T.C. SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ BAKIRKÖY PROF. DR. MAZHAR OSMAN RUH SAĞLIĞI VE SİNİR HASTALIKLARI SAĞLIK UYGULAMA VE ARAŞTIRMA MERKEZİ

RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI EĞİTİM KLİNİĞİ

ALKOL VE MADDE KULLANIM BOZUKLUĞUNDA ZAMAN PERSPEKTİFİ, AŞERME, BAŞ ETME VE İŞLEVSELLİĞİN YATARAK TEDAVİ SEYRİYLE İLİŞKİSİ

Dr. Çisem Raziye Özçay

(TIPTA UZMANLIK TEZİ)

İSTANBUL/2023

T.C. SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ BAKIRKÖY PROF. DR. MAZHAR OSMAN RUH SAĞLIĞI VE SİNİR HASTALIKLARI SAĞLIK UYGULAMA VE ARAŞTIRMA MERKEZİ

RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI EĞİTİM KLİNİĞİ

ALKOL VE MADDE KULLANIM BOZUKLUĞUNDA ZAMAN PERSPEKTİFİ, AŞERME, BAŞ ETME VE İŞLEVSELLİĞİN YATARAK TEDAVİ SEYRİYLE İLİŞKİSİ

Dr. Çisem Raziye Özçay

Tez Danışmanı: Prof. Dr. Nesrin Karamustafalıoğlu

(TIPTA UZMANLIK TEZİ)

İSTANBUL/2023

TEŞEKKÜR

Sağladığı çalışma ortamı için Hastanemiz Başhekimliği'ne

Uzmanlık eğitimim süresince asistanı olarak çalışmaktan büyük mutluluk duyduğum, bilgisi ve deneyimini içtenlikle aktaran, desteğini hiç esirgemeyen, çalışkanlığı ve hastalarına olan fedakar ve özenli yaklaşımı ile mesleğime başladığım ilk günden itibaren bana iyi bir hekim olmayı öğreten, çok kıymetli klinik şefim ve tez danışmanım Prof. Dr. Nesrin KARAMUSTAFALIOĞLU'na,

Birlikte çalışma şansını yakaladığım ve her birinden pek çok şey öğrendiğim değerli uzmanlarım Uzm. Dr. Ayşegül ERMİŞ, Uzm. Dr. Helin KAN UZEL ve Uzm. Dr. Berkay Arda Cebeci'ye,

Rotasyonlarım sırasında bilgi ve tecrübelerinden faydalanma fırsatı bulduğum kıymetli hocalarım Doç. Dr. Özlem Devrim BALABAN, Doç. Dr. Ahmet TÜRKCAN, Prof. Dr. E. Cüneyt EVREN, Prof. Dr. Ejder Akgün YILDIRIM, Prof. Dr. Gül Karaçetin ve Prof. Dr. Aysun SOYSAL'a,

Beraber çalıştığımız için her zaman kendimi çok şanslı hissettiğim, her birinin yeri çok özel olan 16. Psikiyatri asistanları Cenk, Güler, Pınar, Bilge, Serdar, Aysu, Binnur, Burcu, Onur, İbrahim, Aslı, Derya, Melih, Safa ve Gizem'e,

Her zaman "İyi ki bu ekibin bir parçasıyım!" dedirten başta servis sorumlu hemşiremiz Neslihan Hemşire olmak üzere 16. Psikiyatri Servisi'nin yardımsever ve özveriyle çalışan tüm hemşire, sekreter ve personellerine,

Bir arada çalışmaktan her daim keyif aldığım ve mesleğimde farklı bakış açıları kazanmama katkı sağlayan psikoloğumuz Merve BİCİL ve sosyal çalışmacımız Esra ŞİMŞEK'e,

Asistanlığım süresince tanıştığım ve her birinden çok şey öğrendiğim, daha iyi hissetmelerinde ufak da olsa bir katkımın olmasının bile benim için çok anlamlı olduğu tüm hastalarıma,

Hayatım boyunca koşulsuz desteklerini esirgemeyen, bugünlere gelmemde sonsuz emek ve fedakarlığı olan canım annem ve babama; varlığı ile her zaman neşe kaynağım olan canım kardeşime,

Sevgisi ile hayatıma anlam katan, anlayışı, sabrı ve desteğiyle her zaman yanımda olan, güç kaynağım, hayat arkadaşım, biricik eşim Ramazan'a,

Bana karşılıksız sevginin ne olduğunu öğreten on yıllık dostum canım kedim Bitter'e,

Sonsuz teşekkür ederim.

Dr. Çisem Raziye Özçay

İstanbul-2023

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR i
İÇİNDEKİLER iii
KISALTMALAR iv
TABLO LİSTESİ v
ÖZET vi
ABSTARCT viii
1. GİRİŞ VE AMAÇ 1
2. GENEL BİLGİLER 5
3. GEREÇ VE YÖNTEM 25
4. BULGULAR 32
5. TARTIŞMA 45
6. SONUÇ 61
7. KISITLILIKLAR 62
8. KAYNAKLAR 63

KISALTMALAR

AAÖ : Alkol Aşerme Ölçeği

AMATEM : Alkol ve Madde Tedavi ve Eğitim Merkezi

AKB : Alkol Kullanım Bozukluğu

COPE : Başa Çıkma Tutumları Değerlendirme Ölçeği (Coping Orientation to Problems Experienced)

DALY : Disability Adjusted Life Years (Sakatlığa Ayarlanmış Yaşam Yılları)

DSM : Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (Mental Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı)

DSÖ : Dünya Sağlık Örgütü

DZP : Dengeli Zaman Perspektifi

F : Gelecek Zaman

ICD : International Classification of Disease (Uluslararası Hastalık Sınıflandırması)

KİDÖ : Kısa İşlevsellik Değerlendirme Ölçeği

MAÖ : Madde Aşerme Ölçeği

MKB : Madde Kullanım Bozukluğu

PH : Present-Hedonistic (Şimdiki Zaman-Hazcı)

PF : Present-Fatalistic (Şimdiki Zaman-Kaderci)

PFC : Pre-Frontal Cortex

PN : Past-Negative (Geçmiş Zaman-Olumsuz)

PP : Past-Positive (Geçmiş Zaman-Olumlu)

TCK : Türk Ceza Kanunu

TUBİM : Türkiye Uyuşturucu ve Uyuşturucu Bağımlılığı İzleme Merkezi

UNODC : United Nations Office for Drugs and Crime (Birleşmiş Milletler Uluslarası Uyuşturucu ve Suç Ofisi)

VTA : Ventral Tegmental Alan

ZZPÖ : Zimbardo Zaman Perspektifi Ölçeği

TABLO LİSTESİ

Tablo 1 - Sosyodemografik verilerin gösterilmesi

Tablo 2 - Klinik verilerin gösterilmesi

Tablo 3 - Demografik ve klinik verilere dair tanımlayıcı bulguların gösterilmesi

Tablo 4 - Zaman perspektifi envanteri, alkol/madde aşerme ölçeği ve baş etme tutumları ölçeği puanlarının birinci ve on dördüncü gün verilerinin karşılaştırılması

Tablo 5 - Tedavi sonucu durumuna göre ilk ölçüm zaman perspektifi envanteri, kısa işlevsellik değerlendirme ölçeği, alkol/madde aşerme ölçeği ve baş etme tutumları ölçeği puanlarının karşılaştırılması

Tablo 6 - Tedavi sonucu durumuna göre klinik verilerin karşılaştırılması

Tablo 7 - Zaman perspektifi baskınlığına göre hastaların gruplandırılması

Tablo 8 – Baskın zaman perspektifi grubuna göre tedavi sonucu durumunun karşılaştırılması

Tablo 9 – Baskın zaman perspektifi grubuna göre alkol/madde aşerme ölçeği ve baş etme ölçeği puanlarının karşılaştırılması

Tablo 10 - Madde kullanım bozukluğu tanılı hastalarda zaman perspektifi puanları

Tablo 11 - Alkol kullanım bozukluğu tanılı hastalarda zaman perspektifi puanları

Tablo 12 - Dengeli zaman perspektifi skorlarının alkol/madde aşerme ölçeği, baş etme tutumları ölçeği ve kısa işlevsellik değerlendirme ölçeği puanları ile ilişkisinin gösterilmesi

ALKOL VE MADDE KULLANIM BOZUKLUĞUNDA ZAMAN PERSPEKTİFİ, AŞERME, BAŞ ETME VE İŞLEVSELLİĞİN YATARAK TEDAVİ SEYRİYLE İLİŞKİSİ

ÖZET

Amaç: Bu araştırmada, Alkol ve/veya Madde Kullanım Bozukluğu tanısı almış ve yatarak tedavi gören hastalarda zaman perspektifi özelliklerinin tedavi süreci üzerine olan etkisi, tedavi ile değişimi, bu özelliklerin aşerme ve madde kullanımı davranışı arasındaki ilişkideki rolü ve başa çıkma tutumları ve işlevsellik ile ilişkisini değerlendirmek amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Araştırmanın başında, AMATEM yataklı servisine yatışı yapılan, DSM-5 tanı kriterlerine göre Alkol ve/veya Madde Kullanım Bozukluğu tanısı konmuş, çalışmaya dahil edilme kriterlerini karşılayan ve araştırmaya katılım konusunda sözel ile yazılı onam vermiş 167 gönüllü hasta alınmış; 17 hasta çeşitli nedenler ile çalışma dışı kalmıştır. Çalışmaya dahil edilmiş olan 150 hastadan 82 hasta tedavi programını salah ile tamamlarken 68 hasta ise tedavi programını yarım bırakmıştır. Yatış işleminin yapıldığı ilk 24 saatte tüm hastalar idrar toksikoloji tetkiki vermiş ve Sosyodemografik – Klinik Veri Formu ile KİDÖ klinisyen tarafından doldurulmuştur. Ayrıca tüm hastalardan yatış işleminin yapıldığı 1.gün AAÖ/MAÖ, ZZPÖ ve COPE öz bildirim ölçeklerini doldurmaları istenmiştir. Halen yatarak tedavilerine devam eden hastalardan tedavinin 14.gününde yeniden AAÖ/MAÖ, ZZPÖ ve COPE öz bildirim ölçeklerini doldurmaları istenmiştir. Tedaviyi yarım bırakanlar ve tedaviyi tamamlayanlar olarak ikiye ayrılan gruplar arasında KİDÖ, MAÖ/AAÖ, ZZPÖ ve COPE karşılaştırılmış ve ZZPÖ ile MAÖ/AAÖ, COPE ve KİDÖ parametreleri arasında korelasyon analizleri yapılmıştır.

Bulgular: Hedeflenen tedavi programını tamamlayabilen Alkol ve Madde Kullanım Bozukluğu hastalarında zaman perspektifi, aşerme şiddeti ve başa çıkma stratejilerinde değişim olduğu gösterilmiştir. Spesifik zaman perspektiflerinin başa çıkma stratejileri ile ilişkili olduğu bulunmuştur. Ayrıca, dengeli zaman perspektifi sapma puanının madde aşerme şiddeti, işlevsel olmayan başa çıkma tutumları ve psikososyal işlevsellikte zorlanma ile pozitif korele; problem odaklı başa çıkma tutumları ile negatif korele olduğu saptanmıştır.

Sonuç: Çalışmamız bulguları, Alkol ve Madde Kullanım Bozukluğu hastalarında remisyonun sağlanmasında olumsuz rol oynayabilecek, kronik bir stres faktörü olarak aşermeyi yönetme kapasitesini geliştirmek için başa çıkma tutumlarını geliştirmede zaman perspektifinin etkisi

olabileceğini desteklemektedir. Ayrıca dengeli zaman perspektifi, adaptif başa çıkma mekanizmaları ve daha az aşerme yaşama arasındaki yararlı ilişki gösterilmiştir.
Anahtar kelimeler: Alkol ve madde kullanım bozukluğu; aşerme; başa çıkma tutumları; psikososyal işlevsellik; zaman perspektifi

THE RELATIONSHIP BETWEEN TIME PERSPECTIVE, CRAVING, COPING AND FUNCTIONALITY IN ALCOHOL AND SUBSTANCE USE DISORDERS IN INPATIENT TREATMENT

ABSTARCT

Aim: This study aims to evaluate the effect of time perspective characteristics on the treatment process in patients diagnosed with Alcohol/Substance Use Disorder and receiving inpatient treatment, the change with treatment, the role of these characteristics in the relationship between craving and substance use behavior, and the relationship with coping attitudes and functionality.

Materials and Method: At the beginning of the study, 167 volunteer patients who were admitted to the inpatient service of AMATEM, who were diagnosed with Alcohol/Substance Use Disorder according to DSM-5 diagnostic criteria, who met the inclusion criteria for the study, and who gave verbal and written informed consent to participate in the study were included; 17 patients were excluded from the study for various reasons. Of the 150 patients included in the study, 82 completed the treatment program with success, while 68 patients dropped out of the treatment program. In the first 24 hours of hospitalization, all patients were given urine toxicology tests and the Sociodemographic - Clinical Data Form was filled out by the KIDO clinician. In addition, all patients were asked to fill out the AAO/MAO, ZZPO and COPE self-report scales on the 1st day of hospitalization. Patients who are still receiving inpatient treatment were asked to fill out the AAO/MAO, ZZPO and COPE self-report scales again on the 14th day of treatment. The KIDO, MAO/AAO, ZZPO and COPE were compared between the groups divided as those who dropped out of treatment and those who completed the treatment, and correlation analyzes were performed between the parameters of ZZPO and MAO/AAO, COPE and KIDO.

Results: It has been shown that time perspective, craving intensity, and coping strategies change in Alcohol and Substance Use Disorder patients who are able to complete the targeted treatment program. Specific time perspectives have been found to be associated with coping strategies. In addition, it was found that the balanced time perspective deviation score was positively correlated with substance craving intensity, dysfunctional coping attitudes, and difficulty in psychosocial functioning, and negatively correlated with problem-focused coping attitudes.

Conclusion: The findings of our study support the idea that time perspective may have an effect on the development of coping attitudes to manage craving, which could play a negative role in achieving remission in Alcohol and Substance Use Disorder patients. Additionally, a balanced time perspective has been shown to be a beneficial link between adaptive coping mechanisms and experiencing less craving.
Keywords: Alcohol and substance use disorder; craving; coping strategies; psychosocial functioning; time perspective.

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Madde kullanım bozukluğu (MKB); zihnin madde kullanımı ile devamlı meşgul olması, kompulsif bir biçimde maddeye erişme ve kullanma, madde kullanımını sınırlandırmakta zorlanma ve maddeye erişim önlendiğinde meydana çıkan olumsuz duygulanım ile karakterize süreğen ve tekrarlayıcı bir bozukluktur. Dünyada madde kullanım bozukluğu daha önce benzeri görülmemiş oranda artmaktadır. Geçmiş jenerasyonlarla karşılaştırıldığında bugün daha fazla genç insan madde kullanmaktadır(1). Psikoaktif madde kullanımı aynı zamanda kişide başka sağlık problemleri gelişmesine ilişkin riskler taşır(2,3) . Bireylerde madde kullanım bozukluklarının gelişmesi, sadece bireyin kendisini değil, aynı zamanda ailesini, içinde yaşadığı toplumu ve toplumun ekonomik ve hukuksal işleyişini ciddi şekilde etkileyen olumsuz sonuçlara neden olabilmektedir(4) . Global hastalık yüküne önemli katkısı olan alkol ve madde kullanım bozukluğuna yönelik müdahalelerin geliştirilmesi ve yaygınlaştırılmasına dair politikaların tüm dünya için önemli olduğu görülmektedir(5) . MKB tedavisi ve rehabilitasyonu için birçok yöntem ve araç geliştirilmiş olmasına rağmen remisyon oranları düşüktür(6) . Epidemiyolojik ve klinik çalışmalar, birçok hastanın klinik seyrinin, istikrarlı iyileşme, kalıcı sakatlık veya ölümle sonuçlanmadan önce, genellikle yıllarca süren remisyon, nüks ve tekrarlanan tedavi döngülerinden oluştuğunu göstermektedir(7).Tedavilerin olumsuz sonuçlanmasının en önemli faktörlerinden biri tedavinin tamamlanmamasıdır. 1990'ların başında yapılan bir araştırmada tedaviyi bırakma oranının yaklaşık %50 olduğu gösterilirken(8) , daha yakın tarihli bir sistematik incelemede MKB tedavisini bırakma oranlarının %0 ile %90 arasında değiştiği ortaya koyulmuştur(9). Tedavinin terki hem hasta ilişkili hem de tedavi ilişkili değişkenleri içeren çeşitli ve karmaşık bir durumdur. Tedavi terkinin nedenlerini araştıran çalışmalarda hastaların aşerme, olumsuz duyguları tanıma ve olumsuz duyguların yarattığı rahatsızlıkla etkin başa çıkma konularına daha fazla odaklanılmasını talep ettikleri görülmüştür(10). Bağımlılıkta önemli kavramlardan biri olan aşerme (craving) bağımlı olunan maddeyi kullanmak için duyulan yoğun bir istek ya da dürtü olarak tanımlanabilir (11). Aşerme madde kullanım bozuklukları tedavisinde ana hedeflerden biri olarak kabul edilmektedir (12). Psikolojik, nörobiyokimyasal ve çevresel faktörlerle ilişkili olan aşerme kompleks ve dinamik bir fenomendir. Literatürde, aşermenin madde kullanım davranışları üzerindeki etkisini hangi faktörlerin modüle ettiğini açıklığa kavuşturacak daha fazla araştırmaya ihtiyaç duyulduğu vurgulanmaktadır (13).

Zaman perspektifi, bireylerin mevcut düşünce, duygu ve davranışları üzerinde güçlü bir etki yaratan dinamik, güncel bir kavramdır. Zimbardo ve Boyd (1999) zaman perspektifini, süregiden kişisel ve sosyal yaşantıları bilişsel zaman çerçevelerine kategorize eden ve böylece bu deneyimlerin düzen, tutarlık ve anlam kazanmasında etkili olan, bilinçdışı bir süreç olarak tanımlamışlardır (14). Zimbardo ve Boyd (1999) zaman perspektifi kuramını geçmiş-olumlu (past-positive, PP), geçmiş-olumsuz (past-negative, PN), şimdi-hazcı (present-hedonistic, PH), şimdi-kaderci (peresent-fatalistic, PF) ve gelecek (future, F) yönelimi olmak üzere beş boyutta ele almıştır (14). Geçmiş-olumlu perspektifi, geçmişe yönelik duygusal, nostaljik ve sıcak tutumu yansıtmakla beraber geçmişte yaşanılan olayların olumlu olmasından ziyade kişinin geçmişi olumlu değerlendirmesi ve özlem duyarak anımsaması anlamına gelmektedir (14). Geçmiş- olumsuz perspektifinde ise geçmiş tatsız, rahatsız edici deneyimlerle anımsanır ve geçmişe yönelik kaçınmacı, olumsuz bir tutum söz konusudur (14). Şimdi-hazcı perspektifi, bireyin andaki hazza odaklandığı ve sonrasında elde edeceği sonuçlarla ilgilenmeyerek "anı yaşamayı" öncelediği tutumu ifade eder(14). Şimdi-kaderci perspektifte ise kişi şimdide bulunacağı davranışlar ile geleceği şekillendiremeyeceği, hayatın kendi kontrolünde olmadığı ve geleceğin tahmin edilemez olduğu şeklinde yazgısal bir bakış açısına sahiptir(14). Gelecek zaman perspektifi, kişinin karar verirken gelecekte olabilecek sonuçları değerlendirdiği, planlar yaptığı, geleceğe dönük amaç ve ödüller için gayret gösterme davranışının baskın olduğu tutumu anlatmaktadır (14). Zaman perspektifinin bu beş alt boyutunun ruh sağlığını etkilediği bilinmektedir. Örneğin geçmiş-olumsuz zaman eğilimi depresyon, anksiyete, mutsuzluk ve düşük özgüven ile yakından ilişkilidir (14). Geçmiş-olumlu perspektifi ise psikolojik iyi oluş ve yaşam doyumunun pozitif belirleyicilerindendir (15). Daha çok şimdiki zaman perspektifi olan bireylerin riskli araç kullanma, kumar oynama, daha fazla sayıda cinsel partnere sahip olma ve madde kullanma gibi davranışlara yatkın oldukları gösterilmiştir(16–19). Bilhassa şimdi-hazcı perspektifinin madde kullanımı ile pozitif ilişkili olduğu saptanmıştır (20). Ayrıca araştırmalarda kaderci şimdi zaman perspektifi ile psikopatoloji arasında pozitif ilişki olduğu gösterilmiştir (21). Gelecek zaman yöneliminin ise sağlığı koruyucu davranışlar (emniyet kemeri kullanımı, egzersiz vb.) ile olumlu; riskli davranışlar (alkol, uyuşturucu madde, sigara kullanımı vb.) ile ise negatif yönde bir ilişkide olduğu bulunmuştur (20). Zaman perspektifi; alt boyutlarının yanı sıra insanın değişen yaşam olaylarına adaptasyonunu artıran bir zamansal plastisiteye vurgu yapan "dengeli zaman perspektifi" kavramı ile de değerlendirilmeye başlanmıştır. Zimbardo ve Boyd dengeli zaman yönelimini, kişilerin durumsal taleplere, kaynak değerlendirmelerine veya kişisel ve sosyal değerlendirmelere bağlı olarak geçmiş, şimdi ve gelecek zaman perspektifleri arasında etkili

ve esnek bir şekilde geçiş yapma yeteneğini ifade eden, idealize edilmiş bir zihinsel çerçeve olarak tanımlamıştır (14). Dengeli zaman perspektifi baskın genç bireylerde madde kullanımının daha az saptandığı, özellikle de tütün kullanımı sıklığını anlamada önemli bir faktör olduğu gösterilmiştir (22).

Baş etme, stres meydana getiren, içten gelen veya çevreden kaynaklanan arzu, istek ve çatışmaları kontrol edebilmek, olumsuz etkileri ile mücadele edebilmek için bireylerin gösterdiği spesifik davranışsal ve bilişsel çabalardır (23,24). Carver ve arkadaşları tarafından geliştirilen Başa Çıkma Tutumları Ölçeği (COPE) baş etme biçimlerini "sorun odaklı", "aktif duygusal odaklı" ve "kaçıngan duygusal/işlevsel olmayan" başa çıkma tutumları olarak sınıflandırmıştır (25). Yaşanan duygusal baskıyı azaltmak ve kontrol etmek için duygu odaklı başa çıkma yöntemleri kullanılırken, sorunun çözümü ve stresin kaynağına müdahale etmek için problem odaklı baş etme yöntemleri kullanılır(25). Bazı araştırmalarda uzun süreli madde kullanımı olan bireylerin psikososyal problemlerle baş etme becerilerinin bozulmasından dolayı işlevsel baş etme yöntemlerini kullanamadıklarının bulunduğu(26) ve hatta bazı çalışmalarda madde kullanımının kendisinin stresli yaşam olayları ile baş etmenin bir yöntemi olduğu saptanmıştır (27). Başa çıkma tutumlarının güçlendirilmesi madde kullanım bozukluğunun hem önlenmesinde hem de tedavinin seyrinde önemlidir (28).

MKB bireyde az ve sağlıksız beslenme, kısıtlı fiziksel aktivite, öz bakımda yetersizlik, ruhsal ve bedensel problemler, yaşam enerjisinin yok olması, benlik saygısında azalma, aile içi kötü iletişim ve çatışma ile devam eden, sosyal ilişkilerini ve mesleki performansını olumsuz etkileyen süreçle beraber, bireyin işlevselliğini önemli ölçüde etkilemektedir (29). Madde kullanımı birçok olumsuz sosyal problemin sebebi olduğu gibi bu sosyal problemler ile adaptif başa çıkamamanın sonucu da olabilir. Sosyal işlevselliği bozulmuş birey, etrafındaki sağlıklı kişilerden uzaklaşarak kendisi gibi madde kullanımı olan kişilerle birlikte vakit geçirmeyi ve madde kullanmayı tercih edebilir. Bu durumda madde kullanımı kısır bir döngüye dönüşmüş olur (30). Bu nedenle sosyal işlevselliğin ve ilgili olabilecek faktörlerin belirlenmesinin faydalı olabileceği düşünülmüştür.

Literatürde MKB ile zaman perspektifinin değerlendirildiği çalışmalar yeni önem kazanmaya başlamış; başa çıkma tutumları ve psikososyal işlevsellik ile beraber aşerme ile ilişkisinin henüz araştırılmamış olduğu görülmüş ve tedavi seyrindeki değişimin gösterildiği de çok az çalışmaya rastlanmıştır.

Araştırmanın Amaçları:

Bu araştırmada zaman perspektifi kavramının yatarak tedaviye başvuran MKB hastalarında yatarak tedavi seyrine etkisinin aşerme, başa çıkma tutumları ve psikososyal işlevsellik öğeleriyle ilişkilendirilerek incelenmesi amaçlanmıştır. Bu araştırmanın hastaların daha iyi anlaşılmasında ve yönetiminde literatüre katkı sağlayacağı düşünülmüştür.

Çalışma hipotezleri:

1) Alkol ve madde kullanım bozukluğu tanılı hastalarda aşerme şiddeti, zaman perspektifi ve baş etme biçimleri tedavi öncesi ve sonrasında değişkenlik gösterir.
2) Standart tedavi programını tamamlayan hastalarda sorun odaklı başa çıkma yöntemlerinin daha fazla kullanılması ile aşerme şiddetinde görülen azalma arasında negatif korelasyon gösteren bir ilişki vardır.
3) Standart tedavi programını tamamlayan hastalarda zaman perspektifi yönelimlerinin daha dengeli kullanılması ile aşerme şiddetinde görülen azalma arasında negatif korelasyon gösteren bir ilişki vardır.
4) Tedavi süresince zaman perspektifi gelecek boyutunda ve baş etme tutumu biçiminin işlevsel yöntemlerinin kullanımında pozitif yönde korele artış görülür.
5) Tedaviye başvuru anında şimdiki zaman (hazcı veya kaderci) ve geçmiş zaman-olumsuz eğilimi yüksek olan hastalarda aşerme şiddetinin yüksek olduğu, psikososyal işlevselliğin düşük olduğu ve işlevsel olmayan başa çıkma tutumlarının baskın olduğu görülmektedir.
6) Tedaviye başvuru anında geçmiş zaman-olumsuz eğilimli veya şimdiki zaman (hazcı veya kaderci) eğilimli olma tedaviyi yarım bırakma riski ile pozitif yönde korelasyon gösterir.
7) Tedaviye başvuru anında gelecek zaman eğilimli olma tedavi programında hedeflenen süreyi tamamlama ile pozitif korelasyon gösterir.

2. GENEL BİLGİLER

1. Madde Kullanım Bozuklukları

Psikoaktif maddeler, normal sağlığın sürdürülmesi için gerekli olmayan, canlı bir organizma tarafından vücuda alındığında başta merkezi sinir sistemi olmak üzere bu organizmanın bir veya birden fazla fonksiyonunu değiştirebilen, beyin işlevleri üzerindeki etkisi dolayısıyla bilinçte, motor işlevlerde, duygu, düşünce ve davranışlarda birtakım farklılıklara yol açan maddelerdir(31). Beyin işlevlerini etkileyerek kötüye kullanım ve bağımlılığa yol açabilecek olan her türlü kimyasal "madde" olarak tanımlanabilir. Psikoaktif madde terimi yasal (örneğin amfetamin, metilfenidat, benzodiazepin, opiyat analjezikler gibi yasal düzenlemeler çerçevesinde reçete ile verilen ilaçlar ya da uçucular, tütün (nikotin) ve alkol (etanol) gibi yasal denetimlere tabi olmayan veya satışlarında kısmi yasal düzenlemeler bulunan maddeler) ya da yasal olmayan (örneğin esrar, eroin, kokain gibi reçeteyle verilmeyen yasadışı maddeler) tüm madde sınıflandırmaları için kullanılmaktadır (31–33).

MKB, belirgin olumsuz sonuçlarına rağmen, bireyin madde kullanımını sürdürmesi şeklinde patolojik bir davranış örüntüsü sergilediği bilişsel, davranışsal ve ruhsal bir belirti kümesidir (11). Zihnin madde kullanımıyla sürekli meşgul olması, kompulsif bir şekilde maddeye erişme ve kullanma, madde kullanımını sınırlandırmada zorlanma ve maddeye erişim engellendiğinde meydana gelen olumsuz duygulanım, kronik ve yineleyici bu sendromun karakteristik özellikleridir(34) .

2.1.1. Tarihçe

Psikoaktif madde kullanımı başlangıcı insanlık tarihi kadar eskidir. Din, mitoloji, edebiyat ve kültürel alanlarda çok çeşitli kullanım şekilleriyle psikoaktif maddelere yer verilmesi; antik çağlardan itibaren bir madde kültürünün oluşmasına ve gelişip yayılmasına, toplumlarda kültürel birikime ve nihai olarak madde kötüye kullanımına yatkınlığa sebep olan bir bilinç oluşmasına sebep olmuştur (35).

Tarihi yazılı belgelerden bilgi edinilebilen ilk madde alkoldür; milattan önce (M.Ö) 6000'li yıllarda arpa ile bira yapımından bahsedildiği görülmektedir. Eski Mezopotamya'ya ait reçete tabletlerinde şarabın ilaç olarak kullanıldığına işaret eden verilere rastlanırken, Eski Roma ve Yunan döneminde şarap kutsal sayılmış, içki ve şarap tanrılarına inanıldığı görülmüştür (35). Aşırı alkol tüketiminin ahlaki bir zayıflık değil tedavi edilmesi gereken bir durum olduğunu belirten ilk kişi 1810 yılında Dr. Benjamin Rush olmuştur. 1849 yılında ise

bir halk sağlığı uzmanı olan Magnus Huss ilk kez ‘alkolizm’ kavramından bahsetmiştir. Elvin Morton Jellinek ise 19. yüzyıl başlarında alkolizmi bir hastalık olarak tanımlamıştır. ‘Bağımlılık sendromu’ tanımı ilk kez alkol bağımlılığı için yapılmıştır (36) .

