



**T.C. SAğLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
İSTANBUL ERENKÖY RUH VE SİNİR HASTALIKLARI
EğİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ**

**OPIOİD KULLANIM BOZUKLUğU OLANLARDA RELAPSIN;
SOSYODEMOGRAFİK BİLGİLER, SOSYAL VE KLİNİK
ÖZELLİKLER İLE İLİŞKİSİ VE ÖNGÖRÜCÜLERİ**

Dr. Emine Cengiz avuőoęlu



**T.C. SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
İSTANBUL ERENKÖY RUH VE SİNİR HASTALIKLARI
EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ**

**OPIOİD KULLANIM BOZUKLUĞU OLANLARDA RELAP SIN;
SOSYODEMOGRAFİK BİLGİLER, SOSYAL VE KLİNİK
ÖZELLİKLER İLE İLİŞKİSİ VE ÖNGÖRÜCÜLERİ**

Dr. Emine Cengiz Çavuşoğlu

**Tez danışmanı: Doç. Dr. Merih Altıntaş
Doç Dr. Rabia Bilici**

(TIPTA UZMANLIK TEZİ)

İSTANBUL 2019

TEŞEKKÜR

Tezimin planlanması ve hazırlanmasındaki katkılarının yanısıra beraber çalışmaktan sevinç duyduğum, tecrübelerinden ve bilgilerinden çok şey öğrendiğim, ablalarım Doç. Dr. Merih Altıntaş, Doç. Dr. Rabia Bilici ve tezimin hazırlanma sürecindeki değerli katkıları için Uzm. Dr. Erkal Erzincan'a,

Uzmanlık eğitimim süresince sağladıkları huzurlu çalışma koşulları, mesleki eğitimime katkıları, asistan eğitimine verdikleri önem ve emekleri için hocalarım Doç. Dr. Hüseyin Güleç'e, Doç. Dr. Engin Emrem Beştepe'ye, Doç. Dr. Yusuf Özay Özdemir'e, Doç. Dr. Bülent Kadri Gültekin'e, Doç. Dr. Medine Yazıcı Güleç'e, Doç. Dr. Filiz İzci'ye, Doç. Dr. Neslihan Akkişi Kumsar'a, Prof. Dr. Sermin Kesebir'e, Prof. Dr. Serhat Çıtak'a, Doç. Dr. Özalp Ekinci'ye, Doç. Dr. Gülay Kenangil'e, Doç. Dr. Füsün Mayda Domaç'a,

Uzmanlık eğitimim boyunca bilgi ve deneyimlerinden faydalandığım Uzm. Dr. Esra Aydın Sümbül, Uzm. Dr. Pınar Şen Gökçeimam, Uzm. Dr. Haluk Usta, Uzm. Dr. Salime Gürsoy, Uzm. Dr. Esra Kaymak Koca, Uzm. Dr. Elif Yılmaz, Uzm. Dr. Dicle Bilge Öğüt, Uzm. Dr. Murat Yalçın, Uzm. Dr. İshak Saygılı, Uzm. Dr. Yücel Yılmaz, Uzm. Dr. Hamdi Öztürk, Uzm. Dr. Hülya Akar Özmen, Uzm. Dr. Nurdan Eren Bodur, Uzm. Dr. Özgür Süner, Uzm. Dr. Gönül Yıldırım Üretme, Uzm. Dr. Gökçe Elif Sarıdoğan ve hastanemizin diğer değerli uzman doktorlarına,

Uzmanlık eğitimim boyunca keyifle beraber çalıştığım, asistanlığımı mutlu geçirmeme katkısı olan Dr. Duygu Kübra Göçmen Yiğit, Dr. Gülistan Merve Karaca, Uzm. Dr. Mahmut Selim Arpacıoğlu, Uzm. Dr. Gamze Akçay Oruç, Uzm. Dr. Hüseyin Fatih Şeker başta olmak üzere tüm asistan arkadaşlarıma, hastanemiz emektar hemşire ve personeline,

Psikiyatri ihtisasım sırasında sayelerinde bilgi ve tecrübe edindiğim, mesleğe motivasyon kaynağım olan hastalarım,

Beni büyüten, yetiştiren, bana her konuda destek olan, sevgili annem Semra Cengiz ve babam Hasan Cengiz'e, canım kardeşlerim Melike Cengiz ve Erva Cengiz'e, desteğini her zaman hissettiğim ikinci annem Seher Çavuşoğlu'na, hayatımın her anını güzelleştiren, en büyük destekçim, canım eşim İbrahim Çavuşoğlu'na ve varlığından ötürü biricik kızım, her şeyim Zeynep'e tüm kalbimle teşekkür ederim.

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR	i
İÇİNDEKİLER	ii
KISALTMALAR	iv
TABLO LİSTESİ	v
ÖZET.....	vi
ABSTRACT	viii
1 GİRİŞ VE AMAÇ	1
1.1 ÇALIŞMA HİPOTEZLERİ:	3
2 GENEL BİLGİLER.....	4
2.1 OPIOİD KULLANIM BOZUKLUĞU	4
2.1.1 Tanım	4
2.1.2 Opioid Kullanım Bozukluğunda Tarihçe	7
2.1.3 Opioid Kullanım Bozukluğunda Epidemiyoloji	7
2.1.4 Opioid Kullanım Bozukluğunda Etiyoloji	8
2.2 MADDE KULLANIM BOZUKLUĞU VE RELAPS	8
2.3 MADDE KULLANIM BOZUKLUĞUNDA SOSYODEMOGRAFİK BİLGİLER, BAĞIMLILIK ÖZELLİKLERİ VE RELAPS.....	9
2.4 MADDE KULLANIM BOZUKLUĞUNDA ALGILANAN SOSYAL DESTEK VE RELAPS	11
2.5 MADDE KULLANIM BOZUKLUĞUNDA BAŞA ÇIKMA TUTUMLARI VE RELAPS	12
2.6 MADDE KULLANIM BOZUKLUĞUNDA YAŞAM KALİTESİ VE RELAPS.....	12
3 GEREÇ VE YÖNTEM.....	14
3.1 ÖRNEKLEM.....	14
3.1.1 Çalışmaya Alınma Ölçütleri Şu Şekilde Belirlenmiştir	14

3.1.2	Dışlama Ölçütleri Şu Şekilde Belirlenmiştir.....	14
3.2	YÖNTEM.....	14
3.3	VERİ TOPLAMA ARAÇLARI.....	15
3.3.1	Sosyodemografik ve Madde Kullanım Öyküsü Veri Toplama Formları	15
3.3.2	SCID-I (Structured Clinical Interview for DSM-Axis I Disorders- SCID-I).....	15
3.3.3	Bağımlılık Profili İndeksi (BAPİ).....	15
3.3.4	Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Envanteri (ÇBASDE).....	16
3.3.5	Baş Çıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeği (COPE).....	16
3.3.6	Türkçe Yaşam Kalitesi Ölçeği Kısa Formu (TYKÖ-KF).....	17
3.4	İSTATİKSEL ANALİZ	17
3.5	BULGULAR	18
4	TARTIŞMA	34
4.1	SOSYODEMOGRAFİK BİLGİLERİN VE MADDE KULLANIM ÖZELLİKLERİNİN RELAPS İLE İLİŞKİSİ.....	35
4.2	BAĞIMLILIK PROFİL İNDEKSİ (BAPİ) SONUÇLARININ RELAPS İLE İLİŞKİSİ	44
4.3	ALGILANAN SOSYAL DESTEĞİN RELAPS İLE İLİŞKİSİ	45
4.4	BAŞ ÇIKMA TUTUMLARININ RELAPS İLE İLİŞKİSİ	46
4.5	YAŞAM KALİTESİNİN RELAPS İLE İLİŞKİSİ	47
4.6	ÇALIŞMAMIZIN KISITLILIKLARI.....	48
5	SONUÇ.....	49
6	KAYNAKLAR	51
7	EKLER.....	60

KISALTMALAR

AMATEM	: Alkol Madde Bağımlılığı Araştırma Tedavi ve Eğitim Merkezi
AIDS	: Acquired Immune Deficiency Syndrome
BAPİ	: Bağımlılık Profili İndeksi
COPE	: Başa Çıkma Tutumları Ölçeği
ÇBASDE	: Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Envanteri
DSM	: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
HBV	: Hepatit B Virüs
HCV	: Hepatit C Virüs
ICD	: International Classification of Diseases
IV	: İntra Venöz
SAMBA	: Sigara Alkol Madde Bağımlılığı
SCID	: Structured Clinical Interview for DSM-Axis I Disorders
SPSS	: Statistical Package of Social Science
SS	: Standart Sapma
TUBİM	: Tütün, Alkol ve Madde Kullanımına Yönelik Tutum ve Davranış Araştırması
TYKÖ-KF	: Türkçe Yaşam Kalitesi Ölçeği Kısa Formu
UNODC	: United Nations Office on Drugs and Crime
WHOQOL	: The World Health Organization Quality of Life

TABLO LİSTESİ

Tablo 1: Remisyon ve Relaps Gruplarının Sosyodemografik Bilgilerinin Karşılaştırılması	19
Tablo 2: Remisyon ve Relaps Gruplarının Özgeçmiş ve Soygeçmiş Özelliklerinin Karşılaştırılması	21
Tablo 3: Remisyon ve Relaps Gruplarının Yasal Öykülerinin Karşılaştırılması	22
Tablo 4: Remisyon ve Relaps Gruplarının Madde Kullanım Özelliklerinin Karşılaştırılması	23
Tablo 5: Remisyon ve Relaps Gruplarının Madde Bağımlılığı Tedavi Öykülerinin Karşılaştırılması	25
Tablo 6: Remisyon ve Relaps Gruplarının Bağımlılık Profil İndeksi (BAPİ) Ölçek Sonuçlarının Karşılaştırılması	26
Tablo 7: Remisyon ve Relaps Gruplarının Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Envanteri (ÇBASDE) Ölçek Sonuçlarının Karşılaştırılması	27
Tablo 8: Remisyon ve Relaps Gruplarının Başa Çıkma Tutumları Açısından Karşılaştırılması	28
Tablo 9: Remisyon ve Relaps Gruplarının Türkçe Yaşam Kalitesi Ölçeği Kısa Formu Ölçek Sonuçlarının Karşılaştırılması.....	29
Tablo 10: Relaps Öngörücülerinin Belirlenmesi Amacı İle Yapılan Lojistik Regresyon Analizi Tablosu Model 1.....	30
Tablo 11: Relaps Öngörücülerinin Belirlenmesi Amacı İle Yapılan Lojistik Regresyon Analizi Tablosu Model 2.....	31
Tablo 12: BAPİ, ÇBASDE, COPE ve TYKÖ-KF ölçeklerinin puanları arasındaki ilişki.....	33

ÖZET

Giriş ve Amaç: Bağımlılık son yıllarda dünyada olduğu gibi ülkemizde de önemli bir sorun haline gelmiştir. Madde bağımlılığı bir süreç hastalığıdır, relaps da bu sürecin en önemli komponentlerinden biri olarak kabul edilir. Bağımlı hastaların önceki relaps süreçlerinin tanımlanması sonrakilerin önlenmesi konusunda bağımlılık alanında çalışan klinisyenlere yol gösterici olacaktır. Bu araştırmanın amacı, opioid kullanım bozukluğu olanlarda relapsın; sosyodemografik bilgiler, sosyal ve klinik özellikler ile ilişkisi ve öngörücülerini saptamaktır. Böylece, opioid bağımlılığı tedavisinde yanıtı etkileyen faktörler belirlenip, toplumumuza özgü tedavi protokolleri geliştirilip, relaps sayıları azaltılabilir.

Gereç ve Yöntem: Bu çalışmaya, Erenköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi AMATEM Polikliniği'ne 01.04.2018-01.05.2018 tarihleri arasında opioid kullanım şikayeti ile ayaktan başvuran, çalışmaya alınma ölçütlerine uyan ve çalışmaya katılmayı kabul eden 167 hasta alındı. En az üç aydır remisyonda olan hastalar ile relaps olmuş hastalar belirlendi. Hastalara öncelikle araştırmacı tarafından hazırlanan, hastaların geniş sosyodemografik bilgileri ve madde kullanım öykülerini almaya yönelik Veri Toplama Formları, sonrasında; Bağımlılık Profil İndeksi Ölçeği (BAPİ), Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Envanteri Ölçeği (ÇBASDE), Başa Çıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeği (COPE) ve Türkçe Yaşam Kalitesi Ölçeği-Kısa Formu (TYKÖ-KF) uygulandı.

Bulgular: Remisyon grubunda yaş, evli olma, ailesinden biri ile yaşama, düzenli iş ve aylık gelir relaps grubuna göre daha fazlaydı. Cinsiyet oranları ve toplam eğitim yılı iki grupta benzerdi. Relaps grubunda kendine zarar verici davranış, intihar girişimi, denetimli serbestlik öyküsü ve yasal sorun yaşama daha fazla oranda saptandı. Remisyon grubunda bulaşıcı hastalığa sahip olma oranı daha fazlaydı. Damar yolu ile madde kullanma, enjektör paylaşımı ve kronik bir hastalığa sahip olma oranları iki grupta benzer olarak saptandı. Relaps grubunda hem madde kullanmaya başlama yaşı, hem de eroin kullanmaya başlama yaşı daha küçüktü. Eroin kullanım süresi her iki grupta da benzerdi. Birinci derece akrabalarında psikiyatrik hastalık ve madde kullanım öyküsü olma oranları iki grupta benzer olarak saptandı. Relaps grubunda yakın çevrede madde kullanım oranı daha fazlaydı.

Remisyon grubunda tamamlanmış servis yatış sayısı ve düzenli poliklinik kontrolü daha fazlayken, relaps grubunda ayaktan poliklinik başvuru sayısı daha fazlaydı. AMATEM servis yatış sayısı ise her iki grupta benzerdi. Relaps grubunda, Bağımlılık Profil İndeksi (BAPİ) toplam puanı daha fazlaydı. Remisyon grubunda Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği puan ortalaması ve alt ölçek puanları daha fazlaydı. Remisyon grubunda problem odaklı başa çıkma ve duygu odaklı başa çıkma tutumları fazlayken, relaps grubunda işlevsel olmayan başa çıkma tutumları daha fazlaydı. Remisyon grubunda Türkçe Yaşam Kalitesi Ölçeği-Kısa Formu puanları daha fazlaydı. Yapılan lojistik regresyon analizi sonuçlarına göre; yaş, düzenli iş sahibi olmak, yasal sorun yaşamak, yakın çevresinde madde kullanımı olması, işlevsel olmayan başa çıkma tutumlarını kullanmak ve algılanan sosyal destek relaps ile ilişkili bulundu.

Sonuç: Küçük yaş, bekar ve boşanmış olma, yalnız yaşama, çalışmama, düzenli bir işin olmaması ve aylık gelirin düşük olmasını relaps grubunda daha fazlaydı. Madde kullanmaya başlama yaşı relaps grubunda daha küçüktü. Kendine zarar verici davranış, intihar girşimi, yasal sorun yaşama ve yakın çevrede madde kullanımı olması relaps grubunda fazlaydı. BAPİ toplam puanı relaps grubunda daha fazlaydı. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği ve Türkçe Yaşam Kalitesi Ölçeği Kısa Formu puanları relasp grubunda daha düşüktü. Yapılan lojistik regresyon analizi sonuçlarına göre; yaş, düzenli iş sahibi olmak, yasal sorun yaşamak, yakın çevresinde madde kullanımı olması, işlevsel olmayan başa çıkma tutumlarını kullanmak ve algılanan sosyal destek relaps ile ilişkili bulundu.

Anahtar kelimeler: Opioid kullanım bozukluğu, relaps, remisyon, relaps öngörücüleri

ABSTRACT

Introduction and Aim: In recent years, dependency has become an important problem in our country as in the world. Drug dependency is an ongoing process disease, relapses are accepted as one of the most important part of the process. Defining the previous relapse periods of drug users will guide the clinicians working on the area of dependency for prevention of the next relapses. In our study, we aimed to determine the factors which effect the response to treatment and revise the treatment protocols in opioid dependency. In this way, treatment protocols which are unique to our community can be developed and relapse rate can be reduced.

Methods: In this study, 167 patients who admitted to Rehabilitation Service for Alcohol and Drug Usage Outpatient Service in Erenkoy Psychiatric and Neurological Disease Hospital due to opioid use, accepted the join the study and fulfill the inclusion criterias between the dates of 01.04.2018-01.05.2018 were included. Both remitted for minimum three months and relapsed patients are defined. Data collection form intended for sociodemographic and substance use history information, Scale for Dependency Profil Index (BAPI), Multidimensional Perceived Social Support Inventory Scale, Coping Strategy Evaluation Scale, Turkish Quality of Life Scale- Short form were applied.

Results: Age, being married, living with one from the family, regular work and monthly salary were much more in the remitted group than the relapsed group. Sex and education status were similar between two groups. In the relapsed group, self-mutilitive behaviours, suicide attempt, history of supervised permissiveness and illegal problems were much more. In the remitted group, having an infectious disease was much more than the relapsed group. Intravenous drug usage, common enjection usage, having a chronic disease were similar between two groups. In the relapsed group, age for starting to use both illicit drug and opioid was smaller. Length of the opioid use time was similar between two groups. Psychiatric disease and substance use disorder history among first degree relatives were similar between two groups. Substance use in immediate surroundings was much more in the relapsed group. Even the number of completed inpatient service and regular outpatient followup were

much more in the remitted group, the number of outpatient admission was higher in relapsed group. The number of inpatient service admission was similar between two groups. BAPI Total score was higher in the relapsed group. The mean and the subgroup score of Multidimensional Perceived Social Support Scale were higher in remitted group. Even problem focused and emotion focused coping strategies were more in the remitted group, dysfunctional coping strategies were more in the relapsed group. In Turkish Quality of Life Scale- Short Form scores were higher in the remitted group. According to logistic regression analysis; age, having regular job and illegal problems, substance use in immediate surrounding, dysfunctional coping strategies and perceived social support were predictors of relapse.

Conclusion: Lesser age, being single or divorced, living alone, neither working nor having a regular job, having less monthly salary were more in the relapsed group. Starting age for substance usage was lesser in the relapsed group. Self- mutilitive behaviours, suicide attemp, illegal problems, substance usage in immediate surroundings were much more in the relapsed group. BAPI Total score was higher in the relapsed group. Multidimensional perceived social support and Turkish Quality of Life Scale- Short Form scores were lesser in the relapsed group. Age, having regular job and illegal problems, substance use in immediate surrounding, dysfunctional coping strategies and perceived social support were predictors of relapse.

Keyword: Opioid use disorder, relapse, remission, predictors of relapse

1 GİRİŞ VE AMAÇ

Madde bağımlılığı; maddeyi arama ve kullanmak için hissedilen yoğun baskıyla; maddeye ulaşmanın engellendiği durumlarda negatif bir duygudurumun (anksiyete, disfori, irritabilite) ortaya çıkması ve alınan miktarı sınırlandırmada güçlük ile karakterize, kronik ve nükslerle seyreden bir bozukluktur (1). Madde bağımlılığı, sadece madde kullanan bireyi değil; ailesini, ailesinin parçası olduğu toplumu ve toplumun kültürel özelliklerinden, ekonomik ve hukuksal işleyişine kadar her alanı etkilemektedir (2).

Dünyada madde kullanımının her geçen gün arttığı bilinmektedir. 2018 Dünya Uyuşturucu Raporunda, 275 milyon kişinin 2016 yılı içinde en az bir kez uyuşturucu bir madde kullandığı ve 450.000 kişinin ise uyuşturucu kullanımı nedeniyle öldüğü yer almaktadır (3).

Bağımlılık yapıcı maddelerin bir grubunu oluşturan opiyatın, dünya genelinde kişisel ve halk sağlığı üzerine çok büyük bir etkiye sahip olduğu bilinir. Dünyada en çok kullanılan uyuşturucu madde olmasa da, zararı en çok olan maddenin opiyattır. Opiyat kullanan bireylerin % 50 'sinden fazlasında Hepatit C, % 12.5 'inde de HIV bulunmakla birlikte, maddeye bağlı ölümlerin % 76 'sından opiyatların sorumlu olduğu bilinmektedir (4).

Remisyon ve relaps dönemleriyle seyreden bir hastalık olan bağımlılıkta, tedavi programlarının amacı remisyon dönemlerini uzatıp, relapsın olmasını önlemeye çalışmaktır. Her ne kadar tedavisi ve rehabilitasyonu için birçok yöntem ve araç bulunmuş olsa da, opioid bağımlılığında relaps oranı oldukça yüksek bulunmuştur. Bu nedenle relapsın nedenlerini araştırmak, bağımlılık alanında en öne çıkan konulardan olmuştur. Uzun yıllardır bu durumlarla ilgili birçok kuram ve görüş ortaya atılmış ve madde bağımlılığında relaps üzerinde birden çok etkenin rol oynadığı çeşitli modellerle gösterilmeye çalışılmıştır (5). Birçok farklı alan üzerinde çalışılmış, hastaların sosyodemografik bilgileri, bağımlılık özellikleri ve başa çıkma tutumları gibi kişisel, sosyal destek gibi çevresel faktörlerin relapsla ilişkisi incelenmiştir. Relaps; bireysel değişkenlere, bağımlılığın özelliklerine, tedavi şekillerine ve daha fazla birçok faktöre bağlı bulunmuştur (6). Hastaların; yaş,

cinsiyet, ırk, eğitim durumu, dini inanç, medeni durumu, iş durumu, kiminle yaşadığı, arkadaş çevresi gibi sosyodemografik özellikleri incelenmiş, çoğu çalışmada sosyodemografik bilgilerin relapsla ilişkisi bulunmuştur. 424 opioid bağımlısının iki yıl boyunca izlendiği bir çalışmada, relapsın sık olduğu grupta, yaş ve evli olmanın önemli bir belirleyici olmadığı ancak işsizliğin önemli ölçüde yüksek bulunduğu görülmüştür (7). Başka bir çalışmada da maddeye başlama yaşının erken olmasının, damar içi madde kullanım öyküsünün, tedavi epizotlarının çok ve tedavi epizotları arası sürenin kısa olmasının relaps riskini belirgin olarak arttırdığı görülmüştür (8).

Sosyal destek, hastalıkların tedavisini, sağlığın korunmasını ve geliştirilmesini olumlu yönde etkileyerek, hastalık sürecine uyumu desteklerken; yetersiz sosyal destek ise uyum problemlerine ve tedavide olumsuzluklara neden olmaktadır (9). Madde kullanım bozukluğu olan erişkin hastalarda, sosyal desteğin tedavi etkinliği ve tedaviye devam etmeye etkisinin araştırıldığı bir çalışma, sosyal desteğin az olmasının tedavinin altıncı ayında daha yüksek oranda alkol ve madde kullanımı ile ilişkili olduğunu bildirmiştir (10).

Başta çıkma kavramı, psikolojik strese neden olan kaynakların azaltılmasıyla ilgili bilişsel ve davranışsal tepkilerden oluşan dinamik bir süreç olarak tanımlanır (11). Kişinin kendisini kötü hissetmesini engelleyen kaçınmaları ve iyi hissetmesini sağlayan uygun davranışsal yaklaşım stratejilerini içerir (12). Bu stratejilerin madde bağımlılığı gibi çeşitli psikiyatrik hastalıklarının gidişat ve tedavisinde önemli olduğu düşünülür (13). Birçok çalışmada, madde bağımlılığı olan hastaların daha düşük adaptif başa çıkma stratejileri gösterdiği ve bu kişilerde relaps oranlarının daha yüksek olduğu görülmüştür (14). Benzer şekilde başka bir çalışmada da relapsın sık olarak görüldüğü bağımlı hastalarda, adaptif olmayan başa çıkma tutumlarının yüksek oranda olduğu gösterilmiştir (15).

Kişinin kendi durumunu, kültürü ve değerler sistemi içinde algılayış biçimi olarak tanımlanabilen yaşam kalitesini; psikolojik iyilik hali gibi subjektif, fiziksel özellikler gibi objektif verilerle belirtmek mümkündür. Yapılan tedavilerde, madde bağımlılarının subjektif iyilik hallerine gerekli olduğu kadar önem gösterilmemiştir. Bu konudaki tedavi izleme çalışmalarında, uzun süre remisyonunda kalmış alkol ve

madde bağımlılarında yaşam kaliteleri tedavi başlangıcına göre artmıştır (16). Yine madde bağımlılığı ve travma tedavisinin yaşam kalitesine etkisini araştıran bir çalışmada, tedavi sonrası yaşam kalitesi ölçek skorlarının önemli ölçüde arttığı görülmüştür (17).

Çalışmamızın amacı; opioid kullanım bozukluğu tanısı olan hastalarda, relapsın; sosyodemografik özellikler, bağımlılık özellikleri, algılanan sosyal destek, başa çıkma tutumları ve yaşam kalitesi ile olan ilişkisini ve öngörücülerini inceleyerek, opioid kullanım bozukluğu tedavisinde yanıtı etkileyen faktörleri belirlemektir.

1.1 ÇALIŞMA HİPOTEZLERİ:

- 1) Opioid kullanım bozukluğu olan kişilerde, relapsın sosyodemografik özellikler ile direkt ilişkisi vardır.
- 2) Opioid kullanım bozukluğu olan kişilerde, relapsın bağımlılık özellikleri ile direkt ilişkisi vardır.
- 3) Opioid kullanım bozukluğu olan kişilerde, sosyal desteği iyi olanların relaps oranı daha düşüktür.
- 4) Opioid kullanım bozukluğu olan kişilerde, adaptif başa çıkma mekanizmalarını kullananların relaps oranı daha düşüktür.
- 5) Opioid kullanım bozukluğu olan kişilerde, yüksek yaşam kalitesi olanlarda relaps oranı daha düşüktür.

