

Madde Kullanım Bozukluğu Olan Olgularda Dürtüsellik ve Yaşam Kalitesi

Impulsivity and Quality of Life in Patients with Substance Use Disorder

Caner Yeşiloğlu ¹ , Lut Tamam ² , Mehmet Emin Demirkol ² , Hamdi Yılmaz ³ 

1. Kırşehir Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kırşehir

2. Çukurova Üniversitesi, Adana

3. Mersin Şehir Hastanesi, Mersin

Abstract

Objective: This study examines the impact of impulsivity on quality of life among individuals with Substance Use Disorder (SUD).

Method: The research was conducted on 45 substance users and 43 voluntary participants who applied to the Training and Research Hospital in Kırşehir between September and October 2023. The participants included 63 men and 25 women, with ages ranging from 18 to 67. The Barratt Impulsiveness Scale (BIS-11) and WHO Quality of Life Scale (WHOQOL-BREF) were used as measurement tools.

Results: The findings indicate that individuals with SUD have higher impulsivity and lower quality of life compared to the control group. Specifically, the strongest impact of impulsivity on quality of life was identified in the sub-dimensions of social relationships and psychological health.

Conclusion: High impulsivity negatively affects the quality of life of individuals diagnosed with SUD. This study supports the view that intervening in the levels of impulsivity in individuals diagnosed with SUD can improve the quality of life and enhance treatment compliance.

Keywords: Impulsivity, substance use disorder, quality of life

Öz

Amaç: Bu çalışmada, Madde Kullanımı Bozukluğu (MKB) olan bireylerde dürtüsellik ve yaşam kalitesi alt boyutları ile birlikte değerlendirilmiştir. MKB tanılılar ile kontrol grubu arasındaki dürtüsellik ve yaşam kalitesi farklarının değerlendirilmesi, MKB tanılarda yaşam kalitesi ve tüm alt boyutlarının dürtüsellik ölçümleri ve sosyodemografik veriler ile ilişkisinin gösterilmesi amaçlanmıştır.

Yöntem: Araştırma örneklemini, Eylül 2023 ve Ekim 2023 tarihleri arasında, Kırşehir'de bulunan Eğitim ve Araştırma Hastanesi'ne başvuran yaşları 18-65 arasında değişen 63 erkek ve 25 kadından oluşmaktadır. Katılımcıların 45'i alkol ya da madde kullanım bozukluğu tanılı olup 43'ü sağlıklı gönüllülerden oluşmaktadır. Araştırmanın ölçüm araçları olarak Barratt Dürtüsellik Ölçeği (BDÖ-11) ve WHO Yaşam Kalitesi Ölçeği (WHOQOL-BREF) kullanılmıştır.

Bulgular: MKB tanılı bireylerin kontrol grubuna göre daha yüksek dürtüsellik ve daha düşük yaşam kalitesine sahip olduğunu göstermiştir. Özellikle, dürtüsellik yaşam kalitesi üzerindeki en güçlü etkisi sosyal ilişkiler ve psikolojik sağlık alt boyutları arasında tespit edilmiştir.

Sonuç: Dürtüsellik yüksek olması MKB tanılıların yaşam kalitesine olumsuz etki etmektedir. Bu çalışma, MKB tanılı bireylerde dürtüsellik düzeylerine müdahalenin, yaşam kalitesini iyileştirebileceği ve tedaviye uyumu artırabileceği görüşünü desteklemektedir.

Anahtar kelimeler: Dürtüsellik, madde kullanım bozukluğu, yaşam kalitesi

Giriş

Madde kullanımı bozukluğu (MKB), toplumda ciddi yeti kaybına neden olan ve sosyal, mesleki yaşam alanlarında işlevselliği olumsuz etkileyen psikiyatrik bir hastalıktır. Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı, Beşinci Baskısında (DSM-5), bir maddenin kötüye kullanılması veya bağımlı hale gelmesi durumunu madde ile ilişkili ve bağımlılık bozuklukları olarak tanımlamaktadır (1). Alkol, kafein, esrar, halusinojenler, inhalanlar, opiyatlar, sedatif-hipnotik ve anksiyolitikler, stimulanlar, nikotin ve diğer maddeler DSM-5'te bu başlıkta sınıflandırılan maddelerdir. Madde kullanım bozuklukları, semptomlarının şiddeti ve süresine bağlı olarak hafif, orta veya şiddetli olarak sınıflandırılabilir (1). MKB olan bireylerin %60-75'inde ek fiziksel hastalık mevcuttur (2). MKB hastalarının gizleme ve inkar eğilimleri nedeniyle psikiyatri polikliniğinde diğer hastalıklara kıyasla daha az karşılaşılmaktadır. Bu olguların takibinde, madde kullanımının şiddeti ön planda olup, kişinin yaşam kalitesi daha az ilgi görmektedir (3). Yaşam kalitesi, bireylerin kendi yaşam durumlarına yönelik fiziksel sağlık, psikolojik durum, sosyal ilişkiler ve yaşam koşulları gibi alanlardaki subjektif algısını ifade etmektedir. Birçok psikiyatrik hastalık için işlevsellikte bozulma, günlük işlerde ve ilişkilerde zorluk yaşama tanı ölçütü kabul edilmektedir (1). MKB olan bireylerin olmayanlara göre yaşam kalitesi ölçümleri düşüktür (4, 5). MKB tanılı olguların tedavi sürecinde yaşam kalitesinin artmasının madde kullanımını etkili bir şekilde azalttığı gösterilmiştir. MKB tanılı olguların tedavi ile yaşam kalitesinin yükselmemesi, kişinin tedaviden aldığı yanıtı olumlu değerlendirmesini engellemektedir (6, 7). Tedavi sonrası yaşam kalitesi yüksek olan MKB tanılılarda nüks daha nadir görülmektedir (8, 9).

