



**MADDE BAĞIMLILARINDA BİLİŞSEL DAVRANIŞCI
TEMELLİ GRUP DANIŞMANLIĞININ MADDE KULLANIMINA
İLİŞKİN İNANÇ VE DÜRTÜSELLİĞE ETKİSİ**

Gülsen KILINÇ

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

**Tez Danışmanı
Prof. Dr. Rukuye AYLAZ**

Doktora Tezi-2019

**T.C.
İNÖNÜ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**MADDE BAĞIMLILARINDA BİLİŞSEL DAVRANIŞCI
TEMELLİ GRUP DANIŞMANLIĞININ MADDE KULLANIMINA
İLİŞKİN İNANÇ VE DÜRTÜSELLİĞE ETKİSİ**

Gülsen KILINÇ

**Hemşirelik Anabilim Dalı
Doktora Tezi**

**Tez Danışmanı
Prof. Dr. Rukuye AYLAZ**

**MALATYA
2019**

KABUL VE ONAY SAYFASI

İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Doktora Programı çerçevesinde yürütülmüş olan **Gülsen KILINÇ**'ın "**Madde Bağımlılarında Bilişsel Davranışçı Temelli Grup Danışmanlığının Madde Kullanımına İlişkin İnanç ve Dürtüselliğe Etkisi**" konulu bu çalışması, aşağıdaki jüri tarafından Doktora tezi olarak kabul edilmiştir.

Tez Savunma Tarihi: 16/09/2019


Prof. Dr. Rukuye AYLAZ
İnönü Üniversitesi
Tez Danışmanı
Jüri Başkanı


Prof. Dr. Hatice Birgül CUMURCU
İnönü Üniversitesi
Üye


Doç. Dr. Nermin GÜRHAN
Gazi Üniversitesi
Üye


Dr. Öğr. Üyesi Maral KARGIN
Fırat Üniversitesi
Üye


Dr. Öğr. Üyesi Funda BUDAK
İnönü Üniversitesi
Üye

ONAY

Bu tez, İnönü Üniversitesi Lisansüstü Eğitim-Öğretim Yönetmeliği'nin ilgili maddeleri uyarınca yukarıdaki jüri üyeleri tarafından kabul edilmiş ve Enstitü Yönetim Kurulu'nun/...../2019 tarih ve 2019/..... sayılı Kararıyla da uygun görülmüştür.

Prof. Dr. Yusuf TÜRKÖZ
Enstitü Müdürü

İÇİNDEKİLER

ÖZET	vi
ABSTRACT.....	vii
SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ	viii
ŞEKİLLER DİZİNİ	ix
TABLolar DİZİNİ.....	x
1. GİRİŞ	1
1.1. Araştırmanın Amacı.....	3
1.2. Araştırmanın Hipotezleri	3
2. GENEL BİLGİLER	4
2.1. Madde Kullanım Bozukluğu.....	4
2.1.1. Madde Kullanımı Konusunda Bazı Kavramlar	4
2.2. Madde İle İlgili Bozukluklara Yatkınlık Oluşturan Faktörler	5
2.2.1. Biyokimyasal Faktörler.....	5
2.2.2. Genetik Faktörler	6
2.2.3. Cinsiyet, Yaş, Kişilik Ve Toplumsal-Çevresel Nedenler	6
2.3. Psikoaktif Maddelerin Merkezi Sinir Sistemi Üzerine Etkilerine Göre Sınıflandırılması	7
2.3.1. Merkezi Sinir Sistemine Depresan Etki Yapanlar	7
2.3.2. Merkezi Sinir Sistemine Narkotik Etki Yapanlar	9
2.3.3. Merkezi Sinir Sistemine Uyarıcı Etki Yapanlar	11
2.3.4. Merkezi Sinir Sistemine Halüsinojen Etki Yapanlar	12
2.4. Madde Kullanım Bozukluklarında Tedavi Yaklaşımları.....	14
2.5. Madde Kullanım Bozukluklarında Bilişsel Davranışçı Model.....	16
2.6. Madde Kullanım Bozukluklarında Bilişsel Davranışçı Model İle Madde Kullanıma İlişkin İnanç Ve Dürtüsellik İlişkisi.....	18
2.7. Madde Kullanım Bozukluklarına İlişkin İnanç Arttırma Ve Dürtüsellığı Azaltmada Psikiyatri Hemşiresinin Rolü.....	19
3. MATERYAL VE METOT	22
3.1. Araştırmanın Türü.....	22
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer Ve Zaman	22
3.3. Araştırmaya Alınma Kriterleri:.....	23
3.4. Araştırmadan Dışlama Ölçütleri:	23

3.5. Veri Toplama Araçları	23
3.6. Verilerin Toplanması	24
3.7. Hemşirelik Girişimi	25
3.7.1. Deney Grubuna Uygulanan Hemşirelik Girişimi	25
3.7.2. Kontrol Grubuna Uygulanan Hemşirelik Girişimi	26
3.8. Araştırmanın Değişkenleri	37
3.9. Verilerin Değerlendirilmesi	37
3.10. Araştırmanın Etik Yönü	40
3.11. Araştırmanın Sınırlılıkları ve Genellenebilirliği	40
4. BULGULAR	41
5. TARTIŞMA	48
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	53
KAYNAKLAR	54
EKLER	62
EK 1: ÖZGEÇMİŞ	62
EK 2: VERİ TOPLAMA FORMLARI	63
EK 3: GÖNÜLLÜ BİLGİLENDİRME VE ONAY FORMU (DENEY GRUBU)	66
EK 4: GÖNÜLLÜ BİLGİLENDİRME VE ONAY FORMU (KONTROL GRUBU) ..	67
EK 5: YAPILANDIRILMIŞ OTURUMLARDA DİKKAT EDİLECEKLER	68
EK 6: HEDEF LİSTESİ	69
EK 7: ELLİS'İN ABC MODELİ	70
EK 8: DÜŞÜNCE KAYIT FORMU (7'Lİ FORM)	71
EK 9: TEMEL İNANÇ İNCELEME FORMU	72
EK 10: ETİK KURUL İZİNİ	74
EK 11: İNÖNÜ ÜNİVERSİTESİ TURGUT ÖZAL TIP MERKEZİ KURUM İZİNİ ...	75
EK 12: GAZİANTEP İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ KURUM İZİNİ	76
EK 13: BİLİŞSEL DAVRANIŞÇI TERAPİ KURAMSAL EĞİTİMİ KATILIM BELGESİ	77
EK 14: BİLİŞSEL DAVRANIŞÇI TERAPİ BECERİ KAZANDIRMA VE SÜPERVİZYON UYGULAMASI EĞİTİMİ KATILIM BELGESİ	78

TEŞEKKÜR

Doktora eğitimim boyunca tezimin t¼m aŐamalarında desteğini esirgemeyen ve deneyimlerini paylaşan kıymetli hocam ve danıŐmanım Prof. Dr. Rukuye AYLAZ'a, tez çalıŐmam s¼resince her t¼rl¼ yardım ve desteğini g¼steren değerli komite ¼yelerim Prof. Dr. Hatice Birg¼l Cumurcu ve Dr. Őđr. ¼ye. Funda Budak'a,

Tez çalıŐmama katılan t¼m hastalarıma ve uygulamama olanak sağlayan, desteklerini esirgemeyen Gaziantep ve Malatya illerindeki AMATEM birimi çalıŐanlarına,

Lisans¼st¼ eğitimimin her aşamasında tam desteğini aldığım, beni her zaman sabır ve anlayıŐla karşılayan eşim Yılmaz Kılınç ve biricik kızım G¼lce İdil Kılınç' a teŐekk¼r ederim.

ÖZET

Madde Bağımlılarında Bilişsel Davranışçı Temelli Grup Danışmanlığının Madde Kullanımına İlişkin İnanç ve Dürtüsellğe Etkisi

Amaç: Bu araştırma, madde bağımlılarında bilişsel davranışçı temelli grup danışmanlığının madde kullanımına ilişkin inanç ve dürtüsellğe etkisini belirlemek amacıyla yapılmıştır.

Materyal ve Metot: Bu araştırma öntest-sontest kontrol gruplu gerçek deneme modelinde yapılmıştır. Araştırmanın evrenini Turgut Özal Tıp Merkezi Alkol ve Madde Bağımlılığı Araştırma, Tedavi ve Eğitim Merkezi (AMATEM) ve Gaziantep 25 Aralık Devlet Hastanesi Ahmet Şireci AMATEM biriminde tedavi gören yetişkin hastalar oluşturmuştur. Araştırma Eylül 2018 ve Nisan 2019 tarihleri arasında yapılmıştır. Araştırmanın örneklemini ise; yapılan güç analizi ile çift yönlü önem düzeyinde 0.6 büyüklüğünde %5 yanılğı düzeyi ile belirlenen %95 güven aralığında, evreni % 95 temsil gücüyle tespit edilen ve randomize örnekleme yöntemiyle seçilen 51 deney, 63 kontrol grubundan olmak üzere 114 hasta oluşturmuştur. Verilerin elde edilmesinde Kişisel Bilgi Formu, Madde Kullanımına Yönelik İnanç Ölçeği ve Barratt Dürtüsellik Ölçeği kullanılmıştır. Deney grubundaki hastalara araştırmacı tarafından Turgut Özal Tıp Merkezi AMATEM biriminde 8 oturumluk grup danışmanlığı programı uygulanmıştır. Kontrol grubundaki hastalara herhangi bir girişim uygulanmamıştır. Verilerin analizinde sayı, yüzdeler, ortalama, standart sapma, bağımlı ve bağımsız gruplarda *t* testi kullanılmıştır.

Bulgular: Araştırmanın deney grubunu oluşturan katılımcıların %78.4'ü 18-35 yaş aralığında olup %92.2'si erkektir. Kontrol grubu katılımcılarının ise %71.4'ü 18-35 yaş aralığında olup %96.8'i erkektir. Deney grubundaki hastalara uygulanan grup danışmanlığı sonrası; Madde Kullanımına Yönelik İnanç Ölçeği son test toplam puan ortalaması 31.76 ± 13.15 , kontrol grubundaki hastalarda 56.38 ± 25.16 tespit edilmiştir. Madde Kullanımına Yönelik İnanç Ölçeği son test puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak önemli bulunmuştur ($p < 0.05$). Barratt Dürtüsellik Ölçeği son test puan ortalaması deney grubundaki hastalarda 54.43 ± 10.34 kontrol grubundaki hastalarda 83.77 ± 13.41 tespit edilmiştir. Barratt Dürtüsellik Ölçeği son test puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak önemli bulunmuştur ($p < 0.05$).

Sonuç: Bilişsel davranışçı temelli grup danışmanlığının madde bağımlılarının madde kullanımına yönelik olumsuz inanç ve dürtüsel davranma düzeyini azaltmada etkili bulunmuştur. AMATEM'lerde grup danışmanlığı programlarının klasik tedavi içinde yer alması önerilebilir.

Anahtar kelimeler: Bilişsel davranışçı, dürtüsellik, grup danışmanlığı, inanç, madde bağımlılığı.

ABSTRACT

The Impact of Cognitive Behaviorist Based Group Counseling on Beliefs and Impulsivity of Substance Abuse in Substance

Objective: This study was conducted to determine the effect of cognitive behavioural-based group counseling on substance use in substance addicts.

Material and Methods: This research was conducted in the preliminary-sontest control group real trial model. Turgut Özal Medical Center Alcohol and Substance Abuse Research, Treatment and Education Center (AMATEM) and Gaziantep 25 December State Hospital Ahmet Şireci AMATEM unit formed the universe of the study. The research was conducted between September 2018 and April 2019. Sample of the research; in the 95% confidence interval, determined by 5% error level of 0.6 magnitude at bi-directional significance level by power analysis, 51 experiments, determined by 95% representation power of the universe and selected by randomised sampling method, comprised 114 patients from 63 control groups. In obtaining data, Personal Data Form, belief scale for Substance Use and Barratt impulsivity scale were used. 8-session group counseling program was applied to the patients in the experimental group by the researcher at Turgut Özal Medical Center AMATEM unit. Patients in the control group did not take any initiative. In the analysis of the data, number, percentage, mean, standard deviation, dependent and independent groups t test were used.

Result: 78.4% of the participants who made up the experimental group of the study were in the 18-35 age range and 92.2% were male. Of the control group participants, 71.4% were aged 18-35 and 96.8% were male. After group counseling in the experimental group, the mean score of the last test was 31.76 ± 13.15 and 56.38 ± 25.16 in the control group. The difference between the final test scores was statistically significant ($p < 0.05$). Barrat impulsivity scale the mean score of the last test was 54.43 ± 10.34 in the study group and 83.77 ± 13.41 in the control group. The difference between the Barrat impulsivity scale and the final test scores was statistically significant ($p < 0.05$).

Conclusion: Cognitive behavioral-based group counseling was found to be effective in reducing the negative beliefs and impulsive behaviors of substance addicts about substance use. It is recommended that group counseling programs be included in the classic treatment in AMATEMs.

Keywords: Cognitive behavior, group counseling, substance abuse, belief, impulsivity

SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

AMATEM	: Alkol ve Uyuşturucu Madde Bağımlıları Tedavi ve Araştırma Merkezi
MKYİÖ	: Madde Kullanımına Yönelik İnanç Ölçeği
BDÖ	: Barratt Dürtüsellik Ölçeği
TUBİM	: Türkiye Uyuşturucu ve Uyuşturucu Bağımlılığı İzleme Merkezi
DSM	: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
VTA	: Ventral Tegmental Alan
NAC	: Nükleus akkumbens
MSS	: Merkezi Sinir Sistemi
LSD	: Liserjik asit dietilamid
SPSS	: Statistical Package for the Social Sciences

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil No.	Sayfa No.
Şekil 3.1. Oturumlara Göre Bilişsel Davranışçı Temelli Grup Danışmanlığı Uygulama Planı	26
Şekil 3.2. Araştırma Uygulama Planı	27



TABLolar DİZİNİ

Tablo No.	Sayfa No.
Tablo 3.1. Grup Danışmanlığı Programının İçeriği	28
Tablo 3.2. Araştırma verilerinin analizinde kullanılan istatistiksel yöntemler	38
Tablo 3.3. Deney ve Kontrol Gruplarının Karşılaştırılması.....	38
Tablo 4.1. Deney ve Kontrol Grubundaki Hastaların Sosyodemografik Özelliklerine Göre Dağılımı	41
Tablo 4.2. Deney ve Kontrol Grubundaki Hastaların MKYİÖ Ön Test ve Son Test Puan Ortalamalarına Göre Karşılaştırılması	43
Tablo 4.3. Deney ve Kontrol Grubundaki Hastaların MKYİÖ Ön Test ve Son Test Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	44
Tablo 4.4. Deney ve Kontrol Grubundaki Hastaların BDÖ Toplam ve Alt Boyutları Ön Test ve Son Test Puan Ortalamalarının Gruplar Arası Karşılaştırılması	44
Tablo 4.5. Deney ve Kontrol Grubundaki Hastaların BDÖ Toplam ve Alt Boyutları Ön Test ve Son Test Puan Ortalamalarının Grup İçi Karşılaştırılması	46

1. GİRİŞ

Tüm dünya, artmakta olan alkol ve madde kullanım bozukluğu sonucu olarak bağımlılık yapıcı maddenin ilk kullanım yaşının on yaşa kadar düştüğü ve kullanım oranının arttığı gerçeği ile karşı karşıya gelmiş durumdadır (1). Dünya Madde Raporu'na göre 15 ile 64 yaş aralığında bulunan tahmini 247 milyon kişi en az bir yasa dışı madde kullanmaktadır. Bu kişilerin neredeyse 29 milyonu ise madde kullanım bozukluğu yaşamaktadır. Raporda kullanım sıklıklarına göre maddeler sıralanmış, en yüksek kullanılan maddenin kannabis (%3.8), en az kullanılan maddenin ise opiyat kullanımı (%0.37) olduğu bildirilmiştir (2). Türkiye'de uyuşturucu bağımlılığını izleyen yasal kuruluş olan TUBİM tarafından yayınlanan son rapora (Türkiye Uyuşturucu ve Uyuşturucu Bağımlılığı İzlem Merkezi) tarafından yayınlanan son rapora göre ülke genelinde sigara kullanımı %51.8, alkol kullanımı %28.3 ve madde kullanımı % 2.7 olarak belirlenmiştir. TUBİM raporunda 15 ile 24 yaş aralığının madde bağımlılığı gelişmesindeki risk düzeyi en yüksek dönem olduğu açıklanmıştır (3). Bu raporda ayrıca yaşamları süresince en az bir maddeyi deneyenlerin oranı 15 ile 64 yaş aralığında %2.7 olarak tespit edilirken bu oran 15 ile 16 yaş aralığında %1.5'dir. Cinsiyete göre yaşam süresinde bağımlılık yapıcı madde kullanımı incelendiğinde ise erkeklerin oranı % 3.5; kadınların oranı ise % 2.6 olarak açıklanmıştır (3-5).

Maddenin yaygın kullanımı bireysel ve toplumsal sorunlara neden olarak önemli bir halk sağlığı sorunu oluşturmaktadır. Bireylerin fiziksel ve mental sağlığında bozulma, akademik başarıda düşme, aile içinde ve çalışma ortamında kişilerarası çatışmalar yaşanması, maddenin yarattığı etki nedeniyle riskli davranışlarda artma, intihar ve cinayet davranışları, trafikte ve iş yerinde kazalarda artış, asosyallik, tek başına yaşamını idame ettirememesi ve ev, okul, işyeri ortamlarında işlevsellik kaybı şeklindeki belirtiler, alkol ve madde kötüye kullanım bozukluğunun en başından itibaren görülmeye başlanan semptomlarıdır (6-8). Alkol ve madde kullanım bozukluklarının bireyler üzerinde bıraktığı fiziksel ve ruhsal çok yönlü olumsuz etkilerin iyileştirilmesi, çok yönlü ve holistik bir tedavi yaklaşımının uygulanmasıyla mümkün olmaktadır (9). Bağımlılık tedavisinin ilk yıllarında uygulanan yalnızca farmakolojik tedavi yaklaşımı, bağımlılık nüksünde ve şiddetinde önemli düzelmeler sağlamış ancak hiçbir zaman bütüncül tedavi gereksinimini giderememiştir. Bu gereksinim psikososyal ve terapötik müdahaleleri

gündeme getirerek ilaç tedavisini kompanse eden önemli yaklaşımları ortaya çıkarmıştır (10, 11).

Son yirmi yıl içinde bütüncül tedavi yaklaşımının gereği olarak ortaya çıkan psikoterapötik müdahaleler bilimsel araştırmaların önemli bir konusu olmaya başlamıştır. Psikososyal müdahaleler tedavi programlarının en azından bir ayağını oluşturmaya başlamıştır. Bununla birlikte bağımlılık tedavisi konusunda yapılan bilimsel araştırmaların önemli bir kısmını farmakolojik tedaviler oluşturmaya devam etmektedir (12-14). Literatür incelendiğinde alkol ve madde ile ilişkili bozuklukların tedavisi, bağımlı bireyin yoksunluk yaşamasının önüne geçerek maddesiz yaşama amacını gerçekleştiren farmakolojik tedavi ve bu iyilik halini yaşamının tüm alanına entegre edebilmesini sağlayacak psikososyal tedavi yaklaşımının birlikte uygulanmasını kaçınılmaz kılmaktadır. Bu bağlamda bağımlılık tedavisinin önemli psikososyal müdahalelerinden biri olan bilişsel davranışçı temelli müdahaleler tedavi sonrası bağımlılık tedavisinden sonraki dönemde ortaya çıkabilecek davranış problemlerinin önüne geçilebilmek amacıyla bilişsel sosyal öğrenme modeli çerçevesinde geliştirilmiştir (15-17).

Madde kullanım bozukluklarına yönelik yürütülen araştırmada, bilişsel davranışçı temelli grup danışmanlığı müdahalesinden yararlanılarak, bağımlı bireylerin madde kullanıma ilişkin inanç ve dürtüsel davranmalarına yönelik uygulamalar yapılmıştır. Bu uygulamalar, anlık otomatik düşünceleri fark edebilmeyi öğrenme, duyguları düşüncelerden ayırt edebilme, otomatik düşüncenin düşünce biçimi haline gelerek kural sayılmasına neden olan ara inançları belirleme ve değiştirme, bu düşünce biçimini daha da kalıcı hale getiren temel inançları belirleme ve değiştirme becerileri kazandırma şeklinde gerçekleştirilmiştir. Bireylere yeni düşünme biçimi oluşturma yöntemi kavratılmaya çalışılmış ve madde kullanmalarına neden olan dürtüsel davranmalarının önüne geçilmeye çalışılmıştır.

Uluslararası Hemşireler Birliği, hemşirelerin sağlığın korunması, geliştirilmesi ve yükseltilmesinde çok önemli bir rolde olduğunu vurgulamaktadır (18). Ruh sağlığı, sağlığın olmazsa olmaz bir ayağıdır ve ruh sağlığı hemşireleri ruhsal sağlığın korunması ve geliştirilmesi için danışmanlık, psikoterapi, araştırma ve eğitim rollerini kullanarak uygulamalarını gerçekleştirmektedirler. Ülkemizde 2011 yılında Resmi Gazete’de yayınlanan Hemşirelik Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Yönelik Yönetmelikte Alkol ve Madde Bağımlılığı Merkezi Hemşiresi’nin profesyonel rolleri belirlenmiştir ve

tanımlanmıştır. Bu doğrultuda araştırmada kullanılan bilişsel davranışçı temelli grup danışmanlığı uygulaması, psikiyatri hemşirelerinin danışmanlık ve terapist rollerine önemli katkılar sunacaktır (19).

Türkiye'de son yıllarda alkol ve madde kullanımı bir sorun olarak algılanmaya başlanmakla birlikte, ilgili çalışmaların yetersiz olduğu söylenebilir. Bu alanda daha fazla bilgi edinmek için kapsamlı araştırmalara gereksinim olduğu açıktır. Alkol ve madde bağımlılığını önlemeye yönelik kanıta dayalı bilgiler edinmek, bağımlılık araştırmaları için gerekli ve önemli bir adımdır. Ayrıca bilişsel davranışçı temelli grup danışmanlığı müdahaleleri, hem maliyet hem de daha çok bireye ulaşabilme açısından pratikte daha uygulanabilir görünmektedir (20). Ancak literatür incelendiğinde madde kullanım bozukluklarında bu müdahale türünün etkililiğini değerlendiren bir çalışmaya rastlanmamıştır. Yapılan araştırma ile literatürdeki bu boşluğun doldurulacağı düşünülmektedir.

1.1. Araştırmanın Amacı

Bu çalışmanın amacı, madde bağımlılarında bilişsel davranışçı temelli grup danışmanlığının madde kullanımına ilişkin inanç ve dürtüsellğe etkisini incelemektir.

1.2. Araştırmanın Hipotezleri

H₁: Bilişsel Davranışçı Temelli Grup Danışmanlığı, bağımlı bireylerde madde kullanımına ilişkin olumsuz inancı azaltır.

H₂: Bilişsel Davranışçı Temelli Grup Danışmanlığı, bağımlı bireylerde dürtüsellği azaltır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Madde Kullanım Bozukluğu

Fiziksel sağlık ve ruhsal yaşantıyı önemli ölçüde etkileyen maddeler, ilkel insanlar tarafından büyü ve dinsel tören gibi ritüellerde kullanılmıştır. Sümerlerde haşhaş ve afyon üretimi, eski Mısırlılara ait belgelerde geçmekte olan ilaç ve madde adları, Hipokrat tarafından ruhsal hastalıklarda afyon kullanımını madde kullanımının çok eskilere dayandığının kanıtlarındandır. Geçmişte ritüeller ve tedavi için kullanılan bu maddelere, günümüzde hem kadın hem de erkeklerde, düşükten yükseğe tüm sosyoekonomik düzeyde, ırk gözetmeksizin tüm etnik yapıda ve coğrafi bölgede rastlanmaktadır (21).

DSM IV ve V, madde kullanımı ile oluşan ruhsal bozuklukları genel yaklaşımına uygun olarak madde kullanım bozuklukları bölümünde ele almıştır. Madde kullanım bozuklukları, demans, deliryum, yoksunluk, intoksikasyon, amnestik bozukluk, psikotik bozukluk, uyku bozukluğu, cinsel işlev bozuklukları, kalıcı diğer bozukluklar , anksiyete ve duygudurum bozukluklarına neden olabilmektedir. Son yıllarda araştırma yöntemlerinin gelişimi ile birlikte kokain, amfetaminler, opiyatlar, kannabinoidler, sedatif-hipnotikler, diğer bunaltı giderici ilaçlar, halusinojenler ve uçucu gazların intrauterin gelişimsel nörotoksik etkileri olduğu ortaya çıkmıştır. Madde kullanımının giderek artması bunu önemli bir halk sağlığı sorunu haline getirmektedir (22, 23).

