ALKOL VE MADDE KULLANIM BOZUKLUĞUNDA BİLİŞSEL DAVRANIŞÇI MODEL TEMELLİ PSİKOEĞİTİM DESTEKLİ MÜZİĞİN STRES, ÖZ YETERLİLİK VE RELASP DÜZEYİNE ETKİSİ

Kübra KAYAOĞLU
Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı

Tez Danışmanı
Doç. Dr. Özlem ŞAHİN ALTUN

Doktora Tezi - 2020

T.C.
ATATÜRK ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

ALKOL VE MADDE KULLANIM BOZUKLUĞUNDA BİLİŞSEL DAVRANIŞÇI MODEL TEMELLİ PSİKOEĞİTİM DESTEKLİ MÜZİĞİN STRES, ÖZ YETERLİLİK VE RELAPS DÜZEYİNE ETKİSİ

Kübra KAYAOĞLU

Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı
Doktora Tezi

Tez Danışmanı
Doç. Dr. Özlem ŞAHİN ALTUN

ERZURUM
2020

T.C.
ATATÜRK ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
PSİKİYATRİ HEMŞİRELİĞİ ANABİLİM DALI

ALKOL VE MADDE KULLANIM BOZUKLUĞUNDA BİLİŞSEL DAVRANIŞÇI MODEL TEMELLİ PSİKOEĞİTİM DESTEKLİ MÜZİĞİN STRES, ÖZ YETERLİLİK VE RELAPS DÜZEYİNE ETKİSİ

Kübra KAYAOĞLU

Tez Savunma Tarihi : 24.01.2020

Tez Danışmanı : Doç. Dr. Özlem ŞAHİN ALTUN (Atatürk Üniversitesi)

Jüri Üyesi : Prof. Dr. Mehtap TAN (Atatürk Üniversitesi)

Jüri Üyesi : Dr. Öğr. Üyesi Mine EKİNCİ (Atatürk Üniversitesi)

Jüri Üyesi : Prof. Dr. Ayşe OKANLI (İstanbul Medeniyet Üniversitesi)

Jüri Üyesi : Dr. Öğr. Üyesi Yalçın KANBAY (Artvin Çoruh Üniversitesi)

Onay

Bu çalışma yukarıdaki Jüri tarafından **Doktora Tezi** olarak kabul edilmiştir.

Prof. Dr. Duygu ARIKAN
Enstitü Müdürü

Doktora Tezi
ERZURUM - 2020

İÇİNDEKİLER

İÇİNDEKİLER ..... **I**

TEŞEKKÜR ..... **IV**

ÖZET ..... **V**

ABSTRACT ..... **VI**

SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ ..... **VII**

ŞEKİLLER DİZİNİ ..... **VIII**

TABLOLAR DİZİNİ ..... **IX**

1. GİRİŞ **1**

2. GENEL BİLGİLER **5**

2.1. Madde Kullanım Bozukluğunun Tanımı 5

2.2. Madde Kullanım Bozukluğunun Tanı ve Sınıflandırılması 6

2.3. Madde Kullanım Bozukluğunun Sıklık ve Yaygınlığı 7

2.4. Madde Kullanım Bozukluğunun Etiyolojisi 9

2.4.1. Biyolojik Nedenler 9

2.4.2. Psikososyal-ekonomik nedenler 12

2.5. Madde Kullanım Bozukluğunda Gidiş ve Sonlanış 14

2.6. Madde Kullanım Bozukluğunun Tedavisi 15

2.6.1. İlaç Sağaltımı 15

2.6.2. Psikososyal Yaklaşım ve Sağaltımlar 16

2.6.3. Kısa Girişim 16

2.6.4. Bilişsel Davranışçı Terapi 17

2.6.4.1. Bilişsel Davranışçı Terapi Tanımı 17

2.6.4.2. Madde Kullanım Bozukluğunda Bilişsel Davranışçı Terapi 18

2.7. Madde Kullanım Bozukluğunda Relaps 19

2.7.1. Relaps Modelleri 21
2.7.2. Relaps Önlemede Bilişsel Davranışçı Model 21
2.8. Relaps Önleme Stratejisi Olarak Müzik Terapi 22
2.8.1. Müziğin Tanımı; 22
2.8.2. Müzik Terapi; 22
2.8.3. Müzik Terapi Tarihçesi 23
2.8.4. Müzikle Tedavi Türleri 26
2.8.5. Madde Bağımlığında Müzik Terapi 26
2.8.6. Stres ve Müzik Terapi 27
2.8.7. Öz Yeterlilik ve Müzik Terapi 28
2.9. Madde Kullanım Bozukluğu ve Psikiyatri Hemşiresi 30
3. MATERYAL VE METOT 32
3.1. Araştırmanın Türü 32
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman 32
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi 32
3.4. Araştırmanın Değişkenleri 34
3.5. Veri Toplamada Kullanılan Formlar 34
3.6. Verilerin Toplanması 35
3.7. Müdahalede Kullanılan Materyaller 36
3.8. Hemşirelik Girişimleri 37
3.8.1. Müdahale Basamakları 37
3.9. Verilerin Değerlendirilmesi 43
3.10. Araştırmanın Etik İlkeleri 43
3.11. Araştırmanın Sınırlılıkları ve Genellenebilirliği 43
4. BULGULAR 46

5. TARTIŞMA **52**

6. SONUÇ VE ÖNERİLER **58**

KAYNAKLAR **60**

EKLER **79**

EK-1. ÖZGEÇMİŞ **79**

EK-2. ETİK BİLDİRİM VE İNTİHAL BEYAN FORMU **80**

EK-3. ETİK KURUL ONAY FORMU **81**

EK-4. KİŞİSEL BİLGİ FORMU **82**

EK-5. ÖZ-YETERLİLİK ÖLÇEĞİ **83**

EK-6. ALGILANAN STRES ÖLÇEĞİ (ASÖ) **85**

EK-7. ÖLÇEK İZİN YAZISI **86**

EK-8. GİRİŞİM ŞEMASI **89**

EK-9. EĞİTİM MATERYALİ **91**

EK-10. COPİNG KART **122**

EK-11. BİLGİLENDİRİLMİŞ OLUR FORMU **123**

EK-12. KURUM İZNİ **125**

EK-13. BİLİŞSEL DAVRANIŞÇI TERAPİ EĞİTİMİ KATILIM BELGESİ **126**

EK-14. TEZ ADI/KONUSU DEĞİŞİKLİĞİ BİLDİRİM FORMU **127**

TEŞEKKÜR

Doktora eğitimim boyunca desteğini yanımda hissettiğim, çalışmamın her aşamasında engin bilgi ve tecrübesi araştırmaya yön veren değerli hocam Sayın Doç. Dr. Özlem ŞAHİN ALTUN'a,

Tez çalışmam süresinde bilgi ve deneyimlerinden yararlandığım, tez jürimde yer alan ve tezimin şekillenmesinde bana yol gösteren değerli hocalarım Sayın Prof. Dr. Mehtap TAN'a ve Sayın Dr. Öğr. Üyesi Mine EKİNCİ'ye, akademik gelişimime katkıda bulunan ve manevi yardımlarını esirgemeyen Sayın Prof. Dr. Ayşe OKANLI'ya, bu süreçte maddi manevi desteğini hep yanımda hissettiğim annem, eşim ve kardeşim başta olmak üzere tüm aileme, bugüne kadar benim için vermiş oldukları bütün emekler için sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Öğr. Gör. Kübra KAYAOĞLU

ÖZET

Alkol Ve Madde Kullanım Bozukluğunda Bilişsel Davranışçı Model Temelli Psikoeğitim Destekli Müziğin Stres, Öz Yeterlilik Ve Relaps Düzeyine Etkisi

Amaç: Bu araştırma, alkol ve madde kullanım bozukluklarında bilişsel davranışçı model temelli psikoeğitim destekli müziğin stres, özyeterlilik ve relaps düzeyine etkisini belirlemek amacıyla yapıldı.

Materyal ve Metot: Araştırma, ön test-son test, kontrol gruplu, tekrarlayan ölçümlü yarı deneysel araştırma deseni kullanılarak yapıldı. Araştırma, 2018 Ekim-2020 Ocak tarihleri arasında gerçekleştirildi. Araştırma bir Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi AMATEM servisinde yürütüldü. Araştırmanın evrenini 244 hasta oluşturdu. Araştırmanın örneklemini araştırmaya alınma kriterlerine uyan toplam 62 kişi oluşturdu. Deney grubundaki bireylere üç hafta boyunca 8 oturum yapıldı. Her bir oturum yaklaşık bir saat sürdü. Araştırmanın verilerinin toplanmasında "Kişisel Bilgi Formu", "Öz-Yeterlilik Ölçeği (ÖYÖ)" ve "Algılanan Stres Ölçeği (ASÖ)" kullanıldı. Verilerin değerlendirilmesinde aritmetik ortalama, standart sapma, yüzdelik dağılım, ki kare testi, bağımsız gruplarda t testi ve tekrarlı ölçümlerde varyans analizi kullanıldı.

Bulgular: Deney ve kontrol grubundaki bireylerin girişim öncesi öz yeterlilik ortalama puanları ortancaya yakın (sırasıyla 46.53±12.91 ile 50.62±20.04) ve stres ortalama puanları yüksek seviyede (sırasıyla 52.40±9.41 ile 51.93±11.03) olduğu belirlendi. Gruplar arası karşılaştırmada, bireylerin "Öz-Yeterlilik Ölçeği (ÖYÖ)", son test, 4. ay izlem testi ve 6. ay izlem testi puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulundu ($p<0.05$). Gruplar arası karşılaştırmada, bireylerin "Algılanan Stres Ölçeği (ASÖ)", son test ve 4. ay izlem testi puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulundu ($p<0.05$). Grup içi karşılaştırmada, "Öz-Yeterlilik Ölçeği (ÖYÖ)" puan ortalamaları ve "Algılanan Stres Ölçeği (ASÖ)" puan ortalamaları, ölçüm zamanları arasında anlamlı bir fark olduğu saptandı ($p<0.05$).

Sonuç: Alkol ve madde kullanım bozukluğunda Bilişsel Davranışçı Model temelli ve psikoeğitim destekli müziğin stresi azaltmada, öz yeterliliği artırmada ve relapsları önlemede katkı sağladığı sonucuna varıldı. Müziğin hemşirelik uygulamalarında tedavi etkinliğini arttırmak amacıyla kullanılması önerilir.

Anahtar Kelimeler: Alkol ve madde kullanım bozukluğu, bilişsel davranışçı model, hemşirelik, müzik, öz yeterlilik, psikoeğitim

ABSTRACT

The Effects Of Cognitive Behavioral Psychoeducation Supported TheMusic On Perceived Stress, Self Sufficiency And Relapse Levels İn Alcohol And Substance Abuse Disorders

Aim: The aim of this study was to determine the effect of psychoeducation supported music based on cognitive behavioral model in alcohol and substance use disorders on stress, self-efficacy and relapse levels.

Material and method: The research was conducted using a pre-test, post-test, control group, quasi-experimental research design with repetitive measurements. The research was carried out between October 2018 and January 2020. The research was carried out in a Mental Health and Diseases Hospital AMATEM. The population of the study consisted of 244 patients. The sample of the study consisted of 62 people who met the inclusion criteria. In the experimental group, 8 sessions were performed for three weeks. Each session lasted about an hour. "Personal Information Form", "Self-Efficacy Scale" and "Perceived Stress Scale" was used for data collection. The arithmetic means, standard deviation, percentage distributions, chi-square, independent samples t-test, repeated measures analysis of variance was used in the evaluation of data.

Results: The mean pre-intervention self-efficacy scores of the individuals in the experimental and control groups were close to hydrangea (46.53 ± 12.91 and 50.62 ± 20.04, respectively) and the stress average scores were high (52.40 ± 9.41 and 51.93 ± 11.03, respectively). In the comparison between the groups, it was found that the difference between the mean scores of the Self-Efficacy Scale, post-test and follow-up test of 4th month and follow-up test of 6th month was statistically significant ($p<0.05$). In the comparison between the groups, it was found that the difference between the mean scores of "Perceived Stress Scale", posttest and 4th month follow-up test was statistically significant ($p<0.05$). In-group comparison, "Self-Efficacy Scale" score averages and "Perceived Stress Scale" score averages showed a significant difference between measurement times ($p<0.05$).

Conclusion: It was concluded that Cognitive Behavioral Model-based and psychoeducation-supported music was effective in reducing stress and increasing self-efficacy and preventing relapses in alcohol and substance use disorders. It is recommended to use music in nursing practice to increase the effectiveness of the treatment.

Key Words: Alcohol and substance use disorder, cognitive behavioral model, nursing, music, self sufficiency, psychoeducation.

SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

AMTA : Amerikan Müzik Terapi Derneği

ASÖ : Algılanılan Stres Ölçeği

BDM : Bilişsel Davranışçı Model

BDT : Bilişsel Davranışçı Terapi

DSÖ : Dünya Sağlık Örgütü

EMCCDA : Avrupa Uyuşturucu ve Uyuşturucu Bağımlılığı İzleme Merkezi

ÖYÖ : Öz Yeterlilik Ölçeği

UNDCP : Birleşmiş Milletler Uluslararası Uyuşturucu Kontrol Programı

UNODC : Birleşmiş Milletler Uyuşturucu ve Suç İle Mücadele Örğütü

TÜİK : Türkiye İstatistik Kurumu

TUBİM : Türkiye Uyuşturucu ve Uyuşturucu Bağımlılığı İzleme Merkezi

TÜMATA : Türk Musikisini Araştırma ve Tanıtma Grubu

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil No **Sayfa No**

Şekil 3.1. Araştırma Planı..... 45

TABLOLAR DİZİNİ

Tablo No **Sayfa No**

Tablo 2.1. DSM-5'e Göre Remisyon Gidişleri 19

Tablo 3.1. BDT Temelli Öz Yeterliliği Geliştirici Psikoeğitim İçeriği 38

Tablo 3.2. BDT Temelli Psikoeğitim Destekli Müzik Dinletisi Tarih Planlaması 42

Tablo 3.3. Araştırmada Kullanılan Parametreler ve Uygulanan Testler 43

Tablo 4.1. Tanıtıcı Özelliklerinin Karşılaştırılması 46

Tablo 4.2. Gruplar Arası ÖYÖ ve ASÖ Ön Test, Son Test, 4. Ay ve 6. Ay Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması 49

Tablo 4.3. Deney Grubunun Grup İçi ÖYÖ ve ASÖ'nin Tekrarlı Ölçümlerinin Karşılaştırılması 50

Tablo 4.4. Kontrol Grubunun Grup İçi ÖYÖ ve ASÖ'nin Tekrarlı Ölçümlerinin Karşılaştırılması 50

Tablo 4.5. Gruplar Arası Maddeye Başlama Durumlarının Karşılaştırılması 51

1. GİRİŞ

Madde bağımlılığı, tüm toplumların maruz kaldığı ciddi halk sağlığı problemlerindendir.[1] Alkol ve madde bağımlılığı, bireyde bedensel, psikolojik ve sosyal problemlere neden olan, iyileşen fakat tekrar madde alımıyla beraber nüks eden bir hastalıktır. Organlar üzerindeki olumsuz etkileriyle önemli sağlık sorunlarına yol açabilir. Günümüzde duruma göre kişisel halk sağlığı, bireylerarası ilişkiler ve kamu düzeni üzerindeki yıkıcı etkileri ile ülkelerin gündeminde olan ve ortadan kaldırılması gereken öncelikli sorunlardan biri olmuştur.[2,3]

Birleşmiş Milletler Uyuşturucu ve Suç İle Mücadele Örğütü (UNODC) 2018 Dünya Uyuşturucu Raporu'na göre tüm dünyada 31 milyon madde bağımlısı bulunmaktadır.[4] Avrupa Uyuşturucu ve Uyuşturucu Bağımlılığı İzleme Merkezi'nin (EMCCDA) 2019 Avrupa Uyuşturu Raporu'na göre yetişkinlerin (15-64) ömür boyu madde kullanım oranları incelendiğinde; esrar kullanım oranı 91,2 milyon, kokain kullanım oranı 18 milyon, amfetamin kullanım oranı 12,4 milyon olarak tahmin edilmektedir.[5]

Kişilerin madde bağımlısı olabilmeleri için; madde ile bir şekilde karşılaşması-tanışması gereklidir. Madde alımıyla beyinde mezolimbik dopamin sistem, serotonin sistem gibi bazı nöroadaptasyon süreçler devreye girer ve artan dopamin, serotonin nedeniyle kişide gevşeme ve neşe hissi uyanır. Kişi bu duyguları tekrar hissetmek için madde alımını sürdürür. Bunun sonucunda beyin hücrelerinin yapısında zamanla bozulmalar meydana gelir ve bu bozulmalar kişinin tekrarlayan madde alımından sorumludur.[6]

Toplumun sosyoekonomik durum fark etmeksizin her kesimini etkilemesi ve bir toplumdan diğerine hızlı bir şekilde sıçraması sorunun önemini daha da artırmaktadır. Türkiye gibi gelişmekte olan ülkelerde köyden kente düzensiz göç ve işsizlik

sonucunda, sosyoekonomik yapıda hızlı değişiklikler meydana gelmektedir. Değişen değer yargıları ve geleneksel toplumun otokontrol mekanizmalarının eskisi kadar etkin olmaması, bireyi ve toplumu sosyal yalnızlığa ve yabancılaşmaya sürüklemektedir. Sonuçta yalnızlaşan bireyin yeni doyum yolları araması ve bu amaçla kendine ve topluma zararlı tercihlere kayması kolaylaşmaktadır.[7,8]

Madde bağımlılığı düzelme (remisyon) ve nüks (relaps) dönemleri ile devam eden kronik bir beyin hastalığıdır.[9] Madde bağımlılığının yalnızca ilaçla tedavi edilebilir bir hastalık olduğunu iddia etmek sadece yeni bağımlılar oluşumuna zemin hazırlar ve bilimsel olarak da gerçeği yansıtmaz.[10]

Alkol ve madde kullanım bozukluğunda remisyon ve relaps bağımlılığın seyrini belirleyen iki dönemdir. Depreşme, belli bir madde kullanmama döneminin ardından tekrar içmeye başlamak ve kontrolü kaybederek eski madde kullanma dönemine dönmektir. Depreşme oranlarını belirlemek amacıyla yapılan bir çalışmada bir yıl sonunda hastaların sadece %39'unun maddeyi tekrar kullanmadığı bildirilmiştir.[11] Başka bir çalışmada ise yine alkol ve madde bağımlısı olan hastaların %50-60 oranında iyileşmeden sonraki birkaç ay içinde yeniden madde kullanmaya başladıkları tespit edilmiştir.[12]

Relaps oranlarını belirlemek amacıyla yapılmış araştırmada alkol bağımlılığı sebebiyle tedavi olmuş hastaların depreşme oranları; detoksifikasyondan 2 hafta sonra %35, 3 ay sonra %58 olarak tespit edilmiştir.[13] Evren ve ark.[14] tarafından hastanede yatarak tedavi edilen alkol bağımlılarıyla gerçekleştirilen araştırmada 12 ay sonunda relaps oranı %62 olarak tespit edilmiştir.[14]

Alkol ve madde kullanım bozukluklarındaki relaps oranlarının yüksek olması relaps önleme modelinin oluşturulmasına neden olmuştur.[15,16] Marlatt ve Gordon[17] tarafından geliştirilen bilişsel ve davranışçı özellikleri olan relaps önleme modeli, umut

vaad eden bir programdır.[17] Bu model, istenilen davranış değişikliğini oluşturmada ve sürdürmede bireye yardım etmek hedefiyle bilişsel girişim teknikleriyle davranışsal becerileri aynı anda sunan "bilişsel-davranışsal" tedavi metodudur.[15,18,19] Model, öncelikli olarak relapsa yol açan bireysel ve çevresel faktörlerin belirlenmesi, sonrasında ise relaps için risk taşıyan durumlarla hastanın karşılaşmamasını sağlayacak yaşam biçimi değişiklikleri kazandırarak, etkin biçimde kullanabilecekleri bilişsel ve davranışsal baş etme becerileri geliştirmeyi hedeflemektedir.[15,17-19] Bu modelin, ancak her bir bileşenine eşit oranda yer verilmemiştir. Marlatt'ın bilişsel davranışçı relaps önleme modeli ana bileşenlerinden biri sayılan yaşam tarzı değişikliği, alkol ve madde kullanım bozukluğu için relaps önleme programında en az değilinendir.[15,17]

Sanat terapisi yaşam tarzı değişikliği için uygulanabilecek stratejilerden bir tanesidir. Sanatla terapi fiziksel ve psikolojik problemleri azaltmak, güdülenmeyi arttırmak, stres yaratan faktörlerle etkili bir şekilde baş edebilmelerine yardım etmek için farklı sanat malzemelerinin kullanılması şeklinde ifade edilir.[20-23] Müzik sanat terapisi uygulamalarının içinde yer alır.[23] Müziğin bedeni ve ruhu aynı anda olumlu yönde etkileyebilme özelliği vardır.[24] Bastırılan ve ifade edilemeyen duygularla müzik terapisi sayesinde yüzleşme sağlanır ve bu şekilde kişinin yaratıcı yönleri ortaya çıkabilir.[25,26] Özellikle depresyon, anksiyete ve stres belirtilerinin alkol ve madde bağımlısı hastalar arasında sık görüldüğü ve genellikle bu belirtilerin alkol ve maddeyle ilişkili kötü prognoz ve relaps için bir risk faktörü olduğu saptanmıştır.[27-29] Yapılan çalışmalar alkol ve madde bağımlısı olan hastalarda müzik terapi uygulamasının stres, deprosyon ve öfke düzeyini azalttığını ve hastaların pozitif fizyolojik belirtilerini arttırdığını belirtmektedir.[30-36] Bu kanıtlar, müzik terapisinin, stres, depresyon ve anksiyete belirtilerini azaltıp, hastaların öz yeterliliklerini arttırarak relaps riskini azaltacağını düşündürmektedir.

Marlatt ve Gordon[17] tarafından gerçekleştirilen modelin üzerinde durduğu en önemli kavramlardan birisi öz yeterliliktir. Redmod'un[37] aktardığına göre 'Bandura, öz yeterliliği "kişinin ileri dönük durumları yönetmek için ihtiyaç duyduğu hareket biçimlerini planlama ve gerçekleştirme konusunda kendi yeteneklerine olan inancı" olarak tanımlar.[37] Öz Yeterlilik kuramı bireylerin kendilerine güvendikleri ve yeterli olduklarını düşündükleri eylemleri gerçekleştirme ihtimallerinin yüksek, kendilerine güvenmedikleri ve yetersiz olduklarını düşündükleri eylemleri gerçekleştirme ihtimallerinin düşük olduğunu belirtiyor.[38] Greenfield ve ark.[39] alkol bağımlısı hastalarla yaptıkları çalışmada, öz yeterliliğin düşük olmasının depreşme için bir risk oluşturduğunu bulmuşlardır.

Alkol ve madde kullanım bozukluğu hemşireliği ise, "davranış değiştirme" ile "karar alma" süreçlerinde yardım edici, cesaretlendirici ve hastaya destek verici roller üstlenerek, depreşmelerin önlenmesinde, ruhsal iyilik halini devam ettirmede psikoeğitim ve danışmanlık hizmeti verme konusunda yetkin sorumluluklara sahiptir.[40] Hastanın iyileşmesinden ve ralapsların gerçekleşmemesinden sorumlu olan hemşire, öncelikle bireylerin motivasyonunun artmasını sağlamalı, bakımını gerçekleştirmeli ve maddeyi tekrar kullanmamaları için güçlenmelerini sağlamalıdır.[41]

Bu araştırma, alkol ve madde kullanım bozukluklarında bilişsel davranışçı model temelli psikoeğitim destekli müziğin stres, özyeterlilik ve relaps düzeyine etkisini belirlemek amacıyla yapıldı. Bu amaçla gerçekleştirilecek çalışmada aşağıdaki hipotezler değerlendirildi.

H_1: BDM temelli psikoeğitim destekli müzik bireylerin stres düzeyleri üzerinde etkilidir.

H_2: BDM temelli psikoeğitim destekli müzik bireylerin öz yeterlik düzeyleri üzerinde etkilidir.

H_3: BDM temelli psikoeğitim destekli müzik bireylerin relaps oranları üzerinde etkilidir.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Madde Kullanım Bozukluğunun Tanımı

Bağımlılık; kişiyi zorlayıcı ve kronik bir durum olup, eğer karşılanmazsa (fiziksel ya da psikolojik) huzursuzluk meydana getirecek kadar güçlü bir gereksinim oluşturmasıdır.[42] Genel bir ifade ile bağımlılık; bir nesneye veya kişiye karşı duyulan karşı konulamaz istek ve insan zihinsel aktivitesi ile ilişkili patolojik bir durumu yansıtır. Ruhsal ve fiziksel sağlıklarına veya sosyal hayatlarına zarar vermesine rağmen, insanların takıntılı durumu yinelemeye yönelik önlenemeyen bir istek duymaları ve bu davranışı sürdürmeleri halidir.[43]

Dünya Sağlık Örgütü'ne göre madde bağımlılığı "kullanılan bir psikoaktif maddeye kişinin daha önceden değer verdiği diğer uğraşlardan ve nesnelerden belirgin olarak daha yüksek bir öncelik tanıma davranışı" olarak tanımlanmıştır.[44]

Madde bağımlılığı, bir maddenin kendi kullanım amacı dışında ve gittikçe artan dozlarda alınması ve kullanılan maddenin alımı azaltıldığında veya tamamen bırakıldığında yoksunluk belirtilerinin meydana gelmesi ile giden tablodur. Bağımlılık yapan maddelerin temel özellikleri, beyindeki ödül sistemini uyarmaları sonucu meydana gelen keyif verici etkileriyle kendi alımlarını pekiştirici etkilerinin olmasıdır.[45,46]

Madde bağımlılığında kullanılan psikoaktif maddeler beyin fonksiyonlarında bir takım değişmelere neden olur. Bu maddelerin alımı beyindeki normal algı, duygu ve motivasyon süreçlerini bozmaktadır. Beyin fonksiyonları inceleyen araştırmalar, madde bağımlılığının biyolojik ve kalıtsal temeli olan, kronik, tekrarlayan bir hastalık olduğunu kanıtlamaktadır.[47]

2.2. Madde Kullanım Bozukluğunun Tanı ve Sınıflandırılması

Amerikan Psikiyatri Birliği sınıflandırma sistemi olan ve günümüzde yaygın şekilde kullanılan Mental Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı (DSM-V, Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) bu hastalığı, "Madde ile ilişkili bozukluklar ve bağımlılık bozuklukları" başlığı altında tanımlamıştır. DSM-5'de 11 tanı ölçütüne dayalı bir ''Madde kullanım bozukluğu'' tanısı getirilmiştir.[48]

Madde kullanım bozukluğu için tanı ölçütleri şunlardır:

1. Maddenin niyetlenilenden daha çok miktarlarda ve daha uzun sürelerde alınması
2. Sürekli bir madde kullanma isteğinin olması ve madde kullanımını kesme ya da azaltma çabalarının başarısız olması
3. Maddeyi elde etmek için, maddeyi kullanırken, madde etkisi ya da kesilme sendromunun etkisi altında çok zaman harcanıyor olması
4. Maddeye karşı çok kuvvetli bir istek ya da dürtünün varlığı
5. Okul, iş veya ev yaşamında önemli yükümlülüklerin ihmaline neden olacak şekilde tekrarlayıcı madde kullanımı
6. Sosyal yaşamda veya diğer insanlarla ilişkilerde kalıcı ve tekrarlayıcı sorunlara yol açtığı ya da bu sorunları ağırlaştırdığı halde madde kullanımını sürdürme
7. Önemli sosyal, mesleki etkinlikleri ve kişisel ilgi alanlarına ilişkin etkinlikleri, madde kullanımı nedeniyle bırakmak ya da azaltmak
8. Fiziksel olarak tehlikeli olabilecek şekilde veya durumlarda yineleyici bir biçimde madde kullanıyor olmak
9. Madde kullanımına bağlı olarak ortaya çıktığı veya ağırlaştığı bilinen bedensel veya ruhsal bir sağlık sorununun varlığına rağmen madde kullanımının sürdürülmesi
10. Tolerans
11. Kesilme (Çekilme) belirtileri.[48]

Tanı koymak için bu 11 tanı ölçütünden iki veya daha fazlasının olması kâfidir. Madde bağımlılığında şiddeti belirlemek için karşılaşılan ölçüt sayısı önemlidir. Hafif

(2-3 ölçüt), orta şiddetli (4-5 ölçüt) ve ağır (6 ölçüt veya fazlası) olarak sınıflandırılabilmektedir.[48]

Madde kullanım bozukluklarında 10 ayrı madde kümesi vardır. Bunlar alkol, kafein, kenevir (esrar), varsandıranlar (LSD, meskalin, fensiklidin vb.), uçucular (tiner, benzin, gazolin, bali vb.), opiyatlar (morfin, eroin, kodein, metadon vb.), dinginleştirici, uyutucu ve kaygı gidericiler (diazepam, klorazepat vb.), uyarıcılar (amfetamin, ekstazi, kokain vb.), tütün ve diğer bilinmeyen maddelerdir. Bu 10 kümeyi tam olarak birbirinden ayırmak mümkün değildir.[48]

2.3. Madde Kullanım Bozukluğunun Sıklık ve Yaygınlığı

Madde bağımlılığı, ülkemizde ve dünyada her geçen gün artan oranlarda görülen bir sorundur. Madde kullananların sayısı giderek artmakta ve yaş ortalamaları da azalmaktadır.[49]

Birleşmiş Milletler Uluslararası Uyuşturucu Kontrol Programı'nın (United Nations International Drug Control Programme-UNDCP) tahminlerine göre dünyada yaklaşık 185 milyon madde bağımlısı vardır.[50] Yine Birleşmiş Milletler öngörülerine göre, dünya çapında madde bağımlısı 185 milyon insanın %3.1 ile %4.3'ü 15 yaş ve üzeri arasındadır. Bunlardan; 147 milyon hasta esrar, 33 milyon hasta amfetamin tipi uyarıcı, 7 milyon ecstasy, 13 milyon hasta kokain, 13 milyon hasta opiyat, 9 milyon hasta eroin kullanmaktadır.[51] EMCDDA 2016 verilerine göre; Avrupa Birliği Ülkelerinde 15-64 yaş aralığındaki insanların dörtte birinden fazlasının yaşamlarının bir yerinde uyuşturucuları denediği tahmin edilmektedir.[52] Türkiye İstatistik Kurumunun raporuna göre ise; 2015 yılında 78 milyon 741 bin 53 kişi olan Türkiye nüfusunun %16.4'ünü yani 12 milyon 899 bin 667 kişiyi 15-24 yaş grubundaki genç nüfus meydana getirmektedir. Bu nüfusun, %51.2'sini genç erkek, %48.8'ini ise genç kadın oluşturmaktadır.[53] Madde bağımlılarının %75'inin maddeyle ilk tanışma yaşının 20

yaşından önce olduğu düşünüldüğünde Türkiye'deki riskli grubun önemi ortaya çıkmaktadır.[54,55]

Madde bağımlılığının genç popülasyonda daha yaygın görülmesi, nüfusunun çoğunu genç neslin oluşturduğu ülkeler için ciddi bir endişe kaynağıdır.[56] Ülkemizde toplam nüfusunun yaklaşık 19 milyonunu 14-29 yaş aralığındadır. Türkiye, genç nüfus oranının yüksek olması sebebiyle madde bağımlılığı için risk altındadır.[57] Madde kullanma yaşını araştıran çalışmalardan çıkarılan en önemli verilerden biri ise maddeyi ilk kez kullanma yaşının 5- 6 yaşlarına kadar düşmüş olmasıdır.[58,59]

Türkiye Uyuşturucu ve Uyuşturucu Bağımlılığı İzleme Merkezi (TUBIM) verilerinde Türkiye'de herhangi bir uyaran maddeyi yaşam boyu en az bir kez deneyenler 15-64 yaş arasında %2.7, 15-16 yaş arasında ise %1.5 olarak belirlenmiştir. Türkiye'de 2012 yılında hastaların 3605'i opiyatlar ve benzodiazepinler, 82'si de kokain kullanması sebebiyle hastanede yatarak tedavi görmüştür. Türkiye'deki madde bağımlılarının yaklaşık %5 ile %8'sinin ancak tedaviye ulaşabildiği ve hastanede yatarak tedavi olabildiği, dolayısıyla genel popülasyonda tüm madde bağımlısı sayısının (esrar ve ecstasy hariç) Türkiye'de 46.087 ile 73.704 aralığında olabileceği düşünülmektedir.[60]

Son dönemlerde, ülkemizde alkol bağımlılığı sebebiyle tedaviye başvuran kişilerin sayılarının artışı, bu sorunun giderek büyüdüğünü kanıtlamaktadır. Alkol bağımlısı kişi sayısının giderek artmasına karşın ülkemizde alkol bağımlısı kişi sayısının diğer ülkelere kıyasla daha düşük olmasının sebebi ise, alkol ve madde alımının İslam dinince uygun görülmemesi ve kullanıcıların çevresel baskılar sebebiyle kendilerini gizleme gereksiniminde olmalarından kaynaklanabileceği tahmin edilmektedir.[61]

Türkiye'de son yıllardaki veriler madde kullanım sıklığında belirgin bir yükseliş olduğunu ve madde kullanmaya başlangıç yaşının giderek küçülmekte olduğunu belirtmektedir.[62] İçişleri Bakanlığı'nın 2007 yılında yayınladığı Türkiye Uyuşturucu Raporu verileri bu bilgiyi kantlar niteliktedir. Rapor uçucular için ilk kulanım yaşının 11, esrar ve ecstasy için ise 16 ve 17 olduğunu saptamıştır.[63] Ögel ve ark.[64] tarafından İstanbul'da gerçekleştirilen ve 3483 lise öğrencisinin katıldığı bir çalışmada ise öğrencilerinin madde kullanım sıklığı: uçucu madde için %5.9, esrar için %5.8, flunitrazepam için %4.4, benzodiazepinler için %3.7, ecstasy için %3.1 ve eroin için %1.6 olarak bulunmuştur.[64]

2.4. Madde Kullanım Bozukluğunun Etiyolojisi

Alkol ve madde bağımlılığına neden olan birçok etiyolojik faktör mevcuttur.[65] Alkol ve madde bağımlılığının etiyolojisi biyolojik ve psikososyal-ekonomik nedenler olmak üzere ikiye ayrılır.