MKB, dürtüsellik klinik olarak belirgin olduğu psikiyatrik hastalıklardandır (10). Dürtüsellik, genellikle istenmeyen sonuçlara yol açan, çevre uyumuna uymayan davranışlarda bulunma veya aşırı riskli eylemlerde bulunma anlamlarında kullanılmaktadır. Dürtüsellik; dikkatsizlik, sabırsızlık, yenilik arayışı, risk alma, heyecan ve zevk arayışı, zarar görme riskini düşük görme, dışadönüklük gibi özellikleri kapsamaktadır (11). Madde kullanımı, tamamen dürtüsellik ile açıklanamayacak karmaşık bir davranıştır. Bu bozukluğa nörotransmitter maddeler, sosyal, psikolojik ve genetik faktörler etki etmektedir. Beyin ödüllendirme sistemi ventral tegmentumdan nükleus akkumbens, amigdala, prefrontal korteks ve diğer önbeyin yapılarına projeksiyon yapan dopaminerjik nöronlardan oluşmaktadır. Beyin ödüllendirme sistemi dopaminerjik mekanizmalar aracılığı ile bağımlılığın ortaya çıkmasında önemli rol almaktadır (12). Madde kullanımı olan kişiler sonuçlarını umursamadan hızlı ve plansız bir şekilde madde kullanmaktadır. Madde kullanımı sonrası duyulan istek ve yoksunluğun bağımlılığa yol açabildiği bilinmektedir (13). Anket çalışmaları ile de MKB olan bireylerde dürtüsellik ölçümlerinin sağlıklı kontrollerden anlamlı yüksek olduğu tekrarlayıcı şekilde gösterilmiştir (14-16). Dürtüsellik arttıkça yaşam kalitesi düşmektedir (10).

Dürtüsellik görüldüğü psikiyatrik bozukluklar arasında antisosyal ve borderline kişilik bozuklukları, şizofreni, bipolar bozukluk, dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu, yeme bozuklukları, madde kullanım bozuklukları sayılabilir. Ayrıca dürtüsellik dürtü kontrol bozuklukları başlığında sınıflanan patolojik kumar oynama, aralıklı patlayıcı bozukluk, piromani, kleptomani ve trikotillomani tanı ölçütlerinden biri olarak değerlendirilmektedir (17). Bipolar bozukluk (18, 19), dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu (20, 21) ve yeme bozuklukları (22) gibi dürtüsellik belirgin olduğu hastalıklarda dürtüsellik düzeyi ile yaşam kalitesi arasında negatif yönlü anlamlı ilişki tekrarlayan kez gösterilmiştir (10). MKB da dürtüsellik belirgin olduğu ve yaşam kalitesinin düşük olduğu psikiyatrik hastalıktır. Bu veriler ışığında, MKB tanılı hastaların dürtüsellik şiddeti arttıkça yaşam kalitesinin düşeceği hipotezi oluşturulmuştur. Geçmiş çalışmalar, MKB tanılı hastalarda dürtüsellik ve yaşam kalitesi arasındaki ilişkiye nadiren dikkat çekmiş ve yaşam kalitesini fiziksel, psikolojik, sosyal ve çevresel alt başlıklarına ayırmadan değerlendirmiştir. Çalışmamızda, MKB tanılılarda dürtüsellik ve yaşam kalitesi alt boyutlarının ilişkisinin gösterilmesi amaçlanmıştır.

Yöntem

Örneklem ve Prosedür

Bu çalışmaya toplam 45 alkol-madde kullanım bozukluğu olan ve 43 gönüllü katılımcı dahil edilmiştir.

Katılımcılar içerisinde 63 erkek ve 25 kadın yer almakta, yaşları 18 ile 67 (Ortalama = 36.9) arasında değişmektedir. Katılımcılar, Eylül 2023 ile Ekim 2023 tarihleri arasında Kırşehir'de bulunan Eğitim ve Araştırma Hastanesi polikliniğine başvuran gönüllüler arasından seçilmiştir. Katılımcılar, psikiyatri uzmanı tarafından yapılandırılmış görüşmelerle belirlenmiştir. Çalışmanın dahil edilme kriterleri arasında madde kullanım bozukluğu tanısı (yani DSM-5'te en az 2 kriteri karşılamak) ve muayene sırasında madde kullanımı veya devam eden etkisinin olmaması yer almaktadır.

