz konusu araştırmaya ilişkin bana yapılan katılım davetini hiçbir zorlama ve baskı olmaksızın büyük bir gönüllülük içerisinde kabul ediyorum. Bu formu imzalamakla yerel yasaların bana sağladığı hakları kaybetmeyeceğimi biliyorum.

Bu formun imzalı ve tarihli bir kopyası bana verildi.

GÖNÜLLÜNÜN		İMZASI
ADI & SOYADI		
ADRESİ		
TEL. & FAKS		
TARİH		

VELAYET VEYA VESAYET ALTINDA BULUNANLAR İÇİN VELİ VEYA VASİNİN		İMZASI
ADI&SOYADI		
ADRESİ		
TEL. & FAKS		
TARİH		

ARAŞTIRMA EKİBİNDE YER ALAN VE YETKİN BİR ARAŞTIRMACININ		İMZASI
ADI & SOYADI		
TARİH		

GEREKTİĞİ DURUMLARDA TANIK		İMZASI
ADI& SOYADI		
GÖREVİ		
TARİH		

BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU (FORM 3-KONTROL GRUBU)

LÜTFEN DİKKATLİCE OKUYUNUZ !!!

Bu çalışmaya katılmak üzere davet edilmiş bulunmaktasınız. Bu çalışmada yer almayı kabul etmeden önce çalışmanın ne amaçla yapılmak istendiğini anlamanız ve kararınızı bu bilgilendirme sonrası özgürce vermeniz gerekmektedir. Size özel hazırlanmış bu bilgilendirmeyi lütfen dikkatlice okuyunuz, sorularınıza açık yanıtlar isteyiniz.

ÇALIŞMANIN AMACI NEDİR?

Bu çalışma madde kullanım bozukluğu olan hastalarda bilişsel davranışçı yaklaşım temelli psikoeğitimin bağımlılık profili, öz yeterlilik ve bağımlılık seyrine etkisini incelemek amacıyla planlanmıştır.

KATILMA KOŞULLARI NEDİR?

Bu çalışmaya dahil edilebilmeniz için 18 yaşını doldurmuş olmanız, Madde Kullanım Bozukluğunuzun olması ve araştırmaya katılmaya gönüllü olmanız gerekmektedir.

NASIL BİR UYGULAMA YAPILACAKTIR?

Size herhangi bir girişimde bulunulmayacak olup, araştırmaya katılmaya gönüllü olmanız halinde Tanıtıcı Bilgi Formu, Bağımlılık Profil İndeksi Klinik Formu (BAPİ-K), Bağımlılık Seyir İndeksi (BASİ) ve Öz yeterlilik Ölçeğinden oluşan anketi doldurmanız gerekmektedir. 9 hafta sonrasında aynı anketi tekrar doldurmanız gerekmektedir. Araştırmanın sonunda, haftada 1 kez 45-60 dk olmak üzere, toplamda 9 oturumdan oluşan psikoeğitim düzenlenecektir. Bu eğitime katılımınız zorunlu değildir, isteğiniz doğrultusunda bu eğitime katılabilirsiniz.

SORUMLULUKLARIM NEDİR?

Araştırma ile ilgili olarak sorulara doğru ve eksiksiz cevap vermeniz beklenmektedir. Bu koşullara uymadığımız durumlarda araştırmacı sizi uygulama dışı bırakabilme yetkisine sahiptir.

KATILIMCI SAYISI NEDİR?

Araştırmada yer alacak gönüllülerin sayısı; 25 hasta çalışmaya dahil edilecektir.

ÇALIŞMANIN SÜRESİ NE KADAR?

Bu araştırma için psikoeğitim ve veri toplama süresi 15.09.2020-15.03.2020(6 ay)'dır.

GÖNÜLLÜNÜN BU ARAŞTIRMADAKİ TOPLAM KATILIM SÜRESİ NE KADAR?

Bu araştırmada kontrol grubunda yer alan hastalar için katılım süresi ön testler için 35-40 dk ve son test için 35 dakikadır.

ÇALIŞMAYA KATILMA İLE BEKLENEN OLASI YARAR NEDİR?

