T.C.
HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

MADDE KULLANIM BOZUKLUĞU OLAN BİREYLERE UYGULANAN RELAPS ÖNLEME PSİKOEĞİTİM PROGRAMININ RELAPS ORANI, SOSYAL İŞLEVSELLİK, ALGILANAN ESENLİK VE STRESLE BAŞ ETME BİÇİMLERİNE ETKİSİ

Maral KARGIN

Psikiyatri Hemşireliği Programı
DOKTORA TEZİ

ANKARA
2017

T.C.
HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

MADDE KULLANIM BOZUKLUĞU OLAN BİREYLERE UYGULANAN RELAPS ÖNLEME PSİKOEĞİTİM PROGRAMININ RELAPS ORANI, SOSYAL İŞLEVSELLİK, ALGILANAN ESENLİK VE STRESLE BAŞ ETME BİÇİMLERİNE ETKİSİ

Maral KARGIN

Psikiyatri Hemşireliği Programı
DOKTORA TEZİ

TEZ DANIŞMANI
Yrd. Doç. Dr. Duygu HİÇDURMAZ

ANKARA
2017

KABUL VE ONAY

MADDE KULLANIM BOZUKLUĞU OLAN BİREYLERE UYGULANAN RELAPS ÖNLEME PSİKOEĞİTİM PROGRAMININ RELAPS ORANI, SOSYAL İŞLEVSELLİK, ALGILANAN ESENLİK VE STRESLE BAŞ ETME BİÇİMLERİNE ETKİSİ

Uzm. Hem. Maral KARGIN

Bu çalışma 14.03.2017 tarihinde jürimiz tarafından "Psikiyatri Hemşireliği Doktora Programı" nda yüksek lisans / doktora tezi olarak kabul edilmiştir.

Jüri Başkanı:	*Prof. Dr. Fatma ÖZ* *(Hacettepe Üniversitesi)*	*(imza)*
Tez Danışmanı:	*Yard. Doç. Dr. Duygu HİÇDURMAZ* *(Hacettepe Üniversitesi)*	*(imza)*
Üye:	*Doç. Dr. Ebru AKGÜN ÇITAK* *(Başkent Üniversitesi)*	*(imza)*
Üye:	*Yard. Doç Dr. Figen ARI İNCİ* *(Ömer Halisdemir Üniversitesi)*	*(imza)*
Üye:	*Yard. Doç. Dr. Satı DİL* *(Çankırı Karatekin Üniversitesi)*	*(imza)*

ONAY

Bu tez Hacettepe Üniversitesi Lisansüstü Eğitim-Öğretim ve Sınav Yönetmeliğinin ilgili maddeleri uyarınca yukarıdaki jüri tarafından uygun bulunmuş ve Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yönetim Kurulu kararıyla onaylanmıştır.

05 Nisan 2017

(imza)

Prof. Dr. Diclehan Orhan

Enstitü Müdürü

YAYIMLAMA VE FİKRİ MÜLKİYET HAKLARI BEYANI

Enstitü tarafından onaylanan lisansüstü tezimin/raporumun tamamını veya herhangi bir kısmını, basılı (kağıt) ve elektronik formatta arşivleme ve aşağıda verilen koşullarla kullanıma açma iznini Hacettepe Üniversitesine verdiğimi bildiririm. Bu izinle Üniversiteye verilen kullanım hakları dışındaki tüm fikri mülkiyet haklarım bende kalacak, tezimin tamamının ya da bir bölümünün gelecekteki çalışmalarda (makale, kitap, lisans ve patent vb.) kullanım hakları bana ait olacaktır.

Tezin kendi orijinal çalışmam olduğunu, başkalarının haklarını ihlal etmediğimi ve tezimin tek yetkili sahibi olduğumu beyan ve taahhüt ederim. Tezimde yer alan telif hakkı bulunan ve sahiplerinden yazılı izin alınarak kullanılması zorunlu metinlerin yazılı izin alınarak kullandığımı ve istenildiğinde suretlerini Üniversiteye teslim etmeyi taahhüt ederim.

- o **Tezimin tamamı dünya çapında erişime açılabilir ve bir kısmı veya tamamının fotokopisi alınabilir.**
  (Bu seçenekle teziniz arama motorlarında indekslenebilecek, daha sonra tezinizin erişim statüsünün değiştirilmesini talep etseniz ve kütüphane bu talebinizi yerine getirse bile, teziniz arama motorlarının önbelleklerinde kalmaya devam edebilecektir)

- o **Tezimin ..2020.....tarihine kadar erişime açılmasını ve fotokopi alınmasını (İç Kapak, Özet, İçindekiler ve Kaynakça hariç) istemiyorum.**
  (Bu sürenin sonunda uzatma için başvuruda bulunmadığım takdirde, tezimin/raporumun tamamı her yerden erişime açılabilir, kaynak gösterilmek şartıyla bir kısmı veya tamamının fotokopisi alınabilir)

- o **Tezimin .....tarihine kadar erişime açılmasını istemiyorum ancak kaynak gösterilmek şartıyla bir kısmı veya tamamının fotokopisinin alınmasını onaylıyorum.**

- o **Serbest Seçenek/Yazarın Seçimi**

07./.04../2017

Maral KARGIN

ETİK BEYAN

Bu çalışmadaki bütün bilgi ve belgeleri akademik kurallar çerçevesinde elde ettiğimi, görsel, işitsel ve yazılı tüm bilgi ve sonuçları bilimsel ahlak kurallarına uygun olarak sunduğumu, kullandığım verilerde herhangi bir tahrifat yapmadığımı, yararlandığım kaynaklara bilimsel normlara uygun olarak atıfta bulunduğumu, tezimin kaynak gösterilen durumlar dışında özgün olduğunu, Yard. Doç. Dr. Duygu Hiçdurmaz danışmanlığında tarafımdan üretildiğini ve Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Tez Yazım Yönergesine göre yazıldığını beyan ederim.

Maral KARGIN

TEŞEKKÜR

Bu çalışmanın gerçekleşmesine katkılarından dolayı aşağıda adı geçen kişilere içtenlikle teşekkürlerimi sunarım.

Tez danışmanlığımı üstlenerek çalışmam boyunca bana yol gösteren, çalışmanın planlanması, yürütülmesi ve sonuçlanmasında katkı ve destek sunan çok değerli hocam Yrd. Doç. Dr. Duygu Hiçdurmaz'a,

Tez izlem jürisinde yer alan değerli hocalarım; Prof. Dr. Fatma Öz'e ve Doç. Dr. Ebru Akgün Çıtak'a,

Tez uygulamam boyunca sağladıkları bilgiler ve kolaylıklarla desteklerini sunan Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi AMATEM kliniği uzman doktorları Şafak Yalçın Şahiner'e, İsmail Volkan Şahiner'e, Salih Cihat Paltun'a, klinik sorumlu hemşiresi Mürşide Başoğlu'na, psikolog Nihan Kılıç'a, Dilek Gırbalar

Araştırma verilerimin istatistiklerinin analizinde bana destek olan Dr Sevilay Karahan'a,

Araştırmaya katılarak araştırmanın gerçekleştirilmesinde katkıları olan değerli hasta ve yakınlarına,

Çalışmam boyunca zor anlarımda ve yoğun çalışmalarım sırasında benden manevi desteğini ve anlayışını esirgemeyen eşim Ali Yusuf Kargın'a, oğullarım Numan Arda Kargın ve İbrahim Yaman Kargın'a en içten dileklerimle teşekkür ederim.

ÖZET

Kargın, M. Madde kullanım bozukluğu olan bireylere uygulanan relaps önleme psikoeğitim programının relaps oranı, sosyal işlevsellik, algılanan esenlik ve stresle baş etme biçimlerine etkisi. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Psikiyatri Hemşireliği Programı Doktora Tezi, Ankara, 2017. Araştırma, relaps önleme psikoeğitim programının madde kullanım bozukluğu olan bireylerdeki relaps oranına, sosyal işlevsellik, algılanan esenlik ve stresle başa çıkma biçimlerine etkisini değerlendirmek amacı ile ön test, son test ve izleme desenli kontrol gruplu bir müdahale araştırması olarak planlanmıştır. Araştırmanın örneklemini Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi'ne bağlı olan AMATEM'de alkol dışı madde kullanım bozukluğu tedavisi alan, detoksifiye olmuş ve çalışmaya katılmayı kabul eden 29 müdahale ve 29 kontrol grubunda olmak üzere toplam 58 birey oluşturmuştur. Müdahale grubundaki bireylere haftada en az bir kez uygulanan ve toplam 10 oturumdan oluşan programın her bir oturumu, oturum için belirlenen gündem konusu çerçevesinde 90-150 dakika süreyle gerçekleştirilmiştir. Verilerin toplanmasında; idrarda madde ölçümü, Kişisel Bilgi Formu, Sosyal İşlevsellik Ölçeği, Algılanan Esenlik Ölçeği ve Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği uygulanmıştır. Veri toplama araçları müdahale ve kontrol grubunda olan bireylere psikoeğitim programına başlamadan önce, psikoeğitim programı sonunda ve 3 ay sonraki izlemde olmak üzere toplam üç kez uygulanmıştır. Çalışma sonunda psikoeğitim verilmeyen kontrol grubunda %31 oranında relaps yaşanmasına karşın müdahale grubunda olan bireylerde hiç relaps yaşanmamış ($p<0.05$), üç ay sonra yapılan izlemde ise müdahale grubunda %3.4 olan relaps oranı kontrol grubunda %20.7 bulunmuştur ($p>0.05$). Müdahale grubunda Sosyal İşlevsellik Ölçeği "öncül sosyal etkinlikler", "boş zamanları değerlendirme", "bağımsızlık düzeyi yetkinlik" alt boyutları ve ölçek toplam puan ortalamaları kontrol grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde her ölçümde artmıştır ($p<0.05$). Algılanan Esenlik Ölçeği'nde sosyal alt boyut dışında kalan tüm alt boyutlar ve toplam puan ortalamaları müdahale grubunda kontrol grubuna göre istatistiksel olarak her ölçümde anlamlı olarak artmıştır ($p<0.05$). Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği'nde "kendine güvenli" ve "iyimser" yaklaşım alt ölçeği puan ortalamaları istatistiksel olarak anlamlı düzeyde her ölçümde artmış, "çaresiz" ve "boyun eğici" yaklaşım puan ortalamaları ise azalmıştır ($p<0.05$). Araştırmadan elde edilen sonuçlar doğrultusunda madde kullanım bozukluğu olan bireylere uygulanan relaps önleme psikoeğitim programının bireylerin relaps oranı, algılanan esenliği, sosyal işlevselliği ve stresle başetme biçimlerine olumlu etkilerinin olması nedeniyle bu bireylerin relaps yaşamalarının önlenmesi ve ruhsal durumlarının güçlendirilmesi için bu tür programların sürdürülmesi ve sisteme dahil edilmesi önerilmiştir.

Anahtar kelimeler: Madde kullanım bozukluğu, relaps önleme, sosyal işlevsellik, algılanan esenlik, stresle başa çıkma

ABSTRACT

Kargın, M. The effect of psychoeducation program designed to prevent relapse in individuals with substance use disorder on the relapse rate, social functioning, perceived well-being, and coping strategies with stress Hacettepe University, Institute of Health Sciences, Psychiatric Nursing Program Doctoral Thesis, Ankara, 2017. The study was planned as an intervention study with a pre-test, post-test and follow-up design and a control group to evaluate the effect of psychoeducation program designed to prevent relapse in individuals, who receive treatment for substance use disorder, on the relapse rate, social functioning, perceived well-being, and coping strategies with stress. The sample of the study consisted of a total of 92 individuals, of which 46 were in the intervention group and 46 were in the control group, who agreed to participate in the research, detoxified, and received treatment for non-alcoholic substance use disorder at AMATEM, in Ankara Numune Training and Research Hospital. Each session of the program, which consists of a total of 10 sessions that took 90-150 minutes each, were provided to the individuals in the intervention group at least once a week according to the designated objectives and agenda set for each session. Personal Information Form, Social Functioning Scale, Perceived Wellness Scale, Coping Strategies with Stress Scale, and urine drug test were used for data collection. The data collection instruments were applied to the individuals in the intervention and control groups for a total of three times, once before the psychoeducation program, after the psychoeducation program, and 3 months after the completion of the program as a follow-up. At the end of the study, although there were relapses in the control group at the rate of 31%, there was no relapse in the intervention group ($p<0.05$), and at the follow-up after 3 months the relaps rate was 3.4% in the intervention group and 20.7% in the control group ($p>0.05$). In the intervention group, the "preliminary social activities", "leisure time activities", "independence level competence" sub-scale score averages and the total scale score average of the Social Functioning Scale were found to be significantly higher compared to the control group in all measurements ($p<0.05$). In the Perceived Well-Being Scale, the total score and mean scores of all the sub-scales except the social sub-scale were found to be significantly higher in all measurements compared to the control group ($p<0.05$). The mean scores of the "self-confident" and "optimistic" approach sub-scale scores of the Coping Strategies with Stress Scale were found to be increased significantly in all measurements, whereas the mean "helpless" and "submissive" approach sub-scale scores were decreased ($p<0.05$). In line with the results obtained in the research, it is recommended to continue to provide and integrate the psychoeducation program designed to prevent relapse in individuals with substance use disorder in order to prevent relapses and improve their mental statuses since it has positive effects on the relapse rate, perceived well-being, social functioning and strategies for coping with stress in such individuals.

Keywords: Substance use disorder, relapse prevention, social functioning perceived well-being, coping with stress

İÇİNDEKİLER

	Sayfa
YAYIMLAMA VE FİKRİ MÜLKİYET HAKLARI BEYANI	v
ETİK BEYAN	vi
TEŞEKKÜR	vii
ÖZET	viii
ABSTRACT	ix
İÇİNDEKİLER	x
SİMGELER VE KISALTMALAR	xiii
ŞEKİLLER	xiv
TABLOLAR	xv
1. GİRİŞ	1
1.1. Problemin Tanımı ve Önemi	1
1.2. Araştırmanın Amacı	5
1.3. Araştırmanın Hipotezleri	5
2. GENEL BİLGİLER	6
2.1. Madde Kullanım Bozukluğu	6
2.2. Madde Kullanım Bozukluğuna Neden Olan Maddelerin Sınıflandırılması	8
2.3. Madde Kullanım Bozukluğunun Epidemiyolojisi	9
2.3.1. Dünya'da Madde Kullanımı	9
2.3.2. Türkiye'de Madde Kullanımı	10
2.4. Madde Kullanımının Etyolojisi	11
2.4.1. Biyolojik ve Genetik Faktörler	11
2.4.2. Çevresel ve Sosyal Faktörler	12
2.4.3. Kişilik Özellikleri	12
2.5.1. Tıbbi Tedavi	15
2.5.2. Psikososyal Tedavi	16
2.6. Relaps	17
2.7. Relaps Önleme	18
2.8. Madde Kullanım Bozukluğunda Sosyal İşlevsellik	20

2.9. Madde Kullanım Bozukluğunda Algılanan Esenlik 21
2.10. Madde Kullanım Bozukluğunda Stres ve Başetme 22
2.11. Madde Kullanım Bozukluğu ve Psikiyatri Hemşireliği 23
3. GEREÇ VE YÖNTEM 26
3.1. Araştırmanın Şekli 26
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri 26
3.4. Verilerin Toplanması 28
3.4.1. Kişisel Bilgi Formu (Ek 1) 29
3.4.2. Sosyal İşlevsellik Ölçeği (SİÖ) (Ek 2) 29
3.4.4. Stresle Başa Çıkma Tarzlar Ölçeği (SBTÖ) (Ek 4) 32
3.5. Araştırmanın Uygulanması 33
3.6. Verilerin Değerlendirilmesi 35
3.7. Araştırmanın Etik Boyutu 36
3.8. Araştırmanın Sınırlılıkları 36
4. BULGULAR 37
5. TARTIŞMA 53
6. SONUÇLAR VE ÖNERİLER 58
6.1. Sonuçlar 58
6.2. Öneriler 60
7. KAYNAKLAR 61
8. EKLER
EK 1. Kişisel Bilgi Formu
EK 2. Sosyal İşlevsellik Ölçeği
EK 3. Algılanan Esenlik Ölçeği
EK 4. Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği (SBTÖ)
EK 5. Relaps Önleme Psikoeğitim Programı Oturum İçerikleri
EK 6. Geçmiş Madde Kullanım Öyküsü Formu
EK 7. Bağımlılık Değerlendirme Formu
EK 8. Madde Kullanmaya Başlama Nedenleri Formu
EK 9. Maddenin İyi Olan ve İyi Olmayan Yanları Formu
EK 10. Maddeyi Bırakmanın ve Devam Etmenin Yararları Formu
EK 11. Maddeyi Bırakmanın Önemliliği Formu

EK 12. Maddeyi Bırakma Konusunda Kendine Güven Formu

EK 13. Maddeyi Bırakma Konusunda Zayıf ve Güçlü Yanlar Formu

EK 14. Geçmiş Kayma Öyküsü Formu

EK 15. Duygu Listesi

EK 16. Acil Planım Formu

EK 17. Riskli Durumların Listesi

EK 18. Kendine Bakım Düzeyini Belirleme Formu

EK 19. Tez Çalışması İle İlgili Kurum İzinleri

EK 20. Tez Çalışması İle İlgili Etik Kurul İzni

EK 21. Aydınlatılmış Onam Formu (Müdahale Grubu)

EK 22. Aydınlatılmış Onam Formu (Kontrol Grubu)

9. ÖZGEÇMİŞ

SİMGELER VE KISALTMALAR

AEÖ	Algılanan Esenlik Ölçeği
AMATEM	Alkol ve Madde Bağımlılığı Tedavi ve Eğitim Merkezi
DSM	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
DSÖ	Dünya Sağlık Örgütü
EGM	Emniyet Genel Müdürlüğü
EMCDDA	European Monitoring Centre for Druds and Drug Addiction
SAMBA	Sigara, Alkol ve Madde Bağımlılığı Tedavi Programı
SBÇTÖ	Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği
SİÖ	Sosyal İşlevsellik Ölçeği
TUBİM	Türkiye Uyuşturucu ve Uyuşturucu Bağımlılığı İzleme Merkezi
UNODC	Unıted Natıons Offıce On Drugs And Crıme (Birleşmiş Milletler Uyuşturucu ve Suç Ofisi)

ŞEKİLLER

Şekil	**Sayfa**
3.1. Araştırmanın müdahale ve kontrol grubu seçim süreci	28
3.2. Araştırmanın uygulama akış şeması	35

TABLOLAR

Tablo		Sayfa
3.1.	Sosyal İşlevsellik Ölçeğinin alt boyutları, madde sayıları, minimum maksimum puanları ve hesaplama	30
3.2.	Algılanan Esenlik Ölçeğinin alt boyutları, madde sayıları, minimum maksimum puanları ve hesaplama	31
3.3.	Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği'nin alt boyutları, madde sayıları, minimum maksimum puanları ve hesaplama	32
4.1.	Müdahale ve kontrol gruplarının demografik ve madde kullanım özellikleri	37
4.2.	Müdahale ve kontrol gruplarının yaş, çalışma, madde kullanım, maddeye başlama ve tedavi süresi ortalamaları	39
4.3.	Müdahale ve kontrol gruplarının relaps oranlarının karşılaştırılması	40
4.4.	Psikoeğitim programının relaps oranı üzerine etki büyüklüğü	40
4.5.	Müdahale ve kontrol gruplarının sosyal işlevsellik ölçeği (SİÖ) puan ortalamalarının karşılaştırılması	41
4.6.	Müdahale ve kontrol gruplarının algılanan esenlik ölçeği (AEÖ) puan ortalamalarının karşılaştırılması	46
4.7.	Müdahale ve kontrol gruplarının stresle başa çıkma tarzları ölçeği (SBÇTÖ) puan ortalamalarının karşılaştırılması	50

1. GİRİŞ

1.1. Problemin Tanımı ve Önemi

Madde kullanım bozukluğu beyni ve beyinle ilgili sistemleri etkileyen, davranışları, duygu ve düşünceleri değiştirebilen, beyinde ödülleme sisteminde yarattığı etki ile yapay bir iyilik hali yaratan, dolayısı ile yaşamak için ihtiyaç duyulmamasına karşın bozukluğu olan bireylerde madde alımının devam ettirilmesine sebep olan bir bozukluktur (1, 2, 3, 4). Dünya genelinde gelişmiş veya gelişmemiş olan birçok ülkede madde kullanımı giderek büyüyen önemli bir sorun halini almıştır. Dünya İlaç Raporu'na göre dünya genelinde 29 milyon insanın madde kullanım bozukluğu yaşadığı ifade edilmektedir (5). Madde kullanımı ile ilgili Türkiye Uyuşturucu ve Uyuşturucu Bağımlılığı İzleme Merkezi (TUBİM)'nin Türkiye'deki 25 tedavi merkezinde tedavi olanlarla yürüttüğü çalışmada; 2012 yılında ayaktan tedavi olan hasta sayısının 187.329 olduğu, 2013 yılında ise bu sayının 218.578'e yükseldiği bulunmuş ve sonuçta bir yılda %16.68'lik bir artış olduğu saptanmıştır. Yine, denetimli serbestlik kapsamında tedavi olan hasta sayısı 2012 yılında 90121 iken, 2013 yılında %1.51'lik bir artış göstererek 91486'ya ulaşmıştır (6). Bu sonuçlar ülkemizde madde kullanıcılarının sayısının artış gösterdiğini ortaya koymaktadır.

Madde kullanımının devam ettirilmesine sebep olan yapay iyilik hali, beyindeki ödül sisteminin uyarılması sonucu kişide hoşa giden etkilerin oluşumunu sağlamakta, ardından maddeye karşı şiddetli bir istek oluşmaya başlamakta ve giderek maddeye karşı aşerme düzeyinde bir özleme (crawing) dönüşmektedir. Aşerme ile beraber kişi aynı keyifli duyguları hissedebilmek için daha fazla madde almaya başlamakta ve tolerans gelişmektedir. Toleransın gelişmesi ile maddenin belli bir süre kullanımının ardından ani olarak kesilmesini izleyen dönemde ortaya yoksunluk krizleri çıkmaktadır. Böylece kişi geri dönüşü zor olan bir döngüye girmekte ve yoksunluk krizini yaşamamak için madde alımını sürdürmektedir (7).

Zaman içinde kronik bir beyin hastalığına dönüşen madde kullanım bozukluğu (7, 8, 9) çok çeşitli tıbbi sorunlara, sosyal ve toplumsal işlevselliğin bozulmasına, üretken geçen yaşam yıllarının kaybına (10, 11) ve hatta ölüme sebebiyet verebilmektedir (12, 13, 14). United Nations Office on Drugs and Crime

(UNODC)'nin Dünya Uyuşturucu Raporu'na (15) göre; 15-64 yaş arasındaki her bir milyon kişi arasından madde kullanımından ölen kişi sayısı ortalama 183000 yani %40 oranında bulunmuştur. Ölüme sebebiyet vermesinin dışında madde kullanımı, bilinçteki kontrol mekanizmasını zayıflatarak daha kolay suç işleme, saldırganlık, şiddet ve çevresindeki kişileri olumsuz etkileme gibi sosyal sorunlara ve bu durumlarla paralel olarak stigmaya neden olmaktadır (6, 12, 16, 17, 18, 19). Stigma ile beraber birey toplumdan uzaklaşmakta ve sosyal işlevselliği olumsuz etkilenmektedir. Madde kullanmaya başlamadan önce toplum içerisinde daha üretken ve pozitif sosyal ilişkiler kurarken, madde kullanım bozukluğunun oluşması ile birey negatif sosyal ilişkiler içerisine girmekte ve üretkenliği azalarak toplumdan uzaklaşmaktadır. Sosyal işlevselliğin bozulması ile birlikte kişiler arası ilişkilerde bozulma, aile içi problemler, psikolojik sorunlar (yalnızlık, yetersizlik duygusu gibi), iş yaşamında kayıplar, yoksulluk ve sosyal etkinliklerde de azalma görülmektedir (20, 21). Çok yönlü bir sorun haline dönüşen bu durum toplum tarafından da kabul görmemektedir (13, 22). Birey için sorunun beraberinde getirdikleri ve toplum tarafından dışlanmanın yanısıra madde kullanımının kendisi farklı birer stresör olmaktadır (23, 24). Yaşanan bu stresli kısır döngü durumunda bireyin etkisiz bir baş etme yöntemi olan madde kullanımına devam etmesi, bireyin fiziksel, psikolojik, sosyal, entelektüel ve tinsel durumunun yani esenliğinin ve birey tarafından bu esenliğin algılanmasının olumsuz etkilenmesine yol açmaktadır (25).

Bireyin ve birlikte yaşadığı insanların hayatını olumsuz etkileyen ve ömür boyu devam eden bir hastalık olan madde kullanım bozukluğunda; tam bir iyileşme olmamakta ancak düzelme olabilmekte ve bozukluk bu şekilde düzelme (remisyon) ve relapslarla seyretmektedir (26, 27). Relaps, bireyin madde kullanım tedavisi sonrası tedaviden önceki problemli madde kullanım davranışına geri dönmesi olarak tanımlanmaktadır (4, 13, 28, 29, 30). Madde kullanım bozukluğu tedavisi alan hastalarda relaps görülme oranı çok yüksektir (13) ve Saatçioğlu'na (29) göre de bozukluğu olan hemen her birey relaps yaşamaktadır. 2013 yılında TUBİM tarafından madde kullanım bozukluğu nedeni ile tedavi olanlarla yürütülen çalışmada tedavi olanların %51,5'inin ilk kez tedavi gördüğü ve geri kalan %48.5'inin ise daha önce de tedavi gördüğü bulunarak relapsın yaşandığı sonucuna varılmıştır (6). Yapılan bazı çalışmalar yaşanan relapsların çoğunun tedavinin ardındaki ilk bir yıl içinde

gerçekleştiğini (31, 32, 33), bazı çalışmalar da tedavi olanların 2/3'ünde çok kısa sürede, özellikle ilk üç ay içinde relapsın meydana geldiğini ifade etmektedir (9, 31, 32, 34). Bu sonuçlar ve ilgili diğer yayınlar bireyin bırakma ve tedavi kararı aldıktan sonra relaps yaşayarak yeniden maddeye başladığını, sonrasında yeniden tedavi olduğunu ve kişinin kısır bir döngü yaşadığını göstermektedir (13, 30, 34).

Tedavide başarı oranının düşük olduğu madde kullanım bozukluğu ile mücadele; önleme, tedavi ve rehabilitasyon olmak üzere üç basamaktan oluşmaktadır. Önleme yerel, bölgesel ve ulusal örgütlenmeleri içeren, en ucuz ve önemli basamaktır (2, 27). Tedavi, arındırma tedavisini (detoksifikasyon) kapsamaktadır. Arındırma tedavisinde vücudu maddeden tamamen uzaklaştırmak için madde kesilmekte ve daha az fiziksel bağımlılık yapan uygun bir ilaç (Ör. suboxone) varsa verilmekte, yoksa yoksunluk belirtilerini giderici semptomatik tedavi uygulanmaktadır (27, 35). Ancak madde kullanım bozukluğu detoksifikasyon tamamlandıktan sonra geçen akut bir hastalık değildir. Detoksifikasyondan sonra bozukluğu olan bireyin maddeye duyduğu özlem geçmemekte ve hastalık devam etmektedir. Bu durumda tedaviyi tamamlamak ve hastanın yeniden madde kullanımına dönmesini önlemek için rehabilitasyona gerek duyulmaktadır (1). Rehabilitasyonda ise temel amaç; remisyon dönemini olabildiğince uzatmak ve relapsı önlemektir (36). Madde kullanım bozukluğu tedavisinde tedavinin tamamlanmasına engel olan en önemli sorun bireyin yeniden bağımlılık davranışına geri dönmesi, yani relapsın oluşmasıdır (13, 37). Bu nedenle rehabilitasyon aşamasında uygulanan relapsı önleme müdahalelerinin remisyon dönemini uzatacağı düşünülmektedir.

Madde kullanım bozukluğunun tedavi sürecinde yaşanan relapslar kişinin yeniden eski günlerine dönmesine toplumdan kendini soyutlayarak aile, mesleki ve eğitim ile ilgili rollerini yerine getirememesine, kendi bakımını yerine getirmede de güçlük yaşamasına yol açmaktadır (2, 38, 39, 40). Zorluklarla geçen bu dönemde stresle baş etme becerisi zayıf olan (41) birey daha önce de yaptığı gibi, belirtileri gidermek ve kendini iyi hissetmek için madde kullanımını (23) tercih etmektedir (42, 43). Bu süreçte, stresörlerle başa çıkmada maddenin etkili olmadığını ancak madde kullanımını bırakamadığını ve bağımlı olduğunu fark eden bireyin esenlik algısı da olumsuz etkilenmektedir.

Madde kullanan bireylerin tedavisi ile uğraşan çalışanların ve madde kullanım bozukluğu olan bireylerin bir çıkmazı olan relaps, tedavinin tamamlanmasına engel olması, bireyi kısır döngüye sokması, sosyal işlevselliği ve algılanan esenliği olumsuz etkilemesi, bireyi fiziksel ve ruhsal yönden olumsuz etkilemesi göz önüne alındığında müdahale edilmesi gereken (2) önemli bir halk sağlığı sorunu (17) olarak karşımıza çıkmaktadır (44). Bu durum bu alanda çalışanları relapsa neden olan faktörlerin araştırılmasına itmiş (36) ve öz etkililik, kişiler arası stres, yaşamda karşılaşılan ve baş edilemeyen diğer stresörler, başa çıkma becerileri,, bağımlılığın şiddeti, maddeye duyulan özlem ve motivasyonun birer risk faktörü olduğu belirlenmiştir (1, 45, 46). Relaps önleme teorilerine dayalı önleme programları kalıcı davranış ve yaşam biçimi değişikliği sağlamak amacı ile bu faktörler dahilinde organize edilmektedir (45). Bu programlar, bahsedilen kalıcı davranış ve yaşam biçimi değişikliğini sağlayabilmek için beceri kazandırma (iletişim, öfkeyle ve stresle başa çıkma, sorun çözme) temelli eğitimlerin çoğunu içeren bilişsel-davranışçı yaklaşımı temel alarak yapılandırılmıştır (34, 37, 47, 48, 49). Bu becerilerin kazandırılması ile birey relapsa sebep olan arzuları ile daha kolay baş edebilmekte, relaps oranı azalmakta ve birey psikolojik ve sosyal problemlerini çözümleyerek maddeden uzak bir yaşam biçimi benimsemekte ve sosyal işlevselliğini yeniden kazanmakta, esenlik algısının yükselmekte ve bireylerin tedavi ve rehabilitasyonunda tıbbi maliyetler açısından tasarruf sağlanmaktadır (48, 50).

Günümüzde kullanılan relaps önleme programları, madde kullanım bozukluğu olan bireylere uygulanan psikososyal müdahalelerin çoğunun ayrılmaz bir parçasıdır (2, 31, 37, 51,). Yapılan birçok çalışmada relaps önleme programlarının özellikle relaps oranlarında iyileşme olmak üzere, pek çok alanda etkili olduğu görülmüştür (13, 52, 53, 54). Ülkemizde ise Ögel ve arkadaşları (55) tarafından sigara alkol ve madde bağımlılığını tedavi amacı ile Bilişsel Davranışçı Teori, Farkındalık ve Kabullenme Terapisi ve Diyalektik Davranışçı Terapiden yararlanılarak Sigara, Alkol ve Madde Bağımlılığı Tedavi Programı (SAMBA) geliştirilmiştir. SAMBA programının madde kullanım bozukluğu olan bireylerde relapsı önleme, öfke ve stresle başa çıkma ve maddeyi arama davranışının azalmasında etkili olduğu belirlenmiştir (55).

Madde kullanım bozukluğunda relapsı önleme çalışmaları hem tıbbi tedavi ve hem de rehabilitasyon aşamalarında gerçekleştirilebilir. Bu aşamalarda da bireyle en çok temas eden ve belki de bireyi en iyi değerlendiren sağlık ekibi üyesi hemşiredir.

Hemşirelerin sahip oldukları bu özellikli konum hastanın tedavisindeki tüm aşamalarda ve aynı zamanda madde kullanım bozukluğu olan bireylerle yürütülecek psikoeğitim programları açısından da onları kilit konuma getirmektedir (57, 58, 59). Relapsı önleme konusunda dünyada geçerliğini koruyan ve kullanılan programlar bulunmakla beraber, ülkemizde doğrudan relaps önlemeyi hedef alan ve relaps önlemede etkililiği kanıtlanmış program bulunmamaktadır. Konu ile ilgili daha önemli kanıtların elde edilmesi için geliştirilecek relaps önleme programlarının etkililiğini değerendiren daha fazla kontrol gruplu müdahale çalışmalarına ihtiyaç duyulmaktadır. Daha önce de bahsettiğimiz gibi, relapsı önleme programlarında relapsı önleme oranı kadar sosyal işlevsellik, algılanan esenlik ve stresle baş etme becerileri gibi faktörlerin de ele alınması ve yönetilmesi önem taşımaktadır. Çünkü relapsın önlenmesi bireylerin stresle başa çıkma becerilerinin, sosyal ilişkilerdeki işlevsellik düzeylerinin ve esenliklerinin arttırılması ile mümkündür. Bu nedenle literatür taranarak relaps önleme ile ilgili elde edilen kaynaklardan temel alınarak geliştirilecek olan bir psikoeğitim programının relaps önleme, stresle başa çıkma, sosyal işlevsellik ve algılanan esenlik üzerindeki etkisinin araştırılmasına ihtiyaç bulunmaktadır.

1.2. Araştırmanın Amacı

Bu çalışmanın amacı; madde kullanım bozukluğu tedavisi alıp bırakmış bireylerde relapsı önleme psikoeğitim programının relaps oranı, sosyal işlevsellik, algılanan esenlik ve stresle başa çıkma becerileri üzerine etkisinin incelenmesidir.

1.3. Araştırmanın Hipotezleri

Çalışma sonunda ve izleme ölçümünde müdahale grubunda;

H_1: Relaps görülme oranı çalışma sonunda ve üç ay sonraki izlem ölçümlerinde %35'in altında olacaktır.

H_2: Sosyal işlevsellik ölçeği ve algılanan esenlik ölçeği puanları ilk ölçüm puanlarına göre artacaktır.

H_3: Stresle başa çıkma tarzlarından kendine güvenli, iyimser ve sosyal destek arama yaklaşımı puanları ilk ölçüm puanlarına göre artmış, çaresiz ve boyun eğici yaklaşım puanları azalmış olacaktır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Madde Kullanım Bozukluğu

Günümüzde madde kullanım bozukluğu, tüm dünyada her cinsiyet, yaş, ırk, sosyal ve ekonomik koşullarda görülebilen en önemli toplum sağlığı problemlerinden biridir (13, 42, 60, 61). Önceleri bağımlılık kavramı yerine "tutsaklık", "alışkanlık" gibi kavramların kullanıldığı, madde bağımlılığı olan bireylerin de günahkar veya suçlu olarak kabul edildiği bilinmektedir (62, 63). Daha sonra bilimsel gelişmeler ve sosyal reformları takiben 1951 yılında Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından bağımlı bireyler hasta olarak değerlendirilmeye başlanmış (63), 1960'larda bu duruma ciddi bir halk sağlığı problemi olarak bakılmış ve 1964 yılından itibaren de "bağımlılık" terimi kullanılmaya başlanmıştır (7, 20, 62, 64, 65). Tüm bu gelişmelere rağmen bağımlılığın nedenleri, tedavisi ve önlenmesine yönelik ciddi çalışmalar 1970'lerde başlayarak önemli bir uğraş alanı haline gelmiş (67, 65) ve 1980'lerden itibaren de bu alanda yapılan çalışmalar artmaya başlamıştır (7).

Madde kullanımı DSM'nin 1952'deki ilk baskısında ve 1968'deki ikinci baskısında sosyopatik kişilik bozukluğu başlığı altında ve oldukça sınırlı biçimde ele alınmıştır. DSM-III madde kullanım bozukluklarını ilk kez bağımlılık ve kötüye kullanım biçiminde ayırarak sınıflandırmıştır (63). DSM IV'te ise madde kötüye kullanımı ve madde bağımlılığına daha hiyerarşik bir yaklaşım benimsenmiştir. Madde kötüye kullanımının daha az ciddi bir sorun olarak (3) bağımlılığın başlangıç noktası olduğu ve madde bağımlılığının madde kötüye kullanımından daha ağır (63, 66) ve damgalanmaya yol açacak kadar ciddi bir bozukluk (3) olduğu düşünülmüştür (63, 66). DSM V'te ise, DSM IV'ten farklı olarak, madde bağımlılığı ile madde kötüye kullanımı, iki ayrı tanı kategorisi olmaktan çıkarılarak her iki durum da madde kullanım bozukluğu başlığı altında ele alınmıştır (63, 67). DSM V'te madde kullanım bozukluğu tanısı koyabilmek için yasal sorun yaşama kriteri çıkarılmış ve aşerme (crawing) dahil edilmiştir (63, 67). DSM V'te madde kullanım bozukluğu; ağır olmayan biçimden, süreğen depreşen ağır duruma dek değişen aralıkta, zorlantılı madde alımı olarak tanımlanmış (67) ve madde kullanım bozukluğu için yeni tanı kriterleri belirlenmiştir (63).

Madde kullanım bozukluğu, bir maddenin amacı dışında ve o maddenin fizyolojik bir gereksinime yanıt vermeden giderek niyet edilenden daha uzun süre ve daha fazla miktarda kullanılması, kişinin kullanımı sınırlandırmaya karşı aşırı isteği bulunmasına rağmen bırakamamasıdır. Bunlarla beraber kişinin yaşamında sorunlara neden olmasına rağmen kullanımının sürdürülmesi, madde alımı azaltıldığında ya da bırakıldığında yoksunluk belirtilerinin ortaya çıkması ve kişinin zamanının büyük çoğunu madde arayarak geçirmesi ile giden bir tablodur (17, 64, 68, 69, 70). Genetik, nörobiyolojik, çevresel ve sosyokültürel temelli ciddi bir hastalık olan madde kullanım bozukluğunun ana özelliği, madde kullanımı ile ilişkili ruhsal ve bedensel sağlıkta ya da sosyal ve aile yaşamında önemli sorunlar ortaya çıkmasına karşın bireyde bu durumu yinelemeye yönelik engellenemeyen bir istek olması ve bunu sürdürmek için bilişsel, davranışsal ve fiziksel belirtiler oluşmasıdır (7, 17, 18, 50, 62, 71, 72). DSÖ madde kullanım bozukluğunu; "kişide kullanma davranışının, bir zamanlar kendisi için değerli başka davranışların yerini alan öncelikli bir durum haline geldiği bir sendrom olarak tanımlamaktadır (73).

Sadece bir davranış bozukluğu değil, aynı zamanda kronik ve tekrarlayıcı özelliklere sahip bir beyin hastalığı olan madde kullanım bozukluğu bir süreç şeklinde gelişmektedir (4, 11, 74,). Madde kullanılmaya başlandıktan ne kadar süre sonra bağımlılık gelişeceği bilinememekle birlikte, bir kez kullanım dahi risklidir (75). Madde kullanıcıları ara sıra kullanmak amacıyla ve kontrol edebileceği inancı ile maddeyi denemekte ve hiçbir zaman bağımlı olabileceğini düşünmemektedir (4). Maddeler ilk alındığı zaman ortaya çıkan rahatlama, yatışma, keyif alma, sarhoşluk, uyarılma, hayal alemine dalma ve bunun gibi birçok belirtiler nedeni ile kişi dış dünya yerine bu sahte hayal ortamını tercih etmeye başlayabilmektedir. Zaman içinde madde kullanımı ile elde edilen sahte iyilik halini tekrar tekrar elde etme isteğinin o maddeyi daha sık kullanma isteğini doğurması nedeni ile kişi karşı koymakta zorlandığı bir isteğin ve maddeyi arama davranışının içine girmektedir. Böylece alınan maddenin giderek miktarı artmakta; kişi maddeyi kullanma sıklığını ve miktarını gittikçe artırmak zorunda kalmaktadır. Tüm bu sözü edilen süreçler bir araya geldiği zaman ise madde kullanımının kaçınılmaz sonucu olan madde kullanım bozukluğu gelişmektedir (4, 76). Kişi çoğunlukla bağımlı olduğunun farkına varamamakta ve ne yazık ki bağımlı hale geldikten sonra bağımlılıktan kurtulamamaktadır. Bu durum

bağımlılığın düzelmeyeceği anlamına gelmemektedir. Ancak kişinin madde kullanmadığı sürece iyi olduğu ve madde kullandığı andan itibaren bağımlılık sorununun derhal canlanıp her şeyin yeniden başladığının unutulmaması gerekmektedir (4).

Bağımlılığın, maddeyi alma isteğinin giderek maddeye karşı aşerme düzeyinde bir özleme (crawing) dönüşüp madde alındığında doyum, rahatlama ve hazzın meydana geldiği, psikolojik bir alt grubu vardır. Bunun yanında bir de maddenin belli bir süre kullanımının ardından ani olarak kesilmesini izleyen dönemde bazı olumsuz huzursuz edici belirtilerin ortaya çıktığı, fiziksel alt grubu vardır (7, 71, 77, 78). Ancak, günümüzde bağımlılığı fiziksel ve psikolojik olarak birbirini izleyen iki farklı sürece ayırmanın çok doğru olmadığı düşünülmektedir. Çünkü kişide hem psikolojik, hem de fiziksel bağımlılık aynı anda veya tek tek görülebilmektedir. Bunun yanı sıra, bağımlılığı farklı alt gruplar şeklinde sınıflandırarak bir türün diğerine göre daha kolay tedavi edilebilir olduğunu vurgulamanın bilimsel olarak hatalı bir yaklaşım olduğu ve böyle bir ayrımı yapmanın pratikte de bir yararı olmadığı düşünülmektedir (7, 13, 63, 79). Bu nedenle bağımlılığın şiddetli mi hafif mi olduğu, hangi türde olduğu ya da hangi maddeye olduğu değil, kişiye neler yaşattığı önemli olmaktadır (80).

2.2. Madde Kullanım Bozukluğuna Neden Olan Maddelerin Sınıflandırılması

Kullanım bozukluğuna sebep olan maddelerin bir kısmı tıpta, bir kısmı da tıp dışında kullanılan maddelerdir (20). Bu maddeler doğal ya da sentetik, yasal ya da yasadışı olabilir (22). Madde kullanım bozukluğuna neden olan bu maddelerin sınıflandırılmasında ortak bir paydada buluşulamamaktadır. En son olarak DSM-V'teki sınıflandırma; alkol, kafein, esrar, halusinojenler (fensiklidin bu gruba dahil edilmiş ve grup kendi içinde fensiklidin ve diğer halusinojenler olarak ayrılmıştır), inhalanlar, opiyatlar, sedatif-hipnotik ve anksiyolitikler, stimulanlar (amfetamin, kokain ve diğer stimülanlar), nikotin ve diğer (ya da bilinmeyen maddeler) şeklindedir (63).

Maddeler, ayrıca, etkilerine göre; uyuşturucular (narkotikler; afyon ürünleri, morfin, sentetik ve yarı sentetik narkotik analjezikler), yatıştırıcılar (depresanlar; alkol, sedatif ve trankilizan ilaçlar), uyarıcılar (stimulanlar; kokain, amfetamin grubu,

khat) ve halusinojenler (esrar, fensiklidin, meskalin, LSD) olmak üzere 4 ana gruba ayrılmaktadırlar (81, 82).

Bu maddelerin bağımlılık yapmalarının yanı sıra; beyin ve bağlantılı sistemleri dolaylı/dolaysız etkilemeleri, yaşam için gerekli olmamaları, sahte bir iyi oluş hali yaratmalarıve kendi alımlarını pekiştirici etkide bulunmaları gibi ortak özellikleri bulunmaktadır (3, 20, 83).

2.3. Madde Kullanım Bozukluğunun Epidemiyolojisi

Madde kullanımı tüm dünyada ve ülkemizde büyük kayıplara yol açan, büyük bir tehlike halini alan ve hatta kimyasal iç savaş olarak nitelenebilen durumdur (20).

2.3.1. Dünya'da Madde Kullanımı

Önemli toplumsal, sosyal, psikolojik, ekonomik ve sağlık sorunları oluşturan hatta ölüme sebep olan madde kullanım bozukluğu (12), dünyanın gelişmiş veya gelişmemiş birçok ülkesinde giderek büyüyen ve hızla yayılan çok önemli bir sorundur (2, 20). Birleşmiş Milletler Uyuşturucu ve Suç Bürosu (UNODC)'nun raporlarına göre 2013 yılında dünya genelinde madde kullanımına bağlı ölüm sayısı 187.100'dür (10).

UNODC tarafından hazırlanan 2005 Dünya Uyuşturucu Raporunda, uyuşturucu kullananların her yıl %8 oranında arttığı ifade edilmektedir ve yine 2005'te açıklanan verilerine göre tüm dünyada toplam 200 milyon kişi (15-64 yaş arası nüfusun %5'i), son bir yıl içerisinde yasadışı madde kullanmıştır (49, 84). 2012 verilerine göre ise 15-64 yaş arası bireylerde dünya nüfusunun %5,2'sine karşılık gelen 243 milyon kişinin bir yıl içerisinde en az bir kez bir yasadışı madde kullandığı tahmin edilmektedir. 2013 yılı Dünya İlaç Raporu verilerine göre de dünyada 15-64 yaş arası insan popülasyonunda bir kez yasadışı madde kullanan kişi sayısı tahminen 250 milyon kişidir (10).

Dünya genelinde, tütün dışlandığında alkol ve madde kullanım bozuklukları, erişkinlerdeki hastalık yükü nedenleri arasında altıncı sırada yer almaktadır (66). Sonuç olarak dünya genelinde madde kullanımının önemli bir sorun olduğunu söylemek mümkündür.

2.3.2. Türkiye'de Madde Kullanımı

Madde kullanımı son yıllarda Türkiye için de çeşitli önleme müdahalelerine rağmen, özellikle adölesanlarda olmak üzere (64, 85, 86), giderek artan, birey ve toplumu tehdit eden önemli bir toplum sağlığı sorunu haline gelmeye başlamıştır (3, 14, 87, 88, 89, 90). Ülkemizde madde kullanımının diğer Avrupa ülkelerine göre daha düşük oranda olduğu ve daha az yaygın görüldüğü bilinmekle birlikte son yıllarda madde kullanım sıklığında ciddi bir artış olduğu ortaya çıkmıştır (3, 60, 64, 88, 89).

Büyüyen tehdide paralel olarak son yıllarda ülkemizde madde kullanımı ile ilgili yapılan çalışmalar artmaktadır (22, 66). Ancak madde kullanımının boyutlarını ortaya koyabilecek geniş çaplı bilimsel araştırma sayısı oldukça azdır (22, 49, 66, 71, 91, 92) ve yapılan araştırmaların çoğu genel toplum örneklemlerine dayalı olmayan bölgesel çalışmalardır (22, 66, 91). Ayrıca araştırmaların yetersiz olmasından dolayı hala madde kullanımının ülkemiz için ne ifade ettiğini, risk derecesini ve risk bölgelerini maalesef sağlıklı verilerle değerlendirmek mümkün olamamaktadır (27).