Yapılan muayene ve dosya incelemesi sonucunda kronikleşmiş veya tanı anında bulunan nevrotik ya da psikotik bozukluk gibi psikiyatrik hastalığı olanlar, zeka geriliği veya bilişsel bozukluğu olan bireyler çalışmadan dışlandı. Katılımcılar alkol ya da DSM-5'te yer alan maddelerden yalnız biri için DSM-5 tanı ölçütlerini karşıladığında tek madde kullananlar, en az ikisi için tanı ölçütlerini karşıladığında ise çoklu madde kullananlar olarak gruplandırılmıştır. Tütün kullanımı bilgileri alınmış olup değerlendirmeye dahil edilmemiştir.

Bu çalışma, Kırşehir İl Sağlık Müdürlüğü Etik Kurulu tarafından onaylanmıştır (tarih: 12.09.2023, sayı: 224309476). Katılımcılara, çalışmanın amacı ve uygulanacak klinik ölçekler hakkında bilgilendirme, psikiyatri uzmanı tarafından yapılmıştır.

Veri Toplama Araçları

Demografik ve Madde Kullanım Özellikleri

Hastaların demografik bilgileri ve madde kullanım özellikleri, yapılandırılmış bir görüşme ve sosyodemografik veri formu ile toplanmıştır. Sosyodemografik veri formunda, demografik veriler, cinsiyet, yaş, eğitim, medeni durum, istihdam durumu, madde kullanım özellikleri (kullanım bozukluğunun başlangıç yaşı, kullanılan diğer maddeler) ile eşlik eden fiziksel hastalıklar yer almıştır.

Barratt Dürtüsellik Ölçeği (BDÖ-11)

Dürtüsellik üç yönünü değerlendirmek için Barratt Dürtüsellik Ölçeği-11 (BDÖ-11) kullanılmıştır. BDÖ-11 dikkat (bilişsel düzensizlik ve dikkatsizlik), motor (sabırsızlık, motor dürtüsellik) ve plan yapmama (bilişsel karışıklığa tahammülsüzlük, kontrolünü sağlayamama) olmak üzere üç kategoride değerlendirilmektedir. BDÖ-11, 30 maddelik bir öz bildirim ölçeğidir ve her madde 1'den ("hiçbir zaman") 5'e ("her zaman") kadar puanlanan Likert tipindedir. Ölçekten elde edilen yüksek puanlar, dürtüsellik düzeyinin arttığını göstermektedir. Ölçeğin Cronbach alfa değeri 0.82'dir (23).

WHO Yaşam Kalitesi Ölçeği (WHOQOL-BREF)

Hastaların yaşam kalitesini değerlendirmek için WHO Yaşam Kalitesi Değerlendirmesi (WHOQOL-BREF) ölçeği kullanılmıştır. WHOQOL-BREF, 26 maddelik bir öz bildirim ölçeğidir ve fiziksel yaşam kalitesi, psikolojik yaşam kalitesi, sosyal yaşam kalitesi ve çevresel yaşam kalitesi olmak üzere dört alanda değerlendirilmektedir. Ölçeğin ilk iki sorusu ile genel sağlık durumu değerlendirilmektedir. Ölçek puanlarının artması, daha yüksek yaşam kalitesine işaret etmektedir. WHOQOL-BREF(TR) 'nin bölüm ve alanlarının iç tutarlılığı oldukça yüksek düzeyde bulunmuştur. Gerek hasta gerekse sağlıklı bireylerde en yüksek iç tutarlılık bedensel alanda (.83) en düşük iç tutarlılık ise sosyal alanda (.53) bulunmuştur (24).

Veri Analizi

Verilerin analizinde tanımlayıcı istatistikler sürekli değişkenlerde dağılımına göre ortalama $\pm$ standart sapma veya medyan-çeyreklikler arası genişlik olarak verilmiştir. Katılımcılar DSM-5 tanı kriterlerine göre herhangi bir madde için 'Madde ile ilişkili ve bağımlılık bozuklukları' ölçütlerini karşılayanlar ve görüşme anı ya da öncesinde psikiyatrik tanı belirlenmemiş sağlıklı kontroller olarak ikiye ayrılmıştır. Parametrelerin normallik dağılımı Shapiro Wilks test ile değerlendirilmiştir. Verilerin dağılımı normal olduğunda grupları karşılaştırmada t test uygulanmıştır. Kategorik değişkenler ki kare test ile analiz edilmiştir. Hastaların kategorik olmayan sosyodemografik verileri ve ölçek skorlarının normal dağılım gösterdiğinde Pearson Korelasyon Katsayısı kullanılmıştır. İstatistiksel anlamlılığının incelenmesinde kritik değer $p=0.05$ kullanılmıştır.

Çalışmanın post-hoc güç analizi G power programı aracılığı ile yapılmıştır. 45 ve 43 kişilik iki gruptan oluşan örneklem karşılaştırmalarında (bağımsız örneklem t test için) 0.5 etki büyüklüğü, 0.05 hata payı ile %75 güce ulaştığı hesaplanmıştır.

Bulgular

Tablo 1'de katılımcıların sosyodemografik verileri sunulmuştur.

