T.C.
İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ-CERRAHPAŞA
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ

DOKTORA TEZİ

ALKOL VE MADDE KULLANIM BOZUKLUĞU OLAN HASTALARA UYGULANAN BEYİN FARKINDALIĞINA YÖNELİK PSİKOEĞİTİM MÜDAHALESİNİN ÜST BİLİŞ, ÖZ-YETERLİLİK VE TEDAVİ MOTİVASYONUNA ETKİSİ

Halil İbrahim ÖLÇÜM

DANIŞMAN
Prof. Dr. Sevim BUZLU

Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı

Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Programı

Mart, 2023

TEZ KABUL VE ONAYI

Halil İbrahim ÖLÇÜM tarafından, **Prof. Dr. Sevim BUZLU** danışmanlığında hazırlanan **"ALKOL VE MADDE KULLANIM BOZUKLUĞU OLAN HASTALARA UYGULANAN BEYİN FARKINDALIĞINA YÖNELİK PSİKOEĞİTİM MÜDAHALESİNİN ÜST BİLİŞ, ÖZ-YETERLİLİK VE TEDAVİ MOTİVASYONUNA ETKİSİ"** başlıklı bu çalışma, jürimiz tarafından **28/02/2023** tarihinde yapılan sınav sonucunda **oy birliği** ile başarılı bulunarak **Doktora Tezi** olarak kabul edilmiştir.

Tez Jürisi

		İmza	Sonuç
DANIŞMAN	Prof. Dr. Sevim BUZLU İstanbul Üniversitesi - Cerrahpaşa Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı		☒ Kabul ☐ Ret
ÜYE	Doç. Dr. Mehmet Emrah KARADERE İstanbul Medeniyet Üniversitesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı		☒ Kabul ☐ Ret
ÜYE	Dr. Öğr. Üyesi Özge SUKUT İstanbul Üniversitesi - Cerrahpaşa Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı		☒ Kabul ☐ Ret
ÜYE	Doç. Dr. Fatma Nevin ŞİŞMAN Marmara Üniversitesi Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı		☒ Kabul ☐ Ret
ÜYE	Dr. Öğr. Üyesi Sevil YILMAZ İstanbul Üniversitesi - Cerrahpaşa Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı		☒ Kabul ☐ Ret

BEYAN

Bu tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu, tezin planlanmasından yazımına kadar bütün aşamalarında etik dışı davranışımın olmadığını, bu tezdeki bütün bilgileri akademik ve bilimsel etik kuralları içinde elde ettiğimi, bu tez çalışmasıyla elde edilmeyen bütün bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları da kaynaklar listesine aldığımı, yine bu tezin çalışılması ve yazımı sırasında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığını ve her türlü hukuki sorumluluğu aldığımı kabul ederim.

Halil İbrahim ÖLÇÜM

(İmza)

Doğruyu bulmak için bilimin ışığında çalışanlara ithaf ediyorum…

BÜTÇE DESTEKLERİ

ALKOL VE MADDE KULLANIM BOZUKLUĞU OLAN HASTALARA UYGULANAN BEYİN FARKINDALIĞINA YÖNELİK PSİKOEĞİTİM MÜDAHALESİNİN ÜST BİLİŞ, ÖZ-YETERLİLİK VE TEDAVİ MOTİVASYONUNA ETKİSİ

Bu tez çalışması, Türkiye Yeşilay Cemiyeti'nin (YEŞİLAY) 2020/8 numaralı bursu ile desteklenmiştir.

TEŞEKKÜR

Eğitim hayatım boyunca bana kattıkları her şey için tez danışmanım Prof. Dr. Sevim Buzlu başta olmak üzere tüm hocalarıma,

Bağımlılıkta nörobilim ile ilgili yaşadığı ve yaşattığı heyecanla bu alana ilgi duymamı sağlayan, aramızdan erken ayrılmış olsa da bana ve literatüre kattığı değerler ile hep var olacağına inandığım Doç. Dr. Ümit Sayın'a,

Tanıştığımız ilk günden beri yansıttığı motivasyonuyla bana güç katan ve desteğini hiçbir zaman esirgemeyen Hamed Ekhtiari ve Tara Rezapour başta olmak üzere tüm Metacognium ailesine, bu çalışmanın tüm aşamalarında desteğini esirgemeyen Çorum AMATEM'deki çalışma arkadaşlarıma,

Beni bugünlere getiren annem ve babama, yanımda olarak her zaman bana güç veren eşime, hayatıma kattıkları güzelliklerden dolayı kızım Nefin ve oğlum Abrek'e,

En içten teşekkürlerimi sunarım.

Mart 2023

Halil İbrahim ÖLÇÜM

İÇİNDEKİLER

Sayfa No

TEZ KABUL VE ONAYI ..... **ii**
BEYAN ..... **iii**
BÜTÇE DESTEKLERİ ..... **v**
TEŞEKKÜR ..... **vi**
İÇİNDEKİLER ..... **vii**
ŞEKİL LİSTESİ ..... **ix**
TABLO LİSTESİ ..... **x**
SİMGE VE KISALTMA LİSTESİ ..... **xi**
ÖZET ..... **xii**
ABSTRACT ..... **xiii**
1. GİRİŞ **1**
2. GENEL BİLGİLER **3**
2.1. İlk kullanımdan bağımlılığa Nöroadaptasyon süreci 3
2.2. Bağımlılığın döngüsel aşamaları 4
2.3. Nörobilim ve bağımlılık 8
2.3.1. Nörobilim temelli uygulamalar 9
2.3.2. Beyin farkındalığı için yeni bir kavram: Nörodanışmanlık 11
2.4. Üst biliş 12
2.4.1. Öz Düzenleyici Yürütücü İşlevler Kuramı (S-REF) 13
2.4.2. Bağımlılıkta üst bilişe yönelik çalışmalar 16
2.5. Öz-yeterlilik 17
2.5.1. Bağımlılıkta öz-yeterliliğe yönelik çalışmalar 19
2.6. Tedavi motivasyonu 20
2.6.1. Bağımlılıkta tedavi motivasyonuna yönelik çalışmalar 21
3. YÖNTEM **22**
3.1. Araştırmanın amacı ve türü 22
3.2. Araştırmanın hipotezleri 22

3.3. Araştırmanın değişkenleri 23
3.4. Araştırmanın evreni ve örneklemi 23
3.5. Araştırmanın yürütüldüğü yer ve özellikleri 24
3.5.1. Standart tedavi 25
3.5.2. Standart izlem 26
3.6. Veri toplama araçları 26
3.6.1. Bilgi formu 26
3.6.2. Üst biliş Ölçeği-30 (ÜBÖ-30) 26
3.6.3. Öz-Etkililik-Yeterlik Ölçeği (ÖEYÖ) 27
3.6.4. Tedavi Motivasyonu Anketi (TMA) 28
3.7. Araştırma kapsamında gerçekleştirilen müdahale ve uygulamalar 28
3.7.1. Beyin Farkındalığı Müdahalesi (BFM) 29
3.7.2. Sağlıklı Olma eğitimi 32
3.8. Araştırma süreci 33
3.8.1. Hazırlık 33
3.8.2. Araştırmanın uygulanması 33
3.9. Verilerin analizi 36
3.10. Araştırmanın etik ve yasal yönleri 37
3.11. Araştırmanın sınırlılıkları 37
4. BULGULAR 38
5. TARTIŞMA 57
5.1. Araştırmaya katılan hastaların özelliklerinin tartışılması 57
5.2. Araştırmaya katılan hastaların Üst biliş Ölçeği-30, Öz-Etkililik-Yeterlik Ölçeği ve Tedavi Motivasyonu Anketinden aldıkları puan ortalamaların tartışılması 57
5.2.1. Patolojik tarzda üst bilişsel işlevlere yönelik bulguların tartışılması 57
5.2.2. Öz-yeterlilik algısına yönelik bulguların tartışılması 60
5.2.3. Tedavi motivasyonuna yönelik bulguların tartışılması 62
5.3. Araştırmaya katılan hastaların nüks durumlarının tartışılması 63
6. SONUÇ VE ÖNERİLER 65
KAYNAKLAR 67
EKLER 80
İNTİHAL RAPORU İLK SAYFASI 104
ETİK KURUL İZİN YAZISI 105
KURUM İZNİ 107
ÖZGEÇMİŞ 109

ŞEKİL LİSTESİ

Sayfa No

Şekil 3.1: Araştırma süreci 35

Şekil 4.1: ÜBÖ-30 toplam puan ortalamalarının zamana göre gruplar arası dağılımı 47

Şekil 4.2: BG alt ölçek puan ortalamalarının zamana göre gruplar arası dağılımı..... 48

Şekil 4.3: DKİ alt ölçek puan ortalamalarının zamana göre gruplar arası dağılımı 49

Şekil 4.4: BF alt ölçek puan ortalamalarının zamana göre gruplar arası dağılımı 50

Şekil 4.5: ÖEYÖ puan ortalamalarının zamana göre gruplar arası dağılımı 52

Şekil 4.6: TMA toplam puan ortalamalarının zamana göre gruplar arası dağılımı 54

Şekil 4.7: DM alt anket puan ortalamalarının zamana göre gruplar arası dağılımı 55

TABLO LİSTESİ

Sayfa No

Tablo 3.1: BFM kapsamında uygulanan psikoeğitimin kavramsal içeriği 31

Tablo 3.2: Verilerin analizinde kullanılan istatistiksel yöntemler..... 37

Tablo 4.1: Hastaların demografik bilgilerinin karşılaştırılması 39

Tablo 4.2: Hastaların tanı ve tedaviye ilişkin bilgilerinin karşılaştırılması 40

Tablo 4.3: Hastaların sigara, alkol ve madde kullanım özelliklerinin dağılımı 42

Tablo 4.4: Ön test puan ortalamalarının karşılaştırılması 45

Tablo 4.5: ÜBO-30 ve alt ölçek puan ortalamalarının karşılaştırılması 46

Tablo 4.5: ÖEYÖ ölçek puan ortalamalarının karşılaştırılması 51

Tablo 4.6: TMA ve alt anket puan ortalamalarının karşılaştırılması..... 53

Tablo 4.7: Deney ve kontrol grubundaki hastaların nüks durumlarının karşılaştırılması..... 56

SİMGE VE KISALTMA LİSTESİ

Simgeler **Açıklama**

t : t değeri
F : F değeri
η2 : Etki büyüklüğü
x2 : ki-kare değeri

Kısaltmalar **Açıklama**

AMATEM : Alkol ve Uyuşturucu Madde Bağımlılığı Tedavi ve Araştırma Merkezi
AMHCA : American Mental Health Counselors Association
ANOVA : Varyans Analizi
BARI : Brain Awareness for Recovery Initiative
BFM : Beyin Farkındalığı Müdahalesi
CAS : Cognitive Attentional Syndrome
DSM : Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
GABA : Gama aminobütirik asit
LIBR : Laureate Institute for Brain Research
MCT : Üst Bilişsel Terapi
MERİT : Üst Bilişsel Eğitim ve Üst Bilişsel Yansıtma ve İçgörü Terapisi
nCBT : Neuroscience-informed Cognitive-Behavior Therapy
NEAT : Neurocognitive Empowerment for Addiction Treatment
NECOREDA : NEuro COgnitive REhabilitation for Disease of Addiction
NIMH : The National Institute of Mental Health
NIPER : Neuroscience-Informed Psychoeducation for Recovery
ÖEYÖ : Öz-Etkililik Yeterlik Ölçeği
PK : Prefrontal Korteks
ProCoRe : Promoting Cognitive Resilience
RDC : Araştırma Etki Alanı Kriterleri
SAMBA : Sigara, Alkol ve Madde Bağımlılığı Tedavi Programı
S-REF : Öz Düzenleyici Yürütücü İşlevler Kuramı
tDCS : Transkraniyal Doğru Akım Uyarımı
TGBF : Tedavi Girişimleri için Beyin Farkındalığı
TMA : Tedavi Motivasyonu Anketi
TMS : Transkraniyal Manyetik Stimülasyon
ÜBÖ-30 : Üst biliş Ölçeği-30

ÖZET

DOKTORA TEZİ

ALKOL VE MADDE KULLANIM BOZUKLUĞU OLAN HASTALARA UYGULANAN BEYİN FARKINDALIĞINA YÖNELİK PSİKOEĞİTİM MÜDAHALESİNİN ÜST BİLİŞ, ÖZ-YETERLİLİK VE TEDAVİ MOTİVASYONUNA ETKİSİ

Halil İbrahim ÖLÇÜM

İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa

Lisansüstü Eğitim Enstitüsü

Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı

Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Programı

Danışman : Prof. Dr. Sevim BUZLU

Bu araştırma, alkol ve madde kullanım bozukluğu olan hastalara uygulanan beyin farkındalığı müdahalesinin üst biliş, öz-yeterlilik ve tedavi motivasyonuna etkisini incelemek amacıyla randomize kontrol gruplu, tekrarlayan ölçümlerle (ön test, ara test, son test) deneysel desende gerçekleştirildi. Nisan - Ekim 2021 tarihleri arasında Alkol ve Uyuşturucu Madde Bağımlılığı Tedavi ve Araştırma Merkezinde yatarak tedavi gören 77 hasta araştırmaya dâhil edildi. 39 hastadan oluşan deney grubuna standart tedaviye ek olarak Beyin Farkındalığı Müdahalesi kapsamında psikoeğitim ve danışmanlık uygulandı. 38 hastadan oluşan kontrol grubu ise standart tedaviye ek olarak sağlıklı olma konusunda bir eğitim ve ardından standart izlem aldı. Hastaların patolojik tarzda üst bilişsel faaliyetleri, öz-yeterlilik algıları ve tedavi motivasyonları; Üst biliş Ölçeği-30, Öz-Etkililik-Yeterlik Ölçeği ve Tedavi Motivasyon Anketi ile tekrarlayan ölçümlerde tek ve iki yönlü analiz kullanılarak değerlendirildi. Araştırma sonuçlarında Beyin Farkındalığı Müdahalesinin patolojik tarzda üst bilişsel faaliyetleri azaltmakta, öz-yeterlilik algısını ve tedavi motivasyonunu artırmakta etkili olduğu belirlendi. Beyin Farkındalığı Müdahalesinin alkol ve madde kullanım bozukluğu olan hastalara uygulanan standart tedavi ve izleme eklenmesi önerilir.

Mart 2023 , 123 sayfa.

Anahtar kelimeler: Alkol ve Madde Kullanım Bozukluğu, Beyin Farkındalığı, Psikoeğitim, Üst biliş, Öz-yeterlilik, Tedavi Motivasyonu

ABSTRACT

Ph.D. THESIS

THE EFFECT OF A PSYCHOEDUCATIONAL INTERVENTION FOR BRAIN AWARENESS APPLIED ON PATIENTS WITH ALCOHOL AND SUBSTANCE USE DISORDERS ON METACOGNITION, SELF-EFFICACY AND TREATMENT MOTIVATION

Halil İbrahim ÖLÇÜM

İstanbul University-Cerrahpaşa

Institute of Graduate Studies

Department of Mental Health and Psychiatric Nursing

Mental Health and Psychiatric Nursing Programme

Supervisor : Prof. Dr. Sevim BUZLU

The aim of this study was to examine the effect of brain awareness intervention on metacognition, self-efficacy and treatment motivation in patients with alcohol and substance use disorders. It is an experimentally designed study with a randomized control group and repeated measurements (pre-test, mid-test, post-test). 77 inpatients at the Alcohol and Drug Addiction Treatment and Research Center were included between April and October 2021. In addition to standard treatment, psychoeducation and counseling were provided as part of the Brain Awareness Intervention for the experimental group of 39 patients. The control group of 38 patients received education about Being Healthy in addition to standard treatment and standard follow-up. Patients' pathological metacognitive activities, self-efficacy perceptions and treatment motivation were assessed with the Metacognition Scale-30, Self-Efficacy Scale and Treatment Motivation Questionnaire using one-way and two-way repeated measures analysis. The results showed that Brain Awareness Intervention effectively decreased pathological metacognitive activities and increased self-efficacy perception and treatment motivation. It is recommended to combine Brain Awareness Intervention with standard treatment and follow-up of patients with alcohol and substance use disorders.

March 2023, 123 pages.

Keywords: Alcohol and Substance Use Disorder, Brain Awareness, Psychoeducation, Metacognition, Self-efficacy, Treatment Motivation

1. GİRİŞ

Alkol ve madde kullanım bozukluğunun bilgiyi işleme hızı, sürdürülebilir dikkat, yürütücü işlevler, karar verme ve sosyal biliş gibi birçok alanda bilişsel bozukluklara neden olduğu bilinmektedir. Bu bilişsel hasarların hastaların uyumunu ve tedaviye devamlılığını olumsuz etkilediği ifade edilmektedir (Verdejo-Garcia ve diğ., 2019).

Alkol ve madde kullanım bozukluğunun tedavisinde farmakolojik müdahalelere ek olarak psikoeğitim, beceri geliştirme, bilişsel-davranışçı sorun çözme, destek grupları ve kişilerarası süreç grupları gibi farklı modellerde müdahaleler uygulanmaktadır. Bunların yanı sıra nüks önlemeye yönelik gruplar, toplumsal ve kültürel özel tedavi grupları, sanat terapi, dans ve psikodrama gibi özel uygulamaların da olduğu bilinmektedir (Gilbert ve diğ., 2005). Farmakolojik tedaviye ek olarak uygulanan psikoeğitimlerin son dönemlerde giderek yaygınlaştığı görülmektedir.

Psikoeğitimin kavramsal olarak birçok tanımı mevcuttur. Genel olarak "Hastalığın çeşitli yönleri ve/veya tedaviyle ilgili bilgilerin iletilmesine odaklanan kısa terapi süreci" şeklinde tanımlanabilir (Magill ve diğ., 2021). Ekhtiari ve diğ. (2017) ise psikoeğitimi "bir hastalığın tedavisi için sistematik, yapılandırılmış ve didaktik bilgi aktarımıyla hastaların hastalıkla başa çıkmalarını sağlamak, tedaviye uyumunu ve etkinliğini artırmak için duygusal ve motivasyonel yönleri bütünleştirmek için uygulanan bir müdahale" olarak tanımlamış, özellikle alkol ve madde kullanım bozuklukları gibi içgörü eksikliği ile ilişkili ruh sağlığı bozukluklarında psikoeğitimlerin tedavinin önemli bir bileşeni olarak değerlendirilebileceğini vurgulamıştır. Kominars (1997) bağımlılık tedavisinde kullanılan psikoeğitimlerin yöntem ve teknik ayrımı gözetmeksizin tedavide olumlu sonuçlara yol açtığından bahsetmektedir.

Psikoeğitimlerin üst biliş, öz-yeterlilik ve tedavi motivasyonu üzerine olumlu etkilerinin olduğunu, nüks azaltmada etkili bir yöntem olarak kullanılabileceğini bildiren çok sayıda çalışma mevcuttur (Miles ve diğ., 2007, Nosen, 2012, Cheli ve diğ., 2017, Savaşan, 2010, Sedghi ve diğ., 2019, Can Gur ve Okanli, 2019, Kamarudin ve diğ., 2020, Ghosh ve diğ., 2020, Kargin ve Hicdurmaz, 2020, Bayır ve Aylaz, 2021, Zale ve diğ., 2021, Lopes ve diğ., 2021, Harada ve diğ., 2022, Kayaoglu ve Sahin Altun, 2022).

Ayrıca psikoeğitim uygulamalarının hastaların alkol ve madde kullanımını azaltmakla kalmayıp aynı zamanda hasta motivasyonunu da artırmak için klinik hemşirelerine pratik yöntemler sağladığından da bahsedilmektedir (Yeh ve diğ., 2017).

Farklı tekniklerde uygulanan birçok psikoeğitim uygulaması olsa da yakın döneme kadar nörobilimsel bilgilerin hastalara aktarımı konusunda herhangi bir yapılandırılmış model geliştirilememiştir. Psikoeğitimlere yapılandırılmış nörobilimsel bir bakış getirme fikri ilk olarak Ekhtiari (2014) tarafından yapılan bir çalışmada dile getirilmiştir. Söz konusu çalışmada, alkolden kaynaklanan nörotoksisiteyi (sinir hücrelerinin zararlı maddelere maruz kalması) önlemek için nörobilimin sağladığı güçlü kanıtları ve bilimsel verileri klinik uygulamaya nasıl entegre edileceğinden bahsedilmektedir. Daha sonrasında yapılan birkaç çalışma ile de bu yapılandırma geliştirilmiştir (Rezapour ve diğ., 2015, Ekhtiari ve diğ., 2017, Rezapour ve diğ., 2021)

Nörobilimsel gelişmelerden elde edilen bilgilerin psikiyatri hemşireliği klinik uygulamasında kullanımı ise 1990'lı yıllara dayanmaktadır (DeSocio, 2016). Psikiyatri hemşireliğinde psikososyal teorilerin ve bilimsel araştırma kanıtlarının yanı sıra nörobiyolojik teorilerin de bütüncül biyopsikososyal uygulamalarına entegre edilmesi gerektiğine vurgu yapılmaktadır (Stuart, 2014). Bununla birlikte geliştirilen uygulama sayısının sınırlı olduğu bilinmektedir. Bu araştırma nörobilime dayalı, psikoeğitimin yanı sıra danışmanlık uygulamasını da içeren bir beyin farkındalığı müdahalesinin alkol ve madde kullanım bozukluğu hastalarının üst biliş, öz-yeterlilik ve tedavi motivasyonu üzerine etkisini ortaya koyarak nörobilimsel bir psikoeğitim içeriğinin psikiyatri hemşireliği uygulamalarına entegre edilmesine katkı sağlayacaktır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. İlk kullanımdan bağımlılığa Nöroadaptasyon süreci

Vücudumuzdaki tüm organların homeostazı (dengeyi) sağlayabilmek için adaptasyon kabiliyeti vardır. Örneğin kardiyovasküler ve pulmoner sistemler yüksek yerlere çıktığımızda veya artan fiziksel efor durumunda dokulara yeterli oksijen iletilmesini sağlayan değişikliklere uyum sağlar. Beynimiz de gelen talepler karşısındaki esnekliğini yeni beceriler öğrenerek, sosyal bağlar kurarak ve hayatta kalmaya yardımcı olacak alışkanlıklar geliştirerek sağlayabilmektedir. Alkol veya madde kullanımı beyinde sağladığı güçlü pekiştirmelerle daha fazla kullanımı teşvik eden düzenlemelere yol açar. Tekrarlanan alkol ve madde kullanımı karşısında dengeyi korumak için beyin tarafından yapılan bu düzenlemeler fizyolojik bağımlılıkla sonuçlanabilir (Begun ve Murray, 2020). Alkol ve madde kullanımı ile beyinde yaşanan bu değişiklikler kalıcıdır (McLellan ve diğ., 2000). Nörobilim, bağımlılıkla ilgili bir de yoksunluk durumuna açıklama getirmektedir. Tekrarlanan kullanıma yanıt olarak beyinde yer alan bazı mekanizmalarda gelişen ve bağımlılık olarak tanımlanan bu adaptif süreçte alkol ve madde kullanımının bırakılması yoksunluk belirtilerine yol açar (Begun ve Murray, 2020).

Son yıllarda bağımlılığa nörobilimsel yaklaşımın getirdiği yenilikler, tanılama ve sınıflandırma sistemlerinin de bu yönde gelişmesine yol açmıştır. Alkol ve madde kullanımının ilk olarak 1952'de Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM) ilk versiyonunda "kişilik bozukluğundan kaynaklanan toplumsal olarak onaylanmayan diğer bozukluklar" şeklinde tanımlandığı, günümüzde ise bağımlılığa beyin süreçleri perspektifinden bakılmaya başlandığı görülmektedir. Nitekim DSM-V, aşırı alınan tüm ilaçların ortak olarak beyin ödül sisteminin doğrudan aktivasyonuna neden olduğunu belirtmektedir (Nathan ve diğ., 2016). Alkol ve madde kullanım bozukluğunun DSM-V'te "bireyin alkol ve madde ile ilgili önemli sorunlara rağmen kullanmaya devam ettiğini gösteren bilişsel, davranışsal ve fizyolojik belirtiler" şeklinde tanımlandığı görülmektedir (Auriacombe ve diğ., 2018). Alkol ve madde kullanımı DSM-IV'de "Alkol ve madde bağımlılığı" ve "Alkol ve madde kötüye kullanımı" olarak iki alt kategoride incelenirken DSM-V'te "Alkol ve madde kullanım bozukluğu" olarak ele alınmıştır. Alkol ve madde kullanım bozukluğu için tanımlanan 11 adet kriter bulunmaktadır. Bunlar:

1. Planlanandan daha fazla veya daha uzun süre alkol / madde kullanımı,
2. Bırakmak veya azaltmak için başarısız uğraşların olması,
3. Almak, kullanmak veya bırakmak için çok zaman harcamak,
4. Kullanmak için şiddetli istek ve dürtüler,
5. Kullanım nedeniyle işte, evde veya okulda yapılması gerekenleri yapamamak,
6. İlişkilerde sorunlara yol açmasına kullanmaya devam etmek,
7. Kullanım nedeniyle önemli sosyal, mesleki veya eğlence etkinliklerinden vazgeçmek,
8. Tehlikeyle sonuçlanacağı bilinse bile tekrar kullanmak,
9. Alkol veya maddenin neden olabileceği veya daha da kötüleştirebileceği fiziksel veya psikolojik bir sorunu olduğunu bilse bile kullanmaya devam etmek,
10. İstediği etkiyi elde etmek için daha fazla kullanmaya ihtiyaç duyma (tolerans),
11. Daha fazla kullanarak hafifletilebilen yoksunluk belirtilerinin gelişimi

şeklindedir. Bu kriterlerden iki veya üç tanesine sahip olmanın hafif, dört ya da beş tanesine sahip olmanın orta, altı ya da daha fazla belirtiye sahip olmanın ise ağır alkol ve madde kullanım bozukluğunu gösterdiği belirtilmektedir (McLellan, 2017).

Bağımlılık döngüsünün merkezinde dürtüsellik, olumlu pekiştirme, olumsuz pekiştirme ve zorunlu hissetme şeklinde belirtilen dört farklı davranış olduğundan bahsedilmektedir (SAMSHA, 2016). Bu davranışlar ilk kullanımdan sonraki tekrar kullanma olasılığını artırmaları bakımından önemlidir. Alkol ve madde kullanım bozukluğunun nörobiyolojik temeline yönelik bu bilgilerin yüksek risk altındaki bireylere yönelik önleme müdahalelerini hedeflemek ve iyileşmeyi desteklemek için kullanılabileceği belirtilmektedir (Volkow ve Boyle, 2018).

2.2. Bağımlılığın döngüsel aşamaları

Bağımlılık birbirini tekrar eden üç aşamalı bir döngüdür. Birbirleri ile bağlantılı olan bu aşamaların ne kadar yoğunlukta ve sürede yaşanacağı bireysel farklılıklar göstermekte, her aşamada farklı beyin bölgeleri rol almaktadır. Bu aşamalar; Tıkınma/Zehirlenme, Geri Çekme/Olumsuz Etki, Meşguliyet/Beklenti olarak üç grupta incelenebilir.

Alkol, kannabinoidler, sedatif, hipnotik ve Merkezi Sinir Sistemi baskılayıcılar, hallüsinojenler, stimülanlar (uyarıcılar), opioidler, uçucu maddeler ve diğer bağımlılık yapan maddeler için bu aşamalarda yaşanan ortak süreçlere değinilmiş olup, farmakokinetik etkilerinin farklılığı nedeniyle maddeye özgü farklılıklarının da olabileceği unutulmamalıdır.

Tıkınma/Zehirlenme: Bu ilk aşamada ödül ve zevkleri deneyimlemek veya olumsuz etkilerden uzaklaşmak için kişi alkol veya madde kullanımına başlar. Bazal ganglionlar bu aşamada etkilidir. Bazal ganglionlar beyinde bulunan bir grup yapıdır. Bu yapılardan Nucleus Akumbens motivasyon ve ödül deneyimi mekanizmasında, Dorsal striatum ise rutin davranışları öğrenme ve alışkanlıklar oluşturma konusunda rol oynar (SAMSHA, 2016).

Bu aşamada ödül sisteminin ve teşvik sisteminin önemli etkisi olduğu bilinmektedir. Ödül sistemi önemli ölçüde dopamin ve opioid peptitleri ile ilişkilidir. Son dönemde yapılan çalışmalarda Gama aminobütirik asit (GABA), glutamat, serotonin, asetilkolin ve endokannabinoid sistemlerinin de ödül sisteminde etkili olduğu iddia edilmektedir. Beyin ödül sistemi alkol ve maddeler tarafından etkinleştirildiğinde sadece alkol ve maddeye değil kullanıma özgü uyaranlara da (alkol ve madde kullanımı ile ilişkilendirilen kişi, yer, araç ve gereçler, kullanımla ilişkili ruh hali gibi) tepki verme biçiminde değişiklikler olur (SAMSHA, 2016, Volkow ve Boyle, 2018). Beyin, bunları olumlu ya da yaklaşılması gereken bir şey olarak göreceğinden uyarıcı etki yaratır. Güçlendirici ve ödüllendirici olarak tanımlanan bu uyaranlar kendisi ile eşleşen davranışın tekrarlanma olasılığını da artırır. Bu süreçte karşılaşılan tüm pekiştireçler ödüllendirici olmayabilir. Daha önceden var olan veya kullanıma özgü uyaranların etkisinden kaynaklanan olumsuz durumların bastırılması şeklinde bir pekiştireçden de söz edilmektedir. Ayrıca önceden hiç bir etkisi olmadığı halde alkol ve maddenin haz veren etkisiyle ilişkilendirilmesi sonucu ortaya çıkan koşullu pekiştirme durumuyla da karşılaşılabilmektedir (Nestler ve diğ., 2009). Zamanla alkol ve maddenin yanı sıra bu tür uyaranlar da beyni kendi başlarına aktive edip istek duygusu oluşturabilecek hale gelebilmektedir.

Geri Çekilme/Olumsuz Etki: Alkol veya maddenin etkisinin azalması ile kişi anhedoni(zevk alamama), strese karşı artan hassasiyet ve belirgin disfori(huzursuzluk) ve kaygı şeklinde kendini gösterebilen olumsuz bir duygulanım ile ilişkili "geri çekilme" aşamasına girer. Sadece olumsuz duygulanımlar değil, aynı zamanda fiziksel hastalık belirtileri de görülebilir (SAMSHA, 2016, Volkow ve Boyle, 2018). Bu aşamaya girebilmek için kısa bir kullanım

deneyimi pek yeterli değildir. Bu yanıtın ortaya çıkması için beynin alkol ve maddeye ne kadar süre ve dozda maruz kalması gerektiği, kullanılan alkol veya maddenin türüne göre değişiklik gösterir (SAMSHA, 2016).

Genişletişmiş amigdala adı verilen beyin bölgesinin bu aşamada aktif rol aldığı belirtilmektedir (Koob ve Volkow, 2010). Beyindeki habenula bölgesinin yanı sıra bazı bazal ön beyin alanlarının ve endojen kannabinoid sistemdeki nöroadaptasyonların da etkili olduğuna dair çalışmalar mevcuttur (Batalla ve diğ., 2017, Parsons ve Hurd, 2015).

Bu aşamada dopamin ödül sisteminde işlev bozuklukları meydana gelir. Dopamin D2 reseptörlerinde ve dopaminerjik sistemin aktivitesinde azalma görülür (Volkow ve Koob, 2015, Melis ve diğ., 2005). Volkow ve diğ. (1993) tarafından yapılan bir çalışmada detoksifikasyondan 3-4 ay sonra mevcut dopamin D2 reseptörü sayısında önemli düşüşler yaşandığı ifade edilmektedir. Bağımlı bir kişiye bir uyarıcı verildiğinde, bağımlı olmayan bir kişiden daha az dopamin salınımı olması, doğal pekiştireçlerin de aynı ödül sistemine bağlı olmasından kaynaklanmaktadır. Bu durum, bir zamanlar zevkli olan etkinliklerden neden ilerleyen dönemlerde aynı düzeyde tatmin veya zevk alınmadığını da açıklar (SAMSHA, 2016).

Kortikotropin salma faktörü, norepinefrin ve dinorfin gibi nörotransmiter ve nöropeptidlerin aktivasyonu da bu aşamada önemlidir (Koob ve Volkow, 2010). Stres nörotransmitter sistemlerinin aktivasyonunu bloke etmek için antagonist (bir reseptöre bağlanarak o reseptörün doğal uyaranını engelleyerek etki gösteren) tedavi ajanları kullanıldığında, yoksunluk ve strese tepki olarak alkol ve madde kullanımının azaldığını gösteren çalışmalar vardır. Vendruscolo ve diğ. (2015) tarafından yapılan bir çalışmada Glukokortikoid Reseptör antagonisti olan mifepristonun alkol bağımlısı sıçanlarda alkol alımını azalttığı ancak bağımlı olmayan hayvanlarda azaltmadığı belirtilmektedir. Bu sonuçlardan yola çıkarak alkol ve madde aramaya yönelik ek bir motivasyon sağlamanın, olumsuz duygular üreten aşırı aktif beyin stres sistemlerini bastırmak için bir çözüm olabileceği öngörülmektedir (SAMSHA, 2016, Vendruscolo ve diğ., 2015) Oksitosin, antioksidan ve antienflamatuar sentetik moleküllerin bu strese etkilerini inceleyen araştırmalar da benzer sonuçlardan bahsetmektedir (Florea ve diğ., 2022).

Bu aşama, bağımlılık sürecinde yoksunluk belirtilerini azaltmak için alkol veya madde kullanmak; belirtilerin azalmasını takiben yeniden belirtilerin ortaya çıkması ve sonrasında daha fazla alkol veya madde kullanarak belirtileri önlemeye çalışmak gibi bir döngü şeklinde yaşanabildiğinden kompulsif (kontrol edilemeyen) şekilde alkol ve madde kullanımını tetikler (SAMSHA, 2016, Volkow ve Boyle, 2018).

Meşguliyet/Beklenti: Yoksunlukta alkol ve madde arama davranışının sergilendiği aşamadır. Aşerme olarak da adlandırılabilecek bu durum nüks ile doğrudan bağlantılı değildir. Yürütücü işlevleri kontrol eden Prefrontal Korteks (PK) bu aşamada etkindir. Düşünceleri ve görevsel davranışları organize etme, öncelik sırasına koyma, zamanlamayı yönetme, karar verme ve kişinin kendi eylemlerini, duygularını ve dürtülerini düzenleme yeteneği belli başlı PK görevleridir.

Herhangi bir uyaran, tetikleyici veya stres deneyimi yaşandığında alkol ve madde kullanıp kullanmama konusunda uygun seçimler yapılabilmesi yürütücü işlevlerle alakalıdır. Bu durumda "go" ve "stop" sistemlerinin işlev kazandığı belirtilmektedir (Koob ve Volkow, 2016, SAMSHA, 2016). Dikkat ve planlama gerektiren konularda karar verme sürecini "go" sistemi yönetir. Hedefe ulaşmaya yardımcı olacak davranışlara başlandığında "go" sistemi aktive olur. Alkol ve madde arama davranışı tetiklendiğinde PK'nın "go" devrelerindeki aktivitenin çarpıcı biçimde arttığı bildirilmiştir.

"Stop" sistemi ise, "go" sisteminin etkinliğini engeller. Bağımlılığın ilk aşamasında bahsi geçen bazal ganglion alanları olan dorsal striatum ve nükleus akumbens'i "stop" sistemi kontrol eder. Ayrıca beynin stres ve duygusal sistemlerini kontrol etmede, stresli yaşam olaylarında veya koşullarının tetiklediği nüks durumunda "stop" sistemi önemli bir rol oynar.

Bağımlılıkta "go" ve "stop" sistemlerinin her ikisinde de işlevsel bozukluk yaşanmaktadır. PK'da "go" sisteminin aşırı aktivasyonu alkol ve madde aramaya yönelik alışkanlıkları teşvik eder. Dürtüsel ve zorlayıcı alkol ve madde arama davranışı "stop" sisteminin yetersiz aktivasyonundan kaynaklanır (SAMSHA, 2016, Koob ve Volkow, 2016, Volkow ve Boyle, 2018).

2.3. Nörobilim ve bağımlılık

Leshner, 1997 yılında bağımlılığın bir beyin hastalığı olduğuna ilişkin ortaya attığı iddia ile bağımlılıkla ilişkili yürütülen araştırmalara yeni bir yön vermiş oldu (Leshner, 1997). Bu süreçte hayvan modelleri üzerinde veya beyin görüntüleme ile yapılan birçok çalışma bağımlılığın aydınlatılmasına yönelik birçok yeni bilgiyi ortaya koymuştur.

