



**T.C.**  
**BİRÜNİ ÜNİVERSİTESİ**  
**LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ**  
**ERGOTERAPİ ANABİLİM DALI**  
**ERGOTERAPİ TEZLİ YÜKSEK LİSANS PROGRAMI**

**MADDE KULLANIM BOZUKLUĞU OLAN GENÇ YETİŞKİNLERDE**  
**OKUPASYONEL DENGE, YAŞAM KALİTESİ VE TOPLUMSAL**  
**KATILIM ARASINDAKİ İLİŞKİNİN İNCELENMESİ:**  
**KARŞILAŞTIRMALI BİR ÇALIŞMA**

**Yunus AYIK**

**DANIŞMAN**  
**Prof. Dr. Uğur CAVLAK**

**Haziran, 2025**



**T.C.**  
**BİRÜNİ ÜNİVERSİTESİ**  
**LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ**  
**ERGOTERAPİ ANABİLİM DALI**  
**ERGOTERAPİ TEZLİ YÜKSEK LİSANS PROGRAMI**

**MADDE KULLANIM BOZUKLUĞU OLAN GENÇ YETİŞKİNLERDE**  
**OKUPASYONEL DENGE, YAŞAM KALİTESİ VE TOPLUMSAL**  
**KATILIM ARASINDAKİ İLİŞKİNİN İNCELENMESİ:**  
**KARŞILAŞTIRMALI BİR ÇALIŞMA**

**Yunus AYIK**

**DANIŞMAN**  
**Prof. Dr. Uğur CAVLAK**

**Haziran, 2025**

## TEZ ONAY SAYFASI



**BEYAN**

Bu tezin bana ait olduğunu, tüm aşamalarında etik dışı davranışımın olmadığını, içinde yer alan bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, kullanmış olduğum bütün bilgilere kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları da kaynaklar listesine aldığımı, yine bu tezin yürütülmesi ve yazımı sırasında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığını beyan ederim.

Yunus Ayık



## TEŞEKKÜR

Bu tez çalışmasının hazırlanması için bilgi ve desteğini esirgemeyen, kendisinden çok şey öğrendiğim danışman hocam sayın Prof. Dr. Uğur CAVLAK’a,

Daima yoluma ışık tutan, bu alanda tez yazabilmemin önünü açan kıymetli hocam sayın Prof. Dr. Hülya KAYIHAN’a,

Tezimi yürütmem için izin veren ve süreç içinde destek olan SUDEM ailesine, SUDEM’lerde görev alan ve veri toplayabilmem için büyük çaba sarf eden Erg. ELİF BULAÇ ve Erg. FERHAN ÇAKAR hocalarım başta olmak üzere sürecime destek olan kıymetli ergoterapist meslektaşlarıma,

Tezimin yazılış amacı olan, madde kullanımıyla mücadele eden ulaşabildiğimiz ve tezime katkı sunan danışanlara,

Tez süreci boyunca yanımda olan, bilgilerini ve yardımlarını esirgemeyen, zor zamanlar yaşadığımda beni teşvik eden başta aynı odayı paylaştığım birbirinden kıymetli canım hocalarım olmak üzere çalışma arkadaşı olmaktan gurur duyduğum Biruni Üniversitesindeki kıymetli hocalarıma,

Tez yolculuğumda bana eşlik eden, sürecimi yakından takip eden, beni motive eden her zaman yerlerinin ayrı olduğu değerli dostlarım Ali AŞÇI, Uğur BİBER, Yusuf Murat AYDIN, Berrin ÖZKÜN ve Ayşe Nur KİŞİF’e

Aynı yoldan geçtiğimiz beraber çalışmalar yürüttüğümüz akademik ve insani olarak yoluma iyi ki çıkmışlar dediğim çok kıymetli arkadaşlarım Erg. Hümeysra KAYA ve Öğr.Gör. Sümeyye SARIŞAHİN’e,

Tez sürecimde olduğu gibi her zaman, her koşulda yanımda olduklarını hissettiğim, sürecimi kolaylaştıran başta Seda ÖZCAN ve İrem AYIK kuzenlerim olmak üzere yolculuğuma eşlik eden akrabalarım ve teyzelerime,

Gülümsemeleri ve varlıklarıyla hayatıma anlam katan yeğenlerim Zümra ve Alperen’e, En önemlisi de buralara gelmemde en büyük emeğe sahip, ‘Ben’ olma yolculuğumda çok şey borçlu olduğum, varlıklarını hep yanımda hissettiğim, desteklerini ve sevgilerini esirgemeyen canım kıymetlilerim biricik ANNEME, BABAMA ve AĞABEYİME *canı gönülden teşekkür ederim.*

## İÇİNDEKİLER LİSTESİ

| İçindekiler                                                                   | Sayfa No |
|-------------------------------------------------------------------------------|----------|
| İç Kapak.....                                                                 | -        |
| Tez Onay Sayfası.....                                                         | -        |
| BEYAN.....                                                                    | iii      |
| TEŞEKKÜR.....                                                                 | iv       |
| İÇİNDEKİLER LİSTESİ.....                                                      | v        |
| SİMGE / SEMBOL VE KISALTMALAR LİSTESİ .....                                   | vii      |
| TABLolar LİSTESİ.....                                                         | viii     |
| ŞEKİLLER LİSTESİ .....                                                        | ix       |
| TÜRKÇE ÖZET VE ANAHTAR KELİMELER.....                                         | x        |
| İNGİLİZCE ÖZET VE ANAHTAR KELİMELER .....                                     | xi       |
| 1. GİRİŞ VE AMAÇ.....                                                         | 1        |
| 2. GENEL BİLGİLER .....                                                       | 3        |
| 2.1 Madde Kullanım Bozukluğu ve Bağımlılık .....                              | 3        |
| 2.1.1 Madde Kullanım Bozukluğu .....                                          | 3        |
| 2.1.2 Bağımlılık.....                                                         | 3        |
| 2.1.3 Maddelerin Sınıflandırılması ve Etkileri.....                           | 4        |
| 2.1.4 Madde Kullanımı Bozukluğu ve Bağımlılık ile İlgili Tanımlamalar.....    | 12       |
| 2.1.5 Madde Kullanım Bozukluğu Tanı ve Sınıflandırması .....                  | 13       |
| 2.1.6 Madde Kullanım Bozukluğunun Nörobiyolojisi.....                         | 16       |
| 2.1.7 Bağımlılık Döngüsü .....                                                | 19       |
| 2.1.8 Bağımlılık Döngüsündeki Dört Davranış.....                              | 19       |
| 2.1.9 Bağımlılık Döngüsü ve İlgili Beyin Yapıları .....                       | 20       |
| 2.1.10 Madde Kullanım Bozukluğunun Sıklığı ve Yaygınlığı .....                | 23       |
| 2.1.11 Madde Kullanım Bozukluğunda Türkiye Verileri .....                     | 25       |
| 2.1.12 Madde Kullanım Bozukluğunun Etiyolojisi ve Risk Faktörleri .....       | 26       |
| 2.2 Ergoterapi ve Madde Kullanım Bozukluğu .....                              | 32       |
| 2.2.1 Ergoterapide Okupasyonun Anlamı .....                                   | 32       |
| 2.2.2 Okupasyonun Karanlık Tarafı.....                                        | 35       |
| 2.2.3 Okupasyonel Yoksunluk ve Madde Kullanım Bozukluğu İlişkisi.....         | 37       |
| 2.2.4 Madde Kullanım Bozukluğunda Ergoterapinin Rolü .....                    | 38       |
| 2.2.5 Okupasyonel Denge, Yaşam Kalitesi ve Toplumsal Katılım Kavramları ..... | 41       |
| 3. GEREÇ VE YÖNTEM.....                                                       | 45       |

|        |                                                                        |     |
|--------|------------------------------------------------------------------------|-----|
| 3.1    | Araştırmanın Tipi: .....                                               | 45  |
| 3.2    | Çalışmanın Evreni ve Örneklemi: .....                                  | 45  |
| 3.3    | Verilerin Toplanması .....                                             | 45  |
| 3.4    | Etik Onay .....                                                        | 46  |
| 3.5    | Katılımcıların Seçilmesi .....                                         | 46  |
| 3.5.1  | Dahil Etme Kriterleri: .....                                           | 46  |
| 3.5.2  | Hariç Tutma Kriterleri.....                                            | 46  |
| 3.6    | Veri Toplama Araçları: .....                                           | 47  |
| 3.6.1  | Sosyodemografik Bilgi Formu .....                                      | 47  |
| 3.6.2  | Aktivite Rol Dengesi Anketi (Okupasyonel Denge Anketi) .....           | 47  |
| 3.6.3  | Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği -Kısa Formu (WHOQOL-BREF) .. | 47  |
| 3.6.4  | Yetiyitimi Değerlendirme Çizelgesi (WHODAS– II) .....                  | 48  |
| 3.7    | Veri Analizi .....                                                     | 49  |
| 4.     | BULGULAR.....                                                          | 50  |
| 5.     | TARTIŞMA .....                                                         | 64  |
| 6.     | SONUÇ VE ÖNERİLER.....                                                 | 81  |
| I.     | KAYNAKÇA .....                                                         | 83  |
| II.    | EKLER.....                                                             | 117 |
| EK 1 : | Kurum ve Ölçek İzinleri .....                                          | 117 |
| EK 2 : | Gönüllü Olur Formu .....                                               | 120 |
| EK 3 : | Etik Kurul Onayı.....                                                  | 121 |
| EK 4 : | Sosyodemografik Bilgi Formu .....                                      | 123 |
| EK 5 : | Aktivite-Rol Dengesi Anketi (Okupasyonel Denge Anketi) .....           | 125 |
| EK 6 : | Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği- Kısa Formu (WHOQOL-BREF)    | 126 |
| EK 7 : | Yetiyitimi Değerlendirme Çizelgesi (WHODAS -II ).....                  | 128 |
| III.   | İNTİHAL RAPORU .....                                                   | 135 |

## SİMGE / SEMBOL VE KISALTMALAR LİSTESİ

|             |                                                                                                                                                            |
|-------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| AOTA        | Amerikan Ergoterapi Derneği<br>( <i>American Occupational Therapy Association</i> )                                                                        |
| APA         | Amerikan Psikiyatri Birliği ( <i>American Psychiatric Association</i> )                                                                                    |
| DEHB        | Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu                                                                                                                |
| DSM-V       | Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı – Beşinci Baskı<br>( <i>Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition</i> ) |
| EGM         | Emniyet Genel Müdürlüğü                                                                                                                                    |
| EMCDAA      | Avrupa Uyuşturucu ve Uyuşturucu Bağımlılığı İzleme<br>( <i>European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction</i> )                                   |
| EUÇ-4       | Ergoterapi Uygulama Çerçevesi-4                                                                                                                            |
| GYA / YGYA  | Günlük Yaşam Aktiviteleri / Yardımcı Günlük Yaşam Aktiviteleri                                                                                             |
| ICD         | Hastalıkların Uluslararası Sınıflandırması<br>( <i>International Classification of Diseases</i> )                                                          |
| KOAH        | Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı                                                                                                                        |
| MKB         | Madde Kullanım Bozukluğu                                                                                                                                   |
| NIDA        | Ulusal Uyuşturucu Bağımlılığı Enstitüsü<br>( <i>National Institute on Drug Abuse</i> )                                                                     |
| OÇD         | Olumsuz Çocukluk Deneyimleri                                                                                                                               |
| SAMSHA      | Madde Bağımlılığı ve Ruh Sağlığı Hizmetleri İdaresi/Başkanlığı<br>( <i>Substance Abuse and Mental Health Services Administration</i> )                     |
| SUDEM       | Sosyal Uyum ve Destek Merkezleri                                                                                                                           |
| UNODC       | Birleşmiş Milletler Uyuşturucu ve Suç Ofisi<br>( <i>United Nations Office on Drugs and Crime</i> )                                                         |
| WFOT        | Dünya Ergoterapistler Federasyonu<br>( <i>World Federation of Occupational Therapists</i> )                                                                |
| WHO         | Dünya Sağlık Örgütü ( <i>World Health Organization</i> )                                                                                                   |
| WHODAS– II  | Yetiyitimi Değerlendirme Çizelgesi<br>( <i>World Health Organization Disability Assessment Schedule–II</i> )                                               |
| WHOQOL-BREF | Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği -Kısa Formu<br>( <i>World Health Organization Quality of Life-BREF</i> )                                         |

## TABLolar LİSTESİ

| <b>Tablo No</b>  | <b>Tablo Adı</b>                                                                   | <b>Sayfa No</b> |
|------------------|------------------------------------------------------------------------------------|-----------------|
| <b>Tablo 2.1</b> | Madde Kullanım Bozukluğu İçin DSM-5 Tanı Kriterleri                                | 14              |
| <b>Tablo 2.2</b> | Psikoaktif Madde Kullanımına Bağlı Bozukluklar İçin ICD-11 Tanı Kriterleri         | 15              |
| <b>Tablo 2.3</b> | 2023 Yılında Madde Türlerine Göre Tedavi Merkezlerinde Tedavi Gören Hasta Sayısı   | 26              |
| <b>Tablo 2.4</b> | Ergoterapide Okupasyon Alanları ve Tanımları                                       | 33              |
| <b>Tablo 4.1</b> | Demografik Bilgiler ve Gruplar Arası Karşılaştırmalar                              | 50              |
| <b>Tablo 4.2</b> | Okupasyonel Dengenin Gruplar Arası Karşılaştırması                                 | 56              |
| <b>Tablo 4.3</b> | Yaşam Kalitesi Alt Boyutlarının Gruplar Arası Karşılaştırılması                    | 57              |
| <b>Tablo 4.4</b> | İşlevsellik Alt Alanlarının Puanların Gruplar Arası Karşılaştırması                | 58              |
| <b>Tablo 4.5</b> | Okupasyonel Denge ile Diğer Değişkenler Arasındaki Korelasyonlar                   | 59              |
| <b>Tablo 4.6</b> | Yaşam Kalitesi Alt Boyutları ile İşlevsellik Alt Alanları Arasındaki Korelasyonlar | 61              |

## ŞEKİLLER LİSTESİ

| Şekil No  | Şekil Adı                                                                   | Sayfa No |
|-----------|-----------------------------------------------------------------------------|----------|
| Şekil 2.1 | Bağımlılık Döngüsünün Üç Aşaması ve İlgili Beyin Yapıları                   | 21       |
| Şekil 2.2 | Okupasyon Alanları                                                          | 33       |
| Şekil 2.3 | Ergoterapistlerin Müdahaleye Yönelik Hedef Çıktı Alanları                   | 39       |
| Şekil 4.1 | Araştırma Grubu Katılımcılarının Kullandıkları Madde Türleri                | 52       |
| Şekil 4.2 | Araştırma Grubu Çoklu Madde Kullanımı Oranı                                 | 52       |
| Şekil 4.3 | MKB'ye Eşlik Eden Tanıların Varlığı                                         | 53       |
| Şekil 4.4 | Madde Kullanımına Başlama Yaşı / En Yoğun Bildirilen Yaş Grupları Oranı     | 54       |
| Şekil 4.5 | Madde Kullanımının Bırakıldığı / Ayık Geçen En uzun Süre                    | 54       |
| Şekil 4.6 | Madde Kullanımı Kaynaklı Sosyal İlişkilerin Durumu                          | 55       |
| Şekil 4.7 | Araştırma Grubu Katılımcılarının Eğitim ve İş Hayatlarının Etkilenme Düzeyi | 55       |
|           | Madde Kullanımını Anlamlı ve Önemli Bulan Katılımcıların Oranı              | 56       |
| Şekil 4.8 | Tüm Değişken İlişkilerine Yönelik Genel Spearman Korelasyon Isı Haritası    | 63       |

## TÜRKÇE ÖZET VE ANAHTAR KELİMELELER

Ayık, Y. (2025). Madde Kullanım Bozukluğu Olan Genç Yetişkinlerde Okupasyonel Denge, Yaşam Kalitesi ve Toplumsal Katılım Arasındaki İlişkinin İncelenmesi: Karşılaştırmalı Bir Çalışma. Yüksek Lisans Tezi. Biruni Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü. İstanbul.

Bu çalışmanın amacı genç yetişkinlerdeki Madde Kullanım Bozukluğunun (MKB) okupasyonel denge, yaşam kalitesi ve toplumsal katılıma etkilerini incelemek ve MKB olmayan genç yetişkinlerle karşılaştırmaktır. Bu çalışmanın diğer bir amacı ise MKB olan genç yetişkinlerde okupasyonel denge, yaşam kalitesi ve toplumsal katılım arasındaki ilişkiyi analiz etmektir. Çalışmaya 18-40 yaş aralığında MKB olan 78 kişi ve MKB olmayan 84 kişi olmak üzere toplam 162 gönüllü katılımcı dahil edilmiştir. Katılımcıların değerlendirilmesi için Sosyodemografik Form, Okupasyonel Denge Anketi, Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği -Kısa Formu (WHOQOL-BREF) ve Yetiyitimi Değerlendirme Çizelgesi (WHODAS– II) kullanılmıştır. Araştırma verileri ergoterapistler tarafından yüz yüze görüşmeler aracılığıyla toplanmıştır. Araştırma grubunun okupasyonel denge puanları kontrol grubuna göre anlamlı derecede daha düşüktür ( $p<0.05$ ). WHODAS-II alt alan puanları karşılaştırıldığında, madde kullanan grubun “Hareket” alt boyutu hariç tüm alanlarda kontrol grubuna kıyasla anlamlı biçimde daha yüksek puanlar elde ettiği görülmüştür ( $p<0.05$ ). Aynı şekilde WHOQOL-BREF alt boyutlarında da “Fiziksel Sağlık” alanı hariç tüm alt boyutlarda MKB olan grupta anlamlı şekilde daha düşük puanlar aldıkları saptanmıştır ( $p<0.05$ ). MKB olan grupta yaşam kalitesi, toplumsal katılım ve okupasyonel dengenin anlamlı şekilde ilişkili olduğu belirlenmiştir ( $p<0.05$ ). Bu sonuçlar, MKB olan genç yetişkinlerde okupasyonel denge, yaşam kalitesi ve toplumsal katılımın olumsuz etkilendiğini ve bu üç değişken arasında ilişki olduğunu göstermiştir. Bu doğrultuda Ergoterapistler MKB'li bireylere yönelik müdahale planlarken tüm bu faktörleri göz önünde bulundurmalı ve bütüncül bir yaklaşım benimsemelidir. Gelecek çalışmalar Ergoterapi müdahalelerinin MKB'li bireylere etkileri üzerine odaklanmalıdır.

**Anahtar Kelimeler:** Madde Kullanım Bozukluğu, Okupasyonel Denge, Yaşam Kalitesi, Toplumsal Katılım

## İNGİLİZCE ÖZET VE ANAHTAR KELİMELER

Ayık, Y. (2025). Investigation of the Relationship Between Occupational Balance, Quality of Life and Social Participation in Young Adults with Substance Use Disorder: A Comparative Study. Master's Thesis. Biruni University Graduate Education Institute. Istanbul.

This study examined the effects of substance use disorder (SUD) on occupational balance, quality of life, and social participation in young adults. It also compared these outcomes with those of individuals without SUD. Additionally, the study analyzed the relationships among these variables within the SUD group. A total of 162 voluntary participants between the ages of 18 and 40 were included: 78 with SUD and 84 without. Data were collected in person by occupational therapists using the Sociodemographic Data Form, the Occupational Balance Questionnaire, World Health Organization Quality of Life-BREF (WHOQOL-BREF), and the World Health Organization Disability Assessment Schedule-II (WHODAS-II). The results indicated that the SUD group had significantly lower occupational balance scores than the control group ( $p < 0.05$ ). On the WHODAS-II, the SUD group scored significantly higher in all domains except "Mobility" ( $p < 0.05$ ). Similarly, the SUD group had significantly lower WHOQOL-BREF scores in all subdomains except "Physical Health" ( $p < 0.05$ ). Significant correlations were also found among occupational balance, quality of life, and social participation within the SUD group. These results imply that occupational balance, quality of life, and social participation negatively impact young adults with SUD and are significantly interrelated. Therefore, occupational therapists should adopt a holistic approach that considers all three factors when planning interventions. Future research should focus on evaluating the effects of occupational therapy interventions on individuals with SUD to improve these outcomes.

**Keywords:** Occupational Balance; Quality of Life; Social Participation; Substance Use Disorder

# 1. GİRİŞ VE AMAÇ

Madde Kullanım bozuklukları (MKB) önemli halk sağlığı sorunları arasında yer almaktadır (Rothman et al.2023). Dünya Sağlık Örgütü'ne göre "Madde kullanım bozuklukları" kavramı hem bağımlılık sendromunu hem de alkol, esrar, kokain, opioidler, amfetamin tipi uyarıcılar ve benzodiazepinler gibi psikoaktif maddelerin zararlı kullanımını içermektedir (WHO, 2015) . Tipik olarak, bu maddelerin ilk kullanımı, tekrarlanan kullanımla ödüllendirici ve pekiştirici olan hoş veya çekici psikoaktif etkiler yaratır. Devamlı kullanımla birlikte maddelerin çoğu bağımlılık yaratma kapasitesine sahip olur. Ayrıca hem zihinsel hem de fiziksel sağlığa çok sayıda zarar verme potansiyeline sahiptirler (WHO, 2024a). Bu maddelerin kullanımı bağımlılık ile sonuçlanabilmektedir. Bağımlılık, ilgili olumsuz sonuçlarına rağmen bir maddenin kullanımına devam edilmesiyle karakterize edilir. MKB dünya çapında, yüksek bir hastalık yüküne sahiptir (Goudriaan et al.2023). Bu nedenle psikoaktif madde kullanımı küresel bir sorun haline gelmiştir. Madde kullanımı bireyler üzerinde ciddi fizyolojik ya da nörolojik sağlık sorunlarına hatta ölümlere yol açmaktadır. Opioidler, benzodiazepinler gibi çeşitli psikoaktif maddelerin kullanımı nörotransmitter salınım süreçlerinde, beynin nörolojik fonksiyonlarında çeşitli derecelerde bozulmalara neden olabilmektedir. Bu bozulmalar da bireyin davranış ve ruh sağlığı durumlarında olumsuzluklara sebep olmaktadır (Okobi et al.2023; Stitt,2023). Bireyde meydana gelen bu bozulmalar bireyin tüm performans becerilerinde, duyu-motor, bilişsel ya da psikososyal alanlarında sorunlara neden olmaktadır (Doğu ve ark, 2023). Bireyin yaşadığı bu sorunlar günlük yaşamında okupasyonlara katılımını kısıtlamakta ve okupasyonel katılımını olumsuz etkileyebilmektedir (Gutman, 2006). Bağımlılıklar genellikle geleneksel okupasyonel rollerin, sorumlulukların ve rutinlerin dengesini bozma potansiyeline sahiptir. Bu nedenle okupasyon olarak bağımlılık kavramının incelenmesinde okupasyonel denge kavramı, bireydeki refahın varlığı veya yokluğu hakkında bilgi verebilir (Backman, 2004). MKB olan kişiler arasında yaşam kalitesi, temel olarak genel popülasyona göre daha düşüktür ve neredeyse farklı hastalıkları veya ciddi bozuklukları olan kişilerle aynı düzeydedir (Mulle et al. 2016). Madde kullanımı, zaman yönetiminin sağlanmasını, anlamlı günlük okupasyonlara katılımı ve temel yaşam rollerinin yerine

getirilmesini önemli ölçüde etkileyerek okupasyonel dengesizliklere yol açabilir (Stone, 2017). Madde kullanım bozuklukları bir kişinin çalışma, ilişkiler kurma, zihinsel sağlığını koruma, günlük yaşam aktivitelerini yerine getirme becerilerinde bozulmalara yol açma potansiyeline sahip olduğu gibi bunlara ek olarak kişinin toplumsal katılımını gerçekleştirmesine de engel teşkil edebilir (SAMSHA, 2022). MKB bireylerin sosyal işlevselliğini etkileyebilmekte ve topluma katılımda zorluk oluşturabilmektedir (Daley, 2013). MKB'ye sahip kişilerde bağımlılık eylemini gerçekleştirmek onlar için anlamlı bir okupasyona dönüşme potansiyeline sahiptir. Kişinin bağımlılık yolculuğunda yaşanan okupasyonel yoksunluk, okupasyonel dengesizlik, yaşam kalitesindeki değişimler ve toplumsal katılım güçlüklerinin birbiriyle ilişkili olabileceği düşünülmekte; bu nedenle söz konusu etmenler arasındaki ilişkinin incelenmesine yönelik çalışmalara ihtiyaç duyulmaktadır.

MKB olan genç yetişkinlerde okupasyonel denge, yaşam kalitesi ve toplumsal katılım arasındaki ilişkiyi inceleyen, bu değişkenlerin MKB bağlamındaki etkilerine odaklanan çalışmalar sınırlı sayıdadır. Bu çalışma ile MKB tanısı almış genç yetişkin bireylerde okupasyonel denge, yaşam kalitesi ve toplumsal katılım arasındaki ilişkilerin incelenmesi ve bu değerlerin MKB tanısı olmayan bir grupta karşılaştırmalı olarak değerlendirilmesi amaçlanmaktadır.

#### Hipotez 1:

H0: Madde kullanım bozukluğu olan ve olmayan genç yetişkinlerde okupasyonel denge, yaşam kalitesi ve toplumsal katılım açısından fark yoktur.

H1: Madde kullanım bozukluğu olan ve olmayan genç yetişkinlerde okupasyonel denge, yaşam kalitesi ve toplumsal katılım açısından fark vardır.

#### Hipotez 2:

H0: Madde kullanım bozukluğu olan genç yetişkinlerde okupasyonel denge, yaşam kalitesi ve toplumsal katılım arasında ilişki yoktur.

H1: Madde kullanım bozukluğu olan genç yetişkinlerde okupasyonel denge, yaşam kalitesi ve toplumsal katılım arasında ilişki vardır.

## 2. GENEL BİLGİLER

### 2.1 Madde Kullanım Bozukluğu ve Bağımlılık

#### 2.1.1 Madde Kullanım Bozukluğu

MKB'nin temel özellikleri arasında, maddeyle ilgili yaşanan önemli sorunlara rağmen bireyin madde kullanmaya devam ettiğini ortaya koyan bilişsel, davranışsal ve fizyolojik semptomların bireyde görülmesi yer almaktadır. Bu nedenle MKB'yi, bireydeki zararlı sonuçlarına rağmen bir maddenin kontrolsüz kullanımıyla oluşan karmaşık bir durum olarak tanımlamak mümkündür (APA, 2022). Belirli ilaçlar da dahil olmak üzere psikoaktif özellikleri olan maddelerin, tek seferlik veya tekrarlanan kullanımından kaynaklanan bozukluklar '*Madde Kullanımına Bağlı Bozukluklar*' olarak adlandırılır. Genelde bu maddeler ilk kullanımda hoş ve çekici psikoaktif etkiler yaratarak ödüllendirici ve pekiştirici bir deneyim sunar. Zamanla maddelerin sürekli kullanımıyla birlikte, çoğu madde bağımlılık yapma riski taşır (WHO, 2022).

#### 2.1.2 Bağımlılık

Bağımlılık, uyuşturucu veya alkol gibi maddelerin yanı sıra cinsellik, fiziksel aktivite ve kumar gibi davranışların kullanımına karşı gelişen psikolojik ve/veya fiziksel bir bağımlılık durumunu ifade eder (APA, 2022). MKB'nin en ciddi biçimi olan bağımlılık, bireyler ve toplum için yıkıcı sonuçları olan biyopsikososyal faktörler tarafından şekillendirilen kronik bir hastalıktır (N. Volkow et al., 2018).

Bağımlılık, madde kullanımına veya davranışa yönelik güçlü arzular, zarar görmeye rağmen kullanmaya devam etme isteği, zamanının büyük bir kısmını bu aktivitelere ayırma, kontrol kaybı, yoksunluk belirtileri ve tolerans gibi unsurları içinde barındıran bir süreçtir (Sussman & Sussman, 2011). Bunun yanı sıra bağımlılık, tekrarlanan madde kullanımından sonra gelişen bir dizi davranışsal, bilişsel ve fizyolojik etkileri olan bir beyin hastalığı olarak da tanımlanmaktadır (NIDA, 2007). Amerikan Psikiyatri Birliği'nin (APA) ruhsal hastalıkları sınıflandırma sistemi olan DSM-5 ve güncellenmiş DSM-5-TR'de madde kötüye kullanımı ve madde bağımlılığı ayrı tanılar olarak kabul edilmemektedir. Her ikisi de madde kullanım bozukluğu

başlığına entegre edilmiştir. Bireyin sahip olduğu semptom sayısına bağlı olarak hafif, orta veya şiddetli alt sınıflandırmalar oluşturulmuştur (APA, 2022).

### **2.1.3 Maddelerin Sınıflandırılması ve Etkileri**

#### **Alkol:**

Kimyasal olarak etanol ( $C_2H_6O$ ) olarak bilinen, fermente edilmiş şekerlerden elde edilen bir psikoaktif maddedir. Dünya Sağlık Örgütü (WHO), alkolü "sosyal olarak kabul edilen ancak fiziksel ve zihinsel sağlık üzerinde potansiyel olarak zararlı etkileri olan bir madde" olarak tanımlar. Alkol, farmakolojik olarak hem psikolojik hem de fizyolojik etkiler gösterir ve bağımlılık yapma potansiyeline sahiptir. Karaciğer hastalıkları, kanserler, kardiyovasküler hastalıklar, intiharlar, tüberküloz ve HIV/AIDS'e kadar 200'den fazla sağlık durumu zararlı alkol kullanımıyla bağlantılıdır (WHO, 2018). Alkol kullanımı bireylerin bilişsel fonksiyonları ve ruhsal sağlıkları üzerinde de çeşitli etkiler yaratmaktadır. Hafıza bozuklukları, bölünmüş dikkat sorunları, yürütücü işlev bozuklukları, karar verme ve problem çözme sorunları alkolün bilişsel işlevsellik üzerindeki olumsuz etkileri arasındadır (Bernardin et al., 2014; A. Le Berre et al., 2017). Alkol kullanımı kaygı, depresyon ve travma sonrası stres bozukluğu (TSSB) gibi psikiyatrik rahatsızlıkların semptomlarını artırabilir ve mevcut ruh sağlığı sorunlarını kötüleştirebilir (Flanagan et al., 2018; J. Li et al., 2020). Ergenlikte ve genç yaşlarda alkol kullanımı beyin gelişimini etkilemekte ve ilerleyen yaşlarda alkol kullanım bozukluğu riskine neden olabilmektedir (McCambridge et al., 2011). Gençler alkol tüketiminden orantısız bir şekilde daha fazla etkilenmektedir. Yüksek alkol tüketimi seviyeleri gençler arasında zayıf akademik performans ve olumsuz ruh sağlığı sonuçlarına neden olmaktadır (Tembo et al., 2017).

#### **Kannabis (Esrar):**

Esrar, dünya çapında en çok tüketilen psikoaktif maddeler arasındadır (Dellazizzo et al., 2022). Kenevir bitkisinden elde edilen bir madde türüdür (Nations Office Drugs, 2022). Bu bitki, sarhoş edici, zihin değiştirici etkilere sahip tetrahidrokanabinol (THC) dahil olmak üzere birçok farklı kimyasal bileşiğe sahiptir. Delta-9 THC, kenevir bitkisinde en bol bulunan THC formudur. Sarhoş edici etkileri vardır. THC, esrarın bağımlılık yaratmasında rol oynamakta ve kişinin ruh halini, düşüncelerini, algılarını geçici olarak değiştirebilmektedir. Esrar kullanıcıları genellikle bu bitkinin kurutulmuş halini sigara, puro ve pipo gibi materyallere doldurarak içer (NIDA 2020). Esrar

sadece kurutulmuş ot olarak değil yenilebilir ürünler, yağlar, konsantreler, içecekler ve tentürler dahil olmak üzere birçok formda mevcuttur (Rup et al., 2021). Esrar kullanımı uzun vadede fiziksel ve ruhsal sağlığı olumsuz etkilemektedir. Solunum bozuklukları, kardiovasküler hastalıklar, gastrointestinal sorunlar, artan kanser riski ve bozulmuş ruh sağlığı esrar kullanımı ile ilişkilendirilmiştir (Adenusi et al., 2023; Bhattacharyya et al., 2015; Jeffers et al., 2024; Yayan & Rasche, 2016). Esrar kullanımı özellikle gençler üzerinde olmak üzere çeşitli ruh sağlığı sorunlarıyla da ilişkilendirilmiştir (Hall & Degenhardt, 2014). Esrar kullanımının bireyin depresif bozukluklar geliştirme riskinin artmasına neden olduğu bildirilmektedir (Lev-Ran et al., 2014). Aynı zamanda Esrar kullanıcıları psikotik deneyimler veya anksiyete gibi akut olumsuz etkiler de yaşayabilmektedir (Hall & Weier, 2015). Ergenlik döneminde düzenli esrar kullanımı, esrar bağımlılığı riskini arttırmaktadır. Erken yaşlarda esrar kullanımı ruhsal bozukluklara zemin hazırlamakta ve ilerleyen süreçte bireylerde depresyon ve anksiyete sorunlarına yol açmaktadır (Hall & Degenhardt, 2007; Mustonen et al., 2021). Esrar kullanıcılarında olumsuz ruh sağlığı sorunlarının yanısıra gözlemlenen çeşitli bilişsel bozukluklar da mevcuttur. Özellikle yürütücü işlev, bellek ve dikkat alanlarındaki bozulmalar yaygındır (Mooney et al., 2018). Esrarın çalışma belleği üzerindeki olumsuz etkileri literatürde kapsamlı bir şekilde tanımlanmıştır (Tervo-Clemmens et al., 2018).

### **Opioid:**

Doğal, yarı sentetik ve sentetik uyuşturucuların bir sınıfıdır. Hem ağrıyı tedavi etmek için kullanılan reçeteli ilaçlar hem de eroin gibi yasadışı uyuşturucular bu sınıfa dahildir. Morfin, kodein, afyon ve tebain gibi doğal opioidler, afyon haşhaş bitkisinin tohum kabuklarından yapılır. Bu doğal maddelere opiatlar da denir. Eroin, oksikodon, hidrokodon ve oksimorfon gibi ağrı kesiciler yarı sentetik opioidler sınıfında yer alır ve laboratuvarlarda doğal opioidlerin kimyasal olarak işlenmesiyle üretilir. Fentanil gibi sentetik opioidler tamamen laboratuvarlarda üretilir ve hiçbir doğal içerik içermez (Pathan & Williams, 2012). Opioidler bağımlılık oluşturma potansiyeline sahip maddelerdir. Bazı kişilerde opioid kullanımıyla elde edilen öforik tepki ve maddenin güçlü bağımlılık yapıcı özellikleri nedeniyle, kötüye kullanım potansiyeli yüksektir (Bolshakova et al., 2019). Bireyler maddeleri kullanmaya devam ettikçe, madde üzerindeki kontrollerini kaybedebilmekte ve "normal" hissetmek için sürekli madde kullanımına yönelebilmektedir. Bu durum, bağımlılık sürecinin başlangıcını ve

devamını tetiklemektedir. Genç yaş ve majör depresyon varlığı opioid kullanımı için risk faktörü olarak nitelendirilmiştir (Boscarino et al., 2010). Uzun süreli reçeteli opioid kullanımı depresyon riskini artırmaktadır (Scherrer et al., 2022). Depresyon, opioid kullanım bozukluğuna eşlik eden yaygın psikiyatrik hastalıklar arasında yer almaktadır (Grant, 1995). Opioidler, kullanım dozu ve süresine bağlı olarak kalp atış hızını yavaşlatabilir, kan basıncını düşürebilir, kalp yetmezliği ve kalp durması gibi ciddi kardiyovasküler sorunlara yol açabilir (Krantz et al., 2021). Opioid kullanımı cinsel işlev bozuklarına neden olmakta aynı zamanda bağışıklık sistemini zayıflatarak enfeksiyon riskini artırabilmektedir (Plein & Rittner, 2018; Zhao et al., 2017).

### **İnhalanlar:**

İnhalanlar tehlikeli uçucu maddelerdir (Williams & Storck, 2007). İnhalanlar günlük yaşamın içindeki birçok farklı üründe bulunur. Yaygın olarak kötüye kullanılan inhalanlar arasında benzin, spreyci boyalar, tiner, aerosoller ve yapıştırıcılar bulunur. Bu tür maddeler düşük maliyetleri, kolay erişilebilirlikleri, yasal yollarla satın alınabilmeleri ve hızlı öfori etkileri nedeniyle elde edilmesi zor olabilecek diğer maddelerin yerine kullanılmaktadır. Bu durum, kötüye kullanım amacı olan kişilerin bu maddelere olan ilgilerini artırmaktadır. Ergen ve genç yetişkin yaş grubunda inhalan kullanım oranları diğer gruplardan daha yüksektir. İnhalan kullanıcıları bu maddeleri bezden veya doğrudan bir torbadan soluyarak kullanır (Crossin et al., 2019). İnhalanların dört genel kategorisi vardır: uçucu çözücüler, aerosoller, gazlar ve nitritler. Uçucu çözücüler, oda sıcaklığında hızla buharlaşabilen kimyasal maddelerdir. Bu kategoriye; boyalar, incelticiler ve çıkarıcılar, kuru temizleme solventleri, yağ çözücüler, benzin, yapıştırıcılar, düzeltme sıvıları ve keçeli kalemler dahildir. Aerosol sınıfına giren maddeler arasında spreyci boyalar, saç ve deodorant spreycileri, pişirme amaçlı bitkisel yağ spreycileri ve kumaş koruyucu spreyciler sayılabilir. Gaz formunda olan uçucu maddeler ise genellikle tıbbi anesteziğlerdir ve eter, kloroform, halotan ve azot oksit gibi kimyasalları içerir. Nitritler, özellikle “poppers” olarak bilinen küçük şişelerde satılır ve cinsel haz için yetişkinler tarafından tercih edilmektedir. Bu kimyasallar, kısa süreli kullanımda öfori sağlarken, uzun süreli kullanım ciddi sağlık risklerine yol açabilmektedir (Radparvar, 2023). Maddeden yeterince solunduğunda, neredeyse tüm çözücüler ve gazlar uyuşukluğa neden olabilmekte, fiziksel his kaybına ve bilinç kaybına yol açabilmektedir (Kurtzman et al., 2001).

### **Fenisiklidin ve Diğer Halüsinojenler:**

Fenisiklidinler (Melek Tozu), ilk olarak 1950'lerde bir dissosiyatif anestezik olarak geliştirilmiş, ancak 1960'larda, disforik etkileri ve dinginlik hissi nedeniyle yaygın bir sokak uyuşturucusu olarak kullanılmaya başlanmıştır. Bu maddeler anestezik ve halüsinojenik özelliklere sahip sentetik bir bileşiktir. Düşük dozlarda, bireyde zihin ve beden ayrışması hissi (dissosiyasyon) oluştururken, yüksek dozlar koordinasyon bozukluğu, bilinç bulanıklığı ve komaya kadar varan ciddi etkiler doğurabilir. İlacın ana psikoaktif etkileri birkaç saat sürse de vücut tarafından emilimi 8 günü bulmakta buda etki süresinin uzamasına yol açmaktadır. Bazı hassas bireylerde halüsinojenik etkiler haftalarca sürebilir hatta şizofreniye benzer, kalıcı psikotik ataklara neden olabilir (APA, 2022; Dominici et al., 2015). Yüksek doz alımı taşikardi, hipertansiyon, hiperrefleksi ve nöbetlere neden olabilmektedir (Holstege, 2005). Kronik kullanıcılar arasında görsel, hafıza ve konuşma bozuklukları kaydedilmiştir. Halüsinojenler algıyı, ruh halini ve bilişsel süreçleri değiştiren psikoaktif maddelerdir. Tarihsel olarak dini ve kültürel ritüellerle iç içe geçmiş olan bu maddeler, basit halüsinasyonların ötesinde, derinden değişmiş bilinç durumlarına kadar uzanan etkiler sunar (Raj et al., 2023). DSM-5'e göre "Halüsinojen" terimi, algı, ruh hali ve bilişte benzer değişikliklere neden olan geniş kategoriyi ifade eder. Bu maddeler arasında psilosibin, meskalin ve liserjik asit dietilamid, fensiklidin, 3,4 Metilendioksi-metamfetamin (Ekstazi olarak da bilinir) ve salvia divinorum gibi maddeler bulunur. Halüsinojenler genellikle ağızdan alınır, ancak bazı formları tütsülenir. Nadiren intranazal veya enjeksiyon yoluyla alınır (Örn: Ekstazi). Etkilerin süresi halüsinojen türüne göre değişir. Halüsinojenlere karşı tolerans tekrarlanan kullanımla gelişir ve hem otonomik hem de psikolojik etkileri olduğu bildirilmiştir. Halüsinojen kullanımının bazı etkileri şizofreni, depresif ve bipolar bozukluklar gibi psikiyatrik bozuklukların belirtilerine benzeyebilir (APA, 2022).

### **Sedatif, Hipnotik veya Anksiyolitikler:**

Sedatif, hipnotik veya anksiyolitik maddeler arasında benzodiazepinler, benzodiazepin benzeri ilaçlar (örn. zolpidem, zaleplon), karbamatlar (örn. glutethimide, meprobamate), barbitüratlar (örn. sekobarbital) ve barbitürat benzeri hipnotikler (örn. glutethimide, methaqualone, propofol) bulunur. Bu madde sınıfı çoğu reçeteli uyku ve antianksiyete ilacını içerir (APA, 2022). Anksiyolitikler, panik bozuklukları, yaygın anksiyete ve çeşitli diğer kullanımları olan hastaları tedavi etmeyi amaçlayan bir ilaç

sınıfıdır. Sedatifler, hipnotikler uykusuzluğun tedavisinden mekanik ventilatöre bağı birinin tedavisine kadar farklı durumlarda kullanılan bir ilaç sınıfıdır (Simone & Bobrin, 2023). Bu maddelerin kötüye kullanımı 18 ila 49 yaş arasındaki yetişkinlerde en yüksek orandadır (Maust et al., 2019). Bu maddeler yüksek dozlarda alındığında ölümcüldür. Ayrıca alkol ile birlikte alındığında daha düşük dozlarda dahi ölümcül hale gelmektedir. Benzodiazepinler, sedatif-hipnotik, anksiyolitik, antikonvülsan ve kas gevşetici etkileri olan bir psikotropik ilaç sınıfıdır. Benzodiazepinler, dünyada en çok kötüye kullanılan ve yanlış reçete edilen ilaçlar arasındadır. Benzodiazepinlerin uzun süreli kullanımının olumsuz etkileri vardır. Bu ilaç sınıfı bağımlılık yaratma kapasitesine sahiptir. Bilişsel gerileme ve düşmeler ile ilişkilendirilmiştir (Brett & Murnion, 2015). Sakinleştirici, hipnotik veya anksiyolitik maddelerin kullanım bozukluğu, alkol kullanımına benzer sosyal ve kişiler arası olumsuz sonuçlara yol açabilir. Bu maddeler, kişinin davranışlarını kontrol etme yetisini azaltarak sınır tanımayan ve düşüncesiz eylemler sergilemesine neden olabilir. Kazalar, sosyal ilişkilerde çatışmalar ve iş veya okul performansında düşüş bu durumun yaygın sonuçları arasındadır. Ayrıca, bu maddelerin baskılayıcı etkileri aşırı öfke, tartışma ve fiziksel çatışmalar gibi agresif davranışları tetikleyebilir. Bu tür davranışlar, zamanla kişiler arası ilişkilerde bozulmalara yol açabilir (APA, 2022). Bu maddelerin Yoksunluk belirtileri arasında fiziksel, psikolojik ve nörolojik semptomlar dikkat çeker. Nistagmus, bulantı ve kusma gibi fiziksel etkiler oldukça yaygındır. Ayrıca ışığa, sese ve dokunmaya karşı aşırı hassasiyet görülebilir. Bazı kişilerde ellerde, dilde ve gözlerde tremor varlığı ve hafıza problemleri ortaya çıkabilir. Psikolojik semptomlar arasında sıkça depresyon, huzursuzluk, paranoid düşünceler ve halüsinasyonlar yaşanır. Duygudurum dalgalanmaları ve ajitasyon da bu sürece eşlik eder. Şiddetli vakalarda epileptik nöbetler görülebilir. Bilinç bulanıklığı ile kendini gösteren deliryum tablosu ve uykusuzluk da yaygın yoksunluk semptomları arasındadır (Sağlık Bakanlığı, 2012).

#### **Uyarıcılar (Amfetamin Tipi Maddeler, Kokain ve Diğer Uyarıcılar):**

Uyarıcılar, beyin aktivitesini ve uyanıklığı arttıran, ruh halini ve farkındalığı geçici olarak etkileyen bir tür psikoaktif maddedir. Tütün, kafein gibi maddelerde uyarıcı madde sınıfına girse de DSM-5 yeni sürümünde madde kullanımına bağı bozukluklar sınıflandırmasında uyarıcı madde kullanımına bağı bozukluklar başlığı altında farklı olarak ayrı incelenmektedir. Amfetamin tipi maddeler, uyarıcı etkilere sahip ve

feniletilamin türevi bileşiklerden oluşur. Bu grupta amfetamin, dekstroamfetamin ve metamfetamin gibi maddeler bulunur. Amfetamin uygulama yolları inhalasyon, intravenöz, intramusküler veya transmukozal (oral/nazal) yollarla olabilir (APA, 2022; Mullen et al., 2023). Amfetamin tipi uyarıcılar son derece bağımlılık yapıcıdır. Fiziksel, ruhsal ve sosyal sağlığa zarar verme potansiyeline sahiptir (Cumming et al., 2020). Amfetaminler bilişsel düşünce sürecini bozmakta ve sonrasında akut psikoza öncülük etmektedir (Mullen et al., 2023). Amfetamin tipi uyarıcılar arasında en yaygın ve en sık kullanılan metamfetamindir (UNODC, 2021). Uzun vadeli metamfetamin kullanımıyla ilişkili olarak bilişsel işlevler azaldığı bildirilmiştir. Sözel öğrenmede zorluk, azalmış motor hızı metamfetaminin biliş üzerindeki olumsuz etkilerindendir (Hart et al., 2012). Metamfetaminin yüksek dozlarda kullanımı psikoza, beyin kanamasına ve nöbetlere neden olabilir. Dahası, kronik olarak kullanıldığında şiddet içeren davranışlara, ruh hali değişimlerine ve paranoya, deliryum, işitsel ve görsel halüsinasyon, sanrılar gibi psikoza neden olabilir. Kronik uzun süreli metamfetamin kullanımı yüksek derecede bağımlılık yaratabilir ve aniden kesilirse, kullanımdan sonra aylarca devam edebilen yoksunluk belirtilerine yol açabilir (Jacobs & Haining, 2023).

Bağımlılık yapıcı uyarıcı maddelerden olan kokain ise Güney Amerika'ya özgü koka bitkisinin (*Erythroxylon coca*) yapraklarından yapılır (Calatayud & González, 2003) . Kokain genellikle oral, intranazal, intravenöz veya inhalasyon yoluyla kullanılır. Kokain, güçlü uyarıcı ve psikoaktif özellikleri nedeniyle eğlence amaçlı kötüye kullanılan bir maddedir. Yaygın olarak oral yolla, sigara yoluyla içerek, intravenöz enjeksiyonla veya nazal inhalasyon (burundan çekme) yoluyla kullanılır. Kokain merkezi sinir sistemi üzerinde güçlü stimülasyon yapar ve yüksek bağımlılık potansiyeline sahiptir. Kullanım yöntemi etkilerinin başlama süresini doğrudan etkiler. Uygulama yolu ne olursa olsun, tekrarlanan kullanımda tolerans oluşur. Kokain kullanımı, riskli cinsel davranışlarda bulunma gibi faktörler nedeniyle HIV enfeksiyonu ile pozitif bir ilişkiye sahiptir. Bu riskli davranışlar, enfeksiyon bulaşma olasılığını artırarak HIV yayılımını kolaylaştırmaktadır. Aynı zamanda kokain kullanımının hastalığını ilerleyişini hızlandırabilmektedir (Pandhare et al., 2014; Sharma et al., 2022) . Hem metamfetamin hem de kokain kullanıcıları arasında dikkat, dürtüsellik, sözel öğrenme/bellek, çalışma belleği ve yürütücü işlevlerle ilgili eksiklikler de dahil olmak üzere nörobilişsel bozukluklar yaygındır (APA, 2022;

Zimmerman, 2012).

### **Kafein:**

Kahve, ay, kafeinli soda, enerji içecekleri, reçetesiz satılan ağrı kesiciler ve soğuk algnlığı ilaçları, zayıflama ilaçları ve çikolata gibi birçok farklı ürünlerde bulunan psikoaktif bir maddedir. Kafein ayrıca vitamin ve gıda ürünlerinde katkı maddesi olarak da giderek daha fazla kullanılmaktadır (APA,2022). Kafein, dünyada en yaygın tüketilen psikoaktif maddedir ve diğer psikoaktif maddelerin aksine yasaldır. Kafeinin aėırđ düzeyde kullanımı bağımlılık ile sonuçlanabilmekte ve yoksunluk semptomlarına neden olmaktadır. Kafein kullanımının ani azaltılması veya kesilmesi, bireylerde halsizlik, bağ ağrısı, huzursuzluk, konsantrasyon güçlüğü ve depresif duygudurum gibi semptomlarla sonuçlanabilir (Bodur et al., 2024). Son on yılda, kafein alımında küresel bir artığ olmuğtur ve kahve, dünya çapında en yaygın tüketilen kafeinli içecek haline gelmiğtir (Quadra et al., 2020). Kafeinin antioksidan ve anti-inflamatuar etkileri bulunmaktadır. Ayrıca yetiğkinler üzerinde yapılan alığmalarda, orta düzeyde kafein alımının, analjezik etkiler ve belirli hastalıklara karėı olası koruyucu etkiler gibi potansiyel sağlık yararları bildirilmiğtir (Grosso et al., 2017; Iris et al., 2018; Y.-F. Li et al., 2018). Orta düzeyde kafein alımının kalp damar hastalıkları, obezite, diyabet ve bazı kanser türlerinin riskini azaltabildiği bildirilmiğtir (Machado et al., 2021; Mirmiran et al., 2018; Said et al., 2020). Bidirilen bu sağlık yararlarının yanı sıra arağtırmalar artan kafein tüketiminin psikolojik ve fizyolojik zararlarla iliğekli olabileceğini de vurgulamaktadır (Cappelletti et al., 2015). Kafeinin aėırđ tüketimi uykusuzluğa, kaygıya, migrene, zihinsel atrofiye ve farklı yan etkilere yol açabilir (Juliano & Griffiths, 2004). alığmalar uzun süreli aėırđ kafein alımının migren őiddetini artırabileceğini ve kronik migrenlere yol açabileceğini gstermiğtir (Nowaczewska et al., 2020). Ergenlerde ise yüksek dozda kafeine erken yağta maruz kalmanın zamanla hipertansiyon riskinde artığa yol açabileceği belirtilmiğtir (James et al., 2018).