2.1.1. Madde Kullanımı Konusunda Bazı Kavramlar

Tolerans

Madde kullanımı sonucu oluşan etkiyi yeniden hissedebilmek için, kullanılan miktardan daha fazla maddeye gereksinim hissetme veya aynı miktarda maddenin tekrarlı şekilde kullanılması sonucu elde edilen etkide azalma hissi yaşanması durumudur. Bir grup ilacın bir üyesine tolerans gelişmesi aynı gruptaki diğer ilaçlara da tolerans gelişmesine neden olabilir. Bu olaya 'karşıt tolerans' denir. Tolerans gelişim hızı kullanılan ilaca, dozuna, uygulama sıklığına ve bireysel fizyolojik farklılıklara bağlıdır (24).

Yoksunluk

Gereksinimden fazla miktarda ve uzun süreç boyunca kullanılan maddenin miktarının azaltılması veya alımının sonlandırılması sonucu oluşan arayış hissidir. Madde ile, sıkıntı hissi veren durumdan uzaklaşabilmek amacıyla, kullanılan maddenin fiziksel ve ruhsal etkisinden yarar sağlanmaktadır. Amerikan Psikiyatri Birliği (2001) tanımına göre yoksunluk, fazlaca ve uzun süre içerisinde kullanılan madde alımının azaltılması veya sona erdirilmesi ile gelişen maddeye özgü semptomlar kümesidir (24).

Ruhsal Bağımlılık: Tolerans veya yoksunluk durumunun olmamasına rağmen yaşanan bağımlılık halidir. Öğrenme ile gelişir ve pekişir. Bu gereksinim büyük ölçüde bu maddelerin psikotrop etkilerine bağlıdır.

Fizyolojik Bağımlılık: Madde kullanan bireyde tolerans ve/veya yoksunluk bulgularının bulunması durumundaki bağımlılık şeklidir (24).

2.2. Madde İle İlgili Bozukluklara Yatkınlık Oluşturan Faktörler

2.2.1. Biyokimyasal Faktörler

Dopamin ve dopaminerjik sistem: İnsanda Nükleus akkumbens (NAc) 'in kendini uyardırma kritik bir önemi vardır. Ventral tegmental alan (VTA), NAc ve frontal kortekse dopaminerjik uyarı gönderir. Bu çekirdekler ve komşu amigdala gibi yapılar 'ödül merkezi' olarak adlandırılır. Amigdalanın bazolateral bölümü ödül davranışı açısından önemlidir. NAc bazolateral amigdaladan projeksiyonlar alır. Bu uyarılar NAc işlevini modüle eder. Bazolateral amigdalanın VTA ile de bağlantıları vardır. Güçlü bağımlılık yapan maddeler amfetamin, kokain ve eoin VTA'dan NAc'e giden yolları uyarır. Amfetamin vb geri emilimi de engelleyerek ek bir dopaminerjik etki sağlar.

Benzer etki, yemek yeme, kumar ve cinsel davranışlarda da olmaktadır. Bu dopamin (DA) artışı ile doğrudan bağlantılıdır. Alkolün mezolimbik DA salıcı etkisi endojen opioid sistemin sağlamlığına bağlıdır. Mezolimbik dopaminerjik nöronlardan salınan dopamin, madde arama ve bağımlılık gelişiminde önemli yer tutar. Dopamin kokain, alkol, opioid ve diğer maddeler için pekiştirici işlevi olan ve maddenin tekrar kullanılmasına yol açan nörotransmitterdir. Dopamin D2 reseptör geni 11. kromozomun q22-q23 bölgesindedir. Ağır ve çoklu madde kullanımı ile bu gende polimorfizm bulgusu (TaqI B1 RFLP) arasında önemli ilişki gösterilmiştir (21). Uzun süreli madde kullanımı,

mezolimbik dopaminerjik sistemde uzun süreli nöradaptif değişikliklere yol açar. Yoksunluk döneminde MSS'de DA'erjik aktivasyonda yetersizlik ortaya çıkar (23, 21).

GABA: Alkol ve sedatif hipnotikler GABAerjik etki gösterir. Hayvan deneylerinde bu maddelerin kendilerini tercih ettirici özellikleri vardır. Alkol ve bu grup ilaçların, bunaltı giderici ve yatıştırıcı etkileri, bağımlılık oluşturma, ödüllendirme ve bağımlılık davranışının yerleşmesine neden olan pozitif pekiştirme sonuçları doğurmaktadır. Bu sonuçlara globus pallidum, amigdala, olfaktör tüberkül ve ventral ön beyinde GABAerjik aktivitenin artması yol açmaktadır (25).

Serotonin ve serotonerjik sistem: Serotoninin bağımlılık gelişimindeki rolü halusinojenlerin bağımlılık potansiyelinin gözlenmesi ile önemli ölçüde artmıştır. 5HT'nin MSS'deki etkileri arasında davranışların inhibisyon, emosyonel stabilizasyon, iştah regülasyonu, duyuşsal tepkiler, ağrı duyarlılığı, uyku, cinsel davranışlar, bilişsel işlevler gibi önemli işlevler yer almaktadır. Doğrudan ödül davranışında yer almaz. Ancak DA'erjiksistemi etkileyerek dolaylı biçimde rol alır. Seratonerjik uyarı ile VTA'da DA salınımı artar.

Noradrenalin ve noradrenerjik sistem: Bağımlılıkta noradrenerjik sistemde adaptif değişiklikler olmakta, yoksunluk belirtilerinde bu sistem aktif rol almaktadır. Alkol yoksunluk durumunda ortaya çıkan ajitasyon, hipereksitabilite ve aktivite artışı bu sistemin bağımlılıkta etkili olabileceğini düşündürten önemli etkilerdendir (23, 21).

2.2.2. Genetik Faktörler

Ailesinde bağımlılık öyküsü bulunan çocuklarda alkol ve madde bağımlılığı görülme oranı daha yüksek saptanmıştır. Bu oran bu çocuklar bağımlılık öyküsü olmayan aileler tarafından evlat edinildiğinde de etkisini sürdürmektedir. Laboratuvar çalışmalarına göre, maddelerin bağımlılık yapıcı etkisi genetik olarak aktarılmakta ve bu genetik özelliklerin maddelerin toksik etkilerine duyarlılık durumunu belirlediği bildirilmiştir. İkiz, evlat edinme ve aile araştırmalarıyla, genetik etkinin bağımlılık gelişmesinde önemli bir etken olduğu görüşü önemli ölçüde kanıt oluşturmaktadır (23).

2.2.3. Cinsiyet, yaş, kişilik ve toplumsal-çevresel nedenler

Madde kötüye kullanma riski cinsiyet açısından değerlendirildiğine, bir yılda erkekler %1.7, kadınlar %0.7 oranında risklidir. 18-29 yaş grubu bağımlılığın sıklığı ve şiddeti bakımından en yüksek değerlere sahip olmakla birlikte, bu durum yaşın artmasıyla

git gide düşmektedir. Aşırı tepkisel, sinirli, hırçın, saldırgan davranışları olan bir gencin genelde sıkıntı verici olaylarla baş etme gücü yetersiz olduğundan madde kullanmaya ihtiyaç duyabilmektedirler (26, 27).

Madde kullanımının insan sağlığına yönelik etkisi ve verdiği zararları hakkında toplumun sahip olduğu bilgi düzeyi, kullanım oranını etkilemektedir. Öğrencilere yönelik veya toplumun tüm kesimini kapsayan eğitim uygulamaları, maddeye erişmenin kısıtlanmadığı ve alım gücünü zorlamayan düşük maliyetli maddelerin kullanımını azaltmaktadır. Alkole ulaşmanın zor olmaması ve maliyetinin düşük olması ile alkol kullanım bozukluğu arasında ilişki olduğu belirtilmektedir. Manevi inanç ve gelenekleri nedeniyle alkol kullanımının onaylanmadığı toplumlarda alkol kullanım bozukluğu oranı oldukça düşüktür. Alım gücünün yüksek ve refah seviyesinin iyi seviyede olduğu toplumlarda alkol bağımlılığı önde gelen sağlık sorunlarından biridir. Kişilerin bireysel olarak yaşadığı veya toplumun tümü tarafından algılanan stres etmenleri madde kötüye kullanım riskini arttırmaktadır. Stresli anlarda alkolün gösterdiği sedatize edici etki, kaygı ve çökkün duygu durumunun etkisinden kurtulmada etkili olması nedeniyle, bu etkinin kişilerde bağımlılık oluşturması oldukça büyük bir risk oranına sahiptir. Bireylerin sahip oldukları biyolojik ve psikolojik madde kullanım yatkınlığı, ruh sağlığı sıkıntısı halinde kişilerin kolay bağımlılık geliştirmelerini etkilemekte ve bu durum da riski arttırmaktadır. 18-29 yaş aralığında bulunan gençlerin madde kullanma ve bağımlılık geliştirmeleri bakımından bir diğer risk faktörü, bu yaş grubunda yaygın olarak görülen kendini kanıtlama veya benliğini ispatlama davranışının sık görülmesidir. Bu yaş aralığındaki bireyler beğeni kazanmak amacıyla farklı davranış biçimi sergileye yatkındırlar (23, 21).

2.3. Psikoaktif Maddelerin Merkezi Sinir Sistemi Üzerine Etkilerine Göre Sınıflandırılması

2.3.1. Merkezi Sinir Sistemine Depresan Etki Yapanlar

Alkol: Alkolün zararlı kullanımı halk sağlığı üzerinde ciddi bir etkiye sahiptir ve küresel olarak sağlığı kötüleştiren temel risk faktörlerinden biri olarak kabul edilmektedir. Alkolün kötüye kullanımı hem bireysel hem de sosyal gelişmeyi tehlikeye atmaktadır. Bireylerin hayatları üzerinde yıkıcı etki ortaya çıkarabilmektedir. Alkolün zararlı kullanımı, küresel hastalık yüküne önemli bir katkıda bulunmakta ve dünyadaki erken ölüm ve sakatlıklar için üçüncü önemli risk faktörü olarak listelenmektedir. Dünya genelinde 2,5 milyon insanın alkolle ilişkili nedenlerden öldüğü tahmin edilmektedir.

2004 yılında dünyadaki tüm ölümlerin % 3.8'i ve küresel hastalık yükünün % 4.5'i alkolün kötüye kullanımı sorumluluğunda gerçekleşmiştir (28, 29).

DSM V'e göre güvenli içme sınırları haftada en az iki içkisiz gün olması şartı ile erkekler için haftada 21 birim, kadınlar içinse 14 birim olarak belirlenmiştir. Bir standart birim, içinde yaklaşık olarak 10 g (10 ml) alkol içermektedir. Bir birim bir kadeh şarap, bir küçük kutu bira ya da bir tek rakı, cin, votka vb.' ne karşılık gelmektedir (30).

Barbitüratlar: Sakinleştirici ve uyku verici ilaçlar olan barbitüratlar merkezi sinir sistemini etkileyerek yatıştırıcı, sakinleştirici, teskin edici özellikleri ve uyku verici etkilerine göre; uzun etki süreli barbitüratlar, orta etki süreli barbitüratlar, kısa etki süreli barbitüratlar, çok kısa etki süreli barbitüratlar olmak üzere dört kısma ayrılırlar (31). Sentetik olarak farklı renk, ebat, ve şekillerde kapsül ya da tablet olarak üretilip, tıp alanında otuz kadar çeşidi bulunmaktadır. Hastayı sakinleştirmek için doktor tarafından verilmektedir. Ağız yolu ya da su ile eritilerek deri altına enjekte edilir. Alkol ile alımında ölüm hadisleri gerçekleşmektedir. Bu maddenin kötüye kullanımı halinde uyuşukluk, sınırlı davranışlar, kahkaha, sendeleme, reflekslerde zayıflama, artan terleme, intizam bozukluğu ve göz bebeklerinde küçülmeler görülmektedir (32, 31).

İnhalanlar (Benzen, Toluen, Nitritler, Freonlar vb.): Bu maddeler daha çok adolesan dönemde 12–17 yaş grubunda sık kullanılmaktadır. Ucuz, temini kolay ve yasaldır (33). Bu maddeler bileşenlerindeki alifatik ve aromatik hidrokarbonların inhalasyon yoluyla alınmasıyla etkilerini oluşturur. İnhalanlar, spreyle ağız ve buruna sıkılarak veya maddenin sürüldüğü bir çubuk ağız-buruna uygulanarak ya da bir kâğıt-plastik koruyucu içine yerleştirilerek buharın solunması yoluyla uygulanır (34).

İnhalanların kullanımıyla kısa sürede öfori, baş ağrısı, yorgunluk, tükürük artması, bulantı-kusma, iştahsızlık, gözlerde ve mukozada lokal irritasyonlar, relaksasyon, koordinasyon bozukluğu, kan basıncında artma, taşikardi, şaşkınlık ve sarhoşluk hali görülür. Anoksi, vagal inhibisyon, solunum depresyonu, kardiyak aritmiler sonucu ölüm meydana gelebilir. İnhalanlar karaciğerde metabolize olurlar ya da değişmeden akciğerlerden ve böbreklerden atılırlar. Bu organlara toksik etkileri nedeniyle renal ve hepatik yetmezlikler görülebilir. Periferik sinir sistemi üzerine olumsuz etkileri nedeniyle yaygın kas zayıflığı, anoksi sonucu kalıcı beyin hasarları oluşabilir (35, 34).

2.3.2. Merkezi Sinir Sistemine Narkotik Etki Yapanlar

Opioidler: Opioidler, analjezik, anestezik, ishal önleyici ya da öksürük giderici olarak kullanılmaktadır. Eroin bu grupta en fazla kötüye kullanılan maddelerden biridir ve genellikle enjeksiyon yoluyla alınır, oldukça saf olarak elde edildiğinde içilebilir ya da burundan çekilebilir. Diğer opiyatlar hem damar içi yolla, hem de ağız yoluyla alınabilir. Eroin ülkemizde en sık toz halinde burundan çekilerek kullanılmaktadır. Ancak yapılan çalışmalarda kadınlarda damardan kullanım oranının fazla olduğu bildirilmiştir(36, 37).

Opioid kullanan kişilerde öfori, uyku hali, uyuşukluk, zihinsel bulanıklık, konsantre olamama, hareketlerde azalma, çevreye karşı ilgisizlik, sosyal ilgi kaybı, solunum sayısında ve kalp vuruşunda da azalma, göz bebeklerinde küçülme, mide bulantısı-kusma, hipotansiyon, merkezi sinir sistemi depresyonu sonucu solunumun durması görülebilir. İlacın miktarına bağlı olarak da koma ve ölüm gelişebilir.

Opioid kullananlarda bu maddelere karşı kısa sürede bağımlılık gelişir. Damar yoluyla madde kullanan kişiler, bağımlı oldukları maddelerden dolayı risk alma davranışları (enjektör paylaşımı, birden fazla kişiyle korunmasız cinsel ilişkiye girmek) sergilerler. Opioid bağımlılarında maddenin damar yoluyla kullanılmasının AIDS (Acquired Immune Deficiency Syndrome-Edinsel İmmün Yetmezliği Sendromu), hepatit ve cinsel yolla bulaşan hastalıkların yayılmasında önemli bir risk faktörü olduğu bilinmektedir. Opioidlere bağımlılık ve tolerans başlıca 3 evrede gerçekleşir:

1. *Başlangıç dönemi (balayı dönemi):* İlk alışma ve kararsızlık dönemidir. Bu maddelere alışamama yönünde çabalarda bulunurlar. Tıbbi yardım aramadıkları ve tıbbi yardımda bulunulmadığı bu dönemde, kullanılan maddenin dozunun arttırılması ile ikinci döneme geçilir.

2. *Opioidlere doyma dönemi:* Bu dönemde hasta zevk için değil, ihtiyacını gidermek, anksiyeteyi azaltmak için kullanılır. Yoksunluk krizine girmemek için 3-4 saatlik aralarla bu maddeleri kullanırlar.

3. *Kaşeksi dönemi:* Kişi bu maddelerin bütünüyle zararlı etkisi altındadır. Hasta depresif bir durum gösterir. Kaşeksi hali ortaya çıkabilir (38, 39).

Eroin: Morfinin yarı sentetik bir alt tipi olan eroinin kimyasal yapısı diasetil morfin hidroklorididir. İlk olarak Almanya'da kimyacı Dresser tarafından bulunmuştur. Eroin, merkezi sinir sistemi üzerine etki bırakan kötüye kullanılan maddelerin en güçlü ve tehlikeli olanıdır. Bilinen uyuşturucu maddelerin en güçlüsü olarak ruhsal ve bedensel

bağımlılık yapanıdır. Kişilere göre değişiklik arz etmekle beraber bir defa kullanılması bile bağımlılık ortaya çıkarabilir. Ancak genelde bir iki hafta süre ile düzenli kullanın sonrası bağımlılık meydana gelir. İlk alımdan sonra dahi birey üzerinde önemli ruhsal problemlere yol açarak bağımlılık gelişmesine neden olur.

Eroin; bağımlıların açlık duygularını bastırır, cinsel dürtülerini giderek zayıflatır, kas krampları ve mide problemleri gibi fiziksel sıkıntıların yanı sıra, düşünce süreçlerinde bozulma, halsizlik, iş motivasyonunda azalma, ağız kuruluğu, kuru ve soluk cilt, donuk bir yüz ifadesi ile iştahta azalma belirtileri gösterir. Keyif verici etkisi, sahte mutluluk hali geçici olup aşırı dozda alımı ölümlerle sonuçlanabilmektedir. Bağımlı birey, yoksunluğun ortaya çıkardığı gerilim ve acı çekme duygusu ile baş edememekte, aynı etkiyi yeniden sağlamak için madde arama ve temin etme davranışını sürdürmektedir (40, 10).

Morfin: Morfin, afyon somununun kimyasal yollarla ayrılması ile oluşmaktadır. Afyon maddesinin içinde doğal olarak bulunan bir alkaloiddir. Çok güçlü bir ağrı kesici özelliği olan morfin, tedavisi başka türlü bir imkan bulunmayan kanser ağrısı gibi şiddetli acı ve ağrılar ile güçlü bir öksürük kesici ilaç etkinliği tıp dünyasında bilinmektedir. 1861-1865 Amerikan iç savaşları, 1866 Avusturya-Prusya Savaşı, 1870-1871 Alman-Fransız savaşlarında askerlerin yaralanma sonrası acılarını ve korkularını azaltmak için sıkça kullanılmıştır. Deri altı yoluyla vücuda verilen morfin, ağrı ve acıyı kesici, uyku düzenleyici, uyku ve kaygıyı yatıştırıcı etkisi olduğu kesin olarak saptanmıştır. Acı ve korkuyu azaltılmasından dolayı savaş sırasında yaralanıp morfin yapılan hastalarda; başağrısı, titreme, bulantı, kusma, kasılma gibi sorunlar yaşanmıştır. Bu durum ilk başta asker hastalığı olarak algılanmıştır (41).

Savaş sonrası askerlerde yoksunluk ve bağımlılık belirtileri geliştirdikleri tespit edilerek, morfinin tehlikeli bir madde olduğuna karar verilmiştir. Morfin, bağımlılık yapıcı özelliği ile kullanan bireylerin zihinsel süreçlerini ve fiziksel rutinlerini bozarak kuvvetli ağrı kesen, uyku regülasyonu sağlayan, sakinleştirici ve anksiyete azaltıcı etkilerini aşmaktadır. Geçici neşe ve mutluluk hissi vererek bireylerin bağımlı olmasına neden olur. Kullanıcı bünyesinin kısa sürede tolerans geliştirmesi sonucu ortaya çıkan ilk etkilerini kaybederek yoksunluk yaşanmasına neden olan tehlikeli bir maddedir (42, 43).

2.3.3. Merkezi Sinir Sistemine Uyarıcı Etki Yapanlar

Kokain: Koka adlı bitkinin yapraklarından üretilen kokain, beyaz renkli, acı tada sahip ince bir tozdan oluşmaktadır. Çok hızlı ve güçlü bir bağımlılık geliştirir. Çok güçlü merkezi sinir sistemi uyarıcısıdır. Etkileri kısa zamanda ortaya çıkar ve tesiri otuz ila atmış dakika arasında yok olur. Bağımlılık yapıcı etkisinin çok yüksek olmasından dolayı psikolojik bağımlılık tek kullanımdan sonra bile gelişebilmektedir. Tekrarlanan kullanımlar sonrası tolerans gelişir ve fizyolojik bağımlılık meydana gelir. İnce toz halindeki maddenin burun yolu ile solunması, intradermal veya intra venöz yolla vücuda zerk edilmesi ve tütün şeklinde dumanından yararlanılması sıklıkla görülen kullanım şekillerindedir.

Kokain kullananlarda; görme, işitme veya dokunma ile ilgili halüsinasyonlar, uyuyamama, ajitasyon, sindirim bozukluğu ve aşırı kilo kaybı görülmektedir. Kokain, otonom sinir sisteminin rutin çalışmasını engelleyici ve zehirli bir maddededir (44, 45).

Amfetamin: Amfetamin; insan bedeninin ürettiği adrenaline benzer etki meydana getiren sentetik maddelere verilen genel bir isim olup, merkezi sinir sistemini uyaran oldukça tehlikeli ve güçlü bir sentetik uyarıcıdır. Temel yapısını fenilatamin çekirdeği oluşturan amfetaminler, zihinsel süreçleri etkileyen ilaçlar grubunda yer almaktadır. Amfetamin oldukça eski, en iyi bilinen ve bu gruptan en çok kullanılan maddedir. Sentetik uyarıcılar kategorisinde yer alan ana maddeyi oluşturan amfetamin beyaz renkli bir toz olup bazen kahve rengi ya da griye yakın bir renktedir. Bu tür uyarıcılar laboratuvar ortamlarında toz ya da tablet halinde üretilmektedirler. Sentetik uyarıcılar ağızdan alınarak, burundan çekilerek, enjekte edilerek ya da dumanı çekilerek kullanılabilirler (46).

Amfetamin, medikal olarak uyku regülasyonu ve obezite tedavisinde kullanılmaktadır. Kimyasal yapılarına göre, merkezi sinir sistemi üzerinde farklı etkiler yaratan türevleri olan amfetaminlerin bağımlı bireylerce sıklıkla kullanılan çeşitleri Bezedrin ve Dexedrine maddeleridir.

Bu yüzyılda dahi amfetaminlerden medikal olarak oldukça yararlar sağlanmaktadır. Çocukluk çağı ruhsal rahatsızlıklarında sıklıkla kullanılan amfetaminler, dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu, depresyon ve narkolepsi tedavisinde baş roldedir. Düşünce süreçlerini hızlandıran etkisi nedeniyle zihin açan madde olarak bilinmekte, bu yönüyle kokaine benzetilmektedir. Kullanan kişiler üzerinde zevk alma, mani, öfori etkileri bırakarak motivasyon ve iş gücünde artışa yol açar. Yoksunluk

halinde ise bunaltı, depresyon, yalnızlık hissi, aktivite intoleransı, uyku gereksiniminde artış, terleme, baş ağrısı ve gastrointestinal sistem problemleri ortaya çıkarmaktadır. Madde alımı durdurulduktan sonraki ilk iki ile dört gün arasında pik yapan yoksunluk belirtileri bir hafta boyunca devam etmektedir (47-49).

2.3.4. Merkezi Sinir Sistemine Halüsinojen Etki Yapanlar

LSD (Liserjik asit dietilamid): Çavdar ve başka diğer tahıllarda yetişen bir çeşit mantar olan bu madde ergot adı verilen bir bitkinin bileşiği olan bir tür asitten meydana getirilir. Belli bir tadı ve kokusu bulunmamaktadır. Temel kimyasal maddesi ergotamindir. Beyaz kristal halde bulunan madde, yarı sentetik olup, oldukça kuvvetli bir uyuşturucudur. Çok küçük dozlarda alındığında LSD psikoaktif bir maddedir. Dozun çıplak gözle görülmesi çok zor olması saklamayı, taşımayı ve tüketmeyi kolaylaştırır. LSD ya da benzeri halüsinojenlerin etkisi altındaki bir madde kullanıcısı; ilk aldığı anda aldatici tesirini yaşamakta, beynin süratle çalışmasını sağlamaktadır (50).

Bir anda kullanıcı kendisini hayal ya da rüya aleminde zannedmektedir. Kişi görsel varsanılar, istenç gücünün kaybı, endişe, hızlı ruh hali değişiklikleri, uçabileceğini düşünme, zihin karışıklığı, delirium, şizofren tipi psikozlar şeklinde zihinsel belirtiler gösterebilmektedirler. LSD'nin halüsinojen ve fiziksel etkileri çok hızlı bir şekilde ortaya çıkar ve birey aynı etkiyi alabilmek için yüksek dozda madde almak gereklidir.

Günümüzde dünyanın neredeyse her yerinde kullanılmaktadır. Hollanda, İngiltere ve Almanya LSD'nin en yaygın görüldüğü ve üretiminin rastlandığı ülkelerdir. Ülkemizde çok nadir olmakla birlikte LSD vakaları olmaktadır (51).

Esrar: Hint kenevirinden elde edilen esrar, bu bitkinin çiçek, sap ve yapraklarından yararlanılarak toz, tablet veya sıvı biçiminde kullanıma hazır hale getirilir. Genellikle sigaraya sarıp içerek ya da ağızdan alınarak kullanılır. Esrarın etkin maddesi olan delta-9 tetrahidrokannabinol (THC) suda erimez, vilotillerde ve yağda çözünür, plazma proteinine bağlanır.

