



T.C.
ÜSKÜDAR ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

BAĞIMLILIK DANIŞMANLIĞI VE REHABİLİTASYON ANABİLİM DALI
BAĞIMLILIK DANIŞMANLIĞI VE REHABİLİTASYON
YÜKSEK LİSANS PROGRAMI

YÜKSEK LİSANS TEZİ

**ALKOL VE MADDE KULLANIM BOZUKLUĞU OLAN
BİREYLERDE BİLİŞSEL ESNEKLİK VE TEDAVİ
MOTİVASYONU ARASINDAKİ İLİŞKİNİN İNCELENMESİ**

Necla TOPÇU

Doç. Dr. Cemal Onur NOYAN

İSTANBUL-2021

T.C.
ÜSKÜDAR ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

BAĞIMLILIK DANIŞMANLIĞI VE REHABİLİTASYON ANABİLİM DALI
BAĞIMLILIK DANIŞMANLIĞI VE REHABİLİTASYON
YÜKSEK LİSANS PROGRAMI
YÜKSEK LİSANS TEZİ

ALKOL VE MADDE KULLANIM BOZUKLUĞU OLAN
BİREYLERDE BİLİŞSEL ESNEKLİK VE TEDAVİ
MOTİVASYONU ARASINDAKİ İLİŞKİNİN İNCELENMESİ

Necla TOPÇU

Tez Danışmanı

Doç. Dr. Cemal Onur NOYAN

İSTANBUL-2021

ÖZET

Alkol ve madde kullanım bozukluğu olan bireylerin bilişsel esneklikleri ve tedavi motivasyonları arasındaki ilişkinin incelenmesi amaçlanmaktadır.

Araştırma Mart 2021 - Temmuz 2021 tarihleri arasında NP İstanbul Beyin Hastanesinde DSM-V tanı ölçütlerine göre alkol ve/veya madde kullanım bozukluğu tanısı alan 50 erkek katılımcı ile yürütülmüştür. Çalışmaya katılan hastalara Sosyodemografik Veri Formu, Bilişsel Esneklik Envanteri ve Tedavi Motivasyon Ölçeği bireysel görüşme yapılarak uygulanmıştır. Araştırma verileri SPSS 22.0 programı kullanılarak analiz edilmiş; parametrik olmayan testlerden yararlanılmıştır.

Araştırmaya katılan katılımcıların bilişsel esneklik düzeyleri yüksek bulunurken, içsel motivasyonlarının dışsal motivasyonlarına göre anlamlı şekilde yüksek bulunduğu saptanmıştır. Hastaların bilişsel esneklik düzeyleri ile genel tedavi motivasyonları, içsel motivasyon, dışsal motivasyon, kişiler arası yardım arama ve tedaviye güvensizlikleri ile ilgili anlamlı bir ilişkiye rastlanılmamıştır. Tedavi motivasyonunu etkileyecek bilişsel esneklik ile ilgili olduğu düşünülen diğer yürütücü işlevlerin birlikte incelenmesi önerilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Bağımlılık, Bilişsel Esneklik, Tedavi Motivasyonu

ABSTRACT

INVESTIGATION OF THE RELATIONSHIP BETWEEN COGNITIVE FLEXIBILITY AND TREATMENT MOTIVATION IN INDIVIDUALS WHO ARE DIAGNOSED ALCOHOL AND SUBSTANCE USE DISORDERS

With this study; it is aimed to examine the relationship between cognitive flexibility and treatment motivations of individuals with alcohol and substance use disorders.

The study was conducted with total number of 50 male participants diagnosed with alcohol and/or substance use disorder according to DSM-V diagnostic criteria at NP Istanbul Brain Hospital between March 2021 and July 2021. Socio-demographic Data Form, Cognitive Flexibility Inventory and Treatment Motivation Scale were applied to the patients by individual interviews. The research data were analyzed using the SPSS 22.0 program; non-parametric tests were used.

As results of the analyses; it was found that their internal motivation were significantly higher than their external motivations, the cognitive flexibility levels of the participants were high, There was no significant relationship between patients' cognitive flexibility levels and general treatment motivations, internal motivation, external motivation, interpersonal help seeking and trust to treatment. It is recommended that other executive functions, which are thought to be related to cognitive flexibility that will affect treatment motivation, be examined together.

Keywords: Addiction, Cognitive Flexibility, Treatment Motivation

TEŞEKKÜR

BaŐta; alıŐmamın planlanmasından tamamlanıncaya dek engin bilgi ve deneyimleri ile bana yol gÖsteren, ilgi ve sabırla sÜre hakkında geri bildirimler veren çok kıymetli danışman hocam Doç. Dr. Cemal Onur NOYAN' a teŐekkürlerimi borç bilirim.

ÇalıŐmam boyunca kurumun tÜm imkanlarından faydalanmamızı sağlayan NPİstanbul Beyin Hastanesi yÖnetimine, içtenlikle ve ilgiyle yardımcı olmaya çalıŐan tÜm çalıŐanlara teŐekkürlerimi sunarım.

Yüksek lisans eğitimi ve tez sÜrecinde beni daima dinleyen, sorunlarımı ve endişelerimi paylaŐtıėım, beni varlığı ve desteği ile motive eden biricik arkadaŐım ve meslektaŐım Handan KARKİLİ' ye,

Yüksek lisans eğitimim boyunca emeği geçen tÜm saygıdeğer hocalarıma, sonsuz teşekkür ederim.

BEYAN FORMU

Bu çalışmadaki bütün bilgi ve belgeleri akademik kurallar çerçevesinde elde ettiğimi, görsel, işitsel ve yazılı tüm bilgi ve sonuçları bilimsel ahlak kurallarına uygun olarak sunduğumu, kullandığım verilerde herhangi bir tahrifat yapmadığımı, yararlandığım kaynaklara bilimsel normlara uygun olarak atıfta bulunduğumu, tezimin kaynak gösterilen durumlar dışında zgn olduğunu, tarafımdan üretildiğini ve Üsküdar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Tez Yazım Kılavuzuna göre yazıldığını beyan ederim



09/09/2021

Necla TOPÇU

İmzası

İÇİNDEKİLER

ÖZET	i
ABSTRACT	ii
TEŞEKKÜR	iii
BEYAN FORMU	iv
İÇİNDEKİLER	v
TABLolar DİZİNİ	vii
SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ	ix
1.GİRİŞ	1
2.GENEL BİLGİLER	3
2.1. Bağımlılık Kavramı ve Madde Kullanım Bozukluğu	3
2.1.1. Bağımlılık kavramı	3
2.2. Kullanım Bozukluğu Yapıcı Maddeler ve Özellikleri	4
2.1.3.Kullanım bozukluğu	6
2.1.3.1. Madde kullanım bozukluğu etiyojisi	7
2.1.3.1.A Kişilik/İçsel modeller	8
2.1.3.1.B Sosyal/ Çevre modelleri.....	8
2.1.3.1.D Davranışçı modeller.....	11
2.1.3.2. Madde kullanım bozukluğu epidemiyolojisi	12
2.1.4. Alkol kullanım bozukluğu.....	13
2.1.4.1.Alkol kullanım bozukluğunun etiyojisi.....	16
2.1.4.2.Alkol kullanım bozukluğunun epidemiyolojisi	17
2.2. Bilişsel Esneklik	17
2.2.1.Bilişsel esneklik nedir?.....	17
2.2.2. Bilişsel esneklik kuramı	20
2.2.3.Bilişsel esneklik ile ilgili yapılan araştırmalar	21

2.3.Tedavi Motivasyonu.....	22
3. GEREÇ VE YÖNTEM	24
3.1. Araştırmanın Tipi	24
3.2. Araştırmanın Modeli	24
3.3. Araştırmanın Yeri ve Zamanı.....	24
3.4. Araştırmanın Evren ve Örneklemi	25
Çalışmaya Dahil Olma Kriterleri	25
Çalışma İçin Dışlama Kriterleri	25
3.5. Veri Toplama Araçları.....	27
3.5.1. Sosyodemografik veri formu.....	27
3.5.2.Bilişsel Esneklik Envanteri (BEE)	28
3.5.3. Tedavi Motivasyon Ölçeği	28
3.6.Verilerin Analizi.....	29
4. BULGULAR	31
4.1. Araştırma Modelinin Testine İlişkin Bulgular	31
4.2. Demografik Özelliklere İlişkin Korelasyon Analizleri	36
5.TARTIŞMA	46
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	51
KAYNAKLAR.....	53
EKLER.....	61
Ek 1: Sosyodemografik Veri Formu	61
Ek 2: Bilişsel Esneklik Envanteri	62
Ek 3: Tedavi Motivasyon Anketi	63
Ek 4: Bilişsel Esneklik Envanteri Kullanma İzni	64
Ek 5: Tedavi Motivasyon Anketi Kullanma İzni	65

TABLULAR DİZİNİ

Tablo 1: Katılımcıların bazı sosyodemografik özelliklere göre dağılımı	25
Tablo 2: Katılımcıların alkol/madde kullanım frekanslarını ve yüzdesel dağılımı	26
Tablo 3: Verilerin normallik dağılımları test sonuçları	29
Tablo 4: Bilişsel Esneklik ve Tedavi Motivasyonu Ölçeklerinin betimleyici analiz sonuçları.....	32
Tablo 5: Katılımcıların bilişsel esnekliklerinin (genel) tedavi motivasyonu üzerindeki etkisini belirlemeye yönelik regresyon analizi	32
Tablo 6: Katılımcıların bilişsel esnekliklerinin içsel motivasyon üzerindeki etkisini belirlemeye yönelik regresyon analizi	33
Tablo 7: Katılımcıların bilişsel esnekliklerinin dışsal motivasyon üzerindeki etkisini belirlemeye yönelik regresyon analizi	34
Tablo 8: Katılımcıların bilişsel esnekliklerinin kişilerarası yardım arama üzerindeki etkisini belirlemeye yönelik regresyon analizi	35
Tablo 9: Katılımcıların bilişsel esnekliklerinin tedaviye güvensizlik üzerindeki etkisini belirlemeye yönelik regresyon analizi	35
Tablo 10: Yaş ile BE ve TMA arasındaki ilişkinin parametrik olmayan testlerle korelasyon analizi	36
Tablo 11: Medeni duruma göre katılımcıların BE ve TMA ortalamalarının farkının anlamlılığı için Mann-Whitney U testi	37
Tablo 12: Eğitim durumunun Bilişsel Esneklik düzeyi ve Tedavi Motivasyonu üzerindeki etkisini gösteren tek yönlü Kruskal-Wallis testi sonuçları	39
Tablo 13: Madde kullanım tercihinin Bilişsel Esneklik düzeyi ve Tedavi Motivasyonu üzerindeki etkisini gösteren tek yönlü Kruskal-Wallis testi sonuçları	42
Tablo 14: Alkol/Madde kullanımına başlama yaşı ile BE ve TMA arasındaki ilişkinin korelasyon analizi	44

Tablo 15: Hastaneye yatış sayısı ile BE ve TMA arasındaki ilişkinin korelasyon analizi
..... 45



SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

BE : Bilişsel Esneklik

DSM : Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

EMCDDA : European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction

ESPAD : The European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs

ICD : International Classification of Diseases

SPSS : Statistical Package for the Social Sciences

TMA : Tedavi Motivasyon Anketi

TUBİM : Türkiye Uyuşturucu ve Uyuşturucu Bağımlılığı İzleme Merkezi

TÜİK : Türkiye İstatistik Kurumu

UNODC : United Nations Office on Drugs and Crime

WHO : Dünya Sağlık Örgütü

% : Yüzde

1.GİRİŞ

Alkol ve madde kullanımı ile ilgili sorun yaşayan kişi sayısı giderek artmakta, hem kişinin hem de halk sağlığını tehdit eden bir unsur olarak karşımıza çıkmaktadır. Bununla birlikte global çapta nüfusun % 12,6'sının alkol, sigara yada madde kullanımına bağlı olarak ölmüş olabileceği tahmin edilmektedir (WHO,2009). Madde kullanımına başlama yaşı ortalamasının genellikle 20 li yaşlar olduğu belirtilirken; alkol bağımlılığının yaşam boyu yaygınlığının %5.0, madde bağımlılığının ise %3.4 olduğu bulunmuştur (Kessler ve ark. 2005).

Bağımlılık kronik ve nükslerle ilerleyen bir beyin hastalığıdır. Bağımlılığı belirleyen risk faktörleri arasında cinsiyet, kişilik bozuklukları, aile geçmişi, eş tanı durumları, genetik faktörler ve sosyal etkenler olarak değerlendirilmektedir. Bu istatistiklere rağmen diğer herkesin de bağımlılık geliştirebileceği ve ilk temas ve ilk denemenin hastalığın en önemli risk etmeni olduğu açıklanmaktadır (Yargıç, 2014).

Bağımlılığın tedavisi alkol ve madde bağımlılığında öncelikle detoksifikasyon ile başlayıp bunu takiben bir yıla kadar uzanan psikolojik ve sosyal terapiler ile devam eder. Özellikle kullanılan terapiler davranışçı-bilişsel terapi, aile terapisi, relaps önleme ve 12 basamak yönelimli psikoterapilerdir. Bunun yanında ek psikiyatrik rahatsızlıkları ve madde kullanımını durdurmaya yönelik kullanılan medikal tedavilerden yararlanılmaktadır (Yargıç, 2014).

Tedavi motivasyonu ise tedavinin seyri ve değişimde kalıcılık ve isteklilik ile ilişkilidir. Tedavi sürecinde hastaların uygun motivasyona sahip olmamaları, tedaviyi yarım bırakma, nükslerin oluşması ve tedaviyi bırakma ile sonuçlanmaktadır (Evren ve ark. 2006). Bu nedenle bağımlılığın tedavisinde sıklıkla tedavi motivasyonu üzerinde durulmaktadır.

Alkol ve madde bağımlılığında ve diğer tüm bağımlılıklarda beynin ödül merkezinin rol oynadığını biliyoruz. Araştırmacılara göre sürekli kullanımın bazı üst düzey bilişsel işlevler olarak bildiğimiz plan yapma, karar verme, yanıtın engellenmesi gibi becerilerde nöropsikolojik bozulmalara yol açabileceğinden bahsedilmektedir

(Carpenter, 2001). Yapılan bir araştırmada beynin yürütücü işlevleri kişinin probleme ilişkin farkındalığı ile yakından ilişkili olduğu ve düşük farkındalığa sahip olan bağımlıların problemi inkar etmelerinin tedavi motivasyonunu olumsuz yönde etkilediği görülmüştür (Rinn ve ark. 2002). Bir başka araştırmada da tedavi motivasyonu ve değişime hazır olmanın yürütücü işlevler ile ilişkili olduğu bulunmuştur (Akgün, 2010). Yapılan araştırmalar sonucunda tedavi motivasyonu ile yürütücü işlevler arasında ilişki olduğu düşünülmektedir.

Bilişsel esneklik kavramı yürütücü işlevlerin bir alt bileşeni olarak ölçülmektedir. Bilişsel esnekliği düşük kişilerin mantıkdışı inançları ve bilişsel çarpıtmaları olan ve bilişsel başa çıkma tarzları sağlıksız kişiler olduğu belirtilmektedir (Anayurt, 2017). Bu doğrultuda ilgili literatür incelendiğinde bağımlılarda bilişsel esneklik ile tedavi motivasyonunun ilişkisinin tek başına incelendiği bir araştırmaya rastlanılmamıştır.

Bu çalışmada tedavi motivasyonunun bilişsel esneklik değişkeni ile ilişkili olup olmadığının araştırılması amaçlanmaktadır.

2.GENEL BİLGİLER

2.1. Bağımlılık Kavramı ve Madde Kullanım Bozukluğu

2.1.1. Bağımlılık kavramı

İnsanlık tarihinde bağımlılık sorunları ile ilgili uğraşlar ve endişeler oldukça eskiye dayanmaktadır. Bununla birlikte bağımlılığın bilimsel modeller ve teoriler ile açıklanmaya başlaması yaklaşık 100 yıllık bir süreyi kapsamaktadır. Bağımlılık tanımı giderek genişlemekte ve bağımlılığın anlamının değişen kapsamı hem ruh sağlığı çalışanları hem halkın kafasını karıştırmaya başlamıştır.

Ögel (1998), bağımlılığı “ biyolojik, sosyal ve davranışsal boyutları olan bir hastalık” olarak tanımlamış ve daha önce fiziksel ve ruhsal bağımlılık şeklinde ayrılan sınıflandırmanın bir bütün olarak ele alınmaya başladığını belirtmiştir.

En geleneksel anlamıyla *bağımlılık* terimi kimyasal bileşenleri içeren bir kendine zarar verme davranışı olarak ele alındığında bunun yalnızca fizyolojik bağımlılıklar ile sınırlanacağı ve yasa dışı maddelerin kullanımının kast edildiği katı bir uygulama olduğu görülmektedir. Son 20 yılda ise bu tanımın kişiye zarar veren ve olumsuz geri bildirimlere rağmen durdurulamayan ve kişiye zevk veren her türlü madde kullanımını ve pekiştirici davranışı içerecek şekilde genişletildiği görülmektedir (Diclamente, 2016).

Uzbay (2009) günümüzde alışveriş, seks, kumar, internet, yeme-içme gibi davranışların da kompulsif bir biçimde sürdürülmesi gibi bağımlılık türlerinin geliştiğinden bahsetmektedir. “Bağımlılık bir nesneye, kişiye, ya da bir varlığa duyulan önlenebilir istek; veya bir başka iradenin güdümü altına girme durumu olarak tanımlanabilir ve insan mental aktivitesi ile ilişkili patolojik bir davranışı yansıtır ” (Uzbay, 2009).

2.2. Kullanım Bozukluğu Yapıcı Maddeler ve Özellikleri

Psikoaktif maddelerin keyif yapıcı etkilerinin keşfedilmesi ve tıbbi amaçlarla kullanılmaya başlanılmasının uzun bir geçmişe sahip olduğu bilinmektedir. Uzbay (2015), alkolün M.Ö 3000-4000'lerde Eski Mısır, Yunan ve Roma uygarlıklarında kullanılmaya başlandığı, üzüm tarımı yapılmasıyla beraber içilebilecek bir alkolün bugünkü Ermenistan bölgesinde üretilmeye M.Ö 6000'lerde başlanılarak Avrupa ve tüm dünyaya yayıldığını söylemektedir. Bazı dinlerde ise alkolün ayinlerde kullanıldığı, Hristiyanlıkta şarabın kutsal bir içecek olduğu bilinmektedir (Uzbay, 2015).

Hintlilerin esrarı 'vişema' yani mutluluk ve başarı olarak tanımladığı, ünlü tarihçi Herodot'un yazılarında Mezopotamya uygarlıklarında kenevirin kullanımına dair bilgilere ulaşıldığı, afyon ve esrar gibi doğada bulunan maddelerin yanı sıra mental hastalıkların tedavisi için üretilen ilaçların bağımlılık yapıcı etkileri keşfedilmesiyle barbitüratlar ve benzodiazepinler kötüye kullanılmaya başlanıldığı görülmüştür (Uzbay, 2009; Köknel, 1998).

19. yy da madde bağımlılığı olan kişiler toplum dışı insanlar olarak görülürken 1951'lerde Dünya Sağlık Örgütü'nün bu kişileri hasta olarak tanımlaması Amerikan Psikiyatri Birliğinin de bağımlılığı bir bozukluk olarak ele almasına yol açmıştır (Güleç, 2015). 1960 lardan itibaren alkol ve barbitüratların kötüye kullanılmasının bir davranışsal rahatsızlık olarak görülmeye başlamış, 1980'lerde Amerikan askerlerinin Vietnam Savaşı esnasında ağrı kesici etkileriyle bilinen morfine bağımlılık geliştirmeleri ve ülkeye geri döndüklerinde ciddi sorunlar yaratmaları bağımlılık için önleme ve tedavi arayışlarının artmasına vesile olmuştur (Uzbay, 2009).