### **Tütün:**

Tütün, dünya çapında bir milyardan fazla sigara iicisiyle en yaygın kullanılan ikinci psikoaktif maddedir (Reitsma et al., 2021). Nikotin, tütünün birincil güçlendirici bileğenidir ve tütün bağımlılığını tetikler. Nikotin bağımlılığı, bireylerin tütün ürünlerini kullanmaya devam etmesinin temel nedenidir. Sigara içmek tütün kullanmanın en popüler yöntemidir; ancak birçok kiği enfiye ve çiğneme tütünü gibi

nikotin içeren dumansız tütün ürünlerini de kullanır (Picciotto & Mineur, 2014). Sigarayla alınan nikotine tekrar tekrar maruz kalmanın neden olduğu nöro-adaptasyonlar ve psikolojik mekanizmalar sonucunda, sigara bırakmak yaygın olarak sinirlilik, kaygı, konsantrasyon zorluğu, iştah artışı, uykusuzluk ve huzursuzluk gibi semptomlara neden olur. Bu durumlar tütün kullanımını bırakmayı zorlaştıran karakterize bir yoksunluk sendromuna da yol açabilmektedir (West, 2017). Tütün ürünlerinin kullanımı birçok vücut sistemini olumsuz yönde etkilemekte ve ciddi hastalıklara neden olmaktadır. Sigara içmek hem Kronik obstrüktif akciğer hastalığı (KOA) hem de akciğer kanseri için iyi bilinen yaygın bir risk faktörüdür (Lu et al., 2024). Tütün kullanımı KOA'lı hastalarda akciğer kanseri riskini daha da artırır (Park et al., 2020). Sigara kullanımı ile ilişkili olan ve yakalanma riskinin arttığı solunum sistemi hastalıkları arasında amfizem, astım, kronik bronşit yer almaktadır (Grumelli et al., 2010). Sigara kullanımının neden olduğu hastalıklar arasında kardiyovasküler hastalıklar da yer almaktadır (Ambrose & Barua, 2004). Geleneksel sigara veya e-sigara kullanımı kardiyovasküler ölüm riskinin daha yüksek olmasıyla ilişkilendirilmiştir (Lu et al., 2024). Felç, aort anevrizması, periferik arter hastalığı, koroner kalp hastalığı sigara kullanıcılarında riskin arttığı kardiyovasküler hastalıklar arasındadır (Grumelli et al., 2010b). Sigara içenlerin felç geçirme riski ve serebrovasküler hastalıktan kaynaklanan ölüm oranları, sigara içmeyenlere göre daha yüksektir (Ambrose & Barua, 2004). Görüldüğü üzere tütün kullanımı insanlarda birçok kronik hastalığın gelişiminde önemli bir risk faktörüdür. Bu nedenle sağlıklı ve mutlu bir yaşam sürmenin önünde engel teşkil etmektedir (Varghese & Muntode Gharde, 2023). Tütün kullanımı öncelikle ergenlik döneminde başlar ve bu dönemde bireylerin hayatına yerleşir. Ergenler ve genç yetişkinler tarafından en çok tüketilen maddeler arasında olan tütün, alkolden sonra ikinci sırada yer almaktadır (Currie, 2012). Çoğu kişi 15-24 yaş grubunda erken yaşta sigara içmeye başlamıştır (Jaisooriya et al., 2016). Akran etkisi altında kalmak, sosyal kabul görmeyi arzulamak, sigara deneyimlemeyi istemek ve stres atmak gençlerin sigara kullanımı nedenleri üzerindeki algılarını açıklayan faktörler arasındadır (Ghose et al., 2019). Bununla birlikte, gençlerin önemli bir kısmı e-sigaralar, purlar ve nargile gibi diğer tütün ürünlerini de kullanmaktadır. 2014'ten bu yana, e-sigaralar gençler arasında en yaygın kullanılan tütün ürünü olmuştur. 2023 Ulusal Gençlik Tütün Araştırması'ndan alınan verilere göre ortaokul ve lise öğrencilerinin %10'u bir tütün ürünü kullandığını bildirmiştir

(National Cancer Institute, 2024). Üniversite öğrencileri arasında ise artan sigara kullanımı dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu (DEHB), depresyon ve anksiyete ile ilişkilendirilmiştir (Blase et al., 2009; Cranford et al., 2009; Pelletier et al., 2016).

#### **2.1.4 Madde Kullanımı Bozukluğu ve Bağımlılık ile İlgili Tanımlamalar**

**Nüks (Relapse):** Uzun süreli bir yoksunluktan sonra madde/alkol kullanımına geri dönüş olarak tanımlanmaktadır (Department of Health, 2016). Tekarlama veya tam dönüş kavramlarının da karşılığı olarak karşımıza çıkmaktadır (Mohseni et al., 2021). Tıbbi modele göre kişinin kısmi iyileşme evresindeyken yeniden madde kullanımına/hastalığa geri dönüşü nüks olarak tanımlanmaktadır (Marlatt & Donovan, 2005). Ayrıca, nüksetme ayrı veya son bir olaydan ziyade dinamik, devam eden bir süreç olarak kavramsallaştırılır (Hendershot et al., 2011).

**Kayma / Sapma (Lapse / Slip):** İstemli bir yoksunluk döneminden sonra ilk madde kullanım davranışı olarak tanımlanmaktadır (Hendershot et al., 2011). Sapma veya kayma tanımlamaları birbirinin yerine kullanılmaktadır (Mohseni et al., 2021). Kayma/sapma tam gelişmiş nüksetmeden farklıdır. Nüksetmeye doğru giden yörüngenin yalnızca ilk adımıdır (Hendershot et al., 2011). Literatür, sapma ve nüksetmeyi birbirinden ayırır. Sapma belirli bir zamanda ve izole bir madde kullanım örüntüsü olarak tanımlanırken, nüksetme daha şiddetli ve uzun süreli bir madde kullanım örüntüsü olarak tanımlanarak birbirinden kavramsal olarak ayrılır.

**Psikoaktif Madde:** Beynin çalışma şeklini etkileyerek ruh halinde, farkındalıkta, düşüncelerde, hislerde veya davranışlarda değişikliklere neden olan bir ilaç veya başka bir madde olarak tanımlanmaktadır. Psikoaktif maddelere örnek olarak alkol, kafein, nikotin, esrar ve bazı ağrı kesiciler verilebilir. Eroin, kokain ve amfetamin gibi birçok yasadışı uyuşturucu da psikoaktif maddeler içinde yer alır. Bu maddeler algı, bilinç, biliş, ruh hali ve duygular gibi zihinsel süreçlerde değişikliklere neden olarak merkezi sinir sistemini etkiler (Sampaio et al., 2024). Farklı bir tanımda Psikoaktif maddeler, bireyin maddeyi tükettikten sonra kendisi ve dış dünya hakkındaki öznel deneyimini veya davranışını değiştiren kimyasal bileşikler olarak tanımlanmıştır (Müller & Homberg, 2015).

**Aşerme (Craving):** MKB olan bireyler arasında görülen, hastalığın temel klinik özelliği ve nüksetmenin habercisi olan eylemdir (Cless et al., 2023). Madde kullanıcılarının deneyimledikleri psikoaktif maddeleri yeniden kullanmak için

duydukları güçlü ve bastırılmaz bir arzu olarak tanımlanmaktadır. Aşırma aynı zamanda madde ile ilgili hatırlatıcılara bilinçaltında aşırı dikkat gösterme ve sonuçları ne olursa olsun bağımlılık yapan maddeyi kullanmaya devam etme itici gücü olarak da nitelendirilmektedir (Zhang ve diğerleri, 2020).

**İntoksikasyon/Zehirlenme:** Alkol veya diğer psikoaktif maddelerin kullanımını takiben oluşan, bilinç düzeyinde, algıda, davranışta veya diğer psikofizyolojik işlevlerde bozukluklara yol açan geçici bir durum olarak tanımlanmaktadır (WHO, 2004). Zehirlenmeler, herhangi bir maddenin iç veya dış maruziyetin bir sonucu olarak insan vücudunda hem ani hem de uzun vadeli istenmeyen etkiler ile ilgilidir (Nagumalli, 2020) . Bireyler davranışsal, fizyolojik veya bilişsel bozukluklara neden olacak ölçüde yüksek dozlarda madde tükettiğinde zehirlenmeler meydana gelmektedir (Goldstein et al., 2009).

**Tolerans:** Vücudun alkole veya maddeye karşı duyarlılığının, ilk kullanım sırasında elde edilen aynı etkiyi üretmek için daha yüksek dozlar gerektirecek şekilde değişmesi durumunu ifade eder (Department of Health , 2016). Amerikan Psikiyatri Birliğine (APA) göre “*Bir maddenin sürekli kullanımından kaynaklanan, aynı dozda düzenli kullanımla belirgin şekilde azalan veya aynı istenen etkiyi elde etmek için zaman içinde dozu belirgin şekilde artırma ihtiyacıyla karakterize bir durum*” olarak tanımlanmaktadır (APA Dictionary of Psychology, .2018).

**Yoksunluk:** Bir kişinin bağımlı hale geldiği bir maddenin kullanımını bıraktığında yaşanan stres, anksiyete veya depresyon gibi olumsuz duyguların yanı sıra bulantı, kusma, kas ağrıları ve kramp gibi fiziksel etkileri de içerebilen bir dizi semptomun görüldüğü bir sendrom olarak tanımlanır. Kullanılan maddenin türüne göre semptomlar değişiklik gösterebilir. Yoksunluk belirtileri genellikle kişinin maddeyi tekrar kullanmasına yol açmaktadır (APA Dictionary of Psychology, 2018; Department of Health et al., 2016).

### 2.1.5 Madde Kullanım Bozukluğu Tanı ve Sınıflandırması

MKB’ler, fiziksel veya ruhsal sağlığa zarar veren veya klinik olarak önemli işlevsel bozukluğa veya sıkıntıya yol açan madde kullanım kalıpları olarak tanımlanır. Bunlar bir dizi fiziksel, ruhsal, sosyal ve yasal sorunla ilişkilidir. Klinik tanıları iki ana sınıflandırma sistemine dayanmaktadır: WHO tarafından geliştirilen ICD-11 ve APA tarafından üretilen DSM-5 tanı kriterleri aşağıdaki gibidir (bkz. Tablo 2.1 ve 2.2).

**Tablo 2.1 Madde Kullanım Bozukluğu İçin DSM-5 Tanı Kriterleri:**

A. Aşağıdakilerden en az ikisinin 12 aylık bir süre içinde ortaya çıkmasıyla klinik olarak önemli bozulmaya veya sıkıntıya yol açan sorunlu bir madde kullanım örüntüsü:

1. Madde çoğu zaman amaçlanandan daha yüksek miktarlarda veya daha uzun süre boyunca alınır.
2. Madde kullanımını azaltma veya kontrol altına alma yönünde sürekli bir istek veya başarısızlıkla sonuçlanan çabalar vardır.
3. Maddeyi elde etmek, maddeyi kullanmak ya da maddenin etkilerinden kurtulmak için gerekli faaliyetlere çok fazla zaman harcanır.
4. Maddeyi kullanma konusunda duyulan güçlü istek veya dürtü.
5. Madde kullanımının tekrarlayıcı olması ve bunun sonucunda iş, okul veya evdeki önemli rol yükümlülüklerinin yerine getirilememesi.
6. Maddenin etkilerinin neden olduğu ya da şiddetlendirdiği, sürekli ya da yineleyici toplumsal ya da kişilerarası sorunlara rağmen madde kullanımına devam edilmesi.
7. Madde kullanımı nedeniyle önemli sosyal, mesleki ya da eğlence faaliyetlerinin bırakılması ya da azaltılması.
8. Maddenin fiziksel olarak tehlikeli durumlarda tekrarlayıcı biçimde kullanılması.
9. Madde kullanımından kaynaklanmış ya da madde kullanımı nedeniyle artmış olma olasılığı bulunan, kalıcı ya da tekrarlayan fiziksel ya da psikolojik bir sorun olduğu bilinmesine karşın madde kullanımının sürdürülmesi.
10. Tolerans, aşağıdakilerden herhangi biriyle tanımlanır:
  - a. Sarhoşluk veya istenilen etkiyi elde etmek için madde alımının belirgin miktarda artırılmasına ihtiyaç duyulması.
  - b. Aynı miktarda maddenin sürekli kullanımına rağmen etkisinin belirgin şekilde azalması.
11. Aşağıdakilerden herhangi biriyle kendini gösteren çekilme:
  - a. Maddeye karşı karakteristik yoksunluk sendromu.
  - b. Madde (veya yakından ilişkili bir madde), yoksunluk belirtilerini gidermek veya önlemek için alınır.

DSM-5, madde kötüye kullanımı ve bağımlılık tanımlarını, bozulmuş kontrol, sosyal bozulma, riskli kullanım ve farmakolojik kriterler (tolerans ve yoksunluk) olarak dört grupta inceleyerek on bir kriterle tek bir MKB kategorisinde birleştirir. Madde Kullanım Bozuklukları, hafif (iki veya üç kriter), orta (dört veya beş kriter) ve şiddetli (altı veya daha fazla kriter) olmak üzere karşılanan kriter sayısına göre üç şiddet düzeyine ayrılır (APA, 2022).

**Tablo 2.2 Psikoaktif Madde Kullanımına Bağlı Bozukluklar İçin ICD-11 Tanı Kriterleri:**

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Zararlı Psikoaktif Madde Kullanım Dönemi</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| <ol style="list-style-type: none"><li>1. Bir kişinin fiziksel veya ruhsal sağlığına klinik olarak önemli zararlar veren ya da başkalarının sağlığına zarar verecek davranışlarla sonuçlanan psikoaktif bir madde kullanım olayı.</li><li>2. Bireyin sağlığına zarar vermesi, aşağıdakilerden bir veya daha fazlasının sonucu olarak ortaya çıkar:<ol style="list-style-type: none"><li>a) Zehirlenmeye bağlı davranışlar,</li><li>b) Vücut organları ve sistemleri üzerinde doğrudan veya ikincil toksik etkiler,</li><li>c) Zararlı bir uygulama yolu.</li></ol></li><li>3. Başkalarının sağlığına verilen zarar, travma veya tanı konulan kişinin madde zehirlenmesi nedeniyle gösterdiği davranıştan doğrudan kaynaklanan ruhsal bozukluk da dahil olmak üzere her türlü fiziksel zararı içerir.</li><li>4. Sağlığa verilen zarar, Madde Kullanımına Bağlı Başka Bir Bozukluk da dahil olmak üzere başka bir tıbbi durum veya başka bir ruhsal bozuklukla daha iyi açıklanamaz.</li></ol>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| <b>Zararlı Psikoaktif Madde Kullanım Örüntüsü</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| <ol style="list-style-type: none"><li>1. Bir kişinin fiziksel veya ruhsal sağlığına klinik olarak önemli zararlar veren ya da başkalarının sağlığına zarar verecek davranışlarla sonuçlanan, psikoaktif bir maddenin sürekli, tekrarlayan veya düzensiz kullanım şekli.</li><li>2. Bireyin sağlığına zarar vermesi, aşağıdakilerden bir veya daha fazlasının sonucu olarak ortaya çıkar:<ol style="list-style-type: none"><li>a) Zehirlenmeye bağlı davranışlar,</li><li>b) Vücut organları ve sistemleri üzerinde doğrudan veya ikincil toksik etkiler,</li><li>c) Zararlı bir uygulama yolu.</li></ol></li><li>3. Başkalarının sağlığına verilen zarar, travma veya tanı konulan kişinin madde zehirlenmesiyle ilgili davranışına doğrudan atfedilebilen ruhsal bozukluk da dahil olmak üzere her türlü fiziksel zararı içerir.</li><li>4. Madde kullanımı epizodik ise en az 12 aylık, sürekli ise en az 1 aylık bir süre boyunca ilgili maddenin kullanım örüntüsü belirgindir.</li><li>5. Sağlığa verilen zarar, Madde Kullanımına Bağlı Başka Bir Bozukluk da dahil olmak üzere başka bir tıbbi durum veya başka bir ruhsal bozuklukla daha iyi açıklanamaz.</li></ol>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| <b>Madde Bağımlılığı</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| <ol style="list-style-type: none"><li>1. Aşağıdaki belirtilerden iki veya daha fazlasının görülmesiyle birlikte, psikoaktif bir maddenin tekrarlayan epizodik veya sürekli kullanımı ve bu maddenin kullanımının düzenlenmesinde bozukluk olduğuna dair kanıtlar bulunması:<ol style="list-style-type: none"><li>a. Madde kullanımına ilişkin kontrolün zayıflaması (yani, başlangıç, sıklık, yoğunluk, süre, sonlanma, bağlam);</li><li>b. Madde kullanımının, sağlığın korunması, günlük aktiviteler ve sorumluluklar da dahil olmak üzere yaşamın diğer yönlerine göre giderek daha fazla ön planda olması, böylece madde kullanımının zarar veya olumsuz sonuçlara (örneğin, tekrarlayan ilişki bozulması, mesleki veya eğitimsel sonuçlar, sağlığa olumsuz etki) rağmen devam etmesi veya artması;</li><li>c. Maddeye nöroadaptasyona işaret eden fizyolojik özellikler, şunlar dahil: a) maddenin etkilerine tolerans veya aynı etkiyi elde etmek için giderek artan miktarlarda madde kullanma ihtiyacı; b) söz konusu maddenin kullanımının kesilmesi veya azaltılması sonrasında yoksunluk belirtileri veya c) yoksunluk belirtilerini önlemek veya hafifletmek için maddenin veya farmakolojik olarak benzer maddelerin tekrarlı kullanımı. Fizyolojik özellikler yalnızca belirli maddeler için geçerlidir.</li></ol></li><li>2. Bağımlılık belirtileri genellikle en az 12 aylık bir süre boyunca belirgindir ancak tanı, kullanımın en az 3 ay boyunca sürekli (her gün veya hemen hemen her gün) olmasıyla konulabilir.</li></ol> |

Yukarıda listelenen ilk üç tanı madde kullanım örüntüsünü tanımlar. ICD-11 üç ayrı bozukluğu birbirinden ayırır:

- a) Zararlı Madde Kullanım Dönemi, bir kişinin fiziksel veya ruhsal sağlığına ya da diğer kişilerin sağlığına klinik olarak önemli zarar veren bir kullanım dönemi olarak tanımlanır.
- b) Zararlı Madde Kullanım Örüntüsü, bir kişinin fiziksel veya ruhsal sağlığına ya da diğer kişilerin sağlığına klinik olarak önemli zarar veren tekrarlanan, sürekli kullanım örüntüsü olarak tanımlanır.
- c) Madde Bağımlılığı, bireyin madde kullanımı üzerindeki kontrolünün bozulması, madde kullanımının kişinin hayatının diğer yönlerine göre giderek daha öncelikli hale gelmesi, zararlarına ve olumsuz sonuçlara rağmen kullanımın devam etmesi ile karakterize edilir.

Tanımlama sırasında bu üç tanıdan biri veya kullanım örüntüsünün bilinmediği vakalar için '*Madde Kullanımına Bağlı Bozukluk, Belirtilmemiş*' tanısı birincil tanı olarak kabul edilir.

Zararlı Kullanım Dönemi genellikle akut etkilere atıfta bulunur ve madde kaynaklı psikolojik bozuklukları içerebilir. Bu dönem zararlı madde kullanım örüntüsü nedeniyle oluşan zararı içermemelidir. Zararlı Madde Kullanım Örüntüsü ile Madde Bağımlılığı arasındaki ayrım ise MKB'nin erken tanınmasını kolaylaştırmak ve kısa müdahalelere yanıt verebilen MKB'ler ile daha yoğun tedavi gerektiren MKB'ler arasında ayrım yapmak için tasarlanmıştır (WHO, 2022).

#### **2.1.6 Madde Kullanım Bozukluğunun Nörobiyolojisi**

Bağımlılığın beyin yapısı ve işlevinde önemli değişikliklerle karakterize kronik bir beyin rahatsızlığı olduğu yaygın olarak kabul görür. Beyin hastalığı olarak bağımlı kişinin davranışlarını altında yatan sebepler günümüze kadar farklı şekillerde araştırılmış ve madde kullanımının beyinde hangi değişikliklere neden olduğu açıklanmaya çalışılmıştır. Madde kullanım bozukluklarının ortaya çıkışı ve sürdürülmesinde beynin üç temel bölgesi; *bazal ganglionlar, amigdala ve prefrontal korteks* kritik rol oynamaktadır. Bazal ganglionlar, maddelerin ödül mekanizmaları ve keyif verici etkilerini düzenlerken, madde kullanımının alışkanlık haline gelmesinden sorumlu olan temel yapılardan biridir. Motivasyon ve ödül deneyiminde kilit bir role sahip olan *nucleus accumbens* ile alışkanlıklar ve tekrarlayan davranışların

oluşumunda görev alan *dorsal striatum* bu bölgede özellikle dikkat çeken iki alt yapıdır (Kalivas & Volkow, 2005). Genişletilmiş amigdala, stres tepkilerinin yönetimi ve madde yoksunluğunda sıklıkla görülen huzursuzluk, kaygı ve sinirlilik gibi duygusal durumların ortaya çıkmasında rol oynar (M. Davis et al., 2010). Prefrontal korteks ise bireyin yürütücü işlevlerini yerine getirmesinde kritik bir öneme sahiptir. Bu işlevler, madde kullanımının kontrol edilmesi, düşünce ve davranışların organize edilmesi, önceliklerin belirlenmesi, zaman yönetimi ve karar verme süreçlerini kapsar. Madde kullanımı genetik ve çevresel faktörlerden etkilenerek beynin ödül ve motivasyon yollarında düzensizliğe yol açan karmaşık bir durum haline gelir. Bu nedenle madde kullanımı sadece ahlaki başarısızlıkların veya irade eksikliğinin bir sonucu değildir. Madde kullanımı nedeniyle beyin yapısı ve işlevinde uzun süreli değişikliklere yol açan biyolojik, psikolojik ve sosyal faktörlerin etkileşimi söz konusu olmaktadır (Heilig et al., 2021; N. D. Volkow et al., 2016).

Madde kullanımı sonucu oluşan intoksikasyon sırasındaki ödüllendirici tepkiler, maddeye ve madde hatırlatıcılara karşı koşullanma, madde yoksunluğu sırasında olumsuz ruh hali, artan stres tepkisi, madde hatırlatıcılara ve stres faktörlerine maruz kalma sırasında madde isteği dahil olmak üzere, bağımlılık davranışlarının tekrarlayan örüntüsüne aracılık eden nöronal devreler bulunmaktadır, bu nöronal devrelerin işleyişi madde kullanımına bağlı olarak bozulmalara uğramaktadır. (N. D. Volkow et al., 2016). Ayrıca kullanılan bağımlılık yapıcı maddeler; dopamin, serotonin, glutamat, gama-aminobütirik asit (GABA) ve asetilkolin gibi nörotransmitter sistemlerinin yanı sıra kanabinoid ve opioid sistemlerini de etkileyebilmektedir. Nörotransmitterler farklı madde kullanımlarında farklı şekilde etki gösterse de madde kullanımına yönelik güçlendirici ve bağımlılık yaratan etkiler üreterek nüks etme ve yoksunluk semptomlarına neden olur (Murnane et al., 2023; Shyu et al., 2022; Turton & Lingford-Hughes, 2020).

Kullanılan maddelerin neden olduğu öfori, beynin ödül yolları üzerindeki etkilerinin bir sonucu olarak ortaya çıkar. Beynin ödül sistemi mezokortikolimbik sistem olarak bilinir; bu sistem, insanları hayatta kalmayı destekleyen zevkli davranışları tekrarlamaya teşvik etmek için evrimleşmiş karmaşık bir nöron devresidir. Bağımlılık yapan maddeler, dopamin salınımında keskin artışlara neden olarak beyindeki ödül bölgelerini aktive eder (Wise, 2008). Beyin ortası ventral tegmental alandan ventral striatumdaki nucleus accumbens'e artan dopaminerjik sinyallemenin,

bağımlılık yapan tüm maddelerin ilk ortak etkisi olduğu varsayılmaktadır(Lüscher & Ungless, 2006).

Reseptör düzeyinde, bu artışlar ilişkisel öğrenmeyi veya koşullanmayı tetikleyen bir ödül sinyali ortaya çıkarır. Bu tip Pavlovcu öğrenmede, tekrarlanan ödül deneyimleri kendilerinden önce gelen çevresel uyaranlarla ilişkilendirilir. Bu şekilde, maddenin kullanımıyla tekrar tekrar eşleştirilen çevresel uyaranlar (maddenin alındığı ortamlar, birlikte alındığı kişiler ve kişinin madde kullanılmadan önceki ruh hali dahil) maddeye karşı isteği tetikleyen, madde arama davranışlarını motive eden ve maddenin yoğun "aşırı" kullanımına yol açan şartlandırılmış, hızlı dopamin salınımını ortaya çıkarabilir (N. D. Volkow et al., 2006; Y. Zhang et al., 2013). Çevresel uyaranlara verilen şartlandırılmış tepkilerin beyin ödül mekanizmalarını harekete geçirmesi hem devam eden madde kullanımını sürdürmede hem de yoksunluk sırasında madde isteğini uyandırarak nüksetmeyi hızlandırmada rol oynar (Kenny et al., 2003).

Madde bağımlılığının mezokortikolimbik sistemin yapısında ve işlevinde, kişinin bağımlılık yapıcı maddeyi son alımından sonra haftalar, aylar veya yıllar boyunca sürebilen değişikliklere neden olduğu gösterilmiştir (Laviolette & Van Der Kooy, 2004; Nestler & Malenka, 2004). Mezokortikolimbik sistemdeki bu tür değişikliklerin üç ana olaya sebep olduğu bulunmuştur. Bunlar aşağıdaki gibidir:

1. Madde uzun süre kullanıldığında tolerans olarak bilinen etkiyi yaratır ve maddenin kullanımı aynı keyif verici etkileri ortaya çıkarmaz.
2. Beyin, madde için güçlü istek üretir ve kişide madde kullanım artışına neden olur.
3. Beyin, yoksunluğun bir sonucu olarak bağımlılık yapan maddeye karşı oldukça hassaslaşarak uyum sağlar; böylece yoksunluk dönemlerinden sonra bağımlılık yapan maddenin tüketimi, sıklıkla nüksetmeye neden olan yüksek bir zevkle deneyimlenir. Bu son olgu duyarlılaşma olarak adlandırılır.

Kronik madde kullanımına yanıt olarak, mezokortikolimbik sistemdeki bu değişiklikler artan madde kullanımı, kişinin hayatındaki artan sorunlar ve yoksunluk dönemlerinden sonra bireyleri tekrarlayan nüksetme gibi yıkıcı bir sarmalın içine hapseder (De Vries & Shippenberg, 2002; Laviolette & Van Der Kooy, 2004).

### 2.1.7 Bağımlılık Döngüsü

Bağımlılığın farklı beyin bölgeleri, nörodevreler ve nörotransmitterlerle ilişkilendirilen bir döngü olarak ele alındığını önceki bölümde aktarılmıştır. Bağımlılık döngüsünü, 3 aşamalı tekrar eden bir döngü olarak nitelendirmek mümkündür.

- **Aşırı Tüketim/İntoksikasyon**, bireyin bir maddeyi tükettiği ve ödüllendirici veya keyif verici etkilerini deneyimlediği aşama;
- **Yoksunluk/Negatif Etki**, bireyin maddenin yokluğunda olumsuz bir duygusal durum yaşadığı aşama; ve
- **Aşırı Zihinsel Meşguliyet/Beklenti**, kişinin belirli süre yoksunluktan sonra tekrar madde aradığı aşama (G. Koob et al., 2010; G. F. Koob & Volkow, 2016; Semaan & Khan, 2023)

Üç aşama birbiriyle bağlantılıdır ve birbirini besler. Aynı zamanda bu aşamaların her biri farklı beyin bölgelerini, devreleri ve nörotransmitterleri içerir. Bu döngü beyinde belirli değişikliklere neden olur (Department of Health et al., 2016; G. Koob et al., 2010). Bir kişi bu üç aşamalı döngüden haftalar veya aylar boyunca geçebilir ya da bir gün içinde birkaç kez bu döngüyü yaşayabilir. Kişilerin döngü boyunca nasıl ilerledikleri ve her bir aşamayı ne yoğunlukta yaşadıkları farklılık gösterebilir. Bununla birlikte, bağımlılık döngüsü zaman içinde yoğunlaşarak daha fazla fiziksel ve psikolojik hasara yol açma eğilimindedir (Department of Health et al., 2016; G. Koob et al., 2010; G. F. Koob & Volkow, 2016).

### 2.1.8 Bağımlılık Döngüsündeki Dört Davranış

Bağımlılık döngüsünün merkezinde dört davranış yer alır. Bunlar aşağıda sıralanmıştır:

1. Dürtüsellik (impulsivity),
2. Olumlu pekiştirme (Positive reinforcement),
3. Olumsuz pekiştirme (Negative reinforcement),
4. Zorlayıcılık/ Kompulsivite (Compulsivity).

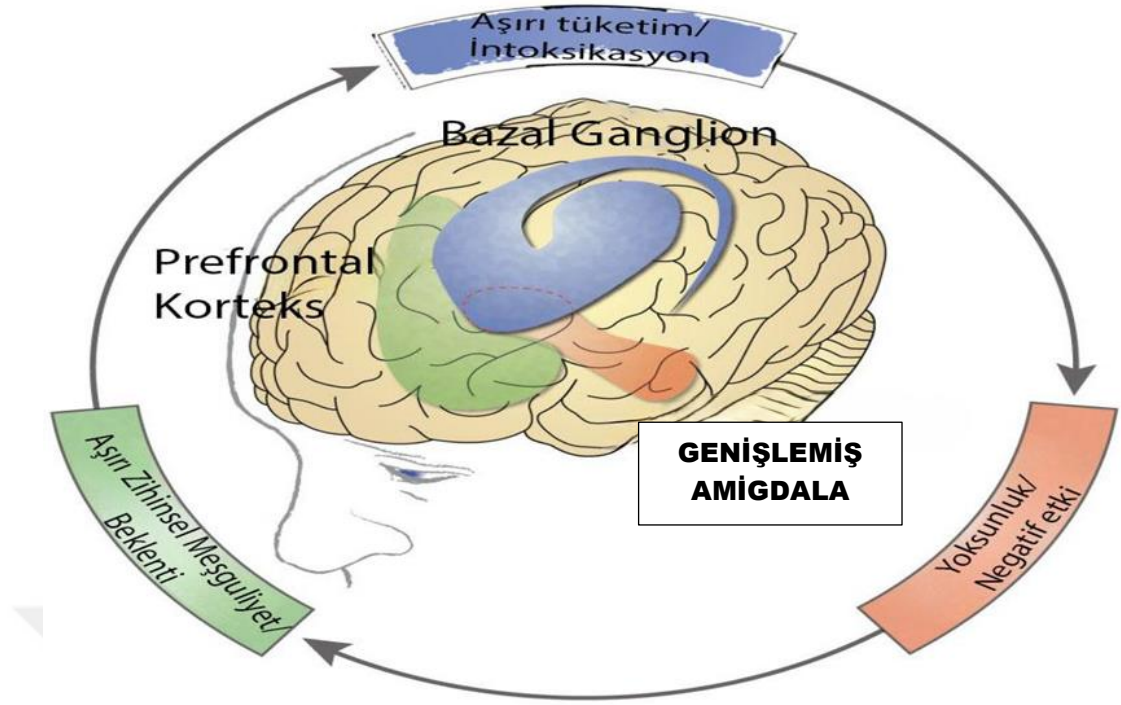
İlk madde kullanımı birçok kişi için bir dürtüsellik unsuru barındırır (Berlin & Hollander, 2014). Bireyler ilk kullanımda sonuçları öngörmeden ya da dikkate almadan hareket eder. Örneğin, bir ergen dürtüsel olarak ilk içkisini içebilir, sigara içebilir, esrar denemeye başlayabilir veya herhangi bir maddeyi denemek için akran baskısına boyun eğebilir. Akran baskısından sonra ortaya çıkan akran onayı, olumlu

pekiştirmenin sosyal yönünü içerir. Deneyim keyif verici ise, bu duygu madde kullanımını olumlu yönde pekiştirir ve kişinin maddeyi tekrar alma olasılığını artırır (Department of Health et al., 2016; Semaan & Khan, 2023). Başka bir kişi stres, kaygı veya depresyon gibi olumsuz duyguları hafifletmek için bir madde alabilir. Bu durumda, maddenin olumsuz duygulara getirdiği geçici rahatlama olumsuz olarak pekiştirilir (Semaan & Khan, 2023). Kullanım alışkanlık haline geldikçe dürtüsellik yerini zorlayıcılığa bırakır ve kişi yoksunluğa eşlik eden olumsuz duyguları ve fiziksel semptomları durdurmaya çalıştıkça tekrarlanan madde kullanımının birincil itici faktörleri olumlu pekiştirmeden (haz hissi) olumsuz pekiştirmeye (rahatlama hissi) kayar (G. Koob et al., 2001). Sonunda, kişi maddeyi “kafayı bulmak, keyif almak” için değil, ironik bir şekilde madde kullanımının neden olduğu “olumsuz” duygulardan kaçmak için kullanmaya başlar. Kompulsif madde arayışı, madde kullanım üzerindeki kontrol kaybı gibi bağımlılığın temel bir özelliğidir. Kompulsivite, bağımlılığı olan birçok kişinin kullanımdan kaçınmaya veya kullanımı azaltmaya çalıştıktan sonra neden nüks yaşadığını açıklamaya yardımcı olur (Department of Health et al., 2016).

### ***2.1.9 Bağımlılık Döngüsü ve İlgili Beyin Yapıları***

#### **Aşırı Tüketim-İntoksikasyon / Bazal Ganglionlar:**

Bağımlılık döngüsünün bu aşaması, bazal ganglionlar (Şekil 2.1) ile onun iki kritik alt bölgesi olan nucleus accumbens ve dorsal striatumu yoğun bir şekilde etkiler. Dopamin ve doğal olarak oluşan opioidlerin etkisiyle alkol ve diğer maddelerin ödüllendirici etkileri, bazal ganglionların "ödül devresi" (nucleus accumbens) üzerinden işlev görür. Bu devre, madde kullanımına ilişkin çevresel uyaranların ve hatırlatıcıların maddeye yönelik istek, arayış ve kullanım davranışlarını tetiklemesinde kilit bir rol oynar (N. D. Volkow et al., 2016). Alkol veya madde kullanımının ilerlemesiyle birlikte, bazal ganglionların "alışkanlık devresi" olarak bilinen dorsal striatum bölgesinin tekrarlayan aktivasyonu, bağımlılıkla ilişkili kompulsif madde arama ve edinme davranışlarını destekler (Phillips et al., 2003). Ödül ve alışkanlıkla ilişkili bu nörodevrelerin aktivasyonu, maddeye yönelik güçlü bir istek oluşumuna zemin hazırlar. Böylelikle bağımlı ya da geçmişte bağımlı olan bireylerde, alkol veya maddeye dair çevresel hatırlatıcılara maruz kalındığında kompulsif madde arama davranışları tetiklenmiş olur (SAMHSA, 2016; N. D. Volkow et al., 2016).



Şekil 2.1 Bağımlılık Döngüsünün Üç Aşaması ve İlgili Beyin Yapıları (SAMHSA, 2016)

#### **Yoksunluk-Olumsuz Etki Aşaması / Genişlemiş Amigdala:**

Aşırı tüketim-intoksikasyon aşamasını takip eden yoksunluk-olumsuz etki aşaması ilerleyen süreçte aşırı tüketim-intoksikasyon aşamalarına zemin hazırlar. Bu aşamada, alkol veya madde kullanan bir kişi, maddeyi almayı bıraktığında olumsuz duygular ve yoksunluk semptomları yaşar. Yoksunluk semptomları hem madde türüne hem de kullanım yoğunluğuna bağlı olarak şiddet ve süre bakımından değişiklik gösterir. Bazal ganglionların ödül devresindeki azalmış aktivasyon ve genişlemiş amigdalaadaki beyin stres sistemlerinin aktivasyonu yoksunluk ile ilişkili olumsuz hislerin iki temel kaynağı olarak görülmektedir (G. F. Koob & Volkow, 2010). Uzun vadede kullanıldığında, tüm madde bağımlılığı beyin dopamin ödül sisteminde işlev bozukluğuna neden olur. Bağımlılığı olan insanlarda yapılan beyin görüntüleme çalışmaları, bağımlı olmayan bireylerle karşılaştırıldığında dopamin reseptörü türü olan D2 reseptöründe sürekli olarak uzun süreli azalmalar göstermiştir (N. D. Volkow et al., 2014; N. D. Volkow & Morales, 2015). Bu bulgular, madde bağımlılığı olan bireylerde beyin ödül sisteminin, özellikle dopamin aracılı nöro devrelerinin hem bağımlılık yapan maddelere hem de yiyecek ve seks gibi doğal ödüllere karşı genel bir duyarlılık kaybı yaşadığını ortaya koymaktadır. Bu durum, doğal ödüllerin de aynı

ödül sistemi ve devrelerini kullanmasından kaynaklanmaktadır. Ödül sistemindeki bu işlevsel bozulma, MKB geliştiren bireylerin, daha önce haz duydukları aktivitelerden neden aynı düzeyde tatmin veya zevk almadıklarını açıklamaktadır (N. D. Volkow et al., 2016). Ödül duyarlılığındaki bu genel azalma, bağımlı bireylerin, ödül sisteminin bir zamanlar sağladığı haz deneyimini yeniden kazanma arayışıyla madde kullanımını kompulsif bir biçimde artırmalarına da neden olabilir (WHO, 2018). Yoksunluk aşamasında ikinci bir süreç daha devreye girer: genişlemiş amigdalada (Şekil 2.1) stres nörotransmitterlerinin aktivasyonu. Bu nörotransmitterler arasında kortikotropin salgılatıcı faktör (CRF), norepinefrin ve dinorfin bulunur. Çalışmalar, bu nörotransmitterlerin yoksunlukla ilişkili olumsuz duygularda ve stresle tetiklenen madde kullanımında önemli bir rol oynadığını öne sürmektedir. Yoksunluk dönemi ile birlikte gelen olumsuz duyguları ortadan kaldırma isteği, madde kullanımına devam etmenin güçlü bir motivasyonu haline gelmektedir.

#### **Aşırı Zihinsel Meşguliyet-Beklenti Aşaması/Prefrontal Korteks:**

Bu aşama kişinin bir süre uzak kaldıktan sonra tekrar madde aramaya başlayabileceği aşamadır. Bu aşamada, bağımlı bir kişi tekrar madde ile meşgul olur. Birey maddeye zihinsel olarak yoğun bir şekilde odaklanır ve maddeyi temin etme, kullanma veya etkilerini düşünme konusunda sürekli bir zihinsel meşguliyet içinde olarak bu düşünceleri zihninden uzaklaştıramaz. Bireyin bağımlılık yapan maddeyi tekrar deneyimlemeyi sabırsızlıkla beklemesi de bu aşamada gerçekleşir. Buna genellikle "istek (Craving)" denir. Bağımlılık döngüsünün bu aşaması, prefrontal korteksin (Şekil 2.1) tehlikeye girmesinden kaynaklanan yürütme işlevinin bozulmasıyla karakterize edilir. Madde arama davranışı maddeyle ilişkili çevresel hatırlatıcılar tarafından tetiklendiğinde, prefrontal korteksin bazı devrelerindeki aktivasyon önemli ölçüde artmaktadır. Bu artan aktivite, nucleus accumbens'i beyindeki ana uyarıcı nörotransmitter olan glutamat salgılaması için uyarır. Bu salınım, maddeyle ilişkili hatırlatıcıların varlığında maddeyi kullanmak için güçlü bir dürtü yaratır (N. D. Volkow et al., 2007). Prefrontal kortekste bazı devreler dorsal striatumdaki alışkanlık-tepki sistemlerini de harekete geçirir ve madde arayışıyla ilişkili dürtüselliğe katkıda bulunur. Alışkanlık tepkisi otomatik ve bilinçaltında gerçekleşebilir, yani bir kişi bu tür davranışlarda bulunduğu farkında bile olmayabilir. Prefrontal korteks nöronlar, glutamat kullanan bağlantılar aracılığıyla

dorsal striatumun alışkanlık sistemlerini uyarır. Bağımlılığı olan bireylerde, beynin prefrontal bölgelerinde dopamin ve glutamat sinyallemedeki bu bozulmalar, güçlü dürtülere karşı koyma ve madde kullanımını sonlandırma yönünde alınan kararları uygulama becerilerini zayıflatır. Bu nörobiyolojik etkiler, bağımlı kişilerin uyuşturucuyu bırakma konusunda içten bir istek ve niyet taşıırken aynı zamanda dürtüsel davranışlar sergilemelerini ve kararlarını hayata geçirmekte zorlanmalarını açıklar (N. D. Volkow et al., 2016).

### **2.1.10 Madde Kullanım Bozukluğunun Sıklığı ve Yaygınlığı**

Birleşmiş Milletler Uyuşturucu ve Suç Ofisi'nin (UNODC) 2024 yılında yayınlanan Dünya Uyuşturucu Raporu'na göre, 2022 itibarıyla dünya genelinde uyuşturucu kullanan kişi sayısı 292 milyona ulaşmış olup, bu rakam son on yılda %20'lik bir artışı temsil etmektedir. Esrar, 228 milyon kullanıcıyla en yaygın kullanılan uyuşturucu olmayı sürdürürken, bunu sırasıyla 60 milyon kullanıcıyla opioidler, 30 milyon kullanıcıyla amfetaminler, 23 milyon kullanıcıyla kokain ve 20 milyon kullanıcıyla ekstazi takip etmektedir. Dünya genelinde yaklaşık 64 milyon kişinin uyuşturucu kullanım bozukluklarından etkilendiği tahmin edilmekle birlikte, bu bireylerden yalnızca her 11 kişiden biri tedaviye erişebilmektedir. Kadınlar, erkeklere kıyasla tedaviye daha sınırlı erişim sağlayabilmektedir; uyuşturucu kullanım bozukluğu olan kadınların yalnızca her 18 kişiden biri tedavi görürken, erkeklerde bu oran her 7 kişiden biridir. Rapora göre 13.9 milyon kişi enjeksiyon yolu (damar yolu) ile madde kullandığı tahmin edilmektedir. Bu kişilerin 6.8 milyonu hepatit C virüsüyle, 1.6 milyonu HIV virüsüyle, 1.4'ü ise her iki virüsle yaşamını sürdürmektedir (UNODC,2024).

Avrupa Uyuşturucu ve Uyuşturucu Bağımlılığını İzleme Merkezi'nin (EMCDDA) yayınladığı Avrupa 2024 Uyuşturucu Raporuna göre 15-34 yaş arası genç yetişkinlerde esrar kullanımı 15,1 milyon, kokain kullanımı 2,5 milyon, ekstazi kullanımı 2,2 milyon, amfetamin kullanımı 1,5 milyon olarak bildirilmiştir. EMCDDA, Avrupa Birliği'ne üye 27 ülkenin yanı sıra Norveç ve Türkiye'ye ait veri çalışmalarına da yer vermektedir. EMCDDA' nın 2024 yılı verilerine göre esrar, kokain ve ekstazi kullanımı önemli oranlarda devam etmekte ve artmaktadır. Geçtiğimiz 2024 yılında 15-64 yaş grubunda 22,8 milyon kişinin esrar, 4 milyon kişinin kokain ve 3 milyon kişinin ekstazi kullandığı tespit edilmiştir. Hayatının bir

döneminde esrar kullandığını bildiren bireylerin sayısı 2022'de 78,6 milyondan 2024'te 85,4 milyona yükselmiştir. Benzer şekilde 15-64 yaş grubundaki kokain kullanıcı sayısı 14,4 milyondan 15,4 milyona, ekstazi kullanıcı sayısı ise 10,6 milyondan 12,3 milyona ulaşmıştır. Bu veriler uyuşturucu kullanımının Avrupa genelinde yaygınlığını koruduğunu ve bazı maddelerde artış eğilimi gösterdiğini ortaya koymaktadır (EMCDAA, 2024).

Amerika'yı kapsayan 2023 Ulusal Uyuşturucu Kullanımı ve Sağlık Anketi'nin (NSDUH) sonuçlarına göre 2023 yılında, insanların %3,1'i (8,9 milyon kişi) opioidleri kötüye kullanmış olup, bu oran 2022 (%3,2; 8,9 milyon kişi) ve 2021 (%3,4; 9,4 milyon kişi) yıllarındaki seviyelerle benzerlik göstermiştir. Aynı yıl, 12 yaş ve üzeri 134,7 milyon kişi alkol kullanmış ve bu bireylerin 61,4 milyonu (%45,6) son bir ay içinde aşırı alkol tüketiminde bulunmuştur. En yaygın kullanılan yasadışı uyuşturucu ise esrar olmuştur; 12 yaş ve üzerindeki bireylerin %21,8'i (61,8 milyon kişi) 2023 yılında esrar kullanmıştır. 2023 yılında, 12 yaş ve üzerindeki bireylerin %9,4'ü son bir ay içinde nikotin buharı (e-sigara) kullanmış ve bu oran 2022'deki %8,3 seviyesine kıyasla artış göstermiştir. Ayrıca, elektronik sigara kullanımı, diğer tüm maddelere kıyasla daha fazla yeni kullanıcı çekmiş olup, toplamda 5,9 milyon kişi elektronik sigara kullanmaya başlamıştır (SAMSHA, 2023).

WHO'nun 2024 yılında yayınladığı, alkol ve madde kullanım bozukluklarının sağlık ve tedavisine ilişkin küresel durum raporu alkol ve psikoaktif madde kullanımının küresel halk sağlığı üzerindeki ciddi etkilerini vurgulamaktadır. Her yıl dünya genelinde 2,6 milyon ölümün (%4,7) alkol tüketimine, 0,6 milyon ölümün ise psikoaktif uyuşturucu kullanımına atfedildiği belirtilmektedir. Ölümlerin büyük çoğunluğu erkekler arasında gerçekleşmiş olup, erkekler içinde 2 milyon ölüm alkol ve 0,4 milyon ölüm uyuşturucu kullanımına bağlı gerçekleşmiştir. Raporda dünya genelinde yaklaşık 400 milyon kişinin bu maddelerin bozuklukları ile yaşadığı tahmin edilmekte olup, bunların 209 milyonu alkol bağımlılığı ile mücadele etmektedir (WHO, 2024c). Son tahminlere göre, dünya genelinde 1,25 milyar tütün kullanıcısı bulunuyor. WHO'nun 2024 yılında yayınladığı raporda, tütün kullanım oranlarının dünya çapında azaldığını, 2000 yılına göre %11 düştüğünü bildirdi ancak sigara içmek hala yılda yaklaşık 8 milyon insanı öldürmektedir. Ayrıca 13-15 yaş arası 37 milyon çocuğun tütün ürünleri kullandığı tahmin edilmektedir. Küresel olarak, ölçüm yapılan çoğu ülkede, elektronik tütün ürünlerinin gençler arasında daha yaygın olarak

kullanılması da dikkat çekici bir diğer noktadır (WHO, 2024c).

### **2.1.11 Madde Kullanım Bozukluğunda Türkiye Verileri**

Türkiye’de 2018 yılında Emniyet Genel Müdürlüğü tarafından yayınlanan Genel Nüfusta Tütün, Alkol ve Madde Kullanımına Yönelik Tutum ve Davranış Araştırması Raporu’na göre Katılımcıların %22,1’i alkolü, %3,1’i maddeyi ve %47’si ise tütünü hayatlarının bir döneminde kullandığını bildirmiştir. Alkol, tütün ve maddeye başlama yaşı sırasıyla alkol kullanımında 19.94, madde kullanımında 19 ve tütün kullanımında 17,85 olarak kaydedilmiştir. Hayatında en az bir kere madde kullananların yaş gruplarına göre dağılımı incelendiğinde 15-34 yaş grubu bireylerin %65’lik oranla en yoğun madde kullanımı olan yaş grubu olduğu görülmüştür. Yapılan çalışmada esrar kullanımı diğer maddelerden ayrı incelenmiş ve yaşamlarının bir döneminde esrar kullanma oranı %2,7 olarak, esrar kullanımına başlama yaşı ise 19 olarak belirtilmiştir. Yapılan çalışmada ilaç kullanımına ilişkin bulgular da (Yatıştırıcı, sakinleştirici, uyku verici, vücut geliştirici, dikkati etkileyici veya arttırıcı vb.) değerlendirilmiş ve katılımcıların %5,8 kullanım bildirmiştir. Tüm madde gruplarında erkeklerin kullanım oranı daha fazlayken psikoaktif ilaç kullanım oranı kadınlarda daha fazla görülmüştür (EGM, 2018). Türkiye 2024 Uyuşturucu Raporuna göre 2023 yılında yaklaşık 240 bin kişi uyuşturucu madde bulundurmak ve satın almak olaylarından yakalanmıştır. 2023 yılında eroin şüpheli sayılarında bir önceki yıla göre %37 oranında azalış yaşanmıştır. Kokain şüpheli sayılarında önceki yıla göre %24,4 ve ekstazi şüpheli sayılarında %37,2 oranında bir artış meydana gelmiştir. 2023 yılında sentetik kannabinoidlerin (bonzai vb.) şüpheli sayısında (22 bin kişisi satın alıcı veya kullanıcı), bir önceki yıla göre %149,3 oranında artış gerçekleşmiştir. 2023 yılı itibarıyla ülke genelinde toplam 78 ayaktan tedavi merkezi aktif olarak hizmet vermektedir. Alkol ve nikotin kullanım bozuklukları dışındaki tanılar dikkate alındığında, bu yıl içinde söz konusu merkezlere yapılan ayaktan tedavi başvurularının toplam sayısı 349.393 olarak belirlenmiştir (Tablo1). Bu başvuruların 134.390’ı denetimli serbestlik çerçevesinde yönlendirilmiştir. Türkiye genelindeki 138 tedavi merkezinin 60’ında yatarak tedavi hizmeti sunulmaktadır. 2023 yılı itibarıyla bu yataklı tedavi merkezlerine yapılan toplam başvuru sayısı 16.291 olarak kaydedilmiştir (Tablo 2.3) (EGM, 2024).