Kandan beyine ve diğer dokulara özellikle yağlı dokulara kolaylıkla geçer. Psikoaktif etkisi nedeniyle birçok tıbbi durumun tedavisi amacıyla antik çağlardan beri kullanılmaktadır. Bütün dünyada en yaygın olarak kullanılan yasadışı maddedir. Esrar kullanıldığında kişide şuur hali değişir, öfori, gevşeme, gözlerde kızarıklık, taşikardi, algıda artma, yargıda azalma olur ve iştahı artar.

Uzun süre ve yüksek dozlarda esrar kullanan kişilerde ilgisizlik, pasiflik, üretim kaybı, istek ve canlılıkta azalma, iştah artmasına bağlı kilo artışı olmakta ve konsantrasyon yeteneği kaybolmaktadır. Esrarın sürekli kullanımı immün sistem üzerine etkilidir. Marihuananın aktif bileşeni immün sistem işlevlerini baskılar. Solunum sisteminde bronşit, astım, rinofarenjitis ve akciğer dokusunda bozukluklar oluşabilir (52, 53, 33)

Diğer Halüsinojenler

Meskalin: Kaktüs bitkisinden elde edilen meskalin oral yolla alınır, hızla emilir. Genellikle 30-40 dk içinde etkisi başlar ve etkisi 12 saat sürer ve idrarla atılır. Meskalin kullanan bireylerin uzay ve zaman algısı bozulmuştur. Gözlerini kapattıklarında renkler ve şekiller görebilirler. Meskalin ayrıca neşe verir.

Psilosibin: Mantar bitkisinden elde edilen psilosibin oral yolla alınır. Etkisi 25-40 dk içinde başlar ve 8 saat sürer. Psilosibin hipertansiyona, taşikardiye, ateşe, pupil dilatasyonuna, deride karıncalanmaya, istem dışı hareketlere ve algısal değişikliklere yol açar.

Fensiklidin (PCP): Sentetik bir madde olan PCP oral, IV, sigara şeklinde içilerek ya da buruna çekilerek alınır. PCP tüm yollardan iyi emilir ve etkileri 6-8 saat sürer. PCP uçma hissine yol açar. Ayrıca öfori, algısal bozukluklar, kusma, ataksi, ajitasyon görülür (33; 23)

Ekstazi: Metilenendioksümetamfetamin (MDMA, ecstasy), özellikle genç insanlar tarafından yaygın olarak kullanılan sentetik bir amfetamin analogudur. Tipik olarak serotonerjik bir ilaç olarak anılsa da, çoklu nörotransmitter sistemleri (serotonin, dopamin ve norepinefrin salınımı ve bu nörotransmitterlerin yeniden alım inhibisyonu) ile etkinlik gösterir. Bu etkisi ile kullanan bireyde refah ve öfori duygularının artmasına neden olur (54). MDMA kullanımı, intraserebral kanama, termoregülasyonda bozulma, hipotansiyon, akut böbrek yetmezliği, immün disfonksiyon ve hepatotoksisite durumlarını ortaya çıkarabilmektedir. Teratojendir alkol ile alındığında etki düzeyi artmaktadır (55).

2.4. Madde Kullanım Bozukluklarında Tedavi Yaklaşımları

Madde kullanım bozukluklarında uygulanacak tedavi biçimi, maddenin türü, kullanıldığı süre, bireysel özellikler ve oluşma riski olabilen karmaşık durumlara göre farklılıklar göstermektedir (33).

Uygulanacak tüm tedavi biçimlerinde başarılı sonuçlar elde edebilmek için, kullanılan yöntemin bütüncül ve tamamlayıcı özellik taşıması kaçınılmazdır. Bütüncü ve tamamlayıcı tedavide rol alan sağlık ekip üyelerinden biri psikiyatri hemşiresidir. Psikiyatri hemşiresi, mesleğine profesyonel bir kimlik kazandıran, veri toplama, tanılama, sonuç kriterleri, planlama, uygulama ve değerlendirme aşamalarından oluşan hemşirelik sürecini bağımlılığın tedavisinde kullanmalıdır. Alkol ve madde bağımlılığın tedavisinde psikiyatri hemşireliği süreci kullanımı, hastalara kaliteli bakım hizmeti verilmesi açısından önemlidir. Bu nedenle problem çözme yöntemi olan hemşirelik süreci, klinikte uygulanmalı ve hemşirelik bakımının sürekliliği sağlanmalıdır (56, 57).

Hemşireler madde kullanımının önlenmesi ve tedavisinde, bireyleri, aileleri veya grupları biyopsikososyal yönden destekleyen, maddeden uzak kalabilme konusunda rehabilite eden, yeniden madde alma davranış eğilimini önleyen; hastalara ve diğer sağlık ekibi üyelerine konu hakkında eğitimler veren, tüm bu profesyonellik gerektiren uğraşlar sonucu ekibi içerisinde vaka yöneticisi rolü olan ve hemşirelik uygulamalarının bilimsel temellerinin güçlenmesi için araştırmalar yapan ve bunları paylaşan sağlık ekibinin kilit üyelerindedir (4, 58).

İlaç tedavisi: Madde kullanımı nedeniyle oluşan bozukluklar kısa ve uzun zaman dilimi gerektiren 2 safhada gerçekleşir. Birinci basamak tedavi protokolü olarak uygulanan kısa süreli tedavi yöntemi detoksifikasyon olarak adlandırılan arındırma tedavisidir. Bu safhanın öncelikli amacı bağımlı bireyin kullandığı yüksek dozdaki maddenin lethal etkisinden kurtulmasının sağlanması ve sonrasında ortaya çıkan madde açlığı ve arayışı sendromununun tedavi edilmesidir. Bu hedefleri yerine getirebilmek amacıyla antagonist farmakolojik ajanlardan yararlanarak, madde kullanımına bağlı gelişen organ fonksiyon bozulmalarında düzeltme sağlanmaya çalışılır. Ruhsal yönden sıkıntı yaratan semptom ve yakınmalara yönelik sedatif psikotropolar bu safhada yarar sağlayan önemli farmakolojik ajanlardandır. İlaç tedavisinin daha etkin yarar gösterebilmesi için bağımlı bireylerin uyku regülasyonu sağlanmalı ve sıvı elektrolit dengesi terapötik düzeyde tutulmalıdır. Kısa süreli tedavi aşamasını başarıyla geçen hastaların uzun süreç gerektiren ikinci tedavi aşamasına geçmesi sağlanır (59).

Uzun süreli tedavi ise taburcu olduktan sonraki dönemi içermektedir. Kısa süreli tedavi aşamasında kullanıma başlanan antagonist ve psikotrop ilaçların reçeteye uygun şekilde kullanımının devam etmesinin sağlanması ve tedaviye uyumsuzluğun önüne geçilmesi uzun süreli tedavinin önceliklerindedir. Bağımlı birey tedavisinin önemli bir ayağı olan ilaç tedavisi sırasında tedaviye devam etme konusunda güçlükler yaşayabilir. Madde kullanımına neden olan sosyal çevresinden kopamayabilir ve yeniden madde dönme davranışı içine girebilir. Bu güçlüklerle karşılaşma olasılığını en aza indirebilmek için tedavinin erken dönemde başlaması, hasta bireyi bağımlılığa sürükleyen sosyal çevreden uzaklaştırılması ve yeni sosyal çevre içinde davranış kalıplarını değiştiren bir kimlik değişiminin gerçekleşmesi sağlanmasıdır (23, 59).

Psikoterapi: Bağımlı bireyin madde kullanma riski ve maddeden göreceği zararlar konusunda eğitiminin sağlanması, madde kullanımını sonlandırmak amacıyla, bireysel, aile ve grup psikoterapileri yarar sağlamaktadır. Tüm bu terapi biçimleri sayesinde bağımlı bireye kendisi ve bireylerarası problemleri ile ilgili içgörü kazandırılarak bütüncül yaklaşım sağlanır. Özellikle bilişsel ve davranışçı ekollerden yararlanılması, bağımlılar için maddenin hedonik amaçlarla tatmin olmak için kullanılmasının önüne geçer. Bu bağlamda bireylerin ilgi alanları farklı noktalara kaydırılarak farkındalıklarının artırılması ve yeni zevk alma alanları oluşturulup güçlendirilmesi sağlanır (17).

Rehabilitasyon ve topluma kazandırma: Rehabilitasyonda amaç kişilere fiziki, psikolojik ve sosyal olarak bir güç kazandırmak, karşılaştıkları durumlarla mücadele edebilmelerini sağlamak, toplum içindeki aynı yaş gruplarından olan insanların faydalandıkları imkanlardan yararlanmalarını temin etmektir. Topluma kazandırma, rehabilitasyonun önemli bir parçasıdır. Toplum tarafından damgalanma ve ayrımcılığa maruz kalma madde kullanım bozukluğu yaşayan bireylerin sıklıkla yaşadığı problemlerdendir. Madde bağımlılarının çoğunluğu topluma uyum sağlayamayan ve toplum içine gerektiği kadar giremeyen kişilerdir. Bu anlamı ile olay kişinin toplum içine ilk adımıdır (60).

Madde bağımlılarında uygulanan psikososyal müdahalelerin amacı, bağımlılık nedeniyle öğrenilen işlevsiz düşünce ve davranış biçimlerinin yeniden yapılandırılarak işe yarar yeni hale dönüşmesini sağlamaktır. Bu düşünce ve davranış şekillendirilmesi sağlıklı kişilerarası ilişkilerin kurulması ve bağımlılık nedeniyle bozulan aile içi süreçlerin ve toplumsal ilişkilerin yeniden düzenlenmesi müdahalelerini kapsamaktadır. Bağımlı bireyin yeniden toplumsal kabulünün yapılandırılması, bozulan dinamiklerin

yeniden kurulması, yeni ve sağlıklı bir yaşam biçimi kazanımı kişileri zorlayan bir süreci içermektedir. Bu zorlu süreç sonunda bağımlı bireyler yeniden sağlıklı bir hayat biçimi oluşturma, yeni yaşam şekline alışmayı öğreneceklerdir. Terapilerin hala devam etmekte olduğu bu süreçte, yeni çevre, yeni kişilerarası ilişkiler gibi deneyimler edinecek, kendi çabaları veya çeşitli kuruluşlardan yardım talep ederek bir işte çalışması sağlanacaktır (61, 62).

2.5. Madde Kullanım Bozukluklarında Bilişsel Davranışçı Model

Aaron Beck'in kognitif modelinden yararlanılarak ortaya koyulan bilişsel davranışçı yaklaşımda iyileşme süreci, rahatsızlık ortaya çıkaran belirli bir durumun bilişsel yönden formüllendirilmesi ve birey tarafından çıkan formül yapısının sıkıntıyı ortaya çıkaran durumu daha iyi anlaması amacıyla kullanımı sonucunda gerçekleşir. Modeli uygulayan danışman, danışanın duygu, düşünce ve davranış süreçlerinde değişiklik oluşturmaya çalışarak, bu süreçlerde yeniden yapılandırma sağlanmaya çalışılır. Model uygulayıcı, bu yeniden yapılandırma sürecini gerçekleştirebilmek için bilişsel yöntemin aşağıdaki amaçlarını yerine getirmelidir (63, 64):

Danışanın;

- Anlık düşüncelerinde (otomatik düşünce) farklılık oluşturmak
- Düşünce, duygu ve davranış ilişkisini kavramasını sağlamak
- İşlevsiz anlık düşüncelere yeni alternatif düşünceler oluşturmasını sağlamak
- Yaşadığı olayları yanlış adlandırmasına neden olan işlevsiz inançlarının farkına vararak bu alanda değişim gerçekleştirmesini sağlamaktır.

Bu amaçları gerçekleştirebilmek amacıyla bazı terapötik tekniklerden yararlanır. Bilişsel modelde kullanılan terapötik teknikler, tek parçalı görünen büyük sorunu, daha küçük bölümlere ayırma, sıkıntının şiddetini arttıran anlık düşünce ve kalıcı inançları belirleme, otomatik düşünceleri saptama, yönlendirilmiş keşifle anlamlara ulaşma, altta yatan sayıltı ve inançlara ulaşma, işe yaramayan düşünce ve inançları yeniden yapılandırmadır. Tüm bu bilişsel teknikler, bireyin şiddetli biçimde inandığı inançlarını saptamasına, daha sonra bunları inceleyerek soru sormasına ve sonrasında da bu düşüncelerin daha işlevsel olanlarla değiştirilmesine ilişkin danışmanlar tarafından kullanılan araçlardır (65, 66).

Bu modelde temel özellik, anlık otomatik düşüncelerinin farkına varmayı öğrenen bireylerin, bu düşüncelerin kesin bir gerçek özelliği taşımadıkları, sınanabilen birer hipotez gibi algılamalarını sağlamaktır. Danışan bireylere anlık düşüncelerini sorgulama yöntemleri ve bu düşüncelerin onların davranış ve duygu biçimlerini nasıl etkilediğini görmelerini kavratmaktır. İşlevsiz anlık düşüncelerinin yerine, daha iyi hissetme sağlayan, daha işe yarar, alternatif düşünceler geliştirmesi sağlanacaktır.

Madde kullanım bozukluklarında uygulanan bilişsel davranışçı modelin 2 temel hedefi bulunmaktadır:

1. Madde kullanımına yol açan inanç biçiminin kökenine inmek ve değişiklik sağlamak, kullanım süresini ve şiddetini azaltmak
2. Aşırı madde kullanma isteğinin ele alınarak, baş edebilmek için özgül tekniklerden yararlanılmasını sağlamaktır.

Bu hedeflere yönelik uygulanacak bilişsel modelde çarpıtılmış düşünceler üzerinde çalışılarak bağımlı bireylerin madde kullanımı konusunda kontrol gücü artırılır. Bu bağlamda bireylerin işlevsiz düşünce sisteminden kaynaklanan gerçek dışı problemleri değerlendirme süzgecinden geçirerek asıl problem üzerinde durmaları sağlanır. Özgül terapötik yöntemlerden yararlanılarak madde açlığı hissi yaşadığında işlevsel baş etme mekanizması oluşturması aşılır. Yeni ilgi alanları keşfetmesi ve alışkanlığa döndürülmesi üzerine çalışılır. Birçok bağımlının sınırlanma eşiği düşük olduğundan kendilerine ve çevrelerine zarar veren yıkıcı dürtüsel davranışlarda bulunmaları yaygındır. Bu sınırlanmaları amaca ulaşmada öne çıkan engel olarak görmelerindense, çözülmesi gereken problem olarak algılamaları sağlanır (67).

Bunun dışında bilişsel model, bireylerin bağımlılık tutumunu pekiştiren öfke, üzüntü, stres hallerinden başarılı bir şekilde çıkmalarında önemli rol oynar. Bireye çarpıtılmış düşünce sisteminin öfke, stres, agresyon davranışlarına nasıl yol açtığı konusunda farkındalığı oluşturulur. Bireyler, bilişsel model ile madde kullanmayı sonlandırmaları ve temiz kalmalarını sağlayacak yeni sistem ve yöntemler ile güçlendirilirler (17).

2.6. Madde Kullanım Bozukluklarında Bilişsel Davranışçı Model ile Madde Kullanıma İlişkin İnanç ve Dürtüsellik İlişkisi

Madde kullanım bozukluklarında, bağımlılık ve bilişsel süreç arasındaki ilişki oldukça iyi belirlenmiştir. Madde kullanımına yönelik uygun olmayan inanç biçimleri; etkili sorun çözme ve stresle baş edebilme durumlarında zorluk yaşama ve kişilerarası ilişkileri başlatma ve sürdürme konularında güçlük çekme problemlerini bir arada deneyimleyen bireyleri, madde kullanım bozukluklarına ve bununla birlikte dürtüsel davranış biçimlerine yönlendirebilir. Sorunlara yönelik etkili olmayan baş etme biçimleri, işlevsiz otomatik düşünce ve inançların sonucunda gelişir. Madde kullanımı konusunda bağımlılık geliştiren birey, maddenin duygu durumu ve zihinsel süreçlerinde yarattığı pekiştirici haz duygusunu hatırlamaya meyillidir. Yapılan araştırmalarda madde ve alkol kullanım bozuklukları ile bu maddeleri arama dürtüsü ve davranışı ile ilgili bilişsel süreçlerin önemi vurgulanmıştır (4,68). Literatürde yer alan bir çalışmada alkol almaya yönelik özlem ve yoksunluk yaşama korkusu üzerinde olan inançlar, erkek alkol bağımlıların bağımlılık durumlarının nüksetmesinde oldukça önemli bir role sahip olduğu vurgulanmıştır. (68).

İnanç sonucunda gelişen bağımlı davranış kalıplarını açıklayan bilişsel model, Beck ve arkadaşları tarafından geliştirilmiştir. Geliştirilen bu modele göre herhangi bir maddenin bağımlılığını yaşayan bireyde, madde kullanan bir arkadaşıyla karşılaşma veya çökkün bir duygu durum yaşayabileceği riskli bir durumla karşılaşması sonucunda maddeye yönelik geçmişte oluşturduğu inançlar aktif hale gelir. Bu aktifleşme kişinin yeniden madde kullanımı konusunda otomatik düşüncelerini canlandırarak bağımlı bireyi madde arama davranışına iter. Madde kullanım bozukluğuna sahip bireylerin büyük çoğunluğu bu istek ve dürtüyle savaşmayı güç bulur. Bunun yerine madde kullanma ve bunu sürdürme konusunda kolaylaştırıcı inanç sistemi geliştirirler (69). Madde kullanımına yönelik otomatik düşünceler, inançlar ve bunlara bağlı olarak ortaya çıkan madde arama isteği ve özlemi, kolaylaştırıcı inançlar ve madde alma konusunda yüksek derecede dürtüsel davranışlar bağımlılığın süreklilik kazanmasında bir kısır döngü oluşturmaktadır. Bağımlılık yaşayan bireylerin çoğu, istemeleri durumunda dahi madde kullanma durumlarından kurtulamayacakları yönünde düşünceye sahiptirler. Bu durumlarda vurgulanması gereken, madde kullanıma yol açan işlevsiz düşünce ve inançlara doğumdan itibaren sahip olunmadığı, sonradan ve öğrenme nedeniyle geliştirildiği ve vazgeçilebilir olduğudur. Burada önemli olan bir profesyonel eşliğinde

inançlar üzerine çalışılması, madde kullanım davranışının gelecekte tekrarlama riskinin azaltılması olduğu belirtilmelidir. Bu bağlamda bireylere yeni düşünme biçimi oluşturma yöntemi kavratılması ile madde kullanmalarına neden olan dürtüsel davranmalarının önüne geçilecektir. Beck'in madde kullanım bozukluğuna yönelik bilişsel modeli, bağımlılığın bilişsel tedavisinin önemli ayağını oluşturur. Buna yönelik kanıtlar literatürde geniş bir yere sahiptir (70-72).

2.7. Madde Kullanım Bozukluklarına İlişkin İnancı Arttırma ve Dürtüsellliği Azaltmada Psikiyatri Hemşiresinin Rolü

Türkiye'de 2011 yılında yayınlanan hemşirelik yönetmeliğine göre psikiyatri hemşirelerinin görev ve yetkileri kapsamında alkol ve madde bağımlılığı merkezi çalışan hemşirelerin görev tanımlanmaları yapılmıştır. Buna göre bağımlılık merkezlerinde çalışan hemşirelere tedavi süreci ve sonraki rehabilitasyon dönemlerinde profesyonel ekibin etkin üyesi olarak görevlerini yerine getirmek, bağımlı birey ve aile üyelerine psikososyal yönden destek sağlamak, toplumda görülen madde kullanım sıklığı ve şiddetini azaltmaya yönelik farkındalık oluşturmak ve bunun üzerine çeşitli eğitim programları geliştirmek, bilimsel araştırmalar yapmak, hemşireliğin gelişmesini sağlamak ve diğer meslektaşlar ile bilgi paylaşımında bulunmak gibi rollere sahip olmalıdır (19).

Hemşireler, madde bağımlılıklarının tedavi edilmesi ve nükslerin önlenmesinde ekibin önemli bir üyesidir. Bağımlılık alanında çalışan hemşireler, tedavi yöntemlerinin temel prensipleri, maddelerin bireyler üzerindeki fiziksel ve kimyasal etkileri, zehirlenme ve yoksunluk semptomlarının tanımlanmasında iyi bir bilgi birikimine sahip olmalıdır. Risk altındaki grupların tanımlanması, sürekli bakımın devamı, bağımlı bireyin bütüncül bakımında hemşireler, tedavi ekibinin önemli bir parçası durumundadır (58). Hemşire, bağımlılık geliştirmiş hastayı değerlendirirken sırasıyla, kullanılan maddenin türü, nasıl alındığı, alınan maddenin miktarı, kullanma sıklığı ve süresi, en son kullanılan maddenin zamanı, bağımlılıktan kurtulma konusundaki düşünceleri ve tutumu, madde kullanımı nedeniyle iş yaşamı, aile ilişkileri, yasal problemler vb. konularda yaşadığı sıkıntılar, bireyin ailesinde kendisi dışında madde kullanan bir yakınının olup olmadığı konularında detaylı bir inceleme yapmalıdır (6).

Hemşireler, bağımlılık sorununun reddedilmesi, bağımlılığı önemsiz bulma, suçlu başkalarında arama, öfke, mantıklı hale getirme, suçluluk hissi, muhakeme zayıflığı,

dürtüsellik, öz saygıda azalma, baş etme yöntemi kullanmada etkisizlik, aile, okul ve iş yaşamında rollerini yerine getirememesi, uyuma ve beslenme konusunda güçlük yaşama, bireylerarası ilişkilerde samimi olamama konusunda hastaları inceliklerle değerlendirmelidir.

Yönetmeliğe göre AMATEM’lerde görev alan hemşirelerin yerine getirmeleri gereken diğer sorumlulukları;

- Tedavi edici grup çalışmalarını “uğraşı, spor, günaydın toplantısı, sinema, kitap, işe yönlendirme, gezi vb.” düzenleyerek bireylerin katılımını sağlamak ve gözlemek
- Belli bir sıklıkta bağımlı bireylerin idrar örneklerini almak ve incelemelerde bulunarak madde kullanımı konusunda takip etmek
- Birimde kullanılan ilaçların güvenliğini sağlamak amacıyla kilitli dolap için de saklamak ve sayarak teslim etmek
- Birim içinde düzenli aramalar yaptırmak, güvenliğini sağlamak ve birim içerisine madde getirilmesinin önüne geçmek amacıyla tedbirler almak
- Taburcu olan hastaların nükslerini önlemek için bireysel/grup danışmanlığı yapmak ve bunun sonucunda relapsa neden olan düşünce ve inançların tanınmasını, ortaya çıkmasını sağlamak
- Bağımlı bireylerin kendine yardım gruplarına katılmaları konusunda ilgilendirmek
- Birim çalışanlarının madde kullanım bozukluğu konusunda eğitimini planlama ve uygulamak
- Toplum a yönelik bilgi verici eğitimlerde danışmanlık yapmak
- Tedviye yönelik ilgisini ve tedavisini kaybetmiş hastanın yeniden uyum sağlamasını sağlamak
- Günlük yaşam stresleri nedeniyle etkisiz baş etme biçimi sonucunda madde kullanımı gerçekleştiren bireyin farkındalığını geliştirmek ve etkin problem çözme becerisi kazandırmak
- Bireye bağımlılığın yol açtığı sorun ve zararlar hakkında bilgi vermek ve değişim ajanı olmak

- Bireyi madde kullanmaması konusunda motive etmek, yüreklendirmek ve temiz kalmasını sağlamak
- Tedavi hakkında ve gelişebilecek diğer durumlara yönelik bilgilendirmek
- Bağımlı bireyi önyargısız, değer vererek, içten bir dinleyici tutumu seçilemek (19).



3. MATERYAL VE METOT

3.1. Araştırmanın Türü

Araştırmada ön test son test kontrol gruplu gerçek deneme modeli kullanıldı.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman

Araştırma Turgut Özal Tıp Merkezi Alkol ve Madde Bağımlılığı Araştırma, Tedavi ve Eğitim Merkezi (AMATEM) birimi ve Gaziantep 25 Aralık Devlet Hastanesi Ahmet Şireci AMATEM biriminde Eylül 2018-Nisan 2019 tarihleri arasında yürütüldü.

Turgut Özal Tıp Merkezi AMATEM birimi, psikiyatri servisi içinde yer almakta olup; okuma salonu, mutfak, eğitim odası, iş-uğraş odası, televizyon ve yemek salonundan oluşmaktadır. Klinikte on, yoğun bakımda iki olmak üzere toplam 12 yatak bulunmaktadır. Birimde bir öğretim üyesi, bir psikolog, bir eğitim hemşiresi, sekiz klinik hemşiresi, bir sekreter ve iki personel görev almaktadır. Gaziantep 25 Aralık Devlet Hastanesi Ahmet Şireci AMATEM kliniğinde ise iki psikiyatri uzmanı, iki pratisyen hekim, iki psikolog, bir sosyal çalışmacı, on hemşire / sağlık memuru çalışmaktadır. AMATEM kliniği altı özel, 13 çift yataklı ve 10 yataklı detoksifikasyon odası olup, toplam 42 hasta kapasitesi bulunmaktadır.