Arıkan (2012) ; bağımlılığı belirleyen unsurları;

- Maddeyi kullanma üzerinde kişinin kontrolünü yitirmesi
- Madde kullanımı durdurulduğunda ise her madde için ayrı özellik taşıyan yoksunluk belirtilerinin kişiyi tekrar kullanıma iten negatif pekiştirme döngüsünün oluşması ve madde kullanıldığında ortaya çıkan hislerin kişide madde arama isteği oluşturması şeklinde özetlemiştir (Arıkan, 2012).

1980 yılında DSM-III ün basımıyla beraber ilk kez madde bağımlılığı ve kötüye kullanımıyla ilgili sınıflandırmaya gidilmiş ve en son 2013'te yayınlanan DSM-5 te ise her iki kategorideki ayrı tanı ölçütleri yerine madde kullanım bozuklukları adı altında toplanmıştır(Güleç, 2015).

DSM5'te madde kullanım bozuklukları için tanı kriterleri şu şekilde sıralanmıştır:

Belirlenen ölçütlerden en az ikisinin son 12 aylık periyotta görülmesiyle beraber klinik açıdan anlamlı kişinin işlevselliğinde belirgin derecede sıkıntıya yol açmasını içeren madde kullanım örüntüsü:

1. Çoğu zaman madde tasarladığından daha uzun zaman boyunca ve yüksek miktarlarda alınır.
2. Madde kullanmayı bırakmak ya da denetim altında tutmak için sürekli bir istek ya da bir sonuç vermeyen çabalar vardır.
3. Madde elde etmek, madde kullanmak ya da yarattığı etkilerden kurtulmak için gerekli etkinliklere çok zaman ayrılır.
4. Madde kullanmaya içinin gitmesi ya da madde kullanmak için çok büyük bir istek duyma ya da kendini zorlanmış hissetme.
5. İşte, okulda ya da evdeki konumunun gereği olan başlıca yükümlülüklerini yerine getirememeye ile sonuçlanan, yineleyici madde kullanımı.
6. Maddenin etkilerinin neden olduğu ya da alevlendirdiği, sürekli ya da yineleyici toplumsal ya da kişilerarası sorunlar olmasına karşın madde kullanımını sürdürme.
7. Madde kullanımından ötürü önemli birtakım toplumsal, işle ilgili etkinliklerin ya da eğlenme-dinlenme etkinliklerinin bırakılması ya da azaltılması.
8. Yineleyici bir biçimde, tehlikeli olabilecek durumlarda madde kullanma.
9. Büyük bir olasılıkla maddenin neden olduğu ya da alevlendirdiği, sürekli ya da yineleyici bedensel ya da ruhsal bir sorunu olduğu bilgisine karşın madde kullanımı sürdürülür.

10. Aşağıdakilerden biriyle tanımlandığı üzere, dayanıklılık (tolerans) gelişmiş olması:

a. Esrikliği ya da istenen etkiyi sağlamak için belirgin olarak artan ölçülerde madde kullanma gereksinimi.

b. Aynı ölçüde madde kullanımının sürdürülmesine karşın belirgin olarak daha az etki sağlanması.

11. Aşağıdakilerden biriyle tanımlandığı üzere, yoksunluk gelişmiş olması:

a. Maddeye özgü yoksunluk sendromu (madde yoksunluğu için A ve B tanı ölçütlerine başvurun).

b. Yoksunluk belirtilerinden kurtulmak ya da kaçınmak için madde (yada benzodiazepin gibi yakından ilişkili bir madde) alınır (Köroğlu, 2013).

“DSM-5’teki sınıflandırma; alkol, kafein, esrar, halusinojenler (fensiklidin bu gruba dahil edilmiş ve grup kendi içinde fensiklidin ve diğer halusinojenler olarak ayrılmıştır), inhalanlar, opi-yatlar, sedatif-hipnotik ve anksiyolitikler, stimulanlar (amfetamin, kokain ve diğer stimulanlar), nikotin ve diğer (ya da bilinmeyen maddeler) şeklindedir” (Güleç, 2015).

2.1.3.Kullanım bozukluğu

Madde kullanımı” için ‘tehlikeli kullanım’, ‘işlevsel olmayan kullanım’, ‘ tıbbi olmayan kullanım’ gibi pek çok tanımsal sınıflandırma yapılmış ancak bu tanımların genel olarak davranış paternini açıklamakla birlikte nedenine yönelik bilgi vermediği görülmektedir. Eğlence yada haz alma amacıyla kullanımın ise maddenin az sıklıkta ve düşük düzeylerde kullanıldığından bağımlılık riski oluşturmadığına ilişkin kişilerin rasyonel olmayan bir güven duygusunu pekiştirdiği görülmektedir. Dünya Sağlık Örgütü ise zararlı kullanımı “... fiziksel ve ruhsal sağlığa zarar veren psikoaktif maddeleri kullanma paterni” şeklinde tanımlamıştır (Ögel, 2010).

2.1.3.1. Madde kullanım bozukluğu etiyolojisi

Madde kullanımına başlanılmasını açıklayan pek çok faktörden bahsedilmekte ancak kesin olarak nedenselliğine ilişkin net bir bilgiye sahip olunmadığı görülmektedir. Yinede madde kullanımında riskli kabul edilen durumlar bulunmakla birlikte kompleks bir yapıda olduğunun düşünülmesi gerektiği ve pek çok psikiyatrik bozukluk gibi tek bir nedene indirgenemeyeceği göz önünde bulunmalıdır.

Tosun (2008), bağımlılığı belirleyen riskli durumları şu şekilde özetlemektedir;

- Kişinin kullandığı maddeye erişimi nasıl sağladığı ve reçete ile verilen ya da kullanımı yasal olan maddelerin de bağımlılık riski oluşturabileceği anlaşılması başta gelen dikkat edilmesi gereken konulardır.
- Bir diğeri ise kişilik özelliklerinin madde kullanım bozukluğuna elverişli yapıda olması, özellikle baskı altında ve kendini ifade etmekte güçlük yaşayan, ,güvensiz ve karşılaşılan sorunlar ile başa çıkma yeteneği düşük olmasıyla,yenilik arayışlarının yüksek olduğu kişilerin bağımlılık geliştirme riski fazladır.
- Sosyal vrenin bağımlılığın başlangıcında özellikle etkili olduğu; iç bulamama, finansal sıkıntılar, madde kullanımına ilişkin vrenin bakış açısı örneğin popülerlik ya da sosyal statü ile ilişkilendirildiği durumların varlığı ve madde kullanıcılarının birbirleri ile etkileşerek geliştirdikleri ortak dil, yaşam tarzı gibi faktörlerden bahsedilebilir (Tosun, 2008).

Uzbay (2015) madde kullanımının ergenlik dönemi ile ilişkilendirildiğini, kişinin kar zarar dengesinin henüz oluşmaya başlanıldığını ve gelişimin bir parçası olarak sinaptik budanmaların sağlıksız ilerlemesinin maddeyi deneme ve başlamada yaşın önemli bir etken olduğunu belirtmektedir. Ayrıca kişide belirsizlik yaratan gelecek ile ilgili kaygı uyandıran durumları giderme amacıyla maddeye başvurma sık karşılaşılan bir durum olduğundan, kendini keşfetme sürecinde engellenen ve faydalı uğraşılardan uzak kalan bireyler ile, aile içinde ilgisiz ve ihmalkar bir tutum ile yetişen, dağılmış aile yapısına sahip olan kişilerin madde kullanımı için risk oluşturan gruplar olarak görülmektedir (Uzbay, 2015).

Madde kullanımının açıklanmasının doğrusal olamayacağı ve her kullanımın ise bağımlılık yaratmadığı görülmekte olup bazı teoriler geliştirilmiştir.

2.1.3.1.A Kişilik/İçsel modeller

Bağımlılık davranışının oluşmasında ve sürdürülmesinde erken dönem çocukluk yaşantıları ile bazı kişilik özelliklerinin etkili olabileceği geleneksel modellerce kabul edilmektedir. Psikanaliz perspektifinde özellikle alkol ve yeme bağımlılığı olan kişilerin oral dönemde saplantı yaşayan kişiler olarak tasvir edildiği, içsel çatışmaların bağımlılık davranışını yönlendirdiği düşünülmektedir. Özellikle antisosyal kişilik bozukluğu ve çocuk suçluluğunun bağımlılık davranışı ile yakından ilişkili görülen psikiyatrik bozukluklar olarak düşünülmesi kişilik ve mizacın bağımlılığın gelişiminde önemli dinamikler olduğunu göstermektedir. Otonomi ve öz güven ile ilgili sorunlar ve yenilik arayışı, hiperaktivite gibi kişilik özelliklerinin madde kötüye kullanımını teşvik ettiği ve sonrasında bağımlılık paterninin oluşmasına öncülük ettiği düşünülmektedir (Diclemente, 2016).

Psikodinamik modeller özellikle maddenin kişi için anlamının ve sorunlarıyla baş etme biçiminin anlaşılması açısından katkı sağlamaktadır. Bağımlılık gelişmesini kişilerin ego durumlarındaki yetersizlik hisleri ve kendini denetleme sorunları, stres ile başa çıkma mekanizmalarındaki noksanlık ve duyguları ifade etmede güçlük yaşamaları ile açıklamaya çalışmışlardır (Gönüllü ve diğ. 2002)

“Freud’a göre bağımlılık, yasaklanmış istek (mastürbasyon) nedeniyle kendini cezalandırma amacına hizmet eder. Freud, süperego direncinin; yani cezalandırılma isteği ve hastanın iyi olmayı hak etmediği duygusunun, aşılması en zor olan direnç olduğunu belirtir” (Akvardar, 2003).

Sonuç olarak maddenin kişinin ruhsal çatışmalarından kaynaklı kendini tedavi etmeye aracılık ettiği ve psikoterapiden daha fazla yararlandıkları söylenilmektedir (Tosun, 2008).

2.1.3.1.B Sosyal/ Çevre modelleri

Sosyal politika ve akımlar ile toplumsal etkilerin madde kullanımını üzerinde etkili olduğu görüşünü desteklemekte olan bazı araştırmacılar bulunmaktadır. Bazı

maddelerin alt kültürleri bulunmakta, bu kültüre uyum sağlama ile kullanıcılar tarafından benzer bağımlı davranış biçimleri sergilediklerini ifade etmektedirler. Sosyal çevrenin etkilerinin savunucuları aile mekanizmasının da bağımlılığın denemesi ve devam ettirilmesindeki önemine vurgu yapmaktadırlar. Akran baskısı, parçalanmış ailede büyüyen çocuklar ve yetişkin problemler ebeveyn tutumlarının da çocukların madde kullanımı açısından risk faktörleri arasında olduğu söylenmektedir. Aile ilişkilerinin koruyucu rolü ve ailedeki özellikle alkol kullanımı ile ilgili geleneklerini çocuklara da aktarılması vasıtasıyla bağımlılık davranışları ile oldukça yakından ilişkili olduğu görülmektedir (Diclamente, 2016).

Madde kötüye kullanımı yaş olarak giderek düşmekte ve özellikle ilk madde ile temas ergenlik dönemine denk gelmektedir. Yaş olarak bu dönemde beyinde ve hormonlarda meydana gelen bazı değişiklikler gencin aile ve toplumsal kuralları reddetmesi ve kişiliğini ortaya koymak için riskli davranışlar sergilemesi ile sonuçlanabilir. Hatta bazı teorilerde beyinde fazla budanma ya da yetersiz budanmanın ergenlerin doğrudan madde kullanımını kolaylaştırabileceği düşünülmektedir (Uzbay, 2015).

Bazı araştırmalarda ebeveynlerin madde kullanımında koruyucu rolünün erken çocuklukta ergenlik dönemine daha etkili olduğu düşünülmektedir. Bağlanma kuramında da aile içi ilişkilerin ergenlikte sosyal olarak yetkin olma ve diğer psikiyatrik rahatsızlıklar için de dayanıklılığı etkilediğinden bahsedilmektedir (Spooner, 1999).

Madde ve alkol kötüye kullanımını etkileyen macro çevre düzeydeki bazı düzenlenmelerin ise hukuk ve yasalar açısından caydırıcı uygulamaların ve reklamların izlediği politikalar ve maddeye erişim açısından ele alınmaktadır. Avustralya' daki gençlerin üzerindeki toplumsal etkileri incelediği araştırmasında Richard Eckersley (1998); artan işsizlik, evsizlik, yoksulluk, aile içi çatışmalar ve eğitim baskısı ile başarısızlık yaşayan ergenlerin umutsuzluk ve çaresizlik hissetmelerine, gelecekleri ile ilgili karamsar düşüncelerin ise suça ve madde kullanımına yönelmeye yol açabileceğinden bahsetmektedir (Spooner, 1999).

2.1.3.1.C Genetik/Fizyolojik modeller

Bağımlılığın gelişiminde çevrenin, genetiğin ve nörokimyanın etkili olduğu bilinmektedir. Genetiğin bağımlılık davranışları üzerindeki etkisinin en iyi alkoliklerde açıklanabildiği görülmektedir. Aile içerisinde alkole dayalı problemlerdeki artış ve akrabalarda sorunlu alkol kullanımının risk faktörü olduğu görülmektedir. Bunun yanında diğer maddelerde bu kadar açık bir genetiğinden etkisinden bahsedilmemekle beraber tek başına bir “alkolizm geni”nin sözkonusu olmadığı durumun bundan daha karmaşık olduğundan söz edilmektedir (Diclamente, 2016).

Bağımlılığın beyindeki ödüllendirme sistemi ile yakından ilişkili olduğu bilinmektedir. Bazı yayınlanan araştırma sonuçlarına göre dopamin D2 reseptör eksikliği ile ödüllendirme mekanizmasında duyarlılıkta bir azalma meydana gelmesi sonucu kişilerin bu eksikliği gidermek için dopaminerjik sistemi uyaran maddelere yöneldiği şeklinde genetiğin etkisinden bahsedilmektedir (Uzbay, 2015).

Bir başka çalışmada ise genetiğin beyinde bağımlılık yapıcı maddelerin kullanılması ve pek çok kompulsif davranış sonrası dorsal striatum ve nükleus accumbens'te biriken bir transkripsiyon üyesi olan Delta-FosB aracılığı ile aktarıldığından bahsedilmektedir (Fluyau, 2020).

Bağımlılığın alzheimer, otizm şizofreni gibi çok sayıda gen bozukluğu ile ilişkili olduğu ve henüz hangi bireylerin risk altında olduğunu anlamaya yarayacak bir ölçme yöntemine sahip olunmadığından sadece genetiğin bağımlılık davranışlarını açıklamaya yetmeyeceği aşikardır (Uzbay, 2015).

“Nörokimyasal modeli savunanlar bağımlılık yapıcı çoğu maddenin beyinde belirli bazı nörotransmitterlar ile benzer etkiler gösterdiği ve bu bölgelere bağlandıkları, uzun süreli kullanımları ile beyinde değişiklikler meydana getirdiği ve bu nöroadaptif durumların sonucunda madde alınmasının kaçınılmaz hale geldiği yeni bir düzen oluştuğundan bahsetmektedirler. Bu değişimler ile ‘tolerans’ ve ‘yoksunluk’ kavramlarını açıklamaya çalışmaktadırlar” (Tosun, 2008).

Bağımlılık özellikle geleneksel tanımlarda fiziksel bağımlılık ile karakterize olan bir durum gibi anlaşılrsa da alkol, sigara gibi maddelerde görülen tolerans geliştirme ya

da yoksunluk gibi fiziksel belirtilerinin bağımlılığın biyolojik yönüne işaret ettiği düşünülmektedir. Yapılan deneysel araştırmalarda da kullanılan maddenin vücutta emiliminin ortaya çıkardığı fiziksel reaksiyonların bağımlılığın gelişmesinde önemli yer tuttuğu belirtilmektedir. Bunun yanında kokain ya da amfetamin gibi maddelerde bu tip fizyolojik belirtilere pek rastlanılmaması ve madde içermeyen davranışsal bağımlılıkların tanımlanması üzerine düşünüldüğünde fizyolojik etkilerin tek başına bağımlılık davranışlarını açıklamaya yeterli olamayacağı anlaşılmaktadır (Diclamente, 2016).

2.1.3.1.D Davranışçı modeller

“Bağımlılık davranışı klasik koşullanma ve pekiştirme ile açıklanmaya çalışılmıştır. Bu kuramın savunucuları doğuştan gelen bazı refleksif tepkilerin çeşitli uyarıcılarla karşılaşması ve uyarının sürmesi durumunda bağımlılık örüntüsünün gelişebileceğinden bahsederler. Özellikle kaygıyı hafifletmek ya da gidermek amacı ile alkol kullanımının öğrenilmesi pekiştirme aracılığı ile devam eder” (Tansel, 2006).

Kuramın savunucularının özellikle üzerinde durduğu konular; maddenin kişide hoşya giden etkiler ortaya çıkarması ile olumlu pekiştireç özelliği kazanması ya da kişide elde etmek istemediği karşıt tepkilere sebep olması (yoksunluk, hoşnutsuzluk) gibi maddeye istek duyma sürecini işlemsel boyutta değerlendirmektedir (Tosun, 2008).

Maddeye dayalı ortaya çıkan tolerans, yoksunluk gibi fizyolojik belirtilerin ve birçok hatırlatıcı ile birlikte bilişsel beklentilerin bağımlılık davranışlarını yordayabileceği düşünülmektedir. Davranışçı modellerin daha çok relaps ile ilişkilendirilebileceği ancak bağımlılığın başlangıcı ve sonlanması ile ilgili yeterince açıklayıcı olmadığı anlaşılmaktadır (Diclamente, 2016).

Literatürdeki modellerin bağımlılık sorununa etiyolojik bakış açıları genellikle tek ana bir unsura odaklanmaktadır. Pek çok psikiyatrik rahatsızlık gibi bağımlılık davranışlarının anlaşılmasında bir etkene bağlı kalmanın söz konusu olmadığı günümüzde kabul görmekte ve bütünleyici bir yaklaşım sergilenmesi gerektiği anlaşılmaktadır.

2.1.3.2. Madde kullanım bozukluğu epidemiyolojisi

Dünya nüfusunun %5,3'ünün yasadışı uyuşturucu madde kullandığı ve 255 milyondan fazla insanın madde kullanım bozukluğu tanısına sahip olduğu ifade edilmiştir (UNODC 2017). UNODC' un 2018 yıllık raporuna göre dünyada 35 milyon kişinin uyuşturucu kullanım sorunları ile tedaviye ihtiyaç duyduğu ve 2017 yılında uyuşturucu kullanımı nedeni ile 585 bin kişi hayatını kaybettiği belirtilmiştir (UNODC, 2018). Ayrıca Avrupa Uyuşturucu ve Uyuşturucu Bağımlılığını İzleme Merkezi (EMCDDA) 2020 raporuna göre Avrupa Birliğinde bulunan 15-64 yaş aralığındaki nüfusun, yaşam boyu 90,2 milyonunun esrar, 17,9 milyonunun kokain, 13,6 milyonunun MDMA ya da bilinen adıyla ekstazi, 12,3 milyonunun amfetamin ve 1,3 milyonunun opiyat kullandığı tahmin edilmektedir.