Bağımlılığın bir beyin hastalığı olduğuna yönelik bu evrensel kabule, beyinde ortaya çıkan kalıcı değişikliklerin bağımlı olan insanlara yönelik korkuları güçlendirdiği, vaat edilen yeni tedavilerin hala sağlanamamış olması, bu modelin nüfus düzeyinde etkili ve uygun maliyetli politikaların uygulanmasını baltalaması veya bu modele dayanan politikalar nedeniyle mevcut tedavilere erişimin sağlanamaması gibi nedenlerle 2013 yılından bugüne yapılan birkaç çalışma ile karşı çıkılmıştır (Levy, 2013, Reinarman, 2014, Hall ve diğ., 2015, Davies, 2018).

Hall ve diğ. (2022) tarafından yayınlanan son makalede görüldüğü üzere bu konudaki tartışmalar hala devam ediyor olsa da esasında bağımlılıkta patolojik nöropsikolojik işlev bozukluklarının olduğuna dair kanıtlar her iki tarafında uzlaştığı bir noktadır (Leshner, 1997, Levy, 2013). Bu noktadan hareket edecek olursak, bağımlılığın temel öğelerinin ortaya çıkarılması bağımlılıkta nörobiyolojik süreçlerin daha iyi anlaşılabilmesini sağlamıştır (Heilig ve diğ., 2021). Bağımlılığın nörobiyolojik yönüyle ilişkisinin araştırılmasının iki türlü faydası vardır:

Birinci fayda, farmakoloji ve tedavi yöntemleri açısından yaşanan gelişmeleri işaret etmektedir. Nörobiyolojik süreçlerin daha iyi anlaşılması, sigara bağımlılığında kullanılan vareniklin, alkol bağımlılığında kullanılan nalokson ve akamprosat, opioid bağımlılığında kullanılan buprenorfin-nalokson gibi ilaçların geliştirilmesini sağlamış, bunların yanı sıra Transkraniyal Manyetik Stimülasyon (TMS) ve Transkraniyal Doğru Akım Uyarımı (tDCS) benzeri tedavilerin kullanılmasında temel olmuştur. 2019 yılında Cole ve diğ. (2019) tarafından geliştirilen Stanford Neuromodulation Therapy (SNT) isimli bir nöromodülasyon terapisinin tedaviye dirençli depresyon için ABD Gıda ve İlaç Dairesi tarafından onaylandığı bilinmektedir. Cole ve diğ. (2022) tarafından 29 katılımcı ile yapılan randomize kontrollü bir çalışmada depresyon ölçeğinden alınan puanların deney grubunda %52,5 ve kontrol grubunda %11,1 azaldığı belirtilmiştir. Bu sonuç tedaviye dirençli depresyon tedavisi için umut vericidir.

İkinci fayda ise bağımlılık ile beyinde bozulmuş devreleri güçlendirmek için hedeflenen öz kontrolü geliştirmek, stres tepkisini azaltmak, ruh halini iyileştirmek gibi davranışsal müdahalelere rehberlik etmek için bir çerçeve sağlamıştır (Volkow ve Koob, 2015).

Nörobilimin bağımlılık çalışmalarından elde ettiği verilerin ilaç ve ilaç dışı tedavilere entegre edilmesi, yeni uygulamaların ve yöntemlerin geliştirilmesi ile bağımlılık sorunu yaşayan insanlara daha fazla faydalı olunması açısından umut vaat etmektedir (Heilig ve diğ., 2021, Cole ve diğ., 2019, Volkow ve Koob, 2015, McKay ve Smith, 2021).

Bağımlılığın nörobiyolojisine ışık tutmak için verilen çabaların her ne kadar ilaç endüstrisinin ilgisini yeterince çekmediği belirtilse de ilaç ve ilaç dışı tedaviye sağlanan ve sağlanabilecek potansiyel katkının büyüklüğü dikkat çekicidir (Fulco ve diğ., 1995, Mark ve diğ., 2009). Nörobilimin bağımlılığa olan katkısı sadece tedavi boyutuyla değil, bağımlılık öncesi ve sonrası süreçleri de kapsamaktadır. 2013 yılında 21 araştırma merkezinde başlatılan uzun vadeli bir araştırmanın ilk sonuçlarında 9-10 yaş aralığındaki 11.729 katılımcının 2016-2018 yıllarını kapsayan verileri değerlendirilmiş, alınan sonuçlarda bozulmuş beyin gelişimi ile erken yaşta tütün kullanımına başlama arasında anlamlı bir ilişki bulunduğu belirtilmiştir (Dai ve diğ., 2022).

2.3.1. Nörobilim temelli uygulamalar

Nörobilim temelli uygulamalar sağladıkları etkili sonuçlar nedeniyle son yıllarda artan bir ivme kazanmıştır. Beyin fonksiyonu ve davranış arasındaki ilişkilere dayalı geliştirilen bu uygulamalar nörobiyolojik gelişimlerin bireylere aktarımında bir köprü görevi görmektedir.

Müdahale ve psikoeğitimler nörobilimi uygulamaya dönüştürmenin fırsatı olarak görülebilir (McKay ve Smith, 2021). Klasik bilişsel davranışçı yaklaşımın nörobilimle entegrasyonunun olumlu olacağına dair görüşler son dönemde artmıştır (Månsson ve diğ., 2021, Takizawa ve diğ., 2022). Bu entegrasyonu bireysel uygulamalarla sağlamak elbette ki mümkündür, fakat daha geniş uygulama alanı yaratan yapılandırılmış uygulamalar etki büyüklüğü açısından önemlidir. Bu bölümde yapısal olarak bu yaklaşımı içeren uygulama örneklerine yer verilmiştir.

2.3.1.1. nCBT (Neuroscience-informed Cognitive-Behavior Therapy)

nCBT, ruhsal bozuklukların tedavisinde en sık kullanılan kanıta dayalı uygulamalardan biri olan Bilişsel Davranışçı Terapi'ye genişletilmiş bir yaklaşım getirmiştir. nCBT, beynin belirli geçmiş olaylara ve tehdit veya belirgin ödül gibi çevresel faktörlere dayalı olarak bilgiyi nasıl farklı şekilde işlediğine dair bilgiyi entegre ederek, klinik uygulamaya daha sağlam ve geniş çapta uygulanabilir bir yaklaşım sağlamayı amaçlar (Field ve diğ., 2015, Field ve diğ., 2016, Field ve diğ., 2017a) nCBT ile ilgili araştırma kısıtlılığının olduğu ve bu alanda devam eden denesel çalışmaların olumlu sonuçlar verdiği belirtilmektedir (Beeson ve Field, 2017).

2.3.1.2. Just Say Know önleme programı

Kısa, grup ve okul temelli bir önleme programıdır. Meredith ve diğ. (2021) tarafından 1.594 ortaokul ve lise öğrencisine uygulanan nörobilim temelli bir önleme programı olan Just Say Know, beynin nasıl çalıştığını, alkol ve diğer ilaçların beyin yapısını ve işlevini nasıl değiştirebileceğini, özellikle ergenler arasında riskli davranışlara ve bağımlılığa yol açabileceğini vurgulayan bir içeriğe sahiptir. Alkol ve madde kullanımını önlemek için doğrudan zararlarını anlatmak gibi başarısız olduğu kanıtlanmış taktikleri kullanmaktan ziyade bilgiye dayalı öğretim stratejileri uygular ve gençlere kendileri için sağlıklı kararlar vermeleri için şans tanır.

Uygulama sonrası değerlendirmelerde ergenlerin programa dayalı bilgilerini artırmada etkili olduğu, gençlerin alkol ve madde kullanımına yönelik tutumlarını etkileme potansiyeline sahip olduğu, katılımcılar tarafından olumlu karşılandığı belirtilmektedir.

2.3.1.3. The Illicit Project

Alkol ve madde kullanım riskli kullanımını azaltmak için gençlere pratik ve ilgili eğitim vermeyi amaçlayan nörobilime dayalı, zararı en aza indirgeme programıdır. Programın pilot uygulaması 15-19 yaş aralığındaki 169 öğrenci ile 90 dakikalık üç oturum halinde tamamlanmış ve ön sonuçlarda programın okul ortamında inandırıcı ve uygulanabilir olduğunu gösteren kanıtlar ve gençlerin uyuşturucu okuryazarlık düzeylerini iyileştirmeye yardımcı olabileceğini gösteren ön veriler olduğu belirtilmektedir. Programın daha büyük ergenlerde Alkol ve madde kullanımının zararlarını en aza indirme konusundaki etkinliğini belirlemek için geniş ölçekli randomize kontrollü bir uygulamasının yapılacağı da belirtilmektedir (Debenham ve diğ., 2020).

2.3.1.4. Promoting Cognitive Resilience (ProCoRe) önleme programı

Rezapour tarafından ergenlere etkili duygu düzenleme ve dürtü kontrolü yoluyla stres karşısında yüksek riskli davranışlardan kaçınmalarını sağlamak için geliştirilen bir önleme programıdır. Duygu düzenleme, dürtü kontrolü, öğrenme becerileri, stres yönetimi, planlama, esneklik ve problem çözmede yer alan bilişsel işlevleri hedeflediği belirtilmektedir.

Psikoeğitim ve oyun temelli eğitimi bütünleştiren yapısı ile dikkat çeken ProCoRe, 14 seanstan oluşan, her bir seansın yaklaşık 90 dakika sürdüğü bir programdır. Psikoeğitim süresince ev ödevlerinin de verildiği belirtilmektedir. Oturum içerikleri: beyin mücadelesi senaryosu (anlatı), beyin kavramı (psikoeğitim), beyin egzersizi (oyun), beyin kutusu (meta-bilişsel eğitim), beyin ucu (telafi stratejileri) ve beyin planlayıcısı (zaman yönetimi ve aktivite izleme) dâhil olmak üzere birbiriyle ilişkili altı bölüme ayrılmıştır. Hedefe yönelik davranışları teşvik ederek bilişsel dayanıklılığın oluşturulmasında kritik rol oynayan beş ana bilişsel işlevin (Dikkat, Beyin-vücut bağlantısı, Belirginlik işleme, Bellek, Yönetici işlevler) eğitilmesi için geliştirildiği belirtilmektedir (Rezapour ve diğ., 2020a).

2.3.2. Beyin farkındalığı için yeni bir kavram: Nörodanışmanlık

Russell-Chapin (2016) nörodanışmanlığı "Akıl sağlığıyla ilgili kaygılarımızın çoğunun fizyolojik temellerini öğreterek ve örneklendirerek, sinirbilimin danışmanlık pratiğine entegrasyonu" şeklinde tanımlamıştır. Son dönemde hızla gelişen bir kavram olan nörodanışmanlık için psikoeğitimlerin gerekli olduğuna vurgu yapılmaktadır. Nörodanışmanlık mevcut eğitim ve psikoterapiye ek bir strateji olarak uygulanabileceği gibi klinisyenlerin hasta vakalarını kavramsallaştırma, değerlendirmeleri yürütme ve müdahaleleri seçme şeklini tamamen değiştirebilir.

Nörodanışmanlık uygulamalarının;

- Danışanın endişelerinin daha iyi anlaşılmasında, vakaların kavramsallaştırılabilmesinde ve beyin temelli bir bakış açısı kullanılarak tedavinin planlanmasında,
- Danışanların beyin temelli psikoeğitim yoluyla deneyimlerini anlamalarında,
- Danışmanlara daha bütünsel, sağlık temelli ve zihin-beden bütünleştirici bir yaklaşım sağlanmasında,
- Biyo-geribildirim ve nöro-geribildirim gibi teknik yaklaşımlar ile danışanın sıkıntı ve işlev bozukluğunun fizyolojik ve nörolojik temellerinin belirlenmesinde,

- Danışanların işlevlerinin geliştirilmesi ve sıkıntı ve işlev bozukluğunun azaltılması için fizyolojiyi ve beyin dalgalarının değiştirilmesinde ve optimal performansın geliştirmesinde etkili olabileceği ifade edilmektedir.

Nörodanışmanlıkla ilgili American Mental Health Counselors Association (AMHCA) bünyesinde uygulama standartlarının geliştirildiği ve buna bağlı eğitim modeli ve program geliştirmeye yönelik çalışmaların son dönemde arttığı belirtilmektedir. Nörodanışmanlık özellikle son dönemde artan bir ilgi görüyor olsa da içeriğin geliştirilmesine hala ihtiyaç duyulduğu bildirilmektedir (Field ve diğ., 2017b, Russo ve diğ., 2021, Field ve diğ., 2022).

2.4. Üst biliş

Aristoteles'in "görme ve duymanın üstünde ruhun bunu yaptığının farkına vardığı ayrı bir güç olduğu" şeklinde belirttiği, Platon'un "biliş hakkında bilme" olarak tariflediği, Spinoza'nın "eğer birisi bir şey biliyorsa, o zaman bunu bildiğini de bilir" şeklinde ifade ettiği kavramlar da aslında üst bilişi anımsatmaktadır. Fakat üst bilişin bugün yaygın olarak birçok alanda kullanılmasında en büyük pay şüphesiz Flavell'indir. Üst biliş, kısaca "düşünme hakkında düşünme yeteneği" olarak tanımlanmaktadır. Flavell, bilişin değerlendirilmesi, izlenmesi veya kontrolü ile ilgili bilgi ve süreçlere atıfta bulunarak bu tanımı daha da geniş ele alır (Spada ve diğ., 2013). Flavell, üst bilişle ilgili çalışmaların da kapısını aralayacak olan makalesinde "kişinin kendi düşünme süreçlerinin farkında olması ve bu süreçleri kontrol edebilmesi" şeklinde üst bilişi tanımlamıştır (Flavell, 1979).

Üst biliş teorisi ve uygulaması, gelişimsel psikolojiden evrimleşmiştir (Spada ve diğ., 2013). Jean Piaget'in bilişsel gelişim ile ilgili çalışmalarından etkilenen Flavell (1971) önceki çalışmalarında insanların kendi hafıza süreçleri hakkındaki bilgileri ifade eden "metamemory" ifadesini kullanmış, sonraki çalışmalarında ise düşünme hakkında düşünme yeteneğini ifade eden metacognition (üst biliş) ifadesine yer vermiştir (Flavell ve Wellman, 1975, Georghiades, 2004). Rhodes (2019) tarafından belirtildiği üzere üst biliş, bireyin kendi davranışını etkin bir şekilde kontrol etmek için kullandığı bir dizi süreçtir. Biliş; algılamayı, anlamayı, hatırlamayı ve buna benzer zihinsel süreçleri içerir; üst biliş ise insanın kendi algılaması, anlaması, hatırlaması ve bunun gibi zihinsel süreçleri hakkında düşünmesini kapsar (Garner ve Alexander, 1989).

Flavell'in 1979 yılında yaptığı yayının ardından 40 yılı aşkın bir süredir üst bilişin birçok farklı tanımı, sınıflandırması ve modellemesi yapılmıştır. Bu sınıflandırmalardan en çok uzlaşma sağlananı üst bilişsel bilgi, üst bilişsel izlem ve üst bilişsel düzenleme olarak belirlenen üst bilişin üç yönüdür.

1. Üst bilişsel bilgi; bireylerin kendi bilişleri ve onu etkileyen stratejiler hakkında sahip oldukları bilgileri ifade eder. Bu bilgi, kuralları bilinçli farkındalık ve sözlü ifadeye daha fazla veya daha az uygun olabilen işleme için bir plan sağlar.
2. Üst bilişsel izlem; belirli zihinsel olaylar ve süreçlerin içsel değerlendirmelerini ve yorumlarını oluşturmak için üst bilişsel bilginin uygulanmasını ifade eder.
3. Üst bilişsel düzenleme; kişinin bilişsel sisteminin faaliyetlerini kontrol etmek için tepkilerin yürütülmesini içerir (Spada ve diğ., 2013).

1970'li yıllarda başlayan bu süreçte gerçekleştirilen çalışmalar üst bilişi psikolojik bir yapı olarak değerlendirirken son 20 yılda yapılan çalışmalarda üst biliş; kişinin kendi zihinsel veya içsel deneyimleri hakkında düşünmesiyle ilgili bir dizi süreç olarak kabul görmeye başlamıştır (Lysaker ve diğ., 2020). Eğitimde, gelişimsel ve bilişsel psikolojide giderek artan sayıda üst bilişle ilgili uygulamalar ortaya çıkmıştır (Kuhn, 2022). Son 20 yılda ismi "üst bilişsel" olan majör psikolojik bozuklukları için Üst Bilişsel Terapi (MCT), Üst bilişsel Eğitim ve Üst bilişsel Yansıtma ve İçgörü Terapisi (MERİT) gibi çeşitli müdahaleler bunlardan birkaçıdır (Moritz ve Lysaker, 2018).

Bilişsel ve üst bilişsel kapasite elbette yetenekle alakalı değildir, ancak eğitilebilir ve öğrenilebilir (Padmanabha, 2020). Üst bilişteki değişiklikler nörolojik ve psikiyatrik bozuklukların temeli olarak kabul edilir (Seow ve diğ., 2021).

2.4.1. Öz Düzenleyici Yürütücü İşlevler Kuramı (S-REF)

Wells ve Matthews (1996) tarafından geliştirilen Öz Düzenleyici Yürütücü İşlevler Kuramı, psikopatolojiyi kavramsallaştırmak için önerilmiştir (Spada ve diğ., 2013). Orijinal adı Self-Regulatory Executive Function (S-REF) olan modelde psikolojik sorunların üst biliş ile ilişkili yapısı açıklanmıştır. Normal koşullarda, S-REF aktivitesi kısa patlamalarla sınırlıdır.

Bu modelde tehdit edici uyaranların taraflı bilgi işlemesine neden olan yararlı olmayan üst bilişsel inançlara ve duygusal öz düzenleme stratejilerine odaklanılır. Bu durumlarda birey, uyarlanabilir bilişsel öz düzenlemeye başarılı bir şekilde ulaşmak için görev odaklı başa çıkma stratejileri kullanır veya inançların değiştirilmesi için uygun bir strateji seçebilir.

Bununla birlikte, birey olumsuz bir psikolojik duruma karşı savunmasız olduğunda, Bilişsel Dikkat Sendromu (Cognitive Attentional Syndrome - CAS) olarak bilinen bir işleme döngüsüne kilitlenebilir. CAS, içerikte olumlu veya olumsuz olan yararsız üst bilişsel inançlardan kaynaklanmaktadır.

CAS, tehdide karşı dikkatli önyargı, uyumsuz başa çıkma davranışları, genişletilmiş düşünme (örneğin, istek düşüncesi, ruminasyon ve endişe) ve düşünce kontrol yapılandırmalarını içerir. S-REF modeline göre, bu yapılandırmalar sorunludur çünkü olumsuz düşünce ve duyguların devam etmesine neden olur. S-REF modeli, genel olarak olumlu üst bilişsel inançların CAS'ın aktive etmesi ve olumsuz üst bilişsel inançların varlığı ile ilişkilidir. CAS'ın aktivasyonu ve kalıcılığı önceden depolanmış öz bilgiye ne kadar erişilebildiğine bağlıdır.

S-REF modelinde öz bilgi; üst bilişsel inançlar ve ilişkili planlardan oluşur. Üst bilişsel inançlar iki geniş kümeye ayrılır:
1- Zihinsel durumları etkileyen başa çıkma stratejileri hakkındaki olumlu inançlar. Örneğin; “Düşüncelere dalmak zihnimdeki şeyleri çözmeme yardımcı olur" veya "Endişelenmek sorunları çözmeme yardımcı olur"
2- Belirli düşünce türlerinin önemine, kontrol edilebilirliğine ve tehlikesine ilişkin olumsuz inançlar. Örneğin; "X düşüncesini düşünmek kötü" veya "X düşüncesini kontrol etmem gerekiyor"
S-REF modelinde bilişlerin içeriğinden ziyade bu bilişleri oluşturan, izleyen ve sürdüren süreçlerin esas alındığı görülmektedir. Planlanan hedefe ulaşılamadığında başa çıkma stratejileri ve içsel deneyimlere yönelik olumsuz değerlendirmeleri içeren bir içsel uyumsuzluk gelişebilir. Kişinin kendi bilgisine, bilişsel öz düzenleme için gerçekçi olmayan hedeflerine, dış faktörlere veya uygun olmayan başa çıkma stratejilerine bağlı olarak mevcut durumunun olumsuz değerlendirmesi nedeniyle hedefe ulaşamama durumu yaşanabilir (Wells ve Matthews, 1996, Wells ve Cartwright-Hatton, 2004, Wells, 2011, Spada ve diğ., 2013).

2.4.1.1. S-REF modelinin alkol ve madde kullanımı için yapılandırılması

Spada ve diğ. (2013) S-REF modelinin alkol ve madde kullanımında uygulanması için bir yapılandırma önermiştir. Bu yapılandırma, alkol ve madde kullanımı öncesi, kullanım ve kullanım sonrası süreçlerde üst bilişsel inançların ve CAS yapılandırmalarının içeriğinin kişilik özelliklerine göre farklılık gösterdiğini belirtmektedir.

2.4.1.1.1. Alkol ve madde kullanımı öncesi süreçler

Alkol ve madde kullanım öncesinde bireylerde kaygı veya heyecan gibi olumlu veya olumsuz bir duygusal tepki ile ilişkili olabilen istek, görüntü, anı veya düşünce araya girer (intrusion). Bu tetikleyiciler CAS'ı etkinleştirir. Düşüncelerin yinelenmesi ve bu düşüncelerin bastırılmaya çalışılması olumsuz duygusal tepkilerin ve aşermenin artmasına yol açar ve bu da alkol ve madde kullanımına neden olur. Bu aşamadaki alkol ve madde kullanım isteğinin artışı CAS yapılandırmalarında yaşanan arzulama düşüncesi ve perseveratif düşünme (ruminasyon ve endişe) biçimindeki genişletilmiş düşünme (extended thinking) ile artmaktadır. Bu dönemde yaşanabilecek olan düşünceleri kontrol etme ihtiyacı, bilişlere olan güvenin eksikliği ve düşünce bastırma gibi derin düşünme ve endişelerin genişletilmiş düşünmeyi artırdığı ifade edilmektedir (Spada ve diğ., 2013).

Burada geçen ruminasyon, perseveratif düşünme ve arzulama düşüncesinin tam olarak ne ifade ettiğini belirtmek gerekir. Ruminasyon, kelime anlamı olarak "zihinsel geviş getirmek" şeklinde tanımlanabilir. Whitmer ve Gotlib (2013) tarafından ise "olumsuz bilgiler hakkında tekrarlayan düşünme" olarak tanımlanmıştır. Preseveratif düşünme ise Ehring ve diğ. (2011) tarafından "bir kişinin olumsuz deneyimleri veya sorunları hakkında bir tür düşünme" olarak tanımlanmıştır. Arzulama düşüncesi ise Caselli ve Spada (2010) tarafından "hedefle ilgili deneyimi ilgilendiren görüntüleri, bilgileri ve anıları önceden şekillendirmeye yönelik gönüllü bir düşünme süreci" olarak tanımlanmıştır.

2.4.1.1.2. Alkol ve madde kullanımındaki süreçler

Alkol ve madde kullanım aşamasına ilişkin olumlu üst bilişsel inançlar intrusion veya CAS'ın etkinleştirilmesi ile ortaya çıkar. Bu süreçte ayrıca üst bilişsel izlemede bir azalma meydana gelmektedir. S-REF modelinde, bu aşamanın ana itici gücü alkol ve madde kullanımıyla ilgili olumlu üst bilişsel inançların aktivasyonu ve azalan üst bilişsel izlemdir. Bunun sonucunda da birey kendi görüşünü kaybettiği için düzenlenmesi zor olan bir davranış örüntüsünün ortaya çıkması beklenir. Alkol ve madde kullanımına ilişkin olumlu üst bilişsel inançların etkinleştirilmesi alkol ve madde kullanımının tetiklenmesine katkıda bulunurken, azaltılmış üst bilişsel izlem alkol ve madde kullanım sürecini uzatabilir. Üst bilişsel izlem, alkol ve madde kullanımı sürecinde bilişsel-duygusal değişimin ve hedeflere yakınlığın (bilişsel-duygusal düzenleme) izlenmesi şeklinde gelişir. S-REF sisteminin düzenleyici işlevini denetlemek için bireyin bilişsel süreçleri izleme ve yansıtma kapasitesi önemlidir. Etkisiz üst

bilişsel izlem, mevcut hedef-ilerleme bilgi akışını azaltır ve aynı zamanda eylemi yönlendirebilecek bir durdurma sinyali ortaya çıkmasını da sınırlar.

Alkol gibi belirli maddeler için kullanımın kendisi üst bilişsel izlemde bir bozulmaya yol açar. Örneğin, bir kişi, endişe verici düşünceler üzerinde kontrol sağlayabilmesine yardımcı olan alkolün yararları hakkında olumlu üst bilişsel inançlara sahip olabilir. Bununla birlikte alkol, bireyin hem içsel durumlarını yansıtma hem de endişe verici düşüncelerini azaltma hedefine yönelik ilerlemeyi izlemek için gerekli olan kapasitesini bozar (Spada ve diğ., 2013)

2.4.1.1.3. Alkol ve madde kullanımı sonrası süreçler

Alkol ve madde kullanımı sonrası oluşan duygusal, bilişsel ve fizyolojik sonuçların, bilişsel yansıma ve olay sonrası işlemenin faydaları hakkında olumlu üst bilişsel inançları etkinleştirme konusunda tetikleyici olarak hareket ettiği öne sürülmektedir. Bu tetikleyicilerin alkol ve madde kullanımına ilişkin ruminasyon ve endişe şeklinde perseveratif düşünmeyi başlattığı düşünülebilir. Bu süreç ilerledikçe, intrusion sayısı artar. Artan intrusion tehlikesi ve kontrol edilemezlik hakkındaki üst bilişsel inançlar da harekete geçer. Bu durum, aşermede ve olumsuz duyguda artışa yol açabilir ve bu durum bireyi bir öz düzenleme aracı olarak daha fazla alkol ve madde kullanımına iter (Spada ve diğ., 2013).

2.4.2. Bağımlılıkta üst bilişe yönelik çalışmalar

Üniversite öğrencileriyle yapılan bir çalışmada bağımlılık eğiliminin üst biliş boyutlarıyla ilişkisine dikkat çekilmiştir. Bahsi geçen çalışmada verimsiz üst bilişsel inançlara sahip olan öğrencilerin bağımlı olma veya bu bozukluğa yakalanma olasılığının yüksek olduğu belirtilmektedir (Hajloo ve diğ., 2014). Üniversite öğrencileri üzerinde yapılan başka bir çalışmada da biliş süreçlerinde yetersizliği olan öğrencilerde madde kullanımına yatkınlığın daha olası olduğundan bahsedilmektedir (Mansourijalilian ve Yazdanbakhsh, 2016) Bağımlılıkta istek duygusunu azaltmak için üst bilişsel süreçlerin önemli bir etkisi olduğunu bildiren çok sayıda çalışma vardır (Spada ve diğ., 2009, Caselli ve Spada, 2010, Caselli ve diğ., 2016, Stefanatou ve diğ., 2016, Sedghi ve diğ., 2019). Spada ve diğ. (2009) tarafından yapılan çalışma düşünceleri kontrol etme ihtiyacına ilişkin yüksek düzeydeki inançların, ayıklık döneminde 3, 6 ve 12 aylık takiplerinde hastaların nüks ve alkol kullanımını ileriye dönük olarak öngördüğünü belirtmektedir. Clark ve diğ. (2012) tarafından tıkanırcasına alkol alan 142 üniversite öğrencisi ile yapılan bir çalışmada alkol kullanmaya ilişkin pozitif üst bilişlerin yüksek olmasının, haftalık alkol kullanım riskini artırdığı ifade edilmektedir.

Sadeghi ve diğ. (2017) tarafından metadon idame tedavisi alan 47 kişilik bir grubun üst bilişsel eksikliklerinin değerlendirildiği bir çalışmada bağımlılığın üst bilişsel yetenek de dâhil olmak üzere bilişsel işlevlerde yaygın bozulmaya neden olduğuna yaygın olarak inanılsa da, bozulmanın yalnızca algısal görevde önemli olduğu, bellek görevinde olmadığı belirtilmektedir.

Bilişsel işlevleri özel olarak hedefleyen nörobilim temelli müdahalelerin bağımlılık tıbbında sonuçları iyileştirmek için yeni bir strateji olarak sunabileceği belirtilmektedir (Rezapour ve diğ., 2020b). Alkol ve madde kullanımı ile üst bilişsel süreçlerdeki etkilenmenin ne boyutta olacağını akut dönemde inceleyen çalışmalar vardır. Kirkpatrick ve diğ. (2008) tarafından intranazal metamfetamin kullanımı olan 10 hasta ile gerçekleştirilen bir çalışmada katılımcıların her seansta 0, 12, 25 veya 50 mg/70 kg şeklindeki dozlarda metamfetamin almaları ve birtakım görevleri uygulamaları istenmiştir. Araştırma sonuçlarında 12 mg doza kadar alınan metamfetaminin eylem ve performans kararlarını güçlendirdiği, daha yüksek dozlarda ise (25 mg, 50 mg) performanslarını bozduğu belirtilmektedir.

Karimyar Jahromi ve Mosallanejad (2014) tarafından gerçeklik terapisinin üst biliş, stres ve umudun azalması üzerindeki etkisini araştırmak amacıyla 60 madde bağımlısı ile yaptığı bir çalışmada gerçeklik terapisinin üst bilişleri teşvik ettiğini ve ayrıca uyuşturucu kullanımının duygu, düşünce veya anılar gibi bilişsel olaylarda önemli hızlı değişiklikler yarattığını belirtmektedir. Farkındalık temelli terapilerin stres ve kaygı gibi olumsuz ruh hallerini azalttığı; olumlu duyguyu artırdığı; dikkati, öz kontrolü, öz düzenlemeyi, üst bilişsel farkındalığı geliştirdiği; bu nedenle, madde kullanan bireylerde stres kaynaklı aşerme gibi olumsuz pekiştirme süreçlerini normalleştirebileceği de ifade edilmektedir (Ekhtiari ve diğ., 2016).

2.5. Öz-yeterlilik

Öz-yeterlilik kavramı, ilk olarak Bandura (1977) tarafından "kişinin bir görevde başarılı olma yeteneklerine olan inancı" şeklinde sosyal öğrenme teorisinin bir bileşeni olarak tanımlanmıştır.

Bandura'ya göre insanların kendi etkinlikleri hakkındaki inançları, dört ana kaynak tarafından geliştirilebilir:

1- Başarı: İnsanlar kolay başarılar elde ettiklerinde bu başarılarıyla hızlı sonuçlar elde etmeyi umarlar. Bu durumda başarısız olmaları cesaretlerini kırabilir. Öz-yeterlilik, azimli bir çabayla engellerin üstesinden gelme deneyiminin güçlenmesi sayesinde mümkün olabilmektedir. Hızlı elde edilen başarılar, yeteneğe ve çabaya bağlı olduğunda öz-yeterliliğin artmasını sağlayabilir. Başarı; şans veya dış etkenlerle bağlantılı olduğunda öz-yeterliliğe etkisi olmayabilir.
2- Deneyimler: Kendine benzer insanların sürekli çaba ile başarılı olduğunu görmek, gözlemcilerin başarılı olmak için karşılaştırılabilir faaliyetlerde ustalaşma yeteneklerine sahip olduklarına dair inançlarını arttırır.
3- Sosyal ikna: insanların başarılı olmak için gerekenlere sahip olduklarına dair inançlarını güçlendirmenin üçüncü bir yoludur. Sözlü olarak verilen faaliyetlerde ustalaşma yeteneklerine sahip olduklarına ikna edilen insanlar, problemler ortaya çıktığında kendilerinden şüphe duymaktan ve kişisel eksiklikler üzerinde durmaktan daha büyük bir çabayı seferber eder ve bu çabayı sürdürürler.
4- Duygusal ve psikolojik durum: Olumlu duygular, stres ve kaygı karşısında bile kişinin amacına ulaşabileceğine olan inancını artırabilir.

Bu faktörlerin bilişsel değerlendirmesi, bireyin belirli davranışları gerçekleştirme becerisine yönelik bir güven düzeyi algısı ile sonuçlanır. Bu davranışın olumlu performansı öz-yeterlilik beklentilerini pekiştirir (Bandura, 1994).

Öz-yeterlilik, davranış değişikliğinin sağlanması için önemli bir faktördür. Öz-yeterliliğin sağlıkla ilgili davranış değişikliğine iki şekilde etki ettiği belirtilmektedir.

İlki, bağışıklık sistemi de dâhil olmak üzere vücudun strese karşı fizyolojik tepkilerini etkilemesi, ikincisi ise sağlıklı davranışların benimsenmesi, sağlıksız davranışların sona ermesi ve bu davranış değişikliklerinin zorluk karşısında sürdürülmesi şeklindedir (Maddux ve diğ., 1995). Sigara içme, kilo kontrolü, doğum kontrolü, alkol kötüye kullanımı ve egzersiz gibi sağlık davranışlarının değişikliğinin yanı sıra bu değişikliğin sürdürülebilirliğinin de sağlanmasında öz-yeterliliğin önemine vurgu yapılmaktadır (Strecher ve diğ., 1986).

2.5.1. Bağımlılıkta öz-yeterliliğe yönelik çalışmalar

Alkol ve madde kullanım isteğinin düşük öz-yeterlilikle ilişkili olduğu bilinmektedir. Düşük öz-yeterlilik faktörünün, bağımlıların özellikle tedavi merkezlerinden taburcu olduktan sonra yaşam zorlukları ve çevreleriyle karşı karşıya kaldıklarında, maddeden uzak durmaları için olumsuz etki yapabileceğini bildiren çalışmalara da rastlanmıştır (Ibrahim F ve diğ., 2011). Ayrıca öz-yeterliliği artırmaya yönelik müdahalelerin aşermeyi belirgin ölçüde azalttığını bildiren çok sayıda çalışma mevcuttur (Barta ve diğ., 2009, Sheykhnezhad ve Seyedfatemi, 2019). Dolan ve diğ. (2008) öz yeterliliğin yüksek olmasının bırakma eğiliminin de daha yüksek olmasına neden olduğu belirtilmektedir. Ayrıca öz-yeterlilik arttıkça alkol ve madde kullanıcılarının tedaviye hazır oluşlarının da arttığını bildiren çalışmalar vardır (Moeini ve diğ., 2022).

Nikmanesh ve diğ. (2017) tarafından yapılan bir çalışmada öz-yeterlilik inançlarının, relapsı önlemede etkili rol oynadığını bildirmektedir. Öz-yeterliliği yüksek olan kişilerin kayma durumunda kaymayı geçici bir aksilik olarak görmeye ve kontrolü yeniden sağlamaya eğilimli oldukları, düşük öz-yeterliliğe sahip olanlarda ise relaps olasılığının daha yüksek olduğu bildirilmektedir (Abdollahi ve diğ., 2014). Filiz ve Polat (2022) tarafından yapılan çalışmanın sonuçlarında da hastaların öz-yeterlilik düzeyleri arttıkça tedaviye yönelik motivasyonlarının artması ile birlikte madde kullanma isteklerinin azalacağı ve bu sayede bağımlılık şiddetinin azalacağı ifade edilmiştir. Muller ve diğ. (2019) tarafından gerçekleştirilen çok merkezli ve bir yıl ile beş yıllık takip süreçlerini içeren bir çalışmada öz-yeterlilik ve tedavi motivasyonunun yatarak görülen tedavi sonrası uzun süreli ayıklığı ve ayık kalınan gün yüzdesini artırmayla ilişkili olduğu, öz-yeterliliğin alkol kullanım bozukluğunu iyileştirmede önemli bir rol oynayabileceği belirtilmektedir.

Öz-yeterliliği artırmak için hastaların tedavi ve rehabilitasyon sürecine bilişsel yeniden yapılandırma, beceri eğitimi, problem çözme eğitimi gibi bilişsel ve davranışsal tekniklerin dâhil edilmesi, psikiyatri hemşirelerinin de bu tür uygulamalara yönelik kurs ve eğitimlere aktif olarak katılmaları önerilmektedir (Bozdağ ve Çuhadar, 2022). Alkol ve madde kullanım bozukluğu tedavisine ilişkin birçok çalışmada öz-yeterliliğin tedavi sonucunun önemli bir yordayıcısı veya tedaviyi etkileyen bir faktör olduğundan bahsedilmesine rağmen öz-yeterliliğin tedavi tasarımları üzerine etkisinin çok az olduğu, klinikte öz-yeterliliği artırabilecek çok sayıda öneri olsa da bu önerilerle ilgili deneysel çalışmalarının yeterli sayıda olmadığı bildirilmektedir (Kadden ve Litt, 2011).