Tablo 1. Katılımcıların sosyodemografik verileri

Değişken	Kontrol grubu	Hasta grup	p
Yaş	36,1* ± 13,6	37,6* ± 14,3	>0,05
Medeni Durum			>0,05
Evli	26	24	
Bekar	17	21	
Yaşadığı Yer			>0,05
İl merkezi	38	37	
İlçe	5	8	
Fiziksel Hastalık			>0,05
Var	8	8	
Yok	35	37	
Meslek			>0,05
Var	30	27	
Yok	13	18	

* ile işaretleri değerler ortalama değerleri göstermektedir.

Tablo 2'de WHOQOL yaşam kalitesi ölçeği ve alt ölçekleri ile BDÖ-11 ölçek puanlarının korelasyonu gösterilmiştir. WHOQOL yaşam kalitesi ölçeği ve tüm alt ölçekleri ile BDÖ-11 toplam puanı arasında istatistiksel anlamlı düzeyde korelasyon mevcuttur (her biri için $p < 0.05$). BDÖ-11 toplam puanı ile yaşam kalitesi ölçeği toplam puanı ve alt ölçeklerin puanları arasında negatif yönlü korelasyon saptanmıştır.

Tablo 2. WHOQOL ve BDÖ-11 alt boyutlarının korelasyonu

Değişkenler	WHOQOL Toplam	WHOQOL Genel Sağlık	WHOQOL Fiziksel Sağlık	WHOQOL Psikolojik Sağlık	WHOQOL Sosyal İlişkiler	WHOQOL Çevre
BDÖ - Plan yapamama	-,759	-,689	-,590	-,760	-,752	-,616
BDÖ - Motor	-,559	-,561	-,404	-,557	-,617	-,418
BDÖ - Dikkat	-,513	-,497	-,349	-,582	-,556	-,361
BDÖ-11 Toplam	-,671	-,640	-,493	-,695	-,690	-,512

BDÖ-11: Barrat Dürtüsellik Ölçeği -11; İstatistiksel anlamlı değerler koyu yazılmıştır.

Tablo 3, MKB tanılı grup ile kontrol grubunun yaşam kalitesi ölçeği toplam ve alt ölçeklerinin puanlarının karşılaştırıldığı yerdir. MKB tanılıların WHOQOL toplam puanı ve WHOQOL alt ölçeklerinin puanı kontrol grubuna kıyasla istatistiksel anlamlı düzeyde düşüktür (her biri için $p < 0.05$).

Tablo 4'te MKB tanılı grup ile kontrol grubunun BDÖ-11 toplam ve alt boyutlarının puanlarının karşılaştırılması gösterilmiştir. MKB tanılıların BDÖ-11 toplam puanı ve alt boyutlarının puanı kontrol grubuna kıyasla istatistiksel anlamlı düzeyde yüksektir (her biri için $p < 0.001$).

MKB tanılılarda bir madde kullanımı olanlar ve birden fazla madde kullanımı olanların BDÖ-11 toplam puanı ve alt boyutlarının puanlarının karşılaştırması Tablo 5'te sunulmuştur. Birden fazla madde kullanan grupta

tek madde kullananlara göre BDÖ-11 toplam, plan yapamama ve motor dürtüsellik puanları istatistiksel anlamlı düzeyde yüksektir (sırasıyla, $p=0.016$, $p= 0.043$, $p= 0.011$). İki grup arasında BDÖ-11 dikkat puanlarının istatistiksel anlamlı farkı olmadığı tespit edilmiştir.

Tablo 3. Madde kullanım bozukluğu tanılı olanlar ile olmayanların WHOQOL yaşam kalitesi ölçeği toplam puanı ve alt ölçeklerin karşılaştırması

Değişkenler	t-değeri	df	p-değeri	Dağılım ortalama değişkenliği	Ortalama puan Hasta - Kontrol
WHOQOL Genel Sağlık	-4,924	85	<0,001	-25,67389	53,8±26,0 79,6±21,9
WHOQOL Fiziksel Sağlık	-3,499	85	<0,001	-14,58774	70,5±20,0 84,7±18,7
WHOQOL Psikolojik Sağlık	-5,359	85	<0,001	-21,13284	63,1±18,5 84,0±18,1
WHOQOL Sosyal ilişkiler	-5,077	85	<0,001	-25,39200	58,3±25,9 83,9±19,8
WHOQOL Çevre	-2,514	85	<0,05	-10,66167	70,0±18,9 84,7±20,3
WHOQOL Toplam	-4,609	85	<0,001	-17,66913	63,9±16,9 83,4±18,4

WHOQOL: WHO Yaşam Kalitesi Değerlendirmesi ölçeği

Tablo 4. Madde kullanım bozukluğu tanılı olanlar ile olmayanların BDÖ-11 toplam ve alt boyutlarının karşılaştırması

Değişkenler	t-değeri	df	p-değeri	Dağılım ortalama değişkenliği	Ortalama puan Hasta - Kontrol
Plan yapamama	5,435	85	<0,001	41,7178	11,7±4,3 7,4±2,5
Motor	6,086	85	<0,001	44,1121	11,3±3,6 6,9±3,0
Dikkat	6,185	85	<0,001	43,3721	12,5±3,6 8,1±2,8
BDÖ-11 Toplam	6,734	85	<0,001	12,92019	35,6±10,5 22,5±6,8

