T.C.
TRAKYA ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI
ANA BİLİM DALI

Tez Yöneticisi
Prof. Dr. Mehmet Erdal VARDAR

TRAKYA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANA BİLİM DALI AMATEM KLİNİĞİNDE YATARAK TEDAVİ GÖREN KADIN HASTALARIN KLİNİK VE SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Uzmanlık Tezi

Dr. Gülten Nadide BEKLEN

EDİRNE 2023

TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitim sürecimde eğitici kimliği ve eğitim konusundaki motivasyonu ile tez araştırmam boyunca akademik bilgileri ile bana yol gösteren tez danışmanım Prof. Dr. M. Erdal VARDAR başta olmak üzere, Anabilim Dalı Başkanımız Prof. Dr. Cengiz TUĞLU'ya, üzerimde emeği olan değerli hocalarım Prof. Dr. Okan ÇALIYURT'a, Prof. Dr. Yasemin GÖRGÜLÜ'ye, Doç. Dr. M. Bülent SÖNMEZ'e, birlikte çalışmaktan keyif aldığım asistan doktor arkadaşlarıma, eğitimim süresince bana destek ve güç veren çok değerli aileme, her zaman desteğini hissettiğim doyamadığım rahmetli babam Yüksel ABANOZ'a, en sabırlı ve büyük destekçim, varlığı ile güç bulduğum canım eşim & hayat arkadaşım Dr. Ömer BEKLEN'e teşekkür ederim.

İÇİNDEKİLER

GİRİŞ VE AMAÇ 1

GENEL BİLGİLER 3

- **ALKOL VE MADDE KULLANIM BOZUKLUĞU** 3
- **ALKOL VE MADDE KULLANIM BOZUKLUĞU TANI SİSTEMİ** 6
- **KADINLARDA ALKOL VE MADDE KULLANIM BOZUKLUĞU** 7
- **ALKOL VE MADDE KULLANIM BOZUKLUĞU VE CİNSİYET BAĞLAMI** 10

GEREÇ VE YÖNTEMLER 21

BULGULAR 25

TARTIŞMA 41

SONUÇLAR 50

ÖZET 52

SUMMARY 54

KAYNAKLAR 56

EKLER

SİMGE VE KISALTMALAR

AKB : Alkol Kullanım Bozukluğu

AMATEM : Alkol ve Madde Bağımlılığı Tedavi ve Araştırma Merkezi

AMKB : Alkol ve Madde Kullanım Bozukluğu

BAPİ : Bağımlılık Profil İndeksi

BAPİ-K : Bağımlılık Profili İndeksi Klinik Formu

BDNF : Brain-Derived Neurotrophic Factor

B/N : Buprenorfin/Nalokson

BZD : Benzodiazepin

DSM-5 : Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders- Fifth Edition (Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı- Beşinci Baskı)

DSÖ : Dünya Sağlık Örgütü

fMRI : Fonksiyonel Manyetik Rezonans Görüntüleme

FSH: : Folikül-uyarıcı hormon

GABA : Gama Aminobütirik Asit

HIV : Human Immunodeficiency Virus (İnsan Bağışıklık Yetmezliği Virüsü)

ICD : International Statistical Classification of Diseases (Hastalıkların Uluslararası Sınıflandırması)

LH: : Lüteinizan Hormon

PET : Pozitron emisyon tomografisi

SPSS : Statistical Package for the Social Sciences (Sosyal Bilimler için İstatistik Paket Programı)

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

THC : Tetrahidrokannabinol

TSSB : Travma Sonrası Stres Bozukluğu

TUİK : Türkiye İstatistik Kurumu

GİRİŞ VE AMAÇ

Alkol ve madde kullanım bozukluğu (AMKB) her iki cinsi de etkileyen, bireysel ve sosyal sonuçları olan biyopsikososyal faktörlerden kaynaklanan kronik tekrarlayan bir bozukluktur(1, 2). AMKB'nin her iki cins için sıklığı, klinik özellikleri, stigması, prognozu, tedavisi ve seyri gibi özellikleri farklılık göstermektedir. Günümüzde alkol ve madde kullanımının kadınlar arasında artan bir eğilim gösterdiğini ve bunun kadınlarda daha büyük bir bağımlılık riskine yol açtığı görülmektedir (3-5). Bu doğrultuda son araştırmalar, kadınlar ve erkekler arasındaki cinsiyet ve toplumsal cinsiyet farklılıklarına odaklanmıştır (6).

Alkol ve madde kullanım bozukluğunun öncesi, sonrası ve tedavi sürecindeki risklerde cinsiyet farklılıklarının rolü önemlidir (7). Kadınlar ve erkekler genellikle farklı nedenlerle alkol ve madde kullanmakta ve bunlara farklı tepkiler vermektedir. Araştırmalar; hormonlar, doğurganlık, hamilelik, emzirme ve menopoz ile ilgili olarak kadınların kullanımdan bağımlılığa ilerlemesini ve iyileşme ile mücadelelerini etkileyebilecek benzersiz özellikler belirlemiştir. Buna ek olarak, kadın ve erkekler için tanımlanmış kültürel roller de bu farklılıkları etkilemektedir (8).

Laboratuvar hayvanlarında yapılan çalışmalarda da, maddeye duyarlılık ve kendi kendine uygulama konusunda cinsiyet farklılıkları rapor edilmiştir. Dişiler, bağımlılık sürecinin birçok aşamasında (örneğin kullanma, sürdürme, nüks) psikostimülanların, opioidlerin ve nikotinin pekiştirici etkilerine karşı erkeklerden daha duyarlı görünmektedir. Erkek ve dişi deney hayvanları alkol ve maddeye karşı davranışsal, nörolojik, farmakolojik tepkiler bakımından farklılık göstermektedir. Bu cinsiyet farklılıklarını yaratmada klinik öncesi ve

klinik çalışmalar gonadal hormonların, özellikle de östrojenin rol oynadığını göstermektedir (9).

Kadınların alkol ve madde bozukluğuna karşı savunmasızlığı, tedavi ihtiyaçları ve nüks riski erkeklerden farklıdır. Ayrıca erkeklere göre daha fazla ruhsal bozukluk, depresyon, anksiyete, kişilik bozukluğu gibi ektanı sorunları yaşarlar ve tedavi arayışları da erkeklere oranla daha azdır. Buna ek olarak kadınların madde yoksunluğunda erkeklerden daha rahatsız edici semptomlar gösterdikleri bildirilmiştir(10-12). AMKB olan birçok kadın, hamileyken veya sonrasında yardım istemenin yasal veya sosyal sonuçları olabileceğinden korktukları için bağımlılıklarını gizlemektedir. AMKB olan kadınlar daha fazla sosyal olarak izole olma eğiliminde ve partner istismarına maruz kalma olasılıkları daha yüksektir (13). Aşırı alkol kullanımı kadınlarda ayrıca riskli davranışlarla, cinsel istismar, şiddet, istenmeyen gebelik ve İnsan Bağışıklık Yetmezliği Virüsü (Human Immunodeficiency Virus-HIV) gibi cinsel yolla bulaşan hastalıklara yatkınlık için de bir risk faktörüdür (3)

Alkol ve madde kullanımına erken yaşta başlamak, ailede AMKB öyküsünün olması, çocuklukta cinsel istismar ve şiddet öyküsünün olması, tedavi oturumlarına katılmama, nüks riskinin artmasıyla ilişkili bulunmuştur (14). Belirgin bir niyet olmadan ve olumsuz etkilerle ortaya çıkan nüksetme ile ilişkili faktörlerin yanı sıra, kadınlar arasında daha önce fiziksel ve cinsel istismar yaşanması, erkekler ve kadınlar arasındaki bazı klinik farklılıkları işaret eder.

Trakya Üniversitesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Alkol ve Madde Bağımlılığı Tedavi ve Araştırma Merkezi (AMATEM) kliniğinde, 30.05.2013-08.03.2022 tarihleri arasında yatarak tedavi gören kadın hastaların klinik seyir, ek tanı, sosyodemografik özellikler ile AMKB özelliklerinin değerlendirilmesi, bu özelliklerin yatarak tedavi gören erkek hastalarla eşleştirilerek karşılaştırılması amaçlanmıştır. Bu amaç doğrultusunda geriye dönük olarak kadın hasta yatışları hastane veri sisteminde belirlenmiş ve rastgele olarak yine yatarak tedavi gören erkek hastaların verileri ile eşleştirilerek karşılaştırılmıştır.

Elde edilen sonuçların bu konuyu aydınlatması, kadınlara özel önleme ve cinsiyete özgü daha etkili madde bağımlılığı tedavi programlarının oluşturulmasında yol gösterici olması, AMATEM kliniğinin gelecekte oluşturulacak politikalarının belirlenmesine yardımcı olması hedeflenmiştir.

GENEL BİLGİLER

ALKOL VE MADDE KULLANIM BOZUKLUĞU

Bağımlılık Kavramı

Bağımlılığın nörobiyolojik doğasını belirlemeye yönelik yaklaşımlar, zaman içinde farklı eksenlere kaymıştır. İlk çalışmalar bağımlılığa sebep olan maddelerin akut ödüllendirici etkilerine yoğunlaşırken, son zamanlarda yapılan çalışmalar bu maddelerin kronik kullanımının beyinde meydana getirdiği değişikliklere yönelmiştir. Nörobiyolojik araştırmaların ana hedeflerinden biri, ara sıra kontrollü alkol-madde kullanımından, kontrolsüz kullanıma ve bağımlılığa geçişe aracılık eden moleküler ve hücresel değişikliklerin anlaşılmasıdır (15). Madde kullanımı olan bireylerin hepsinde bu geçiş ortaya çıkmamaktadır. Bu da geçişin bireysel farklılıkları etkileyen nörobiyolojik faktörlerle bağlantılı olduğunu düşündürmektedir (16).

Nörobiyolojik bir bakış açısıyla ele alındığında bağımlılık, madde ve ilişkili uyaranlara artmış subkortikal ödül sistemi yanıtı ve azalmış bir prefrontal bilişsel kontrolle karakterizedir. Davranışsal boyutta bunun yansıması maddeye yönelik duyulan istek ve bilişsel kontrolde göreceli bir azalmadır (17).

Koob'a göre AMKB, madde kullanımına bağlı olarak beyinde oluşan değişimler sonucu ortaya çıkan, zihnin madde kullanımıyla sürekli meşgul olması, kompulsif bir şekilde madde arama ve kullanma, madde kullanımını sınırlandırmada güçlük ve maddeye erişim önlendiğinde ortaya çıkan çökkünlük, disfori, anksiyete, irritabilite gibi olumsuz duygulanımlarla

karakterize, süreğen ve tekrarlayıcı bir bozukluk olarak tanımlanır (16). Bu tanım itibarıyla bağımlılığın devamlı ve yineleyici olabilmesi özel bir vurgu taşımaktadır.

Değindiğimiz tanımlarla belirli noktalarda örtüşen açıklayıcı bir yaklaşım da şudur: AMKB, bir maddenin amacı dışında ve o maddeye karşı gelişen tolerans sonucu, gittikçe artan miktarlarda alınması, kişinin yaşamında sorunlara neden olmasına rağmen kullanımının sürdürülmesi ve madde alımı azaltıldığında ya da bırakıldığında çekilme belirtilerinin ortaya çıkması ile giden bir durumdur (18, 19).

Alkol ve madde kullanım bozukluğu, ekzojen bir maddenin alımıyla başlayan ve fizyolojik olmayan bir süreçtir. Bağımlılık yapıcı bu maddelerin ortak özellikleri kendi alımlarını pekiştirici etkide bulunmalarıdır. Beyindeki ödül sistemi üzerindeki etkileri maddenin keyif verici özelliğine ve kişinin tekrar tekrar kullanarak kompulsif davranışa neden olur. Yaşadığı olumsuz sonuçlara rağmen kişi, bağımlı olduğu maddeyi kompulsif bir biçimde kullanmayı sürdürür. Psikoaktif madde adı da verilen bu maddeler, sağlıklı olmak için gerekmeyen, dışarıdan alındığında merkezi sinir sistemine etki ederek kişinin davranış, duygulanım, algılama, düşünce gibi alanlarında değişiklik yaratabilen, bağımlılık geliştirici, legal veya illegal olabilen herhangi bir maddeye denir (18-20).

Alkol ve Madde Kullanım Bozukluğu ile İlgili Kavramlar

Maddenin öznel etkilerini oluşturmak için artan miktarlarda kullanılması veya aynı miktarda kullanılmasıyla etkilerinde azalma olması durumuna “tolerans” denir. Maddenin uzun süre yoğun miktarda kullanımından sonra bırakılması veya azaltılmasıyla bağlantılı olarak ortaya çıkan sosyal işlevlerde bozulma ve maddeye özgü sendrom gelişmesine “çekilme” denir (20). Kişinin madde kullanımını bıraktıktan belli bir süre sonra tekrar kullanmaya başlamasına “nüks (relaps)” denir. Bu kişilerde madde arayışı davranışı bir önceki duruma göre daha güçlü ve daha kısa sürede yeniden meydana gelmektedir (19). Kişinin maddeyi tekrar almak amacıyla maddeyi kullanma arzusuna “istek” denir (21).

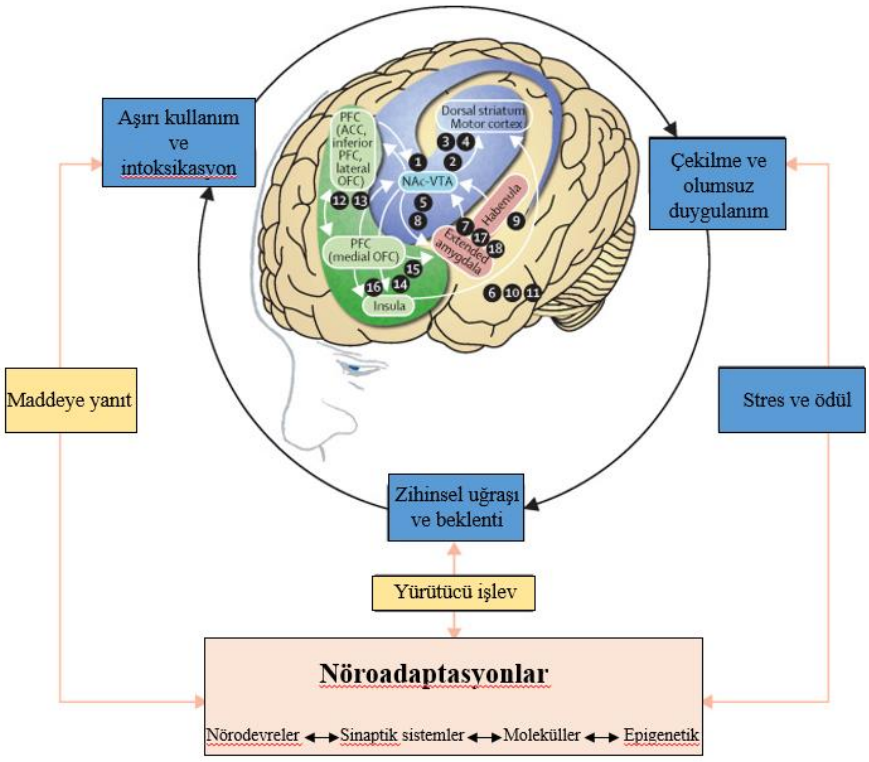
Alkol ve Madde Kullanım Bozukluğu Klinik Döngüsü

Alkol ve madde kullanım bozukluğunun başlaması ve sürmesinde genetik-biyolojik yatkınlık, psikolojik içsel motivasyon, gelişimsel-çevresel ve sosyo-kültürel etmenler, alınan maddenin etki gücü veya maddenin beyinde ortaya çıkardığı nöral plastisite birlikte rol oynar (21). AMKB’de beyinde bir takım kimyasal değişiklikler gözlenir. AMKB oluşmasına

dopamin, serotonin, glutamat ve GABA gibi nörotransmiterler ve BDNF gibi nöropeptidler etki eder (22).

Bağımlılığın oluşumu belirli temel dinamikleri içeren bir süreçtir. Alkol/maddenin "amacı dışında ya da amacını aşan şekilde" kulanılmasıyla başlar. Alkol/maddenin gitgide artan miktarlarda kullanılması sonucu tolerans gelişmesiyle beyinde nöroplastik değişiklikler oluşmaya başlar. Doğal ödül vericilerin (hobi, cinsellik, spor yapma vb) etkisinin azalmasıyla kişi kompulsif biçimde madde arar ve yaşamının hemen her alanında sorunlara neden olmasına rağmen madde kullanmayı sürdürür. Alkol/madde alımı azaltıldığında ya da kesildiğinde çekilme ve istek ortaya çıkar. Bunlar maddeye karşı tolerans oluşumuyla ilgilidir. Psikolojik ve fiziksel bağımlılık belirtileri meydana gelir. Kişi alkol/madde alımını bıraktıktan sonra istek ve çekilme belirtilerinin azaltılması için tekrar kullanmaya başlar (21).

Koob'un AMKB'yi evreler halinde ele alan yaklaşımında 3 evreden bahsetmektedir. Bu evreler şu şekilde başlıklandırılabilir: Aşırı kullanım/entoksikasyon evresi, çekilme/olumsuz duygulanım evresi, zihinsel uğraşı/beklenti evresi. (Şekil 1) (16).



PFC: prefrontal korteks. **ACC:** anterior singulat korteks. **OFC:** orbitofrontal korteks. **NAc-VTA:** nucleus accumbens-ventral tegmental alan.

Şekil 1. Bağımlılığın evreleri (Koob ve ark.(2016), Bağımlılığın nörobiyolojisi: bir nörodevre analizi)

Bu üç evre abartılı teşvik edici belirginlik ve bağımlılık oluşumu, ödül defisitleri, afektif disregülasyon ve yürütücü işlevlerde bozukluklarla gider. Aşırı kullanım/entoksikasyon evresinde alınan maddelerin ödüllendirici etkileriyle teşvik edici belirginlik ve madde arama davranışının gelişimi, bazal ganglionlardaki dopamin ve opioid peptidlerindeki değişiklikler gözlenir. Çekilme / olumsuz duygulanım evresinde duygusal tepkilerde düzensizlik, disforik ve stres benzeri tepkilerdeki artışlar, ödül sisteminde dopamin azalması ve amigdalada kortikotropin salgılatıcı faktör ve dinorfin gibi beyin stres nörotransmitterlerinde değişiklikler meydana gelir. Meşguliyet/beklenti evresi olarak adlandırılan dönemde istek ve yürütücü işlevlerde bozulmalarla giden, prefrontal korteks ve insuladan bazal ganglionlara ve genişletilmiş amigdalaya giden önemli afferent glutamaterjik projeksiyonların düzensizliği görülür (16).

MADDE KULLANIM BOZUKLUKLARI İÇİN TANI SİSTEMİ

Mental Bozuklukların Tanısal Ve Sayımsal El Kitabı-5 (DSM-5)'e Göre Madde İle İlişkili Bozukluklar ve Bağımlılık Bozuklukları

Madde ile ilişkili bozukluklar, 2013 tarihli DSM-5'te madde kullanım bozuklukları ve maddenin yol açtığı bozukluklar olarak ele alınır ve 10 ayrı madde kümesini kapsamaktadır: alkol, kafein, kannabis ve sentetik türevleri, hallüsinojenler, inhalanlar, opioidler, sedatif, hipnotik ve anksiyolitikler, uyarıcılar, tütün, diğer (ya da bilinmeyen) maddeler.

Belirlenmiş maddelerden herhangi biri için kullanım bozukluğu tanısı konulması için DSM-5'te belirlenmiş on bir tanı ölçütü o maddeye uyarlanarak kullanılır; on iki aylık süre içinde bu on bir belirtiden en az iki tanesinin karşılanması ve klinik açıdan belirgin bir sıkıntının ve işlevsellikte azalmanın eşlik etmesi halinde tanı konulur. On bir ölçüt kendi aralarında yetersiz denetim (1-4), toplumsal işlevlerde bozulma (5-7), tehlikeli kullanım (8-9) ve farmakoloji (10-11) ilişkili ölçütler olarak ayrışır.

On iki aylık süre boyunca aşağıdakilerden en az iki belirtinin görüldüğü, klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya ya da işlevsellikte düşmeye yol açan sorunlu bir madde kullanım örüntüsü:

1. İstenilenden daha büyük ölçüde veya uzun süreli kullanım,

2. Maddeyi bırakmak veya kontrol altında tutmak için istek veya sonuç vermeyen çabalar,

3. Maddeyi elde etmek, kullanmak veya etkilerinden kurtulmak için gerekli etkinliklere çok zaman ayırma,

4. Madde kullanımı için çok büyük bir istek duyma veya kendini zorlanmış hissetme,

5. Tekrar eden kullanım sonucu sorumluluklarını yerine getirememe (işte, okulda, evde),

6. Olumsuz etkilerine rağmen kullanıma devam etme (toplumsal ve kişiler arası sorunlar),

7. Kullanımdan dolayı günlük etkinliklerin bırakılması veya azaltılması (iş, eğlence vb.),

8. Tehlikeli olabilecek durumlarda dahi kullanmaya devam etme,

9. Olumsuz bedensel veya ruhsal etkilerinin bilinmesine rağmen kullanmayı sürdürme,

10. Maddeye tolerans gelişmiş olması (kullanımı arttırma veya aynı ölçülerde kullanıma karşılık azalan etki),

11. Çekilme belirtileri (Bulantı, uykusuzluk, kusma, sinirlilik, bunaltı, huzursuzluk, saldırganlık, ishal, terleme, titreme, kas sızıları, ateş vb.). Her madde çekilme belirtisi göstermez.

2-3 belirtinin olması hafif, 4-5 belirtinin olması orta, 6 veya daha çok belirtinin olması ağır şiddette madde kullanım bozukluğunu gösterir (23).

Madde bağımlılığı tanısı DSM-5'te "orta ve ağır şiddette madde kullanım bozukluğu" tanısına denk düşmektedir.

KADINLARDA ALKOL VE MADDE KULLANIM BOZUKLUĞU

Kadınlar ilk kullanımdan düzenli kullanıma ve ilk tedavi dönemine erkeklerden daha hızlı ilerlemektedir. Tedaviye girişte daha az yıl ve daha az miktarda kullanım olmasına rağmen, madde kullanım şiddeti genellikle erkeklerde ve kadınlarda eşdeğerdir ve kadınlar madde kullanımından kaynaklanan önemli ölçüde daha fazla tıbbi, psikiyatrik ve olumsuz sosyal sonuçlara sahiptir. Bu durum kadınlarda AMKB'lerin "teleskopik etkisi" olarak adlandırılmaktadır ve biyolojideki farklılıkların yanı sıra psikososyal faktörler de bu duruma katkıda bulunmaktadır (24).

Tarihsel olarak, AMKB'ler üzerine yapılan araştırmaların çoğu orantısız bir şekilde erkeklere odaklanmıştır. Ancak, erkekler ve kadınlar arasında AMKB'lerin gelişimini, sürdürülmesini ve tedavisini etkileyebilecek çok sayıda biyolojik, psikolojik ve sosyal farklılık mevcuttur (7).

Kadınlar alkol ve maddeleri erkeklerden daha düşük oranlarda kullanırken, kullanımlarının sağlık üzerinde yarattığı olumsuz etki bazı durumlarda erkeklerden daha

fazladır. Kadınların reçeteli psikoaktif ilaçları (örneğin ağrı kesiciler, sedatif-hipnotik ve anksiyolitik) kullanma olasılığı daha yüksektir ve bu ilaçların çoğunun bağımlılık potansiyeli ve sağlık üzerinde uzun vadeli olumsuz sonuçları vardır (25).