35 farklı ülkedeki yaklaşık yüz bin öğrenciden toplanan, ESPAD (Avrupa Alkol ve Madde Okul Projesi) isimli araştırmanın 2019 verilerine bakıldığında ise yaşam boyu en az bir kez yasadışı madde kullanma oranı %17 olarak bulunmuştur. Yasadışı en çok kullanılan madde ise esrar (%16) olarak gösterilmiştir (ESPAD, 2019). Türkiye ise bu araştırmaya 2003 yılında 2800 öğrencinin yer aldığı bir çalışma ile katılmış ve yaşam boyu herhangi bir madde kullanma yüzdesi 7 olarak bulunmuştur (Ögel, 2001).

Araştırmalara bakıldığında Türkiye'de madde ve alkol kullanımı sıklığının arttığı ancak bu yönde yapılan çalışmalara genellikle okul çağındaki öğrencilerin katılımı ile ya da bölgesel ve özel popülasyonun dahil olduğu araştırmaların yapıldığı daha büyük ve heterojen grupların dahil edilmesi gerekliliği bulunmaktadır (Karadeniz ve ark.2018, Karakükçü ve ark. 2018). 2014 yılında yapılan geniş ölçekli bir çalışmada 25 ilde yapılan anketlere göre hayat boyu madde kullanım sıklığı % 2.7 olarak belirlenmiştir (TUBİM, 2014). 2004 yılında İstanbul ilinde lise öğrencileri ile yapılan bir çalışmada yaşam boyu en az bir kez esrar kullanma oranını %5.8, uçucu maddelerin %5.9, ecstasy kullanımını %3.1, flunitrazepam (bir benzodiazepin türevi) kullanımını %4.4 ve eroin kullanma yaygınlığını %1.6 olarak bulmuşlardır (Ögel, 2005). Üniversite öğrencileri ile yapılan bir başka araştırmada ise yaşam boyunca en az bir kez madde deneme oranı %10.4 olarak bulunmuştur. En çok denenen maddenin esrar (%4.1) ve uçucular (%3.2) olduğu görülmüştür (Ulukoca, 2013).

Madde kullanımı ile mücadele kapsamında ülkeler büyük bir ekonomik yükün altına girmekte bu alanda stratejiler belirlenmeye devam etmekte, her yıl kurumların genel bütçelerinden ayrılan kamu harcamaları açıklanmaktadır. Türkiye 2020 Uyuşturucu Rapor’unda uyuşturucu ile mücadele kapsamında 2019’da 2018 yılına oranla yaklaşık %7,3 artışla 1 milyar 461 milyon 955 bin TL bütçe ayrılmıştır (TUBİM, 2020).

Madde kullanımı nedeni ile Türkiye Sağlık Bakanlığı verilerine göre kendisi, ailesi yada denetimli serbestlik kapsamında yönlendirilen tedavi ve rehabilitasyon hizmetlerini 2019 yılında 270 bin kişinin ayaktan aldığı, yatarak tedavi gören kişi sayısının ise bir önceki yıla göre %10,3’lük bir artış göstererek yaklaşık 12 bin kişiye ulaştığı açıklanmıştır (TUBİM, 2020).

2.1.4. Alkol kullanım bozukluğu

Alkol; alifatik hidroksil grupları içeren kimyasal bileşiklerden oluşan ve ilaç olarak kullanımının çok yaygın olmasa da keyif verici etkilerinden dolayı tüketilen bir maddedir.. Alkolün santral sinir sistemi üzerindeki toksik etkileri sebebi ile kişide ve çevresinde oluşturduğu olumsuz durumlar ciddi bir halk sağlığı sorunu olarak ele alınmasına yol açmaktadır. Amerika Birleşik Devletinde alkol kullanımının yetişkin nüfusunun yaklaşık %7’si için sorun teşkil ettiği ve kullanıcıların yakınlarındaki dolaylı etkileriyle birlikte yaklaşık 40 milyon kişiye ulaşan bir problem olarak görülmektedir (Uzay, 2015). 2016’da ise alkole bağlı olarak 0.7 milyon kadın, 2.3 milyon erkek ölümü gerçekleştiği belirtilmektedir. Alkolün zararlı tüketimine bağlı ölümlerin tüberküloz, HIV/AİDS ve diyabete bağlı ölümlerden daha yüksek oranda olduğu görülmüştür (WHO, 2018).

“Alkol alımının tarihte çok eskiye dayandığı ve ayinlerde kullanıldığı bilinmekte ancak ilk kez 1849’da Magnus Huss adında İsveçli bir halk sağlığı uzmanının “alkolizm” terimini kullanmasıyla birlikte günümüzde bağımlılık ile ilgili bir hastalık olarak ele alınmaya başlaması son 150 yılda gerçekleşmiştir” (Arıkan, 2012).

Alkol kullanım sorunu; beyindeki ödül devreleri ile ilişkili, tekrarlayıcı ve kontrolsüz içme davranış paternleri ile karakterize edilmiştir. Alkol kullanma problemi

olan kişilerin depresyon, anksiyete gibi diğer psikiyatrik rahatsızlıklar için yüksek risk taşıdıkları belirtilmektedir (Wang ve ark.,2020). Ayrıca alkol zehirlenmesine bağlı olarak Korsakoff psikozu gibi nörolojik rahatsızlıkların yanı sıra solunum depresyonu sonucu koma ve ölüm gerçekleşebilmektedir (Arıkan, 2012).

Dünya Sağlık Örgütü ise Uluslar arası Hastalıkların Sınıflandırılması-11'na (ICD-11) göre alkol bozuklukları şu şekilde sınıflandırmıştır:

- Akut zehirlenme
- Zararlı alkol kullanımı
- Alkol bağımlılığı
- Alkol zehirlenmesi
- Alkol yoksunluğu
- Alkole bağlı deliryum
- Amnestik bozukluk
- Alkol kullanımına bağlı demans
- Belirlenmemiş diğer davranışsal ve ruhsal bozukluklar
- Alkole bağlı diğer bozukluklar
 - Alkole bağlı duygudurum bozukluğu
 - Alkole bağlı anksiyete bozukluğu (WHO, 2018).

DSM-5'te alkol kullanım bozukluğunun tanı kriterleri şu şekilde belirtilmiştir:

A. On iki aylık bir süre içinde, aşağıdakilerden en az ikisi ile kendini gösteren, klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya ya da işlevsellikte düşmeye yol açan sorunlu bir alkol kullanım örüntüsü:

1. Çoğu kez istendiğinden daha büyük ölçüde ya da daha uzun süreli sürekli olarak alkol alınır.
2. Alkol kullanmayı bırakmak ya da denetim altında tutmak için sürekli bir istek ya da bir sonuç vermeyen çabalar vardır.
3. Alkol elde etmek, alkol kullanmak da yarattığı etkilerden kurtulmak için gerekli etkinliklere çok zaman ayrılır.
4. Alkol kullanmaya içinin gitmesi ya da alkol kullanmak için çok büyük bir istek duyma ya da kendini zorlanmış hissetme.

5. İŖte, okulda ya da evdeki konumunun gereği baŖlıca yükümlülüklerini yerine getirememeye ile sonuçlanan, yineleyici alkol kullanımı.

6. Alkolün etkilerinin neden olduğu ya da alevlendirdiği, sürekli ya da yineleyici toplumsal ya da kiŖilerarası sorunlar olmasına karŖın alkol kullanımını sürdürme.

7. Alkol kullanımından ötürü önemli bir takım toplumsal, iŖle ilgili etkinliklerin ya da eğlenme-dinlenme etkinliklerinin bırakılması ya da azaltılması.

8. Yineleyici bir biçimde, tehlikeli olabilecek durumlarda alkol kullanma.

9. Büyük bir olasılıkla alkolün neden olduğu ya da alevlendirdiği, sürekli ya da yineleyici, bedensel ya da ruhsal bir sorunu olduğu bilgisine karŖın alkol kullanımını sürdürür.

10. AŖađıdakilerden biriyle tanımlandığı üzere, dayanıklılık (tolerans) geliŖmiŖ olması:

a. Esriklıği ya da istenen etkiyi sağlamak için belirgin olarak artan ölçülerde alkol kullanma gereksinimi.

b. Aynı ölçüde alkol kullanımının sürdürülmesine karŖın belirgin olarak daha az etki sağlaması.

11. AŖađıdakilerden biriyle tanımlandığı üzere, yoksunluk geliŖmiŖ olması,

a. Alkole özgü yoksunluk sendromu

b. Yoksunluk belirtilerinden kurtulmak ya da kaçınmak için alkol (ya da benzodiazepin gibi yakından iliŖkili bir madde) alınır.

Varsa belirtiniz:

Erken yatıŖma evresinde: Daha önce alkol kullanım bozukluğu için tanı ltleri tam karŖılandıktan sonra, alkol kullanım bozukluğunun hiçbir tanı lt (A4 tanı ölçütü dıŖında “Alkol kullanmaya iinin gitmesi ya da alkol kullanmak için çok büyük bir istek duyma ya da kendini zorlanmıŖ hissetme”), 12 ay ya da daha kısa süreli olmak üzere, en az üç aydır karŖılanmamıŖtır.

Sürekli yatışma ile giden: Daha önce alkol kullanım bozukluğu için tanı ölçütleri tam karşılandıktan sonra, alkol kullanım bozukluğunun hiçbir tanı ölçütü (A4 tanı ölçütü dışında “Alkol kullanmaya içinin gitmesi ya da alkol kullanmak için çok büyük bir istek duyma ya da kendini zorlanmış hissetme”), 12 ay ya da daha uzun süredir, hiçbir zaman karşılanmamıştır.

Varsa belirtiniz:

Denetimli çevrede: Kişi alkole ulaşmasının kısıtlandığı bir çevrede ise bu ek belirleyici kullanılır.

2.1.4.1. Alkol kullanım bozukluğunun etiyojisi

Alkol bağımlılığında, genetik ve biyolojik yatkınlığın etkisinin; tek yumurta ikizleri ve evlat edinilen kişiler ile yapılan çalışmalarda oldukça önemli olduğu ortaya konmaktadır. Öyle ki ailesinde alkol bağımlılığı olan çocukların alkole ilişkin sorunlarının olmasının neredeyse 4 kat daha fazla olduğu söylenilmektedir (Arıkan, 2012). İkizler, evlat edinilen ve biyolojik kardeşlerle yapılan bir çalışmada genetik etkilerin problemleri madde ya da alkol kullanımında ortak çevresel faktörlerden daha önemli olduğu ancak kullanıma başlama ya da başlatmanın paylaşılmış çevre ile daha ilişkili olduğu bulunmuştur (Rhee, 2003).

Alkol kullanımını davranışçı bakış açısıyla yorumlayan araştırmacılar için ise; alkolün kişi üzerinde hoş giden etkilerinden dolayı ödül niteliği taşımasının yeterli bir açıklama olmadığı; klasik koşullanmada olduğu gibi nötr bir uyaran iken bile alkol içme arzusunun, kısa vadede ruh hali üzerindeki olumlu etkisinin içme davranışının devam ettirilmesini yordadığı düşünülmektedir (Batra, 2016).

Alkol ve madde kötüye kullanımının nedenlerinin anlaşılmasında nöro-biyolojik yaklaşımın beynin ödül sistemlerinin önemli bir rolde olduğu görülmektedir. Beynin yaşamsal faaliyetleri sürdürürken ya da sanat, spor gibi haz verici etkinlikleri gerçekleştirirken girdilerin ulaştığı keyif ve motivasyon merkezinin bağımlılık yapıcı maddeler tarafından da uyarılması söz konusudur. Mezokortikolimbik dopamin

yolaklarının bu maddelerin keyif verici etkilerinden dolayı pekiştirme ve kişi için ödül niteliği taşımasında rol aldığı bilinmektedir. Bu gibi etkiler yemek yeme yada bir arkadaş ile sinemaya gitmek gibi hoş giden davranışlarda bir fiziksel bağımlılık yaratmazken; bağımlılık yapıcı maddelerin yüksek dozlardaki haz verici etkilerinden kaynaklı olarak tolerans gelişmeye ve madde arayışına neden olmaktadır (Uzbay, 2015).

2.1.4.2. Alkol kullanım bozukluğunun epidemiyolojisi

Alkol kullanımı yaygın bir halk sağlığı sorunu olmakla birlikte, ekonomi ve sanayi kolu olarak ülkelerin işsizlik, kalkınma alanında da ele alınması gereken bir boyuttur. Dünya Sağlık Örgütü'nün 2016'da 30 Avrupa ülkesinin içinde bulunduğu raporuna göre kişi başına düşen saf alkol miktarının 15 yaş üzeri yetişkinler için 11,3 litre olduğu, bunların 9,9 litresinin kayıtlı alkol, 1,4 litresinin ise kayıt dışı alkol tüketimine bağlı olduğu açıklanmıştır. Alkol tüketiminin erkeklerde kadınlara oranla yaklaşık 4 kat fazla olduğu belirtilmiştir. 2016 yılında ise Avrupa ülkelerinde tüm ölümlerin %5.5' inin alkol kaynaklı olduğu kaydedilmiştir (WHO, 2019).

Alkolün global çapta sağlığı tehdit eden hastalıklarda en önemli üçüncü risk faktörü olduğu belirtilmektedir. Türkiye'de arz edilen alkol kullanımı ile ilgili yapılan araştırmada 2015 yılında kişi başına 1,39 litre saf alkol tüketimi olduğu hesaplanmıştır. TÜİK'in 2012 yılında yaptığı araştırmaya göre ise en fazla alkol tüketiminin olduğu yaş grubu %14.0 oranı ile 25-34 yaş aralığı olduğu belirtilmiştir (Buzrul, 2016).

TUBİM'in 2018 yılında yaptığı araştırmaya göre ise katılımcıların %22,1'sinin yaşam boyu en az bir kez alkol kullandığı; erkeklerde bu oranın %34,3, kadınlarda ise %10,7 olduğu saptanmıştır (TUBİM, 2018).

2.2. Bilişsel Esneklik

2.2.1. Bilişsel esneklik nedir?

Bilişsel esneklik; beklenmedik ve yeni durumlarla karşılaşıldığında kişinin bilişsel işleme stratejilerinde değişiklik yapabilme yeteneği olarak tanımlanmaktadır (Canas ve diğ.. 2006). Bir diğer tanımda ise herhangi bir durumdaki seçeneklerin

farkında olup, mevcut duruma uygun olarak düşünceleri düzenleme ve uyum sağlamaya isteklilik olarak belirtilmektedir (Demirtaş, 2020).

Bilişsel esnekliğin farklı kavramsallaştırmalarının bir çatı altında toplanmasının zor olduğu görülmektedir. Bazı araştırmacıların bunu bilişsel bir beceri ya da yetenek olarak, bazıları ise bilişsel sürecin bir parçası olarak görmektedirler. Bilişsel bir beceri olarak ele alındığı bazı çalışmalarda dikkati değiştirme testi için kullanılan bazı egzersizler ile performansın arttığı yani geliştirilebildiği, zihnin değişme ve kayma yeteneği olarak kullanıldığı görülmektedir. Diğer yandan kategorize etme, kelime ve dil kullanımı gibi akıl yürütme ile ilgili esnekliğin çevresel koşullar ile örneğin uyarıcı, deneyim, talimatlar vb. ilgili olduğu ortaya konulmaktadır (İonescu, 2012).

Bilişsel esneklik yürütücü işlevlerin bir alt bileşeni olarak tanımlanmaktadır. Yürütücü işlevler; akıl yürütme, karar verme, problem çözme, plan yapma gibi üst düzey bilişsel davranışları içeren süreçleri tanımlamaktadır. Anderson (2002) yürütücü işlevler modelindeki dört bileşeni; dikkat kontrolü, bilgi işleme, bilişsel esneklik ve hedef belirleme olarak tanımlamaktadır. Tüm bu bileşenler birbirini etkilemekte ve birbiri ile ilişki içinde çalışmaktadırlar. Bilişsel esneklik, çalışma belleği ile birlikte; tepki ve yanıt dizilimleri arasında geçiş yapabilme, hatalardan ve geribildirimlerden yararlanma, alternatif stratejiler geliştirme ve birden fazla bilgi kaynağını işleyebilme yeteneği olarak açıklanmaktadır. Bu alandaki bozulmalar ısrarcı davranışlar ve tekrarlı hatalar ile sonuçlanmaktadır (Anderson, 2002).

Son zamanlarda fMRI araştırmaları tarafından bilişsel esneklik gerektiren faaliyetlerin gerçekleştiği sırada prefrontal korteks, bazal ganglionlar, anterior singulat ve posterior parietal korteks gibi beyinde bazı bölgelerin aktif olarak çalıştığı açıklanmaktadır. Ayrıca bazı bölgelerdeki monoaminler gibi nörotransmitterlerin seviyelerinin bilişsel esneklik ile ilişkili olabileceği düşünülmektedir (Cohen, 2018).

Bilişsel esneklik, problem çözümede sınırlanmış bir tepki üzerinde durmaktan çok çözüme yakın birden fazla görevi araştırma ile ilişkilendirilmektedir (J. Kelley ve ark. 2007). Ayrıca bu karmaşık davranış değişiklikleri deneyim ve öğrenme ile alakalıdır ve bilişsel esneklik çevresel değişikliklere adaptasyon göstermeyi gerektirmektedir (Çuhadaroğlu, 2013). Kişi bir durumda farklı seçeneklerin farkında olsa da başarılı olacağına dair inancı ve istekliliği de davranışını etkiler. Martin ve Rubin bilişsel esnekliği, insan etkileşimindeki yeterlilik ile ilgili incelemiştir. Bilişsel olarak esnek

kişiler; insan ilişkilerinde öz-yeterlik algıları daha yüksek ve kendilerini daha güvende hissetmektedirler (Martin ve Rubin, 1995).

Araştırmacılar kişinin bir beceride uzmanlaşma seviyesinin bilişsel esneklikteki düşüş ile ilgili olabileceğini düşünmektedirler. Bu araştırmacılara göre kişi otomatikleşmiş bir performans gösterdiğinde değişikliklere daha az dikkat yöneltmekte ya da başarısızlığı fark ettiklerinde daha az bilişsel stratejilerini değiştirmektedirler (Canas ve diğerleri, 2003).

Bilişsel esnekliği yüksek bireylerin genel olarak zorlayıcı ve dengesiz düşüncelerini düzenleyebilme ve daha uyumlu fikirler ile değiştirebilmeye ve karşılaştıkları zorlukları daha kontrol edilebilir olarak görmeye ve çözüm yolları aramaya eğilimli olmaktadır (Gülüm ve Dağ, 2012). Bilişsel olarak esnek olmayan bireylerin ise dikkatlerini yönlendirmede zorlanma ve değişime kapalı olma gibi kişisel özellikler sergiledikleri belirtilmektedir (Kömür, 2018).

Bir diğer kavramın ise bilişsel esneklik olarak açıklanmaya çalışıldığı ve temelde dört fenomene dayalı olduğu belirtilmektedir. Bu kavramlar şu şekilde açıklanmıştır (Canas, 2006; Kömür, 2018);

• **Bilişsel Histerezi:** Bir durum hakkında verilen yanlış kararın sürdürülmesi ve yeniden değerlendirme aşamasında bunun aşılabilmesidir.

• **Bilişsel Blokaj:** Kişinin eylem ve kararlarının tamamını koşullarda değişiklik olsa dahi aynı stratejiye bağlı olarak gerçekleştirmesi olarak tanımlanmaktadır.