BDÖ: Barrat Dürtüsellik Ölçeği

Tablo 5. Çoklu madde kullanımı olanlar ile tek madde kullanımı olanların BDÖ-11 toplam ve alt boyutları puanlarının karşılaştırması

Değişkenler	df	p-değeri	t-değeri	Standart sapma	Ortalama puan Tek madde kullanan - birden çok madde kullanan
Plan yapamama	43	0,043	-2,087	2,94418	10,1±3,7 12,7±4,4
Motor	43	0,011	-2,687	1,05405	9,6±3,4 12,4±3,4
Dikkat	43	0,061	-1,933	1,04742	11,3±3,3 13,3±3,5
BDÖ-11 Toplam	43	0,016	-2,522	1,23315	31,1±9,0 38,5±10,5

BDÖ: Barrat Dürtüsellik Ölçeği

Tablo 6’da MKB tanılılarda bir madde kullanımı olanlar ve birden fazla madde kullanımı olanların WHOQOL yaşam kalitesi ölçeği toplam puanı ve alt ölçeklerinin puanlarının karşılaştırılması sunulmuştur. Birden fazla madde kullanan grupta tek madde kullananlara göre WHOQOL yaşam kalitesi ölçeği toplam puanı ve alt ölçeklerinin puanları arasında istatistiksel anlamlı farklılık saptanmamıştır (her biri için, $p>0.05$).

Tablo 6. Çoklu madde kullanımı olanlar ile tek madde kullanımı olanların WHOQOL toplam ve alt ölçeklerinin karşılaştırması

Değişkenler	t-değeri	df	p-değeri	Ortalama dağılım	F	Ortalama puan Tek madde kullanan- birden çok madde kullanan
WHOQOL Genel Sağlık	0,662	40,940	0,511	7,68709	0,298	56,9±23,1 51,8±28,1
WHOQOL Fiziksel Sağlık	-0,086	37,359	0,932	6,13186	0,679	70,2±19,9 70,7±20,5
WHOQOL Psikolojik Sağlık	2,089	37,639	0,043	5,39168	0,006	69,9±17,4 58,6±18,1
WHOQOL Sosyal ilişkiler	-0,194	37,000	0,848	7,97028	0,216	57,4±26,0 58,9±26,4
WHOQOL Çevre	0,757	32,862	0,454	5,96054	1,014	76,7±20,6 72,2±17,8
WHOQOL Toplam	0,846	39,311	0,403	4,99296	0,383	66,2±15,0 62,4±18,2

WHOQOL: WHO Yaşam Kalitesi Değerlendirmesi ölçeği

MKB tanılı grupta evli olanlar ve olmayanlar arasında WHOQOL yaşam kalitesi ölçeği toplam puanı ve alt ölçekleri değerlendirildiğinde, bekar bireylerin puanları evlilerden düşük saptanmıştır ancak aradaki fark istatistiksel anlamlı düzeyde değildir ($p>0.05$). Yine MKB tanılı grupta evli olanlar ve olmayanlar arasında WHOQOL yaşam kalitesi ölçeği toplam puanı ve alt ölçekleri değerlendirildiğinde, hiçbir ölçek puanı arasında istatistiksel anlamlı düzeyde farklılık saptanmamıştır ($p>0.05$).

MKB tanılı grupta yaş ile WHOQOL yaşam kalitesi ölçeği toplam puanı ve alt ölçekleri değerlendirildiğinde, yaş ilerledikçe WHOQOL yaşam kalitesi ölçeği toplam puanı ve tüm alt ölçeklerin puanının düştüğü tespit edilmiştir. Yaş arttıkça WHOQOL genel sağlık durumu, fiziksel sağlık, sosyal ve toplam puanın düştüğü saptanmış aralarında negatif yönlü istatistiksel anlamlı korelasyon gösterilmiştir (sırasıyla $p=0.008$ $R=-0.280$, $p<0.001$ $R=-0.418$, $p=0.006$ $R=-0.292$, $p=0.005$ $R=-0.306$). MKB tanılı grupta yaş ile BDÖ-11 toplam puanı ve alt boyutlarının puanları değerlendirildiğinde, istatistiksel anlamlı düzeyde korelasyon saptanmamıştır (her biri için, $p>0.05$). MKB tanılılar ile kontrol grubu sosyodemografik veriler açısından karşılaştırıldığında, aralarında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı tespit edilmiştir ($p>0.05$).