**Tablo 2.3 2023 Yılında Madde Türlerine Göre Tedavi Merkezlerinde Tedavi Gören Hasta Sayısı**  
(EGM, 2024)

| <b>Kullanılan Madde</b>                                    | <b>Ayaktan Tedavi<br/>Gören Sayısı</b> | <b>Yatarak Tedavi<br/>Gören sayısı</b> |
|------------------------------------------------------------|----------------------------------------|----------------------------------------|
| Opioid Bağımlılığı                                         | 107.197                                | 3.961                                  |
| Birden Fazla İlaç ve Diğer<br>Psikoaktif Madde Bağımlılığı | 144.127                                | 9.995                                  |
| Kannabinoid Bağımlılığı                                    | 82.910                                 | 983                                    |
| Kafein ve Diğer Stimulanlar<br>Bağımlılığı                 | 7.329                                  | 582                                    |
| Kokain Bağımlılığı                                         | 2.927                                  | 352                                    |
| Halüsinojenler Bağımlılığı                                 | 1.463                                  | 172                                    |
| İnhalant/ Uçucu ve Çözücü<br>Bağımlılığı                   | 1.465                                  | 68                                     |
| Sedatif ve Hipnotik Madde<br>Bağımlılığı                   | 1.975                                  | 178                                    |
| <b>Toplam</b>                                              | <b>349.393</b>                         | <b>16.291</b>                          |

2023 yılında yatarak tedavi gören hastaların maddeye ilk başlama yaşı ortalamasının 22,2 olduğu görülmüştür. 2023 yılında tedavi gören hastaların eğitim durumu incelendiğinde, %7,7'sinin yükseköğretim mezunu, %53,5'inin ortaöğretim mezunu, %37,5'inin ilköğretim mezunu olduğu, %1,3'ünün ise herhangi bir eğitim almadığı tespit edilmiştir. Aynı yıl içinde tedavi gören bireylerin iş durumlarına ilişkin yapılan incelemede ise, %14,3'ünün işsiz, %45'inin düzenli bir işi olmayan, %36,5'inin düzenli bir işi olan ve %3,5'inin öğrenci olduğu belirlenmiştir (EGM, 2024).

#### **2.1.12 Madde Kullanım Bozukluğunun Etiyolojisi ve Risk Faktörleri**

Madde kullanım davranışları karmaşık bir etiyolojiye sahiptir (Watts et al., 2024). Bazı bireyler çeşitli risk faktörleri nedeniyle MKB geliştirmeye diğerlerinden daha yatkındır. Bu risk faktörleri, dürtüsellik, davranışsal disinhibisyon ve heyecan arayışı gibi kişilik özellikleriyle; DEHB ve anksiyete bozuklukları gibi psikiyatrik rahatsızlıklarla; ergenlik döneminin kırılgan doğasıyla; akran etkisi, sosyal kabul

arayışı ve maddenin erişilebilirliği gibi sosyal faktörlerle; alkol veya uyuşturucu kullanan bir bireyle yaşama ya da ihmalkar veya istismarcı ebeveynlere sahip olma gibi olumsuz aile dinamikleriyle doğrudan ilişkilidir (Kozak et al., 2019; S. A. Stewart et al., 2023; Swendsen et al., 2010) .

### **Genetik Faktörler:**

İkiz ve aile çalışmaları, MKB'ler için güçlü ailesel kalıtım etkilerini göstermiştir (Prom-Wormley et al., 2017; Verhulst et al., 2015). Her bir MKB için yapılan ikiz ve aile çalışmaları, genetik faktörlerin bu bozukluklardaki varyasyonun yaklaşık %50'sinden sorumlu olduğunu ortaya koymuştur (Deak & Johnson, 2021). Gen tabanlı analizler, *FTO*, *DRD2* ve *PDE4B* dahil olmak üzere 42 gen ile MKB arasında ilişki bulmuştur. Bir milyondan fazla katılımcıyı içeren genom çapında ilişki (GWAS) çalışmalarına yönelik yakın tarihli bir meta-analiz, MKB ile ilişkili riskin karmaşık, olasılıklı ve poligenik bir doğaya sahip olduğunu ortaya koymuştur (Hatoum et al., 2023). Genetik, bağımlılıkta büyük bir rol oynayabilse de bu duruma yol açan tek faktör değildir. Genlerin tek başına bağımlılık fenotiplerini belirlemediğini kabul etmek önemlidir. Çevresel faktörler de MKB için önemli bir rol oynamaktadır. Çalışmalar da bu iki faktörün birbirini modüle edebileceğine işaret edilmiştir (Trifu et al., 2020). Örneğin, bir çalışmada ebeveyn denetimi arttığında sigara içen ergen ikizlerde genetik etkilerin azaldığı sonucuna varılmıştır (Dick et al., 2007). Farklı bir çalışmada çocuklukta yaşanan sıkıntıların, stresli yaşam olaylarının ve düşük eğitim düzeyinin dopaminerjik ve serotonin taşıyıcı genler üzerinde etkisi olduğu görülmektedir (Vink, 2016).

### **Olumsuz Çocukluk Deneyimleri (OÇD):**

OÇD'yi sağlık ve refah üzerinde potansiyel olarak olumsuz uzun vadeli etkilere sahip olabilen travmatik olaylar şeklinde tanımlamak mümkündür (Boullier & Blair, 2018). OÇD'yi ilk olarak 1998 yılında, aile üyelerinden psikolojik, fiziksel veya temaslı cinsel istismara maruz kalma, aile üyelerinden birinin madde kötüye kullanımı (uyuşturucu veya alkol), ruhsal hastalığı olan bir aile üyesine sahip olma, bir annenin veya üvey annenin şiddete maruz kalmasına tanık olma ve yaşamın ilk 18 yılında aile üyelerin suç işlediği davranışlardana şahit olma şeklinde tanımlanmıştır (Felitti et al., 1998). OÇD daha fazla alkol veya uyuşturucu kullanımıyla ilişkilendirilmiştir (Morey & Segerstrom, 2015). Bağımlılık tedavisi gören kişilerde OÇD yaygınlığı genel nüfusa göre daha yüksektir. Bağımlılık sorunları olan hastalar arasında en az OÇD bildirme

oranı %85,4 ile %100 arasında değişmektedir (Chandler et al., 2018; Philogene-Khalid et al., 2020; Stein et al., 2017). Şiddet, istismar, ihmal, ayrılık ve aile üyelerinin madde kullanımı/ruhsal hastalığı gibi OÇD'nin ergenlerde ve yetişkinlikte MKB ile pozitif ilişkili olduğu bildirilmiştir (Leza et al., 2021). OÇD'nin artışı bireylerde MKB geliştirme riskini arttırmaktadır (Lindberg & Zeid, 2017). OÇD, bireylerin duygularını düzenleme becerilerini etkileyerek, olumsuz duyguları sağlıklı ve uyumlu bir şekilde yönetme kapasitesinde yetersizliklere yol açabilir (Cloitre et al., 2009). Bu nedenle madde kullanımı, bu olumsuz etkilerle başa çıkma ve bu duyguların etkilerini hafifletme girişimi olabilir (Chandler et al., 2018). Bu başa çıkma stratejisi, OÇD ve MKB arasındaki ilişkiyi açıklayan faktörlerden olabilir.

### **Bireysel Faktörler:**

Yaşam döngüsü teorisine göre (Erikson, 1980 & 1994), hayat sekiz temel evreden oluşmaktadır. Bebeklik dönemi (0-1,5 yaş), erken çocukluk dönemi (1,5-3 yaş), oyun dönemi (3-6 yaş), okul çağı (6-12 yaş), ergenlik dönemi (12-18 yaş), genç yetişkinlik dönemi (18-40 yaş), orta yetişkinlik dönemi (40-65 yaş) ve ileri yetişkinlik dönemi (65 yaş ve üzeri) (Kail & Cavanaugh, 2012). Madde bağımlılığı için yaş grubuna göre kategorize edilebilen birden fazla bireysel risk faktörü vardır. Ergenler, bağımlılığa en yatkın gruptur (Luikinga et al., 2018). Madde kullanımına başlamak için ergenlik dönemi kritik bir eşiştir. 18 yaş altındaki çocuklar ve ergenler, çeşitli faktörler nedeniyle madde kullanımını deneyimleyebilir.

Bu faktörler arasında yeni deneyimler yaşama veya macera arayışı, risk almaya yatkınlık, duygusal, motor, dikkat ve öz düzenleme süreçlerindeki kalıtsal farklılıklar, kişilerarası travmalar, etnik köken, cinsiyet ve sosyoekonomik statü gibi etkenler yer almaktadır. Alkol ve madde kullanımına başlama ergenlik döneminde sorun teşkil etse de deneme ve kullanım oranları genç yetişkinlikte katlanarak artmaktadır. Erken deneme alışkanlığı dönüşebileceğinden, genç yetişkinlik bireylerin MKB geliştirme riski altında olduğu bir zamandır (Afuseh et al., 2020; Jordan & Andersen, 2017; Trucco, 2020). Madde kullanım oranının en fazla görüldüğü yaş grubu 18-25 yaşlarındaki genç yetişkinlerdir (UNODC, 2018 & 2024). Bu dönemlerde, ergenler ve gençler keşfetmeye, merak etmeye, akran baskısına karşı duyarlılığı, otoriteye karşı isyan etmeye ve düşük öz değere karşı güçlü bir eğilim gösterir. Bu davranışlar da bu tür bireyleri madde kullanımına karşı savunmasız hale getirir (Jordan & Andersen, 2017; S. A. Stewart et al., 2023). 18 ila 25 yaş arasındaki gençler arasında

akademik stres, madde bağımlılığında önemli bir rol oynar; ayrıca verilen reçeteli ilaçların uzun süreli kullanımı veya ebeveynlerle kötü ilişkilerde bu yaş grubunda madde kullanımı için risk faktörüdür.

Madde kullanımı ve kullanım bozukluklarının genel oranları 20'li yaşlarda zirve yapma eğilimindedir. Daha sonraki yıllarda çoğu kişi için yetişkin rollerinin üstlenilmesiyle madde kullanım sorunları azalsa da madde kullanımı sorunları yetişkinlik boyunca morbidite ve mortalite için birincil tehditler arasında kalmaya devam etmektedir (Schulenberg & Maggs, 2015; Staff et al., 2010; Zucker et al., 2016). Yaklaşık olarak 30 ila 40 yaşları arasında, kişinin algıladığı öznel yaş büyük ölçüde değişir. Bazıları genç yetişkinler gibi hissederken bazıları orta yaşlı gibi hisseder (Staudinger & Bluck, 2001). Sorumluluklar bu yaşlarda zirveye ulaşma eğiliminde olduğundan, madde kullanım bozuklukları daha kritik hale gelebilir (Schulenberg et al., 2015). 26 ila 64 yaş arasındaki yetişkinler genellikle daha büyük yaşam zorluklarıyla karşı karşıya kalır ve iş ile aile hayatı arasında bir denge sağlamak zorlayıcı olabilir. Bu durum özellikle avukatlar, sağlık çalışanları veya askeri personeller gibi yüksek stresli bir mesleklerde madde bağımlılığı riskini artırma eğilimindedir. Hüzünlü olaylar yaşamak, yakın bir aile üyesini veya arkadaşı kaybetmek madde bağımlılığına yol açabilir. 65 yaşın üzerindeki yetişkinler ise uygunsuz dozlarda madde kullanımına yol açabilecek bir dizi zorlukla karşılaşmaktadır. Bu zorluklar arasında keder, kronik hastalıklar, yeterli bakımın sağlanamaması ve sosyal izolasyon gibi faktörler önemli bir yer tutmaktadır.(Afuseh et al., 2020).

### **Akran Etkisi:**

Araştırmalara göre, akran etkisi doğrudan etki ve dolaylı etki olmak üzere iki ana mekanizma aracılığıyla ortaya çıkmaktadır. Doğrudan etki, akranlardan madde kullanımı teklifleri şeklinde gerçekleşirken; dolaylı etkiler ise sosyal modelleme ve algılanan normlar yoluyla kendini göstermektedir. Algılanan normlar iki türe ayrılır: başkalarının madde kullanım miktarı ve sıklığı hakkındaki algılar (*betimsel* normlar) ve başkalarının madde kullanımını onaylaması hakkındaki algılar (*emredici* normlar) (Borsari & Carey, 2001; DiGuseppi et al., 2018). Bireyler genelde akranlarının madde/alkol kullanma sıklığı ve miktarlarını (betimsel norm) abartırlar. Bu yanlış algılar ve akranların madde/alkol kullanımına yönelik onaylayıcı tutumları madde/alkol kullanımına başlamanın bir ön habercisi haline gelir (Perkins et al., 2005).

Madde kullanımında akran etkisinin en sık görüldüğü grup ergenler ve genç yetişkinlerdir. Gelişimsel olarak ergenlik, gençlerin ebeveynleriyle daha az zaman geçirdiği, aile içi aktivitelere katılım düzeylerinin azaldığı, ebeveynlerden özerklik kazanmaya önem verildiği ve ebeveyn-çocuk iletişiminin kalitesinin azaldığı bir dönemdir (Mahabee-Gittens et al., 2013). Aynı zamanda ergenlik, akranlarla geçirilen zamanın ve sosyal ödüllere karşı duyarlılığın artmasına yol açan bir süreçtir. Ergenlik akranlarla sosyalleşmeyi ve akran grubu standartlarına uymayı vurgulayan yeni deneyimlere katılım ile karakterize edilir (Leung et al., 2014). Ergenlikte madde kullanımının denenmesinde, madde kullanan akranların varlığının etkili olduğu gösterilmiştir (Vervaeke et al., 2008). Sosyal Bilişsel Teori, alkol ve uyuşturucu kullanımı gibi davranışların gözlemsel öğrenme yoluyla çevresel ve sosyal faktörler tarafından güçlendirildiğini varsayar. Madde kullanan akranlara sahip ergenlerin, madde kullanımını onaylama olasılıklarının daha yüksek olduğu bildirilmektedir (Trucco et al., 2011). Ayrıca, madde kullanan akranlardan gelen akran baskısı, daha erken alkol ve madde kullanımı deneyimiyle ilişkilidir (Gallegos et al., 2021).

#### **Eşlik Eden Bozukluklar:**

Bazı bozukluklar MKB'ye eşlik eder. MKB'ler ve psikiyatrik bozukluklar, yaygın olarak komorbid durumlar, eş zamanlı tanımlar olarak karşımıza çıkmaktadır (Bahji, 2024). WHO, eş zamanlı tanıyı aynı kişide psikoaktif madde kullanım bozukluğu ve başka bir psikiyatrik bozukluğun birlikte görülmesi olarak tanımlamıştır (Stark, 2015). MKB'ler ve psikiyatrik durumların bir arada görülmesi, bu ikili durumların psikolojik, biyolojik ve sosyal temelleri arasındaki karmaşık etkileşimle karakterize edilir (Larsen et al., 2022). Bu bozukluklar genellikle ortak nörolojik yolları paylaşmakta, altta yatan genetik risk faktörleri ve çevresel risk faktörlerinin örtüşmesiyle ilişkilendirilmektedir (NIDA, 2020). Çok sayıda araştırma, ruhsal sağlık sorunu yaşayan bireylerin yaklaşık yarısının aynı zamanda MKB'de yaşayacağını ve bunun tersinin de geçerli olduğunu bulmuştur. Gençler arasında eş zamanlı tanı üzerine daha az çalışma olmasına rağmen, araştırmalar madde kullanım bozuklukları olan ergenlerde eş zamanlı ruhsal sağlık sorunu oranlarının da yüksek olduğunu göstermektedir; toplum temelli MKB tedavi programlarındaki ergenlerin %60'ından fazlası başka bir ruhsal hastalık için tanı kriterlerini de karşılamaktadır (Hser et al., 2001; NIDA, 2020). MKB ve ruh sağlığı bozuklukları arasında çift yönlü ilişki vardır. Her iki durumda birbiri üzerinde risk faktörü haline gelebilmektedir ancak hangi durumun daha önce başladığını belirlemek

zorlayıcıdır (Degenhardt et al., 2018). Madde kullanım bozuklukları ile ruhsal hastalıklar arasındaki komorbiditeye üç ana yol neden olabilir (Santucci, 2012) :

1. Yaygın risk faktörleri (genetik etki, çevresel etki, stres, beyin tutulum bölgeleri vb.) hem ruhsal hastalıklara hem de MKB'ye neden olabilir.
2. Ruhsal hastalıklar, MKB geliştirmeye neden olabilir.
3. MKB, ruhsal hastalıkların gelişimine neden olabilir.

Madde kötüye kullanımını etkileyebilecek birçok ruhsal sağlık komorbiditesi vardır; örneğin, anksiyete bozuklukları, depresyon, bipolar bozukluk, DEHB, psikotik hastalıklar, borderline kişilik bozuklukları, şizofreni, antisosyal kişilik bozukluğu, duygusal bozukluklar ve diğer psikotik ruhsal hastalıklar, ciddi ruhsal hastalıklara yol açabilir ve aynı zamanda MKB nedeni olabilir (Santucci, 2012).

Madde kötüye kullanan bireylerin depresyon veya hemen hemen her türlü kaygı/stresle ilişkili bozukluk yaşama olasılığı önemli ölçüde diğer bireylere göre daha yüksektir (Virtanen et al., 2020). Şiddetli psikotik bozukluğu olan kişilerin genel nüfusa kıyasla alkol kullanımı, esrar kullanımı ve eğlence amaçlı uyuşturucu kullanımı açısından daha yüksek risk altında olduğu bildirilmiştir. Anksiyete, duygusal bozukluk ve psikotik bozukluk tanısı olan kişilerin bozukluğu olmayan bireylere göre alkol ve uyuşturucu bağımlılığı yaşama olasılığının iki kat fazla olduğu çalışmalarca bildirilmiştir (Kessler et al., 2005; Merikangas et al., 2007). Ruh sağlığının alkol kullanımına etkisinin incelendiği sistematik bir çalışmada yaygın ruhsal bozuklukları (depresyon, anksiyete, fobi) olan kişilerin alkol kullanım bozukluğu bildirme olasılığının, yaygın ruhsal bozukluğu olmayan kişilere göre iki kat daha fazla olduğu bildirilmiştir (Puddephatt et al., 2022).

Bu sonuçlar ruhsal sağlığın olumsuz etkilenmesinin MKB için bir risk faktörü olduğunu doğrulamaktadır. MKB veya MKB riski altında olan kişilerde olumsuz ruh sağlığı durumlarının var olabileceği göz ardı edilmemelidir (Conway et al., 2016; Degenhardt et al., 2018). DEHB, MKB'ye eşlik eden hastalıklar arasındadır. DEHB'li bireylerde daha şiddetli bir madde kötüye kullanımı süreci vardır (Daigre et al., 2013; Moura et al., 2013). DEHB semptomları alkol kullanım bozukluğu, uyuşturucu kullanımı ve çoklu madde kullanımı için önemli ölçüde artmış risklerle ilişkilidir (Vergara-Moragues et al., 2011).

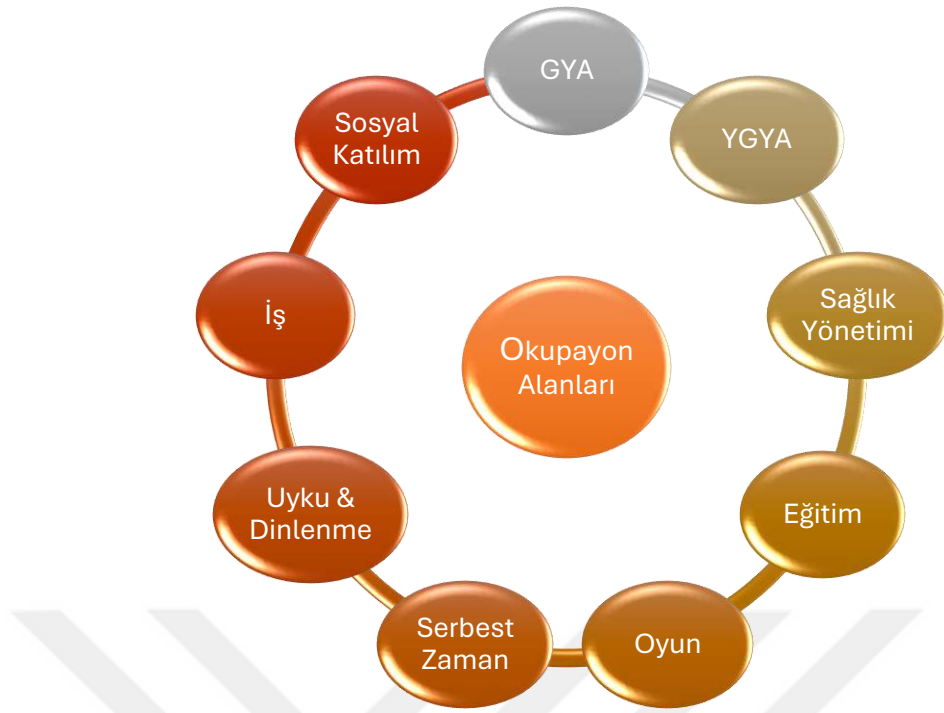
## 2.2 Ergoterapi ve Madde Kullanım Bozukluğu

### 2.2.1 Ergoterapide Okupasyonun Anlamı

Okupasyon kelimesi, ele geçirmek veya işgal etmek anlamına gelen Latince bir terimden kaynaklanmaktadır. Okupasyon, insanların ilgisini ve dikkatini çeken böylece zamanlarını meşgul eden aktivitelerdir (Hasselkus & Dickie, 2024). Okupasyonlar bireylere anlam, zamansal yapı, roller, alışkanlıklar, rutinler ve irade veren, bireyin kendi kendini organize etmesini sağlayan aktiviteler olarak tanımlanmaktadır (Creek & Hughes, 2008). Farklı bir tanımda ise okupasyon, "bireylerin kendilerine bakmak, hayattan keyif almak ve topluluklarının sosyal ve ekonomik yapısına katkıda bulunmak da dahil, insanların kendilerini gerçekleştirmek için yaptıkları her şey" olarak açıklanmaktadır (Law, 1997; Sumsion, 1997).

Farklı kuruluşlardan seçilen okupasyon tanımları benzer bakış açılarını ortaya koymaktadır:

- “Bireyler ve bir kültür tarafından adlandırılan, organize edilen, değer ve anlam verilen günlük yaşamın aktivite ve görev grupları; insanların kendilerine bakmak (öz bakım), hayattan zevk almak (serbest zaman) ve toplumlarının sosyal,ekonomik dokusuna katkıda bulunmak (üretkenlik) dahil olmak üzere kendilerini meşgul etmek için yaptıkları her şey” (Canadian Association of Occupational Therapists, 2008).
- “İnsanların birey olarak, aile içinde ve topluluklarla birlikte zaman geçirerek hayata anlam ve amaç katmak için yaptıkları günlük kişiselleştirilmiş aktivitelerdir. Geniş okupasyon yelpazesi günlük yaşam aktiviteleri, yardımcı günlük yaşam aktiviteleri, sağlık yönetimi, dinlenme ve uyku, eğitim, iş, oyun, serbest zaman ve sosyal katılım olarak kategorize edilir (Şekil 2.2), (Tablo 2.4)” (AOTA, 2020; Boop et al., 2020).
- “Okupasyonlar, insanların birey olarak, aile içinde ve topluluklarla birlikte zaman geçirmek, hayata anlam ve amaç katmak için yaptıkları günlük aktivitelerdir. Okupasyonlar, insanların ihtiyaç duydukları, yapmak istedikleri ve yapmaları beklenen aktiviteleri içerir” (WFOT)



Şekil 2.2 Okupasyon Alanları (AOTA, 2020)

Tablo 2.4 Ergoterapide Okupasyon Alanları ve Tanımları (AOTA, 2020; Boop et al., 2020)

| Okupasyon Alanı                           | Tanım                                                                                                                                                                                                                           | Okupasyonlar                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
|-------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Günlük Yaşam Aktiviteleri</b>          | Kişinin kendi bakımına yönelik rutin olarak tamamlanan aktiviteler.                                                                                                                                                             | Beslenme, Giyinme ve soyunma, Duş alma, Tuvalet, Cinsel aktiviteler, Kişisel hijyen ve bakım, Fonksiyonel mobilité                                                                                                                                                                                                   |
| <b>Yardımcı Günlük Yaşam Aktiviteleri</b> | Ev ve toplum içinde günlük yaşamı destekleyecek aktiviteler.                                                                                                                                                                    | Farklı birine bakım verme, Hayvanların bakımı, Çocuk yetiştirme, Telefon, bilgisayar gibi iletişim cihazlarını kullanma, Araç sürme ve toplumsal hareketlilik (toplu ulaşım araçlarının kullanımı), Alışveriş, Finansal yönetim, Ev işi yönetimi, Yemek hazırlama, Dini aktiviteler, Güvenlik ve acil durum yönetimi |
| <b>Sağlık Yönetimi</b>                    | Okupasyonlara katılımı desteklemek için sağlığın iyileştirilmesi veya sürdürülmesi amacıyla öz yönetim de dahil olmak üzere sağlık ve zindelik rutinlerinin geliştirilmesi, yönetilmesi ve sürdürülmesi ile ilgili aktiviteler. | Sosyal ve duygusal sağlığın geliştirilmesi ve sürdürülmesi, Semptom yönetimi, Sağlık sistemiyle iletişim, İlaç yönetimi, Fiziksel aktivite ve Beslenme yönetimi, Kişisel sağlık için yardımcı ekipmanı kullanımı (Örnek: Lens, işitme cihazı, glukometre, ortez, protez vb.)                                         |

**Tablo 2.4 Devamı**

|                                 |                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                    |
|---------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Dinlenme ve Uyku</b>         | Diğer okupasyonlara sağlıklı ve aktif katılımı desteklemek için dinlenme ve uyuma ile ilgili aktiviteler.                                                                                             | Dinlenme, Rahatlama, Uyku hazırlığı, Uykunun sürdürülmesi                                                                                                                                                                          |
| <b>Eğitim</b>                   | Öğrenmek ve eğitim ortamına katılmak için gereken aktiviteler.                                                                                                                                        | Formal eğitim, İnformal eğitim, İlgi duyulan alanlara yönelik araştırma ve eğitim alma, Eğitim faaliyetlerine katılım                                                                                                              |
| <b>İş</b>                       | Bireylerin topluma katkıda bulunmak ve finansal istikrarı korumak için katıldıkları üretken aktiviteler.                                                                                              | Hedefler ve ilgi alanlarıyla tutarlı iş fırsatlarının belirlenmesi ve seçilmesi, İş arama ve edinme, iş mülakatlarına hazırlanma, katılma ve süreci takip etme<br>Emekliliğe hazırlık ve uyum, Gönüllülük faaliyetleri             |
| <b>Oyun</b>                     | İçsel olarak motive olunan ve özgürce seçilen, gerçekliğin askıya alınmasını içerebilen aktivitelerdir. Oyun, sosyokültürel faktörler tarafından şekillendirilen karmaşık ve çok boyutlu bir olgudur. | Oyun Keşfi, Oyuna Katılım, Oyunu sürdürme, Oyun içinde var olan araçların kullanımı                                                                                                                                                |
| <b>Serbest Zaman</b>            | “İçsel olarak motive olunan ve isteğe bağlı zamanda yani iş, kendine bakım veya uyku gibi zorunlu uğraşlara ayrılmayan zamanda yapılan zorunlu olmayan aktiviteler.                                   | Serbest Zaman keşfi (İlgi alanlarının, fırsatların, becerilerin belirlenmesi), Serbest zaman aktivitelerini planlama ve bunlara katılma (Serbest zaman aktivitelerini diğer işlerle dengede tutma, ekipman edinme, bakımını yapma) |
| <b>Toplumsal/Sosyal Katılım</b> | Aile, arkadaşlar, akranlar ve topluluk üyeleri de dahil olmak üzere başkalarıyla sosyal etkileşimi içeren ve destekleyen aktiviteler.                                                                 | Sosyal katılım, Toplumsal katılım<br>Aile katılımı, Arkadaşlıklar<br>Yakın partner ilişkileri,<br>Akran grubu katılımı                                                                                                             |

Bireylerin okupasyonlara katılımı onlar üzerinde dönüştürme potansiyeline sahiptir. İş, serbest zaman ve günlük yaşam aktivitelerine katılmak, sosyal kimlikler yaratır ve alışkanlıklarımızı biçimlendirir (Kielhofner, 2009). Okupasyonlar aynı zamanda bireylerin değer verdikleri, anlam buldukları aktivitelerdir (Polatajko, 2007; Townsend et al., 2007)

Anlam ise insanların bir deneyimi veya olayı bireysel olarak nasıl

yorumladığıdır. Anlam büyük ölçüde "içsel" olarak nitelendirilir. Anlam, kişinin algısı ve deneyiminin içinde bulunur. Daha spesifik olarak günlük aktivitelerle ilişkilendirilen anlam, insan eylemi ile ilişkilendirilen öznel deneyimlerin nitelikleri olarak tanımlanmıştır. Anlam, bireyler tarafından ihtiyaç ve arzulara göre değişiklik gösterebilir (Hasselkus, 2018; Hasselkus & Dickie, 2024). Bu nedenle bireylerin anlam verdiği okupasyonlar bilinen bazı tanımların aksine kültürel olarak bir anlam veya fayda taşımayabilir. Buna rağmen genellikle okupasyonlar sağlık üzerinde olumlu ve iyileştirici etkileri olan, kültürel açıdan pozitif bakılan aktiviteler olarak kabul edilir (Scaffa & Reitz, 2014).

### **2.2.2 Okupasyonun Karanlık Tarafı**

Okupasyonların her zaman birey için olumlu sonuçlar doğurmadığı ve bazı okupasyonların bireyin yaşamına belli derecelerde değer ve anlam kazandırmasına rağmen kültür tarafından onaylanmadığı, bireyin sağlığına ve refahına katkıda bulunmadığı kabul edilmektedir (Polatajko, 2007). Bu nedenle, belirli bir okupasyona atanan anlam her zaman toplumsal normlara uygun olmayıp, bireylerin ilgi alanları, değerleri ve isteklerine bağlı olarak şekillenebilir. Bu sayede anlam yüklenen okupasyonlar öznel ve benzersiz bir şekilde deneyimlenir ve algılanır (Huglstad et al., 2022). Bu okupasyonlar kültür ve toplumun normallerinden ziyade kişiler için anlamlı, amaçlı, yaratıcı, ilgi çekici, rahatlatıcı, keyifli gelebilir. Anlaşıldığı üzere tüm okupasyonlar sağlığa, refaha katkıda bulunmaz veya sosyal olarak kabul edilebilir değildir; ancak yine de bireylerin hayatlarına anlam katabilir, kim olduklarına dair düşüncelerini şekillendirebilir ve onlara bu yolla yeni bir kimlik kazandırabilir. (Twinley, 2013; C. Zhang et al., 2007).

Araştırmalar okupasyon ile sağlık ve refah arasındaki pozitif bir ilişkiye vurgu yapmış ve bu nedenle genellikle "sağlıksız" olarak görülen okupasyonları göz ardı etmiştir. Bu tarz sağlıksız ve toplum tarafından kabul görmeyen okupasyonlar onaylanmamış okupasyonlar olarak adlandırılabilir (Kiepek et al., 2019). Onaylanmamış okupasyonlar olumlu anlamda sağlığa katkı sağlamasalar bile yapılan araştırmalar bu okupasyonların, onlar ile uğraşanlar üzerinde anlam taşıyabileceğini, olumlu sonuçlar ve iyi olma hissi üretebileceğini öne sürmektedir (Guyonnet et al., 2023; Kiepek et al., 2019; K. E. Stewart et al., 2016; Twinley, 2013). Bu tarz

okupasyonlar diğerlerinin yanı sıra antisosyal, hatta belki de suç teşkil eden ve yasa dışı sayılan görevleri, rutinleri veya eylemleri içerir. Bağımlılık yapıcı maddelerin kullanımı bu okupasyonlara örnek olarak verilebilir (Twinley, 2013). Madde kullanımı, kullanıcıların günlük yaşam paternlerinde yer alan, refahlarını ve kimliklerini destekleyen algısal faydalarla birlikte çeşitli anlamlar taşıyan bir okupasyon olarak değerlendirilebilir. Kendini madde kullanıcısı olarak tanımlayan bir birey madde kullanmanın kendisine kişisel bir kimlik duygusu kazandırdığını düşünebilir (Fraser, 1988).

Madde kullanımı ayrıca artan sosyal bağlılık ve özgüvenin yanı sıra özgürlük duygusuyla da ilişkilendirilmiştir. Madde kullanımı bireyin yaşadığı olumsuz duygulardan kaçma, sosyal bağlantılar kurma ve aidiyet duygusu hissetme ihtiyacını karşılar. Tüm bu durumlar ise madde kullanımının, sağlıksız ve olumsuz etkilerine rağmen bireylerin iyi olma hissine çeşitli şekillerde katkıda bulunan bir okupasyon olduğunu düşündürür (Guyonnet et al., 2023). Yapılan bir kapsam inceleme çalışması, okupasyon olarak esrar kullanımının kullanıcılar açısından anlamını incelemiştir. Kullanıcı algılarına göre esrar kullanımı onların günlük yaşam rutinlerini gerçekleştirmelerine yardım eden, ağrı durumunu azaltan, kaygı ve sıkıntılı ruh halini gideren, okupasyonlara katılımının önünü açan, sosyal bağlantılar kurmalarını ve aidiyet hissi geliştirmelerini sağlayan anlamlı bir okupasyondur (Guyonnet et al., 2023). Okupasyonun karanlık tarafı olarak nitelendirilen bu eylemleri okupasyon olarak kabul etmek önemlidir. Bir kişinin okupasyonlarının karanlık tarafını keşfetmek ve bu okupasyonun altında yatan, onunla ilişkili değerler, ilgiler, motivasyonlar, beceriler, yetenekler, kapasiteler, roller, anlamlar ve memnuniyet düzeyleri hakkında bir anlayış kazanmak mümkün hale gelir (Twinley, 2013). MKB tedavi programında görev alan ergoterapistler bu bakış açısı ile yaklaşarak, madde kullanımını azaltmaya ya da bırakmaya çalışan bireylerin, madde kullanımından bağımsız, bu okupasyonların dışında sağlıklı yeni okupasyonlar geliştirmelerine, sosyal bağlantılarını yeniden inşa etmelerine ve kimlik yapılarını dönüştürmelerine destek olabilirler. Bu nedenle, bireylerin madde kullanımına yükledikleri anlamı anlamak, zararlı etkilerini azaltmalarına, sağlıklarını, refahlarını ve topluma katılımlarını desteklemek için bireylerin madde kullanımlarını yönetmelerine yardımcı olmak açısından uzmanlar için kritik önem taşımaktadır (Guyonnet et al., 2023).

### 2.2.3 Okupasyonel Yoksunluk ve Madde Kullanım Bozukluğu İlişkisi

Bireylerin yalnızca çevreleriyle değil, aynı zamanda kişisel kimlikleri, değerleri ve rollerini şekillendiren okupasyonlarıyla da derin bir etkileşim içinde oldukları, ergoterapinin önemli konuları arasındadır (Wasmuth et al., 2014). Madde kullanımı da bireyin yaşamını derinden etkileyen, rollerini ve kimiliğini yeniden inşa etmesine neden olan, kişinin anlam bulduğu okupasyonudur. MKB ile mücadele eden bireylerin yaşamları bozuklukları etrafında şekillenir ve bu durum bireyin yaşamı boyunca üstesinden gelmesi gereken birçok zorluk yaratır. MKB'li bireyler, MKB'li olmayan genel nüfusa kıyasla daha az iyi hissettiklerini ve MKB'den muzdarip olmadan önce katıldıkları aktivitelerde önemli bir azalma olduğunu bildirmişlerdir (Hoxmark et al., 2012). MKB'li bireyler, bağımlılıklarının hayatlarında öncelikli olması nedeniyle pek çok anlamlı aktiviteye katılamadıkları için sıklıkla okupasyonel yoksunluklar yaşamaktadır. Bu nedenle bağımlılık dışındaki farklı okupasyonlara katılım engellendiğinde bağımlılıkların okupasyonların yerini alma ihtimali yükselebilmektedir (Wasmuth et al., 2016a).

Mevcut çalışmalar, iyileşmenin ilk yılında bağımlılığı olan kişilerin %90'ında bağımlılığın nüksettiğini göstermiştir. Ayrıca tedavi gören kişilerin %60'ının da tedaviden memnun olmadıkları için verilen hizmetleri bıraktıkları bildirilmiştir (Bart, 2012; Shumway et al., 2013). Madde kullanımı veya bağımlılığın bir okupasyon olarak kavramsallaştırılması, yüksek nüks oranları ve düşük tedavi sürekliliği ile ilişkilendirilebilecek iyileşme sürecine yönelik bazı potansiyel engellerin anlaşılmasına katkı sağlayabilir. Bağımlılık kişi için bir okupasyon haline gelmişse eğer etkili, kanıta dayalı müdahaleler sağlansa bile, okupasyonel yoksunluk nedeniyle hala bu durum kişi son derece yıkım verici olabilir. Buradaki '**okupasyonel yoksunluk**' kavramı bir zamanlar günlük yaşamın merkezinde yer alan okupasyonlara (bahsedilen bağımlılıklarda dahil) sahip olmama veya bu okupasyonlara katılamama deneyimini ifade eder (Wasmuth et al., 2014). Eğer kişi için bağımlılığın yerine anlamlı okupasyonlar konulamıyorsa meydana gelen okupasyonel yoksunluk, okupasyonel katılımdaki erişim eksikliği nedeniyle yerini tekrardan madde kullanımına ve bağımlılığa bırakabilir. Okupasyonel yoksunluk yaşayan birey için bu durum bağımlılık yaratan yaşam kalıplarının daha anlamlı ve tatmin edici olmasına yol açacaktır. Böylelikle insanın doğasında olan okupasyonu gerçekleştirme ihtiyacı, okupasyonel yoksunluk nedeniyle bağımlılık ile yer değiştirecektir (Alexander, 2010).

Bireyin hayatında bağımlılık dışındaki diğer okupasyonlar azaldıkça, bağımlılık giderek daha fazla zaman ve enerji gerektirebilir. Böylelikle bağımlılık bireyin hayatında artan bir etkiye sahip olabilir (Moyers, 1997).

#### **2.2.4 Madde Kullanım Bozukluğunda Ergoterapinin Rolü**

Ergoterapi Uygulama Çerçevesine (EUÇ-4) göre, Ergoterapistler “fiziksel, psikolojik ve çevresel engeller dahil olmak üzere katılımı ve performansı etkileyen faktörleri de ele almalıdır” (AOTA, 2020). Madde kullanımı ve ilgili bozukluklar katılım ve performansa yönelik engelleyici faktörlerdir. Bu nedenle MKB Ergoterapi değerlendirmesi ve müdahalesinin mantıksal bir odak noktasıdır (Rothman & Jimenez, 2023). MKB'ler bireyin davranış ve duyguları işleme becerisini sınırlandırdığı ve işlev görme becerilerini kısıtladığı için okupasyonel performansı ve katılımı etkiler. Belirli bir ortamdaki performansın, uzun süreli bozulması, anlamlı okupasyonlarda işlev bozukluğuna ve bu okupasyonlardan ayrılmaya yol açar (Rojo-Mota, Pedrero-Pérez, Ruiz-Sánchez de León, et al., 2017). Madde kullanımı, okupasyonel işlevsizliklere, alışkanlıkların ve rutinlerin kontrolünde zorluklara, sosyal katılımda değişimlere, aile ilişkilerinde kopmalara veya onaylanmamaya, uyku düzeninde bozulmalara, kişisel önceliklerde ya da ilgi alanlarında değişikliklere neden olarak bireylerin okupasyonlarını olumsuz yönde etkiler (Rojo-Mota, Pedrero-Pérez, & Huertas-Hoyas, 2017; Rothman & Jimenez, 2023; M. Stone, 2017). Sürekli madde kullanımına bağlı olarak gelişen öncelik değişimi veya motivasyon eksikliği, bireyin işte ya da okulda üretkenlik aktivitelerini gerçekleştirme ve sürdürme becerisini önemli ölçüde olumsuz etkileyebilir. Sağlıklı bir günlük rutine ya da zamanını dolduracak anlamlı okupasyonlara sahip olmayan bireyler, madde kullanımını artırma ya da kötüye kullanma riskinin yanı sıra, mevcut ruh sağlığı durumlarının bozulması riskiyle de karşı karşıya kalabilmektedir (Stoffel & Moyers, 2004). MKB'lerin okupasyonlar üzerindeki etkileri göz önüne alındığında ergoterapistler bu bozuklukların önlenmesi ve tedavisinde önemli roller üstlenebilmektedir.

Ergoterapistler katılımı, yaşam kalitesini, sağlığı ve iyi olma halini geliştirmek için birey merkezli müdahaleler yürütürler. Ergoterapi mesleği, kanıt temelli uygulamaya dayanan bir meslektir. Ergoterapi toplumun ihtiyaçlarına ve gelişimlerine bütüncül bakış açısıyla sürekli şekilde uyum sağlar. Zaman içindeki değişim ve gelişim, mesleğin odağının birey merkezli kalmasını sağlar (AOTA, 2020). EUÇ-4'te

ergoterapistlerin odaklandıkları ve ergoterapi müdahale hedeflerine yönelik 10 adet okupasyonel çıktı tanımlanmıştır (Şekil 2.3).



**Şekil 2.3 Ergoterapistlerin Müdahaleye Yönelik Hedef Çıktı Alanları (AOTA, 2020)**

Hedef çıktılarına odaklanma, ergoterapi müdahale süreci boyunca kendini gösterir. Değerlendirme sırasında ergoterapistler ve danışanlar anlamlı okupasyonlara veya günlük yaşam aktivitelerine katılımı ilgili hedeflenen çıktıları belirlemek için iş birliği yapmaktadır. Bu çıktılar müdahale planının geliştirilmesi için temel oluşturmaktadır (AOTA, 2020; Boop et al., 2020). Müdahalenin uygulanması ve sonuçlarının gözden geçirilmesi sırasında, değişen ihtiyaçlara, bağlamlara ve performans becerilerine uyum sağlamak için belirlenen hedefler değiştirilebilmektedir.

Ergoterapistlerin temel terapötik hedeflerinden biri, MKB yaşayan bireylerin fiziksel, bilişsel ve psikososyal performanslarını geliştirmelerine destek olmaktır. Ergoterapi, bu bireylerin günlük yaşam aktivitelerine katılmalarına, öz savunuculuklarını güçlendirmelerine ve madde kullanım tedavileri sürecinde daha olumlu sağlık sonuçları elde etmelerine katkı sağlamayı amaçlar. Bu doğrultuda, ergoterapistler bireylerin fonksiyonel bağımsızlıklarını artırmaya, yapılandırılmış rutinler oluşturmalarına ve sağlıklı başa çıkma stratejileri geliştirmelerine yardımcı olur. Bununla birlikte, ergoterapistler bireylerin karşılaştıkları engelleri ve zorlukları aşmalarına yardımcı olarak iyileşme sürecini kolaylaştırabilmekte ve okupasyonel

performanslarının artışına katkı sunmaktadır (Doğu & Özkan, 2023; Windisch, 2024). Ergoterapistler, anlamlı okupasyonları terapötik bir müdahale aracı olarak kullanarak bireyin işlevsel bağımsızlığını desteklemeye odaklansalar da MKB olan bireyler için birincil okupasyonun olumsuz ve hatta ölümcül sonuçlara yol açabileceği gerçeği göz ardı edilmemelidir (Wasmuth et al., 2014). Bununla birlikte, ergoterapistler ‘madde bağımlılığı’ kavramının bireysel bir deneyim olduğunu ve hem bu kavramın anlamının hem de günlük yaşam aktiviteleri üzerindeki etkilerinin yalnızca bireyin kendisi tarafından tanımlanabileceğini kabul etmektedirler.

Ergoterapi perspektifine göre, ‘iyileşme’ kavramı yalnızca madde kullanımının sonlandırılmasını değil, aynı zamanda bireyin daha sağlıklı ve işlevsel okupasyonel rollere katılım kapasitesini artırmasını da içermektedir (Narain et al., 2018). Bu bakış açısının temel hedefi, bireyin madde kullanımından önce sahip olduğu yaşam rollerini ve rutinlerini yeniden kazandırarak ya da yeni sağlıklı alışkanlıklar ve rutinler edindirerek bunları sürdürebilmesini sağlamak ve böylece madde kullanımından uzak durma motivasyonunu artırmaktır (Bell et al., 2015). Tedavi sürecinde bireylerin yaşadığı “Okupasyonel Yoksunluk” nedeniyle yaşamda anlam bulma mücadelesi, kimlik ve rol karmaşası, değişim, kayıp ve yok sayılmış irade, MKB yaşayan kişileri olumsuz ruh haline sürükleyebilmektedir. Kişinin yaşadığı bu stresli ve zor durumlar, ayık kalma girişimlerinin başarısızlıkla sonuçlanmasına neden olabilmektedir (Wasmuth et al., 2014). Ergoterapistler MKB ile ilişkili okupasyonları değiştirmek için istihdama ve serbest zamana yönelik müdahaleler uygulayabilmektedir. Bu yaklaşım, bireylerin okupasyonel yoksunluklarını gidermelerine destek olmanın yanı sıra, daha sağlıklı bir yaşam tarzı benimsemelerini ve sürdürülebilir sağlıklı alışkanlıklar ile rutinler geliştirmelerini teşvik etmektedir (Windisch, 2024).

Ergoterapistler, ağrı yönetimi, ilaç yönetimi, stres yönetimi, hedef belirleme, dinlenme ve uyku yönetimi, rutin oluşturma, fiziksel aktivite ve bilişsel davranışçı terapi yoluyla MKB'lerin gelişimini önlemek veya MKB'lerin komplikasyonlarına yönelik tedavi sağlamak için çeşitli terapi stratejileri kullanabilmektedir (Best, 2019). MKB'li bireylerin tedavisinde uygulanan ergoterapi müdahalelerinin incelendiği bir çalışmada, en yaygın müdahale temaları arasında; belirli bir okupasyona yönelik müdahale, günlük yaşam becerileri ve genel okupasyonel becerilere odaklanan beceri eğitimi ile toplum temelli ayık rutin oluşturma uygulamalarının yer aldığı belirtilmektedir (Ryan & Boland, 2021). Başka bir derlemede, kısa müdahaleler,

bilişsel davranışçı terapi, motivasyon stratejileri ve 12 adım programları dahil olmak üzere, MKB’li bireylerin tedavisinde en etkili bulunan dört müdahale tanımlanmakta ve bu müdahalelerin mesleki perspektif ile uygulanması gerektiği vurgulanmaktadır (Stoffel & Moyers, 2004). Ergoterapistler MKB’li bireylerle çalışırken, bireyin güçlü yönlerini barındıran, yapılandırılmış ve kişi için amaçlı aktiviteler aracılığıyla kendine bakım, serbest zaman ve üretkenlik alanları üzerine odaklanarak mevcut durumun yönetimi ve rehabilitasyonunda etkin bir rol üstlenmektedir (Martin et al., 2008).

### **2.2.5 Okupasyonel Denge, Yaşam Kalitesi ve Toplumsal Katılım Kavramları**

Okupasyonel denge, ergoterapi biliminin önem verdiği kavramlar arasında yer almaktadır. Ergoterapi mesleği, sağlığın ve yaşam memnuniyetinin günlük uğraşlar ve bunların dengesi tarafından desteklendiği ve sürdürüldüğü inancı üzerine kurulmuştur, bu da okupasyonel dengeyi ergoterapistlerin ilgi alanının temel bir yönü haline getirmektedir (Håkansson et al., 2019; Wilcock & Hocking, 2024). Okupasyonel dengenin ergoterapi alanında 1927’de Meyer ile başlayan uzun bir geçmişi vardır. Meyer, ‘zorluk altında bile var olması gereken, iş, oyun, dinlenme ve uyku arasındaki denge’ tanımıyla okupasyonel denge kavramını açıklamıştır (Meyer, 1977). 2012 yılında yapılan bir kavram analizinde okupasyonel denge, bireyin yeterli miktarda okupasyona sahip olduğu ve okupasyonlar arasında doğru çeşitlilik olduğuna dair algısı olarak tanımlanmıştır (Wagman et al.2012). Farklı bir tanımda ise okupasyonel denge kişisel olarak tatmin edici günlük okupasyon döngüsü olarak açıklanmıştır (Christiansen C., 1996). Okupasyonların optimal ve uyumlu dengesi ise bireye özgüdür (Hakansson et al.2006). Yapılan bir literatür incelemesi çalışmasında okupasyonel dengenin göstergesi olarak 3 ana tema bildirilmiştir. Okupasyonel dengenin göstergeleri ile ilgili bildirilen temalar şu şekildedir:

1. *Okupasyonlar arasında harmoninin (uyum ve çeşitlilik) varlığı*
2. *Dahil olunan okupasyon miktarını yönetme becerisine ve kaynaklarına sahip olma*
3. *Değerlerle ve kişisel anlamla uyumlu okupasyonlara katılım*

Bu üç tema okupasyonel dengenin sağlanması ve sürdürülmesi için önem teşkil etmektedir.

Okupasyonlar arasındaki denge kişisel sağlık, mutluluk ve refahla olumlu

yönde ilişkilidir (Law, 2001). Okupasyonel dengenin sağlık ve bireylerin yaşam doyumu üzerindeki etkisinden dolayı, okupasyon alanlarındaki herhangi bir dengesizlik sağlığı etkileyebilir (Rodríguez-Rivas et al., 2022; To-Miles et al., 2022; Yu et al., 2018). Okupasyonel dengesizlik, bireyin günlük yaşam aktivitelerinde aşırı meşguliyet ya da yeterli düzeyde meşgul olmama durumunu ifade eder ve "okupasyonların dengesizliği veya orantısızlığı" olarak tanımlanır. Örneğin, bir iş için çok fazla zaman ayırmak, sadece yapmak istemediğiniz şeyleri yapmak veya sürekli dinlenmek bir tür Okupasyonel dengesizliktir. Bu durum, kişinin anlamlı ve dengeli bir yaşam sürdürmesini engelleyerek fiziksel, zihinsel ve duygusal iyi oluşu olumsuz etkileyebilir (Anaby et al., 2010; Cha, 2022; Wilcock & Hocking, 2015). Okupasyonlar arasında iyi bir denge sağlamak için önemli olan unsurlar arasında zaman kullanımı yer alır. Zamanı gün içinde uygun bir dağılımda gerekli aktiviteler için kullanmak okupasyonel dengesizliğin önüne geçebilir (Cha, 2022). Madde kullanımı, zamanın etkili bir şekilde yönetilmesini, anlamlı günlük aktivitelerde yer almayı ve temel yaşam rollerini yerine getirmeyi önemli ölçüde zorlaştırarak okupasyonel dengesizliklere yol açmaktadır (M. Stone, 2017). Literatürde okupasyonel dengenin yaşam kalitesiyle ilişkili olduğu bildirilmiş ve yaşam dengesi konusunda daha fazla farkındalığın, daha iyi sağlık durumu ve yaşam kalitesi ile bağlantılı olduğu gösterilmiştir (Ramos et al. 2015).