Bağımlı kadınlarda alınan alkol ve maddelerin etkisi altında riskli davranış ve durumlar sık görülmektedir. Bunun sonucunda, kontrolsüz cinsel ilişki ve sonucunda cinsel yolla bulaşan hastalıklar, istenmeyen gebelikler, aynı enjektörün paylaşılmasından dolayı kan yoluyla bulaşan hastalıklar görülebilmektedir. Araştırmalar madde kullanan kadınların HIV'e karşı erkeklerden daha savunmasız olduğunu göstermekte, madde kullanan partnerinin kullandığı enjeksiyon araçlarını kullanma, madde ya da para karşılığında cinsel ilişkiye girme ve cinsel partnerlerini prezervatif kullanmaya ikna etmede sorunlar yaşama ihtimallerinin daha yüksek olduğunu göstermektedir (26).

Kadınların madde bağımlılığı oluşumunda bazı risk faktörleri mevcuttur. Poole ve arkadaşları kadınların madde kullanımında öne çıkan risk faktörlerini şu şekilde sıralamıştır:

• Kadınlar fiziksel açıdan kullanılan maddelerin etkilerine daha hassastır, bu nedenle bağımlılığa daha yatkındırlar.

• Bazı geçiş dönemlerinde (üniversiteye başlamak, evlenmek vb.) kadınlar madde kullanımı açısından risk taşırlar.

• Kadınlar özgüvenlerini arttırmak, gerilimi azaltmak, sorunları ile başa çıkmak, baskıları azaltmak veya kilo kaybetmek gibi nedenlerle sigara, alkol veya diğer maddeleri kullanmaya eğilimlidirler.

• Kadınların istismara erkeklerden daha fazla maruz kalması ile madde kullanımı arasında güçlü bir ilişki vardır. Cinsel istismar yaşayan kadınlar madde kullanımına daha yatkındır ve madde kullanımı daha erken yaşta ve daha şiddetli olarak ortaya çıkabilir (27).

Erkekler ve kadınlar arasında sorunlu madde kullanımının yaygınlığı ve fiziksel sağlık etkileri açısından farklılıklar mevcuttur. Bu farklılıklar aynı zamanda madde kullanımına bağlı ruh sağlığı ve travma olaylarında, tedavi hizmetlerinin önündeki engellerde ve madde kullanımının gebelik ve ebeveynlik üzerindeki etkisinde de görülmektedir. Madde kullanım sorunları açısından çalışmalar, yoksul , kırsal kesimde yaşayan , evsiz kadınlar, engelli ve yaşlı kadınlar, lezbiyenler, ergenlik çağındaki kızlar ve farklı etnik kökenlerden gelen kadın alt gruplarının genel nüfusa kıyasla daha büyük bir risk altında olabileceği gösterilmektedir (25).

Alkol ve Madde Kullanım Bozukluğu Olan Kadın Hastalar ve Gebelik

Bağımlılık yapıcı maddelerin çoğunun plasentayı geçtiği bilindiğinden, madde kullanımının anne ve fetus gelişimi üzerinde birçok zararlı etkisi vardır. Gebelik döneminde kadınların önemli bir kısmı madde kullanmaya devam etmekte ve tütün, alkol, madde veya reçeteli ilaçların kullanılmasının fetal iyilik halini bozduğu bilinmektedir**.** Ulusal Uyuşturucu Kullanımı ve Sağlık Araştırması, hamile kadınların %4,7'sinin bir önceki ay madde kullandığını, %13,9'unun tütün ürünleri kullandığını ve %9,3'ünün alkol kullandığını ortaya koymuştur. Gebe kadınlar arasında en sık kullanılan yasadışı madde esrardır ve bunu reçeteli opioid analjezikler takip etmektedir (28).

Gebelikte metamfetamin ve diğer uyarıcıların kullanımı annenin sağlığını tehlikeye atmakta, düşük doğum ağırlığına ve gebelik yaşına göre fetal gelişim sorunlarına yol açabilmekte ayrıca bu tür kullanım çocukluk döneminde nörogelişimsel sorunların ortaya çıkma riskini artırabilmektedir. Annenin gebelik sırasında sigara içmesi ani bebek ölümü sendromuna ve çeşitli nörolojik problemlere yol açabilmektedir. Gebelikte esrar kullanımı bebeklerin çoğunda, görsel uyaranlara karşı değişen tepki, artan titreme ve tiz ağlama belirtileri gibi nörolojik gelişim sorunlarıyla kendini gösterebilmektedir (8).

Anne karnındaki bebeğin alkole maruz kalması merkezi sinir sistemi anomalileri, fasiyal dismorfoloji gibi belirtiler gösteren fetal alkol sendromuna neden olabilir ve bu durum önemli bir halk sağlığı sorunudur (29). Bazı maddelerin kullanımı, doğumdan sonra bebeğin çekilme belirtileri gösterdiği neonatal yoksunluk sendromuna neden olabilmektedir. Bu alandaki araştırmaların çoğu, opioidlerin (reçeteli ağrı kesiciler veya eroin) etkilerine odaklanmıştır. Ancak veriler gebelik sırasında alkol, barbitüratlar, BZD ve kafein kullanımının bebeğin doğumda çekilme belirtileri göstermesine neden olabileceğini göstermektedir (30). Doğumdan sonra yenidoğandaki çekilme durumu, ciddi sağlık problemleri nedeniyle uzun hastane yatışlarına sebebiyet verebilmektedir.

Çocuklarını ihmal etme, şiddete maruz kalma, kötü sosyoekonomik koşullar ve kötü anne sağlığı gibi kadınlarda alkol ve madde kullanımıyla yakından ilişkili olan diğer olumsuz faktörleri de göz önünde bulundurmak gerekir. Ayrıca, prenatal dönemde maddeye maruz kalan çocukların madde bağımlılığı ve diğer psikiyatrik bozukluklar, bilişsel bozukluk, bellek ve dikkat sorunları yaşama olasılıklarının daha yüksek olduğuna dair kanıtlar bulunmaktadır (8).

Seks İşçilerinde Alkol ve Madde Kullanım Bozukluğu

Madde kullanımının daha fazla görüldüğü risk altındaki bir diğer grup da, seks işçileridir. Bu gruptaki madde kullanımı çoğu zaman sokakta ya da geçici yerlerde yaşamanın getirdiği acı ve korkuyla baş etme çabası olarak görülmekte, Bu grupta çoklu madde kullanımına daha sık rastlanmakta ve sıklıkla damar içi madde kullanıldığı gözlenmektedir (31).

Kadında madde kullanımı ve seks işçiliği arasındaki nedenlerin araştırıldığı bir çalışmada, ilk seks işçiliğiyle ilişkili en sık bildirilen nedenler, madde satın alma ihtiyacı ve mali sorunları içermekte, örneklemin neredeyse yarısı için ana gelir kaynağı olarak seks işçiliğini göstermektedir. Ayrıca çalışmaya katılanların %44,6'sının opioid, %55,4' ünün opioid ve metamfetamin kullandığı bulunmuştur. Opioid kullanım oranlarının yüksek olması ve enjeksiyon yönteminin yaygın kullanılması HIV enfeksiyon riskinin arttırmasıyla ilişkilidir (32).

MADDE KULLANIMINDA CİNSİYET FARKLILIKLARI BAĞLAMI

Cinsiyete Göre Epidemiyolojik Farklılıklar

2021 yılında, dünya çapında yaklaşık 275 milyon kişinin madde kullandığı, 36 milyonu aşkın kişinin ise MKB tanısını aldığı tespit edilmiştir. Yıllar içinde madde kullanımının arttığı, 2010-2019 yılları arasında madde kullanan kişilerde %22 oranında artış olduğu görülmüştür (33).

2019'da Amerika Birleşik Devletleri'nde 12 yaş ve üzeri kişilerin %5,3'ünün (14,5 milyon) AKB yaşadığı ve bunun kadınlarda (%3,9) erkeklere (%6,8) kıyasla daha düşük olduğu, %7,4'ünün ise (20,4 milyon) MKB yaşadığı ve bunun kadınlarda (%5,5) erkeklere (%9,4) göre daha düşük saptandığı belirtilmiştir. Kadınların %14,8'i, erkeklerin %20,4'ünün esrar kullandığı, kadınların %0,16'sı, erkeklerin %0,38'sının eroin kullandığı, kadınların %3,2'si, erkeklerin %3,8'inin ağrı kesicileri kötüye kullandığı saptanmış olup, kadınların erkeklere kıyasla bu maddeleri kullanım oranının daha düşük olduğu tespit edilmiştir (34).

2021 yılında Avrupa Birliği'ndeki (15-64 yaş arası) yetişkinlerin 83,4 milyonunun (%29)'unun daha önce yasa dışı madde kullandığı ve bildirilen kullanım oranının erkeklerde (50,5 milyon) kadınlara kıyasla (33 milyon) daha fazla olduğu tespit edilmiştir. Aynı yılda madde kullanımına bağlı ölümlerin %21'i kadın, %79'u erkek olmak üzere 6434 kişi olduğu belirtilmiştir (35).

2021 yılında Türkiye'de yatarak tedavi görenlerin %92,8'inin erkek, %7,2'sinin kadın olduğu bildirilmiştir. 2021 yılında 270 madde bağlantılı ölüm olayının 125 kişide (%46,3) metamfetamine, 76 kişide (%28,1) eroine, 68 kişide (%25,2) ise ekstaziye rastlandığı ve bu ölümlerin 25'in kadın, 245'inin erkek olduğu saptanmıştır (36).

Cinsiyete Göre Nörobiyolojik Farklılar

Alkol ve diğer maddelerin akut ve uzun vadeli etkilerinde erkekler ve kadınlar arasında bir dizi biyolojik farklılık mevcuttur. Bu farklılıklar beyin, endokrin (örn. gonadal hormonlar), metabolik sistemlerdeki önemli heterojenlik ve ilaç metabolizmasındaki cinsel farklılıkları yansıtmaktadır. (6).

Madde kullanımındaki farklılıklardan tek başına ya da birlikte birkaç mekanizma sorumlu olabilir. Bunlar:

- İlk olarak, kötüye kullanılan ilaçların farmakokinetiği ile ilgili periferik cinsiyet farklılıkları (örneğin vücut yağ yüzdesi ve metabolizma hızı) olabilir.
- İkincisi, beynin yapısal ve işlevsel organizasyonunda (örneğin ödül nöro-devresi) farklılıklar olabilir.
- Üçüncü olarak, dolaşımdaki cinsiyet hormonları madde kullanım sürecini kolaylaştırabilir ya da engelleyebilir (37).

Bu alandaki en tutarlı bulgular arasında kadın ve erkeklerin alkolü farklı şekilde metabolize ettikleri yer almaktadır. Bunun başlıca nedeni kadınların toplam vücut suyu yüzdesinin daha düşük olması ve mide mukozasında alkol dehidrojenaz (etanolü metabolize eden enzim) konsantrasyonunun daha düşük olmasıdır. Bu cinsiyet farklılıkları kadınlarda daha yüksek kan alkol oranına katkıda bulunmakta ve bu da kadınlarda alkol tüketiminin psikolojik ve tıbbi sonuçlarına karşı artan hassasiyetin biyolojik temelini oluşturmaktadır. (6)

Kadınlar, erkeklere kıyasla nispeten daha kısa süreli ve daha az yoğun alkol tüketimini rağmen organ sistemleri üzerinde daha fazla alkolün toksik etkilerine maruz kalmaktadır. Alkolik karaciğer hastalığı erkeklere oranla daha hızlı gelişir ve kadınlar alkole bağlı bilişsel bozulma ve beyin atrofisi gibi beyin hasarına karşı duyarlılıdırlar. Kadınlarda menstrual düzensizlikler, overlerde küçülme, amenore, erken menopoz gibi üreme sistemi ve kalp damar sistemiyle ilgili olumsuzluklar bildirilmiştir (38).

Kadınlar kokain kullanımına daha erken başlamakta, kokaine bağımlı hale gelmeleri daha kısa sürmekte ve erkeklere kıyasla daha az öfori ve disfori bildirmektedir. Hayvanlar üzerinde yapılan bir araştırmada dişi farelerin, erkek farelere göre maddenin pekiştirici

etkilerine karşı daha duyarlı olduğu ve kokainin kendi kendine uygulaması sırasında daha yüksek düzeyde motivasyon sergiledikleri bulunmuştur (9).

Uzun süreli kokain kullanıcılarını içeren çalışmalarda, kadınlar ve erkekler, çalışmadaki kadınların kokaine önemli ölçüde daha fazla maruz kalmasına rağmen, sürekli yoksunluğun ardından konsantrasyon, hafıza ve akademik başarı testlerinde bozulmalar benzer bulunmuştur. Bu bulgular, kadınları kokainin beyne verdiği zararın bir kısmından koruyabilecek kokaine bağlı serebral vazokonstrüksiyondaki cinsiyet farklılıklarıyla ilişkili olabilecek bir mekanizmaya işaret etmektedir (39).

Hem hayvan çalışmaları hem de insan laboratuvar verileri, kadınların uyarıcıların öznel etkilerine karşı daha hassas olduğunu göstermektedir (40). Başta östrojen olmak üzere cinsiyet hormonları, madde arama davranışını artırarak alkol ve madde bağımlılığında önemli bir rol oynamaktadır, potansiyel olarak kadınların madde kullanım modelini ve tedaviye yanıtını etkilemektedir (37).

Klinik öncesi ve klinik çalışmalardan elde edilen kanıtların birikmesi, menstrüel döngüyle ilişkili hormonal değişikliklerin hem isteği hem de ilaçlara verilen davranışsal tepkileri etkileyebileceğini göstermektedir. Örneğin; östrojen, mezokortikolimbik dopamin sistemini modüle ederek dişi sıçanlarda kokaine karşı davranışsal tepkileri artırmaktadır. İnsanlarda bu durum, tedavi için başvuran kadınlarda kokain ipuçlarına karşı artan duyarlılık ve daha yüksek miktarlarda kullanım raporlarını açıklaması açısından önemlidir (9).

Çalışmalar, foliküler evrenin luteal evreye göre daha fazla ilaç beğenme ve hoş öznel etki raporlarıyla ilişkili olduğunu bulmuştur (41). Kadınlar progesteron seviyelerinin daha düşük olduğu foliküler faz sırasında nüksetmeye karşı daha savunmasız olabilir. Bir çalışmada, kadınlar foliküler fazdaki kadınlara ve erkeklere kıyasla luteal faz sırasında kokainin daha az yükselme etkileri olduğunu bildirmiştir (42). Başka bir çalışmada, foliküler faz sırasında kadınlara progesteron verilmesi kokainin olumlu öznel etkilerini zayıflatmıştır. Bu, tedavide önemli etkileri olabilecek aktif bir araştırma alanıdır (43).

Seks hormonları nikotin metabolizmasını etkiler. Kadınlar nikotini erkeklerden daha hızlı metabolize eder. Hızlandırılmış nikotin metabolizması östrojenin bir sonucu gibi görünmektedir. Nikotin klirensindeki cinsiyete bağlı farklılıklar, sigara içme davranışlarını ve ayrıca nikotin ilaçlarına yanıtı etkileyebilir ve nikotin türevi karsinojenlerin değişen metabolizmasının bir belirteci olabilir (44). Kadınlar tütün aldıktan sonra olumlu ruh halinin daha fazla arttığını bildirmekte ve tütünden uzak durma sırasında olumlu ruh halinde erkeklere göre daha büyük bir düşüş göstermektedir (45).

Progesteron uygulaması; işaret kaynaklı kokain ve nikotin isteği de dahil olmak üzere madde isteğinde azalmayla ilişkilidir (39). Doğum sonrası kadınlar arasında progesteron tedavisi daha az kokain nüksü ve küçük bir pilot çalışmada daha az nikotin nüksüyle ilişkilendirilmiştir (6).

Analjezik etkiler de dahil olmak üzere opioidlerin farmakolojik özelliklerinde birçok cinsiyet farklılığı gözlemlenmiştir, ancak kötüye kullanım potansiyelindeki cinsiyet farklılıkları insanlarda sistematik olarak incelenmemiştir. Bununla birlikte, hayvan çalışmaları μ agonistlerinin kadınlara daha geniş bir doz aralığında kullanılabileceğini ve kadınların erkeklere kıyasla ayrıca kilogram başına önemli ölçüde daha fazla opioidi kendi kendilerine uyguladıklarını göstermektedir (46). Ayrıca, kadın cinsiyet hormonlarının sorunlu opioid kullanımının ortaya çıkmasında ve sürdürülmesinde bir rol oynadığını gösteren klinik öncesi veriler de vardır; dişi sıçanlar arasında, preöstrojenik dönem sırasında eroinin kendi kendine uygulanması, %70 oranında azalmıştır (47).

Maddelerin akut etkilerindeki cinsiyet farklılıkları üzerine yapılan araştırmalar belirsiz sonuçlar vermiştir. Örneğin, maddelerin ödüllendirici etkilerindeki cinsiyet farklılıklarına ilişkin birkaç çalışmalarda erkeklerde morfin, d-amfetamin kullanımının, kadınlarda ise tetrahidrokannabinol (THC), oksikodon kullanımının daha büyük etkiler oluşturduğunu bulmuştur. Sık marihuana kullanan ve kullanmayan katılımcıların dahil edildiği bir çalışmada, sık marihuana kullanmayan erkeklerin, kadınlara kıyasla daha fazla THC kötüye kullanım gösterdiği, ancak sık marihuana içenler arasında cinsiyet farkı olmadığı bulunmuştur.(6)

Uygulanan madde dozlarındaki heterojenlik, karışık sonuçlara katkıda bulunabilir. Kadınlar arasında düşük THC (5 mg) ve d-amfetamin (8-10 mg) dozlarında daha fazla kötüye kullanım gösterirken, erkekler daha yüksek dozlarda THC (15 mg) ve d-amfetamin (16-20 mg) bu maddelerin ödüllendirici ve güçlendirici özelliklerine daha duyarlı görünmektedir.(6)

Nörogörüntüleme çalışmaları MKB'lerdeki cinsiyet farklılıklarının altında yatan nöral süreçler hakkında önemli bilgiler sağlamıştır. Kokain kullanım bozukluğu olan kadın ve erkekler kontrollere göre daha düşük gri madde hacmi sergilemiştir; ancak bu hacimsel farklılıkları sergileyen bölgeler değişiklik göstermiştir (6). Kokain bağımlıları üzerinde, kokaini hatırlatıcı resimlerle yapılan istek sırasındaki çekilen fonksiyonel manyetik rezonans görüntülemelerini (fMRI) inceleyen bir çalışmada; kadın kokain kullanıcıları beyninin erkeklere göre daha fazla sol frontolimbik bölge aktivasyonu gösterdiği, kadınların stres kaynaklı kokain özlemini modüle etmede singulat kortekslerin belirgin bir rolünün olduğu saptanmıştır (48). Yine kokain isteğinin çeşitli görüntülerle uyarıldığı fakat görüntüleme

tekniğinde pozitron emisyon tomografisinin (PET) kullanıldığı bir çalışmada; kadınlarda dorsal striatum ve anterior singulat kortekslerinin daha fazla aktivasyon gösterdiği, bir deneyimin hazzını değerlendiren ve onu sonuçlarıyla ilişkilendiren amigdalada daha düşük aktivitenin olduğu tespit edilmiştir (49).

Uyarıcılara, alkole ve nikotine yanıt olarak striatal dopamin salınımı erkeklerde kadınlara göre daha yüksektir (6).

Madde Kullanımında Cinsiyete Göre Sosyokültürel Farklılar

Madde kullanımı açısından kadınları erkeklerden ayıran çeşitli demografik ve klinik faktörler tanımlanmıştır. Kadınların, ailelerinde bir veya daha fazla kişide madde veya alkol bağımlılığı bulunma olasılığı erkeklere göre daha yüksektir ve madde bağımlılığının nedenini genetik yatkınlığa, aile geçmişine veya çevresel strese, içki içmelerini travmatik bir olaya veya stres etkenine bağlamaktadırlar (39).

Erkeklere kıyasla, AMKB tedavisi gören kadınlar istihdam, sosyal/aile, tıbbi ve psikiyatrik işlevsellik gibi alanlarda sürekli olarak daha ciddi işlevsel bozukluklar bildirmektedir. (24).

Bağımlı kadınların köken ailelerinde aşırı sorumluluk geçmişine ve parçalanmış aile yapısına sahip olduklarını gösterilmiştir. Kadınların madde kullanan partnerleri veya madde kullanan eşleri ile ilişki içinde olma olasılığı da erkeklere göre daha yüksektir ve ilişki sorunlarını madde kullanımlarının bir nedeni olarak tanımlamaktadırlar.(39). Kadınların bu ilişkilerde eşleri tarafından, duygusal ve fiziksel istismara uğrama riski de fazladır. Böyle bir evlilik ilişkisinde kadınların kendilerine güveni zedelenmekte, umutsuzluk ve çaresizlik duyguları kendini göstermektedir. Bu duygularla baş edebilme yolu olarak alkole yönelme söz konusu olabilmektedir (50).

Madde kullanımı hem erkeklerde hem de kadınlarda cinsel şiddetin devam ettirilmesini ve mağduriyet riskini artırmaktadır. Aşırı alkol kullanımı kadınlarda cinsel saldırı istenmeyen gebelik ve cinsel yolla bulaşan hastalıklarla ilişkilendirilmiştir. Benzer şekilde, yasadışı madde kullanımı kadınlarda cinsel mağduriyet ve cinsel riskli davranışlar ile ilişkili bulunmuştur (6).

Kadın madde bağımlıları, madde kötüye kullanımı öncüllerinde erkeklerden farklıdır; fiziksel veya cinsel şiddet, ani fiziksel hastalık, kaza veya aile yaşamının bozulması gibi travmatik yaşam olaylarının bir sonucu olarak sıklıkla madde kullanmaya başlarlar. Kadın madde bağımlıları sıklıkla eşleri tarafından madde kullanımına çekilir veya aşırı içki veya madde kullanan ortamda yetiştirilirler (51). Araştırmacılar ayrıca kadınların madde

bağımlılığına daha olumsuz bakabildiğini ve madde bağımlılığına atfedilen sosyal damganın kadınlar için caydırıcı bir rol oynayarak ilaçlarını doktorlar gibi meşru kaynaklardan temin etmeye yönlendirebileceğini bulmuştur. Kadınların marihuana, kokain veya diğer maddelerle birlikte reçeteli ilaç kullanma olasılıkları daha yüksektir (52).

Erkeklerde madde kullanımının iş hayatını, kadınlarda ise aile hayatını etkilemesi daha olasıdır. Bu nedenle, erkeklere kıyasla kadın madde bağımlıları daha fazla ayrı yaşamakta veya boşanmaktadır. Madde kullanımının yasal sonuçlarında cinsiyet farklılıklarına ilişkin bulgular erkeklerde daha fazla yasal sorun olduğunu göstermektedir (53).

Madde ilişkili suçlar nedeniyle ceza alan kadınların sayısı giderek artmaktadır ve bu kadınların yarısından fazlası, suçlarını alkol veya madde etkisi altında işlediklerini bildirmiştir (54).

Madde Kullanımında Eşlik Eden Psikiyatrik Bozukluklara Göre Cinsiyet Farklılıkları

Alkol ve Madde kullanım bozukluğu olan kadınlar, erkeklere kıyasla yüksek oranda eşlik eden psikiyatrik bozukluklara sahiptir. Ulusal Komorbidite Çalışmasından elde edilen sonuçlarda, AMKB için yaşam boyu tanı kriterlerini karşılayan bireylerin %51,4'ü ve 12 aylık ölçütlerini karşılayan bireylerin %42.7'si en az bir eş zamanlı psikiyatrik bozukluk için tanı kriterlerini karşılamıştır (55).