2.6. Tedavi motivasyonu

Alkol ve madde kullanımında tedavi motivasyonu tedavi süreçlerinin tümünü ilgilendiren bir etmendir. Konuyla ilgili yapılan çalışmalar, motivasyonun itici bir güç olarak özellikle hastalarda tedaviye katılım ve iyileşmenin sağlanmasındaki etkilerinden sıkça bahsetmektedir (Sterne ve Pittman, 1966, Melnick ve diğ., 1997, DiClemente ve diğ., 1999, Evren ve diğ., 2006). Motivasyonun, tedaviye yüksek düzeyde hazır olma durumu ve düşük tedavi direnci ile değerlendirilebileceği belirtilmektedir (Longshore ve Teruya, 2006).

Tedavi motivasyonunun psikoterapi, danışmanlık, görüşme gibi müdahalelerde bu kadar önemli olması, bireylerin yalnızca tek yönlü bir tedavi almaktan ziyade tedaviye katılımlarının gerekliliğinden kaynaklandığı belirtilmektedir. Tedavi motivasyonunun yetersizliği tedaviyi yarım bırakmaya, tedaviye uymamaya, nüks ve relapsa kadar giden sorunlara neden olduğunu belirten çalışmalara rastlanmıştır (Miller, 1985, Ryan ve diğ., 1995, Evren ve diğ., 2006).

İçsel motivasyon insanın kendi istek ve değerleri ile alakalıdır. Dışsal motivasyon ise dış çevreden kaynaklanır. İçsel olarak sağlanan motivasyonun tedaviye katılımı artırabileceği belirtilmektedir (Cornelius ve diğ., 2017). Ryan ve diğ. (1995) tarafından yapılan çalışmada tedavide içsel motivasyonun yüksek olmasının tedaviye bağlılığın daha yüksek olmasını sağladığı, içsel motivasyon ile daha hızlı yanıt alınabilmesinin mümkün olduğu, tedavinin uzun süreli olmasını sağlamak için içsel motivasyonun artırılması gerektiği, bununla birlikte dışsal motivasyonu yüksek olan hastaların tedaviden daha az yarar sağladıkları bildirilmiştir. Bu çalışmayla benzer olarak dışsal motivasyonun ödül ve cezaya odaklandığını bildiren çalışmalara rastlanmıştır (Deci ve Ryan, 1985, Akbaba ve Aktaş, 2005). Her ne kadar literatürde dışsal motivasyon'un içsel motivasyona göre daha etkisiz olduğunu bildiren fazla sayıda çalışmaya rastlanmışsa da eş, aile, işyeri veya yasal sistemin etkisi ile sağlandığı bildirilen dışsal motivasyonun da tedavide önemli bir yeri olduğunu bildiren çalışmalar da vardır (Marlowe ve diğ., 1996). İçsel ve dışsal şeklinde motivasyonu ayırmanın geçerli bir yaklaşım olmadığını öne süren çalışmalar da vardır (Dermer, 1975, Reiss, 2012).

2.6.1. Bağımlılıkta tedavi motivasyonuna yönelik çalışmalar

Madde kullanım bozukluğu olan hastaların tedavi motivasyonlarının incelendiği bir çalışmada hastaların en yüksek düzeyde desteği ailelerinden aldıkları, sosyal destek düzeyi arttıkça hastaların tedavi motivasyonlarının da arttığı bildirilmektedir (Tanriverdi ve diğ., 2020). Bu sonuçlara benzer olarak arkadaşlardan ve aileden gelen sosyal baskının tedavi motivasyonu ile ilişkili olduğu ve tedaviye katılımda önemli bir rol oynadığı belirtilen çalışmalara rastlanmıştır (Goodman ve diğ., 2011). Kizilkurt ve Gıynaş (2020) tarafından AMATEM'de yatarak detoksifikasyon tedavisi tamamlanan 100 hasta ile gerçekleştirilen bir çalışmada daha önce yatarak tedavi öyküsünün olmasının, aileden yüksek sosyal desteğin varlığının ve maddenin kendi yaşamı üzerindeki etkilerinin belirgin olarak tanınmasının motivasyon üzerinde anlamlı bir etkisi olduğu belirtilmektedir.

Drieschner ve diğ. (2004) ve Evren ve diğ. (2008) tarafından belirtildiği gibi, tedavi motivasyonunun süreç içerisinde değişebileceği ve birçok faktörden etkilenebilen bir hasta durumu olduğu göz önünde bulundurulmalıdır. Tüm bunlardan hareketle içsel motivasyonun tedavide önemli bir yeri olduğu, bağımlılık tedavisinde davranış değişikliklerinin uzun süreli sağlanmasında etkisi olduğu fakat dışsal motivasyonun da içsel motivasyonu harekete geçiren ve artıran bir etmen olarak dikkate alınması gerektiği sonucuna varılabilir. Hem içsel hem de dışsal motivasyonu yüksek olan hastaların tedaviye en iyi devamı sağladığını bildirilmiştir (Ryan ve diğ., 1995).

Bu durumdan hareketle içsel ya da dışsal tüm motivasyon öğelerinin tedavi başarısında önemli olduğu dikkate alınmalıdır.

3. YÖNTEM

3.1. Araştırmanın amacı ve türü

Bu araştırma, alkol ve madde kullanım bozukluğu olan hastalara uygulanan Beyin Farkındalığı Müdahalesinin (BFM) üst biliş, öz-yeterlilik ve tedavi motivasyonuna etkisini incelemek amacıyla gerçekleştirildi. Araştırma, deneysel desende randomize kontrol gruplu, tekrarlayan ölçümlü (ön test, ara test, son test) bir çalışmadır.

3.2. Araştırmanın hipotezleri

H1: Beyin farkındalığı müdahalesinin, patolojik tarzda üst bilişsel işlevlerin azaltılmasında etkisi vardır.

H1.1: Beyin farkındalığı müdahalesinin, olumlu inançlara yönelik patolojik tarzda üst bilişsel işlevlerin azaltılmasında etkisi vardır.

H1.2: Beyin farkındalığı müdahalesinin, kontrol edilemezlik ve tehlikeye yönelik patolojik tarzda üst bilişsel işlevlerin azaltılmasında etkisi vardır.

H1.3: Beyin farkındalığı müdahalesinin, bilişsel güvene yönelik patolojik tarzda üst bilişsel işlevlerin azaltılmasında etkisi vardır.

H1.4: Beyin farkındalığı müdahalesinin, düşünceleri kontrol ihtiyacına yönelik patolojik tarzda üst bilişsel işlevlerin azaltılmasında etkisi vardır.

H1.5: Beyin farkındalığı müdahalesinin, bilişsel farkındalığa yönelik patolojik tarzda üst bilişsel işlevlerin azaltılmasında etkisi vardır.

H2: Beyin farkındalığı müdahalesinin, öz-yeterlilik algısının artırılmasında etkisi vardır.

H3: Beyin farkındalığı müdahalesinin, tedavi motivasyonunun artırılmasında etkisi vardır.

H3.1: Beyin farkındalığı müdahalesinin, içsel motivasyonunun artırılmasında etkisi vardır.

H3.2: Beyin farkındalığı müdahalesinin, dışsal motivasyonunun artırılmasında etkisi vardır.

H3.3: Beyin farkındalığı müdahalesinin, kişilerarası yardım aramaya yönelik motivasyonunun artırılmasında etkisi vardır.

H3.4: Beyin farkındalığı müdahalesinin, tedaviye güvene yönelik motivasyonun artırılmasında etkisi vardır.

3.3. Araştırmanın değişkenleri

Bu araştırmanın bağımsız değişkeni, Beyin Farkındalığı Müdahalesidir. Bağımlı değişkenleri ise; deney ve kontrol grubuna uygulanan ÜBÖ-30 Ölçeği, Öz-Etkililik-Yeterlik Ölçeği ve Tedavi Motivasyonu Anketinden alınan puanlardır.

3.4. Araştırmanın evreni ve örneklemi

Araştırmanın evreni, AMATEM'e kendi rızası ile yatarak tedavi görmek için başvuran alkol veya madde kullanım bozukluğu tanılı hastalardan oluşmaktadır. Örneklemi ise, araştırmanın veri toplama sürecini içeren altı aylık dönemde (Nisan 2021 – Ekim 2021) yatarak tedavi gören ve araştırmaya katılmayı kabul eden hastalardan oluşturuldu.

G*Power 3.1.9.7 programı ile yapılan güç analizinde örneklem büyüklüğü %95 güven aralığı, %80 çalışma gücüyle, 0,05 alfa hata payında ve 0,83 etki büyüklüğü için her grupta 33 hasta olmak üzere toplam 66 hasta olarak hesaplandı. Bu hesaplamalar Ekhtiari ve diğ. (2021) tarafından yapılan çalışmanın sonuçlarından yararlanılarak yapıldı. Katılımcıların araştırmayı bırakma ya da araştırma dışı kalma olasılığı %20 olarak tahmin edilerek her grupta 40 olmak üzere en az 80 hastanın araştırmaya dâhil edilmesi planlandı.

Araştırmanın veri toplama sürecinde yatarak tedavi görmek için başvuran 98 hastanın tümü araştırmaya alındı. Bu hastalardan 9'u çeşitli nedenlerle (6'sı katılmayı reddettiğinden, bir hasta tanı uyumsuzluğu nedeniyle, iki hasta aktif psikotik belirtilerinin varlığı nedeniyle)

araştırmaya dâhil edilemedi. Araştırmaya dâhil edilen 89 hasta için deney ve kontrol grupları oluşturuldu. Araştırmaya katılımı sağlanan hastaların araştırma gruplarına dağılımında basit rastgele randomizasyon yöntemi kullanıldı. Hastalar yatış esnasında sistem tarafından atanan protokol numarasının tek olması durumunda deney grubuna, çift olması durumunda ise kontrol grubuna dâhil edildi. Veri toplama sürecinde deney grubuna 46, kontrol grubuna 43 hasta atandı. Bu hastalardan 9'u erken taburculuk nedeniyle, üç hasta izlem sürecinde vefat ettiğinden araştırmadan çıkarıldı.

Araştırmanın analiz süreci 39'u deney ve 38'i kontrol grubu olmak üzere 77 hastadan oluşan bir örneklem ile tamamlandı.

Araştırmanın dâhil edilme ve dışlanma kriterleri aşağıda yer almaktadır.

Dâhil edilme kriterleri:
1-18-65 yaş arasında ve okuma-yazma biliyor olmak
3-AMATEM'de alkol veya madde kullanım sorunu ile yatarak tedavi görüyor olmak
4-Araştırmaya katılımı engelleyecek düzeyde bir psikiyatrik (ağır depresyon, bipolar bozukluk veya psikoz) ya da mental rahatsızlığa sahip olmamak

Dışlanma kriterleri
1-Araştırmaya katılmayı kabul etmesine rağmen birden fazla oturuma katılım göstermemek
2-Tedavi sürecinde AMATEM tedavi kurallarını ihlal ederek tedaviyi sonlandırma kararının alınması veya erken taburculuk
3-Taburculuk sonrası izlemlere veya son test uygulamasına katılmamak

3.5. Araştırmanın yürütüldüğü yer ve özellikleri

Araştırmanın gerçekleştirildiği Hitit Üniversitesi Çorum Erol Olçok Eğitim ve Araştırma Hastanesi Alkol ve Uyuşturucu Madde Bağımlılığı Tedavi ve Araştırma Merkezi'nde (AMATEM), 2015 yılında Çorum ilinde ayaktan hasta kabulüne başlamış olup 2016 yılından beri de yataklı tedavi kurumu olarak faaliyet göstermektedir. Merkezin tedavi ekibi iki Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Uzmanı, bir Psikolog, bir Sosyal Hizmet Uzmanı, yedi Hemşire ve bir Laboratuar Teknisyeninden oluşmaktadır.

3.5.1. Standart tedavi

AMATEM biriminde hizmet veren polikliniğe başvuran hastalardan yatarak tedavi için uygun görülenler gerekli bilgilendirme ve yatış işlemleri tamamlandıktan sonra yataklı servise alınmaktadır.

Yatarak tedavi, hastanın durumuna göre değişmekle birlikte ortalama 21 ± 7 gündür. Bu sürenin genellikle ilk haftası arındırma süreci olarak planlanmaktadır. Arındırma tedavisi, ilaç desteğine ek olarak belirtilerin azaltılmasına yönelik tedavi ve uygulamaları içermektedir. Arındırma sürecini başarıyla tamamlayan hastalar ilaç tedavisinin yanı sıra Ögel ve diğ. (2011) tarafından oluşturulan Sigara, Alkol ve Madde Bağımlılığı Tedavi Programı'na (SAMBA) dâhil edilmektedir.

Aşağıda isimleriyle belirtilen 12 SAMBA oturumu Çarşamba günleri hariç hafta içi her gün 13:30-15:30 saatleri arasında uygulanmaktadır.

1. Alkol ve Madde Etkileri ve Bağımlılık
2. Beyin ve Bağımlılık
3. Sağlıklı Kalmanın Yolları
4. Motivasyon Kazandırma
5. Duyguları Tanımak ve Tanımlamak
6. Kaymanın Tanımlanması
7. İstek, Duygu ve Düşüncelerle Başa Çıkmak
8. Riskli Durumları Tanımak ve Başa Çıkmak
9. İyileşmek İçin Değişmek Gerek 1
10. İyileşmek İçin Değişmek Gerek 2
11. Düşünce Tuzakları
12. Stresle Başa Çıkmak

Yatış sürecinde idame tedavisi düzenlenen ve SAMBA eğitimlerinin tümüne katılımı sağlanan hastalar taburcu edilerek izlem sürecine alınmaktadır.

3.5.2. Standart izlem

Hastalar, oluşturulan ayaktan kontrol takvimine göre görevli Psikolog veya Sosyal Hizmet Uzmanı tarafından yüz yüze veya yapılan aylık telefon görüşmeleri ile izlem sürecinde hizmet almaya devam etmektedir.

Standart izlem sürecinde tekrar tedaviye başvurması gerektiği düşünülen hastalar yatış için davet edilmekte ve tedavi planlaması yapılmaktadır. İzlem sürecinde tekrar yatışa ihtiyaç duyulmaması, hastanın alkol veya madde kullanımının olmaması durumunda 36. aya kadar takibine devam edilmektedir.

3.6. Veri toplama araçları

Araştırmadan elde edilen veriler Bilgi Formu, Üst biliş Ölçeği-30, Öz-Etkililik-Yeterlik Ölçeği ve Tedavi Motivasyon Anketi kullanılarak toplandı.

3.6.1. Bilgi formu

Araştırmacı tarafından hazırlanan, hastaların demografik bilgileri (yaş, cinsiyet, eğitim durumu, medeni durumu, yaşadığı yer, çalışma durumu, meslek, aylık gelir), sigara, alkol ve madde kullanımına ilişkin bilgiler, tanı, tedavi geçmişi, ek rahatsızlıkları, birlikte yaşadığı kişiler, adli sorunları, kendine zarar verme girişimi, ailede alkol ve madde kullanımı ve farmakolojik tedavisi gibi bilgilerin yer aldığı formdur. Bilgi formu Ek-6'da yer almaktadır.

3.6.2. Üst biliş Ölçeği-30 (ÜBÖ-30)

Cartwright-Hatton ve Wells (1997) tarafından geliştirilen 65 soruluk ilk formunun ardından Wells ve Cartwright-Hatton (2004) tarafından 30 sorudan oluşan kısa formu geliştirilmiştir. ÜBÖ-30 ölçeğinin Olumlu inançlar (1,7,10,20,23 ve 28. maddeler), Kontrol edilemezlik ve tehlike (2,3,4,9,11,16 ve 22. maddeler), Bilişsel güven (8,14,18,24,26 ve 29. maddeler), Düşünceleri kontrol ihtiyacı (6,13,15,21,25 ve 27. maddeler) ve Bilişsel farkındalık (5,12,17,19 ve 30. maddeler) şeklinde beş alt faktör bulunmaktadır. ÜBÖ-30'un Türkçeye uyarlaması ve geçerlik ile güvenirlik çalışmaları Tosun ve Irak (2008) tarafından yapılmıştır.

Olumlu inançlar, "plan yapmak veya problem çözmek konusunda yardımcı olduğunu ifade edilen endişelenmeye yönelik olumlu inançları" içerir. Bu alt ölçekte endişe, istenilen bir kişilik özelliği olarak belirtilmektedir. *Kontrol edilemezlik ve tehlike* alt ölçeği iki boyuttan oluşmaktadır. Birinci boyut, "işlevlerin yerine getirilebilmesi ve güvende kalınabilmesi için

endişelerin kontrol edilmesi gereklidir" şeklindeki inançtır. İkincisi ise, "endişenin kontrol edilemeyeceğine" dair inançtır. *Bilişsel güven,* "kişinin kendi bellek ve dikkat yeteneklerine güveninin olmaması" ile ilgilidir. *Düşünceleri kontrol ihtiyacı,* "batıl inanç, cezalandırılma ve sorumlu olma temalarını içeren olumsuz inançları kontrol altına alma ihtiyacını" içerir. Bu inançlar, kişi onları kontrol edemediği takdirde ortaya çıkacak zarar verici sonuçlardan kişinin sorumlu olacağına ve cezalandırılacağına ilişkindir. *Bilişsel farkındalık,* "kişinin kendi düşünce süreçleri üzerinde sürekli uğraşmasını" ifade eder.

ÜBÖ-30 "1-Kesinlikle katılmıyorum" ve "4-Kesinlikle katılıyorum" aralığında değişen dörtlü Likert tipi bir ölçektir. Ölçekten 30 - 120 aralığında puan alınabilmekte, ters puanlanan bir madde bulunmamakta ve puanın yükselmesi patolojik tarzda üst bilişsel faaliyetin arttığına işaret etmektedir. Ölçeğin Türkçe versiyonunun Cronbach Alpha güvenirlik değerinin 0,86 olduğu, alt boyutlarının Cronbach Alpha değerinin 0,72 ile 0,93 aralığında olduğu belirtilmektedir. Bu araştırma kapsamında ölçeğin Cronbach Alpha değeri 0,79 olarak bulundu. Ölçeğin araştırmada kullanılan formu Ek-7'de yer almaktadır.

3.6.3. Öz-Etkililik-Yeterlik Ölçeği (ÖEYÖ)

Sherer ve diğ. (1982) tarafından geliştirilmiştir. Ölçeğin 23 soruluk formunda davranışa başlama, davranışı sürdürme, davranışı tamamlama ve engellerle mücadele olmak üzere dört alt ölçeği bulunmaktadır. ÖEYÖ'nün Türkçeye uyarlaması ve geçerlik ile güvenirlik çalışmaları Gözüm ve Aksayan (1999) tarafından yapılmıştır. Söz konusu çalışmada "Türkçe öz-etkililik-yeterlik ölçeğinin alt gruplarındaki madde dağılımları sayı olarak farklılık gösterdiği ve bazı maddeler (11. ve 19. maddeler) içinde bulundukları faktörle çok iyi uyum gösteremedikleri için yapılacak araştırmalarda alt boyutların ayrı kullanılması yerine şu aşamada toplam puan üzerinden değerlendirme yapılması" önerildiğinden bu araştırmada da ölçeğin yalnızca toplam puanı dikkate alındı.

ÖEYÖ, "1-Beni hiç tanımlamıyor" ve "5-Beni çok iyi tanımlıyor" aralığında değişen beşli Likert tipi bir ölçektir. Ölçekten 23 - 115 aralığında puan alınabilmektedir. Ölçekteki 2,4,5,6,7,10,11,12,14,16,17,18,20 ve 22. maddeler ters yönde ters puanlanmakta ve ölçekten alınan toplam puandaki yükselme, bireyin öz-yeterlilik algısının iyi düzeyde olduğu anlamına gelmektedir. Ölçeğin Türkçe versiyonunun Cronbach Alpha güvenirlik değerinin 0,81 olduğu belirtilmektedir. Bu araştırma kapsamında ölçeğin Cronbach Alpha değeri 0,80 olarak bulundu. Ölçeğin araştırmada kullanılan formu Ek-8'de yer almaktadır.

3.6.4. Tedavi Motivasyonu Anketi (TMA)

Ryan ve diğ. (1995) tarafından geliştirilmiştir. TMA'nın Türkçeye uyarlaması ve geçerlik ile güvenirlik çalışmaları Evren ve diğ. (2006) tarafından yapılmıştır. Ölçeğin 26 soruluk formunda "tamamen kendisi tarafından belirlenmiş olmasa da içselleştirilmiş motivasyon" şeklinde tanımlanan *İçsel motivasyon (1,2,4,5,7,8,9,11,15,20 ve 23. maddeler)*, "tedavi arayışında olmak dışında bir seçeneği olmadığı duygusu ve tedavide kalmak için dışsal baskı" şeklinde tanımlanan *Dışsal motivasyon (1,3,6,10 ve 12. maddeler)*, "olgunun sorunlarını diğerleriyle paylaşma motivasyonu" şeklinde tanımlanan *Kişiler arası yardım arama (17, 18,19,22,25 ve 26. maddeler)* ve "tedavinin seyri ile ilgili beklentiler" şeklinde tanımlanan *Tedaviye güvensizlik (13,14,16,21 ve 24. maddeler)* olmak üzere dört alt anketi bulunmaktadır.

TMA, "1-Kesinlikle katılmıyorum" ve "5-Kesinlikle katılıyorum" aralığında değişen beşli Likert tipi bir ankettir. Anketten 26-130 aralığında puan alınabilmektedir. Anketteki 13.,16.,21. ve 24. maddeler ters yönde ters puanlanmakta ve anketten alınan toplam puandaki yükselme, bireyin tedavi motivasyonunun yüksek olduğu anlamına gelmektedir. Anketin Türkçe versiyonunun Cronbach Alpha güvenirlik değerinin 0,84 olduğu belirtilmektedir. Bu araştırma kapsamında anketin Cronbach Alpha değeri 0,71 olarak bulundu. Ölçeğin araştırmada kullanılan formu Ek-9'da yer almaktadır.

3.7. Araştırma kapsamında gerçekleştirilen müdahale ve uygulamalar

Bu bölümde, araştırma kapsamında standart tedavi ve izleme ek olarak araştırma kapsamında gerçekleştirilen müdahale ve uygulamalar ele alındı. Araştırma sürecinde deney grubuna dâhil edilen hastalara Beyin Farkındalığı Müdahalesi (BFM) kapsamında Brain Awareness for Recovery Initiative (BARI) içeriklerinden yararlanılarak yatarak tedavi gördükleri süreçte psikoeğitim programı, taburculuktan sonraki altı aylık süreç için ise BFM kapsamında danışmanlık faaliyeti yürütülmesi planlandı. Kontrol grubuna dâhil edilen hastalara ise yatarak tedavi gördükleri süreçte Sağlıklı Olma eğitimi, taburculuktan sonraki süreç için ise sadece standart izlem alması, herhangi bir müdahale uygulanmaması planlandı.

3.7.1. Beyin Farkındalığı Müdahalesi (BFM)

3.7.1.1. Psikoeğitim Programı:

Bu araştırmada BFM kapsamında uygulanan psikoeğitim programı, orijinal adı Brain Awareness for Recovery Initiative (BARI) olan, yeni, tek başına kullanılabilen, karikatürle zenginleştirilmiş beyin temelli bir psikoeğitim yaklaşımından yararlanılarak oluşturuldu. BFM kapsamında uygulanan psikoeğitim programının kavramsal içeriği Tablo 3.1.'de, ayrıntılı içeriği ise Ek-1'de yer almaktadır.

NIMH (The National Institute of Mental Health) tarafından belirlenen Araştırma Etki Alanı Kriterlerine (RDC) uygun olarak farklı bilişsel mekanizmaları hedef alan BARI yaklaşımında, bilgi içeriğinin daha beyin dostu bir yapıyla sunulması amaçlanmıştır. Geleneksel psikoeğitimler ile güncel nörobilim bilgileri arasında var olduğu iddia edilen bir boşluğu doldurmak amacıyla ortaya konulan bu yaklaşım, nörobilim temelli içeriklerdeki karmaşıklığı ortadan kaldırmayı ve bu tür müdahaleleri kolaylaştırmayı öngörmektedir. BARI yaklaşımına göre oluşturulan psikoeğitimlerin mevcut bağımlılık tedavisine ek olarak uygulanması önerilmektedir. Psikoeğitim içeriğinin temelini oluşturan posterler mevcut durumda beş kıtada 22 dile çevrilmiştir. Bu araştırmada kullanılan BARI posterleri, Tedavi Girişimleri için Beyin Farkındalığı (TGBF) ismiyle Türkçeye uyarlandı. Türkçeye uyarlama işleminde posterler birebir çeviri yerine araştırma ekibinin de onayı ve desteğiyle Türk kültürüne uygun örnekler de içerecek şekilde yeniden düzenlendi. Posterlerin araştırma ekibince Türkçeye uyarlanan ve onaylanan son versiyonuna Laureate Institute for Brain Research(LIBR) internet sitesinden ulaşılabilmektedir[1]. Psikoeğitim yaklaşımının temeli olan posterlerin Beyin Okuryazarlığı, Beyin Aktiviteleri ve Sağlıklı Yaşam şeklinde üç ana modülü bulunmaktadır.

Beyin Okuryazarlığı Modülü: Belirlenen 10 alanda bireylerin günlük yaşamda karşılaşabilecekleri bilişsel kayıplara sahip kişilerin deneyimlerini onların diliyle aktarılmasını içerir. Bu modülün uygulanmasıyla katılımcılar bilişsel işlevler ile ilgili daha detaylı bir bilgi elde ederler. Psikoeğitim uygulamalarında bu modülde yer alan bölümlere ayrılan vaktin toplam oturum süresinin yaklaşık yarısını alması önerilir.

Beyin Aktiviteleri Modülü: Dikkat, hafıza, karar ve kontrol, motor beceriler, beyin-vücut bağlantısı, uyarılma ve uyku, negatif değerler, pozitif değerler, sosyal biliş, öz-farkındalık ve iç algı olarak belirlenen 10 alanda oluşabilecek bilişsel kayıplara karşı uygulanabilecek

[1] https://www.laureateinstitute.org/bari-posters.html, Erişim tarihi: 24.01.2023

iyileşmeyi destekleyen, bilişsel rehabilitasyon programlarından seçilen rutin egzersiz faaliyetleri içerir. Bu içerikler; Başa çıkma stratejileri, Stres yönetimi stratejileri, Duygu düzenleme teknikleri, Kişisel farkındalık müdahaleleri ve Yaşam tarzı değişiklikleri (uyku hijyeni, beslenme, fiziksel aktivite, sosyal aktiviteler ve bilişsel egzersizler v.b.) gibi özelliklere sahip faaliyetlerdir. Hastaların bu aktiviteleri düzenli olarak uygulamaları istenir. Bu aktiviteler özel araçlara ihtiyaç duymayan, günlük yaşama kolaylıkla entegre edilebilecek niteliktedir.

Sağlıklı Yaşam Modülü: "Beynin iyileşme sürecine yardımcı olmak için ne yapabiliriz?" sorusu ile katılımcıların merakını tetiklemeyi amaçlamaktadır. Bu modül uygulanmadan önce "kırık el metaforu[2]" kullanılarak beyin iyileşme sürecinin süresi ve hızı hakkında bilgilendirme yapılması önerilmektedir. Bu modül, bu süreci hızlandırabilecek bir dizi kanıta dayalı öneriler içerir. İyileşmeyi destekleyen yaşam tarzını iyileştirmek için yapılacakları ve bunların beyin iyileştirmesi için önemini vurgular. Pratik egzersizler ve kelime alıştırmaları, günlük tutma, farkındalık alıştırmaları ve kendinde olanları izleme gibi stratejiler yer almaktadır (Ekhtiari ve diğ., 2017, Ekhtiari ve diğ., 2021, Rezapour ve diğ., 2021).

[2] Herhangi bir sebeple elimiz herhangi bir darbe ya da çarpmaya maruz kalarak kırıldığında sağlık kuruluşuna başvurarak gerekli tedavinin sağlanmasına ihtiyaç duyuyorsak bir beyin hastalığı olan bağımlılıkta da "beynimizi iyileştirmeye" yönelik tedaviye ihtiyaç duymamız gerektiğine vurgu yapan bir benzetme.

Tablo 3.1: BFM kapsamında uygulanan psikoeğitimin kavramsal içeriği

Oturum	Beyin Okuryazarlığı Modülü	Beyin Aktiviteleri Modülü	Sağlıklı Yaşam Modülü
Birinci	1. Dikkat 2. Hafıza	1. Kelime egzersizleri yapın 2. Kendinizin "Şimdi ve Burada" koçu olun 3. Beyninizi esnek olacak şekilde eğitin 4. Beyin Günlüğü tutun 5. "Hafıza Oyunları" oynayın 6. "Beyin Karmaşanızı" azaltın	1. Ruhsal olarak daha aktif olun 2. Sağlıklı bir gurme olun
İkinci	1. Kötü Hissetmek 2. Beyin-vücut bağlantısı 3. Uyarılma ve Uyku	1. Pozitif bir dil kullanın 2. Minnettarlık duyun 3. Hayır işlerinde gönüllü olun 4. Beden varlığınızla ilgili pratik yapın 5. Kalp atış hızınızı gözlemleyin 6. Farkındalık pratiği yapın 7. Bir uyku alanı yaratın 8. Ara sıra kendinizi şımartın 9. Sıcaklığın tadını çıkarın	1. Sakin ve rahat olun 2. Duygularınızla uyum içinde olun 3. Sağlıklı bir uykunuz olsun
Üçüncü	1. Karar alma & Kontrol 2. Hareket ve Konuşma	1. Günlük hedefler belirleyin 2. Paranızı takip edin 3. Sabretme alıştırmaları yapın 4. Özetleme alıştırmaları yapın 5. "İçinizdeki sanatçının" keyfini çıkarın 6. El becerilerinizi geliştirin	1. Bağımlılık yapıcı maddelerden uzak durmak için söz verin 2. Fiziksel olarak daha aktif olun
Dördüncü	1. İyi Hissetmek 2. Sosyal Biliş 3. Farkındalık ve İçgörü	1. Beyin süreçlerinizi gözlemleyin 2. Bedensel görünüşünüze kulak verin 3. Bilinçli kilo kontrolü sağlayın 4. Merhametli ve anlayışlı olun 5. Şeffaf olun 6. Ses analizcisi olun 7. Mutluluk kulübüne üye olun 8. Hobilerinizle ilgilenin 9. Olumsuz anılardan, olumlu anılarla uzaklaşın	1. Kendinize sağlıklı bir arkadaş olun 2. Sosyal açıdan daha aktif olun 3. Sabırlı ve umutlu olun

3.7.1.2. Danışmanlık Faaliyeti:

Literatürde, BARI posterlerinin kullanıldığı NEuro COgnitive REhabilitation for Disease of Addiction (NECOREDA), Neurocognitive Empowerment for Addiction Treatment (NEAT) ve Neuroscience-Informed Psychoeducation for Recovery (NIPER) gibi birçok farklı psikoeğitim programı yer almaktadır (Rezapour ve diğ., 2015, Ekhtiari ve diğ., 2021, Rezapour ve diğ., 2021). Program içerikleri benzer olmakla birlikte uygulama farklılıkları nedeniyle farklı isimler almıştır.

Geliştirilen bu programların en sonuncusu olan NIPER içeriğinde hastalara verilen bu bilgi içerikleri ve sağlanması hedeflenen bu farkındalığı gerçek yaşamlarında kullanmalarının öneminden bahsetmektedir (Rezapour ve diğ., 2021). Buradan hareketle, araştırma kapsamında geliştirilen BFM kapsamında bir danışmanlık faaliyeti uygulanması planlandı. Araştırmada uygulanan psikoeğitim programında verilen bilgilerin "gerçek yaşamlarında da kullanmalarına katkı sağlamak" amacıyla gerçekleştirilen danışmanlık faaliyeti, hastaların taburculuk sonrası ilk altı ayda aylık olarak izlenmesini içerir.

Danışmanlık faaliyetlerinin, araştırmacı tarafından yüz yüze veya telefon ile gerçekleştirilen motivasyonel görüşme temelli bireysel müdahaleler şeklinde yürütülmesi, bu faaliyet sırasında hastaların;

- Psikoeğitim içeriğinde yer alan günlük egzersizleri uygulama düzeyinin değerlendirilmesi,
- Psikoeğitim içeriğinde yer alan sağlıklı yaşam önerilerine uyumunun değerlendirilmesi,
- Egzersizleri uygulama ve önerilere katılım konusunda yaşanabilecek sorunlarla ilgili bireysel danışmanlık verilmesi,
- Nüks yaşama durumlarının değerlendirilmesi planlandı.

3.7.2. Sağlıklı Olma eğitimi

Bu eğitim, kontrol grubuna alınan hastalara yönelik olarak Sağlıklı Beslenme, Cinsel Yolla Bulaşan Hastalıklar, Fiziksel Aktivitenin Önemi ve Kişisel Hijyen konularında Sağlık

Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü tarafından yayınlanan[3] içeriklerden yararlanılarak araştırmacı tarafından sunum şeklinde hazırlanan eğitimleri içermektedir.

3.8. Araştırma süreci

Araştırma; hazırlık ve araştırmanın uygulanması şeklinde iki aşamada gerçekleştirildi. Araştırmanın süreci Şekil 3.1'de yer almaktadır.

3.8.1. Hazırlık

1) Araştırmanın uygulanacağı eğitim salonu hazırlandı.

2) Araştırma sürecinde kullanılacak olan ve üç adet posterden oluşan psikoeğitim materyalleri hazırlanarak hastaların rahatlıkla görebilecekleri boyutlarda bastırıldı.

3) Posterler araştırma kapsamında deney grubunun kullanacağı eğitim salonuna yerleştirildi.

4) Deney grubuna uygulanacak olan Psikoeğitim ve Eğitim içeriklerinin yanı sıra araştırma kapsamında kullanılacak olan internet sitesi hazırlandı.

5) BFM'de uygulanacak danışmanlık faaliyeti kapsamında kullanılacak olan bir adet cep telefonu ve mobil hat temin edildi.

3.8.2. Araştırmanın uygulanması

1) Yoksunluk belirtilerinin ölçek ve anket sonuçlarına etkisini en aza indirmek amacıyla deney ve kontrol grubundaki hastalara yatışın 4. ve 7. günü arasında araştırmacı tarafından Bilgi Formu, ÜBÖ-30, ÖEYÖ ve TMA ön testleri uygulandı.

2) Deney grubundaki hastaların BFM kapsamında psikoeğitim uygulamasına, kontrol grubundaki hastaların ise Sağlıklı Olma eğitimlerine en az üç, en fazla sekiz kişiden oluşan gruplar halinde dört oturumda katılmaları sağlandı. Deney grubuna uygulanan psikoeğitimler araştırmacı tarafından, kontrol grubuna uygulanan eğitimler ise araştırmacı dışında AMATEM biriminde görev yapan hemşireler tarafından uygulandı. Hastaların herhangi bir oturuma katılmaması halinde telafi oturumu uygulandı.

