OPİYAT KULLANIM BOZUKLUĞU OLAN BİREYLERE UYGULANAN PSİKOEĞİTİMLERİN BİREYLERİN BAŞ ETME STRATEJİLERİ VE ANKSİYETE DÜZEYLERİNE ETKİSİ

Nesteren Uygun
181180127

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Psikoloji Anabilim Dalı
Klinik Psikoloji Yüksek Lisans Programı
Danışman: Doç. Dr. Itır Tarı Cömert

İstanbul
T.C. Maltepe Üniversitesi
Lisansüstü Eğitim Enstitüsü
Eylül, 2021

OPİYAT KULLANIM BOZUKLUĞU OLAN BİREYLERE UYGULANAN PSİKOEĞİTİMLERİN BİREYLERİN BAŞ ETME STRATEJİLERİ VE ANKSİYETE DÜZEYLERİNE ETKİSİ

Nesteren Uygun
181180127
Orcid: 0000-0001-8542-5785

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Psikoloji Anabilim Dalı
Klinik Psikoloji Yüksek Lisans Programı
Danışman: Doç. Dr. Itır Tarı Cömert

İstanbul
T.C. Maltepe Üniversitesi
Lisansüstü Eğitim Enstitüsü
Eylül, 2021



JÜRİ VE ENSTİTÜ ONAYI

Bu belge, Yükseköğretim Kurulutarafından 19.01.2021 tarihli *"Lisansüstü Tezlerin Elektronik Ortamda Toplanması, Düzenlenmesi ve Erişime Açılmasına İlişkin Yönerge"* ile bildirilen 6689 Sayılı Kişisel Verilerin Korunması Kanunu kapsamında gizlenmiştir.

ETİK İLKE VE KURALLARA UYUM BEYANI

Bu belge, Yükseköğretim Kurulutarafından 19.01.2021 tarihli *"Lisansüstü Tezlerin Elektronik Ortamda Toplanması, Düzenlenmesi ve Erişime Açılmasına İlişkin Yönerge"* ile bildirilen 6689 Sayılı Kişisel Verilerin Korunması Kanunu kapsamında gizlenmiştir.

TEŞEKKÜR

Bazen yorucu, bazen sıkıcı, bazen de zevkli olan tez yazım sürecinde bilgi ve tecrübesiyle birlikte yardımlarını esirgemeyen, en yoğun zamanlarında bile hiçbir sorunumu çözümsüz bırakmayan, zaman zaman kaybolan motivasyonumu arttırmada desteğini esirgemeyen sevgili hocam ve tez danışmanım Doç. Dr. Itır Tarı Cömert'e;

Meslek hayatımda ilk tecrübelerimi ediniyor olduğum, geleceğimi inşa etmekte bana destek olan, bu çalışmayı yapmama izin veren Sağlık Bilimleri Üniversitesi Erenköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi'ne; zorlandığım zamanlarda ve veri toplama sürecinde desteğini esirgemeyen AMATEM kliniği ekibine; çalışmama vakit ayıran tüm katılımcılara;

Tez konum hakkında ilk fikirlerimin oluşmasını sağlayan iş arkadaşım Yusuf YUSUFOĞLU'na ve bu süreçte kaygılı, kararsız, umutsuz olduğum her anımı paylaşabildiğim, bilgi ve tecrübeleriyle beni destekleyen, sürecimi kolaylaştıran sevgili iş arkadaşlarım Berhudan Şamar'a, Berru Aydın'a, Beste Aşkan Saytaş'a, Dilek Savaş'a, Elif Çinka'ya, Gizem Akülker'e ve Özden Ekli'ye;

Bu süreçte beni yalnız bırakmayan dostlarım Duygu Çap ve Kübra Elif Bakan'a;

Beni bugünlere getiren, maddi ve manevi desteklerini esirgemeyen, yaşamımı kolaylaştıran, kendilerinden uzakta da olsam sevgilerini hep hissettiğim aileme en içten teşekkürlerimi sunarım.

Nesteren Uygun

Eylül,2021

ÖZ

OPİYAT KULLANIM BOZUKLUĞU OLAN BİREYLERE UYGULANAN PSİKOEĞİTİMLERİN BİREYLERİN BAŞ ETME STRATEJİLERİ VE ANKSİYETE DÜZEYLERİNE ETKİSİ

Nesteren Uygun
Yüksek Lisans Tezi
Psikoloji Anabilim Dalı
Klinik Psikoloji Yüksek Lisans Programı
Danışman: Doç. Dr. Itır Tarı Cömert
Maltepe Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, 2021

Bu araştırmanın amacı, psikoeğitimlerin bireylerin baş etme stratejileri ve anksiyete düzeylerine etkisini Erenköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi AMATEM kliniğinde tedavi gören, 18-50 yaş arası opiyat kullanım bozukluğu tanısı almış 65 erkek hastanın oluşturduğu örneklemle incelemektir. Araştırmada veri toplamak amacıyla Demografik Bilgi Formu, Başa Çıkma Tutumları Ölçeği ve Beck Anksiyete Ölçeği kullanılmıştır. Verileri analiz etmek amacıyla SPSS paket programı kullanılarak değişkenler arası ilişkileri incelemek için Pearson korelasyon analizi ve Spearman sıra farkları korelasyon analizi; gruplar arası farkları incelemek için Bağımlı Gruplar T-testi, Wilcoxon İşaretli Sıralar testi, Bağımsız Gruplar T-testi, Mann Whitney-U testi, Tek Yönlü Varyans Analizi ve Kruskall Wallis testleri yapılmıştır. Araştırmanın sonuçlarına göre katılımcıların psikoeğitimler sonrasında genel başa çıkma tutumları, kendine yardım, yaklaşım ve uyum sağlama puanlarının anlamlı düzeyde yükseldiği; sakınma-kaçınma, kendine ceza ve anksiyete puanlarının ise azaldığı görülmüştür. Psikoeğitim öncesi ve sonrası bazı değişkenler arasında anlamlı ilişkiler saptanmıştır. Bu bulgular doğrultusunda sonuçlar ayrıntılı olarak tartışılmıştır.

Anahtar Sözcükler: Opiyat kullanım bozukluğu, psikoeğitim, baş etme stratejileri, anksiyete.

ABSTRACT

EFFECTS OF PSYCHOEDUCATION ON COPING STRATEGIES AND ANXIETY LEVELS OF INDIVIDUALS WITH OPIATE USE DISORDER

Nesteren Uygun
Master Thesis
Department of Psychology
Clinical Psychology Programme
Advisor:Assoc. Dr. Itır Tarı Cömert
Maltepe University Graduate School, 2021

The purpose of this study is to examine the effects of psychoeducation on individuals coping strategies and anxiety levels with a sample of 65 male patients aged 18-50 years who were treated at the AMATEM clinic of Erenköy Psychiatric and Neurological Diseases Training and Research Hospital. Demographic Information Form, Coping Attitudes Scale and Beck Anxiety Inventory were used to collect data in the study. Pearson correlation analysis and Spearman rank difference correlation analysis to examine the relationships between variables using the SPSS package program to analyze the data; Dependent Groups T-test, Wilcoxon Signed Ranks test, Independent Groups T-test, Mann Whitney-U test, One-Way Analysis of Variance and Kruskall Wallis tests were used to examine the differences between groups. According to the results of the research, the general coping attitudes, self-help, approach and adaptation scores of the participants increased significantly after the psychoeducation; avoidance, self-punishment and anxiety scores decreased. Significant relationships were found between some variables before and after psychoeducation. In line with these findings, the results are discussed in detail.

Keywords: Opiate use disorder, psychoeducation, coping strategies, anxiety.

İÇİNDEKİLER

JÜRİ VE ENSTİTÜ ONAYI ii
ETİK İLKE VE KURALLARA UYUM BEYANI iii
TEŞEKKÜR iv
ÖZ v
ABSTRACT vi
İÇİNDEKİLER vii
TABLOLAR LİSTESİ x
KISALTMALAR xi
ÖZGEÇMİŞ xii
BÖLÜM 1. GİRİŞ 1
1.1 Madde Kullanım Bozukluğu 4
1.1.1 Tanım 4
1.1.2 Tarihçe 7
1.1.3. Epidemiyoloji 8
1.1.4. Etiyoloji 8
1.1.4.1.2. Öğrenme kuramı 10
1.1.4.1.3. Sosyal öğrenme kuramı 10
1.1.4.1.4. Bilişsel kuram 11
1.1.4.2. Kalıtımsal etkenler 11
1.1.4.3. Biyolojik etkenler 12
1.1.4.4. Sosyokültürel etkenler 12
1.1.5. Opiyat Kullanım Bozukluğu 13
1.1.5.1. Opiyatlar nedir? 13
1.1.5.2. Opiyat kullanımının tarihçesi 13
1.1.5.3. Opiyat kullanımının epidemiyolojisi 14
1.1.5.4. Opiyat kullanım bozukluğu tedavisi 15
1.1.5.4.1. Farmakoterapi 15
1.1.5.4.2. Psikososyal müdahaleler 17
1.1.5.4.2.2. Psikososyal müdahalelerde terapi modelleri 18
1.1.5.4.3. Ayaktan tedavi 19
1.1.5.4.4. Yatarak tedavi 20
1.1.5.4.4.1. Sigara, alkol ve madde bağımlığı tedavi programı (SAMBA).. 20
1.2 Anksiyete 23
1.2.1 Tanım 23
1.2.2. Anksiyete Belirtileri 24
1.2.3. Epidemiyoloji 25
1.2.4. Etiyoloji 25
1.2.5. Anksiyete ve Madde Kullanım Bozukluğu 26
1.3. Baş Etme Stratejileri 27
1.3.1. Tanım 27

1.3.2 Baş Etme Stratejileri Alt Boyutları 29
1.3.3 Baş Etme Stratejileri ve Madde Kullanım Bozukluğu 31
1.3.4 Baş Etme Stratejileri ve Anksiyete 32
1.4. Araştırmanın Amacı 32
1.5. Araştırmanın Önemi 33
1.6. Araştırmanın Varsayımları 34
1.7. Araştırmanın Sınırlılıkları 34
BÖLÜM 2. YÖNTEM 35
2.1. Araştırma Modeli 35
2.2. Evren ve Örneklem 35
2.3. Veriler ve Toplanması 39
2.3.1. Demografik Bilgi Formu 39
2.3.2. Başa Çıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeği 40
2.3.4. Beck Anksiyete Ölçeği 41
2.4. Verilerin Çözümlenmesi ve Yorumlanması 41
BÖLÜM 3. BULGULAR VE YORUMLAR 43
3.1 Bulgular 43
3.1.1 Verilerin normal dağılım analizi sonuçları 43
3.1.2 Psikoeğitim Öncesi Baş Etme Stratejileri ve Anksiyete Düzeyi Arasındaki İlişkilerin İncelenmesine Dair Pearson Korelasyon Analizi Sonuçları 45
3.1.3 Psikoeğitim Sonrası Baş Etme Stratejileri ve Anksiyete Düzeyi Arasındaki İlişkilerin İncelenmesine Dair Spearman Korelasyon Analizi Sonuçları 47
3.1.4 Baş Etme Stratejilerinin Psikoeğitim Öncesi ve Sonrasında Karşılaştırılmasına İlişkin Bağımlı Gruplar T-testi Sonuçları 49
3.1.5 Anksiyete Düzeyinin Psikoeğitim Öncesi ve Sonrasında Karşılaştırılmasına İlişkin Wilcoxon İşaretli Sıralar Testi Sonuçları 51
3.1.6 Baş Etme Stratejilerinin Yatarak Tedavi Sayısına Göre Karşılaştırılmasına İlişkin Bağımsız Gruplar T-testi Analizi Sonuçları 52
3.1.7 Anksiyete Düzeyinin Yatarak Tedavi Sayısına Göre Karşılaştırılmasına İlişkin Bağımsız Gruplar T-testi ve Mann-Whitney U Testi Analizi Sonuçları 53
3.1.8 Baş Etme Stratejilerinin Daha Önce Alınan Psikoeğitim Sayısına Göre Karşılaştırılmasına İlişkin Bağımsız Gruplar T-testi Analizi Sonuçları 54
3.1.9 Anksiyete Düzeyinin Daha Önce Alınan Psikoeğitim Sayısına Göre Karşılaştırılmasına İlişkin Bağımsız Gruplar T-testi ve Mann-Whitney U Testi Analizi Sonuçları 56
3.1.10 Baş Etme Stratejilerinin Eğitim Düzeyine Göre Karşılaştırılmasına İlişkin Tek Yönlü Varyans Analizi Sonuçları 57
3.1.11 Anksiyetenin Eğitim Düzeyine Göre Karşılaştırılmasına İlişkin Tek Yönlü Varyans Analizi ve Kruskall Wallis Testi Sonuçları 59
3.1.12 Baş Etme Stratejilerinin Sosyoekonomik Düzeye Göre Karşılaştırılmasına İlişkin Tek Yönlü Varyans Analizi Sonuçları 60
3.1.13 Anksiyetenin Sosyoekonomik Düzeye Göre Karşılaştırılmasına İlişkin Tek Yönlü Varyans Analizi ve Kruskall Wallis Testi Sonuçları 62
3.2 Yorumlar 93
3.2.1 Opiyat Kullanım Bozukluğu Olan Bireylerin Baş Etme Stratejileri ile Anksiyete Düzeyleri Arasında Anlamlı Bir İlişki Var Mıdır? 94
3.2.2 Opiyat Kullanım Bozukluğu Olan Bireylerin Baş Etme Stratejileri Psikoeğitim Öncesinde ve Sonrasında Farklılaşmakta Mıdır? 95

3.2.3 Opiyat Kullanım Bozukluğu Olan Bireylerin Anksiyete Düzeyleri Psikoeğitim Öncesinde ve Sonrasında Farklılaşmakta Mıdır? 97
3.2.4 Opiyat Kullanım Bozukluğu Olan Bireylerin Baş Etme Stratejileri ve Anksiyete Düzeyleri Yatarak Tedavi Görme Sayısına Göre Farklılaşmakta Mıdır? 98
3.2.5 Opiyat Kullanım Bozukluğu Olan Bireylerin Baş Etme Stratejileri ve Anksiyete Düzeyleri Daha Önce Aldıkları Psikoeğitim Sayısına Göre Farklılaşmakta Mıdır? 99
3.2.6 Opiyat Kullanım Bozukluğu Olan Bireylerin Baş Etme Stratejileri ve Anksiyeteleri Eğitim Düzeyi Açısından Farklılaşmakta Mıdır? 100
3.2.7 Opiyat Kullanım Bozukluğu Olan Bireylerin Baş Etme Stratejileri ve Anksiyete Düzeyleri Sosyoekonomik Düzey Açısından Farklılaşmakta Mıdır? .. 101
BÖLÜM 4. SONUÇ 103
4.1 Yargı 104
4.2 Öneriler 105
EK'LER 106
EK 1: Demografik Bilgi Formu 106
EK 2: Başa Çıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeği COPE-R 109
EK 3: Beck Anksiyete Ölçeği 110
KAYNAKÇA 111

TABLOLAR LİSTESİ

Tablo 1. Katılımcıların demografik değişkenlere göre dağılımı 36
Tablo 2. Araştırmada Kullanılan Başa Çıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeği ve Beck Anksiyete Ölçeğinin Ön Test ve Son Test Uygulamalarına Ait Betimleyici İstatistikler 43
Tablo 3. Opiyat Kullanım Bozukluğu Olan Bireylerin Psikoeğitim Öncesindeki Başa Çıkma Tutumları ve Anksiyete Düzeyleri Arasındaki İlişkiye Ait Korelasyon Analizi Sonuçları 45
Tablo 4. Opiyat Kullanım Bozukluğu Olan Bireylerin Psikoeğitim Sonrasındaki Başa Çıkma Tutumları ve Anksiyete Düzeyleri Arasındaki İlişkiye Ait Korelasyon Analizi Sonuçları 47
Tablo 5. Opiyat Kullanım Bozukluğu olan Bireylerin Psikoeğitim Öncesi ve Sonrası Başa Çıkma Tutumlarının Paired Sample T-Test ile Karşılaştırılması 49
Tablo 6. Opiyat Kullanım Bozukluğu olan Bireylerin Psikoeğitim Öncesi ve Sonrası Anksiyete Düzeylerinin Wilcoxon İşaretli Sıralar Testi ile Karşılaştırılması 51
Tablo 7. OpiyatKullanım Bozukluğu Olan Bireylerin Baş Etme Stratejilerinin Yatarak Tedavi Sayısı Açısından Bağımsız Gruplar T-Testi ile Karşılaştırılması 52
Tablo 8. OpiyatKullanım Bozukluğu Olan Bireylerin Anksiyete Düzeylerinin Yatarak Tedavi Sayısı Açısından Bağımsız Gruplar T-Testi ve Mann-Whitney U Testi ile Karşılaştırılması 53
Tablo 9. OpiyatKullanım Bozukluğu Olan Bireylerin Baş Etme Stratejilerinin Psikoeğitim Sayısı Açısından Bağımsız Gruplar T-Testi ile Karşılaştırılması 54
Tablo 10. OpiyatKullanım Bozukluğu Olan Bireylerin Anksiyete Düzeylerinin Psikoeğitim Sayısı Açısından Bağımsız Gruplar T-Testi ve Mann-Whitney U Testi ile Karşılaştırılması 56
Tablo 11. OpiyatKullanım Bozukluğu Olan Bireylerin Baş Etme Stratejilerinin Eğitim Düzeyi Açısından Tek Yönlü Varyans Analizi ile Karşılaştırılması 57
Tablo 12. OpiyatKullanım Bozukluğu Olan Bireylerin Anksiyete Düzeyinin Eğitim Düzeyi Açısından Tek Yönlü Varyans Analizi ve Kruskall Wallis Testi ile Karşılaştırılması 59
Tablo 13. OpiyatKullanım Bozukluğu Olan Bireylerin Baş Etme Stratejilerinin Sosyoekonomik Düzey Açısından Tek Yönlü Varyans Analizi ile Karşılaştırılması 60
Tablo 14. OpiyatKullanım Bozukluğu Olan Bireylerin Anksiyete Düzeyinin Sosyoekonomik Düzey Açısından Tek Yönlü Varyans Analizi ve Kruskall Wallis Testi ile Karşılaştırılması 62

KISALTMALAR

AMATEM **:** Alkol ve Madde Tedavi Merkezi

BÇTDÖ **:** Başa Çıkma Tutumları Değerlendirme Ölçeği

EMCDDA **:** European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction

KHGM **:** Kamu Hastaneleri Genel Müdürlüğü

SAMBA **:** Sigara, Alkol ve Madde Bağımlılığı Tedavi Programı

SS **:** Standart Sapma

ORT **:** Ortalama

TUBİM **:** Türkiye Uyuşturucu ve Uyuşturucu Bağımlılığı İzleme Merkezi

ÖZGEÇMİŞ

Nesteren Uygun

Psikoloji Anabilim Dalı

Eğitim

Derece	*Yıl*	*Üniversite, Enstitü, Anabilim/Anasanat Dalı*
Ls.	2015	Ankara Üniversitesi, Dil ve Tarih-Coğrafya Fakültesi Psikoloji
Lise	2010	Süleyman Demirel Anadolu Lisesi

İş/İstihdam

Yıl	*Görev*
2017-	Psikolog. Erenköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Mesleki Birlik/Dernek Üyelikleri

Yıl	*Kurum*
2017-	Üye: Türk Psikologlar Derneği

BÖLÜM 1. GİRİŞ

Bir beyin hastalığı olan bağımlılık günümüzde dünyadaki en önemli problemlerden biri haline gelmiştir. Bireyde biyolojik sağlığın bozulmasının yanı sıra psikolojik rahatsızlıklar, iş kaybı, kişilerarası ilişkilerde bozulmalar, ekonomik zorluklar, ailevi sorunlar ve yasal sorunlara yol açmaktadır. Bu nedenle bağımlılık sadece sağlık sorunu olarak değil; psikolojik, toplumsal, kültürel ve hukuki bir sorun olarak da değerlendirilmektedir.

Geçmişten günümüze bazı maddelerin çeşitli sağlık problemlerinde tedavi amacıyla kullanıldığı, aynı maddelerin ayrıca kötüye kullanımlarının da mevcut olduğu bilinmektedir. Buna rağmen madde kötüye kullanımı ve madde bağımlılığı 1960 yıllarına kadar ciddi bir sağlık problemi olarak görülmemiştir. Ancak bu yıllarda başta esrar ve afyon olmak üzere barbitüratların ve alkolün bağımlılık yaptığı, madde kötüye kullanımının da bir davranış bozukluğu olduğu tıp literatürüne girmiştir (Uzbay, 2009). Ayrıca madde bağımlılığının tedavisi ve önlenmesine yönelik çalışmalar da zamanla artmıştır. Bunun en önemli nedenlerinden biri Vietnam Savaşı sırasında askerlerin ağır yaralanmaları nedeniyle morfin ampullerini stresi gidermek amacıyla kötüye kullanmaları ve bağımlılık yapıcı maddelere kolayca ulaşabilmeleri, sonrasında ise Amerika Birleşik Devletleri'nin savaştan dönen birçok opiyat bağımlısı askerle uğraşmak zorunda kalmasıdır (Uzbay, 2009). Bağımlı askerlerin topluma uyum sağlamakta yaşadığı zorluklar, madde arayışı için başvurdukları yasal olmayan yollar ve yeni bağımlıların ortaya çıkması madde bağımlılığının ciddi bir halk sağlığı sorunu olduğunu göstermektedir.

Avrupa Birliği'nde 15 – 64 yaş arasındaki 83 milyon yetişkinin hayatlarının bir döneminde yasa dışı bağımlılık yapıcı madde denediği bilinmektedir. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction verilerine göre madde kullanımı deneyimi erkeklerde (50,6 milyon) kadınlara göre (32,8 milyon) daha fazladır (EMCDDA, 2021). Türkiye Uyuşturucu ve Uyuşturucu Bağımlılığı İzleme Merkezi

(TUBİM) 2011 verilerine göre de Türkiye'de 15-64 yaş arasında yasa dışı bağımlılık yapıcı maddelerin en az bir kez denenme oranı %2,7'dir (Özen Bekar, 2014).

Bağımlılık yapıcı maddelerden biri de opiyatlardır. Avrupa Uyuşturucu Raporu'na göre Avrupa 'da nüfusun %0,35'i yüksek riskli opiyat kullanıcısıdır. Bu da 1 milyon kişinin yüksek riskli opiyat kullanıcısı olduğunu göstermektedir. Ayrıca ölümcül olan yüksek doz madde kullanımlarından %76'sının opiyat kaynaklı olduğu bilinmektedir (EMCDDA, 2021). Bu doğrultuda ciddi sağlık problemlerine ve sosyal problemlere daha fazla neden olan opiyat kullanım bozukluğunun ayrıca önemli olduğu düşünülmektedir.

Türkiye de dahil olmak üzere tüm Dünya'da uyuşturucu ile mücadele kapsamında çeşitli çalışmalar yapılmaktadır. Türkiye'de de çalışmalar Uyuşturucu ile Mücadele Ulusal Strateji Belgesi ve Eylem Planı (2018-2023) ile devam etmektedir. Bu eylem planı madde kullanım bozukluğunun tedavisine yönelik de faaliyetler içermektedir (Sağlık Bakanlığı, 2018). Diğer bağımlılık yapıcı maddelerde olduğu gibi opiyat kullanım bozukluğunun tedavisinde de hastalar genellikle yataklı tedavi merkezi olan Alkol Madde Tedavi Merkezi'ne (AMATEM) başvurmaktadır. Türkiye'de 26 ilde toplam 28 AMATEM hizmet vermektedir (KHGM). Bu merkezlerde kişiler gönüllü olarak tedavi olmakta, hastalara 21 ya da 28 günlük bir arındırma (detoksifikasyon) tedavisi ve psikoeğitim uygulanmaktadır. Serviste yatış süresi boyunca hastalar Sigara, Alkol ve Madde Bağımlılığı Tedavi Programı (SAMBA) psikoeğitimlerini almaktadır. SAMBA; Bilişsel Davranışçı Terapi, Farkındalık ve Kabullenme Terapisi, Diyalektik Davranış Terapisi ve Motivasyonel Görüşme Teknikleri ögeleri barındıran yapılandırılmış bir bağımlılık tedavi programıdır (Ögel, Koç, Aksoy, Başabak ve Evren, 2012).

Bireylerin toplumdaki artan yalnızlık ve sevgisizlikle beraber kaygıları da artmakta, bu da bağımlılık yapıcı maddelerin kullanımını kolaylaştırmaktadır. Kişiler bir süre sonra ancak bu yolla yaşamla başa çıkabilmektedir (Ögel, 2001). Başa çıkma; bireyin çevre ile etkileşiminde iç ve dış taleplerinin kendi kaynaklarını aşması ya da zorlaması durumunda başvurduğu bilişsel ve davranışsal çabalardır (Folkman, S & Lazarus, R.S (1985); Folkman, S. & Lazarus, R. (1986). Lazarus'a (1976) göre başa çıkma, bireyin kendisini iyi hissetmesini sağlayan uygun davranışsal yaklaşımları

içerir. Bireyin karşılaştıkları zorluklarla başa çıkabilmesi, onlara uygun çözümler bulabilmesi uygun davranışlar ve düşünmeyle mümkündür (Erbay, Oğuz, Yıldırım ve Fırat, 2016). Madde kullanımı sorunların çözümünde uygun düşünmeyi, davranmayı engeller. Bu da sorunların çözülememesine, bireyin kendisini yetersiz hissetmesine ve madde kullanımının artmasına neden olur. Bir süre sonra maddenin kendisi getirdiği sorunlarla başa çıkma mekanizması haline gelir (Sağkal, 2005).

Madde kullanımıyla birlikte görülen sorunlardan biri de anksiyetedir. Anksiyete; aşırı kaygı duyma, hastalık korkusu ya da sürekli kötü bir şey olacakmış gibi hissetme, somatik yakınmaların görüldüğü ve kaygıyı tetikleyen durumlardan kaçınma hali ile belirli psikiyatrik bir bozukluktur (Köroğlu, 2009**)**. Madde kullanım bozukluğu olan bireylerde anksiyete ve depresyonun yaygın olduğunu gösteren çalışmalar mevcuttur. Bir ulusal komorbidite çalışmasındaki (NCS; National Comorbidity Study) verilere göre, bağımlılığı olan bireylerin %41 ile %65inin hayatlarının bir döneminde bir affektif ya da anksiyete bozukluğuna sahip olduğu bilinmektedir. Türkiye'de yapılan bir çalışmada da alkol ve madde kullanan genç erkeklerde en sık karşılaşılan iki tanının anksiyete bozuklukları ve majör depresyon olduğu belirlenmiştir (Sevinçok, Küçükardalı, Dereboy ve Dereboy, 2000). Yalçın'ın (2018) madde kullanım bozukluğu olan ve madde kullanmayan bireylerin depresyon ve anksiyete düzeylerini karşılaştırdığı çalışmada madde kullanım bozukluğu olan grubun anksiyete düzeylerinin madde kullanmayan grubunkine göre daha yüksek olduğu bulunmuştur.

Madde kullanım bozukluğu olan bireylerin yaşadıkları anksiyeteyle baş etmek için daha çok madde kullanımına başvurdukları görülmektedir. Childress ve ark. (1994) tarafından yapılan bir araştırmada katılımcılarda depresyon, anksiyete ve öfke duyguları uyandırıldığında katılımcıların madde isteklerinin arttığı gözlenmiştir. Yine Samoluk ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada yüksek anksiyete duyarlılığı olan öğrencilerin düşük anksiyete duyarlılığı olan öğrencilere göre daha fazla başa çıkma nedeniyle alkol kullandıkları bulunmuştur (Samoluk ve ark., 1999; akt. Mantar, 2008). Yakın zamanda yapılan bir çalışmada da eroin, kokain ve her ikisini kullanan ve kullanmayan kişilerin olduğu dört grup karşılaştırılmıştır. Düzenli eroin kullanıcılarının anksiyete duyarlılığı düzeylerinin panik bozukluktakine benzer şekilde yüksek olduğu bulunmuştur (Lejuez, Paulson, Daughters ve Bornovalova, 2006).