2.4.1. Biyolojik Nedenler

Kalıtım

Madde bağımlılığı geliştirme riskini 2-3 kat artıran bir kaç farklı genin (or multiple alleles) madde bağımlılığına karşı yatkınlığı arttırdığı tahmin edilmektedir. Bu genlerden bir tanesi tek başına bağımlılığa neden olmak için yeterli olmakla birlikte birkaç farklı genin bağımlılığa yatkınlığı destekliyor olması da muhtemeldir.[66]

''Madde bağımlılığında genetik faktörlerin etkisini incelemek için yapılan araştırmaları dört başlık altında toplamak olasıdır: 1) Aileler, tek ve çift yumurta ikizleri ve evlat edinilmiş kişilerde genetik kalıtımın bağımlılığa etkisi; 2) Linkaj (bağlantı) araştırmaları; 3) Aday gen yaklaşımı (candidate gene, CD); 4) Deney hayvanlarıyla yapılan çalışmalar''.[66(s.125)'']

Ailelerinde madde bağımlılığı olan çocukların ailelerinde madde bağımlılığı olmayan çocuklara oranla daha yüksek oranda alkol ve madde bağımlısı olduğu görülmektedir. Bu yüksek risk, doğum sonrası bağımlı olan ailelerin çocuklarının bağımlı olmayan aileler tarafından büyütülmesiyle dahi devam etmektedir. Laboratuar çalışmaları sonucu maddelerin pekiştirici etkilerinin kalıtsal olarak aktarıldığı kanıtlanmaktadır.[67]

Alkol ve madde bağımlılığı oluşmasında kalıtsal faktörlerin etkisi ikiz, evlat edinme ve aile çalışmalarıyla desteklenmektedir.[67] Son yıllarda yapılmış olan ikiz çalışmaları, madde bağımlılığında kalıtımla geçen bir yatkınlığın olduğuna işaret etmektedir. Tek yumurta ikizlerinde madde bağımlılığı görülme oranı %63 iken, çift yumurta ikizlerinde madde bağımlılığı görülme oranı %43'dür.[3]

Alkolizm konusunda ikiz araştırmaları fazla olmamakla birlikte tek yumurta ikizlerinde görülme sıklığı, çift yumurta ikizlerine oranla daha yüksektir (%60'a karşı %39). Tek yumurta ikizlerinde eşhastalanma oranının %7'den yüksektir. Bu tüm psikiyatrik hastalıklar arasında görülen en yüksek eşhastalanma oranlarındandır.[65]

Evlat edilinen çocuklarda yapılan araştırmalar ise daha fazladır.[68,69] Goodwin ve ark.[69] çalışmalarına göre alkol bağımlılarının erkek çocuklarında alkolizm sıklığı (%18), alkol bağımlısı olmayanların erkek çocuklarına oranla 4 kat fazladır. Alkol bağımlısı babanın erkek çocuklarının kendi ailesinde ve ya evlat edilinerek başka ailede yetişmeleri bir fark oluşturmamaktadır. Erkeklerde olduğu kadar kesin verilere kız çocuklarında ulaşılmamıştır. Ancak bunun sebebinin araştırma örneklemleri içinde kadın örneklemin yeterli büyüklükte olmaması olabileceği düşünülmektedir. Alkol kullanım bozukluğu olan ailelerin kızlarında da ister evlat edinilmiş olsun, isterse kendi ailesi içinde büyütülmüş olsun, normal nüfusa oranla (%1) 2-4 kat yüksek alkolizm oranı tespit edilmiştir.[68,69]

Beynin Ödül Mekanizması

Beyinde, yaşamın devam etmesinde dış uyaranlara uygun davranışların gösterilmesine rehberlik etmek için gelişmiş birçok sistem vardır. Beynin ödül mekanizması olarak tanımlanan mezolimbik dopamin yolu bu sistemlerden biridir. Mezolimbik dopamin yolu, yeme, içme ve üreme gibi hayati uyaranlarla ilişkili davranışları düzenler.[70]

Her bir bağımlılık yapıcı madde mezolimbik dopamin yolunu farklı şekillerde uyarır.[66] Mezolimbik dopamin sistemi beynin orta beyin olarak bilinen bölgesinde yer alır ve maddelerin bağımlılık oluşturmasında en etkin sistem olduğu tahmin edilmektedir.[71]

Bütün maddeler beyindeki mezolimbik dopamin yolunu istenilen davranışın devam etmesini sağlamak için çok güçlü bir şekilde uyarır. Birey, psikoaktif bir madde kullandığında yüksek seviyede ödüllendirici ve ya teşvik edici bir tecrübe yaşar. Bu durum, yüksek seviyede haz alınan bu madde alımının tekrarlanası için motivasyon oluşturur.[66] Madde bağımlılığında, psikoaktif madde tekrarlayıcı bir şekilde beyinin motivasyon sitemini aktive eder. Beyin, madde alımı sonrasında sanki madde fiziksel bir ihtiyaçmış gibi kandırılır.[72]

Beyin ödül sistemi içinde olan dopamin, noradrenalin ve serotoninin gibi nörotransmitterler, madde bağımlılığının oluşumunda ve sürdürülmesinde önemli role oynar.[73]

Genom Çalışmaları

Yapılan genom çalışmalarında alkol kullanım bozukluğu ile 1. ve 7. kromozomlar arasında bağlantılar saptanmıştır. Siyahi Amerikalılarda alkol kullanım bozukluğu ile 10. Kromozom arasında bir bağlantı belirtilmiştir. Bu bulgu ile paralel

olarak beyaz Amerikalı öğrencilerde de 10., 11. ve 22. kromozomlarda alkole karşı düşük yanıt, yüksek dayanıklılık ile ilgili bulgulara rastlanmıştır.[74]

Cinsiyet

Erkeklerin alkol ve madde kullanma yaşam boyu yaygınlık oranlarının kadınlardan fazla olduğu tespit edilmiştir. Ancak bunda biyolojik faktörlerden çok, erkeklerin alkol ve maddeyle tanışma ve kullanma fırsatlarının fazla olması gibi sosyal faktörlerin rol aldığı tahmin edilmektedir.[3]

Yaş

Sıklık ve yaygınlık oranları 18-29 yaş aralığında en yüksek olup, 30-44 ve 45 yaş üstü yaş gruplarında giderek azalmaktadır.[3]

Alt Tipler

Alkole 25 yaşından sonra başlayan madde bağımlılarda (Tip 1) daha çok çevresel faktörlerin, daha erken başlayanlarda ise (Tip 2) daha çok genetik faktörlerin etiyolojide rol oynadığı tahmin edilmektedir.[75,76]

Irk Farklılıkları

Bazı ırklarda (Japonlar, Koreliler, Tayvanlılar ve Amerikan kızılderelileri) alkole karşı genetik bir yatkınlığın olduğu bilinmektedir.[65]

2.4.2. Psikososyal-ekonomik nedenler

Kişilik

Kişilik, bireye özgü olan ve bireyi başkalarından ayıran uyum özelliklerini içerir. Bilme-düşünme-algılama şekli, belli bir durum karşısında belli bir duygusal yanıtı gösterme yetisi, problem karşısında başa çıkma ve savunma düzenekleri bireyin kişiliğini oluşturan öğelerdir.[77]

Madde bağımlısı tanısı alan hastaların %30'unda aynı zamanda antisosyal kişilik bozukluğu tanısına da rastlanmıştır. Madde bağımlısı kişide antisosyal kişilik

bozukluğunun da olması tedaviyi zorlaştırmaktadır. Madde kullanım bozukluğunda görülen diğer kişilik bozuklukları ise borderline kişilik bozukluğu, pasif agresif kişilik bozukluğudur.[77] Kural'ın[78] madde bağımlılarında kişilik bozukluğu ek tanısını araştıran çalışmasına göre madde bağımlılarında kişilik bozukluğu görülme oranı %42.4 ve Antisosyal Kişilik Bozukluğu için %30.3 olarak belirlenmiştir.

Benlik saygısının yetersiz olması, kişiler arası iletişimin ve sosyal becerilerin yetersiz olması madde kullanımı riskini artırmaktadır.[79] Erken yaşta antisosyal davranış gösteren, otoriteye karşı gelen ve okula bağlılıkta sıkıntı yaşayan gençlerin madde bağımlılığı için yüksek risk taşıdığı belirlenmiştir.[80]

Toplumsal ve Çevresel Faktörler

Bir toplumun kültürel değerleri madde kullanmayı kabul ediyor ise o toplumda madde bağımlısı sayısı artacaktır. Madde kullanmak hoş görülüyor, kullanmamak ise bağnazlık, korkaklık olarak görülüyor ise, o toplumda kullanım yaygınlığı yüksek olacaktır.[77(s.25-31)''

Esrar, eroin ve uçucu maddeler ucuz ve kolay elde edilebilir olmaları nedeniyle daha çok yoksul kişiler tarafından, kokain ise pahalı olması sebebiyle yüksek ekonomik düzeye sahip kiiler tarafından kullanılmaktadır.[77(s.25-31)''

Kültürel özellikler, akran özellikleri, cezai uygulamalar, fiyat ve bulunabilirlik tüm maddelerin ilk kullanımlarını etkileyen faktörlerdir. Toplumsal olarak daha az yadırganan sigara, alkol gibi maddeler daha fazla kullanılır.[81]

Gelenek ve görenekleri ile alkolü onaylamayan toplumlarda alkolü kötüye kullanma oranı düşüktür. Alkolizmin yüksek sosyoekonomik toplum kesimlerinde daha fazla görüldüğü kesindir. Bununla beraber alkolün kolay ve ucuz elde edilebilirliği ile tüketimi arasında yakın bir ilişki vardır.[65]

Ülkemizde alkolü fazla onaylamayan bir kültür vardır. İslam dininin alkolü onaylamaması kişiler üzerinde baskı yaratmaktadır. Ancak Devlet İstatistik Enstitüsü (DIE) istatistiklerine göre ülkemizde alkol tüketimi hızla yaygınlaşmaktadır.[82]

Çevresel faktörlerden biri ise akrandır. Sosyal seçim teorisine göre ergenler kendilerine benzer özellikleri ve sorunları olan kişilerle arkadaş olma eğilimindedir ve bu arkadaşları ile benzer davranışları sergilerler. Bu sebeple arkadaş seçimi maddeye başlama konusunda hayati öneme sahiptir.[77(s.25-31)''

Zorlanma (Stres) Etkenleri

Toplumsal ve bireysel stres etkenleri alkol ve madde alma isteğini arttırabilir. Bazı insanalar alkolü en hızlı etki yapan bir yatıştırıcı, rahatlatıcı olarak kullanabilir.[65]

2.5. Madde Kullanım Bozukluğunda Gidiş ve Sonlanış

Alkol ve madde kullanım bozukluklarında sabit bir gidiş ve sonlanış vardır demek mümkün değildir. 20 yaşından daha küçük yaşlarda başlaması, beraberinde antisosyal kişilik bozukluğu olması, olumsuz aile, iş ve toplumsal koşulların olması kötü prognoz için risk faktörleridir.[65]

Ülkemizde yapılmış olan bir araştırmada madde kullanmaya erken yaşta başlamış hastalarda nöropsikolojik işlevlerin daha bozuk olduğu ve beyin kan akımı bulgularının geç başlangıçlı hastalardan farklı olduğu tespit edilmiştir.[83]

Yapılan kontrollü çalışmalar sonucunda farklı iyileşme oranları tespit edilmiştir. Bu sebeple alkolizm için "süregen iyileşmeyen hastalık" ifadesi yerini "süregen, iyileşme ve yinelemelerle seyreden hastalık" ifadesine bırakmıştır.[84]

Alkollü araba kullanımının, motorlu taşıt kazasına bağlı ölümlerin %50'sinden fazlasını oluşturduğu tahmin edilmektedir.[65]

Alkol ve madde kullanım bozukluklarının bir diğer sonucu ölümdür. Yoksunluk dönemi nöbetleri ve intiharlarla hastalar hayatlarını kaybedebilmektedir.[85]

Eroin inhalasyon ve damar içi enjeksiyon yoluyla alınabilmektedir. Uzun süre sadece inhalasyon yoluyla kullanımı ağır bakımlılık tabloları meydana getirebilmeltedir. Opioidlerin damar içi enjeksiyon yolu ile alımlarında sık olarak hepatit B, AIDS enfeksiyonları görülür.[65]

2.6. Madde Kullanım Bozukluğunun Tedavisi

Madde bağımlılığı kronik bir beyin hastalığıdır ve genetik, ruhsal, bilişsel ve sosyal faktörlerden etkilenir. Madde bağımlılığının sadece ilaçlarla kesin tedavi edilebilir olduğunu iddia etmek gerçekten uzak bir yaklaşımdır. Hiçbir ilaç tek başına madde bağımlılığını tedavi etmek için yeterli değildir.[10]

Madde bağımlılığı tedavisi üç aşamadan meydana gelmektedir. Bağımlı olan hasta bir merkeze yatırılır, detoksifikasyon dönemi uygulanır ve en son olarak rehabilitasyon dönemine geçiş sağlanır.[10]

Çoğunlukla çok uzun süreli ve sabırlı olmayı gerektiren alkol ve madde bağımlılığı tedavisinde karşılaşılan en önemli sorunlardan biri motivasyon eksikliğidir. Kendine özgü aşamaları ile ilerleyen bağımlılık tedavisi sürecinde elverişli motivasyonun sağlanamaması bireylerin tedaviyi yarım bırakmasına, bitirememesine ve olumsuz tedavi seyri ile nüks yaşamasına neden olabilmektedir.[86,87]

Evren'in[87] aktardığına göre "Olumsuz tedavi seyrinin bildirilen en sık nedeni, tedaviyi yarım bırakma, tedavide kalma süresinde ve tedaviye katılımda azlık ve depreşmede artma ile kendini gösteren, tedaviye hazır olmama ve tedavi için motivasyonda yetersizlik olmasıdır." Bu nedenle hasta motivasyonunun arttırılmasıyla tedavi olma şansının artacağı tahmin edilmektedir.

2.6.1. İlaç Sağaltımı

Alkol ve madde bağımlılığı tedavisi uzun bir süre sadece sosyal ve davranışsal yaklaşımlar ile sürdürülmüş olup, bağımlılığın oluşumu ve sürmesini sağlayan

nörobiyolojik süreçlerin daha iyi anlaşılmaya başlanmasına paralel olarak farmakolojik tedavi seçeneklerinin sayısı da artmıştır.[88]

Son yıllarda alkol ve opiyat bağımlılığı tedavisinde disülfiram, naltrekson, akamprosat, metadon ve buprenorfin gibi ilaçlar kullanılmaya başlamıştır.[43,88]

Alkol ve madde kullanım bozukluğunda, hastaların ilaç tedavisi iki aşamadan oluşmaktadır. Bunlar kısa süreli ilaç tedavisi ve uzun süreli ilaç tedavisidir. Kısa süreli ilaç tedavisi alkol ve madde zehirlenmesine bağlı olarak fiziksel, ruhsal bozukluklarda veya yoksunluk belirtilerinin ortadan kaldırılması amacıyla yapılmaktadır. Uzun süreli tedaviyse taburcu olduktan sonraki tedaviyi kapsamaktadır.[89]

2.6.2. Psikososyal Yaklaşım ve Sağaltımlar

Bilişsel tedavi yöntemleri hastaların iç kontrollerini sağlamalarına yardımcı olur ve tedavi olma şansını arttırır. Bununla beraber bağımlılık durumunu oluşturan ve devam etmesine neden olan sıkıntı, öfke ve üzüntü gibi bazı duyguların üstesinden gelinmesine yardım eder. Psikososyal tedavi yöntemleriyle hastaya iki şekilde yardım edilir; ilk olarak madde kullanma düşüncesinin altta yatmakta olan kaynağını yok etmek ve maddeye karşı duyulan içme arzusunu azaltmak, ikinci olarak ise maddeye duyulan yüksek düzeydeki içme isteğinin kontrol edilmesinde bireysel teknikleri hastaya öğretmektir.[65,77]

2.6.3. Kısa Girişim

Danışan odaklı ve kısa süreli olan bir tedavi yaklaşımıdır. Yapısı ve kısalığı nedeniyle kısa girişim tekniği, bilişsel davranışçı terapinin aşamalarından çok azını içermektedir. Temel özelliği farkındalığın arttırılması ve değişim adına tavsiyeler vermesidir. Kısa girişim tekniğinin etkinliğini araştıran çalışmalar, bu tedavi yönteminin hastalar üzerinde başarı oranının yüksek olduğunu belirtmiştir.[77] Madde kullanım bozukluğu olan hastalarla belirli sayıda (3-10) görüşme yapılarak uygulanmaktadır.

Okullarda ve tedaviye başvurmayan ağır içicilerde gerçeleştirildiğinde, madde kullanma sıklığı ve miktarının azaldığı, genel sağlık durumunun ise düzeldiği tespit edilmiştir.[90]

Etkili kısa girişimin tekniklerden birisini FRAMES (Feedback-Responsibility-Advice- Menu-Empathy-Self-efficacy- geribildirim, sorumluluk, tavsiye, seçenek sunma, empati, kendine yeterlilik) modeli oluşturmaktadır. Hastadan beklenen davranışın ayrıntıları açıklanmakta, bu davranışı gerçekleştirmesi sonucunda olabilecek muhtemel olumlu sonuçlar kişiye anlatılmaktadır. Hastaya nasıl değişebileceğine dair öneriler verilmekte, değişim için bir seçenekler listesi sunulmakta fakat değişim için kendi sorumluluğunu alması beklenmektedir.[91]

2.6.4. Bilişsel Davranışçı Terapi

2.6.4.1. Bilişsel Davranışçı Terapi Tanımı

Bilişsel-davranışçı yaklaşım hastanın kendisiyle ilgili var olan işlevsel olmayan düşüncelerinin yerine alternatif sağlıklı ve gerçekçi düşünceler geliştirme yoluyla psikolojik sıkıntıları azaltan ve tedavi eden yaklaşımları içermektedir.[92]

Bilişsel terapiler hastalarda görülen uyuma dönük olmayan davranışların nedeninin, olayların kendisinin değil, bireyin bu olaylara ilişkin vermiş olduğu anlam olduğunu ileri sürer; bu uyuma dönük olmayan davranışların kişinin düşünce ve inançları ile doğrudan ilgilenilerek değiştirilebileceğini belirtir.[93,94] 1960'lı yıllarda Beck 'bilişsel terapiler' adını verdiği bir yaklaşım oluşturmuştur. Beck'in bilişsel teorisine göre, şema adı verilen ve çocukluk çağından itibaren yaşanılan deneyimlerin öğrenme yolu ile bazı temel düşünce ve inanç sistemlerinin oluşması sağlanır. Karşılaşılan olaylar sessiz durmakta olan şemaların harekete geçmesine ve 'olumsuz otomatik düşüncelerin' ortaya çıkmasına neden olur. Bu düşünceler bireyde öfke, kaygı, suçluluk, üzüntü gibi hoş olmayan duyguların oluşmasına neden olur.[95] Bilişsel terapinin amacı işlevsel olmayan inanç, düşünce, duygu ve yetersiz kendilik algısının

düzeltilmesidir. Bu amaçlarla, bilişsel-davranışçı terapi teknikleri hastanın problemle baş etme becerilerini güçlendirerek kişisel gelişimine yardım edebilmektedir.[93]

Bilişsel davranışçı terapi yapılandırılmış, psikoeğitsel, içerisinde ev ödevlerini barındıran bir yaklaşımdır.[96]

Beck'e göre, bilşsel çarpıtmalar ve durumları gerçekçi olmayan bir şekilde değerlendirme duygusal bozukluklara neden olur. Bu değerlendirme biçimleri süreç içinde tekrarlanarak önce otomatik, sonra değişmez bir hal alır. Bunlar yaşanılan çeşitli olaylardan sonra kendi kendine ortaya çıkan ve genellikle kişinin farkında olmadan doğru olarak kabul ettiği ve olumsuz duygulara yol açan düşüncelerdir.[97] Beck'in bilişsel teorisine göre keyfi çıkarımlar, seçici soyutlama, aşırı genelleme, abartma, küçümseme, kişiselleştirme, etiketleme ve yanlış etiketleme, kutuplaşmış düşünce gibi hatalı bilişsel içerikler psikolojik sorunların oluşmasına neden olur.[96] Bilişsel davranışçı terapide uygulanan müdehaler A-B-C-D çözümlemesi, tartışma, akılcı olmayan inançları duyarsızlaştırma ve karşıtlama, yeniden karar çalışması, bilişsel yeniden yapılandırma, düşünceyi durdurma, olumlu iç konuşma, sabitleme, yeniden biçimlendirme, belirti reçetesi ve terapötik değişimeyi kapsar.[98]

2.6.4.2. Madde Kullanım Bozukluğunda Bilişsel Davranışçı Terapi

Madde kullanım bozukluğunda bilişsel davranışçı terapi yöntemleriyle stres yönetimi ve dürtü kontrol becerilerinin geliştirilmesi hedeflenir. Hastanın düşüncelerinin ve dolayısıyla duygu ve davranışlarının değiştirilmesi planlanır. Madde bağımlığında BDT'nin ana ilkelerini, zararlı ve bağımlılık yapan maddelerden sakınma ile ilgili hedef belirleme, içme isteğini arttıran koşulların saptanması, baş etme becerilerinin belirlenmesi ve arttırılması gibi başlıklar oluşturmaktadır.[65]

Aynı zamanda madde kullanım bozukluklarında BDT, hastaların öz yeterliliklerini geliştirerek var olan streslerini azaltmayı hedefler.[99]

Madde kullanım bozukluklarında BDT'nin tarihi eskiye dayansa da; ilgili literatür incelendiğinde hastalık konusunda farkındalığın artması ve madde bağımlığı

tedavisinde yeni arayışlara girilmesi sebebiyle özellikle son yirmi yıldır daha sık kullanılmaktadır.[100]

Madde kullanım bozukluğunun tedavisinde bilişsel davranışçı grup terapilerinin, hastalığın belirti ve bulgularının azalmasında, relaps riskinin azalmasında ve anksiyete, depresyon gibi eşlik eden problemlerin azalmasında etkili bir yöntem olduğu saptanmıştır.[99]

2.7. Madde Kullanım Bozukluğunda Relaps

Madde bağımlılığında relaps problemi önemli bir güçlüktür.[101] Alkol ve madde kullanım bozuklukları yinelemelerle giden kronik durumlar olarak tanımlanmaktadır.[102]

Remisyon ve relaps bağımlılığın doğal gidişini belirleyen iki temel süreçtir. ‘‘Relaps, belirli bir içmeme döneminden yani remisyon sürecinden sonra tekrar içmeye başlamak ve kontrolü kaybederek, gerek miktar olarak gerekse davranış olarak, eski içme dönemine dönmektir.’’ Madde bağımlılığında relaps ile ilgili yapılan bir çalışmada, bir yıllık bir izlem sonucunda, hastaların %61’nin tekrar maddeye başladıkları saptanmıştır.[11]

2013 yılında oluşturulan DSM-5’e göre ise remisyon belirleyicileri üzerinde değişiklik yapılmış ve remisyon iki şekilde tanımlanmıştır.[48]

Tablo 2.1. DSM-5’e Göre Remisyon Gidişleri

DSM-5**
Erken Remisyon: En az 3 ay süreyle, ancak 12 aydan daha kısa süreli olarak madde kullanım bozukluğu tanı ölçütlerinin hiçbirinin karşılanmamış olması (Aşerme, veya madde kullanımı için güçlü istek ve dürtü tanı kriteri dışında).
Kalıcı Remisyon: 12 aylık bir dönemde ya da daha uzun bir süre içinde, madde kullanım bozukluğu için tanı ölçütlerinin hiçbirinin karşılanmamış olması (Aşerme, veya madde kullanımı için güçlü istek ve dürtü tanı kriteri dışında).

**DSM-5: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-5

‘‘Literatürde birçok relaps (depreşme) tanımı vardır:

1. Madde kullanımının başlamasına tedricen ve gizlice neden olan bir süreç,
2. Maddenin tekrar kullanılmaya başlanmasıyla tanımlanan tek bir olay (lapse=kayma),
3. Madde kullanımının tekrar aynı yoğunlukta başlaması,
4. Birbiri ardına gelen belli sayıdaki günlerde günlük kullanımı’’.[103]

Marlatt[104] kayma ile relaps arasında bir ayırım yapmıştır. Marlatt'a[104] göre kayma, bir temiz kalma sürecinden sonra maddenin ilk alımı, relaps ise ilk alımdan sonra devam eden kullanımı içerir.

Relaps iki şekilde tanımlanabilmektedir. Sonuca ilişkin tanımlamada maddeyi bir kez kullanma dahi relaps olarak tanımlamak için yeterlidir. Madde kullanım bozukluklarıdan relaps oranlarının belirlenmesine ilişkin yapılan çalışmalarda relaps oranlarının yüksek olmasında böyle bir bakış açısının kabul edilmesinin rolü büyüktür. Sürece ilişkin olan relaps tanımında ise, hastanın kötüleşmesi, kontrolü kaybetmesi, geriye gidişi esas alınmaktadır ve daha esnek bir bakış açısı vardır. Eğer hatalı davranışlar sonlandırılabilirse relaps söz konusu olmayabilir. Bu tanıma göre içilen bir kadeh içki, relaps olarak değil, relapsı başlatabilecek yanlış bir davranış olarak kabul edilmektedir.[105]

Madde kullanım bozukluğu tedavisi ile ilk aşamada etkili sonuçlar alınsa da,[106,107] uzun vadede relaps oranları % 60-90 gibi yüksek oranlarda seyretmektedir[108,109].

Madde kullanım bozukluğu tedavisi sonrası relaps görülme oranı, 90 günlük takip süresinde % 66 olarak saptanmıştır.[110] Birçok araştırmada da madde kullanım bozukluğu tedavisinden sonraki 3-6 ay içinde relaps oranlarının çok yüksek olduğu saptanmıştır.[12]

2.7.1. Relaps Modelleri

Relaps modelleri, 2 ana başlık altında toplanmaktadır.[111]

1. Psikolojik modeller

- Bilişsel-davranışçı model
- Kişi-durum etkileşimi modeli
- Bilişsel değerlendirme modeli
- Kendine güven ve sonuç beklentileri modeli

2. Psikobiyolojik modeller

- Karşıt süreçler ve edinilmiş motivasyon
- İstek ve kontrol kaybı
- Aşırı arzular ve istek
- Alkol çekilme semptomları modeli
- Post-akut çekilme sendromu
- Çekilme/Limbik ateşleme''

2.7.2. Relaps Önlemede Bilişsel Davranışçı Model

Marlatt ve Gordon[104] tarafından oluşturulan bilişsel davranışçı özelliklere sahip relaps önleme modeli, Albert Bandura'nın sosyal-bilişsel öğrenme teorisinin temelleri üzerine kurulmuştur. Oluşan riski durumla etkin bir şekilde baş edebilme Bandura'nın özyeterlilik teorisi ile yakından alakalıdır. Teoriye göre, kişi belli bir duruma yönelik olaylarla baş edebilme yeteneğine sahip olduğunu düşünüyorsa bu davranışlarını etkiler. Kişi bir defa risk taşıyan bir durumla başa çıkabildiyse aynı durumla tekrar karşılaştığında kendisine güvenir.[112] Bu duygu kişinin diğer riskli durumlarda umutsuzluğa kapılmasının önüne geçerek, remisyonun devam etmesini sağlamaktadır.[113]

Relaps oldukça karmaşık bir süreçtir ve madde kullanım bozukluğu tedavisi alan hastaların çoğunda meydana gelmektedir.[15,18] Marlatt ve Gordon[114] tarafından oluşturulan bilişsel davranışçı model temelli relaps önleme programı sürecinin her bir aşamasında amaca ulaşmak için tasarlanmış çeşitli bilişsel davranışsal yaklaşımlar

vardır. Bu relaps önleme programı öz yeterlilik, yüksek riskli durumlar ve yüksek riskli durumlarla baş edebilme becerileri gibi kavramlara dikkat çekmiştir.[104]

2.8. Relaps Önleme Stratejisi Olarak Müzik Terapi

2.8.1. Müziğin Tanımı;

Müzik, dünyanın her yerinde aynı anlama gelen, Türkçe'de musiki olarak da bilinen, kökeni Yunanca olan bir kelimedir.[115] Altınölçek'in[116] aktardığına göre J. J. Rousseau ise, "müzik sesleri kulağa hoş gelecek bir şekilde düzenleme sanatıdır" demiştir.

