

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ KURUMU
İSTANBUL İLİ BAKIRKÖY BÖLGESİ KAMU HASTANELERİ BİRLİĞİ
GENEL SEKRETERLİĞİ
BAKIRKÖY PROF. DR. MAZHAR OSMAN RUH SAĞLIĞI VE
SİNİR HASTALIKLARI EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ
PSİKİYATRİ KLİNİĞİ

**DENETİMLİ SERBESTLİK KAPSAMINDA
TEDAVİDEKİ OPİYAT KULLANIM BOZUKLUĞU
OLAN HASTALARIN OPİYAT İDAME TEDAVİSİNE
UYUMU VE ETKİ EDEN FAKTÖRLER**

Dr. Özge HISİM

TIPTA UZMANLIK TEZİ

Tez Danışmanı: Uzm. Dr. Turan ÇETİN

İSTANBUL - 2016

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ KURUMU
İSTANBUL İLİ BAKIRKÖY BÖLGESİ KAMU HASTANELERİ BİRLİĞİ
GENEL SEKRETERLİĞİ
BAKIRKÖY PROF. DR. MAZHAR OSMAN RUH SAĞLIĞI VE
SİNİR HASTALIKLARI EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ
PSİKİYATRİ KLİNİĞİ

**DENETİMLİ SERBESTLİK KAPSAMINDA
TEDAVİDEKİ OPİYAT KULLANIM BOZUKLUĞU
OLAN HASTALARIN OPİYAT İDAME TEDAVİSİNE
UYUMU VE ETKİ EDEN FAKTÖRLER**

Dr. Özge HISİM

TIPTA UZMANLIK TEZİ

Tez Danışmanı: Uzm. Dr. Turan ÇETİN

İSTANBUL - 2016

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ KURUMU
Bakırköy Bölgesi İstanbul İli Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği
Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları
Eğitim ve Araştırma Hastanesi

TEZ DEĞERLENDİRME FORMU

ADI SOYADI: DR. ÖZGE HISİM

UZMANLIK DALI: RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI

TEZİN ADI: DENETİMLİ SERBESTLİK KAPSAMINDA TEDAVİDEKİ OPİYAT KULLANIM BOZUKLUĞU OLAN HASTALARIN OPİYAT İDAME TEDAVİSİNE UYUMU VE ETKİ EDEN FAKTÖRLER

1-Sayfa Sayısı:	: 192
2-Tablo Sayısı	: 20
3-Şekil Sayısı:	: 1
4-İstatistik Sayısı:	: 5
5-Literatür Sayısı ve Faydalanma Durumu	: 146, BAŞARILI
6-Yazı Tertibi	: BAŞARILI
7-Konuyu Anlatma ve Konuya Hakimiyet	: BAŞARILI
8-İncelemenin Bilimsel Bakımdan Tutumu	: BAŞARILI
9-Orijinal Olup Olmadığı	: ORJİNAL

SONUÇ: BAŞARILI

TEZ DEĞERLENDİRME JÜRİSİ

Üye

Üye

Doç. Dr. Ekrem Cüneyt EVREN
B.Köy Prof. Dr. Mazhar Osman
Ruh Sağlığı ve Sinir Hast. Eğt ve Arş Hast.
Psikiyatri Eğitim Görevlisi
Sicil No: 53480

Uz. Dr. Ahmet TÜRKCAN
B.Köy Prof. Dr. Mazhar Osman
Ruh Sağlığı ve Sinir Hast. Eğt ve Arş Hast.
Psikiyatri Eğitim Görevlisi
Sicil No: 36989

Üye

Doç. Dr. Rabia BİLİCİ
İstanbul Anadolu Kuzey Bölgesi Kamu Hastaneleri Birliği
Genel Sekreterliği
Erenköy Ruh ve Sinir Hast. Eğt ve Arş. Hast.
Psikiyatri Başasistanı
Sicil No: 90628

ONAY
2016
Doç. Dr. Erhan KURT
Hastane Yöneticisi / Başhekim

I. ÖNSÖZ

Sayın Başhekim'im Doç. Dr. Erhan KURT' a,

Beraber çalıştığımız süre boyunca kendisinden çok şey öğrendiğim, değerli klinik şefim Doç. Dr. E. Cüneyt EVREN' e,

Tez sürecimde bana çok yardımcı olan danışmanım Uzm. Dr. Turan ÇETİN' e,

Kliniğimde bilgi ve tecrübesinden faydalandığım Uzm. Dr. Yeşim CAN, Uzm. Dr. Gökhan UMUT, Uzm. Dr. Vahap KARABULUT, Uzm. Dr. Müge BOZKURT, Uzm. Dr. İzgi ALNIAK, Uzm. Dr. Özlem Helin ÇARKÇI' ya,

Birlikte çalışma fırsatı bulduğum başta Uzm. Dr. Bican ÖZTÜRKCAN, Uzm. Dr. Cem TÜZ, Uzm. Dr. Agah AYDIN, Uzm. Dr. Melih ÖZEREN, Uzm. Dr. Cengiz DAYAN, Uzm. Dr. Ceyda GÜVENÇ TAŞDELEN, Uzm. Dr. Semra YALÇINKAYA, Uzm. Dr. Oya Güçlü, Uzm. Dr. Cenk VARLIK, Uzm. Dr. Can GER ve Uzm. Dr. Özhan YALÇIN olmak üzere tüm uzmanlarıma,

Rotasyonlarım sırasında mesleğim adına kendilerinden çok şey öğrendiğim Doç. Dr. Baki ARPACI, Prof. Dr. Ayten ERDOĞAN, Prof. Dr. Mehmet Emin CEYLAN, Doç. Dr. Ayşe Fulya MANER, Doç. Dr. Ejder Akgün YILDIRIM, Prof. Dr. Doğan Niyazi ÖZÜÇELİK'e, Uzm. Dr. Ahmet TÜRKCAN, Uzm. Dr. Şahap ERKOÇ, Uzm. Dr. Mehtap DELİCE'ye

Bakırköy'ü unutulmaz kılan tüm sevgili asistan arkadaşlarıma,

Özellikle tez sürecimde bana destek olan Denetimli Serbestlik Polikliniği ve AMATEM B3 ekibi başta olmak üzere tüm AMATEM ekibine ve birlikte çalışmaktan keyif aldığım tüm hastane personeline,

Ergenliğimin hiç bitmeyeceğinin garantisi, hep benimle hep yanımda olan konsept ekibime,

Hayatlarına tanıklık etmeme izin veren tüm hastalarıma,

Bana sevmeyi ve merak etmeyi öğreten annem ve babama, öz kardeşim Ege'ye,

Desteğini her an hissettiğim sevgili eşime,

İçten teşekkürlerimle...

Dr. Özge HISİM

İstanbul, 2016

II. İÇİNDEKİLER

Sayfa No

I. ÖNSÖZ.....	I
II. İÇİNDEKİLER	II
III. ÖZET.....	VI
IV. ABSTRACT.....	VII
V. KISALTMALAR.....	VIII
VI. TABLO LİSTESİ.....	X
VII. ŞEKİL LİSTESİ	XI
1. GİRİŞ VE AMAÇ	1
1.1. Amaç.....	2
1.2. Varsayım.....	2
2. GENEL BİLGİLER	3
2.1. Uyuşturucu Suçu ve Denetimli Serbestlik.....	3
2.1.1. Uyuşturucu Suçu ve Suç Kavramı	3
2.1.2. Denetimli Serbestlik Tanımı ve Tarihçesi	5
2.1.2.1. Denetimli Serbestlik Tanımı	5
2.1.2.2. Türkiye’de ve Dünyada Denetimli Serbestliğin Tarihçesi.....	6
2.1.3. Türkiye’de ve Dünyada Uyuşturucu Suçu ve Yaptırımları.....	7
2.1.4. Türkiye’de Uyuşturucu Suçu ve Yaptırımları	11
2.1.5. Türkiye’deki Denetimli Serbestlik Sistemi ve Uygulamaları.....	13
2.2. Opiyat Kullanım Bozukluğu ve Tedavisi.....	17
2.2.1. Opiyat Kullanım Bozukluğu Tanımı ve Tarihçesi.....	17
2.2.1.1. Opiyat Kullanım Bozukluğu Tanımı	17
2.2.1.2. Opiyat Kullanım Bozukluğu’nun Tarihçesi	19
2.2.2. Opiyat Kullanım Bozukluğu’nun Epidemiyolojisi	20
2.2.3. Opiyat Kullanım Bozukluğu’nun Etiyolojisi.....	21
2.2.3.1. Nörobiyolojik Faktörler	21
2.2.4. Opiyat Kullanım Bozukluğu’nda Tıbbi ve Psikiyatrik Eş Tanı.....	22
2.2.4.1. Mortalite	22
2.2.4.2. Tıbbi Eş Tanılar	23
2.2.4.3. Psikiyatrik Eş Tanılar.....	24
2.2.5. Opiyat Kullanım Bozukluğu’nun Tedavisi.....	25
2.2.5.1. Opiyat Kullanım Bozukluğu’nun Tıbbi Tedavisi.....	26
2.2.5.2. Buprenorfin ve Nalokson Tedavisi.....	27
2.3. Denetimli Serbestlik Tedbiri’nde ve Opiyat Kullanım Bozukluğu’nda Tedavi Sonucunu Etkileyen Faktörler.....	28

2.3.1. Sosyodemografik Faktörler	28
2.3.1.1. Yaş	29
2.3.1.2. Cinsiyet	32
2.3.1.3. Medeni Durum.....	34
2.3.1.4. Eğitim Durumu	37
2.3.1.5. Göç Öyküsü	40
2.3.2. İş-Destek Durumu İle İlişkili Faktörler	40
2.3.3. Yasal Durum İle İlişkili Faktörler	43
2.3.4. Alkol ve Madde Kullanım Öyküsü İle İlişkili Faktörler	46
2.3.5. Tedavi Öyküsü İle İlişkili Faktörler	50
2.3.6. Aile ve Sosyal Destek Durumu ile ilişkili Faktörler	53
2.3.7. Tıbbi ve Psikiyatrik Durum İle İlişkili Faktörler	55
2.3.7.1. Psikiyatrik Durum İle İlişkili Faktörler.....	55
2.3.7.2. Tıbbi Durum İle İlişkili Faktörler	58
3. GEREÇ VE YÖNTEM	59
3.1. Olguların Seçimi	59
3.2. İşleyiş	60
3.3. Veri Toplama Araçları.....	63
3.3.1. Sosyodemografik ve Klinik Özellikler Veri Formu.....	63
3.3.2. Bağımlılık Şiddetini Belirleme Ölçeği.....	63
3.3.3. Levenson Psikopati Ölçeği	64
3.3.4. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği.....	65
3.3.5. Madde Aşırma Ölçeği.....	66
3.3.6. Değişime Hazır Olma ve Tedavi İsteği Ölçeği.....	66
3.4. Değerlendirme ve İstatistiksel Analiz.....	67
4. BULGULAR.....	68
4.1. Çalışma Örnekleminin Değerlendirilmesi	68
4.1.1. Katılımcıların Sosyodemografik ve İş-Destek Durumu Özellikleri	68
4.1.2. Katılımcıların Yasal Durum Özellikleri	70
4.1.3. Katılımcıların Alkol/Madde Kullanım Öyküsü Özellikleri.....	71
4.1.4. Katılımcıların Tedavi Öyküsü Özellikleri	74
4.1.5. Katılımcıların Aile ve Sosyal Destek Durumu Özellikleri.....	75
4.1.6. Katılımcıların Alkol/Madde Kullanım Öyküsü Özelliklerinin Bağımlılık Şiddetini Belirleme Ölçeği (BŞBÖ) İle Değerlendirilmesi.....	77
4.1.7. Katılımcıların Kişilik Özelliklerinin Levenson Psikopati Ölçeği (LPÖ) İle Değerlendirilmesi.....	79
4.1.8. Katılımcıların Aile Desteği ve Aşırma Şiddetlerinin Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (ÇBASDÖ) ve Madde Aşırma Ölçeği (MAÖ) İle Değerlendirilmesi.....	79
4.1.9. Katılımcıların Tedavi Motivasyonunun Değişime Hazır Olma ve Tedavi İsteği Ölçeği (DHOTİÖ) İle Değerlendirilmesi.....	80

4.2. Örneklemenin Çeşitli Özelliklerinin Tedavi Sonuçlarına Göre Dağılımı.....	81
4.2.1. Sosyodemografik Özelliklerin Tedavi Sonuçlarına Göre Dağılımı.....	81
4.2.2. Tıbbi Durum Özelliklerinin Tedavi Sonuçlarına Göre Dağılımı.....	83
4.2.3. İş-Destek Durumu Özelliklerinin Tedavi Sonuçlarına Göre Dağılımı.....	84
4.2.4. Yasal Durum Özelliklerinin Tedavi Sonuçlarına Göre Dağılımı	86
4.2.5. Alkol/Madde Kullanım Öyküsü Özelliklerinin Tedavi Sonuçlarına Göre Dağılımı.....	88
4.2.6. Tedavi Öyküsü Özelliklerinin Tedavi Sonuçlarına Göre Dağılımı	91
4.2.7. Aile ve Sosyal Destek Durumu Özelliklerinin Tedavi Sonuçlarına Göre Dağılımı.....	93
4.2.8. Psikiyatrik Durum Özelliklerinin Tedavi Sonuçlarına Göre Dağılımı.....	95
5. TARTIŞMA.....	97
5.1. Örneklemenin Genel Özelliklerinin Tartışılması	97
5.1.1. Sosyodemografik Özelliklerin Tartışılması.....	98
5.1.1.1. Yaş	98
5.1.1.2. Cinsiyet	99
5.1.1.3. Medeni Durum.....	100
5.1.1.4. Eğitim Durumu	100
5.1.1.5. Göç Öyküsü.....	100
5.1.2. İş-Destek Durumu Özelliklerinin Tartışılması	101
5.1.3. Yasal Durum Özelliklerinin Tartışılması	102
5.1.4. Alkol/Madde Kullanım Öyküsü Özelliklerinin Tartışılması.....	103
5.1.5. Tedavi Öyküsü Özelliklerinin Tartışılması	106
5.1.6. Aile ve Sosyal Destek Durumu Özelliklerinin Tartışılması	107
5.1.7. Tıbbi ve Psikiyatrik Durum Özelliklerinin Tartışılması.....	108
5.1.8. BŞBÖ Açısından Genel Örneklemenin Tartışılması	109
5.2. Tedavi Sonucu Gruplarının Özelliklerinin Tartışılması.....	111
5.3. Örneklemenin Özelliklerinin Tedavi Uyumuna Etkileri Açısından Tartışılması. 117	
5.3.1. Sosyodemografik Özelliklerin Tedavi Uyumuna Etkisi	117
5.3.1.1. Yaşın Tedavi Uyumuna Etkisi	117
5.3.1.2. Cinsiyetin Tedavi Uyumuna Etkisi.....	118
5.3.1.3. Medeni Durumun Tedavi Uyumuna Etkisi	119
5.3.1.4. Göç Öyküsünün Tedavi Uyumuna Etkisi	119
5.3.1.5. Eğitim Durumunun Tedavi Uyumuna Etkisi	119
5.3.2. İş-Destek Durumu Özelliklerinin Tedavi Uyumuna Etkisi	120
5.3.3. Yasal Durum Özelliklerinin Tedavi Uyumuna Etkisi.....	121
5.3.4. Alkol/Madde Kullanım Öyküsü Özelliklerinin Tedavi Uyumuna Etkisi....	122
5.3.5. Tedavi Öyküsü Özelliklerinin Tedavi Uyumuna Etkisi	124
5.3.6. Aile ve Sosyal Destek Durumu Özelliklerinin Tedavi Uyumuna Etkisi.....	126
5.3.7. Psikiyatrik Durum Özelliklerinin Tedavi Uyumuna Etkisi	127
5.3.8. Tıbbi Durum Özelliklerinin Tedavi Uyumuna Etkisi	128

5.4. Varsayımların Değerlendirilmesi	129
5.5. Çalışmanın Güçlü Yanları	134
5.6. Çalışmanın Kısıtlılıkları	134
6. SONUÇLAR ve ÖNERİLER.....	135
7. KAYNAKLAR	138
8. EKLER	151
EK 1 - Etik Kurul Onayı.....	151
EK 2 - Türk Ceza Kanunu.....	152
EK 3- Türk Ceza Kanunu İle Bazı Kanunlarda Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun.....	153
EK 4 - T. C. Sağlık Bakanlığı Denetimli Serbestlik Tedbirleri Uygulanan Kişilerin Tedavileri Hakkında Genelge	155
EK 5 - T. C. Sağlık Bakanlığı Denetimli Serbestlik Tedavi Hizmetleri Hakkında Genelge....	156
EK 6 - T. C. Adalet Bakanlığı Denetimli Serbestlik Hizmetleri Yönetmeliği.....	162
EK 7- Sosyodemografik ve Klinik Özellikler Veri Formu	166
EK 8- Gönüllü Bilgilendirme ve Onay Formu	169
EK 9- Bağımlılık Şiddetini Belirleme Ölçeği	171
EK 10- Levenson Psikopati Ölçeği	184
EK 11- Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği	187
EK 12- Madde Aşırma Ölçeği	189
EK 13- Değişime Hazır Olma ve Tedavi İsteği Ölçeği.....	191

III. ÖZET

DENETİMLİ SERBESTLİK KAPSAMINDA TEDAVİDEKİ OPİYAT KULLANIM BOZUKLUĞU OLAN HASTALARIN OPİYAT İDAME TEDAVİSİNE UYUMU VE ETKİ EDEN FAKTÖRLER

Dr. Özge HISİM

AMAÇ: Denetimli Serbestlik kapsamında opiyat idame tedavisine uyum hastanın psikososyal özellikleri ile ilişkilidir. Bu çalışma, Denetimli Serbestlik kapsamında Buprenorfin/Nalokson idame tedavisi alan bireylerin, Denetimli Serbestlik kapsamında tedavideki popülasyondan ne açıdan farklı olduğunu ve Buprenorfin/Nalokson idame tedavisine uyumlarını etkileyen özellikleri bulmayı amaçlamaktadır.

YÖNTEM: Çalışmamıza, Opiyat Kullanım Bozukluğu tanısı alan ve Denetimli Serbestlik Polikliniği Buprenorfin/Nalokson Programı'na kabul edilen 80 kişi alınmıştır. Program başlangıcından önce, Sosyodemografik ve Klinik Özellikler Veri Formu, Bağımlılık Şiddetini Belirleme Ölçeği, Levenson Psikopati Ölçeği, Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği, Madde Aşerme Ölçeği ve Değişime Hazır Olma ve Tedavi İsteği Ölçeği uygulanmıştır. 3 aylık takip süresi sonunda hastaların tedavi sonucu kaydedilerek verilerin tedavi sonucu gruplarındaki dağılımı incelenmiştir.

BULGULAR: Cevapsız grupta göç öyküsü olmayanların oranı, diğer gruplardan daha yüksektir ($p=0.016$, $p=0.005$). Uyumsuz grubun Bağımlılık Şiddetini Belirleme Ölçeği yasal durum alt ölçeği şiddet puanları, uyumlu gruptan daha yüksektir ($p=0.001$). Uyumsuz grupta uyuşturucu suçu dışında suç öyküsü olanların oranı diğer gruplara göre daha yüksektir ($p=0.018$, $p=0.005$). Cevapsız grubun, Bağımlılık Şiddetini Belirleme Ölçeği madde kullanımı alt ölçeği şiddet puanları, uyumsuz gruptan daha yüksektir ($p=0.005$). Cevapsız grubun günlük opiyat dozu ($p<0.007$) ve Madde Aşerme Ölçeği puanları ($p=0.008$) uyumlu gruptan daha yüksektir. Uyumsuz grupta damar içi kullanımı olmayanların oranı, cevapsız gruptan ($p=0.008$) daha yüksektir. Cevapsız grupta, yatarak Buprenorfin/Nalokson tedavisi öyküsü oranı diğer gruplardan daha yüksektir ($p<0.05$).

SONUÇ: Denetimli Serbestlik Polikliniği Buprenorfin/Nalokson Programında olanlar, Denteimli Serbestlik Tedbiri ve Tedavi Tedbiri nedeniyle tedaviye başvuranlara göre; daha yaşlı, alkol/madde kullanım bozukluğu, iş hayatı, aile-sosyal destek, yasal durum, psikiyatrik ve tıbbi durum açısından daha sorunlu bireylerdir. Yasal sorun şiddetinin yüksek olması ve uyuşturucu suçu dışında suç varlığı tedavi uyumsuzluğu ile ilişkilidir. Opiyat kullanım bozukluğu şiddetinin yüksek olması, opiyat dozunun yüksek olması, maddeye kısa sürede ulaşabilme, damar içi kullanım öyküsü, göç öyküsü olmaması, yüksek aşerme şiddeti ve yatarak tedavi öyküsü; ayaktan tedaviye uyumsuzluk ve tedavide kalma ile ilişkili saptanmaktadır.

Anahtar Kelimeler: Denetimli Serbestlik, Buprenorfin/Naloksan, Opiyat Kullanım Bozukluğu, Tedavi Uyum

İletişim Adresi: ozge_hisim@yahoo.com

IV. ABSTRACT

THE FACTORS AFFECTING COMPLIANCE TO OPIATE SUBSTITUTION THERAPY IN COERCED TREATMENT SETTING

Dr. Özge HISIM

OBJECTIVE: Compliance to opiate substitution therapy is closely related to psychosocial characteristics of the patients. In this study we aim to find the differences between the characteristics of the patients in the coerced treatment setting and the subgroup, the patients receiving opiate substitution therapy in the coerced treatment setting. Our objective is to determine the factors that affect the compliance to opiate substitution therapy in parolees.

METHOD: 80 parolees diagnosed with Opiate Use Disorder with Buprenorphine/Naloxone indication were enrolled. At the study enrollment participants were administered a sociodemographic form, Addiction Severity Index, Levenson Self-Report Psychopathy Scale, Multidimensional Scale of Perceived Social Support, Penn Alcohol Craving Scale- Revised Version, The Stages of Change Readiness and Treatment Eagerness Scale. After 3 months follow-up the data was assessed according to treatment outcome.

RESULTS: The ratio of no history of immigration was higher in the adherent group ($p=0.016$, $p=0.005$). Severity ratings of Addiction Severity Index legal status subscale were higher in the noncompliant group than the compliant group ($p=0.001$). History of non-drug related crime was higher in the noncompliant group ($p=0.018$, $p=0.005$). Severity ratings of Addiction Severity Index drug/alcohol use subscale were higher in the adherent group than the noncompliant group ($p=0.005$). Daily opiate dosage ($p<0.007$) and Penn Alcohol Craving Scale- Revised Version scores ($p=0.008$) were higher in the adherent group than the compliant group. The ratio of non-iv users were higher in the noncompliant group ($p=0.008$) than the adherent group. The ratio of patients with inpatient treatment history was higher in the adherent group than the noncompliant group ($p<0.05$).

CONCLUSION: The patients admitted to opiate substitution therapy in coerced treatment setting are, older individuals with more severe, employment, legal, family-social relations, psychiatric, medical and alcohol/drug use problems than patients in the coerced treatment setting. Severe legal problems and history of non-drug related crime is related to noncompliance. More severe alcohol/drug use, higher daily heroin dosage, easy access to heroin, history of iv drug use, high craving scores and history of inpatient treatment are related to noncompliance to outpatient opiate substitution therapy and treatment adherence.

Keywords: Parole, Buprenorphine/Naloxone, Opiate Use Disorder, Treatment Compliance

Contact Address: ozge_hisim@yahoo.com

V. KISALTMALAR

ABD	: Amerika Birleşik Devletleri
AMATEM	: Alkol ve Madde Bağımlılığı Tedavi ve Araştırma Merkezi
ALT	: Alanin Transaminaz
AST	: Aspartat Transaminaz
BN	: Buprenorfin/Nalokson
BŞBÖ	: Bağımlılık Şiddetini Belirleme Ölçeği (Addiction Severity Index-ASI)
cAMP	: Siklik Adenozin Monofosfat
ÇBASDÖ	: Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (Multidimensional Scale of Perceived Social Support MSPSS)
DHOTİÖ	: Değişime Hazır Olma ve Tedavi İsteği Ölçeği (SOCRATES: The Stages of Change Readiness and Treatment Eagerness Scale)
DS	: Denetimli Serbestlik
DSM-5	: Amerikan Psikiyatri Birliği tarafından geliştirilmiş olan mental bozuklukları sınıflandırma sisteminin 5. Baskısı
DSP	: Denetimli Serbestlik Polikliniği
DST	: Denetimli Serbestlik Tedbiri
EMCDDA	: Avrupa Uyuşturucu ve Uyuşturucu Bağımlılığı İzleme merkezi
GABA	: Gamma Aminobutirik Asit
HIV	: İnsan Bağışıklık Yetmezlik Virüsü
HPA	: Hipotalamo-Hipofizer Aks
LPÖ	: Levenson Psikopati Ölçeği (Levenson Self-Report Psychopathy Scale -LSRP)
MAÖ	: Madde Aşerme Ölçeği (Penn Alcohol Craving Scale-PACS Revised Version)
NAc	: Nucleus Accumbens

OSS	: Otonomik sinir Sistemi
SSS	: Santral Sinir Sistemi
SAMBA	: Sigara, Alkol ve Madde Bağımlılığı Tedavi Programı
TCK	: Türk Ceza Kanunu
TT	: Tedavi Tedbiri
TUBİM	: Türkiye Uyuşturucu ve Uyuşturucu Bağımlılığı İzleme Merkezi
UNODC	: Birleşmiş Milletler Uyuşturucu ve Suç Ofisi
VTA	: Ventral Tegmental Alan



VI. TABLO LİSTESİ

Sayfa No

Tablo 1: Katılımcıların Sosyodemografik ve İş-Destek Durumuna İlişkin Verilerinin Dağılımı	68
Tablo 2: Katılımcıların Yasal Durum Özelliklerine İlişkin Verilerin Dağılımı	70
Tablo 3: Katılımcıların Alkol/Madde Kullanım Öyküsü Özelliklerine İlişkin Verilerin Dağılımı	71
Tablo 4: Katılımcıların Tedavi Öyküsü Özelliklerine İlişkin Verilerin Dağılımı	74
Tablo 5: Katılımcıların Aile ve Sosyal Destek Durumu Özelliklerine İlişkin Verilerin Dağılımı	75
Tablo 6: Katılımcıların Tıbbi ve Psikiyatrik Durum Özelliklerine İlişkin Verilerin Dağılımı	76
Tablo 7: Katılımcıların Bağımlılık Şiddetini Belirleme Ölçeğinden Aldıkları Puanların Dağılımı	77
Tablo 8: Katılımcıların Levenson Psikopati Ölçeğinden (LPÖ) Aldıkları Puanların Dağılımı	79
Tablo 9: Katılımcıların Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek (ÇBASDÖ) ve Madde Aşırma Ölçeklerinden (MAÖ) Aldıkları Puanların Dağılımı.....	79
Tablo 10: Katılımcıların Değişime Hazır Olma ve Tedavi İsteği Ölçeğinden (DHOTİÖ) Aldıkları Puanların Dağılımı.....	80
Tablo 11: Katılımcıların Tedavi Sonuçlarına Göre Sosyodemografik Özelliklerine İlişkin Verilerin Karşılaştırılması.....	81
Tablo 12: Katılımcıların Tedavi Sonuçlarına Göre Tıbbi Durum Özelliklerine İlişkin Verilerin Karşılaştırılması.....	83
Tablo 13: Katılımcıların Tedavi Sonuçlarına Göre İş-Destek Durumu Özelliklerine İlişkin Verilerin Karşılaştırılması.....	84
Tablo 14: Katılımcıların Tedavi Sonuçlarına Göre Yasal Durum Özelliklerine İlişkin Verilerin Karşılaştırılması.....	86
Tablo 15: Katılımcıların Tedavi Sonuçlarına Göre Alkol/Madde Kullanım Öyküsü Özelliklerine İlişkin Verilerin Karşılaştırılması.....	88
Tablo 16: Katılımcıların Tedavi Sonuçlarına Göre Tedavi Öyküsü Özelliklerine İlişkin Verilerin Karşılaştırılması.....	91
Tablo 17: Katılımcıların Tedavi Sonuçlarına Göre Aile ve Sosyal Destek Durumu Özelliklerine İlişkin Verilerin Karşılaştırılması.....	93
Tablo 18: Katılımcıların Tedavi Sonuçlarına Göre Psikiyatrik Durum Özelliklerine İlişkin Verilerinin Karşılaştırılması.....	95
Tablo 19: Bağımlılık Şiddetini Belirleme Ölçeği (BŞBÖ) Puanlarının DST Alanındaki Literatür ile Karşılaştırılması	110
Tablo 20: Bağımlılık Şiddetini Belirleme Ölçeği (BŞBÖ) Puanlarının BN İdame Tedavisi Alanındaki Literatür ile Karşılaştırılması.....	111

VII. ŞEKİL LİSTESİ

Sayfa No

Şekil 1: Madde Kullanım Bozukluğu ve DST olan Bireylerin Toplumdaki Dağılımı..... 97



1. GİRİŞ VE AMAÇ

Denetimli Serbestlik (DS), mahkemece belirtilen koşullar ve süre içinde, denetim planı doğrultusunda suça sürüklenen çocuk, şüpheli, sanık veya hükümlünün toplumla bütünleşmesi açısından ihtiyaç duyduğu her türlü hizmet, program ve kaynakların sağlandığı toplum temelli bir uygulamadır. 2005 yılında Türk Ceza Kanunu (TCK)'nda yapılan değişikliklerle madde kullanan kişiler ceza infaz kurumlarına alınmadan toplum içinde denetlenmekte ve tedavi edilmektedirler. Denetimli Serbestlik Müdürlükleri ve Tedavi Merkezleri bu uygulamada beraber çalışmaktadır (1). DS kapsamında Tedavi Merkezlerine başvuranlarda, opiyat kullanım bozukluğu oranı çeşitli çalışmalarda, %1-4 arasında saptanmıştır (2-7).

Opiyat Kötüye Kullanımı; deneme, tekrar kullanma, bağımlılık ve kayma konusunda birçok faktörün birbirleriyle etkileşerek rol oynadığı karmaşık bir bozukluktur. (8)

Dünya genelinde 15-64 yaş arası nüfusta çeşitli kıtalarda, yaşam boyu opiat kullanım yaygınlığı %0.2-0.7 arasında olduğu saptanmıştır (9). Birleşmiş Milletler Uyuşturucu ve Suç Ofisi (UNODC) koordinesinde 2003 yılında, Türkiye'de 15-64 yaşları arasındaki bireylerde opiyat kullanım oranı %0,05 olarak tespit edilmiştir (10).

Opiyat Kullanım Bozukluğu önemli düzeyde sağlık ve sosyal problemlere yol açar. İnsan Bağışıklık Yetmezlik Virüsü (HIV) enfeksiyonu, hepatit, depresyon, öz kıyım eğilimi ve antisosyal davranışları içeren tıbbi ve psikiyatrik komplikasyon oranı yüksektir (11,12). Opiyat kullanım bozukluğu ve yasal sorunlar çoğu zaman birlikte bulunmaktadır (13).

Opiyat idame tedavisi, Opiyat Kullanım Bozukluğu için etkin bir tedavidir (14,15). Tedaviyi sürdürmenin, eroin kullanımında ve riskli davranışlarda azalma, sağlık durumunda düzelme, sosyalleşme ve yasal sorunlardan uzaklaşma gibi faydaları saptanmıştır (16,17). Buprenorfin 2000'li yıllarda bir tedavi seçeneği olarak kabul edilmiştir. Etkinliği diğer tedavilere benzer olmakla birlikte, daha hafif bir yan etki profiline sahiptir. (18,19)

Türkiye'de Buprenorfin/Nalokson (BN) idame tedavisi altındaki opiyat kullanım bozukluğu olan bireylerde yapılan çalışmalarda, ailede madde kullanımı öyküsü, öz kıyım

girişimi öyküsü, uyuşturucu suçu dışında suç varlığı, aşırme düzeyinin şiddetli olması, yüksek psikopati puanları ile tedaviye uyumsuzluk ilişkili saptanmıştır (20-23). DS kapsamında tedaviye başvurmayı tedavi uyumu ve uyumsuzluğu ile ilişkilendiren farklı çalışmalar vardır (21,23). Türkiye’de DS kapsamında opiyat idame tedavisi ile ilgili yapılmış çalışma bulunmamaktadır.

1.1. AMAÇ

Türkiye’de Denetimli Serbestlik Tedbiri (DST) ve Tedavi Tedbiri (TT) kapsamında izlenen hastalar; sosyodemografik özellikler, eşlik eden tıbbi ve psikiyatrik sorunların ciddiyeti, yasal durum öyküsü, madde kullanım özellikleri, sosyal destek düzeyi, tedavi motivasyonu ve kişilik özellikleri açısından farklılık gösteren heterojen bir gruptur. Prof. Dr. Mazhar Osman Bakırköy Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi Alkol ve Madde Bağımlılığı Tedavi ve Araştırma Merkezi (AMATEM) Denetimli Serbestlik Polikliniği (DSP), bu popülasyona özel bir opiyat idame tedavi programı uygulayan Türkiye’deki tek klinikdir. Bu çalışmanın amacı, DST ve TT nedeniyle opiyat idame tedavisine başvuran hastaların tedaviye uyumunu etkileyen faktörleri saptamak ve bu bulgular ışığında tedaviye uyumsuzluk riski yüksek gruplara özgü tedavi protokollerinin geliştirilmesine katkıda bulunmaktır.

DS kapsamında opiyat idame tedavisine uyumun hastanın kişisel, kişilerarası, çevresel ve sosyodemografik özelliklerine bağlı olduğu düşünülmektedir. Bu çalışma DS kapsamında opiyat idame tedavisinin etkinliğini ve tedaviye uyumu etkileyen özellikleri bulmayı, bu özelliklerin hangileri olduğunu ve tedavi uyumunu ne düzeyde etkilediğini saptamayı amaçlamaktadır.

1.2. VARSAYIM

DS kapsamında tedaviye başvuran, Opiyat Kullanım Bozukluğu olan bireylerin, sosyodemografik, mesleki işlevsellik, yasal durum öyküsü, madde kullanım özellikleri, tedavi öyküsü, aile ve sosyal destek özellikleri, psikiyatrik ve tıbbi öykü açısından DST nedeniyle tedaviye başvuran genel popülasyondan farklı olduğu düşünülmektedir. DS kapsamında tedaviye başvuran Opiyat Kullanım Bozukluğu olan bireylerde, genç yaş, düşük eğitim düzeyi, düşük mesleki işlevsellik, şiddetli yasal durum öyküsü, düşük sosyal destek, şiddetli Opiyat Kullanım Bozukluğu, şiddetli psikiyatrik ve tıbbi öykünün tedavi uyumsuzluğu ile ilişkili olduğu düşünülmektedir.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. UYUŞTURUCU SUÇU VE DENETİMLİ SERBESTLİK

2.1.1. Uyuşturucu Suçu ve Suç Kavramı

Uyuşturucu kullanmak, diğer bir kişiye direkt zarar verilen bir durum olmamasına rağmen birçok toplum tarafından suç kapsamına alınmaktadır. Bunu açıklayabilmek için öncelikle suç kavramını incelemek gerekmektedir (24).

Sosyokültürel bilimler suç teşkil eden insan davranışını toplumdaki mevcut sosyal normlardan sapış olarak tanımlamaktadır. Suçlu ise içinde yaşadığı toplumun normları ile kişisel kuvvetleri arasında denge kuramamış olan kişidir. Garofalo, tabi suçları tarif ederken insanların merhamet, dürüstlük gibi esaslı, altruist duygularını ihlal eden hareketlerden ibaret bulunduğunu ileri sürmüştür. İhering'e göre suç, toplum halinde yaşama yönelik her türlü saldırıdır. Durkheim'e göre suç ise, kolektif bilincin kuvvetli ve belirli tutumlarını ihlal eden fiillerdir. Thomas ve Znaniecky eserlerinde, sosyal psikolojik açıdan suçu, kişinin kendini mensubu saydığı grupta, varlığı toplum dayanışması ile çelişkili gösteren fiil olarak tanımlamışlardır (24).

Pozitif hukuka göre suç, cezai yaptırım ile korunan normlara uymama şeklinde tanımlanmaktadır. Ceza ise, suç işleyen kimse hakkında, toplum adına düzenlenerek uygulanan kanuni yaptırım olarak tanımlanmıştır. Ceza hukuku anlamında bir fiilin suç sayılabilmesi için kanunda açık bir şekilde belirtilmiş ve karşılığında bir cezanın konmuş olması gerekmektedir (24).

Kriminoloji biliminde, kişinin bir 'suçlu'ya nasıl dönüştüğünü açıklayan çeşitli yaklaşımlar bulunmaktadır. Biyokimyasal yaklaşım; kalıtım ve vücut ve/veya organ işlevsizliğinin suça eğilime neden olduğunu ileri sürmektedir. Psikolojik kriminoloji, suç işleyen ve işlemeyen kişilerin zeka seviyeleri ve kişilik özellikleri arasında farklılıklar olduğunu ve bu farklılıkların gözüpeklik ve dürtüsellliği arttırarak suç ile ilişkili bir durum ortaya çıkarttığını savunmaktadır. Ekolojik kriminoloji; insanların

içinde yaşadığı düzensiz ve çarpık eko-alanların suça yol açtığını ileri sürmektedir. Durkheim'ın anomi teorisine göre suç, insanların emellerini çok yüksek tuttukları ve kaçınılmaz olarak süreç boyunca amaçlarına ulaşmada bireyleri zorlayacak engellerin çıkması sonucu oluşmaktadır. Sutherland 'suçlu' davranışını, öğrenmenin bir ürünü olarak göstermektedir. Öğrenme teorisi, insanlar için neyin olumlu ve olumsuz pekiştirici olduğunun analizini içermektedir. Kontrol teorileri; bireyin otorite figürleri ile kurduğu bağın toplumla kurulan bağı nasıl belirlediği ve sonuçta kişiyi yasalarla sorun yaşamaktan nasıl uzak tuttuğunu incelemektedir. Etiketleme teorilerine göre sapma, insanların bazı davranışlarına konulan damgalama ile oluşur, suçlu ise damgalanarak toplum dışına itilmiş kişidir (2).

Dünyanın pek çok ülkesinde olduğu gibi ülkemizde de uyuşturucu veya uyarıcı maddeyi bulundurmak ve kullanmak yasalarca suç kapsamına alınmıştır. Madde kullanım bozukluğu toplumsal sağlık problemi olarak kabul edilmekte ve madde kullanımı ile ilgili suçlar topluma karşı işlenmiş suçlar olarak düşünülmektedir. Uyuşturucu veya uyarıcı madde kullanılmasına ilişkin suçlarda, korunan hukuksal değer, toplumun esenliği kapsamında genel sağlıktır. Uyuşturucu madde kullanımının yasaklanması ile bireyin kendi sağlığına zarar vermesinin önüne geçilmesi ve toplumun sağlıklı bireylerden oluşması istenmektedir (24).

Ayrıca kişide madde kullanım bozukluğu yaratan maddelerin kullanılmasıyla bağlantılı birçok psikolojik, fiziksel ve sosyal bozukluk ortaya çıkabilmekte ve kişi maddeyi elde etmek veya gerekli parayı sağlamak üzere yasadışı yollara başvurabilmektedir. Uyuşturucu madde bir yandan onu kullanan kişinin bedensel ve ruhsal yapısını olumsuz yönde etkilerken diğer yandan oluşturduğu bozukluğun doğacak çocuklarına kalıtım yoluyla geçmesine ve soyun bozulmasına yol açabilmektedir. Madde kullanarak çocuklarına kötü örnek olan ebeveynlerin çocuklarının da benzer tutum ve davranışlar göstermeleri ve toplum düzenini tehlikeye sokmaları mümkün olabilmektedir. (25)

Bu suçların cezalandırılmasıyla, hem birey uyuşturucu veya uyarıcı maddenin etkisinden korunmakta, hem de toplum uyuşturucu maddelerin dolaylı etkilerine karşı koruma altına alınmaktadır. Kısaca, uyuşturucu veya uyarıcı madde kullanılmasına yönelik fiiller, bireye zararlı olmasının yanında toplumun geleceğine, ortak değerlerine,

ahlak ve genel sağığına büyük zararlar vereceğı endişesi ile suç olarak düzenlenmiştir (25).

Özetle, uyuşturucu suçunun mağduru genel olarak toplumdur, suçun işlenmesiyle, toplumu oluşturan barış esasına dayalı bir hukuk toplumunda yaşama hakkına sahip olan herkes mağdur olmaktadır (25).

2.1.2. Denetimli Serbestlik Tanımı ve Tarihçesi

2.1.2.1. Denetimli Serbestlik Tanımı

DS için kullanılan “probation” kavramı Latince kökene dayanmakta olup “Probare” kelimesinden türetilmiştir. “Probare” kelimesi ‘denemek, ispat etmek, kanıtlamak’ anlamında kullanılmaktadır (26).

DS; ilgili mahkemece hakkında mahkumiyet kararı verilmiş olup cezaları ertelenen, salıverilen ve haklarında hapis cezası dışında herhangi bir tedbire hükmedilen çocuk, genç ve yetişkin; şüpheli, sanık veya hükümlü için yine mahkemece belirtilen koşullar ve süre içinde, denetim planı doğrultusunda kişilerin ceza infaz kurumları yerine toplum içinde izlenmesi, iyileştirilmesi, psikososyal sorunlarının çözülmesi, salıverme sonrası korunması, toplum ile bütünleşmesi ve buna benzer her türlü ihtiyaç alanlarında program ve kaynak sağlama, bilgilendirme, yönlendirme konusunda rehberlik ve yardım hizmetlerini kapsayan toplum esaslı bir uygulamadır (1).

DS uygulamalarının en önemli amaçlarından biri, suçlunun belirli koşullarda ceza infaz kurumuna girmeden topluma kazandırılmasıdır. Bu amaçla, Türkiye’deki yeni adalet sisteminde 2008 yılında 5271 sayılı Ceza Muhakemesi Kanunu’nun 231’inci maddesinde yapılan düzenleme ile getirilen hükmün açıklanmasının geri bırakılması sistemi ile; ilk defa suç işleyen kişi hakkında cezaya hükmedilmesi yerine bir takım koşul ve yükümlülüklerle denetim altında bulundurulması öngörülmüştür (27).

Bu düzenlemeye göre, sanığa yüklenen suçtan dolayı yapılan yargılama sonunda hükmolunan ceza, iki yıl veya daha az süreli hapis veya adli para cezası ise; mahkemece, hükmün açıklanmasının geri bırakılmasına karar verilebilmektedir.

Hükmün açıklanmasının geri bırakılmasına karar verilebilmesi için;

- Sanığın daha önce kasıtlı bir suçtan mahkum olmamış bulunması,

- Mahkemece, sanığın kişilik özellikleri ile duruşmadaki tutum ve davranışları gözönünde bulundurularak yeniden suç işlemeyeceği hususunda kanaate varılması,
- Suçun işlenmesiyle mağdurun veya kamunun uğradığı zararın, aynen iade, suçtan önceki hale getirme veya tazmin suretiyle tamamen giderilmesi, gerekir (27).

Hükmün açıklanmasının geri bırakılması, kurulan hükmün sanık hakkında bir hukuki sonuç doğurmamasını ifade etmektedir (27).

Hükmün açıklanmasının geri bırakılması kararının verilmesi halinde sanık, beş yıl süreyle denetim süresine tabi tutulur. Bu süre içinde bir yıldan fazla olmamak üzere mahkemenin belirleyeceği süreyle, sanığın DST olarak;

- Bir meslek veya sanat sahibi olmaması halinde, meslek veya sanat sahibi olmasını sağlamak amacıyla bir eğitim programına devam etmesine,
- Bir meslek veya sanat sahibi olması halinde, bir kamu kurumunda veya özel olarak aynı meslek veya sanatı icra eden bir başkasının gözetimi altında ücret karşılığında çalıştırılmasına,
- Belli yerlere gitmekten yasaklanmasına,
- Belli yerlere devam etmek hususunda yükümlü kılınmasına,
- Ya da takdir edilecek başka yükümlülüğü yerine getirmesine, karar verilebilir (27).

2.1.2.2. Türkiye’de ve Dünyada Denetimli Serbestliğin Tarihçesi

Dünyadaki DS uygulamalarına; önceleri sadece hükmün açıklanmasının ertelenmesi uygulamaları olarak başlanmıştır. Sonra, her ülkenin toplumsal ceza kültürüne ve anlayışına göre farklı biçimlerde genişletilerek; gözaltına alınma ile başlayan ve yargılama öncesi, yargılama safhası, hükmün infazının ertelenmesi, şartlı salıverilme sonrası ve hükmün infazından sonraki safhada uygulanmasını da içine alan kapsamlı DS ve yardım sistemi haline geldiği görülmektedir (27).

İlk DS uygulamalarına 17.yy’da başlanmıştır. İngiltere’de 1678’de ölüm cezası alanlar, bunun yerine kolonilere sevk cezasına çarptırılmıştır. Bu kişilerin anavatana geri dönmemesi kontrol altına alınmıştır. Boston’lu bir ayakkabıcı olan John Agustus, DS’in babası olarak görülür. 1841’de para cezasına çarptırılan bir alkol bağımlısının cezasını ödemiş ve bunun karşılığında alkol kullanmayacağına dair bir tahahhüt

imzalatmıştır. 1841'de İngiltere'de genç suçluların yozlaşmasını engellemek için, sorumluluklarını alacak kişiler bulunduğunda hükmün ertelenmesi yoluna gidilmiştir. 1887'lerde ilk kez suç işleyen kişilerin tekrar suç işlemeyeceği kanaati uyandırması halinde hükmün ertelenmesi uygulaması başlatılmıştır. Amerika Birleşik Devletleri'nde (ABD) ve İngiltere'de 19. yy'ın son çeyreğinden itibaren günümüze benzer DS uygulamalarına başlanmıştır. Hollanda ve Almanya'da ise 20.yy'ın ilk çeyreğinde, önce hapisten çıkan kişilerin topluma uyum sağlamasına yönelik DS uygulamalarına başlanmıştır. Osmanlı İmparatorluğu'nda DS uygulaması 'Nefy Cezası', yani kişinin zorunlu olarak bir bölgede yaşamaya sürgün edilmesi ve bunun denetimi, ile başlamıştır. Kişinin belirlenen yerde yaşamasının denetimini yapmakla sorumlu 'zaptiye memurları' tarihimizin ilk denetim memurlarıdır (27).

2.1.3. Türkiye’de ve Dünyada Uyuşturucu Suçu ve Yaptırımları

Tüm Dünya’da uyuşturucu suçunun cezası, 20. yy’da maddenin yayılmasını kontrol etmek için uygulanan katı cezai yaptırımlar olarak başlamış, yalnız yıllar içerisinde bu yaptırımların toplum sağlığını iyileştirmede, bireyin zarar görmesini engellemediği ve adalet sistemlerinin işyükünü çok artırdığı gerekçesiyle cezai yaptırıma alternatif yaptırımlar uygulanmaya başlanmıştır (28,29).

1912 Uluslararası Opiyat Kongresi’nde, satışın kontrolü için bir sistem oluşturulmuş ve sistem dışı ‘bulundurma’ suçu için cezai yaptırım uygulanmasına karar verilmiştir. 1960'lara kadar uyuşturucu suçunun yaptırımı hapis cezası olmaya devam etmiştir. 1961 Birleşmiş Milletler Narkotik Maddeler Kongresi’nde ilk kez madde kullanıcılarının sağlığını koruma fikri ortaya atılmıştır. Uyuşturucu bulundurma ve satışı hapis cezası gibi ciddi yaptırımları olan bir suç olmaya devam etmekle birlikte, ilk kez madde kullanım bozukluğu olanların tedavisi, bakımı ve rehabilitasyonu için merkezler kurulması konusu gündeme gelmiştir. 1972 Birleşmiş Milletler Psikotropik Maddeler Kongresi’nde, madde kullanım bozukluğu olanların, uyuşturucu suçu işlediğinde, ceza yerine tedavi, eğitim, bakım, rehabilitasyon ve sosyal geri kazandırma programlarına alınmalarının gerekliliği tartışılmıştır. Böylece ilk kez hapis cezasına bir alternatif sorgulanmaya başlanmıştır. 2004’te ise, madde satıcılığına zorlanmış madde kullanım bozukluğu olan bireylerin, hapis cezası yerine tedaviye yönlendirilmesi savunulmuş ve hapiste geçirilen zamanın özellikle genç suçlulara verdiği hasar üzerinde durulmuştur. 2007-2009 yıllarına kadar, uyuşturucu suçunun cezası, cezai yaptırım

olmayı sürdürmüştür. 2007 Birleşmiş Milletler raporunda ise ‘düşük miktarlarda kullanım için bulundurma’ suçunun, suç kapsamından çıkartılması savunulmuştur. Avrupa 2000-2004 ve 2009-2012 Madde Hareket Planları ‘hapis cezasına alternatif yaptırımlar’ konusuna odaklanmıştır. 2013-2016 Avrupa Madde Hareket Planı’nda ise ‘zorunlu yaptırım’lara alternatif denetim yöntemleri desteklenmektedir (28).

Son dekatta Avrupa’da uyuşturucu suçu için 4 kavram tartışılmaktadır.

‘Decriminalisation’- Kişinin sabıka kaydı oluşturulmadan ya da hüküm giymeden bir ceza alması.

‘Depenalisation’- Hafif uyuşturucu suçu kapsamındaki suçların cezasız kapatılması.

Hapis cezasına alternatif çözümler- Hapishane dışında rehabilitasyon ya da caydırma amaçlı çözümler.

Ceza alternatif çözümler- Tedavi, eğitim, bakım ve topluma geri kazandırma gibi ceza dışı çözümler (28).

Madde kullanımı ile ilişkili suçlar, Avrupa Uyuşturucu ve Uyuşturucu Bağımlılığı İzleme Merkezi (EMCDDA)’nin 2007 tarihli (Drugs in Focus) raporuna göre, 4 ana başlığa ayrılmaktadır;

- Psikofarmakolojik suçlar: Uyuşturucu ya da uyarıcı madde etkisi altında işlenen suçlardır. Bu suçlar, kronik yani uzun süreli kullanım sırasında olabileceği gibi akut kullanım sırasında da ortaya çıkabilmektedir.
- Ekonomik-zorlantılı suçlar: Uyuşturucu kullanan kişinin bu maddeyi temin etmek için ihtiyaç duyduğu parayı elde edebilmesi için işlediği suçlardır.
- Sistemik suçlar: Yasadışı uyuşturucu ve uyarıcı madde ticareti kapsamında bu maddelerin temini, dağıtımı ve ticareti sırasında ortaya çıkan ve çoğunlukla şiddet içeren cinayet, yaralama gibi yasadışı maddenin ticaretinin yapılabilmesini kolaylaştırmak amacıyla işlenen suçları kapsamaktadır.
- Uyuşturucu madde ile ilgili kanunların çiğnenmesi suçları: ceza kanunu ve ilgili diğer kanun ve yönetmeliklerde bulunan maddeler uyarınca uyuşturucu ve uyarıcı madde kullanımına yönelik olan düzenlemelere uyulmaması ile oluşan suçları kapsar (30).

Avrupa'nın son yıllardaki uyuşturucu politikaları, öncelikle madde kullanım bozukluğu olmayan yalnız hafif uyuşturucu suçu işleyen kişileri adalet sisteminden çıkartarak, adalet sisteminin yükünü hafifletmeyi hedeflemiştir. Bunun yanı sıra, madde kullanım bozukluğu olan kişileri tutuklanma ve kovuşturma evrelerinde saptayarak, sabıka kaydı oluşturmada, kişinin de onamı ile tedavi merkezlerine ve DST ve TT kapsamında yönlendirmeyi hedeflemiştir. Hapis ya da para cezası gibi adli yaptırımlar yerine, madde kullanım bozukluğu olan bireylerin, uzun süreli tedaviye ve DST'ne alınması planlanmıştır. Böylece, uyuşturucu kullanım ve bulundurma suçlarının, ekonomik-zorlantılı suçların ve madde kullanım bozukluğu ile ilişkilendirilebilen küçük çaplı (5 yıl hapis cezasından daha düşük cezası bulunan suçlar) sistemik suçların önlenmesi hedeflenmiştir. Zorunlu (kişinin onamı olmadan ve özgürlüğü kısıtlanarak yapılan tedavi) tedavi kararları ise psikofarmakolojik suçlarla sınırlandırılmış, bu tedavinin süresi de 'kişinin akut tıbbi ya da güvenlik riski ortadan kalkana kadar' şeklinde tanımlanmıştır. Böylece sadece akut tedavi zorunlu kılınarak insan hakları ihlallerinin önüne geçilmesi planlanmıştır (28).

19.yy'da opiyat ve kokain gibi maddelerin medikal kullanımı ve kötüye kullanımı yaygın olmasına rağmen, o dönemde, dağıtımlarını düzenlemeye ya da kısıtlamaya dair bir yasa yoktur. Reçetelendirme hekimlerin insiyatifine bırakılmıştır. 19.yy'ın sonlarında madde kullanım bozukluğu ciddi bir sosyal problem oluşturmaya başlamıştır. 1914'te Harrison Narkotik Yasaları (The Harrison Narcotics Act) ile kokain ve opiyat üreticileri, ithalatçıları ve dağıtımcıları kontrol altına alınmış ve kayıt tutulmaya başlanmıştır. 1937'de kurulan Federal Narkotik Bürosü (Federal Beuro of Narcotics)'in ilk komiseri olan Henry Anslinger, kongrede sunduğu raporunda esrarın 'şiddet davranışını arttırıcı ve akıl hastalığı yapıcı' etkisinden bahsetmesi sonucu Kannabis Vergi Yasası (The Marihuanna Tax Act) uygulanmaya başlanmıştır. Bu yasayla esrar satışına çok yüksek bir vergi uygulaması getirilerek bir anlamda satışı federal olarak yasaklanmıştır. 1951'de geçen Boggs Yasası (Boggs Act) ile bazı uyuşturucu suçlarına hapis cezası getirilmiştir. 1956'daki Narkotik Kontrol yasası (Narcotics Control Act) ile gençlere eroïn satışı suçunun cezası idama çevrilmiştir. 1960'lara kadar süren ciddi cezai yaptırımlar uyuşturucu suçunu azaltma yönünde bir sonuç vermemiş, bu yıllarda ilk kez ABD Barolar Birliği ciddi cezai yaptırımlara karşı durmaya başlayarak, artan madde kullanım bozukluğu için federal hükümetin medikal

yaklaşımlar üretmesini desteklemeye başlamıştır. 1963'te Başkanlık Narkotik ve Madde Kullanım Bozukluğu Komisyonu (Presidential Commission on Narcotics and Drug Abuse) narkotik madde araştırmalarına daha fazla fon ayrılması ve uyuşturucu suçlarının hafifletilmesini öneren bir rapor sunmuştur. 1963'te yürürlüğe giren Narkotik Bağımlıların Rehabilitasyonuna Dair Yasa (Narcotic Addict Rehabilitation Act) ile ABD Parlamentosu tedavi ve rehabilitasyonu desteklemeye başlamıştır. Bu yasayla ilk kez, madde kullanım bozukluğu nedeniyle federal suç işleyenlerin, cezai yaptırım yerine zorunlu tedavi programlarına alınması, sağlıklarına kavuşması ve topluma işlevsel bireyler olarak geri kazandırılmasını desteklenmiştir. 1969'da başkan Nixon özellikle artan eroin kullanım bozukluğu ile savaşı öncelikli hedeflerinin arasına alacağını açıklamıştır. 1970'de Kontrol Altındaki Maddeler Yasası (The Controlled Substances Act) tüm kontrol edilen maddelerin takibini yerel otoritelerden alarak federal hükümete vermiştir. Bu yasaya bağlı olarak Uyuşturucu Suçu İle Mücadele Dairesi, (Drug Enforcement Administration, DEA) kurulmuştur. Bu kuruluşun tek görevi kontrol edilen maddelerle ilgili suçların takibidir. 2014'te 9000 ajanı ve 2 trilyon dolar bütçesi bulunmaktadır. 1970'lere kadar ABD'nin başlıca madde sorunu eroinken, sonrasında kokain, ecstasy ve metamfetamin gibi yasal olmayan laboratuvarlarda sentezlenen maddelerin de kullanımının artması ile 1980'lerde uyuşturucu suç işleyenlerin sayısı %51 artmıştır. 1988'de tüm yasal olmayan laboratuvarlarda sentezlenen maddelerin, öncüllerinin ve benzerlerinin takibi zorunlu kılınmış ve 'yüksek riskli madde' kapsamına alınmıştır (29).

1980'lerde uyuşturucu suçunun kapsamının ve cezasının artırılması nedeniyle, oranı artmış ve bu artış ABD adalet sistemine ciddi bir yük oluşturmaya başlamıştır. Bu nedenle 1988'den sonra hafif uyuşturucu suçları için DST uygulamasına başlanmıştır. Önceleri bu uygulamadaki takip sadece idrarda madde metabolitlerinin takibi ve aylık mahkeme duruşmaları ile yapılmıştır. Bir süre sonra bu sisteme tekrar benzer suçlar nedeniyle giriş yapan bir alt grup saptanmıştır. Bu grup için özelleşmiş, Uyuşturucu Mahkemeleri (Drug Courts) kurulmuştur. Şu anda sadece ABD'de 2600 mahkeme bulunmaktadır ve yılda 120000 suçluyu takip etmektedirler (31).

Bu mahkemelerin amacı, suç işlemiş, madde kullanım bozukluğu olan bireylerin, hayatlarını değiştirmelerine yardımcı olacak araçları kazandırmaktır. Uyuşturucu Mahkemeleri, hakim başkanlığında toplanan ve mahkeme koordinatörü,

savcı, savunma avukatı, tedavi ekibi, vaka sorumluları, DS görevlileri ve polis gibi disiplinlerarası profösyonellerden oluşan bir ekip halinde çalışmaktadır. Genellikle madde kullanım bozukluğu ile ilişkili, bulundurma, hırsızlık ve dolandırıcılık gibi sık tekrarlayan hafif suçları olan ve ağır ceza kapsamında suç işlememiş kişiler sisteme dahil edilmektedir. 12-18 hafta süren bir program mevcuttur. Adli takibin sonlandırılması için kişinin programın tüm gereklerine uyarak en az 6 ay ayık kalması gerekmektedir. Program haftalık idrarda madde metaboliti tetkikleri, tedavi programı ve zorunlu kamu hizmetinden oluşmaktadır. Her duruşmada hakim suçlunun takibini yapan ekipteki raporlara göre ödüllendirici (takip sıklığını azaltma vs.) ya da cezalandırıcı (daha yoğun takibe almak, kamu hizmeti saatlerini arttırmak, kısa süreli hapis cezası, yatarak zorunlu tedaviye yönlendirmek vb.) bir karara varmaktadır. Tedavi planı kişiye özel yapılandırılmıştır ve madde kullanım bozukluğu tedavisinin yanısıra ruh sağlığı hizmetleri, aile danışmanlığı, mesleki eğitim danışmanlığı, eğitim yardımı, barınma yardımı ve ücretsiz sağlık sigortasını kapsamaktadır (32).

2.1.4. Türkiye’de Uyuşturucu Suçu ve Yaptırımları

Türkiye’de 2005 yılına kadar uyuşturucu suçu TCK 765, madde: 403 ve 404 kapsamında değerlendirilmiştir (33). Bu yasaya göre, suçlunun madde kullanım bozukluğunun ağır olup olmaması ve suçun ekonomik-zorlantılı suçlar kapsamında olmasından bağımsız her türlü 'uyuşturucu madde kullanılmasını kolaylaştırma' ve 'uyuşturucu madde sağlama' suçları uyuşturucu satış suçu olarak değerlendirilmiş ve cezası 4 yıldan 10 yıla kadar ağır hapis ve uyuşturucunun her gramı için 50.000 TL para cezası olarak tanımlanmıştır. Eğer bu maddeler opiyat ya da kokain ise suç ağırlaştırılmıştır. Öte yandan, aynı yasaya göre 'kullanmak için bulundurma' suçunun cezası 1 yıldan 2 yıla kadar hapis cezası olarak tanımlanmıştır. Yalnız kişi 'resmi makamlara tedavi için başvurursa' kovuşturma erteleme mümkün kılınmıştır. Eğer kişide ağır madde kullanım bozukluğu varsa, kişinin onamından bağımsız, ruh sağlığı hastanelerinde, sağlığına kavuşana kadar zorunlu tedavi altında alınması kararı verilmiştir (6).

O dönemde DS uygulamasına en yakın uygulama TCK 765 kapsamında bir ceza erteleme uygulamasıdır. Erteleme uygulaması, cezanın, davanın ya da hükmün açıklanmasının ertelenmesi olup; erteleme verilen süre için herhangi bir denetim öngörmediği, erteleme alan kişiye bu süre zarfında bir yükümlülük vermediği ve kişi

erteleme olan süreyi kanunda belirtildiği şekilde bir suç işlemekten geçirdiği takdirde mahkumiyetin hiç gerçekleşmemiş sayılacağı göz önünde bulundurulduğunda, daha çok 'şartlı af' olarak değerlendirilebilir. Bu nedenle DS ile ilgili ilk düzenlemenin 07/11/1979 tarihli, 2253 sayılı Çocuk Mahkemelerinin Kuruluşu ve Yargılama Usulleri Hakkında Kanun'da yapılan düzenleme ile 15 yaşından küçük çocuklar için şartlı salıverme rejiminin kabul edilmesi olduğu söylenebilir (6).