Savaşan (26) ve EMCDDA (60), Türkiye'de bugüne kadar genel nüfusta madde kullanım yaygınlığını gösteren, ülke genelini kapsayan bir çalışma olmamakla birlikte yapılan en kapsamlı araştırmanın, toplumu ve gençleri temsil eden ve Türkiye Uyuşturucu ve Uyuşturucu Bağımlılığı İzleme Merkezi (TUBİM) tarafından yapılan çalışma olduğunu ortaya koymaktadır. Yapılan bu çalışmada, hane halkı araştırma sonucu yaşam boyu madde kullanım sıklığı %2.7 olarak bulunmuştur (93). İstanbul'da 1991 yılında yapılan diğer bir araştırmada ise, yaşam boyu en az bir kez alkol dışında psikoaktif madde kullanım oranı %2,2 bulunmuş; bu oran, 1995 yılında %4; 1996 yılında %4,2 (94) ve 2000 yılında ise %3,6 olarak ölçülmüştür (22). Yapılan başka bir araştırmada da lise öğrencilerinin %5,5'inin yaşamları boyunca en az bir kez esrar kullandığı (95) ve 2010 yılında benzer bir örneklemle yapılan çalışmada da en az bir kez esrar kullanımı oranın %3,3 olduğu saptanmıştır (92). Ögel (96), daha önce yapılan araştırma bulgularını karşılaştırdığı çalışmasında esrar, eroin, ekstazi ve kokain kullanımında artış olduğunu saptamıştır.

Türk Eğitim Sendikası (97)'nın; 40 ilde 13 bin 430 öğrenciyle (9-17 yaş arası) yapmış olduğu çalışma sonuçlarına göre öğrencilerin %2,9' unun madde kullandığı saptanmıştır. Aynı yıl İstanbul' da yapılan bir başka araştırmada ise, lise

öğrencilerinde son üç yılda; eroin kullanımının %100, ecstasy kullanımının ise %300 oranında arttığı saptanmıştır. Türkiye Büyük Millet Meclisi (TBMM) (98) tarafından 60 ilde 261 okulda (130 resmi, 131 özel) şiddet olaylarını konu alan bir başka araştırmada, 26009 öğrenciye ulaşılmış, detaya girilmeden madde kullanımı sorulmuş ve son üç ay içinde bağımlılık yapıcı madde kullanım oranı %2,9 olarak tespit edilmiştir. 2010 yılında Çanakkale' de yapılan bir başka çalışmada herhangi bir madde kullanım oranı %2,4 olarak saptanmıştır (93). Ünlü (90) 'nün İstanbul genelinde 2008 ve 2010 yıllarında 31.272 lise öğrencisi üzerinde yaptığı araştırma sonuçlarını karşılaştırdığı çalışmasında ise; kullanım oranının sigara için %40,9 iken %47'ye, alkol için %17,3 iken %25,5'e ve esrar için ise %2,9 iken %4,8'e yükseldiği bulunmuştur.

Yapılan araştırmaların sonuçlarına ve narkotik kayıtlarına göre ülkemizdeki madde kullanım yaygınlığının Avrupa ülkeleri veya Amerika Birleşik Devletleri ile karşılaştırıldığında, daha düşük olduğu ancak, her geçen gün madde kullanım yaygınlığının giderek arttığı ve tehlikenin büyüdüğü dikkat çekmektedir (4, 66, 22, 91, 99)

2.4. Madde Kullanımının Etyolojisi

Madde kullanım bozukluğunun oluşmasında biyolojik, genetik, psikolojik, sosyal ve çevresel birçok faktör birlikte rol oynamaktadır (100).

2.4.1. Biyolojik ve Genetik Faktörler

Madde bağımlılığının biyolojik nedenleri ile ilgili olarak; merkezi sinir sistemi başta gamaaminobütirik asit (GABA), glutamat, dopamin, noradrenalin olmak üzere birçok baskılayıcı ve uyarıcı nörotransmitter sistemlerinde bu nörotransmitterlerin birbirleriyle, diğer nörotransmitter ve nöropeptid sistemleriyle ilişkilerinde oldukça karmaşık bir yapının ortaya çıktığı düşünülmektedir (101).

Madde kullanımında genetik yatkınlığın önemli bir yeri bulunmaktadır (102, 50). Öte yandan, madde kullanım bozukluğunda tek başına genetik faktör faktör/faktörlerin etkili olmadığı, bunlara ek olarak en az bir faktörün daha (örneğin, çevresel faktörler) olması gerektiği ileri sürülmektedir (4, 22).

2.4.2. Çevresel ve Sosyal Faktörler

Çevresel ve sosyal faktörler arasında, yaşanılan ev, yanlış ebeveyn tutumları ve aile ilişkilerinin, arkadaşlarının veya ailesinden birinin madde kullanıyor olmasının, toplumun madde kullanımına bakış açısının, kültürel ve dini faktörlerin ve maddenin kolay bulunabilir olmasının önemli olduğu düşünülmektedir (4, 72, 86, 103, 104). Ayrıca genç olmak (özellikle 15-24 yaş aralığı), sapkın davranışlar sergileyen arkadaşlara ve ekonomik sorunlara sahip olmak ve meraklı olmak risk yaratan faktörler arasındadır (2, 22, 86, 105). Ülkemizde, özellikle hızlı şehirleşme ve nüfus hareketleri, buna bağlı olarak kentsel nüfusun artışı ile birlikte kültürel ve sosyal bağların zayıflaması, kente gelen gençleri spor ve kültürel etkinliklere yönlendirecek uygun imkanların sağlanamaması ve başta internet olmak üzere teknolojinin kötü amaçlarla da kullanılmaya açık olması gibi etmenler bireylerin madde kullanımına yönelmesinin diğer nedenleri arasında sayılmaktadır (89, 101).

2.4.3. Kişilik Özellikleri

Madde kullanım bozukluğu konusunda, tek bir kişilik özelliği ile bağımlılığın gelişimi arasında doğrudan bir neden-sonuç ilişkisi kurulamamaktadır. Ancak bağımlılığın gelişiminde etkili olan bazı kişilik özellikleri ve biyolojik temelli mizaç özelliklerinden söz edilmektedir (22). Bu özellikler şunlardır:

- Bağımlı, aşırı güvensiz ve kırılgan olma,
- Günlük yaşamın zorlukları ile başa çıkabilecek yeterliliğe ve rekabet gücüne sahip olmama,
- Engellenmeye karşı düşük dayanma eşiğine sahip olma,
- Kararsız bir duygulanım gösterme ve düşük benlik saygısı,
- Öfkeli ve sinirli bir yapıya veya tam tersi içine kapanık, duygularını ifade etmekte güçlük çeken bir yapıya sahip olma,
- Sürekli olarak heyecan arayışı içinde olma, impulsif davranışlar gösterme (46) ve hayatını önemli ölçüde yönlendiren bir zevk düşkünlüğüne (hedonism) sahip olma,

- Güvensizlik, güçsüzlük ve başarısızlıklarını kapatabilmek için sürekli olarak toplumu ve otoriteyi eleştirme, kuralları ve yasaları çiğneme eğilimi gösterme ve yüksek suç işleme potansiyeline sahip olma (2, 106, 107, 108).

Öte yandan madde kullanımı bozukluğu ile kişilik arasındaki ilişkiyi irdelerken aşağıdaki noktalara dikkat edilmesi gerektiği vurgulanmaktadır:

1. Ortak bazı kişilik özellikleri saptanmakla birlikte bu bulgular bütün bağımlılar için genellenemez.
2. Bağımlılarda büyük oranda kişilik bozuklukları da saptanmıştır. Kişilik bozukluğu ile kişilik özelliklerini ayırmak gerekir.
3. Bağımlılık geliştikten sonra bu kişilerde, içinde bulundukları sosyokültürel ortam nedeni ile bazı yeni kişilik yapıları gelişmektedir. Bu nedenle bazı kişilik özelliklerinin bağımlılık sonrasında mı geliştiği, yoksa bunların bağımlılık öncesi var olup, bağımlılığa neden mi olduğu sorusu halen tartışılan bir konudur.
4. Bağımlılık önceleri bir kişilik sorunu olarak açıklanırken, artık kişilik sorunu ile doğrudan ilişkili olmayan bir "davranış biçimi ve hastalık" olarak ele alınmaktadır (22).

2.5. Madde Kullanım Bozukluğunda Tedavi

Madde kullanım bozukluğunda tedavi için başvuran her hastanın tedaviden yararlanma olasılığı vardır (109). Tedavide iki kritik nokta bulunmaktadır. Bunlardan birincisi yoksunluk krizinin kontrol edilmesi, ikincisi ise iyileşmiş hastada tekrar madde kullanımının (relaps) önlenmesidir (27).

Her hastanın tedaviden faydalanma olasılığı varken, kültürümüzde madde kullanımı ile ilgili önyargılar ve bilgisizlik hastanın tedaviye gelmesini engellemektedir. Madde kullanan bağımlıların neredeyse tümü ilk dönemlerde maddeyi kendi başlarına bırakabileceklerine inanırlar ve tedaviye başvurmadan başarısızlıkla sonuçlanan bir bırakma girişimde bulunurlar (22). Bağımlı birey tedaviye başladıktan sonra karşılaştığı etiketlenmeden ve hastalığın doğasındaki maddeye duyulan yoğun istek ve madde arama davranışından dolayı tedavide kesintiler yaşanır (110). Tedaviyi kesintiye uğratan bu durumlarla baş edebilmeye

yönelik rehabilitasyon programlarının olmayışı da tedaviye uyumu iyice zorlaştırmaktadır (76).

Madde kullanım bozukluğunda tedavinin ilk şartı ve basamağı kişinin bu durumu bir problem olarak görmesi ve maddeyi bırakmak istemesidir (80, 101). Bu ilk aşama tedavi motivasyonunu sağlama sürecidir (2, 40, 56) ve bireyin tedavi olmaya istekli olması tedavi şansını son derece yükseltmektedir. Aksi halde, zorlamayla kişileri bağımlı oldukları maddeden kurtarmak mümkün değildir. Tedavide ikinci önemli husus ise, durumun erken teşhis edilmesi ve tedaviye başlanmasıdır. Erken teşhis edilemeyen vakalarda tedavi uzamakta ve iyileşme süreci gecikmektedir (2). Erken teşhis edilen ve tedavi olmayı kendi kabul eden kişide tedavi başarısı artmakta; tedavi devamlı olmakta, tedavi sonrası tekrar madde kullanılmamakta ve rehabilitasyon sürecinde olumsuzluklarla baş edebilme mümkün olmaktadır (40).

Madde kullanım bozukluğunda remisyon ve relaps tedavinin sonucunu belirleyen iki temel süreçtir (27, 36, 111). Tedavide remisyon dönemini olabildiğince uzatmak (9) ve bu dönemde yaşamın diğer alanlarındaki işlevlerde (iş hayatı, aile ilişkileri, eğitim vs) düzelme yaşanması amaçlanmaktadır (22). Bu amaç doğrultusunda tedavinin ana hedefleri de kişinin ruhsal, fiziksel ve sosyal yönden düzelmesini sağlamak, kullandığı maddeyi tamamen bırakmasına yardımcı olmak, kendisine ve topluma zarara verici davranışlarını azaltmak (3), maddeyi bıraktıktan sonra ailede ve toplum içinde üretken bir yaşama geri dönmesini sağlamak olmaktadır (4, 22, 112).

Madde kullanım bozukluğu tedavisinde her bireye uygun tek bir tedavi yöntemi olmadığından, bireye özgü, bireysel gereksinimlerin göz önünde bulundurulduğu ve bireyin ihtiyacı olduğu süre kadar bir tedavi planlanmalıdır (22, 101). Tüm bağımlılık yapan maddelerin tedavisinde her birinin tedavideki yeri ve önemi farklı olan (22, 76, 112) ve yoksunluk dönemine yönelik bir farmakolojik tedavi uygulanmaktadır (114). Ancak, madde kullanım bozukluğunun ilaçla kesin tedavisinin olduğunu söylemek mümkün değildir, böyle bir yaklaşım bilimsel olarak gerçeği yansıtmamakta ve sadece yeni bağımlılar oluşumuna yardımcı olmaktadır (7, 72). Farmakolojik tedavi devam ederken biyopsikososyal temelleri olan, bireyin aile ve çevresini, eğitim, mesleki, hukuki ve sosyal hayatını düzenlemeyi hedefleyen ve

maddeyi bırakmada beceriler kazandıran, tekrar kullanımı önleyici tedavi programlarının daha ön planda olduğu multidisipliner bir tedavi yaklaşımının sergilenmesi gerekmektedir (3, 4, 66, 72, 91). Bu bağlamda madde kullanım bozukluğu tedavisi iki aşamadan oluşmaktadır: Tıbbi tedavi ve psikososyal tedavi.

2.5.1. Tıbbi Tedavi

Madde kullanımı sırasında vücudun oluşturduğu denge, maddenin bırakılmasından sonra bozulmakta ve vücut yeni bir denge oluşturmaya çalışmaktadır. İşte bu dönemde önemli bedensel sorunlar yaşanabilmektedir. Bu bedensel belirtileri gidermek için tıbbi müdahaleler gerekmektedir (20, 57, 101). Detoksifikasyon bu tıbbi müdahalelerden biridir ve iyileşme sürecini başlatmak için ilk aşama olarak kabul edilmektedir (115). Kullanılan maddenin bırakılmasından sonra, vücudun bağımlılık yapan maddeden arındırılması ve ortaya çıkan yoksunluk belirtilerinin giderilmesi için uygulanan müdahale ve tedaviyi kapsamaktadır (20, 56, 76, 101). Bu tedavi ayaktan veya yatarak uygulanabilir. Detoksifikasyonda, kullanılan madde tamamen kesilir ve yerine daha düşük fiziksel bağımlılık oluşturan bir madde verilir ya da yoksunluk sendromunun hafif geçmesini temin edecek bazı sakinleştirici ilaçlar verilerek vücudun maddeden arınması sağlanır (56, 72). Detoksifikasyon, tedaviye başlamada gerekli bir adım olsa da, tek başına uzun süreli bir ayıklık sağlamada ya da madde bağımlılığından tamamen kurtulmada nadiren yeterlidir (20, 72).

Bağımlılıkta farmakolojik tedavi psikiyatrinin diğer alanlarına göre daha yavaş bir seyir izlemekle (68) beraber, alkol, opiat ve nikotin bağımlılığı tedavilerinin etkisini arttırmak için giderek artan bir şekilde kullanılmaktadır (66). Özellikle 2010 yılında uygulamaya giren ve opiat bağımlılığı tedavisinde opiat antagonisti olarak kullanılan methadone ve buprenorphine kullanımı ile kişinin yoksunluk belirtileri ve madde kullanımının sebep olduğu olumsuz sosyal etkiler önemli ölçüde azalabilmektedir (35, 105, 116).

Detoksifikasyon aşamasını takiben uzun bir tedavi süreci ile (115) iyilik süresini uzatmak için psikososyal ve davranışçı yaklaşımların yer aldığı terapi ve rehabilitasyon sürecinin başlaması gereklidir (20).

2.5.2. Psikososyal Tedavi

Tedavide detoksifikasyon tamamlandıktan sonra maddeye karşı duyulan yoğun arzu devam ettiği için (1, 20), hastanın tedavisinin uzun dönem sürmesi gereklidir (1). Bu tedavinin uzayan döneminde ilaçlar, tedavinin başarısında ve remisyon döneminin uzamasında yeterli olmadığından, tedavinin başarısı ile yakından ilgili olduğu kanıtlarla desteklenen psikososyal tedavi programlarının kullanılması ihtiyacı doğmuştur (28, 30, 51, 52, 110, 117, 118, 119, 120). Psikososyal tedavide, aileye müdahale, psikodinamik yaklaşımlar, bilişsel davranışçı yaklaşımlar, motivasyonel görüşme, kendi kendine yardım grupları yöntemleri gibi pek çok müdahale yöntemi mevcuttur (101, 121). Şimdiye kadar yapılan araştırmalar, bağımlılık tedavisinde uygulanabilen bu psikososyal tedavi türlerinden birinin herhangi bir diğerine üstün geldiğini göstermemiştir (114). Genelde psikososyal tedavi programlarının her biri bir şekilde diğerini desteklediğinden ve farmakolojik tedaviyi güçlendirdiğinden bunlardan birinin değil birkaçının beraberce kullanılmaya çalışılması önerilmektedir (2, 101). Ayrıca tedaviye bireyin aile, eş ve arkadaşlarının dahil edilmesinin ve onlarla işbirliği yapılmasının tedavinin etkinliğini daha da arttırdığı bildirilmektedir (106).

Bireysel veya grup şeklinde uygulanabilen psikososyal tedavi programlarının tıbbi tedaviyi güçlendirmek ve uzun dönemde maddeden uzak durmayı sağlamak gibi amaçları vardır (2). Bu tedavi programları, hastaların uzun dönem amaçlarına ulaşabilmeleri için öz yeterliliklerini yeniden inşa edip yaşam stresini azaltmayı, dolayısıyla da problemin döngüsel şekilde tekrar nüksetme ihtimalini azaltmayı, bireyin topluma dahil olmasını ve yaşamını yeniden yapılandırarak, üretken bir yaşam tarzını benimsemesini hedeflemektedir (2, 76, 122). Genel olarak standart bir içeriği olmayan bu tedavi programları hedeflerine ulaşmak için; kişinin kendini değerlendirme yetisini kazanmasını ve kendini tanımasını, motivasyonunun artmasını, madde kullandığı etkinliklerin yerine daha yapıcı etkinliklerde bulunmasını sağlamaya sorun çözme becerilerini artırmaya ve tekrar kullanmaya başlamasının engellenmesi için gerekli bilgileri ve becerileri kazanmasına yönelik olmaktadır (20, 51, 56, 76, 118).

Psikososyal tedaviler, günümüzde madde kullanım bozukluğu tedavisinin en önemli bileşeni olarak kabul edilmiş olmasına (51) karşın, ülkemizde tıbbi tedaviden

sonra uygulanan standartlaşmış psikososyal tedavi programları bulunmamaktadır (87). Uygulanan kısa süreli tıbbi tedavi ve sosyal uyum programları sonrasında kişilerin benzer ortamlara gerekli baş etme becerilerini kazanmadan, sosyal destek mekanizmaları güçlendirilmeden dönmeleri remisyon süresini kısaltmakta ve relaps riskini artırabilmektedir (87, 121). Marlatt ve Gordon (123)'un yapmış olduğu çalışma da göstermiştir ki geleneksel uygulamalarla yapılan madde kullanım bozukluğu tedavisinde bir yıl sonraki izlemde başarı oranı %20-35'dir. Bu nedenle, madde kullanım bozukluğunun tedavisinde geleneksel uygulamaların yerine bugün etkililiği kanıtlarla ispatlanmış motivasyonel görüşme ve bilişsel davranışçı yaklaşımları içeren psikososyal tedavi programlarının da tedaviye eklenmesi ve yaygın olarak kullanılması gerekmektedir (124).

2.6. Relaps

Madde kullanan kişilerin bir çıkmazı olan relapsın (30) doğru tanımlanması oldukça önemlidir (65). Genel olarak relaps, belirli bir içmeme döneminden yani remisyon sürecinden sonra tekrar içmeye başlamak ve kontrolü kaybederek eski içme dönemlerindeki (gerek miktar, gerekse davranış olarak) duruma gelmek olarak tanımlanmaktadır (36). Ancak literatürde "madde kullanımının başlamasına gizlice neden olan bir süreç", "maddenin tekrar kullanılmaya başlanmasıyla tanımlanan tek bir olay", "madde kullanımının tekrar aynı yoğunlukta başlaması", "birbiri ardına gelen belli sayıdaki günlerde günlük kullanım" (125) gibi birçok relaps tanımı bulunmaktadır.

Marlatt ve Barrett (126) bu alanda yapmış oldukları araştırma sonuçları ile relapsı dinamik bir süreç olarak tanımlamış, tedavi ve iyileşme sürecinde bir kez kullanım (laps) ile relaps arasında fark olduğunu ortaya koymuşlardır. Relaps madde kullanımının bırakıldığı dönemde kısa süreli kullanımın ardından yeniden eskisi gibi madde kullanmaya başlamak olarak, laps ise madde kullanımını bıraktıktan sonra bir kez kullanım olarak tanımlanmaktadır (34, 123, 127, 128). Bu tanımlardan da anlaşılacağı üzere, her kayma relaps değildir ve madde kullanımını bıraktıktan sonraki dönemde bir kez kullanımın ardından bireyin bu duruma gösterdiği tepkiye göre birey remisyon dönemine devam edebilir ancak relaps da yaşayabilir (127, 128).

Madde kullanım bozukluğunun doğasında kronik olması ve tekrar edebiliyor olması vardır (13). Tedavi sırasında yaşanan laps ve relapsın iyileşmeye yol açan bir öğrenme süreci olduğunu düşünen araştırmacıların (17) aksine, ortak kanı relapsın tedavi sürecini olumsuz etkileyen en önemli problemlerden biri olduğu yönündedir (13, 27, 36, 111,). Tedaviden sonraki relaps oranlarının %60-80 oranında olması da (28, 129) bu görüşü güçlendirmektedir.

2.7. Relaps Önleme

Madde kullanım bozukluğu tedavisinin önündeki en büyük engellerden biri olarak kabul edilen relapsın oranının, bir maddeyi bıraktıktan sonraki ilk altı ay içinde yaklaşık %40-50 (9, 29) arasında, sonraki altı ay içinde ise %35-90 arasında değiştiği bildirilmektedir (29, 65, 120). Savaşan ve arkadaşları (26) da relaps oranının ilk altı ayda %55 iken, ilk bir yıl içinde %81'e çıktığını ortaya koymuşlardır. Bir başka çalışmada ise maddeyi bıraktıktan sonraki bir yıllık izlem sonucunda hastaların ancak %39'unun ayıklıklarını devam ettirebildikleri bulunmuştur (130). Detoksifikasyon sonrası relapsı ölçen bir başka çalışmada ise, madde kullanım bozukluğu olan hastaların %50-60'nın birkaç ay içinde relaps yaşadıkları saptanmıştır (30, 131). Sonuç olarak, tedavi sonrası çoğunlukla ilk bir yıl içinde relaps gelişmekte (33) ve bunun da üçte ikisi ilk üç ayda oluşmaktadır (30, 31, 34, 131). Dolayısı ile bu dönemler relaps açısından risklidir (31). Öneminin ilk olarak farkedildiği 70'li yıllarda relaps karamsarlıkla karşılanmış ve kaçınılmaz bir sonuç olarak görülmüştür (47). Ancak, 80'lerden itibaren Carroll (132), Marlatt ve Gordon (123) başta olmak üzere, araştırmacıların yaptıkları çalışmalar bağımlılıkta relapsın kaçınılmaz bir sonuç olmadığını, tedavide remisyonun söz konusu olduğunu ve bu durumun da relapsı önleme ile gerçekleşeceğini belirterek farklı bir bakış açısı yaratmışlardır. Günümüzde relaps önleme amaçlı hazırlanan programların etkili ve yararlı olduğunu gösteren çalışmaların sonuçları (11, 34, 35, 54, 122) da bu görüşü destekler niteliktedir.

Marlatt ve Gordon (123) tarafından 30 yıl önce ortaya konulan relaps önleme modeli daha çok maddeden uzak kalmayı başarma ve bunu devam ettirme için bir sürdürüm tedavisi olarak geliştirilmiş, modelde terapötik kazançları artırmak ve geriye dönüşü azaltmak amaçlanmıştır. Ancak zaman içinde relapsı önlemek için maddeden uzak olmanın önemli bir basamak olmakla birlikte yetmediği, hastanın maddeden uzak

bir yaşam biçimini başarması ve bununla birlikte yaşam işlevlerini en üst düzeyde sürdürmesinin gerekli olduğu ortaya konmuştur. Bu nedenle geleneksel madde kullanım bozukluğu tedavisine relapsa yol açan tetikleyiciler ve relapsı önlemeyi öğrenme de dahil edilmiştir (118). Günümüzde madde kullanım bozukluğu tedavi programlarında ilk amaç, bağımlıyı olabildiğince uzun süre remisyonda tutabilmek ve relapstan korumaktır (36). Remisyonu uzatmak, devamlılığını sağlamak ve istenilen davranış değişikliğini devam ettirmelerinde bireylere yardımcı olmak için bilişsel davranışçı temele dayanan relaps önleme programları geliştirilmektedir (37). Relaps önleme programlarında yer alan başlıklardan tedavinin başarısı için en öncelikli ve önemli olanı kişinin motivasyonun yükseltilmesidir (30, 118, 110). Diğer başlıklar; bağımlılığın tanımlanması, gerçekle uyumlu olmayan düşüncelerin belirlenmesi ve değiştirilmesi, yüksek riskli durumların belirlenmesi, bunlarla baş edebilme becerilerinin geliştirilmesi, laps ve relapsın tanınması ve yönetiminin sağlanması, bilişsel olarak yeniden yapılanmanın oluşturulması, yaşam tarzının maddeden uzak kalacak şekilde değiştirilebilmesi için farkındalık geliştirilmesi ve sosyal becerilerin kazandırılması (28, 123), sorun çözme becerileri, öz etkililik (30, 110), madde isteğine sebep olan olumsuz duygu durumlarına yönelik farkındalık oluşturulması ve bunların nasıl yönetilebileceği olmaktadır (10, 51). Madde kullanım bozukluğu olan bireyler genellikle maladaptif (76) baş etme becerilerine sahip olduğu ve daha dürtüsel hareket edebildikleri için relapsı önleme programlarında düşünce, duygu ve davranışlar konusundaki farkındalığın arttırılması ve beraberinde etkili baş etme becerilerinin geliştirilmesi büyük önem taşımaktadır (13, 118).

Uygulanan relaps önleme programları ile bozukluğu olan bireyin maddenin olmadığı düzenli bir yaşam biçimi geliştirmesine odaklanılmaktadır (9, 51, 117). Bu bağlamda, bireyin iş bulması, yeni arkadaşlar edinmesi, günlük hayatını çevresindeki insanlar gibi sorunsuz yaşamaya başlaması ve topluma uyum sağlaması relapsın önlenmesi açısından son derece önemlidir (106). Tedaviyi takiben yaşanan bir kaymada etiketleme ve yargılama yapılmadan kişinin daha farkında ve kabullenici olmasının sağlanması (69), relaps epizodunun en az zararlı hale getirilmesi ve maddeyi yeniden kullanmaması için yüksek risk içeren durumları yönetebileceği becerilerin geliştirilmesi de tedavinin amaçları arasında yer almaktadır (76, 117, 118). Bu şekilde birey bağımlılık tedavisinde kendisi ile ilgili sorunları daha net görebilmekte, kontrol

edebileceğine olan inancı artmakta ve bu da relapsı önlemek için gerekli davranışların sürdürülmesini sağlamaktadır (76)

Tüm bu sebeplerden dolayı, bireyin taburcu olup evine dönmesinden sonraki ilk bir yıl içerisinde belli zaman aralıklarında uygulanacak bireysel ya da grup psikoterapilerine katılması tekrar maddeye başlamayı önleme konusunda oldukça önemlidir (9, 32, 133, 134). Bağımlı bireyde madde kullanımı olmaksızın geçen süre arttıkça, yeterlilik/etkililik duygusu da artmakta ve relaps olasılığı da azalmaktadır (9).

2.8. Madde Kullanım Bozukluğunda Sosyal İşlevsellik

Sosyal işlevsellik, kişinin doğal çevresindeki (işte, evde ya da sosyal çevresinde ve haz aldığı etkinliklerde) toplum tarafından tanımlanmış olan ev hanımı, çalışan, öğrenci, eş, aile üyesi, arkadaş gibi rolleri yerine getirme yeterliliğini ve doyumunu kapsamaktadır (38, 135). Daha genel bir tanımla sosyal işlevsellik çalışabilme, kişilerarası ilişkileri sürdürebilme ve kendi bakımını yapabilmedir (39, 136, 137). Kişinin sosyal işlevsellik düzeyi sosyal destek, aktivite düzeyi ve genel yaşam işlevselliğini etkilemektedir (20, 39, 136, 137). Sosyal işlevsellikteki bozulma bireylerin rollerini yerine getirebilme, kendi bakımlarını yapabilme becerilerinde azalmaya, sosyal, ailevi ve mesleki rol işlevinde problemlere ve boş zaman aktivitelerine katılmayla ilgili becerilerinde düşmeye neden olmaktadır (38, 39).

Son yıllardaki çalışmalarda kronik hastalıklardaki ruhsal sorunların belirlenmesinde ve tedaviye cevabın değerlendirilmesinde (20, 135) sosyal işlevsellik kavramı öne çıkmış ve ruhsal bozukluklarda bireyin sosyal işlevselliğinin etkilendiği bulunmuştur (39, 135, 137). Kronik ve tekrarlayan bir hastalık olan madde kullanım bozukluğunda (73) bireyde aktivite intoleransı, beden gereksiniminden az beslenme, kendine bakımda yetersizlik gibi fiziksel sorunlar ve rol performansında değişim, umutsuzluk, güçsüzlük, benlik saygısında bozulma, aile sürecinde değişim tekrarlayan hastane yatışlarının neden olduğu sosyal ve mesleki güçlüklerle (39) birlikte işlevselliğin birçok alanı olumsuz olarak etkilenmektedir (21, 66). Aynı zamanda bozukluğu olan kişide, madde kullanmanın ilerleyen evrelerinde, insan olmanın gerekleri olan sağlık, eğitim, çalışma gibi haklar zamanla kaybedilmekte, sağlıksız yaşam, yeti yitimleri, eğitimini yarıda bırakma, çalıştığı işten atılma gibi olumsuz sonuçlarla karşı karşıya kalınmaktadır ve bunlar da yine sosyal işlevselliği olumsuz

etkilemektedir (2, 40). Madde kullanımı, birçok sosyal sorunun nedeni olduğu gibi aynı zamanda birçok sosyal sorunun sonucu da olabilmektedir. Sosyal işlevselliğini tam olarak yerine getiremeyen bireyde, güven eksikliği, depresyon, yetersizlik duygusu, çaresizlik, toplumdan kendini soyutlama ve yalnızlık gibi bir takım psikososyal sorunlar oluşmaktadır. Bu sayılan sorunlarla beraber birey, toplumdan kendini soyutlayarak kendi gibi madde kullanan bireylerle birlikte olmayı ve madde kullanmayı tercih etmektedir (20, 138). Bu şekilde oluşan kısır döngü kendisini besleyerek sorunu daha da şiddetlendirmektedir.

Madde kullanım bozukluğu olan bireyin sosyal işlevsellik düzeyinin belirlenmesi; iyi bir tedavi ve rehabilitasyon planının yapılabilmesi, hastanın topluma yeniden başarılı bir uyum sağlayabilmesi, tedaviye ve rehabilitasyon planına cevabın değerlendirilmesi için önemlidir (39). Madde kullanım bozukluğunun kısa süreli tedavisinin ardından uygulanan sosyal uyum programları ve/veya psikoeğitim programlarının içeriğinde bulunan başa çıkma becerileri ve sosyal beceriler kazandırma, duyguları tanıma ve yönetme ile ilgili eğitimlerin sosyal işlevsellik üzerine olumlu etkileri vardır (135). 2015 yılında hazırlanan ulusal uyuşturucu ile mücadele strateji belgesinde de yeni oluşturulacak sosyal uyum programlarında kısa ve uzun süreli tedaviden sonra hastaların topluma tekrar kazandırılmalarına yönelik programlar geliştirilmesi ve sonuçların değerlendirilmesi yönünde hedefler belirlenmiştir (86).

2.9. Madde Kullanım Bozukluğunda Algılanan Esenlik

Esenlik (wellness) son yıllarda gelişmekte olan bir kavramdır. İnsanların yaşam tarzlarını düzenlerken kaliteli ve sağlıklı bir yaşam sürme hedefini temel alarak hayatın tamamına bir bütün olarak bakabilme sanatı olarak adlandırılmaktadır (139). Esenlik, hasta olmama kavramına yakın olmakla birlikte, ondan farklı bir kavramdır. Hasta olmama bir hal ve bir dönemi tariflerken, esenlik zaman içinde devam eden bir süreçtir. Esenlik aktiftir ve kişinin kararlılığına, gelişmesine ve değer yargılarına bağlıdır (25, 140). Esenlik hasta olmamaktan daha fazlasıdır (141). Esenliğin tanımında kişinin yaşamındaki faaliyetlerini en iyi şekilde gösterme potansiyeline doğru sürekli bir hareket sürecini ifade eden dinamik bir durum vardır ve kişinin sağlığı sürekli değişim halindedir. (25, 43). Esenlik, kişinin fiziksel, zihinsel ve

manevi iyi oluşunun bütünleştirildiği (25, 140), daha başarılı bir varoluş için gerekli olan seçimlerin farkına varıldığı, bu seçimlerin yapıldığı ve kişinin bu seçimleri yaparken kendisi ve başkaları için en iyi olanı anlamaya çalıştığı aktif bir süreçtir (43).

Kuramcılar esenlik için fiziksel, manevi, psikolojik, sosyal, duygusal ve entelektüel alt boyutlar tanımlamışlardır. Bu alt boyutlarda tutarlı ve dengeli büyümeye izin veren bir yaşam biçiminin esenliğe yönelik daha olumlu algılamaya yol açtığı bildirilmektedir. Adams ve arkadaşları (142) algılanan esenliğin altı boyutu olmasına rağmen, onları birbirleriyle ilgili, etkileşimli ve bütünsel bir yapı olarak kavramsallaştırmıştır. Algılanan esenliğin alt boyutları davranışlardan ziyade esenlik algısına odaklanır (142). Algılanan esenlik, genellikle kişinin yaşamı hakkında gerçeği ifade eden bir betimlemeden ziyade kişinin kendisini nasıl bulduğu (sağlıklı veya sağlıksız) ile ilgili bir görüştür (25).

Madde kullanım bozukluğu; bireyin maddenin hakimiyeti altına girerek davranışlarındaki kontrolü, yaşam düzeni ve iyi oluş halini yitirmesine yol açmaktadır (143). Kişi çoğu zaman maddeyi, esenliğini olumsuz olarak algıladığında kendini iyi hissetmek için bir başa çıkma yöntemi olarak kullanmakta ve kullanılan madde de yine esenlik algısını olumsuz yönde etkilemektedir (22, 43). Bu durum, madde kullanım bozukluğu olan bireylerde tedavinin planlanmasında ve başarısının değerlendirilmesinde algılanan esenliğin düzeyinin ölçülmesine dikkat çekmesi bakımından oldukça önemlidir.

2.10. Madde Kullanım Bozukluğunda Stres ve Başetme

Stres, sisteme giren veya sistemden çıkan madde, bilgi ya da enerjinin yetersiz/aşırı olması ya da sistemdekilerle uyuşmaması halinde, dengenin bozulduğu ve yeniden adapte olması gerektiğine dair sistemin verdiği, varoluşsal değeri olan bir işarettir. Stresin yıkıcı etkilerinden korunmak ve organizmanın yeniden dengesinin devamlılığını sağlamak adına bireylerin sergiledikleri kaçma ya da savaşma tepkileri ise "stresle başa çıkma" yaklaşımlarıdır (144, 145). Başa çıkma, bireyin organizmada gelişen taleplerin kendi kaynaklarını aşıp aşmadığını değerlendirmesi sonucunda ortaya koyduğu bilişsel ve davranışsal çabalardır (146). Lazarus'a (147) göre başa çıkma iki yolla olabilir: sıkıntıya yol açan problemle uğraşma (problem odaklı başa çıkma) ve probleme ilişkin duyguları düzenleme (duygu odaklı başa çıkma). Eğer kişi

problem odaklı başa çıkma yolunu kullanıyorsa, stresli duruma müdahale etmek, etkisini azaltmak ve başa çıkma becerilerini arttırmak için aktif olarak durumu değiştirmeye yönelik akılcı tepkiler gösterir. Duygu odaklı başa çıkma yolunu kullanıyor ise de değişim doğrudan davranışlarda değil de kişinin çevreyi yorumlama biçiminde ve stresli olayın duygusal sonuçlarında olur. Duygu odaklı stratejiler, pasif stratejilerdir ve stres yaratan durum karşısında oluşan olumsuz duyguları azaltma veya ortadan kaldırma, durumdan uzaklaşma ve sosyal destek arama gibi tepkileri içermektedir (24, 148). Problem odaklı başa çıkma tarzının kullanılması dış koşullarda değişimle sonuçlanırken, duygu odaklı yöntemlerin kullanılmasının bireyde içsel bir değişim meydana getirdiği görülmektedir. Stres yaratan durumun farklı özelliklerinden dolayı bu iki tür başa çıkma tarzının avantajlı ve dezavantajlı olduğu durumlar söz konusu olabilir. Bu nedenle bireyin uyum düzeyini arttırmak için uygun olan başa çıkma tarzını kullanma konusunda esnek olunması gerekmektedir (145).

Madde kullanım bozukluğu olan bireyde maddenin bırakıldığı süreçte gözlenen yoksunluk döneminde, kişi sorunlarla başa çıkamadığı, kişilerarası ilişkilerde içe dönük ve etkili problem çözme konusunda zayıf olduğu için (23) bu dönem zorluklarla geçmektedir (22). Bu dönemde birey daha önce de yaptığı gibi yaşadığı stresli durumla başa çıkmada zayıf ve uyumsuz bir başa çıkma tarzı olan madde kullanımını, stresi çözen bir mekanizma olarak görebilmekte (23) ve belirtileri giderme amaçlı olarak tercih edebilmektedir (43). Stresle baş etme becerilerinin etkili olmaması (41) nedeniyle relaps yaşayan (65, 128) bağımlı bireylerin tedavisinde stres faktörleri araştırılmalı ve relaps riskini azaltan etkili başa çıkma becerileri kazandırılmalıdır (20, 65, 128). Bu beceriler kazandırılırken özellikle duygu odaklı stresle başa çıkma tarzının bağımlı bireyde risk oluşturduğunun ve problem odaklı stresle başa çıkma tarzının ise koruyucu olduğunun göz önünde bulundurulması gerekmektedir (144).

2.11. Madde Kullanım Bozukluğu ve Psikiyatri Hemşireliği

Çağımızın en ciddi ve kapsamlı sorunlarından biri haline gelen madde kullanım bozukluğu sadece maddeyi kullanan bireyi olumsuz etkilemekle kalmayıp (149) bireyin ailesini, sosyal çevresini ve tüm toplumu etkileyerek çok boyutlu bir halk sağlığı sorunu halini almıştır. (21, 36, 61). Bu sorunun çözülebilmesi ve tedavide

olumlu sonuçlara ulaşılabilmesi ancak birbirini bütünleyen multidisipliner bir ekip çalışması ile mümkün olabilmektedir (100). Bu ekibin önemli bir üyesi ise psikiyatri hemşireleridir (20, 57, 58). Psikiyatri hemşirelerine madde kullanım bozukluğuna yönelik koruyucu çalışmaların üç düzeyinde de çok önemli sorumluluklar düşmektedir (61). Koruyucu çalışmaların ilk basamağı olan birincil korumada madde ile henüz hiç tanışmamış ve risk altındaki bireyleri korumaya yönelik çalışmalar yer almaktadır. Bu bağlamda risk altındaki çocuk ve ergenlerin güçlendirilmesi ve korunması, ailelerin riskler ve erken tanıma konusunda bilgilendirilmesi, aile içi iletişim sorunları konusunda danışmanlık yapılması gibi yaklaşımlar örnek olarak verilebilir (21, 58, 61, 150). 2011 yılında yayınlanan hemşirelerin Görev, Yetki ve Sorumlulukları'na İlişkin Yönetmelikte bu birincil koruma görevi Halk Sağlığı Hemşireliği altında yer alan toplum ruh sağlığı merkezi hemşireliği (TRSMH)'ne verilmiştir. Bu yönetmelik kapsamında TRSMH'den "riskli grupları belirleme ve koruyucu çalışmalar yapmaları" beklenmektedir (150).

Koruyucu çalışmaların ikinci basamağı kapsamında madde kullanım bozukluğu olan bireylerin erken evrede tanılanması ve tedavi edilmesi yer almaktadır. Bu bireylerin tedavi için detoksifiye edilmesi, yoksunluk belirtilerinin etkili şekilde yönetilmesi, bireyin bu süreçle etkili şekilde baş edebilmesi için uygun ilaç tedavisinin uygulanması gibi fiziksel sorunların yanında, madde kullanımının yol açtığı depresyon gibi ruhsal sorunların, aile ve işle ilgili sosyal sorunların çözümü ikincil koruyucu çalışmalar arasında gerçekleştirilen psikiyatri hemşireliği faaliyetlerindendir. Hemşirelerin Görev, Yetki ve Sorumlulukları'na İlişkin Yönetmelik (2011) kapsamında ikincil koruyucu çalışma psikiyatri hemşireliği alanı altındaki alkol ve madde bağımlılığı merkezi hemşireliği (AMBMH)'ne verilmiştir (150).

Madde bağımlısı olmuş bireylerin tekrar içmeme motivasyonunun arttırılması, maddeden uzak bir yaşam biçimi benimsemesi ve yaşam kalitesinin arttırılması üçüncül koruyuculuk (rehabilitasyon) seviyesinde psikiyatri hemşirelerine düşen görevlerdir. Relapsın önlenmesine yönelik çalışmalar da üçüncül düzeyde koruyucu çalışmalar arasında yer almaktadır (149). Relapsların önlenmesine yönelik faaliyetlerin bireyin maddeden kurtulmak için merkeze yatması ile başlaması ve merkezden taburculuğundan sonra da devam etmesi gerekmektedir. Dolayısıyla,

ülkemizde relaps önleme ile ilgili çalışmalar AMBMH ve TRSMH' nin ortak çalışmasını gerektirmektedir.

Madde kullanım bozukluğu, hizmetin hangi aşamasında çalışırsa çalışsın, bu alanda çalışan hemşirelerin madde kullanım bozukluğunun doğasını ve bozukluğu olan bireylerin özelliklerini çok iyi bilmesini gerektirmektedir (91). Çünkü hemşirelerin konu hakkındaki donanımının iyi olması yapılacak uygulamaları ve araştırmaları giderek daha kaliteli hale getirecektir. Bu bağlamda Baysan (151)'ın Türkiye'de Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastaneleri'nde çalışan hemşireler ile yapmış olduğu çalışması, hemşirelerin bir insanın "problemleriyle baş etmek" ve "sosyal çevresi" nedeniyle madde kullandığını ve madde bağımlılığından kurtulabilmesi için "maddeden kaçınması" ve "sosyal-profesyonel olarak yardım alması" gerektiğine yönelik düşünceleri olduğunu ortaya koymuştur. Bu sonuçlar, ruh sağlığı ve hastalıkları hastanelerinde çalışan hemşirelerin madde kullanım bozukluğu olan bireylerle ilgili bilgi sahibi olduklarını ve olumlu bir tutum içinde olduklarını düşündürmektedir.

Madde kullanım bozukluğundan bireylerin korunması, bozukluğu olan bireylerin tedavisi ve rehabilitasyonu konusunda hemşirelerin yapacağı nitelikli uygulama ve araştırma çalışmaları, psikiyatri hemşireliğinin madde kullanım bozukluğu alanındaki veri tabanının ve hemşirelik uygulamalarının gelişmesine önemli katkılar sağlayacaktır. Aynı zamanda, 2011 yılında Resmi Gazete'de yayınlanan 27515 sayılı Hemşirelik Yönetmeliği'nde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik'te Alkol ve Madde Bağımlılığı Merkezi Hemşiresi'nin görev, yetki ve sorumlulukları arasında hastanın gereksinimlerine yönelik bakım girişimleri kapsamında ve hastanın bireysel gelişimini ve sosyalizasyonunu sağlayacak, kişisel benlik saygılarını, girişimciliğini arttıracak çalışmalar arasında hemşirelerin terapötik grup çalışmalarını yapabileceğine yer verilmektedir.

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Şekli

Araştırma, madde kullanım bozukluğu tedavisi için başvurarak maddeden arınmış (detoksifiye olmuş) bireylere uygulanan relaps önleme psikoeğitim programının etkisini değerlendirmek amacıyla ön test, son test ve izleme desenli kontrol gruplu bir müdahale çalışması olarak gerçekleştirilmiştir.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri

Araştırma, madde kullanım bozukluğu tanısı ile tedavi olan hasta sayısının fazla olmasından dolayı Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi Alkol ve Madde Bağımlılığı Tedavi Merkezi (AMATEM)'nde uygulanmıştır. AMATEM temel olarak madde kullanım bozukluğu tanısı alan bireylere hizmet vermek üzere kurulmuştur. AMATEM, bir yatarak tedavi ünitesi, bir yoğun bakım ünitesi, bir detoksifikasyon ünitesi ve iki poliklinikten (biri ayaktan tedavi olmak için gelen hastaların, diğeri ise denetimli serbestlik kapsamında takip edilen hastaların muayene edildiği) oluşmaktadır. Detoksifikasyon odasında 10 yatak, yoğun bakım odasında 8 yatak ve yatarak tedavi ünitesinde 20 yatak olmak üzere toplam 38 yataklıdır. Tedavi ekibinde, 4 psikiyatri uzmanı, 8 hemşire, 3 psikolog, 1 uğraşı terapisti ve Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi Psikiyatri Kliniği'nden rotasyonla gelen 3 asistan doktor bulunmaktadır. Hastalar klinik durumlarına ve kendi taleplerine göre ayaktan veya yatarak tedavi edilebilmektedir. Yatarak tedavi olmayı tercih eden hastalar öncelikle detoksifikasyon terapi bölümüne yatırılmakta ve maddeden arındırılmaktadır. Bu işlemden sonraki ortalama 3 hafta boyunca bireyin SAMBA'nın klinik modülünü tamamlaması, ilaç tedavisini düzenli alması, iş/uğraş faaliyetlerine ve spor aktivitelerine katılması hedeflenmektedir. Yatarak değil ayaktan tedavi olmayı tercih eden hastalara ayaktan detoksifikasyon tedavisi yapılmakta, sonrasında bu bireylerin ayda en az bir kez olmak üzere tedavinin devamının sağlanması için polikliniğe gelmesi beklenmektedir.

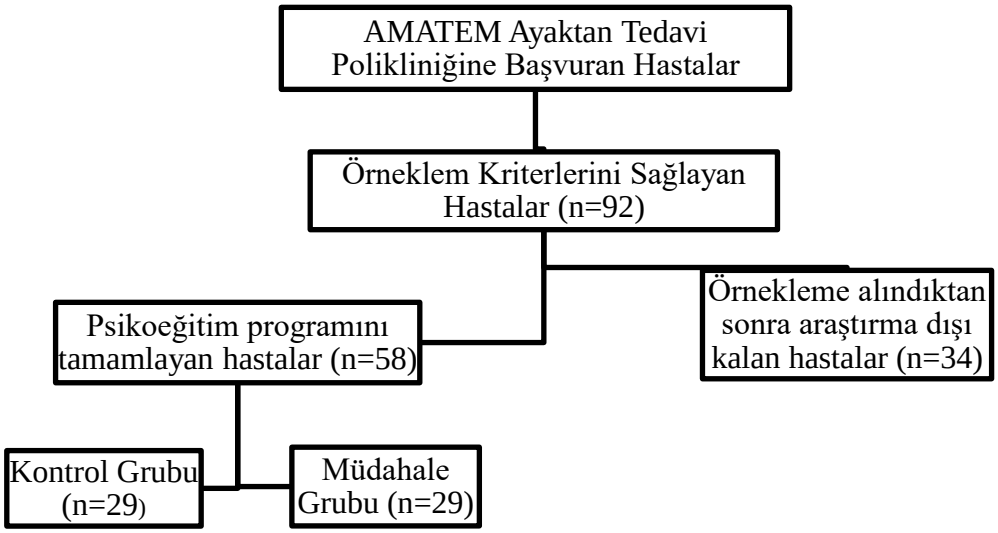
3.3. Araştırmanın Evren ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini AMATEM'de ayaktan tedavi olan tüm hastalar oluşturmaktadır. Yatan hastalar klinik psikoloğu tarafından uygulanan Klinik SAMBA programını aldıklarından dolayı araştırmaya dahil edilmemiştir.