İnsan yaşamının her alanında var olan müzik, hayatın bir parçasıdır.[117] İnsan müzikle, ağlamak, şarkı söylemek, gülmek, dans etmek gibi birçok olgu ve duyguyu yaşayabilir.[118,119] Müzik yüzyıllardır duyguların ifadesi için kullanılmıştır.[120,121]

Müzik, insanları fizyolojik ve psikolojik olarak etkilediği bilinen ritim, ton, ses yüksekliği, melodi ve uyum gibi kendine has unsurlara sahiptir. Örneğin, müziğin duyguları açığa çıkardığı, sosyal etkileşimi arttırdığı, gevşemeyi sağladığı ve dikkati başka yöne çekmeyi teşvik ettiği saptanmıştır.[122]

2.8.2. Müzik Terapi;

Müziğin insan fizyolojisi ve psikolojisi üzerindeki çok yönlü etkisi bilindiğinden müzik, tedavide kullanılmaya başlanmıştır.[123]

Psikiyatrik hastalıklar sadece psikolojik değil biyolojik ve sosyal hastalıklar olarak da kabul edilmeli ve ancak bu sistemlerin hepsinin uyumlu olması durumunda etkili tedaviden söz edilebileceği unutulmamalıdır.[115]

20. yüzyılın sonlarında farmakolojik tedavide büyük gelişmeler yaşanmış ve bununla birlikte psikoterapilerde de gelişmeler meydana gelmiştir. İlaç tedavisinin yanında psikoterapilerin uygulanması psikiyatrik hastalıklardaki tedavi oranını

arttırmıştır. Bu bakış açısından yola çıkılarak özellikle ABD ve Avrupa'da sosyal terapiler ve meşguliyet terapileri kullanılmaya başlanmıştır.[115]

Bu bütünleyici tedavi yaklaşımı son 50-60 yıl içinde yaygınlaşmaya başlamış ve psikiyatri dünyasında yeni tedavi modellerine vesile olmuştur. Müzikle tedavi bütünleyici tedavi yöntemlerinden en ideali olarak kabul edilmiştir.[115]

Amerikan Müzik Terapi Derneğine (American Music Therapy Association - AMTA) göre müzik terapi, "müzikal terapötik girişimlerin; müzik terapi eğitimi almış profesyonel bir terapist tarafından klinik çerçevede, kanıta dayalı biçimde ve bir terapötik ilişki içerisinde, kişiye özel belirlenen hedeflere yönelik kullanılmasıdır".[124]

Hastaların iyileşmesi için, müzik terapi niteliği taşımayan yollarla müzik kullanılıyor ise, bu uygulamalar müzik tıbbı olarak ya da sadece müzik dinle(t)mek olarak ifade edimektedir. Çoğunlukla, hastanın stres, kaygı ve/veya ağrı gibi sorunlarını çözmek için kullanılmaktadır.[125]

Müzik terapisi, ucuz ve doğal olan, hiçbir yan etkisi olmayan ve fiziksel, psikolojik, sosyal iyileşmede etkin bir role sahip terapi yöntemidir.[126]

2.8.3. Müzik Terapi Tarihçesi

Hastalıkların tedavisi için müzik kullanılabilir mi sorusu yüzlerce yıl merak edilmiş, müzik tedavi edici amaçlar doğrultusunda birçok kültürde uygulanmıştır. İlk çağlarda insanların, kötülüklerden kurtulmanın bir yolu olarak ilahi söylediği, davul kullandığı bildirilmiştir.[127] Hipokrat, müziğin, fiziksel veya psikolojik tüm dengesizlik durumunu tedavi edici bir gücü olduğuna inanmıştır.[128] Pisagor müziğin sağlıklı yaşama devam etmede müziğin kullanılması gerektiğine inanmıştır.[129]

İslam tarihinde sufiler müziği psikolojik hastalıkların tedavisinde kullanmışlardır. Bu dönemlerde yaşamış olan Zekeriya Er-Razi (854–932), Farabi (870–950) ve İbn-i Sina (980–1037), psikolojik hastalıklarda müzikle tedavinin öncüsü

olmuşlardır. İbn-i Sina müziğin sağlıkla olan ilişkisini, Kitabü-ş Şifa adlı eserinde "Tedavinin en etkili ve en iyi yollarından biri hastanın akli ve ruhi güçlerini arttırmak, hastalıkla daha iyi mücadele etmek için cesaret vermek, hoşa gider hale getirmek ona en iyi musikiyi dinletmek ve onu sevdiği insanlarla bir araya getirmektir" diyerek belirtmiştir.[130]

Orta çağda Arap kültürlerinde, ruhsal hastalığa sahip olanlar, müzikle tedavi edilmeye çalışılmıştır.[131]

Türk toplumlaraında ise Orta Asya'da şamanizm ritüelleri kapsamında ve daha sonra Selçuklu ve Osmanlı Devletlerinde müzik, sağlık alanında kullanılmıştır. Selçuklu ve Osmanlılar döneminde inşa edilen birçok şifahane yapılmış, bu şifahanelerde müzik ve su sesi hastaları tedavi etmek amacıyla kullanılmıştır.[115,132] Şam'da yapılan *Nureddin Hastanesi*, İstanbul'da yapılan *Fatih Darüşşifası* ve Edirne'deki *Edirne Darüşşifası* müzikle tedavinin gerçekleştirildiği ilk ve en önemli şifahanelerdendir.[133]

Ak'ın[134] aktardığına göre Fârâbi , "Musiki-ul-kebir" adlı eserinde müziğin fizik ve astronomi ile olan ilişkisini açıklamaya çalışmıştır. ''Makamların ruha olan etkileri Fârâbi 'ye göre şöyle sınıflandırılmıştır:

1. Rast makamı: İnsana sefa (neşe-huzur) verir.
2. Rehavi makamı: İnsana beka (sonsuzluk fikri) verir.
3. Kuçek makamı: İnsana hüzün ve elem verir.
4. Büzürk makamı: İnsana havf (korku) verir.
5. Isfahan makamı: İnsana hareket kabiliyeti, güven hissi verir.
6. Neva makamı: İnsana lezzet ve ferahlık verir.
7. Ussak makamı: İnsana gülme hissi verir.
8. Zirgüle makamı: İnsana uyku verir.
9. Saba makamı: İnsana cesaret, kuvvet verir.

10. Buselik makamı: İnsana kuvvet verir.

11. Hüseyni makamı: İnsana sükûnet, rahatlık verir.

12. Hicaz makamı: İnsana tevazu (alçakgönüllülük) verir ’’. [134]

Diğer taraftan Amerika’da İç Savaş, I. Dünya Savaşı ve II. Dünya Savaşı süresince müzik; gazilere moral olması, ruhsal ve fiziksel acı ve ıstıraptan kurtulmaları amacıyla kullanılmıştır.[135]

Müziğin II. Dünya Savaşı'nda kullanımının ardından, modern müzik terapi kavramı da gelişmeye başlamıştır. 20.yüzyıl’dan itibaren ABD, İngiltere, Kanada gibi ülkelerde müzik terapi dernekleri ve bu alanda yayın yapan dergiler kurulmuş ve sonrasında üniversitelerde müzik terapist yetiştirmek amacıyla müzik terapi bölümleri açılmıştır. Bugün dünyada 300’den fazla üniversitede müzik terapi bölümü lisans, yüksek lisans ve doktora düzeyinde bulunmaktadır.[125]

Ülkemizde ise 2014 yılında Ankara’da ilk müzik terapi derneği (MÜZTED) oluşturulmuştur. Dernek, birçok uluslar arası sempozyum, çalıştay vb. faaliyetlere katılmış ve dernek üyeleri 2 önemli müzik terapi kitabını Türkçeye çevirmiştir. 2014 yılında müzik terapi, Sağlık Bakanlığı tarafından “Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp” kapsamına girmiş, 2018 yılında üniversiteler tarafından müzik terapi sertifika programları oluşturulmaya başlanmıştır.[125]

Günümüzde yoğun bakım, cerrahi, psikiyatri, kadın doğum, çocuk servisi, onkoloji, radyoterapi ve onkoloji bölümlerinde, özellikle ağrı ve anksiyetenin giderilmesinde sıklıkla kullanılmaktadır. Ayrıca immün sistemin güçlenmesi, yaşam kalitesinin artırılması, ağrı tedavisinde kullanılan farmakolojik ajanların miktarının azaltılması, hastanede kalış süresinin kısaltılması amacıyla da kullanılmaktadır.[136]

2.8.4. Müzikle Tedavi Türleri

Müzik terapi aktif müzik terapi yöntemleri ve pasif müzik terapi yöntemleri olmak üzere ikiye ayrılır. Aktif müzik terapi, bireyin dans etmesi ve müzik söylemesi ya da yaratması gibi faaliyetleri içermekteyken; pasif müzik terapi hastanın icra edilen müziği dinlemesi veya dansı izlemesi gibi faaliyetleri içerir. Müzik terapinin başarılı olabilmesi için devamlı kullanılması ve günde 25-90 dakika arasında uygulanması gerekmektedir.[115,137]

2.8.5. Madde Bağımlığında Müzik Terapi

Özellikle madde bağımlılığı tedavisinde grup terapileri, yirminci yüzyıldan bu yana bağımlılıkla mücadelenin en önemli aşamaları arasında kabul edilmektedir. Grup terapilerinde, benzer durumları yaşayan hastaların tecrübelerini birbirleriyle paylaşabilmesi sebebiyle, yalnızlaşma, soyutlanma, suçluluk duygusu vb. sorunların üstesinden daha kolay gelinebilmektedir. Ancak madde bağımlılığı gibi hassas durumlarda, en güvenilir bulunan bir grupta bile, deneyimlerin doğrudan sözel olarak aktarılması hastalar için kolay olmayabilir. Bağımlılıkta sık rastlanan öz güven eksikliğinin yanında, bağımlılığın belirli ifade kalıplarına sığmayan karmaşık bir yapısı olduğunu da unutmamak gerekebilir. Bu sebeple müzik, yegâne bir dışavurum aracı olarak kullanılabilir.[138] Müziğin kullanıldığı terapi yöntemleri, sözel (konuşma) ağırlıklı grup terapilerine göre daha etkin olabilir. Müzik terapi (enstrüman, ses, beden perküsyonu, hareket vb. kullanarak) hastanın mahremiyetini koruyarak kendini ifade etmesine fırsat verir.[125]

Murphy'ye[139] göre madde bağımlısı hastalar, müzik terapinin neredeyse tüm tekniklerinden yararlanabilirler. Konuyla ilgili literatür çalışmaları incelendiğinde; perküsyon aletleriyle yapılan ritmik uygulamaların gevşetici etkisi olduğu [140], şarkı besteleme ve şarkı sözü analizinin (daha basit bir deyişle, danışan için anlamlı olan bir

şarkının ya da bizzat danışanın müzik terapi seanslarında yazdığı bir şarkının sözleri hakkında terapistle konuşmak) sıkıntıları giderdiği ve özgüvende artmayı sağladığı [138,141], danışman eşliğinde müzik dinleme ağırlıklı uygulamaların psikolojik özbakım ve kendilik algısında düzelmeyi sağladığı[139] bildirilmiştir.

Madde kullanım bozukluğunda hastalara grupla müzik dinletisi yapmanın pek çok faydası vardır. Grupla müzik dinletisi; hastaların duygu ve düşüncelerinin farkına varmasını, iletişim becerilerinin gelişmesini, iyileşmelerini ve relapsların önlenmesini, hastaların öz yeterliliğinin artmasını, stresle başa çıkma becerilerinin gelişmesini, öfke yönetimi ve liderlik becerilerinin gelişmesini, hastaların maneviyat gelişimi ve ilaçsız yaşama adapte olmalarını sağlar.[142]

Müzik destekli gevşeme hastalara kimyasal madde almadan gevşeme konusunda çeşitli yollar öğretir. Gallagher ve ark. çalışmalarında müzik destekli gevşeme yöntemini kullanmışlardır. Derin nefes egzersizleri ve relaksasyon egzersizlerini müzik terapiyle birleştirmişlerdir.[142]

2.8.6. Stres ve Müzik Terapi

Müzikle terapinin olumlu fizyolojik ve psikolojik etkileri çok fazladır. İşitsel uyaran dış kulakta hava moleküllerinin sıkıştırılmasıyla ilerleyerek timpanik membrana kadar ulaşır. Bu yüzden müzik psikobiyolojik etkiler oluşturur. Merkezde nörotransmitterlere bası artar ve ruh halinde değişim meydana gelir, tansiyon düşer ve Medulla'daki sinirsel aktivite değişimi ile anksiyetede azalma sağlanır.[143]

Çoban'ın[115] aktardığına göre İngiliz filozof ve politikacı Francis Bacon'un eseri olan *Sylvia Sylvarum'da* ruhunu neşelendiren ve besleyen şeyin her zaman müzik dinleme olduğunu söylemiş ve "Müzik ruhun gıdasıdır" tanımını kullanmıştır.

Beynin aktivasyonunu inceleyen bir çalışmada, sol beynin ön bölgesinin hazza ulaşma ile bağlantılı olduğu, sağ beynin ön bölgesinin ise kederden kaçma ile bağlantılı

olduğunu saptanmıştır.[144] Acı veren durumlarda üzüntüyü azaltmak için beynin sağ ön bölgesinin aktive olduğu saptanmıştır. Mutluluk veren olaylarda ise sol beyin ön bölgesinde aktivasyon artışı gözlenmiştir.[145]

Alagha ve Ipradjian[146] üniversite öğrencileri üzerinde farklı müzik türlerinin (caz, rock, dini, klasik müzik ve fon müziği) stres üzerindeki etkilerini araştırmışlardır. Sonuçta, tüm müzik türlerinin stres düzeyini aynı oranda azalttığı ve aynı psikoterapötik etkiye sahip olduğunu saptamışlardır.

Brunges ve Avigne[147] tarafından gerçekleştirilen başka bir çalışmada ise, hastalara cerrahi işlem öncesi ve sırasında müzik terapi uygulanarak anksiyete düzeyleri değerlendirilmiş ve hastaların anksiyete düzeylerinde azalma olduğu bulunmuştur.

Cevasco ve ark.[30], madde bağımlısı hastalarda anksiyete, depresyon, stres ve hareket aktivitesi üzerine müzikle terapinin etkisini ölçmüşlerdir. Çalışmada, müzikle terapi uygulaması, madde bağımlılığı nedeniyle rehabilitasyon merkezinde kalmış 10 hasta ile haftada 2 seans olmak üzere 6 hafta sürdürülmüştür. Müzikle terapiye ek olarak, ritim aktiviteleri ve seanslarda yaptırılmıştır. Yapılan analiz sonucunda anlamlı bir ilişki bulunmazken, her seans öncesi ve sonrası uygulanan testlerde stresin, anksiyetenin ve depresyonun azaldığı tespit edilmiştir.[30]

Derin nefes alma[148] ve Jacobson[149] gevşeme teknikleriyle beraber uygulanan müzik terapi, hastalara alkol ve madde kullanımı olmadan stresten kaçma yollarını öğretir).[150]

2.8.7. Öz Yeterlilik ve Müzik Terapi

Bandura[151] öz-yeterliği "bireyin, belli bir performansı göstermek için gerekli etkinlikleri organize edip, başarılı olarak yapma kapasitesi hakkında kendine ilişkin yargısı" olarak ifade etmektedir. Luszczynska ve ark.[152] ise öz-yeterliği "insanların istenen bir sonuca ulaşmada belli bir durumda sergileyecekleri yeteneklerine olan

inancıdır" şeklinde tanımlamaktadır. Yıldırım ve İlhan'a[153] göre öz-yeterlilik "bir eylemin planlanması, gerekli becerilerin farkında olunması ve örgütlenmesi, zorluklarla birlikte elde edilecek kazançların gözden geçirilmesi sonucunda oluşan güdülenme düzeyi" gibi unsurları içerir.

Silverman'ın[154] aktardığına göre, Bandura madde kullanım bozukluğunda öz yeterlilik kavramının önemli olduğunu belirtmiştir. Öz yeterlilik kavramının ortaya çıkmasıyla diğer bilim adamları da bu kavramın analizini yapmış ve kişinin belli bir performansı sergileyebileceğine dair inancı şeklinde yorumlamışlardır.[155] Bu teoriye göre öz yeterlilik düzeyi yüksek olan kişilerin başarabileceklerine inandıkları görevleri geçekleştirebilme ihtimalleri yüksektir.[154] Marlatt ve Gordon[15] teorisine göre alkol ve madde bağımlısı hastalarda öz yeterliliğin artması ile stresle başa çıkma becerileri de artacak ve relaps görülme oranlarını azalacaktır.

Başarılı deneyimler, olumlu dönütler, pozitiflik öz-yeterlik düzeyini artıran öğelerdir. Güçlü bir öz-yeterlilik ruhsal iyilik halinin oluşmasını sağlamaktadır. Öz-yeterlik düzeyi yüksek olan bir kişi yaşadığı başarısızlık durumunu tamamen kendine mal etmeyip doğru olmayan yol ve strateji izlediğini düşünmekte ve hızlı bir şekilde toparlanıp alternatif çözüm yolları denemektedir.[153,156]

Greenfield ve ark.[39] alkol kullanım bozukluğu olan bireyler ile yaptığı araştırmada düşük öz yeterliliğin relaps için bir risk faktörü olduğunu bildirmiştir.

Wu[157], üniversite öğrencilerinin öz-yeterlik, stres ve anksiyetelerine müzikle terapinin etkisini araştırmış ve öğrencilerin anksiyete, depresyon ve stres düzeylerinde bir azalmanın olduğu, öz-yeterlik algılanın arttığı ve bu değişimlerin 2 ay sonra bile devam ettiği gözlemiştir.

2.9. Madde Kullanım Bozukluğu ve Psikiyatri Hemşiresi

Psikiyatri hemşiresi, veri toplama, tanılama, planlama, uygulama ve değerlendirme aşamalarından meydana gelen hemşirelik sürecini madde bağımlılığının tedavisinde kullanmalıdır. Psikiyatri hemşirelik sürecinin uygulanması hastalara kaliteli bakım verilmesi açısından değerlidir. Bu sebeple hemşirelik süreci, klinikte uygulanmalı ve bakımının devamlılığı sağlanmalıdır.[158]

Psikiyatri hemşireleri madde bağımlılığının önlemesinde ve tedavisinde önemli bir yere sahiptir. Bunlar; hastaları ve aileleri destekleyici, rehabilite edici ve tedavi edici yaklaşımda bulunmak, hastalara ve ailelerine bağımlılık konusunda eğitimler vermek ve hemşirelik uygulamalarının gelişimi için araştırmalar yapmak şeklinde sıralanabilmektedir.[159]

Alkol ve madde bağımlılığı, tedavisi ömür boyu sürebilen kronik bir hastalıktır. Bu süreçte hastalara ve ailelerine yönelik, bilgi ve beceri kazanmaları amacıyla, eğitimlerin tekrar edilmesi ve diğer tüm konularda da danışmanlık hizmeti verilmesi önemlidir. Psikoeğitim hemşirelerin en önemli bağımsız bakım hizmetlerindendir. Bu sebeple psikiyatri hemşirelerin bu tür eğitim programlarında rol alması önemlidir.[160]

Hemşire, madde bağımlısı hastayı değerlendirirken öncelikle hastanın hangi maddeyi kullandığı, maddeyi hangi yolla aldığı, madde kullanım miktarı ve sıklığı, ne zamandır madde kullandığı, madde kullanımını bırakmayı düşünüp düşünmediği gibi doğrudan maddeye yönelik verileri toplamalıdır.[42]

Madde bağımlılığı tedavisinde hastaya ve aileye yönelik eğitimde; madde bağımlılığının bir hastalık olduğu, bağımlılıkla ilgili gerçek dışı düşüncelerden kurtulmak gerektiği, maddeden uzak durmanın mümkün olduğu, doğru olmayan baş etme biçimi yerine doğru baş etme yöntemlerinin geliştirilebileceği ve tedavi sonrası

rehabilitasyon programlarına devam etmenin gerekliliği gibi konulara yer verilmelidir.[42,161]

Madde bağımlılığı tedavisinde relapslara yönelik eğitim de yapılmalıdır. Relapsları önlemeye yönelik eğitimde; sorunlu kişilerarası ilişkileri belirleme, manevi duyguların belirlenmesi, sosyal çevresiyle başarının paylaşılması, relaps döngüsünü belirtme ve bu döngüden kurtulma yöntemleri gibi konuları kapsamaktadır. Özellikle tekrar madde kullanılmamasında sosyal destek sistemlerinin önemi anlatılmaktadır.[162,163]

Tedavinin başarısı, maddeden uzak kalma süresinin artması, ailesiyle ve diğer sosyal çevresiyle olan iletişiminin gelişmesi, hastanın kendi davranışının sorumluluğunu alabilmesi, relapsa götüren durumların farına varması, maddeye alternatif farklı hobiler geliştirebilme yeteneğiyle değerlendirilir.[42]

3. MATERYAL VE METOT

3.1. Araştırmanın Türü

Araştırma, alkol ve madde kullanım bozukluğu olan hastalarda bilişsel davranışçı model temelli psikoeğitim destekli müziğin stres, öz yeterlilik ve relaps düzeyine etkisini belirlemek amacı ile, ön test-son test, kontrol gruplu yarı deneysel olarak yapıldı.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman

Araştırma Ekim 2018- Ocak 2020 tarihleri arasında gerçekleştirildi. Araştırma ülkemizde bulunan bir Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi AMATEM servisinde yapıldı. Bu Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi AMATEM serviside 2 Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Uzmanı, 9 hemşire/sağlık memuru, 1 psikolog, 1 sosyal çalışmacı hizmet vermektedir. 24 Yataklı AMATEM servisi kendi ayrı binası içerisinde WC ve banyolu 2 kişilik hasta yatak odaları, 1 detoksifikasyon odası, eğitim salonu, yemekhane yine içerisinde açık hava spor aletleri, basket potası, kamelya bulunan bir iç bahçe barındırmaktadır.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Yarı deneysel olarak tasarlanan bu çalışma için daha önce yapılan benzer bir çalışma baz alınarak gerçekleştirilen priori power analizi (G*Power 3.1.9.2) sonucu örneklem sayısı hesaplandı.[164] Yapılan güç analizinde "bağımsız gruplarda t testi" kullanılmak üzere, ön test son test ile iki grupta toplam 50 katılımcı ile çalışmanın yürütülmesi durumunda, Δ:0,82 ve SS: 14,26 olarak aldığımızda, Power:0,80, β:0,05 ve α:0,05 için tespit edildi.

Δ: Etki büyüklüğü (Effect Size)

SS: Standart Sapma

Bu araştırmanın evrenini ülkemizde bulunan bir Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi AMATEM servisine Ekim 2018- Mart 2019 tarihleri arasında yatarak tedavi edilen, Madde Kullanım Bozukluğu tanısı almış 244 hasta oluşturdu. Araştırmanın örneklemini gerçekleştirilen güç analizi sonrası, araştırmaya katılmayı kabul eden, araştırmada belirlenen örneklem belirleme kriterlerine uyan madde kullanım bozukluğu olan hastalar meydana getirdi.

Örnekleme dahil edilme kriterleri;

1. 18–65 yaş arasında olmak,
2. DSM-V ‘e göre madde kullanım bozukluğu tanısı almak,
3. Komorbid eş tanısının olmaması (bipolar bozukluk, aneoreksiya/bulimiya nevroza, psikotik semptomlar),
4. Suicid yada homosid öyküsünün olmaması,

Bu nedenle çalışmaya deney grubu için 25, kontrol grubu için 25 olmak üzere toplam 50 katılımcı dâhil edilmesi planlandı. Ancak, araştırmadan olabilecek ayrılmalar göz önünde bulundurularak, bu sayının %20 si hesaplanıp deney grubu için 30, kontrol grubu için 30 olmak üzere toplam 60 hasta olması hedeflendi. Verilen bilgilendirici sunumlar sonucunda deney grubuna 35 ve kontrol grubuna 35 hasta çalışmaya katılmaya gönüllü oldu. Bununla birlikte deney grubunda bulunan 3 hasta ön test uygulaması ve son test uygulamasına katılmalarına ve bilişsel davranışçı model temelli psikoeğitim destekli müzik çalışmamızın 8 seansına da dahil olmalarına rağmen 4. Ay izlem testi uygulamasında kendilerine ulaşılamaması nedeniyle çalışmadan çıkartılmıştır. Deney grubunda bulunan 2 hastaya ise 6. Ay izlem testi uygulamasında ulaşılamamıştır. Kontrol grubundan ise 2 hastaya 4. Ay izlemde ulaşılamadığı için çalışamaya dahil edilmemişlerdir. Kontrol grubunun 6. Ay izlem testinde ise 1 hastaya ulaşılmamıştır.

3.4. Araştırmanın Değişkenleri

Bağımlı Değişkenler

Araştırmanın bağımlı değişkenleri, madde kullanım bozukluğu olan bireylerin öz yeterlilik ve algılanan stres düzeyleridir.

Bağımsız Değişkenler

Araştırmanın bağımsız değişkenleri müzik dinletisi, eğitim ve izlemdir.

3.5. Veri Toplamada Kullanılan Formlar

Kişisel Bilgi Formu (KBF): Araştırmacı tarafından hazırlanan kişisel bilgi formu; bireylerin cinsiyetini, yaşını, medeni durumunu, çalışma durumunu, eğitim durumunu, madde kullanım öyküsünü, aile öyküsünü içeren sorulardan oluşmaktadır (Ek-4).

Öz-Yeterlilik Ölçeği (ÖYÖ) : Sherer ve ark.[165] tarafından geliştirilen ve Gözüm ve Aksayan[166] tarafından Türkçe'ye çevrilen Öz-Yeterlilik Ölçeği (ÖYÖ), 5'li likert tipi bir ölçektir.[166] Bu ölçeğin geçerlilik güvenilirlik çalışması öğretmenler üzerinde yapılmış olmasına rağmen farklı kronik hastalığı olan hastalarda da kullanılmıştır. Ölçekte 23 madde yer almaktadır ve her bir madde için; 1-"beni hiç tanımlamıyor", 2-"beni biraz tanımlıyor", 3-"kararsızım", 4-"beni iyi tanımlıyor", 5- "beni çok iyi tanımlıyor" seçeneklerinden birisinin işaretlenmesi gerekmektedir. Her madde için o maddeye verilen puan esas alınmaktadır. Ancak 2, 4, 5, 6, 7, 10, 11, 12, 14, 16, 17, 18, 20, 22. maddeler ters yönde puanlanmaktadır. Bu bilgiler doğrultusunda ölçekten en az 23, en fazla 115 puan alınabilmektedir. Ölçekten alınan toplam puanın yüksek olması, bireyin öz- yeterlilik düzeyinin yüksek olduğunu göstermektedir (Ek-5).

Ölçeğin dört alt faktörü vardır. Bunlar:

1. Davranışa başlama: 2, 11, 12, 14, 17, 18, 20, 22. maddeyi,

2. Davranışı sürdürme: 4, 5, 6, 7, 10, 16,1 9. maddeyi,

3. Davranışı tamamlama: 3, 8, 9, 15, 23. maddeyi,

4. Engellerle mücadele: 1, 13, 21. maddeyi içermektedir.

Ölçeğin Türkçe formunun geçerlilik ve güvenirliğini aynı örneklem için Cronbach alfa iç tutarlılık katsayısı 0.81, test-tekrar test güvenirliliği 0.92 olarak tespit edilmiştir (Gözüm S, Aksayan S. 1999). Bu çalışmada ÖYÖ Cronbach alfa katsayısı 0,89 olarak bulunmuştur.

Algılanan Stres Ölçeği (ASÖ)

Algılanan Stres Ölçeği (ASÖ) Cohen ve ark.[167] tarafından oluşturulmuştur. Algılanan Stres Ölçeğinin Türkçeye uyarlanması, güvenirlik ve geçerlik analizi, Eskin ve ark.[168] tarafından 2013 tarihinde yapılmıştır. Toplam 14 maddeden meydana gelmektedir. Katılımcılar her maddeyi "Hiçbir zaman (0)" ila "Çok sık (4)" arasında değişen 5'li Likert tipi madde üzerinden değerlendirmektedir. Bu bilgiler doğrultusunda ölçekten en az 0, en fazla 56 puan alınabilmektedir. Yüksek puan kişinin stres algısının yüksek olduğuna işaret etmektedir. Maddelerden olumlu ifade içeren 7'si tersten puanlanmaktadır. On dört maddelik uzun formunun yanı sıra ASÖ'nün 10 ve 4 maddelik olmak üzere iki formu daha bulunmaktadır. Türkçe ASÖ-14, ASÖ-10 ve ASÖ-4'ün iç tutarlık katsayıları sırasıyla 0.84, 0.82 ve 0.66; test-tekrar-test güvenirlik katsayıları ise sırasıyla 0.87, 0.88 ve 0.72 olarak hesaplanmıştır (Ek-6). Bu çalışmada ASÖ Cronbach alfa katsayısı 0,84 olarak tespit edilmiştir.

3.6. Verilerin Toplanması

Araştırmanın verileri araştırmacı tarafından hastalarla yüzyüze görüşülerek ve araştırmanın hedefi hakkında bilgi verildikten sonra, "Kişisel Bilgi Formu", öz yeterlilik düzeyini belirlemek için "Öz-Yeterlilik Ölçeği (ÖYÖ)", hayatındaki birtakım durumların ne derece stresli algılandığını ölçmek için "Algılanan Stres Ölçeği (ASÖ)" ölçeği uygulanarak toplanmıştır.

Araştırmada deney grubu için ön testin uygulanması Ekim 2018, son testin uygulanması Kasım 2018, 4. ay izlem testinin uygulanması Şubat 2019 ve 6. ay izlem testinin uygulanması Nisan 2019 tarihinde tamamlandı. Kontrol grubu için ön testin uygulanması Şubat 2019, son testin uygulanması Mart 2019' da yapıldı. 4. ay izlem testinin uygulanması Haziran 2019 ve 6. ay izlem testinin uygulanması Ağustos 2019 tarihinde yapıldı. Araştırmada bulaş olmaması için önce deney sonra kontrol grubu alındı. Araştırma planı Şekil 3.1'de sunuldu.

3.7. Müdahalede Kullanılan Materyaller

Araştırmada kullanılan materyaller; deney grubundaki hastalara Coping Kartlar verildi.

Coping Kartlar: Araştırmacının BDT eğitiminde aldığı bilgiler ışığında hastalara zaman zaman hatırlamaları için sahip oldukları otomatik düşüncelere alternatif bazı cümleler yazılıp verildi.

Kullanılan Coping Kart Cümleleri:

- Benim Alkol ve Madde Bağımlılığı adında gerçek bir hastalığım var. Bu hastalıktan kurtulamayacağımı düşünüyorum fakat aldığım bu tedavi etkisini göstermeye başlayınca benim için birçok şey değişecek.
- Kendime güveniyorum ve gelen madde kullanma tekliflerine hayır diyeceğim.
- Alkol ve madde kullanma isteğim geldi. Riskli ortamlara girmez ve iyileşmemde bana destek veren insanlarla zaman geçirirsem tekrar alkol ve maddeye başlamam.

Kullanılan Coping Kartlar Ek-10'de verilmiştir.

3.8. Hemşirelik Girişimleri

3.8.1. Müdahale Basamakları

Yapılacak olan BDT temelli psikoeğitim destekli müzik dinletisi için Ek-13'de gösterilen Bilişsel Davranışçı Terapi (BDT) Kuramsal Temel Eğitim sertifikası alınmıştır.

Girişim 7 aşamadan oluştu. Bu aşamalar aşağıda verilmektedir.

1. AMATEM'e duyuruların yapılması: Çalışma hakkında bilgilendirme, deney grubu ile çalışmaya başlamadan yaklaşık bir hafta önce yapıldı. AMATEM'e gidildi, servis özellikleri değerlendirildi, oturumların yapılacağı odanın fiziki şartları değerlendirildi, servis çalışanları ile tanışıldı ve çalışma hakkında gerekli bilgiler verildi.

2. Hasta bilgilendirilmesi: Bilgilendirme, araştırmacı tarafından her bir psikoeğitim grubuna çalışmaya başlamadan önce verildi. Araştırmanın amaç ve uygulanmasına ilişkin bilgilendirme yapıldı. Bilgilendirmenin sonunda araştırmaya katılmayı kabul eden bireylerin iletişim bilgileri alındı.

3. Bilgilendirici onam ve ön testlerin uygulanması: Hasta bilgilendirilmesinin sonrasında, araştırmaya alınma şartlarına uyan bireylerin sözel ve yazılı onamları alındı ve ön test formları (Kişisel Bilgi Formu, Öz Yeterlilik Ölçeği, Algılanan Stres Ölçeği) uygulandı. Çalışmada bulaş olmaması amacıyla önce deney grubu ile başlandı. Araştırmaya dâhil edilme kriterlerine uyan ilk 35 kişi ile deney, sonraki 35 kişi ise kontrol grubuna atandı.

4. BDT Temelli Öz Yeterliliği Geliştirici Psikoeğitim Uygulaması

Psikoeğitim uygulaması ise, müzik dinletisi uygulamasından hemen önce grup halinde Ekim 2018- Şubat 2019 tarihleri arasında gerçekleştirildi. Her bir oturum yaklaşık bir saat sürdü. Bunun ilk 25-30 dakikasında BDT temelli öz yeterliliği

geliştirici psikoeğitim gerçekleştirildi. Sonraki 30 dakika boyunca ise müzik dinletisi uygulandı. Her seans, müzik dinletisiyle beraber derin nefes egzersizleri ve gevşeme egzersizleri yaptırıldı. Araştırmacıda hastalarla beraber bu egzersizleri yaptı. Gevşeme egzersizi olarak Dr. Edmund Jacobson'un[149] geliştirdiği progresif kas gevşetme tekniği uygulandı. Oturumlar sözlü anlatım, soru-cevap, grup tartışması, geri bildirim, alıştırmalar, ev ödevleri, görsel malzeme (projeksiyon) ile sürdürüldü. Ev ödevleri bir sonraki haftanın ilk oturumunda konuşuldu, yorumlar ve geri bildirimler tartışıldı.

Eğitim konuları oluşturulurken Marlatt'ın[15] Bilişsel Davranışçı modelinden faydalanıldı.[15] Oluşturulan psikoeğitim gruplarına bir ön değerlendirme yapıldı. Grupla yapılan görüşmeler sonucu grubun ihtiyacına yönelik psikoeğitim konuları belirlendi. Her bir psikoeğitim oturumunda, alkol ve madde bağımlılığını konusunda hastaları bilgilendirmek, yüksek riskli durumlarla nasıl baş edebileceklerini öğretmek, relapsları engelleyebilecek becerileri kazandırmak, dürtü yönetimini sağlamak, öfke ve stresle başa çıkma becerilerini öğretmek için planlanmış belli konulara odaklanıldı.