İlk kez, 1987 ve 1989 yıllarında Türk Ceza Kanunu'nun değişimi için hazırlanan ön tasarlarda ve sonrasında hazırlanan 1992, 1997 ve 2002 tarihli tasarlarda Denetimli Serbestlik Kurumu'na yer verilmiştir. Resmi olarak Denetimli Serbestlik Kurumu'nun yasal dayanakları 1 Haziran 2005 tarihinde yürürlüğe giren 5237 sayılı yeni Türk Ceza Kanunu ile oluşturulmuştur (6,34).

Türkiye'de DS Sistemi, '5402 Sayılı Denetimli Serbestlik ve Yardım Merkezleri ile Koruma Kurulları Kanunu'nun 3 Temmuz 2005 tarihinde kabul edilmesi ve Resmi Gazete'nin 20 Temmuz 2005 tarihli 25881 sayısında yayımlanması ile uygulamaya başlanmıştır. Böylelikle, kısa süreli ceza alanların ceza infaz kurumuna girmeden cezasının infaz edilmesi, soruşturma aşamasında sanığın hürriyetinden yoksun bırakılmaması, ceza infaz kurumundan salıverilen eski hükümlülerin topluma uyumunun sağlanması, suçtan zarar gören mağdurun suç nedeniyle karşılaştığı problemlerinin çözümünde yardımcı olunması ve bunun gibi çağdaş tedbirler, ceza adalet sistemine dâhil edilmiştir. Adalet Bakanlığı Ceza ve Tevkifevleri Genel Müdürlüğü bünyesinde kurulan Denetimli Serbestlik ve Yardım Hizmetlerinden Sorumlu Daire Başkanlığı'nın görevleri arasında, uyuşturucu veya uyarıcı madde kullanılması söz konusu olduğunda, koruyucu ve tedavi edici yöntemlerin özenle uygulanmasını sağlamak yer almaktadır. Türkiye genelinde 134 Şube Müdürlüğü, bireyi suçlu davranışa yönlendiren nedenlerin üzerine gidilerek bunların ortadan kaldırılması ve bireyin topluma yararlı, sağlıklı biri olması yönünde çalışmalarına devam etmektedir (1,6).

2004 yılında yürürlüğe giren TCK 5237 191. maddeye göre 'kullanmak için bulundurma suçu' nun cezası 1-2 yıl hapis olmaya devam etmekle birlikte, suçlulara DS şartlarına uyması halinde kamu davasının açılmasının ertelenmesi uygulaması başlatılmıştır (34). Böylece Türkiye'de de hafif uyuşturucu suçlarında, hapis cezası dışında yaptırımlar uygulanmaya başlanmıştır. 2014'te aynı kanunda yapılan değişiklikle, uyuşturucu kullanma tekrar suç kapsamında değerlendirilmiştir ve

uyuşturucu kullanma ve bulundurmanın cezası 5 ila 10 yıl hapis olarak arttırılmıştır (35). Bu değişiklikle, uyuşturucu suçunun ve DST'ne uyumsuz olmanın cezasının artması nedeniyle DST'ne uyumsuzluk şartları yeni yönetmelikte daha ayrıntılı açıklanmıştır. (36)

2.1.5. Türkiye'deki Denetimli Serbestlik Sistemi ve Uygulamaları

Türkiye'de uyuşturucu ve uyarıcı madde suçları, 5237 sayılı Türk Ceza Kanunu'nun üçüncü bölümünde "Kamunun Sağlığına Karşı Suçlar" başlığı altında düzenlenmiştir.

Madde 188: Uyuşturucu veya uyarıcı madde imal ve ticareti

Madde 190: Uyuşturucu veya uyarıcı madde kullanılmasını kolaylaştırma

Madde 191: Kullanmak için uyuşturucu veya uyarıcı madde satın almak, kabul etmek veya bulundurmak ya da uyuşturucu veya uyarıcı madde kullanmak suç olarak tanımlanır (34).

DST uygulaması, 191.madde kapsamına giren suçlarda, kişi hakkında açılacak olan kamu davasının, kişinin takip ve tedavi yükümlülüklerine uyması şartıyla ertelenmesi esasına dayanır (34).

Son dönemde Türkiye'de artan madde kullanımına bağlı güvenlik sorunları göze alınarak bu madde, 18/06/2014 tarihli ve 6545 sayılı Kanunun 68. maddesi ile değiştirilmiştir (35).

191. maddenin eski ve yeni hali EK 2 ve EK 3'de sunulmuştur.

Bu değişiklik ile birlikte;

- 'madde kullanımı' suç kapsamı içine alınmıştır.
- suçun cezası 1 ila 2 yıl hapis cezasından, 5 ila 10 yıla çıkartılmıştır.
- uygulamada zorluk oluşturan DST ihlalleri ayrıntılı bir şekilde açıklanmıştır.
- madde kullanım bozukluğu olduğu düşünülen hükümlü, kullanım dışındaki uyuşturucu suçlarını işlese bile, hükümlünün DST ve TT kapsamına alınabilmesini sağlamıştır.
- DST takip süresi 3 yıldan 2 yıla indirilerek sistemin suistimali engellenmiştir.
- Takip süresince tekrar kullanım suçu işlenmesi konusunda yaptırımlar arttırılmıştır (35).

Türkiye’de uyuşturucu yasalarını ihlal etme suçu ya da hafif ekonomik zorlantılı suç işleyenler için süreç özetle şu şekilde işlemektedir; Öncelikle yargı tarafından suç işleyen 'kullanıcı' olup olmadığı ayırımı yapılır. Eğer hükümlü sadece 'kullanmak için uyuşturucu veya uyarıcı madde satın alan, kabul eden veya bulunduran' ama kullanmayan kişiye; hakkında sadece DST kararı alınır. Yalnız yargı tarafından 'kullanım' suçu işlediği kararına varılırsa, hakkında hem DST, hem de TT kararı alınır (25).

Denetimli Serbestlik Müdürlükleri’ne uyuşturucu madde kullananların tedavisi ile ilgili herhangi bir görev verilmemiştir. Madde kullanım bozukluğu olanların tedavileri tıbbi bir konu olup Sağlık Bakanlığı tarafından yürütülmektedir. Bu konuda Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü'nün 22 Aralık 2009 tarihli ve 2009/82 sayılı Genelgesi bulunmaktadır. Madde kullanım bozukluğu olan kişinin, ihtiyacı olan tedavinin süresi ve usulü kanunda belirtilmemiş, tedavi ekibinin inisiyatifine bırakılmıştır. Madde kullanım bozukluğu olan kişi hakkında uygulanacak tedavi ve tedavi sırasındaki psikososyal destek ve rehberlik hizmetlerinin Sağlık Bakanlığı görevlilerince 2009/82 sayılı genelgeye göre yerine getirilmesi gerekmektedir (36-38).

Yalnız bu genelgede, uyuşturucu suçu ve yaptırımlarına dair kanundaki değişiklikler nedeniyle değişikliğe gidilmiştir. Eski ve yeni genelgeler, EK 4 ve EK 5’te sunulmuştur.

Genelgedeki bu değişikliklerle;

- Şiddetli kesilme belirtilerinin yanı sıra tedaviye cevapsızlık da ileri merkeze sevk nedeni haline getirilmiştir.
- Tedavi hizmetinin verileceği merkezlerin fiziki şartları, personel durumu ve idrar örneği alınma prosedürü ayrıntılı olarak belirlenmiştir.
- Yasadaki değişiklik gereği 'madde kullanımı' suç kapsamında olduğundan, hekim-hasta gizliliği ilkesi korunarak tedavi süresince idrar tetkiki sonuçlarının raporlandırılması yasaklanmıştır.
- Hastaların tedavi merkezlerindeki randevulara, verilen psiko-eğitim programlarına ve idrar örneği verme zorunluluklarına uyum durumunun ayrıntılı takibi ve belgelenmesi şart koşulmuştur.

- Hastaların tedavi ortamını bozucu hareketleri tedaviye uyumsuzluk nedeni olarak ayrıca belirtilmiş, böylece merkezlere kendilerini tehdit eden ya da tedavi ortamını bozan hastaları raporlandırarak takiplerini sonlandırma özgürlüğü verilmiştir.
- Madde Bağımlılığı Tedavi Merkezleri'ne, Denetimli Serbestlik Tedavi Merkezleri'nin sorumlulukları dışında, hastanın yatarak ya da ayaktan yapılandırılmış programlara alınması, 3 aylık takip ve bu programların bitiminde tedavi hakkında rapor sunumu gibi yeni sorumluluklar tanımlanmıştır.
- Madde Bağımlılığı Tedavi Merkezleri'ne mevcut 3 aylık DS takip süresinin dışında eğer gerek görülürse 3 ay daha ek tedavi süresi talep etme hakkı tanınmıştır (36,38).

DST ve TT alanlarda tedavi uygulaması özet olarak şu şekildedir;

Hükümlü, Denetimli Serbestlik ve Yardım Merkezi'nden sevk edildikten 5 iş günü içerisinde Denetimli Serbestlik Tedavi Merkezi'ne başvurur. Burada bir Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Uzmanı tarafından psikiyatrik muayenesi yapılır ve 1.5 ay sürecek, 15 günde 1 olacak şekilde idrarda madde metaboliti tetkiklerinin yapılması için kendisine randevu verilir. Bu 1.5 ayda hasta Madde Kullanım Bozukluğu öntanısıyla izlenir. Eğer laboratuvar tetkikleri ve görüşmeler sonucunda Madde Kullanım Bozukluğu tanısı saptanmazsa, tedavi programına ihtiyacı olmadığı için hakkında tedaviye ihtiyacı olmadığına dair rapor düzenlenerek DS tedavi programı sonlandırılır. Eğer Madde Kullanım Bozukluğu tanısı koyulursa 3 ay sürecek, yapılandırılmış psiko-eğitim programına alınır. Bu sürede 15 gün arayla idrarda madde metaboliti tetkikleri, Ruh Sağlığı Uzmanı ile görüşmeler ve gerekliyse farmakoterapi devam eder. Programın son 1.5 ayında ayık olduğu saptanan hastanın hakkında tedaviye uyumlu raporu düzenlenerek, DS tedavi programı sonlandırılır. Bu 3 aylık süre sonunda, tedavinin gereklerine uymasına rağmen tedaviye cevapsız olan, bu sürecin herhangi bir noktasında ileri tedavi talebi olan, şiddetli çekilme belirtileri saptanan hastalar ileri tedavi amacıyla Madde Bağımlılığı Merkezleri'ne yönlendirilir. 5 iş günü içerisinde Madde Bağımlılığı Merkezi'ne başvuran hastalar, bağımlılık alanında uzmanlaşmış Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Uzmanları tarafından görüşmeye alınır. Hastanın klinik durumuna göre ayaktan ya da yatarak tedavisine karar verilir. Yeni genelgeye göre,

ayaktan tedaviye karar verildiyse 3 aylık ayaktan yapılandırılmış psikoterapi, hekim görüşmesi ve idrarda madde metaboliti tetkiklerinden oluşan programa alınır. Yatarak tedaviye karar verildiyse hastanın yatarak tedavisi tamamlandıktan sonra ayaktan, 3 ay boyunca, ayda 2 kez olmak üzere, hekim görüşmeleri ve idrarda madde metaboliti tetkikleri ile izlenir. 3 aylık tedavi sonunda, 1.5 aydır ayık olan hasta hakkında tedaviye uyumlu raporu düzenlenerek DS tedavi programı sonlandırılır. Tüm bu süreç boyunca tedavi gereklerine uymasına rağmen, ayıklık sağlayamamış hastalar için, 3 aylık ek tedavi süresi istenerek gerekli tedavi yatarak ya da ayaktan olmak üzere aynı kurallar doğrultusunda uygulanır. Ek süre sonunda 1.5 aylık ayık olan hastanın hakkında tedaviye uyumlu raporu düzenlenerek DS tedavi programı sonlandırılır. Tüm bu süreç içerisinde, yükümlülüklerini yerine getirmeyen ya da tedavi ortamını bozucu davranışlar sergileyen hastalar, haklarında tedaviye uyumsuz raporu düzenlenerek DS tedavi programından çıkartılır (36).

Tedaviye uyumlu raporuyla DS tedavi programı sonlandırılan hükümlüler, Denetimli Serbestlik ve Yardım Merkezleri'nde 1 yıl sürecek olan DST Programına alınır. Bu hizmetlerin nasıl verileceği Denetimli Serbestlik Hizmetleri Kanunu'nda belirlenmiştir (1,39).

Denetimli Serbestlik Hizmetleri Kanunu'nun 14. maddesinin birinci fıkrasının (d) bendinde yer alan '5237 sayılı Türk Ceza Kanunu'nun 191. maddesinin üçüncü fıkrası gereğince rehberlikle ilgili görevleri yerine getirmek' hüküm ile uyuşturucu madde kullanım bozukluğu olan kişi hakkında yürütülecek rehberlik hizmeti, Denetimli Serbestlik Müdürlükleri'nin görevleri arasında sayılmıştır. Denetimli Serbestlik Müdürlükleri'nin temel görevi; tedavileri tamamlanan hastaların tedavi sonrası, yasa gereğince en az bir yıl süreyle maddeden uzak kalmalarını sağlamak ve tekrar topluma kazandırmak için çalışmalar yürüterek hastalara destek olmaktır. Müdürlüklerce yürütülen rehberlik ve iyileştirme çalışmaları; değerlendirme, bireysel görüşme, grup çalışmaları, boş zaman yapılandırılması, sosyal ve kültürel faaliyetler, aile ve okul ziyaretleri, seminer ve konferanslar gibi madde kullanım bozukluğu olan bireyleri uyuşturucu maddeden uzak tutacak, onları topluma kazandıracak her türlü faaliyetlerdir. Hakkında DST kararı verilen hükümlüler, Denetimli Serbestlik ve Yardım Merkezi Şube Müdürlükleri'nde görevli uzmanların rehberliğinde sağlık kurumları ile işbirliği

içinde sağaltılmakta, uyuşturucu maddeden arınmaları sağlanarak topluma kazandırılmakta ve bu süreçte üç ayda bir hakime rapor verilmektedir (37).

Denetimli Serbestlik Müdürlüğü'nce madde kullanım bozukluğu olan bireylere yönelik olarak yürütülecek rehberlik ve iyileştirme çalışmaları, 05.03.2012 tarihli Denetimli Serbestlik Hizmetleri Yönetmeliği'nin 37. ve 72. maddelerine göre yapılmaktadır. Bu maddeler EK 6'da sunulmuştur (39).

2.2. OPIYAT KULLANIM BOZUKLUĞU VE TEDAVİSİ

2.2.1. Opiyat Kullanım Bozukluğu Tanımı ve Tarihçesi

2.2.1.1. Opiyat Kullanım Bozukluğu Tanımı

On iki aylık bir süre içinde, aşağıdakilerden en az ikisi ile kendini gösteren, klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya ya da işlevsellikte düşmeye yol açan, sorunlu bir opiyat kullanım örüntüsü:

1. Opiyatlar, çoğu kez, istendiğinden daha büyük ölçüde ya da daha uzun süreli olarak alınır.
2. Opiyat kullanmayı bırakmak ya da denetim altında tutmak için sürekli bir istek ya da sonuç vermeyen çabalar vardır.
3. Opiyat elde etmek, opiyat kullanmak ya da yarattığı etkilerden kurtulmak için gerekli etkinliklere çok zaman ayrılır.
4. Opiyat kullanmaya içinin gitmesi ya da opiyat kullanmak için çok büyük bir istek duyma ya da kendini zorlanmış hissetme.
5. İşte, okulda ya da evdeki konumunun gereği olan başlıca yükümlülüklerini yerine getirememeye ile sonuçlanan, yineleyici opiyat kullanımı.
6. Opiyatın etkilerinin neden olduğu ya da alevlendirdiği, sürekli ya da yineleyici toplumsal ya da kişilerarası sorunlar olmasına karşın opiyat kullanımı.
7. Opiyat kullanımından ötürü önemli birtakım toplumsal, işle ilgili etkinliklerin ya da eğlenme-dinlenme etkinliklerinin bırakılması ya da azaltılması.

8. Yineleyici bir biçimde, tehlikeli olabilecek durumlarda opiyat kullanma.

9. Büyük olasılıkla opiyatın neden olduğu ya da alevlendirdiği, sürekli ya da yineleyici bedensel ya da ruhsal bir sorunu olduğu bilgisine karşın opiyat kullanımı sürdürülür.

10. Aşağıdakilerden biriyle tanımlandığı üzere, dayanıklılık (tolerans) gelişmiş olması:

a. Esriklığı ya da istenen etkiyi sağlamak için belirgin olarak artan ölçülerde opiyat kullanma gereksinimi.

b. Aynı ölçüde opiyat kullanımının sürdürülmesine karşın belirgin olarak daha az etki sağlanması

11. Aşağıdakilerden biriyle tanımlandığı üzere, yoksunluk gelişmiş olması:

a. Opiyata özgü yoksunluk sendromu

b. Yoksunluk belirtilerinden kurtulmak ya da kaçınmak için opiyat (ya da yakından ilişkili bir madde) alınır.

Varsa belirtiniz:

Erken yatışma evresinde: Daha önce opiyat kullanım bozukluğu için tanı ölçütleri tam karşılandıktan sonra, opiyat kullanım bozukluğunun hiçbir tanı ölçütü (A4 tanı ölçütü dışında), 12 aydan daha kısa süreli olmak üzere, en az 3 aydır karşılanmamaktadır.

Sürekli yatışma evresinde: Daha önce opiyat kullanım bozukluğu için tanı ölçütleri tam karşılandıktan sonra, opiyat kullanım bozukluğunun hiçbir tanı ölçütü (A4 tanı ölçütü dışında), 12 aydan daha uzun süredir hiçbir zaman karşılanmamıştır.

Sürdürme tedavisinde: Kişi, metadon ya da buprenorfin gibi reçetelenmiş bir agonist ilaç alıyorsa ve o ilacın yer aldığı küme için opiyat kullanım bozukluğunun hiçbir tanı ölçütü karşılanmıyorsa (agoniste dayanıklılık ya da yoksunluk dışında), bu ek belirleyici kullanılır. Bir kesimsel (parsiyel) agonist, bir agonist-antagonist ya da ağızdan alınan naltrekson ya da depo naltrekson gibi tam antagonistle sürdürme tedavisi yapılan kişilerde de bu kategori kullanılır.

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

O sıradaki ağırlığını belirtiniz:

Ağır olmayan: iki-üç belirtinin olması.

Orta derecede: dört-beş belirtinin olması.

Ağır: Altı ya da daha çok belirtinin olması (40).

2.2.1.2. Opiyat Kullanım Bozukluğu'nun Tarihçesi

Opiyatların yaklaşık 3500 yıldır tıpta kullanımı bilinmektedir. 1800'lere kadar, haşhaş sütünün alkol çözeltileri şeklinde kullanılmıştır. 1800'lerde ilk kez, morfin ve kodein izole edilmiştir. İlk yarı sentetik opiyat türevi olan diasetilmorfin (eroin) antitussif olarak kullanılmaya başlanmıştır. 1940'larda ise ilk sentetik opiyat türevleri olan meperidin ve metadon sentezlenmiştir (8).

Doğu kültüründe, inhalasyon yoluyla opiyat kötüye kullanımı eski çağlardan beri görülmektedir. Amerika kıtasında ilk kez Çinli tren yolu işçilerinin kullanımı ile opiyat kötüye kullanımı başlamıştır. 1700'lerde tıp dünyası opiyat yoksunluk sendromunu tanımlamıştır. 19yy'da çeşitli nedenlerle tekrarlayan opiyat reçetelenmesi nedeniyle, ABD'de kadınlar arasında Opiyat Kullanım Bozukluğu ve Opiyat Yoksunluk Sendromu görülmeye başlanmıştır. Tedavide ilk kullanılan ajan kokain olmuştur, yalnız bu bir maddeden başka bir maddeye geçiş dışında bir fayda getirmemiştir. Bu dönemde hipodermik şırınganın da keşfi ile, damar içi kötüye kullanım da başlamıştır. 1920'lerde ABD'de opiyat kullanım bozukluğu olan bireylerin sayısının artması nedeniyle hekimlerin opiyat reçelendirilmesi sınırlandırılmış, hekimlerin bu bireyleri göz ardı etmeleri ve reçete yazmamaları önerilmiştir. Böylece yasadışı opiyat marketi oluşmaya başlamıştır. 1923'te morfin kliniklerinin kapatılması, yasadışı opiyat bulundurma ve satış suçuna ağır cezalar getirilmesi ile birçok opiyat kullanım bozukluğu olan birey tutuklanmıştır. 1930'da ABD'de, Opiyat Kullanım Bozukluğu tedavisi için ilk hastaneler kurulmuş, bu hastanelerdeki araştırma sonuçlarında, opiyat kullanım bozukluğunun uzun ayıklıklar sonrasında bile kaymalarla seyreden bir hastalık olduğu böylece keşfedilmiştir. 2. Dünya savaşı sonrasında Opiyat Kullanım Bozukluğu prevelansındaki artışa bağlı suç oranlarını düşürmek amacıyla eroin klinikleri açılması

planlanmış ancak uygulanmamıştır. 1960’larda ilk kez Synanon modeli sivil tedavi birlikleri kurulmuştur. Bu kliniklerdeki olumlu sonuçlar, Opiyat Kullanım Bozukluğu’nun tedavisi imkansız bir hastalık olarak görülmesini engellemiştir. Vietnam savaşı sonrasında, gazilerde Opiyat Kullanım Bozukluğu’nun sıklığındaki artış nedeniyle, bu konudaki araştırmalar artmıştır. 1970’lerde metadon klinikleri ABD, Avrupa ve Asya’da açılmaya başlanmıştır. İngiltere’de ise eroin klinikleri kurulmuştur. Artan tedavi talebine sadece sivil kuruluşların ve sadece hastanelerin cevap vermesi imkansızlaşınca, 12 basamak klinikleri açılmaya başlanmıştır. İlk örneği Minnesota’da kurulan bu klinikler, teröptik birlikler ile tıbbi tedaviyi aynı çatı altında toplamıştır. 2000’li yıllarda, bu kliniklere ek olarak, tedaviye erişim kolaylığı sağlanması için ofis bazlı metadon klinikleri açılmıştır (8).

2.2.2. Opiyat Kullanım Bozukluğu’nun Epidemiyolojisi

Dünya genelinde en az bir kez opiyat kullanan kişi sayısının 15-21 milyon olduğu bildirilmektedir. 15-64 yaş arası nüfusta yaşam boyu opiat kullanım yaygınlığı Afrika’da %0.2, Amerika’da % 0.4, Asya’da %0.3-0.5, Avrupa’da % 0.6-0.7, Okyanusya’da %0.4, Dünya genelinde ise %0.3-0.5 olarak saptanmıştır. Türkiye, Dünya Sağlık Örgütü tarafından Avrupa Bölgesi içinde değerlendirilmektedir (9). UNODC koordinesinde 2003 yılında, Türkiye’nin 6 ilinde (Adana, Ankara, Diyarbakır, İstanbul, Samsun) uygulanan ankete göre, 15-64 yaşları arasındaki bireylerin opiyat türevi madde kullanma oranı ortalama %0,05 olarak tespit edilmiştir (10). Türkiye Uyuşturucu ve Uyuşturucu Bağımlılığı İzleme Merkezi (TUBİM)’nin 2011 yılında liselerde yaptığı çalışmada, yaşam boyu madde kullanım öyküsü %1,5 olarak bulunmuştur. İlk madde kullanım yaş ortalaması 13.88 yaş olarak saptanmıştır. Madde kullandığını bildirenler arasında %4.6’sının ilk tercih olarak, %13,6’sının ise diğer maddelerle birlikte opiyat kullanımı olduğunu bildirdiği saptanmıştır (37). 2013 yılında ayaktan ve yatarak tedavi başvurusu olanların %76,3’ünün opiyat kullanımı nedeniyle başvurduğu bildirilmiştir. Tedavi başvurusu olanların %94.4’ünün erkek, %5.6’sının kadın olduğu, yaş ortalamalarının 20-29 yaş arasında yoğunlaştığı, %50.12’sinin 19 yaşından önce maddeye başladığını bildirdiği, %70.5’inin 8 yıl ve altı eğitim düzeyine sahip olduğu, %66,1’inin işsiz olduğu bildirilmiştir. Tedaviye başvuranların, %30.3’ünün başvuru anında damar içi madde kullanımı olduğu, yaşam boyu damar içi kullanım öyküsü oranının ise %37,26 olduğu saptanmıştır (37).

2.2.3. Opiyat Kullanım Bozukluğu'nun Etiyolojisi

Opiyat Kullanım Bozukluğu, deneme, tekrarlayan kullanım, bağımlılık ve kayma noktalarında birçok faktörün etkileştiği komplike bir hastalıktır. Fizyolojik, genetik, öğrenme ile ilişkili, psikososyal faktörler, kişiden kişiye önemleri değişmekle birlikte opiyat kullanımı ve bağımlılığa ilerlemesi sürecinde etkili olmaktadır. İkiz çalışmalarında, genetik faktörlerin opiyat kullanım bozukluğunun gelişmesini %54 oranında etkilediği saptanmıştır. μ reseptör aleli (+118A) ile opiyat kullanımı arasında ilişki bulunmuştur (41). Opiyatların Santral Sinir Sistemi (SSS)'ndeki akut etkileri, madde kullanımının pozitif pekiştiricileridir. Opiyat yoksunluğundaki, ağrı, anksiyete ve depresyon ise bağımlılığın ilerlemesinde negatif pekiştirici olarak rol oynamaktadır. Kısa etkili opiyatların daha kısa sürede daha şiddetli bir fiziksel bağımlılık oluşturması, kişinin bu pozitif ve negatif pekiştiricileri gün içerisinde tekrar tekrar yaşamasına bağlanmıştır (8). Bir maddenin kullanımı, toplum tarafından ne kadar az damgalanıyorsa ve erişilebilirliği ne kadar kolaysa, kullanım yaygınlığının o derece fazla olduğu gözlemlenmiştir. Psikiyatrik eş tanı varlığı, kişinin yenilik arayışı, risk alma davranışı ve dürtüsellliği maddeyi deneme ve opiyat kullanım bozukluğunun gelişmesi açısından risk oluşturmaktadır. Diğer madde kullanım bozukluklarında da bu süreç benzerdir. Opiyat Kullanım Bozukluğu'nda ise benzer olmakla birlikte nörobiyolojik faktörlerin biraz daha öne çıktığı gözlenmektedir (8).

2.2.3.1. Nörobiyolojik Faktörler

Metabolizmanın birçok bölgesinde bulunan temel olarak 4 tip opiyat reseptörü tanımlanmıştır. Bunlar μ , kappa, gamma ve son dönemlerde bulunan OFQ reseptörleridir (8).

Opiyat Kullanım Bozukluğu gelişmesinde en etkin rolü olan reseptör grubu, μ reseptörleridir. μ reseptörleri, Gi ve Go üzerinden, hücre içi potasyum girişini arttırarak ve adenilat siklazı inhibe ederek etki göstermektedir. Adenilat siklaz inhibisyonuna bağlı siklik adenosin monofosfat (cAMP) düşüşü, cAMP bağımlı protein kinaz aktivitesinin azalmasına neden olmaktadır. Böylece fosforilasyona bağımlı hücre içi proteinler etkilenerek opiyatların kısa ve uzun dönem etkilerini oluşturmaktadır. μ reseptörleri, SSS, otonomik sinir sistemi (OSS) ve lökositlerde bulunmaktadır. Analjezi, solunum depresyonu, miyozis, mood değişiklikleri, strese cevapsızlık, uyuşukluk,

konsantrasyon sorunları, gastrointestinal sistemdeki kas tonusu artışı ve hiptalamus tarafından regüle edilen hormonlardaki değişiklikler, bu bölgelerdeki μ reseptör aktivitesiyle oluşmaktadır. Opiyatlar, öfori gibi pozitif pekiştirici etkinliklerini, Ventral tegmental alan (VTA), Nucleus Accumbens (NAc) ve frontal korteksi içeren, dopaminerjik yolak üzerinden oluşturmaktadır. VTA'da μ reseptör aktivitesi GABAerjik (gamma-aminobütirik asit) nöronlardaki, GABA salınımını azaltarak, ödül sistemini aktive etmektedir. μ reseptör aktivitesinin, Amygdala, prefrontal korteks, anterior singulat korteks üzerindeki etkileri ise aşermeye neden olmaktadır. Akut ve kronik opiyat kullanımı bu bölgelerde farklı etkiler oluşturarak Opiyat Kullanım Bozukluğu'nun semptomatolojisini meydana getirmektedir. Kronik opiyat kullanımı, μ reseptörleri üzerinden, hücre içi adenilat siklaz ve cAMP bağımlı protein kinaz ekspresyonunda kompensatuar bir artış meydana getirmekte ve bazal cAMP aktivitesini arttırmaktadır. VTA'da ve NAc'deki μ reseptörlerinin kronik uyarılması sonucunda oluşan bu aktivite değişikliği, maddenin ödüllendirici etkisini azaltarak dayanıklılığa (toleransa) ve opiyat yoksunluk sendromundaki hipofori ve amotivasyona neden olmaktadır. Frontal kortekste aktivite değişikliği ise madde arama davranışına neden olmaktadır. Yoksunluk sendromundaki sempatik sistem hiperaktivasyonu ise bu aktivite değişikliğinin, Lokus Serelous ve noradrenarjik sistemi etkilemesiyle oluşmaktadır. Ayrıca, akut ve kronik opiyat kullanımının, hipotalamo-hipofizer aks (HPA) üzerindeki etkileri, opiyatın pozitif ve negatif pekiştirici etkilerinden sorumlu tutulmaktadır. Detoksifikasyonu yeni tamamlanmış opiyat kullanım bozukluğu olan bireylerde HPA aksının aşırı aktivasyonu, μ reseptörlerinin kronik etkilenmesi sonucu oluşan aktivite değişikliği ile ilişkilendirilmiştir (8).

2.2.4. Opiyat Kullanım Bozukluğu'nda Tıbbi ve Psikiyatrik Eş Tanı

2.2.4.1. Mortalite

ABD'de ve Avrupa'da, normal popülasyona göre, mortalite oranları, genç opiyat kullanım bozukluğu olan bireylerde 20 kat, yaşlı opiyat kullanım bozukluğu olan bireylerde ise 5 kat yüksek saptanmıştır. En sık ölüm nedenleri, yüksek doz madde kullanımı, maddeye bağlı enfeksiyonlar ve öz kıyımdır. ABD'de Opiyat Kullanım Bozukluğu'nun mortalite oranı %1, İngiltere'de ise %2-3 olarak saptanmıştır (8).

TUBİM'in 2014 Türkiye Uyuşturucu Raporu verilerine göre, 2013 yılında, doğrudan maddeye bağlı ölüm sayısı 232, dolaylı maddeye bağlı ölüm sayısı 6 olarak

bildirilmiştir. Doğrudan maddeye bağlı ölümlerin %70'inde, dolaylı maddeye bağlı ölümlerin %13,2'sinde opiyat pozitifliği saptanmıştır. Doğrudan maddeye bağlı ölüm verilerinde 2012 yılından 2013 yılına %43,2'lik bir artış saptanmıştır. Maddeye bağlı ölümlerin en sık yaşandığı il İstanbul'dur. Madde kullanımına bağlı ölümlerin, genellikle 20-24 yaş arası erkeklerde olduğu bildirilmiştir. Doğrudan opiyat kullanımı nedeniyle hayatını kaybeden 164 kişinin toksikoloji sonuçlarında, 46'sında eroin, 6'sında eroin ve alkol, 2'sinde metadon, 1'inde eroin ve metadon saptanmıştır (37).

2.2.4.2. Tıbbi Eş Tanılar

Opiyat Kullanım Bozukluğu'ndaki tıbbi eştanı varlığı maddenin kendisinden çok kullanım yoluyla ilişkilendirilmiştir. Deri ve sistemik organ enfeksiyonlarının en büyük nedeni damar içi yolla kullanım sırasında asepsi/antisepsi kurallarına uyulmamasıdır. Yasal olmayan opiyat türevlerinde bulunan, talk pudrası, nişasta gibi katkı maddeleri, damar içine enjekte edildiğinde, pulmoner emboli ve çoklu küçük pulmoner damar embolilerine bağlı pulmoner hipertansiyon oluşturabilmektedir. Tekrarlayan enjeksiyonlar, sepsis, endokardit ve buna bağlı kapak deformiteleri ve sonuç olarak sağ kalp yetmezliğine neden olabilmektedir. Hijyene dikkat edilmeden yapılan enjeksiyonlar, septik emboli ve stafilokok pnömonisi riski taşımaktadır. Daha az sıklıkta görülen ciddi komplikasyonlar ise beyin absesi ve menenjitlerdir. Damar içi kullanımın bir diğer sonucu ise, katkı maddelerinin oluşturduğu lenfatik obstrüksiyona bağlı ekstremitelerdeki ödem, kronik lenfadenopati ve venöz sklerozdur. Enjektör paylaşımı, hepatit B/C, sıtma, tetanos, osteomyelit ve HIV enfeksiyonlarına neden olabilmektedir. Yüzeysel venleri skleroze olan uzun dönemli opiyat kullanıcılarında, deri içi enjeksiyonu tercih etmeleri nedeniyle ciddi nekrotizan deri lezyonları ve enfeksiyonları oluşabilmektedir. Bu kişilerin, femoral ya da juguler veni enjeksiyon için kullanmaya başlaması nedeniyle, pulmoner hipertansiyon ve kor pulmonale gelişebilmektedir. Damar içi kullanıcılarda, planlanandan daha saf bir madde kullanımı ile ya da biliçli olarak yüksek doz kullanım sonucu, doz aşımı ve anoksi atakları görülmektedir. Anoksiye bağlı, transvers myelit, plexit, periferik nöropati, Parkinson benzeri sendromlar, kognitif hasar ve periferik nöropati gelişebilmektedir. Yüksek doz opiyat kullanımı sonucu hayatını kaybedenlerde yapılan otopsilerde, globus pallidus dejenerasyonu ve gri maddede nekrotik alanlar saptanmıştır. Opiyatlar potasyum iyon kanallarını inhibe ederek QT intervalini uzatabilmekte ve tehlikeli aritmiler yaratabilmektedir. Kronik opiyat

kullanımı, lökositlerdeki opiyat reseptörleri üzerinden ve SSS etkinlikleri ile hücrel bağışıklığı zayıflatmaktadır. Bu nedenle, HIV negatif opiyat kullanım bozukluğu olan bireylerde bile Tüberküloz görülme oranı daha yüksektir. Tedaviye dirençli suşlar ile enfeksiyonun sık görüldüğü saptanmıştır. İmmün sistem üzerindeki etkilerin yasal olmayan opiyatlarla geliştiği ve idame tedavisindeki hastalarda gerilediği bulunmuştur. Metadon idame tedavisindeki bireyler araştırıldığında, %61,3'ünde kronik ağrı saptanmıştır. Bu grupta daha yüksek anksiyete, depresyon, irritabilite düzeyleri fark edilmiştir (8).

2.2.4.3. Psikiyatrik Eş Tanılar

Opiyat Kullanım Bozukluğu'na başka madde kullanım bozuklukları ve diğer 1. eksen tanıları ve kişilik bozuklukları eşlik edebilmektedir (8).

Madde kullanım bozukluğu dışı 1. eksen ek tanısı varlığı yaşam boyu %24, akut dönemde %8 olarak saptanmıştır. En sık eşlik eden 1. eksen tanısı grubu, Duygudurum Bozuklukları'dır. Erkeklerde yaşam boyu görülme oranı %11,4, tedaviye başvuru anında görülme oranı %2,1 olarak bulunmuştur. Kadınlarda ise, yaşam boyu Duygudurum Bozukluğu görülme oranı %27,5 ve tedaviye başvuru anında görülme oranı %5,3 olarak saptanmıştır. En sık görülen Duygudurum Bozukluğu, Major Depresyon'dur. Erkeklerde yaşam boyu görülme oranı %8,7, tedaviye başvuru anında görülme oranı %1,3'tür. Kadınlarda ise bu oranlar, %23,7 ve %5,3'tür. Duygudurum Bozuklukları'ndan sonra 2. sıklıkta görülen 1. eksen ek tanısı, Anksiyete Bozuklukları'dır. Erkeklerde yaşam boyu görülme sıklığı %6,1, tedaviye başvuru anında görülme sıklığı %3,4'tür. Kadınlarda ise yaşam boyu görülme oranı %10,7, tedaviye başvuru anında görülme oranı %6,8'dir (8). Evren ve ark. (42), Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi AMATEM'de yatarak tedavi alan opiyat kullanım bozukluğu olan bireylerde yaptıkları çalışmada, eksen 1 tanısı varlığını %67,1, Duygudurum Bozukluğu oranını %50, Anksiyete Bozukluğu oranını %52,9 olarak bulmuştur. En sık saptanan 1. eksen tanısı Major Depresyon olarak saptanmıştır. Yaşam boyu görülme oranı %35,7, son 1 ayda görülme oranı %21,7 olarak saptanmıştır. Örneklemin %22,9'unda uyum bozukluğu, %18,6'sında sosyal fobi, %17,1'inde TSSB ve %7,1'inde panik bozukluk olduğu bildirilmiştir. Tedavi başvurusu öyküsü olan eroin kullanım bozukluğu tanısıyla izlenen bireylerin başvurusu olmayanlara göre daha fazla oranda ek psikiyatrik bozukluğu

bulunduğu bildirilmiştir (42). 2001-2002 yıllarında ABD’de geniş bir epidemiyolojik örnekleme yapılan çalışmada, herhangi bir madde kullanımı olan bireylerin %44’ünde eşlik eden 1. eksen tanı saptanmıştır. Son 1 yıl içerisindeki duygudurum bozukluğu oranı %27,5, anksiyete bozukluğu oranı ise %24 olarak bildirilmiştir (43).

ABD’de Opiyat Kullanım Bozukluğu olan bireylerde yapılan çalışmalarda, örneklemin %34,8’inde en az bir 2. eksen tanı varlığı saptanmıştır. En sık görülen kişilik bozukluğu Antisosyal Kişilik Bozukluğu olarak bildirilmiştir. Erkeklerde görülme oranı %33,9 kadınlarda görülme oranı %15,4 olarak bulunmuştur. Erkeklerde 2. sırada en sık görülen, eksen 2 tanı Paranoid Kişilik Bozukluğu olarak saptanmıştır (%4,5). Kadınlarda ise en sık saptanan 2. sıradaki eksen 2 tanı, Sınır Kişilik Bozukluğu olarak bildirilmiştir (%9,5) (8). Yancar ve ark. (44) Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi AMATEM’de yatarak tedavi olan madde bağımlılarında 2. eksen tanı varlığını araştırmışlardır. Tercih maddesi eroin olan alt grupta, 2. eksen tanı oranı %38,2 olarak bildirilmiştir.

2.2.5. Opiyat Kullanım Bozukluğu’nun Tedavisi

Opiyat Kullanım Bozukluğu, detoksifikasyon sonrası, takip ve rehabilitasyon programı ile desteklenmediğinde kötü prognozludur. Tedavi programı seçimi yapılırken, sadece kişinin karakteristik özellikleri, istekleri ve daha önceki tedavi deneyimleri değil çeşitli tedavi seçeneklerine ne kadar uyum sağlayacağı da değerlendirilmelidir. Klinisyenin, tedavinin uzun dönem adanmışlık, tavır ve yaşam şekli değişiklikleri, aile dinamiklerindeki değişiklikler hatta coğrafi değişiklikler gerektirdiğini ve bu değişiklikleri yapmanın hastanın sorumluluğu olduğunu açıkça belirtmesi gerekmektedir. Hastalar, tedavi süresince, çevre şartlarının, stressin, fizyolojik problemlerin opiyat kullanım bozukluklarında nasıl bir rol oynadığının farkındalığını kazanmaları gerekmektedir. Tedavi amacı, durum, kişi ve tedavi tiplerine göre değişiklik göstermektedir. İdeal amaç tam ayıklıktır (abstinans). Tam ayıklık sağlamanın zor olduğu koşullarda, madde kullanımını azaltmak ve tedavide kalmayı sağlamak da bir tedavi amacı olabilmektedir. Zarar azaltma, kişinin maddeyi tamamen bırakma motivasyonu olmadığı ya da hiç tedavi olmak istemediği durumlarda kullanılabilen bir stratejidir. Amacı kişinin kendisine ve topluma en az zararı vermesini sağlamaktır. Bu strateji kişinin daha geleneksel tedavi metodlarına geçişini sağlayabilmektedir. Rehabilitasyon ise kişinin, hayatındaki madde kullanımı dışındaki

alanlarda değişiklik yapmasına odaklanmaktadır (8). (örn: iş edinme, destekleyici ayık bir arkadaş grubu edinme, tıbbi ve psikiyatrik problemlerle başatme)

Opiyat Kullanım Bozukluğu tedavisinde tıbbi ve teropötik tedavi yöntemleri ya da bunların kombinasyonları kullanılmaktadır (8).

Teropötik tedavi yöntemleri arasında, Bilişsel Davranışçı Terapi, Kişilerarası ve Psikodinamik Terapi, Kendine Yardım Kuruluşları, 12 Basamak Grup Terapisi, Davranışsal Terapi ve Teropötik Birlikler yer almaktadır (8).

Türkiye’de son dekatta, Opiyat Kullanım Bozukluğu’nun tedavisinde Bilişsel Davranışçı Terapi, özel klinikler ve AMATEM’lerde uygulanmaktadır. AMATEM’lerde detoksifikasyon sonrası, bireysel ve grup terapisi hizmeti verilmektedir. AMATEM’lerde yatarak tedavi süresince ve DSP’lerinde ayaktan, SAMBA (Sigara Alkol ve Madde Bağımlılığı Tedavi Programı) isimli, yapılandırılmış psiko-eğitim programı uygulanmaktadır. Bu program, Kültegin Ögel tarafından, ilk olarak 1998 yılında geliştirilen ve etkinliği gösterilen Alkol Madde Tedavi Programı-ATP ile ‘Denetimli Serbestlik Bağımlılık Programı’ temel alınarak hazırlanmıştır. SAMBA pilot uygulamaları Ümraniye T tipi cezaevinde ve Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi AMATEM’de gerçekleştirilmiştir. Elde edilen deneyim ve geri bildirimler sayesinde program son haline getirilmiştir (45). İlk kendine yardım kuruluşu, 1993 yılında Adsız Narkotikler (NA) adı altında faaliyete başlamıştır. Şu anda İstanbul, Muğla, Gaziantep ve Diyarbakır’da toplam 8 grup olarak devam etmektedir (46). Son dekatta başka kendine yardım kuruluşları da hizmet vermeye başlamıştır. Son 5 yıl içerisinde, yerel yönetimlerin desteklediği teropötik birlikler açılmaktadır. Ancak yatak kapasiteleri hala çok sınırlıdır.

2.2.5.1. Opiyat Kullanım Bozukluğu’nun Tıbbi Tedavisi

ABD’de, Opiyat Kullanım Bozukluğu’nun tedavisinde, (Food and Drug Administration) Amerikan Gıda ve İlaç Dairesi onayı alan 4 ilaç bulunmaktadır. İlk onaylanan ilaç Metadon’dur ve 1972’den bu yana kullanılmaktadır. Naltrekson 1984’te, Levasetilmetadol 1993’te onay almıştır. Buprenorfin ise 2002’de onay almıştır (8).

Türkiye’de Opiyat İdame tedavisinde kullanılan tek preparat, BN’dur. 2010 yılında Sağlık Bakanlığı tarafından onaylanmıştır. 2010 yılında yatarak detoksifikasyonda, 2011’de ise ayaktan detoksifikasyon ve idame tedavisinde kullanılmaya başlanmıştır. Şu an, yatarak ya da ayaktan detoksifikasyon hizmeti verme ve ilaç raporu düzenleme izni sadece AMATEM kliniklerinde vardır. Reçetelendirme, idrarda opiyat metaboliti testi uygulayabilen merkezlerde, ilaç raporu olan kişilere psikiyatri uzmanları tarafından yapılabilmektedir. Yalnız pratikte AMATEM dışında reçetelendirme hizmeti verilmemektedir (21). Naltrekson, oral tablet formu 2 yıldır Türkiye’de üretilmemektedir.

2.2.5.2. Buprenorfin ve Nalokson Tedavisi

Buprenorfin’in Opiyat Kullanım Bozukluğu’ndaki tedavi edici etkinliği, parsiyel μ reseptör agonisti olmasından kaynaklanmaktadır. Buprenorfin düşük dozlarda morfin benzeri etkinlik gösterir, yalnız doz arttıkça etkisi plato çizer ve 30-60 mg morfin (60mg/gün Metadon) etkinliğinden daha fazla etkinliğe ulaşmaz. Bu özelliği, full μ agonistlerine göre solunum depresyonu gibi istenmeyen etkiler konusunda daha güvenli bir ilaç olmasını sağlamaktadır. Öte yandan, etkisinin bir dozdan sonra plato çizmesi, daha şiddetli fiziksel bağımlılığı olan bireylerde kullanımını kısıtlamaktadır. Oral biyoyararlanımı düşüktür. Opiyat Kullanım Bozukluğu’nda onaylanan formu sublingual tablet şeklindedir. Suda çözünebilen yapısı nedeniyle, suda eritilerek damar içi kötüye kullanım açısından risk taşımaktadır. Kötüye kullanımı engellemek amacıyla tabletlere, 4:1 oranla Nalokson eklenmiştir. Eğer tablet damar içi yolla kötüye kullanılırsa, Nalokson’un damar içi biyoyararlanımının iyi olması nedeniyle kişi indüklenmiş opiyat yoksunluğuna girmektedir. Tabletlere Nalokson eklenmesi, opiyat kullanım bozukluğu orta-ağır şiddette olan kişilerde kötüye kullanımı engellemesine rağmen, opiyat kullanım bozukluğu hafif olan kişiler tarafından kötüye kullanılma potansiyelini engelleyememektedir. Buprenorfin lipofilik özelliği nedeniyle kanda plazma proteinlerine yüksek oranda bağlanmış olarak bulunur ve kan-beyin bariyerini geçer. Karaciğerde sitokrom p4503A4 enzimi tarafından metabolize edilir. Primer metaboliti, norbuprenorfindir. Metabolitin de parsiyel μ agonistik etkisi mevcuttur, yalnız kan beyin bariyerini geçmez. Buprenorfin gayta ve idrar ile elimine edilir. Yarı ömrü 37 saattir, bu 24 saatten daha aralıklı dozlamayı mümkün kılmaktadır. Düzenli Buprenorfin-Nalokson tedavisinin diğer önemli bir etkisi ise ‘opiyat bloke edici’

etkinliğidir. İdame tedavisindeki hasta eğer kayma yaşar ve opiyat kullanırsa, opiyatın keyif verici etkinliğinin oluşmasını engellemektedir. Tedavi uyumunu iyi yönde etkileyen diğer bir etkisi ise yoksunluk belirtilerini baskılamasıdır. Tedaviyi zorlaştıran en önemli etkisi ise, indüklenmiş yoksunluk sendromudur. Bu etkinliğini, akut kullanımda, reseptöre bağlı bulunan full μ agonistini reseptörden kovarak reseptöre bağlanması ile oluşturur. İndüklenmiş yoksunluk sendromundan kaçınmak için, son full μ agonistini kullanıldığı zaman iyi hesaplanmalı, kişi orta derecede bir opiyat yoksunluk sendromunda değilse tedavi başlanmamalıdır. Birçok, çift kör, plasebo kontrollü çalışmada, Buprenorfin'in Opiyat Kullanım Bozukluğu tedavisinde plaseboya göre daha etkin olduğu saptanmıştır. Buprenorfin'e bağlı ölümler bildirilmiş, yalnız bu bildirimlerin hepsinde benzodiazepin ile birlikte damar içi kötüye kullanım sonucu olduğu belirtilmiştir. Bu bildirimler nedeniyle solunum depresyonuna neden olabilen ilaçlarla kullanımında dikkatli olunması gerektiği önerilmektedir. (örn: barbituratlar, benzodiazepinler ve alkol) Kronik Hepatit C enfeksiyonu olan hastalarda, damar içi kötüye kullanımında sarılık, panlobüler nekroz ve hepatosteatoz bildirilmiştir. Tedavi amaçlı kullanımında, bireylerde, 10 ünite kadar ALT (alanin transaminaz) ve AST (aspartat transaminaz) yüksekliği yapabildiği saptanmıştır. Bu nedenle tedavi öncesi karaciğer fonksiyon testlerinin yapılması ve tedavi süresince takibi önerilir. Sık yan etkileri, konstipasyon, bulantı, baş ağrısı, dispepsi, uyuşukluk, cinsel istekte azalmaz. Birçok yan etki, hafif-orta şiddettedir ve zamanla gerilediği bildirilmiştir. Kognitif yıkım ya da QT uzaması yaptığına dair bir kanıt bulunmamaktadır (8).

2.3. DENETİMLİ SERBESTLİK TEDBİRİ'NDE VE OPIYAT KULLANIM BOZUKLUĞU'NDA TEDAVİ SONUCUNU ETKİLEYEN FAKTÖRLER

2.3.1. Sosyodemografik Faktörler

Türkiye'de DST hükmolunan bireylerde yapılan çalışmalarda 4 farklı örneklem tipi göze çarpmaktadır. Çeşitli suçlardan hakkında DST kararı alınan grup, uyuşturucu suçu nedeniyle hakkında DST kararı alınan grup, uyuşturucu suçu nedeniyle hakkında DST ve TT alınan grup ve uyuşturucu suçu nedeniyle hakkında DST ve TT alınarak yönlendirildiği merkezde Madde Kullanım Bozukluğu tanısı alan grup (2-7,47-52).

2.3.1.1. Yaş

Türkiye’de ve Dünya’da DST ve TT alan bireylerde yapılan çalışmalarda, örneklemelerin 25-35 yaş aralığında yoğunlaştığı anlaşılmaktadır (2-7, 47-55).

Çeşitli suçlardan DST alan 100 kişide, 2009 yılında, Ankara’da yapılan bir çalışmada, yaş gruplarına göre yapılan incelemede 25-34 yaşları arasında olanların örneklem %42’sini oluşturduğu saptanmıştır. Bu grubun, uyuşturucu madde kullanmak suçu nedeniyle DST alan alt grubunda yaş dağılımı benzer saptanmıştır (47).

Uyuşturucu suçu nedeniyle DST alan bireylerde yapılan çalışmalarda yaş dağılımı incelenmiştir. TUBİM’in 2012 yılında yaptığı TCK 191. madde suçuyla ilgili olarak haklarında emniyet güçleri tarafından yasal işlem başlatılan 2.288 kişiyi kapsayan ‘Bağımlılık Yapıcı Madde Suçlarında Kullanıcı Profili Anketi-U Formu’ verilerine göre, uyuşturucu madde kullanıcılarının ortalama yaşı 26,95’tir (37). 2010 yılında İstanbul ilinde, 50 kişide yapılan bir çalışmada yaş dağılımı 18- 54 yaş arasında olup, yaş ortalaması 27,45 olarak saptanmıştır (48). Aynı yıl, İstanbul’da 110 erkek hastada yapılan başka bir çalışmada ise yaş ortalaması 29 olarak saptanmıştır (2).

DST ve TT kararı nedeniyle çeşitli merkezlerdeki DSP’e başvuranlarda yaş dağılımı incelenmiştir. 2009 yılında Manisa Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi’ne başvuran 985 kişiyle yürütülen bir çalışmada, olguların 30 yaş ve altında olduğu bulunmuştur (49). Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi AMATEM DSP’ne, 2010 yılında başvuran 100 erkek hastada yapılan çalışmada, yaş aralığı 19 - 63 yaş, yaş ortalaması ise 29.0 yaş saptanmış, örneklem % 75.’inin 30 yaş ve altında, % 47 sinin 26 yaş ve altında olduğu ve sadece %12’sinin 40 yaş üzerinde olduğu bildirilmiştir (7). 2013 yılında, Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi DSP’ne başvuran, 157 kişide yapılan çalışmada ise yaş ortalaması 26,57 yaş bulunmuştur (3). Samsun Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi DSP’ne, 2010 yılında, çeşitli illerden başvuran 491 kişinin incelendiği çalışmada yaş ortalamasının 32.5 yaş ve yaş aralığının 17-70 olduğu saptanmıştır (54). 2011 yılında Rize’de, 200 kişi ile yapılan çalışmada bireylerin yarısından fazlasının (%54,7) 26-35 yaş aralığında olduğu ve yaş ortalaması 33,7 yaş olarak belirlenmiştir (53). 2012 yılında Sakarya ilinde yapılan çalışmaya katılan 90 kişinin %40’ının 26-35 yaş arasında olduğu saptanmıştır (55).

Yaş dağılımları ve ortalamaları benzer olmakla birlikte, DST ve TT alan ve DST, TT alan ve Madde Kullanım Bozukluğu tanı kriterlerini karşılayan, örneklemelerdeki çalışmalarda yaş ortalamasının birkaç yaş daha yüksek olduğu göze çarpmaktadır (4,5,6). Güneş ve ark.'ı (5), örneklemelerini Madde Kullanım Bozukluğu tanısını karşılaması faktörüne göre ikiye ayırmış, karşılamayanların yaş ortalaması 29.7 yaş iken, karşılayan grubunun yaş ortalaması 32.5 yaş olarak saptanmıştır.

Çeşitli Tedavi Merkezleri'nde, DST ve TT nedeniyle tedaviye başvuran ve Madde Kullanım Bozukluğu tanısı alanların yaş dağılımları ile ilgili birkaç çalışma bulunmaktadır. 2011 yılında Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi DSP'ne başvuran ve Madde Kullanım Bozukluğu tanısını karşılayan 50 kişide yapılan çalışmada örneklemin yaş ortalaması 26.7 yaş bulunmuştur (4). Aynı merkezde, Madde Kullanım Bozukluğu tanısı konulan 100 erkek hasta ile, 2010 yılında yapılan çalışmada ise yaş ortalaması 31,21 yaş olarak bulunmuştur (5). 2015 yılında Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi'ne başvuran ve Kannabis Kullanım Bozukluğu tanı kriterlerini karşılayan 234 kişide yapılan çalışmada yaş ortalaması 29,2 yaş ve yaş dağılımı 18-62 yaş arasında saptanmıştır (6).

Yaş ortalamaları, büyükşehir dışındaki illerde yapılan çalışmalarda birkaç yaş daha yüksek saptanmıştır. (2-7,47-55)

Türkiye'de Madde Kullanım Bozukluğu nedeniyle gönüllü tedaviye başvuranlarda yapılan çalışmalar, DST ve TT alan ve DST, TT alan ve Madde Kullanım Bozukluğu, tanı kriterlerini karşılayan gruplarla benzerlik göstermektedir. Sağlık Bakanlığı' nın 2008 yılında madde bağımlılığı tedavisi gören bireylerle yürüttüğü araştırmada, yaş ortalamasının 29.75 yaş olduğu belirlenmiştir (56). Elazığ Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi AMATEM Bölümü'ne 2008-2009 yılları arasında yatarak tedavi gören hastaların yaş ortalamaları 30.1 yaş olarak bulunmuştur (57).

Türkiye'de DST ve TT nedeniyle tedaviye başvuran Opiyat Kullanım Bozukluğu olan bireylerde yapılan çalışma bulunmamaktadır.

Türkiye'de Buprenorfin-Nalokson (BN) idame tedavisindeki hastalar incelendiğinde, örneklemlerin yaş dağılımının 20'li yaşların sonu ve 30'lu yaşların başı arasında yoğunlaştığı dikkat çekmektedir (20-23). Evren ve ark. (21)'lerinin, Prof. Dr.

Mazhar Osman Ruh ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi AMATEM kliniğinde yatarak ya da ayaktan BN idame tedavisine alınan 392 hastada yaptığı çalışmada yaş ortalaması, 28.73 yaş olarak saptanmıştır. Guliyev ve ark. (20)'nın, İstanbul Üniversitesi Çapa Tıp Fakültesi Psikiyatri Kliniği'nde yatarak BN ile detoksifikasyonu tamamlanarak ayaktan takibe alınan, 50 hasta ile yaptıkları çalışmada yaş ortalaması 38,3 yaş olarak saptanmıştır. Bölek ve ark. (22)'in aynı klinikte yatarak BN ile detoksifikasyonu tamamlanarak ayaktan takibe alınan 50 hasta ile yaptığı çalışmada, örneklemin yaş ortalaması; 32.38 yaş olarak bildirilmiştir. Mutlu ve ark. (23)'nin Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi AMATEM'de, ayaktan BN idame tedavisine alınan 76 kişi ile yaptığı çalışmada, yaş ortalaması 32.71 yaş bulunmuştur (23).

ABD ve Avrupa'da DST alan bireylerde yapılan çalışmalarda, yaş ortalaması 30'lu yaşların üzerinde saptanmıştır (50-52). Avrupa'da çeşitli tedavi modalitelerinin (zorunlu ve gönüllü) etkinliğine ilişkin yapılan bir çalışmada; örneklemin yaş ortalamasının 31 yaş olarak belirtilmiştir (50). ABD'de Uyuşturucu mahkemelerinde yapılan çalışmalarda yaş ortalamaları, 30'lu yaşların başı olarak saptanmıştır (51). ABD'de 251 uyuşturucu suçu nedeniyle DST ve TT almış bireyde yapılan çalışmada yaş ortalaması 36,8 yaş olarak bulunmuştur (52).

Yaş faktörünün tedavi sonucuyla karşılaştırılmasında, literatürde farklı sonuçlar saptanmıştır (2-6,58-61).

Çalışkan ve ark. (6)'nın çalışmasında tedaviyi başarıyla tamamlayan grubun yaş ortalaması, tedaviye uyumsuz gruba göre istatistiki olarak anlamlı düzeyde düşük saptanmıştır. (27,9 yaş ve 30,4 yaş). Turan ve ark. (2)'nin yaptığı çalışmada da, 19-25 ve 26-30 yaş grubunun tedavide, 31 yaş üstü yaş grubuna göre daha başarılı olduğu saptanmıştır. Bazı çalışmalarda, tedavi uyumu ve yaş arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır (3,4).

Türkiye'de BN idame tedavisindeki hastalarla yapılan çalışmalarda, tedavi sonucu ile yaş faktörü arasında istatistiki olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır (20-23). Yalnız anlamlı olmasa da, tüm çalışmalarda tedaviye uyumlu grubun yaş ortalamaları, tedaviye uyumsuz gruba göre birkaç yaş ileri bulunmuştur (20-23).

Yurtdışında DST alan grupta yapılan çalışmalarda ise, tedavi uyumu daha ileri yaşta olmak ile ilişkili bulunmuştur (58-61). 2007 yılında Illinois’de, uyuşturucu suçu nedeniyle DST ve TT alan bir örnekleme gerçekleştirilmiş çalışmada, genç olmanın uyumsuz tedavi sonuçları ile ilişkili saptanmıştır (58). Gendreau ve ark.’nın (59), ABD’de DST alan bireylerde sosyodemografik verileri inceledikleri derlemelerinde, birçok çalışmada genç yaş ile tedavi uyumsuzluğu arasında ilişki saptandığını bildirmişlerdir. ABD’de Uyuşturucu Mahkemeleri örneklemlerinde yapılan çalışmalarda da benzer sonuçlar bulunmuştur (51,61). ABD’de ayaktan DST ihlal ettiği için 12 aylık yatarak zorunlu tedaviye alınan 380 kişide yapılan çalışmada, 30 yaş üstü olmanın tedaviye uyumla ilişkili olduğu saptanmıştır (60).

Yurtdışında opiyat idame tedavisi alanlarda yapılan birçok çalışmada, genç yaş tedaviye uyumsuzluk ile ilişkili saptanmıştır. (62-69) DST ve TT nedeniyle tedaviye başvuran riskli madde kullanıcılarında yapılan çalışmalarda da genç yaş tedavi uyumu açısından bir risk faktörü olarak görülmektedir (51,61).

2.3.1.2. Cinsiyet

Türkiye’deki DST hükümlüleriyle yapılan çalışmalarda örneklemeler hemen hemen tamamen erkeklerden oluşmaktadır (3,5,7,47,48,53,55). 2009 yılında çeşitli suçlar nedeniyle DST alan 100 kişide yapılan çalışmada, uyuşturucu suçu işleyenlerin %93.5’inin erkek, %6.5’inin kadın olduğu saptanmıştır. Cinsiyetler arasındaki suç oranı değerlendirildiğinde ise erkeklerin %29’u, kadınların %33’ünün uyuşturucu suçu nedeniyle DST aldıkları bulunmuştur (47). Çeşitli çalışmalarda örneklemelerdeki erkek oranı %90 ile %100 arasında değişmektedir (5,7,47). DST alan örneklemelerde erkek cinsiyet oranı %90-95.5 arasında seyrederken (2,47,48), DST ve TT alan örneklemelerdeki oran %96.6-100 (3-7,53,55) arasında seyretmektedir. DST ve TT almış ve Madde Kullanım Bozukluğu tanısı konulan örneklemelerin kullanıldığı iki çalışmada erkek cinsiyet oranı %96.6 ve %100 olarak saptanmıştır (5,6).

Yurtdışında DST ve TT alan bireylerde yapılan çalışmalarda kadın cinsiyet oranı daha yüksek saptanmıştır. ABD’de, 2014 yılında tüm suçlar nedeniyle DST alanların cinsiyet dağılımı %25 kadın, %75 erkek şeklindedir (70).

Türkiye’de BN idame tedavisindeki hastalarda yapılan çalışmalarda, katılımcıların %80’inden fazlasının erkek hastalardan oluştuğu dikkat çekmektedir. Evren ve ark. (21) çalışmasında, erkek cinsiyet oranı %94,1 saptanmıştır. Guliyev ve ark. (20) örnekleminin %82’sinin erkek, %18’inin kadın olduğu saptanmıştır. Bölek ve ark. (22) çalışmasında ise erkek cinsiyet oranı %92 bulunmuştur. Mutlu ve ark. (23) çalışmasında ise kadın cinsiyet oranı %6,7 saptanmıştır.