2 GENEL BİLGİLER

2.1 OPIOİD KULLANIM BOZUKLUĞU

2.1.1 Tanım

Vücutta morfin gibi etki gösteren kimyasal maddelerin genel adı olan opioid, doğal olarak oluşan; opium (afyon), kodein, morfin, thebain, yarı sentetik olan; eroin, hidromorfin, oksimorfin, oksikodon, hidrokodon, sentetik olan; metadon, fentanil, tramadol, levorfenol, petidin, propoksifen, difenoksilat ve loperamidi içerir (18). Opioid yerine kullanılan opiyat terimi de; doğal yoldan oluşan opioidleri ve yarı sentetik yolla üretilen derivantları tanımlar (19). Eksojen opioidler, beynin kendi ürettiği peptit yapılar olan endojen opioid reseptörlerinden mü, kappa ve delta reseptörlerine; özellikle de mü reseptörlerine bağlanıp, ödül yollarında pekiştirme ve hazzın da içinde bulunduğu opioid benzeri etkilerin gelişmesine aracılık ederler. Kısmi agonist opiyatlar; buprenorfin, butorfenol, nalbufen ve pentazosindir. Pür antagonist opiyatlar, nalokson ve naltreksondur (20).

Rahatlama, iyilik ve uyusukluk hali, gevşeme, cinsel istekte ve fiziksel aktivitede azalma yapan opioidlerin fizyolojik etkileri de miyozis, bradikardi, pruritis, bulantı ve kabızlık olarak sıralanabilir (21). Analjezik özelliğinin yanı sıra çoğu opiatlar; sedasyon ve öfori hissi veren maddelerdir. Bu yan etkileri nedeniyle bağımlılık yapma potansiyelleri vardır (22). Maddeyi alınca ortaya çıkan rahatlama hissi, maddeyi alma eğilimi için pozitif pekiştirme olur. Fiziksel bağımlılık ve zamanla tolerans gelişimi gözlenir. Madde alınmadığında da; madde isteği, uykusuzluk, dilate pupil, sıkıntı hissi, gerginlik, huzursuzluk, anksiyete, lakrimasyon, rinore, esneme, terleme, tremor, kas ağrıları, sıcak soğuk basmaları, bulantı, kusma, piloereksiyon gibi yoksunluk belirtileri ortaya çıkar. Akut zehirlenmesi sırasında, kalp atımı ve solunum hızı yavaşlar, kan basıncı düşer, pupiller küçülür ve reflekslerin alınması güçleşir. Alınan maddenin miktarına bağlı olarak koma ve ölüme neden olabilir (21).

DSM-IV ve DSM-IV-TR'de bireyin maddeye bağlı olarak karşılaştığı önemli sorunlara rağmen bir grup fizyolojik, bilişsel ve davranışsal belirtiler nedeniyle

madde kullanmayı sürdürdüğü vurgulanır. ICD-10 ise tekrarlayan madde kullanımı sonrasında madde almaya karşı yüksek istek duyma, madde kullanımını sınırlamakta güçlük yaşama, artmış tolerans ve fiziksel çekilme sendromu yaşama, zararlı sonuçlarına rağmen kullanımı sürdürmede ısrar etme, madde kullanımına diğer faaliyetlerden veya zorunluluklardan daha fazla öncelik verme gibi ölçütleri içerir (23).

DSM-V'e göre

A. On iki aylık bir süre içinde aşağıdakilerden iki ya da daha fazlasının olması ile birlikte klinik açıdan belirgin sıkıntı ya da işlevsellikte düşme olması halinde Opiat Kullanım Bozukluğu tanısı koyulur:

- 1) İstendiğinden daha büyük ölçüde veya uzun süreli opiat alma
- 2) Opiat kullanmayı bırakmak veya kontrol altında tutmak için istek veya sonuç vermeyen çabalar
- 3) Opiat elde etmek, kullanmak veya etkilerinden kurtulmak için gerekli etkinliklere çok zaman ayırma
- 4) Opiat kullanmaya içinin gitmesi ya da opiat kullanmak için büyük bir istek duyma veya kendini zorlanmış hissetme
- 5) Yineleyici biçimde opiat kullanma sonucu işte, okulda ya da evdeki konumunun gereği olan başlıca yükümlülüklerini yerine getirememe
- 6) Opiat kullanımı etkilerinin neden olduğu ya da alevlendirdiği, sürekli ya da yineleyici toplumsal ya da kişilerarası sorunlar olmasına karşın opiat kullanımını sürdürme
- 7) Opiat kullanımından ötürü önemli birtakım toplumsal, işle ilgili etkinlikleri ya da eğlenme-dinlenme etkinliklerini bırakma ya da azaltma
- 8) Yineleyici bir biçimde, tehlikeli olabilecek durumlarda dahi opiat kullanmaya devam etme
- 9) Olumsuz bedensel veya ruhsal etkilerinin bilinmesine rağmen kullanmayı sürdürme
- 10) Aşağıdakilerden biriyle tanımlandığı üzere, dayanıklılık (tolerans) gelişmiş olması,

- a) Sarhoşluğu ya da istenen etkiyi sağlamak için belirgin olarak artan ölçülerde opiat kullanma gereksinimi
- b) Aynı ölçüde opiat kullanımının sürdürülmesine karşın belirgin olarak daha az etki sağlanması

11) Aşağıdakilerden biriyle tanımlandığı üzere, yoksunluk gelişmiş olması:

- a) Opiata özgü yoksunluk sendromu
- b) Yoksunluk belirtilerinden kurtulmak ya da kaçınmak için opiat (ya da yakından ilişkili bir madde) alma

Varsa belirtiniz:

- Erken yatışma evresinde: Daha önce opiat kullanım bozukluğu için tanı ölçütleri tam karşılandıktan sonra, opiat kullanım bozukluğunun hiçbir tanı ölçütü (A4 tanı ölçütü dışında “Opiat kullanmaya içinin gitmesi ya da opiat kullanmak için çok büyük bir istek duyma ya da kendini zorlanmış hissetme”), 12 aydan daha kısa süreli olmak üzere, en az üç aydır karşılanmamaktadır.

- Sürekli yatışma ile giden: Daha önce opiat kullanım bozukluğu için tanı ölçütleri tam karşılandıktan sonra, opiat kullanım bozukluğunun hiçbir tanı ölçütü (A4 tanı ölçütü dışında, “Opiat kullanmaya içinin gitmesi ya da opiat kullanmak için çok büyük bir istek duyma ya da kendini zorlanmış hissetme”), 12 ay ya da daha uzun bir süredir, hiçbir zaman karşılanmamıştır.

Varsa belirtiniz:

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

O sıradaki ağırlığını belirtiniz:

- Ağır olmayan: İki-üç belirtinin olması.
- Orta derecede: Dört-beş belirtinin olması.
- Ağır: Altı ya da daha çok belirtinin olması (24).

2.1.2 Opioid Kullanım Bozukluğunda Tarihçe

Opiat maddesi afyon (haşhaş) bitkisinden elde edilir. Milattan Önce (M.Ö.) 2000'li yıllarda Mısır'da, M.Ö. 2700'lerde Orta Asya'da yaşayan uygarlıklarda afyon üretildiği ve afyondan ilaç yapıldığına dair yazılara rastlanmakla birlikte, opiyum kullanımına ait ilk veriler M.Ö. 4000'li yıllarda Sümerliler'e dayanmaktadır (25).

Alman eczacı Sertürner tarafından 1800'lü yıllarda afyondan morfin üretilmiştir. 19. yy'ın ortalarında cilt altı iğnelerin bulunmasıyla morfin enjekte edilerek kullanılmaya başlanmıştır. Morfin kullanımı sonrası gelişen bağımlılığı ortadan kaldırmak için yapılan araştırmalar sonucunda 1897 yılında Heroin (eroïn) isimli ilaç bulunmuştur. Bağımlılık yapmadığı düşünülen eroïn 1910 yılına kadar öksürük ilacı olarak kullanılmıştır. Karaciğerde metabolize edilerek morfine dönüşen ve bağımlılığa yol açtığı anlaşılan eroïn de piyasadan çekilmiştir (26). 1940'lı yıllarda sentetik yapılı narkotik analjezikler meperidin ve metadon tıp alanında kullanılmaya başlanmış, 1942'de ilk opioid antagonisti olan nalorfin bulunmuştur (26,18).

2.1.3 Opioid Kullanım Bozukluğunda Epidemiyoloji

2018 Dünya Uyuşturucu Raporuna göre; 2016 yılında, 34 milyon kullanıcısı olduğu tahmin edilen opiat, zararı en fazla olan uyuşturucu grubudur (3). 2016 yılında 11.8 milyon Amerikalı'nın opioid kötüye kullanımı olduğu, 42.000 Amerikalı'nın ise opioid over dozu ile öldüğü belirtilmiştir (27). Dünyada en az bir defa opiat kullanan kişi sayısının 15-21 milyon olduğu ve dünya genelinde 15-64 yaş arası nüfusta yaşam boyu opiat kullanım yaygınlığı % 0,3-0,5 olduğu bildirilmiştir. Bu yaygınlık, Afrika'da % 0,2, Amerika'da % 0,4, Asya'da % 0,3-0,5, Avrupa'da % 0.6-0.7, Okyanusya'da % 0,4 bulunmuştur (28).

Türkiye Uyuşturucu ve Uyuşturucu Bağımlılığı İzleme Merkezi'nin 2011 yılında liselerde yaptığı çalışmada, yaşam boyu madde kullanım sıklığı % 1,5 olarak bulunmuştur. Madde kullandığını belirtenlerin % 4,6'sı ilk tercih olarak, % 13,6'sının ise diğer maddelerle birlikte opioid kullanımı olduğunu belirtmiştir (29).

2018 Türkiye Uyuşturucu raporuna göre de; 2017 yılı saptanan eroin olay sayısında, 2016 yılına göre % 58,1 oranında artış gerçekleşmiştir (30).

2.1.4 Opioid Kullanım Bozukluğunda Etiyoloji

Biyopsikososyal bir bozukluk olan opioid kullanım bozukluğunda, maddenin kullanılmaya başlanması, kullanımın sürdürülmesi ve bıraktıktan sonra tekrar başlanmasında birden çok faktörün etkileşime girdiği bilinmektedir. Farmakolojik, genetik, sosyal, çevresel, ailesel ve kişilikle ilişkili olan bu faktörler diğer madde kullanım bozukluklarında olduğu gibi opioid bağımlılığında da önemlidir. Bu faktörlerden farmakolojik süreçlerin, opioid bağımlılığında kullanımın sürekli hale gelmesinde çok önemli olduğu düşünülmektedir (23). Bağımlılık gelişim sürecinde genetik yatkınlaştırıcı ve koruyucu faktörler gibi bireysel farklılıkların olduğu biyolojik mekanizmalar ve kişilik özelliklerinin de rolü olduğu bilinir. Düşük benlik saygısı, kişisel ve sosyal uyumun yetersizliği, sosyal destek azlığı, kişiler arası problem çözme yeteneklerinde kısıtlılık predispozan faktörler arasındadır (28). Bağımlılığın genetik yn ile ilgili yapılan çalışmalarda tek yumurta ikizlerinde kardeşlerden birinin bağımlı olması durumunda diğerinde de madde bağımlılığı gelişme riskinin % 78-80 oranlarına kadar yükselebildiği bildirilmiştir (31). Madde bağımlılığın da çevresel etmenler de önemli rol oynamaktadır. Madde kullanımının kabul gördüğü toplumlarda, madde kullanan kişi sayısı da fazladır. Madde kullanımının yaygın olduğu toplumlarda, kişiler maddenin nasıl kullanıldığını daha kolay öğrenebilir ve madde kullanmayı sosyal kazanç elde etme yolu olarak görebilirler (32).

2.2 MADDE KULLANIM BOZUKLUğU VE RELAPS

Relaps ve remisyon dönemleriyle seyreden madde bağımlılığı kronik bir hastalık olarak tanımlanır (33). Literatürde birçok relaps tanımı vardır. Maddenin tekrar kullanılmaya başlanmasıyla tanımlanan tek bir olay olabileceği gibi, madde kullanımının tekrar aynı yoğunlukta başlanması ve daha sonra tedavi gereksinimi ile sonuçlanan madde kullanımı şeklinde ifade edilebilir (6). Maddenin yoğun biçimde tekrar kullanılmaya başlanması ve bağımlılığın tüm belirtilerinin ortaya çıkması biçiminde de tanımlanmıştır (32).

Opioid bağımlılığında en büyük problemlerden biri olan relaps kompleks ve çok boyutlu bir süreç olarak değerlendirilir (34). Opioid bağımlılığında kanıtlanmış ve efektif birçok tedavi seçeneği bulunmasına rağmen, özellikle yoksunluğunun yoğun fizyolojik belirtileri nedeniyle relaps oranı oldukça fazladır (35). Yapılan çeşitli çalışmalar sonucunda, tedavi sonrası %50-80 oranında opioid kullanmaya dönüş olduğu bildirilmiştir (36).

Relaps; öfke gibi duygusal, inanç gibi bilişsel, yaşam becerilerinin zayıf olması gibi davranışsal, aşırma gibi fizyolojik, sosyal baskı gibi çevresel, motivasyon gibi psikolojik, suçluluk, utanç gibi negatif duygusal faktörler ve tedavi ile ilgili farklılıklardan etkilenebilmektedir. (37).

Madde bağımlılığında, remisyon sürelerini olabildiğince uzun tutmak ve relapsı önlemek ikincil koruyuculuk hizmetleri açısından üzerinde oldukça fazla durulmuş alanlardır. Remisyon süresinin uzatılması, relapsın önlenmesi ve relapsı tetikleyen etkenlerin bilinmesi bağımlılık alanında tedaviyi belirlemedeki en önemli faktörlerdendir (38). Relapsların büyük bir bölümü negatif emosyonel durumlar, kişiler arası çatışmalar ve sosyal baskı ile ilgilidir (39). Dünyada kabul edilmiş tüm alkol ve madde tedavi programlarının ilk amacı bağımlıyı olabildiğince uzun süre remisyonunda tutabilmektir (33). Relaps olayının hemen her bağımlıda çoğu defa benzer bir süreç sonucu ortaya çıktığı bilindiğinden, önceki relaps süreçlerinin belirlenmesi, sonraki relaps süreçlerini de önlemeyi kolaylatıracaktır. Hangi hastanın relaps yaşayacağı ve ne zaman olacağı bilgisi ile relaps önleme stratejileri geliştirilebilir (40).

2.3 MADDE KULLANIM BOZUKLUĞUNDA SOSYODEMOGRAFİK BİLGİLER, BAĞIMLILIK ÖZELLİKLERİ VE RELAPS

Hastaların biyolojik, psikolojik ve sosyal özelliklerinin tedavide prognoza etki ettiği gösterilmiştir. Tedavi programına uzun süre devam eden ve maddeden uzak kalmayı başaran hastaların, relapsın sık görüldüğü hastalara göre daha farklı bireysel özellikler gösterdiği görülmektedir (41). Bağımlılık tedavisinde başarıyı öngören faktörler; kişisel faktörler (kişilik özellikleri, eş tanılar, motivasyon), sosyodemografik faktörler (cinsiyet, yaş, suçla karışma), kişilerarası faktörler (aile ve

arkadaş ilişkileri), çevresel faktörler (sosyal ortam, maddeye erişebilme kolaylığı) olarak sınıflandırılabilir. 2011 yılında Sağlık Bakanlığı'na bağlı bağımlılık tedavi merkezlerinde yatarak tedavi olan 2117 madde bağımlısından % 64,8'inin (1372) ilköğretim seviyesinde eğitim aldığı, % 49'nun (1104) işsiz olduğunu belirtilmiştir (42).

Daha uzun süre tedavide kalma ile ilgili etkenler arasında; ruhsal ve fiziksel yönden bir sağlık sorunu olmaması, tedavi motivasyonunun yüksek olması, sağlık uzmanları ile iyi ilişkiler geliştirmek, eğitim seviyesinin ve yaşın büyük olması, sosyoekonomik statü bakımından iyi durumda olmak bulunmaktadır (43,41). Benzer şekilde, genç yaştakilerde, eğitim seviyesi düşük olanlarda (44), evli olmayanlarda, şiddetli madde kullanım öyküsü bulunanlarda ve tıbbi sorunlar yaşayanlarda (45) tedavi sonuçlarının daha kötü olduğu bildirilmiştir. Sosyodemografik özellikler açısından erkek eroin bağımlılarında yapılan çalışmada, bağımlı grubunun çoğunluğunun ilköğretim mezunu, işsiz ve bekar olduğu saptanmıştır (46).

Lehman ve Simpson 'ın (1990) çalışmasında opiyat kullanan erkeklerin % 99'unun suça karıştığı ve % 60'ının en az bir sene hapis yattığı gösterilmiştir. Tedavi sonrası relaps yaşayanlarda yeniden suç işleme oranı yüksek bulunmuştur (47).

Bağımlılık özellikleri ve hastalık öyküsü de üzerinde çok çalışılan konulardandır. Hastanın madde kullanmaya başlama yaşı, bağımlılık süresi ve şiddeti, damar içi madde kullanım öyküsü, kullandığı madde miktarı, daha önceki relaps ve yatış sayısı tekrarlayan relapslar ilişkili görülmüştür (48,5). Bir çalışmada da evli ve düzenli bir işe sahip olmak, bağımlılık şiddetinin düşük olması remisyonu sürdürmede etkili olarak görülmüştür. (49). Buprenorfin/nalokson sürdürüm tedavisindeki hastaların altı ay izlendiği bir çalışmada, remisyonda kalan grubun bağımlılık şiddeti skorlarının, relaps olan gruba göre anlamı derece düştüğü gözlenmiştir (50).

Opioid bağımlılığı tanısı ile yatarak tedavi sonrası altı ay süre ile izlenmiş olan 392 hastanın, 287'sinde (% 73.21) relaps görülmüş, bu hastalarda yoksunluk şiddeti, aşırma puanları remisyon grubuna göre yüksek bulunurken, aynı zamanda birinci derece akrabalarda madde kötüye kullanımı, intihar öyküsü ve denetimli serbestlik

oranı da daha yüksek saptanmıştır. Bu iki grupta sosyodemografik veriler açısından ise bir fark saptanmamıştır (51).

2.4 MADDE KULLANIM BOZUKLUĞUNDA ALGILANAN SOSYAL DESTEK VE RELAPS

Sosyal destek, kişinin ihtiyaç hissettiği anda, ailesi, arkadaşları ya da profesyonel biri tarafından aldığı duygusal, bilişsel veya maddi destek olarak tanımlanabilir (52). Psikiyatrik hastalıkların önlenmesinde ve tedavisinde olduğu gibi, sağlığın sürdürülebilmesinde de sosyal destek varlığı önemlidir. Yapılan çalışmalarda sosyal desteğin yetersiz olduğu kişilerde psikiyatrik belirtilerin daha fazla görüldüğü bildirilmektedir (53).

Alkol ve madde bağımlılığında, hastaların aile ve sosyal çevresi ile geçmişteki ve şimdiki ilişki tarzlarından olumlu veya olumsuz etkilenmelerinin tedavilerinde önemli rolü vardır (9). Alkol ve madde kullanımının erken dönemlerinde, bireyin ailesinin de içinde bulunduğu sosyal çevre bireyin bağımlılığından çok fazla etkilenmese de, hastalık kronik döneme ulaştığında, bireyin aile ve sosyal ilişkilerinin büyük bir kısmı etkilenmektedir. Bu etkilenme de bireyin sosyal destek sistemlerinin bozulmasına neden olarak, bireyin zamanla çaresizlik ve yalnızlık duygusuyla toplumdan kendini soyutlama gibi psikolojik sorunlar yaşamasına yol açmaktadır. Sosyal desteğin aynı zamanda hastanın bağımlılık tedavisi sırasında ve sonrasında değişen yaşamına uyum sağlamasında önemli bir rolü olduğu saptanmıştır (54).

Sosyal desteği fazla olan kişilerin madde kullanmama konusunda öz yeterlik duygularının da yüksek olduğu görülürken benzer şekilde tedavi başlangıcında sosyal desteklerinin iyi olduğunu düşünen bireylerin maddeyi daha az kullandıkları görülmüştür (55). Madde kullanım bozukluğunda sosyal desteğin artması, özellikle tedavi aşamalarını etkileyip hastalık seyrini olumlu yönde etkilemektedir (56). İtalya’da yapılan bir çalışmada, aile üyeleri tarafından güçlü sosyal desteği olan eroin kullanıcılarının tedavide kalma sürelerinin daha yüksek olduğu görülmüştür (57).

2.5 MADDE KULLANIM BOZUKLUĞUNDA BAŞA ÇIKMA TUTUMLARI VE RELAPS

Baş çıkma, kişinin kendisi için stres oluşturan etkenlere karşı dayanabilmek amacıyla gösterdiği bilişsel, duygusal ve davranışsal tepkiler toplamı olarak tanımlanabilir (58). Problem odaklı ve duygu odaklı olmak üzere iki tür baş çıkma tanımlanmıştır. Problem odaklı baş çıkma ile stresin kaynağına gidilirken, duygu odaklı baş çıkma ile stres veren olaya eşlik eden his ve düşünceler kontrol altında tutulmaya çalışılır (59). Baş çıkmanın girişim ve kaçınma yönelimli olmak üzere 2 çeşidi daha bildirmiştir. Girişim yönelimli baş çıkmada sorun karşısında birey durumu kontrol altına almak için aktif rol alırken, kaçınma yönelimli baş çıkmada birey inaktiftir (60).

Bağımlılık oluşmasında kişilik özelliklerinin ve stresle baş etme stratejilerinin önemli olduğu bilinmektedir. Madde kötüye kullanımı olan kişiler diğer popülasyonlara göre daha çok duygu odaklı baş çıkma stratejilerini kullanırken, problem odaklı baş çıkma stratejilerini daha az kullanırlar (61). Bağımlılık tedavilerinde, stresi ve psikopatolojik semptomları azaltabilmesi nedeniyle hastaların uyumsal baş çıkma mekanizmaları geliştirilmeye çalışılır (62).

Opioid ve alkol bağımlılarıyla yapılan bir çalışmada, relaps olan grubun remisyonda olan gruba göre daha fazla maladaptif baş etme mekanizması kullandığı ve hem opioid hem alkol grubunda benzer faktörlerin relapsı etkilediği gösterilmiştir (15). Başka bir çalışmada da tedavi altında olan 57 opioid bağımlısı ile 75 sağlıklı kontrol karşılaştırılmış ve bağımlı grubun adaptif baş etme stratejilerini daha az kullandığı, kontrol grubunun daha az stres tariflediği saptanmıştır (63). Metadon kullanan hastalarda yapılan bir çalışmada ise baş çıkma stratejileri ile madde kullanımı ilişkili bulunmuştur (64).

2.6 MADDE KULLANIM BOZUKLUĞUNDA YAŞAM KALİTESİ VE RELAPS

Dünya Sağlık Örgütü yaşam kalitesini, kişinin kendi yaşamını, yaşadığı kültür ve değerler sistemi içinde nasıl algıladığı şeklinde tanımlar. Beden ve ruh

sağlığı, çevre ve sosyal etkenler, bağımsızlık düzeyi ile kişisel inançlar bu kavramın içinde öznellik temelinde yer alır (65). Sağlıkla ilgili yaşam kalitesi de sağlığın bireylerin fonksiyonlarını yerine getirmedeki yeterliliğini ve bireylerin algıladıkları mental, fiziksel ve sosyal alanı ifade eder. Tedavinin etkinliğinin değerlendirilmesinde sağlığa ilişkin yaşam kalitesi ölçütleri sık olarak kullanılmaktadır, psikiyatride de hastalar değerlendirilirken, hastalık şiddeti kadar hastaların kendilerini psikolojik, fiziksel ve çevresel koşullarla nasıl algıladıklarının da önemli olduğu anlaşılmış ve psikiyatrik bozukluklarda yaşam kalitesi çalışmaları başlamıştır (66).

Günümüzde bağımlılık tedavilerinde madde kullanımının durdurulması tedavinin tek hedefi olmaktan çıkarılıp, fiziksel sağlık, sosyallik ve işlevselliğin geliştirilmesi de tedavi programlarının hedefleri arasına alınmıştır (50). Alkol ve madde bağımlılığı olanlarda yaşam kalitesi toplam skorları kontrol grubuna göre düşük saptanmıştır (67). Opiyat bağımlılığı olan hastalarda da benzer şekilde yaşam kalitesi skorları genel popülasyona göre düşüktür. Opiat bağımlılığında yaşam kalitesi klinik belirleyicileriyle ilgili yapılan çalışmalar, detoksifikasyonun da içinde bulunduğu tedavi programlarının planlanması ve değerlendirilmesine gereksinim duymaktadır (68). Bu konu ile ilgili yapılan çalışmalarda, nüks yordayıcısı olarak yaşam kalitesi ölçümlerini kullanmanın önemi üzerine durulmuştur (67,69).

3 GEREÇ VE YÖNTEM

3.1 ÖRNEKLEM

Erenköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi AMATEM Polikliniği'ne 01.04.2018-01.05.2018 tarihleri arasında opioid kullanım şikayeti ile ayaktan başvuran tüm hastalar değerlendirilmiş, çalışmaya alınma ölçütlerine uyan 167 hasta araştırmaya alınmıştır. Çalışma hastanenin etik kurulu niteliğinde olan Erenköy Bilimsel Araştırma Merkezi tarafından onaylanmıştır. Etik Kurul Karar No:18, Tarih:07/08/2017.