WHO, yaşam kalitesini, bireyin içinde bulunduğu kültürel ve değer sistemleri çerçevesinde, hedefleri, beklentileri, standartları ve kaygıları doğrultusunda yaşamındaki konumuna dair algısı olarak tanımlamaktadır (WHO, 1995). WHO'ya göre yaşam kalitesi tam fiziksel, ruhsal ve sosyal iyilik hali olup, yalnızca hastalığın yokluğuyla elde edilmez, aynı zamanda bireysel algılara, deneyimlere ve beklentilere göre büyük ölçüde öznel olarak değişebilir (Skevington et al., 2004). Yaşam kalitesi, bireyin fiziksel sağlığı, ruh hali, bağımsızlık düzeyi, sosyal ilişkileri, kişisel inançları ve çevresindeki önemli unsurlarla olan ilişkisi tarafından karmaşık bir şekilde etkilenen geniş kapsamlı bir kavramdır (Cai et al., 2021). Kronik ve akut hastalıklar, fiziksel sağlık, ruhsal ve sosyal iyilik hali de dahil olmak üzere bireyin genel yaşam kalitesini önemli ölçüde etkilerken, ilişkileri ve sosyal aktivitelere anlamlı katılımı da yaşam kalitesini etkiler (Saitz et al., 2008). MKB'li kişilerde ise yaşam kalitesi temel olarak genel popülasyona göre daha düşüktür ve neredeyse farklı kronik hastalıkları veya ciddi psikiyatrik bozuklukları olan kişilerle aynı düzeydedir (Muller et al., 2016).

MKB'li bireylerdeki düşük yaşam kalitesinin sürekli madde kullanımına neden olabileceği bildirilmiştir (Kelly et al., 2018; Stevanovic et al., 2015). MKB'nin birçok işlevsel alanda ciddi bozukluklarla doğrudan ilişkili olduğu görülmektedir. Özellikle bireylerin bilişsel işlevselliği etkilenirken, günlük yaşam aktiviteleri, genel sağlık algısı, iş yaşamı, istihdam durumu ve serbest zaman aktiviteleri de olumsuz yönde etkilenmektedir. MKB'nin neden olabileceği zayıf işlevsellik yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilemektedir (Laudet, 2011). MKB'li bireyler fiziksel sağlık, psikolojik iyilik hali ve sosyal işlevsellik dahil olmak üzere yaşam kalitesi üzerinde etkili olan çeşitli alanlarda düşük yaşam kalitesi bildirmektedir (Lee et al., 2020a; Newman, 2012).

Yaşam kalitesi değerlendirmeleri, bir kişinin günlük yaşamı, yaşam memnuniyeti ve başkalarına göre işlevselliği hakkında bilgi sunarak belirli sağlık koşulları ve bunların tedavisiyle ilgili olarak içgörü sağlar (Bertz et al., 2021; Kluivers et al., 2008). Bireyin yaşam kalitesini etkileyebilecek potansiyel faktörlerin anlaşılması, bireylerin yaşamlarını iyileştirmek için etkili müdahaleler ve destek sistemleri geliştirmek açısından önemlidir (Bratu et al., 2023). Ergoterapistler, istenen ve değer verilen okupasyonlara katılımın insanların hayatlarına anlam ve değer kattığına ve kimliklerini geliştirmelerine olanak tanıdığına inanmaktadır (Christiansen & Bryan, 1999). Yaşam kalitesi kavramı benzer şekilde, hayata anlam katan ve hayatın zenginliğine katkıda bulunan insan varoluşunun boyutlarını kapsar (Schalock, 1990). Bu nedenle, yaşam kalitesi kavramı, ergoterapinin felsefi temeli ve süreciyle uyumludur. Okupasyonel katılım insanların sağlığını ve refahını kolaylaştıran bir araç olarak görülmüştür (Clark, 1998). Ergoterapistler okupasyonlara katılım ile sağlık, iyi olma ve yaşam kalitesi arasındaki güçlü ve doğrudan bağlantıları göstererek bu alanda öncülüğünü devam ettirmektedir (Pizzi & Richards, 2017).

MKB'li kişilerde dikkat edilmesi gereken diğer bir konu ise sosyal ilişkiler ve toplumsal katılımdır. DSM-5'te madde kullanım bozukluklarına yönelik tanı kriterlerinin bir parçası olarak sosyal bozulma kavramı da açıkça ifade edilmektedir (APA, 2022). Nüksetme risk faktörleri genellikle arkadaşlardan veya aileden sosyal destek eksikliği veya sosyal ilişkilerin düşük kalitesi gibi sosyal bileşenleri de içerir (Christie et al., 2021). Toplumsal katılım, topluluk düzeyinde başarılı etkileşim ve iletişimle sonuçlanan aktivitelerde bulunmak olarak tanımlanmaktadır. İşyeri, okul, sosyal medya platformları, dini veya manevi ortamlarda kişinin aile üyeleri, akranları,

komşuları ve iş arkadaşları ile gerçekleştirdiği aktiviteler toplumsal katılım içinde yer almaktadır (Boop et al., 2020). Toplumsal katılım, diğer bireylerle ve daha geniş toplulukla bağlantılar ve etkileşimler içeren bir okupasyondur (E. Lewis & Lemieux, 2021). Toplumsal Katılım, bireylerin toplum veya topluluktaki diğer kişilerle etkileşimde bulundukları anlamlı aktivitelere katılımı olarak da tanımlanabilir. Toplumsal aktiviteler arasında aile ziyaretleri, arkadaşlarla dışarı çıkma, toplulukta gönüllü olma, düğünlere ve sosyal etkinliklere katılma yer alabilir (Levasseur et al., 2010). Toplumsal katılım sırasında meydana gelen karşılıklı etkileşimler, okupasyonlar aracılığıyla bağlantılar oluşturma fırsatı sağlar. Toplumsal katılım, kişisel ve çevresel faktörler arasındaki karşılıklı etkileşimlerden kaynaklanır (Fougeyrollas, 2010; Ratcliffe et al., 2023). Sosyal bağlantılara sahip olmak, başkalarının desteğini almak ve sosyal aktivitelere katılım göstermek toplumsal katılımın kapsamına girer (Bruggencate et al., 2018).

MKB bireylerin sosyal işlevselliğini etkilemekte ve topluma katılımında zorluk oluşturmaktadır (Daley, 2013). MKB olanlar genellikle MKB olmayanların sahip olduğu sosyal desteklerin çoğundan yoksundur (Bohnert et al., 2010). Öte yandan sistematik bir inceleme, MKB olan bireylerin iyileşme sürecinde, kişisel ilişkiler kurmanın ve topluluğa ait olma duygusunun iyileşmeyi kolaylaştırdığını vurgulamıştır (Vigdal et al., 2022). Bu nedenle sosyal topluluklarla bağlantı, MKB'nin ardından iyileşme sürecinde önemli bir rol oynamaktadır (Groh et al., 2008).

MKB'li kişiler dışlanmaya ve damgalanmaya karşı savunmasızdır. Sosyal dışlanma ve eşitsizlikten dolayı bireylerde ruh sağlığı sorunları görülmektedir (van Draanen et al., 2020). Toplumsal katılım, bireylerin onurlu bir yaşam sürdürebilmesi için sosyal gruplara, kamusal ve toplumsal alanlara dahil olmasını ve bu alanlarda söz sahibi olmasını içerir. Bu süreç, hastalık, şiddet, toplumsal adaletsizlik, sosyoekonomik eşitsizlik, dışlanma ve baskı gibi olumsuzluklarla mücadele etmeyi de kapsar (da Silva & Oliver, 2021).

### 3. GEREÇ VE YÖNTEM

#### 3.1 Araştırmanın Tipi:

Araştırmamız MKB olan ve olmayan genç yetişkinlerde okupasyonel denge, yaşam kalitesi ve toplumsal katılımı karşılaştırmak ve MKB olan genç yetişkinlerde bu değişkenler arasındaki ilişkiyi incelemek amacıyla tanımlayıcı, kesitsel ve karşılaştırmalı düzende planlanmış nicel bir çalışmadır.

#### 3.2 Çalışmanın Evreni ve Örneklemi:

Bu araştırmaya, MKB tanısı almış bireyler ile genel popülasyondan MKB tanısı olmayan bireyler dahil edilmiştir. G\*Power 3.1.9.7 programı ile yapılan güç ve örneklem büyüklüğü analizinde 0,05 alfa hata payı ve %80 çalışma gücü ile araştırma ve kontrol grubunun her birine en az 51 kişinin dahil edilmesi gerektiği bulunmuştur. Çalışmamıza ise 78 MKB olan ve 84 MKB olmayan toplamda 162 kişi dahil edilmiştir (Balhara et al., 2017).

#### 3.3 Verilerin Toplanması

Çalışmanın araştırma grubunu MKB tanısı almış bireyler oluşturmaktadır. MKB tanılı katılımcılara ulaşmak için iki farklı yol izlenmiştir. İstanbul Büyükşehir Belediyesi Bağımlılıkla Mücadele ve Rehabilitasyon Şube Müdürlüğüne bağlı Sosyal Uyum Destek Merkezleri (SUDEM) aracılığıyla veri toplama süreci yürütülmüştür. SUDEM merkezlerinde görev yapan ergoterapistler ile görüşmeler yapılarak araştırma kriterlerine uygun bireyler belirlenmiştir. Bunun yanı sıra SUDEM dışında çeşitli kurumlarda MKB tanılı bireyler ile çalışan sağlık uzmanları ile iletişime geçilerek bu uzmanların takip ettikleri danışanlar üzerinden de katılımcı temini sağlanmıştır. 5 ayrı SUDEM merkezinden ulaşılan MKB tanılı kişiler için merkezlerde bulunan ergoterapistlerden destek alınmıştır. 5 ergoterapist veri toplama süreci hakkında bilgilendirilmiştir. Anketlerin doğru ve etkin bir biçimde uygulanması için ergoterapistlere anketlerin uygulanışı eğitimi verilmiştir.

MKB olmayan bireyler ise kontrol grubunu oluşturmaktadır. Bu bireylere Biruni Üniversitesinden ulaşılmıştır. Veri toplama süreci, 10 Ekim 2024 ile 10 Mayıs 2025 tarihleri arasında, toplam yedi ayda tamamlanmıştır. Çalışmaya ilişkin veriler form ve anketler kullanılarak elde edilmiştir. Çalışmanın gerçekleştirilmesi için

gerekli kurum ve ölçek kullanım izinleri alınmıştır (EK1). Anket uygulamaları, katılımcılarla yüz yüze görüşmeler yoluyla gerçekleştirilmiştir. Katılımcıların bilgilendirilmiş onamları (EK2) alındıktan sonra, değerlendirme araçları aracılığıyla veri toplama işlemi gerçekleştirilmiştir.

### **3.4 Etik Onay**

Araştırmanın yapılabilmesi için T.C Biruni Üniversitesi Girişimsel olmayan Bilimsel Araştırmalar Etik kurulundan 24.01.2024 tarihinde 2024/86-53 etik kurul karar numarası ile etik kurul onayı alınmıştır. Tez başlığının değiştirilmesin ardından 2024-BİAK/11-32 karar numarası ile etik kurul onayı yeniden alınmıştır (EK 3).

### **3.5 Katılımcıların Seçilmesi**

#### **3.5.1 Dahil Etme Kriterleri:**

##### **A-Araştırma Grubu**

- Madde kullanım bozukluğu tanısı almış olmak (DSM-V Kriterlerine göre)
- 18-40 yaş arasında erkek ve kadın bireyler
- Çalışmaya katılmak için gönüllü olmak

##### **B-Kontrol grubu**

- 18-40 yaş arasında erkek ve kadın bireyler
- Çalışmaya katılmak için gönüllü olmak

#### **3.5.2 Hariç Tutma Kriterleri**

##### **A-Araştırma Grubu**

- Alkol/madde etkisi, yoksunluğu, entoksikasyonu veya deliryum tremens döneminde bulunma (Madde etkisinde veya madde yoksunluğunda olma)

##### **B-Kontrol Grubu**

- Herhangi bir psikiyatrik/psikolojik tanısı olmak
- Herhangi bir madde kullanıyor / kullanmış olmak

### **3.6 Veri Toplama Araçları:**

#### **3.6.1 Sosyodemografik Bilgi Formu**

Katılımcının yaş, cinsiyet, eğitim düzeyi, medeni hali, çalışma durumu gibi demografik bilgilerinin ve madde kullanım bozukluğuna ilişkin, madde kullanım süresi, yaşı, madde kullanımına ilişkin sosyal ilişkilerinin durumu, madde kullanımı nedeniyle etkilenen eğitim ve iş yaşamının durumu, madde kullanmadığı en uzun gün sayısı ve eşlik eden psikiyatrik tanılarının varlığı gibi durumların sorgulanmasını içeren sorulardan oluşmaktadır (EK4).

#### **3.6.2 Aktivite Rol Dengesi Anketi (Okupasyonel Denge Anketi)**

Okupasyonel dengeyi farklı boyutlarıyla değerlendiren, bireyin kendi algısına dayalı bir ölçektir (Farhadian, et al., 2024; Wagman et al., 2024; Morville et al., 2024; Larsson et al., 2024). Bu ölçeğin temel amacı, kişinin günlük yaşamındaki aktivitelerin miktarı ve çeşitliliği doğrultusunda memnuniyet seviyesini belirlemek ve buna bağlı olarak okupasyonel dengeyi değerlendirmektir. 2014 yılında Wagman ve Hakansson tarafından geliştirilen ölçek, 2019 yılında Günel ve çalışma arkadaşları tarafından Türkçeye uyarlanmıştır. Ölçekteki her madde, "kesinlikle katılmıyorum (0)" ile "kesinlikle katılıyorum (3)" arasında değişen 4'lü Likert tipi bir ölçek kullanılarak puanlanmaktadır. Toplam skor, tüm maddelerin puanlarının toplanmasıyla elde edilir ve 0 ile 33 arasında değişmektedir. Yüksek puanlar, daha iyi bir okupasyonel dengeyi işaret etmektedir (Günel ve ark., 2020) (EK5).

#### **3.6.3 Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği -Kısa Formu (WHOQOL-BREF)**

Dünya Sağlık Örgütü tarafından yaşam kalitesini belirlemek amacıyla geliştirilen ölçeğin geçerlilik ve güvenilirlik çalışmaları Eser ve arkadaşları tarafından gerçekleştirilmiştir. Ölçek, uzun form ve kısa form olmak üzere iki farklı versiyona sahiptir. Ölçek, bireyin fiziksel, psikolojik, sosyal ve çevresel iyilik halini değerlendirmekte olup toplam 26 sorudan oluşmaktadır (Bratu et al., 2023; Wang et al., 2020; Singh et al., 2018). Türkiye uyarlamasında eklenen 27. soru, ulusal soru olarak eklenmiştir. Ölçekten alınan puanın yükselmesi yaşam kalitesi düzeyinin arttığını göstermektedir (Eser ve ark., 1999).

Ölçekte yer alan dört temel alan aşağıdaki şekilde tanımlanmaktadır:

|                          |                                                                                                                                                  |
|--------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Fiziksel Sağlık:</b>  | Günlük aktiviteleri sürdürebilme, enerji düzeyi, uyku, ağrı ve çalışma kapasitesi gibi fiziksel sağlıkla ilgili durumları kapsar.                |
| <b>Psikolojik:</b>       | Bireyin duygu durumu, yaşamdan zevk alma, kendini kabul etme ve düşünsel yapılarla ilgili değerlendirmeleri içerir.                              |
| <b>Sosyal İlişkiler:</b> | Kişiler arası ilişkiler, sosyal destek ve cinsel yaşamla ilgili doyum düzeylerini değerlendirir.                                                 |
| <b>Çevre:</b>            | Güvenlik, maddi kaynaklar, sağlık hizmetlerine erişim, serbest zaman olanakları, fiziksel çevre koşulları ve ulaşım ile ilgili unsurları kapsar. |

Ölçek açık erişimli bir ölçektir (EK6).

#### **3.6.4 Yetiyitimi Değerlendirme Çizelgesi (WHODAS– II)**

Dünya Sağlık Örgütü tarafından, bireylerin genel işlevselliğini ve yetiyitimini değerlendirmek amacıyla geliştirilen WHODAS-II, tıbbi tanıdan bağımsız olarak bireylerin toplumsal yaşama katılımındaki kısıtlılıklarını ölçen 36 maddelik bir görüşme ölçeğidir (Federici, et al., 2009; Galindo-Garre et al., 2015; Guilera et al., 2012). Değerlendirme sürecinde çevresel faktörler de dikkate alınmaktadır. Ölçek, altı farklı alanı kapsamaktadır. “Anlama ve iletişim”, “Hareket”, “Kendine Bakım”, “İnsan İlişkileri”, “Yaşam Aktiviteleri”, “Toplumsal Katılım” alanlarından oluşmaktadır. Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Uluğ ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (Uluğ ve ark., 2001) (EK7). Aşağıda ölçek alanları ve sorguladığı alanlar özet şeklinde yer almaktadır.

|                                        |                                                                                                   |
|----------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>1.ALAN:</b><br>(Anlama ve İletişim) | Bilgiyi kavrama, konsantrasyon, iletişim kurma ve yeni şeyler öğrenme becerileri.                 |
| <b>2.ALAN:</b><br>(Hareket)            | Yürüme, yer değiştirme, merdiven çıkma gibi fiziksel hareketlilikle ilgili beceriler.             |
| <b>3.ALAN:</b><br>(Kendine Bakım)      | Yeme, giyinme, kişisel temizlik, yalnız kalma ve günlük bakım aktivitelerini sürdürme becerileri. |

|                                        |                                                                                                        |
|----------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>4.ALAN:</b><br>(İnsan İlişkileri)   | Diğer insanlarla etkileşim kurma, arkadaşlık ilişkileri ve duygusal bağları sürdürebilme becerileri    |
| <b>5.ALAN:</b><br>(Yaşam Aktiviteleri) | Ev işleri, okul, iş gibi günlük yaşam görevlerindeki rolleri yerine getirme becerileri                 |
| <b>6.ALAN:</b><br>(Toplumsal Katılım)  | Toplum içindeki roller, sosyal etkinliklere katılım ve dış çevreyle etkileşimde yaşadığı kısıtlılıklar |

### 3.7 Veri Analizi

Araştırma verilerinin analizinde IBM SPSS Statistics 24.0 paket programı kullanılmıştır. Numerik verilerin tanımlayıcı istatistikleri kapsamında verilerin ortalama, standart sapma (Ort.  $\pm$  SS), minimum ve maksimum (Min-Maks) ile kategorik değişkenlerin tanımlayıcı istatistikleri ise frekans (Yüzde %) ile incelenmiştir. Araştırma kapsamında verilerin dağılım özelliklerini belirlemek amacıyla normallik analizleri gerçekleştirilmiştir. Bu doğrultuda, her bir değişkenin normallik varsayımını karşılayıp karşılamadığı Shapiro-Wilk testi ile değerlendirilmiştir. Buna ek olarak, çarpıklık (skewness) ve basıklık (kurtosis) değerleri de normallik dağılımına karar vermek için incelenmiştir.. WHOQOL-BREF ölçeği çevre alt boyutu hem araştırma hem de kontrol grubunda normal dağılım gösterdiği için grup karşılaştırmaları için bağımsız gruplar-t testi kullanılmıştır. Diğer tüm verilerin normal dağılmadığı tespit edilmiş olup, gruplar arası okupasyonel denge, yaşam kalitesi ve toplumsal katılım değişkenlerinin karşılaştırılmasında Mann–Whitney U testi kullanılmıştır. Değişkenler arasındaki ilişkileri belirlemek amacıyla Spearman korelasyon analizi uygulanmıştır. Spearman korelasyon katsayıları 0.00–0.19: çok zayıf, 0.20–0.39: zayıf, 0.40–0.59: orta düzeyde, 0.60–0.79: güçlü ve 0.80–1.00: çok güçlü ilişki olarak yorumlanmıştır. İstatistiksel anlamlılık düzeyi  $p < 0.05$  olarak kabul edilmiştir.

## 4. BULGULAR

**Tablo 4.1 Demografik Bilgiler ve Gruplar Arası Karşılaştırmalar**

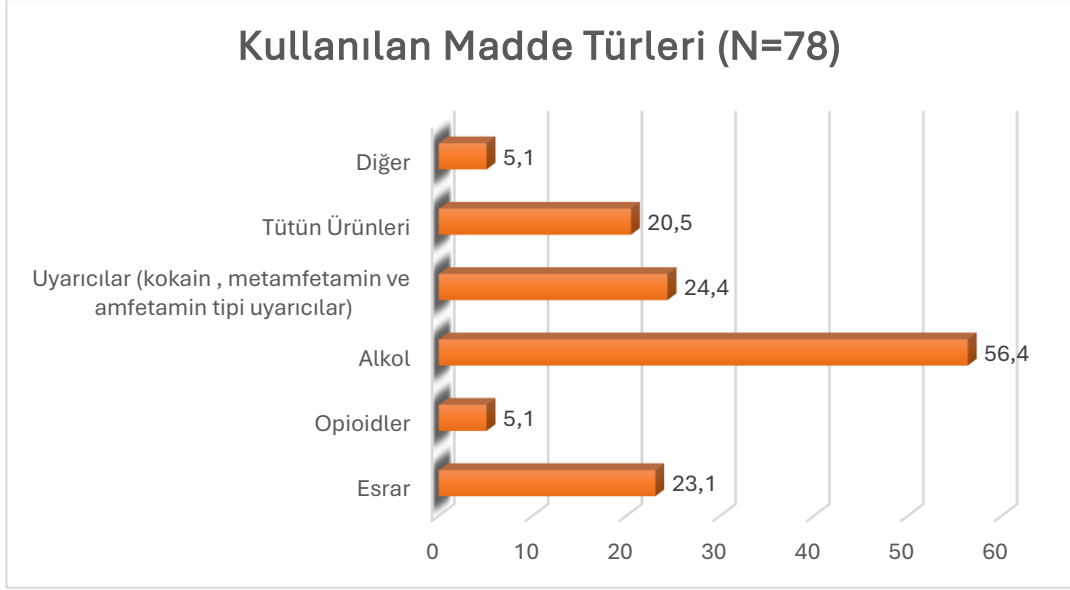
|                                       | Araştırma Grubu<br>(N=78)<br>Ort. ± SS | Kontrol Grubu<br>(N=84)<br>Ort. ± SS | Test<br>İstatistiği<br>$\chi^2$ / U | p-Değeri |
|---------------------------------------|----------------------------------------|--------------------------------------|-------------------------------------|----------|
| <b>Yaş (Yıl)</b>                      | 26,8 ± 5,69                            | 23,5 ± 3,66                          | U=2142                              | 0.001    |
| <b>Madde Kullanımına başlama yaşı</b> | 19,4 ± 5,54                            | -                                    | -                                   | -        |
| <b>Madde kullanma süresi (Yıl)</b>    | 7,19 ± 5,16                            | -                                    | -                                   | -        |
|                                       | Araştırma Grubu<br>(N=78)<br>N (%)     | Kontrol Grubu<br>(N=84)<br>N (%)     |                                     |          |
| <b>Cinsiyet</b>                       |                                        |                                      | $\chi^2=1.85$                       | 0.174    |
| Erkek                                 | 57 (73,1)                              | 53 (63,1%)                           |                                     |          |
| Kadın                                 | 21 (26,9)                              | 31 (36,9%)                           |                                     |          |
| <b>Medeni Durum</b>                   |                                        |                                      | $\chi^2= 9.98$                      | 0.007    |
| Bekar                                 | 62 (79,5%)                             | 79 (94%)                             |                                     |          |
| Evli                                  | 9 (11,5%)                              | 5 (6%)                               |                                     |          |
| Boşanmış/ayrı yaşıyor                 | 7 (9%)                                 | 0 (0%)                               |                                     |          |
| <b>Eğitim Düzeyi</b>                  |                                        |                                      | $\chi^2=59.9$                       | 0.001    |
| Okur-Yazar                            | 2 (2,6%)                               | 0 (0%)                               |                                     |          |
| İlkokul Mezunu                        | 7 (9%)                                 | 0 (0%)                               |                                     |          |
| Ortaokul Mezunu                       | 7 (9%)                                 | 0 (0%)                               |                                     |          |
| Lise Mezunu                           | 17 (21,8%)                             | 2 (2,4%)                             |                                     |          |
| Lisans/Ön lisans Öğrencisi            | 17 (21,8%)                             | 66 (78,6%)                           |                                     |          |
| Üniversite Mezunu ve Üzeri            | 28 (35,9%)                             | 16(19%)                              |                                     |          |
| <b>Gelir Düzeyi</b>                   |                                        |                                      | $\chi^2= 8.60$                      | 0.014    |
| Düşük                                 | 21 (26,9)                              | 8 (9,5)                              |                                     |          |
| Orta                                  | 42 (53,8)                              | 59 (70,2)                            |                                     |          |
| Yüksek                                | 15 (19,2)                              | 17(20,2)                             |                                     |          |
| <b>Çalışma Durumu</b>                 |                                        |                                      | $\chi^2= 25.2$                      | <0.001   |
| Düzensiz çalışıyorum                  | 14 (17.9%)                             | 7 (8.3%)                             |                                     |          |
| Düzenli Çalışıyorum                   | 37 (47.4%)                             | 15 (17.9%)                           |                                     |          |
| Çalışmıyorum                          | 27 (34.6%)                             | 62 (73.8%)                           |                                     |          |

Ort. ± SS: Ortalama ve Standart Sapma ,N: Birey Sayısı , (%): Yüzde ,  $\chi^2$ : Ki-Kare Testi , U: Mann-Whitney U Testi

Araştırma ve kontrol gruplarının yaş ortalama ve standart sapma değerleri sırasıyla  $26,8 \pm 5,69$  ve  $23,5 \pm 3,66$  yıl olarak bulunmuştur. Araştırma grubunda madde kullanımına başlama yaşı ortalaması ve standart sapma değeri  $19,4 \pm 5,54$  yıl iken, ortalama madde kullanma süresi  $7,19 \pm 5,16$  yıl olarak saptanmıştır. Kontrol grubunda bu iki değişken değerlendirilmemiştir. Cinsiyet dağılımı incelendiğinde, araştırma grubunun %73,1'i erkek, %26,9'u kadın; kontrol grubunun ise %63,1'i erkek, %36,9'u kadındır. Medeni durum açısından, araştırma grubunun %79,5'i bekar, %11,5'i evli ve %9'u boşanmış/ayrı yaşayan bireylerden oluşurken; kontrol grubunda %94'ü bekar, %6'sı evlidir, boşanmış birey bulunmamaktadır (Tablo 4.1).

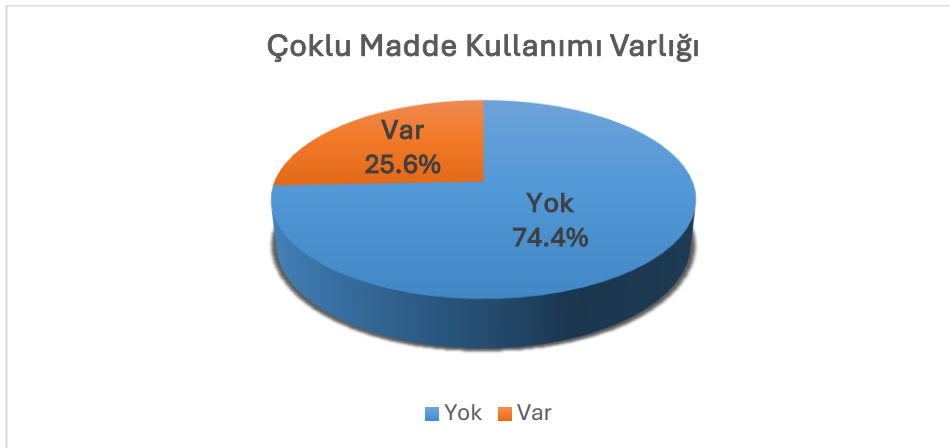
Eğitim düzeyi dağılımı araştırma grubunda şu şekildedir: %2,6'sı okur-yazar, %9'u ilkokul, %9'u ortaokul, %21,8'i lise mezunu, %21,8'i lisans/önlisans öğrencisi, %35,9'u üniversite mezunu ve üzeri düzeydedir. Kontrol grubunun büyük çoğunluğu (%78,6) lisans/önlisans öğrencisi olup, %19'u üniversite mezunu ve üzeri, %2,4'ü lise mezunudur. Gelir düzeyi açısından, araştırma grubunun %26,9'u düşük, %53,8'i orta, %19,2'si yüksek gelir düzeyindedir. Kontrol grubunun ise %9,5'i düşük, %70,2'si orta ve %20,2'si yüksek gelir düzeyine sahiptir. Çalışma durumu açısından bakıldığında, araştırma grubundaki bireylerin %17,9'u düzensiz, %47,4'ü düzenli çalışmakta, %34,6'sı ise çalışmamaktadır. Kontrol grubunda ise %8,3'ü düzensiz, %17,9'u düzenli çalışmakta ve %73,8'i çalışmamaktadır (Tablo 4.1).

Araştırma ve kontrol gruplarının sosyodemografik değişkenlere göre dağılımları ve istatistiksel karşılaştırmaları incelendiğinde; Gruplar arasında yaş değişkeni açısından yapılan Mann-Whitney U testi sonucuna göre istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu saptanmıştır ( $U = 2142, p < .001$ ). Cinsiyet açısından yapılan Ki-kare testi sonucunda gruplar arasında anlamlı fark bulunmamıştır ( $\chi^2 = 1.85, p = 0.174$ ). Medeni durum değişkeni açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark gözlenmiştir ( $\chi^2 = 9.98, p = 0.007$ ). Eğitim düzeyi değişkenine göre yapılan karşılaştırmada gruplar arasında anlamlı fark olduğu bulunmuştur ( $\chi^2 = 59.9, p < .001$ ). Gelir düzeyi açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ( $\chi^2 = 8.60, p = 0.014$ ). Çalışma durumu değişkeni açısından yapılan analiz sonucunda da gruplar arasında anlamlı fark elde edilmiştir ( $\chi^2 = 25.2, p < .001$ ) (Tablo 4.1).



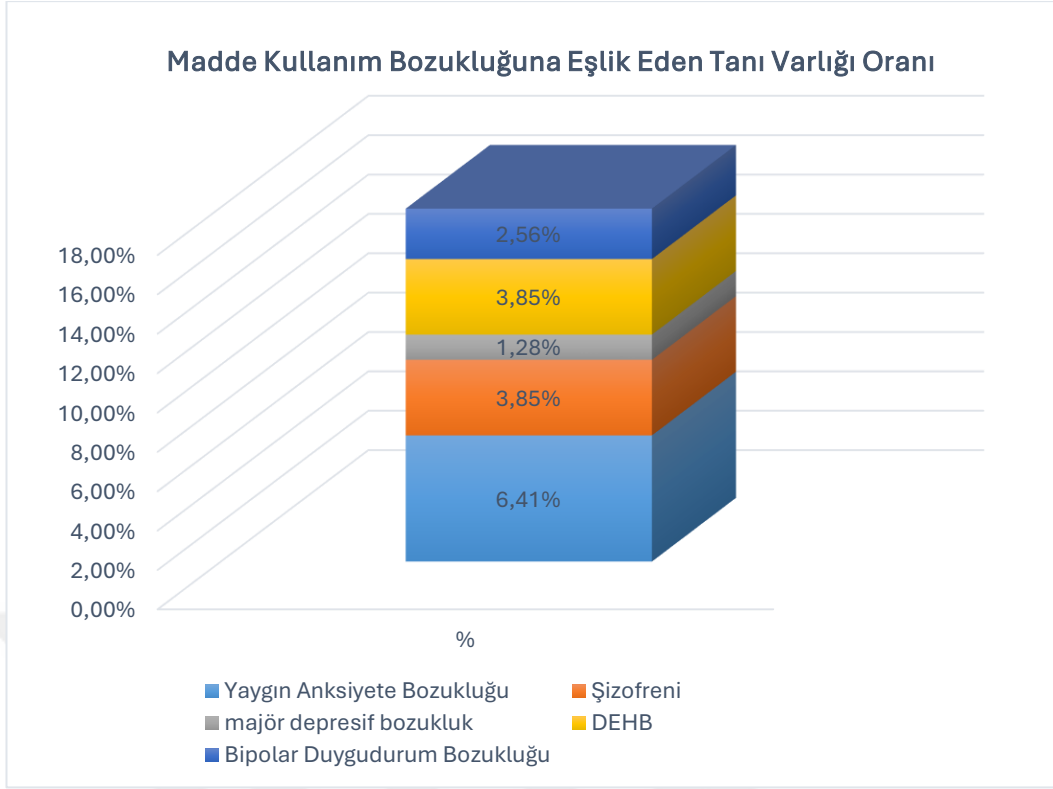
**Şekil 4.1 Araştırma Grubu Katılımcılarının Kullandıkları Madde Türleri**

MKB tanısı almış bireylerin kullandıkları madde türlerine ilişkin dağılım Şekil 4.1’de sunulmuştur. Katılımcıların birden fazla madde kullandığı dikkate alındığında toplam oran %100’ü aşmaktadır. En sık bildirilen madde türü alkol (%56,4) olup, bunu sırasıyla esrar (%23,1), tütün ürünleri (%20,5), uyarıcılar (kokain ve amfetamin türevleri) (%16,7) ve Uyarıcılar(metamfetamin) (%7,7) izlemektedir. Toplam uyarıcı kullanımı %24,4’tür. Opioid kullanım oranı ise %5,1’dir. Katılımcıların %5,1’i ise sayıca düşük sıklıkta yer alan inhalan (örneğin tiner), benzodiazepin grubu ilaçlar ve DSM-5’te “diğer madde kullanım bozuklukları” başlığı altında değerlendirilebilecek maddeleri kullanmakta olup, bu maddeler analizde “diğer” başlığı altında birleştirilmiştir.



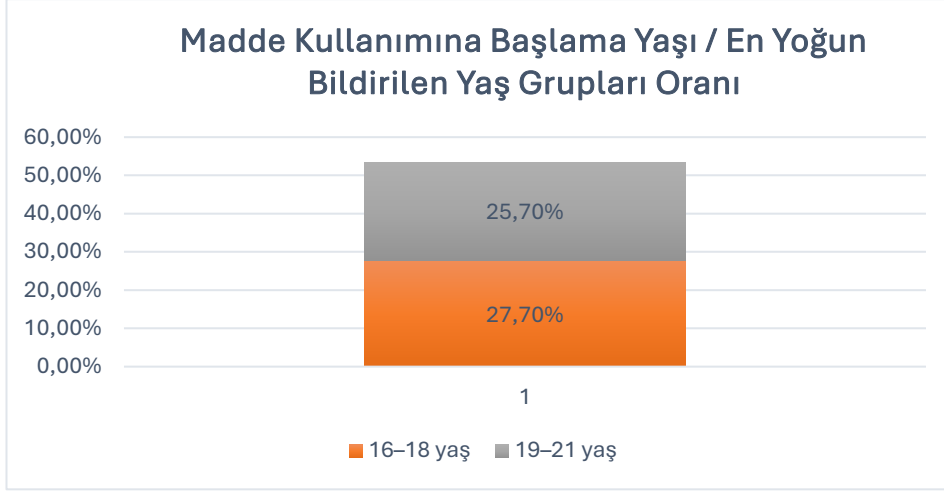
**Şekil 4.2 Araştırma Grubu Çoklu Madde Kullanımı Oranı**

Katılımcıların %25,6’sında çoklu MKB varlığı saptanırken, %74,4’ünde sadece tek bir maddeye yönelik kullanım öyküsü bulunmaktadır (Şekil 4.2).



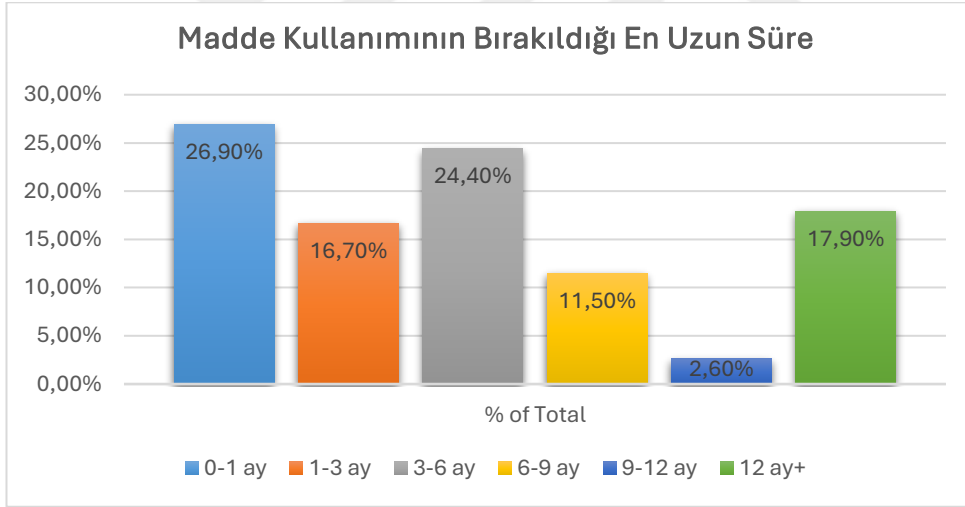
**Şekil 4.3 MKB'ye Eşlik Eden Tanıların Varlığı**

MKB tanısı olan toplam 78 katılımcının 14'ünde (%17,95) en az bir psikiyatrik eş tanı bildirilmiştir. Katılımcıların %6,41'inde (n=5) Yaygın Anksiyete Bozukluğu, %3,85'inde (n=3) Şizofreni, %3,85'inde (n=3), DEHB, %2,56'sında (n=2) Bipolar Duygudurum Bozukluğu ve %1,28'inde (n=1) Majör Depresif Bozukluk eşlik eden tanı olarak yer almıştır. Bu bulgular, örnekleimde madde kullanım bozukluğu ile birlikte bazı psikiyatrik bozuklukların da görülebildiğini ortaya koymaktadır.



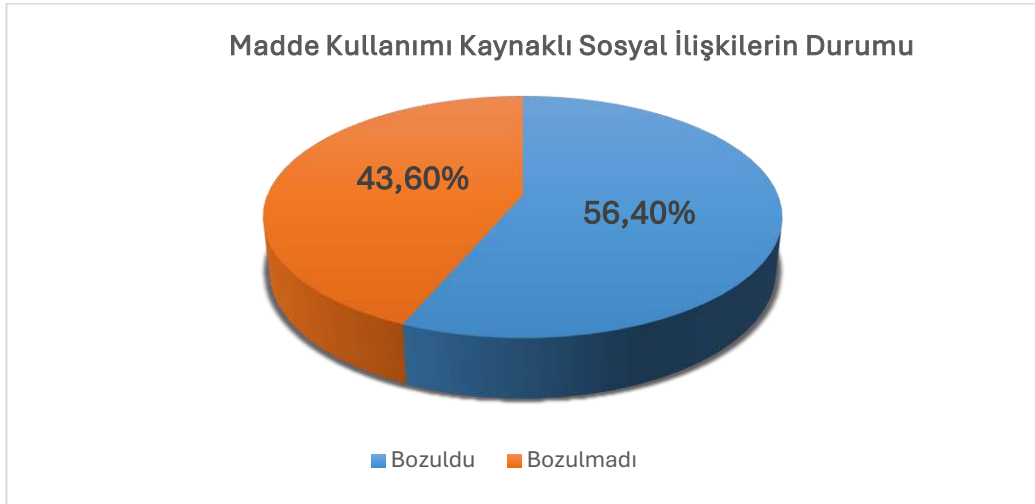
**Şekil 4.4 Madde Kullanımına Başlama Yaşı / En Yoğun Bildirilen Yaş Grupları Oranı**

MKB tanısı almış bireylerin ilk madde kullanımına başlama yaşı ortalaması 19,4 olarak bulunmuştur. Katılımcıların %27,7'si 16-18 yaş aralığında, %25,7'si ise 19-21 yaş aralığında madde kullanmaya başladığını bildirmiştir. Katılımcıların yarısından fazlası belirtilen yaş grupları arasındadır.



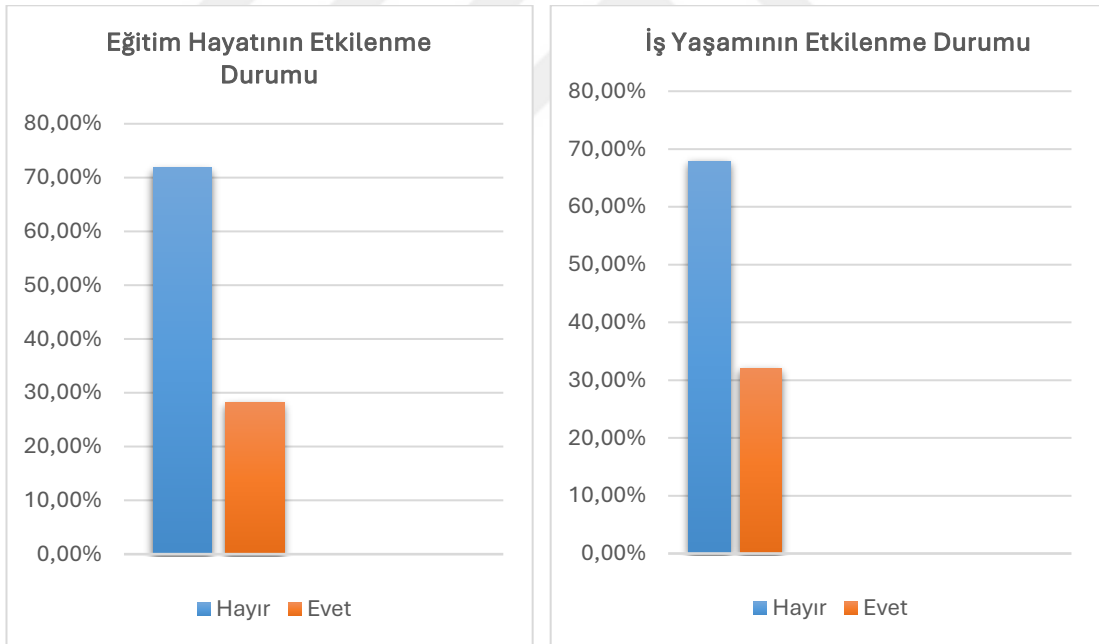
**Şekil 4.5 Madde Kullanımının Bırakıldığı / Ayık Geçen En uzun Süre**

Araştırma grubu katılımcılarının madde kullanımını bırakma sürelerine ilişkin dağılım incelendiğinde, en uzun bırakma süresi olarak "0-1 ay" aralığı %26,9 ile en yüksek orana sahiptir. Bunu %24,4 ile "3-6 ay" aralığı takip etmektedir. "1-3 ay" süreyle bırakmış olanların oranı %16,7 iken, "12 ay ve üzeri" bırakma süresi bildirenlerin oranı %17,9'dur. "6-9 ay" aralığında bırakmış olan katılımcılar %11,5 oranında yer almakta, "9-12 ay" aralığında bırakabilenlerin oranı ise %2,6 ile en düşük düzeydedir.



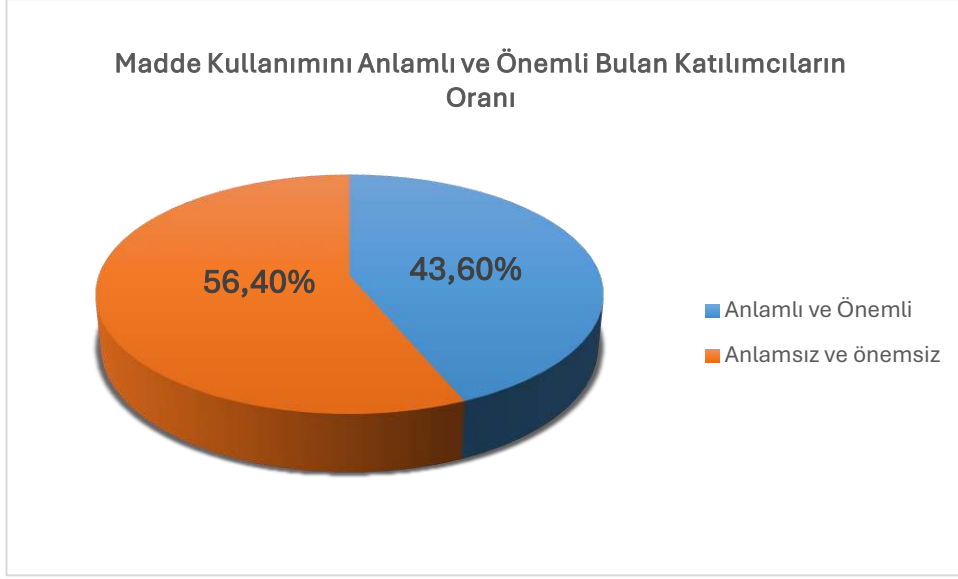
**Şekil 4.6 Madde Kullanımı Kaynaklı Sosyal İlişkilerin Durumu**

Araştırma grubu katılımcıların %56,40'ı madde kullanımından dolayı sosyal ilişkilerinin (aile, arkadaş, akraba, partner vb. sosyal ilişkiler) bozulduğunu bildirirken %43.60'ı ilişkilerinde herhangi bir bozukluk bildirmemiştir (Şekil 4.6).



**Şekil 4.7 Araştırma Grubu Katılımcılarının Eğitim ve İş Hayatlarının Etkilenme Düzeyi**

Araştırma grubu katılımcılarının %32'si iş yaşamlarının etkilendiğini, %68'i ise etkilendiğini ifade etmiştir. Katılımcıların %28'i eğitim hayatlarının etkilendiğini, %72'si ise etkilendiğini belirtmiştir (Şekil 4.7).



**Şekil 4.8 Madde Kullanımını Anlamlı ve Önemli Bulan Katılımcıların Oranı**

Katılımcıların %43,60'ı madde kullanımını anlamlı ve önemli bulduğunu, %56'sı ise anlamlı ve önemli bulmadığını belirtmiştir.

**Tablo 4.2 Okupasyonel Dengenin Gruplar Arası Karşılaştırması**

| Değişken                                 | Grup            | N  | Ort. $\pm$ SS   | Min-Maks | U    | p     |
|------------------------------------------|-----------------|----|-----------------|----------|------|-------|
| Okupasyonel Denge Ölçeği<br>Toplam Skoru | Kontrol Grubu   | 84 | 18.8 $\pm$ 5.25 | 7-33     | 2368 | 0.002 |
|                                          | Araştırma Grubu | 78 | 15.8 $\pm$ 6.10 | 2-31     |      |       |

**Ort.  $\pm$  SS:** Ortalama ve Standart Sapma, **Min-Maks:** Minimum ve Maksimum değer, **N:** Birey Sayısı, **t:** Bağımsız Örneklem t testi, **U:** Mann-Whitney U Testi, **p-değeri:** anlamlılık düzeyi., **P<0.05**

Okupasyonel Denge toplam puanları gruplar arasında karşılaştırılmıştır. Analiz sonuçları, iki grup arasında okupasyonel denge puanları bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğunu göstermiştir ( $U = 2368$ ,  $p = 0.002$ ). Araştırma grubunun okupasyonel denge puanları, kontrol grubuna kıyasla anlamlı düzeyde daha düşük bulunmuştur. Bu bulgu, madde kullanımı olan genç yetişkinlerin madde kullanımı olmayanlara kıyasla daha düşük okupasyonel denge düzeyine sahip olduğunu ortaya koymaktadır.

**Tablo 4.3 Yaşam Kalitesi Alt Boyutlarının Gruplar Arası Karşılaştırılması**

| WHOQOL-BREF<br>Alt Boyutları | Grup            | N  | Ort. $\pm$ SS    | Min-Maks | Test<br>İstatistiği<br>U / t | p      |
|------------------------------|-----------------|----|------------------|----------|------------------------------|--------|
| Genel Sağlık Durumu          | Kontrol Grubu   | 84 | 7.25 $\pm$ 1.28  | 4 - 10   | U=1748                       | <0.001 |
|                              | Araştırma Grubu | 78 | 5.79 $\pm$ 1.80  | 2 - 10   |                              |        |
| Fiziksel Sağlık              | Kontrol Grubu   | 84 | 26.86 $\pm$ 3.67 | 16 - 35  | U=2897                       | 0.203  |
|                              | Araştırma Grubu | 78 | 25.53 $\pm$ 4.54 | 14 - 34  |                              |        |
| Psikolojik                   | Kontrol Grubu   | 84 | 21.00 $\pm$ 3.33 | 11 - 28  | U=2684                       | 0.046  |
|                              | Araştırma Grubu | 78 | 19.51 $\pm$ 4.34 | 6 - 27   |                              |        |
| Sosyal İlişkiler             | Kontrol Grubu   | 84 | 10.94 $\pm$ 1.84 | 6 - 15   | U=2011                       | 0.001  |
|                              | Araştırma Grubu | 78 | 9.06 $\pm$ 2.95  | 3 - 14   |                              |        |
| Çevre                        | Kontrol Grubu   | 84 | 28.18 $\pm$ 4.71 | 18 - 40  | t=2.16                       | 0.033  |
|                              | Araştırma Grubu | 78 | 26.41 $\pm$ 5.71 | 12 - 38  |                              |        |

Ort.  $\pm$  SS: Ortalama ve Standart Sapma, Min-Maks: Minimum ve Maksimum değer, N: Birey Sayısı, t: Bağımsız Örneklem t testi, U: Mann-Whitney U Testi, p-değeri: anlamlılık düzeyi., **P<0.05, P<0.001**

Madde kullanım bozukluğu olan bireylerin yaşam kalitesine ilişkin alt boyut skorları, kontrol grubundaki bireylerle karşılaştırıldığında anlamlı farklılıklar göstermiştir. Özellikle Genel Sağlık Durumu (U = 1748, p < 0.001), Psikolojik Durum (U = 2684, p = 0.046), Sosyal İlişkiler (U = 2011, p = 0.001) ve Çevresel Alan (t = 2.16, p = 0.033) alt boyutlarında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur. Tüm bu boyutlarda kontrol grubu daha yüksek yaşam kalitesi bildirmiştir. Öte yandan, Fiziksel Sağlık alt boyutunda gruplar arasında anlamlı bir fark gözlenmemiştir (U = 2897, p = 0.203). Bu bulgular, madde kullanımının genç yetişkinlerde fiziksel sağlık algısını etkilemediği, ancak genel sağlık, psikolojik durum, sosyal ilişki memnuniyeti ve çevresel yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilediğini göstermektedir.