Cannabis Sativa, diğer adıyla Hint keneviri yapraklarından esrar elde edilmesi ilk olarak Antik Çin’de görülmeye başlanmıştır. İlk olarak ip ve kement yapımında kullanılmış, daha sonra insanlar tarafından kişiye mutluluk ve neşe verdiği, keder ve üzüntüyü dağıttığı fark edilmiştir. M.Ö 3000 yıllarında ise anestezi ve medikal anlamda Hint kenevirinin kullanıldığı bilinmektedir (37). Papaver Somniferum Linee, diğer adıyla afyon bitkisinden elde edilen opium (opiat), insanlık tarihinin bilinen en eski ilaçlarından biridir ve geçmişi M.Ö 4000’li yıllara dayanmaktadır. Hint, Çin, Mısır ve Sümerler tarafından yetiştirilerek psikolojik etkileri ve ağrıyı dindirmedeki faydaları için kullanıldığı bilinmektedir (38) . Güney Amerika’nın en eski yerel bitkilerinden biri olan koka ağacı yerli halk tarafından çok eski tarihlerden itibaren çiğnenerek açlık hissini azaltmak, keyif almak ve tıbbi amaçlar için kullanılmıştır. İspanyol işgalcilerin koka yapraklarını çiğnemenin dayanıklılığı arttırdığını bildirmeleriyle beraber 1855 yılında kokain alkaloid olarak ayrıştırılmış ve 1880 yılından itibaren Kuzey Amerika’da pek çok rahatsızlığın tedavisi için yaygın şekilde kullanılır hale gelmiştir. Sonrasında ağır bağımlılık durumları ve aşırı doza bağlı ölümlerin görülmesi nedeniyle 1914 yılında uyuşturucu madde olarak kabul edilerek kullanımına yasal kısıtlama getirilmiştir (39) . Metamfetamin ve amfetamin ise 19. yüzyılda Japonya’da sentezlenmiş ve İkinci Dünya Savaşı’nda cephedeki askerlerin uzun süre uyanık kalmaları için kullanılmasıyla popülarite kazanarak yaygınlaşmıştır (40) . Birçok kültürde dini ya da mistik ritüellerde kullanılan halüsinojenler zengin ve eski bir geçmişe sahiptir. İlk sentetik halüsinojen liserjik-asid dietilamid (LSD) 1938 yılında Sandoz labaratuarlarında yeni bir ergo alkoloidianaleptik ajan araştırılırken keşfedilmiştir. LSD’yi bulan İsviçreli kimyager Albert Hoffman kasıtlı olmayan peruktan maruziyet sonrası halüsinasyonlar deneyimlemeye başladığı bilinmektedir (41) .

İnsanlık tarihi boyunca pek çok farklı amaçla kullanılan psikoaktif maddelerin bir sorun olarak görülmesi ise yakın tarihe, 20. yüzyılın ortalarına dayanmaktadır. Madde bağımlılığına sahip bireyler 19. yüzyılda günahkâr ya da suçlu olarak kabul edilirken bilimsel gelişmeler ve sosyal reformları takiben 1951 yılında Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından hasta olarak değerlendirilmeye başlanmış; bağımlılık daha sonra Amerikan Psikiyatri Birliği tarafından 1952 yılında bozukluk olarak kabul edilmiştir(42) . 1980li yıllardan itibaren ise Vietnam Savaşı’nın getirileri nedeniyle bağımlılık bir halk sağlığı sorunu olarak ele alınmış ve daha kapsamlı çalışmalar yapılmaya başlanmıştır. Vietnam Savaşı devam ederken medikal

analjezi amacıyla kullanılan morfinin askerler arasında kötüye kullanımı yaygınlaşmış ve Amerika Birleşik Devletleri savaş sonrası ülkesine dönen 200 bin opiyat bağımlısı asker ile karşı karşıya kalmıştır. Bu bağımlı askerlerin toplumsal hayata karışmada zorlandıkları, madde arayışının ardı sıra karıştıkları illegal yollar nedeniyle ve yeni bağımlılıkların ortaya çıkmasıyla ciddi sorunlar yaşadıkları belirtilmektedir (35).

2.1.2 Sınıflandırma

MKB, Amerikan Psikiyatri Birliği'nin Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel Sınıflandırma El Kitabı (DSM) birinci (1952) ve ikinci (1968) baskısında sosyopatik kişilik bozukluğu altında ele alınırken, 1980 yılındaki üçüncü basımı ile ilk kez açık tan ölçütleri ile tanımlanmıştır. DSM-III (1980) ile madde kötüye kullanımı ve madde bağımlılığı ayrımı yapılmış, DSM-IV (1994) ile madde kötüye kullanımı ve madde bağımlılığı tanılarına hiyerarşik bir yaklaşım getirilmiştir. 2000 yılında yayımlanan DSM-IV-TR'de de DSM-IV ile benzer şekilde madde kullanımı ile ilişkili bozukluklar, madde kullanım bozuklukları ve madde kullanımının yol açtığı bozukluklar olmak üzere iki kategoride incelenmiştir. 2013 yılında yayımlanan en güncel baskı olan DSM-5 büyük oranda DSM-IV-TR ile örtüşüyor olmakla birlikte birkaç önemli farklılık içermektedir (42).

DSM-5'te madde ile ilişkili bozukluklar 10 ayrı madde kümesini kapsar: Bunlar; alkol, kannabis, opiyatlar, uyarıcılar, dinginleştirici-uyutucu ve kaygı gidericiler, hallüsinojenler, uçucular, kafein, tütün ve diğer (ya da bilinmeyen) maddelerdir.

DSM-5'e göre Madde Kullanım Bozukluğu Tanı Ölçütleri(11) :

A. 12 aylık bir süre içinde, aşağıdakilerden en az ikisi ile kendini gösteren, klinik açıdan aşikâr bir sıkıntıya ya da işlevsellikte düşmeye yol açan sorunlu bir madde kullanım örüntüsü:
    1) Çoğu kez, niyet edilenden daha büyük miktarda veya daha uzun süreli madde kullanımı
    2) Madde kullanmayı bırakmak veya kontrol altında tutmak için sürekli bir istek ya da sonuç vermeyen uğraşılar
    3) Maddeyi elde etmek, kullanmak ya da yarattığı etkilerden kurtulmak için gereken etkinliklere çok fazla zaman ayırma
    4) Madde kullanmaya içinin gitmesi ya da kullanmak için çok büyük bir istek duyma veya kendini zorlanmış hissetme

5) İş, okul veya evdeki konumunun gereği olan başlıca yükümlülüklerini yerine getirememe ile sonuçlanan yineleyici bir biçimde madde kullanımı
6) Maddenin etkilerinin neden olduğu veya alevlendirdiği, sürekli ya da yineleyici toplumsal veya kişilerarası problemler olmasına rağmen kullanmayı sürdürme
7) Madde kullanımından dolayı önemli birtakım toplumsal, işle ilgili etkinliklerin ya da eğlenme-dinlenme faaliyetlerinin bırakılması ya da azaltılması
8) Tehlikeli olabilecek durumlarda dahi yineleyici bir biçimde madde kullanımını sürdürme
9) Büyük bir olasılıkla maddeyi kullanmanın neden olduğu ya da alevlendirdiği, sürekli veya yineleyici bedensel ya da ruhsal bir sorunu olduğunu bilmesine karşın kullanmaya devam etme
10) Aşağıdakilerden biriyle tasvir edildiği üzere, tolerans (dayanıklılık) gelişmiş olması:
    a. Esrikliği ya da istenen etkiyi sağlamak için belirgin olarak artan ölçülerde madde kullanma ihtiyacı
    b. Aynı miktarda madde kullanımının sürdürülmesine karşın belirgin olarak daha az etkinin sağlanması
11) Aşağıdakilerden biriyle tanımlandığı üzere, yoksunluk gelişmiş olması:
    a. Maddeye özgü yoksunluk sendromu
    b. Yoksunluk belirtilerinden kurtulmak ya da kaçınmak için madde kullanılması

Görüşme yapılan kişinin karşıladığı tanı ölçütünün sayısına göre, 2-3 belirtinin olması hafif, 4-5 belirtinin olması orta ve altı ya da daha fazla belirtinin olması ağır düzeyi işaret etmektedir.

Varsa belirtiniz:

Erken düzelme durumunda: Daha önce madde kullanım bozukluğu tanı ölçütleri tam karşılandıktan sonra, madde kullanım bozukluğunun hiçbir tanı ölçütü (A4 tanı ölçütü haricinde) 12 aydan daha kısa süreli olmak üzere en az üç aydır karşılanmamıştır.

Kalıcı düzelme ile giden: Daha önce madde kullanım bozukluğu için tanı ölçütleri tam karşılandıktan sonra, madde kullanım bozukluğunun hiçbir tanı ölçütü (A4 tanı ölçütü haricinde) 12 ay ya da daha uzun süreli karşılanmamıştır.

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

Uluslararası Hastalık Sınıflandırması'nın onuncu baskısında (International Classification of Diseases – ICD-10) ise MKB "Bağımlılık Sendromu" ismiyle geçmektedir. DSM sistemine yakın ölçütler kullanılmaktaysa da "bağımlılık" sözcüğü belirsiz tanımı ve olası olumsuz önyargılar nedeniyle DSM-5 madde kullanım bozukluğu resmi tanısal terminolojisinden çıkarılmıştır(11) .

Bağımlılık; bir veya daha fazla maddenin kullanımı ile ortaya çıkabilen, maddeye ulaşılamadığı zaman fiziksel ve/veya ruhsal çeşitli belirtilere yol açan, tedavi edilebilen fakat yeniden madde kullanımıyla birlikte tekrar edebilen, psikososyal, biyokimyasal ve genetik unsurların farklı farklı etkilerinin olduğu düşünülen bir hastalık olarak tanımlanmaktadır (43).

2.1.3 Epidemiyoloji

MKB son yıllarda ülkemizde ve dünyada toplumları daha büyük boyutta etkilemeye başlayan ve giderek yaygınlaşan bir halk sağlığı sorunu olarak ele alınmaktadır.

Tarihte kayıtlara geçen ilk psikoaktif madde olma özelliğine sahip alkol dünya genelinde yaygın olarak tüketilmeye devam edilirken, alkolle ilgili sorunlar özellikle Batı toplumlarının en başta gelen sorunlarından biridir. Dünya Sağlık Örgütü Alkol ve Sağlık Konusunda Küresel Durum Raporu 2018'e göre, 2016 yılında, dünya genelinde, 15 yaş ve üzeri 2 milyar 348 milyon insan alkol kullanmış ve 3 milyondan fazla kişi alkolle ilişkili sorunlar nedeniyle hayatını kaybetmiştir. Bu, her 20 ölümden 1 tanesinin alkolle ilişkili olduğunu ifade etmektedir (44). Amerika Birleşik Devletleri Sağlık Ölçümleri ve Değerlendirme Enstitüsü'nün 2017 yılında yayınladığı Küresel Hastalık Yükü raporuna göre alkol kullanım bozukluğu sebebiyle Türkiye'de 5795 kişi yaşamını yitirmiştir (45). Alkol kullanım bozukluklarının (AKB) 12 aylık prevalansında cinsiyet farklılıkları söz konusudur. Dünyada tahminen 237 milyon erkek ve 46 milyon kadın AKB'na sahiptir (44). Dünya genelinde 15-59 yaşları arasındaki bireylerde ölçülen engelliliğe ayarlanmış yaşam yıllarında (disability-adjusted life years- DALY) hastalık yükünün %4,2'sini alkolle ilişkili sorunlar oluşturmaktadır. 1990'dan günümüze kadar erkek ve kadınlar arasında alkol tüketimine

atfedilen DALY %25'ten fazla artmıştır (5). Dünya sağlık örgütünün raporuna göre ülkemizde 2016 yılında alkol bağımlılığı yaygınlığı %1,6 olarak saptanmıştır(44) . 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 yaşı ortalaması 19,94 olarak ölçülmüştür. Yaşam boyu yaygınlık erkeklerde kadınlara göre yaklaşık 3 kat daha fazla saptanmıştır (46).

Birleşmiş Milletler Madde ve Suç Ofisi (UNODC)'nin 2023'te yayınlanmış Dünya Uyuşturucu Raporu'nda, 2021 yılına ait en güncel verilerde, dünya genelinde, 15-64 yaş aralığındaki her 17 kişiden 1 tanesinin son 12 ay içerisinde en az bir kez uyuşturucu madde kullanmış olduğu ve madde kullanıcı sayısının son 10 yıllık periyod içerisinde %23 oranında bir artışla 296 milyona yükseldiği belirtilmiştir. Dünya nüfusundaki kalabalıklaşma ile bu artış oranının sadece bir kısmının açıklanabileceği özellikle ifade edilmiştir (1) .

Halen dünya genelinde en yaygın olarak kullanılan madde türü kannabistir (kenevir) ve 2021'de yaklaşık 219 milyon kullanıcısı olduğu tahmin edilmektedir. Ayrıca 2021'de 36 milyon kişinin amfetamin, 22 milyon kişinin kokain ve 20 milyon kişinin ekstazi-benzeri uyuşturucu kullandığı tahmin edilmektedir. Cinsiyet bakımından tüm kullanıcıların büyük çoğunluğunu halen erkek bireyler oluşturuyor olsa da kadın kullanıcı oranlarının özellikle amfetamin-türü maddeler (kullanıcılarının %45'i kadın cinsiyet) ve tıbbi-endikasyon dışı kullanılan ilaçlar (kullanıcılarının %45-49'u kadın cinsiyet) gurubunda giderek arttığı saptanmıştır (1).

Raporda, en sık hangi madde türünün madde kullanım bozukluğu ile ilişkilendirildiği değerlendirmesinde, ülkelerin %46'sında kannabis ilk sırayı alırken %31'inde opiyatlar ve %13'ünde amfetamin-türevleri (başlıca metamfetamin) ilk sırayı almıştır(1). Tedaviye başvuran kişilerin birincil tercih maddesinin ne olduğu konusunda belirgin coğrafi farklılıklar olduğu görülmüştür. Örneğin Avrupa'nın büyük kesiminde ve Asya'nın alt bölgelerinde en fazla bildirilen primer madde opiyatlar iken, Latin Amerika'da kokain, Afrika'nın çoğu bölgelerinde kannabis ve Doğu ile Güney Doğu Asya'da metamfetamin olmuştur. Yine de bugün öldürücü doz aşımlarının sık görüldüğü opiyatların halen en tehlikeli ve en ölümcül madde türü olduğu bilinmektedir. 2019 yılında psikoaktif madde kullanımı ile direkt ilişkili 128,000 ölümün %70'i opiyat nedenli olmuştur.(1)

2021 yılında yaklaşık 13.2 milyon kişinin injeksiyon yoluyla madde kullandığı tahmin edilmektedir. Yaklaşık 1,6 milyon kişinin injeksiyon ilişkili HIV enfeksiyonu ile; 6,6 milyon kişinin yine injeksiyon ilişkili Hepatit C enfeksiyonu ile ve 1,4 milyon kişinin injeksiyon ilişkili HIV + Hepatit C enfeksiyonu ile yaşadığı tahmin edilmektedir. Bu bulaşıcı hastalıklar

gerek sağlık gerek sosyoekonomik açıdan tüm dünya için önemli bir önlenebilir halk sağlığı sorunu teşkil etmektedir (1).

2021 yılında yaklaşık 39,5 milyon kişi MKB'ndan mustaripken, yalnızca %20'si tedavi hizmeti almıştır. Koronavirüs-19 pandemisi, bu makası daha da açmıştır. Tedaviye erişim konusunda kadınların daha fazla zorlandığı görülmektedir. Madde kullanıcıları arasında giderek kadın cinsiyet popülasyonu artarken, tedaviye başvuru oranı olması gerekenden çok düşük kalmaktadır. Örneğin amfetamin-türevi kullanıcılarında cinsiyet dağılımı yarı yarıya iken tedavi alanların yalnızca dörtte birini kadınlar oluşturmaktadır.(1)

Bir diğer önemli nokta ise bugün, geçmişe kıyasla, daha fazla genç insanın madde kullanıyor oluşudur. Adölesan ve genç yetişkinler uyuşturucu madde etkilerine karşı daha savunmasızdırlar. 2021 yılında, dünya genelinde, 15-16 yaş aralığındaki 13,5 milyon kişinin son bir yıl içerisinde en az bir kez kannabis kullandığı saptanmıştır (1) . Erken yaşta madde kullanımı gelişmekte olan beyin üzerindeki olumsuz etkilerinden dolayı hem bağımlılığın daha hızlı gelişmesine hem de yetişkinlikte uzun vadeli olumsuz sonuçlara sebep olur.

Ülkemiz verilerine bakacak olursak, Türkiye Uyuşturucu Raporu-2023'e göre alkol ve nikotin kullanım bozuklukları çıkarıldığında, 2022 yılında sadece tedavi merkezlerine yapılan toplam ayaktan başvuru sayısı 302.911 kişidir. Ülkemizde tedavi gören kişilerin cinsiyetlere göre dağılımına baktığımızda bu oranlar erkek ve kadın cinsiyet için sırasıyla %92,3 ve %7,7 olarak saptanmıştır. Tedaviye başvuranların yaş ortalaması 29,45 olarak ölçülürken, ilk kullanım yaş ortalaması ise 22,2 olarak saptanmıştır. Sağlık Bakanlığı, Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü'nün 2023 yılı raporuna göre ayaktan tedavi başvurusunda en sık kodlanan üç hastalık tanı kodu sırasıyla F19 (Birden Fazla İlaç ve Diğer Psikoaktif Madde Bağımlılığı), F11 (Opioid Bağımlılığı) ve F12 (Kannabinoid Bağımlılığı) olurken; yatarak tedavi başvurusunda en sık kodlanan üç hastalık tanı kodu yine benzer sırayla bu hastalıklar olmuştur (47). Birden fazla türde psikoaktif madde kullanımının ülkemizde yaygınlaşmakta olduğu görülmektedir.

2022 yılında uyuşturucu madde ile ilişkilendirilmiş 246 ölüm olayının %62,2'si çoklu madde kullanımından kaynaklanmıştır. Çoklu madde kullanımı ölüm riskini arttırmaktadır. Çoklu madde kullanımından kaynaklı ölümlerin %52,3'ünde metamfetamin saptanmıştır. Diğer yandan tekil madde kullanımından kaynaklı 93 ölüm içerisinde ise %64,5'inin metamfetamin kaynaklı olduğu tespit edilmiştir. Genel olarak bakıldığında, madde bağlantılı ölümlerin %56,9'unda metamfetamin, %27'sinde eroin ve %18,7'sinde ekstazi maddelerine rastlanmıştır. Bu tablo ülkemizde metamfetamin kullanımının tehlikeli boyutlara ulaşmakta olduğuna işaret etmektedir(47).

Uyuşturucu ile mücadele bağlantılı 2022 yılı kamu harcamaları, 2021 yılına oranla yaklaşık %82,2 artışla 4 milyar 264 milyon 683 bin Türk lirası olarak gerçekleşmiştir. Toplumların ödediği madde kullanımının parasal maliyetlerin oldukça yüksek düzeyde oluşu alternatif kullanımlara yönlendirilebilecek ekonomik kaynakları tüketmektedir(48) . Ayrıca, global boyutta seneler içinde artan bir sorun olmaya devam eden yasa dışı psikoaktif madde bağlantılı suçlar dünya genelinde olduğu gibi ülkemizde de artmaya devam etmektedir. İletişim ve ulaşımdaki hızlı değişimler uyuşturucu suç organizasyonlarının faaliyet ve yöntemlerinde varyasyonlara sebep olarak yasadışı uyuşturucu ticaretinin sınırı aşan suçlar arasında giderek daha çok yer almasına ve bu suçları işleyen gruplar ve örgütlerin farklı ülke ve bölgelerde yer alan benzer yapılanmalarla, hatta terör örgütleriyle daha fazla iş birliği içine girmelerine neden olmaktadır. Türkiye'de güvenlik güçlerince 2021 yılında 215.771 uyuşturucu ile ilgili olaya müdahale edilmişken 2022 yılında %14,1 artışla 246.237 olaya müdahale edilmiştir. Bu olayların suç türlerine göre dağılımında ilk sırayı kullanma amaçlı uyuşturucu madde satın almak/kabul etmek/bulundurmak (TCK m.191), ikinci sırayı ise uyuşturucu madde imal ve ticareti (TCK m.188) almıştır. Dikkat çeken verilerden bir diğeri ise metamfetamin ilişkili suç olaylarında yakalama miktarlarındaki belirgin artış olmuştur(47) .

2.1.4 Etiyoloji

MKB modeli, madde kullanma davranışına etki eden pek çok ilişkili etkenin yer aldığı kompleks bir süreç ve madde kullanımı davranışına karar verme aşamasında yargılamadaki bozukluğun bir sonucu olarak açıklanmaktadır (49). Etiyolojisinde psikososyal, biyokimyasal ve genetik unsurların farklı farklı etkilerinin olduğu düşünülmekte ve doğal gidişi remisyon ve depreşme dönemlerini içermektedir(50). Kullanılan maddenin oluşturduğu etkiler bu süreçte kritik öneme sahip olsa da aynı maddeye bağımlı olan kişiler bu maddenin etkilerini aynı şekilde deneyimlememekte veya aynı faktörle motivasyonun sağlandığı söylenememektedir. Ek olarak, sürecin değişik basamaklarında farklı etkenlerin önem kazandığı bildirilmiştir. Örneğin maddenin ulaşılabilir olması, sosyal olarak kabul görüyor olma durumu ve akran baskısı, bir maddeyi ilk kez deneyimleme aşamasındaki en önemli etkenler olabilirken; kişilik ve biyolojik yapı gibi etmenler maddenin etkilerinin algılanış şekli ve tekrarlayan madde kullanımının merkezi sinir sistemi üzerinde yarattığı etkiler üzerinde muhtemelen daha önemlidir (49).

Güncel olarak bağımlılığı tanımlamak için birbiriyle çatışan üç teoriden söz edilebilir:

1) Bir beyin hastalığı olarak bağımlılık: Kötüye kullanılan maddelerin beynin nöral ağlarında ve moleküler bileşenlerinde potansiyel değişiklikler yaptığının gösterilmesi bağımlılığın bir beyin hastalığı olduğu hipotezini desteklemiştir. Akut, kontrollü ya da seyrek kullanımdan süreğen bağımlılığa geçiş nörokimyasal ve moleküler değişikliklerle paralellik gösterir; bu dönüşüm nöroplastisitenin bir sonucudur. Bu değişiklikler madde bağımlılığının dürtüsel ve kompulsif unsurlar içeren üç aşamalı bir hastalık olarak kavramsallaştırıldığı "Bağımlılığın Üç Aşamalı Döngüsü" modelinde gruplandırılmıştır. Bu basamaklar sırasıyla kullanılan psikoaktif maddenin pozitif pekiştirici etkisinden kaynaklanan aşırı tüketim/intoksikasyon aşaması, madde kullanımının kesilmesi ya da miktarının azaltılması sonucu ortaya çıkan semptomlar ve disfori ile karakterize geri çekilme/olumsuz duygulanım aşaması ve yoksunluk bulguları geçtikten sonra uzun süre madde kullanımı olmasa dahi, kronik madde kullanımının beyinde yol açtığı nöroadaptif değişikliklerden kaynaklandığı düşünülen ve nükse neden olan meşguliyet/beklenti aşaması olarak sayılabilir(51) .
2) Bir davranış bozukluğu olarak bağımlılık: Araştırmacı psikolog Gene Heyman bağımlılığın bir hastalık değil gönüllü bir seçim olduğunu iddia ederken kanıtlanmış nörobiyolojik değişiklikleri inkâr etmemiş fakat tedavisiz iyileşen bireyler olduğuna, pek çok eğlence amacıyla uyuşturucu madde kullanan kişinin kompulsif kullanıcıya dönüşmemesine ve nöral adaptasyonlar ile bağımlılık ilişkisindeki bağlantının kesin bir açıklığa kavuşturulamamasına dikkat çekmiştir(52). Madde kullanım bozukluklarının kökeninde gelişimsel öğrenilmiş davranışlar olduğunu söyleyen teoriler de vardır(53). Madde ilişkili çevresel uyaranların madde kullanımına neden oluşundan köken alan koşullanma hipotezlerinin, dopamin iletimi ile ilişkisi gösterilerek nörobiyolojik temelleri olduğu ispatlanmıştır(54). Koşullanma hipotezleri özellikle stres ve madde-ilişkili ipuçları kavramlarına odaklanır. Madde-ilişkili ipuçlarının önemi bağımlılıkla ilişkili uyaranlara karşı artan önem atfı (salience attribution) kavramı ile açıklanmaktadır. Bu kavram, bir uyarana verilen önemi ifade eder; yani bağımlılık bozukluğuna sahip kişilerin, bağımlılıkla ilgili uyaranlara (örneğin uyuşturucu maddelerin görüntüleri, kokuları ya da kullanıldığı yerler gibi) daha fazla önem verdiğini ve bu uyaranlara karşı daha duyarlı olduğunu ifade etmektedir. Bu özellik, bağımlılık bozukluğunun tedavisinde de önemli rol oynamaktadır. Örneğin, bağımlılık tedavisi gören kişilere bağımlılıkla ilgili uyaranlardan kaçınmayı öğretmek, bu kişilerin hastalığa karşı direncini arttırabilir. Ayrıca, önde gelen bir davranışsal model olan koşullandırılmış yer tercihi (conditioned

place preference) aşamalarının doğası gereği belirli nöral değişikliklerle bağlantılı olduğu gösterilmiştir(55). Üç aşamalı bağımlılık modelinde yer alan bilişsel işlev disfonksiyon mekanizmaları da olumlu ve olumsuz pekiştirme modellerini desteklemektedir(56).

Daha erken zamanlarda, bu alandaki teoriler hastalık kökenli teorilerle çatışma halindeyken bugünkü gelişmeler bu iki uç noktayı daha homojenize hale getirmiştir. Fakat halen var olan açıklığa kavuşturulamamış noktalar bağımlılık bozukluğunun incelenmesinde tutarsızlıklara neden olmakta ve bağımlılık tanımlanırken genetik bir bozukluk olduğu teorisi ile desteklenmeye ihtiyaç duymaktadır.

3) Bir genetik bozukluk olarak bağımlılık: Kronik madde kullanımında siklik adenozin 3',5'-monofosfat yolağı upregüle olarak transkripsiyon faktörlerinde disregülasyona yol açar, bu da gen ekspresyonunda değişiklikler meydana gelmesi ile sonuçlanır(57) . Aile çalışmaları (ikiz/aile/evlat edinme) ile ilişki ve bağlantı çalışmaları, birçok genin bağımlılık özelliklerinde ve kalıtsal vulnerabilitede varyansa neden olduğunu kanıtlamıştır(58). Ek olarak, genom-çapında ilişkilendirme çalışmaları (GWAS) ile bağımlılığa yatkınlık derecesini değiştirebilecek varyantlar içeren tekrarlanabilir kromozomal lokuslar gösterilmiştir(59) .

   Genomik ve nörobiyolojinin entegrasyonu, yeni bir "GINA (Genetically Informed Neurobiology of Addiction)" modelinin geliştirilmesine katkıda bulunmuştur. Bu model, genetik ve nörobilimi iç içe geçirmenin yanı sıra bağımlılığın kökenindeki çevresel etkenleri de göz önünde bulundurmaktadır. Bu nedenle, GINA modelinin tüm rekabet eden teroileri homojenize bir şekilde ortaya koyması bağlamında ilk ve tek olduğu söylenebilir. Epigenetiğin daha fazla araştırılması, çevresel olarak indüklenmiş gen ekspresyonundaki değişiklikleri ortaya çıkararak genetik ve davranışsal teorileri daha da bütünleştirebileceği vurgulanmaktadır(60) .

Bu teorilerin yanı sıra bağımlılığın nedenlerini tanımlamada birtakım risk faktörleri ve koruyucu faktörler de mevcuttur. Risk faktörleri bireysel, ailesel ve toplumsal olarak kategorize edilebilir. Belirlenen bireysel risk faktörleri; yüksek dürtüsellik düzeyi, asilik, emosyon regülasyonunda bozukluk, düşük dindarlık düzeyi, kötü muamele veya olumsuz bir yetiştirilme deneyimi, davranış sorunları ve psikiyatrik komorbiditenin varlığı, daha önce sigaraya maruz kalma ve risk algılama düzeyinin düşük olması sayılabilir. Ailesel risk faktörleri; doğum öncesi annenin sigara içmesi, annenin ruhsal sağlığı ile ilişkili problemler, düşük ebeveyn eğitimi, ihmal, zayıf gözetim, kontrolsüz cep harçlığı ve madde kullanan aile

üyelerinin varlığıdır. Rapor edilen toplumsal risk faktörü ise uyuşturucu kullanan akranlara sahip olmaktır(61) . Ergenlik çağındaki bireyler yeni şeyler deneme, merak, akran baskısına duyarlılık ve otoriteye karşı baş kaldırma davranışı sergilemeye güçlü bir eğilim gösterdiklerinden uyuşturucu madde kullanmaya başlamanın kritik yaşı adölesan dönem olarak saptanmış, en fazla kullanım ise 18-25 yaş arası gençlerde görüldüğü tespit edilmiştir(62) . Erkek cinsiyet, düşük eğitim düzeyi ve bekar olma diğer tanımlanmış risk faktörleridir(63) . Koruyucu faktörler ise; yüksek zekâ seviyesi, iyimserlik, yüksek farkındalık düzeyi, akademik ve iş alanında başarılı olma, dengeli ve destekleyici ailevi ilişkiler, madde kullanımına karşı güçlü inançlara sahip olma, sağlığı koruma arzusu, ailede alkol ve madde kullanım öyküsü olmaması, uyuşturucu kullanımı konusunda yüksek baba farkındalığı, güçlü dini inançlara sahip olma ve yaşanılan toplumda madde kullanımının olağan karşılanmaması olarak saptanmıştır(61,64) .

2.1.5 Tedavi ve Rehabilitasyon

Global hastalık yüküne önemli katkısı olan MKB'na yönelik müdahalelerin geliştirilmesi ve yaygınlaştırılmasına dair politikaların tüm dünya için önemli olduğu görülmektedir(5) . Bu karmaşık süreçte hastaların biyopsikososyal iyilik hallerini hedefleyen, etkin ve kapsayıcı, mümkün olduğunca kişiselleştirilmiş tedavinin giderek önem kazandığı görülmektedir.

MKB tedavisi bağımlılığı, yoksunluğu, nüks sıklığını azaltmayı ve işlevselliği arttırmayı amaçlayan planlı bir değişim sürecidir(65) .

Bağımlılığa yönelik tedavi modelleri genellikle dört aşamadan oluşmaktadır. Birinci aşama ilk yardım olarak adlandırılır ve intoksikasyon ya da akut yoksunluk ile buna bağlı morbidite ve mortalitenin önlenmesinin hedef alındığı ilk 1-2 günü kapsar. İkinci aşama ise detoksifikasyon dönemi olup 0-4 haftalık sürece denk gelir. Üçüncü aşama psikososyal müdahale aşamasıdır, biraz daha uzun bir dönemi kapsar (yaklaşık 4-24 hafta) ve süreğenleşmiş problemlerin çözülmeye çalışıldığı dönemdir. Dördüncü aşama ise rehabilitasyon ve toplumsal uyum aşamasıdır, 6 ay – 2 yıllık bir süreçtir ve bu dönemde takip ve tedavi devam etmektedir(66).