Tablo 3.1. BDT Temelli Öz Yeterliliği Geliştirici Psikoeğitim İçeriği

1. Oturum: Alkol ve Maddeden Kurtulmak İçin Buradayım
Hastalarla tanışıldı
Süreç hakkında genel bir bilgilendirme yapıldı
Psikoeğitim oturumlarının genel amaçları açıklandı
Müzik dinletisinin Alkol ve Madde Bağımlılığında amacı açıklandı
Grup kuralları anlatıldı
Hastaların bilgi gereksinimleri belirlendi
Hastaların tecrübe ve beklentilerinin paylaşılması sağlandı
Bir sonraki oturumun tarihi, saati, ne kadar süreceği hastalarla birlikte belirlendi

Tablo 3.1. (Devamı)

2. Oturum: Kimler Bağımlıdır!!! Bağımlılık Bir Hastalıktır!!!
Bir önceki oturumla ilgili değerlendirme yapıldı
Bağımlılık kavramının tanımı yapıldı
Hastaların bağımlı olup olmadıklarını anlamaları sağlandı
Grup üyelerine oturum başında kimlerin kendini bağımlı olarak gördüğü soruldu. Aynı soru verilen eğitim sonrası tekrar edildi ve hastaların farkındalıkları arttırıldı
Bu oturumdan anladıkları ve akıllarına takılan sorular soruldu
Bir sonraki oturumun tarihi, saati, ne kadar süreceği hastalarla birlikte belirlendi
Hastalardan bir sonraki oturuma kadar geçmiş bırakma girişimlerindeki tecrübelerini düşünmeleri ve bir sonraki oturumda grup üyeleriyle paylaşmaları istendi
3. Oturum: Alkol ve Madde Vücudumu Nasıl Etkiliyor?
Bir önceki oturumla ilgili değerlendirme yapıldı
Geçen oturumda verilen ev ödevleri tartışıldı
Alkol ve Madde Bağımlılığının olumlu ve olumsuz yönleri anlatıldı
Bu oturumdan anladıkları ve akıllarına takılan sorular soruldu
Bir sonraki oturumun tarihi, saati, ne kadar süreceği hastalarla birlikte belirlendi
Bir sonraki oturuma kadar hastalardan alkol ve maddenin vücutlarını nasıl etkilediğini düşünmeleri ve bunu grup üyeleri ile paylaşmaları istendi
4. Oturum: Alkol ve Maddeye Tekrar Başlamamak İçin Yüksek Riskli Durumları Bilmeliyim
Bir önceki oturumla ilgili değerlendirme yapıldı
Geçen oturumda verilen ev ödevleri tartışıldı
Yüksek riskli durumlar belirlendi ve bunlarla başa çıkma becerileri anlatıldı
Bu oturumdan anladıkları ve akıllarına takılan sorular soruldu
Bir sonraki oturumun tarihi, saati, ne kadar süreceği hastalarla birlikte belirlendi
Hastalardan bir sonraki oturuma kadar kendi yüksek riskli durumlarını ve bunlarla baş etmede kullanabilecekleri yöntemleri düşünmeleri ve bunu grup üyeleri ile paylaşmaları istendi

Tablo 3.1. (Devamı)

5. Oturum: Yeniden başlamak mümkün mü?
Bir önceki oturumla ilgili değerlendirme yapıldı
Geçen oturumda verilen ev ödevleri tartışıldı
Relaps tanımlandı
Geçmiş relaps öyküleri öğrenildi
Hastaları relapsa götüren döngüyü anlamaları sağlandı
Relapsa götüren duygu ve düşünceleri belirlendi, bunlara karşı nasıl davranırlarsa relapsların olmayacağı anlatıldı
Bu oturumdan anladıkları ve akıllarına takılan sorular soruldu
Bir sonraki oturumun tarihi, saati, ne kadar süreceği hastalarla birlikte belirlendi
Hastalardan gelecek oturuma kadar kendi relaps öykülerini düşünmeleri ve grupla paylaşmaları istendi
6. Oturum: Stresle Başetme
Bir önceki oturumla ilgili değerlendirme yapıldı
Geçen oturumda verilen ev ödevleri tartışıldı
Stres ve stresle başa çıkma stratejileri anlatıldı
Stresle başetmede etkili olan ve olmayan yöntemler anlatıldı
Relaksasyon egzersiz uygulaması ve derin nefes egzersiz uygulaması yaptırıldı
Bu oturumdan anladıkları ve akıllarına takılan sorular soruldu
Bir sonraki oturumun tarihi, saati, ne kadar süreceği hastalarla birlikte belirlendi
7. Oturum: Alkol ve Maddeyle İlgili Olan Dürtülerimi Kontrol Etmeyi Öğrenirsem Alkol ve Maddeye Tekrar Başlamam
Bir önceki oturumla ilgili değerlendirme yapıldı
Duygu, düşünce ve davranış arasındaki bağ anlatıldı
Hastaların alkol ve maddeyle ilişkili dürtülerini nasıl kontrol edebilecekleri anlatıldı
Bu oturumdan anladıkları ve akıllarına takılan sorular soruldu
Bir sonraki oturumun tarihi, saati, ne kadar süreceği hastalarla birlikte belirlendi
8. Oturum: İnanırsam Alkol Ve Maddeden Kurtulabilirim
Bir önceki oturumla ilgili değerlendirme yapıldı
Umudu arttırmaya yönelik uygulamalar yapıldı
Geribildirimler alındı
Hazırlanan coping cartlar dağıtıldı
Değerlendirme ve kapanış yapıldı

5. BDT Temelli Müzik Terapisi:

Bir saatlik her bir oturumun ilk 25-30 dakikasında BDT temelli öz yeterliliği geliştirici psikoeğitim gerçekleştirildikten sonra 30 dakika boyunca müzik dinletisi uygulandı. Kullanılacak müzik makamlarına (Hicaz, Hüseyini ve Pentatonik) Türk Musikisini Araştırma ve Tanıtma Grubu (TÜMATA) görevlisi ve Otağ Müzik Merkezi yöneticisi Yaşar Güvenç ile araştırmanın detayları konuşularak karar verildi. Vücuttaki zehirli maddeleri atmak amacıyla Hicaz, daha sonraki süreçte endokrin yapılarını güçlendirmek için Hüseyni ve en son olarak kendine güven duygularının artması amacıyla Pentatonik makam dinletildi.

Bu çalışmada BDT temelli öz yeterliliği geliştirici psikoeğitim destekli müzik dinletisi oturumları 8 seans boyunca, grup terapi şeklinde verilmiştir. Grup büyüklüğü 5-10 hasta olarak belirlenmiştir.

Literatür incelendiğinde Cevasco ve ark.[30] tarafından madde bağımlılarıyla yapılan çalışmada, müzik terapi altı hafta boyunca ve haftada iki defa uygulanmıştır. Dingle ve ark.[169] yaptığı çalışmada ise seanslar, yedi hafta boyunca haftada bir gün olacak şekilde gerçekleştirilmiştir. Yapılan çalışmalarda seans sayıları 7-12 arası değişmektedir.

Literatür incelendiğinde Madde Kullanım Bozukluğunda uygulanan müzik terapi grup terapisi şeklinde verilmiştir.[30,142,169-171]

Literatür incelendiğinde Madde Kullanım Bozukluğu olan hastalara uygulanan grupla müzik terapi uygulamasında grup büyüklüğü 5-20 arası değişkenlik göstermektedir.[30,142,169-171]

Hastaların Madde Kullanım Bozukluğu tedavisi için ortalama 21 gün yattıkları bilindiğinden ve müzik terapinin etkinliğin gözlenebilmesi için en az haftada bir dinlenmesi gerektiğinden üç hafta boyunca ilk iki hafta haftada üç, son hafta ise haftada

iki gün müzik dinletildi. Yine literatürde yer alan seans bilgileri ve her bir makamın etki edebilmesi için kesintisiz en az 30 dk dinletilmesi gerektiğinden TÜMATA ile yapılan planlama ile ilk hafta üç gün 30' ar dakika Hicaz, ikinci hafta üç gün 30' ar dakika Hüseyni, üçüncü hafta iki gün 30' ar dakika Pentatonik makamı dinletildi. Çalışmadan elde edilen istatiksel veriler doğrultusunda uygulanan BDM temelli ve psikoeğitim destekli müzik dinletisinin hastaların streslerini azaltmada, öz yeterliliklerini arttırmada ve relaps oranlarını azaltmada etkili bulunmasının ardından, klinikte müzik dinletisinin sürdürebilirliliğinin sağlanaması için müzik CD'leri servis sorumlusuna verildi.

TÜMATA'ya ait resmi siteden CD'ler sipariş yoluyla temin edilmiştir.

Tablo 3.2. BDT Temelli Psikoeğitim Destekli Müzik Dinletisi Tarih Planlaması

Deney Grubu		**Kontrol Grubu**	
01/10/2018	Ön test uygulaması	01/02/2019	Ön test uygulaması
01/11/2018	Son test uygulaması	01/03/2019	Son test uygulaması
01/02/2019	4. ay izlem testi uygulaması	01/06/2019	4. ay izlem testi uygulaması
01/04/2019	6. ay izlem testi uygulaması	01/08/2019	6. ay izlem testi uygulaması

5. Son testlerin uygulanması: Son testler (Öz Yeterlilik Ölçeği, Algılanan Stres Ölçeği) psikoeğitim ve müzik dinletisi müdahale basamaklarının ardından araştırmacı tarafından uygulandı.

6. Coping cartların bireylere sunulması: Son test uygulamasının ardından hastalara verildi.

7. Dördüncü ve altıncı ayın sonunda izlem testlerinin uygulanması: Hastalarla uygulamalardan sonra, araştırmacı tarafından iki ayda bir olmak üzere toplam 2 kez telefonla görüşmeler yapıldı. İzlem testleri (Öz Yeterlilik Ölçeği, Algılanan Stres Ölçeği) her iki gruba da 4. ve 6. ayda araştırmacı tarafından toplandı.

3.9. Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırmadan elde edilen veriler SPSS 20.0 paket programıyla analiz edilmiştir. Verilerin istatiksel analizinde kullanılan yöntemler Tablo 3.3'de sunulmuştur.

Tablo 3.3. Araştırmada Kullanılan Parametreler ve Uygulanan Testler

Değerlendirilen Parametreler	Uygulanan Testler
Tanıtıcı Özelliklerin Karşılaştırılması	Ki-kare testi
Gruplar Arası Ölçek Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	Bağımsız gruplarda t testi
Grup İçi Ölçek Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	Tekrarlı ölçümlerde varyans analizi
Gruplar Arası Maddeye Başlama Durumlarının Karşılaştırılması	Ki-kare testi

3.10. Araştırmanın Etik İlkeleri

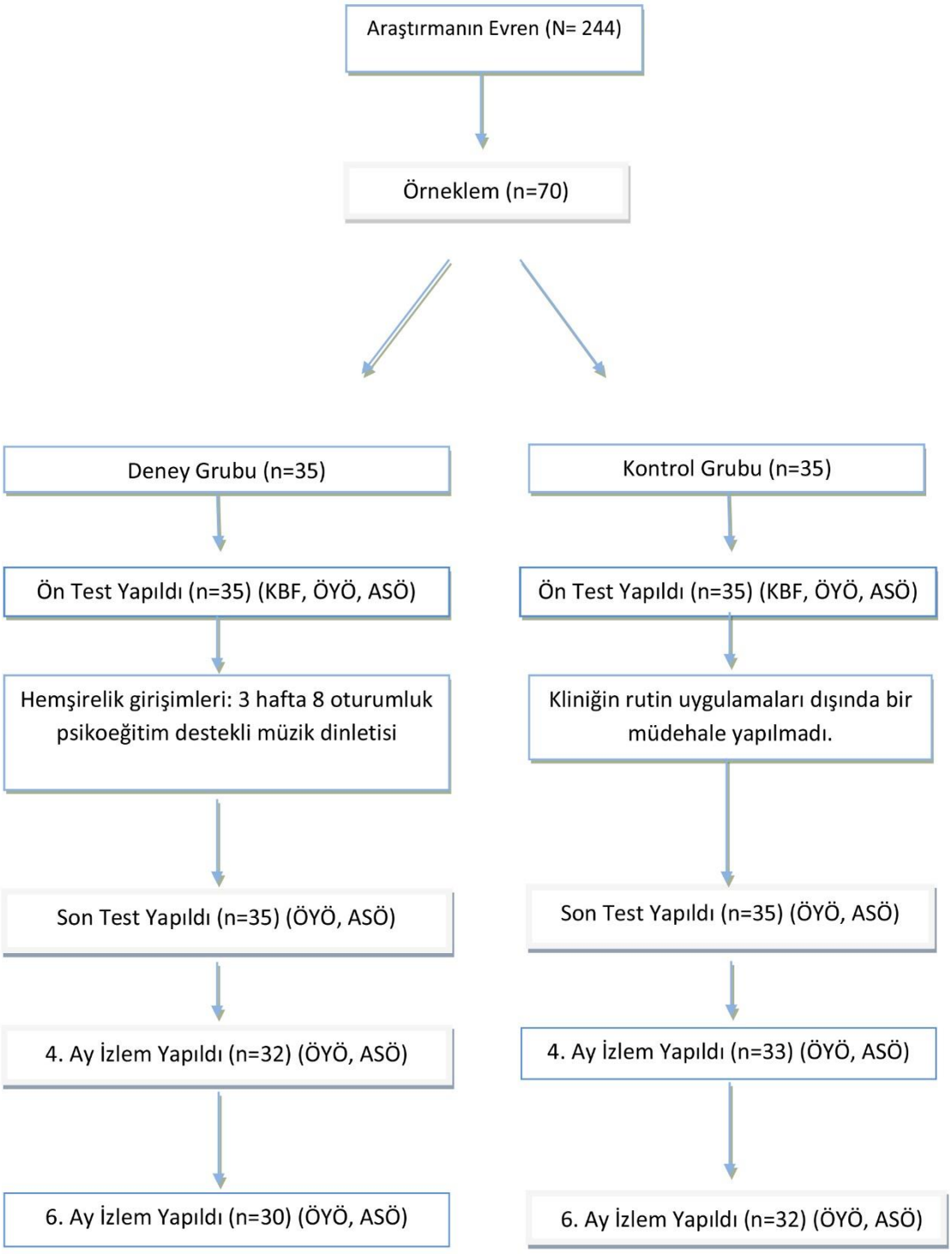
Araştırmanın yapılabilmesi için Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Etik Kurul Başkanlığı 11.06.2018 tarihli toplantısından etik onay izni (EK-3) ve çalışmanın gerçekleştirildiği ildeki Kamu Hastaneler Birliği ile Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi'nden yazılı izin alınmıştır (EK-12). Araştırmaya dâhil edilen hastalara etik haklarının korunması amacıyla araştırma verilerini toplamaya başlamadan önce, çalışmanın yapılma amacı, süresi ve çalışma süresince yapılacak işlemler açıklanarak "*Aydınlatılmış Onam*" etik ilkesine uyulmuştur. Hastaların istedikleri an çalışmadan ayrılabilecekleri anlatılarak "*Özerklik*" ilkesine, kişisel bilgilerin araştırmacı ile paylaşıldıktan sonra korunacağı söylenerek "*Gizlilik ve Gizliliğin Korunması*" etik ilkesine uyulmuştur. Araştırmanın her aşamasında "*insan onuruna saygı*" etik ilkesi yerine getirilmiştir.

3.11. Araştırmanın Sınırlılıkları ve Genellenebilirliği

Araştırmaya sadece ülkemizde bulunan bir Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi AMATEM servisinde yatan hastaların alınması, çalışmanın sadece erkek hastalar

üzerinde yapılması, yürütülen bu çalışmayla aynı anda klinikte devam eden farmakolojik ve psikososyal tedavinin olması, evrenden bireylerin olasılıksız olarak örnekleme alınması bu araştırmanın sınırlılığıdır.

Araştırmadan toplanan sonuçlar, sadece bu gruba genellenebilir.



Şekil 3.1. Araştırma Planı

4. BULGULAR

Araştırma kapsamına alınan bireylerin tanıtıcı özelliklerinin karşılaştırılması Tablo 4.1'de sunulmuştur. Deney grubunda olanların %66.7'si 24 yaş üzerinde, %63.3'ü ilköğretim mezunu, %63.3'ünün çalışmadığı ve %63.3'ünün bekar olduğu saptanmıştır. Kontrol grubunda olanların %68.8'i 24 yaş üzerinde, %65.6'sı ilköğretim mezunu, %53.1'inin çalışmadığı ve %59.4'ünün bekar olduğu saptanmıştır. Grupların tanıtıcı özelliklerinin karşılaştırılması sonucunda özellikler açısından istatistiksel olarak bir fark olmadığı ($p>0.05$) ve grupların özellikler açısından homojen olduğu görülmüştür.

Tablo 4.1. Tanıtıcı Özelliklerinin Karşılaştırılması

Özellikler	Deney (n=30)		Kontrol (n=32)		Test ve p değeri
	n	%	n	%	
Cinsiyet					
Erkek	30	100.0	32	100.0	Test yapılmadı
Yaş					
18-23 yaş	10	33.3	10	31.3	X^2=0.03
24 yaş ve üstü	20	66.7	22	68.8	p=0.86
Eğitim					
İlköğretim	19	63.3	21	65.6	X^2=0.03
Lise	11	36.7	11	34.4	p=0.85
Çalışma durumu					
Çalışan	11	36.7	17	53.1	X^2=1.69
Çalışmayan	19	63.3	15	46.9	p=0.19
Medeni durum					
Evli	11	36.7	13	40.6	X^2=0.10
Bekar	19	63.3	19	59.4	p=0.74

Gruplar arası ÖYÖ ve ASÖ ön test, son test, 4 ay ve 6 ay sonra yapılan ölçümlerden elde edilen puan ortalamalarının karşılaştırılması Tablo 4.2'de veriliştir. Ön testler incelendiğinde; deney grubunun Davranışa Başlama alt boyutu puan

ortalaması 16.10±4.70, kontrol grubunun 17.87±7.46 olduğu ve grupların puan ortalaması arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı görülmüştür ($p>0.05$). Deney grubunun Davranışı Sürdürme alt boyutu puan ortalaması 14.73±4.77, kontrol grubunun 15.81±6.20 olduğu ve grupların puan ortalaması arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır ($p>0.05$). Deney grubunun Davranışı Tamamlama alt boyutu puan ortalaması 9.86±2.59, kontrol grubunun 10.75±4.42 olduğu ve grupların puan ortalaması arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı bulunmuştur ($p>0.05$). Deney grubunun Engellerle Mücadele alt boyutu puan ortalaması 5.83±1.93, kontrol grubunun 6.18±2.82 olduğu ve grupların puan ortalaması arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı görülmüştür ($p>0.05$). Deney grubunun ÖYÖ toplam puan ortalaması 46.53±12.91, kontrol grubunun 50.62±20.04 olduğu ve grupların puan ortalaması arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı görülmüştür ($p>0.05$). Benzer şekilde grupların ASÖ puan ortalaması arasındaki farkta istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$).

Grupların ÖYÖ ve ASÖ son test puan ortalamalarının karşılaştırılması incelendiğinde; deney grubunun Davranışa Başlama alt boyutu puan ortalaması 30.33±5.33, kontrol grubunun 19.31±4.76 olduğu ve grupların puan ortalaması arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmüştür ($p<0.05$). Deney grubunun Davranışı Sürdürme alt boyutu puan ortalaması 28.70±6.17, kontrol grubunun 15.68±5.63 olduğu ve grupların puan ortalaması arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($p<0.05$). Deney grubunun Davranışı Tamamlama alt boyutu puan ortalaması 19.26±4.82, kontrol grubunun 11.06±4.12 olduğu ve grupların puan ortalaması arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ($p<0.05$). Deney grubunun Engellerle Mücadele alt boyutu puan ortalaması 11.33±3.11, kontrol grubunun 6.03±2.64 olduğu ve grupların puan ortalaması arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmüştür ($p<0.05$). Deney grubunun ÖYÖ toplam

puan ortalaması 89.63±18.78, kontrol grubunun 52.09±15.82 olduğu ve grupların puan ortalaması arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmüştür ($p<0.05$). Benzer şekilde grupların ASÖ puan ortalaması arasındaki farkta istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0.05$).

Grupların ÖYÖ ve ASÖ 4. ayda yapılan test puan ortalamalarının karşılaştırılması incelendiğinde; deney grubunun Davranışa Başlama alt boyutu puan ortalaması 29.30±5.20, kontrol grubunun 22.56±4.77 olduğu ve grupların puan ortalaması arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmüştür ($p<0.05$). Deney grubunun Davranışı Sürdürme alt boyutu puan ortalaması 23.63±3.47, kontrol grubunun 19.46±3.63 olduğu ve grupların puan ortalaması arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($p<0.05$). Deney grubunun Davranışı Tamamlama alt boyutu puan ortalaması 17.76±3.93, kontrol grubunun 13.18±4.71 olduğu ve grupların puan ortalaması arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ($p<0.05$). Deney grubunun Engellerle Mücadele alt boyutu puan ortalaması 10.46±2.11, kontrol grubunun 7.93±2.24 olduğu ve grupların puan ortalaması arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmüştür ($p<0.05$). Deney grubunun ÖYÖ ve ASÖ toplam puan ortalaması arasındaki farkta istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0.05$).

Grupların ÖYÖ ve ASÖ 6. ayda yapılan test puan ortalamalarının karşılaştırılması incelendiğinde; ÖYÖ'nün tüm alt boyutlarının (Engellerle mücadele hariç) ve toplam puan ortalaması arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmüştür ($p<0.05$). Fakat ASÖ puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı görülmüştür ($p>0.05$).

Tablo 4.2. Gruplar Arası ÖYÖ ve ASÖ Ön Test, Son Test, 4. Ay ve 6. Ay Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Ölçüm Zamanı	Gruplar	ÖYÖ					ASÖ
		Davranışa başlama	**Davranışı sürdürme**	**Davranışı tamamlama**	**Engellerle mücadele**	**Ölçek Toplam**	
Öntest	**Deney**	16.10±4.70	14.73±4.77	9.86±2.59	5.83±1.93	46.53±12.91	52.40±9.41
	Kontrol	17.87±7.46	15.81±6.20	10.75±4.42	6.18±2.82	50.62±20.04	51.93±11.03
	Test ve p değeri	t=1.11, p=0.27	t=0.76, p=0.44	t=0.95, p=0.34	t=0.57, p=0.56	t=0.94, p=0.34	t=0.17, p=0.86
Sontest	**Deney**	30.33±5.33	28.70±6.17	19.26±4.82	11.33±3.11	89.63±18.78	31.36±10.72
	Kontrol	19.31±4.76	15.68±5.63	11.06±4.12	6.03±2.64	52.09±15.82	45.43±12.06
	Test ve p değeri	t=8.58, **p=0.0001**	t=8.68, **p=0.0001**	t=7.21, **p=0.0001**	t=7.24, **p=0.0001**	t=8.52, **p=0.0001**	t=4.84, **p=0.0001**
4 ay	**Deney**	29.30±5.20	23.63±3.47	17.76±3.93	10.46±2.11	81.16±13.30	37.06±9.53
	Kontrol	22.56±4.77	19.46±3.63	13.18±4.71	7.93±2.24	63.15±12.24	45.15±8.52
	Test ve p değeri	t=5.31, **p=0.0001**	t=4.60, **p=0.0001**	t=4.13, **p=0.0001**	t=4.56, **p=0.0001**	t=4.54, **p=0.0001**	t=3.52, **p=0.001**
6 ay	**Deney**	25.76±4.91	22.76±3.20	16.60±4.12	8.43±2.32	73.56±11.81	42.13±8.36
	Kontrol	22.50±4.85	20.31±3.79	13.59±4.52	7.75±2.01	64.15±11.47	44.34±7.51
	Test ve p değeri	t=2.63, **p=0.01**	t=2.74, **p=0.008**	t=2.73, **p=0.008**	t=1.23, p=0.22	t=3.18, **p=0.002**	t=1.09, p=0.27

Deney grubunun grup içi ÖYÖ ve ASÖ'nin tekrarlı ölçümlerinin karşılaştırılması Tablo 4.3'de verilmiştir. ÖYÖ'nün tüm alt boyutları ve toplam puan ortalamaları ve ASÖ'nün puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$).

Tablo 4.3. Deney Grubunun Grup İçi ÖYÖ ve ASÖ'nin Tekrarlı Ölçümlerinin Karşılaştırılması

ÖLÇEKLER		**Ön test**	**Son test**	**4. ay**	**6. ay**	**Test ve p değeri**
		$\overline{X}$ ± **SS**	$\overline{X}$ ± **SS**	$\overline{X}$ ± **SS**	$\overline{X}$ ± **SS**	
ÖYÖ	Davranışa başlama	16.10±4.70	30.33±5.33	29.30±5.20	25.76±4.91	F=58.79, **p=0.0001**
	Davranışı sürdürme	14.73±4.77	28.70±6.17	23.63±3.47	22.76±3.20	F=38.73, **p=0.0001**
	Davranışı tamamlama	9.86±2.59	19.26±4.82	17.76±3.93	16.60±4.12	F=53.12, **p=0.0001**
	Engellerle mücadele	5.83±1.93	11.33±3.11	10.46±2.11	8.43±2.32	F=55.87, **p=0.0001**
	Toplam	46.53±12.91	89.63±18.78	81.16±13.30	73.56±11.81	F=58.73, **p=0.0001**
ASÖ		52.40±9.41	31.36±10.72	37.06±9.53	42.13±8.36	F=24.39, **p=0.0001**

Kontrol grubunun grup içi ÖYÖ ve ASÖ'nin tekrarlı ölçümlerinin karşılaştırılması Tablo 4.4'de verilmiştir. ÖYÖ'nün tüm alt boyutları (Davranışı tamamlama hariç) ve toplam puan ortalamaları ve ASÖ'nün puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$).

Tablo 4.4. Kontrol Grubunun Grup İçi ÖYÖ ve ASÖ'nin Tekrarlı Ölçümlerinin Karşılaştırılması

ÖLÇEKLER		**Ön test**	**Son test**	**4. ay**	**6. ay**	**Test ve p değeri**
		$\overline{X}$ ± **SS**	$\overline{X}$ ± **SS**	$\overline{X}$ ± **SS**	$\overline{X}$ ± **SS**	
ÖYÖ	Davranışa başlama	17.87±7.46	19.31±4.76	22.56±4.77	22.50±4.85	F=6.23, **p=0.002**
	Davranışı sürdürme	15.81±6.20	15.68±5.63	19.46±3.63	20.31±3.79	F=6.40, **p=0.002**
	Davranışı tamamlama	10.75±4.42	11.06±4.12	13.18±4.71	13.59±4.52	F=2.52, p=0.07
	Engellerle mücadele	6.18±2.82	6.03±2.64	7.93±2.24	7.75±2.01	F=7.01, **p=0.001**
	Toplam	50.62±20.04	52.09±15.82	63.15±12.24	64.15±11.47	F=6.63, **p=0.002**
ASÖ		51.93±11.03	45.43±12.06	45.15±8.52	44.34±7.51	F=3.40, **p=0.03**

Araştırma kapsamına alınan bireylerin maddeye başlama durumlarının karşılaştırılması Tablo 4.5'de sunulmuştur. Deney grubunda olanların %23.3'ü kontrol grubunda olanların %31.2'si 4. ayda madde kullanmaya başlamış olup aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$). Altıncı ayda ise deney grubundakilerin %33.3'ü kontrol grubundakilerin ise %40.6'sı madde kullanmaya tekrar başlamışlardır ve gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur.

Tablo 4.5. Gruplar Arası Maddeye Başlama Durumlarının Karşılaştırılması

Ölçüm Zamanı	Deney		Kontrol		Test ve p değeri
	n	%	n	%	
4. ay					
Başlayan	7	23.3	10	31.2	X^2=0.48
Başlamayan	23	76.7	22	68.8	p=0.48
6. ay					
Başlayan	10	33.3	19	59.4	X^2=4.21
Başlamayan	20	66.7	13	40.6	**p=0.04**

5. TARTIŞMA

Alkol ve madde kullanım bozukluğunda bilişsel davranışçı model temelli psikoeğitim destekli müziğin stres, öz yeterlilik ve relaps düzeyine etkisini belirlemek amacıyla yapılan araştırmanın bulguları ilgili literatür doğrultusunda tartışıldı.

Tablo 4.2'de deney ve kontrol grubundaki bireylerin girişim öncesi ASÖ ön test puan ortalamalarına bakıldığında, her iki grubunda ASÖ puan ortalamalarının yüksek seviyede olduğu belirlendi.

Lieratürde madde bağımlısı hastalarda depresif duygudurum ile relaps arasındaki ilikiyi inceleyen çalışmalar depresif duygudurumun relaps için bir risk faktörü olduğunu göstermektedir.[172,173] Müziğin relaps için bir risk faktörü olan stresi azaltarak dolaylı olarak relaps oranlarını azaltabileceği düşünülmektedir.

Tablo 4.2. incelendiğinde gruplar arası karşılaştırmada deney ve kontrol grubunun, girişim sonrası son test ve 4. ay izlem testi ASÖ'nin puan ortalaması arasındaki fark anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$). Deney grubunun son test ve 4. ay izlem testi ASÖ puan ortalamasının kontrol grubuna göre anlamlı düzeyde azaldığı saptanmıştır. Yapılan girişimin 6. ay izlem testinde etkisi görülmemesine karşın, deney grubunun ASÖ puan ortalamasında kontrol grubunun ASÖ puan ortalamasına oranla azalmanın devam ettiği belirlenmiştir. Uygulanan bilişsel davranışçı model temelli psikoeğitim destekli müziğin son test ve 4. ay ölçümleri üzerinde stresi azaltmada etkili olduğu düşünülmektedir.

Tablo 4.3'de yer alan deney grubunun grup içi karşılaştırmasında ise, deney grubunun ASÖ toplam puan ortalamaları arasında anlamlı bir farkın olduğu ve bu farkın ön test puan ortalamaları ile karşılaştırıldığında, son test, 4. ay izlem testleri ve 6. ay izlem testleri lehine olduğu belirlenmiştir. Son test, 4. ay izlem testi ve 6. ay izlem testi ASÖ toplam puanının ön teste göre anlamlı düzeyde düştüğü belirlenmiştir. Bu sonuç

bilişsel davranışçı model temelli psikoeğitim destekli müziğin alkol ve madde kullanım bozukluğunda stresi tedavi etmede etkin olduğunu düşündürmektedir.

Cavesso ve ark.[30] alkol ve madde bağımlısı olan hastalarla yaptıkları çalışmalarında müzik terapinin hastaların stres, depresyon, öfke düzeylerini azalttığını bildirmektedir. Aalbers ve ark.[31] çalışmalarında müzik terapinin ruh halini iyileştirmek için olumlu etkileri olduğunu belirtmektedir. Doak[32] çalışmasında müzik dinlemenin maddeden kurtulmada etkin olduğunu, olumlu ruh halini sağladığını belirtmektedir. Literatürdeki diğer araştırmalar incelendiğinde ise madde kullanım bozukluğu olan hastalara uygulanan müzik terapinin hastaların pozitif fizyolojik belirtilerinin artmasına, stres belirtilerinin azalmasına katkı sağladığı belirtilmiştir.[33-36] Hwang[174] alkol bağımlılarıyla gerçekleştirdiği çalışmasında, uygulanan müzik terapi sonrası hastaların depresyon ve stres düzeylerinde anlamlı derecede düşüş olduğunu bildirmektedir. Bu araştırmanın sonucu literatürde yer alan diğer araştırma sonuçlarıyla uyumlu bulunmuştur.[30- 36,174]

Çalışma sonuçları göstermiştir ki BDM temelli psikoeğitim destekli müzik alkol ve madde kullanım bozukluğunda stresi azaltmada etkilidir. Bu çalışmada diğer çalışmalardan farklı olarak ispatlanmış, etkisi kabul edilmiş Türk Musikisi (hicaz, hüseyni ve pentatonik makam) kullanılmıştır. Diğer çalışmalardan farklı olarak stresi azaltmada kullanılan Türk Musikisinin etkili olduğu düşünülmektedir.

Bittman ve ark.[33], Murphy[34] ve Schmid ve ark.[35] çalışmalarında aktif müzik terapi uyguladıklarını bildirmektedir. Literatürdeki bu çalışmalardan farklı olarak bizim çalışmamızda müzik dinletisi uygulanmıştır. Çalışma sonuçları göstermiştir ki BDM temelli psikoeğititm destekli müzik dinletisi stresi azaltmada etkili olmuştur.

BDM temelli psikoeğitim destekli müziğin bireyler üzerinde oluşturduğu etkiler ve ölçek puanlarındaki değişiklikler dikkate alındığında ***"BDM temelli psikoeğitim destekli müziğin bireylerin algılanılan stres düzeyinin azalmasında etkilidir"*** hipotezinin doğrulandığını görmekteyiz.

Bu araştırmada relaps için önemli bir diğer risk faktörü olan öz yeterliliğe ilişkin, tablo 4.2'de deney ve kontrol grubundaki bireylerin girişim öncesi ÖYÖ ön test puan ortalamaları dikkate alındığında, her iki grubunda öz yeterlilik puan ortalamalarının ortancaya yakın düzeyde olduğu belirlenmiştir.