**Tablo 4.4 İşlevsellik Alt Alanlarının Gruplar Arası Karşılaştırması**

| WHODAS-II Alt Alanları      | Grup            | N  | Ort. $\pm$ SS     | U    | P      |
|-----------------------------|-----------------|----|-------------------|------|--------|
| 1.ALAN (Anlama ve İletişim) | Kontrol Grubu   | 84 | 14.78 $\pm$ 12.21 | 1628 | 0.001  |
|                             | Araştırma Grubu | 78 | 34.78 $\pm$ 23.92 |      |        |
| 2.ALAN (Hareket)            | Kontrol Grubu   | 84 | 7.08 $\pm$ 8.79   | 2836 | 0.123  |
|                             | Araştırma Grubu | 78 | 13.27 $\pm$ 16.69 |      |        |
| 3.ALAN (Kendine Bakım)      | Kontrol Grubu   | 84 | 4.52 $\pm$ 6.50   | 2288 | <0.001 |
|                             | Araştırma Grubu | 78 | 14.50 $\pm$ 18.17 |      |        |
| 4.ALAN (İnsan İlişkileri)   | Kontrol Grubu   | 84 | 13.75 $\pm$ 14.05 | 2143 | <0.001 |
|                             | Araştırma Grubu | 78 | 27.37 $\pm$ 22.75 |      |        |
| 5.ALAN (Yaşam Aktiviteleri) | Kontrol Grubu   | 84 | 17.37 $\pm$ 15.38 | 2565 | 0.017  |
|                             | Araştırma Grubu | 78 | 27.32 $\pm$ 23.87 |      |        |
| 6.ALAN (Toplumsal Katılım)  | Kontrol Grubu   | 84 | 15.51 $\pm$ 13.33 | 2225 | <0.001 |
|                             | Araştırma Grubu | 78 | 27.32 $\pm$ 20.82 |      |        |
| TOPLAM SKOR                 | Kontrol Grubu   | 84 | 13.17 $\pm$ 9.53  | 1813 | <0.001 |
|                             | Araştırma Grubu | 78 | 25.20 $\pm$ 16.47 |      |        |

Ort.  $\pm$  SS: Ortalama ve Standart Sapma \*N: Birey Sayısı \* t: Bağımsız Örneklem t testi \*U: Mann-Whitney U Testi **p-değeri:** anlamlılık düzeyi., **P<0.05 ; P<0.001**

Araştırma ve kontrol grupları arasında WHODAS-II alt alan puanları karşılaştırıldığında, madde kullanan grubun hareket alanı hariç tüm alanlarda kontrol grubuna kıyasla anlamlı biçimde daha yüksek (daha fazla işlevsellik kısıtlılığına işaret eden) puanlar elde ettiği görülmüştür. Özellikle Anlama ve İletişim (U = 1628, p = 0.001), Kendine Bakım (U = 2288, p = 0.001), İnsan İlişkileri (U = 2143, p = 0.001), Yaşam Aktiviteleri (U = 2565, p = 0.017) ve Toplumsal Katılım (U = 2225, p = 0.001) alanlarında gruplar arası fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Hareket alanında ise anlamlı fark saptanmamıştır (U = 2836, p = 0.123). WHODAS-II toplam skoru karşılaştırmasında da madde kullanan grup daha yüksek puan almış ve bu fark anlamlı bulunmuştur (U = 1813, p = 0.001). Madde kullanan genç yetişkinlerin WHODAS-II alt alan puanları, kontrol grubuna kıyasla tüm alanlarda daha yüksek (yani daha fazla fonksiyon kısıtlılığına işaret eden) değerler göstermiştir. Özellikle toplumsal katılımı ölçen 6. Alan'da madde kullanan grup, kontrol grubuna göre belirgin biçimde daha yüksek puan puana sahiptir (Kontrol grubu Ort.  $\pm$  SS: 15,51  $\pm$  13,33; araştırma grubu Ort.  $\pm$  SS: 27,32  $\pm$  20,82; U = 2225, p = 0.001). Bu durum, MKB olan genç yetişkinlerin sosyal ve toplumsal hayata katılımını kısıtlılıklarının anlamlı olarak daha yüksek olduğunu ortaya koymaktadır.

**Tablo 4.5 Okupasyonel Denge ile Diğer Değişkenler Arasındaki Korelasyonlar (Spearman's rho)**

| Değişken                         | Korelasyon Katsayısı ( $r_s$ ) | p-değeri |
|----------------------------------|--------------------------------|----------|
| <b>WHOQOL-BREF alt boyutları</b> |                                |          |
| Genel Sağlık                     | 0.574                          | < 0.001  |
| Fiziksel Sağlık                  | 0.592                          | < 0.001  |
| Psikolojik                       | 0.623                          | < 0.001  |
| Sosyal İlişkiler                 | 0.541                          | < 0.001  |
| Çevre                            | 0.504                          | < 0.001  |
| <b>WHODAS-II Alt Alanları</b>    |                                |          |
| 1.Alan (Anlama ve İletişim)      | -0.534                         | < 0.001  |
| 2.Alan (Hareket)                 | -0.234                         | 0.039    |
| 3.Alan (Kendine Bakım)           | -0.352                         | 0.002    |
| 4.Alan (İnsan İlişkileri)        | -0.348                         | 0.002    |
| 5.Alan (Yaşam Aktiviteleri)      | -0.432                         | <0.001   |
| 6.Alan (Toplumsal Katılım)       | -0.437                         | < 0.001  |
| WHODAS-II Toplam Skor            | -0.556                         | < 0.001  |

$r_s$ : Spearman korelasyon katsayısı, **p-değeri**: Korelasyonun istatistiksel anlamlılık düzeyi. **P<0.05; P<0.001**

Araştırmamızda MKB olan genç yetişkinlerde Okupasyonel Denge, WHOQOL-BREF alt boyutları ve WHODAS-II alt alanları arasındaki ilişkiler Spearman korelasyon katsayısı ile incelenmiştir. Okupasyonel Denge Toplam Skoru ile WHOQOL-BREF'in genel sağlık ( $r_s = 0.574$ ,  $p < 0.001$ ), fiziksel sağlık ( $r_s = 0.592$ ,  $p < 0.001$ ), sosyal ilişkiler ( $r_s = 0.541$ ,  $p < 0.001$ ) ve çevre ( $r_s = 0.504$ ,  $p < 0.001$ ) alt boyutları arasında orta düzeyde, psikolojik ( $r_s = 0.623$ ,  $p < 0.001$ ) alt boyutunda pozitif güçlü korelasyonlar bulunmuştur. Bu bulgu, okupasyonel dengenin yaşam kalitesi alt boyutları ile anlamlı ve pozitif bir korelasyona sahip olduğunu göstermektedir.

WHODAS-II alt alanları ve toplam skoru ile Okupasyonel Denge arasında ise negatif yönde, zayıf düzeyden orta düzeye değişen anlamlı korelasyonlar saptanmıştır. Bu kapsamda, WHODAS-II 1. Alan ( $r_s = -0.534$ ,  $p < 0.001$ ), 2. Alan ( $r_s = -0.234$ ,  $p = 0.039$ ), 3.Alan ( $r_s = -0.352$ ,  $p = 0.002$ ), 4.Alan ( $r_s = -0.348$ ,  $p = 0.002$ ), 5.Alan ( $r_s = -0.432$ ,  $p < 0.001$ ), 6.Alan ( $r_s = -0.437$ ,  $p < 0.001$ ) ve WHODAS-II Toplam Skoru ( $r_s = -0.556$ ,  $p < 0.001$ ) ile okupasyonel denge arasında istatistiksel olarak anlamlı ters yönlü zayıf düzeyden orta düzeye ilişkiler tespit edilmiştir. Toplumsal katılımı ölçen 6. Alan ile okupasyonel denge arasında anlamlı ve negatif bir ilişki ( $r_s = -0.437$ ,

$p < 0.001$ ) bulunmuştur. Ayrıca, 4. Alan (insan ilişkileri) ve 5. Alan (ev, okul, iş ile ilgili günlük yaşam aktiviteleri) ile de anlamlı negatif korelasyonlar gözlenmiştir (4. Alan:  $r_s = -0.348$ ,  $p = 0.002$ ; 5. Alan:  $r_s = -0.432$ ,  $p < 0.001$ ). Bu bulgular, toplumsal katılım sorunlarının ve günlük yaşam aktivitelerinde fonksiyon kısıtlılıklarının okupasyonel denge ile ilişkili olduğunu göstermektedir.



**Tablo 4.6 Yaşam Kalitesinin Alt Boyutları ile İşlevselliğin Alt Alanları Arasındaki Korelasyonlar (Spearman's rho)**

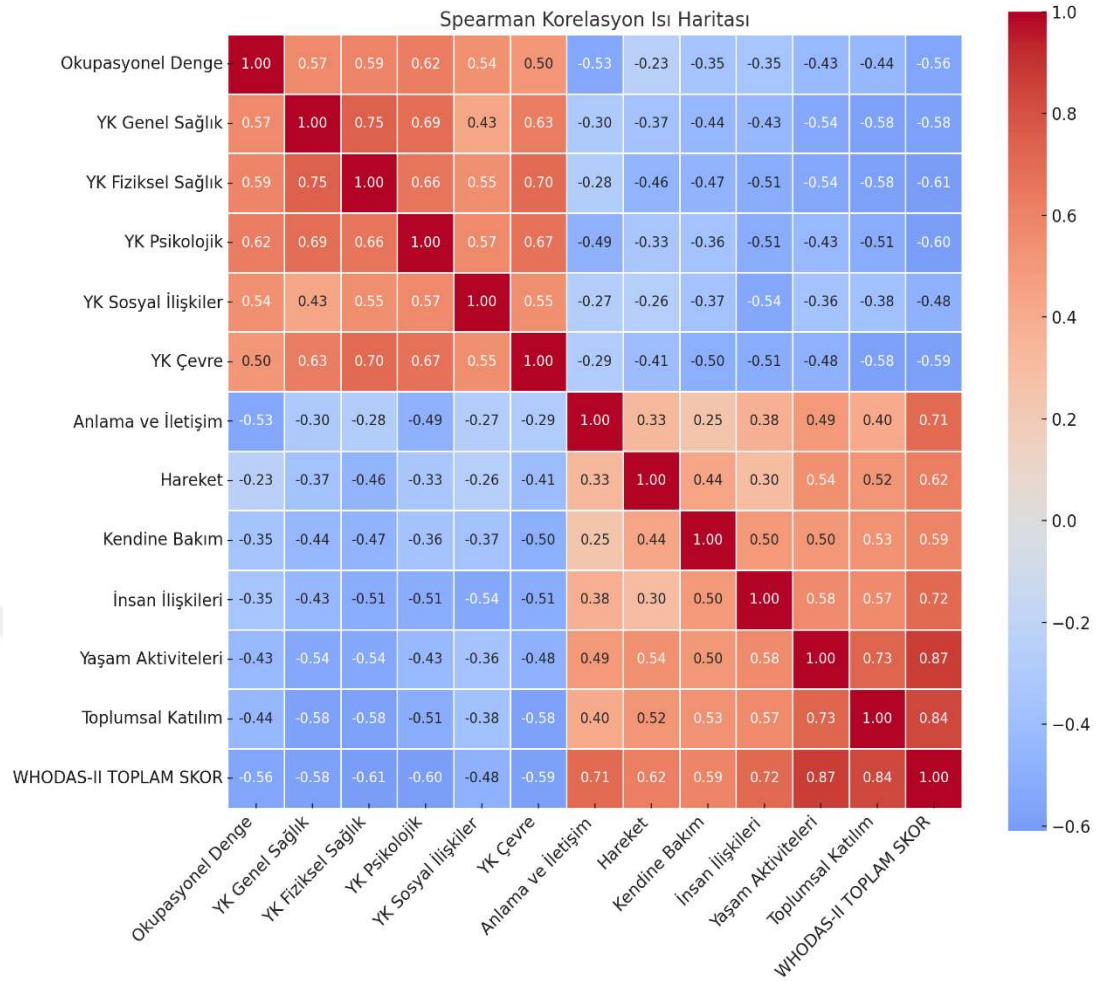
| WHOQOL<br>-BREF'in<br>Alt Boyutu | WHODAS-II<br>1. Alan<br>(Anlama<br>ve İletişim) | 2. Alan<br>(Hareket) | 3. Alan<br>(Kendine<br>Bakım) | 4. Alan<br>(İnsan<br>İlişkileri) | 5. Alan<br>(Yaşam<br>Aktiviteleri<br>) | 6. Alan<br>(Toplumsal<br>Katılım) | WHODAS-<br>II Toplam<br>Skor |
|----------------------------------|-------------------------------------------------|----------------------|-------------------------------|----------------------------------|----------------------------------------|-----------------------------------|------------------------------|
| <b>Genel<br/>Sağlık</b>          | -0.302                                          | -0.370               | -0.438                        | -0.435                           | -0.540                                 | -0.583                            | -0.580                       |
| <b>(p değeri)</b>                | <b>(0.007)</b>                                  | <b>(&lt;0.001)</b>   | <b>(&lt;0.001)</b>            | <b>(&lt;0.001)</b>               | <b>(&lt;0.001)</b>                     | <b>(&lt;0.001)</b>                | <b>(&lt;0.001)</b>           |
| <b>Fiziksel<br/>Sağlık</b>       | -0.278                                          | -0.464               | -0.467                        | -0.511                           | -0.535                                 | -0.580                            | -0.609                       |
| <b>(p değeri)</b>                | <b>(0.014)</b>                                  | <b>(&lt;0.001)</b>   | <b>(&lt;0.001)</b>            | <b>(&lt;0.001)</b>               | <b>(&lt;0.001)</b>                     | <b>(&lt;0.001)</b>                | <b>(&lt;0.001)</b>           |
| <b>Psikolojik</b>                | -0.488                                          | -0.327               | -0.358                        | -0.507                           | -0.431                                 | -0.514                            | -0.596                       |
| <b>(p değeri)</b>                | <b>(&lt;0.001)</b>                              | <b>(0.003)</b>       | <b>(0.001)</b>                | <b>(&lt;0.001)</b>               | <b>(&lt;0.001)</b>                     | <b>(&lt;0.001)</b>                | <b>(&lt;0.001)</b>           |
| <b>Sosyal<br/>İlişkiler</b>      | -0.266                                          | -0.258               | -0.366                        | -0.541                           | -0.360                                 | -0.377                            | -0.479                       |
| <b>(p değeri)</b>                | <b>(0.019)</b>                                  | <b>(0.023)</b>       | <b>(&lt;0.001)</b>            | <b>(&lt;0.001)</b>               | <b>(0.001)</b>                         | <b>(&lt;0.001)</b>                | <b>(&lt;0.001)</b>           |
| <b>Çevre</b>                     | -0.291                                          | -0.411               | -0.500                        | -0.513                           | -0.478                                 | -0.582                            | -0.589                       |
| <b>(p değeri)</b>                | <b>(0.010)</b>                                  | <b>(&lt;0.001)</b>   | <b>(&lt;0.001)</b>            | <b>(&lt;0.001)</b>               | <b>(&lt;0.001)</b>                     | <b>(&lt;0.001)</b>                | <b>(&lt;0.001)</b>           |

$r_s$ : Spearman korelasyon katsayısı, **p-değeri**: Korelasyonun istatistiksel anlamlılık düzeyi. **P<0.05; P<0.001**

**Not:** Tablodaki üst satırlarda Spearman korelasyon katsayısı ( $r_s$ ) yer almakta, alt satırlarda ise bu katsayıya ilişkin p-değerleri sunulmaktadır.

WHODAS-II'nin 1. alanı, WHOQOL-BREF'in genel sağlık ( $r_s = -0.302$ ,  $p = 0.007$ ), fiziksel sağlık ( $r_s = -0.278$ ,  $p = 0.014$ ), psikolojik ( $r_s = -0.488$ ,  $p < 0.001$ ), sosyal ilişkiler ( $r_s = -0.266$ ,  $p = 0.019$ ) ve çevre ( $r_s = -0.291$ ,  $p = 0.010$ ) alt boyutları ile anlamlı negatif korelasyon göstermiştir. WHODAS-II'nin 2. alanı, genel sağlık ( $r_s = -0.370$ ,  $p < 0.001$ ), fiziksel sağlık ( $r_s = -0.464$ ,  $p < 0.001$ ), psikolojik ( $r_s = -0.327$ ,  $p = 0.003$ ), sosyal ilişkiler ( $r_s = -0.258$ ,  $p = 0.023$ ) ve çevre ( $r_s = -0.411$ ,  $p < 0.001$ ) ile anlamlı negatif korelasyon göstermiştir. WHODAS-II'nin 3. alanı (öz bakım), genel sağlık ( $r_s = -0.438$ ,  $p < 0.001$ ), fiziksel sağlık ( $r_s = -0.467$ ,  $p < 0.001$ ), psikolojik ( $r_s = -0.358$ ,  $p < 0.001$ ), sosyal ilişkiler ( $r_s = -0.366$ ,  $p < 0.001$ ) ve çevre ( $r_s = -0.500$ ,  $p < 0.001$ ) ile anlamlı negatif korelasyon göstermiştir. WHODAS-II'nin 4. alanı (insan ilişkileri), genel sağlık ( $r_s = -0.435$ ,  $p < 0.001$ ), fiziksel sağlık ( $r_s = -0.511$ ,  $p < 0.001$ ), psikolojik ( $r_s = -0.507$ ,  $p < 0.001$ ), sosyal ilişkiler ( $r_s = -0.541$ ,  $p < 0.001$ ) ve çevre ( $r_s = -0.513$ ,  $p$

< 0.001) ile anlamlı negatif korelasyon göstermiştir. WHODAS-II'nin 5. alanı (ev, iş, okul ve günlük yaşam aktiviteleri), genel sağlık ( $r_s = -0.540$ ,  $p < 0.001$ ), fiziksel sağlık ( $r_s = -0.535$ ,  $p < 0.001$ ), psikolojik ( $r_s = -0.431$ ,  $p < 0.001$ ), sosyal ilişkiler ( $r_s = -0.360$ ,  $p = 0.001$ ) ve çevre ( $r_s = -0.478$ ,  $p < 0.001$ ) ile anlamlı negatif korelasyon göstermiştir. WHODAS-II'nin 6. alanı (toplumsal katılım), genel sağlık ( $r_s = -0.583$ ,  $p < 0.001$ ), fiziksel sağlık ( $r_s = -0.580$ ,  $p < 0.001$ ), psikolojik ( $r_s = -0.514$ ,  $p < 0.001$ ), sosyal ilişkiler ( $r_s = -0.377$ ,  $p < 0.001$ ) ve çevre ( $r_s = -0.582$ ,  $p < 0.001$ ) ile anlamlı negatif korelasyon göstermiştir. WHODAS-II toplam skoru, yaşam kalitesinin genel sağlık ( $r_s = -0.580$ ), fiziksel sağlık ( $r_s = -0.609$ ), psikolojik ( $r_s = -0.596$ ), sosyal ilişkiler ( $r_s = -0.479$ ) ve çevre ( $r_s = -0.589$ ) boyutları ile anlamlı negatif korelasyon göstermiştir (tüm  $p < 0.001$ ). Negatif korelasyon değerleri, yaşam kalitesi alt boyutları ile WHODAS-II alt alanları/toplam skoru arasında ters yönlü ilişki olduğunu göstermektedir.



\*Okupasyonel Denge, WHOQOL-BREF yaşam kalitesi (YK) alt boyutları ve WHODAS-II alt alanları arasındaki Spearman rho ( $\rho$ ) değerlerini göstermektedir. Renkler,  $\rho$ 'nin  $-1$  (koyu mavi: güçlü negatif) ile  $+1$  (koyu kırmızı: güçlü pozitif) arasında değiştiğini ifade eder.

**Şekil 4.9 Tüm Değişken İlişkilerine Yönelik Genel Spearman Korelasyon Isı Haritası**

Spearman korelasyon ısı haritası (Şekil 11), Okupasyonel Denge, WHOQOL-BREF yaşam kalitesi alt boyutları ve WHODAS-II alt alanları arasındaki ilişkileri toplu olarak sunmaktadır. Genel olarak, yaşam kalitesi boyutları ile Okupasyonel Denge arasında pozitif, anlamlı ve orta düzeyde korelasyonlar ( $r_s \approx 0.50-0.62$ ,  $p < 0.001$ ) gözlenmiştir. Buna karşılık, WHODAS-II alt alanları ve toplam skor ile Okupasyonel Denge arasında ters yönde, anlamlı negatif korelasyonlar mevcuttur ( $r_s \approx -0.23-0.61$ ,  $p < 0.05$ ). Özellikle toplumsal katılımı ölçen WHODAS-II'nin 6. alanı, yaşam kalitesi boyutlarıyla orta düzeye kadar negatif korelasyon ( $r_s \approx -0.44-0.58$ ,  $p < 0.001$ ) sergilemiştir. Bu veriler, MKB olan genç yetişkinlerde yaşam kalitesi, toplumsal katılım ve okupasyonel dengenin ilişkili olduğunu ortaya koymaktadır.

## 5. TARTIŞMA

MKB tanısı olan ve olmayan genç yetişkinlerde okupasyonel denge, yaşam kalitesi ve toplumsal katılım değişkenleri arasındaki farkları karşılaştırmak ve ayrıca MKB tanısı olan bireyler arasında bu değişkenler arasındaki ilişkileri incelemek amacıyla yürütülen bu çalışmada; MKB olan genç yetişkinlerin, MKB olmayanlara kıyasla okupasyonel denge, yaşam kalitesi ve toplumsal katılım düzeylerinin daha olumsuz etkilendiği belirlenmiştir.

Araştırma grubundaki bireyler genel sağlık, psikolojik sağlık, sosyal ilişkiler, çevre gibi yaşam kalitesi bileşenlerinde; toplumsal katılım, günlük yaşam aktiviteleri, insan ilişkileri, anlama ve iletişim gibi işlevsellik alanlarında ve okupasyonel dengelerini sağlamada belirgin zorluklar yaşamaktadır. Ayrıca araştırma grubundaki bireylerde okupasyonel denge, yaşam kalitesi ve toplumsal katılım değişkenlerinin arasında ilişki olduğu tespit edilmiştir.

Çalışmamıza dahil edilen MKB olan bireylerde madde kullanımına başlama yaşı ortalaması 19.4'tür. 2022 yılında Türkiye madde kullanımı profili analizinin yapıldığı narkalog raporlarında uyuşturucuya başlama yaşı 21,99; tütün kullanımına başlama yaşı 16,80 ve alkol kullanımına başlama yaşı 18,31 olarak bildirilmiştir. Raporda aynı zamanda en riskli yaş grubunun 15-24 yaş olduğu belirtilmiştir (Emniyet Genel Müdürlüğü, 2023). Dünyada ise 17 yaş öncesi madde kullanımına başlama yaşı olarak daha sık bildirilmiştir (Adebayo Adebisi et al., 2024; A. B. Kelly et al., 2019; Poudel & Gautam, 2017; Sjödén et al., 2024). Örneklem grubumuzdaki katılımcıların %27,7'si 16–18 yaş aralığında, %25,7'si ise 19–21 yaş aralığında madde kullanmaya başladığını bildirmiştir. Bu bulgular, madde kullanımına başlama davranışının büyük ölçüde erken dönemde olduğunu göstermektedir. Bu bağlamda, çalışmamızdaki başlama yaşı ulusal ve uluslararası verilerle genel olarak örtüşmekle birlikte, örneklemde gözlenen görece yüksek yaş ortalaması madde kullanımına başlama yaşının katılımcılarda nispeten geç olduğunu göstermektedir. Bu durum, örneklemdeki bireylerin madde kullanım sürecine daha ileri yaşlarda dahil olduğunu göstermektedir. Arnett'in (2005) "gelişen yetişkinlik" kuramı da bu süreci desteklemekte ve 18–25 yaş arasını, kimlik gelişimi, istikrarsızlık ve yoğun keşiflerle karakterize edilen bir dönem

olarak tanımlamaktadır. İşsizlik, travmalar, riskli sosyal çevre, sosyal ilişkilerin bozulması gibi farklı birçok çevresel ve psikososyal stresörler daha ileri yaşlarda da madde kullanımına başlamayı tetiklemiş olabilir (A. L. Stone et al., 2012; *World Drug Report*, 2023).

Cinsiyet dağılımı açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamasına ek olarak, MKB tanısı almış bireylerin büyük çoğunluğunun erkek olması, madde kullanımının risk faktörleri arasında cinsiyet farklılıklarının etkisini ortaya koymaktadır. Bu durum, ulusal ve uluslararası literatürde sıklıkla vurgulanan bir bulgudur. Erkeklerin kadınlara kıyasla madde kullanımına daha erken yaşta başladıkları, daha yüksek sıklıkta ve daha fazla madde çeşidi kullandıkları rapor edilmiştir buna karşın kadınların daha hızlı şekilde MKB geliştirme riski olduğu bildirilmiştir (Greenfield et al., 2010; Hernandez-Avila et al., 2004; B. Lewis et al., 2014). Özellikle toplumsal cinsiyet rollerinin erkekler üzerinde risk alma, bağımsızlık ve duygusal ifade kısıtlılığı gibi baskılar oluşturduğu; bu durumun da madde kullanımına yönelimi artırdığı öne sürülmektedir (Courtenay, 2000; Klingemann et al., 2024).

Öte yandan, kadınlar madde kullanımına daha geç yaşta başlama eğiliminde olmakla birlikte, bağımlılık geliştirdiklerinde daha hızlı bir şekilde psikososyal bozulma yaşadıkları ve sağlık hizmetlerine erişimde daha fazla engelle karşılaştıkları da bilinmektedir. Ancak erkeklerdeki yüksek temsil oranı, tedaviye ve rehabilitasyona gelen örneklemelerde daha fazla gözlemlenme olasılığıyla da ilişkili olabilir. Dünya çapında, 2024 yılında açıklanan dünya uyuşturucu raporuna göre her yedi erkekten biri tedaviye erişebilirken kadınlarda ise her onsekiz kişiden birisi tedaviye erişebiliyor. Madde kullanan kadınların yaşadığı bu durum dünyadaki tedavi eşitsizliğini gözler önüne sermektedir (UNODC, 2024b). Kadınların madde kullanımı nedeniyle yardım arama konusunda daha az başvuru yapmaları ya da sosyal damgalanma ve etiketlenme nedeniyle toplumda daha görünmez kalmaları, kadın kullanıcıların araştırmalarda daha az temsil edilmesine yol açmaktadır (Pinedo et al., 2020).

Çalışmamızda araştırma grubunda boşanmış veya ayrı yaşayan bireylerin oranının kontrol grubuna kıyasla anlamlı düzeyde daha yüksek olması MKB ile sosyal ilişkiler ve aile dinamikleri arasındaki olası ilişkiye işaret etmektedir. Evli olmak ve evli kalmak (bekar veya boşanmış/ayrı yaşamaya kıyasla) daha düşük yasal ve yasadışı madde kullanım oranları ve MKB ile ilişkilidir (Hasin et al., 2016; Salvatore et al.,

2019). 1790 ikiz erkek birey üzerinde yapılan bir araştırmanın sonuçlarına göre evli erkekler bekar veya boşanmış/ayrılmış olanlara kıyasla daha az alkol ve esrar kullandığı bildirildi (Salvatore et al., 2019). Boşanma veya ayrılma olumsuz çeşitli ruhsal sorunlara yol açabileceği gibi bireylerin madde kullanımı tetikleyen stresli bir faktör haline de gelebilmektedir (Edwards et al., 2018). Hiç evlenmemiş olmak, boşanmış olmak veya dul olmak, daha yüksek madde kötüye kullanımı riskleriyle ilişkilendirilmiştir (Chapman et al., 2021; Kitzinger et al., 2023). Medeni durum, bireyin sosyal destek sistemi, psikolojik sağlamlığı ve yaşam doyumu gibi birçok faktörü etkileyebildiği gibi, tersinden bakıldığında, madde kullanım süreci de bireylerin ilişkilerinde istikrarsızlığa, çatışmaya ve sonuç olarak evliliklerin sonlanmasına da yol açabilmektedir. Bu nedenle, medeni durumun hem bir neden hem de bir sonuç olarak MKB ile ilişkilendiği söylenebilir. Ancak bu bulguların yorumlanmasında yaş değişkeni önemli bir rol oynamaktadır. Çalışmamızda araştırma grubunun yaş ortalamasının kontrol grubuna göre anlamlı düzeyde daha yüksek olması, evlilik yapmış veya evlilikten ayrılmış birey oranının doğal olarak artmasına neden olabilir. Dolayısıyla, medeni durumla ilgili bulgular yaş farkı göz önünde bulundurularak değerlendirilmelidir.

Çalışmamızda araştırma grubunda ilkokul, ortaokul ve lise düzeyinde eğitim almış bireylerin oranı yüksekken, kontrol grubunda üniversite öğrencisi veya mezunu oranı belirgin şekilde fazladır. Bu bulgu, eğitim düzeyinin koruyucu bir faktör olabileceğini ve düşük eğitim düzeyine sahip bireylerin daha yüksek madde kullanım riski taşıyabileceğini göstermektedir. Eğitim düzeyi, bireyin yaşam tarzını, sağlıklı karar verme becerilerini ve sağlık okuryazarlığını doğrudan etkileyen önemli bir sosyal belirleyici olarak kabul edilmektedir (Coughlin et al., 2020; Garcia-Codina et al., 2019). Düşük eğitim düzeyine sahip bireylerin, madde kullanımı ile ilişkili riskli davranışları sergileme olasılıklarının daha yüksek olduğu, literatürde sıklıkla vurgulanmaktadır. 2023 yılında yayınlanmış 1.6 milyon kişi ile yürütülmüş bir kohort araştırmasında düşük eğitim düzeyinin hem kadın hem de erkelerde MKB ile ilişkili olduğu bildirilmiştir (B. Li et al., 2023). Danimarka ve Norveç popülasyonunda yapılmış 2024 yılında yayınlanan farklı bir kohort çalışmasında da düşük eğitim düzeyinin madde kullanımı ile ilişkili olduğu bildirilmiştir (Weye et al., 2024). Eğitim düzeyi, sosyoekonomik düzeyin yaygın bir ölçüsüdür ve istihdam, gelir ve sosyal statü gibi diğer ölçütlerle ilişkilidir (Ferreira et al., 2018; Galobardes et al., 2006). Eğitim

düzeyi düşüklüğü bireylerde madde kullanımının zararlarına karşı farkındalık seviyesinin düşmesine neden olduğu gibi bireyin eğitim seviyesiyle de ilişki içinde olan zayıf sosyoekonomik durum, işsizlik, sosyal dışlanma gibi eşlik eden faktörler, bireyin yaşamında karşılaştıkları sorunlar ile başa çıkma beceri düzeyini olumsuz yönde etkiler. Eğitim düzeyi düşük bireyler, yaşamlarında karşılaştıkları stresörlerle baş etme konusunda daha sınırlı kaynaklara sahip olabilir ve bu durum, baş etme stratejisi olarak madde kullanımını daha olası hale getirebilir (Miech et al., 2017). Ayrıca, eğitim düzeyi yüksek bireylerin, koruyucu faktörlere örneğin sosyal destek sistemleri, düzenli istihdam, bilgiye erişim olanaklarına daha fazla sahip olmaları; bu bireylerin riskli madde kullanımı davranışlarından kaçınma olasılıklarını artırıcı bir etmenler arasında olabilir.

Araştırma bulgularımız, MKB tanısı almış bireylerin düşük gelir düzeyine ve düzensiz ya da istikrarsız çalışma koşullarına sahip olduğunu göstermektedir. Bu durum, sosyoekonomik dezavantajların madde kullanım riskini artırabileceğini ve tedavi süreçlerini olumsuz etkileyebileceğine işaret etmektedir. Özellikle ekonomik belirsizlik ve iş güvencesizliği, bireylerin psikolojik stres düzeylerini artırarak madde kullanımını bir başa çıkma mekanizması olarak benimsemelerine neden olabilir. Zhang ve Wu'nun (2025) yaptığı bir çalışmada, düşük gelir düzeyine ve istikrarsız istihdama sahip bireylerin madde bağımlılığı tedavilerini yarıda bırakma oranlarının daha yüksek olduğu bulunmuştur. Bu bulgu ekonomik zorlukların tedaviye erişimi ve sürekliliği engelleyebileceğini göstermektedir. Ayrıca, Dewabhrata ve arkadaşlarının (2023) Endonezya'da yaptığı bir araştırma, ciddi iş sorunlarının ve düşük gelir düzeyinin, şiddetli madde bağımlılığı ile anlamlı bir şekilde ilişkili olduğunu ortaya koymuştur.

Çalışma yaşamına yeterli ölçüde entegre olamayan bireylerde ise gündelik rutinlerin eksikliği, boş zamanın yapılandırılmaması ve aidiyet duygusunun zayıflaması, hem kullanımın başlangıcını hem de sürdürülmesini kolaylaştırabilmektedir (Kitzinger et al., 2023). Nitekim, çalışmamızda düzenli çalışmayan veya işsiz olan bireylerin oranının MKB grubunda anlamlı düzeyde yüksek bulunması, bu görüşü desteklemektedir. Diğer yandan, kontrol grubunun büyük çoğunluğunun üniversite öğrencisi olması, düşük gelir düzeyine rağmen yapısal bir geçiş dönemi içinde olmaları nedeniyle madde kullanım riskini sınırlayabilir.

Araştırma grubundaki MKB olan bireylerin iş, eğitim ve sosyal ilişkilerinde

bozulma bildirme oranları grup içinde değişiklik göstermektedir. Bu durum madde kullanımının etkilerine dair öznel algının heterojenliğine işaret etmektedir. Bu durum, hem farkındalık düzeyindeki bireysel farklılıklar hem de sosyal onay kaygısıyla yapılan beyanların doğruluğu çerçevesinde değerlendirilebilir. Bazı katılımcılar, damgalanma korkusu, yasal kaygılar, yetersiz güven, ya da sosyal onay ihtiyacı nedeniyle iş, eğitim veya sosyal yaşamla ilgili olumsuz etkileri olduğundan daha az gösterebilir. Bu literatürde ‘sosyal arzu edilebilirlik yanlılığı’ olarak adlandırılır (C. G. Davis et al., 2010; Mathieu, 2021). Buna neden olabilecek diğer bir neden MKB olan bireylerin bir kısmında içgörü kısıtlılığının olabilmesidir. Yani kişi sosyal, eğitim ya da iş yaşamındaki kayıplarını fark etmeyebilir ya da önemsemeyebilir. Özellikle uzun süredir madde kullanan bireylerde ve çevresel desteği zayıf olanlarda bu tarz davranışlar sık görülür. İçgörü ve farkındalık eksikliğinin yol açtığı bu durum literatürde de incelenen ve belirtilen bir durumdur (A. P. Le Berre, 2019; Maracic & Moeller, 2021; Moeller et al., 2014; Raftery et al., 2020). Ayrıca, bazı bireylerin madde kullanımından önce de iş ya da eğitime aktif katılım göstermemesi, bu alanlarda “etkilenme” hissinin oluşmamasını açıklayabilir. Bu bağlamda, öz bildirim temelli bulgular, nesnel göstergelerle birlikte yorumlandığında daha anlamlı hale gelmektedir.

Çalışmamızda araştırma grubundaki MKB tanısı alan katılımcıların %17,95’inde eşlik eden en az bir psikiyatrik tanının bulunduğu saptanmıştır. MKB ile çeşitli psikiyatrik bozuklukların sıklıkla birlikte seyrettiğini gösteren literatürle, bulgularımız paralellik arz etmektedir. Bireylerin hem psikiyatrik bozukluklar hem de MKB deneyimlediği komorbidite, ruh sağlığı alanında yaygın ve geçerli bir olgudur (Lai et al., 2015; Martinotti et al., 2024; McKee, 2017; Mueser & Gingerich, 2013). Eşlik eden tanıların başında yaygın anksiyete bozukluğu, şizofreni, DEHB, bipolar bozukluk, antisosyal kişilik bozukluğu, depresyon gibi ruhsal bozukluklar yer almakta olup, MKB tedavi ve terapi süreçlerinde eşlik eden tanı varlığı dikkate alınarak çok yönlü yaklaşım gerekliliği literatürde ortaya konmaktadır (NIDA, 2020).

Çoklu madde kullanımı da MKB olan bireyler arasında yaygındır ve birçok kişi birden fazla eş zamanlı MKB geliştirir. Tekli madde kullanım bozukluklarında olduğu gibi çoklu MKB’nin ve ruhsal hastalıkların tanısı ve tedavisi karmaşıktır. Birden fazla madde kullanımı tanı ve tedaviyi daha da karmaşık hale getirebilir. Çoklu madde kullanımına giren kişiler daha kötü tedavi sonuçları alma riski altındadır (NIDA, 2020; Wang et al., 2017). Yapılan bir incelemede çoklu MKB olan bireylerin kendine zarar

verme, aşırı doz madde alımı gibi davranışlarla ve ayrıca depresyon, travma sonrası stres bozukluğu, anksiyete gibi psikiyatrik durumlarla da tedaviye başvurma oranlarının daha yüksek olduğu görülmüştür (Ellis et al., 2023). Bulgular doğrultusunda, çoklu MKB olan bireylerde eş zamanlı ruhsal sorunlar, bilişsel zorluklar ve işlevsellikte bozulma gibi çok boyutlu ihtiyaçların varlığı dikkate alındığında, değerlendirme ve müdahale süreçlerinin disiplinlerarası, bütüncül ve bireye özgü biçimde planlanmasının faydalı olabileceği düşünülmektedir

Çalışmamızdaki madde kullanımını bırakma sürelerine yani en uzun ayık geçirdikleri sürelere ilişkin verilere bakıldığında, katılımcıların en yüksek oranla (%26,9) 0–1 ay arasında madde kullanımını bırakabildikleri, bunu %24,4 oranla 3–6 ay aralığının takip ettiği görülmektedir. Literatürde ilk bir yıl içinde MKB olan bireylerin relaps riski yaşadığı sıkça belirtilmektedir. İlk aylarda relapsın birçok kullanıcı için risk teşkil ettiği çalışmalarca gösterilmiştir (Guliyev et al., 2022; Hendershot et al., 2011; Nguyen et al., 2020; Ramsewak et al., 2020). Katılımcıların %17,9'u daha önce 12 ay ve üzeri süreyle madde kullanımını bırakabildiğini belirtmiştir. Ancak çalışmadaki tüm bireylerin hâlihazırda MKB taşıdığı göz önüne alındığında, bu ayıklık sürelerinin geçici bırakma deneyimlerini yansıttığı söylenebilir. İlk bir yıl sonrası örnekleminizdeki katılımcıların çoğunun relaps yaşaması literatürdeki relaps çalışmaları ile paralellik göstermektedir (Guliyev et al., 2022). MKB tedavisinden sonra relaps birçok farklı faktörden etkilenebilir. Yaş, medeni durum, istihdam durumu madde kötüye kullanımının tekrarlaması ile önemli ilişkileri olduğu bulunmuştur. Dahası, kişilerarası faktörler; örneğin, aile içi anlaşmazlıkların, çevresel faktörler; örneğin, uyuşturucu bulunabilirliğinin ve davranışsal faktörlerin; örneğin, bağımlı arkadaşlarla sosyalleşme ve bağımlı yakın bir akrabanın yanında bulunmanın madde kullanımına yeniden başlama üzerinde önemli bir etkisi olduğu bulunmuştur (Suwanchatchai et al., 2024). Bu nedenle relapsların önlenmesi için bireyin başa çıkma becerilerini geliştirme, sosyal destek ağlarına erişim sağlama ve gibi müdahaleleri içeren bütüncül, sürdürülebilir ve uzun vadede bireyi takipli sisteminin yapılandırılması önemli görülmektedir.

Katılımcıların %43,6'sının madde kullanımını anlamlı ve önemli bulduğunu belirtmesi, bu davranış biçiminin birçok birey için kişisel değer taşıyan bir okupasyon haline gelmiş olabileceğini düşündürmektedir. Ergoterapi biliminde, okupasyonlar yalnızca üretken, toplum tarafından onaylanan ya da sosyal olarak kabul edilen

aktivitelerle sınırlı değildir; birey için anlamlı, zaman ve enerji harcanan her türlü eylem bir okupasyon olarak değerlendirilir. Bireyler için madde kullanımı, birey açısından bir baş etme yolu, rahatlama biçimi, sosyal aidiyet sağlama gibi çeşitli psikososyal işlevler üstlenebilir (Law, 1997; Polatajko, 2007; Twinley, 2013; Wasmuth et al., 2014)

Dolayısıyla madde kullanımını yalnızca sağlıklı, zararlı ve problemli davranış olarak değil, bireyin yaşamında bir boşluğu dolduran, zamanını yapılandıran, aidiyet hissetmesini sağlayan ve duygusal ihtiyaçlarına yanıt veren bir okupasyon olarak görmek MKB olan bireylere çok boyutlu ve bütüncül tedavi yaklaşımlarının benimsenmesine katkı sunabilir (Twinley, 2013; Wasmuth et al., 2014). Bu yaklaşım müdahale sürecinde bireyin madde kullanımına yüklediği anlamların keşfedilmesini kolaylaştırmaya katkı sunabilir. Madde kullanımının yerine daha sağlıklı aktivitelerin konulabilmesi için birey için anlamlı ama zararlı bir okupasyonun yerine, bireyin değerleriyle örtüşen, katılım sağlayabileceği, işlevselliğini destekleyen alternatif okupasyonlar oluşturmak, terapötik sürecin temel yapı taşlarından biri olmalıdır (Bell et al., 2015; Guyonnet et al., 2023; Kiepek et al., 2019) .

Çalışmamızda, okupasyonel denge düzeyleri madde kullanan ve kullanmayan genç yetişkinler arasında karşılaştırılmış ve istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur. MKB olan bireylerin okupasyonel denge puanları, kontrol grubuna kıyasla anlamlı düzeyde daha düşük bulunmuştur. Literatürde de benzer şekilde MKB olan bireylerin okupasyonel denge bileşenlerinde bozulmalar yaşadığı bildirilmektedir (Farhadian et al., 2024; Stone, 2017). MKB'den muzdarip olan bireyler günlük okupasyonlarını gerçekleştirmekte sorun yaşayabilmektedirler (Stone, 2017). Madde kullanımı, kişinin yaşamındaki kontrolünü azaltarak günlük rutinleri sekteye uğratmakta, zaman yönetimi becerisini etkilemekte, anlamlı ve üretken rollere katılımını sınırlamakta ve bireyin serbest zamanlarını verimli şekilde değerlendirme becerisine de zarar verebilmektedir. Sosyal dışlanma, damgalanma gibi faktörler bireylerin iş üretici aktivitelerine katılımlarını etkilemekte ve MKB olan bireylerin istihdam edilebilirliklerini etkileyerek, okupasyonel dengelerini olumsuz etkileyebilmektedir (Barrett, 2023; Sherba, 2018). Ayrıca Madde kullanımının yol açtığı sağlık sorunları, sosyal izolasyon ve psikiyatrik eş tanılar, bireyin günlük yaşam aktiviteleri arasındaki dengeyi korumasını güçleştiriyor olabilir.

Yapılan bir araştırmada, MKB olan bireyler üzerinde 2 ay süren ‘serbest zaman

katılım programı' müdahale uygulamasının hem okupasyonel performansı hem de okupasyonel dengeyi olumlu yönde etkilediğini bildirmişlerdir (Farhadian et al., 2024). Birey için anlamlı serbest zaman aktiviteleri ile ilgilenmek ve bu aktivitelere katılmak, MKB'li bireylerin yaşamlarında bir denge duygusu elde etmede önemli bir rol oynadığı literatürde vurgulanmıştır (Keesmaat et al., 1998; Litwiller et al., 2017). Aynı zamanda MKB'li bireylerin istihdama, iş üretici aktivitelere katılımı, okupasyonel dengenin korunmasına yardımcı olur (Sherba, 2018). Bu bağlamda MKB olan bireylerin iş üretici aktivitelerine katılmaları için mesleki rehabilitasyon uygulamaları önem arz etmektedir. MKB'li bireyler için uygulanan mesleki rehabilitasyon programının sonuçlarının paylaşıldığı bir çalışmada, madde bağımlılığı tedavisiyle birlikte mesleki hizmetler alan bireylerin, daha az MKB geliştireceği ve daha üretken bir yaşam yaşayacakları bildirilmiştir (Doostian et al., 2019).

MKB olan bireyler yaşam kalitesinin farklı alt boyutlarında anlamlı derecede daha düşük puanlara sahiptir. Yaşam kalitesindeki bu düşüş madde kullanımının bireylerin yaşamlarının çeşitli alanlarında olumsuz etkiler yarattığını göstermektedir. Özellikle psikolojik sağlık ve sosyal ilişkiler alanlarındaki düşüşler, bireylerin duygusal durumları ve sosyal etkileşimlerinde belirgin sorunlar yaşadıklarını işaret etmektedir. Yaşam kalitesi ile ilgili bulgularımız literatür ile paralellik göstermektedir. Yapılan bir sistematik analiz MKB'den etkilenen bireylerin yaşam kalitesi üzerinde madde kullanımının önemli ölçüde olumsuz bir etkisi olduğunu göstermektedir. Yapılan analizde incelenen çalışmaların bazılarında MKB olan bireylerde ruhsal sorun varlığı, uzun süreli madde kullanımı, suç geçmişi, işsizlik ve düşük eğitim seviyeleri daha düşük yaşam kalitesi için önemli öngörücüler olarak belirlenmiştir (Bratu et al., 2023). Güney Kore'de yapılan Alkol kullanım bozukluğu olan gençleri kapsayan bir çalışmada ise düzenli gelir, düzenli istihdam ve sosyal destek gibi sosyoekonomik faktörlerin yaşam kalitesini doğrudan ve dolaylı olarak etkilediği bulunmuştur (Lee et al., 2020). Diğer bir sistematik analiz madde kullanımında yaygın ve ciddi ruhsal bozuklukların düşük yaşam kalitesiyle ilişkili olduğunu bulmuştur (Armoon et al., 2023). Tüm bu sonuçlar çalışmamızdaki katılımcıların yaşam kalitesi düzeylerinin neden düşük olabileceği hakkında fikirler sunmaktadır. Opioid kullanıcılarında 12 ay boyunca yaşam kalitesindeki değişikliklerin takip edildiği başka bir araştırmada, tedaviye uyumun ve daha yüksek eğitim düzeylerinin, yaşam kalitesinin düzelmesindeki önemli belirleyicileri olarak tanımlanmıştır. Bu araştırma tedavi

protokollerine uyumun kritik önemini ve eğitimin yaşam kalitesini artırmadaki destekleyici rolünü ortaya koymaktadır (Bratu et al., 2024). Bu bulgular göz önüne alındığında MKB olan bireylerin yaşam kalitesini geliştirmeye yönelik müdahalelerde sosyoekonomik, psikolojik ve çevresel etkenlere de bütüncül biçimde odaklanması gerektiğini düşündürmektedir.

MKB olan bireyler, "anlama ve iletişim", "kendine bakım", "insan ilişkileri", "yaşam aktiviteleri" ve "toplumsal katılım" alanlarında kontrol grubuna kıyasla anlamlı derecede daha yüksek (daha fazla kısıtlılık gösteren) puanlar elde etmişlerdir. Bu bulgular, madde kullanımının bireylerin günlük yaşam aktivitelerine katılımlarını ve sosyal etkileşimlerini olumsuz etkilediğini göstermektedir. Özellikle "toplumsal katılım" alanındaki yüksek kısıtlılık puanları, MKB olan bireylerin sosyal yaşama aktif olarak katılamadıklarını ve toplumsal rollerinde zorluklar yaşadıklarını ortaya koymaktadır. Toplumsal veya diğer adıyla Sosyal katılım, insanların amaçlı veya anlamlı buldukları iş veya günlük aktivitelere aktif olarak katılmalarıyla gerçekleşir (Boop et al., 2020). MKB'li bireylerin çoğu, eğitim, istihdam, konaklama, aile, arkadaşlar, yakın ilişkiler ve anlamlı aktiviteler dahil olmak üzere sosyal/toplumsal katılım açısından marjinalleştirilmiştir (Sommer et al., 2021). Madde kullanımından kaynaklanan veya madde kullanımına yol açan sosyal etkileşim problemleri ve toplumsal katılım kısıtlılıkları MKB'li bireylerde okupasyonel kimliğin ve aidiyet duygusunun zedelenmesine yol açarak bireylerin toplumsal rollerini kaybetmelerine zemin hazırlayabilir. MKB olan bireylerin, genellikle MKB olmayan bireylerin sahip olduğu sosyal destek sistemlerinden yoksun olduğu bilinmektedir (Bohnert et al., 2010). Sosyal dışlanma ve eşitsizlikten kaynaklanan kronik stres, psikososyal bozulmaya ve sosyal marjinalleşmeye neden olan mekanizmaları güçlendirmektedir (van Draanen et al., 2020). Sosyal destek eksikliği iyileşme sürecini olumsuz etkileyebilecek sosyal izolasyon ve yalnızlık gibi riskleri de artırmaktadır. Vigdal ve arkadaşlarının (2022) yürüttüğü sistematik derleme bu ilişkiyi desteklemektedir. Araştırmada bireylerin kişisel ilişkiler kurma becerilerinin ve bir topluluğa aidiyet duygusunun, iyileşme sürecini önemli ölçüde desteklediği gösterilmiştir. Araştırmalar sosyal katılımı teşvik etmenin, MKB'li kişiler arasında sosyal dışlanmayı azaltmak ve iyileşmeyi desteklemek için hayati önem taşıdığını bildirmektedir (Aasen et al., 2023). Groh ve arkadaşları (2008) da benzer şekilde, sosyal topluluklarla kurulan bağların, özellikle MKB sonrasındaki iyileşme sürecinde, destekleyici ve koruyucu bir rol

üstlendiğini belirtmektedir. Toplumsal katılımın farklı bir boyutunun ele alındığı, çevrimiçi topluluk katılımına yönelik incelemelerin yapıldığı bir çalışmada bağımlılıktan kurtulmaya yönelik çevrimiçi destek gruplarına katılan bireylerin, daha düşük relaps riskine sahip olduğunu ve yine aynı şekilde hobi, spor, sanat gibi çevrimiçi gruplara katılımın da, kişinin dikkatini başka alanlara yönlendirdiği için koruyucu bir etkisi olduğu ve relaps riskini azaltabildiği bildirilmiştir (Naserianhanzaei & Koschate-Reis, 2022). Bu kapsamda veriler ele alındığında sosyal bağlantıların güçlendirilmesini, tedavi ve rehabilitasyon süreçlerinin temel bileşeni olarak ele almak dikkate değerdir.

Her ne kadar MKB'nin uzun vadede fiziksel sağlığı olumsuz etkilediği literatürde sıklıkla vurgulansa da (NIDA, 2020; Osborne et al., 2022). Çalışmamızda fiziksel sağlık ve hareket alanı açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır. Bu bulgu, ilk bakışta literatürle çelişkili gibi görünse de, bazı olası açıklamalar mevcuttur. Öncelikle, çalışmamıza dahil olan bireyler ayaktan tedavi gören ve aktif olarak sağlık hizmeti alan bireylerden oluşmaktadır. Bu durum, fiziksel sağlıklarının en azından temel işlevleri sürdürebilecek düzeyde olmasıyla ilişkili olabilir. Her iki grup da genç yetişkinlerden oluşmaktadır. Genç bireylerde, madde kullanımına rağmen fiziksel bozulmaların henüz belirgin düzeyde ortaya çıkmamış olabileceği göz önünde bulundurulmalıdır. Her iki grupta da değerlendirilen "hareket" alt alanı, merdiven çıkma, ev içinde ve dışında yer değiştirme, ayakta durma gibi temel motor becerileri içermektedir. Bu tür kaba motor beceriler, genç yaş gruplarında genellikle etkilenmemiştir ve madde kullanımının bu alandaki kısa vadeli etkisi sınırlı kalabilir. Bu çalışmada olduğu gibi birçok araştırmada da madde kullanımının öncelikle psikolojik, sosyal ve toplumsal alanlarda bozulmalara yol açtığı gösterilmiştir (Belfiore et al., 2024; Bratu et al., 2023; Ediz et al., 2024). Fiziksel sağlık ve hareket/mobilité, bireyin günlük yaşamında ilk etkilenen alanlar olmayabilir. Özellikle erken dönem madde kullanımda birey kendini fiziksel olarak iyi hissedebilir ya da problemleri fark etmeyebilir. Dolayısıyla, fiziksel sağlık alanında anlamlı bir fark bulunmaması, bu alanda bozulma yaşanmadığı anlamına gelmeyebilir. Bu bulgu, fiziksel sağlıktaki bozulmanın daha sonraki zamanlarda geç ortaya çıktığını gösterebilir. Fiziksel sağlık ve hareket alanında gözlenen bu görece korunmuşluk, çalışmamızdaki örneklemin tedaviye ulaşabilmiş ve görece fonksiyonel bireylerden oluşmasıyla da ilişkili olabilir. Bu ilişki tedavi hizmetlerine erişimin erken dönemde

fiziksel işlevlerin sürdürülmesine katkı sunabileceğini düşündürmektedir.

