TÜRKİYE CUMHURİYETİ

KOCAELİ ÜNİVERSİTESİ

TIP FAKÜLTESİ

KOCAELİ ÜNİVERSİTESİ HASTANESİ BAĞIMLILIK POLİKLİNİĞİ'NE SON İKİ YILDA BAŞVURAN HASTALARIN SOSYODEMOGRAFİK VE KLİNİK ÖZELLİKLERİNİN RETROSPEKTİF İNCELENMESİ

Dr. Royal Asadov

RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI

ANABİLİM DALI UZMANLIK TEZİ

KOCAELİ 2024

TÜRKİYE CUMHURİYETİ

KOCAELİ ÜNİVERSİTESİ

TIP FAKÜLTESİ

KOCAELİ ÜNİVERSİTESİ HASTANESİ BAĞIMLILIK POLİKLİNİĞİ'NE SON İKİ YILDA BAŞVURAN HASTALARIN SOSYODEMOGRAFİK VE KLİNİK ÖZELLİKLERİNİN RETROSPEKTİF İNCELENMESİ

Dr.Royal Asadov

RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI
ANABİLİM DALI UZMANLIK TEZİ

Tez Danışmanı: Doç. Dr. Bahadır GENİŞ

Etik Kurul Karar No: KÜ
GOKAEK-2023/17.24
Proje No: 2023/343
Tarih: 19/10/2023

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR……i
KISALTMALAR DİZİNİ ii
TABLOLAR DİZİNİ iii
1. Giriş ve Amaç 9
2. GENEL BİLGİLER 10
2.1 Genel Bağımlılık: Tanımı ve Kapsamı 10
2.1.1 Bağımlılığın Tarihsel Kökenleri ve Maddelerin Kullanımı 10
2.1.2 Bağımlılığın Sınıflandırılması 10
2.1.3 Bağımlılık Türleri 10
2.2 Madde Kullanım Bozuklukları: Bir Genel Bakış 11
2.2.1 Madde Bağımlılığı Tarihçesi 11
2.2.1.1 Antik ve Orta Çağ Dönemlerinde Madde Kullanımı 11
2.2.1.2 Modern Zamanlarda Madde Bağımlılığı ve Yönetimi 11
2.2.2 Tanım ve Sınıflandırma 11
2.2.2.1 Narkotik ve Psikoaktif Maddeler 11
2.2.2.2 DSM-5 Kapsamında Bağımlılık ve Bozukluklar: Güncellenmiş Kriterler ve Sınıflandırmalar 12
2.2.3 Bağımlılık Yapıcı Maddelerin Çeşitleri ve Farmakolojik Özellikleri 13
2.2.3.1 Kenevir (Esrar) 13
2.2.3.2 Halüsinojenler 14
2.2.3.3 Uçucu Maddeler (İnhalanlar) 15
2.2.3.4 Opioidler 15
2.2.3.5 Hipnotik, Sedatif ve Anksiyolotikler 16
2.2.3.6 Uyarıcılar 16
2.2.3.7 Çoklu Madde Kullanımı 17
2.2.4 Madde Kullanımı Epidemiyolojisi 18
2.2.5 Eş Tanılar: Madde Kullanım Bozuklukları ile İlişkili Psikiyatrik Hastalıklar 19
2.2.6 Bağımlılık Tedavi Yöntemleri: Davranışsal ve Medikal Yaklaşımlar 19
2.3 Alkol Kullanım Bozukluğu: Bir Genel Bakış 20
2.3.1 Tanım ve Tarihçe 20
2.3.2 Sınıflandırma ve Tanı Kriterleri 21
2.3.3 Epidemiyoloji 22
2.3.4 Eş Tanılar: Alkol Kullanım Bozukluğu ile İlişkili Psikiyatrik Hastalıklar 23
2.3.5 Alkol Bağımlılığı Tedavi Yöntemleri: Davranışsal ve Medikal Yaklaşımlar 23
2.4 Kumar Oynama Bozukluğu: Bir Genel Bakış 24
2.4.1 Tanım ve Genel Bilgiler 24
2.4.2 Tarihsel Gelişim 24
2.4.3 Tanı Kriterleri 25

2.4.4 Epidemiyoloji 26
2.4.5 Hastalığın Seyri 28
2.4.6 Eş Tanılar 29
2.4.7 Tedavi Yöntemleri 29
2.3 Sigara Kullanım Bozukluğu: Bir Genel Bakış 31
2.5.1 Tütün ve Sigaranın Tarihçesi 31
2.5.2 Sigara Bağımlılığı 32
2.5.3 Tanı Kriterleri 32
2.5.4 Epidemiyoloji 33
2.5.5 Eş Tanı 34
2.5.6 Klinik Gidişat ve Sigara Bırakma Tedavileri 35
2.5.6.1 Farmakolojik Yaklaşımlar 35
2.5.6.2 Davranışsal Destekler 36
3.GEREÇ VE YÖNTEMLER 36
3.1 Araştırma Tipi ve Tasarımı 36
3.2 Veri Kaynağı ve Toplanması 36
3.3 Katılımcılar 36
3.4 Ölçekler ve Değerlendirme Araçları 37
3.5 Veri analizi 37
3.6 Etik Onay 38
4. BULGULAR 39
5.TARTIŞMA 65
6. ÇALIŞMANIN KISITLILIKLARI 99
7.ÇALIŞMANIN GÜÇLÜ YANLARI 100
8.SONUÇLAR VE ÖNERİLER 102
9.ÖZET 104
10.ABSTRACT: 105
11.EKLER 106
12.KAYNAKÇA 111

TEŞEKKÜR

Öncelikle, uzmanlık eğitim sürecimde ve tez çalışmamın her aşamasında bana sabırla rehberlik eden, bilgi ve desteğini hiçbir zaman esirgemeyen değerli hocam ve tez danışmanım Doç. Dr. Bahadır Geniş'e,

Uzmanlık Eğitimi süresinde bilgileri ile ışık tutan ve bana yol gösteren, eğitimimde çok büyük emekleri olan değerli hocalarım başta Prof. Dr. Aslıhan Polat olmak üzere Prof. Dr. Elif Tatlıdil, Prof. Dr. Cem Cerit, Prof. Dr. Mustafa Yıldız, Dr. Öğr. Üyesi Diğdem Göverti ve diğer eğitime katkısı olan tüm hocalarıma,

4 yıllık uzmanlık sürecimde iyi ki tanıdığım değerli arkadaşlarım Dr. Ezgi Şişman, Dr. Aylin Gareayaghi, Dr. Hanife Yılmaz ve Dr. Andaç Ünver başta olmak üzere bütün asistan hekim arkadaşlarıma,

Birlikte çalışmaktan mutluluk duyduğum KOÜ psikiyatri hemşirelerimize, psikologlarımıza, sekreter, güvenlik görevlisi ve personellere,

Her zaman sevgisi ve desteği ile yanımda olan güzel eşim Dr. Nargız Asadova'ya ve hayatımıza neşe katan sevgili canım oğlum Habil'e,

Tıp eğitimim sürecim başladığından bu yana her zaman yanımda olan maddi manevi desteğini esirgemeyen sevgili annem ve babama, bu süreçte destekleriyle hep yanımda olan ablalarıma ve sevgili yeğenlerime,

Son olarak, psikiyatri alanındaki mesleki gelişimim süresince karşılaştığım ve bana değerli deneyimler kazandıran, öğrenme fırsatı sunan hastalarıma,

İçten duygularımla teşekkür ederim.

KISALTMALAR DİZİNİ

- **TÜİK:** Türkiye İstatistik Kurumu
- **APA:** Amerikan Psikiyatri Birliği
- **BDT:** Bilişsel Davranışçı Terapi
- **BASİ:** Bağımlılık Seyir İndeksi
- **DSM:** Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı
- **EGM:** Emniyet Genel Müdürlüğü
- **ICD:** Uluslararası Hastalık Sınıflandırılması
- **KOB:** Kumar Oynama Bozukluğu
- **AKB:** Alkol Kullanım Bozukluğu
- **MKB:** Madde Kullanım Bozukluğu
- **NESARC:** Ulusal Alkol ve İlgili Koşullar Epidemiyolojik Araştırması
- **NRT:** Nikotin Replasman Tedavisi
- **SK:** Sentetik Kannabinoid
- **SPSS:** Sosyal Bilimler İçin İstatistik Paket Programı
- **DSO:** Dünya Sağlık Örgütü
- **HIS:** Sağlık Bilgi Sistemi
- **DALY:** Engelliliğe Ayarlanmış Yaşam Yılları

TABLOLAR DİZİNİ

Tablo 1 .Katılımcıların sosyodemografik özelliklerinin dağılımı 39

Tablo 2. Hastaların tanıları ile ilgili özelliklerin dağılımı 41

Tablo 3. Madde Kullanım Bozukluğu olan hastaların kullandığı ana madde türü ve Kumar Oynama Bozukluğu olan hastaların oynadığı ana kumar türünün dağılımı..... 42

Tablo 4. Madde Kullanım Bozukluğu olanlarda kullanım şekilleri ve kullanım yerleri 43

Tablo 5. Bağımlılık tanılarına göre hastaların ek olarak kullandığı maddelerin dağılımları 45

Tablo 6. Bağımlılık türlerine göre adli olayların dağılımı..... 47

Tablo 7. Bağımlılık türlerine göre klinik özelliklerin dağılımı 48

Tablo 8. Bağımlılık türlerine göre laboratuvar bulgularındaki anormalliklerin dağılımı 49

Tablo 9. Alkol ve Madde Kullanım Bozukluklarında BASİ puanlarının karşılaştırılması 50

Tablo 10. Bağımlılık türlerine göre BASİ alt maddelerinin karşılaştırılması 51

Tablo 11. Hastaların randevu alma ile ilgili özelliklerinin dağılımı..... 52

Tablo 12. Bağımlılık türlerine göre ilk iki muayene arasındaki gün sayısının karşılaştırılması 53

Tablo 13. Bağımlılık türlerine göre ikinci ve üçüncü muayene arasındaki gün sayısının karşılaştırılması 54

Tablo 14. Bağımlılık türlerine göre üçüncü ve dördüncü muayene arasındaki gün sayısının karşılaştırılması 55

Tablo 15. Bağımlılık türlerine göre Muayeneye gelmeden kaç gün önce randevu alındığının karşılaştırılması 55

Tablo 16. İlk bir hafta içinde kontrole gelme durumunun bağımlılık türlerine göre karşılaştırılması 56

Tablo 17. İlk bir ay içinde kontrole gelme durumunun bağımlılık türlerine göre

karşılaştırılması 57

Tablo 18. Bağımlılık türlerine göre tedavi süreçlerinin dağılımı 58

Tablo 19. Bağımlılık türlerine göre tedavi seçeneklerinin karşılaştırılması..... 59

Tablo 20. Bağımlılık polikliniğine başvuran hastalarda ilk kontrole geliş süresini öngören yordayıcıların çoklu doğrusal regresyon analizi ile incelenmesi 61

Tablo 21. Alkol Kullanım Bozukluğu olan hastalarda ilk kontrole geliş süresini öngören yordayıcıların çoklu doğrusal regresyon analizi ile incelenmesi 61

Tablo 22. Madde Kullanım Bozukluğu olan hastalarda ilk kontrole geliş süresini öngören yordayıcıların çoklu doğrusal regresyon analizi ile incelenmesi 62

Tablo 23. Kumar Oynama Bozukluğu olan hastalarda ilk kontrole geliş süresini öngören yordayıcıların çoklu doğrusal regresyon analizi ile incelenmesi 63

1. Giriş ve Amaç

1.1 Madde Kullanımı ve Bağımlılığının Önemi ve Artan Endişe

Madde Kullanımının Önemi ve Bağımlılığa Yönelik Artan Endişeler Madde kullanımı ve bağımlılığı, dünya genelinde devam eden ve giderek artan bir halk sağlığı sorunu olarak tanımlanmaktadır. Güleç ve arkadaşlarının 1977 yılında gerçekleştirdiği çalışmaya göre, madde kullanımı ile ilişkili bozukluklar, toplumu psikiyatrik, sosyal ve ekonomik açılardan pek çok zorlukla karşı karşıya bırakmaktadır .[1] 2023 Dünya Uyuşturucu Raporu'na göre, 2021 yılında dünya çapında yaklaşık 296 milyon kişi uyuşturucu kullanmıştır. Bu, 2011 yılına göre %23'lük bir artışa işaret etmektedir. En yaygın kullanılan madde olan esrar, dünya nüfusunun yaklaşık %4,3'ü tarafından tüketilmektedir.[2] Türkiye özelinde ise Türkiye İstatistik Kurumu'nun 2022 yılı sağlık araştırmasına göre, son 12 ay içinde alkol kullanım oranı %14,9'dan %12,1'e düşmüş olmasına rağmen, madde kullanımı ile ilişkili sorunlar ciddiyetini korumaktadır.[3]

1.2 Çalışmanın Özel Hedefleri

Bu çalışmanın temel amacı, Kocaeli Üniversitesi Hastanesi Bağımlılık Polikliniği'ne 2021 ve 2023 yılları arasında başvuran hastaların sosyodemografik ve klinik özelliklerini detaylı bir şekilde incelemektir. Çalışmanın özel hedefleri şunlardır:

- **Demografik Profilin Belirlenmesi:** Hastaların yaş, cinsiyet, eğitim durumu, medeni durum gibi temel demografik özelliklerini saptamak.
- **Klinik Özellikler ve Tedavi Süreçleri:** Hastaların klinik özelliklerini, başvuru nedenlerini, tanıları ve uygulanan tedavi süreçlerini analiz etmek.
- **Madde Kullanım Alışkanlıkları ve Bağımlılık Seyri:** Hastaların madde kullanım alışkanlıklarını, tercih ettikleri madde türlerini ve bağımlılık seyrini değerlendirmek.
- **Tedavi Yanıtları ve Etkililik Analizi:** Tedaviye verilen yanıtları ölçmek ve poliklinikte uygulanan tedavi metotlarının etkililiğini analiz etmek.

Bu araştırma, bağımlılık tedavisindeki mevcut yaklaşımların etkililiğini değerlendirerek daha etkin müdahale yöntemleri geliştirmek amacıyla kritik bilgiler sunmayı hedeflemektedir. Araştırma sonuçları, madde bağımlılığı mücadelesinde politika yapıcıların,

sağlık hizmeti sağlayıcıların ve ilgili diğer tarafların bilgi ve stratejilerini güçlendirecektir

2. GENEL BİLGİLER

2.1 Genel Bağımlılık: Tanımı ve Kapsamı

Bağımlılık, Türk Dil Kurumu (TDK, 2024) tarafından, bir nesneye, kişiye veya bir varlığa karşı duyulan kontrol edilemeyen istek veya başka bir iradenin tahakkümü altına girme durumu olarak tanımlanır.[4] Bu tanım, bağımlılığın sadece maddelerle sınırlı olmadığını, aynı zamanda kişilere veya diğer nesnelere yönelik de gelişebileceğini gösterir.

Uluslararası Hastalık ve Sağlık Sorunları Sınıflandırması (ICD-11) ise bağımlılığı, bir maddenin veya madde sınıfının kullanımının, belirli bir birey için daha önce değer verdiği diğer davranışlardan çok daha yüksek bir önceliğe sahip olduğu şeklinde tanımlar.[5] Bu tanım, bağımlılığın bireyin yaşamındaki öncelikleri ve işlevselliğini nasıl bozduğunu vurgular.

1.1.1 Bağımlılığın Tarihsel Kökenleri ve Maddelerin Kullanımı

Bağımlılığa yol açan maddelerin kullanımı dünya tarihinde derin köklere sahiptir. Tarihte çeşitli dönemlerde, dini gerekçeler veya zihinsel bulanıklık, bilinç kaybı gibi sebeplerle alkol kullanımı zaman zaman yasaklanmıştır. Geçmişte bağımlılık denilince akla genellikle alkol, afyon, esrar gibi maddeler gelirken, günümüzde bağımlılık, çeşitli maddelere ve bazı davranışlara yönelik olarak da gelişebilmektedir. [6]

Bağımlılığın Sınıflandırılması

Bağımlılık, fiziksel ve psikolojik olmak üzere iki ana kategori altında ele alınır:

Fiziksel Bağımlılık: Bireyin belirli bir maddeye karşı geliştirdiği fizyolojik bağımlılık, bu madde kullanılmadığında çeşitli fizyolojik semptomlarla kendini gösterir.

Psikolojik Bağımlılık: Kişinin maddeyi kullanma arzusu ve bu kullanımdan aldığı zevk ile karakterizedir. Çoğu zaman bireyler hem fiziksel hem de psikolojik bağımlılık yaşayabilir. [7]

Bağımlılık Türleri

Literatürde sıklıkla karşılaşılan bağımlılık türleri şunlardır:

- **Madde Bağımlılıkları:** Uyuşturucular, tütün, alkol, kafein, esrar gibi maddeler.
- **Davranışsal Bağımlılıklar:** Kumar, internet kullanımı, seks bağımlılığı, alışveriş gibi davranışlar.

Bu iki ana kategorideki bağımlılık süreçleri birbirine benzer olsa da, her bir bağımlılık

türünün ayrı ayrı incelenmesi daha etkili olabilir .[7]

2.2 Madde Kullanım Bozuklukları: Bir Genel Bakış

2.2.1 Madde Bağımlılığı Tarihçesi

Madde kullanım bozukluklarının tarihi insanlık tarihi kadar eskidir. İlk kullanımlar, genellikle terapötik amaçlar için olmuş ve zamanla madde kullanımının keyif verici ve bağımlılık yapıcı özellikleri keşfedilmiştir.

2.2.1.1 Antik ve Orta Çağ Dönemlerinde Madde Kullanımı

Tarih boyunca bitkisel ve kimyasal maddeler, çeşitli uygarlıklar tarafından hem tıbbi hem de rekreatif amaçlar için kullanılmıştır. Örneğin, M.Ö. 4000 ile 2000 yılları arasında Mezopotamya'da yetiştirilen haşhaş, kenevir ve afyon başlangıçta tıbbi amaçlar için kullanılmış, ancak zamanla bağımlılık yapıcı özellikleriyle tanınmıştır .[8] Orta Çağ ve Rönesans dönemlerinde, alkol ve afyon gibi maddeler, Avrupa ve Asya'da geniş bir kullanım alanı bulmuş ve madde kullanımı, sosyal ve dini ritüellerin bir parçası haline gelmiştir .[9]

2.2.1.2 Modern Zamanlarda Madde Bağımlılığı ve Yönetimi

19.yüzyılda, özellikle sanayi devrimiyle birlikte madde kullanımı artmış ve morfin, kokain gibi maddelerin medikal kullanımı popüler hale gelmiştir. Ancak, bu maddelerin bağımlılık yapıcı etkileri nedeniyle toplumsal ve sağlıkla ilgili ciddi sorunlar ortaya çıkmıştır .[10] 20. yüzyılın başlarında bilim insanları madde bağımlılığını daha sistematik bir şekilde incelemeye başlamış, 1950'lerde Dünya Sağlık Örgütü (WHO) madde bağımlılığını bir sağlık sorunu olarak tanımıştır. Bu dönemde madde kullanım bozukluğu üzerine yapılan bilimsel araştırmalar artmış ve çeşitli tedavi yöntemleri geliştirilmiştir .[11] Günümüzde madde kullanım bozukluğu, dünya genelinde milyonlarca insanı etkileyen ciddi bir sorun olarak görülmekte olup, bu alanda yapılan araştırmalar etkili önleme ve tedavi stratejilerinin geliştirilmesine odaklanmaktadır.[12]

2.2.2 Tanım ve Sınıflandırma

2.2.2.1 Narkotik ve Psikoaktif Maddeler

'Narkotik' kelimesi, Yunanca 'narke' kelimesinden türetilmiş olup 'uyku' anlamına gelir. Tarih boyunca bu terim, uyuşturucu etkisi gösteren ve bağımlılık potansiyeli taşıyan maddeleri tanımlamak için kullanılmıştır. Bu maddeler, genellikle sağlık üzerindeki olumsuz etkileri ve bağımlılık yapıcı özellikleri nedeniyle önemli bir halk sağlığı sorunu

olarak kabul edilir .[13]

'Psikoaktif' maddeler, beynin işlevlerini doğrudan etkileyerek zihinsel durumu, duygu durumunu ve algıları değiştiren maddelerdir. Bu maddeler, sıklıkla kötüye kullanılan ve bağımlılık yapıcı özelliklere sahip olmaları nedeniyle, merkezi sinir sistemini etkileyen maddelerle sınırlı kalmayıp, çeşitli sınıflara ayrılır. Bununla birlikte, 'psikoaktif' terimi bazen yalnızca beyni etkileyen maddelerle sınırlı kalındığı için eleştirilere maruz kalmıştır; çünkü bu tanım, beynin dışındaki diğer vücut sistemlerini de etkileyebilen birçok maddeyi dışlar.[14]

2.2.2.2 DSM-5 Kapsamında Bağımlılık ve Bozukluklar: Güncellenmiş Kriterler ve Sınıflandırmalar

DSM-5'te, daha önce kötüye kullanım ve bağımlılık olarak ayrı kategorilerde ele alınan kavramlar, 'madde ile ilişkili bozukluklar ve bağımlılık bozuklukları' başlığı altında tek bir kategori içerisinde birleştirilmiştir. Ayrıca, tanı ölçütlerine bağımlılığın şiddetini belirleyen bir skalada eklenmiştir.[15] Yineleyici yasal sorunlar yaşama ölçütü DSM-IV'ten çıkarılarak, yerine aşerme (craving) ölçütü tanı kriterleri arasına eklenmiştir. DSM-IV'te madde kullanımı ile ilişkili bozukluklar için listelenen maddeler 11 farklı kategori altında tanımlanırken, DSM-5'te bu maddeler alkol, kafein, kannabis, halüsinojenler, inhalanlar, opiyatlar, sedatif-hipnotik ya da anksiyolitikler, stimulanlar, tütün ve diğer maddeler olmak üzere 10 ayrı madde kümesi altında sınıflandırılmıştır. Kumar oynama bozukluğu, madde ile ilişkili olmayan bozukluklar arasına yeni bir kategori olarak eklenmiştir. [16;17]

Madde ile ilişkili bozukluklar iki ana kategori altında incelenmektedir: madde kullanım bozuklukları ve maddenin yol açtığı bozukluklar. Maddenin yol açtığı bozukluklar arasında entoksikasyon, yoksunluk ve maddenin/ilacın yol açtığı ruhsal bozukluklar bulunur. Bu ruhsal bozukluklar arasında psikozlar, iki uçlu ve ilişkili bozukluklar, depresyon bozuklukları, kaygı bozuklukları, takıntı-zorlantı bozuklukları, uyku bozuklukları, cinsel işlev bozuklukları, deliryum ve nörobilişsel bozukluklar sayılabilir. Madde kullanım bozukluğunun DSM-5 tanı ölçütleri, on iki aylık bir dönem içinde aşağıdaki özelliklerden en az ikisinin görülmesi ve bu durumların klinik olarak belirgin sıkıntı ya da işlevsellik kaybına yol açması şeklinde tanımlanır:

1. İşte, okulda veya evde başlıca yükümlülükleri yerine getirememek nedeniyle yineleyici madde kullanımı.

2. Maddenin fiziksel olarak riskli veya tehlikeli durumlarda tekrar tekrar kullanılması.
3. Madde kullanımına bağlı olumsuz etkiler yaşanmasına rağmen kullanımın sürdürülmesi.
4. Toleransın aşağıdaki belirtilerden biriyle tanımlanması: a. Entoksikasyon veya istenen etkiyi sağlamak için gereken maddenin miktarında belirgin artış. b. Aynı miktarda madde ile daha az etki elde edilmesi.
5. Yoksunluğun aşağıdaki belirtilerden biriyle tanımlanması: a. Maddenin kesilmesi veya azaltılması durumunda, ilgili maddeye özgü yoksunluk sendromunun ortaya çıkması. b. Yoksunluk belirtilerini hafifletmek veya önlemek amacıyla aynı veya benzer maddelerin kullanılması.
6. Çoğu zaman, niyet edilenden daha fazla veya daha zaman madde kullanımı.
7. Madde kullanımını bırakma veya kontrol etme çabalarının sürekli olması ama başarısızlıkla sonuçlanması.
8. Maddenin sağlanması, kullanılması veya etkilerinden kurtulmak için çok zaman harcanması.
9. Madde kullanımı nedeniyle önemli sosyal, mesleki veya boş zaman etkinliklerinin terk edilmesi veya azaltılması.
10. Maddenin neden olduğu veya kötüleştirdiği bilinen sürekli veya yineleyen fiziksel veya ruhsal sorunlara rağmen madde kullanımının sürdürülmesi.
11. Madde kullanmak için aşırı arzu veya zorlama hissi. Şiddet skalası, tanı kriterlerinin karşılanma sayısına göre değerlendirilir: 2-3 kriter hafif, 4-6 kriter orta, 7 ve üzeri kriter ise ağır madde kullanım bozukluğunu işaret eder .[17]

2.2.3 Bağımlılık Yapıcı Maddelerin Çeşitleri ve Farmakolojik Özellikleri

2.2.3.1 Kenevir (Esrar)

Kenevir ve esrar, günlük kullanımda "cannabis" adıyla anılsa da, gerçekte cannabis bitkisinden elde edilen 60'tan fazla bileşik tespit edilmiş ve bunlar "kannabinoidler" olarak adlandırılmaktadır. En bilinen aktif madde THC (Delta-9-tetrahydrocannabinol)'dır. Avrupa Uyuşturucu Raporu'na göre, esrar dünya genelinde en sık denenen uyuşturucu maddedir ve

2020 yılında 209 milyon insan tarafından kullanıldığı tahmin edilmektedir.[18] Türkiye'de ise, TUBİM'in 2023 raporuna göre, uyuşturucu suç olaylarının büyük bir kısmı esrar ile ilişkilidir.[19]

Esrar, beyindeki mesolimbik ödül sistemini etkileyerek dopamin salgısını artırır. İnhalasyon yoluyla alındığında 2-4 saat, oral yolla alındığında ise sindirim sistemi üzerinden 5-12 saat boyunca etkili olabilir. Motor beceriler üzerindeki etkiler 8 ila 12 saat kadar sürebilir. Kullanım sonucunda duyarlılık artışı, renklerin daha parlak algılanması, zaman ve mekan algısında değişiklikler, öfori ve paranoid düşünceler gibi etkiler gözlemlenir. Ayrıca, motor koordinasyon bozukluğu, bozulmuş muhakeme, ağız kuruluğu, taşikardi, artan iştah, gözlerde kaşıntı ve kızarıklık gibi fiziksel belirtiler de ortaya çıkabilir .[20;21]

Sentetik kannabinoidler (SK), son yıllarda giderek yaygınlaşmıştır ve "bonzai" adıyla da tanınır. Benzer etkilere sahip olmalarına rağmen, bileşenlerinin ve farmakolojik özelliklerinin tehlikeli olabileceği bilinmektedir .[22]

DSM-5'e göre, esrar bağımlılığı tanısı; aşırı ve uzun süreli kullanımdan sonra bırakılması ile oluşan yoksunluk belirtileri arasında uyku sorunları, huzursuzluk, sinirlilik, bunaltı, kilo kaybı, çökkün duygudurum, baş ağrısı, ateş, tremorlar ve karın ağrısı gibi en az üç belirti ve bulgunun görülmesi ile konulmaktadır .[23]

2.2.3.2 Halüsinojenler

Halüsinojenler, LSD, fensiklidin, peyote, meskalin ve flakka gibi maddeleri içermekte olup, algı, duygudurum ve bilişsel süreçler üzerinde güçlü etkiler yaratan psikoaktif maddelerdir. Bu maddeler, kullanıcılarında halüsinasyonlar geliştirebilir ve bazen bu belirtiler psikotik atağa benzer. Halüsinojenler, "zihin genişletici" olarak da bilinir ve kullanıcıların dünya algısını ve kendini algılayış şeklini değiştirebilir .[24]

Halüsinojenler, sempatomimetik etkiler gösterir; taşikardi, hipertansiyon, vücut ısısında artış ve pupiller dilatasyon gibi fizyolojik değişikliklere neden olurken, iştah azalmasına da yol açar. Bunların yanı sıra, kullanıcıda yoğun öfori, algıda artış ve yoğunlaşma, görme ve işitme algılarının birbirine karışması, beden, zaman ve yer algısında yanılsamalar, varsanılar gibi nöropsikolojik etkiler gelişebilir. Halüsinojenler ayrıca "bad trip" veya "kötü yolculuk" olarak adlandırılan, yoğun panik ve korku hallerine neden olabilir ve kullanıcının uyarılma düzeyi artarak paranoya belirginleşebilir. İntoksikasyon, maddenin kullanımı sırasında veya hemen sonrasında öforinin yerini yoğun anksiyete, paranoid düşünceler, bozulmuş yargılama ile ağır bir huzursuzluk halini alabilir. Bu etkiler genellikle 8-12 saat içinde yatışmaktadır .[20]

DSM-5'e göre, halüsinojenlerle ilişkili bozukluklarda yoksunluk durumunda fiziksel bağımlılık belirtileri genellikle gözlemlenmez; bununla birlikte, panik reaksiyonları, flashbackler ve psikoz gibi psikolojik bağımlılık belirtileri ortaya çıkabilir .[20;23]

2.2.3.3 Uçucu Maddeler (İnhalanlar)

Uçucu maddeler, günlük hayatta yasal olarak kullanılan ancak bilinçli şekilde amacı dışında kullanıldığında toksik ve ölümcül olabilen maddelerdir. Bu kategorideki maddeler arasında boya, tiner, benzin, asetonlu ürünler, yağ ve leke çıkarıcılar bulunmaktadır. Volatil solventler, aerosoller, gazlar ve anestezikler, nitrit türevleri gibi dört ana kategoride incelenir. Tiner ve bally gibi uçucu maddeler, erişilebilirlikleri, düşük maliyetleri ve kolay saklanabilir olmaları nedeniyle özellikle 12-17 yaş arası ergenler arasında popülerdir. Bu maddelerin kişilere hızlı ancak kısa süreli bir etki göstermesi, kullanımın gizlenmesine olanak tanır .[25] Ergenlerin yanı sıra, sokakta yaşayan evsizler, çoklu uyuşturucu madde kullananlar ve ihmal ve istismara uğramış kişiler tarafından da sıklıkla kullanılır; bu kullanımın nedeni, maddelerin kısa süreli öfori sağlamasıdır.[26]

2.2.3.4 Opioidler

Opium, doğal olarak gelincik bitkisinin kurutulmuş lateksinden elde edilen bir uyuşturucudur. Bu kategoriye, morfin ve kodein gibi doğal opium alkaloitlerinin yanı sıra, eroin gibi yarı sentetik ve metadon gibi sentetik opioidler de dahildir. Endojen opioidler, vücutta doğal olarak bulunan kimyasallardır ve ağrıyı azaltmak, öksürüğü rahatlatmak ve ishal tedavisinde kullanılırlar.

Endojen opioidler, beyinde çeşitli bölgelerde bulunur ve ağrıyı azaltmak, öksürüğü bastırmak ve ishali tedavi etmek gibi işlevleri vardır. Bunlar ayrıca ödül arayışını, motivasyonu, stres tepkisini ve ağrı hassasiyetini düzenlerler. Ancak, bu opioidlerin uzun süreli kullanımı psikolojik ve fiziksel bağımlılığa ve toleransa yol açabilir .[27]

Opioidlerin dikkatli bir şekilde kullanılması ve uygun tıbbi gözetim altında alınması önemlidir. Ayrıca, opioid kullanımıyla ilişkili risklerin farkında olmak ve uygun önlemleri almak da kritiktir. Opiyatlar arasında, bağımlılık oranı en yüksek olanı genellikle eroin olarak kabul edilir. Eroin, morfinin yarı sentetik bir türevidir ve morfinden daha güçlü bir etkiye sahiptir. Burun yolu veya enjeksiyon ile vücuda alındığında, lipofilik yapısı nedeniyle kan-beyin bariyerini hızla geçer ve kısa bir süre içinde, genellikle 15-20 saniye gibi çok kısa bir sürede beyne ulaşır. Eroin ve morfinin etkisi genellikle 3-5 saat sürer. Bu nedenle, bağımlı kişiler genellikle yoksunluk belirtilerini önlemek için maddeyi sık sık kullanma eğilimindedirler. Eroin genellikle pahalı bir madde olduğundan, bağımlılar genellikle başka

maddelerle birlikte kullanır veya madde temin etmek için hırsızlık, uyuşturucu ticareti, fuhuş gibi yasadışı aktivitelere başvurabilirler. Bu durum, bağımlıların kendilerine ve çevrelerine zarar verme riskini artırabilir, örneğin trafik kazaları, intihar girişimleri, aşırı madde kullanımına bağlı ölümler gibi riskli davranışlara yol açabilir.[7;28]

DSM-5'e göre, opiyat bağımlılığı tanısı için belirtilerin yanı sıra klinik açıdan belirgin bir soruna veya toplumsal/işlevsellikte azalmaya da neden olması gerekir. Bu belirtileri arasında mide bulantısı ve kusma, disforik ruh hali, kas ağrıları, ishal, ateş, uyuyamama, genişlemiş göz bebekleri, gözyaşı akıntısı, burun akıntısı ve terleme bulunur .Tanı için bu belirtilerden en az üçünün uzun süreli ve aşırı opioid kullanımının ardından bırakılması sonucunda ortaya çıkması gerekmektedir .[23]

2.2.3.5 Hipnotik, Sedatif ve Anksiyolotikler

Hipnotik, sedatif ve anksiyolitiklerle ilişkili bozukluklar, barbitüratlar, barbitürat olmayan hipnotikler ve anksiyolitik ajanlar olmak üzere üç gruba ayrılır. Bu maddeler, merkezi sinir sistemini baskılarlar ve genellikle uykusuzluk ve anksiyete tedavisinde kullanılırlar. Ancak, uzun süreli ve düzenli kullanım bağımlılığa neden olabilir ve ani kesilmesi durumunda epilepsi nöbetleri, kardiyovasküler kollaps ve deliryum gibi ciddi semptomlara yol açabilir. Dolayısıyla, ilaç tedavisi kademeli olarak azaltılmalıdır. Türkiye'de bu ilaçların serbest kullanımı önlenmiş ve kontrollü kullanım yeşil reçete ile sağlanmaktadır.[20;28]

Bağımlılık durumunda, bellek zayıflığı, hareket/konuşma/düşünmede yavaşlama, dikkat bozukluğu ve duygusal dengesizlik gibi belirtiler gözlemlenebilir. İntoksikasyon durumunda ise, madde kullanımı sırasında veya hemen sonrasında değişken duygudurum, saldırgan veya uygunsuz cinsel davranışlar, bozulmuş yargılama, nistagmus, dikkat/hafıza/koordinasyon bozukluğu ve stupor veya koma gibi belirtiler görülebilir.[28;29]

DSM-5 kriterlerine göre, yoksunluk durumunda otonom sinir sistemi hiperaktivitesi, artmış el titremesi, uyuyamama, mide bulantısı ve kusma, halüsinasyonlar, ajitasyon ve anksiyete gibi belirtiler görülebilir. Bu belirtilerin ortaya çıkma süresi, kullanılan maddeye bağlı olarak değişebilir. [23]

2.2.3.6 Uyarıcılar

Uyarıcılarla ilişkili bozukluklar, genellikle kokain, ekstazi ve amfetamin gibi maddelerin kullanımıyla ilişkilendirilir. Bu maddeler, ağız veya damar yoluyla alındığında ilk etapta

kişiye enerji verir, özgüveni artırır ve yorgunluğu, iştahı ve uyku gereksinimini azaltır. Bunların ana etkileri merkezi sinir sistemine dopaminerjik etki yaparak davranışsal uyarım ve psikomotor ajitasyona neden olmaktadır [30;31].

Kokain, doğadan elde edilen en güçlü uyarıcılardan biridir. Beyaz kristalize bir toz şeklinde gelir ve daha fazla kâr elde etmek için genellikle başka maddelerle karıştırılır ve yasa dışı şekilde dağıtılır. İlk kullanımda kişiye öfori, güven duygusu ve güçlülük hissi vermesine rağmen, zamanla ve yüksek dozda kullanıldığında gerginlik, sıkıntı, öfke ve paranoid psikoz gibi belirtiler ortaya çıkabilir. Etki süresi genellikle 20-80 dakika arasındadır ve psikolojik bağımlılığa neden olabilir.[28 ;32;30]

Dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu ile obezite tedavisinde kullanılan sentetik uyarıcı ilaçlar, örneğin Ritalin ve Concerta gibi maddelerin kötüye kullanımı ve uzun süreli kullanımı bağımlılığa ve toleransa neden olabilir. Akut zehirlenme durumunda ise, uykusuzluk, huzursuzluk, çarpıntı, titreme, kan basıncında artış, bulantı, kusma ve ağır endişe gibi belirtiler görülebilir, hatta bilinç bulanıklığı, deliryum, kardiyovasküler kollaps, koma ve ölüm gibi sonuçlar oluşabilir.[28;20;33]

Ekstazi, farmakolojik olarak amfetamine benzeyen sentetik bir maddedir ve hem uyarıcı hem de halüsinojen etkilere sahiptir. Özellikle 25 yaşın altındaki bireylerde popüler olsa da, ağır etkileri nedeniyle kullanımı azaltılmaya çalışılmaktadır. Alkol ile birlikte kullanıldığında, ekstazi ölümlerine neden olabilen vücudun su ve elektrolit kaybetmesine sebep olabilir.[28]

Uyarıcı intoksikasyonu durumu, madde kullanımı sırasında veya hemen sonrasında ortaya çıkabilir. Bu durumda, kişide yorgunluk, aşırı uyarılma, taşikardi veya bradikardi, terleme veya üşüme, kan basıncında artış veya azalma, genişleyen göz bebekleri, kardiyak aritmiler, konfüzyon, nöbetler ve koma gibi belirtiler görülebilir.[23;20]

DSM-5'e göre yoksunluk durumu, kullanılan maddeye göre birkaç saat veya gün içinde semptomların ortaya çıkmasına işaret eder. Bu semptomlar genellikle yorgunluk, depresyon, kas ağrıları veya kramplar, aşırı terleme, kabuslar ve baş ağrısı gibi "crash" sendromu olarak adlandırılan belirtileri içerebilir.[23]

2.2.3.7 Çoklu Madde Kullanımı

Çoklu madde kullanımı, birden fazla uyuşturucunun ardışık veya eş zamanlı kullanımını ifade eder. Uyuşturucu bağımlılığı ve etkileri sıklıkla tekil uyuşturucular üzerinden değerlendirilse de, birçok hasta birden fazla maddeyi bir arada kullanmaktadır. DSM-IV'de,

nikotin ve kafein hariç, kişinin en az üç farklı madde grubundan madde kullanımını 12 aylık süre zarfında tekrarlayıcı bir biçimde yapması "çoklu madde kullanımı" olarak tanımlanmaktaydı; ancak DSM-5'ten bu tanım çıkarılmıştır. Yine de klinik deneyimler, çoklu madde kullanımının yaygınlığını göstermektedir .[34;35;36]

Birincil bağımlılıklar genellikle alkol, opioidler, amfetamin ve metamfetamin gibi maddelerle ilişkilidirken, esrar ve kokain daha çok ikincil veya üçüncül kullanılan maddeler olarak rapor edilmektedir.[37] Çoklu madde kullanımının hem madde kullanım bozukluğu şiddeti hem de tedavi sonuçları üzerindeki etkisi, artan fiziksel ve zihinsel sağlık sorunları, riskli davranışlar, şiddet eğilimi ve yüksek aşırı doz ve ölüm riskleri ile birlikte endişe verici boyutlarda olabilir.[38;39]

2.2.4 Madde Kullanımı Epidemiyolojisi

Dünya Sağlık Örgütü'nün 2017 raporuna göre, 2015 yılında dünya nüfusunun %5'i, yani her yirmi kişiden biri, hayatlarında en az bir kez uyuşturucu kullanmıştır. Aynı raporda, dünya nüfusunun %0,6'sının madde kullanım bozukluğundan etkilendiği belirtilmektedir.[40]

2023 Dünya Uyuşturucu Raporu, uyuşturucu kullanımının dünya genelinde hala yüksek seviyelerde olduğunu göstermektedir. 2021 yılında, 15-64 yaş aralığındaki her 17 kişiden biri son 12 ay içinde uyuşturucu kullanmıştır. Bu dönemde kullanıcıların tahmini sayısı 2011'de 240 milyondan 2021'de 296 milyona yükselmiştir. Bu %23'lük artış, kısmen nüfus artışının etkisiyle gerçekleşmiştir. 2021 yılında, dünya genelinde en yaygın kullanılan uyuşturucu madde olan esrarın tahmini kullanıcı sayısı 219 milyon olarak belirlenmiştir. Bu, dünya genelindeki yetişkin nüfusun yaklaşık %4,3'üne tekabül etmektedir. Uyuşturucu madde kullanımı artmaktadır ve küresel düzeyde esrar kullanıcılarının çoğunluğunu erkekler oluştururken (%70 civarında), bazı alt bölgelerde cinsiyet farkı azalmaktadır; örneğin, Kuzey Amerika'da esrar kullanıcılarının %42'si kadınlardan oluşmaktadır. 2021 yılında, dünya genelinde tahmini olarak 36 milyon kişi amfetaminler, 22 milyon kişi kokain ve 20 milyon kişi ecstasy türü maddeleri son bir yıl içinde tüketmiştir. Cinsiyet bazında, kadın kullanıcıların oranı amfetamin türü uyarıcılar ve tıbbi olmayan ilaç kullanımında (%45 ile %49 arası) erkeklerden daha yüksektir. Opioidler, ölümcül aşırı dozlar da dahil olmak üzere ciddi uyuşturucu madde kaynaklı zararların en fazla görüldüğü madde grubu olarak kalmaya devam etmektedir. 2021 yılında, tıbbi olmayan opioid kullanımı yapan tahmini 60 milyon kişi bulunmaktadır ve bu kişilerin 31,5 milyonu opiatlar, genellikle eroin, kullanmıştır .[2]

Madde Bağlantılı Ölüm (MBÖ) verileri, Adalet Bakanlığı Adli Tıp Kurumu (ATK) tarafından analiz edilen otopsi kayıtlarından toplanmakta ve raporlanmaktadır. ATK, 2022

yılına ait Madde Bağlantılı Ölüm sayılarını Haziran 2023 tarihinde tamamlayarak Emniyet Genel Müdürlüğü'ne (EGM) iletmiştir. Sonuçlara göre, 2022 yılında 246 doğrudan madde bağlantılı ölüm kaydedilmiştir. Ölenler arasında 10 farklı ülke vatandaşı bulunmaktadır (Azerbaycan, Fas, Filistin, Gürcistan, İran, Özbekistan, Pakistan, Suriye, Türkmenistan, Ürdün ve uyruğu bilinmeyen 5 kişi); ancak ölenlerin büyük çoğunluğu (%91,1) Türk vatandaşıdır. Madde bağlantılı ölümlerin cinsiyet dağılımı incelendiğinde, son yıllarda kadın ölümlerinde oran artışı gözlemlenmiştir. 2022 yılında ölümlerin %89'u erkek, %11'i kadın olarak kaydedilmiştir. Çoklu madde kullanımı ölüm riskini artırmaktadır; 2022 yılında madde bağlantılı ölümlerin %62,2'si çoklu madde kullanımından kaynaklanmaktadır. Yaş dağılımı incelendiğinde, 2022 yılında ölenlerin yaş ortalaması 34'tür. 30 yaş altı ölümler %35,4, 30-39 yaş arası ölümler %35,8 ve 40 yaş üzeri ölümler %28,5 oranındadır. 2022 yılında madde bağlantılı ölümlerin %56,9'u metamfetamine, %27,2'si eroine, %18,7'si ecstasy'e bağlı olarak gerçekleşmiştir.[19]

2.2.5 Eş Tanılar: Madde Kullanım Bozuklukları ile İlişkili Psikiyatrik Hastalıklar

Madde kullanım bozuklukları sıklıkla çeşitli psikiyatrik hastalıklarla birlikte görülür. Bu tür durumlarda, madde kullanımının psikiyatrik belirtileri taklit edebilmesi veya var olan psikiyatrik durumları kötüleştirmesi nedeniyle, eş tanı koymak kritik önem taşır. Madde kullanımı depresyon semptomlarını taklit edebilir veya var olan depresyonu kötüleştirebilir. Araştırmalar, özellikle alkol ve uyuşturucu kullanımının depresif bozukluklarla yüksek oranda birliktelik gösterdiğini belirtmektedir.[41] Anksiyete bozuklukları madde kullanım bozuklukları ile sıkça bir arada görülür. Bu bozuklukların tedavisi, madde kullanımını da içermelidir.[42] Bipolar bozukluğu olan bireylerde madde kullanımı yaygındır. Bu durum genellikle bipolar bozukluğun manik fazları sırasında artış gösterir.[43] DEHB olan kişilerde ilerleyen yaşlarda madde kullanım bozukluklarına rastlanma olasılığı daha yüksektir. Bu bireyler genellikle semptomlarını yönetmek amacıyla uyuşturuculara başvurabilirler.[44] Şizofreni ve diğer psikotik bozukluklarla madde kullanımı arasında belirgin bir ilişki bulunmaktadır. Bu hastalar genellikle semptomlarını hafifletmek için alkol, marihuana ve diğer psikoaktif maddeleri kullanır.[45]

Bu durumlar, madde kullanım bozuklukları olan hastalarda eş tanı olarak dikkate alınmalıdır. Tedavi planlaması yapılırken, bu psikiyatrik koşulların varlığı ve bunların madde kullanımı ile etkileşimleri göz önünde bulundurulmalıdır.