• **Fonksiyonel Fiksasyon:** Nesnelere ya da algıların önceden kullanılmış olan bilişsel formlarında katı bir biçimde kategorize edilmesi ve yaygın olarak kullanıldığı biçimde ele alma olarak açıklanmaktadır. Böylece kişi yeni düşünceleri kabul etmekte zorlanmakta, işlevsel olarak hareket etmeyi kitlemektedir.

• **İşlevsel İndirgeme:** Bir sorun üzerinde olası tüm nedenler arasından birine odaklanma diğerlerini dikkate almama olarak kavramsallaştırılmıştır. Değişen çevresel koşullara karşı davranışı düzenleyememekten ileri gelmektedir.

2.2.2. Bilişsel esneklik kuramı

Bilişsel esneklik kuramı; öğrenmede ileri düzey bilgi edinimi ve kavramsal bilgi aktarılabilirliği için yapılandırmacı öğretim yaklaşımını temel almaktadır (Spiro ve diğ. 1988).

Bilişsel esneklik kuramının, Piaget'in Genetik Epistemoloji kuramında bahsedilen bilişsel gelişim evrelerindeki bilgiyi yapılandırma mekanizmasından yola çıktığı açıklanmaktadır. Bir diğer ilişkili kuramın ise Ausubel'in Anlamlı Öğrenme kuramı olduğu belirtilmektedir. Kuram, anlamlı öğrenmenin yeni bilgilerin mevcut olan kavramsal ve genel bilgilerle ilişki kurularak gerçekleştiğine vurgu yapmaktadır (Karadeniz, 2004; Kabataş, 2020).

Öğrencilerin karmaşık bilgileri değişiklik gösteren durumlara uyarlayabilmesi ve şemalarını geliştirme fırsatlarının sunulması gerektiği vurgulanmaktadır. Çoklu bakış açıları ve olgu sunumlarının öğrenme ortamında kullanılması gerekliliğinden bahseder (Spiro ve ark. 2012). Uzun süreli bellekte daha önce depolanan ve alışılmış hale gelen bilgiler bu kompleks yapıdaki bilgilerin öğrenilmesinde daha etkisiz olmaktadır. Bunun yerine geçmiş yaşantı deneyimleri ile gerçek hayat ile ilişkili vakalardan oluşturulan yeni bir bilişsel şema önerilmektedir (Lowrey and Kim, 2009).

Bilişsel esneklik kuramının temel olarak prensipleri şu şekilde ifade edilmektedir (Spiro ve diğ. 1988, Karadeniz, 2004):

- Öğretimde; bilgilerin çok düzenli ya da basit yönergelerle sunulması, bilginin değişen durumlara uyarlama ve karar verme durumlarında kullanılmasının önünde engel oluşturacaktır.

- İleri düzeyde bir bilgi ediniminden karşılaşılan yeni durumlara kadar teorik ya da kavramsal çeşitliliğin sağlanması, farklı örnekler ile işleme ve uygulanması bilişsel esnekliğin gelişmesi için oldukça önemlidir.

- Örnek olarak sunulan vakalar üzerinden değerlendirme ve muhakeme yapmak yeni durumlara verilen yanıtlarda esnek olmaya yol açar. Bu nedenle öğretim süreci örnek olayları içerecek biçimde düzenlenmelidir.

- Kavramlar eğer çok karmaşık ve düzensiz görünüyorsa kullanıldığı alanın ayrıntılarına dikkat edilmeli ve bağlama uygun olacak biçimde yapılandırılmalıdır.

- Önceki deneyimler ile oluşturulan katı ve alışılmış şemalar yerine yeni deneyimler ile örnek olarak sunulan olayların ilişkileri kullanılmalı ve birleştirilebilir bilgi yapıları kullanılmalıdır.

- Öğretimde kullanılan vakalar ve kavramlar birbiri ile ilişkili olmalı, farklı bilgi kaynakları arasında geçiş yapılmalıdır.

- Öğrenen kişinin aktif katılımı ve uzman rehberliğinin sağlanması ve tamamlayıcı destek programlarının sunulması bilişsel esneklik açısından oldukça önemlidir.

Öğrenme ortamını yapılandırmacı bir biçimde yeniden düzenlenmesini içeren bu çerçeve bilişsel esnekliğin geliştirilebilirliğine vurgu yapmaktadır.

2.2.3.Bilişsel esneklik ile ilgili yapılan araştırmalar

Bu bölümde araştırmamıza konu olan alkol ve madde kullanımı ile bilişsel esneklik arasında yapılan çalışmalara yer verilecektir.

Houston ve ark. (2014)' nin yaptığı çalışmada yüksek düzeyde alkol tüketiminin yürütücü bilişsel işlevlerden bilişsel esneklik, psikomotor hız, perseveratif yanıt verme gibi alanlarda bozulmaya yol açtığı bulunmuştur. Alkol kullanımı olan hastalar üzerinde ülkemizde yapılan bir başka araştırmada ise bilişsel esneklik ve seçici dikkati ölçtüğü düşünülen Stoop testi sonuçlarına göre sağlıklı kontroller ve tanı grup arasında hata sayısı ve enterferans sayısı bakımından anlamlı fark bulunmuştur (Ozan, 2020).

Yapılan bir meta-analiz çalışmada ise kronik olarak esrar kullanımının bilişsel dürtüsellik, dikkat, bilişsel esneklik gibi nörobilişsel işlevler üzerinde bozulma ile ilişkili bulunmuştur (Figueiredo, 2020).

İnsanlar ve hayvanlar üzerinde yapılan bilişsel esneklik ile kannabinoid kullanımı üzerindeki araştırmaları inceleyen bir çalışmada ise tutarlı olmayan sonuçlar bulunmuş olsa dahi endo kannabinoid sistemin bilişsel esneklikte önemli bir rolü olduğu ayrıca kullanım sıklığı ve başlama yaşının etkisiyle beraber kannabinoidlerin bilişsel esneklik üzerinde olumsuz etkileri olabileceği belirtilmektedir (Cohen, 2018).

Bir başka araştırmada ise kokain kullanıcıları ile sağlıklı kontrol grupları arasında yapılan kognitif testlerdeki performansların farklılaştığı bulunmuştur. Özellikle yapılan hata sayısının daha fazla ve daha az azimli olmalarının; düşük bilişsel esneklik,

çalışma belleği ve dikkat süresini, planlama ve karar vermede yaşadıkları zorlukları işaret ettiği belirtilmektedir (Matias, 2019).

2.3.Tedavi Motivasyonu

Motivasyon kavramı Latince kökenli ‘hareket etmek’ anlamına gelen *movere* kelimesinden türemiştir. “Motivasyon, fiziksel ve psikolojik aktiviteleri başlatma, yönetme ve devam etme sürecidir. Bir aktiviteyi diğerine tercih etme ve tepkilerin şiddeti ve sürerliliğini kapsayan mekanizmayı içerir.”(Zimbardo, 2012). İnsanlarda dahil olmak üzere hayvanların hareketlerinin belirleyicileri ve kişisel tercihlerinin nedenlerinin açıklanması konusunda motivasyon kavramının işlevlerinden yararlanılmaktadır.

Temel bazı motivasyon kaynakları vardır. Bunlar bazen biyolojik bir organizmanın içsel itkileri bazen de güdülemeyi sağlayan dışsal teşvikler olabilir. Deci and Ryan (1987) içsel ve dışsal motivasyon olmak üzere iki ana motivasyon kaynağı olduğunu belirtmektedir. İçsel motivasyonun değişimin devamlı ve kalıcı olmasında dışsal motivasyona göre daha önemli olduğu düşünülmektedir. Ryan ve ark.(1995) yaptığı bir çalışmada içsel motivasyonu yüksek ayakta alkol tedavisi alan hastalar tedaviye daha istekli katıldıkları ve tedaviye daha çabuk yanıt verdikleri, dış motivasyonun ise kısa vadede alkol ya da maddeden uzak durma konusunda daha etkili olduğu belirtilmektedir (DiClemente, 1999).

Tedaviye hazır olma ve tedavi motivasyonu, alkol ve madde kullanım bozukluğu olan hastalarda tedavinin önemli bir parçasıdır. Tedaviye yanıt vermeyen ya da dirençli hastalar içinde buldukları evrelerde uygun davranımları göstermez ya da tedaviye karşı inançsızlık gösterirler. Tedavi ile başlayan değişim sürecinin evreleri Porchaska ve DiClemente şu şekilde açıklamaktadır (Gürol, 2012) :

Farkındalık öncesi evre (precontemplation): Kişi henüz değişime ve madde ya da alkol kullanımının yarattığı problemlere karşı kayıtsızdır ya da inkar evresindedir. Yakınları ya da yasal sistem tarafından tedaviye getirilmiş olabilir.

Farkındalık evresi (contemplation): Kişi psikoaktif madde kullanımı ile ilgili kar-zarar dengesini kurmaya başlamış ancak sıkça ikilem yaşamaktadır.

Karar verme evresi: Eylem aşamasına geçiş ile farkındalık evresine dönüş arasında kişinin gidip geldiği bir evredir.

Eylem evresi: Kişi kendi başına ya da uzman yardımı ile değişim için gerekli eylemleri gerçekleştirme adımları atar. Eylem evresinde problem alanı hakkında değişim yakalamak esastır.

Sürdürüm evresi: Değişim sağlandıktan sonra devamlılık ve kararlılık ile nüksü önlemeyi içerir.

Nüks (Relaps): Kişinin eski kullanım paternine geri dönmesidir. Bu durum hemen hemen her bağımlılık döngüsü içinde görülebilir.

Madde ve alkol kullanımı tedavisinde iyileşme ve tedaviye katılımı yordamada tedavi motivasyonun önemi bilinmektedir. Ancak bu motivasyonun değişim sağlama ile tedaviye katılma konusunda birbirinden ayrıldığı belirtilmektedir. Kendi isteği ile tedaviye gelmeyen hastalarda içme davranışını bırakmaya hazır olmama durumu ile karşılaşılabilir. (DiClemente, 1999).

Tedavi motivasyonun üç bileşenin olduğu belirtilmektedir. Bunlar uyuşturucu sorununu tanıma, yardım alma istekliliği ve tedaviye hazır olmadır. Tedaviye hazırbulunmuşluğun tedavinin kalıcılığını yordadığı bulunmuştur (Longshore, 2006). Tedaviyi bırakma ya da tedaviyi sürdürmede ve nükslerin artmasında en önemli nedenin tedavi motivasyonunun azlığı olduğu belirtilmektedir (Evren, 2008).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Tipi

Araştırma gözlemsel-tanımlayıcı tipinde bir tasarım ile oluşturulmuştur.

3.2. Araştırmanın Modeli

Yapılan araştırma alkol ve madde kullanım bozukluğu tanısı ile tedavi gören bireylerde bilişsel esnekliğin tedavi motivasyonu üzerindeki etkisini incelemeye yönelik bir çalışma olduğundan ilişkisel tarama modelini içermektedir. İki ya da daha fazla değişken arasındaki ilişkilerin açıklanması ve değişimin derecesini belirlemeyi amaçlar (Karasar, 1995). “Tarama modeline konu olan olay, birey ya da nesnenin içinde bulunduğu koşulları etkileme çabasına girmeden olduğu haliyle incelemeye yönelik yapılan araştırma türleridir” (Karasar, 2004).

3.3. Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Bu araştırma, 2020- 2021 eğitim- öğretim yılında NP İstanbul Beyin Hastanesinde Mart 2021 - Temmuz 2021 tarihleri arasında yürütülmüştür. Bu kapsamda Üsküdar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Etik Kurulu'nun öneri formlarını uygun görmesi sonrasında hastane yönetiminden gerekli izinler alınmıştır.

3.4. Araştırmanın Evren ve Örneklemi

Araştırma hastane bünyesinde DSM-V tanı kriterlerine göre alkol ve/veya madde kullanım bozukluğu tanısı alan ve NP AMATEM Servisinde yatarak tedavi gören erişkin yaşlarda 50 erkek katılımcı ile gerçekleştirilmiştir.

Çalışmaya Dahil Olma Kriterleri

- 18- 60 yaş aralığında olmak
- En az ilkokul mezunu olmak

Çalışma İçin Dışlama Kriterleri

- Aktif psikotik dönemde bulunmak
- Bilişsel fonksiyonlarını olumsuz etkileyecek biçimde madde veya alkol etkisinde olmak

Araştırmadaki katılımcıların demografik bilgilerine ilişkin betimsel analizler Tablo 1’de verilmiştir.

Tablo 1: Katılımcıların bazı sosyodemografik özelliklere göre dağılımı

	Katılımcı Sayısı (N)	Min	Max	Ort	S	S ²
Yaş	50	18	51	29.98	7.99	63.97
Alkol/ madde kullanmaya başlama yaşı	50	13	37	19.12	5.56	31.00
Hastaneye yatış sayısı	50	1	15	2.52	2.34	5.52

	Katılımcı Sayısı (N)	%	
Medeni durum	Evli	17	34,0
	Bekar	32	64,0
	Boşanmış	1	2,0
Eğitim düzeyi	İlkokul mezunu	3	6,0
	Ortaokul mezunu	13	26,0
	Lise	21	42,0
	Üniversite	13	26,0
	Lisansüstü	-	-

Tablo 1'e bakıldığında katılımcıların en az 18 en çok 51 yaşında olduğu görülmektedir. Yaş ortalamaları ise 29'dur Alkol veya madde kullanımına en erken başlama yaşının 13, ortalama olarak ise 19 yaş olduğu bulunmuştur. Katılımcıların hastaneye yatış sayıları 1 ile 15 arasında değişkenlik göstermektedir ve katılımcılar formunun uygulandığı tarihe kadar ortalama 2-3 kez hastaneye yatırılmıştır. Katılımcıların 32'si (%64) bekar 17'si (%34) ise evlidir. 1 katılımcı boşandığını bildirmiştir. Katılımcılar en az ilkokul mezunuyken katılımcıların çoğunluğu (N=21) lise mezunu olduklarını bildirmiştir. Üniversite mezunu olduğunu bildiren katılımcı sayısı ise 13'tür. Bu sayı tüm katılımcıların %26'sını oluşturmaktadır.

Tablo 2: Katılımcıların alkol/madde kullanım frekanslarını ve yüzdesel dağılımı

	Hiç	Sadece 1-2 kez	Ayda 1-2 kez	Haftada 1-5 kez	Hemen hemen hergün
Alkol	16 (%32)	5 (%10)	16 (%32)	8 (%16)	5 (%10)
Esrar	19 (%38)	9 (%18)	10 (%20)	8 (%16)	4 (%8)
Ekstazi	39 (%78)	5 (%10)	4 (%8)	2 (%4)	-
Eroin	47 (%94)	1 (%2)	-	-	2 (%4)
Kokain	38 (%76)	6 (%12)	5 (%10)	1 (%2)	-
Crack Kokain	46 (%92)	1 (%2)	2 (%4)	-	1 (%2)
Rohipnol, Rivotril	45 (%90)	1 (%2)	-	2 (%4)	2 (%4)
Uçucu madde	49 (%98)	-	-	1 (%2)	-
Çeşitli haplar	39 (%78)	4 (%8)	1 (%2)	3 (%6)	3 (%6)
Amfetamin Trv.	27 (%54)	6 (%12)	2 (%4)	3 (%6)	12 (%24)
Diğer (Lsd. Ghb)	44 (%88)	2 (%4)	1 (%2)	1 (%2)	2 (%4)

Katılımcıların büyük çoğunluğu (%68) hayatlarında en az bir kere alkol kullandıklarını ifade etmişlerdir. Hayatında hiç esrar kullanmadığını ifade eden katılımcı sayısı 19'ken katılımcıların 4'ü hemen hemen her gün esrar kullandıklarını bildirmişlerdir. Eroin %6 kullanım oranıyla uçucu madde kullanımından (%2) sonra en seyrek gözlenen ikinci maddedir. Yine crack kokainin de kullanım yaygınlığı (%6)

diğer maddelere nazaran düşük bulunmuştur. Amfetamin ise sık kullanım yaygınlığı gözlenen maddelerden biri olarak bulunmuştur. Hemen hemen her gün amfetamin kullandığını bildiren katılımcıların sayısı 12'dir ve bu sayı tüm katılımcıların %24'ünü oluşturmaktadır (Tablo 2).

3.5. Veri Toplama Araçları

Araştırmaya katılan gönüllü kişilere Sosyodemografik Veri Formu, Bilişsel Esneklik Envanteri ve Tedavi Motivasyon Ölçeği yüz yüze görüşme ile uygulanmıştır.

3.5.1. Sosyodemografik veri formu

Kullanım amacı uygulanan anketlere katkı sağlayan bireyler hakkında detaylı bilgi edinmektir. Sosyodemografik veri formu (Ek-1) araştırmacı tarafından hazırlanmıştır. Yaş, cinsiyet, eğitim durumu, tercih maddesi, alkol ve/veya maddeye başlama yaşı ile hastaneye yatış sayısı gibi bilgilere bu form sayesinde ulaşılabacaktır.

3.5.2. Bilişsel Esneklik Envanteri (BEE)

Bilişsel Esneklik Envanteri (BEE) (Ek-2); Dennis ve Vander Wal (2010) tarafından bireylerin uyumsuz düşüncelerini uyumlu ve dengeli düşünceler ile başarılı olarak değiştirebilmesini ifade eden bilişsel esnekliği ölçmek için geliştirilmiştir. Ölçeğin Türkçe formunun geçerlik ve güvenilirlik çalışması Gülüm ve Dağ (2012) tarafından yapılmıştır. Ölçek toplam 20 maddeden oluşmakta 'kontrol' ve 'alternatifler' olmak üzere iki alt ölçeği bulunmaktadır. *Kontrol* alt ölçeğinde zor durumları kontrol edilebilir olarak görmeyi ölçen 7 madde, *alternatifler* alt ölçeğinde ise yaşamda karşılaşılan durumları ve insanların davranışlarını açıklarken farklı alternatifleri değerlendirebilme ve zor durumların üstesinden gelmede alternatif çözümlerin farkında olmaya yönelik becerileri tespit etmeyi amaçlayan 13 madde yer almaktadır. *Alternatifler* alt ölçeğinde ölçülen Cronbach alfa değeri 0.91'dir. *Kontrol* alt boyutu için ise son ölçümde 0.84 olarak kayıt edilmiştir. Ölçekten alınan yüksek puanlar yüksek düzeyde bilişsel esnekliğe işaret etmektedir (Gülüm ve Dağ, 2012).

3.5.3. Tedavi Motivasyon Ölçeği

Tedavi Motivasyon Ölçeği (TMA) (Ek-3); Ryan ve ark.(1995) tarafından olguların alkol/madde bağımlılığı tedavisine katılma ve tedavide kalma nedenlerini değerlendirmek için hazırlanan 26 maddelik bireyin kendi bildirimine dayalı bir soru formudur. Türkçe güvenilirlik ve geçerlik çalışması Evren, Saatçioğlu ve ark.(2006) tarafından yapılmıştır. Ölçek 4 tanımlanabilir faktör içermektedir. Bunlar İçsel Motivasyon(İÇ), Dışsal Motivasyon (DM), Kişiler arası yardım arama (KYA) ve Tedaviye güvensizlik(TG) olarak tanımlanmıştır. Ölçeğin değerlendirilmesinde toplam ve alt ölçek puanları ayrı ayrı hesaplanmaktadır. Puanların yükselmesi bireylerin tedavi motivasyonunun yüksek olduğunu göstermektedir. Ölçekten alınan toplam puan en az 26, en fazla 130'dur.