Araştırmamız sonucunda MKB olan elde edilen bir diğer bulgu okupasyonel denge ile yaşam kalitesi alt boyutları arasında pozitif ve anlamlı ilişkilerin olmasıydı. Daha öncede yapılan birçok çalışmada okupasyonel denge ve yaşam kalitesi arasında ilişki olduğu bildirilmiştir (Håkansson et al., 2011, 2019; Håkansson & Ahlborg, 2010; Romero-Ayuso et al., 2024; Wagman & Håkansson, 2014). Park ve arkadaşlarının (2019) tarafından yapılan bir çalışmada iş-üretici aktivitelere (ücretli iş, ücretsiz iş, gönüllü iş ve ev işleri), serbest zaman ve sosyal aktiviteler de dahil olmak üzere okupasyonlara katılım sıklığıyla ve okupasyonlardaki memnuniyet yoluyla sağlanan okupasyonel dengenin yaşam kalitesini olumlu yönde etkilediği bildirilmiştir. Bu bulgular hem okupasyonel dengeyi hem de okupasyonlara aktif katılımı iyi olma halinin temel bileşenleri olarak desteklemektedir. Benzer şekilde literatürde, bireylerin biyolojik ve psikolojik ihtiyaçlarını karşılayan aktivitelere katılımının, bu aktivitelere uyum sağlamalarının ve aktiviteler arasında dengeyi sürdürebilmelerinin; yaşamdan alınan doyum ve öznel sağlık algısını artırdığı belirtilmektedir (Matuska & Christiansen, 2008). MKB olan bireylerde ise düzensiz yaşam yapısı okupasyonel denge düzeyleri ve genel sağlık alt boyutu arasındaki ilişkiyi açıklar niteliktedir.

Yaşam kalitesinin değerlendirilmesindeki bir diğer alan fiziksel sağlıktır. Çalışmamızda fiziksel sağlık alt boyutunda okupasyonel denge ile ilişkili bulunmuştur. Fiziksel sağlık alt boyutu; enerji, yorgunluk, uyku ve fiziksel ağrı gibi alanları kapsar. İş, eğlence, dinlenme ve uyku arasındaki dengenin okupasyonel dengenin temel kriterlerinden olması bireyin fiziksel sağlık alanındaki yaşam kalitesinin okupasyonel denge üzerindeki etkisinin önemli olduğunu düşündürmektedir. Araştırmamızda özellikle psikolojik alt boyut ve okupasyonel denge arasındaki ilişki diğer yaşam kalitesi değişkenlerine göre daha yüksekti. Bu bulgu bireyin psikolojik iyi oluş hissinin okupasyonel denge ile daha güçlü bir ilişkiye sahip olabileceğini düşündürmektedir. Nitekim 2024 yılında okupasyonel denge ve yaşam kalitesinin de ilişkisinin incelendiği bir çalışma bulgularımızı desteklemektedir. Yapılan bu çalışmada okupasyonel dengedeki gelişmelerin ruh sağlığı ile ilişkili iyi bir yaşam kalitesine daha fazla katkıda bulunduğu saptanmıştır (Romero-Ayuso et al., 2024).

Okupasyonel dengenin sosyal ilişkiler ve çevre alt boyutları ile elde edilen korelasyonlar da bireyin yaşamındaki sosyal bağlantılardaki iyi yaşam kalitesine yönelik algının ve çevresel kaynakların okupasyonel dengeyi artırıcı yönde etkili

olabileceğini göstermektedir. Özellikle MKB olan bireylerde sosyal izolasyonun yaygın olduğu ve sosyal destek eksikliğinin hem madde kullanımını sürdürmeye neden olduğu hem de tedaviye entegrasyonda zorluklar yarattığı bilindiğinden dolayı bu alana yönelik müdahalelerin okupasyonel denge düzeylerinin gelişmesinde etkili olabileceği düşünülmektedir (Vigdal et al., 2022).

Öte yandan, WHODAS-II alt alanları ile okupasyonel denge arasında negatif yönlü ve istatistiksel olarak anlamlı korelasyonlar bulunmuştur. Bu bulgular, günlük yaşamda karşılaşılan işlevsellik sorunları arttıkça bireyin okupasyonel dengesinin azaldığını göstermektedir. En güçlü ters ilişki tüm alt alanları kapsayan toplam skorda görülmüştür. Özellikle toplumsal katılım, İnsan ilişkileri ve yaşam aktiviteleri gibi bireyin aktif katılımını içeren alanlarda elde edilen anlamlı ilişkiler, toplumsal alandan kopukluğun ve günlük sorumluluklarda aksamanın okupasyonel denge algısını önemli ölçüde etkileyebileceğini göstermektedir. MKB olan bireylerde toplumsal katılımın sınırlanması, sosyal izolasyon, istihdama katılımın engellenmesi ve sosyal rollerin kısıtlanması, gibi durumlar göz önüne alındığında, bu bireylerin okupasyonel dengelerinde bozulmaların görülmesi literatürle uyumlu bir durumdur (Bratu et al., 2024; Farhadian et al., 2024; Vigdal et al., 2022; Wagman & Håkansson, 2014; Wilcock & Hocking, 2024).

Araştırmamız yaşam kalitesine ilişkin WHOQOL-BREF alt boyutları ile işlevselliği değerlendiren WHODAS-II alt alanları arasında yapılan korelasyon analizlerine göre bu iki yapının birbiriyle anlamlı şekilde ilişkili olduğu ortaya konmuştur. WHOQOL-BREF'in Psikolojik ve Fiziksel Sağlık alt boyutlarının, WHODAS-II toplam skoru ile anlamlı negatif ilişkiler göstermesi MKB olan bireylerde fiziksel ve psikolojik iyi oluşun, genel işlevsellik üzerinde belirleyici bir rol oynadığını ortaya koymaktadır. Tespit edilen bu ilişki madde kullanımının yalnızca fiziksel sağlığı değil, aynı zamanda bireyin ruhsal durumunu da etkileyerek yaşamın pek çok alanında kısıtlılığa yol açabileceğini desteklemektedir (Belfiore et al., 2024; NIDA, 2020).

Sosyal ilişkiler alt boyutunun, insan ilişkileri ile anlamlı bir negatif korelasyon göstermesi madde kullanan bireylerin sosyal ilişkilerinin zayıflaması ve toplumsal destek ağlarının azalmasıyla açıklanabilir. Sosyal izolasyonun ve insan ilişkilerindeki problemlerin hem yaşam kalitesini hem de işlevselliği olumsuz etkileyebileceği çıkarılacak sonuçlar arasındadır. Toplumsal katılım ile yaşam kalitesinin tüm alt

boyutları arasında anlamlı ve negatif korelasyonlar elde edilmiştir. Bu ilişkiler, bireyin yaşam kalitesinin azalmasının bireyin toplumsal rollerine daha kısıtlı bir şekilde katıldığını göstermektedir. Literatür de bu sonucu desteklemekte MKB olan bireylerin toplumsal yaşama katılımının sıklıkla damgalanma, yoksulluk, ruhsal sağlık sorunları gibi nedenlerle sınırlı kaldığı bildirilmektedir (Lee et al., 2020; Lookatch et al., 2019; NIDA, 2020; Zwick et al., 2020). Toplumsal katılımıda yaşanan bu kısıtlılıklar hem yaşam kalitesini hem de uzun vadeli iyileşme sürecini olumsuz etkileyebilir.

Çalışmamızda ayrıca yaşam kalitesinin çevre alt boyutu ile WHODAS-II'nin hemen tüm alt alanları arasında anlamlı negatif korelasyonlar bulunmuştur. Bu durum, çevresel kaynaklara erişim, maddi güvence, sağlık hizmetlerine ulaşılabilirlik ve ulaşım gibi faktörlerin bireylerin genel işlevsellik düzeyleri üzerinde etkili olduğunu ve madde kullanımını tetikleyebileceğini düşündürmektedir. Bu sonuç Literatürde çevresel faktörlerin madde kullanım riskini arttırdığı sonucunu destekler niteliktedir. (Chidume & Mugambiwa, 2024). Yapılan bir kapsam belirleme incelemesi sonucunda sosyal destek ve istihdam sağlanmasının MKB'de iyileşmede ilerlemeyi sağlarken, düzensiz konaklama gibi kalacak yer sıkıntısının iyileşmeyi engellediği bildirilmiştir. Araştırma kapsamında incelenen dört çalışmada, işsizlik, istikrarsız konut ve sosyal destek eksikliğinin aşırı doz madde kullanımı ve ölümle ilişkili olduğu öne sürülmüştür (Lin et al., 2024). Madde kullanan bireylerin çevresel kaynaklara sınırlı erişimi ve yaşamsal koşullarındaki yetersizlik, bu bulgularla tutarlıdır (Mennis et al., 2016; Patrick et al., 2012).

Tüm bu ilişkilere ve bulgulara bakıldığında MKB'den kurtulma yolculuğunda ergoterapi mesleği önemli görevler ve sorumluluklar üstlenebilir. Madde Bağımlılığı ve Ruh Sağlığı Hizmetleri İdaresi (SAMHSA), ergoterapistlerin hem fiziksel hem de davranışsal sağlık hizmetleri arasında köprü kurarak, bağımlılık ve iyileşme süreçlerinde hayati bir rol üstlendiğini vurgulamaktadır (Stoffel, 2013)

Ergoterapi literatürü de MKB olan bireyler arasındaki ergoterapi müdahalesinin faydalarını desteklemektedir. Ergoterapistler 70 yılı aşkın bir süredir bağımlılık alanına müdahale etmiş olsalar da hala kanıt temelli çalışmalar sınırlıdır (Rojo-Mota, 2017). Ergoterapi müdahalelerinde bireylerin okupasyonel performansı geliştirilerek ve okupasyonel dengeleri desteklenerek bireylerin topluma katılımları sağlanmakta ve böylece bireylerin sağlık ve iyi olma hali teşvik edilmektedir (WFOT, 2014). Ergoterapinin birincil hedefleri arasında, günlük yaşam aktivitelerine katılımı

sağlamak yer aldığından ergoterapistler, MKB'lerden ve bağımlılık davranışlarından etkilenen kişilerin iyileşme odaklı yaşam tarzlarına dönmelerini desteklemek için iyi potansiyele sahiptir. Amorelli'nin psikososyal müdahalelere ilişkin anlatı incelemesi, ergoterapistlerin MKB'li kişilerin iyileşmesini desteklemek için iyi bir konumda olduğunu bildirmiştir. Ergoterapistlerin MKB olan bireylerin ihtiyaçlarını bütüncül bir şekilde değerlendirmeye ve aynı zamanda bireyin okupasyonel işlev bozukluğunun ve okupasyonel yoksunluğunun nedenlerini analiz etmek, anlamak için iyi bir rol üstlenebileceğini ve buna yetkin olduklarını bildirmiştir (Amorelli, 2016). Ergoterapistler, bağımlılık döngüsünün kırılmasını destekleyebilir, iyileşmeyi ve ayık olmayı engelleyebilecek rol, motivasyon ve rutin kaybını ele alarak nüksetmenin önlenmesine yardımcı olabilir (Wasmuth et al., 2014; Roush 2008). McQueen ve arkadaşları (2006) bunu destekleyerek, anlamlı okupasyonlara katılımın iyileşmeyi sağlamak için gereken değişim sürecini desteklemede önemli bir faktör olabileceğini öne sürmektedir. Kişi için anlamlı aktivitelerin tedavi olarak kullanılması, MKB'li kişiler arasında bağımsızlığı teşvik etmede başarılı bir şekilde faydalı olduğu literatürde bildirilmiştir (Peloquin & Ciro, 2013). Benzer şekilde Wasmuth ve arkadaşları (2016) tarafından yapılan sistematik inceleme okupasyon temelli müdahalelerin bağımlılar üzerindeki etkilerini araştırdı. Analize dahil edilen çalışmalarda müdahale türleri iş/üretici, serbest zaman ve toplumsal katılıma yönelik okupasyon temelli müdahalelerden oluşmaktaydı. Bu incelemenin temel bulgularından biri, tüm sosyal katılım müdahalelerinin, kontrol veya karşılaştırma grubuna göre sosyal katılımı destekleyen gruplar arası anlamlı farklar bulmuş olmasıdır. Buna karşılık, iş ve eğlence alanlarındaki müdahaleler karışık sonuçlar vermiştir, bazı çalışmalar okupasyona dayalı müdahaleyi destekleyen gruplar arası bağımlılık şiddetinde ve ruhsal iyilik halinde anlamlı farklar ortaya çıkarırken bazıları anlamlı farklar yaratamamıştır ancak anlamlı farkların olduğu çalışmalarda etki büyüklüğün yüksek olduğu belirtilmiştir. Okupasyon temelli müdahaleleri bireylerin yaşamlarına entegre etmek, maddeyle ilişkili ve bağımlılık bozukluklarından kurtulmada potansiyel önemli iyileştirmeler ortaya çıkarabilir (Wasmuth et al., 2016b).

MKB olan bireylerde okupasyona dayalı yaşam tarzı değişikliği müdahalesinin etkilerinin incelendiği bir çalışmada ergoterapist liderliğinde gerçekleştirilen müdahaleye katılımın ardından, katılımcılar aktivitelere katılımlarının ve okupasyonel

performanslarının arttığını bildirmişlerdir. Katılımcılar ayrıca okupasyonel dengelerinin geliştiğini kişisel iyileşme ihtiyaçları konusunda farkındalıklarının arttığını bildirmişlerdir (Ryan, 2023). Peloquin ve Ciro (2013), MKB olan kadınlardan oluşan bir popülasyonu incelemiş ve katılımcıların ergoterapi programından duydukları olumlu memnuniyeti ve ergoterapist liderliğindeki gruplar aracılığıyla kendini keşfetme, kendini ifade etme ve kendini yönetme konularında geliştiklerini belirtmişlerdir. Çalışma, ergoterapinin kadın katılımcılar tarafından tatmin edici bir sağlık hizmeti olduğu ve iyileşmeleri açısından kişisel gelişim gruplarından fayda buldukları sonucuna varmıştır. Buna ek olarak, yaşam becerilerinde artan bağımsızlıkları aktivite rol performansını ve öz-güven becerilerini geliştirerek anlamlı pozitif korelasyon göstermiştir.

Araştırmalar, iyileşme sürecinde olan bireylerin, maddelerin etkilerini elde etmek, kullanmak ve bu etkilerden kurtulmak için harcadıkları zamana bu süreç içinde ihtiyaç duymadıkları için 16 ila 18 saate kadar yeni, serbest zamana sahip olduklarını bulmuştur (APA, 2022; Gutman, 2006). Erken iyileşme sırasında karşılaşılan yaygın bir engel ise bu yeni saatleri doldurmak ve birey için yeni, anlamlı aktiviteler bulmaktır. Bu nedenle, bu saatlerin yapılandırılması ve yeniden oluşturulması, iyileşme sürecinin çok önemli bir parçası olabileceği için terapistlerin MKB'li bireylerle çalışırken hedeflemesi gereken konular arsında yer almaktadır (Rodriguez & Smith, 2014; AOTA,2020). Sharp ve arkadaşları (2011) ise bu bulguları destekleyecek nitelikte bir çalışma gerçekleştirerek sağlıklı serbest zaman aktivitelerinin madde kullanımında daha düşük tekrarlama oranlarıyla bağlantılı olduğunu göstermiştir. Ayrıca, sağlıklı serbest zaman aktivitelerinin zaman içinde artmasıyla birlikte madde kullanma olasılığını azaldığı çalışma sonucunda bildirilmiştir. 2024 yılında MKB olan bireylerle gerçekleştirilen daha güncel bir serbest zaman müdahalesi çalışmasında ise müdahale sonrası değerlendirmelerde bireylerin okupasyonel performanslarının arttığı, okupasyonel dengelerinin önemli ölçüde geliştiği saptanmıştır. Ayrıca bireylerin yaşam kalitesi düzeylerinde ve serbest zaman aktivitelere katılım seviyelerinde artış olurken madde kullanım isteklerinde azalış gerçekleşmiştir.

Çalışma bulguları serbest zaman müdahalesinin potansiyel faydalarını ortaya koymaktadır (Farhadian et al., 2024). Ryan ve arkadaşları tarafından 2021 yılında yapılan bir kapsam belirleme incelemesi bağımlılık alanındaki ergoterapi literatürünün bir sentezini yapmıştır. Araştırma sonucunda bağımlılık tedavisinde ergoterapistler

tarafından sunulan müdahalelerin genellikle danışanlar tarafından iyi karşılandığını ve bağımlılık davranışlarıyla ilişkili zararı azaltmada ergoterapi müdahalelerinin destekleyici olduğunu bildirmişlerdir. Araştırmada ergoterapi müdahalelerinin, becerilerin öğretilmesinin ötesine geçip okupasyonel katılımı önceliklendirdiğinde daha fazla destekleyici olduğu bildirilmiştir ancak sonuçların genellenebilmesi için sınırlı çalışma olduğu vurgulanmıştır (Ryan&Boland, 2021).

Yaptığımız literatür taramasına göre, MKB olan bireylerde okupasyonel denge, yaşam kalitesi ve toplumsal katılım arasındaki ilişkiyi aynı anda ele alan ve bu değerlendirme sonuçlarını bir kontrol grubu ile karşılaştıran bir çalışmaya rastlanmamıştır. Bu yönüyle çalışma, alanda önemli bir boşluğu doldurmakta ve MKB'li bireylerin değerlendirilmesi, tedavisi ve rehabilitasyonunda bütüncül ve kapsamlı bir bakış açısıyla okupasyonel denge, yaşam kalitesi ve toplumsal katılım gibi temel kavramların birlikte ele alınması gerektiğini vurgulayan özgün ve yol gösterici bulgular sunmaktadır. Bu durumlar çalışmamızın güçlü yanlarını oluşturmaktadır.

Çalışmamızın bazı limitasyonları mevcuttur:

1. Araştırma ve kontrol grupları arasında anlamlı düzeyde bir yaş farkı bulunmuştur. Yaş; bireyin medeni durumu, eğitim düzeyi, iş yaşamına katılımı ve sosyal sorumlulukları gibi birçok demografik ve psikososyal değişkenle ilişkili olduğundan, bu fark gruplar arasında elde edilen bazı sonuçları etkilemiş olabilir.
2. Çalışmada yalnızca MKB tanısı esas alınmış, bağımlılık şiddeti değerlendirilmemiştir. Bu durum, kullanım yoğunluğunun etkilerinin analizine olanak tanımamıştır.
3. Katılımcıların kullandıkları madde türleri sorgulanmış olsa da, madde türlerine göre ayrı alt grup analizleri yapılmamıştır. Bu durum, farklı madde türlerinin okupasyonel denge, yaşam kalitesi ve toplumsal katılım üzerindeki muhtemel farklılaştırıcı etkilerinin incelenmesini sınırlamıştır.
4. Çalışmada bireylerin okupasyonel performansı Kanada Okupasyonel Performans Ölçeği (KAPÖ) gibi yapılandırılmış bir değerlendirme aracıyla ölçülmemiştir. Bu nedenle, MKB tanısı olan grubun aktivite performans düzeyine ilişkin nitel veriler sunulamamıştır

Sonuç olarak çalışmamız MKB olan genç yetişkinlerde okupasyonel denge, yaşam kalitesi ve toplumsal katılımın kontrol grubuna kıyasla anlamlı düzeyde olumsuz etkilendiğini ortaya koymaktadır. MKB olan genç yetişkinlerde okupasyonel denge, yaşam kalitesi ve toplumsal katılım değişkenleri arasında anlamlı ilişkiler olduğu belirlenmiştir. Bu üç değişken arasındaki ilişki MKB olan bireylerin değerlendirme ve müdahale süreçlerinde bütüncül ve kapsamlı yaklaşımların gerekliliğine işaret etmektedir. Bu araştırmanın tüm limitasyonlarına rağmen sonuçlarının MKB alanında Ergoterapi değerlendirme ve müdahale programlarının planlanmasında yol gösterici olabileceğini düşünmekteyiz.



## 6. SONUÇ VE ÖNERİLER

- Bu çalışma, MKB olan genç yetişkinlerde okupasyonel denge, yaşam kalitesi ve toplumsal katılımın belirgin şekilde olumsuz etkilendiğini ve bu alanlar arasında ilişkiler bulunduğunu ortaya koymuştur. Böylelikle her iki hipotezimizin H1 hipotezi çalışma sonucunda desteklenmiştir.
- MKB olan genç yetişkinlerde okupasyonel dengenin, yaşam kalitesinin ve toplumsal katılımın belirgin şekilde olumsuz etkilendiği görüldüğünden, ergoterapistlerin, MKB olan bireylerin rehabilitasyonunda yalnızca semptom yönetimine odaklanmak yerine, bireyin günlük yaşamını yeniden inşa etmelerine, sağlıklı alışkanlık ve rutinleri kazandırmaya, serbest zaman aktivitelerini yapılandırmaya, iş üretici aktivitelere katılımını desteklemeye, bireylerin anlamlı okupasyonlarına katılımını sağlamaya ve toplumsal rollerini yeniden kazandırmaya yönelik müdahaleler planlamaları önemlidir.
- MKB olan bireylere uygulanan ergoterapi müdahalelerinin okupasyonel denge, yaşam kalitesi ve toplumsal katılım düzeylerine etkilerinin incelendiği çalışmalara ihtiyaç duyulmaktadır.
- Gelecek araştırmalarda yaş değişkeninin istatistiksel olarak kontrol altına alındığı tasarımlar ve analiz yöntemlerinin tercih edilmesi, grup karşılaştırmalarının daha sağlıklı yapılabilmesini sağlayabilir.
- MKB şiddetinin ve kullanılan madde türlerinin ayrı ayrı incelendiği çalışmaların yapılması, okupasyonel denge, yaşam kalitesi ve toplumsal katılımın, farklı madde kullanım profillerine ve şiddetine sahip bireyler üzerinde nasıl değiştiğinin daha iyi anlaşılmasını sağlayabilir.
- Farklı madde kullanım profillerine sahip bireylerin okupasyonlarına katılımlarının, okupasyonel dengelerinin, yaşam kalitesi ve toplumsal katılımlarının nitel yöntemlerle incelendiği çalışmalar, bireylerin anlam yükledikleri aktiviteleri, okupasyonel kimlik yapılarını ve toplumsal rollerle kurdukları ilişkiyi daha derinlemesine ortaya koyarak ergoterapi müdahalelerinin bireyselleştirilmesine katkı sağlayabilir.

- Gelecek çalışmalarda, bireylerin okupasyonel performanslarının daha ayrıntılı değerlendirilmesi için KAPÖ gibi yapılandırılmış değerlendirme araçlarının kullanılması önerilmektedir. Bu sayede, özellikle madde kullanım bozukluğu tanısı olan bireylerin günlük yaşam aktivitelerine ilişkin algıları ve öncelikleri hakkında daha derinlemesine ve nitelikli veriler elde edilebilir.
- Toplumsal farkındalığın artırılmasına yönelik çalışmalar, madde kullanım bozukluğu olan bireylerin sosyal izolasyonunun azalmasına ve daha fazla sosyal destek kaynağına erişimlerinin kolaylaşmasına katkı sağlayabilir.
- Toplum temelli rehabilitasyon hizmetlerinin yaygınlaştırılması, bireylerin yaşadıkları çevrede sosyal yaşama yeniden entegre olmalarını kolaylaştırabilir ve sürdürülebilir iyileşme süreçlerini destekleyebilir.
- Destek gruplarının teşvik edilmesi, MKB ile mücadele eden bireylerin yalnız olmadıklarını hissetmelerine, deneyim paylaşımı aracılığıyla karşılıklı güçlenmelerine ve tedavi sürecinin etkinliğinin artmasına katkı sunabilir.
- Bireylerin sosyal bağlarının güçlendirilmesini temel alan yaklaşımlar hem toplumsal katılım düzeylerini artırabilir hem de yeniden madde kullanım riskini azaltarak psikososyal iyilik hâlini olumlu yönde etkileyebilir.
- Gelecekte çalışmalarda yalnızca öz-bildirim temelli ölçeklerle yetinilmeyip; kas gücü, enduransı, denge, koordinasyon, reaksiyon zamanı ve yürüme hızı gibi temel motor beceriler ve fiziksel fonksiyonlara ilişkin nicel performans ölçümlerinin de değerlendirilmesi önerilmektedir.
- MKB olan bireylerde çevresel koşullarının etkisini inceleyen çalışmalara ihtiyaç duyulmaktadır. Özellikle ergoterapistlerin bireylerin sosyal, kültürel, kurumsal ve fiziksel çevreleri bağlamında müdahaleler yürütmesi ve bu müdahalelerin etkisini değerlendiren nicel ve nitel araştırmaların yapılması önerilmektedir.

## I.KAYNAKÇA

Aasen, J., Galaaen, K., Nilsson, F., Sørensen, T., Lien, L., & Leonhardt, M. (2023). Promoting Social Participation and Recovery Using Virtual Reality–Based Interventions Among People With Mental Health and Substance Use Disorders: Qualitative Study. *JMIR Formative Research*, 7, e46136.

Adebayo Adebisi, Y., Eliseo Lucero-Prisno, D., Ogaya, J. B., Cañez, V. C., Niez, R. A., Santos, F. E. D., Magramo, M. M., Yap-Tan, A. R., Sy, F. A. R., & Kasimieh, O. (2024). Predictors and Prevalence of Alcohol and Cannabis Co-use Among Filipino Adolescents: Evidence From a School-based Student Health Survey. *Journal of Preventive Medicine and Public Health*, 57(3), 288.

Adenusi, A. O., Magacha, H. M., Nwaneki, C. M., Asifat, O. A., & Annor, E. N. (2023). Cannabis Use and Associated Gastrointestinal Disorders: A Literature Review. *Cureus*.

Afuseh, E., Pike, C. A., & Oruche, U. M. (2020). Individualized approach to primary prevention of substance use disorder: age-related risks. *Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy*, 15(1), 58.

Alexander, B. (2010). The globalization of addiction: A study in poverty of the spirit. Oxford University Press.

Ambrose, J. A., & Barua, R. S. (2004). The pathophysiology of cigarette smoking and cardiovascular disease. *Journal of the American College of Cardiology*, 43(10), 1731–1737.

American Psychiatric Association, APA. (2022). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. American Psychiatric Association Publishing.

Anaby, D., Jarus, T., Backman, C. L., & Zumbo, B. D. (2010). The Role of Occupational Characteristics and Occupational Imbalance in Explaining Well-being. *Applied Research in Quality of Life*, 5(2), 81–104.

AOTA. (2020). Occupational Therapy Practice Framework: Domain and Process—Fourth Edition. *The American Journal of Occupational Therapy*, 74(Supplement\_2),

*APA Dictionary of Psychology*. (n.d.). Retrieved November 8, 2024, from <https://dictionary.apa.org/tolerance>

Armoon, B., Bayat, A.-H., Bayani, A., Mohammadi, R., Ahounbar, E., &

Fakhri, Y. (2023). Quality of life and its associated factors among patients with substance use disorders: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Substance Use*, 28(4), 479–488.

Arnett, J. J. (2005). The Developmental Context of Substance Use in Emerging Adulthood. *Journal of Drug Issues*, 35(2), 235–254.

Backman, C. L. (2004). Occupational balance: Exploring the relationships among daily occupations and their influence on well-being. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 71(4), 202–209.

Bahji, A. (2024). Navigating the Complex Intersection of Substance Use and Psychiatric Disorders: A Comprehensive Review. *Journal of Clinical Medicine*, 13(4), 999.

Balhara, Y. P. S., Singh, S., Modak, T., & Sarkar, S. (2017). A Cross-sectional Study to Assess Disability and Its Correlates among Treatment Seeking Individuals with Alcohol Use Disorders. *Indian Journal of Psychological Medicine*, 39(1), 40.

Bart, G. (2012). Maintenance Medication for Opiate Addiction: The Foundation of Recovery. *Journal of Addictive Diseases*, 31(3), 207–225.

Belfiore, C. I., Galofaro, V., Cotroneo, D., Lopis, A., Tringali, I., Denaro, V., & Casu, M. (2024). A Multi-Level Analysis of Biological, Social, and Psychological Determinants of Substance Use Disorder and Co-Occurring Mental Health Outcomes. *Psychoactives*, 3(2), 194–214.

Bell, T., Wegner, L., Blake, L., Jupp, L., Nyabenda, F., & Turner, T. (2015). Clients' perceptions of an occupational therapy intervention at a substance use rehabilitation centre in the Western Cape. *South African Journal of Occupational Therapy*, 45(2).

Berlin, G. S., & Hollander, E. (2014). Compulsivity, impulsivity, and the DSM-5 process. *CNS Spectrums*, 19(1), 62–68.

Bernardin, F., Maheut-Bosser, A., & Paille, F. (2014). Cognitive Impairments in Alcohol-Dependent Subjects. *Frontiers in Psychiatry*, 5.

Bertz, J. W., Smith, K. E., Panlilio, L. V., Stull, S. W., Reamer, D., Murville, M.-L., Sullivan, M., Holtyn, A. F., Toegel, F., Epstein, D. H., Phillips, K. A., & Preston, K. L. (2021). Quality of life during a randomized trial of a therapeutic-workplace intervention for opioid use disorder: Web-based mobile assessments reveal effects of drug abstinence and access to paid work. *Drug and Alcohol Dependence*

*Reports, 1*, 100011.

Best, E. , M. D. , V. T. , & L. S. (2019). Fighting a Battle Against the Opioid Epidemic with Occupational T. *Thomas Jefferson University Occupational Therapy Assistant Studies Program*.

Bhattacharyya, S., Mandal, S., Banerjee, S., Mandal, G. K., Bhowmick, A. K., & Murmu, N. (2015). Cannabis smoke can be a major risk factor for early-age laryngeal cancer—a molecular signaling-based approach. *Tumor Biology, 36*(8), 6029–6036.

Blase, S. L., Gilbert, A. N., Anastopoulos, A. D., Costello, E. J., Hoyle, R. H., Swartzwelder, H. S., & Rabiner, D. L. (2009). Self-Reported ADHD and Adjustment in College. *Journal of Attention Disorders, 13*(3), 297–309.

Bodur, M., Kaya, S., Ilhan-Esgin, M., Çakiroğlu, F. P., & Özçelik, A. Ö. (2024). The caffeine dilemma: unraveling the intricate relationship between caffeine use disorder, caffeine withdrawal symptoms and mental well-being in adults. *Public Health Nutrition, 27*(1), e57.

Bohnert, A. S. B., German, D., Knowlton, A. R., & Latkin, C. A. (2010). Friendship networks of inner-city adults: a latent class analysis and multi-level regression of supporter types and the association of supporter latent class membership with supporter and recipient drug use. *Drug and Alcohol Dependence, 107*(2–3), 134–140.

Bolshakova, M., Bluthenthal, R., & Sussman, S. (2019). Opioid use and misuse: health impact, prevalence, correlates and interventions. *Psychology & Health, 34*(9), 1105–1139.

Boop, C., Cahill, S. M., Davis, C., Dorsey, J., Gibbs, V., Herr, B., Kearney, K., Liz Griffin Lannigan, E., Metzger, L., Miller, J., Owens, A., Rives, K., Synovec, C., Winistorfer, W. L., & Lieberman, D. (2020). Occupational therapy practice framework: Domain and process fourth edition. In *American Journal of Occupational Therapy* (Vol. 74, pp. 1–87). American Occupational Therapy Association, Inc.

Borsari, B., & Carey, K. B. (2001). Peer influences on college drinking: A review of the research. *Journal of Substance Abuse, 13*(4), 391–424.

Boscarino, J. A., Rukstalis, M., Hoffman, S. N., Han, J. J., Erlich, P. M., Gerhard, G. S., & Stewart, W. F. (2010). Risk factors for drug dependence among out-patients on opioid therapy in a large US health-care system. *Addiction, 105*(10), 1776–

1782.

Boullier, M., & Blair, M. (2018). Adverse childhood experiences. *Paediatrics and Child Health*, 28(3), 132–137.

Bratu, M. L., Sandesc, D., Anghel, T., Bratosin, F., Vlad, S. V., Terzi, A., & Streian, C. G. (2024). Evaluating Quality of Life Changes over 12 Months Among Opiate Users from Romania and Associated Worsening Factors. *Life*, 14(10), 1336.

Bratu, M. L., Sandesc, D., Anghel, T., Tudor, R., Shaaban, L., Ali, A., Toma, A. O., Bratosin, F., Turcu, I., Gantsa, A., Fericean, R. M., Bondrescu, M., & Barata, P. I. (2023). Evaluating the Aspects of Quality of Life in Individuals with Substance Use Disorder: A Systematic Review Based on the WHOQOL Questionnaire. *Journal of Multidisciplinary Healthcare*, 16, 4265–4278.

Brett, J., & Murnion, B. (2015). Management of benzodiazepine misuse and dependence. *Australian Prescriber*, 38(5), 152–155.

Bruggencate, T. Ten, Luijckx, K. G., & Sturm, J. (2018). Social needs of older people: a systematic literature review. *Ageing & Society*, 38(9), 1745–1770.

Cai, T., Verze, P., & Johansen, T. E. B. (2021). The Quality of Life Definition: Where Are We Going? *Uro 2021, Vol. 1, Pages 14-22*, 1(1), 14–22.

Calatayud, J., & González, Á. (2003). History of the development and evolution of local anesthesia since the coca leaf. *Anesthesiology*, 98(6), 1503–1508.

Canadian Association of Occupational Therapists. (2008). CAOT position statement: Occupations and health. *Occupational Therapy Now*, 11(1), 24–26.

[National Institute on Drug Abuse (NIDA). *Cannabis (Marijuana)*. Retrieved November 23, 2024, from <https://nida.nih.gov/research-topics/cannabis-marijuana>

Cappelletti, S., Daria, P., Sani, G., & Aromatario, M. (2015). Caffeine: Cognitive and Physical Performance Enhancer or Psychoactive Drug? *Current Neuropharmacology*, 13(1), 71–88.

Cha, Y.-J. (2022). Life satisfaction analysis between occupational balance (OB) group and occupational imbalance (OI) group. *PLOS ONE*, 17(7), e0271715.

Chandler, G. E., Kalmakis, K. A., & Murtha, T. (2018). Screening Adults With Substance Use Disorder for Adverse Childhood Experiences. *Journal of Addictions Nursing*, 29(3), 172–178.

Chapman, A., Verdery, A. M., & Monnat, S. M. (2021). Opioid misuse and family structure: Changes and continuities in the role of marriage and children over

two decades. *Drug and Alcohol Dependence*, 222.

Chidume, M. R., & Mugambiwa, S. S. (2024). Breaking the chains: exploring the socio-economic ripple effects of drug and substance use among youths in Chitungwiza, Zimbabwe. *Journal of Substance Use*, 1–4.

Christiansen C. (1996). Three perspectives on balance in occupation. In C. F. Zemke R (Ed.), *Occupational science: the evolving discipline*. (pp. 431–451). Philadelphia (PA): F. A. Davis Company.

Christiansen, C. H., & Bryan, G. T. (1999). The 1999 Eleanor Clarke Slagle Lecture. Defining lives: occupation as identity: an essay on competence, coherence, and the creation of meaning. *The American Journal of Occupational Therapy : Official Publication of the American Occupational Therapy Association*, 53(6), 547–558.

Christie, N. C., Vojvodic, V., Meda, P., & Monterosso, J. R. (2021). Changes in Social, Romantic, and General Life Satisfaction Over the Course of a Substance Use Disorder. *Frontiers in Psychiatry*, 12, 734352.

Clark, F. (1998). Occupational Science : Occupational therapy's legacy for the 21st century. *Occupational Therapy*.

Cless, M. M., Courchesne-Krak, N. S., Bhatt, K. V., Mittal, M. L., & Marienfeld, C.

B. (2023). Craving among patients seeking treatment for substance use disorder. *Discover Mental Health*, 3(1), 23.

Cloitre, M., Stolbach, B. C., Herman, J. L., Van Der Kolk, B., Pynoos, R., Wang, J., & Petkova, E. (2009). A developmental approach to complex PTSD: childhood and adult cumulative trauma as predictors of symptom complexity. *Journal of Traumatic Stress*, 22(5), 399–408.

Conway, K. P., Swendsen, J., Husky, M. M., He, J.-P., & Merikangas, K. R. (2016). Association of Lifetime Mental Disorders and Subsequent Alcohol and Illicit Drug Use: Results From the National Comorbidity Survey–Adolescent Supplement. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 55(4), 280–288.

Coughlin, S. S., Vernon, M., Hatzigeorgiou, C., & George, V. (2020). Health Literacy, Social Determinants of Health, and Disease Prevention and Control. *Journal of Environment and Health Sciences*, 6(1), 3061.

Courtenay, W. H. (2000). Constructions of masculinity and their influence on men's well-being: A theory of gender and health. *Social Science and Medicine*, 50(10),

1385–1401.

Cranford, J. A., Eisenberg, D., & Serras, A. M. (2009). Substance use behaviors, mental health problems, and use of mental health services in a probability sample of college students. *Addictive Behaviors*, 34(2), 134–145.

Creek, J., & Hughes, A. (2008). Occupation and health: A review of selected literature. *British Journal of Occupational Therapy*, 71(11), 456–458.

Crossin, R., Qama, A., Andrews, Z. B., Lawrence, A. J., & Duncan, J. R. (2019). The effect of adolescent inhalant abuse on energy balance and growth. *Pharmacology Research & Perspectives*, 7(4).

Cumming, C., Kinner, S. A., McKetin, R., Li, I., & Preen, D. (2020). Methamphetamine use, health and criminal justice system outcomes: A systematic review. *Drug and Alcohol Review*, 39(5), 505–518.

Currie, Candace. (2012). *Social determinants of health and well-being among young people : health behaviour in school-aged children (HBSC) study : international report from the 2009/2010 survey*. World Health Organization, Regional Office for Europe.

da Silva, A. C. C., & Oliver, F. C. (2021). Social participation in occupational therapy: Is it possible to establish a consensus? *Australian Occupational Therapy Journal*, 68(6), 535–545.

Daigre, C., Roncero, C., Grau-López, L., Martínez-Luna, N., Prat, G., Valero, S., Tejedor, R., Ramos-Quiroga, J. A., & Casas, M. (2013). Attention deficit hyperactivity disorder in cocaine-dependent adults: a psychiatric comorbidity analysis. *The American Journal on Addictions*, 22(5), 466–473.

Daley, D. C. (2013). Family and social aspects of substance use disorders and treatment. *Journal of Food and Drug Analysis*, 21(4), S73–S76.

Davis, C. G., Thake, J., & Vilhena, N. (2010). Social desirability biases in self-reported alcohol consumption and harms. *Addictive Behaviors*, 35(4), 302–311.

Davis, M., Walker, D. L., Miles, L., & Grillon, C. (2010). Phasic vs sustained fear in rats and humans: role of the extended amygdala in fear vs anxiety. *Neuropsychopharmacology: Official Publication of the American College of Neuropsychopharmacology*, 35(1), 105–135.

De Vries, T. J., & Shippenberg, T. S. (2002). Neural Systems Underlying Opiate Addiction. *Journal of Neuroscience*, 22(9), 3321–3325.

Deak, J. D., & Johnson, E. C. (2021). Genetics of substance use disorders: a review. *Psychological Medicine*, 51(13), 2189–2200.

Degenhardt, L., Saha, S., Lim, C. C. W., Aguilar-Gaxiola, S., Al-Hamzawi, A., Alonso, J., Andrade, L. H., Bromet, E. J., Bruffaerts, R., Caldas-de-Almeida, J. M., de Girolamo, G., Florescu, S., Gureje, O., Haro, J. M., Karam, E. G., Karam, G., Kovess-Masfety, V., Lee, S., Lepine, J., ... McGrath, J. J. (2018). The associations between psychotic experiences and substance use and substance use disorders: findings from the World Health Organization World Mental Health surveys. *Addiction*, 113(5), 924–934.

Dellazizzo, L., Potvin, S., Giguère, S., & Dumais, A. (2022). Evidence on the acute and residual neurocognitive effects of cannabis use in adolescents and adults: a systematic meta-review of meta-analyses. *Addiction*, 117(7), 1857–1870.

Department of Health, U., Services, H., & of the Surgeon General, O. (2016). *Facing Addiction In America The Surgeon General's Report on Alcohol, Drugs, and Health*.

Dick, D. M., Viken, R., Purcell, S., Kaprio, J., Pulkkinen, L., & Rose, R. J. (2007). Parental monitoring moderates the importance of genetic and environmental influences on adolescent smoking. *Journal of Abnormal Psychology*, 116(1), 213–218.

DiGuseppi, G. T., Meisel, M. K., Balestrieri, S. G., Ott, M. Q., Cox, M. J., Clark, M. A., & Barnett, N. P. (2018). Resistance to peer influence moderates the relationship between perceived (but not actual) peer norms and binge drinking in a college student social network. *Addictive Behaviors*, 80, 47–52.

Doğu, S. E., & Özkan, E. (2023). The role of occupational therapy in substance use. *Nordic Studies on Alcohol and Drugs*, 40(4), 406–413.

Dominici, P., Kopec, K., Manur, R., Khalid, A., Damiron, K., & Rowden, A. (2015). Phencyclidine Intoxication Case Series Study. *Journal of Medical Toxicology*, 11(3), 321–325.

Ediz, Ç., Uzun, S., & Erdaş, M. B. (2024). Psychosocial Dimension of Substance Use Disorder. *The Journal for Nurse Practitioners*, 20(1), 104826.

Edwards, A. C., Larsson Lönn, S., Sundquist, J., Kendler, K. S., & Sundquist, K. (2018). Associations Between Divorce and Onset of Drug Abuse in a Swedish National Sample. *American Journal of Epidemiology*, 187(5), 1010–1018.

EGM. (2018). *Türkiye’de Genel Nüfusta Tütün Alkol Ve Madde Kullanımına Yönelik Tutum Ve Davranış Araştırması (1)*.

EGM. (2024). *Türkiye Uyuşturucu Raporu 2024*. Retrieved May 26, 2025, from [https://www.narkotik.pol.tr/kurumlar/icisleri.gov.tr/duyurular\(1\)/2024\\_uyus\\_ra\\_poru.pdf](https://www.narkotik.pol.tr/kurumlar/icisleri.gov.tr/duyurular(1)/2024_uyus_ra_poru.pdf)

Ellis, J. D., Rabinowitz, J. A., Ware, O. D., Wells, J., Dunn, K. E., & Huhn, A. S. (2023). Patterns of polysubstance use and clinical comorbidity among persons seeking substance use treatment: An observational study. *Journal of Substance Use and Addiction Treatment*, 146, 208932.

EMCDAA. (2024). *European Drug Report 2024: Trends and Developments*. Retrieved May 26, 2025, from [www.euda.europa.eu. https://www.euda.europa.eu/publications/european-drug-report/2024\\_en](https://www.euda.europa.eu/publications/european-drug-report/2024_en)

Emniyet Genel Müdürlüğü (2023). Türkiye Uyuşturucu ve Uyuşturucu Bağımlılığı İzleme Merkezi Şube Müdürlüğü, *Madde Kullanıcıları Profil Analizi 2022 Yılı Narkolog Raporu*.

Erikson, E. H. (1980). *Identity and the life cycle*. W W Norton & Co.

Erikson, E. H. (1994). *Identity and the Life Cycle*. New York: W. W. Norton & Company.

Galindo-Garre, F., Hidalgo, M. D., Guilera, G., Pino, O., Rojo, J. E., & Gómez-Benito, J. (2015). Modeling the World Health Organization disability assessment schedule ii using non-parametric item response models. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 24(1), 1–10.

Guilera, G., Gómez-Benito, J., Pino, O., Rojo, J. E., Cuesta, M. J., Martínez-Arán, A., Safont, G., Tabarés-Seisdedos, R., Vieta, E., Bernardo, M., Crespo-Facorro, B., Franco, M., & Rejas, J. (2012). Utility of the World Health Organization Disability Assessment Schedule II in schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 138(2-3), 240–247.

Farhadian, M., Akbarfahimi, M., Hassani Abharian, P., Khalafbeigi, M., & Yazdani, F. (2024). The Effect of Leisure Intervention on Occupational Performance and Occupational Balance in Individuals with Substance Use Disorder: A Pilot Study. *Occupational Therapy International*, 2024, 6299073.

Federici, S., Meloni, F., & Lo Presti, A. (2009). International literature review on WHODAS II (World Health Organization Disability Assessment Schedule II). *Life*

*Span and Disability*, 12(1), 83–110.

Felitti, V. J., Anda, R. F., Nordenberg, D., Williamson, D. F., Spitz, A. M., Edwards, V., Koss, M. P., & Marks, J. S. (1998). Relationship of Childhood Abuse and Household Dysfunction to Many of the Leading Causes of Death in Adults: The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study. *American Journal of Preventive Medicine*, 14(4), 245–258.

Ferreira, W. de A., Camelo, L., Viana, M. C., Giatti, L., & Barreto, S. M. (2018). Is subjective social status a summary of life-course socioeconomic position? *Cadernos de Saude Publica*, 34(5).

Flanagan, J. C., Jones, J. L., Jarnecke, A. M., & Back, S. E. (2018). *Alcohol Research: Current Reviews - Co-Occurring Alcohol Use Disorder and Post-Traumatic Stress Disorder*.

Fougeyrollas, P. (2010). La Funambule, le Fil et la Toile. *La Funambule, Le Fil et La Toile*.

Fraser, K. A. (1988). Book Review: Drug Scenes - a Report on Drugs and Drug Dependence by the Royal College of Psychiatrists. 81(8), 495–495.

Gallegos, M. I., Zaring-Hinkle, B., Wang, N., & Bray, J. H. (2021). Detachment, peer pressure, and age of first substance use as gateways to later substance use. *Drug and Alcohol Dependence*, 218, 108352.

Galobardes, B., Shaw, M., Lawlor, D. A., Lynch, J. W., & Smith, G. D. (2006). Indicators of socioeconomic position (part 1). *Journal of Epidemiology and Community Health*, 60(1), 7.

Galvez-Sánchez, C. M., Camacho-Ruiz, J. A., Castelli, L., & Limiñana-Gras, R. M. (2025). Exploring the Role of Masculinity in Male Suicide: A Systematic Review. *Psychiatry International*, 6(1), 2.

Garcia-Codina, O., Juvinyà-Canal, D., Amil-Bujan, P., Bertran-Noguer, C., González-Mestre, M. A., Masachs-Fatjo, E., Santaegència, S. J., Magrinyà-Rull, P., & Saltó-Cerezuela, E. (2019). Determinants of health literacy in the general population: Results of the Catalan health survey. *BMC Public Health*, 19(1).

Ghose, S., Sardar, A., Shiva, S., Mullan, B. E., & Datta, S. S. (2019). Perception of tobacco use in young adults in urban India: a qualitative exploration with relevant health policy analysis. *Ecancermedicalscience*, 13.

Goldstein, R. Z., Alia-Klein, N., & Volkow, N. D. (2009). Drug Addiction:

Neuroimaging. *Encyclopedia of Neuroscience*, 699–711.

Goudriaan, A. E., Crunelle, C. L., Wolf, C., & Schellekens, A. (2023). Neurale netwerken bij verslaving [Neural networks in addiction]. *Tijdschrift voor psychiatrie*, 65(10), 609–612.

Grant, B. F. (1995). Comorbidity between DSM-IV drug use disorders and major depression: Results of a national survey of adults. *Journal of Substance Abuse*, 7(4), 481–497.

Greenfield, S. F., Back, S. E., Lawson, K., & Brady, K. T. (2010). Substance Abuse in Women. *The Psychiatric Clinics of North America*, 33(2), 339.

Groh, D. R., Jason, L. A., & Keys, C. B. (2008). Social network variables in alcoholics anonymous: a literature review. *Clinical Psychology Review*, 28(3), 430–450.

Grosso, G., Godos, J., Galvano, F., & Giovannucci, E. L. (2017). Coffee, Caffeine, and Health Outcomes: An Umbrella Review. *Annual Review of Nutrition*, 37(1), 131–156.

Grumelli, S., Corry, D. B., Song, L. Z., Song, L., Green, L., Huh, J., Hacken, J., Espada, R., Bag, R., Lewis, D. E., & Kheradmand, F. (2010a). Pulmonary Diseases. *PLoS Medicine*, 1, 075–083.

Grumelli, S., Corry, D. B., Song, L. Z., Song, L., Green, L., Huh, J., Hacken, J., Espada, R., Bag, R., Lewis, D. E., & Kheradmand, F. (2010b). Pulmonary Diseases. *PLoS Medicine*, 1, 075–083.

Guliyev, C., İnce-Guliyev, E., & Ögel, K. (2022). Predictors of Relapse to Alcohol and Substance Use: Are There Any Differences between 3 and 12 Months after Inpatient Treatment? *Journal of Psychoactive Drugs*, 54(4), 358–367.

Gutman, S. A. (2006). Why addiction has a chronic, relapsing course. The neurobiology of addiction: Implications for occupational therapy practice. *Occupational Therapy in Mental Health*, 22(2), 1-29.

Guyonnet, E., Stewart, K. E., & Davis, J. A. (2023). Revealing the Meaning of Cannabis Use as an Occupation: A Scoping Review. *Substance Abuse: Research and Treatment*, 17.

Håkansson, C., & Ahlborg, G. (2010). Perceptions of employment, domestic work, and leisure as predictors of health among women and men. *Journal of Occupational Science*, 17(3), 150–157.

Håkansson, C., Björkelund, C., & Eklund, M. (2011). Associations between women's subjective perceptions of daily occupations and life satisfaction, and the role of perceived control. *Australian Occupational Therapy Journal*, 58(6), 397–404.

Håkansson, C., Milevi, S., Eek, F., Oudin, A., & Wagman, P. (2019). Occupational balance, work and life satisfaction in working cohabiting parents in Sweden. *Scandinavian Journal of Public Health*, 47(3), 366–374.

Hall, W., & Degenhardt, L. (2007). Prevalence and correlates of cannabis use in developed and developing countries. *Current Opinion in Psychiatry*, 20(4), 393–397.

Hall, W., & Degenhardt, L. (2014). The adverse health effects of chronic cannabis use. *Drug Testing and Analysis*, 6(1–2), 39–45.