3.1.1 Çalışmaya Alınma Ölçütleri Şu Şekilde Belirlenmiştir

1. DSM V' e göre Opiat Kullanım Bozukluğu tanı kriterlerini karşılamış olmak.
2. 18-65 yaş arası olmak.
3. Kendi bildirimli ölçeklerin doldurulabilmesi için okur yazar olmak
4. Madde bağımlılığı tedavisinde Buprenorfin/Nalokson kullanıyor olmak

3.1.2 Dışlama Ölçütleri Şu Şekilde Belirlenmiştir

1. 18 yaşından küçük, 65 yaşından büyük olmak.
2. Görüşme ile anlaşılır düzeyde mental retardasyonu ve bilişsel kusuru olmak
3. Görüşme ile anlaşılır düzeyde ağır genel tıbbi duruma bağlı bozukluk olması
4. Madde bağımlılığı dışında başka psikiyatrik hastalığın bulunması
5. Birden fazla madde kullanımını olması
6. Yoksunluk ve entoks döneminde olmak

3.2 YÖNTEM

Araştırma hakkında bilgilendirildikten sonra çalışmaya katılmayı kabul eden, araştırmaya dahil edilme kriterlerini karşılayan ve tedavileri Buprenorfin/Nalokson ile yapılan hastalar araştırma grubuna alındı. DSM-V ölçütlerine göre opioid kullanım bozukluğu tanısı konulan hastalara, araştırmaya gönüllü olarak katıldığına dair onam belgesi imzalatıldı. Araştırmaya alınan hastalardan en az 3 aydır remisyonda olan hastalar ile relaps olmuş hastalar belirlendi. Hastalara öncelikle araştırmacı

tarafından hazırlanan, hastaların geniş sosyodemografik bilgileri ve madde kullanım öykülerini almaya yönelik Veri Toplama Formu, sonrasında; Bağımlılık Profil İndeksi (BAPİ) Ölçeği, Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Envanteri (ÇBASDE) Ölçeği, Başa Çıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeği (COPE) ve Türkçe Yaşam Kalitesi Ölçeği-Kısa Formu (TYKÖ-KF) uygulandı.

3.3 VERİ TOPLAMA ARAÇLARI

3.3.1 Sosyodemografik ve Madde Kullanım Öyküsü Veri Toplama Formları

Bu formlar; araştırmacılar tarafından bu çalışma için geliştirilmiş olup çalışmaya katılanların; yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, kiminle yaşadığı, çalışma durumu, aylık gelir, eşlik eden kronik ve bulaşıcı hastalık varlığı, kendine zarar verici davranış ve intihar öyküsü, soygeçmişinde psikiyatrik hastalık öyküsü, denetimli serbestlik öyküsü, yasal sorun ve cezaevi öyküsü, ilk kullanılan madde, madde kullanmaya başlama yaşı, opioid kullanmaya başlama yaşı, maddeyi kullanma yolu, daha önceki ayaktan ve yatarak tedavi sayıları, geçmişteki nüks ve remisyon dönemleri, düzenli tedavi varlığı, aile ve yakın çevresinde madde kullanımı bilgilerini içerir.

3.3.2 SCID-I (Structured Clinical Interview for DSM-Axis I Disorders-SCID-I)

DSM-IV eksen I bozuklukları için yapılandırılmış klinik görüşme formu Türkçe örneği Çorapçioğlu ve arkadaşları tarafından geliştirilmiştir (Çorapçioğlu ve ark. 1999).

3.3.3 Bağımlılık Profili İndeksi (BAPİ)

Bağımlılık Profil İndeksi (BAPİ), bağımlılığın farklı boyutlarını değerlendirmek ve bağımlılık şiddetini ölçmek amacıyla geliştirilmiş, 37 sorudan ve 5 alt ölçekten oluşan bir öz bildirim ölçeğidir. Alt ölçekler, madde kullanım özelliklerini, bağımlılık tanı ölçütlerini, madde kullanımının kişinin yaşamına etkisini, madde kullanımı için şiddetli isteği ve madde kullanımını bırakma

motivasyonunu ölçmektedir. Geçerlilik ve güvenilirliği Ögel ve arkadaşlarına aittir (71).

3.3.4 Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Envanteri (ÇBASDE)

Orijinal formu Amerika Birleşik Devletlerinde Zimet ve Arkadaşları (1988) tarafından geliştirilmiş olup, Türkçeye uyarlanması, güvenilirlik ve geçerlik çalışması Çakır ve Palabıyıkoglu (1997) (72); Eker, Arkar, Yıldız (2001) (73) tarafından yapılmıştır. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği ile üç farklı kaynaktan alınan sosyal desteğin yeterliliği öznel olarak değerlendirilmektedir. 12 ifade içeren ölçek aile (3,4, 8, 11. maddeler), arkadaşlar (6, 7, 9, 12. maddeler) ve özel insan (1, 2, 5 ve 10. maddeler) olmak üzere üç farklı desteği içermektedir. Ayrıca alt boyut puanları toplanarak ölçeğin toplam puanı da belirlenebilir. 1 den 7 ye kadar puanlanan Likert tipi ölçeğin, alt boyutların puanı 4 ile 28 arasında, ölçeğin toplam puanı ise 12 ile 84 arasında değişmektedir. Elde edilen puanın yüksek olması algılanan sosyal desteğin yüksek olduğunu göstermektedir.

3.3.5 Başa Çıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeği (COPE)

Ölçek 60 sorudan oluşan bir öz bildirim ölçeğidir. Sorular dört seçenek üzerinden yanıtlandırılır. Bu yanıtlar: 1)Asla böyle bir şey yapmam, 2)Çok az böyle yaparım, 3)Orta derecede böyle yaparım, 4)Çoğunlukla böyle yaparım. 15 alt ölçek vardır. Her alt ölçek dörder sorudan oluşmaktadır. Bu alt ölçeklerin her biri ayrı bir başa çıkma tutumu hakkında bilgi verir. Alt ölçeklerden alınacak puanların yüksekliği hangi başa çıkma tutumunun kişi tarafından daha çok kullanıldığı hakkında yorum yapma olasılığı verir. Bu 15 başa çıkma tutumu ya da alt ölçekler şunlardır: 1. Aktif başa çıkma, 2. Yararlı sosyal destek kullanımı, 3. Geri durma, 4. Plan yapma, 5. Diğer meşguliyetleri batırma, 6. Pozitif yeniden yorumlama ve gelişme, 7. Dini olarak başa çıkma, 8. Şakaya vurma, 9. Kabullenme, 10. Duygusal sosyal destek kullanımı, 11. Soruna odaklanma ve duyguları açığa vurma, 12. İnkâr, 13. Davranışsal olarak boş verme, 14. Zihinsel boşverme, 15. Madde kullanımı. Bu alt ölçeklerin ilk 5 'i soruna odaklı başa çıkma tutumlarına, 6-10. alt ölçekler duygu odaklı başa çıkma tutumlarına, son 5 alt ölçek ise işlevsel olmayan/kaçınan başa

çıkma tutumlarına karşılık gelir (59,74). Ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenilirliği Ağargün ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (75).

3.3.6 Türkçe Yaşam Kalitesi Ölçeği Kısa Formu (TYKÖ-KF)

Türkçe Yaşam Kalitesi Ölçeği Kısa Formu (WHOQOL-BREF-TR), Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) Yaşam Kalitesi Grubu tarafından geliştirilmiştir. Tıbbi pratik, araştırma, eğitim ve siyaset olmak üzere birçok kullanım alanı mevcuttur. WHOQOL-BREF kişilerin kendisi tarafından doldurulmalı, eğer kendi kendine yapma ile ilgili bir engel var ise görüşmecinin yardımcı olduğu formlar kullanılmalıdır.

Ülkemizde de geçerlik ve güvenilirlik çalışması Eser ve arkadaşları (1999) (76) tarafından yapılmıştır. WHOQOL-100 içinden seçilen 26 soru ve 4 alanı kapsamaktadır. Bu 4 alan fiziksel, psikolojik, sosyal ilişkiler ve çevre alanlarıdır. Ölçek likert tipi kapalı uçlu yanıtlar içermektedir. Sorularda kişinin özneliği ön plandadır. Kişinin hastalığın yarattığı somut ve fiziksel bulguları nasıl algıladığını ve yaşadığını, hastalık ile fiziksel aktivite, sosyal ilişkiler ve çevrenin nasıl bir ilişki içinde olduğunu ölçmektedir. Yanıtlar hastanın yaşadıklarının şiddetini, sıklığını, yaşadıklarına ilişkin hastanın yorumunu ve kapasitesini içermektedir. Ölçek kişi tarafından doldurulmak üzere hazırlanmıştır. Ölçekte, fiziksel alanda gündelik işleri yürütebilme, ilaçlara ve tedaviye bağımlılık, canlılık ve bitkinlik, hareketlilik, ağrı ve rahatsızlık, uyku ve dinlenme, çalışabilme gücü ile ilgili sorular yer almaktadır. Psikolojik alan, olumlu ve olumsuz duygular, benlik saygısı, beden imgesi ve dış görünüş, kişisel inançlar ve dikkat; sosyal ilişkiler alanı ise diğer kişilerle ilişkiler, sosyal destek ve cinsel yaşam ile ilgili sorulardan oluşmaktadır. Ölçeğin çevre boyutunda ev ortamı, fiziksel güvenlik ve emniyet, maddi kaynaklar, sağlık hizmeti alabilme, boş zamanları değerlendirme, fizik çevre ve ulaşım ile ilgili sorular bulunmaktadır.

3.4 İSTATİKSEL ANALİZ

İstatistiksel analizler SPSS versiyon 16 yazılımı kullanılarak yapıldı. Değişkenlerin normal dağılıma uygunluğu görsel (histogram ve olasılık grafikleri) ve

analitik (Kolmogorov Smirnov ve Shapiro-Wilk testleri) kullanılarak incelendi. Normal dağılıma uygun olmayan sayısal verilerin iki örneklem grubu arasındaki istatistiksel değerlendirmesinde Mann Whitney-U testi kullanıldı. Sayısal değişkenler arasında ilişki olup olmadığı değişkenlerden en az birisinin normal dağılıma uymaması durumundaysa Spearman Korelasyon Analizi kullanılarak değerlendirildi. Gruplar arasında kategorik değişkenlerin karşılaştırılmasında ise ki-kare testi ve Fisher Testi kullanıldı. Relaps ile ilgili öngörülerin saptanması amacı ile daha önce yapılan analizlerde anlamlı çıkan veriler kullanılarak lojistik regresyon analizi kullanıldı. Model geçerliliği Hosmer Lemeshow testi ile değerlendirildi. İstatistiksel anlamlılık için toplam tip- 1 hata düzeyi % 5 olarak kullanıldı.

3.5 BULGULAR

AMATEM polikliniğine 01.04.2018-01.05.2018 tarihleri arasında opioid kullanım şikayeti ile ayaktan 480 hasta başvurdu. Bu hastalardan 124'ünün belirtilen süre içinde birden fazla başvurusu olmuştu. 53 hasta çalışmaya katılmayı kabul etmedi. 57 hastanın opioid dışı madde kullandığı tespit edildi. 60 hasta Buprenorfin/nalokson dışı tedavi alıyordu. 19 hastanın da madde kullanım bozukluğu dışında ek psikiyatrik hastalığı vardı. Çalışmaya katılan 167 hastanın 61'i remisyon, 106'sı relaps olarak değerlendirildi.

Remisyon ve relaps gruplarının sosyodemografik bilgilerinin karşılaştırılması Tablo 1' de özetlenmiştir.

Tablo 1: Remisyon ve Relaps Gruplarının Sosyodemografik Bilgilerinin Karşılaştırılması

		Grup		P
		Remisyon	Relaps	
Cinsiyet	Erkek	N(%) 55 (90,2%)	101 (95,3%)	0,199
	Kadın	N(%) 6 (9,8%)	5 (4,7%)	
Yaş	Ort±SS	34,93±12,93	29,07±8,14	0,004
	Ortanca	30,00	26,00	
Toplam Eğitim Yılı	Ort±SS	9,07±2,73	8,67±2,60	0,275
	Ortanca	10,00	8,00	
Medeni Hal	Evli	N(%) 29 (47,5%)	23 (21,7%)	0,001
	Bekar	N(%) 32 (52,5%)	83 (78,3%)	
	(Boşanmış)	N(%) 3 (4,9%)	16 (15,1%)	
Kiminle Yaşıyor	Yalnız	N(%) 3 (4,9%)	7 (6,6%)	0,026
	Aileden birisi	N(%) 44 (72,1%)	54 (50,9%)	
	Diğer	N(%) 14 (23,0%)	45 (42,5%)	
Çalışma Durumu	Çalışmıyor	N(%) 8 (13,1%)	39 (36,8%)	<0,001
	Düzensiz işi var	N(%) 4 (6,6%)	46 (43,4%)	
	Düzenli işi var	N(%) 49 (80,3%)	21 (19,8%)	
	Yok (Çalışmıyor)	N(%) 8 (13,1%)	37 (34,9%)	
Aylık Gelir	0-500 TL	N(%) 0 (0,0%)	9 (8,5%)	<0,001
	500-1000 TL	N(%) 0 (0,0%)	5 (4,7%)	
	1000-2000 TL	N(%) 21 (34,4%)	40 (37,7%)	
	2000 TL ve üstü	N(%) 32 (52,5%)	15 (14,2%)	

p < 0.05 istatistiksel anlamlılık düzeyi

Remisyon grubunda 55 erkek (% 90,2), 6 kadın (% 9,8), relaps grubunda 101 erkek (% 95,3), 5 kadın (% 4,7) hasta olmak üzere toplam 167 hasta araştırmaya dahil edildi. İki grup arasında cinsiyet açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktu ($p=0,199$).

Remisyon grubunun yaş ortalaması $34,93\pm 12,93$ iken, relaps grubunun yaş ortalaması $29,07\pm 8,14$ idi. Remisyon grubunun yaş ortalaması relaps grubunun yaş ortalamasından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksekti. ($p=0,004$).

Toplam eğitim yılı remisyon grubunda $9,07\pm 2,73$ iken, relaps grubunda $8,67\pm 2,60$ idi, gruplar arası toplam eğitim yılı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı ($p=0,275$).

Remisyon grubunda 29 hasta (% 47,5) evli, 32 hasta (% 52,5) bekar iken relaps grubunda 23 hasta (% 21,7) evli, 83 hasta (% 78,3) bekarđı. Gruplar arasında medeni durum açısından istatistiksel olarak anlamlı fark vardı ($p=0,001$).

Hastalar yaşadıkları kişiler açısından karşılaştırıldığında, remisyon grubunda 3 hasta (% 4,9) yalnız, 44 hasta (% 72,1) ailesinden birileri ile, 14 hasta (% 23,0) ise ailesi dışı kişiler ile yaşarken, relaps grubunda 7 hasta (% 6,6) yalnız, 54 hasta (% 50,9) ailesinden birileri ile, 45 hasta (% 42,5) ise ailesi dışı kişiler ile yaşıyordu. Yaşadıkları kişiler açısından karşılaştırıldığında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark vardı ($p=0,026$).

Gruplar alışma durumu açısından incelendiğinde remisyon grubunda çalışmayan hasta sayısı 8 (% 13,1), düzensiz işi olan hasta sayısı 4 (% 6,6), düzenli işi olan hasta sayısı ise 49 (% 80,3) idi. Relaps grubunda çalışmayan hasta sayısı 39 (% 36,8), düzensiz işi olan hasta sayısı 46 (% 43,4), düzenli işi olan hasta sayısı ise 21 (% 19,8) idi. Çalışma durumu açısından gruplar arası fark istatistiksel olarak anlamlıydı ($p<0,001$).

Hastaların kendi beyanlarına göre aylık gelirleri incelendiğinde, remisyon grubunda 8 hastanın (% 13,1) düzenli aylık geliri yoktu. 21 hastanın (% 34,4) 1000-2000 TL arası, 32 hastanın (% 52,5) ise 2000 TL ve üstü aylık geliri vardı. Relaps grubunda 37 hastanın (% 34,9) düzenli aylık geliri yok iken, 9 hastanın (% 8,5) 0-

500 TL arası, 5 hastanın (% 4,7) 500-1000 TL arası, 40 hastanın (% 37,7) 1000-2000 TL arası, 15 hastanın da (% 14,2) 2000 TL ve üstü aylık geliri vardı. Hastaların aylık gelirleri karşılaştırıldığında arada istatistiksel olarak anlamlı bir farkın olduğu tespit edildi ($p<0,001$). Remisyon ve relaps gruplarının özgeçmiş ve soygeçmiş özelliklerinin karşılaştırılması Tablo 2' de özetlenmiştir.

Tablo 2: Remisyon ve Relaps Gruplarının Özgeçmiş ve Soygeçmiş Özelliklerinin Karşılaştırılması

		Grup				p
		Remisyon		Relaps		
		N	%	N	%	
Kronik Hastalık	Yok	52	85,2%	92	86,8%	0,780
	Var	9	14,8%	14	13,2%	
Bulaşıcı Hastalık	Yok	46	75,4%	94	88,7%	0,025
	Var	15	24,6%	12	11,3%	
Kendine Zarar Verici Davranış	Hayır	49	80,3%	63	59,4%	0,006
	Evet	12	19,7%	43	40,6%	
İntihar Girişimi	Hayır	58	95,1%	84	79,2%	0,006
	Evet	3	4,9%	22	20,8%	
1.Derece Akrabalarında Psikiyatrik Hastalık	Yok	57	93,4%	89	84,0%	0,148
	Var	4	6,6%	17	16,0%	
1.Derece Akrabalarında Madde Kullanımı	Yok	51	83,6%	79	75,2%	0,499
	Var	10	16,4%	26	24,8%	

$p < 0.05$ istatistiksel anlamlılık düzeyi

Remisyon grubunda 9 hastanın (% 14,8) kronik bir hastalığı varken, relaps grubunda ise 14 hastanın (% 13,2) kronik bir hastalığı vardı. Gruplar arası kronik hastalık varlığı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı ($P=0,780$).

Remisyon grubunda 15 hastanın (% 24,6) bulaşıcı bir hastalığı varken, relaps grubunda 12 hastanın (% 11,3) bulaşıcı bir hastalığı vardı. Bulaşıcı hastalık varlığı

açısından karşılaştırıldığında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farkın olduğu tespit edildi ($p=0,025$).

Gruplar kendine zarar verici davranış ve intihar girişimi öyküsü açısından kıyaslandığında, remisyon grubunda 12 hastanın (% 19,7) kendine zarar verici davranışı, 3 hastanın (% 4,9) intihar girişimi vardı. Relaps grubunda 43 hastanın (% 40,6) kendine zarar verici davranışı, 22 hastanın da (% 20,8) intihar girişimi vardı. Relaps grubunda kendine zarar verici davranış ve intihar girişiminin, remisyon grubuna göre anlamlı oranda daha yüksek olduğu saptandı ($p=0,006$).

Remisyon grubunda 4 hastanın (% 6,6) birinci derece akrabalarında psikiyatrik hastalık varken, relaps grubunda 17 hastanın (% 16,0) birinci derece akrabalarında psikiyatrik hastalık vardı. Gruplar birinci derece akrabalarında psikiyatrik hastalık olma öyküsü açısından kıyaslandığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı ($p=0,148$).

Remisyon grubunda 10 hastanın (% 16,4) birinci derece akrabalarında madde kullanımı varken, relaps grubunda 26 (% 24,8) hastanın birinci derece akrabalarında madde kullanımı vardı. Gruplar birinci derece akrabalarında madde kullanım öyküsü açısından kıyaslandığında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı ($p=0,499$).

Grupların yasal öykülerinin karşılaştırılması Tablo 3’de özetlenmiştir.

Tablo 3: Remisyon ve Relaps Gruplarının Yasal Öykülerinin Karşılaştırılması

			Grup				
			Remisyon		Relaps		P
			N	%	N	%	
Denetimli Öyküsü	Serbestlik	Hayır	37	60,7%	44	41,5%	0,017
		Evet	24	39,3%	62	58,5%	
Cezaevi Yatışı	Hayır	Hayır	42	68,9%	73	68,9%	0,998
		Evet	19	31,1%	33	31,1%	
Yasal Sorun	Hayır	Hayır	39	63,9%	42	40,0%	0,003
		Evet	22	36,1%	63	60,0%	

$p < 0.05$ istatistiksel anlamlılık düzeyi

Remisyon grubunda 24 hastanın (% 39,3), relaps grubunda 62 hastanın (% 58,5) denetimli serbestlik öyküsü vardı. Denetimli serbestlik öyküsü açısından karşılaştırıldığında relaps grubundaki kişilerin istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha fazla denetimli serbestlik öyküsüne sahip olduğu tespit edildi (p=0,017).

Remisyon grubunda 19 hastanın (% 31,1) cezaevi yatışı olmuşken, relaps grubunda 33 hastanın (% 31,1) cezaevi yatışı olmuştu, gruplar arası cezaevi yatışı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı (p=0,998).

Remisyon grubunda 22 hasta (% 36,1), relaps grubunda 63 hasta (% 60,0) yasal sorun yaşamıştı. Relaps grubunun istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha fazla yasal sorun yaşamış olduğu dikkat çekmekteydi. (p=0,003).

Gruplarının madde kullanım özelliklerinin karşılaştırılması Tablo 4’de özetlenmiştir:

Tablo 4: Remisyon ve Relaps Gruplarının Madde Kullanım Özelliklerinin Karşılaştırılması

		Grup			P
		Remisyon	Relaps		
Madde Kullanmaya Başlama Yaşı	Ort±SS	20,1±5,7	18,1±4,2	0,030	
	Ortanca	18	18		
Eroin Kullanmaya Başlama Yaşı	Ort±SS	23,9±6,4	21,3±5,1	0,009	
	Ortanca	22	20,5		
Eroin Kullanım Süresi (Yıl)	Ort±SS	9,6±9,5	7,7±6,9	0,980	
	Ortanca	6	5		
IV(Damar) Yolu ile Madde Kullanımı	Yok N(%)	44 72,1%	69 65,1%	0,349	
	Var N(%)	17 27,9%	37 34,9%		
Ortak Enjektör Kullanımı	Yok N(%)	4 23,5%	18 50,0%	0,068	
	Var N(%)	13 76,5%	18 50,0%		
Yakın Çevrede Madde Kullanımı	Yok N(%)	53 86,9%	6 5,7%	<0,001	
	Var N(%)	8 13,1%	99 94,3%		

p < 0.05 istatistiksel anlamlılık düzeyi

Remisyon grubunda madde kullanmaya başlama yaşı $20,1\pm 5,7$ iken, relaps grubunda madde kullanmaya başlama yaşı $18,1\pm 4,2$ idi. Relaps grubundaki hastaların diğer gruba göre anlamlı oranda daha erken yaşta madde kullanmaya başladıkları saptamıştı ($p=0,030$).

Gruplar eroin kullanmaya başlama yaşı açısından karşılaştırıldığında remisyon grubunda eroin kullanmaya başlama yaşı $23,9\pm 6,4$ iken, relaps grubunda eroin kullanmaya başlama yaşı $21,3\pm 5,1$ idi, gruplar arası fark istatistiksel olarak anlamlıydı ($p=0,009$).

Remisyon grubunda opiyat kullanım süresi $9,6\pm 9,5$ (yıl) iken, relaps grubunda $7,7\pm 6,9$ (yıl) idi ve gruplar opiyat kullanım süresi açısından karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı ($p=0,980$).

Grupların damar içi (IV) madde kullanım varlığı sorgulandığında, remisyon grubunda 17 hasta (% 27,9), relaps grubunda 37 hasta (% 34,9) damar içi (IV) madde kullanmıştı ve gruplar arası istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktu ($p=0,349$).

Gruplar ortak enjektör kullanımı açısından karşılaştırıldığında, remisyon grubunda 13 hastanın (% 76,5), relaps grubunda 18 hastanın (% 50,0) ortak enjektör kullanımı olduğu saptandı. Bu açıdan gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktu ($p=0,068$).

Remisyon grubunda 8 hasta (%13,1) yakın çevresinde madde kullanımı olduğunu belirtirken, relaps grubunda bu sayı 99 (%94,3) olarak tespit edildi. Relaps grubundaki hastaların yakın çevresinde madde kullanımının remisyon grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha fazla olduğu dikkat çekiyordu ($p<0,001$).

Grupların madde bağımlılığı tedavi öykülerinin karşılaştırılması Tablo 5 'de özetlenmiştir.

Tablo 5: Remisyon ve Relaps Gruplarının Madde Bağımlılığı Tedavi Öykülerinin Karşılaştırılması

				Grup				
				Remisyon		Relaps		P
Ayaktan(Poliklinikten)	Ort±SS			3,90±5,32		4,44±4,43		0,042
Tedavi Sayısı	Ortanca			2,00		3,00		
AMATEM Servisi	Ort±SS			2,48±4,28		1,84±3,31		0,115
Yatış Sayısı	Ortanca			1,00		1,00		
Düzenli Kontrolü	Poliklinik Yok	N(%)	1	1,6%	89	84,0%		<0,001
	Var	N(%)	60	98,4%	17	16,0%		
Tamamlanmış Yatışı	Servis Hayır	N(%)	5	12,8%	31	56,4%		<0,001
	Evet	N(%)	34	87,2%	24	43,6%		

p < 0.05 istatistiksel anlamlılık düzeyi

Remisyon grubu için ayaktan poliklinik tedavi sayısı 3,90±5,32 iken, relaps grubunda bu sayı 4,44±4,43 idi, gruplar arası ayaktan poliklinik tedavi sayısı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu tespit edildi (p=0,042).