Tedavi genellikle medikal tedavi, psikososyal tedavi ve sosyal rehabilitasyon programlarını içerir. Medikal tedavi kısa süreli ve uzun süreli olmak üzere iki basamaklıdır. Kısa süreli ilaç tedavisinin amacı varsa intoksikasyona bağlı gelişen fiziksel ve ruhsal bozuklukların yönetilmesi ya da maddenin kesilmesiyle birlikte ortaya çıkan yoksunluk belirtilerinin kontrol altına alınmasıdır. Uzun süreli ilaç tedavisi ise yerine koyma ya da

sürdürme tedavisi olarak isimlendirilir. Psikososyal tedaviler madde kullanımının tekrarlamasını engellemek amacıyla becerilerin kazandırıldığı, bağımlılığın getirdiği belirli davranış kalıplarının sağlıklı davranış biçimleri geliştirilerek değiştirildiği, bireyin ailesi ve çevresi ile sosyal ilişkilerinin düzenlendiği bireysel ve grup terapilerinin uygulandığı müdahaleleri içerir. Sosyal rehabilitasyon programları ise bireylerin yeniden topluma kazandırılmasını ve sosyal işlevselliklerinin iyileştirilmesini hedefler(67).

Bağımlılık psikofarmakolojisindeki gelişmeler psikiyatrinin diğer alanlarına göre yavaş bir seyir göstermiş olduğundan 20. yüzyılın sonuna kadar tedavide kullanılmak üzere yalnızca birkaç farmakolojik ajan onay alabilmiştir. Bağımlılığın oluşumu ve devamına yol açan nörobiyolojik süreçler aydınlatıldıkça farmakolojik tedavi seçenekleri de çeşitlenmektedir(68) .

Psikofarmakolojik tedavinin yanı sıra tedavide etkili olduğu gösterilen psikoterapi yaklaşımları arasında bilişsel davranışçı terapi (BDT), motivasyonel görüşme, kısa müdahale ve kendine yardım grupları bulunmaktadır. MKB ve davranışsal bağımlılıkların tedavisinde BDT araştırılmış, yapılandırılmış ve geniş bir tanı aralığında randomize kontrollü çalışmalar ile etkinliği kanıtlanmış bir tedavi modelidir. Özellikle sürdürme tedavisindeki nüks önleyici etkinliğinin diğer tedavi seçeneklerinden üstün olduğu gösterilmiştir(69) .

Yakın zamanda bağımlılık bozukluğuna sahip bireylerde limbik sistem ve PFC kaynaklı bilişsel işlevlerdeki disfonksiyonun gösterilmesiyle ileri tedavi modeli arayışları bu alana kaymıştır. Bu alanda yapılan kapsamlı araştırmalara göre, bağımlılık bozukluklarının ayırt edici özelliklerinden biri, bağımlılıkla ilgili uyaranlara karşı artan bir önem atfıdır (salience attribution). Teşvik-duyarlılık bağımlılık teorisinde (incentive-sensitization theory of addiction) belirtildiği gibi, madde bağımlılığı ile ilişkili çevresel uyaranlar, Pavlovian öğrenme süreçleri aracılığıyla motivasyonel özellikler kazanmakta ve daha sonra, operant alkol arayışı ve madde tüketimini (yani, ipucu reaktivitesi) yönlendiren güçlü motivasyonlar şeklinde hareket ederek, ölçülü kalma hedefini zayıflatmaktadır. Ayrıca, bu süreçlere dopaminerjik yollarda anormal beyin yanıtları ve işlevsel bağlantı eşlik etmektedir. Bilişsel-davranışçı içeriğe odaklanarak hazırlanan 2023 yılına ait bir derlemede, bilişsel kontrolü arttırmayı hedefleyen mindfullness temelli müdahaleleler, bilişsel eğiilim değişikliği tedavi modeli ve nöromodülasyon içerikli müdahaleler (transkranial doğru akım stimülasyonu (tDCS), transkraniyal manyetik stimülasyon (rTMS), nörofedback gibi) aşermeyi azaltmada, madde kullanımında ve kognitif fonksiyonları iyileştirmede umut vadettiği belirtilmektedir(70).

MKB tedavisi ve rehabilitasyonu için birçok yöntem ve araç geliştirilmiş olmasına rağmen remisyon oranları düşüktür(6) . Tedavilerin olumsuz sonuçlanmasının en önemli faktörlerinden biri tedavinin tamamlanmamasıdır(71). Tedavi sırasında madde bağımlılarının önemli bir kısmı tedaviyi kendi isteği ile bırakmakta ya da kurallara uymadığı için programdan çıkmaktadır(72). AMATEM Kliniği'nde yatarak tedavi yapılandırılmış bir tedavi programından oluşur ve tedavi hastanın kendi isteğiyle yazılı onamı alınarak yapılmaktadır. Hasta kendi isteğiyle tedavi programına devam edebileceği gibi yine herhangi bir zamanda kendi isteğiyle tedaviyi terk edebilmektedir. Ayrıca, tedavi programının gerekliliklerinden olan ve tedavinin başlangıcında her hastaya detaylıca açıklanan sosyal kurallara uyum sağlayamayan hastalar uyarı puanı sistemine tabii tutulmakta; uyarı puanı sisteminde kesme puanından yüksek puan alan hastaların tedavisi tedavi ekibi kararıyla sonlandırılabilmektedir. 2013 yılında yapılan bir gözden geçirme çalışmasında, madde kullanım bozukluğu için tedavi gören hastalarda yapılan son araştırmalarda detoksifikasyon tedavisinde %17,8-43, ayaktan tedavi görenlerde %23-50, yatarak tedavi görenlerde %17-57 ve sürdürüm tedavisi gören hastalarda %32-67,7 arasında değişen tedaviyi yarım bırakma oranları olduğu saptanmıştır(73). Tedavide kalma ve tedavide kalış süresi, olumlu tedavi sonuçları ile yakından ilişkili olduğundan, pek çok tedavi modelinde evrensel bir hedef durumundadır(65). Ayrıca relaps riskini ve aşırı doza bağlı ölümleri azaltmak için hastaların tedavide daha uzun kalmalarının önemli olduğu düşünülmektedir (74). İlk 3 ay içerisinde tedavisini bırakan bireylerde anlamlı bir iyileşme görülmediği saptanmıştır(75). Tedavide kalma, hastanın motivasyonu, değişime hazır hissetme derecesi, sağlık profesyonelinin özellikleri, tedavi programının tasarımı, psikiyatrik eş tanının tedavisi için ruh sağlığı hizmetlerinin mevcudiyeti faktörlerinden etkilenebilir(76). Tedaviyi erken bırakma; tedavinin etkinliğini azaltırken, relaps olasılığını arttırır ve finansal, sağlık ve yasal sorunlarda artışa neden olur(77). Yapılan çalışmalar hem hasta ilişkili hem de tedavi ilişkili birçok değişkenin tedavi terkini yordayabileceğini göstermektedir. Tedaviyi yarım bırakma sebepleri arasında sosyodemografik özellikler açısından: küçük yaşta olma, sosyal desteğin zayıf olması, sosyoekonomik düzeyin düşük olması, yalnız yaşama, depresyon varlığı, suç öyküsünün varlığı, kişilik bozukluğunun olması, erkek cinsiyet, HIV ve hepatit enfeksiyonunun olması ve tedaviye ait nedenler sayılabilir(73) .Tedavi terkinin nedenlerini araştıran başka bir çalışmada, hastaların aşerme, olumsuz duyguları tanıma ve olumsuz duyguların yarattığı rahatsızlıkla etkin başa çıkma konularına daha fazla odaklanılmasını talep ettikleri görülmüştür(10). Bir diğer çalışmada ise hastalar yatarak tedaviye devam etmeyi zorlaştıran dört ana tema üzerinde durmuşlardır: aşerme, olumsuz duygulanımlar, kişilerarası ilişkiler ve aktiviteler(78).

Çalışmamız, hastanın kendisinde stres oluşturan madde yoksunluk sendromu belirtilerinden kurtulmak amacıyla uyumlu ya da uyumsuz başa çıkma stratejileri kullanıyor olabileceği; stresle başa çıkmada uyumsuz olup, tedaviyi yarıda bırakarak tekrar madde kullanımına dönebileceği gibi, daha problem odaklı başa çıkma stratejilerini kullanarak tedaviyi sağlıklı bir şekilde sürdürmeyi ve tamamlamayı seçebileceği öngörülerek dizayn edilmiştir.

2.2 Aşerme

Bağımlılıkta önemli kavramlardan biri olan aşerme (craving) bağımlı olunan maddeyi kullanmak için duyulan yoğun bir istek ya da dürtü olarak tanımlanabilir (11). Aşerme kavramı öncelikle yoksunluğun bir belirtisi olarak tanımlanmış, sonraki yıllarda ise madde kullanmayı bırakmış olan hastalarda da gözlenmesi üzerine ayrı bir fenomen olarak ele alınmaya başlamıştır(79). 2013'te yayımlanan DSM-5'te MKB için yeni bir tanı kriteri olarak yer alması aşermenin madde kullanım bozukluklarında kalıcı niteliğinin yanı sıra, tanı ve klinik açısından da önemini ortaya koymaktadır(42) . Aşerme tedavi sırasında hem zorlanma hem de tedaviden sonra kötü klinik seyir ile ilişkilidir(80) ve tedavide ana hedeflerden biri olarak kabul edilmektedir (12). Ülkemizde alkol bağımlıları ile yapılan bir çalışmada depreşmeyi belirleyen en önemli faktörlerden birinin aşerme şiddetinin yüksekliği olduğu bulunmuştur(81). Aşerme öznel bir yaşantıdır, bu sebeple öz bildirim ölçekleriyle kolay ve güvenilir şekilde değerlendirilebilir(82). Aşerme herhangi bir anımsatıcı olmadan kendiliğinden ya da ipucu olarak adlandırılan içşel (örneğin stres, anksiyete, yoksunluk belirtileri gibi) veya dışsal (madde ile ilişkili nesneler, madde kullanılan yerler, reklamlar gibi) uyaranlarla ortaya çıkabilir(83). Aşerme dalgalı seyir gösteren dinamik bir fenomendir; örneğin madde kullanan kişide gün içinde farklı düzeylerde deneyimlenebilir veya erken yoksunluk ve geç iyileşme dönemlerinde farklı şekillerde kendini gösterebilir(13). Ayrıca aşermenin nasıl deneyimlendiği de değişiklik gösterir; örneğin maddeyi bırakmak için tedavi arayışında olunan bir durumda farklı yaşantılanırken, çevresi tarafından maddeyi bırakması konusunda baskı hissedilen bir durumda farklı ya da madde kullanan bir kişiyle karşılaşılan anda farklı şekilde yaşantılanmaktadır(82). Biri kumar diğeri alkol nedeniyle detoksifikasyon tedavisinin aynı gününde iki bağımlı birey de aşermeyi farklı şekilde deneyimleyebilir, bu sebeple aşerme öznel bir yaşantı olarak tanımlanmaktadır(84) .Aşerme üzerine çeşitli tanımlar, teoriler ve modeller bulunsa da en çok destek görmüş ve kabul edilmiş olanı teşvik edici-duyarlılaşma modelidir (Incentive-Sensirization Model); aşermenin duygusal, motivasyonel ve öğrenme ile ilgili parçalarını güçlü bir biyolojik yapı ile birleştiren kapsamlı

bir model oluşturmaktadır(85). Yapılan nörobiyolojik çalışmalar başta süreğen madde kullanımına bağlı ortaya çıkan mezolimbik dopaminerjik sistemdeki değişimler olmak üzere serotonerjik, GABAerjik, glutamaterjik, noradrenerjik ve endojen opioid sistemlerin aşerme ile ilişkili olduğunu göstermektedir(57). Alkol aşermesi üç şekilde gruplandırılmıştır; birincisi GABAerjik ile glutamaterjik sistemlerin sorumlu olduğu yoksunluk ile ilişkili aşerme, ikincisi dopaminerjik, glutamaterjik ve endojen opiyat sistemlerinin sorumlu olduğu alkolün ödüllendirici etkisine yönelik anılar ile ilgili aşerme ve üçüncüsü serotonerjik sistemin sorumlu olduğu stres ile ilişkili aşermedir(86). Nörotransmitterler haricinde leptin, grelin, adiponektin ve BDNF (brain derived neurotrophic factor) de aşerme ile ilişkili bulunmuştur(87). Psikobiyolojik model ise ödül işlemleme, interosepsiyon ve karar verme nöral sistemlerindeki bireysel farklılıkların doğrudan aşermeyi etkilediğini söylemektedir(13). Aşerme zaman içerisinde yürütücü işlevleri bozarak madde kullanım davranışlarına karşı kişiyi daha etkilenebilir duruma getirir(88). Özetle kullanılan psikoaktif maddenin kendisi de bozuklukta meydana gelen başka belirtiler de bilişsel işlevler üzerinde kötüleşmeye neden olmakta ve hastalığın seyrini olumsuz etkilemektedir. Psikolojik, nörobiyokimyasal ve çevresel faktörlerle ilişkili olan aşerme kompleks bir kavramdır ve kapsayıcı bir değerlendirme gerektirir(82). Literatürde, aşermenin madde kullanım davranışları üzerindeki etkisini hangi faktörlerin modüle ettiğini açıklığa kavuşturacak daha fazla araştırmaya ihtiyaç duyulduğu vurgulanmaktadır (13).

2.3 Zaman Perspektifi

Zaman perspektifi, bireylerin mevcut düşünce, duygu ve davranışları üzerinde güçlü bir etki yaratan dinamik, güncel bir kavramdır. Zimbardo ve Boyd (1999) zaman perspektifini, süregiden kişisel ve sosyal yaşantıları bilişsel zaman çerçevelerine kategorize eden ve böylece bu deneyimlerin düzen, tutarlık ve anlam kazanmasında etkili olan, bilinçdışı bir süreç olarak tanımlamışlardır (14). Kişinin geçmişe, şimdiye veya geleceğe yoğunlaşma eğilimini ifade eden zaman perspektifi, bu üç zaman diliminin öznel fikrini ve değerlendirmesini içermesinin yanı sıra hedeflerin, kararların ve davranışların üzerinde doğrudan bir etkiye sahiptir (14). Başka bir deyişle, zaman perspektifi, karar verme süreçlerini geleceğe, şimdiki zamana veya geçmişe yönlendirerek belirli bir biçimde yanıt verme eğilimi veya hazırlığı meydana getiren bir dizi zihinsel süreçtir(89). Zimbardo ve Boyd (1999) zaman perspektifi kuramını geçmiş-olumlu (past-positive, PP), geçmiş-olumsuz (past-negative, PN), şimdi-hazcı (present-hedonistic, PH), şimdi-kaderci (peresent-fatalistic, PF) ve gelecek (future, F) yönelimi olmak

üzere beş boyutta ele almıştır (14). Geçmiş-olumlu perspektifi, geçmişe yönelik duygusal, nostaljik ve sıcak tutumu yansıtmakla beraber geçmişte yaşanılan olayların olumlu olmasından ziyade kişinin geçmişi olumlu değerlendirmesi ve özlem duyarak anımsaması anlamına gelmektedir (14). Geçmiş- olumsuz perspektifinde ise geçmiş tatsız, rahatsız edici deneyimlerle anımsanır ve geçmişe yönelik kaçınmacı, olumsuz bir tutum söz konusudur (14). Şimdi-hazcı perspektifi, bireyin andaki hazza odaklandığı ve sonrasında elde edeceği sonuçlarla ilgilenmeyerek "anı yaşamayı" önceliediği tutumu ifade eder (14). Şimdi-kaderci perspektifte ise kişi şimdide bulunacağı davranışlar ile geleceği şekillendiremeyeceği, hayatın kendi kontrolünde olmadığı ve geleceğin tahmin edilemez olduğu şeklinde yazgısal bir bakış açısına sahiptir (14). Gelecek zaman perspektifi, kişinin karar verirken gelecekte olabilecek sonuçları değerlendirdiği, planlar yaptığı, geleceğe dönük amaç ve ödüller için gayret gösterme davranışının baskın olduğu tutumu anlatmaktadır (14). Kişi, yaşamsal deneyimleri, kültür, eğitim, sosyal sınıf, din, yaşanılan coğrafya, iklim gibi etmenler ile öğrendiği yargıları doğrultusunda yaşamının erken dönemlerinden itibaren belirli bir zaman perspektifi oluşturur ve insanlar zamanla onları günlük yaşamda stabil konumda tutan çerçevelere yatkınlık gösterir; rutin kullanılan bu eğilim zamanla alışkanlık haline gelir ve süreklilik göstermeye başlar. Sonuçta kişi, genelde farkında olmadan, zaman perspektiflerinden birini diğerlerine göre daha çok tercih eder. Devamlı kullanılan bu baskın zaman perspektifi çerçevesi ise kişinin duygu, düşünce ve davranışları üzerinde rol oynayan önemli ve güçlü etkenlerden biri haline gelir (90). Çoğu yetişkin birey dominant bir eğilime sahip olsa da doğasında gelişimsel bir bileşen olan zaman perspektifi, hem kısa hem de uzun vadede değişebilen, aile dinamikleri, kültür veya dönemsel yaşam olaylarından (örneğin stres, evrak son teslim tarihi vb.) etkilenebilen bir nosyondur (91). Özetle bu zamansal kognitif çerçeveler deneyimleri kodlarken, depolarken ve yeniden çağırırken ve yeni beklentiler, hedefler, olasılıklar ile yaratıcı senaryolar oluştururken kullanılmaktadır(14). Zaman perspektifi boyutlarındaki kısa süreli dalgalanmalar önemli ruhsal bozukluklara sebep olmaz fakat kişinin zamansal odaklanmasındaki kalıcı ve belirgin bir denge kaybı, bir zamansal boyuta diğerlerine oranla çok daha spesifik odaklanmak, süreklilik ve tarihsellikte noksanlığa neden olur ve ruhsal bozukluklara yatkınlığı arttırır(92). Bu doğrultuda, zaman perspektifini değerlendirebilmek amacıyla Zimbardo Zaman Perspektifi Ölçeği (ZZPÖ) geliştirilmiştir (14). Zaman perspektifinin bu beş alt boyutunun ruh sağlığını etkilediği bilinmektedir. Örneğin geçmiş-olumsuz zaman eğilimi depresyon, anksiyete, mutsuzluk ve düşük özgüven ile yakından ilişkilidir (14). Geçmiş-olumlu perspektifi ise psikolojik iyi oluş ve yaşam doyumunun pozitif belirleyicilerindendir (15). Daha çok şimdiki zaman perspektifi olan bireylerin riskli araç

kullanma, kumar oynama, daha fazla sayıda cinsel partnere sahip olma ve madde kullanma gibi davranışlara yatkın oldukları gösterilmiştir ((16),(17),(18),(19)). Bilhassa şimdi-hazcı perspektifinin madde kullanımı ile pozitif ilişkili olduğu saptanmıştır (20). Ayrıca araştırmalarda kaderci şimdi zaman perspektifi ile psikopatoloji arasında pozitif ilişki olduğu gösterilmiştir (21). Gelecek zaman yöneliminin ise sağlığı koruyucu davranışlar (emniyet kemeri kullanımı, egzersiz vb.) ile pozitif; riskli davranışlar (alkol, uyuşturucu madde, sigara kullanımı vb.) ile ise negatif yönde bir ilişkide olduğu bulunmuştur (20). Artmış olumsuz geçmiş ve kaderci şimdi ile azalmış gelecek zaman eğilimi intihar riskinin göstergeleri olabileceği gözlenmiştir(14,93). Alkol bağımlılık tedavisi ile yapılan bir çalışmada tedavinin başlangıcında hastaların geçmiş ve şimdiki zamana daha fazla odaklandıklarını, gelecek zaman perspektifinin erkek hastalarda tedaviyi tamamlama sürecinde yarar sağladığını ve tedaviyi kesen kadın hastaların ise geçmiş ve hazcı-şimdiye daha fazla odaklandıklarını göstermiştir(94). Alkol kullanım bozukluğunda rehabilitasyon etkinliğini konu alan bir çalışmada ise olumsuz geçmiş, hazcı şimdi ve kaderci şimdi eğilim rehabilitasyon etkinliğinin daha zayıf olması ile ilişkili bulunurken, olumlu geçmiş ise daha faydalı sonuçlarla ilişkili bulunmuştur(95). Zaman perspektifi; alt boyutlarının yanı sıra insanın değişen yaşam olaylarına adaptasyonunu artıran bir zamansal plastisiteye vurgu yapan “dengeli zaman perspektifi” kavramı ile de değerlendirilmeye başlanmıştır. Zimbardo ve Boyd dengeli zaman yönelimini, kişilerin durumsal taleplere, kaynak değerlendirmelerine veya kişisel ve sosyal değerlendirmelere bağlı olarak geçmiş, şimdi ve gelecek zaman perspektifleri arasında etkili ve esnek bir şekilde geçiş yapma yeteneğini ifade eden, idealize edilmiş bir zihinsel çerçeve olarak tanımlamıştır (14). Bu bakımdan dengeli zaman perspektifi önemli bir uyum mekanizmasıdır. Dengeli zaman perspektifindeki dengeden sapma arttıkça ruhsal hastalıklara yatkınlık da artış göstermektedir. Dengeli zaman perspektifi öznel iyi oluş ile ilişkilidir örneğin daha az kısıtlayıcı bir sosyokültürel çevreye sahip olmak zaman perspektifini dengeler ve öznel iyi oluş artar(96). Dengeli zaman perspektifinde sapmanın az olduğu genç bireylerde madde kullanımının daha az saptandığı, özellikle de tütün kullanımı sıklığını anlamada önemli bir faktör olduğu gösterilmiştir (22). Zaman perspektifinin, genç yaşta madde kullanımı ile ilişkili olmasına ek olarak başa çıkma tutumu biçimi ve olumsuz duygulanım aracılığıyla madde kullanımı üzerinde dolaylı etkileri olduğu saptanmıştır (19).

2.4 Başa Çıkma Tutumları

Günümüzde ruh sağlığı alanında baskı, zorlanma ve gerilim gibi kavramları ifade etmek amacıyla kullanılan stres kavramı, tıbbi olarak Dr. Hans Selye tarafından 1956'da ilk ortaya atıldığı dönemde "bedenin, kendisine yönelik herhangi bir baskıya verdiği tepki" şeklinde tanımlanmıştır(97). Bir durumun stres yaratıcı olarak değerlendirilmesi, o durumdan ziyade, kişinin o durumu nasıl algıladığı ve yorumladığı, kullandığı savunma mekanizmaları ve baş etme stratejilerine bağlıdır(98). Baş etme, stres meydana getiren, içten gelen ve çevreden kaynaklanan arzu, istek ve çatışmaları kontrol edebilmek, olumsuz etkileri ile mücadele edebilmek için bireylerin gösterdiği devamlı olarak değişen öznel duygusal, davranışsal ve bilişsel çabalardır ((23) (24)). Bireyin stresin yıkıcı etkilerinden korunmak ve bozulan dengesini yeniden sağlamak adına verdiği kaçma ya da savaşma tepkileri aslında birer "stresle başa çıkma" yaklaşımıdır(99). Literatürde başa çıkma kavramı, birçok farklı bakış açısı ve modellerle sınıflandırılmıştır. Bunlar arasında en fazla kabul gören modellerden biri Lazarus ve Folkman tarafından oluşturulan bilişsel baş etme modelidir ve "problem odaklı baş etme" ile "duygu odaklı baş etme" olmak üzere iki boyut içerir(99). Problem odaklı baş etme stratejileri sağlıklı olan aktif çabaları içerir ve birey doğrudan stres oluşturan kaynağa müdahale ederek stres yaratan durumların etkisini ortadan kaldırır veya azaltır. Birey stresör hakkında bilgi arar, harekete geçmek için plan yapar ve problemi çözmek ya da yönetmek için bir sonraki adıma yoğunlaşarak hareket eder. Duygu odaklı baş etme stratejileri ise stresöre bağlı gelişen duygusal stresi kontrol altında tutmayı hedefler; burada değişim doğrudan davranışlarda değil kişinin çevreyi yorumlama ve anlamlandırma biçiminde görülür. İşlevsel olmayan ve pasif çabaları içerir (99,100). Carver ve arkadaşları tarafından geliştirilen Başa Çıkma Tutumları Ölçeği (COPE) baş etme biçimlerini "sorun odaklı", "aktif duygusal odaklı" ve "kaçıngan duygusal/işlevsel olmayan" tutumlar olarak sınıflandırmış ve baş etme stratejilerine yönelik 15 alt boyut belirlemiştir (25). Sorun odaklı/uyumsal baş etme stratejileri yararlı sosyal destek kullanımı (bireyin yakın çevresinden destek, bilgi ya da tavsiye alması), geri durma (problemi çözebilmek için daha kötüye gitmesine engel olarak uygun zamanın beklenmesi), aktif başa çıkma (bireyin stresörün etkisini yok etmek ya da azaltmak için çabasını arttırması ve baş etme planını uygulaması), diğer meşguliyetleri bastırma (bireyin sıkıntı oluşturan probleme odaklanarak diğer işlerle olan ilişkisini azaltması) ve planlama (bireyin karşılaştığı stresör karşısında onunla baş edebilme yöntemleri hakkında düşünmesi ve organizasyon çabası) yöntemlerini içerir. Duygu odaklı baş etme stratejileri ise pozitif yeniden yorumlama ve gelişme (kişinin olumsuz duygularla baş edebilmek için stres yaratan duruma farklı şekilde bakmaya çalışması), dine yönelme (bireyin stres yaratan faktörle inancın ve

dinin getirdiği rahatlama ile baş etmeye çalışması), şakaya vurma (bireyin içinde bulunduğu durumla trajikomik bir şekilde baş etmeye çalışması), kabullenme (bireyin stresörün var olduğu fikrine alışarak durumu kabullenmesi; problemi çözebilmek için gerekli ilk aşama) ve duygusal sosyal destek kullanımı (bireyin duygularını yakın çevresiyle paylaşması, sempati ve anlayış kazanmak istemesi) yöntemlerini içermektedir. Üçüncü grup olan uyumsal/işlevsel olmayan baş etme stratejileri ise zihinsel boş verme (bireyin başka işlerle daha çok meşgul olması, başka konularla ilgili hayaller kurması), davranışsal boş verme (bireyin sorunu çözebilmek için yapması gerekenleri yapmaması, gereken çabayı harcamaması ve istediğini elde etme girişiminden vazgeçmesi), inkar (kişinin stres yaratan faktör yokmuş gibi davranması), soruna odaklanma ve duyguları açığa vurma (kişinin problemin meydana getirdiği duyguları sık sık paylaşması, üzüntü ve öfkesini açığa vurması) ile alkol/madde kullanımı (birey sorun hakkında daha az düşünebilmek için alkol ya da madde kullanımına başvurur; böylece sorun ve yarattığı olumsuz duygular unutulabilir. Fakat alkol/maddenin etkisi geçtikten sonra var olan problemle yüzleşip tekrar alkol/madde kullanma ihtiyacı duyulur) tutumlarını içermektedir(25).Bazı araştırmalarda uzun süreli madde kullanımı olan bireylerin psikososyal problemlerle baş etme becerilerinin bozulmasından dolayı işlevsel baş etme yöntemlerini kullanamadıkları bulunmuş (26); bazı çalışmalarda ise madde kullanımının stresli yaşam olaylarına karşı kullanılan uygunsuz bir baş etme yolu olduğu saptanmıştır (27). Başa çıkma tutumları madde kullanım bozukluğunun hem önlenmesinde hem de tedavinin seyrinde önemlidir (28). Örneğin Revize Stres ve Başa Çıkma Teorisi'ne (Revised Stress and Coping Theory/RSCT) göre olumlu duygulanımların kronik stresle başa çıkmada önemli bir rolü vardır; metamfetamin bağımlılığı da kronik stresin neden olduğu hastalıklardan biridir ve bu hastalığa sahip kişiler sık sık aşerme, depresyon, anksiyete gibi olumsuz duygularla boğuşurlar.(101) Geçmiş araştırmalarda olumsuz duygulanımların aşerme için risk oluşturduğu gösterilmişti(102); bugün hem olumsuz duygulanımın hem de olumlu duygulanımın aşerme ile ilişkili olduğu bilinmektedir(103).Olumlu duygulanımlar kişinin olumsuz duygulara odaklanmasını önleyerek başa çıkma becerilerini güçlendirir ve metamfetamin ilişkili aşermeyi yönetmekte önemli oldukları düşünülmektedir(103). Kendine yeterlilik kavramı kişinin madde kullanma dürtüsüne dayanabileceğine ve yaşadığı aşermeleri yönetmek için becerilere sahip olduğuna olan inancıdır ve olumlu duygulanımlar kendine yeterliliği de arttırarak metamfetamin kullanıcılarında aşermeyi azalttığı gösterilmiştir(104). Bugün MKB tedavisinde umut vaat eden olumlu ve olumsuz duygulanımlar ile çalışan mindfulness temelli tedavi modellerinin etkinliği de bu mekanizmalar ile ilişkilendirilebilir(103).

2.5. Psikososyal İşlevsellik

Dünya Sağlık Örgütü bünyesindeki Uluslararası İşlevsellik, Engellilik ve Sağlık Sınıflandırması işlevselliği üç bileşen ile tanımlamaktadır; bunlardan birincisi vücut fonksiyonları ve yapısı, ikincisi aktiviteler ve aktivitelere katılım, üçüncüsü ise çevresel faktörlerdir. İşlevsellik kavramının farklı alt boyutları bulunmakla birlikte başlıca beş boyut ile değerlendirilebilir. Bunlar: özerklik, bilişsel işlevsellik, meslekli işlevsellik, kişilerarası ilişkiler ve boş zaman etkinlikleri başlıklarını içerir(105).

MKB, az ve sağlıksız beslenme, yetersiz aktivite, özbakımda yetersizlik, ruhsal ve bedensel sorunlar, yaşam enerjisinin yok olması, benlik saygısında bozulma, aile içi kötü iletişim ve çatışmalar ile seyreden, sık sık relapsların ve tedavi ihtiyacı dönemlerinin yaşandığı, sosyal ilişkilerin ve mesleki performansın olumsuz etkilendiği ve bireyin işlevselliğini önemli ölçüde etkileyen kronik bir beyin hastalığıdır(106).