ABD’de, 96 opiyat kullanım bozukluğu olan hasta ile yapılan çalışmada, cinsiyet oranı Kadın %31, Erkek %69 (71) 344 opiyat bağımlısı ile yapılan çalışmada, cinsiyet oranı; Kadın %32.5 Erkek % 67.5 (72), 515 opiyat bağımlısı ile yapılan çalışmada cinsiyet oranı Kadın %45, Erkek % 55’i olarak saptanmıştır (73). Ponizovsky ve ark (74) İsrailde yaptıkları çalışmada BN ile idame tedavisi alan eroin kullanım bozukluğu olan 259 hastanın %11’ini kadın, %89’unu erkek olarak bildirilmiştir.

Türkiye’de DST alanlarda yapılan hiçbir çalışmada cinsiyet ile tedavi uyumu arasında bir ilişki saptanmamıştır. (2-6)

Yurtdışında DST alanlarda yapılan çalışmalarda, cinsiyet ile tedavi uyumu arasındaki ilişki incelenmiştir. Uyuşturucu mahkemelerinde yapılan bir çalışmada, tedaviye uyumlu gruptaki erkek cinsiyet oranı %76,7, tedaviye uyumsuz gruptaki erkek cinsiyet oranı %69,2 olarak saptamıştır, istatistiki olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır (51). Hapishaneden tahliye olduktan sonra DST nedeniyle izlenen kadınlarda, yapılan çalışmalarda, madde kullanım özellikleri erkeklerden farklı olmamakla birlikte, erkeklere göre daha yoğun psikososyal problem ve işsizlik oranları, daha düşük eğitim seviyeleri olmasına rağmen tedaviye uyum oranları erkek örneklemelerdeki sonuçlara benzer ya da daha yüksek saptanmıştır (75).

Yurtdışında opiyat idame tedavisi alanlarda yapılan çalışmalarda erkek cinsiyet ile tedavi uyumsuzluğu arasında anlamlı ilişki saptanmıştır (62-69). Başka bir çalışmada ise; Erkekler için; evli olmak, çalışıyor olmak, ileri yaş, daha az psikiyatrik tanı varlığı, kendine yardım kuruluşlarına katılım tedavi uyumuyla ilişkili saptanırken, eğitim seviyesinin düşük olması, tedavi motivasyonunun düşüklüğü, psikiyatrik tedavi alıyor olmak tedavi uyumsuzluğu ile ilişkili saptanmıştır. Kadınlarda alkol bağımlılığı eş tanısı, yüksek gelir düzeyi, DST ve TT nedeniyle tedaviye başvurmak tedavi uyumu ile

ilişkili, madde kullanım bozukluğu şiddetinin yüksek olması ve psikiyatrik eş tanı varlığı tedavi uyumsuzluğu ile ilişkili saptanmıştır (75).

2.3.1.3. Medeni Durum

Uyuşturucu suçu nedeniyle DST alanlar ile tüm suçlardan DST alanlar medeni durum açısından karşılaştırıldığında, evli olma oranı düşük, bekar ve boşanmış olma oranları daha yüksek saptanmıştır. DST alanlar arasında evli oranı %64, bekar oranı %29 ve boşanmış oranı %7 iken, uyuşturucu suçu nedeniyle hakkında DST kararı olan alt grup değerlendirildiğinde, evli olanların oranı %48,4, bekar oranı %45,2 ve boşanmış oranı %6,5 olarak saptanmıştır (47). Uyuşturucu suçu nedeniyle DST olan bireylerde yapılan diğer çalışmalarda da benzer sonuçlar saptanmıştır. TUBİM İl İrtibat Noktası (İLTEM) personeline uyuşturucu suçu işleyenlere uygulanan ‘Bağımlılık Yapıcı Madde Suçlarında Kullanıcı Profili Anketi-U Formu’ verilerine göre, uyuşturucu madde kullanıcılarının büyük çoğunluğunun (%66,49) hiç evlenmemiş kişilerden oluştuğu saptanmıştır (37). Turan ve ark. (2)’nin yaptığı çalışmada örneklemin bekar oranı %62,6, evli oranı %31, dul oranı %3,5, imam nikahlı oranı %2,6 bulunmuştur. Aynı gruptaki başka bir çalışmada bekar oranı %78, evli oranı %22 olarak bulunmuştur. Evli olduğunu belirtenlerin %27,3’ü eşine şiddet uyguladığını belirtmiştir (48).

DST ve TT nedeniyle Tedavi Merkezleri’ne başvuran grup ile uyuşturucu suçu nedeniyle DST olan gruplar arasında medeni durum dağılımı açısından bir fark saptanmamıştır (3,7). Petin ve ark. (3) ’nin yaptığı çalışmada, %68,5’inin bekar, %24,8 evli, %0,6 ayrı yaşıyor, %5,7 boşanmış, %2 partneriyle yaşıyor olarak bulunmuştur. Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi AMATEM DS Polikliniği’nde, 2011 yılında yapılan çalışmada; örneklemin %23’ünün evli, %71’inin bekar, %1’inin tekrar evlenmiş, %1’inin ayrılmış ve %4’ünün boşanmış olduğu bulunmuştur (7).

DST ve TT nedeniyle Tedavi Merkezleri’ne başvuran ve Madde Kullanım Bozukluğu tanısı alan grupta yapılan çalışmalarda, bu tanıyı karşılamayan gruba göre, evli ve boşanmış olma oranları daha yüksek saptanmıştır. Güneş ve ark. (5), DST ve TT alan örneklemelerini, Madde Kullanım Bozukluğu tanısını karşılayıp karşılamadıklarına göre 2 gruba ayırmış, tanı alanların evli olma ve boşanmış olma oranını almayanlara göre istatistiki olarak anlamlı olmamakla birlikte daha yüksek saptamıştır. Örneklemin

tümünün dağılımında; %54,4 bekar, %37,3 evli, %7,1 boşanmış, %1,2'si ise dul olarak bulunmuş, madde kullanım bozukluğu tanısı alan alt grup değerlendirildiğinde, %47,7 bekar, %42 evli, %9,1 boşanmış ve %1,1 dul olarak bildirilmiştir. Çalışkan ve ark. (6)'nın yaptığı çalışmada, dağılım benzer şekildedir; %63,2 bekar, %29,5 evli, %6,8 boşanmış, %0,4 dul. Musalar ve ark. (4), aynı gruptaki 50 kişide yaptığı çalışmada daha farklı bir dağılım saptamıştır. Evli oranını %18, bekar oranını %80, dul oranını %1 ve boşanmış oranını %0 olarak bulmuştur.

Büyükşehirlerin dışında, DST ve TT alan grupta yapılan çalışmalarda, evli olma oranları daha yüksek ve boşanmış olma oranları daha düşük saptanmıştır (53, 55). Medeni durum oranları şu şekildedir; Bahçeci ve ark. (53)'nin Rize'de yaptığı çalışmadaki katılımcıların, %49'u bekar, %47,2'si evli, %1'i dul, %2,5'unun boşanmış olduğu, Ada ve ark. (55)'nin, Sakarya'da yaptığı çalışmanın katılımcılarının %43,3'ünün bekar, %51,1'inin evli, %5,6'sının boşanmış olduğu belirtilmiştir.

Gönüllü tedaviye başvuranlarda yapılan çalışmalarda medeni durum dağılımı farklılık göstermektedir. Her ne kadar, Musalar ve ark. (4) 'nın çalışmasında; gönüllü tedaviye başvuranlarla DST ve TT nedeniyle başvuranlar arasında medeni durum açısından bir fark saptanmasa da gönüllü tedaviye başvuranlarda yapılan diğer çalışmalarda medeni durum dağılımlarının farklı olduğu göze çarpmaktadır (57,77) Bilici ve ark. (57) Elazığ Ruh Sağlığı ve sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi AMATEM Bölümü'nde yatarak tedavi olanlarda yaptıkları çalışmada, evli oranı %56,4, bekar oranı %37,0 ve boşanmış olma oranı %6,6 olarak bildirilmiştir. Saatçioğlu ve ark. (77)'nin, Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi AMATEM'de 1998-2002 yılları arasında yatarak tedavi gören hastalarda yaptığı çalışmada, evli olma oranları %49.6-%56.9 arasında, bekar olma oranları %27,3-%35,3 arasında, %11.4 -%13.8, dul olma oranları %1.6-3.5 arasında değiştiği saptanmıştır.

Türkiye'de BN idame tedavisi alan bireylerde örneklemin medeni durum açısından dağılımı incelenmiştir. Guliyev ve ark. (20) çalışmasında, örneklemin %42'si evlilerden oluşmaktadır. Bölek ve ark. (23) çalışmasında ise evli olma oranı %26 bulunmuştur.

Yurtdışında DST alan bireylerde yapılan çalışmalarda medeni durum oranları Türkiye'deki çalışmalarla karşılaştırıldığında, evli olma oranları çok daha düşük, boşanmış ve bekar olma oranları çok daha yüksek saptanmıştır (51,78,79). ABD'de uyuşturucu suçu nedeniyle DST hükmü alan bireylerde yapılan çalışmada, yaklaşık %11.5'unun evli, %35'inin boşanmış ve %54'ünün bekar olduğunu saptamıştır (51).

Türkiye'de uyuşturucu suçu nedeniyle DST'ne hükmolan bireylerin tedavi uyumuyla medeni durum dağılımını karşılaştıran çalışmalarda farklı sonuçlara ulaşılmıştır (2-4,6). Birçok çalışmacı medeni durum ile tedavi sonucu arasında istatistiki olarak anlamlı bir fark saptamamıştır (2-4). Yalnız bir çalışmada tedaviye uyumlu olan grubun evli olma oranı istatistiki olarak anlamlı düzeyde yüksek saptanmıştır (6). Çalışkan ve ark. (6)'ı; tedaviye uyumlu gruptaki 81 (%69,8) kişinin bekar, 25 (%21,6) kişinin evli, 10 (%8,6) kişinin boşanmış olduğunu saptamış ve dul olan kişi saptamamıştır; uyumsuz grupta ise, 67 (%56,8) kişinin bekar, 44 (%37,3) kişinin evli, 6 (%5,1) kişinin boşanmış ve 1 (%0,8) kişinin dul olduğu bulunmuştur. Gruplar ayrıca evli ve yalnız olarak tekrar gruplanıp karşılaştırıldığında; tedaviye uyumlu grup'un Evli/Yalnız oranı 25/91 (%21,6/%78,4), tedaviye uyumsuz grup'un ise Evli/Yalnız oranı 44/74 (%37,3/%62,7) olarak saptanmıştır ve gruplar arasında yine anlamlı fark bulunmuştur (6).

Türkiye'de BN idame tedavisi alanlarda tedavi sonuçları ile medeni durum ilişkisini inceleyen tek bir çalışma saptanmaktadır. Medeni durum ile tedavi sonucu arasında bir ilişki saptanmamıştır (20).

Yurtdışında DST alan bireylerde yapılan çalışmalarda değişik sonuçlar saptanmıştır. Peters ve ark. (51) tedavi uyumu ile medeni durum arasında anlamlı bir fark saptamamıştır. Uyuşturucu mahkemeleri örnekleminde yapılan bir çalışmada ise daha önce evlenmiş olmak ve evli olmak, 1 yıllık tedavi uyumu ile ilişkili saptanmıştır (78). Bazı çalışmalar ise bekar olmayı tedavi uyumsuzluğu ile ilişkili saptamıştır (79,80).

Yurtdışında opiyat idame tedavisi alanlarda yapılan bazı araştırmalar evli olmanın yeni bir uyuşturucu madde suçunun işlenme sürecini geciktirdiğini, evli ve çalışıyor olmanın tedaviyi tamamlama ile pozitif ilişki içinde olduğunu, tedaviyi tamamlayanların % 73'ünün bir işte çalıştıklarını ve bu grubun yarısından fazlasının

evli olduğunu, evli ve çalışan hastaların metadon programlarında daha uzun kalmaya meyilli olduklarını bulmuşlardır (58,8).

2.3.1.4. Eğitim Durumu

Ankara ilinde, çeşitli suçlar nedeniyle DST almış 100 kişide yapılan çalışmada, eğitim durumu dağılımı incelendiğinde; %63'ünün 8 yıl ve altı eğitim alanlar, %31'inin lise mezunları, %6'sının üniversite mezunlarından oluştuğu görülmüştür (47). Bu örneklemin içindeki uyuşturucu suçu nedeniyle hakkında DST olanlar ayrıca incelendiğinde, 8 yıl ve altında eğitim alanların oranının daha fazla olduğu (%70), lise mezunu olanların oranının daha düşük olduğu (%19.4) yalnız üniversite mezunu olanların daha yüksek olduğu (%9.7) saptanmıştır (47). Uyuşturucu suçu nedeniyle DST alanlarda TUBİM tarafından yapılan çalışmada, eğitim süreleri incelendiğinde, çalışmaya alınanların %50'sinden fazlasının eğitim süresinin 8 yıl ve altı olduğu göze çarpmaktadır. U-Formu verilerine göre; uyuşturucu madde kullanıcılarının büyük çoğunluğunun (%67,1) ilkokul ve ortaokul/ilköğretim mezunu olduğu saptanmıştır (37). Aynı grupta, İstanbul ilinde yapılan, 50 ve 115 örneklemlili çalışmalarda dağılım benzer saptanmıştır. (Şahiner ve ark; 8 yıl ve altında eğitim %72, lise mezunu %16, üniversite mezunu %12) (Turan ve ark; 8 yıl ve altı eğitim %59,1, lise mezunu %29.6, üniversite mezunu %7.8, üniversite öğrencisi %3.5). (2,48)

DST ve TT nedeniyle Tedavi Merkezleri'ne başvuran bireylerde yapılan çalışmalarda dağılım benzer olmakla birlikte üniversite mezunu oranları belirgin düzeyde düşük saptanmıştır (3,7). Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi AMATEM DSP'ne başvuranlarda yapılan bir çalışmada, katılımcıların eğitim sürelerinin 0-17 yıl arasında değiştiği, ortalama eğitim sürelerinin 8,04 yıl olduğu bulunmuştur. Örneklemin %69'unun eğitimi 8 yıl ve altında, lise mezunu olanların oranı % 28 ve üniversite mezunu olanların oranı % 3 olarak bildirilmiştir (7). Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi DSP'ne başvuran, 157 kişide yapılan çalışmada 8 yıl ve altı eğitim oranı %73,9, lise mezunu oranı %18,5 ve üniversite mezunu oranı %5,1 olarak saptanmıştır. Örneklemin % 9,6 'sının ortaokula, %26,1'inin liseye başladığı fakat devam etmediği görülmüştür (3). Aynı merkezde 50 kişide yapılan başka bir çalışmada ise, katılımcıların % 63'ünün eğitiminin 8 yıl ve altında olduğu, liseyi bitirenlerin oranının %12 ve üniversite mezunlarının oranının %4 olduğu belirtilmiştir (4).

Büyükşehir dışı illerde yapılan çalışmalarda, eğitim düzeylerinin daha düşük olduğu göze çarpmaktadır. 2009'da Sakarya ilinde, hakkında DST ve TT kararı alınan 90 kişide yapılan çalışmada, 8 yıl altında eğitim alma oranı %67,8, lise mezunu olma oranı %25,6 ve yüksekokul veya üniversite mezunu oranı % 6,6 saptanmıştır (55). Bahçeci ve ark.'ı (53), Rize ilinde yaptıkları çalışmada, örneklemin %64,1'inin 8 yıl ve altı eğitim düzeyine sahip olduğunu bulmuştur.

DST ve TT nedeniyle Tedavi Merkezi'ne başvuran ve Madde Kullanım Bozukluğu tanısı alan grupta yapılan çalışmalarda, sadece DST ve TT alanlara göre eğitim durumu açısından belirgin bir fark saptanmamıştır. Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi AMATEM DSP'ne başvuran, Kannabis Kullanım Bozukluğu tanısı almış 234 kişide yapılan çalışmada eğitim durumu dağılımı; 8 yıl altı eğitim süresi %57,3, lise mezunu %29,5 ve yüksekokul ve üniversite mezunu %13,3 şeklindedir (6). Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi DSP'ne başvuran, Madde Kullanım Bozukluğu kriterlerini tamamlayan 169 kişide yapılan çalışmanın katılımcılarının, %77,5'inin 8 yıl ve altı eğitim gördüğü, %21,3'ünün liseyi bitirdiği ve %1,2'sinin ise üniversiteyi bitirdiği görülmüştür (5). Aynı çalışmada, Madde Kullanım Bozukluğu tanısı alan ve almayan kişilerin sosyodemografik özellikleri karşılaştırılmış, eğitim durumu açısından anlamlı bir fark saptanmamıştır (5).

Hakkında DST ve TT olduğu için tedaviye başvuranlar ve gönüllü tedaviye başvuranların tedavi sonuçlarının karşılaştırıldığı bir çalışmada, öğrenim düzeyi bakımından DS ve TT alan grubun çoğunlukla (%86) 8 yıl ve altı eğitim alan bireylerden oluştuğu, gönüllü tedavi grubunda ise 8 yıl ve altı eğitim alanların oranının (%50) anlamlı düzeyde daha düşük olduğu saptanmıştır (4). Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi AMATEM'de 1998-2002 arasında yatarak tedavi olan olgularda yapılan çalışmada, 8 yıl ve altı eğitim oranları %69,4-76,9, lise mezunu oranları %19-23,4, üniversite mezunu oranları %8,2-10,7 arasında değiştiği bildirilmiştir (77).

Türkiye'de opiyat idame tedavisi alanlarda yapılan çalışmalarda eğitim durumu incelenmiştir. Evren ve ark. (21) çalışmasında, tamamlanmış eğitim yılı ortalaması 8.54 yıl olarak bulunmuştur. Guliyev ve ark. (20) örneklemindeki 5 yıl altı eğitim düzeyi olanların oranı %26, 6-10 yıl eğitim düzeyi olanların oranı %20 olarak saptanmış, örneklemin %54'ünün eğitim düzeyi 11 yıl ve üstü olduğu bulunmuştur. Bölek ve ark.

(23) örnekleminde ise 8 yıl altı eğitim alanların oranı %52, 9-11 yıl eğitim alanların oranı %40, 11 yıl üzerinde eğitim alanların oranı %8 olarak saptanmıştır (23).

Yurtdışında DST alanlarda yapılan çalışmalarda örneklemelerin eğitim düzeyleri daha yüksek saptanmıştır (51,81-83).

Yurtdışında opiyat idame tedavisinde olan bireylerde yapılan çalışmalarda eğitim durumu ile ilgili bulgular şu şekildedir; ABD’de yapılan çalışmada 344 opiyat kullanım bozukluğu olan hastanın, eğitim süreleri ortalama 12.5 yıl (72), Ponizovsky ve ark. (74) İsrail’ de yaptıkları çalışmada 259 hastanın ortalama eğitim görme süresi 9.3 yıl olarak bildirilmiştir.

DST alan bireylerde, eğitim durumu ile tedavi sonucunu karşılaştıran çalışmaların bazılarında, ileri eğitim düzeyi tedavi uyumu ile ilişkili saptanmış, bazılarında ise anlamlı bir fark bulunamamıştır (2,3,5,6). Turan ve ark.’nın (2), örneklemdaki üniversite öğrencisi ve üniversite mezunlarının tümünün tedavide başarılı olduğunu, lise ve lise altı eğitim düzeyinde tedavi başarısının hemen hemen yarı yarıya düştüğünü saptamıştır. Çalışkan ve ark. (6), Kannabis Kullanım Bozukluğu tanısı almış 234 kişide yaptıkları çalışmada tedaviye uyumlu grubun eğitim düzeyi, uyumsuz gruba göre daha yüksek bulunmuştur. Tedaviye uyumsuz grupta; 8 yıl altı eğitim oranı %52,6, lise mezunu oranı 32,8, yüksekokul ve üstü eğitim düzeyi oranı %14,6 iken tedaviye uyumlu grupta; 8 yıl altı eğitim oranı %61,8, lise mezunu oranı %26,3, yüksekokul ve üzeri eğitim düzeyi oranı %11,9 olarak bildirilmiştir. Petin ve ark.’nın (3), 157 kişide yaptığı çalışmada eğitim durumu ile tedavi uyumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmadığı tespit edilmiştir. Güneş ve ark.’nın (5) Madde Kullanım Bozukluğu tanısı alan 169 kişide yaptığı çalışmada ise, ortaokul mezunu olanların, ilkokul ya da lise ve üstü okullardan mezun olanlara göre anlamlı olarak daha çok tedaviye uyumsuz olduğu tespit edilmiştir.

Türkiye’de BN idame tedavisi alanlarda yapılan hiçbir çalışma eğitim düzeyi ve tedavi sonucu arasında anlamlı bir ilişki saptamamıştır (20,21,23).

Yurtdışında DST alanlarda yapılan birçok çalışmada ileri eğitim düzeyi uyumlu tedavi sonuçları ve yüksek tedavide kalma oranları ile ilişkili bulunmuştur (51,81-84). ABD’de Uyuşturucu mahkemeleri örnekleminde yapılan bir çalışmada tedaviye uyumlu olanların lise mezunu olma oranını (%69,8), tedaviye uyumsuz olanların lise mezunu

olma oranına göre (%42,3) anlamlı düzeyde yüksek saptanmıştır (51). Düşük eğitim seviyesini uyumsuz tedavi sonuçları ile ilişkili, ileri eğitim düzeyini ise uyumlu tedavi sonuçları ve daha uzun tedavide kalma oranlarıyla ilişkili bulan birçok çalışma vardır (81-83).

Yurtdışında yüksek riskli madde kullanımı tedavisi konusunda yapılan birçok çalışmada, eğitim düzeyi ile tedavi uyumu ilişkili saptanmıştır. Eğitim düzeyinin yüksek olması tedavide kalma ve olumlu tedavi sonuçları ile ilişkili etkenler arasında bulunmuştur (85,86). Düşük eğitim seviyesi ile tedavide başarısızlık ve tedaviyi tamamlayamama arasında bağlantı kuran birçok çalışma mevcuttur (81-83,87).

2.3.1.5. Göç Öyküsü

Türkiye’de BN idame tedavisi alanında yapılan Mutlu ve ark. (22) çalışmasında göç öyküsü incelenmiştir. Bu çalışmada örneklemin %7.9’unda göç öyküsü olduğu saptanmıştır. Göç öyküsü varlığı tedavi uyumu ile istatistiki olarak anlamlı düzeyde ilişkili saptanmamakla birlikte, tedaviye uyumsuz grubun göç öyküsü varlığı oranı tedaviye uyumlu gruba göre daha yüksek saptanmıştır (22).

2.3.2. İş-Destek Durumu İle İlişkili Faktörler

DST hükümlüsü popülasyonla yapılan çalışmalarda, genelde meslek sahibi olmayan ve işsiz olanların oranının yüksekliği dikkat çekmektedir (2,3,7,37,47,48,53). Çeşitli suçlardan DST alan kişilerde yapılan çalışmada, çalışma oranı %60, işsizlik oranı %38, emeklilik oranı %2 saptanmıştır. Bu çalışmada uyuşturucu suçu nedeniyle DST hükümlülen bireylerde, tüm suçlardan DST alan popülasyona göre, işsizlik oranı daha yüksek saptanmıştır. Bu gruptaki bireylerin %51’inin çalışan, %48,4’ünün işsiz olduğu bulunmuştur (47). TUBİM’in uyuşturucu suçu işleyenlerde yaptığı anket sonuçlarında, %65,12’sinin gelir getiren bir işte çalıştıkları, %34,88’inin ise çalışmadıkları görülmektedir (37). Uyuşturucu suçu nedeniyle DST almış popülasyonda yapılan diğer çalışmalarda işsizlik oranları daha düşük saptanmıştır. Turan ve ark. (2) işsizlik oranını %23,5, Şahiner ve ark. (48) %30 olarak bildirmiştir.

DST ve TT nedeniyle Tedavi Merkezleri’ne başvuranlarda yapılan çalışmalardaki işsizlik oranları, sadece DST alan katılımcılarla yapılan çalışmalardakine benzer saptanmıştır. İşsizlik oranı, Petin ve ark. (3) çalışmasında %24,2, Bahçeci ve ark.

(53) çalışmasında %23,4 olarak bulunmuştur. Düztaş ve ark. (7) çalışmasında ise yarı zamanlı düzensiz işte çalışanların oranını %13, işsizlerin oranını %12 olarak saptamıştır.

DST ve TT alan ve Madde Kullanım Bozukluğu tanı kriterlerini dolduran katılımcılarla yapılan çalışmalarda işsizlik oranları diğer gruplara göre daha yüksek bildirilmiştir (4-6). Musalar ve ark.'nın (4) çalışmasında işsizlik oranı %38 bulunmuştur. Çalışkan ve ark. (6) örneklemin %36'sının düzenli bir işte çalışmadığını bildirmişti. Güneş ve ark.'nın (5) çalışmasında ise işsizlik oranı %29,5'tir.

Türkiye'de BN idame tedavisi alanlarda yapılan çalışmalarda çalışma durumu incelenmiştir. Mutlu ve ark. (23) yaptığı çalışmada, 76 kişilik örneklemin %35,5'unun işsiz olduğunu bildirmiştir. Düzenli çalışma öyküsü olanların oranı %46,1, düzensiz çalışma öyküsü olanların oranı ise %18,4'tür. Guliyev ve ark. (20) ve Bölek ve ark. (22) ise araştırmalarında, BN idame tedavisi alan bireylerin tedavi başvurusu sırasında mesleki işlevselliğini ölçmüş, yaşam boyu ve son 1 ay içerisinde orta şiddette iş-destek sorunu varlığı saptamıştır.

DST alan popülasyonda çalışma durumunun tedavi sonucuyla ilişkisinin değerlendirmesinde, bazı çalışmalar işsizlik ile tedavi uyumsuzluğu arasında ilişki saptarken bazılarında ise anlamlı bir ilişki saptanmamıştır (2-6). Turan ve ark. (2) yaptıkları çalışmada, tedaviye uyumsuz saptanan grupta işsizlik oranının (%34), uyumlu olan gruptaki işsizlik oranına (%16) göre istatistiki olarak anlamlı düzeyde yüksek saptamıştır. Musalar ve ark.'nın (4) yaptığı çalışmada; mesleki sorunu olanların (%42,1) tedaviye uyumsuzluk oranı, mesleki sorunu olmayanların tedaviye uyumsuzluk oranına (%9,7) göre anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. Ekonomik sorun varlığı ile olumsuz tedavi sonucu ilişkisi de anlamlı bulunmuştur. Başka bir çalışmada katılımcılar düzenli işi olan ve olmayan olarak değerlendirilmiş; tedaviye uyumlu gruptaki katılımcıların %73,6'sının düzenli ve %28,4'ünün düzensiz işi olduğu, tedaviye uyumsuz gruptakilerin ise %59,3'ünün düzenli ve %40,7'sinin düzensiz işi olduğu sonucuna ulaşılmıştır; böylece gruplar arasında iş durumu bakımından anlamlı fark olduğu görülmüştür (6). Petin ve ark. (3) ve Güneş ve ark. (5) ise çalışmalarında, iş durumu ve tedavi sonucu arasında istatistiki olarak anlamlı bir sonuç saptamamıştır.

Türkiye’de BN idame tedavisi alanların çalışma durumunun tedavi sonucuyla ilişkisi incelenmiştir. Mutlu ve ark. (23) işsiz olmama ve gelir düzeyinin yüksek olması ile tedavi uyumu arasında istatistiki olarak anlamlı düzeyde ilişki saptamıştır. Guliyev ve ark. (20) ise mesleki işlevsellik puanları ile tedavi sonucu arasında anlamlı bir ilişki saptamamıştır. Guliyev ve ark. (20) ve Bölek ve ark. (23) tedavi ile, iş-destek sorunlarının anlamlı düzeyde düştüğünü bildirmiştir.

DST almış bireylerin, mesleklerini araştıran birkaç çalışma bulunmaktadır. Petin ve ark. (3), örneklemlerinin %1,9’unun çiftçi, %42’sinin işçi, %0,6’sının memur, %0,6’sının emekli, %1,9’unun öğrenci, %28,7’sinin serbest meslekte olduğunu tanımlamıştır. Musalar ve ark. (4) ise serbest meslekte olanların oranını %50 olarak belirtmiş, %10’unun işçi, %2’sinin memur olduğunu saptamıştır. Bahçeci ve ark. (53) ise örneklemlerinin %17,9’unun işçi, %58,7’sinin serbest meslek sahibi olduğunu belirtmiştir. Ada ve ark. (55) diğer çalışmalara göre biraz daha ayrıntılı bir sınıflandırma yapmıştır. Örneklemdeki esnaf oranı %20, özel sektörde çalışan oranı %13,3, çiftçi oranı %16,7, şoför oranı %3,3, devlet memuru oranı %1,1, ev hanımı oranı %1,1, yarım zamanlı işçi oranı %6, sezonluk işçi oranı %12,8 ve serbest meslek sahibi oranı %38,9 olarak tanımlanmıştır. Düztaş ve ark. (7), yaptıkları araştırmada, örneklemlerinin yaşam boyu ve son dönem çalışma sorunları incelenmiş, örneklemin yaşam boyu hafif düzeyde ve son dönemde orta şiddette çalışma sorunu olduğunu bildirilmiştir.

Meslek ve tedavi sonucu arasında ilişkiyi araştıran bir çalışma bulunmamaktadır (3,4,7,53,55).

Gönüllü tedaviye başvuranlarda yapılan çalışmalarda da meslek sahibi olmak ve çalışmak uyumlu tedavi sonuçlarıyla ilişkili saptanmıştır (88).

Yurtdışında idame tedavisi alan opiyat kullanım bozukluğu olan bireylerde yapılan birçok çalışmada, düşük mesleki işlevsellik tedaviye uyumsuzlukla ilişkili saptanmıştır (62-69). Düzenli çalışma ile tedavi uyumu arasında ilişki saptayan çalışmalar da bulunmaktadır (89, 90). Sosyoekonomik statünün yüksek olması tedavide kalma ve olumlu tedavi sonuçları ile ilişkili etkenler arasında bulunmuştur (85,86). Brewer ve arkadaşlarının (91) opiyat kullanım bozukluğu olan bireylerde, tedavi sırasında ve tedavi sonrasında madde kullanmaya devam etmeyi öngören faktörleri

inceledikleri metaanaliz çalışmasında mesleki işlevsellik tedavi uyumu ile yüksek düzeyde ilişkili saptanmıştır.

2.3.3. Yasal Durum İle İlişkili Faktörler

Türkiye’de uyuturucu suçu nedeniyle yakalanan bireylerde yapılan anket sonuçlarına göre; %55,38’inin sabıkasının olmadığı, %44,62’sinin ise sabıkasının olduğu görülmektedir. S abıkası olan kullanıcıların sabıka türlerine göre dağılımı incelendiğinde; %39,37’sinin madde bağlantılı konularda, %30,17’sinin madde dışı konularda, %30,46’sının ise hem madde bağlantılı hem de madde dışı konularda sabıkasının olduğu anlaşılmaktadır (37). Turan ve ark. (2) uyuşturucu suçu nedeniyle DST alan olguların uyuşturucu suçu dışındaki suç öyküsü ve cezaevi öyküsünü araştırmış, örneklemin, %72,2’sinin sabıkasız, %27,8’inin sabıkalı olduğunu saptamıştır.

DST ve TT alan bireylerdeki yapılan çalışma sonuçlarına bakıldığında, bu grubun yasal problemlerinin sadece DST alanlara göre daha şiddetli olduğu göze çarpmaktadır (4-7). 50 kişide yapılan bir çalışmada, katılımcıların %54’ünün sabıka kaydı olduğunu, %40’ının ise cezaevi öyküsü olduğunu bildirilmiştir (4). Düztaş ve ark. (7) örneklemelerinin yasal durum sorunlarının şiddetini incelemiştir, katılımcıların %90’ının orta derecede yasal sorunu olduğu, %10’unun ise şiddetli yasal sorunları olduğu saptanmıştır.

DST ve TT alan grubun Madde Kullanım Bozukluğu kriterlerini karşılayan alt grubunda yapılan çalışmalarda yasal problem şiddetinin biraz daha fazla olduğu bulunmuştur (5). Çalışkan ve ark. (6) örnekleminde daha önce uyuşturucu suçu dışında bir suçtan hüküm giyme oranının dağılımı şu şekildedir; katılımcıların %11,5’i adam yaralama/darp/cinayet suçundan, %6’sı gasp/hırsızlık/dolandırıcılık suçlarından ve %7,7’sinin ise diğer suçlardan ötürü hüküm giydiği görülmüştür. Güneş ve ark. (5) Madde Kullanım Bozukluğu tanı kriterlerini karşılayan bir alt grup tanımlamış ve bu grupta, daha fazla suç öyküsü ve cezaevi öyküsü olduğunu bildirmiştir.

Literatür’de DST ve TT nedeniyle tedaviye başvuranların, gönüllü tedaviye başvuranlara göre daha şiddetli yasal sorunları olduğu bildirilmiştir (4). Musalar ve ark. (4), DST ve TT alan ve gönüllü tedaviye başvuran grupların yasal öyküsünü incelemiş, DST ve TT alan grupta diğer herhangi bir suç kaydının oranı %54 iken; bu oran gönüllü

tedaviye başvuran grupta %32 olarak bulunmuştur. DST ve TT alan grupta cezaevi öyküsü oranı (%40), gönüllü tedaviye başvuran gruba (%20) göre anlamlı düzeyde yüksek saptanmıştır.

Türkiye’de BN idame tedavisi alan bireylerde yapılan çalışmalarda, yasal durum öyküsü incelenmiştir. Evren ve ark. (21) çalışmasında, örneklemin %17’sinin uyuşturucu suçu öyküsü olduğu, %14’ünün ise uyuşturucu suçu dışında suç öyküsü olduğunu belirtilmiştir. Aynı çalışmada, katılımcıların %49.4’ünün DST ve TT nedeniyle tedaviye başvurduğu saptanmıştır. Mutlu ve ark. (23) çalışmasında ise tüm örnekleme DST ve TT nedeniyle tedavi başvurusu oranını %61.8 olarak tanımlamıştır. Guliyev ve ark. (20) ve Bölek ve ark. (22) çalışmalarında, katılımcıların yasal durum sorun şiddetini ölçmüştür. Örneklemlerinde ortalama yasal durum sorun şiddeti ortalaması hafif-orta şiddette saptanmıştır.

Birçok çalışmada uyuşturucu suçu nedeniyle DST alan bireylerde, haklarındaki DST kararı sayısı incelenmiştir. Örneklemlerin genelinde DST alma sayısının 1-3 arasında olduğu saptanmıştır (4,5,7). Musalar ve ark. (4) çalışmasında, DST ve TT nedeniyle ve gönüllü tedaviye başvuranlardan oluşan 100 kişide yaşam boyu DST öyküsü araştırılmıştır. Örneklemin, %33,3’ünün hiç DST almadığı, %52’sinin 1 kez DST aldığı, %11’inin 2 kez DST aldığı ve % 4’ünün 3-5 kez DST aldığı saptanmıştır. Aynı çalışmada, DST sayısı yüksekliği düşük eğitim düzeyi ve yüksek riskli madde kullanımı ile ilişkili bulunmuştur. Güneş ve ark. (5) Madde Kullanım Bozukluğu tanısını karşılayan DST ve TT nedeniyle tedaviye başvuran bireylerde yaptıkları çalışmada, örneklemin %68’inin 1 kez DST aldığı, %19,5’inin 2 kez DST aldığı, %8’inin 3 kez DST aldığı %3,9’unun ise 4-6 kez DST aldığı saptanmıştır. Prof. Dr. Mazhar Osman Bakırköy Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi AMATEM DSP’ne DST ve TT nedeniyle başvuranlarda yapılan bir çalışmada ise, katılımcıların %88’inin 4-5 adet DST olduğu, %10’unun ise 6-7 adet DST olduğu bulunmuştur. (7)

Türkiye’de DST alanlarda yapılan çalışmaların çoğu, uyuşturucu suçu dışında suç varlığını ve cezavi öyküsünü olumsuz tedavi sonucu ile ilişkilendirmiştir (3,4,6). Musalar ve ark. (4), cezaevi öyküsü olanların %35’inin tedavisinin olumsuz sonuçlandığını; cezaevi öyküsü olmayanlarda bu oranın %13.3 olduğunu saptamıştır. Ancak bu dağılım anlamlı düzeye ulaşmamıştır. Çalışkan ve ark. (6) çalışmalarında,

tedavi sonucu gruplarını herhangi bir suçtan hüküm giyme açısından karşılaştırıldığında; tedaviye uyumlu grupta hükmü olanların oranını (%19,8) , tedaviye uyumsuz grupta hükmü olanların oranından (%41,5) anlamlı düzeyde daha düşük saptamıştır. Hüküm giyilen suç türleri gruplar arasında karşılaştırıldığında, tedaviye uyumsuz grupta 'gasp/hırsızlık/dolandırıcılık suçu'nun anlamlı düzeyde daha sık olduğu bulunmuştur. Tedavi uyumu ve yaşam boyu alınan DST sayısını karşılaştıran bir çalışmada, artan DST sayısı ile tedavi uyumsuzluğu arasında ilişki saptanmıştır (3).

Türkiye'de BN idame tedavisi alan bireylerde yapılan çalışmalarda yasal durumun tedavi sonucuyla karşılaştırılması sonucu çelişkili veriler elde edilmiştir. Evren ve ark. (21) çalışmalarında, tedaviye uyumlu olan grubun DST ve TT nedeniyle tedaviye yönlendirilme oranı (%40.4), tedaviye uyumsuz olan grubun DST ve TT nedeniyle tedaviye yönlendirilme oranından (%52.7) anlamlı düzeyde düşük bulunmuştur. Uyuşturucu suçu dışında suç varlığı ile tedavi uyumu arasında ilişki saptanmamıştır. Mutlu ve ark. (23) çalışmasında ise DST ve TT nedeniyle tedaviye başvurma tedavi uyumu ile istatistiki olarak anlamlı düzeyde ilişkili saptanmıştır. Guliyev ve ark. (20) çalışmasında yasal durum sorun şiddeti ile tedavi uyumu arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır.

Dünya'da DST alan gruplarda yapılan çalışmalar, uyuşturucu suçunun dışındaki suçlardan tutuklanma ve cezaevi öyküsü varlığını uyumsuz tedavi sonuçlarıyla ilişkilendirmiştir. Young ve ark. (92), DST ve TT alan bireylerin izleminde, 1 yıl ve üzerinde cezaevi öyküsü olanların ortalama tedavide kalış sürelerini anlamlı düzeyde düşük saptamıştır. Birçok çalışma tedavi uyumsuzluğu ile çeşitli suçlardan tutuklanma ve hüküm giyme öyküsü arasında ilişki saptamıştır (51,59,61). Tekrarlayan DST alan bireylerde daha sık yüksek riskli madde kullanımı ve daha şiddetli yasal sorun varlığı bildirilmiştir. (93)

Yurtdışındaki opiyat idame tedavisi alanlarda yapılan çalışmalarda, yasal öykü şiddeti tedaviye uyumsuzluk ile ilişkili saptanmıştır (62-69). Ward ve ark. (94) çalışmasında, tedaviyi başarıyla tamamlayanların suç geçmişlerinin ya hiç olmadığı ya da daha az şiddette olduğu bulunmuştur. Ayrıca, yaşam boyu yasal durum sorun şiddeti yüksek olanların tedavi programını tamamlamadan bıraktıkları ve tekrar madde kullanmaya ve suç işlemeye başladıkları belirtmektedirler. ABD'de 2013 yılında, Metadon idame tedavisine alınan 230 kişilik bir örnekleme yapılan çalışmada, DST ve

TT nedeniyle tedaviye başvuran bireylerin tedavi uyumunun, en az gönüllü tedaviye başvuranlar kadar iyi olduğu saptanmıştır (95). DST ve TT nedeniyle tedaviye başvurma, tedavi sonucunu etkilemediğini destekleyen başka çalışmalar da vardır (96). ABD’de 2003-2005 yılları arasında BN idame tedavisine alınan 894 kişide yapılan çalışmada, şiddetli yasal problemleri olan bireylerin tedaviyi bırakma ve tedaviye uyumsuzluk oranları daha yüksek saptanmıştır. Lang ve ark. (97)’nin DST ve TT nedeniyle hakkında zorunlu yatılı tedavi kararı bulunan 150 yüksek riskli madde kullanıcısında yaptığı çalışmada, uyuşturucu ticaretine daha az karışan kişilerin tedavi programını tamamlama oranlarının daha yüksek olduğu belirtilmektedir. Spooner ve ark. (98)’nin çalışmasında eroin kullanımı ve suç işleme davranışları arasında yakın ilişki olduğu bu durumun tedavi olma sürecini etkileyebileceği vurgulanmıştır. Daha önceden uyuşturucu suçundan tutuklanan kişilerin tedaviyi tamamlamada daha başarısız oldukları bildirilmiştir (91).

2.3.4. Alkol ve Madde Kullanım Öyküsü İle İlişkili Faktörler

Türkiye’de uyuşturucu suçu nedeniyle yakalanan bireylerde yapılan ankette, maddeyi ‘ilk deneme’ yaşı incelendiğinde; 10-67 yaş arasında dağıldığı ve ilk kez deneme yaşı ortalamasının ise 19,96 yaş olduğu görülmüştür. Öte yandan maddeyi ilk deneme yaşının 15-24 yaşları arasında yoğunlaştığı ve kullanıcıların %74,21’inin bu yaş aralığında iken uyuşturucu maddeyi ilk kez denediği anlaşılmaktadır (37). Uyuşturucu suçu nedeniyle DST alan gruptaki, DST ve TT alan gruptaki ve bu grubun Madde Kullanım Bozukluğu kriterlerini karşılayan alt grubundaki çalışmalarda maddeye başlama yaşı benzer bulunmuştur. (yaş ortalaması 18y-21.1y) (2,3,5,6). Turan ve ark.’nın (2) örnekleminin, %43,3’ünün maddeye başlama yaşı 18 yaş altında, %43’ünün başlama yaşı 19-25 yaş aralığında ve sadece %13’ünün başlama yaşının 26y üzerinde olduğu bulunmuştur.

Türkiye’de BN idame tedavisi alanlarda yapılan çalışmalarda, maddeye başlama yaşı incelenmiştir. Evren ve ark. (21) çalışmasında, maddeye başlama yaşı ortalaması tüm örneklem için; 17.25 yaş olarak saptanmıştır. Eroin kullanımına başlama yaşı ortalaması ise 21.38 yaş olarak bulunmuştur (21). Bölek ve ark. (22) çalışmasında, maddeye başlama yaşı 12-35 arasında değişmektedir ve ortalaması 18,14 yaş olarak bildirilmiştir. Opiyat kullanımına başlama yaşı ise 12-53 arasında değişmektedir ve 23,58 olarak bulunmuştur (22).

Türkiye’de DST alanlarda yapılan çalışmalarda maddeye başlama yaşı ile tedavi uyumu incelenmiştir. Turan ve ark. (2), daha genç yaşta maddeye başlamayı uyumsuz tedavi sonucu ile ilişkilendirmiştir. Birçok çalışmada maddeye başlama yaşı ile tedavi sonucu arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır (3-5).

Türkiye’de BN idame tedavisi alanlarda yapılan bir çalışmada, maddeye ve opiyata başlama yaşları ve tedavi sonucu grupları arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır (21).

Yurtdışında DST alanlarda yapılan çalışmalarda da maddeye başlama yaşının düşüklüğü uyumsuz tedavi sonuçlarıyla ilişkilendirilmiştir. Lang ve ark. (97), DST nedeniyle tedaviye yönlendirilen 150 kişide yaptıkları çalışmada, maddeye ileri yaşta başlayanların tedavi programını başarıyla tamamladıklarını, maddeye erken yaşta başlayanların ise tedavi programını tamamlayamadan bıraktıklarını saptamışlardır.

DST alan popülasyonda Türkiye’de yapılan çalışmalarda tercih maddeleri ve yaşam boyu kullanılan madde çeşitleri değerlendirilmiştir. Yaşam boyu esrar kullanım oranı %85-100 arasında değiştiği, son 1 ayda esrar kullanımının %40’larda olduğu, madde kullanım bozukluğu olan alt grupta ise %80’lere çıktığı dikkat çekmektedir. Yaşam boyu opiyat kullanımının ise, %1-4 arasında olduğu, son 1 ayda opiyat kullanımının %0,5-1,1 arasında olduğu, çoklu madde kullanım oranlarının ise yaşam boyu %1 ile %12 arasında değiştiği göze çarpmıştır (2-7,37). Uyuşturucu suçu işleyenlerde TUBİM tarafından yapılan çalışma; uyuşturucu madde kullanıcılarının büyük çoğunluğunun (%83) en sık kullandığı maddenin esrar olduğunu saptamıştır. Esrardan sonra 2. en sık kullanılan maddenin %11,76’lık oranla eroin olduğu görülmektedir (37). Turan ve ark. (2) çalışmasında, esrar kullanım oranı %85,2, eroin kullanım oranı %2,6, ecstasy kullanım oranı %8,7 ve kokain kullanım oranı %2,9 olarak saptanmıştır. Petin ve ark. (3) çalışmasındaki örnekleme, ilk idrarda madde metabolitleri sonuçlarına bakıldığında, %52,2’sinin negatif saptandığı, %31,2’sinde sadece esrar pozitifliği saptandığı, %10,1’inde esrar pozitifliği ve çoklu madde kullanımı saptandığı, %1,2’sinde diğer karışık maddelerin kullanımı olduğu, %1,9’unda izole ecstasy pozitifliği, %1,3 izole benzodiazepin pozitifliği saptandığı, örneklemin sadece %0,6’sında opiyat pozitifliği saptandığı bildirilmiştir.

Türkiye’de BN idame tedavisi alanlarda yapılan çalışmalarda, çoklu madde kullanımı ve madde kullanımı şiddeti incelenmiştir (20-23). Mutlu ve ark’ları (23), örneklemelerinin %30.6’sında sadece eroin, %18.1’inde eşlik eden cannabis, %6.1’inde eşlik eden kokain, %4.2’sinde eşlik eden ecstasy, toplamın %40.2’sinde çoklu madde kullanımı saptanmıştır. Evren ve ark. (21), örneklemelerinin, %43’ünün damar içi yolla eroin kullanımı olduğunu bildirmiştir. Mutlu ve ark. (23), katılımcıların %44.6’sında damar içi yolla kullanım saptanmıştır. Damar içi yolla kullanıcıların, %54,5’i 2 yıldan uzun süredir damar içi yolla kullanmaktadır. Diğer çalışmalarda ise damar içi kullanım oranları benzer saptanmıştır (%36.4-%50) (20,23).

ABD’de Uyuşturucu mahkemeleri’ne uyuşturucu suçu nedeniyle yönlendirilen popülasyonda yapılan çalışmalarda, şehir merkezi, banliyöler ve kırsal kesimlerdeki mahkemelere başvuranlarda tercih maddelerinin dağılımı arasında fark saptanmıştır. Kokain’in büyükşehir örneklemelerinde, metamfetaminin ise kırsal kesim örneklemelerinde ilk sırada gelen tercih maddesi olması dikkat çekmektedir (61).

Türkiye’de DST alan popülasyonda, tedavi sonucuyla madde kullanım özelliklerinin ilişkisine bakıldığında, madde kullanım bozukluğu şiddetinin düşük olması, çoklu madde kullanımının olmaması, madde kullanım sıklığının düşüklüğü olumlu tedavi sonuçlarıyla ilişkili bulunmuştur (2-5). Petin ve ark.’ı (3), kannabinoid kullanım bozukluğu şiddetine göre örneklemelerini 3’e ayırmış, kullanım bozukluğu şiddeti ile tedavi uyumsuzluğu arasında anlamlı bir ilişki saptanmıştır. Turan ve ark.’ı (2) ise tedaviye uyumlu grubun çoklu madde kullanım oranını (%29,4), tedaviye uyumsuz grubun çoklu madde kullanım oranına (%57,4) göre istatistiki olarak anlamlı olarak düşük bulmuştur. Musalar ve ark.’ı (4), kullanım sıklığı haftada üçten az olan olguların hiçbirisinin tedavisinin olumsuz sonuçlanmadığını bildirmiştir. Hiçbir çalışma, kullanılan madde çeşidi, maddenin kullanım yolu ile tedavi sonucu arasında istatistiki olarak anlamlı bir sonuç saptamamıştır (2-5).

Türkiye’de BN idame tedavisinde olan bireylerde yapılan çalışmalarda, tedavi uyumu ile madde kullanım özellikleri incelenmiştir. Mutlu ve ark’ları (23), örneklemelerinin %40.2’sinde çoklu madde kullanımı saptanmış, çoklu madde kullanımı olanlarda tedavi uyumunun anlamlı düzeyde yüksek olduğu saptanmıştır. Başka bir çalışmada, örneklemelerinin madde kötüye kullanımı şiddeti ile tedavi uyumu arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır (20). Evren ve ark. (21), kayma yaşayan grupta damar

içi yolla kullanım oranını (%45.2), yaşamayan gruptaki orana göre (%38.1) yüksek saptanmıştır yalnız bu fark anlamlı düzeye ulaşmamıştır. Bazı çalışmalarda ise, damar içi kullanım ile tedavi sonucu arasında bir ilişki saptanmamıştır (20,23).

ABD’de DST alan popülasyonda yapılan çalışmalarda ise, yüksek riskli madde kullanımı, madde kullanım bozukluğu şiddetinin yüksekliği, son dönem madde kullanımının sık olması uyumsuz tedavi sonuçlarıyla ilişkili bulunmuştur (51,60,92,99,100). ABD’de Uyuşturucu mahkemeleri tarafından 1 yıllık TT’ne alınan 95 kişi üzerinde yapılan çalışmada, tedaviye uyumlu olan grupta tercih maddesi esrar (%45,6; %25,0) ve alkol (%18,1; %1,9) olanların oranı tedaviye uyumsuz grupta ise tercih maddesi kokain (%27,9; %71,2) olanların oranının anlamlı düzeyde yüksek saptanmıştır. Aynı çalışmada, tedaviye uyumsuzluk nedeniyle hapis cezası alanların tercih maddelerinin kokain olma oranı daha yüksek saptanmıştır. (%58; %40) (51). Bir başka çalışmada ise kişinin tercih maddesinin opiyat ve kokain/taş olması tedaviye uyumsuzluk ile ilişkili bulunmuş, yalnız kullanılan madde miktarı, maddenin kullanım sıklığı ve kullanım süresi ile tedavi sonuçları arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır (101). ABD’de, DST ihlali nedeniyle zorunlu yatış tedavisine yönlendirilen 380 hastada yapılan çalışmada tedavi uyumsuzluğu, tedavi öncesi son 30 gün içerisinde eroin kullanımı ile anlamlı düzeyde ilişkili saptanmıştır (60). 234 uyuşturucu suçu nedeniyle DST ve TT alan grupta yapılan çalışmada madde kullanım şiddetinin yüksekliği ile, tedavi uyumsuzluğu arasında istatistiki olarak anlamlı ilişki bulunmuştur (100).

Dünyada opiyat idame tedavisi alanlarda, madde kullanım özelliklerinin tedavi uyumu ile ilişkisi incelenmiştir (62,68,102-106). ABD’de 2003-2005 yılları arasında BN idame tedavisine alınan 894 hastada yapılan çalışmada, damar içi yolla kullanmamak, son 30 gün içinde alkol kullandığını bildirmek, her gün opiyat kullanmamak, ilk idrarda madde metabolitlerinin negatif saptanması, tedaviye uyum ile ilişkili saptanmıştır. Çoklu madde kullanımı ise tedaviye uyumsuzluk ile ilişki saptanmıştır (102). Mullen ve ark. (103) da damar içi kullanım ile tedavi uyumsuzluğu arasında ilişki saptamıştır. Çoklu madde kullanımı ile tedavi uyumunu ilişkili bulan bir çalışmaya rastlanmıştır (104). Birkaç çalışmada, çekilme bulgularının şiddetli olması, tedavi sırasında idrarda madde metabolitleri testinde opiyat pozitifliği olanlar (diğer madde metaboliti pozitifliklerine göre), 1. haftada idrarda madde metaboliti pozitifliği tedaviye uyumsuzluk ile ilişkili saptanmıştır (62,68,105,106).

2.3.5. Tedavi Öyküsü İle İlişkili Faktörler

Türkiye’de uyuşturucu suçu nedeniyle DST ve TT alan bireylerde yapılan çalışmalarda, en uzun ayıklık süresi, tedavi motivasyonu, aşırma şiddetleri ve tedavi başvurusu sayıları incelenmiştir (3-6).

En uzun ayıklık süresinin uzunluğu ile tedaviye uyum arasında ilişki saptayan ve saptamayan çalışmalar vardır. Petin ve ark.’ı (3) DST ve TT alan bireylerde yaptıkları çalışmada, örneklemin %20,4’ünün erken remisyon kriterlerini, %24,8’inin ise sürekli remisyon kriterlerini karşıladığını saptamıştır. Tedaviye uyumlu olan olguların anlamlı düzeyde daha yüksek bir oranının (%64,7’), tedaviye uyumsuz olan olgulara (%23) göre, ilk görüşmede remisyon kriterlerini karşıladığı bildirilmiştir (3). Musalar ve ark.’ı (4) ise, örneklemlerinin en uzun ayıklık sürelerini ortalama 7.9 ay olarak tanımlamıştır yalnız bu sürelerle tedavi sonucu arasında ilişki saptanmamıştır. Güneş ve ark.’ı (5), örneklemdeki Madde Kullanım Bozukluğu tanısını karşılamayan alt grupta, en uzun ayıklık sürelerini istatistiki olarak anlamlı düzeyde daha uzun saptamıştır.

Tedavi başvurusu öyküsü ve tedavi uyumu ilişkisinin, DST ve TT alan popülasyondaki çalışmalarda incelenmesinde, çelişkili sonuçlar saptanmıştır (3-6). Bazı çalışmalarda tedaviye başvurmuş olmak tedavi uyumsuzluğu ile ilişkili bulunurken, bazılarında tedavi uyumsuzluğu ile ilişkili bulunmuştur, diğerlerinde ise anlamlı bir ilişki saptanmamıştır (3-6). Petin ve ark.’nın (3) çalışmasında, tedaviye uyumsuz olan grubun tedavi başvurusu öyküsü oranı (%23,18), tedaviye uyumlu grubun tedavi başvurusu öyküsü oranından (%10,22) istatistiki olarak anlamlı düzeyde yüksek saptanmıştır. Musalar ve ark (4), DST ve TT nedeniyle ve gönüllü olarak tedaviye başvuran iki ayrı grupta tedavi başvurusu öyküsünü karşılaştırmış ve gönüllü tedaviye başvuran grupta tedaviye başvuru öyküsünü anlamlı düzeyde daha yüksek bulmuştur. (%12 ve %64) Aynı çalışmada, DST ve TT alan grupta, tedaviye uyum ile tedavi başvurusu öyküsü arasında anlamlı bir ilişki saptanmıştır. Çalışkan ve ark.’ın (6) madde kullanım bozukluğu tanısı alan örneklemde yaptığı çalışmada, örneklemin %74,4’ünün tedavi başvurusu öyküsü olduğu bulunmuştur. Tedaviye uyumlu ve uyumsuz gruplarda, tedavi başvurusu öyküsü oranı %17,2 ve %20,3 olarak bildirilmiş, aralarında anlamlı bir farka ulaşılmamıştır. Güneş ve ark.’nın (5) çalışmasında, katılımcıların %85,9’unun tedavi başvurusu öyküsü olduğu belirtilmiştir. Aynı çalışmada, madde kullanım bozukluğu tanısı alan alt grup ve tüm örneklem karşılaştırıldığında, tedaviye başvuru

öyküsü açısından anlamlı bir fark saptanmamıştır. Tedavi sonucuyla tedavi başvurusu öyküsü arasında da anlamlı bir fark saptanmamıştır (5).

Türkiye’de BN idame tedavisi alanlarda tedaviye başvuru öyküsü ve tedavi uyumu incelenmiştir. Mutlu ve ark. (23) çalışmalarında, opiyat idame tedavisi öyküsünü incelemiş, katılımcıların %61,3’ünün hiç tedavi almadığını, %16’sının BN idame tedavisi aldığını, %22,7’sinin ise başka ilaçlarla opiyat idame tedavisi alma öyküsü olduğunu saptamıştır. Tedaviye uyumlu grupta tedavi öyküsü oranı daha yüksek saptanmakla birlikte istatistiki olarak anlamlı düzeyde ilişki saptanmamıştır (23).

Yurtdışında yapılan çalışmalarda da, tedavi uyumu ve tedavi başvurusu öyküsü ile ilişkili çelişkili bulgular görülmektedir. Bazı çalışmalar başarısız tedavi öyküsünü, tedavi uyumsuzluğu ile ilişkili bulmaktadır (107,108). Maglione ve ark. (109) ise tedavi başvurusu öyküsünü tedaviye uyum ile ilişkili saptamıştır. Tedavi uyumu ile tedavi başvurusu öyküsü arasında anlamlı ilişki saptanmayan çalışmalar da mevcuttur (100,110-112). Stark ve ark. (113) tarafından, tedaviye başvurma öyküsünün direkt olarak tedavi uyumunu etkilemediği, yalnız tedavi başvurusu öyküsü olanların genelde daha yaşlı ve daha şiddetli madde bağımlılığı olan bir grup olmasının tedavi sonuçlarını pozitif yönde etkilediği ileri sürülmüştür. Kaliforniya Üniversitesi’nde 276 madde kullanım bozukluğu olan bireyde yapılan çalışmada, başarılı tedavi öyküsü olan bireylerin tekrar tedavi programına girme oranlarının daha yüksek olduğu saptanmıştır (114). ABD’de %40,0’inin hiç tedavi öyküsü olmayan 430 kokain/taş kullanıcısının tedavi programına başlama olasılıkları üzerinde yapılan çalışmada; daha önce tedavi programına girmiş olanların tekrar tedaviye başvurma oranlarının anlamlı düzeyde yüksek olduğu saptanmıştır (115).

Yurtdışında opiyat idame tedavisindeki bireylerde tedavi başvurusu öyküsü ve tedavi uyumu araştırılmıştır (91,116,117). Brewer ve ark.’nın (91) opiyat kullanım bozukluğu olanlarda, tedavi süresince ve sonrasında tedaviye uyumsuzluğu öngören faktörleri araştırdıkları meta-analizinde, tedavi başvurusu öyküsü varlığı, ayık dönem tariflememek ve tedaviyi tamamlamadan bırakma öyküsü tedavi uyumsuzluğu ile ilişkili saptanmıştır. Schwartz ve ark. (116) ise, tedavi başvurusu öyküsü varlığını tedavi uyumuyla ilişkili saptamıştır. Apelt ve ark. (117) çalışmasında ise tedavi başvurusunun olmaması, tedavi uyumsuzluğu ile ilişkili bulunmuştur.

Türkiye’de, DST ve TT alan popülasyonda, aşerme şiddeti ve tedavi uyumunu karşılaştıran tek bir çalışma bulunmaktadır. Güneş ve ark.’nın (5) çalışmasında tedavi başlangıcındaki aşerme sıklığı ve uzunluğunun tedaviye uyumsuz grupta, tedaviye uyumlu gruba göre daha fazla olduğu saptanmıştır.

Türkiye’de BN tedavisi alanlarda yapılan çalışmalarda tedavi uyumu ile aşerme şiddeti daha ayrıntılı çalışılmıştır. Evren ve ark., (21) örneklemelerindeki aşerme ve opiyat yoksunluğu şiddetini incelemiştir. Kayma yaşayan grupta başlangıç aşerme puanları tedaviye uyumlu gruba göre anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. Tedaviyi bırakan grup ile tedaviye uyumlu grup arasında aşerme skorları arasında anlamlı fark saptanmamıştır. Benzer şekilde, kayma yaşayan grupta yoksunluk şiddeti skorları tedaviye uyumlu gruba göre anlamlı düzeyde yüksek saptanmıştır. Tedaviyi bırakan grup ile tedaviye uyumlu grup arasında yoksunluk şiddet puanları arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır. Guliyev ve ark (20), tedaviye devam eden ve etmeyen gruplar arasında aşerme şiddetleri açısından anlamlı bir fark saptanmamıştır. Tedavide kalan olgularda aylar boyunca takipte aşerme puanlarının anlamlı düzeyde azaldığı saptanmıştır. Bölek ve ark.’ı (22) tedavi süresince aşerme şiddetinin düştüğünü saptamıştır.

DST ve TT nedeniyle tedaviye başvuran popülasyonda, tedavi uyumu ile tedavi motivasyonunun ilişkisini araştıran tek bir çalışma bulunmaktadır. Musalar ve ark. (4) DST ve TT nedeniyle tedaviye başvuran ve gönüllü olarak tedaviye başvuran iki grubu tedavi motivasyonu açısından karşılaştırmıştır. Ölçümde Tedavi Motivasyonu Ölçeği kullanılan bu çalışmada; içsel motivasyon alt ölçek puanları ve kişilerarası yardım alt ölçek puanları gönüllü tedavi başvurusu olanlarda, dışsal motivasyon alt ölçek puanları ise DST ve TT nedeniyle tedavi başvurusu olanlarda anlamlı düzeyde daha yüksek saptanmıştır. Tedaviye güven alt ölçek puanlarında ise iki grup arasında anlamlı fark saptanmamıştır. DST ve TT nedeniyle tedaviye başvuranlarda; tedavi motivasyonu tedaviye uyumlu ve uyumsuz olan alt gruplarda karşılaştırılmış, kişilerarası yardım arama alt ölçek puanları, tedaviye uyumsuz grupta anlamlı düzeyde yüksek saptanmıştır. DST ve TT nedeniyle tedavi başvurusu olanlarda, dışsal motivasyon puanları, anlamlı düzeyde daha yüksek saptanmıştır (4). ABD’de DST ve TT’ni ihlal ettiği için hakkında, teropötik topluluklarda yatarak tedavi kararı olan popülasyonda,

kullanılan madde ve bağımlılık şiddetinden bağımsız olarak, tedavi motivasyonu düşük bireylerde tedaviye uyumsuzluk oranları daha yüksek bulunmuştur (118).