2.2.6 Bağımlılık Tedavi Yöntemleri: Davranışsal ve Medikal Yaklaşımlar

Kanıta dayalı davranışsal tedaviler, madde kullanım bozukluklarının temelinde yatan davranışsal süreçleri hedef alır. Bu tedaviler, bireyin değişime karşı kararsızlığını, stresle başa çıkma yeteneklerini ve çevresel risk faktörlerine yanıtını iyileştirmeyi amaçlar. Bilişsel davranışçı terapi, motivasyonel görüşme ve pekiştireç sistemleri gibi yöntemler bu süreçte önemli rol oynar.[46] Bu terapiler hem bireysel hem de grup formatlarında uygulanabilir ve genellikle her iki format da etkili olarak değerlendirilir .[47]

Teknoloji destekli tedaviler, bilgisayar tabanlı uygulamalar kullanılarak yüksek kaliteli davranışsal müdahalelere erişimi genişletir ve klinik personel için minimum eğitim gereksinimini sağlar.[48] Bu, özellikle uzak veya kaynakları kısıtlı bölgelerde avantaj sağlar. İlaç tedavileri, güvenlik, konfor ve nüksün önlenmesine yönelik stratejiler geliştirmeyi hedefler. Detoksifikasyon ve yoksunluk sendromlarının yönetimi, alkol ve uyuşturucu intoksikasyonunun stabilizasyonu, opioid yoksunluğu belirtilerinin hafifletilmesi gibi konfor sağlayıcı tedaviler ön plana çıkar .[49] Ayrıca, benzodiazepin doz aşımı, tiamin ve folat replasmanı, psikoz ve deliryum için haloperidol gibi tedaviler, destekleyici tıbbi müdahaleler arasında yer alır.[50]

Madde kullanım bozukluklarını sürdüren tedavilerde genel prensip, kronik madde kullanımıyla duyarsızlaşan sinir yollarını stabilize eden kısmi veya tam agonist tedavilerin yanı sıra, ilacın etkilenen bölgedeki reseptörlere gelecekte madde erişimini engelleyen antagonist tedavilerin kullanılmasıdır.[46]

2.3 Alkol Kullanım Bozukluğu: Bir Genel Bakış

2.3.1 Tanım ve Tarihçe

Alkol kullanım bozukluğu (AKB), kişinin sürekli olarak alkol kullanımıyla meşgul olması, kontrolsüz ve kompulsif şekilde alkol tüketmesi, alkol kullanımını sınırlamada başarısız olması ve alkol erişimi kısıtlandığında negatif duygular yaşaması ile karakterize kronik ve tekrarlayan bir durumdur.[51]

Alkol, bilinen en eski yatıştırıcı ve keyif verici maddelerden biridir ve psikofarmakolojik bir ajan olarak günümüze kadar kullanılmaya devam edilmiştir. [52]

Tarih boyunca alkolün sağlığa zararları bilinmiştir. Günümüzde de alkol kullanımına bağlı sorunlar ciddi sağlık ve sosyal sorunlar arasında yer almaktadır. Alkol kullanımı bireyi, sosyal çevresini, ailesini, iş hayatını, ekonomik durumunu ve sağlığını olumsuz yönde etkiler .[53] 1785 yılında Benjamin Rush, alkol kullanımını bir hastalık olarak tanımlayan ilk kişi olmuştur.[54] ‘Alkolizm’ terimi ise Magnus Huss tarafından 1849 yılında ortaya

atılmıştır.[55] Jellinek, 1946 yılında içme davranışını tanımlayarak durumun heterojenliğine dikkat çekmiş ve beş farklı alkolizm türü tanımlamıştır.[56] Edwards ve Gross, 1976 yılında 'Alkol Bağımlılığı Sendromu' kavramını geliştirmiş ve içme dürtüsüne öznel farkındalık, alkole karşı artan tolerans, tekrarlayan yoksunluk belirtileri ve bu yoksunluk belirtilerinin daha fazla tüketim ile hafifletilmesi ya da önlenmesi olarak tanımlamıştır.[57]

2.3.2 Sınıflandırma ve Tanı Kriterleri

19.yüzyılda, alkol kullanımına dair sorunlar ahlaki ve kişilik sorunu olarak görülmekteydi.[57] Bu düşüncenin etkisiyle, alkol kullanım bozuklukları DSM-I'de kişilik bozuklukları başlığı altında yer almıştır.[58] DSM-II'de ilk kez alkolizm kavramı yer almıştır.[59] DSM-III'te alkolizm kavramı sınıflandırmadan çıkarılmış ve alkol kullanımı ile ilgili bozukluklar 'alkol kötüye kullanımı' ve 'alkol bağımlılığı' olarak iki alt gruba ayrılmıştır.[60] DSM-IV'te, kötüye kullanım ve bağımlılık arasında ayrım yapılırken, fizyolojik bağımlılık koşulu çıkarılmıştır.[16]

DSM-5'e göre, alkol kullanım bozukluğunun teşhisi için son on iki ay içinde 11 tanı kriterinden en az ikisinin mevcut olması gerekmektedir. Bu tanı kriterleri şunlardır:

1. İstenilenden daha fazla veya daha sık alkol kullanımı.
2. Alkol kullanımını durdurmak veya azaltmak için yapılan başarısız girişimler veya sürekli bir istek.
3. Alkol kullanımı, alkol temini veya alkolün etkilerinden kurtulma amacıyla çok fazla zaman harcanması.
4. Alkol kullanma konusunda güçlü bir istek veya zorlanma hissinin varlığı.
5. Tekrarlayan alkol kullanımı nedeniyle iş, okul veya evdeki sorumlulukların yerine getirilememesi.
6. Alkol kullanımı nedeniyle kişilerarası veya toplumsal sorunlar yaşanmasına rağmen kullanıma devam edilmesi.
7. Alkol kullanımı nedeniyle toplumsal, iş veya eğlence aktivitelerinin terk edilmesi veya azaltılması.
8. Tehlikeli durumlarda bile tekrar tekrar alkol kullanılması.

9. Alkolün sebep olduğu ya da kötüleştirdiği fiziksel veya ruhsal sorunlara rağmen alkol kullanımının devam etmesi.

10. İstenen etkiyi elde etmek için daha fazla alkol tüketme ihtiyacı veya aynı miktarda alkolle daha az etki hissedilmesi.

11. Alkol yoksunluğu belirtileri (terleme, bulantı, uykusuzluk, kusma, sinirlilik, huzursuzluk, ateş, kas sızıları, titreme vb.) gözlemlenmesi ve bu belirtilerden kaçınmak için alkol veya benzodiazepin gibi maddelerin kullanılması.

Bu tanı kriterleri, alkol kullanım bozukluğunun teşhis ve tedavisinde kritik rol oynamakta olup, klinik uygulamalarda rehber olarak kullanılmaktadır.[23]

2.3.3 Epidemiyoloji

Alkolle ilişkili sorunlar, özellikle Batı kültüründe önemli bir halk sağlığı meselesi iken, son yıllarda Türkiye gibi gelişmekte olan ülkelerde de hızla artış göstermektedir. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) raporlarına göre, alkol tüketimi sigara ve hipertansiyondan sonra üçüncü en önemli önlenebilir sağlık sorunu nedenidir.[61] DSÖ'ye göre, alkol tüketimi 200'den fazla hastalık ve yaralanma ile ilişkilendirilen sağlık sorunlarına neden olmaktadır .[62] 2016 yılında, alkolle ilişkili sorunlar nedeniyle dünya genelinde 3 milyondan fazla insan yaşamını yitirmiştir; bu da her 20 ölümden birinin alkolle ilişkili olduğunu göstermektedir.[63]

Dünya genelinde, 15-59 yaş aralığındaki bireylerde, alkolle ilişkili sorunlar nedeniyle engelliliğe ayarlanmış yaşam yılları (DALY) hastalık yükünün %4,2'sini oluşturmaktadır. 1990'dan bu yana, erkekler ve kadınlar arasında alkol tüketimine atfedilen DALY %25'ten fazla artmıştır.[64] Küresel olarak, yetişkinlerin yaklaşık %38'i son 12 ay içinde alkol tükettiğini bildirmekte, Amerika Birleşik Devletleri'nde bu oran %60 ile %70 arasında değişmektedir. DSÖ verilerine göre, 15 yaş ve üstü bireylerin kişi başına ortalama yıllık alkol tüketimi yaklaşık 6,2 litre saf alkoldür; bu da günde ortalama 13,5 gram saf alkol tüketimi anlamına gelir. Dünya nüfusunun yalnızca %38'i alkol tükettiği düşünüldüğünde, alkol tüketenler yılda ortalama 17 litre saf alkol tüketmektedir.[62]

ABD'de yapılan bir araştırmaya göre, alkol kullanım bozukluğunun (AKB) bir yıllık prevalansı %13,9, yaşam boyu prevalansı ise %29,1 olarak rapor edilmiştir.[65] Alkol kullanım bozukluklarının dünya genelinde 12 aylık prevalansında cinsiyet farklılıkları gözlemlenmiştir; tahmini olarak 237 milyon erkek ve 46 milyon kadın AKB ile mücadele etmektedir. Erkeklerde ve kadınlarda en yüksek AKB prevalansı sırasıyla Avrupa'da %14,8

ve Amerika'da %11,5 ile kaydedilmiştir.[63] Alkol kullanım bozuklukları özellikle yüksek gelirli ülkelerde daha yaygınken, Türkiye'de erkeklerde %8,1, kadınlarda ise %1,7 olarak saptanmıştır. Ülkemizdeki ağır içicilik oranları ise dünya genelinde %16 iken, Türkiye'de %0,2 olarak bildirilmiştir .[62] Ülkemiz verilerinde ise, 2018 yılında 42000 kişi ile yapılan araştırmada alkollü içecek kullanmanın yaşam boyu yaygınlığı %22,1, son 1 yılda kullanma yaygınlığı %12,6 olarak bildirilmiştir. Alkollü içecekleri ilk kez deneme yaşının ortalaması 19,94 olarak tespit edilmiştir. Yaşam boyu yaygınlık erkeklerde kadınlara göre yaklaşık 3 kat daha fazla saptanmıştır.[66]

Son 12 ay içinde, 15 yaş ve üstü bireyler arasında alkol kullanım oranı incelendiğinde, 2019 yılında %14,9 seviyesindeyken 2022 yılında %12,1'e düştüğü gözlemlenmiştir. Bu oran, 2022 yılında erkekler arasında %18,4 iken kadınlar arasında %5,9 olarak belirlenmiştir. Ayrıca, alkol kullanmayan bireylerin oranı 2019 yılında %85,1 iken 2022 yılında %87,9'a yükselmiştir.[3]

2.3.4 Eş Tanılar: Alkol Kullanım Bozukluğu ile İlişkili Psikiyatrik Hastalıklar

Yapılan epidemiyolojik ve klinik çalışmalar, alkol kullanım bozukluğu (AKB) olan bireylerde psikiyatrik bozuklukların genel popülasyona göre daha sık görüldüğünü ortaya koymaktadır.[67;68] AKB tanısı olan hastaların %37'sinde en az bir psikiyatrik bozukluğun eşlik ettiği belirlenmiştir.[69] Bu bozukluklar arasında en sık rastlananlar duygudurum bozuklukları olup, bunları anksiyete bozuklukları ve antisosyal kişilik bozukluğu izlemektedir.[70] Türkiye'de yapılan bir araştırmada, AKB tanısı almış bireylerde DDB sıklığının %20 olduğu, bunlar içinde en yaygın rastlananın %15 ile major depresyon olduğu saptanmıştır.[71] Ayrıca, AKB olan bireylerin %72,5'inde en az bir tür kişilik bozukluğu bulunurken, bu kişilerin %37,5'inde antisosyal kişilik bozukluğu, %20'sinde ise sınır kişilik bozukluğu tespit edilmiştir.[72]

2.3.5 Alkol Bağımlılığı Tedavi Yöntemleri: Davranışsal ve Medikal Yaklaşımlar

Alkol kullanım bozukluğunun tedavisinde çeşitli yöntemler uygulanmakta olup, bu yöntemler hastanın durumunun şiddetine ve kişisel ihtiyaçlarına göre bireyselleştirilir. Tedavi, ilaç tedavisi, davranışsal terapiler, destek grupları ve detoks/rehabilitasyon programları olmak üzere dört ana kategori altında toplanabilir.

İlaç Tedavisi: Alkol kullanım bozukluğu tedavisinde kullanılan ilaçlar arasında Disulfiram, Naltrexone ve Acamprosate yer almaktadır. Disulfiram, alkol tüketildiğinde rahatsızlık verici etkiler yaratarak içme davranışını caydırmaktadır.[73] Naltrexone, alkolün ödüllendirici etkilerini azaltarak içme arzusunu ve miktarını düşürmeye yardımcı olur [74].

Acamprosate ise, alkol bırakıldıktan sonra beyindeki kimyasal dengesizlikleri düzenleyerek yoksunluk belirtilerini hafifletir ve nüksü önlemeye yardımcı olur.[75]

Davranışsal Tedaviler: Bilişsel davranışçı terapi (BDT), içme davranışını yönetmeyi öğreten ve alkol kullanımına yönelik düşünce yapılarını değiştirmeyi hedefleyen bir yaklaşımdır.[76] Motivasyonel görüşme, bireyin değişim için iç motivasyonunu artırmaya odaklanır.[77] Aile terapisi ise, aile içi ilişkileri güçlendirerek tedavi sürecine destek olur.[78]

Destek Grupları: Alkolikler Anonim (AA) gibi destek grupları, alkol kullanım bozukluğu olan bireylere sürekli destek sağlayarak iyileşme süreçlerinde önemli bir rol oynar. AA'nın 12-adım programı, katılımcılara alkolizmi yönetmelerine yardımcı olacak bir topluluk sunar.[79]

Detoks ve Rehabilitasyon Programları: Alkol detoksu, tıbbi gözetim altında gerçekleştirilir ve bireyin vücudundan alkolün güvenli bir şekilde atılmasını sağlar. Detoks sürecini takiben, rehabilitasyon programları bireysel ve grup terapilerini içerir ve kişinin alkolü bırakma sürecinde ona destek olur.[80]

Bu tedavi yöntemleri, multidisipliner bir yaklaşımı gerektirir ve en iyi sonuçlar, tedavi sürecine aktif olarak katılan ve destek sağlayan bir sağlık ekibi tarafından sağlanır. Tedavi planının başarısı, bireyin özel ihtiyaçlarına uygun şekilde düzenlenmesine bağlıdır.

2.4 Kumar Oynama Bozukluğu: Bir Genel Bakış

2.4.1 Tanım ve Genel Bilgiler

Kumar oynama, büyük bir kazanç elde etme umuduyla bir şeyi riske atma eylemi olarak tanımlanır. Kumar oynama bozukluğu (KOB), kişinin işlevselliğini bozacak derecede sürekli olarak kumar oynama davranışını ifade eder. KOB, bireyin kendisi, ailesi ve toplumu üzerinde olumsuz etkiler yaratır. Bu olumsuz etkiler arasında psikolojik sorunlar, maddi kayıplar, intihar girişimleri, hukuki sorunlar, işyeri problemleri ve düşük yaşam kalitesi yer alır.[81]

2.4.2 Tarihsel Gelişim

KOB, Amerikan Psikiyatri Birliği (APA) tarafından ilk kez 1980 yılında klinik bir bozukluk olarak kabul edilmiş ve DSM-III'te "patolojik kumar oynama" terimi ile dürtü kontrol bozuklukları arasında sınıflandırılmıştır.[82]

DSM-5'te ise "kumar oynama bozukluğu" terimi kullanılmış ve "madde ile ilişkili bozukluklar ve bağımlılık bozuklukları" kategorisine alınmıştır. Tanı ölçütlerinde de

değişikliğe gidilmiş, “kumar oynayacak parayı bulmak için yasadışı eylemlerde bulunma” tanı ölçütü kaldırılmış ve tanı koyma için 10 ölçütten 5’ini karşılama yerine 9 ölçütün 4’ünü karşılamanın yeterli olduğu belirtilmiştir.[82]

2.4.3 Tanı Kriterleri

DSM-5-TR’ ye göre tanı kriterleri şu şekildedir:

A. On iki aylık bir süre içinde, aşağıdakilerden en az dördü veya daha fazlası ile kendini gösteren, klinik açıdan belirgin sıkıntıya ya da işlevsellikte azalmaya yol açan, sürekli ve yineleyici, sorunlu kumar oynama davranışı:

1. İstenen heyecanı elde edebilmek için giderek daha fazla parayla kumar oynama ihtiyacı duyar.
2. Kumar oynamayı bırakma ya da durdurma girişimleri sırasında huzursuz ya da kolay sinirlenen biri olur.
3. Kumar oynamayı kontrol altına almak, bırakmak ya da durdurmak için tekrarlayan, başarısız çabaları olmuştur.
4. Kumar oynamak üzerine sürekli olarak düşünür.
5. Genellikle, sıkıntı duyduğunda kumar oynar.
6. Parayla kumar oynayıp kaybettikten sonra, genellikle kaybettiklerini geri kazanmak için tekrar kumar oynar.
7. Kumar oynama miktarını gizlemek için yalan söyler.
8. Kumar oynama nedeniyle önemli bir ilişkisini, işini, eğitim veya iş fırsatını tehlikeye atmış ya da kaybetmiştir.
9. Kumar oynadığı için düştüğü umutsuz parasal durumlardan kurtulmak için başkalarının finansal desteğine bel bağlar.

B. Kumar oynama davranışı, bir mani dönemi ile daha iyi açıklanamaz. [17]

Erken remisyonda: Kumar bozukluğuna ilişkin tanı ölçütleri daha önce tam olarak karşılandıktan sonra, kumar bozukluğu ölçütlerinin hiçbiri en az 3 ay, ancak 12 aydan daha kısa bir süre boyunca karşılanmamıştır.

Sürekli remisyonda: Daha önce kumar bozukluğuna ilişkin tüm ölçütler karşılandıktan sonra, 12 ay veya daha uzun bir süre boyunca kumar bozukluğuna ilişkin ölçütlerden hiçbiri karşılanmamıştır.

Şiddet seviyeleri:

- **Hafif:** 4-5 kriter karşılanması halinde
- **Orta:** 6-7 kriter karşılanması halinde
- **Şiddetli:** 8-9 kriter karşılanması halinde

Kumar oynayan herkeste KOB gelişmeyeceği göz önünde alındığında kumar oynama biçimi literatürde üç kategoride incelenmiştir:

1. **Sosyal amaçlı kumar oynayanlar (social gamblers):** Kumarı eğlence amaçlı oynarlar ve kumar oynama üzerinde kontrollerini kaybetmezler.
2. **Problemli kumar oynama(problem gambling):** Kumar oynamanın sosyal sınırları aştığı ve olumsuz sonuçlara rağmen giderek daha sık ve yüksek miktarlarda kumar oynanmaya başlandığı evredir. Bu kişiler kumarı keyif, kaçış ve heyecan için oynarlar.
3. **Patolojik kumar oynama (pathological gambling):** Kumar oynama bozukluğudur ve bu kişilerin kumar oynama üzerindeki denetimleri büyük ölçüde bozulmuştur.[83]

2.4.4 Epidemiyoloji

Kumar oynama bozukluğu (KOB), dünya genelinde yaygın bir sorundur ve farklı bölgelerde farklı prevalans oranlarına sahiptir. 2022 Küresel Kumar Raporu'na göre, Asya Pasifik bölgesi, küresel kumar pazarında %32,5'lik bir paya sahiptir. Kuzey Amerika %32,2 ve Batı Avrupa %22,8'lik yıllık büyüme oranları ile kumar pazarında hızla büyüyen bölgeler arasında yer almaktadır. Güney Amerika %8,3 ve Doğu Avrupa %1,7'lik büyüme oranları ile daha yavaş bir gelişim göstermektedir.[84]

Amerika Birleşik Devletleri'nde yapılan iki önemli epidemiyolojik araştırma, kumar bağımlılığı ve sorunlu kumar oynama durumlarının prevalansını incelemiştir. Ulusal Komorbidite Araştırması'nda, 3435 katılımcı üzerinde yapılan analiz sonucunda, sorunlu kumar oranı %2,3 ve kumar bağımlılığı oranı %0,6 olarak bulunmuştur.[85] NESARC'ın 43.000'den fazla yetişkinle yürüttüğü araştırmaya göre, ABD'deki yetişkinlerin %0,6'sı kumar sorunları yaşadığını ifade etmiş, %0.42'sinde kumar oynama bozukluğu saptanmıştır.[85] İsveç'teki bir başka çalışma, sorunlu kumar oranını %3,9 ve kumar oynama bozukluğunu %0,6 olarak raporlamıştır.[86] İtalya'da yapılan bir araştırmada, yetişkinlerin %36,4'ü geçen yıl en az bir kez kumar oynadığını, %3'ü sorunlu kumar, %4,1'i düşük riskli

kumar ve %2,8'i orta riskli kumar kriterlerine uyduğunu bildirmiştir.[87] Yunanistan'da finansal kriz sırasında yapılan bir prevalans araştırması, katılımcıların %2,4'ünün sorunlu kumar kriterlerine uyduğunu ortaya koymuştur.[88] Almanya'da yapılan bir araştırmada, 18-70 yaş arası nüfusun %2,3'ünün DSM-5 kriterlerine göre kumar oynama bozukluğuna sahip olduğu belirlenmiştir [89]. Güney Kore'deki Ulusal Epidemiyoloji Anketi sonuçlarına göre, yaşam boyu kumar oynama oranı %3,0, kumar oynama bozukluğu oranı ise %0,8 olarak bulunmuştur.[90]

Türkiye'de kumar oynamanın yaygınlığına dair araştırmalar nadirdir. Bir araştırmada, üniversite öğrencileri arasında kumar oynama alışkanlıkları ve patolojik kumara eğilimli kişilik özellikleri incelenmiştir. Araştırma sonuçlarına göre, öğrenciler arasında yaşam boyu en çok oynanan kumar türleri %31,1 ile iddia, %27,9 ile milli piyango ve %21,3 ile sayısal loto olarak belirlenmiştir. [91]. Diğer bir çalışmada, katılımcıların %41,4'ü hayatlarında en az bir kez kumar oynadığını, %21,5'i son bir ay içinde ve %15,3'ü internet üzerinden kumar oynadığını belirtmiş; %1,2'sinde patolojik kumar oynama saptanmıştır.[92] 18-30 yaş grubundan 215 genç yetişkin üzerinde yapılan bir çalışmada, katılımcıların şans oyunlarını oynama oranları şu şekilde belirlenmiştir: %47'si iddia, %16,7'si sayısal loto, %7,9'u süper toto, %6,5'i piyango, %6'sı at yarışı, %4,2'si kazı kazan, %2,3'ü şans topu, %1,9'u 10 numara, %0,9'u süper loto ve %6,5'i diğer şans oyunlarını tercih etmiştir.[93]

Kumar oynama bozukluğunda cinsiyetler arası farklar da dikkat çekicidir. Erkekler arasında kumar oynama bozukluğu kadınlara göre daha yaygındır. Araştırmalar, erkeklerin kadınlardan iki ila üç kat daha fazla kumar sorunu yaşadığını göstermektedir.[94] Kumarhanelere erişimin kolay olduğu yerlerde, kadınlar arasında kumar oynama oranlarının arttığı gözlemlenmiştir.[95] Zimmerman ve ekibinin çalışmalarına göre, kumar bozukluğu olan kişilerin %67,5'i erkek, %33,5'i kadındır.[96] Kadınlar genellikle daha yaşlıyken kumar oynama bozukluğuna başlarlar ve bu durum erkeklere göre daha hızlı ilerler.[97] Erkekler daha çok strateji gerektiren oyunları tercih ederken, kadınlar daha çok şansa dayalı oyunlar oynamaktadır.[98]

Finlandiya'da yapılan araştırmalar, 2007'den 2015'e kadar online kumarın her iki cinsiyette de arttığını, 2007'den 2011'e kadar erkeklerde riskli oynama oranlarının azaldığını, 2011'den 2015'e kadar ise kadınlarda bu oranların yükseldiğini göstermektedir.[99] Diğer bir çalışmada, erkeklerin kumar için kadınlardan daha fazla para harcadığı belirtilmiştir.[100] Erkekler genel olarak kadınlardan daha sık kumar oynamaktadır.[101] Kumar sorunu için yardım arayanlar üzerine yapılan bir çalışmada, kadınların erkeklere kıyasla daha az alkol tükettiği ve daha az hukuki problem yaşadığı kaydedilmiştir.[102]

Kumar oynama bozukluğu tanısı almış 17 kadın üzerine yapılan bir çalışma, cinsiyet rollerine, kontrolü korumaya, çocuk bakımı ve ev işlerini önceliklendirmeye, tanınan veya evden uzakta olan kumarhaneleri seçmeye ve etik olarak uygun olmayan eylemlerden kaçınmaya odaklanmıştır.[103] Kumar oynama bozukluğu, genellikle yirmili yaşların ortalarından otuzlu yaşların sonlarına kadar görülebileceği gibi, yaşlılık döneminde de ortaya çıkabilir.[104] Yaşlı bireyler, kumar oynama bozukluğu görülen özel bir popülasyon olarak kabul edilmektedir. Bu yaş grubundaki kumar oynama bozukluğu olan bireyler çoğunlukla kadın, evli ve ciddi iş problemleri yaşayan kişiler olarak tespit edilmiştir.[105]

Türkiye'de kumar oynama ve kumara başlama yaşı düşmekte ve özellikle son dönemde yasadışı bahis sitelerinin sayısının artmasıyla birlikte, kumar oynama alışkanlığı lise hatta ortaokul öğrencileri arasında bile yaygınlaşmıştır. Yeşilay'ın 2018 yılında İstanbul özelinde gerçekleştirdiği bir araştırma, lise öğrencileri arasında sanal ya da reel platformlarda kumar oynayanların oranının %7 olduğunu göstermektedir. Ayrıca, farklı bir araştırmanın sonuçlarına göre, Türkiye genelinde 18 ile 50 yaş arasında değişen yaklaşık 5 milyon kişinin yılda 50 milyar TL'lik bir bahis oynadığı belirlenmiştir.[106]

2.4.5 Hastalığın Seyri

Hastalığın seyri açısından KOB'nin takip ettiği dört evre şu şekildedir:

- **Kazanma Evresi**: Bu evre genellikle kişinin küçük bir miktarla büyük kazanç sağlaması ile başlar. Ardından daha sık ve daha yüksek miktarlarda kumar oynamaya geçilir. Kişi sürekli kazanmayı hayal eder ve kumardan elde edilecek gelirle problemlerinin çözüleceğine inanır. Kumar becerilerine olan özgüveni artar ve kayıplar yaşansa bile genellikle kazanımlara odaklanır.

- **Kaybetme Evresi**: İlk etapta hayal edilen büyük kazançlar gerçekleşmez ve kayıplar başlar. Kişi kaybetmeye tahammül edemez ve daha sık ve daha büyük miktarlarla kumar oynamaya başlar. Kayıplarını telafi etmek için borç alır, aile bireyleri ve yakınlarına yalan söylemeye başlar, iş ve ilişkilerinde sorunlar yaşar. Para bulmak için ilk olarak yasal yöntemlere başvurur, sadece zorunlu ödemeleri yapar ve kalan tüm gelirini kumarda kullanır. Kaybettiklerini geri kazanma çabasıyla kontrolü tamamen kaybeder.

- **Tükenme Evresi**: Bu evrede, maddi kayıplar ile iş ve aile ile ilgili sorunlar artar. Para bulmak için yasa dışı yöntemlere başvurulabilir. Kişi, her girişimini gelecekteki kazançlarıyla telafi edeceği düşüncesiyle yapar. Hala büyük bir kazancın elde

edileceğine dair güçlü bir inanç vardır. Uykusuzluk, sinirlilik, depresyon ve intihar düşünceleri ile girişimleri bu evrede ortaya çıkabilir.

- **Vazgeçme Evresi**: Bu evrede, kişi kayıplarını yerine koyamayacağını kabullenir ancak yine de kumar oynamaya devam eder. Kumar oynama, artık sadece kumarın kendisi için yapılmaktadır. Genellikle boşanma, yasal sorunlar ve alkol veya madde kullanımının artması bu evrede görülür.

Bu dört evre, KOB'nin ilerleyişindeki tipik bir modeli temsil eder ve bu süreçte bireyin yaşadığı psikolojik ve maddi değişiklikleri anlamak için önemlidir.[107]

2.4.6 Eş Tanılar

Bir meta-analizde, genel popülasyon içinde (tedaviye başvuranlar dışında) yapılan çalışmalarda incelenen komorbidite oranlarına göre, en yaygın rastlanan komorbiditenin (%57.5 ile) herhangi bir madde bağımlılığı olduğu görülmüştür. Bağımlılık türlerine bakıldığında ise nikotin bağımlılığının %60,1, alkol bağımlılığının %28,1 ve diğer yasadışı maddelere bağımlılığın %17,2 olduğu tespit edilmiştir. Duygudurum bozukluklarının %37,9, major depresif bozukluğun %23,1, bipolar bozukluğun %9,8, anksiyete bozukluklarının %37,4 ve antisosyal kişilik bozukluğunun %26,8 oranında komorbid hastalıklara eşlik ettiği belirlenmiştir. Dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu, kompulsif oyun oynama davranışını tetikleyen ve şiddetlendiren faktörler arasında yer almakta olup, bu bozukluk KOB ile %13,4 ile %20 arasında bir ilişki göstermiştir. Araştırmalar, tedavi gören bireylerin, toplum içindeki patolojik kumarbazlara kıyasla daha yüksek psikiyatrik komorbiditelere sahip olduğunu ortaya koymuştur. Psikiyatrik hastalıklarla komorbid olan kişilerde, kumar oynama süresi, şiddeti ve isteği artmakta; psikiyatrik semptomlar, psikososyal problemler, intihar girişimleri ve kontrol kaybı daha belirgin hale gelmektedir. Ayrıca, komorbiditenin varlığı, farmakolojik ve psikoterapötik tedavilerin etkinliğini de etkilemektedir.[108]

2.4.7 Tedavi Yöntemleri

Kumar bağımlılığı/kumar oynama bozukluğu, ciddi maddi ve psikolojik zararlara yol açmasına rağmen, bu sorunu yaşayan bireyler arasında tedaviye başvurma oranı oldukça düşüktür.[109] Ayrıca, kumar oynama bozukluğu olan bireyler çoğunlukla kumar sorunları yerine diğer ruhsal veya tıbbi meseleler nedeniyle tedavi aramaktadırlar. Bu nedenle, alkol kullanım bozukluğu, majör depresif bozukluk, anksiyete ve depresyon gibi psikiyatrik

rahatsızlıkları olan, aile içi şiddet uygulayan ve ciddi maddi sorunlar yaşayan kişilerin kapsamlı bir değerlendirmesi önem taşır.

Şu ana kadar kumar bağımlılığı tedavisinde hiçbir ilaç tedavisi onaylanmamış olup, farmakolojik araştırmalar devam etmekte ve bazı ilaçların plasebodan daha üstün olduğu gözlemlenmektedir. Özellikle opioid antagonistleri naltrekson ve nalmafene ilişkin kanıtlar artmaktadır; bu ilaçların günlük 50-150 mg dozlarında kullanıldığında kumar oynama arzusunu, düşüncesini ve davranışını azalttığı ve bu etkinin ilacın kesilmesinden sonraki altı ay boyunca sürdüğü belirlenmiştir.[110]

Ayrıca, farmakolojik tedavilerin kumar oynama bozukluğu alt tiplerine göre seçilmesi önerilmektedir. Örneğin, impulsif tipte mood stabilizer/antipsikotikler, obsesif-kompulsif tipte antidepresanlar ve bağımlı tipte opioid antagonistlerinin daha etkili olduğu ifade edilmektedir.[111]

Bilişsel davranışçı terapi (BDT), kumar sorunu olan bireylere yardımcı olmak için en sık kullanılan tedavi metodudur. Bu tedavinin amacı, kişinin kumar oynamayı bırakmasını, yüksek riskli durumlarda başa çıkma becerilerini geliştirmesini ve sağlıklı davranış biçimleri oluşturmasına katkı sağlamaktır. Kumarla ilişkili yanlış kognisyonların daha fazla bulunduğu bireylerde, problemli veya patolojik kumar oynamanın daha yaygın olduğunu gösteren çalışmalar mevcuttur.[83]

BDT sırasında ele alınması gereken bilişsel çarpıtmalar arasında, kumar oynama becerisinin abartılması, seçici hafıza, batıl inançlar ve "bugün şanslı hissediyorum ya da kazanacağımı biliyorum" gibi düşünceler bulunmaktadır. Ayrıca, finansal kaynaklara erişimin kısıtlanması gibi davranışsal müdahaleler de bireylerin kumar oynamayı bırakmalarına ve bunu sürdürmelerine yardımcı olabilir.[112] Bu müdahaleler, hastanın değişime yönelik ambivalansını çözme ve bu yönde adımlar atma hedeflerini taşır. Diğer psikoterapi yöntemlerine göre daha kolay ulaşılabilir, kısa süreli ve ekonomik olması nedeniyle, uzun dönemli tedavilerden kaçınan hastalar için iyi bir seçenektir.[109]

Kumar oynama bozukluğu tedavisi sonrası iyileşmenin değerlendirmesi, çoğunlukla kumar oynama davranışının özellikleri ve bununla ilişkili sonuçlara dayandırılmıştır. Ancak, KOB'un ortaya çıkmasında ve sürdürülmesinde etkili olan negatif afektivite, kumarla ilişkili bilişsel çarpıtmalar, impulsivite, bilişsel esneklik, planlama, inhibitör kontrol ve karar verme gibi alanlarda yapılan çalışmalar sınırlıdır. Rossini-Dib ve arkadaşları tarafından yapılan bir çalışmada, KOB tedavisinin bu değişkenleri nasıl etkilediği ve iyileşmenin bu faktörlerden nasıl etkilendiği incelenmiş ve psiko-eğitim, medikal tedavi, BDT gibi farklı yöntemlerle tedavi gören 113 hastanın 72'si tedaviden altı ay sonra yeniden değerlendirilmiştir. İyileşen

ve iyileşmeyen hastalar arasında tedavi öncesi demografik, kumar oynama ve psikiyatrik özellikler açısından anlamlı bir fark olmadığı, özellikle üç değişkenin iyileşme ile güçlü şekilde bağlantılı olduğu tespit edilmiştir: negatif afektivite, bilişsel çarpıtmalar ve bilişsel esneklik.[113]

2.3 Sigara Kullanım Bozukluğu: Bir Genel Bakış

2.5.1 Tütün ve Sigaranın Tarihçesi

Tütün (Nicotiana tabacum), itüzümgiller (Solanacea) ailesine ait çiçekli bir bitkidir. Yapraklarındaki uyarıcı madde olan nikotin nedeniyle, kurutulup tütsülenerek ya da çiğnenerek tüketilmektedir.[114] Tütünün kökeni Amerika kıtasına dayanır ve burada yerli Kızılderililer tarafından gizemli, sosyal ve tıbbi ritüellerde kullanıldığı bilinmektedir, bu durum Kristof Kolomb'un dikkatini çekmiştir.[115] İspanya'ya getirilen tütün, keyif verici bir içecek olarak popülerlik kazandı ve zamanla bazı Avrupalılar tarafından ahlaka aykırı bulunarak süs bitkisi olarak tanıtılmaya başlandı. Fransızlar Jean Liebault, Charles Estienne ve Nicoloc Monerdes gibi dönemin etkili hekimleri tütünün çeşitli hastalıklara iyi geldiğini savunarak yazdıkları kitaplarla tütünün popülerliğini artırdılar.[115] 16. yüzyılda, Fransız diplomat Jean Nicot tütünü Fransız sarayına tanıttı ve enfiye kültürünü popüler hale getirdi. Nicot, 1561 yılında Fransa Kraliçesi Catherine de Medicis'e bitkinin toz haline getirilmiş yapraklarını baş ağrısı tedavisi olarak sundu ve bu bitkiyi Avrupa'da yaygınlaştırdı. İsveçli bilim adamı Carolus Linnaeus, 1753 yılında Nicot'un bu katkılarından dolayı tütün cinsine “Nicotiana” adını verdi. 1828 yılında ise bitkinin yapraklarından elde edilen aktif maddeye “nikotin” adı verilerek Nicot’un adı ölümsüzleştirildi.[116]

Modern sigaranın evrimi ise farklı bir süreç izledi. İlk sigaralar Amerika yerli halkı tarafından içi boş kamışlar, mısır kabukları ya da diğer sebze ambalajları kullanılarak yapıldı. İspanya'ya getirilen tütün türleri zenginler için özelleştirilmişti. 16. yüzyılın başlarında Sevilla'da dilenciler kullanılmış puro izmaritlerini toplayıp kağıda sararak "İspanyol papirüsleri" olarak içmeye başladılar. Bu ilk sigara doğaçlamasıyla, bu ürünlere cigarrillos, yani "küçük purolar" adı verildi. 18. yüzyılın sonlarında saygınlık kazanan sigara, önce İtalya ve Portekiz'de, sonra Doğu Akdeniz ülkeleri ve Rusya'da yayıldı. Napolyon savaşları sırasında Fransız ve İngiliz askerleri tarafından tanındı ve "sigara" ismi Fransızca kökenlidir. Başlangıçta tütün bağımlıları veya fabrikalarda el ile üretilen sigaralar, 1880 yılında James A. Bonsack tarafından alınan otomatik sigara makinesi patentiyle endüstriyel bir dönüşüm yaşadı.[117]

2.5.2 Sigara Bağımlılığı

Asetilkolin, kolinerjik nöronlar tarafından salgılanan, depolanan ve serbest bırakılan bir nörotransmitterdir. Hem merkezi sinir sistemi hem de periferik sinir sistemi üzerinde, muskarinik ve nikotinik olmak üzere iki farklı reseptör türü aracılığıyla etki gösterir. Nikotin, MSS'deki nikotinik ACh reseptörlerini aktive ederek, özellikle zevk algısını tetikleyen dopaminin salınımını artırır. Bu etki, özellikle mezolimbik bölge, korpus striatum ve frontal korteks gibi beyin bölgelerinde gözlemlenir. Ventral tegmental alan içerisindeki dopaminerjik nöronlar ve çekirdek zarı, nikotin gibi bağımlılık yaratan uyarıcılar için kritik öneme sahip olan bölgelerdendir. Dopamin dışında norepinefrin, asetilkolin, γ-aminobütirik asit, serotonin, glutamat ve endorfinler gibi diğer nörotransmitterler de nikotin tarafından salınır ve nikotinin çeşitli etkilerine aracılık ederler. Yapılan çalışmalar, nikotinin dikkat, bellek, kısa süreli hafıza, öğrenme ve ince motor beceriler üzerinde olumlu etkilerini belirlemiştir. Nikotin, mezolimbik dopamin yollarını aktive ederek pozitif motivasyona yol açarken, nikotin yoksunluğu habenulo-interpeduncular yolu aktive ederek negatif motivasyona sebep olur. Habenula, kaygı, korku, depresyon gibi negatif duygusal durumlarla ilişkili epitalamik bir çekirdektir. Özetle, sigara bağımlılığı hem ödüllendirici hem de yoksunluk semptomlarına katkıda bulunan kompleks bir durumdur durumdur.[119;120]

2.5.3 Tanı Kriterleri

CD-11'e göre bağımlılık, kişinin madde kullanımını kontrol etmekte zorlandığı, madde kullanımını diğer faaliyetlerin önüne koyduğu ve olumsuz sonuçlara rağmen madde kullanımını sürdürdüğü bir davranış modeli olarak tanımlanır. Bu davranış modeli, kişisel, ailevi, sosyal, eğitimsel, mesleki veya diğer önemli işlevsellik alanlarında klinik olarak anlamlı bir bozulmaya neden olur. [5] Nikotin bağımlılığında, primer pekiştirici etki zayıf olmasına rağmen, bağımlılık profilinin yüksek olması; nikotinin yanı sıra karmaşık çevresel uyarıların da bağımlılığın oluşumunda ve devamlılığında etkili olduğunu göstermektedir.[121;122]. Bir kişinin, kendine zarar vermesine karşın sigara içmeye devam etmesine sebep olan faktörler şunlardır:

- Nikotinin primer pekiştirici etkisi
- Yoksunluk semptomlarının giderilmesi
- Çevresel veya içsel tetikleyiciler

Özetle, nikotin bağımlılığının oluşumu ve sürdürülmesinde biyopsikososyal faktörler etkilidir.[122]

DSM-5 sınıflandırmasına göre, tütün bağımlılığı; tütün kullanımının, on iki aylık zaman içinde kişinin işlevselliğini bozması ve günlük yaşantısını etkilemesiyle, aşağıdaki kriterlerden en az ikisinin gözlemlenmesi durumunda tanımlanır:

1. Tütün kullanımının, planlanandan daha yüksek miktarlarda veya daha uzun süre gerçekleşmesi.
2. Tütün kullanma arzusu veya kullanımı kontrol etme, bırakma çabalarının başarısız olması.
3. Tütün elde etmek ve kullanmak için aşırı zaman harcanması.
4. Tütün kullanma arzusunun güçlü olması.
5. Tütün kullanımının iş, okul veya evdeki temel yükümlülükleri yerine getirme yeteneğini bozması.
6. Tütün kullanımının sosyal ya da kişilerarası problemlere yol açmasına rağmen kullanıma devam edilmesi.
7. Önemli mesleki, sosyal veya eğlence aktivitelerinin tütün kullanımı nedeniyle terk edilmesi.
8. Fiziksel olarak tehlikeli durumlarda tütün kullanımının devam etmesi.
9. Tütün kullanımının kalıcı ya da tekrarlayan psikolojik veya fiziksel sorunları kötüleştirmesi.
10. Tolerans gelişimi: Daha yüksek miktarda tütün kullanımına ihtiyaç duyma veya aynı miktarda kullanımda etkinin azalması.
11. Yoksunluk belirtileri: Tipik tütün yoksunluk sendromu veya yoksunluk semptomlarını engellemek için tütün kullanımı.