Psikoaktif madde kullanımı birçok olumsuz sosyal sorunun nedeni olmakla birlikte bu sosyal problemlerin neticesinde de ortaya çıkabilir. Sosyal işlevselliği bozulmuş bir kişide, toplumdan soyutlanma, yalnızlık hissi, yetersizlik duygusu, çaresizlik, tükenmişlik, reddedilme, depresyon, kendine ve çevresine olan güvenini kaybetmesi gibi birçok stresör meydana gelir(107). Sosyal işlevselliğini sağlıklı bir şekilde sürdüremeyen birey toplumdan kendini soyutlayarak kendi gibi madde kullanan bireylerle birlikte olmayı ve madde kullanmayı tercih eder. Ek olarak, en önemli problemlerden biri olan işsizlikle birlikte toplum tarafından damgalanma ve sağlıklı bireylere sağlanan haklarından uzaklaştırılmaktadır(108,109). Sonuçta madde kullanımı kısır bir döngüye dönüşmektedir(110). Birey hayatının madde kullanmadan önceki döneminde toplum içerisinde daha üretken ve olumlu sosyal ilişkiler kurarken, bozukluğun oluşması ile birlikte olumsuz sosyal ilişkiler içerisine girmekte ve üretkenliği azalarak toplumdan uzaklaşmaktadır(111). Bu kısır döngü bireyin etkisiz bir stresle başa çıkma yolu olan madde kullanımına sebep olmakta ve relaps yaşanmaktadır(111). Özetle tedavi planlamasında ve etkinliğinin değerlendirilmesinde sosyal işlevselliğin, bireyin stresinin ve stresle baş etme yöntemlerinin değerlendirilmesinin oldukça önemli olduğu vurgulanmaktadır(111).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

Bu çalışma için Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi'nden 09.05.2023 tarihinde 773 protokol no ile onay alınmıştır (Ek-1). Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan 22.05.2023 tarihinde 2023/224 protokol no 2023-10-25 karar no ile etik kurul onayı alınmıştır (Ek-2).

3.1. Katılımcılar ve Örneklem Seçimi

Örneklem büyüklüğü 150 katılımcı olarak hesaplanmıştır. Araştırmaya alınacak denek sayısını belirlemek amacıyla Chavarria ve ark. (2015) çalışmasından yararlanılmıştır. Bu araştırmada madde kullanma belirtileri ile zaman perspektifi arasında pozitif ilişkili olduğu (r=0,23, p=0,003) bulunmuştur. Bu doğrultuda r=0,23, Tip I hata değeri α=0,05 ve Tip II hata değeri β=0,20 alındığında (Zα = 1.9600; Zβ = 0.8416; C = 0.5 * ln[(1+r)/(1-r)] = 0.2342; Toplam Örneklem Büyüklüğü = N = [(Zα+Zβ)/C]2 + 3 =146) araştırmaya alınması gereken denek sayısının en az 146 olması gerektiği hesaplanmıştır. (Veri Kaynağı: Chavarria, J., Allan, N. P., Moltisanti, A., & Taylor, J. (2015). The effects of present hedonistic time perspective and past negative time perspective on substance use consequences. *Drug and alcohol dependence*, *152*, 39-46.) (Güç Analizi İçin İstatistiksel Kaynak: Hulley SB, Cummings SR, Browner WS, Grady D, Newman TB. Designing clinical research : an epidemiologic approach. 4th ed. Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins; 2013. Appendix 6C, page 79.)

Araştırmamızda 17 Nisan 2023 – 17 Eylül 2023 tarihleri arasında Bakırköy Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi AMATEM kliniğine tedavi amacıyla yatışı yapılan, DSM-5 tanı ölçütlerine göre Alkol ve/veya Madde Kullanım Bozukluğu tanısı almış, dahil edilme ile dışlama kriterlerini karşılayan ve araştırma konusunda bilgilendirilme sonrasında gönüllü olarak katılmayı kabul eden 167 hasta ile görüşülmüştür. Görüşme sonrasında 17 hasta doldurulması istenen öz bildirim ölçeklerini doldurmaktan vazgeçtiği için çalışma dışı bırakılmıştır ve çalışmaya toplam 150 hasta dahil edilmiştir.

3.2. Araştırmanın Deseni, Yöntemi

Araştırmamız, gözlemsel – tanımlayıcı bir çalışma olarak planlanmıştır. AMATEM Kliniği'ne yatışı yapılan hastalardan ilk 24 saatte idrar toksikoloji örneği istenmiştir ve klinisyen tarafından Sosyodemografik – Klinik Veri Formu ile Kısa İşlevsellik Değerlendirme Ölçeği (KİDÖ) doldurulmuştur; sonrasında Alkol/Madde Aşerme Ölçeği (AAÖ/MAÖ), Zimbardo Zaman Perspektifi Ölçeği (ZZPÖ) ve Başa Çıkma Tutumları Değerlendirme Ölçeği (COPE) öz bildirim ölçeklerinin doldurulması istenmiştir. Yatarak tedavinin 14. gününde halen yataklı klinikte tedavisi devam eden hastalardan yeniden AAÖ/MAÖ, ZZPÖ ve COPE öz bildirim ölçeklerini doldurmaları istenmiştir. Bu süreçte yatarak tedaviyi kendi isteği üzerine hizmet ret onamı imzalayarak terk eden ve yapılandırılmış tedavi programının gerektirdiği sosyal kurallara uyum sağlayamayıp uyarı puanı sistemine göre kesme değerinden daha fazla puan alarak tedavi ekibince tedavisi sonlandırılan hastaların tedaviden kaçıncı günde ayrıldıkları kayıt altına alınmıştır. Toplanan veriler, hastaların yatarak tedavi sürecinde tedaviyi salah ile tamamlama ya da yarım bırakma durumuna göre karşılaştırılmasında ve tedaviyi tamamlayarak taburcu olanlarda değişiklik olup olmadığı şeklinde değerlendirilmesinde kullanılmıştır. Ayrıca toplanan veriler, analiz aşamasında, alkol ve alkol dışı madde tercihine göre de gruplandırılarak karşılaştırılmıştır.

İkinci değerlendirmenin 14.gün olarak belirlenmesinin gerekçesi olarak yapılan araştırmalarda kullanıcıların ayıklığın 1 ile 3.haftalarında yoksunluk bulguları ve depreşmeye karşı özellikle savunmasız olduğunun gösterilmesi ile hastanemiz AMATEM yataklı birimlerinde Sigara, Alkol ve Madde Bağımlılığı Tedavi Programı (SAMBA)'nın tamamlanarak taburcu olma süresinin ortalama 2 ile 4 hafta arasında olmasıdır.

Hastalar çalışma konusunda bilgilendirildikten sonra sözlü ve yazılı bilgilendirilmiş onam formu alınmıştır. Araştırmanın etik kurul onayı Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi yerel etik kurulundan, kurum onayı Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi Eğitim Planlama Komitesi'nden alınmıştır.

Araştırmaya Dahil Edilme Kriterleri

1) 18 yaş üzerinde olmak
2) DSM – 5 tanı kriterlerine göre Alkol ve/veya Madde Kullanım Bozukluğu tanısı almış olmak ve AMATEM yataklı tedavi birimine tedavi amaçlı başvurmuş olmak
3) Araştırma hakkında bilgilendirildikten sonra katılmayı gönüllü olarak kabul et

Araştırmanın Dışlama Kriterleri

1) Türkçe okuma, yazma ve konuşma güçlüğü olması
2) Ölçek-anket doldurmaya engel görme veya işitme problemi varlığı
3) Zihinsel yeti yitimi veya yaygın gelişimsel bir hastalık tanısının varlığı (otizm spektrum bozukluğu, mental retardasyon vb.)
4) Test alma ve değerlendirme yapma sürecini etkileyebilecek nörolojik bir hastalığın varlığı (organik patolojiler, nörobilişsel bozukluklar, Parkinson hastalığı, Wernicke ensefalopatisi, Korsakoff sendromu vb.)
5) Aktif delirium tremens tablosu varlığı
6) Aktif psikotik tablo varlığı
7) Görüşme esnasında görüşme kalitesini etkileyecek düzeyde madde intoksikasyonu veya yoksunluğunun etkisinde olma

3.3. Veri Toplama Araçları

3.3.1. Onam ve Bilgilendirme (Ek-2)

Tüm katılımcılara etik kurul tarafınca onaylanan bilgilendirilmiş onam formu verilmiştir. Kişilere çalışma hakkında detaylı bilgilendirme yapılmış, çalışma süresince istedikleri herhangi bir zamanda çalışmaya katılmaktan vazgeçebilecekleri ve bu durumda tedavi hizmetlerinin aksamayacağı hastalara bildirilmiş ve ardından imzalı onayları alınmıştır.

3.3.2. Sosyodemografik ve Klinik Veri Formu (Ek–3)

Araştırmacılar tarafından, sosyodemografik ve klinik verileri toplamaya yönelik araştırmanın amacına uygun olarak geliştirilmiştir. Bu form yaş, cinsiyet, medeni durum, çocuk sayısı, kiminle yaşadığı, eğitim düzeyi, güncel çalışma ve gelir durumu, aylık gider düzeyi, kronik/bulaşıcı hastalık öyküsü, soy geçmişte psikiyatrik

hastalık öyküsü, kendine zarar verici davranış/intihar öyküsü, sigara kullanım durumu, alkol/madde kullanımına başlama yaşı, ilk kullanılan madde türü, şimdiki tercih maddesi, kullanım süresi, sıklığı ve dozu, kullanım yolu, varsa kullanılan diğer madde türleri, ayaktan ve yatarak tedavi öyküsü, alkol/madde kullanım bozukluğu ile ilişkili yasal sorun varlığı ve bulaşıcı hastalık öyküsü sorularını içermektedir.

3.3.3. Penn Alkol Aşerme Ölçeği (Ek–4)

Flannery ve arkadaşları (1999) tarafından geliştirilmiş olan ölçek alkol kullanım bozukluğu olan bireylerde aşermeyi değerlendirmek üzere düzenlenmiş, her maddenin 0-6 puan arasında değerlendirildiği toplam 5 maddelik bir öz bildirim formudur(112). Ölçek toplam puanı 0-30 arasında değişmektedir. Alkol konusundaki düşüncelerin sıklığı, yoğunluğu ve bu düşüncelerle harcanan zamanı, tekrar kullanım olanaklarına direnmenin zorluğunu ve aşermenin şiddetini değerlendiren bir ölçektir. Ölçeğin Türkçe geçerlilik güvenilirlik çalışması Evren ve arkadaşları tarafından yapılmış, cronbach alfa katsayısı ilk ölçümde 0,88, ikinci ölçümde 0,94 olarak bulunmuştur. PAAÖ'nin Türkçe düzenlenmiş şeklinin alkol kullanım bozukluğunda geçerli ve güvenilir olduğu saptanmıştır(113).

3.3.4. Penn Madde Aşerme Ölçeği (Ek–5)

Alkol kullanma isteğini değerlendiren Penn Alkol Aşerme Ölçeği'nin alkol dışı madde kullanan bağımlılar için yapılan uyarlamasıdır. Ölçek Evren ve arkadaşları tarafında Türkçe 'ye uyarlanmıştır. Beş maddeden oluşur ve her madde 0-6 puan arasında değerlendirilir. Ölçekten alınabilen toplam puan 0-30 arasındadır. Ölçek için cronbach alfa değeri 0,84 bulunmuştur(114).

3.3.5. Zimbardo Zaman Perspektifi Ölçeği (Ek–6)

Bireylerin zaman perspektiflerini ölçmek amacı ile Zimbardo ve Boyd (1999) tarafından geliştirilen Zaman Perspektifi Envanteri, 56 madde ve 5 alt boyuttan oluşmaktadır: geçmiş olumlu (9 madde), geçmiş olumsuz (10 madde), şimdi hazcı (15 madde), şimdi kaderci (9 madde) ve gelecek (13 madde). Ölçek, Likert tipi 5 dereceli ölçekten oluşmaktadır (1= Hiç doğru değil, 2 = Doğru değil, 3 = Ne doğru ne de yanlış, 4 = Doğru, 5 = Çok doğru). Her bir alt boyut puanı hesaplanırken, ilgili sorulara verilmiş olan skorların ortalaması alınmıştır. Ölçek puanları hesaplanırken ve değerlendirilirken belirlenmiş bir kesme puanı bulunmamaktadır.

Zimbardo ve Boyd (1999) tarafından yapılan geçerlilik ve güvenirlik analizi sonucunda Cronbach alpha değerleri şu şekildedir: geçmiş-olumlu için 0,80, geçmiş-olumsuz için 0,82, şimdi-hazcı için 0,79, şimdi-kaderci için 0,74, gelecek yönelimi için ise 0,77'dir(14). Ölçeğin Türkçeye çevirisi Akirmak (2019) tarafından yapılmıştır. Ölçeğin güvenirliğini ve geçerliliğini belirlemeye yönelik yapılan işlemler iki çalışma üzerinden gerçekleştirilmiştir. İlk çalışmada ölçek üzerinde gerçekleştirilen doğrulayıcı faktör analizine göre ölçeğin orijinal ölçekte olduğu gibi 5 faktörden oluştuğu doğrulanmıştır. İkinci çalışmada ise ölçeğin iç tutarlılığı ve test-tekrar-test güvenirliği değerlendirilmiştir. Ölçeğin Türkçesinin Cronbach alpha değerleri şu şekildedir: geçmiş-olumlu için 0,74, geçmiş-olumsuz için 0,84, şimdi-hazcı için 0,78, şimdi-kaderci için 0,68, gelecek yönelimi için ise 0,75'dir(115).

Dengeli zaman perspektifinden sapma puanı (DZPSP): Ayrıca Stolarski ve arkadaşları (2011) tarafından ortaya konan formül aracılığıyla kişinin ideal zaman perspektifine uzaklığını ifade eden dengeli zaman perspektifi sapma puanı (DZPS) hesaplanmıştır. Formül içerisinde "o" başına gelen kısaltma ile belirtilen alt ölçekten alınan ideal puanı, "e" ise katılımcının o ölçekten aldığı puanı ifade etmektedir(116). Formül aşağıda sunulmuştur:

$$DBTP=\sqrt{(oPN-ePN)^2+(oPP-ePP)^2+(oPH-ePH)^2+(oPF-ePF)^2+(oF-eF)^2}$$

*PN: Geçmiş olumsuz, PP: Geçmiş olumlu, PH: Şimdi hazcı, PF: Şimdi kaderci, F: Gelecek

İdeal sapma puanları: oPN=1.95; oPP=4,60; oPF=1.50; oPH=3.90; oF=4.00

3.3.6. Başa Çıkma Tutumları Değerlendirme Ölçeği (COPE) (Ek–7)

Carver ve arkadaşları tarafından 1989 yılında geliştirilmiş olup 2005 yılında Ağargün ve arkadaşlar tarafından Türkçe'ye çevrilmiş ve geçerlilik güvenilirlik çalışması yapılmıştır(23). Ölçeğin cronbach alfa değeri 0,79 olarak ve alt ölçeklere ait puanların COPE toplam puanıyla bağıntısı pozitif yönde ve anlamlı bulunmuştur.

Bu ölçek yardımıyla kişilerin günlük yaşamlarında bunaltı verici ve zor olaylar karşısında nasıl tepki verdikleri incelenmektedir. Ölçek 60 sorudan oluşan 4'lü Likert tip bir öz bildirim ölçeğidir ve 15 alt ölçekten oluşmaktadır. Her alt ölçek dörder sorudan oluşmaktadır ve bu alt ölçeklerin her biri ayrı bir başa çıkma tutumu hakkında bilgi verir. Puanlar ilgili sorulara verilen skorların toplanması ile

hesaplanmaktadır. Belirlenmiş bir kesme puanı bulunmamaktadır. Sonuç olarak alt ölçeklerden alınacak puanların yüksekliği birey tarafından hangi başa çıkma tutumunun daha çok kullanıldığı hakkında yorum yapma olasılığı verir. Bu 15 alt ölçek de kendi içinde 3 gruba ayrılmıştır:

1- Sorun odaklı başa çıkma: Yararlı sosyal destek kullanımı, aktif başa çıkma, geri durma, diğer meşguliyetleri bastırma, plan yapma
2- Duygusal odaklı başa çıkma: Pozitif yeniden yorumlama ve gelişme, dini olarak başa çıkma, şakaya vurma, duygusal sosyal destek kullanımı, kabullenme
3- İşlevsel olmayan başa çıkma: Zihinsel boş verme, soruna odaklanma ve duyguları açığa vurma, inkâr, davranışsal olarak boş verme, madde kullanımı

3.3.7. Kısa İşlevsellik Değerlendirme Ölçeği (Ek–8)

Rosa ve arkadaşları tarafından 2007'de geliştirilmiştir(117). KİDÖ Türkçe formu Aydemir ve Uykur (2012) tarafından uyarlanmıştır(105). 24 maddeden oluşan ve işlevselliği değerlendiren bir ölçektir. Görüşmeci tarafından değerlendirilen ölçeğin, özerklik, mesleki işlevsellik, bilişsel işlevsellik, mali konular, kişiler arası ilişkiler ve boş zaman etkinlikleri olmak üzere altı alt boyutu bulunmaktadır. KİDÖ'de yer alan maddeler "hiç zorlanma yok" (0 puan), "çok az zorlanma" (1 puan), ''orta derecede zorlanma" (2 puan), "aşırı derecede zorlanma" (3 puan) şeklinde dörtlü bir Likert tipi ölçek üzerinde yanıtlanmaktadır. Ölçeğin kesme puanı hesaplanmamıştır. Yüksek puan kötü işlevselliği göstermektedir.

3.3.8 İdrar Toksikoloji Testi

Kliniğe yatış gününde alınan idrar toksikolojisi testi, psikoaktif madde kullanımının hastanın kendi beyanına ek olarak objektif olarak konfirme edilmesinde kullanılmıştır.

3.4 İstatistiksel Analiz

Çalışmadan elde edilen veriler SPSS 22.0 programı ile analiz edilmiştir. Çalışmada hastalardan elde edilen klinik ve demografik verilerin frekans dağılımları ve devamlı değişkenlerin ortalama-standart sapma değerleri hesaplanmıştır. Klinik parametrelerle ilgili karşılaştırmalarda iki kategorik değişken için ki-kare analizleri Bonferroni düzeltmesi ile kullanılmıştır. Hastaların Madde Kullanım Bozukluğu, Alkol Kullanım Bozukluğu ve diğer klinik parametreler ile ilgili ölçek puanlarının karşılaştırılması adına iki grup karşılaştırması için bağımsız örneklem t testi, ikiden fazla grup karşılaştırması için ise tek yönlü varyans analizi (ANOVA) kullanılmıştır. ANOVA analizlerinde gruplar arası farklılıkları belirlemek adına post-hoc test olarak LSD kullanılmıştır. İlişkisel analizler için ise Pearson korelasyon analizi kullanılmıştır. Analizlerde güven aralığı %95 olarak kabul edilmiştir (p=0.05).

4. BULGULAR

Tablo 1- Hastaların Demografik Verilerine Dair Frekans Dağılımları			
		Sayı	**%**
Cinsiyet	Kadın	7	4,7
	Erkek	143	95,3
Medeni Durum	Bekar	88	58,7
	Evli	43	28,7
	Diğer	19	12,7
Çocuk Sayısı	0	98	65,3
	1	12	8
	2	26	17,3
	3	13	8,7
	4	1	,7
Eğitim Düzeyi	İlköğretim	33	22
	Orta okul mezunu	54	36
	Lise mezunu	55	36,7
	Üniversite mezunu	8	5,3
Kiminle Yaşadığı	Anne-baba	90	60
	Çekirdek aile	38	25,3
	Yalnız	15	10
	Geniş aile	7	4,7
Çalışma Durumu	Çalışıyor	49	32,7
	Çalışmıyor	69	46
	Düzensiz Çalışıyor	22	14,7
	Emekli	10	6,7
Aylık Gelir Düzeyi	Yok	65	43,3
	8500 TL altı	15	10
	8500-12500 TL arası	45	30
	12500 TL üzeri	25	16,7
Aylık Gider Düzeyi	8500 TL altı	13	8,7
	8500-12500 TL arası	63	42
	12500 TL üzeri	74	49,3
Düzenli Fiziksel Aktivite	Yok	138	92
	Var	12	8

Birinci tabloda hastaların demografik verileri gösterilmiştir. Çalışmaya dahil edilen 150 hasta içerisinde 22 hasta alkol kullanım bozukluğu, 121 hasta alkol harici madde kullanım bozukluğu ve 7 hasta hem alkol hem madde kullanım bozukluğu tanı kriterlerini karşılamaktadır. Çalışmamızda hem alkol hem madde kullanım bozukluğu tanılı hasta sayısı

az olduğundan ayrı bir grup olarak analize alınmamış, alkol ve madde kullanım bozukluğu hasta grupları içerisine dahil edilmiştir.

Tablo 2- Hastaların Klinik Verilerine Dair Frekans Dağılımları			
		Sayı	**%**
Ailede Ruhsal Hastalık	Yok	108	72
	Var	42	28
Takipli Kronik Hastalık	Yok	109	72,7
	Var	41	27,3
Ek Psikiyatrik Hastalık	Yok	124	82,7
	Var	26	17,3
Düzenli İlaç Kullanımı	Yok	128	85,3
	Var	22	14,7
İntihar Öyküsü	Yok	132	88
	Var	18	12
Self-Mutilasyon Öyküsü	Yok	89	59,3
	Var	61	40,7
Son 5 Yıl İçinde Göç Etme Öyküsü	Yok	131	87,3
	Var	19	12,7
Daha Önce Alkol Kullanım Bozukluğu ile Tedavi Öyküsü	Yok	13	43,3
	Var	17	56,7
Daha Önce Alkol Kullanım Bozukluğu ile Yatarak Tedavi Öyküsü	Yok	22	73,3
	Var	8	26,7
En Sonuncu Alkol Kullanım Bozukluğu ile Yatarak Tedavi Sonucu	Salah	5	62,5
	Yarım Bırakmış	3	37,5
Alkol Etkisinde Suç İşleme Öyküsü	Yok	26	86,7
	Var	4	13,3
Kullanılmakta olan psikoaktif madde türü sayısı	Bir alkol dışı psikoaktif madde	55	43,3
	Çoklu alkol dışı psikoaktif madde	72	56,7
Daha Önce Madde Kullanım Bozukluğu ile Yatarak Tedavi	Yok	60	47,2
	Var	67	52,8
Daha Önce Madde Kullanım Bozukluğu ile Yatarak Tedavi Sonucu	Salah	43	64,2
	Yarım Bırakmış	24	35,8
Madde Kullanım Bozukluğu ile İlgili Denetimli Serbestlik Süreci	Yok	63	49,6
	Var	64	50,4
Madde Etkisinde Suç İşleme Öyküsü	Yok	103	81,1
	Var	24	18,9
Şimdiki Tedavi Sonucu	Tedaviyi Salah ile Tamamlamış	82	54,7
	Tedaviyi Yarım Bırakmış	68	45,3

Tablo 2- Hastaların Klinik Verilerine Dair Frekans Dağılımları- Devam			
		Sayı	**%**
Alkol Kullanım Bozukluğu ile Delirium Tremans Öyküsü	Yok	28	93,3
	Var	2	6,7
Alkol Kullanımına Başlama Ortamı	Arkadaş Ortamı	27	90
	Gizlice	3	10
İlk Kullanılan Psikoaktif Madde	Esrar	70	57,5
	Jamaika	2	1,6
	Ekstazi	9	7,1
	Eroin	14	11
	Bonzai	6	4,7
	Kokain	3	2,4
	Çakmak Gazı	2	1,6
	Tiner	3	2,4
	Bali	5	3,9
	Morfin	1	0,8
	Metamfetamin	4	3,1
	Marihuana	2	1,6
	Skunk	1	0,8
	Kubar	2	1,6
Psikoaktif Madde Kullanım Şekli	Sigara gibi (sarma)	80	63
	İnhalar	35	27,6
	Oral	3	2,4
	İntravenöz	9	7,1
En Son Ne Zaman Psikoaktif Madde Kullandı?	Yatış günü	31	25,2
	Yatıştan bir gün önce	74	60,2
	Yatıştan iki gün önce	4	3,3
	Yatıştan üç gün önce	5	4,1
	Daha fazla gün önce	9	7,3
Tercih Maddesini Kullanım Ortamı	Arkadaş ortamı	29	22,8
	Yalnız	98	77,2
Madde Kullanım Bozukluğu ile Denetimli Serbestlik Süreci	Yok	64	50,4
	Var	63	49,6
Madde Kullanım Bozukluğu	Yok	22	14
	Var	128	86
Alkol Kullanımı Durumu	Yok	91	60,7
	Var-Sosyal İçici	30	20
	Var-Alkol Kullanım Bozukluğu	29	19,3
Şimdiki Tercih Maddesi	Esrar	8	6,3
	Ekstazi	2	1,6
	Eroin	68	53,5
	Bonzai	18	14,2

	Kokain	5	3,9
	Bally	1	,8
	Morfin	3	2,4
	Metamfetamin	19	15,0
	Marihuana	1	0,8
	Skunk	1	0,8
	Kubar	1	0,8

İkinci tabloda hastaların klinik verileri gösterilmiştir.

Tablo 3- Hastalık Demografik ve Klinik Verilerine Dair Tanımlayıcı Veriler					
	N	Min.	Maks.	Ort.	SS
Yaş	150	18,00	60,00	33,526	9,077
İntihar Girişimi Sayısı	17	1,00	2,00	1,294	0,469
Sigara Kullanım Miktarı (Paket/Gün)	146	,25	2,50	1,037	0,336
Sigara Kullanımına Başlama Yaşı	146	8,00	25,00	15,034	2,896
Alkol Kullanımına Başlama Yaşı	59	13,00	32,00	18,406	4,030
Alkol Yoğun Kullanım Yılı	30	,50	35,00	9,683	8,199
Alkol Kullanım Bozukluğu Nedeniyle Tedaviye Başvuru Sayısı	17	1,00	5,00	2,941	1,560
Alkol Kullanım Bozukluğu Nedeniyle Yatarak Tedaviye Başvuru Sayısı	8	1,00	5,00	2,625	1,685
Alkol Kullanmadığı En Uzun Süre (Hafta)	30	1,00	300,00	42,450	85,513
İlk Madde Kullanım Yaşı	127	9,00	35,00	17,417	4,462
Madde Başlama Yaşı	127	11,00	39,00	20,818	5,634
Madde Kullanım süresi	127	1,00	23,00	8,448	4,877
Tercih Günlük Madde Miktarı	127	,30	150,00	4,746	13,326
Kaç defa Madde Kullanım Bozukluğu Nedeniyle Tedavi Başvurusu Olduğu	99	1,00	25,00	4,343	3,554
Madde Kullanım Bozukluğu Nedeniyle Yatarak Tedavi sayısı	67	1,00	15,00	2,731	2,319
Madde Kullanmadığı En Uzun Süre (Hafta)	125	,00	780,00	73,532	120,807
Madde Kullanım Bozukluğu ile Denetimli Serbestlik tedbiri sayısı	63	1,00	5,00	1,682	0,997
Şimdiki tedavide yatış süresi (Gün)	150	,00	43,00	12,686	8,800

Üçüncü tabloda hastaların demografik ve klinik verilerine dair tanımlayıcı veriler gösterilmiştir.

Tablo 4- Ölçek Puanlarının 1. ve 14. Gün Ölçümlerine Göre Karşılaştırması						
		Ölçüm	N	Ort.	SS	p
Zimbardo Zaman Perspektifi Ölçeği	Geçmiş Zaman-Olumsuz	Yatış	65	3,712	0,499	**<0,001**
		14. gün	65	3,353	0,518	
	Geçmiş Zaman-Olumlu	Yatış	65	3,131	0,538	**0,002**
		14. gün	65	3,324	0,574	
	Şimdiki Zaman-Hazcı	Yatış	65	3,361	0,614	**<0,001**
		14. gün	65	2,906	0,550	
	Şimdiki Zaman-Kaderci	Yatış	65	2,879	0,727	**<0,001**
		14. gün	65	2,350	0,590	
	Gelecek Zaman	Yatış	65	3,252	0,439	**<0,001**
		14. gün	65	3,758	0,491	
	Dengeli Zaman	Yatış	65	3,063	0,577	**<0,001**
		14. gün	65	2,555	0,526	
Penn Alkol Aşerme Ölçeği		Yatış	12	13,501	6,983	**<0,001**
		14. gün	12	4,163	3,099	
Madde Aşerme Ölçeği		Yatış	57	18,754	6,237	**<0,001**
		14. gün	57	7,157	4,970	
Baş Etme Ölçeği	Sorun Odaklı	Yatış	65	52,815	8,742	**<0,001**
		14. gün	65	59,615	8,096	
	Duygu Odaklı	Yatış	65	52,523	7,537	**0,003**
		14. gün	65	54,353	8,012	
	İşlevsel Olmayan	Yatış	65	48,930	10,171	**<0,001**
		14. gün	65	39,211	8,398	

Dördüncü tabloda hedeflenen tedavi süresini tamamlayarak ikinci kez doldurduğu ölçekleri teslim eden hastaların yatış günü ve tedavinin 14.günündeki skorları karşılaştırılmıştır. Çalışmada kullanılan ölçek alt boyut ve toplam puanlarının başlangıçta ve 14. gündeki takip çalışmasında ölçümlerini karşılaştıran analizlere göre; Geçmiş Zaman-Olumlu puanlarının, Sorun Odaklı, Duygu Odaklı Baş Etme puanlarının ikinci ölçümlerde anlamlı düzeyde arttığı, Baş Etme toplam puanı haricindeki diğer karşılaştırmalarda ise ikinci ölçümlerde anlamlı düzeyde azalma görüldüğü saptanmıştır ($p<0,01$).