Araştırma evreninde olan bireylerden örneklem grubuna dahil edilen bireylerde şu kriterler aranmıştır:

1. Alkol dışı madde kullanım bozukluğu olmak
2. Daha önce hiçbir SAMBA modülünü almamış olmak
3. Gönüllü olarak araştırmaya katılmayı kabul etmek ve aydınlatılmış onam formunu imzalamak
4. Maddeyi bırakmaya kararlı olduğunu sözel olarak ifade etmek
5. İdrarı temiz çıkan tedavi hastası olmak
6. Psikiyatrik ek bir tanısı olmamak
7. Okuma yazma biliyor olmak.

Örneklem sayısını hesaplarken NCSS PASS 207 Power Analiz Programı kullanılmıştır. Uygulama yapılan grupta test negatifliği oranının kontrol grubuna göre en az %35 daha fazla olacağı öngörüsü (13) altında, %5 tip I hata ve %80 güç düzeylerinde müdahale ve kontrol gruplarından her bir gruba en az 28 olmak üzere toplam 56 kişinin çalışmaya alınması gerektiği bulunmuştur. Ancak kayıpların olma olasılığı nedeniyle fazladan alınan hastalar sebebiyle müdahale grubunda 29 hasta ve kontrol grubunda 29 hasta (toplam 58 hasta) ile çalışma tamamlanmıştır. Araştırmanın müdahale ve kontrol grubunun seçim süreci Şekil 1'de ayrıntılı olarak yer almaktadır.



Şekil 3.1. Araştırma dışı kalan ve araştırmayı tamamlayan hastalar

Çalışmanın örneklemine AMATEM polikliniğine başvuran ve araştırmamıza dahil edilme kriterlerine uyan rastlantısal örnekleme yöntemi kullanılarak seçilen 46 müdahale ve 46 kontrol grubu olmak üzere toplam 92 madde kullanım bozukluğu tanısı almış olan birey dahil edilmiş ve ön test ölçümleri yapılmıştır. Fakat son test ve izlem ölçümlerinde, her iki gruptan toplamda 21 hastaya ulaşılamaması, 1 hastanın cezaevine girmesi, 1 hastanın askere gitmesi, 4 hastanın başka şehre taşınması, 4 hastanın devam edemeyeceğini söylemesi ve 3 hastanın da tekrar maddeye başlaması gibi çeşitli nedenlerden dolayı 17 kontrol ve 17 müdahale grubu olmak üzere toplam 34 hasta araştırmayı tamamlayamamıştır. Sonuç olarak da müdahale grubu 29 hasta ve kontrol grubu 29 hasta olmak üzere toplam 58 hasta ile araştırma tamamlanmıştır. Aratırma dışı kalan ve araştırmayı tamamlayan hastaların müdahale ve kontrol gruplarına dağılımı Şekil 3.1'de ayrıntılı olarak gösterilmektedir.

3.4. Verilerin Toplanması

Verilerin toplanmasında, araştırmacı tarafından literatür taranarak oluşturulan, Kişisel Bilgi Formu, Sosyal İşlevsellik Ölçeği, Algılanan Esenlik Ölçeği ve Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği kullanılmıştır. Relaps olup olmadığını anlamak için de idrarda madde ölçümünden yararlanılmıştır.

3.4.1. Kişisel Bilgi Formu (Ek 1)

Bu formu oluştururken araştırmacı tarafından ilgili literatür taranarak (4, 20, 23, 26, 41, 50, 72, 75, 99, 133, 151, 152) relapsa etki edeceği düşünülen değişkenler belirlenmiştir. Form; demografik ve madde ile ilgili özellikleri içeren toplam 18 sorudan oluşmaktadır.

3.4.2. Sosyal İşlevsellik Ölçeği (SİÖ) (Ek 2)

Sosyal İşlevsellik Ölçeği (SİÖ) kişinin bütün sosyal rolüne ilişkin yargısını içeren; rol işlevlerini, temel yetilerini ve sosyal davranışını nicel olarak değerlendiren ve performans eksikliğini yeterlilik eksikliğinden ayırt edebilen bir araçtır. Ölçek 1990 yılında Birchwood ve arkadaşları tarafından geliştirilmiştir (154). Ülkemizde geçerlik güvenirlik çalışması 2001 yılında Yaprak Erakay tarafından yapılmıştır ve çalışma sonunda ölçeğin ruhsal durumu etkileyen kronik hastalıklarda kullanılabileceği önerilmiştir. Cronbach Alpha katsayısı 0.91 olarak bulunmuştur (155). Kendini değerlendirme ölçeği biçimindeki ölçek, 7 alt boyuttan ve 79 sorudan oluşmaktadır (156). Yedi alt boyut şunlardır:

1. Sosyal çekilme, 2. Kişilerarası işlevsellik, 3. Öncül sosyal etkinlikler, 4. Boş zamanlarını değerlendirme, 5. Bağımsızlık-yetkinlik, 6. Bağımsızlık-performans, 7. İş/meslek (20, 156). Ölçeğin alt boyutlarının madde sayıları, minimum ve maksimum puanları ve hesaplama biçimleri Tablo 3.1'de yer almaktadır.

Tablo 3.1. Sosyal İşlevsellik Ölçeğinin alt boyutları, madde sayıları, minimum maksimum puanları ve hesaplama

Alt Boyutlar	**Madde Sayısı**	**Min. Max. Puanları**	**Hesaplama**
Sosyal çekilme	5	0-15	Alt boyut kapsamındaki tüm maddeler toplanır.
Kişiler arası işlevsellik	4	0-9	Madde 1 ve 2'den en fazla 3 puan alınabilir, 4 ve 5. madde toplamı madde 1 ve 2'den alınan toplama eklenir.
Bağımsızlık yetkinlik	13	0-39	Alt boyut kapsamındaki tüm maddeler toplanır.
Bağımsızlık performans	13	0-39	Alt boyut kapsamındaki tüm maddeler toplanır.
Boş zamanları değerlendirme	15	0-45	Alt boyut kapsamındaki tüm maddeler toplanır.
Öncül sosyal etkinlikler	22	0-66	Alt boyut kapsamındaki tüm maddeler toplanır.
İş/ meslek alanı	7	0-10	1. maddeye evet denmişse 10 puan veya 2. maddeye evet denmişse 8 puan verilir ve diğer maddeler hesaplanmaz, fakat 1 ve 2'ye hayır cevabı verilmişse diğer madde puanları toplanır.
Toplam	79	0-223	

Ölçeğin toplam puanı ve puanlar için kesme noktası bulunmamaktadır. Her bir alt ölçekten alınan puanların artması o alt ölçekte işlevsellikte olumluya doğru gidişin olduğunu göstermektedir (15, 37, 155).

3.4.3. Algılanan Esenlik Ölçeği (AEÖ) (Ek 3)

Algılanan esenlik insanların fiziksel, psikolojik, duygusal, entelektüel, sosyal ve manevi sağlıkları hakkında sahip oldukları fikirdir (24). Algılanan Esenlik Ölçeği (AEÖ) Adams (142) tarafından geliştirilmiş ve ülkemiz için geçerlik güvenirlik çalışması Memnun (25) tarafından yapılmıştır. Cronbach Alfa değeri birinci uygulamada 0,82; ikinci uygulamada ise 0,84 olarak bulunmuştur Duygusal, fiziksel, spiritüel, sosyal, entelektüel ve psikolojik olmak üzere toplam altı alt boyuttan oluşmaktadır. Her boyutta altı madde olmak üzere toplam 36 madde bulunmaktadır ve verilen cevaplar altılı likert şeklindedir. Ölçeğin bazı maddeleri (1, 3, 5, 6, 8, 10, 13, 15, 16, 18, 19, 21,22, 23, 24, 26, 28, 30, 32, 33, 35) olumlu anlam taşımasına karşın bazıları (2, 4, 7, 9, 11, 12, 14, 17, 20, 25, 27, 29, 31, 34, 36) olumsuz anlam taşımaktadır (24, 42). Ölçeğin alt boyutlarının madde sayıları, minimum ve maksimum puanları ve hesaplama biçimleri Tablo 3.2'de verilmiştir.

Tablo 3.2. Algılanan Esenlik Ölçeğinin alt boyutları, madde sayıları, minimum maksimum puanları ve hesaplama

Ölçeğin Alt Boyutları	**Madde Sayısı**	**Min. Max. Puanları**	**Hesaplama**
Fiziksel	4,10,16,22,28,34	1-36	Olumsuz ifadeler ters kodlanarak tüm maddeler toplanır
Psikolojik	1,7,13,19,25,31		
Spiritüel	5,11,17,23,29,35		
Duygusal	2,8,14,20,26,32		
Sosyal	3,9,15,21,27,33		
Entelektüel	6,12,18,24,30,36		
Toplam	Tüm maddeler	36-216	

Ölçekteki olumlu ifadeler "Tamamen Katılıyorum" dan (6), "Hiç Katılmıyorum" a (1) doğru değişen 6'dan 1'e kadar olan sayılarla olumsuz ifadeler ise ters çevrilerek "Tamamen Katılıyorum" dan (1), "Hiç Katılmıyorum" a (6) doğru değişen 1'den 6'ya kadar olan sayılarla puanlanmaktadır. Ölçekten alınabilecek en düşük puan 36, en yüksek puan ise 216'dır. 144 puan ve altı esenliğin düşük olduğunu,

144 puan üstü ise esenlik halinin yüksek olduğunu göstermektedir. Ölçekten alınan puan yükseldikçe esenlik halinin de arttığı kabul edilmektedir (25, 43).

3.4.4. Stresle Başa Çıkma Tarzlar Ölçeği (SBTÖ) (Ek 4)

Ölçek, Folkman ve Lazarus (148) tarafından geliştirilmiş, 68 maddeden oluşan, dörtlü Likert Tipi bir ölçektir. Şahin ve Durak (157) tarafından ölçeğin geçerlik güvenirlik çalışması yapılmıştır. Ölçek; kendine güvenli yaklaşım, çaresiz yaklaşım, boyun eğici yaklaşım, iyimser yaklaşım ve sosyal destek arama yaklaşımı olmak üzere beş alt boyuttan oluşmaktadır. Ölçeğin alt boyutlarına ilişkin Cronbach Alfa güvenirlik katsayıları, kendine güvenli yaklaşım için α=0.62 ile 0.80, çaresiz yaklaşım için α=0.64 ile 0.73, iyimser yaklaşım için α=0.49 ile 0.68, boyun eğici yaklaşım için α=0.47 ile 0.72 ve sosyal destek arama yaklaşımı için α=0.45 ile 0.47 arasında değişmektedir (149). Ölçeğin alt boyutları, alt boyutlara karşılık gelen maddeler ve minimum ve maksimum puan aralığı Tablo 3.3'de verilmiştir.

Tablo 3.3. Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği'nin alt boyutları, madde sayıları, minimum maksimum puanları ve hesaplama

Ölçeğin alt boyutları	Madde Sayısı	Min.-max. puan aralığı	Hesaplama
İyimser yaklaşım	2, 4, 6, 12, 18	0-15	Tüm maddeler toplanır
Kendine güvenli yaklaşım	8, 10, 14, 16, 20, 23, 26	0-21	
Çaresiz yaklaşım	3, 7, 11, 19, 22, 25, 27, 28	0-24	
Boyun eğici yaklaşım	5, 13, 15, 17, 21, 24	0-18	
Sosyal desteğe başvurma	1, 9, 29, 30	0-12	Olumsuz ifadeler (1 ve 9) ters kodlanarak tüm maddeler toplanır
Toplam	Tüm maddeler	0-90	

Ölçekte kendine güvenli, iyimser ve sosyal destek arama yaklaşımlarından elde edilen puanlar arttıkça kişinin etkili, yani aktif başa çıkma stratejilerini kullandığı; çaresiz ve boyun eğici yaklaşım puanları arttıkça da etkisiz, yani pasif başa çıkma

stratejilerini kullandığı anlaşılmaktadır. Ölçekte 1 ve 9. maddeler tersinden puanlanmakta ve diğer maddeler, her bir soruya verilen cevaplara göre 0 ile 3 arasında puanlanmaktadır (0=hiç uygun değil, 1=biraz uygun, 2=epey uygun, 3=tamamen uygun). Alt boyut puanları, her bir alt boyuttan alınan puanların ilgili alt boyuttaki madde sayısına bölünmesiyle elde edilmektedir. Alt boyutlardan alınan puanların yüksek olması kişinin ilgili başa çıkma tarzını daha fazla kullandığı şeklinde yorumlanmaktadır (157).

3.4.5. İdrarda Madde Ölçümü

Polikliniğe gelen hastaların idrarlarında madde analizinin yapıldığı ve relapsın değerlendirildiği bir tetkiktir. Hasta muayene olmadan önce idrarını güvenlik görevlisinin bulunduğu bir odada verdikten sonra verilen bu idrar analiz edilmektedir. Hastanın kullandığı madde (opiat, cannabis, kokain, bezodiazepin, amfetamin gibi) hangisi ise idrarda o madde analiz edilir. Referans aralıkları her maddede farklıdır (örneğin, opiat: 0-300 ng/ml, kokain: 0-300 ng/ml). Her maddenin farklı olan referans aralığına göre sonuçlar idrarda madde pozitif veya negatif olarak değerlendirilmektedir.

3.5. Araştırmanın Uygulanması

Araştırmanın uygulanabilmesi için gerekli olan izinler alındıktan sonra örneklemi oluşturabilmek için AMATEM'de ayaktan hasta takiplerinin yapıldığı polikliniklerde çalışan hekimler ile iş birliği içinde araştırmaya dahil edilme kriterlerini karşılayan hastalar belirlenmiştir. Örneklem için seçilen hastalardan sırası ile ilki müdahale grubuna ikincisi kontrol grubuna şeklinde ilerlenerek gruplar oluşturulmuştur. Araştırmada psikoeğitim, grup programı şeklinde yürütülmüştür. Literatürde grup programlarında üye sayısının belirlenmesinde en önemli etkenlerden birinin grubun amacı olduğu belirtilmektedir (8). Yalom (158)'a göre ideal üye sayısının 7-8 kişi, kabul edilebilir üye sayısının ise 5-10 kişi olduğu belirtilmektedir. Bu rakamlar göz önünde bulundurularak her biri en az 5 ve en fazla 10 kişi olmak üzere 4 ayrı grup oluşturulmuştur. Grup oturumları her bir gruba haftada en az bir kere olmak üzere uygulanmıştır. Araştırmanın uygulaması 09 Eylül 2015 ve 08 Mayıs 2016 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir.

Toplam 10 oturumdan oluşan ve her bir oturumu ortalama 120 dakika süren psikoeğitim programı AMATEM'de uygun görülen bir odada gerçekleştirilmiştir.

Araştırmada kullanılan Kişisel Bilgi Formu, SİÖ, AEÖ, SBTÖ ve idrarda madde ölçümü, ilk olarak psikoeğitim programına başlamadan önce ikinci olarak psikoeğitim programı tamamlandıktan sonra ve son olarak da son oturumdan 3 ay sonra olmak üzere üç kez uygulanmıştır.

Psikoeğitim programının oturumları, daha çok Ögel ve arkadaşları (159) tarafından geliştirilen SAMBA Klinik Sürümü temel alınarak ve relaps önleme ile ilgili diğer literatür (45, 48, 52, 82, 128, 160, 161) taranarak yapılandırılmıştır. 10 haftalık programın oturum başlıkları aşağıda sunulmaktadır:

1. Oturum: Tanışma ve programın tanıtılması

2. Oturum: Bağımlılık, beyin ve bağımlılık ilişkisi

3. Oturum: Motivasyon kazandırma

4. Oturum: Duyguları tanıma ve anlama

5. Oturum: Relaps ve relapsa neden olan istek, duygu ve düşüncelerle başa çıkmak, riskli durumları tanımak

6. Oturum: İyileşmek için gereken değişim adımları

7. Oturum: Kaymaya yol açan düşünce tuzakları

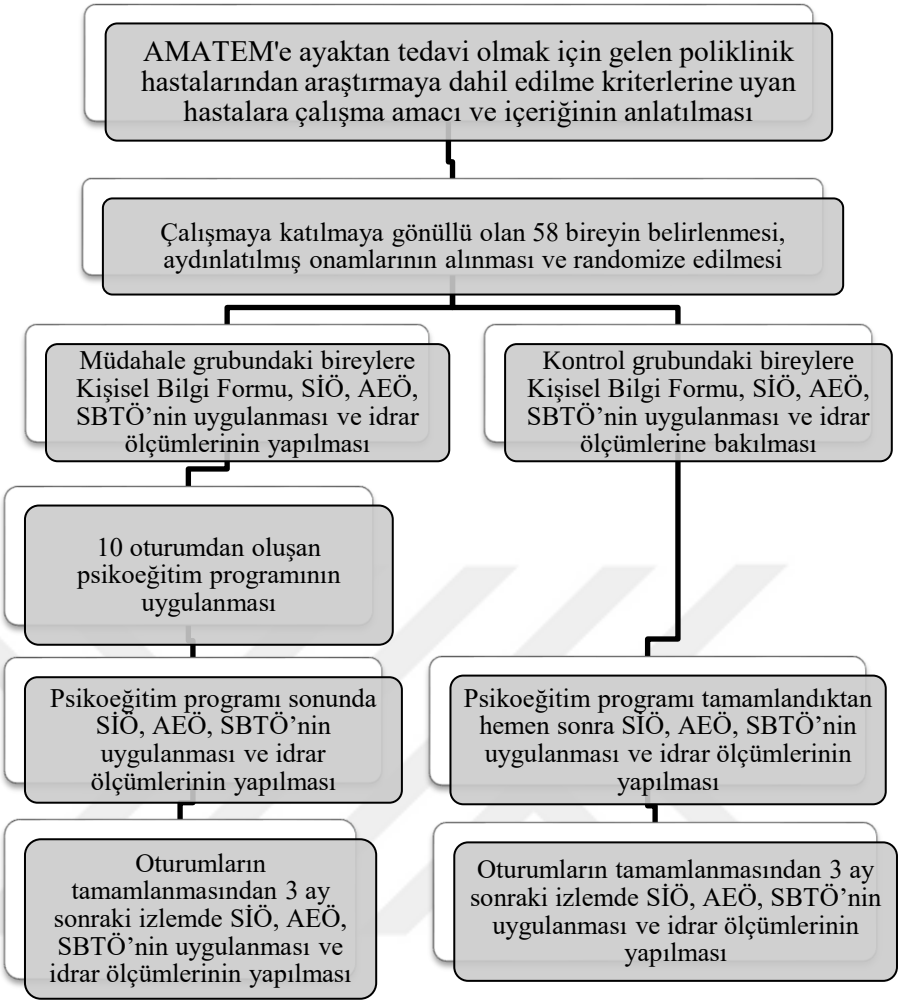
8. Oturum: Öfke ve öfke ile başa çıkma

9. Oturum: Özyeterliği arttırma

10. Oturum: Sonlandırma

Psikoeğitimin uygulanmasında hastalara oturumlara katılımda en fazla bir devamsızlık hakkı verilmiştir. Devamsızlık sayısı birden fazla olan hasta araştırma dışında tutulmuş ve bir devamsızlık yapan hastalara da telafi oturumu uygulanmıştır. Her bir oturumun amacı, kullanılan materyaller ve içeriği Ek 5'de yer alan "Relaps Önleme Psikoeğitim Programı" başlığı altında sunulmuştur.

Araştırmanın uygulama akışı Şekil 3.2'de ayrıntılı olarak verilmiştir.



Şekil 3.2. Araştırmanın uygulama akış şeması

3.6. Verilerin Değerlendirilmesi

Verilerin değerlendirilmesinde SPSS 17.0 istatistik programı kullanılmıştır. İstatistiksel testlerin anlamlılık düzeyi için $p<0,05$ değeri kabul edilmiştir. Bireylerin sosyodemografik ve tanıtıcı özelliklerini incelemek amacıyla ortalama, standart sapma ve yüzdelik kullanılmıştır. Müdahale ve kontrol gruplarının benzer özellikler gösterip göstermediği Ki-Kare Testi ile değerlendirilmiş, bu iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı yani grupların benzer özellikler gösterdiği saptanmıştır. Müdahale ve kontrol grubunda olan bireylerin psikoeğitim programı öncesinde, sonrasında ve izleme ölçümlerinde SİÖ, AEÖ ve SBTÖ'den aldıkları puan

ortalamaları arasındaki farkın anlamlı olup olmadığının belirlenmesi için tekrarlı ölçümlerde tek yönlü varyans analizi kullanılmıştır. İleri analizlerde ise farkın hangi ölçümden kaynaklı olduğunu belirlemek için Bonferroni Testi kullanılmıştır. Uygulanan psikoeğitim programının relaps oranı üzerine etkisinin gücünü değerlendirmek için de Odds Ratio (Göreceli Olasılıklar Oranı) kullanılmıştır.

3.7. Araştırmanın Etik Boyutu

Tezin yapılabilmesi için Hacettepe Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan onay (Ek 20) alınmıştır. Araştırmanın yapılabilmesi için Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nin bağlı olduğu Ankara Kamu Hastaneleri Birliği'ne araştırmanın konusu hakkında bilgi veren resmi bir izin yazısı gönderilerek, yazılı kurum izni (Ek 19) alınmıştır. Araştırmanın uygulama aşamasında örnekleme girebilecek hastalarla bir ön görüşme yapılarak çalışmanın amacı ve süreci ile ilgili bilgi verilmiş, ardından katılmaya gönüllü olan hastaların onamları (Ek 21) alınmıştır.

3.8. Araştırmanın Sınırlılıkları

Tedaviye başvuran kadın hasta sayısının az olması nedeni ile araştırmaya az sayıda kadın dahil edilebilmiş olması bir sınırlılık oluşturmaktadır.

4. BULGULAR

Bu bölümde madde kullanım bozukluğu olan müdahale ve kontrol grubundaki bireylerin demografik ve madde kullanım özelliklerine ve relaps önleme psikoeğitim programının relaps oranına, sosyal işlevsellik ve algılanan esenlik düzeyine ve stresle başa çıkma tarzlarına etkisine ilişkin bulgulara yer verilmiştir.

4.1. Tanıtıcı Özelliklere İlişkin Bulgular

Tablo 4.1. Müdahale ve kontrol gruplarının demografik ve madde kullanım özellikleri

Özellikler	**Müdahale Grubu n:29**		**Kontrol Grubu n:29**		**Toplam n:58**		**P (Ki-kare Uygunluk Testi)**
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	
Cinsiyet							
Kadın	1	3.4	7	12.1	8	13.8	0.102
Erkek	28	96.6	23	87.9	50	86.2	
Eğitim Durumu							
Okuryazar	1	3.4	1	3.4	2	3.4	
İlköğretim	11	37.9	18	62.1	29	50.0	
Lise	12	41.5	7	24.1	19	32.8	0.315
Üniversite	5	17.12	3	10.4	8	13.8	
Çalışma Durumu							
Çalışan	13	44.8	18	62.1	31	53.4	0.292
Çalışmayan	16	55.2	11	37.9	27	46.6	
Meslek							
İşçi	12	92.3	18	100	30	96.8	0.419
Memur	1	7.7	0	0	1	3.2	
Sosyal Güvencesi							
Yok	0	0	1	3.4	1	1.7	
SSK/Emekli Sandığı	2	6.9	2	6.9	4	6.9	
Yeşilkart	22	75.9	22	75.9	44	75.9	0.683
Diğer	5	17.2	4	13.8	9	15.5	
Anne babanın hayatta olma durumu							
Evet	28	96.6	29	100	57	98.3	
Hayır	1	3.4	0	0	1	1.7	1.000
Anne babanın birlikte yaşama durumu							
Evet	24	85.7	21	72.4	45	78.9	0.365
Hayır	4	14.3	8	27.6	12	21.1	
Gelir durumu							
Kötü	6	20.7	3	10.3	9	15.5	0.459
Orta	15	51.7	19	65.5	34	58.6	
İyi	8	27.6	7	24.2	15	25.9	
Medeni durumu							
Bekar	26	89.7	20	69	46	79.3	
Evli	3	10.3	8	27.6	11	19.0	0.104
Boşanmış/Ayrı Yaşıyorlar	0	0	1	3.5	1	1.7	

Tablo 4.1. Müdahale ve kontrol gruplarının demografik ve madde kullanım özellikleri (Devamı)

Özellikler	Müdahale Grubu n:29		Kontrol Grubu n:29		Toplam n:58		P (Ki-kare Uygunluk Testi)
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	
Şuanda kiminle yaşadığı							
Yalnız	0	0	0	0	0	0	
Anne ve baba	26	89.7	20	69	46	79.3	
Eş ve çocuklar	2	6.9	4	13.8	6	10.3	Test
Eş, çocuklar ve büyük ebeveynler	0	0	2	6.9	2	3.4	yapılamamıştır
Sadece eş,	0	0	1	3.4	1	1.7	
arkadaş/arkadaşlarla	1	3.4	2	6.9	3	5.3	
Kullandığı madde							
Eroin	7	24.1	14	48.3	21	36.2	
Esrar	1	3.4	0	0	1	1.7	
Bonzai	1	3.4	0	0	1	1.7	0.118
Birden fazla madde	20	69.1	15	51.7	35	60.4	
Bırakmak isteme							
Evet	29	100	29	100	58	100	Test
Hayır	0	0	0	0	0	0	yapılamamıştır
Eski tedavi							
Evet	13	44.8	15	51.7	28	48.3	0.793
Hayır	16	55.2	14	48.3	30	51.7	

Tablo 4.1'de Müdahale ve kontrol gruplarının çeşitli demografik değişkenlerine ilişkin frekans ve yüzdelik dağılımları ve gruplar arasında bu değişkenler açısından istatistiksel olarak anlamlı fark olup olmadığını gösteren p değerleri yer almıştır. Yapılan analiz sonucunda müdahale ve kontrol gruplarının bağımsız değişkenleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı, yani grupların benzer olduğu saptanmıştır. Müdahale ve kontrol gruplarında bu durum istenen bir özelliktir.

Araştırmaya katılan müdahale grubundaki bireylerin çoğu (%96.6) erkek ve %41.4'ü lise mezunudur ve %55.2'si çalışmaktadır. Bu bireylerin %96.6'sının anne babası hayattadır, %85.7'si anne-babası ile birlikte yaşamaktadır, %89.7'si bekardır ve 51.7'si gelir durumunun orta düzeyde olduğunu bildirmiştir. Kullanılan madde sorgulandığında gruptaki bireylerin %60'ının birden fazla madde kullandığı bulunmuştur. Müdahale grubundaki bireylerin tamamı maddeyi bırakmak istediğini ve %55.2'sinin bunun ilk tedavisi olduğunu ifade etmiştir.

Araştırmaya katılan kontrol grubundaki bireylerin %87.9'unun erkek, %62.1'inin ilköğretim mezunu olduğu, %62.1'inin çalıştığı ve bu çalışan grubun

tamamının işçi olarak çalıştığı belirlenmiştir. Bireylerin tamamının anne-babası hayattadır ve %72.4'ü anne-babası ile birlikte yaşamaktadır. Bireylerin %65.5'i gelir durumunu orta olarak belirtmiştir. Bekar ve anne-babası ile yaşayanların oranı %69'dur. Kullanılan madde sorgulandığında %51.7'sinin birden fazla madde kullandığı belirlenmiştir. Bu gruptaki bireylerin tamamı maddeyi bırakmak istediğini ifade etmiş, %51.7'si ise daha önce tedavi olduğunu belirtmiştir.

Tablo 4.2. Müdahale ve kontrol gruplarının yaş, çalışma, madde kullanım, maddeye başlama ve tedavi süresi ortalamaları

Değişkenler	Grup	n	Ort	Std. Sapma	p
Yaş	Müdahale	29	23.14	3.80	0.975
	Kontrol	29	23.10	4.53	
Maddeye başlama yaşı	Müdahale	29	16.3	2.6	0.826
	Kontrol	29	17.5	5.0	
Madde kullanım süresi (ay)	Müdahale	29	59.7	38.5	0.296
	Kontrol	29	49.4	35.2	
Şu ana Kadar Aldığı Tedavi süresi (ay)	Müdahale	29	8.1	15.7	0.059
	Kontrol	29	11.5	15.2	
Çalışma süresi (ay)	Müdahale	13	23.61	22.3	0.921
	Kontrol	18	28.55	34.8	

Tablo 4.2'de müdahale ve kontrol gruplarının çalışma süresi, madde kullanım süresi, maddeye başlama yaşı, tedavi süresi ve yaş değişkenlerine ait frekanslar, ortalama ve standart sapmalar ve gruplar arasında bu değişkenler açısından istatistiksel olarak anlamlı fark olup olmadığını gösteren p değerleri yer almıştır. Müdahale grubunun yaş ortalaması 23.14±3.80 yaş, maddeye başlama yaşı ortalaması 16.3±2.6 yaş, madde kullanım süresi ortalaması 59.7±38.5 ay, şu ana kadar aldığı tedavi süresi ortalaması 8.1±15.7 ay ve çalışan bireylerin çalışma süresi ortalaması 22.61±22.3 ay olarak belirlenmiştir.

Kontrol grubundaki bireylerin yaş ortalaması ise 23.10±4.53 yaş, maddeye başlama yaş ortalaması 17.5±5.0 yaş, madde kullanım süresi ortalaması 49.4±35.2 ay, şu ana kadar aldığı tedavi süresi ortalaması 11.5±15.2 ay ve çalışan bireylerin çalışma süresi ortalaması 28.55±34.8 ay olarak belirlenmiştir.

4.2. Relaps Oranına İlişkin Bulgular

Tablo 4.3. Müdahale ve kontrol gruplarının relaps oranlarının karşılaştırılması

	Relaps Oranı			
	Son Test		**İzlem**	
	n	%	n	%
Müdahale Grubu	0	0	1	3.4
Kontrol Grubu	9	31	6	20.7
p	**0.002**		0.102	

Hastaların relaps durumlarını değerlendirmek için idrar analizi gerçekleştirilmiş, idrar analizinde kullandığı madde türüne göre referans aralığının üstünde çıkan değerler pozitif olarak kabul edilmiştir. Tablo 4.3'te görüldüğü gibi son test ölçümlerinde kontrol grubundaki relaps oranının (%31) müdahale grubundaki orana (%0) göre istatistiksel olarak anlamlı biçimde daha yüksek olduğu saptanmıştır (p=0.002). İzlem ölçümlerinde ise, istatistiksel olarak anlamlı olmamakla birlikte, kontrol grubundaki relaps oranının (%20.7) yine müdahale grubuna (%3.4) göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir (p=0.102).

Tablo 4.4. Psikoeğitim programının relaps oranı üzerine etki büyüklüğü

	Odds Oranı	
	Son Test	**İzlem**
Müdahale ve Kontrol Grubunun Karşılaştırılması	14.29 (1.70 - 120.20)	7.30 (0.82 - 65.11)
p	**0.014**	0.075

Tablo 4.4'te görüldüğü gibi son test ölçümlerinde müdahale grubundaki bireylerin relaps olmama olasılığının kontrol grubundaki bireylere göre 14. 29 (1.70 - 120.20) kat daha fazla olduğu ve bu sonucun da istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur (p=0.014). İzlem ölçümlerinde ise, istatistiksel olarak anlamlı olmamakla

birlikte, müdahale grubundaki bireylerin relaps olmama olasılığının kontrol grubuna göre 7.30 (0.82 - 65.11) kat daha fazla olduğu belirlenmiştir (p=0.075).

4.3. Sosyal İşlevsellik Ölçeğine İlişkin Bulgular

Tablo 4.5. Müdahale ve kontrol gruplarının sosyal işlevsellik ölçeği (SİÖ) puan ortalamalarının karşılaştırılması

SİÖ Alt Boyutları	**Ölçüm**	**Müdahale Grubu n=29**	**Kontrol Grubu n=29**	**Gruplar arası farklılık**	
		Ort. ± Std.	Ort. ± Std.	F	p
Toplam	Ön test	106,62±27.23	109.68±24.12	6.601	**0.020**
	Son test	124.41±19.31	118.17±18.52		
	İzlem	134.58±20.27	120.20±19.76		
Grup içi farklılık	F=17.739 **p=0.000**		F=2.475 p=0.094		
Sosyal uğraşı/sosyal çekilme	Ön test	8.82±3.04	9.03±3.05	2.416	0.104
	Son test	10.55±2.16	10.41±2.47		
	İzlem	11.65±2.24	10.34±2.59		
Grup içi farklılık	F=11.135 **p= 0.000**		F=4.828 **p=0.012**		
Kişilerarası İşlevsellik	Ön test	6.62±2.00	6.20±1.82	0.203	0.781
	Son test	7.37±1.23	6.68±1.69		
	İzlem	7.44±1.42	6,96±1.47		
Grup içi farklılık	F=3.184 **p= 0.049**		F=4.828 **p=0.012**		
Öncül Sosyal Etkinlikler	Ön test	14.58±10.06	14.79±9.55	2.847	0.067
	Son test	18.75±9.34	16.44±6.71		
	İzlem	21.72±8.49	16.17±7.11		
Grup içi farklılık	F=6.679 **p=0.002**		F=0.461 P=0.633		
Boş Zamanları Değerlendirme	Ön test	15.68±7.52	15.52±7.87	1.748	0.187
	Son test	18.58±4.98	17.20±5.31		
	İzlem	20.93±6.34	17.44±4.98		
Grup içi farklılık	F=6.183 **p=0.004**		F=0.615 p=0.544		
Bağımsızlık Düzeyi Yetkinlik	Ön test	31.93±5.10	32.00±6.96	0.268	0.740
	Son test	34.96±3.87	35.03±3.84		
	İzlem	36.44±3.64	35.58±4.88		
Grup içi farklılık	F=9.056 **p=0.000**		F=5.619 **p=0.006**		
Bağımsızlık Düzeyi Performans	Ön test	22.00±8.35	24.41±7.38	2.166	0.128
	Son test	26.65±6.39	25.37±5.52		
	İzlem	26.75±5.36	26.10±4.66		
Grup içi farklılık	F=6.245 p**=0.004**		F=0.871 p=0.424		
İş /Meslek	Ön test	6.96±3.01	7.51±3.68	6.601	**0.004**
	Son test	7.51±2.69	7.00±3.29		
	İzlem	9.62±2.44	7.58±3.27		
Grup içi farklılık	F=11.506 **p=0.000**		F=1.597 p=0.212		

Tablo 4.5'te müdahale ve kontrol gruplarının ön-test, son-test ve izleme ölçümlerinde SİÖ puanlarına ilişkin karşılaştırma sonuçları yer almaktadır. Müdahale grubunun SİÖ toplam puanının son test ve izleme ölçümlerinde kontrol grubuna göre daha yüksek olduğu ve gruplar arasında zaman içinde meydana gelen bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir (p=0.020). Grup içindeki puan değişimleri incelendiğinde müdahale grubunda psikoeğitim öncesi alınan puanın (106,62±27.23), psikoeğitimden sonra (124.41±19.31) ve izlem ölçümünde (134.58±20.27) giderek arttığı ve puanlardaki bu değişimin de istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur (p=0.000). İleri analizlerde SİÖ toplam puan ortalamasındaki farkların, ön test ölçümü ile son test ölçümü, ön test ölçümü ile izlem ölçümü ve son test ölçümü ile izlem ölçümü puan ortalamaları arasındaki farktan kaynaklandığı saptanmıştır. Kontrol grubunun SİÖ toplam puanı zaman içinde artmasına karşın aradaki bu fark istatistiksel olarak anlamlı değildir (p=0.094).

Müdahale grubu son test ve izleme ölçümlerinde kontrol grubuna göre SİÖ Sosyal Uğraşı/Sosyal Çekilme alt ölçeğinden daha yüksek puan almasına karşın, zaman içinde müdahale ve kontrol grubu puanları arasında meydana gelen bu değişiklik istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (p= 0.104). Grup içi farklılıklar incelendiğinde ise müdahale grubunda olan bireylerin psikoeğitim öncesi Sosyal Uğraşı/ Sosyal Çekilme alt boyutu puan ortalaması 8.82±3.04 iken, psikoeğitim sonrası ölçümde bu puan artarak 10.55±2.16 olmuş ve izlem ölçümünde daha da artarak 11.65±2.24 olarak bulunmuştur. Puanlardaki bu artış istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (p=0.000). Bu ölçümlerin sonuçlarına ilişkin ileri analizler Bonferroni Testi ile gerçekleştirilmiştir. Bu analizler sonucunda; SİÖ Sosyal Uğraşı/ Sosyal Çekilme alt boyutu ön test ölçümü ile son test ölçümü ve ön test ölçümü ve izlem ölçümü puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu belirlenmiştir (p=0.000). Kontrol grubundaki bireylerin psikoeğitim öncesi SİÖ Sosyal Uğraşı/ Sosyal Çekilme alt boyutu puan ortalaması 9.03±3.05 iken, son test ölçümünde bu puan artarak 10.41±2.47 olmuş ve izlem ölçümünde azalarak 10.34±2.59 olarak belirlenmiştir. Kontrol grubunun puan ortalamalarındaki bu değişiklikler istatistiksel olarak anlamlıdır (p=0.012).

SİÖ Kişilerarası İşlevsellik alt boyutunda; müdahale grubunun puanları kontrol grubuna göre son test ve izleme ölçümlerinde daha yüksek olmasına karşın, zaman içinde gruplar arasında ortaya çıkan bu değişim istatistiksel olarak anlamlı değildir (p=0.781). Grup içi farklar incelendiğinde SİÖ Kişilerarası İşlevsellik alt boyutu müdahale grubu puan ortalamalarının ön test ölçümünde 6.62±2.00 olduğu, son test ölçümünde artarak 7.37±1.23 olduğu ve izlem ölçümünde de artarak 7.44±1.42 olduğu belirlenmiştir. Puanlar arasındaki bu fark istatistiksel olarak anlamlılık sınırında bulunmuştur (p=0.049). SİÖ Kişilerarası İşlevsellik alt boyutu kontrol grubu puan ortalamaları ise ön test ölçümünde 6.20±1.82 iken son test ölçümünde artarak 6.68±1.69 bulunmuş ve izlem ölçümünde biraz daha artarak 6,96±1.47 olmuştur. Puan ortalamaları arasındaki bu fark istatistiksel açıdan anlamlıdır (p=0.012).

SİÖ Öncül Sosyal Etkinlikler alt boyutu puanları incelendiğinde; müdahale grubu puanlarının kontrol grubuna göre son test ve izleme ölçümlerinde giderek artmasına karşın, gruplar arası bu fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır (p=0.067). Grup içi farklar incelendiğinde; ön teste göre (14.58±10.06) müdahale grubu puanlarının son test (18.75±9.34) ve izleme ölçümlerinde (21.72±8.49) giderek arttığı ve bu farkın istatistiksel açıdan anlamlı olduğu saptanmıştır (p=0.002). Grup içi farklara ilişkin ileri analizler Bonferroni Testi ile gerçekleştirilmiştir. Bu analizler sonucunda; sadece SİÖ Öncül Sosyal Etkinlikler alt boyutu ön test ölçümü ile izlem ölçümü puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur (p=0.001). SİÖ Öncül Sosyal Etkilikler kontrol grubu puan ortalamaları son testte (16.44±6.71) ve izlemde (16.17±7.11) ilk ölçüme (14.79±9.55) göre daha yüksektir. Puanlardaki bu değişimin istatistiksel açıdan anlamlı olmadığı belirlenmiştir (p=0.633).

SİÖ Boş Zamanları Değerlendirme alt boyutu puanlarına bakıldığında müdahale grubunun son test ve izlem ölçümlerindeki puan ortalamalarının kontrol grubundaki bireylerin puan ortalalamalarına göre daha yüksek olmasına karşın, zaman içindeki bu farkın istatistiksel açıdan anlamlı olmadığı saptanmıştır (p=0.037). Grup içi farklar incelendiğinde ise müdahale grubuna uygulanan ön test ölçümüne (15.68±7.52) göre son test ölçümü (18.58±4.98) ve izlem ölçümü (20.93±6.34) puanlarında zaman içinde bir artış olduğu ve bu artışın da istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir (p=0.004). Grup içi farklara ilişkin ileri analizler Bonferroni

Testi ile gerçekleştirilmiştir. Bu analizler sonucunda; SİÖ Boş Zamanları Değerlendirme alt boyutu ön test ölçümü ile izlem ölçümü ve son test ölçümü ile izlem ölçümü puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.005$). Kontrol grubundaki bireylerin son test ölçümleri (17.20±5.31) ve izlem ölçümleri (17.44±4.98) puan ortalamalarında ilk ölçüme (15.52±7.87) göre bir artış olmasına karşın bu artışın istatistiksel açıdan anlamlı olmadığı saptanmıştır ($p=0.544$).

SİÖ Bağımsızlık Düzeyi Yetkinlik alt boyutunda müdahale grubunun son test ve izlem ölçümü puan ortalamalarının kontrol grubuna göre daha yüksek olduğu belirlenmiş ancak zaman içindeki farkın istatistiksel açıdan anlamlı olmadığı belirlenmiştir ($p=0.740$). Grup içi farklara bakıldığında ise müdahale grubunda bulunan bireylerin psikoeğitim öncesi Bağımsızlık-Düzeyi Yetkinlik alt boyutu puan ortalaması 31.93±5.10 iken, son test ölçümünde bu puan artarak 34.96±3.87 olmuş ve izlem ölçümünde daha da artarak 36.44±3.64 olmuştur. Puanlardaki bu artış istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ($p=0.000$). Müdahale grubundaki grup içi farklara ilişkin ileri analizler Bonferroni Testi ile gerçekleştirilmiştir. Bu analizler sonucunda; SİÖ Boş Zamanları Değerlendirme alt boyutu ön test ile izlem ölçümü ve ön test ile son test ölçümü puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$). Kontrol grubunda olan bireylerin ise psikoeğitim öncesi Bağımsızlık Düzeyi Yetkinlik alt boyutu puan ortalaması 32.00±6.96 bulunmuş olup son test ölçümünde artarak 35.03±3.84 olmuş ve izlem ölçümünde de artarak 35.58±4.88 olarak bulunmuştur. Puan ortalamalarındaki bu değişiklikler istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p=0.006$).

SİÖ Bağımsızlık Düzeyi-Performans alt boyutunda müdahale grubunun Bağımsızlık Düzeyi Performans alt boyutu puan ortalamaları zaman içinde kontrol grubunun puanlarına göre daha fazla artış göstermesine karşın, bu fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır ($p=0.128$). Grup içi farklar incelendiğinde; müdahale grubunun 22.00±8.35 olan Bağımsızlık Düzeyi Performans alt boyutu ön test ölçüm puan ortalaması son testte artarak 26.65±6.39 olmuş ve izlem ölçümünde biraz daha artarak 26.75±5.36 bulunmuştur. Puanlardaki bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p=0.004$). Yapılan analizler sonucunda; SİÖ Bağımsızlık Düzeyi Performans alt boyutu ön test ölçümü ile izlem ölçümü ve ön test ölçümü ile son test ölçümü puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu

saptanmıştır (p<0.005). SİÖ Bağımsızlık Düzeyi-Performans alt boyutunun kontrol grubu puanları incelendiğinde son test ölçümü (25.37±5.52) ve izlem ölçümü (26.10±4.66) puan ortalamalarının ön test ölçüm (24.41±7.38) puan ortalamasına göre zaman içinde arttığı ancak bu artışın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı bulunmuştur (p=0.424).

SİÖ İş/Meslek alt boyutunda müdahale grubu puan ortalamalarının son test ve izlem ölçümlerinde kontrol grubuna göre daha yüksek olduğu ve zaman içinde puanlar arasındaki bu değişimlerin istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir (p=0.004). Grup içindeki puan değişimlerine bakıldığında; SİÖ İş/Meslek alt boyutunda müdahale grubunun psikoeğitim öncesi puan ortalaması 6.96±3.01 iken son test ölçümünde bu puan artarak 7.51±2.69 ve izlem ölçümünde daha da artarak 9.62±2.44 olmuştur. Puanlardaki bu artış istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (p=0.000). İleri analizlere göre; puan farklarının İş/Meslek Performans alt boyutu ön test ölçümü ile izlem ölçümü ve son test ölçümü ile izlem ölçümü puan ortalamaları arasındaki farktan kaynaklandığısaptanmıştır (p=0.000). Kontrol grubunun SİÖ İş/Meslek alt boyutu puan ortalaması ön test ölçümüne göre (7.51±3.68) son testte azalmış (7.00±3.29) izlem ölçümünde ise yeniden artmıştır (7.58±3.27). Puanlar arasındaki bu farklar istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır (p=0.212).

4.4. Algılanan Esenlik Ölçeğine İlişkin Bulgular

Tablo 4.6. Müdahale ve kontrol gruplarının algılanan esenlik ölçeği (AEÖ) puan ortalamalarının karşılaştırılması

AEÖ Alt Boyutları	**Ölçüm**	**Müdahale Grubu n=29**	**Kontrol Grubu n=29**	**Gruplar arası farklılık**	
		Ort. ± Std.	Ort. ± Std.		
Toplam	Ön test	138,55±26.64	142.24±21.78	6.541	**0.05**
	Son test	156.24±15.81	145.00±27.94		
	İzlem	164.72±16.76	148.96±28.60		
Grup içi farklılık	F=16.895 **p= 0.000**		F=1.537 p=0.224		
Duygusal	Ön test	4.13±0.88	4.40±0.98	9.719	**0.000**
	Son test	4.72±0.61	4.21±0.97		
	İzlem	4.89±0.75	4.40±1.15		
Grup içi farklılık	F=13.474 **p= 0.000**		F=1.274 p=0.288		
Spiritüel	Ön test	3.72±1.16	3.85±1.01	6.155	**0.005**
	Son test	4.50±0.74	3.85±1.30		
	İzlem	4.62±0.77	3.98±1.17		
Grup içi farklılık	F=11.306 **p= 0.000**		F=0.586 p=0.560		
Sosyal	Ön test	4.33±0.69	3.94±0.93	1.826	0.167
	Son test	4.31±0.82	4.36±0.82		
	İzlem	4.57±0.69	4.41±0.81		
Grup içi farklılık	F=1.569 p= 0.217		F=6.020 p=**0.004**		
Psikolojik	Ön test	3.68±0.83	3.77±0.86	2.469	0.091
	Son test	4.01±0.85	3.72±0.97		
	İzlem	4.34±0.64	3.84±0.98		
Grup içi farklılık	F=5.163 **p= 0.009**		F=0.241 p=0.787		
Entelektüel	Ön test	3.32±0.83	3.72±0.89	6.744	**0.002**
	Son test	4.11±0.78	3.85±1.03		
	İzlem	4.56±0.68	4.08±0.95		
Grup içi farklılık	F=26.048 **p= 0.000**		F=2.382 p=0.102		
Fiziksel	Ön test	3.89±1.20	4.00±1.13	1.527	0.225
	Son test	4.35±0.75	4.16±1.24		
	İzlem	4.43±0.88	4.08±1.00		
Grup içi farklılık	F=3.060 p= **0.055**		F=0.388 p=0.680		

Tablo 4.5'te müdahale ve kontrol gruplarının AEÖ puan ortalamalarının zaman içindeki değişimi görülmektedir. AEÖ toplam puanı zaman içinde gruplar arasında ortaya çıkan fark açısından değerlendirildiğinde; müdahale grubunun puanlarının konrol grubuna göre son test ve izleme ölçümünde daha yüksek olduğu ve bu farkın istatistiksel açıdan anlamlı olduğu belirlenmiştir (p=0.05). Grup içi farklar değerlendirildiğinde ise, müdahale grubunun son test (156.24±15.81) ve izleme (164.72±16.76) ölçümü puan ortalamasının ön test puan ortalamasından (138,55±26.64) daha yüksek olduğu ve puanlardaki bu değişimin de istatistiksel açıdan anlamlı olduğu saptanmıştır (p=0.000). Kontrol grubunun puanları incelendiğinde son test (145.00±27.94) ve izleme ölçümü (148.96±28.60) puan ortalamalarının ön test (142.24±21.78) puan ortalamasına göre artmış olduğu ancak bu artışın istatistiksel açıdan anlamlı olmadığı belirlenmiştir (p=0.224).