Her iki AMATEM biriminde Sigara, Alkol ve Madde Bağımlılığı Tedavi Programı (SAMBA) uygulanmaktadır. SAMBA; yapılandırılmış bir bağımlılık tedavi programıdır ve interaktif biçimde yürütülen, didaktik öğeler içeren ve farklı aktivitelerden oluşan bir psikoeğitimidir. Bu uygulamamanın amacı ve hedefi, alkol veya madde konusunda kişinin bilgilendirilmesini sağlamak, değişim motivasyonunu sağlamak, bulaşıcı hastalıklardan korunmayı sağlamak ve zararı azaltmak, bağımlılıkta yinelemeyi engelleyecek becerileri kazandırmak, öfke ve stresle başa çıkma becerisini öğretmek, etkili iletişim yöntemlerini öğretmek, kişinin alkol/madde kullanımı ile ilgili düşünce hatalarının farkına varmasını sağlamaktır.

Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini Turgut Özal Tıp Merkezi Alkol ve Madde Bağımlılığı Araştırma, Tedavi ve Eğitim Merkezi (AMATEM) ve. Gaziantep 25 Aralık Devlet Hastanesi Ahmet Şireci AMATEM biriminde tedavi gören yetişkin hastalar oluşturdu. Turgut Özal Tıp Merkezi Psikiyatri Kliniği içerisinde bulunan AMATEM biriminde bir

yıl içerisinde toplam 120; Gaziantep 25 Aralık Devlet Hastanesi Ahmet Şireci AMATEM biriminde 425 hasta yatarak tedavi görmekte idi. Araştırmanın örneklemini ise; yapılan güç analizi ile çift yönlü önem düzeyinde 0.6 büyüklüğünde %5 yanılma düzeyi ile belirlenen %95 güven aralığında, evreni % 95 temsil gücüyle tespit edilmiş 114 yetişkin hasta birey (deney:51, kontrol:63) oluşturdu. Hastalara uygulanan bilişsel davranışçı temelli danışmanlık programında, deney ve kontrol grubunun birbirini etkilemesini önlemek için deney grubunu Malatya AMATEM'e kayıtlı hastalar, kontrol grubunu Gaziantep AMATEM'e kayıtlı hastalar oluşturdu. Örnekleme oluşturan hastalar gruplara randomize olarak atandı.

3.3. Araştırmaya Alınma Kriterleri:

- 18-65 yaşları arasında olmak
- DSM-5'e göre madde kullanım bozukluğu tanısı almak
- İletişime ve işbirliğine açık olmak,
- Kendi isteğiyle tedavi olmaya karar vermiş olmak,
- En son madde kullanımının üzerinden 10 gün geçmiş olmak.

3.4. Araştırmadan Dışlama Ölçütleri:

- Madde yoksunluk döneminde bulunmak,
- Herhangi bir işitsel, görsel kısıtlılığı olmak,
- Komorbid psikiyatrik tanıya (psikotik bozukluk, kişilik bozukluk, depresyon vs.) sahip olmak.

3.5. Veri Toplama Araçları

Verilerin toplanmasında Kişisel Bilgi Formu, Madde Kullanımı ile İlgili İnançlar Ölçeği ve Barratt Dürtüsellik Ölçeği kullanıldı.

Kişisel Bilgi Formu:

Araştırmacı tarafından oluşturulan bu form bağımlı bireylerin tanıtıcı özellikleri; yaş, cinsiyet, eğitim, gelir durumu, yaşanılan yer, medeni durum, aile yapısı, çalışma durumu, maddeye ilk başlama yaşı, ailede başka madde kullanıcı bireylerin varlığı, maddeye başlama nedeni, maddeyi kim veya kimlerle kullandığı, daha önce yatarak

tedavi olma durumu, tedaviden sonra madde almadan temiz kalma süresi ve hangi maddenin ne kadar süre kullanıldığı bilgilerini kapsayan toplam 15 soru içermektedir.

Madde Kullanımı ile İlgili İnançlar Ölçeği:

Beck ve arkadaşları tarafından geliştirilen, Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması ise Aslan ve arkadaşları tarafından yapılmış bir ölçektir. Ölçek toplamda 20 maddeden oluşmaktadır. Her madde 7'li likert tipte ölçülmektedir. Bunlar sırasıyla tamamen katılmıyorum, çoğunlukla katılmıyorum, katılmıyorum, kararsızım, biraz katılıyorum, oldukça katılıyorum ve tamamen katılıyorum şeklindedir. Tek boyuta sahip olan ölçekten en az 20 en fazla 140 puan alınmaktadır. Ölçekten alınan puanın yüksek olması, uyumsuzluğun yüksek olmasını göstermektedir (20). Ölçeğin yapılan geçerlik güvenilirlik çalışmasında 0.89 olarak saptanan Cronbach alfa güvenilirlik katsayısı, bu araştırmada 0.92 olarak tespit edilmiştir.

Barratt Dürtüsellik Ölçeği:

Barratt tarafından geliştirilen ve ülkemizdeki geçerlilik güvenilirlik çalışması Güleç ve arkadaşları tarafından gerçekleştirilen ölçek, dürtüsellik ölçmede kullanılmaktadır. Ölçek toplam 30 sorudan oluşan kendini değerlendirme formundadır. Dikkatsizlik, motor dürtüsellik ve tasarlanmamış dürtüsellik olarak üç alt ölçeğe sahiptir. Her bir soruya verilen cevaplar hiçbir zaman, bazen, sıklıkla ve her zaman seçeneklerine sahiptir. Ölçekten alınan yüksek puan dürtüsellik yüksek olduğunu göstermektedir (73). Ölçeğin yapılan geçerlik güvenilirlik çalışmasında 0.81 olarak saptanan Cronbach alfa güvenilirlik katsayısı, bu araştırmada 0.87 olarak tespit edilmiştir

3.6. Verilerin Toplanması

Araştırma verileri Eylül 2018-Nisan 2019 tarihleri arasında toplandı. Veriler, Turgut Özal Tıp Merkezi ve Gaziantep 25 Aralık Devlet Hastanesi Ahmet Şireci AMATEM birimlerinin aynı koşullara sahip toplantı odasında; araştırmacı tarafından soru formu kullanılarak yüz yüze görüşme tekniği ile ortalama 30 dakikada dolduruldu. Deney ve kontrol grubuna ön test olarak Kişisel Bilgi Formu, Madde Kullanımı ile İlgili İnançlar Ölçeği ve Barratt Dürtüsellik Ölçeği uygulandı. Deney grubuna 8-12 kişiden oluşan, 4 haftalık sürede toplam 8 oturum şeklinde, 60-90 dakika süren bilişsel davranışçı temelli grup danışmanlığı uygulandıktan sonra, deney ve kontrol grubundan son test verileri toplandı.

3.7. Hemşirelik girişimi

Bilişsel davranışçı temelli grup danışmanlığı uygulayan araştırmacı uygulamaya başlamadan önce 50 saatlik ‘Bilişsel Davranışçı Terapi Kuram ve Uygulama Temel Eğitim Programı’ ve 30 saatlik ‘Bilişsel Davranışçı Psikoterapiler Derneği Beceri Kazandırma Eğitimi’ programlarına katılmış olup, eğitiminin süpervizyon aşamasındadır.

3.7.1. Deney Grubuna Uygulanan Hemşirelik Girişimi

Deney grubunu oluşturan bireylere her biri yaklaşık 60-90 dakika süren 8 oturumdan oluşan bilişsel davranışçı temelli grup danışmanlığı oturumları gerçekleştirildi. Grup oturumları araştırmacının liderliğinde Malatya ilindeki AMATEM’de haftada iki oturum şeklinde uygulandı.

Hazırlık oturumu ve bilişsel davranışçı yaklaşımın açıklanması (1 ve 2. Oturumlar): Kriterlere uygun olan bireyler araştırma hakkında bilgilendirildikten sonra toplantı salonuna davet edilerek hazırlık oturumu gerçekleştirildi. Bu oturumda, hastalara çalışmanın amacı ve önemi, grup danışmanlığı programının içeriği, süresi açıklanarak, hastaların programdan beklentileri öğrenildi. Grupta güven oluşturulmaya çalışılarak, üyeler grup kuralları hakkında bilgilendirildi. Grup sürecinde, kullanılacak yöntemler, bilişsel davranışçı yaklaşımın temel bileşenleri ve ev ödevlerinin önemi konusunda bilgi verildi. Gruba katılım konusunda üyeler cesaretlendirilmeye çalışıldı. Bu oturumda temel olarak grup üyelerinin tanışması ve terapötik bir iletişim kurulmasına odaklanıldı.

Otomatik düşünceler ve ara inançlarla çalışma (3.-6. Oturumlar): Bu oturumlarda otomatik düşüncelerin, kişinin zihninden geçen düşünceler, imgeler olduğu için danışmanlık sürecinde ele alınan sorunun belli bir örnek, bir an, bir durum özelinde tanımlanması sağlandı. Seans başlangıcında ele alınacak sorunlar belirlendikten sonra bu sorunlarla ilgili bilişsel içeriğin ele alınması bu seansların ana kısmını oluşturdu. Yaşanan sorunun somut bir durum özelinde ele alınmasından sonra duygu, düşünce ve durum tanımlanması yapıldı. Ara inançların çalışılması 7 sütunlu düşünce kayıt formu üzerinden yapıldı. Düşünce kayıt formları aracılığı ile form üzerinden ara inançlar tespit edilerek ve grup üyelerine ara inancın değiştirilmesi yönünde hangi tekniklerin kullanılacağı öğretildi.

İnançla çalışma ve sonlandırma (7. ve 8. Oturumlar): Bu oturumlarda Temel İnanç İnceleme Formu kullanılarak temel inançlar açıklandı ve örneklerle desteklendi. Grup

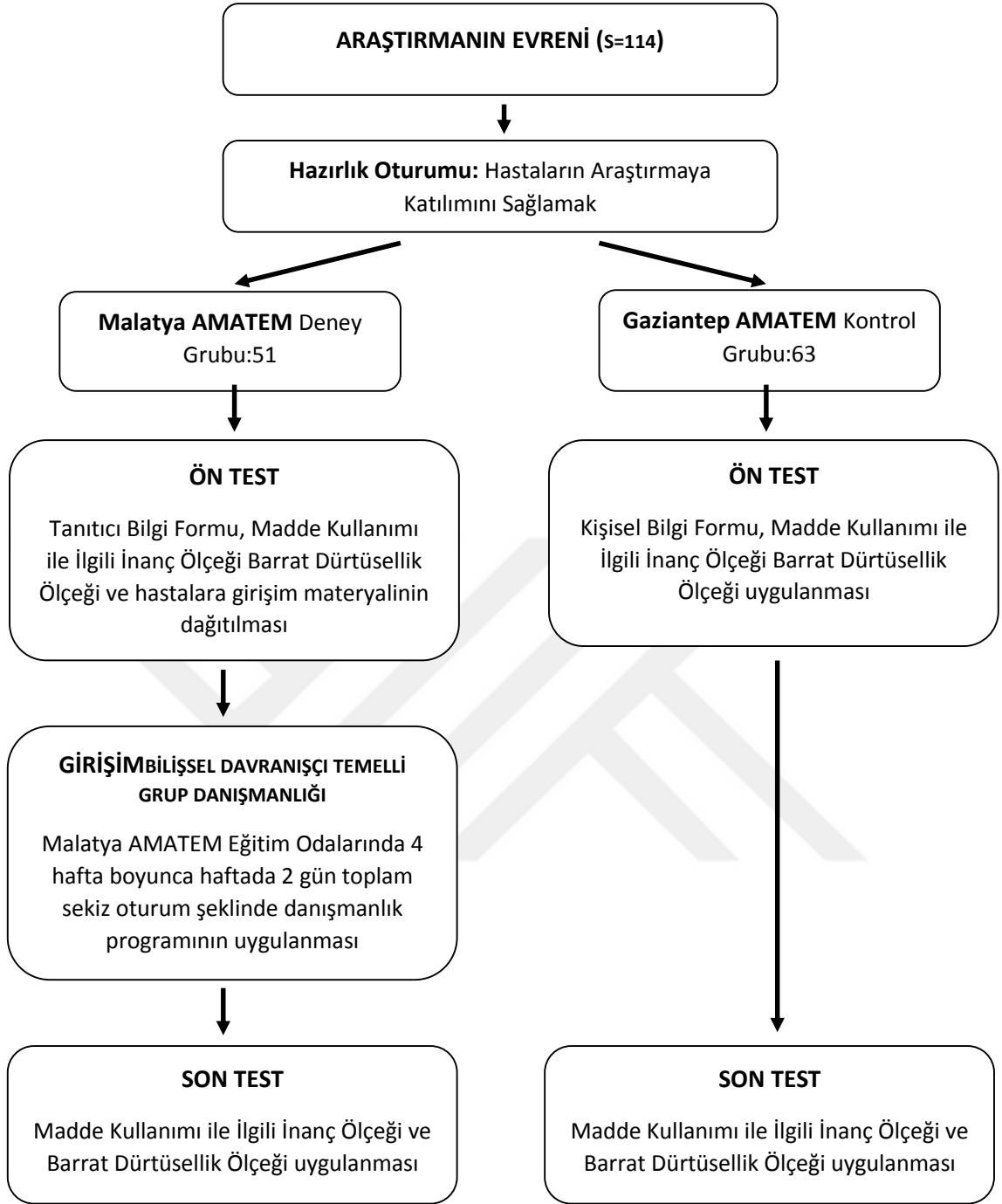
çalışması boyunca neler yapıldığı özetlendi ve oturum grup üyelerine teşekkür edilerek sonlandırıldı.

3.7.2. Kontrol grubuna uygulanan hemşirelik girişi

Bu araştırmada kontrol grubuna deneysel araştırma bitene kadar herhangi bir uygulama yapılmadı.

1. Oturum	<ul style="list-style-type: none">• Tanışma ve grup bilinci oluşturma• Ölçeklerin uygulanması
2. Oturum	<ul style="list-style-type: none">• Hastanın bilişsel modeli tanınması ve amaçların tanımlanması
3. Oturum	<ul style="list-style-type: none">• Otomatik düşünceleri tanıma ve belirlemeyi öğrenme• Otomatik düşüncelerin belirleme, hastalara otomatik düşüncelerin açıklanması, otomatik düşünceleri ortaya çıkarmak, hastalara otomatik düşünceleri belirlemeyi öğretme
4. Oturum	<ul style="list-style-type: none">• Duyguları düşüncelerden ayırmak• Duyguların belirlenmesi, otomatik düşünceleri duygulardan ayırmak, duyguları adlandırmadaki zorluklar, duyguları derecelendirme
5. Oturum	<ul style="list-style-type: none">• Otomatik düşünceleri değerlendirme• Otomatik düşüncelerin değerlendirilmesi, temel otomatik düşünceleri değerlendirme, otomatik bir düşünceyi değerlendirmek için sorgulama, değerlendirme sürecinin sonucunu değerlendirmek, otomatik bir düşüncenin değerlendirmesinin neden etkisiz olduğunu kavramsallaştırma, hastaların düşüncelerini incelerken onlara yardımcı olmak için alternatif metotlar kullanmak
6. Oturum	<ul style="list-style-type: none">• Ara inançları belirleme ve değiştirme• Bilişsel kavramsallaştırma, inançları modifiye etme (değiştirme)
7. Oturum	<ul style="list-style-type: none">• Temel inançları tanımlama ve değiştirme• Temel inançları sınıflandırmak, temel inançların tanımlanması, temel inançları sunma
8. Oturum	<ul style="list-style-type: none">• Oturumların değerlendirilmesi ve danışmanlığın sonlandırılması• Ölçeklerin tekrar uygulanması

Şekil 3.1. Oturlara Göre Bilişsel Davranışçı Temelli Grup Danışmanlığı Uygulama Planı



Şekil 3.2. Araştırma Uygulama Planı

Tablo 3.1. Grup Danışmanlığı Programının İçeriği

Bilişsel davranışçı temelli grup danışmanlığı programının içeriği	
	Amaç:
	1. Hastaların Bilişsel davranışçı temelli grup danışmanlığı programına katılımını sağlamak
	2. Araştırmanın amacını, programın içeriğini ve süresini tanıtmak
	3. Hastaların programdan beklentilerini öğrenmek
	Süreç
Hazırlık oturumu	Grup danışmanı gruba kendini tanıttak sonra grup üyeleri iki kişiden oluşan gruplara ayrılmışlardır. Her gruba beş dakika zaman verilmiş ve kendilerini birbirlerine tanıtmaları istenmiştir. Süre sonunda her bir üye tanıştığı bireyi grup arkadaşlarına tanıtmış ve tüm grubun bu yolla tanıtılması sağlanmıştır. Üyelere grubun çalışması ve her bir oturumda neler çalışılacağı hakkında bilgi verilmiş ve oturumun hedeflerinin ne olduğu açıklanmıştır. Grup çalışması boyunca hangi yöntemlerin kullanılacağı ve verilecek ev ödevlerinin iyileşmedeki önemi üzerinde durulmuştur. Grup çalışmalarına katılmaları ile ilgili katılımcılar motive edilmeye çalışılmıştır.
	Gruba, danışmanlık sonrası elde etmek istedikleri amaçlar sorularak herkesten liste yapması talep edilmiş, istekli olanlardan listelerin paylaşılması istenmiştir. Oluşturulan listenin bir sonraki oturuma kadar detaylandırılması ve tekrar okunması ev ödevi olarak verilmiştir. İlerleyen oturumlarda özetlemenin birer grup üyesi tarafından yapılacağı bilgisi üyelere verilmek üzere genel bir özetleme yapılarak oturum sonlandırılmıştır. Oturum sonunda ölçüklerin doldurulması istenmiştir.

Amaçlar:

- Hasta ile bağımlılığı konuşma
- Duygu durumu kontrolü yapma
- Sorun üzerinde çalışmaya başlama
- Ödevi belirleme
- Geri bildirim alma

Hedef Davranışlar:

- Hastalar ile samimiyet ve güven oluşturmak, zorlukları normalleştirmek ve umut aşılama
- Madde kötüye kullanımını ve bağımlılık, dürtüsellik, bilişsel model ve terapi süreci hakkında eğitim vererek hastaları tedaviye alıştırma

Süreç**1: Oturum**

2. oturum süreci gündem oluşturma, ölçeklerin konuşulması, bağımlılık ve tedavi olmak isteme nedenlerinin ve amaç listelerinin tekrar gözden geçirilmesi, sorunların tanımlanması, görüşme beklentilerinin öğrenilmesi, hastanın bilişsel model ve bağımlılık ile ilgili eğitilmesi, ev ödevi verilmesi, özetleme ve geribildirim şeklinde yapılandırılmıştır. Görüşmenin bu oturumunda gündem belirlemenin ne olduğu ve neden gereksinin duyulduğu konuşulmuştur. Bir önceki oturumda verilen ölçekler ve amaç listeleri üzerine konuşulmuştur. Bağımlılık öyküleri kısaca tekrar gözden geçirilmiştir. Sorunların tanımlanması, amaçların konuşulması danışmanlık beklentilerinin öğrenilmesi gerçekleşmiştir. Hastalara bilişsel modele yönelik eğitim verilmiştir. Eğitim sırasında A, B, C modeli kullanılmıştır. Bu psikoeğitimin ana amacı hastayı kendi bilişsel danışmanı olacak şekilde eğitmektir. Bu noktada hastalara bilişsel danışmanlık hakkında ne bildikleri sorulur, var olan bilgiler öğrenilmiş, yanlış bilgiler düzeltilmiştir. Grup üyelerine bağımlılık ile ilgili eğitim verilmiştir. Bilişsel modele ilişkin eğitim Ellis'in ABC modeli çizelgesi üzerinden yapılmıştır. Doldurulmaya başlanan Ellis'in ABC modeli tekrar gözden geçirilmek ve okunmak üzere üyelere ödev olarak verilmiştir. Verilen ev aktivitelerinin amaçlarının açıklanması ve örnekle somutlaştırılması sağlanmıştır. Oturum sırasında ev ödevlerinin yapılmaya başlanması grup üyelerinin ev aktivitelerini etkili şekilde yapabilmesi açısından oldukça önemlidir. Görüşmenin özetlenmesi bir grup üyesi tarafından yaptırılmıştır. 'Bugünkü görüşmeyle ilgili söylemek istediğiniz bir şey var mı?' diye son geri bildirim alınarak oturum sonlandırılmıştır.

Amaçlar:

- Otomatik düşünceleri belirleme,
- Hastalara otomatik düşüncelerin açıklanması,
- Otomatik düşünceleri ortaya çıkarmak,
- Hastalara otomatik düşünceleri belirlemeyi öğretme

Hedef Davranışlar:

- Grup üyelerinin, otomatik düşünceler hakkında bilgi sahibi olmalarına ve dürtülerine göre davranmalarına neden olan otomatik düşüncelerini yakalayabilmelerine yardımcı olunması
- Bağımlılık ile düşünce ve duyguların arasındaki ilişkinin kavranması
- Bağımlılığın bileşenleri (duygu, düşünce, davranış) üzerinde durulması
- Bağımlılık nedeniyle, bedenimizde oluşan değişiklikler, dürtüsel olarak duygusal ve davranışsal tepkiler, bu değişikliklerin bizim için anlamının tartışılması
- Bağımlılığa neden oluşturan, olumsuz otomatik düşüncelerin ortaya çıkarılması, çalışılması (Otomatik düşünce kayıt formunun kullanılması)

Süreç**2: Oturum**

Bu oturumun bileşenleri duygu durum kontrolü, hafta içi önemli olaylar, önceki görüşmeyle bağlantı kurma, ödev kontrolü, gündemin açıklanması, gündem maddelerinin ele alınması, ödev verme, seansın özetlenmesi ve üyelerden geri bildirim alınması şeklinde olmuştur. Grup üyelerinin duygu durumlarının nasıl olduğu ile ilgili soru sorularak bu oturuma çalışılmaya başlanmıştır. Gönüllü bir üyeden geçen oturumda neler konuşulduğu ile ilgili hatırlatma yapması istenmiştir. Danışanların geçen oturuma dair duygu ve düşüncelerini paylaşmaları istenmiştir. Üyeler yaptıkları ev ödevlerini paylaşmaları konusunda cesaretlendirilmiştir. Yeni seansın gündemi danışanlar ile paylaşılmıştır. Otomatik düşünce, duygu, davranış ve fiziksel tepkilerin birbirleriyle olan ilişkisi açıklamalar ve anlamayı kolaylaştıracak örnekler ile açıklanmıştır. Grup üyelerinin belli bir durum karşısında gelişen otomatik düşüncelerini fark edebilmelerini sağlamak için örnekler verilmiş ve küçük çalışmalar yapılmıştır.

Danışanlara basit düşünce kayıt formu dağıtılarak bu formun işlevi, nasıl kullanılacağı basitleştirici örneklerle açıklanmıştır. Katılımcılara bir diğer oturuma dek madde kullanma isteği ile ilgili otomatik düşüncelerini tespit etmeleri ve kayıt formuna kaydetmeleri istenmiştir. Görüşmenin özetlenmesi bir grup üyesi tarafından yaptırılmıştır. ‘Bugünkü görüşmeyle ilgili söylemek istediğiniz bir şey var mı?’ diye son geri bildirim alınarak oturum sonlandırılmıştır.

Amaçlar:

- Duyguların belirlenmesi
- Otomatik düşünceleri duygulardan ayırmak
- Duyguları adlandırmadaki zorlukları belirlemek
- Duyguları derecelendirme

Hedef Davranışlar:

- Üyelerin bağımlı olmalarına neden olan duyguların belirlenmesi
- Üyelerin bağımlılık geliştirmelerindeki önemli etken olan otomatik düşünceleri ile duyguları arasındaki farkın ortaya konması
- Üyelerin duygu adlandırma konusunda olası zorlukları ortaya konması, örneklerle problemin çözümünün sağlanması.
- Üyelerin bağımlılığa neden olan duyguların derecelendirilmesi.
- Geniş otomatik düşünce kayıt formu örnek olarak doldurularak, ev ödevi olarak verilmesi.

Süreç**3. Oturum**

Bu oturumun bileşenleri duygu durum kontrolü, hafta içi önemli olaylar, önceki görüşmeyle bağlantı kurma, ödev kontrolü, gündemin açıklanması, gündem maddelerinin ele alınması, ödev verme, seansın özetlenmesi ve üyelere geri bildirim alınması şeklinde olmuştur. Grup üyelerinin duygu durumlarının nasıl olduğu ile ilgili soru sorularak bu oturuma çalışılmaya başlanmıştır. Gönüllü bir üyeden geçen oturumda neler konuşulduğu ile ilgili hatırlatma yapması istenmiştir. Danışanların geçen oturuma dair duygu ve düşüncelerini paylaşmaları istenmiştir. Üyeler yaptıkları ev ödevlerini paylaşmaları konusunda cesaretlendirilmiştir. Oturumun gündemi grup üyeleriyle paylaşılmıştır. Gündem tartışılırken, olumsuz duygu yoğunluğunun hastanın sağlıklı düşünebilme, problemleri çözebilme, hareket etkinliğine ya da doyumuna müdahale ediyorsa bu duygunun acı verici ve işlevsiz olduğu vurgulanmıştır. Grup üyelerinin duyguları ile yüzleşmekten ve mücadele etmekten kaçınma biçimleri üzerinde durulmuştur. Otomatik düşüncelerin duygulardan ayrılması, duygular arasında ayırım yapabilmeleri ve duyguları derecelendirebilmeleri konusunda görüşme yapılmıştır. Ödev olarak bir önceki seansta başlanan Düşünce Kayıt Formları (basit hali-olay, duygu)'na devam edilmiştir. Görüşmenin özetlenmesi bir grup üyesi tarafından yaptırılmıştır. 'Bugünkü görüşmeyle ilgili söylemek istediğiniz bir şey var mı?' diye son geri bildirim alınarak oturum sonlandırılmıştır.