Bu doğrultuda, bireylerin madde kullanımıyla birlikte unuttuğu etkili başa çıkma yollarının öğrenilmesi ve geliştirilmesi madde kullanım bozukluğunun tedavisinde önemli bir yere sahiptir. Özellikle opiyat kullanımı bireyde, ailesinde ve toplumda daha ciddi sorunlara yol açmaktadır. Bu nedenle opiyat kullanım bozukluğu olan bireylerde anksiyete ve diğer sorunlarla başa çıkmada madde kullanımı yerine etkin başa çıkma stratejilerinin kullanılması ve sürdürülmesini içeren tedavilere ihtiyaç vardır. Bu çalışmada da opiyat kullanım bozukluğu olan bireylerde psikoeğitimlerin başa çıkma becerileri ve anksiyete üzerindeki etkililiği ile birlikte başa çıkma becerileri ile anksiyete arasındaki ilişkiler incelenmektedir.

1.1 Madde Kullanım Bozukluğu

1.1.1 Tanım

Bağımlılık Türk Dil Kurumu tarafından "bağımlı olma durumu" olarak tanımlanmaktadır (http://www.tdk.gov.tr/, Nisan 2019). Bağımlılık kelimesinin kökenine bakıldığında "addiction" kelimesinin karşılığı olduğu ve Latince "kendisini bir şeye ya da bir başkasına adamak" ya da "birine köle olmak" anlamlarına gelen "addicare" kelimesinden geldiği görülmektedir. (Yüksel, 2017). Yaygın kullanım bu olsa da Uzbay (2015) bağımlılık kelimesinin karşılığının "dependence" olduğunu söylemekte ve anlamını "bir maddenin tekrarlayan kullanımları sonucunda oluşan ve yoksunluk sendromunun ortaya çıkmaması için madde kullanımının sürdürülmesini zorunlu kılan nöroadaptasyon durumu" olarak açıklamaktadır (Uzbay, 2015). Başka bir makalesinde ise Uzbay (2009) bağımlılığı bir kişiye, nesneye ya da varlığa duyulan istek; başka bir iradenin güdümü altına girme durumu olarak tanımlamaktadır (Uzbay, 2009b).

Ögel'e göre (2001) bağımlılık; kişinin kullandığı maddeyi bırakmaya çalışmasına rağmen bırakamaması, kullandığı dozu arttırması, maddeyi kullanmayı bıraktığında yoksunluk belirtileri yaşaması, zamanının büyük bir kısmını maddeyi aramak ve kullanmakla geçirmesi, zarar görmesine rağmen madde kullanımına devam etmesi durumudur.

19. yüzyılda madde bağımlılığı olan kişiler günahkar ya da suçlu olarak değerlendirilirken 1951 yılında Dünya Sağlık Örgütü tarafından hasta olarak kabul edilmeye başlanmıştır. Madde bağımlılığı da "irade sorunu", "ahlaki bozukluk" olarak

değerlendirilirken şimdiyse diğer hastalıklar gibi tedavisi mümkün olan karmaşık bir hastalık şeklinde kabul edilmektedir (Morrison, 2008).

Madde bağımlılığı genel anlamıyla "ilaç niteliğine sahip bir maddenin beyni etkilemesinden kaynaklanan, maddenin keyif verici etkilerini duyumsamak veya yokluğundan kaynaklanan huzursuzluktan sakınmak için, devamlı veya periyodik olarak madde alma arzusu ve bazı davranış bozukluklarıyla karakterize bir beyin hastalığı" dır (Uzbay, 2015). Dünya Sağlık Örgütü (1957) madde bağımlılığını, sentetik ya da doğal bir maddenin tekrarlanan kullanımı sonucunda oluşan bir zehirlenme durumu olarak tanımlamaktadır (Işık, 2013).

Madde kullanımı kriterleri Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabında (DSM-II) sosyopatik kişilik bozukluğu başlığı altında yer almıştır. DSM-III ile birlikte madde kötüye kullanımı ile bağımlılık arasında ilk defa ayrım yapılmıştır. Bağımlılık tanısının konulabilmesi için, hastanın tolerans geliştirmesi gerektiği, yoksunluk ve fizyolojik bağımlılık belirtilerinin oluşması şartı vurgulanmıştır. DSM – IV'te madde kötüye kullanımının madde bağımlılığının başlangıcı olduğu ve ona göre daha hafif bir bozukluk olduğu yaklaşımı getirilmiştir, ayrıca bağımlılık tanısı için şart olan tolerans ve yoksunluk da çıkarılmıştır (Bilici, 2012).

DSM – V'te madde kötüye kullanımı ve madde bağımlılığı iki ayrı tanı kategorisi olarak değil, her ikisi de madde kullanım bozuklukları başlığı altında yer almaktadır (Hasin, O'Brein, Auriacombe, Borges, Bucholz, Budney ve ark., 2013; NIH, 2015).

DSM – V'e göre madde kullanım bozukluğu tanı kriterleri şu şekildedir:

A. On iki aylık süre içinde, aşağıdaki maddelerden en az ikisi ile kendini gösteren, klinik açıdan belirgin bir sıkıntı ya da işlevsellikte düşmeye yol açan, sorunlu bir madde kullanım örüntüsü:
    1. Çoğu kez, istenildiğinden daha fazla ölçüde ya da daha uzun süreli olarak madde kullanımı
    2. Madde kullanmayı bırakmak ya da denetim altında tutmak için sürekli bir istek ya da sonuç vermeyen çabaların olması
    3. Madde elde etmek, madde kullanmak ya da yarattığı etkilerden kurtulmak için gerekli olan etkinliklere çok zaman ayrılması

4. Madde kullanmaya içinin gitmesi ya da madde kullanmak için çok büyük bir istek duyma ya da kendini buna zorlanmış hissetme
5. İşte, okulda ya da evdeki konumunun gereği olan başlıca sorumluluklarını yerine getirememe ile sonuçlanan, tekrarlayıcı madde kullanımının olması
6. Maddenin etkilerinin neden olduğu ya da alevlendirdiği, sürekli ya da yineleyici toplumsal ya da kişilerarası sorunlar olmasına karşın madde kullanımının sürdürülmesi
7. Madde kullanımından ötürü önemli birtakım toplumsal, işle ilgili etkinliklerin ya da eğlenme – dinlenme etkinliklerinin azaltılması ya da bırakılması
8. Tekrarlayıcı bir şekilde, tehlikeli olabilecek durumlarda madde kullanılması
9. Büyük bir olasılıkla maddenin neden olduğu ya da alevlendirdiği, sürekli ya da tekrarlayıcı, bedensel ya da ruhsal bir sorunu olduğu bilgisine karşın madde kullanımının sürdürülmesi
10. Aşağıdakilerden biriyle tanımlandığı üzere dayanıklılık (tolerans) gelişmesi:
    a. Esrikliği ya da istenen etkiyi sağlamak için belirgin olarak artan ölçülerde madde kullanma ihtiyacı
    b. Aynı miktarda madde kullanımının sürdürülmesine karşın belirgin olarak daha az etki sağlanması
11. Aşağıdakilerden biriyle tanımlandığı üzere, yoksunluk gelişmesi:
    a. Maddeye özgü yoksunluk sendromu
    b. Yoksunluk belirtilerinden kurtulmak ya da kaçınmak için madde kullanılması (Köroğlu,2013).

1.1.2 Tarihçe

Bağımlılık yapıcı maddelerin insanlık tarihi kadar eski olduğu; insanların bu maddeleri ağrı kesici, keyif verici özellikleri nedeniyle kullandıkları bilinmektedir. Günümüzde olduğu gibi geçmişte de maddeler neşe, acı, üzüntü, pişmanlık gibi çeşitli ruh hallerinde kullanılmıştır. İlkel toplumlarda bireyler; erkekliğe geçiş törenlerinde, kabile ayinlerinde gündelik hayattaki bilinç düzeyinden daha farklı bir bilinç düzeyine geçiş yapabilmek için koka yaprakları, esrar, halüsinojen gibi maddeler kullanmışlardır (Ögel, 2010).

Hammurabi Kanunları'nda şarabın yapılışı ve kullanılması ile ilgili kuralların yazılı olduğu bilinmektedir. Musevilikte sarhoş olmamak koşulu ile içki içilmesi serbest bırakılmıştır, ayrıca bazı törenlerde uyarıcı maddeler de kullanılmıştır (Uzbay,2009b).

Esrar ve afyonun uyuşturucu etkisini ilk bilenlerin Sümerler olduğu kabul edilmektedir ve bu maddeleri tedavide de kullandıkları bilinmektedir. Ayrıca Mısırlılar ve Yunanlılar da esrar ve afyonu hem zehir hem de keyif verici olarak kullanmışlardır (Günal,1976). Hintliler esrara "vişema" adını vermiştir, bu kelime başarı ve mutluluk anlamına gelmektedir. Tarihçi Herodot da İskitlerin kenevire benzeyen bir bitkinin yapraklarını ateşe attıklarını, çıkan dumanı soluyarak neşelendiklerini ve sarhoş olduklarını yazmıştır (Uzbay,2009b).

Bağımlılık yapan maddeler efsanelerde, mitolojik öykülerde, hem ilkel hem tek tanrılı dinlerde, ebedi şarkılarda yer almıştır ve bu da insanlık tarihinde maddenin kötüye kullanımına yönelik ortak bir kültür oluşmasına sebep olmuştur (Uzbay, 2009b).

Madde kullanım bozukluğu ve bağımlılık yapıcı maddeler özellikle 1960'lardan itibaren bir sorun haline gelmiştir. Bunda Vietnam Savaşı'ndan dönen askerlerin madde kullanımına başlaması ve bağımlı olmalarıyla birlikte 1960'ların sonlarında ortaya çıkan Hippi Akımı da etkili olmuştur. Bu akımda yer alan kişiler savaş karşıtı olmaları gibi farklı amaçlara sahip olmalarının yanı sıra bağımlılık yapıcı maddelerin kötüye kullanımına yönelik bir alt kültür de oluşturmuştur (Uzbay,2009b).

1.1.3. Epidemiyoloji

Birleşmiş Milletler Uyuşturucu ve Suç Ofisi (UNODC)'nin 2021 Dünya Uyuşturucu Raporu'na göre 2019 yılında dünya genelinde 15-64 yaş arasındaki 275 milyon kişinin madde kullandığı, bu kişilerden 36,3 milyonunda ise madde kullanım bozukluğu tanısı olduğu tahmin edilmektedir (UNODC,2021). Rapora göre Covid-19 pandemisi madde kullanımında değişikliklere yol açmıştır. Sosyal ve eğlence mekanlarının kapatılmasıyla birlikte MDMA, LSD, kokain gibi maddeler daha az kullanılmış; artan stres, boş zaman ve ruhsal sıkıntılar esrar kullanımını artırmıştır (UNODC,2021).

Avrupa Birliği'nde 15 – 64 yaş arasındaki 83 milyon kişinin veya yetişkin nüfusunun %28,9'unun hayatlarının bir döneminde yasa dışı uyuşturucuları denediği tahmin edilmektedir. Uyuşturucu kullanımı deneyimi erkeklerde (50,6 milyon) kadınlara göre (32,8 milyon) daha fazladır. En sık denenen uyuşturucu madde esrardır (47,6 milyon erkek ve 30,9 milyon kadın); bunu kokain (9,6 milyon erkek ve 4,3 milyon kadın), MDMA (6,8 milyon erkek ve 3,5 milyon kadın) ve amfetaminler (5,9 milyon erkek ve 2,7 milyon kadın) takip etmektedir (EMCDDA,2021). Ayrıca anket verileri pandemiden önce ara sıra uyuşturucu madde kullanan kişilerin pandemide kullanımı azaltmış ya da bırakmış, düzenli kullanan kişilerin ise kullanımı arttırmış olabileceğini bildirmektedir (EMCDDA, 2021).

2019 Türkiye Uyuşturucu Raporu'na göre 2018 yılında 26 ilde 42.754 kişi ile yüz yüze görüşerek yapılan kesitsel çalışmada katılımcıların %3,1'inin hayatında en az bir kez madde kullandığı, bu kişilerden %94'ünün erkek ve %6'sının kadın olduğu belirlenmiştir. Hayatında en az bir kez madde kullanımı deneyimleyen kişilerin yaş ortalamasına bakıldığında da yoğunluğun 15-34 yaşları arasında olduğu görülmektedir. Ayrıca maddeyi ilk kullanım yaş ortalaması da 19 olarak belirtilmiştir (TUBİM,2019).

1.1.4. Etiyoloji

Bağımlılık yapıcı maddelerin kullanılmasının birçok farklı sebebi mevcuttur. 2019 Türkiye Uyuşturucu Raporu'na göre uyuşturucu madde kullanımına "merak" nedeniyle başlama oranı %33,2'dir ve bu oran ilk sırada yer almaktadır (TUBİM,2019). Merak unsuru önemli olsa da her bireyin herhangi bir uyuşturucu

maddeyi merak etmemesi göz önüne alındığında kişiyi madde kullanımına yönelten başka sebeplerin olduğu bilinmektedir. Bu sebepleri açıklayan etkenler şu şekildedir:

1.1.4.1.Psikolojik etkenler

1.1.4.1.1. Psikanalitik kuramlar

Klasik psikanalitik öğretilere bakıldığında özellikle bireyin sahip olduğu cinsellik ve saldırganlık dürtülerinin baskılanması nedeniyle madde kullanımına başvurduğu savunulmaktadır (Ögel,2018).

Birey, yaşamının ilk yıllarında bakımverenle sağlıklı bir ilişki kuramadığında, bakımverene ilişkin kayıp endişeleri yaşadığında bu durum egonun güçsüz kalmasına, gelişememesine neden olur. Gelecekte de güvensiz, sürekli ve gerçekçi olmayan ilişkiler geliştirir. Bu da kendisine terk edilme endişesi yaşatmayacak olan maddeyi kullanmasına ve ona bağımlılık geliştirmesine sebebiyet verir.

Alfred Adler'e göre madde kullanımında belirleyici olan faktör aşağılık duygusudur. Bireyin gelişimi için güçlülük, yeterlilik duyguları önem arz etmektedir. Bireyin yaşamındaki başarısızlıklar, hayal kırıklıkları ya da doğuştan gelen bir engel bireyde büyük bir karmaşa yaratır. Bu da aşağılık kompleksine sebep olur ve bu duyguyla baş edemeyen birey madde kullanımına başvurarak eksikliğini kapatmaya çalışır (Ögel,2018).

Modern psikanalistler de hem egonun işlevinin bozulmasının hem de bireyin kendi yetersizlikleriyle başa çıkma çabalarının madde kullanımına sebep olduğunu ileri sürmektedir (Yeşilay, 2019).

Varoluş felsefesine bakıldığında, bireyin kendinden sorumlu olduğu öğretisi kabul görmektedir. Varoluşun getirmiş olduğu bir kaygı ve huzursuzluk mevcuttur. Bunun çözümü de bireyin kendi yaşamını, varlığını anlamlandırmasıdır. Birey bu kaygı ve huzursuzluğu tek başına gideremediğinde dışarıdan bir maddeyle bunu gidermeye çalışır (Ögel,2018).

1.1.4.1.2. Öğrenme kuramı

Öğrenme kuramına göre madde kullanımı iki farklı şekilde açıklanmaktadır. Bunlardan ilki olan klasik koşullanma teorisine göre kişi madde kullanımıyla ilişkilendirdiği uyaranlarla karşılaştığında madde kullanma isteğinde artış olmaktadır ve bu da madde kullanımıyla sonuçlanabilmektedir. Bu uyaranlar arasında kişinin daha önce madde kullandığı ortamlarda bulunması, birlikte madde kullandığı kişilerle karşılaşması ya da madde kullandığı zamanki ruh halinde olması sayılabilir. Ayrıca kişi madde kullanımına bağlı olarak yaşadığı yoksunluk belirtilerinden kurtulabilmek için tekrar madde kullandığında daha sonraki benzer durumlarda klasik koşullanmaya bağlı olarak madde kullanımına yönelmektedir (Yeşilay, 2019).

Madde kullanımını açıklayan diğer bir teori de edimsel koşullanmadır. Bağımlılık yapıcı madde beyinde haz bölgesini uyarır ve kişiye keyif verir. Maddenin rahatlatıcı ve stres azaltıcı etkisini gören birey bunu madde kullanımına devam etmek için bir pekiştireç olarak görmeye başlar. Bu deneyimler arttıkça pekiştirme de güçlenir. Sonuç olarak madde kullanımı bir başa çıkma mekanizması ve olumlu sonuçların ortaya çıkmasını sağlayan bir davranış olarak kodlanır. Kişinin madde kullanımına devam etmesi uzun vadede utanç ve suçluluk duyguları, sorumlulukları yerine getirememe, yoksunluk belirtileri gibi olumsuz sonuçlara neden olur. Bu olumsuzlukların yarattığı rahatsızlıktan kurtulmak için kişi madde kullanımına devam eder ve madde kullanımı olumsuz pekiştireç haline dönüşmüş olur (Ögel, 2018).

1.1.4.1.3. Sosyal öğrenme kuramı

Bu kuram, bireyin madde kullanımının içinde bulunduğu aile, kültür ve sosyal çevre tarafından şekillendiğini öne sürmektedir. Kişinin rol-modelinin madde kullanımıyla ilişkili bir davranışı kişiyi etkileyebilir ve madde kullanımına yol açabilir (Yeşilay,2019).

Sosyal öğrenme kuramına göre bilişlerin de madde kullanımında önemli bir yeri vardır. Kişi geçmiş deneyimlerinden yola çıkarak madde kullanımını devam ettirebilir. Geçmişte stres ya da kaygısını azaltmak için madde kullanımına başvuran birey benzer bir duyguyla karşılaştığında madde kullanma isteği duyabilir. Benzer şekilde kişinin yakın çevresinden birinin madde kullanımı da kişinin madde kullanımı

konusundaki beklentisini arttırır niteliktedir. (Yeşilay,2019). Bilişlerle ilgili önemli bir diğer unsur da bireyin öz yeterliliğidir. Öz yeterlilik kişinin sorunlarla başa çıkabilme becerisidir (Ögel,2018). Başa çıkabilme becerileri yeterince gelişmemiş olan bireylerin öz yeterlilik duygusu da gelişmemiş olacaktır ve bireyler bu durumda madde kullanımını bir başa çıkma mekanizması olarak kullanabilmektedir.

1.1.4.1.4. Bilişsel kuram

Kuram madde kullanımında çarpıtılmış bilişlerin rolünün olduğunu ileri sürmektedir. Buna göre; düşünce içeriğindeki çarpık bilişler bireyin beklentilerini, dikkatini ve inançlarını etkilemektedir. Böylece madde kullanım bozukluğu olan bir kişi dikkatini farkında olmadan maddeyle ilişkili bilgilere yönlendirebilmektedir (Yeşilay,2019).

Bilişsel modele göre madde kullanımında otomatik ve otomatik olmayan süreçler mevcuttur. Madde kötüye kullanımı olan bir kişi madde kullanımını bırakmak istemiyorsa bu kişi için otomatik bilişsel süreçler devreye girmektedir. Çevresel unsurlar otomatikleşen madde kullanımını tetikler ve burada yoğun isteğin rolü ortadan kalkar. Diğer yandan eğer kişi madde kullanımını bırakmak istiyorsa ve çevresel unsurlara da maruz kalıyorsa madde kullanım sıklığını azaltması için otomatik olmayan bilişsel süreçler devreye girer ve kişi fazla çaba harcamak durumunda kalır. Burada ortaya çıkan madde kullanımına yönelik yoğun isteğin sebebi de bu otomatik olmayan bilişsel süreçlerdir (Ögel,2018).

1.1.4.2. Kalıtımsal etkenler

Madde kullanımına başlamada ve kullanımı sürdürmede genetik faktörlerin de etkisi olduğu bilinmektedir. Özellikle alkol kötüye kullanımıyla ilgili olarak ikizler, evlat edinilmiş ve birbirinden ayrı büyütülmüş çocuklar üzerinde yapılan araştırmalar bunu kanıtlar niteliktedir (Tosun,2008). Bununla ilgili olarak yapılan ikiz çalışmalarından birinde tek yumurta ikizleri için daha yüksek alkol kullanım bozukluğu riski bildirilmiştir. Bir meta-analiz çalışmasında da sigaraya başlamada genetik etkenlerin özellikle kadınlar üzerinde belirleyici olduğu saptanmıştır. Birçok çalışmada da akrabalarda madde kullanan kişiler bulunmasının madde kullanım riskini arttırdığı bulunmuştur (Yeşilay,2019).

1.1.4.3. Biyolojik etkenler

Bağımlılık yapıcı maddeler beyindeki önemli fonksiyonların devamını sağlayan limbik sistem, serebral korteks gibi bölgelerde değişikliklere sebep olur. Maddelerin çoğu için özel nörotransmitter reseptörleri belirlenmiştir ve her madde kendi reseptörüne bağlanarak etkisini göstermektedir (Tosun,2008). Madde kullanımının devam etmesi sonucu bu reseptörlerin sayısı ve şekli değişmektedir. Bu yapının bozulması da bağımlılığın gelişmesine neden olmaktadır. Nörotransmitterlerle ilgili bir diğer bulgu da beyindeki opiyat aktivitesinin düşük olmasıdır. Opiyat aktivitesi düşük olan bireylerin opiyat bağımlılığı geliştirme riski taşıdığı bildirilmiştir (Ögel,2010).

1.1.4.4. Sosyokültürel etkenler

Madde kullanımına başlamada ve kullanımı sürdürmede çevresel etkenler de önem kazanmaktadır. Bireyin kişilik özelliklerine bağlı olarak yatkınlığı söz konusu olsa da yetiştiği aile ortamı, akran çevresi, içinde bulunduğu kültür gibi birçok etken bu davranışın gelişiminde etkili olmaktadır. Özellikle parçalanmış, aile içindeki sınırların çok katı ya da gevşek olduğu, ebeveynin yeterince ilgilenmediği ve rol model olmadığı, sorunların açık bir şekilde konuşulmadığı, duyguların ifade edilmediği, madde kullanımının olduğu, sevgi ve destek görülmeyen ailelerde yetişen bireylerde madde kullanımının daha sık olduğu görülmektedir. Bu kişilerin özellikle ergenlik döneminde arkadaşlarının daha önem kazanmasıyla birlikte aileden uzaklaşıp madde kullanan arkadaşlara ve maddeye yönelmesi muhtemeldir. Bunun yanında maddenin elde edilebilirliği, kişinin sosyal faaliyetlerden uzak olması ya da bu imkanların kısıtlanması, akranları tarafından kabul edilme arzusu, yaşanılan sosyal çevre ile sağlıklı bir iletişim kuramama, madde kullanımıyla ilgili bilgi ve eğitim eksikliği, gelecek kaygısı gibi etkenler madde kullanımına başlama ve bunu sürdürme sebepleri olarak sayılabilir (Ögel,2018; Uzbay,2015).

1.1.5. Opiyat Kullanım Bozukluğu

1.1.5.1. Opiyatlar nedir?

Opiyat terimi opiyum ya da morfin ve benzeri doğal ürünleri veya benzer etkilere sahip olan ve kimyasal yollarla elde edilmiş ürünleri tanımlamaktadır. Doğal opiyum kaynağı "*Papaver somniferum",* "afyon" ya da "haşhaş" isimleriyle bilinen gelincikler familyasından olan bitki türleridir. Haşhaşın meyve kabuğundan alkaloid elde edilmektedir ve bunlar morfin, kodein gibi bağımlılık yapan etken maddelerdir. Bağımlılık yapıcı etkisi nedeniyle de haşhaş üretimi ülkemizde kontrollü bir şekilde yapılmaktadır (Uzbay,2015).

1.1.5.2. Opiyat kullanımının tarihçesi

Opiyat kullanımının tarihine bakıldığında M.Ö. 4000'li yıllarda Sümerlere, M.Ö. 2000'li yıllarda Mısır'a ve M.Ö. 2700 yılında Çin ve Hint uygarlıklarına ait kalıntılarda afyon üretimi ve afyondan elde edilen ilaçlarla ilgili yazılar olduğu ve Sümerlerin opiyumu keyif verici olarak kullandığı bilinmektedir (Sağlık Bakanlığı,2012; Uzbay,2015).

Hititler, Antik Yunanlılar, Araplar da dahil olmak üzere birçok toplum opiyumu keşfedip özellikle tıbbi tedavi amaçlı kullanmıştır. Avrupalılar 16. yüzyıl başlarında doğudan gelen hekimler aracılığıyla opiyumun varlığından haberdar olmuşlardır ve buradaki hekimler de opiyumu tedavi amaçlı kullanmaya başlamışlardır. 17 ve 18. yüzyıllarda opiyatların kullanımı artmaya başlamıştır (Uzbay, 2015).

1898 yılında Alman kimyager Heinrich Dreser Bayer bünyesinde Heroin isimli ağrı kesiciyi keşfetmiştir (Taşlıgil ve Şahin, 2018). Bilinen adıyla eroin bir morfin türevidir ve yarı sentetik bir alkaloiddir. Bu dönemde eroinin bağımlılık yapmadığı ileri sürülmüştür, bu da yıllarca tıbbi amaçlarla kullanılmasına sebep olmuştur. 1920'lere kadar da serbestçe kullanımına devam edilmiştir. Morfin kadar hızlı ve etkili bağımlılık yapan eroinin bu etkisi fark edildiğinde toplumda eroin bağımlısı kişilerin sayısı artmıştı. Bunun üzerine Amerika'da 1924 yılından itibaren kullanımı yasaklanmıştır. Diğer bir sentetik opioid analjezik türü olan petidinin de bağımlılık

yapıcı etkisi 1940'lı yıllardan beri bilinmektedir. Petidin bağımlılığı özellikle hemşirelerde ve tıp doktorlarında sık görülmektedir (Çetin, Yılmaz ve Noyan, 2017). Günümüzde de opiyatların kullanımı hem ülkemizde hem de hukuk devleti olan tüm ülkelerde kontrollü ya da yasaktır (Uzbay, 2015).

1.1.5.3. Opiyat kullanımının epidemiyolojisi

2021 Dünya Uyuşturucu Raporu'na göre 2019 yılında 15-64 yaş aralığındaki dünya nüfusunun %1,2'sinin tıbbi olmayan nedenlerle opiyat kullandığı tahmin edilmektedir, bu da yaklaşık 62 milyon kişiye karşılık gelmektedir (UNODC, 2021). Pandemiyle birlikte özellikle opiyat aşırı doz alımından ölen kişi sayısında artış olmuştur. Örneğin Kanada'da Nisan-Haziran 2020 aylarında 1638 kişi aşırı doz opiyat kullanımı nedeniyle hayatını kaybetmiştir, bu durum pandeminin getirdiği kısıtlamalarla birlikte tedavi kurumlarına ve desteğine ulaşımın azalmasıyla açıklanabilir (UNODC,2021). Avrupa'da en sık kullanılan yasa dışı opiyatın eroin olduğu bilinmektedir ve metadon, buprenorfin gibi sentetik opiyatlar da amaç dışı kullanılmaktadır. 2021 Avrupa Uyuşturucu Raporu'na göre 2019 yılında 15-64 yaş arasındaki yüksek riskli opiyat kullanıcılarının nüfusun %0,35'i olduğu tahmin edilmektedir ve bu oran 1 milyon kişiye karşılık gelmektedir. Ayrıca enjekte edilen uyuşturucu kullanımı en yaygın olarak opiyat ile ilişkilendirilmektedir (EMCDDA,2021). Uyuşturucu madde kullanımı nedeniyle tedaviye başvuran kişilerin %27'si başvurularının temel nedeni olarak opiyat kullanımını bildirmiştir (EMCDDA, 2021).

TUBİM verilerine göre 2018'de ele geçirilen eroin miktarı bir önceki yıla göre %4,4 oranında artmıştır. Madde bağlantılı ölüm oranlarına bakıldığında da 2018 yılında 657 madde bağlantılı ölüm olayının 36'sında ölüm tek başına afyon ve türevi maddelerden kaynaklanmaktır. Uyuşturucu madde kullandığını bildiren 5198 kişinin %5,3'ünün ilk kullandığı maddenin eroin olduğu belirlenmiştir (TUBİM, 2019).

1.1.5.4. Opiyat kullanım bozukluğu tedavisi

Opiyat kullanım bozukluğunun çok yönlü olması bir hastalık olması tedavinin de çok yönlü olmasını gerektirmektedir. Bireyin başka ruhsal ya da fiziksel hastalıklarının olup olmaması, kullandığı ilaçlar, geçmiş bırakma deneyimleri, çevresel koşulları ve aile yaşamı değerlendirilerek tedavi konusunda bireyle ortak bir karar verilmektedir. Farmakolojik tedavi psikoeğitimler, psikoterapiler, rehabilitasyon ve ailelere yönelik eğitimlerle desteklenmektedir.