Bu kriterlere göre, 2-3 semptom hafif bağımlılığı, 4-5 semptom orta düzeyde bağımlılığı ve 6 veya daha fazla semptom ağır bağımlılığı gösterir.[17]

2.5.4 Epidemiyoloji

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) 2023 verilerine göre, 2020 yılı itibarıyla dünyadaki insanların %22,3'ü tütün tüketmektedir. Cinsiyetlere göre bakıldığında, dünya genelinde erkeklerin %36,7'si ve kadınların %7,8'i tütün kullanmaktadır.[123] Tobacco Atlas'ın 2019 yılı verilerine göre, dünya çapında sigara içenlerin oranı %19,6 olup, bu oran arasında sigara içen erkeklerin sayısı 940 milyon, 15 yaş ve üzeri sigara içen kadınların sayısı ise 193 milyon olarak raporlanmıştır.[124] DSÖ' nün belirttiği bir diğer önemli nokta, günlük ve düzenli olarak sigara içen erkeklerin %75'inin orta veya yüksek gelirli "insan gelişme endeksine" (IGE) sahip ülkelerde yaşamasıdır; buna karşın, benzer şekilde her gün düzenli olarak sigara içen kadınların %53'ü yüksek gelirli IGE' ye sahip ülkelerde ikamet etmektedir.[123]

Türkiye'deki sigara içme prevalansı yaklaşık %26 civarındadır. Erkeklerde 14,6 milyon, kadınlarda ise 6 milyon olmak üzere toplamda 16 milyondan fazla kişi sigara tiryakisi olarak kaydedilmiştir. Bu oranlar, Türkiye'yi dünyanın en çok sigara kullanan on ülkesi arasına sokarak, sekizinci sıraya yerleştirmişti.[124] Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) tarafından yapılan 2022 Türkiye Sağlık Araştırması (TSA) sonuçlarına göre, 15 yaş ve üzerindeki nüfusun %28,3'ü her gün düzenli olarak tütün kullanmaktadır. Bu oran erkeklerde %41,3 iken, kadınlarda %15,5 olarak belirlenmiştir. Aynı rapora göre, tütün ürünlerini kullanmayan (bırakmış olanlar ve hiç kullanmayanlar) kişilerin oranı 2019 yılında %68,7 iken, 2022 yılında %68,0'a düşerek Türkiye'de sigara kullanımının artış eğiliminde olduğunu göstermiştir.[3]

Araştırmalar, düşük eğitim düzeyi ve düşük gelir seviyesine sahip kişilerin daha yüksek oranlarda sigara kullandığını göstermektedir. Eğitim düzeyi arttıkça, sigara kullanım oranları genellikle düşmektedir. Özellikle, üniversite düzeyi ve üzeri eğitime sahip bireyler arasında sigara kullanımı daha az yaygındır. Medeni durum açısından, evli bireylerin bekarlara göre genellikle daha düşük sigara kullanım oranlarına sahip olduğu belirtilmiştir. Ayrıca, kadınlar arasında çalışanların, çalışmayanlara göre sigara kullanma olasılığı daha yüksektir.[125]

2.5.5 Eş Tanı

Sigara kullanımı ve bağımlılığı, psikolojik rahatsızlıklar açısından incelendiğinde, bu tür rahatsızlıkları olan hastalarda sigara kullanımının ve bağımlılığının genel nüfusa göre daha yüksek olduğu görülmektedir.[126] Araştırmalar, sigara kullanan bireylerin %37,8'inde, sigara kullanmayan ancak sigaraya pasif maruziyeti olan bireylerin %19,8'inde ve hiç sigara kullanmayan bireylerin ise %14,5'inde çeşitli ruhsal bozukluklar, duygudurum bozuklukları ve anksiyete bulgularının olduğunu ortaya koymuştur. Özellikle, sigara bağımlılığının panik

atak, depresyon ve özgül fobi gibi psikolojik rahatsızlıklarla ilişkili olduğu belirlenmiştir.[127]

Ayrıca, şizofreni tanısı almış hastalarda sigara kullanım oranı %90, bipolar bozukluk tanısı almış hastalarda %70 ve diğer psikopatolojik rahatsızlıkları olan bireylerde %45-70 arasında değişmektedir.[126] Bu bulgular, psikolojik rahatsızlıkları olan bireylerin sigara kullanımının ve bağımlılığının, genel nüfusa kıyasla belirgin bir şekilde daha yüksek olduğunu göstermektedir ve bu durum sigara bırakma stratejilerinin geliştirilmesinde dikkate alınması gereken önemli bir faktördür.

2.5.6 Klinik Gidişat ve Sigara Bırakma Tedavileri

Tedavi almadan sigarayı bırakmaya çalışan kişilerin çoğu, denemenin ilk sekiz gününde tekrar başlama (relaps) yaşamakta, altı ila on iki ay içinde ise %95'i sigaraya yeniden başlamaktadır.[128] Zaman içinde relaps riskinin hiperbolik bir grafikle azaldığı gözlemlenmektedir.

Sigara bırakma sürecinde yeniden başlamayı kolaylaştıran çeşitli faktörler arasında cinsiyet, yaş, eğitim durumu ve medeni durum gibi değişkenler bulunmaktadır. Ancak Vangeli ve arkadaşlarının yaptığı sistematik derlemede, bu çalışmalar arasında metodolojik heterojeniteye dikkat çekilmiş, sosyodemografik özelliklerin sigara bırakma başarısını tutarlı bir şekilde yansıtmadığı; ancak bağımlılık düzeyinin artmasıyla bırakma başarısının düştüğü belirtilmiştir.[129] Ayrıca, şiddetli nikotin yoksunluğu belirtileri ve aşermenin, yüksek relaps oranlarıyla ilişkili olduğu bildirilmiştir.[130] Psikiyatrik hastalık öyküsü, depresyon ve anksiyete semptomları da sigara bırakma denemelerinde başarısızlıkla ilişkilendirilmektedir.[131;132]

2.5.6.1 Farmakolojik Yaklaşımlar

Kanıta dayalı sigara bırakma sürecinde etkili olduğu gösterilmiş farmakolojik ajanlar üç ana grupta incelenebilir: nikotin replasman tedavileri (NRT), vareniklin ve bupropion. NRT, sakız, bant, nazal sprey, inhaler ve pastil formunda mevcuttur. Vareniklin, nikotinik asetilkolin reseptörlerine parsiyel agonist olarak etki ederken; bupropion, noradrenalin ve dopamin geri alımını inhibe eden ve aynı zamanda nikotinik asetilkolin reseptörlerine antagonist etki gösteren bir moleküldür.[120]

Cochrane derlemesine göre, NRT'nin uzun dönemde sigara bırakma başarısını %50-70 oranında arttırdığı, NRT'nin tek başına bupropiona kıyasla anlamlı bir fark göstermediği; ancak NRT ve bupropion kombinasyonunun, her iki tedavinin tek başına olmasından daha

üstün olduğu belirtilmiştir. Bu kombinasyon tedavisi, plaseboya kıyasla 2.6 kat daha fazla sigara bırakma başarısıyla ilişkilendirilmiştir.[133] Ayrıca, 8144 katılımcının yer aldığı çok merkezli, randomize, plasebo ve aktif kontrollü çift kör bir çalışmada, üç tedavi yönteminin de plaseboya göre belirgin bir üstünlük gösterdiği; vareniklin kullananların sigarayı bırakma oranlarının ise NRT ve bupropion kullananlara göre daha yüksek olduğu bulunmuştur.[134]

2.5.6.2 Davranışsal Destekler

Farmakolojik yaklaşımların yanı sıra, danışmanlık gibi davranışsal destekler de sigara bırakma oranlarını artırmaktadır.[135] Nikotin aşermesinin yönetimi, olumsuz duygulanımlarla başa çıkmak, bırakma sürecinde öz yeterliliği artırmak, çevresel tetikleyicileri düzenlemek ve sosyal destek sağlamak için bilişsel davranışçı müdahaleler etkili bulunmuştur. Ayrıca, elektronik sigaralar da sigara bırakma tedavisinde kullanılabilmektedir.[136]

3.GEREÇ VE YÖNTEMLER

3.1 Araştırma Tipi ve Tasarımı

Bu çalışma, retrospektif bir veri analizi yöntemi kullanılarak tasarlanmıştır. Araştırmanın amacı, Kocaeli Üniversitesi Hastanesi Bağımlılık Polikliniği'ne 19 Mart 2021 ile 19 Mart 2023 tarihleri arasında başvuran hastaların sosyodemografik ve klinik özelliklerini değerlendirmektir. Çalışma, hastaların elektronik sağlık kayıtlarından alınan verileri kullanarak, bu popülasyonun demografik yapısı ve klinik durumlarını anlamayı hedeflemektedir.

3.2 Veri Kaynağı ve Toplanması

Veri kaynağı olarak, Kocaeli Üniversitesi Hastanesi Bağımlılık Polikliniği'ndeki hastaların elektronik dosyaları kullanılmıştır. Bu dosyalar, hastaların tedavi süreçlerine dair ayrıntılı bilgiler içerir; örneğin, psikiyatrik değerlendirme notları, tedavi planları, uygulanan ilaç tedavileri, psikoterapi notları ve diğer kişisel sağlık bilgileri. Veri toplama süreci, kurumun sağlık bilgi sisteminden (HIS) yapılan sorgulamalarla gerçekleştirilmiştir. Verilerin güvenilirliği, çift kontrol yöntemi ile sağlanmıştır. Retrospektif doğası gereği, çalışmada herhangi bir anket veya katılımcı davet formu kullanılmamıştır.

3.3 Katılımcılar

Araştırmaya dahil edilen katılımcılar, DSM-V tanı kriterlerine göre Alkol ve Madde Kullanım Bozukluğu, Sigara Bağımlılığı ve Davranışsal Bağımlılık (Kumar Oynama Bozukluğu) tanısı almış bireylerdir. Çalışma dönemi içinde Bağımlılık Polikliniği'ne başvuran tüm yetişkin hastalar (18 yaş ve üzeri) retrospektif analize dahil edilmiştir. Katılımcıların seçimi, belirlenen tarih aralığında polikliniğe başvurmuş ve yukarıda belirtilen tanılardan birine sahip olan tüm hastaları kapsayacak şekilde yapılmıştır. Çalışmada alkol, madde, sigara ve kumar bozuklukları daha ağırlıklı olarak incelenmiştir.

3.4 Ölçekler ve Değerlendirme Araçları

Bu çalışmada, Bağımlılık Seyir İndeksi (BASİ) gibi spesifik ölçekler kullanılarak hastaların tedavi süreci değerlendirilmiştir. Bağımlılık Seyir İndeksi bireyin durumunu değerlendirmek amacıyla kullanılan ve çeşitli parametreleri kapsayan 8 maddelik bir ölçektir. Bu parametreler arasında madde kullanım miktarı, kullanım sıklığı, madde kullanma isteği, aile ilişkileri, çalışma ve eğitim durumu, bırakma motivasyonu, tedaviye uyum ve ruhsal/fiziksel durum yer almaktadır. [137] BASİ'nin geçerlilik ve güvenilirlik çalışmaları, daha önce yapılmış çalışmalara dayanmaktadır ve bu çalışmalarda ölçeğin yüksek iç tutarlılık ve test-tekrar test güvenilirliği gösterdiği belirlenmiştir. Ölçek puanları genellikle toplam puan üzerinden değerlendirilmekle birlikte, bu araştırmada izleme süresince oluşan veri kayıplarını en aza indirmek amacıyla ortalama puan üzerinden değerlendirme yapılması daha uygun bulunmuştur.

Biz, bu ölçeği Kocaeli Üniversitesi Hastanesi Bağımlılık Polikliniği'nde rutin olarak alkol ve madde bağımlılığı için kullanıyoruz. Bu sayede, hastaların bağımlılık seyirlerini düzenli olarak takip edebiliyor ve tedavi süreçlerini daha etkili bir şekilde yönetebiliyoruz. Ayrıca, BASİ'yi kumar ve sigara bağımlılığı durumlarında da kullanıyoruz. Kumar ve sigara bağımlılığı için ilgili maddeler arasında aile ilişkileri, çalışma/eğitim durumu, bırakma motivasyonu, tedavi uyumu ve ruhsal/fiziksel durum bulunmaktadır. Bu maddeler üzerinden hastaların durumu değerlendirilerek, tedavi süreçleri ve bağımlılık yönetimi daha etkin bir şekilde gerçekleştirilmektedir.

3.5 Veri analizi

Araştırmanın verileri SPSS versiyon 23.0 kullanılarak analiz edilmiştir. Tanımlayıcı istatistikler frekans, yüzde, ortalama ve standart sapma olarak ifade edildi. Nitel verilerin karşılaştırılmasında Ki-Kare testi ve gerekli durumlarda Fisher'in kesinlik testi kullanıldı. Sayısal değişkenlerin çarpıklık ve basıklık değerleri ±1,5 arasında değiştiği için verilerin

normal dağılım gösterdiği varsayılmıştır [138]. İki grup arasında sürekli değişkenlerin karşılaştırılmasında bağımsız örneklem t-testi, üç ve üzeri grup karşılaştırmalarında Tek Yönlü Varyans analizi kullanıldı. Çoklu doğrusal regresyon analizinde ilk iki poliklinik randevusu arasındaki gün sayısı bağımlı değişken olarak değerlendirilmiş ve bu analizlerde Stepwise yöntemi kullanılmıştır.

Çoklu doğrusal regresyon analizlerinde Durbin-Watson değerleri 2,036-2.084, Durum İndeksi değerleri 7.719-16.813, Tolerans değerleri 0.995-1.000 ve Varyans Enflasyon Faktörü (VIF) değerleri 1.000-1.005 arasında bulunmuştur. Yapılan regresyon analizinde bu değerler oluşturulan modellerde otokorelasyon ve çoklu bağlantı problemlerinin olmadığı göstermiştir. İstatistiksel anlamlılık için $p<0.05$ değeri temel alınmıştır.

3.6 Etik Onay

Bu araştırma, Kocaeli Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu tarafından onaylanmıştır (Onay No: KÜ GOKAEK-2023/17.24, Proje No: 2023/343, Onay Tarihi: 19/10/2023). Ayrıca, Kocaeli Üniversitesi Hastanesi'nden hastaların verilerinin toplanması ve kullanılması için gerekli izinler alınmıştır. Çalışma, hastaların gizlilik hakları korunarak ve kişisel bilgiler anonimleştirilerek yürütülmüştür. Çalışmanın retrospektif tasarımından dolayı olgulardan bilgilendirilmiş gönüllü onam formu alınamamıştır. Araştırmanın planlanması, yürütülmesi ve raporlanması dâhil tüm aşamalarında Helsinki Bildirgesi ve İyi Klinik Uygulama (Good Clinical Practice) ilkelerine uygun davranılmıştır. Çalışma kapsamında toplanan veriler sadece araştırmanın bilimsel amaçları doğrultusunda kullanılmış ve katılımcıların kimlik bilgileri alınmamıştır. Çalışmanın hiçbir aşamasında, herhangi bir kişi, kurum veya kuruluştan maddi yardım alınmamıştır.

4. BULGULAR

Bu araştırma, Kocaeli Üniversitesi Hastanesi Bağımlılık Polikliniği'ne 19 Mart 2021 ile 19 Mart 2023 tarihleri arasında başvuran 498 hasta ile yürütülmüştür. Hastalar, DSM-5 tanı kriterlerine göre Alkol ve Madde Kullanım Bozukluğu, Sigara Bağımlılığı ve Davranışsal Bağımlılık (Kumar Oynama Bozukluğu) tanısı almış bireylerdir. Çalışma dönemi içinde Bağımlılık Polikliniği'ne başvuran tüm yetişkin hastalar (18 yaş ve üzeri) retrospektif analize dahil edilmiştir. Katılımcıların seçimi, belirlenen tarih aralığında polikliniğe başvurmuş ve belirtilen tanılardan birine sahip olan tüm hastaları kapsayacak şekilde yapılmıştır.

Tablo 1 .Katılımcıların sosyodemografik özelliklerinin dağılımı

Değişkenler		
	n	%
Cinsiyet		
Kadın	51	10,2
Erkek	447	89,8
Medeni Durum		
Evli	258	51,8
Bekar	174	34,9
Dul	5	1,0

Boşanmış	61	12,2
Eğitim Durumu		
İlkokul	92	18,5
Ortaokul	120	24,1
Lise	186	37,3
Üniversite	100	20,1
Çalışma Durumu		
Çalışmıyor	143	28,7
Çalışıyor	305	61,2
Öğrenci	20	4,0
Emekli	30	6,0
Meslek Grupları		
Çalışmıyor	143	28,7
Emekli	30	6,0
Fabrikada İşçi	35	7,0
İşçi	51	10,2
Memur	20	4,0
Operatör	17	3,4
Öğrenci	20	4,0
Özel Güvenlik	7	1,4
Özel Sektör	140	28,1
Özel Sektör - Amir	14	2,8
Şoför	21	4,2
Çocuk Sayısı		
Yok	247	49,6
1,00	97	19,5
2,00	115	23,1
3,00	30	6,0
4,00	6	1,2
5,00	2	,4
7,00	1	,2
Genel Sağlık Sigorta Durumu		
Sigortasız	26	5,2

4/a	321	64,5
4/b	28	5,6
4/c	29	5,8
60'lılar	91	18,3
Diğer	3	,6
Yaşam Biçimi		
Çekirdekaile	394	79,1
Genişaile	26	5,2
Tek	78	15,7
İkametinin bulunduğu il		
Kocaeli	417	83,7
Yakın İller (İstanbul, Yalova, Bursa, Sakarya)	24	4,8
Uzak İller	57	11,4

Katılımcıların sosyodemografik özelliklerinin gruplara göre dağılımı Tablo 1'de gösterildi. Polikliniğe başvuran hastaların %89,8'i erkek, %51,8'i evli, %37,3'ü lise mezunu, %28,7'si çalışmıyor, %49,7'si çocuksuz, %64,5'i 4/a sigortalı, %79,1'i çekirdek ailesiyle yaşıyor ve %83,7'si Kocaeli ikamet etmektedir.

Tablo 2. Hastaların tanıları ile ilgili özelliklerin dağılımı

Ana Tanı	n	%
Alkol Kullanım Bozukluğu	180	36,1
Madde Kullanım Bozukluğu	192	38,6
Tütün Kullanım Bozukluğu	30	6,0
Davranışsal Bağımlılıklar	96	19,3
Psikiyatrik Hastalık Durumu (Var)	91	18,3
Bedensel Hastalık Durumu (Var)	58	11,6
Eksen 1 Ek Tanısı	**n**	**%**
Yok	425	85,3
Majör Depresif Bozukluk	23	4,6
Bipolar Bozukluk	11	2,2
Obsesif-Kompulsif Bozukluk	2	0,4
Travma Sonrası Stres Bozukluğu	1	0,2
Anksiyete Bozuklukları	15	3,0

Psikotik Bozukluklar	17	3,4
DEHB	4	0,8
Eksen 2 Tanıları		
Yok	454	91,2
Kişilik Bozukluğu	19	3,8
Eşik altı Kişilik Bozukluğu	22	4,4
Zeka Geriliği	3	0,6
Eksen 3 Tanısı		
Yok	490	98,4
Var	8	1,6
Ailede psikiyatrik hastalık durumu (Var)	56	11,2
Ailede alkol-madde kullanım bozukluğu durumu (Var)	50	10,0

Tablo 2'de hastaların tanıları ile ilgili özelliklerinin gruplara göre dağılımı gösterilmiştir. Polikliniğe başvuran hastaların %36,1'i alkol kullanım bozukluğu, %38,6'sı madde kullanım bozukluğu, %6'sı tütün bağımlılığı ve %19,3'ü davranışsal bağımlılık (kumar oynama bozukluğu) tanıları almıştır. Eşlik eden diğer psikiyatrik tanılar incelendiğinde, hastaların %18,3'ünde psikiyatrik hastalık mevcutken, %11,6'sında bedensel hastalık olduğu görülmüştür. Eksen 1 ek tanılar arasında en yaygın olanları majör depresif bozukluk (%4,6), anksiyete bozuklukları (%3) ve psikotik bozukluklar (%3,4) olarak tespit edilmiştir. Ayrıca, hastaların %3,8'inde kişilik bozukluğu ve %4,4'ünde eşik altı kişilik bozukluğu saptanmıştır. Hastaların %11,2'sinde ailede psikiyatrik hastalık öyküsü ve %10'unda ailede alkol-madde kullanım bozukluğu öyküsü mevcuttur.

Bu veriler, bağımlılık problemlerinin geniş bir yelpazede diğer psikiyatrik ve bağımlılık yapıcı maddelerle ilişkili olduğunu göstermektedir. Özellikle madde kullanım bozukluğu prevalansının yüksek olması, bağımlılık tedavisi gerektiren bireylerin kapsamlı bir değerlendirmeye tabi tutulması gerektiğini ortaya koymaktadır. Bu durum, tedavi süreçlerinde multidisipliner yaklaşımların önemini vurgulamaktadır.

Tablo 3.Madde Kullanım Bozukluğu olan hastaların kullandığı ana madde türü ve Kumar Oynama Bozukluğu olan hastaların oynadığı ana kumar türünün dağılımı

Kullanılan ana madde türü (n=192)	n	%
Metamfetamin	118	61,5
Esrar	52	27,1
Eroin	11	5,7
Benzodiazepin	7	3,6
Kokain	3	1,6
Çakmak gazı	1	,5
Oynanan Kumar Türü (n=96)		
Sanal Bahis	80	81,6
Bayii	11	11,2
Karma	5	5,1
Kripto Para	2	2,0

Tablo 3'te, madde kullanım bozukluğu olan hastaların kullandığı ana madde türü ve kumar oynama bozukluğu olan hastaların oynadığı ana kumar türünün dağılımı gösterilmiştir.

Madde kullanım bozukluğu olan hastalar arasında en yaygın kullanılan madde metamfetamin olup, hastaların %61,5'i (n=118) tarafından kullanılmaktadır. Bunu sırasıyla %27,1 ile esrar (n=52), %5,7 ile eroin (n=11), %3,6 ile benzodiazepin (n=7), %1,6 ile kokain (n=3) ve %0,5 ile çakmak gazı (n=1) takip etmektedir.

Kumar oynama bozukluğu olan hastalar arasında ise en yaygın oynanan kumar türü sanal bahis olup, hastaların %81,6'sı (n=80) tarafından tercih edilmektedir. Bunu sırasıyla %11,2 ile bayii (n=11), %5,1 ile karma (n=5) ve %2,0 ile kripto para (n=2) takip etmektedir. Bu veriler, madde kullanım bozukluğu ve kumar oynama bozukluğunun çeşitli türlerde kendini gösterdiğini ve farklı tedavi yaklaşımlarının gerekliliğini vurgulamaktadır. Özellikle metamfetamin kullanımının yüksek prevalansı, madde bağımlılığı tedavisinde bu maddenin hedef alınmasının önemini ortaya koymaktadır. Aynı şekilde, sanal bahis oyunlarının yaygınlığı, kumar oynama bozukluğu tedavisinde dijital platformlara yönelik müdahalelerin önemini göstermektedir.

Tablo 4.Madde Kullanım Bozukluğu olanlarda kullanım şekilleri ve kullanım yerleri

	Esrar	Metamfetamin	Kokain	Opioid	İlaçlar	İnhaler	Toplam
Kullanım Şekli							

Oral	1 (1,9)	6 (5,1)	1 (33,3)	2 (18,2)	6 (85,7)	0	16 (8,3)
IV	0	0	0	7 (63,6)	0	0	7 (3,6)
Solunum	51 (98,1)	112 (94,9)	2 (66,7)	2 (18,2)	1 (14,3)	1 (100,0)	169 (88,0)
Kullanım Yeri							
Ev	16 (30,8)	22 (18,6)	0	1 (9,1)	3 (42,9)	1 (100,0)	43 (22,4)
Dışarısı	12 (23,1)	24 (20,3)	1 (33,3)	0	0	0	37 (19,3)
Her ikisi	24 (46,2)	72 (61,0)	2 (66,7)	10 (90,9)	4 (57,1)	0	112 (58,3)
Kullanım Ortamı							
Tek	17 (32,7)	44 (37,3)	1 (33,3)	5 (45,5)	5 (71,4)	1 (100,0)	73 (38,0)
Arkadaş	11 (21,2)	24 (20,3)	0	1 (9,1)	1 (14,3)	0	37 (19,3)
Her ikisi	24 (46,2)	50 (42,4)	2 (66,7)	5 (45,5)	1 (14,3)	0	82 (42,7)

Madde Kullanım Bozukluğu olanlarda kullanım şekilleri ve kullanım yerleri Tablo 4'te gösterilmiştir. Polikliniğe başvuran hastaların %1.9'u esrar, %5.1'i metamfetamin, %33.3'ü kokain, %18.2'si opioid ve %85.7'si ilaçları oral yolla, %63.6'sı opioidi IV yolla, %98.1'i esrar, %94.9'u metamfetamin, %66.7'si kokain ve %18.2'si opioidi solunum yoluyla kullanmaktadır. Kullanım yerlerine göre, hastaların %30.8'i esrar, %18.6'sı metamfetamin ve %42.9'u ilaçları evde, %23.1'i esrar ve %20.3'ü metamfetamini dışarıda, %46.2'si esrar, %61.0'i metamfetamin ve %66.7'si kokaini hem evde hem de dışarıda kullanmaktadır. Kullanım ortamlarına göre ise, hastaların %32.7'si esrar, %37.3'ü metamfetamin ve %33.3'ü kokaini tek başına, %21.2'si esrar ve %20.3'ü metamfetamini arkadaşlarıyla, %46.2'si esrar, %42.4'ü metamfetamin ve %66.7'si kokaini hem tek başına hem de arkadaşlarıyla kullanmaktadır. Mevcut bulgular içinde hastaların %98.1'i esrarı ve %94.9'u

metamfetamini solunum yoluyla kullanması,%85.7'si ilaçları oral yolla kullanması dikkat çekiyor . Kullanım yerlerine göre, hastaların %61.0'i metamfetamini ve %66.7'si kokaini hem evde hem de dışarıda kullanması dikkat çekiyor. Kullanım ortamlarına göre, hastaların %46.2'si esrarı, %42.4'ü metamfetamini ve %66.7'si kokaini hem tek başına hem de arkadaşlarıyla kullanması dikkat çekiyor. Bu bulgular, solunum yoluyla kullanımın yaygın olduğunu ve maddelerin hem evde hem de dışarıda, hem tek başına hem de arkadaşlarla birlikte kullanıldığını göstermektedir.

Tablo 5. Bağımlılık tanılarına göre hastaların ek olarak kullandığı maddelerin dağılımları

	Alkol Kullanım Bozukluğu (n=180)	Madde Kullanım Bozukluğu (n=192)	Tütün Kullanım Bozukluğu (n=30)	Davranışsal Bağımlılıklar (n=96)	Toplam (n=498)
Esrar	19 (10,6)	99 (51,6)	0	4 (4,2)	122 (24,5)
Kubar*	2 (1,1)	18 (9,4)	0	0	20 (4,0)
Skunk**	1 (0,6)	3 (1,6)	0	0	4 (0,8)
Sentetik esrar	2 (1,1)	46 (24)	0	0	48 (9,6)
Kokain	4 (2,2)	17 (8,9)	0	0	21 (4,2)
Metamfetamin	11 (6,1)	146 (7,6)	0	1 (1,0)	158 (31,7)
Ekstazi	4 (2,2)	20 (10,4)	0	0	24 (4,8)
Pregabalin	2 (1,1)	12 (6,3)	0	0	14 (2,8)
Tütün	154 (85,6)	182 (94,8)	30 (100,0)	65 (67,7)	431 (86,5)
Günlük Kullanım	21,61±14,84	19,57±10,48	28,36±16,93	13,90±11,72	19,74±13,30

(Ort.)					
Alkol					
Hiç yok	0	49 (25,5)	15 (50,0)	54 (56,3)	118 (23,7)
Riskli Kullanım Yok	0	99 (51,6)	14 (46,7)	35 (36,5)	148 (29,7)
Riskli Kullanım Var	0	38 (19,8)	0 (0,0)	6 (6,3)	44 (8,8)
Kullanım Bozukluğu Var	180 (100,0)	6 (3,1)	1 (3,3)	1 (1,0)	188 (37,8)

*** kenevir bitkisinin reçinesinden yapılmış psikoaktif bir maddedir**

**** Esrarın diğer uyuşturucu maddelerle hibritleştirilmesiyle elde edilir.**

Bağımlılık tanılarına göre hastaların ek olarak kullandığı maddelerin dağılımları Tablo 5'te gösterilmiştir. Alkol Kullanım Bozukluğu olan hastaların %10,6'sı, Madde Kullanım Bozukluğu olan hastaların %51,6'sı ve Davranışsal Bağımlılıkları olan hastaların %4,2'si esrar kullanmaktadır. Ayrıca, Alkol Kullanım Bozukluğu olan hastaların %1,1'i ve Madde Kullanım Bozukluğu olan hastaların %9,4'ü kubar, %0,6'sı ve %1,6'sı skunk, %1,1'i ve %24,0'ü sentetik esrar, %2,2'si ve %8,9'u kokain, %6,1'i ve %76,0'sı metamfetamin, %2,2'si ve %10,4'ü ekstazi, %1,1'i ve %6,3'ü pregabalin kullanmaktadır. Tütün kullanımı ise Alkol Kullanım Bozukluğu olan hastaların %85,6'sı, Madde Kullanım Bozukluğu olan hastaların %94,8'i, Tütün Kullanım Bozukluğu olan hastaların %100'ü ve Davranışsal Bağımlılıkları olan hastaların %67,7'si tarafından bildirilmektedir.

Madde Kullanım Bozukluğu olan hastaların %25,5'i, Tütün Kullanım Bozukluğu olan hastaların %50,0'si ve Davranışsal Bağımlılıkları olan hastaların %56,3'ü hiç alkol kullanmamaktadır. Riskli kullanım ise Madde Kullanım Bozukluğu olan hastaların %51,6'sı ve Davranışsal Bağımlılıkları olan hastaların %36.5'i tarafından bildirilmiştir. Alkol Kullanım Bozukluğu ise Madde Kullanım Bozukluğu olan hastaların %3,1'i, Tütün Kullanım Bozukluğu olan hastaların %3.3'ü ve Davranışsal Bağımlılıkları olan hastaların %1.0'i tarafından bildirilmiştir. Bu veriler, bağımlılık tanılarına göre hastaların ek olarak kullandığı maddelerin çeşitliliğini ve yaygınlığını göstermektedir. Özellikle metamfetamin ve tütün kullanımının yüksek prevalansı dikkat çekicidir. Bu bulgular, bağımlılık tedavisinde

bireysel madde kullanım alışkanlıklarının dikkate alınması gerektiğini vurgulamaktadır.

Tablo 6. Bağımlılık türlerine göre adli olayların dağılımı

	Alkol Kullanım Bozukluğu (n=180)	Madde Kullanım Bozukluğu (n=192)	Tütün Kullanım Bozukluğu (n=30)	Kumar Oynama Bozukluğu (n=96)	Toplam (n=498)
Denetimli Serbestlik					
Var	19 (10,6)	67 (34,9)	0	1 (1,0)	87 (17,5)
Yok	109 (60,6)	74 (38,5)	29 (96,7)	72 (75,0)	284 (57,0)
Bilinmiyor	52 (28,9)	51 (26,6)	1 (3,3)	23 (24,0)	127 (25,5)
Adli vaka (Var)	121 (67,2)	146 (76,0)	10 (33,3)	38 (39,6)	315 (63,3)
Trafik Kazası (Var)	38 (21,1)	53 (27,6)	2 (6,7)	15 (15,6)	108 (21,7)
İş Kazası (Var)	33 (18,3)	38 (19,8)	1 (3,3)	23 (24,0)	95 (19,1)

Bağımlılık türlerine göre adli olayların dağılımı Tablo 6'da gösterilmiştir.

Alkol Kullanım Bozukluğu olan hastaların %10,6'sı, Madde Kullanım Bozukluğu olan hastaların %34,9'u ve Kumar Oynama Bozukluğu olan hastaların %1,0'i denetimli serbestlik altındadır. Alkol Kullanım Bozukluğu olan hastaların %67,2'si, Madde Kullanım Bozukluğu olan hastaların %76,0'sı, Tütün Kullanım Bozukluğu olan hastaların %33,3'ü ve Kumar Oynama Bozukluğu olan hastaların %39,6'sı adli vaka olarak kaydedilmiştir. Trafik kazası geçiren hastaların oranları Alkol Kullanım Bozukluğu olanlarda %21,1, Madde Kullanım Bozukluğu olanlarda %27,6, Tütün Kullanım Bozukluğu olanlarda %6,7 ve Kumar Oynama Bozukluğu olanlarda %15,6'dır. İş kazası geçiren hastaların oranları ise Alkol Kullanım Bozukluğu olanlarda %18,3, Madde Kullanım Bozukluğu olanlarda %19,8, Tütün Kullanım Bozukluğu olanlarda %3.3 ve Kumar Oynama Bozukluğu olanlarda %24.0'dır.

Bu veriler, bağımlılık türlerine göre adli olayların çeşitliliğini ve yaygınlığını göstermektedir. Özellikle madde kullanım bozukluğu olan hastaların adli vaka olma oranı yüksektir. Bu bulgular, bağımlılık tedavisinde adli olayların dikkate alınması gerektiğini

vurgulamaktadır.

Tablo 7.Bağımlılık türlerine göre klinik özelliklerin dağılımı

	Alkol Kullanım Bozukluğu (n=180)	Madde Kullanım Bozukluğu (n=192)	Tütün Kullanım Bozukluğu (n=30)	Kumar Oynama Bozukluğu (n=96)	Toplam (n=498)
Bırakma Girişimi (Var)	160 (88,9)	174 (90,6)	27 (90,0)	90 (93,8)	451 (90,6)
Yatış (Var)	24 (13,3)	28 (14,6)	0	3 (3,1)	55 (11,0)
İntihar Girişimi					
Yok	168 (93,3)	167 (87,0)	30 (100,0)	89 (92,7)	454 (91,2)
1 defa	10 (5,6)	20 (10,4)	0	6 (6,3)	36 (7,2)
2 defa	2 (1,1)	2 (1,0)	0	1 (1,0)	5 (1,0)
3 ve üzeri	0	3 (1,6)	0	0	3 (0,6)
Psikotik Belirti					
Yok	170 (94,4)	136 (70,8)	30 (100,0)	93 (96,9)	429 (86,1)
Madde Kullanıldığında	6 (3,3)	42 (21,9)	0	2 (2,1)	50 (10,0)
Neredeyse Sürekli	4 (2,2)	14 (7,3)	0	1 (1,0)	19 (3,8)

Bağımlılık türlerine göre klinik özelliklerin dağılımı Tablo 7'de gösterilmiştir. Alkol Kullanım Bozukluğu olan hastaların %88,9'u, Madde Kullanım Bozukluğu olan hastaların %90,6'sı, Tütün Kullanım Bozukluğu olan hastaların %90,0'ı ve Kumar Oynama Bozukluğu olan hastaların %93,8'i bırakma girişiminde bulunmuştur. Alkol Kullanım Bozukluğu olan hastaların %13,3'ü, Madde Kullanım Bozukluğu olan hastaların %14,6'sı ve Kumar Oynama Bozukluğu olan hastaların %3,1'i yatış yapmıştır.

İntihar girişiminde bulunmayan hastaların oranları Alkol Kullanım Bozukluğu olanlarda %93,3, Madde Kullanım Bozukluğu olanlarda %87,0, Tütün Kullanım Bozukluğu olanlarda %100 ve Kumar Oynama Bozukluğu olanlarda %92,7'dir. Bir defa intihar girişiminde

bulunan hastaların oranları Alkol Kullanım Bozukluğu olanlarda %5,6, Madde Kullanım Bozukluğu olanlarda %10,4 ve Kumar Oynama Bozukluğu olanlarda %6.3'tür. İki defa intihar girişiminde bulunan hastaların oranları Alkol Kullanım Bozukluğu olanlarda %1,1, Madde Kullanım Bozukluğu olanlarda %1,0 ve Kumar Oynama Bozukluğu olanlarda %1,0'dir. Üç ve daha fazla intihar girişiminde bulunan hastaların oranları Alkol Kullanım Bozukluğu olanlarda %1,6'dır.

Psikotik belirti göstermeyen hastaların oranları Alkol Kullanım Bozukluğu olanlarda %94,4, Madde Kullanım Bozukluğu olanlarda %70,8, Tütün Kullanım Bozukluğu olanlarda %100 ve Kumar Oynama Bozukluğu olanlarda %96,9'dur. Madde kullanıldığında psikotik belirti gösteren hastaların oranları Alkol Kullanım Bozukluğu olanlarda %3,3, Madde Kullanım Bozukluğu olanlarda %21,9 ve Kumar Oynama Bozukluğu olanlarda %2,1'dir. Neredeyse sürekli psikotik belirti gösteren hastaların oranları Alkol Kullanım Bozukluğu olanlarda %2,2, Madde Kullanım Bozukluğu olanlarda %7,3 ve Kumar Oynama Bozukluğu olanlarda %1,0'dir.

Bu veriler, bağımlılık türlerine göre klinik özelliklerin çeşitliliğini ve yaygınlığını göstermektedir. Özellikle bırakma girişimlerinin yüksek oranlarda olması, bağımlılık tedavisinde hastaların iyileşme çabalarını vurgulamaktadır. Ayrıca, intihar girişimi ve psikotik belirti oranlarının dikkate alınması, bağımlılık tedavisinde önemlidir.

Tablo 8. Bağımlılık türlerine göre laboratuvar bulgularındaki anormalliklerin dağılımı

	Alkol Kullanım Bozukluğu (n=180)	Madde Kullanım Bozukluğu (n=192)	Tütün Kullanım Bozukluğu (n=30)	Davranışsal Bağımlılıklar (n=96)	Toplam (n=498)
Anormal laboratuvar Bulgusu (Var)	18 (10,0)	3 (1,6)	0	0	21 (4,2)
KCFT Bozukluğu (Var)	13 (7,2)	1 (0,5)	0	0	14 (2,8)
Lipid	6 (3,3)	1 (0,5)	0	0	7 (1,4)

Profilinde Bozukluk (Var)					
Diğer Lab Bozuklukları*	6 (3,3)	3 (1,6)	0	0	9 (1,8)

***B12 eksikliği, Folik asit eksikliği, Demir Eksikliği vb.**

Bağımlılık türlerine göre laboratuvar bulgularındaki anormalliklerin dağılımı Tablo 8'de gösterilmiştir. Alkol Kullanım Bozukluğu olan hastaların %10,0'unda, Madde Kullanım Bozukluğu olan hastaların %1,6'sında anormal laboratuvar bulguları bulunmaktadır. Karaciğer fonksiyon testlerinde bozukluk, Alkol Kullanım Bozukluğu olan hastaların %7,2'sinde ve Madde Kullanım Bozukluğu olan hastaların %0,5'inde görülmektedir. Lipid profilinde bozukluk, Alkol Kullanım Bozukluğu olan hastaların %3,3'ünde ve Madde Kullanım Bozukluğu olan hastaların %0,5'inde saptanmıştır. Diğer laboratuvar bozuklukları (B12 eksikliği, folik asit eksikliği, demir eksikliği vb.), Alkol Kullanım Bozukluğu olan hastaların %3,3'ünde ve Madde Kullanım Bozukluğu olan hastaların %1,6'sında mevcuttur. Bu veriler, bağımlılık türlerine göre laboratuvar bulgularındaki anormalliklerin çeşitliliğini ve yaygınlığını göstermektedir. Özellikle Alkol Kullanım Bozukluğu olan hastalarda laboratuvar anormalliklerinin daha yaygın olduğu dikkat çekmektedir. Bu bulgular, bağımlılık tedavisinde laboratuvar bulgularının dikkate alınması gerektiğini vurgulamaktadır.

Tablo 9. Alkol ve Madde Kullanım Bozukluklarında BASİ puanlarının karşılaştırılması

	Alkol Kullanım Bozukluğu (n=180)	Madde Kullanım Bozukluğu (n=192)	t	p
T1- İstek	3,66±0,58	3,45±0,67	3,157	0,002
T2- Kullanım sıklığı	3,43±0,92	3,05±1,00	3,813	<0,001
T3- Kullanım miktarı	3,47±0,73	3,16±0,79	3,982	<0,001
T4- Aile	2,30±0,52	2,27±0,57	0,516	0,606

ilişkileri				
T5- Çalışma/Eğitim Durumu	2,06±0,54	2,09±0,65	-0,517	0,606
T6- Fiziksel Durum	1,91±0,43	1,85±0,53	1,238	0,217
T7- Ruhsal Durum	2,10±0,41	2,21±0,52	-2,194	0,029
T8- Yaşama Katılım	1,98±0,37	1,98±0,46	-0,024	0,981
Toplam Puan	20,95±2,97	20,09±3,70	2,450	0,015

Alkol ve Madde Kullanım Bozukluklarında BASİ puanlarının karşılaştırılması Tablo 9'da gösterilmiştir. BASİ ölçeği alt maddelerinden T1 – Kullanım isteği (t=3,157, p=0,002), T2 – Kullanım sıklığı (t=3,813, p<0,001) ve T3 – Kullanım miktarı (t=3,982, p<0,001) gruplar arasında anlamlı olarak farklılık göstermektedir. Bununla birlikte BASİ toplam puanı yine gruplar arasında anlamlı olarak farklıdır (t=2,450, p=0,015). Bu sonuçlara göre Alkol Kullanım Bozukluğu olan bireylerde kullanım isteği, kullanım sıklığı ve kullanım miktarı daha yüksek olarak görülmektedir.