TMA'nın faktör yapısı, geçerliliği ve güvenilirliği 2004 yılı Ocak-Temmuz tarihleri arası AMATEM'e yatırılan hastalar üzerinde yapılan çalışmayla ölçülmüştür. Analiz sonucunda Cronbach Alpha katsayıları *içsel motivasyon* için .91, *dışsal*

motivasyon için .42, kişilerarası yardım arama için .83, tedaviye güvensizlik için .72 ve TMA bütününe bakıldığında .84 olarak bulunmuş olup ifadeler arası korelasyonun $\alpha=.001$ düzeyinde anlamlı olduğu raporlanmıştır. Bu sonuç araştırmacılar tarafından TMA'nın Türkçe versiyonunun alkol ve madde kullanım bozukluğu olan hastalar için geçerli ve güvenilir bir test olduğu şeklinde yorumlanmıştır (Evren ve ark, 2006).

3.6.Verilerin Analizi

Alkol ve madde kullanım bozukluğu olan bireylerde bilişsel esnekliğin tedavi motivasyonu üzerindeki etkisini araştırmak üzere uygulanan ölçek ve sosyodemografik formdan elde edilen verilerin analizinde öncelikle; sürekli değişkenlerin normal dağılımları Kolmogorov-Smirnov ve Shapiro-Wilk testleri birlikte uygulanmış (Tablo 3), ardından hipotez ve araştırma sorularını test etmede kullanılan değişkenlerin betimleyici analiz sonuçlarına yer verilerek sırasıyla önce araştırma soruları sonrasında ise hipotezler test edilmiştir. Hipotezin test edilmesinde ve araştırma sorularının test edilmesinde SPSS 22.0 paket programından yararlanılmıştır.

Tablo 3: Verilerin normallik dağılımları test sonuçları

	Kolmogorov-Smirnov		Shapiro-Wilk	
	Test istatistiği	p değeri	Test istatistiği	p değeri
TMA	.099	.200	.943	.018*
İçsel Motivasyon	.156	.004**	.905	.001**
Dışsal Motivasyon	.120	.070	.956	.059
Kişilerarası Yardım Arama	.113	.153	.961	.094
Tedaviye Güvensizlik	.154	.050	.958	.071
BEE	.084	.200	.977	.441
Yaş	.125	.048*	.945	.020*
Alkol/madde kullanımına başlama yaşı	.237	.000***	.822	.000***
Hastaneye yatış sayısı	.266	.001**	.807	.49*

*p<.05, **p<.01, *** p<.001, iki yönlü anlamlılık testi.

İçsel motivasyon ($D_{iç} (50) = .156, p<.01$), yaş ($D_{Yaş} (50) = .125, p<.05$), alkol/madde kullanımına başlama yaşı ($D_{A/M} (50) = .237, p<.001$) ve hastaneye yatış sayısı ($D_{HYS} (50) = .266, p<.01$) değişkenlerinin normal dağılımdan anlamlı bir şekilde farklılık göstermektedir (Tablo 3).



4. BULGULAR

Araştırmanın bu bölümünde çalışmanın modeline uygun olarak oluşturulan hipotezler test edilmiş daha sonra ise araştırma soruları kapsamında katılımcıların demografik özelliklerine göre bilişsel esneklik puanları ve tedavi motivasyon düzeylerinin farklılaşıp farklılaşmadığına bakılmıştır.

4.1. Araştırma Modelinin Testine İlişkin Bulgular

Araştırmanın temel amacı olan alkol ve madde kullanım bozukluğu olan bireylerde bilişsel esnekliğin tedavi motivasyonu üzerindeki etkisini araştırmaya yönelik oluşturulan aşağıdaki hipotezler test edilmiştir;

H₁: Alkol ve madde kullanım bozukluğu tanısı almış hastaların bilişsel esneklik düzeylerinin tedavi motivasyonu üzerinde pozitif (olumlu) etkisi vardır.

H_{1a}: Alkol ve/veya madde kullanım bozukluğu tanısı almış hastaların bilişsel esneklik düzeylerinin tedavide içsel motivasyonu üzerinde pozitif (olumlu) etkisi vardır.

H_{1b}: Alkol ve/veya madde kullanım bozukluğu tanısı almış hastaların bilişsel esneklik düzeylerinin dışsal motivasyon üzerinde pozitif (olumlu) etkisi vardır.

H_{1c}: Alkol ve/veya madde kullanım bozukluğu tanısı almış hastaların bilişsel esneklik düzeylerinin kişilerarası yardım arama üzerinde pozitif (olumlu) etkisi vardır.

H_{1d}: Alkol ve/veya madde kullanım bozukluğu tanısı almış hastaların bilişsel esneklik düzeylerinin tedaviye güvensizlik üzerinde pozitif (olumlu) etkisi vardır.

Katılımcıların ölçeklerden aldıkları toplam puanlar ve bu puanların ortalamaları Tablo 3'te belirtilmiştir.

Tablo 4: Bilişsel Esneklik ve Tedavi Motivasyonu Ölçeklerinin betimleyici analiz sonuçları

	\bar{X}	S	Toplam
Bilişsel Esneklik Ölçeği	64,4200	15,72998	3221,00
İçsel Motivasyon	40,80	10,573	2040
Dışsal Motivasyon	8,66	3,274	433
Kişilerarası Yardım Arama	18,24	6,156	912
Tedaviye Güvensizlik	9,06	3,809	453
TMA Genel	76,7600	17,01687	3838,00

Buna göre katılımcıların toplam İÇ puanı 2040 olarak bulunmuştur, ortalama puan ise $40,8 \pm 10,57$ 'dir. Toplam DM puanı 433'ken, ortalama puan $8,66 \pm 3,27$ 'dir. KYA alt boyutuna ait toplam puan 912 olarak bulunmuştur, ortalama kişiler arası yardım arama puanı $18,24 \pm 6,15$ 'tir. TG toplam puanı 453'ken ortalama puan ise $9,06 \pm 3,80$ 'dir. Katılımcıların TMA toplam puanı ise 3838, ortalama puanı ise $76,76 \pm 17,01$ 'dir. Bilişsel Esneklik Ölçeğinden alınan toplam puan 3221 olup katılımcıların ortalama Bilişsel Esneklik puanı $64,42 \pm 15,73$ 'tür (Tablo 4).

Çalışmanın hipotezini test etmede bağımlı ve bağımsız değişkenler sürekli ölçme düzeyinde olduğundan analiz için basit regresyon analizi kullanılmıştır. Doğrusal regresyon analizi için gerekli olan varsayımlar kontrol edilmiştir ve modelimiz doğrusal regresyon analizi için uygundur.

H₁: Alkol ve madde kullanım bozukluğu tanısı almış hastaların bilişsel esneklik düzeylerinin tedavi motivasyonu üzerinde pozitif (olumlu) etkisi vardır.

Tablo 5: Katılımcıların bilişsel esnekliklerinin (genel) tedavi motivasyonu üzerindeki etkisini belirlemeye yönelik regresyon analizi

	Standardize Beta		Model Özeti ^a				ANOVA ^a		
	Katsayısı								
Model ^b	Std. Beta	Std. hata	T	p	R	R ²	Kareler Toplamı (Regresyon- Hatalar)	Df	F (sig)
1.(Sabit)		10.31	8.03	<.001			107.93	1	

Tablo 5: Katılımcıların bilişsel esnekliklerinin (genel) tedavi motivasyonu üzerindeki etkisini belirlemeye yönelik regresyon analizi (devam)

Bilişsel Esneklik	-.09	.15	-.607	.54	.087 ^b	.008	14081.18	48	.37(.55 ^b)
a. Bağımlı değişken: Tedavi Motivasyonu									
b. Yordayıcılar: (Sabit), Bilişsel Esneklik									

Oluşturduğumuz modele göre, alkol ve madde kullanım bozukluğu olan hastalarda BE düzeyi, TMA'daki değişimin %8'ini açıklamaktadır ve bu etki %95 güven aralığında istatistiksel olarak anlamlı değildir. Hastaların BE puanlarındaki birimlik değişime bakıldığında ise BE puanlarında bir birimlik değişimin tedavi motivasyonunda yaklaşık 0,10 puan gerilemeye neden olduğu bulunmuştur ancak bu sonuç istatistiksel olarak anlamlı değildir (Tablo 5).

H_{1a}: Alkol ve/veya madde kullanım bozukluğu tanısı almış hastaların bilişsel esneklik düzeylerinin tedavide içsel motivasyonu üzerinde pozitif (olumlu) etkisi vardır.

Tablo 6: Katılımcıların bilişsel esnekliklerinin içsel motivasyon üzerindeki etkisini belirlemeye yönelik regresyon analizi

Model	Standardize Beta Katsayısı		Model Özeti ^a				ANOVA ^a		
	Std. Beta	Std. Hata	T	P	R	R ²	Kareler Toplamı (Regresyon-Hatalar)	df	F (sig)
1.(Sabit)		6.40	7.01	<.001			47.61	1	
Bilişsel Esneklik	-.09	.09	-.65	.52	.093 ^b	.009	5430.38	48	.42(.52 ^b)
a. Bağımlı değişken: İçsel motivasyon									
b. Yordayıcılar: (Sabit), Bilişsel Esneklik									

Tedavi motivasyonunun alt boyutlarına bakıldığında ise; alkol ve madde kullanım bozukluğu olan hastalarda bilişsel esneklik düzeyi, *içsel motivasyondaki* değişimin

%9'ünü açıklamaktadır ve bu sonuç %95 güven aralığında istatistiksel olarak anlamlı değildir. Hastaların BEE puanlarındaki birimlik değişime bakıldığında ise BEE puanlarında bir birimlik değişimin *içsel motivasyon* puanında yaklaşık 0,10 puan gerilemeye neden olduğu bulunmuştur ancak bu sonuç istatistiksel olarak anlamlı değildir.

H_{1b}: Alkol ve/veya madde kullanım bozukluğu tanısı almış hastaların bilişsel esneklik düzeylerinin dışsal motivasyon üzerinde pozitif (olumlu) etkisi vardır.

Tablo 7: Katılımcıların bilişsel esnekliklerinin dışsal motivasyon üzerindeki etkisini belirlemeye yönelik regresyon analizi

Model	Standardize Beta Katsayısı		Model Özeti ^a		ANOVA ^a				
	Std. Beta	Std. Hata	T	p	R	R ²	Kareler Toplamı (Regresyon-Hatalar)	df	F (sig)
1.(Sabit)		1.99	4.78	<.001			2.21	1	
Bilişsel Esneklik	-.06	.03	-.45	.65	.06 ^b	.004	523.00	48	.20(.65 ^b)

a. Bağımlı değişken: Dışsal motivasyon
b. Yordayıcılar: (Sabit), Bilişsel Esneklik

Alkol ve madde kullanım bozukluğu olan hastalarda BE düzeyi, *dışsal motivasyondaki* değişimin %4'ünü açıklamaktadır ve bu etki %95 güven aralığında istatistiksel olarak anlamlı değildir. Hastaların BE puanlarındaki birimlik değişime bakıldığında ise BE puanlarında bir birimlik değişimin *dışsal motivasyon* puanında yaklaşık 0,6 puan gerilemeye neden olduğu bulunmuştur ancak bu sonuç istatistiksel olarak anlamlı değildir (Tablo 7).

H_{1c}: Alkol ve/veya madde kullanım bozukluğu tanısı almış hastaların bilişsel esneklik düzeylerinin kişilerarası yardım arama üzerinde pozitif (olumlu) etkisi vardır.

Tablo 8: Katılımcıların bilişsel esnekliklerinin kişilerarası yardım arama üzerindeki etkisini belirlemeye yönelik regresyon analizi

Model	Standardize Beta Katsayısı		t	P	Model Özeti ^a		ANOVA ^a		
	Std. Beta	Std. hata			R	R ²	Kareler Toplamı (Regresyon-Hatalar)	df	F (sig)
1.(Sabit)		3.74	4.93	<.001			.139	1	
Bilişsel Esneklik	-.009	.05	-.06	.952	.009 ^b	.000	38.68	48	.004(.95 ^b)

a. Bağımlı değişken: Kişilerarası yardım arama
b. Yordayıcılar: (Sabit), Bilişsel Esneklik

Alkol ve madde kullanım bozukluğu olan hastalarda BE düzeyi, *kişilerarası yardım arama* puanındaki değişimin %1'den daha küçük bir kısmını açıklamaktadır ve bu sonuç %95 güven aralığında istatistiksel olarak anlamlı değildir. Hastaların BE puanlarındaki birimlik değişime bakıldığında ise BEE puanlarında bir birimlik değişimin *kişilerarası yardım arama* puanında yaklaşık 0,010 puan gerilemeye neden olduğu bulunmuştur ancak bu sonuç istatistiksel olarak anlamlı değildir (Tablo 8).

H_{1d}: Alkol ve/veya madde kullanım bozukluğu tanısı almış hastaların bilişsel esneklik düzeylerinin tedaviye güvensizlik üzerinde pozitif (olumlu) etkisi vardır.

Tablo 9: Katılımcıların bilişsel esnekliklerinin tedaviye güvensizlik üzerindeki etkisini belirlemeye yönelik regresyon analizi

Model	Standardize Beta Katsayısı		T	P	Model Özeti ^a		ANOVA ^a		
	Std. Beta	Std. hata			R	R ²	Kareler Toplamı (Regresyon-Hatalar)	Df	F (sig)
1.(Sabit)		2.31	4.33	<.001			2.65	1	
Bilişsel Esneklik	-.061	.03	-.42	.674	.061 ^b	.004	708.17	48	.180(.67 ^b)

a. Bağımlı değişken: Tedaviye güvensizlik
b. Yordayıcılar: (Sabit), Bilişsel Esneklik

Alkol ve madde kullanım bozukluğu olan hastalarda BE düzeyi, *tedaviye güvensizlik* puanındaki değişimin %4'ünü açıklamaktadır ve bu sonuç %95 güven aralığında istatistiksel olarak anlamlı değildir. Hastaların BE puanlarındaki birimlik değişime bakıldığında ise BE puanlarında bir birimlik değişimin *tedaviye güvensizlik* puanında yaklaşık 0,06 puan gerilemeye neden olduğu bulunmuştur ancak bu sonuç istatistiksel olarak anlamlı değildir (Tablo 9).

4.2. Demografik Özelliklere İlişkin Korelasyon Analizleri

Bu bölümde ise araştırmaya katılan bireylerin demografik özelliklerine (yaş, medeni durum, eğitim durumu, kullanım bozukluğu türü, alkol/madde kullanmaya başlama yaşı ve hastaneye yatış sayısı) bağlı olarak bilişsel esneklikleri ve tedavi motivasyon düzeylerinde anlamlı farklılaşmalar olup olmadığına bakılmıştır.

Yaş ile bilişsel esneklik ve tedavi motivasyonu arasında anlamlı bir ilişkinin olup olmadığına ilişkin analizler için korelasyon testlerinden en bilineni olan Pearson Korelasyon Katsayısı testi için gerekli olan varsayımlar sağlanamadığından parametrik olmayan Spearman'ın sıralama korelasyon katsayısı testi kullanılmıştır.

Tablo 10: Yaş ile BE ve TMA arasındaki ilişkinin parametrik olmayan testlerle korelasyon analizi

	İM	DM	KYA	TG	TMA (toplam)	BE
Yaş	-,003	,052	,134	,015	,039	,005
p (iki kuyruklu anlamlılık testi)	,983	,722	,354	,920	,790	,971
N	50	50	50	50	50	50

Yaş ile en kuvvetli ilişki TMA'nın *kişilerarası yardım arama* alt boyutuyla görülmüştür ($\rho = .135$) ancak bu etki Rea ve Parker (1992)'in sınıflandırmasına göre zayıf ile göz ardı edilebilir arasında bir etki olup %95 güven aralığında anlamlı değildir. TMA'nın diğer alt boyutlarıyla olan ilişkisi ise göz ardı edilebilir düzeyde bulunmuştur ($\rho < .10$) (Tablo 10).

Yaş ile TMA (toplam) arasında ise yine göz ardı edilebilir derecede ve pozitif yönlü bir ilişki bulunmuştur ($\rho = .04$) fakat yine bu ilişki de $\alpha=.05$ düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı değildir (Tablo 10).

Yaş ile BE arasındaki ilişki ise göz ardı edilebilir düzeyde ve pozitif yönlü bir ilişkidir ($\rho = .005$) ancak bu ilişki istatistiksel olarak anlamlı değildir (Tablo 10).

Katılımcıların medeni durumlarına göre BE ve tedavi motivasyon düzeyleri arasındaki farkın anlamlı olup olmadığını testi için gruplar arasındaki farkın anlamlılığını ölçen testlerden faydalanılmıştır. Ancak medeni durumu “boşanmış” olarak ifade eden sadece 1 katılımcı olduğu için bu katılımcı da “bekar” olarak kodlanarak iki kategorili kategorik değişken elde edilmiş ve ardından bağımsız örneklem Mann-Whitney U testi uygulanmıştır.

Tablo 11: Medeni duruma göre katılımcıların BE ve TMA ortalamalarının farkının anlamlılığı için Mann-Whitney U testi

	Medeni hal	N	Sıra Ortalaması	Sıra Toplamı	U istatistiği	p
Bilişsel	Evli	17	21.97	373.49	340.50	.219
	Bekar	33	27.32	901.56		
Tedavi Motivasyonu (Genel)	Evli	17	32.26	548.42	165.50*	.018
	Bekar	33	22.02	726.66		
İçsel Motivasyon	Evli	17	29.12	495.04	219.00	.207
	Bekar	33	23.64	780.12		
Dışsal Motivasyon	Evli	17	31.15	529.55	184.50*	.047
	Bekar	33	22.59	745.47		
Kişilerarası Yardım Arama	Evli	17	31.68	538.56	175.50*	.031
	Bekar	33	22.32	736.56		

Tablo 11: Medeni duruma göre katılımcıların BE ve TMA ortalamalarının farkının anlamlılığı için Mann-Whitney U testi (devam)

Tedaviye	Evli	17	27.26	463.42		
Güvensizlik	Bekar	33	24.59	811.47	250.50	.535

* $p < .05$, iki kuyruklu anlamlılık testi.

Katılımcıların *Bilişsel Esneklik* puanları bakımından bekar katılımcıların sıra ortalaması (27.32) evli sıra ortalamasına (21.97) göre daha yüksek bulunmuştur. Bu fark Cohen (1988,1992) kriterlerine göre orta derece bir etkiye sahiptir ($d=.353$), ancak bu etki istatistiksel olarak anlamlı değildir (Tablo 14) ($U = 340.50$, $n_1=17$, $n_2=33$, $p < .05$) (Tablo 11).

TMA (toplam) ise *Bilişsel Esneklik* düzeyinden farklı olarak medeni duruma göre anlamlı olarak farklılaşmaktadır ($U = 165.50$, $n_1=17$, $n_2=33$, $p < .05$). Evli katılımcıların sıra ortalaması (32.26) bekar katılımcıların sıra ortalamasına (22.02) göre daha yüksek bulunmuştur. Bu fark orta-büyük derecede bir etkiye sahiptir ($d=.70$) (Tablo 11).

TMA'nın alt boyutlarını incelediğimizde *içsel motivasyon* alt ölçeğine ait puanların medeni duruma göre %95 güven aralığında anlamlı olarak farklılaşmadığı görülmüştür (Tablo 11).

Dışsal motivasyon boyutunda ise evli katılımcıların sıra ortalaması (31.15) bekar katılımcıların sıra ortalamasına (22.59) göre daha yüksek bulunmuştur. Bu fark orta derecede bir etkiye sahiptir ($d=.57$) ve dışsal motivasyon medeni duruma göre anlamlı olarak farklılaşmaktadır ($U = 184.50$, $n_1=17$, $n_2=33$, $p < .05$) (Tablo 11).