Amaçlar:

- Otomatik düşüncelerin değerlendirilmesi
- Temel otomatik düşünceleri değerlendirme
- Otomatik bir düşünceyi değerlendirmek için sorgulama
- Değerlendirme sürecinin sonucunu değerlendirmek
- Otomatik bir düşüncenin değerlendirmesinin neden etkisiz olduğunu kavramsallaştırma ve bilişsel çarpıtmalar ile ilgili bilgi verme

Hedef Davranışlar:

- Bağımlılık gelişmesine yol açan temel otomatik düşüncelerinin değerlendirilmesinin sağlanması
- Düşünce kayıt formları aracılığıyla, etkisiz otomatik düşünceleri gözden geçirilmesi
- Bağımlılığa yönelik, işlevsel olmayan otomatik düşüncelerin fark edilip, işlevsel olanlarla değiştirilmeye çalışılması.
- İşlevsel olmayan düşünceler kayıt formunun kullanılması.

Süreç

Danışanların duygu durumları sorularak oturuma başlanmıştır. Bir önceki oturuma dair özetlemenin, gönüllü bir üye tarafından yapılması sağlanmış ve grup üyelerinin, bir önceki oturuma ilişkin, duygu ve düşüncelerini, paylaşımlarına olanak verilmiştir. Oturumun gündemi grup üyeleriyle paylaşılmıştır. Danışanların bir önceki oturumda verilen ev ödevini paylaşımlarına teşvik edilmiştir. Düşünce kayıt formunun kullanımına ve bilişsel çarpıtmalarına ilişkin, düşünce ve paylaşımlara olanak verildikten sonra, işlevsel olmayan otomatik düşünceler, işlevsel olanlarla değiştirilmeye çalışılmıştır. Danışanların düşüncelerini içeren benzer örnekler, tahtaya yazılarak daha işlevsel tepkiler, grup üyelerinden alınmıştır. İşlevsel tepki oluşturmaya yönelik örnekler şu şekilde verilmiştir:

Otomatik düşünce

“Başım çok ağrıyor, beynimde tümör olabilir, doktora gitmekten korkuyorum”

Daha işlevsel bir tepki

“Baş ağrısı çok sık rastlanan bir yakınma, insanların çoğu da dönem dönem baş ağrısı yaşayabiliyorlar. Geçici bir ağrı olabilir ya da ciddiye bile doktora ne kadar çabuk gidersem, o kadar erken tedavi olabilir.” İşlevsel tepki oluşturmaya örnek olarak, danışanlardan üç gönüllü seçilmiş aşağıda yer alan sorular kullanılarak, danışanların korkularıyla ilgili işlevsel olmayan otomatik düşünceleri sorgulanmıştır.

1. *Otomatik düşüncemin doğru olduğuna ilişkin kanıtım var mı? Doğru olmayabileceğine ilişkin kanıtım var mı?*

2. *Bunun farklı bir açıklaması olabilir mi?*

3. *Olabilecek en kötü şey ne? Olabilecek en iyi şey nedir? En gerçekçi sonuç ne olabilir?*

4. *Bu otomatik düşünceye inanmam beni nasıl etkiliyor? Bu düşüncemi değiştirmemin etkisi ne olabilir?*

5. *Eğer yakın bir arkadaşım aynı otomatik düşünceye sahip olsaydı ona ne derdim?*

6. *Bu konuda neler yapmalıyım?*

Danışanlara 7 sütunlu düşünce kayıt formu dağıtılarak, nasıl kullanılacağı anlatılmıştır. Grup üyelerinin, bağımlılıklarını ve dürtüsel davranışlarını dikkate alarak, genişletilmiş otomatik düşünceler kayıt formunun doldurulmasına ve işlevsel olmayan otomatik düşüncelerin daha işlevsel tepki oluşturan düşüncelerle değiştirilmesine yardımcı olunmuştur. Üyelere otomatik bir düşünceyi değerlendirmek için sorgulama yapma, değerlendirme sürecinin sonucunu değerlendirme, otomatik bir düşüncenin değerlendirilmesinin neden etkisiz olduğunu kavramsallaştırma, düşünce inceleme konusunda yardımcı olacak alternatif metotlar kullanma (alternatif sorular kullanma, bilişsel çarpıtmaları tanımlama, kendini açmayı kullanma), hastalara düşüncelerini değerlendirmeyi öğretme konusunda danışmanlık yapılmıştır. Bu alıştırmanın ardından ev ödevi olarak danışanlardan kendi bağımlılıklarını düşünerek, düşünce kayıt formunu kullanmaları önerilmiştir. Oturuma ilişkin, düşünce ve paylaşımlara olanak verilmiştir. Görüşmenin özetlenmesi bir grup üyesi tarafından yaptırılmıştır. ‘Bugünkü görüşmeyle ilgili söylemek istediğiniz bir şey var mı?’ diye son geri bildirim alınarak oturum sonlandırılmıştır.

Amaçlar:

- Ara inançları tanımlama
- İnançları tanımlanma
- Ara inançları saptanma
- Ara inançları doğrudan sorularla açığa çıkarma

Hedef Davranışlar:

- İnancın tanımlanması
- İnancın avantaj ve dezavantajlarını incelenmesi
- Ara inançların saptanması
- Derine doğru inme tekniğinin öğretilmesi
- Ara inançların doğrudan sorularla açığa çıkarılması
- Ara inançların değiştirilme tekniklerinin öğrenilmesi
- Yeni bir inancın oluşturulması, formüle edilmesi
- İnançları değiştirme

Süreç**5. Oturum**

Bu oturumun bileşenleri duygu durum kontrolü, hafta içi önemli olaylar, önceki görüşmeyle bağlantı kurma, ödev kontrolü, gündemin açıklanması, gündem maddelerinin ele alınması, ödev verme, seansın özetlenmesi ve üyelerden geri bildirim alınması şeklinde gerçekleşmiştir. Danışanların duygu durumları sorularak oturuma başlanmıştır. Bir önceki oturuma dair özetlemenin, gönüllü bir üye tarafından yapılmasına ve grup üyelerinin bir önceki oturuma dair duygu ve düşüncelerini paylaşmalarına olanak verilmiştir. Danışanlar bir önceki oturumda verilen ev ödevini paylaşmaları için teşvik edilmiştir. Oturumun gündemi grup üyeleriyle paylaşılmıştır. Ara inançların çalışılması 7 sütunlu düşünce kayıt formu üzerinden devam edilerek yapılmıştır. Otomatik düşünceler, hiç eleştirilmeden doğruymuş gibi kabul edilmektedir. Bilişsel terapiye göre kişinin işlevsel olmayan bu düşünceleri mantık süzgecinden geçirildiğinde duyguları da genellikle değişmektedir. Bu düşüncelerin, bilişsel olgularla yani inançlarımızla ilişkili olduğu düşünülmektedir. Temel inançlar en derinde olan zihinsel yapı taşlarıdır; “katı”, “toptancı”, “aşırı genelleyicidir”. Otomatik düşünceler ise, en yüzeydeki zihinsel ürünler olarak, belirli durumlara özgüdürler ve insanın zihninden sözcükler ya da imajlar (hayaller) şeklinde geçerler. Her ikisinin arasında ise “ara inançlar” bulunmaktadır şeklindeki açıklamadan sonra ara inançlar kalıplaşmış tutumlar, kurallar ve varsayımlardan oluşmaktadır tanımı yapılmıştır. Ara inançların belirlenmesinde derine doğru inme tekniği kullanılmıştır. Değiştirilmesine yönelik şu teknikler kullanılmıştır:

- *İnançların Değiştirilmesinde Diğerlerinin Referans Olarak Alınması:* Danışanlar, diğer insanların işlevsel olmayan inançlarına bakmaktadırlar. Başkalarına bakış açıları daha objektif olduğundan, kendileri için geçerli ya da geçersiz olarak gördükleri durumlarla, diğerleri için geçerli ya da geçersiz olarak gördükleri durumların, ne kadar farklı olduğunu fark etmektedirler.
- *“Farz Edelim ki” Şeklinde Davranmak:* İnançlardaki değişimler, paralel olarak davranışlardaki değişimlere yol açarken, aynı şekilde davranışlardaki

değişmeler de ilgili inançlardaki değişmeyi hızlandırmaktır. Eğer, herhangi bir inanç zayıfsa, danışan hedeflenen davranışı daha çabuk ve kolay bir şekilde, çok fazla bilişsel müdahaleye gerek kalmadan değiştirebilmektedir.

- *Derine Doğru İnme Tekniği:* Bu teknik, otomatik düşüncenin anlamını ve bunun olumsuz yanını sormaya dayalı bir yöntemdir. Danışana eğer, olumsuz otomatik düşünce doğruysa bunun nesi kötü ya da hasta için bunun anlamı veya zararı nedir diye sorulmaktadır.
- *İnançları Değiştirmek İçin Bilişsel Cetvel:* Bu teknik, çift kutuplu olduğu, diğer deyişle “ya ak, ya kara” ya da “ya hep ya hiç” tarzındaki otomatik düşüncelerin ve inançların değiştirilmesi için yararlı olabilmektedir.
- *Mantıksal-Duygusal Rol Yapma:* Aynı zamanda “tez-antitez” tekniği de denilen bu teknik, danışman diğer teknikleri kullanıp da işe yaramadığında kullanılmaktadır. Özellikle de danışan, söz konusu inancın işlevsel olmadığını entelektüel olarak gördüğünü ancak, duygusal olarak kabul edemediğini, içine sindiremediğini söylediği zamanlarda yararlanılmaktadır. Terapist önce, danışandan belirli bir inancının “duygusal” yönünü oynamasını istemektedir. Kendisinin de “mantıksal” yönünü oynayacağını belirtmektedir. Bunun altındaki mantığı da açıklamaktadır. Daha sonra, danışmanla danışan rollerini değiştirmektedirler. Rollerin bu şekilde değiştirilmesi sayesinde danışan mantıksal tartışmayı danışmanın örneklediği gibi ifade etme fırsatını bulmaktadır. Terapist, danışanın kullandığı duygusal gerçekleri, aynen danışanın kullandığı sözcüklerle ifade etmeye çalışmaktadır. Danışanın kendi sözcüklerini aynı şekilde kullanıp, yeni eklemeler katmama suretiyle danışman, hastanın kendi zihnini kurcalayan sorunlarına karşılık vermesine yardımcı olmaktadır.

İki veya üç grup üyesinden düşünce kayıt formlarının paylaşılması istenmiş, form üzerinden ara inançlar tespit edilmiş ve grup üyelerine ara inancın değiştirilmesi yönünde hangi tekniklerin kullanılacağı ile ilgili görüş bildirmesi istenmiş, bu yönde alıştırmalar yapılmıştır. Bu alıştırmaların ardından ev ödevi olarak üzerinde çalışılan düşünce kayıt formu ve derine inme tekniği ile ilgili kullanılan materyallerin iki kez okunması önerilmiştir. Oturuma ilişkin, düşünce ve paylaşımlara olanak verilmiştir. Görüşmenin özetlenmesi bir grup üyesi tarafından yaptırılmıştır. ‘Bugünkü görüşmeyle ilgili söylemek istediğiniz bir şey var mı?’ diye son geri bildirim alınarak oturum sonlandırılmıştır.

Amaçlar:

- Temel inançları tanımlanma
- Temel inançları saptama
- Temel inançları değiştirme

Hedef Davranışlar:

- Temel inançların tanımlanması
- Grup üyelerini temel inançlar hakkında eğitmek ve onların çalışmalarını gözlemlemek
- Yeni bir temel inanç geliştirilmesi
- Yeni temel inançları güçlendirmek
- Olumsuz temel inançların değiştirilmesi
- Temel inanç inceleme formunun kullanılması

Süreç

6. Oturum

Bu oturumun bileşenleri duygu durum kontrolü, hafta içi önemli olaylar, önceki görüşmeyle bağlantı kurma, ödev kontrolü, gündemin açıklanması, gündem maddelerinin ele alınması, ödev verme, seansın özetlenmesi ve üyelerden geri bildirim alınması şeklinde olmuştur. Danışanların duygu durumları sorularak oturuma başlanmıştır. Bir önceki oturuma dair özetlemenin, gönüllü bir üye tarafından yapılmasına ve grup üyelerinin bir önceki oturuma dair duygu ve düşüncelerini paylaşımlarına olanak verilmiştir. Danışanlar bir önceki oturumda verilen ev ödevini paylaşımları için teşvik edilmiştir. Oturumun gündemi grup üyeleriyle paylaşılmıştır. Temel inançlar açıklanmış, örneklerle desteklenmiştir. Bu oturum Temel İnanç İnceleme Formu kullanılarak yürütülmüştür. Temel inancı belirlemek ve değiştirmek amacıyla bir önceki seansta kullanılan tekniklerden yararlanılmıştır. Temel İnanç İnceleme Formu'nun iki bölümü vardır: Üst kısmında, danışanın eski ve yeni inancına ne kadar inandığı saptanmaya çalışılmaktadır. Alttaki bölümde ise, eski inancını destekleyen kanıtlara yeni bir bakış açısıyla bakmaya çalışılmaktadır. Bir üyeden temel inanç inceleme formunun paylaşılması istenmiş, temel inancın belirlenmesi ve değiştirilmesine yönelik alıştırmalar tüm grup üyelerinin katılımı sağlanarak uygulanmış ve temel inançların belirlenmesi ve değiştirilmesi konusu pekiştirilmiştir. Ev ödevi olarak üzerinde çalışılan Temel İnanç İnceleme Formu'nun eksik kısımlarının doldurulması ve iki kez okunması önerilmiştir. Oturuma ilişkin, düşünce ve paylaşımlara olanak verilmiştir. Görüşmenin özetlenmesi bir grup üyesi tarafından yaptırılmıştır. 'Bugünkü görüşmeyle ilgili söylemek istediğiniz bir şey var mı?' diye son geri bildirim alınarak oturum sonlandırılmıştır.

Amaçlar:

- Tüm grup sürecinin bir değerlendirmesini yapmak,
- Eksik ve anlaşılmayan noktaları netleştirmek,
- Grup üyelerinin grubu olumlu duygularla sonlandırmalarını sağlamak

Hedef Davranışlar:

- Grup sürecini değerlendirebilmesi
- Anlaşılmayan ve eksik kalan konulara açıklama elde edilebilmesi,
- Kazanımların ve becerilerin paylaşabilmesi
- Grupları sonlandırılmasına ilişkin duygu ve düşüncelerin ifade edebilmesi

Süreç

Grup çalışması boyunca neler yapıldığı özetlenmiş ve oturum grup üyelerine teşekkür edilerek sonlandırılmıştır. Otomatik düşünce, ara inanç ve temel inançları gözden geçirme ve günlük yaşamda nasıl kullanacakları yeniden özetlenerek pekiştirilmiştir. Sonlandırmadan hemen sonrasında grup üyelerine son test uygulanmıştır. Oturum üyelerinin gruptan olumlu duygularla ayrılmalarını sağlanmıştır. Grup üyelerine veri toplama formları dağıtılarak doldurmaları istenmiştir.

3.8. Araştırmanın Değişkenleri

Araştırmanın Bağımsız Değişkenleri: Araştırmanın bağımsız değişkeni Bilişsel Davranışçı Temelli Grup Danışmanlığı uygulamasıdır.

Araştırmanın Bağımlı Değişkenleri: Hastaların Madde Kullanımı İle İlgili İnançlar Ölçeği ve Barratt Dürtüsellik Ölçeği ve alt boyutlarının puan ortalamalarıdır.

Kontrol Değişkenleri: Hastanın yaşı, cinsiyet, medeni durumu, birlikte yaşadığı kişiler, eğitim durumu, çalışma durumu, ekonomik durumu, maddeye başlama yaşı ve son bir yılda madde kullanma sıklığıdır.

3.9. Verilerin değerlendirilmesi

Araştırmadan elde edilen veriler, SPSS (Statistical Package for Social Science) 22 istatistik paket programı kullanılarak değerlendirildi. Normal dağılıma uygunluk Kolmogrov-Smirnov testi ile incelendi. Normal dağılım gösteren veriler, ortalama \pm standart sapma şeklinde gösterilirken, normal dağılıma uymayan veriler ortanca (min-mak) şeklinde sunuldu. Önemlilik düzeyi $p < 0.05$ olarak alındı.

Tablo 3.2. Araştırma verilerinin analizinde kullanılan istatistiksel yöntemler

Hastaların tanıtıcı özelliklerini incelemek amacıyla	• Yüzdeler, aritmetik ortalama ve standart sapma
Deney ve kontrol gruplarının kontrol değişkenlerinin karşılaştırılması	• Ki-kare
Deney ve kontrol gruplarının puan ortalamalarının karşılaştırılması	• Bağımsız gruplarda t testi
Deney ve kontrol gruplarının kendi içinde puan ortalamalarının karşılaştırılması	• Bağımlı gruplarda t testi

Tablo 3.3. Deney ve Kontrol Gruplarının Karşılaştırılması

Tanıtıcı özellikler	Kontrol Grubu (n:63)		Deney Grubu (n:51)		X ²	p
	s	%	s	%		
Yaş						
18-35 yaş	45	71.4	40	78.4	.406	.524**
36 yaş ve üzeri	18	28.6	11	21.6		
Cinsiyet						
Kadın	2	3.2	4	7.8		.267*
Erkek	61	96.8	47	92.2	1.232	
Eğitim durumu						
İlköğretim	48	76.2	29	56.9	5.062	.080*
Lise	12	19	19	37.3		
Üniversite	3	4.8	3	5.9		
Gelir durumu						
Kötü	29	46	14	27.5		
İyi	34	54	37	72.5	3.389	.066**
Yaşanılan yer						
İl	46	73	35	68.6	3.267	.195*
İlçe	15	23.8	10	19.6		
Köy/Kasaba	2	3.2	6	11.8		
Medeni durum						
Bekar	33	52.4	40	78.4		
Evli	30	47.6	11	21.6	7.212	.007**
Birlikte yaşadığı kişiler						
Yalnız	9	14.3	7	13.7		
Anne ve baba	28	44.4	29	56.9	6.031	.197*
Eş ve çocuklar ile	21	33.3	14	27.5		
Çalışma durumu						
Evet	18	28.6	18	35.3	.319	.572**
Hayır	45	71.4	33	64.7		

Maddeye başlama yaşı						
7-18 yaş	41	65.1	31	60.8		
19-35 yaş	20	31.7	19	37.3	.490	.783*
36 yaş ve üzeri	2	3.2	1	2		
Birinci derece akrabada madde kullanma						
Var	25	39.7	15	29.4	.893	.345**
Yok	38	60.3	36	70.6		
Maddeye başlama nedeni						
Arkadaş etkisi	31	49.2	27	52.9		
Merak	6	9.5	5	9.8		
Sorunlardan uzaklaşma	10	15.9	9	17.6	2.542	.637*
Keyif alma	5	7.9	6	11.8		
Ailevi sorunlar	11	17.5	4	7.8		
Maddeyi birlikte kullandığı kişiler						
Yalnız	41	65.1	28	54.9	.833	.361**
Arkadaş grubu	22	34.9	23	45.1		
Geçmişte yatarak tedavi öyküsü						
Evet	37	58.7	30	58.8	1	1**
Hayır	26	41.3	21	41.2		
Tedaviden sonra temiz kalma süresi						
0-6 ay	23	62.2	21	67.7	.509	.917*
7-12 ay	7	18.9	6	19.4		
13-24 ay	3	8.1	2	6.5		
25 ay ve üzeri	4	10.8	2	6.5		
*Pearson Ki kare testi kullanıldı.						
**Continuity Correction testi kullanıldı.						

Araştırma kapsamına alınan deney ve kontrol grubundaki madde kullanım bozukluğu tanılı bireylerin demografik özelliklerinin karşılaştırılması sonucu Tablo 1’de görülmektedir. Deney ve kontrol grubu arasında medeni durum hariç; yaş, cinsiyet, eğitim, gelir, yaşanılan yer, birlikte yaşadığı kişiler, çalışma durumu, madde kullanmaya başlama yaşı, birinci derece akrabada madde kullanım öyküsü, maddeye başlama nedeni, maddeyi birlikte kullandığı kişiler, geçmişte yatarak tedavi öyküsü ve tedaviden sonra temiz kalma süresi tanıtıcı özellikleri açısından istatistiksel olarak önemli bir fark bulunmadı ve her iki grubun benzer olduğu belirlendi ($p>0.05$) (Tablo 3).

3.10. Araştırmanın Etik Yönü

Araştırmada bağımlı bireylerle çalışmak bireysel hakların korunmasını gerektirdiğinden “Bilgilendirilmiş Onam” koşulu etik ilke olarak yerine getirildi. Araştırmaya başlamadan önce İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu’ndan etik onay ve araştırmanın uygulandığı AMATEM birimlerinden yazılı izinler alındı. Uygulama sırasında hastalara araştırma hakkında bilgi verilip, araştırmanın yapılma amacı, süresi ve yapılacak işlemler açıklanarak yazılı ve sözlü onamları alındı. Araştırmaya katılan hastalara veriler toplanmaya başlamadan önce hastalara araştırmadan çekilebilecekleri belirtilerek “Özerklik” ilkesi, araştırma yayınlansa bile ismini ve kimlik bilgilerini kesinlikle gizli tutulacağı ve 3. bir şahısa verilmeyeceği söylenerek “Gizliliğin Korunması” etik ilkesine uyulmasına özen gösterildi. Araştırmada deney ve kontrol grubuna son test uygulandıktan sonra kontrol grubunda yer alan bireylere de istekleri doğrultusunda grup danışmanlığı uygulaması yapıldı.

3.11. Araştırmanın Sınırlılıkları ve Genellenebilirliği

Araştırmanın farklı illerdeki yalnızca iki AMATEM’de yapılmış olması ve son test ölçümünün sadece bir kez yapılarak, izlemin yapılmaması çalışmanın sınırlılıklarındandır. Ayrıca bu araştırmanın bulgularından elde edilen sonuçlar sadece çalışma grubuna genellenebilir niteliktedir.

4. BULGULAR

Bu bölümde bilişsel davranışçı temelli grup danışmanlığın, madde bağımlılarında madde kullanımına ilişkin inanç ve dürtüselliğe etkisini incelemek amacıyla yapılan araştırmadan elde edilen bulgular sunulmuştur.

Kontrol grubunu oluşturan katılımcıların yaş ortalamaları 31.20 ± 11.39 (min:19, max:62) ve maddeye ilk başlama yaş ortalamaları 18.71 ± 7.18 (min: 9, max:53) olarak tespit edilmiştir. Deney grubunu oluşturan katılımcıların ise yaş ortalamaları 30.52 ± 9.42 (min:19, max:65) ve maddeye ilk başlama yaş ortalamaları 18.74 ± 5.38 (min:10, max:39) olarak tespit edilmiştir.

Tablo 4.1. Deney ve Kontrol Grubundaki Hastaların Sosyodemografik Özelliklerine Göre Dağılımı

Tanıtıcı özellikler	Kontrol Grubu (n:63)		Deney Grubu (n:51)	
	s	%	s	%
Yaş				
18-35 yaş	45	71.4	40	78.4
36 yaş ve üzeri	18	28.6	11	21.6
Cinsiyet				
Kadın	2	3.2	4	7.8
Erkek	61	96.8	47	92.2
Eğitim durumu				
İlköğretim	48	76.2	29	56.9
Lise	12	19	19	37.3
Üniversite	3	4.8	3	5.9
Gelir durumu				
Kötü	29	46	14	27.5
İyi	34	54	37	72.5
Yaşanılan yer				
İl	46	73	35	68.6
İlçe	15	23.8	10	19.6
Köy/Kasaba	2	3.2	6	11.8
Medeni durum				
Bekar	33	52.4	40	78.4
Evli	30	47.6	11	21.6

Birlikte yaşadığı kişiler				
Yalnız	9	14.3	7	13.7
Anne ve baba	28	44.4	29	56.9
Eş ve çocuklar ile	21	33.3	14	27.5
Çalışma durumu				
Evet	18	28.6	18	35.3
Hayır	45	71.4	33	64.7
Maddeye başlama yaşı				
7-18 yaş	41	65.1	31	60.8
19-35 yaş	20	31.7	19	37.3
36 yaş ve üzeri	2	3.2	1	2
Birinci derece akrabada madde kullanma				
Var	25	39.7	15	29.4
Yok	38	60.3	36	70.6
Maddeye başlama nedeni				
Arkadaş etkisi	31	49.2	27	52.9
Merak	6	9.5	5	9.8
Sorunlardan uzaklaşma	10	15.9	9	17.6
Keyif alma	5	7.9	6	11.8
Ailevi sorunlar	11	17.5	4	7.8
Maddeyi birlikte kullandığı kişiler				
Yalnız	41	65.1	28	54.9
Arkadaş grubu	22	34.9	23	45.1
Geçmişte yatarak tedavi öyküsü				
Evet	37	58.7	30	58.8
Hayır	26	41.3	21	41.2
Tedaviden sonra temiz kalma süresi				
0-6 ay	23	62.2	21	67.7
7-12 ay	7	18.9	6	19.4
13-24 ay	3	8.1	2	6.5
25 ay ve üzeri	4	10.8	2	6.5

Araştırma kapsamına alınan hastaların sosyodemografik özelliklerinin dağılımı Tablo 4.1'de görülmektedir. Deney grubundaki hastaların % 78.4'ü 18-35 yaş arasında, %92.2'si erkek, % 56.9'u ilköğretim mezunu, % 72.5'i iyi gelir düzeyine sahip, % 68.6'sı il merkezinde yaşamakta, % 78.4'ü bekar, % 56.9'u anne ve babasıyla yaşamakta, % 64.7'si çalışmamakta, % 60.8'i maddeye ilk kez 7-18 yaşları arasında başlamış, % 70.6'sının birinci dereceden yakınlarında madde kullanım öyküsü bulunmamakta, % 52.9'u maddeye arkadaş etkisiyle başlamış, % 54.9'u maddeyi yalnız olarak kullanmakta, % 58.8'i daha önce yatarak

tedavi görmüş ve yatarak tedavi görenlerin % 67.7'sinin sadece 0-6 ay arasında temiz kalmış olduğu saptandı (Tablo 4.1).