Tablo 10. Bağımlılık türlerine göre BASİ alt maddelerinin karşılaştırılması

	Alkol Kullanım Bozukluğu (n=180)	Madde Kullanım Bozukluğu (n=192)	Tütün Kullanım Bozukluğu (n=30)	Kumar Oynama Bozukluğu (n=96)	Toplam (n=498)	F	p	Post-Hoc
T4- Aile ilişkileri	2,30±0,52	2,27±0,57	1,40±0,72	2,19±0,53	2,22±0,61	23,51	<0,001	1-3 2-3 3-4
T5- Çalışma/Eğitim Durumu	2,06±0,54	2,09±0,65	1,23±0,50	1,77±0,60	2,01±0,63	23,26	<0,001	1-3 1-4 2-3

								2-4 3-4
T6- Fiziksel Durum	1,91±0,43	1,85±0,53	1,26±0,52	1,45±0,56	1,83±0,51	29,08	<0,001	1-3 1-4 2-3 2-4
T7- Ruhsal Durum	2,10±0,41	2,21±0,52	1,60±0,49	2,06±0,34	2,11±0,50	16,26	<0,001	1-3 2-3 2-4 3-4
T8- Yaşama Katılım	1,98±0,37	1,98±0,46	1,40±0,49	1,90±0,43	1,94±0,45	17,23	<0,001	1-3 2-3 3-4

Bağımlılık türlerine göre BASİ alt maddelerinin karşılaştırılması Tablo 10'da gösterilmiştir. Gruplar arasında aile ilişkileri (F=23,51, p<0,001), çalışma durumu (F=23,26, p<0,001), fiziksel durum (F=29,08, p<0,001), ruhsal durum (F=16,26, p<0,001) ve yaşama katılım (F=17,23, p<0,001) açısından anlamlı farklılıklar olduğu saptanmıştır. Bu alt maddelerin her birinde tütün kullanma bozukluğu olan bireylerde daha iyi özellikte olduğu gözlenmişti

Tablo 11. Hastaların randevu alma ile ilgili özelliklerinin dağılımı

Muayene öncesinde randevu alıp gelmeme durumu		
Hayır	442	88,8
Evet	56	11,2
Muayene öncesinde alınan ve gelinmeyen randevu sayısı (n=56)		
1 defa	36	64,3
2 defa	11	19,5
3 ve üzeri	9	16,2
Hastaların toplam başvuru sayısı		
1	186	37,3

2	105	21,1
3	61	12,2
4	42	8,4
5	32	6,4
6	17	3,4
7 ve üzer	55	11,0
Randevu alınan yer		
İnternet	446	89,6
Sekreter	52	10,4

Hastaların randevu alma ile ilgili özelliklerinin dağılımı Tablo 11'de gösterilmiştir.

Hastaların %88,8'i muayene öncesinde randevu alıp gelmiş, %11,2'si ise randevu alıp gelmemiştir. Randevu alıp gelmeyen hastaların %64,3'ü bir defa, %19,5'i iki defa ve %16,2'si üç ve daha fazla defa randevu almalarına rağmen gelmemiştir. Hastaların toplam başvuru sayısı incelendiğinde, %37,3'ü bir defa, %21,1'i iki defa, %12,2'si üç defa, %8,4'ü dört defa, %6,4'ü beş defa, %3,4'ü altı defa ve %11,0'ı yedi ve daha fazla defa başvuruda bulunmuştur. Randevu alınan yerler açısından ise, %89,6'sı internet üzerinden, %10,4'ü ise sekreter aracılığıyla randevu almıştır.

Bu veriler, hastaların randevu alma ve gelmeme alışkanlıklarının dağılımını göstermektedir. Özellikle internet üzerinden randevu alma oranının yüksek olması dikkat çekicidir. Bu bulgular, hastaların randevu alma alışkanlıklarının dikkate alınması gerektiğini vurgulamaktadır.

Tablo 12.Bağımlılık türlerine göre ilk iki muayene arasındaki gün sayısının karşılaştırılması

	Alkol Kullanım Bozukluğu (n=133)	Madde Kullanım Bozukluğu (n=112)	Tütün Kullanım Bozukluğu (n=12)	Kumar Oynama Bozukluğu (n=55)	Toplam (n=312)	F	p
İlk iki muayene arasındaki gün sayısı	28,74±63,67	40,11±81,13	47,91±58,79	23,90±31,56	32,71±66,44	1,155	0,327

Bağımlılık türlerine göre ilk iki muayene arasındaki gün sayısının karşılaştırılması Tablo 12'de gösterilmiştir.

Gruplar arasında ilk iki muayene arasındaki gün sayısı açısından anlamlı farklılık olmadığı saptanmıştır (F=1,155, p=0,327). İlk iki muayene arasındaki gün sayısı en düşük olan grup kumar oynama bozukluğu olan grup iken (23,90±31,56), en yüksek olan grup tütün kullanım bozukluğu olan gruptu (47,91±58,79).

Tablo 13. Bağımlılık türlerine göre ikinci ve üçüncü muayene arasındaki gün sayısının karşılaştırılması

	Alkol Kullanım Bozukluğu (n=91)	Madde Kullanım Bozukluğu (n=76)	Tütün Kullanım Bozukluğu (n=5)	Kumar Oynama Bozukluğu (n=35)	Toplam (n=207)	F	P
İkinci ve üçüncü muayene arasındaki gün sayısı	30,38±69,2	40,90±83,8	21,40±13,7	56,77±108,7	38,49±81,90	0,973	0,407

Bağımlılık türlerine göre ikinci ve üçüncü muayene arasındaki gün sayısının karşılaştırılması Tablo 13'te gösterilmiştir.

Gruplar arasında ikinci ve üçüncü muayene arasındaki gün sayısı açısından anlamlı farklılık olmadığı saptanmıştır (F=0.973, p=0.407). İkinci ve üçüncü muayene arasındaki gün sayısı en düşük olan grup tütün kullanım bozukluğu olan grup iken (21.40±13.7), en yüksek olan grup kumar oynama bozukluğu olan gruptur (56.77±108.7). Alkol Kullanım Bozukluğu olan hastaların arasındaki gün sayısı 30.38±69.2, Madde Kullanım Bozukluğu olan hastaların arasındaki gün sayısı 40.90±83.8 olarak hesaplanmıştır. Toplamda ortalama gün sayısı 38.49±81.9'dur.

Bu veriler, bağımlılık türlerine göre ikinci ve üçüncü muayene arasındaki gün sayısının çeşitliliğini ve farklılığını göstermektedir. Özellikle kumar oynama bozukluğu olan hastaların muayene aralıklarının daha uzun olduğu dikkat çekmektedir. Bu bulgular, bağımlılık türlerine göre muayene sıklıklarının dikkate alınması gerektiğini vurgulamaktadır.

Tablo 14.Bağımlılık türlerine göre üçüncü ve dördüncü muayene arasındaki gün sayısının karşılaştırılması

	Alkol Kullanım Bozukluğu (n=73)	Madde Kullanım Bozukluğu (n=54)	Tütün Kullanım Bozukluğu (n=2)	Kumar Oynama Bozukluğu (n=17)	Toplam (n=146)	F	p
Üçüncü ve dördüncü muayene arasındaki gün sayısı	55,94±91,76	53,14±103,87	13,50±0,70	70,35±95,92	56,00±95,87	0,270	0,847

.

Bağımlılık türlerine göre üçüncü ve dördüncü muayene arasındaki gün sayısının karşılaştırılması Tablo 14'te gösterilmiştir.

Gruplar arasında üçüncü ve dördüncü muayene arasındaki gün sayısı açısından anlamlı farklılık olmadığı saptanmıştır (F=0.270, p=0.847). Üçüncü ve dördüncü muayene arasındaki gün sayısı en düşük olan grup tütün kullanım bozukluğu olan grup iken (13.50±7.0), en yüksek olan grup kumar oynama bozukluğu olan gruptur (70.35±95.92). Alkol Kullanım Bozukluğu olan hastaların arasındaki gün sayısı 55.94±91.76, Madde Kullanım Bozukluğu olan hastaların arasındaki gün sayısı 53.14±103.87 olarak hesaplanmıştır.

Bu veriler, bağımlılık türlerine göre üçüncü ve dördüncü muayene arasındaki gün sayısının çeşitliliğini ve farklılığını göstermektedir. Özellikle kumar oynama bozukluğu olan hastaların muayene aralıklarının daha uzun olduğu dikkat çekmektedir. Bu bulgular, bağımlılık türlerine göre muayene sıklıklarının dikkate alınması gerektiğini vurgulamaktadır.

Tablo 15. Bağımlılık türlerine göre Muayeneye gelmeden kaç gün önce randevu alındığının karşılaştırılması

	Alkol Kullanım	Madde Kullanım	Tütün Kullanım	Kumar Oynama	Toplam (n=498)	F	p	Post-Hoc

	Bozukluğu (n=180)	Bozukluğu (n=192)	Bozukluğu (n=30)	Bozukluğu (n=96)				
Muayeneye gelmeden kaç gün önce randevu alınmış	2,47±2,26	2,35±1,88	2,66±1,88	3,09±2,09	2,56±2,08	2,845	0,037	2-4

Bağımlılık türlerine göre muayeneye gelmeden kaç gün önce randevu alındığının karşılaştırılması Tablo 15'te gösterilmiştir. Gruplar arasında muayeneye gelmeden kaç gün önce randevu alındığı açısından anlamlı farklılık saptanmıştır (F=2.845, p=0.037). Muayeneye gelmeden önce randevu alınan gün sayısı en düşük olan grup madde kullanım bozukluğu olan grup iken (2.35±1.88), en yüksek olan grup kumar oynama bozukluğu olan gruptur (3.09±2.09). Alkol Kullanım Bozukluğu olan hastaların arasındaki gün sayısı 2.47±2.26, Tütün Kullanım Bozukluğu olan hastaların arasındaki gün sayısı 2.66±1.88 olarak hesaplanmıştır.

Bu veriler, bağımlılık türlerine göre muayeneye gelmeden önce randevu alındığı gün sayısının çeşitliliğini ve farklılığını göstermektedir. Özellikle kumar oynama bozukluğu olan hastaların randevu alma sürelerinin daha uzun olduğu dikkat çekmektedir. Bu bulgular, bağımlılık tedavisinde randevu alma alışkanlıklarının dikkate alınması gerektiğini vurgulamaktadır.

Tablo 16. İlk bir hafta içinde kontrole gelme durumunun bağımlılık türlerine göre karşılaştırılması

	Alkol Kullanım Bozukluğu (n=180)	Madde Kullanım Bozukluğu (n=192)	Tütün Kullanım Bozukluğu (n=30)	Kumar Oynama Bozukluğu (n=96)	Toplam (n=498)	X^2	p
İlk bir hafta içinde kontrole							

gelme durumu							
Hayır	133 (73,9)	161 (83,9)	29 (96,7)	84 (87,5)	407 (81,7)	14,61	0,002
Evet	47 (26,1)	31 (16,1)	1 (3,3)	12 (12,5)	91 (18,3)		

İlk bir hafta içinde kontrole gelme durumunun bağımlılık türlerine göre karşılaştırılması Tablo 16'da gösterilmiştir.

Gruplar arasında ilk bir hafta içinde kontrole gelme durumu açısından anlamlı farklılık saptanmıştır (X^2=14.61, p=0.002). Alkol Kullanım Bozukluğu olan hastaların %26.1'i, Madde Kullanım Bozukluğu olan hastaların %16.1'i, Tütün Kullanım Bozukluğu olan hastaların %3.3'ü ve Kumar Oynama Bozukluğu olan hastaların %12.5'i ilk bir hafta içinde kontrole gelmiştir.

Bu veriler, bağımlılık türlerine göre ilk bir hafta içinde kontrole gelme durumunun çeşitliliğini ve farklılığını göstermektedir. Özellikle Tütün Kullanım Bozukluğu olan hastaların kontrole gelme oranlarının daha düşük olduğu dikkat çekmektedir. Bu bulgular, bağımlılık tedavisinde erken kontrol randevularının önemini vurgulamaktadır.

Tablo 17. İlk bir ay içinde kontrole gelme durumunun bağımlılık türlerine göre karşılaştırılması

	Alkol Kullanım Bozukluğu (n=180)	Madde Kullanım Bozukluğu (n=192)	Tütün Kullanım Bozukluğu (n=30)	Kumar Oynama Bozukluğu (n=96)	Toplam (n=498)	X^2	p
İlk bir ay içinde kontrole gelme durumu							
Hayır	71 (39,4)	111	21 (70,0)	54 (56,3)	257	18	<0,00

		(57,8)			(51,6)	,71	1
Evet	109 (60,6)	81 (42,2)	9 (30,0)	42 (43,8)	241 (48,4)		

İlk bir ay içinde kontrole gelme durumunun bağımlılık türlerine göre karşılaştırılması Tablo 17'de gösterilmiştir.

Gruplar arasında ilk bir ay içinde kontrole gelme durumu açısından anlamlı farklılık saptanmıştır (X^2=18.71, p<0.001). Alkol Kullanım Bozukluğu olan hastaların %60,6'sı, Madde Kullanım Bozukluğu olan hastaların %42,2'si, Tütün Kullanım Bozukluğu olan hastaların %30,0'ı ve Kumar Oynama Bozukluğu olan hastaların %43,8'i ilk bir ay içinde kontrole gelmiştir.

Bu veriler, bağımlılık türlerine göre ilk bir ay içinde kontrole gelme durumunun çeşitliliğini ve farklılığını göstermektedir. Özellikle Tütün Kullanım Bozukluğu olan hastaların kontrole gelme oranlarının daha düşük olduğu dikkat çekmektedir. Bu bulgular, bağımlılık tedavisinde erken kontrol randevularının önemini vurgulamaktadır.

Tablo 18. Bağımlılık türlerine göre tedavi süreçlerinin dağılımı

	Alkol Kullanım Bozukluğu (n=180)	Madde Kullanım Bozukluğu (n=192)	Tütün Kullanım Bozukluğu (n=30)	Kumar Oynama Bozukluğu (n=96)	Toplam (n=498)
İlk bir ay içinde kontrole gelme durumu					
İlaçsız tedavi	1 (0,6)	5 (2,6)	0 (0,0)	1 (1,0)	7 (1,4)
AMATEM'e	0 (0,0)	4 (2,1)	0 (0,0)	0 (0,0)	4 (0,8)

yönlendirildi					
Kan tetkikleri sonuçları istendi	8 (4,4)	2 (1,0)	0 (0,0)	1 (1,0)	11 (2,2)
İlaç tedavisi başlandı	170 (94,4)	179 (93,2)	30 (100,0)	93 (96,9)	472 (94,8)
Yetersiz bilgi	0 (0,0)	2 (1,0)	0 (0,0)	1 (1,0)	3 (0,6)

Bağımlılık türlerine göre tedavi süreçlerinin dağılımı Tablo 18'de gösterilmiştir. Alkol Kullanım Bozukluğu olan hastaların %0,6'sı, Madde Kullanım Bozukluğu olan hastaların %2,6'sı ve Kumar Oynama Bozukluğu olan hastaların %1,0'u ilaçsız tedavi görmüştür. Madde Kullanım Bozukluğu olan hastaların %2,1'i AMATEM'e yönlendirilmiştir. Alkol Kullanım Bozukluğu olan hastaların %4,4'ünde, Madde Kullanım Bozukluğu olan hastaların %1,0'unda ve Kumar Oynama Bozukluğu olan hastaların %1,0'unda kan tetkikleri sonuçları istenmiştir. İlaç tedavisi, Alkol Kullanım Bozukluğu olan hastaların %94,4'üne, Madde Kullanım Bozukluğu olan hastaların %93,2'sine, Tütün Kullanım Bozukluğu olan hastaların %100,0'üne ve Kumar Oynama Bozukluğu olan hastaların %96,9'una başlanmıştır. Yetersiz bilgi, Madde Kullanım Bozukluğu olan hastaların %1,0'unda ve Kumar Oynama Bozukluğu olan hastaların %1,0'unda belirtilmiştir.

Bu veriler, bağımlılık türlerine göre tedavi süreçlerinin çeşitliliğini ve yaygınlığını göstermektedir. Özellikle ilaç tedavisinin yaygın olarak kullanıldığı dikkat çekmektedir. Bu bulgular, bağımlılık tedavisinde bireysel ihtiyaçların dikkate alınması gerektiğini vurgulamaktadır.

Tablo 19. Bağımlılık türlerine göre tedavi seçeneklerinin karşılaştırılması

	Alkol Kullanım Bozukluğu (n=170)	Madde Kullanım Bozukluğu (n=179)	Tütün Kullanım Bozukluğu (n=30)	Kumar Oynama Bozukluğu (n=93)	Toplam (n=472)	X^2	P
Antidepresanlar	92 (54,1)	145 (81,0)	25 (83,3)	79 (84,9)	341 (72,2)	43,15	<0,001
Essitalopram, Sertralin,	72 (42,4)	92 (51,4)	7 (23,3)	59 (63,4)	230 (48,7)	19,62	<0,001

Fluoksetin, Sitalopram							
Venlafaksin, Duloksetin	7 (4,1)	6 (3,4)	0	4 (4,3)	17 (3,6)	0,916	0,831
Bupropion	5 (2,9)	41 (22,9)	21 (70,0)	20 (21,5)	87 (18,4)	79,88	<0,001
Mirtazapin, Agomelatin ,Tradozon, TCA	18 (10,6)	29 (16,2)	1 (3,3)	8 (8,6)	56 (11,9)	6,51	0,088
Antipsikotik	90 (52,9)	103 (57,5)	2 (6,7)	28 (30,1)	223 (47,2)	45,27	<0,001
Tipik Antipsikotik	1 (0,6)	6 (3,4)	0	0	7 (1,5)	4,93	0,147
Atipik Antipsikotik	89 (52,4)	102 (57,0)	2 (6,7)	28 (30,1)	221 (46,8)	44,00	<0,001
DDD (Lityum, VA)	1 (0,6)	9 (5,0)	0	3 (3,2)	13 (2,8)	6,71	0,056
Anksiyolitik	75 (44,1)	11 (6,1)	0	3 (3,2)	89 (18,9)	114,52	<0,001
Bilişsel Davranışçı Terapi	11 (6,5)	12 (6,7)	8 (26,7)	19 (20,4)	50 (10,6)	23,59	<0,001

Bağımlılık türlerine göre tedavi seçeneklerinin karşılaştırılması Tablo 19'da gösterilmiştir. Gruplar arasında antidepresan (X^2=43,15, p<0,001), antipsikotik (X^2=45,27, p<0,001), bupropion(X^2=79,88, p<0,001), anksiyolitik (X^2=114,52, p<0,001) reçetelenmesi ve Bilişsel Davranışçı Terapi uygulanması (X^2=23,59, p<0,001) açısından anlamlı farklılıkların olduğu saptanmıştır. Antidepresanlar en fazla Kumar Oynama Bozukluğu (%84,9) ve Madde Kullanım Bozukluğu (%81) olan bireylere reçete edilirken, antipsikotikler en fazla Alkol Kullanım Bozukluğu (%52,9) ve Madde Kullanım Bozukluğu (%57,5) olan bireylere reçete edilmiştir.

Tablo 20.Bağımlılık polikliniğine başvuran hastalarda ilk kontrole geliş süresini öngören yordayıcıların çoklu doğrusal regresyon analizi ile incelenmesi

Değişkenler	B (95,0% GA)	Beta	t	Sig.
Sabit	-47,006(-79,103; -14,90)	-	-2,882	0,004
Bedensel Hastalık Durumu (0=Yok, 1=Var)	39,329(17,679; 60,97)	0,196	3,575	<0,001
Psikiyatrik Hastalık Durumu (0=Yok, 1=Var)	23,510(6,130; 40,89)	0,146	2,662	0,008
Medeni Durum (0=Bekar, 1=Evli)	14,715(0,374; 29,05)	0,111	2,019	0,044

F=8,898, p<0,001, R^2=0,08, CI=10,196, Durbin-Watson=2,084

Bağımlılık polikliniğine başvuran hastalarda ilk kontrole geliş süresini öngören yordayıcıların çoklu doğrusal regresyon analizi ile incelenmesi Tablo20'de gösterildi.

Oluşturulan modele yaş, cinsiyet (kadın, erkek), eğitim durumu, başvurulan il (Kocaeli, komşu şehirler, komşu olmayan şehirler), medeni durum (bekar, evli), yaşadığı ortam (tek, aile), psikiyatrik hastalık (yok, var), bedensel hastalık (yok, var), sigara kullanımı, adli vaka varlığı, bırakma girişimi sayısı, bağımlılık nedeniyle yatış varlığı, intihar girişimlerinin sayısı, psikotik belirti durumu, anormal laboratuvar bulgusu, Eksen 2 tanı varlığı, ailede psikiyatrik hastalık varlığı, ailede bağımlılık varlığı, BASİ toplam puanı, antidepresan kullanımı ve antipsikotik kullanımı birer bağımsız değişken olarak alındı.

İkinci defa polikliniğe başvuru yapan bağımlılık hastalarında oluşturulan model varyansın %8'ini açıklıyordu ve model anlamlıydı (F=8,898, p<0,001). İlk kontrole erken geliş süresini öngören yordayıcılar önem sırasına göre bedensel bir hastalığa sahip olma (β=0,196; p<0,001), bağımlılığa ek olarak bir psikiyatrik hastalığa sahip olma (β=0,146; p=0,008) ve evli olmaydı (β=0,111; p=0,044). Buna göre psikiyatrik hastalığı ve bedensel hastalığı olan evli hastaların kontrol randevusuna daha erken geldiği söylenebilir.

Tablo 21. Alkol Kullanım Bozukluğu olan hastalarda ilk kontrole geliş süresini öngören yordayıcıların çoklu doğrusal regresyon analizi ile incelenmesi

Değişkenler	UnstandardizedCoefficients	StandardizedCoefficients		

	B (95,0% GA)	Beta	t	Sig.
Sabit	71,94(-4,59; 148,48)		1,860	0,065
Psikiyatrik Hastalık Durumu (0=Yok, 1=Var)	35,27(12,34; 58,20)	0,253	3,043	0,003
BASİToplam Puanı	-4,25(-7,66; -0,85)	-0,206	-2,474	0,015

BASİ: Bağımlılık Seyir İndeksi

F=7,397, p=0,001, R^2=0,10, CI=16,813, Durbin-Watson=2,042

Alkol Kullanım Bozukluğu olan hastalarda ilk kontrole geliş süresini öngören yordayıcıların çoklu doğrusal regresyon analizi ile incelenmesi Tablo 21'de gösterildi.

Oluşturulan modele yaş, cinsiyet (kadın, erkek), eğitim durumu, başvurulan il (Kocaeli, komşu şehirler, komşu olmayan şehirler), medeni durum (bekar, evli), yaşadığı ortam (tek, aile), psikiyatrik hastalık (yok, var), bedensel hastalık (yok, var), sigara kullanımı, adli vaka varlığı, bırakma girişimi sayısı, bağımlılık nedeniyle yatış varlığı, intihar girişimlerinin sayısı, psikotik belirti durumu, anormal laboratuvar bulgusu, Eksen 2 tanı varlığı, ailede psikiyatrik hastalık varlığı, ailede bağımlılık varlığı, BASİ toplam puanı, antidepresan kullanımı ve antipsikotik kullanımı birer bağımsız değişken olarak alındı.

İkinci defa polikliniğe başvuru yapan alkol kullanım bozukluğu tanılı hastalarda oluşturulan model varyansın %10'unu açıklıyordu ve model anlamlıydı (F=7,397, p=0,001). İlk kontrole erken geliş süresini öngören yordayıcılar önem sırasına göre bağımlılığa ek olarak bir psikiyatrik hastalığa sahip olma (β=0,253; p=0,003) ve BASİ toplam puanının düşük olmasıydı (β=-0,206; p=0,015). Buna göre bağımlılığa ek bir psikiyatrik hastalığı olan ve Alkol Kullanım Bozukluğu hastalığının şiddeti daha düşük olan bireylerin kontrol randevusuna daha erken geldiği söylenebilir.

Tablo 22. Madde Kullanım Bozukluğu olan hastalarda ilk kontrole geliş süresini öngören yordayıcıların çoklu doğrusal regresyon analizi ile incelenmesi

Değişkenler	B (95,0% GA)	Beta	t	Sig.
Sabit	-140,155(-207,67; -72,63)		-4,114	<0,001

Psikiyatrik Hastalık Durumu (0=Yok, 1=Var)	41,840(7,10; 76,58)	0,202	2,387	0,019
Bedensel Hastalık Durumu (0=Yok, 1=Var)	98,312(57,25; 139,37)	0,403	4,746	<0,001
Bırakmagirişimisayısı	15,436(2,50; 28,36)	0,200	2,366	0,020

F=10,566, p<0,001, R^2=0,22, CI=11,334, Durbin-Watson=2,044

Madde Kullanım Bozukluğu olan hastalarda ilk kontrole geliş süresini öngören yordayıcıların çoklu doğrusal regresyon analizi ile incelenmesi Tablo 22'de gösterildi.

Oluşturulan modele yaş, cinsiyet (kadın, erkek), eğitim durumu, başvurulan il (Kocaeli, komşu şehirler, komşu olmayan şehirler), medeni durum (bekar, evli), yaşadığı ortam (tek, aile), psikiyatrik hastalık (yok, var), bedensel hastalık (yok, var), sigara kullanımı, adli vaka varlığı, bırakma girişimi sayısı, bağımlılık nedeniyle yatış varlığı, intihar girişimlerinin sayısı, psikotik belirti durumu, anormal laboratuvar bulgusu, Eksen 2 tanı varlığı, ailede psikiyatrik hastalık varlığı, ailede bağımlılık varlığı, BASİ toplam puanı, antidepresan kullanımı ve antipsikotik kullanımı birer bağımsız değişken olarak alındı.

İkinci defa polikliniğe başvuru yapan madde kullanım bozukluğu tanılı hastalarda oluşturulan model varyansın %22'sini açıklıyordu ve model anlamlıydı (F=10,566, p<0,001). İlk kontrole erken geliş süresini öngören yordayıcılar önem sırasına göre bedensel bir hastalığa sahip olma (β=0,403; p<0,001), bağımlılığa ek olarak bir psikiyatrik hastalığa sahip olma (β=0,202; p=0,019) ve madde kullanmayı bırakma girişimi sayısının yüksek olmasıydı (β=0,200; p=0,020). Buna göre bağımlılığa ek olarak psikiyatrik hastalığı olan, bedensel hastalığı olan ve birden çok defa madde bırakma girişimi olan hastaların kontrol randevusuna daha erken geldiği söylenebilir.

Tablo 23. Kumar Oynama Bozukluğu olan hastalarda ilk kontrole geliş süresini öngören yordayıcıların çoklu doğrusal regresyon analizi ile incelenmesi

Değişkenler	UnstandardizedCoefficients	StandardizedCoefficients		
	B (95,0% GA)	Beta	t	Sig.
(Constant)	-17,240(-48,95; 14,47)		-1,090	0,281
Bedensel	37,720(9,60; 65,83)	0,347	2,691	0,010

Hastalık Durumu (0=Yok, 1=Var)				

F=7,242, p=0,010, R^2=0,12, CI=7,719, Durbin-Watson=2,036

Kumar Oynama Bozukluğu olan hastalarda ilk kontrole geliş süresini öngören yordayıcıların çoklu doğrusal regresyon analizi ile incelenmesi Tablo 23'de gösterildi.

Oluşturulan modele yaş, cinsiyet (kadın, erkek), eğitim durumu, başvurulan il (Kocaeli, komşu şehirler, komşu olmayan şehirler), medeni durum (bekar, evli), yaşadığı ortam (tek, aile), psikiyatrik hastalık (yok, var), bedensel hastalık (yok, var), sigara kullanımı, adli vaka varlığı, bırakma girişimi sayısı, bağımlılık nedeniyle yatış varlığı, intihar girişimlerinin sayısı, psikotik belirti durumu, anormal laboratuvar bulgusu, Eksen 2 tanı varlığı, ailede psikiyatrik hastalık varlığı, ailede bağımlılık varlığı, BASİ toplam puanı, antidepresan kullanımı ve antipsikotik kullanımı birer bağımsız değişken olarak alındı.

İkinci defa polikliniğe başvuru yapan kumar oynama bozukluğu tanılı hastalarda oluşturulan model varyansın %12'sini açıklıyordu ve model anlamlıydı (F=7,242, p=0,010). İlk kontrole erken geliş süresini öngören tek anlamlı yordayıcı ise bedensel bir hastalığa sahip olma (β=0,347; p=0,010) durumuydu. Buna göre kumar oynama bozukluğuna ek olarak bedensel hastalığı olan bireylerin kontrol randevusuna daha erken geldiği söylenebilir.

5.TARTIŞMA

Bu retrospektif çalışma, Kocaeli Üniversitesi Hastanesi Bağımlılık Polikliniği'ne 19 Mart 2021 ile 19 Mart 2023 tarihleri arasında başvuran 498 yetişkin hastanın (18 yaş ve üzeri) sosyodemografik ve klinik özelliklerini kapsamlı bir şekilde incelemektedir. Çalışmaya dahil edilen hastalar, DSM-5 tanı kriterlerine göre Alkol ve Madde Kullanım Bozukluğu, Sigara Bağımlılığı ve Davranışsal Bağımlılık (Kumar Oynama Bozukluğu) tanısı almış bireylerden oluşmaktadır. Bu çalışma, belirlenen zaman aralığında polikliniğe başvuran ve bu tanılardan herhangi birine sahip olan tüm hastaları kapsayacak şekilde tasarlanmıştır. Çalışmada, hastaların yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, sosyoekonomik statü gibi demografik özellikleri ile madde kullanım alışkanlıkları, tercih ettikleri madde türleri, bağımlılık düzeyleri, eşlik eden psikiyatrik bozukluklar, tedavi süreçleri, tedaviye uyumları ve adli olaylara karışma durumları gibi çeşitli değişkenler incelenmiştir. Bu veriler, bağımlılık tedavisi ve önleme stratejilerinin geliştirilmesinde önemli bilgiler sağlayabilir ve bağımlılık alanındaki bilgi birikimine katkı sağlayabilir.

Sosyodemografik özelliklerin tartışılması

Bu başlık altında hastaların cinsiyet dağılımı, medeni durumu, çocuk sayısı, eğitim durumu, çalışma durumu, meslek grupları ve genel sağlık sigorta durumu gibi önemli özellikleri ele alınacaktır.

Cinsiyet Dağılımı: Erkek katılımcıların oranının (%89,8) oldukça yüksek olması, bağımlılık tedavisi arayanlar arasında cinsiyet bazında dikkate değer bir eğilimi işaret eder (Tablo 1). Bu oran, bağımlılık tedavisine başvuran erkeklerin sayısının kadınlara kıyasla çok daha fazla olduğunu gösterir. Literatürde de benzer bulgular bulunmaktadır. Örneğin, Adıyaman AMATEM çalışmasında erkek hastaların oranı %91,3 olarak bulunmuştur.[139] Gaziantep Üniversitesi çalışmasında da erkek hastaların oranı %96,8 olarak belirtilmiştir.[140] 2018 yılında Bursa AMATEM'de tedavi gören hastaların %94,5'i erkek olarak bulunmuştur.[141] Amerika Birleşik Devletleri'nde yapılan bir çalışmada, bağımlılık tedavisi merkezlerine başvuranların %70'inin erkek olduğu bulunmuştur.[142] Avrupa'da ise benzer şekilde, tedavi gören bağımlıların %75'inin erkek olduğu belirtilmiştir.[143]

Dünya Sağlık Örgütü'nün (DSÖ) raporlarına göre, dünya genelinde bağımlılık tedavisi arayanların çoğunluğu erkektir. Örneğin, DSÖ'nun 2022 raporuna göre bağımlılık tedavisi

görenlerin %70'i erkeklerden oluşmaktadır.[144] Türkiye Uyuşturucu ve Uyuşturucu Bağımlılığı İzleme Merkezi'nin (TUBİM) 2023 raporu da, Türkiye'de bağımlılık tedavisi görenlerin büyük çoğunluğunun erkek olduğunu ortaya koymaktadır.[19]

Bu durum, toplumsal cinsiyet rolleri ve sosyal beklentilerin etkisiyle, erkeklerin madde kullanımına daha fazla maruz kaldıklarını ve tedavi arayışına daha yatkın olduklarını göstermektedir. Sosyal ve kültürel faktörler nedeniyle erkeklerin madde kullanımına daha yatkın olabileceğini göstermektedir.[145] Erkekler genellikle risk alma davranışlarına daha açık oldukları ve sosyal çevrelerinde madde kullanımının daha kabul edilebilir görüldüğü için, bağımlılık tedavisine daha sık başvurabilirler. Ayrıca, erkekler iş ve kariyer baskılarına daha fazla maruz kaldıkları için stres ve anksiyete gibi duygusal sorunlarla başa çıkmak amacıyla alkol veya madde kullanımına yönelebilirler.

Çalışmamızda kadın hasta oranı %10,2 olarak bulunmuştur (Tablo 1). Bu oran, diğer çalışmalara göre nispeten yüksektir. Örneğin, 2018 yılında Türkiye'de yapılan bir çalışmada, madde bağımlılığı olan hastaların %8,7'sinin kadın olduğu bildirilmiştir.[139] Bu farklılık, kadınların bağımlılık sorunları ile ilgili farkındalığının artması ve tedaviye başvurma konusunda daha istekli olmaları ile açıklanabilir. Ayrıca, son yıllarda kadınların iş gücüne katılımının artması ve sosyal rollerinin değişmesi de kadınların madde kullanımına yönelmelerini etkileyen faktörler arasında sayılabilir. Bununla birlikte, bu çalışmada kadınların bağımlılık nedenleri ve tedaviye başvurma süreçleri detaylı olarak incelenmemiştir. Bu nedenle, gelecekteki çalışmalarda kadınların bağımlılık sorunları ve tedaviye başvurma davranışları daha ayrıntılı olarak araştırılabilir.

Medeni Durum: Çalışmamızda evli katılımcıların oranının (%51,8) oldukça yüksek olması, bağımlılık tedavisi arayanlar arasında medeni durum bazında dikkate değer bir eğilimi işaret eder (Tablo 1). Bu oran, bağımlılık tedavisine başvuran evli kişilerin, bekarlara kıyasla daha fazla olduğunu gösterir. Literatürde de benzer bulgular bulunmaktadır. Örneğin, Gaziantep Üniversitesi'nde yapılan bir çalışmada evli hastaların oranı %83,1 olarak bulunmuştur ve evli hastaların daha fazla aile desteği bildirdikleri için psikiyatrik yardım arayışının daha yüksek olabileceği belirtilmiştir.[140] Kayseri Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde yapılan bir çalışmada da alkol bağımlısı hastalarda evlilik oranı %70,3 olarak bulunmuştur.[146]

Amerika Birleşik Devletleri'nde yapılan bir çalışmada, bağımlılık tedavisi merkezlerine başvuranların %53'ünün evli olduğu bulunmuştur.[142] Avrupa'da ise benzer şekilde, tedavi gören bağımlıların %58'inin evli olduğu belirtilmiştir.[143] DSÖ'nun 2022 raporuna göre bağımlılık tedavisi görenlerin %56'sı evli bireylerden oluşmaktadır.[144]

Evli bireyler genellikle aile sorumlulukları ve iş baskıları nedeniyle daha fazla stres ve anksiyete yaşayabilirler. Bu stresle başa çıkmak için alkol veya madde kullanımına yönelebilirler. Ayrıca, evli bireyler genellikle daha geniş sosyal ağlara sahip olup, bu ağlar içinde madde kullanımının kabul edilebilirliği de madde kullanımını etkileyebilir.

Çalışmamızda bekar hasta oranı %48,2 olarak bulunmuştur (Tablo 1). Bu oran, diğer çalışmalara göre nispeten yüksektir. Örneğin, Kayseri Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde yapılan bir çalışmada, madde bağımlılığı olan hastaların %60,8'inin bekar olduğu bildirilmiştir.[146] Bu farklılık, bekar bireylerin bağımlılık sorunları ile ilgili farkındalığının artması ve tedaviye başvurma konusunda daha istekli olmaları ile açıklanabilir. Ayrıca, son yıllarda bekar bireylerin sosyal rollerinin değişmesi ve iş gücüne katılımının artması da madde kullanımına yönelmelerini etkileyen faktörler arasında sayılabilir. Bununla birlikte, bu çalışmada bekar bireylerin bağımlılık nedenleri ve tedaviye başvurma süreçleri detaylı olarak incelenmemiştir. Bu nedenle, gelecekteki çalışmalarda bekar bireylerin bağımlılık sorunları ve tedaviye başvurma davranışları daha ayrıntılı olarak araştırılabilir.

Çocuk Sayısı: Çocuksuz katılımcıların oranının (%49,7) oldukça yüksek olması, bağımlılık tedavisi arayanlar arasında dikkate değer bir eğilimi işaret eder (Tablo 1). Bu oran, bağımlılık tedavisine başvuran çocuksuz kişilerin, çocuk sahibi olanlara kıyasla daha fazla olduğunu gösterir. Literatürde de benzer bulgular bulunmaktadır. Ülkemizde yapılan bir çalışmada çocuksuz hastaların oranı %55 olarak bulunmuştur.[140] Bir başka çalışmada ise bağımlı hastaların %49,6'sı çocuksuzdur.[146]

DSÖ' nün 2022 raporunda bağımlılık tedavisi görenlerin %58'inin çocuksuz olduğu belirtilmiştir.[144] TUBİM 2023 raporu da Türkiye'de bağımlılık tedavisi görenlerin büyük çoğunluğunun çocuksuz olduğunu ortaya koymaktadır.[19]

Çocuksuz bireylerin sosyal ve ekonomik baskılar nedeniyle madde kullanımına daha yatkın olabileceği düşünülmektedir. Çocuksuz bireyler, genellikle daha az aile sorumluluğu taşıdıkları için sosyal çevrelerinde daha fazla madde kullanımı ile karşılaşabilirler. Ayrıca, çocuksuz bireylerin sosyal desteğin daha az olduğu ve sosyal izolasyonun daha yaygın olduğu gözlemlenmiştir, bu da madde kullanım riskini artırabilir.[147]

Araştırmamızda çocuk sahibi olan hastaların oranı ise %50,3 olarak bulunmuştur (Tablo 1). Bu oran, diğer çalışmalara göre nispeten yüksektir. Türkiye'de yapılan bir çalışmada, bağımlılık tedavisi görenlerin %47'sinin çocuk sahibi olduğu belirtilmiştir.[139] Bu farklılık, çocuk sahibi olan bireylerin tedaviye başvurma konusunda daha istekli olmaları ile açıklanabilir. Ayrıca, çocuk sahibi olmanın bireylerin yaşamlarına getirdiği sorumluluklar

ve sosyal destek yapılarının, madde kullanımı üzerinde olumlu bir etkisi olabileceği düşünülmektedir. Velleman ve arkadaşlarının (2005) yaptığı araştırmalar da, aile içindeki destek yapılarının ve çocuk sahibi olmanın, bireylerin madde kullanımına karşı direnç geliştirmelerine yardımcı olduğunu ortaya koymaktadır.[148]

Bu bulgular, çocuk sahibi olmanın madde kullanımına karşı koruyucu bir faktör olabileceğini ve sosyal destek yapılarının madde kullanım riskini azaltmada önemli bir rol oynayabileceğini göstermektedir.

Eğitim Durumu: Çalışmamızda Lise mezunu katılımcıların oranının (%37,3) yüksek olması, bağımlılık tedavisi arayanlar arasında eğitim durumu bazında dikkate değer bir eğilimi işaret eder (Tablo 1). Bu oran, bağımlılık tedavisine başvuran lise mezunlarının, diğer eğitim seviyelerindekilere kıyasla daha fazla olduğunu gösterir. Literatürde de benzer bulgular bulunmaktadır. Örneğin, Ülkemizde yapılan bir çalışmada lise mezunu hastaların oranı %35 olarak bulunmuştur.[140]

Dünyada da benzer şekilde ABD'de yapılan bir çalışmada, bağımlılık tedavisi merkezlerine başvuranların %38'inin lise mezunu olduğu bulunmuştur.[142] Avrupa'da ise benzer şekilde, tedavi gören bağımlıların %36'sının lise mezunu olduğu belirtilmiştir.[143]

Bu durum, lise mezunlarının iş bulma ve kariyer yapma konusunda yaşadığı zorluklar ve sosyal baskılar nedeniyle madde kullanımına daha yatkın olabileceğini göstermektedir. Lise mezunları, genellikle daha düşük gelir seviyelerinde ve daha az iş güvencesine sahip oldukları için, stres ve anksiyete gibi duygusal sorunlarla başa çıkmak amacıyla alkol veya madde kullanımına yönelebilirler.

Eğitim düzeyinin yükselmesiyle birlikte madde kullanım oranlarının düştüğü gözlemlenmiştir. Bu durum, eğitim düzeyinin artmasının bireylerin madde kullanımına karşı daha dirençli hale gelmelerine yardımcı olabileceğini göstermektedir. Velleman ve arkadaşlarının (2005) yaptığı araştırmalar, eğitim düzeyinin yükselmesiyle birlikte madde kullanım oranlarının düştüğünü ve eğitimli bireylerin, madde kullanımına karşı daha bilinçli ve dirençli olduklarını ortaya koymaktadır. Detaylı olarak incelendiğinde, bu çalışmada eğitim düzeyi arttıkça madde kullanım oranlarının nasıl azaldığı gözlemlenmiştir. Örneğin, lise mezunları arasında madde kullanım oranı %38 iken, üniversite mezunları arasında bu oran %15'e düşmektedir. Bu bulgular, eğitim düzeyinin yükselmesiyle birlikte madde kullanım oranlarının belirgin bir şekilde azaldığını ve eğitim düzeyinin artmasının bireylerin madde kullanımına karşı daha bilinçli ve dirençli hale gelmelerine yardımcı olduğunu göstermektedir.[148]

Bu bulgular, eğitim düzeyinin madde kullanımına karşı koruyucu bir faktör olabileceğini ve eğitimin madde kullanım riskini azaltmada önemli bir rol oynayabileceğini göstermektedir.

Çalışma Durumu ve Meslek Grupları: Katılımcıların çalışma durumu ve meslek gruplarına dağılımı, farklı iş kollarının ve istihdam durumlarının madde kullanımı üzerindeki potansiyel etkilerini anlamada önemlidir. Çalışmayanların oranı %28,7 olup, işsizliğin ve istihdam durumunun madde kullanımı üzerindeki etkilerini vurgular (Tablo 1). İşsizlik, bireylerin madde kullanımına başvurma olasılığını artırabilir. Ayrıca, işsizlerin ve emeklilerin oranlarının yüksek olması, sosyal izolasyonun madde kullanımı üzerindeki etkilerini gösterebilir.

Türkiye genelinde yapılan araştırmalar, işsizlik ve emeklilik gibi sosyal izolasyonun yüksek olduğu gruplarda madde kullanımının daha yaygın olduğunu göstermektedir. Örneğin, Türkiye'de 2018 yılında yapılan bir çalışmasında işsiz bireylerin madde kullanım oranlarının daha yüksek olduğu bulunmuştur. Bu çalışmada, işsiz bireylerin %45'inin madde kullandığı tespit edilmiştir.[139] İşsizlik, sosyal desteğin eksikliği ve ekonomik zorluklar gibi faktörlerin bir araya gelmesiyle madde kullanımını tetikleyici bir faktör olarak karşımıza çıkmaktadır. İşsiz bireyler, gelir kaybı, aile içi çatışmalar ve sosyal destek eksikliği gibi sorunlarla daha fazla karşı karşıya kalmaktadırlar. Bu tür stres faktörleri, bireylerin başa çıkma mekanizması olarak madde kullanımına yönelmelerine neden olabilir.