Erkekler ve kadınlar arasında madde kullanımı ve eşlik eden psikiyatrik durumlar arasında zamansal farklılıklar gözlenebilmekte ve etiyolojik ilişkide karışıklıklara yol açabilmektedir. Bu nedenle kapsamlı bir psikiyatrik değerlendirme yapılarak bağımlılık tedavisinin yanında gözlenen psikiyatrik patolojilerin tespiti ve tedavisi büyük önem taşımaktadır. Kadınlarda MKB ile ilişkili psikiyatrik komorbiditelerin yüksek oranı, aynı zamanda duygudurum bozuklukları ve yüksek anksiyete semptomları gibi psikiyatrik semptomlarla başa çıkmak amacıyla madde kullanım davranışının güçlü ilişkisi erkeklere kıyasla daha fazladır (6).

Çalışmalarda kadınların, MKB'nin başlangıcından önce gelen birincil ruh sağlığı bozukluğuna, erkeklerden daha sık sahip olduğu gösterilmiştir (56). Majör depresif epizod ile alkol bağımlılığı ilişkisinin cinsiyet farklılıkları üzerine etkisinin incelendiği bir çalışmada, depresyonu olan kadınların 2 yıllık takipte alkol bağımlılığına sahip olma olasılığının depresyonu olmayan kadınlara göre yedi kat fazla olduğu, buna karşılık majör depresif atakları olan erkeklerin, alkol bağımlılığı geliştirme olasılıklarının depresyonu olmayan erkeklerle

benzer olduğu bulunmuştur (57). Bununla birlikte, kadınlarda depresyon nüks ile ilişkili görülmektedir. Bir çalışma, hayatları boyunca majör depresif dönem öyküsü olan kadınların, depresyonu olmayan kadınlara göre, 1 yıllık takipte sigaraya tekrar başlama olasılığının iki kat fazla olduğunu göstermiştir (58).

Opioid ve kokain bağımlılarına eşlik eden psikiyatrik bozuklukları inceleyen çalışmalarda, kadınlarda erkeklere göre daha yüksek oranda duygudurum ve anksiyete bozuklukları olduğu, ayrıca opioid bağımlısı kadınların yaşam boyu psikiyatrik komorbidite durumunun erkeklere oranla iki kattan fazla olduğu görülmüştür. Kadınlarda özellikle majör depresyon, sosyal fobi, travma sonrası stres bozukluğu (TSSB) ve yeme bozukluğu erkeklere kıyasla çok daha yaygın gözlenmiştir. Metamfetamin bağımlısı kadınların depresyon, intihar düşüncesi ve psikiyatrik yardım ihtiyacı bildirme olasılıkları da erkeklerden yüksek bulunmuştur (39).

Madde kullanıcıları arasında psikiyatrik komorbidite de cinsiyet farklılıkları açısından özel önem taşıyan diğer konular mağduriyet, şiddet ve TSSB' dir. Mağduriyet, kadınlar arasında TSSB, depresyon, anksiyete, intihar davranışı ve düşük benlik saygısı gibi çeşitli olumsuz sonuçlarla ilişkilendirilen bir durumdur. Araştırmalar madde kullanım sorunları olan kadınların büyük bir kısmının aile içi şiddet, ensest, tecavüz, cinsel saldırı ve fiziksel istismar mağduru olduğunu göstermiştir. Madde kullanımı sebebiyle tedavi gören ve mağdur edilmiş kadınların depresyon, intihar düşünceleri, daha düşük benlik saygısı, uyum sorunları ve daha fazla TSSB belirtilerinin bulunması istismara uğramayan kadınlara kıyasla daha yüksek bulunmuştur (25). Bununla birlikte, alkol ve madde kullanımı, kadınları pek çok kez mağdur olma riskiyle karşı karşıya bırakmaktadır. Böylece mağduriyet ve madde kullanım döngüsü devam etmektedir (59).

Travma sonrası stres bozukluğu ve MKB'ler sıklıkla birlikte görülür. MKB için tedavi arayan bireylerin yaşam boyu TSSB kriterlerini karşılama durumu yaklaşık %36 ila %50 arasında saptanmıştır. Birlikte görülme sıklıklarına ilişkin en yaygın açıklama, kendi kendini tedavi etme (self medikasyon) hipotezidir. Bu hipotez temel olarak travmatik geçmişe sahip bireylerin travmatik anıları hafifletmek ya da TSSB'nin diğer acı verici semptomlarından (örn. uyku bozukluğu, flashbackler) kaçınmak veya kaçmak için madde kullandıklarını öne sürmektedir.(60)

Yeme bozuklukları özellikle AMKB olan kadınlar arasında yaygındır . Yeme bozuklukları arasında özellikle bulimia nervosa alkol bağımlılığı ile daha sık birlikte görülmekte ve dürtüsellik bağlamında bu ilişki açıklanmaktadır (31). Bu iki bozukluğun

birbirini etkilediği görülmektedir. Çalışmalar, yeme bozukluğu olan kadınlarda alkol ve madde bağımlılığı prevalanslarının genel kadın popülasyonundan çok daha yüksek olduğunu göstermektedir. Ayrıca MKB olan kadınlarda yeme bozukluğu davranışının da benzer şekilde genel popülasyondan yüksek olduğunu ortaya koymaktadır (61).

Kadınlara Yönelik Damgalanma ve Tedavinin Önündeki Engeller

Madde bağımlılığı tedavi programlarında kadınlar yeterince temsil edilmemektedir. Araştırmalar, kadınların erkeklere kıyasla madde bağımlılığı için daha az tedavi aradığını göstermektedir. 2002 yılında madde bağımlılığı tedavi programlarına kabul edilenlerin %30'u kadın olmasına rağmen, madde bağımlısı olan kadınların oranı daha yüksektir (62).

Kadınlar arasında madde bağımlılığı tedavisine başlama oranlarının düşük olması, karşılaştıkları belirli engelleri yansıtıyor olabilir. Tedaviye giriş oranlarının düşük olmasının nedenleri arasında sosyokültürel faktörler (örneğin, damgalanma, tedaviye girmek için eş/aile desteğinin olmaması), sosyoekonomik faktörler (örneğin, çocuk bakımı), hamilelik, çocuk velayeti konularıyla ilgili korkular ve artan birlikte görülen psikiyatrik bozukluk oranlarıyla ilişkili karmaşıklıklar ve uygun ikili tanı tedavilerinin mevcudiyeti sayılabilir. Ayrıca, daha önce de belirtildiği gibi, birçok kadın madde bağımlılığı klinikleri dışındaki ortamlarda veya kliniklerde (örneğin, birinci basamak sağlık hizmetleri, ruh sağlığı) tedavi aramaktadır (63).(64).

Birleşmiş Milletler Uyuşturucu ve Suç Ofisi (United Nations Office on Drugs and Crime –UNODC) dünya çapında bağımlı kadınlara dair oluşturduğu monografide bağımlı kadınların karşılaştığı bazı sorunları şöyle belirtmiştir:

- Utanç, stigma
- Fiziksel/cinsel istismara maruz kalma
- İlişki problemleri

Çocuklarını veya eşini kaybetme korkusu

Tedavi almada eşinin iznine ihtiyaç duyması

- Tedavi ile ilgili konular

Kadınlar veya çocukları için servis eksikliği

Uzun bekleme listeleri

- Sistem ile ilgili konular

Finansal kaynak azlığı

Barınma zorlukları

Koordineli servislerin yetersizliği olarak tanımlanmıştır (65).

Kadınların alkol ve diğer maddelerin kötüye kullanımı üzerindeki psikososyal etkilerin başında, kadınların madde kullanımına yönelik toplumsal tutumlardan kaynaklanan damgalama gelmektedir. Bu damgalama, kadınların madde kullanımı sürdükçe büyük bir suçluluk ve utanç hissetmesine neden olur ve yardım almasının önünde engeller oluşturur (25).

Homoseksüel, fiziksel veya cinsel şiddet mağduru veya seks işçisi olarak çalışmış olan özellikle kırılgan gruptaki kadınlar, erkek ve kadın danışanları birlikte tedavi eden programlara katılım konusunda daha isteksiz olabilmekte bu durum özel bir zorluk teşkil etmektedir (51).

Kadınlar muhtemelen erkeklerden farklı nedenlerle tedaviye girmektedir. Kadınların tedavi sürecine başlamaları, daha yüksek HIV enfeksiyon riskiyle, aile, iş ve sağlıkla ilgili sorunlarla ilişkili bulunmuştur (39). Ayrıca bağımlılığın ilerlemesi sonucu çocuk yetiştirme ve sosyal hizmetler kurumunun müdahalesi ile ilgili sorunların ortaya çıkmasıyla tedaviye başvurma sıklığını arttırmaktadır (66).

Cinsiyete Göre Tedavi Süreci Farklılıkları

Reçeteli ilaç kullanım sorunları nedeniyle kadınların tedaviye başvurma sıklıkları, diğer madde kullanım başvurularına göre daha yüksek olduğu saptanmıştır ve yaklaşık yarısını oluşturdukları görülmüştür. Kadınlar, reçeteli opioid kullanım bozukluğu için 2014 yılında tedaviye başvuranların %46,8'ini oluşturmaktadır. BZD ve barbitüratlar için sırasıyla %46,5 ve %58,2'sini kadınların oluşturduğu bulunmuştur (6).

Tedavi sonuçlarında cinsiyet farklılıklarına ilişkin araştırmalar tutarlı olmayan sonuçlar vermiştir. Bazı çalışmalar, kadınların madde bağımlılığı tedavisine girme olasılıklarının daha düşük olduğunu, ancak bir kez girdiklerinde tedaviyi tamamlama ve tedaviden yararlanma olasılığının en az erkekler kadar yüksek olduğunu göstermektedir. Cinsiyet yönünden tedavi sonuçlarında farklılıklar bulan araştırmalarda, kadınlar tipik olarak erkeklerden daha iyi sonuçlara sahiptir. Örneğin, kadınların 6 aylık takipte (kadınlarda %79,3'e karşı erkeklerin %54'ü) ve 5 yılda (olasılık oranı, 1,9) daha yüksek oranda madde kullanmadıkları saptanmış olup ayrıca diğer alanlarda (örneğin, tıbbi sorunlar) daha fazla gelişme gösterirdikleri bulunmuştur. Ayrıca daha kısa nüks dönemleri yaşadıkları ve bir nüksetmeden sonra yardım arama olasılığının daha yüksek olduğu gösterilmiştir (63, 64).

Çalışmalar, bireysel faktörler (fiziksel ve ruhsal faktörler ve kişilik bozuklukları), çevresel faktörlerin (aile sorunları, uygunsuz ortamlar ve ekonomik, sosyal ve kültürel durum),

etiketlemenin, bağımlılığa karşı olumlu tutum ve ayrımcılık duyguların bağımlılığın nüksetmesine neden olduğunu bulmuştur (67).

İran'da 200 kadın bağımlı ile yapılan bir çalışmada, kadınların nüks oranı %80 oranında gözlenmiş olup, bu kişilerin nüksetme sürelerine bakıldığında; ilk ayda %41, iki ila üç ayda %28, dört ila altı ayda %17 ve yedi aydan uzun sürede %14 olarak saptanmıştır. Maddeye başlama yaşı ve ailedeki bağımlılık öyküsü, Adsız Narkotikler toplantılarına katılım durumu, kullanılan maddenin türü, çocukluk döneminde cinsel istismar öyküsü ve fiziksel şiddete maruz kalma gibi değişkenler nüksle ilişkili bulunmuştur (14).

Kadınlara Yönelik Tedavi Hizmetleri Önerileri

Madde kullanım bozukluğu olan kadınlar, madde kullanım sorunlarının risk faktörleri ve doğal seyri, nüks nedenleri, başvuru sorunları ve tedavi motivasyonları açısından MKB olan erkeklerden önemli ölçüde farklıdır. UNODC tarafından yapılan bir araştırma, sadece kadınlara özel servisler sunan ve doğum öncesi bakım ve çocuk bakımı, ebeveynlik becerileri, aile ve toplum üyeleriyle ilişkiler, psikiyatrik komorbidite ve pratik ihtiyaçlar gibi konulara da eğilerek cinsiyet farklılıklarını ortaya koyan detaylı bir programcılığın, tedavi sonuçlarını olumlu etkileyebileceğini ortaya koymuştur. Programlar ayrıca, kadınlarda yüksek oranda görülen travma ve tekrar eden akıl sağlığı problemlerine dayanarak, travma ve mağduriyet gibi konulara yanıt aramalıdır. Bununla birlikte araştırma, hamile ve çocuklu kadınların önyargısız, kapsamlı ve eşgüdümlü yaklaşımlar gerektiren özel ihtiyaçları olduğunu belirtmektedir (68).

Ashley ve arkadaşları, kadınlar için madde bağımlılığı tedavi programlamasının etkinliğini inceledikleri bir çalışmada; kadınlar için madde bağımlılığı tedavisinin içeriklerini belirtmişlerdir. Kadınların madde bağımlılığı tedavisine girme önündeki engelleri azaltan ve/veya madde bağımlılığı tedavisi ihtiyaçlarını ele alan hizmetlerin sunulmasının önemi vurgulanmıştır. Bunlar şu şekilde özetlenebilir:

- Çocuk bakımı veya ulaşım gibi kadınların madde bağımlılığı tedavisine erişimini artırmayı amaçlayan sosyal ve tıbbi yardımcı hizmetler.
- Doğum öncesi bakım, psikososyal eğitim, kadın odaklı HIV önleme veya akıl sağlığı programları gibi kadınların özel ihtiyaçlarını karşılamayı amaçlayan hizmetler.
- Yalnızca kadınlara yönelik programlar ve hizmetler, kadınların sorunlarına daha fazla odaklanan benzersiz bir tedavi ortamı ve kadınların hassas ve sancılı konuları tartışabilecekleri daha rahat bir ortam yaratır.

- Kadınların özel ihtiyaçlarına göre uyarlanmış yöntemler: besleyici ve destekleyici bir grup terapisi ortamı, özsaygıya vurgu veya kadınların çoklu rollerini (anne, eş, arkadaş) ele alan tedavi (51).

GEREÇ VE YÖNTEMLER

ARAŞTIRMA ÖRNEKLEMİ ve İŞLEM

Bu çalışma, Trakya Üniversitesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Balkan AMATEM kliniğinde, açıldığı 2013 yılından bu güne kadar yatış kaydı bulunan kadın hastaların sosyodemografik ve klinik özelliklerinin değerlendirilmesini, bu özelliklerin yatış kaydı bulunan erkek hastalarla eşleştirilerek karşılaştırılmasını amaçlayan, kayıtlar üzerinden gerçekleştiren tanımlayıcı retrospektif bir araştırmadır

Araştırmamız Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı Bilimsel Araştırmalar Etik Kurulu'nun 09.05.2022 tarih ve 11/28 sayılı kararı ile onaylanmıştır (EK 1).

Bu çalışma, Trakya Üniversitesi Balkan Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi bünyesinde hizmet vermekte olan Balkan AMATEM kliniğinde gerçekleştirilmiştir. Balkan AMATEM kliniğinde, ayaktan tedavi hizmetinin yanı sıra 28 günlük yapılandırılmış yatarak tedavi programı uygulanmaktadır. İlaç tedavilerinin yanında bireysel ve grup psikoterapileri, alkol-madde ve bağımlılıkla ilgili psikoeğitim çalışmaları yapılmaktadır.

Çalışmamızda Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı AMATEM servisinde 30.05.2013-08.03.2022 tarihleri arasında Alkol ve Madde kullanım bozukluğu tanılarıyla toplam 56 (%4.3) kadın hasta ve 1256 (%95.7) erkek hasta yatış kaydına ulaşıldı. Tekrarlayan yatışlar yok sayılarak, yatarak tedavi gören 49 kadın, 883 erkek hastanın kaydı analiz edildi.

Örneklemimizi yatış kaydı olan 49 kadın hastanın tümü araştırmaya alınmıştır. 833 erkek hasta arasından basit rastgele örnekleme yöntemi kullanılarak 50 kişi belirlenmiştir. Dosya kayıtlarının incelenmesi sonucunda örneklemdeki bir kadın hastanın transseksüel olduğu

saptanmış olup erkek hastalara dahil edilmiştir. Çalışmamız 48 kadın, 51 erkek olmak üzere toplam 99 hastanın verisi ile yürütülmüştür.

Araştırmada veri kaynağı olarak Psikiyatri ve AMATEM poliklinik dosyaları, Trakya Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi Hasta Bilgi Sistemi, SGK Medula Sistemi kullanılmıştır.

Araştırmanın Dahil Etme Kriterleri

-DSM-5 tanı ölçütlerine göre Alkol ve Madde Kullanım Bozukluğu tanı ölçütlerini karşılaması

-30.05.2013-08.03.2022 tarihleri arasında AMATEM servisinde yatarak tedavi görmüş olması

Araştırmanın Dışlama Kriterleri

Araştırmaya dahil edilme ölçütlerini karşılayan tüm hastaların verilerinin geriye dönük incelenmesi planlanmış olup dışlama ölçütü tanımlanmadı.

GEREÇLER

Veri Toplama Araçları

Veriler, araştırmacı tarafından hazırlanan veri formu kullanılarak toplanmıştır. Veri formu, sosyodemografik bilgiler ile klinik özelliklere yönelik sorular oluşmaktadır. Hastaların bağımlılık şiddeti ve bağımlılığın farklı boyutları yatış sırasında 59 hastaya uygulanmış olan Bağımlılık Profili İndeksi Klinik Formu (BAPİ-K) ile değerlendirildi.

Hasta Veri Formu

Hasta veri formu katılımcıların sosyodemografik ve klinik özelliklerini kayıt etmek için araştırmacı tarafından düzenlendi. Bu form yaş, cinsiyet, medeni durum, meslek, eğitim durumu olmak üzere sosyodemografik değişkenler ve kliniğe başvuru şekli, tedaviyi tamamlama durumu, tercih maddesi, ek psikiyatrik tanıları, ailede psikiyatrik hastalık tanısı, cinsel/fiziksel istismar maruziyeti, intihar girişimi, adli olay öyküsü ve son 1 yıl içinde kullandığını belirttikleri alkol ve diğer maddelerin özelliklerine yönelik sorulardan oluşmaktadır (EK 2).

Bağımlılık Profil İndeksi - Klinik Formu (BAPİ-K)

Bağımlılık Profil İndeksi (BAPİ) 37 soru ve 5 alt başlıktan oluşan, bağımlılığın şiddetini ve farklı boyutlarını değerlendirmek amacıyla kullanılan bir ölçektir. Alt ölçekler, madde kullanım özelliklerini, bağımlılık tanı ölçütlerini, maddenin kişinin yaşamı üzerine etkisini, madde kullanma arzusunu ve tedavi motivasyonunu ölçmektedir. Öz bildirim ve uygulayıcı formları mevcut olup, uygulayıcı formunda 3'lü puanlama sistemi kullanılır. Bu ölçeğin toplam puanı ile bağımlılık şiddeti değerlendirmesine ulaşılır.

1. Kullanım özellikleri: Alkol ve diğer tüm maddeler bu bölümde sorulmaktadır. Ayrı ayrı kullanım sıklığı için puan alınmaktadır. Kişide çoklu madde kullanımı varsa, daha yüksek puan almaktadır. Çünkü bu durum daha şiddetli bağımlılık sorunlarına yol açmaktadır. Burada kullanılan madde sayısı ve sıklığı dışında, kullanımın yarattığı sorunlar da değerlendirilmektedir.

2.Bağımlılık tanı ölçütleri: Bu bölümde DSM ve ICD' de yer alan bağımlılık tanı ölçütleri sorulmaktadır.

3.Kişinin yaşamına etkisi: Bu kısım hem psikososyal işlevleri hem de maddenin kişinin yaşamına olan diğer etkilerini araştıran sorulardan oluşmaktadır. Eğitim, çalışma, aile, ekonomik, yasal sorunlar gibi alanlar sorgulanır.

4.Şiddetli kullanma isteği: Burası isteği yani "craving"i değerlendirmektedir.

5. Tedavi motivasyonu: Burada kişinin motivasyon düzeyini ölçen sorular yer almaktadır. Motivasyon, tedavi için önemli bir faktör olmakla birlikte, bağımlılık şiddetinin yükseldiğini gösteren bir faktör olarak ele alınmıştır

Klinik formda 37. sorudan itibaren bağımlılıkla ilgili alanlara yönelik sorular gelmektedir. BAPİ-K'nın da öz bildirim ve uygulayıcı formları vardır (69). Bu formda doğrudan bağımlılıkla ilgili alanların dışında bağımlılığı sürdüren ve ilgili olabilecek altı alanın (ikisi ruhsal, dördü kişisel özellik) değerlendirmesini içerir. Bu form; depresyon, anksiyete, öfke kontrol yetersizliği, güvenli davranış eksikliği, heyecan arama davranışı ve dürtüselliğin değerlendirilmesini de içermektedir.

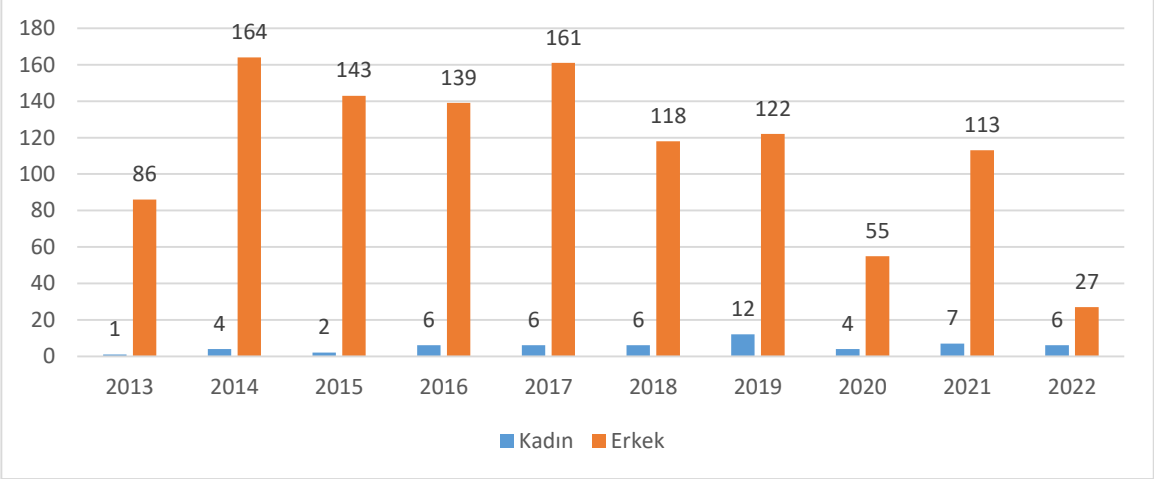
Ölçeğin geliştirme, geçerlik ve güvenilirlik çalışması Ögel ve ark. tarafından yapılmıştır (70). AMATEM servisimizde yatarak tedavi gören hastaların bağımlılık profilleriyle ilişkili özellikler BAPİ-K uygulayıcı formu ile değerlendirilmektedir (EK 3).

İSTATİSTİKSEL ANALİZ

Kategorik değişkenler sayı ve yüzde olarak; nümerik değişkenler ise ortalama ± standart sapma, ortanca, en küçük ve en büyük değer olarak değerlendirilmiştir. Sürekli değişkenlerin normallik varsayımı, Kolmogorov-Smirnov testi ile test edilmiştir. Kategorik değişkenler için gruplar arasındaki ilişkinin gösterilmesinde Ki-kare kullanılmıştır. Normal dağılım gösteren bağımsız iki grubun ortalamalarının karşılaştırılmasında Student-T testi, normal dağılıma uymayan gruplar için Mann Whitney U testi kullanılmıştır. Verilerin girişi ve çözümlenmesi için SPSS paket programı kullanıldı. P değerinin 0,05'ten küçük olduğu durumlar, istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

BULGULAR

2013-2022 yılları arasında toplam 56 (%4,3) kadın hasta ve 1256 (%95,7) erkek hasta yatarak tedavi görmüştür (şekil 2). Yatan erkek hastaların sayısı kadın hastalardan yüksektir. Birden fazla yatışlar tek yatış kabul edildiğinde yatarak tedavi gören 49 kadın hasta ve 883 erkek hasta kaydı incelendi. Kadın hastalardan dahil edilme kriterlerini karşılayan 48'inin verilerine ulaşıldı ve 51 erkek hasta ile rastgele eşleştirilerek karşılaştırıldı.