Bu çalışma madde kullanım bozukluğu olan hastalarda bilişsel davranışçı yaklaşım temelli psikoeğitimin, hastaların bağımlılık profillerine, öz yeterlilik düzeylerine ve bağımlılık seyrine etkisini incelemek amacıyla planlanmıştır. Bu araştırmaların sonuçlarının madde kullanım bozukluğu olan bireylere yönelik etkili hizmetlerin planlanmasında ve uygulanmasında yol gösterici olacağı düşünülmektedir.

ÇALIŞMAYA KATILMA İLE BEKLENEN OLASI RİSKLER NEDİR?

Çalışmaya katılma ile beklenen herhangi bir risk bulunmamaktadır.

KAN ÖRNEKLERİNİN SAKLANMASI

Araştırmaya yönelik sizden kan örneği alınmayacaktır.

GEBELİK

Gebeliği etkileyecek herhangi bir risk bulunmamaktadır.

ARAŞTIRMA SÜRECİNDE BİRLİKTE KULLANILMASININ SAKINCALI OLDUĞU BİLİLEN İLAÇLAR/BESİNLER NELERDİR?

Çalışma süresince birlikte kullanımının sakıncalı olduğu herhangi bir ilaç ve besin bulunmamaktadır.

HANGİ KOŞULLARDA ARAŞTIRMA DIŞI BIRAKILABİLİRİM?

Görüşmede ile ilgili olarak sorulara “*doğru cevap vermediğinizde, ya da görüşmeye devam etmek istemediğinizde*” araştırma dışı bırakılabilirsiniz.

DİĞER TEDAVİLER NELERDİR?

Çalışma ile ilgili bir tedavi uygulanmayacaktır.

HERHANGİ BİR ZARARLANMA DURUMUNDA YÜKÜMLÜLÜK/SORUMLULUK KİMDEDİR VE NE YAPILACAKTIR?

Araştırmaya bağlı bir zarar söz konusu değildir.

ARAŞTIRMA SÜRESİNCE ÇIKABİLECEK SORUNLAR İÇİN KİMİ ARAMALIYIM?

Uygulama süresi boyunca sizin için çıkabilecek herhangi bir sorun bulunmamaktadır. Ancak herhangi bir sorunuz ya da probleminiz olduğu zaman sorumlu araştırmacı Prof. Dr. Fatma Demirkıran'ı 0542257444 no'lu telefondan, fdemirkıran@adu.edu.tr mail adresinden ve araştırmacı Cihan Kocairi'yi 05546606361 no.lu telefondan, cihan.ektiricioglu@adu.edu.tr mail adresi aracılığıyla ulaşabilirsiniz.

ÇALIŞMA KAPSAMINDAKİ GİDERLER KARŞILANACAK MIDIR?

Yapılacak her tür araştırma masrafları size veya çalışmış olduğunuz kurum veya kuruluşa ödetilmeyecektir.

ÇALIŞMAYI DESTEKLEYEN KURUM VAR MIDIR?

Çalışmayı destekleyen kurum yoktur.

ÇALIŞMAYA KATILMAM NEDENİYLE HERHANGİ BİR ÖDEME YAPILACAK MIDIR?

Bu çalışmada yer almanız nedeniyle size hiçbir ödeme yapılmayacaktır.

ARAŞTIRMAYA KATILMAYI KABUL ETMEMEM VEYA ARAŞTIRMADAN AYRILMAM DURUMUNDA NE YAPMAM GEREKİR?

Bu çalışmada yer almak tamamen sizin isteğinize bağlıdır. Araştırmada yer almayı reddedebilir ya da herhangi bir aşamada araştırmadan ayrılabilirsiniz. Araştırmanın sonuçları bilimsel amaçla kullanılacaktır. Çalışmadan çekilmeniz ya da araştırmacı tarafından çıkarılmanız durumunda, sizin ile ilgili veriler bilimsel amaçla kullanılmayacaktır.

KATILMAMA İLİŞKİN BİLGİLER KONUSUNDA GİZLİLİK SAĞLANABİLECEK MIDİR?

Size ait tüm tıbbi ve kimlik bilgileriniz gizli tutulacaktır ve araştırma yayınlansa bile kimlik bilgileri verilmeyecektir ancak araştırmanın izleyicileri, yoklama yapanlar, etik kurullar ve resmi makamlar gerektiğinde görüşme bilgilerine ulaşabilir. Siz de istediğinizde kendinize ait anket bilgilerine ulaşabilirsiniz.