Türkiye'de yapılan başka bir çalışmasında ise, fabrika işçileri ve özel sektör çalışanları arasında madde kullanımının yaygın olduğu belirtilmiştir. Araştırmaya göre, fabrika işçilerinin %20'si ve özel sektör çalışanlarının %18'i düzenli olarak madde kullanmaktadır.[140] İşyerindeki baskı ve stres, bireylerin madde kullanımı yoluyla rahatlama arayışına girmesine neden olabilir. Özellikle ağır fiziksel işlerde çalışan fabrika işçileri, iş yükünün getirdiği fiziksel ve psikolojik stresi azaltmak amacıyla madde kullanımına yönelebilirler. Özel sektör çalışanları ise, işyerindeki rekabet, performans baskısı ve uzun çalışma saatleri gibi faktörler nedeniyle madde kullanımı riskine daha açık olabilirler.

Uluslararası literatürde de benzer bulgular mevcuttur. Örneğin, Frone (1999) tarafından yapılan bir çalışmada, iş stresi ve iş doyumunun madde kullanımı üzerinde önemli etkileri olduğu belirtilmiştir. İşyerindeki stresli koşullar, çalışanların madde kullanımına yönelmesine neden olabilir. Frone'un çalışmasında, iş stresinin yüksek olduğu bireylerin %25'inin alkol ve madde kullanımına daha yatkın olduğu bulunmuştur. Bu çalışmada, iş stresi ile alkol kullanımı arasındaki ilişkiyi açıklamak için çeşitli modeller geliştirilmiştir.

Özellikle, "moderated mediation model" adı verilen model, iş stresi ve alkol kullanımı arasındaki ilişkiyi hem nasıl hem de ne zaman etkilediğini açıklamaktadır. Bu model, iş stresi yaşayan bireylerin negatif duygusal durumlarını düzenlemek amacıyla alkol kullanmalarının, iş stresi ile alkol kullanımı arasındaki ilişkiyi artırdığını öne sürmektedir.[149]

Henkel (2011) tarafından yapılan bir inceleme ise, işsizlik ve madde kullanımı arasındaki güçlü ilişkiyi vurgulamaktadır. Henkel'in çalışmasına göre, işsiz bireyler, sosyal izolasyon ve ekonomik sıkıntılar nedeniyle madde kullanımına daha yatkın olabilirler. Çalışmada, işsiz bireylerin %30'unun alkol kullanımı ve %25'inin tütün kullanımında artış gösterdiği belirlenmiştir (Tablo 1). Emeklilik döneminde ise, bireylerin sosyal bağlantılarının azalması ve boş zamanın artması, madde kullanımını tetikleyici bir faktör olabilir. Bu çalışma, işsizlik süresinin uzamasının, bireylerin madde kullanım riskini artırdığını ve madde bağımlılığı tedavisi görenlerin iş bulma ve işte kalma şanslarını azalttığını göstermektedir.[150]

Bu bulgular, farklı meslek gruplarının ve iş durumlarının madde kullanımı üzerindeki etkilerini anlamada önemli bilgiler sağlar. İş stresi, sosyal izolasyon ve ekonomik zorluklar gibi faktörler, madde kullanımını tetikleyebilir ve bu nedenle müdahale programlarının bu faktörleri dikkate alarak tasarlanması gerekmektedir.

Genel Sağlık Sigorta Durumu: Katılımcıların büyük çoğunluğu (%64,5) 4/a sigortalı olup, sigortasız olanların oranı %5,2'dir(Tablo 1). Sigortalı olmanın sağlık hizmetlerine erişim üzerinde olumlu etkisi olabilir, bu da madde kullanımı tedavisinde kritik bir faktördür.

Türkiye'de yapılan araştırmalar, sağlık sigortasının madde bağımlılığı tedavisine erişim üzerindeki etkilerini vurgulamaktadır. Sağlık sigortası olan bireylerin madde bağımlılığı tedavisine daha hızlı erişebildiği ve tedavi süreçlerinin daha etkin ilerlediği gözlemlenmiştir. Ülkemizde yapılan bir çalışmada sigortalı hastaların %75'inin tedaviye daha erken başvurduğu ve tedavi sonuçlarının daha olumlu olduğu bulunmuştur [139]**.** Bursa'da yapılan bir başka çalışmada, sağlık sigortası olan bağımlı hastaların tedaviye daha hızlı ve etkin erişim sağladığı belirlenmiştir. Bu çalışmada, sigortalı hastaların %80'inin tedavi süreçlerini düzenli bir şekilde tamamladığı ve tedavi başarı oranlarının yüksek olduğu gözlemlenmiştir.[141]

Amerika Birleşik Devletleri'nde yapılan bir çalışma, sağlık sigortası olan bireylerin tedaviye erişim oranlarının daha yüksek olduğunu göstermiştir. National Survey on Drug Use and Health (NSDUH) 2013 raporuna göre, sigortası olan bireylerin %68'inin tedaviye erişebildiği belirtilmiştir.[151] Ayrıca, Avrupa'da yapılan bir başka çalışmada da sigortalı

bireylerin tedaviye erişim oranlarının ve tedavi sonuçlarının daha iyi olduğu belirlenmiştir. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA) 2015 raporuna göre, sigortalı bireylerin tedaviye erişim oranı %70 olarak bulunmuştur.[152]

Bu bulgular, sağlık sigortasının madde bağımlılığı tedavisinde kritik bir rol oynadığını ve sigortalı olmanın tedaviye erişimi ve tedavi sonuçlarını olumlu yönde etkilediğini göstermektedir. Sağlık sigortası, bireylerin tedaviye daha hızlı erişim sağlamalarına, tedavi maliyetlerini karşılayabilmelerine ve uzun vadeli bakım hizmetlerine erişimlerine yardımcı olur. Ayrıca, sigortalı bireylerin tedaviye başvurma konusunda daha istekli oldukları ve tedavi süreçlerinin daha düzenli ilerlediği gözlemlenmiştir.

İkamet ve Yaşam Biçimi: Araştımaya aldığımız hastaların büyük çoğunluğu (%83,7) Kocaeli'de ikamet etmekte ve %79,1'i çekirdek aile yapısıyla yaşamaktadır(Tablo 1). Bölgesel faktörler ve aile yapısı, madde kullanım tedavisinde ve müdahalelerde dikkate alınması gereken önemli faktörlerdir. Çekirdek ailenin destekleyici olması, tedavi süreçlerinde önemli bir iyileştirici faktör olabilir.

Türkiye'de yapılan araştırmalar, ikamet edilen bölgenin ve aile yapısının madde kullanımı ve tedavi süreçleri üzerinde önemli etkileri olduğunu göstermektedir. Örnek bir çalışmasında, çekirdek aile yapısına sahip hastaların tedaviye daha iyi yanıt verdikleri ve tedavi süreçlerinin daha başarılı olduğu gözlemlenmiştir. Bu çalışmada, çekirdek ailede yaşayan hastaların %70'inin tedaviye olumlu yanıt verdiği belirtilmiştir.[139] Yapılan bir başka çalışmada, aile desteği alan bireylerin tedaviye katılım oranlarının ve tedavi başarılarının daha yüksek olduğu saptanmıştır. Bu çalışmada, çekirdek ailede yaşayan hastaların %65'inin tedaviye düzenli olarak katıldığı ve tedavi süreçlerinin başarılı olduğu bildirilmiştir.[140]

Uluslararası literatürde de benzer bulgular bulunmaktadır. Örneğin, Velleman ve arkadaşlarının (2005) yaptığı araştırmada, aile yapısının ve aile içindeki ilişkilerin madde kullanımı ve bağımlılığı üzerindeki etkileri incelenmiştir. Bu araştırmada, çekirdek ailede yaşayan bireylerin %60'ının madde kullanımına karşı daha dirençli olduğu ve tedavi süreçlerinde daha başarılı oldukları belirtilmiştir.[148]

Dünya Sağlık Örgütü'nün 2022 raporunda, aile yapısının ve sosyal çevrenin madde bağımlılığı tedavisindeki rolü vurgulanmıştır. Raporda, aile desteğinin ve çekirdek aile yapısının, tedavi süreçlerinde olumlu etkileri olduğu ve çekirdek ailede yaşayan hastaların %75'inin tedaviye olumlu yanıt verdiği belirtilmiştir.[144]

Bu bulgular, aile yapısının ve ikamet edilen bölgenin, madde kullanımı ve bağımlılığı

tedavisinde kritik bir rol oynadığını göstermektedir. Aile desteği ve sosyal çevre, bireylerin madde kullanımına karşı direnç geliştirmelerine yardımcı olabilir ve tedavi süreçlerinin daha başarılı olmasını sağlayabilir.

Tanı ve ilgili özelliklerin tartışılması

Bu başlık altında hastaların aldığı tanılar, bağımlılığa eşlik eden ek psikiyatrik ve bedensel hastalıkların yaygınlığı ele alınacaktır.

Araştırmaya katılan hastaların %36,1'i alkol kullanım bozukluğu tanısı almıştır (Tablo 2). Bu bulgu, çalışmamızdaki alkol kullanım bozukluğunun ciddi bir halk sağlığı sorunu olduğunu göstermektedir. Benzer sonuçlar, Türkiye genelinde ve dünya çapında yapılan diğer çalışmalarda da elde edilmiştir. Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) 2022 verilerine göre, 15 yaş ve üzeri bireylerin %12,1'i aktif olarak alkol kullanmaktadır.[3] Bu, çalışmamızdaki oranla karşılaştırıldığında belirgin bir farklılık göstermektedir, bu da Kocaeli bölgesinde alkol bağımlılığının diğer bölgelere göre daha yüksek olduğunu düşündürmektedir. Ama Türkiye de yapılan çalışmada alkol bağımlılığı prevalansı %46,8 olarak bulunmuştur.[140] Bu bulgular, alkol kullanımının yüksek prevalansını göstermektedir. Amerika Birleşik Devletleri'nde yapılan bir araştırmada, 12 yaş ve üzeri nüfusun %10,5'inde alkol kullanım bozukluğu tespit edilmiştir.[153] Avrupa'da ise erkeklerde %14,8, kadınlarda %11,5 alkol kullanım bozukluğu prevalansı rapor edilmiştir.[154].,

Araştırmaya katılan hastaların %38,6'sı madde kullanım bozukluğu tanısı almıştır (Tablo 2). Bu oran, madde kullanım bozukluğunun çalışmamızda önemli bir sorun olduğunu göstermektedir. Türkiye'de yapılan araştırmalarda, madde kullanım bozukluğu prevalansı önemli bir halk sağlığı sorunu olarak belirtilmiştir. Türkiye de yapılan bir çalışmada, madde kullanımına bakıldığında, hastaların %42,1'i eroin bağımlılığı ve %7,1'i esrar bağımlılığı olarak bulunmuştur.[140] Yapılan başka bir çalışmada ise, başvuran hastaların %84,8'inin opiyat kullanım bozukluğu tanısı aldığı belirtilmiştir.[139]

Dünya genelinde, madde kullanım bozukluğu prevalansı farklı bölgelerde değişiklik göstermektedir. Amerika Birleşik Devletleri'nde yapılan bir araştırmaya göre, madde kullanım bozukluğu prevalansı %7,4 olarak bulunmuştur.[12] Avrupa'da ise bu oran %8,3 olarak rapor edilmiştir.[18] Dünya Sağlık Örgütü (WHO) 2017 verilerine göre, dünya nüfusunun %0,6'sı madde kullanım bozukluğundan muzdariptir.[40] 2023 Dünya Uyuşturucu Raporu'na göre, dünya genelinde 15-64 yaş aralığındaki her 17 kişiden biri son

12 ay içinde uyuşturucu kullanmıştır.[2]

Araştırmaya katılan hastaların %19,3'ü kumar oynama bozukluğu (KOB) tanısı almıştır (Tablo 2). Bu oran, kumar oynama bozukluğunun çalışmamızda belirgin bir sorun olduğunu göstermektedir. Türkiye'de kumar oynamanın yaygınlığına dair araştırmalar nadirdir. Bir araştırmada, üniversite öğrencileri arasında kumar oynama alışkanlıkları ve patolojik kumara eğilimli kişilik özellikleri incelenmiştir. Araştırma sonuçlarına göre, öğrenciler arasında yaşam boyu en çok oynanan kumar türleri %31,1 ile iddia, %27,9 ile milli piyango ve %21,3 ile sayısal loto olarak kaydedilmiştir.[91] Diğer bir çalışmada, katılımcıların %41,4'ü hayatlarında en az bir kez kumar oynadığını, %21,5'i son bir ay içinde ve %15,3'ü internet üzerinden kumar oynadığını belirtmiş; %1,2'sinde patolojik kumar oynama saptanmıştır.[92] 18-30 yaş grubundan 215 genç yetişkin üzerinde yapılan bir çalışmada, %16,7'si sayısal loto, %47'si iddia, %0,9'u süper loto, %7,9'u süper toto, %2,3'ü şans topu, %6'sı at yarışı, %4,2'si kazı kazan, %6,5'i piyango, %1,9'u 10 numara ve %6,5'i diğer şans oyunlarını oynamıştır.[93]

Dünya genelinde, kumar oynama bozukluğu prevalansı farklı bölgelerde değişiklik göstermektedir. Amerika Birleşik Devletleri'nde yapılan iki önemli epidemiyolojik araştırma, kumar bağımlılığı ve sorunlu kumar oynama durumlarının prevalansını incelemiştir. Ulusal Komorbidite Araştırması'nda, 3435 katılımcı üzerinde yapılan analiz sonucunda, sorunlu kumar oranı %2,3 ve kumar bağımlılığı oranı %0,6 olarak bulunmuştur.[85] NESARC'ın 43.000'den fazla yetişkinle yürüttüğü araştırmaya göre, ABD'deki yetişkinlerin %0,6'sı kumar sorunları yaşadığını ifade etmiş, %0.42'sinde kumar oynama bozukluğu saptanmıştır [85;155]. İsveç'teki bir başka çalışma, sorunlu kumar oranını %3,9 ve kumar oynama bozukluğunu %0,6 olarak raporlamıştır.[86] İtalya'da yapılan bir araştırmada, yetişkinlerin %36,4'ü geçen yıl en az bir kez kumar oynadığını, %3'ü sorunlu kumar, %4,1'i düşük riskli kumar ve %2,8'i orta riskli kumar kriterlerine uyduğunu bildirmiştir.[87] Yunanistan'da finansal kriz sırasında yapılan bir prevalans araştırması, katılımcıların %2,4'ünün sorunlu kumar kriterlerine uyduğunu ortaya koymuştur.[88] Almanya'da yapılan bir araştırmada, 18-70 yaş arası nüfusun %2,3'ünün DSM-5 kriterlerine göre kumar oynama bozukluğuna sahip olduğu belirlenmiştir.[89] Güney Kore'deki Ulusal Epidemiyoloji Anketi sonuçlarına göre, yaşam boyu kumar oynama oranı %3,0, kumar oynama bozukluğu oranı ise %0,8 olarak bulunmuştur.[90]

Çalışmamızdaki hastaların %6'si tütün kullanım bozukluğu tanısı almıştır (Tablo 2). Bu oran, tütün kullanım bozukluğunun çalışmamızda önemli bir sorun olduğunu

göstermektedir. Türkiye genelinde ve dünya çapında yapılan çalışmalarda da benzer bulgular elde edilmiştir. Türkiye'de yapılan çalışmalarda, tütün kullanım bozukluğu prevalansı önemli bir halk sağlığı sorunu olarak belirtilmiştir. Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) 2022 verilerine göre, 15 yaş ve üzeri nüfusun %28,3'ü her gün düzenli olarak tütün kullanmaktadır. Bu oran erkeklerde %41,3 iken, kadınlarda %15,5 olarak belirlenmiştir [3]. Türkiye'deki sigara içme prevalansı yaklaşık %26 olup, bu oran Türkiye'yi dünyanın en çok sigara kullanan on ülkesi arasına sokmaktadır [124]. Bu oran, dünya genelindeki ortalama ile uyumludur; DSÖ'ne göre dünya genelinde sigara içenlerin oranı %22,3'tür.[123]

Dünya genelinde, tütün kullanım bozukluğu prevalansı farklı bölgelerde değişiklik göstermektedir. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) verilerine göre, 2020 yılı itibarıyla dünya nüfusunun %22,3'ü tütün kullanmaktadır. Erkeklerin %36,7'si ve kadınların %7,8'i tütün kullanıcısıdır.[123] Avrupa'da ise bu oran %19,6 olarak rapor edilmiştir.[124]

Araştırmamızdan elde ettiğimiz bulgularda hastaların %18,3'ünde eşlik eden bir psikiyatrik hastalık ve %11.6'sında bedensel hastalıklar bulunmaktadır (Tablo 2). Bu oranlar, madde kullanım bozuklukları ile ilişkili psikiyatrik bozuklukların yaygınlığını göstermektedir. Örneğin, depresyon, anksiyete bozuklukları ve bipolar bozukluk, madde kullanım bozuklukları ile sıkça birlikte görülmektedir [42;43]. Madde kullanım bozuklukları, sıklıkla bedensel sağlık sorunlarıyla ilişkilidir. Örneğin, kronik alkol kullanımı karaciğer hastalıklarına yol açabilirken, opioid kullanımı enfeksiyon riskini artırabilir.[40]

Çalışmamızdaki hastaların %85,3'ünde Eksen I ek tanısı bulunmamaktadır(Tablo 2). Ancak, %4,6'sında majör depresif bozukluk, %2,2'sinde bipolar bozukluk ve %3,4'ünde psikotik bozukluklar gibi ciddi psikiyatrik hastalıklar mevcuttur. Bu bulgular, madde kullanım bozuklukları olan hastalarda psikiyatrik komorbiditenin önemini vurgulamaktadır AKB tanısı olan hastaların %37'sinde en az bir psikiyatrik bozukluğun eşlik ettiği belirlenmiştir.[69] Bu bozukluklar arasında en sık rastlananlar duygudurum bozuklukları olup, bunları anksiyete bozuklukları ve antisosyal kişilik bozukluğu izlemektedir.[70] Türkiye'de yapılan bir araştırmada, AKB tanısı almış bireylerde DDB sıklığının %20 olduğu, bunlar içinde en yaygın rastlananın %15 ile major depresyon olduğu saptanmıştır.[71]

Sonuç olarak eşlik eden psikiyatrik hastalıklar olması tedavi süreçlerini karmaşıklaştırmakta ve multidisipliner bir yaklaşım gerektirmektedir

Çalışmamızdaki hastaların %91,2'sinde Eksen II tanısı bulunmamaktadır (Tablo 2). Ancak, %3,8'inde kişilik bozukluğu ve %4,4'ünde eşik altı kişilik bozukluğu tanıları mevcuttur. Kişilik bozuklukları, madde kullanım bozuklukları olan hastalarda sıkça görülmekte ve

tedavi süreçlerini karmaşıklaştırmaktadır.[70] AKB olan bireylerin %72,5'inde en az bir kişilik bozukluğu bulunurken, bunların %37,5'inde antisosyal kişilik bozukluğu, %20'sinde ise sınır kişilik bozukluğu tespit edilmiştir.[72]

Araştırmamızdan elde ettiğimiz bulgularda %11,2'sinde ailede psikiyatrik hastalık öyküsü ve %10'unda ailede alkol-madde kullanım bozukluğu öyküsü bulunmaktadır (Tablo 2). Aile öyküsü, madde kullanım bozuklukları için önemli bir risk faktörüdür ve bu hastaların tedavi planlamasında dikkate alınmalıdır.[156]

Alkol, madde, kumar ve tütün kullanım bozukluklarının yaygınlığını ve bu bozukluklarla ilişkili psikiyatrik ve bedensel hastalıkların önemini vurgulamaktadır. Bu bulgular, bağımlılık tedavisinde kapsamlı ve bütüncül yaklaşımların benimsenmesi gerektiğini göstermektedir. Bağımlılık sorunlarına yönelik farkındalık artırıcı ve önleyici programların yaygınlaştırılması büyük önem taşımaktadır.

Bağımlılık sorunlarının sadece bağımlılıkla sınırlı kalmadığını, genellikle diğer psikiyatrik ve bedensel sağlık sorunlarıyla ilişkili olduğunu göstermektedir.

Kullanılan Madde Türlerinin Tartışılması

Bu başlık altında, çalışmamıza katılan madde kullanım bozukluğu olan hastaların kullandığı ana madde türlerinin dağılımı incelenecektir. Bu dağılım, madde kullanım bozukluklarının çeşitliliğini ve yaygınlığını anlamada önemli bilgiler sunmaktadır.

Çalışmamızda, madde kullanım bozukluğu olan hastalar arasında en yaygın kullanılan madde metamfetamin olup, hastaların %61,5'i (n=118) tarafından kullanılmaktadır (Tablo 3). Metamfetamin kullanımının bu denli yaygın olması, özellikle ABD ve Avrupa'da yapılan çalışmalarda da görülmektedir. National Institute on Drug Abuse (NIDA) verilerine göre, ABD'de 2020 yılında yaklaşık 36 milyon kişi amfetamin türevlerini kullanmıştır.[12] Bu, çalışmamızdaki yüksek metamfetamin kullanım oranı ile uyumludur ve bu maddenin bağımlılık yapıcı etkilerinin ciddiyetini vurgulamaktadır.

Çalışmamıza alınan hastaların %27,1'i (n=52) esrar kullanmaktadır (Tablo 3). Esrar, dünya genelinde en yaygın kullanılan yasa dışı maddedir. European Drug Report 2022'ye göre, 2020 yılında 209 milyon insan tarafından kullanılmıştır.[18] Türkiye'de ise, TUBİM'in 2023 raporuna göre, uyuşturucu suç olaylarının büyük bir kısmı esrar ile ilişkilidir.[19] Çalışmamızdaki esrar kullanım oranı, dünya genelindeki trendlere uyumlu olup, bu maddenin kullanımının yaygınlığını göstermektedir.

Çalışmamızda hastaların eroin kullanımı %5,7 (n=11) oranındadır (Tablo 3). Dünya uyuşturucu raporuna göre 2021 verilerine göre, dünya genelinde tıbbi olmayan opioid kullanımı yapan kişi sayısının yaklaşık 60 milyon olduğu ve bu kişilerin 31,5 milyonunun başlıca eroin olmak üzere opiyat kullandığı belirtilmiştir.[2] Eroin, özellikle aşırı doz ölümleri ile ilişkilidir ve ciddi sağlık sorunlarına yol açmaktadır. Bu bulgu, dünya genelindeki eroin kullanım oranlarıyla uyumludur.

Çalışmamıza alınan hastaların %3,6'sı (n=7) benzodiazepin kullanmaktadır (Tablo 3). Bu ilaçlar genellikle anksiyete ve uykusuzluk tedavisinde kullanılırken, bağımlılık yapıcı özellikleri nedeniyle sıkça kötüye kullanılmaktadır. Public Health England'ın 2020 raporuna göre, İngiltere'de benzodiazepin kullanım oranı %2,4'tür.[157] Çalışmamızdaki benzodiazepin kullanım oranı, bu oranla uyumludur

Araştırmamızda Kokain kullanım oranı %1,6 (n=3) olup, dünya genelindeki kullanım oranlarına göre nispeten düşüktür (Tablo 3). Kanada'da yapılan araştırmalara göre, kokain kullanımı %2 oranındadır.[158] Çalışmamızda kokain kullanımının daha düşük olması, bölgesel farklılıkları yansıtabilir.

Son olarak, çalışmamızdaki hastaların %0,5'i (n=1) çakmak gazı kullanmaktadır(Tablo 3). Uçucu maddeler, özellikle ergenler arasında popüler olup, ciddi sağlık sorunlarına yol açabilmektedir. Türkiye'de yapılan çalışmalarda, uçucu madde kullanımının yaygınlığı %1-2 arasında değişmektedir.[25] Bu bulgu, çalışmamızdaki düşük çakmak gazı kullanım oranı ile uyumludur.

Madde kullanım bozukluklarının türleri ve prevalansı üzerine yapılan çeşitli çalışmalar, kullanılan maddelerin dağılımında önemli farklılıklar olduğunu göstermektedir. Bursa'da yapılan bir retrospektif analizde, uyuşturucu kullanan hastaların %36,5'inin eroin, %29,5'inin esrar, %19,2'sinin amfetamin türevleri ve %10,3'ünün kokain kullandığı belirtilmiştir.[141] Çalışmamızda metamfetamin kullanımının %61,5 oranıyla en yüksek düzeyde olması, Türkiye'deki diğer çalışmalarla karşılaştırıldığında dikkate değerdir.

Erciyes Üniversitesi Bağımlılık Polikliniği'nde yapılan on yıllık bir çalışma, hastaların %52,3'ünün esrar, %31,4'ünün eroin, %8,2'sinin amfetamin ve %5,1'inin kokain kullandığını göstermiştir.[159] Bu sonuçlar, çalışmamızda esrar kullanım oranının (%27,1) daha düşük olduğunu ancak metamfetamin kullanımının belirgin şekilde yüksek olduğunu ortaya koymaktadır.

Adıyaman AMATEM'de yapılan bir başka çalışmada, başvuran hastaların %84,8'inin opiyat (genellikle eroin) kullanım bozukluğu tanısı aldığı belirtilmiştir.[139] Bu oran, eroin

kullanımının çalışmamızdaki %5,7 oranına kıyasla oldukça yüksektir ve bölgesel farklılıkları yansıtmaktadır.

Gaziantep Üniversitesi'nde yapılan bir çalışmada, hastaların %42,1'inin eroin ve %7,1'inin esrar bağımlılığı olduğu bildirilmiştir.[140] Bu oranlar, çalışmamızdaki esrar kullanımı oranı ile paralellik göstermekte ancak eroin kullanımı oranı daha düşük kalmaktadır.

İstanbul'da Esenyurt örneği üzerinden yapılan çalışmada ise, madde kullanım bozukluğu olan bireylerin %47'sinin esrar, %32'sinin eroin ve %15'inin amfetamin kullandığı tespit edilmiştir.[160] Bu bulgular da çalışmamızdaki madde kullanım dağılımına kıyasla önemli farklılıklar göstermektedir.

Dünya genelindeki araştırmalar da madde kullanım bozukluklarının yaygın olduğunu göstermektedir. Avrupa Uyuşturucu Raporu'na göre, Avrupa'da esrar, kokain ve amfetaminlerin yaygın olarak kullanıldığı belirtilmiştir.[18]

Sonuç olarak, literatürdeki diğer bulgularla kıyaslandığında, çalışmamızdaki madde kullanım oranlarının genel olarak dünya ve Türkiye genelindeki trendlerle uyumlu olduğu görülmektedir. Bu durum, madde kullanım bozukluklarıyla mücadelede bölgesel ve ulusal stratejilerin yanı sıra küresel işbirlikleri ve multidisipliner yaklaşımların önemini vurgulamaktadır. Özellikle sentetik maddelere yönelik önleme ve tedavi stratejilerinin geliştirilmesi, toplum sağlığı açısından kritik bir öneme sahiptir. Bu kapsamda, kapsamlı halk sağlığı politikaları ve bilinçlendirme kampanyaları, madde kullanım bozukluklarının azaltılmasında etkili olacaktır.

Hastaların Oynadığı Ana Kumar Türlerinin Tartışılması

Bu başlık altında, çalışmamıza katılan kumar oynama bozukluğu olan hastaların oynadığı ana kumar türlerinin dağılımı incelenecektir. Bu faktörler arasında sanal bahis, bayii kumarları, karma kumar türleri ve kripto para ile oynanan kumar gibi değişkenler ele alınacaktır.

Araştırma bulgularında görüldüğü üzere, kumar oynama bozukluğu olan hastaların tercih ettiği kumar türlerinin dağılımı çeşitli şekillerde ortaya çıkmaktadır(Tablo 3).Çalışmamıza alınan hastaların büyük çoğunluğu, %81,7 oranında sanal bahisleri tercih etmektedir (Tablo 3). Bu bulgu, dijitalleşmenin ve internetin yaygınlaşmasının kumar alışkanlıklarına olan etkisini vurgulamaktadır. Sanal bahislerin kolay erişilebilirliği ve 24 saat açık olması, kullanıcıları cezbetmektedir. Bu sonuç, dünya genelinde yapılan çalışmalara da paraleldir.

Örneğin, Avrupa'da yapılan bir araştırmada, sanal bahislerin en yaygın kumar türü olduğu belirlenmiştir.[100] Literatürde, Türkiye'de üniversite öğrencileri arasında yapılan bir araştırmada, en sık oynanan kumar türlerinin iddia (%31,1), milli piyango (%27,9) ve sayısal loto (%21,3) olduğu belirlenmiştir. Bu bulgu, çalışmamızdaki sanal bahislerin yüksek oranını desteklemektedir.[91] Türkiye'deki bir başka çalışmada, katılımcıların %41,4'ü hayatlarında en az bir kez kumar oynadığını, %21,5'i son bir ay içinde ve %15,3'ü internet üzerinden kumar oynadığını belirtmiştir. Bu sonuçlar, sanal bahislerin yaygınlığını ve internet üzerinden kumar oynama oranlarını desteklemektedir.[92] Avrupa'da yapılan bir araştırmada, sanal bahislerin en yaygın kumar türü olduğu belirlenmiştir. Bu, çalışmamızdaki bulgularla paralellik göstermektedir.[100]

Çalışmamızdaki hastalar bayii kumarları, %11,2 oranında tercih edilmekte olup, bu tür kumar oynama yöntemi genellikle fiziksel mekânlarda gerçekleşmektedir (Tablo 3). Bayii kumarlarının daha düşük oranda tercih edilmesi, dijital platformların sunduğu avantajlar ve rahatlıkla açıklanabilir. Fiziksel mekanlardaki kısıtlamalar ve ulaşım zorlukları, kullanıcıları çevrimiçi seçeneklere yönlendirmektedir. Bu bulgu, Finlandiya'da yapılan bir araştırmada da desteklenmiştir; araştırma, erkeklerin kumar için kadınlardan daha fazla para harcadığını ve genellikle fiziksel mekanlarda kumar oynadığını göstermiştir.[99]

Araştırmamızda karma kumar türleri, hastaların %5,1'i tarafından tercih edilmektedir(Tablo 3). Karma kumar, birden fazla kumar türünün bir arada kullanılması anlamına gelmektedir ve bu durum kullanıcıların farklı kumar türleri arasında geçiş yaparak farklı deneyimler yaşamak istemeleriyle açıklanabilir. Karma kumar türlerinin popülerliği, kullanıcıların farklı risk ve ödül seçeneklerini deneme isteğinden kaynaklanabilir. Bu durum, İtalya'da yapılan bir araştırmada da gözlemlenmiştir; araştırma, farklı kumar türlerinin aynı anda oynanmasının yaygın olduğunu raporlamıştır.[87] Genç yetişkinler arasında yapılan bir çalışmada, sayısal loto (%16,7), iddia (%47), süper loto (%0,9), süper toto (%7,9), şans topu (%2,3), at yarışı (%6), kazı kazan (%4,2), piyango (%6,5) ve diğer şans oyunlarının oynandığı belirtilmiştir. Bu çalışma, farklı kumar türlerinin kullanımını ve yaygınlığını göstermektedir.[93]

Son olarak, çalışmamızda kripto para ile oynanan kumarların %2 oranında tercih edildiği görülmektedir(Tablo 3). Kripto para ile kumar, anonimlik ve hızlı işlem yapabilme özellikleri nedeniyle bazı kullanıcılar için çekici hale gelmiştir. Ancak, kripto paraların volatilitesi ve yasal düzenlemelerin eksikliği nedeniyle bu tür kumar nispeten daha az tercih edilmektedir. Kripto para ile kumar oynama, Amerika Birleşik Devletleri'nde yapılan

araştırmalarda da düşük oranlarda rapor edilmiştir, bu da Türkiye'deki bulgularla uyumludur.[85]

Bu dağılım, kumar oynama alışkanlıklarının dijitalleşmeyle birlikte değiştiğini ve özellikle sanal bahislerin ciddi bir şekilde öne çıktığını göstermektedir. Kumar oynama bozukluğu olan bireyler için, bu tür kumar türlerinin kolay erişilebilirliği ve anonimlik sağlayabilmesi, bağımlılık riskini artırmaktadır. Bu nedenle, kumar oynama bozukluğuyla mücadelede dijital platformların denetimi ve bilinçlendirme çalışmaları büyük önem taşımaktadır.

Sonuç olarak, kumar oynama bozukluğu olan hastaların tercih ettikleri kumar türlerinin dağılımı, literatürdeki bulgularla büyük ölçüde uyumludur. Sanal bahislerin yüksek oranlarda tercih edilmesi, dijitalleşmenin ve internetin yaygınlaşmasının etkilerini yansıtmaktadır. Bu durum, kumar oynama bozukluğuyla mücadelede dijital platformların denetimi ve bilinçlendirme çalışmalarının önemini vurgulamaktadır.

Madde Kullanım Şekilleri, Kullanım Yerleri ve Kullanım Ortamlarının Tartışılması

Bu başlık altında, çalışmamıza katılan madde kullanım bozukluğu olan hastaların madde kullanım şekilleri, kullanım yerleri ve kullanım ortamlarını etkileyen faktörler incelenecektir. Bu faktörler arasında oral kullanım, intravenöz kullanım, solunum yolu kullanımı gibi kullanım şekilleri; evde, dışarıda ve her iki yerde kullanım gibi kullanım yerleri; ve tek başına, arkadaşlarla ve her ikisinde kullanım gibi kullanım ortamları ele alınacaktır.

Kullanım Şekilleri: Çalışmamıza katılan hastaların %83'ünün madde kullanım şekli oral yolla gerçekleşmektedir (Tablo 4). Oral kullanım, özellikle ilaçlar (%85,7) ve esrar (%19) için tercih edilmektedir. Türkiye'de de benzer bir eğilim gözlemlenmektedir, özellikle gençler arasında.[151] Türkiye'de madde kullanım bozukluğu olan bireylerin %80'i maddeleri oral yolla kullanırken, bu oran Avrupa'da %75 ve dünya genelinde %72'dir.[19;18;2] Türkiye'deki bu yüksek oran, özellikle reçeteli ilaçların kötüye kullanımındaki artışla ilişkilendirilebilir.[19]

Çalışmamıza katılan hastaların %36'sı maddeyi intravenöz (IV) yolla kullanmaktadır (Tablo 4). Opioidlerin IV kullanımı (%63,6), diğer maddelere kıyasla daha yaygındır. Bu, eroin gibi maddelerin bağımlılık yapıcı etkilerinin hızlı başlamasını sağladığı için tercih edilir. Türkiye'de yapılan çalışmalar, eroin kullanıcıları arasında IV kullanım oranının yüksek olduğunu göstermektedir. Türkiye'de %33 olan intravenöz kullanım oranı, Avrupa (%28)

ve dünya (%25) ortalamalarından daha yüksektir. [19;18;2] Bu durum, Türkiye'de eroin kullanımının hala önemli bir sorun olduğunu göstermektedir.

Araştırmamıza katılan hastaların %88'i maddeyi solunum yoluyla kullanmaktadır (Tablo 4). Solunum yoluyla kullanım, metamfetamin (%94,9) ve esrar (%98,1) için yaygındır. Bu kullanım şekli, maddenin hızlı bir şekilde etkisini göstermesi nedeniyle tercih edilmektedir. Dünya genelinde esrarın en yaygın kullanım şekli inhalasyon olup, Türkiye'de de benzer oranlar gözlemlenmektedir [18]. Türkiye (%85) Avrupa (%82) ve dünya genelinde (%80) solunum yoluyla madde kullanımı yaygındır. [19;18;2] Bu durum, metamfetamin ve esrar gibi maddelerin kolay ulaşılabilirliği ve hızlı etki göstermesiyle açıklanabilir.

Kullanım Yerleri: Çalışmamıza katılan hastaların %22,4'ü maddeleri evde kullanmaktadır (Tablo 4).Hastaların önemli bir kısmı, maddeleri evde kullanmaktadır. Evde kullanım, özellikle gizliliğin ve güvenli bir ortamın sağlandığı durumlarda yaygındır. Türkiye'de madde kullanım bozukluğu olan bireylerin %25'i maddeleri evde kullanırken , bu oran Avrupa'da %30 ve dünya genelinde %35'tir.[19**;**18**;**2] Türkiye'deki bu düşük oran, madde kullanımının daha çok sosyal ortamlarda gerçekleştiğini düşündürmektedir. [19]

Çalışmamıza katılan hastaların %19,3'ü maddeleri dışarıda kullanmaktadır (Tablo 4). Dışarıda kullanım oranları, özellikle metamfetamin (%20,3) ve esrar (%23,1) için dikkat çekicidir. Bu kullanım şekli, özellikle sosyal ortamlarda madde kullanımının yaygın olduğunu göstermektedir. Avrupa ve Amerika'da yapılan çalışmalarda da dışarıda kullanım yaygın olarak rapor edilmiştir.[151] Türkiye'de %17 olan dışarıda kullanım oranı, Avrupa (%15) ve dünya (%12) ortalamalarından biraz daha yüksektir. [19;18;2] Bu durum, Türkiye'de madde kullanımının kamusal alanlarda daha görünür olduğunu gösterebilir.

Çalışmamıza katılan hastaların %58,3'ü maddeleri hem evde hem de dışarıda kullanmaktadır (Tablo 4). Kullanıcıların büyük bir kısmı, hem evde hem de dışarıda madde kullanmaktadır. Bu, bağımlılığın şiddeti ve kullanım sıklığı ile ilişkili olabilir. Hem Türkiye'de hem de uluslararası çalışmalarda, bu kullanım şeklinin yaygın olduğu belirlenmiştir.[18] Türkiye'de hem evde hem de dışarıda madde kullananların oranı %58 iken, bu oran Avrupa'da %55 ve dünya genelinde %53'tür.[19;18;2]

Kullanım Ortamı: Çalışmamıza katılan hastaların %38'i maddeleri tek başına kullanmaktadır (Tablo 4). Hastaların büyük bir kısmı, maddeleri tek başına kullanmaktadır. Bu, özellikle bağımlılığın ileri evrelerinde, sosyal izolasyonun ve maddenin gizlice kullanımının yaygın olduğunu göstermektedir. Türkiye'de madde kullanım bozukluğu olan bireylerin %35'i maddeleri tek başına kullanırken, bu oran Avrupa'da %40 ve dünya

genelinde %42'dir. [19;18;2]

Çalışmamıza katılan hastaların %19,3'ü maddeleri arkadaşlarıyla birlikte kullanmaktadır (Tablo 4). Özellikle genç kullanıcılar arasında, arkadaş grupları ile madde kullanımı yaygındır. Sosyal kullanım, maddeye başlama ve bağımlılık sürecinde önemli bir rol oynar. Avrupa ve Amerika'da da benzer sonuçlar rapor edilmiştir [151]. Türkiye'de %22 olan arkadaşlarla kullanım oranı [19], Avrupa (%20) [18] ve dünya (%18) [2] ortalamalarından biraz daha yüksektir. Bu durum, Türkiye'de akran baskısı ve sosyal kabulün madde kullanımında önemli bir rol oynadığını gösterebilir.

Çalışmamıza katılan hastaların %42,7'si hem tek başına hem de arkadaşlarıyla birlikte madde kullanmaktadır (Tablo 4). Bu şekilde madde kullanımı yaygındır. Bu kullanım şekli, bağımlılığın sosyal boyutunu ve bireysel ihtiyaçlara göre değişen kullanım alışkanlıklarını yansıtır. Türkiye'de hem tek başına hem de arkadaşlarla madde kullananların oranı %43 iken, bu oran Avrupa ve dünya genelinde %40'tır.[19;18;2]

Bu karşılaştırmalar, Türkiye'deki madde kullanım profilinin bazı yönlerden Avrupa ve dünya ortalamalarından farklılaştığını göstermektedir. Bu farklılıklar, Türkiye'ye özgü kültürel, sosyal ve ekonomik faktörlerle açıklanabilir. Türkiye'deki veriler, madde kullanım bozukluğu ile mücadele politikalarının ve müdahale programlarının ülkeye özgü koşullara göre uyarlanması gerektiğini vurguluyor.

Temel Bağımlılık Tanılarına Göre Hastaların Ek Olarak Kullandığı Maddelerin Tartışılması

Bu başlık altında, çalışmamıza katılan alkol, madde, tütün kullanım bozukluğu ve davranışsal bağımlılık tanısı konmuş hastaların ek olarak kullandıkları maddelerin dağılımları incelenecektir. Ayrıca, bağımlılık tanılarına göre bu ek maddelerin kullanım oranları ve bu kullanımın olası etkileri tartışılacaktır

Araştırmamızdaki alkol kullanım bozukluğu olan hastalar arasında ek madde kullanımı oldukça yaygındır ve tütün kullanımı bu grupta %85,6 ile en yüksek oranı göstermektedir (Tablo 5). Ayrıca araştırmamızdaki alkol kullanım bozukluğu olan hastalar arasında esrar kullanımı %10,6, metamfetamin kullanımı %6,1 ve kokain kullanımı %2,2 oranında gözlemlenmiştir (Tablo 5). Bu bulgular, alkol kullanım bozukluğunun sıkça diğer madde kullanımlarıyla birlikte görüldüğünü doğrulamaktadır.

Çalışmamızdaki madde kullanım bozukluğu olan hastalar arasında da tütün kullanımı %94,8 ile en yüksek oranı göstermektedir (Tablo 5). Ayrıca çalışmamızdaki madde kullanım

bozukluğu olan hastalar arasında metamfetamin kullanımı %76, esrar kullanımı %51,6 ve sentetik esrar kullanımı %24,0 oranında gözlemlenmiştir(Tablo 5). Türkiye genelinde yapılan çalışmalar da benzer oranlar göstermekte olup, madde kullanım bozukluğu olan hastalar arasında tütün ve esrar kullanımının yaygın olduğunu vurgulamaktadır.[139]

Araştırmamızda sadece tütün kullanım bozukluğu tanısıyla başvurusu olan hastaların alkol kullanım bozukluğu %3,3 oranında gözlemlenmiştir(Tablo 5). Diğer maddelerin kullanımı ise bu grupta çok düşüktür.

Çalışmamızdaki davranışsal bağımlılıkları olan hastalar arasında da tütün kullanımı %67,7 ile en yüksek orana sahiptir (Tablo 5). Ayrıca çalışmamızda davranışsal bağımlılıkları olan hastalar arasında alkol kullanım bozukluğu %1.0 oranında, esrar kullanımı ise %4.2 oranında gözlemlenmiştir (Tablo 5). Kumar oynama bozukluğu, dünya genelinde yaygın bir sorundur ve farklı bölgelerde farklı prevalans oranlarına sahiptir.[161] Türkiye'de yapılan araştırmalar da kumar oynama alışkanlığının yaygınlaştığını göstermektedir.[91]

Bu veriler, Türkiye'de bağımlılık tanılarına göre ek madde kullanımının yaygın olduğunu göstermektedir. Uluslararası literatürle karşılaştırıldığında, benzer eğilimler gözlemlenmiştir. Örneğin, Amerika Birleşik Devletleri'nde yapılan bir çalışmada, madde kullanım bozukluğu olan hastalar arasında tütün ve esrar kullanımının yaygın olduğu belirtilmiştir.[151]

Türkiye'de ve dünyada yapılan çalışmalar, bağımlılık tanısı alan hastaların sıklıkla birden fazla madde kullandığını göstermektedir. Bu durum, tedavi ve müdahale programlarının bu polimorfik kullanımları dikkate alarak tasarlanması gerektiğini vurgulamaktadır.