Tablo 5- İlk Ölçüm Ölçek Puanları Taburculuk Durumuna Göre Karşılaştırması						
		Tedavi Sonucu	N	Ort.	SS	p
ZZPÖ	Geçmiş Zaman-Olumsuz	Salah	82	3,649	,533	0,977
		Yarım	68	3,652	,653	
	Geçmiş Zaman-Olumlu	Salah	82	3,158	,591	0,687
		Yarım	68	3,120	,577	
	Şimdiki Zaman-Hazcı	Salah	82	3,305	,597	0,120
		Yarım	68	3,466	,666	
	Şimdiki Zaman-Kaderci	Salah	82	2,757	,721	0,247
		Yarım	68	2,894	,723	
	Gelecek Zaman	Salah	82	3,290	,445	0,940
		Yarım	68	3,297	,642	
	Dengeli Zaman	Salah	82	2,970	,573	0,351
		Yarım	68	3,065	,684	
Penn Alkol Aşerme Ölçeği		Salah	19	11,681	6,791	0,106
		Yarım	10	15,000	6,813	
Madde Aşerme Ölçeği		Salah	67	18,252	6,790	0,186
		Yarım	61	16,292	6,751	
Baş Etme Tutumu	Sorun Odaklı	Salah	82	53,481	8,700	0,156
		Yarım	68	51,076	10,658	
	Duygu Odaklı	Salah	82	52,396	7,901	0,056
		Yarım	68	49,812	8,118	
	İşlevsel Olmayan	Salah	82	48,521	10,109	0,501
		Yarım	68	47,426	9,438	
KİDO İşlevsellik Ölçeği	Toplam	Salah	82	39,463	7,355	0,489
		Yarım	68	40,264	6,641	
	Özerklik	Salah	82	4,975	2,096	0,741
		Yarım	68	4,867	1,843	
	Mesleki	Salah	82	8,219	2,514	0,366
		Yarım	68	8,647	2,100	
	Bilişsel	Salah	82	7,329	2,233	0,216
		Yarım	68	7,764	2,008	
	Mali	Salah	82	4,414	1,175	**0,021**
		Yarım	68	4,852	1,109	
	Kişilerarası İlişki	Salah	82	9,987	2,411	0,579
		Yarım	68	9,764	2,486	
	Boş Zaman	Salah	82	4,646	1,046	0,801
		Yarım	68	4,602	1,052	

Çalışmada kullanılan ölçek alt boyut ve toplam puanlarının tedavi sonucuna göre karşılaştırılması adına yapılan testlerde ise Mali İşlevsellik puanlarında tedaviyi yarım bırakanların salah ile taburcu olanlara göre, Baş Etme toplam puanlarında ise Salah ile

taburcu olanların tedaviyi yarım bırakanların puanlarına göre anlamlı düzeyde yüksek olduğu belirlenmiştir (p<.05).

Tablo 6- Tedavi Sonucu ile Klinik Verilerin Karşılaştırılması						
			Tedavi Sonucu		Toplam	p
			Salah	Yarım		
Ailede Ruhsal Hastalık Öyküsü	Yok	Sayı	62	46	108	0,184
		%	57,4%	42,6%	100,0%	
	Var	Sayı	20	22	42	
		%	47,6%	52,4%	100,0%	
Takipli Kronik Hastalık	Yok	Sayı	56	53	109	0,186
		%	51,4%	48,6%	100,0%	
	Var	Sayı	26	15	41	
		%	63,4%	36,6%	100,0%	
Ek Psikiyatrik Hastalık	Yok	Sayı	68	56	124	0,548
		%	54,7%	45,3%	100,0%	
	Var	Sayı	14	12	26	
		%	53,9%	46,1%	100,0%	
İntihar Öyküsü	Yok	Sayı	74	58	132	0,249
		%	56,1%	43,9%	100,0%	
	Var	Sayı	8	10	18	
		%	44,4%	55,6%	100,0%	
Self-Mutilasyon	Yok	Sayı	54	35	89	0,088
		%	60,7%	39,3%	100,0%	
	Var	Sayı	28	33	61	
		%	45,9%	54,1%	100,0%	
Göç Varlığı	Yok	Sayı	72	59	131	0,520
		%	55%	45%	100,0%	
	Var	Sayı	10	9	19	
		%	52,6%	47,4%	100,0%	

Tablo 6- Tedavi Sonucuna Göre Klinik Verilerin Karşılaştırılması (Devam)					
	Tedavi Sonucu	N	Ort.	SS	p
Alkole Başlama Yaşı	Salah	33	18,515	4,184	0,814
	Yarım	29	18,275	3,750	
Alkol Yoğun Kullanım Yılı	Salah	21	9,333	7,082	0,725
	Yarım	10	10,450	10,210	
Alkol Kullanım Bozukluğu Yatarak Tedavi Sayısı	Salah	5	3,000	2,000	0,419
	Yarım	3	2,000	1,000	
Alkol Almadığı En Uzun Süre (Hafta)	Salah	21	45,381	87,390	0,723
	Yarım	10	33,650	81,013	

Madde KB ile Yatarak Tedavi Sayısı	Salah	12	3,166	1,403	0,373
	Yarım	5	2,400	1,949	
Psikoaktif Madde Başlama Yaşı	Salah	66	21,000	5,363	0,930
	Yarım	67	21,089	6,376	
Psikoaktif Madde Kullanım Süresi (Yıl)	Salah	66	9,166	5,205	**0,040**
	Yarım	67	7,440	4,367	
Madde Kullanım Bozukluğu Tedavi Başvurusu	Salah	49	5,285	4,128	**0,009**
	Yarım	54	3,463	2,689	
Madde Kullanım Bozukluğu Yatarak Tedavi Sayısı	Salah	44	2,772	2,419	0,860
	Yarım	25	2,880	2,437	
Şimdiki Tedavi Yatış Süresi (Gün)	Salah	82	18,771	7,094	**---**
	Yarım	68	5,106	3,236	

Çalışmada yatarak madde tedavisini yarım bırakan ve salah ile taburcu olan hastaların madde ile alakalı klinik verilerinin karşılaştırılması için yapılan analizde, Psikoaktif Madde Kullanım Süresinin ve Madde Kullanım Bozukluğu Tedavi Başvuru Sayısının salah ile taburcu olan grupta yarım bırakanlara göre daha yüksek olduğu saptanmıştır ($p<0.05$).

Salah ile taburcu olan hastaların ortalama yatış süresi 18 gün ve tedaviyi tamamlamamış olan hastaların ortalama yatış süresi 5 gün olarak bulunmuştur.

		Sayı	%
Tablo 7- Zaman Perspektifi Grupları	**Geçmiş Zaman-Olumsuz**	65	43,3
	Geçmiş Zaman-Olumlu	17	11,3
	Şimdiki Zaman-Hazcı	25	16,7
	Şimdiki Zaman-Kaderci	8	5,3
	Gelecek Zaman	35	23,3

Tablo yedide çalışmaya dahil edilen 150 hasta diğer dört perspektife göre daha baskın olan zaman perspektifine göre gruplandırılmıştır.

Tablo 8- Zaman Perspektifine Göre Tedavi Sonucu Karşılaştırılması						
			Tedavi Sonucu		Toplam	p
			Salah	Yarım		
Zaman Perspektifi	Geçmiş-Olumsuz	Sayı	37	28	65	0,246
		%	45,1%	41,2%	43,3%	
	Geçmiş-Olumlu	Sayı	9	8	17	
		%	11,0%	11,8%	11,3%	
	Şimdiki-Hazcı	Sayı	9	16	25	
		%	11,0%	23,5%	16,7%	
	Şimdiki-Kaderci	Sayı	4	4	8	
		%	4,9%	5,9%	5,3%	
	Gelecek Zaman	Sayı	23	12	35	
		%	28,0%	17,6%	23,3%	

Çalışmadan elde edilen Zaman Perspektifi Ölçeği skorlarına göre gruplandırılmalar yapılmış ve bu gruplara göre tedavi sonucu karşılaştırılması adına ki-kare analizi yapılmıştır. Analizler göre zaman perspektifi gruplarına göre tedavi sonucunun farklılık göstermediği belirlenmiştir ($p>0.05$).

Tablo 9- Zaman Perspektifi Gruplarına Göre Ölçek Skorlarının Karşılaştırılması							
			N	Ort.	SS	p	Fark
Madde Aşerme Ölçeği		Geçmiş-Olumsuz	61	17,721	6,311	0,151	-
		Geçmiş-Olumlu	14	14,714	5,966		
		Şimdiki-Hazcı	24	19,046	6,005		
		Şimdiki-Kaderci	6	19,833	10,107		
		Gelecek Zaman	24	15,500	7,885		
Baş Etme Ölçeği	Toplam	Geçmiş-Olumsuz[1]	65	151,923	18,931	**0,001**	**4>1 4>2 4>3 4>5**
		Geçmiş-Olumlu[2]	17	142,176	20,569		
		Şimdiki-Hazcı[3]	25	151,545	15,479		
		Şimdiki-Kaderci[4]	8	175,750	20,408		
		Gelecek Zaman[5]	35	150,171	15,481		
	Sorun Odaklı	Geçmiş-Olumsuz[1]	65	51,507	9,536	**<0,001**	**5>1 5>2 5>3 4>2 4>3**
		Geçmiş-Olumlu[2]	17	47,059	8,439		
		Şimdiki-Hazcı[3]	25	49,889	9,597		
		Şimdiki-Kaderci[4]	8	57,750	8,481		
		Gelecek Zaman[5]	35	57,400	8,342		
	Duygu Odaklı	Geçmiş-Olumsuz[1]	65	51,415	8,472	**0,007**	**4>1 4>2 4>3 4>5**
		Geçmiş-Olumlu[2]	17	48,281	8,601		
		Şimdiki-Hazcı[3]	25	50,012	6,671		
		Şimdiki-Kaderci[4]	8	60,500	10,609		

		Gelecek Zaman[5]	35	51,228	5,780		
	İşlevsel Olmayan	Geçmiş-Olumsuz[1]	65	49,153	8,237	**<0,001**	**4>1 4>2 4>5 1>5 3>5**
		Geçmiş-Olumlu[2]	17	46,840	10,399		
		Şimdiki-Hazcı[3]	25	51,271	9,123		
		Şimdiki-Kaderci[4]	8	57,500	13,190		
		Gelecek Zaman[5]	35	42,114	8,770		
KİDO İşlevsellik Ölçeği	**Toplam**	Geçmiş-Olumsuz[1]	65	41,446	6,724	**0,021**	**5<1 5<2**
		Geçmiş-Olumlu[2]	17	41,170	6,741		
		Şimdiki-Hazcı[3]	25	38,661	6,578		
		Şimdiki-Kaderci[4]	8	38,750	5,311		
		Gelecek Zaman[5]	35	36,828	7,594		
	Özerklik	Geçmiş-Olumsuz	65	5,200	1,921	0,116	**-**
		Geçmiş-Olumlu	17	5,561	2,035		
		Şimdiki-Hazcı	25	4,617	1,877		
		Şimdiki-Kaderci	8	4,500	,925		
		Gelecek Zaman	35	4,314	2,193		
	Mesleki	Geçmiş-Olumsuz	65	8,846	2,251	0,174	**-**
		Geçmiş-Olumlu	17	8,725	2,782		
		Şimdiki-Hazcı	25	7,887	2,214		
		Şimdiki-Kaderci	8	8,375	1,846		
		Gelecek Zaman	35	7,800	2,298		
	Bilişsel	Geçmiş-Olumsuz	65	7,707	2,051	0,088	**-**
		Geçmiş-Olumlu	17	8,118	1,936		
		Şimdiki-Hazcı	25	6,965	2,162		
		Şimdiki-Kaderci	8	8,750	1,488		
		Gelecek Zaman	35	7,057	2,300		
	Mali	Geçmiş-Olumsuz[1]	65	4,892	,986	**0,038**	**1>2 1>5**
		Geçmiş-Olumlu[2]	17	4,120	1,367		
		Şimdiki-Hazcı[3]	25	4,616	1,235		
		Şimdiki-Kaderci[4]	8	4,125	1,125		
		Gelecek Zaman[5]	35	4,342	1,282		
	Kişilerarası İlişki	Geçmiş-Olumsuz	65	10,384	2,323	0,076	-
		Geçmiş-Olumlu	17	9,611	2,523		
		Şimdiki-Hazcı	25	10,038	2,408		
		Şimdiki-Kaderci	8	8,500	2,000		
		Gelecek Zaman	35	9,200	2,541		
	Boş Zaman	Geçmiş-Olumsuz	65	4,753	1,075	0,097	-
		Geçmiş-Olumlu	17	4,946	,639		
		Şimdiki-Hazcı	25	4,575	1,101		
		Şimdiki-Kaderci	8	4,500	,925		
		Gelecek Zaman	35	4,228	1,086		

Çalışmadan elde edilen zaman perspektifi gruplarına göre ölçek skorlarının karşılaştırılması adına tek yönlü varyans analizi (ANOVA) uygulanmıştır. Analizlere göre; Baş Etme Ölçeği toplam puanlarının anlamlı yönde farklılık gösterdiği saptanmıştır ($p<0.01$). Hangi grupların birbirlerinden farklı olduğunu belirlemek adına yapılan LSD analizinde ise Şimdiki Zaman-Kaderci grubunun puanlarının diğer tüm zaman perspektifi gruplarına göre anlamlı düzeyde yüksek olduğu belirlenmiştir.

Sorun Odaklı Baş Etme puanlarında ise, Gelecek Zaman grubunun puanlarının, Geçmiş-Olumsuz, Geçmiş-Olumlu ve Şimdiki Zaman-Hazcı gruplarından anlamlı düzeyde yüksek olduğu, Şimdiki Zaman-Kaderci grubunun puanlarının da Geçmiş-Olumsuz ve Geçmiş-Olumlu grubunun puanlarından anlamlı düzeyde yüksek olduğu saptanmıştır ($p<0.05$).

Duygu Odaklı Baş Etme puanlarında da Şimdiki Zaman-Kaderci grubunun puanlarının diğer tüm zaman perspektifi gruplarına göre anlamlı düzeyde yüksek olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$).

İşlevsel Olmayan Baş Etme puanlarının ise Şimdiki Zaman-Kaderci grubunda Geçmiş-Olumsuz, Geçmiş-Olumlu ve Gelecek Zaman grubunun puanlarına göre anlamlı düzeyde yüksek olduğu, Geçmiş-Olumsuz ve Şimdiki Zaman-Hazcı grubunun puanlarının da Gelecek Zaman grubunun puanlarından anlamlı düzeyde yüksek olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$).

KİDO İşlevsellik Ölçeği toplam puanlarında ise Gelecek Zaman grubunun puanlarının Geçmiş-Olumsuz ve Geçmiş-Olumlu grubunun puanlarından anlamlı düzeyde düşük olduğu saptanırken; Mali İşlevsellik puanlarında Geçmiş-Olumsuz grubunun puanlarının Gelecek Zaman ve Şimdiki Zaman-Hazcı grubunun puanlarından anlamlı düzeyde yüksek olduğu saptanmıştır ($p<0.05$).

Tablo 10- Madde Kullanım Bozukluğu ile Zaman Perspektifi Skorlarının Karşılaştırılması						
			Madde Kullanım Bozukluğu		Toplam	p
			Yok	Var		
Zaman Perspektifi	Geçmiş-Olumsuz	Sayı	3_a	62_b	65	0,003
		%	16,0%	48,4%	43,3%	
	Geçmiş-Olumlu	Sayı	3_a	14_a	17	
		%	16,0%	11,1%	11,3%	
	Şimdiki-Hazcı	Sayı	2_a	23_a	25	
		%	8,0%	18,3%	16,7%	
	Şimdiki-Kaderci	Sayı	4_a	4_b	8	
		%	16,0%	3,2%	5,3%	
	Gelecek Zaman	Sayı	10_a	25_b	35	
		%	44,0%	19,0%	23,3%	
Not. Aynı satırda aynı harfleri paylaşmayan sayılar birbirlerinden anlamlı düzeyde farklıdır.						

Madde Kullanım Bozukluğuna göre Zaman Perspektifi Gruplarının karşılaştırılması adına yapılan ki-kare analizlerinde Şimdiki Zaman-Kaderci ve Gelecek Zaman perspektifi grubunda olanların sayılarının Madde Kullanım Bozukluğu olmayanlarda (diğer bir tanımlama ile Alkol Kullanım Bozukluğu tanılı hastalar) Madde Kullanım Bozukluğu olanlara göre daha yüksek; Geçmiş Zaman-Olumsuz perspektifi grubunda olanların sayılarının Madde Kullanım Bozukluğu olanlarda Madde Kullanım Bozukluğu olmayanlara göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir ($p<.01$).

Tablo 11- Alkol Kullanım Bozukluğu ile Zaman Perspektifi Skorlarının Karşılaştırılması						
			AKB		Toplam	p
			Yok	Var		
Zaman Perspektifi	Geçmiş-Olumsuz	Sayı	60_a	5_b	65	0,004
		%	48,8%	19,4%	43,3%	
	Geçmiş-Olumlu	Sayı	12_a	5_a	17	
		%	9,9%	19,4%	11,3%	
	Şimdiki-Hazcı	Sayı	22_a	3_a	25	
		%	18,3%	10%	16,7%	
	Şimdiki-Kaderci	Sayı	4_a	4_b	8	
		%	3,3%	13,3%	5,3%	
	Gelecek Zaman	Sayı	23_a	12_b	35	
		%	19,2%	38,7%	23,3%	

Alkol Kullanım Bozukluğuna göre Zaman Perspektifi Gruplarının karşılaştırılması adına yapılan ki-kare analizlerinde Geçmiş Zaman Olumsuz ve Şimdiki Zaman-Kaderci

Zaman perspektifi grubunda olanların sayılarının Alkol Kullanım Bozukluğu olmayanlarda (diğer bir tanımlama ile Madde Kullanım Bozukluğu olanlar) olanlara göre daha yüksek; Gelecek Zaman perspektifi grubunda olanların sayılarının Alkol Kullanım Bozukluğu olanlarda Alkol Kullanım Bozukluğu olmayanlara göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir ($p<.01$).

Tablo 12- Dengeli Zaman Perspektifi Skorlarının Diğer Ölçek Skorları ile İlişkisi

			1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
1	**Dengeli Zaman Perspektifi**		1													
2	**Penn Alkol Aşerme Ölçeği**		,308	1												
3	**Madde Aşerme Ölçeği**		,243**	-,531	1											
4	**Baş Etme Ölçeği**	Toplam	,014	,135	-,008	1										
5		Sorun Odaklı	-,273**	-,085	-,135	,669**	1									
6		Duygu Odaklı	-,005	,034	,017	,856**	,564**	1								
7		İşlevsel Olmayan	,303**	,301	,072	,554**	-,158	,285**	1							
8	**KİDO**	Toplam	,197*	,058	,164	,011	-,082	,029	,075	1						
9		Özerklik	,008	-,018	,116	-,021	-,060	,031	-,033	,663**	1					
10		Mesleki	,195*	,005	,082	,014	-,034	-,015	,088	,671**	,260**	1				
11		Bilişsel	,128	-,205	,079	,083	,005	,076	,089	,575**	,205**	,295**	1			
12		Mail	,317**	,120	,211*	-,086	-,069	-,042	-,064	,546**	,274**	,357**	,121	1		
13		Kişilerarası İlişkiler	,113	,278	,121	-,027	-,053	,060	-,041	,667**	,390**	,183*	,220**	,336**	1	
14		Boş Zaman	,094	,073	,091	,112	-,105	,026	,270**	,498**	,287**	,318**	,159*	,181*	,218**	1

Not. r: Pearson Korelasyon Katsayısı, *:p<0.05, **:p<0.01

Ölçeklerden alınan skorların Dengeli Zaman Perspektifi skorları ile ilişkisini analiz edebilmek için Pearson Korelasyon Analizi kullanılmıştır. Analizlere göre Dengeli Zaman Perspektifi puanlarının; Madde Aşerme Ölçeği puanlarıyla, İşlevsel Olmayan Baş Etme alt boyut puanlarıyla, KİDO Toplam, Mesleki ve Mali alt boyut puanlarıyla pozitif yönde, Sorun Odaklı Baş Etme alt boyut puanlarıyla ise negatif yönde anlamlı düzeyde ilişkili olduğu saptanmıştır ($p<0.05$).

5. TARTIŞMA

Çalışmamızda MKB tanılı hastalarda aşerme şiddeti, zaman perspektifi ve baş etme biçimlerinin tedavi öncesi ve sonrasında değişkenlik gösterdiği saptanmış olup birinci hipotez desteklenmiştir. Standart tedavi programını tamamlayabilen hastalarda sorun odaklı baş etme tutumlarının daha fazla kullanıldığı ve aşerme şiddetinde azalma olduğu saptanmıştır. Ayrıca, dengeli zaman perspektifi ile aşerme şiddeti arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu ve üçüncü hipotez desteklenerek daha dengeli zaman perspektifine sahip hastaların daha az şiddette aşerme yaşadıkları bulunmuştur. Tedavinin tamamlanabilmesi ile hastaların gelecek zaman perspektifi boyutunda ve işlevsel baş etme stratejilerinin kullanımında artış olduğu görülmüştür. Tedaviye başvuru anında herhangi bir zaman perspektifine sahip olma ile aşerme şiddeti arasında anlamlı bir ilişki bulunmamış; gelecek zaman ve şimdi-kaderci zaman perspektifi baskın olan hastaların sorun odaklı baş etme stratejilerini daha fazla kullandıkları bulunmuştur. Ayrıca gelecek zaman perspektifi baskın bireylerin psikososyal alanda geçmiş zaman yönelimli bireylere göre genel olarak daha az işlevsellik kaybı yaşadıkları gösterilmiştir. Özellikle geçmiş-olumsuz zaman perspektifindeki bireylerin mali alanda daha fazla işlevsellik kaybına uğradıkları görülmüştür. Bu bulgular dördüncü hipotezi kısmen desteklemiş olmaktadır. Tedaviye başvuru esnasında herhangi bir zaman perspektifi alt boyutu baskınlığı ile tedavinin tamamlanması ya da yarım bırakılması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamış olup beşinci ve altıncı hipotezler çalışmamız bulguları ile desteklenememiştir.

Çalışmaya gönüllü katılan hastaların 7'si (%4,7) kadın, 143'ü (%95,3) erkektir. Yine ülkemizde AMATEM kliniğinde yatarak tedavi görmüş hastalar ile yapılmış retrospektif bir çalışmaya dahil edilen 1222 hastanın %94,8'inin erkek ve %5,2'sinin kadın hasta olduğu saptanmıştır(118). Türkiye Uyuşturucu Raporu-2023 raporuna göre, ülkemizde madde kullanım bozukluğu nedeniyle tedavi gören kişilerin cinsiyete göre dağılımında kadın oranı %7,7 ve erkek oranı %92,3 bulunmuştur(47). Dünya Uyuşturucu Raporu-2023 verilerinde de kadınların tedaviye katılım oranlarının halen çok düşük olduğu vurgulanmaktadır(1). İlgili literatürle uyumlu olarak dünyada yapılmış çalışmalarla benzer şekilde araştırmamızda kadın oranı erkek oranından düşük bulunmuştur(119,120) . Kadın cinsiyetteki bireylerin toplumsal yaşama katılımının erkek bireylere kıyaslandığında daha sınırlı olduğu ataerkil toplumlarda kadınların maddeyle tanışma olasılığının azaldığı ve bu nedenle de kadınlar arasında madde bağımlılığının daha az olduğu ileri sürülmektedir(121). Ancak son yıllarda tüm dünyada

madde kullanımı açısından erkek ve kadın cinsiyetleri arasındaki farkın daralmaya başladığı ve madde kullanımının kadınlar için de ciddi bir problem haline geldiği bildirilmektedir(1).

Çalışmaya katılan tüm hastaların yaş ortalaması 33,5; alkol kullanım bozukluğu tanılı hastalar için 45,1, madde kullanım bozukluğu tanılı hastalar için ise 30,9 olarak saptanmıştır. Alkol ve madde kullanım bozukluğu araştırmalarında alkol bağımlılığına sahip bireylerin yaş ortalamasının daha ileri olduğu görülmektedir(122,123). Bu durum alkol kullanımının, madde kullanımına göre daha fazla sosyal kabulünün olması, genellikle alkol kullanımına yirmili yaşların başlarında başlanması, bağımlılığı fark etmenin otuzlu yaşlarda, tedavi arama davranışına girmenin ise kırklı yaşların başlarında gerçekleşmesi ve alkol kullanım bozukluğunun sonucundaki bedensel, ruhsal ve sosyal kayıpların daha ileri yaşlarda ortaya çıkması ile ilişkilendirilmektedir(124,125).

Çalışmaya katılan hastaların %58,7'sinin bekar, %28,7'sinin evli ve %12,7'sinin ise boşanmış/eşinden ayrı yaşadığı saptanmıştır ve bu sonuç literatürdeki çalışma sonuçlarıyla uyumludur(122,124).

Çalışmaya katılan hastaların%36'sı ortaokul mezunu, %36,7'si lise mezunu, %22'si ilkokul mezunu ve %5,3'ü üniversite mezunudur. İlgili literatürde hastaların daha çok ilkokul ve ortaokul mezunu bireylerden oluştuğu görülmektedir(47). Çalışmamız verileri son dönemde daha yüksek eğitim seviyesine sahip bireylerde MKB'nun artmakta olduğu görüşünü desteklemektedir(122).

Hastaların yalnızca %10'u yalnız yaşadığını bildirirken ilgili literatürle uyumlu olarak büyük çoğunluğunun aileleri (%60'ı anne-baba ve %25,3'ü çekirdek aile) ile beraber yaşadıkları saptanmıştır(122). Katılımcıların büyük çoğunluğunun aileleri ile yaşamaları bağımlı ailesinin bağımlı bireye sosyal desteğini sürdürmeye devam ettiğinin ve bağımlılık yükünü ailenin de taşıdığının göstergesi olarak yorumlanmıştır(122). Ayrıca, daha önceki çalışmalarda aile desteğinin olması hastaların MKB tedavisine başvuru kararı almalarını kolaylaştırdığı gösterilmiştir(123).

Hastaların yaklaşık yarısının (%46) çalışmadığı, %14,7'sinin düzensiz işlerde çalıştığı ve %32,7'sinin halen çalışmakta olduğu, %6,7'sinin ise emekli olduğu saptanmıştır. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü (2023)'ün verilerine göre ise 2022 yılında tedavi gören kişilerin %15,2'sinin işsiz olduğu, %45,1'inin düzenli bir işinin olmadığı görülmektedir(47). Ülkemizde 2017 yılında AMATEM'de yatarak tedavi gören 1222 hastanın dahil edildiği retrospektif bir çalışmada işsizlik oranı %36,7 olarak saptanmıştır(118). Bu

verilerle karşılaştırıldığında araştırmaya katılanlarda işsizlik oranının yüksek olduğu göze çarpmaktadır. Bu durum, mesleki işlevsellikte daha fazla zorlanan bireylerin ayaktan tedavi başvurusundan ziyade yatarak tedaviye başvurmaya daha eğilimli olduklarının bir göstergesi olarak yorumlanabilir. Literatürde MKB olanlar arasında işsizlik oranının %12-38 arasında olduğu bildirilmiş, alkol dışı psikoaktif madde kullanım bozukluğu olanlar arasında işsiz olma oranlarının alkol kullanım bozukluğu olanlara göre fazla olduğu vurgulanmıştır(126).

Hastaların yine yaklaşık yarısının (%43,3) düzenli bir aylık gelirinin olmadığı, %30'unun yaklaşık bir asgari ücret %16,7'sinin ise bir buçuk asgari ücretten daha fazla geliri olduğu saptanmıştır. Yine katılımcıların yarısının (%49,3) aylık harcama düzeylerinin bir buçuk asgari ücretin üzerinde olduğu görülmüştür. Bu tablo hastaların çoğunluğunun gelirlerinin tamamını veya tamamından daha fazlasını alkol ve/veya madde kullanımı için ayırdıklarının göstergesi olarak okunabilir.

Katılımcıların yalnızca %8'inin düzenli fiziksel aktivite yaptıkları saptanmıştır. Düzenli fiziksel egzersiz yapan bireylerde MKB oranları daha az fiziksel aktivitede bulunan bireylere göre daha düşüktür(127). Düzenli aerobik egzersizi yapmanın MKB için koruyucu bir faktör olmasının yanı sıra, kannabinoid kullanımı olan bireylerde daha az günlük madde tüketim miktarı ve daha az aşerme yaşanmasına neden olduğu gösterilmiştir(128). Fiziksel aktivite MKB olan kişilerde hem uyuşturucu madde ilişkili yoksunluk semptomlarının şiddetini hafifletmekte hem de anksiyete ve depresif semptomları azaltmaktadır(129). Literatürde birçok çalışmada fiziksel egzersizin alkol/madde kullanıcılarında aşerme şiddetini azalttığının tespit edilmesi, bu bozukluğun rehabilitasyonunda da önemli bir rolü olduğuna işaret etmekte ve tedavilerin başarı şansını arttırmak için ideal bir araç olabileceğine dikkat çekmektedir(130).

Katılımcıların %28'inin ailesinde psikiyatrik hastalık tanısı bulunmuştur. Ruhsal sorunları ya da bağımlılığı olan ebeveynin bulunduğu aileler madde bağımlılığı için risk yaratan etkenler arasındadır(66).

Katılımcıların %27,3'ünde takipli bir kronik bedensel hastalık tanısı bulunurken; %17,3'ünde ise tanı koyulmuş ek psikiyatrik hastalık tanısı olduğu saptanmıştır. MKB kişide başka sağlık problemleri gelişmesine ilişkin riskler taşır. Örneğin steril olmayan enjeksiyon ekipmanı ile damar içi madde kullanımı olan kişilerde HIV, viral hepatit gibi bulaşıcı enfeksiyonların ve sepsis, tromboz, endokardit gibi hastalıkların oluşma riski artmaktadır(2) . Alkol kullanımı ise kasıtsız ve kasıtlı yaralanma riski ile hem bulaşıcı olmayan (örneğin

kanser, gastrointestinal sistem hastalıkları, kardiyovasküler sistem hastalıkları) hem de bulaşıcı (örneğin tüberküloz, pnömoni) türde hastalık riskini arttırır(3). Komorbid ruhsal bozuklukların yeterince tedavi edilmiyor olması bağımlılık tedavisinde yaşanan temel problemlerden biridir ve bu nedenle göz ardı edilmemelidir(131). Tedavinin planlanan şekilde tamamlanabilmesi için eş-tanı mental bozuklukların doğru saptanması ve etkin yönetiminin önemine vurgu yapılmaktadır(132).

Çalışmaya gönüllü katılan hastaların %12'si hayatlarında en az bir defa intihara teşebbüs ettiğini belirtmiştir. MKB intihar düşüncesi, intihar girişimi ve intihar ölüm riskini arttıran önemli bir faktördür(133). Araştırmalar, alkol kullanım bozukluğu olan kişilerin genel popülasyona kıyasla intiharla ölme olasılığının neredeyse 10 kat daha fazla olduğunu ve madde bağımlısı kişilerin intihar etme olasılığının yaklaşık 14 kat daha fazla olduğunu göstermiştir(134). Katılımcıların %40,7'si ise intihar davranışı harici kendine zarar verici davranışta bulunduklarını tariflemişlerdir. Türkiye'de yapılan benzer iki çalışmada kendine zarar verici davranış oranı sırasıyla madde bağımlılarında %34,6 (135) ve alkol bağımlılarında %29 (136) olarak saptanmıştır. Çalışmamızdaki katılımcıların çoğunluğunun MKB tanılı olduğu da göz önüne alınarak, oranların literatürden daha yüksek saptanması, bu gruptaki bireylerde intihar dışı kendine zarar verici davranışın son yıllarda giderek görülme sıklığı artan bir özellik olabileceği şeklinde yorumlanabilir.