Çalışmaya Katılma Onayı:

Yukarıda yer alan ve araştırmaya başlanmadan önce gönüllüye verilmesi gereken bilgileri gösteren 3 sayfalık metni okudum ve sözlü olarak dinledim. Aklıma gelen tüm soruları araştırmacıya sordum, yazılı ve sözlü olarak bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Çalışmaya katılmayı isteyip istemediğime karar vermem için bana yeterli zaman tanındı. Bu koşullar altında, bana ait tıbbi bilgilerin gözden geçirilmesi, transfer edilmesi ve işlenmesi konusunda araştırma yürütücüsüne yetki veriyor ve söz konusu araştırmaya ilişkin bana yapılan katılım davetini hiçbir zorlama ve baskı olmaksızın büyük bir gönüllülük içerisinde kabul ediyorum. Bu formu imzalamakla yerel yasaların bana sağladığı hakları kaybetmeyeceğimi biliyorum.

Bu formun imzalı ve tarihli bir kopyası bana verildi.

GÖNÜLLÜNÜN		İMZASI
ADI & SOYADI		
ADRESİ		
TEL. & FAKS		
TARİH		

VELAYET VEYA VESAYET ALTINDA BULUNANLAR İÇİN VELİ VEYA VASİNİN		İMZASI
ADI & SOYADI		
ADRESİ		
TEL. & FAKS		
TARİH		

ARAŞTIRMA EKİBİNDE YER ALAN VE YETKİN BİR ARAŞTIRMACININ		İMZASI
ADI & SOYADI		
TARİH		

GEREKTİĞİ DURUMLARDA TANIK		İMZASI
ADI & SOYADI		
GÖREVİ		
TARİH		

T.C.
AYDIN ADNAN MENDERES ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

BİLİMSEL ETİK BEYANI

"Madde Kullanım Bozukluğunda Bilişsel Davranışçı Yaklaşım Temelli Psikoeğitimin Bağımlılık Profili, Öz Yeterlilik ve Bağımlılık Seyrine Etkisinin İncelenmesi: Randomize Kontrollü Deneysel Çalışma " başlıklı Doktora tezindeki bütün bilgileri etik davranış ve akademik kurallar çerçevesinde elde ettiğimi, tez yazım kurallarına uygun olarak hazırlanan bu çalışmada, bana ait olmayan her türlü ifade ve bilginin kaynağına eksiz atıf yaptığımı bildiririm. İfade ettiklerimin aksi ortaya çıktığında ise her türlü yasal sonucu kabul ettiğimi beyan ederim.

Cihan KOCAİRİ

... / ... / 202..

ÖZ GEÇMİŞ

Soyadı, Adı : KOCAİRİ, Cihan
Uyruk : T.C.
Doğum yeri ve tarihi : Adana / 20.06.1988
Telefon : 0 554 660 63 61
E-posta : cihan.ektiricioglu@gmail.com
Yabancı dil : İngilizce

EĞİTİM

Derece	Kurum	Mezuniyet tarihi
Doktora	Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Doktora Programı
Y. Lisans	Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Psikiyatri Hemşireliği Yüksek Lisans Programı (Tezli)	19.12.2016
Lisans	Süleyman Demirel Üniversitesi Burdur Sağlık Yüksekokulu Hemşirelik Bölümü	30.06.2009

İŞ DENEYİMİ

Yıl	Yer/Kurum	Unvan
2017-Halen	Aydın Adnan Menderes Üniversitesi	Arş. Gör
2010-2017	Erenköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi	Hemşire

AKADEMİK YAYINLAR

1. MAKALELER

Kızılkaya, M., Kocairi, C., Yüksel, R., Şahin, M. (2022). Neuman sistemler modeli'ne göre majör depresyon tanılı hastanın hemşirelik bakımı: Olgu sunumu. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 38(1), 71-79. doi:10.53490/egehemsire.939895

Şahin, M., Demirkıran, F., Kocairi, C. (2021). Acil serviste çalışan hemşirelerin konversiyon bozukluğu olan bireylere yönelik tutumları ve damgalama: Kesitsel bir çalışma. *Balıkesir Sağlık Bilimleri Dergisi*, 10(2), 125-133. doi:10.53424/balikesirsbd.814344

Kocairi, C., Yüksel, R., Arslantaş, H., Söylemez, B. (2020). Lise Öğrencisi Ergenlerin Bağlanma Stillerinin Teknoloji Bağımlılıkları ile İlişkisi: Kesitsel Bir Çalışma. *Yeni Symposium*, 58(1).