Remisyon grubu için AMATEM servisi yatarak tedavi görme sayısı 2,48±4,28 iken, relaps grubu için bu sayı 1,84±3,31 idi. Gruplar AMATEM servisinde yatarak tedavi görme sayısı açısından karşılaştırıldığında, her iki grup arasında anlamlı bir farkın olmadığı saptandı (p=0,115).

Grupların düzenli poliklinik kontrolleri sorgulandığında, remisyon grubunda 60 hastanın (% 98,4), relaps grubunda ise 17 hastanın (% 16,0) düzenli poliklinik kontrolü vardı. Gruplar düzenli poliklinik kontrolü varlığı açısından kıyaslandığında aradaki fark istatistiksel olarak anlamlıydı (p<0,001).

Gruplar, tamamlanmış AMATEM servis yatışı açısından karşılaştırıldığında, remisyon grubunda 34 hastanın (%87,2), relaps grubunda ise 24 hastanın (%43,6) servis yatışlarını tamamlayarak taburcu olduğu öğrenildi. Remisyon grubundaki hastaların tamamlanmış AMATEM servis sayısının relaps grubundan anlamlı oranda

daha fazla olduğu dikkat çekmekteydi. ($p<0,001$). Grupların Bağımlılık Profil İndeksi (BAPİ) ölçeği sonuç ortalamaları karşılaştırılmış ve bulgular Tablo 6 'da özetlenmiştir:

Tablo 6: Remisyon ve Relaps Gruplarının Bağımlılık Profil İndeksi (BAPİ) Ölçek Sonuçlarının Karşılaştırılması

	Grup						p
	Remisyon		Relaps				
	Ort	±Ss	Ortanca	Ort	±Ss	Ortanca	
BAPİ							
Madde kullanım özellikleri	2,43	±0,76	2,00	3,67	±1,07	3,36	<0,001
Tanı	15,60	±7,30	15,50	26,58	±6,41	27,00	<0,001
Yaşam üzerine etki	23,39	±10,79	22,00	44,39	±9,49	44,00	<0,001
Aşerme şiddeti	8,44	±3,28	8,00	16,62	±3,01	17,00	<0,001
Motivasyon	13,07	±2,64	14,00	13,69	±2,09	15,00	0,138
Toplam puanı	12,62	±3,09	13,02	19,42	±2,75	19,54	<0,001
Öfke kontrol zorluğu	4,59	±1,54	4,00	5,64	±1,99	6,00	0,001
Güvenli davranış eksikliği	9,62	±2,16	10,00	9,82	±2,35	10,00	0,571
Heyecan arama davranışı	3,46	±,98	3,00	4,40	±1,41	4,00	<0,001
Depresyon	6,23	±1,47	6,00	8,35	±1,88	8,00	<0,001
Anksiyete	4,46	±1,18	4,00	5,88	±1,50	6,00	<0,001

p< 0.05 istatistiksel anlamlılık düzeyi

Grupların Bağımlılık Profil İndeksi (BAPİ) ölçek sonuç ortalamaları değerlendirildiğinde; relaps grubunda BAPİ toplam puanı daha yüksekti ve aradaki fark istatistiksel olarak anlamlıydı ($p<0,001$). BAPİ alt ölçeklerinden hangisinin relaps olan hastalarda daha yüksek olduğunu göstermek için yapılan lojistik regresyon analizinde; tanı ölçütleri alt ölçeği ($p<0,001$), madde kullanım özellikleri alt ölçeği ($p<0,001$), yaşam üzerine etki alt ölçeği ($p<0,001$), aşerme şiddeti alt ölçeği ($p<0,001$), heyecan arama davranış alt ölçeği ($p<0,001$), öfke kontrol zorluğu alt ölçeği ($p=0,001$), depresyon ($p=0<001$) ve anksiyete ($p<0,001$) alt ölçekleri skorlarının relaps grubunda daha yüksek olduğu görüldü.

Maddeyi bırakma motivasyonu alt ölçeği ($p=0,138$) ve güvenli davranış eksikliği alt ölçeği ($p=0,571$) skorları açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı gözlemlendi. Grupların Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Envanteri (ÇBASDE) Ölçek Sonuçlarının Karşılaştırılması Tablo 7’de özetlenmiştir.

Tablo 7: Remisyon ve Relaps Gruplarının Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Envanteri (ÇBASDE) Ölçek Sonuçlarının Karşılaştırılması

	Grup						P
	Remisyon			Relaps			
	Ort	±Ss	Ortanca	Ort	±Ss	Ortanca	
Algılanan Sosyal Destek							
Toplam	61,30	±8,36	60,00	40,55	±11,25	42,00	<0,001
Aile Desteği	24,84	±2,82	25,00	17,12	±4,56	18,00	<0,001
Arkadaş Desteği	16,79	±4,28	16,00	9,92	±3,77	10,00	<0,001
Özel Kişi Desteği	19,67	±4,08	19,00	13,51	±4,85	14,00	<0,001

$p < 0.05$ istatistiksel anlamlılık düzeyi

Grupların Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Envanteri ve alt ölçeklerinden alınan puan ortalamalarına bakıldığında; ölçek bazında puan ortalamasının remisyon grubunda $61,30 \pm 8,36$ olduğu, bu değer yüzdelik bazda (0-100 puan aralığında) değerlendirildiğinde yaklaşık 60 puana denk geldiği, relaps grubunda ise ölçek bazında puan ortalamasının $40,55 \pm 11,25$ olduğu bu değer yüzdelik bazda (0-100 puan aralığında) değerlendirildiğinde yaklaşık 42 puana denk geldiği görülür. Buna göre remisyon grubunda hastaların sosyal destek algılarının ortalamaya yakın ancak ortalamanın üzerinde olduğu görülmektedir. Relaps grubunda ise hastaların sosyal destek algıları ortalamanın altındadır. İki grup arasındaki bu fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p < 0,001$).

Grupların aile desteği alt ölçeği, arkadaş desteği alt ölçeği ve özel kişi desteği alt ölçeği puan ortalamaları da istatistiksel olarak anlamlı derecede farklı saptanmıştır ($p < 0,001$).

Grupların başa çıkma tutumları açısından karşılaştırılması Tablo 8 'de özetlenmiştir.

Tablo 8: Remisyon ve Relaps Gruplarının Başa Çıkma Tutumları Açısından Karşılaştırılması

Başa Çıkma Tutumları	Grup						P
	Remisyon			Relaps			
	Ort	±Ss	Ortanca	Ort	±Ss	Ortanca	
Değerlendirme Ölçeği(COPE)							
<u>Problem Odaklı</u>	61,02	±6,84	61,00	57,25	±8,86	56,00	<0,001
Aktif başa çıkma	12,41	±1,75	12,00	10,73	±3,89	10,00	<0,001
Geri durma	11,15	±1,82	12,00	11,53	±1,29	12,00	0,476
Plan yapma	12,93	±1,97	13,00	12,20	±3,70	12,00	<0,001
Yararlı sosyal destek kullanımı	12,54	±2,26	13,00	11,83	±3,66	12,00	<0,001
Diğer meşguliyetleri bastırma	11,98	±1,84	12,00	10,97	±1,37	11,00	<0,001
<u>Duygu Odaklı</u>	57,20	±9,27	56,00	53,45	±8,95	53,00	0,001
Pozitif yeniden yorumlama ve gelişme	13,98	±5,09	13,00	11,59	±1,26	12,00	<0,001
Dini olarak başa çıkma	13,10	±2,90	13,00	11,98	±4,56	12,00	<0,001
Şakaya vurma	6,74	±2,03	7,00	8,26	±4,60	8,00	0,004
Duygusal sosyal destek kullanımı	12,62	±5,72	12,00	10,92	±3,04	11,00	0,002
Kabullenme	11,33	±1,79	12,00	11,47	±1,43	12,00	0,392
<u>İşlevsel Olmayan</u>	45,33	±6,37	46,00	51,68	±6,54	52,00	<0,001
Davranışsal olarak boş verme	7,92	±1,44	8,00	9,90	±1,79	10,00	<0,001
Madde kullanımı	5,41	±2,02	5,00	9,48	±2,73	9,00	<0,001
İnkâr	8,25	±1,72	8,00	9,21	±1,58	9,00	<0,001
Zihinsel boş verme	10,10	±2,01	10,00	11,67	±1,86	12,00	<0,001
Soruna odaklanma ve duyguları açığa vurma	11,93	±2,71	12,00	11,16	±2,57	11,00	0,072

p < 0.05 istatistiksel anlamlılık düzeyi

Remisyon grubunda problem odaklı başa çıkma tutumları puan ortalamaları 61,02±6,84 iken, bu sayı relaps grubunda 57,25±8,86 idi. Remisyon grubundaki hastaların problem odaklı başa çıkma yöntemlerini remisyon grubuna göre anlamlı oranda daha fazla kullandığı dikkat çekmekteydi (p<0,001).

Remisyon grubunda duygu odaklı başa çıkma tutumları puan ortalamaları 57,20±9,27 iken, relaps grubunda bu sayı 53,45±8,95 idi. Remisyon grubundaki hastaların, duygu odaklı başa çıkma tutumlarını, remisyon grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha fazla kullandıkları göze çarpmaktaydı (p<0,001).

Remisyon grubunda işlevsel olmayan başa çıkma tutumları puan ortalamaları 45,33± 6,37 iken, bu sayı relaps grubunda 51,68±6,54 idi. Relaps grubundaki hastaların işlevsel olmayan başa çıkma tutumlarını, relaps grubundaki hastalarla karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha fazla kullandıkları saptanmıştır (p<0,001).

Remisyon ve relaps gruplarının Yaşam Kalitesi Ölçek puanları açısından karşılaştırılması Tablo 9’ da özetlenmiştir.

Tablo 9: Remisyon ve Relaps Gruplarının Türkçe Yaşam Kalitesi Ölçeği Kısa Formu Ölçek Sonuçlarının Karşılaştırılması

	Grup					
	Remisyon			Relaps		
	Ort	±Ss	Ortanca	Ort	±Ss	Ortanca P
TYKÖ-KF						
Genel sağlık durumu	68,44	±13,03	75,00	42,92	±16,73	50,00 <0,001
Fiziksel İyilik Hali	58,96	±9,17	60,71	46,23	±14,02	46,43 <0,001
Psikolojik İyilik Hali	67,55	±22,05	66,67	50,75	±14,52	50,00 <0,001
Sosyal İyilik Hali	61,34	±13,27	58,33	41,43	±14,06	41,67 <0,001
Çevresel İyilik Hali	70,29	±7,94	68,75	49,35	±14,21	50,00 <0,001

p< 0.05 istatistiksel anlamlılık düzeyi

Remisyon grubunda genel sağlık durumu puan ortalaması 68,44±13,03 iken, relaps grubunda 42,92±16,73 idi ve iki grup arası fark istatistiksel olarak anlamlıydı (p<0,001).

Yaşam kalitesi fiziksel iyilik hali puanı remisyon grubunda 58,96±9,17, relaps grubunda 46,23±14,02; psikolojik iyilik hali puanı remisyon grubunda 67,55±22,05, relaps grubunda 50,75±14,52; sosyal iyilik hali puanı remisyon grubunda 61,34±13,27, relaps grubunda 41,43±14,06; çevresel iyilik hali puanı remisyon grubunda 70,29±7,94, relaps grubunda 49,35±14,21 idi. İki grup arası yaşam kalitesi alt boyutlarının tümünde istatistiksel olarak anlamlı fark vardı (p<0,001).

Tablo 10: Relaps Öngörücülerinin Belirlenmesi Amacı İle Yapılan Lojistik Regresyon Analizi Tablosu Model 1

	B	P	Odds Oranı	Alt Sınır	Üst Sınır
Yaş	-0,099	0,019	0,905	0,833	0,984
Evli Olmak	-0,887	0,357	0,412	0,062	2,725
Düzenli İş	-3,137	0,001	0,043	0,007	0,289
Kendine Zarar Verici Davranış	-0,794	0,400	0,452	0,071	2,868
Yasal Sorun	1,966	0,026	7,143	1,271	40,145
İntihar Girişimi	2,577	0,086	13,159	0,697	248,503
Madde Kullanmaya Başlama Yaşı	0,005	0,951	1,005	0,862	1,171
Yakın Çevresinde Madde Kullanımı	5,854	<0,001	348,615	40,747	2982,954
Sabit	1,179	0,498	3,253		

Nagelgerke R²=0,856

Relaps riskini öngörebilecek faktörleri belirlemek için yaş, evli olma durumu, düzenli iş varlığı, kendine zarar verici davranış varlığı, yasal sorun yaşama, intihar girişimi, madde kullanmaya başlama yaşı ve yakın çevresinde madde kullanım varlığını içeren bir model oluşturuldu. Modelde yer alan değişkenler ile relaps ve

remisyon grupları arasında lojistik regresyon analizi yapıldı. Yaşın artmasının ve düzenli iş sahibi olmanın relaps riskini azalttığı, yasal sorun yaşamının ve yakın çevresinde madde kullanımı olmasının relaps riskini arttırdığı görüldü. Evli olma durumu, kendine zarar verici davranış, intihar girişimi ve madde kullanmaya başlama yaşı değişkenleri istatistiksel açıdan anlamlı risk faktörü olarak saptanmadı.

Tablo 11: Relaps Öngörücülerinin Belirlenmesi Amacı İle Yapılan Lojistik Regresyon Analizi Tablosu Model 2

	B	p	Odds Oranı	Alt Sınır	Üst Sınır
Problem Odaklı Başa Çıkma Tutumları	-0,048	0,134	0,953	0,894	1,015
İşlevsel Olmayan Başa Çıkma Tutumları	0,209	<0,001	1,233	1,105	1,376
Duygu Odaklı Başa Çıkma Tutumları	-0,063	0,092	0,939	0,872	1,010
Algılanan Sosyal Destek Envanteri Ölçeği Toplam Puanı	-0,250	<0,001	0,779	0,712	0,853
Sabit	9,790	0,005	17861,896		
Nagelgerke R ² =0,773					

Relaps riskini öngörebilecek faktörleri belirlemek için Başa Çıkma Tutumları Değerlendirme Ölçeği alt ölçekleri ve Algılanan Sosyal Destek Envanteri Ölçeği'ni içeren bir model oluşturuldu. Modelde yer alan değişkenler ile relaps ve remisyon grupları arasında lojistik regresyon analizi yapıldı. İşlevsel olmayan başa çıkma tutumlarını kullanmanın relaps riskini arttırdığı, algılanan sosyal desteğin artmasının relaps riskini azalttığı saptandı. Problem odaklı ve duygu odaklı başa çıkma tutumlarını kullanmak değişkenleri istatistiksel açıdan anlamlı risk faktörü olarak saptanmadı.

Tablo 12: BAPİ, ÇBASDE, COPE ve TYKÖ-KF ölçeklerinin puanları arasındaki ilişki

	Problem Odaklı Başa Çıkma	İşlevsel Olmayan Başa Çıkma	Duygu Odaklı Başa Çıkma	Algılanan Sosyal Destek Toplam	BAPİ Tanı	BAPİ Total	TYKÖ-KF Genel Sağlık Durum	TYKÖ-KF Fiziksel İyilik Hali	TYKÖ-KF Psikolojik İyilik Hali	TYKÖ-KF Sosyal İyilik Hali	TYKÖ-KF Çevresel İyilik Hali
Problem Odaklı Başa Çıkma	1	0,009	0,555**	0,393**	-0,231**	-0,314**	0,335**	0,300**	0,342**	0,336**	0,369**
İşlevsel Olmayan Başa Çıkma	0,009	1	0,302**	-0,334**	0,402**	0,445**	-0,264**	-0,421**	-0,358**	-0,250**	-0,327**
Duygu Odaklı Başa Çıkma	0,555**	0,302**	1	0,257**	-0,015	-0,097	0,227**	0,105	0,274**	0,217**	0,268**
Algılanan Sosyal Destek Toplam	0,393**	-0,334**	0,257**	1	-0,523**	-0,615**	0,709**	0,577**	0,738**	0,773**	0,774**
BAPİ Tanı	-0,231**	0,402**	-0,015	-0,523**	1	0,858**	-0,462**	-0,389**	-0,487**	-0,435**	-0,486**
BAPİ Total	-0,314**	0,445**	-0,097	-0,615**	0,858**	1	-0,564**	-0,499**	-0,594**	-0,497**	-0,561**
TYKÖ-KF Genel Sağlık Durumu	0,335**	-0,264**	0,227**	0,709**	-0,462**	-0,564**	1	0,576**	0,710**	0,689**	0,764**
TYKÖ-KF Genel Fiziksel İyilik Hali	0,300**	-0,421**	0,105	0,577**	-0,389**	-0,499**	0,576**	1	0,678**	0,586**	0,604**
TYKÖ-KF Psikolojik İyilik Hali	0,342**	-0,358**	0,274**	0,738**	-0,487**	-0,594**	0,710**	0,678**	1	0,686**	0,800**
TYKÖ-KF Sosyal İyilik Hali	0,336**	-0,250**	0,217**	0,773**	-0,435**	-0,497**	0,689**	0,586**	0,686**	1	0,735**
TYKÖ-KF Çevresel İyilik Hali	0,369**	-0,327**	0,268**	0,774**	-0,486**	-0,561**	0,764**	0,604**	0,800**	0,735**	1

4 TARTIŞMA

Araştırmamıza hastanemiz AMATEM polikliniğine ayaktan başvuran ve opioid kullanım şikayeti olan 167 hasta alınmıştır. Araştırmaya alınan 167 hastanın 61'inin (% 36,5) remisyonda, 106' sının (% 63,5) ise relaps yaşamış olduğu saptanmıştır.

Relaps için literatürde birçok tanım yapılmıştır. Maddenin tekrar kullanılmaya başlanmasıyla tanımlanan tek bir olay olabileceği gibi, madde kullanımının tekrar aynı yoğunlukta başlaması ve daha sonra tedavi gereksinimi ile sonuçlanan madde kullanımı şeklinde ifade edilebilir (6,32). Bizim araştırmamızda polikliniğe başvuran hastaların relaps değerlendirilmesinde idrarda madde analizleri dikkate alındı.

Bağımlılık alanında relaps oranları değişkenlik göstermekle birlikte birçok çalışmada bağımlılık tedavisi boyunca relaps oranlarının oldukça yüksek olduğu bildirilmiştir (77). Ülkemizde yapılan bir araştırmada, hastaların ilk altı ay içinde % 55; ilk bir yıl içerisinde ise % 81 oranında relaps yaşadığı bildirilmiştir (78). Gordon ve ark. tarafından yapılan bir yıllık izlem çalışmasında ise hastaların ancak % 39'unun remisyonda kalabildiği görülmüştür (77).

Opiyat bağımlılığı için sürdürüm tedavisi alan hastaların çoğunun ilk 3 ay içinde nüks ettikleri bildirilmiştir (79). Ancak bazı çalışmalarda tedaviyi sürdürme daha yüksek oranda görülmüştür. Örneğin bir çalışmada hastaların % 68'inin 3. ayın sonunda tedaviye devam ettiklerini bildirmiştir (80). Çalışmalardaki bu farklı sonuçların sebebi, relaps oranlarının; bireysel değişkenler, bağımlılığın özellikleri, tedavi şekli ve başarısı gibi birçok faktöre bağlı olmasına dayanmaktadır. Relapsın nasıl tanımlandığı da önemlidir. Bizim çalışmamızda remisyon tanımı için DSM-V-TR kriterleri esas alınmıştır. Remisyondaki hasta grubu için en az 3 ay süreyle madde kullanım bozukluğu tanı ölçütlerinin hiçbirinin karşılanmamış olması (Aşerme, veya madde kullanımı için güçlü istek ve dürtü tanı kriteri dışında) istenmiştir.

4.1 SOSYODEMOGRAFİK BİLGİLERİN VE MADDE KULLANIM ÖZELLİKLERİNİN RELAPS İLE İLİŞKİSİ

Çalışmamızda, remisyon grubunda 55 erkek (% 90,2), 6 kadın (%9,8), relaps grubunda 101 erkek (% 95,3), 5 kadın (% 4,7) hasta vardı. 1993-2003 yılları arasında ayaktan ve yatarak tedavi edilen 325 hastanın sosyodemografik verilerinin incelendiği bir çalışmada hastaların % 88,3'ünün erkek, %11,7'sinin kadın olduğu görülmüştür ve birçok çalışmada bu oranlar benzerdir (81).

Bizim araştırmamızda da madde kullanımında erkek ve kadın hasta oranları literatür ile uyumluydu.

Relaps ve remisyon grupları arası cinsiyet oranları benzerlik göstermekteydi. Madde bağımlılığı tedavisinde relaps cinsiyet açısından incelendiğinde literatürde farklı sonuçlar bildirilmiştir. Eroin bağımlılarında tedaviyi terk nedenlerini sorgulayan bir çalışmada erkek cinsiyet tedaviyi terk etme nedeni olarak gösterilirken (82), başka bir çalışmada kadın cinsiyet tedaviyi terk nedeni olarak görülmüştür (83). 1949 ve 1973 yılları arasında yapılan 362 çalışmanın sonuçlarının incelendiği bir çalışmada ise genç yaşın, kadın cinsiyetin, sosyal izolasyonun ve suç geçmişi varlığının relaps öngörücülerinden olduğu belirtilmiştir (84).

Araştırmamızda hastaların yaş ortalaması remisyon grubunda $34,93 \pm 12,93$ iken, relaps grubunda $29,07 \pm 8,14$ idi. Yapılan birçok çalışmada bizim çalışmamızla benzer olarak yaşın küçük olmasının madde kullanımı açısından riskli olduğu gösterilmiştir. Tedaviyi terk eden hastaların yaşlarının remisyondaki hastalardan daha düşük olduğu, tedavi sırasında yaşın yüksekliğinin remisyon oranlarını olumlu etkilediği, literatürde de yaşın tedavi yanıtlarını belirlemede en önemli faktör olduğu gösterilmiştir (82,83).

Backmund ve arkadaşları çalışmalarında genç yaşın tedaviyi olumsuz etkilediğini belirtmişlerdir (44). Benzer şekilde 15-24 arası yaş grubunda 25 yaş üstüne göre madde kullanım yaygınlığının daha yüksek görüldüğü saptanmıştır (85). Baekeland and Lundwall's (1975) çalışmalarında yaşın küçüklüğünün tedaviyi

bırakmada önemli bir öngörücü olduğunu vurgulamışlardır (84). Bu yönüyle sonuçlarımız literatürü desteklemektedir.

Araştırmamızda remisyon ve relaps gruplarının toplam eğitim süreleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır. Bağımlılık ile eğitim düzeyinin düşüklüğü arasında doğrusal bir ilişki olabileceği görüşünü destekleyen çalışmalar bulunmaktadır (86). Eğitim seviyesi düşük olanlarda tedavi sonuçlarının daha kötü olduğu ve tedaviyi terk oranlarının daha yüksek olduğu saptanmıştır (44). Benzer şekilde tedavide kalma ile ilişkili etkenler arasında; yüksek eğitim seviyesi olduğu belirtilmiştir (43). Literatürdeki birçok çalışmada yüksek eğitim seviyesinin remisyon için bir prediktör olduğu ve tedavide kalma olasılığını arttırdığı gösterilmiş olsa da relaps ve remisyon gruplarının eğitim düzeyleri arasında farklılık saptamayan çalışmalar da mevcuttur. AMATEM servisinde yatan hastalarda yapılan bazı araştırmalarda eğitim, yaş, cinsiyet, madde kullanım süresi, psikopatoloji ve çalışma durumunun, tedavi başarısını yordamadığı gösterilmiştir (87). Hastaların yatarak tedavi sonrası izleminin yapıldığı bir çalışmada da, tedavide kalma ile hastaların eğitim durumları arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır (41). Bizim sonuçlarımız ve literatürdeki farklı sonuçların nedeni çalışmaların farklı popülasyon ve farklı sayıda olgular içeriyor olması ile açıklanabilir.

Araştırmamızda remisyon grubunda evli olmanın ve ailesinden birileri ile yaşıyor olmanın relaps grubuna göre daha fazla olduğunu saptadık. Relaps grubunda da boşanma, yalnız ve ailesi dışı biri ile yaşama oranları daha yüksekti. Madde bağımlılığının aile içinde geçimsizliği ve ayrılma oranını artırdığı, evli olmanın remisyonunda kalmada etkili olduğu ve bekarların tedaviye yanıtının iyi olmadığı bildirilmiştir (88,49). Yapılan bir çalışmada tedaviyi terk nedenleri olarak yakınlarının olmaması, sosyal izolasyon ve yalnız yaşama gösterilmiştir (82). Yine 312 opioid bağımlısının izlendiği bir çalışmada relapsın en önemli belirleyicilerden birinin aile içi çatışma olduğu belirtilmiştir (34). Bizim sonuçlarımız da literatür ile uyumludur.