Konuyla ilgili literatürdeki pek çok çalışma öz yeterliliğin, madde bağımlılığı tedavisinin nasıl sonuçlanacağı konusunda önemli bir belirleyici olduğunu göstermektedir.[175,176] Oei ve Jardim[177] çalışmalarında, düşük öz yeterliliğin alkolle alakalı negatif davranışlara yatkınlığı arttırdığını bildirmektedir. Stephens ve ark.[178] çalışmalarında öz yeterliliğin tedavi sonrası remisyon süresi için güçlü bir belirleyici olduğunu bildirmektedir. Brown ve ark.[179] çalışmalarında öz güveni yüksek olan hastaların bağımlılık şiddetinin diğer hastalara oranla düşük olduğunu belirtmektedir. Literatürdeki diğer çalışmalar incelendiğinde yüksek öz yeterliliğin relaps riskini azalttığı bildirilmektedir.[180,181]

Tablo 4.2. incelendiğinde bu araştırmada gruplar arası karşılaştırmada deney ve kontrol grubunun, girişim sonrası son test ve 4. ay izlem testi ÖYÖ' nin puan ortalaması arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptandı ($p<0.05$). Deney grubunun son test ve 4. ay izlem testi ÖYÖ puan ortalamasının kontrol grubuna göre anlamlı düzeyde arttığı saptandı. Deney ve kontrol grubunun, girişim sonrası 6. ay izlem testi ÖYÖ'nin tüm alt boyutlarının (Engellerle mücadele hariç) ve toplam puan ortalaması arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmüştür ($p<0.05$)**.** Uygulanan

bilişsel davranışçı model temelli psikoeğitim destekli müziğin son test, 4. ay ve 6. ay ölçümleri üzerinde öz yeterliliği arttırmada etkili olduğu düşünülmektedir.

Tablo 4.3'de yer alan deney grubunun grup içi karşılaştırmasında ise, deney grubunun ÖYÖ'nin tüm alt boyutları ve toplam puan ortalamaları arasında anlamlı bir farkın olduğu ve bu farkın ön test puan ortalamaları ile karşılaştırıldığında, son test, 4. ay izlem testleri ve 6. ay izlem testleri lehine olduğu belirlenmiştir. Son test, 4. ay izlem testi ve 6. ay izlem testi ÖYÖ toplam puanının ön teste göre anlamlı düzeyde yükseldiği belirlenmiştir. Bu sonuç bilişsel davranışçı model temelli psikoeğitim destekli müziğin alkol ve madde kullanım bozukluğunda öz yeterliliği geliştirmede etkin olduğunu düşündürmektedir.

Tablo 4.4'de yer alan kontrol grubunun grup içi karşılaştırmasında ise, öz yeterlilik ölçeği puan ortalamalarında ölçüm zamanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur. Son test, 4. ay izlem ve 6. ay izlem testi öz yeterlilik puanının ön teste göre anlamlı düzeyde arttığı saptandı fakat bu artış deney grubu kadar olmamıştır.

Silverman[154] madde bağımlılığında müzik terapinin öz yeterlilik ve ayık kalma motivasyonu üzerine etkisini incelediği yarı deneysel çalışmasında müzik terapi uygulanan hastaların öz yeterlilik toplam puanının uygulanmayan hastalara göre daha yüksek olmasına rağmen hastaların öz yeterlilikleri arasında anlamlı bir fark olmadığını bildirmektedir. Bu araştırmanın sonucu ile Silverman'nın[154] çalışma sonucu ile uyumlu bulunmamıştır. Aradaki farkın bizim çalışmamızda uygulanan müzik terapiyle beraber BDT temelli psikoeğitim olduğu düşünülmektedir. Silverman'nın[154] çalışmasında deney grubu hastalarına sadece müzik terapi uygulanmıştır.

BDM temelli psikoeğitim destekli müziğin bireyler üzerinde oluşturduğu etkiler ve ölçek puanlarındaki değişiklikler dikkate alındığında ***"BDM temelli psikoeğitim***

destekli müziğin bireylerin öz yeterlilik düzeyinin artmasında etkilidir" hipotezinin doğrulandığını görmekteyiz.

Literatürdeki pek çok çalışma madde kullanım bozukluğu olan bireylerin %60-90'ının tedaviden sonraki ilk bir yıl içinde alkol kullanmaya başladıklarını ve relapsın sıklıkla ilk 3 aylık dönemde görüldüğünü bildirmektedir.[108,109] Gordon ve Zrull[11] yatarak tedavi edilen madde bağımlısı hastaların tedavilerinin ardından relaps oranlarını inceledikleri çalışmalarında, bir yıllık izlem sonucunda hastaların ancak %39'unun ayıklıklarını devam ettirebildiklerini bildirmektedir. Walton ve ark.[12] alkol ve madde kullanım bozukluğu olan hastalarla yaptıkları çalışmalarında alkol ve madde kullanım bozukluğu olan hastaların %50-60'ının detoksifikasyondan sonraki birkaç ay içinde tekrar içmeye başladıklarını bildirmektedir.

Tablo 4.5 incelendiğinde bu araştırmada gruplar arası karşılaştırmada deney ve kontrol grubunun, girişim sonrası 4. ayda, deney grubunda olanların %23.3'ü kontrol grubunda olanların %31.2'si madde kullanmaya başlamış olup aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$). Buna rağmen deney grubundaki hastaların maddeye tekrar başlama oranları, kontrol grubuna kıyasla oldukça düşüktür. 6. ayda ise deney grubundakilerin %33.3'ü kontrol grubundakilerin ise %40.6'sı madde kullanmaya tekrar başlamışlardır ve gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$). Bu araştırmanın deney grubu hastalarının 4. ay ve 6. ay relaps oranları literatürdeki diğer çalışmaların 4. ay ve 6. ay relaps oranlarından düşüktür.[12,108,109,] Uygulanan bilişsel davranışçı model temelli psikoeğitim destekli müziğin 4. ay ve 6. ay ölçümleri üzerinde relapsı azaltmada etkili olduğu düşünülmektedir. Çalışma sonuçları göstermiştir ki alkol ve madde kullanım bozukluğu tedavisinede uygulanan bilişsel davranışçı model temelli psikoeğitim destekli müzik hastaların relaps oranlarını azaltmada etkilidir. Bunda hastalara uygulanan rutin

farmakolojik ve psikosoyal tedaviye ek olarak uyguladığımız Türk Musiki dinletisinin ve psikoeğitimin etkili olduğu düşünülmektedir.

Marlatt ve Gordon[17] tarafından geliştirilen relaps önleme modeline göre yüksek stres ve düşük öz yeterlilik relaps için bir risk faktörüdür. Çalışma sonucumuz göstermiştir ki BDM temelli ve psikoeğitim destekli müzik hastaların stres düzeylerini azaltıp, öz yeterlilik düzeylerini arttırarak dolaylı olarak relaps oranlarının azalmasına katkıda bulunmuştur.

BDM temelli psikoeğitim destekli müziğin bireyler üzerinde oluşturduğu etkiler ve ölçek puanlarındaki değişiklikler dikkate alındığında ***"BDM temelli psikoeğitim destekli müziğin bireylerin relaps oranlarının azalmasında etkilidir"*** hipotezinin doğrulandığını görmekteyiz.

Bu araştırmada tüm bulgular incelendiğinde; deney grubundaki bireylerin girişim sonrası stres puan ortalamalarının azalması ve öz yeterliliğin artması; izlem süreleri içerisinde stres puan ortalamalarında bir miktar artış ve öz yeterlilik puan ortalamalarında bir miktar azalmanın söz konusu olması, ancak bunun müdahale öncesi düzeye ulaşmamış olması bu müdahale programının başarısını kanıtlamaktadır. Bu verilerden yola çıkarak BDM temelli müziğin madde kullanım bozukluğu olan hastalar için tamamlayıcı bir terapi seçeneği olabileceği düşünülmektedir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Alkol ve madde kullanım bozukluğunda Bilişsel Davranışçı Model temelli psikoeğitim destekli müziğin stres, öz yeterlilik ve relaps düzeyine etkisini belirlemek amacıyla yapılan çalışmadan elde edilen sonuçlar aşağıdaki gibidir;

- Her iki grubun da girişim öncesi algılanılan stres düzeylerinin yüksek, öz yeterlilik düzeylerinin ise ortancaya yakın seviyede olduğu,
- Deney grubundaki bireylerin girişim sonrası son test algılanılan stres puan ortalamalarının kontrol grubuna göre azaldığı ve öz yeterlilik puan ortalamalarının arttırdığı,
- Deney ve kontrol grubu arasında, izlemler sırasında 4. ayda ölçülen algılanılan stres ve öz yeterlilik toplam puan ortalamalarında anlamlı bir değişikliğin olduğu, deney grubu hastalarının kontrol grubu hastalarına kıyasla, algılanılan stres düzeyindeki düşüklüğün ve öz yeterlilik düzeyindeki yüksekliğin devam ettiği,
- Deney ve kontrol grubu arasında, izlemler sırasında 6. ayda ölçülen ÖYÖ'nin tüm alt boyutlarının (Engellerle mücadele hariç) ve toplam puan ortalaması arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu, deney grubu hastalarının kontrol grubu hastalarına kıyasla öz yeterlilik düzeyindeki yüksekliğin devam ettiği,
- Deney ve kontrol grubu arasında, izlemler sırasında 6. ayda ölçülen ASÖ puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı, deney grubu hastalarının kontrol grubu hastalarına kıyasla algılanan stres düzeyindeki düşüşün devam etmediği,
- Deney ve kontrol grubu arasında, izlemler sırasında 4. ayda hastaların maddeye tekrar başlama oranlarında deney grubunda bulunan hastaların

maddeye tekrar başlama oranlarının kontrol grubuna kıyasla daha az olmasına rağmen aradaki farkın istatiksel olarak anlamlı olmadığı,

- Deney ve kontrol grubu arasında, izlemler sırasında 6. Ayda hastaların maddeye tekrar başlama oranlarında anlamlı bir fark olduğu, deney grubunda bulunan hastaların maddeye tekrar başlama oranlarının kontrol grubuna oranla daha az olduğu belirlendi.

Bu sonuçlar doğrultusunda;

- Madde kullanım bozukluğunda BDM temelli müziğin klinik ve kliniklerin dışında da kullanılması, aynı zamanda profesyonel hemşire gibi eğitmenler tarafından yapılması önerilebilir.
- Hastaların birlikte zaman geçirebilecekleri, kendilerini ifade edebilecekleri, şimdi ve buraya odaklanabilecekleri bu tür psikosoyal uygulamaların devamlılığının sağlanması,
- Madde kullanım bozukluğu tedavisi alan hastaların, rehabilitasyon sürecinde, relaps açısından takip edilmesi ve bu süreçte rehabilitasyon programlarına dahil edilmelerinin sağlanması,
- Relaps önleme programlarında aktif rol oynayan psikiyatri hemşirelerine relaps konusunda eğitimlerin verilmesi,
- Rehabilitasyon süresince ayık kalma motivasyonunun arttırılması için hastalara eğitim seminerlerinin verilmesi,

KAYNAKLAR

1. Karatay G, Kubilay G. Sosyoekonomik düzeyi farklı iki lisede madde kullanma durumu ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme - Dergisi*, 2004, 1: 57-70

2. Amerikan Psikiyatri Birliği. *Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı*. Çeviri: Köroğlu E. 4. Baskı (DSM-IV), Amerikan Psikiyatri Birliği, Washington DC, Hekimler Yayın Birliği, Ankara, 1994.

3. Güleç C, Köroğlu E. *Psikiyatri Temel Kitabı*, 2.Baskı. Ankara, Hekimler Yayın Birliği Yayınları, 2007.

4. UNODC. Birleşmiş Milletler Uyuşturucu ve Suç Ofisi. Dünya Uyuşturucu Raporu 2018, Birleşmiş Milletler Yayınları, New York, 2018.

5. EMCDDA. European Drug Report 2019: Trends and Developments. *Lisbon, May 2019*. http://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/11364/20191724_TDAT19001TRN_PDF.pdf . 10 Aralık 2019.

6. Arıkan Z. Madde Bağımlılığı, Düzelme Nüks ve Önlenmesi. İçinde: *T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Madde Bağımlılığı Tanı ve Tedavi Kılavuzu El Kitabı*, Bakanlık Yayın Numarası: 879. Ankara, Pozitif Matbaa Yayınevi, 2012:245-258.

7. Akşit BT. Türkiye'de madde istismarı ve godot beklentisi. *3P Dergisi*, 1997, 5:46-50.

8. Doğan YB. Alkol ve Alkol Dışı Madde Bağımlılığı. İçinde: Dilbaz N (editör). *Bağımlılık Kavramı ve Model Anlayış*. Ankara, 1997:1-8.

9. Brust JCM. *Neurological Aspects of Substance Abuse*, 2th ed. Philadelphia, PA, Elsevier Butterworth Heinemann, 2004.

10. Uzbay İT. Madde bağımlılığının tedavisi. *Meslek İçi Sürekli Eğitim Dergisi*, 2009, 21: 64-72.

11. Gordon AJ, Zrull M. Social networks and recovery: one year after inpatient treatment. *J Subst Abuse Treat,* 1991, 8:143-152.

12. Walton MA, Castro FG, Barrington EH. The role of attributions in abstinence, lapse, and relapse following substance abuse treatment. *Addict Behav*, 1994, 19:319-331.

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

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

15. Marlatt GA, Donovan DM. *Relapse Prevention: Maintenance Strategies in the Treatment of Addictive Behaviors*, 2th ed. London, Guilford Press, 2005.

16. Moos RH, Moos BS. Rates and predictors of relapse after natural and treated remission from alcohol use disorders. *Addiction,* 2006, 101: 212-222.

17. Witkiewitz K, Marlatt GA. Relapse prevention for alcohol and drug problems: that was Zen, this is Tao. *American Psychologist*, 2004, 59: 224.

18. Marlatt GA, Parks GA, Witkiewitz K. *Clinical Guidelines for Implementing Relapse Prevention Therapy*. Addictive Behaviors Research Center, Departament of Psichology, University of Washington, 2002.

19. Witkiewitz K, Marlatt GA. Modeling the complexity of post-treatment drinking: It's a rocky road to relapse. *Clinical Psychology Review*, 2007, 27: 724-738.

20. Case C, Dalley T. *The handbook of art therapy*, 3th ed. England, Routledge, 2014.

21. Coşkun S, Yıldız Ö, Yazıcı A. Psikiyatrik rehabilitasyonda fotoğrafın kullanımı: Bir ön proje. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi,* 2010, 1:121-127

22. Geue KL, Goetze H, Buttstaedt M, Kleinert E, Richter D, Singer S. An overview of art therapy interventions for cancer patients and the results of research, *Complementary Therapies in Medicine*, 2010, 18: 160-170.

23. Malchiodi CA. Expressive arts therapy and multimodal approaches. *Handbook of art therapy*, 2003, 6:106-119.

24. Siegel BS. *Peace, love and healing: The bodymind and the path to self-healing: An exploration*. 1th ed. New York, Caedmon Harper&Row Publishers, 1989.

25. Aydın B. Tıbbi sanat terapisi. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar,* 2012, 4: 69-83.

26. Killick K. Working with psychotic processes in art therapy. *Psychonalytic Psychotherapy*, 1993, *7*: 25-38.

27. Gill A, Womack R, Safranek S. Clinical inquiries: Does exercise alleviate symptoms of depression? *Journal of Family Practice.* 2010, 59: 530–531.

28. Brown RA, Monti PM, Myers MG, Martin RA, Rivinus T, Dubreuil ME, et al. . Depression among cocaine abusers in treatment: relation to cocaine and alcohol use and treatment outcome. *American Journal of Psychiatry.* 1998, 155:220-225.

29. Suter M, Strik W, Moggi F. Depressive symptoms as a predictor of alcohol relapse after residential treatment programs for alcohol use disorder. *Journal of Substance Abuse Treatment*. 2011, 41: 225–232.

30. Cevasco AM, Kennedy R, Generally NR. Comparison Of Movement-To-Music, Rhythm Activities, And Competitive Games On Depression, Stress, Anxiety, And Anger Of Females İn Substance Abuse Rehabilitation. *Journol of music therapy.* 2005, 42:64-80.

31. Aalbers S, Fusar Poli L, Freeman RE, Speen M, Kent JCF, Vink AC, Maratos A, Crawford M, Chen XJ, Gold C. Music Therapy For Depression. Cochrane Library, 2017,11.

32. Doak BA. Relationship between adolescent psychiatric diagnoses, music preference, and drug preference. *Music Therapy Perspective*, 2003,21, 69–76.

33. Bittman BB, Berk LS, Westengard J, Simonton OC, Pappas J, Ninehouser M. Composite effects of group drumming music therapy on modulation of neuroendocrine-inmune parameters in normal subjects. *Alternative Therapies in Health & Medicine*, 2001,7, 38–47.

34. Murphy K. The Effects Of Group Guided İmagery And Music On The Psychological Health Of Adults İn Substance Abuse Treatment. Unpublished doctoral dissertation, Philadelphia: Temple University, 2008.

35. Schmid W, Aldridge D. Active Music Therapy İn The Treatment Of Multiple Sclerosis Patients: Amatched Control Study. *Journal of Music Therapy*, 2004,41: 225–240.

36. Winkelman M. Complementary therapy for addiction: Drumming out drugs. *American Journal of Public Health*, 2003,93:647–651.

37. Redmond BF. Self-Efficacy and Social Cognitive Theory. https://wikispaces.psu.edu. 16 Haziran 2019.

38. Arseven A. Öz yeterlilik bir kavram analizi, *International Periodical for the Languages, Literature and History of Turkish or Turkic Volume*, 2016, 11/19:63-80

39. Greenfield SF, Hufford MR, Vagge LM, Muenz LR, Costello ME, Weiss RD. The relationship of self-efficacy expectancies to relapse among alcohol dependent men

and women: a prospective study. *Journal of Studies on Alcohol*, 2000, 61: 345-351.

40. Hemşirelik Yönetmeliği. T.C. Resmi Gazete, sayı: 20100308-20100304, 8 Mart 2010.

41. Deglin JH, Vallerand AH, Sanoski CA. *Davis's Drug Guide for Nurses®*, 14th ed. Phiadelphia: FA Davis, 2014.

42. Townsend MC. *Substance-Related Disorders. Essentials of Psychiatric Mental Health Nursing. Concepts of Care in Evidence-Baced Practice*, 5th ed. United States of America, F. A. Davis Company, 2015:267-271.

43. Uzbay İT. Madde bağımlılığının tarihçesi, tanımı, genel bilgiler ve bağımlılık yapan maddeler. *Türk Eczacılar Birliği Yayını/Meslek İçi Sürekli Eğitim Dergisi*, 2009, 21-22: 5-15.

44. World Health Organization. Management of Substance Abuse, Terminology and classification. https://www.who.int/substance_abuse/terminology/en/. 10Aralık 2019.

45. Işık E. Erişkinlerde klinik psikofarmakoloji. İçinde: E Işık, T Uzbay (editörler). *Güncel Temel ve Klinik Psikofarmakoloji*. İstanbul, Golden Medya Baskı, 2009:337-359.

46. Uluğ B. Alkol kullanımı ile ilişkili bozukluklar. İçinde: C Güleç, E Köroğlu (editörler). *Psikiyatri Temel Kitabı*. Ankara, HYB Basım Yayın, 2007:161-172.

47. World Health Organization. Neuroscience of Psychoactive Substance Use and Dependece: Summary, WHO, Geneva, 2004a: 20–21.

48. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5®)*, 5th ed. Washington, DC, American Psychiatric Publication, 2013: 481-491.

49. Management of Substance Dependence, World Health Organization. https://www.who.int/substance_abuse/en/ . 16 Ocak 2019.

50. World Drug Report. http://www.unodc.org/unodc/en/data-and-analysis/ WDR-2009.html. 1 Ocak 2019.

51. UNODC. Birleşmiş Milletler Uyuşturucu ve Suç Ofisi. Dünya Uyuşturucu Raporu 2014, Birleşmiş Milletler Yayınları, New York, 2014.

52. European Drug Report 2016: Trends and Developments. *Lisbon, May 2016*. http://www.emcdda.europa.eu/edr2016_en . 04 Mart 2019.

53. Türkiye İstatistik Kurumu, 2016. http://www.tuik.gov.tr/UstMenu.do?metod=kategorist. 04 Mart 2019.

54. Özmen F, Kubanç Y. Liselerde madde bağımlılığı- mevcut durum ve önerilere ilişkin okul müdürleri ve öğretmenlerin bakış açıları. *Turkish Studies-International Periodaical For the Languages, Literature and History of Turkish or Turkic*, 2013, 8: 357-382.

55. Türkiye Büyük Millet Meclisi Uyuşturucu Başta Olmak Üzere Madde Bağımlılığı ve Kaçakçılığı Sorunlarının Araştırılarak Alınması Gereken Önlemlerin Belirlenmesi Amacıyla Kurulan Meclis Araştırması Komisyonu Raporu, (2008). (S. Sayısı: 323), Dönem: 23 Yasama Yılı: 3 s:13-14.

56. Evcin U, Dünyanın en büyük okul anketi: ESPAD üzerine bir değerlendirme, *TheTurkishJournal on Addictions,* 2014, 1; 135-142.

57. Karaca İ. Aile İçi İletişimin Ortaöğretim Öğrencilerinin Madde Bağımlılığına Etkisi (Elazığ İli Örneği). Sosyal Bilimler Enstitüsü, Radyo-Tv Sinema Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi, Elazığ: Fırat Üniversitesi, 2010.

58. Albayrak S, Balcı S, Gençlerde madde bağımlılığı ve önlenmesi, *Hemşirelikte Eğitim Ve Araştırma Dergisi,* 2014, 11; 30-37

59. Boztaş HM, Uçucu madde bağımlılığı ve tıbbi sonuçları, *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 2010, 2; 516-531

60. TUBİM, Türkiye Uyuşturucu Raporu, 2014, https://www.slideshare.net/arzu2539/tubim-2014-turkiye-uyusturucu-raporu-tr . 06 Mart 2019

61. Kalyoncu ÖA. *Plastik Düşler*. 1. Baskı. İstanbul: Kapital Medya Yayınevi, 2010.

62. T.C. İçişleri Bakanlığı Emniyet Genel Müdürlüğü Kaçakçılık ve Organize Suçlarla Mücadele Daire Başkanlığı, Türkiye Uyuşturucu ve Uyuşturucu İzleme Merkezi (TUBİM), 2012 Türkiye Uyuşturucu Raporu.

63. İçişleri Bakanlığı Emniyet Genel Müdürlüğü. Bağımlılık Yapıcı Maddeler ve Bağımlılık ile Mücadele 2007 Yılı Ulusal Raporu. Ankara; 2007. http://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/942/NR2007Tureky_tr.pdf

64. Ögel K, Taner S, Eke CY. Onuncu sinif öğrencileri arasinda tütün, alkol ve madde kullanim yayginliği: İstanbul örneklemi. = Tobacco, alcohol and substance use prevalence among 10th grade students: Istanbul sample. *Bağimlik Derg*, 2006, 7:18–23.

65. Öztürk O. Uluşahin A. *Ruh Sağlığı ve Bozuklukları*. 15. Baskı, Ankara, Nobel Tıp Kitabevi, 2018: 511-554.

66. World Health Organization, who.int/substance_abuse/publications/global_status_report_2004_overview.pdf, 2004b. WHO, Global Status Report on Alcohol. Geneva: World Health Organization.

67. Le AD, Li Z, Funk D, Shram M, Li TK, Shaham Y. Increased vulnerability to nicotine self-administration and relapse in alcohol-naive offspring of rats selectively bred for high alcohol intake. *J Neurosci*, 2006, 26:1872-9.

68. Goodwin DW, Schulsinger F, Hermansen L, Guze SB, Winokur G. Alcohol problems in adoptees raised apart from alcolic biolgical parents. *Arch Gen Psychiatry*, 1973, 28:238-243.

69. Goodwin DW, Schulsinger F, Knop J, Mednick S, Guze SB. Psychopathology in adopted and nonadopted daughters of alcoholics. *Arch Gen Psychiatry*, 1977. 34:1005-1009.

70. Yeltepe H. Alkol Ve Madde Bağımlılığı Tedavisi Gören Yetişkinlerde Düzenli Egzersizin Depresyon Ve Yaşam Kalitesine Etkisi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Yayınlanmış Doktora Tezi, İstanbul: T.C. Marmara Üniversitesi, 2010.

71. Wise RA. Drug-activation of brain reward pathways. *Drug and Alcohol Dependence*, 1998, 51: 13-22.

72. Robinson TE, Berridge KC. The psychology and neurobiology of addiction: An incentive-sensitization view. *Addiction*, 2000, 95: 91–117.

73. Goodman A. Neurobiology of addiction: An integrative review. *Biochemical Pharmacology*. 2008, 75: 266-322.

74. Ruiz P, Strain EC. *The Substance Abuse Handbook*. 2th ed. Philadelphia, Lippincott, Williams & Wilkins, 2014

75. Babor TF. The classification of alcoholics: Typology theories from the 19th century to the present. *Alcohol Health Research World*, 1996,20:s.6-14

76. Tarter RE, McBride H, Buonpane N, Schneider DU. Differentiation of alcoholics. Childhood history of minimal brain dsyfunction, family history, and drinking pattern. *Arc Gen Psychiatry*, 1977, 34:761-768

77. Ögel K.Madde Kullanımı ve Bağımlılığın Nedenleri. İçinde: Ögel K.(editör). *Sigara, Alkol Ve Madde Kullanım Bozuklukları: Tanı, Tedavi ve Önleme*, İstanbul, Yeniden Yayınları, 2010: 3-16

78. Kural S. Alkol/madde bağımlılarında PTSB, çocukluk çağı travma öyküsü ve II. Eksen ek tanılarının yaygınlığı ve aralarındaki ilişki. Uzmanlık tezi. Bakırköy Ruh Sağlığı ve Sinir, 2003

79. Öğel K, Tamar D, Çakmak D. Türkiye'de madde bağımlılığı. AMATEM'in 1997 Yılı Çalışmalarının Derleme Raporu. 1997; 8-43.

80. Alpay N, Karamustafalıoğlu N, Kükürt R, Karaman HE. Madde kullanan hastaların gençlik dönemlerindeki hal ve gidiş bozuklukları. *Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi*, 1998, 11:5-8.

81. Saraçlı Ö. Zonguldak Karaelmas Üniversitesi Öğrencilerinde Sigara, Alkol Ve Madde Kullanımı İle İlişkili Bireysel Ve Psikososyal Faktörler. Tıp Fakültesi. Uzmanlık Tezi, Zonguldak: Karaelmas Üniversitesi, 2007.

82. Gül S, Akvardar Y, Taş G, Tuncel P. Alkol kullanım bozukluklarında tarama testleri ve laboratuvar belirteçlerinin tanısal etkinliği. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 2005, 16:3-12

83. Demir B, Uluğ BD, Ergün EL, Erbaş B. Regional cerebral blood flow and neuropsychological functioning in early and late onset alcoholism. *Psychiatry Research: Neuroimaging*, 2002, 115: 115-125.

84. Miller WR, Wilbourne PL, Hettema JE. What works? A Summary of Alcohol Treatment Outcome Research. In: Hester RK, Miller WR (eds). *Handbook of Alcoholism Treatment Approaches: Effective Alternatives*, 3nd ed. Boston, MA Allyn and Bacon, 2003: 13-63.

85. Sher L. Alcoholism and suicidal behavior: a clinical overview. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 2006, 113: 13-22.

86. Evren C, Saatçioğlu Ö, Dalbudak E, Danışmant BS, Çakmak D, Ryan RM. "Tedavi motivasyonu anketi (TMA) Türkçe versiyonunun alkol bağımlısı hastalarda faktör yapısı, geçerliği ve güvenirliği". *Bağımlılık Dergisi*, 2006,7:117-122.

87. Evren C, Dalbudak E, Çakmak D. "Değişime hazır olma ve tedavi isteği ölçeği (socrates) türkçe versiyonu'nun yatarak tedavi gören erkek alkol bağımlısı hastalarda faktör yapısı, geçerliği ve güvenirliği". *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni*, 2008, 18:84-91.

88. Uğurlu TT, Şengül CB, Şengül C. (2012). Bağımlılık psikofarmakolojisi. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 2012, 4:37-50.

89. Köknel Ö. *Bağımlılık Alkol Ve Madde Bağımlılığı,* 1. Baskı. İstanbul, Akdeniz Yayncılık A.Ş., 1998

90. Bien TH, Mıller WR, Tonıgan JS. Brief interventions for alcohol problems: a reviews: a review. *Addiction,* 1993, 88:315-335

91. Tevyaw TO, Montı PM. Motivational enhancement and other brief interventions for adolescent substance abuse: foundations, applications and evaluations. *Addiction*, 2004, 99: 63-75.

92. Beck A. Cognitive Therapy and The Emotional Disorders. Çeviri: Türkcan A, Öztürk V. Bilişsel Terapi Ve Duygusal Bozukluklar, İstanbul, Litera Yayınları, 2008.

93. Stuart GW. Cognitive behavioral therapy. In: GW Stuart, MT Laraia (eds). Principles and Practice of Psychiatric Nursing, 7nd ed. Philadelphia, Mosby, 2001:658-673.

94. Karahan TF, Sardoğan ME. *Psikolojik Danışma Kuramları*. İstanbul, Birsen Yayınevi, 1994.

95. Demiralp M, Oflaz F. Bilişsel-davranışçı terapi teknikleri ve psikiyatri hemşireliği uygulaması. Anatolian Journal of Psychiatry, 2007, 8:132-139.

96. Corey G. *Psikolojik Danışma, Psikoterapi Kuram ve Uygulamaları*. Çeviri: T Ergene. Ankara, Mentis Yayıncılık, 2015.

97. Ellis A. Rational emotive behavior therapy. In: Kazdin AE (eds). *Encyclopedia of Psychology.* Washington, American Psychological Association, 2000.

98. Hackney H, Cormier S. *Psikolojik Danışma İlke ve Teknikleri: Psikolojik Yardım Süreci El Kitabı*. Çeviri: Ergene T, Sevim SA. Ankara, Mentis Yayıncılık, 2008.

99. Yıldırım ZE, Sütcü ST. Madde ile ilişkili bozuklukların tedavisinde bilişsel davranışçı grup terapisi etkililiği: sistematik bir gözden geçirme. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar, 2016, 8*:108-128.

100. Project Match Research Group. Matching alcoholism treatments to client heterogeneity: Project Match posttreatment drinking outcomes. *J Stud Alcohol,* 1997, 58:7–29.

101. Brownell KD, Marlatt GA, Lichtenstein E, Wilson GT. Understanding and Preventing Relapse. *Am Psychol*, 1986, 41: 765-782.

102. Chick J. Treatment of Alcohol Dependence. In: Gelder MG, Lopez-Ibor JJ, Andreasen NC (eds). *New Oxford Textbook of Psychiatry*, New York, Oxford University Press, 2000: 494- 506.

103. Donovan DM. Assesment issues and domains in the prediction of relapse. *Addiction,* 1996, 91:29-36.

104. Marlatt GA. Taxonomy of high-risk situations for alcohol relapse: evolution and development of a cognitive-behavioral model. *Addiction*, 1996, 91: 37-50.

105. Ceylan ME, Türkcan A. *Araştırma ve Klinik Uygulamada Biyolojik Psikiyatri, Alkol ve Madde Kullanım Bozuklukları*, Genişletilmiş 2. Baskı. İstanbul, Küre Yayıncılık, 2003.

106. Read JP, Kahler CW, Stevenson JF. Bridging the gap between alcoholism treatment research and practice: Identifying what works and why. *Professional Psychology: Research and Practice*, 2001, 32: 227.

107. Brown S, Yalom ID. *Alkolizm Terapisi*, 1. Baskı. İstanbul, Prestij Yayınları, 2008.

108. Maisto SA, Connors GJ, Zywiak WH. Alcohol treatment changes in coping skills, self-efficacy, and levels of alcohol use and related problems 1 year following treatment initiation. *Psychology of Addictive Behaviors*, 2000, 14: 257.

109. McLellan AT, Lewis DC, O'Brien CP, Kleber HD. Drug dependence, a chronic medical illness: implications for treatment, insurance, and outcomes evaluation. *JAMA Psychiatry*, 2000, 284: 1689-1695.

110. Hunt WA, Barnett W, Branch LG. Relapse rates in addiction programs. *Journal of Clinical Psychology*, 1971, 27: 455–461.

111. Connors GJ, Maisto SA, Donovan DM. Conceptualizations of relapse: a summary of psychological and psychobiological models. *Addiction*, 1996, 91: 5-14.

112. Bandura A. Social cognitive theory: An agentic perspective. *Annual Review of Psychology*, 2001, 52: 1-26.

113. Ilgen M, Tiet Q, Finney J, Moos RH. Self-efficacy, therapeutic alliance, and alcohol-use disorder treatment outcomes. *Journal of Studies on Alcohol*, 2006, 67: 465-472.