(Yıl içinde aynı hastanın tekrarlayan yatışları tek yatış kabul edilmiştir.)

Şekil 2. Yıllara göre kadın ve erkek yatan hasta dağılımı

SOSYODEMOGRAFİK BULGULAR

Araştırmamıza Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı AMATEM kliniğinde yatarak tedavi gören 48'i kadın (%48,5), 51'i erkek (%51,5) toplam 99 hasta dahil edilmiştir. Hastaların yaş ortalaması 32,2±11.1 (en düşük 18, en yüksek 65) idi.

Kadın hastaların yaş ortalaması 30,7±9,3; erkeklerin 33,7±12,4 idi. Kadın ve erkek hasta grubunun yaş ortalamaları benzerdi. Kadın ve erkeklerin yaş ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı.

Hastaların eğitim durumlarının cinsiyete göre dağılımı Tablo 1'de verilmiştir. Kadınlardan iki kişi (%4,2) herhangi bir eğitim almamıştır ve kadın hastaların yaklaşık üçte birinin lise mezunu olduğu görülmektedir. Erkek hastaların yarıya yakını (%49) ortaokul mezunudur. Kadınlarda üniversite mezunu olma sıklığı %16,7 iken erkeklerde bu oran %3,9'dur. Eğitim düzeyleri, lisans altı (mezuniyet yok, ilkokul, ortaokul ve lise mezunu) ve lisans mezunu olarak gruplandırılmış olup cinsiyet ile eğitim durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır. (p=0,047).

Tablo 1. AMKB olan hastalarda cinsiyete bağlı eğitim durumlarının karşılaştırılması

Eğitim durumu	Kadın		Erkek		p değeri
	n	%	n	%	
Yok	2	4,2	0	0,0	**0,047***
İlkokul	7	14,6	12	23,5	
Ortaokul	15	31,2	25	49,0	
Lise	16	33,3	12	23,5	
Üniversite	8	16,7	2	3,9	
Toplam	48	100	51	100	

AMKB: Alkol ve madde kullanım bozukluğu.
Fisher Kesin Ki-kare testi *p < 0,05.
Cinsiyet (kadın/erkek) ile eğitim durumu [lisans altı (yok-ilkokul-ortaokul-lise) ve lisans mezunu (üniversite)] karşılaştırılmıştır.

Alkol ve madde kullanım bozukluğu olan kadın ve erkeklerin medeni durumlarına göre dağılımına bakıldığında kadınların %52,1'inin, erkeklerin ise %58,8'inin bekar olduğu görülmektedir (Tablo 2). AMKB Cinsiyet ile medeni durum arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır.

Tablo 2. AMKB olan hastalarda cinsiyet ile medeni durumların karşılaştırılması

Medeni durum	Kadın		Erkek		p değeri
	n	%	n	%	
Bekar	25	52,1	30	58,8	0,310
Evli	13	27,1	16	31,4	
Dul	10	20,8	5	9,8	
Toplam	48	100	51	100	

AMKB: Alkol ve madde kullanım bozukluğu.
Ki-kare testi.

Kadın ve erkek hastaların çalışma durumuna ilişkin dağılımları Tablo 3'te gösterilmiştir. Kadınların %64,6'sı, erkeklerin %41,2'si herhangi bir işte çalışmamaktadır. Erkeklerin düzenli çalışma sıklığı, kadınlardan daha yüksek bulunmuştur. Hastaların cinsiyeti ile çalışma durumları karşılaştırılmış olup değişkenler arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur (p=0,024).

Tablo 3. AMKB olan hastalarda cinsiyet ile çalışma durumlarının karşılaştırılması

Özellik	Kadın		Erkek		p değeri
	n	%	n	%	
Çalışmıyor	31	64,6	21	41,2	**0,024***
İş buldukça düzensiz çalışıyor	1	2,1	3	5,9	
Düzenli çalışıyor	11	22,9	25	49	
Emekli	2	4,2	2	3,9	
Öğrenci	3	6,2	0	0	
Toplam	48	100	51	100	

AMKB: Alkol ve madde kullanım bozukluğu.
Ki-kare testi, *p<0,05.

MADDE KULLANIMINA İLİŞKİN VERİLER

Hastaların sigara kullanma durumlarına bakıldığında 93 kişinin (%93,9) sigara kullandığı, 6 kişinin (%6,1) sigara kullanmadığı tespit edilmiştir. Sigara kullanma oranı, kadınlarda %91,7; erkeklerde %96,1'dir. Hastaların cinsiyeti ile sigara kullanma durumları Tablo 4'te karşılaştırılmış olup değişkenler arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunamamıştır.

Tablo 4. AMKB olan hastalarda cinsiyet ile sigara kullanma durumunun karşılaştırılması

Sigara kullanımı	Kadın		Erkek		p değeri
	n	%	n	%	
Var	44	91,7	49	96,1	0,427
Yok	4	8,3	2	3,9	
Toplam	48	100	51	100	

AMKB: Alkol ve madde kullanım bozukluğu.
Fisher Kesin Ki-kare testi.

Hastaların cinsiyeti ile sigara kullananların sigaraya başlama yaşı ve içilen sigara miktarı Tablo 5'te karşılaştırılmıştır. Kadınlarda sigaraya başlama yaşı (16,12 ± 3,6), erkeklerden (15,24 ± 4,7) daha yüksektir ancak fark istatistiksel olarak anlamlı değildir. İçilen sigara miktarları değerlendirildiğinde değişkenler arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunamamıştır.

Tablo 5. AMKB olan hastalarda cinsiyet ile sigara kullanım özelliklerinin karşılaştırılması

Özellikler	Kadın	Erkek	p değeri
Sigaraya başlangıç yaşı			
Ortalama ± SS	16,12 ± 3,6	15,24 ± 4,7	0,188
Ortanca	16,0	15,0	
En küçük değer	11,0	7,0	
En büyük değer	28,0	27,0	
İçilen sigara miktarı (adet/gün)			
Ortalama ± SS	23,02 ± 9,9	20,71 ± 10,8	0,292
Ortanca	20,0	20,0	
En küçük değer	10,0	2,0	
En büyük değer	40,0	40,0	

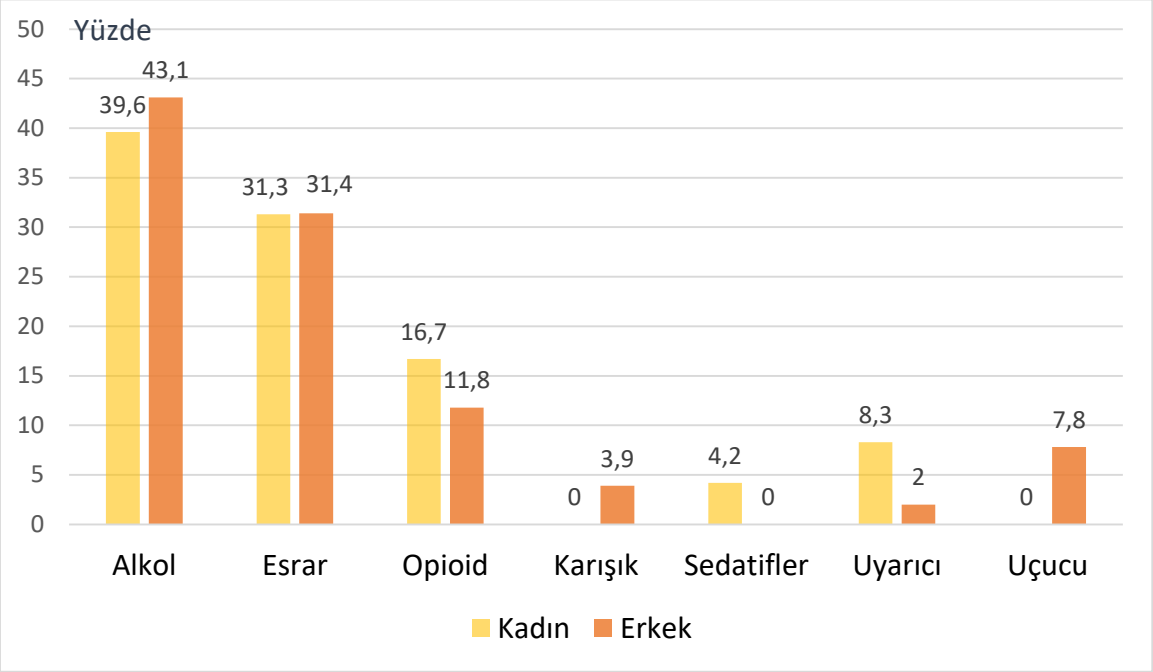
AMKB: Alkol ve madde kullanım bozukluğu; **SS:** Standart sapma.
Mann Whitney U testi.

Çalışmadaki hastaların maddeye başlama yaşı 10 ve 36 yaş arasında değişmekte olup ortalama 19,2 yaş ± 5,7 yıl olarak saptanmıştır. Bu bulgu kadınlarda 20,4 yaş ± 5,8 yıl iken erkeklerde 18 yaş ± 5,4 yıl olarak hesaplanmıştır. İlk maddeyi kadın hastalar erkeklere göre daha geç yaşta kullanmaya başlamışlardır (p=0,017).

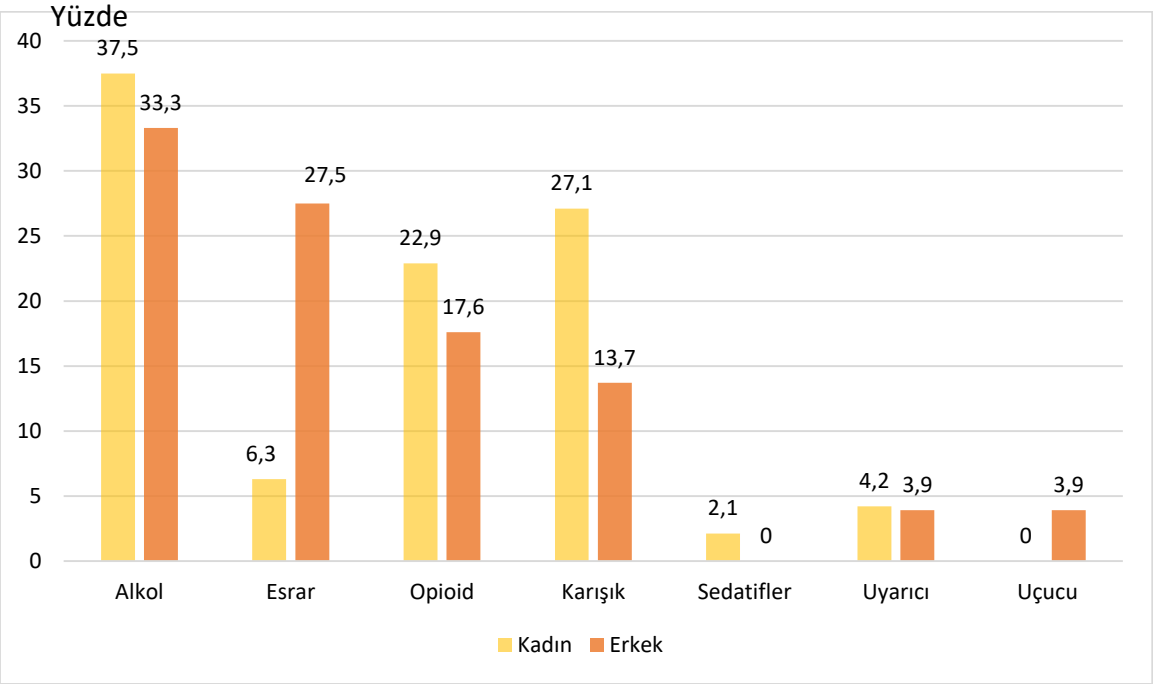
Kullanılan ilk maddelerin cinsiyete göre dağılımı incelendiğinde kadın hastaların 19'u (%36,9) alkol, 15'i (%31,2) esrar veya sentetik esrar, 8'i (%16,7) opioid, 4'ü (%8,3) uyarıcı ve 2'si (%4,2) sedatif-hipnotik madde kullandığı belirlenmiştir. Erkek hastaların 22'sinin (%43,1) alkol, 16'sının (%31,4) esrar veya sentetik esrar, 6'sının (%11,8) opioid, 2'sinin (%3,9) karışık madde, 4'ünün (%7,8) uçucu madde ve 1'inin (%2) uyarıcı kullandığı bulunmuştur. Gruplar arasında kullanılan ilk maddeler açısından istatistiksel olarak anlamlı fark yoktur. Bununla birlikte kadın hasta grubunda uçucu ve karışık madde kullanımının, erkek hasta grubunda sedatif –hipnotik ilaçların ilk madde olarak başlanmadığı tespit edilmiştir.

Hastaların tercih maddelerine baktığımızda kadın hastaların 18'inin (%37,5) alkol, 13'ünün (%27,1) karışık, 11'inin (%22,9) opioid, 3'ünün (%6,3) esrar veya sentetik esrar, 2'sinin (%4,2) uyarıcı ve 1'inin (%2,1) sedatif-hipnotik maddeyi tercih maddesi olarak kullandıkları ve bu sebebeple yatarak tedavi gördükleri tespit edilmiştir. Erkek hastaların ise 17'sinin (%33,3) alkol, 14'ünün (%27,5) esrar veya sentetik esrar, 9'unun (%17,6) opioid, 7'sinin (%13,7) karışık, 2'sinin (%3,9) uyarıcı ve 2'sinin (%3,9) uçucu maddeyi tercih maddesi olarak kullandığı bulunmuştur. Gruplar arasında tercih maddeleri açısından istatistiksel olarak anlamlı fark yoktur. Bununla birlikte kadın hasta grubunda uçucu madde, erkek hasta grubunda ise sedatif –hipnotik ilaçlar tercih maddesi olmadığı tespit edilmiştir. Hastaların kullandıkları

ilk maddelerin ve tercih maddelerinin cinsiyete göre dağılımları, sırasıyla Şekil 2 ve Şekil 3'te verilmiştir.



Şekil 2. Hastaların kullandıkları ilk maddelerin cinsiyete göre dağılımı



Şekil 3. Hastaların tercih maddelerinin cinsiyete göre dağılımı

Başvuru şeklinin cinsiyete göre dağılımı Tablo 6'da verilmiştir. Hastaların büyük çoğunluğunun poliklinik başvurusu sonucunda yattığı belirlenmiştir. Kadınların 1'inin (%2,1), erkeklerin 1'inin (%2,0) acil servis başvurusu ile yatırıldığı saptanmıştır. Kadınlardan bir kişiye (%2,1) adli durum nedeniyle zorunlu yatış yapılmıştır. Cinsiyet ile başvuru şekli arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır.

Tablo 6. AMKB olan hastaların cinsiyet ile başvuru şeklinin karşılaştırılması

Başvuru şekli	Kadın		Erkek		p değeri
	n	%	n	%	
Poliklinik	46	95,8	50	98,0	0,584
Acil servis	1	2,1	1	2,0	
Adli	1	2,1	0	0	
Toplam	48	100	51	100	

AMKB: Alkol ve madde kullanım bozukluğu.
Ki-kare testi.

Hastaların tedaviyi tamamlama durumlarının cinsiyete göre dağılımı Tablo 7'de verilmiştir. Hem erkek hem kadın hasta grubundakilerin yarısından fazlasının tedaviyi tamamlamadığı saptanmıştır. Gruplar arasında tedaviyi tamamlama durumları açısından benzer bulunmuştur.

Tablo 7. AMKB olan hastaların cinsiyet ile tedaviyi tamamlama durumlarının karşılaştırılması

Tedaviyi tamamlama	Kadın		Erkek		p değeri
	n	%	n	%	
Evet	22	45,8	24	47,1	1,000
Hayır	26	54,2	27	52,9	
Toplam	48	100	51	100	

AMKB: Alkol ve madde kullanım bozukluğu.
Yates düzeltmeli Ki-kare testi.

Cinsiyet ile alkol kullanım durumları, alkol kullanma öyküsü olanların hangi sıklıkta kullandıkları Tablo 8'de karşılaştırılmış olup değişkenler arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır. Kadın hastaların %58,3'ünün, erkek hastaların %54,9'unun alkol kullanım

öyküsü vardır. Kadın ve erkek hastalarda her gün alkol kullanma sıklıkları sırasıyla %85,2 ve %70,4'tür.

Alkol kullanım öyküsü olan hastaların cinsiyet ile deliryum tremens ve epileptik nöbet öyküleri karşılaştırıldı. Alkol kullanma öyküsü olan 6 erkek hastanın (%26,1), 5 kadın hastanın (%18,5) deliryum tremens öyküsü ve 3 erkek hastanın (%13,6), 1 kadın hastanın (%3,7) epileptik nöbet öyküsü vardır. Erkek hastaların deliryum tremens ve nöbet öyküsü kadınlara göre fazla olmakla beraber fark istatistiksel olarak anlamlı değildir (Tablo 8).

Tablo 8. AMKB olan hastaların cinsiyet ile alkol kullanım özelliğinin karşılaştırılması

Özellikler		**Kadın**		**Erkek**		**p değeri**
		n	**%**	**n**	**%**	
Alkol kullanımı	Var	28	58,3	28	54,9	0,888
	Yok	20	41,7	23	45,1	
Toplam		48	100	51	100	
Alkol kullanım sıklığı	Haftada ≤ 1kez	2	7,4	3	11,1	0,287
	Haftada 2-6 kez	2	7,4	5	18,5	
	Her gün	23	85,2	19	70,4	
Toplam		27	100	25	100	
Deliryum tremens	Var	5	18,5	6	26,1	0,763
	Yok	22	81,5	17	73,9	
Toplam		27	100	23	100	
Epileptik Nöbet	Var	1	3,7	3	13,6	0,460
	Yok	26	96,3	19	86,4	
Toplam		27	100	22	100	

Ki-kare testi.

Cinsiyet ile alkole başlama yaşı, kullanım süresi ve en uzun kullanmadığı süre Tablo 9'da karşılaştırılmıştır. Kadın hastaların alkole başlama yaşı, erkek hastalardan daha yüksek olmasına karşın fark istatistiksel olarak anlamlı değildir. Erkek hastaların alkol kullanım süreleri (19,41 ± 11,6 yıl), kadın hastalardan (10,15 ± 7,5 yıl) anlamlı şekilde daha yüksektir ($p<0,05$). Gruplar, alkol kullanmadıkları en uzun süre açısından karşılaştırılmış ve anlamlı fark saptanmamıştır.

Tablo 9. AMKB olan hastalarda cinsiyet ile alkol kullanım özelliklerinin karşılaştırılması

Özellikler	Kadın	Erkek	p değeri
Alkol başlangıç yaşı (yıl)			
Ortalama ± SS	21,11 ± 7,1	18,19 ± 5,1	0,108
Ortanca	19,5	18,0	
En küçük değer	12,0	11,0	
En büyük değer	40,0	30,0	
Alkol kullanma süresi (yıl)			
Ortalama ± SS	10,15 ± 7,5	19,41 ± 11,6	**0,002***
Ortanca	10,0	19,0	
En küçük değer	1,0	2,0	
En büyük değer	35,0	40,0	
Alkol kullanılmayan en uzun süre (ay)			
Ortalama ± SS	10,39 ± 18,6	9,22 ± 20,2	0,567
Ortanca	1,5	3,0	
En küçük değer	0,0	0,0	
En büyük değer	84,0	96,0	

SS: Standart sapma.
Mann Whitney U testi, *p<0,05.

Alkol ve Madde kullanım bozukluğu olan hastaların cinsiyet ile esrar/sentetik esrar kullanım durumları, esrar/sentetik esrar kullanma öyküsü olanların hangi sıklıkta kullandıkları Tablo 10'da karşılaştırılmıştır. Kadın hastaların %31,3'ü, erkek hastaların %49'u esrar/sentetik esrar kullanmıştır. Cinsiyet ile esrar/sentetik esrar kullanma durumu ilişkili bulunmamıştır (p=0,111). Esrar/sentetik esrar kullandığı saptanan kadınlardan 8 kişinin (%61,5), erkeklerden 20 kişinin (%87,0) her gün kullandığı bulunmuştur. Cinsiyet ile esrar/sentetik esrar kullanma sıklıkları arasında istatistiksel olarak fark yoktur.

Tablo 10. AMKB olan hastalarda cinsiyet ile esrar kullanım durumu ve kullanım sıklığının karşılaştırılması

Özellikler	Kadın		Erkek		p değeri
	n	%	n	%	
Esrar/Sentetik Esrar kullanım durumu					
Var	15	31,3	25	49,0	0,111
Yok	33	68,8	26	51,0	
Toplam	48	100	51	100	
Esrar/Sentetik Esrar kullanım sıklığı					
Haftada ≤ 1 kez	3	23,1	3	13,0	0,182
Haftada 2-6 kez	2	15,4	0	0,0	
Her gün	8	61,5	20	87,0	
Toplam	13	100	23	100	

Ki-kare testi.

Cinsiyet ile esrar/sentetik esrar kullanımına başlama yaşı, esrar/ sentetik esrar kullanma süresi, esrar/ sentetik esrar kullanmadığı en uzun dönem Tablo 11'de karşılaştırılmış olup, değişkenler arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmamıştır.

Tablo 11. AMKB olan hastalarda cinsiyet ile esrar kullanım özelliklerinin karşılaştırılması

Özellikler	Kadın	Erkek	p değeri
Esrar başlangıç yaşı (yıl)			
Ortalama ± standart sapma	17,29 ± 2,8	16,74 ± 4,4	0,306
Ortanca	18,0	17,0	
En küçük değer	12,0	10,0	
En büyük değer	22,0	27,0	
Esrar kullanma süresi (yıl)			
Ortalama ± standart sapma	5,71 ± 3,2	7,35 ± 4,0	0,263
Ortanca	4,5	7,0	
En küçük değer	2,0	2,0	
En büyük değer	11,0	18,0	
Esrar kullanmadığı en uzun dönem (ay)			
Ortalama ± standart sapma	4,79 ± 2,5	11,35 ± 23,0	0,812
Ortanca	2,5	2,0	
En küçük değer	0,0	0,0	
En büyük değer	24,0	96,0	

Mann Whitney U testi.

Cinsiyet ile uyarıcı madde kullanım durumları, uyarıcı madde kullanma öyküsü olanların hangi sıklıkta kullandıkları Tablo 12'de karşılaştırılmış olup değişkenler arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunamamıştır. Kadın hastaların %25'i, erkek hastaların %19,6'sı uyarıcı madde kullanmıştır. Uyarıcı madde kullandığı saptanan kadınlardan 6 kişinin (%60) her gün, erkeklerden 3 kişinin (%42,9) her gün kullandığı bulunmuştur.

Tablo 12. AMKB olan hastalarda cinsiyet ile uyarıcı madde kullanma durumları ve sıklığının karşılaştırılması

Özellikler		Kadın		Erkek		p değeri
		n	%	n	%	
Uyarıcı madde kullanım durumu	Var	12	25,0	10	19,6	0,687
	Yok	36	75,0	41	80,4	
	Toplam	48	100	51	100	
Uyarıcı madde kullanım sıklığı	Haftada ≤ 1 kez	3	30	2	28,6	0,724
	Haftada 2-6 kez	1	10	2	28,6	
	Her gün	6	60	3	42,9	
	Toplam	12	100	7	100	

Yates düzeltmeli Ki-kare testi.