Araştırmamızda gruplar çalışma durumları açısından incelendiğinde; remisyon grubunda çalışmayan kişi oranının, relaps grubuna göre daha düşük olduğu göze çarpmaktaydı. Benzer şekilde aylık gelirleri kıyaslandığında, remisyon

grubundakilerin aylık geliri daha düzenli ve fazlaydı. Ülkemizde yapılan bir metaanaliz çalışmasında, madde kullananlar arasında işsizlik oranının % 13-38 arasında değiştiği bildirilmiştir (89). Yine ülkemizde 1988 yılında bir çalışmaya dahil edilen 520 bağımlı hastanın % 38'inin işsiz olduğu ve işsiz olanların % 61'inin opiat, % 23'ünün çoklu madde kullanıcısı olduğu ve kannabis kullanıcılarında (%2,5) işsizliğin diğer madde kullanıcılarına göre daha az olduğu bildirilmiştir (90). Opiyat bağımlılarının yaş ortalamasının daha küçük olmasının ve opiyatın yasal problemler de dahil olmak üzere daha fazla uyum problemine yol açmasının bu grupta iş hayatının düzensiz olmasına neden olabileceği düşünüldü. İşsizlik ve sosyoekonomik düzeyin düşük olması madde bağımlılığında tedaviyi olumsuz etkileyen durumlardandır (84). Opioid bağımlılığı tedavisi gören hastaların izlendiği bir çalışmada relaps olmuş hastalarda işsizlik oranı (% 76) yüksek olarak saptanmıştır (7). İşsiz kişilerin tedavi sırasında veya sonrasında opiyat kullanımına devam etmelerinin daha olası olduğu bildirilmiştir (34). İşsizliğin taburculuk sonrası tekrar hastaneye yatışın önemli bir yordalayıcısı olduğunu gösteren çalışmalar vardır (91). Tedavide kalma ve olumlu tedavi sonuçları ile ilişkili etkenler arasında; iş imkânlarının fazlalığı, yüksek sosyoekonomik statü bulunmaktadır (43). Araştırmaya katılan hastaların çalışma durumları ve gelirleri değerlendirildiğinde sonuçlarımızın literatürdeki diğer araştırmalar ile uyumlu olduğu gözlenmiştir.

Çalışmamızda remisyon ve relaps grupları arasında, kronik hastalık oranı açısından benzer sonuçlar elde edilirken, remisyon grubunda bulaşıcı hastalık oranının daha fazla olduğu dikkat çekmekteydi.

Araştırmalar, kişide fiziksel ve ruhsal kronik bir hastalığın olmasının, madde bağımlılığı gelişimi ve relaps için risk teşkil edebileceğini öne sürmektedir (92,93,94). Bir araştırmada madde bağımlılığı tedavi sonuçlarının tıbbi sorunlar yaşayanlarda daha kötü olduğu bildirilmiştir (45). Opiyat bağımlılarında fiziksel bir hastalık varlığı ve damar yolu ile madde kullanımının olması olumsuz tedavi sonuçlarıyla ilişkilendirilmiştir (95). Bir araştırmada da ruhsal ve fiziksel sağlığın iyi olmasının, büyük yaşta olmanın ve yüksek sosyoekonomik statünün, madde bağımlılığı için remisyonunda kalma ile ilgili etkenler arasında olduğu vurgulanmıştır (43).

Madde kullanan kişilerde risk alıcı davranışların fazlalığı, madde etkisi altında yargılamanın bozulması, ortak enjektör kullanımı, dürtüsel davranışlarda bulunma, sık cinsel eş değişimi ve riskli cinsel ilişki bulaşıcı hastalık riskini arttırmaktadır (96). Damar yolu ile madde kullanımı sonucu özellikle hepatit gibi bulaşıcı hastalıkların yayılması da ülkemiz için önemli bir sorun oluşturmaktadır (97).

Araştırmamızda literatürden farklı olarak kronik bir hastalığa sahip olma iki grup arasında benzer ve bulaşıcı bir hastalığa sahip olma da remisyon grubunda daha fazla oranda saptanmıştır. Relaps grubundaki hastaların yaş ortalaması remisyon grubundaki hastaların yaş ortalamasından daha küçük olmasına rağmen, kronik hastalık varlığı açısından benzer sonuçların elde edilmesi, relapsın kronik hastalıklara daha erken zemin hazırlıyor olması şeklinde yorumlanabilir. Bağımlılık tedavisi içinde olan hastalarda, bağımlılık dışında, bulaşıcı hastalık gibi ek tıbbi durumların da farkındalığı artmaktadır. Bu durum çift yönlü pozitif bir etki ile bağımlılık tedavi sisteminde kalan kişinin bulaşıcı hastalıklar da dahil olmak üzere ek tıbbi hastalıklara olan farkındalığını artırır ve bu farkındalık ile tedavi sistemi içinde kalmak bağımlılık tedavisinde de sürekliliğine olanak sağlamaktadır.

Araştırmamızda relaps grubunda intihar girişimi ve kendine zarar verici davranış oranının daha fazla olduğu gözlemlendi. Birçok çalışmada madde kötüye kullanımı ile intihar girişimleri arasında ilişki olduğu ve madde kullanıcıları genel popülasyona göre intihar açısından yüksek risk altında olduğu bildirilmiştir (98). Kendine zarar verme davranışı ve madde kullanımının aynı kişide görülme oranının yüksek olduğu ve kendine zarar veren bağımlıların, kendine zarar vermeyen bağımlılara göre daha küçük yaşlarda madde kullandığı saptanmıştır (99). Ülkemizde yapılan bir araştırmada, madde bağımlılarında kendini yaralama davranışının % 53,6 oranında bulunduğu ve madde bağımlılığının kendini yaralama davranışı için belirleyici bir faktör olduğu öne sürülmüştür (100). Yineleyen kendine zarar verme davranışı ve intihar girişimi olan kişilerde de madde kullanmanın daha fazla olduğunu bildiren yayınlar vardır (99). İntihar davranışı gösteren bağımlılarda, bağımlılık şiddeti daha yüksek saptanmıştır ve bu grubun birden fazla çeşitte madde kullanıp, alkol ve sedatif hipnotikleri daha yüksek oranda kötüye kullandığı

bildirilmiştir. İntihar davranışı gösteren bağımlıların daha fazla ailesel sorunlar, ayrılık, maddi güçlükler, ciddi tıbbi hastalık ve çocukluk çağı travması yaşadıkları bilinmektedir (101).

Bizim araştırmamızda da relaps grubunda daha fazla intihar girişimi ve kendine zarar verici davranış saptanmış olmasının, literatürde belirtilenlere benzer şekilde, bu grubun daha şiddetli olan bağımlılık özellikleri ve eşlik eden komorbid durumları ile açıklanabileceğini düşünmekteyiz.

Remisyon ve relaps gruplarının birinci derece akrabalarında psikiyatrik hastalık ve madde kullanım sıklığı artmış olmakla birlikte iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktu. Relaps grubunun remisyon grubuna oranla çok büyük bir kısmının yakın çevresinde madde kullanımı vardı. 1999 yılında Türkiye’de 10 farklı ilde sürdürülen bir çalışmada, ailede madde kullanım oranı kannabis kullananlarda %36.1, opiat kullananlarda ise %30.9 olarak bulunmuştur (102). Anne ya da babada ruhsal hastalığın olması ergenlik döneminde madde kullanımı için risk etkenlerinin başında gelmektedir (103). Yapılan bir çalışmada madde kullanım bozukluğu olan ergenlerin ebeveynlerinde herhangi bir birinci eksen tanısının madde kullanmayan ergenlerin ebeveynlerinden daha sık olduğu saptanmıştır (104). Bağımlı arkadaşlar ile görüşme de bağımlılık tedavisindeki başarısızlıkta rol oynayan en önemli faktör olarak görülmüştür (34). Bağımlı hastaların yatarak tedavi sonrası izlendiği bir araştırmada remisyonunda kalan grubun tamamı 12 aylık takip sonunda madde kullanan arkadaşlarla görüşmüyorken, relaps olan grupta ise madde kullanan arkadaşlarıyla görüşmeyenlerin oranı %21.7 olarak bulunmuştur (5).

Literatür verileri, aile bireylerinde madde kullanımı olmasının ve madde kullanan arkadaşlar ile görüşmenin madde bağımlılığı için önemli bir risk faktörü olduğunu göstermektedir. Ancak bizim araştırmamızın verilerine göre madde kullanan arkadaşlar ile görüşme, ailede madde kullanan birinin olmasına göre relapsla daha yakın ilişkili bulunmuştur. Bunun nedeni polikliniğimize başvuran hastaların büyük bir kısmının aile desteği ile tedaviye gelmesi ve aile içinde madde kullanımı olsa dahi hastanın madde kullanımının hoş görülmemesi olabilir. Madde kullanılan arkadaş ortamında, madde kullanımının normal bir davranış olarak kabul

edilmesi ve maddeye ulaşmanın daha kolay olması nedeniyle relaps riskinin artmış olabileceği düşünülebilir.

Gruplar yasal öyküleri açısından kıyaslandığında, relaps grubunda yasal sorun yaşama ve denetimli serbestlik öyküsü oranları remisyona göre daha fazlaydı. Gruplar cezai yatış öyküsü açısından kıyaslandığında, iki grup arasında anlamlı fark yoktu.

Amerika ve Avrupa da yapılan birçok araştırma, madde kullanımı ile suç arasında bir ilişkinin olduğu ortaya koymuştur (105,106). 30 araştırmanın dahil edildiği sistematik bir çalışmada suç işleme oranının, uyuşturucu madde kullanan kişilerde 3-4 kat daha fazla olduğu ve suç işleme oranının en yüksek olduğu madde grubunun opiat olduğu belirtilmiştir (107). Bu duruma opiat yoksunluğunun ağır fizyolojik etkileri nedeniyle kişiyi çaresiz bırakması ve bu nedenle kişinin madde temini için yasadışı yollara başvurmasının etki ettiği düşünülebilir. Birçok çalışma yasal problem varlığını relaps için bir risk faktörü olarak görmüştür (92,93). Yoğun suç geçmişleri olan hastaların tedaviye katılımlarının zayıf olduğu ve tedaviyi bırakmaya eğilimli oldukları bildirilmiştir (108). 1975-1990 yılları arasında tedaviyi terk nedenlerinin araştırıldığı yaklaşık 80 çalışma incelenmiş ve tedaviyi terk riskiyle ilişkili olan hastaya ait faktörlerden birinin suç geçmişi varlığı olduğunu belirtilmiştir (94). Bizim araştırmamızın verileri de literatür ile uyumlu gözükmektedir.

Araştırma sonuçlarımıza göre relaps grubunda hem madde hem de opiyat kullanmaya başlama yaşı daha küçüktü. Opiyat kullanım süresi ise remisyona grubunda daha fazlaydı.

Bir çalışmada 15 yaşından önce madde ile tanışmış olmanın madde bağımlılığı ve maddenin kötüye kullanım riskini arttırdığı belirtilmiştir (109). Eroin bağımlılığının oluşması sürecinde de madde ile erken yaşta tanışmanın çok önemli bir risk faktörü olduğu bilinmektedir (110). Ayrıca eroin kullanmaya erken başlamış olmak tedaviyi terk riskini arttıran bir faktör olarak da görülmektedir (8). Opioid bağımlılığı tanısı ile 524 hasta 5 yıl izlenmiş ve maddeye başlangıç yaşının relapsla ilişkili olduğu saptanmıştır. (111). Çalışmamızda da literatürü destekler

şekilde relaps grubunda hem maddeye başlama yaşı hem de eroin kullanmaya başlama yaşı remisyon grubuna göre anlamlı derece küçük olarak saptanmıştır.

Eroin bağımlılığında relapsın prediktörlerini inceleyen iki yıllık izlem çalışmasında, relapsın öngörücülerinden birinin eroin kullanım süresi olduğu belirtilmiştir (112). Eroin kullanım süresi uzadıkça, bağımlıların nöral biyokimyasal değişiklikleri daha fazla, psikolojik davranış düzenlemeleri daha dengesiz, yaşam biçimleri ve çevreleri daha karmaşık olmaktadır (113). Bizim araştırmamızda literatürden farklı olarak remisyon grubunda eroin kullanım süresinin daha uzun olması remisyon grubunun yaş ortalamasının daha yüksek olması ile açıklanabilir.

Damar yolu ile madde kullanımı ve özellikle enjektör paylaşımı hepatit ve AIDS gibi bulaşıcı hastalıkların yayılmasında önemli bir rol oynayarak, toplum için önemli bir sağlık sorunu ortaya çıkarmaktadır (97). Ülkemizde yapılan çalışmalarda eroin kullananlarda damar yolu ile kullanım oranı % 36.5-62 ile arasında değişmektedir (114). Damar yolu ile madde kullananlar içinde ortak enjektör kullanım oranları ise yapılan çeşitli çalışmalarda farklı oranlarda saptanmıştır. Ülkemizde, AMATEM'e yatan hastalar ile yapılan bir araştırmada maddeyi damar yolu ile kullananlar arasında enjektör paylaşım oranı % 11 (115), bir başka araştırmada % 64 (97) olarak saptanmıştır. Çalışmamızda hem remisyon, hem relaps grubunda damar yoluyla madde kullanım oranları literatüre oranla daha az, ortak enjektör kullanım oranları ise literatür ile uyumlu bulunmuştur.

Gruplar damar içi madde ve ortak enjektör kullanım oranları açısından karşılaştırıldığında ise, iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktu. Literatüre bakıldığında, maddeyi damar yolu ile kullanmanın ve enjektör paylaşımı olmasının madde bağımlılığı tedavisindeki etkilerini araştıran çalışmaların sonuçlarında farklılıklar olduğu göze çarpmaktadır.

Bir araştırmada, eroini damar yolu ile daha önce 10 ya da daha fazla kez kullanmış olguların, nadir kullanmış veya hiç damar yoluyla kullanmamış olan kişilere göre; daha uzun zamandır eroin kullanıcısı oldukları, eroini ilk kullanım yaşlarının daha erken olduğu tespit edilmiştir (116). Ortak enjektör kullanımı olanlarda maddeyi ilk kullanma yaşı ve maddeyi yoğun kullanmaya başlama yaşının,

enjektör paylaşımı olmayanlara göre daha düşük olduğunu gösteren çalışmalar da vardır (86). Damar içi kullanımı olan hastaların kişisel özellikleri nedeniyle, damar içi kullanım olmasının tedavi sonucunu olumsuz etkilediği belirtilmektedir (117). Benzer şekilde opiyat bağımlılarında da damar yolu ile madde kullanımının tedavi başarısını olumsuz etkilediği bildirilmiştir (95).

Bu çalışmalardan farklı olarak, damar içi madde kullanımının, madde bağımlılığında tedavi başarısını etkilemediğini gösteren çalışmalar da vardır (8,41).

Damar yolu ile eroin kullananların özelliklerinin incelendiği bir çalışmada; damar yolu ile eroin kullanan ve kullanmayan hastaların kendi imkanlarıyla maddeden uzak kaldıkları dönemlerin varlığı ve madde bağımlılığı tedavisi için tıbbi yardıma başvurma oranları benzer olarak saptanmıştır (82). Bizim sonuçlarımız ile literatürdeki farklı sonuçların nedeni çalışmaların farklı popülasyon ve farklı sayıda olgular içeriyor olması ile açıklanabilir.

Araştırmamızda grupların AMATEM servis yatış sayıları benzerdi ancak remisyon grubunda tamamlanmış AMATEM servis yatış sayısı daha fazlaydı. Relaps grubunda kurallara uyumsuzluk ya da kendi isteğiyle servisten ayrılma gibi nedenlerle servis yatışlarını tamamlayamama oranları daha fazlaydı.

Yapılan bir çalışmada eroin ve alkol bağımlılığı tanısı ile izlenen hastalar hastane yatışı sonrası remisyon ve relaps olma durumlarına göre incelenmiş ve remisyonunda olan hastaların tamamının normal şekilde, relaps yaşayan grubun ise % 78.1'inin normal, % 15.6'sının kendi isteği ile, % 6.3' ünün ise kurallara uyumsuzluk nedeniyle taburcu olduğu görülmüştür. Yine aynı çalışmada remisyonunda olan hastalar ve relaps yaşayan hastalar tedaviye uyum yönünden karşılaştırılmış ve remisyonunda olan eroin bağımlılarının yatılı tedavileri sırasında terapi programını tamamlamaları, relaps yaşayan gruba göre anlamlı düzeyde daha yüksek bulunmuştur (118). Yapılan çalışmalar klinik olarak anlamlı bir etki sağlamak için tedavi süresinin de önemli olduğunu vurgulamaktadır. Bağımlılık tedavisinde başarılı sonuçlar genelde üç aydan uzun tedavi sürecinden sonra artmaktadır, üç ay öncesinde tedaviyi terk eden hastalarda önemli bir iyileşme süreci gözlemlenmemiştir (119). DeLeon ve arkadaşları da benzer şekilde hastanın iyileşebilmesi için minimum dört aylık bir

izlem süresinin olması gerektiğini vurgulamışlardır (120). Eroin bağımlılarında psikososyal ve kognitif bozulmanın fazla olması nedeniyle, uzun yatış süresinin ve tedaviyi devam ettirmenin bu bozulmaların düzelmesi üzerinde etkili olup, remisyonu sürdürmede yardımcı olabileceği düşünülebilir. Hastanemize bağımlılık tedavisi için başvuran hasta ve yakınlarının AMATEM servis yatışı için ısrarcı olmaları sık olarak karşılaştığımız bir durumdur ancak çalışmamızın sonucuna göre AMATEM servis yatış sayısı tedavide kalmada koruyucu bir parametre değildir ve literatür ile uyumlu olarak remisyon grubundaki hastalarda servis yatışlarını tamamlama oranı ve tedavide daha uzun süre kalma relaps grubuna göre anlamlı derecede fazladır.

Ayrıca yaş ile birlikte hastanede kalış sürelerinin arttığına dair literatürde çok sayıda çalışma bulunmaktadır. Gençlerin hastanede kalış sürelerinin yaşlılara nazaran daha az olduğu birçok çalışmada gösterilmiştir (108). Genç hastaların daha dürtüsel olmaları nedeniyle tedaviyi daha çabuk bıraktıkları düşünülmektedir. Çalışmamızda da literatürle uyumlu olarak remisyon grubunda yaş ortalaması daha büyüktür ve yaş ile hastanede kalış süresi arasında pozitif yönde bir ilişki saptanmıştır. Bunun nedeni yaş ile birlikte dürtüsellüğün azalması ve tedavi motivasyonunun yaş arttıkça artması olabilir.

Araştırmamızda remisyon grubunda taburculuk sonrası düzenli poliklinik kontrolü oranları relaps grubuna kıyasla istatistiksel olarak anlamlı derece yüksekti. Taburculuk sonrası düzenli poliklinik kontrolünün tekrar hastaneye yatışı azalttığı belirtilmiştir (48). Eroin bağımlılarında yatarak tedavi sonrası relapsın nedenlerinin incelendiği bir çalışmada, remisyonda olanların %75.9'unun 12 aylık takip sonunda poliklinik kontrollerine düzenli geldiği, relaps olan grubun ise %13'ünün kontrollere düzenli geldiği ve %17.4'ünün hiç gelmediği belirtilmiştir (118). Literatürle benzer şekilde bizim araştırmamızda da, remisyon grubundaki hastaların taburculuk sonrası poliklinik kontrollerine daha düzenli geldikleri dikkat çekmektedir.

4.2 BAĞIMLILIK PROFİL İNDEKSİ (BAPİ) SONUÇLARININ RELAPS İLE İLİŞKİSİ

Grupların Bağımlılık Profil İndeksi (BAPİ) sonuç ortalamalarına bakıldığında; relaps grubunda BAPİ toplam puanı daha yüksekti. BAPİ alt ölçeklerinden; tanı ölçütleri alt ölçeği, madde kullanım özellikleri alt ölçeği, yaşam üzerine etki alt ölçeği, aşırma şiddeti alt ölçeği, heyecan arama davranış alt ölçeği, öfke kontrol zorluğu alt ölçeği, depresyon ve anksiyete alt ölçeği puanlarının ve dolayısı ile bağımlılık şiddetinin relaps grubunda daha yüksek olduğu saptandı.

Bağımlılıkta şiddet kavramı farklı faktörlerden oluşabilir. Madde kullanımının kişinin yaşamına olan etkisi, bağımlılık tanı ölçütlerini oluşturan belirtilerin sayısı ve aşırma şiddeti gibi değişkenlerin her biri bağımlılık şiddet göstergeleri olarak kabul edilebilir (121). Bağımlılığın şiddeti uygulanacak tedavi yönteminin seçiminde bir ölçüt olarak kullanılabilir. Bir araştırmada daha şiddetli madde kullanım bozukluğu olanlarda tedavi sonuçlarının daha kötü olduğu bildirilmiştir (45). Ravndal ve Vaglum'un yaptığı bir çalışmada 144 hasta tedaviye alınmış, bu hastaların 43 tanesi bir yıllık servis tedavisini tamamlarken ve 29 kişi de tüm programı tamamlayabilmiştir. Madde kullanım bozukluğunun şiddeti bu çalışmada vurgulanan en önemli komponent olmuştur (122). Benzer şekilde denetimli serbestlik nedeniyle tedavi hizmetine başvuran kişiler arasında programı tamamlayamayanlarda BAPİ toplam puanı daha yüksek bulunmuştur (123). Bu yönüyle sonuçlarımız literatürle benzerlik göstermektedir.

BAPİ alt ölçekleri değerlendirildiğinde, relaps grubunda madde kullanma isteği ve heyecan arama davranışı oranlarının daha fazla olduğu gözlemlendi. Şiddetli madde kullanma isteği (craving), bağımlılarda tedaviye uyumu zorlaştıran bir etkidir (124). Madde kullanma isteği fazla olan bağımlılarda relapsın sık gözüktüğü ve buna uygun tedavi planının hazırlanmasının yararlı olduğu bildirilmektedir (125). Madde isteği ve heyecan arama davranışı arasında önemli bir ilişki olduğu belirtilmiştir. Bu nedenle heyecan arama davranışına yönelik müdahalelerin bağımlılığın tedavisinde önemli olduğu ileri sürülmektedir (126). Bir çalışmada madde isteği ve heyecan arama davranış yüksek olanların, denetimli serbestlik sürecinde, Sigara, Alkol, Madde Bağımlılığı (SAMBA) psikoeğitim programını

tamamlamakta zorlandıklarını tespit edilmiş, bu nedenle madde isteği ve heyecan arama davranışı yüksek olan bağımlılar için gerekli önlemlerin alınmasının, denetimli serbestlik sürecinin uyumlu bir şekilde tamamlanmasına yardımcı olacağı belirtilmiştir (123).

Araştırmamızın relaps grubunda öfke düzeyi, anksiyete ve depresyon puanlarının daha fazla olduğu göze çarpmaktaydı. Öfke ile madde kullanımı arasındaki ilişki birçok çalışmanın araştırma konusu olmuştur. Yapılan çalışmalarda madde kullanım bozukluğu olan kişilerde, öfke düzeyinin yüksek ve öfkenin madde kullanımına başlamak için bir risk faktörü olduğu belirtilmiştir (127). Öfkenin artmış madde kullanımı ve relaps ile ilişkisi bulunmuştur (128). Benzer şekilde yüksek anksiyete düzeyi, stresle başa çıkma becerilerinin yetersiz olması ve depresyon gibi etkenlerin relapsta rol oynadığı ve relapsı önleme stratejileri içinde ele alınması gerektiği belirtilmiştir (129). Bizim sonuçlarımız da literatürü bu yönüyle desteklemektedir.

4.3 ALGILANAN SOSYAL DESTEĞİN RELAPS İLE İLİŞKİSİ

Yapılan çalışmalarda sosyal destek sisteminin bireyin psikolojik ve sosyolojik sorunlarının çözümü, önlenmesi ve tedavisinde güçlü bir kaynak olduğu ifade edilmektedir (130). Madde bağımlılığının tedavisinde sosyal desteğin önemine ya da bu ikisi arasındaki ilişkiye yönelik de birçok çalışma yapılmıştır. Algılanan sosyal destek, tedavi sonrası yeniden madde kullanmaya başlamada bir tampon görevi gören psikolojik iyilik halini tetikleyerek madde bağımlılığı tedavisini olumlu yönde etkiler. Böylece, madde bağımlılarına sağlanan sosyal destek, bağımlılığın seyri ve relaps üzerine etkide bulunabilir (131). Madde kullanım ve bağımlılık davranışlarının, aile, arkadaş ve özel insanların sosyal desteğini alan bireylerde azaltılabildiği saptanmıştır (132). Madde bağımlılığında relaps ve tekrarlayan hastane yatışlarının öngörücülerini araştıran bir çalışmada ise relaps; sosyal destek ve psikiyatrik komorbidite ile yakından ilişkili bulunmuştur (91). Aile desteği olan bağımlı bireylerin, sosyal destekleri olması nedeniyle tedavide kalma sürelerinin daha uzun olduğu bilinmektedir. İtalya'da yapılan bir çalışmada aile üyeleri tarafından güçlü sosyal desteği olan eroin kullanıcılarının tedavide kalma sürelerinin daha yüksek olduğu bulunmuştur (57).

Bizim araştırmamızda da remisyon grubunda hastaların sosyal destek algıları, relaps grubundaki hastaların sosyal destek algılarına göre anlamlı derecede yüksek bulunmuştur ve bu sonuç literatür ile uyumludur.

4.4 BAŞA ÇIKMA TUTUMLARININ RELAPS İLE İLİŞKİSİ

Araştırmamızda remisyon grubundaki hastaların problem ve duygusal odaklı başa çıkma tutumlarını, relaps grubundakilerin ise işlevsel olmayan başa çıkma tutumlarını daha sık kullandıkları göze çarpmaktaydı.