1.1.5.4.1. Farmakoterapi

Opiyat kullanım bozukluğu tedavisinde opiyat kullanımını tıbbi olarak kontrol altında tutmak ve yoksunluk belirtilerini azaltmak amaçlı detoksifikasyon (arındırma) ve sürdürüm tedavisi uygulanmaktadır. Opiyatlar içinde yoksunluğu en sık görülen madde eroindir. Yoksunluk sırasında anksiyete, sinirlilik, bulantı, kusma, esneme, kas spazmları, eklem ağrıları, uykusuzluk gibi belirtiler görülür. 6-8 saat içinde başlayan yoksunluk belirtileri madde kullanımını takip eden üçüncü günde en üst seviyeye ulaşır ve ortalama 7-10 gün sürer (Ögel, Karalı, Tamar ve Çakmak, 1998). Tedavinin bu aşamasında metadon, buprenorfin, buprenorfin/nalokson, naltrekson ve nalmefen kullanılmaktadır.

Sentetik bir opiyat olan metadon opiyat kullanım bozukluğu tedavisinde ilk kez Dole ve Nyswander tarafından bildirilmiştir (Strain ve ark., 1994). Tam agonist olan metadon bağımlılık ve kötüye kullanım potansiyeli sebebiyle ülkemizde kullanımı yasal olmayan bir ilaçtır. Fakat tolerans gelişiminin minimal düzeyde olması ve aşermeyi oldukça azaltması bakımından avantajlıdır (Ross & Peselow, 2009).

Opiyat reseptörlerinde kısmi agonist görevi gören buprenorfin 2002 yılında ABD'de Gıda ve İlaç Dairesi (FDA) tarafından opiyat kullanım bozukluğu tedavisinde onaylanmıştır (Kaya, Kaya & Paltun, 2018; Soyka, 2017). Metadona göre daha güvenli profili bulunan ve tedavinin kesilmesinden sonra daha hafif yoksunluk belirtilerine sebep olan buprenorfin düşük dozda metadon benzeri, yüksek dozda naltrekson benzeri etki göstermektedir (Kosten & George, 2002; Soyka, 2017; Tellioğlu, 2010). Buprenorfin ve metadonun etkililiğini karşılaştıran araştırmaların farklı sonuçları bulunmaktadır. Bazı araştırmalar ikisinin benzer etkide olduğunu, bazı araştırmalar ise metadonun daha

başarılı olduğunu göstermektedir (Soyka, 2017). Yüksek doz ve esnek doz uygulamalarında buprenorfinin metadon kadar etkili olduğunu gösteren araştırmalar da mevcuttur (Bickel ve ark., 1988; Johnson ve ark., 1992; Strain ve ark., 1994).

Buprenorfin/nalokson, buprenorfin ve bir antagonist olan naloksonun çeşitli oranda birleşiminden oluşmaktadır. Nalokson ilacın kötüye kullanım riskini oldukça azaltmaktadır. Ülkemizde Suboxone adıyla kırmızı reçeteli ilaçlar kapsamında bulunmaktadır ve Sağlık Bakanlığı AMATEM birimleri çalışanlarınca reçete edilmektedir (Kosten ve George, 2002; Ross ve Peselow, 2009; Sağlık Bakanlığı, 2015). Antalya'da opiyat kullanım bozukluğu tanısı almış 125 hastayla yapılan bir çalışmada buprenorfin/nalokson birlikte kullanımının semptomatik tedaviye göre erken remisyon sağlamada daha başarılı olduğu bulunmuştur (Güven ve ark., 2012).

Bir opiyat antagonisti olan naltrekson ABD Gıda ve İlaç Dairesi tarafından 1984 yılında opiyat kulanım bozukluğu tedavisi için onaylanmıştır. İlaç opiyatların etkilerini bloke etmektedir. İyi tolere edilmektedir ve önerilen dozlarda kullanıldığında ciddi yan etkileri olmamaktadır. Rusya'da yapılan çalışmalar naltreksonun çeşitli formlarının (oral, implant, enjeksiyon) etkililiğini ve güvenirliğini göstermiştir. Özellikle yavaş salınımlı olan implant ve enjekte edilebilir formlarının oral forma göre daha etkili olduğu bilinmektedir (Krupitsky, Zvartau, & Woody, 2010). Opiyat kullanım bozukluğu olan 306 katılımcı ile yapılan bir çalışmada nüks olmadan 6 ay boyunca tedavide kalma oranlarının naltrekson implant tedavisi ile %58, oral naltrekson tedavisi ile %16 olarak bulunmuştur (Krupitsky ve ark., 2012). Naltrekson implant uygulamasında tedaviye hasta opiyattan arındıktan sonra başlanmaktadır, aksi takdirde şiddetli yoksunluk belirtileri ortaya çıkmaktadır (Kosten & George, 2002). Naltreksonun etkililiğiyle ilgili yapılan bir çalışmada 118 hastadan 62'sinin 12 hafta boyunca idrar toksikolojisinde opiyatın negatif olduğu, 51'inde de hiçbir madde saptanmadığı bulunmuştur (Kulaksızoğlu ve ark., 2019).

Nalmefen bir opiyat antagonistidir ve opiyatların bağlandıkları reseptörleri bloke ederek maddenin keyif verici etkisini engellemektedir. Enjekte edilebilir olan ilaç detoksifikasyondan sonra madde isteğini azaltmak, tedavi sürekliliğini sağlamak ve nüksü önlemek amacıyla kullanılmaktadır ve ilacın hastaların önemli bir kısmında etkili olduğu görülmüştür. Nalmefenin 3, 6 ve 12 aylık etki süreleri olan dozları bulunmaktadır (https://bagimlitedavisi.com/bagimliliklar/eroin-29, Nisan 2020).

1.1.5.4.2. Psikososyal müdahaleler

Psikolojik olarak yapılandırılmış olan psikososyal müdahaleler, bağımlılıkla ilgili sorunu tanımlamak ve bir bozukluk olması halinde tedavi etmek, sonrasında da bireyin çevreye yeniden uyumunu sağlamak ve onu desteklemek amacıyla tedavi yolculuğunun her aşamasında kullanılabilir. Ayrıca ilaç tedavisine ek olarak ya da tedavinin farklı aşamalarında kombinasyon halinde uygulanabilir. Problemi tanımlamada özellikle motivasyonel görüşme ve kısa müdahaleler; tedavi aşamasında bilişsel davranışçı terapi, aile terapileri; tedaviyi sürdürme aşamasında da kendine yardım grupları ve acil durum yönetimi etkili olabilmektedir (EMCDDA, 2016).

1.1.5.4.2.1. Psikososyal müdahalelerde terapi yöntemleri

Psikososyal müdahaleler yöntem olarak bireysel, grup ve aile terapileri şeklinde uygulanabilmektedir.

Bireysel görüşmelerde ilk adım bireyin görüşmeye katılması ve görüşmeleri devam ettirmesidir. Görüşmeler düzenli şekilde yapılır ve kişinin ihtiyaçları saptanıp uygun hizmetlere yönlendirilir. Danışman; bireyin zamanını yapılandırabilmesi, alternatif yaşam tarzları bulabilmesi, gerektiğinde yer değişikliği yapabilmesi konularında bireye psikolojik destek sağlar. Bireyin yaşadığı sorunlar konusunda bireye geribildirim sağlar ve değişimin gerekliliği hakkında önerilerde bulunur (Ögel, 2018).

Grup terapilerinde aynı grubu oluşturan bireyler düzenli aralıklarla toplanır. Grup üyeleri kendi davranışlarının diğerleri üzerindeki etkileri ve diğerlerinin de kendi davranışları üzerindeki etkilerini görürler. Grup müdahalelerinin çeşitli avantajları olabilmektedir. Öncelikle belli bir süre bir araya gelen grup üyeleri birbirine bağlı hale gelir ve bu da destekleyici bir ortam oluşturur. Grup müdahaleleri bireylerin yeni beceriler öğrenmesini ve geliştirmesini sağlar. Bireylerin sorumluluk almalarında etkili olur. İzolasyonun azalmasını sağlar. İyileşmekte olan grup üyelerine tanıklık etmek iyileşme umudunu arttırır. Gruplar, üyelerin sorunlarla başa çıkmayı öğrenmelerine yardımcı olur. Ayrıca grup kuralları bireylerin disiplin kazanmasını da sağlar (SAMHSA, 2005).

Aile terapileri madde kullanımının tüm aileyi etkilemesinden dolayı önemlidir. Aile üyeleri farkında olmadan madde kullanımı olan bireyin hastalığını sürdürmesine etki edebilir, bunun değişebilmesi için aile ilişkilerinin yeniden yapılandırılması gerekir. İyileşmenin olabilmesi için sadece bireyin değil ailenin de değişmesi gerekmektedir (Ögel, 2018).

1.1.5.4.2.2. Psikososyal müdahalelerde terapi modelleri

Motivasyonel görüşme 1980'li yıllarda Miller ve Rollnick tarafından geliştirilen, madde kullanımı olan bireylerin ambivalansını keşfedip bunu çözümlemelerine yardımcı olmayı içeren danışan merkezli bir yaklaşımdır. Motivasyonel görüşmede dört temel beceri bulunmaktadır. Bunlar; açık uçlu sorular, kendine yeterliliği destekleme, yansıtmalı dinleme ve özetlemedir. Bu teknikte her şey empatiyle başlar ve ulaşılması gereken temel hedef bireyin ciddi bir sorununun olduğunu fark etmesidir (Miller ve Rollnick, 2013; akt., Bayrak, 2018; Ögel, 2018). Motivasyonel görüşmenin davranış değişikliğinde etkili olduğu gösteren araştırmalar mevcuttur. 13 342 katılımcının olduğu, motivasyonel görüşme alan ve almayan grupların karşılaştırıldığı sistematik bir derleme çalışmasında motivasyonel görüşme alan grubun madde kullanımlarının almayan gruba göre azaldığı görülmüştür (Smedslund ve ark., 2011).

Bilişsel ve davranışçı terapiler madde kullanım bozukluğu olan bireylere yeni bilişsel stratejiler öğretmeyi, stres faktörleriyle ve anksiyete, öfke, üzüntü gibi duygularla başa çıkabilir hale gelmelerini, yeni bakış açıları kazandırmayı hedefler. Bireyin madde kullanımıyla ilgili temeldeki inançlarını çürütmede, madde kullanma isteğini azaltmada, öz kontrolünü arttırmada, ayrıca ek psikiyatrik rahatsızlıklar varsa bunların tanımlanmasında yardımcı olmaktadır (Ögel, 2018). Bilişsel davranışçı terapinin etkinliğiyle ilgili opiyat kullanım bozukluğu tanısı alan 240 hastayla yapılan bir çalışmada, standart tedavi alan grup ve standart tedaviye ek olarak bilişsel ve davranışçı terapi alan grup karşılaştırılmıştır. 12 hafta ve 26 hafta sonra yapılan kontrollerde her iki grupta da idrar testi sonuçlarının negatif olduğu, standart tedaviye ek olarak bilişsel ve davranışçı terapi alan grubun bağımlılık şiddeti indeksi ve stres ölçeğinden aldıkları puanların diğer gruba göre daha düşük olduğu bulunmuştur (Pan, Jiang, Du, Chen ve Li, 2015).

Kendine yardım grupları adsız alkolikler (AA) ve adsız narkotiklerdir (NA). Bu gruplar kar amacı gütmeyen, benzer sorunlara sahip grup üyelerinin düzenli olarak bir araya geldiği arkadaşlık birliğidir. Bu gruplarda temel hedef alkol ve maddeden uzak durmaktır. Türkiye'de ilk AA toplantısı 1982 yılında, NA toplantısı da 1992 yılında başlatılmıştır. Kendine yardım gruplarında kişinin maddeyi bırakması 12 basamak adı verilen basamakları çalışmasıyla mümkün olmaktadır (Ögel, 2018). Bu gruplarda remisyon sürecindeki üyelerin deneyimleri madde kullanımını bırakmaya karar veren yeni üyeler için yol gösterici olmaktadır.

Acil durum yönetimi (*contingency management),* madde kullanımını azaltmak, bırakmak ve remisyon sürecini uzatabilmek amacıyla madde kullanımı yerine alternatif davranışlar geliştirmeyi sağlayan ve ödül sisteminin kullanıldığı müdahale modelidir (EMCDDA, 2016).

Kısa müdahaleler, bireyin madde kullanımı ve sonuçlarıyla ilgili farkındalığını arttırmak, bireyi değişim konusunda cesaretlendirmek, motive etmek, kendi sorumluluğunu alması konusunda yardımcı olmak amacıyla 5 dakika ile 1 saat arasında değişebilen müdahalelerdir. Sağlık çalışanları, avukatlar, öğretmenler, sosyal çalışmacılar tarafından uygulanabilmektedir. Kısa müdahaleler "konu ile tanışma", "araştırma, değerlendirme, izleme", "geribildirim verme", "değişim üzerine konuşmak ve hedefleri belirlemek" ve "özetleme ve kapanış" olmak üzere 5 basamaktan oluşmaktadır. Görüşmeler de 5A (Ask, Advise, Assess, Assist, Arrange) (Sor, Tavsiye et, Değerlendir, Yardım et, Düzenle) temelinde yapılandırılmaktadır (EMCDDA, 2016; Ögel, 2018).

Opiyat kullanım bozukluğu tedavisi ayaktan ya da yatarak gerçekleşebilmektedir.

1.1.5.4.3. Ayaktan tedavi

Ayaktan tedavi bireyin madde kullanımını bırakması için motivasyon kazandırmayı, madde yoksunluğu ve sonrasında madde kullanma isteğiyle başa çıkabilmeyi, relapsları önlemeyi, tekrar madde kullanımına yol açabilecek sorunlarla baş etme becerilerini kazandırmayı amaçlamaktadır. Kişinin ayaktan tedaviye katılabilmesi için arınmanın tamamlanmış olması, istekli olması, tedaviye engel bir

psikiyatrik hastalığının bulunmaması, yatarak tedavi programını yarıda bırakmış olması ya da yatarak tedaviyi istememesi gerekmektedir (Ögel, 2018).

1.1.5.4.4. Yatarak tedavi

Yatarak tedaviyi genellikle ayaktan tedavide maddeyi bırakamayan kişiler tercih etmektedir. Yataklı servislerin kuralları ve belli bir tedavi programı olduğu için kişinin bu tedaviye istekli olması ilk şarttır. Aksi takdirde tedaviyi yarıda bırakma ya da tedaviye uymama olasılıkları kendi isteğiyle yatan kişilere göre daha fazladır. Yataklı tedavi merkezleri olarak 18 yaş üstü bireyler için Alkol Madde Tedavi Merkezi (AMATEM) bulunmaktadır. Türkiye'de 26 ile 28 AMATEM hizmet vermektedir (KHGM). Bu merkezlerde bireylere arındırma tedavisi ve psikoeğitim uygulanmaktadır, merkeze göre değişebilmekle birlikte tedavi 21-28 gün sürmektedir. Bireylerin yatış süresi boyunca aldıkları ve bu çalışmanın konusu olan psikoeğitimden aşağıda bahsedilecektir.

1.1.5.4.4.1. Sigara, alkol ve madde bağımlığı tedavi programı (SAMBA)

Prof. Dr. Kültegin ÖGEL, Uz. Psk. Ceren KOÇ, Uz. Psk. Aslı BAŞABAK ve Uz. Psk. Alper AKSOY tarafından geliştirilen bu programda, 1998 yılında oluşturulan Alkol Madde Tedavi Programı ve Denetimli Serbestlik Bağımlılık Programı temel alınmıştır. Pilot çalışmaları İstanbul AMATEM ve Ümraniye T tipi cezaevinde yapılmıştır (Ögel, 2018; Ögel, Koç, Aksoy, Başabak ve Evren, 2012).

Program oturumları interaktif uygulamalar şeklinde düzenlenmiştir ve aktiviteler, öğretici ögeler içermektedir. Her oturumdan sonra o oturum için hazırlanmış ödev ve bilgi notu verilmektedir. Farklı bağımlılıklara yönelik olan program kolay uygulanabilir, yapılandırılmış, aktif ve danışan odaklı olması, yargılayıcı değil kabullenici olması ve farklı kurumlarda uygulanabilmesi gibi özelliklere sahiptir. Ayrıca alanda etkinliği bilinen *bilişsel ve davranışçı terapi*; *motivasyonel görüşme*; şimdiye odaklanma, istekle baş etme, deneyimleri kabullenme gibi ögeleri içeren *farkındalık ve kabullenme terapisi*; farkındalık, stresle baş etme, kişilerarası etkileşim becerileri kazandıran *diyalektik davranış tedavisi* ögelerinden yararlanmaktadır. Programı psikolog, psikiyatrist, hemşire, sosyal çalışmacı, sağlık çalışanı uygulayabilmektedir.

Programın amaçları şu şekildedir:

- Alkol, madde ve bağımlılık hakkında bilgilendirmek
- Bireyin değişim yönündeki motivasyonunu arttırmak
- Zarar azaltmak
- Kişinin tekrar alkol/madde kullanmasını yani kaymayı önleyecek becerileri kazandırmak
- Bulaşıcı hastalıklar hakkında bilgilendirmek
- Öfke ve stresle baş etme, sorun çözme ve iletişim becerileri kazandırmak
- Kişinin alkol/madde kullanımı hakkındaki bilişsel hatalarını fark etmesini sağlamak

SAMBA psikoeğitimleri klinik, denetimli serbestlik, aile, 18 yaş altı gruplara özgü olarak hazırlanmıştır. Bu çalışma AMATEM kliniğinde yapıldığı için çalışmanın konusunu klinik SAMBA oturumları oluşturmaktadır. Klinik SAMBA oturumları şunlardır:

- Erken dönem oturumları;
    - Açılış oturumu
    - Alkol-madde etkileri
    - Bağımlılık
    - Madde kullanımı ve hayatımız-girdap oyunu
    - Beyin ve bağımlılık
    - Motivasyon kazandırma
    - İyileşmek için değişmek gerek-1
    - İyileşmek için değişmek gerek-2
    - Sağlıklı kalmanın yolları

- Tekrar kullanmayı önleme oturumları;
    - Duyguları tanımak ve tanımlamak
    - Kaymanın tanımlanması
    - İstek, duygu ve düşüncelerle başa çıkmak
    - Riskli durumları tanımak ve başa çıkmak

- Düşünce tuzakları
- Acil durumlar
- Öz şefkat
- Hedef koymak
- “Sağlam basıcan bu hayatta!”

- Ruhsal gelişim oturumları;
  - Kendini tanımak
  - Öfkeyi tanımak
  - Öfkeyle başa çıkmak
  - Stresle Başa Çıkmak
  - Dürtüsellikle başa çıkmak
  - İletişim Becerileri
  - Sorun çözme yöntemleri
  - Israrlara karşı koymak-güvenli davranış
  - Aile ilişkileri
  - Arkadaş ilişkileri
  - Güven (aile ile ortak oturum)

- Yaşam becerileri oturumları;
  - Sosyal yaşam becerileri
  - Sağlıklı yaşam-1
  - Sağlıklı yaşam-2
  - Günlük yaşam becerileri
  - Kişisel gelişim

- Tartışma oturumları;
  - Öyküler-1
  - Öyküler-2
  - Öyküler-3
  - Paylaşım grupları

- Ek oturumlar;
    - Sigarayı bırakmak
    - Zarar azaltma
    - İlacı doğru kullanmak
    - Kapanış oturumu (Ögel, Koç, Aksoy, Başabak ve Evren, 2012).

1.2 Anksiyete

1.2.1 Tanım

Anksiyete; içsel ya da dışsal sebeplerden kaynaklanan bir tehdit ya da tehlike ihtimaline karşı yaşanan, belirsizlik içeren, benliğin tehdit altında hissedildiği, tanımlanması zor bir endişe duygusudur (Cüceloğlu, 2005; Stain & Hollander, 2001; Türkçapar, 2004). Özakkaş'a göre (2014) anksiyete; bilinmeyen, belirsiz, içten gelen bir tehdite verilen cevaptır. Berksun (2003) ise anksiyeteyi; karşılaşılma olasılığı olan tehditler karşısında bireyde meydana gelen ve bireyin işlevselliğini etkileyen duygu, beden ve davranış değişiklikleri olarak tanımlamıştır.

Anksiyete, herkesin zaman zaman yaşayabildiği, çoğu durumda bir hastalık belirtisi olmayan bir duygudur. Genellikle tehdit olarak algılanan durumlardan ya da kayıplardan sonra yaşanır. Bu durumlar; kişinin beden bütünlüğünün bozulmasına yönelik bir tehdit olarak algıladığı sağlık problemleri, maddi sorunlar, yakın birinin kaybı, yer değişikliği, statü kaybı, yaşamını kontrol etmeye, bağımsızlığına, benlik saygısına yönelik olumsuzluklar olabilir (Şen, 2018). Bu ve benzeri durumlarda yaşanan anksiyetenin belli bir düzeyde kaldığında koruyucu bir işlevi vardır. Anksiyete organizmalar için biyolojik bir savunma sistemidir ve kişiyi tehlikeye karşı uyarır, kişinin tehlike ya da tehdit anında kendini korumasını, eylemlerini duruma göre organize etmesini, gerekli önlemleri almasını, uyum davranışları geliştirmesini ve bu şekilde yaşamını devam ettirmesini sağlar (Işık & Uzbay, 2008; Miller, 2011; Zvolensky, Bonn-Miller, Bernstein & Marshall, 2009;).

Anksiyetenin yüksek düzeyde, sık ve abartılı bir biçimde yaşanması, somut bir tehlike yokken sanki varmış gibi ortaya çıkması, uzun sürmesi ve kontrol edilememesi halinde "anormal anksiyete" ya da "anksiyete bozukluğu" olarak değerlendirilir. Bu şekilde yaşanan anksiyete dehşet, felaket duygularıyla karakterizedir ve kişinin günlük

yaşamını sağlıklı bir şekilde sürdürememesine, işlevselliğinin bozulmasına neden olur (Türkçapar, 2004; Uzbay, 2002).

DSM 5'te anksiyete bozuklukları şu şekilde yer almaktadır:

- Ayrılma kaygısı bozukluğu
- Seçici konuşmazlık
- Özgül fobi
- Toplumsal kaygı bozukluğu (Sosyal fobi)
- Panik bozukluğu
- Agorafobi
- Yaygın kaybı bozukluğu
- Maddenin/ilacın yol açtığı kaybı bozukluğu
- Başka bir sağlık durumuna bağlı kaygı bozukluğu
- Tanımlanmış diğer bir kaygı bozukluğu
- Tanımlanmamış kaygı bozukluğu (Köroğlu, 2013).

1.2.2. Anksiyete Belirtileri

Anksiyetenin varlığı bireyde birtakım belirtilere neden olmaktadır. Bu belirtiler bilişsel, duygusal, fiziksel ve davranışsal olarak sınıflandırılabilir.

Bilişsel belirtiler; konsantrasyon güçlüğü, seslere karşı hassasiyet, kendini aşırı gözleme, hafızanın zayıflaması, önemli şeyleri hatırlayamama, düşünceleri kontrol edememe, dikkat dağınıklığı, nesnel düşünme güçlüğü, kontrolü yitirme korkusu, başa çıkamama korkusu, korku içeren yineleyici düşünceler, bilişsel sapmalar, bedensel duyumları yanlış yorumlama, düşünce bozukluklarıdır.

Duygusal belirtiler; gerginlik, sinirlilik, dehşet ve felaket duyguları, çaresizlik, tedirginliktir.

Fiziksel belirtiler; sempatik sinir sisteminin aşırı aktivitesi sonucu ağız kuruluğu, göz bebeklerinin büyümesi, bağırsak hareketlerinde artma ya da azalma, sık idrara çıkma, yutkunma güçlüğü, göğüste daralma ya da sıkışma hissi, nefes almada güçlük, kalp atış hızının artması, çarpıntı, kaslarda gerginlik, ellerde terleme, ciltte kaşıntı, karın ağrısı,

ishal, reflekslerde artış, kaslarda seyirme, uykuya dalmada güçlük, erken boşalma, cinsel soğukluk olarak sayılabilir.

Davranışsal belirtiler; yerinde duramama ya da davranışsal inhibisyon, dona kalma, kaçma, kaçınma, konuşma akışında bozulma ve koordinasyon bozukluğudur. Kaçma, kaçınma gibi bazı davranışsal belirtiler başlangıçta anksiyetenin azalmasını sağlarken bir süre sonra anksiyetenin devamlılığına sebep olabilir (Doğan, 2000; akt. Şen, 2018; Özakkaş, 2015).

1.2.3. Epidemiyoloji

Anksiyete bozukluklarının en yaygın görülen psikiyatrik bozukluklardan biri olduğu bilinmektedir. Bir yıllık prevelansı kadınlarda %30,5 iken erkeklerde %19,2 ve genel toplumda %17,7 olarak bildirilmektedir. ECA verilerine göre tüm anksiyete bozukluklarının 18 yaş üzeri popülasyonda bir aylık görülme sıklığı %7,3'tür (Ertan, 2008; Regier, Narrow & Rae, 1990).

Dünya Sağlık Örgütü'nün 2017 raporuna göre 2015 yılında tüm dünyada bir anksiyete bozukluğuna sahip kişi sayısı 264 milyondur ve bu da %3,6'lık bir orana karşılık gelmektedir.

1.2.4. Etiyoloji

Anksiyetenin etiyolojisini açıklamada 1980'lere kadar psikodinamik ve bilişsel yaklaşımlar ağır basmıştır. Son yıllarda da özellikle genetiğin önemine vurgu yapılmaktadır. Genetikle ilgili bulgular aile, ikiz, evlat edinme çalışmalarından elde edilmektedir. Panik bozukluk, obsesif kompulsif bozukluk gibi hastalıklarda duyarlılığa neden genler araştırılmaktadır. Anksiyete bozukluklarında çevresel koşullarla bağlantılı genetik yatkınlığın etkili olduğu düşünülmektedir (Arnold, Zai ve Richter, 2004).

Psikanalitik yaklaşıma göre anksiyetenin gelişim dönemine gören değişen temaları bulunmaktadır. *İd anksiyete*, infantil dönemde ve bebeğin beklentileri doğrultusunda ortaya çıkmaktadır. *Seperasyon anksiyetesi* infantil dönemden sonra ortaya çıkar ve sevgi nesnesini kaybetme korkusunu içerir. *Kastrasyon anksiyetesi,* çocukluk döneminde psikoseksüel gelişim sırasındaki korkuları içerir. *Üstbenlik anksiyetesi* ise prepubertal dönemde süperegonun oluşturduğu baskılara bağlı olarak hissedilen korkuları içermektedir (Özakkaş, 2014).

Bilişsel yaklaşıma göre anksiyeteyi ortaya çıkaran neden bireyin durum ya da olayları yorumlama şeklidir. Bireyin kendisi, diğerleri ve yaşamla ilgili sahip olduğu inançları birçok durumu tehdit olarak algılamasına yol açmaktadır. Ayrıca kişi var olan tehlikeyi abartılı olarak algılamakta, bu da anksiyeteyi arttırmaktadır (Beck, Emery ve Greenberg, 1985).

Davranışsal yaklaşıma göre anksiyetenin temelinde bireyin çevresel uyaranlara karşı oluşturduğu spesifik koşullanma yanıtları vardır. Fobilerin oluşmasında da bu cevaplar etkilidir ve devamlılık göstermesine uyarandan kaçma davranışları neden olmaktadır. Ayrıca seçici fiziksel ve bedensel belirtiler, seçici dikkat, davranış değişiklikleri de anksiyetenin sürmesinde etkilidir. Bu davranışların sönmesi ve alışmanın sağlanması için alıştırma tedavileri ortaya çıkmıştır (Nutt, Argyropoulos ve Forshall, 1998).

Varoluşçu yaklaşım anksiyetenin kaynağının hiçlik olduğunu öne sürmektedir. Teoriye göre anksiyetenin temelinde bir çatışma vardır. Bu çatışmanın kaynağı da bireyin varoluşunun getirdikleriyle yüzleşme çabasıdır (Yalom,2001).