Hastaların cinsiyetleri ile uyarıcı madde kullanım özellikleri Tablo 13'te karşılaştırılmıştır. Erkeklerin uyarıcı maddeye başlangıç yaş ortalaması (24,57 ± 8,9), kadın hastalara (19,60 ± 6,0) göre daha yüksektir ancak fark istatistiksel olarak anlamlı değildir (p=0,258). Kadınların uyarıcı madde kullanma süresi erkeklerden daha uzun, uyarıcı madde kullanmadıkları en uzun süre ise daha kısa olmakla beraber fark istatistiksel olarak anlamlı değildir.

Tablo 13. AMKB olan hastalarda cinsiyet ile uyarıcı madde kullanım özelliklerinin karşılaştırılması

Özellikler	**Kadın**	**Erkek**	**p değeri**
Uyarıcı maddeye başlangıç yaşı			
Ortalama ± standart sapma	19,60 ± 6,0	24,57 ± 8,9	0,258
Ortanca	18,5	27,0	
En küçük değer	12,0	15,0	
En büyük değer	29,0	39,0	
Uyarıcı madde kullanma süresi			
Ortalama ± standart sapma	5,50 ± 3,5	3,71 ± 2,4	0,403
Ortanca	4,0	5,0	
En küçük değer	1,0	1,0	
En büyük değer	11,0	7,0	
Uyarıcı kullanmadığı en uzun dönem (ay)			
Ortalama ± standart sapma	2,60 ± 3,8	7,14 ± 10,9	0,612
Ortanca	1,5	2,0	
En küçük değer	0,0	0,0	
En büyük değer	12,0	30,0	

Mann Whitney U testi.

Cinsiyet ile opioid kullanım durumları, opioid kullanma öyküsü olanların hangi sıklıkta kullandıkları Tablo 14'de karşılaştırılmış olup değişkenler arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunamamıştır. Kadınların %35,4'ü, erkeklerin %29,4'ü opioid kullanmıştır. Opioid kullanan kadınların %93,8'i, erkeklerin %86,7'si her gün kullanmaktadır.

Tablo 14. AMKB olan hastalarda cinsiyet ile opioid kullanma durumlarının ve sıklığının karşılaştırılması

Özellikler		Kadın		Erkek		p değeri
		n	%	n	%	
Opioid kullanım durumu	Var	17	35,4	15	29,4	0,672
	Yok	31	64,6	36	70,6	
	Toplam	48	100	51	100	
Opioid kullanım sıklığı	Haftada ≤ 1 kez	1	6,3	2	13,3	0,512
	Haftada 2-6 kez	0	0,0	0	0,0	
	Her gün	15	93,8	13	86,7	
	Toplam	16	100	15	100	

Ki-kare testi.

Opioid kullanan hastaların cinsiyetleri ile opioid kullanım özellikleri Tablo 15'te karşılaştırılmıştır. Kadınların opioide başlangıç yaş ortalaması, erkeklerden daha yüksektir ancak fark istatistiksel olarak anlamlı değildir. Cinsiyet ile opioid kullanma süresi, opioid kullanmadığı en uzun dönem ve buprenorfin idame dozu arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki yoktur.

Tablo 15. AMKB olan hastalarda cinsiyet ile opioid kullanım özelliklerinin karşılaştırılması

Özellikler	Kadın	Erkek	p değeri
Opioid başlangıç yaşı (yıl)			
Ortalama ± SS	21,63 ± 5,2	19,27 ± 5,8	0,165
Ortanca	21,5	18,0	
En küçük değer	13,0	12,0	
En büyük değer	30,0	33,0	
Opioid kullanma süresi (yıl)			
Ortalama ± SS	3,94 ± 2,9	6,43 ± 5,7	0,324
Ortanca	2,5	4,0	
En küçük değer	1,0	1,0	
En büyük değer	10,0	20,0	
Opioid kullanmadığı en uzun dönem (ay)			
Ortalama ± SS	12,81 ± 27,9	3,20 ± 4,3	0,727
Ortanca	2,0	1,0	
En küçük değer	0,0	0,0	
En büyük değer	94,0	15,0	
Buprenorfin idame dozu (mg)			
Ortalama ± SS	8,14 ± 3,4	10,17 ± 4,6	0,212
Ortanca	8,0	9,0	
En küçük değer	4,0	0,0	
En büyük değer	16,0	16,0	

SS: Standart sapma.
Mann Whitney U testi.

Hastaların cinsiyeti ile uçucu madde kullanma durumlarına bakıldığında, kadın hastaların uçucu madde kullanmadığı, erkek hastalardan 5 kişinin (%9,8) uçucu madde kullandığı tespit edilmiştir. Cinsiyet ve uçucu madde kullanım durumu istatistiksel olarak anlamlı değildir (Tablo 16). Uçucu madde kullandığı saptanan erkeklerden 3 kişinin (%60) haftada 1, 2 kişinin (%40) her gün kullandığı bulunmuştur. Erkeklerin uçucu maddeye başlama yaşı 13,8 ± 1,9 yaş (en düşük 12 , en yüksek 17), uçucu madde kullanım süresi 6,0 ± 2,0 yıl (en düşük 4, en yüksek 9), uçucu madde kullanmadığı en uzun dönem 9,80 ±15,7 aydır (en düşük 0, en yüksek 36).

Hastaların cinsiyeti ile sedatif-hipnotik madde kullanma durumlarına bakıldığında, erkeklerin sedatif-hipnotik madde kullanmadığı, kadınlardan 5 kişinin (%10,4) sedatif-hipnotik madde kullandığı tespit edilmiştir. Cinsiyet ve sedatif-hipnotik madde kullanım durumu istatistiksel olarak anlamlıdır (p=0,024) (Tablo16).

Sedatif-hipnotik madde kullandığı saptanan kadınlardan iki kişinin kullanma sıklığı verisine erişilememiştir. Sedatif-hipnotik madde kullandığı saptanan kadınlardan 3 kişinin (%100) her gün kullandığı bulunmuştur. Kadınların sedatif-hipnotik maddeye başlama yaşı ortalama 31,0 ± 6,2 yaş (en düşük 27 , en yüksek 40), sedatif-hipnotik madde kullanım süresi 5,75 ± 6,4 yıl (en düşük 1, en yüksek 15), sedatif-hipnotik madde kullanmadığı en uzun dönem 1,0 ± 1,7 aydır (en düşük 0, en yüksek 3).

Tablo 16. AMKB olan hastalarda cinsiyet ile uçucu ve sedatif-hipnotik kullanım durumunun karşılaştırılması

Özellikler		**Kadın**		**Erkek**		**p değeri**
		n	**%**	**n**	**%**	
Uçucu madde kullanım durumu	Var	0	0,0	5	9,8	0,057
	Yok	48	100	46	90,2	
	Toplam	48	100	51	100	
Sedatif-hipnotik kullanım durumu	Var	5	10,4	0	0,0	**0,024***
	Yok	43	89,6	51	100	
	Toplam	48	100	51	100	

Ki-kare testi, *p<0,05.

Hastalar cinsiyet ile bağımlılık profili özelliklerine göre karşılaştırıldı. BAPİ-K madde kullanım özellikleri, tanı, yaşam üstüne etkileri, şiddetli istek, motivasyon, bağımlılık şiddeti, depresyon, anksiyete, öfke kontrol yetersizliği, güvenli davranış eksikliği heyecan arama

davranışı, dürtüsellik alt ölçek puanları bakımından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı (Tablo 17).

Tablo 17. AMKB olan hastaların cinsiyet ile bağımlılık profili özelliklerinin karşılaştırılması

BAPİ-K	Kadın (n=26)	Erkek (n=33)	p değeri
Madde kullanım özellikleri	1,16 ± 0,77 1,1 (0,1-2,5)	1,42 ± 0,85 1,2 (0,1-4,0)	0,206
Tanı	8,55 ± 2,53 9,7 (4,0-12,0)	9,01 ± 2,05 9,5 (4,0-12,0)	0,447
Yaşam üstüne etkileri	13,96 ± 3,87 14,5 (3,0-20,0)	15,00 ± 3,64 15,0 (7,0-24,0)	0,403
Şiddetli istek	2,42 ± 1,52 2,0 (0,0-6,0)	3,03 ± 1,64 3,0 (0,0-6,0)	0,128
Motivasyon	5,62 ± 1,23 6,0 (0,0-6,0)	5,67 ± 0,69 6,0 (3,0-6,0)	0,466
Bağımlılık şiddeti	6,66 ± 1,38 6,64 (3,05-9,09)	6,96 ± 1,23 6,88 (2,87-9,60)	0,436
Depresyon	4,46 ± 2,0 5,0 (0,0-8,0)	3,91 ± 1,8 4,0 (1,0-7,0)	0,248
Anksiyete	2,92 ± 1,93 3,0 (0,0-6,0)	3,27 ± 2,40 3,0 (2,0-12,0)	0,734
Öfke kontrol yetersizliği	2,42 ± 1,5 2,0 (0,0-6,0)	3,03 ± 1,6 3,0 (0,0-6,0)	0,128
Güvenli davranış eksikliği	4,38 ± 2,13 4,0 (1,0-9,0)	4,45 ± 2,53 4,0 (0,0-10,0)	0,920
Heyecan arama davranışı	2,23 ± 1,84 2,0 (0,0-6,0)	2,27 ± 1,95 2,0 (0,0-6,0)	0,864
Dürtüsellik	4,6 ± 2,00 5,0 (0,0-8,0)	3,91 ± 1,80 4,0 (1,0-7,0)	0,248

Mann Whitney U testi.
BAPİ-K: Bağımlılık profil indeksi - Klinik formu.
Ölçümsel veriler aritmetik ortalama ± standart sapma ve ortanca (min-max) değerleri verilerek ifade edildi.

KLİNİK ÖZELLİKLER

Hastaların cinsiyeti ile alkol ve madde kullanım bozukluğu dışında psikiyatrik tedavi alma durumları Tablo 18'de karşılaştırılmış olup değişkenler arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur (p<0,001). Kadın hasta grubunda 40 kişinin (%83,3), erkek hasta grubunda 21 kişinin (%41,2) ek psikiyatrik tanı ve tedavi öyküsünün olduğu tespit edilmiştir. Bağımlı kadınlarda depresyon, erkeklerde kişilik bozukluğu en sık görülen ek psikiyatrik tanıdır.

Tablo 18. AMKB olan hastaların cinsiyet ve ek psikiyatrik tanılarının karşılaştırılması

Ek psikiyatrik tanı	Kadın		Erkek		p değeri
	n	%	n	%	
Yok	**8**	**16,7**	**30**	**58,8**	**<0,001***
Var	**40**	**83,3**	**21**	**41,2**	
Bipolar	**1**	**2,5**	**1**	**4,8**	
Depresyon	**21**	**52,5**	**6**	**28,6**	
Anksiyete	**6**	**15,0**	**2**	**9,5**	
Travma sonrası stres bozukluğu	**1**	**2,5**	**0**	**0,0**	
Kişilik bozukluğu	**7**	**17,5**	**9**	**42,9**	
Demans	**0**	**0,0**	**1**	**4,8**	
Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu	**2**	**5,0**	**2**	**9,5**	
Bulimia nervoza	**2**	**5,0**	**0**	**0,0**	
Toplam	**48**	**100**	**51**	**100**	

Yates düzeltmeli Ki-kare testi, *p<0,001.
Cinsiyet (kadın/erkek) ile ek psikiyatrik tanı (var/yok) karşılaştırılmıştır.

Hastaların cinsiyeti ile ailede ruhsal bozukluk öyküsü Tablo 19'da karşılaştırılmıştır. Kadın hasta grubunda 29 kişinin (%61,7), erkek hasta grubunda 14 kişinin (%28,0) ailesinde psikiyatrik bozukluk öyküsünün olduğu bulunmuştur. Her iki grubun aile üyelerinde en sık rastlanan ruhsal bozukluk, alkol ve madde kullanım bozukluğudur. Kadın hastaların ailesinde ruhsal bozukluk olma durumu, erkek hasta grubuna göre anlamlı olarak daha yüksektir (p=0,002).

Tablo 19. AMKB olan hastalarda cinsiyet ile ailede ruhsal bozukluk öyküsü durumunun karşılaştırılması

Ailede ruhsal bozukluk	Kadın		Erkek		p değeri
	n	%	n	%	
Yok	**18**	**38,3**	**36**	**72,0**	**0,002***
Var	**29**	**61,7**	**14**	**28,0**	
Alkol ve madde kullanım bozukluğu	**21**	**44,7**	**10**	**20,0**	
Psikotik bozukluk	**2**	**4,3**	**0**	**0,0**	
Duygudurum bozukluğu	**6**	**12,8**	**3**	**6,0**	
Anksiyete bozukluğu	**0**	**0,0**	**1**	**2,0**	
Toplam	**47**	**100**	**50**	**100**	

Yates düzeltmeli Ki-kare testi, *p<0,05.
Cinsiyet (kadın/erkek) ile ailede ruhsal bozukluk öyküsü (var/yok) karşılaştırılmıştır.

Hastaların cinsiyeti ile intihar girişimi öyküsü Tablo 20'de karşılaştırılmış olup değişkenler arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur (p<0,001). Kadın hasta grubunda 27 kişinin (%56,2), erkek hasta grubunda 7 kişinin (%13,7) geçmişte intihar girişim öyküsünün bulunduğu tespit edilmiştir.

Tablo 20. Cinsiyet ve intihar girişimi öyküsü durumunun karşılaştırılması

İntihar girişimi öyküsü	Kadın		Erkek		p değeri
	n	%	n	%	
Var	27	56,2	7	13,7	**<0,001***
Yok	21	43,8	44	86,3	
Toplam	48	100	51	100	

Yates düzeltmeli Ki-kare testi, *p<0,001.

Hastaların cinsiyeti ile hayatının bir döneminde cinsel veya fiziksel istismara maruz kalma durumları Tablo 21'de sunulmuş olup değişkenler arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur (p<0,001). Erkek hastalarda istismar öyküsü tespit edilmemiş olup kadın hasta grubunda 19 kişinin (%39,6) hayatının bir döneminde cinsel veya fiziksel istismara maruz kalmış olduğu saptanmıştır.

Tablo 21. AMKB olan hastalarda cinsiyet ile istismar öyküsü durumunun karşılaştırılması

İstismar öyküsü	Kadın		Erkek		p değeri
	n	%	n	%	
Var	19	39,6	0	0,0	**<0,001***
Yok	29	60,4	51	100,0	
Toplam	48	100	51	100	

Yates düzeltmeli Ki-kare testi, *p<0,001.

Hastaların cinsiyeti ile adli suç öyküsü Tablo 22'de sunulmuş olup değişkenler arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur (p<0,001). Erkek hastalardan 29 kişinin (%56,9), kadın hasta grubunda 10 kişinin (%20,8) adli bir olaya karıştığı tespit edilmiştir. Erkek hastaların yarısından fazlasının adli suça karışma öyküsü vardı ve bu durum kadınlara göre neredeyse 3 kat yüksekti. Denetimli serbestlik öyküsü her iki grupta benzerdi.

Tablo 22. AMKB olan hastalarda cinsiyet ile adli suç öyküsü durumunun karşılaştırılması

Adli suç öyküsü	Kadın		Erkek		p değeri
	n	%	n	%	
Yok	32	66,7	14	27,5	**<0,001***
Var	10	20,8	29	56,9	
Denetimli serbestlik	6	12,5	8	15,7	
Toplam	48	100	51	100	

Ki-kare testi, *p<0,001.

Araştırmamıza dahil edilen 48 kadından 6'sının (%12,5) gebelik sırasında madde kullandığı tespit edilmiştir. Bu gruptaki kadınların 3'ünün eroin, 1'inin sedatif-hipnotik ilaç, 1'inin alkol, 1'inin de karışık madde kullandığı tespit edilmiştir.

TARTIŞMA

2013-2022 yılları arasında Balkan AMATEM kliniğinde yatarak tedavi gören 48'i kadın ve 51'i erkek olmak üzere 99 hasta kaydı incelendiğinde; ilk maddeyi kadın hastalar erkeklere göre daha geç yaşta kullanmaya başlamışlardır. Kadın hastaların alkol kullandıkları süre erkeklere göre daha kısadır. Kadın hastaların eğitim, intihar girişimi, istismar öyküsü, ek tanı ve ailede ruhsal bozukluk öyküsü erkek hastalardan daha fazla görülmektedir.

ALKOL VE MADDE KULLANIM BOZUKLUĞUNDA YATARAK TEDAVİ

Araştırmamızın yürütüldüğü Balkan AMATEM Kliniğinde 2013-2022 yılları arasında yatarak tedavi gören hastaların %4,3'ü kadın, %95,7'si erkektir. Bu, bir yandan madde kullanımının erkeklerde daha sık görüldüğüne dair bir bulgu olabileceği gibi, kadınların yatarak tedavi için erkeklere göre daha az başvurduğu da düşünülebilir. Çalışmalar, kadınlarda işsizlik ve yoksulluk oranlarının daha yüksek, okuryazarlık durumlarının ise daha düşük olduğunu, dolayısıyla kendi yaşam koşullarını değiştirmek için erkeklere göre daha kısıtlı imkanlara sahip olduğunu göstermektedir. Çoğu toplumda kadınlar, madde kullanımı nedeniyle erkeklere kıyasla daha fazla damgalanmaktadır. Bu durum kadınların yardım aramalarını güçleştirebilmektedir (68). Çalışmamızda elde edilen veriler yukarıda belirtilen farklılıkları destekler nitelikte olup, birçok yapısal, kültürel, sosyal ve kişisel engeller nedeniyle kadınların erkeklere göre tedaviye daha az başvurabileceğini göstermektedir.

SOSYODEMOGRAFİK DEĞİŞKENLERİN TARTIŞILMASI

Yaş ve Medeni Durum

Çalışmamızda kadınların yaş ortalaması erkekler ile benzerlik göstermiş olup, ilk madde kullanım yaşının kadın hastalarda erkeklere göre daha geç olduğu bulunmuştur. Bunlara dayanarak kadın hastaların erkeklere göre AMKB gelişiminin daha hızlı olduğu söylenebilir. Evlilikte anlaşmazlıklar ya da boşanmalara sekonder alkol tüketiminin kadınlarda, erkeklere göre daha fazla olduğu bildirilmektedir (26). İsveç'te yapılan bir çalışmada; boşanmanın, kadınlarda madde kötüye kullanımını 6,8 kat, erkeklerde ise 8,3 kat artırdığı gösterilmiştir (71). Çalışmamızda ise AMKB olan hastalardaki cinsiyet farklılığı ile medeni durum arasında ilişki saptanmamıştır.

Eğitim Durumu

Çalışmamızda kadın hastaların %16,7'si, erkek hastaların ise %3,9'u üniversite mezunuydu. Tamamı kadınlardan oluşan bir örneklem üzerinde yapılan bir çalışma, alkol sebebiyle tedavi programına girmemenin lise veya daha az eğitimle ilişkili olduğunu bulmuştur (72). Kadın tıp fakültesi öğrencilerinde yapılan bir çalışmada, tıp fakültesine girişte tipik cinsiyet farklılığı gözlenmiş, kadınlarda erkeklere kıyasla daha düşük alkol kullanımı ve sosyal ilişkilerde eksiklik olduğu görülmüş, ancak tıp fakültesinin sonunda erkekler ve kadınlar arasında bu değişkenler benzer bulunmuştur. Daha da önemlisi, kadın tıp fakültesi öğrencileri eğitim sırasında daha fazla istismar deneyimi yaşadıklarını bildirmiş ve istismara maruz kalan kadınlarda daha yüksek AKB saptanmıştır. Bu veriler, toplumsal cinsiyetle ilgili sosyalleşme sorunlarıyla başa çıkmak için alkolün daha fazla kullanılabildiğini düşündürmektedir (73). Toplum verileriyle karşılaştırıldığında çalışmamızın bulguları, düşük eğitimli olma durumunun erkeklerde AMKB için daha büyük bir risk oluşturabileceğini düşündürmektedir. Türkiye İstatistik Kurumunun (TÜİK) 2021 verilerine göre genel nüfusta, erkeklerin %24,7'si; kadınların %20,6'sı lisans/lisansüstü eğitime sahiptir (74). Çalışmamızda; erkek hastaların, kadınlara göre daha erken yaşta madde kullanmaya başlamasının ve kadınların erkeklere göre daha yüksek oranda üniversite mezunu olmasının, AMKB'nin erkeklerde eğitim devamlılığını etkilemiş olabileceğini düşündürmektedir.

Çalışma Durumu

Çalışma durumu, ruh sağlığının temel sosyodemografik belirleyicilerinden biridir. Azagba ve arkadaşları tarafından yapılan çalışmaya göre işsizlik oranlarındaki bir birimlik artış opioid tedavi başvurusunu %9 oranında artırmaktadır. Aynı çalışmaya göre işsizlik durumu; kokain, alkol ve esrar için tedavi başvurularıyla ilişkili bulunmuştur (75). Araştırmamızdaki hastalar çalışma durumlarına göre değerlendirildiğinde kadınların %64,6'sının, erkeklerin ise %41,2'sinin çalışmadığı görülmektedir. Düzenli olarak bir işte çalışma durumu kadınlarda ve erkeklerde sırasıyla %22,9 ve %49'dur. İşsizlik ve madde kullanımı arasındaki ilişkiyi araştıran bir sistematik derlemede işsizlik, madde kullanım bozukluğu için bir risk etmeni olarak gösterilmiştir. Aynı çalışmaya göre işsizlik, alkol/madde bağımlılığı tedavisinden sonra yineleme riskinde artışa neden olmaktadır (76). Bu yönden bakıldığında çalışmamız kapsamındaki kadınların işsizlik oranı daha yüksek olduğu için tedavi yanıtı açısından dezavantajlı konumda olduğunu söylemek mümkündür. Alkol/madde bağımlılığının kadınlarda daha fazla iş gücü kaybına neden olabileceği de düşünülebilir. İspanya'da yapılan bir çalışmada işsiz kadınların istihdamda olan kadınlara göre ağır kannabis kullanma durumu 2,37 kat, hipnosedatif kullanımı ise 1,25 kat daha fazla bulunmuştur (77). Bulgular, kadınların çalışma hayatına katılımını koruyucu ruh sağlığı hizmeti olarak göstermekte ancak kimi çalışmalar yüksek eğitim ve sosyoekonomik statünün de maddeye erişimde kolaylık sağladığını savunmaktadır. Kadınların çalışma hayatına girmesiyle kadınlarda alkol ve madde kullanımı arasındaki ilişkiye dair bulgular karışıktır. Kadınların çalışma hayatına girmesinin artmasıyla kadınlar, daha fazla sosyal hayata karışmaya başlamıştır ve genel olarak bir iş yerinde çalışmak, kadınların alkol tüketmesini muhtemelen artırmaktadır. Bununla beraber, istihdam bazı kadınlar için koruyucu bir faktör olabilirken, diğerleri için kolaylaştırıcı bir faktör de olabilmektedir (53).

MADDE KULLANIM ÖZELLİKLERİNİN TARTIŞILMASI

Hastaların sigara kullanım özellikleri karşılaştırıldığında kadınların %91,7'sinin, erkeklerin ise %96,1'inin sigara içtiği görülmektedir. Kadınların sigaraya başlama yaşı daha yüksek, içtikleri sigara miktarları erkeklere göre daha fazladır ancak fark istatistiksel olarak anlamlı değildir. Sigara kullanma oranının yüksekliği dikkat çekmektedir ancak sigara ve alkol/madde bağımlılığında ortak genetik, nörobiyolojik ve sosyal yönlendiricilerin olduğu bilinmektedir. Sigara, ödül yolaklarında alkol ve madde duyarlılığını artırmakta ve bir geçiş zonu oluşturmaktadır. Mezolimbik yolaktaki dopamin sistemi, özellikle ergenlik döneminde

önemli ölçüde yeniden şekillenir. Bu dönemde nikotin maruz kalımı, uzun süreli davranışsal ve nörokimyasal modifikasyonlara neden olur ve bu durum alkol/madde kötüye kullanımı için bir tetikleyici olabilir. Çalışmamızda sigaraya başlangıç yaşı ortalamasının orta ergenlik döneminde olması ve diğer maddelere ve alkole başlama yaşından düşük olması da bu savı destekler niteliktedir (78).