Kontrol grubundaki hastaların % 71.4'si 18-35 yaş arasında, % 96.8'i erkek, % 76.2'si ilköğretim mezunu, % 54'ü iyi gelir düzeyine sahip, % 73'ü il merkezinde yaşamakta, % 52.4'ü bekar, % 44.4'ü anne ve babasıyla yaşamakta, % 71.4'ü çalışmamakta, % 65.1'i maddeye ilk kez 7-18 yaşları arasında başlamış, % 60.3'ünün birinci dereceden yakınlarında madde kullanım öyküsü bulunmamakta, % 49.2'si maddeye arkadaş etkisiyle başlamış, % 65.1'i maddeyi yalnız olarak kullanmakta, % 58.7'si daha önce yatarak tedavi görmüş ve yatarak tedavi görenlerin % 62.2'sinin sadece 0-6 ay arasında temiz kalmış olduğu saptandı (Tablo 4.1).

Tablo 4.2. Deney ve Kontrol Grubundaki Hastaların MKYİÖ Ön Test ve Son Test Puan Ortalamalarına Göre Karşılaştırılması

	Ölçeğin Uygulanma Zamanları	Deney Grubu	Kontrol Grubu	Test ve Anlamlılık
		(s:51) $\bar{X} \pm SS$	(s:63) $\bar{X} \pm SS$	
Madde Kullanmaya Yönelik İnanç Ölçeği	Ön Test	75.68±32.75	61.09±28.15	t= -2.544, p= .012*
	Son Test	31.76±13.15	56.38±25.16	t= 6.318, p= .000*

*Bağımsız Gruplarda t Testi

Araştırma kapsamına alınan deney ve kontrol grubundaki hastaların MKYİÖ ön test ve son test puan ortalamalarına göre karşılaştırılması Tablo 4.2'de gösterildi. MKYİÖ ön test puan ortalamaları incelendiğinde; deney grubu 75.68±32.75, kontrol grubu 61.09±28.15 olarak belirlendi. Deney ve Kontrol grubundaki hastaların MKYİÖ ön test puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak önemli bulundu ($p<0.05$) (Tablo 4.2).

MKYİÖ son test puan ortalamaları incelendiğinde; deney grubundaki hastalarda 31.76±13.15, kontrol grubundaki hastalarda 56.38±25.16 olarak tespit edildi. Deney ve Kontrol grubundaki hastaların MKYİÖ son test puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak önemli bulundu ($p<0.05$) (Tablo 4.2).

Tablo 4.3. Deney ve Kontrol Grubundaki Hastaların MKYİÖ Ön Test ve Son Test Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

MKYİÖ	Ön Test	Son Test	Test ve Anlamlılık
	(s:51) $\bar{X} \pm SS$	(s:63) $\bar{X} \pm SS$	
Deney Grubu	75.68±32.75	31.60±13.23	t:9.698* p:.000
Kontrol Grubu	61.09±28.15	56.38±25.16	t:3.284* p:.002

*Bağımlı Gruplarda t Testi

Araştırma kapsamında deney ve kontrol grubundaki hastaların MKYİÖ ön test ve son test puan ortalamalarının karşılaştırılması Tablo 4.3’de gösterildi. Deney grubundaki hastaların MKYİÖ ön test puan ortalamasının 75.68±32.75, son test puan ortalamasının 31.60±13.23 olarak düşüş gösterdiği ve ön test son test puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak önemli olduğu bulundu ($p < 0.05$).

Kontrol grubundaki hastaların MKYİÖ ön test puan ortalamasının 61.09±28.15, son test puan ortalamasının 56.38±25.16 olduğu ve ön test son test puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak önemli olduğu bulundu ($p < 0.05$) (Tablo 4.3).

Tablo 4.4. Deney ve Kontrol Grubundaki Hastaların BDÖ Toplam ve Alt Boyutları Ön Test ve Son Test Puan Ortalamalarının Gruplar Arası Karşılaştırılması

BDÖ ve Alt Boyutları	Ölçeğin Uygulanma Zamanları	Deney Grubu	Kontrol Grubu	Test ve Anlamlılık
		(s:51) $\bar{X} \pm SS$	(s:63) $\bar{X} \pm SS$	
Dikkat ile İlişkili Dürtüsellik	Ön Test	20.68±5.04	18.22±4.36	t:-2.794, p:.006*
	Son Test	14.92±2.60	21.01±3.86	t:9.621, p:.000*
Motor Dürtüsellik	Ön Test	25.70±6.83	23.76±5.79	t:-1.644, p:.103*
	Son Test	17.96±3.68	29.77±6.69	t:11.289, p:.000*
Plan Yapamama Dürtüselligi	Ön Test	31.62±6.14	29.07±4.92	t:-2.459, p:.015*
	Son Test	21.54±5.28	32.98±4.41	t:12.586, p:.000*
BDÖ Toplam	Ön Test	78.01±16.65	71.06±12.63	t:-2.536, p:.013*
	Son Test	54.43±10.34	83.77±13.41	t:12.833, p:.000*

*Bağımsız Gruplarda t Testi

Araştırma kapsamına alınan deney ve kontrol grubundaki hastaların BDÖ toplam ve alt boyutları ön test ve son test puan ortalamalarının karşılaştırılması Tablo 4.4’de gösterildi. BDÖ alt boyutlarına göre ön test puan ortalamaları incelendiğinde; “Dikkat ile İlişkili Dürtüsellik” alt boyutu deney grubu hastalarında 20.68 ± 5.04 , kontrol grubu hastalarında 18.22 ± 4.36 olarak saptandı. Deney ve kontrol grubundaki hastaların “Dikkat ile İlişkili Dürtüsellik” alt boyutu ön test puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak önemli bulundu ($p < 0.05$). “Motor Dürtüsellik” alt boyutu deney grubu hastalarında 25.70 ± 6.83 , kontrol grubu hastalarında 23.76 ± 5.79 olarak saptandı. Deney ve kontrol grubundaki hastaların “Motor Dürtüsellik” alt boyutu ön test puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak önemli bulunmadı ($p > 0.05$). “Plan Yapamama Dürtüselligi” alt boyutu deney grubu hastalarında 31.62 ± 6.14 , kontrol grubu hastalarında 29.07 ± 4.92 olarak saptandı. Deney ve kontrol grubundaki hastaların “Plan Yapamama Dürtüselligi” alt boyutu ön test puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak önemli bulundu ($p < 0.05$). BDÖ toplam ön test puan ortalamaları deney grubundaki hastalarda 78.01 ± 16.65 , kontrol grubundaki hastalarda 71.06 ± 12.63 olarak tespit edildi. Deney ve Kontrol grubundaki hastaların BDÖ toplam ön test puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak önemli bulundu ($p < 0.05$).

BDÖ alt boyutlarına göre son test puan ortalamaları incelendiğinde; “Dikkat ile İlişkili Dürtüsellik” alt boyutu deney grubundaki hastalarda 14.92 ± 2.60 , kontrol grubundaki hastalarda 21.01 ± 3.86 olarak tespit edildi. Deney ve kontrol grubundaki hastaların “Dikkat ile İlişkili Dürtüsellik” alt boyutu son test puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak önemli bulundu ($p < 0.05$). “Motor Dürtüsellik” alt boyutu deney grubundaki hastalarda 17.96 ± 3.68 , kontrol grubundaki hastalarda 29.77 ± 6.69 olarak tespit edildi. Deney ve kontrol grubundaki hastaların “Motor Dürtüsellik” alt boyutu son test puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak önemli bulundu ($p < 0.05$). “Plan Yapamama Dürtüselligi” alt boyutu deney grubundaki hastalarda 21.54 ± 5.28 , kontrol grubundaki hastalarda 32.98 ± 4.41 olarak tespit edildi. Deney ve kontrol grubundaki hastaların “Plan Yapamama Dürtüselligi” alt boyutu son test puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak önemli bulundu ($p < 0.05$). BDÖ toplam son test puan ortalamaları deney grubundaki hastalarda 54.43 ± 10.34 , kontrol grubundaki hastalarda 83.77 ± 13.41 olarak tespit edildi. Deney ve Kontrol grubundaki hastaların BDÖ toplam son test puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak önemli bulundu ($p < 0.05$) (Tablo 4.4).

Tablo 4.5. Deney ve Kontrol Grubundaki Hastaların BDÖ Toplam ve Alt Boyutları Ön Test ve Son Test Puan Ortalamalarının Grup İçi Karşılaştırılması

Ölçeğin Uygulanma Zamanları		Deney Grubu (s:51)	Test ve Anlamlılık	Kontrol Grubu (s:63)	Test ve Anlamlılık
		$\bar{X} \pm SS$		$\bar{X} \pm SS$	
Dikkat ile İlişkili Dürtüsellik	Ön Test	20.98±5.04	t:6.992	18.22±4.36	t:-5.019
	Son Test	14.92±2.60	p:.000	21.01±3.86	p:.000*
Motor Dürtüsellik	Ön Test	25.70±6.83	t:6.973	23.76±5.79	t:-6.898
	Son Test	17.96±3.68	p:.000	29.77±6.69	p:.000*
Plan Yapamama Dürtüsellliği	Ön Test	31.62±6.14	t:9.080	29.07±4.92	t:-6.533
	Son Test	21.54±5.28	p:.000	32.98±4.41	p:.000*
BDÖ Toplam	Ön Test	78.01±16.65	t:8.424	71.06±12.63	t:-7.132
	Son Test	54.43±10.34	p:.000	83.77±13.41	p:.000*

*Bağımlı Gruplarda t Testi

Araştırma kapsamına alınan deney grubundaki hastaların BDÖ toplam ve alt boyutları ön test ve son test puan ortalamalarının karşılaştırılması Tablo 6’da gösterildi. Deney grubundaki hastaların BDÖ ön test son test puan ortalamaları incelendiğinde; “Dikkat ile İlişkili Dürtüsellik” alt boyutu ön test puanının 20.98±5.04’den, 14.92±2.60’a düştüğü ve ön test son test puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak önemli olduğu belirlendi (p<0.05). “Motor Dürtüsellik” alt boyutu ön test puanının 25.70±6.83’den, 17.96±3.68’e düştüğü ve ön test son test puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak önemli olduğu belirlendi (p<0.05). “Plan Yapamama Dürtüsellliği” alt boyutu ön test puanının 31.62±6.14’den, 21.54±5.28’e düştüğü ve ön test son test puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak önemli olduğu belirlendi (p<0.05). Deney grubundaki hastaların BDÖ toplam puanının 78.01±16.65’den 54.43±10.34’e düştüğü ve ön test son test puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak önemli olduğu belirlendi (p<0.05).

Araştırma kapsamına alınan kontrol grubundaki hastaların BDÖ toplam ve alt boyutları ön test ve son test puan ortalamalarının karşılaştırılması Tablo 4.5’de gösterildi. Kontrol grubundaki hastaların BDÖ ön test son test puan ortalamaları incelendiğinde; “Dikkat ile ilişkili dürtüsellik” alt boyutu ön test puanının 18.22±4.36’den, 21.01±3.86’a yükseldiği ve ön test son test puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak önemli olduğu belirlendi (p<0.05). “Motor Dürtüsellik” alt boyutu ön test puanının

23.76±5.79'dan, 29.77±6.69'a yükseldiği ve ön test son test puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak önemli olduğu belirlendi ($p<0.05$). "Plan Yapamama Dürtüsellliği" alt boyutu ön test puanının 29.07±4.92'den, 32.98±4.41'e yükseldiği ve ön test son test puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak önemli olduğu belirlendi ($p<0.05$). Deney grubundaki hastaların BDÖ toplam puanının 71.06±12.63'den 83.77±13.41'e yükseldiği ve ön test son test puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak önemli olduğu belirlendi ($p<0.05$) (Tablo 4.5).



5. TARTIŞMA

Bilişsel davranışçı temelli grup danışmanlığın, madde bağımlılarında madde kullanımına ilişkin inanç ve dürtüsellğe etkisini belirlemek amacıyla yapılan bu çalışmada elde edilen bulgular ilgili literatür ile tartışılmıştır.

Bağımlılık zevk alma ve/veya sorunlardan uzaklaşmak amacına yönelik ortaya çıkan bir davranış örüntüsü olarak tanımlanmaktadır. Bağımlılığın geçici iyi hissetmeye yol açması ve maddenin yokluğu durumunda bireyler üzerinde kalıcı biyopsikososyal sorunlara yol açması nedeniyle önemli bir halk sorunu haline gelmiştir. Bağımlılığa yönelik tedavilerde ilaç tedavisi olarak kullanılan çeşitli ilaçlar, bağımlılık nüksünün sıklığını ve şiddetini azaltmakla birlikte, ilaç tedavilerinin tek başına yeterli olmaması psikoterapi uygulamalarının gelişiminin önünü açmıştır (17). Bundan hareketle bağımlılığa yönelik bilişsel davranışçı terapi uygulamaları, tedavi sonrasında ortaya çıkan nüksün sıklığı ve şiddeti göz önünde bulundurularak bilişsel sosyal öğrenme modeli çerçevesinde oluşturulmuştur (74).

Araştırmada deney grubundaki hastalara uygulanan grup danışmanlığı sonrası; MKYİÖ ön test toplam puan ortalaması 75.68 ± 32.75 , son test puan ortalaması 31.76 ± 13.15 olarak düşüş gösterdiği ve ön test son test puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak önemli olduğu saptanmıştır. Kontrol grubundaki hastaların ise ön test toplam puan ortalaması 61.09 ± 28.15 , son test puan ortalaması 56.38 ± 25.16 olarak düşüş gösterdiği ve ön test son test puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak önemli olduğu saptanmakla birlikte, deney grubu test değerinin kontrol grubuna göre önemli oranda yüksek olduğu saptanmıştır ($t: 9.698$) (Tablo 4.3). Bu bulgular girişim öncesinde madde kullanımına yönelik inanç yönünden deney grubu hastalarının kontrol grubu hastalarına göre daha yüksek ortalamaya sahip olduğunu, girişim sonunda deney grubu hastalarının kontrol grubu hastalarına göre madde kullanımına yönelik inanç açısından daha iyi duruma geldiğini göstermektedir.

İşlevsiz inançlar ruhsal hastalıklarda komorbidleri olan hastaların sorunlarını sürdüren, ilerleten ve prognozunu kötüleştiren düşünce hatalarıdır. Bilişsel davranışçı yaklaşıma göre irrasyonel inançlar, birçok ruhsal hastalığın ortaya çıkma nedeni ve sürdürücü faktörüdür (75). Beck ve arkadaşları inanç düzeylerini inceleyerek bağımlılık davranışlarını tanımlayan bilişsel bir model geliştirmişlerdir. Bu modelde bağımlı birey, madde kullanan bir arkadaşıyla karşılaşma veya depresif hissetme gibi yüksek riskli bir

durumla karşı karşıya kaldığında maddeyle ilgili inançlar harekete geçer. Bu durumda madde kullanma ile ilgili otomatik düşünceler aktifleşir. Bağımlı birey madde kullanma konusunda açlık ve dürtü hisseder (76).

Brotchie ve arkadaşları (2004) dört grup üzerinde disfonksiyonel temel inançları incelemişlerdir. Araştırma sonucuna göre alkol, opiyat, alkol ve opiyatı birlikte kullanan ve madde kullanmayan 4 grubun incelendiği araştırma sonucunda, bağımlı grupların bağımlı olmayan gruba göre temel inançlarının daha sağlıksız olduğu tespit edilmiştir (77).

Zamirinejad ve arkadaşları (2017), erken dönemde uyumsuz şemalar ve bununla ilgili temel inançların opioid kullanım bozukluğu riski üzerindeki etkisini deney 60, kontrol 60 olmak üzere toplam 120 birey üzerinde incelemişlerdir. Araştırmacılar, altta yatan temel inançların varlığının, daha sonraki yaşamda opioid kullanım bozuklukları geliştirmek için bir kırılma faktörü oluşturabileceğini saptamıştır. Sağlanan kanıtlarla, ergenlikte erken psikososyal müdahaleler ile opioid kullanımına neden olabilecek şema ve psikolojik rahatsızlığın ortaya çıkmasının tespit ve tedavi edilebilir olduğu sonucuna varmışlardır (78).

Marsden ve arkadaşları (2018) İngiltere’de kokain bağımlıları üzerinde yaptıkları bir araştırmada bellek odaklı bilişsel terapi kullanarak (Memory-Focused Cognitive Therapy), kokain arama isteği ve kullanımını incelemişlerdir. Araştırmada tüm katılımcılar 3 oturum süren 90 dakikalık bilişsel kavramsallaştırma oturumlarına katılmışlardır. Oturumlardan 6 hafta sonra 3 aylık takip ve nüks önleme oturumları gerçekleştirilmiştir. Oturumlar hastaların temel inançları, baş etme biçimleri, kaçınma biçimleri gibi durumlarına odaklanılarak yapılandırılmıştır. Araştırmanın sonucunda kokain kullanım bozukluğu için Bellek Odaklı Bilişsel Terapi’nin hastaların istek ve kokain kullanımını azaltmalarına yardımcı olabileceği saptanmıştır (79).

Johnson ve arkadaşları tarafından yürütülen alkol intoksikasyonlu bireylerin negatif sosyal inançlarına yönelik müdahalenin, olumsuz otomatik cevapları engelleyip engelleyemeyeceğini araştırdıkları deneysel çalışmada, sonuçlar inanca yönelik müdahale ile alkolden etkilenen kişilerin olumsuz sosyal bilgilere karşı olumsuz tepkileri önleyebileceğini göstermektedir (80).

Ruh sağlığı sorunu yaşayan bireylerin diğerlerine karşı başlangıç tepkileri sıklıkla güvenden çok güvensizlik temelindedir ve hepsinden önemlisi kendi inanç sistemlerini sorgulama ve yeni davranış biçimlerini göze alma yeterlilikleri şiddetle bozulur. İnanç sistemlerinin değişmezliğinin yol açtığı sorunları gösteren klasik bir örnek şu şekildedir:

Anna Freud'un savaş zamanı akınlar sırasında Londra'da ebeveynlerinden ayrı düşen ve saplantılı-zorlanımlı nevroz geliştiren Patrick üzerinde yaptığı araştırmanın bir kesitinde Patrick, tahliye merkezinde tek başına bir köşede ayakta durmuş ve sürekli olarak şöyle mırıldanmıştır: "Anne gelecek ve paltomu ve tozluklarımı giydirecek. Fermuarımı kapatacak, peri şapkamı giydirecek" ve benzeri... Sonuç olarak Patrick, diğer çocukların aksine söz konusu merkezdeki öğrenme fırsatlarından yararlanmamıştır. Diğer erişkinlerden ve çocuklardan ayrı kalmış ve kendisini korkusundan kurtarabilecek ve toplumsal becerilerini geliştirmeye devam etmesini sağlayabilecek başka ilişkiler biçimlendirememiştir. Donuk zorlantılı inanç biçimi, paniği engelleyerek Patrick'e kısmen avuntu sağlamış, bununla birlikte Patrick ortamı değerlendirememiş, yeni ve uyumlu eylemlere geçememiştir (81).

Terapi ve danışmanlık gruplarının temel görevlerinden biri bireylerarası iletişim yetkinliğinin geliştirilmesidir. Katılımcılar kendi aralarında fikir alişverişinde bulunarak yüksek bir benlik bilincine ve kendini kabullenme düzeyine ulaşacaklardır. Bunun sonucunda grup üyeleri kendilerinin ve diğer üyelerin davranışları hakkında önceden besledikleri inançları sorgulamaya, "eritmeye", yeni tutumları ve davranışları denemeye ve öğrendiklerini "geriye kalan" yaşamlarına aktarmaya karşı istekli hale geleceklerdir (82).

Bu araştırmada deney grubuna uygulanan bilişsel davranışçı temelli grup danışmanlığı bağımlı bireylerin madde kullanımlarına yönelik olumsuz inançlarını azalttığı saptanmıştır. Saptanan bu sonuç yukarıda verilen literatür ile paralellik göstermektedir. Bununla birlikte, madde bağımlılığı olan bireylere uygulanan psikoterapötik müdahaleler incelendiğinde birebir madde kullanıma yönelik inanç üzerinde yapılan bir çalışmaya rastlanmamıştır. Hastalara uygulanan bilişsel davranışçı temelli grup danışmanlığı uygulamasının, hastaların olumsuz otomatik düşüncelerine yönelik farkındalıklarını arttırarak ara inançlar ve temel inançlarının dönüşümüne olumlu anlamda katkı sağladığı düşünülebilir.

Araştırmada deney ve kontrol grubundaki hastaların Madde Kullanımına Yönelik İnanç Ölçeği son test puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak önemli bulunmuştur. Bu sonuç "**Bilişsel Davranışçı Temelli Danışmanlık, bağımlı bireylerde madde kullanımına ilişkin olumsuz inancı azaltır.**" hipotezini doğrulamaktadır.

Araştırma kapsamına alınan deney grubundaki hastaların grup danışmanlığı sonrası Barratt Dürtüsellik Ölçeği ön test toplam puan ortalaması 78.01 ± 16.65 , son test

puan ortalaması 54.43 ± 10.34 ; Dikkat ile İlişkili Dürtüsellik alt boyutu ön test 20.98 ± 5.04 , son test 14.92 ± 2.60 ; Motor Dürtüsellik alt boyutu ön test 25.70 ± 6.83 son test 17.96 ± 3.68 ve Plan Yapamama Dürtüselligi ön test 31.62 ± 6.14 , son test 21.54 ± 5.28 olarak düşüş göstermiştir. Ön test ve son test puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak önemli olduğu saptanmıştır. Kontrol grubundaki hastaların BDÖ toplam ve alt boyutları incelendiğinde ön test ve son test puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak önemli olduğu saptanmış fakat BDÖ toplam ve alt boyutların tamamında son test toplam puanları artış göstermiştir.

Yıldırım ve arkadaşları (2016) tarafından, madde bağımlılarında uygulanan bilişsel davranışçı temelli grup danışmanlığının etkinliğinin incelendiği 36 çalışma sistematik olarak gözden geçirilmiştir. Bu gözden geçirme sonucuna göre, madde ile ilişkili bozukluğu bulunan kişilere uygulanan grup danışmanlığı sonucunda katılımcıların bağımlılığa bağlı olarak gelişen davranışsal belirtileri, nüksü ve anksiyete, depresyon gibi bağımlılıkla birlikte görülen psikolojik problemleri azaltmada etkili olduğu belirtilmiştir (17).

Easton ve arkadaşları tarafından (2018) Amerika’da yürütülen bir araştırmanın katılımcıları, DSM IV madde bağımlılığı kriterlerini karşılayan ve son bir yıl içinde aile içi şiddet nedeniyle tutuklanan yetişkin 63 erkek tarafından oluşmuştur. 63 birey bilişsel davranışçı terapi ve ilaç danışmanlığı olmak üzere 2 gruba randomize olarak atanmıştır. Araştırma sonucunda bilişsel davranışçı terapi grubuna atanan bireylerin daha az kokain pozitif toksikolojisine sahip olduğu saptanmıştır. Bilişsel davranışçı terapi grubundaki bağımlı bireyler madde kullanımına karşı daha az saldırgan davranışta bulunmuşlar ve tedavi sonrası takip döneminde ilaç danışmanlığı alan gruba göre daha az şiddet olayı bildirmişlerdir (83).