Hall, W., & Weier, M. (2015). Assessing the public health impacts of legalizing recreational cannabis use in the USA. *Clinical Pharmacology & Therapeutics*, 97(6), 607–615.

Hart, C. L., Marvin, C. B., Silver, R., & Smith, E. E. (2012). Is Cognitive Functioning Impaired in Methamphetamine Users? A Critical Review. *Neuropsychopharmacology*, 37(3), 586–608.

Hasin, D. S., Kerridge, B. T., Saha, T. D., Huang, B., Pickering, R., Smith, S. M., Jung, J., Zhang, H., & Grant, B. F. (2016). Prevalence and correlates of DSM-5 cannabis use disorder, 2012-2013: Findings from the national epidemiologic survey on alcohol and related conditions-III. *American Journal of Psychiatry*, 173(6), 588–599.

Hasselkus, B. R. (2018). significado das ocupações cotidianas. *Revista de Terapia Ocupacional Da Universidade de São Paulo*, 29(1), 80–84.

Hasselkus, B. R., & Dickie, V. A. (2024). The Meaning of Everyday Occupation, Third Edition. *The Meaning of Everyday Occupation, Third Edition*, 1–174.

Hatoum, A. S., Colbert, S. M. C., Johnson, E. C., Huggett, S. B., Deak, J. D., Pathak, G. A., Jennings, M. V., Paul, S. E., Karcher, N. R., Hansen, I., Baranger, D. A. A., Edwards, A., Grotzinger, A. D., Adkins, D. E., Adkins, A. E., Alanne-Kinnunen, M., Alexander, J. C., Aliev, F., Bacanu, S.-A., ... Agrawal, A. (2023). Multivariate genome-wide association meta-analysis of over 1 million subjects identifies loci underlying multiple substance use disorders. *Nature Mental Health*, 1(3), 210–223.

Heilig, M., MacKillop, J., Martinez, D., Rehm, J., Leggio, L., & Vanderschuren, L. J. M. J. (2021). Addiction as a brain disease revised: why it still matters, and the need for consilience. *Neuropsychopharmacology*, 46(10), 1715–1723.

Hendershot, C. S., Witkiewitz, K., George, W. H., & Marlatt, G. A. (2011). Relapse prevention for addictive behaviors. *Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy*, 6(1), 17.

Hernandez-Avila, C. A., Rounsaville, B. J., & Kranzler, H. R. (2004). Opioid-, cannabis- and alcohol-dependent women show more rapid progression to substance abuse treatment. *Drug and Alcohol Dependence*, 74(3), 265–272.

Holstege, C. P. (2005). Phencyclidine\*. In *Encyclopedia of Toxicology* (pp. 395–397). Elsevier.

Hoxmark, E., Wynn, T. N., & Wynn, R. (2012). Loss of activities and its effect on the well-being of substance abusers. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 19(1), 78–83.

Hser, Y. I., Grella, C. E., Hubbard, R. L., Hsieh, S. C., Fletcher, B. W., Brown, B. S., & Anglin, M. D. (2001). An evaluation of drug treatments for adolescents in 4 US cities. *Archives of General Psychiatry*, 58(7), 689–695.

Huglstad, M., Halvorsen, I. L. I., Jonsson, H., & Nielsen, K. T. (2022). “Some of us actually choose to do this”: The meanings of sex work from the perspective of female sex workers in Denmark. *Journal of Occupational Science*, 29(1), 68–81.

Iris, M., Tsou, P.-S., & Sawalha, A. H. (2018). Caffeine inhibits STAT1 signaling and downregulates inflammatory pathways involved in autoimmunity. *Clinical Immunology*, 192, 68–77.

Jacobs, L., & Haining, W. (2023). Methamphetamine. *The Spectrum of Psychotic Disorders: Neurobiology, Etiology and Pathogenesis*, 392–405.

Jaisoorya, T. S., Beena, K. V., Beena, M., Jose, D. C., Ellangovan, K., Thennarasu, K., & Benegal, V. (2016). Prevalence & correlates of tobacco use among adolescents in Kerala, India. *Indian Journal of Medical Research*, 144(5), 704–711.

James, J. E., Baldursdottir, B., Johannsdottir, K. R., Valdimarsdottir, H. B., & Sigfusdottir, I. D. (2018). Adolescent habitual caffeine consumption and hemodynamic reactivity during rest, psychosocial stress, and recovery. *Journal of Psychosomatic Research*, 110, 16–23.

Jeffers, A. M., Glantz, S., Byers, A. L., & Keyhani, S. (2024). Association of Cannabis Use With Cardiovascular Outcomes Among US Adults. *Journal of the American Heart Association*, 13(5).

Jordan, C. J., & Andersen, S. L. (2017). Sensitive periods of substance abuse: Early risk for the transition to dependence. *Developmental Cognitive Neuroscience*, 25, 29–44.

Juliano, L. M., & Griffiths, R. R. (2004). A critical review of caffeine withdrawal: empirical validation of symptoms and signs, incidence, severity, and associated features. *Psychopharmacology*, 176(1), 1–29.

Kalivas, P. W., & Volkow, N. D. (2005). The neural basis of addiction: a pathology of motivation and choice. *The American Journal of Psychiatry*, 162(8), 1403–1413.

Kelly, A. B., Weier, M., & Hall, W. D. (2019). The Age of Onset of Substance Use Disorders. In *Age of Onset of Mental Disorders* (pp. 149–167). Springer International Publishing.

Kelly, J. F., Greene, M. C., & Bergman, B. G. (2018). Beyond Abstinence: Changes In Indices Of Quality Of Life With Time In Recovery In A Nationally-Representative Sample Of Us Adults. *Alcoholism, Clinical and Experimental Research*, 42(4), 770.

Kenny, P. J., Koob, G. F., & Markou, A. (2003). Conditioned facilitation of brain reward function after repeated cocaine administration. *Behavioral Neuroscience*, 117(5), 1103–1107.

Kessler, R. C., Chiu, W. T., Demler, O., & Walters, E. E. (2005). Prevalence, Severity, and Comorbidity of 12-Month DSM-IV Disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of General Psychiatry*, 62(6), 617.

Kielhofner, G. (2009). *Conceptual foundations of occupational therapy practice*.

Kiepek, N. C., Beagan, B., Rudman, D. L., & Phelan, S. (2019). Silences around occupations framed as unhealthy, illegal, and deviant. *Journal of Occupational Science*, 26(3), 341–353.

Kitzinger, R. H., Gardner, J. A., Moran, M., Celkos, C., Fasano, N., Linares, E., Muthee, J., & Royzner, G. (2023). Habits and Routines of Adults in Early Recovery From Substance Use Disorder: Clinical and Research Implications From a Mixed

Methodology Exploratory Study. *Substance Abuse: Research and Treatment*, 17.

Klingemann, J. I., Klingemann, H., & Badań nad Alkoholizmem Toksykomaniami, Z. (2024). Masculinity and addiction: a narrative review of therapeutic interventions for men with substance-use disorders. *Alcoholism and Drug Addiction/Alkoholizm i Narkomania*, 36(3), 207–220.

Kluivers, K. B., Riphagen, I., Vierhout, M. E., Brölmann, H. A. M., & de Vet, H. C. W. (2008). Systematic review on recovery specific quality-of-life instruments. *Surgery*, 143(2), 206–215.

Koob, G. F., & Le Moal, M. (2001). Drug addiction, dysregulation of reward, and allostasis. *Neuropsychopharmacology: Official Publication of the American College of Neuropsychopharmacology*, 24(2), 97–129.

Koob, G. F., & Volkow, N. D. (2010). Neurocircuitry of addiction. *Neuropsychopharmacology: Official Publication of the American College of Neuropsychopharmacology*, 35(1), 217–238.

Koob, G. F., & Volkow, N. D. (2016). Neurobiology of addiction: a neurocircuitry analysis. *The Lancet Psychiatry*, 3(8), 760–773.

Koob, G., Neuropsychopharmacology, M. L. M., & 2001, undefined. (2001). Drug addiction, dysregulation of reward, and allostasis. *Elsevier*, 24(2), 97–129.

Koob, G., Neuropsychopharmacology, N. V., & 2010, undefined. (2010). Neurocircuitry of addiction. *Nature.ComGF Koob, ND VolkowNeuropsychopharmacology, 2010•nature.Com*.

Kozak, K., Lucatch, A. M., Lowe, D. J. E., Balodis, I. M., MacKillop, J., & George, T. P. (2019). The neurobiology of impulsivity and substance use disorders: implications for treatment. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1451(1), 71–91.

Krantz, M. J., Palmer, R. B., & Haigney, M. C. P. (2021). Cardiovascular Complications of Opioid Use. *Journal of the American College of Cardiology*, 77(2), 205–223.

Kurtzman, T. L., Otsuka, K. N., & Wahl, R. A. (2001). Inhalant abuse by adolescents11The full text of this article is available via JAH Online at <http://www.elsevier.com/locate/jahonline>. *Journal of Adolescent Health*, 28(3), 170–180.

Lai, H. M. X., Cleary, M., Sitharthan, T., & Hunt, G. E. (2015). Prevalence of comorbid substance use, anxiety and mood disorders in epidemiological surveys, 1990-2014: A systematic review and meta-analysis. *Drug and Alcohol Dependence*, 154, 1–13.

Larsen, J. L., Johansen, K. S., & Mehlsen, M. Y. (2022). What kind of science for dual diagnosis? A pragmatic examination of the enactive approach to psychiatry. *Frontiers in Psychology*, 13.

Larsson, M., Ahlstrand, I., Larsson, I., et al. (2024). Occupational balance and associated factors among students during higher education within healthcare and social work in Sweden: A multicentre repeated cross-sectional study. *BMJ Open*, 14, e080995.

Laudet, A. B. (2011). The Case for Considering Quality of Life in Addiction Research and Clinical Practice. *Addiction Science & Clinical Practice*, 6(1), 44.

Laviolette, S. R., & Van Der Kooy, D. (2004). GABAA receptors signal bidirectional reward transmission from the ventral tegmental area to the tegmental pedunculopontine nucleus as a function of opiate state. *European Journal of Neuroscience*, 20(8), 2179–2187.

Law, M. , P. H. , B. S. , & T. E. (1997). *Core concepts of occupational therapy. Enabling occupation: An occupational therapy perspective*.

Le Berre, A., Fama, R., & Sullivan, E. V. (2017). Executive Functions, Memory, and Social Cognitive Deficits and Recovery in Chronic Alcoholism: A Critical Review to Inform Future Research. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 41(8), 1432–1443.

Le Berre, A. P. (2019). Emotional Processing and Social Cognition in Alcohol Use Disorder. *Neuropsychology*, 33(6), 808.

Lee, S. B., Chung, S., Seo, J. S., Jung, W. M., & Park, I. H. (2020). Socioeconomic resources and quality of life in alcohol use disorder patients: the mediating effects of social support and depression. *Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy*, 15(1).

Leung, R. K., Toumbourou, J. W., & Hemphill, S. A. (2014). The effect of peer influence and selection processes on adolescent alcohol use: a systematic review of longitudinal studies. *Health Psychology Review*, 8(4), 426–457.

Levasseur, M., Richard, L., Gauvin, L., & Raymond, É. (2010). Inventory and analysis of definitions of social participation found in the aging literature: Proposed taxonomy of social activities. *Social Science & Medicine*, 71(12), 2141–2149.

Lev-Ran, S., Roerecke, M., Le Foll, B., George, T. P., McKenzie, K., & Rehm, J. (2014). The association between cannabis use and depression: a systematic review and meta-analysis of longitudinal studies. *Psychological Medicine*, 44(4), 797–810.

Lewis, B., Hoffman, L. A., & Nixon, S. J. (2014). Sex differences in drug use among polysubstance users. *Drug and Alcohol Dependence*, 145, 127–133.

Lewis, E., & Lemieux, V. (2021). Social participation of seniors: Applying the Framework of Occupational Justice for healthy ageing and a new approach to policymaking. *Journal of Occupational Science*, 28(3), 332–348.

Leza, L., Siria, S., López-Goñi, J. J., & Fernández-Montalvo, J. (2021). Adverse childhood experiences (ACEs) and substance use disorder (SUD): A scoping review. *Drug and Alcohol Dependence*, 221, 108563.

Li, B., Allebeck, P., Burstöm, B., Danielsson, A. K., Degenhardt, L., Eikemo, T. A., Ferrari, A., Knudsen, A. K., Lundin, A., Manhica, H., Newton, J., Whiteford, H., Flodin, P., Sjöqvist, H., & Agardh, E. E. (2023). Educational level and the risk of mental disorders, substance use disorders and self-harm in different age-groups: A cohort study covering 1,6 million subjects in the Stockholm region. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 32(4), e1964.

Li, J., Wang, H., Li, M., Shen, Q., Li, X., Zhang, Y., Peng, J., Rong, X., & Peng, Y. (2020). Effect of alcohol use disorders and alcohol intake on the risk of subsequent depressive symptoms: a systematic review and meta-analysis of cohort studies. *Addiction*, 115(7), 1224–1243.

Li, Y.-F., Ouyang, S.-H., Tu, L.-F., Wang, X., Yuan, W.-L., Wang, G.-E., Wu, Y.-P., Duan, W.-J., Yu, H.-M., Fang, Z.-Z., Kurihara, H., Zhang, Y., & He, R.-R. (2018). Caffeine Protects Skin from Oxidative Stress-Induced Senescence through the Activation of Autophagy. *Theranostics*, 8(20), 5713–5730.

Lin, C., Cousins, S. J., Zhu, Y., Clingan, S. E., Mooney, L. J., Kan, E., Wu, F., & Hser, Y.-I. (2024). A scoping review of social determinants of health's impact on substance use disorders over the life course. *Journal of Substance Use and Addiction Treatment*, 166, 209484.

Lindberg, M. A., & Zeid, D. (2017). Interactive pathways to substance abuse. *Addictive Behaviors*, 66, 76–82.

Lookatch, S. J., Wimberly, A. S., & McKay, J. R. (2019). Effects of Social Support and 12-Step Involvement on Recovery among People in Continuing Care for Cocaine Dependence. *Substance Use & Misuse*, 54(13), 2144–2155.

Lu, Y., Jiang, H., Ren, Y., Wang, M., Yuan, A., Wu, J., Ruan, Z., & Ding, X. (2024). Association of the use of e-cigarettes, combustible cigarettes or dual use with hypertension and mortality in hypertensive individuals: Insights from NHANES 2015–2018. *Tobacco Induced Diseases*, 22(November), 1–12.

Luikinga, S. J., Kim, J. H., & Perry, C. J. (2018). Developmental perspectives on methamphetamine abuse: Exploring adolescent vulnerabilities on brain and behavior. *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry*, 87, 78–84.

Lüscher, C., & Ungless, M. A. (2006). The mechanistic classification of addictive drugs. *PLoS Medicine*, 3(11), 2005–2010.

Machado, K. L., Marinello, P. C., Silva, T. N. X., Silva, C. F. N., Luiz, R. C., Cecchini, R., & Cecchini, A. L. (2021). Oxidative Stress in Caffeine Action on the Proliferation and Death of Human Breast Cancer Cells MCF-7 and MDA-MB-231. *Nutrition and Cancer*, 73(8), 1378–1388.

Mahabee-Gittens, E. M., Xiao, Y., Gordon, J. S., & Khoury, J. C. (2013). The dynamic role of parental influences in preventing adolescent smoking initiation. *Addictive Behaviors*, 38(4), 1905–1911.

Maracic, C. E., & Moeller, S. J. (2021). Neural and Behavioral Correlates of Impaired Insight and Self-awareness in Substance Use Disorder. *Current Behavioral Neuroscience Reports*, 8(4), 113–123.

Marlatt, G., & Donovan, D. (2005). *Relapse prevention: Maintenance strategies in the treatment of addictive behaviors*.

Martin, L. M., Bliven, M., & Boisvert, R. (2008). Occupational Performance, Self-Esteem, and Quality of Life in Substance Addictions Recovery. *OTJR: Occupational Therapy Journal of Research*, 28(2), 81–88.

Martinotti, G., Scherbaum, N., & Bahji, A. (2024). Navigating the Complex Intersection of Substance Use and Psychiatric Disorders: A Comprehensive Review. *Journal of Clinical Medicine* 2024, Vol. 13, Page 999, 13(4), 999.

Mathieu, C. (2021). Performance appraisal. *Dark Personalities in the Workplace*, 71–96.

Matuska, K. M., & Christiansen, C. H. (2008). A proposed model of lifestyle balance. *Journal of Occupational Science*, 15(1), 9–19.

Maust, D. T., Lin, L. A., & Blow, F. C. (2019). Benzodiazepine Use and Misuse Among Adults in the United States. *Psychiatric Services*, 70(2), 97–106.

McCambridge, J., McAlaney, J., & Rowe, R. (2011). Adult Consequences of Late Adolescent Alcohol Consumption: A Systematic Review of Cohort Studies. *PLoS Medicine*, 8(2), e1000413.

McKee, S. A. (2017). Concurrent substance use disorders and mental illness: Bridging the gap between research and treatment. *Canadian Psychology*, 58(1), 50–57.

McQueen, J., Allan, L., & Mains, D. (2006). Brief motivational counselling for alcohol abusers admitted to medical wards. *British Journal of Occupational Therapy*, 69(7), 327–333.

Mennis, J., Stahler, G., & Mason, M. (2016). Risky Substance Use Environments and Addiction: A New Frontier for Environmental Justice Research. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 13(6), 607.

Merikangas, K. R., Akiskal, H. S., Angst, J., Greenberg, P. E., Hirschfeld, R. M. A., Petukhova, M., & Kessler, R. C. (2007). Lifetime and 12-Month Prevalence of Bipolar Spectrum Disorder in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of General Psychiatry*, 64(5), 543.

Miech, R. A., Johnston, L. D., O'Malley, P. M., Bachman, J. G., Schulenberg, J. E., & Patrick, M. E. (2017). Monitoring the Future National Survey Results on Drug Use, 1975–2016. Volume I, Secondary School Students. *Institute for Social Research*.

Mirmiran, P., Carlström, M., Bahadoran, Z., & Azizi, F. (2018). Long-term effects of coffee and caffeine intake on the risk of pre-diabetes and type 2 diabetes: Findings from a population with low coffee consumption. *Nutrition, Metabolism and Cardiovascular Diseases*, 28(12), 1261–1266.

Moeller, S. J., Konova, A. B., Parvaz, M. A., Tomasi, D., Lane, R. D., Fort, C., & Goldstein, R. Z. (2014). Functional, structural, and emotional correlates of impaired insight in cocaine addiction. *JAMA Psychiatry*, 71(1), 61–70.

Mohseni, F., Rahimi, K., Niroumand Sarvandani, M., Jamali, Z., Seyedhosseini Tamijani, S. M., & Rafaiee, R. (2021). Lapse and Relapse Rates in Narcotics Anonymous Versus Methadone Maintenance Treatment: A 12-Month Prospective Study. *Iranian Journal of Psychiatry*.

Mooney, L. J., Zhu, Y., Yoo, C., Valdez, J., Moino, K., Liao, J.-Y., & Hser, Y.-I. (2018). Reduction in Cannabis Use and Functional Status in Physical Health, Mental Health, and Cognition. *Journal of Neuroimmune Pharmacology*, 13(4), 479–487.

Morey, J. N., & Segerstrom, S. C. (2015). Physiological Consequences: Early Hardship and Health Across the Life Span. *Traumatic Stress and Long-Term Recovery: Coping with Disasters and Other Negative Life Events*, 151–176.

Morville, A. L., Wagman, P., & Håkansson, C. (2024). A Rasch analysis of the Danish version of the occupational balance questionnaire (OBQ11). *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 31(1).

Moura, H. F., Faller, S., Benzano, D., Szobot, C., Von Diemen, L., Stolf, A. R., Souza-Formigoni, M. L., Cruz, M. S., Brasiliano, S., Pechansky, F., & Kessler, F. H. P. (2013). The effects of ADHD in adult substance abusers. *Journal of Addictive Diseases*, 32(3), 252–262.

Moyers, P. A. (1997). Occupational Meanings and Spirituality: The Quest for Sobriety. *The American Journal of Occupational Therapy*, 51(3), 207–214.

Mueser, K. T., & Gingerich, S. (2013). Treatment of co-occurring psychotic and substance use disorders. *Social Work in Public Health*, 28(3–4), 424–439.

Mullen, J. M., Richards, J. R., & Crawford, A. T. (2023). Amphetamine-Related Psychiatric Disorders. *StatPearls*.

Muller, A. E., Skurtveit, S., & Clausen, T. (2016). Many correlates of poor quality of life among substance users entering treatment are not addiction-specific. *Health and Quality of Life Outcomes*, 14(1), 39.

Müller, C. P., & Homberg, J. R. (2015). The role of serotonin in drug use and addiction. *Behavioural Brain Research*, 277, 146–192.

Murnane, K. S., Edinoff, A. N., Cornett, E. M., & Kaye, A. D. (2023). Updated Perspectives on the Neurobiology of Substance Use Disorders Using Neuroimaging. *Substance Abuse and Rehabilitation, Volume 14*, 99–111.

Mustonen, A., Hielscher, E., Miettunen, J., Denissoff, A., Alakokkare, A.-E., Scott, J. G., & Niemelä, S. (2021). Adolescent cannabis use, depression and anxiety disorders in the Northern Finland Birth Cohort 1986. *BJPsych Open*, 7(4), e137.

Nagumalli, S. K. (2020). India. *Information Resources in Toxicology, Volume 2: The Global Arena*, 5, 211–246.

Narain, N., Liu, W. N., Mahmood, Z., & Duncan, A. (2018). Women's Perspectives Related to Occupational Performance Following Participation in Substance Use Recovery Programs. *Occupational Therapy in Mental Health*, 34(1), 61–74.

Naserianhanzaei, E., & Koschate-Reis, M. (2022). Effects of Substance Use, Recovery, and Non-Drug-Related Online Community Participation on the Risk of a Use Episode During Remission From Opioid Use Disorder: Longitudinal Observational Study. *Journal of Medical Internet Research*, 24(8), e36555.

National Cancer Institute. (2024). *Cancer Trends Progress Report*. Retrieved May 26, 2025, from [https://progressreport.cancer.gov/prevention/tobacco/youth\\_smoking](https://progressreport.cancer.gov/prevention/tobacco/youth_smoking)

Nations Office Drugs, U. O. (2022). *Identification And Analysis Of Cannabis And Cannabis Products National Drug Analysis Laboratories*.

Nestler, E. J., & Malenka, R. C. (2004). The Addicted Brain. *Scientific American*, 290(3), 78–85.

Newman, R. G. (2012). Comment on the case for considering quality of life in addiction research and clinical practice. *Addiction Science and Clinical Practice*, 7(1).

Nguyen, L. C., Durazzo, T. C., Dwyer, C. L., Rauch, A. A., Humphreys, K., Williams, L. M., & Padula, C. B. (2020). Predicting relapse after alcohol use disorder treatment in a high-risk cohort: The roles of anhedonia and smoking. *Journal of Psychiatric Research*, 126, 1–7.

NIDA. (2007). *National Institute on Drug Abuse . The Science of Addiction*. Retrieved May 26, 2025, from [https://nida.nih.gov/sites/default/files/soa\\_2014.pdf](https://nida.nih.gov/sites/default/files/soa_2014.pdf)[www.humanconnectomeproject.org](http://www.humanconnectomeproject.org)

NIDA. (2020). Common Comorbidities with Substance Use Disorders Research Report/National Institute on Drug Abuse(NIDA. Retrieved May 26, 2025, from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK571451/>

Nowaczewska, M., Wiciński, M., & Kaźmierczak, W. (2020). The Ambiguous Role of Caffeine in Migraine Headache: From Trigger to Treatment. *Nutrients*, 12(8), 2259.

Okobi, O. E., Akueme, N. T., Ugwu, A. O., Ebong, I. L., Osagwu, N., Opiegbé, L., Folorunsho, I. L., Mbah, L. A., Ude, G. I., Khan, A., & Leszkowitz, D. (2023). Epidemiological Trends and Factors Associated With Mortality Rate in Psychoactive Substance Use-Related Mental and Behavioral Disorders: A CDC-WONDER Database Analysis. *Cureus*, 15(11), e49647.

Osborne, B., Larance, B., Ivers, R., Deane, F. P., Robinson, L. D., & Kelly, P. J. (2022). Systematic review of guidelines for managing physical health during treatment for substance use disorders: Implications for the alcohol and other drug workforce. *Drug and Alcohol Review*, 41(6), 1367–1390.

Pandhare, J., Addai, A. B., Mantri, C. K., Hager, C., Smith, R. M., Barnett, L., Villalta, F., Kalams, S. A., & Dash, C. (2014). Cocaine Enhances HIV-1–Induced CD4+ T-Cell Apoptosis. *The American Journal of Pathology*, 184(4), 927–936.

Park, H. Y., Kang, D., Shin, S. H., Yoo, K.-H., Rhee, C. K., Suh, G. Y., Kim, H., Shim, Y. M., Guallar, E., Cho, J., & Kwon, O. J. (2020). Chronic obstructive pulmonary disease and lung cancer incidence in never smokers: a cohort study. *Thorax*, 75(6), 506–509.

Park, S., & Park, J. H. (2019). Causal effects of occupational balance (ob) on participation, health, quality of life, and stress with people in adulthood. *The American Journal of Occupational Therapy*, 73(4\_Supplement\_1), 7311515290p1-7311515290p1.

Pathan, H., & Williams, J. (2012). Basic opioid pharmacology: an update. *British Journal of Pain*, 6(1), 11–16.

Patrick, M. E., Wightman, P., Schoeni, R. F., & Schulenberg, J. E. (2012). Socioeconomic Status and Substance Use Among Young Adults: A Comparison Across Constructs and Drugs. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, 73(5), 772–782.

Pelletier, J. E., Lytle, L. A., & Laska, M. N. (2016). Stress, Health Risk Behaviors, and Weight Status Among Community College Students. *Health Education & Behavior*, 43(2), 139–144.

Peloquin, S. M., & Ciro, C. A. (2013). Self-development groups among women

in recovery: client perceptions of satisfaction and engagement. *The American journal of occupational therapy : official publication of the American Occupational Therapy Association*, 67(1), 82–90.

Perkins, H. W., Haines, M. P., & Rice, R. (2005). Misperceiving the college drinking norm and related problems: a nationwide study of exposure to prevention information, perceived norms and student alcohol misuse. *Journal of Studies on Alcohol*, 66(4), 470–478.

Phillips, P. E. M., Stuber, G. D., Helen, M. L. A. V., Wightman, R. M., & Carelli, R. M. (2003). Subsecond dopamine release promotes cocaine seeking. *Nature*, 422(6932), 614–618.

Philogene-Khalid, H. L., Cunningham, E., Yu, D., Chambers, J. E., Brooks, A., Lu, X., & Morrison, M. F. (2020). Depression and its association with adverse childhood experiences in people with substance use disorders and comorbid medical illness recruited during medical hospitalization. *Addictive Behaviors*, 110, 106489.

Picciotto, M. R., & Mineur, Y. S. (2014). Molecules and circuits involved in nicotine addiction: The many faces of smoking. *Neuropharmacology*, 76, 545–553.

Pinedo, M., Zemore, S., Beltrán-Girón, J., Gilbert, P., & Castro, Y. (2020). Women's barriers to specialty substance abuse treatment: A qualitative exploration of racial/ethnic differences. *Journal of Immigrant and Minority Health*, 22(4), 653.

Pizzi, M. A., & Richards, L. G. (2017). Promoting Health, Well-Being, and Quality of Life in Occupational Therapy: A Commitment to a Paradigm Shift for the Next 100 Years. *The American Journal of Occupational Therapy*, 71(4), 7104170010p1-7104170010p5.

Plein, L. M., & Rittner, H. L. (2018). Opioids and the immune system – friend or foe. *British Journal of Pharmacology*, 175(14), 2717–2725.

Polatajko, D. J. , S. D. , C. N. , A. B. , P. L. , . (2007). Specifying the domain of concern : Occupation as core. *Enabling Occupation II : Advancing an Occupational Therapy Vision for Health, Well-Being, & Justice through Occupation*, 13–36.

Polatajko, H. J. , B. C. , B. S. , D. J. , E. P. , H. A. , . . . & C.-S. A. (2007). Enabling occupation II: Advancing an occupational therapy vision for health, well-being, & justice through occupation, 37-61. In . *Human occupation in context*. (pp. 37–61).

Poudel, A., & Gautam, S. (2017). Age of onset of substance use and

psychosocial problems among individuals with substance use disorders. *BMC Psychiatry*, 17(1).

Prom-Wormley, E. C., Ebejer, J., Dick, D. M., & Bowers, M. S. (2017). The genetic epidemiology of substance use disorder: A review. *Drug and Alcohol Dependence*, 180, 241–259.

Puddephatt, J., Irizar, P., Jones, A., Gage, S. H., & Goodwin, L. (2022). Associations of common mental disorder with alcohol use in the adult general population: a systematic review and meta-analysis. *Addiction*, 117(6), 1543–1572.

Quadra, G. R., Paranaíba, J. R., Vilas-Boas, J., Roland, F., Amado, A. M., Barros, N., Dias, R. J. P., & Cardoso, S. J. (2020). A global trend of caffeine consumption over time and related-environmental impacts. *Environmental Pollution*, 256, 113343.

Radparvar, S. (2023). The Clinical Assessment and Treatment of Inhalant Abuse. *The Permanente Journal*, 27(2), 99–109.

Raftery, D., Kelly, P. J., Deane, F. P., Baker, A. L., Ingram, I., Goh, M. C. W., Lubman, D. I., Carter, G., Turner, A., Dean, O. M., Sinclair, B. L., & McKetin, R. (2020). Insight in substance use disorder: A systematic review of the literature. *Addictive Behaviors*, 111.

Raj, P., Rauniyar, S., & Sapkale, B. (2023). Psychedelic Drugs or Hallucinogens: Exploring Their Medicinal Potential. *Cureus*.

Ramsewak, S., Putteeraj, M., & Somanah, J. (2020). Exploring substance use disorders and relapse in Mauritian male addicts. *Heliyon*, 6(8), e04731.

Ratcliffe, J., Kanaan, M., & Galdas, P. (2023). Reconceptualising men's loneliness: An interpretivist interview study of UK-based men. *Social Science & Medicine*, 332, 116129.

Reitsma, M. B., Kendrick, P. J., Ababneh, E., Abbafati, C., Abbasi-Kangevari, M., Abdoli, A., Abedi, A., Abhilash, E. S., Abila, D. B., Aboyans, V., Abu-Rmeileh, N. M., Adebayo, O. M., Advani, S. M., Aghaali, M., Ahinkorah, B. O., Ahmad, S., Ahmadi, K., Ahmed, H., Aji, B., ... Gakidou, E. (2021). Spatial, temporal, and demographic patterns in prevalence of smoking tobacco use and attributable disease burden in 204 countries and territories, 1990–2019: a systematic analysis from the Global Burden of Disease Study 2019. *The Lancet*, 397(10292), 2337–2360.

Rodríguez-Rivas, C., Camacho-Montaña, L. R., García-Bravo, C., García-de-Miguel, M., Pérez-de-Heredia-Torres, M., & Huertas-Hoyas, E. (2022). Effects of Social Isolation Measures Caused by the COVID-19 Pandemic on Occupational Balance, Participation, and Activities' Satisfaction in the Spanish Population. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(11), 6497.

Rodriguez, L., & Smith, J. A. (2014). 'Finding your own place': an interpretative phenomenological analysis of young men's experience of early recovery from addiction. *International Journal of Mental Health and Addiction*, 12, 477-490.

Rojo-Mota, G., Pedrero-Pérez, E. J., & Huertas-Hoyas, E. (2017). Systematic Review of Occupational Therapy in the Treatment of Addiction: Models, Practice, and Qualitative and Quantitative Research. *The American Journal of Occupational Therapy*, 71(5), 7105100030p1-7105100030p11.

Rojo-Mota, G., Pedrero-Pérez, E. J., Ruiz-Sánchez de León, J. M., León-Frade, I., Aldea-Poyo, P., Alonso-Rodríguez, M., Pedrero-Aguilar, J., & Morales-Alonso, S. (2017). Loewenstein Occupational Therapy Cognitive Assessment to Evaluate People with Addictions. *Occupational Therapy International*, 2017, 1–7.

Romero-Ayuso, D., Jara-Urzúa, A., Acevedo, M. L., & Triviño-Juárez, J. M. (2024). Occupational balance in the Chilean healthy population and its relationship with self-efficacy and quality of life. *Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional*, 32.

Rothman, E. F., & Jimenez, C. (2023). Introduction to the Special Issue on Substance Use and Occupational Therapy. *Substance abuse : research and treatment*, 17, 11782218231160016.

Roush, S. (2008). Occupational therapy and co-occurring disorders of mental illness and substance abuse. *Spec Interest Sect Q Ment Health*, 31, 1-4.

Rothman, E. F., & Jimenez, C. (2023). Introduction to the Special Issue on Substance Use and Occupational Therapy. *Substance Abuse: Research and Treatment*, 17.

Rup, J., Freeman, T. P., Perlman, C., & Hammond, D. (2021). Cannabis and mental health: Prevalence of use and modes of cannabis administration by mental health status. *Addictive Behaviors*, 121, 106991

Ryan, D. A., & Boland, P. (2021). A scoping review of occupational therapy interventions in the treatment of people with substance use disorders. *Irish Journal of*

*Occupational Therapy*, 49(2), 104–114.

Ryan, D., Naughton, M., de Faoite, M., Dowd, T., & Morrissey, A.-M. (2023). An occupation-based lifestyle lecture intervention as part of inpatient addiction recovery treatment: Exploring occupational performance, balance and personal recovery. *Substance Abuse: Research and Treatment*, 17

Said, M. A., van de Vegte, Y. J., Verweij, N., & van der Harst, P. (2020). Associations of Observational and Genetically Determined Caffeine Intake With Coronary Artery Disease and Diabetes Mellitus. *Journal of the American Heart Association*, 9(24).

Saitz, R., Larson, M. J., Labelle, C., Richardson, J., & Samet, J. H. (2008). The case for chronic disease management for addiction. *Journal of Addiction Medicine*, 2(2), 55–65.

Sağlık Bakanlığı, Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, (2012). *Madde Bağımlılığı Tanı ve Tedavi Kılavuzu El Kitabı*.

Salvatore, J. E., Gardner, C. O., & Kendler, K. S. (2019). Marriage and reductions in men's alcohol, tobacco, and cannabis use. *Psychological Medicine*, 50(15), 2634.

Sampaio, G. R., Lima, G. S., de Souza, S. B., & Soares, D. de M. (2024). Use of psychoactive substances among university students from 2019 to 2020: A systematic review. *Brain, Behavior, & Immunity - Health*, 35, 100724.

Santucci, K. (2012). Psychiatric disease and drug abuse. *Current Opinion in Pediatrics*, 24(2).

Scaffa, M. E., & Reitz, S. M. (2014). *Occupational Therapy in Community-Based Practice Settings*. F. A. Davis Company.

Schalock, R. L. , Ed. (1990). Quality of Life: Perspectives and Issues. *Quality of Life: Perspectives and Issues.*, 115–125.

Scherrer, J. F., Salas, J., Miller-Matero, L. R., Sullivan, M. D., Ballantyne, J. C., Debar, L., Grucza, R. A., Lustman, P. J., & Ahmedani, B. (2022). Long-term prescription opioid users' risk for new-onset depression increases with frequency of use. *Pain*, 163(8), 1581–1589.

Schulenberg, J. E., & Maggs, J. L. (2015). A developmental perspective on alcohol use and heavy drinking during adolescence and the transition to young adulthood. [Http://Dx.Doi.Org/10.15288/Jsas.2002.S14.54](http://Dx.Doi.Org/10.15288/Jsas.2002.S14.54), 63(SUPPL. 14), 54–70.

Schulenberg, J. E., Patrick, M. E., Kloska, D. D., Maslowsky, J., Maggs, J. L., & O'malley, P. M. (2015). Substance Use Disorder in Early Midlife: A National Prospective Study on Health and Well-Being Correlates and Long-Term Predictors. *Substance Abuse: Research and Treatment*, 9s1, 41–57.

Semaan, A., & Khan, M. (2023). *Neurobiology of Addiction*. Retrieved May 26, 2025, from <https://europepmc.org/books/nbk597351>

Sharma, A. L., Shaffer, D., Netting, D., & Tyagi, M. (2022). Cocaine sensitizes the CD4+ T cells for HIV infection by co-stimulating NFAT and AP-1. *IScience*, 25(12), 105651.

Sharp, E. H., Coffman, D. L., Caldwell, L. L., Smith, E. A., Wegner, L., Vergnani, T., & Mathews, C. (2011). Predicting substance use behavior among South African adolescents: The role of leisure experiences across time. *International Journal of Behavioral Development*, 35(4), 343-351.

Shumway, S. T., Bradshaw, S. D., Harris, K. S., & Baker, A. K. (2013). Important Factors of Early Addiction Recovery and Inpatient Treatment. *Alcoholism Treatment Quarterly*, 31(1), 3–24.

Shyu, C., Chavez, S., Boileau, I., & Foll, B. Le. (2022). Quantifying GABA in Addiction: A Review of Proton Magnetic Resonance Spectroscopy Studies. *Brain Sciences*, 12(7), 918.

Singh, S., Kumar, S., Sarkar, S., & Balhara, Y. P. S. (2018). Quality of Life and its Relationship with Perceived Stigma among Opioid Use Disorder Patients: An Exploratory Study. *Indian journal of psychological medicine*, 40(6), 556–561.

Simone, C. G., & Bobrin, B. D. (2023). Anxiolytics and Sedative-Hypnotics Toxicity. *StatPearls*.

Sjödin, L., Raninen, J., & Larm, P. (2024). Early Drinking Onset and Subsequent Alcohol Use in Late Adolescence: a Longitudinal Study of Drinking Patterns. *Journal of Adolescent Health*, 74(6), 1225–1230.

Skevington, S. M., Lotfy, M., & O'Connell, K. A. (2004). The World Health Organization's WHOQOL-BREF quality of life assessment: Psychometric properties and results of the international field trial a Report from the WHOQOL Group. *Quality of Life Research*, 13(2), 299–310.

Sommer, M., Biong, S., Borg, M., Karlsson, B., Klevan, T., Ness, O., Nesse, L., Oute, J., Sundet, R., & Kim, H. S. (2021). Part II: Living Life: A Meta-Synthesis

Exploring Recovery as Processual Experiences. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(11), 6115.

Staff, J., Schulenberg, J. E., Maslowsky, J., Bachman, J. G., O'Malley, P. M., Maggs, J. L., & Johnston, L. D. (2010). Substance use changes and social role transitions: proximal developmental effects on ongoing trajectories from late adolescence through early adulthood. *Development and Psychopathology*, 22(4), 917–932.

Stark, M. M. (2015). Substance Misuse: Medical Effects. *Encyclopedia of Forensic and Legal Medicine: Second Edition*, 400–405.

Staudinger, U. M., & Bluck, S. (2001). *A view on midlife development from life-span theory*. 3–39.

Stein, M. D., Conti, M. T., Kenney, S., Anderson, B. J., Flori, J. N., Risi, M. M., & Bailey, G. L. (2017). Adverse childhood experience effects on opioid use initiation, injection drug use, and overdose among persons with opioid use disorder. *Drug and Alcohol Dependence*, 179, 325–329.

Stevanovic, D., Atilola, O., Balhara, Y. P. S., Avicenna, M., Kandemir, H., Vostanis, P., Knez, R., & Petrov, P. (2015). The Relationships Between Alcohol/Drug Use and Quality of Life Among Adolescents: An International, Cross-Sectional Study. *Journal of Child & Adolescent Substance Abuse*, 24(4), 177–185.

Stewart, K. E., Fischer, T. M., Hirji, R., & Davis, J. A. (2016). Toward the reconceptualization of the relationship between occupation and health and well-being. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 83(4), 249–259.

Stewart, S. A., Copeland, A. L., & Cherry, K. E. (2023). Risk Factors for Substance Use across the Lifespan. *The Journal of Genetic Psychology*, 184(2), 145–162.

Stitt D. (2023). Substance Use and the Nervous System. *Continuum (Minneapolis, Minn.)*, 29(3), 923–945.

Stoffel, V. C., & Moyers, P. A. (2004). An evidence-based and occupational perspective of interventions for persons with substance-use disorders. *The American Journal of Occupational Therapy : Official Publication of the American Occupational Therapy Association*, 58(5), 570–586.

Stoffel, V. C., (2013). Opportunities for occupational therapy behavioral health: A call to action. *American Journal of Occupational Therapy*, 67(2), 140-145.

Stone, A. L., Becker, L. G., Huber, A. M., & Catalano, R. F. (2012). Review of risk and protective factors of substance use and problem use in emerging adulthood. *Addictive Behaviors*, 37(7), 747–775.

Stone, M. (2017). Understanding the Impact of Substance Abuse on Occupation Using the Lifestyle History Questionnaire. *Encompass Digital Archive: Occupational Therapy Doctorate Capstones*. Retrieved May 26, 2025, from <https://encompass.eku.edu/otdcapstones/25>

Substance Abuse and Mental Health Services Administration. SAMHSA. (2016). *The Neurobiology Of Substance Use, Misuse, And Addiction*. Retrieved May 26, 2025, from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK424849/>

Substance Abuse and Mental Health Services Administration. SAMSHA. (2023). *2023 NSDUH Annual National Report | CBHSQ Data*. Retrieved May 26, 2025, from: <https://www.samhsa.gov/data/report/2023-nsduh-annual-national-report>

Sumsion, T. (1997). Book Review: Enabling Occupation: An Occupational Therapy Perspective. *British Journal of Occupational Therapy*, 60(8), 356–356.

Sussman, S., & Sussman, A. N. (2011). Considering the Definition of Addiction. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 8(10), 4025–4038.

Suwanchatchai, C., Buaphan, S., & Khuancharee, K. (2024). Determinants and prevalence of relapse among patients with substance use disorder in a rural population: A retrospective observational study. *Journal of Substance Use and Addiction Treatment*, 157, 209244.

Swendsen, J., Conway, K. P., Degenhardt, L., Glantz, M., Jin, R., Merikangas, K. R., Sampson, N., & Kessler, R. C. (2010). Mental disorders as risk factors for substance use, abuse and dependence: results from the 10-year follow-up of the National Comorbidity Survey. *Addiction*, 105(6), 1117–1128.

Tembo, C., Burns, S., & Kalembo, F. (2017). The association between levels of alcohol consumption and mental health problems and academic performance among young university students. *PLOS ONE*, 12(6), e0178142.

Tervo-Clemmens, B., Simmonds, D., Calabro, F. J., Day, N. L., Richardson, G. A., & Luna, B. (2018). Adolescent cannabis use and brain systems supporting adult working memory encoding, maintenance, and retrieval. *NeuroImage*, 169, 496–509.

To-Miles, F., Håkansson, C., Wagman, P., & Backman, C. L. (2022).

Exploring the Associations Among Occupational Balance and Health of Adults With and Without Inflammatory Arthritis. *Arthritis Care & Research*, 74(1), 22–30.

Townsend, E. A., Polatajko, H. J., & Whiteford, G. (2007). *Enabling Occupation II: Advancing an Occupational Therapy Vision for Health, Well-being, & Justice through Occupation*.

Trifu, S., Tudor, A., & Radulescu, I. (2020). Aggressive behavior in psychiatric patients in relation to hormonal imbalance (Review). *Experimental and Therapeutic Medicine*.

Trucco, E. M. (2020). A review of psychosocial factors linked to adolescent substance use. *Pharmacology Biochemistry and Behavior*, 196, 172969.

Trucco, E. M., Colder, C. R., & Wieczorek, W. F. (2011). Vulnerability to peer influence: A moderated mediation study of early adolescent alcohol use initiation. *Addictive Behaviors*, 36(7), 729–736.

Turton, S., & Lingford-Hughes, A. (2020). Neurobiology and principles of addiction and tolerance. *Medicine*, 48(12), 749–753.

Twinley, R. (2013). The dark side of occupation: A concept for consideration. *Australian Occupational Therapy Journal*, 60(4), 301–303.

United Nations Office on Drugs and Crime. UNODC (2018). *World Drug Report 2018*. Retrieved January 11, 2025, from <https://www.unodc.org/wdr2018/>

United Nations Office on Drugs and Crime. UNODC (2021). *World Drug Report 2021*. Retrieved January 5, 2025, from <https://www.unodc.org/unodc/en/data-and-analysis/wdr2021.html>

United Nations Office on Drugs and Crime. UNODC (2023). *World Drug Report 2023*. Retrieved May 25, 2025, from <https://www.unodc.org/unodc/en/data-and-analysis/world-drug-report-2023.html>

United Nations Office on Drugs and Crime. UNODC (2024a). *World Drug Report 2024*. Retrieved January 5, 2025, from <https://www.unodc.org/unodc/en/data-and-analysis/world-drug-report-2024.html>

United Nations Office on Drugs and Crime. UNODC (2024b). *World Drug Report 2024 – Special Points of Interest*. Retrieved May 26, 2025, from <https://www.unodc.org/unodc/en/data-and-analysis/wdr2024-special-points-of-interest.html?testme>

van Draanen, J., Tsang, C., Mitra, S., Karamouzian, M., & Richardson, L. (2020). Socioeconomic marginalization and opioid-related overdose: A systematic

review. *Drug and Alcohol Dependence*, 214, 108127.

Varghese, J., & Muntode Gharde, P. (2023). A Comprehensive Review on the Impacts of Smoking on the Health of an Individual. *Cureus*.

Vergara-Moragues, E., González-Saiz, F., Lozano Rojas, O., Bilbao Acedos, I., Fernández Calderón, F., Betanzos Espinosa, P., Verdejo García, A., & Pérez García, M. (2011). Diagnosing Adult Attention Deficit/Hyperactivity Disorder in Patients with Cocaine Dependence: Discriminant Validity of Barkley Executive Dysfunction Symptoms. *European Addiction Research*, 17(6), 279–284.

Verhulst, B., Neale, M. C., & Kendler, K. S. (2015). The heritability of alcohol use disorders: a meta-analysis of twin and adoption studies. *Psychological Medicine*, 45(5), 1061–1072.

Vervaeke, H. K. E., van Deursen, L., & Korf, D. J. (2008). The Role of Peers in the Initiation and Continuation of Ecstasy Use. *Substance Use & Misuse*, 43(5), 633–646.

Vigdal, M. I., Moltu, C., Bjornestad, J., & Selseng, L. B. (2022). Social recovery in substance use disorder: A metasynthesis of qualitative studies. *Drug and Alcohol Review*, 41(4), 974–987.

Vink, J. M. (2016). Genetics of Addiction: Future Focus on Gene × Environment Interaction? *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, 77(5), 684–687.

Virtanen, S., Kuja-Halkola, R., Mataix-Cols, D., Jayaram-Lindström, N., D’Onofrio, B. M., Larsson, H., Rück, C., Suvisaari, J., Lichtenstein, P., & Latvala, A. (2020). Comorbidity of substance misuse with anxiety-related and depressive disorders: a genetically informative population study of 3 million individuals in Sweden. *Psychological Medicine*, 50(10), 1706–1715.

Volkow, N. D., Koob, G. F., & McLellan, A. T. (2016). Neurobiologic Advances from the Brain Disease Model of Addiction. *New England Journal of Medicine*, 374(4), 363–371.

Volkow, N. D., & Morales, M. (2015). The Brain on Drugs: From Reward to Addiction. *Cell*, 162(4), 712–725.

Volkow, N. D., Tomasi, D., Wang, G. J., Logan, J., Alexoff, D. L., Jayne, M., Fowler, J. S., Wong, C., Yin, P., & Du, C. (2014). Stimulant-induced dopamine increases are markedly blunted in active cocaine abusers. *Molecular Psychiatry*, 19(9), 1037.

Volkow, N. D., Wang, G. J., Telang, F., Fowler, J. S., Logan, J., Childress, A. R., Jayne, M., Ma, Y., & Wong, C. (2006). Cocaine cues and dopamine in dorsal striatum: mechanism of craving in cocaine addiction. *The Journal of Neuroscience : The Official Journal of the Society for Neuroscience*, 26(24), 6583–6588.

Volkow, N. D., Wang, G. J., Telang, F., Fowler, J. S., Logan, J., Jayne, M., Ma, Y., Pradhan, K., & Wong, C. (2007). Profound decreases in dopamine release in striatum in detoxified alcoholics: possible orbitofrontal involvement. *The Journal of Neuroscience : The Official Journal of the Society for Neuroscience*, 27(46), 12700–12706.

Volkow, N., Psychiatry, M. B.-A. J. of, & 2018, undefined. (2018). Neuroscience of addiction: relevance to prevention and treatment. *Am Psychiatric AssocND Volkow, M Boyle American Journal of Psychiatry*, 2018•*Am Psychiatric Assoc*, 175(8), 729–740.

Wagman, P., Karlsson, L., Ekblad, N., & Håkansson, C. (2024). Cognitive interviews on the Swedish occupational balance questionnaire. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 31(1).

Wagman, P., & Håkansson, C. (2014). Exploring occupational balance in adults in Sweden. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 21(6), 415–420.

Wang, L., Min, J. E., Krebs, E., Evans, E., Huang, D., Liu, L., Hser, Y. I., & Nosyk, B. (2017). Polydrug use and its association with drug treatment outcomes among primary heroin, methamphetamine, and cocaine users. *International Journal of Drug Policy*, 49, 32–40.

Wang, Y., Zuo, J., Hao, W., Shen, H., Zhang, X., Deng, Q., Liu, M., Zhao, Z., Zhang, L., Zhou, Y., Li, M., Liu, T., & Zhang, X. (2020). Quality of life in patients with methamphetamine use disorder: Relationship to impulsivity and drug use characteristics. *Frontiers in Psychiatry*, 11, Article 579302.

Wasmuth, S., Brandon-Friedman, R. A., & Olesek, K. (2016a). A Grounded Theory of Veterans' Experiences of Addiction-as-Occupation. *Journal of Occupational Science*, 23(1), 128–141.

Wasmuth, S., Crabtree, J. L., & Scott, P. J. (2014). Exploring Addiction-as-Occupation. *British Journal of Occupational Therapy*, 77(12), 605–613.

Wasmuth, S., Pritchard, K., & Kaneshiro, K. (2016b). Occupation-based

intervention for addictive disorders: A systematic review. *Journal of substance abuse treatment*, 62, 1-9.

Watts, L. L., Hamza, E. A., Bedewy, D. A., & Moustafa, A. A. (2024). A meta-analysis study on peer influence and adolescent substance use. *Current Psychology*, 43(5), 3866–3881.

West, R. (2017). Tobacco smoking: Health impact, prevalence, correlates and interventions. *Psychology & Health*, 32(8), 1018–1036.

Weye, N. O., Plana-Ripoll, O., Baravelli, C. M., Agardh, E. E., van der Velde, L., Kinge, J. M., & Knudsen, A. K. S. (2024). Educational differences in years lived with disability due to mental and substance use disorders: a cohort study using nationwide Norwegian and Danish registries. *BMC Public Health*, 24(1), 2576.