Biyolojik bakış açısına göre anksiyete bozukluklarının ortaya çıkmasında otonom sinir sisteminin varlığı etkilidir. Otonom sinir sistemi uyarıldığında kardiyovasküler sistem, sindirim sistemi, solunum sistemi, iskelet ve kas sisteminde semptomlara neden olur (Morris, 2002; Sadock, Sadock, Kaplan ve Sadock, 2016; akt., Şen, 2018). Bazı hipotezlere göre de anksiyetenin ortaya çıkmasında serebellum, limbik sistem, beyin sapındaki çekirdekler ve prefrontal korteks arasındaki etkileşim etkili olmaktadır. Limbik sistem, amigdala, hipokampüs gibi beyin bölümleri duygusal tepkilerin ve otonom sinir sistemi tepkilerinin kontrolünde, korkunun öğrenilmesi, sürdürülmesi ve sönmesinde rol oynamaktadır (Eşel, 2003).

1.2.5. Anksiyete ve Madde Kullanım Bozukluğu

Madde kullanım bozukluğu olan bireylerde anksiyete önemli bir nüks etmeni olarak görülmektedir (Marlatt ve Gordon, 1980; akt., Yeltepe Ercan, Yargıç ve Karagözoğlu, 2016). Bu kişiler anksiyeteyi azaltmak ya da onunla başa çıkabilmek için sıklıkla madde kullanımına başvurmaktadır. Fakat bir süre sonra madde kullanımı anksiyeteyi arttırır ve bu bir kısır döngü haline gelir (Ögel, 2018). Kişi remisyon

sürecindeyken yoğun anksiyete ya da stres yaratan bir durumla karşılaştığında sağlıklı başa etme yöntemleri geliştiremediyse tekrardan madde kullanımına başvurabilmektedir.

Amerikan Ulusak Ek Tanı Anketi (NCS) verilerine göre madde kullanım bozukluğu olan bireylerin %41 ile %65'inde yaşamlarının bir döneminde affektif veya anksiyete bozukluğu görülme olasılığı bulunmaktadır. Anksiyete ya da affektif bozukluğa sahip olan kişilerin de yaşamlarının bir döneminde madde kullanım bozukluğu tanısı almış olma oranı %50'dir, ayrıca bu oran genel popülasyonda bu bozuklukların görülme sıklığından daha fazladır (Bucholz, 1999; Kessler ve ark., 1997).

Madde kullanım bozukluğunun anksiyete ile komorbiditesini açıklayan görüşlerden biri, bir mental bozukluğun doğrudan başka bir bozukluğun ortaya çıkmasına zemin hazırlamasıdır. Yani yoğun madde kullanımı depresyon ya da anksiyete neden olabilir (Raimo ve Schuckit, 1998). Diğer bir görüş ise bazı psikiyatrik bozuklukların madde kullanımın riskini arttırabilmesidir. Örneğin bir anksiyete bozukluğuna ya da depresyona sahip olan bir kişi olumsuz duygularla ya da istenmeyen durumlarla başa çıkabilmek için madde kullanabilmektedir (Mirin, Weiss, Griffin ve Michael, 1991).

Dolayısıyla madde kullanım bozukluğu olan bireylerin madde kullanımını bırakabilmeleri, bıraktıktan sonra da remisyon sürecinin uzayabilmesi için anksiyete ya da stres yaratan durumları yönetebilmeleri, sağlıklı baş etme stratejileri geliştirmeleri gerekmektedir.

1.3. Baş Etme Stratejileri

1.3.1. Tanım

Baş etme; bireyin stres yaratan faktörler karşısındaki duygusal gerilimi azaltma, yok etme amacıyla gösterdiği, problem ya da duygu odaklı olarak sınıflandırılabilen bilişsel, duygusal ya da davranışsal tepkileri kapsamaktadır (Lazarus ve Folkman, 1984).

Baş etmenin literatürde çeşitli tanımlamaları bulunmaktadır. Baş etme; bireyin duygusal, fiziksel, bilişsel ve davranışsal çabalarını stresli bir durum veya olay karşısında taleplerine uygun olarak değiştirebildiği dinamik bir süreçtir (Compas, Connor-Smith, Saltzman, Thomsen ve Wadsworth, 2001). Baltaş ve Baltaş 'a göre (1998) baş etme; stresin verdiği zararları en aza indirme ya da yok etme, stresi gelişim sürecinde bir kaynak olarak kullanabilmektir. Kissinger' e göre (2006) baş etme; bireyin duygusal olayların

yarattığı etkilerle ya da anksiyete ve travma gibi durum ve olaylarla mücadele ederken kullandığı kaynakların tümüdür (akt., Dicle ve Ersanlı, 2015).

Lazarus (1976) baş etmeyi iki sınıfta ele almaktadır: Doğrudan eylem ve hafifletici davranışlar. Doğrudan eylemler; bireyin çevre ile etkileşiminde ortaya çıkan ve tehdit içeren koşulları kendi lehine çevirmeyi amaçlayan davranışlardır. Bunlar saldırganca tavırlar sergilemek, kaçmak, hareketsiz kalmak ya da tehlikeye karşı hazırlık yapmak gibi davranışlar olabilir. Hafifletici davranışlar ise bireyin rahatlamak için yaptığı davranışlardır. Alkol ya da kas gevşetici ilaçların kullanımı gibi davranışlar bireyin duygusal olarak rahatsızlık veren olaylar karşısında daha iyi hissetmesini, işlevlerini görece daha etkili ve rahat bir şekilde sürdürmesini sağlamaktadır (Reyhanlıoğlu, 2015).

Baş etmede üç temel nokta bulunmaktadır. Bunlardan ilki baş etmenin "süreç yönelimli" olmasıdır. Baş etme; bireyin stres faktörleri karşısındaki düşünceleri ve davranışlarına, mücadele sürecinde bunların nasıl değiştiğine odaklanmaktadır. İkincisi baş etmenin "bağlamsal" olmasıdır. Baş etme çabalarının şekillenmesinde birey ve stres yaratan durumlar birlikte işlev görmektedir. Ayrıca baş etme, mücadele sırasında kişinin ortaya çıkan taleplerinden ve bunları yönetebilmek için sahip olduğu kaynakları değerlendirmesinden etkilenmektedir. Üçüncü temel nokta da "önceden kullanılan bir baş etme yönteminin iyi ya da kötü olduğu hakkında varsayımda bulunmanın mümkün olmaması"dır. Baş etme, kişinin değişen taleplerini yönetme çabasının başarılı olup olmadığı olarak değerlendirilir (Folkman, Lazarus, Gruen ve De Longis, 1986).

Moss ve Billings'in (1982) yaptığı literatür incelemesinde baş etmenin değerlendirildiği beş yaklaşım üzerinde durulmuştur. *Psikanalitik yaklaşım* baş etme sürecinde bireyin yaşadığı iç ve dış gerçeklik arasındaki çatışmayı çözmek için egoya vurgu yapmaktadır. *Gelişim dönemleri yaklaşımı* bireyin baş etme becerilerinin gelişmesi için gelişimsel süreçlerini başarıyla tamamlaması gerektiğini söylemektedir. Bu süreçlerin başarıyla tamamlanması için de özsaygı, egemenlik duygusu, sorumluluk, özdenetim gibi kaynakların artması gerekmektedir. *Evrimsel yaklaşıma* göre baş etme stratejileri kişinin hayatta kalmasını sağlamaktadır. *Kültürel ve sosyoekolojik yaklaşım* baş etmeyi çevresel koşullara uyum sağlama olarak ele almaktadır. *Bütüncül yaklaşıma* göre baş etme; karşılaşılan gerilimleri arttırabilen ya da azaltabilen, bireyin iç ve dış talepler karşısında gösterdiği bilişsel ve davranışsal çabalardır.

1.3.2 Baş Etme Stratejileri Alt Boyutları

Lazarus ve Folkman tarafından oluşturulan baş etme modelinde iki alt boyut bulunmaktadır. *Problem odaklı baş etme;* bireyin stres kaynaklarına müdahale ettiği, stres yaratan durumların etkisini ortadan kaldırdığı ya da azalttığı, sağlıklı olan aktif çabaları içermektedir. Problem odaklı baş etmede kişi sıkıntı ya da zorluk yaratan problemin kendisiyle uğraşmakta ve akılcı tepkiler ortaya koymaktadır. Bu baş etme yöntemi ayrıca durumu değiştirmek amacıyla gösterilen saldırgan kişilerarası çabayı da içermektedir. *Duygu odaklı baş etme,* problemle ilgili duyguları düzenleme anlamına gelen, işlevsel olmayan ve pasif bir yöntemdir. Birey stres faktörlerinin olumsuz etkisini azaltmak için sorunu görmezden gelmekte ve durumun etkisini inkar etmeye çalışmaktadır. Burada değişim davranışlarda değil, bireyin çevreyi yorumlama şeklinde olmaktadır. Duygu odaklı baş etme uzaklaşma, sosyal destek arama, kaçma, kaçınma, sorumluluğu üzerine alma, pozitif yeniden değerlendirme gibi tepkileri içermektedir (Lazarus ve Folkman, 1984; Ülev, 2014). Emosyonel gerilimi azaltmaya yönelik olan duygu odaklı baş etme stratejilerinin kullanılmasının psikopatolojik belirtileri ortaya çıkarma ve sürdürmeyle ilişkili olduğu saptanmıştır (Rohde, Lewinsohn, Tilson ve Seeley, 1990; Wegner, Schneider, Carter ve White, 1987).

Problem odaklı ve duygu odaklı baş etme stratejileri genellikle birbirinden bağımsız iki yöntem olarak ele alınmaktadır. Fakat stresin yoğun olduğu durumlarda bu iki baş etme yöntemi birbirinin tamamlayıcısı olmaktadır. Her iki baş etme türü de stres faktörleriyle mücadele sürecinin bileşenidir ve onları ayrı ayrı düşünmek işleyen bir baş etme yöntemini olumsuz etkileyebilir (Lazarus, 2006).

COPE ölçeğini geliştiren Carver, Scheier ve Weintraub (1989) tarafından baş etme stratejilerine yönelik 15 alt boyut belirlenmiştir. Bu alt boyutları sorun odaklı/uyumsal, uyumsal olmayan ve duygu odaklı olarak sınıflandırmak mümkündür.

- <u>Sorun odaklı/ uyumsal baş etme stratejileri</u>

  Yararlı sosyal destek kullanımı; Bireyin yakın çevresinden destek, bilgi ya da tavsiye almasını içermektedir.

  Geri durma; Problemi çözebilmek için daha kötüye gitmesine engel olarak uygun zamanın beklenmesidir.

Aktif başa çıkma; Stres faktörünün etkisini azaltmak ya da tamamen ortadan kaldırmak için bireyin çabasını arttırmasını ve baş etme planını uygulamasını içerir.

Diğer faaliyetleri bastırma; Bireyin sıkıntı yaratan probleme odaklanarak diğer işlerle olan ilişkisini azaltmasıdır.

Planlama; Bireyin karşılaştığı stres faktörü karşısında onunla baş edebilme yöntemleri hakkında düşünmesidir.

- Uyumsal olmayan baş etme stratejileri

Zihinsel boş verme; Bireyin problem yaratan durumu daha az düşünmek için diğer işlerle daha çok meşgul olmasını, başka durumlarla ilgili hayal kurması gibi uğraşları içerir.

Davranışsal boş verme; Bireyin sorunu çözebilmek için yapması gerekenleri yapmamasını, gereken çabayı harcamamasını, istediğini elde etme girişiminden vazgeçmesini içerir.

İnkar; Kişi stres yaratan faktörü inkar eder, o yokmuş gibi davranır.

Soruna odaklanma ve duyguları açığa vurma; Birey probleme doğrudan odaklanmakta ve bu problemin ortaya çıkardığı duyguları sık sık paylaşmaktadır. Ayrıca üzüntü ve öfkesini açığa vurabilmektedir.

Alkol/madde kullanımı: Birey sorun hakkında daha az düşünebilmek için alkol ya da madde kullanımına başvurmaktadır. Böylece geçici olarak sorunu ve yarattığı duyguları unutabilmektedir, fakat alkol/maddenin etkisi geçtikten sonra var olan problemle yüzleşip tekrar alkol/madde kullanma ihtiyacı duymaktadır.

- Duygu odaklı baş etme stratejileri

Pozitif yeniden yorumlama ve gelişme; Kişi stres yaratan duruma farklı bir şekilde bakmaya çalışır ve bu şekilde olumsuz duygularıyla baş edebilir.

Dine yönelme; Birey stres yaratan faktörle dinin verdiği rahatlama ve daha fazla dua etme davranışıyla baş etmeye çalışır.

Şakaya vurma; Bireyin içinde bulunduğu durumla trajikomik bir şekilde baş etme çalışmasını içermektedir.

Kabullenme; Birey stres yaratan durumun olduğu fikrine alışır ve bu durumu kabullenir. Bu strateji problemi çözebilmek için gereken ilk aşamadır.

Duygusal sosyal destek kullanımı; Bireyin duygularını yakın çevresiyle paylaşmasını, sempati ve anlayış kazanmak istemesini içermektedir (Carver, Scheier ve Weintraub, 1989).

1.3.3 Baş Etme Stratejileri ve Madde Kullanım Bozukluğu

Anksiyete, üzüntü, hayal kırıklığı, acı gibi olumsuz duygular ya da stres yaratan durumlarla baş edebilmenin bir yolu alkol/madde ya da ilaç kullanmaktır. Madde kullanım bozukluğu olan bireylerin genellikle öz yeterlilik duygusu yeterince gelişmemiştir ve bu da evde yalnız kalma, aile içi tartışma, can sıkıntısı gibi madde kullanma ihtimali yüksek olan durumlarda kişinin madde kullanarak iyi hissetmeye çalışmasına neden olmaktadır. Dolayısıyla bu kişilerin iyileşme sürecinde yeni baş etme becerileri geliştirmeleri, öz yeterliliklerini arttırmalarını ve madde kullanımına daha az ihtiyaç duymalarını sağlayacaktır.

Madde kullanımı olan bireylerin baş etme stratejileriyle ilgili yapılan bir çalışmada mizaha yönelmenin kişilerde madde kullanım oranını düşürdüğü bulunmuştur. Ayrıca madde kullanımı ile psikopatolojilerin eş zamanlı görüldüğü bireylerde de mizahın etkili bir baş etme stratejisi olduğu düşünülmektedir (McConnel, Memetovic ve Richardson, 2014; Marquez-Arrico, Benaiges ve Adan, 2015).

Er ve erbaşların baş etme stilleriyle ilgili yapılan bir çalışmada madde kullanımı olan er ve erbaşların stresle başa çıkma puan ortalamalarının madde kullanımı olmayanlarınkine göre daha düşük olduğu bulunmuştur. Aynı çalışmada ayrıca madde kullanan erbaş ve erlerin davranışsal boş verme, duygulara odaklanma ve ortaya koyma, inkar gibi pasif baş etme yöntemlerini; madde kullanımı olmayan erbaş ve erlerin ise pozitif yeniden yorumlama, mizahi yaklaşım, planlama gibi aktif baş etme yöntemlerini kullandıkları görülmüştür (Koçhan ve İlhan, 2015).

Yapılan bazı araştırmalar sonucunda uzun süreli madde kullanımı olan kişilerin baş etme becerilerinin bozulmasından dolayı işlevsel baş etme yöntemlerini kullanamadıkları, ayrıca yaşamı daha zor algıladıkları bulunmuştur (Aki, Arıkan ve Işıklı, 2008; Holahan, Moos ve Holahan, 2001).

1.3.4 Baş Etme Stratejileri ve Anksiyete

Baş etme stratejileri ve anksiyete ile ilgili yapılan çalışmalar anksiyete belirtilerine ya da bozukluklarına sahip olan bireylerin etkili baş etme yöntemlerini kullanmadıklarını göstermektedir (Endler ve Parker, 1990; Tremblay ve King, 1994). Yine üniversite öğrencileriyle yapılan bir çalışmada öğrencilerin pasif baş etme tarzı puanları arttıkça stres, anksiyete puanlarının da arttığı görülmüştür (Berkel, 2009).

Karabulut ve Evren'in (2018) opiyat kullanım bozukluğu olan bireylerle yaptığı çalışmada duygu odaklı baş etme ile sürekli anksiyete arasında pozitif, problem odaklı baş etme ile sürekli anksiyete arasında ise negatif bir ilişki olduğu bulunmuştur. Anksiyetenin süreğen hale gelmesi bireyin problem odaklı baş etme becerilerinin bozulması ve duygu odaklı baş etme yöntemlerini daha fazla kullanmasıyla ilişkili olabilmektedir.

1.4. Araştırmanın Amacı

Bu araştırmada, opiyat kullanım bozukluğu olan bireylerin baş etme becerilerinin ve anksiyete düzeylerinin Alkol Madde Tedavi Merkezi olan AMATEM servisinde uygulanan SAMBA psikoeğitimleri öncesi ve sonrasında farklılaşıp farklılaşmadığı değerlendirilmektedir. Ayrıca opiyat kullanım bozukluğu olan bireylerin baş etme becerileri ile anksiyete düzeyleri arasındaki ilişki incelenmektedir. Bu doğrultuda şu sorulara yanıt aranmaktadır:

1) Opiyat kullanım bozukluğu olan bireylerin baş etme stratejileri ile anksiyete düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki var mıdır?
2) Opiyat kullanım bozukluğu olan bireylerin baş etme stratejileri psikoeğitim öncesinde ve sonrasında farklılaşmakta mıdır?
3) Opiyat kullanım bozukluğu olan bireylerin anksiyete düzeyleri psikoeğitim öncesinde ve sonrasında farklılaşmakta mıdır?
4) Opiyat kullanım bozukluğu olan bireylerin baş etme stratejileri ve anksiyete düzeyleri yatarak tedavi görme sayısına göre farklılaşmakta mıdır?
5) Opiyat kullanım bozukluğu olan bireylerin baş etme stratejileri ve anksiyete düzeyleri daha önce aldıkları psikoeğitim sayısına göre farklılaşmakta mıdır?

6) Opiyat kullanım bozukluğu olan bireylerin baş etme stratejileri ve anksiyeteleri eğitim düzeyi açısından farklılaşmakta mıdır?
7) Opiyat kullanım bozukluğu olan bireylerin baş etme stratejileri ve anksiyete düzeyleri sosyoekonomik düzey açısından farklılaşmakta mıdır?

1.5. Araştırmanın Önemi

Bu çalışmanın; AMATEM'de uygulanan SAMBA psikoeğitiminin opiyat kullanım bozukluğu bireylerin baş etme becerileri ve anksiyete düzeyleri üzerinde ne derece etkili olduğunu görmek açısından katkı sağlayacağı, bu doğrultuda alanda çalışan uzmanlar için yol gösterici olabileceği düşünülmektedir. Ayrıca literatüre baktığımızda baş etme becerilerinin genellikle esrar ya da alkol kullanım bozukluğu olan bireylerle çalışılmış olması, opiyat kullanım bozukluğu olan bireylerde tedavinin baş etme becerileri ve anksiyete düzeyleri üzerindeki etkisiyle ilgili bir çalışmaya rastlanmaması nedeniyle de bu çalışma ilgili alan yazınında bir yenilik sağlayabilir. Anksiyetenin ayrıca madde bağımlılığının gelişmesiyle ilişkili olduğu ve bireylerin alkol ve/veya madde kullanımını bir başa çıkma yöntemi olarak kullandıkları bilinmektedir. Alkol ve madde kullanım bozukluğunun başlamasında, devam etmesinde ve nükslerin olmasında bireylerin baş etme becerilerinin yetersizliği ya da etkin olmayan baş etme stratejilerini kullandıkları düşünülmektedir. Ayrıca anksiyete düzeyi arttıkça alkol ya da madde kullanımının da arttığı bilinmektedir. Ülkemizde, bağımlılık tedavisinde kişilerin ağırlıklı olarak tıbbi tedavi takibi yapılmakta olup psikoterapi hizmetleri zayıf kalmaktadır. Bu çalışmanın hem bağımlılık ile ilgili literatüre katkı sağlayabileceği hem de bağımlı hastaların baş etme becerilerini güçlendirmede ve anksiyete düzeylerini azaltmada bireysel terapiler ve grup çalışmalarına önem verilmesini vurgulaması açısından tedaviye katkı sağlayacağı, böylece de bireylerin baş etme becerileri güçlendirildiğinde remisyon sürelerinin uzayacağı düşünülmektedir.

1.6. Araştırmanın Varsayımları

SAMBA psikoeğitimi opiyat kullanım bozukluğu olan hastaların baş etme becerilerini güçlendirmektedir.

SAMBA psikoeğitimi opiyat kullanım bozukluğu olan hastaların anksiyete düzeylerini azaltmaktadır.

1.7. Araştırmanın Sınırlılıkları

- AMATEM'e başvuran kadın sayısının erkeklere göre daha az olması nedeniyle araştırmanın sadece erkek hastalarla yapılmış olması
- Çalışmanın tek bir merkezde yapılmış olması
- Hastalardan bazılarının tedaviyi yarıda bırakmış olması nedeniyle ulaşılabilen hasta sayısının sınırlı olması
- AMATEM klinik işleyişinin aksamaması nedeniyle SAMBA psikoeğitiminin 5 kişi tarafından verilmiş olması
- Beck Anksiyete Ölçeği'nin "son 1 hafta" içindeki belirtileri ölçmesi ve çoğu hastanın son 1 hafta içinde madde kullanmış olması nedeniyle yoksunluk belirtileri ve anksiyete belirtilerinin karışma ihtimalinin olması
- Çalışma grubunun ilgili değişkenler açısından karşılaştırılabileceği bir kontrol grubunun olmaması

BÖLÜM 2. YÖNTEM

2.1. Araştırma Modeli

Araştırmanın modeli zayıf deneysel desen olan tek gruplu ön test son test desendir. Bu desende işlemin etkisi tek grup üzerinde yapılan çalışma ile test edilir (Büyüköztürk ve ark., 2017). Bu doğrultuda SAMBA psikoeğitiminin opiyat kullanım bozukluğu olan bireylerin baş etme becerileri, anksiyete düzeyleri ve bu değişkenler arasındaki ilişkiye olan etkisi değerlendirilmiştir.

2.2. Evren ve Örneklem

Araştırmanın evrenini Erenköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi'ne bağlı AMATEM servisinde yatan hastalar oluşturmuştur. Örneklemini ise 18 – 50 yaş arası, opiyat kullanım bozukluğu tanısı almış, okuma–yazma bilen ve yoksunluk belirtilerinden arınmış, araştırmaya katılmayı kabul eden 72 erkek hasta oluşturmuştur. Tedaviyi yarıda bırakıp taburcu olan, bu nedenle psikoeğitimler sonrasında ölçekleri dolduramayan 3 hasta araştırmaya dahil edilmemiştir. Psikoeğitimlerin etkinliğini ve ölçeklerin doldurulmasını engelleyecek düzeyde ek psikiyatrik rahatsızlığı olan hastalar çalışmaya dahil edilmemiştir. Ölçekleri eksik dolduran 2 hastanın ve uç değer analiziyle saptanan 5 hastanın verileri de analize dahil edilmemiş olup çalışmaya 65 katılımcıyla devam edilmiştir.

Araştırmaya dahil olan katılımcıların demografik bilgilerine ilişkin bulgular Tablo 1'de verilmiştir.

Tablo 1. Katılımcıların demografik değişkenlere göre dağılımı

	min-max	***Ort.***	***Ss.***
Yaş	18-50	29.26	6.29
Maddeye başlama yaşı	9-36	16.86	4.30
Opiyata başlama yaşı	12-42	21.29	5.49
Devam eden DS dosyası	0-7	0.80	1,35
Eğitim durumu		**n**	%
İlkokul		7	10,8
Ortaokul		41	63,1
Lise		14	21,5
Yüksekokul		2	3,1
Üniversite		1	1,5
Toplam		65	100,0
Meslek			
Memur/işçi		7	10,8
Serbest meslek		45	69,2
Ticaret		2	3,1
Çalışmıyor		5	7,7
Öğrenci		6	9,2
Toplam		65	100,0
Aylık gelir			
0-1000 tl		13	20,0
1000-2000 tl		12	18,5
2000-3000 tl		19	29,2
3000 tl ve üzeri		19	29,2
Toplam		63	96,9
Medeni durum			
Evli		13	20,0
Bekar		46	70,8
Boşanmış		5	7,7
Birlikte yaşıyor		1	1,5
Toplam		65	100,0
Çocuk durumu		**n**	**%**
Var		17	26,2
Yok		48	73,8
Toplam		65	100,0
Kimlerle birlikte yaşadığı			
Aile		60	92,3
Yalnız		3	4,6
Büyükanne		2	3,1

Toplam	65	100,0
İlk kullandığı madde		
Esrar	47	72,3
Ekstazi	2	3,1
Eroin	10	15,4
Bonzai	3	4,6
Alkol	2	3,1
Toplam	64	98,5
Maddeye başlama nedeni		
Özenti	6	9,2
Arkadaş ortamı	29	44,6
Merak	12	18,5
Ailevi sorunlar	3	4,6
Heves	1	1,5
Diğer	9	13,8
Toplam	60	92,3
Opiyat kullanmaya başlama nedeni		
Bir kereden bir şey olmaz	1	1,5
Arkadaş ortamı	25	38,5
Eroin olduğunu bilmiyor olmak	12	18,5
Başka bir maddeyi bırakmak için	4	6,2
Ailevi sıkıntılar	4	6,2
Merak	10	15,4
Diğer	9	13,8
Toplam	65	100,0
Kullanmakta olduğu başka madde		
Evet	22	33,8
Hayır	42	64,6
Toplam	64	98,5
Daha önceki yatış toplamı	**n**	**%**
3 ve altı	43	66,2
3 üzeri	22	33,8
Toplam	65	100,0
Daha önceki toplam SAMBA sayısı		
3 ve altı	44	67,7
3 üzeri	21	32,3
Toplam	65	100,0

Çalışmaya katılan katılımcıların demografik özellikleri incelendiğinde, katılımcıların yaşlarının 18-50 arasında değiştiği ve yaş ortalamasının 29.26 (Ss. = 6.29)

olduğu görülmüştür. İlk kullandıkları maddeye başlama yaşının 9-36 arasında değiştiği ve yaş ortalamasının 16.86 (Ss. = 4.30) olduğu, tercih maddeleri olan opiyata başlama yaşının 12-42 arasında değiştiği ve yaş ortalamasının 21.29 (Ss. = 5.49) olduğu hesaplanmıştır. Devam eden denetimli serbestlik dosyasının 0-7 arasında değiştiği ve ortalamasının 0.80 (Ss. = 1.35) olduğu gözlenmiştir. Katılımcıların %10,8'inin ilkokul mezunu, %63,1'inin ortaokul mezunu, %21,5'inin lise mezunu, %3,1'inin yüksekokul mezunu ve %1,5'inin üniversite mezunu olduğu görülmüştür. Lisansüstü eğitim düzeyine sahip katılımcı bulunmamaktadır. Katılımcıların aylık gelir düzeyine bakıldığında %20'sinin 0-1000 tl, %18,5'inin 1000-2000 tl, %29,2'sinin 2000-3000 tl ve yine %29,2'sinin 3000-4000 tl arası gelire sahip olduğu görülmektedir. Mesleklere bakıldığında %10,8'inin memur/işçi olduğu, %69,2'sinin serbest meslekle, %3,1'inin ticaretle uğraştığı, %9,2'sinin öğrenci olduğu ve %7,7'sinin çalışmadığı hesaplanmıştır. Evli olan katılımcılar tüm katılımcıların %20'sini, bekar olanlar %70,8'ini boşanmış olanlar %7,7'sini ve birlikte yaşayanlar %1,5'ini oluşturmaktadır. Katılımcıların %26,2'si çocuk sahibidir; %92,3'ünün ailesiyle, %4,6'sının yalnız ve %3,1'inin büyükanneyle yaşadığı görülmektedir. İlk kullandıkları maddelerin %72,3'ünü esrar, %15,4'ünü eroin, %4,6'sını bonzai, %3,1'ini ekstazi ve yine %3,1'ini alkol oluşturmaktadır. İlk kullandıkları maddeye başlama nedenleri arasında arkadaş ortamı %44,6 ile en yüksek orana sahiptir. Özenti nedeniyle başlama oranı %9,2, merak nedeniyle başlama oranı %18,5, aile sorunlar nedeniyle başlama oranı %4,6, heves nedeniyle başlama oranı %1,5 ve diğer sebeplerle başlama oranı %13,8'dir. Opiyat kullanmaya başlama nedenlerine bakıldığında da "bir kereden bir şey olmaz" düşüncesiyle başlayanlar %1,5, arkadaş ortamı nedeniyle başlayanlar %38,5, eroin olduğunu bilmeden başlayanlar %18,5, başka bir maddeyi bırakmak için başlayanlar %6,2, merak nedeniyle başlayanlar %15,4, ailevi sıkıntılar nedeniyle başlayanlar %6,2 ve diğer sebeplerle başlayanlar %13,8 oranındadır. Katılımcıların %33,8'inin kullanmakta olduğu başka bir madde bulunmaktadır. Bulundukları hastanede ve diğer hastanelerdeki AMATEM yatışlarının toplamına bakıldığında 3 ve altı yatışı olanların oranı %66,2, 3 üzeri yatışı olanların oranı %33,8'dir. Daha önceki yatışlarındaki ve denetimli serbestlik sürecindeki aldıkları toplam SAMBA sayısına bakıldığında da %67,7'sinin 3 ve altı, %32,3'ünün 3 üzeri SAMBA aldıkları görülmektedir.