Algılanan esenliğin duygusal alt boyutunun puan ortalamaları incelediğinde; müdahale grubu puan ortalamalarının kontrol grubu puan ortalamalarına göre zaman içinde giderek arttığı ve puanlardaki bu farkın da istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir (p= 0.000). Algılanan esenliğin duygusal alt boyut puanlarına ilişkin grup içi farklar incelendiğinde müdahale grubu puan ortalamalarının son testte (4.72±0.61) ve izlem ölçümünde (4.89±0.75) ön teste göre (4.13±0.88) istatistiksel açıdan anlamlı biçimde arttığı görülmüştür (p= 0.000). Bonferroni testi sonucunda; AEÖ duygusal alt boyutu ön test ölçümü ile son test ölçümü ve ön test ölçümü ile izlem ölçümü puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur (p=0.000). Kontrol grubundaki bireylerin psikoeğitim öncesi yapılan ölçümlerinde algılanan duygusal esenlik puan ortalamaları 4.40±0.98 olup, son test ölçümünde azalarak 4.21±0.97 olmuş ve izlem ölçümünde artarak 4.40±1.15 olarak bulunmuştur. Puanlardaki bu değişiklikler istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (p=0.288).

Müdahale grubunun son test ve izlem ölçümlerinde algılanan esenliğin spiritüel alt boyutuna ilişkin puan ortalamalarının kontrol grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı biçimde daha yüksek olduğu belirlenmiştir (p=0.005). Grup içi puan farkları incelendiğinde; müdahale grubunda olan bireylerde ön testte 3.72±1.16 olan puan, son testte artarak 4.50±0.74 ve izlem ölçümünde biraz daha artarak 4.62±0.77 olmuştur. Bu artışlar istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur (p= 0.000). Bonferroni testi

analizleri sonucunda grup içi farkların; AEÖ spiritüel alt boyutu ön test ölçümü ile son test ölçümü ve ön test ölçümü ile izlem ölçümü puan ortalamalarından kaynaklandığı belirlenmiştir. Kontrol grubundaki bireylerin AEÖ spiritüel alt boyut puan ortalamaları ön test ve son test ölçümünde aynı çıkarak 3.85±1.30 olmuş, izlem ölçümünde bu puan artarak 3.98±1.17 olarak bulunmuştur. Puanlardaki bu değişiklikler istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (p=0.560).

AEÖ sosyal alt boyutu puan ortalamaları incelendiğinde kontrol grubunda olan bireylerin puan ortalamalarının müdahale grubuna göre daha fazla artış gösterdiği ancak bu artışın istatistiksel olarak anlamlı olmadığını belirlenmiştir (p=0.167). Grup içi farklar incelendiğinde ise, müdahale grubundaki bireylerin ön testte 4.33±0.69 olan puan ortalamalarının, son testte azalarak 4.31±0.82 olduğu ve izlem ölçümünde ise artarak 4.57±0.69 olduğu saptanmıştır. Ortalamalar arasındaki bu farklar istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (p=0.217). Kontrol grubundaki olan bireylerin algılanan sosyal esenlik puan ortalamaları psikoeğitim öncesi yapılan ölçüme (3.94±0.93) göre, son test (4.36±0.82) ve izlemde (4.41±0.81) istatistiksel açıdan anlamlı olacak şekilde artmıştır (p=0.004).

AEÖ psikolojik alt boyutu puan ortalamalarının son test ve izleme ölçümlerinde müdahale grubunda kontrol grubuna göre daha yüksek olduğu ancak gruplar arasında zaman içinde meydana gelen bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı belirlenmiştir (p=0.091). Grup içi farklar incelendiğinde; müdahale grubundaki bireylerde, son testte (4.01±0.85) ve izlem ölçümünde (4.34±0.64) alınan puanların ön testte (3.68±0.83) alınan puana göre istatistiksel açıdan anlamlı olacak şekilde zaman içinde giderek arttığı bulunmuştur (p=0.009). Bonferroni testi sonucunda grup içi farkların; ön test ölçümü ile son test ölçümü ve ön test ölçümü ile izlem ölçümü puan ortalamalarından kaynaklandığı saptanmıştır. Kontrol grubundaki bireylerin psikoeğitim öncesi yapılan ölçümde AEÖ psikolojik alt boyutundan aldığı puan (3.77±0.86) son test ölçümünde (3.72±0.97) azalmış ve izlem ölçümünde (3.84±0.98) artış göstermiştir. Puanlardaki bu değişiklikler istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (p=0.560).

Müdahale grubundaki bireylerin AEÖ entellektüel alt boyutundan son test ve izleme ölçümlerinde aldıkları puanların ortalamaları kontrol grubunda olan bireylerin

aldıkları puan ortalamalarına göre daha yüksek bulunmuş, aradaki bu farkın istatistiksel açıdan anlamlı olduğu belirlenmiştir (p=0.002). Grup içi puan farkları incelendiğinde ise; müdahale grubunun sosyal alt boyut puanları son test (4.11±0.78) ve izlem (4.56±0.68) ölçümlerinde ön test (3.32±0.83) sonuçlarına göre istatistiksel açıdan anlamlı bir şekilde artış göstermiştir (p=0.000). Bonferroni testi sonucunda grup içi çıkan farkların; ön test ölçümü ile son test ölçümü ve ön test ölçümü ile izlem ölçümü puan ortalamaları arasındaki farktan kaynaklandığı bulunmuştur. Kontrol grubunda olan bireylerin psikoeğitim öncesi yapılan ölçümlerinde algılanan entelektüel esenlik alt boyutu puan ortalamasının ön test ölçümünde 3.72±0.89, son test ölçümünde de aynı sonuç çıkarak 3.85±1.03 olduğu ve izlem ölçümünde artarak 4.08±0.95 olduğu saptanmıştır. Puanlardaki bu değişikliklerin ise istatistiksel olarak anlamlı olmadığı belirlenmiştir (p=0.102).

AEÖ fiziksel alt boyutu puan ortalamaları gruplar arası farklar açısından değerlendirildiğinde, müdahale grubundaki bireylerin puan ortalmalarının zaman içinde kontrol grubuna göre daha fazla artış gösterdiği belirlenmesine karşın, aradaki bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (p=0.225). Müdahale grubunun zaman içindeki puan ortalaması kendi içinde karşılaştırıldığında; psikoeğitim öncesi alınan puan ortalamasının (3.89±1.20) son test (4.35±0.75) ve izlemde (4.43±0.88) arttığı ancak bu artışın istatistiksel açıdan sınırda anlamlı olduğu saptanmıştır (p= 0.055). İleri analizlerde grup içi farkların; ön test ölçümü ile izlem ölçümü puan ortalamalarından kaynaklandığı bulunmuştur. Kontrol grubunda olan bireylerin AEÖ fiziksel alt boyutu puan ortalamaları ön test ölçümünde 4.00±1.13 iken, son test ölçümünde biraz artarak 4.16±1.24 ve izlem ölçümünde ise azalarak 4.08±1.00 olmuştur. Puanlardaki bu değişiklikler istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır (p=0.680).

4.5. Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeğine İlişkin Bulgular

Tablo 4.7. Müdahale ve kontrol gruplarının stresle başa çıkma tarzları ölçeği (SBÇTÖ) puan ortalamalarının karşılaştırılması

SBÇTÖ Alt Boyutları	**Ölçüm**	**Müdahale Grubu n=29**	**Kontrol Grubu n=29**	**Gruplar arası farklılık**	
		Ort. ± Std.	Ort. ± Std.		p
İyimser Yaklaşım	Ön test	8.79±3.18	8.93±3.73		
	Son test	10.62±2.94	9.48±3.79		
	İzlem	10.38±2.61	9.45±3.08	1.205	0.303
Grup içi farklılık	F=5.091 **p= 0.009**		F=0.488 p=0.616		
Kendine Güvenli Yaklaşım	Ön test	13.72±5.27	15.62±3.96		
	Son test	16.03±3.77	15.27±4.49		
	İzlem	17.24±2.53	15.37±3.81	5.639	**0.006**
Grup içi farklılık	F=8.099 **p= 0.001**		F=0.078 p=0.925		
Çaresiz Yaklaşım	Ön test	12.00±5.24	11.93±5.82		
	Son test	7.62±4.61	12.55±5.65		
	İzlem	7.59±3.55	11.55±3.93	8.990	**0.000**
Grup içi farklılık	F=16.186 **p= 0.000**		F=0.657 p=0.523		
Boyun Eğici Yaklaşım	Ön test	7.17±3.61	7.07±4.43		
	Son test	4.21±2.76	7.59±4.25		
	İzlem	4.14±2.50	7.17±4.37	8.905	**0.000**
Grup içi farklılık	F=13.077 **p= 0.000**		F=0.411 p=0.665		
Sosyal Desteğe Başvurma	Ön test	6.45±2.31	6.72±1.85		
	Son test	7.86±2.12	6.97±2.20		
	İzlem	7.72±1.89	6.93±1.85	2.228	0.113
Grup içi farklılık	F=4.159 **p= 0.021**		F=2.116 p=0.130		

Tablo 4.6'da müdahale ve kontrol gruplarının SBÇTÖ alt boyut puan ortalamalarına ilişkin karşılaştırma sonuçları yer almaktadır. Buna göre müdahale grubundaki bireylerin iyimser yaklaşım alt boyutu puan ortalamalarının son test ve izleme ölçümlerinde kontrol grubuna göre daha yüksek olduğu ancak zaman içinde gruplar arasında meydana gelen bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı tespit edilmiştir (p=0.303). Grup içi farklılar değerlendirildiğinde ise müdahale grubunun ön test puan ortalamasının (8.79±3.18), son testte (10.62±2.94) arttığı ve izlem

ölçümünde (10.38±2.61) ise azaldığı ve bu farkların istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir (p=0.009). İleri analizler sonucunda; iyimser yaklaşım alt boyutu puanları arasındaki anlamlı farkın ön test ölçümü ile son test ölçümü ve ön test ölçümü ile izlem ölçümünden kaynaklı olduğu saptanmıştır. Kontrol grubunda olan bireylerin psikoeğitim öncesi yapılan ölçümlerinde iyimser yaklaşım alt boyutu puan ortalamasının (8.93±3.73), son test ölçümünde (9.48±3.79) arttığı ancak izlem ölçümünde (9.45±3.08) ise tekrar azaldığı bulunmuştur. Puanlardaki bu değişiklikler istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır (p>0.05).

SBÇTÖ kendine güvenli yaklaşım alt boyutunda; müdahale grubunun puanlarının kontrol grubuna göre son test ve izlem ölçümlerinde daha yüksek olduğu belirlenmiş ve zaman içinde gruplar arasındaki bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır (p=0.006). Grup içi farklar incelendiğinde ise; müdahale grubu puan ortalamasının son test (16.03±3.77) ve izlem ölçümlerinde (17.24±2.53) ön test ölçümlerine (13.72±5.27) göre istatistiksel olarak anlamlı olan bir artış gösterdiği tespit edilmiştir (p=0.001). Bonferroni testi sonucunda; anlamlılığın ön test ölçümü ile son test ölçümü ve ön test ölçümü ile izlem ölçümü puan ortalamaları arasındaki farktan kaynaklandığı saptanmıştır. Kontrol grubunda olan bireylerin psikoeğitim öncesi yapılan ölçümlerinde kendine güvenli yaklaşım alt boyutu puan ortalaması15.62±3.96 iken, son test ölçümünde azalarak 15.27±4.49 ve izlem ölçümünde ise artarak 15.37±3.81 olarak bulunmuştur. Puanlardaki bu değişiklikler istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır (p=0.925).

SBÇTÖ çaresiz yaklaşım alt boyutunun puan ortalamasında zaman içinde gruplar arasında meydana gelen farklar incelendiğinde; müdahale grubunun puan ortalamasının kontrol grubuna göre zaman içinde azalma gösterdiği ve bu azalmanın da istatistiksel açıdan anlamlı olduğu belirlenmiştir (p=0.000). Müdahale grubunun grup içi puan farkları incelendiğinde; psikoeğitim öncesi 12.00±5.24 olan punın son testte azalarak 7.62±4.61 ve izleme ölçümünde daha da azalarak 7.59±3.55 olduğu saptanmıştır. Puanlardaki bu azalmanın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur (p=0.000). Bonferroni testi sonucunda; anlamlılığın çaresiz yaklaşım alt boyutu ön test ölçümü ile son test ölçümü ve ön test ölçümü ve izlem ölçümü puan ortalamaları arasındaki farktan kaynaklandığı saptanmıştır. Kontrol grubunda olan bireylerin psikoeğitim öncesi yapılan ölçümlerinde çaresiz yaklaşım alt boyutu puan

ortalaması 11.93±5.82 olup, son test ölçümünde artarak 12.55±5.65 olmuş ve izlemde ise azalarak 11.55±3.93 olarak bulunmuştur. Puanlardaki bu değişiklikler istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (p>0.05).

Müdahale grubundaki bireylerin son test ve izlem ölçümlerinde kontrol grubuna göre SBÇTÖ boyun eğici yaklaşım alt boyutundan daha yüksek puan aldıkları ve zaman içinde müdahale ve kontrol grubu puanları arasında meydana gelen bu değişiklerin istatistiksel açıdan anlamlı olduğu saptanmıştır (p=0.000). Grup içi farklar incelendiğinde ise, müdahale grubu ön test puan ortalaması 7.17±3.61 iken psikoeğitim sonrası azalarak 4.21±2.76 olmuş ve izlem ölçümünde daha da azalarak 4.14±2.50 olarak ölçülmüştür. Puanlardaki bu azalma istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (p=0.000). Bonferroni testi sonucunda; anlamlılığın ön test ölçümü ile son test ölçümü ve ön test ölçümü ve izlem ölçümü puan ortalamaları arasındaki farktan kaynaklandığı belirlenmiştir. Kontrol grubunda olan bireylerin psikoeğitim öncesi yapılan ölçümlerinde SBÇTÖ Boyun Eğici Yaklaşım alt boyutu puan ortalaması 7.07±4.43 iken, son test ölçümünde artarak 7.59±4.25 ve izlem ölçümünde azalarak 7.17±4.37 olarak bulunmuştur. Puanlardaki bu değişiklikler istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (p>0.005).

SBÇTÖ sosyal desteğe başvurma alt boyutunun zaman içinde gruplar arası puan ortalamaları arasındaki farklar incelendiğinde müdahale grubu puan ortalamalarının son test ve izlem ölçümünde kontrol grubuna göre daha yüksek olduğu ancak ortalamalar arasındaki bu farkın istatistiksel açıdan anlamlı olmadığı belirlenmiştir (p=0.113). Müdahale grubunda olan bireylerin psikoeğitim öncesi 6.45±2.31 olarak ölçülen puanı, psikoeğitim sonrası artarak 7.86±2.12 olmuş ve izlem ölçümünde azalarak 7.72±1.89 olarak belirlenmiştir. Müdahale grubunun puanlarında kendi içindeki bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (p=0.021). İleri analizler sonucunda; istatistiksel anlamlılığın ön test ölçümü ile son test ölçümü ve ön test ölçümü ile izlem ölçümü puan ortalamaları arasındaki farktan kaynaklandığı saptanmıştır. Kontrol grubunda olan bireylerin psikoeğitim öncesi yapılan ölçümlerinde SBÇTÖ sosyal desteğe başvurma alt boyutu puan ortalamasının (6.72±1.85) son testte (6.97±2.20) arttığı ve izlemde (6.93±1.85) ise azaldığı tespit edilmiştir. Ortalamalar arasındaki bu farklar istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır (p=0.130).

5. TARTIŞMA

Bu bölümde; relaps önleme psikoeğitim programının, madde kullanım bozukluğu olan bireylerin relaps oranına, sosyal işlevsellik ve algılanan esenlik düzeyine ve stresle başa çıkma tarzlarına olan etkisinin incelendiği araştırmadan elde edilen bulgular literatür eşliğinde tartışılmıştır.

Madde kullanım bozukluğu olan hastalarla gerçekleştirilen bu araştırmanın sonuçlarına göre relaps önleme programı sonundaki testlerde müdahale grubunda hiç relapsa rastlanmaz iken, kontrol grubunda relaps oranı %31 olmuştur. Üç ay sonraki izlem ölçümünde de müdahale grubunda relaps oranı %3.4'e yükselerek, kontrol grubunda bu oran %20.7 olmuştur. Bu bulgular çalışmada uygulanan relaps önleme psikoeğitim programının relapsı önlemede etkili olduğunu ve relaps oranının %35'in altında olmasına ilişkin H1 hipotezinin kabul edildiğini göstermektedir. Psikoeğitim programının relaps oranı üzerine etkisinin büyüklüğünü ölçmek için yapılan analizler sonucunda da; son test ölçümlerinde müdahale grubundaki bireylerin relaps olmama olasılığının kontrol grubundaki bireylere göre 14.29 kat daha fazla olduğu, izlem ölçümlerinde ise bu oranın 7.30 kat fazla olduğu belirlenmiştir. Bu bulgu da uygulanan programın etkisini göstermesi açısından önemli bir bulgudur. Çalışmanın sonuçları literatürde yer alan benzer çalışmalarla karşılaştırıldığında, çalışmada ortaya çıkan relaps oranlarının diğer çalışmalardaki oranlardan daha düşük olduğu görülmektedir. Bu sonucun araştırmada kullanılan psikoeğitim programının relapsı önlemeye yönelik hazırlanmış olmasının yanında hastalara farkındalık kazandırmak, var olan kalıplaşmış inanışlarını gidermek ve özellikle madde isteği ile baş etme becerilerini kazandırmakla ilgili oturumlara sahip olmasından kaynaklı olduğu düşünülmektedir. Yapılan bu çalışmaya benzer çalışmalardan biri olan Türkcan ve arkadaşları (99)'nın gerçekleştirdiği 12 oturumluk (sekizi hastanede, dördü ayaktan gerçekleştirilen) bir bilişsel davranışçı terapi programından üç ay sonra yapılan ölçümlerde relaps oranı %27.7 olarak bulunmuştur. Pashaei ve arkadaşları (53)'nın uyguladığı relaps önlemeye yönelik 10 oturumluk grup terapisi programı sonunda müdahale grubundaki relaps oranının %36.4, kontrol grubundaki oranın %63.6 olduğu belirlenmiştir. Jafari ve arkadaşları (13)'nın Marlatt'un relaps önleme modelini esas alarak oluşturdukları başetme becerilerini içeren terapi programı sonunda müdahale grubunda relaps oranı

%16, kontrol grubunda %65 olarak bulunmuştur. Min ve arkadaşları (54)'nın uyguladıkları relaps önleme grup terapisi programından üç ay sonraki izlemde müdahale grubundaki relaps oranı %62.8, kontrol grubunda ise %83.3 olarak belirlenmiştir. Bowen (162)'ın gerçekleştirdiği bir başka çalışmada üç ayrı gruba sekiz oturumluk standart tedavi, relaps önleme terapi programı ve bilişsel-davranışçı temelli terapi uygulanmış, programların sonunda relaps önleme programının daha etkili olduğu, üç ay sonraki izleme ölçümlerinde ise relaps oranlarının standart tedavi grubunda %20, relaps önleme terapi grubunda %11 ve bilişsel-davranışçı temelli terapi grubunda ise %14 olduğu belirlenmiştir. Maarefvand ve arkadaşları (28)'nın yapmış oldukları bir başka çalışmada relaps önleme grup terapisi alan bireylerin maddeden uzak kalma oranlarının %77.1, kontrol grubunun oranlarının ise %41.7 olduğu saptanmıştır.

Çalışmada psikoeğitim programı sonrası ölçümde %0 olan relaps oranının, üç ay sonraki izlemde %3.4'e çıkması azalmakla birlikte programın etkisinin devam ettiğini gösteren bir bulgudur. Bu konuda yapılan benzer programların etkilerinin üç ay sonra ölçüldüğü bazı çalışmalarda da, çalışmamızla paralel biçimde programdan elde edilen kazanımların üç ay sonraki kontrolde de korunduğu ve tedavinin olumlu etkilerinin sürdüğü bildirilmektedir (163, 164, 165). Öte yandan bazı çalışmalarda ise program sonunda elde edilen başarının üç ay sonraki ölçümlerde düştüğü belirlenmiştir (32, 166, 167).

Çalışmanın sonuçlarına bakıldığında, relaps önleme psikoeğitim programının relapsı önlemede başarılı olduğu ve relaps önlemedeki genel başarı konusunda pek çok çalışma ile paralellik gösterdiği görülmektedir (17, 52, 103, 110, 122, 133, 134, 168, 169, 170, 171, 172, 173). Çalışma sonuçlarımızdan farklı olarak, Bowen ve arkadaşları (134)'nın standart tedavi ile birlikte uygulanan grup terapisini sadece standart tedavi ile karşılaştırdıkları çalışma sonucunda iki yaklaşım arasında anlamlı farklılığa rastlanmamıştır. Yine standart tedavi ile grup terapisini karşılaştıran başka çalışmalarda da iki grup arasında fark olmadığı belirlenmiştir (174, 175, 176).

Çalışmada kullanılan ve hastaların günlük etkinliklerini, aile ve toplum içi etkileşimlerini, toplumsal işlevselliklerini değerlendiren sosyal işlevsellik ölçeği (SİÖ) sosyal çekilme, kişiler arası işlevsellik, öncül sosyal etkinlikler, boş zaman

değerlendirme, bağımsızlık düzeyi-yetkinlik), bağımsızlık düzeyi-(performans) ve mesleki işlevsellik olmak üzere yedi alt boyuttan oluşmaktadır. Çalışmada müdahale grubunun psikoeğitim programı sonrasında ve izlem ölçümlerinde toplam sosyal işlevsellik puan ortalamasının ve sosyal işlevsellik alt boyut puan ortalamalarının anlamlı biçimde giderek arttığı görülmektedir. Literatür incelendiğinde madde kullanım bozukluğu olan bireylere uygulanan relaps önleme psikoeğitim programının sosyal işlevsellik düzeyine etkisini araştıran bir çalışmaya rastlanmamıştır. Ancak madde kullanım bozukluğu gibi ruhsal sorunların sosyal geri çekilmeye, kişilerarası ilişkilerin bozulmasına, kendi başına sağlığını sürdürmede güçlüğe ve iş alanında işlevselliğin yitirilmesine yol açarak sosyal işlevselliği olumsuz yönde etkilediği bilinmektedir (19, 20, 39, 135, 156). Bu nedenle, uygulanan programın sosyal işlevsellik üzerine etkisi dikkat çekici bir bulgudur. Araştırmanın bir diğer ilgi çekici bulgusu ise, programın uygulanmadığı kontrol grubunun kendi içindeki karşılaştırmalarında bazı sosyal işlevsellik düzeylerinde anlamlı artışların olması ve müdahale ve kontrol grupları arasında toplam sosyal işlevsellik ve iş/meslek alt boyutu dışında anlamlı fark olmaması olmuştur. Araştırmanın kontrol ve müdahale grubuna dahil edilen bireylerin hepsinin maddeyi bırakmak istemeleri ve detoksifiye olmuş olmalarının ve müdahale grubuna psikoeğitim programı uygulanırken kontrol grubuna da standart takip ve tedavinin devam etmesinin bu sonucu açıklar bir özellik olduğu düşünülmektedir. Müdahale grubu psikoeğitim programının etkisi ile sosyal işlevselliğin toplam ve tüm alt boyut puan ortalamalarında artış gösterirken, kontrol grubu da sosyal uğraşı, kişilerarası işlevsellik ve bağımsızlık düzeyi-yetkinlik konusunda standart tedaviden müdahale grubu kadar olmasa da bir miktar yarar görmüştür. Çalışmanın sonucunda müdahale grubunun toplam sosyal işlevsellikte ve sosyal işlevselliğin iş/meslek alt boyutunda kontrol grubuna göre program sonunda ve izleme ölçümünde daha yüksek puanlar alması, müdahale grubundaki bireylerin süreç sırasındaki "artık çalışabileceğimi düşünüyorum ve çalışmak istiyorum" gibi ifadelerinin fiiliyata dönüştüğünü ve genel anlamda işlevselliğin arttığını göstermektedir.

Araştırmanın bulgularına göre, müdahale grubunun toplam algılanan esenlik ve duygusal, spiritel ve entelektüel algılanan esenlik alt boyut puan ortalamaları kontrol grubuna göre program sonunda ve izleme ölçümünde anlamlı biçimde daha

yüksek bulunmuştur. Ayrıca, müdahale grubunun toplam algılanan esenlik ve sosyal dışındaki tüm algılanan esenlik alt boyut puan ortalamalarının psikoeğitim programı sonunda ve izleme ölçümlerinde anlamlı biçimde giderek arttığı görülmüştür. Bu durum uygulanan psikoeğitim programının algılanan esenlik üzerine olumlu etkisinin olduğunu göstermektedir. Madde kullanım bozukluğu, bireyin mesleki ve sosyal yaşamında problemlere sebep olması nedeniyle esenliğini olumsuz yönde etkilemektedir ve esenlik düzeyi düşmektedir (43). Esenlik düzeyinin düşük olması, varoluşsal iyi oluşu olumsuz etkilemekte ve varoluşsal iyi oluşun bozulması madde kullanımını arttırmaktadır. Yani bireyin algıladığı esenlik hali ve iyi oluş arttıkça madde kullanımı azalmaktadır. Çalışmada bireylerde program sonunda hiç relaps yani madde kullanımı görülmemesi ve izlemde de relaps oranının çok düşük olması ve algılanan esenlikte görülen artış, bu bilgi ile paralellik göstermektedir. Aynı zamanda oturumlar sırasında verilen ödevler değerlendirilirken *"artık yediğim yemeğin tadını alıyorum", "sabahları ağrı olmadan uyanmak ne güzelmiş", "artık maddeyi sürekli düşünmemek ve başka şeyler düşünebilmek çok güzelmiş", "özgür olduğumu hissediyorum ve kendimi seviyorum"* gibi ifadeleri duymak da esenliğin algılanmasında olumlu düzeyde bir artış olduğunu göstermektedir. Unterrainer ve arkadaşları (177) da madde kullanım bozukluğu olan hastaların başa çıkma stillerini, spiritüel iyi oluş hallerini ve kişilik yapılarını değerlendirdiği çalışmasında, bu bireylere kişiliklerine olumlu ve anlamlı destek sağlayacak nitelikte terapötik bir müdahale programı uygulanmasının hastanın algıladığı iyilik haline ve bağımlılık tedavisine olumlu katkı sağlayacağını bildirmiştir. Çalışmada kontrol grubunun algılanan esenlik toplam ve alt boyut puanları zaman içinde bir miktar artış gösterse de, algılana sosyal esenlik dışında aradaki bu fark anlamlı bulunmamıştır. Kontrol grubu puanlarındaki artışın, hem müdahale hem kontrol grubuna dahil edilen bireylerin maddeyi bırakma konusunda istekli ve motivasyonlarının yüksek olması ve aynı zamanda da detoksifiye olmuş bireyler olması ile ilişkili olduğu düşünülmektedir.

Uygulanan relaps önleme programı sonunda ve izleme ölçümlerinde müdahale grubu kontrol grubuna göre kendine güvenli yaklaşımda daha yüksek, çaresiz ve boyun eğici yaklaşımda ise daha düşük puanlar almıştır. Ayrıca, program sonunda ve izleme ölçümünde müdahale grubundaki bireylerin stresle baş etmede kendine güvenli yaklaşım, iyimser yaklaşım ve sosyal destek arama yaklaşımı kullanımı ilk ölçüme

göre anlamlı biçimde yükselmiş, çaresiz ve boyun eğici yaklaşım kullanımı ise azalmıştır. Bu durum, uygulanan psikoeğitim programının hastaların sorunları ile kendilerine daha güvenerek, daha olumlu bakış açısıyla ve daha fazla sosyal destek arayarak başa çıkmalarını arttırdığı, çaresiz ve boyun eğici başa çıkmayı kullanmalarını ise azalttığı biçiminde yorumlanabilir. Bu sonuçlara en iyi örnek olarak hastaların oturumlar sırasında kullandıkları *"olumsuz duygulardan kurtulmak için madde kullanmanın hiç işe yaramadığını gördüm", "madde isteğimle tek başıma mücadele edemeyeceğimi anladım"* gibi ifadeleri verilebilir. İzleme ölçümünde bu değişimlerin sürmesi ise, programın kazanımlarının sürdüğü biçiminde yorumlanabilir. Madde kullanım bozukluğu olan hastalarda stresin değerlendirilmesi ve hastaların etkili baş etme becerilerini kullanmaları çok önemlidir. Çünkü hastaların stresleri ile başa çıkmak için madde kullanımlarını arttırdıkları ya da maddeye yeniden başladıkları bilinen bir gerçektir. Madde kullanım bozukluğu olan bireylerle yapılan bazı çalışmalarda stres bozukluğu olanların olumsuz duyguları ile baş etmede uygun olmayan baş etme yöntemlerini kullandıkları ve daha fazla madde tükettikleri tespit edilmiştir (24, 178). Çalışmamıza benzer şekilde, hastalara stres yönetimi ile ilgili uygulanan psikososyal terapi müdahalelerinin hastaların stresini ve madde tüketimini azaltmada (179, 180) ve relapsı önlemede etkili olduğu bildirilmiştir (181). Ögel ve arkadaşlarının (55) yapmış oldukları çalışmada elde edilen sonuçlar da Stres Odaklı Farkındalık Terapisinin bağımlılık tedavisinde etkili olduğunu göstermiştir. Yine Back ve arkadaşları(182)'nın madde kullanım bozukluğu olan bireylere uyguladığı üç haftalık bilişsel davranışçı stres yönetimi müdahale programı sonunda hastaların madde isteğinde ve relapsa neden olan stres ve stres aktivitesinde azalma olduğu ve stresle daha etkili baş ettikleri bulunmuştur.

Sonuç olarak; relaps önleme psikoeğitim programının madde kullanım bozukluğu olan bireylerde relaps oranı, sosyal işlevsellik, algılanan esenlik ve stresle başa çıkmada olumlu değişimlere yol açtığı bulunmuştur.

6. SONUÇLAR VE ÖNERİLER

6.1. Sonuçlar

Relaps önleme psikoeğitim programının madde kullanım bozukluğu tedavisi alıp bırakmış bireylerde relaps oranı, sosyal işlevsellik, algılanan esenlik ve stresle başa çıkma becerileri üzerine etkisini belirlemek amacıyla yapılan bu çalışmada, aşağıdaki sonuçlar elde edilmiştir.

Müdahale ve kontrol grubundaki bireylerin program sonu ve izleme ölçümlerindeki relaps oranları karşılaştırıldığında;

- ✓ Program sonunda müdahale grubundaki %0'lık relaps oranının, kontrol grubundaki %31'lik relaps oranına göre istatistiksel olarak anlamlı biçimde daha yüksek olduğu (Bkz. Tablo 4.3),
- ✓ İzleme ölçümünde müdahale grubundaki %3.4'lük relaps oranının, kontrol grubundaki %20.7'lik relaps oranına göre istatistiksel olarak anlamlı olmasa da daha yüksek olduğu belirlenmiştir (Bkz. Tablo 4.3).

Müdahale ve kontrol grubundaki bireylerin program sonu ve izleme ölçümlerinde ilk ölçüme göre puan ortalamaları karşılaştırıldığında;

- ✓ Müdahale grubunun SİÖ toplam ve iş/meslek alt boyutu puan ortalamasının program sonunda ve izleme ölçümünde kontrol grubuna göre istatistiksel açıdan anlamlı biçimde daha yüksek olduğu (Bkz. Tablo 4.5),
- ✓ Müdahale grubunun AEÖ toplam ve duygusal, spiritüel ve entellektüel alt boyutu puan ortalamalarının program sonunda ve izleme ölçümünde kontrol grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı biçimde daha yüksek olduğu (Bkz. Tablo 4.6),
- ✓ Müdahale grubunun program sonunda ve izleme ölçümünde kontrol grubuna göre SBÇTÖ kendine güvenli yaklaşım puan ortalamasının istatistiksel açıdan anlamlı biçimde daha yüksek, çaresiz ve boyun eğici yaklaşım puan ortalamalarının ise daha düşük olduğu (Bkz. Tablo 4.7) belirlenmiştir

Müdahale grubundaki bireylerin program sonu ve izleme ölçümlerindeki puan ortalamaları ilk ölçümdeki puan ortalamaları ile karşılaştırıldığında;

- ✓ Relaps görülme oranının son test ölçümünde %0, izlem ölçümünde %3.4 olduğu (Bkz. Tablo 4.3),
- ✓ SİÖ toplam ve alt boyut puan ortalamalarının son test ve izlem ölçümlerinde ilk ölçüm puan ortalamalarına göre istatistiksel olarak anlamlı bir artış gösterdiği (Bkz. Tablo 4.5),
- ✓ AEÖ toplam puanı ve sosyal alt boyutu dışında kalan tüm alt boyut puan ortalamalarının son test ve izlem ölçümlerinde ilk ölçüm puan ortalamalarına göre istatistiksel olarak anlamlı bir artış gösterdiği (Bkz. Tablo 4.6),
- ✓ SBTÖ kendine güvenli, iyimser ve sosyal destek arama yaklaşım alt boyutu puan ortalamalarında son ölçüm ve izlem ölçümünde ilk ölçüme göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde bir artma, çaresiz ve boyun eğici yaklaşım alt boyutu puan ortalamalarında ise bir düşme olduğu (Bkz. Tablo 4.7) belirlenmiştir.

Kontrol grubundaki bireylerin program sonu ve izleme ölçümlerindeki puan ortalamaları ilk ölçümdeki puan ortalamaları ile karşılaştırıldığında;

- ✓ Relaps görülme oranının son test ölçümünde %31, izleme ölçümünde %20.7 olduğu(Bkz. Tablo 4.3),
- ✓ SİÖ sosyal uğraşı/sosyal çekilme, kişilerarası işlevsellik ve bağımsızlık düzeyi-yetkinlik alt boyut puan ortalamalarının son test ve izlem ölçümlerinde ilk ölçüm puan ortalamalarına göre istatistiksel olarak anlamlı bir artış gösterdiği (Bkz. Tablo 4.5),
- ✓ AEÖ sosyal alt boyutu puan ortalamasının son test ve izlem ölçümlerinde ilk ölçüm puan ortalamasına göre istatistiksel olarak anlamlı bir artış gösterdiği (Bkz. Tablo 4.6),
- ✓ SBTÖ alt boyut puan ortalamalarından hiçbirinin son ölçüm ve izlem ölçümünde ilk ölçüme göre istatistiksel olarak anlamlı bir değişim göstermediği (Bkz. Tablo 4.7) belirlenmiştir.

6.2. Öneriler

Çalışmadan elde edilen sonuçlar doğrultusunda;

- Uygulanan psikoeğitim programının madde kullanım bozukluğu olan bireylerde relaps oranı, sosyal işlevsellik, algılanan esenlik ve stresle başa çıkmada olumlu değişimlere yol açması nedeni ile bu çalışmada kullanılan psikoeğitim programının AMATEM gibi bu hastalara hizmet verilen kuruluşlarda relapsı önleme amaçlı olarak kullanılmaya devam edilmesi,
- Relaps oranının psikoeğitimden sonraki ölçüme göre 3 ay sonraki ölçümde artmış olması sonucu göz önünde bulundurularak, bu relaps önleme programı sonrası hastaları 6. ve 12. aylarda da değerlendiren uzunlamasına (longitudinal) çalışmaların yapılması,
- Bu psikoeğitim programı etkili olmuş olmakla birlikte, programın içeriğinin madde kullanım bozukluğu olan bireylerle yapılacak nitel çalışmalarla geliştirilmesi ve madde kullanım davranışı ve relaps arasındaki neden-sonuç ilişkilerinin daha da iyi anlaşılması,
- Çalışmamızda psikoeğitim programının sadece ayaktan hastalara uygulanması nedeniyle, yatan hastaların ve ayaktan hastaların araştırmaya dahil edildiği ve sonuçlarının karşılaştırıldığı çalışmaların planlanması önerilebilir.

7. KAYNAKLAR

1. Gürpınar D, Tokçuoğlu L. Bağımlılık yapan maddeleri kullanmak için duyulan arzu ve bu maddelerle ilgili rüyalar. Bağımlılık Dergisi. 2006;7:38-43.
2. Karataşoğlu S. Yerel sosyal politikalar çerçevesinde madde bağımlısı gençlerin sosyal rehabilitasyonu (Karapürçek İlçesi Sosyal Rehabilitasyon Merkezi Projesi) [Yüksek lisans tezi]. Sakarya: Sakarya Üniversitesi; 2009.
3. Mutlu E. Madde bağımlılığında ailenin rolü. Tıbbi Sosyal Hizmet Dergisi 2013;12(2):13-17.
4. Ögel K, Koç C, Başabak A, Aksoy A, Evren C. Sigara Alkol Ve Madde Bağımlılığı Tedavi Programı (SAMBA)-klinik için uygulayıcı kılavuzu. İstanbul: Yeniden Yayınları; 2014.
5. United Nation Office on Drugs and Crime. World Drug Report. New York, United Nations [İnternet]. 2016 [Erişim: 30 Mart 2017]. Erişim adresi: https://www.unodc.org/doc/wdr2016/WORLD_DRUG_REPORT_2016_web.pdf
6. Emniyet Genel Müdürlüğü Kaçakçılık Ve Organize Suçlarla Mücadele Daire Başkanlığı. Türkiye Uyuşturucu Raporu [İnternet]. 2014 [Erişim Tarihi 18 Mayıs 2015]. Erişim adresi: http://www.kom.pol.tr/tubim/Sayfalar/T%C3%BCrkiye-Uyu%C5%9Fturucu-Raporu.aspx
7. Uzbay İT. Beyin nasıl bağımlı oluyor. Gülhane Askeri Tıp Akademisi Tıp Fakültesi Meslek İçi Sürekli Eğitim Dergisi. 2011a; 34-48.
8. Kağnıcı Y, Koydemir S, Çakır G, Gizir CA, Tuna MA. Grupla Psikolojik Danışma. Ankara: Pegem Akademi; 2011.
9. Savaşan A. Bağımlılığı olan hastalarda servis ortamı ve tedavi motivasyonu ilişkisinin incelenmesi. Klinik Psikiyatri. 2009;13:119-126.
10. United Nation Office on Drugs and Crime. World Drug Report. New York, United Nations [İnternet]. 2014 [Erişim: 20 Nisan 2016]. Erişim adresi: https://www.unodc.org/documents/wdr2014/World_Drug_Report_2014_web.pdf.
11. Witkiewitz K, Bowen S. Depression, craving and substance use following a randomized trial of Mindfulness Based Relapse Prevention. Journel of Consulting and Clinical Psychology. 2010;78(3):362-374.
12. Ghitza İ.E. Needed relapse-prevention research on novel framework (ASPİRE model) for substance use disorders treatments. Frontiers in psychiatry. 2015;6(37):1-4.
13. Jafari E, Eskandari H, Sohrabi F, Delavar A, Heshmati R. Effectiveness of coping skills training in relapse prevention and resiliency enhancement in people with substance dependency. Procedia Social and Behavioral Sciences 2010;5: 1376-1380.
14. Eroğlu SE. Madde bağımlılığı ve ani ölüm. Türkiye Klinikleri. 2015;1(2):56-60.

15. United Nation Office on Drugs and Crime. World Drug Report. New York, United Nations [İnternet]. 2014 [Erişim: 20 Nisan 2016]. Erişim adresi: https://www.unodc.org/documents/wdr2014/World_Drug_Report_2014_web.pdf.

16. Altuner D, Engin N, Gürer C, Akyay İ, Akgül A. Madde kullanımı ve suç ilişkisi: kesitsel bir araştırma. Tıp Araştırmaları Dergisi. 2009;7(2):87-94.

17. Orbon M, Mercado J, Balila J. Effects of forgiveness therapy on recovery among residents of drug rehabilitation centers. Procedia - Social and Behavioral Sciences. 2015;165:12-20.

18. Şengül C, Serinken M, Büber A, Işıldar Y. Approaches to use substance abusers in an emergency setting. Journal Of Academic Emergency Medicine. 2013;12:215-219.

19. Can G, Tanrıverdi D. Social functioning and internalized stigma in individuals diagnosed with substance use disorder. Archives of Psychiatric Nursing 2015;29(6);441–446.

20. Can G. Madde bağımlılığı tanısı alan bireylerin sosyal işlevsellik ve içselleştirilmiş damgalanma düzeyleri [Yüksek Lisans Tezi]. Gaziantep: Gaziantep Üniversitesi; 2012.

21. Şimşek N. Madde kullanım bozukluğu olan birey ve ailesinin hemşirelik bakımı. Psikiyatri Hemşireliği Dergisi. 2010;1(2):96-99.

22. Ögel K. Sigara, Alkol ve Madde Kullanım bozuklukları: Tanı, Tedavi ve Önleme [İnternet]. 2010 [Erişim Tarihi 10 Nisan 2016]. Erişim adresi: http://www.ogelk.net/makale/112-kisisel-kitaplarim-bagimlilik-temel-kitabi.html

23. Bilim Şenel G. Alkol sorunu yaşayan ve yaşamayan bireylerin suçluluk utanç duyguları, stresle başa çıkma tarzları ve iç dış kontrol odağı açısından karşılaştırılması [Yüksek Lisans Tezi]. İstanbul: Maltepe Üniversitesi; 2013. İstanbul.

24. Karahan TF, Epli Koç H. Üniversite öğrencilerinin alkol ve sigara kullanım sıklığına göre stresle başa çıkma tarzlarının incelenmesi. Ege Eğitim Dergisi. 2005;6(2):113-131.

25. Memnun S. Algılanan Esenlik Ölçeğinin (Perceived Wellness scale) geçerlik ve güvenirlik çalışması ve beden eğitimi öğretmenleri esenlik algıları [Yüksek lisans tezi]. İstanbul: Marmara Üniversitesi; 2006.

26. Savaşan A, Engin E, Ayakdaş D. Bir AMATEM Kliniği'nde taburcu olan bağımlı hastaların yaşam tarzı değişiklikleri ve nüks durumları Psikiyatri Hemşireliği Dergisi. 2013;4(2):75-79.

27. Uzbay İT. Madde bağımlılığının tedavisi. Gülhane Askeri Tıp Akademisi Tıp Fakültesi Meslek İçi Sürekli Eğitim Dergisi. 2011b;64-72.

28. Maarefvad M, Eghlima M, Rafiey H, Rahgozar M, Tadayyon N, Deilamizadeh A. Community-based relapse prevention for opiate dependents: A randomized community controlled trial. Community Menth Health 2015;51:21-29.

29. Saatçioğlu O, Yapıcı A, Ciğerli G, Uney R. Yatarak tedavi gören bağımlı hastalarda nüksün değerlendirilmesi. Bağımlılık Dergisi. 2007;33-37.

30. Tuliao AP. A risk protective factors model of relapse and recovery among Filipinos with substance abuse. Philippine Journal of Counseling Psychology. 2010;12(1):84-106.

31. Lash SJ, Petersen GE, Connor EA, Lehmann LP. Social reinforcement of substance aftercare group therapy attendance. Journal of Substance Abuse Treatment 2001;21:3-8.

32. Lash SJ, Sharon LB. İncreasing adherence to substance abuse aftercare group therapy. Journal of Substance Abuse Treatment. 1999;16(1):55-60.

33. Stein LAR, Clair M, Martin R A, Soenksen S, Lebeau R, Rohsenow DJ, et al. Measuring behaviors of ındividual adolescents during group-based substance abuse ıntervention. Substance Abuse. 2014;35:408–417.

34. Douaıhy A, Stowell KR, Park TW, Daley DC. Therapist's guide to evidence-based relapse prevention. Pensilvanya: Elsevier; 2007. Chapter 3, Clinical strategies for substance abuse disorders; p.37-71.

35. Stein BD, Pacula RL, Gordon AJ, Burns RM, Leslıe DL, Sorbero MJ, et al. Where is buprenorphine dispensed to treat opioid use disorders? the role of private offices, opioid treatment programs, and substance abuse treatment facilities in urban and rural counties. The Milbank Quarterly. 2015;93(3):561-583.

36. Yılmaz A, Can Y, Bozkurt M, Evren C. Alkol ve madde bağımlılığında remisyon ve depreşme. Current Approaches in Psychiatry. 2014; 6(3):243-256.

37. Hendershot CS, Witkiewitz K, George WH, Marlatt GA. Relapse prevention for addictive behaviors. Substance Abuse Treatment, Prevention and Policy. 2011;6: 1-17.

38. Tatlıdil E. Şizofreni tanılı hastalarda semptomatolojinin sosyal işlevsellik üzerine etkisi [Uzmanlık Tezi]. Ankara: Ankara Üniversitesi, 2008.

39. Akpınar Ş. Şizofrenik hastalara uygulanan sorun çözme becerilerini geliştirme programının yaşam kalitesi ve sosyal işlevsellik düzeylerine etkisi [Yüksek lisans tezi]. Sivas: Cumhuriyet Üniversitesi; 2008.

40. Bayram M. İnsan hakları açısından madde bağımlılığının değerlendirilmesi [Yüksek Lisans Tezi]. İstanbul: Maltepe Üniversitesi; 2013.

41. Amato L. Minozzi,S. Davoli,M. Vecchi,S. Psychosocial combined with agonist maintenance treatments versus agonist maintenance treatments alone for treatment of opioid dependence. The Cochrane Database of Systematic Reviews. 2011;1-93.