114. Larimer ME, Palmer RS. Relapse prevention: An overview of Marlatt's cognitivebehavioral model. *Alcohol Research and Health*, 1999, 23: 151-160.

115. Çoban A. *Müzik Terapi, Ruh Sağlığı İçin Müzikle Tedavi.* 1. Baskı. İstanbul, Timas Yayınları, 2005.

116. Altınölçek H. Bir İletişim Aracı Olarak Müzik ve Müzikle Tedavi Yöntemleri. Sosyal Bilimler Enstitüsü. Yayımlanmamış Doktora Tezi, Eskişehir: Anadolu Üniversitesi, 2006.

117. Roberts B, Chaboyer W. Patients' Dreams and Unreal Experiences Following Intensive Care Unit Admission, British Association of Critical Care Nurses. *Nursing in Critical Care*, 2004, 9:173-180.

118. McCaffrey RG, Good M. The lived experience of listening to music while recovering from surgery. *Journal of Holistic Nursing*, 2000, 18:4, 378-390.

119. Christian MA. The positive power of music. *Jet*, 2006, 109: 32-35.

120. Lefevre M. Playing with Sound: The therapeutic use of music in direct work with children, *Child and Family Social Work*, 2004, 9: 333-345.

121. Darrow AA. The role of music in deaf culture: deaf students' perception of emotion in music, *Journal of Music Therapy*, 2006, 43: 1-15.

122. Dileo C. *Music Therapy & Medicine*. Silver Spring, MD: American Music Therapy Association, 1999.

123. Gallagher LM, Lagman R, Walsh D, Davis MP, LeGrand SB. The clinical effects of music therapy in palliative medicine. *Supportive Care in Cancer*, 2006, 14, 859-866.

124. American Music Therapy Association, (2016). *What is Music Therapy?*.https://www.musicterapy.org. 08 Temmuz 2019

125. Özyıldız A. Uçaner Çifdalöz B. Bağımlılıkla mücadelede müzik terapi. *Uluslararası Sosyal Araştırmalar Dergisi*, 2019, 12:576-587.

126. Parlar Kılıç S, Karadağ G, Oyucu S, Kale Ö, Zengin S, Özdemir E. Effect of music on pain, anxiety and patient satisfaction in patients who present to the emergency department in Turkey. *Japan Journal of Nursing Science*, 2015; 12: 44-53.

127. Thaut M. Music as Therapy in Early History. *Progress in Brain Research,* 2014, 217: 143-158.

128. Strong J. Music Therapy. Applications in Geropsychology. In: Pachana N(eds). *Encyclopedia of Geropsychology*. 1nd ed. Singapur, Springer Nature Verlag, 2016.

129. Nilsson U. The anxiety-and pain reducing effects of music ınterventions: a systematic review, *Aorn Journal,* 2008, 87: 781.

130. Koç EM, Başer Ayhan D, Kahveci R, Özkara A. Ruhun ve bedenin gıdası: Geçmişten günümüze müzik ve tıp. *Konuralp Tıp Dergisi*, 2016, 8: 51-55.

131. Dobrzynska E, Cesarz H, Rymaszewska J, Kiejna A. Music therapy-history, definitions and application. *Archives of Psychiatry and Psychotherapy.* 2006, 8: 47-52.

132. Altınölçek H. *Müzikle Tedavi* (*Müzikle İletişimin Terapide Kullanımı)*, 2. Baskı. İstanbul, Kitabevi Yayınları, 2013.

133. Gençel Ö. Müzikle tedavi. *Kastamonu Eğitim Dergisi*, 2006,14: 697- 706.

134. Ak AŞ. *Avrupa ve Türk İslam Medeniyetinde Müzikle Tedavi Tarihi Gelişim ve Uygulamaları.* 3. Baskı. Konya, Konya Öz Eğitim Yayınevi, 2013.

135. Davis JA. Regimental bands and morale in the American Civil War. *Journal of Band Research,* 2003,38:1-20.

136. İmseytoğlu D, Yıldız S. Yeni doğan yoğun bakım ünitelerinde müzik terapi. *İ.Ü.F.N. Hem. Dergisi.* 2012, 20: 160-165.

137. Dogan B. *Avrupa'da Müzik İle Terapi.* 1. Baskı. İstanbul, Mephisto Kitapevi, 2006.

138. Heiderscheit A. Songs, music and sobriety: an overview of music therapy in substance abuse. In: Brooke SL (eds). *The Use of the Creative Therapies with Chemical Dependency*, ABD, Charles C Thomas, 2009:136,161.

139. Murphy KM. Music therapy in addictions treatment. In: Wheeler BL(eds). *Music Therapy Handbook,* New York: The Guilford Press, 2015:354-366.

140. Winkelman M. Complementary Therapy for Addiction: 'Drumming Out Drugs'. *American Journal of Public Health,* 2003,93: 647–651.

141. Baker FA, Gleadhill L, Dingle GA. Music Therapy and Emotional Exploration: Exposing Substance Abuse Clients to the Experiences of Non-Drug-Induced Emotions. *The Arts in Psychotherapy,* 2007, 34:321–330.

142. Gallagher LM, Steele AL. Music therapy with offenders in a substance abuse/mental ıllness treatment program. *Music Therapy Perspectives*, 2002, 20:117–122.

143. Salamon E, Bernstein SB, Kim SA, Stefano GB. The Effects of Auditory Perception and Musical Preference on Anxiety in Naive Human Subjects, *Med Sci Monit*, 2003,9: 396-399.

144. Dawson G, Klinger LG, Psnagiotides H, Hill D, Spieker S, Child Dev. Frontal lobe activity and affective behavior of ınfacts of mothers with depressive symptoms. *Child Development*, 1992,63, 725-737.

145. Arıkan MK. *Psikiyatrik Elektrofizyoloji, Depresyon*. 1998: 61-67.

146. Alagha J, Ipradjian A. The effects of different types of music on stress levels. *Global Journals Inc.,* 2017, 17:1-4.

147. Brunges M, Avigne G. Music Therapy for Reducing Surgical Anxiety, *AORN Journal*, 2003, 78: 816-818.

148. Benson H, Proctor W. *Beyond The Relaxation Response*. New York, Berkley, 1985.

149. Jacobson E. *Progressive Relaxation.* Chicago, University of Chicago Press, 1929.

150. Summer L. Guided imagery and music in the institutional setting. *Journal of Music Therapy*, 1989, 26:222-225.

151. Bandura A. *Self-Efficacy: The exercise of control.* 1th ed. New York, W.H. Freeman, 1997.

152. Luszczynska A, Scholz U, Schwarzer R. The general self-efficacy scale: multicultural validation studies. *The Journal of Psychology*, 2005, 139: 439-457.

153. Yıldırım F, İlhan İÖ. Genel Özyeterlilik Ölçeği Türkçe Formunun Geçerlik ve Güvenilirlik Çalışması. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 2010,21: 301-308.

154. Silverman MJ. Effects of music therapy on drug avoidance self-efficacy in patients on a detoxification unit: A three-group randomized effectiveness study. *J Addict Nurs*, 2014, 25: 172-181.

155. Strecher VJ, DeVillis BM, Becker MH, Rosenstock IM. The role of self-efficacy in achieving health behavior change. *Health Education Quarterly*, 1986,13: 73-92.

156. Bandura A. *Social Learning Theory.* New York, General Learning Press, 1971.

157. Wu SM. Effects of music therapy on anxiety, depression and self-esteem of undergraduate. *Psychologia*, 2002, 45: 104–114.

158. Sağkal T, Gürkan A. Psikiyatri hemşireliği sürecinin alkol ve madde bağımlılığı tedavisinde kullanımı. *Ege Üniversitesi*. 2008; 9:148-153.

159. Nkowane AM, Saxena S. Opportunities for an improved role for nurses in psychoactive substance use: reviev of the literature. *İnternational Journal of Nursing Practice*, 2004, 10: 102-110

160. Coşkun S, Ögel K, Işıl Ö. Uçucu madde kullanan ergenlerde bilinçlendirme eğitiminin etkinliği. *Bağımlılık Dergisi,* 2008; 9:114-118

161. Viedebeck SL. *Psychiatric Mental Health Nursing*. 2th ed. Philadelphia, W.B. Saunders, 2003: 451-72.

162. Laudet AB, Savage R, Mahmood D. Pathways to long-term recovery: A preliminary investigation. *J Psychoactive Drugs*, 2002, 34:305-311.

163. Jason LA, Davis MI, Ferrari JR. The need for substance abuse after-care: Longitudinal analysis of Oxford House. *Addictive Behaviors*, 2007, 32:803- 818.

164. Can G. Alkol Kullanım Bozukluğunda Bilişsel Davranışçı Model Temelli Ve Psikoeğitim Destekli Egzersizin Depresyon, Anksiyete Ve Öz Yeterlilik Düzeyine Etkisi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı. Doktora Tezi, Erzurum: Atatürk Üniversitesi, 2016.

165. Sherer M, Maddux JE, Mercandante B, Prentice-Dunn S, Jacobs B, Rogers RW. The self-efficacy scale: Construction and validation. *Psychological Reports*, 1982, 51: 663-671.

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

167. Cohen S, Kamarck T, Mermelstein R. A global measure of perceived stress. *Journal of Health and Social Behavior*, 1983, 24: 385-396.

168. Eskin M, Harlak H, Demirkıran F, Dereboy Ç.Algılanan Stres ölçeğinin türkçeye uyarlanması: güvenirlik ve geçerlik analizi. *New Symposium Journal*, 2013, 51: 132-140.

169. Dıngle GA, Gleadhıll L, Baker FA. Can music therapy engage patients in group cognitive behaviour therapy for substance abuse treatment? *Drug and Alcohol Review*, 2008, 27: 190 – 196.

170. Felicity A, Libby M, Genevieve A. Music therapy and emotional exploration: Exposing substance abuse clients to the experiences of non-drug-induced emotions. *The Arts in Psychotherapy*, 2007, 34:321-330.

171. Albornoz Y. The effects of group improvisational music therapy on depression in adolescents and adults with substance abuse: a randomized controlled trial. *Nordic Journal of Music Therap*, 2011,20:208-224.

172. Heinz A, Weingartner H, George D, Hommer D, Wolkowitz OM, Linnoila M. Severity of depression in abstinent alcoholics is associated with monoamine metabolites and dehydroepiandrosterone-sulfate concentrations. *Psychiatry Res*, 1999; 89:97–106.

173. Strowing AB. Relapse determinants reported by men treated for alcohol addiction: the prominence of depressed mood. *J Subst Abuse Treat*, 2000, 19: 469–474.

174. Hwang EY, Oh SH. A comparison of the effects of music therapy interventions on depression, anxiety, anger, and stress on alcohol-dependent clients: A pilot study. *Music Med*, 2013, 5: 136-144.

175. Ramo DE, Anderson KG, Tate SR, Brown SA. Characteristics of relapse to substance use in comorbid adolescents. *Addictive Behaviors*, 2005, 30: 1811-1823.

176. Walton MA, Blow FC, Bingham CR, Chermack ST. Individual and social/environmental predictors of alcohol and drug use 2 years following substance abuse treatment. *Addictive Behaviors*, 2003, 28: 627-642.

177. Oei TP, Jardim CL. Alcohol expectancies, drinking refusal self-efficacy and drinking behaviour in Asian and Australian students. *Drug and Alcohol Dependence*, 2007, 87: 281-287.

178. Stephens RS, Wertz JS, Roffman RA. Self-efficacy and marijuana cessation: a construct validity analysis. *Journal of Consulting and Clinical psychology*, 1995, 63: 1022-1031.

179. Brown TG, Seraganian P, Tremblay J, Annis H. Process and outcome changes with relapse prevention versus 12-Step aftercare programs for substance abusers. *Addiction*, 2002, 97: 677-689.

180. Burling TA, Reilly PM, Moltzen JO, Ziff DC. (1989). Selfefficacy and relapse among inpatient drug and alcohol abusers: A predictor of outcome. *Journal of Studies on Alcohol*, 1989, 50: 354-360.

181. Sadowski CJ, Long CK, Jenkins LR. Does substance abuse treatment have self-schematic effects? *Journal of Psychology*, 1993, 127: 323-327.

EKLER

EK-1. ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler	
Adı Soyadı:	Kübra KAYAOĞLU
Doğum tarihi:	15 Haziran 1988
Doğum Yeri:	Üsküdar/İstanbul
Medeni Hali:	Evli
Uyruğu:	T.C.
Adres:	Fırat Üniversitesi Kovancılar Meslek Yüksekokulu İlk Ve Acil Yardım Programı Kovancılar/ELAZIĞ
Tel:	0 505 884 17 10
Faks:	-
E-mail:	kkayaoglu@firat.edu.tr
Eğitim	
Lise:	Çukurova Lisesi- Adana (2005)
Lisans:	Dokuz Eylül Üniversitesi, Hemşirelik Fakültesi (2011)
Yüksek lisans:	Atatürk Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı (2013)
Doktora:	Atatürk Üniversitesi, Hemşirelik Fakültesi, Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı (2019)
Yabancı Dil Bilgisi	
İngilizce:	İyi derecede (YÖK DİL 65.00)
Almanca:	-
Rusça:	-
Üye Olunan Mesleki Kuruluşlar	
İlgi Alanları ve Hobiler	

EK-2. ETİK BİLDİRİM VE İNTİHAL BEYAN FORMU

T.C.
ATATÜRK ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜ

ETİK BİLDİRİM VE İNTİHAL BEYAN FORMU

Doktora Tezi olarak Doç. Dr. Özlem ŞAHİN ALTUN danışmanlığında sunulan "Alkol Ve Madde Kullanım Bozukluğunda Bilişsel Davranışçı Model Temelli Psikoeğitim Destekli Müziğin Stres Ve Öz Yeterlilik Düzeyine Etkisi" başlıklı çalışmanın tarafımızdan bilimsel etik ilkelere uyularak yazıldığını, yararlanılan eserlerin kaynakçada gösterildiğini, Sağlık Bilimleri Enstitüsü tarafından belirlenmiş olan Turnitin Programı benzerlik oranlarının aşılmadığını ve aşağıdaki oranlarda olduğunu beyan ederiz.

Tez Bölümleri	Tezin Benzerlik Oranı (%)	Maksimum Oran (%)
Giriş	**6**	**15**
Genel Bilgiler	**28**	**30**
Materyal ve Metod	**24**	**35**
Bulgular	**9**	**10**
Tartışma	**15**	**15**

Beyan edilen bilgilerin doğru olduğunu, aksi halde doğacak hukuki sorumlulukları kabul ve beyan ederiz. 12 / 12 / 2019

Kübra KAYAOĞLU
Öğrenci Adı-Soyadı
İmza

Doç. Dr. Özlem ŞAHİN ALTUN
Danışman Adı-Soyadı
İmza

* Tez ile ilgili YÖKTEZ'de yayınlamasına ilişikin bir engelleme var ise aşağıdaki alanı doldurunuz.

☐ Tezle ilgili patent başvurusu yapılması / patent alma sürecinin devam etmesi sebebiyle Enstitü Yönetim Kurulunun …./…/…. tarih ve …… sayılı kararı ile teze erişim 2 (iki) yıl süreyle engellenmiştir.

☐ Enstitü Yönetim Kurulunun …./…/…. tarih ve …… sayılı kararı ile teze erişim 6 (altı) ay süreyle engellenmiştir.

EK-3. ETİK KURUL ONAY FORMU

ATATÜRK ÜNİVERSİTESİ

HEMŞİRELİK FAKÜLTESİ ETİK KURUL RAPORU

Sayı:2018-6/ 6 **Tarih:11.06.2018**

Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Etik Kurulu Kübra KAYAOĞLU, Özlem ŞAHİN ALTUN isimli araştırmacılar tarafından yapılması planlanan "Alkol ve Madde Kullanım Bozukluğunda Bilişsel Davranışçı Model Temelli Psikoeğitim Destekli Müziğin Algılanan Stres ve Öz Yeterlilik Düzeyine Etkisi" başlıklı araştırmayı etik açıdan **uygun bulmuştur.**

Prof. Dr. Mağfiret KAŞIKÇI
Başkan

Prof. Dr. Duygu ARIKAN
Üye

Prof. Dr. Neziha KARABULUT
Üye

Prof. Dr. Reva BALCI AKPINAR
Üye

Prof. Dr. Fatma GÜDÜCÜ TÜFEKCİ
Üye

EK-4. KİŞİSEL BİLGİ FORMU

Rumuz:

Tel: **Tarih:**

Sayın katılımcı: Bu "Kişisel Bilgi Formu" ve ekteki diğer testler yapılan girişimlerin bağımlılık tedavisindeki etkisini tespit etmek amacıyla düzenlenmiştir. Çalışmaya katılım tamamen isteğe bağlıdır. Sorulara içtenlikle yanıt vermeniz çalışma sonucunun geçerliliği bakımından çok önemlidir. Bu çalışmada kullanılacak bilgilerin size ait olduğu sadece araştırmacılar tarafından bilinecek, çalışma içerisinde kimliğiniz tamamen gizli tutulacaktır. Katkılarınızdan dolayı teşekkür ederiz.

1. Cinsiyetiniz?

a) Kadın b) Erkek

2. Yaşınız:

3. Eğitim durumunuz?

a) İlköğretim b) Lise c) Üniversite d) Lisans Üstü

4. Şu anda çalışıyor musunuz?

a) Evet b) Hayır

5. Medeni haliniz?

a) Evli b) Bekar c) Boşanmış

EK-5. ÖZ-YETERLİLİK ÖLÇEĞİ

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

1. Beni hiç tanımlamıyor

2. Beni biraz tanımlıyor

3. Kararsızım

4. Beni iyi tanımlıyor

5. Beni çok iyi tanımlıyor

	1	2	3	4	5
1.Yaptığım planları gerçekleştireceğimden eminim.					
2. Yapmam gereken bir işe girişememe gibi bir problemim vardır					
3. Bir işi bir seferde yapamıyorsam, yapıncaya kadar devam ederim					
4. Kendim için önemli hedefler koyduğumda, nadiren başarırım					
5. İşleri yapıp sonuçlandırmadan yapmaktan vazgeçerim					
6. Zorluklarla karşılaşmaktan kaçınırım					
7. Bazı işler çok karışık görünüyorsa yapmak için sıkıntıya girmem					
8. Hoşlanmadığım ancak yapmam gereken işler varsa bitirinceye kadar devam ederim					
9. Bir şeyi yapmaya karar verdiğimde onun üzerinde çalışmaya devam ederim.					
10. Yeni şeyler öğrenmeye çalıştığımda, başlangıçta başarılı olamazsam hemen vazgeçerim.					

	1	2	3	4	5
12. Benim için çok zor göründüklerinde, yeni şeyler öğrenmek için çaba göstermekten kaçınırım					
13. Başarısızlık beni daha çok teşvik eder					
14. Bir şeyleri yapabilme konusunda kendime fazla güvenmem					
15. Ben kendime güvenen bir insanım.					
16. Kolaylıkla vazgeçerim					
17. Hayatta ortaya çıkan problemlerin üstesinden gelme yeteneğini kendimde bulamam					
18. Yeni arkadaş edinmek benim için zordur					
19. Tanışmak istediğim birisini görürsem, onun bana gelmesini beklemek yerine ben giderim					
20. Arkadaşlık kurulması güç, ilginç biriyle tanışırsam, o kişiyle arkadaş olmaktan hemen vazgeçerim					
21. Bana ilgi göstermeyen birisiyle arkadaş olmaya çalıştığımda kolaylıkla vazgeçmem					
22. Sosyal toplantılarda kendimi rahat hissetmem					
23. Arkadaşlarımı, arkadaş edinmede kişisel yeteneklerimle kazanırım.					

EK-6. ALGILANAN STRES ÖLÇEĞİ (ASÖ)

Yönerge: Aşağıda geçtiğimiz ay içerisindeki kişisel deneyimleriniz hakkında bir dizi soru yöneltilmektedir. Her soruyu dikkatlice okuyarak size en uygun seçeneğin altındaki kutuya bir çarpı işareti koyarak cevaplayınız. Soruların doğru veya yanlış cevabı yoktur. Önemli olan sizin duygu ve düşüncelerinizi yansıtan yanıtları vermenizdir.

	Hiçbir Zaman	**Neredeyse Hiçbir Zaman**	**Bazen**	**Oldukça Sık**	**Çok Sık**
1.Geçen ay, beklenmedik bir şeylerin olması nedeniyle ne sıklıkta rahatsızlık duydunuz?					
2. Geçen ay, hayatınızdaki önemli şeyleri kontrol edemediğinizi ne sıklıkta hissettiniz?					
3. Geçen ay, kendinizi ne sıklıkta sinirli ve stresli hissettiniz?					
4. Geçen ay, ne sıklıkta gündelik zorlukların üstesinden başarıyla geldiniz?					
5. Geçen ay, hayatınızda ortaya çıkan önemli değişikliklerle etkili bir şekilde başa çıktığınızı ne sıklıkta hissettiniz?					
6. Geçen ay, kişisel sorunlarınızı ele alma yeteneğinize ne sıklıkta güven duydunuz?					
7. Geçen ay, her şeyin yolunda gittiğini ne sıklıkta hissettiniz?					
8. Geçen ay, ne sıklıkta yapmanız gereken şeylerle başa çıkamadığınızı fark ettiniz?					
9. Geçen ay, hayatınızdaki zorlukları ne sıklıkta kontrol edebildiniz?					
10. Geçen ay, ne sıklıkta her şeyin üstesinden geldiğinizi hissettiniz?					
11. Geçen ay, ne sıklıkta kontrolünüz dışında gelişen olaylar yüzünden öfkelendiniz?					
12. Geçen ay, kendinizi ne sıklıkta başarmak zorunda olduğunuz şeyleri düşünürken buldunuz?					
13. Geçen ay, ne sıklıkta zamanınızı nasıl kullanacağınızı kontrol edebildiniz?					
14. Geçen ay, ne sıklıkta problemlerin üstesinden gelemeyeceğiniz kadar biriktiğini hissettiniz?					

Ters puanlanan maddeler: 4, 5, 6, 7, 9, 10, 13

EK-7. ÖLÇEK İZİN YAZISI

FIRAT ÜNİVERSİTESİ 1975

KÜBRA KAYAOĞLU <kkayaoglu@firat.edu.tr>

ÖZ-ETKİLİLİK-YETERLİK ÖLÇEGİ İZİN YAZISI

SEBAHAT GÖZÜM <sgozum_25@hotmail.com> 18 Ocak 2019 14:15
Alıcı: KÜBRA KAYAOĞLU <kkayaoglu@firat.edu.tr>

Sevgili Kübra,

Amacınıza hizmet edecekse ÖZ-ETKİLİLİK-YETERLİK ÖLÇEĞİ ni kullanmaniza izin veriyorum.
Yararlı olması dileğiyle

Sebahat Gözum

From: KÜBRA KAYAOĞLU <kkayaoglu@firat.edu.tr>
Sent: Thursday, January 17, 2019 12:34:57 PM
To: sgozum_25@hotmail.com
Subject: ÖZ-ETKİLİLİK-YETERLİK ÖLÇEGİ İZİN YAZISI

FIRAT ÜNİVERSİTESİ 1975

KÜBRA KAYAOĞLU <kkayaoglu@firat.edu.tr>

ALGILANAN STRES ÖLÇEĞİ İZİN YAZISI

2 ileti

KÜBRA KAYAOĞLU <kkayaoglu@firat.edu.tr> 22 Ocak 2019 11:14
Alıcı: hharlak@adu.edu.tr, hharlak@yahoo.com

Doktora ölçek izin yazısı.docx
11K

HACER HARLAK <hharlak@adu.edu.tr> 25 Ocak 2019 14:46
Alıcı: KÜBRA KAYAOĞLU <kkayaoglu@firat.edu.tr>

Sayın Kübra Kayaoğlu,

Sözünü ettiğiniz ölçeği tabii ki kullanabilirsiniz.
Başarılar dilerim.

Prof. Dr. Hacer HARLAK
Adnan Menderes Üniversitesi
Fen-Edebiyat Fakültesi
Psikoloji Bölümü (Başkan)
AYDIN

Prof. Dr. Hacer HARLAK
Adnan Menderes University
Faculty of Arts and Sciences
Department of Psychology (Head)
AYDIN - TURKEY
Tel: +90 256 2128498 (ext: 1863)

KÜBRA KAYAOĞLU <kkayaoglu@firat.edu.tr>, 22 Oca 2019 Sal, 12:14 tarihinde şunu yazdı:

FIRAT ÜNİVERSİTESİ 1975

KÜBRA KAYAOĞLU <kkayaoglu@firat.edu.tr>

ALGILANAN STRES ÖLÇEĞİ İZİN YAZISI (DÜZELTME)

2 ileti

KÜBRA KAYAOĞLU <kkayaoglu@firat.edu.tr> 22 Ocak 2019 11:09
Alıcı: eskin_mehmet@yahoo.com.tr, meskin@adu.edu.tr

Doktora ölçek izin yazısı.docx
11K

MEHMET ESKİN <meskin@adu.edu.tr> 26 Ocak 2019 02:34
Alıcı: KÜBRA KAYAOĞLU <kkayaoglu@firat.edu.tr>

Kullanabilirsin, başarılar,

Mehmet Eskin, professor of psychology
Adnan Menderes University, Faculty of Medicine
Department of Psychiatry
Aydin, Turkey

KÜBRA KAYAOĞLU <kkayaoglu@firat.edu.tr>, 22 Oca 2019 Sal, 12:10 tarihinde şunu yazdı:

EK-8. GİRİŞİM ŞEMASI

Uygulama	Aktiviteler	Kullanılan Formlar
Müdahale Basamakları Öncesi	AMATEM'e duyuruların yapılması, Bilgilendirme seminerinin verilmesi, Bilgilendirici onam ve ön testlerin uygulanması, Deney ve kontrol gruplarının atanması, Müzik dinletisi ve psikoeğitim için uygun günlerin belirlenmesi, Deney grubundaki hastalara Coping Kartların verilmesi	Kişisel Bilgi Formu (Ek-4) Öz-Yeterlilik Ölçeği (Ek-5) Algılanan Stres Ölçeği (Ek-6)

	Kullanılan Müziğin Türü	**Müzik Dinletisinin Süresi**	**Müzik Dinletisinin Sıklığı**
Müdahalenin Müzik Dinletisi Bölümü	Hicaz Makamı	30 dk	3gün/h
	Hüseyni Makamı	30 dk	3gün/h
	Pentatonik Makamı	30 dk	2gün/h

	Psikoeğitim İçeriği	**Kullanılan Formlar/Teknikler**
Müdahalenin Psikoeğitim Bölümü	1.Oturum: Psikoeğitim programını tanıtma, grup üyeleri ile tanışma, grup kurallarının anlatılması, bireylerin tecrübelerini ve beklentilerini paylaşma. Müzik Terapisinin Alkol ve Madde Bağımlılığında amacı nedir? 2.Oturum: Bağımlılık kavramı nedir? Alkol ve	Uygulama Formu Anlatma Grup Tartışması Geri Bildirim Ev Ödevi

	Madde Bağımlılığı nedir? 3.Oturum: Alkol ve Madde Bağımlılığının olumlu ve olumsuz yönleri nelerdir? 4.Oturum :Yüksek riskli durumların belirlenmesi ve bunlarla başa çıkma becerilerinin anlatılması. 5.Oturum: Relaps tanımlanması. Coping Card Uygulaması. 6.Oturum: Stresle nedir? Stresle başa çıkma stratejileri. Relaksasyon Egzersiz Uygulaması. Derin Nefes Egzersiz Uygulaması. 7.Oturum: Dürtü Yönetimi. 8.Oturum: Umudu arttırmaya yönelik uygulamalar. Değerlendirme ve kapanış.	
Müdahale Bittikten Sonra	Deney (n=35) ve kontrol (n=35) gruplarına son testlerin uygulanması	Öz-Yeterlilik Ölçeği (Ek-5) Algılanan Stres Ölçeği (Ek-6)
İzlem Aşaması (Müdahaleden Sonraki 4. Ve 6. Ay)	Bireylerle iki ayda bir olmak üzere toplam 2 kez telefonla görüşmeler yapılarak izlem testleri uygulanması,	Öz-Etkililik Ölçeği (Ek-5) Algılanan Stres Ölçeği (Ek-6)

EK-9. EĞİTİM MATERYALİ

1. OTURUM ALKOL VE MADDEDEN KURTULMAK İÇİN BURDAYIM

AMAÇ: Eğitim ile ilgili bilgilendirme ve hastaları tanıma

- Hastalarla tanışma
- Süreç hakkında genel bir bilgilendirme
- Psikoeğitim oturumlarının genel amaçlarını açıklama
- Müzik dinletisinin Alkol ve Madde Bağımlılığında amacını açıklama
- Grup kurallarının anlatılması,
- Hastaların bilgi gereksinimlerinin belirlenmesi
- Bireylerin tecrübelerini ve beklentilerini paylaşma

Grup üyeleri ile tanışmaya bir oyunla başlanacaktır. Oynanacak bu oyunun amacı grup üyelerinin birbirleriyle tanışmasını sağlamaktır. Tanışma oyunu ortalama 10-15 dakika sürmektedir. Öncelikle katılımcılardan daire şeklinde ayakta durmaları istenir. Ortada bir ebe vardır. Önce herkes solundaki ve sağındaki kişilere ismini sorar. Daha sonra ortadaki ebe, birine işaret ederek "soğan" ya da "sarımsak" der. İşaret ettiği kişi, ebe "soğan" derse solundaki kişinin, "sarımsak" derse sağındaki kişinin en fazla 3 saniye içinde ismini söylemek zorundadır. Eğer sorulan ismi doğru olarak söylerse, ebe bir başka kişiye aynı şekilde soğan ya da sarımsak diye sorar. Eğer sorulan kişi ismi doğru olarak söyleyemezse, bu durumda ebe o olur ve önceki ebe onun yerine geçer. Oyunu yöneten kişi, uygun gördüğü zaman oyunu durdurur.

Hasta ilacını kullanmazsa tedavi mümkün değildir. Hasta penisilini almazsa veya reçetelendiği şekilde kullanmazsa Streptokokal Zatürree iyileşemez. İnsülin de kullanılmadığı sürece şeker hastalığını tedavi edemez. Panik atak bozukluğu için yapılan bilişsel terapi, hasta bütün terapi seanslarını kaçırırsa işe yaramaz. Madde

bağımlılığı tedavisi, hasta tedaviye dâhil olmak istemezse ve tedavi süresince katılım sağlamazsa herhangi bir yarar sağlayamaz.

Hastalara gerçekleştirilecek olan psikoeğitim destekli müzik dinletisi seanslarına devamlı ve düzenli bir şekilde katılmalarının önemi anlatılır.

Başka bir tanımda psikoeğitim, psikiyatrik hastalığı olan bir kişiyi, tedavi ve rehabilitasyon amacına hizmet etmek için eğitmek veya geliştirmek olarak ifade edilmiştir. Psikoeğitim; ruhsal bozukluğu olan hastalara ve ailelerine; hastalığın doğası, seyri, tedavi seçenekleri, hastane ve topluma dayalı hizmetlere nasıl ulaşılacağı konularında eğitim yapmaktır. Bizim çalışmamızda alkol ve madde bağımlılığının tanımlanması, yüksek riskli durumlar ve bunlarla baş etme stratejileri, relapsın tanımlanması, öfke ve stresin tanımlanması ve bunlarla baş etme stratejileri, umudu arttırmaya yönelik yapılabilecekler konusunda eğitimler verilecektir. Çalışmamızın amacı sizleri alkol ve madde bağımlılığı konusunda bilgilendirmek ve relapsları en aza indirmektir.

Bu çalışmada grup eşliğinde psikoeğitim destekli müzik dinletisi uygulanacaktır.

Her bir oturum yaklaşık bir saat sürecektir. Bunun ilk 25-30 dakikasında BDT temelli öz yeterliliği geliştirici psikoeğitim gerçekleştirilecektir. Sonraki 30 dakika boyunca ise müzik dinletisi uygulanacaktır. Her seans, müzik dinletisiyle beraber derin nefes egzersizleri ve gevşeme egzersizleri yaptırılacaktır. Araştırmacıda hastalarla beraber bu egzersizleri yapacaktır. Gevşeme egzersizi olarak Dr. Edmund Jacobson'un geliştirdiği progresif kas gevşetme tekniği uygulanacaktır. Oturumlar sözlü anlatım, soru-cevap, grup tartışması, geri bildirim, alıştırmalar, ev ödevleri, görsel malzeme (projeksiyon) ile sürdürülecektir. Ev ödevleri bir sonraki haftanın ilk oturumunda konuşulacak, yorumlar ve geri bildirimler tartışılacaktır.