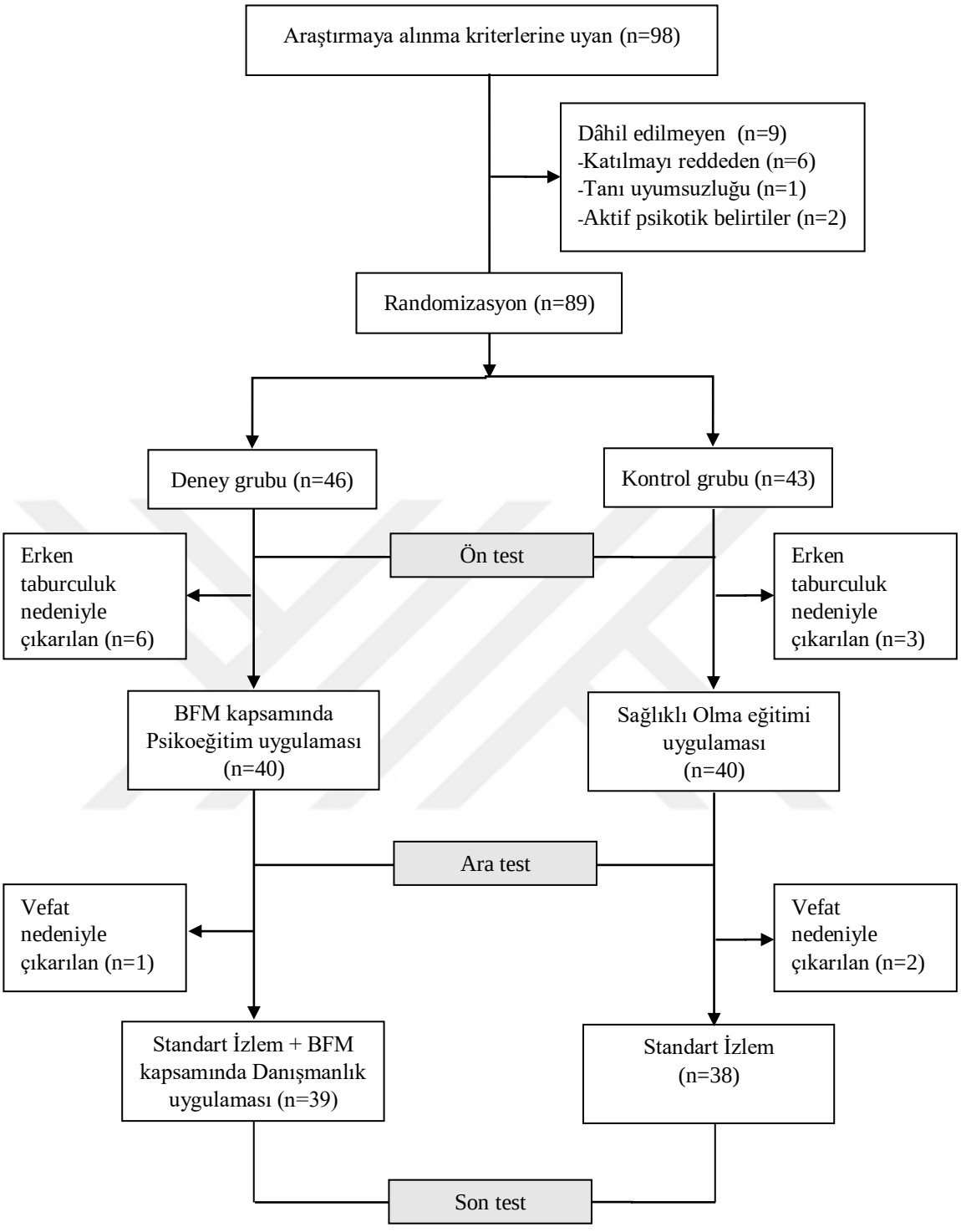
[3] https://www.sagligim.gov.tr, Erişim tarihi: 24.01.2023

3) Psikoğitim ve Sağlıklı Olma eğitimi tamamlanan hastalara taburculuk öncesinde ÜBÖ-30, ÖEYÖ ve TMA ara testleri uygulandı. Deney grubunda yer alan hastalar taburculuk sonrasında BFM kapsamında alacakları danışmanlık faaliyeti hakkında bilgilendirildi. Bu bilgilendirmede, iletişim kurmak istediklerinde arayabilecekleri telefon numarası, araştırma sürecinde kullanıma açık olacak internet sitesinin adresi[4] ve ayrıca BFM kapsamında uygulanan psikoeğitim içeriklerinin yer aldığı bir adet kitapçık verildi. Kontrol grubundaki hastalar da taburculukları sonrası 6. ayda son testlerin uygulanacağı konusunda bilgilendirildi.

4) Taburculuk sonrası altı aylık süreçte deney grubuna standart izleme ek olarak BFM kapsamında danışmanlık hizmeti verildi. Araştırmanın bu sürecinde toplam 44 yüz yüze bireysel görüşme, 248 telefonla görüşme ile danışmanlık faaliyeti gerçekleştirildi. Kontrol grubu ise sadece standart izlem aldı. Hem deney hem de kontrol grubundaki hastalar nüks halinde tekrar muayene için davet edildi. Deney ve kontrol grubundaki hastalarla yapılan danışmanlık ve standart izlem faaliyetleri araştırma kapsamında hazırlanan Vaka İzlem Formu kullanılarak takip edildi (EK-10).

5) Süreçleri tamamlanan deney ve kontrol grubundaki hastalara ÜBÖ-30, ÖEYÖ ve TMA son testleri uygulandı.

[4] https://www.farkindabeyin.com/



Şekil 3.1: Araştırma süreci

3.9. Verilerin analizi

Araştırmadan elde edilen verilerin istatistiksel analizleri SPSS (Statistical Package for Social Sciences) 15.0 paket programı kullanılarak yapıldı.

Araştırma kapsamında oluşturulan deney ve kontrol gruplarında 30'dan fazla hastanın olması ve elde edilen verilerin Skewness ve Kurtosis değerleri dikkate alınarak değerlendirilen normallik varsayımlarını ve homojenlik varsayımını karşılamasından dolayı parametrik testler uygulandı. Araştırma kapsamında kullanılan ölçeklerin iç tutarlılıklarının doğrulanmasında Cronbach Alfa katsayısı kullanıldı.

Hastalardan elde edilen tanımlayıcı veriler yüzde olarak belirtildi. Grupların ön test puanlarının karşılaştırılmasında Bağımsız örneklem t testi kullanıldı. Deney ve kontrol grubunun ön, ara ve son test puan ortalamaları arasındaki farkın anlamlı olup olmadığının belirlenmesinde tekrarlayan ölçümlerde (grup ve zaman için tek yönlü, grup*zaman için iki yönlü) varyans analizi uygulandı. Varyans Analizinden (ANOVA) elde edilen F testinin anlamlılığı değerlendirilirken küresellik varsayımının sağlandığı durumlarda Sphericity Assumed değeri, sağlanamadığı durumlarda ise Epsilon'un Greenhouse-Geisser değeri 0,75'ten küçük ise Greenhouse-Geisser, büyük ise Huynh-Feldt F ve p değerleri kullanıldı.

Grup*zaman varyansının anlamlı olduğu durumlarda hangi gruplar arasında anlamlılık olduğunu belirlemede Bonferroni düzeltmesi uygulandı (Cevahir, 2020). Tekrarlayan ölçümlerde yapılan tek ve iki yönlü ANOVA testleri için etki büyüklüğü hesaplamasında kısmi-eta kare değeri (η^2) kullanıldı. Literatüre göre $0,010 \leq \eta 2$ için "küçük", $0,060 \leq \eta 2$ "orta" ve $0,140 \leq \eta 2$ için ise "yüksek" etki büyüklüğü olarak kabul edildi (Cohen, 1973, Stevens, 1992, Green ve Salkind, 2010).

Araştırma bulguları %95 güven aralığında $p<0,05$ için anlamlı olarak değerlendirildi. Bonferroni düzeltmeli eşleştirilmiş t testi uygulanan analizlerde ön, ara ve son test olmak üzere üç karşılaştırma yapıldığı için kabul edilen anlamlılık düzeyi ($p=0,05$) üçe bölündü. Yeniden hesaplanmış olan p değeri 0,0166 olarak belirlendi.

Kullanılan istatistiksel yöntemler Tablo 3.1'de yer almaktadır.

Tablo 3.2: Verilerin analizinde kullanılan istatistiksel yöntemler

- İç tutarlılık doğrulanması	- Cronbach Alfa katsayısı
- Tanımlayıcı bilgilerin kategorik incelenmesi, gruplar arası farklılıkların belirlenmesi	- Yüzde - Aritmetik Ortalama, standart sapma - Bağımsız örneklem t test - Fisher'in kesin testi (Ki-kare)
- Deney ve kontrol grubunun ÜBÖ-30, ÖEYÖ ve TMA'dan aldıkları ön, ara ve son test puan ortalamalarının karşılaştırılması	- Bağımsız örneklem t testi - Tekrarlayan ölçümlerde tek yönlü ya da iki yönlü varyans analizi - Grup*zaman varyansının anlamlı olduğu durumlarda Bonferroni düzeltmeli eşleştirilmiş t testi
- BFM'nin nüks durumu ile ilişkisinin incelenmesi	- Pearson Ki-Kare testi

3.10. Araştırmanın etik ve yasal yönleri

Araştırma öncesinde BARI posterlerinin kullanımı ve Türkçeye uyarlanması için e-posta yoluyla izin alındı (EK 2). Ayrıca araştırmada kullanılan ÜBO-30, ÖEYÖ ve TMA ölçek ve anketlerinin Türkçe geçerlik-güvenirlik çalışmasını yapan yazarlardan e-posta yolu ile kullanım izni alındı (EK 3, 4, 5).

Araştırmaya katılan tüm hastalara çalışma hakkında bilgi verilerek yazılı aydınlatılmış onamları alındı. Hitit Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulundan 09.04.2021 tarih ve 2021-86 sayılı etik kurul izni ve T.C. Çorum Valiliği İl Sağlık Müdürlüğü'nden 15.04.2021 tarih ve E-85322798-799-159 sayılı kurum izni alındı.

3.11. Araştırmanın sınırlılıkları

- Araştırma, uygulama sürecini kapsayan altı ayda AMATEM birimine tedavi görmek için başvuran hastalardan elde edilen verilerle; ayrıca üst biliş, öz-yeterlilik ve tedavi motivasyonunda yalnızca ölçme araçlarının ölçtüğü niteliklerle sınırlıdır.

4. BULGULAR

Araştırma kapsamında elde edilen veriler iki bölümde sunuldu.

1. Bölümde; araştırmaya katılan deney ve kontrol grubundaki hastaların özelliklerine ilişkin bulgular yer almaktadır. Araştırmaya katılan hastaların demografik bilgileri, tanı ve tedavi ile ilişkili bilgileri bu bölümde karşılaştırmalı olarak, alkol ve madde kullanım özellikleri ise dağılım ve ortalamalar şeklinde sunuldu.

2. Bölümde ise araştırmaya katılan hastaların Üst biliş Ölçeği-30, Öz-Etkililik-Yeterlik Ölçeği ve Tedavi Motivasyonu Anketinden aldıkları puan ortalamalarının karşılaştırılmasına ilişkin bulgular sunuldu.

4.1. Araştırmaya katılan hastaların özelliklerine ilişkin bulgular

Tablo 4.1: Hastaların demografik bilgilerinin karşılaştırılması

Demografik Bilgiler	**Deney Grubu**		**Kontrol Grubu**			
Yaş	**Ort.± SS**		**Ort.± SS**		**t**	**p**
	39,82±11,97		35,68±11,20		1,565	0,122
	n	**%**	**n**	**%**	**x^2**	**p**
Cinsiyet						
Erkek	36	92,3	35	92,1	-0,001	0,974
Kadın	3	7,7	3	7,9		
Eğitim Durumu						
İlkokul	7	17,9	11	28,9	2,138	0,544
Ortaokul	14	35,9	15	39,5		
Lise	13	33,4	9	23,7		
Üniversite	5	12,8	3	7,9		
Medeni Durum						
Evli	17	43,6	20	52,6	0,846	0,655
Bekâr	15	38,5	11	28,9		
Boşanmış / Ayrı yaşıyor	7	17,9	7	18,4		
Yaşadığı İl						
Çorum	21	53,8	22	55,8	0,128	0,721
Diğer	18	46,2	16	44,2		
Yaşadığı Bölge						
Kent	29	74,4	29	76,3	0,040	0,842
Kırsal	10	25,6	9	23,7		
Çalışma Durumu						
İşsiz	13	33,4	14	36,9	0,160	0,923
Çalışıyor	21	53,8	20	52,6		
Emekli	5	12,8	4	10,5		
Mesleği						
Yok	17	43,6	16	42,1	0,017	0,895
Var	22	56,4	22	57,9		
Aylık Gelir						
0 – 2000 TL	15	38,5	17	44,7	0,326	0,849
3000 – 4000 TL	11	28,2	10	26,3		
5000 TL ve üstü	13	33,3	11	28,9		
Birlikte yaşadığı kişiler						
Yalnız	9	23,1	8	21,1	0,114	0,944
Anne ve baba ile	13	33,3	12	31,6		
Eşi ve/veya çocukları ile	17	43,6	18	47,4		

Araştırmaya katılan hastaların demografik bilgilerinin dağılımı incelendiğinde deney grubunun yaş ortalamasının 39,82±11,96 olduğu (en düşük:21, en yüksek:64), %92,3'ünün erkek olduğu, %35,9'unun ortaokul mezunu olduğu, %43,6'sının evli olduğu, %53,8'inin

Çorum'da ve %74,4'ünün kentsel bölgede yaşadığı, %53,8'inin çalıştığı, %56,4'ünün bir mesleğe sahip olduğu, %38,5'inin aylık gelirinin 2000 TL'den az olduğu ve %43,6'sının eşi ve/veya çocukları ile birlikte yaşadıkları belirlendi.

Kontrol grubunun ise yaş ortalamasının 35,68±11,20 olduğu (en düşük:21, en yüksek:61), %92,1'inin erkek olduğu, %39,5'inin ortaokul mezunu olduğu, %52,6'sının evli olduğu, %55,8'inin Çorum ilinde ve %76,3'ünün kentsel bölgede yaşadığı, %52,6'sının aktif olarak çalıştığı, %57,9'unun bir mesleğe sahip olduğu, %44,7'sinin aylık gelirinin 2000 TL'den az olduğu ve %47,4'ünün eşi ve/veya çocukları ile birlikte yaşadıkları belirlendi.

Deney ve kontrol grubu arasında yaş, cinsiyet, eğitim durumu, medeni durum, yaşadığı yer ve bölge, çalışma durumu, meslek, aylık gelir ve birlikte yaşadığı kişi değişkenleri açısından yapılan karşılaştırmalarda gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı belirlendi (p>0,05). Bulgulara ilişkin veriler Tablo 4.1'de yer almaktadır.

Tablo 4.2: Hastaların tanı ve tedaviye ilişkin bilgilerinin karşılaştırılması

Özellikler	**Deney Grubu (n=39)**		**Kontrol Grubu (n=38)**			
	n	**%**	**n**	**%**	**x^2**	**p**
Tanı *						
F10.2	27	69,2	26	68,4	0,895	0,827
F11.2	4	10,3	5	13,2		
F12.2	4	10,3	2	5,3		
F19.2	4	10,3	5	13,2		
Tedavi Geçmişi						
İlk tedavi	22	56,4	21	55,3	0,496	0,780
İkinci tedavi	8	20,5	6	15,8		
Üç ve daha fazla	9	23,1	11	28,9		
Ek Hastalık						
Yok	34	87,2	33	86,8	0,002	0,965
Var	5	12,8	5	13,2		
İntihar Girişimi						
Yok	32	82,1	29	76,3	0,385	0,535
Var	7	17,9	9	23,7		
Devam eden adli sorunu						
Yok	31	79,5	28	73,7	0,362	0,547
Var	8	20,5	10	26,3		
Ailede kullanım						
Yok	22	56,4	19	50,0	0,318	0,573
Var	17	43,6	19	50,0		
İdame tedavisi						
Yok	6	15,4	3	7,9	4,702	0,195
Akamprosat	12	30,8	15	39,5		
Naltrekson	20	51,2	15	39,5		
Buprenorfin & Nalokson	1	2,6	5	13,1		

* International Classification of Diseases (ICD-10) tanı sınıflandırma sistemine göre: F10.2: Alkol kullanımına bağlı bağımlılık sendromu, F11.2: Opioid kullanımına bağlı bağımlılık sendromu, F12.2: Kannabinoid kullanımına bağlı bağımlılık sendromu, F19.2: Birden fazla ilaç ve diğer psikoaktif madde kullanımına bağlı bağımlılık sendromu

Hastaların tanı ve tedavi bilgilerinin dağılımı incelendiğinde deney grubunun %69,2'sinin F10.2: Alkol kullanımına bağlı bağımlılık sendromu nedeniyle tedavi gördüğü, %56,4'ünün ilk defa tedavi gördüğü, %87,2'sinin herhangi bir ek hastalığının bulunmadığı, %82,1'inin daha önce intihar girişiminde bulunmadığı, %79,5'inin devam eden bir adli sorununun bulunmadığı, %56,4'ünün ailesinde alkol veya madde kullanımının olmadığı, %51,2'sinin yatarak gördüğü tedavi sürecinde Naltrekson ile idame tedavisine başladığı ve taburculuk sonrasında da bu farmakolojik tedavi ile devam ettiği belirlendi.

Kontrol grubunun ise %68,4'ünün F10.2: Alkol kullanımına bağlı bağımlılık sendromu nedeniyle tedavi gördüğü, %55,3'ünün ilk defa tedavi gördüğü, %86,8'inin herhangi bir ek hastalığının bulunmadığı, %76,3'ünün daha önce intihar girişiminde bulunmadığı, %73,7'sinin devam eden bir adli sorununun bulunmadığı, %50,0'sinin ailesinde alkol veya madde kullanımının olmadığı, %39,5'inin yatarak gördüğü tedavi sürecinde Akamprosat ile, %39,5'inin de Naltrekson ile idame tedavisine başladığı ve taburculuk sonrasında da bu farmakolojik tedavi ile devam ettiği belirlendi.

Deney ve kontrol grubu arasında tanı, tedavi geçmişi, ek hastalık, intihar girişimi, devam eden adli sorun, ailede alkol veya madde kullanımı ve idame tedavisi değişkenleri açısından yapılan karşılaştırmalarda gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı belirlendi ($p>0,05$). Bulgulara ilişkin veriler Tablo 4.2'de yer almaktadır.

Tablo 4.3: Hastaların sigara, alkol ve madde kullanım özelliklerinin dağılımı

Türü	Madde*		Kullanan sayısı (n)	Kullanım oranı (%)	İlk kullanım yaşı (yıl) Ort.± SS	Kullanım Süresi (yıl) Ort.± SS	Günlük Miktar** Ort.± SS	En uzun ayıklık (gün) Ort.± SS	Son kullanım (… gün önce) Ort.± SS
Sigara		Deney (n=39)	34	87,2	17,35±3,20	21,85±10,69	1,12±0,37	159,18±270,00	0
		Kontrol(n=38)	32	84,2	16,56±2,91	16,16±9,49	1,063±0,30	171,78±229,73	0
Alkol		Deney (n=39)	38	94,7	22,29±5,12	17,66±11,54	3,52±2,84	319,74±341,08	19,95±34,28
		Kontrol(n=38)	36	94,7	19,33±3,50	11,17±7,89	3,22±3,13	506,72±1321,82	31,22±69,56
Kannabinoid	Esrar	Deney (n=39)	7	17,9	19,29±4,50	9,00±5,94	0,39±0,53	784,29±1266,23	168,29±149,38
		Kontrol(n=38)	3	7,9	17,00±1,73	9,67±0,58	0,22±0,12	160,00±175,78	80,00±45,83
	Sentetik esrar	Deney (n=39)	2	5,1	19,50±2,12	5,00±4,24	0,35±0,20	195,00±233,34	7,00±0,000
		Kontrol(n=38)	6	15,8	18,67±2,33	7,17±2,56	0,70±0,69	275,00±267,26	128,50±138,91
Opioid	Eroin	Deney (n=39)	7	17,9	18,43±1,62	8,00±4,43	0,43±0,51	257,14±131,75	188,57±162,22
		Kontrol(n=38)	8	21,1	20,63±2,92	6,00±2,14	1,21±0,77	147,50±71,46	16,13±19,69
Stimulan	Metamfetamin	Deney (n=39)	5	12,8	26,20±6,57	4,20±3,49	0,19±0,04	176,00±305,58	7,00±4,18
		Kontrol(n=38)	5	13,2	26,00±3,74	1,60±0,54	0,30±0,12	66,00±71,62	6,40±3,36
	Ekstazi	Deney (n=39)	2	5,1	29,50±6,36	2,50±2,12	0,21±0,00	60,00±42,43	6,50±0,71
		Kontrol(n=38)	3	7,9	22,67±2,52	3,00±1,00	0,10±0,09	300,00±103,92	150,00±108,17
Diğer	Buprenorfin IV,	Deney (n=39)	4	10,3	23,25±1,71	2,00±1,15	4,29±2,53	26,00±42,72	6,75±3,77
		Kontrol(n=38)	3	7,7	24,33±2,51	1,67±0,57	6,66±2,30	4,00±2,64	5,67±3,78
	Pregabalin	Deney (n=39)	3	7,9	25,67±7,23	4,33±3,21	142,86±137,77	64,67±99,88	73,33±92,92
		Kontrol(n=38)	2	5,3	30,50±6,36	3,50±0,71	182,14±196,98	50,00±56,57	17,00±18,38

* Hastaların sigara ve alkol kullanımlarının yanı sıra son bir yılda en yoğun kullandıklarını belirttikleri ilk beş madde esas alınmıştır.

** Günlük miktar, Sigara;paket, alkol;birim içki, esrar ve sentetik esrar;adet, eroin;gr, metamfetamin;gr, ekstazi;adet, buprenorfin ve pregabalin;mg. olarak belirtilmiştir.

Hastaların sigara, alkol ve madde kullanım dağılımları incelendiğinde deney grubunda sigara kullanım oranı %87,2, alkol kullanım oranı %94,7, esrar kullanım oranı %17,9, sentetik esrar kullanım oranı %5,1, eroin kullanım oranı %17,9, metamfetamin kullanım oranı %12,8, ekstazi kullanım oranı %5,1, buprenorfin IV(intravenöz) kullanım oranı %10,3, pregabalin kullanım oranı ise %7,9 olarak saptandı. Kontrol grubunda ise sigara kullanım oranı %84,2, alkol kullanım oranı %94,7, esrar kullanım oranı %7,9, sentetik esrar kullanım oranı %15,8, eroin kullanım oranı %21,1, metamfetamin kullanım oranı %13,2, ekstazi kullanım oranı %7,9, buprenorfin IV kullanım oranı %7,7, pregabalin kullanım oranı ise %5,3 olarak belirlendi.

Deney grubunda ilk kullanım yaşı en düşük olan ilk üç maddenin sırasıyla sigara, eroin ve esrar olduğu belirlendi (17,35±3,20; 18,43±1,62; 19,29±4,50). Kontrol grubunda ise ilk kullanım yaşı en düşük olan ilk üç maddenin sırasıyla sigara, esrar ve eroin olduğu belirlendi (16,56±2,91; 17,00±1,73; 18,43±1,16).

Hem deney, hem de kontrol grubunda yıl olarak en uzun süre kullanılan ilk üç maddenin sırasıyla sigara, alkol ve esrar olduğu belirlendi (deney grubu: 21,85±10,69; 17,66±11,54; 9,00±5,94, kontrol grubu: 16,16±9,49; 11,17±7,89; 9,67±0,58).

Günlük sigara, alkol ve madde kullanım miktarları incelendiğinde:

- Sigara kullanım ortalamasının paket bazında deney grubunda 1,12±0,37, kontrol grubunda ise 1,06±0,30 olduğu;
- Alkol kullanım ortalamasının birim içki bazında deney grubunda 3,52±2,84, kontrol grubunda 3,22±3,13 olduğu;
- Esrar kullanım ortalamasının adet bazında deney grubunda 0,39±0,53, kontrol grubunda 0,22±0,12 olduğu,
- Sentetik esrar kullanım ortalamasının adet bazında deney grubunda 0,35±0,20, kontrol grubunda 0,70±0,69 olduğu,
- Eroin kullanım ortalamasının gram bazında deney grubunda 0,43±0,51, kontrol grubunda 1,21±0,77 olduğu,
- Metamfetamin kullanım ortalamasının gram bazında deney grubunda 0,18±0,03, kontrol grubunda 0,30±0,12 olduğu,
- Ekstazi kullanım ortalamasının adet bazında deney grubunda 0,21±0,00, kontrol grubunda 0,10±0,09 olduğu,

- Buprenorfin IV kullanım ortalamasının miligram bazında deney grubunda 4,29±2,53, kontrol grubunda 6,66±2,30 olduğu,
- Pregabalin kullanım ortalamasının miligram bazında deney grubunda 142,86±137,77, kontrol grubunda 182,14±196,98 olduğu belirlendi.

Geçmiş bırakma deneyimleri incelendiğinde ise en uzun süre ayık kalınan maddenin deney grubunda esrar, kontrol grubunda ise alkol olduğu belirlendi (784,29±1266,23; 506,72±1321,82).

Sigara hariç son bir ay içerisinde en yoğun kullanılan maddelerin deney grubunda ekstazi, IV buprenorfin, metamfetamin, sentetik esrar ve alkol olduğu belirlendi (6,50±0,71; 6,75±3,77; 7,00±4,18; 7,00±0,00; 19,95±34,28), Kontrol grubunda ise son bir ay içerisinde en yoğun kullanılan maddelerin IV buprenorfin, metamfetamin, eroin ve pregabalin olduğu belirlendi (5,67±3,78; 6,40±3,36; 16,13±19,69; 17,00±18,38). Bulgulara ilişkin veriler Tablo 4.3'de yer almaktadır.

4.2. Araştırmaya katılan hastaların Üst biliş Ölçeği-30, Öz-Etkililik-Yeterlik Ölçeği ve Tedavi Motivasyonu Anketinden aldıkları puan ortalamalarının karşılaştırılmasına ilişkin bulgular

Araştırmaya katılan hastaların ÜBÖ-30, ÖEYÖ ve TMA'dan aldıkları puanları incelemek amacıyla gerçekleştirilen istatistiksel analizlerde;

- Ölçek puanları arasındaki ön, ara veya son test değişimine bakılmaksızın deney ve kontrol gruplarının ÜBÖ-30, ÖEYÖ ve TMA'dan elde ettikleri puan ortalamaların anlamlı farklılık gösterip göstermediği (grup),
- Hastaların deney veya kontrol grubundan hangisinde olduğuna bakılmaksızın ÜBÖ-30, ÖEYÖ ve TMA ön, ara ve son testlerinden elde ettikleri puan ortalamalarının anlamlı farklılık gösterip göstermediği (zaman),
- ÜBÖ-30, ÖEYÖ ve TMA ön, ara ve son testlerinden elde ettikleri puan ortalamalarının deney ve kontrol grupları arasında anlamlı farklılık gösterip göstermediği (grup*zaman) ve görülen farklılıkların hangi ölçümler arasında gerçekleştiği incelendi.

4.2.1. Araştırmaya katılan hastaların ÜBÖ-30, ÖEYÖ ve TMA'dan aldıkları ön test puanlarının karşılaştırılmasına ilişkin bulgular

Tablo 4.4: Ön test puan ortalamalarının karşılaştırılması

	Deney Ort.± SS	**Kontrol Ort.± SS**	**t**	**p**
ÜBO-30 Toplam	79,05±13,42	79,26±10,56	-0,077	0,939
Olumlu inançlar	14,21±4,17	15,37±3,88	-1,266	0,210
Kontrol edilememezlik ve tehlike	18,36±4,89	19,08±4,14	-0,697	0,488
Bilişsel güven	16,00±3,73	14,95±4,22	1,161	0,249
Düşünceleri kontrol ihtiyacı	16,59±3,51	15,82±3,14	1,020	0,311
Bilişsel farkındalık	13,90±3,38	14,05±2,83	-0,218	0,828
ÖEYÖ	81,26±14,07	82,34±11,81	-0,366	0,715
TMA Toplam	103,72±8,19	101,37±12,63	0,971	0,335
İçsel motivasyon	49,31±4,90	46,79±6,23	1,973	0,052
Dışsal motivasyon	11,05±3,66	12,55±4,14	-1,686	0,096
Kişilerarası yardım arama	23,31±3,69	22,21±4,98	1,101	0,275
Tedaviye güvensizlik	20,05±4,02	19,82±3,62	0,270	0,788

* p<0,05 düzeyinde anlamlı

Deney ve kontrol grubundaki hastaların ÜBÖ-30, ÖEYÖ ve TMA'dan aldıkları ön test puanları arasında yapılan karşılaştırmalarda istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığı belirlendi (p>0,05). Karşılaştırmalara ilişkin bulgular Tablo 4.4'de yer almaktadır.

4.2.2. Araştırmaya katılan hastaların ÜBÖ-30 puan ortalamalarının karşılaştırılmasına ilişkin bulgular

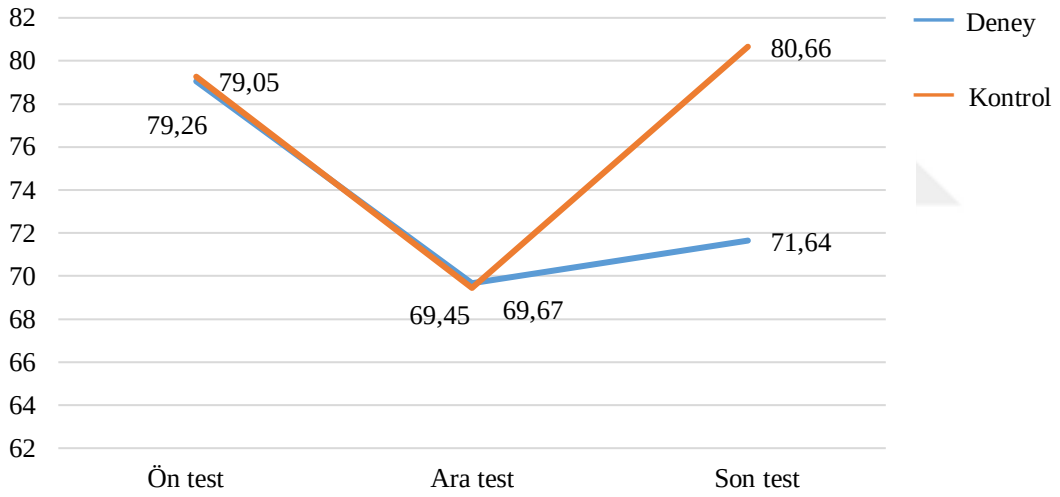
Tablo 4.5: ÜBO-30 ve alt ölçek puan ortalamalarının karşılaştırılması

Betimsel veriler				**Varyansın kaynağı**				**Grup içi zamansal karşılaştırmalar**			
		Deney Ort.± SS	**Kontrol Ort.± SS**		**F**	**p**	**η^2**		**Anlamlı Farklar**	**Ortalama farkı (I-J)**	**p****
	1-Ön test	79,05±13,42	79,26±10,56	Grup	1,289	0,260	0,017	Deney	1-2	9,385	< 0,000
ÜBO-30 Toplam	2-Ara test	69,67±16,63	69,45±14,58	Zaman	14,660	< 0,000*	0,164				
	3-Son test	71,64±17,20	80,66±15,33	Grup*zaman	4,130	0,023*	0,052	Kontrol	1-2	9,816	< 0,000
									2-3	-11,211	< 0,000
	1-Ön test	14,21±4,17	15,37±3,88	Grup	3,187	0,078	0,041	Deney	-		
Olumlu inançlar	2-Ara test	13,44±3,57	13,74±3,67	Zaman	4,341	0,016*	0,055				
	3-Son test	13,74±3,60	15,84±3,69	Grup*zaman	1,817	0,168	0,024	Kontrol	-		
	1-Ön test	18,36±4,89	19,08±4,14	Grup	1,875	0,175	0,024	Deney	-		
Kontrol edilememezlik ve tehlike	2-Ara test	16,05±4,70	16,71±4,47	Zaman	8,496	0,002*	0,102				
	3-Son test	17,13±5,12	19,13±4,74	Grup*zaman	0,828	0,402	0,011	Kontrol	-		
	1-Ön test	16,00±3,73	14,95±4,22	Grup	0,001	0,978	0,000	Deney	1-2	2,179	0,001
Bilişsel güven	2-Ara test	13,82±3,87	13,29±3,92	Zaman	7,725	0,001*	0,093				
	3-Son test	14,33±4,24	15,97±4,11	Grup*zaman	3,729	0,031*	0,047	Kontrol	2-3	-2,684	0,003
	1-Ön test	16,59±3,51	15,82±3,14	Grup	0,118	0,732	0,002	Deney	1-2	2,026	0,001
Düşünceleri kontrol ihtiyacı	2-Ara test	14,56±3,99	13,50±3,22	Zaman	12,635	< 0,000*	0,144		1-3	2,051	0,010
	3-Son test	14,54±4,04	15,71±3,46	Grup*zaman	3,965	0,023*	0,050	Kontrol	1-2	2,316	< 0,000
									2-3	-2,211	0,002
	1-Ön test	13,90±3,38	14,05±2,83	Grup	2,955	0,090	0,038	Deney	1-2	2,103	< 0,000
Bilişsel farkındalık	2-Ara test	11,79±3,25	12,21±3,03	Zaman	11,213	< 0,000*	0,130		1-3	2,000	0,011
	3-Son test	11,90±3,13	14,00±2,95	Grup*zaman	3,220	0,049*	0,041	Kontrol	1-2	1,842	< 0,000
									2-3	-1,789	0,015

* p<0,05, ** p<0,0166 düzeyinde anlamlı

ÜBO-30 Toplam: Hastaların ÜBO-30 toplam puan ortalamalarının zamandan bağımsız grup karşılaştırmalarında deney ve kontrol grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığı belirlendi (p>0,05). Gruptan bağımsız zamana göre yapılan karşılaştırmalarda ise istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu (F=14,660, p<0,000) ve bu farkın etkisinin yüksek olduğu (η^2=0,164) belirlendi. Hastaların ÜBÖ-30 ön, ara ve son test toplam puan ortalamalarının grup*zaman etkileşiminde de istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu (F=4,130, p=0,023) ve bu farkın orta düzeyde bir etkiye sahip olduğu (η^2=0,052) belirlendi.

Bu farklılıkların hangi ölçümler arasında gerçekleştiğini belirlemek için Bonferroni düzeltmeli eşleştirilmiş t testi uygulandı. Farkın, deney grubunun ön test-ara test (1-2) ölçümleri (I-J=9,385, p<0,000) arasında, kontrol grubunun ön test-ara test (1-2) ölçümleri (I-J=9,816, p<0,000), ara test-son test (2-3) ölçümleri (I-J=-11,211, p<0,000) arasında olduğu belirlendi (Tablo 4.5).



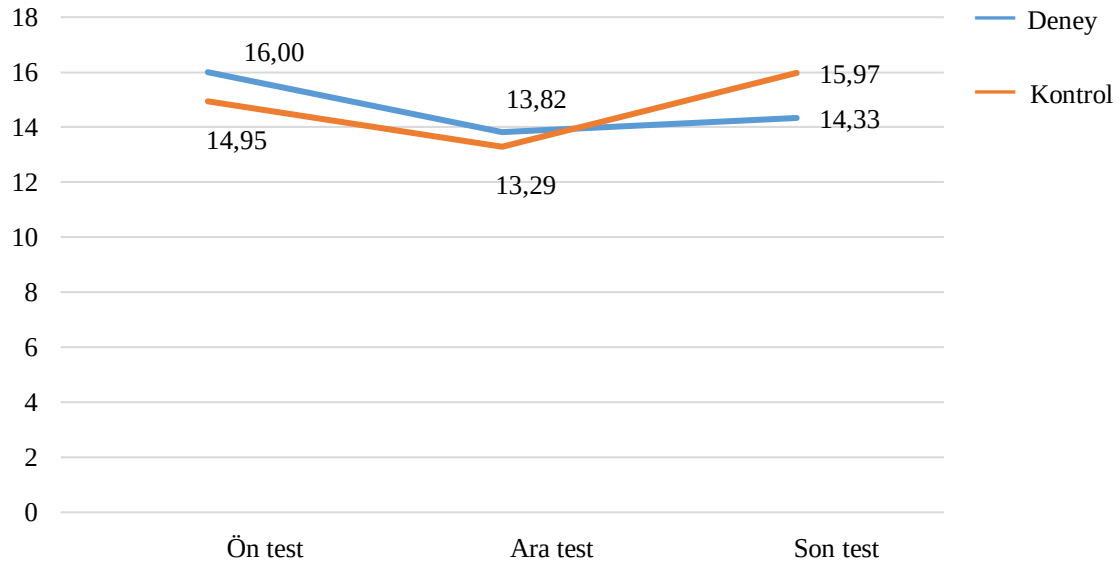
Şekil 4.1: ÜBÖ-30 toplam puan ortalamalarının zamana göre gruplar arası dağılımı

Olumlu inançlar (Oİ): Hastaların Oİ alt ölçek puan ortalamalarının zamandan bağımsız grup karşılaştırmalarında deney ve kontrol grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığı belirlendi (p>0,05). Gruptan bağımsız zamana göre yapılan karşılaştırmalarda istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu (F=4,341, p=0,016) ve bu farkın etkisinin orta düzeyde olduğu (η^2=0,055) belirlendi. Hastaların Oİ alt ölçeği ön, ara ve son test puan ortalamalarının grup*zaman etkileşiminde ise istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı (p>0,05) (Tablo 4.5).