42. Çağır, G. Lise ve üniversite öğrencilerinin problemli internet kullanım düzeyleri ile ilgili algılanan esenlik halleri ve yalnızlık düzeyleri arasındaki fark. [Yüksek lisans tezi]. Balıkesir: Balıkesir Üniversitesi; 2011.

43. Turhan E, İnandı T, Özer C, Akoğlu S. Üniversite öğrencilerinde madde kullanımı, şiddet ve bazı psikolojik özellikler. Türkiye Halk Sağlığı Dergisi. 2011;9(1):33-44.

44. Yıldırım E. Uyuşturucu kullanımının psikolojik boyutu uyuşturucu yönelik talep azaltımı [Yüksek lisans tezi]. Kırıkkale: Kırıkkale Üniversitesi; 2008.

45. Brandon TH, Vidrine JI, Litvin EB. Relapse Prevention. Clinical Psychology. 2007; 3:257-284.

46. Pattij T, De Vries TJ. The role of impulsivity in relapse vulnerability. Current opinion in Neurobiology. 2013;23:700–705.

47. Donovan D, Witkiewitz K. Relapse prevention: From radical idea to common practice. Addiction Research and Theory 2002;20(3):204–217.

48. Larımer ME, Plamer RS, Marlatt GA. Relapse prevention on overview of Marlatt's Cognitive Behavioral Model. The Journal of the National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism. 1999;23(2):151-160.

49. Özmen F, Kubanç Y. Liselerde madde bağımlılığı - mevcut durum ve öneriler ilişkin okul müdürleriyle öğretmenlerin bakış açıları. International Periodical For The Languages, Literature And History Of Turkish Or Turkic. 2013;8(3): 357-382.

50. Uzbay İT. Madde bağımlılığının tarihçesi, tanımı, genel bilgiler ve bağımlılık yapan maddeler. Gülhane Askeri Tıp Akademisi Tıp Fakültesi Mesleki Sürekli Eğitim Dergisi. 2011c;5-15.

51. Jhanjee S. Evidence based psychosocial ınterventions in substance use. Indian Journal of Psychological Medicine. 2014;36(2):112-118.

52. Carroll KM, Ball KM, NichSA, C, Martino S, Frankforter TL, Farentinos C, et al. Motivational interviewing to improve treatment engagement and outcome in individuals seeking treatment for substance abuse: A multisite effectiveness study. Drug and Alcohol Dependence. 2006; 81:301–312.

53. Pashaeı T, Shojaeızadeh D, Foroushanı AR, Ghazıtabatabae M, Moeenı M, Rajatı F. Effectiveness of relapse prevention cognitive- behavioral model in opioid -dependent patients participating in the methadone maintenance treatment in Iran. Iranian J Publ Health. 2013;42(8):896-902.

54. Min Z, Xu L, Chen H, Ding X, Yi Z, Mingyuang Z. A pilot assessment of relapse prevention for heroin addicts in a Chinese Rehabilitation Center. Am J Drug Alchol Abuse. 2011;37(3):141-147.

55. Ögel K, Sap N, Tamar Grol D, Ermağan E. Bağımlı olan ve olmayan bireylerde farkındalık (mindfulness) ve farkındalığı etkileyen etkenlerin incelenmesi. Anatolian Journal of Psychiatry. 2014;15:282-288.

56. Ögel, K, Koç C, Karalar B, Başabak A, Aksoy A, İşmen M. SAMBA isimli bir bağımlı tedavi programının etkinlik çalışması Bulletin Of Clinical Psychopharmacology. 2011;21:250-151.

57. Coşkun, S. Bağımlılık tedavisinde hemşirelik [İnternet]. [Erişim Tarihi 03 Haziran 2015]. Erişim adresi: http://www.ogelk.net/Dosyadepo/hemsirebolum.pdf

58. Kaya Y, Şahin N. Kadınlarda madde kullanımı ve hemşirenin rolü, Hemşire Eğitim ve Araştırma Dergisi. 2013;10(1):3-7.

59. Videbeck SL. Psychiatric Mental Health Nursing. Philadelphia: Lippincott & Wilkins; 2011.

60. Emniyet Genel Müdürlüğü Kaçakçılık Ve Organize Suçlarla Mücadele Daire Başkanlığı Türkiye Uyuşturucu ve Uyuşturucu Bağımlılığı İzleme Merkezi (EMCDDA) Yıllık Raporu [İnternet]. 2008 [Erişim Tarihi 11 Haziran 2015]. Erişim adresi: http://www.kom.pol.tr/tubim/SiteAssets/Sayfalar/T%C3%BCrkiye-Uyu%C5%9Fturucu-Raporu/2008%28T%C3%9CRK%C3%87E%29.pdf

61. Engin E, Kutlu FY. Bağımlılıklarda bakımın incelikleri. Turkiye Klinikleri Journal of Psychiatry Nursing-Special Topics. 2015;1(1):73-79.

62. Beyazyürek M, Şatır Tolun T. Madde kullanım bozuklukları. Psikiyatri Dünyası. 2000; 4: 50-56.

63. Güleç G, Köşger F, Eşsizoğlu A. DSM-5'te Alkol ve madde kullanım bozuklukları. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar. 2015;7(4):448-460.

64. Şahin M. Madde bağımlılığı konusunda Türkiye' de yapılmış olan lisansüstü tezler üzerine bir değerlendirme [Yüksek lisans tezi]. Ankara: Ankara Üniversitesi; 2007.

65. Doğruer Z, Türkçapar MH, Ahmet İnce A. Alkol bağımlılarında relaps. Klinik Psikiyatri. 2002;5:43-49.

66. Kaya E. Madde kullanım bozuklukları. Okmeydanı Tıp Dergisi. 2014;30(Ek sayı 2):79-83.

67. Amerikan Psikiyatri Birliği (APA). Ruhsal Bozuklukların Tanımsal ve Sayımsal Elkitabı, Beşinci Baskı (DSM-5) Tanı Ölçütleri Başvuru Elkitabı'ndan, çev. Köroğlu, E. Ankara: Hekimler Yayın Birliği; 2014. Ankara: Hekimler Yayın Birliği (2013)

68. Toker Uğurlu T, Balcı Şengül C, Şengül C. Bağımlılık psikofarmakolojisi. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar. 2012; 4(1):37-50.

69. Tırışkan M, Onnar N, Çetin Aksu Y, Cömert Tarı, I. Madde bağımlılığında nüksü önlemede bilinçli farkındalığın önemi: bir derleme çalışması. Addicta: The Turkish Journal on Addictions. 2015; 2(2):123-142.

70. Öz F. Psikiyatri hemşireliği el kitabı. 13. cilt. İstanbul: Vehbi Koç Yayınları; 1996a. Madde Kullanım Bozukluğu.

71. Uzbay İT. Bağımlılık yapan maddeler ve özellikleri. Gülhane Askeri Tıp Akademisi Tıp Fakültesi Meslek İçi Sürekli Eğitim Dergisi. 2009;6:16-33.

72. Yeltepe H. Alkol ve madde bağımlılığı tedavisi gören yetişkinlerde düzenli egzersizin depresyon ve yaşam kalitesine etkisi [Doktora tezi]. İstanbul: Marmara Üniversitesi; 2010.

73. Dilbaz N, Enez Darçın A, Nurmedov S, Noyan O, Başabak A.Z. ve Mordağ, O. Madde kullanım riski ve madde bağımlılığından korunma [İnternet]. 2013 [Erişim tarihi 20 Haziran 2015]. Erişim adresi: http://ailetoplum.aile.gov.tr/data/542937ba369dc32358ee2aa6/maddekullanimi.pdf

74. Cadet JL, Bisagno V, Milroy CM. Neuropathology of substance use disorders. Acta Neuropathologica. 2014;127:91–107.

75. Sağar ME. Lise öğrencilerinin madde bağımlılığına yönelik tutumları ile yaşam doyumu arasındaki ilişkinin incelenmesi [Yüksek lisans tezi]. Erzurum: Atatürk Üniversitesi; 2014.

76. Sağlık Bakanlığı. Madde Bağımlılığı Tedavi Merkezleri Yönetmeliği [İnternet]. 2013 [Erişim Tarihi 15 Nisan 2016]. Erişim adresi: http://www.shgm.saglik.gov.tr/Eklenti/3738,madde-bagimliligi-yonetmeligipdf.pdf?0

77. Gökler R. Uyuşturucu ve madde bağımlılığı [İnternet]. 2012 [Erişim Tarihi 10 Haziran

2016]. Erişim adresi: http://www.ozgunsosyaldusunce.com/index

78. Evren C, Çakmak D. Alkol ve Madde Kullananların özellikleri: 2000 Yılına ait AMATEM'e yatan hasta verilerinin incelenmesi. Düşünen Adam. 2001;14:142-149.

79. Bağımlılık Tedavi Merkezi (BATEM). Madde bağımlılığı tedavisi [İnternet]. [Erişim Tarihi 15 Eylül 2016]. Erişim adresi: http://www.batem.info.tr/madde-bagimliligi-tedavisi/

80. Stadt Frankfurt am Main. Uyuşturucu bağımlılığı nedir? Ne yapmalı?. Sertkaya, C.E., Wiegner, M., Yergök, A. Editörler. Jugendberatung und Suchthilfe. 2. Frankfurt: Druckerei Strobach; 2008.

81. Kaya Akyüzlü, Kayaaltı Z. Kan, Saç, İdrar ve Solunum Havası Örneklerinin Bağımlılık Yapan Maddelerin Analizinde Kullanımı. Marmara Pharmaceutical Journal. 2015;19:232-237.

82. Çam O, Engin E. Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Bakım Sanatı. İstanbul: İstanbul Kitabevi; 2014. Madde Bağımlılığı.

83. Kılıç KM, Amanvermez Peker P, Çulhaluk M. Türkiye'de Uyuşturucu Suçu, Ankara: Adalet Bakanlığı Ceza Ve Tevkif Evleri Genel Müdürlüğü Dış İlişkilerinden Sorumlu Daire Başkanlığı Ceza İnfaz Kurumları Ve Tutukevleri Araştırma Merkezi; 2009.

84. United Nation Office on Drugs and Crime. World Drug Report. New York, United Nations [İnternet]. 2005 [Erişim: 10 Mart 2016]. Erişim adresi: https://www.unodc.org/pdf/WDR_2005/volume_1_web.pdf.

85. Saraçlı Ö. Zonguldak Karaelmas Üniversitesi öğrencilerinde sigara, alkol ve madde kullanımı ile ilişkili bireysel ve psikososyal faktörler [Uzmanlık Tezi]. Zonguldak: Zonguldak Karaelmas Üniversitesi; 2007.

86. Pumariega AJ, Burakgazi H, Ünlü A, Prajapati P, Dalkılıç A. Substance abuse: risk factors for turkish youth. Bulletin of Clinical Psychopharmacology. 2014; 24(1):5-14.

87. Türkiye Halk Sağlığı Kurumu. Ulusal Uyuşturucu İle Mücadele Strateji Belgesi [İnternet]. 2015 [Erişim: 06 Mayıs 2016]. Erişim adresi: http://www.thsk.gov.tr/dosya/birimler/tutun_mucadele_db/dokumanlar/11032015/ulusal_uyusturucu_mucadele_belgesi.pdf

88. Siyez D, Gezginci Gürçay E, Yüncü Z. Madde kullanım bozukluğu olan ve olmayan ergenlerin çocukluk dönemi aile yaşantılarına ilişkin algıları. Anadolu Psikiyatri Dergisi. 2012;13:299-305

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

90. Işık M, Erdal H. Türkiye'nin madde kullanımı ve bağımlılığı ile mücadele politikasının değerlendirilmesi ve yeni bir model önerilmesi. International Periodical For The Languages, Literature and History of Turkish or Turkic. 2015;10(2):461-482.

91. Asan Ö, Tıkır B, Okay İT, Göka E. Bir AMATEM birimine başvuran alkol ve madde kullanım bozukluğu olan hastaların sosyodemografik ve klinik özellikleri. Bağımlılık Dergisi. 2015;16(1):1-8.

92. Ünlü A, Evcin U. 2008 ve 2010 yılları arasında İstanbul bağcılar ilçesinde gençler arasında madde kullanım yaygınlığı, risk ve koruma faktörlerinin değerlendirilmesi. Anadolu Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi. 2014;14(3):127-140.

93. Türkiye Uyuşturucu ve Uyuşturucu Bağımlılığı İzleme Merkezi (TUBİM) Türkiye raporu [İnternet]. 2011 [Erişim Tarihi 21 Mart 2016]. Erişim adresi: http://www.umdb.pol.tr/TUBIM/Documents/T%C3%BCrkiye%20Uyu%C5%9Fturucu%20Raporu_2011_TR.pdf

94. Ögel K, Tamar D. Pathways to an alcohol and drug treatment center. X World Congress of Psychiatry Madrid, 1996, 329.

95. Kırcan S. The Relatıonship Between Peer Pressure, Internal Versus External Locus of Control And Adolescent Substance Use [Yüksek lisans tezi]. İstanbul: Boğaziçi Üniversitesi; 2006.

96. Ögel K, Çorapçıoğlu A, Sır A, Tamar M, Tot Ş, Doğan O ve ark. Dokuz ilde ilk ve ortaöğretim öğrencilerinde tütün, alkol ve madde kullan›m yaygınlığı. Türk Psikiyatri Dergisi. 2004;15:(2), 112-118.

97. Türk Eğitim Sendikası. Gençlik ve sigara, alkol, uyuşturucu, okullarda şiddet [İnternet]. 2005 [Erişim Tarihi 11 Ağustos 2016]. Erişim adresi: http://www.turkegitimsen.org.tr/icerik_yazdir.php?Id=1900

98. Türkiye Büyük Millet Meclisi (TBMM). Türkiye'de ortaöğretime devam eden öğrencilerde ve ceza ve infaz kurumlarında bulunan tutuklu ve hükümlü çocuklarda şiddet ve bunu etkileyen etkenlerin saptanması, Araştırma raporu, 2007.

99. Türkcan A. Alkol Bağımlılarında Bir Tedavi Programının 3 Aylık İzlem Sonuçları. Bağımlılık Dergisi. 2001,2(1):30-33.

100. Ersöğütçü F. Madde bağımlılığı tanısı almış bireylerde sosyal işlevsellik ve benlik saygısı [Yüksek lisans tezi]. Erzurum: Atatürk Üniversitesi; 2015.

101. Özkan V. Alkol ve madde bağımlılarının algıladıkları sosyal destek sistemleri ve hastalıkla başa çıkma tutumları (Yüksek lisans tezi). Gaziantep: Gaziantep Üniversitesi; 2016.

102. Yüncü Z, Savaş HA. Madde kullanım bozukluklarında genetik: Bir gözden geçirme. Bağımlılık Dergisi. 2007;8:146-152.

103. Siyez D, Palabıyık A. Günebakan madde bağımlılığını önleme eğitim programının lise öğrencilerinin madde kullanım sıklığı, uyuşturucu maddeler hakkındaki bilgi düzeyleri ve yanlış inanışları ile madde reddetme becerileri üzerindeki etkisi. Elektronik Sosyal Bilimler Dergisi. 2009;8(28):56-67.

104. Yüncü Z, Kesebir S, Özbaran B, Çelik Y, Aydın C. Madde kullanım bozukluğu olan ergenlerin ebeveynlerinde psikopatoloji ve mzaç: Kontrollü bir çalışma. Türk Psikiyatri Dergisi. 2009;20(1):5-13.

105. Türkiye Uyuşturucu ve Uyuşturucu Bağımlılığı İzleme Merkezi (TUBİM) Türkiye raporu [İnternet]. 2014 [Erişim Tarihi 23 Nisan 2016]. Erişim adresi: https://www.drugabuse.gov/publications/principles-drug-addiction-treatment

106. Tosun M. Madde bağımlılığına genel bakış. İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri. 2008;62:201-220.

107. Kaplan V. Sokakta yaşayan madde bağımlısı çocuklarda öfke ve saldırganlık düzeyi [Yüksek lisans tezi]. Gaziantep: Gaziantep Üniversitesi; 2015.

108. Evren C, Evren B, Yancar C, Erkiran M. Temperament and character model of personality profile of alcohol and drugdependent inpatients. Comprehensive Psychiatry. 2007;48:283-288.

109. Guliyev C, Yargıç Lİ. Buprenorfin/Nalokson yerine koyma tedavisinin erken döneminde tedavi başarısını öngören faktörler. Addicta: The Turkish Journal on Addictions. 2015;2(1):5-27.

110. Witkiewitz K, Bowen S, Douglas H, Hsu SH. Mindfulness-Based Relapse Prevention for Substance Craving. Addictive Behaviors. 2013;38:1563-1571.

111. Miller WR, McLellan AT. G. Alan Marlatt 1941-2011. Journel of Substance Abuse Treatment. 2011;41:331-334.

112. Adedoyina C, Burnsb N, Jacksonc HM, Franklina S. Revisiting holistic ınterventions in substance abuse treatment Journal of Human Behavior in the Social Environment. 2014;24:538–546.

113. Kelley SA. Effects of structured wrıtıng on a populatıon of substance dependent ındıvıduals: an assessment of relapse rates and affectıve dysregulatıon. [Doktora tezi]. Kaliforniya: Fıeldıng Graduate Unıversıty; 2010.

114. Yıldırım Erdoğan Z, Tekinsav Sütcü S. Madde ile ilişkili bozuklukların tedavisinde bilişsel davranışçı grup terapisi etkililiği: sistematik bir gözden geçirme. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar. 2016;8(1):108-128.

115. Vederhus JK, Clausen T, Humphreys K. Assessing understandings of substance use disorders among Norwegian treatment professionals, patients and the general public. BMC Health Services Research. 2016;6(52):1-10.

116. Evren EC, Tamar D, Babayağmur B, Çakmak D. Opioid bağımlılığının tedavisinde buprenorfin: metadonla karşılaştırma çalışmaları. Klinik Psikofarmokoloji Bülteni. 2000;10:205-212.

117. Kalyoncu A, Mırsal H, Pektaş O, Yazıcı AH ve ark. Alkol bağımlılığında nüks etme Surecinde "yüksek riskli durumların" etkileri. Bağımlılık Dergisi. 2001;2:117-9.

118. Shively R. Cognitive behavioral substance approaches in use treatment: renewing the mind. Corrections Today. 2015;35-39.

119. Arslan M, Yazıcı A, Yılmaz T, Coşkun S, Kurt E. Rehabilitasyon programının şizofreni hastalarının kliniği, sosyal işlevselliği ve yaşam kalitesi üzerindeki uzun dönem etkileri: İzleme çalışması. Anatolian Journal of Psychiatry. 2015; 16: 238-246.

120. Evren C, Durkaya M, Dalbudak E, Çelik S, Çetin R, Çakmak D. Erkek alkol bağımlılarında depreşme ile ilişkili etkenler: 12 aylık takip çalışması. Düşünen Adam Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi. 2010;23:92-99.

121. Kamışlı S, Öz F. Evalution of a Smoking Cessation Psychoeducational Program for Nurses. Journal of Addiction Nursing. 2011;22(3):117-123.

122. Himelstein S, Saul S, Romeu AG. Does mindfulness meditation ıncrease effectiveness of substance abuse treatment with ıncarcerated youth? A pilot randomized controlled trial. Mindfulness. 2015;6:1472–1480.

123. Marlatt G, Gordon JR. Relapse prevention: Maintenance strategies in the treatment of addictive behaviors. New York: Guilford Pres; 1985.

124. Smith BD, Liu J. Latent practice profiles of substance abuse treatments counselors: evidence based techniques displace traditional techniques. Journel of Substance Abuse Treatment. 2014;46:439-446.

125. Donovan DM. Assesment issues and domains in the prediction of relapse. Addiction. 1996;91:29-36.

126. Marlatt GA, Barrett K. "Relapse Prevention". Textbook of Substance Abuse Treatment (Ed: Galanter, M., Kleber, H.D.). Washington: The American Psychiatric Press; 1994, p.285-303.

127. Hoffman N, Miller N. Treatment outcomes for abstinence-based programs Pyschiatric Annals. 1992;22(8):402-408.

128. Brownell K.-D.-, Marlatt G.-A,Lichtenstein E. Understanding and preventing relapse. American Psychologist. 1986; 41:765- 782.

129. Xie H, McHugo GJ, Fox MB, Drake RE. Substance abuse relapse in a ten-year prospective follow-up of clients with mental and substance use disorders. Psychiatry Services. 2005;56:1282-1287.

130. Gordon AJ, Zrull M. Social networks and recovery: one year after inpatient treatment. Journal of Substance Abuse Treatment. 1991;8:143-152.

131. Walton MA, Castro FG, Barrington EH. The role of attributions in abstinence, lapse, and relapse following substance abuse treatment. Addictive Behavioral. 1994;19:319-331.

132. Carroll KM. Relapse prevention as a psychosocial treatment: A review of controlled clinical trials. Experimental and Clinical Psychopharmacology. 1996;4:46–54.

133. Grow CJ, Collins SE, Harrop EN, Marlott GA. Enactment on home practice following mindfullness-based relapse prevention and its association with substance use outcomes. Addictive Behaviors 2015;40:16-20.

134. Bowen S, Chawla N, Marlatt GA. Mindfulness-based relapse prevention for addictive behaviors. Journal of Consulting and Clinical Psychology. 2010;*78*(3):362–374.

135. Güdük M. Şizofreni hastalarında zihin kuramı becerilerinin başa çıkma tutumları ve sosyal işlevsellik ile ilişkisi [Tıpta uzmanlık tezi]. İstanbul: Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi; 2010.

136. Baysan Arabacı L, Başoğul C, Büyükbayram A. Adli psikiyatri hastalarının içselleştirilmiş damgalanma ve sosyal işlevsellik düzeyleri. Anadolu Psikiyatri Dergisi. 2015;16:113-121.

137. Şirin B. Bir sağlık ocağına başvuran ruh sağlığı bozulmuş hastaların yasam kalitesi ve sosyal işlevsellik durumunun değerlendirilmesi [Yüksek lisans tezi]. İstanbul: Haliç Üniversitesi; 2008.

138. Sevin Ç, Erbay E. Madde bağımlılarının tedavi sonrası sosyal yaşama uyumları ve sosyal hizmet uygulamaları. Bağımlılık Dergisi. 2008;9(1).

139. Abdulhayoğlu B, Kaya B, Konar N. Masa tenisi oyuncularının esenlik algıları. Selçuk Üniversitesi Beden Eğitimi Ve Spor Bilim Dergisi. 2012;14 (2): 268-272.

140. Çakıcı, Z. Esenlik ve akademik tükenmişlik ilişkisi: istanbul'daki vakıf üniversiteleri üzerine bir araştırma [Yüksek lisans tezi]. İstanbul: Marmara Üniversitesi; 2010.

141. Güler M. Yoga egzersizlerinin, çalışanlarda esenlik ve yaşam kalitesi üzerindeki etkisi. [Yüksek lisans tezi]. İstanbul: Marmara Üniversitesi; 2010.

142. Adams, T. The conceptualization and measurement of perceived wellness [İnternet]. 1995 [Erişim Tarihi 12.01.2015]. Erişim adresi: http://perceivedwellness.com/pws.htm

143. Kalyoncu ÖA, Ünlü B, Taştan U. Gençlerin tehlikeli oyunu sentetik kannabinoitler (Bonzai) üzerine bir gözden geçirme. Bağımlılık Dergisi. 2014;15:350-155.

144. Yılmaz Ö. Alkol bağımlısı olan erkeklerde kişilik özellikleri, stresle başa çıkma tarzları, intihar olasılığı ve depresif belirti düzeyinin incelenmesi [Yüksek lisans tezi]. Ankara: Hacettepe Üniversitesi; 2012.

145. Yerlikaya N. Lise öğrencilerinin mizah tarzları ile stresle başa çıkma tarzları arasındaki ilişkinin incelenmesi [Yüksek lisans tezi]. Adana: Çukurova Üniversitesi; 2007.

146. Ülev E. Üniversite öğrencilerinde bilinçli farkındalık düzeyi ile stresle başa çıkma tarzının depresyon, kaygı ve stres belirtileriyle ilişkisi [Yüksek lisans tezi]. Ankara: Hacettepe Üniversitesi; 2014.

147. Lazarus RS. From psychological stress to the emotions: A history of changing outlooks. Annual Review of Psychology. 1993;44:1-21.

148. Folkman S, Lazarus RS. If it changes it must be a process: study of emotion and coping during three stages of a college examination. Journal of Personality and Social Psychology. 1980;48:150-170.

149. Villegas-Pantoja MA, Mendez-Ruiz MD. Nursing and Substance Use Disorders in Mexico. Nursing Science Quarterly. 2016;29(2):163-166.

150. Sağlık Bakanlığı. Hemşirelik Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik [İnternet]. 2015 [Erişim Tarihi 01 Eylül 2016].

http://www.saglik.gov.tr/TR/belge/1-12606/hemsirelik-yonetmeliginde-degisiklik-yapilmasina-dair-y-.html.

151. Baysan Arabacı L, Engin E, Yetmiş N, Şen G, Öztürk T. The perceptions and attitudes of nursing staff in state psychiatric hospitals regarding the causes and treatment of substance abuse and effecting factors. Bağımlılık Dergisi. 2016;17(1):1-11.

152. Bowen RC, D'Arcy C, Keegan D, Senthilselvan A. A controlled trial of cognitive behavioral treatment of panic in alcoholic inpatients with comorbid panic disorder. Addictive Behaviours. 2000; 25:593-597.

153. Granholm E, Tat SR, Link PC, Lydecker KP, Cummins KM, McQuaid J. ve arkadaşları. Neuropsychological functioning and outcomes of treatment for co-occurring depression and substance use disorders. Journel of Drug Alcohol Abuse. 2011;37:240-249.

154. Birchwood M, Smith J, Cochrane R, et all. The social functioning scale. The development and validation of a new scale of social adjustment for use in family intervention programmes with schizophrenic patients. British Journal of Psychiatry.1990;157:853-859.

155. Yaprak Erakay, S. (2001) Şizofreni tanılı hastalarda sosyal işlevsellik ölçeği (SİÖ) Türkçe formunun geçerlilik ve güvenilirliğinin araştırılması. Yayımlanmamış uzmanlık tezi. Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İzmir.

156. Budak E. A. Remisyonda bipolar bozukluk hastalarında zihin kuramı becerilerinin hastalık özellikleri ve sosyal işlevsellik ile ilişkisi [Tıpta Uzmanlık Tezi]. İstanbul: Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi;2011.

157. Şahin NH, Durak A. Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği: Üniversite Öğrencileri İçin Uyarlanması. Türk Psikoloji Dergisi. 1995;10:(34), 56-73.

158. Yalom, İ.D. Grup Psikoterapisinin Teori ve Pratiği İstanbul: Kabalcı Yayınevi; 2012.

159. Ögel K. Sigara Alkol Ve Madde Bağımlılığı Tedavi Bu Programı Samba Uygulayıcılar İçin Kaynak Kitapçık. İstanbul: Yeniden Yayınları; 2014.

160. Özcan Kamışlı, S. (2007). Psikoeğitimsel bir programla hemşirelerin sigara bırakma durumları. Doktora Tezi, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara.

161. Beck JS. Bilişsel terapi: temel ilkeler ve ötesi. İstanbul: Türk Psikologlar Derneği; 2006.

162. Bowen S, Witkiewitz K, Clifasefi SL, Grow G, Chawla N, Hsu S H, et al. Relative efficacy of mindfulness-based relapse prevention, standard relapse prevention, and treatment as usual for substance use disorders: A randomized trail JAMA Psychiatry. 2014; 71(5):547-556.

163. Marques ACP, Formigoni MLO. Comparison of individual and group cognitive-behavioral therapy for alcohol and/or drug-dependent patients. Addiction 2001;96:835-846.

164. Greenfield SF, Trucco EM, McHugh RK, Lincoln M, Gallop RJ. The women's recovery group study: a stage I trial of womenfocused group therapy for substance use disorders versus mixed-gender group drug counseling. Journal of Drug Alcohol Dependence. 2007;90:3947.

165. Hien DA, Morgan-Lopez AA, Campbell AN, Saavedra LM, Wu E, Cohen L. ve arkadaşları. Attendance and substance use outcomes for the Seeking Safety program: Sometimes less is moreJournal of Consulting and Clinical Psychology. 2012;80:29-42.

166. Shoptaw S, Reback CJ, Peck JA, Yang X, Rotheram-Fuller E, Larkins S. ve ark. Behavioral treatment approaches for methamphetamine dependence and HIV-related sexual risk behaviors among urban gay and bisexual men. Journal of Drug Alcohol Dependence. 2005;78:125-134.

167. Lanza PV, Garcia PF Lamelas FR, Gonzalez-Menendez A. Acceptance and commitment therapy versus cognitive behavioral therapy in the treatment of substance use disorder with incarcerated women. Journel of Clinical Psychology 2014;70:644-657.

168. Bowen S, Chawla N, Collins SE, Wikiewitz K, Hsu S, Grow J, at all. Mindfulness-Based Relapse Prevention for substance use disorders: a pilot efficacy trial. Journal Of Substance Abuse. 2009; 30(4):295-305.

169. Griffin K, Botvin GJ, Nichols TR, Doyle MM. Effectiveness of a universal drug abuse prevention approach for youth at high risk for substance use initiation. Preventive Medicine. 2003;36:1-7.

170. O'Malley SS, Sinha R, Grilo CM, Capone C, Farren CK, McKee SA ve ark. Naltrexone and cognitive behavioral coping skills therapy for the treatment of alcohol drinking and eating disorder features in alcohol-dependent women: a randomized controlled trial. Alcoholism: Clinical Experimental Research. 2007;31:625-634.

171. Dakwar E, Levin FR. Individual mindfulness-based psychotherapy for cannabis or cocaine dependence: a pilot feasibility trial. The American Journal on Addictions. 2013;22:521–526.

172. Irvin JE, Bowers CA, Dunn ME, Wang MC. Efficacy of Relapse Prevention: A Meta-Analytic Review. Journal of Consulting and Clinical Psychology. 1999;67(4):563–570.

173. Bettmann JE, Russell KC, Parry K.J. How substance abuse recovery skills, readiness to change and symptom reduction ımpact change processes in wilderness therapy participants. Journal of Child Family Studies2013; 22:1039–1050.

174. Wetzel H, Szegedi A, Scheurich A, Lorch B, Singer P, Schlafke D ve ark. Combination treatment with nefazodone and cognitive-behavioral therapy for relapse prevention in alcohol-dependent men: a randomized controlled study. Journel of Clinical Psychiatry. 2004;65:1406-1413.

175. Tucker T, Ritter A, Maher C, Jackson H. A randomized control trial of group counseling in a naltrexone treatment program. Journel of Substance Abuse Treatment. 2004;27:277-288.

176. Dürsteler-MacFarland KM, Farronato NS, Strasser J, Boss J, Kuntze MF, Petitjean SA. et al. A randomized, controlled, pilot trial of methylphenidate and cognitive-behavioral group therapy for cocaine dependence in heroin prescription. Journal of Clinical Psychopharmacology. 2013;33:104-108.

177. Unterrainer HF, Lewis A, Collicutt J, Fink A. Religious/Spiritual Well-Being, Coping Styles, and Personality Dimensions in People With Substance Use Disorders. The International Journal for the Psychology of Religion. 2013; 23:204–213.

178. Ouimette P, Read JP, Wade M, Tirone V. Modeling associations between posttraumatic stress symptoms and substance use. Addictive Behaviors. 2010; 35:64–67.

179. Fosnocht AQ, Briand LA. Substance use modulates stress reactivity: Behavioral and physiological outcomes. Journal of the International Behavioral Neuroscience Society 2016;166:32–42.

180. Vallejo Z, Amaro H. Adaptation of mindfulness-based stress reduction program for addiction relapse prevention. Journal of Humanistic Psychology. 2009;37:192–206.

181. Roberts NP, Roberts PA, Joes N, Bisson JI. Psychological interventions for post-traumatic stress disorder and comorbid substance use disorder: A systematic review and meta-analysis. Clinical Psychology Review. 2015;38:25-38.

182. Back SE, Gentilin S, Brady KT. Cognitive behavioral stress management for individuals with substance use disorders: A pilot study. Journal of Nervous and Mental Disease.2007;195(8):662-668.

8. EKLER

EK 1. Kişisel Bilgi Formu

1.- Yaş:

2- Cinsiyet

a) Erkek b) Kadın

3- Eğitim Durumunuz

a) Okuryazar b) İlköğretim c) Lise d) Üniversite

4- Herhangi bir işte çalışıyor musunuz?

a) Çalışan b) Çalışmayan

5- Cevabınız "evet" ise nerede çalışıyorsunuz?

6. Herhangi bir işte çalışıyorsanız bu iş yerinde ne kadar süredir çalışıyorsunuz?

7- Sosyal güvenceniz?

a)Yok b) SSK/Emekli sandığı c) Yeşil kart d) Diğer belirtiniz….

8- Anne-baba hayatta mı?

a) Evet b) Hayır

7-Cevabınız evet ise birlikte mi yaşıyorlar?

a) Evet b) Hayır

9- Gelir durumunuzu nasıl tanımlarsınız?

a)Kötü b)Orta c)İyi

10- Medeni Durumunuz:

a)Bekar b)Evli c)Boşanmış/Ayrı Yaşıyorlar d)Dul

11- Şu anda kiminle yaşıyorsunuz?

a) Yalnız b) Anne ve baba c) Eş ve çocuklar
d) Eş ve çocuklar ve büyük ebeveynler e) Sadece eş f) Arkadaş/arkadaşlarla

12- Kaç ay/yıl bağımlılık yapıcı madde kullandınız, yazınız?

13- İlk kez madde kullanmaya (sigara hariç) kaç yaşında başladınız?

14- Hangi bağımlılık yapıcı madde/maddeleri kullanıyordunuz?

15- Madde kullanımını bırakmak ve yeniden başlamamak istiyor musunuz?

a) evet b) hayır

16- Daha önce madde bağımlılığı tedavisi gördünüz mü?

a) Evet b) Hayır

17. Cevabınız "evet" ise kaç kere?

a) 1 kere b) 2 kere c) 3 kere d) 4 kere e)5 kereden fazla

18- Kaç aydır/ yıldır tedavi görüyorsunuz, lütfen yazınız?

EK 2. Sosyal İşlevsellik Ölçeği

SOSYAL UĞRAŞI/SOSYAL ÇEKİLME

1. Her gün kaçta kalkıyorsunuz?

Hafta içi ortalama……..

Hafta sonu ortalama…… (eğer farklıysa)

2. Günün kaç saatini yalnız geçiriyorsunuz? *(Ör. odada tek başına, tek başına dolaşarak, radyo dinleyerek ya da televizyon izleyerek vb.)*

Tek başına geçirdiğiniz saatler

0-3 Tek başına geçirdiği süre çok az…….

3-6 Zamanın bir kısmı…….

6-9 Zamanın önemli bir kısmı…..

9-12 Zamanın büyük bir kısmı……

12 Hemen hemen zamanın hepsi……

3. Evde ne kadar sıklıkla bir sohbeti başlatıyorsunuz?

a)Hemen hemen hiç b)Nadiren c)Bazen d) Sık sık

4. Evden ne sıklıkta çıkıyorsunuz?

a)Hemen hemen hiç b)Nadiren c)Bazen d) Sık sık

5. Yabancıların varlığına nasıl tepki gösterirsiniz?

a)Onlardan kaçınma b)Huzursuz olma c)Onları kabul etme d)Onlardan hoşlanma

KİŞİLERARASI İŞLEVSELLİK

1. Şu anda kaç arkadaşınız var? (düzenli olarak görüştüğü, birlikte etkinliklerde bulunduğu vb.)……

2. Karşı cinsten bir arkadaşınız var mı? (eğer evli değilseniz)

a)Evet b) Hayır

3. Anlamlı veya mantıklı konuşmayı ne sıklıkta başarıyorsunuz?

a)Hemen hemen hiç b)Nadiren c)Bazen d) Sık sık

4. Şu sıralar insanlarla konuşmak size ne kadar zor ya da ne kadar kolay geliyor?

a)Çok kolay b)Oldukça kolay c)Orta d)Oldukça zor e)Çok zor

ÖNCÜL SOSYAL ETKİNLİKLER

Son 3 ay içinde aşağıdaki etkinliklerin her birine ne sıklıkta katıldığınızı göstermek üzere uygun olan bölümü işaretleyiniz.

	Hiç	**Nadiren**	**Bazen**	**Sık sık**
Sinema				
Tiyatro/konser				
Kapalı salon sporunu izleme				
Açık alan sporunu izleme				
Sanat galerisi/müze				
Sergi				
ilgi duyulan yerleri gezme				
Toplantı, konuşma				
Gece okulu				
Akrabaları evlerinde ziyaret etme				
Akrabaların ziyarete gelmesi				
Arkadaşlarını ziyaret etme				
Partiler				
Resmi toplantılar				
Disko vb.				
Gece kulübü/sosyal kulüp				
Kapalı salon sporu yapmak				
Açık alan sporu yapmak				
Kulüp/dernek				
Kahve/kafelere gitme				
Dışarıda yemek yemek				
Dini etkinliklere katılmak				

BOŞ ZAMANLARI DEĞERLENDİRME

Lütfen son üç ay içinde aşağıdaki etkinlikleri ne sıklıkta yaptığınızı belirtmek için uygun olan bölümü işaretleyiniz.

	Hiç	**Nadiren**	**Bazen**	**Sık sık**
Müzik aleti çalma				
Dikiş- nakış, örgü				
Bahçe işleri				
Okuma				
Televizyon izleme				
Teyp ya da radyo dinleme				
Yemek pişirme				
Kendi başına yapılan etkinlikler				
Tamir işleri (araba, bisiklet, ev)				
Yürüyüş, dolaşma				
Araba kullanma / bisiklete binme (hobi olarak)				
Yüzme				
Hobi (ör. koleksiyon yapma)				
Alışveriş yapma				
Sanatsal etkinlikler (el sanatları, resim yapma)				

BAĞIMSIZLIK DÜZEYİ – YETKİNLİK

	Yeterli	**Yardım gerekir**	**Yapamaz**	**Bilinmiyor**
Toplu ulaşım				
Parayı doğru biçimde değerlendirme				
Paranın hesabını yapma				
Kendiniz için yemek pişirme				
Haftalık alışveriş				
İş arama				
Kendi çamaşırlarını yıkama				
Kişisel temizlik gösterme				
Yıkanma, düzenli olma vb.				
Dükkanlardan alışveriş yapma				
Evden tek başına çıkma				
Kendiniz için giysi seçme ve alma				
Dış görünüşüne özen gösterme				

Lütfen son üç ay içinde aşağıdaki etkinlikleri ne sıklıkta yaptığınızı belirtmek için uygun olan bölümü işaretleyiniz.

BAĞIMSIZLIK DÜZEYİ – PERFORMANS

Lütfen son üç ay içinde aşağıdakilerden her birini ne sıklıkta yaptığınızı belirtmek için işaretleyiniz.

	Hiç	**Nadiren**	**Bazen**	**Sık sık**
Alışveriş yapma (yardımsız)				
Bulaşık yıkama, yerleştirme vb				
Düzenli olarak yıkanma vs.				
Kendi çamaşırlarını yıkama				
İş arama (eğer işsizseniz)				
Gıda alışverişi yapma				
Yemek hazırlama ve pişirme				
Evden tek başına ayrılma				
Otobüs, tren vb. binme				
Para harcama				
Paranın hesabını yapma				
Kendiniz için giysi seçme ve alma				
Dış görünüşüne özen gösterme				

İŞ / MESLEK

Düzenli bir işiniz var mı? (Rehabilitasyon ya da yeniden eğitim kursları dahil)

a)Evet b)Hayır

1. Eğer Yanıtınız Evetse: Ne tür bir iş?.....

Haftada kaç saat çalışıyorsunuz?.....

Ne zamandır bu işte çalışıyorsunuz?.....

2. Eğer Yanıtınız Hayırsa: En son ne zaman bir işte çalıştınız……

Ne tür bir işti?.....

Haftada kaç saat çalışırdınız?.....

- Özürlü olduğunuza ilişkin bir belge verildi mi? a) Evet b) Hayır

- Ayaktan tedavi için hastaneye gidiyor musunuz? a) Evet b) Hayır

- Herhangi bir işte çalışabileceğinizi düşünüyor musunuz?

a)Kesinlikle evet b)Zorlanırım c)Kesinlikle hayır

- Ne sıklıkta yeni iş bulma girişiminde bulunuyorsunuz? (örneğin; İş ve İşçi Bulma Kurumu'na başvurma, gazete ilanlarına bakma)

a)Hemen hemen hiç b)Nadiren c)Bazen d)Sık sık

EK 3. Algılanan Esenlik Ölçeği

Aşağıdaki ifadeler sizin esenlik algınız hakkında bilgi sağlamak üzere dizayn edilmiştir. Lütfen her ifadeyi dikkatle ve düşünerek, her ifade için size en uygun olan seçeneği işaretleyin

Hiç Tamamen

Katılmıyorum Katılıyorum

1. Her zaman geleceğim hakkında iyimserimdir. (1) (2) (3) (4) (5) (6)
2. Kendimi, tanıdığım insanların çoğundan daha yetersiz hissettiğim zamanlar olmuştur. (1) (2) (3) (4) (5) (6)
3. Aile bireylerim bana destek olurlar. (1) (2) (3) (4) (5) (6)
4. Fiziksel sağlığımın beni geçmişte sınırladığı olmuştur. (1) (2) (3) (4) (5) (6)
5. Hayatımın gerçek bir amacı olduğuna inanıyorum. (1) (2) (3) (4) (5) (6)
6. Daima beni düşünmeye ve mantık yürütmeye zorlayacak aktiviteler ararım. (1) (2) (3) (4) (5) (6)
7. Başıma gelen iyi şeylere nadiren güvenirim. (1) (2) (3) (4) (5) (6)
8. Genellikle yeteneklerime güvenirim. (1) (2) (3) (4) (5) (6)
9. Bazen, ihtiyacım olduğunda ailemin gerçekten yanımda olup olmayacağını merak ederim. (1) (2) (3) (4) (5) (6)
10. Vücudum fiziksel hastalıklara çok iyi direnç gösterir. (1) (2) (3) (4) (5) (6)
11. Hayat benim için fazla gelecek vaat etmiyor. (1) (2) (3) (4) (5) (6)
12. Konsantre olmamı gerektiren aktivitelerden kaçınırım. (1) (2) (3) (4) (5) (6)
13. Olaylara her zaman iyi yanından bakarım. (1) (2) (3) (4) (5) (6)
14. Bazen değersiz bir birey olduğumu düşünürüm. (1) (2) (3) (4) (5) (6)
15. Arkadaşlarım bana her zaman güvenebileceklerini bilirler ve tavsiyelerimi isterler. (1) (2) (3) (4) (5) (6)
16. Fiziksel sağlığım mükemmeldir. (1) (2) (3) (4) (5) (6)

17. Bazen hayatın anlamını çözemiyorum. (1) (2) (3) (4) (5) (6)

18. Genel olarak, gündelik hayatımda yaşadığım entelektüel etkinlik miktarından memnunum. (1) (2) (3) (4) (5) (6)

19. Geçmişte her zaman yüksek beklentilere sahiptim. (1) (2) (3) (4) (5) (6)

20. Gelecekte, işleri başarıyla gerçekleştirebileceğimden emin değilim. (1) (2) (3) (4) (5) (6)

21. Geçmişte ailem beni desteklemek için yanımda olmuştur. (1) (2) (3) (4) (5) (6)

22. Tanıdıklarımla kıyasladığımda fiziksel sağlık geçmişim mükemmeldir. (1) (2) (3) (4) (5) (6)

23. Geleceğimle ilgili bir misyonum olduğuna inanıyorum. (1) (2) (3) (4) (5) (6)

24. Her gün bana yetecek kadar olan bilgiyle haşır neşir olurum. (Ne çok fazla, ne de çok az.) (1) (2) (3) (4) (5) (6)

25. Geçmişte işlerin istediğim gibi gideceğini pek beklemezdim. (1) (2) (3) (4) (5) (6)

26. Kendimle her zaman barışık olacağım. (1) (2) (3) (4) (5) (6)

27. Geçmişte her zaman neşemi ve hüznümü paylaşabileceğim arkadaşlarım olmadı. (1) (2) (3) (4) (5) (6)

28. Daima fiziksel olarak sağlıklı olacağımı düşünüyorum. (1) (2) (3) (4) (5) (6)

29. Geçmişte hayatımın anlamsız olduğunu düşündüğüm olmuştur. (1) (2) (3) (4) (5) (6)

30. Geçmişte genellikle entelektüel mücadeleleri kendimi iyi hissetmem için önemli bulmuşumdur. (1) (2) (3) (4) (5) (6)

31. Gelecekte olaylar istediğim şekilde yürümeyecek. (1) (2) (3) (4) (5) (6)

32. Geçmişte yabancılar arasında kendimden emindim. (1) (2) (3) (4) (5) (6)

33. Yardıma ihtiyacım olduğunda arkadaşlarım yanımda olacaklardır. (1) (2) (3) (4) (5) (6)

34. Fiziksel sağlığımın kötüleşeceğini düşünüyorum. (1) (2) (3) (4) (5) (6)

35. Hayatımın her zaman bir amacı vardı. (1) (2) (3) (4) (5) (6)

36. Hayatım çoğunlukla pozitif zihinsel uyarımlardan yoksundur. (1) (2) (3) (4) (5) (6)

EK 4. Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği (SBTÖ)

Bu ölçek kişilerin yaşamlarındaki sıkıntılar ve stresle başa çıkmak için neler yaptıklarını belirlemek amacıyla geliştirilmiştir. Lütfen sizin için sıkıntı ya da stres oluşturan olayları düşünerek bu sıkıntılarınızla başa çıkmak için genellikle neler yaptığınızı hatırlayın ve aşağıdaki davranışların sizi tanımlama ya da size uygunluk derecesini işaretleyiniz. Herhangi bir davranış size hiç uygun değilse, %0'ın altındaki parantezin içine (X) işareti koyunuz. Çok uygun ise %100'ün altını işaretleyiniz.