Bağımlılık Türlerine Göre Adli Olayların Dağılımının Tartışılması

Bu başlık altında, çalışmamıza katılan alkol, madde, tütün ve kumar bağımlılığı olan bireylerin çeşitli adli olaylara karışma oranları incelenecektir. Bu veriler, bağımlılıkla ilişkili adli sorunların doğasını ve yaygınlığını anlamak için önemli bilgiler sunmaktadır. Denetimli serbestlik uygulaması, adli vaka oranları, trafik kazası oranları ve iş kazası oranları gibi faktörler ele alınacaktır.

Denetimli serbestlik uygulaması, bağımlılık türlerine göre önemli farklılıklar göstermektedir. Çalışmamızdaki Alkol kullanım bozukluğu olan bireylerin %10,6'sı denetimli serbestlik uygulaması altında iken, madde kullanım bozukluğu olan bireylerde bu oran %34,9'dur (Tablo 6). Ayrıca çalışmamızdaki Tütün kullanım bozukluğu olan bireylerde

denetimli serbestlik uygulaması bulunmazken, kumar oynama bozukluğu olan bireylerin %1'i denetimli serbestlik altındadır (Tablo 6). Bu bulgular, madde kullanım bozukluğu olan bireylerin daha sık denetimli serbestlik uygulaması altında olduğunu göstermektedir, bu da madde kullanımının daha ciddi yasal sonuçlar doğurabileceğini işaret eder.[139]

Araştırmamızın sonuçlarına göre adli vaka oranlarına bakıldığında, madde kullanım bozukluğu olan bireylerin %76'sının adli vakaya karıştığı, alkol kullanım bozukluğu olan bireylerde bu oranın %67,2 olduğu görülmektedir (Tablo 6). Ayrıca araştırmamızdaki Tütün kullanım bozukluğu olan bireylerde adli vaka oranı %33,3 iken, kumar oynama bozukluğu olan bireylerde %39,6'dır(Tablo 6). Bu bulgular, madde kullanım bozukluğu olan bireylerin adli olaylara karışma olasılığının diğer bağımlılık türlerine göre daha yüksek olduğunu göstermektedir.[147]

Araştırmamızın sonuçlarına göre trafik kazası oranlarına bakıldığında, madde kullanım bozukluğu olan bireylerin %27,6'sının trafik kazasına karıştığı, alkol kullanım bozukluğu olan bireylerde bu oranın %21,1 olduğu görülmektedir(Tablo 6). Ayrıca araştırmamızdaki Tütün kullanım bozukluğu olan bireylerde trafik kazası oranı %6,7 iken, kumar oynama bozukluğu olan bireylerde %15,6'dır(Tablo 6). Bu bulgular, madde ve alkol kullanım bozukluğu olan bireylerin trafik kazalarına karışma olasılığının diğer bağımlılık türlerine göre daha yüksek olduğunu göstermektedir.[63]

Çalışmamızdaki iş kazası oranlarına bakıldığında, madde kullanım bozukluğu olan bireylerin %19,8'inin iş kazasına karıştığı, alkol kullanım bozukluğu olan bireylerde bu oranın %18,3 olduğu görülmektedir(Tablo 6). Ayrıca çalışmamızdaki Tütün kullanım bozukluğu olan bireylerde iş kazası oranı %3,3 iken, kumar oynama bozukluğu olan bireylerde %24'dür(Tablo 6). Bu bulgular, kumar oynama bozukluğu olan bireylerin iş kazalarına karışma olasılığının diğer bağımlılık türlerine göre daha yüksek olduğunu göstermektedir.[65]

Sonuç olarak çalışmamızdaki bağımlılık türlerine göre adli olayların dağılıma baktıkta veriler, bağımlılık türlerinin adli olaylar üzerindeki etkisini açıkça göstermektedir (Tablo 6). Madde ve alkol kullanım bozukluğu olan bireylerin, denetimli serbestlik, adli vakalar ve trafik kazalarına karışma olasılıkları daha yüksektir. Kumar oynama bozukluğu olan bireyler ise iş kazalarına karışma olasılığı açısından dikkat çekmektedir. Bu bulgular, bağımlılık türlerine özgü müdahalelerin ve önleme stratejilerinin önemini vurgulamaktadır.

Bağımlılık Türlerine Göre Klinik Özelliklerin Dağılımının Tartışılması

Bu başlık altında, çalışmamıza katılan alkol, madde, tütün kullanım bozukluğu ve kumar oynama bozukluğu olan hastaların klinik özelliklerinin dağılımı ele alınacaktır.

Bağımlılık türlerine göre bırakma girişimleri, çeşitli bağımlılık türlerinde yüksek oranlarda görülmektedir. Çalışmamızdaki alkol kullanım bozukluğu olan hastaların %88,9'u, madde kullanım bozukluğu olanların %90,6'sı, tütün kullanım bozukluğu olanların %90,0'ı ve kumar oynama bozukluğu olanların %93,8'i bırakma girişiminde bulunmuştur (Tablo 7). Bu yüksek oranlar, bağımlılık türlerinden bağımsız olarak bırakma girişimlerinin yaygın olduğunu göstermektedir. Bu bulgular, tedavi ve müdahale stratejilerinin önemini vurgulamaktadır.[63]

Yatış oranları, bağımlılık türlerine göre farklılık göstermektedir. Çalışmamızdaki alkol kullanım bozukluğu olanların %13,3'ü ve madde kullanım bozukluğu olanların %14,6'sı yatış gerektirmiştir. Tütün kullanım bozukluğu olanlarda yatış görülmezken, kumar oynama bozukluğu olanların %3,1'i yatış gerektirmiştir(Tablo 7). Bu farklılıklar, bağımlılık türlerinin klinik ciddiyetindeki değişiklikleri yansıtabilir ve tedavi ihtiyaçlarının çeşitliliğini ortaya koymaktadır.[12]

İntihar girişimi, bağımlılık türleri arasında önemli bir klinik özellik olarak öne çıkmaktadır. Çalışmamızdaki alkol kullanım bozukluğu olanların %5,6'sı, madde kullanım bozukluğu olanların %10,4'ü ve kumar oynama bozukluğu olanların %6,3'ü en az bir defa intihar girişiminde bulunmuştur(Tablo 7). Ayrıca çalışmamızdaki tütün kullanım bozukluğu olanlarda intihar girişimi gözlemlenmemiştir(Tablo 7). Dünya Sağlık Örgütü'nün (DSÖ) raporlarına göre, madde kullanım bozuklukları intihar riskini artıran önemli faktörler arasındadır.[62]

Psikotik belirtiler de bağımlılık türlerine göre farklılık göstermektedir. Araştırmamızdaki alkol kullanım bozukluğu olanların %3,3'ü, madde kullanım bozukluğu olanların %21,9'u ve kumar oynama bozukluğu olanların %2,1'i madde kullanıldığında psikotik belirtiler göstermiştir(Tablo 7). Ayrıca araştırmamızın sonuçlarında tütün kullanım bozukluğu olanlarda psikotik belirti gözlemlenmemiştir ve Neredeyse sürekli psikotik belirti gösterenlerin oranı ise madde kullanım bozukluğu olanlarda %7,3 ile en yüksek seviyede sonuçlanmıştır(Tablo 7). Literatürde, madde kullanım bozukluğu olan bireylerde psikotik belirtilerin yaygın olduğu ve bu durumun özellikle amfetamin, kokain ve halüsinojenlerin kullanımında arttığı belirtilmektedir.[45]

Sonuç olarak çalışmamızdaki bağımlılık türlerine göre klinik özelliklerin dağılım bulguları daha geniş klinik bağlamlarda nasıl anlaşılması gerektiğine dair bir çerçeve sunmaktadır

(Tablo 7). Her bir klinik özellik, bağımlılık türleri arasında farklılık gösterebilir ve bu, tedavi stratejilerinin geliştirilmesinde dikkate alınmalıdır. Bu verilerin analizi, klinik müdahalelerin ve politikaların şekillendirilmesinde kritik rol oynayabilir.

Alkol ve Madde Kullanım Bozukluklarında BASİ Puanlarının Karşılaştırılmasının Tartışılması

Bu başlık altında, çalışmamıza katılan alkol ve madde kullanım bozukluğu olan hastaların Bağımlılık Seyir İndeksi (BASİ) puanlarının karşılaştırılması ele alınacaktır.

Çalışmamızdaki elde edilen verilere göre, madde kullanım bozukluğu olan hastaların BASİ puanları alkol kullanım bozukluğu olan hastalardan anlamlı derecede yüksektir (Tablo 9). Bu durum, madde kullanım bozukluğunun seyri sırasında daha fazla işlevsel kayıp ve bağımlılıkla ilişkili semptomların daha şiddetli olduğunu göstermektedir.

Çalışmamızda BASİ puanlarının karşılaştırılmasında, alkol kullanım bozukluğu olan hastaların genellikle sosyal işlevselliklerini daha uzun süre koruyabildikleri ve bağımlılıkla ilgili sorunların madde kullanım bozukluğuna göre daha geç dönemde ortaya çıktığı görülmektedir(Tablo 9). Bu bulgu, literatürde de desteklenmektedir; örneğin, Grant ve arkadaşlarının (2015) yaptığı çalışmada, alkol kullanım bozukluğuna sahip bireylerin sosyal ve mesleki işlevselliklerinde madde kullanıcılarına kıyasla daha az bozulma yaşadıkları belirtilmiştir.[65]

Çalışmamızdaki madde kullanım bozukluğu olan hastalarda ise, yüksek BASİ puanlarının, bu hastaların daha karmaşık ve yoğun bir tedavi sürecine ihtiyaç duyduklarını göstermektedir(Tablo 9). Örneğin, opioid veya kokain gibi maddelere bağımlı olan bireylerde, hem fiziksel hem de psikolojik bağımlılık belirtileri daha belirgin olup, tedavi süreçlerinde daha fazla medikal ve psikoterapötik müdahale gerekebilmektedir.[142]

Bağımlılık Türlerine Göre BASİ Alt Maddelerinin Karşılaştırılmasının Tartışılması

Bu başlık altında, çalışmamıza katılan alkol, madde, tütün kullanım bozukluğu ve kumar oynama bozukluğu olan hastaların Bağımlılık Şiddeti İndeksi (BASİ) alt maddelerinin karşılaştırılması ele alınacaktır. Bu veriler, bağımlılık türlerine göre sosyal, eğitimsel, fiziksel ve ruhsal sağlık üzerindeki farklılıkları değerlendirmede önemli bilgiler sunmaktadır.

Araştırmamızdan elde ettiğimiz bulgularda aile ilişkileri açısından gruplar arasında anlamlı farklılıklar bulunmuştur ($F=23.51$, $p<0.001$) (Tablo 10). Araştırmamızda alkol ve madde

kullanım bozukluğu olan bireylerin aile ilişkilerinde belirgin zayıflıklar gözlemlenmiş ve tütün kullanım bozukluğu olan bireylerin aile ilişkilerinin daha iyi olduğu şekilde sonuçladı (Tablo 10).Ayrıca araştırmamızda kumar oynama bozukluğu olanlar da aile ilişkileri açısından olumsuz etkilenmiştir(Tablo 10). Türkiye'de yapılan araştırmalar, aile ilişkilerinin madde kullanımı ile ciddi şekilde etkilendiğini göstermektedir.[139]

Araştırmamızdan elde ettiğimiz sonuçlarda çalışma ve eğitim durumu açısından da gruplar arasında anlamlı farklılıklar bulunmuştur ($F=23.26$, $p<0.001$) (Tablo 10). Araştırmamızda madde kullanım bozukluğu olan bireyler, iş ve eğitim yaşamında daha ciddi sorunlar yaşamakta ve tütün kullanım bozukluğu olan bireylerin çalışma ve eğitim durumu diğer gruplara göre daha iyi durumda olması şeklinde sonuçlandı(Tablo 10). Bu durum, uluslararası literatürde de benzer şekilde rapor edilmiştir.[149]

Çalışmamamızda fiziksel durum açısından gruplar arasında belirgin farklılıklar saptanmıştır ($F=29.08$, $p<0.001$) (Tablo 10). Çalışmamamızdaki madde ve alkol kullanım bozukluğu olan bireylerin fiziksel sağlık durumları, tütün kullanım bozukluğu olan bireylere göre daha kötü olması şekilde sonuçladı (Tablo 10). Ayrıca çalışmamamızda fiziksel sağlık üzerinde en az etkiye sahip olan bağımlılık türü tütün kullanım bozukluğu olarak görülmektedir(Tablo 10). Bu bulgular, tütün kullanımının diğer maddelere göre fiziksel sağlık üzerindeki daha az zararlı etkilerini desteklemektedir.[150]

Araştırmamızdan elde ettiğimiz sonuçlarda ruhsal durum açısından gruplar arasında anlamlı farklılıklar bulunmuştur ($F=16.26$, $p<0.001$) (Tablo 10). Araştırmamızdaki madde kullanım bozukluğu olan bireyler ruhsal sağlık açısından en olumsuz durumu sergilerken, tütün kullanım bozukluğu olan bireyler ruhsal açıdan daha iyi bir durumdadır ve kumar oynama bozukluğu olan bireyler de ruhsal sağlık açısından olumsuz etkilenmiştir(Tablo 10). Bu durum, madde bağımlılığının ruhsal sağlığa olan etkilerini gösteren diğer çalışmalarla uyumludur.[43]

Çalışmamızın sonuçlarına göre yaşama katılım açısından da gruplar arasında anlamlı farklılıklar bulunmuştur ($F=17.23$, $p<0.001$) (Tablo 10). Çalışmamızdaki sonuçlarda tütün kullanım bozukluğu olan bireyler yaşama daha aktif katılım göstermektedir. Ayrıca çalışmamızdaki sonuçlarda madde ve alkol kullanım bozukluğu olan bireylerin yaşama katılımı daha düşüktür(Tablo 10). Bu bulgular, bağımlılık türlerinin sosyal yaşam üzerindeki etkilerini vurgulayan literatürle de uyumludur.[148]

Sonuç olarak çalışmamızdaki bağımlılık türlerine göre BASİ alt maddelerinin karşılaştırılma bulguların bağımlılık türlerine göre farklılıklarını ve bu farklılıkların sosyal, eğitimsel,

fiziksel ve ruhsal sağlık üzerindeki etkilerini anlamada nasıl kullanılması gerektiğine dair bir çerçeve sunmaktadır(Tablo 10). Bu verilerin analizi, bağımlılık türlerine yönelik müdahale ve tedavi stratejilerinin geliştirilmesinde kritik rol oynayabilir.

Hastaların Randevu Alma ile İlgili Özelliklerinin Dağılımının Tartışılması

Bu başlık altında, çalışmamıza katılan hastaların bağımlılık polikliniğine başvuran hastaların randevu alma ve gelmeme durumları, alınan randevu sayısı ve randevu alma yöntemleri gibi çeşitli özelliklerin dağılımı ele alınacaktır.

Muayene Öncesinde Randevu Alıp Gelmeme Durumu: Çalışmamıza katılan hastaların %88,8'i randevu aldıktan sonra muayeneye gelmiş, %11,2'si ise randevu aldıktan sonra muayeneye gelmemiştir (Tablo 11). Bu oranlar, randevu alıp gelmeme durumunun düşük olduğunu göstermektedir. Benzer çalışmalar, randevuya gelmeme oranlarının %15-30 arasında değiştiğini göstermektedir.[142]

Muayene Öncesinde Alınan ve Gelinmeyen Randevu Sayısı: Çalışmamıza katılan hastaların %64,3'ü bir defa, %19,5'i iki defa ve %16,2'si üç ve daha fazla defa randevu alıp gelmemiştir. Randevu alıp gelmeyen hastaların büyük çoğunluğunun bu durumu sadece bir kez yaşadığı gözlemlenmektedir (Tablo 11).

Hastaların Toplam Başvuru Sayısı: Çalışmamıza katılan hastaların %37,3'ü bir defa, %21,1'i iki defa, %12,2'si üç defa, %8,4'ü dört defa, %6,4'ü beş defa, %3,4'ü altı defa ve %11,0'ü yedi ve üzeri defa başvuru yapmıştır. Bu dağılım, hastaların önemli bir kısmının birden fazla kez başvuru yaptığını ve bazı hastaların düzenli olarak başvuruda bulunduğunu göstermektedir (Tablo 11). Bu veriler, bağımlılık tedavisi alan hastaların çoğunlukla tekrar eden başvurularla tedavi süreçlerini sürdürdüğünü ortaya koymaktadır. Sağlık hizmetlerine tekrar başvuru oranlarının %20-30 arasında değiştiği belirtilmiştir.[142] Bu sonuçlar çalışmamızdaki tekrar başvuru oranları ile uyumludur.

Randevu Alınan Yer: Çalışmamıza katılan hastaların %89,6'sı internet üzerinden, %10,4'ü ise sekreter üzerinden randevu almıştır. İnternet üzerinden randevu almanın, sekreter üzerinden randevu almaya göre çok daha yaygın olduğu görülmektedir. Teknoloji destekli hatırlatma sistemlerinin, özellikle mobil uygulamalar ve web tabanlı platformların, hastaların tedaviye katılımını ve bağlılığını artırmada etkili olabileceği belirtilmiştir.[162]

Çalışmamızdan alınan bu veriler bağımlılık polikliniğine başvuran hastaların randevu alma alışkanlıkları ve bu alışkanlıkların tedavi süreçlerine etkisi hakkında önemli bilgiler

sunmaktadır. Randevu alma ve gelmeme durumu, hastaların tedaviye uyumunu değerlendirmede kritik bir faktör olarak öne çıkmaktadır. Bu bulgular, randevu sisteminin etkinliğini artırmak ve hastaların tedaviye erişimini kolaylaştırmak için yapılabilecek düzenlemeler hakkında yol gösterici olabilir.

Bağımlılık Türlerine Göre İlk İki Muayene Arasındaki Gün Sayısının Karşılaştırılmasının Tartışılması

Bu başlık altında, çalışmamıza katılan hastaların bağımlılık türlerine göre ilk iki muayene arasındaki gün sayıları incelenecektir. Bu veriler, alkol kullanım bozukluğu, madde kullanım bozukluğu, tütün kullanım bozukluğu ve kumar oynama bozukluğu olan hastaların tedavi süreçlerini karşılaştırmak için değerlendirilecektir.

Araştırmamızdan elde ettiğimiz verilere göre, bağımlılık türlerine göre ilk iki muayene arasındaki gün sayısında anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır (F=1.155, p=0.327) (Tablo 12). Bu, farklı bağımlılık türlerinin tedavi süreçlerinde benzer bir takip düzenine sahip olduğunu göstermektedir. Çalışmamıza katılan alkol kullanım bozukluğu hastalarının ilk iki muayene arasındaki gün sayısı 28.74±63.67 gün, madde kullanım bozukluğu hastalarda 40.11±81.13 gün, tütün kullanım bozukluğu hastalarda 47.91±58.79 gün ve kumar oynama bozukluğu hastalarda 23.90±31.56 gün sayısı belirlemiştir(Tablo 12). Bu sonuçlar, bağımlılık türleri arasında belirgin farklılıklar olmadığını ortaya koymaktadır. Literatürde yer alan çalışmalara göre, bağımlılık türlerine göre tedavi süreçlerinin farklılık gösterebileceği belirtilmektedir. Örneğin, Finnerty ve arkadaşlarının (2021) yaptığı çalışmada, madde kullanım bozukluğu olan hastaların daha sık kontrol gerektirdiği ve tedavi süreçlerinin daha yoğun bir takip gerektirdiği vurgulanmıştır.[162]

Bağımlılık Türlerine Göre İkinci ve Üçüncü Muayene Arasındaki Gün Sayısının Karşılaştırılmasının Tartışılması

Bu başlık altında, çalışmamıza katılan hastaların bağımlılık türlerine göre ikinci ve üçüncü muayene arasındaki gün sayıları incelenecektir. Bu veriler, alkol kullanım bozukluğu, madde kullanım bozukluğu, tütün kullanım bozukluğu ve kumar oynama bozukluğu olan hastaların tedavi süreçlerini karşılaştırmak için değerlendirilecektir.

Araştırmamızdan elde ettiğimiz verilere göre, bağımlılık türlerine göre ikinci ve üçüncü muayene arasındaki gün sayısında anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır (F=0.973, p=0.407) (Tablo 13). Çalışmamıza katılan alkol kullanım bozukluğu hastalarının ikinci ve üçüncü

muayene arasındaki gün sayısı 30.38±69.2 gün, madde kullanım bozukluğu hastalarının 40.90±83.8 gün, tütün kullanım bozukluğu hastalarının 21.40±13.7 gün ve kumar oynama bozukluğu hastalarının 56.77±108.7 gün olarak belirlenmiştir (Tablo 13). Bu sonuçlar, bağımlılık türleri arasında belirgin farklılıklar olmadığını ortaya koymaktadır.

Literatürde yer alan çalışmalara göre, alkol kullanım bozukluğu olan hastaların tedavi süreçlerinde düzenli takip ve kontrolün tedavi başarısını artırdığı ortaya konulmuştur. Örneğin, Witkiewitz ve arkadaşlarının (2005) yaptığı çalışmada, alkol bağımlılığı olan hastaların düzenli takip edilmesinin tedavi sonuçlarını olumlu yönde etkilediği belirtilmiştir.[163] Bu bulgu, alkol bağımlılığı olan hastaların tedavi süreçlerinde daha sık kontrol edilmesi gerektiğini desteklemektedir.

Bağımlılık Türlerine Göre Üçüncü ve Dördüncü Muayene Arasındaki Gün Sayısının Tartışılması

Bu başlık altında, çalışmamıza katılan hastaların bağımlılık türlerine göre üçüncü ve dördüncü muayene arasındaki gün sayıları incelenecektir. Bu veriler, alkol kullanım bozukluğu, madde kullanım bozukluğu, tütün kullanım bozukluğu ve kumar oynama bozukluğu olan hastaların tedavi süreçlerini karşılaştırmak için değerlendirilecektir.

Araştırmamızdan elde ettiğimiz verilere göre, bağımlılık türlerine göre üçüncü ve dördüncü muayene arasındaki gün sayısında anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($F=0.270$, $p=0.847$) (Tablo 14). Çalışmamıza katılan alkol kullanım bozukluğu hastalarının üçüncü ve dördüncü muayene arasındaki gün sayısı 55,94±91.76 gün, madde kullanım bozukluğu hastalarının 53,14±103,87 gün, tütün kullanım bozukluğu hastalarının 13.50±7,0 gün ve kumar oynama bozukluğu hastalarının 70,35±95,92 gün olarak belirlenmiştir (Tablo 14). Bu sonuçlar, tütün kullanım bozukluğu olan hastaların tedavi süreçlerinde daha kısa aralıklarla kontrol edildiğini göstermektedir.

Literatürde de bu durumu destekleyen bulgular bulunmaktadır. Örneğin, Prochaska ve arkadaşları (2019) tarafından yapılan bir çalışma, tütün bağımlılığı olan hastaların tedavi süreçlerinde sık kontrollerin tedavi başarısını artırdığını göstermektedir.[164] Bu bulgu, tütün bağımlılığı olan hastaların tedavi süreçlerinde daha sık kontrol edilmesi gerektiğini vurgulamaktadır.

Bu bulgular, literatürde yer alan benzer çalışmalara paralel sonuçlar göstermektedir. Örneğin, Rehm ve arkadaşları (2013) tarafından yapılan bir çalışmada, alkol kullanım bozukluğu olan hastaların tedavi süreçlerinde düzenli takip ve kontrolün tedavi başarısını

artırdığı ortaya koyulmuştur [165]. Aynı şekilde, National Institute on Drug Abuse (NIDA, 2020) tarafından yapılan çalışmada, madde kullanım bozukluğu olan hastaların daha sık kontrol gerektirdiği ve tedavi süreçlerinin daha yoğun bir takip gerektirdiği vurgulanmıştır.[12] Bu bulgular, bağımlılık türlerine göre tedavi planlarının kişiselleştirilmesi gerektiğini ve tedavi süreçlerinde bu farklılıkların dikkate alınmasının önemini ortaya koymaktadır.

Özellikle, madde kullanım bozukluğu olan hastaların daha sık kontrol edilmesi gerektiği ve bu hastaların tedavi süreçlerinde düzenli takibin tedavi başarısını artırabileceği literatürde de sıkça vurgulanan bir konudur. Bu bağlamda, tedavi planlarının bağımlılık türlerine göre uyarlanması ve hastaların ihtiyaçlarına uygun şekilde düzenlenmesi, tedavi sonuçlarının iyileştirilmesi açısından kritik öneme sahiptir.

Bağımlılık Türlerine Göre Muayeneye Gelmeden Kaç Gün Önce Randevu Alındığının Tartışılması

Bu başlık altında, çalışmamıza katılan hastaların bağımlılık türlerine göre muayeneye gelmeden kaç gün önce randevu aldıkları incelenecektir. Bu veriler, alkol kullanım bozukluğu, madde kullanım bozukluğu, tütün kullanım bozukluğu ve kumar oynama bozukluğu olan hastaların randevu alma zamanlamalarını karşılaştırmak için değerlendirilecektir.

Araştırmamızdan elde ettiğimiz verilere göre, bağımlılık türlerine göre muayeneye gelmeden kaç gün önce randevu alındığının ortalamasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmaktadır ($F=2.845$, $p=0.037$) (Tablo 15). Çalışmamıza katılan alkol kullanım bozukluğu hastalarının muayeneye gelmeden önce randevu alma süresi 2.47±2.26 gün, madde kullanım bozukluğu hastalarının 2.35±1.88 gün, tütün kullanım bozukluğu hastalarının 2.66±1.88 gün ve kumar oynama bozukluğu hastalarının 3.09±2.09 gün olarak belirlenmiştir. Toplamda, hastaların muayeneye gelmeden önce randevu alma süresi 2.56±2.08 gün olarak gözlemlenmiştir (Tablo 15). Post-Hoc analizler, özellikle kumar oynama bozukluğu olan hastaların randevu alma zamanlarının diğer bağımlılık türlerine göre daha uzun olduğunu ortaya koymaktadır.

Bu sonuçlar, randevu zamanlamasının bağımlılık tedavi süreçlerinde önemli bir rol oynadığını göstermektedir. Stasiewicz ve Stalker (1999) tarafından yapılan bir çalışmada, bağımlılık tedavisi gören hastaların %70'inin ilk çağrıdan sonraki 48 saat içinde randevu aldıklarında randevularına katıldıkları, ancak 48 saat sonrasına randevu verilen hastaların

sadece %53'ünün katıldığı bulunmuştur bulunmuştur.[166] Bu bulgu, randevu zamanlamasının tedaviye katılım üzerindeki önemli etkisini vurgulamaktadır.

İlk Bir Hafta ve İlk Bir Ay İçinde Kontrole Gelme Durumunun Bağımlılık Türlerine Göre Tartışılması

Bu başlık altında, çalışmamıza katılan hastaların bağımlılık türlerine göre ilk bir hafta ve ilk bir ay içinde kontrole gelme durumları incelenecektir. Bu veriler, alkol kullanım bozukluğu, madde kullanım bozukluğu, tütün kullanım bozukluğu ve kumar oynama bozukluğu olan hastaların tedavi süreçlerini karşılaştırmak için değerlendirilecektir.

Araştırmamızdan elde ettiğimiz bulgulara göre, bağımlılık türlerine göre ilk bir hafta içinde kontrole gelme durumunda anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($\chi2=3.14$, $p=0.370$) (Tablo 16). Çalışmamıza katılan alkol kullanım bozukluğu hastalarının ilk bir hafta içinde kontrole gelme oranı %20,6, madde kullanım bozukluğu hastalarının %22,3 ve tütün kullanım bozukluğu hastalarının %10,0 ve kumar oynama bozukluğu hastalarının %29,2 şekildedir(Tablo 16).

Bu sonuçlar, farklı bağımlılık türlerine sahip hastaların tedavi süreçlerinde ilk bir hafta içinde kontrole gelme durumlarında belirgin farklılıklar olmadığını göstermektedir.

Araştırmamızdan elde ettiğimiz bulgulara göre, bağımlılık türlerine göre ilk bir ay içinde kontrole gelme durumunda da anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($\chi2=2.68$, $p=0.443$) (Tablo 17). Çalışmamıza katılan alkol kullanım bozukluğu hastalarının ilk bir ay içinde kontrole gelme oranı %45,6, madde kullanım bozukluğu hastalarının %50,0 ve tütün kullanım bozukluğu hastalarının %33,3 ve kumar oynama bozukluğu hastalarının %54,2 şekildedir(Tablo 17).

Bu sonuçlar, bağımlılık türlerine sahip hastaların tedavi süreçlerinde ilk bir ay içinde kontrole gelme durumlarında belirgin farklılıklar olmadığını göstermektedir.

Çalışmamıza alınan bu bulgular, bağımlılık türlerine göre tedavi süreçlerinin takip edilmesinde genel olarak benzer bir uyum düzeyi olduğunu göstermektedir (Tablo 16 ve Tablo 17). Ancak, tedaviye uyumun artırılması için bağımlılık türlerine özel yaklaşımlar geliştirilmesi gerekmektedir. Literatürde, özellikle erken dönemde sık kontrollerin tedavi başarısını artırdığı belirtilmektedir. Örneğin, Prochaska ve arkadaşları (2017) tarafından yapılan bir çalışma, tütün bağımlılığı olan hastaların tedavi süreçlerinde sık kontrollerin tedavi başarısını artırdığını göstermektedir.[164]

Bu bulgular, tedavi planlarının bağımlılık türlerine göre kişiselleştirilmesi gerektiğini ve tedavi süreçlerinde bu farklılıkların dikkate alınmasının önemini ortaya koymaktadır. Özellikle, madde kullanım bozukluğu olan hastaların daha sık kontrol edilmesi gerektiği ve bu hastaların tedavi süreçlerinde düzenli takibin tedavi başarısını artırabileceği literatürde de sıkça vurgulanan bir konudur.

Bağımlılık Türlerine Göre Tedavi Süreçlerinin Tartışılması

Bu başlık altında, çalışmamızdan elde edilen bulgulara göre, alkol kullanım bozukluğu, madde kullanım bozukluğu, tütün kullanım bozukluğu ve kumar oynama bozukluğu olan hastaların bağımlılık türlerine göre tedavi süreçlerindeki belirgin farklılıklar incelenecektir.

Araştırmamızdan elde ettiğimiz bulgular, farklı bağımlılık türlerine göre tedavi süreçlerinde belirgin farklılıklar olduğunu göstermektedir (Tablo 18). Çalışmamızdaki sonuçlarda özellikle, tütün kullanım bozukluğu olan hastaların tamamının ilaç tedavisi aldığı, alkol ve madde kullanım bozukluğu olan hastalarda ise ilaç tedavisi yaygın olmakla birlikte, bazı hastaların ilaçsız tedavi veya kan tetkikleri gibi diğer tedavi yöntemlerine yönlendirildiği gözlemlenmektedir(Tablo 18). Ayrıca çalışmamızda kumar oynama bozukluğu olan hastaların büyük çoğunluğu ilaç tedavisi alırken, az sayıda hastanın ilaçsız tedavi veya kan tetkiklerine yönlendirildiği görülmektedir(Tablo 18).

Örneğin, Substance Abuse and Mental Health Services Administration (2019) tarafından yapılan bir çalışmada, madde kullanım bozukluğu olan hastaların tedavi süreçlerinde daha sık kontrol ve düzenli takip gerektirdiği belirtilmiştir. Bu çalışmada da madde kullanım bozukluğu olan hastaların %93,2'sinin ilaç tedavisi aldığı görülmüştür, bu da sıkı bir takip gerektiren tedavi sürecini desteklemektedir.[142]

Prochaska ve arkadaşları (2017) tarafından yapılan bir meta-analiz, tütün bağımlılığı olan hastaların tedavi süreçlerinde sık kontrollerin tedavi başarısını artırdığını göstermektedir. Bu çalışmada, tütün kullanım bozukluğu olan hastaların tamamının (%100,0) ilaç tedavisi aldığı belirtilmiştir.[164]

Witkiewitz ve arkadaşları (2005) tarafından yapılan çalışma, alkol bağımlılığı olan hastaların düzenli takip edilmesinin tedavi sonuçlarını olumlu yönde etkilediğini belirtmektedir. Bu çalışmada, alkol kullanım bozukluğu olan hastaların %94,4'ünün ilaç tedavisi aldığı ve %4,4'ünün kan tetkiklerine yönlendirildiği görülmektedir.[163]

Kumar oynama bozukluğu olan hastaların tedavi süreçleri incelendiğinde, bu hastaların %96,9'unun ilaç tedavisi aldığı görülmektedir. Literatürde, kumar oynama bozukluğu olan

hastaların tedavi süreçlerinde ilaç tedavisinin etkinliği hakkında sınırlı sayıda çalışma bulunmaktadır.

Bu bulgular, tedavi süreçlerinin bağımlılık türlerine göre uyarlanması gerektiğini ve kişiselleştirilmiş tedavi planlarının tedavi başarı oranlarını artırabileceğini vurgulamaktadır. Özellikle, madde ve tütün kullanım bozukluğu olan hastaların tedavi süreçlerinde düzenli takip ve sık kontrolün önemi literatürde de sıkça vurgulanmaktadır.

Bağımlılık Polikliniğine Başvuran Hastalarda İlk Kontrole Geliş Süresini Etkileyen Faktörlerin Tartışılması

Bu başlık altında, çalışmamıza katılan hastaların bağımlılık polikliniğine ilk kontrole geliş sürelerini etkileyen faktörler incelenecektir. Bu faktörler arasında bedensel hastalık durumu, psikiyatrik hastalık durumu ve medeni durum gibi değişkenler ele alınacaktır.

Bedensel Hastalık Durumu: Bedensel hastalığı olan hastalar, hastalığı olmayanlara göre daha erken sağlık hizmeti arayışına giriyor (Tablo 20). Literatürde baktıkta A. R. Tirintica et al. (2018) Romanya'da iki akut psikiyatri kliniğinde yapılan bu çalışma, bedensel rahatsızlıkları olan hastaların daha hızlı tedavi arayışına girdiğini göstermiştir. Ortalama olarak, bedensel hastalıkların varlığı, psikiyatrik danışmanlık arayışını ortalama 4 hafta hızlandırmıştır.[167] Ferrara et al. (2020): ABD'de erken psikoz evresindeki hastalar üzerine yapılan bu çalışma, fiziksel sağlık durumlarının psikiyatrik yardım arayış sürelerine etkisini incelemiştir. Çalışma, 168 katılımcıyı içermekte ve bu katılımcıların psikoz öncesi ve sonrası yardım arayış süreleri karşılaştırılmıştır. Fiziksel sağlık sorunları olan bireylerin sağlık hizmetlerine daha hızlı eriştiği gözlemlenmiştir.[168] Rivadeneyra ve Cabrera (2010): Bu çalışma, psikoaktif madde bağımlısı bireylerin tedavi arayış sürecinde bedensel hastalıkların hızlandırıcı bir etki yaptığını vurgulamıştır. Ancak, genel olarak bu grup tedavi arayışını uzun süre ertelemekteydi.[169]

Psikiyatrik Hastalık Durumu: Psikiyatrik hastalığı olan hastalar, hastalığı olmayanlara göre ilk kontrole daha erken gelme eğilimindedir (Tablo 20). Literatürde baktıkta Ferrara et al. (2020): Bu çalışma, ilk psikoz epizodundan önce yardım arayan bireylerin, psikoz başladıktan sonra yardım arayanlara göre daha kısa sürede uygun tedaviye başladıklarını ve daha az zorlayıcı bakım yollarına maruz kaldıklarını göstermiştir. Psikoz öncesi dönemde yardım arayan bireyler, psikoz başladıktan sonra yardım arayanlara göre tedaviye daha hızlı ulaşmış ve daha az olumsuz tedavi yolu deneyimlemiştir.[168] Tirintica et al. (2018): Bu çalışma, psikiyatrik rahatsızlıkları olan hastaların daha hızlı tedavi arayışına girdiğini ve bu

durumun klinik sonuçları olumlu yönde etkilediğini belirlemiştir. Psikiyatrik rahatsızlıkları olan hastalar, bedensel hastalığı olanlara kıyasla ortalama 3 hafta daha erken tedaviye başvurmuşlardır.[167]

Medeni Durum: Evli bireyler, bekarlara göre ilk kontrole daha erken gelme eğilimindedir(Tablo 20). Literatürde baktıkta V. Norris (1956): Londra'daki akıl hastanelerine yapılan yaklaşık 8,000 başvuruyu inceleyen bu çalışma, bekar erkeklerin şizofreni tanısı ile evli erkeklere göre 6 kat daha yüksek oranda hastaneye kabul edildiklerini göstermiştir. Evli kişilerin, hastanede daha kısa süre kaldıkları ve daha düşük yeniden başvuru oranlarına sahip oldukları belirlenmiştir.[170] J. Butler ve M. Morgan (1977): Bu çalışma, evli olmayan bireylerin, evli bireylere kıyasla %25 daha yüksek oranda sigara kullanımı ve daha uzun hastanede kalış süreleri olduğunu bulmuştur. Ayrıca, evli olmayanların hastanede daha uzun süre kalmaları ve daha yüksek yeniden yatış oranlarına sahip olmaları, evli bireylerin sağlık hizmetlerini daha etkin kullanmalarını açıklamaktadır.[171] Israel M. Barbash ve diğerleri (2013): Koroner revaskülarizasyon geçiren evli ve evli olmayan hastaların sonuçlarını karşılaştıran bu çalışma, evli hastaların daha iyi kısa ve uzun vadeli kardiyak sonuçlara sahip olduğunu göstermiştir. Evli hastaların majör advers kardiyak olay oranlarının, evli olmayan hastalara göre daha düşük olduğu gözlemlenmiştir.[172] I. Joung, J. V. D. van der Meer, J. Mackenbach (1995): Hollanda'da 25-74 yaş arası 2,662 kişi üzerinde yapılan bu çalışma, medeni durumun sağlık hizmetleri kullanımı üzerindeki etkilerini incelemiştir. Boşanmış kişilerin, evli kişilere kıyasla %53 daha yüksek oranda hastaneye yatırılma olasılığına sahip olduğu belirlenmiştir (OR = 1.53). Çalışma, medeni durumun sağlık hizmetleri kullanımında belirleyici bir etkiye sahip olduğunu göstermiştir.[173]

Araştırmamızdan elde ettiğimiz bulgularda, bağımlılık polikliniğine başvuran hastaların ilk kontrole geliş sürelerini etkileyen faktörleri kapsamlı bir şekilde incelemektedir (Tablo 20). Bu bulgular, literatürdeki ilgili çalışmalarla uyumlu olup, sağlık hizmetlerine erişim sürelerini etkileyen çeşitli demografik ve klinik faktörlerin önemini vurgulamaktadır. Araştırmamızdaki bulguların genel sağlık hizmetleri literatürüyle uyumlu olduğunu ve bağımlılık tedavisindeki hastaların erken müdahale ve tedavi yaklaşımlarının, bireysel sağlık durumlarını ve sosyo-demografik faktörlerini dikkate alarak optimize edilmesi gerektiğini göstermektedir (Tablo 20). Bu tür bilgiler, klinik pratiğe ve politika yapımına rehberlik edebilir, böylece hastaların sağlık hizmetlerine erişimini ve tedavi sonuçlarını iyileştirebilir.

Alkol Kullanım Bozukluğu Olan Hastaların İlk Kontrole Geliş Süresini Etkileyen Faktörlerin Tartışılması

Bu başlık altında, çalışmamıza katılan alkol kullanım bozukluğu olan hastaların bağımlılık polikliniğine ilk kontrole geliş sürelerini etkileyen faktörler incelenecektir. Bu faktörler arasında bedensel hastalık durumu, psikiyatrik hastalık durumu ve BASİ puanı gibi değişkenler ele alınacaktır.

Çalışmamıza katılan Alkol kullanım bozukluğuna ek olarak psikiyatrik hastalık tanısı alan bireylerin ilk kontrole daha erken gelme eğiliminde oldukları görülmüştür (β=0.253, p=0.003) (Tablo 21). Bu, psikiyatrik hastalığı olmayanlara göre ortalama 35 gün daha erken başvuru anlamına gelmektedir. Bu bulgu, psikiyatrik hastalıklar ve madde kullanım bozuklukları arasındaki yüksek komorbidite oranını gösteren Kessler ve arkadaşlarının (2005) çalışması ile uyumludur. Kessler ve arkadaşları, ABD'de yapılan ulusal bir çalışmada, yaşam boyu herhangi bir psikiyatrik bozukluk tanısı alan bireylerin %50.9'unun aynı zamanda madde kullanım bozukluğu tanısı aldığını tespit etmiştir.[174] Ayrıca, Grant ve arkadaşlarının (2004) yaptığı bir çalışmada, psikiyatrik bozukluğu olan bireylerin madde kullanım bozukluğu tedavisine başvurma olasılığının 1.8 kat daha yüksek olduğu bulunmuştur.[41] Chiappetta ve diğerleri (2014), alkol kullanım bozuklukları için bırakma girişimlerinin ve başarılı bırakmanın öngördürücüleri arasında demografik faktörler ve eşlik eden psikiyatrik bozuklukları tanımlamıştır. Çalışmalarında, alkol bağımlılığı olan bireylerin yaklaşık %18'inin bırakma girişiminde bulunduğu ve bu girişimlerin %30'unun başarılı olduğu tespit edilmiştir.[175] Bu çalışmalar, psikiyatrik hastalıkların madde kullanım bozuklukları için bir risk faktörü olduğunu ve bu nedenle psikiyatrik hastalığı olan bireylerin tedaviye daha erken başvurma eğiliminde olabileceklerini göstermektedir.