Kişilerarası yardım arama puanları medeni duruma göre istatistiksel olarak anlamlı şekilde farklılaşmaktadır ($U = 175.50$, $n_1=17$, $n_2=33$, $p < .05$). Evli katılımcıların sıra ortalaması (31.68) bekar katılımcıların sıra ortalamasına (22.32) göre daha yüksek bulunmuştur ve bu fark orta-büyük derecede bir etkiye sahiptir ($d=.64$) (Tablo 11).

Tedaviye güvensizlik boyutunun puanları medeni duruma göre anlamlı olarak farklılaşmamaktadır. Evli katılımcıların sıra ortalaması (27.26) bekar katılımcıların sıra ortalamasına (24.59) göre daha yüksek bulunmuştur ve bu fark göz ardı edilebilir düzeyde bir etkiye sahiptir ($d = .17$) (Tablo 11).

Tablo 12: Eğitim durumunun Bilişsel Esneklik düzeyi ve Tedavi Motivasyonu üzerindeki etkisini gösteren tek yönlü Kruskal-Wallis testi sonuçları

		Kruskal-Wallis sıralamalı tek yönlü varyans analizi				Mann-Whitney U test		
		N	Sıra Ortalaması	K (p)	Df	Gruplar	U (p)	Std Hata
İçsel Motivasyon	İlköğretim Mezunu	16	32.66			İlköğretim M- Lise M.	12.44*	4.83
	Lise mezunu	21	20.21			Lise M - Üniversite M	-5.02	5.14
	Üniversite Mezunu Model	13	25.23	6.64*	2	Üniversite M.- İlköğretim M.	7.42	4.43
Dışsal Motivasyon	İlköğretim Mezunu	16	30.81			Lise M- İlköğretim M	-	-
	Lise mezunu	21	22.31			Lise M- Üniversite M	-	-
	Üniversite Mezunu Model	13	24.12	3.30	2	Üniversite M- İlköğretim M	-	-
Kişilerarası Yardım Arama	İlköğretim Mezunu	16	26.91			Lise M- İlköğretim M	-	-
	Lise mezunu	21	21.17			Lise M- Üniversite M	-	-
	Üniversite Mezunu Model	13	30.77	3.72	2	Üniversite M- İlköğretim M	-	-
Tedaviye Güvensizlik	İlköğretim Mezunu	16	33.13			Lise M-İlköğretim M	12.62**	4.80
	Lise mezunu	21	20.50			Lise M- Üniversite M	-3.70	5.10

Tablo 12: Eğitim durumunun Bilişsel Esneklik düzeyi ve Tedavi Motivasyonu üzerindeki etkisini gösteren tek yönlü Kruskal-Wallis testi sonuçları (devam)

Tedavi Motivasyonu (Toplam)	Üniversite Mezunu	13	24.19	Üniversite M-İlköğretim M	8.93	5.40
	Model	50		7.70*	2	
	İlköğretim Mezunu	16	34.09	Lise M-İlköğretim M	15.73**	4.83
	Lise mezunu	21	18.36	Lise M-Üniversite M	-8.10	5.14
	Üniversite Mezunu	13	26.46	Üniversite M-İlköğretim M	7.63	5.44
Bilişsel Esneklik	Model	50		10.67**	2	
	İlköğretim Mezunu	16	20.06	Lise M-İlköğretim M	-	-
	Lise mezunu	21	27.69	Lise M-Üniversite M	-	-
	Üniversite Mezunu	13	28.65	Üniversite M-İlköğretim M	-	-
	Model	50		3.34	2	

*p<.05, **p<.01, iki kuyruklu anlamlılık testi.

Katılımcıların *içsel motivasyon* alt ölçeğinden almış oldukları puanların eğitim durumlarına göre anlamlı bir şekilde farklılaşıp farklılaşmadığı test edildiğinde gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmuştur ve bu fark orta-büyük derecede bir etkiye sahiptir ($K(2) = 6.64, p < .05, d = .66$). Bulunan farklılığın hangi gruplar arasında olduğunun tespiti için devam testi uygulanmıştır, bu amaçla tercih edilen testlerden biri olan Mann Whitney-U testi kullanılmıştır. Analizin sonucunda ilköğretim mezunu katılımcıların *içsel motivasyon* sıra ortalaması lise mezunu katılımcılara göre anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur ($U = 12.44, n_1 = 16, n_2 = 21, p < .05$) (Tablo 12).

Katılımcıların *dışsal motivasyon* alt ölçeğinden almış oldukları puanların eğitim durumlarına göre anlamlı bir şekilde farklılaşıp farklılaşmadığı test edildiğinde eğitim durumunun küçük-orta derecede bir etkiye sahip olduğu görülmüştür ancak bu etki %95 güven aralığında anlamlı değildir ($d = .34$). Gruplar arasındaki farklılık istatistiksel

olarak anlamlı bulunmadığından farklılığın hangi gruplar arasında olduğunun tespiti için devam testleri uygulanmamıştır (Tablo 12).

Katılımcıların *kişilerarası yardım arama* alt ölçeğinden almış oldukları puanların eğitim durumlarına göre anlamlı bir şekilde farklılaşıp farklılaşmadığı test edildiğinde eğitim durumunun küçük-orta derecede bir etkiye sahip olduğu görülmüştür ancak bu etki %95 güven aralığında anlamlı değildir ($d=.40$). Gruplar arasındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmadığından farklılığın hangi gruplar arasında olduğunun tespiti için devam testleri uygulanmamıştır (Tablo 12).

Katılımcıların *tedaviye güvensizlik* alt ölçeğinden almış oldukları puanların eğitim durumlarına göre anlamlı bir şekilde farklılaşıp farklılaşmadığı test edildiğinde gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmuştur ve bu fark büyük derece bir etkiye sahiptir ($K(2) = 7.70, p<.05, d=.75$). Bulunan farklılığın hangi gruplar arasında olduğunun tespiti için devam testi uygulanmıştır, bu amaçla tercih edilen testlerden biri olan Mann Whitney-U testi kullanılmıştır. Analizin sonucunda ilköğretim mezunu katılımcıların *tedaviye güvensizliklerinin* sıra ortalaması lise mezunu katılımcılara göre anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur ($U = 12.62, n_1=16, n_2=21, p<.01$) (Tablo 12).

Katılımcıların *Tedavi Motivasyonu* ölçeğinden almış oldukları toplam puanların eğitim durumlarına göre anlamlı bir şekilde farklılaşıp farklılaşmadığını test ettiğimizde ise gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmuştur ve bu fark büyük bir etkiye sahiptir ($K(2) = 10.67, p<.01, d=.95$). Bulunan farklılığın hangi gruplar arasında olduğunun tespiti için devam testi uygulanmıştır, bu amaçla tercih edilen testlerden biri olan Mann Whitney-U testi kullanılmıştır. Analizin sonucunda ilköğretim mezunu katılımcıların *Tedavi Motivasyonlarının* sıra ortalaması lise mezunu katılımcılara göre anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur ($U = 15.73, n_1=16, n_2=21, p<.01$) (Tablo 12).

Katılımcıların *Bilişsel Esneklik Envanterinden* almış oldukları puanların eğitim durumlarına göre anlamlı bir şekilde farklılaşıp farklılaşmadığı test edildiğinde eğitim durumunun küçük-orta derecede bir etkiye sahip olduğu görülmüştür ancak bu etki %95 güven aralığında anlamlı değildir ($d=.35$). Gruplar arasındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmadığından farklılığın hangi gruplar arasında olduğunun tespiti için devam testleri uygulanmamıştır (Tablo 12).

Tablo 13: Madde kullanım tercihinin Bilişsel Esneklik düzeyi ve Tedavi Motivasyonu üzerindeki etkisini gösteren tek yönlü Kruskal-Wallis testi sonuçları

		Kruskal-Wallis sıralamalı tek yönlü varyans analizi			
		N	Sıra Ortalaması	K (p)	Df
İçsel Motivasyon	Alkol	4	15.00		
	Madde	16	23.28		
	Alkol+Madde	30	28.08		
	Model	50		3.40 (.183)	2
Dışsal Motivasyon	Alkol	4	28.50		
	Madde	16	30.53		
	Alkol+Madde	30	22.42		
	Model	50		3.47 (.176)	2
Kişilerarası Yardım Arama	Alkol	4	17.25		
	Madde	16	28.06		
	Alkol+Madde	30	25.23		
	Model	50		1.80 (.408)	2
Tedaviye Güvensizlik	Alkol	v	11.50		
	Madde	21	26.72		
	Alkol+Madde	13	26.72		
	Model	50		4.08 (.130)	2
Tedavi Motivasyonu (Toplam)	Alkol	4	14.00		
	Madde	16	26.81		
	Alkol+Madde	30	26.33		
	Model	50		2.72 (.257)	2
Bilişsel Esneklik	Alkol	4	27.13		
	Madde	16	26.69		
	Alkol+Madde	30	24.65		
	Model	50		.26 (.880)	2

Katılımcılar madde kullanım tercihlerine bakıldığında 4 katılımcı sadece Alkol kullandığını, 16 katılımcı sadece Alkol dışındaki maddelerden kullandığını bildirirken geriye kalan katılımcılar (N=30) hem alkol hem de madde kullandıklarının bildirmiştir (Tablo 13).

Katılımcıların *içsel motivasyon* alt ölçeğinden almış oldukları puanların madde kullanım tercihlerine göre anlamlı bir şekilde farklılaşıp farklılaşmadığı test edildiğinde madde tercihinin küçük-orta derecede bir etkiye sahip olduğu görülmüştür ($d=.35$) ancak bu etki %95 güven aralığında anlamlı değildir. Gruplar arasındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmadığından farklılığın hangi gruplar arasında olduğunun tespiti için devam testleri uygulanmamıştır (Tablo 13).

Katılımcıların *dışsal motivasyon* alt ölçeğinden almış oldukları puanların madde kullanım tercihlerine göre anlamlı bir şekilde farklılaşıp farklılaşmadığı test edildiğinde madde tercihinin küçük-orta derecede bir etkiye sahip olduğu görülmüştür ($d=.36$) ancak bu etki %95 güven aralığında anlamlı değildir. Gruplar arasındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmadığından farklılığın hangi gruplar arasında olduğunun tespiti için devam testleri uygulanmamıştır (Tablo 13).

Katılımcıların *kişilerarası yardım arama* alt ölçeğinden almış oldukları puanların madde kullanım tercihlerine göre anlamlı bir şekilde farklılaşıp farklılaşmadığı test edildiğinde madde tercihinin göz ardı edilebilir düzeyde bir etkiye sahip olduğu görülmüştür ($d=.13$) ve bu etki %95 güven aralığında anlamlı değildir. Gruplar arasındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmadığından farklılığın hangi gruplar arasında olduğunun tespiti için devam testleri uygulanmamıştır (Tablo 13).

Katılımcıların *tedaviye güvensizlik* alt ölçeğinden almış oldukları puanların madde kullanım tercihlerine göre anlamlı bir şekilde farklılaşıp farklılaşmadığı test edildiğinde madde tercihinin orta derecede bir etkiye sahip olduğu görülmüştür ($d=.43$) ancak bu etki %95 güven aralığında anlamlı değildir. Gruplar arasındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmadığından farklılığın hangi gruplar arasında olduğunun tespiti için devam testleri uygulanmamıştır (Tablo 13).

Katılımcıların *Tedavi Motivasyonu* ölçeğinden almış oldukları toplam puanların madde kullanım tercihlerine göre anlamlı bir şekilde farklılaşıp farklılaşmadığı test edildiğinde ise madde tercihinin küçük derecede bir etkiye sahip olduğu görülmüştür ($d=.25$) ve bu etki %95 güven aralığında anlamlı değildir. Gruplar arasındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmadığından farklılığın hangi gruplar arasında olduğunun tespiti için devam testleri uygulanmamıştır (Tablo 13).

Katılımcıların *Bilişsel Esneklik Envanterinden* almış oldukları puanların madde kullanım tercihlerine göre anlamlı bir şekilde farklılaşıp farklılaşmadığı test edildiğinde madde tercihinin orta derecede bir etkiye sahip olduğu görülmüştür ($d=.40$) ancak bu etki %95 güven aralığında anlamlı değildir. Gruplar arasındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmadığından farklılığın hangi gruplar arasında olduğunun tespiti için devam testleri uygulanmamıştır (Tablo 13).

Tablo 14: Alkol/Madde kullanımına başlama yaşı ile BE ve TMA arasındaki ilişkinin korelasyon analizi

	İçsel Motivasyon	Dışsal Motivasyon	Kişilerarası Yardım Arama	Tedaviye Güvensizlik	TMA (toplam)	Bilişsel Esneklik
Alkol/Madde Kullanımına başlama yaşı	-,099	,088	,273	,262	,149	,054
<i>p</i> (iki kuyruklu anlamlılık testi)	,494	,543	,055	,066	,301	,710
N	50	50	50	50	50	50

İçsel motivasyon ile alkol/madde kullanımına başlama yaşı arasında göz ardı edilebilir düzeyde ve negatif yönlü bir ilişki bulunmuştur ($\rho = -.10$) ve bu ilişki istatistiksel olarak anlamlı değildir (Tablo 14).

Dışsal motivasyon ile alkol/madde kullanımına başlama yaşı arasında göz ardı edilebilir düzeyde ve pozitif yönlü bir ilişki bulunmuştur ($\rho = .09$) ve bu ilişki istatistiksel olarak anlamlı değildir (Tablo 14).

Alkol/madde kullanmaya başlama yaşı ile Tedavi Motivasyonunun alt boyutlarından *Kişilerarası yardım arama* ile arasında orta seviyede ve pozitif yönlü bir ilişki bulunmuştur ($\rho = .273$) ve bu ilişki diğer alt boyutlarla karşılaştırıldığında daha güçlü bir ilişkidir. Ancak sonuç %95 güven aralığında anlamlı değildir (Tablo 14).

Tedaviye güvensizlik alt boyutuyla Alkol/madde kullanımına başlama yaşı arasında orta derecede bir ilişki bulunmuştur ($\rho = .262$), ancak bu ilişki de istatistiksel olarak anlamlı değildir. TMA'nın diğer alt boyutlarıyla olan ilişkisi ise göz ardı edilebilir düzeyde bulunmuştur.

Alkol/madde kullanmaya başlama yaşı ile *TMA (toplam)* arasında ise zayıf ve pozitif yönlü bir ilişki bulunmuştur ($\rho = .250$) fakat yine bu ilişki de $\alpha=.05$ düzeyinde anlamlı değildir (Tablo 14).

Alkol/madde kullanmaya başlama yaşı ile *Bilişsel Esneklik* arasında göz ardı edilebilir düzeyde bir ilişki bulunmuştur ($\rho = .054$) ancak bu ilişki istatistiksel olarak anlamlı değildir (Tablo 14).

Tablo 15: Hastaneye yatış sayısı ile BE ve TMA arasındaki ilişkinin korelasyon analizi

	İM	DM	KYA	TG	TMA (toplam)	BE
Alkol/Madde Kullanımına başlama yaşı	,024	-,064	-,059	-,140	-,102	,025
p (iki kuyruklu anlamlılık testi)	,872	,664	,687	,337	,486	,866
N	50	50	50	50	50	50

İçsel motivasyon ile alkol/madde kullanımına başlama yaşı arasında göz ardı edilebilir düzeyde ve pozitif yönlü bir ilişki bulunmuştur ($\rho = .02$) ve bu ilişki istatistiksel olarak anlamlı değildir (Tablo 15).

Dışsal motivasyon ile alkol/madde kullanımına başlama yaşı arasında göz ardı edilebilir düzeyde ve negatif yönlü bir ilişki bulunmuştur ($\rho = -.06$) ve bu ilişki istatistiksel olarak anlamlı değildir (Tablo 15).

Kişilerarası yardım arama ile alkol/madde kullanımına başlama yaşı arasında göz ardı edilebilir düzeyde ve negatif yönlü bir ilişki bulunmuştur ($\rho = -.06$) ve bu ilişki istatistiksel olarak anlamlı değildir (Tablo 15).

Hastaneye yatış sayısı ile Tedavi Motivasyonunun alt boyutlarından *tedaviye güvensizlik* alt boyutuyla arasında negatif yönlü bir ilişki bulunmuştur ve bu ilişki küçük bir etkiye sahiptir ($\rho = -.15$), ancak bu ilişki de %95 güven aralığında istatistiksel olarak anlamlı değildir (Tablo 15).

Hastaneye yatış sayısı ile TMA (toplam) arasında ise zayıf ve negatif yönlü bir ilişki bulunmuştur ($\rho = -.102$) fakat yine bu ilişki de $\alpha = .05$ düzeyinde anlamlı değildir (Tablo 15).

Hastaneye yatış sayısı ile BE düzeyi arasında göz ardı edilebilir düzeyde bir ilişki bulunmuştur ($\rho = .025$) ancak bu ilişki istatistiksel olarak anlamlı değildir (Tablo 15).

5.TARTIŞMA

Bu çalışma alkol ve madde kullanım tanısı almış bireylerde bilişsel esnekliğin tedavi motivasyonu üzerindeki etkisini incelemeye yönelik yapılan ulusal nitelikte ilk araştırmadır. Farklı demografik özelliklere sahip 18-51 yaş aralığında 50 erkek hasta ile NP İstanbul Beyin Hastanesi AMATEM servisinde yatan katılımcılar ile yürütülmüştür.

Araştırmanın alkol ve/veya madde kullanım bozukluğu tanısı alan erkek hastalardan oluştuğu görülmektedir. Madde/alkol kullanım bozukluğu tanısı alan hastaların cinsiyetlerine göre bakıldığında erkeklerin çoğunluğu oluşturduğuna pek çok araştırmada rastlanılmıştır (Işıklı, 2002; Evren ve ark,2003; Compton ve ark, 2007; Schaub ve ark, 2010). 1983-1995 yılları arasındaki AMATEM verilerini inceleyerek yapılan bir araştırmada Türkiye'de madde kullananların çoğu (%92-97) erkeklerden oluştuğu (Türkcan, 1998) belirtilmektedir.

Madde bağımlılığında risk faktörleri arasında bekar olmanın yer aldığı belirtilmektedir. Ege Üniversitesi Bağımlılık Tedavi Birimine son 1 yılda başvuran hastaların incelendiği retrospektif bir çalışmada katılımcıların %49,2'sinin bekar olduğu bildirilmiştir (Altıntoprak ve ark, 2014). Ankara Numune Hastanesi AMATEM birimine başvuran hastaların sosyodemografik özellikleri incelendiğinde 283'ü erkek olmak üzere 302 hastanın %59,3'ünün bekar olduğu saptanmıştır. Aynı çalışmada alkol kullanan bireylerin diğer gruplara göre evli olma oranının yüksek olduğu bulunmuştur. Bu durum alkolün sosyal olarak daha kabul edilebilir görülmesinden kaynaklanıyor olabileceği düşünülmektedir (Asan ve ark, 2015). Bu araştırmada da literatür bulgularına benzer olarak hastaların %64'ünün bekar olduğunu belirttiği görülmüştür.