2.3.6. Aile ve Sosyal Destek Durumu ile ilişkili Faktörler

Türkiye’de DST olan bireylerde yapılan çalışmalarda, aile desteği iyi olan, ailesinde ve arkadaş çevresinde aktif madde kullanıcısı olmayan ve kendisine destek verebilen arkadaşları olan kişilerin tedaviye uyumunun daha iyi olduğu sonucuna varılmıştır (3-5,7).

Petin ve ark. (3) DST ve TT nedeniyle tedaviye yönlendirilen bireylerde, aile desteğini incelemiştir. %53,5 olgu problem çözme alanında, %42 olgu iletişim alanında, %57,32 olgu roller alanında, %47,77 olgu duygusal tepki verebilme alanında, %86,62 olgu gereken ilgiyi gösterebilme alanında, %64,33 olgu davranış kontrolü alanında, %36,3 olgu ailece program yapabilme hoşgörü, dertleşme ve güven duygusunun değerlendirildiği genel işlevler alanında ailesini sorunlu olarak değerlendirmiştir. Aynı çalışmada hastaların aile bireyleri de incelenmiştir. Çalışmaya katılan 60 aile bireyinin %40’ında 1. eksen psikiyatrik tanı saptanmıştır. En sık rastlanan tanı %25 oranla Major Depresyon’dur. Aile bireyinde psikiyatrik tanı saptanan olgular anlamlı düzeyde daha düşük aile desteği algısına sahiptir. Aile bireylerinin baş etme yöntemleri incelenmiş ve en sık kullanılan baş etme tutumu pozitif yeniden yorumlama ve gelişme olarak belirtilmiştir. Bunu dini olarak baş etme izlemektedir. Düzaş ve ark. (7) yaptığı çalışmada DST ve TT nedeniyle tedaviye başvuran hastalarda yaşam boyu ve son dönem aile-sosyal ilişkiler sorun şiddeti değerlendirilmiş ve örneklem ortalaması hafif-orta düzeyde sorunlu olarak saptanmıştır.

Turan ve ark.’nın (2) yaptığı çalışmada DST hükmü olan bireylerin tedaviye uyumu ile aile ve arkadaş desteği ilişkisi araştırılmıştır. Tedavide başarılı olan olgular, tedavide başarılı olmayanlarla karşılaştırıldıklarında, arkadaşlarının veya arkadaşlarıyla yaptıkları aktivitelerin madde kullanmalarında etkisi olduğunu düşünmemekte, maddeyi bırakma konusunda yeterli arkadaş desteğine sahip olduklarına inanmakta, arkadaşlarından güç almamakta ve tek başınayken kendilerini zayıf hissetmemekte, ailelerinin maddeyi bırakmakta destek olduklarını belirtmekte, aile ve arkadaş çevrelerinden bazı kişilerin madde kullandıklarını öğrendiklerinde mahcup olacaklarını ifade etmekte, arkadaş çevrelerindeki herkesin madde kullanımını doğal karşıladığı ve bırakma konusunda baskı uygulamadıkları fikrine katılmadıklarını söylemekte,

maddeden uzak durduklarında aile ve iş hayatlarında olumlu gelişmelerin olduğuna inanmakta ve ailelerini kaybetmeyi asla göze almadıklarını ifade etmektedirler (2).

Petin ve ark.'nın (3) çalışmasında, aile bireyi özellikleri ve aile destek düzeyinin tedavi uyumuna etkisi incelenmiştir. Tedaviye uyumlu olan grubun algıladığı aile desteği uyumsuz olan gruba göre anlamlı düzeyde yüksek saptanmıştır. Ailelerin baş etme tutumları değerlendirildiğinde, tedaviye uyumlu olan grubun ailelerinin en sık kullandıkları başa çıkma tutumu olarak pozitif yeniden yorumlama ve gelişmeyi belirtirken, uyumsuz sonlanan grubun ailelerinin bu başa çıkma yöntemini anlamlı düzeyde daha az kullandığı bulunmuştur. Tedaviye uyumsuz grubun aile bireylerinde anlamlı düzeyde daha sık 1. eksen psikiyatrik tanı saptanmıştır (%33) (3).

Türkiye'de BN idame tedavisi alanlarda aile desteği ve tedavi uyumu değerlendirilmiştir. Guliyev ve ark. (20) aile desteğini, BŞBÖ aile-sosyal ilişkiler alt ölçeğini kullanarak incelemiştir. Tedaviye uyum ve tedaviden ayrılma ile aile-sosyal ilişkilerde sorun şiddeti arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır (20).

Yurtdışında DST olan bireylerde yapılan birçok çalışmada, aile ve sosyal desteği düşük bireylerde tedaviye uyumsuzluk oranları daha yüksek saptanmıştır (99,119, 120).

Ailede ve aynı evde madde kullanımı, DST popülasyonunda birkaç araştırmada incelenmiştir. Güneş ve ark. (5), örneklemelerinin %16,6'sının 1. derece akrabalarında madde kullanım öyküsü, %22,7'sinin 2. derece akrabaların madde kullanım öyküsü saptamıştır. Örneklemenin madde kullanım bozukluğu tanı kriterlerini karşılayan alt grubunda, 1. derece akrabalarında madde kullanım öyküsü oranı (%22,7) ve 2. derece akrabalarında madde kullanım öyküsü oranını (% 27,3) daha yüksek saptanmıştır. Petin ve ark. (3), DST sürecini tedaviye uyumlu olarak tamamlayanların %7,95'inin, uyumsuz olarak tamamlayanların ise %11,59'unun madde kullanımı olan biriyle yaşadığını bildirmiştir, aile öyküsü ile tedavi uyumu arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır.

Türkiye'de BN idame tedavisi alanlarda, ailesinde madde kullanımı olan birey varlığı araştırılmıştır. Evren ve ark. (21) örneklemenin, %17.7'sinin 1. derece akrabalarında madde kullanımı öyküsü olduğunu bildirmişlerdir. Tedaviye uyumsuz grubun ailesinde madde kullanımı olan birey varlığı oranı (%20.1) tedaviye uyumlu gruba (%11) göre anlamlı düzeyde yüksek saptanmıştır. Mutlu ve ark. (23) ise örneklemelerinin %14.5'inin ailesinde madde kullanımı öyküsü olduğunu bildirmiştir.

Tedaviye uyumlu grupta, ailede madde kullanımı öyküsü (%18.2), tedaviye uyumsuz gruba (%81.8) göre anlamlı düzeyde düşük saptanmıştır.

1.derece akrabalarında madde kullanımı öyküsü varlığı, yurtdışında yapılan çalışmalarda da tedavi uyumsuzluğu ile ilişkili saptanmıştır. Knight ve ark. (121) aile üyeleri arasındaki kişilerarası çatışmanın tedavi sonucunu olumsuz etkilediğini ileri sürmektedirler. Araştırmacılar tedavi altındaki 439 eroin kullanım bozukluğu olan bireyin aile ve arkadaşlarıyla ilişkilerini incelemiş ve tedavi sonucu üzerindeki etkisini açıklamışlardır. Çalışmaları sonucunda, aile üyeleri arasındaki çatışma ve arkadaş grubunun antisosyal davranışları ile tedavi sırasındaki madde kullanımı ve yasadışı aktiviteler arasında anlamlı ilişki olduğu saptanmıştır (121).

2.3.7. Tıbbi ve Psikiyatrik Durum İle İlişkili Faktörler

2.3.7.1. Psikiyatrik Durum İle İlişkili Faktörler

Türkiye’de DST ve TT nedeniyle tedaviye başvuranlarda yapılan çalışmalarda, eşlik eden eksen 1 ve eksen 2 tanıları incelenmiştir. En yüksek oranda depresyon ve anksiyete bozukluklarının saptanması, en sık saptanan 2. eksen tanının ise Antisosyal Kişilik Bozukluğu olması dikkat çekmektedir. Eksen 1 ve eksen 2 ek tanısı olan bireylerde tedavi uyumsuzluğuna yatkınlık bildirilmiştir (2,4,7).

Düztaş ve ark. (7), DST ve TT nedeniyle tedaviye başvuran bireylerde yaşam boyu ve son 30 gün içerisindeki psikiyatrik semptomatolojiyi taramıştır. Örneklem %95,6’sı, son 30 gün içerisinde 10 günden fazla psikolojik sorun yaşadığını bildirmiştir. Katılımcıların %46’sı son 1 yıl içerisinde psikolojik sorun yaşadığını %23’ü ise bu nedenle tedaviye başvurduğunu bildirmiştir Örneklem %20’si son 30 gün içerisinde depresif semptomlar yaşadığını bildirmiştir, yaşam boyu depresyon öyküsü oranı ise %50’dir. Son 30 gün içerisinde anksiyete semptomları yaşadığını belirtenlerin oranı %13’tür. Yaşam boyu anksiyete semptomları deneyimleme öyküsü oranı ise %22’dir. Örneklem %14’ü, hayatının bir bölümünde görme ve işitme hayalleri yaşadığını, %6’sı ise son 30 gün içerisinde bunu deneyimlediklerini belirtmiştir. Katılımcıların %28’i son 30 gün içerisinde hatırlamada güçlük yaşadığını belirtmiştir. Şiddet davranışını kontrol etmekte zorluk yaşayanların oranı, son 30 gün içerisinde %16, hayat boyu bu konuda zorluk yaşayanların oranı ise %23’tür. Örneklem %6’sında son 1 ay içerisinde, %25’inde ise hayat boyu öz kırım düşüncelerinin olduğu bir dönem varlığı saptanmıştır. Katılımcıların %2’si son 1 ay

içerisinde öz kıyım girişiminde bulunmuştur. Hayat boyu öz kıyım girişimi olanların oranı ise %16'dır. Örneklemin %65'inde tedaviye ihtiyaç duyabilecek düzeyde psikiyatrik sorun varlığı saptanmıştır (7).

Musalar ve ark (4)'ları, DST ve TT nedeniyle Ege Üniversitesi DSP'ne tedavi için başvuran 100 kişide, madde kullanım bozukluğu dışında 1. ve 2. eksen tanı varlığını araştırmıştır. Örneklemin %87'sinde eşlik eden 1. eksen tanı saptanmıştır. %75'inde duygudurum bozukluğu %58'inde anksiyete bozukluğu, %5'inde uyum bozukluğu, %1'inde ise somatizasyon bozukluğu saptanmıştır. En sık saptanan duygudurum bozukluğunun 'Yineleyici Major Depresif Bozukluk' (%21), en sık saptanan anksiyete bozukluğunun ise, 'Travma Sonrası Stress Bozukluğu' olduğu bildirilmiştir (4).

Aynı çalışmada, örneklemin %84'ünde 2. eksen tanı varlığı saptanmıştır. Tek tip kişilik bozukluğu tanısı oranı %28, birden fazla kişilik bozukluğu tanısı oranı %56 olarak bulunmuştur. En sık B kümesi kişilik bozuklukları (%72), takiben de başka türlü adlandırılmayan kişilik bozuklukları (%34) ve C kümesi kişilik bozuklukları (%30) saptanmıştır. En az saptanan kişilik bozukluğu A kümesi kişilik bozuklukları olmuştur (%4). Sınırdaki kişilik bozukluğu ve Antisosyal Kişilik Bozukluğu % 41'er oranlarla en sık görülen kişilik bozukluğu tipleri olmuştur. 2. eksen ektanısı olanların 1. eksen ektanı oranı %88'dir (4).

Musalar ve ark. (4) çalışmasında, DST nedeniyle tedavi başvurusu olanlar ile gönüllü tedaviye başvuranlar, 1. ve 2. eksen tanıları açısından incelenmiştir. Duygudurum bozukluğu ek tanı oranı DST alan grupta anlamlı düzeyde daha sık bulunmuştur. Tek tip kişilik bozukluğu tanı oranı DST alan grupta gönüllü tedaviye başvuranlara göre daha sık saptanmıştır. B kümesi kişilik bozukluğu tanılarının oranı açısından fark saptanmamıştır. C kümesi kişilik bozuklukları ve pasif-agresif kişilik bozukluğu gönüllü tedaviye başvuranlarda anlamlı düzeyde daha sık saptanmıştır.

Aynı çalışmada, 1. ve 2. eksen tanı varlığı tedavi sonucu ile karşılaştırılmıştır. Duygudurum Bozukluğu tanısı, tedaviye uyumsuzlukla anlamlı düzeyde ilişkili bulunmuştur. Birden fazla kişilik bozukluğu olanların, tek tip kişilik bozukluğu olanlara göre tedaviye uyumsuz olma oranı anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. Tedaviye uyumsuz olan grupta B Kümesi kişilik bozukluğu oranı %90,9 olarak saptanmıştır. Kişilik bozukluğu olanlarda, duygudurum bozukluğu eşlik eden tüm olguların tedaviye uyumsuz olduğu saptanmıştır. Kişilik bozukluğuna eşlik eden anksiyete bozukluğu

tanısı olanlarda tedaviye uyumsuzluk oranı anlamlı düzeyde yüksek saptanmıştır. Antisozyal Kişilik Bozukluğu olanların, olmayanlara göre tedaviye uyumsuz olma oranı anlamlı olarak yüksek saptanmıştır. Sınırdaki Kişilik Bozukluğu olanların ve bağımlı kişilik özellikleri olanların tedaviye uyumsuz olma oranı anlamlı olarak yüksektir (4). Turan ve ark. (2) DST alanlarda yaptıkları çalışmada, örnekleme Levenson Psikopati Ölçeği ile, birincil ve ikincil psikopati şiddeti ve tedavi uyumu açısından incelemiştir. Tedaviye uyumlu olan grubun toplam psikopati puan ortalaması (ort: 48,9), uyumsuz olan gruba göre (ort: 60,85) anlamlı düzeyde düşük saptanmıştır. Birincil Psikopati puanları ve ikincil psikopati puanları ayrı ayrı, tedaviye uyumlu olan grupta, uyumsuz olan gruba göre anlamlı düzeyde düşük saptanmıştır.

Türkiye’de opiyat idame tedavisi alanlarda psikiyatrik ek tanı varlığı incelenmiştir. Evren ve ark. (21) örneklemelerindeki öz kıyım girişimi öyküsü oranını %28.5 olarak bildirmiştir. Tedaviye uyumlu grupta (%21.0) öz kıyım öyküsü varlığı, tedaviyi bırakan ve/veya kayma yaşayan gruba (%31.3) göre anlamlı düzeyde düşük saptanmıştır. Guliyev ve ark. (20) örneklemelerindeki psikopati oranını incelemiştir. Tedavi uyumu ile psikopati puanları arasında anlamlı bir ilişki bildirilmemiştir. Aynı çalışmada psikiyatrik semptomatoloji taranmıştır. Psikiyatrik durum ile tedavi uyumu arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır (20). ABD’de yapılan birçok çalışmada, madde kullanım bozukluğu dışında ek psikiyatrik tanı varlığı, uyumsuz tedavi sonuçları ve tedaviyi bırakma ile ilişkili saptanmıştır (90, 99,122). Cahill ve ark. (123) çalışmasında ise duygudurum ve anksiyete semptomlarının içsel motivasyondaki olumlu değişimle ilişkili olduğu belirtilmiştir.

Yurtdışında opiyat idame tedavisi alanlarda yapılan çalışmalarda, şiddetli psikiyatrik öykü ile tedavi uyumsuzluğunu ilişkili saptayan çalışmalar (123) olduğu gibi, depresyon ek tanısını tedavi uyumu ile ilişkili saptayan çalışmalar da bulunmaktadır (125,126). Birçok çalışmada antisozyal kişilik özellikleri olan kişilerin tedaviyi tamamlamadan bıraktıkları bildirilmiştir (124,127). Antisozyal kişilik bozukluğu ve madde kullanım bozukluklarının eşzamanlı görülmesinin tedaviye devamı azalttığı ve relaps olasılığını yükselttiğini ileri sürülmektedir (128). Metadon tedavisi gören opiyat kullanım bozukluğu olan kişilerle yapılan araştırmada, psikopati seviyeleri yüksek olan hastaların tedavi sırasında kokain ve benzodiazepin kullandıkları ve tedavide başarısız oldukları bildirilmiştir (124,129). Antisozyal kişilik bozukluğu tanısı

almış kişiler tipik madde tedavisinde başarılı olamamakta, diğer taraftan yapılandırılmış ve yakından takip içeren müdahalelere daha olumlu cevap vermektedirler. Antisosyal kişilik bozukluğu tanısı almış kişiler arasında seviye açısından farklılıklar olmaktadır. Buna göre antisosyal kişilik bozukluğu seviyesi yüksek olan kişiler tedavide başarısız olmaktadır (130).

2.3.7.2. Tıbbi Durum İle İlişkili Faktörler

Türkiye’de DST ve TT alanlarda yapılan sadece birkaç çalışmada hastaların, kronik ya da akut bir fiziksel sağlık sorununun olup olmadığı taranmıştır (6,7). Düztas ve ark.’nın (7), DST ve TT nedeniyle tedaviye başvuranlarda yaptığı çalışmada katılımcıların sadece %19’unun tedavi gerektirecek bir tıbbi sorununun olduğunu saptamıştır. Çalışkan ve ark.’nın (6), yaptığı araştırmada katılımcıların %28,2’sinin fiziksel sağlıkla ilgili bir sorunu olduğu bildirilmiştir. Yalnız bu sorunun derecesi hakkında herhangi bir ölçüm yapılmamıştır.

Türkiye’de BN idame tedavisi alanlarda yapılan çalışmalarda genel tıbbi durum incelenmiştir. Bu çalışmalarda katılımcıların genel tıbbi durumu sorun şiddeti ortalamalarının tedavi gerektirecek düzeye ulaşmadığı saptanmıştır (20,22). Mutlu ve ark. (23) çalışmasında, anti-HCV pozitiflik oranı %18.4 ve Anti-HBsAg pozitiflik oranı %2.6 olarak saptanmıştır.

DST alanında yapılan bir çalışmada tıbbi durum ve tedavi uyumu ilişkisi incelenmiş, fiziksel sağlıkla ilgili sorun bildirimi ve tedavi sonucu arasında istatistiki olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır (6).

BN idame tedavisi alanlarda tedavi uyumu ve genel tıbbi durum ilişkisini araştıran bir çalışmada, tedaviye uyumlu ve uyumsuz gruplar arasında tıbbi durum sorun şiddeti açısından anlamlı bir fark saptanmamıştır. Yalnız tedaviyi 1. ayda terkeden grup ile tedaviye uyumlu grup karşılaştırıldığında, tedaviye uyumlu grubun anlamlı düzeyde daha şiddetli tıbbi sorunları olduğu saptanmıştır (20). Bölek ve ark. (22). yaptığı çalışmada ise tedaviye uyumlu grubun tıbbi sorun şiddeti tedaviye uyumsuz gruba göre daha şiddetli bildirilmiş yalnız çalışmanın tasarımı gereği bir karşılaştırma yapılmamıştır. Mutlu ve ark. (23), tedaviye uyumlu ve uyumsuz grup arasında HCV pozitifliği açısından anlamlı bir fark bildirmemiştir.

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. OLGULARIN SEÇİMİ

Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'nun 29.06.2015 tarih ve 2015/11/08 protokol numarası ile onay alınmıştır.

Bu çalışmaya, 01.06.2015-01.08.2015 arasında, DST ve TT nedeniyle tedaviye yönlendirilen, Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi AMATEM Bölümü, DS 2. Basamak Polikliniği'ne opiyat kullanımı nedeniyle sevk edilen, idrar tetkiki ve psikiyatrik görüşmede, DSM-5 kriterlerine göre 'Opıyat Kullanım Bozukluğu' tanısı almış, DSP sorumlu uzman doktoru tarafından DSP Buprenorfin/Nalokson Programı'na kabul edilen ve çalışmaya katılmayı kabul eden 80 kişi alınmıştır. (Tedavi programına, Opıyat Kullanım Bozukluğu tanı kriterlerini karşılayan ve rutin tetkikler (Hemogram, AST, ALT, GGT, anti-HCV, HIV, HBsAg, anti-HBs, idrarda madde metabolitleri testleri, akciğer grafisi) ve fiziksel muayene sonrası BN tedavisi için bir kontraendikasyon saptanmayan hastalar alınmaktadır.) Hastalar geliş sırasıyla rastgele çalışmaya alınmıştır. Başvurusu olan hastalardan hiçbirisi fiziksel kontraendikasyon nedeniyle yatarak tedaviye yönlendirilmemiştir. Bu süre içerisinde, DSP Buprenorfin/Nalokson Programı'na 87 hasta kabul edilmiş, hastaların hepsi çalışmaya katılmayı kabul etmiştir. Yalnız katılımcıların 5'inin, ölçek formlarının hepsini cevaplamaması ya da tüm ölçeklerde aynı şıkkı cevaplayarak doğru bilgi vermekten kaçınması nedeniyle, veri kirliliğini engellemek amacıyla çalışmadan çıkartılmışlardır. 2 katılımcı ise 5 yıllık eğitim düzeyinde olduklarını beyan etmelerine rağmen, ölçek uygulamasına uyumlu olacak düzeyde okur-yazar olmadıkları için çalışmaya alınamamıştır.

3.2. İŞLEYİŞ

Çalışma 3 aylık bir takip çalışmasıdır.

Çalışmaya alınan hastalara, program başlangıcından önce, Sosyodemografik ve Klinik Özellikler Veri Formu, Bağımlılık Şiddetini Belirleme Ölçeği (BŞBÖ), Levenson Psikopati Ölçeği (LPÖ), Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (ÇBASDÖ), Madde Aşırma Ölçeği (MAÖ) ve Değişime Hazır Olma ve Tedavi İsteği Ölçeği (DHOTİÖ) uygulanmıştır.

Ölçek uygulaması, tedavi programı öncesinde yapıldığı için, bu dönemde tüm hastalar düzenli opiyat kullanmaktadır. Veri kirliliğini engellemek için, hastaların ölçek uygulaması sırasında, DSM-5'e göre, Opiyat Yoksunluğu ya da Opiyat Esrikliği tanı kriterlerini karşılamadığı bir dönemde ölçek uygulaması yapılmıştır.

Sonrasında hastalar, DSP Buprenorfin/Nalokson Programına alınmıştır. 3 ay süren bu program kapsamında; yapılandırılmış grup psikoeğitim programı (SAMBİ), idrarda madde metabolitleri taraması, düzenli psikiyatrik muayene ve farmakoterapi bulunmaktadır. BN'un özellikleri, ayaktan opiyat detoksifikasyonu ve madde kullanım bozukluğu konularını kapsayan, yapılandırılmış 6 seanslık grup psikoeğitim programı, bölüm psikoloğu tarafından yürütölmektedir. Hastaların ilaç tedavisi, DSP sorumlu uzman doktoru tarafından klinik bulgularının şiddetine göre başlanmakta ve sürdürölmektedir. Hastaların takibi, DS mevzuatı gereği 15 günde 1 idrarda madde metabolitleri taraması ve uzman doktor görüşmesiyle yapılmaktadır. Bu takip ve tedavi, Adalet Bakanlığı tarafından finanse edilmektedir. Takip sonunda; ayaktan tedaviye cevapsız olduğu saptanan hastalar yatarak tedaviye yönlendirilmekte, tedaviye uyumlu olan hastalar haklarında tedaviye uyumlu raporu düzenlenerek gönüllü tedaviye yönlendirilmekte, tedaviye uyumsuz olan hastalar ise haklarında tedaviye uyumsuz raporu düzenlenerek DS Müdürlükleri'ne yönlendirilmektedir .

Tedavi süreci çalışmacılar dışı hekimler tarafından takip edilmektedir.

Bu çalışmada, ölçek uygulaması yapılan hastaların, 3 aylık takip süresi sonunda, tedavi sonucu kaydedilmiştir.

Sonuçları kaydetmek amacıyla tedaviye cevapsızlık, tedaviye uyumsuzluk ve tedaviye uyum olmak üzere 3 kavram tanımlanmıştır.

Tedaviye Cevapsızlık:

- Hastanın tüm randevularına ve psiko-eğitim programına düzenli katılmasına ve BN idame tedavisine uymasına rağmen opiyat kullanımını bırakamaması
- İdrarda buprenorfin metaboliti düzeyi pozitif saptanan hastada, birbirini takip eden 2 görüşme sırasında alınan idrarda opiyat metabolitinin 2000 ve üzeri saptanması
- Hastanın takip sırasındaki klinik görüşmelerde yatarak tedavi talebi olması
- Hastanın AMATEM dışı bir merkezde yatarak tedavi talebi olması

Tedaviye Uyumsuzluk:

- İlk görüşme sonrasında üst üste 2 kez randevuya gelinmemesi
- Tedavi ekibini yanıltıcı davranışta bulunulması (kendine ait olmayan idrar numunesi vermeye çalışmak vs.)
- İlacın düzenli ve önerilen doz ve şekilde kullanılmaması (idrarda buprenorfin metabolitinin saptanmaması)
- Psikoeğitim programına uyulmaması (2 seanstan fazla devamsızlık)

Tedaviye Uyum:

- 3 aylık ayaktan tedavi programının tamamlanması (Son 1.5 aylık idrarda madde metaboliti testi sonuçlarında buprenorfin metaboliti pozitif saptanırken başka herhangi bir madde metabolitinin saptanmaması)

olarak tanımlanmıştır.

3 aylık takip sonunda tedaviye uyumlu, tedaviye cevapsız ve tedaviye uyumsuz olduğu saptanan hastaların özellikleri 3 grup olarak karşılaştırılmıştır.

İçerme Kriterleri:

- 18 yaşından büyük olmak
- DSM-5 kriterlerine göre ‘Opiyat Kullanım Bozukluğu’ tanısını karşılamak
- DSP Buprenorfin/Nalokson Programına kabul edilmek
- Görüşme sırasında DSM-5’e göre ‘Opiyat Yoksunluğu’ ve ‘Opiyat Esrikliği’ tanılarını karşılamamak
- Bilgilendirme sonrası çalışmaya katılmayı kabul etmek

Dışlama Kriterleri:

- Okur yazar olmamak
- Hastanın eşlik eden psikiyatrik hastalığı nedeniyle yatarak tedavi endikasyonu olması (Aktif homisid, suisid riski)
- BN tedavisinin kontraendike olduğu herhangi bir duruma sahip olması nedeniyle programa kabul edilmemiş olmak;
 - Buprenorfin yada Naloksona aşırı duyarlılığı yada bu ilaçlarla aşırı yan etki yaşadığı bilinen kişiler
 - Gebelik ve emzirme dönemlerinde olanlar
 - Ağır solunum yetmezliği olanlar
 - Aktif alkol ya da benzodiazepin kullanım bozukluğu yada delirium tremens saptananlar
 - Ağır karaciğer yetmezliği olanlar (karaciğer enzimleri normalin 3 ile 5 katına çıkmış)

3.3. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI:

3.3.1. Sosyodemografik ve Klinik Özellikler Veri Formu:

Çalışmanın özellikleri araştırmacılar tarafından göz önünde bulundurularak geliştirilen sosyodemografik-klinik özellikleri içeren soru formudur. Bu formda; yaş, cinsiyet, medeni durum, çocuk sayısı, eğitim durumu, yaşadığı bölge, göç öyküsü olup olmaması, idame tedavisi deneyimi, DST öyküsü maddelerine yer verilmiştir.

3.3.2. Bağımlılık Şiddetini Belirleme Ölçeği (Addiction Severity Index-ASI) (BŞBÖ):

Bağımlılık şiddetini belirlemek üzere McLellan ve ark. (131) tarafından geliştirilmiştir. Alkol ve madde kullanım bozukluklarında, kullanılan alkol veya maddeden dolayı etkilenen tıbbi durum, iş, madde ve alkol kullanımı, yasal, aile ve psikiyatrik sorun alanlarını belirleyerek, bu alanlarda tedaviye veya danışmana olan gereksiniminin şiddetini değerlendirmek üzere hazırlanmıştır (132).

Bu ölçek; tıbbi durum 11 madde, iş-destek durumu 24 madde, yasal durum 30 madde, alkol ve madde kullanımı 27 madde, aile-sosyal ilişkiler 26 madde ve psikiyatrik durum 22 maddeden oluşan 6 alt ölçekten meydana gelmiştir. Bu ölçekte her sorun alanının şiddeti, görüşmeci tarafından 10'lu (0-9) derecelendirme ile puanlanmaktadır. Ölçek, görüşmeci tarafından bireyin yaşam boyu ve son 30 gündeki her bir sorun alanının önemini ve şiddetini subjektif olarak yansıtmaktadır. Puanların yükselmesi bireyin tedavi veya danışma gereksiniminin fazla olduğunu göstermektedir (132).

Türkçe geçerlilik güvenilirlik çalışması Demirbaş ve ark. (132) tarafından yapılmıştır.

Ölçekten iki tür puan elde edilmektedir:

1) Şiddet puanı (severity); bireyin yaşam boyu ve başvuru anındaki problem şiddetini ve tedaviye olan gereksinimini 0-9 arasında değerlendiren subjektif puandır. Yüksek puanlar, sorunun şiddetinin büyüklüğünü göstermektedir (132).

2) Bileşik puan (composite); bireyin son 30 gündeki davranışlarını değerlendiren belirli soruların hesaplanmasıyla oluşan matematiksel bir puandır. Bu matematiksel puanı elde edebilmek için belirli formüllerden yararlanılmaktadır. 0 ile 1 arasında değer

elde edilmekte ve yüksek değerler sorun şiddetinin büyüklüğünü göstermektedir. Bu puan daha çok karşılaştırmalı araştırmalarda (n test-son test, izleme çalışmaları vb.) bireydeki değişikliği ve tedavinin etkinliğini değerlendirmek üzere kullanılmaktadır (132).

3.3.3. Levenson Psikopati leği (Levenson Self-Report Psychopathy Scale – (LSRP)(LP):

LP Levenson ve ark. (133) tarafından geliştirilmiştir. İki alt-ölçekten ve toplam 26 sorudan oluşmaktadır. Bu iki ölçeğin her biri, psikopatiyle ilgili varsayılan alanlardan birini işaret etmektedir. 16 soru Birincil Psikopatiyi, 10 soru ise İkinil Psikopatiyi lmektedir.

Birincil psikopati, vurdumduymaz, manipülatif, duygusuz, güvenilmez, bencilce diğer kişileri kullanma, yaşananlardan ders almama ve empati yapmama eğilimine işaret ederken, ikincil psikopati veya nörotik psikopati aşırı dürtüsellik ve yetersiz davranış kontrolü ile karakterize sosyal sapkınlığa işaret etmektedir. İkinil psikopatlar duygusal bir bozukluğun etkisi altında antisosyal davranışlara girişirler ve madde kullanım bozukluğu olan ve klinik popülasyonlarda daha yaygın olması muhtemeldir. Birincil psikopatinin genetik, ikincil psikopatiyle ilgili özelliklerin ise çevresel olduğu varsayılmaktadır (133,134).

LP Likert tipi bir ölçektir (“Başkalarının duygularıyla oynamaktan hoşlanırım”, 1= kesinlikle katılmıyorum, 2= genellikle katılmıyorum, 3= genellikle katılıyorum, 4= kesinlikle katılıyorum). Bazı maddeler ters puanlanmaktadır (**Ters kodlanan Madde:** 3, 7, 10, 13, 15, 21, 26.). Toplam puan, birincil (**Birincil Psikopati:** 2, 4, 7, 9, 11, 12, 13, 15, 17, 19, 21, 22, 23, 24, 25, 26) ve ikincil psikopati (**İkinil Psikopati:** 1, 3, 5, 6, 8, 10, 14, 16, 18, 20) alt- ölçeklerinden elde edilen puanların toplanmasıyla elde edilmektedir. LP’den elde edilen yüksek puan fazla derecede psikopatiyi ifade etmektedir. Benzer şekilde, yüksek puan alınan her bir alt-ölçek yüksek derecede birincil veya ikincil psikopatiye işaret etmektedir. (133,134)

Engeler ve ark. (135) tarafından Türkçe’ye uyarlanan LP orijinaline benzer ancak biraz daha düşük iç tutarlılık değerleri vermiştir. 212 katılımcıdan oluşan örneklemin birincil psikopati için alfa değeri 0,76, test-tekrar test korelasyonu 0,77

olarak bulunmuştur. İkincil psikopatinin güvenilirliği 0,51, test-tekrar test korelasyonu 0,68 olarak tespit edilmiştir (135).

3.3.4. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (Multidimensional Scale of Perceived Social Support MSPSS) (ÇBASDÖ):

Ölçeğin orijinali ABD’de Zimet ve ark. (136) tarafından geliştirilmiştir.

ÇBASDÖ üç farklı kaynaktan alınan sosyal desteğin yeterliliğini öznel olarak değerlendiren, kullanımı kolay, kısa bir ölçektir (136).

ÇBASDÖ 12 maddeden oluşur. Her biri 4 maddeden oluşan desteğin kaynağına ilişkin 3 grubu içerir. Bunlar; aile (3.,4.,8. ve 11. maddeler), arkadaşlar (6.,7.,9. ve 12. maddeler) ve özel bir insandır (1.,2.,5. Ve 10. Maddeler). Her madde 7 aralıklı bir ölçek kullanılarak derecelendirilmiştir. Likert tipi bir ölçektir. Elde edilen puanın yüksek olması sosyal desteğin yüksek olduğunu ifade etmektedir (136,137).

Faktör analizi bu önerilen yapıyı çeşitli örneklemelerde desteklemiştir (136-138). Ölçeğin ve alt-ölçeklerin iç tutarlılığı ve test-tekrar test korelasyonları yeterlidir (136-138). Geçerlik açısından, ÇBASDÖ başka bir sosyal destek ölçeği ve bir benlik kavramı ölçeği ile olumlu yönde (138) ve depresyon (136-138) ve anksiyete (136,137) ölçekleriyle olumsuz yönde korelasyon göstermiştir.

Türkçe geçerlilik ve güvenilirliği Eker ve ark. (137,139) tarafından iki ayrı çalışmada tamamlanmıştır.

ÇBASDÖ’in Türkçe formunun faktör yapısı, güvenilirliği ve yapı geçerliği, ülkemizde kullanım açısından, genel olarak tatmin edici bulunmuştur. Ancak, “özel bir insan” alt-ölçeğinin yapı geçerliği açısından en zayıf ölçek olduğu ortaya çıkmıştır (137). Sonuç olarak yazarlar 2. çalışmada, aile ve “özel bir insan” alt-ölçeklerini bir parça sınırlar içine almak ve böylece kültürel olarak daha uygun bir ölçek elde etmek için değiştirmişler; özgül olarak, aile, ebeveynler, eş, çocuk ve kardeşler dahil edilerek tanımlamışlardır (139).

3.3.5. Madde Aşerme Ölçeği (Penn Alcohol Craving Scale-PACS Revised Version) (MAÖ):

MAÖ, bir önceki haftadaki alkol aşerme şiddetini (sıklık, yoğunluk, süre, direnme ve genel aşerme) değerlendirmek için geliştirilmiş 5 maddelik, öz bildirime dayalı bir soru formudur. Her madde 0 ila 6 puan arasında değerlendirilir. Böylece, toplam aşerme puanı en fazla 30'dur (140, 141).

Flannery ve ark. (140) tarafından geliştirilmiştir. Penn Alkol Aşerme Ölçeği (PAAÖ)'nin güvenilirliğinin mükemmel ve geçerliliğinin iyi olduğu gösterilmiştir.

Ölçeğin Türkçe versiyonu, yatarak tedavi gören erkek alkol kullanım bozukluğu olan hastalarda geçerli ve güvenilir bulunmuştur. Cronbach's alfa değeri bu çalışma için 0.88 olarak bulunmuştur. (141).

Ölçeğin alkol dışı madde kullanım bozukluğu için yapılan uyarlaması olan Madde Aşerme Ölçeği (MAÖ)'nin Cronbach alfa değeri tüm ölçek için 0.84 bulunmuştur. Her bir madde için düzeltilmiş madde toplam korelasyon değerleri 0.75 ile 0.82 arasında değiştiği saptanmıştır (142).

3.3.6. Değişime Hazır Olma ve Tedavi İsteği Ölçeği (SOCRATES: The Stages of Change Readiness and Treatment Eagerness Scale) (DHOTİÖ):

Miller ve Tonigan (143) tarafından geliştirilen ve alkol kullanım bozukluğu olan olgularda değişim için hazır olmayı ve motivasyonu değerlendirmek için düzenlenmiş 19 maddelik öz bildirime dayalı bir soru formudur. Orijinal ölçeğin faktör analizi, formun “farkına varma”, “ikilem” ve “adım atma” olmak üzere üç alanda kümelendiğini göstermiştir (143).

Ölçeğin Türkçe formunun 16 maddelik halinin faktöryel yapısı ölçeğin orijinali ile uyumlu bulunmuştur. Ölçeğin iç tutarlılık ölçümünde Cronbach alfa katsayıları alkol bağımlılığı olan hastalarda “farkına varma” için 0.77, “ikilem” için 0.74, “adım atma” için 0.78 ve tüm ölçek değerlendirildiğinde 0.85 olarak bulunmuştur (144).

Türk alkol bağımlılarında geçerli ve güvenilir bulunan 16 maddelik halinin alkol dışı madde kullanan bağımlılar için geliştirilen versiyonu karışık madde bağımlılarında uygulandığında Cronbach alfa değeri tüm ölçek için 0.84 bulunmuştur (145).

3.4. DEĞERLENDİRME VE İSTATİSTİKSEL ANALİZ:

Çalışmada elde edilen bulgular değerlendirilirken, istatistiksel analizler için SPSS 16 for Windows kullanılmıştır. Çalışma verileri değerlendirilirken tanımlayıcı istatistiksel metodların (Ortalama, Medyan, Standart sapma, frekans) kullanıldı.

Niteliksel verilerin karşılaştırılmasında ise Ki-Kare testi, beklenen frekansların karşılanmaması durumunda Fisher Exact testi kullanıldı.

İkiden fazla grubun niceliksel verilerin karşılaştırılmasında parametrik varsayımların karşılanmadığı durumlarda Kruskal Wallis ve farklılığa neden olan grubun tespitinde Mann Whitney U testi kullanıldı.

Çalışmada nitel ilişkilerin karşılaştırılmasında normal dağılmayan verilerin karşılaştırılmasında ise Sperarman's rho kullanılmıştır.

Tüm analizlerin sonuçlarında anlamlılık $p<0.05$ ve $p<0.01$ düzeyinde değerlendirilmiştir.

4. BULGULAR

4.1. ÇALIŞMA ÖRNEKLEMİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

4.1.1. Katılımcıların Sosyodemografik ve İş-Destek Durumu Özellikleri

Tablo 1: Katılımcıların Sosyodemografik ve İş-Destek Durumuna İlişkin Verilerinin Dağılımı

N=80		Min-Max	Ort±SS(Medyan)
Yaş(Yıl)		19-60	28.23±7.78(26)
Eğitim Durumu(Yıl)		4-16	8.59±2.64(8)
Çocuk Sayısı(n:13)		1-3	1.62±0.65(2)
Göç Yaşı(n:39)		1-21	6.92±5.54(5)
Aynı İşte En Uzun Çalışma Süresi(Ay)		2-40	41.49±51.43 (42)
		N	%
Cinsiyet	Kadın	1	1.3
	Erkek	79	98.8
Medeni durum	Bekar	61	76.3
	Evli	7	8.8
	Boşanmış	5	6.3
	Birlikte Yaşıyor	5	6.3
	Ayrı	2	2.5
Doğum Yeri	İstanbul	45	56.3
	İstanbul Dışı B.Şehir	4	5.0
	Şehir	21	26.3
	Köy/Kasaba	9	11.3
	Yurtdışı	1	1.3
Mesleki durum	Orta Ölçekli İşletme Sahibi	3	3.8
	Küçük Ölçekli İşletme Sahibi	5	6.3
	Satış D./Teknisyen/Sekreter	12	15.0
	Vasıflı İşçi	21	26.3
	Yarı Vasıflı İşçi	33	41.3
	Vasıfsız İşçi	5	6.3
	Öğrenci/İşsiz	1	1.3
Çalışma durumu	Küçük Ölçekli İşletme Sahibi	2	2.5
	Tezgahtar/Teknisyen/Sekreter	7	8.8
	Vasıflı İşçi	5	6.3
	Yarı Vasıflı İşçi	14	17.5
	Vasıfsız İşçi	13	16.3
	Öğrenci/İşsiz	39	48.8
Göç Öyküsü	Başka Ülkeye	5	6.3
	Başka Bölgeye	34	42.5
	Yok	41	51.2
Sosyal Güvencesi	Var	38	47.5
	Yok	42	52.5

Çalışmaya katılan 80 kişinin, yaşları 19 ile 60 yaş arasında değişmekte olup, yaş ortalamaları 28.23 ± 7.78 'dir. Katılımcıların sadece 1'i kadın diğerleri erkektir, örneklemin erkek cinsiyet oranı %98.8'dir. Çalışmaya katılanların 61'i (%76.3) bekar, 7'si (%8.8) evlidir, 12 kişi ise (%15.1) ayrı yaşıyor, boşanmış ya da partneriyle yaşamaktadır. 13 kişi çocuğu olduğunu belirtmiştir, çocuk sayısı ortancası 2'dir. İstanbul doğumlu 45 katılımcı (%56.3) bulunmaktadır. Katılımcıların 49'u (%61.3) büyükşehirlerde, 30'u (%36.6) küçük şehirlerde, kasaba ya da köylerde doğmuştur. 1 kişi ise (%1.3) yurtdışı doğumludur. Katılımcıların 5'inde (%6.3) başka ülkeye, 34'ünde (%42.5) başka bölgeye göç öyküsü bulunmaktadır. Göç eden hastaların, göç ettiği yaş 1-21 yaş arasında değişmekle beraber ortalaması 6.92 ± 5.54 'tür. Hastaların mesleki işlevselliği, Hollingshead Skalası ile değerlendirilmiştir. Bu skala, mesleklerden sosyoekonomik düzey belirleyen bir ölçüttür. 1-9 arasında puanlanmakta, puanın düşük olması daha fazla geliri olan ve daha yüksek mesleki beceri isteyen bir işte çalışıyor olmak ile ilişkilidir. Örneklemdaki 41 (%51.4) kişinin mesleki eğitimi vardır, 33 (%41.3) kişi ise mesleki eğitimi olmamasına rağmen bir mesleki beceri edinmiştir, 5 (%6.3) kişinin ise herhangi bir mesleği bulunmamaktadır, 1 (%1.3) kişi ise açıköğretimde öğrencidir. Örneklemdaki son dönem çalışma durumu incelendiğinde 39 (%48.8) kişinin işsiz olduğu bulunmuştur. 13 kişi (%16.3) herhangi bir mesleki beceri gerektirmeyen bir işte çalışmakta, 14 kişi (%17.5) ise herhangi bir mesleki eğitim gerektirmeyen bir işte çalışmaktadır. Tedaviye başvuru anında katılımcıların içinde sadece 14 kişi (%17.5) mesleki eğitim gerektiren bir işte çalışmayı sürdürmektedir. En uzun aynı işyerinde düzenli çalışma öyküsü 2-240 ay arasında değişmektedir, örneklemin aynı işyerinde düzenli çalışma süresi ortalaması yaklaşık 3.5 yıl civarındadır. (41.49 ± 51.43 ay). Katılımcıların sadece %47.5'inin (38 kişi) sosyal güvencesi bulunmaktadır. Çalışmaya katılanların eğitim düzeyi değerlendirildiğinde, tamamladıkları eğitim yılı 4-16 yıl arasında değişmekte ve ortalama eğitim düzeyi 8.59 ± 2.64 yıldır. Katılımcıların sosyodemografik ve iş-destek durumu özelliklerine ilişkin verilerinin dağılımı tablo 1'de verilmiştir.

4.1.2. Katılımcıların Yasal Durum Özellikleri

Tablo 2: Katılımcıların Yasal Durum Özelliklerine İlişkin Verilerin Dağılımı

N:80		Min-Max	Ort±SS(Medyan)
DST Sayısı		1-15	2.51±2.36(2)
		N	%
Önceki DST Sonucu	Para Cezası	4	5.0
	Hapis Cezası	10	12.5
	Tedaviye Uyumlu Raporu Almış	12	15.0
	Yok	54	67.5
Uyuşturucu Suçu Dışında Suç Öyküsü	Var	39	48.8
	Yok	41	51.2
Cezaevi Öyküsü	Var	30	37.5
	Yok	50	62.5

Katılımcıların %67.5'inin (54 kişi) ilk kez DST ve TT nedeniyle tedaviye başvurmuştur. Çalışmaya katılanların DST ve TT sayısı 1 ile 15 arasında değişmekte olup, ortalama DST sayısı 2.51±2.36'dır. Daha önce DST almış olan 26 kişinin 12'si (%15) 1.5 ay ayıklık sağladıkları için haklarında tedaviye uyumlu raporu düzenlenerek adli takipten çıkartılmış, 14 (%17,5) kişi ise ayıklık sağlayamadıkları için çeşitli yaptırımlarla cezalandırılmıştır. Uyuşturucu dışında suç öyküsü olanlar 39 (%48.8), cezaevi öyküsü olanlar 30 (%37.5) kişidir. Katılımcıların yasal durum öykülerine ilişkin verilerin dağılımı tablo 2'de verilmiştir.

4.1.3. Katılımcıların Alkol/Madde Kullanım Öyküsü Özellikleri

Tablo 3: Katılımcıların Alkol/Madde Kullanım Öyküsü Özelliklerine İlişkin Verilerin Dağılımı

N=80		Min-Max	Ort±SS(Medyan)
Alkole Başlama Yaşı		6-25	14.74±3.60(15)
Maddeye Başlama Yaşı		11-43	16.63±4.17(16)
Karışık Madde Kullanma Süresi (Yıl)		0-20	2.49±4.08(1)
Opiyat Kullanımına Başlama Yaşı		14-43	20.59±5.20(20)
Opiyat Kullanımına Geçiş Süresi (Yıl)		0-24	4.29±3.81(3)
Opiyat Kullanım Süresi (Yıl)		1-45	6.98±6.90(5)
En Uzun Ayıklık Süresi (Ay)		0-48	6.29±10.17(3)
Net Opiyat Kullanım Süresi (Yıl)		1-30	5.09±4.33(4)
Günlük Opiyat Dozu (Gr)		0.5-5	1.63±1.02(1)
Maddeye Ulaşmak İçin Geçen Süre (dk)		1-120	33.35±31.42(30)
Damar içi Kullanım Süresi (Ay)		2-240	93.42±92.88(60)
İlk İdrarda Pozitif Olan Madde Sayısı		1-4	1.64±0.73(2)
Bırakma Girişimi Sayısı		1-100	13.30±17.80(6)
Son Remisyonndan Bu Yana Geçen Süre (Ay)		0-66	11.56±13.59(7)
		N	%
Opiyat Kullanım Yolu	Damar içi	14	17.5
	İntranasal	6	7.5
	İnhalasyon	59	73.8
	Sigara	1	1.3
Damar içi Kullanım Öyküsü	Var,birkaç kez	10	12.5
	Var,belirli bir süre	19	23.8
	Yok	51	63.7
İlk İdrarda Buprenorfin Metaboliti	Var	35	43.8
	Yok	45	56.3
Remisyon Öyküsü	Var	59	73.8
	Yok	21	26.3

Çalışmaya katılanların alkole başlama yaşı 6 ile 25 arasından değişmekte olup ortalama yaş 14.74 ± 3.60 'dır, maddeye başlama yaşı ise 11 ile 43 arasında değişmekte olup ortalama yaş 16.63 ± 4.17 'dir. Katılımcıların, opiyat kullanımına başlama yaşları 14-43 arasında değişmekte ve yaş ortalaması 20.59 ± 5.20 'dir. Hastaların madde kullanımına başladıkları yaş ile opiyat kullanımına başlama arasındaki süre, 0-24 yıl arasında değişmekte ve ortalama olarak 4.29 ± 3.81 yıldır. Katılımcılarda, düzenli opiyat kullanımı süresi, 1-45 yıl arasında değişmekle birlikte, 6.98 ± 6.90 yıl olarak bulunmaktadır. Bu süreden, remisyon ve zorunlu remisyon (cezaevi, askerlik vs gibi kontrollü ortam) süreleri çıkartıldığında net opiyat kullanım süresi elde edilmektedir. Katılımcılarda, net opiyat kullanım süresi, 1-30 yıl arasında değişmektedir, ortalama olarak 5.09 ± 4.33 yıldır. Haftada 2'den daha sık, en az 6 ay boyunca, 1'den çok madde ya da alkol ve madde kullanımı karışık madde kullanımı olarak tanımlanmaktadır. Katılımcıların 49'unda (%61.2) karışık madde kullanımı bulunmaktadır. Örneklemenin karışık madde kullanım süresi 0-20 yıl arasında değişmekle birlikte ortalama, 2.49 ± 4.08 yıl olarak saptanmaktadır. Örneklemenin hepsi bir dönem maddeyi bırakmayı denediklerini bildirmişlerdir. Bırakma girişimi sayısı, 1-100 kez arasında geniş bir dağılım göstermekte ve ortanca değeri 6 kezdir. En uzun ayıklık, kişinin zorunlu remisyonunda olmadığı (cezaevi, askerlik vs gibi kontrollü ortam), madde erişebilirliği devam ederken, opiyat kullanmayı bıraktığı en az 1 ay süren dönem olarak tanımlanmaktadır. Katılımcıların, 21'i (%26.3) hiç ayık oldukları bir dönem olmadığını bildirmektedir. En uzun ayıklık süresi 0-48 ay arasında değişmekte ve ortalama 6.29 ± 10.17 aydır. Son remisyonundan tedavi başvurusuna kadar geçen süre incelenmektedir. Bu değer 0-66 ay arasında değişmekle birlikte, ortalama 11.56 ± 13.59 ay olarak saptanmaktadır. Katılımcıların hepsi günlük opiyat kullanımı bildirmektedir. Günlük kullanılan opiyat dozu, 0.5gr-5gr arasında değişmekte ve ortalama 1.63 ± 1.02 gr'dır. Katılımcılar, sadece yaşadıkları bölgedeki satıcıya ulaşarak değil, sosyal medya ve telefon aracılığıyla da maddeye ulaştıklarını bildirmektedir. Bu nedenle madde kullanımı yoğun bir bölgede yaşamamalarına rağmen çok kısa sürede maddeye ulaşabilenler vardır. Bu yüzden, madde erişebilirliğini ölçmek için maddeye ulaşmak için geçen sürenin değerlendirilmesinin uygun olacağı düşünülmektedir. Örneklemde, katılımcıların maddeye ulaşması için geçen süre 1-120 dk arasında

değişmekle beraber, kişilerin maddeye ulaşması ortalama 33.35 ± 31.42 dk sürmektedir. Katılımcıların hepsi eroin kullanmaktadır. Eroini kullanma yöntemleri, damar içi (eroini suda ısı yardımıyla çözerek insulin enjektörü ile yüzeysel ya da derin venlere enjekte etmek), intranasal (eroini toz halindeyken nasal yoldan inhale etmek), inhalasyon (eroini alüminyum folyo üzerinde ısıtarak bir pipet yardımıyla dumanını inhale etmek) ve sigara (eroini toz halinde tütün ile karıştırarak sarma sigara halinde tüketmek) şeklindedir. Tedaviye başvuru anında, damar içi yolla kullanımı olan 14 kişi (%17,5), intranasal kullanımı olan 6 kişi (%7.5), inhalasyon yoluyla kullanan 59 kişi (%73.8) ve sigara yoluyla kullanımı olan 1 kişi (%1.3) bulunmaktadır. Opiyat Kullanım Bozukluğu süresince çeşitli yan etkileri engellemek ya da maddenin etkinliğini arttırmak için kullanım yönteminin değişikliğe uğradığı bilinmektedir. Yaşam boyu hiç damar içi yolla kullanma denemesi olmayan katılımcı sayısı 51'dir (%63.7). Katılımcıların %12.5'i (10) birkaç kez damar içi kullanımı denediklerini yalnız düzenli damar içi kullanıma geçmediklerini, %23.8'i (19) ise bir dönem düzenli olarak damar içi yolla madde kullandıklarını bildirmiştir. Damar içi kullanım öyküsü olanlarda, damar içi kullanım süresi 2-360 ay arasında değişmekte, ve kullanım süresi ortalaması 93.42 ± 92.88 aydır. Katılımcıların ilk idrarda madde metabolitleri tetkikinde, 1-4 çeşit madde pozitifliği saptanmaktadır, değer ortancası 2 olarak saptanmaktadır. Tüm katılımcıların ilk idrarda madde metaboliti testinde opiyat pozitifliği saptanmaktadır, en sık eşlik eden 2. madde metaboliti pozitifliği buprenorfindir. 80 kişinin, 35'inde (%43.8) buprenorfin metaboliti pozitif saptanmıştır. Hastaların alkol/madde kullanım öyküsü özelliklerine ilişkin verilerin dağılımı tablo 3'te verilmiştir.

4.1.4. Katılımcıların Tedavi Öyküsü Özellikleri

Tablo 4: Katılımcıların Tedavi Öyküsü Özelliklerine İlişkin Verilerin Dağılımı

N=80		Min-Max	Ort±SS(Medyan)
Ayaktan Tedavi Girişimi Sayısı		0-4	0.63±0.78(0)
Yatarak Tedavi Girişimi Sayısı		0-7	1.05±1.71(0)
BN ile En Uzun Ayıklık Süresi (n:31)		0-36	11.56±13.59(7)
		N	%
Daha Önce BN Tedavisi	Yatarak Detoks	11	13.8
	Ayaktan Detoks	20	25.0
	Yok	49	61.3

Çalışmaya katılanların %38.8'inin (31) BN idame tedavisi öyküsü vardır. Tüm örneklem ayaktan tedavi girişimi sayısı 0-4, yatarak tedavi girişimlerinin sayısı 0-7 arasında değişmektedir. Katılımcıların 11'i (%13.8) yatarak, 20'si (%25) ayaktan indüksiyon ile opiyat idame tedavisine başlamıştır. BN idame tedavisine başlayan 31 kişinin 23'ü (%74.1) 1 ayın üzerinde ayıklık sağlamıştır. 31 kişinin BN idame tedavisindeki ayıklık süreleri 0-36 ay arasında değişmekte ve ortalama 11.56±13.59 aydır. Katılımcıların tedavi öyküsü özelliklerine ilişkin verilerin dağılımı tablo 4'te verilmiştir.

4.1.5. Katılımcıların Aile ve Sosyal Destek Durumu Özellikleri

Tablo 5: Katılımcıların Aile ve Sosyal Destek Durumu Özelliklerine İlişkin Verilerin Dağılımı

N:80		Min-Max	Ort±SS(Medyan)
Kullanım Bozukluğu Olan Akraba Sayısı		0-9	1.24±1.63(1)
		N	%
Birlikte Yaşadığı Kişilerde Alkol/Madde Kullanımı	Alkol	5	6.3
	Opiyat Dışı Madde	2	2.5
	Opiyat	6	7.5
	Hayır	66	82.5
Kullanımı Olan Kardeş	Kumar	1	1.3
	Var	20	25.0
	Yok	60	75.0
Kullanımı Olan Ebeveyn	Var	16	20.0
	Yok	64	80.0

Örneklemin, %17,5'inin birlikte yaşadığı kişilerin en az 1'inde alkol ya da madde kullanımı ya da kumar alışkanlığı öyküsü bulunmaktadır.

Çalışmaya katılanların 5'inde (%6.3) birlikte yaşadıkları kişilerden en az birinde alkol kullanımı, 6'sında (%7.5) opiyat kullanımı, 2'sinde (%2.5) ise opiyat dışı madde kullanımı saptanmaktadır. Katılımcılardan 16'sının (%20) ebeveyninde, 20'sinin (%25) kardeşinde alkol/madde kullanımı öyküsü bulunmaktadır. Örneklemin, kardeş ve ebeveyn dahil, 1. ve 2. derece akrabalarında kullanımı olan birey sayısı ortancası 1'dir. Katılımcıların aile ve sosyal destek durumu özelliklerine ilişkin verilerin dağılımı tablo 5'te verilmiştir.

4.1.6. Katılımcıların Tıbbi ve Psikiyatrik Durum Özellikleri

Tablo 6: Katılımcıların Tıbbi ve Psikiyatrik Durum Özelliklerine İlişkin Verilerin Dağılımı

N:80		N	%
Öz kıyım Girişimi	Var	12	15.0
	Yok	68	85.0
Psikotik Dönem	Var	8	10.0
	Yok	72	90.0
Anti HCV	Pozitif	10	12.5
	Negatif	70	87.5
Anti HIV	Negatif	80	100.0
HBsAg	Pozitif	1	1.3
	Negatif	79	98.8

Çalışmaya katılanların 12'sinde (%15) öz kıyım girişimi öyküsü bulunmakta, 8'inde (%10) ise psikotik dönem öyküsü bulunmaktadır. Örneklemdeki Hepatit C prevelansı, %12.5'tir (10 kişi). Hiçbir katılımcıda Anti-HIV pozitifliği bulunmamaktadır. Katılımcıların sadece 1'inde (%1.3) kronik Hepatit B saptanmaktadır. Katılımcıların tıbbi ve psikiyatrik durum özelliklerine ilişkin verilerin dağılımı tablo 6'da verilmiştir.

4.1.6. Katılımcıların Alkol/Madde Kullanım Öyküsü Özelliklerinin Bağımlılık Şiddetini Belirleme Ölçeği (BŞBÖ) İle Değerlendirilmesi

Tablo 7: Katılımcıların Bağımlılık Şiddetini Belirleme Ölçeğinden Aldıkları Puanların Dağılımı

N=80	Min-Max	Ort±SS (Medyan)
Bağımlılık Şiddetini Belirleme Ölçeği (BŞBÖ)		
Şiddet Puanı		
Tıbbi Durum	0-9	2.84±2.69(2)
İş Destek Durumu	0-9	4.78±2.36(5)
Yasal Durum	2-9	6.10±2.05(6)
Alkol Kullanımı	0-8	1.66±2.14(0)
Madde Kullanımı	5-9	7.41±1.14(7)
Aile-Sosyal İlişkiler	0-9	4.94±2.14(6)
Psikiyatrik Durum	0-9	4.80±2.28(4)
Bileşik Puan		
Tıbbi Durum	0.00-1.00	0.23±0.29(0.11)
İş Destek Durumu	0.04-1.00	0.67±0.27(0.75)
Yasal Durum	0.00-0.72	0.26±0.16(0.20)
Alkol Kullanımı	0.00-0.43	0.29±0.75(0.00)
Madde Kullanımı	0.08-0.44	0.26±0.06(0.25)
Aile-Sosyal İlişkiler	0.03-0.77	0.39±0.16(0.29)
Psikiyatrik Durum	0.00-0.80	0.34±0.18(1.66)

Çalışmamızda, katılımcıların alkol/madde kötüye kullanımıyla ilişkili çeşitli alanlardaki sorun düzeyleri BŞBÖ şiddet ve bileşik puanları ile değerlendirilmektedir. Bileşik puanlar son 1 ay içerisindeki, şiddet puanları ise yaşam boyu sorun şiddetini yansıtmaktadır. BŞBÖ şiddet puanlarında 5 ve üzeri değerler, o alanda kesinlikle yardım ihtiyacını gerektirecek düzeyde sorun varlığını belirtmektedir. Örneklemimizde, yasal durum ve madde kullanımı alt ölçeği şiddet puan ortalaması bu değerin üzerinde saptanmaktadır. Yasal durum alt ölçeği şiddet puanları 2-9 puan arasında bir dağılım göstermekte ve ortalaması 6.10 ± 2.05 'dir. Madde kullanımı alt ölçek puanları ise 5-9 arasında bir dağılım göstermekte ve ortalamaları 7.41 ± 1.14 'tür. Yasal durum ve madde kullanımı açısından örneklem ortalaması, 'belirgin problemi var, tedavi gerekli' düzeyindedir. İş-destek durumu, aile-sosyal ilişkiler, psikiyatrik durum alt ölçeği puan ortalamaları ise 'orta derecede problem, tedaviye ihtiyacı olduğunun göstergeleri var' düzeyinde saptanmaktadır (sırasıyla puan ortalamaları; 4.78 ± 2.36 , 4.94 ± 2.14 ve 4.80 ± 2.28). Tıbbi durum ve alkol kullanımı alt ölçeği puan ortalamaları, 'çok az problemi var, tedavi ihtiyacı olmayabilir' düzeyinde saptanmaktadır. (sırasıyla puan ortalamaları; 2.84 ± 2.69 , 1.66 ± 2.14) Bileşik puan ortalamaları değerlendirildiğinde, son 30 gün içerisinde örneklemde, yoğun sorun yaşanan alanın, iş-destek durumu olduğu göze çarpmaktadır. İş-destek durumu alt ölçeği bileşik puan ortalaması 0.67 ± 0.27 olarak saptanmaktadır. Örneklemde, son 1 ay içerisinde en sık problem yaşanan bir diğer alan ise, aile ve sosyal ilişkilerdir. Aile-sosyal ilişkiler alt ölçeği bileşik puan ortalaması 0.39 ± 0.16 'dır. İş-destek durumu, yasal durum, madde kullanımı alt ölçeklerinin şiddet ve bileşik puan ortalamalarının arasındaki fark göze çarpmaktadır. Katılımcıların BŞBÖ ölçeğinden aldıkları puanlara ilişkin veriler tablo 7'de gösterildiği gibidir.