Tartışma

Bağımlılık, kişinin fiziksel, psikolojik, mesleki, sosyal ve ailesel açıdan sorun yaşadığı bir hastalıktır. Birçok çalışma, bağımlılığın yaşam kalitesini olumsuz etkilediğini belirtmiştir (25, 26). MKB tanısı alan bireylerde yaşam kalitesinin düşük ve dürtüsellüğün yüksek olduğu gösterilmiştir (10). Bipolar bozukluk, dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu, yeme bozuklukları gibi dürtüsellüğün belirgin olduğu psikiyatrik hastalıklarda, yaşam kalitesinin dürtüsellik ile negatif yönde ilişkili olduğu bildirilmiştir (10). Çalışmamızın en önemli bulgusu, madde kullanımı ve ilişkili bağımlılık bozukluğu olan bireylerde dürtüsellüğün artmasıyla yaşam kalitesinin ve yaşam kalitesinin tüm alt boyutlarının düşmesidir. Dürtüsellüğün yaşam kalitesi üzerindeki en güçlü ilişkisi, sosyal ilişkiler ve psikolojik sağlık alt boyutları arasında tespit edilmiştir. Group ve arkadaşları, çalışmamızdan farklı olarak, dürtüsellüğün en güçlü ilişkisinin fiziksel sağlık alt boyutu ile olduğunu bulmuş olup, bu durum

çalışmamızda katılımcıların yaş ortalamasının daha genç ve ek fiziksel hastalığın daha az olması ile açıklanabilir (27). MKB tanıli bireylerde dürtüsellüğün belirlenmesi önem taşımaktadır, çünkü dürtüsellik düzeyinin kontrol altına alınması yaşam kalitesinin iyileştirilmesine ve tedaviye uyumun artırılmasına yardımcı olabilir (10).

MKB tedavisinde, maddeyi bırakma motivasyonunun azalması ve madde bırakmasına rağmen olumlu duygusal değişimlerin yaşanmaması nedeniyle tedavinin yarıda bırakılması mümkündür. MKB tanıli tedaviyi yarıda bırakan hastaların %54'ü, tedavi sırasında özellikle mesleki/egitim ve barınma gibi sosyal hizmet ihtiyaçlarının karşılanmamış olmasını tedaviyi bırakma nedeni olarak göstermiştir (28). Yaşam kalitesi ve bağımlılık arasındaki ilişki karşılıklıdır; bağımlılık bireyin yaşam kalitesini bozarken, bırakma döneminde düşük yaşam kalitesinin devam etmesi hastalığın nüksüne yol açabilir. MKB tanıli bireylerde iyileşme süreci, bireyin sağlıklı bir şekilde yaşam kalitesini yükselttiği bir değişim sürecini içermelidir (3). MKB olanların yaşam kalitesinin, olmayanlara göre genel sağlık durumu, sosyal ilişkiler, fiziksel sağlık, psikolojik sağlık ve çevre alt boyutlarında düşük olduğu tespit edilmiştir. Bu sonuçlar, literatürle uyumludur. MKB tanıli bireylerde, bırakma döneminde yaşam kalitesi ve mutluluk düzeylerindeki artışın, bırakma motivasyonunu olumlu etkileyebileceği ve tekrar madde kullanımı olasılığını azaltabileceği, yaşam kalitesinin iyileştirilmesine yönelik özel müdahalelerin faydalı olabileceği düşünülmektedir (3, 29-31).

Dürtüsellığı yüksek olan her bireyde madde kullanımı görülmemekle birlikte, dürtüsellüğün madde kullanımı ile ilişkili olduğu ve dürtüsel bireylerin madde kullanımına daha erken yaşlarda başladığı gösterilmiştir (13). Çalışmamızda, MKB tanı kriterlerini karşılayan bireylerin sağlıklı kontrollere göre dürtüsellik düzeylerinin yüksek olduğu tespit edilmiştir. Ayrıca, motor dürtüsellığı yüksek bireylerde ve plan yapmakta zorlananlarda birden fazla madde kullanımının daha sık görüldüğü belirlenmiştir. Dürtüsellik, istenmeyen sonuçlara yol açan ve uzun vadeli sonuçların planlanmadığı aşırı riskli eylemlere neden olmaktadır. Motor dürtüsellığı yüksek kişilerde yenilik, heyecan arayışı, riskli eylemlerde ve dürtüsel şiddette bulunma sağlıklı toplumdan yüksek olmaktadır (11). Plan yapamayan kişilerin stresle baş etmek için olumsuz sonuçları düşünmeden hızlıca madde kullanma davranışı geliştirdikleri görülmüştür (32). Bu bağlamda, MKB tanısı alan bireylerde elde edilen bu sonuçlar beklenen bir durumdur. Çalışmamızda, madde kullanımına başlama yaşı ortalama olarak 29 olarak belirlenmiştir. Başlangıç yaşı ile dürtüsellik düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır.

Colpaert ve arkadaşları, tek bir madde için MKB ölçütlerini karşılayan kişilerin, birden fazla madde için kriterleri karşılayanlara göre yaşam kalitesinin daha düşük olduğunu göstermiştir (33). Çalışmamızda, birden çok madde kullananlarda yaşam kalitesi ölçümlerinin daha düşük olduğu ancak aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı tespit edilmiştir. Yaşam kalitesinin yaş ilerledikçe düştüğü bildirilmiştir (34, 35). Bu durum, katılımcılarımızın yaş ortalamasının nispeten genç olmasına bağlı olabilir.