Ektiricioğlu, C., Arslantaş, H., & Yüksel, R. (2020). Ergenlerde çağın hastalığı: Teknoloji bağımlılığı. *Arşiv Kaynak Tarama Dergisi*, 29(1), 51-64.

Altıntaş, M., İnanç, L., Hunca, A. N., Ektiricioğlu, C., Yılmaz, N., Tuna, Z. O., & Üney, R. (2019). Theory of mind, aggression and impulsivity in patients with synthetic cannabinoid use disorders: a case-control study. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 20(1):5-12

2. KİTAP BÖLÜMÜ

Demirkıran F. ve Kocairi C. (2021). *Lösemi tanılı hastalarda psikososyal sorunlar ve müdahaleler*. S. Boyraz (Ed.), *Lösemiler ve Kanıta Dayalı Bakım Uygulamaları içinde* (ss. 40-48) Ankara: Türkiye Klinikleri.

3. BİLDİRİLER

A) Uluslararası Kongrelerde Sunulan Bildiriler

Ektiricioğlu, C., Demirkıran, F., Şahin, M. (2018). *Kanser hastalarına bakım veren bireyler: hemşirelerle iletişimleri, bakım yükleri ve anksiyete düzeyleri*. V. Uluslararası IX. Ulusal Psikiyatri Hemşireliği Kongresi, 986-989, Antalya.

Şahin, M., Demirkıran, F., Ektiricioğlu, C. (2018). *Konversiyon bozukluğu olan bireylere yönelik tutumlar ve damgalama*. V. Uluslararası IX. Ulusal Psikiyatri Hemşireliği Kongresi, 1572-1575, Antalya.

B) Ulusal Kongrelerde Sunulan Bildiriler

Ektiricioğlu, C. ve Ünsal G. (2016). *Alkol ve madde bağımlılarında içselleştirilmiş damgalanma ve tedavi motivasyonu ilişkisinin incelenmesi*. 10.Ulusal Alkol ve Madde Bağımlılığı Kongresi, Antalya.

KATILIM BELGELERİ



Katılım Belgesi

Sayın Cihan KOCAİRİ

Bilişsel Davranışçı Psikoterapiler Derneği tarafından İzmir’de, Ocak 2020 – Aralık 2020 tarihleri arasında düzenlenen, 50 saatlik *Bilişsel ve Davranışçı Terapi Kuramsal Eğitimine* katılmıştır.

(Eğitimin İçerdiği Konular: Bilişsel Terapinin Kuram ve Temel İlkeleri, Bilişsel Davranışçı Kişilik Kuramı, Depresyon, Panik Bozukluk, Özgül Fobi, Obsesif Kompulsif Bozukluk, Sosyal Fobi, Sınav Anksiyetesi, Yaygın Anksiyete Bozukluğu, Somatoform Bozuklukların Bilişsel Davranışçı Kuram ve Terapileri, Travmada Bilişsel Davranışçı Terapi)



VI. ULUSLARARASI X. ULUSAL
PSIKİYATRİ HEMŞİRELİĞİ
KONGRESİ

Ruhun şarkısı iyileştirir sevgide birleştirir

20 - 23 EKİM 2021



KURS
KATILIM BELGESİ

CİHAN KOCAİRİ

*20-23 Ekim 2021 tarihleri arasında
çevrim içi düzenlenen “ 6. Uluslararası 10. Ulusal
Psikiyatri Hemşireliği Kongresi” kapsamında
düzenlenen, Motivasyonel Görüşme Teknikleri
Kursu’na katılmıştır.*

Prof. Dr. Fatma Öz
Kurs Başkanı

Dr. Öğr. Üyesi Hilal Seki Öz
Kurs Başkanı

Dr. Öğr. Üyesi Belgin Varol
Kurs Başkanı