4.1.7. Katılımcıların Kişilik Özelliklerinin Levenson Psikopati Ölçeği (LPÖ) İle Değerlendirilmesi

Tablo 8: Katılımcıların Levenson Psikopati Ölçeğinden (LPÖ) Aldıkları Puanların Dağılımı

N:80		Min-Max	Ort+Ss (Medyan)
LPÖ	Birincil Psikopati	10-33	19.66±4.92(19)
	İkincil Psikopati	17-36	25.45±4.54(26)
	Toplam	29-63	45.11±6.61(45)

Katılımcıların LPÖ toplam puanları 29 ile 63 arasında değişmekte olup ortalama 45.11±6.61'dir. Bu ölçeğin puan dağılımlarına ilişkin bulgular tablo 8'de gösterildiği gibidir.

4.1.8. Katılımcıların Aile Desteği ve Aşırme Şiddetlerinin Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (ÇBASDÖ) ve Madde Aşırme Ölçeği (MAÖ) İle Değerlendirilmesi

Tablo 9: Katılımcıların Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek (ÇBASDÖ) ve Madde Aşırme Ölçeklerinden (MAÖ) Aldıkları Puanların Dağılımı

N:80		Min-Max	Ort+Ss (Medyan)
ÇBASDÖ	Algılanan Aile Desteği	4-28	22.50±6.31(25)
	Algılanan Arkadaş Desteği	4-28	14.40±7.48(13)
	Algılanan Özel İnsan Desteği	4-28	15.90±8.30(17)
MAÖ		3-30	19.95±5.95(22)

Çalışmaya katılanların ÇBASDÖ ve MAÖ'den aldıkları puanların dağılımlarına ilişkin bulgular tablo 9'da gösterildiği gibidir.

4.1.9. Katılımcıların Tedavi Motivasyonunun Değişime Hazır Olma ve Tedavi İsteği Ölçeği (DHOTİÖ) İle Değerlendirilmesi

Tablo 10: Katılımcıların Değişime Hazır Olma ve Tedavi İsteği Ölçeğinden (DHOTİÖ) Aldıkları Puanların Dağılımı

N:80		Min-Max	Ort+Ss (Medyan)
DHOTİÖ	Farkına Varma	17-35	29.73±4.27(31)
	İkilem	5-15	12.68±2.10(13)
	Adım Atma	5-25	20.61±3.36(21)
	Toplam	27-75	63.03±8.69(65)

Katılımcıların DHOTİÖ toplam puanları 27 ile 75 arasında değişmekte olup ortalama toplam puan 63.03±8.69'dur. Bu ölçeğin puan dağılımlarına ilişkin bulgular tablo 10'da gösterildiği gibidir.

4.2. ÖRNEKLEMİN ÇEŞİTLİ ÖZELLİKLERİNİN TEDAVİ SONUÇLARINA GÖRE DAĞILIMI

4.2.1. Sosyodemografik Özelliklerin Tedavi Sonuçlarına Göre Dağılımı

Tablo 11: Katılımcıların Tedavi Sonuçlarına Göre Sosyodemografik Özelliklerine İlişkin Verilerin Karşılaştırılması

	Uyumlu(n:21)	Cevapsız(n:14)	Uyumsuz(n:45)			
N=80	Ort±SS (Medyan)	Ort±SS (Medyan)	Ort±SS (Medyan)	χ^2	P	
Yaş	27.43±9.68(25)	30.50±7.07(29)	27.89±7.20(25)	3.596	0.166	
Eğitim Süresi (Yıl)	8.62±2.37(8)	8.93±3.24(9)	8.47±2.61(8)	0.542	0.763	
Çocuk Sayısı (n:13)	1.00±0.00(1)	1.50±0.57(2)	1.86±0.69(2)	3.026	0.220	
Göç Yaşı(n:39)	8.00±5.21(8)	11.67±8.32(9)	5.70±5.16(4)	3.328	0.189	
Aynı İşte Çalışma Süresi (Ay)	41.48±27.29(36)	56.86±49.07(54)	54.38±44.44(48)	1.383	0.501	
		N(%)	N(%)	N(%)	χ^2	p
Cinsiyet	Kadın	1(4.8)	0(0.0)	0(0.0)	2.845	0.241
	Erkek	20(95.2)	14(100)	14(100)		
++Medeni durum	Evli/Birlikte Yaşıyor	1(4.8)	4(28.6)	7(15.6)	4.854	0.243
	Boşanmış/Ayrı	2(9.5)	2(14.3)	3(6.7)		
	Bekar	18(85.7)	8(57.1)	35(77.8)		
++Doğum Yeri	İstanbul	10(47.6)	11(78.6)	24(53.3)	4.054	0.400
	İstanbulDışı Şehir/ B.şehir	7(33.3)	2(14.3)	16(35.6)		
	Köy/Kasaba/Y.Dış	4(19.0)	1(7.1)	5(11.1)		
++Göç Öyküsü	Başka Ülkeye	2(9.5)	2(14.3)	1(2.2)	12.052	0.009**
	Başka Bölgeye	11(52.4)	1(7.1)	22(48.9)		
	Yok	8(38.1)	11(78.6)	22(48.9)		
+Sosyal Güvence	Var	11(52.4)	9(64.3)	18(40.0)	2.797	0.247
	Yok	10(47.6)	5(35.7)	27(60.0)		

⁺Kruskal Wallis, ⁺⁺ Fisher Exact Ki Kare, ^{**}p<0.05

Çalışmaya katılan 80 kişiden, 45'inin tedaviye uyumsuz, 14'ünün tedaviye cevapsız ve 21'inin tedaviye uyumlu olduğu saptanmaktadır. DST ve TT nedeniyle ayaktan BN idame tedavisine başvuranlarda, BN idame tedavisine uyum oranı %26'dır.

Medeni durum faktörü tedavi uyumu açısından değerlendirildiğinde, tedaviye cevapsız grupta evli olma oranı (%28.6, 8 kişi), tedaviye uyumlu (%4.8, 1 kişi) ve tedaviye uyumsuz (%15.6, 7 kişi) gruba göre daha yüksek saptanmaktadır. Bekar olma oranı ise, tedaviye uyumlu grupta en yüksek (%85.7, 18 kişi), tedaviye uyumsuz grupta yüksek (%77.8, 35 kişi) ve tedaviye cevapsız grupta ise daha düşük (%57.1, 8 kişi) saptanmaktadır. Boşanmış ve ayrı yaşayanların oranı tedaviye cevapsız grupta (%14, 2 kişi), tedaviye uyumlu (%9,5 2 kişi) ve tedaviye uyumsuz (%6.7, 3 kişi) gruba göre daha yüksek saptanmaktadır. Bu farkların hiçbirisi istatistiki olarak anlamlı düzeye ulaşmamaktadır. (p: 0.243) Çocuk sayısı açısından gruplar arasında anlamlı bir fark yoktur. (p: 0.220)

Cinsiyet, eğitim düzeyi, doğum yeri değişkeni ile tedavi uyumu arasında anlamlı bir ilişki saptanmamaktadır. (p:0.241, p:0.763, p:0.400)

Göç öyküsü değişkeni açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmaktadır ($p < 0.01$). Tedaviye cevapsız grupta göç öyküsü olmayanların oranı tedaviye uyumlu ($\chi^2=8.02$, $p=0.016$) ve tedaviye uyumsuz ($\chi^2=9.893$, $p=0.005$) gruplardan daha yüksektir. Göç yaşı ortalaması, tedaviye uyumsuz grupta (5.70 ± 5.16), tedaviye uyumlu (8.00 ± 5.21) ve tedaviye cevapsız gruba (11.67 ± 8.32) göre belirgin düzeyde düşük saptanmaktadır. Bu fark istatistiki olarak anlamlı düzeye ulaşmamaktadır (p:0.189). Bu karşılaştırmaya ilişkin verilerin dağılımı Tablo 11'de verilmiştir.

4.2.2. Tıbbi Durum Özelliklerinin Tedavi Sonuçlarına Göre Dağılımı

Tablo 12: Katılımcıların Tedavi Sonuçlarına Göre Tıbbi Durum Özelliklerine İlişkin Verilerin Karşılaştırılması

N:80	Uyumlu (n:21)	Cevapsız (n:14)	Uyumsuz (n:45)		
	Ort±SS (Medyan)	Ort±SS (Medyan)	Ort±SS (Medyan)	χ^2	p
⁺ BŞBÖ Tıbbi Durum Şiddet	2.71±2.36 (2)	3.71±3.21 (4)	2.62±2.66 (2)	1.180	0.554
⁺ BŞBÖ Tıbbi Durum Bileşik	0.23±10.26 (0.16)	0.35±0.38 (0.15)	0.20±0.28 (0.77)	1.700	0.427
	N(%)	N(%)	N(%)		
⁺⁺ Anti HCV Pozitif	2(9.5)	2(14.3)	6(13.3)	0.360	1.00
Negatif	19(90.5)	12(85.7)	39(86.7)		

⁺Kruskal Wallis, ⁺⁺Ki Kare,

Katılımcıların tıbbi durumunun tedavi sonucu grupları arasındaki dağılımı incelendiğinde, tedaviye cevapsız grubun BŞBÖ tıbbi durum alt ölçek şiddet puanı ortalaması (3.71±3.21) diğer gruplara (2.71±2.36, 2.62±2.66) göre daha yüksek bulunmakta, yalnız bu fark anlamlı saptanmamaktadır. (p:0.554). Benzer şekilde tedaviye cevapsız grubun BŞBÖ tıbbi durum alt ölçeğinin bileşik puan ortalaması da (0.35±0.38) tedaviye uyumlu (0.23±10.26) ve tedaviye uyumsuz (0.20±0.28) gruba göre daha yüksek bulunmaktadır. Bu fark da istatistiki olarak anlamlı düzeye ulaşmamaktadır. (p: 0.427) Anti-HCV pozitifliği açısından gruplar arasında anlamlı bir fark bulunmamakla birlikte tedaviye uyumlu grubun anti-HCV pozitiflik oranı diğer gruplardan düşük saptanmaktadır. Bu karşılaştırmaya ilişkin verilerin dağılımı Tablo 12’de verilmiştir.

4.2.3. İş-Destek Durumu Özelliklerinin Tedavi Sonuçlarına Göre Dağılımı

Tablo 13: Katılımcıların Tedavi Sonuçlarına Göre İş-Destek Durumu Özelliklerine İlişkin Verilerin Karşılaştırılması

N:80		Uyumlu (n:21)	Cevapsız (n:14)	Uyumsuz (n:45)		
		Ort±SS (Medyan)	Ort±SS (Medyan)	Ort±SS (Medyan)	χ^2	p
⁺ Aynı İşte En Uzun Çalışma Süresi(Ay)		41.48±27.29 (36)	56.86±49.07 (54)	54.38±44.44 (48)	1.383	0.501
⁺ BŞBÖ İş Destek Durumu Şiddet		3.90±1.89 (3)	4.29±2.68 (4)	5.33±2.36 (6)	6.084	0.048*
⁺ BŞBÖ İş Destek Durumu Bileşik		0.62±0.28 (0.67)	0.71±0.24 (0.66)	0.69±0.28 (0.75)	0.853	0.653
		N(%)	N(%)	N(%)		
++ Meslek Durumu	Orta Ölçekli İşletme Sah.	2(9.5)	3(21.4)	3(6.7)	8.628	0.153
	Tezgahtar/Tek./ Vasıflı İşçi	13(61.9)	5(35.7)	15(33.3)		
	Yarı Vasıflı İşçi	6(28.6)	5(35.7)	22(48.9)		
	Vasıfsız İşçi/Öğr./ İşsiz	0(0.0)	1(7.1)	5(11.1)		
++ Çalışma Durumu	Orta Ölçekli İşletme Sah.	0(0.0)	1(7.1)	1(2.2)	10.231	0.354
	Tezgahtar/Tek./ Vasıflı İşçi	5(23.8)	3(21.4)	4(8.9)		
	Yarı Vasıflı İşçi	2(9.5)	2(14.3)	10(22.2)		
	Vasıfsız işçi	6(28.6)	2(14.3)	10(22.2)		
	İşsiz	8(38.1)	6(42.9)	25(55.6)		

⁺Kruskal Wallis, ⁺⁺ Fisher Exact Ki Kare, *p<0.05

İş-destek durumunun tedavi uyumu ile ilişkisi incelenmektedir. BŞBÖ iş-destek alt ölçeği bileşik puan ortalaması, tedaviye uyumlu grupta (3.90±1.89), tedaviye uyumsuz (4.29±2.68) ve tedaviye cevapsız (4.29±2.68) gruba göre daha düşük saptanmaktadır. Bu fark anlamlı düzeye ulaşmamaktadır. BŞBÖ iş-destek alt ölçeği

şiddet puanları açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmaktadır ($p<0.05$). İş-destek durumu şiddet puanları açısından tip I hatayı azaltmak amacıyla Bonferroni düzeltmesi uygulanmış, tüm karşılaştırmalarda anlamlılık düzeyi $p<0.016$ olarak kabul edilmiştir. Bu doğrultuda hiçbir grup arasında istatistiksel olarak anlamlılık düzeyine ulaşabilen bir fark bulunmamaktadır. ($p>0.016$). İlk elde edilmiş olan değerin grup içi varyanstan kaynaklanması mümkündür. Diğer değişkenler açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır.

Mesleki becerilerin gruplar arasındaki dağılımı incelemektedir. Herhangi bir mesleki eğitime sahip olmayanların oranı, tedaviye uyumlu grupta %28.6 (6), tedaviye cevapsız grupta %42.8 (6) ve tedaviye uyumsuz grupta %60 (22) 'tır. Mesleki eğitime sahip olanların, tedaviye uyumlu ve tedaviye cevapsız grupta daha yüksek oranda bulunduğu dikkat çekmektedir. Tedavi başvurusu sırasındaki çalışma durumu gruplar arasında incelenmekte, işsizlik oranı, tedaviye uyumlu grupta %38.1 (8), tedaviye cevapsız grupta % 42.9 (6) ve tedaviye uyumsuz grupta % 55.6 (25) olarak saptanmaktadır.

Mesleki durum ve çalışma durumunun tedavi grupları arasındaki dağılımında anlamlı bir fark bulunmamaktadır. ($p:0.153$, $p:0.382$) Düzenli olarak aynı işyerinde çalışma sürelerinin tedavi gruplarındaki dağılımının incelemesinde anlamlı bir fark saptanmamaktadır. ($p:0.501$)

Bu karşılaştırmaya ilişkin verilerin dağılımı tablo 13'de verilmiştir.

4.2.4. Yasal Durum Özelliklerinin Tedavi Sonuçlarına Göre Dağılımı

Tablo 14: Katılımcıların Tedavi Sonuçlarına Göre Yasal Durum Özelliklerine İlişkin Verilerin Karşılaştırılması

N:80		Uyumlu (n:21)	Cevapsız (n:14)	Uyumsuz (n:45)	χ^2	p
		Ort±SS (Medyan)	Ort±SS (Medyan)	Ort±SS (Medyan)		
⁺ BŞBÖ Yasal Durum Şiddet		4.81±1.99 (5)	5.86±1.65 (6)	6.78±1.91 (7)	12.597	0.002**
⁺ BŞBÖ Yasal Durum Bileşik		0.22±0.11 (0.20)	0.26±0.20 (0.20)	0.28±0.16 (0.30)	1.718	0.424
⁺ DST Sayısı		2.19±1.88(1)	3.00±3.70(2)	2.51±2.05(2)	0.823	0.663
		N(%)	N(%)	N(%)	4.187	0.657
⁺⁺⁺ Önceki DST Sonucu	Para Cezası	1(4.8)	1(7.1)	2(4.4)		
	Hapis Cezası	1(4.8)	3(21.4)	6(13.3)		
	Tedaviye Uyumlu Raporu	1(14.3)	3(21.4)	6(13.3)		
	Yok	16(76.2)	7(50.0)	31(68.9)		
⁺⁺ Uyuşturucu Dışında Suç	Var	7(33.3)	3(21.4)	29(64.4)	10.617	0.005**
	Yok	14(66.7)	11(78.6)	16(35.6)		
⁺⁺ Cezaevi Öyküsü	Var	5(23.8)	6(42.9)	19(42.2)	2.291	0.338
	Yok	16(76.2)	8(57.1)	26(57.8)		

⁺Kruskal Wallis, ⁺⁺Ki Kare, ⁺⁺⁺Fisher Exact Ki Kare, **p<0.01

Yasal durum öyküsünün tedavi uyumu ile ilişkisi, BŞBÖ yasal durum alt ölçeği şiddet ve bileşik puanlarının dağılımı ile incelenmektedir. BŞBÖ yasal durum alt ölçeği şiddet puanlarının gruplar arası dağılımında istatistiki düzeyde anlamlı bir fark saptanmaktadır (p<0.01). Yasal durum alt ölçeği şiddet puanları açısından tip I hatayı

azaltmak amacıyla Bonferroni düzeltmesi uygulanmış, tüm karşılaştırmalarda anlamlılık düzeyi $p<0.016$ olarak kabul edilmiştir. Tedaviye uyumsuz grup, tedaviye uyumlu gruptan istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek puan almaktadır. ($z=-3.390$, $p=0.001$) BŞBÖ yasal durum alt ölçeği bileşik puanları açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır ($p>0.05$).

Daha önce alınan DST sayısı ile tedavi uyumu arasında bir ilişki saptanmamaktadır ($p:0.663$). Tedaviye uyumlu grubun %76.2'sinin (16), tedaviye uyumsuz grubun %68.9'unun (31), tedaviye cevapsız grubun ise %50'sinin (7) ilk kez DST aldığı saptanmaktadır. Tedaviye cevapsız gruptaki ilk kez DST alanların oranı diğer tedavi sonucu gruplarına göre düşük bulunmaktadır. Daha önce alınan DST'nin sonlanma şekli ile tedavi sonucu grupları arasında anlamlı bir fark saptanmasa da, tedaviye uyumlu grubun %9.6'sının, tedaviye cevapsız grubun %28.5'inin ve tedaviye uyumsuz grubun %17.7'sinin önceki DST sonucunda cezai yaptırıma uğradığı saptanmaktadır. Tedaviye cevapsız gruptaki DST sonucunda cezai yaptırıma uğrama öyküsü oranının diğer gruplara göre belirgin düzeyde yüksek olması dikkat çekmektedir.

Tedavi grupları arasında cezaevi öyküsü açısından anlamlı bir fark bulunmamaktadır, yalnız tedaviye uyumlu grupta cezaevi öyküsü olmayanların oranı (%76.2, 16 kişi), tedaviye cevapsız (%57.1, 8 kişi) ve tedaviye uyumsuz (%57.8, 26 kişi) gruptan daha yüksektir. Uyuşturucu suçu dışında suç öyküsü değişkeni açısından tedavi sonucu grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmaktadır. ($p<0.01$). Tedaviye uyumsuz grupta uyuşturucu suçu dışında suç öyküsü olanların oranı, tedaviye uyumlu ($\chi^2=5.590$, $p=0.018$) ve tedaviye cevapsız ($\chi^2=7.960$, $p=0.005$) gruplara göre daha yüksektir.

Bu karşılaştırmaya ilişkin verilerin dağılımı tablo 14'de verilmiştir.

4.2.5. Alkol/Madde Kullanım Öyküsü Özelliklerinin Tedavi Sonuçlarına Göre Dağılımı

Tablo 15: Katılımcıların Tedavi Sonuçlarına Göre Alkol/Madde Kullanım Öyküsü Özelliklerine İlişkin Verilerin Karşılaştırılması

N:80		Uyumlu (n:21)	Cevapsız (n:14)	Uyumsuz (n:45)		
		Ort±SS (Medyan)	Ort±SS (Medyan)	Ort±SS (Medyan)	χ^2	p
BŞBÖ Alkol Kullanımı		1.81±2.15 (0)	1.86±2.77 (0)	1.53±1.94 (0)	0.141	0.932
BŞBÖ Alkol Kullanımı		0.05±0.94 (0)	0.03±0.07 (0)	0.01±0.06 (0)	2.011	0.366
BŞBÖ Alkol Kullanımı						
BŞBÖ Madde Kullanımı		7.43±1.28 (7)	8.14±1.09 (9)	7.18±1.00 (7)	6.742	0.034*
BŞBÖ Madde Kullanımı		0.26±0.05	0.30±0.05	0.25±0.06	6.624	0.036*
BŞBÖ Madde Kullanımı		(0.26)	(0.27)	(0.24)		
Alkole Başlama Yaşı		14.52±1.75(15)	13.79±3.92(14)	15.13±4.11(15)	2.320	0.313
Maddeye Başlama Yaşı		15.76±1.99(16)	16.00±2.63(15)	17.22±5.16(16)	0.910	0.635
Karışık Madde Kullanma		2.74±3.09(2)	5.14±7.34(2)	1.56±2.53(1)	2.856	0.240
Süresi(Yıl)						
Opiyata Başlama Yaşı		19.19±3.64(18)	19.79±4.47(21)	21.49±5.89(20)	2.846	0.241
Opiyata Geçiş Süresi (Yıl)		3.48±3.15(3)	3.86±2.68(4)	4.80±4.34(4)	1.719	0.423
Opiyat Kullanım Süresi (Yıl)		7.11±10.08(4)	9.39±7.33(7)	6.16±4.57(5)	3.643	0.162
Günlük Opiyat Dozu(Gr)		1.23±0.66(1)	2.35±1.27(2)	1.58±0.97(1)	8.191	0.017*
Maddeye Ulaşmak İçin		34.19±36.35	17.50±16.57	37.89±31.45	7.379	0.025*
Geçen Süre		(20)	(15)	(30)		
Damar içi Kullanım Süresi (Ay)		169.50±159.37	92.29±104.55	89.14±85.65	0.239	0.887
(Ay)		(60)	(24)	(60)		
İlk İdrarda Pozitif Olan		1.62±0.80(1)	1.79±0.69(2)	1.60±0.72(1)	1.140	0.566
Madde Sayısı						
		N(%)	N(%)	N(%)		
+++ Damar içi		3(14.3)	5(35.7)	6(13.3)		
Opiyat Kullanım	İntranasal	1(4.8)	2(14.3)	3(6.7)	5.619	0.189
Yolu	İnhalasyon/ Sigara	17(81.0)	7(50.0)	36(80.0)		
+++ Damar içi	Birkaç kez	4(19.0)	1(7.1)	5(11.1)		
Kullanım	Bir süre	4(19.0)	8(57.1)	7(15.6)	9.949	0.029*
Öyküsü	Yok	13(61.9)	5(35.7)	33(73.3)		
++ İlk İdrarda	Var	8(38.1)	7(50.0)	20(44.4)	0.504	0.777
Buprenorfin	Yok	13(61.9)	7(50.0)	25(55.6)		

*Kruskal Wallis, ++ Ki Kare, +++ Fisher Exact Ki Kare, *p<0.01

Madde kullanım özellikleri tedaviye uyumlu, tedaviye cevapsız ve tedaviye uyumsuz grupta incelenmektedir.

Örneklemin alkol kullanımı özellikleri BŞBÖ alkol kullanımı alt ölçeği bileşik ve şiddet puanları ile incelenmekte, gruplar arasında anlamlı bir fark saptanmamaktadır. (p:0.366 ve p:0.932)

Katılımcıların madde kullanımı özellikleri BŞBÖ madde kullanım alt ölçeği şiddet ve bileşik puanları ile incelenmekte, tedaviye uyumlu, tedaviye cevapsız ve tedaviye uyumsuz grup arasında anlamlı bir fark saptanmaktadır. (p: 0.034, p:0.036) Parametrik varsayımların karşılanmadığı sürekli değişkenlerde farkın hangi gruplardan kaynaklandığının tespiti için ikili karşılaştırmalar yapılmıştır. Bu nedenle tip I hatayı azaltmak amacıyla Bonferroni düzeltmesi uygulanmış, tüm karşılaştırmalarda anlamlılık düzeyi $p < 0.016$ olarak kabul edilmiştir. Tedaviye cevapsız grubun, madde kullanımı alt ölçeği şiddet puanları tedaviye uyumsuz gruptan istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksektir ($z = -2.782$, $p = 0.005$). Madde kullanımı alt ölçeği bileşik puanları açısından tip I hatayı azaltmak amacıyla Bonferroni düzeltmesi uygulanmış, tüm karşılaştırmalarda anlamlılık düzeyi $p < 0.016$ olarak kabul edilmiştir. Tedaviye cevapsız grubun madde kullanımı alt ölçeği bileşik puan ortalaması, tedaviye uyumsuz gruptan istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksektir. ($z = -2.584$ $p = 0.010$). Diğer gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır ($p > 0.05$).

Madde ve alkol kullanımına başlama yaşının tedavi grupları arasında dağılımı incelenmektedir. Alkol kullanımına ve madde kullanımına başlama yaşı açısından gruplar arasında istatistiki olarak anlamlı bir fark saptanmamaktadır. (p:0.313 ve p:0.635) Opiyat kullanımına başlama yaşı ve madde kullanımının başlamasından opiyat kullanımının başlamasına kadar geçen süre, tedavi sonucu gruplarına göre değerlendirildiğinde; tedaviye uyumsuz grubun opiyat kullanımına başlama yaş ortalaması (21.49 ± 5.89) ve madde kullanımının başlamasında opiyat kullanımına kadar geçen süre (4.80 ± 4.34) ortalamaları diğer gruplara (19.19 ± 3.64 , 19.79 ± 4.47 ve 3.48 ± 3.15 , 3.86 ± 2.68) göre daha yüksek saptanmaktadır. Bu fark istatistiki olarak anlamlı düzeye erişmemektedir. (p:0.241, p:0.423)

Opiyat kullanım süresinin ve çoklu madde kullanım süresinin tedavi gruplarındaki dağılımı incelenmektedir. Çoklu madde kullanımı süresi ortalaması, tedaviye cevapsız grupta (5.14 ± 7.34), tedaviye uyumlu (2.74 ± 3.09) ve tedaviye

uyumsuz (1.56 ± 2.53) gruba göre daha yüksek bulunmaktadır. Bu fark istatistiki olarak anlamlı düzeyde değildir ($p:0.240$). Opiyat kullanım süresi ortalaması, tedaviye cevapsız grupta (9.39 ± 7.33), tedaviye uyumsuz gruba göre (6.16 ± 4.57) daha yüksektir yalnız bu fark anlamlı düzeye ulaşmamaktadır. ($p:0.162$)

Günlük kullanılan opiyat dozu ve madde kullanım yolunun tedavi sonucu grupları arasında incelenmesi sonucu, tedavi sonucu grupları arasında istatistiki olarak anlamlı fark saptanmaktadır. ($p: 0.017, 0.029$). Günlük opiyat dozu açısından tip I hatayı azaltmak amacıyla Bonferroni düzeltmesi uygulanmış, tüm karşılaştırmalarda anlamlılık düzeyi $p < 0.016$ olarak kabul edilmiştir. Tedaviye cevapsız grubun günlük opiyat dozu tedaviye uyumlu gruptan istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksektir ($z = -2.721, p < 0.007$). Diğer karşılaştırmalarda gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır ($p > 0.016$). Tedaviye başvuru anındaki madde kullanım yöntemi incelendiğinde, tedaviye cevapsız grupta damar içi kullanım oranı (%35.7) diğer gruplara göre daha yüksektir. Tedaviye uyumlu ve uyumsuz grupta ise inhalasyon/sigara yoluyla madde kullanımı olanların oranı (%81.0, %80.0) tedaviye cevapsız gruba göre daha yüksek bulunmaktadır. Bu fark anlamlı düzeye ulaşmamaktadır ($p:0.189$). Damar içi kullanım süresi açısından tedavi sonucu grupları arasında anlamlı bir fark saptanmamaktadır. ($p:0.887, p:0.189$) Yaşam boyu damar içi kullanım öyküsünün tedavi grupları arasındaki dağılımı incelendiğinde, istatistiki olarak anlamlı saptanmaktadır ($p:0.029$). Tedaviye uyumsuz grupta damar içi kullanımı olmayanların oranı tedaviye cevapsız gruptan ($\chi^2 = 8.745, p = 0.008$) daha yüksektir. Diğer değişkenler açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır.

Tedavi grupları arasında maddeye erişebilirlik açısından bir fark olup olmadığı araştırılmaktadır. Maddeye ulaşmak için geçen süre faktörü açısından, tedavi sonucu grupları arasında anlamlı fark saptanmaktadır ($p: 0.025$). Maddeye ulaşmak için geçen süre açısından tip I hatayı azaltmak amacıyla Bonferroni düzeltmesi uygulanmış, tüm karşılaştırmalarda anlamlılık düzeyi $p < 0.016$ olarak kabul edilmiştir. Tedaviye cevapsız grubun maddeye ulaşma süresi tedaviye uyumsuz gruptan istatistiksel olarak anlamlı derecede kısadır ($z = -2.680, p < 0.007$). Diğer karşılaştırmalarda gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır ($p > 0.016$).

Bu karşılaştırmaya ilişkin verilerin dağılımı tablo 15’de verilmiştir.

4.2.6. Tedavi Öyküsü Özelliklerinin Tedavi Sonuçlarına Göre Dağılımı

Tablo 16: Katılımcıların Tedavi Sonuçlarına Göre Tedavi Öyküsü Özelliklerine İlişkin Verilerin Karşılaştırılması

N:80	Uyumlu (n:21)	Cevapsız (n:14)	Uyumsuz (n:45)			
	Ort±SS (Medyan)	Ort±SS (Medyan)	Ort±SS (Medyan)	χ^2	p	
En Uzun Ayıklık Süresi (Ay)	7.90±13.94 (3)	4.93±5.82 (3)	5.96±9.25 (3)	0.283	0.868	
Son Remisyonundan Bu Yana Geçen Süre(Ay)	13.24±15.52 (12)	8.71±12.31 (6)	11.67±13.16 (8)	0.572	0.751	
Net Opiyat Kullanım Süresi/Opiyat Kullanım Süresi	0.76±0.22 (0.80)	0.76±0.17 (0.72)	0.80±0.16 (0.83)	0.788	0.674	
Bırakma Denemesi/Net Opiyat Kullanım Süresi	2.77±1.88 (2.66)	3.62±4.52 (2)	3.04±3.70 (1.66)	0.913	0.634	
Ayaktan Tedavi Sayısı/Net Opiyat Kullanım Süresi	0.17±0.24 (0)	0.24±0.52 (0.55)	0.18±0.25 (0)	0.008	0.996	
Yatarak Tedavi Sayısı/Net Opiyat Kullanım Süresi	0.16±0.38 (0)	0.42±0.52 (0.24)	0.19±0.36 (0)	6.296	0.043*	
Toplam Tedavi Sayısı/Net Opiyat Kullanım Süresi	0.34±0.48 (0.20)	0.66±1.02 (0.35)	0.38±0.51 (0.25)	1.694	0.429	
BN ile En Uzun Ayıklık Süresi (n:31)	13.24±15.52 (12)	8.71±12.31 (6)	11.67±13.16 (8)	2.321	0.313	
Madde Aşırme Ölçeği	18.09±6.67 (19)	23.42±3.29 (24)	19.73±5.88 (21)	7.128	0.028*	
DHOTİÖ	Farkına Varma	29.71±3.98 (30)	31.35±2.53 (32)	29.24±4.75 (30)	1.971	0.373
	İkilem	13.00±1.78 (13)	13.57±1.98 (15)	12.26±2.19 (12)	5.467	0.065
	Adım Atma	20.42±2.52 (21)	22.28±2.89 (23)	20.17±3.73 (21)	5.102	0.078
	Toplam	63.14±7.19 (64)	67.21±5.83 (68)	61.68±9.73 (64)	4.329	0.115
	N(%)	N(%)	N(%)			
++BN Tedavi Öyküsü	Yatarak Detox	2(9.5)	6(42.9)	3(6.7)	9.528	0.039*
	Ayaktan Detox	6(28.6)	2(14.3)	12(26.7)		
	Hayır	13(61.9)	6(42.9)	30(66.7)		
+Remisyon Öyküsü	Remisyon Var	17(81.0)	11(78.6)	31(68.9)	1.280	0.527
	Remisyon yok	4(19.0)	3(21.4)	14(31.1)		

Kruskal Wallis, +Ki Kare, ++Fisher Exact Ki Kare, *p<0.05

Tedaviye uyumlu, tedaviye cevapsız ve tedaviye uyumsuz tedavi yanıtı gruplarının tedavi öyküsü özelliklerine ilişkin veriler karşılaştırılmaktadır. Tedavi sonucu grupları arasında, Yatarak Tedavi Sayısı/Net Opiyat Kullanım Süresi, madde aşırma ölçeği puanları ve BN tedavisi öyküsü açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmaktadır ($p<0.05$). Parametrik varsayımların karşılanmadığı sürekli değişkenlerde farkın hangi gruplardan kaynaklandığının tespiti için ikili karşılaştırmalar yapılmıştır. Bu nedenle tip I hatayı azaltmak amacıyla Bonferronni düzeltmesi uygulanmış, tüm karşılaştırmalarda anlamlılık düzeyi $p<0.016$ olarak kabul edilmiştir. Yatarak Tedavi Sayısı/Net Opiyat Kullanım Süresi açısından tip I hatayı azaltmak amacıyla Bonferronni düzeltmesi uygulanmış, tüm karşılaştırmalarda anlamlılık düzeyi $p<0.016$ olarak kabul edilmiştir. Bununla birlikte hiçbir grup arasında istatistiksel olarak anlamlılık düzeyine ulaşabilen bir fark bulunmamıştır ($p>0.016$). İlk elde edilmiş olan değerin grup içi varyanstan kaynaklanması mümkündür.

MAÖ puanları açısından tip I hatayı azaltmak amacıyla Bonferronni düzeltmesi uygulanmakta, tüm karşılaştırmalarda anlamlılık düzeyi $p<0.016$ olarak kabul edilmektedir. Tedaviye cevapsız grubun MAÖ puanları tedaviye uyumlu gruptan istatistiksel olarak anlamlı derecede ($z=-2.622$, $p=0.008$) yüksektir. Diğer gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır. ($p>0.016$).

BN tedavisi öyküsü açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmaktadır ($p<0.05$). Tedaviye cevapsız grupta yatarak BN detoksifikasyon tedavisi öyküsü olanların oranı, tedaviye uyumlu ve tedaviye uyumsuz gruptan yüksektir. Öte yandan; tedaviye uyumlu ve tedaviye uyumsuz gruplarda, ayaktan BN detoksifikasyon tedavisi öyküsü olanların oranı tedaviye cevapsız gruptan anlamlı düzeyde daha yüksek bulunmaktadır ($p<0.05$).

Remisyon öyküsü açısından tedavi sonucu grupları arasında istatistiki olarak anlamlı bir fark saptanmamaktadır ($p:0.527$).

Bu karşılaştırmaya ilişkin verilerin dağılımı tablo 16'da verilmiştir.

4.2.7. Aile ve Sosyal Destek Durumu Özelliklerinin Tedavi Sonuçlarına Göre Dağılımı

Tablo 17: Katılımcıların Tedavi Sonuçlarına Göre Aile ve Sosyal Destek Durumu Özelliklerine İlişkin Verilerin Karşılaştırılması

N:80	Uyumlu (n:21)	Cevapsız (n:14)	Uyumsuz (n:45)		
	Ort±SS (Medyan)	Ort±SS (Medyan)	Ort±SS (Medyan)	χ^2	p
⁺ BŞBÖ Aile-Sosyal İlişkiler Şiddet	3.95±2.29 (4)	5.50±2.17 (5)	5.22±1.95 (6)	6.214	0.045*
⁺ BŞBÖ Aile-Sosyal İlişkiler Bileşik	0.42±0.16 (0.45)	0.36±0.18 (0.34)	0.38±0.15 (0.39)	2.134	0.344
⁺ ÇBASDÖ Algılanan Aile Desteği	19.57±8.69 (23)	23.92±5.12 (26)	23.42±4.88 (25)	2.961	0.227
⁺ ÇBASDÖ Algılanan Arkadaş Desteği	15.90±8.37 (16)	14.78±8.63 (12)	13.57±6.70 (13)	1.404	0.496
⁺ ÇBASDÖ Algılanan Özel İnsan Desteği	15.38±7.92 (16)	18.64±7.93 (20)	15.28±8.58 (16)	1.523	0.467
⁺ Kullanım Bozukluğu Olan Akraba Sayısı	1.24±1.54(0)	0.93±1.26(1)	1.33±1.78(1)	0.388	0.824
	N(%)	N(%)	N(%)		
⁺⁺⁺ Birlikte Yaşadığı Kişilerde Kullanım Bozukluğu Öyküsü	Opiyat Dışı Opiyat Yok	1(4.8) 1(4.8) 19(90.5)	1(7.1) 0(0.0) 13(92.9)	6(13.3) 5(11.1) 34(75.6)	2.805 0.636
⁺⁺ Kullanım Bozukluğu Olan Kardeş	Var Yok	4(19.0) 17(81.0)	2(14.3) 12(85.7)	14(31.1) 31(68.9)	2.150 0.341
⁺⁺⁺ Kullanım Bozukluğu Olan Ebeveyn	Var Yok	4 (19.0) 17(81.0)	2(14.3) 12(85.7)	10(22.2) 35(77.8)	0.365 0.928

⁺Kruskal Wallis, ⁺⁺Ki Kare, ⁺⁺⁺Fisher Exact Ki Kare, *p<0.05

Katılımcıların aile ve sosyal ilişkilerine dair faktörlerin tedavi uyumu üzerine etkisi incelenmektedir. Aile ve sosyal ilişkilerdeki sorun şiddeti BŞBÖ aile-sosyal ilişkiler alt ölçeği şiddet ve bileşik puanları ile ölçülmektedir. Aile-sosyal ilişkiler alt ölçek şiddet puanlarının, tedavi sonucu grupları arasındaki dağılımı açısından istatistiki olarak anlamlı düzeyde bir fark saptanmaktadır (p:0.045). Parametrik varsayımların karşılanmadığı sürekli değişkenlerde farkın hangi gruplardan kaynaklandığının tespiti

için ikili karşılaştırmalar yapılmıştır. Bu nedenle tip I hatayı azaltmak amacıyla Bonferroni düzeltmesi uygulanmış, tüm karşılaştırmalarda anlamlılık düzeyi $p < 0.016$ olarak kabul edilmiştir. Aile-sosyal ilişkiler alt ölçeği şiddet puanları açısından tip I hatayı azaltmak amacıyla Bonferroni düzeltmesi uygulanmış, tüm karşılaştırmalarda anlamlılık düzeyi $p < 0.016$ olarak kabul edilmiştir. Bununla birlikte hiçbir grup arasında istatistiksel olarak anlamlılık düzeyine ulaşabilen bir fark bulunmamıştır ($p > 0.016$). İlk elde edilmiş olan değerler grup içi varyanstan kaynaklanması mümkündür. Diğer değişkenler açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır. Aile-sosyal ilişkiler alt ölçek bileşik puanları açısından tedavi sonucu grupları arasında anlamlı bir fark bulunmamaktadır ($p:0.344$)

Sosyal destek düzeyinin tedavi sonucu üzerindeki etkisi ÇBASDÖ ile değerlendirilmekte ve tedavi sonucu gruplarına göre dağılımı açısından incelenmektedir. ÇBASDÖ puanlarının, tedaviye uyumlu, tedaviye cevapsız ve tedaviye uyumlu gruplardaki dağılımı arasında istatistiki olarak anlamlı bir fark saptanmamaktadır ($p:0.636$).

Çekirdek aile, geniş aile ve birlikte yaşadıkları kişilerde alkol/madde kullanımı olanların varlığının, tedavi sonucu grupları arasındaki dağılımı incelenmektedir. Tedaviye uyumlu ve tedaviye cevapsız gruptaki katılımcıların alkol/madde kullanımı olmayan bireylerle yaşama oranı (%90.5, %92.9), tedaviye uyumsuz gruptaki katılımcılara (%75.6) göre daha yüksek saptanmaktadır. Tedaviye uyumsuz olan grubun, %13.3'ünün opiyat dışı bir madde kullanımı ya da alkol kullanımı olan bir bireyle, %11.1'inin ise opiyat kullanımı olan bir bireyle yaşadığı saptanmaktadır. Dağılımdaki bu fark istatistiki olarak anlamlı düzeye ulaşmamaktadır ($p:0.636$) Alkol/madde kullanımı olan ebeveyn, kardeş varlığı ve alkol/madde kullanımı olan akraba sayısının tedavi sonucu gruplarında incelenmesi sonucu anlamlı düzeyde bir fark bulunmamaktadır ($p:0.928$, $p:0.341$, $p:0.824$). Yalnız tedaviye uyumsuz grupta alkol/madde kullanımı olan kardeşi olma oranı (%31.1) ve alkol/madde kullanımı olan ebeveyni olma oranı (%22.2), diğer gruplara göre yüksek saptanmaktadır.

Bu karşılaştırmaya ilişkin verilerinin dağılımı Tablo 17'de verilmiştir.

4.2.8. Psikiyatrik Durum Özelliklerinin Tedavi Sonuçlarına Göre Dağılımı

Tablo 18: Katılımcıların Tedavi Sonuçlarına Göre Psikiyatrik Durum Özelliklerine İlişkin Verilerinin Karşılaştırılması

N:80		Uyumlu (n:21)	Cevapsız (n:14)	Uyumsuz (n:45)		
		Ort±SS (Medyan)	Ort±SS (Medyan)	Ort±SS (Medyan)	χ^2	p
⁺ BŞBÖ Psikiyatrik Durum Şiddet		4.90±2.60 (6)	4.43±2.50 (5)	4.87±2.29 (4)	0.422	0.810
⁺ BŞBÖ Psikiyatrik Durum Bileşik		0.37±0.23(0.4)	0.30±0.19(0.3)	0.34±0.15(0.3)	1.095	0.578
⁺ Levenson Psikopati Ölçeği	Birincil Psikopati	20.09±5.14 (19)	17.78±4.59 (18)	20.04±4.89 (19)	2.206	0.332
	İkincil Psikopati	26.19±5.08 (27)	25.85±5.62 (26)	24.97±5.62 (26)	1.131	0.568
	Toplam	46.28±7.51 (49)	43.64±8.17 (44)	45.02±5.63 (45)	2.647	0.266
		N(%)	N(%)	N(%)		
⁺⁺ Öz kıyım Girişimi	Var	6(28.6)	1(7.1)	5(11.1)	3.681	0.149
	Yok	15(71.4)	13(92.9)	40(88.9)		
⁺⁺ Psikotik Dönem	Var	3(14.3)	1(7.1)	4(8.9)	0.725	0.778
	Yok	18(85.7)	13(92.9)	41(91.1)		

⁺Kruskal Wallis, ⁺⁺ Fisher Exact Ki Kare, *p<0.05

Psikiyatrik öykü ve tedavi başvurusu sırasında psikiyatrik sorun varlığının, tedavi sonucu gruplarındaki dağılımı incelenmektedir.

Tedaviye başvuru sırasında psikiyatrik sorun varlığı, BŞBÖ psikiyatrik durum alt ölçeği bileşik puanları ve LPÖ ile incelenmektedir. BŞBÖ psikiyatrik durum alt ölçeği şiddet ve bileşik puanlarının, tedavi sonucu gruplarındaki dağılımında anlamlı bir fark saptanmamaktadır (p:0.810, p:0.578) LPÖ alt ölçek puanları ve toplam puanlarının tedavi sonucu grupları arasındaki dağılımında istatistiki olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır (p>0.05). Anlamlı saptanmamakla beraber, tedaviye cevapsız grubun, LPÖ birincil psikopati alt ölçek puan ortalamasının (17.78±4.59) diğer gruplara göre düşük bulunması dikkat çekmektedir.

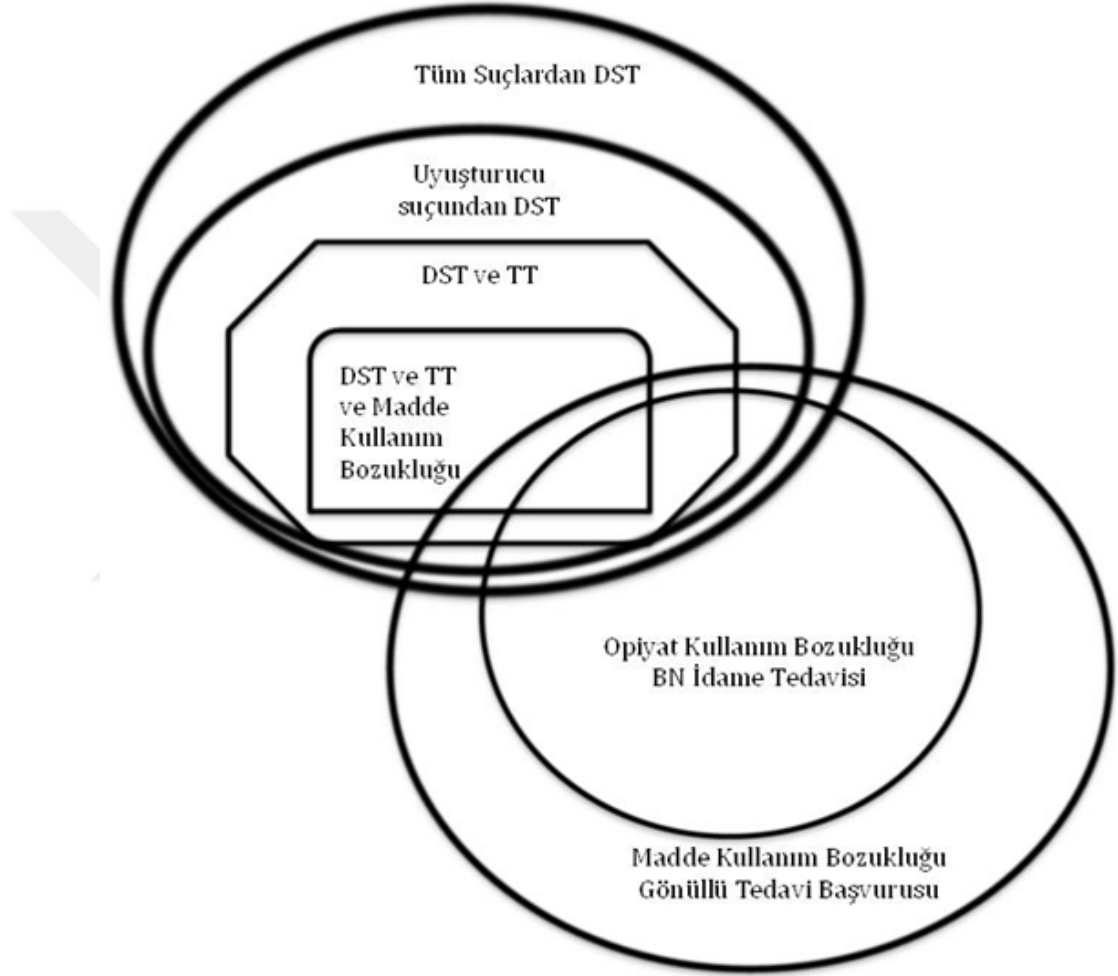
Psikiyatrik öykü, BŞBÖ psikiyatrik durum alt ölçeği şiddet puanları, öz kıyım girişimi öyküsü ve psikotik dönem öyküsü ile incelenmektedir. Bu değişkenler açısından tedaviye uyumsuz, tedaviye uyumlu ve tedaviye cevapsız gruplar arasında anlamlı bir fark saptanmamaktadır. ($p>0.05$)

Bu karşılaştırmaya ilişkin verilerinin dağılımı Tablo 18’de verilmiştir.



5. TARTIŞMA

5.1. ÖRNEKLEMİN GENEL ÖZELLİKLERİNİN TARTIŞILMASI



Şekil 1: Madde Kullanım Bozukluğu ve DST Olan Bireylerin Toplumdaki Dağılımı

5.1.1. Sosyodemografik Özelliklerin Tartışılması

5.1.1.1. Yaş

Madde Kullanım Bozukluğu'nun, deneme, daha sık kullanma, daha riskli maddelere geçiş şeklinde ilerleyen bir seyri olduğu ve örneklemelerin maddeye başlama yaşlarının benzer olduğu göz önüne alınırsa, DST alan örneklemelerin madde kullanım bozukluğunun erken yıllarında, DST ve TT alanların daha ilerideki yıllarda, DST ve TT alan ve madde kullanım bozukluğu tanısı alanlar, BN tedavisi alanlar ve gönüllü tedaviye başvuranların ise madde kullanım bozukluğunun ilerlemiş yıllarında olduğu görülebilmektedir. Bu nedenle, değişik örneklemelerde yapılan çalışmalarda yaş ortalamalarının farklı saptandığı düşünülmektedir (2-7,37,20-23,47,56).

Çalışmamıza katılan 80 kişinin, yaşları 19 ile 60 arasında değişmekte olup, yaş ortalamaları 28.23 ± 7.78 'dir. Yaş dağılımı ve ortalaması, DST alan örneklemelere göre birkaç yaş yüksek, DST ve TT alan örneklemelerde yapılan çalışmalar ile benzerlik göstermekte, BN idame tedavisinde olan örneklemelerde yapılan çalışmalara göre birkaç yaş düşük saptanmaktadır (2-7,37,20-23,47,56). Evren ve ark. (21), katılımcıların madde kullanımına başlama yaşı ortalamasını 17.25 yaş ve opiyat kullanımına başlama yaşı ortalamasını 21.38 yaş olarak saptamıştır. Örneklemimizin yaş ortalamasının DST alanında yapılan çalışmalardan daha yüksek saptanmasının, DST alan örneklemelerde en sık kullanılan maddenin esrar ve örneklemimizdeki katılımcıların tercih maddesinin opiyat olması ile ilişkili olduğu, düşük riskli bir madde kullanımından yüksek riskli bir madde kullanımına geçişin birkaç yıl alması (4) nedeniyle örneklemimizin yaş ortalamasının sadece DST alanlarda yapılan çalışmalardan yüksek saptandığı düşünülmektedir. Bu çalışmada, BN idame tedavisi alanlarda ve gönüllü tedaviye başvuranlarda yapılan çalışmalardan daha düşük bir yaş ortalaması saptanmasının (20,21,23) ise örneklemimizin DST ve TT gibi dışsal bir motivasyon ile tedaviye başvurmaya zorlanan bir grup olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir. De Leon ve ark. (118), kişilerin tedavi kurallarına uyma nedenlerinin 3 aşamada olduğunu bildirmiştir. Bunlar:

(1) İtaat (compliance): Disiplin cezası almak veya programdan çıkartılarak hapse girmek gibi negatif sonuçlardan kaçınmak için kurallara bağlılık.

(2) Uymak (conformity): İyileşen topluluğun normlarına bağlılık göstererek kabul görmeyi sağlamak.

(3) Bağlılık (commitment): Yıkıcı davranış ve tutumları değiştirme yönünde kişisel kararlılık geliştirmek.

Bu çalışmada tedaviye başvuranların adli yaptırımdan kaçınmak için tedaviye başvurdukları düşünülürse daha tedaviye uyumun 1. Basamağında oldukları düşünülebilir. Gönüllü olarak tedaviye başvuranlar, 2. ve 3. nedenlerden tedaviye başvuranlardan oluşmaktadır. 1. Basamaktan 3. Basamağa ilerlemek için zamanla içsel motivasyon geliştirmek gerekmektedir. Örneklemimizin yaş ortalamasının, gönüllü tedaviye başvuran ve BN tedavisi alan popülasyonlarda yapılan çalışmalardaki yaş ortalamalarından, bu nedenle daha düşük olduğu düşünülmektedir (20,21,23,56).

5.1.1.2. Cinsiyet:

Çalışmamızda erkek cinsiyet oranı %98.8 olarak bulunmuştur. Bu veri, Türkiye’de DST ve DST, TT alan bireylerde yapılan çalışmalardaki erkek cinsiyet oranı (%93.5-100) ile paralellik göstermektedir (3-7,47,48,53,55). Örneklemimizdeki erkek cinsiyet oranı, Türkiye’de BN idame tedavisi alanlarda yapılan çalışmalardan (%82-%94,1) ve yurtdışındaki çalışma sonuçlarından (%55-%89) biraz daha yüksek oranda saptanmaktadır (20-23,70-74). Örneklemimizdeki erkek cinsiyet oranının Türkiye’de BN idame tedavisi alanlarda yapılan çalışmalardaki erkek cinsiyet oranından daha yüksek saptanmasının, örneklem arasındaki yasal sorun şiddeti farkından kaynaklandığı düşünülmektedir. Türkiye’de kadın cinsiyetin daha az kriminal bir popülasyon olması nedeniyle DST ve TT alma oranının düşük olduğu bu nedenle örneklemimizde az oranda saptandığı düşünülmektedir. Örneklemimizdeki erkek cinsiyet oranının yurtdışındaki çalışmalardan farklı saptanmasının nedeninin ise sosyokültürel farklılıklardan (kadın cinsiyetinin iş ve/veya sosyal yaşama katılım oranının düşüklüğü, erkeklere nazaran risk alma davranışının daha düşük olması gibi) kaynaklandığı düşünülmektedir.

5.1.1.3. Medeni Durum

Çalışmamıza katılanların 61'i (%76.3) bekar, 7'si (%8.8) evlidir, 12 kişi ise (%15.1) ayrı yaşıyor, boşanmış ya da partneriyle yaşamaktadır. Çalışmamızda bulunan medeni durum dağılımları incelendiğinde, DST ve TT nedeniyle tedaviye başvuran ve/veya gönüllü tedaviye başvuran gruplarda yapılan çalışmalara göre bekar olma oranının belirgin düzeyde yüksek, evli olma oranının belirgin düzeyde düşük ve boşanmış/ayrı yaşıyor olma oranının belirgin düzeyde yüksek olduğu göze çarpmaktadır (3,5,7,20,37,48,77). Bu sonucun, örneklemimizin diğer örneklemelere göre daha şiddetli yasal durum sorunları, daha şiddetli aile ve sosyal ilişki sorunları, daha şiddetli psikiyatrik sorunlar yaşayan ve daha şiddetli madde kullanım bozukluğu olan bir grup olması nedeniyle örneklemimizdeki bireylerin partner ilişkisi kurma ve sürdürmekte diğer örneklemelere göre daha fazla zorlanmasından kaynaklandığı düşünülmektedir.

5.1.1.4. Eğitim Durumu

Çalışmamızda, katılımcıların eğitim süreleri 4-16 yıl arasında değişmekte ve eğitim süresi ortalaması 8.59 yıl olarak bulunmaktadır. Bu sonuçlar Türkiye'de büyükşehirlerde, hem BN idame tedavisi alan gruplarda yapılan çalışmalarla hem de uyuşturucu suçu nedeniyle DST alan gruplarda yapılan çalışmalarla uyumludur (3-5,7,21,47). Literatürde sadece Guliyev ve ark. (20) örnekleminde eğitim düzeyi örneklemimize göre belirgin düzeyde yüksek saptanmıştır. Bu farkın Guliyev ve ark.'ın (20) örnekleminin yasal durum sorun şiddeti, iş-destek sorun şiddeti, aile-sosyal ilişkiler sorun şiddeti, madde kullanım bozukluğu şiddeti ve psikiyatrik durum sorun şiddeti daha düşük olan bireylerden oluşmasından kaynaklandığı, yaşamın çeşitli alanlarında daha sorunsuz olan bireylerin eğitim hayatına devam etme konusunda daha az zorlandıkları için ortalama eğitim düzeylerinin örneklemimizdeki eğitim düzeyi ortalamasından yüksek olduğu düşünülmektedir.

5.1.1.5. Göç Öyküsü

Çalışmamızdaki örneklemin göç öyküsü oranı %48.8 olarak saptanmaktadır. Ortalama göç yaşı ise 6.92 yaş olarak saptanmaktadır. Türkiye'de BN idame tedavisi alanında yapılan Mutlu ve ark. (23) çalışmasına göre bu oran çok yüksek saptanmaktadır. Örneklemimizin göç öyküsü oranının bu denli yüksek olmasının, örneklemimizin yasal sorun şiddeti yüksek, aile desteği düşük ve aile ilişkileri sorunu

şiddeti, psikiyatrik durum sorun şiddeti yüksek olan bir grup olmasıyla ve tüm bu sorunların çocukluk çağında göç gibi şiddetli bir travma ile ilişkili olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir.

5.1.2. İş-Destek Durumu Özelliklerinin Tartışılması

Çalışmamızın örneklemdaki son dönem çalışma durumu incelendiğinde 39 (%48.8) kişinin işsiz olduğu bulunmaktadır. 13 kişi (%16.3) herhangi bir mesleki beceri gerektirmeyen bir işte çalışmakta, 14 kişi (%17.5) ise herhangi bir mesleki eğitim gerektirmeyen bir işte çalışmaktadır. Örnekleminizdeki son dönem işsizlik oranı Türkiye’de, hem DST ve TT nedeniyle tedaviye başvuran gruptaki çalışmalardan hem de BN idame tedavisi alan gruptaki çalışmalardan çok daha yüksek saptanmaktadır (2,3,7,23,37,47,48,53). İşsizlik oranının bu kadar yüksek saptanmasının, örnekleminizin yasal durum sorunları, sosyal ilişki sorunları, madde kullanım bozukluğu, tıbbi sorunları ve psikiyatrik sorunları daha şiddetli olan bir örneklem olması nedeniyle düzenli bir iş hayatını sürdürmekte zorlanan bireylerden oluşması ile ilişkili olduğu düşünülmektedir.

Türkiye’de DST alanlarda yapılan hiçbir çalışma, meslek gruplarını mesleki eğitime göre değerlendirmemiştir ve mesleki işlevsellik kaybını incelememiştir (3,4,53,55). Çalışmamızda katılımcılar mesleki eğitimlerine göre değerlendirilmektedir. Bu değerlendirmeye göre, 41 (%51.4) kişinin mesleki eğitimi vardır, 33 (%41.3) kişi ise mesleki eğitimi olmamasına rağmen bir mesleki beceri edinmiştir, 5 (%6.3) kişinin ise herhangi bir mesleği bulunmamaktadır, 1 (%1.3) kişi ise açıköğretimde öğrencidir. Son dönem çalışma durumları incelendiğinde; mesleki eğitimi olan 41 kişinin (%51.4) sadece 14’ünün (%17.5) mesleki eğitim gerektiren bir işte çalışmaya devam ettiği bulunmaktadır. Mesleki beceri sahibi olan 33 (%41.3) kişi bulunmasına rağmen, tedaviye başvuru anında sadece 14 (%17.5) kişinin mesleki beceri gerektiren bir işte çalıştığı saptanmaktadır. Herhangi bir mesleki becerisi olmayan kişi sayısı 5 (%6.3) olmasına rağmen, son dönemde herhangi bir mesleki beceri gerektirmeyen bir işte çalışan kişi sayısı 13 kişi (%16.3)’ye çıkmıştır. Herhangi bir işte düzenli çalışma öyküsü olmayanların sayısı 1 (%1.3) iken, son dönem işsiz olan kişi sayısı 39’a (%48.8’e) yükselmiştir. Örnekleminiz genel olarak meslek sahibi kişilerden oluşmasına rağmen madde kullanım bozukluğu ve yasal durum sorunları nedeniyle, örnekleminizin işsizlik ve mesleğinden daha az mesleki eğitim/beceri gerektiren bir işte çalışma oranının arttığı

düşünülmektedir. Çalışmamız, DST ve TT nedeniyle tedaviye başvuran popülasyonda mesleki işlevsellik kaybını detaylı inceleyen literatürdeki ilk çalışmadır.

Çalışmamızda, en uzun aynı işyerinde çalışma öyküsü 2-240 ay arasında değişmektedir, örneklemin aynı işyerinde düzenli çalışma süresi ortalaması yaklaşık 3.5 yıl civarındadır. (41.49 ± 51.43 ay). Literatürde katılımcıların aynı işyerinde düzenli çalışma öyküsüne dair bir veri bildirilmemiştir.

Çalışmamızda, katılımcıların %47.5'inin (38 kişi) sosyal güvencesi bulunmaktadır. Mutlu ve ark. (23) BN idame tedavisi alanlarda yaptıkları çalışmada, sosyal güvencesi olanların oranı %92.11 olarak saptanmıştır. Çalışmamızda sosyal güvencesi olma oranı belirgin düzeyde düşük saptanmaktadır. Bu farkın, örneklemimizin işsizlik oranının, Mutlu ve ark. (23) çalışmasındaki örnekleme göre yüksek olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir.