	Sizi ne kadar tanımlıyor/ Size ne kadar uygun			
BİR SIKINTIM OLDUĞUNDA……..	**%0**	**%30**	**%70**	**%100**
1. Kimsenin bilmesini istemem				
2. İyimser olmaya çalışırım				
3. Bir mucize olmasını beklerim				
4. Olayı/olayları büyütmeyip, üzerinde durmamaya çalışırım				
5. Başa gelen çekilir diye düşünürüm				
6. Sakin kafayla düşünmeye, öfkelenmemeye çalışırım				
7. Kendimi kapana kısılmış gibi hissederim				
8. Olayların değerlendirmesini yaparak en iyi kararı vermeye çalışırım				
9. İçinde bulunduğum kötü durumu kimsenin bilmesini istemem				
10. Ne olursa olsun direnme ve mücadele etme gücünü kendimde bulurum				
11. Olanları kafama takıp, sürekli düşünmekten kendimi alamam				
12. Kendime karşı hoşgörülü olmaya çalışırım				
13. İş olacağına varır diye düşünürüm				
14. Mutlaka bir yol bulabileceğime inanır, bunun için uğraşırım				
15. Problemin çözümü için adak adarım				
16. Her şeye yeniden başlayacak gücü kendimde bulurum				
17. Elimden hiçbir şeyin gelmeyeceğine inanırım				
18. Olaylardan olumlu bir şey çıkarmaya çalışırım				
19. Her şeyin istediğim gibi olmayacağına inanırım				
20. Problemleri adım adım çözmeye çalışırım				
21. Mücadeleden vazgeçerim				
22. Sorunun benden kaynaklandığını düşünürüm				
23. Hakkımı savunabileceğime inanırım				
24. Olanlar karşısında "kaderim buymuş" derim				
25. "Keşke daha güçlü bir insan olsaydım" diye düşünürüm				
26. Bir kişi olarak iyi yönde değiştiğimi, olgunlaştığımı hissederim				
27. "Benim suçum ne" diye düşünürüm				
28. "Hep benim yüzümden oldu" diye düşünürüm				
29. Sorunun gerçek nedenini anlayabilmek için başkalarına danışırım				
30. Bana destek olabilecek kişilerin varlığını bilmek beni rahatlatır				

EK 5: Relaps Önleme Psikoeğitim Programı Oturum İçerikleri

OTURUM 1- TANIŞMA VE PROGRAMIN TANITILMASI

Oturumun Amacı

Grup üyeleri ile tanışmak, onlara program hakkında bilgi vermek, grup kurallarını anlatmak ve grup üyelerinin program hakkındaki beklentilerini konuşmak

Öğrenim Hedefleri

- Üyeler arasında tanışma
- Program hakkında bilgi sahibi olma
- Grup kurallarını öğrenme
- Programdan beklentilerini ifade etme

Uygulamalar

- Tanışma
- Programın tanıtılması
- Grup kurallarının anlatılması
- Grup üyelerinin beklentilerinin belirlenmesi

Araç-gereç

- Kişisel Bilgi Formu
- Sosyal İşlevsellik Ölçeği
- Algılanan Esenlik Ölçeği
- Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği
- İdrarda madde ölçümü

Süre: 90 dk

Oturumun İçeriği

Uygulama 1: Tanışma

Tanışmaya bir oyunla başlanır. Bu oyunun amacı grup üyelerinin ve grup liderlerinin birbirleriyle tanışmalarını sağlamaktır. Tanışma oyunu iki aşamadan oluşmakta ve ortalama 10-15 dakika sürmektedir. Öncelikle katılımcılar daire şeklinde oturur.

- İlk aşamada grup yöneticisi elindeki 1 adet topu göz göze geldiği kişiye atarak kendi adını söyler.
- Topu tutan kişi de göz göze geldiği başka bir kişiye topu atarak adını söyler. Aynı uygulama giderek hızlanarak devam eder.
- Bütün üyeler adlarını söylediğinde lider oyunun 2. aşamasına geçer. 2. aşamada topu atan kişi, topu attığı kişinin adını söylemeye çalışır. Bu oyun da giderek hızlandırılır ve üyeler birbirlerinin adlarını öğrenmiş olurlar. Tanışma oyunu sonunda herkes birbirinin ismini öğrenene kadar oyun kesilmemelidir.

Uygulama 2: Programı tanıma

Relaps önleme psikoeğitim programı 11 oturumdan oluşan bir beceri kazandırma programıdır. Bu program haftada en az bir kez olmak üzere her hafta uygulanmaktadır. Bilişsel davranışçı terapiden temel alan bu psikoeğitim programının amacı; madde kullanım bozukluğu olan bireyin tekrar madde kullanımını önleyerek maddeden uzak bir yaşam biçimi geliştirmesini sağlayacak becerileri kazandırmaktır.

Madde kullanım bozukluğu tedavisi relapslarla seyretmekte ve remisyon dönemi uzun sürmemektedir. Bu nedenle bu programda relaps, relapsa neden olan risk faktörleri, değişimin gerekli olduğu ve relapsı önlemede gerekli olan becerilerin kazandırılması ile ilgili bilgiler aktarılarak uygulamaları yapılacaktır.

Programda her bir bireyin kendisi ile farkındalık kazanması, sorununu görmesi ve bu sorunu için çözüm üretmesi ve gerekli becerileri kazanması beklenmektedir. Bu süreçte grup üyelerinin oturumlara aktif katılımları sağlanmalıdır. Oturumlar, tartışma, soru-cevap ve anlatım eğitim yöntemleri kullanılarak yürütülür.

Her bir oturumun sonunda oturumun özeti yapılır ve ödev var ise üyelere dağıtılır. Programın ilk ve son oturumunda ve 3 ay sonraki izleme oturumunda araştırmada kullanılan ölçüm araçları uygulanır.

Uygulama 3: Grup kurallarını öğrenme

Grup sürecinin daha sağlıklı işlemesi ve grup programının başarısı için uyulması gereken bazı grup kuralları vardır. Bunlar:

- Gizliliği korumak (burada konuşulanlar burada kalır)
- Bir kez devamsızlık hakkı olmakla beraber tüm oturumlara katılmak

- Oturumu sonuna kadar takip etmek
- Başkalarının sözünü kesmemek
- Başkalarına tehdit edici sözler söylememek veya davranışlarda bulunmamak
- Hiç kimseye aşağılayıcı söz veya davranışlarda bulunmamak, hakaret etmemek
- Herkesin aynı fikirde olmayabileceğini kabul etmek
- Uyuşturuculardan uyarıcı tarzda söz etmemek
- Elektronik cihazları oturumlara getirmemek

Grup kuralları belirtilirken grup üyelerine de fikirleri sorulmalıdır. Grup kuralları her oturumda hatırlatılmalı ve oturumun yapıldığı odada duvara asılmalıdır.

Uygulama 4: Grup üyelerinin beklentilerini belirleme

Grup üyelerinin bu programa katılmakla ilgili duygu, düşünce ve beklentilerinin ilk oturumda belirlenmesi programın anlamının kavranması açısından çok önemlidir. Aynı zamanda beklentilerin gerçekleşebilmesi için ulaşılabilir ve somut olması gerekir. Uygun olan beklentiler desteklenir ve umut verilir. Uygun olmayan mesela soyut olan beklentiler varsa bunlar daha somut hale getirilir ve gerçeğe yakın olmayan ve ulaşılamayacak olan beklentiler varsa bunlar da düzeltilir. Böylelikle sürecin sonunda yaşanacak hayal kırıklıklarının da önüne geçilmiş olur. Bu beklentiler yazılı olarak saklanırsa oturumların tamamlanmasından sonra ne kadar gerçekleştiği de değerlendirilebilir.

Uygulama 5: ölçüm araçlarının uygulanması

SİÖ, AEÖ, SBETÖ ölçüm araçları uygulanır ve oturum sonunda idrar ölçümlerinin yapılacağı belirtilir.

Oturumun özetlenmesi

Her oturumun sonunda o oturumda özellikle önemli olan mesajlar tekrarlanır, üyelerin sorularına yer verilir. İlk oturum sonunda öğretici olması açısından oturumun özetini grup lideri yapar. Devam eden diğer oturumlarda grup üyelerinden biri oturumu özetler.

Oturum İçin Yararlanılan Kaynaklar:

Voltan Acar, N. (2013). Grupla psikolojik danışmada alıştırmalar-deneyler. Ankara: Nobel Akademik Yayıncılık.

Ögel, K. (2014). Sigara Alkol ve Madde Bağımlılığı Tedavi Programı Samba Uygulayıcılar için Kaynak Kitapçık. İstanbul: Yeniden Yayınları.

Ögel, K., Koç, C., Başabak, A., Aksoy, A., Evren, C. (2014). Sigara Alkol Ve Madde Bağımlılığı Tedavi Programı (SAMBA) klinik için uygulayıcı kılavuzu. İstanbul: Yeniden Yayınları.

OTURUM 2- BAĞIMLILIK, BEYİN VE BAĞIMLILIK

Oturumun Amacı

- Grup üyelerinin madde kullanım hikayelerini öğrenmek
- Bağımlılığın tanımını yapmak
- Bağımlı olup olmadıklarının farkına varmalarını sağlamak
- Bağımlılığın bir beyin hastalığı olduğunu anlamalarını sağlamak
- Bireyin madde kullanımını kontrol edemeyeceğini vurgulamak

Temel Mesajlar

- Bağımlılık bir hastalıktır
- Bağımlılık bir beyin hastalığıdır
- Beynimiz bize tuzaklar kurar ve bu tuzaklara karşı hazırlıklı olmalıyız

Uygulamalar

- Geçmiş madde kullanım öyküsü
- Bağımlılık kavramının anlatılması
- Bağımlılık ve beyin filminin oynatılması

Araç-gereç

- "Geçmiş madde kullanım öyküsü" formu
- "Bağımlılık değerlendirme" formu
- Bağımlık ve beyin filmi ve filmi oynatmak için projeksiyon cihazı

Süre: 90 dk.

Oturumun İçeriği

Açılış

Yeni yapılacak oturum ile bir önceki oturum arasında bağlantı kurulabilmesi ve geçen oturumun hatırlatılması amacı ile bir önceki oturumun özeti yapılır. Grup üyelerinden gönüllü olan biri özetlemeyi yapar. Grup üyelerine ödevlerinin yapılıp yapılmadığı sorulur. Yapmayanlara bunun nedeni sorulur ve ödevlerin yapılmasının önemi hatırlatılır. Ödevini yapan gönüllü bir grup üyesinden ödevini paylaşması istenir. Yeni oturuma geçmeden önce bir önceki oturumla ilgili sormak istedikleri bir konunun olup olmadığı sorulur. Gelen sorular açık bir şekilde yanıtlanır.

Uygulama 1: Geçmiş madde kullanım öyküsünün anlatılması

"Geçmiş Madde Kullanım Öyküsü Formu" dağıtılır ve bu formun nasıl doldurulacağı anlatılır. Formlar doldurulduktan sonra 1 veya 2 kişiden öykülerini paylaşmaları istenir. Öykülerini paylaşan grup üyelerine;

- Ne zaman kullanmaya başladın?
- O zamanlar hayatında ne gibi sorunlar vardı?
- Kullanma sürecin nasıl devam etti?
- Bağımlı olacağını düşünüyor muydun?
- Ne zaman bunun bir sorun olduğunu düşünmeye başladın?
- Bırakmaya çalıştığında ne gibi sorunlar yaşadın?
- Hayatını nasıl etkiledi (eğitim, aile, iş, ekonomik vb)?
- Bu süreç sizin için nasıl geçti? Sorularına cevap vermesi istenerek öyküsünü detaylı anlatması sağlanır.

Uygulama 2: Bağımlılık Kavramı

Öncelikle "bağımlılık nedir" sorusu sorularak üyelerin fikirleri alınır. Daha sonra "Bağımlılık Değerlendirme Formu"nu doldurmaları istenir. Bağımlı olduğunu kabul etmek her insan için zordur. Kimlerin kendini "bağımlı" olarak tanımladıkları sorulur (1. soruya evet diyenlerin el kaldırmalarını istenir). Kendilerini bağımlı olarak tanımlayanların "ne düşünerek kendilerini bağımlı olarak tanımladıkları" ve tanımlamayanlara "ne düşünerek kendilerini bağımlı olarak tanımlamadıkları" sorulur.

Sorulardan üç ya da dördüne "evet" yanıtı vermenin bağımlı olmak için yeterli olduğu vurgulanır.

Bağımlılık kavramı

"Bağımlılık kronik bir beyin hastalığıdır. Kişinin beden ve ruh sağlığını, aile yaşantısını etkileyecek düzeyde alkol ya da madde alması; ya da alkol ya da madde alma isteğini durduramaması ile belirli ömür boyu süren bir hastalıktır".

Kimler bağımlı olur?

Önce "kimler bağımlı olur?" sorusu sorulur ve tartışmaya açılır sonra aşağıdaki bilgilendirme yapılır.

Herkes bağımlı olabilir. Bağımlılık bir beyin hastalığıdır. Biz istemesek bile beynimiz maddeyi ister.

Ne kadar sürede kişi bağımlı olur?

Önce "ne kadar sürede insan bağımlı hale gelir?" sorusu sorulur ve tartışmaya açılır sonra aşağıdaki bilgilendirme yapılır.

Bağımlılığın gelişimi maddenin cinsine, saflık oranına, kullanma süresine ve kullanan kişinin kişilik özelliklerine göre değişir. Bu nedenle bağımlılığın ne zaman gelişeceği belli olmaz!

Bağımlılık tamamen iyileşir mi?

Önce " Bağımlılık tamamen iyileşir mi?" sorusu sorulur yanıtları aldıktan sonra "Tansiyon hastalığı tamamen iyileşir mi?" sorusu sorulur. Yanıtları aldıktan sonra hipertansiyonlu kişinin tuz yediği zaman tansiyonunun tekrar yükseldiği anlatılır. Ardından aşağıdaki bilgilendirme yapılır.

Bağımlılık, tansiyon hastalığı gibidir. Tamamen iyileşmez, ancak düzelir. Eğer madde kullanmazsanız yaşamınız normale döner. Bağımlı kişi madde kullanmayı bıraktıktan bir süre sonra tekrar madde kullanmaya başlarsa çok kısa zamanda eski kullandığı miktarlara ulaşır.

Bir kereden "bir şey" olabileceğini vurgulayın.

Bağımlılıkta düzelme nasıl bir seyir izler?

Önce " Bağımlılıkta düzelme nasıl bir seyir izler?" sorusu sorulur. Yanıtlar alındıktan sonra her dönemin kendine ait özellikleri olduğu ve bunların kişiden kişiye değişiklik gösterdiği vurgulanır. Ardından aşağıdaki bilgilendirme yapılır:

İyileşmenin dönemleri

Yoksunluk dönemi (0-1 ay arası)

- Fiziksel ve ruhsal sıkıntılar

Erken iyileşme dönemi (balayı) (1-3 ay arası)

- Madde isteği yoktur veya azdır
- Kişi iyileştiğini zanneder

- Yorgunluk, halsizlik, depresyon gözlenebilir

Uzamış iyileşme dönemi (duvar) (3-6 ay)

- Keyifsizlik
- Ne yapacağını bilememe
- Boşluk hissi

Yeniden yapılanma (6 ay ve sonrası)

- Yeni bir yaşam tarzı oluşturma
- Yeni arkadaşlar edinme
- Yeni keyifler bulma

Uygulama 3: Beyin ve bağımlılık

Beyin ve bağımlılık filmi izletilir. Grubun sıkıldığı hissedilirse film durdurulup filmle ilgili sorular sorulur. Filme devam edilir. Film bittikten sonra üyelere;

"filmden aklınızda ne kaldı ve sizi en çok ne etkiledi" sorusu yöneltilir.

Oturumun Özetlenmesi

Grup üyelerinden oturumu özetlemesi için bir gönüllü aranır. Grup üyesi oturumu özetlerken eksikleri varsa tamamlanır. Soruları olup olmadığı sorulur. Bir sonraki oturumun günü ve saati hatırlatılır. Ödevlerin bir sonraki oturuma kadar yapılması istenir.

Ödev

Maddenin beyninizde yarattığı 3 etkiyi yazınız

1.....

2.....

3.....

Oturum İçin Yararlanılan Kaynaklar:

Ögel, K. (2014). Sigara Alkol ve Madde Bağımlılığı Tedavi Programı Samba Uygulayıcılar için Kaynak Kitapçık. İstanbul: Yeniden Yayınları.

Ögel, K., Koç, C., Başabak, A., Aksoy, A., Evren, C. (2014). Sigara Alkol Ve Madde Bağımlılığı Tedavi Programı (SAMBA) klinik için uygulayıcı kılavuzu. İstanbul: Yeniden Yayınları.

Çam O, Engin E (2014). Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Bakım Sanatı. İstanbul Kitabevi.

OTURUM 3- MOTİVASYON KAZANDIRMA

Oturumun amacı

Hastanın tedaviye başlama ve maddeyi kesme konusundaki ambivalansını çözümlemesine yardımcı olmak, karar dengesi, önem ve güven konularını tartışmak

Temel mesajlar

- Motivasyon davranış değişikliğinde önemlidir
- Madde kullanmanın olumlu ve olumsuz yanları vardır
- Değişmek konusunda neler yapmak gerekli?
- Değişim bir süreçtir
- Gelecekte nerede olmak istiyorsan, bugün onun için çalış

Uygulamalar

- Madde kullanımının olumlu ve olumsuz yanları
- Önemlilik ve güven uygulaması
- Güçlü ve zayıf yanlar
- Geleceği düşünmek

Araç-gereç

- "Madde Kullanmaya Başlama Nedenleri" formu
- "Uyuşturucunun İyi Olan Yanları" formu
- "Uyuşturucunun İyi Olmayan Yanları" formu
- "Maddeyi Bırakmanın Yararları ve Devam Etmenin Yararları" formu
- "Önemlilik" formu
- "Güven" formu
- "Güçlü Yanlarım ve Zayıf Yanlarım" formu
- "Bugün ve Gelecek" formu

Süre: 90 dk.

Açılış

Yeni yapılacak oturum ile bir önceki oturum arasında bağlantı kurulabilmesi ve geçen oturumun hatırlatılması amacı ile bir önceki oturumun özeti yapılır. Grup üyelerinden gönüllü olan biri özetlemeyi yapar. Grup üyelerine ödevlerinin yapılıp yapılmadığı

sorulur. Yapmayanlara bunun nedeni sorulur ve ödevlerin yapılmasının önemi hatırlatılır. Ödevini yapan gönüllü bir grup üyesinden ödevini paylaşması istenir. Yeni oturuma geçmeden önce bir önceki oturumla ilgili sormak istedikleri bir konunun olup olmadığı sorulur. Gelen sorular açık bir şekilde yanıtlanır.

Uygulama 1: Motivasyon

Motivasyon bireyin davranış değiştirmesinde önemli olan bir güdüdür. Eğer bireyde istenilen davranış değişikliği gerçekleşmiyorsa motivasyon eksikliği anlamına gelmektedir. Madde kullanım bozukluğu tedavisinde de bireyin istenen davranış değişikliğini gerçekleştirebilmesi için yeterli motivasyon düzeyine ihtiyacı vardır. Motivasyon için maddenin olumsuz yanlarının fark edilmesi, bırakmaya ihtiyaç duyulması ve bu konuda meraklı olması, bilgiler edinmesi ve bir bırakma kararının olması, bırakınca hayatında olumlu değişikliklerin olacağına inanması gerekir.

Uygulama 2: Madde kullanımının olumlu ve olumsuz yanları

Madde kullanmaya başlama nedenleri tartışılır.

Neden madde kullanmaya başladıkları sorulur ve Madde Kullanmaya Başlama Nedenleri Formunu doldurmaları istenir. Bunların neler oldukları sorulur. (Gruptan birkaç kişiye sorulması yeterlidir).

Madde kullanmaya başladıktan sonra yaşadıkları olumsuz yaşantıları sorulur.

Madde kullanmanın iyi ve iyi olmayan yanları tartışılır

Uygulama 3: Önemlilik ve güven uygulaması

Önemlilik

Madde kullanmayı bırakmanın öneminin ne olduğu sorulur. Formda işaretlemeleri istenir.

Şimdi, kullandığınız maddeyi bırakmak sizin için ne kadar önemli, bunu derecelendirmenizi istiyorum. Derecelendirmeyi on üstünden yapacaksınız. “0” Hiç önemli değil, “10” çok önemliyi işaret eder. Sizin için maddeyi bırakmak ne kadar önemli ise, onu işaretleyin.”

Gruba katılanlar içinden birkaç kişi seçerek, önemlilik ölçeğine verdikleri puan öğrenilir.

Yüksek puan verenlere “neden maddeyi bırakmak bu kadar önemli?” sorusu sorulur.

Düşük puan verenlerin neden düşük olarak işaretledikleri tartışılır.

“Niye bu puanı verdiniz, niye daha düşük bir puan vermediniz” sorusunu sorun.

Güven

Madde bırakma konusunda kendilerine ne kadar güvendikleri sorulur. Formda işaretlemeleri istenilir.

Gruba katılanlar içinden birkaç kişi seçerek, güven ölçeğine verdikleri puan öğrenilir. Düşük puan verenlerin neden düşük olarak işaretledikleri tartışılır.

“Ne olsaydı 10 puan verirdiniz? Sizin kendinize olan güveninizi engelleyen nedir?” sorusu sorulur.

Uygulama 4: Güçlü ve zayıf yanlar

Uyuşturucuyu bırakma konusunda kendilerinin güçlü ve zayıf yanlarını yazmaları için ilgili form basılır ve grup odasına asılır. Herkes kendiyle ilgili bilgiyi forma yazmalıdır.

Uygulama 5: Değişim döngüsü

İnsan farklı evrelerden geçerek değişir. Buna değişim döngüsü adını veriyoruz.

1. Farkındalık öncesi evresi

Kişi bu evrede madde kullanımının getirdiği olumsuz etkilerin farkında değildir.

Maddenin herhangi bir zararı olmadığına inanmaktadır. Bu evrede kişi henüz değişmeye hazır değildir.

2. Farkındalık evresi

Bu evrede kişi kullandığı maddenin zararlarının farkına varmıştır. Maddenin kendisini olumsuz yönde etkilediğinin farkındadır. Ancak henüz madde kullanımını bırakmayı düşünmemektedir.

3. Karar verme evresi

Bu evrede kişi madde kullanımını bırakmaya karar vermiştir. Maddeyi bırakmayı istemektedir. Ancak bırakmak için henüz bir eyleme geçmemiştir. Bu evre, bir sonraki evreye geçmek için kişinin geçirdiği bir hazırlık dönemi olarak görülebilir.

4. Eylem evresi

Kişi bu evre kullandığı maddeyi bırakmıştır. Bunun için gerekli iradeyi göstermiş ve mücadeleye başlamıştır. Ancak bu evrede tekrar başlama riski vardır.

5. Sürdürme evresi

Kişi maddeyi bir önceki evrede bırakmış, bu evrede ise temizliğini sürdürmektedir.

Tekrar madde kullanmaya başlamamıştır. Tekrar başlamamak için bir çaba göstermektedir. Bundan sonra ya madde kullanmamayı sürdürecek ve "çıkış" evresine girecektir, ya da tekrar madde kullanarak relaps evresine geçecektir.

6. Relaps evresi

Bu evrede kişi tekrar madde kullanmaya başlamıştır. Kendilerinin değişim döngüsünün hangi evresinde olduklarını anlamaları sağlanır. Buraya gelmeden önce hangi evrede oldukları sorulur.

Değişim basamakları gösterilir.

Uygulama 6: Bugün ve gelecek

Gelecekte nasıl birisi olmayı düşledikleri sorulur ve tartışılır

Geleceği düşünün. Nasıl birisi olmayı istiyorsunuz?

Uygulama 7: İnanmak farklılıktır

Önce aşağıdaki cümle vurgulanır

Bir şeyi yapabileceğimize inanmak bazen bir farklılık yaratır.

Daha sonra aşağıdaki Kızılderili öyküsü anlatılır

Adam bir kartalın yumurtasını bulur. Yumurta, tavuk yumurtalarının bulunduğu kuluçkada çatlar ve küçük kartal yavrusu diğer civcivlerle birlikte büyür. Bütün hayatı boyunca kartal, bir tavuk olduğunu düşünerek, tavukların yaptıklarının aynısını yapar.

Yapabileceğinin en iyisini yaparak toprağı tırmıklar, azar azar yer ve gıdaklar. Kanat çırpıp uçmayı dener ancak kısa bir süre sonra pes eder.

Bu şekilde yıllar geçer. Bir gün gökyüzünde yuvarlaklar çizen kocaman görkemli bir kuş görür. Kuş rüzgara doğru yumuşak bir şekilde süzülür ve güneş güçlü altın kanatlarını yansıtır. Tavuk kartal gökyüzüne bakar ve "Kim bu?" diye sorar? Komşusu "Bu bir kartal, tüm kuşların kralı" diye cevap verir. "O rüzgar gibi uçabilir ama bizler tavuğuz, bizim yerde kalmamız gerekir."

Böylece tavuk kartal hayatını aynı şekilde sürdürür ve ölür, aslında kendisinin de bir kartal olduğunu ve uçabildiğini fark etmesine izin vermeden…

Öykü kısaca katılımcılarla tartışılır:

- Bu öyküden nasıl bir ders çıkarıyorsunuz? Bize kendimize söylediğimiz şeylerle ilgili olarak ne anlatıyor?
- Motivasyonla nasıl bir bağlantısı olabilir?

Oturumun Özetlenmesi

Grup üyelerinden oturumu özetlemesi için bir gönüllü aranır. Grup üyesi oturumu özetlerken eksikleri varsa tamamlanır. Soruları olup olmadığı sorulur. Bir sonraki oturumun günü ve saati hatırlatılır. Ödevlerin bir sonraki oturuma kadar yapılması istenir.

Ödev

Maddeyi bırakmak için 5 önemli nedeninizi yazınız

Maddeyi bırakma konusunda kendinize güvendiğiniz 3 şeyi yazınız

Oturum İçin Yararlanılan Kaynaklar:

Ögel, K. (2014). Sigara Alkol ve Madde Bağımlılığı Tedavi Programı Samba Uygulayıcılar için Kaynak Kitapçık. İstanbul: Yeniden Yayınları.

Ögel, K., Koç, C., Başabak, A., Aksoy, A., Evren, C. (2014). Sigara Alkol Ve Madde Bağımlılığı Tedavi Programı (SAMBA) klinik için uygulayıcı kılavuzu. İstanbul: Yeniden Yayınları.

Carroll, K. M., Ball, K. M.,, Nich, S. A., C., Martino, S., Frankforter, T. L., Farentinos, C., at all. (2006). Motivational interviewing to improve treatment engagement and outcome in individuals seeking treatment for substance abuse: A multisite effectiveness study. Drug and Alcohol Dependence, 81, 301–312.

OTURUM 4 - DUYGULARI TANIMA VE ANLAMA

Oturumun amacı

- Duyguları tanıma
- Duygu düşünce ve davranış arasındaki ilişki hakkında bilgi sahibi olmak

Temel mesajlar

- Duygu ve düşünceyi ayırt ederler
- Davranışlarımız; duygu ve düşüncelerimizin ürünüdür.
- Olaylara verilen tepkilerin sorumlusu olay değil olaya yüklediğimiz anlam yani duygu ve düşüncelerimizdir.

Uygulamalar

- Duygu ve düşünceyi ayırt etme
- Duygu düşünce ve davranış arasındaki ilişki hakkında bilgi sahibi olma

Süre: 90 dk.

Açılış

Yeni yapılacak oturum ile bir önceki oturum arasında bağlantı kurulabilmesi ve geçen oturumun hatırlatılması amacı ile bir önceki oturumun özeti yapılır. Grup üyelerinden gönüllü olan biri özetlemeyi yapar. Grup üyelerine ödevlerinin yapılıp yapılmadığı sorulur. Yapmayanlara bunun nedeni sorulur ve ödevlerin yapılmasının önemi hatırlatılır. Ödevini yapan gönüllü bir grup üyesinden ödevini paylaşması istenir. Yeni oturuma geçmeden önce bir önceki oturumla ilgili sormak istedikleri bir konunun olup olmadığı sorulur. Gelen sorular açık bir şekilde yanıtlanır.

Uygulama 1: Duygu ve düşünceyi ayırt etme

Gün içerisinde pek çok duygu hissederiz. Duygu kavramı düşünceden farklıdır. aynı duyguya farklı düşünceler sebep olabilir. Bir insanın ne hissettiğini yüzünden genellikle anlayabiliyoruz. Ancak, ne düşündüğünü anlamak, tahmin etmek neredeyse imkansızdır. Mutluluk, kızgınlık, öfke birer duygudur. Duygu ve düşüncenin ayırt edilebilmesi için grubun ortasına iki sandalye konur ve biri düşünce sandalyesi ve diğeri de duygu sandalyesi olur. Üyelerden gönüllü olanlar önce akıllarından bir olay geçirirler daha sonra düşünce sandalyesine otururak bu olayla ilgili düşüncesini, duygu

sandalyesine oturarak da bu olayla ilgili duygusunu söyler. Yanlışlıklar grup lideri tarafından düzeltilir. Böylelikle duygu ve düşünce arasındaki fark öğretilir.

Uygulama 2. Duygu, düşünce ve davranış arasındaki ilişki hakkında bilgi sahibi olma

Herhangi bir olay ya da durum karşısındaki düşüncelerimiz; doğru olarak kabul ettiğimiz bize ait yorumlardır. Yani, düşüncelerimiz nesnel gerçekliği değil, bize özgü gerçekliği yansıtırlar. Olaylarla duygularımız arasında o kadar kısa zaman vardır ki, sanki yaşadığımız duyguların nedeni olaylarmış gibi bir izlenim elde edilebilir. Oysa yaşadığımız olaylar veya karşı karşıya kaldığımız durumlar duygularımızı doğurmaz, bu olaylara ilişkin düşüncelerimize bağlı olarak duygusal tepkilerimiz ve davranışlarımız ortaya çıkar.

Örneğin; Bir sınavdan düşük not aldığınızı düşünün. Bu durum sizde bir takım düşünceler yol açar. Bu düşüncelerden bir tanesi “bu notu almamalıydım, ne kadar başarısızım” olabilirken, bir diğeri “bundan sonraki sınavlarda telafisini yapabilirim” olabilir. İki düşünce arasında fark, ortaya çıkardıkları duygularda da kendini gösterir. İlk düşüncenin arkasından üzüntü ve yetersizlik duygusunun, ikinci düşüncenin arkasından hırs ve ders çalışma isteğinin gelme olasılığı yüksektir. Bu ikinci düşüncenin arkasından ders çalışma isteği ile birlikte, çalışma davranışının gelme olasılığı da yüksektir. Bu örneklerde görüldüğü gibi, olayın kendisinden çok, olayla ilgili düşünceler, olaya verilen anlam duyguların, beraberinde de davranışların oluşmasında belirleyicidir. Düşüncelerin olumlu ve yapıcı olması olayları olumlu olarak yorumlamamıza ve sorunlarımızla daha rahat başa çıkmamıza neden olurken, olumsuz ve yıkıcı düşünce ve inançlar aksi yönde etki göstermektedir.

Sonuç olarak gerçekte bizi olaylar, kişiler ya da durumlar "iyi" ya da "kötü" hissettirmez; bunu biz kendi kendimize bilişsel olarak yaparız. Farkına varmasak da duygusal tepkilerimize yol açan düşünceleri biz oluştururuz.

Gruptan bir kişinin bir örnek vermesi istenir. Örnek üstünde tartışarak duygu düşünce ve davranış pekiştirilir. Aşağıdaki sorular yardımıyla olay, duygu, düşünce, davranış ve sonuç gruba buldurulur.

Ne oldu? ---OLAY

Sence bu neden oldu?

Bu durum karşısında ne düşündün? --- DÜŞÜNCE

Bu durum karşısında ne hissettin? --- DUYGU

Böyle hissederken ne yapmak istedin? --- DÜŞÜNCE

Ne yaptın? --- DAVRANIŞ

Sonrasında ne oldu? ---SONUÇ

Düşünce sadece bir düşüncedir

- Ben aptalım
- Kimse beni sevmiyor
- Ben beceriksizim
- Hiçbir şey değişmeyecek
- Bana bunu nasıl yapar?
- Ben sevilecek adam değilim
- Kimseye güvenemiyorum
- İnsanlık öldü mü?
- Hep haksızlığa uğruyorum

Bu düşüncelerle başa çıkmak için akla getirebilecek düşünceler:

- Bu durum sonsuza kadar sürmeyecek
- Daha kötü şeyler yaşadım ama ayakta kaldım
- Bu da geçecek
- Bu olanlarla başa çıkacak güçteyim
- E, ne yapalım yani?
- Bunlarla da baş edebilirim
- Bu olanlar, daha sonra bunlarla başa çıkmayı öğrenmek için bir fırsat
- İnsan bazen kendisini kötü hissedebilir ama geçecektir
- Bunlar sadece bir düşünce

Düşünce sadece bir düşüncedir kavramı öğretilir

Bu şekilde birkaç defa farkında nefes alıp verdikten sonra alıştırma sonlandırılır.

Uygulama 3: Video gösterimi ve tartışması

DDD isimli videoyu gösterilir ve tartışılır.

Sonuç olarak gerçekte bizi olaylar, kişiler ya da durumlar "iyi" ya da "kötü" hissettirmez; bunu biz kendi kendimize bilişsel olarak yaparız. Farkına varmasak da duygusal tepkilerimize yol açan düşünceleri biz oluştururuz.

Oturumun Özetlenmesi

Grup üyelerinden oturumu özetlemesi için bir gönüllü aranır. Grup üyesi oturumu özetlerken eksikleri varsa tamamlanır. Soruları olup olmadığı sorulur. Bir sonraki oturumun günü ve saati hatırlatılır. Ödevlerin bir sonraki oturuma kadar yapılması istenir.

Ödev

Yaşadığınız en az 3 olayı not ediniz ve duygu-düşünce-davranışlarınızı yazınız

Olay neydi?

Ne hissettiniz (duygunuz neydi?)

Neler düşündünüz?

Ne yaptınız? (nasıl davrandınız?)

Sonuç ne oldu?

Oturum İçin Yararlanılan Kaynaklar:

Ögel, K. (2014). Sigara Alkol ve Madde Bağımlılığı Tedavi Programı Samba Uygulayıcılar için Kaynak Kitapçık. İstanbul: Yeniden Yayınları.

Ögel, K., Koç, C., Başabak, A., Aksoy, A., Evren, C. (2014). Sigara Alkol Ve Madde Bağımlılığı Tedavi Programı (SAMBA) klinik için uygulayıcı kılavuzu. İstanbul: Yeniden Yayınları.

Beck JS. Bilişsel terapi: temel ilkeler ve ötesi. İstanbul: Türk Psikologlar Derneği; 2006.

OTURUM 5- RELAPS VE RELAPSA NEDEN OLAN İSTEK, DUYGU VE DÜŞÜNCELERLE BAŞA ÇIKMAK, RİSKLİ DURUMLARI TANIMAK

Oturumun amacı

- Relaps ve relaps döngüsü hakkında bilgi edinmelerini sağlamak
- Geçmiş relaps dönemlerindeki yaşantılarından dersler çıkarmalarını sağlamak
- Madde isteğini tanımlamak ve bununla başa çıkma yöntemlerini öğrenmek
- Duygularımız ve madde kullanımı arasındaki ilişkiyi öğrenmek ve bunu kontrol etmeyi sağlayacak yöntemleri öğrenmek
- Düşüncelerimiz ve madde kullanımı arasındaki ilişkiyi öğrenmek ve bunu kontrol etmeyi sağlayacak yöntemleri öğrenmek
- Kaymayı önlemek için yüksek riskli durumları tanımalarını ve bunlarla başa çıkmayı öğretmek

Temel mesajlar

- Bireyin kaymayı ve döngüsünü bilmesi yaşanacak zor durumları tanımasını ve müdahale etmesini relapsın engellenmesini kolaylaştırır.
- Relaps olmadan önce duygu-düşünce-davranışların farkına varılması önemlidir.
- Madde kullanma isteği gelip geçicidir ve bir süre sonra kaybolur.
- Duygularımızı kontrol edemeyiz ancak duygularımızın neden olduğu düşünce ve davranışlarımızı kontrol edebiliriz.
- Yüksek riskli durumların tanımlanması kayma ihtimalini azaltır.

Uygulamalar

- Relaps ve relaps döngüsünün anlatımı
- Geçmiş kayma öyküleri üzerinde çalışma
- Madde kullanma isteği ile başa çıkmak
- Madde kullanımı ile ilgili duygu ve düşünceleri ile başa çıkmak
- Yüksek riskli durumlar

Araç-gereç

- "Geçmiş Kayma Öyküsü" formu
- Kayma döngüsü ve istek duygu ve düşünce videosu
- Duygu listesi

- Acil planım formu
- Paket lastiği

Süre: 120-150 dk. (iki oturuma bölünebilir)

Açılış

Yeni yapılacak oturum ile bir önceki oturum arasında bağlantı kurulabilmesi ve geçen oturumun hatırlatılması amacı ile bir önceki oturumun özeti yapılır. Grup üyelerinden gönüllü olan biri özetlemeyi yapar. Grup üyelerine ödevlerinin yapılıp yapılmadığı sorulur. Yapmayanlara bunun nedeni sorulur ve ödevlerin yapılmasının önemi hatırlatılır. Ödevini yapan gönüllü bir grup üyesinden ödevini paylaşması istenir. Yeni oturuma geçmeden önce bir önceki oturumla ilgili sormak istedikleri bir konunun olup olmadığı sorulur. Gelen sorular açık bir şekilde yanıtlanır.

Uygulama 1: Relaps ve relaps döngüsünün anlatımı

Madde kullanma bozukluğu olan bireyin maddeyi bıraktıktan sonra tekrar kullanmaya başlamasına relaps denir. Maddeyi bıraktıktan sonra bir kez maddeyi kullanmaya kayma denir. Kayma ve relaps aynı anlama gelmez. Kayma yaşandıktan sonra relaps olabilir de olmayabilir de. Kayma ve relapsları doğal kabul etmek gerekir. Burada önemli olan kişinin cesaretini kaybetmemesinin sağlanmasıdır. Bundan sonra ya madde kullanmaya devam edecek, ya da kullandığı maddelerin zararının farkına varacak ve bırakma kararını verecektir. Grup üyelerinden kayma yaşadıkları dönemlerdeki belirtileri paylaşmaları istenir. Bu şeklide kayma dönemini ve risk faktörlerini iyi tanımış olurlar. Nasıl müdahale etmeleri gerektiğinin bilinci oluşur ve tekrar başlamayı engellemek de kolaylaşır.

Kayma yaşadıklarında yapmaları ve yapmamaları gerekenler sorulur ve gönüllü olanlardan veya liderin seçtiği üyelerden cevap alınır. Daha sonra bu konuda bilgi aktarılır.

Yapılacak üç şey

1. Yardım alabileceğin kişi ve kurumlardan yardım alın
2. İçmeyeceğinize olan inancınızı kaybetmeyin.
3. Bulunduğunuz ortamı değiştirin

Yapılmayacak 3 şey

1. Genelde tek başına mücadele etmek çok zor olduğundan kendi başına mücadele edebileceğine inanmak
2. Niye yaptım diye kendini suçlamak
3. Önemsememek (kaymanın ardından relaps yaşanabilir)

Uygulama 2: Geçmiş kayma öyküleri üzerinde çalışma

Geçmiş kayma öyküleri öğrenilir

Geçmiş kayma öykülerini öğrenmek için "Geçmiş Kayma Öyküsü Formu" dağıtılır. İki bırakma girişimlerini hatırlamaları istenir. En iyisi en uzun bırakma dönemlerini ele almalarıdır. Yani en uzun iki bırakma döneminin seçilmesi sağlanır. Eğer kişinin hiç bırakma dönemi yoksa bu çalışmaya izleyici olarak katılması sağlanır.

Geçmiş Kayma Öyküsü Formu doldurulurken;

- Bırakma girişiminiz ne kadar sürdü, bu sürede kendinizi nasıl hissettiniz ve yaşadığınız bir sorun/sorunlar oldu mu?
- Tekrar başlamadan önceki duygu ve düşünceleriniz nelerdi?
- Kayma yaşandıktan sonraki duygularınız nelerdi ve kayma yaşamamanıza yardımcı olacak ne olabilirdi? sorularını cevaplamaları istenir.

Bir veya iki kişinin relaps öyküsü üzerinde çalışılır.

Kişi öyküsünü aktarırken aşağıdaki sorular sorulur:

- Kullanmadan önceki günlerde, kullanacağına ilişkin bazı belirtiler var mıydı?
- Kullanmadan hemen önce aklından ne geçiyordu?
- Kullanmadan önce kendi kendine ne söylüyordun?
- Kullanmak için ne gibi bahaneler buldun kendine?
- Kullanmadan önce kendini nasıl hissediyordun?
- Bunları düşünür ve hissederken, bedeninde ne gibi belirtiler vardı?

Kayma olmadan önce duygu-düşünce-davranışların farkına varılması çok önemlidir.

Kaymanın erken dönem belirtilerine alarm sinyalleri denir.

Alarm sinyalleri

- Maddeyi rüyalarda görmeye başlamak
- Madde kullananlarla görüşmeye başlamak
- Kendine fazla güvenmeye başlamak
- Kendine bakmamaya başlamak (Geç yatmaya başlamak, yemek öğünlerini aksatmak, tıraş olmamak)
- Boş kalmaya, hiçbir şey yapmamaya başlamak (işe gitmemek, ayık arkadaşlarla görüşmemek, aileden uzaklaşmak vb)
- Madde ile ilgili olumlu şeyler düşünmeye başlamak
- Daha sinirli olmaya başlamak

Bu belirtileri öğrendikten sonra yapılması gerekenler ve yapılmaması gerekenlerin bilincinde de olunursa relapsın engellenmesi kolaylaşır.

Uygulama 3: Farkında nefes alma çalışması anlatılır

"Şimdi rahat bir şekilde oturun ve gözlerinizi kapatın. Derin bir nefes alın ve rahatlayın. Bir elinizi karnınıza koyun, yavaşça burnunuzdan nefes alın ve ağzınızdan verin. Bu esnada karnınızın şiştiğini hissedin. Tekrar burnunuzdan nefes alın, nefesin soluk borunuzdan ciğerlerinize doğru indiğini hissedin. Karnınızın şiştiğini hissedin. Yavaşça nefesinizi ağzınızdan verin. Her nefes alıp verişinizde vücudunuzun ne kadar rahatladığını fark edin.

Şimdi nefesinizi her verişinizde saymaya başlayın. Burnunuzdan nefes alıp ağzınızdan verirken içinizden 1-2-3-4 diye sayın. Her 4 nefeste başa dönüp tekrar 1 diye saymaya başlayın. Saymaya odaklandıktan sonra tekrar nefes alıp verişinize odaklanın. Dikkatinizi bir saymaya bir nefes alıp verişinize ve karnınıza verin.

Dikkatinizi dağıtan bazı düşünceler, duygular, anılar ya da sesler olabilir. Zihninizde bunlar dolaşmaya başladığında dikkatinizi tekrar nefes alıp verişinize verin. Kendinizi dikkatiniz dağılıyor diye eleştirmeyin. Derin ve uzun nefesler alıp vermeye ve nefesinize odaklanmaya devam edin."

Uygulama 4: Kayma döngüsü videosu

Kayma döngüsü videosu izletilir ve grup üyelerine filmle ilgili fikirleri sorulur.

Uygulama 5: Madde kullanma isteği ile başa çıkmak

Madde kullanma isteği beyinden kaynaklanan ve madde kullanmaya iten güçlü bir duygudur. Bu duygu ve belirtileri tanımalıyız ve hiç beklemediğimiz bir anda gelebileceğini ve bir süre sonra geçeceğini iyi bilmeliyiz. Bir deniz dalgası gibidir. Gelir, birkaç dakika sürer, geçer ve bir süre sonra tekrar gelir. yavaş yavaş azalarak kaybolur.

Madde kullanma isteği ile baş edebilmek için;

- "Şimdi rahat bir şekilde oturun ve gözlerinizi kapatın. Derin bir nefes alın ve rahatlayın. Bir elinizi karnınıza koyun, yavaşça burnunuzdan nefes alın ve ağzınızdan verin. Bu esnada karnınızın şiştiğini hissedin. Tekrar burnunuzdan nefes alın, nefesin soluk borunuzdan ciğerlerinize doğru indiğini hissedin. Karnınızın şiştiğini hissedin. Yavaşça nefesinizi ağzınızdan verin. Her nefes alıp verişinizde vücudunuzun ne kadar rahatladığını fark edin.

  Şimdi aklınıza sahile vuran dalgaları getirin. Dalgalar sahile doğru gider. Gittikçe küçülür. Sonunda sahile çarpar ve kaybolur. Bu dalgaları düşünmeye devam edin. Aynı zamanda nefes alıp vermeye devam edin. Alkol ve uyuşturucu isteğinizi bu dalgalara benzetin. İsteğin bir dalga gibi sahile çarpmasına izin verin. Bırakın dalga gelsin, sahile çarpsın ve kaybolsun. Bütün dikkatinizi dalgalara verin. Nefes alıp vermeye devam edin. Şimdi dikkatinizi yine nefesinize verin. Nefesinizi izleyin. Nefesinizin bütün bedeninize yayılışını takip edin".
- İç Konuşma

  *"*Bu istek şimdi çok güçlü, Ancak ben ayık kalmak istiyorum. Bedenim henüz bunu öğrenemedi. 15 dakika sonra bunlar kaybolacak ve eski halime döneceğim."

  "Bu istek ve dürtüler aç kalmak ya da susuzluk gibi değil. Bir süre sonra kendiliğinden geçer."

  "Ayık kalmanın kimi zaman zor yanları vardır. Şu anda da onlardan biriyle karşı karşıyayım. Ben bunu başaracağım ve maddeye teslim olmayacağım."
- Dikkatinizi başka bir yöne çekin (örneğin, koşma, okuma, yemek yemek, duş almak, meyve suyu-soda vb. içecek alma...)

- Başkaları ile konuşun, onlardan yardım isteyin (Biri ile konuşmak içinizdeki duyguların dışarı çıkmasını sağlar böylece düşünme sürecinizi görmüş olursunuz.
- Sizinle daima konuşacak ve destek olacak bir kişiyi belirleyin ve bu düşünceler aklınıza geldiğinde o kişiyi arayın).
- Madde almanın kötü yanlarını düşünün (Kullandığınız döneme ait kötü yaşantıları hatırlayın).
- Madde kullanmamak için verdiğiniz emeği hatırlayın.
- Bileğinize paket lastiği takın (Kullanma düşüncesi aklınıza geldiği anda lastiği çekerek "hayır" deyin. Düşüncelerinizi durdurarak dikkatinizi farklı bir nesneye yönlendirin. Dikkatiniz yönlendireceğiniz bu nesne sizin ilgi duyduğunuz bir şey olmalıdır).
- Hemen harekete geçmeyin (Duygular, sadece birer duygudur. Düşünceler sadece bir düşünce. Yaşayacağınız duyguları ve düşünceleri siz kontrol edemezsiniz ancak davranışlarınızı kontrol edebilirsiniz. Onların eyleme geçmesine izin vermeyin.
- İçinde bulunduğunuz ortamı değiştirin (Uyuşturucular beynimizi etkiler. O nedenle o ortamda bulunduğunuzda istemeseniz bile kullanabilirsiniz. Çünkü beyniniz sizi dinlemeyebilir).
- Erteleyin (İçip içmeme kararınızı en az bir gün erteleyin. İstek varken, iyi düşünemeyiz. Daha sonra tekrar düşünün).

Uygulama 6: Duygularla başa çıkmak

Madde insanların duygularını değiştirir ve beynin çalışma şeklini değiştirir. Grup üyelerine duygu listesi dağıtılır ve listede bulunan hangi duyguların içme düşüncesini etkilediği sorulur.

Suçluluk ve utanç duygularının madde kullanımı ile ilişkisi

Madde kullananlarda suçluluk ve utanç duygularının çok sık yaşandığı anlatılır. Grup üyelerine bunun nedeni sorulur ve tartışılır. Daha sonra aşağıdaki sorularla ilgili grup üyelerinin görüşleri alınır.

- Madde bağımlısı olduğunuz için utanç duyuyor musunuz?
- Bağımlılığınızı durduramadığınız veya hala durduramıyor olduğunuz için kendinizi zayıf hissediyor musunuz?
- Yaptıklarınızdan dolayı kendinizi "kötü" hissediyor musunuz?
- Madde kullandığınız için kendinizi kötü bir kişiymiş gibi hissediyor musunuz?