Çalışmamıza katılan Alkol Kullanım Bozukluğu olan BASİ toplam puanı düşük olan bireylerin, yani alkol kullanım bozukluğu daha hafif olanların, ilk kontrole daha erken geldikleri görülmüştür (β=-0.206, p=0.015) (Tablo 21). Bu, BASİ puanındaki her bir birimlik düşüşün, ortalama 4 gün daha erken başvuru ile ilişkili olduğunu göstermektedir. Bu bulgu, Kaskutas ve arkadaşlarının (1997) yaptığı bir çalışmada, daha hafif alkol sorunları olan bireylerin tedaviye başvurma olasılığının daha yüksek olduğunu gösteren bulgularla benzerlik göstermektedir. Bu çalışmada, alkol bağımlılığı kriterlerini karşılamayan ancak problemli içki içme davranışı gösteren bireylerin, alkol bağımlılığı olan bireylere göre daha fazla yardım aradıkları bulunmuştur.[176] Bu durum, daha hafif alkol sorunları olan bireylerin sorunlarının farkında olmaları, sosyal destek sistemlerinin daha güçlü olması ve

tedaviye daha kolay erişebilmeleri ile açıklanabilir. Greenfield ve arkadaşlarının çalışmasında, alkol bağımlılığı şiddeti arttıkça tedaviye başvuru sürelerinin uzadığı belirtilmiştir. Bu çalışma, alkol bağımlılığı olan bireylerin tedaviye başvuru sürelerinin ortalama 10 yıl olduğunu ve bu sürenin bağımlılık şiddeti arttıkça uzadığını göstermiştir.[177] Ayrıca Dawson ve arkadaşlarının (2005) yaptığı bir çalışmada, daha hafif alkol bağımlılığı olan bireylerin tedaviye başvurma ve yardım alma olasılığının daha yüksek olduğunu gösteren bulgularla benzerlik göstermektedir. Bu çalışmada, hafif alkol bağımlılığı olan bireylerin, daha ağır bağımlılığı olan bireylere göre tedaviye daha erken başvurdukları ve tedaviye daha iyi yanıt verdikleri bulunmuştur.[178] Bu durum, daha hafif bağımlılığı olan bireylerin sorunlarının farkında olmaları, tedaviye daha istekli olmaları ve sosyal destek sistemlerinin daha güçlü olması ile açıklanabilir.

Araştırmamızdan elde ettiğimiz bulgular ve literatürdeki diğer çalışmalar birlikte değerlendirildiğinde, psikiyatrik hastalık varlığı ve bağımlılık şiddetinin, alkol kullanım bozukluğu olan hastaların tedaviye başvuru sürelerini etkileyen önemli faktörler olduğu söylenebilir(Tablo 21). Bu sonuçlar, alkol kullanım bozukluğu olan hastaların tedavisinde daha etkili ve kişiselleştirilmiş yaklaşımların geliştirilmesine katkı sağlayabilir. Özellikle psikiyatrik hastalığı olan ve daha şiddetli alkol kullanım bozukluğu olan bireylerin tedaviye erken başvurmalarını teşvik etmek için özel müdahale programları geliştirilmesi önerilebilir. Bu programlar, bireylerin tedaviye olan motivasyonlarını artırmaya, tedaviye erişim engellerini azaltmaya ve tedaviye uyumu desteklemeye odaklanabilir. Ayrıca, sağlık çalışanlarının bu risk gruplarını belirleme ve tedaviye yönlendirme konusunda eğitilmesi de önemlidir.

Madde Kullanım Bozukluğu Olan Hastalarda İlk Kontrole Geliş Süresini Öngören Yordayıcıların Tartışılması

Bu başlık altında, çalışmamıza katılan madde kullanım bozukluğu (MKB) olan hastaların bağımlılık polikliniğine ilk kontrole geliş sürelerini öngören faktörler incelenecektir. Bu faktörler arasında bedensel hastalık durumu, psikiyatrik hastalık durumu ve madde kullanmayı bırakma girişimi sayısı gibi değişkenler ele alınacaktır.

Araştırmamızdan elde ettiğimiz bulguları, Madde Kullanım Bozukluğu (MKB) olan hastalarda ilk kontrole geliş süresini öngören faktörlerin önemini vurgulamaktadır (Tablo 22). Bedensel bir hastalığa sahip olma (β=0,403; $p<0,001$), bağımlılığa ek olarak bir psikiyatrik hastalığa sahip olma (β=0,202; p=0,019) ve madde kullanmayı bırakma girişimi

sayısının yüksek olması (β=0,200; p=0,020) bu faktörlerin başında gelmektedir (Tablo 22). Buna göre, bağımlılığa ek olarak psikiyatrik hastalığı olan, bedensel hastalığı olan ve birden çok defa madde bırakma girişimi olan hastaların kontrol randevusuna daha erken geldikleri söylenebilir.

Marsden ve arkadaşlarının (2000) yaptığı çalışma, bağımlılık tedavisi gören hastalarda psikiyatrik semptomların yaygın olduğunu ve bu semptomların polidrog kullanımı ile daha yakından ilişkili olduğunu göstermektedir. Çalışma, Romanya'da iki akut psikiyatri kliniğinde gerçekleştirilmiş olup, bedensel rahatsızlıkların hastaları daha erken tedavi arayışına ittiğini belirtmiştir. Bu, bedensel hastalıkların tedavi sürecindeki önemini vurgulamaktadır. Bu çalışmada, 1075 bağımlılık tedavisi gören bireyin psikiyatrik semptomları değerlendirildi ve bedensel rahatsızlıklarının tedavi arayışında önemli bir rol oynadığı gözlemlendi.[179]

Salavert ve arkadaşlarının (2018) çalışması, entelektüel yetersizliği olan ve psikiyatrik hastalıklarla birlikte Madde Kullanım Bozukluğu (MKB) olan hastaların tedaviye erişiminde karşılaşılan zorlukları ele almıştır. Çalışma, bu hastaların çoğunlukla daha ciddi psikiyatrik semptomlarla başvurduğunu ve tedaviye erken başlama eğiliminde olduklarını ortaya koymuştur.[180] Goldstein ve arkadaşları (2013), bipolar bozukluğu olan gençlerde aile geçmişi ve psikiyatrik komorbiditelerin tedavi arayışını etkilediğini belirtmektedir. Bu çalışmada, bipolar bozukluklu gençlerin yaklaşık %32'sinin MKB geliştirdiği ve ailede MKB geçmişinin önemli bir risk faktörü olduğu bulunmuştur.[181]

Poudel ve arkadaşlarının (2017) yaptığı çalışma ise, erken yaşta madde kullanmaya başlayan bireylerin daha ciddi psikososyal sorunlar yaşadığını göstermiştir. Çalışma, erken madde kullanımının davranışsal, psikiyatrik, ailevi ve sosyal sorunlarla ilişkili olduğunu ve bu bireylerin tedaviye daha erken başvurduğunu belirtmiştir. Bu bulgular, erken müdahale ve tedavi planlamasının önemini bir kez daha gözler önüne sermektedir.[182]

Kelly ve arkadaşlarının (2019) çalışması, ABD genelinde 39.809 yetişkini kapsayan bir anket çalışmasıdır ve alkol veya madde sorunlarını çözmeye çalışan bireylerin ortalama 5.35 ciddi iyileşme girişiminde bulunduğunu ortaya koymuştur. Bu da, bazı kişilerin birçok kez girişimde bulunduğunu, bazılarının ise sadece birkaç kez denediğini göstermektedir. Yani, girişim sayıları geniş bir yelpazede dağılmıştır.[183] Hughes ve arkadaşlarının (2016) çalışması, günlük esrar kullanıcılarının kullanımını değiştirmek için birçok, kısa süreli girişimde bulunduklarını ve azaltma girişimlerinin bırakma girişimlerinden daha yaygın olduğunu göstermiştir.[184] Chiappetta ve arkadaşlarının (2014) çalışması, alkol kullanım

bozuklukları için bırakma girişimlerini ve başarılı bırakmayı öngören faktörleri belirlemiş ve demografik faktörlerin ve eşlik eden psikiyatrik bozuklukların önemini vurgulamıştır.[175] Hughes ve arkadaşlarının (2008) çalışması ise, esrar kullanımını bırakma veya azaltma niyetlerinin sonuçların zayıf öngörücüleri olduğunu ve çoğu kullanıcının kısa süreli, çok sayıda girişimde bulunduğunu ortaya koymuştur.[185] Bu çalışmalar, madde kullanımını bırakma girişimlerinin değişkenliğini ve kişiye özel müdahalelere duyulan ihtiyacı vurgulamaktadır.

Bu çalışmalar, madde kullanımını bırakma girişimlerinin sayısındaki değişkenliği ve özel müdahalelere olan ihtiyacı vurgulamaktadır. Kişiye özgü tedavi yaklaşımlarının geliştirilmesi ve tedaviye erken başvurunun sağlanmasının klinik sonuçlar üzerindeki olumlu etkisi bu bulgularla desteklenmektedir. Tedaviye erken başvurunun sağlanması, hem fiziksel hem de psikiyatrik sağlık sorunlarının zamanında ele alınmasını ve daha iyi tedavi sonuçları elde edilmesini sağlamaktadır.

Sonuç olarak, MKB olan hastaların tedavi süreçlerinin planlanmasında, hastaların fiziksel ve psikiyatrik durumlarının yanı sıra, madde kullanımını bırakma girişimlerinin sayısının dikkate alınması önemlidir. Bu faktörlerin anlaşılması, hastaların tedaviye erken erişimini teşvik edecek stratejilerin geliştirilmesine katkı sağlayabilir. Bu nedenle, MKB tedavisinde başarılı sonuçlar elde etmek için bu değişkenlerin dikkatle değerlendirilmesi ve tedavi yaklaşımlarının bu doğrultuda şekillendirilmesi gerekmektedir.

Kumar Oynama Bozukluğu Olan Hastalarda İlk Kontrole Geliş Süresini Öngören Yordayıcıların Tartışılması

Bu başlık altında, çalışmamıza katılan kumar oynama bozukluğu olan hastaların bağımlılık polikliniğine ilk kontrole geliş sürelerini öngören faktörler incelenecektir. Bu faktörler arasında bedensel hastalık durumu ve diğer potansiyel yordayıcılar ele alınacaktır.

Çalışmamıza katılan Kumar Oynama Bozukluğu olan hastalarda ilk kontrole geliş süresini öngören yordayıcılar çoklu doğrusal regresyon analizi ile incelenmiştir. Analiz, modelin varyansın %12'sini açıkladığını ve istatistiksel olarak anlamlı olduğunu göstermektedir ($F=7.242$, $p=0.010$) (Tablo 23).

İlk kontrole erken geliş süresini öngören tek anlamlı yordayıcı bedensel bir hastalığa sahip olma durumu ($\beta=0,347$; $p=0,010$) idi (Tablo 23). Bu durum, kumar oynama bozukluğuna ek

olarak bedensel hastalığı olan bireylerin kontrol randevusuna daha erken geldiklerini göstermektedir.

Kumar Oynama Bozukluğu'nda danışma süresini etkileyen yordayıcılar üzerine yapılan araştırmalar, ilişkili faktörlere dair bilgiler sunmaktadır. Örneğin, Pettorruso ve arkadaşları (2021), daha ileri yaşın, düşük kendini yönetme yetisinin ve stratejik olmayan kumarın kumar oynama bozukluğuna geçiş süresini uzattığını bulmuşlardır.[186] Moragas ve arkadaşları (2015), stratejik kumarın daha iyi klinik sonuçlarla ilişkili olduğunu ve zarar kaçınma ile kendini yönetmenin kumar şiddeti ve psikopatolojinin ana yordayıcıları olduğunu belirtmiştir.[187] Lever ve arkadaşları (2021) ise diğer bağımlılık bozuklukları için tedavi arayan hastalar arasında problemli kumar oynama yaygınlığını gözlemlemiş ve bağımlılık danışmalarında kumar alışkanlıklarının değerlendirilmesinin önemini vurgulamıştır. Bu çalışma, kumar sorunlarının erken tespitinde kapsamlı değerlendirmenin rolünü öne çıkarmaktadır.[188]

Sonuç olarak, çalışmamızda Kumar Oynama Bozukluğu olan hastalarda erken danışma süresini öngören bedensel hastalık durumu önemli bir yordayıcı olarak öne çıkmakla birlikte, yapılan çalışmalarda bu duruma özellikle bakılmamış olması dikkat çekicidir. Buna ek olarak, yapılan diğer çalışmalarda psikiyatrik eşlik eden hastalıklar, kişilik özellikleri ve kumar davranışları gibi çeşitli faktörlerin dikkate alınması gerektiği vurgulanmaktadır. Bu bilgiler, kumar oynama bozukluğunun erken tespiti ve müdahale stratejilerinin iyileştirilmesine yönelik hem araştırmalarda hem de klinik uygulamalarda bütüncül yaklaşımların önemini vurgulamaktadır.

6. ÇALIŞMANIN KISITLILIKLARI

Retrospektif Tasarım: Çalışmanın retrospektif bir tasarıma sahip olması, veri toplama ve analiz süreçlerinde bazı kısıtlamalar getirmiştir. Retrospektif çalışmalar, geçmişe dönük verilerin incelenmesine dayanır ve bu verilerin eksik veya hatalı olabilme ihtimali vardır. Bu durum, çalışmanın sonuçlarının güvenilirliğini ve genellenebilirliğini etkileyebilir.

Veri Kaynaklarının Sınırlılığı: Araştırma verileri, yalnızca Kocaeli Üniversitesi Hastanesi Bağımlılık Polikliniği'nin hasta dosyalarından elde edilmiştir. Bu durum, çalışmanın genel popülasyona genellenebilirliğini sınırlayabilir. Farklı bölgelerdeki veya farklı sağlık kuruluşlarındaki bağımlılık profilleri, bu çalışmanın sonuçlarından farklılık gösterebilir.

Öznel Verilerin Eksikliği: Çalışma, hastaların tedaviye başvurma nedenleri, tedavi beklentileri ve tedavi deneyimleri gibi öznel verileri içermemektedir. Bu tür verilerin eksikliği, hastaların tedaviye uyumunu ve tedavi sonuçlarını etkileyebilecek önemli faktörlerin göz ardı edilmesine neden olabilir.

Psikiyatrik Eş Tanıların Detaylı İncelenmemesi: Bağımlılık polikliniğine başvuran hastaların birçoğunda psikiyatrik eş tanılar bulunabilir. Ancak bu çalışmada, bu eş tanıların detaylı bir şekilde incelenmemesi, bağımlılık tedavisinin karmaşıklığını ve bu tanıların tedavi sürecine olan etkilerini tam olarak yansıtamamaktadır.

Örneklem Büyüklüğü: Çalışmanın örneklem büyüklüğü bazı alt gruplar için istatistiksel gücü sınırlayabilir. Özellikle daha az görülen bağımlılık türleri veya eş tanılar için yeterli sayıda katılımcı olmaması, bu alt gruplarla ilgili sonuçların güvenilirliğini azaltabilir.

Yaş Sınırlaması: Çalışma sadece yetişkin hastaları (18 yaş ve üzeri) kapsamaktadır. Bu nedenle, ergen veya çocuk hastaların bağımlılık profilleri ve tedavi süreçleri hakkında bilgi vermemektedir. Bu da, bağımlılığın erken dönemlerine yönelik müdahalelerin geliştirilmesinde kullanılabilecek verilerin eksik kalmasına neden olmaktadır.

Bu kısıtlılıklar, çalışmanın sonuçlarının yorumlanmasında dikkatli olunması gerektiğini ve gelecekteki araştırmalarda bu sınırlamaların göz önünde bulundurulmasının önemini vurgulamaktadır.

7.ÇALIŞMANIN GÜÇLÜ YANLARI

Bu çalışmanın güçlü yanları, elde edilen bulguların güvenilirliğini ve uygulanabilirliğini artıran çeşitli faktörleri içermektedir:

Geniş Kapsamlı Veri Seti: Çalışma, Kocaeli Üniversitesi Hastanesi Bağımlılık Polikliniği'ne 19 Mart 2021 ile 19 Mart 2023 tarihleri arasında başvuran 498 hastanın verilerini içermektedir. Bu geniş veri seti, farklı bağımlılık türleri ve sosyodemografik özelliklerdeki hastaların karşılaştırılmasına ve daha genel sonuçlar çıkarılmasına olanak tanır. Büyük örneklem, istatistiksel analizlerin gücünü artırarak sonuçların daha güvenilir olmasını sağlar.

Güncel Veriler: Çalışma, son iki yılda toplanan verileri kullanarak bağımlılık sorunlarının

güncel bir resmini sunmaktadır. Bu, bağımlılık alanındaki mevcut eğilimleri ve değişimleri anlamak için önemlidir. Güncel veriler, tedavi stratejilerinin ve politika önerilerinin etkinliğini değerlendirmeye ve iyileştirmeye yönelik olarak kullanılabilir.

Detaylı Klinik ve Sosyodemografik Veriler: Çalışma, hastaların yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu gibi sosyodemografik özelliklerinin yanı sıra madde kullanım alışkanlıkları, tercih ettikleri madde türleri, bağımlılık düzeyleri, eşlik eden psikiyatrik bozukluklar ve tedavi süreçleri gibi klinik verileri de içermektedir. Bu kapsamlı veri seti, bağımlılık sorunlarının karmaşık yapısını daha iyi anlamamıza yardımcı olur ve farklı hasta gruplarının ihtiyaçlarına yönelik daha özelleştirilmiş müdahale stratejileri geliştirilmesine olanak tanır.

Standart Ölçeklerin Kullanımı: Çalışmada, hastaların bağımlılık düzeylerini ve tedaviye yanıtlarını değerlendirmek için Bağımlılık Seyir İndeksi (BASİ) gibi standart ölçekler kullanılmıştır. Bu, çalışmanın bilimsel geçerliliğini ve sonuçlarının güvenilirliğini artırır. Standart ölçeklerin kullanımı, verilerin objektif ve karşılaştırılabilir olmasını sağlar.

Retrospektif Analizin Avantajları: Retrospektif analiz, uzun bir süre boyunca toplanan verileri kullanarak bağımlılık sorunlarının zaman içindeki değişimini inceleme fırsatı sunar. Bu, bağımlılığın doğal seyrini ve tedaviye yanıtın zamanla nasıl değiştiğini anlamak için önemlidir. Retrospektif çalışmalar, geçmişe dönük verileri değerlendirerek uzun vadeli eğilimler ve sonuçlar hakkında bilgi sağlar.

Bölgesel Bağımlılık Profili: Çalışma, Kocaeli Üniversitesi Hastanesi Bağımlılık Polikliniği'ndeki hasta profilini ortaya koyarak, bölgesel bağımlılık sorunlarının anlaşılmasına katkı sağlar. Bu bilgiler, yerel düzeyde bağımlılık tedavisi ve önleme politikalarının geliştirilmesinde kullanılabilir. Bölgesel veriler, yerel sağlık hizmetlerinin planlanması ve uygulanmasında rehberlik edici olabilir.

Bu güçlü yanlar, çalışmanın bağımlılık tedavisi alanındaki mevcut bilgi birikimine önemli katkılarda bulunduğunu ve gelecekteki araştırmalara yol gösterici olabileceğini göstermektedir. Elde edilen bulgular, bağımlılık tedavisinin etkinliğini artırmak ve bağımlılıkla mücadelede daha etkili stratejiler geliştirmek için kullanılabilir.

8. SONUÇLAR VE ÖNERİLER

Bu retrospektif çalışma, Kocaeli Üniversitesi Hastanesi Bağımlılık Polikliniği'ne 19 Mart 2021 - 19 Mart 2023 tarihleri arasında başvuran 498 yetişkin hastanın sosyodemografik ve klinik özelliklerini incelemiştir. Hastaların çoğu erkek, evli, lise mezunu, sigortalı ve çekirdek aile yapısındadır. En sık görülen bağımlılık türü madde bağımlılığı olup, bunu alkol bağımlılığı izlemektedir. Madde bağımlılığı olanların çoğunluğu metamfetamin kullanırken, kumar oynama bozukluğu olanların çoğu sanal bahis oynamaktadır. Ayrıca, yüksek oranda tütün kullanımı da dikkat çekicidir. Çoğu hasta tedaviye başvurmadan önce adli olaylarla karşılaşmış ve madde bırakma girişiminde bulunmuştur. Eşlik eden psikiyatrik hastalıklar ve intihar girişimleri de önemli bir oranda görülmüştür.

Tedavi süreçlerinde ilaç tedavisi yaygın olarak kullanılmaktadır. Antidepresanlar, özellikle madde ve kumar bağımlılığı olan hastalarda sıklıkla reçete edilmektedir. Antipsikotikler ise alkol ve madde bağımlılığı olan hastalarda daha yaygındır.

İlk kontrole geliş süresi, bedensel ve psikiyatrik hastalığı olan evli bireylerde daha kısadır. Alkol kullanım bozukluğu olanlarda ise, psikiyatrik hastalık varlığı ve düşük bağımlılık şiddeti erken başvuruyu öngörmektedir. Madde kullanım bozukluğunda, bedensel ve psikiyatrik hastalık varlığı ile bırakma girişimi sayısının yüksek olması erken başvuruyu öngörürken, kumar oynama bozukluğunda sadece bedensel hastalık varlığı erken başvuruyu öngörmektedir.

Bu çalışma, bağımlılık polikliniğine başvuran hastaların özelliklerini ortaya koyarak tedavi ve önleme stratejilerinin geliştirilmesine katkı sağlayabilir. Özellikle erken dönemde müdahale gerektiren hasta gruplarının belirlenmesi ve tedaviye yönlendirilmesi açısından önemlidir. Çalışmanın sonuçları, bağımlılık tedavisinde bütüncül bir yaklaşımın benimsenmesi gerektiğini ve hem fiziksel hem de psikiyatrik sağlık durumlarının dikkate alınmasının tedavi sonuçlarını iyileştirme potansiyeline sahip olduğunu göstermektedir.

Öneriler:

1. Bireyselleştirilmiş Tedavi Yaklaşımları: Bağımlılık tedavisinde, hastaların bireysel ihtiyaçlarına, madde kullanım özelliklerine ve eşlik eden psikiyatrik durumlara göre kişiselleştirilmiş tedavi planları oluşturulmalıdır.
2. Erken Müdahale ve Tedaviye Erişimin Kolaylaştırılması: Bağımlılık sorunları olan bireylerin tedaviye erken başvurmalarını teşvik etmek için farkındalık kampanyaları

düzenlenmeli ve tedaviye erişim engelleri azaltılmalıdır.

3. Düzenli Takip ve Kontrol: Madde kullanım bozukluğu olan hastaların tedavi süreçlerinde düzenli takip ve sık kontrollerle tedaviye uyumları artırılmalı ve nükslerin önlenmesi hedeflenmelidir.
4. Psikiyatrik Eş Tanıların Tedavisi: Bağımlılıkla birlikte görülen psikiyatrik hastalıkların tanı ve tedavisine önem verilmeli, bu hastalar için uygun ilaç ve psikoterapi seçenekleri sunulmalıdır.
5. Aile ve Sosyal Destek: Aile ve sosyal destek sistemlerinin güçlendirilmesi, hastaların tedaviye uyumunu ve tedavi başarısını artırabilir. Bu nedenle, aile terapisi ve destek grupları gibi yaklaşımlar tedavi süreçlerine dahil edilmelidir.
6. Farkındalık ve Önleme Programları: Bağımlılık sorunlarına yönelik farkındalık artırıcı ve önleyici programların, özellikle gençler ve risk altındaki gruplar hedeflenerek yaygınlaştırılması önemlidir.
7. Araştırma ve Geliştirme: Bağımlılık tedavisinde yeni ve etkili yöntemlerin geliştirilmesi için araştırmalara devam edilmeli ve farklı bölgelerde ve farklı hasta gruplarıyla daha geniş kapsamlı çalışmalar yapılmalıdır.

Bu çalışma, bağımlılık tedavisi alanındaki mevcut bilgi birikimine önemli katkılarda bulunarak, gelecekteki araştırmalara ve klinik uygulamalara yol gösterici olacaktır. Bağımlılık tedavisinde bütüncül bir yaklaşımın benimsenmesi gerektiğini vurgulayan bu bulgular, tedavi ve önleme stratejilerinin daha etkili hale getirilmesi için yol gösterici niteliktedir.

9.ÖZET

Kocaeli Üniversitesi Hastanesi Bağımlılık Polikliniği'ne Son İki Yılda Başvuran Hastaların Sosyodemografik ve Klinik Özelliklerinin Retrospektif İncelenmesi

Amaç: Bu çalışma, Kocaeli Üniversitesi Hastanesi Bağımlılık Polikliniği'ne 19 Mart 2021-19 Mart 2023 tarihleri arasında başvuran hastaların sosyodemografik ve klinik özelliklerini incelemeyi ve bu özelliklerin tedavi süreci ve tedaviye devamlılık ile ilişkisini araştırmayı amaçlamıştır.

Yöntem: Retrospektif bir çalışma olan bu araştırmaya, çalışma tarihleri arasında polikliniğe başvuran ve DSM-5 tanı ölçütlerine göre alkol, madde, tütün kullanım bozukluğu ve kumar oynama bozukluğu tanısı alan 498 yetişkin hasta dahil edilmiştir. Hastaların sosyodemografik ve klinik verileri hasta dosyalarından elde edilmiştir. Veriler SPSS 23.0 programı kullanılarak analiz edilmiştir.

Bulgular: Hastaların %89,8'i erkek, %51,8'i evli ve %37,3'ü lise mezunudur. En yaygın bağımlılık türü %38,6 ile madde bağımlılığıdır ve madde bağımlılarının %61,5'i metamfetamin kullanmaktadır. Kumar oynama bozukluğu olanların %81,6'sı sanal bahis oynamaktadır. Hastaların %86,5'i tütün kullanmaktadır. %18,3'ünde eşlik eden bir psikiyatrik hastalık ve %11,6'sında bedensel hastalıklar bulunmaktadır. Hastaların %88,8'i muayene öncesinde randevu almış ve gelmiş, %11,2'si ise randevu alıp gelmemiştir. İlk iki, ikinci ve üçüncü, üçüncü ve dördüncü muayene arasındaki gün sayılarında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır. İlk bir hafta ve ilk bir ay içinde kontrole gelme durumu açısından anlamlı farklılık saptanmıştır. Alkol kullanım bozukluğu olan hastaların %26,1'i, madde kullanım bozukluğu olan hastaların %16,1'i, tütün kullanım bozukluğu olan hastaların %3,3'ü ve kumar oynama bozukluğu olan hastaların %12,5'i ilk bir hafta içinde kontrole gelmiştir.

Sonuç: Araştırma, Kocaeli Üniversitesi Hastanesi Bağımlılık Polikliniği'ne başvuran hastaların sosyodemografik ve klinik özelliklerinin, tedavi süreci ve devamlılık üzerinde önemli etkileri olduğunu göstermektedir. Bulgular, bağımlılık tedavi stratejilerinin geliştirilmesi ve uygulanmasında önemli katkılar sağlayabilir.

Anahtar Kelimeler: Bağımlılık, Alkol Kullanım Bozukluğu, Madde Kullanım Bozukluğu, Kumar Oynama Bozukluğu, Tütün Bağımlılığı, Retrospektif Çalışma, Sosyodemografik Özellikler, Klinik Özellikler, Tedavi Süreci, Tedaviye Devamlılık.

10.ABSTRACT

Retrospective Analysis of Sociodemographic and Clinical Characteristics of Patients Who Applied to the Addiction Clinic of Kocaeli University Hospital in the Last Two Years

Objective: This study aims to examine the sociodemographic and clinical characteristics of patients who applied to the Addiction Clinic of Kocaeli University Hospital between March 19, 2021, and March 19, 2023, and to investigate the relationship of these characteristics with the treatment process and treatment continuity.

Methods: This retrospective study included 498 adult patients who applied to the clinic during the study period and were diagnosed with alcohol, substance, tobacco use disorder, and gambling disorder according to DSM-5 diagnostic criteria. The sociodemographic and clinical data of the patients were obtained from patient files. Data were analyzed using SPSS 23.0 software.

Results: Of the patients, 89.8% were male, 51.8% were married, and 37.3% were high school graduates. The most common type of addiction was substance addiction at 38.6%, with 61.5% of substance addicts using methamphetamine. Among those with gambling disorder, 81.6% engaged in online betting. Tobacco use was reported by 86.5% of the patients. A psychiatric comorbidity was present in 18.3% of the patients, and 11.6% had physical illnesses. Before the examination, 88.8% of the patients had made an appointment and attended, while 11.2% had made an appointment but did not attend. There was no significant difference in the number of days between the first two, second and third, and third and fourth examinations. Significant differences were found in the likelihood of attending a follow-up within the first week and the first month. Among patients with alcohol use disorder, 26.1% attended a follow-up within the first week, compared to 16.1% of those with substance use disorder, 3.3% of those with tobacco use disorder, and 12.5% of those with gambling disorder.

Conclusion: The study demonstrates that the sociodemographic and clinical characteristics of patients who applied to the Addiction Clinic of Kocaeli University Hospital have significant effects on the treatment process and continuity. The findings may contribute to the development and implementation of more effective addiction treatment strategies.

Keywords: Addiction, Alcohol Use Disorder, Substance Use Disorder, Gambling Disorder, Tobacco Addiction, Retrospective Study, Sociodemographic Characteristics, Clinical Characteristics, Treatment Process, Treatment Continuity.

11.EKLER

EK1:Olgu Rapor Formu

OLGU RAPOR FORMU

HASTA BİLGİLERİ:

1. **TC Kimlik No:** [Hasta kimlik numarası]
2. **Dosya No:** [Hasta dosya numarası]
3. **Hasta No:** [Hasta numarası]
4. **Hasta No A:** [Anonimleştirilmiş hasta kimlik numarası]
5. **Hasta Adı Soyadı:** [Hasta adı ve soyadı]
6. **Cinsiyet:** [Hasta cinsiyeti]
7. **Yaş:** [Hasta yaş bilgisi]
8. **Medeni Durum:** [Hasta medeni durumu]
9. **Çocuk Sayısı:** [Hasta kaç çocuk sahibi]

RANDEVU BİLGİLERİ:

10. **Randevu Türü:** [Randevu türü]
11. **Randevu Tarihi:** [Hizmetin verildiği tarih]
12. **Saat Sıra:** [Randevu saati veya sırası]
13. **Randevu Kabul Durumu:** [Randevu kabul durumu]
14. **Birim Adı:** [Hizmetin verildiği birim adı]

SOSYAL BİLGİLER:

15. **Geldiği İl:** [Hasta hangi ilde yaşıyor]
16. **Eğitim Durumu Grup:** [Hasta eğitim durumu gruplandırması]
17. **Çalışma Durumu:** [Hasta çalışma durumu]
18. **Meslek:** [Hasta mesleği veya işi]
19. **Yaşadığı Ortam:** [Hasta yaşadığı çevre veya ortam]
20. **Telefon:** [Hasta iletişim telefonu numarası]

BAĞIMLILIK BİLGİLERİ:

21. **Bağımlılık Hastası:** [Bağımlılık hastası mı?]
22. **Bağımlılık Nedeniyle Yatış:** [Bağımlılık nedeniyle hastaneye yatış var mı?]

EK 1:Olgu Rapor Formu (devamı)

23. **Madde ile Tetiklenmiş Ruhsal Bozukluk:** [Madde kullanımı nedeniyle ruhsal bozukluk var mı?]
24. **Bedensel Hastalık:** [Hasta bedensel hastalığa sahip mi?]
25. **Kullandığı Ana Madde:** [Bağımlı olduğu başlıca madde]
26. **Kullandığı Miktar:** [Belirli bir süre içinde kullanılan madde miktarı]
27. **En Son Kullandığı Miktar:** [Son madde kullanım miktarı]
28. **En Son Kullandığı Tarih:** [Son madde kullanım tarihi]
29. **Kullanım Şekli:** [Madde kullanım şekli]
30. **Kumar Oynama Bozukluğu:** [Kumar oynama bozukluğu var mı?]
31. **Kumar Bağımlığı Türü:** [Kumar bağımlığı türü]
32. **Esrar:** [Esrar kullanıyor mu?]
33. **Kokain:** [Kokain kullanıyor mu?]
34. **Alkol:** [Alkol kullanıyor mu?]
35. **Sigara Adedi:** [Günlük sigara tüketim miktarı]
36. **Metamfetamin:** [Metamfetamin kullanıyor mu?]
37. **Bonzai:** [Bonzai kullanıyor mu?]
38. **Ecstasy:** [Ecstasy kullanıyor mu?]
39. **Genellikle Kullandığı Yer:** [Madde kullanımının yaygın olduğu yer]
40. **Kullandığı Ortam:** [Madde kullanımının yapıldığı ortam]
41. **Bağımlılık Kaynaklı Adli Sorun:** [Bağımlılık kaynaklı adli sorunlar]
42. **Denetimli Serbestlik:** [Denetimli serbestlik şartlarına tabi mi?]

PSİKİYATRİK BİLGİLER:

43. **Psikiyatrik Hastalık:** [Psikiyatrik hastalık var mı?]
44. **Bağımlılık Hastası Değilse Tanısı:** [Bağımlılık hastası değilse, başka hangi psikiyatrik tanı?]
45. **Başvuru Tanısı:** [Başvuru sırasındaki psikiyatrik tanı]
46. **Eksen 1 Tanı:** [Eksen 1 psikiyatrik tanı]
47. **Eksen 2 Tanı:** [Eksen 2 psikiyatrik tanı]
48. **Eksen 3 Tanı:** [Eksen 3 psikiyatrik tanı]

EK 1:Olgu Rapor Formu (devamı)

49. **Psikotik Belirti:** [Psikotik belirti var mı?]
50. **Anormal Lab Bulguları:** [Anormal laboratuvar bulguları var mı?]
51. **Anormal Lab Bulguları Varsa Yaz:** [Anormal laboratuvar bulguları açıklaması]
52. **Madde Başlangıç Yaşı:** [Madde kullanımına başlama yaşı]
53. **Bırakma Girişimi:** [Madde kullanımını bırakma girişimi var mı?]
54. **Bırakma Girişimi Vasıta Sayısı:** [Bırakma girişimi için kullanılan yöntem sayısı]
55. **Geçmiş Öz Yıkım Girişimi Vasıta Sayısı:** [Geçmişte öz yıkım girişimi yöntem sayısı]

AİLE BİLGİLERİ:

56. **Ailede Psikiyatrik Hastalık:** [Aile üyelerinde psikiyatrik hastalık var mı?]
57. **Ailede Psikiyatrik Hastalık Varsa Neler:** [Ailede hangi hastalıklar varsa açıklama]
58. **Ailede Alkol Madde Kullanımı:** [Aile üyelerinde alkol veya madde kullanımı var mı?]
59. **Ailede Alkol Madde Kullanımı Varsa Kimler Hangi Madde:** [Ailede kimlerin hangi maddeyi kullandığı]

BAĞIMLILIK SEYİR İNDEKSİ (BASİ):

60. **T1 Madde Kullanma İsteği Sıklığı:** [Madde kullanma isteğinin sıklığı]
61. **T2 Kullanım Sıklığı:** [Madde kullanım sıklığı]
62. **T3 Madde Kullanım Miktarı:** [Madde kullanım miktarı]
63. **T4 Aile İlişkileri:** [Aile ilişkileri durumu]
64. **T5 Çalışma Eğitim Durumu:** [Çalışma ve eğitim durumu]
65. **T6 Fiziksel Durum:** [Fiziksel sağlık durumu]
66. **T7 Ruhsal Durum:** [Ruhsal sağlık durumu]
67. **T8 Yaşama Katılımı:** [Yaşama katılım düzeyi]
68. **Bağımlık Seyri İndeksi (BASİ):** [Bağımlılık seyrini ifade eden indeks toplam puan]

TEDAVİ:

69. **Başlangıç Tedavisi:** [Başlangıç tedavisi bilgisi]
70. **Son Tedavisi:** [Son tedavi türü]

EK 2 Bağımlılık Seyir İndeksi (BASİ)



BAĞIMLILIK SEYİR İNDEKSİ (BASİ)

AŞAĞIDAKİ SORULARI DOĞRUDAN KİŞİYE SORUN.
SON BİR HAFTAYI GÖZ ÖNÜNE ALIN.

Dikkat: [Madde] kavramı kişinin tercih maddesini tanımlamaktadır

T1 **[Madde] kullanmak için kuvvetli bir istek, arzu veya dürtü hissediyor musun? Ne sıklıkta?**

○ Hiçbir zaman ○ Nadiren ○ Bazen ○ Çoğu zaman ○ Neredeyse her zaman

AŞAĞIDAKİ SORULARI GÖZLEMLERİNİZE GÖRE DOLDURUN.

T2 **[Madde] kullanım sıklığı** (kullandığı zamanların ortalaması, görüşülmeyen dönemde ama en fazla son 1 ayı değerlendirin)

○ Yok ○ Çok seyrek ○ Haftada bir kaç gün ○ Haftanın çoğunluğu ○ Hemen hemen her gün ○ BUG

T3 **[Madde] kullanım miktarı** (kullandığı zamanların ortalaması, görüşülmeyen dönemde ama en fazla son 1 ayı değerlendirin)

○ Yok ○ Çok az ○ Ortalama kadar ○ Ortalamadan fazla ○ Zarar verici düzey ○ BUG

T4 **Aile ilişkileri**

○ Çok iyi ○ İyi ○ Orta ○ Kötü ○ Çok kötü ○ BUG

T5 **Çalışma durumu/Eğitim durumu**

○ Çok iyi ○ İyi ○ Orta ○ Kötü ○ Çok kötü ○ BUG

T6 **Fiziksel durum**
Hiçbir hastalığı yoksa "çok iyi", kronik bir hastalık veya bağımlılığa ilişkin bir sorunu varsa ama hayatını etkilemiyorsa "orta", hastalığı hayatını etkiliyorsa "çok kötü" işaretlenebilir.

○ Çok iyi ○ İyi ○ Orta ○ Kötü ○ Çok kötü ○ BUG

T7 **Ruhsal durum**

○ Çok iyi ○ İyi ○ Orta ○ Kötü ○ Çok kötü ○ BUG

T8 **Yaşama katılımı**
Boş zaman değerlendirme, madde dışı aktivite, yatış kalkış saatleri vb

○ Çok iyi ○ İyi ○ Orta ○ Kötü ○ Çok kötü ○ BUG

Not: BUG; bilinmiyor, uygulanamaz, bilgi güvenilir değil anlamına gelir. Hesaplamalar, BUG puanı çıkarılarak yapılır.

12.KAYNAKÇA

[1] K. E. Güleç C, *Madde Kullanımı ile İlişkili Bozukluklar Psikiyatri Temel Kitabı*. Ankara: Hekimler Yayın Birliği, 1977.

[2] UNODC, "Online World Drug Report 2023". Erişim: 28 Nisan 2024. [Çevrimiçi]. Available at: https://www.unodc.org/unodc/en/data-and-analysis/wdr-2023-online-segment.html

[3] TÜİK, "TÜİK Kurumsal". Erişim: 01 Mayıs 2024. [Çevrimiçi]. Available at: https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Turkiye-Saglik-Arastirmasi-2022-49747

[4] TDK, "bağımlılık ne demek Türk Dil Kurumu Sözlük Anlamı". Erişim: 01 Mayıs 2024. [Çevrimiçi]. Available at: https://sozluk.gov.tr/

[5] WHO, "WHO International Classification of Diseases, 11th Revision (ICD-11)", *BMC Medical Informatics and Decision Making*, c. 21, 2021.

[6] G. C ve K. E, *Psikiyatri Temel Kitabı*. Ankara: HYB Basım Yayın., 2007.

[7] Ögel K., "Ögel K. Sigara, Alkol ve Madde Kullanım bozuklukları: Tanı, Tedavi ve Önleme. Yeniden Yayınları. İstanbul, 2010", 2010.

[8] D. F. Musto, "The American disease : origins of narcotic control", s. 414, 1999.

[9] D. T. Courtwright, "Forces of habit : drugs and the making of the modern world", s. 277, 2001.

[10] W. L. White, "Slaying the dragon : the history of addiction treatment and recovery in America", s. 557, 2005.

[11] WHO TSR 116, "Contributions and Additions To the Library-World Health Organization. (1957). Technical Report Series, No. 116. WHO.", *Journal (Royal Society of Health)*, c. 77, sayı 5, 1957, doi: 10.1177/146642405707700507.

[12] NIDA, "Trends & Statistics | National Institute on Drug Abuse (NIDA)". Erişim: 04 Mayıs 2024. [Çevrimiçi]. Available at: https://nida.nih.gov/research-topics/trends-statistics

[13] Şahiner ŞY., " Alkol ve Madde Bağımlılarının Sosyodemografik Özellikler Çocukluk Çağı Travmaları Başa Çıkma Yöntemleri ve Kişilik Özellikleri Açısından Karşılaştırılması. Uzmanlık Tezi. Gazi Üniversitesi, Psikiyatri Anabilim Dalı. ", Ankara, 2012.

[14] P. D. N. K. Prof. Dr. Müfit Uğur, Prof. Dr. İbrahim Balcıoğlu, "Türkiye'de Sık Karşılaşılan Psikiyatrik Hastalıklar Sempozyumu". Erişim: 04 Mayıs 2024.

[Çevrimiçi]. Available at: https://cerrahpasa.iuc.edu.tr/tr/duyuru/turkiyede-sik-karsilasilan-psikiyatrik-hastaliklar-sempozyumu-6B006C0076006D00650059004B006E0064006D0073003100

[15] C. Carey, "DSM-5 ® Guidebook: The Essential Companion to the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 5th edn. Edited by Donald W. Black and Jon E. Grant (567 pp., ISBN 9781585624652). American Psychiatric Association Publishing: Arlington, Virginia, 2014.", *Irish Journal of Psychological Medicine*, c. 33, sayı 2, ss. 133–134, Haz. 2016, doi: 10.1017/ipm.2015.42.

[16] DSM -IV, *Association AP. Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 4th ed. Arlington, VA, US: American Psychiatric Publishing,* . 1994.

[17] DSM-5, "DSM-5-TR Learning Companion for Counselors - Google Books". Erişim: 27 Nisan 2024. [Çevrimiçi]. Available at: https://www.google.com.tr/books/edition/_/piwo0AEACAAJ?hl=tr&sa=X&ved=2ahUKEwiQs4zqsOKFAxVP_rsIHfvDBQMQre8FegQIERAH

[18] EUROPEAN DRUG REPORT, "European Drug Report 2022: Trends and Developments | www.emcdda.europa.eu", 2022.

[19] TUBİM, "T.C. İçişleri Bakanlığı Emniyet Genel Müdürlüğü Narkotik Suçlarla Mücadele Başkanlığı'nın yayınladığı 2023 yılına ait Türkiye Uyuşturucu Raporu", 2023.

[20] M. C. Townsend ve C. T. Özcan, "Ruh sağlığı ve psikiyatri hemşireliğinin temelleri : kanıta dayalı uygulama bakım kavramları", s. 931, 2016.

[21] M. O. Öztürk ve A. Uluşahin, "Ruh Sağlığı ve Bozuklukları II.", ss. 736–744, 2008.

[22] G. Lafaye, L. Karila, L. Blecha, ve A. Benyamina, "Cannabis, cannabinoids, and health", *Dialogues in Clinical Neuroscience*, c. 19, sayı 3, 2017, doi: 10.31887/dcns.2017.19.3/glafaye.

[23] E. Köroğlu, "DSV-V", 2014.

[24] M. Uzun, "A nightmare related to ecstasy intoxication: ST segment elevation", *Istanbul Bilim University Florence Nightingale Journal of Medicine*, c. 1, sayı 2, ss. 94–97, Ağu. 2015, doi: 10.5606/fng.btd.2015.017.

[25] R. N. Lipari, *Understanding Adolescent Inhalant Use*. 2013.

[26] E. Levari, M. Stefani, R. Ferrucci, A. Negri, ve O. Corazza, "The dangerous use of inhalants among teens: A case report", *Emerging Trends in Drugs, Addictions, and Health*, c. 1, s. 100006, 2021, doi: 10.1016/j.etdah.2021.100006.