5.1.3. Yasal Durum Özelliklerinin Tartışılması

Çalışmamızda, uyuşturucu suçu dışında suç öyküsü olanlar 39 (%48.8), cezaevi öyküsü olanlar 30 (%37.5) kişidir. Uyuşturucu suçu dışındaki suç oranı literatürdeki DST alan gruplardaki çalışma bulgularına göre belirgin düzeyde yüksek saptanmaktadır, cezaevi öyküsü ise DST ve TT alan grupla benzer saptanmaktadır (2-7,37). Literatürdeki DST ve TT nedeniyle tedaviye başvuran grupta yapılan çalışmada, uyuşturucu suçu dışında suç öyküsü araştırılmadığı genel sabıka kaydı araştırıldığı için karşılaştırma yapılamamaktadır (2-7,37). Uyuşturucu suçu dışındaki suç öyküsü ve cezaevi öyküsü, BN idame tedavisi alan gruplardaki çalışmaya göre belirgin düzeyde yüksek saptanmaktadır (21). Bu farkın örneklemimizin DST ve TT ile tedaviye yönlendirilen bireylerden oluşması nedeniyle, gönüllü tedaviye başvuranlara göre yasal durum sorun şiddetinin daha yüksek olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Çalışmamızda, katılımcıların %67.5'inin (54 kişi) ilk kez DST ve TT nedeniyle tedaviye başvurduğu saptanmaktadır. Çalışmaya katılanların DST ve TT sayısı 1 ile 15 arasında değişmekte olup, ortalama DST sayısı 2.51 ± 2.36 'dır. Daha önce DST almış olan 26 kişinin 12'sinin (%46) 1.5 ay ayıklık sağladıkları için haklarında tedaviye uyumlu raporu düzenlenerek adli takipten çıkartıldığı, 14 (%54) kişinin ise ayıklık sağlayamadıkları için çeşitli yaptırımlarla cezalandırıldığı saptanmaktadır. Çalışmamızdaki ilk kez DST alanların oranı Musalar ve ark. (4) örnekleminde yüksek,

Güneş ve ark. (5) örneklemiyle benzer saptanmaktadır. DST sayısı ortalaması ise Düzaş ve ark. (7) bulgularından düşük, diğer literatürle benzer bulunmaktadır. Çalışmamız Düzaş ve ark. (7)'nin çalışması ile aynı merkezde yapılmış olmasına rağmen farklı DST sayılarının saptanması, 2011 yılı ile 2015 yılı arasında DS mevzuatının değişmesi nedeniyle bireylerin yeni DST hükmü almasının önüne geçilmesine bağlı olduğu düşünülmektedir.

5.1.4. Alkol/Madde Kullanım Öyküsü Özelliklerinin Tartışılması

Çalışmamızda katılımcıların, maddeye başlama yaşı 11 ile 43 yaş arasında değişmekte olup maddeye başlama yaşı ortalaması 16.63 ± 4.17 'dir. Çalışmamızdaki maddeye başlama yaşı Türkiye'de DST alanlar, DST ve TT nedeniyle tedaviye başvuranlar ve BN idame tedavisinde olanlarla yapılan çalışmalara göre belirgin düzeyde genç saptanmıştır (2-7,21,22,37). Örneklemimizde maddeye başlama yaşı ortalamasının daha genç saptanmasının, literatürdeki diğer örneklemelerden daha şiddetli yasal sorunları olan ve madde kullanım bozukluğu şiddeti daha yüksek yalnız yaş ortalaması diğer örneklemelere benzer bir örneklem olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir. Örneklemimizdeki bireylerde, benzer yaşta daha şiddetli bir madde kullanım bozukluğu geliştiğine göre daha erken madde kullanımına başlamalarının gerektiği düşünülmektedir.

Çalışmamızda katılımcıların, opiyat kullanımına başlama yaşları 14-43 arasında değişmekte ve yaş ortalaması 20.59 ± 5.20 'dir. Bu bulgu, Türkiye'de BN idame tedavisi alanlarda yapılan çalışmalarla benzerlik göstermektedir (21,22). Bu çalışmada, hastaların madde kullanımına başladıkları yaş ile opiyat kullanımına başladıkları yaş arasındaki süre, 0-24 yıl arasında değişmekte ve ortalama olarak 4.29 ± 3.81 yıl olarak bulunmaktadır. Bu veri, Evren ve ark. (21) ve Bölek ve ark. (22)'in yaptığı çalışmalardaki bulgularla benzer saptanmaktadır. Opiyat kullanımına başlama ya da madde kullanımı başlangıcından itibaren opiyat kullanımına geçişe kadar olan süre ortalamalarının literatürle benzer saptanmasının, aynı ilde benzer sosyokültürel alt grupta (benzer akran ilişkisi yaşayan bireylerde) yapılan çalışmalar olmasından kaynaklandığı düşünülebilir.

DST alan popülasyonda Türkiye'de yapılan çalışmalarda katılımcıların tercih maddeleri ve yaşam boyu kullanılan madde çeşitleri değerlendirilmiştir. Yaşam boyu

esrar kullanım oranı %85-100 arasında değiştiği, son 1 ayda esrar kullanımının %40'larda olduğu, madde kullanım bozukluğu tanısını karşılayan alt grupta ise %80'lere çıktığı dikkat çekmektedir. Yaşam boyu opiyat kullanımının ise, %1-4 arasında olduğu, son 1 ayda opiyat kullanımının %0,5-1,1 arasında olduğu, çoklu madde kullanım oranlarının ise yaşam boyu %1 ile %12 arasında değiştiği göze çarpmıştır (2-7,37).

Çalışmamızdaki örneklemin hepsi en az 1 yıldır düzenli opiyat kullananlardan oluşmaktadır. Düzenli opiyat kullanımı süresi, 1-45 yıl arasında değişmekle birlikte, ortalaması 6.98 ± 6.90 yıl olarak bulunmaktadır. Bu süreden, remisyon ve zorunlu remisyon (cezaevi, askerlik vs. gibi kontrollü ortamda kişinin remisyonda kaldığı dönem) süreleri çıkartıldığında net opiyat kullanım süresi elde edilmektedir. Net opiyat kullanım süresi, katılımcılarda, 1-30 yıl gibi geniş bir aralıkta değişmekte, ortalama olarak 5.09 ± 4.33 yıldır. Çalışmamızın, DST ve TT alanların %0.5-1'lik özgül bir alt grubunda yapılmış olması dikkat çekmektedir (2-7,37).

Çalışmamızda, haftada 2'den daha sık, en az 6 ay boyunca, 1'den çok madde ya da alkol ve madde kullanımı karışık madde kullanımı olarak tanımlanmaktadır. Katılımcıların 49'unda (%61,3) karışık madde kullanımı öyküsü bulunmaktadır. Tüm örneklemin karışık madde kullanım süresi 0-20 yıl arasında değişmekle birlikte ortalama, 2.49 ± 4.08 yıl olarak saptanmaktadır. Çalışmamızda karışık madde kullanım öyküsü DST ve TT alan gruba benzer, gönüllü olarak BN idame tedavisi alan gruba göre ise daha yüksek oranda saptanmaktadır (7,23). Bu sonucun, örnekleminimize benzer şekilde yasal sorun şiddeti daha yoğun olan DST ve TT alan grubun, maddenin dağıtım ağıyla daha yakın bir ilişkide olmasından kaynaklanan, farklı maddelere erişebilirliğinin yüksek olması ile ilişkili olduğu düşünülmektedir.

Çalışmamızda, katılımcıların ilk idrarda madde metabolitleri tetkikinde, 1-4 çeşit madde pozitifliği saptanmaktadır, katılımcıların çoğunluğunda 2 çeşit madde metaboliti pozitif saptanmaktadır. Tüm katılımcıların ilk idrarda madde metaboliti testinde opiyat pozitifliği saptanmaktadır, 2. olarak en sık buprenorfin pozitifliği eşlik etmektedir. 80 kişinin, 35'inde (%43.8) tedaviye başvuru anında buprenorfin metaboliti pozitif saptanmıştır. Bu sonuç, DST ve TT alan popülasyonda yapılan ve idrarda en sık pozitif saptanan madde metaboliti THC, en sık 2. pozitif saptanan madde metabolitini ise amfetamin olarak belirleyen çalışmalar ve BN idame tedavisi alan örneklemlerde

yapılan ve idrarda en sık saptanan 2. metaboliti THC olarak bildiren çalışmalarla paralel saptanmamaktadır; çünkü karşılaştırma yapılan çalışmalarda, tedavi başlangıcındaki madde metabolitleri testinde buprenorfin pozitiflik oranı bildirilmemiştir (3,21,23). 2. en sık kötüye kullanılan maddeyi buprenorfin olarak saptamamızın bir nedeninin de, son yıllarda buprenorfin kötüye kullanımının artışı olduğu düşünülmektedir. Bu çalışma DST ve TT nedeniyle BN idame tedavisi alanlarda BN kötüye kullanımının oranını tanımlayan Türkiye literatüründeki ilk çalışmadır.

Çalışmamızda tedaviye başvuru anında, damar içi yolla kullanımı olan 14 kişi (%17,5), intranasal kullanımı olan 6 kişi (%7.5), inhalasyon yoluyla kullanan 59 kişi (%73.8) ve sigara yoluyla kullanan 1 kişi (%1.3) bulunmaktadır. Opiyat Kullanım Bozukluğu süresince çeşitli yan etkileri engellemek ya da maddenin etkisini arttırmak için kullanım yönteminin değişikliğe uğradığı bilinmektedir. Yaşam boyu hiç damar içi yolla kullanma denemesi olmayan katılımcı sayısı 51'dir (%63.7). Katılımcıların %12.5'i (10) birkaç kez damar içi kullanımı denediklerini yalnız düzenli damar içi kullanıma geçmediklerini, %23.8'i (19) ise bir dönem düzenli olarak damar içi yolla madde kullandıklarını bildirmiştir. Damar içi kullanım öyküsü olanlarda, damar içi kullanım süresi 2-240 ay arasında değişmekte, ve ortalama olarak 93.42 ± 92.88 aydır. Çalışmamızdaki yaşam boyu damar içi kullanım öyküsü varlığı ve tedaviye başvuru anında damar içi opiyat kullanımı oranı, Türkiye'de BN idame tedavisinde olanlarda yapılan çalışmalara göre belirgin düzeyde düşük saptanmaktadır (20-23). Damar içi kullanımın, opiyat kullanım bozukluğuna eşlik eden tıbbi sorunların ana nedenidir. Bu yöntemle opiyat kullanımında tolerans gelişimi daha hızlı olmaktadır (8). Türkiye'de BN idame tedavisine başvuranlarda yapılan çalışmalardaki örneklemelerin bazılarının tamamı bazılarının da büyük bir kısmı gönüllü olarak tedaviye başvuranlardan oluşmaktadır (20-23). Çalışmamızda damar içi kullanım öyküsü oranının literatüre göre daha düşük saptanmasının, hastaların tedaviye başvuru şekillerinin farklı olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir. Örneklemimiz, DST ve TT gibi dışsal bir motivasyon nedeniyle tedaviye başvuranlardan oluştuğu için, damar içi kullanıma bağlı maddeye hızlı tolerans geliştirme ve tıbbi sorunlar gibi içsel motivasyonu arttıran yaşam olaylarını deneyimleme oranının, gönüllü tedaviye başvuranlara göre nadir olduğu ve bu nedenle örneklemimizin damar içi kullanım öyküsü oranının daha düşük saptandığı

düşünülmektedir. Çalışmamızda örneklemin tıbbi sorun şiddetinin literatüre göre daha düşük saptanması da bu düşüncüyü destekler niteliktedir (23).

5.1.5. Tedavi Öyküsü Özelliklerinin Tartışılması

Çalışmamızda, katılımcıların hepsi bir dönem maddeyi bırakmayı denediklerini bildirmişlerdir. Bırakma girişimi sayısı, 1-100 kez arasında değişmekte, geniş bir dağılım göstermekte ve ortanca değeri 6 kezdir. Çalışmamızda, ayıklık süresi, kişinin zorunlu remisyonda olmadığı (cezaevi, askerlik vs. gibi kontrollü ortamdaki remisyon), madde erişebilirliği devam ederken, opiyat kullanımını bıraktığı en az 1 ay süren dönem olarak tanımlanmaktadır. Katılımcıların, 21'i (%26.3) hiç ayık oldukları bir dönem olmadığını bildirmiştir. En uzun ayıklık süresi 0-48 ay arasında değişmekte ve ortalama 6.29 ± 10.17 aydır. Musalar ve ark.'ı (4), örneklemelerinin en uzun ayıklık sürelerini ortalama 7.9 ay olarak tanımlamıştır (0-36 ay). En uzun ayıklığın ortalama değeri ise 4,8 ay olarak bildirilmiştir. En uzun ayıklık süresi, Musalar ve ark. (4) çalışmasındaki sonuçlara benzer saptanmaktadır.

Çalışmamızda, katılımcıların %61.3'ünün (49) daha önce BN idame tedavisi almadığı görülmüştür, %38.8'inin (31) ise opiyat idame tedavisi öyküsü vardır. Tüm örneklemin ayaktan tedavi girişimi sayısı 0-4, yatarak tedavi girişimlerinin sayısı 0-7 arasında değişmektedir. Katılımcıların 11'inin (%13.8) yatarak, 20'sinin (%25) ayaktan indüksiyon ile BN idame tedavisine başladığı saptanmaktadır. BN idame tedavisine başlayan 31 kişinin 23'ü 1 ayın üzerinde ayıklık sağladığını bildirdiği saptanmaktadır. 31 kişinin BN idame tedavisindeki ayıklık süreleri 0-36 ay arasında değişmekte ve ortalama 11.56 ± 13.59 aydır. Çalışmamızdaki tedavi başvurusu öyküsü ile ilişkili bulgular, Mutlu ve ark. (4) 'nın bulguları ile benzerlik göstermektedir. DST ve TT alan gruptaki tedavi başvurusu öyküsü oranları, çalışmamızdaki oranlardan daha yüksek gözükmeyle birlikte, çalışmamızda sadece BN idame tedavisi sorgulandığı için karşılaştırılma yapılmasına elverişli değildir (5,6).

5.1.6. Aile ve Sosyal Destek Durumu Özelliklerinin Tartışılması

Çalışmamızda, katılımcıların %17,5'inin birlikte yaşadığı kişilerin en az 1'inde alkol ya da madde kullanımı ya da kumar alışkanlığı bulunmaktadır. Çalışmaya katılanların 5'inde (%6.3) birlikte yaşadıkları kişilerden en az birinde alkol kullanımı, 6'sında (%7.5) opiyat kullanımı, 2'sinde (%2.5) ise opiyat dışı madde kullanımı bulunmaktadır. Katılımcılardan 16'sının (%20) ebeveyninde, 20'sinin (%25) kardeşinde alkol/madde kullanımı öyküsü bulunmaktadır. Örneklemin, kardeş ve ebeveyn dahil, 1. ve 2. derece akrabalarında alkol/madde kullanımı olan birey sayısı ortancası 1'dir. Örnekleminimizdeki ailedeki veya birlikte yaşadığı bireylerdeki alkol/madde kullanım öyküsü varlığı oranı DST ve TT alanlarda yapılan ve BN idame tedavisi alanlarda yapılan çalışmalardan belirgin düzeyde yüksek saptanmaktadır (3,5,21,23). Ailede ve yaşadığı bireylerde alkol/madde kullanım öyküsü, madde kullanım bozukluğu açısından hem genetik hem de çevresel bir risk faktörüdür. Örnekleminizin, DST ve TT alan bireylerde yapılan çalışmalardaki örneklemelere göre riskli madde kullanım oranı ve madde kullanım bozukluğu şiddeti daha yüksek bir örneklem olmasına bağlı olarak bu risk faktörünü barındırma oranının daha yüksek olduğu bu nedenle DST ve TT alanında yapılan çalışmalara göre aile ve birlikte yaşadığı bireylerde alkol/madde kullanım öyküsü oranının daha yüksek saptandığı düşünülmektedir. Türkiye'de BN idame tedavisi alanlarda yapılan çalışmalara göre daha yüksek bir oran saptanmasının ise tedavi başvurusu yöntemi ile ilişkili olduğu düşünülmektedir. Türkiye literatüründe bu konuda yapılan çalışmaların örneklemelerin çoğu gönüllü tedaviye başvuranlardan oluşmaktadır (21,23). Ailesinde ve birlikte yaşadığı kişilerde alkol/madde kullanımı olan bireylerde madde kullanımının normalize edilmesinin gönüllü tedaviye başvurma motivasyonunun gelişmesini engellediği düşünülmektedir. Bu nedenle DST ve TT gibi dışsal bir motivasyon ile tedaviye başvuranlardan oluşan örneklemimizdeki aile ve birlikte yaşadığı bireylerde alkol/madde kullanım öyküsü oranının literatürdeki gönüllü tedaviye başvuran bireylerden oluşan örneklemelerden daha yüksek oranda olduğu düşünülmektedir.

5.1.7. Tıbbi ve Psikiyatrik Durum Özelliklerinin Tartışılması

Çalışmamıza katılanların 12'sinde (%15) öz kıyım girişimi öyküsü bulunmaktadır. Öz kıyım girişimi öyküsü DST ve TT alan bir örneklemde yapılan Düztaş ve ark. (7) çalışmasına benzer, BN idame tedavisi alan bir örneklemde yapılan Evren ve ark. (21) çalışmasından belirgin düzeyde düşük saptanmaktadır. Örneklemimizdeki öz kıyım girişimi öyküsünün Evren ve ark. (21) örnekleminden daha yüksek saptanmasının, katılımcıların tedavi motivasyonu ile ilişkili olduğu düşünülmektedir. Cahill ve ark. (123) çalışmasında duygudurum ve anksiyete semptomlarının içsel motivasyondaki olumlu değişimle ilişkili olduğu belirtilmiştir. Evren ve ark. (21) örneklemdeki hastaların çoğunluğunun gönüllü tedaviye başvuranlardan oluştuğu göz önüne alındığında, bu grubun içsel motivasyonunun ve dolayısıyla duygudurum ve anksiyete semptomlarının örneklemimize göre daha şiddetli olduğu düşünülmektedir. Evren ve ark. (21) örneklemdeki olası yüksek depresif semptom varlığı, örneklemimizden daha yüksek bir öz kıyım öyküsü oranına sahip olmasına neden olduğu düşünülmektedir.

Çalışmamızda, 8 (%10) katılımcının yaşam boyu psikotik dönem öyküsü bulunduğu saptanmaktadır. Örneklemimizdeki psikotik dönem öyküsü oranı, literatürdeki çalışmaya göre düşük saptanmaktadır (7). Bu farkın Düztaş ve ark. (7) çalışmasında katılımcıların çoğunluğunun esrar kullanımı olanlardan, çalışmamızda ise katılımcıların tercih maddesinin eroin olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir. Esrarın psikotik bulgulara neden olma riski eroine göre daha yüksek olduğu için çalışmamızda psikotik dönem öyküsü oranının daha düşük saptandığı düşünülmektedir.

Çalışmamızda, örneklemdeki Hepatit C prevelansı, %12.5'tir (10 kişi). Hiçbir katılımcıda Anti-HIV pozitifliği bulunmamaktadır. Katılımcıların sadece 1'inde (%1.3) Anti-HBsAg pozitifliği saptanmaktadır. Bu oranlar, literatürdeki çalışmaya göre belirgin düzeyde düşük saptanmaktadır (23). Bu farkın örneklemimizdeki damar içi kullanım oranlarının literatürdeki çalışmadan daha düşük olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir.

5.1.8. BŞBÖ Açısından Genel Örneklemin Tartışılması

Türkiye’de DST alan bireylerde yapılan bir çalışmada, madde kullanım bozukluğunun yaşam boyu ve son 1 ay içerisindeki şiddeti BŞBÖ şiddet ve bileşik puanları ile ölçülmüştür (7). Düztaş ve ark. (7) çalışması, çalışmamızla aynı merkezde DST ve TT alan bireylerde yapılmıştır. Çalışmamızın örnekleminin BŞBÖ puan ortalamaları ile Düztaş ve ark. (7)’ler karşılaştırıldığında; yasal durum sorunları, her iki örnekleme son 30 gün içerisinde benzer şiddette bulunmakla birlikte, örnekleminin yaşam boyu yasal sorun şiddeti belirgin düzeyde yüksek saptanmaktadır. Yaşam boyu alkol kullanım sorunu şiddeti, Düztaş ve ark. (7) örnekleminde daha yüksek saptanmaktadır, fakat son 30 gün içerisinde örnekleminin alkol kullanım sorunları şiddeti Düztaş ve ark. (7) örneklemine göre daha yüksek bulunmaktadır. Yaşam boyu ve son dönem tıbbi durum sorunlarının şiddeti, iş-destek sorunlarının şiddeti, madde kullanım bozukluğunun şiddeti, aile-sosyal ilişki sorunlarının şiddeti ve psikiyatrik durum sorunlarının şiddeti örnekleminizde bu çalışma sonuçlarına göre belirgin düzeyde yüksek saptanmaktadır. Bu farkın örnekleminin yüksek riskli madde kullanımı oranı %100 olan bir popülasyon olmasından ve karşılaştırma yapılan çalışmanın çoğunluğu esrar kullanımı olan bireylerden oluşmasından kaynaklandığı düşünülmektedir. Daha yüksek riskli bir madde kullanımı daha şiddetli işlevsellik kayıpları ve yaşamsal sorunlar yarattığı için, örnekleminizdeki çoğu yaşam alanında sorun şiddetinin literatürdeki çalışmaya göre yüksek saptandığı düşünülmektedir (7). Karşılaştırmalar Tablo 19’da verilmiştir.

Tablo 19: Bağımlılık Şiddetini Belirleme Ölçeği (BŞBÖ) Puanlarının DST Alanındaki Literatür ile Karşılaştırılması

BŞBÖ	Düztaş ve ark.	Çalışmamızda	Düztaş ve ark.	Çalışmamızda
	Bileşik puan ortalaması	Bileşik puan ortalaması	Şiddet puanı ortalaması	Şiddet puanı ortalaması
Tıbbi Durum	0.1615	0.23±0.29	1.67	2.84±2.69
İş-Destek Durumu	0.4954	0.67±0.27	2.12	4.78±2.36
Yasal Durum	0.2953	0.26±0.16	4.52	6.10±2.05
Alkol Kullanımı	0.0994	0.29±0.75	2.30	1.66±2.14
Madde Kullanımı	0.0271	0.26±0.06	4.68	7.41±1.14
Aile ve Sosyal Destek Durumu	0.1892	0.39±0.16	3.63	4.94±2.14
Psikiyatrik Durum	0.1806	0.34±0.18	3.98	4.80±2.28

Türkiye’de BN idame tedavisi alan hastalarda yapılan bir çalışmada, madde kullanım sorunlarının şiddeti BŞBÖ bileşik ve şiddet puanları ile incelenmiştir (22). Çalışmamızdaki veriler ile literatürdeki veriler karşılaştırıldığında; örneklemimizdeki son dönem tıbbi sorun şiddeti, literatür ile benzer saptanmaktadır. Yaşam boyu tıbbi sorun şiddeti örneklemimizde daha yüksektir. Yaşam boyu ve son 1 ay içerisinde iş-destek sorunları şiddeti iki örneklemde benzer saptanmaktadır. Bölek ve ark. (22) çalışmasında damar içi kullanım oranı daha yüksek saptanmasına rağmen, çalışmamızdaki yaşam boyu tıbbi sorun şiddetinin daha yüksek saptanmasının örneklemimizin madde kullanım sorunları şiddetinin daha yüksek olması ve mesleki işlevselliklerinin daha düşük olması nedeniyle tıbbi sorunlarına çözüm sağlama olanağı daha düşük bireylerden oluşmasından kaynaklandığı düşünülmektedir. Örneklemimizde yaşam boyu yasal sorun öyküsü literatüre göre daha şiddetli bulunmuştur. Madde kullanımıyla ilgili son dönem ve yaşam boyu sorun şiddeti, çalışmamızda belirgin düzeyde yüksek saptanmaktadır. Son dönem aile ve sosyal ilişkilerde sorun şiddeti, Bölek ve ark. (22) çalışmasında daha yüksek bulunmaktadır, yaşam boyu aile ve sosyal ilişkilerde sorun şiddeti ise benzer saptanmaktadır. Yaşam boyu psikiyatrik sorun şiddeti örneklemimizde belirgin düzeyde yüksek saptanmaktadır. Bu farkların örneklemimizin DST ve TT nedeniyle tedaviye başvuran bireylerden oluşmasından ve gönüllü tedaviye başvuranlara göre daha sorunlu bir popülasyon olmalarından kaynaklandığı düşünülmektedir. Karşılaştırmalar tablo 20’de verilmiştir.

Tablo 20: Bağımlılık Şiddetini Belirleme Ölçeği (BŞBÖ) Puanlarının BN İdame Tedavisi Alanındaki Literatür ile Karşılaştırılması

BŞBÖ	Bölek ve ark.	Çalışmamızda	Bölek ve ark.	Çalışmamızda
	Bileşik puan ortalaması	Bileşik puan ortalaması	Şiddet puanı ortalaması	Şiddet puanı ortalaması
Tıbbi Durum	0.19	0.23±0.29	1.98	2.84±2.69
İş-Destek Durumu	0.58	0.67±0.27	3.66	4.78±2.36
Yasal Durum	-	0.26±0.16	2.28	6.10±2.05
Madde Kullanımı	0.07	0.26±0.06	4.66	7.41±1.14
Aile Sosyal Destek Durumu	0.63	0.39±0.16	4.00	4.94±2.14
Psikiyatrik Durum	-	0.34±0.18	2.90	4.80±2.28

5.2. TEDAVİ SONUCU GRUPLARININ ÖZELLİKLERİNİN TARTIŞILMASI

Çalışmamıza katılan 80 kişiden 21'i tedaviye uyumlu, 14'ü tedaviye cevapsız, 45'i ise tedaviye uyumsuz olmuştur. DST ve TT nedeniyle tedaviye başvuran opiyat kullanım bozukluğu nedeniyle ayaktan BN idame tedavisi alan hastaların tedavi uyumu oranı %26.2'dir. Bu çalışma, bu popülasyonda BN idame tedavisi başarısını tanımlayan ilk çalışmadır. Türkiye'de DST ve TT nedeniyle tedavi merkezlerine başvuranlarda yapılan çalışmalarda, tedaviye uyum oranı %46.5-%77.6 arasında değişmektedir (3,6,54,146). Çalışmamızın tedaviye uyum oranı, Türkiye'de DST ve TT alanlarda yapılan çalışmalara göre belirgin düşük saptanmaktadır. Bu bulgunun örneklemimizin tamamının opiyat kullanım bozukluğu olan bireylerden oluşması ve literatürdeki örneklemelerin ise esrar kullanım oranı yüksek gruplardan oluşmasından kaynaklandığı, yüksek riskli bir madde olan opiyatın daha şiddetli bir fizyolojik bağımlılık yaratması nedeniyle tedaviye uyum oranını düşük saptanmasına neden olduğu düşünülmektedir.

Çalışmamızda tedavi sonucu gruplarının özellikleri incelenmektedir.

Tedaviye Uyumsuz Grup;

Yaş ortalaması tedaviye uyumlu gruba benzer, tedaviye cevapsız gruptan daha düşük saptanmaktadır. %51.1'inde göç öyküsü mevcuttur ve göç yaşı ortalaması (5.70 yaş) diğer gruplara göre istatistiki olarak anlamlı düzeyde düşüktür. Bu gruptaki katılımcılar, yaşam boyu ve son dönem tıbbi sorun şiddetlerini diğer gruplara göre daha düşük şiddette tanımlamaktadır. Yalnız anti-HCV pozitifliği tedaviye cevapsız gruba benzer saptanmaktadır. Çelişkili bulguların, kişilerin kendi tıbbi durumlarına dair farkındalığının düşük olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir. Bu grubun düzenli çalışma öyküsü diğer gruplarla benzer olmasına ve grubun %88.9'unun mesleki beceri ya da mesleki eğitime sahip olmasına rağmen; son dönem işsizlik oranı diğer gruplara göre belirgin düzeyde yüksektir. Yaşam boyu iş-destek sorun şiddeti diğer gruplardan yüksek saptanmaktadır. Bu bulgular ışığında, bu grubun mesleki işlevselliği en düşük olan grup olduğu düşünülmektedir. Bu gruptaki katılımcıların diğer gruplara göre mesleki eğitime sahip olma oranı belirgin düşüktür. Mesleki eğitim sahibi olmamanın, mesleki işlevsellik kaybını kolaylaştıran bir faktör olduğu düşünülmektedir. Tedaviye uyumsuz grubun, yaşam boyu yasal durum sorun şiddeti istatistiki olarak anlamlı düzeyde diğer gruplara göre daha yüksek saptanmaktadır. Son dönem yasal sorun şiddeti ise tedaviye uyumlu gruba göre istatistiki olarak anlamlı düzeyde yüksek saptanmaktadır. Bu gruptaki uyuşturucu suçu dışındaki suç oranı, diğer gruplara göre anlamlı düzeyde yüksektir. Cezaevi öyküsü oranı ise tedaviye uyumlu gruba göre daha yüksek saptanmaktadır. Tüm bu bulgular, tedaviye uyumsuz grubun yasal sorun şiddeti en yüksek olan grup olduğunu desteklemektedir. Bu gruptaki katılımcıların, %31.1'inin alkol/madde kullanımı olan kardeşi olduğu, %22.2'sinin ise madde ya da alkol kullanımı olan ebeveyni olduğu saptanmaktadır. Ailesinde alkol/madde kullanımı oranı en yüksek olan gruptur. Benzer şekilde, birlikte yaşadıkları bireylerde alkol/madde kullanım oranı en yüksek olan gruptur (%75.6). Aile ve ev yaşamları objektif olarak sorunlu olmasına rağmen, bu gruptaki katılımcıların yaşam boyu ve son dönem BŞBÖ aile ve sosyal ilişkiler alt ölçeği puanları diğer gruplarla benzer saptanmaktadır. Benzer şekilde, ÇBASDÖ'de bir tek algılanan arkadaş desteği alt ölçeği puanları diğer gruplardan düşük diğer alt ölçek puanları ise diğer gruplarla benzer saptanmaktadır. Aile ve sosyal ilişkilerle ilgili objektif verilerin diğer gruplara göre daha şiddetli saptanmasına rağmen, aynı bulgunun subjektif verilerle desteklenmemesi, bu gruptaki bireylerin aile ve sosyal ilişkilerindeki sorunlara dair farkındalığının düşük olduğunu

düşündürmektedir. Tedaviye uyumsuz grubun, yaşam boyu ve son dönem madde kullanımı sorun şiddeti tedaviye uyumlu grupla benzer, alkol kullanımı sorun şiddeti ise diğer gruplara göre düşük saptanmaktadır. Tedaviye uyumsuz grup, karışık madde kullanım süresi en kısa, opiyat kullanımına başlama yaşı en yüksek, opiyat kullanım süresi ortalaması en kısa, yaşam boyu damar içi madde kullanımı oranı en düşük gruptur. Daha kısa süredir, daha az sayıda ve daha az tehlikeli bir yöntemle opiyat kullanımı olanlardan oluşmasına rağmen, bu gruptaki bireylerin madde kullanım sorun şiddeti ve MAÖ puan ortalaması tedaviye uyumlu gruba benzer saptanmaktadır. Bu bulgular tedaviye uyumsuz grubun daha kısa sürede ve daha seyrek kullanım ile tedaviye uyumlu grupla benzer bir fizyolojik bağımlılık düzeyine erişen, madde kullanım bozukluğuna yatkınlığı daha yüksek olan bir grup olduğunu düşündürmektedir. Aile öyküsünün diğer gruplardan daha yüksek oranda saptanması, bu olasılığı destekler niteliktedir. Tedaviye uyumsuz grup, DHOTİÖ ölçeği puan ortalaması en düşük gruptur. Hiç BN tedavisi almayanların oranı bu grupta en yüksektir (%66.7). Benzer şekilde, hiç remisyon öyküsü olmama oranı da diğer gruplardan belirgin düzeyde yüksektir. (%31.1). Bu bulgularla, tedaviye cevapsız grubun, yaşam boyu tedavi motivasyonu düşük bir grup olduğu söylenebilir. Tedaviye uyumlu grupla benzer şiddette madde kullanım bozukluğu olan bu grubun son dönem tedavi motivasyonunun düşük olması ve yaşam boyu tedavi ya da bırakma girişimi oranının düşük olması, bu gruptaki katılımcıların opiyat kullanım bozukluklarının şiddetiyle ve hayatlarında yarattığı kayıplarla ilgili içgörünün düşük olduğunu düşündürmektedir.

Tedaviye Cevapsız Grup;

Yaş ortalaması diğer tedavi sonucu gruplarından birkaç yaş yüksek saptanmaktadır. Göç öyküsü oranı diğer gruplara göre anlamlı düzeyde düşüktür ve göç yaşı ortalaması diğer gruplara göre daha yüksek saptanmaktadır. Evli olma oranı en yüksek olan gruptur. Boşanmış ve ayrı yaşama oranı da en yüksek olan gruptur. Bekar olma oranı ise en düşük olan gruptur. Bu bulgular, bu grubun partner ilişkisi konusunda en şiddetli kayıp yaşayan grup olduğunu düşündürmektedir. Yaşam boyu ve son dönem tıbbi sorun şiddeti en yüksek olan gruptur. Anti-HCV pozitifliği oranının da tedaviye uyumlu gruba göre yüksek olması, fiziksel sorunlarına dair farkındalığı olan bir grup olduğunu düşündürmektedir. Mesleki beceri ve mesleki eğitime sahip olma oranı

tedaviye uyumlu grupla benzer saptanmaktadır. Öte yandan, aynı işte en uzun süre çalışma süresi ortalaması diğer gruplara göre daha yüksektir. Sosyal güvencesi olma oranı da en yüksek olan gruptur. Yaşam boyu iş-destek sorunları şiddeti tedaviye uyumlu grupla benzer saptanmakla birlikte son dönem iş-destek sorunları en şiddetli olan gruptur. Yaşam boyu iş-destek sorunları diğer gruplardan belirgin düzeyde yüksek olmamakla birlikte son dönem iş-destek sorun şiddetinin diğer gruplara göre daha yüksek saptanması; bu grubun düzenli bir iş hayatı öyküsü olduğunu ve son dönemde bu konuda şiddetli kayıplar yaşadığını ve iş-destek sorunları konusunda farkındalık düzeyinin yüksek olduğunu düşündürmektedir. Sosyal güvence oranının yüksek olması bu iş-destek durumu konusundaki sorunların son dönemde geliştiğini akla getirmektedir. Ya da aile desteği yüksek olan bu grubun sosyal güvencesinin devam etmesi aile desteği ile sağlanmış olabilir. Tedaviye cevapsız grup, ilk kez DST alma oranı en düşük gruptur. Daha önceki DST'ne uyumsuzluk nedeniyle cezai yaptırıma uğrama oranı diğer gruplara göre belirgin yüksektir. Uyuşturucu suçu dışında suç oranı diğer gruplara göre belirgin düşüktür. Yasal sorun şiddeti, son dönem ve yaşam boyu diğer gruplara göre orta seviyede saptanmaktadır. Bu bulgular ışığında, bu grubun uyuşturucu suçu dışında suç öyküsü şiddetli olmayan yalnız uyuşturucu suçu nedeniyle şiddetli yasal sorun yaşayan bir grup olduğu düşünülmektedir. Tedaviye cevapsız grup, yaşam boyu alkol kullanım sorun şiddeti en yüksek olan gruptur. Yaşam boyu ve son dönem madde kullanım bozukluğu şiddeti en yüksek olan gruptur. Karışık madde kullanım süresi ortalaması diğer gruplara göre belirgin yüksektir. Alkol ve maddeye başlama yaşı diğer gruplara göre belirgin daha düşüktür. Opiyat kullanım süresi ise en uzun olan gruptur. Günlük kullanılan opiyat dozu diğer gruplara göre istatistiki olarak anlamlı düzeyde yüksektir. Tedavi başlangıcında damar içi kullanım oranı ve yaşam boyu damar içi kullanım öyküsü oranı en yüksek olan gruptur. İlk idrarda madde metabolitleri taramasında ise buprenorfin pozitifliği oranı en yüksek olan gruptur. MAÖ puanları diğer gruplardan belirgin düzeyde yüksek saptanmaktadır. Maddeye ulaşma süresi ortalaması diğer gruplara göre belirgin kısadır. Bu bulgular ışığında, tedaviye cevapsız grubun madde kullanım bozukluğu şiddeti, fiziksel bağımlılık şiddeti en yüksek grup olduğu düşünülmektedir. Bu grubun buprenorfin kötüye kullanım oranının en yüksek olduğu grup olması da bunu destekler niteliktedir. Madde erişilebilirliğinin diğer gruplara göre daha kolay olmasının da bu sonuçlarla ilişkili olduğu düşünülmektedir. Tedaviye cevapsız grubun son remisyondan bu yana geçen süre

ortalaması diğer gruplara göre daha kısa saptanmaktadır. Toplam tedavi başvurusu sayısı, yatarak tedavi başvurusu sayısı ve yatarak tedavi başvurusu öyküsü oranı diğer gruplara göre daha yüksek saptanmaktadır. DHOTİÖ ölçeği toplam puan ortalaması ve farkına varma alt ölçeği, ikilem alt ölçeği ve adım atma alt ölçeği puan ortalaması diğer gruplara göre belirgin yüksektir. Bu bulgular ışığında, tedaviye cevapsız grubun diğer gruplara göre madde kullanım bozukluğu şiddeti daha yüksek ve maddeye erişebilirliği daha kolay olan bir grup olmasına rağmen, madde kullanım bozukluğunun yaşamında yarattığı kayıplara dair içgörüsü daha yüksek ve yaşam boyu ve son dönem tedavi motivasyonu daha yüksek olan bir grup olduğu düşünülmektedir. Tedaviye cevapsız grup, kardeş ve ebeveynlerinde alkol/madde kullanım öyküsü oranı en düşük olan ve yaşadığı bireylerde alkol/madde kullanım oranı en düşük olan gruptur. ÇBASDÖ algılanan aile desteği ve algılanan özel insan desteği puan ortalamaları diğer gruplara göre daha yüksektir. Yaşam boyu aile-sosyal ilişkiler sorun şiddeti diğer gruplara göre daha yüksek yalnız son dönem aile-sosyal ilişkiler sorun şiddeti diğer gruplara göre belirgin düşük saptanmaktadır. Bu bulgular ışığında, tedaviye cevapsız gruptaki bireylerin, aile-sosyal ilişkiler konusunda yaşam boyu kayıpları olan ve bu kayıplara dair içgörülerini olan bireylerden oluştuğu ve son dönemde bu ilişkilerde düzelme sağlayan bir grup olduğu söylenebilir. Tedaviye cevapsız grubun, yaşam boyu ve son dönem psikiyatrik sorun şiddeti diğer gruplara göre daha düşük saptanmaktadır. Öz kırım öyküsü ve psikotik dönem öyküsü oranı da benzer şekilde diğer gruplara göre daha düşük saptanmaktadır. LPÖ birincil psikopati alt ölçek puan ortalaması da diğer gruplara göre belirgin düşük saptanmaktadır. Özetle, bu grup psikiyatrik komorbidite açısından sorun şiddeti en düşük gruptur.

Tedaviye Uyumlu Grup;

Yaş ortalaması tedaviye uyumsuz grup ile benzer tedaviye cevapsız gruptan birkaç yaş düşük saptanmaktadır. Bekar olma oranı diğer gruplara göre belirgin yüksektir. Bu bulgunun aile-destek sorunlarının daha şiddetli olduğu bir grup olması nedeniyle partner ilişkilerinden kaçınmaları ile ilişkili olduğu düşünülmektedir. Tıbbi sorun şiddeti tedaviye cevapsız gruptan düşük, tedaviye uyumsuz grup ile benzer saptanmaktadır. Anti-HCV pozitiflik oranı diğer gruplara göre düşük saptanmaktadır. Yaşam boyu ve son dönem iş-destek sorun şiddeti diğer gruplara göre düşük saptanmaktadır. Mesleki eğitime sahip olma oranı diğer gruplara göre daha yüksektir.

İşsizlik oranı en düşük gruptur. Yalnız aynı işte en uzun çalışma süresi diğer gruplara göre düşük saptanmaktadır. Bu bulgular ışığında, bu grubun çoğunluğunun diğer gruplara göre daha uzun bir eğitim süresini tamamlayanlardan oluşması nedeniyle daha geç iş hayatına atılmış olan, mesleki işlevselliği iyi olan ve mesleki işlevsellik kaybı diğer gruplara göre daha az olan bir grup olduğu düşünülmektedir. Tedaviye uyumlu grubun, yaşam boyu ve son dönem yasal sorun şiddeti diğer gruplara göre belirgin düşüktür. Bu grupta ilk kez DST alanların oranı daha yüksektir. Uyuşturucu suçu dışında suç öyküsü oranı tedaviye cevapsız gruba göre daha yüksek tedaviye uyumsuz gruba göre daha düşüktür. Cezaevi öyküsü oranı diğer gruplardan belirgin olarak düşüktür. Bu bulgular, yasal sorun şiddeti en düşük olan tedavi sonucu grubu olduğunu düşündürmektedir. Opiyata başlama yaşı tedaviye uyumsuz gruba benzer, opiyata geçiş süresi diğer gruplara göre düşük saptanmaktadır. Günlük opiyat dozu diğer gruplara göre düşük saptanmaktadır. MAÖ puan ortalaması, tedaviye uyumsuz gruba yakın olmakla birlikte tedavi grupları arasında en düşük saptanmaktadır. İlk idrarda madde metabolitleri testinde buprenorfin pozitifliği oranı en düşük olan gruptur. Bu bulgular ışığında, tedaviye uyumlu grupta olan bireylerin diğer gruptaki bireylerle benzer yaşta maddeye başlamasına rağmen daha erken opiyat kullanımına başlayan, opiyat kullanım bozukluğunun erken yıllarında olan, çok şiddetli yoksunluk bulguları yaşamadıkları ve yasal sorun şiddetlerinin düşük olması ile ilişkili olarak buprenorfin kötüye kullanımının da düşük oranda olduğu bir grup olduğu düşünülmektedir. Tedaviye uyumlu grubun en uzun ayıklık süresi ortalaması diğer gruplara göre daha uzun saptanmaktadır. Yalnız son remisyondan bu yana geçen süre de diğer gruplara göre daha uzun saptanmaktadır. Bırakma denemesi sayısı, ayaktan, yatarak ve toplam tedavi başvurusu sayısı diğer gruplara göre belirgin düzeyde düşük saptanmaktadır. Yalnız ayaktan BN tedavisine başvurma oranı en yüksek olan gruptur. Diğer gruplara göre remiyon öyküsü oranı daha yüksektir. Bu bilgiler ışığında, bu gruptaki bireylerin opiyat aşırme şiddetleri düşük olduğu için remiyon sağlayabilen yalnız madde kullanım bozukluğunun oluşturduğu, yasal, mesleki ve ailesel kayıpların yoğun olmamasına bağlı olarak madde kullanım bozukluklarının şiddetine dair farkındalıkları düşük olan ve bu nedenle yatarak tedavi motivasyonları düşük bireylerden oluştuğu düşünülmektedir. Bu bireylerin opiyat aşırme şiddetleri düşük olduğu için, diğer gruplara göre daha hafif yoksunluk bulgularının olduğu düşünülmekte ve ayaktan BN tedavisini tercih etme oranlarının ve bu tedaviyle ayıklık sağlayabilme oranlarının bu

nedenle yüksek olduğu düşünülmektedir. Tedaviye uyumlu grupta, yaşam boyu aile ve sosyal ilişkiler sorun şiddeti diğer gruplara göre düşük saptanmaktadır. Yalnız son dönem, aile ve sosyal ilişkiler sorun şiddeti diğer gruplara göre daha yüksek saptanmaktadır. ÇBASDÖ algılanan aile desteği alt ölçek puan ortalaması diğer gruplara göre düşük, algılanan arkadaş desteği alt ölçeği puan ortalaması diğer gruplara göre daha yüksek saptanmaktadır. Bu bulgular ışığında, tedaviye uyumlu gruptaki bireylerin, tedavi başvurusu öncesi son 1 ay içerisinde aile ve sosyal ilişkilerle ilgili sorunlarının artmaya başladığı, aile desteğinin yaşam boyu düşük olduğu ve son dönemde aile içi çatışmalarının arttığı yalnız arkadaş ilişkileri konusunda ise, diğer gruplar kadar sorun ve kayıp yaşamadıkları, ana sosyal destek kaynaklarının arkadaşları olduğu düşünülmektedir. Tedaviye uyumlu grubun, yaşam boyu ve son dönem psikiyatrik sorun şiddeti diğer gruplardan çok az bir farkla da olsa daha yüksek olduğu saptanmaktadır. LPÖ ikincil psikopati alt ölçeği puanları en yüksek olan gruptur. Öz kıyım girişimi ve psikotik dönem öyküsü oranı diğer gruplardan daha yüksek saptanmaktadır. Tedaviye uyumlu grubun, algılanan aile desteği düşük olan, bu durumla baş etmek için kısa sürede daha riskli madde kullanımına geçen, aile desteği düşük olduğu için sosyal desteğini arkadaşlarından alan ve madde kullanan arkadaşlara uyum sağladığı için ikincil psikopati şiddeti daha yüksek ve tüm bu sorunlar nedeniyle psikiyatrik sorunlar yaşayan bireylerden oluşan bir grup olduğu düşünülmektedir.

5.3. ÖRNEKLEMİN ÖZELLİKLERİNİN TEDAVİ UYUMUNA ETKİLERİ AÇISINDAN TARTIŞILMASI

5.3.1. Sosyodemografik Özelliklerin Tedavi Uyumuna Etkisi

5.3.1.1. Yaşın Tedavi Uyumuna Etkisi

Çalışmamızda, tedaviye uyumlu ve uyumsuz grubun yaş ortalamaları benzer (27.43 yaş ve 27.89 yaş), tedaviye cevapsız grubun yaş ortalaması bir kaç yaş ileri saptanmaktadır (30.50 yaş). Ancak çalışmamızda yaş faktörünün tedavi uyumu gruplarındaki dağılımı istatistiki olarak anlamlı saptanmamaktadır. Bu bulgu Türkiye’de DST alanında ve BN idame tedavisi alanında yapılan birçok çalışmayı destekler niteliktedir (3,4,20-23). Çalışmamızda örneklemin yaş faktörünün dar bir aralıkta dağılmasının anlamlı sonuca ulaşılmamasına neden olduğu düşünülmektedir. Literatürde yaş faktörüyle tedavi sonucunu ilişkisiz saptayan birçok çalışmada da

benzer bir dağılımın olması dikkat çekmektedir (3,4,20,-23). Yaş faktörü ile tedavi sonucu arasında bir ilişki saptanmamasının bir nedeninin de örneklemin küçük olmasından kaynaklanabileceği düşünülmektedir. Türkiye’de ve yurtdışında daha geniş örnekleme yapılan birçok çalışmada anlamlı sonuçlar elde edilmiştir (2,3,6,21,23,51,58-69).

Tedaviye cevapsız grubun, tedavi şartlarına uyum sağlamasına rağmen maddeyi bırakmadığı için ileri tedavi için başvuran bir grup olduğu düşünülürse, tedaviye sonuç alamamaları da uyum sağlayan bireylerden oluştuğu görülmektedir. Bu grubun yaş ortalamasının yüksek saptanması, literatürdeki ileri yaş ile tedavi uyumunu ilişkili saptayan çalışmaları destekler niteliktedir (51,58-61).

5.3.1.2. Cinsiyetin Tedavi Uyumuna Etkisi

ABD’de uyuşturucu mahkemelerinde yapılan bir çalışmada, tedaviye uyumlu gruptaki erkek cinsiyet oranı (%76,7), tedaviye uyumsuz gruptaki erkek cinsiyet oranından (%69,2) yüksek saptanmasına rağmen istatistiki olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır (51). Yurtdışında opiyat idame tedavisi alanlarda yapılan bazı çalışmalarda erkek cinsiyet ile tedavi uyumsuzluğu arasında anlamlı ilişki saptanmıştır (62-69).

Türkiye’de DST alan ve BN idame tedavisindeki bireylerde yapılan hiçbir çalışmada cinsiyet ile tedavi uyumu arasında bir ilişki saptanmamıştır (2-6,21,23). Çalışmamızda tedavi sonucuyla cinsiyet faktörü ilişkili saptanmamaktadır. Bu konuda bir sonuca ulaşılamamasının nedeninin örneklemimizde sadece 1 kadın katılımcı olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir. Türkiye’de DST alanında ve BN idame tedavisi alanında yapılan çalışmalarda örneklemdeki kadın katılımcı sayısının düşük olması dikkat çekmektedir. Türkiye’de cinsiyet faktörünün DST ve BN idame tedavisi üzerine etkisi konusunda çalışma yapılması gerekliliği göze çarpmaktadır.

5.3.1.3. Medeni Durumun Tedavi Uyumuna Etkisi

Çalışmamızda medeni durum faktörü tedavi uyumu açısından değerlendirildiğinde, anlamlı bir ilişki saptanmamaktadır. Bu bulgu Türkiye’de DST alanında ve BN idame tedavisi alanında yapılan birçok çalışmayı destekler niteliktedir (2,3,4,21,51). Örneklemimizin, Türkiye’deki literatürdeki diğer örneklemelere göre bekar olma oranı homojen olarak yüksek bir grup olmasının, anlamlı bir ilişki saptamamıza engel olduğu düşünülmektedir. Öte yandan, istatistiki olarak anlamlı düzeye ulaşmamakla birlikte, tedaviye cevapsız gruptaki bireylerin evli olma oranı diğer gruplardan daha yüksek saptanmaktadır. Tedaviye cevapsız grubun tüm tedavi gereklerine uyan ve tedavi başarısını sağlayamadığı için ileri tedavi talebi olan bireylerden oluştuğu düşünülürse, evli olma oranı yüksek olan bu grubun tedavi uyumunun yüksek olması Türkiye’de ve yurtdışında yapılan evli olmak ile tedavi uyumunu ilişkili saptayan çalışmaları destekler niteliktedir (6,8,58,78-80).

5.3.1.4. Göç Öyküsünün Tedavi Uyumuna Etkisi

Çalışmamızda, tedaviye cevapsız grupta göç öyküsü olmama oranı diğer tedavi sonucu gruplarına göre istatistiki olarak anlamlı düzeyde yüksek saptanmaktadır. Tedaviye uyumsuz grubun göç yaşı ortalaması en düşük, tedaviye cevapsız grubun göç yaşı ortalaması ise en yüksek saptanmaktadır. Bu bulgular ışığında, özellikle genç yaşta göç öyküsünün tedavi uyumsuzluğu ile ilişkili olduğu, göç öyküsünün olmamasının ise tedavide kalma ile ilişkili olduğu düşünülmektedir. Bu sonuç literatürdeki, BN idame tedavisi ile remisyon sağlayamayan grupta göç öyküsü oranını yüksek saptayan çalışma sonucu ile paraleldir (23).

5.3.1.5. Eğitim Durumunun Tedavi Uyumuna Etkisi

Çalışmamızda eğitim düzeyi açısından tedavi sonucu grupları arasında istatistiki olarak anlamlı bir fark saptanmamaktadır. Bu bulgu Türkiye’de DST ve BN idame tedavisi alanında yapılan birçok çalışmayı destekler niteliktedir (2-6,20-22). Anlamlı bir fark bulunmamasının bir nedeninin de, örneklemimizin eğitim düzeyinin dar bir dağılıma sahip olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir. Öte yandan, istatistiki olarak anlamlı düzeye ulaşmamakla birlikte, tedaviye uyumsuz grubun mesleki eğitime sahip olma oranı diğer gruplara göre belirgin olarak düşük ve tedaviye cevapsız grubun

mesleki eğitime sahip olma oranı diğer gruplara göre belirgin olarak yüksek saptanmaktadır. Tedaviye cevapsız grubun tüm tedavi gereklerine uyan ve tedavi başarısı sağlayamamasalar da ileri tedavi talebi olan bireylerden oluştuğu düşünüldüğünde, bu bulgu literatürdeki yüksek eğitim düzeyi ile tedavi uyumunu ilişkili saptayan çalışmaları destekler niteliktedir (2,5,6,51,81-87).

5.3.2. İş-Destek Durumu Özelliklerinin Tedavi Uyumuna Etkisi

Çalışmamızda, tedavi sonucu grupları arasında iş-destek durumunu değerlendiren parametreler açısından istatistiki olarak anlamlı düzeye ulaşan bir fark saptanmamaktadır. Bu bulgu Türkiye’de DST alanlarda ve BN idame tedavisi alanında yapılan birçok çalışmayı desteklemektedir (3,5,20). Anlamlı bir ilişki saptanmamasında, örneklemimizin, Türkiye’de DST ve BN idame tedavisi alan bireylerde yapılan çalışmalardaki örneklemelere göre işsizlik düzeyinin homojen olarak yüksek bir grup olmasının etkili olduğu düşünülmektedir. Öte yandan çalışmamızda, tedaviye uyumsuz grubun tedaviye başvuru anında işsizlik oranının diğer gruplara göre belirgin düzeyde yüksek olduğu saptanmaktadır. Bu bulgu, literatürdeki işsizlik ile tedavi uyumsuzluğunu ilişkili saptayan çalışmaları destekler niteliktedir (2,6,62-69). Çalışmamızda, tedaviye uyumlu grup, işsizlik oranı en düşük grup olarak saptanmaktadır. Bu çalışıyor olmak ile tedavi uyumunu ilişkili saptayan çalışmaları desteklemektedir (2,6,23,89,90).

Çalışmamızdaki tedavi sonucu grupları iş-destek özellikleri açısından incelendiğinde; Tedaviye uyumsuz grubun, mesleki eğitim oranı en düşük olan grup olduğu saptanmaktadır. Buna rağmen bu grubun %88.9’unun bir mesleki eğitim ya da becerisi ve ortalama 4 yıllık bir düzenli çalışma öyküsü olduğu saptanmaktadır. Yalnız son dönemde bu grubun işsizlik oranı diğer gruplardan belirgin düzeyde yüksek saptanmaktadır. Yaşam boyu iş-destek sorun şiddeti de diğer gruplardan yüksek saptanmaktadır. Bu bulgular ışığında, tedaviye uyumsuz grubun, yaşam boyu mesleki işlevselliği en düşük grup olduğu saptanmaktadır. Bu bulgu, literatürdeki mesleki işlevselliğin düşük olması ile tedavi uyumsuzluğunu ilişkili saptayan çalışmaları destekler niteliktedir (4,6,62-69).

Tedaviye uyumlu grubun, yaşam boyu ve son dönem iş-destek sorun şiddeti diğer gruplara göre düşük saptanmaktadır. Mesleki eğitime sahip olma oranı diğer gruplara

göre daha yüksektir. İşsizlik oranı en düşük saptanan gruptur. Tüm bu bulgular, tedavi uyumu ile yüksek mesleki işlevselliği ilişkili bulan çalışmaları destekler niteliktedir (4,6,89-91).

5.3.3. Yasal Durum Özelliklerinin Tedavi Uyumuna Etkisi

Çalışmamızda tedaviye uyumsuz grubun, yaşam boyu yasal sorun şiddetinin istatistiki olarak anlamlı düzeyde tedaviye uyumlu gruba göre yüksek olduğu saptanmaktadır. Tedaviye uyumsuz grupta, uyuşturucu suçu dışında suç öyküsü oranı istatistiki olarak anlamlı düzeyde diğer tedavi sonucu gruplarından yüksek saptanmaktadır. Çalışmamızda, tedavi sonucu grupları arasında son dönem yasal sorun şiddeti açısından istatistiki olarak anlamlı bir fark saptanmamaktadır yalnız tedaviye uyumlu grubun son dönem yasal sorun şiddetinin diğer tedavi sonucu gruplarına göre belirgin düzeyde düşük olduğu bulunmaktadır. Bu bulgular, literatürdeki tedavi uyumsuzluğu ile şiddetli yasal sorun varlığını ilişkili saptayan çalışmaları destekler niteliktedir (3-5,51,59-69,92,94). Öte yandan, bulgularımız Türkiye’de BN idame tedavisi alanında yapılan ve tedavi sonucu ile yasal durum öyküsü şiddeti arasında bir ilişki saptamayan çalışma sonuçlarıyla çelişmektedir (20,21). Bu farkın, bu çalışmalardaki uyuşturucu suçu dışında suç öyküsü oranının çalışmamıza göre belirgin düzeyde ve homojen olarak düşük olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Çalışmamızda cezaevi öyküsü açısından tedavi sonucu grupları arasında anlamlı düzeyde bir fark saptanmamaktadır. Bu bulgu, Türkiye’de ve yurtdışında DST alan bireylerde ve BN idame tedavisi alan bireylerde yapılan çalışmalarla çelişmektedir (3,4,91). Bu farkın, örneklemimizin Türkiye’deki çalışmalardaki örneklemelere göre homojen olarak cezaevi öyküsü oranının yüksek olmasından kaynaklandığı, yurtdışındaki çalışmalardaki örneklemelere göre ise daha küçük bir örneklem ile yapılmasından kaynaklandığı düşünülmektedir. Öte yandan, tedaviye uyumlu grupta cezaevi öyküsü olmayanların oranı diğer tedavi sonucu gruplarına göre daha yüksek saptanmaktadır. Bu bulgu, literatürdeki tedavi uyumu ile cezaevi öyküsü olmamayı ilişkili saptayan çalışmaları destekler niteliktedir (3,4,92).

Çalışmamızda daha önce alınan DST sayısı ile tedavi sonucu grupları arasında istatistiki olarak anlamlı bir fark saptanmamaktadır. Bu bulgu, Petin ve ark. (3) çalışmasının sonuçlarıyla çelişmektedir. Bu farkın, örneklemimizin Petin ve ark. (3)

örnekleme göre homojen olarak benzer sayıda DST hükmü alma öyküsü olan bireylerden oluşmasından kaynaklandığı düşünülmektedir. Öte yandan, tedaviye uyumlu gruptaki ilk kez DST alanların oranı diğer tedavi sonucu gruplarına göre belirgin yüksek saptanmaktadır. Bu bulgu, Petin ve ark. (3) çalışmasını desteklemektedir.

Çalışmamızda, daha önce Türkiye'deki literatürde incelenmeyen bir parametre olarak daha önceki DST sonucu incelenmektedir. Bu konuda tedavi sonucu grupları arasında istatistiki olarak anlamlı bir fark saptanmamaktadır. Yalnız tedaviye cevapsız gruptaki DST uyumsuzluk nedeniyle cezai yaptırıma uğrama oranı, diğer tedavi sonucu gruplarına göre belirgin yüksek saptanmaktadır. Bu bulgunun, tedaviye cevapsız grubun, madde erişebilirliğinin daha kolay ve opiyat aşırma şiddetinin diğer gruplara göre daha yüksek olması ve madde kullanım bozukluğu şiddetinin de daha yüksek olması ile ilişkili olduğu düşünülmektedir. Bu farklar bu gruptaki bireylerin ayaktan tedaviye uyumsuzluk ve relaps riskini arttırarak DST'ne uyumsuzluk nedeniyle cezai yaptırıma uğramalarına neden olmuş olabileceği düşünülmektedir.

5.3.4. Alkol/Madde Kullanım Öyküsü Özelliklerinin Tedavi Uyumuna Etkisi

Çalışmamızda alkol ve maddeye başlama yaşı ortalaması, tedavi sonucu grupları arasında belirgin bir farklılık göstermemektedir. Bu bulgu, Türkiye'de DST alan bireylerde ve BN idame tedavisi alan bireylerde yapılan bazı çalışma sonuçlarını desteklemektedir (3,4,5,21). Tedavi sonucu ile maddeye başlama yaşı arasında bir ilişki saptanmamasında, örneklemimizin maddeye başlama yaş ortalamasının Türkiye'de DST alanlar, DST ve TT nedeniyle tedaviye başvuranlar ve BN idame tedavisinde olanlarla yapılan çalışmalara göre belirgin düzeyde genç olması ve maddeye başlama yaşının örnekleme dar bir aralıkta dağılım göstermesiyle ilişkili olduğu düşünülmektedir.

Çalışmamızda tedaviye cevapsız grubun yaşam boyu madde kullanım bozukluğu şiddeti diğer tedavi sonucu gruplarından istatistiki olarak anlamlı düzeyde yüksek saptanmaktadır. Benzer şekilde tedaviye cevapsız grubun son 1 ay içerisindeki madde kullanım bozukluğu şiddeti de tedaviye uyumsuz gruba göre anlamlı düzeyde, tedaviye uyumlu gruba göre ise istatistiki olarak anlamlı düzeye ulaşmamakla birlikte yüksek saptanmaktadır. Tedaviye cevapsız grubun, ayaktan tedaviye uyumsuz bir grup olduğu

göz önüne alındığında, madde kullanım bozukluğu şiddetinin diğer tedavi sonucu gruplarından yüksek olması yurtdışında DST ve opiyat idame tedavisi konusunda yapılan ve madde kullanım bozukluğu şiddeti ile tedavi uyumsuzluğunu ilişkili saptayan çalışmaları desteklemektedir (51,60,92,99,101). Diğer yandan, tedaviye uyumsuz grup ile tedaviye uyumlu grup arasında madde kullanım bozukluğu şiddeti açısından anlamlı bir fark saptanmamaktadır. Bu bulgu Türkiye’de DST ve BN idame tedavisi alanında yapılan bazı çalışmalarla paraleldir (2-5,20). Örneklemimizin, BN idame tedavisi endikasyonu alan bireylerden oluşmasının, örneklemin homojen olarak madde kullanım bozukluğu şiddeti yüksek bireylerden oluşmasına neden olduğu ve bu nedenle bu gruplar arasında madde kullanım bozukluğu şiddeti açısından fark saptanmamasına yol açmış olabileceği düşünülmektedir. Tedaviye cevapsız grubun, tedaviye uyumlu gruptan daha şiddetli madde kullanım bozukluğu olan bireylerden oluşmasına rağmen tedaviye uyumsuz grubun tedaviye uyumlu grupla benzer madde kullanım bozukluğu şiddeti olan bireylerden oluşması, madde kullanım bozukluğu şiddetinin ayaktan BN idame tedavisine uyumsuzluk açısından bir risk faktörü olduğu yalnız tedaviyi bırakmak konusunda bir risk oluşturmadığı düşünülmektedir.