Kontrol edilemezlik ve tehlike (KET): Hastaların KET alt ölçek puan ortalamalarının zamandan bağımsız grup karşılaştırmalarında deney ve kontrol grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığı belirlendi (p>0,05). Gruptan bağımsız zamana göre yapılan karşılaştırmalarda ise istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu (F=8,496, p=0,002) ve bu farkın etkisinin yüksek olduğu (η^2=0,102) belirlendi. Hastaların KET alt ölçeği ön, ara ve son test puan ortalamalarının grup*zaman etkileşiminde ise istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı (p>0,05) (Tablo 4.5).

Bilişsel güven (BG): Hastaların BG alt ölçek puan ortalamalarının zamandan bağımsız grup karşılaştırmalarında deney ve kontrol grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığı (p>0,05) belirlendi. Gruptan bağımsız zamana göre yapılan karşılaştırmalarda ise istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu (F=7,725, p=0,001) ve bu farkın etkisinin orta düzeyde olduğu (η^2=0,093) belirlendi. Hastaların BG alt ölçeği ön, ara ve son test toplam puan ortalamalarının grup*zaman etkileşiminde de istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu (F=3,729, p=0,031) ve bu farkın orta düzeyde bir etkiye sahip olduğu (η^2=0,047) belirlendi.

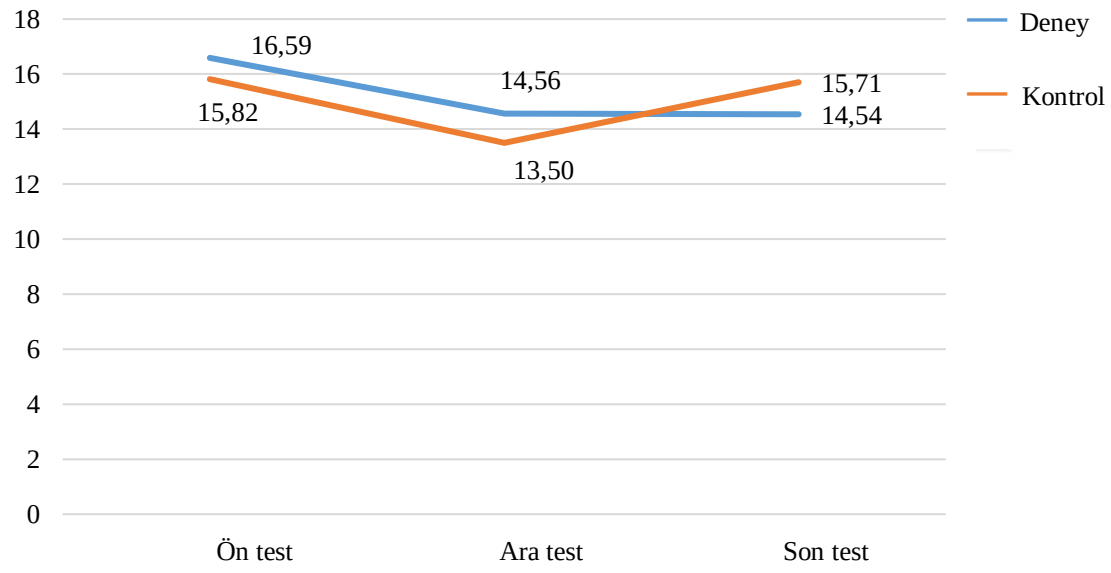
Bu farklılıkların hangi ölçümler arasında gerçekleştiğini belirlemek için Bonferroni düzeltmeli eşleştirilmiş t testi uygulandı. Farkın, deney grubunun ön test-ara test (1-2) ölçümleri (I-J=2,179, p=0,001) ve kontrol grubunun ara test-son test (2-3) ölçümleri (I-J=-2,684, p=0,003) arasında olduğu belirlendi (Tablo 4.5).



Şekil 4.2: BG alt ölçek puan ortalamalarının zamana göre gruplar arası dağılımı

Düşünceleri kontrol ihtiyacı (DKİ): Hastaların DKİ alt ölçek puan ortalamalarının zamandan bağımsız grup karşılaştırmalarında deney ve kontrol grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığı belirlendi (p>0,05). Gruptan bağımsız zamana göre yapılan karşılaştırmalarda ise istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu (F=12,635, p<0,000) ve bu farkın etkisinin orta düzeyde olduğu (η^2=0,144) belirlendi. Hastaların DKİ ön, ara ve son test toplam puan ortalamalarının grup*zaman etkileşiminde de istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu (F=3,965, p=0,023) ve bu farkın orta düzeyde bir etkiye sahip olduğu (η^2=0,050) belirlendi.

Bu farklılıkların hangi ölçümler arasında gerçekleştiğini belirlemek için Bonferroni düzeltmeli eşleştirilmiş t testi uygulandı. Farkın, deney grubunun ön test-ara test (1-2) ölçümleri (I-J=2,026, p=0,001), ön test-son test (1-3) ölçümleri (I-J=2,051, p=0,010) ve kontrol grubunun ön test-ara test (1-2) ölçümleri (I-J=2,316, p<0,000), ara test-son test (2-3) ölçümleri (I-J=-2,211, p=0,002) arasında olduğu belirlendi (Tablo 4.5).

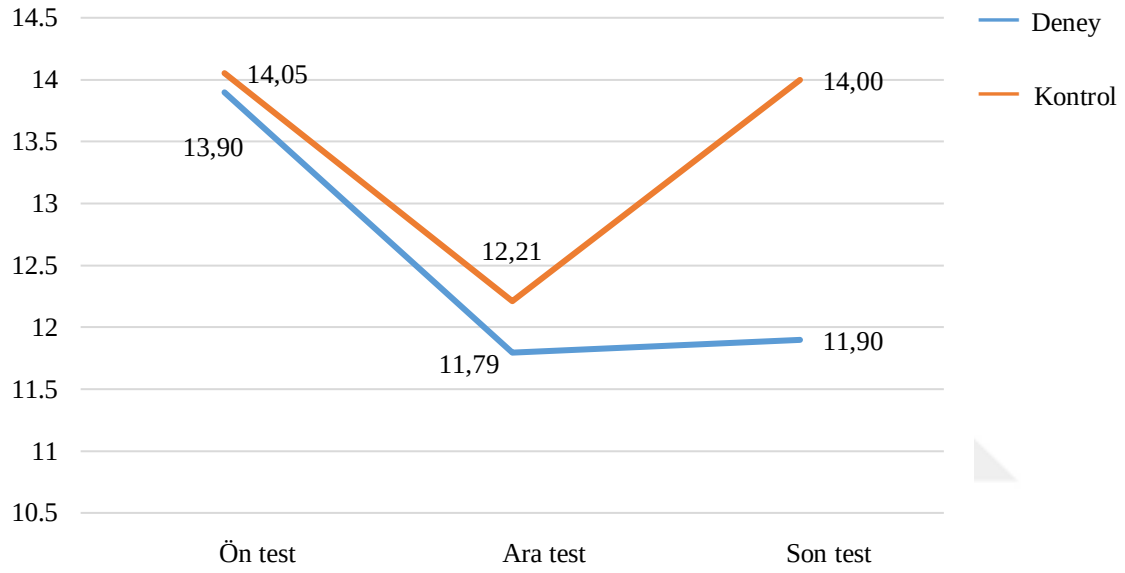


Şekil 4.3: DKİ alt ölçek puan ortalamalarının zamana göre gruplar arası dağılımı

Bilişsel farkındalık (BF): Hastaların BF alt ölçek puan ortalamalarında zamandan bağımsız grup karşılaştırmalarında deney ve kontrol grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığı belirlendi (p>0,05). Gruptan bağımsız zamana göre yapılan karşılaştırmalarda ise istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu (F=11,213, p<0,000) ve bu farkın etkisinin yüksek olduğu (η^2=0,130) belirlendi. Hastaların BF alt ölçeği ön, ara ve son test toplam puan ortalamalarının grup*zaman etkileşiminde de istatistiksel olarak anlamlı bir

fark olduğu (F=3,220, p=0,049) ve bu farkın orta düzeyde bir etkiye sahip olduğu (η^2=0,041) belirlendi.

Bu farklılıkların hangi ölçümler arasında gerçekleştiğini belirlemek için Bonferroni düzeltmeli eşleştirilmiş t testi uygulandı. Farkın, deney grubunun ön test-ara test (1-2) ölçümleri (I-J=2,103, p<0,000), ön test-son test (1-3) ölçümleri (I-J=2,000, p=0,011) ve kontrol grubunun ön test-ara test (1-2) ölçümleri (I-J=1,842, p<0,000), ara test-son test (2-3) ölçümleri (I-J=-1,789, p=0,015) arasında olduğu belirlendi (Tablo 4.5).



Şekil 4.4: BF alt ölçek puan ortalamalarının zamana göre gruplar arası dağılımı

4.2.3. Araştırmaya katılan hastaların ÖEYÖ puan ortalamalarına ilişkin bulgular

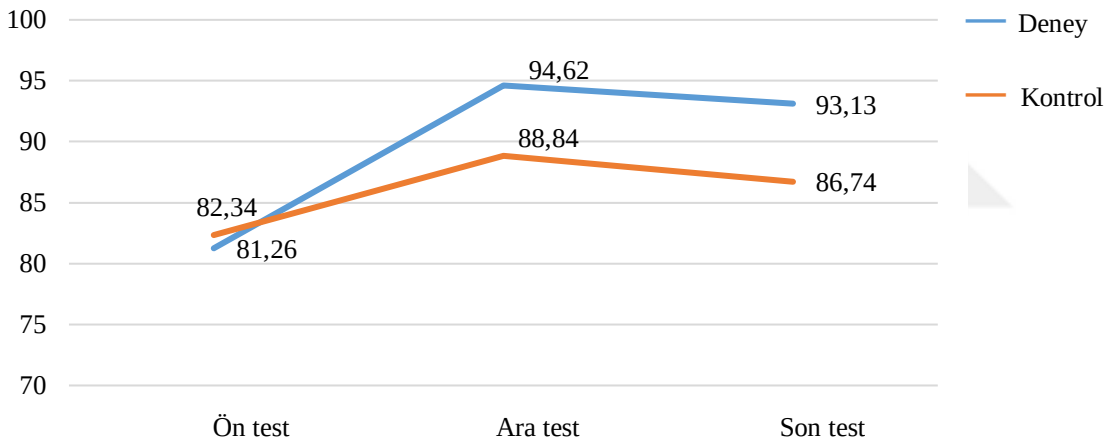
Tablo 4.6: ÖEYÖ ölçek puan ortalamalarının karşılaştırılması

Betimsel veriler				**Varyansın kaynağı**				**Grup içi zamansal karşılaştırmalar**			
		Deney Ort.± SS	**Kontrol Ort.± SS**		**F**	**p**	**η^2**		**Anlamlı Farklar**	**Ortalama farkı (I-J)**	**p****
ÖEYÖ	1-Ön test	81,26±14,07	82,34±11,81	Grup	2,747	0,102	0,035	Deney	1-2	-13,359	< 0,000
	2-Ara test	94,62±12,64	88,84±9,94	Zaman	26,353	< 0,000*	0,260		1-3	-11,872	< 0,000
	3-Son test	93,13±13,22	86,74±11,28	Grup*zaman	4,053	0,026*	0,051	Kontrol	1-2	-6,500	0,001

* p<0,05, **p<0,0166 düzeyinde anlamlı

Hastaların ÖEYÖ toplam puan ortalamalarında zamandan bağımsız grup karşılaştırmalarında deney ve kontrol grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığı belirlendi ($p>0,05$). Gruptan bağımsız zamana göre yapılan karşılaştırmalarda ise istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu ($F=26,353$, $p<0,000$) ve bu farkın etkisinin yüksek olduğu ($\eta^2=0,260$) belirlendi (Tablo 4.5). Hastaların ÖEYÖ ön, ara ve son test toplam puan ortalamalarının grup*zaman etkileşiminde de istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu ($F=4,053$, $p=0,026$) ve bu farkın orta düzeyde bir etkiye sahip olduğu ($\eta^2=0,051$) belirlendi.

Bu farklılıkların hangi ölçümler arasında gerçekleştiğini belirlemek için Bonferroni düzeltmeli eşleştirilmiş t testi uygulandı. Farkın, deney grubunun ön test-ara test (1-2) ölçümleri ($I-J=-13,359$, $p<0,000$), ön test-son test (1-3) ölçümleri arasında ($I-J=-11,872$, $p<0,000$) ve kontrol grubunun ön test-ara test (1-2) ölçümleri ($I-J=-6,500$, $p=0,001$) arasında olduğu belirlendi (Tablo 4.6).



Şekil 4.5: ÖEYÖ puan ortalamalarının zamana göre gruplar arası dağılımı

4.2.4. Araştırmaya katılan hastaların TMA puan ortalamalarına ilişkin bulgular

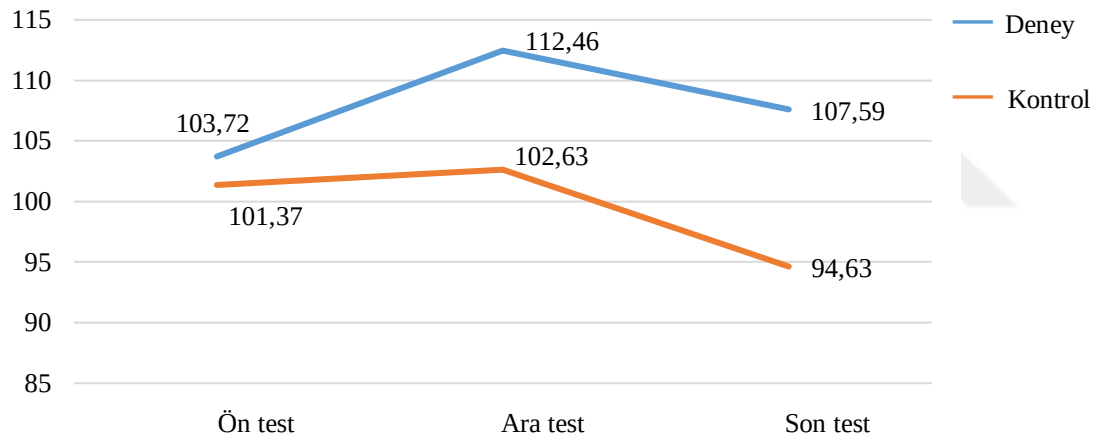
Tablo 4.7: TMA ve alt anket puan ortalamalarının karşılaştırılması

Betimsel veriler				**Varyansın kaynağı**				**Grup içi zamansal karşılaştırmalar**			
		Deney Ort.± SS	**Kontrol Ort.± SS**		**F**	**p**	**η^2**		**Anlamlı Farklar**	**Ortalama farkı (I-J)**	**p****
TMA Toplam	1-Ön test	103,72±8,19	101,37±12,63	Grup	23,141	< 0,000*	0,236	Deney	1-2	-8,744	< 0,000
	2-Ara test	112,46±7,30	102,63±9,73	Zaman	10,857	< 0,000*	0,126				
	3-Son test	107,59±12,24	94,63±12,31	Grup*zaman	7,064	0,002*	0,086	Kontrol	2-3	8,000	0,001
İçsel motivasyon	1-Ön test	49,31±4,90	46,79±6,23	Grup	11,670	< 0,000*	0,135	Deney	-		
	2-Ara test	48,97±4,14	45,58±5,38	Zaman	7,978	0,002*	0,096				
	3-Son test	47,03±6,70	42,76±8,06	Grup*zaman	0,561	0,520	0,007	Kontrol	-		
Dışsal motivasyon	1-Ön test	11,05±3,66	12,55±4,14	Grup	6,829	0,011*	0,083	Deney	1-2	-4,718	< 0,000
	2-Ara test	15,77±2,21	13,55±2,90	Zaman	16,280	< 0,000*	0,178		1-3	-3,974	< 0,000
	3-Son test	15,03±3,08	11,92±3,63	Grup*zaman	11,780	< 0,000*	0,136	Kontrol	-		
Kişilerarası yardım arama	1-Ön test	23,31±3,69	22,21±4,98	Grup	17,413	< 0,000*	0,188	Deney	-		
	2-Ara test	25,62±2,40	23,55±3,44	Zaman	6,712	0,002*	0,082				
	3-Son test	24,49±3,41	21,21±3,42	Grup*zaman	1,891	0,157	0,025	Kontrol	-		
Tedaviye güvensizlik	1-Ön test	20,05±4,02	19,82±3,62	Grup	6,881	0,011*	0,084	Deney	-		
	2-Ara test	22,10±2,75	19,95±3,95	Zaman	3,397	0,044*	0,043				
	3-Son test	21,05±3,50	18,74±3,75	Grup*zaman	2,760	0,075	0,035	Kontrol	-		

* p<0,05, **p<0,0166 düzeyinde anlamlı

TMA toplam: Hastaların TMA toplam puan ortalamalarının zamandan bağımsız grup karşılaştırmalarında deney ve kontrol grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu (F=23,141, p<0,000) ve bu farkın etkisinin yüksek olduğu (η^2=0,236) belirlendi. Ayrıca Gruptan bağımsız zamana göre yapılan karşılaştırmalarda da istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu (F=10,857, p<0,000) ve bu farkın etkisinin yüksek olduğu (η^2=0,126) belirlendi (Tablo 4.6). Hastaların TMA toplam ön, ara ve son test toplam puan ortalamalarının grup*zaman etkileşiminde de istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu (F=7,064, p=0,002) ve bu farkın yüksek düzeyde bir etkiye sahip olduğu (η^2=0,086) belirlendi.

Bu farklılıkların hangi ölçümler arasında gerçekleştiğini belirlemek için Bonferroni düzeltmeli eşleştirilmiş t testi uygulandı. Farkın, deney grubunun ön test-ara test (1-2) ölçümleri (I-J=--8,744, p<0,000) ve kontrol grubunun ara test-son test (2-3) ölçümleri (I-J=-8,000, p=0,001) arasında olduğu belirlendi (Tablo 4.7).

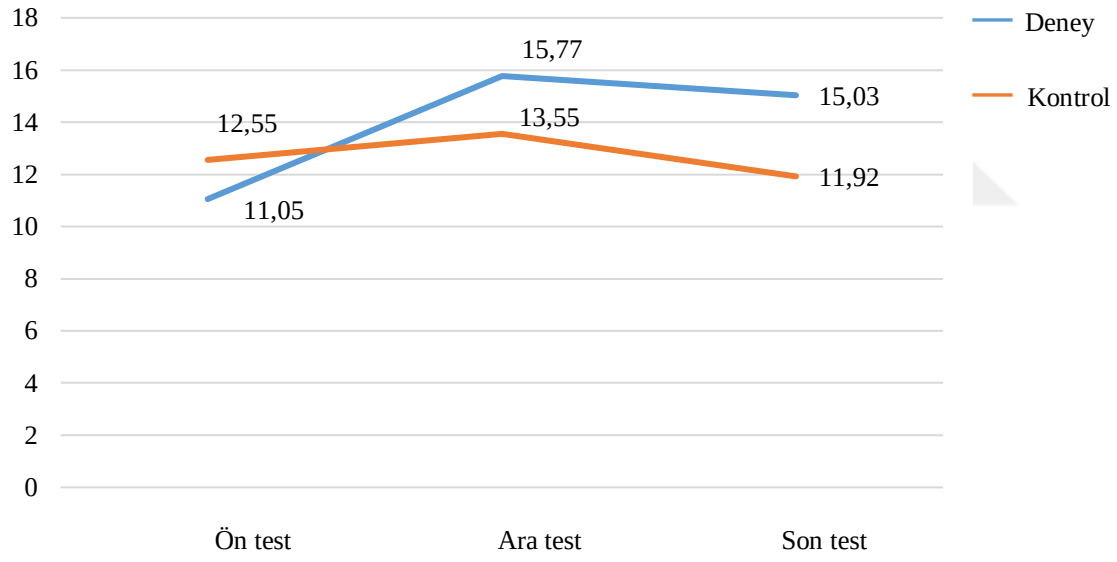


Şekil 4.6: TMA toplam puan ortalamalarının zamana göre gruplar arası dağılımı

İçsel motivasyon (İM): Hastaların İM alt anket puan ortalamalarının zamandan bağımsız grup karşılaştırmalarında deney ve kontrol grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu (F=11,670, p<0,000) ve bu farkın etkisinin yüksek olduğu (η^2=0,135) belirlendi. Gruptan bağımsız zamana göre yapılan karşılaştırmalarda da istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu (F=7,978, p=0,001) ve bu farkın etkisinin yüksek olduğu (η^2=0,096) belirlendi. Hastaların İM alt anketi ön, ara ve son test toplam puan ortalamalarının grup*zaman etkileşiminde ise istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı (p>0,05) (Tablo 4.7).

Dışsal motivasyon (DM): Hastaların DM alt anket puan ortalamalarının zamandan bağımsız grup karşılaştırmalarında deney ve kontrol grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu (F=6,829, p=0,011) ve bu farkın etkisinin orta düzeyde olduğu (η^2=0,083) belirlendi. Gruptan bağımsız zamana göre yapılan karşılaştırmalarda da istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu (F=16,280, p<0,000) ve bu farkın etkisinin yüksek olduğu (η^2=0,178) belirlendi. Hastaların DM alt anketi ön, ara ve son test toplam puan ortalamalarının grup*zaman etkileşiminde de istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu (F=11,780, p<0,000) ve bu farkın yüksek düzeyde bir etkiye sahip olduğu (η^2=0,136) belirlendi.

Bu farklılıkların hangi ölçümler arasında gerçekleştiğini belirlemek için Bonferroni düzeltmeli eşleştirilmiş t testi uygulandı. Farkın, deney grubunun ön test-ara test (1-2) ölçümleri (I-J=-4,718, p<0,000) ve ön test-son test (1-3) ölçümleri (I-J=-3,974, p<0,000) arasında olduğu belirlendi (Tablo 4.7).



Şekil 4.7: DM alt anket puan ortalamalarının zamana göre gruplar arası dağılımı

Kişilerarası yardım arama (KYA): Hastaların KYA alt anket puan ortalamalarının zamandan bağımsız grup karşılaştırmalarında deney ve kontrol grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu (F=17,413, p<0,000) ve bu farkın etkisinin yüksek olduğu (η^2=0,188) belirlendi. Gruptan bağımsız zamana göre yapılan karşılaştırmalarda da istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu (F=6,712, p=0,002) ve bu farkın etkisinin orta düzeyde olduğu (η^2=0,082) belirlendi. Hastaların KYA alt anketi ön, ara ve son test toplam puan ortalamalarının grup*zaman etkileşiminde ise istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı (p>0,05) (Tablo 4.7).

Tedaviye güvensizlik(TG): Hastaların TG alt anket puan ortalamalarının zamandan bağımsız grup karşılaştırmalarında deney ve kontrol grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu (F=6,881, p=0,011) ve bu farkın etkisinin orta düzeyde olduğu (η^2=0,084) belirlendi. Gruptan bağımsız zamana göre yapılan karşılaştırmalarda da istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu (F=3,397, p=0,044) ve bu farkın etkisinin orta düzeyde olduğu (η^2=0,043) belirlendi. Hastaların TG alt anketi ön, ara ve son test toplam puan ortalamalarının grup*zaman etkileşiminde ise istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı (p>0,05) (Tablo 4.7).

4.3. Araştırmaya katılan hastaların nüks durumlarının karşılaştırılması

Deney grubundaki hastaların danışmanlık sürecinde ve kontrol grubundaki hastaların standart izlem sürecinde yapılan görüşmelerde tüm bu bulguların yanı sıra nüks yaşama durumları da hastalardan alınan bilgiye göre değerlendirildi.

Tablo 4.8: Deney ve kontrol grubundaki hastaların nüks durumlarının karşılaştırılması

	Nüks yaşama durumu						
	Evet		Hayır				
Gruplar	**n**	**%**	**n**	**%**	**x^2**	**sd**	**p**
Deney	27	69,2	12	30,8	4,791	1	0,029*
Kontrol	34	89,5	4	10,5			

* p<0,05 düzeyinde anlamlı

Deney grubunda yer alan hastaların %30,8'inin nüks yaşamadığı, kontrol grubundaki hastalarda ise bu oranın %10,5 olduğu belirlendi (Tablo 4.8) Bu bulgu, ilk altı aylık dönemde nüks ile BFM arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğunu göstermektedir (p<0,05).

5. TARTIŞMA

5.1. Araştırmaya katılan hastaların özelliklerinin tartışılması

Araştırmaya katılan hem deney grubu hem de kontrol grubundaki hastalarda erkek cinsiyetine sahip olma, ortaokul mezunu olma, evli olma, Çorum ilinde ve kentsel bölgede yaşama, çalışıyor olma, bir mesleğe sahip olma, 2000 TL'ye kadar bir gelire sahip olma, eşi ve/veya çocukları ile yaşıyor olma özelliklerinin daha fazla görüldüğü belirlendi.

Her iki grupta da en sık görülen tanı Alkol kullanımına bağlı bağımlılık sendromuydu. İlk tedavi deneyiminin daha fazla görüldüğü deney ve kontrol gruplarında ek hastalığın, intihar girişiminin, devam eden adli sorunun olmaması daha sık karşılaşılan özelliklerdi. Deney grubunda ailede alkol ve madde kullanımı olmaması daha sık görülmekteyken kontrol grubunda bu özellik eşit dağılım gösterdi.

İdame tedavisinde Naltrekson ve Akomprosat etken maddesi içeren ilaçların her iki grupta da yüksek oranda kullanıldığı görüldü. Son bir yılda en yoğun kullanılan maddenin deney grubunda sırasıyla alkol, esrar ve eroin olduğu, kontrol grubunda ise alkol, eroin ve sentetik esrar şeklinde sıralandığı belirlendi.

5.2. Araştırmaya katılan hastaların Üst biliş Ölçeği-30, Öz-Etkililik-Yeterlik Ölçeği ve Tedavi Motivasyonu Anketinden aldıkları puan ortalamaların tartışılması

Araştırmaya katılan tüm hastaların ÜBO-30, ÖEYÖ ve TMA ön test puan ortalamalarının karşılaştırılmasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmaması deney veya kontrol grubunda olmanın ölçeklerden alınan ön test puanlarına bir etkisi olmadığını göstermektedir. Bu durum, BFM'nin zamana göre gruplar arasındaki değişimini incelemek için önemli bir bulgu olarak değerlendirildi.

5.2.1. Patolojik tarzda üst bilişsel işlevlere yönelik bulguların tartışılması

Deney ve kontrol grubundaki hastaların ÜBÖ-30 Toplam Puan, Olumlu inançlar, Kontrol edilemezlik ve tehlike, Bilişsel güven, Düşünceleri kontrol ihtiyacı ve Bilişsel farkındalık alt ölçeklerinden aldığı puanlar arttıkça patolojik tarzda üstbilişsel işlevlerin arttığı dikkate

alınarak incelendi. Elde edilen grup*zaman farklılıkları incelendiğinde ara test puan ortalamalarının ön test puanlarına göre (2-1) her iki grupta da istatistiksel olarak anlamlı düzeyde azaldığı, deney grubunun son test puan ortalamalarında ara test puan ortalamalarına göre (3-2) anlamlı bir fark olmadığı, kontrol grubunda ise istatistiksel olarak anlamlı düzeyde artış olduğu görüldü. Son test puan ortalamaları ön test puan ortalamalarına göre (3-1) incelendiğinde hem deney hem de kontrol grubunda istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı görüldü. Orta düzeyde etkili bu sonuçlar dikkate alındığında "Beyin farkındalığı müdahalesinin, patolojik tarzda üst bilişsel işlevlerin azaltılmasında etkisi vardır." şeklinde belirlenen **H1 hipotezinin desteklendiği** söylenebilir.

Rezapour ve diğ. (2021) tarafından 51 madde kullanım bozukluğu tanılı hasta ile gerçekleştirilen ve NIPER'in son halinin kullanıldığı çalışmada hastaların üst biliş ve psikolojik iyi oluş özelliklerinin uygulama öncesi ve sonrası değerlendirildiği araştırma sonuçlarında da üst biliş ve psikolojik iyi oluş boyutunda NIPER uygulamasının anlamlı bir iyileşmeye işaret ettiği belirtilmektedir. Nosen (2012) tarafından 176 sigara kullanımı olan birey ile gerçekleştirilen bir çalışmada sigarayı bırakma sırasındaki ilk dört gün ve bir ay sonraki izlemlerinde üst bilişsel işlevlerin değerlendirilmiş, uyumsuz üst bilişsel değerlendirmelerin azaltılmaya yönelik psikoeğitim uygulanan bireylerin sigarayı bırakmanın ilk 24 saati boyunca daha az aşerme yaşadıkları belirtilmiştir. Bu sonuçlar araştırmamız bulguları ile benzerdir.

Düşünceleri kontrol ihtiyacı ve *bilişsel farkındalık* alt ölçeklerinden elde edilen grup*zaman farklılıkları incelendiğinde hem deney hem de kontrol grubundaki hastaların ara test puan ortalamalarının ön test puan ortalamalarına göre (2-1) istatistiksel olarak anlamlı düzeyde azaldığı belirlendi. Deney grubunun son test puan ortalamalarında ara test puan ortalamalarına (3-2) anlamlı bir farklılık olmazken kontrol grubunun puan ortalamalarının istatistiksel olarak anlamlı düzeyde arttığı görüldü. Ayrıca deney grubunun son test puan ortalamalarının da ön test puan ortalamalarına göre (3-1) istatistiksel olarak anlamlı düzeyde azaldığı, kontrol grubunda ise anlamlı bir fark olmadığı belirlendi. Orta düzeyde etkili bu sonuçlarla "Beyin farkındalığı müdahalesinin, düşünceleri kontrol ihtiyacına yönelik patolojik tarzda üst bilişsel işlevlerin azaltılmasında etkisi vardır." şeklinde belirlenen **H1.4 hipotezinin** ve "Beyin farkındalığı müdahalesinin, bilişsel farkındalığa yönelik patolojik tarzda üst bilişsel işlevlerin azaltılmasında etkisi vardır." şeklinde belirlenen **H1.5 hipotezinin desteklendiği** söylenebilir.

Alkol ve madde kullanımı olan hastaların üst bilişsel işlevlerini değerlendiren çalışmalar her ne kadar sınırlı olsa da psikoeğitim ve terapi şeklindeki müdahalelerin üst bilişe olumlu etkilerinin bildirildiği görülmektedir. Caselli ve diğ. (2018) tarafından beş hastaya uygulanan 12 seanslık MCT uygulamasının üç ve altıncı ayında yapılan izlemlerinin değerlendirildiği bir çalışmada üst bilişsel inançların önemli ölçüde değiştiği, haftalık alkol kullanımında ve aşırı içme ataklarının sayısında büyük ve klinik olarak anlamlı azalmalar olduğu belirtilmiştir. Kokain bağımlılığına yönelik geliştirilen psikoeğitim destekli bir bilişsel farkındalık modelinin de ön sonuçlarının kokain bağımlılığının tedavisinde etkin olduğu belirtilmektedir (Cheli ve diğ., 2017). İran'da 50 opioid bağımlısının dâhil edildiği bir çalışmada üst bilişsel teknikleri içeren eğitim programı sekiz oturumda uygulanmış, eğitim programına katılan bireylerin eroin kullanma isteğinin kontrol grubuna göre azaldığı belirtilmiştir (Sedghi ve diğ., 2019). Bu sonuçlar araştırmamızdan elde edilen düşünceleri kontrol ihtiyacına ve bilişsel farkındalığa yönelik patolojik tarzda üst bilişsel işlevlerin azalmasında BFM'nin etkili olduğuna ilişkin H1.4 ve H1.5 hipotezlerini destekleyen sonuçlarla benzerdir.

Olumlu inançlar ve *Kontrol edilemezlik ve tehlike* alt ölçeği açısından yapılan değerlendirmelerde her ne kadar deney ve kontrol grubunun *Olumlu İnançlar* alt ölçeğinin zaman karşılaştırmalarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu belirlenmiş olsa da her iki alt ölçek için grup*zaman karşılaştırmalarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanamadı. Bu nedenle "Beyin farkındalığı müdahalesinin, olumlu inançlara yönelik patolojik tarzda üst bilişsel işlevlerin azaltılmasında etkisi vardır." şeklinde belirlenen **H1.1 hipotezinin** ve "Beyin farkındalığı müdahalesinin, kontrol edilemezlik ve tehlikeye yönelik patolojik tarzda üst bilişsel işlevlerin azaltılmasında etkisi vardır." şeklinde belirlenen **H1.2 hipotezinin desteklenmediği** söylenebilir. Ayrıca *Bilişsel güven* alt ölçeğinden elde edilen grup*zaman farklılıkları incelendiğinde her ne kadar ara test puan ortalamalarının ön test puan ortalamalarına göre ve son test puan ortalamalarının ara test puan ortalamalarına göre yapılan karşılaştırmalarda anlamlı farklılıklar bulunsa da son test puan ortalamaları ön test puan ortalamalarına göre (3-1) incelendiğinde hem deney hem de kontrol grubunda istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı. Bu sonuçlar dikkate alındığında "Beyin farkındalığı müdahalesinin, bilişsel güvene yönelik patolojik tarzda üst bilişsel işlevlerin azaltılmasında etkisi vardır." şeklinde belirlenen **H1.3 hipotezinin de desteklenmediği** söylenebilir.

Literatürde psikoeğitim ve terapi şeklindeki müdahalelerin alkol ve madde kullanımı olan hastalarda üst bilişin bu boyutlarına ne düzeyde etki ettiğini inceleyen herhangi bir çalışmaya rastlanmamış olsa da üst biliş ile bağımlılığın ilişkisine değinen çalışmalara rastlanmıştır. Olumlu inançlar, kontrol edilemezlik ve tehlike, bilişsel güven alt ölçeklerine ilişkin H1.1, H1.2 ve H1.3 hipotezlerinin desteklenmediği bulgular literatürde yer alan çalışmalarla karşılaştırıldığında ÜBO-30 ölçeğinin alt ölçekleri için farklı sonuçlar elde edildiği görülmektedir. Kuzey Kıbrıs Türk Cumhuriyetinde 18-65 yaş aralığındaki 200 üniversite öğrencisinin dahil edildiği bir çalışmada alkol kullanan bireylerin düşünceleri kontrol ihtiyacı ve bilişsel farkındalık alt ölçeğinden aldıkları puanların yüksek olduğu belirtilmektedir. Çalışmanın sonuçları incelendiğinde olumlu inançlar, kontrol edilemezlik ve tehlike, bilişsel güven alt ölçekleri için anlamlı bir fark bulunmadığı görülmektedir (Kul ve diğ., 2021). Spada ve diğ. (2007) tarafından sigara kullanan 104 bağımlı ile yapılan bir çalışmada ise olumlu inançlar, kontrol edilemezlik ve tehlike, bilişsel güven alt ölçeklerinin sigara bağımlılığı ile pozitif ilişkili olduğundan bahsedilmektedir. Araştırmamızla benzer olarak alkol bağımlılığı nedeniyle yatarak tedavi gören hastalarla yapılan bir çalışmada da ÜBÖ-30 ölçeğinin beş alt ölçeğinin üçünden alınan puanların kontrol grubundan daha yüksek olduğu, iki alt ölçek için anlamlı bir farklılık olmadığı bildirilmiştir (Stefanatou ve diğ., 2016).

5.2.2. Öz-yeterlilik algısına yönelik bulguların tartışılması

Deney ve kontrol grubundaki hastaların ÖEYÖ'den aldığı puanlar arttıkça öz-yeterlilik algısının da arttığı dikkate alınarak puan ortalamaları incelendi. Elde edilen grup*zaman farklılıkları incelendiğinde ara test puan ortalamalarının ön test puan ortalamalarına göre (2-1) her iki grupta da istatistiksel olarak anlamlı düzeyde arttığı, son test puan ortalamaları ile ara test puan ortalamaları (3-2) arasında her iki grupta da anlamlı bir farklılık olmadığı görüldü. Ayrıca deney grubunun son test puan ortalamalarının ön test puan ortalamalarına göre (3-1) artışı istatistiksel olarak anlamlı, kontrol grubunun ise anlamlı değildi. Orta düzeyde etkili bu sonuçlara göre "Beyin farkındalığı müdahalesinin, öz-yeterlilik algısının artırılmasında etkisi vardır." şeklinde belirlenen **H2 hipotezinin desteklendiği** söylenebilir.