Başa ıkmanın sorunlu kişi-evre iliŐkilerini deėiŐtirmek (problem odaklı başa çıkma) ve stres altındaki duyguları düzenlemek (duygu odaklı başa ıkma) Şeklinde iki ana iŐlevi tanımlanmıştır. Duygu odaklı başa çıkma, duygusal baskıyı azaltma ya da kontrol etme amacını taŐır. Problem odaklı başa çıkma, problem çözme veya stresin kaynağını deėiŐtirme amacını taŐır (133). Bağımlılık oluşmasında stresle baş etme stratejilerinin önemli olduğu bilinmektedir (63). Madde bağımlılığı, stresle ilgili yetersiz ya da istenmeyen uygunsuz baş etme biçimi olarak kavramsallaŐtırılmaktadır (64). Mevcut ve beklenen stresi ve psikopatolojik semptomları azaltabilmesi nedeniyle pek çok bağımlılık tedavi merkezi uyumsal başa çıkma kapasitelerin geliŐtirmeyi amaçlamaktadır (62).

Metadon kullanan 276 hasta ile yapılan bir araştırmada, başa çıkma özellikleri ile madde kullanımının ilişkili olduğu saptanmıştır (64). Alkol ve opioid bağımlılığıyla ilgili yapılan diğer bir çalışmada da relaps yaşayan grubun, relaps olmayan gruba göre maladaptif baş etme stratejilerini daha sık kullandığı belirtilmiştir (15). Naltrexon kullanan 57 opioid bağımlısı ile 75 sağlıklı kontrolün karŐılaŐtırıldıėı bir araştırma sonucu ise bağımlı grubun adaptif baş etme stratejilerini daha az kullandığını ve daha yüksek oranda stres tariflediğini göstermektedir (63). Madde kullanma ve bulundurma nedeniyle hükümlü olan 41 madde kullanım bozukluğu olan kişi ile sağlıklı kontrollerin karŐılaŐtırıldıėı bir çalışmada, zihinsel boş verme, duyguları ifade etme ve sorunlara odaklanma, dini olarak başa çıkma, duygusal sosyal destek kullanımı gibi işlevsel olmayan başa çıkma tutumu alt ölçekleri araştırma grubunda belirgin olarak düşük bulunmuştur (134).

Bizim çalışmamızda da literatür ile uyumlu olarak remisyon grubunda problem odaklı başa çıkma stratejileri daha yüksek saptanırken, relaps grubunda işlevsel olmayan başa çıkma stratejileri daha yüksek bulunmuştur. Bu bulgular güncel literatürle uyumlu görünmektedir. Ancak bizim sonuçlarımızda literatürden farklı olarak remisyon grubunda duygu odaklı başa çıkma stratejileri daha yüksek saptanmıştır. Çalışma ölçekleri hastalara yoksunluk semptomları geriledikten ve poliklinik tedavi süresince baş etme becerilerinin de öğretilmeye çalışıldığı eğitimlere girmeye başlamalarından sonra verilmiştir. Klinik olarak hastaların özgüvenlerinin yüksek olarak gözlemlendiği bu dönemde verilen ölçekler sonuçların yanıltıcı çıkmasına sebep olmuş olabilir.

4.5 YAŞAM KALİTESİNİN RELAPS İLE İLİŞKİSİ

Bağımlılarla yaşam kalitesi hakkında yapılan çalışmalardan elde edilen bulgularda, madde kullanıcılarının yaşam kalitesinin, genel nüfusa ve çeşitli hastalıkları olan insanlara göre daha düşük olduğu öne sürülmüştür (135). Bağımlılarla SF-36 kullanarak yapılan çalışmalarda, bu kişilerin kontrol gruplarına ve genel nüfusa göre daha düşük puanlar aldığı saptanmıştır (136). Bu konudaki tedavi izleme çalışmalarında ise uzun süre alkol veya madde kullanmayan ve remisyondaki bağımlılarda yaşam kalitelerinin tedavi başlangıcına göre artmış olduğu gözlenmiştir (16). Bu çalışmalarla beraber yaşam kalitesinin artmasının bağımlılık tedavisindeki bireylerde nüks riskini azalttığı da bildiren çalışmalar vardır. (137). Foster ve arkadaşları da düşük yaşam kalitesinin relaps riskini arttırabileceğini belirtmişlerdir (138).

Bizim çalışmamızda da remisyon grubunda yaşam kalitesi ölçek skorlarının hepsi relaps grubuna göre anlamlı derecede yüksek bulunmuştur. Yaşam kalitesinin remisyon grubunda daha fazla olmasının nedeni, tedavide kalmanın sağladığı düzelmiş yaşam koşulları ile ilgili olabilir. Ayrıca son dönem araştırmalarının öne sürdüğü gibi yaşam kalitesinin yüksek olması relaps riskini azaltan bir parametre de olabilir. Hastalara tedavi öncesi ölçek uygulanmaması yorum yapılmasını zorlaştıran bir neden olmaktadır.

4.6 ÇALIŞMAMIZIN KISITLILIKLARI

Araştırmamızın homojen bir grupta yapılmış olması ve madde kullanım bozukluğu dışında ek bir psikiyatrik hastalık tanısı olmayan kişilerin araştırmaya dahil edilmesi bazı literatür verileriyle uyuşmuyor olmasının bir nedeni olabilir.

Ölçekler her ne kadar hastaların stabil olduğu dönemde uygulanmış ve hepsi buprenorfin tedavisi altında olan hastalar araştırmaya alınmış olsa da, ilaç dozu ve diğer nedenlerle verilen ek ilaçların etkilerinin değerlendirilmemesi bir diğer kısıtlılıktır.

Buprenorfin/nalokson kombinasyonunun hem prelinik hem de klinik çalışmalarda anksiyete ve depresif duygular üzerinde olumlu etkileri olduğu gösterilmiştir. Aşerme seviyesi ve bağımlılık şiddeti gibi parametreleri etkilemesi de göz önüne alındığında hastaların aldıkları ilaç dozlarının sonucu etkiliyor olabileceği düşüncesi de gözardı edilmemelidir.

Araştırmamızdaki hasta sayısının düşük olması ve kısa gözlem süresi sonuçlarla ilgili daha net yorumlar yapabilmeyi zorlaştırarak bir kısıtlılık oluşturmaktadır. Bu konuda daha fazla hastayı kapsayan ve daha uzun gözlem çalışmalarına ihtiyaç vardır.

5 SONUÇLAR

- 1) Küçük yaş, bekar ve boşanmış olma, yalnız yaşama, çalışmama, düzenli bir işin olmaması ve düşük aylık gelir relaps grubunda daha fazla oranda saptandı.
- 2) Her iki grup arasında cinsiyet ve toplam eğitim yılı açısından farklılık saptanmadı.
- 3) Gruplar kronik bir hastalığa sahip olma, birinci derece akrabalarında psikiyatrik hastalık varlığı ve madde kullanım öyküsü açısından benzer oranlara sahipti.
- 4) Bulaşıcı bir hastalığa sahip olma remisyon grubunda daha fazlaydı.
- 5) Kendine zarar verici davranış ve intihar girişimi öyküsü relaps yaşayan hastalarda daha fazlaydı.
- 6) Denetimli serbestlik öyküsü ve yasal sorun yaşamış olmak relaps grubunda anlamlı derece yüksek bulunmuştur. Cezaevi yatış öyküsü her iki grupta benzer oranlarda saptandı.
- 7) Madde kullanım süresi remisyon ve relaps grubunda benzerdi.
- 8) Madde kullanmaya başlama yaşı ve eroin kullanmaya başlama yaşı relaps grubunda daha düşüktü.
- 9) Damar yolu ile madde kullanımı ve enjektör paylaşımı her iki grupta benzer oranlardaydı.
- 10) Yakın çevrede madde kullanımı olması relaps grubunda remisyon grubuna göre anlamlı derece yüksek bulundu.
- 11) Ayaktan tedavi sayısı relaps grubunda daha fazlaydı.
- 12) AMATEM servis yatış sayısı gruplar arası benzer oranlarda saptandı.
- 13) Tamamlanmış AMATEM servis yatış sayısı ve taburculuk sonrası düzenli poliklinik kontrolü remisyon grubunda anlamlı derece yüksekti.
- 14) Bağımlılık Profil İndeksi (BAPİ) toplam puanı relaps grubunda daha fazlaydı.
- 15) Algılanan sosyal destek remisyon grubunda daha yüksek oranda saptandı.
- 16) Remisyon grubunun problem ve duygu odaklı, relaps grubunun ise işlevsel olmayan başa çıkma tutumlarını daha fazla kullandığı saptandı.
- 17) Yaşam kalitesi remisyon grubunda relaps grubuna göre anlamlı oranda daha yüksek bulundu.

- 18)** Sosyodemografik verilerin relaps üzerindeki öngörücü etkisini incelemek amacıyla kullanılan lojistik regresyon analizi modelinde; yaşın artmasının ve düzenli iş sahibi olmanın relaps riskini azalttığı, yasal sorun yaşamının ve yakın çevresinde madde kullanımı olmasının relaps riskini arttırdığı görüldü. Evli olma durumu, kendine zarar verici davranış, intihar girişimi ve madde kullanmaya başlama yaşı değişkenleri istatistiksel açıdan anlamlı risk faktörü olarak saptanmadı.
- 19)** Başa çıkma tutumları ve algılanan sosyal desteğin relaps üzerindeki öngörücü etkisini inceleyen lojistik regresyon analizi modelinde; işlevsel olmayan başa çıkma tutumlarını kullanmanın relaps riskini arttırdığı, algılanan sosyal desteğin artışının relaps riskini azalttığı saptandı. Problem odaklı ve duygu odaklı başa çıkma tutumlarını kullanmak değişkenleri istatistiksel açıdan anlamlı risk faktörü olarak saptanmadı.

Madde bağımlılığı tedavisinde en zor ve maliyeti yüksek olan problem, relaps oranlarının yüksek olmasıdır. Kişiye ve topluma verdiği zararlar nedeniyle opiyat bağımlılığının tedavisi oldukça önemlidir. Opiyat bağımlılığının kronik ve yineleyici bir hastalık olması nedeniyle tedavi sırasında hastaların, opiyat ya da başka bağımlılık yapıcı maddeler kullanmaları ve tedaviden sonra opiyat kullanımına geri dönmeleri oldukça sık görülür (41). Madde bağımlısı hastaların yaşadıkları relaps süreçlerinin ayrıntılı olarak tanımlanabilmesi tedavi stratejilerinin belirlenmesi ve sonraki relaps süreçlerinin önlenmesi konusunda klinisyenlere yol gösterici olacaktır (5).

Biz de bu çalışmada, opioid kullanım bozukluğu tanısı olan hastalarda, relapsın; sosyodemografik özellikler, bağımlılık özellikleri, algılanan sosyal destek, başa çıkma tutumları ve yaşam kalitesi puanları ile olan ilişkisini ve öngörücülerini inceleyip, opioid kullanım bozukluğu tedavisinde yanıtı etkileyen faktörleri belirlemeye çalıştık. Elde ettiğimiz sonuçlar, madde bağımlılığı tedavisinin gözden geçirilip, toplumumuza özgü yeni tedavi protokollerinin geliştirilmesi ve relapsların azaltılıp, remisyon dönemlerinin uzatılmasına katkı sağlayabilir.

6 KAYNAKLAR

1. Koob GF, Moal ML. Drug Abuse: Hedonic Homeostatic Dysregulation, *Science*, 1997; 278:52–58.
2. Ely M, Hardy R, Longfort NT, Wadsworth ME. Gender differences in the relationship between alcohol consumption and drink problems are largely accounted for by body water. *Alcohol and Alcoholism*; 1999, 34: 894 – 902.
3. World Drug Report 2018.
4. United Nations Office on Drugs and Crime, 2018.
5. Yılmaz A, Can Y, Bozkurt M, Evren C. Alkol ve Madde Bağımlılığında Remisyon ve Depreşme, *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 2014;6(3):243-256.
6. Donovan DM. Assessment issues and domains in the prediction of relapse. *Addiction*, 1996, Dec;91 Suppl:S29-36.
7. Salimi A, Safari F, Mohajerani SA, Hashemian M, Kolahi AA, Mottaghi K. Long-term Relapse of Ultra-Rapid Opioid Detoxification, *Journal of Addictive Diseases*, 33:33–40, 2014.
8. Nordt C, Vogel M, Dürsteler KM, Stohler R, Herdener M. A comprehensive model of treatment participation in chronic disease allowed prediction of opioid substitution treatment participation in Zurich, 1992-2012, *Journal of Clinical Epidemiology*, 2015; 68: 1346-1354.
9. Hutchison C. Social support: factors to consider when designing studies that measure social support. *J Adv Nurs*; 1999, 29: 1520 – 6.
10. Dobkin PL, De CM, Paraherakis A, Gill K. The role of functional social support in treatment retention and outcomes among outpatient adult substance abusers, 2002, Mar; 97 (3): 347 – 56.
11. Bacanlı H, Sürücü M, İlhan, T. Başa Çıkma Stilleri Ölçeği Kısa Formunun (BÇSÖ-KF) Psikometrik özelliklerinin incelenmesi: Geçerlik ve güvenilirlik çalışması, *Kuram ve Uygulamada Eğitim Bilimleri*, 2013, 13(1), 81-96.
12. Lazarus RS, Folkman S. *Stress, Appraisal, and Coping*, Springer Publishing Company, 15 Mar 1984.
13. Kommescher M, Wagner M, Pützfeld V, Berning J, Janssen B, Decker P, Bottlender R, Möller HJ, Gaebel W, Maier W, Klosterkötter J, Bechdolf A. Coping as a predictor of treatment outcome in people at clinical high risk of psychosis, *Early Interv. Psychiatry*, 2016, 10, 17–27.
14. Chung T, Langenbucher J, Labouvie E, Pandina RJ, Moos RH. Changes in alcoholic patients' coping responses predict 12-month treatment outcomes, *J. Consult. Clin. Psychol*, 2001, 69, 92–100.
15. Mattoo SK, Chakrabarti S, Anjaiah M. Psychosocial factors associated with relapse in men with alcohol or opioid dependence, *Indian J Med Res*, 2009 Dec;130(6):702-8.
16. Rather BC, Sherman MF. Relationship between alcohol expectancies and length of abstinence among Alcoholics Anonymous members. *Addict Behav*, 1989, 14(5):531-6.

17. Cruz-Feliciano MA, Miranda-Díaz C, Fernández-Santos DM, Orobitg-Brenes D, Hunter-Mellado RF, Carrión-González IS. Quality of life improvement in Latinas receiving combined substance use disorders and trauma-specific treatment: a cohort evaluation report, 2017 May 2;15(1):90.
18. Milhorn JR HT. Opioids. In: Chemical Dependence, New York, Springer Verlag, 1990, 167-183.
19. Offermanns S, Rosenthal W. Encyclopedia of Molecular Pharmacology, Second ed. New York: Springer Science & Business Media, 2008, 903.
20. Stahl SM. Stahl'ın Temel Psikofarmakolojisi. Tunç A (Çeviri ed.) İstanbul: Medikal Yayıncılık, 2012, 559-560.
21. Çakmak D, Evren C. Alkol ve madde kullanım bozuklukları, İstanbul, Özgül Matbaacılık, 2006, 9-33.
22. Ögel K. Madde Bağımlılarına Yaklaşım ve Tedavi. İstanbul, IQ Kültür Sanat Yayıncılık, 2002.
23. Sadock BJ, Sadock VA, Kaplan&Sadock"s Comprehensive Textbook of Psychiatry ,Güneş Kitapevi Ltd.ği Lippincott Williams & Wilkins, 2007, 8, 1137-1167.
24. Amerikan Psikiyatri Birliği, Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı, Beşinci Baskı (DSM-V). (Çev. ed.: E Köroğlu). Ankara, Hekimler Yayın Birliği, 2013.
25. Dilbaz N, Opiyat Bağımlılığı, İçinde: Madde Bağımlılığı Tanı ve Tedavi Kılavuzu El Kitabı, 2012, 879, 62-101.
26. Babaoğlu A. N. Uyuşturucu ve tarihi: bağımlılık yapan maddeler, 1997, Kaynak Yayınları
27. Lyden J, Binswanger IA. The United States opioid epidemic, Semin Perinatol, 2019.
28. Evren C, Ögel K, Uluğ B, Alkol Madde Bağımlılığı Tanı ve Tedavi El Kitabı Türkiye Psikiyatri Derneği Yayınları, 2012, 1, 6-29.
29. Türkiye Uyuşturucu ve Uyuşturucu Bağımlılığı İzleme Merkezi 2012 Raporu.
30. Türkiye Uyuşturucu Raporu 2018.
31. Beyazyürek M, Satır TT. Madde Kullanım Bozuklukları, Psikiyatri Dünyası, 2000, 4(2), 50-56.
32. Ögel K. Madde kullanım bozuklukları epidemiyolojisi, Türkiye Klinikleri Dahili Tıp Bilimleri Dergisi Psikiyatri, 2005, 1(47), 61-4.
33. Galanter M, Kleber HD (editors). Goals of Treatment. In Textbook of Substance Abuse Treatment, American Psychiatric Press, Inc. Washington DC, 1994, 3-10.
34. Noormohammadi MR, Nikfarjam M, Deris F, Parvin N. Spiritual Well-Being and Associated Factors with Relapse in Opioid Addicts, Psychiatry Section, 2017, 11, 03.
35. Moninka H, Lichenstein S, Worhunsky PD, DeVito EE, Scheinost D, Yip SW. Can neuroimaging help combat the opioid epidemic? A systematic review of clinical and pharmacological challenge fMRI studies with recommendations for future research. Neuropsychopharmacology. 2019 Jan;44(2):259-273.
36. Mutasa HC, Risk factors associated with noncompliance with methadone substitution therapy (MST) and relapse among chronic opiate users in an outer London community, J Adv Nurs, 2001, 35(1):97-107.

37. Daley DC, Douaihy A. Relaps Prevention Counselling. United States of America: PESI Publishing & Media, 2015.
38. Daley DC, Marlatt GA, Lowinson JH, Ruiz P, Millman RB, Langrod JG (editors). Relapse prevention, Substance Abuse–A Comprehensive Textbook. 3. Edition, Newyork: Williams and Wilkins 1997;458-467.
39. Irvin JE, Bowers CA, Dunn ME, Wang MC. Efficacy of relapse prevention: a meta-analytic review, J Consult Clin Psychol, 1999;67:563-570.
40. Marlatt GA, Gordon JR: Relapse Prevention: maintenance strategies in the treatment of addictive behaviors. The Guilford Pres, New York 1985- 79.
41. Guliyeva C, Yargıç Lİ. Buprenorfin/Nalokson Yerine Koyma Tedavisinin Erken Döneminde Tedavi Başarısını Öngören Faktörler, The Turkish Journal on Addictions, 2015 2(1) 5-27.
42. Türkiye Uyuşturucu Raporu 2012.
43. Howard DL, McCaughrin WC. The treatment effectiveness of outpatient substance misuse organizations between court-mandated and voluntary clients, Substance Use and Misuse; 1996, 31: 895-926.
44. Backmund M, Meyer K, Eichenlaub D, Schütz CG. Predictors for completing an inpatient detoxification program among intravenous heroin users, methadone substituted and codeine substituted patients. Drug Alcohol Depend, 2001, 64(2), 173-180.
45. Franken IH, Hendriks VM. Predicting outcome of inpatient detoxification of substance abusers, Psychiatr Services, 1999, 50(6), 813-817.
46. Baykara S, Alban K. Erkek eroin bağımlılarında fiziksel etkinlik düzeylerinin değerlendirilmesi, Anadolu Psikiyatri Dergisi, 2017, 18(3):211-216.
47. Lehman WEK, Simpson DD. Criminal involvement. In: DD. Simpson SB. Sells (Eds.), Opioid addiction and treatment. Malabar, FL: Krieger Publishing, 1990, 157-76.
48. Romelsjö A, Palmstierna T, Hansagi H, Leifman A. Length of outpatient addiction treatment and risk of rehospitalization -Journal of Substance Abuse Treatment, 2005, 28.
49. Saunders B, Allsop S. Relapse: a psychological perspective, Br J Addict, 1987;82:417-429.
50. Bölek S. Opiyat Bağımlılığı Tedavisinin Madde kullanımı, Yaşam Kalitesi Ve İşlevsellik Üzerine Etkilerinin İncelenmesi Öngören Faktörler-İSTANBUL – 2013
51. Evren C. İstanbul Türkiye’de buprenorfin/nalokson idame tedavisinde mevcut durum, Addicta: The Turkish Journal on Addictions, 2014;1(2): 47-63.
52. Ardahan M. Sosyal destek ve hemşirelik, Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi.2006;9(2):68-75.
53. Noteboom A, Beekman AT, Vogelzangs N, Penninx BW. Personality and social support as predictors of first and recurrent episodes of depression, Journal Of Affective Disorders. 2016;190:156-61.
54. Yüncü Z, Yıldız U, Kesebir S, Altıntoprak E ve ark. Alkol kullanım bozukluğu olan olguların sosyal destek sistemlerinin değerlendirilmesi, Bağımlılık Dergisi; 2005, 6: 129 – 35.

55. Stevens E, Jason LA, Ram D, Light J. Investigating social support and network relationships in substance use disorder recovery. *Substance Abuse*, 2015;36(4):3969.
56. Avşar G, Koç F, Aslan G. Madde Bağımlısı Hastalarda Sosyal Destek ve Benlik Saygısı, *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2016, 1: 44-49.
57. Loffreda A, Falcone G, Motola G, Mazzeo F, Iacobelli M, Ferrari P, ve ark. Use of altrexone for the treatment of opiate addiction in Campania, Italy: the role of family, *Journal of Substance Use*, 2003;8(3):182-5.
58. Folkman S. Personal control and stress and coping processes: a theoretical analysis, *J Pers Soc Psychol* 1984; 46: 839-52.
59. Carver CS, Scheier MF, Weintraub JK. Assessing coping strategies: a theoretically based approach, *J Pers Soc Psychol*, 1989 Feb;56(2):267-83.
60. Nowack KM. Coping style, cognitive hardiness, and health status, *Journal of Behavioral Medicine* 1989; 12, 145-158.
61. Madden C, Hinton E, Holman CP, Mountjouris S, King N. Factors associated with coping in persons undergoing alcohol and drug detoxification, *Drug and alcohol dependence* 1995; 38:229–235.
62. Schreurs CC, Cheung ML. Cognitive processes underlying coping flexibility: Differentiation and integration. *Journal of Personality*, 2005; 73:859-886.
63. Hyman SM, Hong KA, Chaplin TM, Dabre Z, Comegys AD, Kimmerling A, Sinha RA. Stress-Coping Profile of Opioid Dependent Individuals Entering Naltrexone Treatment: A Comparison with Healthy Controls. *Psychol Addict Behav*. 2009 December; 23(4): 613–619.
64. Belding MA, Iguchi MY, Lamb RJ, Lakin M, Terry R. Coping strategies and continued drug use among methadone maintenance patients. *Addict Behav*, 1996, May-Jun;21(3):389-401.
65. Dünya Sağlık Örgütü 1994.
66. Katschnig H. Why it is so difficult for persons with schizophrenia living in the community to achieve an adequate quality of life, *Epidemiol Psichiatr Soc*, 2000 Jan-Mar;9(1):7-10.
67. Welsh JA, Buchsbaum DG, Kaplan CB. Quality of life of alcoholics and non-alcoholics: does excessive drinking make a difference in the urban setting? *Qual Life Res*. 1993 Oct;2(5):335-40.
68. Costenbader EC, Zule WA, Coomes CM. The impact of illicit drug use and harmful drinking on quality of life among injection drug users at high risk for hepatitis C infection. *Drug Alcohol Depend*, 2007 Jul, 10;89(2-3):251-8.
69. Longabaugh R, Mattson ME, Connors GJ, Cooney NL. Quality of life as an outcome variable in alcoholism treatment research, *J Stud Alcohol Suppl*, 1994 Dec;12:119-29.
70. Çorapcıoğlu A, Aydemir O, Yıldız M, Esen A, Koroglu E. Structured Clinical Interview for DSM IV, Turkish version. Hekimler Yayın Birliği, Ankara, Turkey. 1999
71. Ögel K, Evren C, Karadağ F, Gurol TD. Bağımlılık Profil İndeksi'nin (BAPİ) Geliştirilmesi, Geçerlik ve Güvenilirliği. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 2012, 23 (4): 264 – 273.
72. Çakır, Y. ve Palabıyıkoglu, R. Gençlerde sosyal destek-çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeğinin güvenilirlik ve geçerlik çalışması. *Kriz Dergisi*, 1997, 5; 15-24.