Evli bireylerde çevresel, sosyal ve fiziksel alanlarda yaşam kalitesinin daha yüksek olduğu, çalışan bireylerde psikolojik ve çevresel yaşam kalitesinin olumlu olduğu gösterilmiştir (10). Çalışmamızda, MKB tanısı alan bireylerde evli olanların yaşam kalitesi ve tüm alt boyutlarının bekarlardan yüksek olduğu saptanmış ancak istatistiksel anlamlılık bulunamamıştır. Evli ve çalışan bireylerde yaşam kalitesinin yüksek olması, istikrarlı sosyal desteğin yaşam kalitesinin olumlu algılanmasına yardımcı olabileceği ile açıklanabilir (36, 37). Bu durum, yaşam kalitesi üzerinde madde kullanımının etkisinin sosyodemografik verilerden ziyade, MKB tanıli bireylerin daha az sosyal destek alması ile ilişkili olabileceğini gösterir (10). Yaş arttıkça yaşam kalitesinin düştüğü gösterilmiştir. Yaşla beraber fiziksel kısıtlılıkların ve cinsel problemlerin artması, yaşam kalitesi alt boyutlarında düşüşe neden olabilir (34, 35). Çalışmamızda literatürle uyumlu olarak, yaş arttıkça yaşam kalitesi, genel sağlık durumu ve fiziksel sağlık, sosyal alt boyutlarının düştüğü gösterilmiştir.

Çalışmanın bazı sınırlamaları vardır. Örneklerimizde kadın hasta sayısının erkeklerden düşük olması, cinsiyetler arasında uygunsuz dağılıma yol açmış ve cinsiyete göre analiz yapılmasını engellemiştir. Kesitsel nitelikteki bu çalışma, dürtüsellüğün MKB tanıli hastalarda yaşam kalitesini uzun vadeli bir öngörücüsü olup olmadığını belirleyememektedir. Bu nedenle, dürtüsellik ve yaşam kalitesinin ilişkisini inceleyen daha fazla araştırmaya ihtiyaç vardır.

Sonuç olarak, dürtüselliğin, diğer klinik değişkenleri kontrol ettikten sonra bile, MKB tanılı hastaların tüm yaşam kalitesi alanlarıyla anlamlı bir ilişkiye sahip olduğu gösterilmiştir (10). Sonuçlar, yüksek dürtüselliğin hastaların yaşam kalitesine olumsuz ilişkisi olduğunu doğrulamaktadır. Bu çalışma, MKB tanılı bireylerde dürtüsellik düzeylerine müdahalenin, yaşam kalitesini iyileştirebileceği görüşünü desteklemektedir.

Kaynaklar

1. American Psychiatric Association (APA). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5). 5th ed. Arlington: American Psychiatric Association, 2013.
2. Kaya E. Madde kullanım bozuklukları. Okmeydanı Medical Journal 2014; 30(2): 79-83.
3. Laudet AB. The case for considering quality of life in addiction research and clinical practice. Addict Sci Clin Pract 2011; 6(1): 44-44.
4. Pasareanu AR, Opsal A, Vederhus J, et al. Quality of life improved following in-patient substance use disorder treatment. Health Qual Life Outcomes 2015; 13: 35.
5. Tracy EM, Laudet A, Min M, et al. Prospective patterns and correlates of quality of life among women in substance abuse treatment. Drug Alcohol Depend 2012; 124(3): 242-249.
6. Feelemyer JP, Jarlais D, Arasteh K, et al. Changes in quality of life (WHOQOL-BREF) and addiction severity index (ASI) among participants in opioid substitution treatment (OST) in low and middle income countries: an international systematic review. Drug Alcohol Depend 2014; 134: 251-258.
7. Manning V, Garfield J, Lam T, et al. Improved quality of life following addiction treatment is associated with reductions in substance use. J Clin Med 2019; 8(9): 1407.
8. Best D. The role of abstinence and activity in the quality of life of drug users engaged in treatment. J Subst Abuse Treat 2013; 45(3): 273-279.
9. Laudet AB, Stanick V. Predictors of motivation for abstinence at the end of outpatient substance abuse treatment. J Subst Abuse Treat. 2010; 38(4): 317-327.
10. Wang Y, Zuo J, Hao V, et al. Quality of life in patients with methamphetamine use disorder: relationship to impulsivity and drug use characteristics. Front Psychiatry 2020; 11: 579302.
11. Nigg JT. On the relations among self-regulation, self-control, executive functioning, effortful control, cognitive control, impulsivity, risk-taking, and inhibition for developmental psychopathology. J Child Psychol Psychiatry 2017; 58(4): 361-383.
12. Uzbay İT. Madde bağımlılığı ve dopaminerjik sistem. Türkiye Klinikleri Journal of Internal Medical Sciences 2005; 1(47): 65-72.
13. Moeller FG, Barratt ES, Dougherty DM, et al. Psychiatric aspects of impulsivity. Am J Psychiatry 2001; 158(11): 1783-1793.
14. Halperin JM, Wolf LE, Pascualvaca DM, et al. Differential assessment of attention and impulsivity in children. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 1988; 27(3): 326-329.
15. Moss HB, Yao JK, Panzak GL. Serotonergic responsivity and behavioral dimensions in antisocial personality disorder with substance abuse. Biol Psychiatry 1990; 28(4): 325-338.
16. Patton JH, Stanford MS, Barratt ES. Factor structure of the Barratt impulsiveness scale. J Clin Psychol 1995; 51(6): 768-774.
17. Özdemir PG, Selvi Y, Aydın A. Dürtüsellik ve tedavisi. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar 2012; 4(3): 293-314.
18. Kim YS, Cha B, Lee D, et al. The relationship between impulsivity and quality of life in euthymic patients with bipolar disorder. Psychiatry Investig 2013; 10(3): 246-252.
19. Lee D, Cha B, CS Park, et al. Effects of resilience on quality of life in patients with bipolar disorder. J Affect Disord 2017; 207: 434-441.
20. Gjervan B. ADHD symptoms are differentially related to specific aspects of quality of life. J Atten Disord. 2014; 18(7): 598-606.
21. Quintero J. The impact of adult ADHD in the quality of life profile. J Atten Disord 2019; 23(9): 1007-1016.
22. Rose MH, Nadler EP, Mackey ER. Impulse control in negative mood states, emotional eating, and food addiction are associated with lower quality of life in adolescents with severe obesity. J Pediatr Psychol 2018; 43(4): 443-451.
23. Tamam L, Güleç H, Karatas G. Barratt Dürtüsellik Ölçeği Kısa Formu (BDÖ-11-KF) Türkçe uyarlama çalışması. Noro Psikiyatri Ars 2013;50(2):130.
24. Eser E, Fidaner H, Fidaner C, et al. WHOQOL-100 ve WHOQOL-BREF'in psikometrik özellikleri. Psikiyatri Psikoloji Psikofarmakoloji Dergisi (3P Dergisi). 1999; 7(Suppl 2): 23-40.