Literatürde nörobilim temelli psikoeğitimlerin öz-yeterliliğe etkisi ile ilgili herhangi bir çalışmaya rastlanmamış olsa da bağımlılıkta uygulanan psikoeğitimlerin öz-yeterlilik ile ilişkisini inceleyen ve araştırmamızla benzer sonuçlar bildiren çalışmalara rastlandı. Hyde ve diğ. (2008) tarafından gerçekleştirilen bir sistematik derlemede 1997 ile 2004 yılları arasında

sigara, alkol ve madde kullanımı olan bireylerle öncesi-sonrası karşılaştırmaların yapıldığı psikoeğitim, eğitim, terapi gibi farklı müdahaleleri içeren 10 çalışmayı incelemiş ve çalışmalardan yedisinin öz yeterlilik üzerinde olumlu etkiler bildirdiğini iletmiştir. Öz-yeterliliğin madde kullanımı ve iyileşme ile ilgili olduğunu bildiren birçok çalışma mevcuttur. Bununla birlikte psikoeğitimlerin öz-yeterliliğe etkisini inceleyen çalışma sayısı son yıllarda artmıştır. Kamarudin ve diğ. (2020) tarafından 75 opioid bağımlısı hasta ile yapılan bir çalışmada araştırmacılar tarafından öz farkındalık teorisi ve öz belirleme teorisi temelinde geliştirilen bir psikoeğitim müdahalesinin, Bayır ve Aylaz (2021) tarafından 112 madde bağımlılığı tanısı alan hasta ile yapılan bir çalışmada araştırmacılar tarafından farkındalık temelli geliştirilen bir psikoeğitim müdahalesinin ve Kayaoglu ve Sahin Altun (2022) tarafından madde kullanım bozukluğu tanısı ile yatarak tedavi gören 62 hasta ile gerçekleştirilen randomize kontrollü bir çalışmada bilişsel davranışçı temelde geliştirilen bir psikoeğitim programı ile müzik müdahalesinin kombine uygulamasının öz-yeterliliğe etkisi incelenmiş, üç çalışmada da psikoeğitimin öz-yeterliliği artırdığı ifade edilmiştir. Kullanılan teknik ve yöntemler arasındaki etki farklılıklarının incelendiği çalışmalarda da anlamlı bir sonuç bulunamadığı görülmektedir. Harada ve diğ. (2022) tarafından gerçekleştirilen ve Psikoeğitim ile Bilişsel Davranışçı Terapinin (BDT) öz-yeterliliğe etkisinin karşılaştırıldığı randomize kontrollü bir çalışmada ise 48 alkol hastasında hem BDT'nin hem de psikoeğitimin eşit derecede öz-yeterliliği artırdığı bildirilmiştir. BDT ile psikoeğitim uygulamasının öz-yeterliliği artırmada aynı etkiye sahip olduğunu bildiren başka çalışmalar da mevcuttur (Burleson ve Kaminer, 2005). Alkol ve madde kullanımında önemli bir sorun olan düşük öz-yeterliliği artırmaya yönelik girişimlerin bu başarısı önemlidir. Bununla birlikte öz-yeterliliğin akışkan bir kavram olduğu, zamanla değiştiği ve bu nedenle daha sık ve daha uzun süre değerlendirilmesi gerektiği belirtilmektedir (Franckowiak ve Glick, 2015). Bu durumu destekleyen, müdahale sonrası süreçlerde öz-yeterliliğin yeniden düşme eğiliminde olduğunu belirten çalışmalar vardır. Can Gur ve Okanli (2019) tarafından 41 alkol kullanım bozukluğu tanılı ve düzenli Adsız Alkolikler toplantılarına katılan hastalar ile yapılan bir çalışmada katılımcılara haftada üç gün aerobik ve Bilişsel Davranışçı tekniklere dayalı grup psikoeğitim müdahalesi uygulandığı çalışmada müdahale sonrası yapılan ölçümlerde öz-yeterlilik puanlarının deney grubunda arttığı fakat 4. ve 6. ayda yapılan izlemlerde gruplar arasında bir fark olmadığı belirtilmektedir.

5.2.3. Tedavi motivasyonuna yönelik bulguların tartışılması

Deney ve kontrol grubundaki hastaların TMA Toplam Puan, İçsel motivasyon, Dışsal motivasyon, Kişilerarası yardım arama ve Tedaviye güvensizlik alt anketlerinden aldığı puanlar arttıkça tedavi motivasyonunun da arttığı dikkate alınarak puan ortalamaları incelendi. Elde edilen grup*zaman farklılıkları incelendiğinde ara test puan ortalamalarının ön test puan ortalamalarına göre (2-1) deney grubunda istatistiksel olarak anlamlı düzeyde arttığı, kontrol grubunda anlamlı bir fark olmadığı belirlendi. Deney grubunun son test puan ortalamalarında ara test puan ortalamalarına göre (3-2) anlamlı bir fark olmazken kontrol grubunda istatistiksel olarak anlamlı düzeyde azaldığı olduğu görüldü. Son test puan ortalamaları ön test puan ortalamalarına göre (3-1) incelendiğinde hem deney hem de kontrol grubunda istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı. Yüksek düzeyde etkili bu sonuçlarla "Beyin farkındalığı müdahalesinin, tedavi motivasyonunun artırılmasında etkisi vardır." şeklinde belirlenen **H3 hipotezinin desteklendiği** söylenebilir.

Dışsal motivasyon alt anketinden alınan puan ortalamalarının karşılaştırılmasında elde edilen grup*zaman farklılıkları incelendiğinde ara test puan ortalamalarının ön test puan ortalamalarına göre (2-1) deney grubunda istatistiksel olarak anlamlı düzeyde arttığı, kontrol grubunda anlamlı bir fark olmadığı belirlendi. Son test puan ortalamaları ile ara test puan ortalamaları (3-2) arasında her iki grupta da anlamlı bir farklılık olmadığı görüldü. Ayrıca deney grubunun son test puan ortalamalarının da ön test puan ortalamalarına göre (3-1) istatistiksel olarak anlamlı düzeyde azaldığı, kontrol grubunda ise anlamlı bir fark olmadığı belirlendi. Yüksek düzeyde etkili bu sonuçlarla "Beyin farkındalığı müdahalesinin, dışsal motivasyonunun artırılmasında etkisi vardır." şeklinde belirlenen **H3.2 hipotezinin desteklendiği** söylenebilir.

İçsel motivasyon, Kişilerarası yardım arama ve *Tedaviye güvensizlik* karşılaştırmalarında her iki alt anket için istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar belirlenmiş olsa da grup*zaman karşılaştırmalarında istatistiksel olarak anlamlı ve etkili bir fark saptanamadı. Bu sonuçlarla "Beyin farkındalığı müdahalesinin, içsel motivasyonunun artırılmasında etkisi vardır." şeklinde belirlenen **H3.1 hipotezinin,** "Beyin farkındalığı müdahalesinin, kişilerarası yardım aramaya yönelik motivasyonunun artırılmasında etkisi vardır." şeklinde belirlenen **H3.3 hipotezinin** ve "Beyin farkındalığı müdahalesinin, tedaviye güvene yönelik motivasyonun artırılmasında etkisi vardır." şeklinde belirlenen **H3.4 hipotezinin desteklenmediği** söylenebilir.

Araştırmamızla benzer şekilde BARI posterlerini kullanan NIPER'in etkisinin incelendiği bir çalışmada programa katılım oranının %85 olduğu, devam etme konusunda istekliliklerinin %86,2 olduğu ve %98'inin akranlarına bu programı tavsiye edeceğini bildirdikleri ifade edilmektedir (Rezapour ve diğ., 2021). Literatürde psikoeğitimlerin tedavi motivasyonunu artırdığına yönelik çalışmalar mevcuttur. Alkol kullanım oranını azaltmaya yönelik gerçekleştirilen bir çalışmada üç seansta uygulanan bir psikoeğitimde kontrol grubuna göre deney grubunda yüksek tedavi motivasyonu görüldüğü belirtilmektedir (Yeh ve diğ., 2017). Hastaların kendi duygularını ve kişisel sorunlarını anlamalarını sağlayacak ve diğer hastalarla, sağlık personeliyle kendileri ve geçmişleri hakkında konuşma cesaretlerini arttıracak bir tedavi ortamı sağlamanın tedavi motivasyonlarını artıracağını bildiren bir çalışmada psikoeğitimlerin de tedavi edici ortamın sağlanmasında bir fırsat olarak görülebileceği belirtilmektedir (Savaşan, 2010).

Her ne kadar dışsal motivasyonun da önemli olduğuna yönelik bilgiler olsa da içsel motivasyonun yüksek olmasının uzun süreli tedavi başarısı ile ilişkili olduğunu bildiren çalışmalar yoğunluktadır. (Ryan ve diğ., 1995, Cornelius ve diğ., 2017, Knight ve diğ., 2019). Zale ve diğ. (2021) tarafından yapılan bir çalışmada kronik ağrısı olan bireylere uygulanan bir psikoeğitim sayesinde hastaların sigara içmenin ağrılarını nasıl şiddetlendirebileceğinin farkına vardıkça, sigarayı bırakmaya ve bırakma tedavisine başlamaya giderek daha fazla motive oldukları belirtilmektedir. Sigara ve alkol kullanım bozukluğu tedavisinde psikoeğitimin değerlendirildiği bir çalışmada da psikoeğitimin hastaların motivasyonlarının artacağı ve terapötik sürece daha fazla katılım gösterecekleri belirtilmektedir (Lopes ve diğ., 2021). Ghosh ve diğ. (2020) tarafından da belirtildiği gibi, ilaç tedavilerinin yanı sıra psikoeğitim ve motivasyon artırıcı terapilerin verildiği tedavi ortamında hastaların değişim motivasyonunda artış olması beklenmektedir. Değişim için motivasyonu artırmayı konu edinen bir psikoeğitim ve egzersiz uygulamasının da yaşam kalitesini olumlu etkilediğini bildiren çalışmalar da vardır (Gür ve diğ., 2017). Bununla birlikte psikoeğitim içeren müdahalelerinin tedavi motivasyonuna herhangi bir olumsuz etkisini bildiren çalışmaya rastlanmamıştır.

5.3. Araştırmaya katılan hastaların nüks durumlarının tartışılması

Deney ve kontrol grubunun altı aylık izlem sürecindeki nüks durumları hastalardan alınan bilgiye göre incelenmiştir. BFM alan hastaların kontrol grubuna göre istatistiksel olarak

anlamlı düzeyde daha az nüks yaşadıkları görülmüştür. BFM'ye benzer şekilde BARI posterlerini kullanan NIPER veya diğer nörobilim temelli psikoeğitim uygulamalarının nüks ile ilişkisini değerlendiren deneysel çalışmalara rastlanmasa da nüks önlemeye yönelik psikoeğitimlerin uzun bir süredir kliniklerde kullanımının olduğu bilinmektedir (Knight ve diğ., 1994). Literatürde nüks önlemeye yönelik olarak yapılan başka psikoeğitim girişimlerinin de araştırmamız sonuçlarına benzer olarak psikoeğitim uygulamasının relaps oranını azalttığı bildirilmektedir (Miles ve diğ., 2007, Kargin ve Hicdurmaz, 2020, Kayaoglu ve Sahin Altun, 2022). Bağımlı hastaların yaşam tarzı değişiklikleri ve nüks durumlarını belirlemek amacıyla Savaşan ve diğ. (2013) tarafından 64 hasta ile gerçekleştirilen bir çalışmada nüks oluşumunda bağımlı bireyin alkol veya madde kullanımı ile ilgili yanlış düşünce ve beklentilerinin değiştirilmesi ve yeni başa çıkma yolları oluşturabilmesinin etkili olduğundan bahsedilmekte, bireysel ya da grup psikoterapileri şeklinde destek programlarının oluşturulması ve taburculuktan sonra ilk altı ay ve bir sene içerisinde hastaların bu programlara katılımlarının sağlanmasının gerekli olduğu belirtilmektedir. Farkındalık temelli müdahalelerin de nüksü azaltmada önemli bir yeri vardır (Witkiewitz ve Bowen, 2010, Bowen ve diğ., 2014, Enkema ve Bowen, 2017, Amaro ve Black, 2021). Bowen ve diğ. (2014) alkol ve madde kullanım bozukluğuyla ilgili ilk tedavisini tamamlayan 286 kişiyi bir yıl boyunca izlediği çalışmasında farkındalığa dayalı nüks önleme, bilişsel-davranışçı nüks önleme ve standart tedaviyi (adsız alkolikler veya narkotikler gibi gruplar) karşılaştırmış, ilk üç ayda anlamlı bir farklılık bulamazken, altı ve daha uzun takiplerde farkındalığa dayalı nüks önleme programının diğer uygulamalara göre nüks riskini önemli ölçüde azalttığını belirtmiştir. Alkol ve madde kullanım bozukluklarının "kronik tekrarlayan bir durum" olduğu ve bilişsel süreçlerdeki bozukluklar dikkate alındığında Priddy ve diğ. (2018) tarafından da belirtildiği üzere farkındalık uygulamalarında nüksü önlemek için bu nörobilişsel mekanizmaların da hedeflenmesi gerektiği söylenilebilir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Araştırmaya katılan hastaların demografik bilgilerinin yanı sıra tanı, tedavi geçmişi, ek hastalık, intihar girişimi, devam eden adli sorun, ailede alkol veya madde kullanımı ve idame tedavisi değişkenleri açısından da gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunamadı. Bu sonuçlar, her iki grupta yer alan bireylerin birbirlerine benzer özellikte olduklarını göstermektedir. Ayrıca, deney ve kontrol grubunun ön testleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmaması ara testlerinin ve son testlerinin karşılaştırılmasından elde edilen bulgular açısından önemlidir.

Deney ve kontrol grubundaki hastaların ÜBO-30, ÖEYÖ ve TMA'dan aldıkları ön, ara ve son testlerin gruplar arası karşılaştırmalarında ve tekrarlayan ölçümlerde yapılan varyans analizlerinde istatistiksel olarak anlamlı farklılıkların oluşması durumunda etki büyüklüğü değeri de dikkate alınarak etkinin varlığına dair hipotezlerin desteklendiği düşünüldü.

Araştırmadan elde edilen sonuçlar değerlendirildiğinde Beyin Farkındalığı Müdahalesinin;

- Genel olarak patolojik tarzda üst bilişsel işlevlerin, düşünceleri kontrol ihtiyacına yönelik patolojik tarzda üst bilişsel işlevlerin ve bilişsel farkındalığa yönelik patolojik tarzda üst bilişsel işlevlerin azaltılmasında orta düzeyde etkili olduğu,

- Öz-yeterlilik algısının artırılmasında orta düzeyde etkili olduğu,

- Genel olarak tedavi motivasyonunun ve dışsal motivasyonun artırılmasında yüksek düzeyde etkili olduğu,

- Olumlu inançlara, kontrol edilememezlik ve tehlikeye, bilişsel güvene yönelik patolojik tarzda üst bilişsel işlevlerin azaltılmasında; İçsel motivasyonun, kişiler arası yardım aramaya yönelik motivasyonun ve tedaviye güvene yönelik motivasyonun artırılmasında etkili olmadığı söylenebilir.

Ayrıca tekrar alkol veya madde kullanma durumu ile ilgili ilk altı ayda alınan geri bildirimlerden elde edilen sonuçlar da Beyin Farkındalığı Müdahalesinin nüksü önlemede etkili olduğunu göstermektedir.

Bu sonuçlar doğrultusunda alkol ve madde kullanım bozukluğuna yönelik tedavi sağlayıcılarının Beyin Farkındalığı Müdahalesini mevcut standart tedavi ve izlem faaliyetlerine eklemesi önerilir.

Gelecekte bu konu ile ilgili yapılacak çalışmalarda BFM'nin daha büyük ya da kullanılan maddeye özgü oluşturulmuş örneklem gruplarında veya daha uzun izlem süreçlerinde incelenmesinin gerekli olduğu söylenebilir.

KAYNAKLAR

Abdollahi, Z., Taghizadeh, F., Hamzehgardeshi, Z. & Bahramzad, O. 2014. Relationship between addiction relapse and self-efficacy rates in injection drug users referred to Maintenance Therapy Center of Sari, 1391. *Glob J Health Sci,* 6**,** 138-44.

Akbaba, S. & Aktaş, A. 2005. İçsel motivasyonun bazi değişkenler açisindan incelenmesi. *Marmara Üniversitesi Atatürk Eğitim Fakültesi Eğitim Bilimleri Dergisi,* 21**,** 19-42.

Amaro, H. & Black, D. S. 2021. Mindfulness-based intervention effects on substance use and relapse among women in residential treatment: A randomized controlled trial with 8.5-month follow-up period from the moment-by-moment in women's recovery project. *Psychosomatic Medicine,* 83**,** 528.

Auriacombe, M., Serre, F., Denis, C. & Fatséas, M. 2018. Diagnosis of addictions. *The Routledge Handbook of Philosophy and Science of Addiction.* Routledge.

Bandura, A. 1977. Self-efficacy: toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological review,* 84**,** 191.

Bandura, A. 1994. *Self-efficacy. In V. S. Ramachaudran (Ed.) Encyclopedia of human behavior (Vol. 4, pp. 71-81),* New York: Academic Press.

Barta, W. D., Kurth, M. E., Stein, M. D., Tennen, H. & Kiene, S. M. 2009. Craving and self-efficacy in the first five weeks of methadone maintenance therapy: a daily process study. *Journal of studies on alcohol and drugs,* 70**,** 735-740.

Batalla, A., Homberg, J. R., Lipina, T. V., Sescousse, G., Luijten, M., Ivanova, S. A., Schellekens, A. F. & Loonen, A. J. 2017. The role of the habenula in the transition from reward to misery in substance use and mood disorders. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews,* 80**,** 276-285.

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

Beeson, E. T. & Field, T. A. 2017. Neurocounseling: A new section of the Journal of Mental Health Counseling. *Journal of Mental Health Counseling,* 39**,** 71-83.

Begun, A. L. & Murray, M. M. 2020. *The Routledge handbook of social work and addictive behaviors,* New York, Routledge.

Bowen, S., Witkiewitz, K., Clifasefi, S. L., Grow, J., Chawla, N., Hsu, S. H., Carroll, H. A., Harrop, E., Collins, S. E. & Lustyk, M. K. 2014. Relative efficacy of mindfulness-based relapse prevention, standard relapse prevention, and treatment as usual for substance use disorders: a randomized clinical trial. *JAMA psychiatry,* 71**,** 547-556.

Bozdağ, N. & Çuhadar, D. 2022. Internalized stigma, self-efficacy and treatment motivation in patients with substance use disorders. *Journal of Substance Use,* 27**,** 174-180.

Burleson, J. A. & Kaminer, Y. 2005. Self-efficacy as a predictor of treatment outcome in adolescent substance use disorders. *Addictive behaviors,* 30**,** 1751-1764.

Can Gur, G. & Okanli, A. 2019. The Effects of Cognitive-Behavioral Model-Based Intervention on Depression, Anxiety, and Self-Efficacy in Alcohol Use Disorder. *Clin Nurs Res,* 28**,** 52-78.

Cartwright-Hatton, S. & Wells, A. 1997. Beliefs about worry and intrusions: the Meta-Cognitions Questionnaire and its correlates. *J Anxiety Disord,* 11**,** 279-96.

Caselli, G., Gemelli, A., Spada, M. M. & Wells, A. 2016. Experimental modification of perspective on thoughts and metacognitive beliefs in alcohol use disorder. *Psychiatry Res,* 244**,** 57-61.

Caselli, G., Martino, F., Spada, M. M. & Wells, A. 2018. Metacognitive Therapy for Alcohol Use Disorder: A Systematic Case Series. *Front Psychol,* 9**,** 2619.

Caselli, G. & Spada, M. M. 2010. Metacognitions in desire thinking: a preliminary investigation. *Behav Cogn Psychother,* 38**,** 629-37.

Cevahir, E. 2020. *SPSS ile nicel veri analizi rehberi*, Kibele.

Cheli, S., Velicogna, F., Fioravanti, P., Simeone, A., Enzo, C., Di Natale, S., Cavalletti, V. & Taddeo, M. 2017. Metacognitive awareness in cocaine addiction (MACA): Rationale and feasibility of an integrated intervention program. *European Psychiatry,* 41**,** S200-S201.

Clark, A., Tran, C., Weiss, A., Caselli, G., Nikcevic, A. V. & Spada, M. M. 2012. Personality and alcohol metacognitions as predictors of weekly levels of alcohol use in binge drinking university students. *Addict Behav,* 37**,** 537-40.

Cohen, J. 1973. Eta-squared and partial eta-squared in fixed factor ANOVA designs. *Educational and psychological measurement,* 33**,** 107-112.

Cole, E., Gulser, M., Stimpson, K., Bentzley, B., Hawkins, J., Xiao, X., Schatzberg, A., Sudheimer, K. & Williams, N. 2019. Stanford accelerated intelligent neuromodulation

therapy for treatment-resistant depression (SAINT-TRD). *Brain Stimulation: Basic, Translational, and Clinical Research in Neuromodulation,* 12**,** 402.

Cole, E. J., Phillips, A. L., Bentzley, B. S., Stimpson, K. H., Nejad, R., Barmak, F., Veerapal, C., Khan, N., Cherian, K. & Felber, E. 2022. Stanford Neuromodulation Therapy (SNT): A double-blind randomized controlled trial. *American Journal of Psychiatry,* 179**,** 132-141.

Cornelius, T., Earnshaw, V., Menino, D., Bogart, L. & Levy, S. 2017. Treatment motivation among caregivers and adolescents with substance use disorders. *Journal of Substance Abuse Treatment,* 75**,** 10-16.

Dai, H. D., Doucet, G. E., Wang, Y., Puga, T., Samson, K., Xiao, P. & Khan, A. S. 2022. Longitudinal Assessments of Neurocognitive Performance and Brain Structure Associated With Initiation of Tobacco Use in Children, 2016 to 2021. *JAMA Network Open,* 5**,** e2225991-e2225991.

Davies, J. 2018. Addiction is not a brain disease. Taylor & Francis.

Debenham, J., Birrell, L., Champion, K., Askovic, M. & Newton, N. 2020. A pilot study of a neuroscience-based, harm minimisation programme in schools and youth centres in Australia. *BMJ open,* 10**,** e033337.

Deci, E. L. & Ryan, R. M. 1985. Conceptualizations of intrinsic motivation and self-determination. *Intrinsic motivation and self-determination in human behavior*. Springer.

Dermer, J. 1975. The interrelationship of intrinsic and extrinsic motivation. *Academy of Management Journal,* 18**,** 125-129.

DeSocio, J. E. 2016. Epigenetics: An emerging framework for advanced practice psychiatric nursing. *Perspectives in Psychiatric Care*.

DiClemente, C. C., Bellino, L. E. & Neavins, T. M. 1999. Motivation for change and alcoholism treatment. *Alcohol Research & Health,* 23**,** 86.

Dolan, S. L., Martin, R. A. & Rohsenow, D. J. 2008. Self-efficacy for cocaine abstinence: pretreatment correlates and relationship to outcomes. *Addict Behav,* 33**,** 675-88.

Drieschner, K. H., Lammers, S. M. & van der Staak, C. P. 2004. Treatment motivation: An attempt for clarification of an ambiguous concept. *Clinical psychology review,* 23**,** 1115-1137.

Ehring, T., Zetsche, U., Weidacker, K., Wahl, K., Schönfeld, S. & Ehlers, A. 2011. The Perseverative Thinking Questionnaire (PTQ): Validation of a content-independent

measure of repetitive negative thinking. *Journal of behavior therapy and experimental psychiatry,* 42**,** 225-232.

Ekhtiari, H. 2014. Alcohol and Cognition; From Neurotoxicity Prevention to Cognitive Rehabilitation. *Asia Pacific Journal of Medical Toxicology,* 3**,** 7-7.

Ekhtiari, H., Nasseri, P., Yavari, F., Mokri, A. & Monterosso, J. 2016. Neuroscience of drug craving for addiction medicine: From circuits to therapies. *Progress in brain research,* 223**,** 115-141.

Ekhtiari, H., Rezapour, T., Aupperle, R. L. & Paulus, M. P. 2017. Neuroscience-informed psychoeducation for addiction medicine: A neurocognitive perspective. *Prog Brain Res,* 235**,** 239-264.

Ekhtiari, H., Rezapour, T., Sawyer, B., Yeh, H. W., Kuplicki, R., Tarrasch, M., Paulus, M. P. & Aupperle, R. 2021. Neurocognitive Empowerment for Addiction Treatment (NEAT): study protocol for a randomized controlled trial. *Trials,* 22**,** 330.

Enkema, M. C. & Bowen, S. 2017. Mindfulness practice moderates the relationship between craving and substance use in a clinical sample. *Drug and Alcohol Dependence,* 179**,** 1-7.

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

Evren, C., Saatçioğlu, Ö., Dalbudak, E., Danışmant, B. S., Çakmak, D. & Ryan, R. M. 2006. Tedavi motivasyonu anketi (TMA) Türkçe versiyonunun alkol bağimlisi hastalarda faktör yapisi, geçerliği ve güvenirliği. *Journal of Dependence,* 7**,** 117-122.

Field, T. A., Beeson, E. T. & Jones, L. K. 2015. The new ABCs: A practitioner's guide to neuroscience-informed cognitive-behavior therapy. *Journal of Mental Health Counseling,* 37**,** 206-220.

Field, T. A., Beeson, E. T. & Jones, L. K. 2016. Neuroscience-informed cognitive-behavior therapy in clinical practice: A preliminary study. *Journal of Mental Health Counseling,* 38**,** 139-154.

Field, T. A., Beeson, E. T., Jones, L. K. & Miller, R. 2017a. Counselor allegiance and client expectancy in neuroscience-informed cognitive-behavior therapy: A 12-month qualitative follow-up. *Journal of Mental Health Counseling,* 39**,** 351-365.

Field, T. A., Jones, L. K. & Russell-Chapin, L. A. 2017b. *Neurocounseling: Brain-based clinical approaches,* John Wiley & Sons.

Field, T. A., Moh, Y. S., Luke, C., Gracefire, P., Beeson, E. T. & Russo, G. M. 2022. A Training Model for the Development of Neuroscience-Informed Counseling Competencies. *Journal of Mental Health Counseling,* 44**,** 266-281.

Filiz, N. & Polat, S. 2022. The correlation between the addiction profile and general self-efficacy of patients receiving treatment for substance use disorder. *Journal of Substance Use***,** 1-7.

Flavell, J. H. 1971. First discussant's comments: What is memory development the development of? *Human development,* 14**,** 272-278.

Flavell, J. H. 1979. Metacognition and cognitive monitoring: A new area of cognitive–developmental inquiry. *American psychologist,* 34**,** 906.

Flavell, J. H. & Wellman, H. M. 1975. Metamemory.

Florea, T., Palimariciuc, M., Cristofor, A. C., Dobrin, I., Chiriță, R., Bîrsan, M., Dobrin, R. P. & Pădurariu, M. 2022. Oxytocin: Narrative Expert Review of Current Perspectives on the Relationship with Other Neurotransmitters and the Impact on the Main Psychiatric Disorders. *Medicina,* 58**,** 923.

Franckowiak, B. A. & Glick, D. F. 2015. The effect of self-efficacy on treatment. *Journal of addictions nursing,* 26**,** 62-70.

Fulco, C. E., Liverman, C. T. & Earley, L. E. 1995. The development of medications for the treatment of opiate and cocaine addictions: issues for the government and private sector.

Garner, R. & Alexander, P. A. 1989. Metacognition: Answered and unanswered questions. *Educational psychologist,* 24**,** 143-158.

Georghiades, P. 2004. From the general to the situated: Three decades of metacognition. *International journal of science education,* 26**,** 365-383.

Ghosh, P., Barman, P. & Bhattacharjee, A. 2020. Factors influencing motivation in alcohol dependence syndrome patients in a tertiary care hospital of Assam. *International Journal of Research in Medical Sciences,* 8**,** 3288.

Gilbert, J. M., Hills, S. & Rife, M. L. 2005. Substance Abuse Treatment: Group Therapy. Treatment Improvement Protocol (TIP) Series 41. *Substance Abuse and Mental Health Services Administration*.

Goodman, I., Peterson-Badali, M. & Henderson, J. 2011. Understanding motivation for substance use treatment: the role of social pressure during the transition to adulthood. *Addictive Behaviors,* 36**,** 660-668.

Gözüm, S. & Aksayan, S. 1999. Öz-etkililik-yeterlik ölçeği'nin türkçe formunun güvenilirlik ve geçerliliği. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi,* 2.

Green, S. B. & Salkind, N. J. 2010. *Using SPSS for Windows and Macintosh: Analyzing and understanding data*, Prentice Hall Press.

Gür, F., Gür, G. C. & Okanlı, A. 2017. The effect of the cognitive-behavioral model-based psychoeducation and exercise intervention on quality of life in alcohol use disorder. *Archives of psychiatric nursing,* 31**,** 541-548.

Hajloo, N., Sadeghi, H., Babayi Nadinloei, K. & Habibi, Z. 2014. The Role of Meta-cognition in Students' Addiction Potential Tendency. *Int J High Risk Behav Addict,* 3**,** e9355.

Hall, W., Carter, A. & Forlini, C. 2015. The brain disease model of addiction: is it supported by the evidence and has it delivered on its promises? *The Lancet Psychiatry,* 2**,** 105-110.

Hall, W., Carter, A. & Forlini, C. 2022. Giving the Neurobiology of Addiction no more than its Due. *Evaluating the Brain Disease Model of Addiction.* Routledge.

Harada, T., Aikawa, Y., Takahama, M., Yumoto, Y., Umeno, M., Hasegawa, Y., Ohsawa, S. & Asukai, N. 2022. A 12-session relapse prevention program vs psychoeducation in the treatment of Japanese alcoholic patients: A randomized controlled trial. *Neuropsychopharmacol Rep,* 42**,** 205-212.

Heilig, M., MacKillop, J., Martinez, D., Rehm, J., Leggio, L. & Vanderschuren, L. J. 2021. Addiction as a brain disease revised: why it still matters, and the need for consilience. *Neuropsychopharmacology,* 46**,** 1715-1723.

Hyde, J., Hankins, M., Deale, A. & Marteau, T. M. 2008. Interventions to increase self-efficacy in the context of addiction behaviours: a systematic literature review. *Journal of health psychology,* 13**,** 607-623.

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

Kadden, R. M. & Litt, M. D. 2011. The role of self-efficacy in the treatment of substance use disorders. *Addictive behaviors,* 36**,** 1120-1126.

Kamarudin, E. M. E., Sulaiman, W. S. W., Sarnon, N. & Amin, A. S. 2020. The effect of individual psychoeducation intervention on self efficacy among opioid dependent patients in methadone clinics. *Journal of Nusantara Studies (JONUS),* 5**,** 103-128.

Kargin, M. & Hicdurmaz, D. 2020. Psychoeducation program for substance use disorder: effect on relapse rate, social functioning, perceived wellness, and coping. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services,* 58**,** 39-47.

Karimyar Jahromi, M. & Mosallanejad, L. 2014. The impact of reality therapy on metacognition, stress and hope in addicts. *Glob J Health Sci,* 6**,** 281-7.

Kayaoglu, K. & Sahin Altun, O. 2022. The effect of combined cognitive-behavioral psychoeducation and music intervention on stress, self-efficacy, and relapse rates in patients with alcohol and substance use disorders: A randomized controlled trial. *Perspect Psychiatr Care,* 58**,** 968-977.

Kirkpatrick, M. G., Metcalfe, J., Greene, M. J. & Hart, C. L. 2008. Effects of intranasal methamphetamine on metacognition of agency. *Psychopharmacology (Berl),* 197**,** 137-44.

Kizilkurt, O. K. & Gıynaş, F. F. 2020. Factors affecting treatment motivation among Turkish patients receiving inpatient treatment due to alcohol/substance use disorder. *Journal of Ethnicity in Substance Abuse,* 19**,** 594-609.

Knight, D. K., Joe, G. W., Becan, J. E., Crawley, R. D., Theisen, S. E. & Flynn, P. M. 2019. Effectiveness of an intervention for improving intrinsic motivation among adolescent males in a secure substance use treatment setting. *Criminal Justice and Behavior,* 46**,** 101-114.

Knight, K., Simpson, D. D. & Dansereau, D. F. 1994. Knowledge mapping: A psychoeducational tool in drug abuse relapse prevention training. *Journal of Offender Rehabilitation,* 20**,** 187-205.

Kominars, K. D. 1997. A study of visualization and addiction treatment. *Journal of Substance Abuse Treatment,* 14**,** 213-223.

Koob, G. F. & Volkow, N. D. 2010. Neurocircuitry of addiction. *Neuropsychopharmacology,* 35**,** 217-38.

Koob, G. F. & Volkow, N. D. 2016. Neurobiology of addiction: a neurocircuitry analysis. *Lancet Psychiatry,* 3**,** 760-773.

Kuhn, D. 2022. Metacognition matters in many ways. *Educational Psychologist,* 57**,** 73-86.

Kul, S. H., Ünal-Aydın, P., Balıkçı, K. & Aydın, O. 2021. Examining the effects of metacognition and social cognition in alcohol use among university students in Turkish Republic of Northern Cyprus. *Epiphany,* 14**,** 159.

Leshner, A. I. 1997. Addiction is a brain disease, and it matters. *Science,* 278**,** 45-47.

Levy, N. 2013. Addiction is not a brain disease (and it matters). *Frontiers in psychiatry,* 4**,** 24.

Longshore, D. & Teruya, C. 2006. Treatment motivation in drug users: A theory-based analysis. *Drug and alcohol dependence,* 81**,** 179-188.

Lopes, F. M., Luz, W. L. d., Remus, J. B. & Andretta, I. 2021. Psychoeducation in the treatment of smoking and alcohol use disorder. *Drugs and Human Behavior.* Springer.

Lysaker, P. H., Gagen, E., Klion, R., Zalzala, A., Vohs, J., Faith, L. A., Leonhardt, B., Hamm, J. & Hasson-Ohayon, I. 2020. Metacognitive Reflection and Insight Therapy: A Recovery-Oriented Treatment Approach for Psychosis. *Psychol Res Behav Manag,* 13**,** 331-341.

Maddux, J. E., Brawley, L. & Boykin, A. 1995. Self-efficacy and healthy behavior. *Self-efficacy, adaptation, and adjustment.* Springer.

Magill, M., Martino, S. & Wampold, B. 2021. The principles and practices of psychoeducation with alcohol or other drug use disorders: A review and brief guide. *Journal of Substance Abuse Treatment,* 126**,** 108442.

Mansourijalilian, A. & Yazdanbakhsh, K. 2016. Predicting Tendency to Abuse Drugs by Using Differentiation and Metacognition among University Students. *Research in Cognitive and Behavioral Sciences,* 6**,** 43-52.

Månsson, K. N., Lueken, U. & Frick, A. 2021. Enriching CBT by neuroscience: Novel avenues to achieve personalized treatments. *International Journal of Cognitive Therapy,* 14**,** 182-195.

Mark, T. L., Kassed, C. A., Vandivort-Warren, R., Levit, K. R. & Kranzler, H. R. 2009. Alcohol and opioid dependence medications: prescription trends, overall and by physician specialty. *Drug and alcohol dependence,* 99**,** 345-349.

Marlowe, D. B., Kirby, K. C., Bonieskie, L. M., Glass, D. J., Dodds, L. D., Husband, S. D., Platt, J. J. & Festinger, D. S. 1996. Assessment of coercive and noncoercive pressures to enter drug abuse treatment. *Drug and alcohol dependence,* 42**,** 77-84.

McKay, S. M. & Smith, S. 2021. Towards a Neuroscience-Informed Coaching Practice: Opportunities and Limitations. *Positive Psychology Coaching in the Workplace.* Springer.

McLellan, A. T. 2017. Substance Misuse and Substance use Disorders: Why do they Matter in Healthcare? *Trans Am Clin Climatol Assoc,* 128**,** 112-130.

McLellan, A. T., Lewis, D. C., O'Brien, C. P. & Kleber, H. D. 2000. Drug dependence, a chronic medical illness: implications for treatment, insurance, and outcomes evaluation. *JAMA,* 284**,** 1689-95.