2.3. Veriler ve Toplanması

Araştırma için gerekli olan etik kurul izni Maltepe Üniversitesi Etik Kurulu'ndan, İstanbul SBÜ Erenköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde çalışma izni İstanbul İl Sağlık Müdürlüğü'nden alınmıştır.

Nicel verilerin toplanmasında Bilgilendirilmiş Onam Formu, Demografik Bilgi Formu, Başa Çıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeği ve Beck Anksiyete Ölçeği kullanılmıştır.

Hastalar çalışmaya gönüllü olarak katılmıştır ve ölçekler kendileri tarafından doldurulmuştur. Hasta yatışının ortalama üçüncü ya da dördüncü gününde, hasta yoksunluk belirtilerinden arındıktan sonra ön test uygulaması için ölçekler verilmiştir. 21 günlük yatışı boyunca hastalar Alkol ve Madde Etkileri, Bağımlılık, Beyin ve Bağımlılık, Motivasyon Kazandırma, Duyguları Tanımak ve Tanımlamak, Kaymanın Tanımlanması, Riskli Durumları Tanımak ve Başa Çıkmak, İstek, Duygu ve Düşüncelerle Başa Çıkmak, İyileşmek İçin Değişmek Gerek 1-2, Düşünce Tuzakları, Öfkeyle Başa Çıkmak ve Stresle Başa Çıkmak psikoeğitimlerini almıştır. Psikoeğitimler AMATEM kliniğinde çalışan psikolog / sosyal hizmet uzmanı / bağımlılık danışmanı ünvanındaki 5 kişi tarafından, 8-10 kişilik gruplar halinde uygulanmıştır. Her oturum ortalama 45-50 dk sürmüştür. Psikoeğitimleri tamamladıktan sonra hastalardan Suboxone ile taburcu olacak olanlara aynı gün ya da ertesi gün; Naltrekson implant tedavisi ile taburcu olacak hastalara Suboxone kesilme belirtileri sonlandıktan sonra son test için Beck Anksiyete Ölçeği ve Başa Çıkma Tutumlarını Değerlendirme ölçekleri verilmiştir. Ölçeklerin doldurulması yaklaşık 15-20 dk sürmüştür. Veriler Aralık 2019-Temmuz 2021 tarihleri arasında toplanmıştır.

2.3.1. Demografik Bilgi Formu

Demografik bilgi formu hastanın yaşı, eğitim durumu, çalışma durumu, medeni hali, aylık geliri, şu anda kim/kimlerle yaşadığı, madde kullanmaya başlama yaşı, madde kullanmaya başlama nedeni, opiyat kullanmaya başlama yaşı, opiyat kullanmaya başlama nedeni, daha önce yatarak tedavi görüp görmediği, daha önce SAMBA psikoeğitimlerini alıp almadığı gibi sorulardan oluşmaktadır.

2.3.2. Başa Çıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeği

Ölçek Carver, Scheier ve Weintraub tarafından 1989 yılında 15 alt boyut ve 60 madde olarak geliştirilmiştir. Zuckerman ve Gagne tarafından 2003 yılında Kendine Yardım, Yaklaşım, Uyum Sağlama, Sakınma-Kaçınma ve Kendine Ceza isimli 5 faktör ve 40 madde olarak revizyon edilmiştir.

Ölçeğin Türkçe uyarlaması geçerlik ve güvenirlik çalışması Ersanlı ve Dicle tarafından 2015 yılında 58 üniversite öğrencisi ve 1688 üniversite personeli üzerinde yapılmıştır. Ölçeğin bazı maddelerinin korelasyon katsayısının .20'nin altına düşmesi nedeniyle bu maddeler ölçekten çıkarılmıştır. Son haliyle 32 madde ve 5 faktörlük ölçeğin iç tutarlılığını veren Cronbach Alfa Katsayısı.979'dur. Alt ölçeklerin Cronbach Alpha Katsayıları şu şekildedir: "Kendine Yardım" alt ölçeği için .969, "Yaklaşım" alt ölçeği için .989, "Uyum Sağlama" alt ölçeği için .980, "Sakınma-Kaçınma" alt ölçeği için .981, "Kendine Ceza" alt ölçeği için.983. Yapılan test tekrar test yönteminde de korelasyon puanlarının her alt ölçek için $p<.001$ düzeyine göre anlamlılık düzeyinde olduğu bulunmuştur.

Ölçek 4'lü likert tipi ölçektir. Maddelerin puanlanmasında "Asla Böyle Yapmam" için 1, "Çok Az Böyle Yaparım" için 2, "Böyle Yaparım" için 3, "Çoğunlukla Böyle Yaparım" için 4 puanı kullanılır. Ölçekte olumsuz madde bulunmaktadır. Ölçekten alınabilecek en yüksek puan 128, en düşük puan da 32'dir. Ölçekten alınan yüksek puan bireyin başa çıkma tutum düzeyinin yüksek olduğunu, düşük puan ise başa çıkma tutum düzeyinin düşük olduğunu göstermektedir (Dicle ve Ersanlı, 2015).

Bu araştırmada ölçeğin ön test ve son test çalışmalarında iç tutarlılığının belirlenmesi için Cronbach Alpha güvenirlik katsayısı hesaplanmıştır. Cronbach Alpha katsayısı ölçeğin ön test uygulamaları için.78, alt ölçeklerin ön test uygulamaları için şu şekildedir: "Kendine Yardım" alt ölçeği için .82, "Yaklaşım" alt ölçeği için .82, "Uyum Sağlama" alt ölçeği için .81, "Sakınma-Kaçınma" alt ölçeği için .45, "Kendine Ceza" alt ölçeği için.82. Ölçeğin son test uygulamasında Cronbach Alpha katsayısı .70 olarak hesaplanmıştır. Alt ölçeklerin son test uygulamalarında şu şekildedir: "Kendine Yardım" alt ölçeği için .44, "Yaklaşım" alt ölçeği için .85, "Uyum Sağlama" alt ölçeği için .83, "Sakınma-Kaçınma" alt ölçeği için .63, "Kendine Ceza" alt ölçeği için .75.

2.3.4. Beck Anksiyete Ölçeği

Ölçek Beck ve arkadaşları tarafından 1988 yılında geliştirilmiştir (Beck, Epstein ve Brown, 1988). Ölçeğin geçerlik ve güvenirlik çalışması 1998 yılında Ulusoy ve arkadaşları tarafından yapılmıştır. Ölçeğin orijinal formundaki Cronbach Alfa katsayısı 0.92, test tekrar test güvenirlik katsayıları r= 0.75 ve r= 0.67 düzeyinde bildirilmiştir. Türkiye'de yürütülmüş olan uyarlama çalışmasında ise Cronbach Alfa katsayısı 0.93, test tekrar test güvenirliği ise 0.57 şeklinde bulunmuştur (Ulusoy, Şahin ve Erkmen, 1998). Ölçek 21 maddeden oluşmaktadır ve 4'lü likert tipi ölçektir. 0 – 3 arası puanlanmaktadır. Ölçekten alınabilecek en yüksek puan 63'tür. Ölçekten alınan 0-17 arası puan düşük anksiyete, 18-24 arası puan orta anksiyete, 25 ve üzeri puan yüksek anksiyete düzeyini göstermektedir.

Bu araştırmada iç tutarlılığın belirlenmesi amacıyla yapılan Cronbach Alpha güvenirlik katsayısı hesaplamasında ölçeğin ön test uygulaması için .93, son test uygulaması için .81 değerleri saptanmıştır.

2.4. Verilerin Çözümlenmesi ve Yorumlanması

Katılımcıların demografik bilgiler ve ölçek puanlarına verdikleri yanıtlar SPSS IBM 26.0 programına kaydedilmiştir ve verilerin hatasız bir şekilde girilip girilmediği kontrol edilmiştir. 2 katılımcının verileri kullanılan her ölçek için ölçek toplam madde sayısının %10'undan daha fazla madde boş olması nedeniyle silinmiştir. Bu aşamadan sonra katılımcı sayısı 70'tir. Her ölçek için kayıp veriler taranmış ve bu verilere yaklaşık değer ataması yapılmıştır. Ölçekler ve alt boyutların toplam puanının hesaplanmasının ardından verilerin normal dağılım gösterip göstermediğinin kontrolü amacıyla tek uçlu uç değer analizi yapılmış ve toplam puanlar z puanına çevrilmiştir. ±3.29'un üstünde kalan değerlere sahip 5 katılımcının verileri analizden çıkarılmış ve analize 65 kişiyle devam edilmiştir. Son olarak normallik testi yapılmış olup çarpıklık ve basıklık değerleri incelenmiştir. Ön test ve son test için kullanılan ölçekler ve alt boyutlar için çarpıklık ve basıklık değerlerinin -1 ve +1 arasında olduğu görülüp analizler için parametrik testler kullanılmasına karar verilmiştir (Tabachnick ve Fidell, 2001). Yalnızca BAÖ ölçeğinin son test verileri için çarpıklık ve basıklık değerlerinin normallik varsayımını sağlamadığı

görülmüş ve bu değişkenin dahil olduğu analizler için parametrik olmayan testler tercih edilmiştir.

Araştırmaya dahil olan katılımcıların demografik özelliklerine göre dağılımlarının belirlenmesinde frekans ve yüzde analizleri kullanılmıştır.

Bir gruba ait iki ölçümün ortalamalarının karşılaştırılması amacıyla normal dağılımın sağlandığı durumlarda Bağımlı Örneklemler için T-testi, normal dağılımın sağlanmadığı koşulda Wilcoxon işaretli sıralar testi kullanılmıştır.

Değişkenler arası ölçüm sonuçları arasındaki karşılıklı ilişkiyi incelemek amacıyla Pearson korelasyon analizi, normal dağılım göstermeyen değişkenler için Spearman sıra farkları korelasyon analizi kullanılmıştır.

Grup karşılaştırmaları için iki grubun olduğu ve verilerin normal dağılım gösterdiği durumlarda Bağımsız Örneklem T-testi, normal dağılım göstermeyen veriler için Mann-Whitney U analizi; ikiden fazla grubun olduğu durumlarda da Bağımsız Örneklemler için Tek Yönlü Varyans Analizi (One-Way ANOVA), normal dağılmayan veriler için Kruskal-Wallis testi uygulanmıştır.

BÖLÜM 3. BULGULAR VE YORUMLAR

3.1 Bulgular

Opiyat kullanım bozukluğu olan bireylere uygulanan psikoeğitimlerin bireylerin anksiyete düzeyleri ve baş etme stratejilerine olan etkisinin incelenmesi amacıyla gerçekleştirilen bu çalışmada elde edilen veriler SPSS IBM 26.0 paket programıyla analiz edilmiştir. Verilerin analizinde betimsel istatistikler, Pearson korelasyon analizleri, Spearman sıra farkları korelasyon analizi, bağımlı gruplar için t-test, Wilcoxon işaretli sıralar testi, bağımsız gruplar için t-test, Mann-Whitney U testi, One way ANOVA ve Kruskal Wallis testleri kullanılmıştır. Elde edilen bulgulara bu bölümde yer verilmiştir.

3.1.1 Verilerin normal dağılım analizi sonuçları

Tablo 2. Araştırmada Kullanılan Başa Çıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeği ve Beck Anksiyete Ölçeğinin Ön Test ve Son Test Uygulamalarına Ait Betimleyici İstatistikler

Ölçek	Çarpıklık	Basıklık	$\bar{x}$	Ss
BÇTDÖ-Psikoeğitim Öncesi	0.42	0.31	80.42	10.64
Kendine Yardım-Psikoeğitim Öncesi	0.65	0.25	13.29	4.18
Yaklaşım-Psikoeğitim Öncesi	-0.03	-0.60	20.29	4.20
Uyum Sağlama-Psikoeğitim Önces	-0.10	-0.20	20.41	4.08
Sakınma-Kaçınma-Psikoeğitim Öncesi	0.67	0.50	11.28	2.66
Kendine Ceza-Psikoeğitim Öncesi	0.53	-0.18	15.49	4.46
Beck Anksiyete-Psikoeğitim Öncesi	0.69	-0.12	39.77	13.37
BÇTDÖ-Psikoeğitim Sonrası	0.63	0.36	83.32	10.54
Kendine Yardım-Psikoeğitim Sonrası	0.14	-0.24	16.17	3.88
Yaklaşım-Psikoeğitim Sonrası	0.08	-0.92	21.68	3.76
Uyum Sağlama-Psikoeğitim Sonrası	-0.29	0.06	21.35	3.70
Sakınma-Kaçınma-Psikoeğitim Sonrası	0.65	0.09	10.27	2.62
Kendine Ceza-Psikoeğitim Sonrası	0.24	0.35	13.24	3.53
Beck Anksiyete-Psikoeğitim Sonrası	1.20	1.04	26.60	4.77

Verilerin normal dağılım analiz sonuçları incelendiğinde son test olarak uygulanan Beck Anksiyete ölçeğinin çarpıklık ve basıklık değerlerinin -1 +1 aralığı dışında kalması nedeniyle normal dağılım göstermediği, diğer verilerin çarpıklık ve basıklık değerlerinin -1 +1 sınırları içinde kalması ve ortalama ve medyan değerlerinin birbirine yakın olmasından dolayı normal dağılım sergilediği görülmektedir (Tabachnick ve Fidell, 2001).

3.1.2 Psikoeğitim Öncesi Baş Etme Stratejileri ve Anksiyete Düzeyi Arasındaki İlişkilerin İncelenmesine Dair Pearson Korelasyon Analizi Sonuçları

Tablo 3. Opiyat Kullanım Bozukluğu Olan Bireylerin Psikoeğitim Öncesindeki Başa Çıkma Tutumları ve Anksiyete Düzeyleri Arasındaki İlişkiye Ait Korelasyon Analizi Sonuçları

	1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**
Genel Başa Çıkma Tutumları-Psikoğitim Öncesi	1	**.544****	**.623****	**.644****	.232	**.466****	.023
Kendine Yardım-Psikoeğitim Öncesi		1	.135	.055	.067	.102	.135
Yaklaşım-Psikoeğitim Öncesi			1	**.639****	-.132	-.153	-.226
Uyum Sağlama-Psikoğitim Öncesi				1	-.192	.022	-.152
Sakınma-Kaçınma-Psikoeğitim Öncesi					1	.231	.064
Kendine Ceza-Psikoeğitim Öncesi						1	**.282***
Genel Beck Anksiyete-Psikoeğitim Öncesi							1

Not: *p<.005; **p<.001

Psikoeğitim öncesi başa çıkma tutumları ve alt boyutları ile anksiyete düzeyi arasındaki ilişkileri incelemek amacıyla yapılan Pearson korelasyon analizi sonuçlarına göre anksiyete düzeyinin yalnızca kendine ceza (r=.282; p<.005) puanı ile pozitif yönlü düşük seviyede ilişkili olduğu; genel başa çıkma tutumları, kendine yardım, yaklaşım, uyum sağlama ve sakınma-kaçınma puanları ile arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmadığı saptanmıştır (p>.005).

Başa çıkma tutumları alt boyutlarından yaklaşım ve uyum sağlama (r=.639; p<.001) puanları arasında pozitif yönlü yüksek düzeyde anlamlı bir ilişki olduğu bulunmuştur. Diğer alt boyutlar arasındaki ilişkinin istatistiksel olarak anlamlı olmadığı görülmüştür (p>.005). Genel başa çıkma tutumları ile kendine yardım (r=.544; p<.001) ve kendine ceza (r=.466; p<.001) puanları arasında pozitif yönlü orta seviyede, yaklaşım (r=.623; p<.001) ve uyum sağlama (r=.644; p<.001) puanları arasında pozitif yönlü yüksek seviyede anlamlı ilişkiler olduğu belirlenmiştir.

3.1.3 Psikoeğitim Sonrası Baş Etme Stratejileri ve Anksiyete Düzeyi Arasındaki İlişkilerin İncelenmesine Dair Spearman Korelasyon Analizi Sonuçları

Tablo 4. Opiyat Kullanım Bozukluğu Olan Bireylerin Psikoeğitim Sonrasındaki Başa Çıkma Tutumları ve Anksiyete Düzeyleri Arasındaki İlişkiye Ait Korelasyon Analizi Sonuçları

	1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**
Genel Başa Çıkma Tutumları-Psikoeğitim Sonrası	1	**.726****	**.678****	**.758****	.126	.212	-.106
Kendine Yardım-Psikoeğitim Sonrası		1	**.403****	**.590****	-.027	-.121	-.115
Yaklaşım-Psikoeğitim Sonrası			1	**.651****	**-.275***	-.172	**-.326****
Uyum Sağlama-Psikoğitim Sonrası				1	-.211	-.110	-.172
Sakınma-Kaçınma-Psikoeğitim Sonrası					1	**.415****	.175
Kendine Ceza-Psikoeğitim Sonrası						1	**.346****
Genel Beck Anksiyete-Psikoeğitim Sonrası							

Not: *p<.005; **p<.001

Psikoeğitim sonrası başa çıkma tutumları ve alt boyutları ile anksiyete düzeyi arasındaki ilişkileri incelemek amacıyla yapılan Spearman korelasyon analizi sonuçlarına göre anksiyete düzeyi ve yaklaşım (r=-.326; p<.001) puanı arasında negatif yönde düşük düzeyde, kendine ceza (r= .346; p<.001) puanı arasında da pozitif yönlü düşük düzeyde anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır. Anksiyete düzeyi ile genel başa çıkma tutumları, kendine yardım, uyum sağlama ve sakınma-kaçınma puanları arasındaki ilişkinin istatistiksel olarak anlamlı olmadığı görülmüştür (p>.005).

Genel başa çıkma tutumları ile kendine yardım (r=.726; p<.001), yaklaşım (r=.678; p<.005) ve uyum sağlama (r=.758; p<.001) puanları arasında pozitif yönlü yüksek düzeyde anlamlı ilişki olduğu; sakınma-kaçınma ve kendine ceza puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olmadığı belirlenmiştir (p>.005).

Başa çıkma tutumlarının alt boyutlarına bakıldığında kendine yardım ile yaklaşım (r=.403; p<.001) ve uyum sağlama (r=.590; p<.001) puanları arasında pozitif yönlü orta düzeyde; yaklaşım ile uyum sağlama (r=.651; p<.001) puanı arasında pozitif yönlü yüksek düzeyde, sakınma-kaçınma (r=-.275; p<.005) puanı arasında negatif yönlü düşük düzeyde; sakınma-kaçınma ile kendine ceza (r=.415; p<.001) puanı arasında pozitif yönlü orta düzeyde anlamlı ilişki olduğu saptanmıştır.

3.1.4 Baş Etme Stratejilerinin Psikoeğitim Öncesi ve Sonrasında Karşılaştırılmasına İlişkin Bağımlı Gruplar T-testi Sonuçları

Tablo 5. Opiyat Kullanım Bozukluğu olan Bireylerin Psikoeğitim Öncesi ve Sonrası Başa Çıkma Tutumlarının Paired Sample T-Test ile Karşılaştırılması

	Ort.	***Ss.***	***Ort. Farkı***	***t***	***sd***	***p***
Genel Başa Çıkma Tutumları-Psikoeğitim Öncesi	80.42	10.64	-2.90	-2.94	64	**.005****
Genel Başa Çıkma Tutumları-Psikoeğitim Sonrası	83.32	10.54				
Kendine Yardım-Psikoeğitim Öncesi	13.29	4.18	-2.87	-7.03	64	**.000****
Kendine Yardım-Psikoeğitim Sonrası	16.17	3.88				
Yaklaşım-Psikoeğitim Öncesi	20.29	4.20	-1.38	-3.96	64	**.000****
Yaklaşım-Psikoeğitim Sonrası	21.68	3.76				
Uyum Sağlama-Psikoeğitim Öncesi	20.41	4.08	-0.94	-2.50	64	**.015***
Uyum Sağlama-Psikoeğitim Sonrası	21.35	3.70				
Sakınma-Kaçınma-Psikoeğitim Öncesi	11.28	2.66	1.00	2.75	64	**.008****
Sakınma-Kaçınma Psikoeğitim Sonrası	10.27	2.62				
Kendine Ceza-Psikoeğitim Öncesi	15.49	4.46	2.24	4.59	64	**.000****
Kendine Ceza-Psikoeğitim Sonrası	13.24	3.53				

Not: *p<.005; **p<.001

Opiyat kullanım bozukluğu olan bireylerin psikoeğitim öncesi ve sonrasındaki baş etme stratejilerini karşılaştırmak amaçlı yapılan bağımlı gruplar T-testi analizi sonuçlarına göre psikoeğitim sonrası genel başa çıkma tutumları psikoeğitim öncesindeki başa çıkma tutumları puanına göre anlamlı düzeyde daha yüksek bulunmuştur ($t(64)=-2.94$, $p<.001$). Benzer şekilde psikoeğitim sonrası kendine yardım puanı psikoeğitim öncesi puandan ($t(64)=-7.03$, $p<.001$), psikoeğitim sonrası yaklaşım puanı psikoeğitim öncesi yaklaşım puanından ($t(64)=-3.96$, $p<.001$), psikoeğitim sonrası uyum sağlama puanı psikoeğitim öncesi uyum sağlama puanından anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur ($t(64)=-2.50$, $p<.005$).

Psikoeğitim öncesi sakınma-kaçınma puanı psikoeğitim sonrası sakınma-kaçınma puanından ($t(64)=2.75$, $p<.001$) ve psikoeğitim öncesi kendine ceza puanı psikoeğitim sonrası kendine ceza puanından anlamlı düzeyde daha yüksek bulunmuştur ($t(64)=4.59$, $p<.001$).

3.1.5 Anksiyete Düzeyinin Psikoeğitim Öncesi ve Sonrasında Karşılaştırılmasına İlişkin Wilcoxon İşaretli Sıralar Testi Sonuçları

Tablo 6. Opiyat Kullanım Bozukluğu olan Bireylerin Psikoeğitim Öncesi ve Sonrası Anksiyete Düzeylerinin Wilcoxon İşaretli Sıralar Testi ile Karşılaştırılması

	Sıralar	**N**	**Sıra Ort.**	**Sıra Toplamı**	**Z**	**p**
Beck Anksiyete Psikoeğitim Öncesi	Negatif Sıralar	57	32.78	1868.50	-6.255	**.000****
Puanı-	Pozitif Sıralar	5	16.90	84.50		
Beck Anksiyete Psikoeğitim Sonrası	Eşit	3				
Puanı	Toplam	65				

Not: *p<.005; **p<.00

Opiyat kullanım bozukluğu olan bireylerin psikoeğitim öncesi ve sonrasındaki anksiyete düzeylerini karşılaştırmak amaçlı yapılan Wilcoxon işaretli sıralar testi analizi sonuçlarına göre, katılımcıların psikoeğitim öncesi anksiyete düzeyleri psikoeğitim sonrası anksiyete düzeylerine göre anlamlı derecede daha yüksek bulunmuştur (Z=-6,255, p<.001).

3.1.6 Baş Etme Stratejilerinin Yatarak Tedavi Sayısına Göre Karşılaştırılmasına İlişkin Bağımsız Gruplar T-testi Analizi Sonuçları

Tablo 7. Opiyat Kullanım Bozukluğu Olan Bireylerin Baş Etme Stratejilerinin Yatarak Tedavi Sayısı Açısından Bağımsız Gruplar T-Testi ile Karşılaştırılması

	3 ve altı N=43		**3 üzeri N=22**				
	Ort.	***Ss.***	***Ort.***	***Ss.***	***t***	***Sd***	***p***
Genel Başa Çıkma Tutumları-Psikoeğitim Öncesi	80.15	11.17	80.95	9.75	-.284	63	.778
Kendine Yardım-Psikoeğitim Öncesi	12.80	4.43	14.24	3.53	-1.322	63	.191
Yaklaşım-Psikoeğitim Öncesi	20.67	4.39	19.54	3.80	1.025	63	.309
Uyum Sağlama-Psikoeğitim Öncesi	20.96	3.67	19.32	4.68	1.554	63	.125
Sakınma-Kaçınma-Psikoeğitim Öncesi	11.00	2.58	11.83	2.80	-1.184	63	.241
Kendine Ceza-Psikoeğitim Öncesi	15.13	4.80	16.18	3.71	-.890	63	.377
Genel Başa Çıkma Tutumları-Psikoeğitim Sonrası	83.13	10.48	83.71	10.89	-.207	63	.837
Kendine Yardım-Psikoeğitim Sonrası	16.16	3.96	16.18	3.81	-.020	63	.984
Yaklaşım-Psikoeğitim Sonrası	22.38	3.76	20.31	3.44	2.150	63	**.035***
Uyum Sağlama-Psikoeğitim Sonrası	21.72	3.38	20.63	4.24	1.122	63	.266

Sakınma-Kaçınma-Psikoeğitim Sonrası	10.03	2.61	10.74	2.63	-1.029	63	.307
Kendine Ceza-Psikoeğitim Sonrası	12.76	3.47	14.18	3.54	-1.533	63	.128

Not: *p<.005; **p<.001

Opiyat kullanım bozukluğu olan bireylerin baş etme stratejilerinin yatarak tedavi sayısına göre farklılaşıp farklılaşmadığını belirlemek için yapılan bağımsız gruplar için T-testi analizi sonuçlarına göre yalnızca psikoeğitim sonrası ölçülen yaklaşım alt boyutu için 3 ve altı yatışı olan katılımcıların 3 üzeri yatışı olan katılımcılara göre anlamlı düzeyde daha yüksek puan aldıkları görülmüştür (t(63)=2.150, *p*<.005). Genel başa çıkma tutumları ve diğer alt boyutlarda hem psikoeğitim öncesinde hem de psikoeğitim sonrasında anlamlı bir farklılık bulunamamıştır (*p*>.005).

3.1.7 Anksiyete Düzeyinin Yatarak Tedavi Sayısına Göre Karşılaştırılmasına İlişkin Bağımsız Gruplar T-testi ve Mann-Whitney U Testi Analizi Sonuçları

Tablo 8. Opiyat Kullanım Bozukluğu Olan Bireylerin Anksiyete Düzeylerinin Yatarak Tedavi Sayısı Açısından Bağımsız Gruplar T-Testi ve Mann-Whitney U Testi ile Karşılaştırılması

	3 ve altı N=43		**3 üzeri N=22**				
	Ort.	***Ss.***	***Ort.***	***Ss.***	***t***	***Sd***	***p***
Beck Anksiyete-Psikoeğitim Öncesi	37.29	11.60	44.62	15.45	-2.146	63	**.036***

Mann-Whitney U	***Sıra Ort.***	***Sıra Top.***	***Sıra Ort.***	***Sıra Top.***	***U***	***Z***	***p***
Beck Anksiyete-Psikoeğitim Sonrası	32.06	1378.50	34.84	766.50	432.50	-.564	.572

Not: *p<.005; **p<.001

Opiyat kullanım bozukluğu olan bireylerin psikoeğitim öncesi anksiyete düzeylerinin yatarak tedavi sayısına göre farklılaşıp farklılaşmadığını belirlemek için yapılan bağımsız gruplar için T-testi analiz sonuçlarına göre 3 üzeri yatışı olan bireylerin anksiyete düzeyi puanının 3 ve altı yatışı olan bireylerin anksiyete düzeyi puanına göre anlamlı derecede daha yüksek olduğu belirlenmiştir (t(63)=-2.146, p<.005).