Alkol ve madde bağımlılığı ile hastaneye yatış yapan bireylerin büyük çoğunlukla ilkokul mezunu oldukları saptanmıştır. Yüksek okul mezun oranlarının ise %3-9 olduğu belirtilmektedir (Türkcan, 1998). TUBİM 2019 raporunda ise genel popülasyonda yapılan bir araştırmada en yoğun madde kullanımının olduğu grubun lise mezunu olduğu belirtilmektedir. Bu araştırmada da eğitim durumları incelendiğinde en yüksek orana sahip grubun (%46) lise mezunu olduğu, literatürün aksine yüksek okul oranının da (%26) önemli bir yüzdeliğe sahip olduğu görülmüştür. Bu bulgular alkol ve madde bağımlılığının eğitim durumu ve sosyokültürel seviye ile ilgili doğrudan bir bağlantı kurulamayacağına işaret ettiğini düşündürmektedir.

Katılımcıların büyük çoğunluğu (%68) hayatlarında en az bir kez alkol kullandığını belirtmişlerdir. TUBİM'in 2018 yılında yaptığı araştırmaya göre ise katılımcıların %22,1'sinin yaşam boyu en az bir kez alkol kullandığı; erkeklerde bu oranın %34,3 olduğu belirtilmektedir (TUBİM, 2018). Amfetamin kullanım sıklığı en yüksek madde iken, bunu esrar takip etmektedir. Araştırma bulguları ile paralel olarak 2014 yılı verilerine göre, amfetaminler; kannabis türevi uyuşturuculardan sonra dünyada en yaygın kullanılan uyuşturuculardır (United Nations Office On Drugs And Crime, 2016). Avrupa Uyuşturucu Raporu 2019'da 15-34 yaşları arasındaki gençlerin en çok kullandığı yasa dışı maddenin esrar olduğu belirtilmektedir. Uçucu madde kullanım sıklığı katılımcılar arasında en az tercih edilen madde olmuştur. Bu çalışmanın bulgularının aksine özellikle gençlik ve ergenlik döneminde uçucu madde kullanımı fazla olduğu görülmüştür. Ülkemizde ÇEMATEM'de yatan ergen erkek hastalar arasında uçucu madde kullanımının sentetik kannabinoid ve sentetik uyarıcılardan sonra kullanımı en yüksek tercih maddesi olduğu bulunmuştur. Aynı çalışmada ilk denenen maddenin uçucu solventler olarak kaydedilmiştir (Şirin, 2021). Uçucu maddelerin kullanım sıklığı dünyada yüksek oranda bulunmakta, Amerika Birleşik Devleti'nde lise öğrencileri arasında yapılan bir araştırmada son bir yılda kullanım oranı %6,2 bulunduğu belirtilmektedir (Ögel, 2000). Bunun çalışmamızın daha geniş bir yaş aralığında yer almasından, yapılan klinik örneklem çalışmalarının sınırlı olmasından, uçucu maddelerin özellikle ilk deneme maddesi olarak gençler arasında kullanımının sık olmasından kaynaklanabileceği düşünülmektedir.

1991-1995 yılları arasında AMATEM'e yatan 1679 hastadan elde edilen verilere göre madde kullanmaya başlama yaşının ortalama 18.5 olduğu belirlenmiştir. Tüm madde türleri için kullanım yaşı değerlendirildiğinde madde kullanmaya başlamanın 15-25 yaş aralığında olduğu belirtilmektedir (Türkcan, 1998). Gaziantep Üniversitesi alkol ve madde bağımlılığı merkezine yapılan 126 başvurunun verileri incelendiğinde alkole başlama yaşının ortalama 24, madde kullanımına başlama yaşının ise ortalama 22.44 olduğu bulunmuştur (Bulut ve ark, 2006). TUBİM 2019 raporunda ise genel popülasyonda madde kullanmaya başlama yaşının ortalamasının 19 olduğu belirtilmektedir. Bu bulgulara paralel şekilde bu araştırmada da en erken madde kullanımına başlama yaşının 13, ortalama ise 19 yaşında olduğu bulunmuştur.

Alkol ve madde bağımlılığı için nüks; tedavinin oldukça önemli bir bileşenli olduğu bilinmektedir. Nüksü ölçebilecek objektif bir ölçüm aracı bulunmadığından

araştırmada da hastaların alkol ve/veya madde kullanımını ile ilgili hastanede daha önce yatarak tedavi görüp görmedikleri sorgulanmıştır. Araştırmanın bulguları ise hastaların yarısından fazlasının (%54) daha önce hastaneye yatışının olduğu yönündedir. Bu oran literatürdeki diğer araştırmalara göre oldukça yüksek bulunmuştur (Saatçioğlu, 2003). Yapılan bir çalışmada AMATEM'e başvuran 312 hastanın %20'sinin daha önce de yatarak tedavi gördüğu bulunmuştur (Asan ve ark, 2015). Ancak araştırmamızda ölçek puanları ile alkol ve madde kullanan hastaların nüks sayıları ile ilgili anlamlı bir ilişkiye rastlanılmamıştır.

Alkol ve/veya madde kullanan bireylerin bilişsel esnekliklerinin tedavi motivasyonları üzerindeki etkisinin incelendiği bu çalışmada; hipotezi destekleyen anlamlı bir ilişki gözlemlenmemiştir. Bilişsel esneklik puanları genel tedavi motivasyonu üzerinde %8'lik bir etkisi olsa dahi bu sonuç araştırmanın amacına yeterince hizmet etmiyor görünmektedir. Literatürde yürütücü işlevler ile birlikte, bellek gibi değişkenlerin tedavi motivasyonu üzerindeki etkisini incelemeye yönelik çalışmalar, bilişsel işlevsellikteki bozulmanın tedavi motivasyonunu etkileyeceğini ortaya koymuşlardır (Diclamente, 1999; Blume, 2005; Rinn, 2002). Bilişsel esneklik ile motivasyon arasında ilişkiyi incelemeye yönelik araştırmaya rastlanılmamıştır. Bu durum çalışmanın bulgularını yeterli kaynak ile destekleyememize sebep olmaktadır.

Kannabinoidlerin bilişsel esnekliğin üzerindeki etkilerinin değerlendirildiği bir çalışmada tutarsız bulgular olmasına rağmen bilişsel esneklik ile kannabinoid kullanım sıklığı ve başlama yaşı ilgili bulunmuştur (Cohen, 2018). Houston ve ark (2014) alkol kullanımını ile bilişsel esneklikte bozulma arasında ilişki bulmuşlardır. Benzer şekle alkolün ve diğer maddelerin nöropsikolojik performanslarının incelendiği bir çalışmada; alkol kullanımının bilişsel esneklik üzerinde, MDMA kullanımının ise sözel akıcılık ile güçlü etkilere sahip olduğu belirlenmiştir (Fernandez- Serrano, 2011). Alkol ve/veya madde kullanım bozukluğu tanısı alan bireylerin bilişsel esnekliklerinin değerlendirildiği bu araştırmada beklenenin aksine katılımcıların bilişsel esneklik puan ortalamalarının ölçekten alınabilecek maksimum puana yakın olduğu, bilişsel esneklik düzeylerinin yüksek olduğu söylenilebilir. Ancak madde tercihi ve kullanıma başlama yaşı gibi değişkenler ile bilişsel esneklik puanları ilişkili bulunmuştur. Bu bulgular literatür ile uyumludur (Cohen, 2018).

Katılımcıların tedavi düzeylerini belirlemeye yönelik uygulanan ölçekten alınan yüksek ortalama puanlar yüksek tedavi motivasyonunu ifade etmektedir. Buna göre bakıldığında katılımcıların tedavi motivasyonlarının “orta” düzeyde olduğu anlaşılmaktadır. Tedavi motivasyonu alt boyutlarında ise içsel motivasyonlarının “yüksek” , dışsal motivasyon ve kişilerarası yardım arama puan ortalamalarının “orta” ve tedaviye güvensizlik alt boyutunun ise düşük-orta düzeyde olduğu bulunmuştur. Ölçeğin puan ortalamaları genel düzeyde değerlendirildiğinde katılımcıların tedaviye ilişkin olumlu algılarının bulunduğu, içsel motivasyonlarının en yüksek, dışsal motivasyonlarının ise en düşük düzeyde olduğu görülmektedir. Literatür bulguları çalışmamızı destekler niteliktedir. Buna göre Cahill ve arkadaşları tarafından alkol ve madde kullanım bozukluğu olan hastalar üzerinde tedavi öncesi ve tedavi sonrası en yüksek düzeyde içsel motivasyon skorları kaydedilmiş, tedaviye güvensizlik alt boyutunda diğerlerine göre daha düşük puan ortalamaları saptandığı bildirilmiştir (Cahill, 2003). Benzer şekilde bir başka çalışmanın da bulguları içsel motivasyona sahip katılımcıların dışsal motivasyonlarının geliştirilmeye ihtiyaç duyulduğu şeklindedir (Ertoğlu, 2013). Bir başka çalışmada ise katılımcıların %74’ünün tedavi olmayı kendi seçtikleri ve içsel motivasyonlarının buna bağlı olarak yüksek bulunduğu belirtilmektedir (Ulutaş, 2018).

Katılımcıların tedavi motivasyonları ile yaşları arasında anlamlı bir ilişki bulunmazken; medeni duruma göre anlamlı şekilde farklılaşmaktadır. TMA genel puan ortalamaları ile dışsal motivasyon, kişilerarası yardım arama arasında evli katılımcıların bekar katılımcılara göre daha yüksek olduğu saptanmıştır. Katılımcıların eğitim durumlarına göre tedavi motivasyonları arasındaki ilişki incelendiğinde; TMA genel puan ortalaması, içsel motivasyon ve tedaviye güvensizlik boyutlarında anlamlı farklılaşma olduğu tespit edilmiştir. Buna göre ilkökul mezunu bireylerin lise mezunu bireylere göre tedavi motivasyonları, içsel motivasyonlarının ve tedaviye güvensizliklerinin yüksek olduğu belirlenmiştir. Ülkemizde yapılan araştırmaların bazılarında ise tedavi motivasyonu ile medeni durum, eğitim durumu arasında ilişki saptanmadığı görülmüştür (Ertoğlu, 2013; Ulutaş, 2018).

Katılımcıların %8’inin alkol, %32’sinin madde ve %60’ının hem madde hem alkol kullandıkları görülmüştür. Madde tercihi ile alkol/madde kullanmaya başlama yaşının tedavi motivasyonu üzerinde küçük bir etkisi olduğu ancak bu ilişkinin anlamlı bulunmadığı belirlenmiştir. Yapılan bir başka çalışmada bu bulguların aksine alkol

kullanım bozukluğu tanısı olan katılımcıların madde ve alkol+madde kullanıcılara göre içsel motivasyonlarının ve genel tedavi motivasyonlarının daha yüksek olduğu belirtilmektedir (Konuk, 2018).



6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Bu araştırmada alkol ve/veya madde kullanım bozukluğu tanısı almış erkek hastaların bilişsel esneklik düzeyleri ve tedavi motivasyonları arasındaki ilişkinin incelenmesi amaçlanmıştır. Katılımcıların yař, eğitim durumu, medeni durum gibi sosyodemografik bilgileri ile, madde tercihleri, alkol/madde kullanmaya başlama yaşı, hastaneye yatış sayısı gibi ilişkili olabileceği dūřünülen değişkenler incelenmiştir.

Çalışmada hastaların bilişsel esneklik düzeyleri ile genel tedavi motivasyonları, içsel motivasyon, dışsal motivasyon, kişiler arası yardım arama ve tedaviye güvensizlikleri ile ilgili anlamlı bir ilişkiye rastlanılmamıştır. Bu durum bilişsel esneklik ile ilgili uygulanan ölçüm aracının klinik vakalar üzerinde geçerliliğinin yapılmamış ve yeterince örneklem sayısının elde edilememiş olmasından kaynaklandığı dūřünülmektedir. Çalışmanın sonucunda ;

- Katılımcıların bilişsel esneklikleri yüksek bulunmuştur.
- Katılımcıların genel olarak tedaviye ilişkin olumlu algıları bulunduğu; içsel motivasyonlarının yüksek, dışsal motivasyonlarının ise düşük düzeyde olduğu bulunmuştur.
- Yaş ile en kuvvetli ilişki TMA'nın *kişilerarası yardım arama* alt boyutuyla görülmüştür ($\rho = .135$). Ancak bu ilişkinin hangi yönde olduğu bilinmemektedir.
- Bekar katılımcıların evli katılımcılara göre bilişsel esneklikleri daha yüksek bulunmuştur.
- Medeni durumu evli olan katılımcıların bekar katılımcılara göre tedavi motivasyonları daha yüksektir.
- Evli katılımcıların bekar katılımcılara göre sorunlarını açmakta ve yardım aramakta daha isteklidir ve buna bağlı olarak dışsal motivasyonları daha yüksektir.
- İlkokul mezunu hastaların içsel motivasyonları lise mezunu hastalara göre anlamlı derecede yüksektir.
- İlköğretim mezunu hastaların tedaviye güvensizlikleri lise mezunu hastalara büyük oranda yüksektir.

- Alkol/madde kullanmaya başlama yaşı ile kişilerarası yardım arama arasında orta derece ve pozitif bir ilişki bulunmuştur. Ayrıca bilişsel esneklik ile alkol/madde kullanmaya başlama yaşı arasında göz ardı edilebilir bir ilişki saptanmıştır.
- Hastaneye yatış sayısı ile tedavi motivasyonu arasında zayıf ve negatif yönlü bir ilişki saptanmıştır.

Sonraki çalışmalarda klinikte daha geçerli ve güvenilir ölçüm yapılabilecek bilişsel esneklik ölçüm araçlarının kullanılmasının daha anlamlı sonuçlara ulaşılabileceği önerilmektedir. Yapılan çalışmanın örneklem sayısının daha geniş tutulması ve kadın katılımcıların eklenerek cinsiyete dayalı farklılığın anlaşılması açısından faydalı olacaktır. Ayrıca bu çalışmanın örneklemini özel bir hastanenin servisindeki hastalardan oluşturduğundan, farklı grupların dahil edilmesi önerilebilir. Ayrıca bilişsel esneklik ile ilişkili olabileceği düşünülen karar verme, problem çözme gibi bileşenler ile birlikte incelenmesi motivasyonel süreçler hakkında daha fazla bilgi edinilmesini sağlayabilir. Ayrıca bilişsel esnekliğin geliştirilebilir olduğu göz önünde bulundurulduğunda, yapılandırıcı eğitimlere hastaların rehabilitasyon süreçlerinde yer verilebilir.

KAYNAKLAR

- Akgün B. (2010) Alkol bağımlılarında tedavi motivasyonu bağlamında nöropsikolojik test performansının incelenmesi . Doctoral dissertation, DEÜ Sağlık Bilimleri Enstitüsü
- Akvardar Y. (2003) Alkol Bağımlılığında Kişilik Özellikleri. *Bağımlılık Dergisi*, 4(1): ss. 26-
- Altıntoprak AE, Akgür SA, Kitapçioğlu G, Yüncü Z. & Coşkunol H. (2014) Denetimli serbestlik olgularının retrospektif analizi: sosyodemografik özellikler,bireysel ve ailesel bağımlılık ve suç öyküleri ve tedavi yanıtları. *Bağımlılık Dergisi*,15 (1), 1-9.
- American Psychiatric Association, A. P., & American Psychiatric Association. (2013) Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5.
- Anayurt A. (2017). Duygu düzenleme ile erken dönem uyumsuz şemalar, bilişsel esneklik ve ruminasyon arasındaki ilişkilerin incelenmesi. Yayınlanmamış yüksek lisans tezi, Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Ankara Üniversitesi, Ankara.
- Anderson P. (2002) Assessment and development of executive function (EF) during childhood. *Child neuropsychology*, 8(2), 71-82.
- Arıkan Z . (2012) Madde Bağımlılığı, Düzeltme, Nüks ve Önlenmesi. Madde Bağımlılığı Tanı ve Tedavi Kılavuzu El Kitabı, T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Ankara
- Asan Ö, Tıkır B, Okay İ T, & Göka E. (2015). Bir AMATEM birimine başvuran alkol ve madde kullanım bozukluğu olan hastaların sosyodemografik ve klinik özellikleri. *Bağımlılık Dergisi*, 16(1), 1-8.
- Batra A, Müller CA, Mann K, & Heinz A. (2016) Alcohol dependence and harmful use of Alcohol: Diagnosis and Treatment Options. *Deutsches Ärzteblatt International*, 113(17), 301.
- Blume AW, Schmalings KB, Marlatt GA. (2005) Memory, Executive Function and Readiness to Change Drinking Behaviour, *Addictive Behaviours* 30 :301-314
- Bulut M, Savaş H A, Cansel N, Selek S, Kap Ö, Yumru M, & Vırt O. (2006). Gaziantep Üniversitesi alkol ve madde kullanım bozuklukları birimine başvuran hastaların sosyodemografik özellikleri. *Journal of Dependence*, 7, 65-70.
- Buzrul S. (2016) Türkiye’de alkollü içki tüketimi. *Journal of Food and Health Science*, 2(3), 112-122.

- Cahill M A, Adinoff B, Hosig H, Müller K, & Pulliam C. (2003) Motivation for treatment preceding and following a substance abuse program. *Addictive behaviors*, 28(1), 67-79.
- Canas J J, Fajardo, I, & Salmeron L. (2006) Cognitive flexibility. *International encyclopedia of ergonomics and human factors*, 1, 297-301.
- Canas J, Queseda J, Antoli A, & Fajardo I. (2003) Cognitive flexibility and adaptability to environmental changes in dynamic complex problem-solving tasks. *Ergonomics*, 46(5), 482-501.
- Carpenter S. (2001) Cognition is central to drug addiction. *Monitor on psychology*, 32(5), 1-5.
- Cohen J. (1992). Statistical power analysis. *Current directions in psychological science*, 1(3), 98-101.
- Cohen J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences*. Academic pres
- Cohen K, & Weinstein A. (2018) The effects of cannabinoids on executive functions: evidence from cannabis and synthetic cannabinoids—a systematic review. *Brain sciences*, 8(3), 40.
- Compton WM, Thomas YF, Stinson FS, & Grant BF. (2007) Prevalence, correlates, disability, and comorbidity of DSM-IV drug abuse and dependence in the United States: results from the national epidemiologic survey on alcohol and related conditions. *Archives of general psychiatry*, 64(5), 566-576.
- Çuhadaroğlu A. (2013) Bilişsel esnekliğin yordayıcıları. *Cumhuriyet Uluslararası Eğitim Dergisi*, 2(1), 86-101.
- Demirtaş AS. (2020) Cognitive flexibility and mental well-being in Turkish adolescents: The mediating role of academic, social and emotional self-efficacy. *Anales De Psicología/Annals of Psychology*, 36(1), 111-121.
- Dennis JP. and Vander Wall JS. (2010) The Cognitive Flexibility Inventory: Instrument Development And Estimates Of Reliability And Validity. *Cognitive Therapy And Research*, 34(3):pp.241-253.
- Diclamante CC, Bellino LE, & Neavins TM. (1999) Motivation for change and alcoholism treatment. *Alcohol Research & Health*, 23(2), 86.
- Diclamante CC. (2016) *Bağımlılık ve Değişim* (Çev., E.Ildırım) Ankara: Nobel.

EMCDDA (2020) Avrupa Uyuşturucu Raporu.
<https://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/13238/TD0420439TRN.pdf> (Erişim Tarihi: 12.04.2021)

Ertoğlu MN. (2013) Ankara Amatem’de Alkol Tedavisi Gören Bireylerin Tedavi Sürecinde Karşılaştıkları Problemlerin Tedavi Motivasyonu Arasındaki İlişkiler Ve Sosyal Hizmet Uygulamalarının İncelenmesi.