Çalışmamıza dahil olan gönüllü katılımcıların %86'sı AMATEM'e kendi istekleriyle yatarak tedavi başvuru kararı aldıklarını belirtmişlerdir. Bireylerin kendi istekleri ile tedavi girişiminde bulunmaları; tedavi olma isteklerinin yüksek olduğunu, dolayısıyla tedavi başarısının da yüksek olacağını düşündürmektedir. Fakat, tedaviye istekli ve motive olmak tedavinin seyri bakımından önemli bir belirleyici olsa da tedaviyi sürdürebilmenin mutlak öngörücüsü değildir. Bireyler kliniğe kendi istekleri doğrultusunda geldiklerinde bile tedavi sürecindeki değişimlere ayak uyduramayabilirler(137). Nitekim çalışmamıza dahil olan hastaların % 41,3'ü kendi istekleri üzerine tedaviyi terk etmiş; yatış öncesinde serviste tedavi kuralları anlatılarak onam alınmış olmasına karşın %4'ünün ise tedavi kurallarını ihlal etmeleri nedeniyle tedavisi sonlandırılmıştır.

Alkol kullanım bozukluğu tanılı hastaların %56,7'si daha önce en az bir kez tedavi aldığını; %26,7'si ise en az bir kez yatarak tedavi gördüğünü belirtmiştir. Yatarak tedavi görmüş olan alkol kullanım bozukluğu tanılı hastaların %37,5'inin sonuncu tedavilerini tamamlamadıkları görülmüştür. Madde kullanım bozukluğu tanılı hastaların ise %65,4'ünün daha önce en az bir kez tedavi aldığı; %52,8'inin ise en az bir kez yatarak tedavi görmüş

olduğu saptanmıştır. Yatarak tedavi görmüş olan madde kullanım bozukluğu tanılı hastaların %35,8'inin sonuncu tedavilerini tamamlamadıkları görülmüştür. Bireylerin daha önce yatarak tedavi görme oranları ülkemizde yapılan diğer çalışmalarla benzer bulunmuştur(126,138). Epidemiyolojik ve klinik çalışmalar, MKB tanılı birçok hastanın klinik seyrinin, istikrarlı iyileşme, kalıcı sakatlık veya ölümle sonuçlanmadan önce, genellikle yıllarca süren remisyon, nüks ve tekrarlanan tedavi döngülerinden oluştuğunu göstermektedir(7). Kronik ve tekrarlayıcı doğası gereği bağımlılıkta sıklıkla birden fazla kez tedavi gereksinimi vardır(139).

Alkol kullanım bozukluğu tanılı katılımcıların %13'ünde alkol etkisinde işlenmiş bir suç olayı öyküsü saptanırken; madde kullanım bozukluğu tanılı katılımcıların %18,9'unda madde etkisinde işlenmiş bir suç olayı öyküsü ile %50,4'ünde madde ile ilişkili denetimli serbestlik tedbiri varlığı bulunmuştur. Madde kullanımının yarattığı önemli olumsuz sonuçlardan biri de adli sorunlardır. Madde kullananlar arasında suç işleme davranışı sıklıkla gözlenmekte ve madde kullanan bir kimse kullanmaya devam ediyorsa zorunlu olarak suça itilerek suç işlenen grupların içine girmektedir(140).

Alkol kullanımı olan katılımcıların (hem alkol kullanım bozukluğu tanılı hem de sosyal içiciler dahil edildiğinde) alkol kullanımına başlama yaşı en küçüğü 13 yaş en büyüğü 32 yaş olmak üzere ortalama 18,4 yaş olarak saptanmıştır. Alkol kullanım bozukluğu tanılı hastaların %90'ının alkol kullanımına arkadaş ortamında başladığı saptanırken hastaların %36,7'sinin keyif verici etkisini deneyimlemek için, %33,3'ünün merak nedeniyle, %26,7'sinin stres gidermesi amacıyla ve %3,3'ünün bulunduğu arkadaş ortamının etkisinde kalarak alkol kullanmaya başlamış olduğu bulunmuştur; bu bulgular literatürle uyumlu saptanmıştır(141,142). Halen yoğun alkol kullanımına neden devam edildiğinin yanıtı ise %60'ı keyif verici etkisini yaşamak için ve %33,3'ü stres gidermesi amacıyla olduğu saptanmıştır. Tarihte yazılı belgelerden edinilen bilgiler doğrultusunda insanoğlu alkolün öforizan ile anksiyete ve gerginliği giderici etkilerini çok çabuk fark ettiği söylenmektedir(35). Alkol kullanımı emosyonel stresle başa çıkmaya çalışmanın işlevsel olmayan bir yöntemi olarak tercih edilebilmektedir(120). Hastaların büyük çoğunluğu ise şu anda alkolü yalnız olarak tüketmeyi tercih ettiklerini belirtmişlerdir; bu sonuç bağımlılığın kişiyi sosyal anlamda yalnızlaştırdığının işaretlerinden biri olarak okunabilir.

Madde kullanım bozukluğu tanılı katılımcıların %67,8'inin ilk kullandıkları psikoaktif maddenin kannabinoid türünde olduğu (%57,5'i esrar, %4,7 bonzai, %1,6'sı Jamaika, %1,6'sı kubar olmak üzere) saptanmıştır. İkinci sırada eroin (%11) ve üçüncü sırada ise ekstazi (%7,1) yer almaktadır. Madde bağımlılığı alanında yapılan birçok çalışmada esrar bir geçiş maddesi

olarak tespit edilmiştir ve çalışmamızın verileri de bu olguyu destekler niteliktedir (121). Katılımcıların neredeyse tamamı ilk madde kullanımını arkadaş ortamında deneyimlediklerini belirtmiştir. TUBİM (2019) verilerine göre Türkiye'de ilk madde kullanımında maddenin %72'lik oranla en çok arkadaş çevresinden temin edildiği aktarılmıştır(143). Sırasıyla en sık üç ilk kullanım nedeni stres gidermesi (%37,8) amacıyla, arkadaş ortamının etkisinde (%36,3) kalarak ve merak (%12,6) olarak saptanmıştır. Bazı çalışmalarda madde kullanımının stresli yaşam olaylarına karşı kullanılan uygunsuz bir baş etme yolu olduğu saptanmıştır (27). İlgili konu hakkındaki diğer araştırmalara bakıldığında madde kullanımına yol açan çevresel risk faktörler içerisinde arkadaş özellikleri ve akran etkisinin ön plana çıktığı ve özellikle bireyin madde kullanan bir arkadaşa sahip olmasının bu durumu tetikleyici bir etken oluşturduğu görülmektedir(144,145). Bireyin özellikle ergenlik çağında arkadaş çevresine yönelik ilgisi akran grupları arasında psikoaktif madde kullanımının bir kabul aracı olarak ortaya çıkmasına neden olabilmektedir. Sosyal çevrenin etkisi sonucu bağımlı olan birey ise arkadaş çevresini bağımlılık ekseninde şekillendirmeye başlar; kişi madde kullanan bireylerle yakınlaşırken, madde kullanmayan arkadaşları kendisinden uzaklaşmaktadır(146). Diğer bir deyişle birey çevresi sonucu bağımlı olmakta ve bağımlı olması nedeniyle bu çevrede bulunmaktadır(147). Bağımlılığı devam ettirmede de önemli bir etken olan arkadaş faktörü; madde kullanan arkadaşlıkların gelişmesiyle beraber maddeye erişimi kolaylaştırarak bağımlılığı arttırıcı ve nüksü kolaylaştırıcı etki gösteren bir sosyal ağın oluşumuna zemin hazırlar(146). Daha sonraki aşamada ise özellikle yoksunluk belirtilerinin ortaya çıkması ve tolerans gelişimi ile artık paylaşılmamak istenen madde bu sosyal birlikteliği bozarak kişinin gittikçe kendisini madde kullanılan çevreden soyutlamasına neden olur. Araştırmamızda güncel madde kullanım ortamı %77,2 oranla yalnız olarak bulunmuştur ve bu sonuç madde kullanmakta olan kişinin zaman içerisinde sosyal anlamda izole olduğuna vurgu yapan literatürü destekler niteliktedir (146).

Çalışmaya katılan madde kullanım bozukluğu tanılı hastaların %43,3'ü tek bir psikoaktif madde kullanırken, % 56,6'sı iki veya daha fazla çeşit psikoaktif madde kullanmaktadır. MKB nedeniyle yatarak tedaviye başvuran hastaların %53,5'inin tercih maddesi eroin olurken, %15'inin metamfetamin, %14,2'sinin bonzai ve %6,3'ünün esrar olduğu saptanmıştır. TUBİM 2023 verilerine göre 2022 yılında ayaktan tedaviye başvuran hastaların %40'ı; yatarak tedavi gören hastaların ise %48,7'si birden fazla ilaç ve diğer psikoaktif madde bağımlılığı tanısı ile tedavi görmüştür(47). Son yıllarda, madde bağımlılığı

ve aşırı doz vakaları, özellikle birden fazla madde kullanımının yaygınlaşmasıyla beraber artış göstermektedir(148).

Katılımcıların %19,3'ü sadece alkol kullanım bozukluğu tanılı; %76'sı sadece madde kullanım bozukluğu tanılı, %4,7'si ise hem alkol hem de madde kullanım bozukluğu tanısı ile yatarak tedavi görmek için başvurmuştur. Ülkemizde yapılan çalışmalarda yöntemsel farklılıkların olmasından ötürü bağımlılık tanılarının dağılımına ilişkin oranlar farklılık göstermektedir(149). Çalışmamız verileri, hastanemiz AMATEM yataklı tedavi ünitesinde madde kullanım bozukluğu tanılı hastalar için olan yatak sayısının daha fazla sayıda olması ve delirium tremens ve önemli bilişsel disfonksiyona sahip hastaların çalışmaya dahil edilmemesinden dolayı olabileceği düşünülmüştür. Ayrıca yaş ortalaması daha genç olan madde kullanım bozukluğu tanılı hastaların gönüllü bir bilimsel araştırmaya katkı sağlamak konusunda daha motive oldukları gözlemlenmiştir. Ek olarak hastanemiz AMATEM yataklı servis ünitesinin nispeten ağır hastalara hizmet sunuyor olması da ilgili sonuçlara ulaşılmasında rol oynamış olabilir.

Madde kullanım bozukluğu olan katılımcıların ilk kez bir psikoaktif maddeyi kullandıkları yaş ortalaması 17,4 olarak saptanmış; ilk kez madde kullanılan en küçük yaşın 9 en büyük yaşın ise 35 olduğu görülmüştür. Yoğun olarak psikoaktif madde kullanmaya başladıkları yaş ortalaması ise 20,8 olarak saptanmıştır. Bu veriler ülkemizde yapılan güncel çalışma verileriyle uyumludur(122). Türkiye Uyuşturucu Raporu-2023 verilerine göre ise 2022 yılında yatarak tedavi gören hastaların maddeye ilk başlama yaşı ortalamasının 22,2 saptanmıştır(47).

Çalışmamıza göre, tedavinin başlangıcındaki hastaların aşerme ölçek puanları daha yüksek, hedeflenen tedavi süresinin bitiminde ise daha düşük olduğu görülmüştür (Tablo 4); bu değişim literatürle uyumlu bulunmuştur(13) ve tedavi hedeflerinden biridir; çünkü aşermenin zaman içindeki sürekliliğinin madde kullanım davranışları için kilit bir risk faktörü olduğu düşünülmektedir(13). Öte yandan, aşermenin dinamik bir fenomen olduğu ve 2011 yılında Pickens ve arkadaşları tarafından gündeme getirilen "incubation of craving" yani aşermenin kuluçkalanması kavramı göz ardı edilmemelidir. Bu kavram ile aşermenin yalnızca psikoaktif maddenin bırakıldığı erken dönemde yaşantılanan yoksunluk bulgularından biri olmadığı ve ayıklık süresince de çoğunlukla hatırlatıcı etkenler ile tetiklenerek yeniden madde kullanımı için risk oluşturabileceğine vurgu yapılmaktadır(150). Aşerme şiddetinin azalması tedavi prognozu açısından olumlu bir sonuçtur fakat yeniden deneyimlendiğinde oluşturduğu stresin nasıl yönetildiği uzun süreli tedavinin daha güçlü yordayıcılarından biridir(28).

Çalışmamızda MKB tanısıyla yatarak tedavi gören ve tedavide planlanan sürede kalabilen hastaların tedaviye başvurunun ilk günü ve 14.günündeki zaman perspektifi puan değerleri karşılaştırılmış ve tüm alt ölçeklerde istatistiksel olarak anlamlı değişimler olduğu saptanmıştır. Bu sonuçlar literatürle uyumlu olup, alkol ve uyuşturucu kullanımı ile psikopatoloji için bir prediktör olarak kabul edilen zaman perspektifinin(151), teorik olarak tedavi seyrinde değişebileceği görüşünü destekler niteliktedir(119).

Çalışmamıza göre, hedeflenen tedavi programını tamamlayan hastaların PN skorunda anlamlı bir düşüş olduğu görülmüştür (Tablo 4). Artmış stres, uyarılma ve gerginlik seviyeleri ile ilişkili olduğu gösterilen geçmiş zaman-olumsuz perspektifinin(152) bu tür olumsuz duygulanımlar ile başa çıkabilmek adına başlatılan alkol ve madde zararlı kullanımı davranışı ile bağlantılı olabileceği düşünülmektedir (153–155); çalışmamızda saptadığımız başlangıç PN perspektifi skorlarının daha yüksek olması literatürü desteklemekte; geçmiş-olumsuz zaman perspektifinin MKB ve olumsuz sonuçları için risk faktörü olabileceği görüşüne vurgu yapmaktadır(151,156). Literatürle uyumlu olarak(119) PN skorundaki azalma tedaviyi sürdüren bireylerin geçmişlerindeki deneyimlerini daha az kaçınmacı ve olumsuz bir tutum göstererek ele almaya ve dolayısıyla suçluluk, utanç, öfke, üzüntü gibi olumsuz duygulanımları daha az yaşamaya başladıkları ya da alkol veya madde kullanmadan bunlarla başa çıkabilmeye başladıklarının göstergesi olarak yorumlanabilir. Bağımlılıkla ilgili temel duygusal sorunları ele almak MKB tedavisinde iyileşmenin önemli basamaklarından biridir ve geçmişin yeniden değerlendirilmesi ile geçmiş travmaların çözümlenmesini içerir; bu da daha sağlıklı bir zamansal varoluş geliştirme anlamına gelmektedir(157).

Çalışmamızda, PP perspektifi skorunda planlanan tedavi süresini tamamlayan hastalarda anlamlı bir yükselme olduğu görülmüştür (Tablo 4). Psikolojik iyi oluş ve yaşam doyumunun pozitif belirleyicilerinden olan PP perspektifi aynı zamanda psikolojik dayanıklılık ve yaşamda anlam ile de olumlu korelasyon gösterir(15,158). Geçmiş olumlu göründüğünde, kişiye mevcut zorlu durumlarla işlevsel bir şekilde başa çıkabilecek kaynaklar oluşturma gücü verebilir(158); çalışmamızda tedavi tamamlandığında geçmişe yönelimin daha olumlu olduğunun saptanması ayıklığı devam ettirebilme bakımından bu görüşü desteklemektedir. Geçmişin olumlu algılanması psikoaktif maddenin bırakıldığı dönemde yaşanan stresin daha işlevsel yönetilmesini sağlayarak tedavinin sürdürülmesine katkı sağlıyor olabileceği söylenebilir. 2009 yılına ait bağımlılık tedavisi gören bireylerle yapılan bir çalışmada geçmişe yönelik olumlu zaman perspektifi iyileşme sürecinin olumlu sonuçlanmasıyla ilişkilendirilmiş ve geçmişte başarılı oldukları deneyimleri hatırlayan

katılımcıların, iyileşme sürecinde daha fazla motive ve daha az karamsar oldukları saptanmıştır(159).

Çalışmamıza göre, planlanan tedavi süresini tamamlayanlarda PH perspektifi skorunda anlamlı bir azalma olduğu görülmüştür (Tablo 4). Riskli davranışlara eğilimin bir göstergesi olarak kabul edilen şimdiki zaman ayrıca alkol ve madde kullanım bozukluğuyla en fazla ilişkilendirilmiş perspektiftir(16–19,151). Özellikle şimdi-hazcı zaman perspektifinin psikoaktif madde kullanımıyla pozitif korele olduğu birçok çalışmada gösterilirken, çalışmamızda tedavi için başvuran aktif psikoaktif madde kullanıcılarında tedavi programını bitirenlere göre daha yüksek PH skorlarının saptanması literatürü desteklemektedir(20,151,160). Gelecekteki olası sonuçlara bakmaksızın şimdiki zamanın zevklerine odaklanmak olarak tanımlanan şimdi-hazcı zaman perspektifi kişinin daha dürtüsel davranma eğiliminde olmasına işaret eder (14) ve tedavinin sürdürümünde baskınlığının azalmasının önemli olabileceğini düşündürür; çünkü bu zaman perspektifi bireylerin rehabilitasyon hedefleri için uzun vadeli planlar yapma ve sürdürme becerilerini zayıflatabilir. Nitekim 2009 yılında madde bağımlılığının iyileşme sürecinde zaman deneyiminin rolünü inceleyen bir çalışmada şimdiye yönelik hazcı zaman perspektifinin iyileşme sürecini olumsuz etkilediği saptanmış(159) ve 2012 yılında alkol bağımlılığına sahip bireylerle yapılan diğer bir çalışmada yine bu perspektifin alkol rehabilitasyon programında daha kötü sonuçlar ile ilişkili olduğu gösterilmiştir(161).

Çalışmamıza göre, hedeflenen tedavi süresini tamamlayan kişilerde PF zaman perspektifi skorunda anlamlı bir azalma olduğu görülmüştür (Tablo 4). Şimdiye kaderci yönelimdeki bireyler ana karamsarlık, güçsüzlük ve çaresizlikle odaklanırlar ve yaşamlarının kontrolünün kendi ellerinde olmadıklarına dair yazgısal bir inanca sahiptirler, geleceğin önceden belirlendiğine ve bireylerin bunu değiştirmek için hiçbir şey yapamayacaklarına inanırlar(14). PF zaman perspektifi de problemli alkol ve madde kullanımı ile ilişkilendirilmiştir(94,151) ve iyileşmenin olumsuz sonuçlanmasının nedenleri arasında gösterilmiştir(161); çalışmamızda saptanan halen aktif psikoaktif madde kullanıcılarında PF değerinin program bitimine göre daha yüksek olması ilgili literatürü desteklemektedir. Alkol bağımlılığında yoğun aşermeler kişiyi bunaltarak kendi geleceği üzerindeki kontrolünü kaybettiğini hissetmesine neden olur ve PF ile pozitif korelasyon gösterir(162). Bu teslim olmuş ve pasif tutumu benimsemek, algılanan stres seviyesini, kaygıyı ve depresyonu arttırabilirken, yaşam memnuniyetini de azaltabilir(163–165). Sonuç olarak, hasta psikoaktif madde kullanım davranışının sorunlu doğasını yeterince algılayacak bilişsel kaynağa sahip

olamaz; diğer bir deyişle herhangi bir gerçek problem algılanmadıkça kişi bu davranışlarını değiştirme konusunda isteksiz olur(162). Bu bakımdan çalışmamız sonuçlarına bakıldığında tedavinin sürdürülmesinde PF zaman perspektifi baskınlığının azalması tedavide başarı oranını arttıran faktörlerden biri olarak yorumlanabilir.

Çalışmamıza göre, sorumluluk bilinciyle hareket etme ve koruyucu sağlık önlemlerinin kullanımı ile ilişkilendirilen gelecek zaman perspektifi skorunda anlamlı bir yükselme olduğu görülmüştür (Tablo 4). Bu bulgu önceki çalışmalarla benzerlik göstermektedir(119,166). 1993 yılında halen eroin enjekte etmekte olan ve eroin enjekte etmeyi bırakmış iki hasta grubunun gelecek zaman perspektiflerini kıyaslayan bir çalışmada, halen aktif opioid kullanım bozukluğu tanısını karşılamayan hastalarda saptanan gelecek zaman perspektifi boyutundaki anlamlı yükseklik, gelecek zaman perspektifinin tedavi ile değişebileceğine işaret eden erken çalışmalardan biri olmuştur(166). Uzun vadeli plan yapma eğilimi gösteren bireylerin alkolün anında yarattığı doyumundan ziyade gelecekte potansiyel olarak elde edilebilecek kazanımları tercih ederek alkol içme arzusuna karşı koymak için koruyucu davranış stratejileri kullanmaları daha olasıdır(167). Bu durumda gelecek zaman perspektifi baskınlığı psikoaktif madde kullanımı için koruyucu bir faktör olmasının yanı sıra tedavinin sürdürülmesine de katkı sağlayabilir. 2013 yılında yapılan bir takip çalışmasında gelecek zaman perspektifindeki değişikliklerin psikoaktif madde alımını kesme olasılığını arttırdığı ve gelecek zaman perspektifini geliştirmeyi hedefleyen çabaların muhtemelen madde tüketiminde azalmalara neden olacağı vurgulanmıştır(168). 1999 yılında hapishanede eğitim programını tamamlayan ve tamamlamayan kadın mahkumların karşılaştırıldığı bir çalışmada gelecek zaman yönelimi daha fazla olan kişilerin eğitim programını tamamlama oranlarının daha yüksek olduğu saptanmış ve yine gelecek zaman perspektifine odaklanılmasının eğitim programlarının başarıyla sonlanmasına katkı sağlayacağı düşünülmüştür(169). Bu bakımdan MKB tedavisinde gelecek zaman perspektifini geliştirmeye yönelik müdahaleler hem tedaviye başvurma kararı konusunda hem de tedavinin hedeflenen şekilde tamamlanabilmesine olumlu katkı sağlayabileceği söylenebilir.

Çalışmamıza göre, dengeli zaman perspektifi sapma skorunda anlamlı bir azalma olduğu (Tablo 4), yani hastaların zaman perspektifi alt boyutlarında durumsal olarak daha esnek geçişler yapabilmeye başladıkları bulunmuştur. Dengeli zaman perspektifi, bireylerin değişen çevresel koşullara uyumlarını en üst düzeye çıkarmalarına, kişisel hedeflerini ve değerlerini etkin bir şekilde gerçekleştirmelerine olanak tanıyan bir tür zamansal esneklik olarak ele alınabilir(170) ve tedavinin sürdürümünü etkileyen faktörlerden biri olabilir.

Bağımlılık oluşturan psikoaktif maddenin bırakılması bireyde stres oluşturur ve ayıklığa uyum sağlamakta zorlanan kişi tedaviye devam etme ile yarıda bırakıp yeniden madde kullanmaya karar verme seçenekleri arasında kalabilir. Bu zamansal plastisite, bireylerin uyarlanabilirliklerini en üst düzeye çıkarmalarına, kişisel hedeflerini ve değerlerini etkili bir şekilde gerçekleştirmelerine ve dinamik ve sürekli değişen bir dünyada zihinsel refahı teşvik etmelerine olanak tanırken (170) MKB tedavisine uyum sağlayabilme ve tedavi terki olasılığına dair de fikir verebileceği düşünülmüştür. Çalışmamız sonuçlarında görülen tedaviyi tamamlayabilenlerdeki PP yüksek, PH ve F orta ve PN ile PF düşük yönelim baskınlığı anlamına gelen dengeli zaman perspektifinde ideal puana yaklaşma şeklinde değişim olması tedaviyi yarıda bırakma kararında azalma olabileceğini düşündürmektedir. Değişimi gerçekleştirebilen bireyler hedeflenen tedavi süresini tamamlayabilirken, değişimi gerçekleştiremeyen bireyler tedaviyi yarıda bırakıyor olabilir şeklinde okunabilen bu sonuçlar; gelecekte daha kapsamlı çalışmalar ile detaylandırma yapılmasının hastaların anlaşılmasında faydalı olabileceğini düşündürmektedir.

Çalışmamıza göre, COPE alt ölçek puanlarının standart tedavi programını salah ile tamamlayan hastalarda yapılan ilk ve 14.gündeki tekrar ölçümlerinde anlamlı değişim olduğu saptanmıştır (Tablo 4). Hastalar tedavi sonrasında daha fazla sorun odaklı ve duygu odaklı başa çıkma yöntemleri kullanmaya başlarken işlevsel olmayan başa çıkma tutumlarının kullanımı azalmıştır. Psikoaktif madde kullanım bozuklukları için bilişsel davranışçı tedavilerde, baş etme becerilerinin artan adaptif kullanımı birincil değişim mekanizması olarak kabul edilmektedir(171,172). Sosyal öğrenme teorisi de alkol bağımlılığı olan kişilerin, stres durumunda ve haz arayışında maladaptif yöntemlerin yerini alacak etkili baş etme becerilerini öğrenmeleri gerektiğini öne sürer(173). Tedaviye başvuran bir kişinin tedavi öncesi baş etme biçimini bilmek, tedavinin kişiye uygun düzenlenebilmesini sağlar ve tedavi başarısını arttırır(174). Araştırmalar, baş etme becerilerini geliştirmeye yönelik tedavilerin madde bağımlılığı tedavisinde etkili olduğunu gösterirken(28,101,153,175), ayıklık ve yoksunluk dönemine alışan bireylerin baş etme becerileri kullanımının zamanla azalabilmesiyle relaps riskinin artabileceği göz ardı edilmemeli(176) ve hastaların idame tedavi sürecinde de bu tür müdahalelere yer verilmelidir.

Tedaviye başvuru esnasında, zaman perspektifi gruplarına göre aşerme şiddeti skorları karşılaştırıldığında, herhangi bir spesifik zaman perspektifi baskınlığının aşerme şiddeti ile istatistiksel olarak anlamlı ilişkisi olmadığı, tedavi başlangıcında aşerme skorlarının zaman perspektifi yönelimlerine göre farklılık göstermediği görülmüştür (Tablo 9). Bu sonuç belirli

zaman perspektiflerine sahip olmanın aşerme şiddeti ile ilişkili olabileceği hipotezini desteklememektedir. Çalışmamız literatürde zaman perspektifi ile MKB'nda aşerme şiddetinin doğrudan ilişkisini inceleyen nadir çalışmalardan biri olma özelliği taşımaktadır. Bağımlılıkla ilgili literatürde, Bradshaw ve arkadaşlarının 2014 yılında MKB tanılı hastalar ile yaptığı çalışması, gelecek zaman perspektifi ile ilişkili olan umut etmenin aşerme ile değişim motivasyonu arasındaki ilişkiye aracılık ettiğini öne sürmüştür fakat doğrudan iki kavramın ilişkisini incelememiştir(177). Öte yandan, Wagner ve arkadaşlarının 2018 yılında alkol kullanım bozukluğu tanılı hastalarda aşerme ve zaman perspektifi ilişkisini incelediği araştırmada, daha şiddetli aşermenin PF perspektifi skorunu arttırdığı, çünkü yoğun güçlü aşermelerin kişiye geleceği üzerindeki kontrolünü kaybetmiş gibi hissettirdiğini ve sonuçta kaderci yönelimdeki kişinin sahip olduğu bozukluğun farkına varmasını zorlaştırdığına vurgu yapmıştır(178).

Çalışmamızda, yatarak tedavi başlangıcında, zaman perspektifi dominansına göre başa çıkma tutumları ilişkisi incelendiğinde ise, PF grubunun toplam puanlarının diğer tüm zaman perspektifi gruplarına göre anlamlı düzeyde yüksek olduğu saptanmıştır (Tablo 9). İşlevsel olmayan baş etme tutumları puanlarının PF baskın grubunda PN, PP ve F gruplarının puanlarına göre anlamlı düzeyde yüksek olduğu, PN ve PH gruplarının puanlarının da F baskın grubun puanlarından anlamlı düzeyde yüksek olduğu belirlenmiştir. Duygu odaklı baş etme puanlarında ise PF grubunun puanlarının diğer tüm zaman perspektifi gruplarına göre anlamlı düzeyde yüksek olduğu belirlenmiştir. Sorun odaklı baş etme tutumlarında ise, F grubunun puanlarının PN, PP ve PH gruplarından anlamlı düzeyde yüksek olduğu, PF grubunun puanlarında da PN ve PP grubunun puanlarından anlamlı düzeyde yüksek olduğu görülmüştür. Çalışmamız bulguları, zaman perspektifi ile başa çıkma stratejileri arasındaki ilişkiyi incelemiş olan önceki araştırmalar ile F, PH ve PN zaman perspektifleri bakımından tutarlılık gösterirken(14,179–182) özellikle PF zaman perspektifi sonuçları literatürle karşılaştırıldığında farklılık göstermektedir. Literatürde birçok çalışma gelecek yöneliminin proaktif ve problem odaklı başa çıkma tutumları ile olumlu, kaçıngan/maladaptif başa çıkma tutumları ile ise negatif korele olduğunu göstermiştir(14,19,179–184). Gelecek zaman perspektifini benimseyen bireyler başarıya ve verilen taahhütleri yerine getirmeye odaklandıkları ve hazzı erteleyebildikleri için görev-yönelimli aktif baş etme stratejilerini kullanmaya eğilimlidirler(120). Gelecek zaman perspektifi kaçıngan başa çıkma tutumlarının ise negatif prediktörüdür(184). Literatürde, çatışmalı bir durumda, şimdi ve gelecek yönelimli bireylerin, şimdiki zamana yönelimli olanlarla karşılaştırıldığında, daha fazla işbirlikçi tutum

sergilemeye meyilli oldukları gösterilmiştir(185). Çalışmamız bulguları, F grubunda diğer perspektiflere kıyasla Problem Odaklı Baş Etme puanlarının daha yüksek saptanması ve İşlevsel Olmayan Baş Etme puanlarının daha düşük olması bakımından ilgili literatürle tutarlılık göstermektedir. Literatürde, özellikle PH perspektif olmak üzere şimdi baskın perspektifin ise kaçıngan/işlevsel olmayan baş etme stratejileri ile ilişkili olduğu gösterilmiştir(14,19,183). PH perspektifinin hem uyumlu hem de uyumsuz başa çıkma stratejileri ile ilişkili olduğunu gösteren çalışmalar vardır ve bu duruma duygu odaklı başa çıkma yaklaşımları ile daha yakından ilişkili olması aracılık etmektedir(182,184). Çalışmamız sonuçlarında da PH grubunun baş etme stratejileriyle olan iki yönlü ilişkisi görülmektedir. PH ile başa çıkma stratejileri arasındaki ilişkiyi daha iyi anlamak için daha fazla araştırmaya ihtiyaç vardır. PF yönelimin proaktif baş etme ile negatif ilişkili olduğu gösterilmiştir(181). Bir diğer çalışmada, işlevsel olmayan kaçıngan stratejilerle pozitif yönde ilişkili olduğu saptanmıştır(179). Öte yandan, kaderci yönelim ile başa çıkma tutumları arasında anlamlı bir bağlantı olmadığını saptayan araştırmalar da mevcuttur(182). Çalışmamızda MKB tanılı hastalarda PF baskın yönelimde olmanın problem odaklı başa çıkma stratejileriyle negatif korelasyon göstermediği, aksine olumlu bir ilişkisi olduğunun saptanması örneklemin sosyo-kültürel yönü ile ilgili olabilir. Türk kültüründe kader inancı, kontrolü tamamen bırakmak olmamakla birlikte gelecek üzerine kaygıyı azaltmayı da öğütlemektedir(186). Ek olarak, İslamiyet'teki kader inancı insandaki sorumluluğu ortadan kaldırmamaktadır(187) . Ayrıca duygu odaklı baş etme tutumları dini olarak başa çıkma stratejilerini içermektedir(23). PN perspektifin ise işlevsel olmayan baş etme stratejileri ile ilişkili olduğu gösterilmiştir(181,182). 2023 yılında yayımlanan bir çalışmada ise PN perspektifinin problem-odaklı ve aktif duygu-odaklı başa çıkmanın negatif prediktörü olduğu saptanırken işlevsel olmayan kaçıngan başa çıkma tutumlarının ise prediktörü olduğu gösterilmiştir(184). Ayrıca duygu odaklı ve kaçıngan baş etme stratejileri kullanan bireylerde, görev-yönelimli başa çıkma stratejileri kullananlara kıyasla, zaman perspektifinin önemli ölçüde pozitif veya negatif geçmişe yönelik olduğu gösterilmiştir(120). PP perspektifi ise adaptif başa çıkma stratejileri ile ilişkili bulunmuştur(179). Bir başka çalışmada ise diğer zaman perspektiflerine göre PP perspektifinin hem problem-odaklı hem de duygu-odaklı başa çıkma tutumları için prediktör olduğu gösterilmiştir(184).