Opiyat kullanım bozukluğu olan bireylerin psikoeğitim sonrası anksiyete düzeylerinin yatarak tedavi sayısına göre farklılaşıp farklılaşmadığını belirlemek için yapılan Mann-Whitney U testi sonuçlarına göre 3 ve altı yatışı olanlar ile 3 üzeri yatışı olanların anksiyete düzeyleri arasında anlamlı bir farklılık olmadığı görülmüştür (p>.005).

3.1.8 Baş Etme Stratejilerinin Daha Önce Alınan Psikoeğitim Sayısına Göre Karşılaştırılmasına İlişkin Bağımsız Gruplar T-testi Analizi Sonuçları

Tablo 9. Opiyat Kullanım Bozukluğu Olan Bireylerin Baş Etme Stratejilerinin Psikoeğitim Sayısı Açısından Bağımsız Gruplar T-Testi ile Karşılaştırılması

	3 ve altı N=44		**3 üzeri N=21**				
	Ort.	***Ss.***	***Ort.***	***Ss.***	***t***	***Sd***	***p***
Genel Başa Çıkma Tutumları-Psikoeğitim Öncesi	80.35	11.01	80.55	10.07	-.070	63	.945
Kendine Yardım-Psikoeğitim Öncesi	13.47	4.39	12.92	3.76	.486	63	.628
Yaklaşım-Psikoeğitim Öncesi	20.45	4.07	19.95	4.55	.447	63	.656
Uyum Sağlama-Psikoeğitim Öncesi	20.49	3.87	20.23	4.59	.237	63	.814

Sakınma-Kaçınma-Psikoeğitim Öncesi	11.05	2.82	11.76	2.30	-.994	63	.324
Kendine Ceza-Psikoeğitim Öncesi	15.27	4.88	15.95	3.48	-.571	63	.570
Genel Başa Çıkma Tutumları-Psikoeğitim Sonrası	82.92	9.94	84.17	11.91	-.442	63	.660
Kendine Yardım-Psikoeğitim Sonrası	16.48	3.89	15.52	3.86	.923	63	.360
Yaklaşım-Psikoeğitim Sonrası	21.84	3.77	21.33	3.79	.514	63	.609
Uyum Sağlama-Psikoeğitim Sonrası	21.57	3.57	20.90	4.01	.673	63	.504
Sakınma-Kaçınma-Psikoeğitim Sonrası	10.35	2.85	10.11	2.11	.342	63	.734
Kendine Ceza-Psikoeğitim Sonrası	12.84	3.45	14.09	3.63	-1.346	63	.183

Not: p<.005; **p<.001

Opiyat kullanım bozukluğu olan bireylerin baş etme stratejilerinin daha önce alınan psikoeğitim sayısına göre farklılaşıp farklılaşmadığını belirlemek için yapılan bağımsız gruplar için T-testi analizi sonuçlarına göre hem psikoeğitim öncesi genel başa çıkma tutumları ve alt boyutlarında hem de psikoeğitim sonrası genel başa çıkma tutumları ve alt boyutlarında anlamlı düzeyde bir farklılık gözlenmemiştir (p>.005).

3.1.9 Anksiyete Düzeyinin Daha Önce Alınan Psikoeğitim Sayısına Göre Karşılaştırılmasına İlişkin Bağımsız Gruplar T-testi ve Mann-Whitney U Testi Analizi Sonuçları

Tablo 10. Opiyat Kullanım Bozukluğu Olan Bireylerin Anksiyete Düzeylerinin Psikoeğitim Sayısı Açısından Bağımsız Gruplar T-Testi ve Mann-Whitney U Testi ile Karşılaştırılması

	3 ve altı N=44		**3 üzeri N=21**				
	Ort.	***Ss.***	***Ort.***	***Ss.***	***t***	***Sd***	***p***
Beck Anksiyete-Psikoeğitim Öncesi	37.90	11.66	43.70	16.00	-1.658	63	.102

Mann-Whitney U	***Sıra Ort.***	***Sıra Top.***	***Sıra Ort.***	***Sıra Top.***	***U***	***Z***	***p***
Beck Anksiyete-Psikoeğitim Sonrası	32.13	1413.50	34.83	731.50	423.50	-.543	.587

Not: *p<.005; ** p<.001

Opiyat kullanım bozukluğu olan bireylerin psikoeğitim öncesi anksiyete düzeylerinin daha önce alınan psikoeğitim sayısına göre farklılaşıp farklılaşmadığını belirlemek için yapılan bağımsız gruplar T-testi analiz sonuçlarına göre 3 ve altı psikoeğitim alanlar ile 3 üzeri psikoeğitim alanların anksiyete düzeyleri arasında anlamlı bir farklılık olmadığı saptanmıştır (p>.005).

Opiyat kullanım bozukluğu olan bireylerin psikoeğitim sonrası anksiyete düzeylerinin daha önce alınan psikoeğitim sayısına göre farklılaşıp farklılaşmadığını belirlemek için yapılan Mann-Whitney U testi sonuçlarına göre 3 ve altı psikoeğitim alanlar ile 3 üzeri psikoeğitim alanların anksiyete düzeyleri arasında anlamlı bir farklılık olmadığı görülmüştür (p>.005)

3.1.10 Baş Etme Stratejilerinin Eğitim Düzeyine Göre Karşılaştırılmasına İlişkin Tek Yönlü Varyans Analizi Sonuçları

Tablo 11. Opiyat Kullanım Bozukluğu Olan Bireylerin Baş Etme Stratejilerinin Eğitim Düzeyi Açısından Tek Yönlü Varyans Analizi ile Karşılaştırılması

	İlkokul		**Ortaokul**		**Lise**		**Yüksekokul**		**Üniversite**			
	N=7		**N=41**		**N=14**		**N=2**		**N=1**			
	Ort.	***Ss.***	***Ort.***	***Ss.***	***Ort.***	***Ss.***	***Ort.***	***Ss.***	***Ort.***	***Ss.***	***F***	***p***
Genel Başa Çıkma Tutumları-Psikoeğitim Öncesi	81.65	13.87	80.78	9.55	77.23	12.59	84.50	4.94	93.31		.779	.543
Kendine Yardım-Psikoeğitim Öncesi	13.57	5.56	13.18	3.93	13.03	4.57	14.50	4.94	17.00		.254	.907
Yaklaşım-Psikoeğitim Öncesi	20.85	5.11	20.26	4.24	19.50	3.99	24.00	2.82	21.00		.846	.502
Uyum Sağlama-Psikoeğitim Öncesi	21.44	3.63	20.28	4.21	19.79	4.06	20.50	2.12	27.00		.535	.711

Sakınma-Kaçınma-Psikoeğitim Öncesi	12.14	2.41	11.42	2.91	10.85	1.99	8.50	2.12	11.29	.835	.508
Kendine Ceza-Psikoeğitim Öncesi	14.28	2.81	16.04	4.67	14.28	4.76	17.00	2.82	15.00	.588	.673
Genel Başa Çıkma Tutumları-Psikoeğitim Sonrası	81.29	10.48	83.60	10.20	82.88	13.01	84.50	2.12	90.00	.175	.950
Kendine Yardım-Psikoeğitim Sonrası	16.15	5.95	16.22	3.49	15.65	4.36	18.00	1.42	18.00	.220	.927
Yaklaşım-Psikoeğitim Sonrası	20.71	4.60	21.93	3.79	21.14	3.67	23.00	2.82	23.00	.312	.869
Uyum Sağlama-Psikoeğitim Sonrası	19.42	5.15	21.76	3.36	21.14	3.69	18.50	2.12	27.00	1.538	.203
Sakınma-Kaçınma-Psikoeğitim Sonrası	11.06	2.28	10.38	2.82	9.71	2.49	10.00	0.00	9.00	.382	.821

Kendine Ceza-												
Psikoeğitim Sonrası	14.00	4.72	13.09	3.45	13.07	3.66	15.00	1.41	13.00		.219	.927

Not: *p<.005; **p<.001

3.1.11 Anksiyetenin Eğitim Düzeyine Göre Karşılaştırılmasına İlişkin Tek Yönlü Varyans Analizi ve Kruskall Wallis Testi Sonuçları

Tablo 12. Opiyat Kullanım Bozukluğu Olan Bireylerin Anksiyete Düzeyinin Eğitim Düzeyi Açısından Tek Yönlü Varyans Analizi ve Kruskall Wallis Testi ile Karşılaştırılması

	İlkokul N=7		**Ortaokul N=41**		**Lise N=14**		**Yüksekokul N=2**		**Üniversite N=1**			
	Ort.	***Ss.***	***Ort.***	***Ss.***	***Ort.***	***Ss.***	***Ort.***	***Ss.***	***Ort.***	***Ss.***	***F***	***p***
Beck Anksiyete-Psikoeğitim Öncesi	36.57	9.84	41.14	13.91	38.91	14.18	27.00	2.82	44.00		.689	.602
Kruskall Wallis *H*	***Sıra Ort.***		***Sıra Ort.***		***Sıra Ort.***		***Sıra Ort.***		***Sıra Ort***	***sd***	***x^2***	***p***
Beck Anksiyete-Psikoeğitim Sonrası	38.71		32.66		30.93		35.00		32.00	4	.855	.931

Not: *p<.005; **p<.001

3.1.12 Baş Etme Stratejilerinin Sosyoekonomik Düzeye Göre Karşılaştırılmasına İlişkin Tek Yönlü Varyans Analizi Sonuçları

Tablo 13. Opiyat Kullanım Bozukluğu Olan Bireylerin Baş Etme Stratejilerinin Sosyoekonomik Düzey Açısından Tek Yönlü Varyans Analizi ile Karşılaştırılması

	0-1000 tl		**1000-2000 tl**		**2000-3000 tl**		**3000 tl ve üzeri**			
	N=13		**N=12**		**N=19**		**N=19**			
	Ort.	***Ss.***	***Ort.***	***Ss.***	***Ort.***	***Ss.***	***Ort.***	***Ss.***	***F***	***p***
Genel Başa Çıkma Tutumları-Psikoeğitim Öncesi	77.24	11.68	79.62	9.04	82.45	11.30	80.11	10.61	.611	.610
Kendine Yardım-Psikoeğitim Öncesi	14.40	4.30	12.66	2.34	13.51	4.51	12.43	4.78	.652	.585
Yaklaşım-Psikoeğitim Öncesi	19.61	3.92	19.00	4.04	20.42	3.99	21.42	4.65	.953	.421
Uyum Sağlama-Psikoeğitim Öncesi	19.09	3.48	20.52	5.45	20.06	3.51	21.48	4.07	.922	.436

Sakınma-Kaçınma-										
Psikoeğitim Öncesi	10.61	2.25	11.79	2.91	11.89	2.64	10.84	2.75	.933	.430
Kendine Ceza-										
Psikoeğitim Öncesi	13.84	4.54	15.91	4.10	17.15	4.58	14.15	3.91	2.212	.096
Genel Başa Çıkma Tutumları-										
Psikoeğitim Sonrası	80.02	9.46	81.53	8.41	83.07	9.92	86.16	12.99	.977	.410
Kendine Yardım-										
Psikoeğitim Sonrası	16.38	3.35	14.33	3.77	16.42	4.14	16.58	4.03	.985	.406
Yaklaşım-										
Psikoeğitim Sonrası	20.69	3.83	21.28	3.30	21.21	3.88	23.00	3.68	1.256	.298
Uyum Sağlama-										
Psikoeğitim Sonrası	20.08	3.66	20.67	5.05	21.31	2.90	22.47	3.42	1.229	.307
Sakınma-Kaçınma-										
Psikoeğitim Sonrası	10.93	3.68	10.78	3.12	10.32	1.94	9.48	1.90	1.013	.393

Kendine Ceza-										
Psikoeğitim Sonrası	11.92	3.37	14.41	4.60	13.94	3.34	12.47	2.85	1.632	.192

Not: *p<.005; **p<.001

3.1.13 Anksiyetenin Sosyoekonomik Düzeye Göre Karşılaştırılmasına İlişkin Tek Yönlü Varyans Analizi ve Kruskall Wallis Testi Sonuçları

Tablo 14. Opiyat Kullanım Bozukluğu Olan Bireylerin Anksiyete Düzeyinin Sosyoekonomik Düzey Açısından Tek Yönlü Varyans Analizi ve Kruskall Wallis Testi ile Karşılaştırılması

	0-1000 tl		**1000-2000 tl**		**2000-3000 tl**		**3000 tl ve üzeri**			
	N=13		**N=12**		**N=19**		**N=19**			
	Ort.	***Ss.***	***Ort.***	***Ss.***	***Ort.***	***Ss.***	***Ort.***	***Ss.***	***F***	***p***
Beck Anksiyete-Psikoeğitim Öncesi	42.06	12.41	41.08	12.02	34.67	11.25	39.05	12.84	1.189	.322

Kruskall Wallis *H*	***Sıra Ort.***	***Sıra Ort.***	***Sıra Ort.***	***Sıra Ort.***	***sd***	***x^2***	***p***
Beck Anksiyete-Psikoeğitim Sonrası	36.92	31.63	34.37	26.50	3	3.005	.391

Not: *p<.005; **p<.001

Tablo 11'de katılımcıların baş etme stratejilerinin eğitim düzeylerine göre farklılaşıp farklılaşmadığına One-Way ANOVA testi ile bakılmıştır. Sonuçlara göre hem psikoeğitim öncesi baş etme stratejilerinin hem de psikoeğitim sonrası baş etme stratejilerinin katılımcıların eğitim düzeyine göre anlamlı şekilde farklılaşmadığı görülmüştür (p>.005).

Tablo 12'de katılımların psikoeğitim öncesi anksiyetelerinin eğitim düzeylerine göre farklılaşıp farklılaşmadığını incelemek için One-Way ANOVA, psikoeğitim sonrası anksiyetelerinin eğitim düzeylerine göre farklılaşıp farklılaşmadığını incelemek için Kruskall Wallis H testi uygulanmıştır. Sonuçlara göre hem psikoeğitim öncesi hem de psikoeğitim sonrası anksiyete düzeylerinde eğitim düzeyine göre anlamlı şekilde farklılaşma olmadığı belirlenmiştir (p>.005).

Tablo 13'te katılımcıların baş etme stratejilerinin sosyoekonomik düzeylerine göre farklılaşıp farklılaşmadığına One-Way ANOVA testi ile bakılmıştır. Sonuçlara göre hem psikoeğitim öncesi hem de psikoeğitim sonrası baş etme stratejilerinin katılımcıların sosyoekonomik düzeylerine göre anlamlı şekilde farklılaşmadığı görülmüştür (p>.005).

Tablo 14'te katılımcıların psikoeğitim öncesi anksiyetelerinin sosyoekonomik düzeylerine göre farklılaşıp farklılaşmadığını incelemek için One-Way ANOVA, psikoeğitim sonrası anksiyetelerinin sosyoekonomik düzeylerine göre farklılaşıp farklılaşmadığını incelemek için Kruskall Wallis H testi uygulanmıştır. Sonuçlara göre hem psikoeğitim öncesi hem de psikoeğitim sonrası anksiyete düzeylerinde sosyoekonomik düzeye göre anlamlı şekilde farklılaşma olmadığı saptanmıştır (p>.005).

3.2 Yorumlar

Madde kullanım bozukluğunun ülkemizde bireyleri ve aileleri tehdit eden boyutu düşünüldüğünde madde kullanımını bırakmak ve sürdürmek, tekrar kullanımı önlemek amacıyla bireylerin baş etme becerilerinin geliştirilmesi, kaygı gibi olumsuz duygularla baş etmede etkili yolları kullanmayı öğrenmeleri önem kazanmaktadır. Özellikle Covid-19 pandemi döneminde ortaya çıkan sosyal izolasyon, karantina, enfeksiyon kapma korkusu, iş kaybı gibi birtakım stresörler ile pandemi salgınının kendisi endişe, korku, üzüntü, öfke gibi duygularla ilişkilendirilmektedir ve bunların da madde kullanımını yoğunlaştırdığı bilinmektedir (Dubey ve ark., 2020; Ornell ve ark., 2020). Bu bağlamda

da pandemi sürecinde stres azaltma, baş etme becerileri eğitimleri gibi psikososyal müdahalelerin sürdürülmesi önemlidir (Kızılkurt ve Dilbaz, 2020).

Madde kullanım bozukluğu olan kişideki gerçek ya da algılanan problem çözme kaynaklarının eksikliği, karşılaştığı stres ya da kaygı verici durumlarda sıkıntıyı hafifletme dürtüsüyle birlikte madde kullanımını sürdürmesine neden olmaktadır (Garland, Boettiger ve Howard, 2011).

Yapılan çalışmada opiyat kullanım bozukluğu olan bireylerin bir AMATEM kliniğinde yatarak tedavileri sırasında aldıkları SAMBA psikoeğitimlerinin baş etme stratejileri ve anksiyete düzeylerine etkisi araştırılmıştır. Bu doğrultuda bu bölümde araştırma soruları literatür ışığında yorumlanmıştır.

Bulgular incelendiğinde; psikoeğitim öncesi ölçülen başa çıkma tutumlarının kendine ceza alt boyutuyla anksiyete düzeyi arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki, psikoeğitim sonrası ölçülen anksiyetenin yaklaşım ile negatif yönde anlamlı ve kendine ceza ile pozitif yönde anlamlı ilişkiler gösterdiği görülmektedir. Yine araştırma sonuçlarına göre opiyat kullanım bozukluğu olan bireylerin başa çıkma tutum düzeyleri psikoeğitim sonrasında yükselmiş ve anksiyete düzeyleri de psikoeğitim sonrasında azalmıştır.

3.2.1 Opiyat Kullanım Bozukluğu Olan Bireylerin Baş Etme Stratejileri ile Anksiyete Düzeyleri Arasında Anlamlı Bir İlişki Var Mıdır?

Katılımcıların baş etme stratejileriyle anksiyete düzeyi arasındaki ilişkiye psikoeğitim öncesi ve sonrası olarak ayrı ayrı bakılmıştır. Psikoeğitim öncesi baş etme stratejileri ve anksiyete puanları arasındaki ilişkiye bakıldığında başa çıkma tutumlarının alt boyutlarından kendine ceza ile anksiyete arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki olduğu görülmüştür (Tablo 3). Psikoeğitim sonrasında ise yaklaşım alt boyutu ile anksiyete arasında negatif yönde anlamlı, kendine ceza ile anksiyete arasında pozitif yönde anlamlı ilişkiler olduğu saptanmıştır (Tablo 4). Bu sonuçlara bakılarak uyumlu baş etme stratejilerinin kullanımının anksiyeteyi azaltma, uyumsuz baş etme stratejilerinin kullanımının da anksiyeteyi sürdürme eğiliminde olduğu söylenebilir. Ayrıca alkol ya da maddenin bir baş etme yöntemi olarak kullanılmasının anksiyeteyi azaltmada etkili olmadığı, aksine durumu daha da kötüleştirdiği bilinmektedir (Carver, Scheier ve Weintraub, 1989).

Farklı yetişkin örneklem gruplarıyla yapılan çalışmalara bakıldığında; anksiyetenin uyumsuz baş etme stratejilerinden madde kullanımı, zihinsel ve davranışsal olarak boş verme, soruna odaklanma, duyguları açığa vurma, kendini suçlama, ruminasyon, alkol ya da yatıştırıcı ilaçların kullanımı ve felaketleştirme ile pozitif yönde, yeniden değerlendirme ve mizah kullanımı ile negatif yönde ilişkili olduğu bulunmuştur (Aydoğan, Doğaner, Sağlam ve diğerleri, 2012; Garnefski ve ark., 2002; Savitsky ve ark., 2020).

Araştırmanın bulguları ve literatür birlikte değerlendirildiğinde fonksiyonel olmayan baş etme stratejilerinin anksiyete bozuklukları gibi bazı psikopatolojiler için önemli bir etken olduğu, bu nedenle yapılacak psikososyal müdahalelerin daha işlevsel baş etme stratejilerinin öğrenilmesi ve geliştirilmesi açısından etkili olabileceği düşünülmektedir.

Başa çıkma tutumlarının alt boyutları arasındaki ilişkilere bakıldığında; psikoeğitim öncesinde yaklaşım ve uyum sağlama arasında pozitif yönde, psikoeğitim sonrasında ise kendine yardım ile yaklaşım ve uyum sağlama arasında pozitif, yaklaşım ile sakınma-kaçınma arasında negatif ve sakınma-kaçınma ile kendine ceza arasında pozitif yönde korelasyonlar olduğu görülmektedir (Tablo 3, Tablo 4). Bireylerin duygularını ifade etmeye açık olması, yakınlarından destek alabilmesi ve duygularını onlarla paylaşabilmesi, problemlere yaklaşma ve problemlerin üstesinden gelmeye, ayrıca çözülemeyecek sorunlarda olumlu yeniden çerçevelemeye ve iyilik halini sürdürmeye daha eğilimli olmalarını sağlıyor olabilir. Sorunu çözebilmek için onunla ilgileniyor olma ve farklı yollar deneme becerisi de sorundan kaçma, onu yok sayma ve çözebilmek için mücadeleyi bırakma eğilimini azaltıyor olabilir. Böylelikle kişinin var olan bir sorun karşısında kendini suçlaması, sürekli olarak kendini eleştirmesi ve zihninin devamlı var olan problemle meşgul olması ihtimali de azalıyor olacaktır.

3.2.2 Opiyat Kullanım Bozukluğu Olan Bireylerin Baş Etme Stratejileri Psikoeğitim Öncesinde ve Sonrasında Farklılaşmakta Mıdır?

Katılımcıların SAMBA psikoeğitimleri sonrasında genel başa çıkma tutumları, kendine yardım, yaklaşım ve uyum sağlama puanlarının psikoeğitim öncesi puanlarından anlamlı derecede daha yüksek olduğu tespit edilmiştir (Tablo 5). Kendine yardım destek

alma ve aramayı, yaklaşım sorunu çözmeye odaklanma ve soruna yaklaşımı, uyum sağlama ise stresli bir durumda olumlu yeniden çerçeveleme ve olumlu etkiyi sürdürme becerilerini içermektedir. Psikoeğitimlerin öfke ve stresle baş etme, madde kullanma isteğiyle baş etme gibi modülleri içerdiği göz önünde bulundurulduğunda bu sonuç araştırma hipotezini doğrular niteliktedir.

Literatüre bakıldığında, denetimli serbestlik sürecindeki madde kullanım bozukluğu olan hastalarla yapılan ve psikoeğitimlerin bireysel baş etme düzeylerine etkisinin incelendiği bir çalışmada müdahale grubundaki hastaların dini başa çıkma ve maddeye yönelme eğilimlerinin azaldığı bulunmuştur (Tipigil ve Arabacı, 2021). SAMBA psikoeğitimlerinin cezaevinde gerçekleştirilen pilot çalışmasında Öfke ve Stresle Başa Çıkma boyutunda ön test ve son test puanları arasında anlamlı farklılık olduğu saptanmıştır (Ögel ve ark., 2011). Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi AMATEM'de madde kullanım bozukluğu tedavisi alan 29 kontrol ve 29 müdahale grubunun oluşturduğu toplam 58 kişiyle yapılan bir çalışmada da SAMBA psikoeğitimlerinin bireylerin stresle baş etme biçimlerine etkisi araştırılmıştır. Araştırma sonucunda psikoeğitimlerden sonra kendine güvenli ve iyimser yaklaşım alt boyutları puanlarının arttığı, çaresiz ve boyun eğici alt boyutlarının puanlarının ise azaldığı görülmüştür (Kargın, 2017). Bu çalışmada da literatürle tutarlı sonuçlar bulunmuştur.

Çalışmada ayrıca başa çıkma tutumlarından sakınma-kaçınma ve kendine ceza puanlarının psikoeğitimler sonrasında azaldığı görülmektedir (Tablo 5). Kendine ceza *"Kendimi suçlarım."*, *"Problemin kaynağı olarak kendimi görürüm."* gibi ifadeleri ve daha çok kişinin kendisi odaklı düşünmesini; sakınma-kaçınma tutumu da olumsuz durumu yok sayma, zihinsel ve davranışsal olarak umursamama gibi davranışları içermektedir (Zuckerman ve Gagne, 2003). Zuckerman ve Gagne (2003)' e göre kendine ceza ve sakınma-kaçınma davranışları uyumsuz baş etme stratejileri; kendine yardım, yaklaşım ve uyum sağlama uyumlu baş etme stratejileri olarak değerlendirilmektedir. Çalışmada da psikoeğitimlerin uyumlu baş etme stratejilerini güçlendirmede ve uyumsuz baş etme stratejilerini kullanma eğilimini azaltmada etkili olduğu görülmektedir.

3.2.3 Opiyat Kullanım Bozukluğu Olan Bireylerin Anksiyete Düzeyleri Psikoeğitim Öncesinde ve Sonrasında Farklılaşmakta Mıdır?

Katılımcıların SAMBA psikoeğitimleri sonrasındaki anksiyete düzeyleri, psikoeğitimleri almadan önceki anksiyete düzeylerine göre daha düşük bulunmuştur (Tablo 6). Bu araştırma sonucu da hipotezi doğrular niteliktedir.

Psikoeğitimlerin baş etme becerilerini güçlendirmeyi ve sağlıklı baş etme stratejilerin kullanımını öğretmeyi hedefleyen; bağımlılığın nasıl bir hastalık olduğu, madde kullanımının sonuçları, madde kullanımını bırakma sürecinde yapılması gerekenler ve sonrasında nüksleri önlemeyle ilgili bilgilendirici modüller içermesi hastaların tedavi başlangıcındaki anksiyete düzeyini olumlu yönde etkileyebilmektedir.

Literatüre bakıldığında da yapılan çalışmayla tutarlı olarak psikososyal müdahalelerin anksiyeteyi azaltmada etkili olduğu görülmektedir. Bowen ve arkadaşlarının (2000) alkol kullanım bozukluğu olan bireylerle yaptığı bir çalışmada standart ilaç tedavisine ek olarak uygulanan bilişsel davranışçı grup terapisinin 3, 6 ve 12 aylık izlemler sonucunda anksiyete düzeyini azalttığı saptanmıştır. Yine denetimli serbestlik sürecindeki 214 madde kullanıcısına on beş günde bir altı oturumda uygulanan SAMBA psikoeğitimlerinin katılımcıların anksiyete düzeyini azalttığı gözlenmiştir (Ögel ve ark., 2016). Uğurlu, Oğuzhanoğlu ve Ateşci ‘nin (2020) yaptığı bir çalışmada bir Amatem kliniğinde tedavi gören opiyat kullanım bozukluğu olan hastalar altışar kişilik deney ve kontrol grubuna atanmıştır. Kontrol grubu yalnızca SAMBA psikoeğitimlerini, deney grubu bu psikoeğitimlere ek olarak psikodrama grup terapisi almıştır. Çalışma sonucunda her iki grubun da anksiyete düzeyinde azalma olduğu görülmüştür.

Araştırmanın bu bulgusuyla ilgili bir sınırlılık klinikte yatan hastaların aynı zamanda ilaç tedavilerine de devam ediyor oluşudur. Tedavi süreci boyunca kaygı giderici, yatıştırıcı nitelikteki ilaçlar kullanıyor olmaları psikoeğitimlerin anksiyete üzerindeki saf etkisine bakılamamasına neden olmuştur. Dolayısıyla bu çalışmada katılımcıların anksiyete düzeyinin azalmasında ilaç tedavisi ve psikoeğitimlerin birlikte etkili olduğu düşünebilir.

3.2.4 Opiyat Kullanım Bozukluğu Olan Bireylerin Baş Etme Stratejileri ve Anksiyete Düzeyleri Yatarak Tedavi Görme Sayısına Göre Farklılaşmakta Mıdır?

Katılımcıların baş etme stratejilerinin yatarak tedavi görme sayısı arttıkça gelişeceği, anksiyete düzeylerinin de azalacağı beklenmiş olup bu doğrultuda psikoeğitim öncesi ve sonrası olmak üzere ayrı ayrı analizler yapılmıştır. Psikoeğitim öncesi yapılan testlere bakıldığında genel başa çıkma tutumları, kendine yardım, sakınma-kaçınma, kendine ceza ve anksiyete puan ortalamalarının 3 üzeri yatışı olan hastalarda 3 ve altı yatışı olan hastalara göre daha yüksek, yaklaşım ve uyum sağlama puan ortalamlarının da daha düşük olduğu; psikoeğitim sonrası yapılan testlerde de yine aynı değişkenlerin puan ortalamalarının 3 üzeri yatışı olan hastalarda 3 ve altı yatışı olan hastalara göre daha yüksek, yaklaşım ve uyum sağlama puan ortalamalarının daha düşük olduğu belirlenmiştir. Fakat bu farklılığın yalnızca psikoeğitim sonrasında yaklaşım boyutu ve psikoeğitim öncesi anksiyete düzeyi için anlamlı olduğu görülmektedir (Tablo 7 ve Tablo 8).