Suçluluk ve utanç duygularının bir işe yaramadığı tam tersi süreci kötüleştirdiği anlatılır. Bu duygular relaps döngüne de sebep olur. Bu duygulardan kurtulmak için grup üyelerinin kendilerini affetmeleri sağlanır. bunun için de

- *Hata yapmak doğaldır, her insan hata yapar.*
- *Önemli olan hataları tekrarlamamaktır.*
- *Bunun için kendinizi affedin…* ifadeleri vurgulanır.

Uygulama 7: Madde ile ilgili düşüncelerle başa çıkmak

Maddeyi bırakan her birey yeniden kullanma düşüncesi taşıyabilir. Bu doğal bir durumdur. Bu düşünceyi taşımak suç değildir. Önemli olan bu düşünceyi davranışa çevirmemektir. Düşüncelerimizi kontrol edemeyiz ancak davranışlarımızı kontrol edebiliriz. Hangi düşünceler insanı madde kullanmaya teşvik eder sorusu sorulur ve tartışılır.

Daha önce belirttiğimiz madde isteği ile baş etme yöntemlerini burada da kullanabilirsiniz. Her bir grup üyesi bu yöntemlerden en az üç tanesini kendisi için belirlemelidir. Her bir üyeye hangi yöntemleri seçtikleri tek tek sorulur.

Uygulama 8: İstek, duygu ve düşünce videosu

İstek duygu ve düşünce videosu izletilir ve tartışılır.

Uygulama 9: Yüksek riskli durumlar

Grup üyelerine yüksek riskli durumlarla başa çıkma kağıtları dağıtılır ve yüksek riskli durumlar öğretilir.

Riskli durumların listesi

- Kendimi iyi hissettiğimde
- Evde yalnız kalmak
- Cinsellik
- Madde almış biriyle veya arkadaşla karşılaşmak
- Ailemin madde hakkında beni sıkması veya birinin beni eleştirmesi
- Kendine çok güvenmek
- Üzgün olduğumda
- Madde veya alkol kullandığım yerlerde bulunmak

- Maç izlemek
- Tekel bayii görmek
- Birisiyle madde ile ilgili konuşmak
- Mücadeleden bıktığını düşünmek
- Kızgın olduğumda
- Kutlama/ Davetlerde olmak
- Birileriyle buluşmadan önce
- Madde ile ilgili rüya görmek
- Arkadaşlarımın madde teklif etmesi
- Kendini test etme düşüncesi
- Çok duygulanınca
- Bar/kulüpler/ Konserler
- İşe gitmeden önce veya iş çıkışında
- Yanımda para taşımak veya maaş aldıktan sonra
- Alkol ve madde ile ilgili kötü anıları unutmak veya eskiye özlem duyma
- Bırakma konusunda kendini yetersiz görmek
- Sıkıntılı veya huzursuz olduğumda
- Sinema ve film izlemek
- Hafta sonları veya tatillerde
- Bedava alkol veya uyuşturucu bulduğumda
- "Bir kere kullanmaktan bir şey olmaz" demek
- Düzensiz uyku uyumak veya geç yatıp erken kalkmak
- Suçluluk duyduğumda
- Dışarıda yemek yemek
- Yorgun olduğumda
- Ailemle kavga ettiğimde
- "Ben istersem kontrol ederim" demek
- Boş kalmak

Riskli durumla başa çıkmak için çözüm yöntemi

Duygularla başa çıkmak için

- Bileğinize Paket Lastiği Takın

- Hemen harekete geçmeyin
- Farkında nefes alın

Olaylarla başa çıkmak için

Dikkatinizi başka bir yöne çekin (yürümek, okumak, yemek vb)

- Yalnız kalmayın
- İç konuşma yöntemini kullanın
- Ortamla başa çıkmak için
- Çevrenizi değiştirin
- Riskli ortama girmeyin
- Ortamdan uzaklaşın

Düşüncelerle başa çıkmak için

- Madde kullanmamak için verdiğiniz emeği hatırlayın
- Başkaları ile konuşun, onlardan yardım isteyin
- Madde kullanmanın kötü yanlarını düşünün

Uygulama 10: Video gösterimi ve tartışması

Riskli durumlar isimli videoyu gösterilir ve tartışılır.

Oturumun Özetlenmesi

Grup üyelerinden oturumu özetlemesi için bir gönüllü aranır. Grup üyesi oturumu özetlerken eksikleri varsa tamamlanır. Soruları olup olmadığı sorulur. Bir sonraki oturumun günü ve saati hatırlatılır. Ödevlerin bir sonraki oturuma kadar yapılması istenir.

Ödev

Bu dönemde alkol veya madde kullanma isteği duyduğunuzda bu formu doldurunuz. Çok hafif bir istek olsa bile yazınız.

1. Alkol veya madde kullanma isteğiniz ne kadar şiddetliydi?

2. Bu istek geldiğinde ne yapıyordunuz?

3. Bu istek ne kadar sürdü?

4. Geçmesi için neler yaptınız?

Tekrar alkol veya madde kullanmaya yol açabilecek 5 riskli durumu yazınız

1.....

2.....

3.....

4.....

5.....

Oturum İçin Yararlanılan Kaynaklar:

Ögel, K. (2014). Sigara Alkol ve Madde Bağımlılığı Tedavi Programı Samba Uygulayıcılar için Kaynak Kitapçık. İstanbul: Yeniden Yayınları.

Ögel, K., Koç, C., Başabak, A., Aksoy, A., Evren, C. (2014). Sigara Alkol Ve Madde Bağımlılığı Tedavi Programı (SAMBA) klinik için uygulayıcı kılavuzu. İstanbul: Yeniden Yayınları.

Brownell K.D., Marlatt G.A. ve Lichtenstein, E. (1986) Understanding and preventing relapse. American Psychologist, 41: 765- 782.

OTURUM 6- İYİLEŞMEK İÇİN DEĞİŞMEK GEREK

Oturumun amaçları

İyileşmek için gerekli olan temel kuralların öğrenilmesini sağlamak

Temel mesajlar

İyileşmek… Maddeyi kullanmamak ve yaşam biçimini değiştirmektir

Uygulamalar

- Değiştiremeyeceklerinizle uğraşmayın
- Küçük adımlarla büyük hedeflere ilerleyin
- Şimdiye Odaklanın
- Güçlü değil akıllı olun
- Beyninizin tuzaklarına düşmeyin
- Kendinize İyi Bakın
- Yeni Arkadaşlar Edinin
- İyileşmek için acele etmeyin
- Tüm bağımlılık yapan maddelerden sakının
- Kendiniz için değişin
- Kendi duvarınızı örün

Araç-gereç

- En az grup üyesi sayısı kadar boş kağıt ve kalem
- Tom ve Jerry videosu, oynatacak araç ve hoparlör
- "Kendini Test Etme" formu

Süre: 120 dk.

Açılış

Yeni yapılacak oturum ile bir önceki oturum arasında bağlantı kurulabilmesi ve geçen oturumun hatırlatılması amacı ile bir önceki oturumun özeti yapılır. Grup üyelerinden gönüllü olan biri özetlemeyi yapar. Grup üyelerine ödevlerinin yapılıp yapılmadığı sorulur. Yapmayanlara bunun nedeni sorulur ve ödevlerin yapılmasının önemi hatırlatılır. Ödevini yapan gönüllü bir grup üyesinden ödevini paylaşması istenir. Yeni

oturuma geçmeden önce bir önceki oturumla ilgili sormak istedikleri bir konunun olup olmadığı sorulur. Gelen sorular açık bir şekilde yanıtlanır.

Uygulama 1: Değiştiremeyeceklerinizle uğraşmayın

Değiştiremeyeceğimiz şeyler vardır. Değiştirebileceklerimiz için mücadele etmeli ve değiştiremeyeceklerimizi de kabul etmeliyiz.

Aşağıdaki olayları değiştirebilir miyiz?

- Yağmuru engelleyebilir misiniz?
- Herkesin kırmızı ışıkta geçmemesini sağlayabilir misiniz?
- Hiç öfkelenmeden yaşayabilir misiniz?

Değiştiremeyeceklerimizle uğraşmanın kaymaya yol açtığı vurgulanır.

Hayatımızda değiştiremeyeceğimiz şeyler vardır. Bunlarla uğraşmak veya bunlara takılmak bizi zayıf düşürür. Bunun sonucu madde kullanmaya başlayabiliriz

Değiştiremediğimiz durumlar;

- Bazı insanların düşüncesiz olması
- Eşimin annesini çok sevmesi
- Bazen hastalanmak
- Bazı insanların mantıksız davranması durumlarını değiştiremeyiz. Grup üyelerinin de benzer örnek vermeleri istenir.

Değiştirebileceğimiz durumlar;

- Çok çabuk öfkelenmek
- Alkol ve uyuşturucudan uzak durmak
- Stresle başa çıkmayı öğrenmek

Değiştirebileceklerimize ilişkin grup üyelerinden örnekler vermeleri istenir.

Uygulama 2: Küçük adımlarla büyük hedeflere ilerleyin

Bu sözden ne anladıkları grup üyelerine sorulur. Ardından aşağıdaki oyun oynanır.

Zıplama!

Yere 2 metre aralıklı çizgiler çizilir. Sonra gruptan bir kişiyi seçilir ve bir çizgiden diğerine atlayarak ilerlemesi istenir. Becerebiliyorsa bunu hızlı yapması söylenir.

Daha sonra bir kaç kişiye daha yaptırılır. Ardından kendiniz veya bir başkası küçük adımlarla baştan sona yürümesi istenir.

Burada amaç hızlı veya büyük adımlarla gitmenin yorucu ve tehlikeli olduğunu göstermek ama küçük adımlarla gidilirse hedefe ulaşmanın daha kolay olduğunu vurgulamaktır.

Küçük adımlarla durmadan ilerlersek büyük hedeflere varabiliriz.

Örneğin Daima ayık kalacağınız düşüncesine fazla saplanmayın, sadece bugüne odaklanın.

Büyük adımlarla hareket edersek düşebiliriz.

Örneğin her şeyi bir anda değiştiremeyiz ama her bir hedefi tek tek ele alabiliriz

Uygulama 3: Şimdiye odaklanın

Geçmiş gelecek

Geçmişi hatırlamakta zorluk çektiğimiz bazı şeyleri çok iyi hatırlayıp bazı şeyleri ise hatırlamadığımız ve yanlış yorumlayabileceğimiz vurgulanır

Geleceği bilmenin aslında imkansız olduğu vurgulanır.

Geçmiş geçmişte kaldığı için, gelecekte henüz yaşanmadığı için bunlarla uğraşmak anlamsızdır...

- Geçmişe odaklanmanın zararları anlatılır.
  Geçmişle kendinizi cezalandırmak, şimdiki zamanı elde tutmanızı zorlaştırır.

  "Hiçbir şeyi doğru düzgün yapamam. Bütün fırsatları hep elimle uçurdum şimdiye kadar."

  "Eğer zor bir şey yapmayı denersem başarısız olacağım. Her zaman böyleyim."

  "Hep insanları üzüyorum. Sürekli herkesi hayal kırıklığına uğrattım."

- Geleceğe odaklanmanın zararları anlatılır.
  Geleceğe yoğun bir şekilde odaklanmak da üzerinizde yük olarak hissedebileceğiniz bir şeye izin vermektir. Bilinmeyenle baş edemezsiniz.

  "Yarın bunun olmasını engelleyecek bazı şeyler olacak."

"Bundan dolayı o kişi benden nefret edecek."

"Onu asla yapamayacağım."

- Şimdiye odaklanmanın önemi anlatılır.
  Herhangi bir günle başa çıkabilirsiniz

  Tek başına bir olay ile başa çıkabilirsiniz

  Şu anda ne oluyorsa onunla uğraşabilirsiniz

  Geçmişe veya geleceğe değil, şimdiye odaklanın

  Farkında yürüyüş alıştırması

  " Hepimiz günlük hayatımızı otomatik pilotta gibi yaşarız. Sürekli bir yerlere koşarız, bir yerlere yetişmeye çalışırız. Yolda yürürken kendimize ya da etrafımıza odaklandığımız zamanlar oldukça nadirdir. Gökyüzünü, güneşi, yolda yürürken bedenimizin nasıl bir şekil aldığını… bunları fark etmeden yürümeye devam ederiz. Farkında yürüyüş ise kişinin yürürken dikkatini yürüyüşe vermesi ile yapılan bir alıştırmadır. Yürürken kişi kendi bedenine odaklanır. Farkında yürüme; yürüdüğünüzü bilerek, yürüdüğünüzü hissederek, yürümektir. Bu alıştırma size bedensel duyumlarınızın ve etrafta olup bitenlerin farkına varmanızı sağlayacaktır.

  Bu alıştırma size

- Bedensel duyumlarınızın ve etrafta olup bitenlerin farkına varmanızı sağlayacaktır.
- Böylece alkol ve uyuşturucu için kullanma isteği ve arzusunu azaltabilirsiniz.
- Öfke ve stresle başa çıkmada kullanabiliriz…

  Uygulama 4: Güçlü değil akıllı olun

  Güçlü olmak ve akıllı olmak kavramları tartışılır

  Akıllı olmakla güçlü olmak arasındaki farkın ne olduğu sorulur ve tartışılır. Güçlü olduğumuzu zannettiğimizde hata yapma riskinin arttığı ve beynimizin tuzaklarına düştüğümüz anlatılır.

  Kendini güçlü zannettiren söylemler öğretilir

  Güçlü ama akılsız laflar:

  • Uyuşturucunun bulunduğu yerlerde ben de olabilirim.

• Bir daha kullanmak istemediğimden çok eminim ve kendime çok güveniyorum.

• Bir şeye karar verdiğimde onu uygulayacak kadar güçlüyüm.

• Kullanan arkadaşlarımın yakınlarında olup kullanmamak sadece bir irade meselesidir.

• Benim için artık bir risk yok!

Uyuşturucusuz bir hayatı sürdürmek sadece güçlü olmaya bağlı değildir.

Bazen uyuşturucu bizden güçlü olabilir.

Güçlü olma akıllı ol!

Uygulama 5: Video gösterimi ve tartışması

İyileşmek için-1 isimli videoyu gösterilir ve tartışılır.

Uygulama 6: Kendinize iyi bakın

Kendine Bakma Formu dağıtılır

Kendine Bakma Formunu dağıtılır ve doldurmaları istenir.

Kendine iyi bakmanın önemi anlatılır.

Kendine bakmanın neden önemli olduğu sorulur?

Kendine bakmanın önemi anlatılır.

Bağımlılar genellikle kendilerine bakmazlar. Madde kullanımıyla beraber sağlık ve kişisel bakım önem taşımamaya başlar.

İnsanların iyileşmesi için kendi değerlerini hatırlamaları gerekir.

Kendine bakmak kendini beğenme ve sevmenin bir parçasıdır.

Bedeninizin sorumluluğunu alın…

Sağlıklı davranışlar öğretilir

Aşağıdakilerin sağlıklı davranışlar anlatılır.

- Düzenli egzersiz yapmak (hasta olduğunuz zamanlar bile daha hafif egzersizler yapmak kendinizi iyi hissetmenizi sağlar)
- Sağlıklı bir şekilde beslenmek

- Yeterli miktarda uyumak
- Doktor muayenelerini zamanında yaptırmak
- Düzenli yaşamak (yatış kalkış saatleri, yemek saatleri vb)

Eğer tüm bunları bir kerede yapmak size ağır geliyorsa her hafta bir veya ikisi üzerinde çalışın. Aralarında hangisinin en önemli ve ilk yapılması gereken olduğuna karar verin.

Bir şeye değer verdiğiniz sürece, o şey her neyse güven ve anlam kazanır.

Uygulama 7: Yeni arkadaşlar edinin

Arkadaş kavramı düşündürtülür

Aşağıdaki sorular tek tek sorulur ve yanıtları farklı kişilerden alınır.

• Tamamen güvenebileceğiniz kaç arkadaşınız var?

• Hatalarınıza rağmen sizi seven kaç arkadaşınız var?

• Arkadaşlarınızın ne kadarı uyuşturucu kullanıyor?

• Arkadaşlarınızın ne kadarı uyuşturucu kullanmıyor?

Uyuşturucu kullanmayan arkadaş sayısının yetersiz oluşuna dikkat çekilir…

Arkadaşlarımıza benzediğimiz fark ettirilir.

Madde kullanan arkadaşların etkisi anlatılır.

Madde kullanan arkadaşlar neden iyileşmeniz için tehlikelidir sorusu sorulur ve anlatılır.

- Tek başlarına içmek istemeyeceklerdir
- Size alkol/uyuşturucu kullanmanız için ısrar edebilirler
- İyileşme sürecinizi ve harcadığınız emekleri bilmeyebilir veya önemsemeyebilirler
- Bir kereden bir şey olmayacağına inanabilirler
- Onlar ısrar etmese bile maddeyi görmeniz beyninizin harekete geçmesine yol açar

Yeni arkadaş edinmenin zorlukları anlatılır

Madde kullanan arkadaşlarla görüşmemek kadar, kullanmayan arkadaşlar edinmek de gerektiği vurgulanır.

Yeni arkadaş edinmenin zorlukları anlatılır.

- Yeni arkadaş edinmek uzun zaman alır
- Uyuşturucu veya çok fazla alkol kullanmayan eski arkadaşlarla tekrar ısınmak da zaman alır
- Bu nedenle SABREDİN

  İyileşmek için uyuşturucu kullanan arkadaşlarla görüşmemek gerekir…

  Uygulama 8: İyileşmek için acele etmeyin

  Öğrenmek zaman alır. Öğrenme sürecinin önemi vurgulanır.

  İyileşme sürecinde karşılaşılabilecek durgunluk dönemi tanımlanır.

  Birçok kişi iyileşme sürecinin bir döneminde durgunluğa girer. Bunun nedenleri…

- Yorulup ve sıkılabilirsiniz
- Bu dönemde hiçbir şey hakkında heyecan duyamıyor olabilirsiniz.
- Alkol veya uyuşturucu kullanılan hayat bugünden daha heyecanlı olabilir
- İyileşme süreci sanki tıkanmış, sorunlar hiç değişmeyecekmiş gibi gelebilir

  Öğrenme sürecinin önemine değinilir.

  "Okuma yazma ne kadar zamanda öğrenilir?" diye sorulur ve yanıtları alınır. Uyuşturucusuz yaşamın da yavaş öğrenileceği vurgulanır.

  Uygulama 9: Tüm bağımlılık yapan maddelerden sakının

  Tümüyle sakınmanın önemi anlatılır.

  Tümüyle sakınmanın gerekleri anlatılır.

- *Çapraz tolerans:* Beynimiz bir maddeye bağımlılık geliştirdiyse kolaylıkla diğerine de geliştirebilir. Örneğin alkole bağımlı olan hemen esrara da bağımlı hale gelebilir…
- *Kontrolü kaybetmek:* Örneğin alkol içtiğimiz zaman kendimiz üstündeki kontrolü kaybeder ve kendimizi madde kullanmamak için tutamayabiliriz…
- *Öğrenme sürecinin etkilenmesi:* Uyuşturucu kullanmadan problemlere başa çıkmayı öğrenirken başka bir madde kullanmak öğrenme sürecinizi etkisiz hale getirir.

  Uygulama 10: Ne için değiştikleri araştırılır.

  Aşağıdakilerden hangisi için değişmek ve madde kullanmamak istedikleri sorulur? Yanıtları alınır. Ardından sadece d ve e şıklarının insanın kendisi için olduğu vurgulanır.

a. Yasalarla başım derde girmesin diye değişmek ve madde kullanmamak istiyorum

b. Ailem için değişmek ve madde kullanmamak istiyorum

c. Eşimden ayrılmamak için değişmek ve madde kullanmamak istiyorum

d. Sağlığım bozuldu onun için değişmek ve madde kullanmamak istiyorum

e. Çok içtim artık bıktım…

Kendimiz için değişmek gerektiği anlatılır.

Hostesler uçakta şöyle bir açıklama yaptığı anlatılır: "oksijen maskenizi önce kendinize, sonra çocuğunuza takın"

Bunun ne anlama geldiği sorulur ve tartışılır.

Sadece başkaları ve başka durumlar için iyileştiğimiz zaman, o durum veya kişide olacak değişimlerin iyileşmeyi bozacağı anlatılır.

Korku bazılarını tedaviye başlatacaktır ama tek başına korku iyileşmek için yeterli değildir. Bir maddeyi kullanmamak iyileşmek için yeterli değildir. Değişmek de gerekir…

Uygulama 11: Video gösterimi ve tartışması

İyileşmek için-2 isimli videoyu gösterilir ve tartışılır.

Oturumun Özetlenmesi

Grup üyelerinden oturumu özetlemesi için bir gönüllü aranır. Grup üyesi oturumu özetlerken eksikleri varsa tamamlanır. Soruları olup olmadığı sorulur. Bir sonraki oturumun günü ve saati hatırlatılır. Ödevlerin bir sonraki oturuma kadar yapılması istenir.

Ödev

Tekrar madde kullanmaya başlamamak için yapmanız gereken 3 şeyi yazınız

1.....

2.....

3.....

Tekrar madde kullanmaya başlamamak için yapmamanız gereken 3 şeyi yazınız

1.....

2.....

3.....

Oturum İçin Yararlanılan Kaynaklar:

Ögel, K. (2014). Sigara Alkol ve Madde Bağımlılığı Tedavi Programı Samba Uygulayıcılar için Kaynak Kitapçık. İstanbul: Yeniden Yayınları.

Ögel, K., Koç, C., Başabak, A., Aksoy, A., Evren, C. (2014). Sigara Alkol Ve Madde Bağımlılığı Tedavi Programı (SAMBA) klinik için uygulayıcı kılavuzu. İstanbul: Yeniden Yayınları.

OTURUM 7 – OTOMATİK DÜŞÜNCELER VE TUZAKLARI

Oturumun amaçları

Madde kullanımı ile ilgili otomatik düşüncelerin ve tuzaklarının farkına varılması

Temel mesajlar

Otomatik düşünceler zaman geçtikçe alışkanlığa dönüşür, otomatik olarak biz farkına varmadan ortaya çıkarlar. Sonunda tuzaklarımız olurlar...

Uygulamalar

- Düşünce tuzakları hakkında bilgilendirme
- Filmlerin seyredilmesi ve tartışılması
- Tuzak çalışması

Araç-gereç

- Filmler

Süre: 90 dk.

Açılış

Yeni yapılacak oturum ile bir önceki oturum arasında bağlantı kurulabilmesi ve geçen oturumun hatırlatılması amacı ile bir önceki oturumun özeti yapılır. Grup üyelerinden gönüllü olan biri özetlemeyi yapar. Grup üyelerine ödevlerinin yapılıp yapılmadığı sorulur. Yapmayanlara bunun nedeni sorulur ve ödevlerin yapılmasının önemi hatırlatılır. Ödevini yapan gönüllü bir grup üyesinden ödevini paylaşması istenir. Yeni oturuma geçmeden önce bir önceki oturumla ilgili sormak istedikleri bir konunun olup olmadığı sorulur. Gelen sorular açık bir şekilde yanıtlanır.

Uygulama 1: Otomatik düşünceler ve tuzakları

Bu düşünceler psikolojik sorunları olan kişilere özgü değildir, herkeste vardır. Otomatik düşünceler aniden ortaya çıkar ve genellikle gerçeklikten uzaktır. Bu otomatik düşüncelerimiz bize tuzaklar hazırlar.

Örnek düşünce tuzakları

Suçlamak "ben değil o sorumlu..."

Örneğin:

- Madde kullanmayı bırakmayı düşünüp eşine kızıp içmeye başlamak
- Tekrar içmeye başlama nedeni olarak sadece çevresini görmek

"Güç Bende Olmalı" (ben istersem...ben bir numarayım...)

Örneğin

- Kendisinin herkes gibi olmadığını söyleyip bu yöntemlerin onda çalışmayacağını iddia etmek
- Maddeyi bırakmanın irade işi olduğunu, isterse yapabileceğini söylemek

Kendine hak tanımak (başka çaresi mi var...)

Örneğin

- Güzel bir havada daha fazla keyiflenmenin, daha çok madde almakla olacağına inanarak içmek
- Benim durumumda bağımlılığın tedavisi olmaz diyerek reddetmek

Aşırı iyimserlik "bir şey olmaz..."

Örneğin

- Her seferinde son bir kere içip bırakacağım diyerek bir türlü tedaviye başlayamamak
- Kendisine aşırı güvenip tedaviye gitmemek

Aşırı Hassaslık "hep bu hassaslığımdan..."

Örneğin

- Arkadaşı iflas edince çocuklarına üzülüp oturup buna içmek
- Tedaviye oradaki insanların durumundan üzüleceği için gitmemek
- Babasını kırdıktan sonra buna üzülüp gidip içmek

Minimize etmek "sadece küçük bir...önemli bir şey değil..."

Örneğin

- Alkolü bıraktıktan sonra, eski arkadaşının düğününde bir kereden bir şey olmaz diye içmek (ve sonunda sarhoş olmak)
- Başkaları çok içtiğini düşünecek diye esrar içtiğini her zaman iki eksik saymak

Aşırı Genellemek "hep böyle oluyor...herkes aynı..."

Örneğin

- Cezaevine girdim, hayatım karardı, artık hiçbir şey yapamam diye düşünmek
- Bir kere müdahaleip bırakamadığı için tekrar tedaviye hiç yanaşmamak

Sabit fikirlilik "ben ne diyorsam o..."

Örneğin

- Müdürü kendi dediklerini yapmadı diye işten ayrılmak
- Apartman yöneticisi dediğini kabul etmeyince adamla kavga etmek

Mükemmeliyetçilik /-meli,-malı cümleleri "...yapmalıyım..ya öyle ya böyle..başka yolu yok.."

Örneğin

- En iyisi olana kadar saatlerce aynı işte vakit harcamak, sonunda da yetiştirememek
- Tüm olayların tek bir açıklaması varmış gibi düşünmek

Çaba göstermemek "çok zor..."

Örneğin

- Madde kullanmayı bırakmayı, her seferinde çok zor diyerek denememek
- Sabahları erken kalkamıyorum diye işe girmemek

Uygulama 2: Video gösterimi ve tartışması

Düşünce tuzakları 1-2-3 isimli filmler gösterilir ve tartışılır.

Uygulama 3: Sesli sinema

Bu bölümde grup ikiye ayırılır. Gruplar birer ebe belirler. Bir grubun ebesi diğerlerinin yanına gider ve kendisine düşünce tuzaklarından birisi verilir. Daha sonra o da bir hikaye anlatarak grubuna herhangi bir düşünce tuzağını anlatmaya çalışır. Bu arada zaman tutulur ve gruba katılanların özelliklerine göre anlatmak için bir süre verilir (2 dk vb).

Oturumun Özetlenmesi

Grup üyelerinden oturumu özetlemesi için bir gönüllü aranır. Grup üyesi oturumu özetlerken eksikleri varsa tamamlanır. Soruları olup olmadığı sorulur. Bir sonraki oturumun günü ve saati hatırlatılır. Ödevlerin bir sonraki oturuma kadar yapılması istenir.

Oturum İçin Yararlanılan Kaynaklar:

Ögel, K. (2014). Sigara Alkol ve Madde Bağımlılığı Tedavi Programı Samba Uygulayıcılar için Kaynak Kitapçık. İstanbul: Yeniden Yayınları.

Ögel, K., Koç, C., Başabak, A., Aksoy, A., Evren, C. (2014). Sigara Alkol Ve Madde Bağımlılığı Tedavi Programı (SAMBA) klinik için uygulayıcı kılavuzu. İstanbul: Yeniden Yayınları.

Beck JS. Bilişsel terapi: temel ilkeler ve ötesi. İstanbul: Türk Psikologlar Derneği; 2006.

OTURUM 8: ÖFKE VE ÖFKE İLE BAŞA ÇIKMA

Oturumun Amaçları

- Öfkenin tanımlamasını yapmak
- Öfkenin belirtilerinin tanınmasını sağlamak
- Öfke belirtilerini duygu düşünce ve davranış modeli ile bağdaştırmak
- Öfke ile etkili başa çıkma yöntemlerini öğretmek

Temel mesajlar

- Öfke doğal bir duygudur ve bunu her insan yaşar
- Öfkemizin saldırgan bir eyleme dönüşmemesi bizim elimizdedir
- Önemli olan öfkelendikten sonraki verdiğimiz tepkileri kontrol edebilmektir.
- Öfkenin belirtilerini tanımak öfkeyi kontrol etmede önemlidir.
- Önemli olan, daha sonra olumsuz sonuçlar doğurma potansiyeli taşımayan ve öfkenizi kontrol etmede işinize yarayacak yollar bulmanızdır.

Uygulamalar

- Öfkenin tanımı
- Öfkenin belirtileri
- Öfke belirtilerinin duygu düşünce ve davranışla bağdaştırılması
- Öfkeyi kontrol etme yolları

Süre: 120 dk.

Açılış

Yeni yapılacak oturum ile bir önceki oturum arasında bağlantı kurulabilmesi ve geçen oturumun hatırlatılması amacı ile bir önceki oturumun özeti yapılır. Grup üyelerinden gönüllü olan biri özetlemeyi yapar. Grup üyelerine ödevlerinin yapılıp yapılmadığı sorulur. Yapmayanlara bunun nedeni sorulur ve ödevlerin yapılmasının önemi hatırlatılır. Ödevini yapan gönüllü bir grup üyesinden ödevini paylaşması istenir. Yeni oturuma geçmeden önce bir önceki oturumla ilgili sormak istedikleri bir konunun olup olmadığı sorulur. Gelen sorular açık bir şekilde yanıtlanır.

Uygulama 1: Öfkenin yapısını anlamak

Öfke iyi ya da kötü olmayan temel bir insan duygusudur. Bebeklerden en yaşlı insana kadar herkes bu duyguyu yaşar. Öfkenin aynı zamanda koruyucu bir fonksiyonu vardır, birinin hakkınıza saldırması veya size saygısızca davranması durumlarında öfkelenmeye hakkımız vardır. Bu şekilde kullanılan öfke yapıcıdır ve olumlu amaçlar için destek sağlar. Ancak bu durum, çok öfkelendiğimizde tam tersine dönüşür. Bu zamanlarda kendimizi her şeyi yapabilecek kadar güçlü ve haklı hissederiz. Ancak sevdiklerimizin, kendimizin ve insanların iyi ve olumlu özelliklerini unuturuz. Ve davranışlarımızın sonucunu düşünmeden aniden harekete geçeriz.

Öfke, uygun olmayan bir şekilde ifade edildiğinde olumsuz sonuçlara neden olabilir.

Öfkeyi ifade etme tarzı önemlidir ve bu öğrenilmiş bir durumdur, öfkeyi uygun ifade etme yollarını öğrenmek için öncelikle neye öfkelendiğimizin veya hangi durumlarda öfkelendiğimizin farkında olmamız gerekir. Öfkelenmek ve öfkeli tepki vermek birbirinden farklı kavramlardır. Önemli olan öfkelendikten sonra verilen tepkilerdir. Öfke duygumuzun, saldırgan bir eyleme dönüşmemesi de bizim elimizdedir. Öfkemizi kontrol altına alarak, kendimize ve başkalarına zarar vermesini engellememiz gerekir.

Oyun: Gruba kalabalık bir yolda yürüyen iki insanın karşılaşması olayının canlandırılacağı anlatılır. Olaydan sonra gönüllülerin aklından geçenleri başlarının üzerinde tuttukları kartondan görüleceği söylenir. 2 gönüllü ortaya gelir ve kendilerinden arka arkaya yolda yürür gibi yapmaları istenir. Eğitici karşı istikametten yürür ve sırayla gönüllülerin omuzlarına çarpar, geçer ve gider. Aynı anda gönüllüler durur ve kafalarının üzerinde ellerindeki kartonu kaldırırlar. Gruba doğru bu kartonları tutarlar ve eğitici sorar:

“Sizce hangisi ile çarpan insan arasında çatışma çıkar?” ya da “Sizce hangi adam öfkelenmiştir?”

Kart 1: (önüne baksana be adam, üstüme çıktı resmen)

Kart 2: (kalabalıklarda olur böyle durumlar)

Gruba kendi fikri sorulduktan sonra Kart 1’i tutan adamın öfkelendiği üzerinde anlaşılır. Kart 1’de dikkati çeken nokta kişinin kendi doğrusunu karşısındaki insandan da beklemesi ve buna uygun davranışı görmeyince kendisini öfkelendirmesi olduğu

vurgulanır. Karton 2'de ise durumu olduğu gibi kabul eden ve farklı davranışlara anlayış gösteren bir tutum sergilendiği üzerinde durulur. Özetle öfkeyi mayalayan şeyin kafamızdan geçen "bu böyle olmamalıydı", "böyle yapması gerekirdi" gibi kalıplar olduğu üzerinde durulur.

Olay: Arkadaşının önemli bir sırrını başkalarıyla paylaştığını öğrenmek

Düşünce: Bana bunu nasıl yapar?

Duygu: Öfke

Davranış: Arkadaşınla konuşup kırgınlığını ve kızgınlığını paylaşmak

Olay: Arkadaşının önemli bir sırrını başkalarıyla paylaştığını öğrenmek

Düşünce: Bana bunu nasıl yapar?

Duygu: Öfke

Davranış: Arkadaşınla kavga etmek, şiddete başvurmak

Uygulama 2: Öfkenin işaretleri

Öfkeyle ilgili ipuçlarının durumsal, fiziksel ve bilişsel olabileceği anlatılır ve örnek verilir. Örneğin hoşlanmadığınız bir insanın okul koridorunda size doğru gelmesi (durumsal); kalbinizin hızla çarpması (fiziksel); birinin size yaptığı bir haksızlığı hatırlamanız (bilişsel). Grup üyelerinden kendilerini öfkelendiren ipuçları üzerinde konuşmaları istenir.

Fiziksel belirtiler: öfkeli olduğumuzda bedenimizin verdiği tepkilerdir.

Kalp hızında artma, yüzde kızarma, ellerde terleme, sıcaklık hissi gibi... Bu belirtiler, ayrıca bize öfkemizin giderek attığını gösterir. Öfkelenmeye başladığımız anda bedenimizin verdiği bu tepkileri fark edersek, kontrolsüz ve istenmeyen öfke tepkilerimizi önleyebiliriz.

Öfkelendiğinizde hangi fiziksel belirtileri gösteriyorsunuz?

Davranışsal belirtiler: öfkelendiğimizde etrafımızdaki insanlar tarafından da gözlemlenebilen davranışlarımızdır. Yumruklarımızı sıkmak, ileri geri yürümek, kapıyı çarpmak, sesimizi yükseltmek gibi... Fiziksel belirtiler gibi, bunlar da öfkemizin giderek kontrolden çıkmak üzere olduğu uyarısını verir.

Öfkelendiğiniz zaman, kendinizde fark ettiğiniz davranışsal belirtileriniz nelerdir?

Duygusal belirtiler: öfke ile birlikte oluşan diğer duygularımızdır.

Terk edilmişlik, korku, hayal kırıklığına uğramak, suçluluk, aşağılanma, güvensizlik, kıskançlık, reddedilmek gibi... Bu duygular, öfkemizin altında yatan asıl duygularımızdır. Bu duygular bizi genellikle çaresiz ve zayıf hissettirdiği için, onları görmezden gelmek çok kolaydır.

Öfkelendiğiniz zaman, kendinizde fark ettiğiniz diğer duygular nelerdir?

Zihinsel belirtiler: öfkenizi tetikleyen olay karşısında, aklınızdan geçen düşüncelerdir.

Kimi zaman kendimizi, düşmanımızdan intikamımızı alırken hayal ederiz veya ortada henüz bir gerçek yokken, eşimizin bizi aldattığına inanarak bunun üzerine zihnimizde hayali görüntüler çizeriz. Bu tür hayallerimiz, görüntülerimiz olduğunda, öfkemiz çok daha hızlı bir şekilde artar.

Öfkelendiğinizde hangi zihinsel belirtileri gösteriyorsunuz?

Öfke belirtileri, öfkemizin giderek arttığını anlamamıza ve kendimizi kontrol etmemize yardımcı olurlar.

Uygulama 3: Öfkeyi kontrol etme yolları

Öfke belirtilerinin her bireyde farklı olması gibi öfkeyi kontrol etme yollarında da bireysel farklılıklar vardır. Önemli olan, daha sonra olumsuz sonuçlar doğurma potansiyeli taşımayan ve öfkenizi kontrol etmede işinize yarayacak yollar bulmanızdır.

Öfkeyle baş etmek için insanların kullandıkları yollar

Öfkeyle başa etmek için ne gibi yollar kullandıkları sorulur. Tartışılır...

Öfkeyle baş etmekte kullanılan olumlu ve olumsuz yollar

- **Ortamdan uzaklaşmak**

  Ortamdan uzaklaşmanın öfkeyle başa çıkmada basit ama etkili bir yol olduğu anlatılır. Öfkelenince, ilk başta ortamdan uzaklaşın. Bu, fiziksel belirtileri azaltacaktır. Ortamdan uzaklaşıp ani öfke dalgalanmanız durulduktan sonra ben diliyle neye öfkelendiğinizi anlatın. Öfkenizi kabul etmek, suskun olmanız anlamına gelmez, neye sinirlendiğinizi ifade edin.

- **Kırık plak**

  Kırık plak taktiğini anlatın

  Laf anlatamadığınız biri mi var, kırık plak tekniği uygulayın. Sürekli aynı şeyi söyleyin, eninde sonunda sizden sıkılıp uzaklaşacaktır. Ya da bir zeka özürlüye nasıl yaklaşıyorsanız ona da öyle yaklaşın. Hani sokakta mendil satan, genelde tiner çeken çocuklar olur ya, git istemiyorum dersiniz, ama onlar abi mendil al, abi mendil al deyip dönerler etrafınızda. Onun gibi, aynı şeyi tekrarlayıp durun. Siz sinirleneceğinize bırakın etrafınızdakiler kızsın.

- Düşüncenizi veya duygunuzu sürekli tekrarlayın
- Açıklama getirmeyin

  Kırık plak taktiğini uygularken dikkat edilmesi gereken aşağıdaki noktaları vurgulayın

- Tekrarlarken sesinizi yükseltmeyin, hatta alçaltın
- Aynı şeyi yapmaktan bıkmayın
- Sesinizi yükseltirseniz karşı tarafta direnç oluşturur
- O siz bıkıncaya kadar tekrarlayabilir aynı şeyi. Sabırlı olan kazanır.

- **Farkında nefes alma çalışması**

  Farkında nefes almanın öfkeyi yatıştıracağını belirtin

  Öfke bir sırayla oluşur, önce düşünceler gelir, sonra duyguları ve bedensel tepkileri hissedersiniz. Sonra da karşınızdakine öfkeli bir tepki verir, davranışta bulunursunuz.

  Eğer size zarar veren şeyin, öfkeli davranışınız olduğunu bilirseniz, onu kontrol edebilirsiniz. Anlamsız bir şey için, bir hiç yüzünden sonrasında pişmanlık duymanızı engelleyebilirsiniz. Öfke sırasında, bedensel tepkilerinizi fark eder ve nefes alma çalışmalarını uygularsanız, öfkenin davranışa geçmesine engel olabilirsiniz. Bu sırada yapacağınız size öğrettiğimiz nefes çalışmaları, sizi sakinleştirecek, durumu daha sağlıklı görmenizi sağlayacaktır.

- **Öfkeyi doğru ifade etme**

  Öfke duygusu doğaldır ve her birey bu duyguyu yaşar ve öfkemizi zamanında ve uygun tarzda ifade etmeliyiz.

  Agresif tarz

  “Ben sadece kendimi düşünürüm”, “ben önemliyim ama sen değilsin!”

Bu tarz ifade şekli ile rahatlamazsınız ve öfkeniz iyice artar. Öfkenizi arttırdığınız için de bu durum madde kullanmanıza sebep olabilir.

Pasif tarz

"ben önemli değilim sen önemlisin"

Bu tarzda davranan kişi öfkesini yansıtmaz, sakin durmaya ve karşısındaki kişiye göre hareket etmeye çalışır. Bu durumda hem içinde biriktirdiği öfkenin taşması hem de başkalarına göre hareket ettiği için madde kullanımına sebep olabilir.

Güvenli tarz

"ben de önemliyim sen de önemlisin!"

Başkalarının duygu ve düşüncelerine saygı duyar ve kendi haklarını da korur. Sonuç olarak kişi kendini iyi hisseder ve madde kullanımını engeller.

Aşağıdaki örneklerde, gönüllü grup üyelerinin gösterilen şekilde konuşmaları istenir.

Örnek durumlar;

 Kaba veya ilgisiz bir garsonla konuşma

 Rahatsızlığın ne olduğunu söylemeyen ve ilaçların nasıl kullanılacağına dair bilgi vermeyen bir doktorla konuşma

 Borç verdiğiniz arkadaşınızın zamanında parayı getirmemesi üzerine konuşma

Onlardan gelecek örnek olaylar üzerinden de gidilebilir.

- **Yaşamsal kabullenme**

İşe yaramayan öfke tepkileri

İşe yaramayan öfke tepkileri sorunu çözmez, sorunu arttırır.

Öfkelendiklerinde genellikle insanların verdikleri tepkiler;

-Başkasını suçlamak

Bir insan öfke içinde olduğunda, çoğunlukla ilk tepkisi başka bir insanı suçlamak olur. Fakat ne yazık ki, bu durumdan dolayı kimi suçlarsanız suçlayın, öfkeniz var olmayı sürdürür ve sıkıntı çekmeye devam edersiniz.

"Öfkelenince genelde başkasını suçlarız. O bana bunu nasıl yapar, ne hakla der dururuz. Bağırıp çağırırız, bazen şiddet de gösteririz, kavga ederiz. Gözüm kardı, sinirden ağzıma geleni söyledim" cümleleri ne kadar tanıdık değil mi? Peki bunun bize bir faydası olur mu? Sorun hallolur mu?

-Kendini eleştirmek

Kendinizi eleştirirseniz, bu sizin daha çok sıkıntı çekmenize, detayları gözden kaçırmanıza ve etkisiz hale gelmenize neden olur.

-Olması gerekenleri düşünmek

Böyle olmaması gerekiyordu diye düşünerek çok önemli bir noktayı gözden kaçırırsınız: o olay oldu ve sizin bu durumla başa çıkmanız gerekiyor. Asla olmamalıydı diye dövünüp dururuz. Ama aslında olan oldu. Öfkeniz de yaşananları değiştirmeyecek. Geçmişi değiştiremezsiniz, geçmişle savaşmanın bir yararı yoktur.

Bu şekilde düşününce, davranınca

- Ne değişiyor?
- Durumda bir değişme oluyor mu?
- Hissettiğiniz öfke azalıyor mu?
- Asıl yapmanız gereken çözüm bulmak değil mi?

Öfkelenince kendimizi yatıştırmak için uyuşturucu alırız. İçsem de sakinleşsem, rahatlasam deriz.

- Peki, sonra ne olur, sorun çözülür mü?
- Olaylar daha da büyümez mi?
- Hem kendinize, hem sevdiklerinize zarar vermiş olmuyor musunuz böylece?

Yaşamsal kabullenme ne değildir

- Yaşamsal kabullenme, başkalarının yanlış davranışlarını onaylamak değildir
- Veya onları affetmek değildir
- Pes etmek veya teslim olmak değildir

Yaşamsal kabullenme;

- Değiştiremeyeceklerimizi kabullenmektir
- Yaşamsal kabullenme sinirlenerek olan şeyi değiştiremeyeceğinizi anlamaktır.

- Kendimizi korumaktır

Yaşamsal kabullenmeyi devreye sokabilecek iç konuşma biçimleri;

- Zaten olmuş bir şeyi değiştiremem.
- Zaten olmuş bir şey için savaş vermek zaman kaybıdır.
- Buna öfkelenmek bir işe yaramaz.
- Ben hoşlanmasam da, istemesem de olan oldu.

Oturumun Özetlenmesi

Grup üyelerinden oturumu özetlemesi için bir gönüllü aranır. Grup üyesi oturumu özetlerken eksikleri varsa tamamlanır. Soruları olup olmadığı sorulur. Bir sonraki oturumun günü ve saati hatırlatılır. Ödevlerin bir sonraki oturuma kadar yapılması istenir.

Ödev

Bu dönem içinde aşağıdakilerden hangisini kullanıp kullanmadığınızı not alın

- Ortamdan uzaklaşmak
- Kırık plak taktiği
- Farkında nefes alma
- Öfke üzerine konuşmak
- Yaşamsal kabullenme

Oturum İçin Yararlanılan Kaynaklar:

Ögel, K. (2014). Sigara Alkol ve Madde Bağımlılığı Tedavi Programı Samba Uygulayıcılar için Kaynak Kitapçık. İstanbul: Yeniden Yayınları.

Ögel, K., Koç, C., Başabak, A., Aksoy, A., Evren, C. (2014). Sigara Alkol Ve Madde Bağımlılığı Tedavi Programı (SAMBA) klinik için uygulayıcı kılavuzu. İstanbul: Yeniden Yayınları.

Özcan Kamışlı, S. (2007). Psikoeğitimsel bir programla hemşirelerin sigara bırakma durumları. Doktora Tezi, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara.

OTURUM 9 – ÖZYETERLİLİĞİ ARTTIRMAK

Oturumun amaçları

- Özyeterlilik kavramını ve özyeterlilik geliştirme becerilerini öğretmek
- Stres kavramını ve stresin etkilerini öğretmek
- Stresle etkili başa çıkma yollarını öğrenmek
- Stresle başa çıkmada madde kullanımının bedelleri üzerinde durmak

Temel mesajlar

- Özyeterliliğin önemli bir kavramdır ve geliştirilebilir.
- Stresi tanımak ve doğasını bilmek stresi kabul etmeyi kolaylaştırır.
- Stresle başa çıkmada etkili yöntemleri kullanmalı ve madde kullanmak gibi etkisiz yöntemleri bırakmalıyız.

Uygulamalar

- Özyeterliliği anlamak
- Stresin yapısını ve özyeterlilikle ilişkisini anlamak
- Özyeterliliği geliştirmek için Stresle Başa Çıkma

Araç-gereç

- "Stres Değerlendirme Formu"

Süre: 120-150 dk. (iki oturuma bölünebilir)

Açılış

Yeni yapılacak oturum ile bir önceki oturum arasında bağlantı kurulabilmesi ve geçen oturumun hatırlatılması amacı ile bir önceki oturumun özeti yapılır. Grup üyelerinden gönüllü olan biri özetlemeyi yapar. Grup üyelerine ödevlerinin yapılıp yapılmadığı sorulur. Yapmayanlara bunun nedeni sorulur ve ödevlerin yapılmasının önemi hatırlatılır. Ödevini yapan gönüllü bir grup üyesinden ödevini paylaşması istenir. Yeni oturuma geçmeden önce bir önceki oturumla ilgili sormak istedikleri bir konunun olup olmadığı sorulur. Gelen sorular açık bir şekilde yanıtlanır.

Uygulama 1: Özyeterlilik

Özyeterlilik, bireylerin yaşamlarında gerekli olan eylemleri yerine getirirken kendi kapasitelerine olan inançlarıdır. Bir başka ifade ile kişisel çaba ve yeteneklerimizin yaşamamızdaki olayları etkileyeceğine dair inançtır.