Psikoeğitim destekli müzik terapisi çalışmamızın grup kuraları şunlardır;

- Oturumlara zamanında, düzenli katılmak ve sonuna kadar devam etmek
- Mahremiyeti korumak
- Başkalarının sözünü kesmemek
- Başkalarını tehdit edici, aşağılayıcı söz veya davranışlarda bulunmamak
- Alkol veya uyuşturuculardan özendirici şekilde bahsetmemek
- Ayık olmak

Hastaların psikoeğitim seanslarından beklentileri dinlenecektir.

- Bu oturumdan neler anladıkları ve akıllarına takılan sorular soruldu
- Bir sonraki oturum tarihi, saati ve ne kadar süreceği hastalarla kararlaştırıldı. Oturumların birbirlerini tamamlayan nitelikte olduğu bu sebeple oturumlara düzenli gelmeleri gerektiği vurgulandı.

2. OTURUM: "KİMLER BAĞIMLIDIR!!!" "BAĞIMLILIK BİR HASTALIKTIR!!! "

AMAÇ: Alkol ve madde bağımlısı bireylerin bağımlılık kavramını öğrenmesi

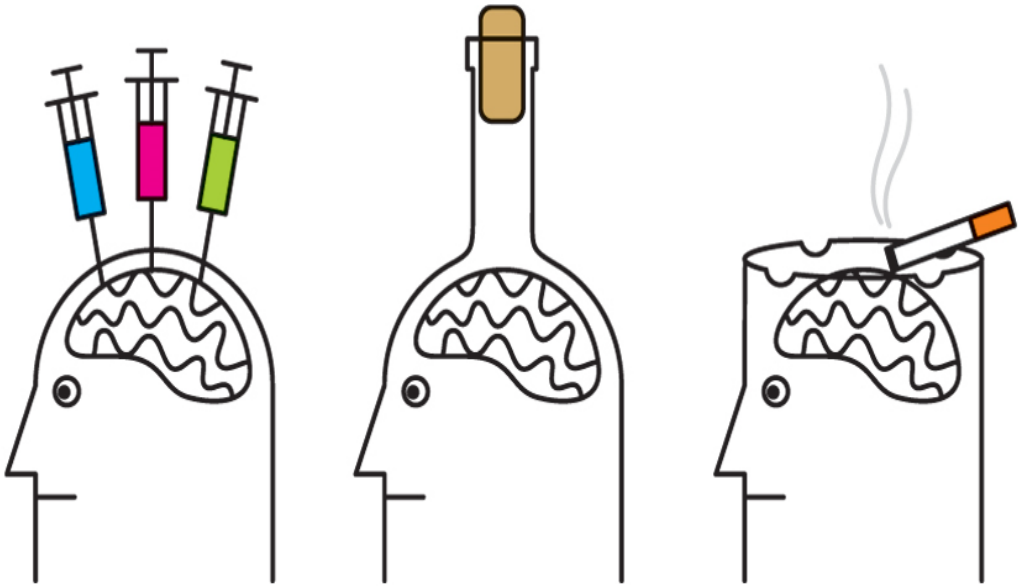
- Bağımlılığın tanımını yapmak
- Bağımlı olup olmadıklarını anlamalarını sağlamak
  - ✓ Herkese merhaba denildi
  - ✓ Bir önceki oturumla alakalı akıllarına takılan bir şey olup olmadığı soruldu

Grup üyelerine bağımlılığın ne olduğu ve kimlerin kendini bağımlı olarak gördüğü sorulacaktır. Yapılan eğitim sonrasında aynı soru tekrar sorulacak ve hastaların farkındalıkları arttırılacaktır.

Genel bir ifade ile bağımlılık; bir nesneye, kişiye veya bir varlığa karşı duyulan önüne geçilemez istek olarak tanımlanabilen ve insanın beyin faaliyeti ile ilgili patolojik bir davranışı yansıtır. Psikolojik ve fiziksel sağlıklarına ya da sosyal yaşamlarına zarar vermesine rağmen, hastaların belirli bir takıntılı durumu tekrarlamaya yönelik önüne

geçilemeyen bir istek duymaları ve bunu sürdürmeleri halidir. Madde bağımlılığı ise bir veya daha fazla sayıdaki maddeye karşı eş zamanda ortaya çıkabilen, maddeye ulaşılamadığı taktirde bedensel veya psikolojik çeşitli rahatsızlıklara yol açan, tedavi edilebilen buna karşın tekrar madde alımında tekrarlanabilen bir hastalıktır. Başka bir ifade ile; kişinin git gide kullandığı madde dozunu arttırması, maddeyi almayı bırakması durumunda ise yoksunluk semptomlarının ortaya çıkması, başarısız bırakma girişmlerinin olması, zarar görmesine karşın madde almayı devam ettirmesi, vaktinin büyük bir bölümünü madde aramak ile geçirmesi, kişinin daha önce planladığından fazla kullanması ve madde kullanımını kontrol edememesi olarak tanımlanmaktadır.

Bağımlılık bir beyin hastalığıdır ve *HERKES BAĞIMLI OLABİLİR…*



Bağımlılık tamamen yok olmaz ama iyileşebilir. Eğer iyileştikten sonra tekrar madde almazsanız hayatınız normale dönecektir. Ama iyileştkten bir süre sonra bir kereden bir şey olmaz der ve maddeye başlarsanız çok kısa bir süre sonra eski kullandığınız doza ulaşırsınız.

PEKİ KİMLERE BAĞIMLI DİYEBİLİRİZ!!!

Aşağıdaki 11 belirtilerden iki yada daha fazlasının olması bağımlılık tanısı almak için yeterlidir.

1. Maddenin niyetlenilenden daha çok miktarlarda ve daha uzun sürelerde alınması
2. Sürekli bir madde kullanma isteğinin olması ve madde kullanımını kesme ya da azaltma çabalarının başarısız olması
3. Maddeyi elde etmek için, maddeyi kullanırken, madde etkisi ya da kesilme sendromunun etkisi altında çok zaman harcanıyor olması
4. Maddeye karşı çok kuvvetli bir istek ya da dürtünün varlığı
5. Okul, iş veya ev yaşamında önemli yükümlülüklerin ihmaline neden olacak şekilde tekrarlayıcı madde kullanımı
6. Sosyal yaşamda veya diğer insanlarla ilişkilerde kalıcı ve tekrarlayıcı sorunlara yol açtığı ya da bu sorunları ağırlaştırdığı halde madde kullanımını sürdürme
7. Önemli sosyal, mesleki etkinlikleri ve kişisel ilgi alanlarına ilişkin etkinlikleri, madde kullanımı nedeniyle bırakmak ya da azaltmak
8. Fiziksel olarak tehlikeli olabilecek şekilde veya durumlarda yineleyici bir biçimde madde kullanıyor olmak
9. Madde kullanımına bağlı olarak ortaya çıktığı veya ağırlaştığı bilinen bedensel veya ruhsal bir sağlık sorununun varlığına rağmen madde kullanımının sürdürülmesi
10. Tolerans
11. Kesilme (Çekilme) belirtileri

Bağımlı kişi iyileştikten sonra bir kereden bir şey olmaz der ve tekrar alkol/madde alırsa çok kısa zamanda eski haline geri döner. Bu nedenle bağımlı kişinin bıraktıktan sonra az da olsa tekrar alkol/madde kullanmaya başlaması sakıncalıdır.



Bağımlılıkta düzelme nasıl bir seyir izler sorusu hastalara sorulacaktır ve bu konudaki tecrübelerini paylaşmaları istenecektir.

***Bağımlılıkta* İyileşme Dönemleri**

- Yoksunluk dönemi (0-1 ay arası): Bedensel ve psikolojik sıkıntıların olduğu bir dönemdir. Hastalar ani duygusal iniş çıkışlar yaşayabilir.
- Coşku dönemi (1-3 ay arası): Madde alma isteği yoktur veya azdır. Kişi iyileştiğini düşünebilir. Üçüncü ayın sonlarına doğru kişide sıkılma, yorgunluk, halsizlik, depresyon olabilir. Kişi var olan değişim heyecanını kaybedebilir. Düzenli hayat kişiyi bunaltmış olabilir. Çalışmalara göre tekrar maddeye başlamanın %70'inin 3. ay döneminde olduğu saptanmıştır. Bu nedenle bağımlılık tedavisinde, bıraktıktan sonraki 3. ay keskin bir viraja benzetilebilir. Bu dönemde kişinin yaşadığı güçlüğü anlamak ve destek olmak gerekir.
- Sıkılma dönemi (3-6 ay): Coşku dönemini başarıyla atlatamayan kişilerde keyifsizlik, ne yapacağını bilememe, boşluk hissinin olduğu bir süreçtir.

- Yeni hayat dönemi (6 ay ve sonrası): Sağlıklı bir yaşam tarzı oluşturma, yeni arkadaşlar bulma, yeni fobiler bulmak bu dönemde gerçekleşmiştir. Maddeye karşı istekle baş etmek kolaylaşmıştır.

Madde bağımlılığı tedavisi sonrasındaki ilk altı ay çok önemlidir. Kaymaların büyük bir kısmı bu dönemde gerçekleşir. Bu süreçte tekrar madde almazsanız altı ay sonrasında maddeye karşı hissettiğiniz güçlü istekte azalma olacaktır ve madde almadan hayattan keyif almanız daha olası olacaktır.

Grup üyelerine bağımlılığın ne olduğu ve kimlerin kendini bağımlı olarak gördüğü sorusu tekrar soruldu.

- Bu oturumdan neler anladıkları ve akıllarına takılan sorular soruldu
- Bir sonraki oturum tarihi, saati ve ne kadar süreceği hastalarla kararlaştırıldı. Oturumların birbirlerini tamamlayan nitelikte olduğu bu sebeple oturumlara düzenli gelmeleri gerektiği vurgulandı.
- Hastalardan bir sonraki oturuma kadar varsa geçmiş bırakma girişimlerinde hangi semptomları yaşadıklarını düşünmeleri ve sonraki oturumda grup üyeleri ile paylaşmaları istendi.

3. OTURUM: "ALKOL VE MADDE VÜCUDUMU NASIL ETKİLİYOR?"

AMAÇ: Alkol ve maddelerin beden üzerinde yaptıkları etkileri öğretmek

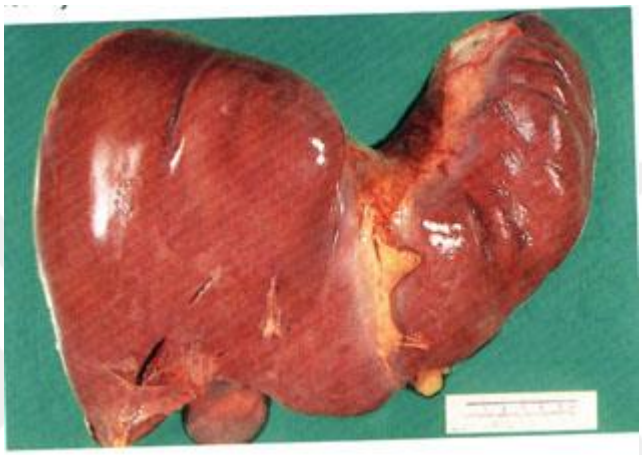
- Madde ve etkilerinin anlatılması
- Alkolün etkilerinin anlatılması
  - ✓ Herkese merhaba denildi
  - ✓ Bir önceki oturumla alakalı akıllarına takılan bir şey olup olmadığı soruldu
  - ✓ Geçen oturumda verilen ev ödevleri tartışıldı

ALKOL:

- Yemek borusu, gırtlak, mide ve pankreas kanserleri

- Doğru düşünme, karar verme ve hareket etme gibi beynin işlevlerini bozması
- Uyku bozuklukları, baş ağrısı, göz tahribatı
- Kalp ve kan dolaşımı hastalıkları
- Kan pıhtılaşmasını engelleme
- Karaciğerde ağır hasar

ALKOL KULLANMAYAN BİR KİŞİNİN KARACİĞERİ



ALKOL KULLANAN BİR KİŞİNİN KARACİĞERİ



Alkol ciddi uyku problemlerine neden olur. Hasta alkolün etkisindeyken uyumaz, sızar. Alkolün vücuda olan etkisi azalınca gerçek uykuya geçer ancak bu hastanın dinlenmesi için yeterli değildir. Bu sebeple kişi uyandığında kendini dinlenmiş hissedemez.

Aşağıdaki durumlarda kesinlikle alkol tüketilmemelidir:

- Bağımlılık
- Gebelik
- Araç kullanımı
- Çalışırken

Diğer maddeler:

ESRAR:

Esrar hint kenevirinden elde edilen ve içerisinde 421 çeşit zararlı kimyasalı aynı anda içeren bir maddedir. Bilinenin aksine esrarda diğer maddeler gibi bağımlılık yapar. Esrarı bıraktığınızda 6 haftaya kadar uzayan yoksunluk belirtilerini yaşayabilirsiniz. Esrar kullanımı ile birlikte vücudunuzda olabilecek bazı problemler şunlardır:

- Akciğer kanseri
- Bronşit
- Çok şiddetli kuru öksürük nöbetleri
- Panik, korku, kuşku halleri
- Bellekte bozulma, öğrenme güçlükleri
- Tembellik, isteksizlik

Esrar içenlerde şizofreni görülme oranı içmeyenlere göre 7 kat daha fazladır!

OPİYATLAR:

Eroin, kodain, morfin bu sınıfta yer alır.

- Pnömoni
- Tüberkiloz
- Septik emboli
- İntravenöz kullanımla ciddi sorunlar gelişir. Özellikle hepatit, HIV gibi enfeksiyonlar bulaşabilir.

Yüksek dozda opiyat alınması durumunda soğuk duş kurtarıcı değildir, hemen hastaneye gidilmelidir.

KOKAİN:

Çoğunlukla Güney Amerika'da yetişen koka ağacından elde edilir. Beyaz renkli bir tozdur. Vücutta yarattığı bazı problemler şunlardır:

- Çarpıntı
- Yüksek tansiyon
- Sinirlilik
- Saldırganlık
- Yerinde duramama
- Huzursuzluk
- Göğüs ağrısı
- Kas zayıflığı
- Solunum güçlüğü
- Koma

Yüksek doz kokain almak felce ve ölümlere neden olabilir.

UÇUCU MADDELER:

Uçucu maddeler başlığı altında uçucu, çözücü ve yapıştırıcı maddeler ele alınmaktadır. Bu maddeler arasında, yapıştırıcılar (Bally, UHU vb), tiner, yağ ve leke çıkarıcılar, elbise ve cam temizleyici sıvılar, aseton içeren kozmetik ürünler, kumaş boyası, çakmak gazı, benzin sayılabilir.

- Taşikardi,
- Vücutta denge kaybı
- Kan basıncında düşme,
- Yaygın kas zayıflığı,
- Kalıcı beyin hasarı

EKSTAZİ:

Ekstazi kullanımı sonucunda aşağıdaki problemler görülür:

- Beden ısısında artma
- Kan basıncında artma
- Nabızda artma
- Aşırı sıvı kaybı
- Panik atak, depresyon, hayal görme

Uzun süre ekstazi kullanan kişi hiçbir şeyden zevk alamaz ve ekstazi olmadan eğlenemez hale

gelir!!!

	ALKOL	OPİOİD	UÇUCU
BEDENSEL SORUNLAR	Gastrit, ülser, pankreatit, karaciğerde yağlanma, siroz, miyopati, periferal nörit, kalp yetmezliği, malnutrisyon	Şiddetli ağrı yakınmaları, enfeksiyonlar, hepatit, AIDS, apseler	Kilo kaybı, solunum güçlükleri, zayıflık, burun kanaması, kas zayıflığı, zihinsel değişiklikler
RUHSAL SORUNLAR	Depresyon, anksiyete, bellek kaybı, paranoya, uykusuzluk	Depresyon, panik reaksiyonu, letarji, sosyopati	Anksiyete, depresyon, zihinsel değişiklikler, performansta azalma

PEKİ ALKOL VE MADDE KULLANIMI BEYNİMİ NASIL ETKİLİYOR!!!

Aşırı miktarda alkol ve madde alımıyla birlikte beynin kendini durdurma mekanizması bozulur ve alkol ve maddeyle karşı karşıya gelindiğinde beyin sadece

"GİT VE KULLAN" mesajını verir, "DUR" mesajını veremez. Böylece hasta beyninden gelen "git ve kullan" mesajını kabul ederek keyif almasa bile kullanıma devam eder.

Beynimiz sinir hücrelerinden oluşur ve çevremizi algılamamız bu sinir hücreleri aracılığıyla gerçekleşir. Alkol ve uyuşturucu madde kullanımı sinir hücreleri arasındaki iletişimi bozarak beynimizde pek çok olumsuz etkiye neden olur.

Alkol kullanımı beyin işlevlerini azaltır, hafızayı zayıflatır, denge bozukluklarına ve bunamaya yol açar. Yapılan birçok araştırma yüksek miktarda olmasa bile düzenli alkol kullanımının bunamayı tetiklediğini göstermektedir.

Uyuşturucu maddeler beynin normal işleyişini bozarak beyni mekanikleştirir. Bazı maddeler beyin damarlarında tıkanmaya yol açar, felce sebep olur. Ayrıca beyin içinde sesler duyma ve akıl hastalıklarının başlaması da uyuşturucu maddelerin beyin üzerinde yarattığı etkilerdendir.

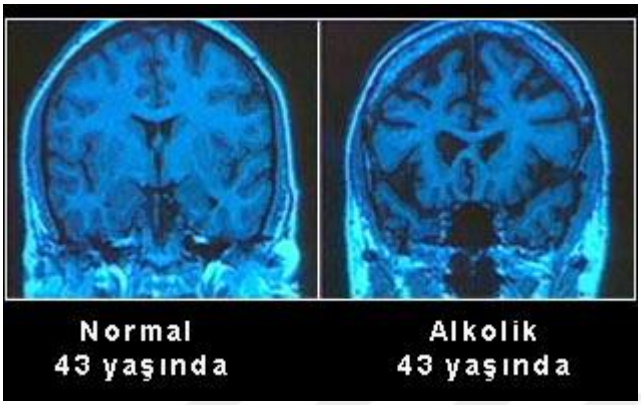
Alkol ve madde kullanımı sinir hücreleri arasındaki iletişimi bozduğu için beynin çalışmasını yavaşlatır. Kişi yeni şeyler öğrenmekte ve sorun çözmekte zorlanır. Beyin görüntüleme teknikleriyle yapılan araştırmalar alkol ve madde kullanımının beyni yavaşlattığını beyin görüntüleriyle de ortaya çıkarmıştır. Bu çalışmalar alkol ve madde kullanımının beynin yapısında değişikliklere neden olduğunu da ortaya koymuştur.

Alkol ve madde kullanımı refleksleri ileri derecede bozduğu için bu maddelerin etkisi altında dikkat isteyen işler yapmak çok sakıncalıdır. Ayrıca, bazı uyuşturucu maddelerin beyin üzerindeki olumsuz etkilerin ve yarattığı değişikliklerin ani ölümlere sebep olduğu bilinmektedir.

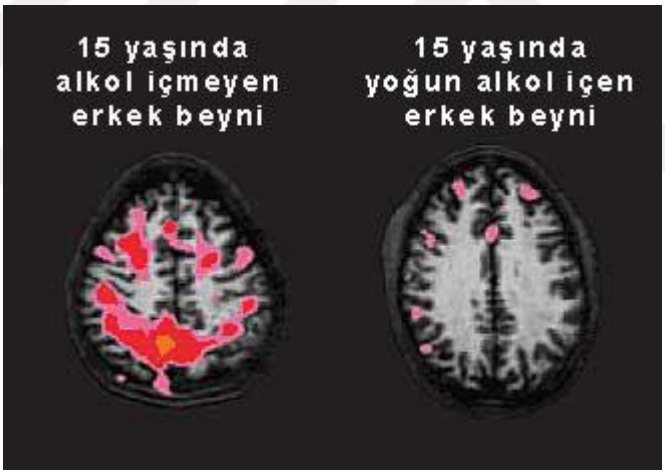
Beynin yapısında meydana gelen değişiklikler ve sinir hücrelerindeki bozulmalar alkol ve madde kullanımı bırakıldığı anda düzelmez. Düzelme uzun zaman alabilir. Bağımlılığın kişinin kontrol ve iradesinin ötesinde, bir beyin hastalığı olduğu

unutulmamalıdır. Beyindeki düzelmenin gerçekleşmesi için hem alkol ve maddeden hem de bunları hatırlatan şeylerden uzak durmak önemlidir.

Alkol Kullanan Kişinin Beyninde Beyaz Madde Azalmış Ve Hücre Sayısı Azalmış.



Yoğun Alkol Alan 15 Yaşında Kişinin Beyninde Aktiviteyi Gösteren Kırmızılar Azalmış



- ✓ Bu oturumdan neler anladıkları ve akıllarına takılan sorular soruldu
- ✓ Bir sonraki oturum tarihi, saati ve ne kadar süreceği hastalarla kararlaştırıldı. Oturumların birbirlerini tamamlayan nitelikte olduğu bu sebeple oturumlara düzenli gelmeleri gerektiği vurgulandı.
- ✓ Bir sonraki oturuma kadar hastalardan alkol ve maddenin vücutlarına hangi zararları verdiğini düşünmeleri ve grup üyeleriyle paylaşmaları istendi.

4. OTURUM: ALKOL VE MADDEYE TEKRAR BAŞLAMAMAK İÇİN YÜKSEK RİSKLİ DURUMLARI BİLMELİYİM

AMAÇ: Hastaların yüksek riskli durumları tanıması bu sayede relapsların yaşanmaması

- Yüksek riskli durumları tanımak
- Yüksek riskli durumlarda doğru baş etme yöntemlerini bilmek
  - ✓ Herkese merhaba denildi
  - ✓ Bir önceki oturumla alakalı akıllarına takılan bir şey olup olmadığı soruldu
  - ✓ Geçen oturumda verilen ev ödevleri tartışıldı

Karşılaştığınızda sizlerde alkol ve madde alma düşüncesini uyandıran durumlar yüksek riskli durumlardır. Madde kullanım bozukluğunda hastalar başarılı bir şekilde tedavi edilse bile hastaneden çıktıktan sonraki süreçte kayma (alkol ve maddeye yeniden başlama) oranı oldukça fazladır. Yüksek riskli durumları bilmek ve bu durumlarda doğru baş etme yöntemlerini uygulamak alkol ve maddeye tekrar başlamanıza engel olacaktır.

Riskli durumların listesi

- Madde almış biriyle veya arkadaşla karşılaşmak
- Ailemin madde hakkında beni sıkması veya birinin beni eleştirmesi
- Üzgün olduğumda
- Madde veya alkol kullandığım yerlerde bulunmak
- Tekel bayii görmek
- Birisiyle madde ile ilgili konuşmak
- Mücadeleden bıktığını düşünmek
- Kızgın olduğumda
- Kutlama/ Davetlerde olmak

- Arkadaşlarımın madde teklif etmesi
- Çok duygulanınca
- Bar/kulüpler/ Konserler
- Yanımda para taşımak veya maaş aldıktan sonra
- Sıkıntılı veya huzursuz olduğumda
- Bedava alkol veya uyuşturucu bulduğumda
- “Bir kere kullanmaktan bir şey olmaz” demek
- Ailemle kavga ettiğimde
- “Ben istersem kontrol ederim” demek



Riskli durumla başa çıkmak için riskli ortamlardan uzak kalmak, düşünceleri davranışa dökmemek, tek kalmamak, çevreyi değiştirmek, mali kontrolü başka birine vermek, derin nefes ve gevşeme egzersizlerini uygulamak çözüm olabilir.



- ✓ Bu oturumdan neler anladıkları ve akıllarına takılan sorular soruldu
- ✓ Bir sonraki oturum tarihi, saati ve ne kadar süreceği hastalarla kararlaştırıldı. Oturumların birbirlerini tamamlayan nitelikte olduğu bu sebeple oturumlara düzenli gelmeleri gerektiği vurgulandı.
- ✓ Hastalardan bir sonraki oturuma kadar kendi hayatlarında ver olan yüksek riskli durumları ve bunlarla baş etmede kullanabilecekleri yöntemleri düşünmeleri ve düşüncelerini bir sonraki oturumda paylaşmaları istendi.

5. OTURUM: YENİDEN BAŞLAMAMAK MÜMKÜN MÜ?

AMAÇ: Hastaların relapsı tanıması ve relapsa giden döngünün farkında olmaları

- Hastaların relapsı anlaması
- Geçmiş relaps öykülerini öğrenmek
- Hastaların relaps öykülerindeki onları relapsa götüren döngüyü anlamalarını sağlamak
  - ✓ Herkese merhaba denildi
  - ✓ Bir önceki oturumla alakalı akıllarına takılan bir şey olup olmadığı soruldu
  - ✓ Geçen oturumda verilen ev ödevleri tartışıldı

Relaps madde bağımlılığının belirli bir süre iyileşmesinin ardından tekrar görülmesi anlamına gelmektedir. Diğer bir ifadeyle relaps kötüleşme, kontrolü yitirme ve tekrar alkol ve madde kullanmaktır. Eğer geriye gidişi başlatan hatalı davranışları bulabilirseniz ve bu davranışları tekrarlamazsanız alkol ve maddeden uzak durabilirsiniz.

Alkol kullanım bozukluğu kronik ve relapslarla giden süreğen bir rahatsızlıktır. Yapılan çalışmalarda alkol bağımlılığı nedeniyle tedavi edilmiş kişilerin relaps oranları tedaviden 2 hafta sonra %35, 3 ay sonra %58 olarak tespit edilmiştir. Birçok araştırma madde kullanım bozukluğu tedavisinden sonraki 3-6 ay içinde relaps oranlarının yüksek olduğunu bulmuştur.

Hastalardan geçmiş relaps tecrübelerini düşünmeleri istendi.

Relaps biranda gerçekleşmez. Daha önceki oturumlarda da vurguladığımız gibi her bir hastanın bazı yüksek riskli durumları vardır. Bu yüksek riskli durumlarla karşı karşıya kalındığında önlem almaz iseniz relapslar meydana gelebilir.

Aslında kayma öncesinde kişinin tekrar madde kullanma tehlikesiyle karşı karşıya olduğunu gösteren sinyaller vardır. Kişi bu sinyalleri bilirse kayma riskini de fark eder ve karşı koymak için gerekli önlemleri alabilir. Bu sinyaller;

- Alkol veya uyuşturucuyu rüyalarında görmeye başlamak
- Alkol/madde kullananlarla görüşmeye başlamak
- Maddeyle ilgili kendine fazla güvemek
- Hiçbir faaliyette bulunmamak
- Alkol/madde ile ilgili olumlu şeyler düşünmeye başlamak
- Öfkeli olmaya başlamak

Kendi yüksek riskli durumlarınızın farkında olursanız ve bunlar karşısında doğru baş etme stratejilerini kullanırsanız, kendinize güvenirseniz bu hastalıktan kurtulabilirsiniz.

- ✓ Bu oturumdan neler anladıkları ve akıllarına takılan sorular soruldu
- ✓ Bir sonraki oturum tarihi, saati ve ne kadar süreceği hastalarla kararlaştırıldı. Oturumların birbirlerini tamamlayan nitelikte olduğu bu sebeple oturumlara düzenli gelmeleri gerektiği vurgulandı.
- ✓ Hastalardan bir sonraki oturuma kadar geçiş relaps tecrübelerini düşünmeleri ve bunları grupla paylaşaları istendi. Alkol ve maddeye tekrar başlamadan önceki duygu ve düşüncelerinin neler olduğu saptandı. Relapsa neden olan yüksek riskli durumları belirlendi ve bunlara karşı nasıl davransalardı kaymaların olmayacağı hakkında tartışmalar gerçekleşirildi.

6. OTURUM: STRESLE BAŞ ETME

AMAÇ: Hastaların stres belirtilerini tanıması ve stresle etkili bir şekilde baş etme becerilerini kazanabilmesi

- Stresi tanıma
- Stres vücudumuzda meydana getirdiği değişiklikleri tanıma
- Stres durumunda kendi başa çıkma davranışlarını tanıma,
- Stresle baş etmede etkili olan ve etkili olmayan davranışları belirleme
- Gevşemeyi kullanabilme,
- Baş etme yöntemlerini öğrenme.

- ✓ Herkese merhaba denildi
- ✓ Bir önceki oturumla alakalı akıllarına takılan bir şey olup olmadığı soruldu
- ✓ Geçen oturumda verilen ev ödevleri tartışıldı

Modern toplumun sorunu olarak ifade edilen stres, aslında günlük hayatın bir parçasıdır. Günümüzde çoğu insan, farkında olmasa dahi yoğun bir stres yüküne sahiptir. Hayatımızda olan kötü durumlar her zaman strese sebep olmaz bazen meydana gelen evlenmek, çocuk sahibi olmak, yeni bir işe başlamak gibi olumlu değişikliklerde bizde strese neden olur.

Hastaların stresle baş etmede kullandığı yöntemler iyileşmede ve relapsların önlenmesinde belirleyici faktörlerdir. Stresle etkili baş etme yöntemleri ile hastaların iyi oluş düzeylerinin de artacağı düşünülmektedir. Stresle başa çıkma da, strese verilen yanıtları bilmek önemlidir Stres belirtileri ruhsal, sosyal, duygusal, zihinsel ve fiziksel olmak üzere beş gruba ayrılmaktadır. Bu belirtilerin birbirini etkilemekte olduğu vurgulanmıştır. "Örneğin; öfkeli bir davranışa baş ağrısı ile tepki verilirken, ağrı bireyin uykusunu bölecek, uykusuz kalmak da ruh durumunu olumsuz yönde etkileyecektir" Stres belirtileri, bireysel farklılıklara bağlı olmaktadır.

Stres Sırasında Vücudumuzda Ne Gibi Değişiklikler Olur?

- 1. Fiziksel Belirtiler: Baş ağrısı, düzensiz uyku, sırt ağrıları, çene kasılması veya diş gıcırdatma, kabızlık, ishal ve kolit, döküntü, kas ağrıları, hazımsızlık ve ülser, yüksek tansiyon veya kalp krizi, aşırı terleme, iştahta değişiklik, yorgunluk veya enerji kaybı, kazalarda artış.
- 2. Duygusal Belirtiler: Kaygı veya endişe, depresyon veya çabuk ağlama, ruhsal durumun hızlı ve sürekli değişmesi, asabilik, gerginlik, özgüven azalması veya güvensizlik hissi, aşırı hassasiyet veya kolay kırılabilirlik, öfke patlamaları, saldırganlık veya düşmanlık duygusal olarak tükendiğini hissetme.
- 3. Zihinsel Belirtiler: Konsantrasyon, karar vermede güçlük, unutkanlık, zihin karışıklığı, hafızada zayıflık, aşırı derecede hayal kurma, tek bir fikir

veya düşünceyle meşgul olma, mizah anlayışı kaybı, düşük verimlilik, İş kalitesinde düşüş, hatalarda artış, muhakemede zayıflama.

- 4. Sosyal Belirtiler: İnsanlara karşı güvensizlik, başkalarını suçlamak, randevulara gitmemek veya çok kısa zaman kala iptal etmek, İnsanlarda hata bulmaya çalışmak ve sözle rencide etmek, haddinden fazla savunmacı tutum, bir çok kişiye birden küs olmak, konuşmamak.

Olağan durumlar dışında bu belirtiler sık görülmeye başlarsa, stres altındasınız demektir.

Stresle başa çıkmada etkili olmayan yollar:

1. Madde Bağımlılığı: Sigara ya da alkol sıklıkla kullanılan bir gevşeme aracıdır. Birey stres veren durumla karşılaştığında otomatik olarak bu maddelere yönelebilir. Oysa alkol ve sigaranın sağlığa olan zararları, stresin ilk anda verdiği zararın çok üzerindedir. Uzun vadede fizyolojik ve psikolojik bağımlılığa yol açtığı için başlı başına bir stres faktörü olmaktadır.
2. Aşırı Yemek Yeme: Başlangıçta rahatlatıcı olmakla birlikte, bu tür bir davranış kendi başına ya da alınan kilolar nedeniyle ek bir stres kaynağı haline gelebilmektedir.
3. Kontrolsüz Alış veriş: Kendisine değer vermek, yenilik yapabilmek amacıyla başlanan alış veriş, kontrol edilemez boyuta gelirse, borçlanma nedeniyle birey bir süre sonra istek ve ihtiyaçlarını ertelemek durumuna gelerek daha yoğun stres yaşayabilir.
4. İçe Kapanma: Bazı bireyler strese tepki olarak, geri çekilip, içe kapanabilir. Pasifleşerek sorunlarıyla yüzleşmekten kaçınabilir. Sorunlarını tümüyle yok sayarak, olayların dışına çıkabilir. Başlangıçta stres yaratıcı olaydan uzak kalsa bile sorun çözümlenmemiş olur.