ESPAD (2019) ESPAD Report 2019: Results From the European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs. <http://www.espad.org/espad-report-2019> (Erişim Tarihi: 15.04.2021)

Evren EC, Saatçioğlu Ö, Evren B, Yapıcı A, & Çakmak D. (2003) Alkol kullanım bozukluğunda cinsiyet farklılığı: Yatan hasta verilerinin incelenmesi. *Bağımlılık Dergisi*, 4(3), 96-100.

Evren C, Saatçioğlu O, Dalbudak E, Danışman SB ve ark. (2006) Tedavi Motivasyonu Anketi (TMA) Türkçe Versiyonunun Alkol Bağımlısı Hastalarda Faktör Yapısı, Geçerliliği ve Güvenirliği, *Bağımlılık Dergisi*. 2006; 7: 117-122.

Evren C, Dalbudak E, ve Çakmak D. (2008) Değişime Hazır Olma ve Tedavi İsteği Ölçeği (SOCRATES) Türkçe Versiyonu’nun Yatarak Tedavi Gören Erkek Alkol Bağımlısı Hastalarda Faktör Yapısı, Geçerliliği ve Güvenirliği. *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni*, 18(2): ss. 84-91.

Fernandez Serrano MJ, Perez-Garcia M, & Verdejo-Garcia A. (2011) What are the specific vs. generalized effects of drugs of abuse on neuropsychological performance?. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 35(3), 377-406.

Figueiredo PR, Tolomeo S, Steele JD, & Baldacchino A. (2020) Neurocognitive consequences of chronic cannabis use: a systematic review and meta-analysis. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 108, 358-369.

Fluyau D, Charlton TE. (2019) Addiction. https://www.researchgate.net/publication/338533740_Addiction (Erişim Tarihi: 15.05.2021)

Gerrig RJ, & Zimbardo PG. (2012) Psikoloji ve Yaşam. (Çev. Ed. Sart, G.). Nobel Yayıncılık. Ankara.

Gönüllü OG, Hacıoğlu M, & Tarlacı N. (2002) Egopsikolojisi ve Madde Bağımlılığı. *Düşünen Adam*, 15(2), 104-107.

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

- Gülüm İV ve Dağ İ. (2012) Tekrarlayıcı Düşünme Ölçeği ve Bilişsel Esneklik Envanterinin Türkçeye Uyarlanması Geçerliliği ve Güvenirliği. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, (13):ss.216-223.
- Gürol D. (2012) Motivasyonel Görüşme , Madde Bağımlılığı Tanı ve Tedavi Kılavuzu El Kitabı, T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Ankara
- Houston RJ, Derrick JL, Leonard KE, Testa M, Quigley BM, & Kubiak A. (2014) Effects of heavy drinking on executive cognitive functioning in a community sample. *Addictive behaviors*, 39(1), 345-349.
- Ionescu T. (2012) Exploring the nature of cognitive flexibility. *New ideas in psychology*, 30(2), 190-200.
- Işıklı S, Irak M. (2002) Türkiye’de madde kullanımı ve bağımlılığı profili araştırması: 2002 yılı madde kullanımı geniş alan araştırması. Nihai rapor. Türk Psikologlar Derneği ;55-65
- Kabataş M. (2020) Ergenlerde Bilişsel Esneklik ve Başarı Amaç Yönelimleri İlişkisinde Problemlerli İnternet Kullanımının Aracı Rolü. Yüksek Lisans Tezi. Ankara Üniversitesi, Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Ankara
- Karadeniz H, Birincioğlu İ, Ketenci H, & Karabacak V. (2018) Doğu Karadeniz Bölgesinde Uyuşturucu Madde Kullanımının Değerlendirilmesi (2010-2013). *Karadeniz Chemical Science and Technology*, (2), 32-36.
- Karadeniz S. (2004) Bilissel Esneklik Hiper Metinleri ve Hiper Ortamları. *TOJET: The Turkish Online Journal of Educational Technology*, 3(2).
- Karakükçü C, Cıracı MZ, Koçer D, Zararsız GE, Reyhancan M & Altıntop I. (2018) Regional drug abuse prevalence depending on laboratory based urine illicit drug screening results/Laboratuvar verilerine dayalı idrarda yasa dışı madde analiz sonuçlarına göre bölgesel madde kullanım yaygınlığının belirlenmesi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 19(2), 169-177.
- Karasar N. (1995) Bilimsel araştırma yöntemi: Kavramlar, ilkeler, teknikler.
- Karasar N. (2004) Bilimsel Araştırma Yöntemi, Nobel Yayın Dağıtım, Ankara
- Kelley BJ, Yeager KR, Pepper TH, Bomstein RA & Beversdorf DQ. (2008) The effect of propranolol on cognitive flexibility and memory in acute cocaine withdrawal. *Neurocase*, 13(5-6), 320-327.

- Kessler RC, Berglund P, Demler O, Jin R, Merikangas KR & Walters EE. (2005) Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of general psychiatry*, 62(6), 593-602.
- Konuk EA. (2018) Alkol ve Madde Bağımlılığı Tanısı Almış Hastalarda Kognitif Empatinin Tedavi Motivasyonuna Etkisi. Üsküdar Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.
- Köknel Ö. (1998) Bağımlılık. İstanbul: Altın Kitaplar Yayınevi.
- Kömür B. (2018) Üniversite Öğrencilerinde Bilişsel Esneklik ve Stresle Başa Çıkma Becerileri Arasındaki İlişkinin Araştırılması. Yüksek Lisans Tezi. Üsküdar Üniversitesi, Sosyal Bilimleri Enstitüsü, İstanbul
- Köroğlu E. (2013) DSM-5 tanı ölçütleri. Ankara: Boylam Psikiyatri Enstitüsü.
- Longshore D & Teruya C. (2006) Treatment motivation in drug users: A theory-based analysis. *Drug and alcohol dependence*, 81(2), 179-188.
- Lowrey W & Kim KS. (2009) Online news media and advanced learning: A test of cognitive flexibility theory. *Journal of broadcasting & electronic media*, 53(4), 547-566.
- Martin MM & Rubin RB. (1995) A new measure of cognitive flexibility. *Psychological reports*, 76(2), 623-626.
- Matias AL, Zamorano RE, Olvera JJ. (2019) Cognitive functions of subjects with cocaine and crack dependency disorder during early abstinence. 1;68(7):271-280.
- Ozan E. (2020) Alkol Kullanım Bozukluğu Tanısı Alan Bireylerde Bellek İşlevleri ve Tedavi Motivasyonunun İncelenmesi. Yüksek Lisans Tezi. Beykent Üniversitesi, Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, İstanbul
- Ögel K. (2005) Madde kullanım bozuklukları epidemiyolojisi. *Türkiye Klinikleri J Int Med Sci*, 1(47), 61-64.
- Ögel K. (2010) Sigara, alkol ve madde kullanım bozuklukları: Tanı, tedavi ve önleme. İstanbul: Yeniden Yayınları, 3-4.

- Ögel K, Karali A, Tamar D & Çakmak D. (1998) Alkol Ve Madde El Kitabı. Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi.
- Ögel K, Tamar D, Evren C, & Çakmak D. (2000) Uçucu madde kullanımının yaygınlığı: Çok merkezli bir araştırmanın verilerinin değerlendirilmesi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 1(4), 220-224.
- Ögel K, Tamar D, Evren C & Çakmak D. (2001) Lise gençleri arasında sigara, alkol ve madde kullanım yaygınlığı. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 12(1), 47-52.
- Ögel K, Tamar D, Evren C & Çakmak D. (2001) Lise gençleri arasında sigara, alkol ve madde kullanım yaygınlığı. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 12(1), 47-52.
- Rea LM & Parker RA. (1992) Designing and conducting research: A comprehensive guide.
- Rinn W, Desai N, Rosenblatt H, Gastfriend DR. (2002) Addiction denial and cognitive dysfunction: a preliminary investigation. *Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neurosciences* 14,52-57
- Saatçioğlu Ö, Evren EC & Çakmak D. (2003) 1998-2002 yılları arasında yatarak tedavi gören alkol ve madde kullanımı olan olguların değerlendirilmesi. *Bağımlılık Dergisi*, 4(3), 109-117.
- Schaub M, Stevens A, Berto D, Hunt N, Kersch V, Mcsweenty T. & Uchhtenhagen A. (2010) Comparing outcomes of 'voluntary' and 'quasi-compulsory' treatment of substance dependence in Europe. *European Addiction Research*, 16(1), 53-60
- Spiro RJ. (1988) Cognitive flexibility theory: Advanced knowledge acquisition in ill-structured domains. Center for the Study of Reading Technical Report; no. 441.
- Spiro RJ, Feltovich PJ, Jscopson MJ & Coulson RL. (2012) Cognitive flexibility, constructivism, and hypertext: Random access instruction for advanced knowledge acquisition in ill-structured domains. In *Constructivism in education* (pp. 103-126). Routledge.
- Spooner C. (1999) Causes and correlates of adolescent drug abuse and implications for treatment. *Drug and Alcohol Review*, 18(4), 453-475.
- Şirin H & Uzun ME. (2021) Madde Kullanım Bozukluğu Tanısıyla ÇEMATEM'de Tedavi Gören Ergen Hastaların Sosyodemografik ve Klinik Özellikleri: Bursa Örneklemi. *Turk J Child Adolesc Ment Health*, 28(2), 151-158.

Tansel B. (2006) Üniversite Öğrencilerinin Bağımlılık Yapıcı Madde Kullanan Bireylere Yönelik Tutumlarının İncelenmesi. Yüksek Lisans Tezi. Mersin Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü.

Tosun M. (2008) Madde bağımlılığına genel bakış. Türkiye’de Sık Karşılaşılan Psikiyatrik Hastalıklar, İÜ Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri, Sempozyum Dizisi, 62, 201-220.

TUBİM (2014) EMCDDA 2014 Ulusal Raporu
<http://www.narkotik.pol.tr/kurumlar/narkotik.pol.tr/Arsiv/TUBIM/Documents/TURKIYE%20UYUSTURUCU%20RAPORU%202014.pdf> (Erişim Tarihi: 15.04.2021)

TUBİM (2018) Türkiye Uyuşturucu Raporu. <http://www.narkotik.pol.tr/ulusalyayinlar> (Erişim Tarihi: 17.04.2021)

TUBİM (2020) Türkiye Uyuşturucu Raporu.
http://www.narkotik.pol.tr/kurumlar/narkotik.pol.tr/TUB%CC%88RKI%CC%87YE-UYUS%CC%A7TURUCU-RAPORU_26-HAZI%CC%87RAN-FI%CC%87NAL-1.pdf
(Erişim Tarihi: 15.04.2021)

Türkcan A. (1998) Türkiye’de Madde Kullananların Profili: Hastane Verilerinin İncelenmesi. *Düşünen Adam*, 11 (3), 56-64.

Ulutaş Ç. (2018) Alkol bağımlılarında tedavi motivasyonu: Ankara AMATEM örneği–2018 (Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa).

Ulukoca N, Gökgöz Ş & Karakoç A. (2013) Kırklareli üniversitesi öğrencileri arasında sigara, alkol ve madde kullanım sıklığı. *Fırat Tıp Dergisi*, 18(4), 230-234.

United Nations Office on Drugs and Crime (2016). World Drug Report, Vienna: United Nation.

UNODC (2017) World Drug Report 2017. <https://www.unodc.org/wdr2017/> (Erişim Tarihi: 10.04.2021)

UNODC (2018) World Drug Report 2018. <https://www.unodc.org/wdr2018/> (Erişim Tarihi: 10.04.2021)

Uzbay İT. (2015) Madde Bağımlılığı: Tüm Boyutlarıyla Bağımlılık ve Bağımlılık Yapan Maddeler. İstanbul Tıp Kitabevi.

Uzbay T. (2009) Madde Bağımlılığının Tarihçesi, Tanımı, Genel Bilgiler ve Bağımlılık Yapan Maddeler. Türk Eczacılar Birliği Yayını, *Meslek İçi Sürekli Eğitim Dergisi*, 21: ss. 21-22.

Wang SC, Chen YC, Chen SJ, Lee CH & Cheng CM. (2020) Alcohol addiction, gut microbiota, and alcoholism treatment: A review. *International Journal of Molecular Sciences*, 21(17), 6413.

WHO (2009) Global Health Risks. https://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/GlobalHealthRisks_report_full.pdf (Erişim Tarihi: 12.04.2021)

WHO (2018) Global Status Report on Alcohol and Health 2018. <https://www.who.int/publications/i/item/9789241565639> (Erişim Tarihi: 16.04.2021)

WHO (2019) Status report on alcohol consumption, harm and policy responses in 30 European countries 2019. <https://www.euro.who.int/en/health-topics/disease-prevention/alcohol-use/publications/2019/status-report-on-alcohol-consumption,-harm-and-policy-responses-in-30-european-countries-2019> (Erişim Tarihi: 16.04.2021)

Yargıç İ. (2014) Alkol ve Madde Bağımlılığı. Raşit Tükel (Ed.), Sibel Çakır (2.Ed), *Psikiyatri içinde* (s: 83-91). İstanbul: Nobel

EKLER

Ek 1: Sosyodemografik Veri Formu

SOSYODEMOGRAFİK VERİ FORMU

1.Adınız Soyadınız : [.....]

2.Doğum Tarihiniz: [.....]

3.Cinsiyetiniz: Kadın Erkek

4.Eğitiminiz

Okur yazar İlkokulu bitirmiş Ortaokulu bitirmiş Liseyi bitirmiş

Üniversiteyi bitirmiş Lisansüstü

5.Medeni Durumunuz : Evli Bekar Ayrı Boşanmış Dul Diğer

6.SON 1 YIL İÇİNDE Aşağıdaki maddeleri kullanıp kullanmadığınızı veya ne sıklıkta kullandığınızı belirtiniz. Son bir yıl içinde...

		Hiç	Sadece bir iki kez	Ayda 1-3 kere	Haftada 1-5 kez	Hemen hemen her gün
1	Alkol	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2	Esrar (marihuana, joint, gubar vb).....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3	Ecstasy (Ekstazi)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4	Eroin	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5	Kokain	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6	Taş (krak kokain).....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7	Rohipnol, rivotril (roş) gibi haplar.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8	Uçucu maddeler (tiner, balı, gaz vb).....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9	Çeşitli haplar (akineton, tantum, xanax vb).....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10	Amfetamin türevleri (metamfetamin, ice vb).....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11	Diğer (LSD, GHB)					

7.Alkol veya madde kullanmaya başlama yaşı:

8.Hastaneye yatış sayısı :

Ek 2: Bilişsel Esneklik Envanteri

Aşağıdaki ifadelerin size ne kadar uygun olduğunu göstermek için lütfen ifadelerin solunda yer alan ölçeği kullanınız.		Hiç uygun değil	Pek uygun değil	Kararsızım	Uygun	Tamamen uygun
1.	Durumları "tartma" konusunda iyiyimdir.	1	2	3	4	5
2.	Zor durumlara karşılaştığımda karar vermekte güçlük çekerim.	1	2	3	4	5
3.	Karar vermeden önce çok sayıda seçeneği dikkate alırım.	1	2	3	4	5
4.	Zor durumlara karşılaştığımda kontrolümü kaybediyormuşum gibi hissederim.	1	2	3	4	5
5.	Zor durumlara değişik açılardan bakmayı tercih ederim.	1	2	3	4	5
6.	Bir davranışın nedenini anlamak için önce, elimdeki dışında ek bilgi edinmeye çalışırım.	1	2	3	4	5
7.	Zor durumlara karşılaştığımda öyle strese girerim ki sorunu çözecek bir yol bulamam.	1	2	3	4	5
8.	Olaylara başkalarının bakış açısından bakmayı denerim.	1	2	3	4	5
9.	Zor durumlara baş etmek için çok sayıda değişik seçeneğin olması beni sıkıntıya sokar.	1	2	3	4	5
10.	Kendimi başkalarının yerine koymakta başarılıyım.	1	2	3	4	5
11.	Zor durumlara karşılaştığımda ne yapacağımı bilemem.	1	2	3	4	5
12.	Zor durumlara farklı açılardan bakmak önemlidir.	1	2	3	4	5
13.	Zor durumlarda nasıl davranacağıma karar vermeden önce birçok seçeneği dikkate alırım.	1	2	3	4	5
14.	Durumlara farklı bakış açılarından bakarım.	1	2	3	4	5
15.	Hayatta karşılaştığım zorlukların üstesinden gelmeyi becerebilirim.	1	2	3	4	5
16.	Bir davranışın nedenini düşünürken mevcut bütün bilgileri ve gerçekleri dikkate alırım.	1	2	3	4	5
17.	Zor durumlarda, şartları değiştirecek gücümün olmadığını hissederim.	1	2	3	4	5
18.	Zor durumlara karşılaştığımda önce bir durup çözüm için farklı yollar düşünmeye çalışırım.	1	2	3	4	5
19.	Zor durumlara karşılaştığımda birden çok çözüm yolu bulabilirim.	1	2	3	4	5
20.	Zor durumlara tepki vermeden önce birçok seçeneği dikkate alırım.	1	2	3	4	5

Ek 3: Tedavi Motivasyon Anketi

	Kesinlikle kabiliyorum	Kabiliyorum	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.Tedavii sürdürmezsem başım belaya girer					
7.Eğer tedaviyi sürdürmezsem kendimi kötü hissederim.					
8.En iyi kazancım tedaviyi tamamlamaktır.					
9.Tedavii sürdürmezsem başarsız hissederim.					
10.Tedavii sürdürme konusunda seçeneğim olduğunu sanmıyorum.					
11.Tedavii sürdürmek kendime yardım etmenin en iyi yoludur.					
12.Tedaviye geldim, çünkü gelmem için baskı görüldü.					
13.Bu programın benim için işe yaravacağından emin değilim.					
14.Bu programın işime yaravacağından 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 olacağını düşünmüyorum.					
22.Sorunlarımı algılanması için sabırsızlanıyorum.					
23.Tedavii 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 4: Bilişsel Esneklik Envanteri Kullanma İzni

Bilişsel Esneklik Envanteri İzin Hakk. Gelen Kutusu X



Necla Topçu

Değerli Hocam; Üsküdar Üniversitesi Bağımlılık Danışmanlığı ve Rehabilitasyon yüksek lisans programında Doç. Dr. Cemal Onur Noyan'ın danışmanlığında tez çalışma

23 Ma



Volkan Gülüm

Alıcı: ben ▾

24 Mayıs Paz 07:38

Merhaba,

Ölçeği kullanmanızdan memnuniyet duyuyoruz.

Ölçek ile ilişkili bilgilere aşağıdaki bağlantı aracılığıyla ulaşabilirsiniz.

İyi çalışmalar dileriz.

Doç. Dr. İ. Volkan Gülüm

Necla ▾

13 May 2021 Paz, 13:37 tarihinde şunu yazdı:

...

Yanıtla

Yönlendir

Ek 5: Tedavi Motivasyon Anketi Kullanma İzni

Tedavi Motivasyonu Anketi İzin hakk. Gelen Kutusu X



Necla Topçu

Değerli Hocam; Üsküdar Üniversitesi Bağımlılık Danışmanlığı ve Rehabilitasyon yüksek lisans programında Doç. Dr. Cemal Onur Noyan'ın danışmanlığında tez çalışma

23 May



Cüneyt Evren

Alıcı: ben ▾

23 Mayıs Paz 13:51

Merhaba,

Ölçeği kullanabilirsiniz.

Çalışmanızda başarılar dilerim.

Doç. Dr. Cüneyt Evren

...

← Yanıtla

➔ Yönlendir