Melis, M., Spiga, S. & Diana, M. 2005. The dopamine hypothesis of drug addiction: hypodopaminergic state. *Int Rev Neurobiol,* 63**,** 101-54.

Melnick, G., De Leon, G., Hawke, J., Jainchill, N. & Kressel, D. 1997. Motivation and readiness for therapeutic community treatment among adolescents and adult substance abusers. *The American journal of drug and alcohol abuse,* 23**,** 485-506.

Meredith, L. R., Maralit, A. M., Thomas, S. E., Rivers, S. L., Salazar, C. A., Anton, R. F., Tomko, R. L. & Squeglia, L. M. 2021. Piloting of the Just Say Know prevention program: A psychoeducational approach to translating the neuroscience of addiction to youth. *The American journal of drug and alcohol abuse,* 47**,** 16-25.

Miles, H., Dutheil, L., Welsby, I. & Haider, D. 2007. 'Just say no': A preliminary evaluation of a three-stage model of integrated treatment for substance use problems in conditions of medium security. *The Journal of Forensic Psychiatry & Psychology,* 18**,** 141-159.

Miller, W. R. 1985. Motivation for treatment: a review with special emphasis on alcoholism. *Psychological bulletin,* 98**,** 84.

Moeini, B., Hazavehei, S. M. M., Faradmal, J., Ahmadpanah, M., Dashti, S., Hashemian, M. & Shahrabadi, R. 2022. The relationship between readiness for treatment of substance use and self-efficacy based on life skills. *Journal of ethnicity in substance abuse,* 21**,** 364-376.

Moritz, S. & Lysaker, P. H. 2018. Metacognition - What did James H. Flavell really say and the implications for the conceptualization and design of metacognitive interventions. *Schizophr Res,* 201**,** 20-26.

Muller, A., Znoj, H. & Moggi, F. 2019. How Are Self-Efficacy and Motivation Related to Drinking Five Years after Residential Treatment? A Longitudinal Multicenter Study. *Eur Addict Res,* 25**,** 213-223.

Nathan, P. E., Conrad, M. & Skinstad, A. H. 2016. History of the Concept of Addiction. *Annual review of clinical psychology,* 12**,** 29-51.

Nestler, E. J., Hyman, S. E. & Malenka, R. C. 2009. Molecular Neuropharmacology: A Foundation for Clinical Neuroscience, Second Edition New York: McGraw-Hill Medical.

Nikmanesh, Z., Baluchi, M. H. & Motlagh, A. A. P. 2017. The role of self-efficacy beliefs and social support on prediction of addiction relapse. *International Journal of High Risk Behaviors and Addiction,* 6.

Nosen, E. 2012. *Metacognition and cravings during smoking cessation.* Citeseer.

Ögel, K., Koç, C., Karalar, B., Başabak, A., Aksoy, A., İşmen, M., Yeroham, R. & Cezaevi, U. 2011. Samba İsimli Bir Bağımlılık Tedavi Programının Etkinlik Çalışması. *Bulletin of Clinical Psychopharmacology,* 21**,** S150-1.

Padmanabha, C. 2020. Metacognition: Conceptual Framework„„. *Journal on Educational Psychology,* 14**,** 1-11.

Parsons, L. H. & Hurd, Y. L. 2015. Endocannabinoid signalling in reward and addiction. *Nat Rev Neurosci,* 16**,** 579-94.

Priddy, S. E., Howard, M. O., Hanley, A. W., Riquino, M. R., Friberg-Felsted, K. & Garland, E. L. 2018. Mindfulness meditation in the treatment of substance use disorders and preventing future relapse: neurocognitive mechanisms and clinical implications. *Substance abuse and rehabilitation,* 9**,** 103.

Reinarman, C. 2014. Addiction is not just a brain disease: Critical studies of addiction. *Expanding addiction: Critical essays.* Routledge.

Reiss, S. 2012. Intrinsic and extrinsic motivation. *Teaching of psychology,* 39**,** 152-156.

Rezapour, T., Assari, S., Kirlic, N., Vassileva, J. & Ekhtiari, H. 2020a. Enhancing Cognitive Resilience in Adolescence and Young Adults: A Neuroscience-informed Approach.

Rezapour, T., Aupperle, R. L., Paulus, M. P. & Ekhtiari, H. 2020b. Clinical translation and implementation neuroscience for novel cognitive interventions in addiction medicine. *Cognition and Addiction.* Elsevier.

Rezapour, T., Barzegari, M., Sharifi, E., Malmir, N., Ghiasvand, H., Salehi, M., Noroozi, A. & Ekhtiari, H. 2021. Neuroscience-Informed Psychoeducation for Recovery: A Program to Promote Metacognition in People With Substance Use Disorders. *Basic Clin Neurosci,* 12**,** 597-606.

Rezapour, T., Hatami, J., Farhoudian, A., Sofuoglu, M., Noroozi, A., Daneshmand, R., Samiei, A. & Ekhtiari, H. 2015. NEuro COgnitive REhabilitation for Disease of

Addiction (NECOREDA) Program: From Development to Trial. *Basic Clin Neurosci*, 6**,** 291-8.

Rhodes, M. G. 2019. Metacognition. *Teaching of Psychology,* 46**,** 168-175.

Russell-Chapin, L. A. 2016. Integrating Neurocounseling into the Counseling Profession: An Introduction. *Journal of Mental Health Counseling*, 38.

Russo, G. M., Schauss, E., Naik, S., Banerjee, R., Ghoston, M., Jones, L. K., Zalaquett, C. P., Beeson, E. T. & Field, T. A. 2021. Extent of Counselor Training in Neuroscience-Informed Counseling Competencies. *Journal of Mental Health Counseling,* 43**,** 75-93.

Ryan, R. M., Plant, R. W. & O'Malley, S. 1995. Initial motivations for alcohol treatment: relations with patient characteristics, treatment involvement, and dropout. *Addict Behav,* 20**,** 279-97.

Sadeghi, S., Ekhtiari, H., Bahrami, B. & Ahmadabadi, M. N. 2017. Metacognitive deficiency in a perceptual but not a memory task in methadone maintenance patients. *Scientific reports,* 7**,** 1-8.

SAMSHA 2016. The Neurobiology of Substance Use, Misuse, and Addiction, Chapher 2. *Facing Addiction in America: The Surgeon General's Report on Alcohol, Drugs, and Health.* Washington (DC).

Savaşan, A. 2010. Bağımlılığı olan hastalarda servis ortamı ve tedavi motivasyonu ilişkisinin incelenmesi. *Klinik Psikiyatri,* 13**,** 119-126.

Savaşan, A., Engin, E. & Ayakdaş, D. 2013. Bir AMATEM kliniğinden taburcu olan bağımlı hastaların yaşam tarzı değişiklikleri ve nüks durumları. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi,* 4**,** 75-79.

Sedghi, M., Heydardoust, S. & Hashtroudi, S. V. 2019. Study of the Metacognition Technique in Reducing the Desire for Opioid Dependence. *BRAIN. Broad Research in Artificial Intelligence and Neuroscience,* 10**,** 89-95.

Seow, T. X. F., Rouault, M., Gillan, C. M. & Fleming, S. M. 2021. How Local and Global Metacognition Shape Mental Health. *Biol Psychiatry,* 90**,** 436-446.

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

Sheykhnezhad, F. & Seyedfatemi, N. 2019. Effect of group education on self-efficacy and craving tendencies in drug abusers in 5th Azar Drug Abuse Treatment Center of Gorgan. *Cogent Psychology,* 6**,** 1587818.

Spada, M., Proctor, D., Caselli, G. & Strodl, E. 2013. Metacognition in substance misuse. *Principles of addiction: Comprehensive addictive behaviors and disorders,* 1**,** 355-362.

Spada, M. M., Caselli, G. & Wells, A. 2009. Metacognitions as a predictor of drinking status and level of alcohol use following CBT in problem drinkers: A prospective study. *Behaviour Research and Therapy,* 47**,** 882-886.

Spada, M. M., Nikčević, A. V., Moneta, G. B. & Wells, A. 2007. Metacognition as a mediator of the relationship between emotion and smoking dependence. *Addictive behaviors,* 32**,** 2120-2129.

Stefanatou, P., Giannouli, E., Tsellos, P., Antonopoulou, Z., Paparrigopoulos, T., Ermiliou, V. & Typaldou, M. 2016. Metacognitive factors in a sample of Greek alcohol dependent patients. *European Psychiatry,* 33**,** S319-S319.

Sterne, M. & Pittman, D. 1966. The concept of motivation: a source of institutional and professional blockage in the treatment of alcoholics. *Nursing Research,* 15**,** 286.

Stevens, J. 1992. *Applied multivariate statistics for the social sciences, 2nd ed,* Hillsdale, NJ, US, Lawrence Erlbaum Associates, Inc.

Strecher, V. J., DeVellis, B. M., Becker, M. H. & Rosenstock, I. M. 1986. The role of self-efficacy in achieving health behavior change. *Health Educ Q,* 13**,** 73-92.

Stuart, G. W. 2014. *Principles and practice of psychiatric nursing-e-book,* Elsevier Health Sciences.

Takizawa, Y., Murray, J., Bambling, M., Matsumoto, Y., Ishimoto, Y., Yamane, T. & Edirippulige, S. 2022. Integrating neuroscientific knowledge into psychotherapy amongst Japanese psychotherapists: presence, benefits, needs and cultural barriers. *Asia Pacific Journal of Counselling and Psychotherapy,* 13**,** 81-100.

Tanriverdi, D., Çuhadar, D., Durmaz, H., Kaplan, V. & Özkan, S. 2020. Treatment motivation and social support levels among individuals with substance use disorders, and influencing factors. *Journal of Substance Use,* 25**,** 264-270.

Tosun, A. & Irak, M. 2008. Üstbiliş Ölçeği-30'un Türkçe Uyarlaması, Geçerliği, Güvenirliği, Kaygı ve Obsesif-Kompülsif Belirtilerle İlişkisi. *Turk Psikiyatri Dergisi,* 19.

Vendruscolo, L. F., Estey, D., Goodell, V., Macshane, L. G., Logrip, M. L., Schlosburg, J. E., McGinn, M. A., Zamora-Martinez, E. R., Belanoff, J. K., Hunt, H. J., Sanna, P. P., George, O., Koob, G. F., Edwards, S. & Mason, B. J. 2015. Glucocorticoid receptor

antagonism decreases alcohol seeking in alcohol-dependent individuals. *J Clin Invest,* 125**,** 3193-7.

Verdejo-Garcia, A., Lorenzetti, V., Manning, V., Piercy, H., Bruno, R., Hester, R., Pennington, D., Tolomeo, S., Arunogiri, S., Bates, M. E., Bowden-Jones, H., Campanella, S., Daughters, S. B., Kouimtsidis, C., Lubman, D. I., Meyerhoff, D. J., Ralph, A., Rezapour, T., Tavakoli, H., Zare-Bidoky, M., Zilverstand, A., Steele, D., Moeller, S. J., Paulus, M., Baldacchino, A. & Ekhtiari, H. 2019. A Roadmap for Integrating Neuroscience Into Addiction Treatment: A Consensus of the Neuroscience Interest Group of the International Society of Addiction Medicine. *Front Psychiatry,* 10**,** 877.

Volkow, N. D. & Boyle, M. 2018. Neuroscience of Addiction: Relevance to Prevention and Treatment. *Am J Psychiatry,* 175**,** 729-740.

Volkow, N. D., Fowler, J. S., Wang, G. J., Hitzemann, R., Logan, J., Schlyer, D. J., Dewey, S. L. & Wolf, A. P. 1993. Decreased dopamine D2 receptor availability is associated with reduced frontal metabolism in cocaine abusers. *Synapse,* 14**,** 169-77.

Volkow, N. D. & Koob, G. 2015. Brain disease model of addiction: why is it so controversial? *The Lancet Psychiatry,* 2**,** 677-679.

Wells, A. 2011. *Metacognitive therapy for anxiety and depression*, Guilford press.

Wells, A. & Cartwright-Hatton, S. 2004. A short form of the metacognitions questionnaire: properties of the MCQ-30. *Behav Res Ther,* 42**,** 385-96.

Wells, A. & Matthews, G. 1996. Modelling cognition in emotional disorder: The S-REF model. *Behaviour research and therapy,* 34**,** 881-888.

Whitmer, A. J. & Gotlib, I. H. 2013. An attentional scope model of rumination. *Psychological bulletin,* 139**,** 1036.

Witkiewitz, K. & Bowen, S. 2010. Depression, craving, and substance use following a randomized trial of mindfulness-based relapse prevention. *Journal of consulting and clinical psychology,* 78**,** 362.

Yeh, M. Y., Tung, T. H., Horng, F. F. & Sung, S. C. 2017. Effectiveness of a psychoeducational programme in enhancing motivation to change alcohol-addictive behaviour. *Journal of clinical nursing,* 26**,** 3724-3733.

Zale, E. L., Maisto, S. A., De Vita, M. J., Hooten, W. M. & Ditre, J. W. 2021. Increasing cessation motivation and treatment engagement among smokers in pain: A pilot randomized controlled trial. *Experimental and Clinical Psychopharmacology,* 29**,** 593.

EKLER

Ek – 1: BFM kapsamında uygulanan psikoeğitim içerikleri

Ön Açıklama: Posterlerden alınan içerikler normal punto ile, araştırmacı tarafından eklenen içerikler ise *italik* olarak ifade edilmiştir.

Hazırlık oturumu: Bu oturum bireysel olarak veya birinci oturum öncesinde grup olarak yapılabilir. Bu araştırma kapsamında yapılan uygulamada hastaların ön test uygulaması sonrasında deney grubu hastalarına bireysel olarak uygulanmıştır.

Oturumun Amacı:

- *Alkol ve madde kullanımı ile zarar gören 10 beyin fonksiyonunu tanıtmak.*
- *Yoksunlukta iyileşme için 10 alanda günlük beyin egzersizleri hakkında bilgi vermek*
- *İlk yoksunluktan itibaren beyin iyileşmesini teşvik eden 10 adım hakkında bilgi vermek*

Uygulama:

Öncelikle grup üyeleriyle tanışılır. Kısaca kendilerinden bahsetmeleri sağlanır. Psikoeğitim programının nasıl uygulayacağı ile ilgili kısa bir bilgi verilir. Ardından 1. Posterin alt kısmında yer alan şu açıklamalar okunur:

Yasal veya yasadışı bağımlılık yapıcı maddelerin kullanımı beyinde ciddi zayıflamaya, hatta hasara, işlev bozukluğuna ve büyük ölçüde azalmış beyin fonksiyonuna yol açabilir. Neyse ki araştırmalar insan beyninin, yoksunluk sırasında doğru yaklaşımlar ve egzersizlerle işlevlerini onarabileceğini ve hatta iyileştirebileceğini göstermektedir. Bu restorasyon süreci zaman alır ve planlı bir iyileşme gerektirir, ancak bir zamanlar bağımlılıktan zarar görmüş bir beyinde yüksek düzey canlılık elde etmek çok mümkündür.

Bu ifadelerden sonra hastadan/hastalardan geri bildirim alınmalıdır. "Bağımlılık yapan maddelerin beyne zarar verdiği, fakat bu zararın doğru yaklaşım ve egzersizlerle onarılabileceği ve hatta iyileştirilebileceği" şeklindeki mesajın doğru algılandığına emin olunmalıdır. Ardından egzersizlerin neden gerekli olduğundan bahsedilmek istendiği belirtilir. Posterin alt kısmında yer alan şu açıklamalar okunur:

"Vücudunuz gibi beyninizin de düzenli ve giderek artan tempoda egzersize ihtiyacı vardır. Beynimizin güçlü kalması ve yaşamın günlük zorluklarıyla başa çıkabilmek konusunda dirençli olması için egzersize ihtiyacı vardır. İyileşme için, bağımlı bir beynin daha fazla ilgiye, beslenmeye ve bakıma ihtiyacı vardır. *Bu eğitimlerde sana* herhangi bir özel ekipman gerekmeksizin hemen hemen her yerde, her zaman kolaylıkla *yapabileceğin bazı egzersizleri de tanıtacağız." Son olarak da her oturumda taburculuk sonrası yaşamda dikkat etmesi gereken bazı önerilerde bulunulacağından bahsedilir ve 2. Posterin alt kısmında yer alan şu açıklamalar okunur:*

"Maddeden uzak kaldığınız ilk zamanlarda beyniniz kırık bir el gibidir. Düzgün bir şekilde iyileşmek için sizin aktif desteğinize ihtiyaç duyar. Yoksunluğun ilk haftalarından sonra, beyninizin zamanla kendi yeteneklerini kazanmaya başlaması için aktif rehabilitasyon egzersizine ihtiyacı olacaktır. Beyin iyileşmesi zaman alır ancak yeterince zaman ayırırsanız ve dikkat verirseniz başarırsınız."

Varsa soruları cevaplandırılır ve oturumu sonlandırılır.

Birinci Oturum

Oturumun Amacı:

- *"Dikkat" ve "Hafıza" fonksiyonunun gördüğü zararlar konusunda katılımcıların bilgi düzeyini artırmak*
- *Bu fonksiyonlarda görülen zayıflama ve işlev bozukluklarının nasıl onarılabileceği, hatta iyileştirilebileceği ile ilgili günlük egzersizler konusunda katılımcıların beceri düzeyini artırmak*
- *Sağlıklı bir yaşama adım atarken sağlıklı beslenmenin ve ruhsal olarak daha aktif olmanın faydaları konusunda katılımcıların bilgi düzeyini artırmak*

Uygulama:

"Alkol ve madde kullanımı dikkat ve hafızanız ile ilgili sorunlar yaşamanıza neden olabilir. Bu oturumda öncelikle dikkat ve hafızanız ile ilgili yaşadığınız sorunlardan konuşacağız. Ardından bu sorunlarla baş edebilmek için hangi günlük egzersizleri uygulayabileceğinize değineceğiz. Son olarak da sağlıklı beslenmenin ve ruhsal olarak daha aktif olmanın size sağlayacağı katkıları aktaracağız." şeklinde bir açıklama yapılır. 1. Posterdeki Dikkat ile ilgili bölümü okunur ya da gruptan bir hastanın okuması sağlanır.

"Çevreden gelen uyaranlar ve madde kullanmamı tetikleyen şeyler yüzünden kendimi yetersiz hissediyorum. Ne istediğimi kontrol etmekte zorlanıyorum. Madde kullanıp kullanmamaya karar veremiyorum. Madde kullanmak istemiyor olsam bile bunu düşünmeden duramıyorum. Böyle durumlarda başka şeylere odaklanamıyorum. Birisiyle sohbet etmek bile çok zor geliyor. Madde kullanmak aklıma geldiğinde başka hiçbir şey düşünemiyorum."

Metin okunduktan sonra hastaların bu durumla ilgili kendi deneyimlerinden bahsetmeleri sağlanmalıdır. 1. Posterdeki Dikkatle ilgili karikatürde ne gördükleri sorulabilir, yorumlamaları istenir. Konuyla ilgili yeterli miktarda tartışılması sağladığında "Dikkat ile ilgili sorunlarla baş edebilmek için hangi günlük egzersizlerin uygulanabileceği" ile ilgili konuşmak istediğinizi belirtiniz. Ardından 3. Posterde yer alan Dikkat ile ilgili bölüm okunur ya da gruptan bir hastanın okuması sağlanır.

"1. Kelime Egzersizleri Yapın: Günlük konuşma sırasında ters heceleme yapın ve duyduğunuz kelimeleri zihninizde geriye doğru heceleyin. Örneğin: Armut, "Beyin dilinizde" tumra olabilir.

2. Kendinizin "Şimdi ve Burada" Koçu Olun: Dikkatinizi kontrol etme pratiği yapabilir ve önemli görevler sırasında dikkatinizin daha az dağılmasını sağlayabilirsiniz. "Elindeki işe odaklan" veya "şu ana geri dön" gibi planlı, nazik ve içsel mesajlar sizi tekrar odak noktasına getirecek bir alışkanlık haline gelebilir.

3. Beyninizi Esnek Olacak Şekilde Eğitin: Günlük egzersizlerinizde iki veya daha fazla beyin görevi arasında geçiş yapmaya çalışın. Örneğin: 10 dakika boyunca bir Sudoku bulmacası çözün ve ardından 10 dakika boyunca bir Kare bulmaca çözmeye geçin ve ardından tekrar Sudoku'ya dönün. Bu döngüyü iki veya daha fazla kez tekrarlayabilirsiniz."

Bu egzersizlerin taburculuk sonrasında günlük olarak uygulanmasının beynin dikkat ile ilgili fonksiyonunu güçlendireceği vurgulanmalıdır. Egzersizlerin yeterince anlaşıldığını teyit etmek için hastaların geri bildirim vermesini sağlayabilirsiniz. "Biraz da Hafıza ile ilgili konuşmak istediğinizi" belirtiniz.

1. Posterdeki Hafıza ile ilgili bölüm okunur ya da gruptan bir hastanın okuması sağlanır.

"Madde kullanmak hafızamı kötü etkiliyor. Madde kullandığım yerlerden geçerken ya da birlikte madde kullandığım kişileri gördüğümde eski hatıralarım gözümde canlanıyor. Kahvaltıda ne yediğimi, biraz önce telefonda ne konuştuğumu hatırlayamadığım oluyor. Böyle durumlarda insanların bana olan güveninin sarsılacağını hissediyorum"

Metin okunduktan sonra hastaların bu durumla ilgili kendi deneyimlerinden bahsetmeleri sağlanır. 1. Posterdeki hafızayla ilgili karikatürde ne gördükleri sorulabilir, yorumlamaları istenir. Konuyla ilgili yeterli miktarda tartışılması sağladığında "Hafıza ile ilgili sorunlarla baş edebilmek için hangi günlük egzersizlerin uygulanabileceği" ile ilgili konuşmak istediğinizi belirtiniz. Ardından 3. Posterde yer alan Hafıza ile ilgili bölüm okunur ya da gruptan bir hastanın okuması sağlanır.

"1. Beyin Günlüğü Tutun: Her gece, gününüzü etkileyen önemli olayları günlüğünüze yazın. Gün içinde yaşadığınız olayları hayalinizde canlandırıp bir oyun izliyormuş gibi gözlemleyebilirsiniz.

2. "Hafıza Oyunları" Oynayın: Her gün için bir kelime listesi hazırlayın ve gün boyunca bunları ezberlemeye çalışın. Listenin anlık görüntüsünü belleğinize kaydedin, böylece yeni sözcükler ihtiyacınız olduğunda kullanılabilir olacaktır.

3. "Beyin Karmaşanızı" Azaltın: Dizileri daha küçük, ilişkili "parçalara" dönüştürerek beyin alanını kaplayan bilgi yükünü azaltmaya çalışın. Örneğin: 140593251'i hatırlamak yerine, 140-593-251'e sadeleştirin. Bilgileri düzenlemenin ve biriktirmenin diğer yenilikçi yolları hafızanızı güçlendirmeye yardımcı olacaktır."

Bu egzersizlerin taburculuk sonrasında günlük olarak uygulanmasının beynin Hafıza ile ilgili fonksiyonunu güçlendireceği vurgulanmalıdır. Egzersizlerin yeterince anlaşıldığını teyit etmek için hastaların geri bildirim vermesini sağlayabilirsiniz. Ardından bu oturumda son olarak sağlıklı beslenmenin ve ruhsal olarak daha aktif olmanın sağlayacağı katkılardan bahsetmek istediğinizi söyleyebilirsiniz. 2. Posterde yer alan "Sağlıklı beslenin" bölümleri okunur ya da gruptan bir hastanın okuması sağlanır.

"Günlük olarak meyve (özellikle çilek, kiraz v.b.) ve koyu yeşil yapraklı sebzeler yemeye çalışın. Doğal antioksidanlar ve vitaminler beyninizdeki yaralı ve iltihaplı bölgelerin iyileşmesine yardımcı olacaktır.

Bol bol yağlı balık (somon ve ton balığı) ve yumurta yemeye çalışın. Bu besinlerin içindeki mikro parçacıklar, beyninizin zarar gören yapılarını eski haline getirmek için fayda sağlayacaktır.

Tuz alımını azaltın ve kolesterolünüzü düşürmek için çaba gösterin."

2. Posterde yer alan "Ruhsal olarak daha aktif olun" bölümleri okunur ya da gruptan bir hastanın okuması sağlanır.

"1. Beyninizin tam anlamıyla işlevini yeniden kazanabilmesi için vücudunuzla birlikte egzersiz yapmaya ihtiyacı olduğu gerçeğini unutmayın.

2. Beyin fonksiyonlarınızın iyileştirilmesi için sistematik olarak tasarlanmış beyin egzersizlerini yapmaya istekli olun (bir sonraki posterimize bakın).

3. Spor egzersizlerinde olduğu gibi yavaş yavaş beyin egzersizlerinizin zor seviyelerine ilerleyin. Uyguladığınız zihinsel egzersizlerin türü ve seviyesi için bir danışmandan yardım alın."

Sağlıklı yaşam ile ilgili bu öneriler hakkında hastaların geri bildirimi alınır. Varsa soruları cevaplandırılır ve oturumu sonlandırılır.

İkinci Oturum

Oturumun Amacı:

- *"Beyin-Vücut Bağlantısı", "Uyarılma ve Uyku" ve "Kötü Hissetmek" fonksiyonunun gördüğü zararlar konusunda katılımcıların bilgi düzeyini artırmak*

- *Bu fonksiyonlarda görülen zayıflama ve işlev bozukluklarının nasıl onarılabileceği, hatta iyileştirilebileceği ile ilgili günlük egzersizler konusunda katılımcıların beceri düzeyini artırmak*

- *Sağlıklı bir yaşama adım atarken sakin ve rahat olmanın, duygularınızla uyum içinde olmanın ve sağlıklı uyumanın faydaları konusunda katılımcıların bilgi düzeyini artırmak*

Uygulama:

"Alkol ve madde kullanımı beyniniz ile vücudunuzun bağlantısında sorunlara, uyarılma ve uyku ile ilgili problemlere neden olabilir. Ayrıca kendinizi kötü hissetmenize de neden olabilir. Bu oturumda öncelikle bu sorunlardan konuşacağız. Ardından bu sorunlarla baş edebilmek için hangi günlük egzersizleri uygulayabileceğinize değineceğiz. Son olarak da sakin ve rahat olmanın ve sağlıklı uykunun size sağlayacağı katkıları aktaracağız." şeklinde bir açıklama yapılır.

1. Posterdeki Beyin-Vücut Bağlantısı ile ilgili bölümü okunur ya da gruptan bir hastanın okuması sağlanır.

"Artık vücudumla temas halinde olduğumu hissetmiyorum. Stresli, aşermiş, depresif veya endişeli olduğum zaman aklımın ve vücudumun birbiriyle iletişim kurduğunu hissetmiyorum. Bu nedenle, vücudumun neye ihtiyaç duyabileceğinin farkında değilim. Örneğin su içmem gerektiğinde, aç olduğumda veya yorgun olduğumda. Sanki zihnim ve vücudum birbiriyle tamamen temas etmiyor gibi. Duygularım genellikle bedensel belirtilerle kendini gösteriyor. Bu yüzden vücut-beyin iç görüsüne sahip olmadığımda sonuç olarak bu duyguları kontrol edemiyorum."

Metin okunduktan sonra hastaların bu durumla ilgili kendi deneyimlerinden bahsetmeleri sağlanmalıdır. 1. Posterdeki Beyin-Vücut Bağlantısı ile ilgili karikatürde ne gördükleri sorulabilir, yorumlamaları istenir. Konuyla ilgili yeterli miktarda tartışılması sağladığında "Beyin-Vücut Bağlantısı ile ilgili sorunlarla baş edebilmek için hangi günlük egzersizlerin uygulanabileceği" ile ilgili konuşmak istediğinizi belirtiniz.

3. Posterde yer alan Beyin-Vücut Bağlantısı ile ilgili bölüm okunur ya da gruptan bir hastanın okuması sağlanır.

"1. Vücut Varlığı Çalışması: Egzersiz sırasında veya yoga ve meditasyon yaparken müzik dinlemek yerine kendi vücudunuza odaklanın. Beyniniz ve vücudunuz arasında ortaya çıkan iletişimin ve bununla ilişkili duygularınızın farkına varın.

2. Kalp Atış Hızınızı Gözlemleyin: Gün boyunca farklı etkinlikler sırasında nabzınızı birkaç kez kontrol edin. Nabzınızın ve kalp atış hızınızın çeşitli koşullarda sunacağı mesajı anlamaya çalışın. Nabzınızı kontrol etmenin farklı yollarını deneyin. Vücuduna dokunmadan kalbinin atışını hissetmeye çalışabilir misin? Hissedebiliyor musun?

3. Farkındalık Pratiği Yapın: Çevrenizi ve vücudunuzu merakla gözlemleyin ve çevrenizdeki seslere sanki ilk kez duyuyormuş gibi dikkat kesilin. Doğanın her yönünü keşfedin ve onları derinden hissedin."

Bu egzersizlerin taburculuk sonrasında günlük olarak uygulanmasının beynin vücut bağlantısı ile ilgili fonksiyonunu güçlendireceği vurgulanmalıdır. Egzersizlerin yeterince anlaşıldığını teyit etmek için hastaların geri bildirim vermesini sağlayabilirsiniz.

"Biraz da Uyarılma ve Uyku ile ilgili konuşmak istediğinizi" belirtiniz.

1. Posterdeki Uyarılma ve Uyku ile ilgili bölüm okunur ya da gruptan bir hastanın okuması sağlanır.

"Uykuya dalmakta ve uyumakta zorlanıyorum. Şaşırmış ve endişeli uyanıyorum. Kalbimin yüksek sesle attığını hissediyorum. Kolay uyanıyorum, uyanırken endişeli ve heyecanlı oluyorum. Böyle durumlarda zor sakinleşiyorum. Tam aksine uyanık olmam gereken bir iş esnasında da uykulu hissediyorum. Vücudum, ruhsal ve duygusal olarak bana ağır geliyor ve genellikle fiziksel hareket yaparken motive olamıyorum."

Metin okunduktan sonra hastaların bu durumla ilgili kendi deneyimlerinden bahsetmeleri sağlanır. 1. Posterdeki Uyarılma ve Uyku ilgili karikatürde ne gördükleri sorulabilir, yorumlamaları istenir. Konuyla ilgili yeterli miktarda tartışılması sağladığında "Uyarılma ve Uyku ile ilgili sorunlarla baş edebilmek için hangi günlük egzersizlerin uygulanabileceği" ile ilgili konuşmak istediğinizi belirtiniz. Ardından 3. Posterde yer alan Uyarılma ve Uyku ile ilgili bölüm okunur ya da gruptan bir hastanın okuması sağlanır.

"1. Bir Uyku Alanı Yaratın: Yatak odanızı karanlık ve sessiz hale getirerek dinlendirici ve sakinleştirici bir uyku için hazırlayın. Elektronik cihazlarınızı sessize alın ve kendinize ideal bir yastık gibi rahatlatıcı imkânlar sunun.

2. Ara Sıra Kendinizi Şımartın: Mümkün olduğunca masaj, sauna, jakuzi, manikür, pedikür, spa, hamam gibi aktivitelerinden yararlanın. Evinizdeki küveti ya da duş alanınızı kişisel spa olarak bile kullanabilirsiniz.

3. Sıcaklığın Tadını Çıkarın: Kaslarınızdaki gerginliği azaltmak için ılık bir duş alın. Eklemlerinizi ve kaslarınızı gevşetmek için ev suyunuzu rahatlatıcı bir sıcaklığa ayarlayın."

Bu egzersizlerin taburculuk sonrasında günlük olarak uygulanmasının beynin Uyarılma ve Uyku ile ilgili fonksiyonunu güçlendireceği vurgulanmalıdır. Egzersizlerin yeterince anlaşıldığını teyit etmek için hastaların geri bildirim vermesini sağlayabilirsiniz.

"Biraz da Kötü Hissetmek ile ilgili konuşmak istediğinizi" belirtiniz.

1. Posterdeki Kötü Hissetmek ile ilgili bölüm okunur ya da gruptan bir hastanın okuması sağlanır.

"Sık sık suçluluk duyuyor, kendimi aşağılıyorum. Terk edilme gibi olumsuz duygular yaşıyorum. Madde kullanmamla ilgili yaşadığım bu duygular büyük bir endişe yaratıyor, hatta kafamı karıştırıyor ve kızdırıyor. Bazı kelimeler ve sesler rahatsız edici olabiliyor; bu da yoğun stres yaşamama neden oluyor. Bu olumsuz duygular içimde yoğun bir aşerme duygusu ile sonuçlanıyor. Hep aksini yaşamış olsam da, rahatlamak ve daha iyi hissetmek için madde kullanmanın tek çözüm olduğuna inanıyorum."

Metin okunduktan sonra hastaların bu durumla ilgili kendi deneyimlerinden bahsetmeleri sağlanır. 1. Posterdeki Kötü Hissetmek ilgili karikatürde ne gördükleri sorulabilir, yorumlamaları istenir. Konuyla ilgili yeterli miktarda tartışılması sağladığında "Kötü Hissetmek ile ilgili sorunlarla baş edebilmek için hangi günlük egzersizlerin uygulanabileceği" ile ilgili konuşmak istediğinizi belirtiniz.

3. Posterde yer alan Kötü Hissetmek ile ilgili bölüm okunur ya da gruptan bir hastanın okuması sağlanır.

"1. Pozitif Bir Dil Kullanın: Negatif kelimeleri olumlu olanlarla değiştirin. "Yeterince hızlı ilerlemiyorum" yerine "Ne kadar ilerlediğime bakın" gibi olumlu ifadeler kullanın.

2. Minnettarlık Duyun: Minnettar olduğunuz şeyleri tutarlı bir şekilde kabul edin. İyileşen arkadaşlarınıza, ailenize, kendinize ve manevi yaşamınıza. Hayatınızda minnettar olduğunuz şeylerin bir listesini yapın.

3. Hayır İşlerinde Gönüllü Olun: Küçük bile olsa diğer insanlara yardım edin. Gönüllülük veya hayır işleri, başkalarına yardım etmek için harika bir fırsattır."

Bu egzersizlerin taburculuk sonrasında günlük olarak uygulanmasının beynin Uyarılma ve Uyku ile ilgili fonksiyonunu güçlendireceği vurgulanmalıdır. Egzersizlerin yeterince anlaşıldığını teyit etmek için hastaların geri bildirim vermesini sağlayabilirsiniz.

Ardından bu oturumda sakin ve rahat olmanın sağlayacağı katkılardan bahsetmek istediğinizi söyleyebilirsiniz. 2. Posterde yer alan "Sakin ve rahat olun" bölümü okunur ya da gruptan bir hastanın okuması sağlanır.

"1.Vücudunuzdaki diğer yaralanmalardan farklı olarak, beyniniz iyileşmek için huzurlu olmaya, sakinliğe ve yeterli zamana ihtiyaç duyar.

2. Stres, beyninizin en büyük düşmanıdır ve yüksek strese maruz kalmak beyninizin iyileşme sürecini engeller.

3. Mümkünse sizi daha stresli hale getirebilecek kişilerden, yerlerden, olaylardan ve diğer şeylerden kaçının. Tedavi ekibinin gözetiminde iyileşmenizin ilk birkaç ayından sonra kendinizi yavaş yavaş normal yaşam stresine maruz bırakmaya başlayabilirsiniz."

Sağlıklı yaşam ile ilgili bu öneriler hakkında hastaların geri bildirimi alınır. Varsa soruları cevaplandırılır ve oturumu sonlandırılır.

Ardından duygularınızla uyum içinde olmanın sağlayacağı katkılardan bahsetmek istediğinizi söyleyebilirsiniz. 2. Posterde yer alan "Duygularınızla uyumlu olun" bölümü okunur ya da gruptan bir hastanın okuması sağlanır.

"1. Günlük yaşamınızda karşılaştığınız sorunlarla başa çıkmak için problem çözme stratejilerini öğrenin ve uygulayın.

2.Çeşitli duyguları ve hisleri belirlemek ve birbirinden ayırt edebilmek için duygusal farkındalık uygulaması konusunda beceri kazanın.

3.Beyninizi rahatlatacak ve yeniden canlandırabilecek boş zaman aktiviteleri ve rekreasyon faaliyetlerine katılın."

2. Posterde yer alan "Sağlıklı uyuyun" bölümleri okunur ya da gruptan bir hastanın okuması sağlanır.

"1.Beyninizin yeniden şarj olması için yeterli (ancak çok fazla değil) uykuya ihtiyacı vardır.