Kadın hastaların %6,3'ü, erkeklerin %27,5'i kannabinoid kullanım bozukluğu tanısı ile kliniğe yatışı yapılmıştır. Çalışmamızda kadınların %31,3'ü, erkeklerin %49'u esrar kullanmaktadır. Araştırmamızda kadınların esrara başlama yaşı erkeklere göre daha yüksek (p=0,306), esrar kullanmadıkları en uzun süre (p=0,812) ve kullanma süresi daha azdır (p=0,263). Çalışmamızda esrar kullanım özellikleri ile cinsiyet arasında ilişki gösterilememiş olsa da kadınların ilk kullanımdan sonra kannabinoid kullanım bozukluğu yönünde daha hızlı bir progresyon kaydettikleri ve erkeklere göre daha fazla klinik sorunlar yaşadığı bilinmektedir (79). Bu durumun olası nedenlerinden biri kadınların erkeklere göre daha yüksek oranda yağ dokusuna sahip olmaları ve kannabinoidlerin lipofilik yapıları nedeniyle yağ dokuda daha fazla dağılım göstermeleri olabilir. Bir başka mekanizma ise östradiol gibi gonadal hormonların kannobinoid reseptör yoğunluğunu, transkripsiyonunu ve sinyal transdüksiyonunu düzenlemesidir (80). Araştırmamızda esrar kullanımında cinsiyete bağlı metabolik farklılıkları gösterecek değişkenlerin olmaması, karşılaştırma yapmayı güçleştirmektedir.

Kadın hastaların %35,4'ü, erkeklerin ise %29,4'ü opioid kullanmaktadır. İstatistiksel olarak anlamlı olmamasına rağmen kadınlarda kullanım oranının daha yüksek olması şu şekilde gerekçelendirilebilir: Kadınlarda erkeklere göre daha sık görülen fibromiyalji, irritabl bağırsak sendromu gibi tedavisinde opioidlerin kullanılabildiği bazı hastalıklar nedeniyle kadınlarda opioid kullanma oranı daha fazla olabilir (81). Bizim çalışmamızda kadın hastalardan birinin kronik ağrısı nedeniyle reçete edilen opioide karşı bağımlılık geliştirmesi de bu durumu destekler nitelikteydi. Hayvan modellerinde opioid bağımlığının ortaya çıkışında cinsiyete bağlı farklılıklar bildirilmiştir. Dişi sıçanlar erkeklere göre daha yüksek oranda kortikotropin salgılatıcı hormon salgılamakta ve bu hormonun opioid bağımlılığın motivasyonel etkilerine aracılık ettiği varsayılmaktadır (81). Opioid kullanım bozukluğu olan kadınlarda psikiyatrik komorditenin erkeklere göre daha yaygın olduğu gösterilmiştir (82). Bizim bulgularımız da bu saptamayı destekler niteliktedir.

Hayvan ve insan çalışmaları, kokain bağımlılığı sürecinin başlangıcından sürdürülmesine ve nüksetmesine kadarki tüm aşamalarında kokaine karşı davranışsal tepkilerde cinsiyete göre farklı özellikler olduğunu ortaya koymaktadır (83). Progesteron, madde

bağımlılığı patogenezinde yer alan bazı beyin işlevlerini etkilemektedir (84). Menstrüel döngünün evrelerinde progesteron düzeyleri değişmekte ve bu durum, başta kokain olmak üzere uyarıcılara verilen yanıtta, cinsiyete bağlı farklılığın nedenlerinden biri olarak gösterilmektedir (85). İspanya'da yapılan bir çalışmada kokain kullanım bozukluğu olan kadın ve erkekler arasında başlangıç yaşı ve kullanmadığı en uzun dönem arasında ilişki saptanmamıştır (86). Araştırmamızda uyarıcı madde türlerine göre alt grup analizleri yapılmamıştır ancak uyarıcı madde grubu için benzer sonuçlar elde edilmiştir. Kadınlarda uyarıcılara başlama yaşı daha düşük (p=0,258), kullanım süresi daha fazla (p=0,403) ve kullanmadığı en uzun süre (p=0,612) daha kısadır ancak cinsiyetle uyarıcı madde özellikleri arasında istatistiksel anlamlılık bulunmamıştır.

Çalışmamızda kadın hastaların %58,3'ü, erkeklerin %54,9'u alkol kullanmaktadır. Alkol tüketim öyküsü olan kadın hastaların %85,2'si, erkeklerin ise %70,4'ü her gün tüketmektedir. Samokhvalov ve arkadaşlarının yaptığı meta analize göre her gün alkol tüketenlerde tüketme miktarına bağlı olarak epileptik nöbet riski 1,81-3,27 kat artmaktadır (87). Bizim çalışmamızda kadınların her gün alkol tüketme durumu erkeklerden daha fazla olmasına karşın kadınlarda epileptik nöbet daha az görülmektedir. Deliryum tremens ve alkolle ilişkili nöbetlerde cinsiyete özgü yatkınlığı ortaya koyabilecek istatistiksel anlamlılık saptanmamış olsa da erkek cinsiyette nöbetlerin daha sık görülmesi, erkeklerin alkol kullanım süresinin ve miktarının kadınlardan anlamlı şekilde daha fazla olmasıyla açıklanabilir (p<0,001). Hayvan çalışmaları, erkek sıçanlarda, dişi sıçanlara kıyasla yoksunluk nöbetine daha fazla yatkınlık ve daha uzun yoksunluk süresi olduğunu gösterirken, insan örnekleri üzerinde yapılan çalışmalar ya çok az cinsiyet farkı olduğunu ya da erkeklerin kadınlardan daha şiddetli alkol yoksunluğu sergilediğini göstermektedir (88).

Çalışmamızda kadınların hiçbiri uçucu madde kullanmamaktadır. Kadın hastalardan beş kişi (%10,4) sedatif-hipnotik madde kullanmaktadır ancak erkek hastaların hiçbiri sedatif-hipnotik madde kullanmamaktadır. Literatürde kadınların sedatif madde kullanma sıklığı, erkeklere göre daha fazla bulunmuştur (81). Erkeklerle karşılaştırıldığında kadınlara neredeyse iki kat daha fazla benzodiazepin reçete edildiği görülmektedir. Bu durum sıklıkla kadınların anksiyeteye olan duyarlılıkları ve daha yüksek prevalansta travma sonrası stres bozuklukları yaşamalarıyla açıklanmaktadır (89).

BAPİ sonuçlarına göre erkeklerde bağımlılık şiddeti ortalaması, kadınlarınkinden yüksek olmakla birlikte fark istatistiksel olarak anlamlı değildir. Kadınların erkeklere göre alkole, opioide ve esrara başlama yaşları daha geç ve bunları kullanma süreleri daha kısa

olmasına karşın bağımlılık şiddeti skorlarının birbirine çok yakın olması teleskopik etkiyi destekler niteliktedir. Maddelerin yaşam üstüne etkileri alt ölçek puanları, erkeklerde kadınlara göre istatiktiksel olarak anlamlı olmamakla beraber daha yüksek bulunmuştur. Bunun olası nedeni, erkeklerin maddeleri daha erken yaşta kullanmaya başlamaları ve daha uzun süre kullanmaları olabilir. Erkek bağımlıların öfke kontrol yetersizliği skorlarının kadınlara göre daha yüksek olması, suça karışma potansiyellerini artırmış olabilir. Çalışmamızda erkeklerin adli suç öyküsünün, kadınlara göre anlamlı şekilde yüksek olması bu bağlamı desteklemektedir.

KLİNİK ÖZELLİKLERİN TARTIŞILMASI

İntihar

Çalışmamızda kadın hastaların %56,2'si, erkek hastaların %13,7'sinde intihar girişimi öyküsü vardır ve fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Dünya'daki intihar vakaları en fazla erkeklerde görülmektedir oysa kadınlar daha fazla intihar girişiminde bulunmaktadır (90). Bizim bulgularımız, intiharlarda cinsiyet paterni açısından toplum verileriyle benzerlik göstermektedir. Hem bağımlılığa yol açan hem de intihara girişimine yönelten ortak stresörlerin kadınlarda erkeklere göre daha yoğun bir etki oluşturduğu düşünülebilir. Storbjörk'ün yaptığı araştırmada alkol ve madde bağımlısı erkek ve kadınlar ile intihar girişimi arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır (91). Lynch ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmaya göre alkol ve madde kullanım bozukluğu; kadınlarda intihar riskini 11,8 kat, erkeklerde ise 6,3 kat artırmaktadır (92). Psikiyatrik komorbidite varlığı, AMKB ve intihar için bir kolaylaştırıcıdır. Çalışmamızdaki kadınlarda psikiyatrik ek tanının daha sık görülmesi AMKB olan kadınlardaki intihar öyküsünün sıklığını artırmış olabilir. Bulgularımız, alkol/madde bağımlısı olan kadın hastaların intihar girişimi yönünden daha dikkatle izlenmesi gerektiğini göstermektedir. Çalışmamızda intihar girişimi ve AMKB'nin hangisinin daha önce geliştiğinin bilinmemesi bir zorluktur. Sonraki araştırmalarda öncelikli müdahalenin hangisine yönelik olacağı konusunda daha kesin kanıtlar sunması gözetilmelidir.

İstismar

Regier ve arkadaşlarının yaptıkları nörogörüntüleme çalışmasında istismar öyküsünün maddeyle ilişkili ödül duyarlılığını artırdığını ve ödül sinyallerini güçlendirdiğini göstermiştir (93). Rivero ve arkadaşlarının kadınlarda yürüttükleri bir çalışma, cinsel ve fiziksel istismara maruz kalmanın hem alkol hem madde kullanım sıklığını artırdığını göstermiştir(94).

Kadınlarda yapılan başka bir çalışma çocukluk çağında maruz kalınan istismarla dürtüselliğin ilişkili olduğunu göstermiştir (95). Ayrıca dürtüselliğin madde kullanım bozukluğu için bir geçiş noktası oluşturduğu da bilinmektedir (96). Çalışmamızda erkek hastaların hiçbirinde istismar öyküsü yoktur ancak kadın hastaların %39,6'sında cinsel/fiziksel istismar öyküsünün bulunduğu saptanmıştır ($p<0,001$). Bu çarpıcı fark, kadın hastalarda AMKB için istismarın bir risk etmeni olarak düşünülmesini mümkün kılar. İstismar ve AMKB arasında çift yönlü ilişkiden söz edilebilir. AMKB kadınları istismara karşı daha savunmasız hale getirmekte ve istismar öyküsü, kadınlarda AMKB'yi yordayabilmektedir. Bu durum, kadınları istismardan koruyan sosyal politikaların geliştirilmesinin ve koruyucu sosyal ağların genişletilmesinin önemini göstermektedir. İstismar, yalnızca bağımlılığı başlatan bir güç değil, aynı zamanda yineleme örüntülerini belirleyen bir durumdur. İran'da yapılan bir çalışmaya göre çocukluk çağında cinsel istismara maruz kalan bağımlılar, 3,02 kat daha fazla relaps yaşamaktadır (14).

Ek Psikiyatrik Tanı

Alkol ve madde kullanım bozukluğu olan hastaların yaklaşık üçte ikisinde ek bir psikiyatrik bozukluk olduğu bildirilmektedir (97). Bizim çalışmamızda kadınların %83,3'ünün, erkeklerin %41,2'sinin ek psikiyatrik tanısı vardır ve cinsiyet ile psikiyatrik komorbidite varlığı istatistiksel olarak ilişkilidir ($p<0,001$). Goldstein tarafından yapılan bir çalışmada, AMKB tanısı olan kadınlar arasında duygudurum ve anksiyete bozukluklarının 12 aylık yaygınlık oranları sırasıyla %29,7 ve %26,2 bulunmuştur. Bunlar arasında en sık duygudurum bozukluğunun %15.4 oranıyla majör depresyon, anksiyete bozukluğunun ise %15,6 oranıyla özgül fobi olduğu belirtilmiştir (98). Araştırmamızda AMKB olan kadınlarda en sık ek psikiyatri tanı %52.5 oranı ile depresyon idi. Bu yönden bulgularımızın literatürle uyumlu olduğu söylenebilir. Çalışmamızda kadınlarda intihar ve istismar durumlarının erkeklerden daha sık görülmesi, depresyon ek tanısının yüksek olmasına etki etmiş olabilir. Cinsiyete dayalı bu farklılık genel popülasyonda depresyonun kadınlarda daha sık görülmesiyle açıklanabileceği gibi kadınlarda başa çıkma davranışı olarak psikoaktif madde kullanma eğiliminin daha yüksek olmasıyla da aydınlatılabilir(99).

Madde bağımlısı kadınların zayıf benlik kavramlarına (düşük öz saygı, suçluluk, kendini suçlama) ve depresyon, anksiyete, intihar düşüncesi, yeme bozuklukları ve TSSB gibi yüksek oranda ruh sağlığı sorunlarına sahip olma olasılığı erkeklere göre daha yüksektir (51). Çalışmamızda depresyon, anksiyete, TSSB, bulimiya nevroza bulunma öyküsünün kadınlarda erkeklerden daha fazla olması bu araştırmayla uyumlu görülmüştür.

Ailede Ruhsal Bozukluk Öyküsü

Alkol kullanım bozukluğunda kalıtımsal bir etkenin varlığı kabul edilmektedir. Tek yumurta ikizlerinde görülme oranının %70 den yüksek olduğunu gösteren çalışmalar vardır (100). Goodwin ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada; AKB olan bireylerin erkek çocuklarında normal popülasyona göre AKB'nin 4 kat daha sık olduğu, kız çocuklarında ise 2-4 kat yüksek olduğu saptanmıştır (101, 102). Ailede alkolizm olması, ailede sosyal olarak içki içme baskısının olması, riski arttıran etmenler arasında sayılmıştır (29). AKB tanılı 85 kadında yapılan bir çalışmada 41 kadının ailesinde AKB öyküsü olduğu belirtilmiştir. Yine bu çalışmada ailesinde AKB öyküsü bulunan kadınların esrar kullanımının da ailede AKB öyküsü olmayanlara göre daha fazla olduğu belirtilmiştir (103).

Çalışmamızda kadın hastaların %61,7'sinin ailesinde ruhsal bozukluk öyküsü bulunmaktadır ve erkeklerden anlamlı şekilde yüksektir (p=0,002). Ayrıca çalışmamızda literatürle uyumlu olarak aileki en sık ruhsal bozukluk öyküsü hem kadın hem de erkeklerde AMKB dir. İsveç'te yapılan bir çalışmada ailede madde kötüye kullanım öyküsü, erkeklerde madde suistimalini 2,73-2,87 kat artırmakta iken kadınlarda 3,21-3,40 kat artırmaktadır. Aile öyküsü yalnızca bağımlılığın gelişmesinde değil aynı zaman da seyrini de belirleyen bir etmen olarak karşımıza çıkmaktadır. İran'da yapılan bir araştırmaya göre ailesinde madde bağımlısı bulunan kadınlar, aile öyküsü olmayan kadınlara göre 4,38 kat daha fazla relaps yaşamaktadır(14). Tedavi tamamlanmış olsa bile hatırlatıcı uyaranlarla kişi, madde kullanım döngüsüne yeniden girebilir. Ailede ruhsal bozukluk öyküsünün bulunması, hastaların alkol/madde bağımlılığı tedavisi için gereksindiği sosyal desteğin yeterince sağlanamamasına da neden olabilmektedir. Bu bulgular ailede AMKB'nin bulunmasının hem kalıtımsal yönden hemde sosyal kolaylaştırıcı olarak AMKB'nin etiyolojisinde bulunabileceğini göstermektedir.

Gebelikte Alkol ve Madde Kullanım Bozuluğu

Gebelikte alkol/madde kullanımı, olumsuz yenidoğan sonuçları nedeniyle halk sağlığı etiğini gündeme taşıyan bir sorun olarak karşımıza çıkmaktadır. Amerika Birleşik Devletleri'nin bazı eyaletlerinde gebelik sırasında madde kullanımı çocuk istismarı olarak kabul edilmektedir(104). Ancak yargılayıcı mekanizmaların bağımlılığı olan gebelerin tedaviye erişimlerinde engel teşkil edebileceği de unutulmamalıdır. Araştırmamıza dahil edilen 6 kadın (%12,5) gebelik sırasında madde kullandığını belirtmiştir. Maternal psikopatoloji, bağımlılığı olan kadınlarda genel popülasyona göre daha yaygındır. Bizim çalışmamızda da gebe kadınların yarısında bir psikiyatrik ek tanı bulunmaktaydı. DSÖ'nün yayımladığı rapora göre

postpartum depresyon, maddeye dönüşü hızlandırabilir(105). Dolayısıyla anne ve bebeğin doğum sonrası süreçte de takipte olması, gerekli tıbbi ve psikososyal desteğin devamlılığı önem arz etmektedir. AMATEM bünyesinde çalışan ruh sağlığı profesyonellerinin gebe hastalarda AMKB yönetimi konusunda eğitilmeleri sağlanmalıdır. Kadın bağımlılar; istenmeyen gebeliklerin önlenmesi için aile planlaması hizmetleri, cinsel yolla bulaşan hastalıklardan korunma yolları ve gebelikte madde kullanımının yol açabileceği sağlık sorunları hakkında bilgilendirilmelidir.

SONUÇLAR

Bu araştırmada, Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Balkan AMATEM kliniğinde yatarak tedavi gören 48 kadın (%48,5), 51 erkek (%51,5) hasta belirli sosyodemografik, klinik ve madde kullanım özellikleri açısından karşılaştırmalı olarak değerlendirilmiştir.

1. Kadın hastaların yaş ortalaması 30,7±9,3; erkeklerin 33,7±12,4 idi (p=0,175).
2. Kadınların en sık lise mezunu, erkeklerin ise ortaokul mezunu olduğu bulunmuştur.
3. Erkeklerin yarıya yakını düzenli olarak çalışmakta iken kadınların büyük çoğunluğu herhangi bir işte çalışmamaktadır.
4. Kadınların maddeye başlama yaşı 20,4 yaş ± 5,8 yıl iken erkeklerde 18 yaş ± 5,4 yıl olarak hesaplanmıştır. İlk maddeyi kadın hastalar erkeklere göre daha geç yaşta kullanmaya başlamışlardır (p=0,017).
5. Hem erkek (%33,3) hem kadın (%37,5) hastaların en sık alkol kullanım bozukluğu nedeniyle yatışı yapılmıştır.
6. Kadın hastaların %91,7'sinin, erkek hastaların %96,1'i sigara kullanmaktadır (p=0,427). Kadınların sigaraya başlama yaşı, erkeklere göre daha yüksek (p=0,188); günlük sigara tüketim miktarı, erkeklere göre daha fazladır (p=0,292).
7. Her iki cinsiyette hastaların yarısından fazlası alkol tüketmektedir. Kadınların alkol kullanma durumu, erkeklere göre daha sık olmasına karşın fark anlamlı değildir (p=0,888). Çalışmamızda erkekler daha sık deliryum tremens ve alkolle ilişkili epileptik nöbet geçirmiştir. Kadınların alkole başlama yaşı erkeklerle kıyaslandığında daha yüksektir ancak fark anlamlı değildir. Kadınların alkol kullanma süreleri, erkeklerden daha düşüktür (p=0,002).

8. Erkeklerin yarıya yakını, kadın hastaların ise yaklaşık üçte biri esrar kullanmaktadır. Kadınların %35,4'ü, erkeklerin %29,4'ü opioid kullanmaktadır. Kadınların opioide ve esrara başlama yaşı erkeklere göre daha yüksek, opioid ve esrar kullanma süresi daha kısa ve kullanmadığı en uzun süre daha uzundur ancak değişkenler arasında cinsiyete göre farklılık yoktur.
9. Kadınların %25'i, erkeklerin %19,6'sı uyarıcı madde kullanmaktadır (p=0,687). Kadınların uyarıcı maddeye başlama yaşı erkeklere göre daha düşük (p=0,258), uyarıcı madde kullanma süresi daha fazla (p=0,403), kullanmadığı en uzun süre daha düşük bulunmuştur (p=0,612).
10. Kadınların hiçbirinde uçucu madde, erkeklerin hiçbirinde sedatif-hipnotik madde kullanımı yoktur.
11. Her iki cinsiyette de madde kullananların büyük çoğunluğu her gün kullanmaktadır.
12. Bağımlılık Profil İndeksi-Klinik formunda; madde kullanım özellikleri, tanı, yaşam üstüne etkileri, şiddetli istek, motivasyon, bağımlılık şiddeti, depresyon, anksiyete, öfke kontrol yetersizliği, güvenli davranış eksikliği heyecan arama davranışı, dürtüsellik alt ölçek puanları bakımından kadın ve erkek hastalar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı.
13. Kadınların büyük çoğunluğunda (%88,3), erkeklerin %41,2'sinde ek psikiyatrik tanı vardır (p<0,001). Kadınlarda en sık ek psikiyatrik tanı depresyon, erkeklerde ise kişilik bozukluğudur.
14. Kadınların ailesinde ruhsal bozukluk bulunması durumu, intihar girişimi öyküsü, fiziksel veya cinsel istismara maruz kalma durumu erkeklere göre anlamlı şekilde daha yüksektir.

ÖZET

Alkol ve madde kullanan bireylerin biyolojik, sosyal ve klinik özellikler gibi birbirinden ayrıştığı çok çeşitli durumlar vardır. Bu farklılıklar bağımlılığın öncesi, gelişmesi ve tedavi sürecindeki risklerde cinsiyet ve toplumsal cinsiyet farklılıklarının etkisiyle daha da belirginleşir. Kadınlarda AMKB durumu, cinsiyetle ilişkili bireysel, tıbbi ve toplumsal etmenlerin bir arada değerlendirilmesini gerektiren çok boyutlu ve öncelikli bir sağlık sorunudur. Bu çalışmada, bağımlılığa yönelik temel değişkenler açısından cinsiyete dayalı olası farklılıkların değerlendirmesi ve kadın hastaların erkek hastalardan ayrışan özelliklerinin ortaya çıkarılması amaçlanmaktadır.

Araştırmamızda Trakya Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi (AMATEM) Kliniğinde 2013-2022 yılları arasında yatarak tedavi gören, Diagnostik and Statistical Manual of Mental Disorders-5'e (DSM-5) göre alkol ve madde kullanım bozukluğu tanı ölçütlerini karşılayan, 48 kadın hastanın yatış kaydı hastane dosya kayıtlarından belirlenmiş ve rastgele olarak yine yatarak tedavi gören 51 erkek hastanın verileri ile eşleştirilerek geriye dönük olarak karşılaştırılmıştır. Hastalar sosyodemografik, madde kullanım ve klinik özellikleri, Bağımlılık Profili İndeksi Klinik form (BAPİ-K) puanları açısından karşılaştırmalı olarak değerlendirilmiştir.

Çalışmamızdaki kadın hastalar ilk kez madde kullanmaya erkeklere göre daha geç yaşta başlamıştır ($p=0,017$). Kadınların alkol kullanma süreleri, erkeklerden daha kısadır ($p=0,002$). Kadın hastaların eğitim ($p=0,047$) ve çalışma durumu($p=0,024$), ek tanı ($p<0,001$), intihar girişimi ($p<0,001$), adli suç ($p<0,001$), istismar ($p<0,001$) ve ailede ruhsal bozukluk öyküsü ($p=0,002$) açısından erkek hastalardan istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir.