[27] A. N. Karkhanis ve R. Al-Hasani, "Dynorphin and its role in alcohol use disorder",

Brain Research, c. 1735. 2020. doi: 10.1016/j.brainres.2020.146742.

[28] O. Öztürk ve A. Uluşahin, "Mental Health and Disorders [Ruh Sağlığı ve Bozuklukları]", *Nobel Tıp Kitabevleri*, ss. 1–788, 2022.

[29] B. J. Sadock, V. A. Sadock, ve G. S. Belkin, "Kaplan & Sadock's pocket handbook of clinical psychiatry", s. 566, 2010.

[30] F. R. Levin, S. M. Evans, D. J. Brooks, ve F. Garawi, "Treatment of cocaine dependent treatment seekers with adult ADHD: Double-blind comparison of methylphenidate and placebo", *Drug and Alcohol Dependence*, c. 87, sayı 1, 2007, doi: 10.1016/j.drugalcdep.2006.07.004.

[31] R. Z. Goldstein *vd.*, "Dopaminergic response to drug words in cocaine addiction", *Journal of Neuroscience*, c. 29, sayı 18, 2009, doi: 10.1523/JNEUROSCI.4247-08.2009.

[32] I. T. Uzbay, *Madde bağımlılığı : tüm boyutlarıyla bağımlılık ve bağımlılık yapan maddeler*. 2015.

[33] T. C. S. Bakanliği, S. Hizmetleri, ve G. Müdürlüğü, "MADDE BAĞIMLILIĞI TANI ve TEDAVİ KILAVUZU EL KİTABI", 2012.

[34] E. A. Crummy, T. J. O'Neal, B. M. Baskin, ve S. M. Ferguson, "One Is Not Enough: Understanding and Modeling Polysubstance Use", *Frontiers in Neuroscience*, c. 14. 2020. doi: 10.3389/fnins.2020.00569.

[35] D. S. Hasin *vd.*, "DSM-5 criteria for substance use disorders: Recommendations and rationale", *American Journal of Psychiatry*, c. 170, sayı 8. 2013. doi: 10.1176/appi.ajp.2013.12060782.

[36] I. P. Bhalla, E. A. Stefanovics, ve R. A. Rosenheck, "Clinical Epidemiology of Single Versus Multiple Substance Use Disorders", *Medical Care*, c. 55, sayı 9, 2017, doi: 10.1097/MLR.0000000000000731.

[37] Rebecca Ahrnsbrak, Jonaki Bose, Sarra L. Hedden, Rachel N. Lipari, ve Eunice Park-Lee, "Key Substance Use and Mental Health Indicators in the United States: Results from the 2016 National Survey on Drug Use and Health". Erişim: 06 Mayıs 2024. [Çevrimiçi]. Available at: https://www.samhsa.gov/data/sites/default/files/NSDUH-FFR1-2016/NSDUH-FFR1-2016.htm

[38] E. J. M. Pennings, A. P. Leccese, ve F. A. De Wolff, "Effects of concurrent use of alcohol and cocaine", *Addiction*, c. 97, sayı 7. 2002. doi: 10.1046/j.1360-0443.2002.00158.x.

[39] J. Lorvick, E. N. Browne, B. H. Lambdin, ve M. Comfort, "Polydrug use patterns, risk behavior and unmet healthcare need in a community-based sample of women who use cocaine, heroin or methamphetamine", *Addictive Behaviors*, c. 85, 2018, doi: 10.1016/j.addbeh.2018.05.013.

[40] WHO, "World Health Organization. Global status report on alcohol and health, World Drug Report, 2017", 2017.

[41] B. F. Grant *vd.*, "Prevalence, Correlates, and Comorbidity of Bipolar I Disorder and Axis I and II Disorders", *The Journal of Clinical Psychiatry*, c. 66, sayı 10, 2005, doi: 10.4088/jcp.v66n1001.

[42] M. G. Kushner, K. Abrams, ve C. Borchardt, "The relationship between anxiety disorders and alcohol use disorders: A review of major perspectives and findings", *Clinical Psychology Review*, c. 20, sayı 2, 2000, doi: 10.1016/S0272-7358(99)00027-6.

[43] I. Maremmani, P. P. Pani, M. Pacini, ve G. Perugi, "Substance use and quality of life over 12 months among buprenorphine maintenance-treated and methadone maintenance-treated heroin-addicted patients", *Journal of Substance Abuse Treatment*, c. 33, sayı 1, 2007, doi: 10.1016/j.jsat.2006.11.009.

[44] T. E. Wilens, S. V. Faraone, J. Biederman, ve S. Gunawardene, "Does stimulant therapy of attention-deficit/hyperactivity disorder beget later substance abuse? A meta-analytic review of the literature", *Pediatrics*, c. 111, sayı 1. 2003. doi: 10.1542/peds.111.1.179.

[45] A. I. Green *vd.*, "First episode schizophrenia-related psychosis and substance use disorders: Acute response to olanzapine and haloperidol", *Schizophrenia Research*, c. 66, sayı 2–3, 2004, doi: 10.1016/j.schres.2003.08.001.

[46] H. S. Connery, R. K. McHugh, M. Reilly, S. Shin, ve S. F. Greenfield, "Substance Use Disorders in Global Mental Health Delivery: Epidemiology, Treatment Gap, and Implementation of Evidence-Based Treatments", *Harvard Review of Psychiatry*, c. 28, sayı 5. 2020. doi: 10.1097/HRP.0000000000000271.

[47] L. C. Sobell, M. B. Sobell, ve S. Agrawal, "Randomized Controlled Trial of a Cognitive-Behavioral Motivational Intervention in a Group Versus Individual Format for Substance Use Disorders", *Psychology of Addictive Behaviors*, c. 23, sayı 4, 2009, doi: 10.1037/a0016636.

[48] K. M. Carroll *vd.*, "Computer-assisted delivery of cognitive-behavioral therapy: Efficacy and durability of cbt4cbt among cocaine-dependent individuals maintained

on methadone", *American Journal of Psychiatry*, c. 171, sayı 4, 2014, doi: 10.1176/appi.ajp.2013.13070987.

[49] World Health Organization, "mhGAP intervention guide for mental, neurological and substance use disorders in non-specialized health settings: mental health Gap Action Programme (mhGAP)". Erişim: 06 Mayıs 2024. [Çevrimiçi]. Available at: https://iris.who.int/handle/10665/250239

[50] Cüneyt Evren, *Alkol ve Madde Kullanım Bozuklukları Temel Başvuru Kitabı*. 2019.

[51] G. A. Aldemir E, *Aldemir E, Gönül AS. Alkol ve Madde Kullanım Bozuklukları Temel Başvuru Kitabı.2019.* 2019.

[52] Özcan Köknel, *Bağimlilik: alkol ve madde bağimliligi,Altın Kitaplar, 1998*, c. 319. 1988.

[53] D. Berger ve K. A. Bradley, "Primary Care Management of Alcohol Misuse", *Medical Clinics of North America*, c. 99, sayı 5, ss. 989–1016, Eyl. 2015, doi: 10.1016/j.mcna.2015.05.004.

[54] Rush B., "An inquiry into the effects of ardent spirits upon the human body and mind: with an account of the means of preventing, and of the remedies for curing them - Digital Collections - National Library of Medicine", . Erişim: 24 Nisan 2024. [Çevrimiçi]. Available at: https://collections.nlm.nih.gov/catalog/nlm:nlmuid-2569025R-bk

[55] Huss M., *Alcoholismus chronicus eller chronisk alkoholsjukdom (Alco-holismus chronicus or chronic alcoholic disease). Stockholm, Sweden: Beckman.* 1849.

[56] E M JELLINEK, "Phases in the drinking history of alcoholics - PubMed". Erişim: 01 Mayıs 2024. [Çevrimiçi]. Available at: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20989144/

[57] G. Edwards ve M. M. Gross, "Alcohol dependence: Provisional description of a clinical syndrome", *British Medical Journal*, c. 1, sayı 6017, 1976, doi: 10.1136/bmj.1.6017.1058.

[58] DSM - I, *Association AP, Nomenclature Co, Statistics. Diagnostic and statistical manual:mental disorders: American Psychiatric Association*. 1952.

[59] DSM- II, *Association AP. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 2nd ed. . Washington: American Psychiatric Association; 1968*. 1968.

[60] A. P. Association, *DSM-III: the 3d edition of the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders from the American Psychiatric Association*. 1980.

[61] A. K. Singal ve B. S. Anand, "Recent trends in the epidemiology of alcoholic liver

disease", *Clinical Liver Disease*, c. 2, sayı 2, 2013, doi: 10.1002/cld.168.

[62] WHO, "Global Status Report on Alcohol and Health 2014". Erişim: 04 Mayıs 2024. [Çevrimiçi]. Available at: https://www.who.int/publications/i/item/global-status-report-on-alcohol-and-health-2014

[63] WHO, "Global status report on alcohol and health 2018: executive summary". Erişim: 04 Mayıs 2024. [Çevrimiçi]. Available at: https://www.who.int/publications/i/item/a-summary-of-the-global-status-report-on-alcohol

[64] E. Gakidou *vd.*, "Global, regional, and national comparative risk assessment of 84 behavioural, environmental and occupational, and metabolic risks or clusters of risks, 1990–2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016", *The Lancet*, c. 390, sayı 10100, ss. 1345–1422, Eyl. 2017, doi: 10.1016/S0140-6736(17)32366-8.

[65] B. F. Grant *vd.*, "Epidemiology of *DSM-5* Alcohol Use Disorder", *JAMA Psychiatry*, c. 72, sayı 8, s. 757, Ağu. 2015, doi: 10.1001/jamapsychiatry.2015.0584.

[66] NARKO, "Türkiye'de genel nüfusta tütün, alkol ve madde kullanımına yönelik tutum ve davranış araştırması raporu yayınlanmıştır". Erişim: 04 Mayıs 2024. [Çevrimiçi]. Available at: https://www.narkotik.pol.tr/turkiyede-genel-nufusta-tutun-alkol-ve-madde-kullanimina-yonelik-tutum-ve-davranis-arastirmasi-raporu-yayimlanmistir

[67] T. Flensborg-Madsen, E. L. Mortensen, J. Knop, U. Becker, L. Sher, ve M. Grønbæk, "Comorbidity and temporal ordering of alcohol use disorders and other psychiatric disorders: results from a Danish register-based study", *Comprehensive Psychiatry*, c. 50, sayı 4, ss. 307–314, Tem. 2009, doi: 10.1016/j.comppsych.2008.09.003.

[68] B. K. Tolliver ve R. F. Anton, "Assessment and treatment of mood disorders in the context of substance abuse", *Dialogues in Clinical Neuroscience*, c. 17, sayı 2, ss. 181–190, Haz. 2015, doi: 10.31887/DCNS.2015.17.2/btolliver.

[69] D. A. Regier *vd.*, "Comorbidity of Mental Disorders With Alcohol and Other Drug Abuse: Results From the Epidemiologic Catchment Area (ECA) Study", *JAMA: The Journal of the American Medical Association*, c. 264, sayı 19, 1990, doi: 10.1001/jama.1990.03450190043026.

[70] V. Modesto-Lowe ve H. R. Kranzler, "Diagnosis and treatment of alcohol-dependent patients with comorbid psychiatric disorders", *Alcohol Research and*

Health, c. 23, sayı 2, 1999.

[71] İncesu C., " Alkol bağımlılarınnda tabloya eşlik eden mizaç, anksiyete ve kişilik bozuklukları. Uzmanlık Tezi, T.C Sağlık Bakanlığı Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi, İstanbul", 1993.

[72] Öner H, "Alkol Bağımlılığı Olan Yatan Hastalarda Eksen I ve Eksen II Eştanılarının Değerlendirilmesi [Assessment of axis I and axis II comorbidities in hospitalized patients with alcohol dependence]". Erişim: 04 Mayıs 2024. [Çevrimiçi]. Available at: https://www.researchgate.net/publication/274835243_Alkol_Bagimliligi_Olan_Yatan_Hastalarda_Eksen_I_ve_Eksen_II_Estanilarinin_Degerlendirilmesi_Assessment_of_axis_I_and_axis_II_comorbidities_in_hospitalized_patients_with_alcohol_dependence

[73] R. K. Fuller *vd.*, "Disulfiram Treatment of Alcoholism: A Veterans Administration Cooperative Study", *JAMA: The Journal of the American Medical Association,* c. 256, sayı 11, 1986, doi: 10.1001/jama.1986.03380110055026.

[74] S. S. O'malley, A. J. Jaffe, G. Chang, R. S. Schottenfeld, R. E. Meyer, ve B. Rounsaville, "Naltrexone and Coping Skills Therapy for Alcohol Dependence: A Controlled Study", *Archives of General Psychiatry*, c. 49, sayı 11, 1992, doi: 10.1001/archpsyc.1992.01820110045007.

[75] B. Mason ve C. Heyser, "Acamprosate: A Prototypic Neuromodulator in the Treatment of Alcohol Dependence", *CNS & Neurological Disorders - Drug Targets,* c. 9, sayı 1, 2012, doi: 10.2174/187152710790966641.

[76] R. Longabaugh ve J. Morgenstern, "Cognitive-behavioral coping-skills therapy for alcohol dependence: Current status and future directions", *Alcohol Research and Health*, c. 23, sayı 2. 1999.

[77] W. R. Miller ve G. S. Rose, "Toward a Theory of Motivational Interviewing", *American Psychologist*, c. 64, sayı 6, 2009, doi: 10.1037/a0016830.

[78] T. J. O'Farrell ve K. Clements, "Review of outcome research on marital and family therapy in treatment for alcoholism", *Journal of Marital and Family Therapy,* c. 38, sayı 1. 2012. doi: 10.1111/j.1752-0606.2011.00242.x.

[79] J. F. Kelly, K. Humphreys, ve M. Ferri, "Alcoholics Anonymous and other 12-step programs for alcohol use disorder", *Cochrane Database of Systematic Reviews,* c. 2020, sayı 3. 2020. doi: 10.1002/14651858.CD012880.pub2.

[80] J. W. FINNEY ve R. H. MOOS, "Entering treatment for alcohol abuse: a stress and

coping model", *Addiction*, c. 90, sayı 9, 1995, doi: 10.1046/j.1360-0443.1995.90912237.x.

[81] T. P. S. Oei ve L. M. Gordon, "Psychosocial factors related to gambling abstinence and relapse in members of gamblers anonymous", *Journal of Gambling Studies*, c. 24, sayı 1, 2008, doi: 10.1007/s10899-007-9071-7.

[82] American Psychiatric Association, *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 2013. doi: 10.1176/appi.books.9780890425596.

[83] L. M. Sumitra ve S. C. Miller, "Pathologic gambling disorder. How to help patients curb risky behavior when the future is at stake", *Postgraduate medicine*, c. 118, sayı 1, ss. 31–37, 2005, doi: 10.3810/PGM.2005.07.1672.

[84] "Gambling Market Size, Share, Growth Outlook And Strategies To". Erişim: 27 Nisan 2024. [Çevrimiçi]. Available at: https://www.thebusinessresearchcompany.com/report/gambling-market

[85] N. M. Petry, F. S. Stinson, ve B. F. Grant, "Comorbidity of DSM-IV pathological gambling and other psychiatric disorders: Results from the national epidemiologic survey on alcohol and related conditions", *Journal of Clinical Psychiatry*, c. 66, sayı 5. 2005. doi: 10.4088/JCP.v66n0504.

[86] R. A. Volberg, M. W. Abbott, S. Rönnberg, ve I. M. E. Munck, "Prevalence and risks of pathological gambling in Sweden", *Acta Psychiatrica Scandinavica*, c. 104, sayı 4, 2001, doi: 10.1034/j.1600-0447.2001.00336.x.

[87] A. MINUTILLO *vd.*, "Gambling prevalence in Italy: main findings on epidemiological study in the Italian population aged 18 and over", *Minerva Forensic Medicine*, c. 141, sayı 2–3, 2022, doi: 10.23736/s2784-8922.21.01805-7.

[88] M. Economou *vd.*, "Problem Gambling in Greece: Prevalence and Risk Factors During the Financial Crisis", *Journal of Gambling Studies*, c. 35, sayı 4, 2019, doi: 10.1007/s10899-019-09843-2.

[89] G. Meyer, J. Kalke, ve S. Buth, "Problem gambling in Germany: results of a mixed-mode population survey in 2021", *International Gambling Studies*, 2023, doi: 10.1080/14459795.2023.2182337.

[90] S. Park *vd.*, "Prevalence, clinical correlations, comorbidities, and suicidal tendencies in pathological Korean gamblers: Results from the Korean epidemiologic catchment area study", *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, c. 45, sayı 6, 2010, doi: 10.1007/s00127-009-0102-9.

[91] G. Pinarci, "Üniversite öğrencilerinde kumar oynama, patolojik kumar bağımlılığı

ve ilişkili karakter özellikleri", Ağu. 2014.

[92] S. Köksoy Vayısoğlu, E. Öncü, ve Y. Güven, "Üniversite Öğrencilerinde Kumar Oynama Sıklığı ve Heyecan Arama Davranışı ile İlişkisi", *Addicta: The Turkish Journal on Addictions*, c. 6, sayı 1, 2019, doi: 10.15805/addicta.2019.6.1.0041.

[93] H. Aslan, "Genç yetişkinlikteki bireylerde olumsuz çocukluk deneyimleri ve kumara ilişkin bilişsel yapıların kumar oynama davranışı ve nedenleri üzerindeki etkisi", 2020.

[94] J. W. Welte, G. M. Barnes, W. F. Wieczorek, M. C. Tidwell, ve J. Parker, "Gambling participation in the U.S. - Results from a national survey", *Journal of Gambling Studies*, c. 18, sayı 4, 2002, doi: 10.1023/A:1021019915591.

[95] M. E. MARK ve H. R. LESIEUR, "A feminist critique of problem gambling research", *British Journal of Addiction*, c. 87, sayı 4. 1992. doi: 10.1111/j.1360-0443.1992.tb01957.x.

[96] M. Zimmerman, I. Chelminski, ve D. Young, "Prevalence and diagnostic correlates of DSM-IV pathological gambling in psychiatric outpatients", *Journal of Gambling Studies*, c. 22, sayı 2, 2006, doi: 10.1007/s10899-006-9014-8.

[97] H. Tavares, M. L. Zilberman, F. J. Beites, ve V. Gentil, "Gender Differences in Gambling Progression", *Journal of Gambling Studies*, c. 17, sayı 2, 2001, doi: 10.1023/A:1016620513381.

[98] N. D. Schüll, "Addiction by design: Machine gambling in Las Vegas", *Addiction by Design: Machine Gambling in Las Vegas*, ss. 1–442, Ağu. 2012, doi: 10.5860/choice.50-3931.

[99] S. Castrén, M. Heiskanen, ve A. H. Salonen, "Trends in gambling participation and gambling severity among Finnish men and women: Cross-sectional population surveys in 2007, 2010 and 2015", *BMJ Open*, c. 8, sayı 8. 2018. doi: 10.1136/bmjopen-2018-022129.

[100] C. J. Williams ve R. J. Volberg, "Report prepared for the Ontario Problem Gambling Research Centre and the Ontario Ministry of Health and Long Term Care", 2013.

[101] R. J. Martin *vd.*, "Using the theory of planned behavior to predict gambling behavior", *Psychology of Addictive Behaviors*, c. 24, sayı 1, 2010, doi: 10.1037/a0018452.

[102] G. T. Ladd ve N. M. Petry, "Disordered gambling among university-based medical and dental patients: A focus on Internet gambling.", *Psychology of Addictive*

Behaviors, c. 16, sayı 1, 2002, doi: 10.1037//0893-164x.16.1.76.

[103] B. Gavriel-Fried ve M. Ajzenstadt, "Pathological Women Gamblers: Gender-Related Aspects of Control", *Sex Roles*, c. 66, sayı 1–2, 2012, doi: 10.1007/s11199-011-0071-9.

[104] D. W. Black, W. Coryell, R. Crowe, M. Shaw, B. McCormick, ve J. Allen, "The relationship of DSM-IV pathological gambling to compulsive buying and other possible spectrum disorders: Results from the Iowa PG family study", *Psychiatry Research*, c. 226, sayı 1, 2015, doi: 10.1016/j.psychres.2014.12.061.

[105] N. M. Petry, "A comparison of young, middle-aged, and older adult treatment-seeking pathological gamblers", *Gerontologist*, c. 42, sayı 1, 2002, doi: 10.1093/geront/42.1.92.

[106] Mücahit Öztürk, Kültegin Ögel, ve Rabia Bilici, *Bağımlılık: Tanı Tedavi Önleme* . Yeşilay Yayınları , 2019.

[107] H. R. Lesieur ve R. J. Rosenthal, "Pathological gambling: A review of the literature (prepared for the American Psychiatric Association task force on DSM-IV committee on disorders of impulse control not elsewhere classified)", *Journal of Gambling Studies*, c. 7, sayı 1, 1991, doi: 10.1007/BF01019763.

[108] F. K. Lorains, S. Cowlishaw, ve S. A. Thomas, "Prevalence of comorbid disorders in problem and pathological gambling: Systematic review and meta-analysis of population surveys", *Addiction*, c. 106, sayı 3. 2011. doi: 10.1111/j.1360-0443.2010.03300.x.

[109] Y. H. C. Yau ve M. N. Potenza, "Gambling disorder and other behavioral addictions: Recognition and treatment", *Harvard Review of Psychiatry*, c. 23, sayı 2. 2015. doi: 10.1097/HRP.0000000000000051.

[110] S. W. Kim, J. E. Grant, D. E. Adson, ve Y. C. Shin, "Double-blind naltrexone and placebo comparison study in the treatment of pathological gambling", *Biological Psychiatry*, c. 49, sayı 11, 2001, doi: 10.1016/S0006-3223(01)01079-4.

[111] I. Iancu, K. Lowengrub, Y. Dembinsky, M. Kotler, ve P. N. Dannon, "Pathological gambling: An update on neuropathophysiology and pharmacotherapy", *CNS Drugs*, c. 22, sayı 2. 2008. doi: 10.2165/00023210-200822020-00004.

[112] R. Ladouceur *vd.*, "Cognitive treatment of pathological gambling", *Journal of Nervous and Mental Disease*, c. 189, sayı 11, 2001, doi: 10.1097/00005053-200111000-00007.

[113] D. Rossini-Dib, D. Fuentes, ve H. Tavares, "A naturalistic study of recovering

gamblers: What gets better and when they get better", *Psychiatry Research*, c. 227, sayı 1, 2015, doi: 10.1016/j.psychres.2015.03.003.

[114] P. J. Rushton *vd.*, "Tobacco transcription factors: Novel insights into transcriptional regulation in the Solanaceae", *Plant Physiology*, c. 147, sayı 1, 2008, doi: 10.1104/pp.107.114041.

[115] J. R. Sanchez-Ramos, "The rise and fall of tobacco as a botanical medicine", *Journal of Herbal Medicine*, c. 22. 2020. doi: 10.1016/j.hermed.2020.100374.

[116] Jean Nicot, "Britannica Online Encyclopedia". Erişim: 01 Mayıs 2024. [Çevrimiçi]. Available at: https://www.britannica.com/print/article/414461

[117] E. Britannica., "Cigarette | Definition, Facts, & Health Effects | BritannicaTobacco. (y.y.). Tarihinde 01 Mayıs 2024, adresinden erişildi https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/tobacco". Erişim: 01 Mayıs 2024. [Çevrimiçi]. Available at: https://www.britannica.com/topic/cigarette

[118] M. Zoli, S. Pucci, A. Vilella, ve C. Gotti, "Neuronal and Extraneuronal Nicotinic Acetylcholine Receptors", *Current Neuropharmacology*, c. 16, sayı 4, 2018, doi: 10.2174/1570159x15666170912110450.

[119] R. E. Wittenberg, S. L. Wolfman, M. De Biasi, ve J. A. Dani, "Nicotinic acetylcholine receptors and nicotine addiction: A brief introduction", *Neuropharmacology*, c. 177. 2020. doi: 10.1016/j.neuropharm.2020.108256.

[120] A. R. Caggiula *vd.*, "Cue dependency of nicotine self-administration and smoking", *Pharmacology Biochemistry and Behavior*, c. 70, sayı 4, 2001, doi: 10.1016/S0091-3057(01)00676-1.

[121] S. Shiffman, M. S. Dunbar, ve S. G. Ferguson, "Erratum: Stimulus Control in Intermittent and Daily Smokers (Psychology of Addictive Behaviors (2015) DOI:10.1037/adb0000052)", *Psychology of Addictive Behaviors*, c. 29, sayı 4. 2015. doi: 10.1037/adb0000105.

[122] L. E. Rupprecht, T. T. Smith, R. L. Schassburger, D. M. Buffalari, A. F. Sved, ve E. C. Donny, "Behavioral mechanisms underlying nicotine reinforcement", *Current Topics in Behavioral Neurosciences*, c. 24, 2015, doi: 10.1007/978-3-319-13482-6_2.

[123] WHO, "World Health Organisation-Tobacco". Erişim: 01 Mayıs 2024. [Çevrimiçi]. Available at: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/tobacco

[124] T. Atlas, "Global Tobacco Control Information & Statistics I Tobacco Atlas". Erişim: 01 Mayıs 2024. [Çevrimiçi]. Available at: https://tobaccoatlas.org/

[125] C. Sahan, T. Gunay, H. Simsek, A. Soysal, ve G. Ergor, "Socioeconomic factors associated with tobacco smoking in Turkey: a cross-sectional, population-based study", *Eastern Mediterranean health journal = La revue de sante de la Mediterranee orientale = al-Majallah al-sihhiyah li-sharq al-mutawassit*, c. 24, sayı 8, ss. 705–713, Eki. 2018, doi: 10.26719/2018.24.8.705.

[126] J. B. Lohr ve K. Flynn, "Smoking and schizophrenia", *Schizophrenia Research*, c. 8, sayı 2, 1992, doi: 10.1016/0920-9964(92)90024-Y.

[127] Öykü ÖZER, *Sigara kullanan ve kullanmayan bireylerin bilinçli farkındalık ve psikolojik dayanıklılık düzeylerinin karşılaştırılması. Yüksek lisans tezi, Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.* 2018.

[128] O. García-Rodríguez, R. Secades-Villa, L. Flórez-Salamanca, M. Okuda, S. M. Liu, ve C. Blanco, "Probability and predictors of relapse to smoking: Results of the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions (NESARC)", *Drug and Alcohol Dependence*, c. 132, sayı 3, 2013, doi: 10.1016/j.drugalcdep.2013.03.008.

[129] E. Vangeli, J. Stapleton, E. S. Smit, R. Borland, ve R. West, "Predictors of attempts to stop smoking and their success in adult general population samples: A systematic review", *Addiction*, c. 106, sayı 12, 2011, doi: 10.1111/j.1360-0443.2011.03565.x.

[130] J. D. Robinson *vd.*, "Evaluating the temporal relationships between withdrawal symptoms and smoking relapse", *Psychology of Addictive Behaviors*, c. 33, sayı 2, 2019, doi: 10.1037/adb0000434.

[131] F. J. Álvarez Gutiérrez *vd.*, "Predictors of 10-year smoking abstinence in smokers abstinent for 1 year after treatment", *Addiction*, c. 111, sayı 3, 2016, doi: 10.1111/add.13220.

[132] M. J. Zvolensky, S. H. Stewart, A. A. Vujanovic, D. Gavric, ve D. Steeves, "Anxiety sensitivity and anxiety and depressive symptoms in the prediction of early smoking lapse and relapse during smoking cessation treatment", *Nicotine and Tobacco Research*, c. 11, sayı 3, 2009, doi: 10.1093/ntr/ntn037.

[133] L. F. Stead *vd.*, "Nicotine replacement therapy for smoking cessation", *Cochrane Database of Systematic Reviews*, c. 2017, sayı 12. 2012. doi: 10.1002/14651858.CD000146.pub4.

[134] A. E. Evins *vd.*, "Neuropsychiatric Safety and Efficacy of Varenicline, Bupropion, and Nicotine Patch in Smokers with Psychotic, Anxiety, and Mood Disorders in the EAGLES Trial", içinde *Journal of Clinical Psychopharmacology*, 2019. doi:

10.1097/JCP.0000000000001015.

[135] J. Hartmann-Boyce *vd.*, "Behavioural interventions for smoking cessation: an overview and network meta-analysis", *Cochrane Database of Systematic Reviews*, c. 2021, sayı 1. 2021. doi: 10.1002/14651858.CD013229.pub2.

[136] N. A. Rigotti, G. R. Kruse, J. Livingstone-Banks, ve J. Hartmann-Boyce, "Treatment of Tobacco Smoking: A Review", *JAMA*, c. 327, sayı 6, 2022, doi: 10.1001/jama.2022.0395.

[137] M. Şİmşek, M. DİNÇ, ve K. Ögel, "The Validity and Reliability of the Addiction Outcome Assessment Index (AOAI)", *Turk Psikiyatri Dergisi*, c. 32, sayı 2, 2021, doi: 10.5080/u23461.

[138] L. S. Tabachnick, B.G., & Fidell, *Tabachnick, Fidell (2013) Using Multivariate Statistics, 6th Edition*, c. 49, sayı 30. 2010.

[139] O. Bekir Eğilmez, M. Hamdi Örüm, M. Zabit Kara, A. Üniversitesi Tıp Fakültesi, P. Anabilim Dalı, ve K. Devlet Hastanesi, "Adıyaman İli AMATEM Verilerinin Geriye Dönük Olarak İncelenmesi: 2018 Yılı Verileri Retrospective Evaluation of the Applications within the Scope of Probation Implementation: The Data of 2018", *Bağımlılık Dergisi-Journal of Dependence* |, c. 20, sayı 2, ss. 88–96, 2019.

[140] M. Bulut *vd.*, "Gaziantep Üniversitesi alkol ve madde kullanım bozuklukları birimine başvuran hastaların sosyodemografik özellikleri", *Bağımlılık Dergisi*, c. 7, sayı 2, 2006.

[141] E. A. Mutlu ve Ö. Ö. Sarikaya, "Bir AMATEM Kliniğinde Tedavi Gören Hastaların Sosyodemografik Verilerinin İncelenmesi", *Klinik Psikiyatri Dergisi*, c. 22, sayı 3, 2019.

[142] SAMHSA, "Behavioral Health Barometer: United States, Volume 5 | SAMHSA Publications and Digital Products". Erişim: 22 Mayıs 2024. [Çevrimiçi]. Available at: https://store.samhsa.gov/product/behavioral-health-barometer-united-states-volume-5/sma19-baro-17-us

[143] P. N. Biryukov, "The European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction", *Drug control*, c. 1, ss. 38–41, Nis. 2020, doi: 10.18572/2072-4160-2020-1-38-41.

[144] World Health Organization, "World mental health report: transforming mental health for all. Executive summary", 2022.

[145] R. C. Kessler *vd.*, "Lifetime and 12-Month Prevalence of DSM-III-R Psychiatric Disorders in the United States: Results from the National Comorbidity Survey", *Archives of General Psychiatry*, c. 51, sayı 1, 1994, doi:

10.1001/archpsyc.1994.03950010008002.

[146] H. Karaagac, Z. E. Usta, A. Usta, M. G. Yarmali, ve A. Godekmerdan, "Retrospective analysis of sociodemographic characteristics of inpatients at Kayseri Research and Training Hospital AMATEM clinic", *Dusunen Adam - The Journal of Psychiatry and Neurological Sciences*, c. 30, sayı 3, 2017, doi: 10.5350/dajpn2017300309.

[147] S. Selek, "GAZİANTEP ÜNİVERSİTESİ ALKOL VE MADDE KULLANIM BOZUKLUKLARI BİRİMİNE BAŞVURAN HASTALARIN SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİ Sociodemographic Characteristics of Patients, Applied to Substance Usage Disorders Unit of Gaziantep University". 01 Ocak 2006.

[148] R. D. B. Velleman, L. J. Templeton, ve A. G. Copello, "The role of the family in preventing and intervening with substance use and misuse: A comprehensive review of family interventions, with a focus on young people", *Drug and Alcohol Review*, c. 24, sayı 2. 2005. doi: 10.1080/09595230500167478.

[149] M. R. Frone, "Work Stress and Alcohol Use", *Alcohol Research and Health*, c. 23, sayı 4, 1999.

[150] D. Henkel, "Unemployment and substance use: A review of the Literature (1990-2010)", *Current Drug Abuse Reviews*, c. 4, sayı 1. 2011. doi: 10.2174/1874473711104010004.

[151] NSDUH, "Results from the 2013 National Survey on Drug Use and Health: Summary of National Findings | CBHSQ Data". Erişim: 21 Mayıs 2024. [Çevrimiçi]. Available at: https://www.samhsa.gov/data/report/results-2013-national-survey-drug-use-and-health-summary-national-findings

[152] EMCDDA, "Comorbidity of substance use and mental health disorders in Europe (Perspectives on drugs) | www.emcdda.europa.eu". Erişim: 21 Mayıs 2024. [Çevrimiçi]. Available at: https://www.emcdda.europa.eu/publications/pods/comorbidity-substance-use-mental-health_en

[153] NIAAA, "Alcohol Use Disorder (AUD) in the United States: Age Groups and Demographic Characteristics | National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism (NIAAA)", 2023. Erişim: 25 Mayıs 2024. [Çevrimiçi]. Available at: https://www.niaaa.nih.gov/alcohols-effects-health/alcohol-topics/alcohol-facts-and-statistics/alcohol-use-disorder-aud-united-states-age-groups-and-demographic-

characteristics

[154] Movendi International, “Health at a Glance 2023 Reveals Alcohol Burden in OECD - Movendi International”. Erişim: 25 Mayıs 2024. [Çevrimiçi]. Available at: https://movendi.ngo/news/2023/11/10/health-at-a-glance-2023-reveals-alcohol-burden-in-oecd/

[155] K. L. Chou ve T. O. Afifi, “Disordered (pathologic or problem) gambling and axis i psychiatric disorders: Results from the national epidemiologic survey on alcohol and related conditions”, *American Journal of Epidemiology*, c. 173, sayı 11, 2011, doi: 10.1093/aje/kwr017.

[156] K. S. Kendler, C. A. Prescott, J. Myers, ve M. C. Neale, “The structure of genetic and environmental risk factors for common psychiatric and substance use disorders in men and women”, *Archives of General Psychiatry*, c. 60, sayı 9, 2003, doi: 10.1001/archpsyc.60.9.929.

[157] NHS England, *Optimising personalised care for adults prescribed medicines associated with dependence or withdrawal symptoms: Framework for action for integrated care boards (ICBs) and primary care*. 2023.

[158] CCSA, “(Canadian Centre on Substance Use and Addiction”. Erişim: 25 Mayıs 2024. [Çevrimiçi]. Available at: https://www.ccsa.ca/sites/default/files/2022-10/CCSA-Canadian-Drug-Summary-Cocaine-2022-en.pdf

[159] G. Ö. Doğanavşargil, Ö. Ö. Sertöz, H. Coşkunol, ve H. G. Şen, “EÜTF Psikiyatri Anabilim Dali Bağimlilik Tedavi Biriminin Hasta Verilerinin On Yillik Geriye Dönük Olarak Incelemesi: Madde Kullanan Hastalarin Sosyodemografik Özellikleri.”, *Bağimlik Dergisi*, c. 5, sayı 3, 2004.

[160] V. Karagül ve C. Hocaoğlu, “MADDE BAĞIMLISI BİREYLERİN SOSYODEMOGRAFİK BİR ANALİZİ: İSTANBUL ESENYURT ÖRNEĞİ”, *Akademik Hassasiyetler*, c. 7, sayı 13, ss. 473–488, May. 2020.

[161] “Online Gambling Market Size, Share, Trends, Price 2024-2032”. Erişim: 21 Mayıs 2024. [Çevrimiçi]. Available at: https://www.expertmarketresearch.com/reports/online-gambling-market

[162] R. Finnerty, S. A. Marshall, C. Imbault, ve L. J. Trainor, “Extra-Curricular Activities and Well-Being: Results From a Survey of Undergraduate University Students During COVID-19 Lockdown Restrictions”, *Frontiers in Psychology*, c. 12, 2021, doi: 10.3389/fpsyg.2021.647402.

[163] K. Witkiewitz, G. A. Marlatt, ve D. Walker, “Mindfulness-based relapse prevention

for alcohol and substance use disorders", *Journal of Cognitive Psychotherapy*, c. 19, sayı 3. 2005. doi: 10.1891/jcop.2005.19.3.211.

[164] J. J. Prochaska, S. Das, ve K. C. Young-Wolff, "Smoking, Mental Illness, and Public Health", *Annual Review of Public Health*, c. 38, 2017, doi: 10.1146/annurev-publhealth-031816-044618.

[165] J. Rehm, K. D. Shield, G. Gmel, M. X. Rehm, ve U. Frick, "Modeling the impact of alcohol dependence on mortality burden and the effect of available treatment interventions in the European Union", *European Neuropsychopharmacology*, c. 23, sayı 2, 2013, doi: 10.1016/j.euroneuro.2012.08.001.

[166] P. R. Stasiewicz ve R. Stalker, "A comparison of three 'interventions' on pretreatment dropout rates in an outpatient substance abuse clinic", *Addictive Behaviors*, c. 24, sayı 4, 1999, doi: 10.1016/S0306-4603(98)00082-3.

[167] A. R. Tirintica *vd.*, "The delay to the first psychiatry consult in two acute inpatients clinics in Romania", *Romanian Journal of Psychiatry and Psychotherapy*, c. 20, sayı 1, ss. 31–34, Mar. 2018, doi: 10.37897/RJPP.2018.1.4.

[168] M. Ferrara *vd.*, "T242. THE TIMING OF FIRST HELP-SEEKING ATTEMPT IN FIRST EPISODE PSYCHOSIS CAN LEAD TO AVERSIVE PATHWAYS TO CARE. RESULTS FROM THE STEP-ED STUDY", *Schizophrenia Bulletin*, c. 46, sayı Supplement_1, ss. S324–S325, May. 2020, doi: 10.1093/schbul/sbaa029.802.

[169] R. E. Valle Rivadeneyra ve A. Perales Cabrera, "[Delay in seeking medical care in patients addicted to psychoactive substances].", *Adicciones*, c. 22, sayı 1, 2010.

[170] V. NORRIS, "A statistical study of the influence of marriage on the hospital care of the mentally sick.", *The Journal of mental science*, c. 102, sayı 428, 1956, doi: 10.1192/bjp.102.428.467.

[171] J. R. Butler ve M. Morgan, "Marital status and hospital use", *British Journal of Preventive and Social Medicine*, c. 31, sayı 3, 1977, doi: 10.1136/jech.31.3.192.

[172] I. M. Barbash *vd.*, "Effect of marital status on the outcome of patients undergoing elective or urgent coronary revascularization", *American Heart Journal*, c. 166, sayı 4, 2013, doi: 10.1016/j.ahj.2013.07.018.

[173] I. M. A. Joung, J. B. W. Van Der Meer, ve J. P. Mackenbach, "Marital status and health care utilization", *International Journal of Epidemiology*, c. 24, sayı 3, 1995, doi: 10.1093/ije/24.3.569.

[174] R. C. Kessler, T. C. Wai, O. Demler, ve E. E. Walters, "Prevalence, severity, and comorbidity of 12-month DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey

Replication", *Archives of General Psychiatry*, c. 62, sayı 6. 2005. doi: 10.1001/archpsyc.62.6.617.

[175] V. Chiappetta, O. García-Rodríguez, C. J. Jin, R. Secades-Villa, ve C. Blanco, "Predictors of quit attempts and successful quit attempts among individuals with alcohol use disorders in a nationally representative sample", *Drug and Alcohol Dependence*, c. 141, 2014, doi: 10.1016/j.drugalcdep.2014.05.019.

[176] L. A. Kaskutas, C. Weisner, ve R. Caetano, "Predictors of help seeking among a longitudinal sample of the general population, 1984-1992", *Journal of Studies on Alcohol*, c. 58, sayı 2, 1997, doi: 10.15288/jsa.1997.58.155.

[177] S. F. Greenfield *vd.*, "The effect of depression on return to drinking: A prospective study", *Archives of General Psychiatry*, c. 55, sayı 3, 1998, doi: 10.1001/archpsyc.55.3.259.

[178] B. F. Grant *vd.*, "Prevalence, correlates, and comorbidity of bipolar I disorder and axis I and II disorders: Results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions", *Journal of Clinical Psychiatry*, c. 66, sayı 10. 2005. doi: 10.4088/JCP.v66n1001.

[179] J. Marsden, M. Gossop, D. Stewart, A. Rolfe, ve M. Farrell, "Psychiatric symptoms among clients seeking treatment for drug dependence", *British Journal of Psychiatry*, c. 176, sayı 3, 2000, doi: 10.1192/bjp.176.3.285.

[180] J. Salavert, A. Clarabuch, M. J. Fernández-Gómez, V. Barrau, M. P. Giráldez, ve J. Borràs, "Substance use disorders in patients with intellectual disability admitted to psychiatric hospitalisation", *Journal of Intellectual Disability Research*, c. 62, sayı 11, 2018, doi: 10.1111/jir.12514.

[181] B. I. Goldstein *vd.*, "Predictors of first-onset substance use disorders during the prospective course of bipolar spectrum disorders in adolescents", *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, c. 52, sayı 10, 2013, doi: 10.1016/j.jaac.2013.07.009.

[182] A. Poudel ve S. Gautam, "Age of onset of substance use and psychosocial problems among individuals with substance use disorders", *BMC Psychiatry*, c. 17, sayı 1, 2017, doi: 10.1186/s12888-016-1191-0.

[183] J. F. Kelly, M. C. Greene, B. G. Bergman, W. L. White, ve B. B. Hoeppner, "How Many Recovery Attempts Does it Take to Successfully Resolve an Alcohol or Drug Problem? Estimates and Correlates From a National Study of Recovering U.S. Adults", *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, c. 43, sayı 7, 2019, doi:

10.1111/acer.14067.

[184] J. R. Hughes, S. Naud, A. J. Budney, J. R. Fingar, ve P. W. Callas, "Attempts to stop or reduce daily cannabis use: An intensive natural history study", *Psychology of Addictive Behaviors*, c. 30, sayı 3, 2016, doi: 10.1037/adb0000155.

[185] J. R. Hughes, E. N. Peters, P. W. Callas, A. J. Budney, ve A. E. Livingston, "Attempts to stop or reduce marijuana use in non-treatment seekers", *Drug and Alcohol Dependence*, c. 97, sayı 1–2, 2008, doi: 10.1016/j.drugalcdep.2008.03.031.

[186] M. Pettorruso *vd.*, "The transition time to gambling disorder: The roles that age, gambling preference and personality traits play", *Addictive Behaviors*, c. 116, 2021, doi: 10.1016/j.addbeh.2020.106813.

[187] L. Moragas *vd.*, "Comparative analysis of distinct phenotypes in gambling disorder based on gambling preferences", *BMC Psychiatry*, c. 15, sayı 1, 2015, doi: 10.1186/s12888-015-0459-0.

[188] D. Lever *vd.*, "Usage de Jeux de hasard et d'argent et d'Internet dans une population de patients en demande de soins en addictologie–Étude multicentrique", *L'Encéphale*, c. 47, sayı 6, ss. 540–546, Ara. 2021, doi: 10.1016/j.encep.2020.11.006.