2. Yatak odanızı bir uyku alanına çevirin; odanızın uygun sıcaklıkta, sakin ve karanlık olmasını sağlayın. Bu, beyninizin iyileşmesi için uykudan mümkün olduğunca yararlanmasına yardımcı olacaktır.

3. Düzenli, sağlıklı ve faydalı uyku programına bağlı kalın. Sabit günlük uyku programı, beyninizin dinlenmesine ve ihtiyacınız olduğunda ulaşılabilir olmasına yardımcı olacaktır."

Sağlıklı yaşam ile ilgili bu öneriler hakkında hastaların geri bildirimi alınır. Varsa soruları cevaplandırılır ve oturumu sonlandırılır.

Üçüncü Oturum

Oturumun Amacı:

- *"Karar ve Kontrol" ve "Hareket ve Konuşma" fonksiyonunun gördüğü zararlar konusunda katılımcıların bilgi düzeyini artırmak*
- *Bu fonksiyonlarda görülen zayıflama ve işlev bozukluklarının nasıl onarılabileceği, hatta iyileştirilebileceği ile ilgili günlük egzersizler konusunda katılımcıların beceri düzeyini artırmak*
- *Sağlıklı bir yaşama adım atarken bağımlılık yapıcı maddelerden uzak durmak için söz vermenin ve fiziksel olarak daha aktif olmanın faydaları konusunda katılımcıların bilgi düzeyini artırmak*

Uygulama:

"Alkol ve madde kullanımı karar alma ve kontrol mekanizmanızda problemlere neden olabilir. Ayrıca eskisi gibi hareketli olmayabilir, konuşma ile ilgili sorunlar yaşayabilirsiniz.

Bu oturumda öncelikle karar alma ve kontrol mekanizmasından, hareket ve konuşma ile ilgili sorunlardan konuşacağız. Ardından bu sorunlarla baş edebilmek için hangi günlük egzersizleri uygulayabileceğinize değineceğiz. Son olarak da bağımlılık yapıcı maddelerden uzak durmaya söz vermenin ve fiziksel olarak daha aktif olmanın size sağlayacağı katkıları aktaracağız." şeklinde bir açıklama yapılır.

1. Posterdeki Karar ve Kontrol ile ilgili bölümü okunur ya da gruptan bir hastanın okuması sağlanır.

"Bir daha madde kullanmamaya karar versem bile bu kararımın arkasında duramıyorum. Maddeye erişebilecek durumdaysam, bulunduğum ortamda madde ortamda varsa ve birde tercih ettiğim maddeyi gördüysem, kontrolümü tamamen kaybediyorum. Sanki bir güç beni ele geçiriyor. Aşermenin etkisi altındayım. Kullanıp kullanmamak benim elimde değil. Aşerdiğimde dengesiz duygular yaşıyorum. Fazla bir uyarana gerek kalmadan mutluyken bir anda üzgün olabiliyorum, kızgınken öfkelenip şiddete başvurabiliyorum. Bunlar benim kontrolüm dışında oluyor."

Metin okunduktan sonra hastaların bu durumla ilgili kendi deneyimlerinden bahsetmeleri sağlanmalıdır. 1. Posterdeki Karar ve Kontrol ilgili karikatürde ne gördükleri sorulabilir, yorumlamaları istenir. Konuyla ilgili yeterli miktarda tartışılması sağladığında "Karar ve Kontrol ile ilgili sorunlarla baş edebilmek için hangi günlük egzersizlerin uygulanabileceği" ile ilgili konuşmak istediğinizi belirtiniz. Ardından 3. Posterde yer alan Karar ve Kontrol ile ilgili bölüm okunur ya da gruptan bir hastanın okuması sağlanır.

"1. Günlük Hedefler Belirleyin: Her gün en az bir hedef belirleyin ve gün boyunca belirlediğiniz hedefe ulaşmaya çalışın. Alışveriş yaparken 20 TL tasarruf etmek, 1-2 km. yürümek gibi küçük hedefler başlamak için idealdir. Her hafta için kademeli olarak yedi hedef belirleyebilirsiniz.

2. Paranızı Takip Edin: Çok düşük olsa bile günlük harcadığınız para miktarını kağıda yazarak ve hesaplayarak izlemeye çalışın. İyi bir kişisel para yöneticisi olmak, hayatınızın diğer yönlerinde de kontrolü ele almanıza yardımcı olacaktır.

3. Sabretme Alıştırmaları Yapın: Bir karar vermek veya harekete geçmek için dürtülerin ve duyguların etkisi altında kalmış hissettiğinizde; durun, derin bir nefes alın ve gözlerinizi kapatın. Sonra 10'dan başlayarak 20'ye kadar yavaşça sayın."

Bu egzersizlerin taburculuk sonrasında günlük olarak uygulanmasının beynin Karar ve Kontrol ile ilgili fonksiyonunu güçlendireceği vurgulanmalıdır. Egzersizlerin yeterince anlaşıldığını teyit etmek için hastaların geri bildirim vermesini sağlayabilirsiniz. "Biraz da Hareket ve Konuşma ile ilgili konuşmak istediğinizi" belirtiniz. Ardından 1. Posterdeki Hareket ve Konuşma ile ilgili bölüm okunur ya da gruptan bir hastanın okuması sağlanır.

"Konuşurken, aslında bildiğim kelimeler aklıma gelmiyor. Kelime dağarcığımın sınırlı olduğunu hissediyorum. İyi bildiğim bir konuyla ilgili sohbet ederken bile kekelediğim veya zorlandığım oluyor. Ayrıca koordine olamıyorum ve becerilerimin büyük ölçüde azaldığını hissediyorum. Eskiden benim için çok kolay gelen hareketler ve görevler çok daha zor geliyor ve uyuşuk hissediyorum. Direksiyon başında sürüş becerilerim ve özgüvenim azaldı. Bu durum kaza yapmama neden olabileceğinden korkuyorum."

Metin okunduktan sonra hastaların bu durumla ilgili kendi deneyimlerinden bahsetmeleri sağlanır. 1. Posterdeki Hareket ve Konuşma ilgili karikatürde ne gördükleri sorulabilir, yorumlamaları istenir. Konuyla ilgili yeterli miktarda tartışılması sağladığında "Hareket ve Konuşma ile ilgili sorunlarla baş edebilmek için hangi günlük egzersizlerin uygulanabileceği" ile ilgili konuşmak istediğinizi belirtiniz. Ardından 3. Posterde yer alan Hareket ve Konuşma ile ilgili bölüm okunur ya da gruptan bir hastanın okuması sağlanır.

"1. Özetleme Alıştırmaları Yapın: Bir kitaptan, dergiden veya gazeteden bir paragraf seçin ve dikkatlice okuyun. Ardından seçtiğiniz paragrafı eş anlamlı kelimeler veya alternatif açıklamalar kullanarak kendi sözcüklerinizle yeniden yazın.

2. "İçinizdeki Sanatçının" keyfini çıkarın: Bir boyama kitabı alın ve rengarenk bir şekilde yaratıcı olmanıza izin verin! Belirtilen sınırların dışına çıkmadan boyamaya çalışın.

3. El Becerinizi Geliştirin: Don Henley, Eagles müzik grubunun ünlü davulcusudur. Davul çalmaya ilk olarak okul kitapları ve masasında çalarak başladığını söylemiştir. El becerisini geliştirmek ve harekete geçirmek için oturun, çeşitli ve farklı tempolarda ritim vuruşları yapın. Farklı hızlarda farklı melodiler uydurun ve kendinizle küçük yarışmalar yapın."

Bu egzersizlerin taburculuk sonrasında günlük olarak uygulanmasının beynin Hareket ve Konuşma ile ilgili fonksiyonunu güçlendireceği vurgulanmalıdır. Egzersizlerin yeterince anlaşıldığını teyit etmek için hastaların geri bildirim vermesini sağlayabilirsiniz. Ardından bağımlılık yapıcı maddelerden uzak durmak için söz vermenin sağlayacağı katkılardan bahsetmek istediğinizi söyleyebilirsiniz. 2. Posterde yer alan "bağımlılık yapıcı maddelerden uzak duracağınıza söz verin" bölümü okunur ya da gruptan bir hastanın okuması sağlanır.

"1. Madde kullandığınız ya da alkol aldığınız yerlerden uzak durun. Maddeyle ilgili herhangi bir uyaran, beyninize zarar verecek olan süreçleri harekete geçirebilir.

2.Madde kullanan tüm arkadaşlarınızla ilişkilerinizi kesin. Beyninizin iyileşebilmesi için yeni sağlıklı arkadaşlara ihtiyacı vardır.

3. Alkolden, yasal veya yasal olmayan herhangi bir maddeden "tamamen uzak durma" sözü verin. Beyniniz, iyileşme sırasında herhangi bir madde etkisine karşı çok savunmasızdır. Sorumluluk alarak bu konuya dikkat edin."

Son olarak da fiziksel olarak daha aktif olmanın sağlayacağı katkılardan bahsetmek istediğinizi söyleyebilirsiniz. 2. Posterde yer alan "Fiziksel olarak daha aktif olun" bölümü okunur ya da gruptan bir hastanın okuması sağlanır.

"1. Düzenli egzersiz yapın ve fiziksel aktiviteler için kendinize zaman ayırın. Beyniniz ve vücudunuz, düzenli yapılan fiziksel aktiviteler sırasında beyin iyileşmenizi destekleyen kimyasallar üretir.

2. Yaşam kalitenizi artırmak için yaşınıza, tıbbi durumunuza, vücut yapınıza ve cinsiyetinize uygun egzersizler yapın. Çok fazla veya yoğun egzersizden kaçının.

3. İyileşmekte olan beyninizin sosyal ihtiyaçlarını karşılamak ve desteklemek için grup ortamında egzersiz yapmayı deneyin"

Sağlıklı yaşam ile ilgili bu öneriler hakkında hastaların geri bildirimi alınır. Varsa soruları cevaplandırılır ve oturumu sonlandırılır.

Dördüncü Oturum

Oturumun Amacı:

- *"İyi hissetmek", "Sosyal Biliş" ile "Farkındalık ve içgörü" fonksiyonunun gördüğü zararlar konusunda katılımcıların bilgi düzeyini artırmak*

- *Bu fonksiyonlarda görülen zayıflama ve işlev bozukluklarının nasıl onarılabileceği, hatta iyileştirilebileceği ile ilgili günlük egzersizler konusunda katılımcıların beceri düzeyini artırmak*

- *Sağlıklı bir yaşama adım atarken kendinize sağlıklı bir arkadaş olmanın, sabırlı ve umutlu olmanın, sosyal açıdan daha aktif olmanın faydaları konusunda katılımcıların bilgi düzeyini artırmak*

Uygulama:

"Alkol ve madde kullanımı çekici geldiğinde eskiden keyif aldığınız şeyleri yapmakla zor gelebilir. Duygularınızı ifade etmekte zorlanabilirsiniz. Bazen de alkol ve maddenin sizde yarattığı olumsuz durumların farkına varamıyor olabilirsiniz.

Bu oturumda öncelikle bağımlı olduğunuz maddenin ne kadar çekici geldiğinden, istek duygunuzdan ve tüm bu sorunların ne kadar farkında olduğunuzdan ve bunları ne kadar dile getirebildiğinizden konuşacağız. Ardından bu sorunlarla baş edebilmek için hangi günlük egzersizleri uygulayabileceğinize değineceğiz. Son olarak da sabırlı, umutlu ve daha sosyal olmanın yanı sıra kendinizle sağlıklı bir arkadaş olmanın size sağlayacağı katkıları aktaracağız." şeklinde bir açıklama yapılır. 1. Posterdeki İyi hissetmek ile ilgili bölümü okunur ya da gruptan bir hastanın okuması sağlanır.

"Madde kullanmak çok çekici geliyor. Sanki yüksek bir sesle ve sık sık beni çağırıyor. Sadece maddeyi düşündüğümde veya elde ettiğimde mutlu oluyorum. Maddeyi görmek değil, onu düşünmek bile benim için bir tür haz uyandırıyor. Maddenin sunduğu ödül, diğer zevk veren şeylerin yerini alıyor. Eskiden keyif aldığım bir şeyler yapmaktan ve bir yerlere gitmekten kaçınıyorum. Madde kullanmadan iyi hissedebileceğim eğlenceli bir şeyler yapmaya becerim yok. Ya da eğlenceli aktiviteler yapmak konusunda yeterli değilim."

Metin okunduktan sonra hastaların bu durumla ilgili kendi deneyimlerinden bahsetmeleri sağlanmalıdır. 1. Posterdeki İyi hissetmek ilgili karikatürde ne gördükleri sorulabilir, yorumlamaları istenir. Konuyla ilgili yeterli miktarda tartışılması sağladığında "İyi hissetmek ile ilgili sorunlarla baş edebilmek için hangi günlük egzersizlerin uygulanabileceği" ile ilgili konuşmak istediğinizi belirtiniz. Ardından 3. Posterde yer alan İyi hissetmek ile ilgili bölüm okunur ya da gruptan bir hastanın okuması sağlanır.

"1. Mutluluk Kulübüne Üye Olun: Gülmeye ve diğer insanlarla esprilerinizi paylaşmaya çalışın. Boş zamanınızı ailenizle birlikte komedi şovları izleyerek geçirin ve bazı komik hikayeler sunun, fıkralar anlatın. Mizah anlayışınızı aktif hale getirin ve hayatın tadını çıkarın.

2. Hobilerinizle ilgilenin: Rahatlamanıza ve neşe duymanıza yardımcı olacak eğlenceli hobiler seçin. Örneğin: Yüzme, sanat/el sanatları, yemek pişirme, golf veya bahçe işleri, sizin ve beyninizin iyileşmesine destek olabilir.

3. Olumsuz anılardan, olumlu anılarla uzaklaşın: Yeni eğlenceli şeyler deneyin ve mutlu anılar oluşturun. Alkol veya madde kullanmak yerine, yeni yerleri ziyaret edebilir veya neşeli zevkli yeni faaliyetler deneyebilirsiniz."

Bu egzersizlerin taburculuk sonrasında günlük olarak uygulanmasının beynin İyi hissetmek ile ilgili fonksiyonunu güçlendireceği vurgulanmalıdır. Egzersizlerin yeterince anlaşıldığını teyit etmek için hastaların geri bildirim vermesini sağlayabilirsiniz. "Biraz da Sosyal Biliş ile ilgili konuşmak istediğinizi" belirtiniz. Ardından 1. Posterdeki Sosyal Biliş ile ilgili bölüm okunur ya da gruptan bir hastanın okuması sağlanır.

"Duygularımı açık ve anlaşılır bir şekilde tanımlamakta ve ifade etmekte güçlük çekiyorum. Başkalarının beni nasıl gördüklerini veya davranışlarımı nasıl yorumladıklarını anlayamıyorum. Bu yüzden empati kurma yeteneğimi kaybettim. Bu nedenle ailemle ve başkalarıyla iletişim kurmak benim için zor oluyor. Ayrıca yeni arkadaşlıklar kuramıyorum."

Metin okunduktan sonra hastaların bu durumla ilgili kendi deneyimlerinden bahsetmeleri sağlanır. 1. Posterdeki Sosyal Biliş ilgili karikatürde ne gördükleri sorulabilir, yorumlamaları istenir. Konuyla ilgili yeterli miktarda tartışılması sağladığında "Sosyal Biliş ile ilgili sorunlarla baş edebilmek için hangi günlük egzersizlerin uygulanabileceği" ile ilgili konuşmak istediğinizi belirtiniz. Ardından 3. Posterde yer alan Sosyal Biliş ile ilgili bölüm okunur ya da gruptan bir hastanın okuması sağlanır.

"1. Merhametli ve Anlayışlı Olun: Her ortamda kendinizi başkalarının yerine koyun, dünyayı onların bakış açısından görmeye çalışın ve içinde bulundukları durumu kendinizce değerlendirin.

2. Şeffaf Olun: Kendinizi güvende hissettiğinizde veya gergin olduğunuzda düşüncelerinizi, korkularınızı ve duygularınızı iyileşen arkadaşlarınıza veya aile üyelerinize ifade edin. O gün yaşadığınız duyguları günlüğünüze yazmayı unutmayın.

3. Ses Analizcisi olun: Sohbet sırasında karşınızdakinin ifadelerini ve ses tonunu derinlemesine dinleyin. Karşınızdakinin duygularını ses tonundan ve beden dilinden anlamaya çalışın."

Bu egzersizlerin taburculuk sonrasında günlük olarak uygulanmasının beynin Sosyal Biliş ile ilgili fonksiyonunu güçlendireceği vurgulanmalıdır. Egzersizlerin yeterince anlaşıldığını teyit etmek için hastaların geri bildirim vermesini sağlayabilirsiniz. "Biraz da Farkındalık ve içgörü ile ilgili konuşmak istediğinizi" belirtiniz. Ardından 1. Posterdeki Farkındalık ve içgörü ile ilgili bölüm okunur ya da gruptan bir hastanın okuması sağlanır.

"Bazı arkadaşlarımın, akrabalarımın veya iş arkadaşlarımın söylediklerinin aksine kendimi hasta, tıbbi bakıma veya başka bir tedaviye ihtiyacı olan biri olarak görmüyorum. Sadece içerim ve eğlence amaçlı madde kullanırım ve istediğim zaman bırakabilirim. Ben sadece bırakmak istemiyorum. Madde kullanmaya meyilliyim çünkü madde kullanmak kendimi iyi hissettiriyor. Alkol ve/veya diğer maddelerin etkilerini seviyorum, beynim bu durumdayken beni nasıl incittiklerini göremiyorum; bu nedenle maddeden uzak kalmanın veya yardım istemenin faydasını görmüyorum."

Metin okunduktan sonra hastaların bu durumla ilgili kendi deneyimlerinden bahsetmeleri sağlanır. 1. Posterdeki Farkındalık ve içgörü ilgili karikatürde ne gördükleri sorulabilir, yorumlamaları istenir. Konuyla ilgili yeterli miktarda tartışılması sağladığında "Farkındalık ve içgörü ile ilgili sorunlarla baş edebilmek için hangi günlük egzersizlerin uygulanabileceği" ile ilgili konuşmak istediğinizi belirtiniz. Ardından 3. Posterde yer alan Farkındalık ve içgörü ile ilgili bölüm okunur ya da gruptan bir hastanın okuması sağlanır.

"1. Beyin Süreçlerinizi Gözlemleyin: Beyninizin içinde neler olup bittiğini gözlemleyebilir ve kendinize şu soruları sorabilirsiniz: "Beynim şu anda ne tür bir süreçle meşgul?" "Beynimdeki hangi süreçler beni mutlu, üzgün veya kızgın gibi duyguları hissetmeye teşvik ediyor?"

2. Bedensel Görünüşünüze Kulak Verin: Özellikle yürürken, yazı yazarken veya TV izlerken vücudunuzu anlık olarak izlemek için beyin gücünüzü kullanın,.

3. Bilinçli Kilo Kontrolü Sağlayın: Kilonuz sağlığınız için bir risk oluşturuyorsa, ideal Beden Kitle İndeksinizin (BKİ) kaç olduğunu öğrenin. Kontrollü yemek ve ideal kilo hedefinize ulaşmak konusunda yardımcı olacak beyin süreçleri bulun."

Bu egzersizlerin taburculuk sonrasında günlük olarak uygulanmasının beynin Farkındalık ve içgörü ile ilgili fonksiyonunu güçlendireceği vurgulanmalıdır. Egzersizlerin yeterince anlaşıldığını teyit etmek için hastaların geri bildirim vermesini sağlayabilirsiniz. Ardından kendinizle sağlıklı bir arkadaş olmanın, sabırlı ve umutlu olmanın yanı sıra daha sosyal olmanın sağlayacağı katkılardan bahsetmek istediğinizi söyleyebilirsiniz. 2. Posterde yer alan "Kendinizle sağlıklı bir arkadaş olun" bölümü okunur ya da gruptan bir hastanın okuması sağlanır.

"1. Duygularınızın, düşüncelerinizin ve davranışlarınızın mümkün olduğunca farkında olun.

2. Beyninizin iyileşme sürecine yardımcı olmak için günlük bir program dâhilinde alıştırma egzersizleri yapın.

3. Yemek yemek, yürümek, evi temizlemek ve bahçe işleri gibi günlük işlerde farkındalık egzersizlerini uygulamaya istekli olun. Normalde zevkli olan işlerden beklenildiği gibi zevk almak iyileşmenin temelidir."

Daha sonra sabırlı ve umutlu olmanın sağlayacağı katkılardan bahsetmek istediğinizi söyleyebilirsiniz.

2. Posterde yer alan "Sabırlı ve umutlu olun" bölümü okunur ya da gruptan bir hastanın okuması sağlanır.

"1. Herhangi bir organınız yaralandığında nasıl belirli bir süreye ve dinlenmeye ihtiyaç duyuyorsa, beyninizde aynı ihtiyacı duyar. Diğer organlarınız yaralandığında nasıl davranıyorsanız beyninize de öyle davranın.

2. Zamanla iyileşen yaralanmalar gibi, yavaş yavaş beyninizin de sağlığına kavuşacağını bilin.

3. Bağımlılıkla ilgili tedavisini başarıyla tamamlamış ve artık madde kullanmayan insanlarla bir araya gelin. Onların deneyimlerinden, güçlerinden ve umutlarından yararlanmaya çalışın."

Son olarak da sosyal açıdan daha aktif olmanın sağlayacağı katkılardan bahsetmek istediğinizi söyleyebilirsiniz.
2. Posterde yer alan "Sosyal açıdan daha aktif olun" bölümü okunur ya da gruptan bir hastanın okuması sağlanır.

"1. Başarılı bir şekilde iyileşen diğer insanlarla iletişim kurun.

2. 12 basamak veya diğer destek gruplarına düzenli olarak katılın.

3. Maddeden uzak kalmanızı ve iyileşmenizi teşvik eden ve destekleyen akrabalarınız ve diğer yakınlarınızla ilişkilerinize odaklanmaya istekli olun"

Sağlıklı yaşam ile ilgili bu öneriler hakkında hastaların geri bildirimi alınır. Varsa soruları cevaplandırılır ve oturumu sonlandırılır.

Ek – 2: BARI kullanım ve Türkçeye uyarlama izni

Ek – 3: ÜBÖ-30 kullanım izni

Ek – 4: ÖEYÖ kullanım izni

Ek – 5: TMA kullanım izni

Ek – 6: Bilgi Formu

BİLGİ FORMU

Demografik Bilgiler	
Yaş:	Vaka No:
Cinsiyet: ( ) Kadın ( ) Erkek	Tanı:
Eğitim Durumu:	Çalışma Durumu:
Medeni Durumu:	Mesleği:
Yaşadığı Yer(İl/İlçe):	Aylık Geliri:

Madde Kullanımına İlişkin Bilgiler

Sigara

İlk Kullanım: Sıklık: Süre: Miktar: En uzun ayıklık: Son Kullanım:

Alkol

İlk Kullanım: Sıklık: Süre: Miktar: En uzun ayıklık: Son Kullanım:

Diğer Madde (Belirtiniz: .....)

İlk Kullanım: Sıklık: Süre: Miktar: En uzun ayıklık: Son Kullanım:

Diğer Madde (Belirtiniz: .....)

İlk Kullanım: Sıklık: Süre: Miktar: En uzun ayıklık: Son Kullanım:

Diğer Madde (Belirtiniz: .....)

İlk Kullanım: Sıklık: Süre: Miktar: En uzun ayıklık: Son Kullanım:

Diğer Madde (Belirtiniz: .....)

İlk Kullanım: Sıklık: Süre: Miktar: En uzun ayıklık: Son Kullanım:

Diğer Madde (Belirtiniz: .....)

İlk Kullanım: Sıklık: Süre: Miktar: En uzun ayıklık: Son Kullanım:

Tedavi Geçmişi ve Öyküsü (Madde kullanımı ile ilgili gördüğü tedaviler, yatış sayısı, tedavi süresi v.b.)

Ek Rahatsızlıklar (Kronik Hastalık / Fiziksel Rahatsızlık veya Engellilik Durumu)

Birlikte Yaşadığı Kişiler (Yalnız, eşi ve çocuklarıyla veya anne babasıyla v.b.)

Adli Sorunlar (Geçmişte ceza alma durumu, devam eden dava v.b.)

Kendine zarar verme girişimi: (İntihar girişimi olmuş mu? Vücudunda yara, iz v.b. var mı?)

Ailede alkol veya madde kullanımı: (Anne, baba, kardeşler, eş ve diğer yakınlarının madde kullanım özellikleri)

Farmakolojik Tedavisi (Yatış) (Bağımlılık tedavisi, mg/gün şeklinde)	**Farmakolojik Tedavisi (Taburculuk)**(Bağımlılık tedavisi, mg/gün şeklinde)

Ek – 7: ÜBO-30 Ölçek Formu

ÜSTBİLİŞ ÖLÇEĞİ-30

Yönerge Bu anket kişilerin kendi düşüncelerine ilişkin inançlarını incelemektedir. Aşağıda bireyler tarafından ifade edilmiş bazı inanç maddeleri listelenmiştir. Lütfen her bir maddeyi okuyarak her birine ne kadar katıldığınızı uygun rakamı işaretleyerek belirtiniz (1: kesinlikle katılmıyorum; 2: kısmen katılmıyorum; 3 kısmen katılıyorum; 4: kesinlikle katılıyorum). Lütfen tüm maddeleri cevaplandırınız. Bu ankette doğru ya da yanlış cevap bulunmamaktadır.	Kesinlikle katılmıyorum	Kısmen Katılmıyorum	Kısmen Katılıyorum	Kesinlikle katılıyorum
1. Endişelenmek gelecekteki problemlerden kaçınmama yardımcı olur.	1	2	3	4
2. Endişelenmem benim için tehlikelidir.	1	2	3	4
3. Aklımdan geçenlerle çok uğraşırım.	1	2	3	4
4. Endişe ede ede kendimi hasta edebilirim.	1	2	3	4
5. Bir problem üzerinde düşünürken zihnimin nasıl çalıştığının farkındayımdır.	1	2	3	4
6. Eğer beni endişelendiren bir düşünceyi kontrol edemezsem ve bu gerçekleşirse, benim hatam olur.	1	2	3	4
7. Düzenliliğimi sürdürebilmem için endişe etmeye ihtiyacım var.	1	2	3	4
8. Kelimeler ve isimler konusunda belleğime güvenim pek yoktur.	1	2	3	4
9. Ne kadar engellemeye çalışırsam çalışayım, endişe verici düşüncelerim devam eder.	1	2	3	4
10. Endişelenmek kafamdaki düşünceleri düzene sokmama yardım eder.	1	2	3	4
11. Endişe verici düşünceler aklıma geldiğinde onları görmezden gelemiyorum.	1	2	3	4
12. Düşüncelerimi izlerim.	1	2	3	4
13. Düşüncelerimi her zaman kontrol altında tutmalıyım.	1	2	3	4
14. Belleğim zaman zaman beni yanıltır.	1	2	3	4
15. Belirli düşüncelerimi kontrol etmediğim için cezalandırılacağım.	1	2	3	4
16. Endişelerim beni delirtebilir.	1	2	3	4
17. Düşündüğümün her an farkındayımdır.	1	2	3	4
18. Zayıf bir belleğim vardır.	1	2	3	4
19. Dikkatim zihnimin nasıl çalıştığıyla meşguldür.	1	2	3	4
20. Endişelenmek bir şeylerin üstesinden gelmeme yardım eder.	1	2	3	4
21. Düşüncelerimi kontrol edememek bir zayıflık işaretidir.	1	2	3	4
22. Endişelenmeye başladığım zaman kendimi durduramam.	1	2	3	4
23. Endişelenmek problemleri çözmede bana yardımcı olur.	1	2	3	4
24. Bir yerleri hatırlama konusunda belleğime pek güvenmem.	1	2	3	4
25. Belirli şeyleri düşünmek kötüdür.	1	2	3	4
26. Belleğime güvenmem.	1	2	3	4
27. Eğer düşüncelerimi kontrol edemezsem işlerimi sürdüremem.	1	2	3	4
28. İyi çalışabilmek için endişelenmeye ihtiyacım vardır.	1	2	3	4
29. Olayları hatırlama konusunda belleğime pek güvenmem.	1	2	3	4
30. Düşüncelerimi sürekli gözden geçiririm.	1	2	3	4

Ek – 8: ÖEYÖ Ölçek Formu

ÖZ-ETKİLİLİK-YETERLİLİK ÖLÇEĞİ

Yönerge Aşağıda herhangi bir durumda insanların nasıl davranacaklarını ve düşüneceklerini anlatan 23 ifade vardır. Lütfen her bir maddeyi dikkatle okuyarak o maddede yer alan ifadenin size ne derece uygun olduğuna karar veriniz. Verdiğiniz karara göre aşağıdaki ölçeği dikkate alarak yandaki rakamlardan uygun olanı işaretleyiniz.	1-Beni hiç tanımlamıyor.	2-Beni biraz tanımlıyor.	3-Karasızım.	4-Beni iyi tanımlıyor.	5-Beni çok iyi tanımlıyor.
1.Yaptığım planları, gerçekleştireceğimden eminim.					
2. Yapmam gereken bir işe girişememe gibi bir problemim vardır					
3. Bir işi bir seferde yapamıyorsam, yapıncaya kadar devam ederim.					
4. Kendim için önemli hedefler koyduğumda, nadiren başarırım.					
5. İşleri yapıp sonuçlandırmadan yapmaktan vazgeçerim.					
6. Zorluklarla karşılaşmaktan kaçınırım.					
7. Bazı işler çok karışık görünüyorsa yapmak için sıkıntıya girmem.					
8. Hoşlanmadığım ancak yapmam gereken işler varsa bitirinceye kadar devam ederim.					
9. Bir şeyi yapmaya karar verdiğimde onun üzerinde çalışmaya devam ederim.					
10. Yeni bir şeyler öğrenmeye çalıştığımda, başlangıçta başarılı olamazsam hemen vazgeçerim.					
11. Beklenmedik problemler çıktığında üzerinde fazla durmam.					
12. Benim için çok zor göründüklerinde, yeni şeyler öğrenmek için çaba göstermekten kaçınırım.					
13. Başarısızlık beni daha çok teşvik eder.					
14. Bir şeyleri yapabilme konusunda kendime fazla güvenmem.					
15. Ben kendime güvenen bir insanım.					
16. Kolaylıkla vazgeçerim.					
17. Hayatta ortaya çıkan problemlerin üstesinden gelme yeteneğini kendimde bulamam.					
18. Yeni arkadaş edinmek benim için zordur.					
19. Tanışmak istediğim birisini görürsem, onun bana gelmesini beklemek yerine ben giderim.					
20. Arkadaşlık kurulması güç, ilginç biriyle tanışırsam, o kişiyle arkadaş olmaktan hemen vazgeçerim.					
21. Bana ilgi göstermeyen birisiyle arkadaş olmaya çalıştığımda kolaylıkla vazgeçmem.					
22. Sosyal toplantılarda kendimi rahat hissetmem.					
23. Arkadaşlarımı, arkadaş edinmede kişisel yeteneklerimle kazanırım.					

Ek – 9: TMA Ölçek Formu

TEDAVİ MOTİVASYONU ANKETİ

Yönerge Aşağıda yer alan ifadelerden size uygun olanını seçiniz.	Kesinlikle katılmıyorum	Katılmıyorum	Bilmiyorum	Katılıyorum	Kesinlikle katılıyorum
1. Tedavi için geldim, çünkü değişmek istiyorum.					
2. Yardım almazsam kendimi iyi hissetmiyeceğim.					
3. Yasal sistem tarafından tedaviye gönderildim.					
4. Tedavi için geldim, çünkü kendimi suçlu hissediyorum.					
5. Tedavi için geldim, çünkü bu benim için kişisel olarak önemli.					
6. Tedaviyi sürdürmezsem başım belaya girer.					
7. Eğer tedaviyi sürdürmezsem kendimi kötü hissederim.					
8. En iyi kazancım tedaviyi tamamlamaktır.					
9. Tedaviyi sürdürmezsem başarısız hissederim.					
10. Tedaviyi sürdürme konusunda seçeneğim olduğunu sanmıyorum.					
11. Tedaviyi sürdürmek kendime yardım etmenin en iyi yoludur.					
12. Tedaviye geldim, çünkü gelmem için baskı gördüm.					
13. Bu programın benim için işe yarayacağından emin değilim.					
14. Bu programın işime yarayacağından eminim.					
15. Tedaviye geldim, çünkü yardım almak istiyorum.					
16. İçmeyi bırakmamda programın bana yardımcı olacağından şüphe ediyorum.					
17. Programda başkalarıyla birlikte kalmak istiyorum.					
18. Başkalarıyla endişelerimi ve hislerimi paylaşmak istiyorum.					
19. Tedavide başkalarıyla yakın çalışmak önemli olacaktır.					
20. Bu tedaviyi seçmekten ben sorumluyum.					
21. Programın sorunlarımı çözmeye yardımcı olucağını düşünmüyorum.					
22. Sorunlarımla ilgilenilmesi için sabırsızlanıyorum.					
23. Tedaviyi seçtim, çünkü tedavi değişmem için bir fırsat.					
24. Bu sefer tedaviden sonuç alacağımdan emin değilim.					
25. Tedavide diğerleriyle endişelerimi paylaşmak rahatlatır.					
26. Yardım ve desteğe ihtiyacım olduğu gerçeğini kabul ediyorum.					

Ek – 10: Vaka İzlem Formu

VAKA İZLEM FORMU

Vaka No:
Grubu: ( ) Deney ( ) Kontrol

Ön test sonuçları
Üst Biliş-30 Ölçeği:
Öz-Etkililik-Yeterlik Ölçeği:
Tedavi Motivasyonu Anketi (TMA):
Son test sonuçları
Üst Biliş-30 Ölçeği:
Öz-Etkililik-Yeterlik Ölçeği:
Tedavi Motivasyonu Anketi (TMA):
İzlem test sonuçları
Üst Biliş-30 Ölçeği:
Öz-Etkililik-Yeterlik Ölçeği:
Tedavi Motivasyonu Anketi (TMA):

Psikoeğitim / Eğitim Oturumları Katılım İzlemi	
OTURUM ADI	**TARİH ve EĞİTİMCİ İMZASI**
Ön Oturum (Tanışma ve Bilgilendirme)	
1. Oturum	
2. Oturum	
3. Oturum	
4. Oturum	

Takip Sürecinde Yapılan Görüşmeler

Tarih	**Görüşme Konusu**	**Açıklama**

İNTİHAL RAPORU İLK SAYFASI

ALKOL VE MADDE KULLANIM BOZUKLUĞU OLAN HASTALARA UYGULANAN BEYİN FARKINDALIĞINA YÖNELİK PSİKOEĞİTİM MÜDAHALESİNİN ÜST BİLİŞ, ÖZ-YETERLİLİK VE TEDAVİ MOTİVASYONUNA ETKİSİ

ORİJİNALLİK RAPORU

%16	%14	%6	%7
BENZERLİK ENDEKSİ	İNTERNET KAYNAKLARI	YAYINLAR	ÖĞRENCİ ÖDEVLERİ

BİRİNCİL KAYNAKLAR

1	acikbilim.yok.gov.tr İnternet Kaynağı	%2
2	Submitted to The Scientific & Technological Research Council of Turkey (TUBITAK) Öğrenci Ödevi	%2
3	www.farkindabeyin.com İnternet Kaynağı	%2
4	Submitted to Akdeniz University Öğrenci Ödevi	%1
5	openaccess.hacettepe.edu.tr:8080 İnternet Kaynağı	%1
6	toad.edam.com.tr İnternet Kaynağı	%1
7	9lib.net İnternet Kaynağı	<%1
8	evrimagaci.org İnternet Kaynağı	<%1

ETİK KURUL İZİN YAZISI

Uyarı: Canlı denekler üzerinde yapılan tüm araştırmalar için Etik Kurul Belgesi alınması zorunludur.

■ **Etik Kurul izni gerekmektedir.**

☐ **Etik Kurul izni gerekmemektedir.**

Halil İbrahim ÖLÇÜM
(İmza)

KURUM İZNİ

Uyarı: Canlı ve cansız deneklerle yapılan tüm çalışmalar için kurum izin belgelerinin eklenmesi zorunludur. Gizlilik ve mahremiyet içeren durumlarda kurum adı kapatılmalıdır.

■ **Kurum izni gerekmektedir.**

☐ **Kurum izni gerekmemektedir.**

Halil İbrahim ÖLÇÜM
(İmza)

ÖZGEÇMİŞ