Madde kullanım bozukluğu olan kişilerin yatarak tedavilerindeki amaç arındırma tedavisiyle birlikte psikososyal tedavinin de uygulanmasıdır. Psikososyal tedaviyle birlikte hastanın taburculuk sonrası yaşamını yapılandırma ve planlama, baş etme stratejilerini geliştirme, madde kullanımınına sebep olan etkileri anlama, nüksleri önleme ya da tekrarlandığı durumda şiddetini ve sıklığını azaltma, uzun süreli madde kullanımının neden olduğu ruhsal ve toplumsal etkileri azaltma, sağlıklı kararlar alma gibi kazanımları edinmesi amaçlanmaktadır (Beyazyürek ve Şatır, 2000; National Treatment Agency for Substance Misuse [NTA], 2006; akt., Gündüz Türkeş, 2020).

Bu bilgiler ışığında hastaların mükerrer yatışlarının baş etme stratejilerini geliştirmesi, anksiyetelerini azaltması beklense de klinik gözlemler doğrultusunda tekrarlı yatışların çoğu hasta için maddeyi bırakamayacaklarına dair bir umutsuzluk yarattığı söylenebilir. Hastalar yatarak tedavileri boyunca kendilerini madde kullanmaya yönelten faktörlerden uzak kalsa da taburculukları sonrasında birçoğu yaşadıkları sosyal çevreye geri dönmekte, madde kullanıcısı diğer kişilerle karşılaşmakta ya da bozulan aile ilişkileri nedeniyle stresli bir ortamın içinde

kalmaktadırlar. Bu sebepler de onların tekrardan madde kullanımını kolaylaştırmakta ve hastane yatışları onlar için "maddeye bir süre ara verme" olarak görülebilmektedir.

Daha fazla yatışla birlikte hastaların sorun çözmeye yönelik yaklaşımlarının ve anksiyete düzeylerinin olumsuz yönde etkilenmesi, uyumlu baş etme stratejilerinin kullanımı için tekrarlı yatışların anlamlı bir farklılık yaratmaması bu bağlamda açıklanabilir.

3.2.5 Opiyat Kullanım Bozukluğu Olan Bireylerin Baş Etme Stratejileri ve Anksiyete Düzeyleri Daha Önce Aldıkları Psikoeğitim Sayısına Göre Farklılaşmakta Mıdır?

Katılımcıların daha önce aldıkları psikoeğitim sayısına göre psikoeğitim öncesi baş etme stratejileri ve anksiyete düzeylerine bakıldığında; genel başa çıkma tutumları, sakınma-kaçınma, kendine ceza ve anksiyete puan ortalamalarının 3 üzeri yatışı olan hastalarda 3 ve altı yatışı olan hastalara göre daha yüksek; kendine yardım, yaklaşım ve uyum sağlama puan ortalamalarının ise daha düşük olduğu, fakat bu farklılıkların anlamlı düzeyde olmadığı görülmektedir. Psikoeğitim sonrası baş etme stratejileri ve anksiyete düeylerine bakıldığında da genel başa çıkma tutumları, kendine ceza ve anksiyete puan ortalamalarının 3 üzeri yatışı olan hastalarda 3 ve altı yatışı olan hastalara göre daha yüksek; kendine yardım, yaklaşım, uyum sağlama ve sakınma-kaçınma puan ortalamalarının da daha düşük olduğu, yine bu farklılıkların istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır.

Psikoeğitimlerin alan yazındaki bilgilerle birlikte önceki bölümlerde de açıklandığı üzere katılımcıların baş etme stratejileri ve anksiyeteleri üzerindeki olumlu etkilerinin alınan psikoeğitim sayısı arttığında da süreğen olacağı düşünülmüştür. Fakat sonuçlar beklenen şekilde çıkmamıştır. Daha fazla yatışı ve denetimli serbestlik süreci olan ve dolayısıyla daha fazla psikoeğitim almış olan bazı hastalarda aynı eğitimlerin tekrar tekrar dinlenmesi psikoeğitimlerden alınacak olan verimi azaltıyor olabilir. Ayrıca bazı hastalar denetimli serbestlik ya da ailenin istemesi gibi nedenlerle yatarak tedaviyi kabul etmekte ve bu hastaların maddeyi bırakmaya yönelik motivasyonları düşük olmaktadır. Bu durum maddenin kendisini ya da maddeyi hatırlatıcı etmenleri daha fazla konuşmaya, psikoeğitimler sırasında da bunu sürdürmeye, klinikteki tedaviden yeteri kadar faydalanamamaya neden olabilmektedir.

Bu da motivasyonu düşük hastaların hem kendileri hem de diğer hastalar açısından olumsuzluk yaratabilmektedir. Dolayısıyla bu faktörlerin alınan psikoeğitim sayısındaki artışın uyumlu baş etme stratejilerinin gelişmesini ve anksiyetenin azalmasını sağlamamada etkili olabileceği düşünülmektedir.

3.2.6 Opiyat Kullanım Bozukluğu Olan Bireylerin Baş Etme Stratejileri ve Anksiyeteleri Eğitim Düzeyi Açısından Farklılaşmakta Mıdır?

Katılımcıların baş etme stratejilerinin ve anksiyete düzeylerinin hem psikoeğitim öncesi hem de psikoeğitim sonrası için yapılan analizler sonucunda eğitim düzeylerine göre anlamlı olarak farklılaşmadığı görülmüştür (Tablo 11, Tablo 12).

Alan yazında baş etme stratejileri ve eğitim düzeyi arasındaki ilişkilerin incelendiği bir çalışmada eğitim düzeyi yüksek olan bireylerin eğitim düzeyi düşük olan bireylere göre kendini suçlama, olumlu yaklaşım ve kendiyle ilgilenme stratejilerini daha fazla kullandıkları; kaçınma stratejisini ise daha az kullandıkları görülmüştür (Kaynar, 2016). Vitulic ve Prosen'in (2016) 20-65 yaş arası 194 yetişkinle yaptıkları bir çalışmada kaçınma stratejisinin eğitim düzeyi düşük kişiler tarafından daha fazla kullanıldığı saptanmıştır. Eroin kullanan bireylerle yapılan bir çalışmada da katılımcıların eğitim seviyesi arttıkça işlevsel baş etme stratejilerini daha çok kullandıkları saptanmıştır (Gülen,2019). Bunun yanında farklı örneklem gruplarında baş etme stratejilerinin eğitim düzeyine göre anlamlı bir şekilde farklılaşmadığını gösteren çalışmalar da mevcuttur (Aktürk, 2012; Sezer ve Gürgan, 2018).

Düşük eğitim düzeyinin anksiyete bozuklukları için bir dezavantaj olduğu bilinmekle birlikte (Fryers ve ark., 2005) anksiyetenin eğitim düzeyine göre incelendiği çalışmalara bakıldığında eğitim düzeyi ile anksiyete arasında negatif korelasyonun bulunduğu (Uysal ve Aslan, 2018) ve eğitim düzeyinin anksiyete açısından anlamlı bir farklılık yaratmadığı çalışmalar mevcuttur (Arslan, Taylan ve Deniz, 2017; Arslan ve ark., 2011).

Bu çalışmada da eğitim düzeyi yüksekokul ve üniversite olan kişilerin eğitim düzeyi ilkokul, ortaokul ve lise olan kişilere göre hem psikoeğitim öncesi hem de psikoeğitim sonrası genel başa çıkma tutumları, kendine yardım, yaklaşım puanlarının daha yüksek olduğu; kendine ceza stratejisi açısından da hem psikoeğitim öncesi hem de psikoeğitim sonrası puanın yüksekokul mezunu kişilerde ilkokul, ortaokul ve lise

mezunu kişilere göre daha yüksek olduğu, fakat bu farklılıkların anlamlı olmadığı görülmektedir. Eğitim seviyesi arttıkça uyumlu baş etme stratejilerinin kullanımının da artması daha fazla öğrenme ve farkındalıkla açıklanabilir. Anksiyete düzeyi açısından karşılaştırıldığında da üniversite mezunu kişinin psikoeğitim öncesi anksiyete düzeyinin ilkokul, ortaokul, lise ve yüksekokul mezunu kişilere göre daha yüksek olduğu; psikoeğitim sonrası en yüksek anksiyete puanına da ilkokul mezunu kişilerin sahip olduğu, fakat bu farklılığın da anlamlı olmadığı saptanmıştır. Klinik gözlemlere göre, eğitim seviyesi yüksek olan madde kullanıcılarında kendini Amatem kliniğine yabancı hissetme, klinikte eğitim seviyesi daha düşük kişilerle bir arada olmanın getirdiği bazı olumsuz sonuçlarla birlikte kendini suçlamanın ve anksiyetenin de daha fazla olduğu görülmektedir. Çalışmada bu bulgulara dair sonuçların istatistiksel olarak anlamlı çıkmamasının yüksekokul mezunu olan iki ve üniversite mezunu olan sadece bir kişinin olmasından, dolayısıyla karşılaştırma için yeterli sayıda veri olmamasından kaynaklandığı, ayrıca yine bu sebepten bu sonuçlarla ilgili bir genelleme yapmanın sağlıklı olmayacağı düşünülmektedir.

3.2.7 Opiyat Kullanım Bozukluğu Olan Bireylerin Baş Etme Stratejileri ve Anksiyete Düzeyleri Sosyoekonomik Düzey Açısından Farklılaşmakta Mıdır?

Katılımcıların hem psikoeğitim öncesi hem de psikoeğitim sonrası için ayrı ayrı yapılan analizler sonucunda baş etme stratejileri ve anksiyete düzeylerinin sosyoekonomik düzey açısından farklılaşmadığı görülmüştür (Tablo 13, Tablo 14).

Baş etme stratejilerinin gelir düzeyine göre farklılaşıp farklılaşmadığına ilişkin çalışmalara bakıldığında kendiyle ilgilenme ve mizahı kullanma baş etme stratejilerinin gelir düzeyiyle pozitif yönde ilişkili olduğu, yani gelir düzeyi arttıkça bireylerin kendiyle ilgilenme davranışının ve mizah kullanımının da yükseldiği (Kaynar, 2016; Uysal ve Aslan, 2018); gelir düzeyi düşük olan bireylerin duygu odaklı baş etme stratejilerini daha çok kullandıkları (Brantley ve ark., 2002) gibi sonuçlar mevcuttur. Anksiyete düzeyinin sosyoekonomik düzeye göre farklılaşıp farklılaşmadığıyla ilgili bulgulara bakıldığında Sabuncu ve arkadaşlarının (2008) öğrencilerle yaptığı çalışmada düşük gelir düzeyinin anksiyete ile negatif yönde ilişkili olduğu bulunmuştur. Mevcut çalışmanın bulgularıyla tutarlı şekilde anksiyetenin gelir düzeyine göre farklılaşmadığı çalışmalar da bulunmaktadır (Akbaş ve ark., 2008; Akdur, 2018; Şirin ve ark., 2003).

Bu çalışmada da psikoeğitim öncesi yaklaşım ve uyum sağlama puanları ile psikoeğitim sonrası genel başa çıkma tutumları, yaklaşım ve uyum sağlama puanları gelir düzeyi 3000 tl ve üzeri olan kişilerde gelir düzeyi daha düşük olan kişilere göre daha yüksek; psikoeğitim sonrası anksiyete puanı da gelir düzeyi 3000 tl ve üzeri olan kişilerde gelir düzeyi daha az olan kişilere göre daha düşük bulunmuştur. Fakat bu farklılıkların anlamlı düzeyde olmamasından dolayı gruplar arası farklılıklara ilişkin sağlıklı genellemeler yapılamayacağı düşünülmektedir.

BÖLÜM 4. SONUÇ

Bu bölümde ilk olarak araştırmanın süreci ve araştırma sonucunda elde edilen bulgular anlatılmaktadır. Sonrasında bulgular doğrultusunda araştırmada ulaşılan noktayı açıklayan yargı bölümü yer almaktadır. Son olarak da literatüre katkı sağlayabilmek adına diğer araştırmacıların başka nasıl çalışmalar yapabileceklerine dair öneriler bulunmaktadır.

Yapılan araştırmada opiyat kullanım bozukluğu olan bireylere uygulanan psikoeğitimlerin bu kişilerin baş etme stratejileri ve anksiyete düzeylerine etkisinin incelenmesi amaçlanmıştır. Çalışmaya Erenköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi Alkol Madde Tedavi Merkezi (AMATEM) kliniğinde tedavi görmekte olan ve DSM-5'e göre opiyat kullanım bozukluğu tanısı almış 18-50 yaş arası 65 erkek hasta gönüllü olarak katılmıştır. Veriler katılımcılar tarafından doldurulan psikoeğitim öncesi demografik bilgi formu, Başa Çıkma Tutumları Ölçeği ve Beck Anksiyete Ölçeği ile psikoeğitim sonrası Başa Çıkma Tutumları Ölçeği ve Beck Anksiyete Ölçeği kullanılarak elde edilmiştir. Elde edilen veriler SPSS IBM 26.0 paket programıyla analiz edilmiş olup betimsel istatistikler, Pearson korelasyon analizleri, Spearman sıra farkları korelasyon analizi, bağımlı gruplar için t-test, Wilcoxon işaretli sıralar testi, bağımsız gruplar için t-test, Mann-Whitney U testi, One Way ANOVA ve Kruskal Wallis testleri kullanılmıştır.

Çalışmada elde edilen bulgulara göre psikoeğitim öncesi kendine ceza ile anksiyete arasında ve yaklaşım ile uyum sağlama arasında pozitif; psikoeğitim sonrası anksiyete ile yaklaşım arasında ve yaklaşım ile sakınma-kaçınma arasında negatif; kendine yardım ile yaklaşım ve uyum sağlama arasında ve sakınma-kaçınma ile kendine ceza arasında pozitif yönde anlamlı ilişkiler bulunmuştur. Katılımcıların psikoeğitim sonrasındaki genel başa çıkma tutumları, kendine yardım, yaklaşım ve uyum sağlama puanlarının psikoeğitim öncesi puanlarından anlamlı derecede daha yüksek olduğu, sakınma-kaçınma, kendine ceza ve anksiyete puanlarının psikoeğitimler sonrasında

azaldığı saptanmıştır. Çalışmada ayrıca madde kullanım bozukluğu tedavisi için 3 üzeri yatışı olan katılımcıların 3 ve altı yatışı olan katılımcılara göre psikoeğitim öncesi anksiyete puanlarının anlamlı olarak daha yüksek ve psikoeğitim sonrası yaklaşım puanlarının anlamlı olarak daha düşük olduğu; daha önce 3 üzeri psikoeğitim alan katılımcılarla 3 ve altı sayıda psikoeğitim alan katılımcılar arasında baş etme stratejileri ve anksiyete düzeyleri açısından anlamlı bir farklılık olmadığı belirlenmiştir.

Son olarak araştırmada katılımcıların baş etme stratejileri ve anksiyete düzeylerinde hem eğitim durumuna hem de sosyoekonomik düzeye göre anlamlı derecede farklılaşma olmadığı görülmüştür.

4.1 Yargı

Araştırmada opiyat kullanım bozukluğu olan bireylerin baş etme stratejileri ve anksiyete düzeylerinin aldıkları psikoeğitimler sonrasında farklılaşıp farklılaşmadığı incelenmiştir. İstatistiksel analizler opiyat kullanım bozukluğu olan bireylerin psikoeğitimler sonrasında uyumlu baş etme stratejilerini kullanma eğilimlerinin arttığını, uyumsuz baş etme stratejilerini kullanma eğiliminin ve anksiyete düzeyinin azaldığını göstermektedir. Dolayısıyla psikoeğitimlerin bu bağlamda işlevsel olduğu, fakat anksiyete düzeyinin azalmasında hastaların kullanmış oldukları ilaçların da etkisinin olabileceği düşünülmüştür.

Araştırmada baş etme stratejileri ve alt boyutları ile anksiyete arasındaki ilişkiler incelendiğinde uyumlu baş etme stratejisi olarak değerlendirilen yaklaşımın anksiyete düzeyini azaltabildiği, uyumsuz baş etme stratejisi olarak değerlendirilen kendine cezanın da anksiyeteyi arttırabildiği sonucuna ulaşılmıştır.

Opiyat kullanım bozukluğu olan hastaların madde kullanım bozukluğu için yatarak tedavi görme ve daha önce almış oldukları SAMBA psikoeğitimleri sayılarındaki artışların baş etme stratejileri ve anksiyete düzeyi açısından anlamlı düzeyde olumlu bir etkisinin olmadığı görülmüştür.

Katılımcıların baş etme stratejileri ve anksiyetelerinde eğitim düzeyi ve gelir düzeyinin anlamlı bir farklılık yaratmadığı saptanmıştır. Eğitim düzeyi değişkeni açısından bakıldığında yüksek eğitim seviyesine sahip kişilerin sayısının az olmasının bunda etkili olabileceği düşünülmüştür.

4.2 Öneriler

Çalışmaya Amatem kliniğine başvuran hastaların büyük çoğunluğunun erkek olması nedeniyle sadece erkek hastalar dahil edilmiştir. Opiyat kullanım bozukluğu olan kadın hastaların da dahil edildiği çalışmalar yapılarak araştırma değişkenleri cinsiyet açısından da incelenebilir.

Pandemi nedeniyle kliniğe daha az sayıda hasta alınması araştırmanın kısıtlı bir örneklem grubuyla tamamlanmasına neden olmuştur. Bu doğrultuda daha fazla katılımcı sayısıyla araştırma yapılarak daha genellenebilir sonuçlara ulaşılabilir.

Araştırma kliniğe başvuran hastaların ağırlıklı olarak opiyat kullanım bozukluğu tanılı olması, bu hasta grubuyla yapılan benzer çalışmaların daha az sayıda olması ve araştırmanın sonuçları açısından daha homojen bir grup istenmesi nedeniyle yalnızca opiyat kullanım bozukluğu olan bireylerle yapılmıştır. Gelecek araştırmalara alkol, uçucu, kenevir, uyarıcı kullanım bozukluklarına sahip bireyler de dahil edilerek ilgili değişkenler açısından karşılaştırmalar yapılabilir.

Araştırmada kaygı düzeyini ölçmek amaçlı Beck Anksiyete ölçeği kullanılmıştır, fakat buradaki son 1 hafta içinde gözlenebilen bazı kaygı belirtilerinin hastaların yoksunluk belirtileriyle karışması ihtimaline karşı ölçek verilmeden önce bu durumla ilgili sözel olarak açıklama yapılmıştır. Buna karşılık sonraki çalışmalarda durumluk kaygı ölçeğinin kullanılmasının daha sağlıklı olacağı düşünülmektedir.

Son olarak klinik işleyişinin bozulmaması adına hastalar günaydın toplantıları, bireysel görüşmelerin de yer aldığı rutin programlarına ve ilaç tedavilerine devam etmişlerdir. Daha sonra yapılacak çalışmalarda yatılı klinikte mümkün olmasa da Amatem polikliniğine ayaktan başvuran hastalara diğer psikososyal müdahaleler olmadan yalnızca psikoeğitimler uygulanarak ilgili değişkenler üzerindeki etkisine bakılabilir. Ek olarak bir kontrol grubu oluşturularak hiçbir psikososyal müdahale olmadan ilgili değişkenler karşılaştırılabilir.

EK'LER

EK 1: Demografik Bilgi Formu

Değerli katılımcı,

Bu çalışma Doç. Dr. Itır TARI CÖMERT danışmanlığında Maltepe Üniversitesi Klinik Psikoloji Yüksek Lisans programı öğrencisi Nesteren UYGUN tarafından yürütülmektedir. Çalışmanın amacı; Sigara, Alkol ve Madde Bağımlılığı Tedavi Programı (SAMBA) 'nın bazı değişkenler üzerindeki etkisini incelemektir. Çalışmaya katılım gönüllülük esasına dayanmaktadır. Katılım sırasında ankette yer alan sorulardan ya da herhangi bir nedenden dolayı rahatsızlık duyulduğu takdirde cevaplama işlemi yarıda bırakılabilir.

Ankette kimlik belirleyici herhangi bir bilgi istenmemektedir. Katılımcıların cevapları gizli tutulacak, sadece araştırmacı tarafından değerlendirilecektir. Bireysel değerlendirme yapılmayacaktır.

Çalışmaya katılımınızdan dolayı şimdiden teşekkür ederiz. Çalışma hakkında daha fazla bilgi edinmek ya da sorularınız için Nesteren UYGUN ile iletişim kurabilirsiniz.

Bu çalışmaya tamamen gönüllü olarak katılıyorum ve istediğim zaman yarıda bırakabileceğimi biliyorum. Verdiğim bilgilerin bilimsel amaçlı yayınlarda kullanılmasını kabul ediyorum ( ).

DEMOGRAFİK BİLGİ FORMU

1. Yaşınız:

2. Eğitim Durumunuz (*lütfen en son mezun olduğunuz okulu işaretleyiniz*):

İlkokul ( ) Ortaokul ( ) Lise ( ) Yüksekokul ( )

Üniversite ( ) Lisansüstü ( )

3. Mesleğiniz: ……..…

4. Aylık ortalama geliriniz:

0 – 1000 TL ( ) 1000 – 2000 TL ( ) 2000 – 3000 ( ) 3000 TL ve üzeri ( )

5. Medeni durumunuz:

Evli ( ) Bekar ( ) Boşanmış ( ) Dul ( ) Birlikte yaşıyor ( )

6. Çocuğunuz var mı? Var ( ) Yok ( )

7. Şu anda kimle/ kimlerle birlikte yaşıyorsunuz? ……..

8. Madde kullanmaya başlama yaşınız: ……..

9. İlk kullandığınız madde: ……..

10. İlk madde kullanmaya başlama nedeniniz: ……

11. Opiyat kullanmaya ne zaman başladınız? ……..

12. Opiyat kullanmaya başlama nedeniniz: ……

13. Kullanmakta olduğunuz başka madde var mıdır?

Evet ( ) Hayır ( )

14. Bulunduğunuz hastanede daha önce yatarak tedavi gördünüz mü?

Evet ( ) Hayır ( )

Yanıtınız “evet” ise;

15. Kaç kez tedavi gördüğünüzü belirtiniz:

16. Başka bir hastanede daha önce yatarak tedavi gördünüz mü?

Evet ( ) Hayır ( )

Yanıtınız “evet” ise;

17. Kaç kez tedavi gördüğünüzü belirtiniz:

18. Daha önce Sigara, Alkol ve Madde Bağımlılığı Tedavi Programı (SAMBA) eğitimi aldınız mı?

Evet ( ) Hayır ( )

Yanıtınız evet ise;

19. Kaç kez aldığınızı belirtiniz:

20. Denetimli Serbestlik ile ilgili olarak devam eden dava dosyanız bulunmakta mıdır?

Evet ( ) Hayır ( )

Yanıtınız evet ise;

21. Kaç dava dosyanız olduğunu belirtiniz:

22. Denetimli Serbestlik sürecinde Sigara, Alkol ve Madde Bağımlılığı Tedavi Programı (SAMBA) eğitimi aldınız mı?

Evet ( ) Hayır ( )

Yanıtınız evet ise;

23. Kaç kez aldığınızı belirtiniz:

EK 2: Başa Çıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeği COPE-R

Bu belge, Yükseköğretim Kurulutarafından 19.01.2021 tarihli *"Lisansüstü Tezlerin Elektronik Ortamda Toplanması, Düzenlenmesi ve Erişime Açılmasına İlişkin Yönerge"* ile bildirilen 6689 Sayılı Kişisel Verilerin Korunması Kanunu kapsamında gizlenmiştir.

EK 3: Beck Anksiyete Ölçeği

Aşağıda insanların kaygılı ya da endişeli oldukları zamanlarda yaşadıkları bazı belirtiler verilmiştir. Lütfen her maddeyi dikkatle okuyunuz. Her maddedeki belirtinin BUGÜN DAHİL SON BİR (1) HAFTADIR sizi ne kadar rahatsız ettiğini yandakine uygun yere (x) işareti koyarak belirleyiniz. Sorulara vereceğiniz samimi ve dürüst cevaplar araştırmanın bilimsel niteliği açısından son derece önemlidir.

	Hiç	**Hafif düzeyde/ Beni pek etkilemedi**	**Orta düzeyde/ Hoş değildi ama katlanabildim**	**Ciddi düzeyde/ Dayanmakta çok zorlandım**
1. Bedeninizin herhangi bir yerinde uyuşma veya karıncalanma				
3. Bacaklarda halsizlik, titreme				
4. Gevşeyememe				
6. Baş dönmesi veya sersemlik				
7. Kalp çarpıntısı				
11. Boğuluyormuş gibi olma duygusu				
12. Ellerde titreme				
15. Nefes almada güçlük				
16. Ölüm korkusu				
18. Midede hazımsızlık ya da rahatsızlık hissi				
20. Yüzün kızarması				

KAYNAKÇA

Akbaş, E., Vırıt, O., Kalenderoğlu, A., Savaş, H. A. & Sertbaş, G. (2008). Gebelikte sosyodemografik değişkenlerin kaygı ve depresyon düzeyleriyle ilişkisi. *Nöropsikiyatri Arşivi, 45(*3), 85-91.

Akdur, Ö. (2018). *Opiat Kullanım Bozukluğu Tanısı Olan Hastalarda İçselleştirilmiş Damgalanma ile Özkıyım Riski Arasındaki İlişkide Anksiyete, Depresyon ve Somatizasyonun Aracılığı.* (Yayımlanmamış tıpta uzmanlık tezi). T.C. Sağlık Bilimleri Üniversitesi Erenköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul.

Aki, Ö. E., Arıkan, Z. & Işıklı, S. (2008). Erken remisyondaki alkol bağımlıları, en az bir yıldır remisyonda olan alkol bağımlıları ve kontrol grubunun başa çıkma mekanizmaları açısından karşılaştırılması. *Nöropsikiyatri Arşivi, 45*(2), 36-45.

Aktürk, Ü. (2012). *Engelli Çocuğu Olan Anne-Babaların Kaygı Düzeyi ve Başa Çıkma Stratejilerinin Değerlendirilmesi.* (Yayımlanmamış yüksek lisans tezi). İnönü Üniversitesi/Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Malatya.

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

Arnold, P.D., Zai, G. & Richter M.A. (2004). Genetics of anxiety disorders. *Current Psychiatry Reports, 6* (4), 243-254. doi: 10.1007/s11920-004-0073-1

Arslan, B., Arslan, A., Kara, S., Öngel, K. & Mungan M. T. (2011). Gebelik Anksiyete ve Depresyonunda Risk Faktörleri: 452 Olguda Değerlendirme. *Tepecik Eğit Hast Derg, 21*(2), 79-84.

Arslan, S., Taylan, S. & Deniz, S. (2017). Nöroşirürji Hastalarının Ameliyat Öncesi Anksiyete Düzeyleri. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi, 20*(1), 17-21.

Aydoğan, Ü., Doğaner, Y. C., Borazan, E., Kömürcü, Ş., Koçak, N., Öztürk, B., Özet, A. & Sağlam, K. (2012). Kanser hastalarında depresyon ve anksiyete düzeyleri ve hastalıkla başa çıkma tutumlarının ilişkisi. *Türk Aile Hekimliği Dergisi, 16(*2), 55-60

Bağımlılık Tanı, Tedavi ve Önleme. (1. Baskı). İstanbul: Yeşilay, 2019: 43-93.

Bağımlı Tedavisi. "Eroin". Erişim: 07 04 2020. https://bagimlitedavisi.com/bagimliliklar/eroin-29

Baltaş, A. & Baltaş, Z. (1998). *Stres ve Başaçıkma Yolları*. İstanbul: Remzi

Bayrak, B. (2018). *Opiyat Kullanım Bozukluğu Olan Bireyler ve Yakınlarına Uygulanan Grup Danışmanlığının Bireylerin Remisyon Süreleri ve Sosyal Destek Algıları ile Birey ve Yakınlarının Öz Yeterlik ve Umutsuzluk Düzeylerine Etkisi*. (Yayımlanmamış doktora tezi). Hacettepe Üniversitesi/Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara.