25. Chen CY, Storr CL. Alcohol use and health-related quality of life among youth in Taiwan. *J Adolesc Health* 2006; 39(5): 752-e9-e16.
26. Khodabakhshi Koolae A, Damirchi F. Comparing quality of life among female sex workers with and without addiction. *J Client-Centered Nurs Care* 2016; 2(4): 201-206.
27. Group W. The development of the World Health Organization quality of life assessment instrument (the WHOQOL). In: *Quality of Life Assessment: International Perspectives*. Cham: Springer, 1994.
28. Laudet AB, Becker JB, White WL. Don't wanna go through that madness no more: quality of life satisfaction as predictor of sustained remission from illicit drug misuse. *Subst Use Misuse* 2009; 44(2): 227-252.
29. Blomqvist J. Paths to recovery from substance misuse: Change of lifestyle and the role of treatment. *Subst Use Misuse* 1996; 31(13): 1807-1852.
30. Foster JH. Quality of life measures in alcohol dependent subjects and changes with abstinence and continued heavy drinking. *Addict Biol* 1998; 3(3): 321-332.
31. Rudolf H, Watts J. Quality of life in substance abuse and dependency. *Int Rev Psychiatry* 2002; 14(3): 190-197.
32. Köksal B. Madde Bağımlılarında Dürtüsellik ve Saldırganlığın İncelenmesi (Yüksek lisans tezi). İstanbul: Marmara Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, 2016.
33. Colpaert K, Maeyer JD, Broekaert E, et al. Impact of addiction severity and psychiatric comorbidity on the quality of life of alcohol-, drug- and dual-dependent persons in residential treatment. *Eur Addict Res* 2013; 19(4): 173-183.
34. Meyrignac L, Bouati N, Sagne A, et al. Representations of their own sexuality and aging body by old people: phenomenological and psychodynamic approach. *Geriatr Psychol Neuropsychiatr Vieil* 2017; 15(3): 319-328.
35. Mroczek B, Kurpas D, Gronowska M, et al. Psychosexual needs and sexual behaviors of nursing care home residents. *Arch Gerontol Geriatr* 2013; 57(1): 32-38.
36. Deng C. Quality of life of heroin dependent patients with methadone maintenance therapy. *J Sichuan Univ Med Sci Ed* 2009; 40(3): 539-543.
37. Zhang G, Liu H, Xue H et al. Analysis of quality of life and its influencing factors of heroin dependent patients with methadone maintenance therapy in Dehong prefecture, Yunnan province. *Chin J Prev Med* 2011; 45(11): 985-989.

Yazar Katkıları: Tüm yazarlar ICMJE'in bir yazarda bulunmasını önerdiği tüm ölçütleri karşılamışlardır
Etik Onay: Bu çalışma için ilgili Etik Kuruldan etik onay alınmıştır.
Hakem Değerlendirmesi: Dış bağımsız.
Çıkar Çatışması: Yazarlar çıkar çatışması olmadığını beyan etmişlerdir.
Finansal Destek: Yazarlar finansal destek beyan etmemişlerdir.
Author Contributions: All authors met criteria recommended by ICMJE for being an author
Ethical Approval: Ethical approval was obtained for this study from relevant Ethics Committee.
Peer-review: Externally peer-reviewed.
Conflict of Interest: The authors have declared that there is no conflict of interest.
Financial Disclosure: Authors declared no financial support.