Özyeterlilik düzeyleri kişinin eyleme geçme motivasyonunu etkilemektedir. Özyeterlilik düzeyi ile motivasyon arasında pozitif bir uyum vardır. Özyeterlilik arttıkça motivasyon artar ve özyeterlilik azaldıkça motivasyon azalır. Yüksek özyeterliliği olan bireyler kendilerini motive ederler ve stresle daha kolay baş ederler. Özyeterliği yüksek olan bireylerin kendilerini, istedikleri davranış değiştirme hedefi doğrultusunda motive edebilir ve daha fazla başarılı olabilirler. Maddeyi bırakmak isteyen bireyde de özyeterliliğin yüksek olması maddeyi bırakmada gerekli, etkili ve istenen bir durumdur.

Maddeyi bırakmak için özyeterliliği yükseltecek yöntemler

1. Stresle başa çıkma becerisinin kazandırılması
2. Etkili iletişim becerisinin kazandırılması
3. Problem çözme becerisinin kazandırılması

Uygulama 2: Stres nedir

Stres hepimizin sıkça duyduğu ve kullandığı bir kavramdır. Günlük yaşantımızda stresi sıkça yaşarız. Stres, içten gelen veya dış çevreden kaynaklanan, iç dengeyi bozan ya da bozmak için tehdit eden ve organizmada gözlenebilir ve kimyasal değişikliklere neden olan olaylardır. Kısaca stresi sorun veya bireyde gerilim yaratan her şey olarak tanımlayabiliriz. Birey kendini sinirli, gergin ve huzursuz hisseder.

Stresin belirtileri

Öfkenin bedende oluşturduğu fizyolojik belirtilerin benzerlerini streste de yaşarız. Bunlar kalp atımı, kan basıncı, solunum, tükürük salgısı ve mide asidinde artma gibi fiziksel belirtilerdir ve her bireyde aynı şekilde görülür. *Stres karşısında ortaya çıkan duygusal ve sosyal tepkiler bireysel farklılıklar gösterir. Bu bireysel tepkileri bilmemiz stresli etkili baş edebilmemizi kolaylaştırır.*

Davranışsal Tepkiler:

• İş performansında, kalite ve verimlilikte azalma

• Yanlış yapma eğilimi, yanlış kararlar almada artma

• Önemli ya da önemsiz daha önceden kolaylıkla verilebilen kararları vermekte güçlük çekme

• El hareketleri, yerinde duramama

• Unutkanlık

• Sigara, içki vemadde kullanımında artma

• Dikkat kaybı, ilgisizlik, kayıtsızlık

• Önemsiz konularda aşırı endişelenme yada gerekli yerlerde umursamama

• Uyku bozukluğu

2.Psikolojik ve Sosyal Tepkiler

• Uygun olmayan durumlarda ortaya çıkan öfke, düşmanlık ve kızgınlık

• Huzursuzluk

• Değersizlik, yetersizlik, güçsüzlük, güvensizlik ve terk edilmişlik duyguları

• Kişisel hata ve başarısızlıkları sürekli düşünmek

• Aşırı hayal kurmak, sık sık düşüncelere dalıp gitmek

• Depresyon, yorgunluk, konsantrasyon güçlüğü, algılamada azalma

• Sosyal izolasyon, uzun dönemde evlilik ve aile yaşantısında bozulma

• Cinsel hayatta uygunsuz davranışlar

• Saldırganlık

• Başkasını suçlama eğilimi

• Kaygı

• Şüphecilik

• Birlikte olunan kişilere karşı aşırı güven yada güvensizlik

• Alışılmış davranış biçimlerinde önemli değişiklik

• İçe kapanma

• Aşırı yemek yeme ya da iştahtan kesilme

Uygulama 3: Stresle Başa Çıkma

Stresle başa çıkma, stresle karşılaşma sıklığı, karşılaşılan stresin süre ve anlamına, bireyin benlik kavramına, sosyal desteğin varlığına ve kişilerarası ilişkilerdeki davranış biçimine bireylerin kişilik özelliklerine, öğrenilmiş davranışlarına bağlı olarak değişmektedir. Başa çıkmayı ve stresli durumları kontrol altına alabilmeyi çok zor görmek, kişisel ve sosyal destekleri kullanamamak, kişinin savunmacı davranma eğilimlerini geliştirebilir. Stres durumunda, tehdidin düzeyini yüksek görme ve karşısında bunu dengeleyecek kişisel faktörleri, sosyal destekleri fark edememe duygusal odaklı başa çıkmayı seçmeye yol açarken, fiziksel, bilişsel ve uyum gösterici davranış çabalarıyla sorunları çözebilecek anlamda tehdit düzeyini kontrol edebileceğine inanma soruna yönelik başa çıkmaları kullanmaya yol açar.

Soruna yönelik başa çıkma bireyin aktif bir şekilde sorunu ele aldığı ve sorunu ortadan kaldırmaya çalıştığı bir yöntemdir. Soruna odaklanan başa çıkma yöntemi; durumu değiştirme aktivitelerini içerir. Duyguya yönelik başa çıkma tepkisinin altında yatan temel düşünce: “Bu durumu olduğu gibi kabul ediyorum.” düşüncesidir. Maddeyi bırakma sürecinde soruna yönelik başa çıkma; maddeyle aktif mücadele ve uzak durma çalışmaları iken, duyguya yönelik olarak da gevşeme teknikleri ve diğer rahatlama teknikleri kullanılabilir.

Stresle etkisiz başa çıkma stratejileri

Katılımcılara Stres Değerlendirme Formu dağıtılır ve doldurmaları için kendilerine yeterli zaman tanınır..

Formdaki “ne yaptın?” sorusunun cevabına odaklanılır.

Verimsiz Başa Çıkma Stratejileri ve bedelleri hakkında bilgilendirilir.

Verimsiz strateji yaratan düşünceler

Verimsiz strateji	Yaratan düşünceler	Bedeller
Hep geçmişi düşünmek	Geçmişte çok hatalar yaptım, pişmanım, keşke o günlere gidebilsem, o günleri düzeltmeden bugün hiçbir şey değişmeyecek…	Geçmişin yasını tutarken şu andaki güzellikleri kaçırmak; kaçırdıkların konusunda pişmanlık yaşamak
Sadece geleceği düşünmek	Eyvah, bu olay hayat boyu sürerse ben ne yaparım…	Gelecekle ilgili kaygılanmaktan bugünü yaşayamamak
Kaçınmak	İnsanlarla olunca bir sürü sıkıntı yaşıyorum. En iyisi onlardan uzak olmak…	Pek çok zamanı tek başına geçirmek; yalnız kaldığın için sonrasında kendini daha da kötü hissetmek
Kaçmak	Sıkıntılarla boğuşmaktan, mücadele etmekten yoruldum, alkol veya uyuşturucu bana bunları geçici olarak unutturuyor…	Bağımlılık; para kaybı; iş sorunları; sağlık sorunları; ilişki sorunları; hukuki sorunlar
Başkalarını suçlamak	İnsanlar hep hayatımı olumsuz etkiliyor, insanlar böyle oldukça benim yapabileceğim bir şey yok…	Arkadaşları, ilişkilerinin bozulması, aile üyelerini kaybetmek; yalnız kalmak
Kendine zarar vermek	Sıkıntılarla baş edemiyorum, en iyisi kendime zarar vermek	Ölüm, enfeksiyon, korkma, utanç
Düşünmeden tepki vermek	Bunu bana nasıl yapar, hemen tepki vermeliyim yoksa küçük düşerim…	Kavga, yaralama, suç

Verimsiz başa çıkma stratejileri bedeller ödememize yol açar. Bedellerin acısından kurtulmak için bazı insanlar uyuşturucudan yardım umar. Ancak uyuşturucu kullanımı yeni bedellerin ödenmesini gerektirir. Bu durumlardan kurtulmak için daha sağlıklı yollar bulmak zorundayız.

Stresle Etkili Başa Çıkma Stratejileri

a. Şimdiye odaklanma: şimdiye odaklanmak stresle etkili baş etmede oldukça önemlidir. Şimdiye odaklanmanın önemi daha önce anlatılmıştı.

Geçmişte olan ve değiştiremeyeceğimiz bazı olaylara veya gelecekle ilgili aklımızda olan durumlara takılı kalabiliriz.

Geçmişe değil şimdiye odaklanın. Bunun önemi bir örnekle anlatılır.

Sevgilisi Ahmet'e onu çok ihmal ettiği için kızar. Bunun üzerine tartışırlar. Ahmet buna çok üzülür. Keşke onu ihmal etmeseydim diye düşünmeye başlar. Aklına hep geçmiş

gelir. Bu düşüncelerden kurtulmak için uyuşturucu kullanır. Uyuşturucu kullandığını sevgilisinin arkadaşı görür ve sevgilisine Ahmet'in uyuşturucu kullanmaya devam ettiğini söyler. Sevgilisi Ahmet'i terk eder.

Bu olayda istediğimiz şey sonucun değişmesidir. Duyguyu değiştiremeyiz. Şimdi düşünceye bakalım. Onu nasıl değiştirirsek, davranış ve sonucunda da sonuç farklı olabilir? Bu geçmişle ilgili bir şey değil mi? Geçmişle ilgili kendimize ne hatırlatabiliriz?

Onlardan cevap bekleyin

Zaten oldu bitti bunu düşünmenin ne faydası var diyebilir miyiz? Zaten olmuş bir şeyi değiştiremeyiz ama şimdiye odaklanarak durumu değiştirebiliriz. Düşüncenin üzerine bir çizgi atıp, yeni düşünceyi yazın. Peki, Ahmet bu şekilde düşünürse, nasıl davranır?

Onlardan cevap bekleyin

Örneğin sevgilisi ile ilgilenip onun gönlünü alabilir değil mi? Peki, davranış kutusunu da çizip yenisini ekleyelim. O zaman sonuçta, Ahmet alkol veya uyuşturucu kullanmak ve sevgilisini kaybetmek yerine, onu yeniden kazanmış olur değil mi? O zaman, mutlu sonu da yazalım.

Geçmişe ve geleceği değil bugüne odaklansaydı ve sevgilisiyle ilgilenseydi, belki onu kaybetmeyecekti.

b. Kendini Tanıma: Kendini tanıma bireyin kendisi ile duygu ve düşünceleri ile ilişki kurma sürecidir. Bir başkası ile düşüncelerin paylaşılması, geri bildirim almak, duygularını zayıf ve güçlü yönlerini fark etmesi, düşünce tarzını, duygularını ve tepkilerini fark etmesi kendini tanımada önemlidir.

c. Gevşeme: Özellikle stresli zamanlarda kullanılması relapsı önlemede koruyucu etkiye sahiptir. En yaygın kullanılan gevşeme yöntemleri; derinlemesine gevşeme, farkında nefes alma, zihinde canlandırmadır.

d. İletişim becerileri: Kişiler arası iletişimde etkili iletişim becerileri, etkin olma, çatışma çözümü ve kendini ifade etme anlamında çok önemlidir.

Oyun: "çiz çizebilirsen" çalışması

Bu oyunun amacı iletişim becerisinin önemini göstermek ve bu becerileri geliştirmektir. Grup üyelerinden birinin elindeki kartı diğerlerine göstermeden gruba anlatması ve diğer üyelerinden de anlatılan kartı görmeden çizmeleri istenir.

Oyunun sonunda çizimlere bakılır ve grup lideri karttaki şekli anlatan grup üyesine;

"Sence anlattığın kartı arkadaşların anladı mı? Cevap hayır ise: "Neden anlamamış olabilir?" "Bir daha aynı oyunu oynasak bu sefer nasıl anlatmaya çalışırsın?" soruları yöneltilir. "Bizim anladığımız ile aslında gerçekte olan birbirinden bazen çok ya da az farklı olabiliyor. Benim A diye düşündüğüm gerçekte B olabiliyor. Bazen de bizim anlatmaya çalıştığımızla karşımızdakinin anladığı birbirinden çok farklı olabiliyor. Benim A diye düşündüğümü karşımdaki B anlıyor" açıklaması yapılır.

Bağımlılıkta iletişim önemidir. Çünkü...

- Bazı insanlar kendilerini anlatamadıkları veya anlatamadıklarına inandıkları için strese girer ve içerler...
- Bazı insanlar yetersiz iletişimde bulundukları için öfkelenir ve içerler
- Bazı insanlar hayır diyemedikleri için içerler

İletişim hataları

Başkalarının bizim ne dediğimizi anlamalarını bekleriz

Ama bazen insanlar anlamayabilir, sakin ve sabırlı olun

Başkalarının bizim ne hissettiğimizi anlamalarını bekleriz

Ama bazen insanlar fark etmeyebilir, ne hissettiğinizi söyleyin

Karşımızdakini iyi dinlemeyiz

Dinlerken ne söyleyeceğimizi düşünürüz veya karşımızdakinin söylediklerinin sonunu tahmin ederiz

Hep son sözü söylemek isteriz

Son sözü söylemeye çalışmak tartışma çıkartır, aslında mesaj son sözü söylemeden daha etkin verilebilir.

Etkili iletişim için;

- **Dinlemek:** birinin sizi iyi dinlediğini nasıl anlarsınız diye sorun ve önce grup üyelerinden cevaplar alınır daha sonra anlatılır.

✓ Göz kontağı kurmak

✓ Sözü bitinceye kadar beklemek

✓ "Hı, hı..." diyerek veya aralarda "anlamadım?" gibi sorular sormak.

✓ Karşımızdaki konuşurken kendi söyleyeceğimizi düşünmemek.

İyi dinleyerek hem karşı tarafı yanlış anlama olasılığımız azalacak hem de karşımızdaki kişi iyi dinlenildiğini düşünerek "anlaşıldım" hissi yaşayacaktır. Bu sayede yaşanabilecek olumsuz duygular ve çatışmalar azalacaktır. Ancak bazı durumlarda iyi dinlememizi engelleyen faktörler olabilir. Önemli olan bunları fark etmemiz ve o sırada müdahale etmemizdir.

- **Sen dili yerine ben dili kullanmak:** Duygu ve düşüncelerimizi içtenlikle ifade etmemizdir. Başkalarıyla ilgili değerlendirme ve yorumlarımızı değil, kendi duygu ve yaşantılarımızı açıklarlar. İletişimde ben dili çok önemlidir.

✓ Ben diye başladığımız zaman karşı tarafı suçlamamış oluruz.

✓ Ben diye başlayınca karşı taraf direnç geliştirmez.

✓ Böylece istediğimiz her şeyi karşıdakini kırmadan söyleyebiliriz

Ben dili örnekleri verilir; "sen beni çok kırdın" yerine "ben san çok kırıldım"

"ne saygısız çocuksun" yerine "bana saygı duymadığını düşünüyorum"

Grup üyelerinden örnekler vermeleri istenir veya sen dili cümleleri kurularak yerine ben dili cümlesi kurmaları istenir.

- **Hayır demek:** hayır diyebilmek ve baskılara karşı koyabilmek çok zordur. Madde kullanımı ile ilgili ısrarlarla karşılaşabilir ve hayır diyemeyebilirsiniz. Madde kullanımı ile ilgili ısrarla karşılaştıklarında ne yaptıkları sorulur.

Sizler bu gibi durumlarla karşılaştığınızda neler yapıyorsunuz? Bu şekilde davrandığınızda karşınızdaki kişi nasıl tepki veriyor?

Israra karşı hayır diyebilmenin yolları

✓ Açık, katı ve tereddütsüz bir ses tonu ile konuşun.

✓ Kendinizi suçlu hissetmeyin.

✓ 'Hayır' deyin.

- ✓ ‘Hayır’ deyin ve başka şeyler önerin. “gel yürüyelim, arkadaşlara gidelim vb.”
- ✓ Ondan davranışlarını değiştirmesini isteyin. “eğer benim içmemi istiyorsan sen benim arkadaşım değilsin.”
- ✓ ‘Hayır’ dedikten sonra konuyu başka yöne çevirin.
- ✓ Özürden (“ilaç kullanıyorum”) ve ertelemekten (“bugün olmaz”) kaçının.
- ✓ Orayı terk edin.
- Anlatımlarda yargılamaya gitmemek
- Duyguların farkına varmak ve ifade etmek
- Empatik olmak
- Eski birikimleri katmamak, birinin haklı çıkması yerine, her iki tarafında anlaşabileceği bir çözüme yönelmek.

e. Sorun çözme: Birey sorunu ortadan kaldırmak için bir şeyler yapabileceğine inanır. Bunun için uygun yöntemleri kullanması gerektiğini ve uygunsuz yöntemlerin işe yaramadığını bilir. Bireyin sorunu çözebilmesi için öncelikle sorunu somut bir şekilde tanımlayabilmesi gerekir.

Sorun: *Beni ancak kullanan kişiler anlar*

Diğer kişilerin konuştukları şeyler bana anlamsız geliyor

Tekrar alkol-madde kullanmak istemiyorum

Çözüm önerileri: *Eski arkadaşlarıyla arada sırada görüşmek*

Eski kullanıcılarla görüşmemek

Yeni arkadaşlar edinmek

Eskiden tanıdığı madde kullanımı nedeniyle görüşmediği insanları aramak

Çözüm seçeneklerinin avantajları ve dezavantajları: *Madde kullananlarla birlikte olursam sıkılmam ama tekrar kullanmaya başlayabilirim*

Maddeyi bırakmış arkadaşlarla görüşürsem; daha rahat olurum, beni kolay anlarlar, bana bırakmamda destek olurlar. Ama onlarla birlikte olunca geçmişte kullandığımız maddeler hakkında konuşuruz, onlarla görüşmek madde kullanmayan insanlardan daha uzaklaşmamı sağlar, onlar kullanmaya başlarsa bende başlayabilirim, girdiğim ortamda madde kullanımı olabilir.

Alkol madde kullanmayanlarla birlikte olursam; risk kalmaz ama sıkılabilirim

Çözüm: Madde kullanmayan arkadaşlarla görüşmek

f. Sosyal Desteği Kullanma

Sosyal destek madde bırakma süreci üzerinde önemli bir role sahiptir. Sosyal destek bir yandan; sosyal ya da fizik çevre, aile ve arkadaşlarla çalışma ve iş yerindeki madde kullanmayanlardan gelen desteklerdir.

Şu anda yürüttüğümüz grup programı da sosyal destek niteliği taşımakta ve bırakma başarısını olumlu etkilemektedir. Sosyal destek çerçevesinde evde ve işyerinde madde kullanmayanlarla yakın ilişkiler de maddeyi bırakmayı kolaylaştırmaktadır.

Bırakma döneminde relapsı önlemek için madde kullanma davranışı yerine bir arkadaş ile konuşulması önerilmektedir. Bu anlamda maddenin yerine sosyal destek konulabilir. Çünkü bu hem daha ucuz hem daha yararlıdır.

Oturumun Özetlenmesi

Grup üyelerinden oturumu özetlemesi için bir gönüllü aranır. Grup üyesi oturumu özetlerken eksikleri varsa tamamlanır. Soruları olup olmadığı sorulur. Bir sonraki oturumun günü ve saati hatırlatılır. Ödevlerin bir sonraki oturuma kadar yapılması istenir.

Oturum İçin Yararlanılan Kaynaklar:

Ögel, K. (2014). Sigara Alkol ve Madde Bağımlılığı Tedavi Programı Samba Uygulayıcılar için Kaynak Kitapçık. İstanbul: Yeniden Yayınları.

Ögel, K., Koç, C., Başabak, A., Aksoy, A., Evren, C. (2014). Sigara Alkol Ve Madde Bağımlılığı Tedavi Programı (SAMBA) klinik için uygulayıcı kılavuzu. İstanbul: Yeniden Yayınları.

Ülev, E. (2014). Üniversite öğrencilerinde bilinçli farkındalık düzeyi ile stresle başa çıkma tarzının depresyon, kaygı ve stres belirtileriyle ilişkisi. Yüksek Lisans Tezi, Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Psikoloji Anabilim Dalı Klinik Psikoloji Bilim Dalı, Ankara.

Özcan Kamışlı, S. (2007). Psikoeğitimsel bir programla hemşirelerin sigara bırakma durumları. Doktora Tezi, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara.

OTURUM 10 – SONLANDIRMA

Oturumun amaçları

- Psikoeğitim programının değerlendirilmesi
- Olumlu duyguların oluşturulması

Temel mesajlar

- Grup üyeleri program sürecini değerlendirebilir
- Duygularını ifade edebilir
- Psikoeğitim programının ona ve kazandırdıklarını paylaşır

Uygulamalar:

- Grup üyelerinden program süreci ile ilgili geri bildirim alma
- İlk oturumda uygulanan SİÖ, AEÖ, SBÇTÖ ölçüm araçları tekrar uygulanır, idrar ölçümü yapılır
- Vedalaşma

Araç-gereç

- Kişisel Bilgi Formu
- Sosyal İşlevsellik Ölçeği
- Algılanan Esenlik Ölçeği
- Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği
- İdrarda madde ölçümü

Süre: 60 dk.

Açılış

Yeni oturuma geçmeden önce bir önceki oturumla ilgili sormak istedikleri bir konunun olup olmadığı sorulur. Gelen sorular açık bir şekilde yanıtlanır. Bu oturumda vedalaşma olacağı ve psikoeğitim programının sonlandırılacağı belirtilir.

Uygulama 1: Süreçle ilgili grup üyelerinden geri bildirim alma

Her bir grup üyesine tek tek söz hakkı verilere süreçle ilgili geri bildirim alınır.

- Bu programın size kazandırdıkları nelerdir?

- Bu programın sonlanması ile ilgili duygu ve düşünceleriniz neler?
- Bu programda kafanıza takılan bir konu oldu mu?
- Sorularınız var mı?

Uygulama 2: Ölçüm araçlarının uygulanması

İlk oturumda uygulanan SİÖ, AEÖ, SBÇTÖ ölçüm araçları tekrar uygulanır ve idrar ölçümü yapılır. Bu oturumdan 3 ay sonra tekrar bir oturum yapılacağı ve aynı ölçümlerin tekrar yapılacağı belirtilir.

Uygulama 3: Vedalaşma

Tek tek grup üyeleri ile vedalaşılır ve üç ay sonra tekrar bir oturum yapılacağı hatırlatılır.

EK 6. Geçmiş Madde Kullanım Öyküsü Formu

Geçmişte madde kullandığınız dönemleri göz önüne alarak, aşağıda yer alan formu doldurunuz.

İlkokul Öncesi	
İlk-ortaokul Çağları	
7-14 Yaş Lise Çağları	
15-18 Yaş Üniversite Çağları	
19-23 YaşYetişkinlik	
Askerlik	

EK 7. Bağımlılık Değerlendirme Formu

Aşağıdaki sorulara evet veya hayır şeklinde cevap veriniz.

1. Kendinizi bir "bağımlı" olarak tanımlayabilir misiniz?

2. Zaman içinde kullandığınız alkol ya da madde miktarında artış oldu mu?

3. Sık sık bırakma girişimleriniz var mı?

4. Aile ilişkileriniz alkol ya da madde kullanmanız nedeniyle bozuldu mu?

5. Kimi zaman alkol ya da madde kullanmak için içinizde dayanılmaz bir istek duyuyor musunuz?

6. Zamanınızın önemli bir bölümü alkol ya da madde kullanarak mı geçiyor?

7. Alkol ya da madde kullanımı nedeniyle bedeninizde bazı sorunlar ortaya çıktı mı?

(Örneğin: Karaciğer bozukluğu, yaralar, ayak ağrısı, akciğer hastalığı vb.)

8. Alkol ya da maddeyi bıraktığınız zaman bazı fiziksel belirtiler ortaya çıkıyor mu?

(Örneğin: Titreme, terleme, uykusuzluk, iştahsızlık, vücut ağrıları vb.)

9. Alkol ya da maddeyi bıraktığınız zaman bazı ruhsal belirtiler ortaya çıkıyor mu?

(Örneğin: Huzursuzluk, sinirlilik, rahatlayamama, gevşeyememe, tedirginlik vb.)

10.Alkol ya da madde kullanımı nedeniyle sosyal hayatınızda olumsuz gelişmeler oldu mu?

(Örneğin: Aile ya da komşu ziyaretlerinde azalma vb.)

11.Alkol ya da madde kullanımı nedeniyle iş hayatınızda olumsuz gelişmeler oldu mu?

12.Alkol ya da madde kullanmaya başladığınız zaman, tasarladığınızdan daha fazlasını kullanıyor musunuz?

13.İyileştikten sonra seyrek olarak bazı özel günlerde alkol ya da madde kullanmayı düşünüyor musunuz?

EK 8. Madde Kullanmaya Başlama Nedenleri Formu

Madde kullanmaya başlama nedenlerim…

1. ……

2. ……

3. ……

4. ……

5. ……

EK 9. Maddenin İyi Olan ve İyi Olmayan Yanları Formu

İYİ YANLAR	**İYİ OLMAYAN YANLAR**
Arkadaş ilişkileri	Arkadaş ilişkileri
Aile ilişkileri	Aile ilişkileri
Ruh sağlığı	Ruh sağlığı
Ekonomik durum	Ekonomik durum
Fiziksel Sağlık	Fiziksel Sağlık
İş-çalışma	İş-çalışma
Yasal	Yasal
Diğer	Diğer

EK 10. Maddeyi Bırakmanın ve Devam Etmenin Yararları Formu

Bırakmanın yararları	Devam etmenin yararları

EK 11. Maddeyi Bırakmanın Önemliliği Formu

Kullandığınız maddeyi bırakmak sizin için ne kadar önemli olduğunu aşağıda yer alan tabloda uygun gördüğünüz boşluğa işaretleyiniz.

Çok az önemli					**Çok önemli**				
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**

EK 12. Maddeyi Bırakma Konusunda Kendine Güven Formu

Maddeyi bırakmak için kendinize ne kadar güvendiğinizi aşağıda yer alan tabloda uygun gördüğünüz boşluğa işaretleyiniz.

Hiç güvenmiyorum					**Tamamen güveniyorum**				
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**

EK 13. Maddeyi Bırakma Konusunda Zayıf ve Güçlü Yanlar Formu

ZAYIF YANLARIM	GÜÇLÜ YANLARIM

EK 14. Geçmiş Kayma Öyküsü Formu

	Bırakma girişimi-1	**Bırakma girişimi-2**
Süre		
Kendini nasıl hissettin?		
Sorun yaşadın mı?		
Tekrar başlamadan hemen önce ne hissettin?		
Tekrar başlamadan hemen önce ne düşündün?		
Ne yaptın?		
Tekrar kullanmaya başlayınca ne hissettin?		
Ne yapsan tekrar başlamazdın?		

EK 15. Duygu Listesi

Korku		Güvensizlik		Kaygı	
Hayal kırıklığı		Rahatlama		Uyarılmışlık	
İhmal edilme		Utanma		İntikam	
Kızgınlık		Huzursuzluk		Endişe	
Suçluluk		Üzüntü		Keder	
Sinirlilik		Heyecan		Baskı altında hissetme	
Güvenli hissetme		Kıskançlık		Bunalmış hissetme	
Mutluluk		Sıkılma		Yanlış anlaşılmış hissetme	
Tutkululuk		Yorgunluk		Kuşku	
Eleştirellik		Yalnızlık		Açlık	
Yetersizlik		Çökkünlük			
Mahrum bırakılmış hissetme		Aşağılanma			

EK 16. Acil Planım Formu

Şiddetli istek geldiği zaman için acil planım

1…….

2…….

3…….

EK 17. Riskli Durumların Listesi

1	2	3	4
İşe gitmeden önce veya iş çıkışında	Ailemin madde hakkında beni sıkması veya birinin beni eleştirmesi	Madde veya alkol kullandığım yerlerde bulunmak	Alkol ve madde ile ilgili kötü anıları unutmak veya eskiye özlem duyma
Kendime çok güvenmek	Birisiyle madde ile ilgili konuşmak	Evde yalnız kalmak	Mücadeleden bıktığını düşünmek
Üzgün olmak	Birileriyle buluşmadan önce	Kutlama/ Davetlerde olmak	Kendini test etme düşüncesi
Kızgın olmak	Madde almış biriyle veya arkadaşla karşılaşmak	Bar/kulüpler/ Konserler	"Bir kere kullanmaktan bir şey olmaz" demek
Çok duygulanmak	Yanımda para taşımak veya maaş aldıktan sonra	Boş kalmak	Ben istersem kontrol ederim demek
Sıkıntılı ve huzursuz olmak	Düzensiz uyku uyumak veya geç yatıp erken kalkmak	Hafta sonları veya tatillerde	Bırakma konusunda kendini yetersiz hissetmek
Yorgun olmak	Cinsellik		
Suçluluk duymak	Arkadaşlarımın madde teklif etmesi		
Madde ile ilgili rüya görmek	Bedava alkol veya uyuşturucu bulduğumda		
Ailemle kavga etmek			

EK 18. Kendine Bakım Düzeyini Belirleme Formu

	Evet	**Hayır**
Check-up için bir doktora göründünüz mü?		
Son 6 ay içinde dişçiye gittiniz mi?		
Yeni bir görünüm kazanmak için saçınıza farklı bir hava katmayı iyice düşündünüz mü?		
Ne yediğinize dikkat ediyor musunuz? (ör: çok fazla/az, yetersiz besin değeri?)		
Kullanıcı olduğunuz dönemdeki kıyafetlerinizi halen giyiyor musunuz?		
Görüş veya duyma hislerinizi kontrol ettirme ihtiyacı duyuyor musunuz?		
Düzenli olarak spor yapıyor musunuz?		
Sigara kullanmanız kontrol dışı mı?		

EK 19. Tez Çalışması İle İlgili Kurum İzinleri

T.C.SAĞLIK BAKANLIĞI
KAMU HASTANELERİ KURUMU
Ankara ili 1.Bölge Kamu Hastane Birliği Genel Sekreterliği
Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ KURUMU
Ankara İli 1. Bölge Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği
Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi

T.C. Sağlık Bakanlığı

ANKARA NUMUNE EGT. VE ARAŞT. HAST.
Evrak Kayıt Şubesi
10.08.2015 / 25034
Giden Evrak

Sayı : 20796219-Per.605.01

Konu: Anket İzni – Maral KARGIN

ANKARA İLİ 1. BÖLGE KAMU HASTANELERİ BİRLİĞİ GENEL SEKRETERLİĞİNE

İlgi:22.07.2015 tarih ve 9057 sayılı yazınız.

İlgi yazınızla, Hacettepe Üniversitesi Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Doktora programı öğrencisi Maral KARGIN tarafından yürütülmesi planlanan "Madde Kullanım Bozukluğu Olan Bireylere Uygulanan Relaps Önleme Psikoeğitim Programının Relaps Oranı, Sosyal İşlevsellik, Algılanan Esenlik ve Stresle Baş Etme Biçimlerine Etkisi" konulu araştırmasını hastanemizde yapması talebi Hastane Yöneticiliğimizce uygun görülmüştür.

Bilgilerinize arz ederim.

Uzm.Dr.M.Koray GÜRSEL
Hastane Yöneticisi a.
Başhekim Yardımcısı

ANKARA NUMUNE EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ
Hastane Müdür Yardımcısı
Mutlu KARAGÖZOĞLU
ASLI GİBİDİR

07.08./ 2015 Şef :M.İNAÇ
10.08./ 2015 Md.Yrd. :M.KARAGÖZOĞLU

Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi İrtibat; Personel Şube Sorumlusu M.İNAÇ
Talatpaşa Bulvarı No:5 Altındağ/Ankara
Tel: 0 (312) 508 44-86-88-89-90 Faks:0 (312) 508 49 10

ANKARA İLİ 1. BÖLGE KAMU HASTANELERİ BİRLİĞİ GENEL SEKRETERLİĞİ - ANKARA İLİ 1. BÖLGE KHBGS EĞİTİM BİRİMİ
12/08/2015 15:32 - 51700877 / 730.08.03 / 10209
000126213 61

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu
Ankara 1. Bölge Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği

Sayı : 51700877/730.08.03
Konu : Anket İzni- Maral KARGIN

HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜNE

İlgi: 26/06/2015 tarihli ve 35853172/166 sayılı yazınız.

Hacettepe Üniversitesi Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Doktora Programı öğrencisi Maral KARGIN tarafından yürütülmesi planlanan "Madde Kullanım Bozukluğu Olan Bireylere Uygulanan Relaps Önleme Psikoeğitim Programının Relaps Oranı, Sosyal İşlevsellik, Algılanan Esenlik ve Stresle Baş Etme Biçimlerine Etkisi" konulu araştırmasının sonucunun Bakanlığımız bilgisi dışında ilan edilmemesi, araştırmanın yapılması planlanan Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesine bağlı AMATEM'de hizmeti aksatmayacak şekilde yürütülmesi, araştırmaya katılımların gönüllülük esasına göre yapılması, araştırmanın amacı, yöntemi, kapsamı, araştırma metodu ve kavramsal çerçevesini açıklayan bilgiler göz önünde bulundurularak Hastane Yöneticiliğince uygun görülmüştür.

Gereğini arz ederim.

GÜVENLİ ELEKTRONİK İMZALI ASLI İLE AYNISIDIR
20../8../2015

Dr. Ertuğrul ÜNKOÇ
Genel Sekreter a.
İdari Hizmetler Başkanı

EKLER:
1- İlgili Evrak (1 Sayfa)

Belkız KERUM
Tıbbi Sekreter

ASLI GİBİDİR
Nezihi KAYA
Yüksekokul Sekreteri

Anafartalar Cad. Altındağ Belediye Sarayı Talatpaşa Bulvarı 06320 Altındağ/ANKARA e-posta: khb0601.egitim@saglik.gov.tr
Münevver OTUZOĞLU Tel: 0 312 306 36 76-37 18 Fax:0 312 306 36 32

Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.
Evrakın elektronik imzalı suretine http://e-belge.saglik.gov.tr adresinden 99eb270e-4506-4ba6-9333-bc757e4756ae kodu ile erişebilirsiniz.

EK 20: Tez Çalışması İle İlgili Etik Kurul İzni

T.C.
HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ
Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu

Sayı : 16969557-753

ARAŞTIRMA PROJESİ DEĞERLENDİRME RAPORU

Toplantı Tarihi : 08.07.2015 ÇARŞAMBA
Toplantı No : 2015/14
Proje No : GO 15/438 (Değerlendirme Tarihi: 08.07.2015)
Karar No : GO 15/438 – 19

Üniversitemiz Hemşirelik Fakültesi Öğretim üyelerinden Yrd. Doç. Dr. Duygu HİÇDURMAZ'ın sorumlu araştırmacı olduğu Öğr. Gör. Maral KARGIN'ın tezi olan GO 15/438 kayıt numaralı ve ***"Madde Kullanım Bozukluğunda Relaps Önleme Psikoeğitim Programının Relaps Oranı, Sosyal İşlevsellik, Algılanan Esenlik ve Stresle Baş Etme Biçimlerine Etkisi"*** başlıklı proje önerisi araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş olup, etik açıdan uygun bulunmuştur.

1.Prof. Dr. Nurten Akarsu (Başkan)
2. Prof. Dr. Nüket Örnek Buken (Üye)
İZİNLİ
3. Prof. Dr. M. Yıldırım Sara (Üye)
4. Prof. Dr. Sevda F. Müftüoğlu (Üye)
5. Prof. Dr. Cenk Sökmensüer (Üye)
6. Prof. Dr. Volga Bayrakçı Tunay (Üye)
İZİNLİ
7. Prof. Dr. Ali Düzova (Üye)
8. Yrd. Doç. Dr. H. Hüsrev Turnagöl (Üye)
9 Prof. Dr. Rahime Nohutçu (Üye)
10. Prof. Dr. R. Köksal Özgül (Üye)
11. Prof. Dr. Ayşe Lale Doğan (Üye)
12. Doç. Dr. S. Kutay Demirkan (Üye)
İZİNLİ
13 Prof. Dr Leyla Dinç (Üye)
14. Prof. Dr. Hatice Doğan Buzoğlu (Üye)
15. Av. Meltem Onurlu (Üye)

Hacettepe Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu
06100 Sıhhiye-Ankara
Telefon: 0 (312) 305 1082 • Faks: 0 (312) 310 0580 • E-posta: goetik@hacettepe.edu.tr
Ayrıntılı Bilgi için:

EK 21: Aydınlatılmış Onam Formu (Müdahale Grubu)

Araştırmacının Açıklaması:

"Madde kullanım bozukluğunda relaps önleme psikoeğitim programının relaps oranı, sosyal işlevsellik, algılanan esenlik ve stresle baş etme biçimlerine etkisi" adlı bir araştırma yapmaktayız.

Sizin de bu araştırmaya katılmanızı öneriyoruz. Ancak bu araştırmaya katılıp katılmamakta serbestsiniz. Çalışmaya katılım gönüllülük esasına dayalıdır. Kararınızdan önce araştırma hakkında sizi bilgilendirmek istiyoruz. Bu bilgileri okuyup anladıktan sonra araştırmaya katılmak isterseniz formu imzalayınız. Bu çalışmaya katılımınız araştırmanın başarısı için önemlidir. Araştırmaya katılmayı kabul ederseniz araştırmacı Maral Kargın tarafından yanıtlamanız için size form verilecektir. Bu forma verdiğiniz yanıtlar doğrultusunda kabul ederseniz bu çalışmaya alınacaksınız. Formda biri sosyodemografik özellikleri, sosyal işlevselliğe, algılanan esenliğe, stresle baş etme biçimlerine ilişkin sorular içeren dört kısım bulunmaktadır. Çalışmaya katılmayı kabul edenler grup programına alınacaktır. Grup programı 11 hafta devam edecektir. Grup programı ile ilgili detaylı bilgi oturumlar başlayınca verilecektir. Bu oturumlarda gizlilik esasına uyulacaktır. Tüm oturumlarda konuşulanlar aramızda kalacaktır. Bu çalışmaya katılmanız için sizden herhangi bir ek ücret istenmeyecektir. Çalışmaya katılmanız için size ek bir ödeme de yapılmayacaktır. Bu çalışmaya katılmayı reddedebilirsiniz. Bu çalışmaya katılmak tamamen isteğe bağlıdır.

Katılımcının Beyanı:

Sayın Maral Kargın tarafından bir araştırma yapılacağı belirtilerek bu araştırma ile ilgili yukarıdaki bilgiler bana aktarıldı. Bu bilgilerden sonra böyle bir araştırmaya "katılımcı" olarak davet edildim. Bu araştırmaya katılırsam araştırmacı ile aramda kalması gereken bana ait bilgilerin gizliliğine bu araştırma sırasında da büyük özen ve saygı ile yaklaşılacağına inanıyorum. Araştırma sonuçlarının eğitim ve bilimsel amaçlarla kullanımı sırasında kişisel bilgilerimin ihtimamla korunacağı konusunda bana yeterli güven verildi. Araştırma için yapılacak harcamalarla ilgili herhangi bir sorumluluk altına girmiyorum. Bana da bir ödeme yapılmayacaktır. Bu araştırmaya katılmak zorunda değilim ve katılmayabilirim. Araştırmaya katılmam konusunda zorlayıcı bir davranışla karşılaşmış değilim.

Eğer katılmayı reddedersem, bu durumun iş ilişkime herhangi bir zarar getirmeyeceğini de biliyorum. Bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım.

Çalışmaya katılmayı kabul ediyorsanız aşağıdaki kutucuğu X ile işaretleyiniz ve devam ediniz.

Kabul ediyorum ( )

	Araştırmacı	**Katılımcı**
Adı Soyadı	Maral Kargın	
Adres	Fırat Üniversitesi SYO	
Tel	Cep: 5309206356	
İmza		

EK 22: Aydınlatılmış Onam Formu (Kontrol Grubu)

Araştırmacının Açıklaması:

"Madde kullanım bozukluğunda relaps önleme psikoeğitim programının relaps oranı, sosyal işlevsellik, algılanan esenlik ve stresle baş etme biçimlerine etkisi" adlı bir araştırma yapmaktayız.

Sizin de bu araştırmaya katılmanızı öneriyoruz. Ancak bu araştırmaya katılıp katılmamakta serbestsiniz. Çalışmaya katılım gönüllülük esasına dayalıdır. Kararınızdan önce araştırma hakkında sizi bilgilendirmek istiyoruz. Bu bilgileri okuyup anladıktan sonra araştırmaya katılmak isterseniz formu imzalayınız. Bu çalışmaya katılımınız araştırmanın başarısı için önemlidir. Araştırmaya katılmayı kabul ederseniz araştırmacı Maral Kargın tarafından yanıtlamanız için size form verilecektir. Bu forma verdiğiniz yanıtlar doğrultusunda kabul ederseniz bu çalışmaya alınacaksınız. Formda biri sosyodemografik özellikleri, sosyal işlevselliğe, algılanan esenliğe, stresle baş etme biçimlerine ilişkin sorular içeren dört kısım bulunmaktadır. Bu çalışmaya katılmanız için sizden herhangi bir ek ücret istenmeyecektir. Çalışmaya katılmanız için size ek bir ödeme de yapılmayacaktır. Bu çalışmaya katılmayı reddedebilirsiniz. Bu çalışmaya katılmak tamamen isteğe bağlıdır.

Katılımcının Beyanı:

Sayın Maral Kargın tarafından bir araştırma yapılacağı belirtilerek bu araştırma ile ilgili yukarıdaki bilgiler bana aktarıldı. Bu bilgilerden sonra böyle bir araştırmaya "katılımcı" olarak davet edildim. Bu araştırmaya katılırsam araştırmacı ile aramda kalması gereken bana ait bilgilerin gizliliğine bu araştırma sırasında da büyük özen ve saygı ile yaklaşılacağına inanıyorum. Araştırma sonuçlarının eğitim ve bilimsel amaçlarla kullanımı sırasında kişisel bilgilerimin ihtimamla korunacağı konusunda bana yeterli güven verildi. Araştırma için yapılacak harcamalarla ilgili herhangi bir sorumluluk altına girmiyorum. Bana da bir ödeme yapılmayacaktır. Bu araştırmaya katılmak zorunda değilim ve katılmayabilirim. Araştırmaya katılmam konusunda zorlayıcı bir davranışla karşılaşmış değilim.

Eğer katılmayı reddedersem, bu durumun iş ilişkime herhangi bir zarar getirmeyeceğini de biliyorum. Bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım.

Çalışmaya katılmayı kabul ediyorsanız aşağıdaki kutucuğu X ile işaretleyiniz ve devam ediniz.

Kabul ediyorum ( )

	Araştırmacı	**Katılımcı**
Adı Soyadı	Maral Kargın	
Adres	Fırat Üniversitesi SYO	
Tel	Cep: 5309206356	
İmza		

9. ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler

Adı Soyadı **:** Maral Kargın

Doğum Yeri ve Tarihi: Malatya 21/09/1977

Uyruk **:** T.C.

Adres Bilgileri :Bağlıca mah. Ufuk Cad. Bağlıca İdareciler Yapı Koop. 2/11 Etimesgut/Ankara

Cep Tel : (530)920 63 56

E-posta **:** maral.k2109@gmail.com

Eğitim Bilgileri

- **Doktora** **Hacettepe Üniversitesi**
  Psikiyatri hemşireliği Eylül 2013- devam ediyor
- **Yüksek Lisans** **Gazi Üniversitesi /Ankara**
  Psikiyatri hemşireliği – 09/2006 – 08/2009
- **Üniversite** **İnönü Üniversitesi / Malatya**
  Hemşirelik – 09/2002 - 06/2006
- **Üniversite** **Ankara Üniversitesi / Ankara**
  Hemşirelik – 09/1997 - 06/1999
- **Lise** **Malatya Sağlık Meslek Lisesi**
  Hemşirelik – 09/1992 - 06/1996

İş Deneyimi

- **06/2012- Halen çalışıyor** **Fırat Üniversitesi Sağlık Yüksek Okulu**
  Pozisyon: Öğretim Görevlisi
- **02/2008 – 06/2012** **Eczacıbaşı Sağlık Hizmetleri**
  Pozisyon: Enteral Beslenme Eğitim Hemşireliği
- **2005/2008** **Keçiören Eğitim ve Araştırma Hastanesi**
  Pozisyon: Servis Sorumlu Hemşireliği

- **2003/2005** **Adıyaman SSK Hastanesi**
  Pozisyon: Servis Hemşireliği
- **2001/2003** **Malatya SSK Hastanesi**
  Pozisyon: Servis Hemşireliği
- **1997/2001** **Ankara Özel Güven Hastanesi**
  Pozisyon: Servis Hemşireliği

Makaleler

- İnfertil Kadınları Psikolojik Olarak Etkileyen Faktörler
  TAF Preventive Medicine Bulletin, 2010: 9(5)
- İnfertil Bireylerde Umutsuzluğun Belirlenmesi
  New/Yeni Symposium Journal Ocak 2011/Cilt 49/sayı 1
- Şiddet ve Hemşirelik Yaklaşımları
  Sağlıkla Hemşirelik Dergisi Mart 2014
- Bir Üniversite Hastanesindeki Sağlik Personelinin Radyoterapi Hakkındaki Görüşleri
  Asian Pacific Journal of Health Sciences (Kabul)

Posterler

- IV. Ulusal Psikiyatri Hemşireliği Kongresi:
  İnfertil Kadınları Psikolojik Olarak Etkileyen Faktörler (Poster Bildiri)
- IV. Ulusal Psikiyatri Hemşireliği Kongresi:
  İnfertil Bireylerde Umutsuzluğun Belirlenmesi (Poster Bildiri)
- 12. Ulusal Hemşirelik Öğrencileri Kongresi
  Hemşirelik Öğrencilerinin Ruhsal Hastalıklar Ve Ruhsal Hastalığı Olan Bireylere İlişkin Görüşleri (Poster Bildiri)
- IV. Ulusal Ebelik Öğrencileri Kongresi
  Elazığ Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesinde Çalışan Hemşirelerin Strese Yatkınlık Düzeyleri (Poster Bildiri)
- IV. Ulusal Ebelik Öğrencileri Kongresi
  Psikiyatri Kliniklerinde Çalışan Hemşirelerin Stresle Baş etme Durumlarının Belirlenmesi (Poster Bildiri)

- 16. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi
  Ebelik Bölümü Üçüncü Sınıf Öğrencilerinin Benlik Saygısı Ve Empatik Eğilim Düzeylerinin Belirlenmesi (Poster Bildiri)
- TSK Ulusal Hemşirelik Kongresi
  Kaynaştırma Eğitimi Alan Öğrencilerin Ailelerinin Sosyal Destek Ve Umutsuzluk Düzeylerinin Belirlenmesi (Poster Bildiri)
- III. Uluslararası VII. Ulusal Psikiyatri Hemşireliği Kongresi
  Ebelik Bölümü Öğrencilerinin Atılganlık Düzeylerinin Belirlenmesi (Poster Bildiri)
- III. Uluslararası VII. Ulusal Psikiyatri Hemşireliği Kongresi
  Ebelik Bölümü Öğrencilerinin İletişim Becerilerinin Değerlendirilmesi (Poster Bildiri)
- 8. Akademik Geriatri Kongresi
  65 Yaş Üstü Bireylerde Özetkilik Düzeyleri İle Depresyon Arasındaki İlişkinin İncelenmesi (Sözel Bildiri)
- IV. Uluslararası VIII. Ulusal Psikiyatri Hemşireliği Kongresi
  Psikiyatri Hastaları ile Klinik Araştırmalar, Etik ve Hemşireli