Çalışmamızda, tedaviye uyumsuz grupta yaşam boyu damar içi yolla opiyat kullanımı deneyimi olmayanların oranı, tedaviye cevapsız gruba göre istatistiki anlamlı düzeyde yüksek saptanmaktadır. Tedaviye başvuru anında damar içi yolla kullanımı olanların oranı tedaviye cevapsız grupta belirgin düzeyde daha yüksektir. Bu bulgular damar içi kullanım ile tedavi uyumsuzluğunu ilişkili saptayan çalışmaları destekler niteliktedir (21,102,103). Tedaviye uyumsuz grup ile tedaviye uyumlu grup arasında tedaviye başvuru anında damar içi kullanım açısından bir fark saptanmamaktadır. Bu bulgu Türkiye’de DST ve BN idame tedavisi alanında yapılan ve madde kullanım yöntemi ile tedavi sonucu arasında bir ilişki saptamayan çalışmaları destekler niteliktedir (2-5,20,21,23). Yaşam boyu damar içi kullanım öyküsü oranı tedaviye uyumsuz grupta, diğer tedavi sonucu gruplarına göre daha düşük saptanmaktadır. Bu bulgular ışığında, damar içi kullanımın ayaktan BN idame tedavisine uyumsuzluk açısından bir risk faktörü olduğu öte yandan neden olduğu şiddetli tıbbi sorunlar nedeniyle bireylerin içsel motivasyonunu arttırarak tedavide kalma ile pozitif yönde ilişkili olduğu düşünülmektedir.

5.3.5. Tedavi Öyküsü Özelliklerinin Tedavi Uyumuna Etkisi

Çalışmamızda, en uzun ayıklık süresi ve BN idame tedavisi ile en uzun ayıklık süresinin tedavi sonucu grupları arasındaki dağılımında anlamlı düzeyde bir fark saptanmamaktadır. Yalnız, en uzun ayıklık süresi ortalaması tedaviye uyumlu grupta en uzun, tedaviye cevapsız grupta ise en kısadır. Bu bulgu tedavi uyumu ile en uzun ayıklık süresini ilişkili saptayan Petin ve ark. (3) çalışmasını desteklemektedir. Öte yandan, saptanan oran farkının tedaviye cevapsız grubun madde kullanım bozukluğu şiddetinin tedaviye uyumlu gruba göre belirgin yüksek olmasından da kaynaklanabileceği düşünülmektedir. Bu düşünce, literatürdeki ayıklık süresinin madde kullanım bozukluğu şiddeti daha yüksek olan alt grupta daha kısa olduğu sonucuna ulaşan çalışma ile paraleldir (5). BN ile en uzun ayıklık süresi ortalamaları da benzer şekilde, tedaviye uyumlu grupta en uzun, tedaviye cevapsız grupta ise en kısa saptanmaktadır. Bu bulgu da Güneş ve ark. (5) çalışmalarını destekler niteliktedir. Özetle, en uzun ayıklık süresi öyküsünün uzun olmasının ayaktan BN idame tedavisine uyumsuzluk ile ilişkili olduğu yalnız tedaviyi bırakma ile ilişkili olmadığı düşünülmektedir.

Çalışmamızda, tedavi başvurusu öyküsünü inceleyen parametrelerin hiçbirinin tedavi cevabı gruplarındaki dağılımında anlamlı düzeyde bir farka ulaşmamaktadır. Bu bulgu, literatürde tedavi başvurusu ve tedavi sonucu arasında ilişki saptamayan çalışmaları desteklemektedir (4-6,23,100,110-112). Çalışmamızda, opiyat kullanımı süreleri çok değişken olduğu için, tedavi başvurusuyla ilgili parametreler standardizasyon amaçlı net opiyat kullanılan süreye bölünmektedir. Tedavi sonucu grupları incelendiğinde tedaviye cevapsız grup diğer gruplara göre belirgin düzeyde daha sık tedavi almayı deneyen bir grup olarak göze çarpmaktadır. Bu grubun, net opiyat kullanılan yıl başına, bırakma deneme sayısı, ayaktan BN idame tedavisi başvurusu sayısı, yatarak BN idame tedavisi başvurusu sayısı, toplam BN idame tedavisi başvurusu sayısı ortalamaları diğer gruplara göre belirgin yüksek saptanmaktadır. Bu grubun yatarak BN idame tedavisine başvurma öyküsü oranı diğer gruplara göre daha yüksektir. Aynı zamanda bu grubun net opiyat kullanım süresi/opiyat kullanımına başladığından bu yana geçen süre oranı diğer gruplara göre daha kısa saptanmaktadır. Bu bulgular, tedaviye cevapsız grubun, diğer gruplara göre daha sık tedavi başvurusu olan ve opiyat kullanımına başladığı dönemden bu yana daha

uzun süreyi ayık geçirmiş olan bir grup olduğunu düşündürmektedir. Bu veriler ışığında, daha sık ve başarılı tedavi başvurusu öyküsünün tedavide kalma ile ilişkili olduğu yalnız ayaktan BN idame tedavisine uyum ile ilişkili olmadığı düşünülmektedir. Çalışmamızdaki bu bulgular, tedavi başvurusu öyküsü ve başarılı tedavi öyküsü ile tedavi uyumunu ilişkili saptayan ve tedavi başvurusu öyküsünü tekrar tedaviye başvurma ile ilişkili saptayan çalışmaları destekler niteliktedir (5,23,107,108,109,114-116). Tedaviye uyumlu grup ile tedaviye uyumsuz grup, tedavi başvurusu açısından karşılaştırıldığında; tedaviye uyumlu grubun, net opiyat kullanımı/opiyat kullanım süresi oranı daha düşük, opiyat kullanılan yıl başına bırakma denemesi sayı ortalaması daha yüksek, remisyon öyküsü oranı daha yüksek saptanmaktadır. Yalnız ayaktan, yatarak ve toplam tedavi başvurusu sayıları arasında belirgin bir fark saptanmamaktadır. Bu bulgular, tedavi başvurusu öyküsü ile tedavi uyumu arasında ilişki saptamayan çalışmaları destekler niteliktedir (4,5,6,23,100,110-112). Öte yandan, tedaviye cevapsız grubun tedavi başvurusu oranı ve sıklığı tedaviye uyumlu gruba göre daha yüksek saptanmaktadır. Bu bulgular ışığında, tedavi başvurusu öyküsünün ayaktan BN idame tedavisine uyumsuzluk ile ilişkili olduğu düşünülmektedir. Bu sonuç ise, tedavi başvurusu ile tedavi uyumsuzluğunu ilişkilendiren çalışmaları destekler niteliktedir (3,91).

Türkiye’de BN alanlarda tedavi uyumu ile aşerme şiddeti ilişkisi incelenmiştir. Evren ve ark. (21), örneklemelerindeki kayma yaşayan grupta tedaviye başlangıç anında aşerme puanları tedaviye uyumlu gruba göre anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. Guliyev ve ark. (20), ise aşerme şiddeti ile tedavi uyumu ve tedavide kalma arasında ilişki saptamamıştır. Çalışmamızda, tedaviye cevapsız grubun aşerme şiddeti istatistiki olarak anlamlı düzeyde tedaviye uyumlu gruba göre yüksek saptanmaktadır. Bu bulgu, Evren ve ark. (21) çalışmasının sonuçlarını desteklemektedir. Öte yandan aşerme şiddeti açısından, tedaviye uyumlu ve tedaviye uyumsuz grup arasında belirgin bir fark saptanmamaktadır. Bu bulgu ise Guliyev ve ark. (20) çalışmasına benzer saptanmaktadır. Aşerme şiddetinin yüksek olmasının, ayaktan BN tedavisine uyumsuzluk ile ilişkili olduğu, yalnız tedavide kalma ile ilişkili olmadığı düşündürmektedir.

Çalışmamızda tedavi motivasyonunun tedavi sonucuna etkisi incelenmektedir. Tedavi motivasyonu DHOTİÖ ile değerlendirilmekte ve tedaviye cevapsız grubun

toplam puan ve alt ölçek puanları ortalamalarının her biri diğer gruplardan anlamlı düzeye ulaşmamakla birlikte yüksek saptanmaktadır. Tedaviye cevapsız grubun ayaktan tedaviye uyumsuz yalnız tedavide kalan bir grup olduğu düşünüldüğünde, bu sonuç literatürdeki, tedavi uyumu ile tedavi motivasyonu yüksekliğini ilişkili saptayan çalışmayı desteklemektedir (7).

5.3.6. Aile ve Sosyal Destek Durumu Özelliklerinin Tedavi Uyumuna Etkisi

Çalışmamızda aile-sosyal ilişkilerdeki sorun şiddetini ve aile-sosyal destek düzeyini inceleyen hiçbir parametrenin tedavi sonucu grupları arasındaki dağılımında anlamlı bir fark saptanmamaktadır. Bu bulgu Guliyev ve ark. (20) çalışma sonuçlarını desteklemektedir. Tedavi uyumu grupları ayrıntılı incelendiğinde, tedaviye uyumlu grubun, yaşam boyu aile-sosyal ilişkiler sorun şiddeti ve algılanan aile desteği diğer gruplara göre düşük; algılanan arkadaş desteği ise diğer gruplara göre yüksek saptanmaktadır. Bu grupta, son dönem aile ve sosyal ilişkiler konusunda diğer gruplara göre daha şiddetli sorun varlığı mevcuttur. Bu grubun yaşam boyu ailesinden izole olan bu nedenle ne ailesinden destek gören ne de onlarla sorun yaşayan bireylerden oluştuğu, bu bireylerin sosyal desteğinin ana kaynağının arkadaş desteği olduğu ve son dönemde madde kullanım bozukluğu nedeniyle aile ve sosyal yaşamında kayıplar yaşadıkları düşünülmektedir. Tedaviye cevapsız grubun ise, yaşam boyu aile ve sosyal ilişkilerdeki sorun şiddeti tedaviye uyumlu gruptan yüksek, son dönemde bu konudaki sorun şiddeti ise tüm gruplardan daha düşük saptanmaktadır. Algılanan aile ve özel insan desteği ise diğer gruplara göre daha yüksek saptanmaktadır. Tedaviye cevapsız grubun, yaşam boyu aile ve sosyal ilişkilerinde şiddetli sorun yaşayan, buna rağmen aile ve özel insan desteği yüksek olan yalnız madde kullanım bozukluğu nedeniyle arkadaş ilişkilerinde aile ilişkilerine göre daha çok kayıp yaşayan yalnız son dönemde aile ve sosyal ilişki sorunları nispeten azalmış olan bireylerden oluştuğu düşünülmektedir. Tedaviye uyumsuz grubun ise, yaşam boyu aile ve sosyal sorun şiddeti tedaviye cevapsız gruba benzer, bu alandaki son dönem sorun şiddeti ise diğer gruplara göre orta derecede, algılanan aile desteği tedaviye cevapsız gruba benzer, algılanan arkadaş desteği tedaviye cevapsız gruba benzer, algılanan özel insan desteği ise tedaviye uyumlu gruba benzer saptanmaktadır. Tedaviye uyumsuz grubun, 1. derece akrabalarında alkol/madde kullanım öyküsü oranı en yüksek grup olmasına rağmen, yaşam boyu ve son dönem aile ve sosyal ilişkilerinde yaşadığı sorun şiddetini normalleştirdiği için şiddetli bildirmeyen,

algılanan aile ve sosyal desteği homojen olarak düşük bir grup olduğu düşünülmektedir. Bu bulgular ışığında, yaşam boyu aile ve sosyal ilişkilerde sorun yaşama ve algılanan aile ve sosyal desteğin düşük olması tedaviye uyumsuzluk ile ilişkili saptanmaktadır. Bu sonuç literatürdeki tedavi uyumsuzluğu ile aile ve sosyal desteğin düşük olmasını ilişkili saptayan çalışmaları desteklemektedir (99,119,120). Yaşam boyu aile desteği düşük olsa bile sorunsuz aile ilişkileri ve yüksek sosyal desteğin tedavi uyumu ile ilişkili olduğu düşünülmektedir. Yaşam boyu aile ve sosyal ilişki sorunları şiddetli olsa dahi, aile ve algılanan özel insan desteğinin yüksek olmasının tedavide kalma ile ilişkili olduğu düşünülmektedir. Bu bulgular literatürdeki yüksek aile ve sosyal destek ile tedavi uyumunu ilişkili saptayan çalışmaları destekler niteliktedir (3-5,7).

Aile ilişkileri yaşam boyu daha az sorunlu olan bireylerde son dönemde sorun şiddetinin artmasının tedavi uyumu ile ilişkili olduğu, yaşam boyu aile ilişkilerinde sorun yaşayan bireylerde son dönemde sorun şiddetinin azalmasının tedavide kalma ile ilişkili olduğu düşünülmektedir.

Çalışmamızda, tedaviye uyumsuz grupta, birlikte yaşadığı bireylerde alkol/madde kullanım bozukluğu öyküsü oranı, kullanım bozukluğu olan kardeş öyküsü oranı ve kullanım bozukluğu olan ebeveyn öyküsü oranı diğer tedavi sonucu gruplarından yüksek saptanmaktadır. Bu sonuç, tedavi uyumsuzluğu ile ailede ve aynı evde madde kullanım öyküsü olan birey varlığını ilişkili saptayan çalışmaları destekler niteliktedir (2,3,21,23,121). Tedaviye cevapsız grupta ise tüm bu parametreler diğer gruplara göre daha düşük oranda saptanmaktadır. Bu veri, ailesinde ve aynı evde yaşadığı bireylerde alkol/madde kullanımı öyküsünün olmaması ile tedavide kalmanın ilişkili olduğunu düşündürmektedir.

5.3.7. Psikiyatrik Durum Özelliklerinin Tedavi Uyumuna Etkisi

Çalışmamızda, katılımcıların psikiyatrik durum öyküsü ile ilişkili hiçbir parametrenin tedavi sonucu grupları arasındaki dağılımında anlamlı düzeyde bir fark saptanmamaktadır. Bu bulgu, Guliyev ve ark. (20) çalışma sonuçlarını destekler niteliktedir. Anlamlı farka ulaşamamızın, örneklemimizin psikiyatrik sorun şiddeti homojen olarak yüksek bir grup olmasından kaynaklanmış olduğu düşünülmektedir. Öte yandan, tedaviye uyumlu grubun, yaşam boyu ve son dönem psikiyatrik sorun şiddeti, öz kıyım ve psikotik dönem varlığı oranı, ikincil psikopati ve toplam psikopati puan

ortalaması diğer gruplara göre daha yüksek saptanmaktadır. Bu bulgular ışığında, bu grubun, psikiyatrik sorun şiddeti en yoğun olan tedavi sonucu grubu olduğu söylenilebilir. Bu bulgu, yurtdışındaki opiyat idame tedavisi alanlarda yapılan, duygudurum bozukluğu ve anksiyete bozukluğu ek tanısı varlığı ve uyumlu tedavi sonucunu ilişkili saptayan çalışmaları desteklemektedir (123,125-126). Türkiye’de DST alanında yapılan çalışmalar ise psikiyatrik sorun varlığı ile tedavi uyumsuzluğunu ilişkili saptamıştır (2,4,5). Bulgularımızın bu çalışma sonuçlarıyla çelişkili olmasının, bu çalışmalarda tam ayıklık hedefleyen tedavi yöntemlerinin kullanılmasından, BN idame tedavisi kullanılmamasından kaynaklandığı düşünülmektedir. Opiyat kullanım bozukluğunda BN idame tedavisi, tedavi uyumu daha iyi olan bir tedavi olduğu için, psikiyatrik sorun şiddeti yüksek olan hastaların da bu tedaviye uyabildiği düşünülmektedir. Tedaviye uyumlu grubun psikiyatrik sorun şiddeti en yüksek grup olarak saptanması, literatürdeki antisosyal kişilik bozukluğu ile tedavi uyumsuzluğunu ilişkilendiren çalışmalarla çelişmektedir (124,127-129). Marlowe ve ark. (130), antisosyal kişilik bozukluğu olan hastaların yapılandırılmış tedavilere daha iyi cevap verdiğini saptamıştır. Çalışmamızda yapılandırılmış bir tedavi uygulanması, psikopati puanları yüksek olan bireylerin tedavide başarılı olabilmesine olanak verdiği düşünülmektedir. Marlowe ve ark. (130), antisosyal kişilik bozukluğu seviyesi yüksek olan kişilerin tedavide başarısız olduğunu bildirmiştir. Çalışmamızda, tedaviye cevapsız grubun birincil psikopati puan ortalamasının diğer gruplardan düşük olduğu göze çarpmaktadır. Birincil psikopati puanlarının düşüklüğü ile tedavide kalmanın ilişkili olduğu düşünülmektedir. Bu sonuç, Marlowe ve ark. (130) çalışmasını desteklemektedir.

5.3.8. Tıbbi Durum Özelliklerinin Tedavi Uyumuna Etkisi

Çalışmamızda tıbbi durumu değerlendiren parametrelerin tedavi sonucu gruplarındaki dağılımında anlamlı bir fark saptanmamaktadır. Bu bulgu Türkiye’de DST ve BN idame tedavisi alanlarda yapılan bazı çalışmaları destekler niteliktedir (5,20,23). Öte yandan, tedaviye cevapsız grubun yaşam boyu ve son dönem tıbbi sorun şiddeti anlamlı düzeye erişmemekle birlikte diğer gruplardan daha yüksek saptanmaktadır. Bu bulgu, Guliyev ve ark. (20) çalışmasındaki tedavide kalan grubun tedaviyi terkeden gruba göre tıbbi sorun şiddeti daha yüksek olan bir grup olduğu sonucunu desteklemektedir. Çalışmamızda, tedaviye cevapsız ve tedaviye uyumsuz

grubun anti-HCV pozitiflik oranı tedaviye uyumlu gruba göre belirgin yüksek saptanmaktadır. Bu bulgu, Mutlu ve ark. (23) çalışmasındaki sonuç ile çelişmektedir. Gönüllü BN idame tedavisine başvuranlarda damar içi kullanım oranının daha yüksek olması nedeniyle, Mutlu ve ark. (23) çalışmasındaki örneklemin, anti-HCV pozitiflik oranının homojen olarak daha yüksek bir grup olduğu bu nedenle anti-HCV pozitifliği ile tedavi sonucu arasında bir ilişki saptanamadığı, örneklemimizde ise anti-HCV pozitiflik oranı daha düşük ve daha heterojen dağıldığı için tedaviye cevapsız grupta daha yüksek oranda saptanabildiği düşünülmektedir.

5.4. VARSAYIMLARIN DEĞERLENDİRİLMESİ

Varsayımımızda, DS kapsamında tedaviye başvuran, Opiyat Kullanım Bozukluğu olan bireylerin, sosyodemografik özellikler, mesleki işlevsellik, yasal durum öyküsü, madde kullanım özellikleri, tedavi öyküsü, aile ve sosyal çevre ile ilişkili özellikler ve psikiyatrik öykü açısından DS nedeniyle tedaviye başvuran genel popülasyondan farklı olduğu düşünülmektedir.

Türkiye’de DST ve TT alanında yapılan çalışmalarda örneklemelerin sadece %0.5-1’i düzenli opiyat kullanımı olan bireylerden oluşmaktadır. Çalışmamız bu küçük yüzdede yapılmıştır. Literatürdeki DST ve TT nedeniyle tedaviye başvuranlarda yapılan çalışmalarda örneklemelere göre; yaş ortalamasının daha yüksek, evli olma oranının belirgin düzeyde düşük, bekar ve boşanmış olma oranının belirgin düzeyde yüksek, işsizlik oranı daha yüksek ve yaşam boyu iş-destek sorunları daha şiddetli, uyuşturucu suçu dışındaki suç oranı ve yaşam boyu yasal sorun şiddeti daha yüksek, maddeye başlama yaşı daha düşük ve yaşam boyu ve son dönem daha şiddetli alkol/madde kullanım şiddeti daha yüksek, alkol/madde kullanımına başlama yaşı daha genç, akrabalarında ve birlikte yaşadıkları bireylerde alkol/madde kullanım öyküsü oranı daha yüksek, yaşam boyu ve son dönem aile-sosyal ilişki sorunları daha şiddetli, psikotik dönem öyküsü oranı daha düşük olmasına rağmen yaşam boyu ve son dönem daha şiddetli psikiyatrik ve tıbbi sorunları olan bir örneklem olduğu saptanmaktadır. Yalnız örneklemimizin, eğitim süresi ortalaması, cezaevi öyküsü oranı, ilk kez DST alma oranı, çoklu madde kullanımı oranı ve en uzun ayıklık süresi ortalaması, Türkiye’de DST alanında yapılan çalışma sonuçlarıyla benzer saptanmaktadır.

Bu bulgular varsayımımızı desteklemektedir. Örneklemimiz, literatürdeki DST ve TT nedeniyle tedaviye yönlendirilen örneklemelere göre, yaşamın bir çok alanında şiddetli kayıpları olan, daha kriminal ve alkol/madde kullanım bozukluğu şiddeti daha yüksek bir örneklemdir.

Varsayımımızda, DS kapsamında tedaviye başvuran Opiyat Kullanım Bozukluğu olan bireylerde, genç yaş, düşük eğitim düzeyi, düşük mesleki işlevsellik, şiddetli yasal durum öyküsü, düşük sosyal destek, şiddetli opiyat kullanım bozukluğu ve şiddetli psikiyatrik ve tıbbi öykünün tedavi uyumsuzluğu ile ilişkili olduğu düşünülmektedir.

Çalışmamızda, yaş faktörü tedavi uyumu ile ilişkili saptanmaması varsayımımızla çelişmektedir. Yalnız, tedaviye cevapsız grubun yaş ortalamasının diğer gruplara göre birkaç yaş ileri saptanmaktadır. Bu bulgular ışığında, tedavi uyumsuzluğu ile genç yaş ilişkili saptanmamakla birlikte, ileri yaşın tedavide kalma ile ilişkili olduğu düşünülmektedir.

Çalışmamızda, eğitim süresi ortalaması ile tedavi uyumu arasında bir ilişki saptanmamaktadır. Bu bulgu, varsayımımızı desteklememektedir. Yalnız tedaviye uyumsuz grubun mesleki eğitim almış olma oranı en düşük olan grup olduğu saptanmaktadır. Bu sonuç, eğitim düzeyinin düşük olması ile tedavi uyumsuzluğu arasında bir ilişki saptanmamakla birlikte, mesleki eğitim almamış olmak ile tedavi uyumsuzluğunun ilişkili olduğu düşünülmektedir.

Yaptığımız çalışmada, iş-destek sorun şiddet puanının tedavi grupları arasındaki dağılımında anlamlı düzeyde bir farka ulaşılamamaktadır. Bu bulgu varsayımımızla çelişmektedir. Öte yandan, tedaviye uyumlu grubun işsizlik oranı en düşük grup olması ve tedaviye uyumsuz grubun mesleki eğitime sahip olma oranının diğer gruplara göre belirgin düşük olması göz çarpmaktadır. Bu bulgular ışığında, mesleki işlevsellik direkt olarak tedavi uyumu ile ilişkili olmasa da, tedaviye başvuru anında çalışıyor olmanın tedavi uyumu ile ve mesleki eğitim almamış olmanın tedavi uyumsuzluğu ile ilişkili olduğu düşünülmektedir.

Yasal durum öyküsü şiddetini inceleyen parametrelerin tedavi grubu dağılımlarında anlamlı bir farka ulaşılmaktadır. Tedaviye uyumsuz grubun yaşam boyu yasal sorun şiddeti ve uyuşturucu suçu dışında suç öyküsü oranı diğer gruplara göre

istatistiki olarak anlamlı düzeyde yüksek saptanmaktadır. Bu bulgu, varsayımımızı desteklemektedir. Yaşam boyu yasal durum sorunlarının şiddetli olması ve uyuşturucu suçu dışındaki suç öyküsünün tedaviye uyumsuzluk açısından bir risk faktörü olduğu düşünülmektedir. Öte yandan cezaevi öyküsü ve DST öyküsü ile tedavi uyumsuzluğu arasında direkt bir ilişki saptanmamaktadır. Yalnız tedaviye uyumlu grubun cezaevi öyküsü oranının diğer gruplara göre belirgin düşük olduğu ve ilk kez DST alma oranının diğer gruplara göre belirgin yüksek olduğu göze çarpmaktadır. Cezaevi öyküsü olmamanın ve ilk kez DST almış olmanın ayaktan BN tedavisine uyum ile ilişkili olduğu düşünülmektedir. DST'ne uyumsuzluk nedeniyle cezai yaptırıma uğrama oranı tedaviye cevapsız grupta daha yüksek saptanmaktadır. DST nedeniyle cezai yaptırıma uğramanın tedavide kalma ile ilişkili olduğu düşünülmektedir.

Varsayımlarımızda düşük sosyal desteğin uyumsuz tedavi sonucu ile ilişkili olduğu belirtilmektedir. Yalnız aile-sosyal destek ile ilişkili hiçbir parametrenin tedavi sonucu gruplarındaki dağılımında anlamlı düzeyde bir fark saptanmaması varsayımımızla çelişmektedir. Hatta tedaviye uyumlu grupta aile-sosyal ilişkilerde sorun şiddetinin yaşam boyu ve son dönemde diğer gruplara göre belirgin yüksek saptanması varsayımımızla taban tabana zıt bir bulgudur. Çalışmamızda sosyal destek, aile ve sosyal ilişkilerdeki sorun şiddeti ve destek düzeyi olmak üzere iki ana başlıkta altına toplanan parametrelerle değerlendirilmektedir. Sorun şiddeti ana başlığı altında gruplar değerlendirildiğinde, tedaviye uyumlu grup aile ve sosyal ilişkilerinde yaşam boyu sorun şiddeti en düşük olan son dönem sorun şiddeti ise en yüksek olan, tedaviye cevapsız grup yaşam boyu sorun şiddeti en yüksek son dönemde sorun şiddeti azalmış olan, tedaviye uyumsuz grup ise yaşam boyu ve son dönem sorun şiddeti orta seviyede bir grup olarak bulunmaktadır. Bireyin yaşam boyu aile ve sosyal ilişkileri sorunsuzken son dönemde sorun şiddetinin artmış olmasının tedavi uyum ile, yaşam boyu aile ve sosyal ilişkileri sorunluyken son dönemde sorun şiddetinin artmış olması tedavide kalma ile ilişkili olduğu düşünülmektedir. Sosyal destek ana başlığında değerlendirildiğinde, tedaviye uyumlu grubun aile ve özel insan desteği olmayan ana sosyal destek kaynağı arkadaşlar olan bir grup olduğu, tedaviye cevapsız grubun ise arkadaş desteği düşük ana sosyal destek kaynağı aile ve özel insan olan bir grup olduğu, tedaviye uyumsuz grubun ise yaşam boyu ne aile ne de arkadaş ve özel insan desteği olmayan bir grup olduğu göze çarpmaktadır. Bu bulgular ışığında; aile, özel insan ya da arkadaşların herhangi birinden destek almanın

tedavi uyumu ve tedavide kalma ile, sosyal desteğin olmamasının tedaviye uyumsuzluk ile ilişkili olduğu düşünülmektedir. Bu sonuç, varsayımımızı desteklemektedir.

Çalışmamızda, tedaviye uyumsuz grubun ailesinde ve birlikte yaşadığı bireylerde alkol/madde kullanım öyküsü oranı en yüksek, tedaviye cevapsız grubun ise ailesinde ve birlikte yaşadığı bireylerde alkol/madde kullanım öyküsü oranı en düşük saptanmaktadır. Bu bulgular ışığında, ailesinde ve birlikte yaşadığı bireylerde alkol/madde kullanım öyküsü olmanın tedavi uyumsuzluğu ile, olmanın ise tedavide kalma ile ilişkili olduğu düşünülmektedir.

Çalışmamızda şiddetli opiyat kullanım bozukluğu ile tedavi uyumsuzluğunun ilişkili olduğu varsayılmaktadır. Tedaviye cevapsız grubun, yaşam boyu madde kullanım bozukluğu şiddeti istatistiki olarak anlamlı düzeyde diğer gruplardan yüksek saptanmaktadır. Son dönem madde kullanım bozukluğu şiddeti ise istatistiki olarak anlamlı düzeyde tedaviye uyumsuz gruptan, anlamlı düzeye ulaşmamakla birlikte tedaviye uyumlu gruptan yüksek saptanmaktadır. Tedaviye cevapsız grubun alkol/madde kullanımına başlama yaşı, karışık madde kullanımı süresi ortalaması, opiyat kullanımı süresi diğer gruplardan belirgin yüksek saptanmaktadır. Tedaviye cevapsız grubun günlük opiyat dozu ortalaması anlamlı düzeyde tedaviye uyumlu gruptan, anlamlı düzeye ulaşmamakla birlikte tedaviye uyumsuz gruptan yüksek, maddeye ulaşmak için geçen süre ortalaması anlamlı düzeyde tedaviye uyumsuz gruptan yüksek anlamlı düzeye ulaşmamakla birlikte tedaviye uyumlu gruptan yüksek saptanmaktadır. Tedaviye cevapsız grupta, tedaviye başvuru anında damar içi ve intranazal kullanım oranı ve yaşam boyu damar içi kullanım öyküsü oranı diğer gruplardan yüksek saptanmaktadır. Bu bulgular ışığında, yaşam boyu ve son dönem opiyat kullanım bozukluğu şiddetinin yüksek olması, madde/alkol kullanımına başlama yaşının düşük olması, karışık madde kullanım süresinin uzun olması, opiyat kullanım süresinin uzun olması, günlük opiyat dozunun yüksek olması, maddeye ulaşmak için geçen sürenin kısa olması, tedavi anında inhalasyon yolu dışında bir yolla opiyat kullanımı, damar içi kullanım öyküsü varlığı; ayaktan BN idame tedavisine uyumsuzluk ve tedavide kalma ile ilişkili bulunmaktadır. Öte yandan, tedaviye cevapsız grupta, madde kullanımından opiyat kullanımına geçen süre diğer gruplara göre belirgin uzun, tedaviye başvuru anında damar içi kullanım oranı diğer gruplardan belirgin düzeyde düşük, damar içi kullanımı hiç denememiş olma oranı anlamlı düzeyde tedaviye cevapsız gruptan düşük anlamlı olmamakla birlikte

tedaviye uyumlu gruptan düşük, maddeye ulaşmak için geçen süre diğer gruplara göre belirgin uzun saptanmaktadır. Bu bulgular ışığında, damar içi kullanımı denememiş olma ve tedaviye başvuru anında damar içi yolla madde kullanmamak, opiyata daha geç başlamak ve maddeye ulaşma süresinin uzun olması tedavi uyumsuzluğu ile ilişkili saptanmaktadır. Tedaviye uyumlu grupta ise, madde kullanımından opiyat kullanımına kadar geçen süre diğer gruplara göre belirgin kısa ve tedavi başlangıcında buprenorfin kötüye kullanımı oranı diğer gruplardan belirgin olarak düşük saptanmaktadır. Bu bulgular ışığında, kısa sürede opiyat kullanımına geçme ve tedaviye başvuru anında buprenorfin kötüye kullanımı olmamanın tedavi uyumu ile ilişkili olduğu düşünülmektedir. Yaşam boyu ve son dönem alkol kullanım şiddeti ve tedavi başlangıcında idrarda saptanan madde metaboliti sayısının ise tedavi uyumu ile ilişkili olmadığı bulunmaktadır.

Çalışmamızda şiddetli psikiyatrik ve tıbbi öykünün tedavi uyumsuzluğu ile ilişkili olduğu varsayılmaktadır. Psikiyatrik durum öyküsünü değerlendiren hiçbir parametrenin tedavi sonu grupları arasındaki dağılımında anlamlı düzeyde farka ulaşmaması bu varsayım ile çelişmektedir. Hatta, tedaviye uyumlu grubun, yaşam boyu ve son dönem psikiyatrik sorun şiddeti, öz kıyım girişimi ve psikotik dönem varlığı oranının, ikincil psikopati ve toplam psikopati puan ortalamasının diğer gruplara göre daha yüksek saptanması varsayımımızla taban tabana zıttır. Bu bulgular ışığında, şiddetli psikiyatrik durum öyküsünün ayaktan BN idame tedavisine uyum ile ilişkili olduğu düşünülmektedir. Öte yandan, birincil psikopati puanları tedaviye cevapsız grupta diğer gruplara göre düşük saptanmaktadır. Birincil psikopatinin düşük şiddette olmasının tedavide kalma ile ilişkili olduğu düşünülmektedir.

Çalışmamızda tıbbi sorun şiddetinin yüksek olması ile tedavi uyumsuzluğunun ilişkili olduğu düşünülmektedir. Tıbbi durum şiddetini ölçen hiçbir parametrenin tedavi sonucu grubundaki dağılımlarında anlamlı düzeye ulaşan bir fark saptanmaması varsayımımızla çelişmektedir. Yalnız, anti-HCV pozitiflik oranının tedaviye uyumlu grupta, diğer gruplara göre belirgin düşük olması varsayımımızı destekler niteliktedir. Anti-HCV negatifliğinin tedavi uyumu ile ilişkili olduğu düşünülmektedir. Yaşam boyu ve son dönem tıbbi sorun şiddeti, tedaviye cevapsız grupta diğer gruplara göre belirgin yüksek saptanmaktadır. Bu grubun ayaktan BN idame tedavisinde ayıklık sağlayamayan

bir grup olması varsayımımızı desteklemektedir. Tıbbi sorun şiddetinin yüksek olmasının tedavide kalma ile ilişkili olduğu düşünülmektedir.

5.5. ÇALIŞMANIN GÜÇLÜ YANLARI

- Bu çalışma Türkiye’de DST alan grubun riskli madde kullanımı olan alt grubunu inceleyen literatürdeki ilk çalışmadır.
- Türkiye’de DST ve TT nedeniyle tedaviye başvuran opiyat kullanım bozukluğu olan bireylerde BN idame tedavisi sonuçlarını etkileyen faktörleri inceleyen, Türkiye literatüründeki ilk çalışmadır.
- Çalışmamız, DST ve TT nedeniyle tedaviye başvuran bireylerde ve Türkiye’de madde kullanım bozukluğu alanında mesleki işlevsellik kaybını detaylı inceleyen ilk çalışmadır.
- Çalışmamız, opiyat kullanım bozukluğu nedeniyle BN idame tedavisi alanlarda buprenorfin kötüye kullanım oranlarını tanımlayan ilk çalışmadır.
- Türkiye’de DST ve TT nedeniyle tedaviye başvuranlarda göç öyküsünün tedavi uyumuna etkisini inceleyen ilk çalışmadır.
- Türkiye’de DST ve TT nedeniyle tedaviye başvuran opiyat kullanım bozukluğu nedeniyle BN idame tedavisine yönlendirilen popülasyonda tedavi başarısı oranlarını tanımlayan ilk çalışmadır.
- Türkiye’de DST ve TT nedeniyle tedaviye başvuran opiyat kullanım bozukluğu olan bireylerden HCV prevelansını tanımlayan ilk çalışmadır.

5.6. ÇALIŞMANIN KISITLILIKLARI

- Çalışmamızın 80 katılımcıdan oluşan küçük bir örnekleme yapılması istatistiki olarak anlamlı sonuçlara ulaşılmasını kısıtlamaktadır
- Katılımcıların, DS mevzuatı gereği görece seyrek aralıklarla (15 günde 1) izlenmesi
- Kadın katılımcı sayısının düşük olması nedeniyle cinsiyet faktörünün tedavi uyumuna etkisi incelenememektedir.

6. SONUÇLAR VE ÖNERİLER

DST ve TT nedeniyle tedavi başvurusu olan opiyat kullanım bozukluğu olan ve BN idame tedavisine alınan bireyler literatürdeki DST ve TT nedeniyle tedaviye başvuranlarda yapılan çalışmalardaki örneklemelere göre; yaş ortalamasının daha yüksek, evli olma oranının belirgin düzeyde düşük, bekar ve boşanmış olma oranının belirgin düzeyde yüksek, işsizlik oranı daha yüksek ve yaşam boyu iş-destek sorunları daha şiddetli, uyuşturucu suçu dışındaki suç oranı ve yaşam boyu yasal sorun şiddeti daha yüksek, maddeye başlama yaşı daha düşük ve yaşam boyu ve son dönem daha şiddetli alkol/madde kullanım şiddeti daha yüksek, alkol/madde kullanımına başlama yaşı daha genç, akrabalarında ve birlikte yaşadıkları bireylerde alkol/madde kullanım öyküsü oranı daha yüksek, yaşam boyu ve son dönem aile-sosyal ilişki sorunları daha şiddetli, psikotik dönem öyküsü oranı daha düşük olmasına rağmen yaşam boyu ve son dönem daha şiddetli psikiyatrik ve tıbbi sorunları olan bir örneklem olduğu saptanmaktadır. Örneklemimizin, eğitim süresi ortalaması, cezaevi öyküsü oranı, ilk kez DST alma oranı, çoklu madde kullanımı oranı ve en uzun ayıklık süresi ortalaması açısından ise, Türkiye’de DST alanında yapılan çalışma sonuçlarıyla benzer saptanmaktadır.

Örneklemimizin küçük olması ve kadın katılımcı sayısının düşük olmasının daha belirgin sonuçlara erişmemizi engellediği düşünülmektedir. Bu popülasyonda, daha büyük ve kadın katılımcı sayısının daha yüksek olduğu örneklemle de çalışmalar yapılmasının daha kesin sonuçlar için gerekli olduğu düşünülmektedir.

Çalışmamız sonucu, tedavi uyumunun birebir kişisel ve/veya kişilerarası faktörler, çevresel faktörler ve sosyodemografik faktörlerden daha çok, bu özelliklerin bir kombinasyonundan oluşan bir opiyat kullanım bozukluğu profiliyle ilişkili olduğu saptanmaktadır.

Görece daha genç, bekar, tıbbi sorun şiddeti düşük, mesleki eğitim almış, mesleki işlevselliği iyi, yasal sorun şiddeti düşük, ilk kez DST almış, uyuşturucu suçu

dışında suç öyküsü ve cezaevi öyküsü olmayan, madde kullanımına başladıktan kısa bir süre sonra opiyat kullanımına geçiş yapmış, aşırme şiddeti düşük, buprenorfin kötüye kullanımı olmayan, daha önce uzun süre ayıklık sağlamış yalnız BN idame tedavisine daha önce başvurmamış, başvursa da ayaktan tedaviyi tercih etmiş, ailesiyle yaşam boyu sorunlu bir ilişkisi olmamasına rağmen aile desteği zayıf olan, yalnız son dönemde ailesiyle sorunlar yaşamaya başlayan, sosyal desteğinin ana kaynağı arkadaşları olan, yaşam boyu şiddetli psikiyatrik sorunlar yaşayan ve ikincil psikopati şiddeti yüksek olan profildeki bireylerin mevcut tedavi modalitesine uyum sağlayabildiği saptanmaktadır.

Görece daha ileri yaşta, göç öyküsü olmayan, olsa da görece daha ileri yaşta göç etmiş olan, evli ve/veya boşanmış-ayrı yaşayan, yaşam boyu tıbbi sorun yaşayan, anti-HCV'si pozitif olan, yaşam boyu mesleki işlevselliği iyiiken son dönemde bu alanda kayıplar yaşayan, aynı işyerinde uzun süre çalışma öyküsü ve sosyal güvencesi olan, yaşam boyu yasal durum sorunları şiddetli olan, daha önce DST almış yalnız uyuşturucu suçu dışında suç öyküsü olmayan, alkol ve maddeye daha genç yaşta başlamış, uzun süre çoklu madde kullanımı öyküsü olan, uzun süredir ve yüksek dozda damar içi yolla opiyat kullanımı olan, buprenorfin kötüye kullanımı öyküsü olan, yaşam boyu alkol/madde kullanım bozukluğu şiddeti ve aşırme şiddeti yüksek olan, yalnız tüm bu olumsuzluklara rağmen tekrarlayan defalarda BN idame tedavisine başvuran ve özellikle yatarak tedaviyi tercih eden, tedavi motivasyonu yüksek, ailesinde ve yaşadığı bireylerde alkol/madde kullanımı olmayan, yaşam boyu aile ve sosyal ilişkileri sorunlu olmuş yalnız son dönemde bu ilişkilerde düzelmeye sağlayan, sosyal ilişkilerinde aile ilişkilerine göre daha belirgin kayıp yaşamış, sosyal desteğinin ana kaynağı aile ve partner desteği olan, yaşam boyu psikiyatrik sorun yaşamamış ve birincil psikopati şiddeti düşük olan bireylerin bu tedavi modalitesine uyum sağlayamadığı yalnız tedavide kaldığı saptanmaktadır. Bu profildeki bireylerin ayaktan BN idame tedavisi yerine risk değerlendirilmesi sonrası direkt yatarak BN idame tedavisine yönlendirilmekten daha fazla fayda göreceği düşünülmektedir.

Nispeten genç, küçük yaşta göç öyküsü olan, tıbbi sorun yaşamadığını düşünen yalnız anti-HCV pozitif olan, bir dönem düzenli çalışma öyküsü olsa da yaşam boyu mesleki işlevselliği kötü seyretmiş, son dönemde işsiz olan, yaşam boyu şiddetli yasal sorunlar yaşayan ve özellikle uyuşturucu suçu dışında suç öyküsü ve cezaevi öyküsü yoğun olan, ailesinde ve birlikte yaşadığı bireylerde alkol/madde kullanım öyküsü olan,

aile ve sosyal ilişkilerini sorunsuz tanımlamasına rağmen orta şiddette sorun yaşayan, sosyal desteği her alanda düşük, opiyat kullanımına geç başlamasına ve daha kısa süredir daha düşük dozlarda opiyat kullanmasına, damar içi kullanımı tercih etmemesine rağmen orta şiddette aşerme yaşayan, daha önce tedavi başvurusu öyküsü ve remisyon öyküsü olmayan, tedavi motivasyonu düşük bireylerin hem tedaviye uyumsuz oldukları hem de tedavide kalamadıkları saptanmaktadır. Bu profildeki bireylerin, daha yakın monitörizasyon ve sosyal konuları da içeren multidisipliner bir yaklaşımdan fayda görebileceği düşünülmektedir. Bu risk profilindeki bireyler için DST tedavisi kapsamında farklı bir tedavi modalitesi geliştirilmesi önerilmektedir.

Bu profillerden bağımsız olarak direkt tedaviye uyum ile ilişkili saptanan az sayıda parametre bulunmaktadır. Yaşam boyu yasal sorun şiddetinin yüksek olması ve uyuşturucu suçu dışında suç varlığı tedavi uyumsuzluğu ile ilişkili saptanmaktadır. Yaşam boyu ve son dönem opiyat kullanım bozukluğu şiddetinin yüksek olması, günlük kullanılan opiyat dozunun yüksek olması, maddeye ulaşabilmek için geçen sürenin kısa olması, damar içi kullanım öyküsü, göç öyküsü olmaması, aşerme şiddetinin yüksek olması ve yatarak BN idame tedavisi öyküsü varlığı tedavide kalma ile ilişkili saptanmaktadır.

Bu sonuçlar ışığında DST ve TT nedeniyle BN idame tedavisine başvuran hastalar için, başvuru anında bir risk değerlendirilmesi yapılarak, bireylere uygun değişik tedavi modalitelerine yönlendirilmesinin tedavi uyumunu arttıracığı düşünülmektedir. Bu risk profillerinin daha ayrıntılı ve kesin olarak belirlenmesi için bu alanda daha büyük örneklerde çalışmalara ihtiyaç vardır.

7. KAYNAKLAR

1. T.C. Adalet Bakanlığı, Denetimli Serbestlik ve Yardım Merkezleri İle Koruma Kanunu, kanun no: 5402, 2005: 25881 Sayılı Resmi Gazete.
2. Turan R. Madde Kullanımı Nedeniyle Denetimli Serbestlik ve Tedavi Tedbirine Hükmolan Kişilerin Tedaviyi Başarıyla Tamamlamalarını Öngören Etkenlerin İrdelenmesi. Doktora Tezi, T.C. İstanbul Üniversitesi Adli Tıp Enstitüsü, İstanbul, 2010.
3. Petin B. Denetimli Serbestlik Kapsamında Madde Bağımlılığı İçin Tedaviye Yönlendirilen Olguların Algıladıkları Aile Desteğinin Tedaviye Etkisi ve Ailelerinde Psikiyatrik Tanı Varlığı. Tıpta Uzmanlık Tezi, T.C. Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı, İzmir, 2014.
4. Musalar ÖÖ. Denetimli Serbestlik Tedbiri İle Tedavi Kararı Verilenlerde Madde Kullanım Özellikleri 1. Eksen ve 2. Eksen Tanılarının Araştırılması. Tıpta Uzmanlık Tezi, T.C. Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı, İzmir, 2011.
5. Güneş B. Denetimli Serbestlik Tedbiri Ve Tedavi Kararlarında Uygulanacak Bağımlılık Programının Etkinliğinin Değerlendirilmesi. Tıpta Uzmanlık Tezi, T.C. Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı, İzmir, 2010.
6. Çalışkan N. Denetimli Serbestlik Tedbiri İle Tedavi Kararı Verilen Kannabis Kullanıcılarında Dürtüsellik Ve Benlik Saygısı Düzeylerinin Takip Sonuçları İle İlişkisi. Tıpta Uzmanlık Tezi, T.C. Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi Psikiyatri Kliniği, Ankara, 2015.
7. Düztaş S.K. Madde Kullanım Suçu İle Denetimli Serbestlik Kurumuna Yönlendirilen Kişilerin Profil Özellikleri Ve Bağımlılık Şiddetlerinin Ölçülmesi. Sosyal Bilimler Yüksek Lisans Tezi, T.C. İstanbul Üniversitesi Adli Tıp Enstitüsü Sosyal Bilimler Anabilim Dalı, İstanbul, 2011.
8. Strain EC, Lofwall MR, Jaffe JH. Opioid-Related Disorders. In: Sadock BJ, Sadock VA, Ruiz P, (editors). Kaplan & Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry. 9th Edition. New York: Lippincott Williams & Wilkins., 2011,1360-1387
9. Evren, C, Ögel, K, Uluğ, B. Alkol Madde Bağımlılığı Tanı ve Tedavi El Kitabı. 1. Baskı, Ankara: Türkiye Psikiyatri Derneği Yayınları., 2012, ss. 29-37

10. TUBİM, EMCDDA (Avrupa Uyuşturucu ve Uyarıcı Bağımlılığını İzleme Merkezi /European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction) Türkiye Uyuşturucu Raporu, T.C. İçişleri Bakanlığı Emniyet Genel Müdürlüğü Kaçakçılık ve Organize Suçlarla Mücadele Daire Başkanlığı, 2010.
11. Amato L, Minozzi S, Davoli M et al. Psychosocial combined with agonist maintenance treatments versus agonist maintenance treatments alone for treatment of opioid dependence. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2011; (10):CD004147. doi: 10.1002/14651858.CD004147.pub4.
12. Soyka M, Traeder A, Klotsche J et al. Criminal behavior in opioid dependent patients before and during maintenance therapy: 6-year follow-up of a nationally representative cohort sample. *J Forensic Sci.* 2012 Nov; 57(6): 1524-1530 doi: 10.1111/j.1556-4029.2012.02234 Epub 2012 July 30.
13. Lehman WEK, Simpson DD. Criminal involvement. In: DD. Simpson & SB. Sells (Editors.). *Opioid addiction and treatment*. Malabar, FL: Krieger Publishing, 1990, 157-76
14. World Health Organization, United Nations Office on Drugs and Crime, Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (WHO/UNODC/UNAIDS). *Substitution Maintenance Therapy in the Management of Opioid Dependence and HIV/AIDS Prevention: Position Paper*. Geneva: World Health Organization; 2004.
15. World Health Organization (WHO). *Guidelines for the Psychosocially Assisted Pharmacological Treatment of Opioid-Dependence*. Geneva: World Health Organization; 2009. Available at: http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789241547543_eng.pdf. (Archived by WebCite® at <http://www.webcitation.org/60cTDT3RC>).
16. Tilson H, Aramrattana A, Bozzette SA, Celentano DC, Falco M, Hammett TD et al. (Committee on the Prevention of HIV infection among injecting drug users in high-risk countries). *Preventing HIV infection among injecting drug users in high-risk countries. An assessment of the evidence*. Washington, DC: Global Board of Health, Institute of Medicine of the National Academies; 2006.
17. Bargagli A, Davoli M, Minozzi S, Vecchi S, Perucci C. A systematic review of observational studies on treatment of opioid dependence. Geneva, Switzerland. Background document prepared for 3rd meeting of Technical Development Group (TDG) for the WHO Guidelines for Psychosocially Assisted Pharmacotherapy of Opioid Dependence, 17–21 September. Geneva: WHO; 2007. Available from www.who.int/entity/substance_abuse/activities/observational_studies_treatment.pdf archived by Webcite at <http://www.webcitation.org/62tgxj0C3>

18. Ling, W, Wesson, DR. Clinical efficacy of buprenorphine comparisons to methadone and placebo. *Drug Alcohol Depend* 2003; 70(2): 49-57.
19. Fudala PJ, Bridge TP, Herbert S et al. Office-based treatment of opiate addiction with a sublingual-tablet formulation of buprenorphine and naloxone. *N Engl J Med* 2003; 349(10), 949–958.
20. Guliyev C. Opiyat Bağımlılığı Tedavisinin Erken Dönemdeki Başarısını Öngören Faktörlerin Belirlenmesi. Tıpta Uzmanlık Tezi, T.C. İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı, İstanbul, 2012.
21. Evren C, Karabulut V, Can Y, Bozkurt M, Umut G, Evren B. Predictors of Outcome During a 6-Month Follow-Up Among Heroin Dependent Patients Receiving Buprenorphine/Naloxone Maintenance Treatment. *Klin Psikofarmakol B* 2014; 24(4):311-322
22. Bölek S. Opiyat Bağımlılığı Tedavisinin Madde Kullanımı, Yaşam Kalitesi ve İşlevsellik Üzerine Etkilerinin İncelenmesi. Tıpta Uzmanlık Tezi, T.C. İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı, İstanbul, 2013.
23. Mutlu E, Bilici R, Outcomes of Buprenorphine-Naloxone Maintenance Therapy: One-year Follow Up Study From Turkey. *Heroin Addict Relat Clin Probl* 2015; 17(1):79-90
24. Dönmezer S. Kriminoloji. (8. Baskı), İstanbul: Beta Basım, 1994, 25-37
25. Yokuş-Sevük H. Uyuşturucu veya uyarıcı madde kullanılmasına ilişkin suçlar. Ankara: Seçkin Kitabevi, 2007, 127-150
26. Nursal N, Ataç S. Denetimli Serbestlik ve Yardım Sistemi. Ankara: Yetkin Yayınları, 2006, 325-361
27. Özdemir M. Denetimli Serbestlik Tedbiri Olan Hükümün Açıklanmasının Geri Bırakılması Ve Uygulaması. Sosyal Bilimler Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, T.C. İstanbul Üniversitesi Adli Tıp Enstitüsü, İstanbul, 2011.
28. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (2015), Alternatives to punishment for drug-using offenders, EMCDDA Papers, Publications Office of the European Union, Luxembourg.
29. Sacco LN. Drug Enforcement in US: History, Policy and Trends. US Congressional Research Service, 2014

30. Avrupa Uyuşturucu ve Uyuşturucu Bağımlılığı İzleme Merkezi (EMCDDA) (2008) Yıllık Raporu, Reitox Ulusal Temas Noktası, T.C. İişleri Bakanlığı Emniyet Genel Müdürlüğü Kaakılık ve Organize Sular Daire Başkanlığı, Ankara.
31. The International Drug Policy Consortium (IDPC) [homepage on the Internet]. Available from: <http://idpc.net/policy-advocacy/regional-work>
32. Huddleston W, Marlowe DB. Painting the Current Picture: A National Report on Drug Courts and Other Problem-Solving Court Programs in the United States. National Drug Court Institute, July, 2011
33. T.C. Adalet Bakanlığı, Türk Ceza Kanunu, kanun no. 765, madde 403-404. 1926: 320 Sayılı Resmi Gazete.
34. T.C. Adalet Bakanlığı, Türk Ceza Kanunu, kanun no. 5237, madde 191-193. 2004: 25611 Sayılı Resmi Gazete.
35. T.C. Adalet Bakanlığı, Türk Ceza Kanunu İle Bazı Kanunlarda Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun no. 6545. 2014: 29044 Sayılı Resmi Gazete.
36. T.C. Sağlık Bakanlığı, Sağlık Bakanlığı Denetimli Serbestlik Tedavi Hizmetleri hakkında 25.03.2015 tarih ve 2015/11 sayılı genelge.
37. TUBİM, EMCDDA (Avrupa Uyuşturucu ve Uyuşturucu Bağımlılığı İzleme Merkezi /European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction) Türkiye Uyuşturucu Raporu, T.C. İçişleri Bakanlığı Emniyet Genel Müdürlüğü Kaçakçılık ve Organize Suçlarla Mücadele Daire Başkanlığı, 2014.
38. T.C. Sağlık Bakanlığı Denetimli serbestlik tedbirleri uygulanan kişilerin tedavileri hakkında 15/02/2006 tarih ve B.10.0.THG.0.15.00.04-010.06-2713 (2006/19) sayılı genelge.
39. T.C. Adalet Bakanlığı Denetimli Serbestlik Hizmetleri Yönetmeliği. 2013: 28578 Sayılı Resmi Gazete.
40. DSM-5 Tanı Ölçütleri. Köroğlu E (eviri Ed.) Ankara: Hekimler Yayın Birliği Yayıncılık, 2013, 262-264
41. Abay E, Ateş I. Bağımlılığın Genetiği. Bağım Derg 2001; 2(2): 68-70.
42. Evren EC, Er FO, Erkıran M, akmak D. Tedavi arayışında olan eroin bağımlılarında 1. eksen psikiyatrik komorbidite: Sosyodemografik ve madde kullanım özellikleri ile ilişkisi. Klinik Psikiyatr 2002; 5: 92-104

43. Chen CM, Yi H, Falk DE. Alcohol Use and Alcohol Use Disorders In The United States: Main Findings From The National Epidemiological Survey On Alcohol and Related Conditions. National Institutes of Health, Bethesda, January 2006
44. Yancar C. Madde Bağımlılarında 2. Eksen Komorbidite Ve Kişilik Özelliklerinin Bağımlılık Şiddeti Ve Yaşam Kalitesine Etkisinin Değerlendirilmesi. Tıpta Uzmanlık Tezi, T. C. Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi Psikiyatri Kliniği, İstanbul, 2005
45. Sigara, Alkol ve Madde Bağımlılığı Tedavi Programı. [homepage on the Internet]. Available from: http://www.samba.info.tr/samba_genel.asp
46. Adsız Narkotikler Türkiye. [homepage on the Internet]. Available from: <http://na-turkiye.org>
47. Sözüçok M. Ankara’da Denetimli Serbestlik Uygulanan Kişilerin Sosyo-Kültürel Açından İncelenmesi. Yüksek Lisans Tezi, T. C. Kara Harp Okulu Savunma Bilimleri Enstitüsü Güvenlik Bilimleri Anabilim Dalı, Ankara, 2009
48. Şahiner DS. Uyuşturucu Madde Kullanmak Suçu İle Denetimli Serbestlik Tedbiri Alan Kişilerin Sosyodemografik Özelliklerinin Ve RORSCHACH Kişilik Testi Yanıtlarının Taranması. Sosyal Bilimler Anabilimdalı Doktora Tezi, T.C. İstanbul Üniversitesi Adli Tıp Enstitüsü, İstanbul, 2010
49. Parlar A, Ayer A, Denetimli Serbestlik Vakalarının Sosyodemografik Özelliklerinin Değerlendirilmesi. Türk Farmakoloji Derneği 20. Ulusal Farmakoloji Kongresi Bildiri Özet Kitabı, 2009, 224.
50. Schaub M et al. Comparing outcomes of 'voluntary' and 'quasi-compulsory' treatment of substance dependence in Europe. Eur Addict Res 2010; 16(1): 53-60.
51. National Drug Court Institute Review: Predictors of Retention and Arrest in Drug Courts, vol. 2, Issue1, Peters RH, Haas AL, Murrin MR, US Department Of Justice, 1999. (Available at) http://www.ndci.org/sites/default/files/ndci/NDCIR.II1__0.pdf
52. Caudy MS, Tang L, Wooditch A, Taxman FS. Short-Term Trajectories of Substance Use in A Sample of Drug-Involved Probationers. J Subst Abuse Treat 2014; 46(2): 212-213.
53. Bahçeci B, Çelik FH, Kandemir G, Güveli H, Polat S, Hocaoglu Ç. Evaluation Of The Patients Applied By Probation Referring To A Training And Research Hospital In The Eastern Black Sea Region. Journal Of Forensic Medicine, 2014; 28(1): 1-9.

54. Akpınar A, Şalış O, Aksoy UM. Samsun Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi'nde Denetimli Serbestlik 2010 Yılı Sonuçları ve Şehir Merkezi Dışından Başvurularda Tedavi Uyumlarının Değerlendirilmesi. *Dusunen Adam Psikiyatri ve Nöroloji Bilim Derg* 2013; 26:46-54
55. Ada Ş, Peker A. Tedavi ve Denetimli Serbestlik Tedbiri Uygulamasının Etkililiğinin İncelenmesi (Sakarya İli Örneği). *Atatürk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi* 2012; 16(1): 425-438
56. Dilbaz, N, Esen M. Madde Bağımlılığı Tedavisi. *Türkiye Uyuşturucu Raporu*. Ankara: Türkiye Uyuşturucu ve Uyuşturucu Bağımlılığı İzleme Merkezi (TUBİM), 2009
57. Bilici R, Uğurlu GK, Tufan E, Güven T, Uğurlu M. Bir Bağımlılık Merkezinde Yatarak Tedavi Gören Hastaların Sosyodemografik Özellikleri. *Fırat Tıp Derg* 2012; 17(4): 223-227
58. Huebner BM, Cobina, J. The effect of drug use, drug treatment participation, and treatment completion on probationer recidivism. *Journal of Drug Issues* 2007; 37(3): 619-41. Available from: wwibr.tcu.edu/pubs/rechpubs/CJ-YR.html.
59. Gendreau P, Little T, Goggin C. A meta-analysis of the predictors of adult offender recidivism: What Works!. *Criminology* 1996; 34: 575-96.
60. Zanis DA, Coviello DM, Lloyd JJ, Nazar BL. Predictors of Drug Treatment Completion Among Parole Violators. *J Psychoactive Drugs* June 2009; 41(2):173-180
61. Marlowe DB, Patapis NS, DeMatteo DS. Amenability to treatment of drug offenders. *Fed Probat* 2003; 67: 40-46.
62. Stein MD, Cioe P, Friedmann PD. Brief report: Buprenorphine retention in primary care. *J Gen Intern Med* 2005; 20(11): 1038-41.
63. Resnick RB, Resnick E, Galanter M. Buprenorphine responders: a diagnostic subgroup of heroin addicts?. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry* 1991;15(4):531-8.
64. Petry NM, Bickel WK. Therapeutic alliance and psychiatric severity as predictors of completion of treatment for opioid dependence. *Psychiatr Serv* 1999;50(2):219-27.
65. Pani PP, Maremmanni I, Pirastu R, Tagliamont A, Gessa, GL. Buprenorphine: A controlled clinical trial in the treatment of opioid dependence. *Drug Alcohol Depend* 2000; 60(1):39-50.

66. Schottenfeld RS, Pakes JR, Kosten TR. Prognostic factors in buprenorphine versus methadone-maintained patients. *J Nerv Ment Dis* 1998;186(1):35-43.
67. Marsch LA, Stephens MA, Mudric T, Strain EC, Bigelow GE, Johnson RE. Predictors of outcome in LAAM, buprenorphine, and methadone treatment for opioid dependence. *Exp Clin Psychopharmacol* 2005;13(4):293-302.
68. Soyka M, Zingg C, Koller G, Kuefner H. Retention rate and substance use in methadone and buprenorphine maintenance therapy and predictors of outcome: Results from a randomized study. *Int J Neuropsychopharmacol* 2008;11(5):641-53.
69. Sullivan LE, Moore BA, O'Connor PG, Barry DT, Chawarski MC, Schottenfeld RS, Fiellin DA. The association between cocaine use and treatment outcomes in patients receiving office-based buprenorphine/naloxone for the treatment of opioid dependence. *Am J Addict* 2010;19(1):53-8.
70. Kaebler D, Maruschak LM, Bonczar TP: Probation and Parole in the United States 2014. US Department of Justice, November 2015
71. Raisch DW, Campbell HM, Garnard DA, Jones MA, Sather MR, Naik R, Ling W. Health-related quality of life changes associated with buprenorphine treatment for opioid dependence. *Qual Life Res* 2012 Sep;21(7):1177-83. doi: 10.1007/s11136-011-0027-0. Epub 2011 Oct 11
72. Heslin KC, Stein JA, Heinzerling KG, Pan D, Magladry C, Hays RD. Clinical correlates of health-related quality of life among opioid-dependent patients. *Qual Life Res* 2011 Oct;20(8):1205-13. doi: 10.1007/s11136-011-9858-y. Epub 2011 Feb 17
73. Gwin Mitchell S, Kelly SM, Brown BS, Schacht Reisinger H, Peterson JA, Ruhf A, Agar MH, O'Grady KE, Schwartz RP. Uses of diverted methadone and buprenorphine by opioidaddicted individuals in Baltimore. Maryland *Am J Addict* 2009 Sep-Oct;18(5):346-55. doi: 10.3109/10550490903077820
74. Ponizovsky AM, Margolis A, Heled L, Rosca P, Radomislensky I, Grinshpoon A. Improved Quality of Life, Clinical, and Psychosocial Outcomes Among Heroin-dependent Patients on Ambulatory Buprenorphine Maintenance. *Subst Use Misuse* 2010;45(1-2):288-313. doi: 10.3109/10826080902873010
75. Johnson JE, Friedmann PD, Green TC, Harrington M, Taxman FS. Gender and Treatment Response in Substance-Use Treatment Mandated Parolees. *J Subst Abuse Treatment* 2011 April;40 (3):313-32

76. Green CA, Polen MR, Dickinson DM, Lynch FL, Bennett MD. Gender differences in predictors of initiation, retention, and completion in an HMO-based substance abuse treatment program. *Journal of Substance Abuse Treatment* 2002; 23(4): 285-95.
77. Saatçioğlu Ö, Evren E, Çakmak D. 1998-2002 Yılları Arasında Yatarak Tedavi Gören Alkol ve Madde Kullanımı Olan Olguları Değerlendirilmesi. *Bagım Derg* 2003;4(3):109-117
78. Goldkamp JS, Weiland D. Assessing the impact of Dade County's felony drug court. Washington, DC: U.S. Department of Justice, Office of Justice Programs, National Institute of Justice, 1993
79. Hepburn JR, Albonetti CA. Recidivism among drug offenders: A survival analysis of the effects of offender characteristics, type of offense, and two types of intervention. *J Quant Criminol* 1996;10(2):159-179.
80. Visher CA, Lattimore PK, Linster RL. Predicting the recidivism of serious youthful offenders using survival models. *Criminology* 1991; 29: 329-366.
81. Butzin CA, Saum CA, Scarpitti FR. Factors associated with completion of a drug treatment court diversion program. *Subst Use Misuse* 2002; 37:1615-33.
82. Claus RE, Kindleberger LR. Engaging substance abusers after centralized assessment: Predictors of treatment entry and dropout. *J Psychoactive Drugs* 34:25- 31.
83. Knight DK, Logan SM, Simpson DD. Predictors of program completion for women in residential substance abuse treatment. *J Psychoactive Drugs* 2001; 27:1-18.
84. Agosti V, Nunes E, O'Keefe-Welickson K. Patients factors related to early attrition from an outpatient cocaine research clinic. *Am J Drug Alcohol Abuse* 1996; 22:29-39.
85. Howard DL, McCaughrin WC. The treatment effectiveness of outpatient substance misuse organizations between court-mandated and voluntary clients. *Subst Use Misuse* 1996; 31: 895-926.
86. Vogt I. Gender differences in help-seeking behavior of heroin users in Germany. In A. Springer & A. Uhl (Eds.), *Illicit drugs*. Innsbruck: Studienverlag, 2000, 261-274.
87. Means LB, Small M, Capone DM, Capone TJ, Condren R, Peterson M, Hayward, B. Client demographics and outcome in outpatient cocaine treatment. *Int J Addict* 1989; 24(8):765-783.