Wilcock, A., & Hocking, C. (2015). *An Occupational Perspective of Health* (3rd ed.). Routledge.

Wilcock, A., & Hocking, C. (2024). *An Occupational Perspective of Health*. Routledge.

Williams, J. F., & Storck, M. (2007). Inhalant Abuse. *Pediatrics*, 119(5), 1009–1017.

Windisch, S. J. (2024). *Development and Implementation of Occupational Therapy Group Protocols for Individuals in Recovery for Substance Use Disorder: Considering Social Determinants of Health and Occupational Areas of Need* [West Virginia University Libraries].

Wise, R. A. (2008). Dopamine and reward: The anhedonia hypothesis 30 years on. *Neurotoxicity Research*, 14(2–3), 169–183.

World Federation of Occupational Therapists. (2014). Statement on occupational therapy. [http://www.wfot.org/Portals/0/PDF/STATEMENT% 20ON% 20OCCUPATIONAL% 20THERAPY% 20300811. pdf](http://www.wfot.org/Portals/0/PDF/STATEMENT%20ON%20OCCUPATIONAL%20THERAPY%20300811.pdf).

World Federation Occupational Therapy. (n.d.). *About Occupational Therapy* | WFOT. Retrieved January 21, 2025, from <https://wfot.org/about/about-occupational-therapy>

World Health Organization (WHO). (1995). *The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): Position paper from the World Health Organization*. *Social Science & Medicine*, 41(10), 1403–1409.

World Health Organization (WHO). (2004). *International statistical*

*classification of diseases and related health problems: Alphabetical index.*

World Health Organization (WHO). (2015). *Guidelines for the identification and management of substance use and substance use disorders in pregnancy*. Retrieved April 20, 2025, from [https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/107130/9789241548731\\_eng.pdf](https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/107130/9789241548731_eng.pdf)

World Health Organization (WHO). (2018). *Global status report on alcohol and health 2018*. Retrieved April 20, 2025, from <https://www.who.int/publications/i/item/9789241565639>

World Health Organization (WHO). (2022). *International classification of diseases, 11th revision (ICD-11)*. Geneva, Switzerland: WHO. Retrieved April 20, 2025, from <https://icd.who.int>

World Health Organization (WHO). (2024a). *ICD-11 for mortality and morbidity statistics*. Retrieved April 20, 2025, from <https://icd.who.int/browse/2024-01/mms/en>

World Health Organization (WHO). (2024b). *Global status report on alcohol and health and treatment of substance use disorders*. Retrieved April 20, 2025, from <https://www.who.int/publications/b/73683>

World Health Organization (WHO). (2024c). *WHO global report on trends in prevalence of tobacco use 2000–2030*. Retrieved April 20, 2025, from <https://iris.who.int/>

Yayan, J., & Rasche, K. (2016). *Damaging Effects of Cannabis Use on the Lungs* (pp. 31–34).

Yu, Y., Manku, M., & Backman, C. L. (2018). Measuring occupational balance and its relationship to perceived stress and health. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 85(2), 117–127.

Zhang, C., McCarthy, C., Craik, J., Adam, D., Cornelisse, D., Harding, J., Zambon, J., Baptiste, S., & Steggles, E. (2007). *Table of Contents 3 THEORY MEETS PRACTICE Students as translators for the Canadian Model of Occupational Performance and Engagement*.

Zhang, Y., Schlussman, S. D., Rabkin, J., Butelman, E. R., Ho, A., & Kreek, M. J. (2013). Chronic escalating cocaine exposure, abstinence/withdrawal, and chronic re-exposure: Effects on striatal dopamine and opioid systems in C57BL/6J mice. *Neuropharmacology*, 67, 259–266.

Zhao, S., Deng, T., Luo, L., Wang, J., Li, E., Liu, L., Li, F., Luo, J., & Zhao, Z. (2017). Association Between Opioid Use and Risk of Erectile Dysfunction: A Systematic Review and Meta-Analysis. *The Journal of Sexual Medicine*, 14(10), 1209–1219.

Zimmerman, J. L. (2012). Cocaine Intoxication. *Critical Care Clinics*, 28(4), 517–526.

Zucker, R. A., Hicks, B. M., & Heitzeg, M. M. (2016). Alcohol Use and the Alcohol Use Disorders Over the Life Course: A Cross-Level Developmental Review. *Developmental Psychopathology*, 1–40.

Zwick, J., Appleseth, H., & Arndt, S. (2020). Stigma: how it affects the substance use disorder patient. *Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy*, 15(1), 50.

## II. EKLER

### EK 1: Kurum ve Ölçek İzinleri

BÜ Evrak Tarih ve Sayısı: 06.09.2024-76049



T.C.  
İSTANBUL BÜYÜKŞEHİR BELEDİYE BAŞKANLIĞI  
İnsan Kaynakları ve Eğitim Dairesi Başkanlığı  
Kalite ve Yönetim Sistemleri Şube Müdürlüğü



Sayı : E-80790574-619-2024.1588724  
Konu : Araştırma İzni

05.09.2024

#### DAĞITIM YERLERİNE

İlgi : Biruni Üniversitesi Rektörlüğünden alınan 3/4/2024 tarihli E-15952939-302.14.06-66119 sayılı yazı.

Biruni Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Ergoterapi ana bilim dalı öğrencisi olan Yunus AYIK'ın yüksek lisans tezi kapsamında "Madde Kullanım Bozukluğu Olan Gençlerde Okupasyonel Denge, Yaşam Kalitesi ve Toplumsal Katılım Arasındaki İlişkinin İncelenmesi: Karşılaştırmalı Bir Çalışma" konulu anket yapma talebini içeren ilgi dilekçesi incelenmiştir.

Bahsi geçenin, talebi Başkanlık Makamınca uygun görülmüştür.

Çalışması için biriminizi ziyaret edecek olan Yunus AYIK'a kişisel verilerin gizliliği ilkesine riayet edilerek 6/10/2024-6/4/2025 tarihleri arasında gerekli kolaylığın sağlanması, çalışmanın sonucunun Kalite ve Yönetim Sistemleri Şube Müdürlüğüne gönderilmesi beklenmektedir.

Bilgilerinizi ve gereğini arz ve rica ederim.

\_\_\_\_\_  
Büyükşehir Belediye Başkanı a.  
İnsan Kaynakları ve Eğitim Dairesi Başkanı

Dağıtım:  
Gereği:  
Bağımlılıkla Mücadele ve Rehabilitasyon Şube  
Müdürlüğüne

Bilgi:  
Sayın Yunus AYIK  
\_\_\_\_\_  
Biruni Üniversitesi Rektörlüğüne

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Belge Doğrulama Kodu : 076676c9-9bfe-a285-4b52-d8a2ed9b1706  
Kemalpaşa Mahallesi 15 Temmuz Şehitleri Caddesi No: 5 Fatih İstanbul  
Telefon No: 2124551900 Faks No: 2124552638  
e-Posta: busra.al@ibb.gov.tr İnternet Adresi: <https://www.ibb.istanbul>  
Kep Adresi: ibb@hs01.kep.tr

Belge Doğrulama Adresi : <https://www.turkiye.gov.tr/ibb-ebys>  
Bilgi için: Büşra AL  
Raporör  
Telefon No: 2124551674



Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.  
Evrak sorgulaması <https://turkiye.gov.tr/ebd?eK=5678&eD=BSC9VPF66&eS=76049> adresinden yapılabilir.



T.C.  
BİRÜNİ ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ  
Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Müdürlüğü



Sayı : E-15952939-302.14.06-66175  
Konu : Yunus AYIK'ın Tez Çalışma İzni

04.04.2024

#### REKTÖRLÜK MAKAMINA

Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Ergoterapi Tezli Yüksek Lisans Programı 221126001 numaralı öğrencisi Yunus AYIK'ın, "Madde Kullanım Bozukluğu Olan Gençlerde Okupasyonel Denge, Yaşam Kalitesi ve Toplumsal Katılım Arasındaki İlişkinin İncelenmesi: Karşılaştırmalı Bir Çalışma" adlı tez çalışmasında kullanacağı anketleri Üniversitemiz Sağlık Bilimleri Fakültesi öğrencilerine uygulayabilmesi için izin konusunu bilgilerinize sunar, gereğini arz ederim.

Prof.Dr. Leman ŞENTURAN  
Müdür

Ek:

- 1- Dilekçe (1 Sayfa)
- 2- Tez Öneri Formu (10 Sayfa)
- 3- Etik Kurul Kararı (1 Sayfa)
- 4- Veri Toplama Araçları (16 Sayfa)

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Belge Doğrulama Kodu :BS5V46D9J Pin Kodu :76791

Belge Takip Adresi : <https://turkiye.gov.tr/ebd?cK=5678&cD=BS5V46D9J&cS=66175>

Adres: Merkezefendi, G/75 Sk No:1-13 34015 Zeytinburnu/İstanbul

Telefon:444 8 276

Faks:(212) 416 4646

e-Posta:info@biruni.edu.tr İnternet Adresi:<https://www.biruni.edu.tr/>

Kep Adresi:biruniuniv@hs01.kep.tr

Bilgi için: Merve ŞEYBA

Unvanı: Uzman Yardımcısı



Biruni Üniversitesi Ergoterapi Bölümü Tezli Yüksek Lisans Programı öğrencisiyim. Türkçe geçerlik ve güvenirliğini yapmış olduğunuz 'Okupasyonel Denge Anketi ' başlıklı değerlendirme aracının tüm maddelerinin yer aldığı formuna erişebilmek adına izninizi istiyorum. Madde bağımlılığı için yürütecek olduğum tez çalışmam için ölçeği incelemek istiyorum. Ölçeğin tam halinine nasıl ulaşacağım konusunda yardımlarınıza ihtiyaç duyuyorum. Şimdiden gösterecek olduğunuz hassasiyet için teşekkür ederim.

İyi çalışmalar.  
Saygılarımla



ayla.gunal 23 Oca 2024

alıcı: ben ✓



...

Merhaba  
Çalışmanızda OBQ11-T'yi kullanabilirsiniz. İlgili yayını ve OBQ11-T'yi  
iletiyorum.  
İyi çalışmalar

...

Validity and  
reliability of the...  
PDF PDF

OBQ11-T..doc  
W Doküman



ben 16 Şub 2024

alıcı: BERNA ✓



Sayın Hocam Merhabalar

Dünya Sağlık Örgütü Yetiyitimi Değerlendirme Çizelgesi (WHODAS 2.0) ' başlıklı değerlendirme aracının gerekli dokümanlarını göndereceğinizi belirtmişsiniz . Ben sizlerden dönüş bekliyorum ve ölçeğin kullanımı için izninizi istiyorum.

Saygılarımla

Yunus Ayık

BERNA DİCLENUR ULUĞ

< [Redacted] , 2 Şub 2024 Cum, 15:27 tarihinde şunu yazdı:

...



BERNA DİCLENUR ULUĞ 16 Şub 2024

alıcı: ben ✓



Yunus Bey

Eke Türk Psikiyatri Dergisi'nde yayınlanan makalemizi ve uygulama/puanlama dosyasını koydum.

← Yanıtla

→ Yönlendir

## EK 2 : Gönüllü Olur Formu

Değerli Katılımcı :

Sizi ‘*Madde Kullanım Bozukluğu Olan Genç Yetişkinlerde Okupasyonel Denge , Yaşam Kalitesi Ve Toplumsal Katılım Arasındaki İlişkinin İncelenmesi :*

*Karşılaştırmalı Bir Çalışma*’ başlıklı araştırmamıza davet ediyoruz. Bu araştırmaya katılıp katılmama kararını vermeden önce, araştırmanın neden ve nasıl yapılacağını bilmeniz gerekmektedir. Bu nedenle bu formun okunup anlaşılması büyük önem taşımaktadır. Aşağıdaki bilgileri dikkatlice okumak için zaman ayırınız. İsterseniz bu bilgileri aileniz ve/veya yakınlarınız ile tartışınız. Eğer anlayamadığınızı ve sizin için açık olmayan şeyler varsa, ya da daha fazla bilgi isterseniz aşağıdaki iletişim adreslerinden bize danışabilirsiniz. Bu çalışma girişimsel olmayan klinik araştırmalar kapsamında Prof. Dr. Uğur CAVLAK danışmanlığında, Ergoterapist Yunus AYIK tarafından yüksek lisans tezi olarak yürütülmektedir.

Çalışmamız kesitsel olarak planlanmış bir anket çalışmasıdır. Bu çalışma ile madde kullanım bozukluğu olan gençler arasında okupasyonel denge, yaşam kalitesi ve toplumsal katılım gibi bağlantılı değişkenler arasındaki ilişkileri araştırmak ve genel popülasyondan seçilmiş bir grup ile değerlerin karşılaştırılması amaçlanmaktadır. Veri toplamak için , Sosyo-demografik Bilgi Formu, Okupasyonel Denge Anketi, Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği-Kısa Formu, Yetiyitimi Değerlendirme Çizelgesi (WHODAS-II) kullanılacaktır. Anketlerin tamamlanması yaklaşık olarak 15 dakika sürmektedir. Araştırma için madde kullanım bozukluğu olan 51 ve madde kullanmayan 51 birey olmak üzere toplamda 102 kişiye ulaşılması hedeflenmektedir.

Bu çalışmaya katılmak tamamen gönüllülük esasına dayanmaktadır. Anketi yanıtlamanız, araştırmaya katılım için onam verdiğiniz biçiminde

yorumlanacaktır. Size verilen anket formlarındaki soruları yanıtlarken kimsenin baskısı veya telkini altında olmayın. Bu formlardan elde edilecek bilgiler tamamen araştırma için bilimsel amaçla kullanılacaktır. Tüm kişisel bilgileriniz saklı tutulacaktır.

Çalışmaya katılmayı kabul ediyorsanız aşağıdaki kutucuğu X ile işaretleyiniz ve devam ediniz.

☐

E-POSTA :

TELEFON:

☐

### EK 3: Etik Kurul Onayı

| T. C.<br>BİRÜNİ ÜNİVERSİTESİ<br>GİRİŞİMSSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURUL KARARI |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                      |      |
|-------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------|------|
| Tarih: 24.01.2024<br>Toplantı Sayısı: 86                                                  | Karar No: 2024/86-53<br>Prof. Dr. Uğur Cavlak'ın yürütmeyi planladığı "Madde Kullanım Bozukluğu Olan Gençlerde Okupasyonel Denge, Yaşam Kalitesi ve Toplumsal Katılım Arasındaki İlişkinin İncelenmesi: Karşılaştırmalı Bir Çalışma" konulu araştırma projesi incelenmiş olup, yapılan inceleme sonucunda araştırmanın etik yönden uygun olduğuna karar verilmiştir. |                                      |      |
| ÜYELER                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                      |      |
| Adı soyadı /Unvan                                                                         | Alanı                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | Bölümü                               | İmza |
| Prof. Dr. Ahmet BELCE<br>(Etik Kurul Başkanı)                                             | Tıp Fakültesi                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | Tıbbi Biyokimya AD.                  |      |
| Prof. Dr. Cem Oktay<br>GÜZELLER<br>(Etik Kurul Başkan Yard.)                              | Eğitim Fakültesi                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | Eğitim Bilimleri Bölümü              |      |
| Prof. Dr. Nezihe KIZILKAYA<br>BEJİ (Üye)                                                  | Sağlık Bilimleri Fakültesi                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | Hemşirelik Bölümü                    |      |
| Doç. Dr. Zeynep HOŞBAY<br>(Üye)                                                           | Sağlık Bilimleri Fakültesi                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Bölümü |      |
| Dr. Öğr. Üyesi Manolya<br>SAĞLAM (Üye)                                                    | Eğitim Fakültesi                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | İngilizce Öğretmenliği Bölümü        |      |
| Dr. Öğr. Üyesi Merve<br>TOKPUNAR (Üye)                                                    | Sağlık Bilimleri Fakültesi                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | Beslenme ve Diyetetik Bölümü         |      |
| Dr. Öğr. Üyesi Münir DEMİREL<br>(Üye)                                                     | Diş Hekimliği Fakültesi                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | Protetik Diş Tedavisi AD.            |      |

## BİRÜNİ ÜNİVERSİTESİ BİLİMSEL ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

|                              |                                                                                                                                                                         |
|------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI</b> | Madde Kullanım Bozukluğu Olan Genç Yetişkinlerde Okupasyonel Denge, Yaşam Kalitesi ve Toplumsal Katılım Arasındaki İlişkinin İncelenmesi: Karpalajtırılmalı Bir Çalışma |
|------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

|                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                   |
|------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|
| <b>KARAR BİLGİLERİ</b> | Karar No: 2024-BİAEK/11-32                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | Tarih: 30.04.2025 |
|                        | Yukarıda bilgileri verilen başvuruyu doyan ile ilgili belgeler araştırmanın/çalışmanın gerektirdiği, uygun, yalıtılmış ve yönetimleri dikkate alınarak incelendiği ve uygun bulunmuş olup araştırmanın/çalışmanın hayvura doğrudan belirtilen yerlerde gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel açıdan bir sakınca bulunmadığına topluluğa katılan etik kurul üyesi tam sayısının salt çoğunluğu ile karar verilmiştir. Biruni Üniversitesi Bilimsel Araştırmalar Etik Kurulu Yönergesi kapsamında yer alan etiket ve diğer araştırmacıların/çalışanların ile kurum ya da kurumlar için alınması gerekli olan tüm izin ve sorumluluk etik kurul başvuru formunda belirtilen araştırmacılarına aittir. |                   |

| BİRÜNİ ÜNİVERSİTESİ BİLİMSEL ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU |                                                                |
|-------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|
| ETİK KURULUN ÇALIŞMA ESASI                            | BİRÜNİ ÜNİVERSİTESİ BİLİMSEL ARAŞTIRMALAR ETİK KURUL YÖNERGESİ |
| BASKANIN UNVANI / ADI / SOYADI:                       | Prof. Dr. AHMET BELCE                                          |

| Unvanı/Adı/Soyadı                                       | Ünvanlık Alanı                                                    | Kurumu              | İmza |
|---------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------|---------------------|------|
| Prof. Dr. Ahmet Belce<br>Etik Kurul Başkanı             | Tıp Fakültesi /<br>Tıbbi Biyokimya                                | Biruni Üniversitesi |      |
| Prof. Dr. Nezihe Kızılkaya<br>Beji                      | Sağlık Bilimleri Fakültesi /<br>Hemşirelik                        | Biruni Üniversitesi |      |
| Prof. Dr. İlker Tolga Özgen                             | Tıp Fakültesi /<br>Çocuk Endokrinolojisi                          | Biruni Üniversitesi |      |
| Prof. Dr. Zeynep Hoşbay<br>Etik Kurul Başkan Yardımcısı | Sağlık Bilimleri Fakültesi /<br>Fizyoterapi ve<br>Rehabilitasyon  | Biruni Üniversitesi |      |
| Dr. Öğr. Üyesi Manolya<br>Sağlam                        | Eğitim Fakültesi /<br>İngilizce Öğretmenliği                      | Biruni Üniversitesi |      |
| Dr. Öğr. Üyesi Nur Ekinci<br>Gürcan                     | Mühendislik ve DB<br>Fakültesi / Moleküler<br>Biyoloji ve Genetik | Biruni Üniversitesi |      |
| Dr. Öğr. Üyesi Tambay<br>Taşkın                         | Eczacılık Fakültesi /<br>Farmakoloji                              | Biruni Üniversitesi |      |
| Dr. Öğr. Üyesi Fatma<br>Büşra Doğan                     | Diş Hekimliği Fakültesi /<br>Ağız, Diş ve Çene<br>Radyolojisi     | Biruni Üniversitesi |      |
| Dr. Öğr. Üyesi Safa Heybet                              | Meslek Yüksekokulu /<br>Fizyoterapi                               | Biruni Üniversitesi |      |

Etik Kurul Başkanı  
Unvanı/Adı/Soyadı: PROF. DR. AHMET BELCE  
İmza:

*Not: Etik kurul başkanı, imzasının yer almadığı her sayfaya imza atmalıdır.*

## EK 4 : Sosyodemografik Bilgi Formu

### Sosyodemografik Bilgi Formu

**1-Yaş(yıl):**

**2-Cinsiyet:**1.Erkek 2.Kadın

**3- Eğitim Düzeyi:**

1.Okur-yazar 2.İlkokul mezunu 3.Ortaokul Mezunu 4.Lise Mezunu 5. Lisans/Önlisans öğrencisi 6. Üniversite/yüksekokul mezunu ve üzeri

**4-Gelir düzeyi:** 1.Düşük 2.Orta 3.Yüksek 4.Çok yüksek

**5-Medeni Durum:** 1-Bekar 2- Evli 3-Boşanmış/ayrı yaşıyor 4-Dul

**6-Şu anda gelir getirici bir işte çalışıyor musunuz?**

1-Hayır 2-Düzenli bir işte çalışıyorum 3-Düzensiz çalışıyorum

**7-Kullanılan madde veya maddelerin türü nedir?**

1.Alkol

☐

2.Esrar

☐

3.Metamfetamin

☐

4.Opioidler

☐

5. Uyarıcılar (Kokain ve amfetamin tipi uyarıcılar)

☐

6.Benzodiazepinler

☐

7.Tütün Ürünleri

☐

8. Diğer .....

**8- Ne kadar süredir madde/alkol kullanıyorsunuz?**

.....ay/yıl

**9-Madde/alkol kullanımına başlama yaşıınız kaçtır?**

.....

**10-Madde kullanım bozukluğuna eşlik eden bir psikiyatrik tanınız var mı?**

1.Yok 2.Var (ismini/isimlerini yazınız: .....)

**11- Madde/alkol kullanımından dolayı ilişkileriniz bozuldu mu?**

1.Evet 2.Hayır

**12-Madde/alkol kullanımınız nedeniyle eğitim süreciniz etkilendi mi?**

1.Evet 2.Hayır

**13-Madde/alkol kullanımınız nedeniyle iş/çalışma hayatınız etkilendi mi?**

1.Evet 2.Hayır

**14- Madde/alkol kullanımına başladıktan sonra kullanımı bıraktığınız en uzun süre? (Ayık geçirilen en uzun süre)**

.....

.....

**15-Madde/alkol kullanıyor olmak sizin için anlamlı ve önemli bir eylem midir?**

1.Evet 2.Hayır

## EK 5 Aktivite-Rol Dengesi Anketi (Okupasyonel Denge Anketi)

1. Sıradan bir haftada, yapmak için yeterli işim olduğunu hissederim.

|                         |              |             |                        |
|-------------------------|--------------|-------------|------------------------|
| Kesinlikle Katılmıyorum | Katılmıyorum | Katılıyorum | Kesinlikle Katılıyorum |
|-------------------------|--------------|-------------|------------------------|

2. Kendim için yaptığım şeyler ile başkaları için yaptığım şeyler arasında bir denge vardır.

|                         |              |             |                        |
|-------------------------|--------------|-------------|------------------------|
| Kesinlikle Katılmıyorum | Katılmıyorum | Katılıyorum | Kesinlikle Katılıyorum |
|-------------------------|--------------|-------------|------------------------|

3. Gerçekten yapmak istediğim şeyleri yaptığımdan eminim.

|                         |              |             |                        |
|-------------------------|--------------|-------------|------------------------|
| Kesinlikle Katılmıyorum | Katılmıyorum | Katılıyorum | Kesinlikle Katılıyorum |
|-------------------------|--------------|-------------|------------------------|

4. İş, ev işleri, boş zaman, serbest zaman ve uyku gibi yaşamımdaki farklı türdeki aktiviteleri dengelerim.

|                         |              |             |                        |
|-------------------------|--------------|-------------|------------------------|
| Kesinlikle Katılmıyorum | Katılmıyorum | Katılıyorum | Kesinlikle Katılıyorum |
|-------------------------|--------------|-------------|------------------------|

5. Yapmam gereken şeyler için yeterli zamana sahibim.

|                         |              |             |                        |
|-------------------------|--------------|-------------|------------------------|
| Kesinlikle Katılmıyorum | Katılmıyorum | Katılıyorum | Kesinlikle Katılıyorum |
|-------------------------|--------------|-------------|------------------------|

6. Fiziksel, sosyal, entelektüel (zihinsel) ve dinlendirici aktivitelerim arasında bir dengeye sahibim.

|                         |              |             |                        |
|-------------------------|--------------|-------------|------------------------|
| Kesinlikle Katılmıyorum | Katılmıyorum | Katılıyorum | Kesinlikle Katılıyorum |
|-------------------------|--------------|-------------|------------------------|

7. Çeşitli günlük aktivitelerime harcadığım zamandan memnunum.

|                         |              |             |                        |
|-------------------------|--------------|-------------|------------------------|
| Kesinlikle Katılmıyorum | Katılmıyorum | Katılıyorum | Kesinlikle Katılıyorum |
|-------------------------|--------------|-------------|------------------------|

8. Sıradan bir haftada, katıldığım aktivitelerin sayısından memnunum.

|                         |              |             |                        |
|-------------------------|--------------|-------------|------------------------|
| Kesinlikle Katılmıyorum | Katılmıyorum | Katılıyorum | Kesinlikle Katılıyorum |
|-------------------------|--------------|-------------|------------------------|

9. Yapmam gereken ve yapmak istediğim şeyler arasında yeterli çeşitlilik vardır.

|                         |              |             |                        |
|-------------------------|--------------|-------------|------------------------|
| Kesinlikle Katılmıyorum | Katılmıyorum | Katılıyorum | Kesinlikle Katılıyorum |
|-------------------------|--------------|-------------|------------------------|

10. Enerjimi tüketen aktivitelere karşı bana enerji veren aktiviteler arasında bir denge vardır.

|                         |              |             |                        |
|-------------------------|--------------|-------------|------------------------|
| Kesinlikle Katılmıyorum | Katılmıyorum | Katılıyorum | Kesinlikle Katılıyorum |
|-------------------------|--------------|-------------|------------------------|

11. Rahatlamak, iyileşmek ve uyumak için harcadığım zamandan memnunum.

|                         |              |             |                        |
|-------------------------|--------------|-------------|------------------------|
| Kesinlikle Katılmıyorum | Katılmıyorum | Katılıyorum | Kesinlikle Katılıyorum |
|-------------------------|--------------|-------------|------------------------|

## EK 6 Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği- Kısa Formu (WHOQOL-BREF)

Bu anket sizin yaşamınızın kalitesi, sağlığınız ve yaşamınızın öteki yönleri hakkında neler düşündüğünüzü sorgulamaktadır.  
Lütfen bütün soruları son 2 haftayı göz önünde bulundurarak ve size en uygun olanı seçerek cevaplayınız.

|                    |                                                                                                   |                                             |                                          |                                                   |                                          |                                           |
|--------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|------------------------------------------|---------------------------------------------------|------------------------------------------|-------------------------------------------|
| <b>1</b><br>G1     | Yaşam kalitenizi nasıl buluyorsunuz?                                                              | Çok kötü<br><input type="radio"/> 1         | Biraz kötü<br><input type="radio"/> 2    | Ne iyi, ne kötü<br><input type="radio"/> 3        | Oldukça iyi<br><input type="radio"/> 4   | Çok iyi<br><input type="radio"/> 5        |
| <b>2</b><br>G4     | Sağlığınızdan ne kadar hoşnutsunuz?                                                               | Hiç hoşnut değil<br><input type="radio"/> 1 | Çok az hoşnut<br><input type="radio"/> 2 | Ne hoşnut, ne de değil<br><input type="radio"/> 3 | Epeyce hoşnut<br><input type="radio"/> 4 | Çok hoşnut<br><input type="radio"/> 5     |
| <b>3</b><br>F1.4   | Ağrılarınızın yapmanız gerekenleri ne kadar engellediğini düşünüyorsunuz?                         | Hiç<br><input type="radio"/> 5              | Çok az<br><input type="radio"/> 4        | Orta derecede<br><input type="radio"/> 3          | Çokça<br><input type="radio"/> 2         | Aşırı derecede<br><input type="radio"/> 1 |
| <b>4</b><br>F11.3  | Günlük uğraşlarınızı yürütebilmek için herhangi bir tıbbi tedaviye ne kadar ihtiyaç duyuyorsunuz? | <input type="radio"/> 5                     | <input type="radio"/> 4                  | <input type="radio"/> 3                           | <input type="radio"/> 2                  | <input type="radio"/> 1                   |
| <b>5</b><br>F4.1   | Yaşamaktan ne kadar keyif alırsınız?                                                              | <input type="radio"/> 1                     | <input type="radio"/> 2                  | <input type="radio"/> 3                           | <input type="radio"/> 4                  | <input type="radio"/> 5                   |
| <b>6</b><br>F24.2  | Yaşamınızın ne ölçüde anlamlı buluyorsunuz?                                                       | <input type="radio"/> 1                     | <input type="radio"/> 2                  | <input type="radio"/> 3                           | <input type="radio"/> 4                  | <input type="radio"/> 5                   |
| <b>7</b><br>F5.3   | Dikkatinizi toplamada ne kadar başarılısınız?                                                     | Hiç<br><input type="radio"/> 1              | Çok az<br><input type="radio"/> 2        | Orta derecede<br><input type="radio"/> 3          | Çokça<br><input type="radio"/> 4         | Son derecede<br><input type="radio"/> 5   |
| <b>8</b><br>F16.1  | Günlük yaşamınızdakendinizi ne kadar güvende hissediyorsunuz?                                     | <input type="radio"/> 1                     | <input type="radio"/> 2                  | <input type="radio"/> 3                           | <input type="radio"/> 4                  | <input type="radio"/> 5                   |
| <b>9</b><br>F22.1  | Fiziksel çevreniz ne ölçüde sağlıklıdır?                                                          | <input type="radio"/> 1                     | <input type="radio"/> 2                  | <input type="radio"/> 3                           | <input type="radio"/> 4                  | <input type="radio"/> 5                   |
| <b>10</b><br>F2.1  | Günlük yaşamı sürdürmek için yeterli gücünüz kuvvetiniz var mı?                                   | Hiç<br><input type="radio"/> 1              | Çok az<br><input type="radio"/> 2        | Orta derecede<br><input type="radio"/> 3          | Çokça<br><input type="radio"/> 4         | Tamamen<br><input type="radio"/> 5        |
| <b>11</b><br>F7.1  | Bedensel görünüşünüzü kabullenir misiniz?                                                         | <input type="radio"/> 1                     | <input type="radio"/> 2                  | <input type="radio"/> 3                           | <input type="radio"/> 4                  | <input type="radio"/> 5                   |
| <b>12</b><br>F18.1 | İhtiyaçlarınızı karşılamaya yeterli paranız var mı?                                               | <input type="radio"/> 1                     | <input type="radio"/> 2                  | <input type="radio"/> 3                           | <input type="radio"/> 4                  | <input type="radio"/> 5                   |
| <b>13</b><br>F20.1 | Günlük yaşamınızda size gerekli bilgi ve haberlere ne ölçüde ulaşabiliyorsunuz?                   | <input type="radio"/> 1                     | <input type="radio"/> 2                  | <input type="radio"/> 3                           | <input type="radio"/> 4                  | <input type="radio"/> 5                   |
| <b>14</b><br>F21.1 | Boş zamanları değerlendirme uğraşları için ne ölçüde fırsatınız olur?                             | <input type="radio"/> 1                     | <input type="radio"/> 2                  | <input type="radio"/> 3                           | <input type="radio"/> 4                  | <input type="radio"/> 5                   |
| <b>15</b><br>F9.1  | Bedensel hareketlilik (etrafta dolaşabilme, bir yerlere gidebilme) beceriniz nasıldır?            | Çok kötü<br><input type="radio"/> 1         | Biraz kötü<br><input type="radio"/> 2    | Ne iyi, ne kötü<br><input type="radio"/> 3        | Oldukça iyi<br><input type="radio"/> 4   | Çok iyi<br><input type="radio"/> 5        |

|           |                                                                     | Hiç hoşnut değil        | Çok az hoşnut           | Ne hoşnut, ne de değil  | Epeyce hoşnut           | Çok hoşnut              |
|-----------|---------------------------------------------------------------------|-------------------------|-------------------------|-------------------------|-------------------------|-------------------------|
| <b>16</b> | Uykunuzdan ne kadar hoşnutsunuz?                                    | <input type="radio"/> 1 | <input type="radio"/> 2 | <input type="radio"/> 3 | <input type="radio"/> 4 | <input type="radio"/> 5 |
| F13.3     |                                                                     |                         |                         |                         |                         |                         |
| <b>17</b> | Günlük uğraşlarınızı yürütebilme becerinizden ne kadar hoşnutsunuz? | <input type="radio"/> 1 | <input type="radio"/> 2 | <input type="radio"/> 3 | <input type="radio"/> 4 | <input type="radio"/> 5 |
| F10.3     |                                                                     |                         |                         |                         |                         |                         |
| <b>18</b> | İş görme kapasitenizden ne kadar hoşnutsunuz?                       | <input type="radio"/> 1 | <input type="radio"/> 2 | <input type="radio"/> 3 | <input type="radio"/> 4 | <input type="radio"/> 5 |
| F12.4     |                                                                     |                         |                         |                         |                         |                         |
| <b>19</b> | Kendinizden ne kadar hoşnutsunuz?                                   | <input type="radio"/> 1 | <input type="radio"/> 2 | <input type="radio"/> 3 | <input type="radio"/> 4 | <input type="radio"/> 5 |
| F6.3      |                                                                     |                         |                         |                         |                         |                         |
| <b>20</b> | Aile dışı kişilerle ilişkilerinizden ne kadar hoşnutsunuz?          | <input type="radio"/> 1 | <input type="radio"/> 2 | <input type="radio"/> 3 | <input type="radio"/> 4 | <input type="radio"/> 5 |
| F13.3     |                                                                     |                         |                         |                         |                         |                         |
| <b>21</b> | Cinselyaşamınızdan ne kadar hoşnutsunuz?                            | <input type="radio"/> 1 | <input type="radio"/> 2 | <input type="radio"/> 3 | <input type="radio"/> 4 | <input type="radio"/> 5 |
| F15.3     |                                                                     |                         |                         |                         |                         |                         |
| <b>22</b> | Arkadaşlarınızın desteğinden ne kadar hoşnutsunuz?                  | <input type="radio"/> 1 | <input type="radio"/> 2 | <input type="radio"/> 3 | <input type="radio"/> 4 | <input type="radio"/> 5 |
| F14.4     |                                                                     |                         |                         |                         |                         |                         |
| <b>23</b> | Yaşadığınız evin koşullarından ne kadar hoşnutsunuz?                | <input type="radio"/> 1 | <input type="radio"/> 2 | <input type="radio"/> 3 | <input type="radio"/> 4 | <input type="radio"/> 5 |
| F17.3     |                                                                     |                         |                         |                         |                         |                         |
| <b>24</b> | Sağlık hizmetlerine ulaşma koşullarınızdan ne kadar hoşnutsunuz?    | <input type="radio"/> 1 | <input type="radio"/> 2 | <input type="radio"/> 3 | <input type="radio"/> 4 | <input type="radio"/> 5 |
| F19.3     |                                                                     |                         |                         |                         |                         |                         |
| <b>25</b> | Ulaşım olanaklarınızdan ne kadar hoşnutsunuz?                       | <input type="radio"/> 1 | <input type="radio"/> 2 | <input type="radio"/> 3 | <input type="radio"/> 4 | <input type="radio"/> 5 |
| F23.3     |                                                                     |                         |                         |                         |                         |                         |

|           |                                                                               |                         |                         |                         |                         |                         |
|-----------|-------------------------------------------------------------------------------|-------------------------|-------------------------|-------------------------|-------------------------|-------------------------|
| <b>26</b> | Ne sıklıkta hüznü, ümitsizlik, bunalı, çökkünlük gibi duygulara kapılırsınız? | Hiçbir zaman            | Nadiren                 | Ara sıra                | Çoğunlukla              | Her zaman               |
| F8.1      |                                                                               | <input type="radio"/> 5 | <input type="radio"/> 4 | <input type="radio"/> 3 | <input type="radio"/> 2 | <input type="radio"/> 1 |

|                                                                                                                                       |     |        |               |       |                |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|--------|---------------|-------|----------------|
| U 27-Yaşamanızda size yakın kişilerle (eş, iş arkadaşı, akraba) ilişkilerinizde baskı ve kontrolle ilgili zorluklarınız ne ölçüdedir? | Hiç | Çok az | Orta Derecede | Çokça | Aşırı Derecede |
|                                                                                                                                       | 1   | 2      | 3             | 4     | 5              |

## EK 7 Yetiyitimi Değerlendirme Çizelgesi (WHODAS -II )

### Yetiyitimi Değerlendirme Çizelgesi

#### (Disability Assessment Schedule, WHODAS -II )

##### Alanların Gözden Geçirilmesi

Görüşmemiz insanların sağlık durumları nedeniyle karşılaştıkları güçlüklerle ilgilidir **(1.kartı gösterin)**. Sağlık durumları ile kısa veya uzun süren hastalıklar ve sağlık sorunlarını, yaralanmaları, ruhsal sorunları, alkol ve madde kullanımı ile ilgili sorunları kastediyorum.

Bazı sorular tekrarlanıyor olabilir, lütfen her sorulduğunda cevaplayınız.

Soruları cevaplarken tüm sağlık sorunlarınızı hatırlayın. Sizden bir faaliyeti sürdürürken çektığınız güçlükler sorulduğunda aşağıda belirtilen soruları düşünerek cevap verin.

- Faaliyeti sürdürmek için normalde olduğundan daha fazla çaba harcamak zorunda kalıyor musunuz?
- Faaliyeti sürdürürken herhangi bir rahatsızlık veya ağrı çekiyor musunuz?
- Faaliyeti sürdürürken yeterince hızlı olamıyor musunuz?
- Bu faaliyeti sürdürme biçiminizde değişiklik yapmak zorunda kaldınız mı?

**(1. Kart)** Son 30 gününüzü hatırlayınız.

Bu soruları cevaplarken genel olarak faaliyeti sürdürürken ne kadar güçlük çektığınızı düşünmenizi istiyorum.

##### **(2. Kart )**

Cevap verirken kullanacağınız ölçek ise bu:

: Hiç, hafif, orta derecede, çok fazla, aşırı veya hiç yapamıyorum.

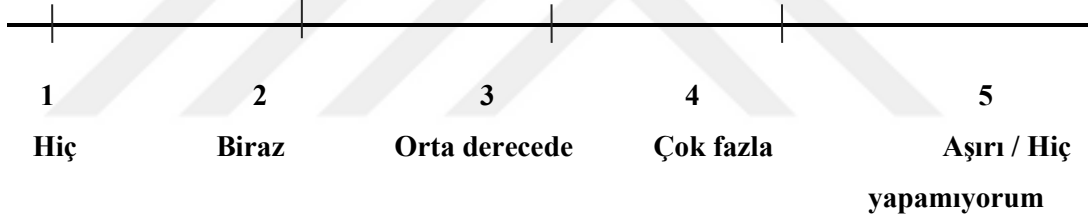
**(1. ve 2. Kart görüşme boyunca kişinin önünde olmalıdır).**

**Kart #1****Sağlık Durumları:**

- Kısa veya uzun süren hastalıklar ve sağlık sorunları
- Yaralanmalar
- Ruhsal sorunlar
- Alkolle ilgili sorunlar
- Maddeyle ilgili sorunlar

Bir faaliyet sırasında **güçlük çekmek** demek:

- Fazla çaba harcamak
- Rahatsızlık ve ağrı çekmek
- Yeterince hızlı olamamak
- Faaliyeti sürdürme biçiminin diğer insanlara göre farklılık taşıması anlamına gelir.

**Kart #2**

Son 30 günü düşünerek kartları dikkate alarak doldurun .

## 1.ALAN Anlama ve iletişim kurma

Şimdi size anlama ve iletişim kurmayla ilgili bazı sorular soracağım.

### 1. VE 2. KARTLARI GÖSTERİN.

Son 30 gün içinde aşağıdaki durumlarda ne kadar güçlük çektiniz?

hiç      biraz      orta derecede      çok fazla      aşırı / hiç  
yapamıyorum

**D1.1** On dakika süreyle bir işe

dikkatini verebilme      1      2      3      4      5

**D1.2** Yapılması gereken önemli

şeyleri akılda tutma      1      2      3      4      5

**D1.3** Günlük yaşamda ortaya çıkan

sorunların nedenlerini anlama  
ve çözümler bulma      1      2      3      4      5

**D1.4** Yeni işler öğrenme

( yeni bir yol vb.)      1      2      3      4      5

**D1.5** İnsanların söylediklerini

genel olarak anlama      1      2      3      4      5

**D1.6** Bir sohbeti başlatabilme veya

sürdürebilme      1      2      3      4      5

## 2. ALAN Hareket etme, bir yerden bir yere gitme

Şimdi size hareket etme, bir yerden bir yere gitme sırasında çektığınız güçlüklerle ilgili sorular soracağım.

### 1. VE 2. KARTLARI GÖSTERİN.

Son 30 gün içinde aşağıda belirtilen durumlarda ne kadar güçlük çektiniz?

hiç      biraz      orta derecede      çok fazla      aşırı / hiç  
yapamıyorum

|                                                               |   |   |   |   |   |
|---------------------------------------------------------------|---|---|---|---|---|
| <b>D2.1</b> <u>30 dakika gibi uzun süre ayakta durma</u>      | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| <b>D2.2</b> <u>Otururken ayağa kalkma</u>                     | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| <b>D2.3</b> <u>Evin içinde dolaşma</u>                        | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| <b>D2.4</b> <u>Evden dışarı çıkma</u>                         | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| <b>D2.5</b> <u>Bir kilometre dolayında uzun mesafe yürüme</u> | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

### 3. ALAN Kendine bakım

Şimdi size kendinize bakımda çektiğiniz güçlükleri soracağım.

#### 1. VE 2. KARTLARI GÖSTERİN.

Son 30 gün içinde aşağıda belirtilen durumlarda ne kadar güçlük çektiniz?

|                                            | hiç | biraz | orta derecede | çok fazla | aşırı / hiç |
|--------------------------------------------|-----|-------|---------------|-----------|-------------|
| yapamıyorum                                |     |       |               |           |             |
| <b>D3.1</b> <u>Banyo yapma</u>             | 1   | 2     | 3             | 4         | 5           |
| <b>D3.2</b> <u>Giyinme</u>                 | 1   | 2     | 3             | 4         | 5           |
| <b>D3.3</b> <u>Beslenme</u>                | 1   | 2     | 3             | 4         | 5           |
| <b>D3.4</b> <u>Birkaç gün yalnız kalma</u> | 1   | 2     | 3             | 4         | 5           |

### 4. ALAN İnsan ilişkileri

Şimdi size insan ilişkilerinde çektiğiniz güçlüklerle ilgili sorular soracağım. Sadece sağlık sorunları nedeniyle çektiğiniz güçlükleri öğrenmek istediğimi unutmayın. Bununla hastalıkları, yaralanmaları, ruhsal sorunları ve alkol ve madde kullanımına bağlı sorunları kastediyorum.

#### 1. VE 2. KARTLARI GÖSTERİN.

Son 30 gün içinde aşağıda belirtilen durumlarda ne kadar güçlük çektiniz?

|                                                          | hiç | biraz | orta derecede | çok fazla | aşırı / hiç |
|----------------------------------------------------------|-----|-------|---------------|-----------|-------------|
| yapamıyorum                                              |     |       |               |           |             |
| <b>D4.1</b> <u>Tanımadığınız insanlarla ilişki kurma</u> | 1   | 2     | 3             | 4         | 5           |
| <b>D4.2</b> <u>Bir arkadaşlığı sürdürme</u>              | 1   | 2     | 3             | 4         | 5           |

**D4.3 Yakın olduğunuz insanlarla**ilişki kurma

1

2

3

4

5

**D4.4 Yeni arkadaşlar edinme**

1

2

3

4

5

**D4.5 Cinsel ilişki**

1

2

3

4

5

**5. ALAN Yaşam faaliyetleri****• Ev işleri**

Bundan sonraki sorular ev işlerini yapmak ve birlikte yaşadığınız insanlara bakmakla ilgili faaliyetleri içermektedir. Yemek yapmak, temizlik yapmak, alışveriş yapmak, diğer aile bireylerine bakmak, size ait olan şeylerle ilgilenmek bu faaliyetler arasındadır.

**D5.1** Bir hafta içinde bu tür faaliyetlere kaç saat harcıyorsunuz? *Saat olarak kaydedin* \_\_ / \_\_

**1. VE 2. KARTLARI GÖSTERİN.**

Sağlık durumunuz nedeniyle son 30 gün içinde aşağıda belirtilen durumlarda ne kadar güçlük çektiniz?

hiç

biraz

orta derecede

çok fazla

aşırı / hiç

yapamıyorum

**D5.2 Evle ilgili sorumlulukları**

yerine getirme

1

2

3

4

5

**D5.3 Evdeki önemli görevlerinizi**iyi bir şekilde yapma

1

2

3

4

5

**D5.4 Yapılması gereken tüm**ev işlerini bitirme

1

2

3

4

5

**D5.5 Ev işlerini yeterince hızlı**

yapma

1

2

3

4

5

**D5.6 Son 30 gün içinde sağlık**

durumunuz nedeniyle

ev işlerini yeterince yapmadığınız

veya hiç yapmadığınız kaç gün oldu?

*Gün sayısını kaydedin* \_\_ / \_\_

**Çalışıyorsanız veya öğrenciyseniz kutucuğu işaretleyip lütfen teste devam edin**

**D5.7** Bir haftanın kaç saatini işte/okulda geçiriyorsunuz? **SAAT OLARAK KAYDEDİN**

\_\_\_/\_\_\_

Sağlık durumunuz nedeniyle son 30 gün içinde aşağıda belirtilen durumlarda ne kadar güçlük çektiniz?

|                                                                             | hiç | biraz | orta derecede | çok fazla | aşırı/ hiç |
|-----------------------------------------------------------------------------|-----|-------|---------------|-----------|------------|
| yapamıyorum                                                                 |     |       |               |           |            |
| <b>D5.8</b> Her gün yapmak zorunda olduğunuz <u>işleri</u> yürütme          | 1   | 2     | 3             | 4         | 5          |
| <b>D5.9</b> İşteki <u>önemli görevlerini</u> iyi bir şekilde yerine getirme | 1   | 2     | 3             | 4         | 5          |
| <b>D5.10</b> <u>Yapılması gereken tüm işleri bitirme</u>                    | 1   | 2     | 3             | 4         | 5          |
| <b>D5.11</b> İşleri <u>zamanında bitirme</u>                                | 1   | 2     | 3             | 4         | 5          |

## **6. Alan Toplumsal yaşama katılım**

Şimdi size toplumsal yaşama katılımınız ve sağlık sorunlarınızın siz ve aileniz üzerindeki etkisiyle ilgili sorular soracağım. Bazı sorular son 30 günü aşan sorunlarla ilgili olabilir, ancak cevaplarırken lütfen son 30 günü dikkate alın. Yine soruları bedensel, ruhsal, alkol veya madde kullanımı ile ilgili sağlık sorunlarınızı düşünerek cevaplayın.

### **1. VE 2. KARTI GÖSTERİN**

Son 30 gün içinde:

hiç hafif orta derecede çok fazla  
aşırı/ hiç

yapamıyorum

**D6.1** Sosyal faaliyetlere herkes kadar

katılabilirmekte (şenlikler, eğlenceler,

dini faaliyetler vb.) ne kadar sorunla 1 2 3 4

5

karşılaştınız?

**D6.2** Çevrenizden kaynaklanan engeller

yüzünden ne kadar sorunla 1 2 3 4

5

karşılaştınız?

**D6.3** Diğer insanların davranış ve

tutumları karşısında kendinize

saygınızı yitirmeden yaşayabilmekte 1 2 3 4

5

ne kadar sorunla karşılaştınız?

**D6.4** Sağlık durumunuza ve yol açtığı

sonuçlara ne kadar zaman harcadınız? 1 2 3 4

5

**D6.5** Sağlık durumunuz yüzünden duygusal

olarak ne kadar etkilendiniz? 1 2 3 4

5

**D6.6** Sağlığınız için yaptığınız harcamalar

sizin ve ailenizin ekonomik durumunu

ne kadar etkiledi? 1 2 3 4

5

Son 30 gün içinde:

**D6.7** Sağlık durumunuz yüzünden aileniz

ne kadar sorunla karşılaştı? 1 2 3

4

5

**D6.8** Dinlenmek veya eğlenmek

amacıyla kendi başınıza

birşeyler yapmakta ne kadar 1 2 3

4

5

güçlük çekiyorsunuz?

### III. İNTİHAL RAPORU

Madde Kullanım Bozukluğu Olan Genç Yetişkinlerde  
Okupasyonel Denge, Yaşam Kalitesi ve Toplumsal Katılım  
Arasındaki İlişkinin İncelenmesi: Karşılaştırmalı Bir Çalışma

#### ORJİNALLİK RAPORU

|                   |                     |            |                  |
|-------------------|---------------------|------------|------------------|
| % <b>8</b>        | % <b>7</b>          | % <b>4</b> | % <b>4</b>       |
| BENZERLİK ENDEKSİ | İNTERNET KAYNAKLARI | YAYINLAR   | ÖĞRENCİ ÖDEVLERİ |

#### BİRİNCİL KAYNAKLAR

|           |                                                                                                                                                             |             |
|-----------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|
| <b>1</b>  | <b>evrimagaci.org</b><br>İnternet Kaynağı                                                                                                                   | % <b>1</b>  |
| <b>2</b>  | <b>Submitted to The Scientific &amp; Technological<br/>Research Council of Turkey (TUBITAK)</b><br>Öğrenci Ödevi                                            | % <b>1</b>  |
| <b>3</b>  | <b>acikerisim.gelisim.edu.tr</b><br>İnternet Kaynağı                                                                                                        | % <b>1</b>  |
| <b>4</b>  | <b>acikbilim.yok.gov.tr</b><br>İnternet Kaynağı                                                                                                             | % <b>1</b>  |
| <b>5</b>  | <b>hdl.handle.net</b><br>İnternet Kaynağı                                                                                                                   | <% <b>1</b> |
| <b>6</b>  | <b>www.muharrembalci.com</b><br>İnternet Kaynağı                                                                                                            | <% <b>1</b> |
| <b>7</b>  | <b>Topçu, Cemal. "Post-Editing Skills for Neural<br/>Machine Translation from English to Turkish",<br/>Dokuz Eylül Üniversitesi (Turkey), 2024</b><br>Yayın | <% <b>1</b> |
| <b>8</b>  | <b>openaccess.hacettepe.edu.tr:8080</b><br>İnternet Kaynağı                                                                                                 | <% <b>1</b> |
| <b>9</b>  | <b>www.openaccess.hacettepe.edu.tr:8080</b><br>İnternet Kaynağı                                                                                             | <% <b>1</b> |
| <b>10</b> | <b>Submitted to Ege Üniversitesi</b><br>Öğrenci Ödevi                                                                                                       | <% <b>1</b> |
| <b>11</b> | <b>Submitted to Marmara University</b>                                                                                                                      |             |