Beck, A.T., Emery, G. & Greenberg, R. (1985). *Anxiety disorders and phobias: A cognitive perspective*. New York: Basic

Berkel, H. V. (2009). *The Relationship Between Personality, Coping Styles and Stress, Anxiety and Depression*. (Unpublished master' s thesis). University of Canterbury, New Zealand.

Berksun, O. (2003), *Anksiyete ve Anksiyete Bozuklukları* (2. Baskı), İstanbul: Turgut.

Beyazyürek, M. & Şatır, T.T. (2000) Madde Kullanım Bozuklukları. *Psikiyatri Dünyası, 4*, 50-56.

Bilici, R. (2012) Alkol madde kullanım bozukluklarında tanı ölçütleri. In Alkol Madde Bağımlılığı Tanı ve Tedavi El Kitabı (Eds. C Evren, K Ögel, B Uluğ). 35-42. Ankara, Türkiye Psikiyatri Derneği.

Bickel, W.K., Stitzer, M.L., Bigelow, G.E., Liebson, I.A., Jasinski, D.R. & Johnson, R.E. (1988). A Clinical Trial of Buprenorphine: Comparison with Methadone in The Detoxification of Heroin Addicts. *Clinical Pharmacology and Therapeutics* , *43* (1), 72-78. doi: 10.1038/clpt.1988.13

Bowen, R.C., D'Arcy, C., Keegan, D. & Senthilselvan, A. (2000). A controlled trial of cognitive behavioral treatment of panic in alcoholic inpatients with comorbid panic disorder. *Addictive Behaviours*.; *25*,593-597.

Brantley, P.J., O'Hea, E.L., Jones, G. & Mehan, D.J. (2002) The influence of income level and ethnicity on coping strategies. *Journal of Psychopathology and Behavioural Assessment, 24* (1), 39-45. https://doi.org/10.1023/A:1014001208005

Bucholz, K. K. (1999). Nosology and Epidemiology of Addictive Disorders and Their Comorbidity. *Psychiatric Clinics of North America, 22*(2), 221-240.

Büyüköztürk, Ş., Kılıç-Çakmak, E., Akgün, Ö.E., Karadeniz, Ş. & Demirel, F. (2017). *Bilimsel araştırma yöntemleri* (23. Baskı). Pegem Akademi: Ankara.

Carver, C.S., Scheier, M.F. & Weintraub, J.K. (1989). Assessing Coping Strategies: A Theoretically Based Approach. *Journal of Personality and Social Psychology, 56*(2), 267-283.

Childress, A.R. Ehrman, R. McLellan, A.T. et al. (1994). Can induced moods trigger drug-related responses in opiate abuse patients. *Journal of Substance Abuse Treatment 11*, 17-23.

Compas, B. E., Connor-Smith, J. K., Saltzman, H., Thomsen, İ.H. & Wadsworth, M. (2001). Coping with stress during childhood and adolescence: Problems, progress, and potential in theory and research. *Psychological Bulletin, 127*(1), 87–127. https://doi.org/10.1037/0033-2909.127.1.87.

Cüceloğlu, D. (2005). *İnsan ve Davranışları Psikolojisinin Temel Kavramları*. İstanbul: Remzi.

Çetin, A., Yılmaz, A. & Noyan, C.O. (2017). "Till Pethidine Do Us Apart"; Addicted Healthcare Professionel Couple. *Current Addiction Research,* 75-77.

Dicle, A.S. & Ersanlı, K. (2015). Başa Çıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeğinin Türkçeye Uyarlama Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması. *Akademik Sosyal Araştırmalar Dergisi, 3*(16), 111-126.

Doğan, O. (2000). Depresyonun epidemiyolojisi. *Türk Psikiyatri Dizini, 1*(1), 29-38.

Dubey, S., Biswas, P., Ghosh, R., Chatterjee, S., Dubey, M. J., Chatterjee, S. & Lavie, C. J. (2020). Psychosocial impact of COVID-19. *Diabetes Metab Syndr., 14*(5), 779-788. DOI: 10.1016/j.dsx.2020.05.035

EMCDDA. Perspectives On Drugs 2016: The role of psychosocial interventions in drug treatment, Lisbon.

EMCDDA. European Drug Report 2017: Trends and Developments. Luxembourg.

EMCDDA. European Drug Report 2021: Trends and Developments, Publications Office of the European Union, Luxembourg. 39-56.

Endler, N. S. & Parker, J. D. A. (1990). Multidimensional assessment of coping: a theoretical analysis. *Journal of Personality and Social Psychology, 58*(5), 844–854. doi: 10.1037//0022-3514.58.5.844.

Erbay, E., Oğuz, N., Yıldırım, B. & Fırat, E. (2016). Alkol ve Madde Bağımlılığı Olan Bireylerin Başa Çıkma Tutumları. *Türkiye Sosyal Araştırmalar Dergisi, 20* (3), 597-609. https://docplayer.biz.tr/133702999-Turkiye-sosyal-arastirmalar-dergisi-turkish-journal-of-social-research.html.

Ertan, T. (2008, Mart). Psikiyatrik Bozuklukların Epidemiyolojisi. *Türkiye'de Sık Karşılaşılan Psikiyatrik Hastalıklar,* İstanbul.

Eşel, E. (2003). Genelleşmiş anksiyete bozukluğunun nörobiyolojisi. *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni ,13*(2), 78–87.

Folkman, S & Lazarus, R. (1985). If it changes it must be a process: study of emotion and coping during three stages of a college examination. *Journal of Personality and Social Pyschology, 48*(1): 150-170.

Folkman, S. & Lazarus, R. (1986). Appraisal, coping, health status and psychological symptoms. *Journal of Personality and Social Psychology, 50*(3): 571-579.

Fryers, T., Melzer, D., Jenkins, R., & Brugha, T. (2005). The distribution of the common mental disorders:Social inequalities in Europe. *Clinical Practice and Epidemiology in Mental Health, 1*(14).

Garland, E. L., Boettiger, C. A. & Howard, M. O. (2011). Targeting cognitive-affective risk mechanisms in stress-precipitated alcohol dependence: an integrated, biopsychosocial model of automaticity, allostasis, and addiction. *Med Hypotheses., 76*(5), 745-754. DOI: 10.1016/j.mehy.2011.02.014

Garnefski, N., Den Kommer, T. V., Kraaij, V., Teerds, J., Legerstee, J & Onstein, E. (2002). The relationship between cognitive emotion regulation strategies and emotional problems: comparison between a clinical and a non-clinical sample. *European Journal of Personality, 16*(5). 403-420. https://doi.org/10.1002/per.458

Gülen, B. (2019). *Eroin Kullanım Bozukluğu Olan Bireylerin Otomatik Düşünceleri Üst Bilişsel Model ve Stresle Başa Çıkma Tarzının Değerlendirilmesi.* (Yayımlanmamış yüksek lisans tezi). Işık Üniversitesi/Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.

Günal, Y. (1976). *Uyusturucu Madde Suçları.* Ankara: Kazancı

Güven, F. M., Yalniz, H., Nebioğlu, M., & Geçici, Ö. (2012). Use of Buprenorphine/Naloxone Combination for the Treatment of Opioid Dependence: Antalya Sample. *Bulletin of Clinical Psychopharmacology*, *22* (1), 118.

Hasin, D.S., O'Brein, C.P., Auriacombe, M., Borges, G., Bucholz, K., Budney, A. et al. (2013). DSM-5 criteria for substance use disorders:recommendations and rationale. *The American Journal of Psychiatry*, *170*(8), 834-851. doi: 10.1176/appi.ajp.2013.12060782.

Holahan, C. J., Moos, R. H., & Holahan, C. K., Cronkite, R.C. ve Randall, P. K. (2001). Drinking to cope, emotional distress, and alcohol use and abuse: A ten-year model. *Journal of Studies on Alcohol, 62*(2), 190-198. doi: 10.15288/jsa.2001.62.190.

Işık, E. & Uzbay, T. (2008). *Güncel Temel ve Klinik Psikofarmakoloji.* (1. Baskı). Ankara: Golden Medya.

Işık, M. (2013). *Türkiye'nin Madde Kullanımı ve Bağımlılığı ile Mücadele Politikasının Stratejik İletişim Yaklaşımı Çerçevesinde Değerlendirilmesi*. (Yayımlanmamış doktora tezi). Marmara Üniversitesi/ Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.

Johnson, R. E., Jaffe, J. H. & Fudala P.J (1992). A Controlled Trial of Buprenorphine Treatment for Opioid Dependence. *JAMA, 267* (20), 2750-2755.

Kamu Hastaneleri Genel Müdürlüğü. Özellikli Sağlık Hizmetleri Modülü 2018 [İnternet]. (Erişim Tarihi: 11.05.2019) Erişim Adresi: https://khgmozellikli.saglik.gov.tr/svg/ozellikli_hizmetler.php

Karabulut, V. & Evren, C. (2018). Opioid sürdürüm tedavisindeki hastalarda intihar girişimi ile stresle başa çıkma stilleri arasındaki ilişki. *Klinik Psikiyatri, 21,* 245-253. doi: 10.5505/kpd.2018.94830

Kargın, M. (2017). *Madde Kullanım Bozukluğu Olan Bireylere Uygulanan Relaps Önleme Psikoeğitim Programının Relaps Oranı, Sosyal İşlevsellik, Algılanan Esenlik ve Stresle Baş Etme Biçimlerine Etkisi.* (Yayımlanmamış doktora tezi). Hacettepe Üniversitesi/Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara.

Kaya, H., Kaya, Ö. B., & Paltun, S. C. (2018). Buprenorfin ve Benzodiazepin Beraber Kullanımı ile Ortaya Çıkan Solunum Depresyonu. *Current Addiction Research*, 22-26.

Kaynar, G. (2016). *Boşanma Sürecindeki Kişilerin Baş Etme Becerileri, Bilişsel Çarpıtmalar, Yılmazlık Ve Sosyal Destek Algıları Açısından İncelenmesi.* (Yayımlanmamış yüksek lisans tezi). Kocaeli Üniversitesi/Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Kocaeli.

Kazan, Kızılkurt Ö. & Dilbaz, N. (2020). COVID-19 pandemisinde bağımlılık. Coşar B, editör. Psikiyatri ve COVID-19. 1. Baskı. Ankara: Türkiye Klinikleri; 59-65.

Kessler, R.C., Crum, R.M., Warner, L.A., Nelson, C.B., Schulenberg, J. & Anthony J.C. (1997). Lifetime co-occurrence of DSM-III-R alcohol abuse and dependence with other psychiatric disorders in the National Comorbidity Survey. *Arch Gen Psychiatry, 54,* 313-321.

Kissinger, H. (2006). "*Coping is the Means, Resilience is the Outcome", Help Kids Cope with Stress & Trauma*, C. B. Goode, T. Goode ve D. Russell (Eds.), USA: Inspired Living International.

Koçhan, K. & İlhan, T. (2015). Erbaş/Erlerin Ebeveyne Bağlanma Stilleri, Depresyon Düzeyleri ve Stresle Başa Çıkma Stillerinin Madde Kullanımı Açısından İncelenmesi. *The Turkish Journal on Addictions, 2*(2), 61-109. doi: 10.15805/addicta.2015.2.2.070.

Kosten, T. R., & George, T. P. (2002). The Neurobiology of Opioid Dependence: Implications for Treatment. *Science & Practice Perspectives*, 13-20.

Köroğlu, E. (2009). *Psikiyatri el kitabı* (2. Baskı). Ankara: Hekimler Yayın Birliği.

Krupitsky, E., Zvartau, E., Blokhina, E. ve ark. (2012). Randomized Trial of Long-acting Sustainedrelease Naltrexone Implant vs Oral Naltrexone or Placebo for Preventing Relapse to Opioid Dependence. *Arch Gen Psychiatry, 69* (9), 973-981. doi: 10.1001/archgenpsychiatry.2012.1a.

Krupitsky, E., Zvartau, E., & Woody, G. (2010). Use of Naltrexone to Treat Opioid Addiction in a Country in Which Methadone and Buprenorphine Are Not Available. *Current Psychiatry Repport*, 448-453.

Kulaksızoğlu, B., Kara, H., Özçelik, Ö., & Kuloğlu, M. (2019). Opioid Bağımlılığının Tedavisinde Naltrekson İmplant Kullanımı: Geriye Dönük Bir Çalışma. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, *20* (2), 133-138. doi: 10.5455/apd.205.

Lazarus, R. S. (1976). *Stres and adjustment. Patterns of Adjustment* (3. Baskı). McGraw-Hill Book Company.

Lazarus, R.S. (2006). Emotions and Interpersonal Relationships: Toward a Person-Centered Conceptualization of Emotions and Coping, *Journal of Personality, 74* (1), 9-46. doi: 10.1111/j.1467-6494.2005.00368.

Lazarus, R.S. & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. New York: Springer

Lejuez, C.W., Paulson, A. Daughters, S.B. & Bornovalova, M.A. (2006). The association between heroin use and anxiety sensitivity among inner-city individuals in residential drug use treatment. *Behav Res Ther 44*(5), 67–77.

Mantar, A. (2008). *Anksiyete Duyarlılığı İndeksi-3'ün Türkçe Formunun Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması.* (Yayımlanmamış uzmanlık tezi). Dokuz Eylül Üniversitesi/ Tıp Fakültesi, İzmir.

Marlatt, G.A. & Gordon, J.R. (1980). *Determinants of Relapse. Implications for the Maintenance of Behavior Change* (P.O. Davidson ve S.M. Davidson çev.), Behavioral Medicine: Changing Health Lifestyles. New York: Brunner/Mazel.

Marquez-Arrico, J. E., Benaiges, I. & Adan, A. (2015). Strategies To Cope With Treatment In Substance Use Disorder Male Patients With And Without Schizophrenia. *Psychiatry Research, 228*(3).

McConnell, M. M., Memetovic, J. & Richardson, C. G. (2014). Coping Style And Substance Use Intention And Behavior Patterns In A Cohort Of Bc Adolescents. *Addictive Behaviors, 39*(10), 1394-1397. https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2014.05.018.

Miller, P. (2011). *Theories of developmental psychology*. New York: Worth

Miller, W. & Rollnick, S. (2013). *Motivational interviewing*. New York, London: The Guilford Press.

Mirin, S.M., Weiss, R.D., Griffin, M.L. & Michael, J.L. (1991). Psychopathology in Drug Abusers and Their Families. *Comprehensive Psychiatry, 32*(1), 36-51.

Moos, R. H., & Billings, A. G. (1982). *Conceptualizing and measuring coping resources and processes.* In L. Goldberger ve S. Breznitz (Eds.), Handbook of stress: Theoretical and clinical aspects. New York, NY: Free Press.

Morris, C.G. (2002). *Psikolojiyi Anlamak (Psikolojiye Giriş)* (H.B. Ayvaşık ve M. Sayıl çev.) (3. Baskı), Ankara: Türk Psikologlar Derneği

Morrison, J. S. (2008). *Combating the Twin Epidemics of HIV/AIDS and Drug Addiction*. Washington D.C: The CSIS

NIH (2015) Fact sheet: alcohol use disorder: a comparison between DSM-IV and DSM-5. Bethesda, National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism. https://www.niaaa.nih.gov/publications/brochures-and-fact-sheets/alcohol-use-disorder-comparison-between-dsm

National Treatment Agency for Substance Misuse (NTA). (2006). *Models of residential rehabilitation for drug and alcohol misuse.* London: NTA.

Nutt, D., Argyropoulos, S., & Forshall, S. (1998). *Generalized Anxiety Disorder: Diagnosis, treatment and its relationship to other anxiety disorders.* London; Martin Dunitzp, 1–4.

Ornell, F., Schuch, J. B., Sordi, A. O. &Kessler, F. H. P. (2020). "Pandemic fear" and COVID-19: mental health burden and strategies. *Braz J Psychiatry., 42*(3), 232-235. DOI: 10.1590/1516-4446-2020-0008

Ögel, K., Karalı, A., Tamar, D. & Çakmak, D. (1998). *Alkol ve Madde El Kitabı.* İstanbul: Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi.

Ögel, K. (2001). *İnsan, Yaşam ve Bağımlılık-Tartışmalar ve Gerçekler.* İstanbul: IQ Kültür Sanat.

Ögel, K., Koç, C., Karalar, B., Başabak, A., Aksoy, A., İşmen, M. & Yeroham, R. (2011). SAMBA İSİMLİ BİR BAĞIMLILIK TEDAVİ PROGRAMININ ETKİNLİK ÇALIŞMASI. *Bulletin of Clinical Psychopharmacology, 21*(2), 150-151.

Ögel, K., Koç, C., Aksoy, A. Başabak, A. & Evren, C. (2012). Sigara, alkol ve madde bağımlılığı tedavi programı (SAMBA). İstanbul: Yeniden Yayınları

Ögel, K., Bilici, R., Bahadır, Güvenç G., Maçkan, A., Orhan, N. & Tuna, O. (2016). Denetimli serbestlikte, sigara, alkol madde bağımlılığı tedavi programı (SAMBA) uygulamasının etkinliği. *Anatolian Journal of Psychiatry, 17*(4), 270-277. doi: 10.5455/apd.200521

Ögel K. (2010). *Sigara, Alkol ve Madde Kullanım bozuklukları: Tanı, Tedavi ve Önleme.* İstanbul: Yeniden.

Ögel, K. (2018). *Bağımlılık ve Tedavisi Temel Kitabı.* İstanbul: IQ Kültür Sanat

Özakkaş, T. (2014). *Anksiyete Bozuklukları ve Tedavisi.* İstanbul: Psikoterapi Enstitüsü Eğitim

Özen Bekar, E. (2014). Bağımlılık yapıcı madde kullanımı olan hemşireler ve hemşirelik hizmetleri yönetiminin yaklaşımı: bir literatür incelemesi. *Sağlık ve Hemşirelik Yönetimi Dergisi, 1* (1), 43-47

Pan, S., Jiang, H., Du, J., Chen, H., & Li, Z. (2015). Efficacy of Cognitive Behavioral Therapy on Opiate Use and Retention in Methadone Maintenance Treatment in China: A Randomised Trial. *Plos One,* 1-13.

Raimo, E.B. & Schuckit, M.A. (1998). Alcohol Dependance and Mood Disorders. *Addictive Behaviors, 23*(6), 933-946.

Regier, D.A., Narrow, W.E. & Rae, D.S. (1990). The epidemiology of anxiety disorders: the Epidemiologic Catchment Area (ECA) experience. *Journal of Psychiatric Research, 2,* 3-14.

Reyhanlıoğlu, E. (2015). *Türkiye'deki Üniversite Öğrencilerinin İnternete Bağımlılık Düzeyleri ile Sıkıntıya Dayanma, Başa Çıkma Stratejileri, Kişilik Özellikleri ve Bazı Demografik Değişkenler Arasındaki İlişki.* (Yayımlanmamış yüksek lisans tezi). Üsküdar Üniversitesi/Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.

Rohde, P., Lewinsohn, P. M., Tilson, M. & Seeley, J.R. (1990). Dimensionality of Coping and Its Relation to Depression. *Journal of Personality and Social Psychology, 58* (3), 499-511. doi: 10.1037//0022-3514.58.3.499.

Ross, S. & Peselow, E. (2009). Pharmacotherapy of Addictive Disorders. *Clinical Neoropharmacology,* 277-289.

Sabuncu, N., Köse, S., Özhan, F., Batmaz, M. & Özdilli, K. (2008). İlk Defa İntramüsküler Enjeksiyon Uygulaması Yapan Öğrencilerin Kaygı Düzeyleri Ve Sosyo-Demografik Özellikleri İle İlişkisi. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 11*(3), 27-32.

Sadock, B.J., Sadock, V.A., Kaplan, R.P. & Sadock. (2016). Psikiyatri Davranış Bilimleri/Klinik Psikiyatri. In Wolter Kluwer/Lippincott Williams & Wilkins, 387–392.

Sağkal, T. (2005). *Alkol ve madde bağımlılığında öğrenilmiş güçlülüğün incelenmesi* (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Ege Üniversitesi, İzmir.

Sağlık Bakanlığı (2012). *Madde Bağımlılığı Tanı ve Tedavi Kılavuzu El Kitabı*. Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü. ISBN: 978-975-590-431-3

Sağlık Bakanlığı. Kontrole Tabi İlaçlar.Ankara. 2015.

Sağlık Bakanlığı. Uyuşturucu ile Mücadele Ulusal Strateji Belgesi ve Eylem Planı (2018-2023). Ankara: Sağlık Bakanlığı, 2018.

SAMHSA. Substance abuse treatment: Group therapy. 2005.

Samoluk SB, Stewart SH, Sweet S ve ark. (1999) Anxiety sensitivity and social affiliation as determinants of alcohol consumption. Behav Res Ther, 30: 285-303.

Savitsky, B., Finding, Y., Ereli, A. & Hendel, T. (2020). Anxiety and coping strategies among nursing students during the covid-19 pandemic. *Nurse Education in Practice, 46.* doi: 10.1016/j.nepr.2020.102809

Sevinçok, L. Küçükardalı, Y. Dereboy, Ç. & Dereboy, F. (2000). Genç erkeklerde madde kullanımı: sosyodemografik özellikler ve psikiyatrik tanılar. *Türk Psikiyatri Dergisi, 11*(1), 40-48.

Sezer, F. & Gürgan, U. (2018). Boşanmış Bireylerin Baş Etme Stratejilerinin ve Yaşam Kalitelerinin Bazı Değişkenler Açısından İncelenmesi. *Balıkesir Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, 21*(40), 209-221. Doi: 10.31795/baunsobed.492450

Smedslund, G., Berg, R. C., Hammerstrom, K. T., ve ark. (2011). 'Motivational interviewing for substance abuse. *Cochrane Database of Systematic Reviews 11*(5), 1-113. doi: 10.1002/14651858.CD008063.pub2.

Soyka, M. (2017). Treatment of Opioid Dependence with Buprenorphine: Current Update. *Dialogues Clin Neurosci*, 299-308.

Stein, D.J. & Hollander, E. (2001). *Textbook of Anxiety Disorders*. Wahington: The American Psychiatric.

Strain E.C., Stitzer, M.L., Liebson I.A. & Bigelow, G.E. (1994). Comparison of Buprenorphine and Methadone in the Treatment of Opioid Dependence. *The American Journal of Psychiatry, 151* (7), 1025-1030.

Şirin, A., Kavak, O. & Ertam, G. (2003). Doğumhane stajına çıkan öğrencilerin durumluk-sürekli kaygı düzeylerinin belirlenmesi. Cumhuriyet Üniversitesi. *Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 7,* 27-32.

Tabachnick, B. G., & Fidell, L. S. (2001). *Using Multivarite Statistics (Fourth Edition).* Boston: Ally and Bacon.

Taşlıgil, N., & Şahin, G. (2018). TARİHSEL SÜREÇTE HAŞHAŞ (Papaver somniferum L.) VE AFYON. *Tarih Okulu Dergisi,* 163-196.

Tellioğlu, T. (2010). Buprenorphine: A New Alternative in the Treatment of Opioid Addiction. *Bulletin of Clinical Psychopharmacology*, 261-265.

Tipigil, Ertekin S. & Arabacı, Baysan L. (2021). Denetimli Serbestlik Uygulanan Bağımlı Hastalarda Psikoeğitimin Bireysel Başetme ve Umut-Umutsuzluk Düzeylerine Etkisi. *Bağımlılık Dergisi, 22*(1), 53-64.

Tosun, M. (2008). Madde Bağımlılığına Genel Bakış, Türkiye'de Sık Karşılaşılan Psikiyatrik Hastalıklar, İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri, Sempozyum Dizisi, No:(62), Mart, 201-220

Tremblay, P. F. & King, P. R. (1994). State and trait anxiety, coping styles and depression among psychiatric inpatients. *Canadian Journal of Behavioural Science / Revue canadienne des sciences du comportement, 26*(4), 505-519. https://doi.org/10.1037/0008-400X.26.4.505.

Türk Dil Kurumu (2019, 05 20). Türk Dil Kurumu: http://www.tdk.gov.tr/

Türkeş, Gündüz S. (2020). *Ankara Amatem Kliniğinde Tedavi Gören Bireylerin Tedavi Sürecindeki Deneyimleri ve Taburculuk Sonrası Gereksinimleri*. (Yayımlanmamış yüksek lisans tezi). Hacettepe Üniversitesi/Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara.

Türkiye Uyuşturucu ve Uyuşturucu Bağımlılığı İzleme Merkezi (TUBİM) Raporu 2019.

Uğurlu, Toker T., Oğuzhanoğlu, Kalkan N. & Ateşci, F. (2020). Psikodrama Grup Terapisinin Opioid Bağımlılığında Remisyon ve Depreşme Üzerine Etkisi. *Nöropsikiyatri Arşivi, 57,* 197-203. https://doi.org/10.29399/npa.25001

Uysal, Z. & Aslan, H. (2018). Hipertansiyon Hastalarının Özellikleri ile Sürekli Kaygı ve Baş Etme Becerileri Arasındaki İlişki. *Mustafa Kemal Üniversitesi Tıp Dergisi, 9*(34), 68-80. Doi: 10.17944/mkutfd.48119

Uzbay, T. (2002). Anksiyetenin Nörobiyolojisi. *Klinik Psikiyatri,* 5-13.

Uzbay, T. (2009a). Madde bağımlılığı tarihçe, tanı/ bağımlılık yapan maddeler, beyin nasıl bağımlı oluyor? madde bağımlılığının tedavisi. *Mised Meslek İçi Sürekli Eğitim Dergisi*, (21-22).

Uzbay, T. (2009b). Madde Bağımlılığının Tarihçesi, Tanımı, Genel Bilgiler ve Bağımlılık Yapan Maddeler. *Meslek İçi Sürekli Eğitim Dergisi,* 5-15.

Uzbay, T. (2015). *Madde bağımlılığı tüm boyutlarıyla bağımlılık ve bağımlılık yapan maddeler*. İstanbul: Tıp Kitabevi.

Ülev, E. (2014). *Üniversite Öğrencilerinde Bilinçli Farkındalık Düzeyi ile Stresle Başa Çıkma Tarzının Depresyon, Kaygı ve Stres Belirtileriyle İlişkisi.* (Yayımlanmamış yüksek lisans tezi). Hacettepe Üniversitesi/ Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara.

Vitulic, S. H., & Prosen, S. (2016). Coping and Emotion Regulation Strategies in Adulthood: Specificities Regarding Age, Gender and Level of Education. *Drustvena istrazivanja, 25* (1), 43-62. https://doi.org/10.5559/di.25.1.03.

Yalçın, H. (2018). *Madde kullanım bozukluğu olan bireylerin işlevsel olmayan tutumlar, depresyon ve anksiyete düzeyleri açısından incelenmesi: karşılaştırmalı bir çalışma* Yüksek Lisans Tezi. Hasan Kalyoncu Üniversitesi, Gaziantep.

Yalom, I. (2001). *Varoluşçu Psikoterapi.* İstanbul: Kabalcı

Yapıcı, A. (2006). *Alkol Bağımlılığında Depresyon ve Anksiyetenin Yetiyitimi ve Yaşam Kalitesine Etkisi.* (Psikiyatri uzmanlık tezi). Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul.

Yüksel, E. (2017). Ne demek lazım; uyuşturucu mu madde bağımlılığı mı? uyuşturucuyla mücadelenin temel kavramlarına yönelik uygulama ve tartışmalar. *Anadolu Üniversitesi İletişim Bilimleri Fakültesi Uluslararası Hakemli Dergisi, 25*(2) 39 – 64.

Zuckerman, M. & Gagne, M. (2003). The COPE revised: Proposing a 5-factor model of coping strategies. *Journal of Research in Personality , 37*, 169-204. doi:10.1016/S0092-6566(02)00563-9.

Zvolensky, M., Bonn-Miller, M., Bernstein, A. & Marshall, Erin. (2006). Anxiety sensitivity and abstinence duration to smoking. *Journal of Mental Health*, 15(6), 659-670.

Wegner, D. M., Schneider, D. J., Carter, S. R., & White, T. L. (1987). Paradoxical effects of thought suppression. *Journal of Personality and Social Psychology*, *53*(1), 5–13. https://doi.org/10.1037/0022-3514.53.1.5.

World Drug Report 2021 United Nations publication, Sales No. E.19.XI.8

World Health Organization (WHO): 2017. Depression and Other Common Mental Disorders. WHO Press, Geneva, 10-11.