Çalışmamızda, alkol ve madde bağımlılığı olan kadın hastalar sosyodemografik ve klinik özellikleri ile erkek hastalardan farklılaşmaktadır. Bu nedenle kadın hastaların erkeklerden ayrışan özellikleri dikkate alınarak kadınlara özel önleme, tedavi ve müdahale programları geliştirilmelidir.

Anahtar Kelimeler: Bağımlılık, Kadın, Cinsiyet Farklılıkları, AMATEM

EVALUATION OF CLINICAL AND SOCIODEMOGRAPHIC CHARACTERISTICS OF FEMALE INPATIENTS IN THE ALCOHOL AND SUBSTANCE ADDICTION TREATMENT AND RESEARCH CENTER OF TRAKYA UNIVERSITY FACULTY OF MEDICINE DEPARTMENT OF PSYCHIATRY

SUMMARY

Individuals who use alcohol and substance are differentiated from each other by a wide range of biological, social and clinical characteristics. These conditions become even more evident with the effect of sex and gender differences in the risks before, during and after addiction and in the treatment process. Addiction in women is a multidimensional and prioritized health problem that requires the combined evaluation of gender-related individual, medical and social factors. In this study, it is aimed to evaluate possible gender-based differences in terms of fundamental variables related to addiction and to reveal the characteristics of female patients that differ from male patients.

In our study, the hospitalization records of 48 female patients who met the diagnostic criteria for alcohol and substance use disorder according to DSM-5 and received inpatient treatment in Trakya University Health Research and Application Center Alcohol and Substance Addiction Treatment and Research Center Clinic (AMATEM) between 2013 and 2022 were determined from hospital file records and randomly matched with the data of 51 male patients who also received inpatient treatment and compared retrospectively. The patients were

evaluated comparatively in terms of sociodemographic, substance use and clinical characteristics, and Addiction Profile Index Basic and Clinical Form (BAPI-K) scores.

Female patients in our study started to use the first substance at a later age than male patients (p=0.017). The duration of alcohol use was shorter in women than in men (p=0.002). Female patients differed significantly from male patients in terms of education (p=0.047) and employment status (p=0.024), comorbidity (p<0,001), suicide attempt (p<0,001), criminal offense (p<0,001), abuse (p<0,001) and family history of mental disorder (p=0.002).

In our study, female patients with alcohol and substance dependence differed from male patients with their clinical and individual characteristics. Therefore, prevention, treatment and intervention programs specific to women should be developed by taking into account the different characteristics of female patients.

Key Words: Addiction, Women, Gender Differences, AMATEM

KAYNAKLAR

1. McLellan AT, Lewis DC, O'brien CP, Kleber HD. Drug dependence, a chronic medical illness: implications for treatment, insurance, and outcomes evaluation. JAMA 2000;284(13):1689-95.
2. Salmabadi M, Faroogh Sadeghbojd M, Farshad MR, Zolfaghari S. Comparing the Spiritual Health and Quality of Life in Addicted and Non-Addicted Patients in the City of Birjand, Iran. Int J High Risk Behav Addict 2016;5(1):e23208. doi: 10.5812/ijhrba.23208.
3. McHugh RK, Wigderson S, Greenfield SF. Epidemiology of substance use in reproductive-age women. Obstet Gynecol Clin 2014;41(2):177-89.
4. Cotto JH, Davis E, Dowling GJ, Elcano JC, Staton AB, Weiss SR. Gender effects on drug use, abuse, and dependence: a special analysis of results from the National Survey on Drug Use and Health. Gender Med 2010;7(5):402-13.
5. Yangyuen S, Kanato M, Somdee T. Relationship between psychological factors and perceived stigma of addiction among women with substance use disorders, Thailand. J Educ Health Promot. 2022;11:16.
6. McHugh RK, Votaw VR, Sugarman DE, Greenfield SF. Sex and gender differences in substance use disorders. Clinical Psychol Rev 2018;66:12-23.
7. Greenfield SF, Brooks AJ, Gordon SM, Green CA, Kropp F, McHugh RK, et al. Substance abuse treatment entry, retention, and outcome in women: A review of the literature. Drug Alcohol Depend 2007;86(1):1-21.
8. Ait-Daoud N, Blevins D, Khanna S, Sharma S, Holstege CP, Amin P. Women and Addiction: An Update. Med Clin North Am 2019;103(4):699-711.
9. Lynch WJ, Roth ME, Carroll ME. Biological basis of sex differences in drug abuse: preclinical and clinical studies. Psychopharmacology 2002;164(2):121-37.
10. Shiri SS, Shanmugam B, Ezhumalai S. Profile of Women Seeking Treatment for Substance Use Disorder in Tertiary Care Government De-Addiction Centre. J Psychosoc Well Being 2021;2(1):68-75.

11. Querengässer J, Traub HJ. Women in German forensic addiction treatment: Epidemiology and gender-related decision making in jurisdiction. Int J Law Psychiatry 2020;70:101567.

12. Vardar E, Bahadırlı NB. Alkol ve kadın, cinsiyete ve kültüre bağlı alkol sorunları. Türkiye Klinikleri J Psychiatry-Special Topics 2010;3(3):72-6.

13. Kumpfer KL. Links between prevention and treatment for drug-abusing women and their children. Drug addiction research and the health of women Rockville, MD: National Institute on Drug Abuse 1998:417-38.

14. Bashirian S, Barati M, Mohammadi Y, Zarnagh HG, Bagheri S. Women who use drugs: pattern of substance use and relapse. Turkish J Addic 2021;8(2):108-13.

15. Koob GF, Le Moal M. Addiction and the brain antireward system. Ann Review Psychol 2008;59(1):29-53.

16. Koob GF, Volkow ND. Neurobiology of addiction: a neurocircuitry analysis. Lancet Psychiatr 2016;3(8):760-73.

17. Koob GF, Volkow ND. Neurocircuitry of addiction. Neuropsychopharmacology 2010;35(1):217-38.

18. Uluğ B. Klinisyen için nörobiyolojiden kliniğe çeviri. Psikiyatride Güncel 2019;9(1):107-18.

19. Uzbay İT. Madde bağımlılığı tüm boyutlarıyla bağımlılık ve bağımlılık yapan maddeler. İstanbul: İstanbul Tıp Kitabevi; 2015. s. 41-8.

20. Vardar M. Bağımlılıkta temel kavramlar ve tanısal sınıflamalar. Evren C, Öğel K, Uluğ B (Editörler) Alkol Madde Bağımlılığı'nda Ankara: TPD Yayınları. 2012:40-52.

21. Erdal Işık UI. Alkol ve Madde Kötüye Kulllanım ve Bağımlılık. İstanbul: EMA Tıp Kitabevi; 2022.

22. Evren C. Alkol ve Madde Kullanım Bozuklukları Temel Başvuru Kitabı. Ankara: TPD; 2019.

23. Birliği AP. Ruhsal bozuklukların tanısal ve sayımsal elkitabı, beşinci baskı (DSM-5), tanı ölçütleri başvuru elkitabı'ndan, çev. E Köroğlu (Çev Ed), Ankara: Hekimler Yayın Birliği. 2013.

24. Hernandez-Avila CA, Rounsaville BJ, Kranzler HR. Opioid-, cannabis-and alcohol-dependent women show more rapid progression to substance abuse treatment. Drug Alcohol Depend 2004;74(3):265-72.

25. Cormier RA, Dell CA, Poole N. Women and substance abuse problems. BMC Women's Health 2004;4(1):1-10.

26. Greenfield SF, Back SE, Lawson K, Brady KT. Substance abuse in women. Psychiatric Clin 2010;33(2):339-55.

27. Poole N, Dell C. Girls, Women and Substance Use. 2005. https://www.ccsa.ca/sites/default/files/2019-05/ccsa-011142-2005.pdf

28. Abuse S, Administration MHS. 2015 National survey on drug use and health. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK524967/

29. Vardar M, Bahadırlı N. Alkol ve Kadın, Cinsiyete ve Kültüre Bağlı Alkol Sorunları. Turkiye Klinikleri J Psychiatry-Special Topics 2010;3(3):72-6. 2010.

30. Hudak ML, Tan RC, Drugs Co, Fetus Co, Newborn, Frattarelli DA, et al. Neonatal drug withdrawal. Pediatrics 2012;129(2):e540-e60.

31. Yücel H. Kadınlarda Alkol ve Madde Kullanımı. Ögel K, editor. İstanbul: Yeniden Yayınları; 2010. s. 3-25.

32. Roshanfekr P, Noori R, Dejman M, Geshnigani ZF, Rafiey H. Drug use and sex work among at-risk women: a qualitative study of initial factors. Iranian journal of psychiatry and behavioral sciences. 2015;9(2).

33. World Drug Report 2021. UNODC; 2021.

34. Abuse S. Mental Health Services Administration. Behavioral Health Barometer: United States, Volume 6: Indicators as measured through the 2019 National Survey on Drug Use and Health and the National Survey of Substance Abuse Treatment Services. HHS Publication No. PEP20-07-02-001. Rockville, MD: Substance Abuse and Mental Health Services 2020.

35. European Drug Report 2022: Trends and Developments. 2022. https://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/14644/TDAT22001ENN.pdf

36. Türkiye uyuşturucu raporu 2022. https://www.narkotik.pol.tr/kurumlar/narkotik.pol.tr/TUB%C4%B0M/Ulusal%20Yay%C4%B1nlar/Turkiye-Uyusturucu-Raporu-2022.pdf

37. Carroll ME, Lynch WJ, Roth ME, Morgan AD, Cosgrove KP. Sex and estrogen influence drug abuse. Trends Pharmacological Sci 2004;25(5):273-9.

38. Blum LN, Nielsen NH, Riggs JA. Alcoholism and alcohol abuse among women: report of the Council on Scientific Affairs. American Medical Association. J Womens Health 1998;7(7):861-71.

39. Tuchman E. Women and addiction: the importance of gender issues in substance abuse research. J Addic Dis 2010;29(2):127-38.

40. Kosten TR, Kosten TA, McDougle CJ, Hameedi FA, McCance EF, Rosen MI, et al. Gender differences in response to intranasal cocaine administration to humans. Biol Psychiatry 1996;39(2):147-8.

41. Evans SM, Haney M, Foltin RW. The effects of smoked cocaine during the follicular and luteal phases of the menstrual cycle in women. Psychopharmacology 2002;159(4):397-406.

42. Sofuoglu M, Dudish-Poulsen S, Nelson D, Pentel PR, Hatsukami DK. Sex and menstrual cycle differences in the subjective effects from smoked cocaine in humans. Exp Clin Psychopharmacol 1999;7(3):274-83.

43. Evans SM, Foltin RW. Exogenous progesterone attenuates the subjective effects of smoked cocaine in women, but not in men. Neuropsychopharmacology 2006;31(3):659-74.

44. Benowitz NL, Lessov-Schlaggar CN, Swan GE, Jacob III P. Female sex and oral contraceptive use accelerate nicotine metabolism. Clin Pharmacol Therapeutics 2006;79(5):480-8.

45. Perkins KA. Sex differences in nicotine versus nonnicotine reinforcement as determinants of tobacco smoking. Experiment Clin Psychopharmacol 1996;4(2):166.

46. Cicero TJ, Aylward SC, Meyer ER. Gender differences in the intravenous self-administration of mu opiate agonists. Pharmacol Biochem Behav 2003;74(3):541-9.

47. Lacy RT, Strickland JC, Feinstein MA, Robinson AM, Smith MA. The effects of sex, estrous cycle, and social contact on cocaine and heroin self-administration in rats. Psychopharmacology 2016;233(17):3201-10.

48. Li C-SR, Kosten TR, Sinha R. Sex differences in brain activation during stress imagery in abstinent cocaine users: a functional magnetic resonance imaging study. Biological Psychiatry 2005;57(5):487-94.

49. Kilts CD, Gross RE, Ely TD, Drexler KP. The neural correlates of cue-induced craving in cocaine-dependent women. American Journal of Psychiatry. 2004;161(2):233-41.

50. Van Der Walde H, Urgenson FT, Weltz SH, Hanna FJ. Women and alcoholism: A biopsychosocial perspective and treatment approaches. J Counseling Development 2002;80(2):145-53.

51. Ashley OS, Marsden ME, Brady TM. Effectiveness of substance abuse treatment programming for women: a review. Am J Drug Alcohol Abuse 2003;29(1):19-53.

52. Manhal-Baugus M. The Self-in-Relation Theory and Women for Sobriety: Female-Specific Theory and Mutual Help Group for Chemically Dependent Women. J Addic Offender Counseling 1998;18(2):78-85.

53. Brady KT, Randall CL. Gender differences in substance use disorders. Psychiatric Clin North Am 1999;22(2):241-52.

54. Craddock A, Collins JJ, Timrots AD. Fact sheet: Drug-related crime: US Department of Justice, Office of Justice Programs, Bureau of Justice. 1994. https://www.ojp.gov/ncjrs/virtual-library/abstracts/fact-sheet-drug-related-crime-0

55. Kessler RC, Nelson CB, McGonagle KA, Edlund MJ, Frank RG, Leaf PJ. The epidemiology of co-occurring addictive and mental disorders: implications for prevention and service utilization. Am J Orthopsychiatry 1996;66(1):17-31.

56. Kessler RC. The epidemiology of dual diagnosis. Biological Psychiatr 2004;56(10):730-7.

57. Gilman SE, Abraham HD. A longitudinal study of the order of onset of alcohol dependence and major depression. Drug Alcohol Depend 2001;63(3):277-86.

58. Oncken C, Cooney J, Feinn R, Lando H, Kranzler HR. Transdermal nicotine for smoking cessation in postmenopausal women. Addic Behav 2007;32(2):296-309.

59. Kilpatrick DG, Acierno R, Resnick HS, Saunders BE, Best CL. A 2-year longitudinal analysis of the relationships between violent assault and substance use in women. J Consult Clin Psychol 1997;65(5):834.

60. Brady KT, Back SE, Coffey SF. Substance abuse and posttraumatic stress disorder. Curr Direct Psychological Sci 2004;13(5):206-9.

61. Krahn DD. The relationship of eating disorders and substance abuse. J Substance Abuse 1991;3(2):239-53.

62. Brady TM, Ashley OS. Women in substance abuse treatment: Results from the Alcohol and Drug Services Study (ADSS): Citeseer; 2005. s. 62-70.

63. Back SE. Substance abuse in women: does gender matter? Psychiatric Times. 2007;24(1):48-50.

64. Brady KT, Lydiard JB. Women and addiction. Textbook of Addiction Treatment: Springer; 2021. s. 1395-405.

65. Drugs UNOo, Crime. Substance abuse treatment and care for women: case studies and lessons learned: New York: United Nations; 2004. s. 122-7.

66. Lex BW. Gender differences and substance abuse. Adv Alcohol Subst Abuse. 1991;4:225-96.

67. Rivas C, Ramsay J, Sadowski L, Davidson LL, Dunne D, Eldridge S, Hegarty K, Taft A, Feder G. Advocacy interventions to reduce or eliminate violence and promote the physical and psychosocial well-being of women who experience intimate partner abuse. Cochrane Database Syst Rev 2015;2015(12):CD005043. doi: 10.1002/14651858.

68. UNODC. Substance Abuse Treatment and Care for Women: Case Studies and Lessons Learned United Nations Office on Drugs Crime Renouf Publishing Company Limited; 2004.

69. Ögel K, Karadağ F, Evren C, Gürol D. Bağımlılık Profil İndeksi (BAPİ) Uygulama Rehberi. İstanbul: Yeniden Yayınları. 2012. s. 4-12.

70. Ögel K, Evren C, Karadağ F, Gürol T. Bağımlılık Profil İndeksi'nin (BAPİ) geliştirilmesi, geçerlik ve güvenilirliği. Türk Psikiyatri Derg 2012;23(4):264-73.

71. Edwards AC, Larsson Lönn S, Sundquist J, Kendler KS, Sundquist K. Associations between divorce and onset of drug abuse in a Swedish national sample. Am J Epidemiol 2018;187(5):1010-8.

72. Loneck B, Garrett J, Banks SM. Engaging and retaining women in outpatient alcohol and other drug treatment: The effect of referral intensity. Health & Social Work. 1997;22(1):38-46.

73. Richman JA, Rospenda KM. Gender roles and alcohol abuse. Costs of noncaring for future physicians. J Nerv Ment Dis 1992 Oct;180(10):619-26.

74. Türkiye İstatistik Kurumu. Ulusal Eğitim İstatistikleri Veritabanı 2021.

75. Azagba S, Shan L, Qeadan F, Wolfson M. Unemployment rate, opioids misuse and other substance abuse: quasi-experimental evidence from treatment admissions data. BMC Psychiatr 2021;21(1):1-9.

76. Henkel D. Unemployment and substance use: a review of the literature (1990-2010). Current Drug Abuse Rev 2011;4(1):4-27.

77. Teixidó-Compañó E, Espelt A, Sordo L, Bravo MJ, Sarasa-Renedo A, Indave BI, et al. Differences between men and women in substance use: the role of educational level and employment status. Gaceta Sanitaria 2018;32:41-7.

78. Cross SJ, Lotfipour S, Leslie FM. Mechanisms and genetic factors underlying co-use of nicotine and alcohol or other drugs of abuse. Am J Drug And Alcohol Abuse 2017;43(2):171-85.

79. Cooper ZD, Haney M. Investigation of sex-dependent effects of cannabis in daily cannabis smokers. Drug Alcohol Depend 2014;136:85-91.

80. Fattore L, Fratta W. How important are sex differences in cannabinoid action? British J Pharmacol 2010;160(3):544-8.

81. Koons AL, Greenberg MR, Cannon RD, Beauchamp GA. Women and the experience of pain and opioid use disorder: a literature-based commentary. Clin Therapeutics 2018;40(2):190-6.

82. McHugh RK. The importance of studying sex and gender differences in opioid misuse. JAMA Network Open 2020;3(12):e2030676-e.

83. Quinones-Jenab V, Jenab S. Influence of sex differences and gonadal hormones on cocaine addiction. Ilar J 2012;53(1):14-22.

84. Yonkers KA, Forray A, Nich C, Carroll KM, Hine C, Merry BC, et al. Progesterone for the reduction of cocaine use in post-partum women with a cocaine use disorder: a randomised, double-blind, placebo-controlled, pilot study. Lancet Psychiatr 2014;1(5):360-7.

85. Brady KT, Back SE, Greenfield SF. Women and addiction: A comprehensive handbook: Guilford Press; 2009. s. 241-8.

86. Requena-Ocaña N, Flores-Lopez M, Martín AS, García-Marchena N, Pedraz M, Ruiz JJ, et al. Influence of gender and education on cocaine users in an outpatient cohort in Spain. Scientific Rep 2021;11(1):1-12.

87. Samokhvalov AV, Irving H, Mohapatra S, Rehm J. Alcohol consumption, unprovoked seizures, and epilepsy: A systematic review and meta-analysis. Epilepsia 2010;51(7):1177-84.

88. Sharrett-Field L, Butler TR, Reynolds AR, Berry JN, Prendergast MA. Sex differences in neuroadaptation to alcohol and withdrawal neurotoxicity. Pflügers Archiv- Euro J Physiol 2013;465(5):643-54.

89. McHugh RK, Geyer RB, Chase AR, Griffin ML, Bogunovic O, Weiss RD. Sex differences in benzodiazepine misuse among adults with substance use disorders. Addic Behav 2021;112:106608.

90. Harmancı P. Dünya'daki ve Türkiye'deki intihar vakalarının sosyodemografik özellikler açısından incelenmesi. Hacettepe University Faculty of Health Sciences Journal. 2015;1-15.

91. Storbjörk J. Gender differences in substance use, problems, social situation and treatment experiences among clients entering addiction treatment in Stockholm. Nordic Studies Alcohol Drugs 2011;28(3):185-209.

92. Lynch FL, Peterson EL, Lu CY, Hu Y, Rossom RC, Waitzfelder BE, et al. Substance use disorders and risk of suicide in a general US population: A case control study. Addic Sci Clin Pract 2020;15(1):1-9.

93. Regier PS, Monge ZA, Franklin TR, Wetherill RR, Teitelman A, Jagannathan K, et al. Emotional, physical and sexual abuse are associated with a heightened limbic response to cocaine cues. Addic Biol 2017;22(6):1768-77.

94. Rivas-Rivero E, Bonilla-Algovia E, Vázquez JJ. Risk factors associated with substance use in female victims of abuse living in a context of poverty. An Psicol 2020;36:173-80.

95. Regier P, Sinko L, Jagannathan K, Aryal S, Teitelman A, Childress A. In young women, a link between childhood abuse and subliminal processing of aversive cues is moderated by impulsivity. BMC Psychiatr 2022;22(1):1-12.

96. Vassileva J, Conrod PJ. Impulsivities and addictions: a multidimensional integrative framework informing assessment and interventions for substance use disorders. Philos Trans R Soc Lond B Biol Sci 2019;374(1766):20180137.

97. Sönmez MB. Alkol ve Madde Kullanım Bozukluğu ve Depresyon. . In: Evren C, editor. Alkol ve Madde Kullanım Bozuklukları Temel Başvuru Kitabı. Ankara: Türkiye Psikiyatri Derneği Yayınları; 2019. s. 25-9.

98. Goldstein RB. Comorbidity of substance use disorders with independent mood and anxiety disorders in women. Women & addiction: A comprehensive Handbook. 2009: s.173-92.

99. Conner KR, Pinquart M, Gamble SA. Meta-analysis of depression and substance use among individuals with alcohol use disorders. J Substance Abuse Treatment. 2009;37(2):127-37.

100. Öztürk MO, Uluşahin A. Psikoaktif Maddelerin Kullanımına Bağlı Ruhsal Bozukluklar. Ruh sağlığı ve bozuklukları. Ankara: Nobel Tıp Kitapları; 2015. p. 511-54.

101. Goodwin DW, Schulsinger F, Hermansen L, Guze SB, Winokur G. Alcohol problems in adoptees raised apart from alcoholic biological parents. Arch Gen Psychiatr 1973;28(2):238-43.

102. Goodwin DW, Schulsinger F, Knop J, Mednick S, Guze SB. Psychopathology in adopted and nonadopted daughters of alcoholics. Arch Gen Psychiatr 1977;34(9):1005-9.