5. Aşırı Tepki Gösterme: Küçük hayal kırıklıklarından ya da değişikliklerden olumsuz etkilenme aşırı tepki vermeyle ortaya çıkabilir. Başkalarına yönelik öfke nöbetleri, kırıcı olma, kaygılanma v.b. bunlardan bazılarıdır. Bu davranışın alışkanlık haline gelmesi bireyi yalnızlaştıracağından strese daha yatkın hale gelebilir.
6. Biriktirme: Birey, stres karşısında hiç tepki göstermeyip, yaşanan sıkıntıyı içine atabilir. Bu birikimler dayanılamayacak duruma geldiğinde hiç tepki vermeyeceği olaylara karşı çok şiddetli tepki verebilir. Birikim kapasiteyi zorladığından, birey daha stresli hale gelebilir.

Stresle başa çıkmada etkili olan yollar:

Zamanı iyi yönetme, problem çözme teknikleri kullanma, aşırı genellemelerden kaçınma, kişiler arası ilişkiler ve sosyal etkinlikler geliştirme, fiziksel aktivitelerde bulunma, dengeli beslenme, gevşeme egzersizleri uygulama, zihinde canlandırma yaparak stresle daha kolay başa çıkılabileceği belirtilmektedir.

1. Zaman Yönetimi: Başlangıçta hepimizin eşit olarak sahip olduğu tek kaynak olan zamanı, zaman yönetimi konusunda kararlılık sergileyen kişiler başarılı bir biçimde yönetebilirler.
2. Problem Çözme Teknikleri Kullanma: En çok kontrol edilebilecek sorunlar üzerinde kullanılır. Şöyle bir yol izlenebilir:
    - Stres yaratan durum neden oluştu?
    - Durumu sadece o kişi mi sorun görüyor?
    - Bireyin kendi katkısı var mı?
    - Katkısı olabilecek başka şeyler ya da kişiler var mı?
    - Çözüm için olabildiğince çok seçenekler var mı?

Bu sorulara cevap arayan birey stres yaratan durumdan uzaklaşarak çözüm için adım atmış olacaktır.

3. Aşırı Genellemelerden Kaçınma: Tek bir olaydan hareketle, bütüne yönelik olumsuz düşünceler geliştirilmemelidir. Sınavım kötü geçti, ben bu sene sınıfı geçemeyeceğim gibi. Oysa bu sınavım kötü geçti ama diğer sınavlara daha iyi hazırlanabilirim tarzı düşünce daha yapıcıdır. Kişinin kendi kendine yaptığı bu tarz olumsuz genellemeler, zaman geçtikçe otomatikleşir ve olumlu bir içerikle kolaylıkla yer değiştirmez.
4. Kişiler Arası İlişkileri Geliştirme: Stresli durumlar insanlarla ilişkilerden kaynaklanabiliyor olsa da, bu kişilerle tartışabilmek, çözüm için bir anahtar olabilir. Tartışmalar sırasında "sen" dilini kullanmadan"ben"li cümlelerle sorumluluğu üzerine almak iletişimi ve ilişkiyi güçlendirebilir. "Sen beni anlamak istemiyorsun" yerine "kendimi yeterince anlatamadığımı düşünüyorum" daha yapıcı olacaktır.
5. Sosyal Etkinlikleri Geliştirme: Rutinler dışında farklı bir etkinliği denemek, yeni bir şeyler öğrenmeye çalışmak, zihni dinlendirmeye yardımcı olabilir. Farklı bir öğün, farklı bir saç kesimi, eski bir arkadaşı aramak, konsere, sinemaya, tiyatroya gitmek, dergi ya da roman okumak gibi etkinlikler rutinlerin oluşturduğu stresten uzaklaşmak için yararlı olabilir.
6. Fiziksel Aktivite: Doğru egzersiz birçok amaca birden hizmet edebilir. Bireyin becerilerini, kas gücünü artırabilir, kilo vermeye ve almamaya yardımcı olabilir, kalbin beden dokularına kolaylıkla oksijen almasını kolaylaştırarak bedenin genel fizyolojik koşullarını iyileştirebilir. Egzersiz, bedenin stresle oluşan hormonlardan arınmasına yardımcı olur dolayısıyla stres karşısında ani tepki vermeyi engelleyebilir.

7. Dengeli Beslenme: Çay, kahve, çikolata, kakao, kolalı içecekler strese yol açan besinlerdendir. Bu besinler, stres tepkisini başlatan kimyasal maddeler içerirler. Uyanıklık ve hareketliliği artırırlar.
8. Dolayısıyla bu besinlerin yerine ıhlamur, ada çayı gibi bitki çayları, meyve tüketilebilir. Beslenme alışkanlıklarını düzenleyerek, enerji düzeyi, strese karşı gösterilen tepkiler ve genel sağlık üzerinde bireyin kontrolü artırılabilir.
9. Gevşeme Egzersizleri: Gevşeme egzersizleri yapılabilir.
10. Zihinde Canlandırma: Bireyin kendisini rahatlatan bir durumu ya da ortamı hayal etmesi stresin yarattığı olumsuz duygu ve düşüncelerden uzaklaşmasına, stresle başa çıkmada alternatif yollar bulmasına yardımcı olabilir.

STRESLE BAŞ ETMEK İÇİN;

Stresi kontrol etmenin ilk adımı, stresin farkında olmaktır. Yapmanız gereke ilk şey kendi fiziksel, duygusal, zihinsel ve sosyal özelliklerinizi iyi analiz etmek ve normal dışı durumlardaki bu belirtilerin farkına vararak stres yaratıcı durumla en iyi şekilde başa çıkabilmektir.

- Stres kaynağınızla yüzleşin.
- Yardım istemekten çekinmeyin.
- Zamanınızı iyi kullanın.
- 'Hayır' demeyi öğrenin.
- Düşünce tarzınızı değiştirin ve iyimser olmaya çalışın.
- Öfkenize hakim olmaya çalışın.
- Mücadeleden vazgeçmeyin.
- Rahatlayın.

- Alkol ve maddeye tekrar başlama konusunda bir arzu duyabilirsiniz ve bu sizde önlenemez bir strese dönüşebilir. Bu konuyla tek başınıza mücadele etmeye çalışmayın. Sağlık çalışanlarından destek alabilirsiniz. Onlar size yardım edecektir.

Gevşeme eğitiminde, önce doğru nefes almayı öğrenmek gerekir. İyi nefes ağır, derin ve sessiz olmalıdır. Ciğerlerimiz sadece nefes almak için degil; duygusal olarak kendimizi anlatmanın da bir yoludur. Stresin yoğunluğu artıkça kişi nefes nefese kalır. Normalde dakikada 16 nefes alınırken, stres altında bu sayı 20'ye çıkabilir. Nefes alış verişi sıklaşınca göğüs ağrısı, çarpıntılar, kalp atışları, sık bayılmalar, baş dönmesi, hafıza bozuklukları, dikkatsizlik, endişe ve paniğe benzer semptomlar görülebilir. Bütün bunlar için yavaşça, sakin ve derinden nefes almaya çalışılmalıdır. Örneğin, nefes üçe kadar sayılarak alınmalı, onikiye kadar sayarak tutulmalı ve nefes verme altıya kadar sayarak tamamlanmalıdır. Her sayı bir saniyeye karşılık olarak düşünülebilir. Gevşeyip dinlenebilmek için kollar bacaklara değecek şekilde, baş ve vücut öne eğik olarak rahat oturunuz. Mümkünse bacak bacak üstüne atmayınız. Bu pozisyonu aldıktan sonra şunları yapınız:

Kendi kendinize "nefes al" (inhale) deyiniz ve nefes alınız: Nefesi vermeden önce "gevşe" (relax) deyiniz ve nefesinizi veriniz. Nefes alıp verme hareketinizi bu sözcüklere bağlamayı öğreniniz. Bunu her gevşeme eğitiminden önce iki-üç kere yapınız.

Bedeni gevşetebilme yolundaki ilk adım nefesi kontrol etmektir. Nefes egzersizi, özellikle fizyolojik gerginliklerin (Mide bulantısı, titreme, nefes darlığı vb.) Giderilmesi için kullanılan ilk yöntemlerden biridir.

Doğru nefes almak için;

- Sağ elimizi göğsümüze sol elimizi karnımızın üzerine yerleştirelim.

- Burnumuzdan nefes alıp (İçimizden 4'e kadar sayıp) 4saniye bekleyip aldığımız nefesi ağzımızdan (İçimizden 4'ekadar sayıp) yavaşça verelim.
- Nefes alıp verme sırasında eğer göğüs kafesimiz (sağelimiz) hareket ediyorsa yanlış nefes alıyoruz demektir.
- Nefes alırken sadece şuna dikkat edelim: Nefes aldığımızda karnımız şişecek (sol el hareket edecek)nefesimizi tuttuğumuz sürece şiş kalacak ve verirken de içeriye doğru hareket edecek.

Daha sonra vücudunuzu gözden geçirerek gergin olan kaslarınızı fark etmeye çalışınız ve mümkün olduğu kadar gevşetiniz. Özellikle, eller, çene, ense, dil, yüz ve alın kaslarınızı gevşetrneye çalışınız. Gevşetemediğinizi hissederseniz, bu kaslarınızı ayrı ayrı önce geriniz sonra da gevşek bırakınız. Büyük kas grupları ikiye ayrılır ve şu sıraya göre çalışılabilir:

Birinci aşama: Eller, kollar, yüz, boyun, omuz kasları.

İkinci aşama: Sırt, gögüs, karın, nefes alma, kalçalar, bacaklar ve ayaklarla ilgili kaslar.

'Bu kaslarınızı sırasıyla geriniz. Gerginliği 5 saniye kadar devam ettiriniz. Her kası iki kere gerebilirsiniz. İki germe arasından 10-15 saniye kadar bir süre geçmelidir. Bütün kaslarınızı bir sıra içinde önce geriniz, sonra gevşetiniz. Bu kas germe ve gevşetme hareketlerini yaparken gözlerinizi kapatabilirsiniz. Ellerinizin, ayaklarınızın ve tüm vücudunuzun rahat ve sıcak oldugunu kendi kendinize telkin ediniz. Ayrıca kendinizi Akdeniz kıyısında bir kumsalda, güneş altında hayal ediniz. Sahile çarpan pırıl pırıl dalgaları ve martı seslerini düşününüz. Martıların ve dalgaların seslerini duymaya çalışınız. Ya da bir kırda olduğunuzu, rengarenk çiçekleri ve çeşitli kuşların seslerini, böceklerin seslerini ve hareketlerini hayal ediniz. Veya hayalinizde uçsuz

bucaksız bir denizi seyrediniz, ya da göldeki balıkları izleyiniz. Kendinizi bunlardan biri üzerine konsantre ediniz. Bir yandan da kaslarınızı önce geriniz, sonra gevşetiniz.

Elinize içi su dolu sürahiyi aldığınızda başlangıçta ağırlığını çok fazla hissetmesiniz. Ancak süre geçtikçe ve sürahiyi aynı şekilde elinizde tuttukça giderek ağırlığının arttığını ve kolunuzun yorulmaya başladığını fark edersiniz. Artık içi su dolu sürahinin ağırlığı, süre geçtikçe artacak, parmaklarınızın, elinizin, kolunuzun gerildiğini, acımaya başladığını ve artık giderek taşıyamayacak kadar güçsüzleştiğinizi hissedeceksinizdir. Bu nokta da onu taşımaya devam ederseniz ya sürahi elinizden düşüp kırılacak, etrafa ve size zarar verecektir ya da onu kırmadan ve etrafa zarar vermeden başka şeyler yapmanız gerekecektir. Oysa ki sürahiden biraz suyu boşaltıp ağırlığını hafifletmek, el değiştirmek, hatta bırakmak, kolunuzu dinlendirmek, hatta bu yükü başkasıyla paylaşmak hepimizin ihtiyacı olabilir zaman zaman. İşte stresli olaylar karşısında da bazen buna benzer şeyler yaşayabiliriz.

- ✓ Bu oturumdan neler anladıkları ve akıllarına takılan sorular soruldu
- ✓ Bir sonraki oturum tarihi, saati ve ne kadar süreceği hastalarla kararlaştırıldı. Oturumların birbirlerini tamamlayan nitelikte olduğu bu sebeple oturumlara düzenli gelmeleri gerektiği vurgulandı.

7. OTURUM: ALKOL VE MADDEYLE İLGİLİ OLAN DÜRTÜLERİMİ KONTROL ETMEYİ ÖĞRENİRSEM ALKOL VE MADDEYE TEKRAR BAŞLAMAM

AMAÇ: Hastaların duygu, düşünce ve davranış arasındaki ilişkiyi çözmeleri ve alkol ve maddeyle ilgili duygu ve düşüncelerinin farkına varmalarını sağlayarak bunun davranışa dönüşmesini engellemek.

Duygu, düşünce ve davranış arasındaki bağı anlamak

Alkol ve maddeyle ilgili olan dürtülerin nasıl kontrol edilebileceğini anlamak

- ✓ Herkese merhaba denildi
- ✓ Bir önceki oturumla alakalı akıllarına takılan bir şey olup olmadığı soruldu

Duygu bir histir. Pekçok yazar temel duyguların neler olduğu konusunda çeşitli çalışmalar yapmışlardır. Genel olarak temel duygularımız öfke, üzüntü, korku, mutluluk, sevgi, şaşkınlık, iğrenme, utanç olarak belirlenmiştir. Duygularımız iki işe yarar. İlki bir işi yapmak için harekete geçmek için bize enerji verir, ikincisi ise nasıl davranacağımızı şekillendirir. Düşünce ise bilişsel bir süreçtir. Olaylar karşısındaki duygularımızı belirleyen o olaylardan çok olaya verdiğimiz anlamlardır. Yani aynı olay karşısında herkesin duyguları aynı olmayabilir. Örneğin sınavdan kalan bir öğrenci bu benim son şansımdı, anlaşılan ben bu sınavdan geçemeyeceğim vb. düşünürse hissedeceği duygu üzüntü, umutsuzluk, öfke olacak fakat bu sınavda yaptığım hataları bir sonrakinde yapmayacağım, daha iyi çalışmam lazım, ben bu sınavı geçecek yeteneklere sahibim vb. düşünen kişide ise öfke, üzüntü duyguları daha az olacak umutsuzluk duygusu ise umutla yer değiştirecektir.

Davranış ise duygu ve düşüncelerimiz ışığında meydana getirdiğimiz eylemlerdir. İnsanların aynı olaylara verdiği tepkiler aynı olmamakla beraber aynı insanında farklı zamanlarda aynı olaya verdiği tepki farklı olabilir. Bunun nedeni olaylar karşısındaki düşünce ve duygularımızın farklı oluşudur. Örneğin eşinden ayrılmış bir insan bunun onun için bir son olduğunu, artık eskisi gibi mutlu olamayacağını düşünürse hissedeceği duygu çaresizlik, üzüntü, öfke; davranışı ise içe kapanma, kendine ya da çevresine zarar verme şeklinde olabilir. Fakat aynı olay karşısında bunun dünyanın sonu olmadığını, önünde uzun bir hayatın olduğunu, yeni insanlarla tanışabileceğini düşünürse hissedeceği duygu belki daha az üzüntü ve umut; davranışı ise sorumluluklarını yerine getirmeye devam etme, yeni ilişkiler kurma şeklinde olur.

Hayatımızda birçok olayla karşı karşıya kalırız ve bunların birer sonucu olur. Bizler bu olayların sonucu doğurduğunu düşünürüz aslında olay karşısındaki duygu düşünce ve davranışlarımız sonucu doğurur. Aynı olay karşısında farklı düşünce ve davranışlara sahip olursanız sonuç değişecektir.

Yani farklı düşünceler farklı davranışlara yol açar. Bu sebeple kendinizle alakalı olumsuz düşünceleri olumlularıyla değiştirmeniz gerekir. Ben iyileşmeyeceğim, bu bağımlılık illeti beni bırakmayacak, gelen alkol ve madde tekliflerine hayır diyemem gibi bizi umutsuzluğa tekrar alkol ve madde kullanmaya yönlendiren düşünceleri daha olumlu olan bunlar sadece düşünce, inanırsam bu ileten kurtulurum, madde teklifine hayır demek benim elimde, her şey daha güzel olacak gibi düşüncelerle değiştirin.

Hastalardan gelecek oturuma kadar geçmişte kendilerini alkol ve madde kullanmaya iten duygu ve düşüncelerini, bu düşüncelerin yerine konabilecek alternatif düşünceleri yazmalarını, yazamıyorlarsa dahi bunu düşünüp gelecek oturum gruptaki arkadaşlarıyla paylaşmaları istendi.

Taburcu olduktan sonra dönem dönem şiddetli bir şekilde alkol ve madde kullanma isteği hissedebilirsiniz. Bu normal bir duygudur. Bir şeyi düşünmek, istemek onu yapmak değildir. Bu isteğin geldiği anlarda kendinize bu isteğim şimdi çok güçlü fakat dişimi sıkarsam 10-15 dk içerisinde kaybolacak, tedavi olmak için çok çabaladım şimdi içersem tüm emeklerim heba olacak gibi telkinler vermeniz gerekir. Bununla beraber alkol ve madde kullanma isteğinin yoğun olduğu anlarda şunları da yapabilirsiniz:

- Derin nefes egzersizleri
- Gevşeme egzersizleri
- Dikkati başka yöne toplama
- Riski ortamlara girmeme
- Size destek olacak insanlarla konuşma gerekirse profesyonel destek alma

- Tedavi için harcadığınız zamanı verdiğiniz emeği düşünme ve bir defa içerseniz tüm emeklerinizin boşa çıkacağını kendinize hatırlatma

Kendinizi kötü hissettiğinizde sizi alkol ve madde kullanmaya sürükleyen bazı düşünceler vardır. Bunların farkında olun ve bu düüncelerin yanlış olduğunu kabul edin!!!

- Huzursuzluk - "içmek rahatlatır!"
- Yalnızlık - "içmek yalnızlığımı azaltır!"
- Neşe - "şimdi gidip içilir!"
- Acı - "içmek unutturur!"
- Öfke - "içmek sakinleştirir!"

Bu duygu düşünce bağını kırmak için size verilen coping cardları okuyun, biriyle konuşun, derin nefes ve gevşeme egzersizleri yapın, ortam değiştirin, karşıt düşünceler geliştirin, geçmişte bağımlılığın size zararlarını hatırlayın, ayık kaldığınız dönemin olumlu yanlarına odaklanın, alkol ve madde kullanma kararınız erteleyin.

DUYGU VE DÜŞÜNCELERİNİZİ DAVRANIŞA GEÇİRMEDİĞİNİZ SÜRECE SORUN YOKTUR. BU DUYGU VE DÜŞÜNCELER GEÇİCİDİR. SİZ ONLARA ISRARLA KULAK VERMEZSENİZ BELİRLİ BİR SÜRE SONRA AZALARAK YOK OLACAKLARDIR.

- ✓ Bu oturumdan neler anladıkları ve akıllarına takılan sorular soruldu
- ✓ Bir sonraki oturum tarihi, saati ve ne kadar süreceği hastalarla kararlaştırıldı. Oturumların birbirlerini tamamlayan nitelikte olduğu bu sebeple oturumlara düzenli gelmeleri gerektiği vurgulandı.

8. OTURUM: İNANIRSAM ALKOL VE MADDEDEN KUTULABİLİRİM

- Bir önceki oturumla ilgili akıllarına takılan sorular soruldu
- Geribildirimler alındı

- Değerlendirme ve kapanış yapıldı
- Gelecekle ilgili hastaların beklentilerinin açığa çıkarılması

Umut sözcüğü günlük dilde daha çok herhangi bir alandaki olumlu beklentileri ifade etmek amacı ile kullanılır. Umut hayatınıza yön veren motivasyonel bir güçtür. Umut, geçmiş, şimdi ve gelecekte belirlenen hedeflere ulaşabilme kararlılığı ve hedefe ulaşabilmek için uygun yolları planlayabilme duygusundan oluşur. Özellikle umut düzeyi yüksek bireyler, yaşamlarını daha iyi yönetme becerisine sahiptirler.

Diğer yandan insan, yaşamında birçok zorlukla karşı karşıya kalabilmektedir. Fakat böyle durumlarda umut, kişinin güçlü durmasına yardımcı olmakta ve yaşamını sürdürmesine katkı sağlamaktadır. Yapılan bir çalışmada umutlu insanların, olumsuz durumlar karşısında daha dirençli oldukları görülmüştür.

Bağımlılık tedavisinde kişinin tedaviye uyumu ve kişinin motivasyonu oldukça önemlidir. Alkol ve madde kullanıcıları ‘bu hastalığın bir tedavisi olmadığı' düşüncesindedir. Bu yanlış bir düşüncedir! İstekli ve kararlı olmak tedaviyi mümkün hale getirir. Bağımlılığın tedavisi uzun bir süreç gerektirir. Kişi tedavide ne kadar uzun süre kalırsa başarılı olma ihtimali de o kadar artmış olur. Başarılı bir sürecin devamı için kişinin kendisine bağımlı olduğunu hatırlatması, tedaviye uyum göstererek süreci yarıda kesmemesi gerekir. Tedavinin başarılı olmasını etkileyen en önemli faktör ise kişinin istekli ve kararlı olmasıdır.

Bir şeyi yapabileceğimize inanmak onu yapmak kadar önemlidir. Kendiniz hakkında sahip olduğunuz bazı olumsuz düşünceler (asla iyileşmeyeceğim, iyi bir insan olsaydım bunlar benim başıma gelmezdi, tüm bunları hak ediyorum vb.) iyileşme şansınızı azaltır. Tüm bu kendiniz hakkında sahip olduğunuz olumsuz düşüncelerin farkında olun ve bu düşüncelerin sizi olumsuz etkilemesine izin vermeyin.

Umut, kişinin başarıya ulaşmak için çeşitli yollar olduğuna inanması ve bu yolları kullanmak için motivasyonunun olmasıdır.

UMUTLU OLMAK SİZE NELER KAZANDIRIR?

- Umutlu insanlar problemlerinin çözümünde daha fazla çözüm yolu bulurlar.
- Umut, sosyal ilişkilerde önemli katkılar sağlar.
- Umut, alkol ve madde bağımlılığı hastalığı ile baş etmede önemli bir etkendir.
- Umutlu kişiler başkaları ile daha güçlü bağlar kurarlar.
- Umutlu olmak kaygılarımızı azaltır.
- Umutlu olmak tekrar alkol ve maddeye başlamanıza engel olur.

UMUDUNUZU ARTIRMAK İÇİN;

- Gelecekle ilgili amaçlar edinin.
- Önemli hedefler için kendinize vakit ayırın.
- Yaşamınızı öyle düzenleyin ki, dışarıdan gelen talepler amaçlarınızın önüne geçmesin.
- Amacınıza uygun farklı alternatif yollar bulun.
- Büyük amaçlarınızı daha küçük hedefler şeklinde bölün.
- Yardım istemekten çekinmeyin.
- Bu yolda sizinle beraber yürüyecek yakınlarınızı iyi seçin.
- Etrafınızda olan küçük şeylerin farkında olun.

Bir şeyi yapabileceğimize inanmak bazen bir farklılık yaratır. Kendinize gülümsemeyi ihmal etmeyin…

- ✓ Bu oturumdan neler anladıkları ve akıllarına takılan sorular soruldu ve tartışıldı.
- ✓ Psikoeğitim oturumlarının bitmesinin ardından, hastalara Ek-10'da gösterilen Coping Kartlar dağıtıldı.

EK-10. COPİNG KART



Kendime güveniyorum ve gelen madde tekliflerine hayır diyeceğim.





Alkol ve madde kullanma isteğim geldi. Riskli ortamlara girmez ve iyileşmemde bana destek veren insanlarla zaman geçirirsem tekrar maddeye başlamam.





Benim Alkol ve Madde Bağımlılığı adında gerçek bir beyin hastalığım var. Bu hastalıktan kurtulamayacağımı düşünüyorum fakat aldığım tedavi etkisini gösterince benim için bir çok şey değişecek.



EK-11. BİLGİLENDİRİLMİŞ OLUR FORMU

Sayın katılımcı;

Sizi Atatürk Üniversitesi tarafından yürütülen "**Alkol Ve Madde Kullanım Bozukluğunda Bilişsel Davranışçı Model Temelli Psikoeğitim Destekli Müziğin Stres, Öz Yeterlilik Ve Relaps Düzeyine Etkisi**" başlıklı **araştırmaya** davet ediyoruz. Bu araştırmaya katılıp katılmama kararını vermeden önce, araştırmanın neden ve nasıl yapılacağını bilmeniz gerekmektedir. Bu nedenle bu formun okunup anlaşılması büyük önem taşımaktadır. Eğer anlayamadığınız ve sizin için açık olmayan şeyler varsa, ya da daha fazla bilgi isterseniz bize sorunuz.

Araştırmayla İlgili Bilgiler

Araştırmanın Amacı: Bu çalışmanın amacı, Alkol Ve Madde Kullanım Bozukluğunda Bilişsel Davranışçı Model Temelli Psikoeğitim Destekli Müziğin Stres, Öz Yeterlilik ve Relaps Düzeyine etkisini incelemektir.

Araştırmanın Öngörülen Süresi: Bu araştırmanın süresi, Ekim 2018-Nisan 2019 tarihleri arasında olmak üzere, izlem aşamasıyla birlikte toplam 6 aydan oluşmaktadır.

İzlenecek İşlemler: Araştırmamıza katılmayı kabul eden bireyler deney ve kontrol olmak üzere iki gruba ayrılacaktır. Deney grubunda yer alan bireylere, gruplar halinde ilk 2 hafta haftada 3 gün, son hafta ise 2 gün olmak üzere toplam 8 seans girişim planlanmaktadır. Her bir oturum yaklaşık bir saat sürecektir. Bunun ilk 25-30 dakikasında BDT temelli öz yeterliliği geliştirici psikoeğitim gerçekleştirilecektir. Sonraki 30 dakika boyunca ise müzik dinletisi yapılacaktır. Her seans, müzik dinletisiyle beraber derin nefes egzersizleri ve gevşeme egzersizleri yapılacaktır. Genel müdahalenin başında, 3 haftalık müdahalenin sonunda ve müdahalenin sonlandırılmasını takiben izlem aşamasının 4. ve 6. aylarında sizlerin öz yeterlilik ve stres düzeyleri değerlendirilecektir.

Kontrol grubunda yer alan bireylerin ise araştırmanın 0., 1., 4., ve 6. aylarında öz yeterlilik ve stres düzeyleri değerlendirilecektir.

Bu çalışmaya katılmak tamamen **gönüllülük** esasına dayanmaktadır. Çalışmaya **katılmama** veya katıldıktan sonra herhangi bir anda çalışmadan **çıkma** hakkında sahipsiniz; **bu durum herhangi bir cezaya ya da sizin yararlarınıza engel duruma**

yol açmayacaktır. Araştırmanın sonuçları bilimsel amaçla kullanılacaktır. Size ait tüm bilgileriniz gizli tutulacaktır ve araştırma yayınlansa bile kimlik bilgileriniz verilmeyecektir, ancak araştırmanın izleyicileri, yoklama yapanlar, etik kurullar ve resmi makamlar gerektiğinde tıbbi bilgilerinize ulaşabilir. Siz de istediğinizde kendinize ait tıbbi bilgilere ulaşabilirsiniz.

Bu araştırma kapsamında herhangi bir ilaç veya tedavi yöntemi uygulanmayacaktır. Araştırmaya bağlı bir zarar söz konusu olduğunda, bu durumun tedavisi sorumlu araştırıcı tarafından yapılacak, ortaya çıkan masraflar Kübra KAYAOĞLU tarafından karşılanacaktır. Araştırma sırasında sizi ilgilendirebilecek herhangi bir gelişme olduğunda, bu durum size veya yasal temsilcinize derhal bildirilecektir. Bu araştırmada yer almanız nedeniyle size herhangi bir ödeme yapılmayacaktır.

Yukarıda gönüllüye araştırmadan önce verilmesi gereken metni okudum. Bunlar hakkında bana yazılı ve sözlü açıklamalar yapıldı. Bu koşullarla söz konusu klinik araştırmaya kendi rızamla, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın katılmayı kabul ediyorum.

Gönüllünün Adı-Soyadı:

İmzası:

Araştırmacının Adı-Soyadı:

İmzası:

EK-12. KURUM İZNİ

T.C.
ELAZIĞ VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü

ELAZIĞ İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ - ELAZIĞ SAĞLIK HİZMETLERİ İZLEME DEĞERLENDİRME VE DENETİMİ BİRİMİ
19/09/2018 17:24 - 44820559 - 604.02 - E.491
00076905167

Şube: 44820559
Konu: Araştırma İzni

ELAZIĞ RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI HASTANESİ BAŞHEKİMLİĞİ'NE

İlgi: 06.09.2018 tarih ve E.10790 sayılı yazısınız.

Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı doktora programı öğrencisi Kübra KAYAOĞLU'nun "Alkol ve Madde Kullanım Bozukluğunda Bilişsel Davranışçı Model Temelli Psikoeğitim Destekli Müziğin Algılanan Stres ve Öz Yeterlilik Düzeyine Etkisi" konulu doktora tez çalışmasını hastanenizde yapabilmesine dair olumlu görünüşünüz ilgi yazıyla tarafımıza bildirilmiştir. Söz konusu kişiye ait araştırma talebi 17.09.2018 tarihinde toplanan komisyonda değerlendirilmiş olup, yapılmasında Müdürlüğümüzde sakınca bulunmadığına karar verilmiştir. İlgili araştırmaya ait komisyon kararları yazımız ekinde yer almaktadır.

Bilgilerinize rica ederim.

Uzm. Dr. Ramazan GÜRGÖZE
Sağlık Hizmetleri Başkanı

EK:
Komisyon Kararları (1 Sayfa)

Elazığ İl Sağlık Müdürlüğü/ İzleme ve Değerlendirme Şube Müdürlüğü Cumhuriyet Mah. General Hulusi Sayın Cad. No:6 (Akgün Otel Altı) ELAZIĞ
İletişim İçin S. AĞA
Telefon: (424) 218 40 31 Faks: (424) 238 65 06
Elektronik Ağ. www. Esm.gov. tr/

Evrakın elektronik imzalı suretine http://e-belge.saglik.gov.tr adresinden 3e505a9b-03e8-4457-8fad-c0865eea9135 kodu ile erişebilirsiniz.
Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

EK-13. BİLİŞSEL DAVRANIŞÇI TERAPİ EĞİTİMİ KATILIM BELGESİ

EK-14. TEZ ADI/KONUSU DEĞİŞİKLİĞİ BİLDİRİM FORMU

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
Graduate School of Health Sciences

TEZ ADI DEĞİŞİKLİĞİ BİLDİRİM FORMU

Öğrencinin Adı ve Soyadı	Kübra KAYAOĞLU
Ana Bilim Dalı	**Psikiyatri Hemşireliği**
Öğrencinin Kayıtlı Olduğu Program Türü	Doktora

Psikiyatri Hemşireliği Ana Bilim Dalı Başkanlığına

Danışmanlığını yürüttüğüm ve yukarıda bilgileri yazılı olan bilim dalımız öğrencisinin Tez adı aşağıda belirtilen şekilde değiştirilmiştir. Bilgilerinize arz ederim. 24.01.2020

Doç.Dr. Özlem ŞAHİN ALTUN
İmza

Değişiklik Türü	Tez Adı Değişikliği ☒
Tezin Eski Adı	**Alkol Ve Madde Kullanım Bozukluğunda Bilişsel Davranışçı Model Temelli Psikoeğitim Destekli Müziğin Stres Ve Öz Yeterlilik Düzeyine Etkisi**
Tezin Yeni Adı	**Alkol Ve Madde Kullanım Bozukluğunda Bilişsel Davranışçı Model Temelli Psikoeğitim Destekli Müziğin Stres, Öz Yeterlilik Ve Relaps Düzeyine Etkisi**
Tezin İngilizce Adı	**The Effects Of Cognitive Behavioral Psychoeducation Supported The Music On Perceived Stress, Self Sufficiency And Relapse Levels İn Alcohol And Substance Abuse Disorders**
Değişikliğin Gerekçesi	Tez İçeriğinin Yansıtılması

	Tez Savunma Jüri Üyeleri		**İmza**
1	Prof. Dr. Ayşe OKANLI	İstanbul Medeniyet Üniversitesi, Psikiyatri Hemşireliği	
2	Doç.Dr. Özlem ŞAHİN ALTUN	Atatürk Üniversitesi, Psikiyatri Hemşireliği	
3	Prof.Dr.Mehtap TAN	Atatürk Üniversitesi, İç Hastalıkları Hemşireliği	
4	Dr.Öğr.Üyesi.Mine EKİNCİ	Atatürk Üniversitesi, Psikiyatri Hemşireliği	
5	Dr.Öğr.Üyesi.Yalçın KANBAY	Artvin Çoruh Üniversitesi, Psikiyatri Hemşireliği	

OF29_V1_08.01.2020