Carpentier ve arkadaşlarının (2015) Fransa’da yaptıkları bir araştırmada temellerini bilişsel davranışçı terapiden alan Farkındalık Temelli Nüks Önleme Programı’na dahil edilen katılımcıların incelendiği çalışmada, programın alkol tüketimi, farkındalık, dürtüsellik, otomatik düşünceler, kaygı ve başa çıkma becerileri üzerine etkisi incelenmiştir. Araştırma sonucunda farkındalık temelli nüks önleme programı sonucunda katılımcıların duygu ve düşüncelerini daha iyi kabul ettikleri, dürtüsel davranma eğilimlerinin azaldığı, kaygıya gösterdikleri toleransın arttığı ve bu programın katılımcıların öz verimliliklerinde bir artış sağladığı saptanmıştır (84).

Lanza ve arkadaşları tarafından (2014) mahkum kadınlarda kabul ve kararlılık terapisi ve bilişsel davranışçı terapi uygulamalarının madde kullanım bozukluğu tedavisindeki etkinliğinin araştırıldığı çalışmada, bilişsel davranışçı terapinin katılımcıların maddenin kullanım şiddetini ve anksiyete duyarlılığını azalttığı, majör depresyon, panik bozukluk, anksiyete bozukluğu ve antisosyal kişilik bozukluğu psikopatolojilerinin görülme oranını azalttığı saptanmıştır (85).

Morgan ve arkadaşları (2014) tarafından 353 kadın üzerinde yürütülen deneysel araştırmada integratif bilişsel davranışçı terapinin travma sonrası stres bozukluğu ve madde kullanımı üzerine etkisi incelenmiştir. Araştırma sonucuna göre, bilişsel davranışçı terapi, travma sonrası stres bozukluğu sıklığı ve ciddiyetinde keskin düşüşler oluşturmuştur. Bu düşüş katılımcıların alkol ve kokain kullanımını ve bu maddeleri kullanmaya bağlı gelişen semptomları azaltmada önemli bir etki göstermiştir (86).

Yalom'a göre ruh sağlığı sorunu olan hastaların yeterli olmayan bireylerarası becerileri, yakın ilişkilerdeki duygusal paylaşma ve kabul edilme fırsatlarını genel olarak sınırlamıştır. Ayrıca hastaların dürtülerinin ve fantezilerinin nefret edilecek şeyler olduğu yolundaki inançları bireylerarası paylaşımı daha da sınırlamaktadır. Grubun kendileri için yalnızca derin insani bağlantıyı temsil ettiği pek çok tecrit edilmiş hasta bulunmaktadır. Terapi grubu birçok yönden aileyi andırmaktadır: otorite/ebeveyn figürleri, yaşıt kardeşler, derin kişisel açığa vurmalar; güçlü, düşmanca, rekabet duyguları ve bunlarla birlikte samimiyet de vardır. Birçok grup, ebeveyn rolünü olabildiğince taklit etmek için titiz bir çaba gösteren bir erkek-kadın terapi ekibi tarafından yönetilmektedir. Hasta, başlangıçtaki rahatsızlıklar geçtikten sonra, kaçınılmaz bir biçimde er ya da geç bir zamanlar ebeveynleri ve kardeşleriyle etkileştiği biçimde liderlerle ve diğer grup üyeleriyle etkileşime girmektedir (82). Etkileşim sonucunda tecrit edilmiş ve toplumdan dışlanmış bağımlı hastanın, grubun iyileştirici yanından yararlanarak araştırmada uygulanan bilişsel davranışçı temelli grup danışmanlığı ile dürtülerini anlamayı, kontrol etmeyi ve sağlıklı davranış biçimi kazanmayı öğrenmiş olduğu düşünülebilir.

Araştırmada deney ve kontrol grubundaki hastaların Barratt Dürtüsellik Ölçeği alt boyutlar ve toplam son test puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak önemli bulunmuştur. Bu sonuç **“Bilişsel Davranışçı Temelli Danışmanlık, bağımlı bireylerde dürtüselliği azaltır.”** hipotezini doğrulamaktadır.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Bilişsel davranışçı temelli grup danışmanlığının, madde bağımlılarında madde kullanımına ilişkin inanç ve dürtüselliğe etkisini belirlemek amacıyla yapılan bu çalışmada şu sonuçlar elde edilmiştir.

- Bilişsel davranışçı temelli grup danışmanlığı ile;
- Deney grubu hastalarının son test MKYİÖ toplam puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak önemli olduğu ve olumsuz inancın önemli oranda azaldığı,
- Deney ve kontrol grubu hastaları MKYİÖ son test puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak önemli olduğu,
- Deney grubu hastalarının BDÖ toplam ve alt boyutları puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak önemli olduğu, ve dürtüsel davranışların önemli oranda azaldığı,
- Deney ve kontrol grubu hastaları BDÖ toplam ve alt boyutları puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak önemli olduğu belirlenmiştir.

Bu sonuçlar doğrultusunda

- ❖ AMATEM’lerde, madde bağımlılarında madde kullanımına ilişkin olumsuz inanç ve dürtüselliği azaltmaya dönük grup danışmanlığı programlarının klasik tedavi içinde yer almasının sağlanması,
- ❖ AMATEM’lerde görev yapan psikiyatri hemşirelerinin grup danışmanlığı planlama ve uygulama konusunda daha etkin bir role sahip olmaları,
- ❖ AMATEM’lerde çalışan hemşirelerin bilişsel davranışçı terapi temel eğitimini almaları ve bu alanda kendilerini geliştirmek isteyenlerin süpervizyon eğitimi alarak bilişsel davranışçı terapi alanında kariyer planlaması yapması önerilebilir.

KAYNAKLAR

1. Vatandaş C, Can B, Mahitapoğlu H, Yaman V, Kırbaşoğlu Z. *Türkiye’de Gençlik Ve Uyuşturucu Madde Sorunu*, Sekam Yayınları, 2015: 20-5.
2. *United Nations Office On Drugs And Crime, World Drug Report* (United Nations Publication, Sales No. E.16.X1.7), 2016.
3. TUBİM 2014. EMCDDA 2014 Ulusal Raporu 2013 Verileri, Reitox Ulusal Veri Noktası, Türkiye: Yeni gelişmeler, Trendler Seçilmiş Konular. Ankara: TUBİM/Reitox 2014, 37-40.
4. Bekar E Ö. Bağımlılık yapıcı madde kullanımı olan hemşireler ve hemşirelik hizmetleri yönetiminin yaklaşımı: bir literatür incelemesi. *Sağlık ve Hemşirelik Yönetimi Dergisi* 2014, 1: 43-7.
5. Ulusoy K. Tarih öğretmenlerinin madde bağımlılığı ve medya bağımlılığı ile ilgili düşünceleri. *Kastamonu Education Journal* 2017, 25: 1.
6. Can G, Tanrıverdi D. Social functioning and internalized stigma in individuals diagnosed with substance use disorder. *Archives of psychiatric nursing* 2015, 29(6): 441-6.
7. Miller WR, Walters ST, Bennett ME. How effective is alcoholism treatment in the United States?. *Journal of studies on alcohol* 2001, 62(2): 211-20.
8. Witkiewitz, K., & Marlatt, G. A. (2004). Relapse prevention for alcohol and drug problems: that was Zen, this is Tao. *American Psychologist* 2004, 59(4): 224.
9. Özden, SA. Koruyucu Ruh Sağlığı Hizmetlerinde Sosyal Hizmetin Rolü1. *Hacettepe University Journal of Economics & Administrative Sciences/Hacettepe Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi* 2015, 26(1): 191-205.
10. Kalyoncu, ÖA. Eroin bağımlılığı. *Turkiye Klinikleri Journal of Internal Medical Sciences* 2005, 1(47): 79-88.
11. Nunes EV, McGrath PJ, Quitkin FM. Treating anxiety in patients with alcoholism. *The Journal of Clinical Psychiatry* 1995, 56(2): 3-9.

12. Butler SF, Black RA, Severtson SG, Dart RC, Green JL. Understanding abuse of buprenorphine/naloxone film versus tablet products using data from ASI-MV® substance use disorder treatment centers and RADARS® System Poison Centers. *Journal of substance abuse treatment* 2018, 84: 42-9.
13. Kenney SR, Anderson BJ, Bailey GL, Stein MD. Factors associated with naloxone administration in an opioid dependent sample. *J Subst Abuse Tr* 2018, 84: 17-20.
14. Morgan JR, Schackman BR, Leff JA, Linas BP, Walley AY. Injectable naltrexone, oral naltrexone, and buprenorphine utilization and discontinuation among individuals treated for opioid use disorder in a United States commercially insured population. *Journal of substance abuse treatment* 2018, 85: 90-6.
15. Leahy R. *Bilişsel Terapi ve Uygulamaları*, İstanbul, Litera Yayınları, 2004.
16. Marlatt GA, Donovan DM. *Relapse Prevention: Maintenance Strategies in the Treatment of Addictive Behaviors*, Guilford Press, 2005.
17. Yıldırım ZE, Sütcü ST. Madde ile İlişkili Bozuklukların Tedavisinde Bilissel Davranışçı Grup Terapisi Etkililiği: Sistematik Bir Gözden Geçirme/Effectiveness of Cognitive Behavioral Group Therapy for Treatment of Substance-Related Disorders: A Systematic Review. *Psikiyatride Guncel Yaklasimler* 2016, 8(1): 108.
18. Fitzpatrick J. The international nursing focus on mental health. *Archives of Psychiatric Nursing* 2017, 31: 329.
19. Hemşirelik Yönetmeliği. T.C. Resmi Gazete, sayı: 27910, 11 Nisan 2011.
20. Aslan S, Türkçapar MH, Eser, HY, Uğurlu M. (2012). Reliability and validity of beliefs about substance use (BSU) questionnaire in alcohol dependent patients. *Journal of Cognitive-Behavioral Psychotherapy and Research* 2012, 1(3): 162-70.
21. Uzbay İT. Madde bağımlılığı ve dopaminerjik sistem. *Turkiye Klinikleri J Int Med Sci* 2005, 1(47): 65-72.
22. Güleç G, Köşger F, Eşsizoglu A. DSM-5'de alkol ve madde kullanım bozuklukları. *Psikiyatride Guncel Yaklasimler* 2015, 7(4): 448-60.
23. Öztürk O, Uluşahin A. *Ruh Sağlığı ve Bozuklukları*, Cilt 2, Ankara, 2008, 687-731.
24. Köknel, Ö. *Bağımlılık: Alkol ve Madde Bağımlılığı*. Altın Kitaplar, 1998.

25. Yüksel N, Soygür H, Tural Ü, Demet MM. *Temel Psikofarmakoloji*. Ankara, Türkiye Psikiyatri Derneği, 2010
26. Budak E, Taymur İ. Alkol ve madde etkisi altında araç kullanımı ile ilişkili psikolojik faktörler. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar* 2015, 7(3): 333-47.
27. Ünal M, Özpoyraz N. Alkol kullanımı ile ilişkili bozukluklar. *Psikiyatri Temel Kitabı*. Hekimler Yayın Birliği, 1997: 278.
28. Ahmadi, K. Internet addiction among Iranian adolescents: a nationwide study. *Acta Medica Iranica* 2014, 52(6): 467-72.
29. WHO. Global strategy to reduce the harmful use of alcohol. New York, NY World Health Organization, 2010.
30. Koroğlu E. Amerikan Psikiyatri Birliği, Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı, Beşinci Baskı (DSM-5), Tanı Ölçütleri Başvuru El Kitabı'ndan çeviri. Ankara: Hekimler Yayın Birliği; 2014.
31. Kayaalp SO. *Rasyonel Tedavi Yonunden Tıbbi Farmakoloji*. Ankara, Hacettepe-Tas, 2002: 846-9.
32. Başay Ö, Yüncü Z, Kabukçu B, Öztürk Ö, Aydın C. Alkol-madde kullanım bozuklukları olan ergenlerin kişilik özellikleri. *Anatolian Journal of Psychiatry* 2016, 17(2):127-35.
33. Ögel K. Madde kullanım bozuklukları epidemiyolojisi. *Türkiye Klinikleri Dahili Tıp Bilimleri Dergisi* 2005, 1(47): 61-4.
34. Boztas MH, Arisoy Ö. Uçucu madde bağımlılığı ve tıbbi sonuçları/Inhalant dependence and its medical consequences. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar* 2010, 2(4): 516.
35. Altındağ A, Özkan M, Oto R. İnhalanla ilişkili bozukluklar. *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni* 2001, 11(2): 143-8.
36. Evren C. Damar yolu ile eroin kullananlarda enjektör paylaşım ve ilişkili özellikler. *Bağımlılık Dergisi* 2002, 3: 21-6.
37. Kolodny A, Courtwright DT, Hwang CS, Kreiner P, Eadie JL, Clark TW, Alexander GC. The prescription opioid and heroin crisis: a public health approach to an epidemic of addiction. *Annual Review of Public Health* 2015, 36: 559-74.

38. Hser YI, Evans E, Grella C, Ling W, Anglin D. Long-term course of opioid addiction. *Harvard Review of Psychiatry* 2015, 23(2): 76-89.
39. Torrens M, Fonseca F, Galindo L, Farré M. Opioid addiction: short-and long-acting opioids. *Textbook of Addiction Treatment: International Perspectives* 2015: 467-500.
40. Evren C. Alkol/madde kullanım bozukluğunda kişilik bozukluğu ek tanısı: Bir gözden geçirme. *Klinik Psikiyatri* 2004, 7: 111-9.
41. Black SE. Doctors on drugs: medical professionals and the proliferation of morphine addiction in nineteenth-century France. *Social History of Medicine* 2016, 30(1): 114-36.
42. Entler BV, Cannon JT, Seid MA. Morphine addiction in ants: a new model for self-administration and neurochemical analysis. *Journal of Experimental Biology* 2016, 219(18): 2865-9.
43. Kim J, Ham S, Hong H, Moon C, Im HI. Brain reward circuits in morphine addiction. *Molecules and Cells* 2016, 39(9): 645.
44. Chen X, Xue L, Hou S, Jin Z, Zhang T, Zheng F, Zhan CG. Long-acting cocaine hydrolase for addiction therapy. *Proc Natl Acad Sci* 2016, 113(2): 422-7.
45. Pierce RC, Fant B, Swinford-Jackson SE, Heller EA, Berrettini WH, Wimmer ME. Environmental, genetic and epigenetic contributions to cocaine addiction. *Neuropsychopharmacology* 2018, 43(7): 1471.
46. Kula K. Multiple drugs. *Reactions* 2017, 16(7): 195-211.
47. Avcı D, Tari Selçuk K, Doğan S. Çıraklık eğitimine devam eden ergenlerde madde kullanım sıklığı, öfke düzeyi-öfke ifade tarzı ve bağımlılık şiddeti ilişkisi. *Journal of Psychiatric Nursing* 2017;8(1):1-8.
48. Erdoğan Ö, Sezgin D, Çakır S. Bağımlı gruplarda enfeksiyon hastalıkları ve halk sağlığı hemşireliği yaklaşımı. *Türkiye Klinikleri J Pub Health Med* 2017, 3(3): 149-56.
49. Oğuzhan Ö, Çetiz A, Taşdemir S, Akgün H, Korkmaz M, Tuncer SK, Demirkaya Ş. Ekstazi ilişkili status epileptikus. *Epilepsi* 2017, 23(1):31-4.

50. Kara E, İnkaya AÇ, Demirkan K, Ünal S. Keyif verici maddeler ve antiretroviraller: keyfi dünyaya mı bedel yoksa keyfe mi keder? *Mediterr J Infect Microb Antimicrob* 2016, 5: 11.
51. Dankı D, Dilbaz N, Okay T, Açıkgöz Ç, Erdinç IB, Telci Ş. Madde kullanımına bağlı gelişen psikotik bozuklukta atipik antipsikotik tedavisi: Bir gözden geçirme. *Journal of Dependence* 2005, 6: 136-41.
52. Akkuş D. Ergende esrar kullanımı: Toplum ruh sağlığı yaklaşımı (olgu sunumu). *Journal of Psychiatric Nurses* 2010, 1(1): 43-6.
53. Evren EC, Ögel K, Çakmak D. Esrar ve meperidin (petidin) kullanım bozukluğu nedeni ile yatarak tedavi gören hastaların özelliklerinin karşılaştırılması. *Anadolu Psikiyatri Derg* 2002, 3(1): 20-7.
54. Farré M, Tomillero A, Pérez-Mañá C, Yubero S, Papaseit E, Roset PN, Torre R. Human pharmacology of 3, 4-methylenedioxymethamphetamine (MDMA, ecstasy) after repeated doses taken 4 h apart Human pharmacology of MDMA after repeated doses taken 4 h apart. *European Neuropsychopharmacology* 2015, 25(10): 1637-49.
55. United Nations Office on Drugs and Crime. World drug report 2017
56. Erbay E, Oğuz N, Yıldırım B, Fırat E. Alkol ve madde bağımlılığı olan bireylerin başa çıkma tutumları. *Türkiye Sosyal Araştırmalar Dergisi* 2016, (3): 597-609.
57. Ögel K, Koç C, Aksoy A, Basabak A, Evren C. *Sigara, Alkol ve Madde Bağımlılığı Tedavi Programı (SAMBA)*. İstanbul, Yeniden Yayınları, 2010.
58. Kaya Y, Şahin N. Kadınlarda madde kullanımı ve hemşirenin rolü. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi* 2013, 10(1): 3-7.
59. Uğurlu TT, Şengül CB, Şengül C. Bağımlılık psikofarmakolojisi. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar* 2012, 4(1): 37-50.
60. Polat G. Madde bağımlılığı tedavisinde sosyal hizmet mesleği. *Okmeydanı Tıp Dergisi* 2014, 30: 143-8.
61. Koca B, Oğuzöncül AF. İnönü Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu öğrencilerinin sigara, alkol, madde kullanımı, madde kullanımına etki eden etmenler ve aileden aldıkları sosyal desteğin etkisi. *Kocaeli Tıp Dergisi* 2015, 4(2): 4-13.

62. Yamana ÖM. Uyuşturucu madde bağımlısı gençlerin aile içi ilişkilere yönelik görüşleri: Esenler-Bağcılar örneği. *Addicta: The Turkish Journal on Addictions Bahar* 2014, 1(1): 99-132.
63. Heinz AJ, Beck A, Meyer-Lindenberg A, Sterzer P, Heinz A. Cognitive and neurobiological mechanisms of alcohol-related aggression. *Nature Reviews Neuroscience* 2011, 12(7): 400.
64. Liese BS, Beck AT, Friedman-Wheeler DG. *Group Cognitive Therapy for Addictions*. Guilford Press, 2012.
65. Turkcapar M, Orsel S, Ugurlu M, Sargin E, Turhan M., Akkoyunlu S, Karakas G. Reliability and validity of the turkish version of personality belief questionnaire. *Klinik Psikiyatri* 2007, 10: 177-91.
66. Türkçapar H. *Bilişsel Terapi: Temel İlkeler ve Uygulama*. HYB Yayıncılık (Medico Graphics Ofset), 2009.
67. Beck JS. *Cognitive Behavior Therapy: Basics and Beyond*. Guilford press, 2011.
68. Mitcheson L, Maslin J, Meynen T, Morrison T, Hill R., Wanigaratne S. *Applied Cognitive and Behavioural Approaches to the Treatment of Addiction: A Practical Treatment Guide*. John Wiley & Sons, 2010.
69. Wright FD, Beck AT, Newman CF, Liese BS. Cognitive therapy of substance abuse: theoretical rationale. *NIDA Research Monograph* 1993, 137: 123-7.
70. Beck J. *Bilişsel Terapi Temel İlkeler ve Ötesi*. Ankara, Türk Psikologlar Derneği Yayınları, 2001.
71. Heinz A, Beck A, Grüssler SM, Grace AA, Wrase J. Identifying the neural circuitry of alcohol craving and relapse vulnerability. *Addiction Biology* 2009, 14(1): 108-18.
72. Tolfrey M, Fox S, Jeffcote N. Beliefs about substance use and the attribution of blame for offending. *Journal of Forensic Psychiatry & Psychology* 2011, 22(2): 266-77.
73. Tamam L, Güleç H, Karataş G. Barratt dürtüsellik ölçeği kısa formu (bis-11-kf) türkçe uyarlama çalışması. *Nöropsikiyatri Arşivi* 2013, 50, 130-134.
74. Bandura A. *Social Foundations of Thought and Action*. Englewood Cliffs, NJ, Prentice-Hall, 1986.

75. Beck AT, Emery G, Greenberg RL. *Anxiety Disorders and Phobias: A Cognitive Approach*. Basic, New York, 1985, b58.
76. Beck AT, Wright FD, Newman CF et al. Chapter 2: *Cognitive Model of Addiction, In Cognitive Therapy of Substance Abuse*. New York, Guilford, 1993.
77. Brotchie J, Meyer C, Copello A. Cognitive representations in alcohol and opiate abuse: The role of core beliefs. *British Journal of Clinical Psychology* 2004, 43:337–42.
78. Zamirinejad S, Hojjat SK, Moslem A, MoghaddamHosseini V, Akaberi A. Predicting the risk of opioid use disorder based on early maladaptive schemas. *American journal of men's health* 2018, 12(2): 202-9.
79. Marsden J, Goetz C, Meynen T, Mitcheson L, Stillwell G, Eastwood B, Grey N. Memory-focused cognitive therapy for cocaine use disorder: theory, procedures and preliminary evidence from an external pilot randomised controlled trial. *EBioMedicine* 2018, 29: 177-89.
80. Johnson EG, Skromanis S, Bruno R, Mond J, Honan CA. Inhibiting automatic negative social responses in alcohol intoxication: interactions with theory of mind ability and level of task guidance. *Psychopharmacology* 2018, 235(4): 1221-32.
81. Freud, A. *War and Children*. Lulu Press, Inc, 2015
82. Yalom ID. *Grup Psikoterapisinin Teori ve Pratiği*, 3. baskı. İstanbul, Nobel Tıp Kitabevleri, 1992.
83. Easton CJ, Crane CA, Mandel DL. A randomized controlled trial assessing the efficacy of cognitive behavioral therapy for substance dependent domestic violence offenders: An integrated substance abuse domestic violence treatment approach (sadv). *Journal of Marital and Family Therapy* 2018, 44: 483-98.
84. Carpentier D, Romo L, Bouthillon-Heitzmann P, Limosin F. Mindfulness-based-relapse prevention (MBRP): Evaluation of the impact of a group of Mindfulness Therapy in alcohol relapse prevention for alcohol use disorders. *L'Encephale* 2015, 41(6): 521-6.

85. Lanza PV, Garcia PF, Lamelas FR, González Menéndez A. Acceptance and commitment therapy versus cognitive behavioral therapy in the treatment of substance use disorder with incarcerated women. *Journal of Clinical Psychology* 2014, 70(7): 644-57.
86. Morgan Lopez AA, Saavedra LM, Hien DA, Campbell AN, Wu E, Ruglass L, Bainter SC. Indirect effects of 12 session seeking safety on substance use outcomes: Overall and attendance class specific effects. *The American Journal on Addictions* 2014, 23(3): 218-25.



EKLER

EK 1: ÖZGEÇMİŞ

A. KİŞİSEL BİLGİLER

Adı Soyadı	Gülşen KILINÇ
Doğum Tarihi ve Yeri	Mersin 29.01.1989
Yabancı Dil Bilgisi	YDS:83.75
İletişim Bilgileri	glsnbkts88@gmail.com

B. EĞİTİM BİLGİLERİ

Derece	Alan	Üniversite	Yıl
Lisans	Hemşirelik	Mardin Artuklu Üniversitesi	2010
Y. Lisans	Hemşirelik	İnönü Üniversitesi	2015
Doktora	Hemşirelik	İnönü Üniversitesi	2019

C. İŞ TECRÜBESİNE AİT BİLGİLER

Yıllar	Çalıştığı Kurum	Görevi
2010-2011	Mersin Kadın Doğum Ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi	Hemşire
2011-2013	Elazığ Karakoçan Devlet Hastanesi	Hemşire
2014-2014	Elazığ Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi	Hemşire
2014-2019	Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi İnönü Üniversitesi (35. Madde ile)	Araştırma Görevlisi

EK 2: VERİ TOPLAMA FORMLARI

1. KİŞİSEL BİLGİ FORMU	Sıra No:	Tarih:	
1- Yaşınızı belirtiniz.			
2- Cinsiyetinizi belirtiniz.	a) Erkek	b) Kadın	
3- Eğitim durumunuzu belirtiniz.			
a) Okuryazar			
b) İlköğretim			
c) Lise			
d) Üniversite			
4- Gelir durumunuzu nasıl tanımlarsınız?	a)Kötü	b)Orta	c)İyi
5- Yaşadığınız yer neresidir?	a) İl	b) İlçe	c) Köy/Kasaba
6- Medeni durumunuzu belirtiniz.			
a)Bekar			
b)Evli			
7- Birlikte yaşadığınız kişiler kimlerdir?			
a) Yalnız			
b) Anne ve baba			
c) Eş ve çocuklar ve büyük ebeveynler			
d) Arkadaş vs.			
8- Çalışıyor musunuz?	A)Evet	b)Hayır	
9- Madde kullanmaya ilk kez kaç yaşında başladınız?			
10-Birinci derece akrabalarda madde kullanan var mı?	a) Var	b) Yok	
11- Maddeye başlama nedeniniz nedir?			
a. Arkadaş etkisi			
b. Merak			
c. Sorunlardan uzak durma			
d. Keyif alma			
e. Ailevi sorunlar			
12- Maddeyi kimlerle birlikte kullanıyorsunuz?	a.Yalnız	b. Arkadaş grubu	
13- Daha önce yatarak tedavi gördünüz mü?			
a. Evet	b. Hayır		
14- Cevabınız evet ise tedaviden sonra ne kadar süre temiz (madde almadan) kaldınız?			