Psikososyal işlevsellik sonuçlarına bakıldığında, tedaviye başvuru esnasında, F yönelimi baskın bireylerin PN ve PP baskın gruba göre anlamlı olarak daha iyi psikososyal işlevsellik gösterdiği saptanmıştır (Tablo 9). Alt ölçekler incelendiğinde ise, özerklik, mesleki,

bilişsel, kişilerarası ilişkiler ve boş zaman aktiviteleri alanlarında tüm perspektif alt tiplerinde benzer şiddette zorlanma yaşandığı; mali işlevsellik alanında ise daha fazla zorlanan grubun PN yönelimli bireyler olduğu bulunmuştur. Çalışmamız sonuçları, alkol ve madde kullanımına bağlı olumsuz sonuçların PN ve PH zaman perspektifi yönelimleri ile ilişkilendirildiği 2015 yılına ait çalışmayla hem uyumlu bulunmuş hem de perspektif çeşitliliği bakımından daha geniş bir veri sağlamıştır(156). 2014 yılında ağır mental hastalık tanılı hastalarla yapılan zaman perspektifi ile hayat kalitesi arasındaki ilişkinin incelendiği çalışmada, daha yüksek F yönelimli hastaların fiziksel rolde, duygusal rolde, zihinsel sağlıkta ve akıl sağlığında başta PN olmak üzere diğer zaman perspektiflerine göre daha iyi yaşam kalitesi ve daha iyi bir sağlık düzeyine sahip oldukları saptanmıştır(188).

Tedaviyi tamamlayan ve tedaviyi yarım bırakan hastaların ilk ölçüm Penn Alkol Aşerme Ölçeği ve Madde Aşerme Ölçeği puanlarında anlamlı bir farklılık saptanmamıştır (Tablo 5). 2020 yılına ait bir meta-analiz çalışmasının sonuçları, alkol ve madde kullanım bozukluğu olan kişilerde aşermenin, madde kullanım davranışları için orta düzeyde ve distal bir risk faktörü olduğunu göstermiş ve aşerme ile madde kullanımı arasındaki ilişkinin birbirleriyle etkileşen pek çok hususun dikkate alınarak araştırılması gerektiğini vurgulamıştır(13). Çalışmamız da aşerme ve madde kullanım davranışı arasındaki ilişkiyi zaman perspektifi ve başa çıkma mekanizmaları üzerinden anlaşılır kılmak amacıyla tasarlanmıştır. Diğer taraftan, bu sonuç, tedaviye başvuru esnasındaki hastaların benzer şiddette aşerme deneyimlediklerine, tedavinin ileriki dönemine göre başlangıçta daha şiddetli aşerme yaşadıklarına, fakat tedavinin sürdürüleceği veya terk edileceği konusunda başlangıçtaki aşerme şiddetinin tek başına bir etkisi olmadığına; zaman perspektifi ve başa çıkma mekanizmalarının bu durumda mediatör olabileceğine işaret etmektedir.

Çalışmamız bulguları, zaman perspektifi ile zihinsel sağlık ve alkol ve madde kullanımı arasındaki ilişkiyi incelemiş olan önceki araştırmaları desteklemektedir(94,95,119).

Tedaviyi salah halinde tamamlayan ve tedaviyi yarım bırakan hastaların servise geldikleri gün doldurdukları zaman perspektifi envanterinde geçmiş zaman-olumsuz, geçmiş zaman-olumlu, şimdiki zaman-hazcı, şimdiki zaman-kaderci, gelecek zaman ve dengeli zaman perspektifi ortalama puanları arasında anlamlı bir farklılık saptanmamıştır (Tablo 5). Tedaviye başvuru esnasında hastaların %43,3'ünde PN, %23,3'ünde F, %16,7'sinde PH, %11,3'ünde PP ve %5,3'ünde PF baskın zaman perspektifi olduğu saptanmıştır. Tedaviyi salah ile tamamlayan hastaların tedaviye başvuru esnasında %45,1'inin PN, %11'inin PP, %11'inin PH, %4,9'unun PF ve %28'inin F perspektifi baskın iken; tedaviyi yarım bırakan

hastaların tedaviye başvuru esnasında %41,2'si PN, %11,8', PP, %23,5', PH, %5,9'u PF ve %17,6'sının F perspektifinin baskın olduğu saptanmıştır. Zaman perspektifi gruplarına göre tedavinin nasıl sonuçlandığı karşılaştırıldığında tedavi sonucunun istatistiksel olarak farklılık göstermediği belirlenmiştir (Tablo 8). Dengeli zaman perspektifi sapma puanının kategorik değil nominal değişken olmasından dolayı bu karşılaştırmaya dahil edilememiştir. Çalışmamız sonuçları ile yatarak tedavi randevusuna gelen hastaların tedavi başlangıcında benzer zaman perspektiflerine sahip oldukları anlaşılmaktadır. Yatarak tedavi, hastanemiz polikliniğinde daha şiddetli hastalığa sahip olan hastalara önerilen gönüllü ve kişinin kendi kararı doğrultusunda olan bir tedavi seçeneğidir. Zaman perspektifi kavramının karar verme süreçleri üzerinde etkisi olduğu göz önüne alındığında(14), bu aşamada benzer spektrumdaki hastaların bu tedaviye başlamaya karar veriyor olabileceğini düşündürmektedir. Ancak, başlangıçta ölçülmüş olan zaman perspektifi skorlarının tedavinin nasıl sonuçlanacağını öngörebileceğine dair hipotezimiz ispatlanamamış, değişkenler arasında nedensel bir ilişki bu çalışmamızda bulunamamıştır. Tedavinin ilerleyen sürecinde, tedavinin devamı ya da terki kararında baskın olan zaman perspektifi ile zaman perspektiflerinin optimal yönde değişip değişmediğinin anlaşılması için gelecekte daha kapsamlı çalışmalar yapılmasının faydalı olacağı düşünülmektedir.

Çalışmamıza göre, dengeli zaman perspektifinden sapma puanının; MAÖ, COPE-İşlevsel Olmayan Baş Etme ile KİDÖ toplam, Mesleki ve Mali alt boyut puanlarıyla pozitif yönde anlamlı düzeyde ilişkili olduğu saptanmıştır (Tablo 12). Daha dengeli zaman perspektifine sahip olmak maladaptif baş etme stratejilerinin daha az kullanılmasıyla ilişkilidir. Ayrıca çalışmamızda daha dengeli zaman perspektifine sahip olmanın işlevsellikte de daha az zorlanma ile ilişkili olduğu bulunmuştur. Literatürde, dengeli zaman perspektifinden sapma skorunun artması ile bireylerin daha fazla umutsuzluk hissettiği ve fiziksel, emosyonel, mental sağlığın olumsuz etkilenmesiyle birlikte daha düşük hayat kalitesine sahip oldukları saptanmıştır(188). Çalışmamızda, dengeli zaman perspektifinden sapma derecesi arttıkça, madde aşerme şiddetinde de artış olduğu gösterilmiştir. Çalışmamız literatürde dengeli zaman perspektifi ile aşermenin ilişkilendirildiği ilk çalışmalardan biri olma özelliği taşımaktadır. Ayrıca, çalışmamıza göre dengeli zaman perspektifinden sapma puanının COPE-sorun odaklı baş etme alt boyutu puanlarıyla negatif yönde anlamlı düzeyde ilişkili olduğu saptanmıştır. Daha dengeli zaman perspektifine sahip olmak ile daha adaptif baş etme stratejileri kullanmak arasında saptanan bu ilişki literatürdeki diğer çalışmalar ile tutarlılık göstermektedir(189).

Tedaviyi tamamlayan hastaların ilk ölçüm COPE toplam puanı, tedaviyi yarım bırakan hastaların toplam puanına göre anlamlı olarak yüksek olduğu saptanmıştır. COPE toplam ölçek puanının artması kişinin stresle, yöntemin türü fark etmeksizin, baş etme mekanizmalarını daha fazla kullanıyor olduğuna işaret etmektedir(23). Tedavinin başlangıcında stresle birden fazla yöntemle baş etmeye çalışan hastaların hedeflenen tedavi süresini tamamlama oranlarının daha fazla olduğu bulunmuştur. 2007 yılında nikotin bağımlılığı nedeniyle tedaviye başvurmuş olan hastalarla yapılan bir çalışmada, birçok baş etme stratejisi kullanmanın, bireylerin sigara içme isteğine karşı koymalarına yardımcı olduğu ve istek uyandıran uyaranlar sırasında aşerme şiddetini azaltarak tekrarı önlediği gösterilmiştir(175). Literatürde, tedaviye başlangıç sırasında, yüksek düzeyde ayık kalma motivasyonuna sahip olan, ancak daha düşük baş etme, düşük öz yeterlik ve Adsız Alkolikler/Adsız Narkotikler'e zayıf bağlılık gösteren birçok kişinin değişmeye hazır ve istekli olabileceği, fakat yardım almadan bu değişimi gerçekleştiremediklerine dikkat çekilmektedir(137). Tedaviyi tamamlayan ve tedaviyi yarım bırakan hastaların ilk ölçüm baş etme ölçeği alt ölçek puanları arasında anlamlı bir farklılık saptanmamıştır. Bu sonuç, benzer başa çıkma tutumlarına sahip hastaların yatarak tedaviye başvurmuş oldukları şeklinde yorumlanabilir.

Tedaviyi tamamlayan ve tedaviyi yarım bırakan hastaların ilk ölçüm kısa işlevsellik değerlendirme ölçeği alt ölçek puanları arasında mali işlevsellik alanı haricinde anlamlı bir farklılık saptanmamıştır. Tedaviyi tamamlayan hastaların mali işlevsellik alt ölçek puanı tedaviyi yarım bırakan hastalara göre daha yüksek saptanmıştır. Diğer bir deyişle, mali alanda işlevsellikte zorlanma arttıkça hastaların tedaviyi terk etme riski artmaktadır. Yatarak tedavi sonrasında MKB tanılı hastaları bekleyen birçok stresli durum vardır ve bunların başında ekonomik zorluklar gelmektedir(30). Bu sonuç, geçim sıkıntısı arttıkça günübirlik ya da düzensiz de olsa bir işte çalışmak zorunda hisseden hastaların planlanan tedavi programını tamamlamadan tedaviyi terk etme ihtimallerinin artıyor olduğu şeklinde yorumlanabilir. Bu da MKB tedavisi ve rehabilitasyon sürecinde psikososyal desteğin önemini bir kez daha ortaya koymaktadır(48,107,122).

6. SONUÇ

Bu çalışmanın ana bulguları:

1) Madde kullanım bozukluğu tanılı hastalarda aşerme şiddeti, zaman perspektifi ve baş etme biçimleri tedavi öncesi ve sonrasında değişkenlik göstermektedir. Hedeflenen tedavi süresinin tamamlanması ile aşerme şiddetinde azalma, işlevsel ve duygu odaklı baş etme stratejilerinin kullanımında artma, işlevsel olmayan baş etme stratejilerinin kullanımında azalma, geçmiş zaman olumlu ve gelecek zaman perspektifinde artma ve geçmiş-olumsuz, şimdi-hazcı ve şimdi-kaderci zaman perspektifinde azalma olduğu saptanmıştır.
2) Dengeli zaman perspektifinden sapma puanı arttıkça madde aşerme şiddeti, işlevsel olmayan başa etme stratejilerinin kullanımı ve psikososyal işlevsellikte zorlanma artmakta; sapma puanı azaldıkça ise problem odaklı baş etme stratejilerinin kullanımı artmaktadır.
3) Tedaviye başvuru anında şimdi-kaderci perspektifinde olma hem sorun odaklı, hem duygu odaklı hem de işlevsel olmayan baş etme yöntemlerinin kullanımı ile ilişkili bulunmuştur. Bu sonuç beklenenden çok farklı bir bulgu olup, MKB tanılı hastalar için kaderci perspektifin daha iyi anlaşılabilmesi adına daha kapsamlı çalışmalara ihtiyaç duyulduğuna işaret etmektedir.
4) Tedaviye başvuru anında herhangi bir perspektif eğilimli olma ile tedaviyi terk etme veya tamamlama oranı arasında anlamlı ilişkili bulunmamıştır.

Bu bulgular, bireylerin psikoaktif madde kullanım bozukluğu tedavisini tehdit eden kronik bir stres faktörü olarak aşermeyi yönetme kapasitesini geliştirmek için çok önemli olabilecek başa çıkma tutumlarını geliştirmede zaman perspektifinin rolü olabileceğini desteklemektedir. Ayrıca, Gözden Geçirilmiş Stres ve Baş Etme Teorisi ile Zimbardo Zaman Perspektifi Teorisi'ne uygun olarak dengeli zaman perspektifi, adaptif başa çıkma mekanizmaları ve daha az aşerme arasındaki yararlı ilişki gösterilmiştir. Bu açıdan madde kullanım bozukluğu ile yaşayan daha geniş nüfus tabanını tedavi sürecine dahil etmek ve tedavi gören kişilerin uzun vadeli iyileşmelerini optimize etmek açısından çalışmamızın literatüre katkı sağlayacağı düşünülmektedir. Bu çalışma ile bağımlılık alanında çalışan profesyonellerin etkili olduğu gösterilen stratejilere odaklanmasını sağlayarak tedavi etkinliğini arttırmalarına ve zamanı daha verimli kullanabilmelerine faydalı olacağı düşünülmektedir.

7.KISITLILIKLAR

Çalışmamız bazı kısıtlılıklar taşımaktadır. Hedeflenen tedavi programını on dördüncü günden önce tamamlayan (örneğin on üçüncü günde salah ile taburcu edilen) hastalar ikinci kez doldurulması planlanan ölçekleri tamamlamadan taburcu olmuşlardır. Ayrıca hedeflenen tedavi programını tamamlamasına karşın ikinci doldurduğu ölçeği teslim etmeden taburcu olan hastalarımız olmuştur. Ayrıca, edinilen bulgular hastaların özbildirim ölçeklerinde belirttikleriyle sınırlı olmuştur. Günümüzde karışık psikoaktif madde kullanımında görülen artış, çalışmanın spesifik bir psikoaktif madde türü ile dizayn edilmesine olanak bırakmamıştır. Ek olarak, uzunlamasına takip çalışmalarının zaman perspektifinin MKB tedavisindeki etkisinin anlaşılmasına daha fazla fayda sağlayacağı düşünülmektedir. Örneklem sayısı arttırılarak sadece yatarak değil ayaktan tedavi ünitesine başvuran ve rehabilitasyon sürecine devam eden hastaların da dahil edileceği daha geniş kapsamlı çalışmalar yapılması yararlı olabilir. Son olarak, aşerme şiddeti, baş etme stratejileri ve zaman perspektifinin tedaviyi tamamlama konusunda anlamlı katkıları olup olmadığı hepsinin etkisinin değerlendirilebileceği bir regresyon analizi ile ilerleyen çalışmalarda incelenebileceği düşünülmektedir.

8. KAYNAKLAR

1. UNODC, World Drug Report 2023 (United Nations publication, 2023).
2. Larney S, Peacock A, Mathers BM, Hickman M, Degenhardt L. A systematic review of injecting-related injury and disease among people who inject drugs. Drug Alcohol Depend. 2017 Feb 1;171:39–49.
3. Rehm J, Gmel Sr GE, Gmel G, Hasan OSM, Imtiaz S, Popova S, et al. The relationship between different dimensions of alcohol use and the burden of disease-an update. 2017; Available from: https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/add.13757
4. Davidson C. [Identification and treatment of psychiatric comorbidity associated with alcoholism]. Praxis [Internet]. 1999 Oct 20 [cited 2023 Oct 8];88(42):1720–5. Available from: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10574038/
5. Degenhardt L. The global burden of disease attributable to alcohol and drug use in 195 countries and territories, 1990-2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016 GBD 2016 Alcohol and Drug Use Collaborators*. Lancet Psychiatry [Internet]. 2018 [cited 2023 Oct 1];5:987–1012. Available from: http://dx.doi.org/10.1016/
6. Vardar E. Sönmez B, Şıpka H, Karaca E. "Bağımlılık tedavisini Terk Nedenlerinin Değerlendirilmesi" Bağımlılık Dergisi, 16 (2):70-77, 2015. . [cited 2023 Oct 8]; Available from: http://psikiyatridizini.net/viewarticle.aspx?articleid=19884&tammetinvar=yes
7. Dennis M, Scott CK. Managing Addiction as a Chronic Condition. Addiction Science & Clinical Practice [Internet]. 2007 [cited 2023 Oct 8];4(1):45. Available from: /pmc/articles/PMC2797101/
8. Stark MJ. Dropping out of substance abuse treatment: A clinically oriented review. Clin Psychol Rev. 1992 Jan 1;12(1):93–116.
9. Brorson HH, Ajo Arnevik E, Rand-Hendriksen K, Duckert F. Drop-out from addiction treatment: A systematic review of risk factors. Clin Psychol Rev. 2013 Dec 1;33(8):1010–24.
10. Nordheim K, Walderhaug E, Alstadius S, Kern-Godal A, Arnevik E, Duckert F. Young adults' reasons for dropout from residential substance use disorder treatment. Qualitative Social Work. 2018 Jan 1;17(1):24–40.
11. Amerikan Psikiyatri Birliği, Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı, Beşinci Baskı (DSM-5), Tanı Ölçütleri Başvuru El Kitabı'ndan, çev. yay. yön. Köroğlu E, Hekimler Yayın Birliği, Ankara, 2014 .
12. Tiffany ST, Wray JM. The clinical significance of drug craving. 2012;
13. Cavicchioli M, Vassena G, Movalli M, Maffei C. Is craving a risk factor for substance use among treatment-seeking individuals with alcohol and other drugs use disorders? A meta-analytic review. Drug Alcohol Depend. 2020 Jul 1;212:108002.
14. Zimbardo PG, Boyd JN. Putting time in perspective: A valid, reliable individual-differences metric. J Pers Soc Psychol. 1999 Dec;77(6):1271–88.
15. Garcia D, Sailer U, Rosenberg P, Al Nima A, Gamble A, Gärling T, et al. A happier and less sinister past, a more hedonistic and less fatalistic present and a more structured future: time perspective and well-being.
16. Zimbardo PG, Keough KA, Boyd JN. Present time perspective as a predictor of risky driving. Pers Individ Dif. 1997 Dec 1;23(6):1007–23.
17. Hodgins DC, Engel A. Future time perspective in pathological gamblers. J Nerv Ment Dis [Internet]. 2002 Nov 1 [cited 2023 Oct 8];190(11):775–80. Available from: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12436018/

18. Rothspan S, Read SJ. Present versus future time perspective and HIV risk among heterosexual college students. Health Psychol [Internet]. 1996 [cited 2023 Oct 8];15(2):131–4. Available from: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/8681921/

19. Wills TA, Sandy JM, Yaeger AM. Time perspective and early-onset substance use: a model based on stress-coping theory. Psychol Addict Behav [Internet]. 2001 [cited 2023 Oct 8];15(2):118–25. Available from: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11419227/

20. Henson JM, Carey MP, Carey KB, Maisto SA, Bldg G. Associations Among Health Behaviors and Time Perspective in Young Adults: Model Testing with Boot-Strapping Replication. J Behav Med. 2006;29(2).

21. Van Beek W, Berghuis H, Kerkhof ad, Beekman A. Time perspective, personality and psychopathology: Zimbardo's time perspective inventory in psychiatry. Time Soc. 2011;20(3):364–74.

22. Finan LJ, Linden-Carmichael AN, Adams AR, Youngquist A, Lipperman-Kreda S, Mello ZR. Time Perspective and Substance Use: An Examination Across Three Adolescent Samples HHS Public Access. Addict Res Theory. 2022;30(2):112–8.

23. ÖZER ÖA, KARA H, AĞARGÜN MY, BEŞİROĞLU L, KIRAN ÜK. COPE (Başa çıkma tutumlarını değerlendirme ölçeği): Psikometrik özelliklere ilişkin bir ön çalışma. Anadolu Psikiyatri Derg [Internet]. 2005 [cited 2023 Oct 8];6(4):221–6. Available from: https://search.trdizin.gov.tr/tr/yayin/detay/58492/cope-basa-cikma-tutumlarini-degerlendirme-olcegi-psikometrik-ozelliklere-iliskin-bir-on-calisma

24. Folkman S. Stress: Appraisal and Coping. Encyclopedia of Behavioral Medicine [Internet]. 2013 [cited 2023 Oct 8];1913–5. Available from: https://link.springer.com/referenceworkentry/10.1007/978-1-4419-1005-9_215

25. Carver CS, Scheier MF, Weintraub JK. Assessing coping strategies: A theoretically based approach. J Pers Soc Psychol. 1989;56(2):267–83.

26. Pedersen ER, Tucker JS, Davis JP, Dunbar MS, Seelam R, Rodriguez A, et al. Tobacco/nicotine and marijuana co-use motives in young adults: Associations with substance use behaviors one year later. Psychol Addict Behav [Internet]. 2021 [cited 2023 Oct 8];35(2):133–47. Available from: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32551726/

27. Uluğ, B. (1997). Madde Kullanımı İle İlişkili Bozukluklar. (Ed. C. Güleç ve E. Köroğlu), Psikiyatri Temel Kitabı. Ankara: Mediographics Ajans Matbaacılık.

28. Myers MG, Brown SA, Mott MA. Coping as a predictor of adolescent substance abuse treatment outcome. J Subst Abuse [Internet]. 1993 [cited 2023 Oct 8];5(1):15–29. Available from: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/8329878/

29. Can G, Tanriverdi D. Social Functioning and Internalized Stigma in Individuals Diagnosed with Substance Use Disorder. Arch Psychiatr Nurs [Internet]. 2015 Dec 1 [cited 2023 Oct 8];29(6):441–6. Available from: http://www.psychiatricnursing.org/article/S0883941715001569/fulltext

30. Maciej Serda, Becker FG, Cleary M, Team RM, Holtermann H, The D, et al. Madde Bağımlılarının Tedavi Sonrası Sosyal Yaşamlarındaki Sorunları ve Sosyal Hizmet Uygulamaları. G. Balint, Antala B, Carty C, Mabieme JMA, Amar IB, Kaplanova A, editors. Bağımlılık [Internet]. 2008 [cited 2023 Oct 8];9(1):343–54. Available from: https://desytamara.blogspot.com/2017/11/sistem-pelayanan-perpustakaan-dan-jenis.html

31. UNODC, World Drug Report 2010 (United NationsPublication, Sales No. E.10.XI.13). 2010.

32. Çakmak D, Evren C (editörler). Alkol ve Madde Kullanım Bozuklukları. İstanbul: Özgül Matbaacılık, 2006, 9-33. In.

33. TUBİM (2014) Emniyet Genel Müdürlüğü Kaçakçılık ve Organize Suçlarla Mücadele Daire Başkanlığı EMCDDA 2014 Ulusal Raporu (2013 Yılı Verileri) : Reitox Ulusal Temas Noktası Türkiye: Yeni

Gelişmeler, Trendler, Seçilmiş Konular. Ankara, Türkiye Uyuşturucu ve Uyuşturucu Bağımlılığı İzleme Merkezi.

34. Aldemir, E., & Gönül AS. Alkol ve Madde Kullanım Bozukluklarının Nörobiyolojisi. In: Alkol ve Madde Kullanım Bozuklukları Temel Başvuru Kitabı. 2019. p. pp.1-12.

35. Uzbay."Madde Bağımlılığının Tarihçesi, Tanımı, Genel Bilgiler ve Bağımlılık Yapan Maddeler", MİSED Türk Eczacıları Birliği Yayını,2009; Sayı 21- 22, Yorum Basın Yayın Sanayi Ltd. Şti,:5-73. [cited 2023 Oct 9]; Available from: http://www.eczaakademi.org/images/upld2/ecza_akademi/makale/20110325100354madde_bagimliligi_tarihcesi.pdf

36. Arıkan Z. Alkol Kullanımına Bağlı Ruhsal ve Davranışsal Bozukluklar: Işık E, Taner E, Işık U (editörler). Güncel Klinik Psikiyatri. Ankara: 2008, 317-335.

37. Hand A, Blake A, Kerrigan P, Samuel P, Friedberg J. History of medical cannabis. J Pain Manage. 2016;9(4):387–94.

38. Aragón-Poce F, Martínez-Fernández E, Márquez-Espinós C, Pérez A, Mora R, Torres LM. History of opium. Int Congr Ser. 2002 Dec 1;1242(C):19–21.

39. Sue Biondich A, David Joslin J. Review Article Coca: The History and Medical Significance of an Ancient Andean Tradition. 2016; Available from: http://dx.doi.org/10.1155/2016/4048764

40. Evren C, Bozkurt M. Update on methamphetamine: An old problem that we have recently encountered. Dusunen Adam - The Journal of Psychiatry and Neurological Sciences. 2018;31(1):1–10.

41. Akvardar Y. Halüsinojenler. Madde Bağımlılığı Tanı ve Tedavi Kılavuzu El Kitabı ,TC. Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Bakanlık Yayın Numarası 879 , Ankara :181. In.

42. Güleç G, Köşger F, Eşsizoğlu A. DSM-5'te Alkol ve Madde Kullanım Bozuklukları Alcohol and Substance Use Disorders in DSM-5. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar-Current Approaches in Psychiatry [Internet]. 2015 [cited 2023 Oct 10];7(4):448–60. Available from: www.cappsy.org

43. Sezgin E, Evren C, Çınar ÖG, Küçükgöncü S, Bayram MK. Antiepileptik barbeksaklon (maliasin®) bağımlılığı olan iki olgu. Dusunen Adam: The Journal of Psychiatry and Neurological Sciences. 2010 Jun 30;128–32.

44. Global status report on alcohol and health 2018. Geneva: World Health Organization; 2018. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. 2018.

45. James SL, Castle CD, Dingels Z V, Fox JT, Hamilton EB, Liu Z, et al. Estimating global injuries morbidity and mortality: methods and data used in the Global Burden of Disease 2017 study. Injury Prevention. 2020 Oct;26(Suppl 2):i125–53.

46. Türkiye Genel Nüfusta Tütün, Alkol ve Madde Kullanımına Yönelik Tutum ve Davranış Araştırma Raporu 2018. 2018.

47. Türkiye Uyuşturucu ve Uyuşturucu Bağımlılığı İzleme Merkezi Şube Müdürlüğü (TUBİM). Türkiye Uyuşturucu Raporu 2023, [Internet]. Ankara; 2023 [cited 2023 Oct 10]. Available from: https://narkotik.pol.tr/2023-turkiye-uyusturucu-raporu-yayinlanmistir

48. Karaca Erol Z, Çiftçi Gökçearslan E. Madde Kullanımının ve Bağımlılığının Sosyoekonomik Maliyetinin ve Suç İle İlişkisinin Değerlendirilmesi. Manisa Celal Bayar Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi [Internet]. 2021 [cited 2023 Oct 11];(19 (1)):42–57. Available from: moz-extension://31267f13-be97-4d6f-85de-ec8a9991effc/enhanced-reader.html?openApp&pdf=https%3A%2F%2Fdergipark.org.tr%2Fen%2Fdownload%2Farticle-file%2F689872

49. Sadock BJ, Sadock VA, Ruiz P. Kaplan & Sadock's synopsis of psychiatry: behavioral sciences/clinical psychiatry. - Eleventh edition. 11th ed. 2015.

50. Yilmaz A. Alkol ve Madde Bağımlılığında Remisyon ve Depreşme - Remission and Relapse in Alcohol and Substance Addiction. [cited 2023 Oct 2]; Available from: www.cappsy.org

51. Koob GF, Volkow ND. Neurocircuitry of Addiction. Neuropsychopharmacology. 2010 Jan 26;35(1):217–38.

52. Heyman GM. Addiction and Choice: Theory and New Data. Front Psychiatry. 2013;4.

53. Lewis M. Addiction and the Brain: Development, Not Disease. Neuroethics. 2017 Apr 11;10(1):7–18.

54. WEISS F, CICCOCIOPPO R, PARSONS LH, KATNER S, LIU X, ZORRILLA EP, et al. Compulsive Drug-Seeking Behavior and Relapse. Ann N Y Acad Sci. 2001 Jun 25;937(1):1–26.