73. Eker D, Arkar H. Çok boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği'nin faktör yapısı, geçerlik ve güvenilirliği. *Türk Psikoloji Dergisi*, 1995, 34: 45 – 55.
74. Litman JA. The COPE inventory: Dimensionality and relationships with approach and avoidance-motives and positive and negative traits, *Personality and Individual Differences* 2006; 41:273-284.
75. Ağargün MY, Beşiroğlu L, Kıran ÜK, Özer ÖA, Kara H. COPE (Başa Çıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeği): Psikometrik özelliklere ilişkin bir ön çalışma. *Anadolu Psikiyatri Dergisi* 2005; 6: 221-226.
76. Eser E, Fidner H, Fidaner C, Eser SY, Elbi H, Göker E, WHOQOL-100 ve WHOQOL-BREF'in psikometrik özellikleri, *Psikiyatri Psikoloji Psikofarmakoloji (3P) Dergisi*, 1999.
77. Gordon AJ, Zrull M. Social networks and recovery: One year after inpatient treatment, *Journal of Substance Abuse Treatment* Volume 8, Issue 3, 1991, Pages 143-152.
78. Savaşan A, Engin E, Ayakdaş D. , The Lifestyle Changes And Relaps Of Addicted Patients Discharged From Amatem, *Journal of Psychiatric Nursing*, 2013;4(2): 75-79.
79. Hubbard RL, Marsden ME. Relapse to use of heroin, cocaine, and other drugs in the first year after treatment, *Relapse and Recovery in Drug Abuse*, 1986, 157-166.
80. Stancliff S, Josep H, Fong C, Furst T, Comer S, Roux P. Opioid Maintenance Treatment as a Harm Reduction Tool for Opioid-Dependent Individuals in New York City: The Need to Expand Access to Buprenorphine/Naloxone in Marginalized Populations. *Journal of Addictive Diseases*, 2012, Pages, 278-287.
81. Doğanavşargil GÖ, Sertöz ÖÖ, Coşkunol H, Şen G. EÜTF Psikiyatri anabilim dalı bağımlılık tedavi biriminin hasta verilerinin on yıllık geriye dönük olarak incelenmesi, *Madde kullanan hastaların sosyodemografik özellikleri*, *Bağımlılık Dergisi*, 2004; 5:115-120.
82. McHugh RK, Murray HW, Hearon BA, et al. Predictors of dropout from psychosocial treatment in opioid-dependent out-patients. *Am J Addict* 2013; 22: 18-22.
83. Brorson HH, Arnevik EA, Hendrik KR et al. Drop-out from addiction treatment: a systematic review of risk factors. *Clin Psychology Rev* 2013; 33: 1010-1024.
84. Baekeland F, Lundwall L. Dropping out of treatment: A critical review. *Psychological Bulletin*, 1975, 82(5), 738-783.
85. Işıklı S, Irak M. Türkiye'de madde kullanımı ve bağımlılığı profili araştırması: 2002 yılı madde kullanımı geniş alan araştırması. Nihai rapor. *Türk Psikologlar Derneği*, 2002 Aralık; 55-65.
86. Evren C, Çakmak D. Damar yolu ile eroin kullananlarda enjektör paylaşımı ve ilişkili özellikler, *Bağımlılık Dergisi*, 2002; 3(1): 21-26.
87. San L, Camı J, Peri JM, Mata R, Porta M. Success and Failure at Inpatient Heroin Detoxification, *Addiction*, 1989: 84: 5-116.
88. Arıkan Z, Coşar B, Işık A, Candansayar S, Işık E. Yarı Kentsel Bir Bölgede Alkol Prevelansı. *Kriz Dergisi*, 1996, 4(2); 93-100.
89. Türkcan A. Türkiye'de Madde Kullananların Profili: Hastane verilerinin incelenmesi, *Düşünen Adam*; 1998, 11 (3): 56-64.

90. Beyazyürek M, Alpkın L, Karamustafalıoğlu KO ve ark. Uyuşturucu madde bağımlılarında sosyodemografik özellikler. *Düşünen Adam* 1990;3: 59-61.
91. Benda BB. Factors Associated With Substance Abuse Treatment Program Rehospitalization Among Veterans in a Substance Abuse Treatment Program, *Psychiatric Services*, September 2002 Vol. 53 No.9.
92. Brewer DD, Catalano RF, Haggerty K, Gainey RR, Fleming CB. A meta-analysis of predictors of continued drug use during and after treatment for opiate addiction. *Addiction*, 1998, 93:73–92.
93. Moos RH, Pettit B, Gruber V. Longer episodes of community residential care reduce substance abuse patients' readmission rates. *Journal of Studies on Alcohol*, 1995, 56, 433 – 443.
94. Stark MJ. Dropping out of substance abuse treatment: A clinically oriented review. *Clin. Psychol. Rev.* 1992;12:93–116.
95. Subramaniam GA, Warden D, Minhajud- din A, et al. Predictors of abstinence: national institute of drug abuse multisite buprenorphine/naloxone treatment trial in opioid-dependent youth, *J Am Acad Child Adoles Psychiatr* 2011; 50:1120-1128.
96. Ohlmeier MD, Peters K, Wildt BTT, Zedler M, Ziegenbein M, Wiese B, Emrich HM, Schneider U. Comorbidity of alcohol and substance dependence with attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD)., *Alcohol* 2008; 43:300-304.
97. Karamustafalıoğlu O, Ağargün YM, Bozkan N. İntravenöz Madde Kullananlarda AIDS Korkusu ve Risk Davranışı. *Düşünen Adam* 1991; 4, 2: 40-2.
98. Oyefeso A, Ghodse H, Clancy C ve ark. Suicide among drug addicts in the UK. *Br J Psychiatry*, 1999, 175:277-282.
99. Favazza AR, Rosenthal RJ. Diagnostic issues in self mutilation. *Hosp Community Psychiatry*, 1993; 44:134- 140.
100. Evren C, Kural S, Çakmak D. Clinical Correlates of Self-Mutilation in Turkish Male Substance Psychopathology, 2006;39:248–254.
101. Ögel K. Madde Kullanımı ve Eşlik Eden Psikiyatrik Bozukluklar-İntihar ve Madde Kullanımı, Sigara, Alkol ve Madde Kullanım Bozuklukları: Tanı, Tedavi ve Önleme. İstanbul: Yeniden Yayınları; 2010.
102. Ögel K, Tamar D, Çakmak D. Madde kullanımı sorununda Türkiye'nin yerine bir bakış, *Türk Psikiyatri Derg* 1998; 9:301-307.
103. Clark DB, Cornelius JR, Kirisci L ve ark. Childhood risk categories for adolescent substance involvement: a general liability typology, *Drug Alcohol Depend*, 2005, 77(1): 13–21.
104. Yüncü Z, Kesebir S, Özbaran B, Çelik Y, Aydın C. Madde Kullanım Bozukluğu Olan Ergenlerin Ebeveynlerinde Psikopatoloji ve Mizaç: Kontrollü Bir Çalışma, *Türk Psikiyatri Dergisi* 2009; 20(1):5-1.
105. Nurco DN, Shaffer JC, Ball JC, Kinlock TW. Trends in the commission of crime among narcotic addicts over successive periods of addiction. *Am J Drug Alcohol Ab* 1984, *Journal of Nervous and Mental Disease*, 173(2), 94-102.

106. Watters JK, Reinarman C, Fagan J. Causality, context, and contingency relationships between drug abuse and delinquency. *Contemporary Drug Problems*, 1985, 12:351-73.
107. Bennett T, Holloway K, Farrington D. The statistical association between drug misuse and crime: a meta-analysis. *Aggress Violent Behav* 2008; 13: 107–18.
108. Lang MA, Belenko S. Predicting retention in a residential drug treatment alternative to prison program, *J Subst Abuse Treat*, 2000;19: 145–160.
109. Alikashioglu M. Madde kullanımı risk faktörleri ve koruyucu faktörler, *Adolesan Sağlığı Sempozyum Dizisi*, 2005,43, 73-83.
110. Chiang SC, Chen SJ, Sun HJ, et al. Heroin use among youths incarcerated for illicit drug use: psychosocial environment, substance use history, psychiatric comorbidity, and route of administration. *Am J Addict*. 2006;15(3):233–241.
111. Su H, Li Z, Du J, Jiang H, Chen Z, Sun H, Zhao M. Predictors of heroin relapse: Personality traits, impulsivity, COMT gene Val158met polymorphism in a 5-year prospective study in Shanghai, China. *American Journal of Medicine Genetics and Behavioral Neuropsychiatry*, 2015, 168:712–719.
112. Rong C, Jiang HF, Zhang RW, Zhang LJ, Zhang JC, Zhang J, et al. Factors Associated with Relapse among Heroin Addicts: Evidence from a Two-Year Community-Based Follow-Up Study in China. *Int J Environ Res Public Health*. 2016; 13(2): 177.
113. McCarty D, Perrin NA, Green CA, Polen MR, Leo MC, Lynch F. Methadone maintenance and the cost and utilization of health care among individuals dependent on opioids in a commercial health plan, *Drug Alcohol Depend*, 2010, 111, 235–240.
114. Evren C, Tamar D, Ögel K ve ark. Damar yolu ile eroin kullanımı ve ilişkili bazı davranış biçimleri. *Klinik Psikiyatri Dergisi* 2000; 3: 186-92.
115. Alpay N. Alkol dışı madde bağımlılığında sosyodemografik özellikler, 30. Ulusal Psikiyatri Kongresi, yayınlanmamış bildiri, Antalya, 1994.
116. Neaigus A, Miller M, Friedman S, et al. Potential risk factors for the transition to injecting among non-injecting heroin users: a comparison of former injectors and never injectors, *Addiction*, 2001;96:847–860.
117. McCann MJ, Miotto K, Rawson RA, Huber A, Shoptaw S, Ling W. Outpatient non-opioid detoxification for opioid withdrawal, Who is likely to benefit? *American Journal of Addictions*, 1997, 6(3), 218-223.
118. Bozkurt M, Evren C, Yılmaz A, Can Y, Cetingok S. Aggression and impulsivity in different groups of alcohol and heroin dependent inpatient men, *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 2013, 23(4), 335–344.
119. Eaton L. Numbers starting treatment for drug misuse increase by 20% over two years, *BMJ*, 2004, 329, 1066.
120. DeLeon G, Andrews M, Wexler H, et al: Therapeutic community dropouts: Criminal behavior five years after treatment. *Am J Drug Alcohol Abuse* 1979;6:253-271.

121. Saxon AJ, Wells EA, Fleming C ve ark. Pre-treatment characteristics, program philosophy and level of ancillary services as predictors of methadone maintenance treatment outcome. *Addiction*, 1996, 91:1197-209.
122. Ravndal E, Vaglum P. Psychopathology and substance abuse as predictors of program completion in a therapeutic community for drug abusers: a prospective study, *Acta Psychiatr Scand*. 1991;83: 217– 222.
123. Ögel K, Bilici R, Bahadır GG, Maçkan A, Orhan N, Tuna O. Denetimli serbestlikte, sigara, alkol madde bağımlılığı tedavi programı (SAMBA) uygulamasının etkinliği, *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 2016; 17(4):270-277.
124. Bottlender M, Soyka M. Impact of craving on alcohol relapse during, and 12 months following, outpatient treatment. *Alcohol Alcohol* 2004;39:357–61.
125. Oslin DW, Cary M, Slaymaker V ve ark. Daily ratings measures of alcohol craving during an inpatient stay define subtypes of alcohol addiction that predict subsequent risk for resumption of drinking. *Drug Alcohol Depend*, 2009, 103:131-6.
126. Leeman RF, Corbin WR, Fromme K. Craving predicts within session drinking behavior following placebo, *Personality and Individual Differences*, 2009, 46: 693– 698.
127. Zweben JE, Cohen JB, Christian D, Galloway GP, Salinardi M, Parent D, Iguchi M. Psychiatric symptoms in methamphetamine users, *Am. J. Addict*. 2004;13:181–190.
128. Acton GS. Measurement of impulsivity in a hierarchical model of personality traits: Implications for substance use. *Subst Use Misuse* 2003; 38: 67-83.
129. Marlatt GA, Barrett K, Daley DC, Relapse prevention. *American Psychiatric Press Textbook of Substance Abuse Treatment*, 2. Baskı, Washington DC. The Association, 1999, s.353-66.
130. Holahan CJ, Moos RH. Social support and adjustment: Predictive benefits of social climate indices. *American Journal of Community Psychology*; 1982, 10: 403 – 415.
131. Dodge K, Potocky M. Female substance abuse: Characteristics and correlates in a sample of inpatient clients. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 2000, 18, 59-6.
132. Saleem M, Tahir MA, Huda NU. Perceived social support and clinical anger among drug addicts of southern Punjab, Pakistan, *Pak J Commer Soc Sci* 2013; 7(2): 298-308.
133. Honey A, Halse C. The specifics of coping: parents of daughters with anorexia nervosa, *Qualitative Health Research*, 2006,16: 611.
134. Tamar D, Ögel K. Ergenlik Döneminde Madde Kullanımı, Ergenlikte Ruhsal Sorunlara Yaklaşım. *Ege Psikiyatri Sürekli Yayınları*, Kış 1997.
135. De Maeyer J, Vanderplasschen W, Broekaert E. Quality of life among opiate dependent individuals. *Int J Drug Policy*; 2010, 21: 364 – 380.
136. Stein MD, Mulvey KP, Plough A. Ve ark. The functioning and well being of persons who seek treatment for drug and alcohol use. *J. Subst. Abuse*, 1998, 10:75-84.
137. 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:

138. Foster JH, Marshall EJ, Hooper R, Peters TJ. Quality of life measures in alcohol dependent subjects and changes with abstinence and continued heavy drinking. *Addict Biol.* 1998 Jul;3(3):321-32.



7 EKLER

ARAŞTIRMAYA KATILACAK HASTALAR İÇİN AYDINLATILMIŞ ONAM FORMU

'Opioid Kullanım Bozukluğu Olanlarda Relapsın; Sosyodemografik Bilgiler, Sosyal ve Klinik Özellikler ile İlişkisi ve Öngörücüleri' adlı araştırma, Dr. Emine Cengiz Çavuşoğlu tarafından açıklandı.

Araştırmanın, çeşitli psikiyatrik testler uygulanmak üzere, kendisi tarafından yürütüleceğini belirtildi. Araştırmaya katılmam halinde uygulanan testlerin gizlilik içinde yürütüleceğini, gerekirse testlere başladıktan sonra araştırmadan ayrılabilceğimi açıklandı.

Bu araştırma hakkında sözel olarak bilgilendirildim ve araştırmanın amacı açıklandı. Kendi isteğim ve arzumu bu araştırmaya gönüllü olarak katılıyorum.

Tarih:

Araştırmaya katılan gönüllü hastanın;

Adı soyadı :

İmzası :

Araştırmayı yürüten Dr.;

Adı soyadı : Dr Emine Cengiz Çavuşoğlu

Bölümü :

İmzası :

SOSYO DEMOGRAFİK VERİ FORMU

- Adı Soyadı:
- Yaşı:
- Cinsiyet: Erkek Kadın
- Medeni Durum
 - Evli
 - Bekar
 - Boşanmış
 - Dul
- Eğitim Durumu:
 - Okumamış
 - İlk Öğretim
 - Ortaokul
 - Lise
 - Yüksek Okul
 - Diğer
- Aldığınız toplam eğitim yılı:
- Çocuk Sahibi Olma Durumu:
 - Var
 - Yok
- Çocuğunuz varsa sayısı:
- Kiminle Yaşıyor
 - Yalnız
 - Sadece Eş
 - Eş ve Çocuk
 - Anne ve Baba
 - Diğer
- Birlikte yaşadığı kişi sayısı:
- Anne
 - Sağ
 - Vefat
- Baba
 - Sağ
 - Vefat
- Kardeş sayısı :
- Varsa anne - baba ile olan ilişkinizi nasıl tanımlarsınız?
 - Çok İyi
 - İyi
 - Orta
 - Kötü
 - Çok Kötü

- Varsa eşiniz ile olan ilişkinizi nasıl tanımlarsınız?
- Çok İyi
 - İyi
 - Orta
 - Kötü
 - Çok Kötü
- Varsa kardeşleriniz ile olan ilişkinizi nasıl tanımlarsınız?
- Çok İyi
 - İyi
 - Orta
 - Kötü
 - Çok Kötü
- Nerde yaşıyorsunuz?
- Bir Konut
 - Bir Kurum(Bakımevi gibi)
 - Sokak
 - Çalıştığı Yer
 - Cezaevi
 - Asker
 - Diğer
- Çalışma durumunuz nedir?
- Çalışmıyor
 - Düzensiz işi var
 - Düzenli işi var
 - Emekli
 - Öğrenci
- Aylık Geliriniz:
- 0 – 500 TL
 - 500 TL – 1000 TL
 - 1000 TL – 2000 TL
 - 2000 TL ve üstü
- Askerlik durumunuz:
- Yapmadı
 - Sorunlu Yaptı, tamamladı
 - Tamamlayamadı
 - Sorunsuz Bitirdi
- Kronik bir hastalığınız var mı?
- Var
 - Yok

- Kronik bir hastalığınız varsa nedir?
- Bulaşıcı bir hastalığınız var mı?
- Yok
 - Hepatit B
 - Hepatit C
 - HIV
 - Sifiliz
 - Diğer
- Psikiyatrik bir hastalığınız var mı?
- Var
 - Yok
- Daha önce kendinize zarar verici davranışınız oldu mu?
- Evet
 - Hayır
- Daha önce intihar girişiminiz oldu mu?
- Evet
 - Hayır
- Ailenizde psikiyatrik bir hastalık var mı?
- Yok
 - 1.derece akrabalarımnda var
 - 2.derece akrabalarımnda var
 - 1. Ve 2. derece akrabalarımnda var
 - Diğer
- Hakkınızda DS (Denetimli Serbestlik) kararı oldu mu?
- Hayır olmadı
 - Evet oldu, devam ediyor.
 - Geçmişte oldu, sonlandı.
- Cezaevi yatışınız oldu mu?
- Evet
 - Hayır
- Yasal sorun yaşadınız mı?
- Evet
 - Hayır
- Yasal sorun yaşıyorsanız nedeni;
- Madde ile ilgiliydi
 - Madde dışı neden ile ilgiliydi

Madde Kullanım Öyküsü

- Madde kullanmaya başlama yaşı :
- Eroin kullanmaya başlama yaşı :
- Ne kadar zamandır eroin kullanıyorsunuz?
- İlk Kullanılan Madde?
 - Kannabis (Esrar)
 - Sentetik Kannabis, (Bonzai ve Türevleri)
 - Amfetemin ve Türevleri (Taş , Extazi)
 - Alkol
 - Uçucu Madde(Tiner vb)
 - Opioid (Eroin vb)
 - Diğer
- Şu an kullanılan madde?
- En son ne zaman madde kullandınız?
- Kullanım Sıklığı:
 - Hergün
 - Haftada 2-4 defa
 - Haftada 5-6 defa
 - Haftada 1 defa
 - Ayda birkaç defa
 - Diğer
- Kullanılan Miktar:
 - 0-1 gr
 - 1-3 gr
 - 3-5 gr
 - 5 gr ve üstü
- Maddeyi hangi yolla kullanılıyorsunuz?
 - Oral
 - IV(Damar yoluyla)
 - Nazal(Burun)
 - Sigara şeklinde
 - İnhaler (Kova, folyo, kaydırma vb)
 - Diğer
- Geçmişte remisyon dönemi oldu mu? (Madde kullanmayı bıraktığınız dönem oldu mu?)
 - Yok
 - 1 aydan az
 - 1-3 ay
 - 3-6 ay
 - 6 ay-1 yıl
 - 1 yıl ve üstü

- Kendi kendinize bırakma girişimi;
 - Var
 - Yok
- Geçmişte nüks ; (Madde kullanmayı bıraktıktan sonra yeniden başlama dönemi oldu mu?)
 - Var
 - Yok
- Düzenli poliklinik kontrolü;
 - Var
 - Yok
- IV (damar yolu ile)madde kullanımı;
 - Var
 - Yok
- Damar yolu ile madde kullandıysanız ortak enjektör kullanımı;
 - Var
 - Yok
- Sigara kullanımı?
 - Var
 - Yok
- Daha önce ayaktan (poliklinikten) tedavi;
 - Var (Varsa sayısı nedir:)
 - Yok
- Daha önce amatem yatışı;
 - Var (Varsa sayısı nedir:)
 - Yok
- Yatış var ise tedavi programı tamamlandı mı?
 - Evet
 - Hayır
- Hayır ise programı terketme nedeni?
 - Kendisi ayrıldı
 - Kurallara uyumsuzluk ile ayrıldı
 - Diğer
- Ailesinde madde kullanımı var mı?
 - Yok
 - 1. derece akrabalarında var
 - 2. derece akrabalarında var
 - 1. Ve 2. derece akrabalarında var
 - Diğer
- Yakın çevrenizde madde kullanımı;
 - Var
 - Yok

Öbapi-k

SON BİR YIL İÇİNDE aşağıdaki maddeleri kullanıp kullanmadığınızı veya ne sıklıkta kullandığınızı belirtiniz

Son bir yıl içinde...

	Hiç	Sadece bir iki kez	Ayda 1-3 kere	Haftada 1-5 kez	Hemen hemen her gün
1 Alkol	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2 Esrar (marihuana, joint, gubar vb).....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3 Ecstasy (Ekstazi)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4 Eroin	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5 Kokain	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6 Taş (krak kokain)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7 Rohipnol, rivotril (roş) gibi haplar.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8 Uçucu maddeler (tiner, bali, gaz vb).....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9 Çeşitli haplar (akineton, tantum, xanax vb).....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10 Amfetamin türevleri (metamfetamin, ice vb).....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11 Diğer (LSD, GHB vb)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Dikkat!

Aşağıdaki sorularda yer alan [madde] sözcüğü son dönem içinde kullanmayı daha çok tercih ettiğiniz maddeyi anlatmaktadır. Bu nedenle temel olarak kullandığınız madde neyse, sorularda onu [madde] sözcüğü yerine koyunuz.

Örneğin...

"[Madde] kullanmak aile ilişkilerimi olumsuz yönde etkiledi" yerine alkol içiyorsanız "Alkol kullanmak aile ilişkilerimi olumsuz yönde etkiledi" veya esrar içiyorsanız "Esrar kullanmak aile ilişkilerimi olumsuz yönde etkiledi" biçiminde okuyun.

- 12 [Madde] etkisinde olduğunuz zamanlarda, ne sıklıkta problem yaşıyorsunuz? (örneğin film kopması, aşırı doz alma, kontrol kaybı vb)
- Hiçbir zaman Nadiren Bazen Çoğu zaman Neredeyse her zaman

VIII

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

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

SON BİR YIL İÇİNDE aşağıdakilerin ne sıklıkta olduğunu belirtiniz

- 13 Kullandığınız [maddenin] miktarı zaman içinde giderek arttı mı? (örneğin giderek daha fazla miktarda [madde] kullanmak)
- Hiçbir zaman Nadiren Bazen Çoğu zaman Neredeyse her zaman

- 14 Her zamanki dozda kullanmanıza rağmen kullandığınız [maddenin] etkisinde azalma oldu mu? (örneğin her zamanki kadar [madde] kullandığınız halde sarhoş olmama veya kafanızın güzel olmaması)
- Hiçbir zaman Nadiren Bazen Çoğu zaman Neredeyse her zaman

- 15 Kullandığınız [maddeyi] kestiğinizde veya azalttığımızda bazı sorunlar ortaya çıktı mı? (örneğin uykusuzluk, terleme, sinirlilik, huzursuzluk, titreme vb)
- Hiçbir zaman Nadiren Bazen Çoğu zaman Neredeyse her zaman

- 16 Kullandığınız [maddeyi] kestiğinizde ortaya çıkabilecek sorunlardan çekindiğiniz için [madde] kullandığınız oldu mu?
- Hiçbir zaman Nadiren Bazen Çoğu zaman Neredeyse her zaman

- 17 [Madde] kullanmaya başladıktan sonra, kullanmayı durdurmakta zorlanıyor musunuz? (örneğin az içmeyi düşünüp fazla içmek veya kısa süre kullanmayı planlayıp uzun süre kullanmak)
- Hiçbir zaman Nadiren Bazen Çoğu zaman Neredeyse her zaman

18 Kullandığınız [maddeyi] bırakmayı veya azaltmayı isteyip bunu başaramadığınız oldu mu?

- Hiçbir zaman Nadiren Bazen Çoğu zaman Neredeyse her zaman

19 [Maddeyi] aramak, kullanmak veya etkisinden kurtulmak için fazla zaman harcadığınız oldu mu? (örneğin [madde] bulmak, kullanmak veya etkisinden kurtulmak zamanınızın büyük bir kısmını kaplıyor mu?)

- Hiçbir zaman Nadiren Bazen Çoğu zaman Neredeyse her zaman

20 [Madde] kullandığınız için hayatınızdaki başka etkinliklerden vazgeçtiğiniz oldu mu? (örneğin aile ziyaretleri, hobiler, sosyal ilişkiler vb)

- Hiçbir zaman Nadiren Bazen Çoğu zaman Neredeyse her zaman

SON BİR YIL İÇİNDE aşağıdakilerin ne sıklıkta olduğunu belirtiniz

21 [Madde] kullanmak aile ilişkilerinizi olumsuz yönde etkiledi mi?

- Hiçbir zaman Nadiren Bazen Çoğu zaman Neredeyse her zaman

22 [Madde] kullanmak eğitim/ iş hayatınızı olumsuz yönde etkiledi mi?

- Hiçbir zaman Nadiren Bazen Çoğu zaman Neredeyse her zaman

23 [Madde] kullanmak beden sağlığınızı olumsuz yönde etkiledi mi?

- Hiçbir zaman Nadiren Bazen Çoğu zaman Neredeyse her zaman

24 [Madde] kullanmak ruhsal sağlığınızı olumsuz yönde etkiledi mi?

- Hiçbir zaman Nadiren Bazen Çoğu zaman Neredeyse her zaman

25 [Madde] kullanmak sizi ekonomik açıdan olumsuz yönde etkiledi mi?

- Hiçbir zaman Nadiren Bazen Çoğu zaman Neredeyse her zaman

26 [Madde] kullanmak arkadaş veya diğer insanlarla olan ilişkilerinizi olumsuz yönde etkiledi mi?