2. MADDE KULLANIMI TEMEL İNANÇLAR ÖLÇEĞİ

Aşağıda alkol/madde kullanımıyla ilgili bazı inançlar ve düşünceler sıralanmıştır. Her birini dikkatlice okuyarak yan tarafına size ne kadar uyduğunu rakamla belirtiniz. Puanlarken aşağıda belirtilen rakamları kullanın.

- 1: Tamamıyla yanlış/ hiç katılmıyorum
- 2: Çoğunlukla katılmıyorum/yanlış buluyorum;
- 3: Biraz karşıyım/katılmıyorum
- 4: Fikrim yok/ ne doğru ne de yanlış, ortadayım
- 5: Biraz katılıyorum/doğru buluyorum
- 6: Oldukça katılıyorum/doğru buluyorum
- 7: Tamamıyla doğru/ tam olarak aynı görüşteyim.

	1	2	3	4	5	6	7
1. Alkolsüz/maddesiz yaşam sıkıcı							
2. Alkol/Madde kullanmak benim verimimi ve yaratıcılığımı artırmamın tek yolu							
3. Alkolsüz/maddesiz bir iş yapamam							
4. Hayatımdaki acıları dindirmemin tek yolu alkol/madde							
5. Bırakmaya hazır değilim							
6. İstek/arama bana alkolü/maddeyi kullanıyıyor							
7. Alkolü/Maddeyi bıraksam bile hayatım yoluna girmez							
8. Sınırımı azaltmanın tek yolu alkol/madde							
9. Eğer alkolü/maddeyi bırakırsam yaşamım tatsızlaşır							
10. Düzelmeyi hak etmiyorum							
11. Alkolü/maddeyi bırakacak kadar güçlü değilim							
12. Alkol/madde kullanmadan insanlarla arkadaşlık yapamam							
13. Alkol/madde kullanımı benim için bir sorun değil							
14. Alkol/madde almadıkça kullanma isteğim azalmaz							
15. Alkol/madde almama diğer insanlar neden oluyor (eşim, sevgilim, ailem)							
16. Alkol/madde kullanımı soya çekime bağlıdır							
17. Alkolsüz/maddesiz rahatlayamam							
18. Alkol/madde sorununun olması benim doğuştan kötü bir insan olduğum anlamına gelir							
19. Alkol/madde kullanmaksızın sıkıntımı kontrol edemem							
20. Alkol/madde almadıkça yaşantım eğlencesiz geçer							

3. BARRATT DÜRTÜSELLİK ÖLÇEĞİ-11 (BDÖ-11)

Açıklamalar: İnsanlar farklı durumlarda gösterdiği düşünce ve davranışları ile birbirlerinden ayrılırlar. Bu test bazı durumlarda nasıl düşündüğünüzü ve davrandığınızı ölçen bir testtir. Lütfen her cümleyi okuyunuz ve bu sayfanın sağındaki, size en uygun daire içine X koyunuz. Cevaplamak için çok zaman ayırmayınız. Hızlı ve dürüstçe cevap veriniz.

	Nadiren/	Bazen	Sıklıkla	Hemen
1 İşlerimi dikkatle planlarım.				
2 Düşünmeden iş yaparım				
3 Hızla karar veririm.				
4 Hiç bir şeyi dert etmem.				
5 Dikkat etmem.				
6 Uçuşan düşüncelerim var.				
7 Seyahatlerimi çok önceden planlarım.				
8 Kendimi kontrol edebilirim.				
9 Kolayca konsantre olurum.				
10 Düzenli para biriktirim.				
11 Derslerde/ oyunlarda yerimde duramam.				
12 Dikkatli düşünen birisiyim.				
13 İş güvenliğine dikkat ederim.				
14 Düşünmeden bir şeyler söylerim.				
15 Karmaşık problemler üzerine düşünmeyi				
16 Sık sık iş değiştiririm.				
17 Düşünmeden hareket ederim.				
18 Zor problemler çözmem gerektiğinde				
19 Aklıma estiği gibi hareket ederim.				
20 Düşünerek hareket ederim.				
21 Sıklıkla evimi değiştiririm.				
22 Düşünmeden alışveriş yaparım.				
23 Aynı anda sadece bir tek şey				
24 Hobilerimi değiştiririm.				
25 Kazandığımdan daha fazla harcarım.				
26 Düşünürken sıklıkla zihnimde konuyla				
27 Şu an ile gelecekte daha fazla ilgilenirim.				
28 Derslerde veya sinemada rahat oturamam.				
29 Yap-boz/puzzle çözmeyi severim.				
30 Geleceğini düşünen birisiyim.				

EK 3: GÖNÜLLÜ BİLGİLENDİRME VE ONAY FORMU (DENEY GRUBU)

Araştırma, Bilişsel Davranışçı Temelli Danışmanlığın, madde bağımlılarında madde kullanımına ilişkin inanç ve dürtüsellik etisini belirlemek amacıyla deneysel bir çalışma olarak planlanmıştır.

Araştırmaya katılmayı kabul ettiğiniz takdirde; bilişsel davranışçı temelli grup danışmanlığı uygulanarak sizin bağımlılık ile ilgili inançlarınız ve dürtüsellik konusunda olumlu yönde değişiklik sağlanmaya çalışılacaktır.

Ayrıca, sizi tanımamızı sağlayacak sosyodemografik özelliklerinizi içeren bir bilgi formunu, madde kullanımı ile ilgili inanç ve dürtüselliklerinizi ölçmemizi sağlayacak formları doldurmanız istenmektedir. Tüm uygulamalar ve görüşmeler araştırmacı tarafından gerçekleştirilecektir.

Bu çalışmaya katılmama hakkına ve katıldığınız takdirde yazılı onay vermiş olmanıza rağmen çalışmanın herhangi bir aşamasında ayrılma hakkına sahiptir. İsminiz saklı tutulacaktır. Ancak etik kurullar ve resmi makamlar size ait tıbbi bilgilere ulaşabilir. Araştırma sırasında size ait bir bilgi söz konusu olduğunda, bu size veya yasal temsilcinize bildirilecektir. Çalışma da yer aldığınız için size herhangi bir ücret ödenmeyecektir.

Sorumlu Araştırmacı

Prof. Dr. Rukuye AYLAZ

İnönü Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi

Ben yukarıda yazılı olan bilgileri okudum ve anladım. Araştırma hakkında sözlü olarak da aydınlatıldım, sorularıma kanımca yeterli kanıtlar aldım. Bu araştırmaya katılmayı, onun herhangi bir aşamasında çekilebilmek ve o ana kadar şahsımda elde edilen bilgiler üzerinde haklarımdan vazgeçmemek koşulu ile kabul ediyorum.

Tarih:...../...../.....

Adı Soyadı:

İmza:

EK 4: GÖNÜLLÜ BİLGİLENDİRME VE ONAY FORMU (KONTROL GRUBU)

Araştırma, Bilişsel davranışçı temelli danışmanlığın, madde bağımlılarında madde kullanımına ilişkin inanç ve dürtüselliğe etkisini belirlemek amacıyla deneysel bir çalışma olarak planlanmıştır.

Araştırmaya katılmayı kabul ettiğiniz takdirde; sosyodemografik özelliklerinizi içeren bir bilgi formunu, madde kullanımı ile ilgili inanç ve dürtüselliğinizi ölçmemizi sağlayacak formları doldurmanız istenmektedir. Tüm uygulamalar ve görüşmeler araştırmacı tarafından gerçekleştirilecektir.

Bu çalışmaya katılmama hakkına ve katıldığınız takdirde yazılı onay vermiş olmanıza rağmen çalışmanın herhangi bir aşamasında ayrılma hakkına sahiptir. İsminiz saklı tutulacaktır. Ancak etik kurullar ve resmi makamlar size ait tıbbi bilgilere ulaşabilir. Araştırma sırasında size ait bir bilgi söz konusu olduğunda, bu size veya yasal temsilcinize bildirilecektir. Araştırma da yer aldığımız için size herhangi bir ücret ödenmeyecektir.

Sorumlu Araştırmacı

Prof. Dr. Rukuye AYLAZ

İnönü Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi

Ben yukarıda yazılı olan bilgileri okudum ve anladım. Araştırma hakkında sözlü olarak da aydınlatıldım, sorularıma kanımca yeterli kanıtlar aldım. Bu araştırmaya katılmayı ve onun herhangi bir aşamasında çekilebilmek ve o ana kadar şahsımda elde edilen bilgiler üzerinde haklarımdan vazgeçmemek koşulu ile kabul ediyorum.

Tarih...../...../.....

Adı Soyadı:

İmza:

EK 5: YAPILANDIRILMIŞ OTURUMLARDA DİKKAT EDİLECEKLER

Bilişsel-davranışçı yaklaşıma dayalı grup oturumlarında oturum akışı standarttır ve tüm oturumlar belli basamaklarla aynı sıralamayı izlemektedir. I. oturum dışındaki oturumlarda önceki oturumun özetlenmesi, üyelerin nasıl hissettiklerinin sorulması, ev aktivitelerinin gözden geçirilmesi ve yapılan oturumun özetlenmesi bölümünde danışmanın yönelteceği sorular ve yaklaşımlardan oluşacaktır.

Grup oturumlarının uygulanmasında dikkat edilmesi gereken konular

1. Grup oturumları başlamadan önce, grup üyeleriyle birebir görüşülecektir. Bu görüşmede grubun özellikleri ve uygulamalar hakkında grup üyeleri bilgilendirilecek ve üyelerin gruba gönüllü katılımı sağlanacaktır.
2. Grup lideri her grup oturumundan önce gerekli hazırlıkları yaparak oturumlara başlayacaktır.
3. Grup üyelerinin grup yaşantısına aktif katılımını sağlamaya dikkat edilecek, etkinlikte ve örneklerde üyelerin yaşantılarından ve ihtiyaçlarından yola çıkılacaktır.
4. Grup oturumlarında grup üyeleri paylaşımına özendirilecektir.
5. Grup lideri üyelerin kendilerini rahat ve güvende hissetmeleri için kabullenici, destekleyici ve cesaretlendirici bir ortam sağlamaya dikkat edeceklerdir.
6. Grup kurallarına uyulmasına dikkat edilecektir.
7. Grup lideri, grup sürecindeki etkinliklere katılmada üyelere model olacaktır.
8. Grup üyeleri grup oturumlarında edindikleri bilgi ve belgeleri muhafaza etmek ve etkin kullanmak amacıyla bir dosya oluşturmaları ve yanlarında bulundurmaları sağlanacaktır.
9. Grup oturumlarının ortalama 90 dk sürmesine özen gösterilecektir.
10. Grup oturumları süresince ödevlerle ilgili geri bildirim yapılarak uygun davranışlar pekiştirilecektir.
11. Grup süresince oturumlar arası bağlantı kurabilmeyi sağlamak için her oturumdan önce, bir önceki oturumun özeti yapılacak, ayrıca her oturumda oturum değerlendirilmesi yapılacaktır.
12. Grup oturumlarının yapılacağı görüşme odası/toplantı odası her oturum öncesinde kullanıma uygun hale getirilecek ve gerekli araçlar (bilgisayar, projeksiyon cihazı, tahta vb.) hazır bulundurulacaktır.
13. Grup süreci 8 oturumda tamamlanacaktır.

EK 6: HEDEF LİSTESİ

-
-
-
-
-
-
-
-



EK 7: ELLİS'İN ABC MODELİ

A-Tetikleyici Olay	B-Inandırıcı Gelen Düşünceler	C-Sonuçlar	Bu düşünceye inanmanın sonuçları:
<p>Ne, nerede, ne zaman, kimle. Dış kaynaklı bir olay ya da içten tetikleyici, gerçek veya hayali</p>	<p>Aklınızdan o an neler geçiyordu?</p>	<p>Bu düşünceye inanmanın sonuçları: Bir önceki kolondan bir düşünce alın. Bu düşünceye inandığınızda nasıl tepki veririrsiniz?</p>	<p>Bu düşünceye inanmanın sonuçları: Eğer bu düşünceye inanmazsanız nasıl davranır ve hissedersiniz?</p>
<p>D-Defüzyon (Ayrılma) Defüzyon, düşüncelerin ve duyguların gerçekte ne olduğu (kelimelerin akışı, duyguların boşaltılması) görmektir; düşüncelerin söylediklerine değil (tehiheler veya gerçekler). Hangi defüzyon yöntemini kullanabilirsiniz?</p>	<p>Etkisiz hale getirme örnekleri</p> <ul style="list-style-type: none"> • Olumsuz düşünceleri fark edin. Yavaşça söyleyin. Yazın. Eğlenceli seslerle söyleyin. • Olumsuz düşünceleri sınıflandırın. Ör. bir yargı, bir öngörü, bir his, bir anı gibi • Farkındalığı artırın (mindfulness). Böylece geçmiş veya geleceğe saplandığınızda veya şimdiki yaşadığınızdaki durumları ayırt edebilirsiniz • Düşüncelerinizi, duygularınızı, farklı bir açıdan değerlendirmek için metaforları kullanın. <ul style="list-style-type: none"> – Örn. otobüsteki yolcular, plaj topu, nehir, düşünce nehri, akıl canavarları, masalci, papağan, kum kayması.... • DURUN, BİR ADIM GERİYE ATIN, GÖZLEMLEYİN. (ne düşünüyor ve hissediyorsunuz bu arada diğer insanlar nasıl davranıyorlardı). 	<p>Dengeli alternatif düşünceler. [İsteğe bağlı]</p>	

EK 9: TEMEL İNANÇ İNCELEME FORMU

ÇARESİZLİK TEMEL İNANÇLARI

"Ben yetersizim."	"Ben muhtacım"
"Ben etkisizim."	"Ben kapana kısılmışım."
"Ben hiçbir şeyi doğru yapamam."	"Ben kontrol dışımda yaşıyorum."
"Ben çaresizim."	"Ben başarısızım."
"Ben güçsüzüm."	"Ben zayıfım."
"Ben kurtulmam."	"Ben kurbanım."
"Ben kurbanım."	"Ben bir kaybecenim."
"Ben yeterince iyi değilim." (başarı açısından)	
"Ben kusurluyum." (ör., ben başkaları ile aynı seviyede değilim.)	

SEVİLMEZLİK TEMEL İNANÇLARI

"Ben sevilemem."	"Ben farklıyım."
"Ben sevimsizim."	"Ben kötüyüm." (bu yüzden diğerleri beni sevmez)
"Ben sakıncalıyım."	"Ben kusurluyum." (bu yüzden diğerleri beni sevmez)
"Ben çekici değilim."	"Ben yalnızlığa mahkumum."
"Ben istenmeyenim."	"Ben reddedilmeye mahkumum."
"Ben terkedilmeye mahkumum."	
"Ben yeterince iyi değilim" (diğerleri tarafından sevilmek için)	

DEĞERSİZLİK TEMEL İNANÇLARI

"Ben değersizim."	"Ben ahlaksızım."
"Ben kabul edilemem."	"Ben zehâke'yim"
"Ben kötüyüm."	"Ben zehirliyim."
"Ben işe yaramam."	"Ben şeytanım."
"Ben yaşamaya layık değilim."	

<p>Temel inancın hastalar için önemini anlayabilmek amacı ile aşağıdaki hususlara bakın:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Temel inançlar birer fikirdir, mutlak bir gerçek değil. • Onlar ona oldukça güçlü şekilde inanırlar ve hatta onun doğru olduğunu hissedebilirler ama temel inançlar çoğunlukla ya da tamamen yalıdır. • Bir fikir gibi test edilebilirler. • Çocukluk olaylarından köken alabilirler. 	
<p>“Ben yeteriyim ama insanım” yeni temel inancı destekleyen kanıtlar</p>	<p>F.ski temel inancı destekleyen kanıtları “Ben yeteriyim” çerçevesinin yeniden düzenlenmesi</p> <p>(Öm yardım istemek için asistan doktora gittim ama bu benim yetersiz olduğumu göstermez. Güne konusunda gergindim.)</p>

EK 10: ETİK KURUL İZİNİ

T.C. İNÖNÜ ÜNİVERSİTESİ BİLİMSEL ARAŞTIRMA VE YAYIN ETİĞİ KURULU (Sağlık Bilimleri Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu)			
Oturum Tarihi	Oturum Sayısı	Karar Sayısı	
26.06.2018	13	2018/13-29	
<p>Karar No: 2018/13-29: Sağlık Bilimleri Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu 26.06.2018 tarihinde Tıp Fakültesi Etik Kurul Salonunda toplandı. İnönü Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Prof. Dr. Rukuye AYLAZ'ın sorumlu araştırmacı olduğu İnönü Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Arş. Gör. Gülsen KILINÇ'ın yardımcı araştırmacı olduğu; "Madde Bağımlılarında Bilişsel Davranışçı Temelli Grup Danışmanlığının Madde Kullanımına İlişkin İnanç ve Dürtüsellliğe Etkisi" başlıklı çalışması Üniversitemiz Bilimsel Araştırma ve Yayın Etiği Yönergesi açısından uygun olup-olmadığı hususundaki başvurusuna ilişkin raportör raporu görüşüldü. Çalışma Bilimsel Araştırma ve Yayın Etiği Yönergesi açısından değerlendirildiğinde; çalışmanın <u>etik açıdan uygun olduğuna</u>; oy birliği ile karar verilmiştir.</p>			
Prof. Dr. Osman CELBİŞ Etik Kurul Başkanı			
Prof. Dr. Kadir ERTEM Etik Kurul Başkan Yrd.	KATILDI	Prof. Dr. Gülsen GÜNEŞ Etik Kurul Üyesi	KATILDI
Prof. Dr. Cemşit KARAKURT Etik Kurul Üyesi	KATILDI	Prof. Dr. Yüksel SEÇKİN Etik Kurul Üyesi	KATILDI
Prof. Dr. Erkan KARATAŞ Etik Kurul Üyesi	KATILDI	Prof. Dr. Yılmaz TABEL Etik Kurul Üyesi	KATILDI

**EK 11: İNÖNÜ ÜNİVERSİTESİ TURGUT ÖZAL TIP MERKEZİ
KURUM İZİNİ**



T.C.
İNÖNÜ ÜNİVERSİTESİ  TURGUT ÖZAL TIP MERKEZİ
Başhekimliği



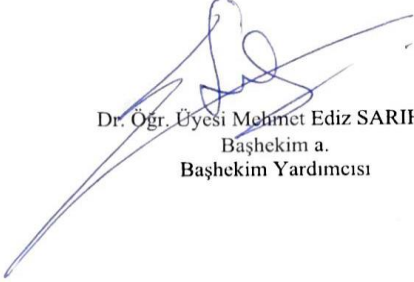
Sayı : 68636013-770-11558
Konu : Bilgi

28/05/2018

Sayın Arş. Gör. Gülsen KILINÇ
İnönü Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Kat:2

İlgi : 18/05/2018 tarihli dilekçeniz.

Madde Bağımlılarında Bilinçsel Davranışçı Temelli Grup Danışmanlığının Madde Kullanımına İlişkin İnanç ve Dürtüselliğe Etkisi isimli çalışma ile ilgili ilgi tarihli dilekçeniz incelenmiş olup, söz konusu talebiniz Başhekimliğimizce uygun görülmüştür.
Bilgilerinize rica ederim.


Dr. Öğr. Üyesi Mehmet Ediz SARIHAN
Başhekim a.
Başhekim Yardımcısı

Evrakı Doğrulamak İçin: https://cbys.inonu.edu.tr/enVision/Validate_Doc.aspx?V=BEL944D3S Pin Code: 19591

İnönü Üniversitesi Turgut Özal Tıp Merkezi
Telefon No: 0 422 3410660 Faks No: 422 3410728
E-Posta: insankaynaklari@inonu.edu.tr İnternet Adresi: <http://totm.inonu.edu.tr/>

Bilgi İçin: Ayşegül ÖZDEMİR
Unvan: Yazı İşleri Memuru
Telefon No: 4223410660



EK 12: GAZİANTEP İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ KURUM İZİNİ



T.C.
GAZİANTEP VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü



Sayı : 65587614-774.99
Konu : Bilimsel Araştırma İzni
- Gülşen KILINÇ

Sayın GÜLŞEN KILINÇ
İnönü Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Kat:2
Battalgazi / MALATYA

İlgi : 06/08/2018 tarihli 74517390 barkotlu yazınız.

İlgi sayılı yazı ile Müdürlüğümüze bağlı 25 Aralık Devlet Hastanesi Ahmet Şireci Madde Bağımlılığı Tedavi ve Eğitim Merkezi'nde "Madde Bağımlılarında Bilişsel Davranışçı Temelli Grup Danışmanlığının Madde Kullanımına İlişkin İnanç ve Dürtüsellliğe Etkisi" konulu bilimsel araştırma izni başvuru belgelerinizin incelenmesi sonucunda;

Araştırmayı bizzat yapmanız, sonuçlarını Personel ve Destek Hizmetleri Başkanlığına bildirmeniz ve yayınlama izni almadan yayınlamanız kaydı ile araştırma yapmanız uygun görülmüştür.

Bilgilerinize sunulur.

e-İmzalıdır.
Halil İNANÇ
Personel ve Destek Hizmetleri
Başkanı

EKLER:
-Resmi Yazı (2 Sayfa)

Kayaönü Mh. 42035 Nolu Sk. Sehitkamil, Gaziantep
Faks No:0 (342) 220 93 34
e-Posta: sonay.metin@saglik.gov.tr Int.Adresi: www.gaziantepsaglik.gov.tr

Bilgi için: Ayfer ÖZMÜŞ ÇEVİK
Unvan: HEMŞİRELİ
Telefon No: 0 342 338 26 00-1494

Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden eb1b8aa9-1f29-4b29-b28b-7f92b22bba37 kodu ile erişebilirsiniz.
Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

**EK 13: BİLİŞSEL DAVRANIŞÇI TERAPİ KURAMSAL EĞİTİMİ
KATILIM BELGESİ**



Katılım Belgesi

Sayın Gülsen Kılınç Örtgen Biçimli Ekran Alıntı

Bilişsel Davranışçı Psikoterapiler Derneği'nin Deha Gelişim Enstitüsü işbirliği ile gerçekleştirdiği, Ekim 2015 – Şubat 2016 tarihleri arasında düzenlenen, 50 saatlik Bilişsel ve Davranışçı Terapi Kuramsal Eğitimine katılmıştır.

(Eğitimin İçerdiği Konular: Bilişsel Terapinin Kuram Ve Temel İlkeleri, Bilişsel Davranışçı Kişilik Kuramı, Depresyon, Panik Bozukluk, Özgül Fobi, Obsesif Kompulsif Bozukluk, Sosyal Fobi, Sınav Anksiyetesi, Yaygın Anksiyete Bozukluğu, Somatoform Bozuklukların Bilişsel Davranışçı Kuram Ve Terapileri, Travma Sonrası Stres Bozukluğu, BDT'nin Çocuklarda ve Ergenlerde Uygulamaları.)

Prof. Dr. M. Hakan Türkçapar

Bilişsel Davranışçı Psikoterapiler Derneği Başkanı

Belge No: 2016/445

İRAN CADDESİ, KARUM İŞ MERKEZİ , NUMARA: 21/375 (3. KAT), ÇANKAYA

ANKARA-TURKEY

www.biliseldavranisciligi.org • e-mail: bdpdemelek@yahoo.com Tlf: +90 5442242801

EK 14: BİLİŞSEL DAVRANIŞÇI TERAPİ BECERİ KAZANDIRMA VE SÜPERVİZYON UYGULAMASI EĞİTİMİ KATILIM BELGESİ



Katılım Belgesi

Sayın Gülşen Kılınc

Bilişsel Davranışçı Psikoterapiler Derneği'nin Janus Psikoloji işbirliği ile Ağustos 2016 – Ekim 2016 tarihleri arasında düzenlediği 30 saatlik Beceri Kazandırma ve Süpervizyon Uygulaması eğitimine katılmıştır.

(Eğitimin İçerdiği Konular: Sorun Saptama, Amaç Belirleme, Bilişsel Modeli Sunma, Gündem Belirleme, Kesitsel Famülasyon Yaama, Düşünceye Müdahale Etme, Ödev Düzenleme, Davranış Deneyleri, Maruz Bırakma Programlama, Derine İnme, İnançları Saptama, Değiştime, Alternatif İnanç Geliştirme.)

Prof. Dr. M. Hakan Türkçapar

Bilişsel Davranışçı Psikoterapiler Derneği Başkanı

BDPD, İRAN CADDESİ, KARUM İŞ MERKEZİ
NO: 21/375 (3. KAT)
ÇANKAYA, ANKARA - TÜRKİYE
Tf: +90 544 224 26 01
www.bilisekdavranisci.org
e-mail: bdpdemek@yandex.com

JANUS PSİKOLOJİ
BARBAROS BULVARI 105/9
BEŞİKTAŞ/İSTANBUL
Tf: 0 212 227 0 507
www.januspsikoloji.com
e-mail: info@januspsikoloji.com

Belge No: 109/2016. 29.09.2016 tarihinde hazırlanmıştır.