55. Fattahi M, Modaberi S, Eskandari K, Haghparast A. A systematic review of the local field potential adaptations during conditioned place preference task in preclinical studies. Synapse. 2023 Sep 6;77(5).

56. Hogarth L. Addiction is driven by excessive goal-directed drug choice under negative affect: translational critique of habit and compulsion theory. Neuropsychopharmacology. 2020 Apr 6;45(5):720–35.

57. Nestler EJ. Molecular mechanisms of drug addiction. Neuropharmacology. 2004 Jan;47:24–32.

58. Crabbe JC. Genetic Contributions to Addiction. Annu Rev Psychol. 2002 Feb;53(1):435–62.

59. Hancock DB, Markunas CA, Bierut LJ, Johnson EO. Human Genetics of Addiction: New Insights and Future Directions. Curr Psychiatry Rep. 2018 Feb 5;20(2):8.

60. Archer T, Blum K. Neurogenetics and Epigenetics in Impulsive Behaviour: Impact on Reward Circuitry. J Genet Syndr Gene Ther. 2012;03(04).

61. Ismail R, Mohammed Nawi A, Abdul Manaf MR, Hassan MR, Mohd HA, Ibrahim N, et al. Risk and Protective Factors in Predicting Drug and Substance Abuse Among Malaysian Youths. ADDICTA: The Turkish Journal on Addictions. 2023 Apr 14;

62. Degenhardt L, Stockings E, Patton G, Hall WD, Lynskey M. The increasing global health priority of substance use in young people. Lancet Psychiatry. 2016 Mar;3(3):251–64.

63. NEBİOĞLU YILDIZ M, YALNIZ DİLCEN H, GÜVEN M, GEÇİCİ Ö (2013). Opiyat bağımlılarında diğer maddelerin kullanımı ve sosyodemografik özellikler ile ilişkisi. TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni, 12(1), 35 - 42.

64. Drabble L, Trocki KF, Klinger JL. Religiosity as a protective factor for hazardous drinking and drug use among sexual minority and heterosexual women: Findings from the National Alcohol Survey. Drug Alcohol Depend. 2016 Apr;161:127–34.

65. Walker R. Retention in Treatment—Indicator or Illusion: An Essay. Subst Use Misuse. 2009 Jan 3;44(1):18–27.

66. Ögel K. Bağımlılık ve tedavisi temel kitabı. İstanbul: IQ Kültür Sanat Yayıncılık; 2017.

67. Erükçü Akbaş Gamze, Mutlu Ercan. Madde Bağımlılığı Tedavisi Gören Kişilerin Bağımlılık ve Tedavi Deneyimleri. Toplum ve Sosyal Hizmet [Internet]. 2016 [cited 2023 Oct 12];27(1):101–22. Available from: https://dergipark.org.tr/tr/pub/tsh/issue/38633/448505https://dergipark.org.tr/tr/pub/tsh/issue/38633/448505

68. Ugurlu T, Sengul C, Sengul C. Psychopharmacology of Addiction. Psikiyatride Guncel Yaklasimlar - Current Approaches in Psychiatry. 2012;37.

69. Therapist's Guide to Evidence-Based Relapse Prevention. Elsevier; 2007.

70. Rosenthal A, Ebrahimi C, Wedemeyer F, Romanczuk-Seiferth N, Beck A. The Treatment of Substance Use Disorders: Recent Developments and New Perspectives. Neuropsychobiology. 2022;81(5):451–72.

71. Lappan SN, Brown AW, Hendricks PS. Dropout rates of in-person psychosocial substance use disorder treatments: a systematic review and meta-analysis. Addiction. 2020 Feb 6;115(2):201–17.

72. Wickizer T, Maynard C, Atherly A, Frederick M, Koepsell T, Krupski A, et al. Completion rates of clients discharged from drug and alcohol treatment programs in Washington State. Am J Public Health. 1994 Feb;84(2):215–21.

73. Brorson HH, Ajo Arnevik E, Rand-Hendriksen K, Duckert F. Drop-out from addiction treatment: A systematic review of risk factors. Clin Psychol Rev. 2013 Dec;33(8):1010–24.

74. Ravndal E, Amundsen EJ. Mortality among drug users after discharge from inpatient treatment: An 8-year prospective study. Drug Alcohol Depend. 2010 Apr;108(1–2):65–9.

75. Simpson DD. Treatment for Drug Abuse. Arch Gen Psychiatry. 1981 Aug 1;38(8):875.

76. Walker R. Retention in Treatment—Indicator or Illusion: An Essay. Subst Use Misuse. 2009 Jan 3;44(1):18–27.

77. Brewer DD, Catalano RF, Haggerty K, Gainey RR, Fleming CB. RESEARCH REPORT A meta-analysis of predictors of continued drug use during and after treatment for opiate addiction. Addiction. 1998 Jan;93(1):73–92.

78. Nordheim K, Walderhaug E, Alstadius S, Kern-Godal A, Arnevik E, Duckert F. Young adults' reasons for dropout from residential substance use disorder treatment. Qualitative Social Work. 2018 Jan 1;17(1):24–40.

79. Sengul C, Dilbaz N. Neurobiology, genetics and treatment of alcohol craving. Dusunen Adam: The Journal of Psychiatry and Neurological Sciences. 2013 Dec 15;381–7.

80. Tiffany ST, Wray JM. The clinical significance of drug craving. Ann N Y Acad Sci. 2012 Feb 16;1248(1):1–17.

81. Evren C, Durkaya M, Dalbudak E, Çelik S, Çetin R, Çakmak D. Erkek alkol bağımlılarında depreşme ile ilişkili etkenler: 12 aylık takip çalışması. Dusunen Adam: The Journal of Psychiatry and Neurological Sciences. 2010 Jun 30;92–9.

82. Sayette MA. The Role of Craving in Substance Use Disorders: Theoretical and Methodological Issues. Annu Rev Clin Psychol. 2016 Mar 28;12(1):407–33.

83. Tiffany ST, Carter BL, Singleton EG. Challenges in the manipulation, assessment and interpretation of craving relevant variables. Addiction. 2000 Aug 10;95(8):177–87.

84. Månsson V, Andrade J, Jayaram-Lindström N, Berman AH. "I see myself": Craving imagery among individuals with addictive disorders. J Addict Dis. 2023 Jan 2;41(1):64–77.

85. Skinner MD, Aubin HJ. Craving's place in addiction theory: Contributions of the major models. Neurosci Biobehav Rev. 2010 Mar;34(4):606–23.

86. Anton RF. Pharmacologic approaches to the management of alcoholism. J Clin Psychiatry. 2001;62 Suppl 20:11–7.

87. Volkow ND, Boyle M. Neuroscience of Addiction: Relevance to Prevention and Treatment. American Journal of Psychiatry. 2018 Aug;175(8):729–40.

88. Koob GF, Volkow ND. Neurobiology of addiction: a neurocircuitry analysis. Lancet Psychiatry. 2016 Aug;3(8):760–73.

89. Suettmann M. Time will tell: time perspective in bipolar disorder. 2016;

90. Holman EA, Zimbardo PG. The social language of time: The time perspective-social network connection. Basic Appl Soc Psych. 2009 Apr;31(2):136–47.

91. Webster JD, Bohlmeijer ET, Westerhof GJ. Time to flourish: The relationship of temporal perspective to well-being and wisdom across adulthood. Aging Ment Health. 2014 Nov 5;18(8):1046–56.

92. Akirmak U. How is Time Perspective Related to Perceptions of Self and of Interpersonal Relationships? Span J Psychol. 2014 Dec 17;17:E92.

93. Laghi F, Baiocco R, D'Alessio M, Gurrieri G. Suicidal ideation and time perspective in high school students. European Psychiatry. 2009 Apr 16;24(1):41–6.

94. Chodkiewicz J, Nowakowska K. [Temporal orientation and a course of alcohol addiction therapy]. Psychiatr Pol. 2011;45(2):177–86.

95. Davies S, Kinman G. Living in the past? Time perspective and spirituality as predictors of successful rehabilitation in problem drinkers. Health Psychology Update. 2012;21(1):3–9.

96. Akirmak U, Tuncer N, Akdogan M, Erkat OB. The associations of basic psychological needs and autonomous-related self with time perspective: The cultural and familial antecedents of balanced time perspective. Pers Individ Dif. 2019 Mar;139:90–5.

97. Selye H. Stress and Disease. Science (1979). 1955 Oct 7;122(3171):625–31.

98. Aydin B, Gör Seval İMAMOĞLU A. STRESLE BAŞAÇIKMA BECERİSİ GELİŞTİRMEYE YÖNELİK GRUP ÇALIŞMASI. Vol. 14, Sayı. 2001.

99. Folkman S, Lazarus RS, Gruen RJ, DeLongis A. Appraisal, coping, health status, and psychological symptoms. J Pers Soc Psychol. 1986;50(3):571–9.

100. Folkman S, Moskowitz JT. Coping: Pitfalls and Promise. Annu Rev Psychol. 2004 Feb 1;55(1):745–74.

101. Mutumba M, Moskowitz JT, Neilands TB, Lee JY, Dilworth SE, Carrico AW. A mindfulness-based, stress and coping model of craving in methamphetamine users. PLoS One. 2021 May 18;16(5):e0249489.

102. Enkema MC, Hallgren KA, Neilson EC, Bowen S, Bird ER, Larimer ME. Disrupting the path to craving: Acting without awareness mediates the link between negative affect and craving. Psychology of Addictive Behaviors. 2020 Aug;34(5):620–7.

103. Mutumba M, Moskowitz JT, Neilands TB, Lee JY, Dilworth SE, Carrico AW. A mindfulness-based, stress and coping model of craving in methamphetamine users. PLoS One. 2021 May 18;16(5):e0249489.

104. Zhang RP. Positive Affect and Self-Efficacy as Mediators Between Personality and Life Satisfaction in Chinese College Freshmen. J Happiness Stud. 2016 Oct 29;17(5):2007–21.

105. Aydemir Ö, Eren İ, Savaş H, Kalkanoğlu Oğuzhanoğlu N, Koçal N, Devrimci Özgüven H, et al. Bipolar Bozuklukta İşlevsellik Ölçeğinin Geliştirilmesi, Güvenilirlik ve Geçerliliği. Türk Psikiyatri Dergisi. 2007;18(4):344–52.

106. Can G, Tanrıverdi D. Social Functioning and Internalized Stigma in Individuals Diagnosed with Substance Use Disorder. Arch Psychiatr Nurs. 2015 Dec;29(6):441–6.

107. Polat G. Madde Bağımlılığı Tedavisinde Sosyal Hizmet Mesleği. Okmeydanı Tıp Dergisi. 2014;30(Ek sayı 2):143–8.

108. Henkel D. Unemployment and Substance Use: A Review of the Literature (1990-2010). Current Drug Abuse Reviewse. 2011 Mar 1;4(1):4–27.

109. Han L, Jia CX. Treatments, Perceived Stigma, and Employment Outcomes among Substance Abusers in China. Healthcare. 2022 Jan 9;10(1):130.

110. Sevin Ç, Erbay E. Madde Bağımlılarının Tedavi Sonrası Sosyal Yaşamdaki Sorunları ve Sosyal Hizmet Uygulamaları. Bağımlılık Dergisi. 2008;9(1):36–40.

111. Kargın M, Hiçdurmaz D, Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü Elazığ F, Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı H. Madde Kullanım Bozukluğu olan Bireylerde Sosyal İşlevsellik, Algılanan Esenlik ve Stresle Başa Çıkma Social Functionality, Perceived Wellness and Coping with Stress in Individuals with Substance Use Dısorder. Vol. 19, Bağımlılık Dergisi-Journal of Dependence |. 2018.

112. Flannery BA, Volpicelli JR, Pettinati HM. Psychometric properties of the Penn Alcohol Craving Scale. Alcohol Clin Exp Res. 1999 Aug;23(8):1289–95.

113. Evren C, Flannery B, Çelik R, Durkaya M, Dalbudak E. Penn Alkol Aşerme Ölçeği (PAAÖ) Türkçe Şeklinin Yatarak Tedavi Gören Erkek Alkol Bağımlısı Hastalarda Geçerliği ve Güvenirliği. Bağımlılık Dergisi. 2008;9(3):128–34.

114. Ögel K, Evren C, Karadağ F, Gürol DT. Bağımlılık Profil İndeksi'nin (BAPİ) Geliştirilmesi, Geçerlik ve Güvenilirliği. Türk Psikiyatri Dergisi [Internet]. 2012 [cited 2023 Oct 24];23(4):264–73. Available from: https://turkpsikiyatri.com/PDF/C23S4/06.pdf

115. Akirmak U. The validity and reliability of the Zimbardo time perspective inventory in a Turkish sample. Current Psychology. 2021 May 9;40(5):2327–40.

116. Stolarski M, Wiberg B, Osin E. Assessing Temporal Harmony: The Issue of a Balanced Time Perspective. In: Time Perspective Theory; Review, Research and Application. Cham: Springer International Publishing; 2015. p. 57–71.

117. Rosa AR, Sánchez-Moreno J, Martínez-Aran A, Salamero M, Torrent C, Reinares M, et al. Validity and reliability of the Functioning Assessment Short Test (FAST) in bipolar disorder. Clinical Practice and Epidemiology in Mental Health. 2007;3(1):5.

118. Karaagac H. Retrospective Analysis of Sociodemographic Characteristics of Inpatients at Kayseri Research and Training Hospital AMATEM Clinic. Dusunen Adam: The Journal of Psychiatry and Neurological Sciences. 2017;

119. Davies S, Filippopoulos P. Changes in Psychological Time Perspective During Residential Addiction Treatment: A Mixed-Methods Study. J Groups Addict Recover. 2015 Jul 3;10(3):249–70.

120. Iwanicka K, Gerhant A, Olajossy M. Psychopathological symptoms, defense mechanisms and time perspectives among subjects with alcohol dependence (AD) presenting different patterns of coping with stress. PeerJ. 2017 Aug 4;5:e3576.

121. Karagül V, Hocaoğlu C. MADDE BAĞIMLISI BİREYLERİN SOSYODEMOGRAFİK BİR ANALİZİ: İSTANBUL ESENYURT ÖRNEĞİ. Akademik Hassasiyetler [Internet]. 2020 May 29;7(13):473–88. Available from: http://www.usdoj.gov/dea/concern/concern.htm

122. GÜNDÜZ TÜRKEŞ S, BUZ S. Alkol/Madde Kullanım Bozukluğu Olan Bireylerin Tedavi Süreci ve Taburculuk Sonrası Gereksinimleri Üzerine Bir Araştırma: Ankara AMATEM Örneği. Toplum ve Sosyal Hizmet. 2022 Apr 30;33(2):437–62.

123. Andersson HW, Lilleeng SE, Ose SO. Comparison of social and sociodemographic characteristics and treatment goals of persons with alcohol versus drug use disorders: Result from a national census of inpatients in specialized treatment for substance use. Addictive Behaviors Reports. 2021 Jun;13:100340.

124. Evren EC, Çakmak D. Alkol ve Madde Kullananların Özellikleri: 2000 Yılına Ait AMATEM'e Yatan Hasta Verilerinin İncelenmesi. Dusunen Adam The Journal of Psychiatry and Neurological Sciences [Internet]. 2001 [cited 2023 Nov 8];14(3):142–9. Available from: https://arsiv.dusunenadamdergisi.org/ing/Articledetails1ae7.html?MkID=363

125. Evren B, YAPICI A, ÇAKMAK D, SAATÇİOĞLU Ö, EVREN EC. Alkol kullanım bozukluğunda cinsiyet farklılığı: Yatan hasta verilerinin incelenmesi. Bağımlılık Dergisi [Internet]. 2003 [cited 2023 Nov 8];4(3):96–100. Available from: https://search.trdizin.gov.tr/tr/yayin/detay/20413/

126. Bulut M, Savaş HA, Cansel N, Selek S, Kap Ö, Yumru M, et al. Gaziantep Üniversitesi alkol ve madde kullanım bozuklukları birimine başvuran hastaların sosyodemografik özellikleri. Bağımlılık Dergisi [Internet]. 2006 [cited 2023 Nov 12];7(2):65–70. Available from: https://search.trdizin.gov.tr/tr/yayin/detay/62667

127. STRÖHLE A, HÖFLER M, PFISTER H, MÜLLER AG, HOYER J, WITTCHEN HU, et al. Physical activity and prevalence and incidence of mental disorders in adolescents and young adults. Psychol Med. 2007 Nov 20;37(11):1657–66.

128. Buchowski MS, Meade NN, Charboneau E, Park S, Dietrich MS, Cowan RL, et al. Aerobic Exercise Training Reduces Cannabis Craving and Use in Non-Treatment Seeking Cannabis-Dependent Adults. PLoS One. 2011 Mar 8;6(3):e17465.

129. Wang D, Wang Y, Wang Y, Li R, Zhou C. Impact of Physical Exercise on Substance Use Disorders: A Meta-Analysis. PLoS One. 2014 Oct 16;9(10):e110728.

130. Giménez-Meseguer J, Tortosa-Martínez J, Cortell-Tormo J. The Benefits of Physical Exercise on Mental Disorders and Quality of Life in Substance Use Disorders Patients. Systematic Review and Meta-Analysis. Int J Environ Res Public Health. 2020 May 23;17(10):3680.

131. Tang Y, Hao W. Improving drug addiction treatment in China. Addiction. 2007 Jul 12;102(7):1057–63.

132. Daly M, Gargano LM. Factors Associated with Substance Use Disorder Treatment Completion, Rhode Island, USA, 2018. Subst Use Misuse. 2021 May 12;56(6):793–800.

133. Poorolajal J, Haghtalab T, Farhadi M, Darvishi N. Substance use disorder and risk of suicidal ideation, suicide attempt and suicide death: a meta-analysis. J Public Health (Bangkok). 2016 Sep;38(3):e282–91.

134. Wilcox HC, Conner KR, Caine ED. Association of alcohol and drug use disorders and completed suicide: an empirical review of cohort studies. Drug Alcohol Depend. 2004 Dec;76:S11–9.

135. Evren C, Evren B. Self-mutilation in substance-dependent patients and relationship with childhood abuse and neglect, alexithymia and temperament and character dimensions of personality. Drug Alcohol Depend. 2005 Oct;80(1):15–22.

136. Evren C, Sar V, Evren B, Dalbudak E. Self-mutilation among male patients with alcohol dependency: the role of dissociation. Compr Psychiatry. 2008 Sep;49(5):489–95.

137. Kelly JF, Urbanoski KA, Hoeppner BB, Slaymaker V. "Ready, willing, and (not) able" to change: Young adults' response to residential treatment. Drug Alcohol Depend. 2012 Mar 1;121(3):224–30.

138. Mutlu EA, Öztürk Sarıkaya Ö. Evaluation of sociodemographic data in patients treated in an alcohol and drug addiction treatment center (ASATC) clinic (tur). Journal of Clinical Psychiatry. 2019;22(3):276–85.

139. Tripathi R, Singh S, Bhad R. The need, scope, challenges, and potential solutions for enhancing addiction psychiatry training in India. Indian J Psychiatry. 2020;62(6):728.

140. Çöpür M, Eryılmaz A, Çakmak D. Alkol, Madde Kullanımı ve Yasal Sorunlar. Okmeydanı Tıp Dergisi [Internet]. 2014 [cited 2023 Nov 18];30(2):84–8. Available from: https://jag.journalagent.com/z4/vi.asp?pdir=eamr&plng=tur&un=OTD-29981

141. Osaki H, Mshana G, Mbata D, Kapiga S, Changalucha J. Social space and alcohol use initiation among youth in northern Tanzania. PLoS One. 2018 Sep 7;13(9):e0202200.

142. Stanley LR, Beauvais F, Walker PS, Walker RD. Initiation of Alcohol Use Among Urban American Indian Youth: A Discrete Time Hazards Model. J Ethn Subst Abuse. 2009 Nov 25;8(4):359–77.

143. Uyuşturucu Raporu (Taslak) | Enhanced Reader.

144. EKE CY, TANER S, ogel kultegin, ERDEM G. Lise öğrencilerinde arkadaş özellikleri ve madde kullanımı. Bağımlılık Dergisi [Internet]. 2006 [cited 2023 Nov 14];7(3):111–6. Available from: http://search/yayin/detay/69165

145. Allen JP, Chango J, Szwedo D, Schad M, Marston E. Predictors of Susceptibility to Peer Influence Regarding Substance Use in Adolescence. Child Dev. 2012 Jan 21;83(1):337–50.

146. Arkadaşlığı E, Çevresi :, Birey İ, İle P, Bağımlılarının M, Deneyimleri Y, et al. Heroin Friendship: Life Experiences of Drug Addicts from the Individual Perspective in Their Environment. BAĞIMLILIK DERGİSİ-JOURNAL OF DEPENDENCE |. 2021;22(1):65–75.

147. ÜNLÜ A, EVCİN U. 2008 ve 2010 Yılları Arasında İstanbul Bağcılar İlçesinde Gençler Arasında Madde Kullanım Yaygınlığı, Risk ve Koruma Faktörlerinin Değerlendirilmesi. Anadolu Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi [Internet]. 2014 Sep 1 [cited 2023 Nov 14];14(3):127–40. Available from: https://dergipark.org.tr/tr/pub/ausbd/issue/15922/167438

148. Bunting AM, Shearer R, Linden-Carmichael AN, Williams AR, Comer SD, Cerdá M, et al. Are you thinking what I'm thinking? Defining what we mean by "polysubstance use." Am J Drug Alcohol Abuse. 2023 Sep 21;1–7.

149. Ögel K. Madde Kullanım Bozuklukları Epidemiyolojisi. Türkiye Klinikleri Dahili Tıp Bilimleri Dergisi (Turkiye Klinikleri J Int Med Sci 2005, 1(47):61-64 [Internet]. 2005 [cited 2023 Nov 18];1(47):61–4. Available from: https://www.turkiyeklinikleri.com/article/tr-madde-kullanim-bozukluklari-epidemiyolojisi-42699.html

150. Pickens CL, Airavaara M, Theberge F, Fanous S, Hope BT, Shaham Y. Neurobiology of the incubation of drug craving. Trends Neurosci. 2011 Aug 1;34(8):411–20.

151. Keough KA, Zimbardo PG, Boyd JN. Who's Smoking, Drinking, and Using Drugs? Time Perspective as a Predictor of Substance Use. Basic Appl Soc Psych. 1999 Jun 7;21(2):149–64.

152. Stolarski M, Matthews G, Postek S, Zimbardo PG, Bitner J. How We Feel is a Matter of Time: Relationships Between Time Perspectives and Mood. J Happiness Stud. 2014 Aug 21;15(4):809–27.

153. Wills TA, Sandy JM, Yaeger AM, Cleary SD, Shinar O. Coping dimensions, life stress, and adolescent substance use: A latent growth analysis. J Abnorm Psychol. 2001 May;110(2):309–23.

154. TAKAGI M, LUBMAN DI, COTTON S, FORNITO A, BALIZ Y, TUCKER A, et al. Executive control among adolescent inhalant and cannabis users. Drug Alcohol Rev. 2011 Nov;30(6):629–37.

155. Kassel JD, Jackson SI, Unrod M. Generalized expectancies for negative mood regulation and problem drinking among college students. J Stud Alcohol. 2000 Jan;61(2):332–40.

156. Chavarria J, Allan NP, Moltisanti A, Taylor J. The effects of Present Hedonistic Time Perspective and Past Negative Time Perspective on substance use consequences. Drug Alcohol Depend. 2015 Jul;152:39–46.

157. Kemp R. Addiction and addiction recovery: a qualitative research viewpoint. Journal of Psychological Therapies. 2019 Sep 30;4(2):167–79.

158. Lasota A, Mróz J. Positive Psychology in Times of Pandemic-Time Perspective as a Moderator of the Relationship between Resilience and Meaning in Life. Int J Environ Res Public Health. 2021 Dec 18;18(24).

159. Erdos MB, Gabor K, Brettner Z. It's High Time … Time Experience of Drug-Dependent Persons in Recovery. J Groups Addict Recover. 2009 Sep 14;4(3):202–18.

160. Petry NM, Bickel WK, Arnett M. Shortened time horizons and insensitivity to future consequences in heroin addicts. Addiction. 1998 May 3;93(5):729–38.

161. Davies S, Kinman G. Living in the past? Time perspective and spirituality as predictors of successful rehabilitation in problem drinkers. Health Psychology Update. 2012;21(1):3–9.

162. Wagner V, Acier D, Dietlin J. Mediation of time perspectives on inclinations to use alcohol and motivation to change relationship. J Clin Psychol. 2018 Oct 13;74(10):1854–66.

163. Tseferidi SI, Griva F, Anagnostopoulos F. Time to get happy: associations of time perspective with indicators of well-being. Psychol Health Med. 2017 May 28;22(5):618–24.

164. Papastamatelou J, Unger A, Giotakos O, Athanasiadou F. Is Time Perspective a Predictor of Anxiety and Perceived Stress? Some Preliminary Results from Greece. Psychol Stud (Mysore). 2015 Dec 6;60(4):468–77.

165. Chen T, Liu L lu, Cui J fang, Chen X jie, Wang J, Zhang Y bing, et al. Present-fatalistic time perspective and life satisfaction: The moderating role of age. Pers Individ Dif. 2016 Sep;99:161–5.

166. Alvos L, Gregson RAM, Ross MW. Future time perspective in current and previous injecting drug users. Drug Alcohol Depend. 1993 Jan;31(2):193–7.

167. Morselli D. The olive tree effect: Future time perspective when the future is uncertain. Cult Psychol. 2013 Sep 28;19(3):305–22.

168. Barnett E, Spruijt-Metz D, Unger JB, Rohrbach LA, Sun P, Sussman S. Bidirectional Associations Between Future Time Perspective and Substance Use Among Continuation High-School Students. Subst Use Misuse. 2013 Jun 18;48(8):574–80.

169. Chubick JD, Rider CY, Owen SM, Witherspoon AD, Witherspoon BM. Time Perspective of Female Prisoners Related to Success in a Training Program. Percept Mot Skills. 1999 Apr 31;88(2):648–50.

170. Stolarski M, Zajenkowski M, Jankowski KS, Szymaniak K. Deviation from the balanced time perspective: A systematic review of empirical relationships with psychological variables. Pers Individ Dif. 2020 Apr;156:109772.

171. Gossop M, Stewart D, Browne N, Marsden J. Factors associated with abstinence, lapse or relapse to heroin use after residential treatment: protective effect of coping responses. Addiction. 2002 Oct 30;97(10):1259–67.

172. Morgenstern J, Longabaugh R. Cognitive–behavioral treatment for alcohol dependence: a review of evidence for its hypothesized mechanisms of action. Addiction. 2000 Oct 3;95(10):1475–90.

173. Monti PM, Rohsenow DJ, Swift RM, Gulliver SB, Colby SM, Mueller TI, et al. Naltrexone and cue exposure with coping and communication skills training for alcoholics: treatment process and 1-year outcomes. Alcohol Clin Exp Res. 2001 Nov;25(11):1634–47.

174. Bussey Rask M, Jørgensen T, Pinnerup Jensen J, Bech Jørgensen K, Madsen M, Nielsen B, et al. Influence of Pretreatment Coping Strategies on the Outcome of Outpatient Treatment of Danish Alcohol Abusers. Eur Addict Res. 2006;12(2):83–90.

175. O'Connell KA, Hosein VL, Schwartz JE, Leibowitz RQ. How does coping help people resist lapses during smoking cessation? Health Psychology. 2007 Jan;26(1):77–84.

176. Litt MD, Kadden RM, Kabela-Cormier E, Petry NM. Coping skills training and contingency management treatments for marijuana dependence: exploring mechanisms of behavior change. Addiction. 2008 Apr 13;103(4):638–48.

177. Bradshaw SD, Shumway ST, Wang EW, Harris KS. Addiction and the Mediation of Hope on Craving, Readiness, and Coping. J Groups Addict Recover. 2014 Oct 2;9(4):294–312.

178. Wagner V, Acier D, Dietlin J. Mediation of time perspectives on inclinations to use alcohol and motivation to change relationship. J Clin Psychol. 2018 Oct 13;74(10):1854–66.

179. Bolotova AK, Hachaturova MR. The role of time perspective in coping behavior. Psychology in Russia: State of Art. 2013;6(3):120.

180. Zambianchi M, Ricci Bitti PE. The Role of Proactive Coping Strategies, Time Perspective, Perceived Efficacy on Affect Regulation, Divergent Thinking and Family Communication in Promoting Social Well-Being in Emerging Adulthood. Soc Indic Res. 2014 Apr 24;116(2):493–507.

181. Anagnostopoulos F, Griva F. Exploring Time Perspective in Greek Young Adults: Validation of the Zimbardo Time Perspective Inventory and Relationships with Mental Health Indicators. Soc Indic Res. 2012 Mar 22;106(1):41–59.

182. Blomgren AS, Svahn K, Åström E, Rönnlund M. Coping Strategies in Late Adolescence: Relationships to Parental Attachment and Time Perspective. J Genet Psychol. 2016 May 3;177(3):85–96.

183. Zambianchi M. Time Perspective, Coping Styles, Perceived Efficacy in Affect Regulation, and Creative Problem Solving in Adolescence and Youth. Psicol Educ (Madr). 2018;24(1):1–6.

184. Nowakowska I. The Role of Time Perspectives and Impulsivity Dimensions in Coping Styles. Psychol Rep. 2023 Apr 11;126(2):877–96.

185. Boniwell I, Zimbardo PG. Balancing Time Perspective in Pursuit of Optimal Functioning. In: Positive Psychology in Practice. Wiley; 2004. p. 165–78.

186. Akkoç Arabacı LN, Cesur Soysal G. Psikolojik İyi Oluş: Zaman Perspektifi ve Psikolojik Esnekliğin Rolü. Türk Psikoloji Yazıları. 2021 Dec 18;24(48).

187. ALBAYRAK A, AKDÜMBEK ATAN B. Hükümlülerde Kader ve Kadercilik. Kader. 2019 Jun 30;17(1):124–52.

188. Oyanadel C, Buela-Casal G. Time perception and psychopathology: Influence of time perspective on quality of life of severe mental illness. Actas Esp Psiquiatr. 2014;42(3):99–107.

189. Olivera-Figueroa LA, Papastamatelou J, Unger A, Jimenez-Torres GJ, Cuebas López KA, López-Córdova NM, et al. The role of time perspective and acculturative stress on adaptive and maladaptive stress coping strategies of Puerto Ricans living in the island of Puerto Rico and the state of Connecticut in mainland United States. Current Psychology. 2023 Sep 15;42(27):23230–49.