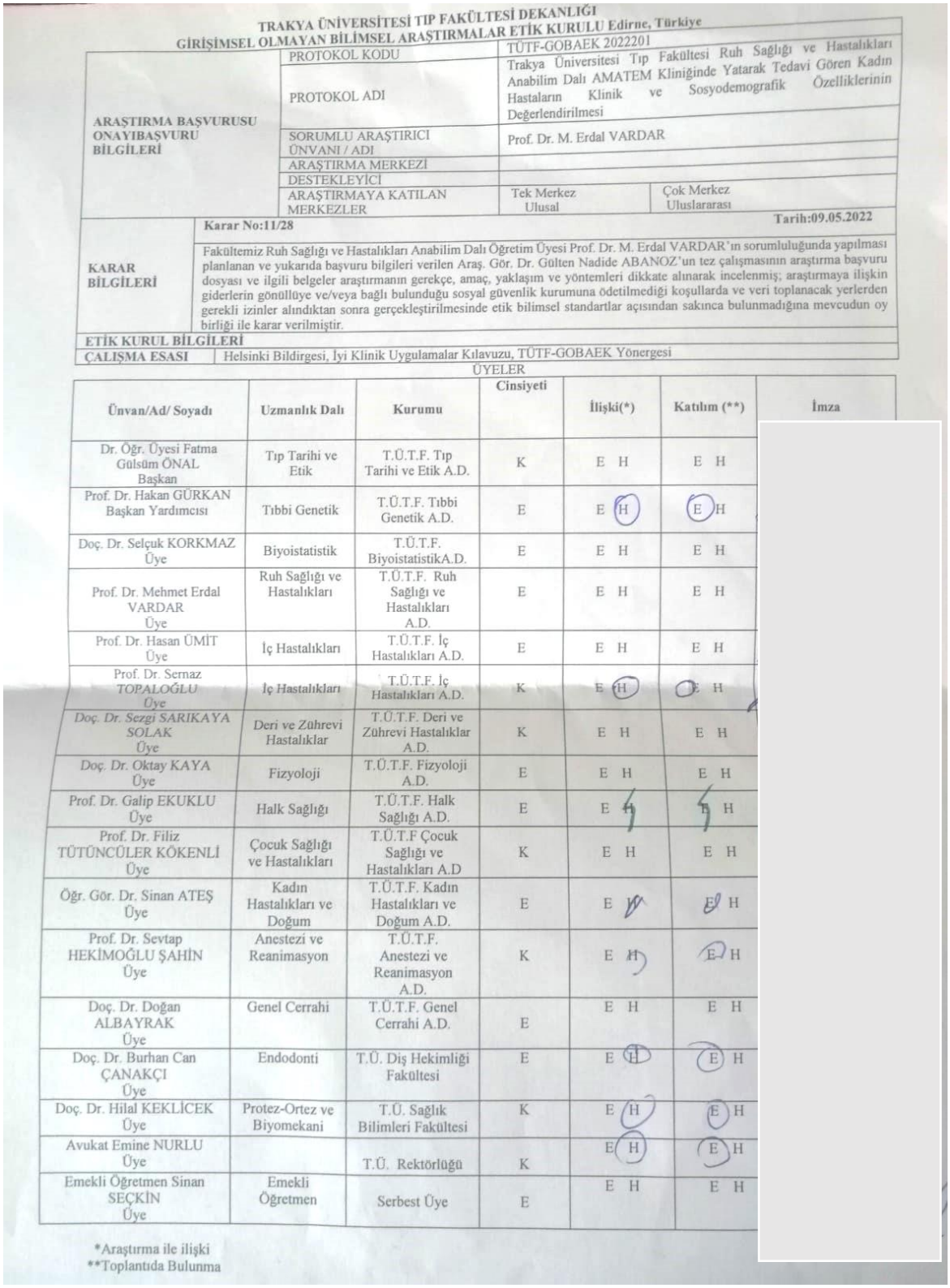
103. Pastor AD, Evans SM. Alcohol outcome expectancies and risk for alcohol use problems in women with and without a family history of alcoholism. Drug Alcohol Depend 2003;70(2):201-14.

104. Stone R. Pregnant women and substance use: fear, stigma, and barriers to care. Health Justice 2015;3(1):1-15.

105. Organization WH. Guidelines for the identification and management of substance use and substance use disorders in pregnancy. 2014. s.66-9.

EKLER

EK 1: Etik Kurul Onayı



TRAKYA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ DEKANLIĞI
GİRİŞİMSEL OLMAYAN BİLİMSEL ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU Edirne, Türkiye

ARAŞTIRMA BAŞVURUSU ONAYIBAŞVURU BİLGİLERİ	PROTOKOL KODU	TÜTF-GOBAEK 2022201	
	PROTOKOL ADI	Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı AMATEM Kliniğinde Yatarak Tedavi Gören Kadın Hastaların Klinik ve Sosyodemografik Özelliklerinin Değerlendirilmesi	
	SORUMLU ARAŞTIRICI ÜNVANI / ADI	Prof. Dr. M. Erdal VARDAR	
	ARAŞTIRMA MERKEZİ		
	DESTEKLEYİCİ		
	ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	Tek Merkez Ulusal	Çok Merkez Uluslararası

KARAR BİLGİLERİ	**Karar No:11/28** **Tarih:09.05.2022**
	Fakültemiz Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Öğretim Üyesi Prof. Dr. M. Erdal VARDAR'ın sorumluluğunda yapılması planlanan ve yukarıda başvuru bilgileri verilen Araş. Gör. Dr. Gülten Nadide ABANOZ'un tez çalışmasının araştırma başvuru dosyası ve ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş; araştırmaya ilişkin giderlerin gönüllüye ve/veya bağlı bulunduğu sosyal güvenlik kurumuna ödetilmediği koşullarda ve veri toplanacak yerlerden gerekli izinler alındıktan sonra gerçekleştirilmesinde etik bilimsel standartlar açısından sakınca bulunmadığına mevcudun oy birliği ile karar verilmiştir.
ETİK KURUL BİLGİLERİ	
ÇALIŞMA ESASI	Helsinki Bildirgesi, İyi Klinik Uygulamalar Kılavuzu, TÜTF-GOBAEK Yönergesi

ÜYELER

Ünvan/Ad/ Soyadı	Uzmanlık Dalı	Kurumu	Cinsiyeti	İlişki(*)	Katılım (**)	İmza
Dr. Öğr. Üyesi Fatma Gülsüm ÖNAL Başkan	Tıp Tarihi ve Etik	T.Ü.T.F. Tıp Tarihi ve Etik A.D.	K	E H	E H	
Prof. Dr. Hakan GÜRKAN Başkan Yardımcısı	Tıbbi Genetik	T.Ü.T.F. Tıbbi Genetik A.D.	E	E H	E H	
Doç. Dr. Selçuk KORKMAZ Üye	Biyoistatistik	T.Ü.T.F. BiyoistatistikA.D.	E	E H	E H	
Prof. Dr. Mehmet Erdal VARDAR Üye	Ruh Sağlığı ve Hastalıkları	T.Ü.T.F. Ruh Sağlığı ve Hastalıkları A.D.	E	E H	E H	
Prof. Dr. Hasan ÜMİT Üye	İç Hastalıkları	T.Ü.T.F. İç Hastalıkları A.D.	E	E H	E H	
Prof. Dr. Sernaz TOPALOĞLU Üye	İç Hastalıkları	T.Ü.T.F. İç Hastalıkları A.D.	K	E H	E H	
Doç. Dr. Sezgi SARIKAYA SOLAK Üye	Deri ve Zührevi Hastalıklar	T.Ü.T.F. Deri ve Zührevi Hastalıklar A.D.	K	E H	E H	
Doç. Dr. Oktay KAYA Üye	Fizyoloji	T.Ü.T.F. Fizyoloji A.D.	E	E H	E H	
Prof. Dr. Galip EKUKLU Üye	Halk Sağlığı	T.Ü.T.F. Halk Sağlığı A.D.	E	E H	E H	
Prof. Dr. Filiz TÜTÜNCÜLER KÖKENLİ Üye	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları	T.Ü.T.F Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları A.D	K	E H	E H	
Öğr. Gör. Dr. Sinan ATEŞ Üye	Kadın Hastalıkları ve Doğum	T.Ü.T.F. Kadın Hastalıkları ve Doğum A.D.	E	E H	E H	
Prof. Dr. Sevtap HEKİMOĞLU ŞAHİN Üye	Anestezi ve Reanimasyon	T.Ü.T.F. Anestezi ve Reanimasyon A.D.	K	E H	E H	
Doç. Dr. Doğan ALBAYRAK Üye	Genel Cerrahi	T.Ü.T.F. Genel Cerrahi A.D.	E	E H	E H	
Doç. Dr. Burhan Can ÇANAKÇI Üye	Endodonti	T.Ü. Diş Hekimliği Fakültesi	E	E H	E H	
Doç. Dr. Hilal KEKLİCEK Üye	Protez-Ortez ve Biyomekani	T.Ü. Sağlık Bilimleri Fakültesi	K	E H	E H	
Avukat Emine NURLU Üye		T.Ü. Rektörlüğü	K	E H	E H	
Emekli Öğretmen Sinan SEÇKİN Üye	Emekli Öğretmen	Serbest Üye	E	E H	E H	

*Araştırma ile ilişki
**Toplantıda Bulunma

EK 2: Sosyodemografik ve Klinik Veri Formu

1. Adı Soyadı :

2. Yaşı :

3. Cinsiyeti :

4. Öğrenim durumu : Okur yazar değil / İlkokul / Ortaokul / Lise / Üniversite

5. Medeni Durumu : Bekar / Evli / Dul- Boşanmış

6. Mesleği: Çalışmıyor / Düzensiz çalışıyor / Düzenli çalışıyor / Emekli/ Öğrenci

7. Tedaviyi tamamlama: Evet/Hayır

8. Geliş durumu: Normal/ Acil/ Adli

9. Tercih Ettiği Madde:

10. Sigara kullanımı: Var / Yok

Kullanıyor ise .... adet/yıl

11. Alkol kullanımı (Son bir yıl içerisinde) : Var / Yok

Var ise ilk kullanım yaşı:

Düzenli alkol kullanım süresi (yıl):

Alkol kullanmadığı en uzun dönem (ay):

Son 1 ayda kullanım sıklığı: Haftada ≤ 1 kez / Haftada 2-6 kez / Hergün

Deliryum öyküsü: Var / Yok

Epilepsi öyküsü: Var / Yok

12. Madde kullanımı (Son bir yıl içerisinde): Var / Yok

Var ise kullanılan madde : Opiyat /Esrar ve sentetik kannabinoid /Uyarıcı madde/ Uçucu madde/ Sedatif hipnotikler

Kullanılan maddeye başlama yaşı :

Düzenli kullanım süresi :

Madde kullanmadığı en uzun dönem (ay):

Son 1 aydaki kullanım sıklığı : Haftada ≤ 1 kez/ Haftada 2-6 kez / Hergün

13. Ruhsal bozukluk öyküsü : Var / Yok

14. İntihar öyküsü : Var / Yok

15. Ailede psikiyatrik hastalık öyküsü : Var / Yok

16. Adli olay öyküsü : Var / Yok

17. Cinsel/fiziksel İstismar öyküsü: Var/ Yok

18. BAPİ-K ölçek puanları

Tanı:	Öfke Kontrol Yetersizliği:
Yaşam Üzerine Etki:	Güvenli Davranış Eksikliği:
Şiddetli İstek:	Heyecan Arama Davranışı:
Motivasyon:	Dürtüsellik:
Bağımlılık Şiddeti:	Depresyon:
	Anksiyete:

EK 3: BAPİ-K Formu

T.C.
TRAKYA ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK ARAŞTIRMA VE UYGULAMA MERKEZİ
BALKAN RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI HASTANESİ
BAPİ-K UYGULAYICI FORMU

Soruları sormadan önce eğer varsa açıklamaları yapın.

İtalik olan yazılar uygulayıcı için gerekli bilgileri içerir.

Sorularda yer alan [madde] sözcüğü kişinin son dönemde kullanmayı daha çok tercih ettiği maddeyi anlatmaktadır. Bu nedenle temel olarak kullandığı madde neyse, sorularda onu [madde] sözcüğü yerine koyunuz.

Örneğin...
"[Madde] kullanmak aile ilişkilerinizi olumsuz yönde etkiledi mi" yerine alkol içiyorsa "Alkol kullanmak aile ilişkilerinizi olumsuz yönde etkiledi mi" veya esrar içiyorsa "Esrar kullanmak aile ilişkilerinizi olumsuz yönde etkiledi mi" biçiminde okuyun.

Öncelikle yanıtın "hiçbir zaman" veya "neredeyse her zaman" seçeneğine uyup uymadığını kontrol edin. Eğer her ikisine de uymuyorsa o takdirde "bazen" seçeneğini işaretleyiniz. Yanıt "hayır" ise "hiçbir zaman" seçeneğini işaretleyiniz

---

A. Uygulayan görüşmecinin adı soyadı: _____ **Tarih:** _____

I **Adınız soyadınız** [.....]

II **Doğum tarihiniz** [.....]

III **Cinsiyetiniz?**

① Kadın ② Erkek

IV **Eğitiminiz?**

① Okur yazar ② İlkokulu bitirmiş ③ Ortaokulu bitirmiş ④ Liseyi bitirmiş ⑤ Üniversiteyi bitirmiş

V **Medeni durumunuz?**

① Evli ② Bekar ③ Ayrı ④ Boşanmış ⑤ Dul ⑥ Diğer

VI **Çocuğunuz var mı?**

① Evet ② Hayır

VII **Daha önce herhangi bir psikiyatrik veya psikolojik tedavi gördünüz mü?**

① Evet ② Hayır

→ Şimdi size bağımlılık yapan maddelerle ilgili bazı sorular soracağım. Burada bulunmadan önceki son bir yılınızı düşünerek içinde aşağıdaki maddeleri kullanıp kullanmadığınızı veya ne sıklıkta kullandığınızı belirtiniz

Yanıt kartını gösterin

		Hiçbir zaman	Bazen	Neredeyse her zaman
1	Ne sıklıkla alkol kullanıyordunuz?	⓪	①	②
2	Ne sıklıkla esrar (marihuana, joint, gubar vb) kullanıyordunuz?	⓪	①	②
3	Ne sıklıkla ecstasy (ekstazi) kullanıyordunuz?	⓪	①	②
4	Ne sıklıkla eroin kullanıyordunuz?	⓪	①	②
5	Ne sıklıkla kokain kullanıyordunuz?	⓪	①	②
6	Ne sıklıkla taş (krak kokain) kullanıyordunuz?	⓪	①	②
7	Ne sıklıkla rohipnol, rivotril (roş) gibi haplar kullanıyordunuz?	⓪	①	②
8	Ne sıklıkla uçucu maddeler (tiner, bali, gaz vb) kullanıyordunuz?	⓪	①	②
9	Ne sıklıkla akineton, tantum, xanax vb gibi çeşitli haplar kullanıyordunuz?	⓪	①	②
10	Ne sıklıkla metamfetamin, ice gibi amfetamin türevleri kullanıyordunuz?	⓪	①	②
11	Ne sıklıkla LSD, GHB gibi maddeler kullanıyordunuz?	⓪	①	②

→ Şimdi sayacağım hangisi sizin tercih maddeniz? Yani asıl kullanmayı sevdiğiniz, o varsa başkasını kullanmak istemeyeceğiniz hangisi?
Yukarıda kullandığını söylediği maddeleri sayınız ve sorunuz

11b1	Alkol	☐	**11b7**	Rohipnol, rivotril (roş)	☐
11b2	Esrar (marihuana, joint, gubar vb)	☐	**11b8**	Uçucu maddeler (tiner, bali, gaz vb)	☐
11b3	Ecstasy (ekstazi)	☐	**11b9**	Akineton, tantum, xanax gibi haplar	☐
11b4	Eroin	☐	**11b10**	Metamfetamin, ice gibi amfetamin türevleri	☐
11b5	Kokain	☐	**11b11**	LSD, GHB gibi maddeler	☐
11b6	Taş (krak kokain)	☐			

	→ **Şimdi soracağım sorulara yanıt verirken SON BİR YILI göz önüne alarak cevap veriniz.** *Yanıt kartını gösterin*	Hiçbir zaman	Bazen	Neredeyse her zaman
12	[Madde] etkisinde olduğunuz zamanlarda, ne sıklıkta film kopması, aşırı doz alma, kontrol kaybı gibi problemleri yaşıyordunuz? *Gerekirse açıklayın: Burada film kopması derken, [madde]etkisindeyken yaptıklarını, söylediklerini... vs hatırlamadığın zamanları kastediyoruz.*	⓪	①	②

VIII [Madde] kullanmanın sizin için bir sorun olduğunu düşünüyor musunuz, eğer düşünüyorsanız, ne kadar zamandır?

① Benim için sorun değil ② 1 yıldan az ③ 1-2 yıldır ④ 3-4 yıldır ⑤ 5 yıl ve daha fazla

13	Kullandığınız [maddenin] miktarı giderek arttı mı?	⓪	①	②
14	Aynı miktarda kullanmanıza rağmen, zaman içinde kullandığınız [maddenin] etkisinde azalma oldu mu?	⓪	①	②
15	Kullandığınız [maddeyi] kestiğinizde veya azalttığınızda uykusuzluk, terleme, sinirlilik, huzursuzluk, titreme gibi sorunlar ortaya çıktı mı?	⓪	①	②
16	Kullandığınız [maddeyi] kestiğinizde ortaya çıkabilecek sorunlardan çekindiğiniz için [madde] kullandığınız oldu mu?	⓪	①	②
17	Planladığınızdan daha fazla [madde] kullandığınız oldu mu? Örneğin az içmeyi düşünüp fazla içtiğiniz veya kısa süre kullanmayı planlayıp uzun süre kullandığınız oldu mu?	⓪	①	②
18	Kullandığınız [maddeyi] bırakmayı veya azaltmayı isteyip bunu başaramadığınız oldu mu?	⓪	①	②
19	[Maddeyi] bulmak, kullanmak veya ayılmak için fazla zaman harcadığınız oldu mu? *Gerekirse açıklayın: Ne kadar zamanını, [maddeyi] düşünerek ya da [madde] ile uğraşarak geçiriyordun?*	⓪	①	②
20	[Madde] kullandığınız için aile ziyaretleri, hobiler, sosyal ilişkiler gibi hayatınızdaki başka etkinliklerden vazgeçtiğiniz oldu mu?	⓪	①	②
21	[Madde] kullanmak aile ilişkilerinizi olumsuz yönde etkiledi mi? Ne sıklıkla?	⓪	①	②
22	[Madde] kullanmak eğitim/ iş hayatınızı olumsuz yönde etkiledi mi? Ne sıklıkla?	⓪	①	②
23	[Madde] kullanmak beden sağlığınızı olumsuz yönde etkiledi mi? Ne sıklıkla?	⓪	①	②
24	[Madde] kullanmak ruhsal sağlığınızı olumsuz yönde etkiledi mi? Ne sıklıkla?	⓪	①	②
25	[Madde] kullanmak sizi ekonomik açıdan olumsuz yönde etkiledi mi? Ne sıklıkla?	⓪	①	②

	→ Şimdi soracağım sorulara yanıt verirken SON BİR YILI göz önüne alarak cevap veriniz. *Yanıt kartını gösterin*	Hiçbir zaman	Bazen	Neredeyse her zaman
26	[Madde] kullanmak arkadaş veya diğer insanlarla olan ilişkilerinizi olumsuz yönde etkiledi mi? Ne sıklıkla?	⓪	①	②
27	[Madde] kullanmak beklenmedik problemler yaşamanıza yol açtı mı? Örneğin; kavga, kaza, istenmeyen cinsel ilişki, cinsel yolla bulaşan hastalık gibi sorunlar yaşadınız mı? Ne sıklıkla?	⓪	①	②
28	[Madde] kullanmak yasal sorunlar yaşamanıza neden oldu mu? Örneğin; ehliyeti kaptırmak, maddeyle yakalanmak, karakola düşmek gibi sorunlarınız oldu mu? Ne sıklıkla?	⓪	①	②
29	Gündüz saatlerinde de [madde] kullandığınız zamanlar oldu mu? Ne sıklıkla?	⓪	①	②
30	[Madde] kullanmayı istememenize rağmen yine de gidip [madde] kullandığınız zamanlar oldu mu? Ne sıklıkla?	⓪	①	②
31	Aileniz veya çevreniz sizin çok fazla [madde] kullandığınızdan endişeleniyor muydu? Ne sıklıkla?	⓪	①	②
	→ Şimdi soracağım sorulara yanıt verirken SON BİR HAFTAYI göz önüne alarak cevap veriniz. Yanıt kartını gösterin			
32	[Madde] kullanmak ya da [madde] kullanmanın sizi iyi hissettireceği hakkında düşünüyor musunuz? Ne sıklıkta?	⓪	①	②
33	[Madde] kullanmak için kuvvetli bir istek, arzu veya dürtü hissediyor musunuz? Ne sıklıkta?	⓪	①	②
34	[Madde] ile karşılaştığımızda [madde] kullanmaya direnmek veya kullanmamak sizin için zor olur mu? Ne sıklıkta? *Gerekirse açıklayın:* *[Madde] yakınınızda bulunduğunda, mesela şu an burada olsa, [madde] kullanmaya direnmek sizin için zor olur mu? Ne sıklıkta?*	⓪	①	②
35	[Madde] kullanmanın sizin için bir sorun olduğunu düşünüyor musunuz? Ne sıklıkta?	⓪	①	②
36	[Madde] kullanmayı bırakmayı veya azaltmayı düşünüyor musunuz? Ne sıklıkla?	⓪	①	②
37	[Madde] kullanmayı bırakmak veya azaltmak sizin için önemli mi?	⓪	①	②

	→ Şimdi size ruh halinizle ilgili bazı sorular soracağım. Kart A'yı gösteriniz	Hiçbir zaman	Bazen	Neredeyse her zaman
38	**Kolaylıkla kızıp öfkelenir misiniz? Ne sıklıkta?**	⓪	①	②
39	**Kontrol edemediğiniz öfke patlamaları yaşar mısınız? Ne sıklıkta?**	⓪	①	②
40	**Bir şeyleri kırıp dökme isteği duyar mısınız? Ne sıklıkta?**	⓪	①	②
41	**Ne hissettiğinizi ifade etmekte zorluk çeker misiniz?**	⓪	①	②
42	**Başkalarını kendinizden daha çok düşünür müsünüz? Örneğin, bir arkadaşınız sizden bir miktar borç para istedi, ancak sizin de paraya ihtiyacınız olabilecek bir dönem ise arkadaşına yine de yardım eder misiniz? Ne sıklıkla?**	⓪	①	②
43	**Kendinizi "içe kapanık" biri olarak tanımlar mısınız?**	⓪	①	②
44	**Sosyal bir ortama girdiğinizde ne konuşacağınızı bilememekten ne sıklıkla endişe edersiniz?**	⓪	①	②
45	**Başkaları ile beraberken, yanlış bir şey yapacağınız, ya da saçma konuşacağınız ile ilgili endişe yaşar mısınız? Ne sıklıkta?**	⓪	①	②
46	**Uygunsuz veya tehlikeli olsalar bile, heyecanlı veya eğlenceli şeyler yapmaktan hoşlanır mısınız?**	⓪	①	②
47	**Hayatınızda yeni bir şeyler olmadığında, heyecan ya da coşku verici şeyler aramaya başlar mısınız?**	⓪	①	②
48	**Ne zaman ne yapacağı belli olmayan, heyecan verici, hareketli arkadaşları tercih eder misiniz?**	⓪	①	②
49	**İstediğiniz şeyi elde etmek için beklemekte zorlanır mısınız? Sabırsız mısınızdır? Örneğin bir sırada beklerken çabucak sıkılır mısınız?**	⓪	①	②
50	**Düşünmeden hareket eder misiniz?**	⓪	①	②
51	**Rahat konsantre olabilir misiniz, dikkatinizi kolay toplayabilir misiniz?**	~~⓪~~ 2	①	~~②~~ 0

		⓪	①	②
	→ Şimdi soracağım sorulara SON BİR YILI göz önüne alarak cevap veriniz. Kart A'yı gösteriniz			
52	**Geçen yıl içinde ne sıklıkta yaşamınıza son vermekle ilgili düşünceleriniz oldu?**	⓪	①	②
53	**Geçen yıl içinde ne sıklıkta kendinizi hüzünlü, kederli hissettiniz?**	⓪	①	②
54	**Geçen yıl içinde ne sıklıkta gelecekle ilgili olarak umutsuzluk hissine kapıldınız?**	⓪	①	②
55	**Geçen yıl içinde ne sıklıkta başka insanlarla karşılaştırdığınızda, kendinizi daha değersiz gördünüz?**	⓪	①	②
56	**Geçen yıl içinde ne sıklıkta kendinizi huzursuz ve tedirgin hissettiniz?**	⓪	①	②
57	**Geçen yıl içinde ne sıklıkta dehşet ya da panik nöbetleri yaşadınız? Örneğin; aniden başlayan iç sıkıntısı, nefes darlığı, baş dönmesi, çarpıntı, terleme gibi belirtilerle, şiddetli bir korku duyduğunuz, ölecekmiş gibi hissettiğiniz zamanlar oldu mu?**	⓪	①	②
58	**Geçen yıl içinde ne sıklıkta kendinizi yerinizde duramayacak kadar tedirgin hissettiniz?**	⓪	①	②