- Hiçbir zaman Nadiren Bazen Çoğu zaman Neredeyse her zaman

27 [Madde] kullanmak başınızı derde soktu mu? (örneğin kavga, kaza, istenmeyen cinsel ilişki-gebelik, cinsel yolla bulaşan hastalık vb)

- Hiçbir zaman Nadiren Bazen Çoğu zaman Neredeyse her zaman

28 [Madde] kullanmak yasal sorunlar yaşamanıza neden oldu mu? (örneğin maddeyle yakalanmak, ehliyeti kaptırmak, karakola düşmek vb)

- Hiçbir zaman Nadiren Bazen Çoğu zaman Neredeyse her zaman

29 Gündüz saatlerinde de [madde] kullandığınız oldu mu?
 Hiçbir zaman Nadiren Bazen Çoğu zaman Neredeyse her zaman

30 [Madde] kullanmayı istememenize rağmen yine de gidip [madde] kullandığınız oldu mu?
 Hiçbir zaman Nadiren Bazen Çoğu zaman Neredeyse her zaman

31 Aileniz veya çevreniz sizin çok fazla [madde] kullandığınızdan endişeleniyor mu?
 Hiçbir zaman Nadiren Bazen Çoğu zaman Neredeyse her zaman

SON BİR HAFTA İÇİNDE aşağıdakilerin ne sıklıkta olduğunu belirtiniz

32 Ne sıklıkta aklınıza [madde] kullanmak ya da [maddenin] keyif verici/rahatlatıcı etkisi geliyor?
 Hiçbir zaman Nadiren Bazen Çoğu zaman Neredeyse her zaman

33 Ne sıklıkta [madde] kullanmak için kuvvetli bir istek, arzu veya dürtü hissediyorsunuz?
 Hiçbir zaman Nadiren Bazen Çoğu zaman Neredeyse her zaman

34 [Madde] ile karşılaştığınızda [madde] kullanmaya direnmek veya kullanmamak sizin için zor olur mu?
 Hiçbir zaman Nadiren Bazen Çoğu zaman Neredeyse her zaman

35 [Madde] kullanmanın sizin için bir sorun olduğunu düşünüyor musunuz?
 Hiçbir zaman Nadiren Bazen Çoğu zaman Neredeyse her zaman

36 [Madde] kullanmayı bırakmayı veya azaltmayı düşünüyor musunuz?
 Hiçbir zaman Nadiren Bazen Çoğu zaman Neredeyse her zaman

37 [Madde] kullanmayı bırakmak veya azaltmak sizin için önemli mi?
 Hiçbir zaman Nadiren Bazen Çoğu zaman Neredeyse her zaman

→ Aşağıda insanların ruh haliyle ilgili bazı sorular bulunmaktadır. Bu soruları genel ruhsal yapınızı düşünerek cevaplayınız.

-
- 38 Kolaylıkla kızıp öfkelenirim.
- Hiçbir zaman Bazen Neredeyse her zaman
-
- 39 Kontrol edemediğim öfke patlamaları yaşıyorum.
- Hiçbir zaman Bazen Neredeyse her zaman
-
- 40 Bir şeyleri kırıp dökme isteği duyuyorum.
- Hiçbir zaman Bazen Neredeyse her zaman
-
- 41 Ne hissettiğimi ifade etmekte zorluk çekerim.
- Hiçbir zaman Bazen Neredeyse her zaman
-
- 42 Başkalarını kendimden daha çok düşünürüm.
- Hiçbir zaman Bazen Neredeyse her zaman
-
- 43 İçe kapanık biriyimdir.
- Hiçbir zaman Bazen Neredeyse her zaman
-
- 44 Sosyal bir ortama girdiğimde, ne konuşacağımı bilememekten endişe ederim.
- Hiçbir zaman Bazen Neredeyse her zaman
-
- 45 Başkaları ile beraberken, yanlış bir şey yapacağım, ya da saçma konuşacağım ile ilgili endişe yaşarım.
- Hiçbir zaman Bazen Neredeyse her zaman
-
- 46 Uygunsuz veya tehlikeli olsalar bile, heyecanlı veya eğlenceli şeyler yapmaktan hoşlanırım.
- Hiçbir zaman Bazen Neredeyse her zaman
-
- 47 Hayatımda yeni bir şeyler olmadığında, heyecan ya da coşku verici şeyler aramaya başlarım.
- Hiçbir zaman Bazen Neredeyse her zaman
-
- 48 Ne zaman ne yapacağı belli olmayan, heyecan verici, hareketli arkadaşları tercih ederim.
- Hiçbir zaman Bazen Neredeyse her zaman
-
- 49 İsteddiğim şeyi elde etmek için beklemekte zorlanırım. Sabırsızımdır (Örneğin bir sırada beklerken çabucak sıkılmak gibi...).
- Hiçbir zaman Bazen Neredeyse her zaman
-
- 50 Düşünmeden hareket ederim.
- Hiçbir zaman Bazen Neredeyse her zaman
-
- 51 Rahat konsantre olamam, dikkatimi kolay toplayamam.

Hiçbir zaman

Bazen

Neredeyse her zaman

→ Aşağıdaki soruları cevaplarken SON BİR YILI göz önüne alarak, sorularda verilen durumu yaşıyıp yaşamadığınızı ya da ne sıklıkla yaşadığınızı belirtiniz.

52 Geçen yıl içinde yaşamıma son vermekle ilgili düşüncelerim oldu.

Hiçbir zaman

Bazen

Neredeyse her zaman

53 Geçen yıl içinde kendimi hüzünlü, kederli hissettim.

Hiçbir zaman

Bazen

Neredeyse her zaman

54 Geçen yıl içinde gelecekle ilgili olarak düşündüğümde, umutsuzluk hissine kapıldım.

Hiçbir zaman

Bazen

Neredeyse her zaman

55 Geçen yıl içinde kendimi başka insanlarla karşılaştığımda, daha değersiz gördüm.

Hiçbir zaman

Bazen

Neredeyse her zaman

56 Geçen yıl içinde kendimi huzursuz ve tedirgin hissettim.

Hiçbir zaman

Bazen

Neredeyse her zaman

57 Geçen yıl içinde dehşet ya da panik nöbetleri yaşadım.

Hiçbir zaman

Bazen

Neredeyse her zaman

58 Geçen yıl içinde kendimi yerimde duramayacak kadar tedirgin hissettim.

Hiçbir zaman

Bazen

Neredeyse her zaman

Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği'nin Gözden Geçirilmiş Formu

Aşağıda 12 cümle ve her bir cümle altında da cevaplarınızı işaretlemeniz için 1'den 7'ye kadar rakamlar verilmiştir. Her cümlede söylenenin sizin için ne kadar çok doğru olduğunu veya olmadığını belirtmek için o cümle altındaki rakamlardan yalnız bir tanesini daire içine alarak işaretleyiniz. Bu şekilde 12 cümlelerin her birine bir işaret koyarak cevaplarınızı veriniz. Lütfen hiçbir cümleyi cevapsız bırakmayınız. Sizce doğruya en yakın olan rakamı işaretleyiniz.

1. Ailem ve arkadaşlarım dışında olan ve ihtiyacım olduğunda yanımda olan bir insan (örneğin, flört, nişanlı, sözlü, akraba, komşu, doktor) var.

Kesinlikle hayır 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7 kesinlikle evet.

2. Ailem ve arkadaşlarım dışında olan ve sevinç ve kederlerimi paylaşabileceğim bir insan (örneğin, flört, nişanlı, sözlü, akraba, komşu, doktor) var.

Kesinlikle hayır 1,2,3,4,5,6,7 kesinlikle evet

3. Ailem (örneğin, annem, babam, eşim, çocuklarım, kardeşlerim) bana gerçekten yardımcı olmaya çalışır.

Kesinlikle hayır 1,2,3,4,5,6,7 kesinlikle evet

4. İhtiyacım olan duygusal yardımı ve desteği ailemden (örneğin, annemden, babamdan, eşimden, çocuklarımdan, kardeşlerimden) alırım.

Kesinlikle hayır 1,2,3,4,5,6,7 kesinlikle evet

5. Ailem ve arkadaşlarım dışında olan ve beni gerçekten rahatlatan bir insan (örneğin, flört, nişanlı, sözlü, akraba, komşu, doktor) var.

Kesinlikle hayır 1,2,3,4,5,6,7 kesinlikle evet

6. Arkadaşlarım bana gerçekten yardımcı olmaya çalışırlar.

Kesinlikle hayır 1,2,3,4,5,6,7 kesinlikle evet

7. İşler kötü gittiğinde arkadaşlarıma güvenebilirim.

Kesinlikle hayır 1,2,3,4,5,6,7 kesinlikle evet

8. Sorunlarımı ailemle (örneğin, annemle, babamla, eşimle, çocuklarımla, kardeşlerimle) konuşabilirim.

Kesinlikle hayır 1,2,3,4,5,6,7 kesinlikle evet

9. Sevinç ve kederlerimi paylaşabileceğim arkadaşlarım var.

Kesinlikle hayır 1,2,3,4,5,6,7 kesinlikle evet

10. Ailem ve arkadaşlarım dışında olan ve duygularıma önem veren bir insan (örneğin, flört, nişanlı, sözlü, akraba, komşu, doktor) var.

Kesinlikle hayır 1,2,3,4,5,6,7 kesinlikle evet

11. Kararlarımı vermede ailem (örneğin, annem, babam, eşim, çocuklarım, kardeşlerim) bana yardımcı olmaya isteklidir.

Kesinlikle hayır 1,2,3,4,5,6,7 kesinlikle evet

12. Sorunlarımı arkadaşlarımla konuşabilirim.

Kesinlikle hayır 1,2,3,4,5,6,7 kesinlikle evet

COPE

Adınız:

Yaşınız:

Cinsiyetiniz:

Tarih:

Bu ölçek yardımıyla insanların günlük yaşamlarında güç veya bunaltı verici olaylarla ya da sorunlarla karşılaştıkları zaman nasıl tepki verdiklerini araştırmayı amaçlıyoruz. İnsanların karşılaştıkları sorunlarla baş etmelerinin çok sayıda yolu olabilir. Ancak yine de siz seçenekleri bir sorunla karşılaştığınızda genel olarak ne yaptığınızı ya da nasıl davrandığınızı düşünerek işaretlemeye çalışın. Seçenekleri işaretlerken bir öncekinden bağımsız düşünmeye özen gösterin. Seçenekleri belirtirken şu belirtilen puanlamayı kullanın:

1=Asla böyle bir şey yapmam 2=Çok az böyle yaparım 3=Orta derecede böyle yaparım 4=Çoğunlukla böyle yaparım

1.Sorunla karşılaştığımda daha önceki tecrübelerden yararlanıp sorunun üstesinden gelmeye çalışırım.

1 () 2 () 3 () 4 ()

2.Sorun olan şeyleri aklımdan atmak için bir şeyler yapmaya ya da başka türlü meşguliyetlere yönelirim.

1 () 2 () 3 () 4 ()

3.Sorunla karşılaştığımda moralim bozulur ve duygularımı dışarıya yansıtırım.

1 () 2 () 3 () 4 ()

4.Başkalarından bu tür sorunlarda ne yaptıkları konusunda tavsiyeler almaya çalışırım.

1 () 2 () 3 () 4 ()

5.Sorunla basa çıkma konusunda kendimi konsantre ederim.

1 () 2 () 3 () 4 ()

6.Kendi kendime "böyle bir sorunun gerçekte var olmadığını" söylerim.

1 () 2 () 3 () 4 ()

7.Allah'a tevekkül eder, O'na dayanırım.

1 () 2 () 3 () 4 ()

8.İçinde bulunduğum sorunla ilgili olarak gülerim.

1 () 2 () 3 () 4 ()

9.Kendi kendime bir şey yapamayacağımı söyleyerek çabalamayı bırakır ve soruna teslim olurum.

1 () 2 () 3 () 4 ()

10.Kendimi hemen bir şeyler yapmaktan vaz geçiririm.

1 () 2 () 3 () 4 ()

11.Duygularımı bir başkasıyla tartışırım.

1 () 2 () 3 () 4 ()

12.Kendimi daha iyi hissedebilmek için alkol ya da sakinleştirici ilaç alırım.

1 () 2 () 3 () 4 ()

13.Kendimi yaşadığım soruna alıştırmaya çalışırım.

1 () 2 () 3 () 4 ()

14.Sorunla ilgili bir şeyler öğrenmek için birileriyle konuşurum.

1 () 2 () 3 () 4 ()

15. Diğer düşünce ve meşguliyetlere yönelmem ve sorundan kendimi uzak tutmaya uğraşmam.
1 () 2 () 3 () 4 ()
16. Karşılaştığım sorundan farklı şeylerle ilgili hayaller kurarım.
1 () 2 () 3 () 4 ()
17. Üzülürüm ama söz konusu sorunun bilincinde olurum.
1 () 2 () 3 () 4 ()
18. Allah'ın yardımını umarım.
1 () 2 () 3 () 4 ()
19. Bir eylem planı yaparım.
1 () 2 () 3 () 4 ()
20. Söz konusu sorunla ilgili sakalar yaparım.
1 () 2 () 3 () 4 ()
21. Karşıma çıkan sorunun var olduğunu ve değişmeyeceğini kabullenirim.
1 () 2 () 3 () 4 ()
22. Sorun el verinceye kadar herhangi bir şey yapmayı ertelerim.
1 () 2 () 3 () 4 ()
23. Arkadaş veya akrabalarımın moral ve manevî destek almaya çalışırım.
1 () 2 () 3 () 4 ()
24. Sorunla bas etmede amacıma ulaşmaya çabalamaktan hemen vaz geçerim.
1 () 2 () 3 () 4 ()
25. Sorunun üstesinden gelebilmek için ilave şeyler yaparım.
1 () 2 () 3 () 4 ()
26. Alkol ya da sakinleştirici olarak bir an olsun kendimi kaybedip olanları unutmaya çalışırım.
1 () 2 () 3 () 4 ()
27. Sorun olduğuna inanmayı reddederim.
1 () 2 () 3 () 4 ()
28. Duygularımı dışarı vururum.
1 () 2 () 3 () 4 ()
29. Daha olumlu taraflarını görebilmek için sorunu başka bir açıdan ele almaya çalışırım.
1 () 2 () 3 () 4 ()
30. Sorunla ilgili somut bir şeyler yapabilen kişilerle konuşurum.
1 () 2 () 3 () 4 ()
31. Sorunla karşılaştığımda her zamankinden daha çok uyurum.
1 () 2 () 3 () 4 ()
32. Ne yapacağım ya da yapmam gerektiği konusunda bir strateji belirlemeye çalışırım.
1 () 2 () 3 () 4 ()

- 33.Sorunu çözmeye odaklanırs ve eğer gerekirse yapmam gereken diğer şeyleri bir süre kendi haline bırakırım.
1 () 2 () 3 () 4 ()
- 34.Başkalarından sempati ve anlayış görmeyi beklerim.
1 () 2 () 3 () 4 ()
- 35.Sorunla daha az meşgul olmak için alkol ya da ilaç alırım.
1 () 2 () 3 () 4 ()
- 36.Sorunla ilgili saka yaparım.
1 () 2 () 3 () 4 ()
- 37.İstedikimi elde etmeye uğraşmayı bırakırım.
1 () 2 () 3 () 4 ()
- 38.İyiye giden bir şeyler arayıp bulmaya çalışırım.
1 () 2 () 3 () 4 ()
- 39.Sorunu en iyi nasıl çözebileceğim konusunda düşünürüm.
1 () 2 () 3 () 4 ()
- 40.Sorun gerçekte olmamış gibi davranırım.
1 () 2 () 3 () 4 ()
- 41.Ölumsuz şeyler yaparak işlerim daha da kötüye gitmesine yol açmadığımdan emin olmak isterim.
1 () 2 () 3 () 4 ()
- 42.Sorunun çözümüne yönelik gayretlerime engel olabilecek şeyleri önlemeye ciddi şekilde caba gösteririm.
1 () 2 () 3 () 4 ()
- 43.Sorunla karşılaştığımda sinemaya gider veya TV izler ya da sorunla ilgili daha az düşünürüm.
1 () 2 () 3 () 4 ()
- 44.Olup biten şeyin ya da sorunun bir realite olduğunu kabul ederim.
1 () 2 () 3 () 4 ()
- 45.Benzer durumlarla karşılaşan kişilere bu durumda ne yaptıklarını sorarım.
1 () 2 () 3 () 4 ()
- 46.Büyük oranda duygusal rahatsızlık hisseder ve bu tür hisleri dışarıya yansıtırım.
1 () 2 () 3 () 4 ()
- 47.Sorunla aktif olarak uğraşmayı hedefleyerek için daha da iyi bir tavır takınırım.
1 () 2 () 3 () 4 ()
- 48.Sorunla karşılaştığımda dini manevimda bir huzur bulmaya çalışırım.
1 () 2 () 3 () 4 ()
- 49.Bir şeyler yapmak konusunda kendimi uygun ve doğru zamanı beklemeye zorlarım.
1 () 2 () 3 () 4 ()
- 50.Sorunlu durumla ilgili eğlenir ya da oyun oynarım.
1 () 2 () 3 () 4 ()

- 51.Sorunu çözmeye yönelik çabalarımı azaltırım.
1 () 2 () 3 () 4 ()
- 52.Neler hissettiğim konusunda birisiyle konuşurum.
1 () 2 () 3 () 4 ()
- 53.Yaşadıklarım konusunda kendi kendime yardım olsun diye alkol ya da sakinleştirici ilaç alırım.
1 () 2 () 3 () 4 ()
- 54.Sorunla birlikte yaşamayı öğrenirim.
1 () 2 () 3 () 4 ()
- 55.Soruna odaklanabilmek için diğer meşguliyetlerimi bir tarafa bırakırım.
1 () 2 () 3 () 4 ()
- 56.Takınmam gereken tavır konusunda daha ciddi düşünürüm.
1 () 2 () 3 () 4 ()
- 57.Sanki sorun yokmuş veya hiç olmamış gibi davranırım.
1 () 2 () 3 () 4 ()
- 58.Yapmam gereken şey neyse atmam gereken adımı zamanında atarım.
1 () 2 () 3 () 4 ()
- 59.Basına gelen şeyden ya da yaşadığım sorundan bir şeyler öğrenir ya da tecrübe kazanırım.
1 () 2 () 3 () 4 ()
- 60.Her zamankinden daha çok dua ve ibadet ederim.
1 () 2 () 3 () 4 ()

Çok teşekkürler

YASAM KALİTESİ ÖLÇEĞİ: WHOQOL-BREF (TR)

Bu anket sizin yaşamınızın kalitesi, sağlığını ve yaşamınızın öteki yönleri hakkında neler düşündüğünüzü sorgulanmaktadır. Lütfen bütün soruları cevaplayınız. Eğer bir soruya hangi cevabı vereceğinizden emin olamazsanız, lütfen size en uygun görünen cevabı seçiniz. Genellikle ilk verdiğiniz cevap en uygun cevap olacaktır.

Lütfen kurallarınızı, beklentilerinizi, hoşunuza gidin ve sizin için önemli olan şeyleri sürekli olarak göz önüne alınız. Yaşamınızın son iki haftasını dikkate almanızı istiyoruz. Örneğin bir soruda son iki hafta kastedilerek şöyle sorulabilir. İhtiyacınız olan desteği başkalarından alabiliyor musunuz?

1. Hiç 2. Çok az 3. Orta derecede 4. Çokça 5. Aşırı derecede

Son iki hafta boyunca başkalarından aldığınız desteğin miktarını en iyi karşılayan rakamı işaretlemelisiniz. Buna göre, eğer başkalarından çokça yardım aldıysanız, aşağıdaki gibi "4" rakamını işaretlemeniz gerekiyor. Lütfen her soruyu okuyunuz, duygularınızı değerlendiriniz ve her bir sorunun ölçeğinde size en uygun olan yanıtın rakamını işaretleyiniz.

1. Yaşam kalitenizi nasıl buluyorsunuz?

1. Çok kötü 2. Biraz kötü 3. Ne iyi, ne kötü 4. Oldukça iyi 5. Çok iyi

2. Sağlığınızdaki ne kadar hoşnutsunuz?

1. Hiç hoşnut değil 2. Çok az hoşnut 3. Ne hoşnut ne değil
4. Epeyce hoşnut 5. Çok hoşnut

3. Ağrılarınız yapmanız gerekenleri engellediğini ne kadar düşünüyorsunuz?

1. Hiç 2. Çok az 3. Orta derecede 4. Çokça 5. Aşırı derecede

4. Günlük uğraşlarınızı yürütmek için her hangi bir tıbbi tedaviye ne kadar ihtiyaç duyuyorsunuz?

1. Hiç 2. Çok az 3. Orta derecede 4. Çokça 5. Aşırı derecede

5. Yaşamaktan ne kadar keyif alırsınız?

1. Hiç 2. Çok az 3. Orta derecede 4. Çokça 5. Aşırı derecede

6. Yaşamınızı ne ölçüde anlamlı buluyorsunuz?

1. Hiç 2. Çok az 3. Orta derecede 4. Çokça 5. Aşırı derecede

7. Dikkatinizi toplamada ne kadar başarılısınız?

1. Hiç 2. Çok az 3. Orta derecede 4. Çokça 5. Aşırı derecede

8. Günüňk yaşamda kendinizi ne kadar güvende hissediyorsunuz?

1. Hiç 2. Çok az 3. Orta derecede 4. Çokça 5. Aşırı derecede

9. Fiziksel çevreniz ne ölçüde sağlıklıdır?

1. Hiç 2. Çok az 3. Orta derecede 4. Çokça 5. Aşırı derecede

Aşağıdaki sorular son iki haftada kimi şeyleri ne ölçüde tam olarak yaşadığınızı ya da yapabildiğinizi sorgulamaktadır.

10. Günüňk yaşamı sürdürmek için yeterli gücünüzü kuvvetiniz var mı?

1. Hiç 2. Çok az 3. Orta derecede 4. Çokça 5. Aşırı derecede

11. Bedensel görünüşünüzü kabullenir misiniz?

1. Hiç 2. Çok az 3. Orta derecede 4. Çokça 5. Aşırı derecede

12. İhtiyaçlarınızı karşılamaya yeterli paranız var mı?

1. Hiç 2. Çok az 3. Orta derecede 4. Çokça 5. Aşırı derecede

13. Günüňk yaşamınızda size gerekli bilgi ve haberleri ne ölçüde ulaşabiliyorsunuz?

1. Hiç 2. Çok az 3. Orta derecede 4. Çokça 5. Aşırı derecede

14. Boş zamanları değerlendirme uğraşları için ne ölçüde fırsatınız olur?

1. Hiç 2. Çok az 3. Orta derecede 4. Çokça 5. Aşırı derecede

Aşağıdaki sorular son iki hafta boyunca yaşamınızın çeşitli yönlerini ne ölçüde iyi veya doyurucu bulduğunuzu belirlemektedir.

15. Ecdensel hareketlilik (çırafta dolaşabilme, bir yerlere gidebilme) beceriniz nasıldır?

1. Çok kötü 2. Biraz kötü 3. Ne iyi, ne kötü 4. Oldukça iyi 5. Çok iyi

16. Uykunuzdan ne kadar hoşnutsunuz?

1. Hiç hoşnut değil 2. Çok az hoşnut 3. Ne hoşnut ne de değil
4. Epeyce hoşnut 5. Çok hoşnut

17. Günlük uğraşları yürütmek becerinizden ne kadar hoşnutsunuz?

1. Hiç hoşnut değil 2. Çok az hoşnut 3. Ne hoşnut ne de değil
4. Epeyce hoşnut 5. Çok hoşnut

18. İş görme kapasitenizden ne kadar hoşnutsunuz?

1. Hiç hoşnut değil 2. Çok az hoşnut 3. Ne hoşnut ne de değil
4. Epeyce hoşnut 5. Çok hoşnut

19. Kendinizden ne kadar hoşnutsunuz?

1. Hiç hoşnut değil 2. Çok az hoşnut 3. Ne hoşnut ne de değil
4. Epeyce hoşnut 5. Çok hoşnut

20. Aileniz dışındaki kişilerle ilişkilerinizden ne kadar hoşnutsunuz?

1. Hiç hoşnut değil 2. Çok az hoşnut 3. Ne hoşnut ne de değil
4. Epeyce hoşnut 5. Çok hoşnut

21. Cinsel yaşamınızdan ne kadar hoşnutsunuz?

1. Hiç hoşnut değil 2. Çok az hoşnut 3. Ne hoşnut ne de değil
4. Epeyce hoşnut 5. Çok hoşnut

22. Arkadaşlarınızın desteğinden ne kadar hoşnutsunuz?

1. Hiç hoşnut değil 2. Çok az hoşnut 3. Ne hoşnut ne de değil
4. Epeyce hoşnut 5. Çok hoşnut

23. Yasadığınız evin koşullarından ne kadar hoşnutsunuz?

1. Hiç hoşnut değil 2. Çok az hoşnut 3. Ne hoşnut ne de değil
4. Epeyce hoşnut 5. Çok hoşnut

24. Sağlık hizmetlerine ulaşma koşullarından ne kadar hoşnutsunuz?

1. Hiç hoşnut değil 2. Çok az hoşnut 3. Ne hoşnut ne de değil
4. Epeyce hoşnut 5. Çok hoşnut

25. Ulaşım olanaklarından ne kadar hoşnutsunuz?

1. Hiç hoşnut değil 2. Çok az hoşnut 3. Ne hoşnut ne de değil
4. Epeyce hoşnut 5. Çok hoşnut

Aşağıdaki soru son ilci hafta içinde bazı şeyleri ne sıklıkla hissettiğiniz yada yasadığınıza ilişkindir.

26. Ne sıklıkla hüzün, ümitsizlik, bunaltı, çökkünlük gibi olumsuz duygulara kapılırsınız?

1. Hiçbir zaman 2. Nadiren 3. Ara sıra 4. Çoğunlukta 5. Her zaman

27. Yaşamınıza size yakın kişilerle (es, iş arkadaşı, akraba) ilişkilerinizde baskı ve kontrole ilgili zorluklarınız oldu mu?

1. Hiç 2. Çok az 3. Orta derecede 4. Çokça 5. Aşırı derecede