88. Platt JJ, Husband ST, Taube D. Major psychotherapeutic modalities for heroin addiction: A brief overview. *Int J Addic* 1991; 25:1453-77.
89. West SL, O'neal KK, Graham CW. A meta-analysis comparing the effectiveness of buprenorphine and methadone. *J Subst Abuse*. 2000; 12(4): 405-414.
90. Rounsaville BJ, Tierney T, Crits-Christoph K, Weissman MM, Kleber HD. Predictors of outcome in treatment of opiate addicts: evidence for the multidimensional nature of addicts' problems. *Compr Psychiatry* 1982; 23(5): 462-478.
91. Brewer DD, Catalano R, 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(1):73-92.
92. Young D, Dynia P, Belenko S. How compelling is compulsory treatment? A study of different mandated treatment approaches. Paper presented at the American Society of Criminology Annual Meeting, 1996 November
93. Vaughn T, et al. Participation and retention in drug abuse treatment services research. *J Subst Abuse Treat* 2002; 23(4): 387-397.
94. Ward J, Mattick RP, Hall W. How long is long enough? Answers to questions about the duration of methadone maintenance treatment. In J. Ward, R. P. Mattick & W. Hall (Eds.), *Methadone maintenance treatment and other opioid replacement therapies*. Amsterdam: Overseas Academic Publishers 1998, 305-336
95. Kelly JF, Finney JW, Moos R. Substance use disorder patients who are mandated to treatment: characteristics, treatment process, and 1- and 5-year outcomes. *J Subst Abuse Treat* 2005; 28(3): 213-23.
96. Kelly SM, O'Grady KE, Jaffe JH, Gandhi D, Schwartz RP. Improvements in Outcomes in Methadone Patients on Probation/ Parole Regardless of Counseling Early in Treatment. *J Addict Med* 2013 ; 7(2): 133-138.
97. Lang MA, Belenko S. Predicting retention in a residential drug treatment alternative to prison program. *J Subst Abuse Treat* 2000;19: 145-160.
98. Spooner C, Mattick RP, Noffs WA. Study of the patterns and correlates of substance use among adolescents applying for drug treatment. *Aust NZJ Public Health* 2000; 24: 492-503.

99. McLellan AT. Patient characteristics associated with outcome: In JR. Cooper, F. Altman, BS. Brown ve D. Czechowicz (Eds.). *Research on the treatment of narcotic addiction: State of the art.* Washington, DC: United States Government Printing Office, 1983, 500-29.
100. Nurco DN, Hanlon TE, Kinlock TW, Duszynski KR. Differential criminal patterns of narcotic addicts over an addiction career. *Criminology* 1988; 26:407–423.
101. Rempel M, Destefano CD. Predictors of Engagement in Court-Mandated Treatment. *J Offender Rehabil* 2002;33(4): 87-124
102. Hillhouse M, Canamar CP, Ling W. Predictors of Outcome after Short-term Stabilization with Buprenorphine. *J Subst Abuse Treat* 2013 April ; 44(3): 336–342. doi:10.1016/j.jsat.2012.08.016.
103. Mullen L, Eamon K, Barry J, Long J, Mulholland D, Grogan L, Delargy I. Factors predicting completion in a cohort of opiate users entering a detoxification programme. *Ir Med Sci* 2010; 179:569-73.
104. Soyka M, Apelt SM, Lieb M, Wittchen HU. One-year mortality rates of patients receiving methadone and buprenorphine maintenance therapy: a nationally representative cohort study in 2694 patients. *J Clin Psychopharmacol* 2006; 26(6): 657-660.
105. Connock M, Juarez-Garcia A, Jowett S, Frew E, Liu Z, Taylor RJ. Methadone and buprenorphine for the management of opioid dependence: A systematic review and economic evaluation. *Health Technol Assess* 2007;11(9):1-171 iii-iv.
106. Leonardi C, Hanna N, Laurenzi P, Fagetti R, I.D.A.C. Group. Multi-centre observational study of buprenorphine use in 32 Italian drug addiction centres. *Drug Alcohol Depend* 2008;94(1-3):125-32.
107. Brown B, Watters J, Inglehart A, Akins C. Methadone maintenance dose levels and program retention. *Am J Drug Alcohol Abuse* 1983; 9:129-139.
108. Beckman L J, Bardsley P. Individual Characteristics, Gender Differences, and Dropout from Alcoholism Treatment. *Alcohol Alcohol* 1986; 21: 213-224.
109. Maglione M, Chao B, Anglin D. Residential treatment of methamphetamine users—Correlates of drop-out from the California Alcohol and Drug Data System (Cadds), 1994-1997. *Addiction Research* 2000; 8(1): 65-79.
110. Ball J, Lange W, Myers C, Friedman S. Reducing the risk of AIDS through methadone maintenance treatment. *J Health Soc Behav* 1988; 29: 214-226.

111. Feigelman W. Day-care treatment for multiple-drug-abusing adolescents: Social factors linked with completing treatment. *J Psychoactive Drugs* 1987; 19: 335-343.
112. Steer RA. Psychosocial correlates of retention in methadone maintenance. *Int J Addict* 1980;15: 1003-1009.
113. Stark M J. Dropping out of substance abuse treatment: A clinically oriented review. *Clin Psychol Rev* 1992; 12: 93-116.
114. Hser Y-I, Hoffmann V, Grella CF et al. A 33-year follow-up of narcotics addicts. *Arch Gen Psychiatry* 2001;58:503 – 508
115. Siegal HA, Carlson RG, Kenne DR, Swora MG. Probable relationship between opioid abuse and heroin use. *Am Fam Physician* 2003; 67(5): 942, 945
116. Schwartz RP, Kelly SM, O'grady KE, Mitchell SG, Brown BS. Antecedents and correlates of methadone treatment entry: a comparison of out- of-treatment and in-treatment cohorts. *Drug Alcohol Depend* 2011; 115(1-2): 23-29.
117. Apelt SM, Scherbaum N, Götz J, Backmund M, Soyka M. Safety, Effectiveness and Tolerance of Buprenorphine-Naloxone in the Treatment of Opioid Dependence:Results from a Nationwide Non-Interventional Study in Routine Care. *Pharmacopsychiatry* 2013 May; 46(3):94-107. doi: 10.1055/s-0032-1330033. Epub 2013 Jan 4
118. De Leon G, Jainchill N. Circumstance, motivation, readiness and suitability as correlates of treatment tenure. *J of Psychoactive Drugs* 1986; 18(3): 203-208.
119. Connor K, Shea R, McDermott M, Grolling R, Tocco R, Baciewicz G. The role of multifamily therapy in promoting retention in treatment of alcohol and cocaine dependence. *Am J of Addict* 1998 Winter; 7(1): 61-73.
120. Siddall J, Conway G. Interactional variables associated with retention and success in residential drug treatment. *Int Journal Addict* 1988; 23: 1241-1254.
121. Knight, D. K., & Simpson, D. D. (1996). Influences of family and friends on client progress during drug abuse treatment. *J Subst Abuse Treat*; 8(4), 417-429. 18 Ekim 2015, Elsevier Science Direct.
122. Gottheil E, McLellan T, Druley K. Length of stay, patient severity, and treatment outcome: Sample data from the field of alcoholism. *Q J Stud Alcohol* 1992; 53(1): 69-75.
123. Cahill MA, et al. Motivation for treatment preceding and following a substance abuse program. *Addict Behav* 2003; 28(1): p. 67-79.

124. Cacciola JS, Alterman AI, Rutherford MJ, McKay JR, Mulvaney FD. The relationship of psychiatric comorbidity to treatment outcomes in methadone maintained patients. *Drug Alcohol Depend* 2001; 61: 271-280.
125. Marsch LA, Stephens MA, Mudric T, Strain EC, Bigelow GE, Johnson RE. Predictors of outcome in LAAM, buprenorphine, and methadone treatment for opioid dependence. *Exp Clin Psychopharmacol* 2005;13(4):293-302.
126. Gerra G, Borella F, Zaimovic A, Moi G, Bussandri M, Bubici C, Bertacca S. Buprenorphine versus methadone for opioid dependence: Predictor variables for treatment outcome. *Drug Alcohol Depend* 2004;75(1):37-45.
127. Carroll KM, Ball SA, Rounsaville BJ. A comparison of alternate systems for diagnosing antisocial personality disorder in cocaine abusers. *J Nerv Ment Dis* 1993; 181(7): 436-43.
128. Verheul R. van den Bosch LMC, Ball SA. Substance abuse. In J. Oldham, A. E. Skodol & D. S. Bender (Eds.), *Textbook of personality disorders*; Washington, DC: American Psychiatric Publishing, 2001,463-76.
129. Taylor J, Lang AR. Psychopathy and substance use disorders. In C. J. Patrick (Ed.), *Handbook of psychotherapy*, New York, NY: Guilford Publications, 2007, 495-511.
130. Marlowe DB, Patapis NS, DeMatteo DS. Amenability to treatment of drug offenders. *Fed Probat* 2003; 67: 40-46.
131. McLellan AT. An Improved Diagnostic Evaluation Instrument for Substance Abuse Patients. *J Nerv Ment Dis* 1980; 168(1):26-33.
132. Demirbaş H. Bağımlılık Şiddetini Belirleme Ölçeğinin Geçerlilik- Güvenilirlik Çalışması. *Tıpta Uzmanlık Tezi*, Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı, Ankara, 2003.
133. Levenson M, Kiehl K, Fitzpatrick C. Assessing psychopathic attitudes in a non-institutionalized population. *J Pers Soc Psychol* 1995; 68: 151-158.
134. Skeem J, Kerr M, Johansson P, Andershed H, Louden J. Two-types of psychopathic violent offenders that parallel primary and secondary variants. *J Abnorm Psychol* 2007; 116: 395-409.
135. Engeler A. Psikopati ve antisosyal kişilik bozukluğu. *Sosyal Bilimler Doktora Tezi*, T. C. İstanbul Üniversitesi Adli Tıp Enstitüsü, İstanbul, 2005

136. Zimet GD, Dahlem NW, Zimet SG et al. The Multidimensional Scale of Perceived Social Support. *J Pers Assess* 1988; 52:30-41.
137. Eker D, Arkar H. Perceived social support: psychometric properties of the MSPSS in normal and pathological groups in a developing country. *Soc Psychiatry Psychiatric Epidemiol* 1995; 30:121-126.
138. Kazarian SS, McCabe SB. Dimensions of social support in the MSPSS: Factorial structure, reliability, and theoretical implications. *J Community Psychol* 1991; 19:150-160.
139. Eker D, Arkar H. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği'nin Gözden Geçirilmiş Formunun Faktör Yapısı, Geçerlik ve Güvenirliği. *Türk Psikiyatri Derg* 2001; 12(1):17-25.
140. Flannery BA, Volpicelli JR, Pettinati HM. Psychometric properties of the Penn Alcohol Craving Scale. *Alcoholism: Alcohol Clin Exp Res* 1999; 23(8): 1289-1295.
141. Evren C, Flannery B, Çelik R, Durkaya M, Dalbudak E. Penn Alkol Aşırma Ölçeği (PAAÖ) Türkçe şeklinin yatarak tedavi gören erkek alkol bağımlısı hastalarda geçerliliği ve güvenilirliği. *Bagım Derg* 2008; 9:128-134.
142. Evren C, Gürol DT, Ögel K, Karadağ F. Reliability and validity of the Penn Alcohol Craving Scale (PACS) Revised Version for substance craving in male substance dependent inpatients. *Türk Psikiyatri Derg* 2011; 22 (Suppl. 1):70.
143. Miller WR, Tonigan JS. Assessing drinkers' motivation for change: The Stages of Change Readiness and Treatment Eagerness Scale (SOCRATES). *Psychology Addict Behav* 1996; 10:81-9.
144. Evren C, Dalbudak E, Çakmak D. Değişme Hazır Olma ve Tedavi İsteği Ölçeği (SOCRATES) Türkçe versiyonunun yatarak tedavi gören erkek alkol bağımlısı hastalarda faktör yapısı, geçerliği ve güvenilirliği. *Klin Psikofarm Bul* 2008; 18:84-91.
145. Evren C, Gürol DT, Ögel K ve ark. Reliability and validity of Turkish version The Stages of Change Readiness and Treatment Eagerness Scale (SOCRATES) in male substance dependent inpatients. *Türk Psikiyatri Derg* 2011; 22 (Suppl. 1):70-1.
146. Altıntoprak AE, Akgür SA, Çoskunol H. Yasa Dışı Madde Kullanımı Nedeniyle Denetimli Serbestlik Tedbiri Uygulanan Kişilerde Tedavi Uygulamaları ve Toksikolojik Analiz. *Bagım Derg* 2014;15(1):1-9

8. EKLER

EK 1 - Etik Kurul Onayı



T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI
BAKIRKÖY
DR. SADI KONUK
EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ

BAKIRKÖY DR. SADI KONUK EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ
KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURUL DEĞERLENDİRME FORMU



BAŞVURU BİLGİLERİ	ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Denetimli Serbestlik Kapsamında Tedavideki Opiyat Bağımlısı Hastaların Opiyat İdame Tedavisine Uyumu ve Etki Eden Faktörler			
	ARAŞTIRMA PROTOKOL KODU	2015/130			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI	Uz. Dr. Turan Çetin, Ast. Dr. Özge Hısm			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI	Psikiyatri			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ BULUNDUĞU MERKEZ	Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi			
	DESTEKLEYİCİ /DESTEKLEYİCİNİN YASAL TEMSİLCİSİ				
	PROJE YÜRÜTÜCÜSÜ/UNVANI/ADI/SOYADI (TÜBİTAK vb. gibi kaynaklardan destek alanlar için)				
	ARAŞTIRMANIN FAZİ				
	ARAŞTIRMANIN TÜRÜ	Diğer ise belirtiniz: Prospektif Tanımlatıcı			
	ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ ☒	ÇOK MERKEZLİ ☐	ULUSAL ☐	ULUSLAR ARASI ☐

DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili		
	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ	29.06.2015	1	Türkçe ☒	İngilizce ☐	Diğer ☐
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU	29.06.2015	1	Türkçe ☒	İngilizce ☐	Diğer ☐
	OLGU RAPOR FORMU	29.06.2015	1	Türkçe ☒	İngilizce ☐	Diğer ☐
	ARAŞTIRMA BROŞÜRÜ			Türkçe ☐	İngilizce ☐	Diğer ☐

DEĞERLENDİRİLEN DİĞER BELGELER	Belge Adı		Açıklama
	ARAŞTIRMA BÜTÇESİ	☒	
	DİĞER:	☐	

KARAR BİLGİLERİ	Karar No:2015/11/09	Tarih:29.06.2015
	Yukarıda bilgileri verilen başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmanın/çalışmanın gereke, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve uygun bulunmuş olup araştırmanın/çalışmanın başvuru dosyasında belirtilen merkezlerde gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel sakınca bulunmadığına toplantıya katılan etik kurul üye tam sayısının salt çoğunluğu ile karar verilmiştir. Klinik Araştırmalar Hakkında Yönetmelik kapsamında yer alan araştırmalar/çalışmalar için Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu'ndan izin alınması gerekmektedir.	

BEAH KLİNİK ARAŞTIRMALARI ETİK KURULU									
ÇALIŞMA ESASI		Klinik Araştırmalar Hakkında Yönetmelik, İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu							
BAŞKANIN UNVANI / ADI / SOYADI:		Uz. Dr. Gülsüm Oya HERGÜNEL							
Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet	İlişki *	Katılım **	İmza			
Uz. Dr. Gülsüm Oya HERGÜNEL	Anesteziyoloji	BEAH	E ☐ K ☒	E ☐ H ☒	E ☐ H ☐				
Doç. Dr. Sadık Sami HATİPOĞLU	Çocuk Hastalıkları	BEAH	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒	E ☐ H ☐				
Prof. Dr. Ayşe KAVAK	Dermatoloji	BEAH	E ☐ K ☒	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐				
Prof. Dr. Fatma Tülin KAYHAN	K.B.B.	BEAH	E ☐ K ☒	E ☐ H ☒	E ☐ H ☐				
Doç. Dr. Özlem KAPTANOĞULLARI	İç Hastalıkları	BEAH	E ☐ K ☒	E ☐ H ☒	E ☐ H ☐				
Prof. Dr. Osman KARAKAYA	Kardiyoloji	BEAH	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐				
Uzm. Dr. Asuman GEDİKBAŞI	Biyokimya	BEAH	E ☐ K ☒	E ☐ H ☒	E ☐ H ☐				
Prof. Dr. Ufuk EMEKLİ	Plastik Ve Estetik Cerrahi	İ.Ü. İst. Tıp Fak.	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒	E ☐ H ☐				
Prof. Dr. Gülsüm Nurhan İNCE	Halk Sağlığı	İ.Ü. İst. Tıp Fak.	E ☐ K ☒	E ☐ H ☒	E ☐ H ☐				
Uz. Dr. Gülay ÖZGÖN	Farmakolog	İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fak.	E ☐ K ☒	E ☐ H ☒	E ☐ H ☐				
Prof. Dr. Abdülbaki KUMBASAR	İç Hastalıkları	İ.Ü. İst. Tıp Fak.	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒	E ☐ H ☐				
Can ÇELİK	Biyomedikal	Dijimed Bil. Çöz.	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒	E ☐ H ☐				
Avukat Özkan TÖM	Hukuk	İst. Sağ. Müd.	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐				
Selim ÖZDEMİR	Eğitim Görevlisi	Şükrü Balcı MYO	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒	E ☐ H ☐				

24.02.2016 tarihi itibarıyla Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu tarafından tez başlığındaki 'opiyat bağımlılığı' ibaresinin 'opiyat kullanım bozukluğu' ile değiştirilmesine izin verilmiştir

EK 2 - Türk Ceza Kanunu (Kanun No:5237)

1) Kullanmak için uyuşturucu veya uyarıcı madde satın alan, kabul eden veya bulunduran kişi, bir yıldan iki yıla kadar hapis cezası ile cezalandırılır. Kendisi tarafından kullanılmak üzere uyuşturucu veya uyarıcı madde etkisi doğuran bitkileri yetiştiren kişi, bu fıkra hükmüne göre cezalandırılır.

(2) Uyuşturucu veya uyarıcı madde kullanan kişi hakkında, tedaviye ve denetimli serbestlik tedbirine hükmolunur.

(3) Hakkında tedaviye ve denetimli serbestlik tedbirine hükmedilen kişi, belirlenen kurumda uygulanan tedavinin ve denetimli serbestlik tedbirinin gereklerine uygun davranmakla yükümlüdür. Hakkında denetimli serbestlik tedbirine hükmedilen kişiye rehberlik edecek bir uzman görevlendirilir. Bu uzman, güvenlik tedbirinin uygulama süresince, kişiyi uyuşturucu veya uyarıcı maddenin kullanılmasının etki ve sonuçları hakkında bilgilendirir, kişiye sorumluluk bilincinin gelişmesine yönelik olarak öğütte bulunur ve yol gösterir; kişinin gelişimi ve davranışları hakkında üçer aylık sürelerle rapor düzenleyerek hakime verir.

(4) Tedavi süresince devam eden denetimli serbestlik tedbirine, tedavinin sona erdiği tarihten itibaren bir yıl süreyle devam olunur. Denetimli serbestlik tedbirinin uygulanma süresinin uzatılmasına karar verilebilir. Ancak, bu durumda süre üç yıldan fazla olamaz.

(5) Uyuşturucu veya uyarıcı madde kullanan kişi hakkında kullanmak için uyuşturucu veya uyarıcı madde satın almak, kabul etmek veya bulundurmaktan dolayı hükmolunan ceza, ancak tedavi ve denetimli serbestlik tedbirinin gereklerine uygun davranmaması halinde infaz edilir. Kişi etkin pişmanlıktan yararlanmışsa, davaya devam olunarak hakkında cezaya hükmolunur.

EK 3- Türk Ceza Kanunu İle Bazı Kanunlarda Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun (Kanun No: 6545)

1) Kullanmak için uyuşturucu veya uyarıcı madde satın alan, kabul eden veya bulunduran ya da uyuşturucu veya uyarıcı madde kullanan kişi, beş yıldan on yıla kadar hapis cezası ile cezalandırılır.

2) Bu suçtan dolayı başlatılan soruşturmada şüpheli hakkında 4/12/2004 tarihli ve 5271 sayılı Ceza Muhakemesi Kanununun 171. Maddesindeki şartlar aranmaksızın, beş yıl süreyle kamu davasının açılmasının ertelenmesine karar verilir. Cumhuriyet Savcısı, bu durumda şüpheliyi, erteleme süresi zarfında kendisine yüklenen yükümlülüklerle uygun davranmadığı veya yasakları ihlal ettiği takdirde kendisi bakımından ortaya çıkabilecek sonuçlar konusunda uyarır.

3) Erteleme süresi zarfında şüpheli hakkında asgari bir yıl süreyle Denetimli Serbestlik Tedbiri uygulanır. Bu süre Cumhuriyet Savcısı'nın kararı ile üçer aylık sürelerle en fazla bir yıl daha uzatılabilir. Hakkında denetimli serbestlik tedbiri verilen kişi, gerek görülmesi halinde denetimli serbestlik süresi içinde tedaviye tabi tutulabilir.

4) Kişinin, erteleme süresi zarfında;

- a) Kendisine yüklenen yükümlülüklerle veya uygulanan tedavinin gereklerine uygun davranmamakta ısrar etmesi,
- b) Tekrar kullanmak için uyuşturucu veya uyarıcı madde satın alması, kabul etmesi veya bulundurması,
- c) Uyuşturucu veya uyarıcı madde kullanması halinde, hakkında kamu davası açılır.

5) Erteleme süresi zarfında kişinin kullanmak için tekrar uyuşturucu veya uyarıcı madde satın alması, kabul etmesi veya bulundurması ya da uyuşturucu veya uyarıcı madde kullanması, dördüncü fıkra uyarınca ihlal nedeni sayılır ve ayrı bir soruşturma ve kovuşturma konusu yapılmaz.

6) Dördüncü fıkra göre kamu davasının açılmasından sonra, birinci fıkra tanımlanan suçun tekrar işlendiği iddiasıyla açılan soruşturmalarda ikinci fıkra uyarınca kamu davasının açılmasının ertelenmesi kararı verilemez.

7) Şüpheli erteleme süresi zarfında dördüncü fıkra belirtilen yükümlülüklerle aykırı davranmadığı ve yasakları ihlal etmediği takdirde, hakkında kovuşturmaya yer olmadığı kararı verilir.

8) Bu Kanunun;

- a) 188 inci maddesinde tanımlanan uyuşturucu veya uyarıcı madde imal ve ticareti,

b) 190 ıncı maddesinde tanımlanan uyuşturucu veya uyarıcı madde kullanılmasını kolaylaştırma, suçundan dolayı yapılan kovuşturma evresinde, suçun ınhasıran bu madde kapsamına girdiğinin anlaşılması halinde, sanık hakkında bu madde hükümleri çerçevesinde hükün açıklanmasının geri bırakılması kararı verilir.

9) Bu maddede aksine düzenleme bulunmayan hallerde, Ceza Muhakemesi Kanunu'nun kamu davasının açılmasının ertelenmesine ilişkin 171 inci maddesi veya hükün açıklanmasının geri bırakılmamsına ilişkin 231 inci maddesi hükümleri uygulanır.



EK 4 - T. C. Sağlık Bakanlığı Denetimli Serbestlik Tedbirleri Uygulanan Kişilerin Tedavileri Hakkında Genelge

Denetimli Serbestlik ve Yardım Merkezi şubeleri/büroları tarafından sağlık kurumlarına sevk edilen vakalara yapılacak işlemler Madde Bağımlılığı Tedavi Usulleri Bilim Komisyonu'na ve nihai olarak Bakanlığımızca değerlendirilmiştir. Buna göre;

Söz konusu vakalar, öncelikli olarak ikamet ettikleri bölgede -bünyesinde ruh sağlığı ve hastalıkları uzmanı ile psikolog bulunan- devlet hastanelerine müracaat edecekler ve işlemleri de “Denetimli Serbestlik Tedbiri Kararı Verilen Madde Kullanıcılarının/Bağımlılarının Sağlık Kurumlarına müracaatlarında Yapılacak İşlemler” başlıklı EK 1 forma göre tamamlanacaktır.

Denetimli serbestlik tedbiri uygulamaları kapsamında Devlet hastanelerine sevk edilen vakalar, 10–15 günlük aralıklarla klinik ve laboratuvar bulgularıyla değerlendirildikten sonra, haklarında EK 2 yazı örneği doldurularak Denetimli Serbestlik ve Yardım Merkezleri Şube müdürlüğüne/Bürolarına gönderilecektir.

Yapılan ilk değerlendirme sonrasında, altı haftalık “Denetimli Serbestlik Tedbiri Madde Bağımlılığı Programı”na alınanlar ile şiddetli kesilme belirtisi, tedavi için madde bağımlılığı tedavi merkezine veya madde bağımlılığı tedavi merkezlerinin içinde olduğu hastane kapalı psikiyatri servislerine ileri tetkik ve tedavi için sevk edilenlere EK 3-a form doldurulacaktır.

Hastane bünyesinde oluşturulacak “Denetimli Serbestlik Tedbiri Uygulamaları Klasörüne” takılacak olan bu form (EK 3-a-b) üzerinden hasta takibi ve istatistikî değerlendirmeler yapılacaktır.

Altı haftalık uygulama sonunda kişinin programa uyumu ile ileri merkezde tedavisinin gerekli olup olmadığı hususlarında EK 3-b deki form üzerinden değerlendirme yapıp Ek 4 deki yazı örneğinin ilgili bölümü işaretlenerek Denetimli Serbestlik ve Yardım Merkezleri Şube müdürlüğüne gönderilmek suretiyle kişiye ait işlemler sonlandırılacaktır.

Hastane bünyesindeki işlemleri sonlandırılan vakalara ait istatistikî bilgileri tamamlanıp, EK 3-a formu, aylık olarak Tedavi Hizmetleri Genel müdürlüğüne gönderilecektir.

Ayrıca, klinik muayene ve değerlendirmelerde gerekli görülecek idrar numuneleri, belirlenen bir hemşire denetiminde ve yardımcı personel gözetiminde EK 5 formu da doldurulmak suretiyle, başhekimlikçe uygun görülen bir tuvalette alınıp, tahlil işlemlerinin yapılması ve sonuçlarının saklanması gerekmektedir.

Başvuranlara uygulanacak olan altı haftalık “Denetimli Serbestlik Tedbiri Madde Bağımlılığı Programı”na ilişkin konu başlıkları EK 6 formda belirlenmiştir. Söz konusu program süreklilik arz edeceğinden hastaların hastaneye başvurdıkları dönemde yürütülen programa dâhil olmaları gerekmektedir.

EK 5 - T. C. Sağlık Bakanlığı Denetimli Serbestlik Tedavi Hizmetleri Hakkında Genelge

Denetimli Serbestlik Tedavi Hizmeti:

Bu hizmet, her ilde belirlenen kamu kurum ve kuruluşları bünyesinde yer alan yataklı sağlık tesislerinde verilir. İl Sağlık Müdürlüğü, denetimli serbestlik kapsamında verilecek tedavi hizmeti ihtiyacını Kamu Hastaneler Birliği Genel Sekreterliğinin de görüşünü alarak değerlendirir ve tedavi hizmetini verecek sağlık tesisini belirler.

İl Sağlık Müdürlüğü, belirlenen sağlık tesisini, personel, poliklinik, çok amaçlı grup terapi alanı, numune alma odası ve laboratuvar alt yapısı bakımından inceler. Şartları taşıyan sağlık tesisini denetimli serbestlik tedavi hizmeti vermesi için Valilik Onayı ile görevlendirir ve Bakanlığa bilgi verir.

Denetimli serbestlik vakalarının yoğun olduğu illerde bu vakaların iş ve işlemlerini yürütmek için sağlık tesisi, personel ya da poliklinik sayısı artırılabilir.

Madde bağımlılığı tedavi merkezlerinde aynı zamanda denetimli serbestlik tedavi hizmeti verilebilir.

Personel Durumu:

Denetimli serbestlik tedavi hizmetlerinde, ruh sağlığı ve hastalıkları uzmanı veya anılan uzman hekim müdavisinde diğer hekimler ile psikolog/sosyal çalışmacı, hemşire/sağlık memuru, sekreter ve güvenlik personeli görev yapar.

Fiziki Şartlar:

a) Denetimli Serbestlik Polikliniği:

Sağlık tesisince, hizmetin görülmesine uygun bir poliklinik odası tahsis edilir. Ayrıca, hastane bilgi yazılım sistemleri üzerinden 'Denetimli Serbestlik Polikliniği' tanımlanır. Denetimli serbestlik hastalarının kayıt ve raporlama işlemleri bu poliklinik üzerinden yürütülür.

b) Çok Amaçlı Grup Terapi Alanı:

Altı oturumluk eğitim programının yapabileceği en az 20 metrekare büyüklüğünde, görsel ve işitsel materyal bulunan gerekli donanıma sahip bir oda veya salon ayrılır.

Grup terapisinde kullanılacak basılı döküman sağlık tesisi yönetimince sağlanır.

c) Tıbbi Laboratuvar:

Bakanlığımızın "Tıbbi Laboratuvarlar Yönetmeliği" ile "Yasadışı ve Kötüye Kullanılan İlaç ve Madde Analizi Yapan Tıbbi Laboratuvarlar ile Madde Bağımlılığı Teşhis ve Tedavi Merkezlerindeki Tıbbi Laboratuvarların Çalışma Usul ve Esasları Hakkında

Genelge" si doğrultusunda, yeni ve yaygın kullanılan uyuşturucu ve uyarıcı maddeleri de saptayabilecek uygun laboratuvar alt yapısı kurulur ve numune alma odası oluşturulur.

d) Arşiv ve Kayıt: Kayıt, yazışma ve arşiv için gerekli alt yapı sağlık tesisi yönetimince oluşturulur.

e) Güvenlik Tedbirleri: Bu alanlarda gerekli güvenlik tedbirleri sağlık tesisi yönetimince alınır.

Tedavi ve Denetimli Serbestlik Tedbiri Verilen Kişiler Hakkında Sağlık Tesislerince Yapılacak İşlemler:

A) Genel Hükümler:

Denetimli Serbestlik Müdürlüğüne Ek: 1 resmi yazı ilişkisinde sadece Ek: 2 ve/veya Ek: 4 nihai raporları gönderilir. Tahlil sonuçları ve takip belgeleri hiçbir şekilde gönderilmez.

Hastanın müracaatından nihai raporu verilinceye kadar geçen süreçteki iş ve işlemleri için gerekli takip sistemleri sağlık tesisinde kurulur.

Hasta için oluşturulan tedavi programı, Ek: 3'te yer alan denetimli serbestlik tedavi hizmeti kuralları ve Ek: 6' da yer alan altı oturumluk bağımlılık programı hastaya yazılı olarak tebliğ edilir. Tebliğ edilen belgelerin bir nüshası hastaya verilir. Bu belgeler ve Ek: 5'te yer alan denetimli serbestlik bağımlılık programı değerlendirme formu hastanın dosyasında arşivlenir.

B) Hasta Kayıt ve Kabul:

Hakkında denetimli serbestlik tedavi tedbiri verilen kişiler, denetimli serbestlik tedavi iş ve işlemleri ile yetkili sağlık tesisine yönelik düzenlenen üst yazı sevki ile birlikte önce, sağlık tesisinin evrak kayıt birimine başvurur. Kayıt birimi, başvuru işlemlerini tamamladıktan sonra hastayı denetimli serbestlik tedavi polikliniğine yönlendirir.

Sağlık tesisi hastanın tedavi giderlerini, sosyal güvencesi olması halinde bağlı olduğu Sosyal Güvenlik Kurumu; olmaması halinde ise Bakanlığımızın ilgili mevzuatına göre karşılanması için işlem yapar.

Denetimli serbestlik müdürlüğüne rapor gönderilerek işlemleri tamamlanmış hastalara, müdürlükçe düzenlenmiş yeni bir sevkle başvurmadığı sürece kayıt açılmaz.

C) Klinik Değerlendirme, İzlem, Kişiyi Bilgi Verme ve Raporlama:

1) Sevk evrakının geçerlilik süresi beş iş günüdür. Hasta beş iş günü bitimi sonrasında geldiği takdirde, tedaviye alınır. Beş iş günü içerisinde sağlık tesisine başvurmamak tedaviye alınmaya engel değildir.

2) Hekim, ilk görüşmede hastanın psikiyatrik değerlendirmesini ve muayenesini yapar. Klinik görüşmeler ile idrar, kan, tükürük, ter, kıl vb. numunelerle yapılan uyuşturucu ve uyarıcı madde biyolojik numune testlerini bir arada değerlendirerek hastanın tedavi programını oluşturur. Gerekli hallerde ilaç veya psikoterapi gibi ayaktan kısa müdahalelerde bulunur.

Hastaya, tedavi süreciyle ilgili bilgi verir. Oluşturulan tedavi programını ve Ek: 3 denetimli serbestlik tedavi hizmeti kurallarını tebliğ eder. Ayrıca tedavi sürecine uyulmadığında Türk Ceza Kanunu'nun 191. Maddesine göre yapılabilecekler hakkında Ek:7'de yer alan bilgileri verir.

3) Belirlenen tedavi programının uzaması halinde, hastaların tedaviye uyumu hakkında Denetimli Serbestlik Müdürlüğü'ne ayrıca yazılı bilgi verilebilir.

4) İlk muayeneden itibaren ikişer haftayı aşmayacak şekilde yapılan ilk üç muayene ile ilk üç uyuşturucu ve uyarıcı madde biyolojik numune testleri sonucunda, hastaya ilişkin Ek: 2 rapor düzenlenir. Raporun düzenlenmesinde aşağıdaki hususlar göz önüne alınır:

- Hasta beş iş günü bitimi sonrasında geldiği takdirde, Ek: 2-a raporu düzenlenir. Rapor Denetimli Serbestlik Müdürlüğüne ivedilikle gönderilir.
- Tedavi sürecinde, Ek: 3'te sayılan kurallardan 50 ve üzeri ihlal puanı alanların takibi sonlandırılır ve hakkında Ek: 2-b uyumsuz olduğu tıbbi kanaat raporu düzenlenir. Kural ihlali belge veya tutanak ile tevsik edilerek arşivlenir.
- Klinik muayene ve değerlendirme sonucunda uyumlu ve/veya üç testte de negatif bulgu tespit edilen hastanın erken tam remisyon olduğu düşünülerek Ek: 2-c tedaviye gerek olmadığını bildirir tıbbi kanaat raporu verilir.
- Kapalı cezaevinden gelenlere yapılan ilk tetkikte, uyuşturucu ve uyarıcı madde tespit edilmez ise zorunlu remisyon olduğu düşünülerek Ek: 2-c tedaviye gerek olmadığını bildirir tıbbi kanaat raporu verilebilir.
- Klinik muayene ve/veya laboratuvar testlerinden en az birinde pozitif bulgu tespit edilmesi halinde, Ek: 2-d altı oturumluk bağımlılık programına alınmasına karar verildiğini bildirir tıbbi kanaat raporu düzenlenir.
- Şiddetli kesilme belirtileri nedeniyle bağımlılık programına alınması mümkün olmayan veya ayakta tedavisi düzenlenmiş olmasına rağmen yakınmaları düzelmeyen hastaya Ek: 2-e madde bağımlılığı tedavi merkezine sevkinin sağlanmasının uygun olduğunu bildirir tıbbi kanaat raporu düzenlenir. Denetimli serbestlik tedavi hizmetinin yataklı madde bağımlılığı tedavi merkezinde verilmesi halinde, Ek: 10-a tıbbi kanaat raporu düzenlenerek hastanın tedavisine tedavi merkezinde devam edilir.

5) Altı oturumluk bağımlılık programına alınmasına ilişkin tıbbi kanaat raporu düzenlenen hasta hakkında Ek: 6 program içeriği uygulanır. Program oturumları birbirinden bağımsız olup sağlık tesisinde sürekli verilir. Program içeriği ve uygulama

takvimi hastaya tebliğ edilir. Hasta, uygulanacak ilk oturuma dahil edilir ve imza föyü oluşturularak her oturumda imzası alınır.

6) Altı oturumluk bağımlılık programı kapsamındaki psikoeğitsel çalışmalar uzman hekim, hekim, psikolog/sosyal çalışmacı veya hemşire/sağlık memuru tarafından yürütülür.

7) Altı oturumluk bağımlılık programı sonunda, hasta hakkında psikoeğitsel çalışmaları veren personel tarafından, her oturumun ayrı ayrı değerlendirildiği Ek: 5 denetimli serbestlik bağımlılık programı değerlendirme formu düzenlenerek hekime iletilir.

8) Altı oturumluk bağımlılık programı sonunda, hasta hakkında, hekim tarafından, psikiyatrik değerlendirme, muayene, klinik görüşmeler ile idrar, kan, tükürük, ter, kıl vb. numunelerle vücuttan alınan uyuşturucu ve uyarıcı madde biyolojik numune testlerini birlikte değerlendirilerek Ek: 4 rapor düzenlenir. Raporun düzenlenmesinde aşağıdaki hususlar göz önüne alınır:

- Programa düzenli devam eden ve programının başlamasından itibaren vücuttan alınan uyuşturucu ve uyarıcı madde biyolojik numune testlerinin son üç testi negatif tespit edilen, yapılan klinik muayene ve değerlendirmelerde de tedavi sürecine uyum gösterdiği düşünülen hasta hakkında Ek: 4-a uyumlu olduğunu bildirir tıbbi kanaat raporu düzenlenir.

- Klinik değerlendirme ve tedavi sürecinde Ek: 3'te sayılan kuralları ihlal edenden 50 ve üzeri ihlal puanı alan hakkında Ek: 4 b- i; uyuşturucu veya uyarıcı madde kullanımına devam eden hakkında ise Ek: 4 b-2 tedavi programına uyumsuz olduğunu bildirir tıbbi kanaat raporu düzenlenir. Kural ihlali belge veya tutanak ile tevsik edilerek arşivlenir.

- Program süresince, tedavi önerilerine uymasına rağmen bağımlılık bulgu ve belirtileri gösteren hasta hakkında Ek: 4-c bağımlılık merkezine sevkini sağlanmasının uygun olduğunu bildirir tıbbi kanaat raporu düzenlenir. Denetimli serbestlik tedavi hizmetinin yataklı madde bağımlılığı tedavi merkezinde verilmesi halinde, Ek: 10-a tıbbi kanaat raporu düzenlenerek hastanın tedavisine tedavi merkezinde devam edilir.

D)Tıbbi Laboratuvar İşlemleri:

Klinik muayene ve değerlendirmelerde gerekli görülecek uyuşturucu veya uyarıcı madde analizine yönelik iş ve işlemler, Bakanlığımızın Laboratuvar Hizmetleri Yönetmeliği ile "Yasadışı ve Kötüye Kullanılan İlaç Ve Madde Analizi Yapan Tıbbi Laboratuvarlar ile Madde Bağımlılığı Teşhis Ve Tedavi Merkezlerindeki Tıbbi Laboratuvarların Çalışma Usul Ve Esasları Hakkında Genelge" si uyarınca yapılır.

Erişkin ve Çocuk-Ergen Madde Bağımlılığı Tedavi Merkezlerinde Denetimli Serbestlik Tedavi Hizmeti:

Hakkında denetimli serbestlik kapsamında ileri tedavi görmesi gerektiğine karar verilen hastaların tedavisi yataklı olarak hizmet veren erişkin ve çocuk -ergen madde bağımlılığı tedavi merkezlerinde yapılır.

Denetimli serbestlik müdürlüğü tarafından madde bağımlılığı tedavi merkezine sevk sağlanan hasta, sevk edildiği tedavi merkezine yönelik düzenlenen üst yazı ile birlikte önce tedavi merkezinin evrak kayıt birimine başvurur. Kayıt birimi, başvuru işlemlerini tamamladıktan sonra hastayı tedavi polikliniğine yönlendirir.

Madde bağımlılığı tedavi merkezinde, denetimli serbestlik tedavi hizmeti verilmesi halinde, Denetimli Serbestlik Müdürlüğünden ayrıca sevk istenmez. Hastanın işlemleri mevcut sevk evrakı üzerinden yürütülür.

Denetimli Serbestlik Müdürlüğüne rapor gönderilerek işlemleri tamamlanmış hastaya, müdürlükçe düzenlenmiş yeni bir sevkle başvurmadığı sürece kayıt açılmaz.

Sağlık tesisi hastanın tedavi giderlerini, sosyal güvencesi olması halinde bağlı olduğu Sosyal Güvenlik Kurumu; olmaması halinde ise Bakanlığımızın ilgili mevzuatına göre karşılanması için işlem yapar.

Sevk evrakının geçerlilik süresi beş iş günüdür. Hasta beş iş günü bitimi somasında geldiği takdirde, tedaviye alınır. Beş iş günü içerisinde sağlık tesisine başvurmamak tedaviye alınmaya engel değildir.

Hekim, ilk görüşmede hastanın psikiyatrik değerlendirmesini ve muayenesini yapar. Klinik görüşmeler ile idrar, kan, tükürük, kıl, ter, vb. numunelerle yapılan uyuşturucu ve uyarıcı madde biyolojik numune testlerini bir arada değerlendirerek hastanın ayakta ya da yatarak tedavi programını oluşturur. Programın hazırlanmasında aşağıdaki hususlar göz önüne alınır.

- Ayakta tedavisi planlananlar için üç ay sürecek ikişer haftayı aşmayacak aralıklarla kontrollerinin yapılabileceği tedavi programı hazırlanır.

- Yatarak tedavi planlananlara ise tedavi bitiminde ek olarak üç ay sürecek ikişer haftayı aşmayacak aralıklarla kontrollerinin yapılabileceği ayrı bir ayakta tedavi programı oluşturulur.

Hekim, hastaya, tedavi süreciyle ilgili bilgi verir. Oluşturduğu tedavi programını ve Ek: 3 denetimli serbestlik tedavi hizmeti kurallarını tebliğ eder. Tebliğ edilen Ek: 3'ün bir nüshası hasta dosyasında arşivlenir.

İlk muayene somasında hasta hakkında Ek: 8 rapor düzenlenir. Denetimli serbestlik tedavi hizmetinin yataklı madde bağımlılığı tedavi merkezinde verilmesi halinde Ek: 8 rapor düzenlenmez. Ek: 8 raporun düzenlenmesinde aşağıdaki hususlar göz önüne alınır:

- Hasta beş iş günü bitimi somasında geldiği takdirde, Ek: 8-a raporu düzenlenir. Rapor Denetimli Serbestlik Müdürlüğüne ivedilikle gönderilir .

- Ayakta tedavisi planlananlar için Ek: 8-b üç aylık tedaviye alınmasına karar verildiğini bildirir tıbbi kanaat raporu düzenlenir .

- Yatarak tedaviye alınması planlananlar için ise, Ek: 8-c yatarak tedavisine ve tedavi bitiminde üç aylık ayakta tedavi programına alınmasına karar verildiğini bildirir tıbbi kanaat raporu düzenlenir.

Hekim tarafından, tedavi sonunda, hasta hakkında, psikiyatrik değerlendirme, muayene, klinik görüşmeler ile idrar, kan, tükürük, kıl, ter, vb. numunelerle yapılan uyuşturucu ve uyarıcı madde biyolojik numune testleri birlikte değerlendirilerek Ek: 9 nihai rapor düzenlenir. Raporun düzenlenmesinde aşağıdaki hususlar göz önüne alınır:

- Programa düzenli devam eden, yapılan klinik muayene ve değerlendirmelerde de tedavi sürecine uyum gösterdiği düşünülen hasta hakkında Ek: 9-a uyumlu olduğunu bildirir tıbbi kanaat raporu düzenlenir .

- Klinik değerlendirme ve tedavi sürecinde Ek:3 'te sayılan kuralları ihlal edenlerden 50 ve üzeri ihlal puanı alanlar hakkında Ek:9b-i; uyuşturucu veya uyarıcı madde kullanımına devam edenler hakkında ise Ek: 9 b-2 tedavi programına uyumsuz olduğunu bildirir tıbbi kanaat raporu düzenlenir. Kural ihlali belge veya tutanak ile tevsik edilerek arşivlenir.

Belirlenen tedavi programının uzaması halinde, hastaların tedaviye uyumu hakkında Denetimli Serbestlik Müdürlüğüne ayrıca yazılı bilgi verilir.

Denetimli Serbestlik Müdürlüğüne Ek: i resmi yazı ilişkisinde, ilk muayeneden sonra sadece Ek: 8 rapor ve/veya Ek: 9 nihai rapor gönderilir. Tahlil sonuçları ve takip belgeleri hiçbir şekilde gönderilmez.

Madde bağımlılığı tedavi merkezinde, denetimli serbestlik tedavi hizmetinin verilmesi halinde, hakkında ileri tedavi görmesi gerektiğine karar verilmiş hastanın tedavisine merkezde devam edilir ve Ek: i O rapor düzenlenir. Tedavi sonunda Ek: 9 nihai rapor düzenlenir. Raporlar Ek: 1 resmi yazı ilişkisinde Denetimli Serbestlik Müdürlüğüne gönderilir.

EK 6 - T. C. Adalet Bakanlığı Denetimli Serbestlik Hizmetleri Yönetmeliği

Madde 72, Tedavi ve Denetimli Serbestlik Tedbiri ve Bu Tedbirin Yerine Getirilmesi

(1) Tedavi; uyuşturucu veya uyarıcı maddeleri kullanan kişinin bağımlılık yapan maddeden vücudunun arındırılmasına, bu maddelere olan ihtiyacı sonucunda ortaya çıkan yoksunluk belirtilerinin giderilmesine yönelik resmi veya özel kurumlarca yürütülen işlemleri ifade eder.

(2) Denetimli serbestlik tedbirine ilişkin çalışmalar; uyuşturucu veya uyarıcı madde kullanan ya da kullanmak için uyuşturucu veya uyarıcı madde satın alan, kabul eden veya bulunduran kişinin, uyuşturucu kullanmasına neden olan veya kullanma isteğine yol açan etkenlerin değerlendirilerek, kişinin maddeye olan ihtiyacını kontrol etmesi, yaşam standardını artırması, belirlenen ihtiyaçları doğrultusunda kendisine ve topluma yararlı bir birey olabilmesi amacıyla yürütülen rehberlik çalışmalarını ifade eder.

(3) Tedavi ve denetimli serbestlik kararının kayıt işlemleri tamamlandıktan sonra sanık veya hükümlünün müdürlüğe müracaat etmesi için tebligat çıkartılır. Müdürlüğe müracaat eden sanık veya hükümlü, kayıt kabul bürosunca infaz bürosunda görevli vaka sorumlusuna gönderilir. Vaka sorumlusu, tedavi tedbirinin yerine getirilmesi için aynı gün ilgili kuruma sevk işlemlerini başlatır ve yükümlüden beş iş günü içerisinde tedavi için ilgili kuruma başvurmasını ister. Sevk yazısında kişinin kuruma başvurduğu tarih ile tedavinin olumlu ya da olumsuz sonuçlandığına ilişkin nihai raporun müdürlüğe iletilmesi istenir. Rehberlik çalışmalarının takibi ile gerektiğinde rehberlik çalışmalarının planlanması ve yürütülmesi için karar eğitim ve iyileştirme bürosuna gönderilir.

(4) Tedavi tedbirinin infaz işlemleri vaka sorumlusu tarafından takip edilir. Tedavi tedbiri, uyuşturucu veya uyarıcı madde tedavisine ilişkin mevzuat hükümleri uyarınca ilgili kurum tarafından ve kurum yetkililerinin o kişi hakkında uygun görecekları tedavi programına göre yerine getirilir. Tedavi süresince veya tedavi sona erdikten sonra sanık veya hükümlünün, uyuşturucu veya uyarıcı madde kullanıp kullanmadığını takip amacıyla tedavi kurumuna tekrar sevk edilmesi ya da kontrole gönderilmesi gibi işlemler yapılmaz.

(5) Tedavi süresince rehberlik çalışmalarının, tedavinin yürütüldüğü kurum tarafından yapılıp yapılmadığı denetimli serbestlik uzmanı tarafından takip edilir. Gerek görülmesi halinde rehberlik çalışmaları denetimli serbestlik uzmanınca yapılır. Tedaviden sonra sanık veya hükümlü hakkında uygulanan rehberlik çalışmalarına bir yıl süreyle devam olunur.

(6) Rehberlik çalışmaları, eğitim ve iyileştirme bürosunda görevli denetimli serbestlik uzmanı tarafından, bu Yönetmeliğin 37 nci maddesinde belirtilen iyileştirme çalışmalarındaki esaslara göre yerine getirilir. Sanığın veya hükümlünün davranışları, sosyal uyumu ve sorumluluk bilincindeki gelişmeler takip edilerek, üçer aylık sürelerle

hazırlanacak denetim raporunun iyileştirme çalışmaları ile değerlendirme ve önerilere ilişkin bölüm görevli denetimli serbestlik uzmanı tarafından doldurulur ve vaka sorumlusuna gönderilir.

(7) Sanık veya hükümlü tedavi ve denetimli serbestlik tedbirinin yerine getirilmesi sırasında başka bir suçtan ceza infaz kurumunda ise;; sanığın veya hükümlünün tedavi için ilgili kuruma gönderilmesi ceza infaz kurumu idaresince yerine getirilir. Bu kişilerin rehberlik çalışmaları ceza infaz kurumlarında uygulanan iyileştirme faaliyetleri kapsamında ceza infaz kurumundaki görevliler tarafından gerçekleştirilir. Mahkemeye gönderilecek rapora esas olmak üzere vaka sorumlusu tarafından, üç ayda bir, kişinin gelişimi ve davranışları hakkında ceza infaz kurumu idaresinden bilgi istenir.

(8) Sanık veya hükümlünün beş iş günü içerisinde ilgili kuruma tedavi için müracaat etmediğinin veya belirlenen tedavi programına uymadığının bildirilmesi ya da rehberlik çalışmalarına katılmaması halinde sanık veya hükümlü bu Yönetmeliğin 44 üncü maddesine göre uyarılır. Uyarılara ilişkin tebligatta ihlal durumunun tekrarı halinde bunun yükümlülüğün ihlali sayılacağı ve dosyanın kapatılarak mahkemesine gönderileceği sanık veya hükümlüye bildirilir.

(9) Tedavi ve denetimli serbestlik veya sadece denetimli serbestlik tedbiri, sanık veya hükümlünün müdürlüğe müracaat ettiği tarihte başlar. Tedavi ile birlikte verilen denetimli serbestlik tedbiri, tedavinin sona ermesinden bir yıl sonra, sadece denetimli serbestlik tedbiri ise mahkemenin belirlediği sürenin sonunda biter.

Madde 37, İyileştirme çalışmaları

(1) Denetimli serbestlik hizmetleri kapsamında, risk ve ihtiyaç değerlendirmesi sonucunda gerek duyulması veya mahkeme tarafından rehberlik çalışmalarına hükmedilmesi halinde, sanık veya hükümlünün riskleri göz önünde bulundurularak, ihtiyaçlarına uygun iyileştirme çalışmaları yapılır. Bu çalışmalar, eğitim ve iyileştirme bürosunda görevli denetimli serbestlik uzmanları tarafından yürütülür.

(2) Yükümlülerin iyileştirilmesi ve topluma kazandırılmasında sivil toplum kuruluşlarıyla işbirliği yapılmasına ve toplumsal katılım sağlanmasına önem verilir.

(3) Toplum içinde denetim ve takibi yapılan sanık veya hükümlülerin iyileştirilmesi ve topluma kazandırılması; diğer kurumlarla ve sivil toplum kuruluşları ile işbirliği içerisinde, bireysel görüşme ve grup çalışması yapılması, boş zamanların yapılandırılması, yükümlülerin meslek kursları ve eğitim programlarına katılmalarının sağlanması gibi faaliyetlerle yerine getirilir.

(4) İyileştirme çalışmalarına sanık veya hükümlüleri tanımak amacıyla, bireysel görüşme yapılması ile başlanır. Sanık veya hükümlünün grup çalışmasına hazır hale

gelmesi ve gerekli görülmesi halinde iyileştirme çalışmalarına grup çalışması ile devam edilebilir.

(5) Bireysel görüşme, sanık veya hükümlü ile birebir ve uygun fiziki koşullarda, önceden belirlenmiş bir amaç ve plan çerçevesinde yürütülür. Bireysel görüşme sayısı on ikiden, görüşme aralıkları üç haftadan fazla olamaz. Her bir görüşme otuz dakikadan az, kırk beş dakikadan fazla yapılamaz. Bireysel görüşmeyi planlamak ve gerçekleştirmek, eğitim ve iyileştirme bürosunda görevli denetimli serbestlik uzmanının sorumluluğundadır. Bireysel görüşmeler hem süreç hem de oturumlar açısından başlangıç, gelişme ve sonlandırma olmak üzere üç aşamadan oluşacak şekilde planlanır. Bireysel görüşme, denetimli serbestlik uzmanı tarafından yapılandırılarak yürütülebileceği gibi müdahale programı kapsamında da yapılabilir.

(6) Grup çalışması, uygun fiziki koşullarda, en az dört en fazla on altı kişilik gruplar halinde en fazla on beş gün arayla yapılır. Müdürlüğün grup çalışmalarına uygun fiziki mekâna sahip olmaması halinde, başka kurum ya da kuruluşlar ile sivil toplum kuruluşlarına ait uygun mekânlar, grup çalışmaları için kullanılabilir. Grupların oluşturulmasında, sanık ve hükümlülerin yaş gruplarına, benzer sorun alanlarına ve benzer risk düzeyine sahip olmalarına dikkat edilir. Sanık ve hükümlüler, haklarında verilen yükümlülük kararlarının niteliğine bakılmaksızın, rehberlik ve iyileştirme çalışmaları kapsamında aynı grup içerisinde yer alabilirler. Grup çalışması sürecinde sanık veya hükümlülerin durumu periyodik olarak değerlendirilir ve ihtiyaç duyulması halinde iyileştirme çalışmaları bireysel görüşmelerle de desteklenir. Grup çalışması, müdahale programı kapsamında yürütülebileceği gibi denetimli serbestlik uzmanı tarafından yapılandırılarak da yapılabilir. Yükümlüler, diğer kurum ve kuruluşlar ile gönüllü kişilerce yürütülen yapılandırılmış grup çalışmalarına da yönlendirilebilir.

(7) Yükümlülerle yapılan bireysel görüşmeler ile grup çalışmaları, görüşme formu ile kayıt altına alınır. Görüşme formuna, yükümlülerle ilgili tüm görüşme içeriği ve yapılan çalışmalar yazılır. Yükümlülere ilişkin bilgiler, özel hayatın gizliliği gerekçesiyle kayıt altına alınmazlık yapılamaz. Görüşmelerin içeriği ve yapılan çalışmalar denetlenebilir ve hesap verilebilir şekilde forma yansıtılır. Görüşmeler sırasında öğrenilen özel hayata ilişkin bilgilerin gizliliğine özen gösterilir ve bu bilgiler ilgili olmayan kişi veya kurumlarla paylaşılmaz.

(8) Grubun işleyişini bozabilecek özelliğe sahip olan sanık veya hükümlüler grup çalışmasına dâhil edilmezler. Bu sanık veya hükümlülerle bireysel görüşme yürütülür. Sanık veya hükümlünün grup çalışmasına hazır hale gelmesi halinde iyileştirme çalışmaları grup çalışması ile yürütülebilir.

(9) Boş zamanların yapılandırılması; sanık veya hükümlünün, toplumla bütünleşmesini desteklemek, olumlu sosyal davranışlarını, ilgi alanlarını ve becerilerini geliştirerek uyumlu bir birey olmasını sağlamak amacıyla, sanık veya hükümlünün ilgi ve ihtiyaçları doğrultusunda eğitsel, sosyal, kültürel, sanatsal ve sportif etkinliklere yönlendirilmesidir. Boş zamanların yapılandırılması çalışmaları; diğer kurumların ve

sivil toplum kuruluşlarının programlarına yönlendirme şeklinde yürütülebileceği gibi müdürlük içinde de yapılabilir. Boş zamanların yapılandırılmasında kurumsal eğitimler ve programlar listesinden de yararlanılır.

(10) Yükümlüye yönelik yürütülen eğitim, iyileştirme ve rehberlik çalışmalarının, müdürlük dışında diğer kurum ve kuruluşlar ile sivil toplum kuruluşlarının veya gönüllü kişilerin yürütmüş olduğu programlara yönlendirmek suretiyle yapılmasına karar verilmesi halinde, yükümlünün bu programlara katılması bir yükümlülük olarak belirlenebilir.

(11) İyileştirme faaliyetlerinin tamamlanmasından sonra on gün içerisinde tüm süreçlerin izlenmesine imkân veren bir belge düzenlenir ve ilgili vaka sorumlusuna iletilir.



EK 7- Sosyodemografik ve Klinik Özellikler Veri Formu

Adı Soyadı:

TC Kimlik No:

Telefon Numarası:

Tedavi başlangıç tarihi:

S1: Doğum tarihi: / /

S2: Cinsiyet: Kadın Erkek

S3: Adresi:

S4: Ne kadar süredir bu adreste yaşamaktasınız?

S5: Yaşamakta olduğunuz ev size ya E H

da ailenize mi ait?

S6: Bir bağımlı ile mi yaşıyorsunuz? 1. Alkol bağımlısı

2. Opiyat dışı madde

3. Opiyat bağımlısı

4. Hayır

S7: Mahallenizde maddeye ulaşmak ne kadar zamanınızı alıyor?

S8: Son dönemde madde E H

erişebilirliğinin daha az olduğu

bir bölgeye taşındınız mı?

S9: Doğum yeriniz?

S10: Göç öyküsü var mı? 1. Başka Ülkeye

2. Başka Bölgeye

3. Yok

S11: Kaç yaşındayken göç ettiniz?

S12: Memleketiniz ? 1. Ege Bölgesi

2. Marmara Bölgesi

3. Karadeniz Bölgesi

4. İç Anadolu Bölgesi
5. Doğu Anadolu Bölgesi
6. Akdeniz Bölgesi
7. Güney Doğu Anadolu B.

S13: Medeni durumunuz ?

1. Evli
2. Boşanmış
3. Ayrılmış
4. Patneriyle yaşıyor
5. Bekar
6. Dul

S14: Kaç çocuğunuz var?

S15: Eğitim durumunuz nedir?

1. Eğitimsiz
2. İlkokul
3. Ortaokul
4. Lise
5. Üniversite
6. Yüksekokul

S16: Mesleğiniz nedir?

.....

S 17: Sosyal güvenceniz var mı?

1. SGK
2. Yeşil Kart
3. Diğer
4. Hayır

S18: Denetimli Serbestlik kapsamında
çalışmakta mısınız?

E H

19: Hakkınızda açılmış kaç adet
denetimli serbestlik dosyası var?

S 20: Kapanmış DS dosyanız varsa nasıl sonuçlandı?

1. Para cezası aldım
2. Hapis cezası aldım
3. Heyet raporu aldım

S21: Alkol kullanmaya başladığı yaş:

S22: Madde kullanmaya başladığı yaş:

S23: Opiyat kullanmaya başladığı yaş:

S24: Opiyat kullanım süresi:

S25: En uzun ayıklık süresi:

S26: Kaç kez opiyatı bırakmayı denediniz?

S26: Hangi yolla opiyat kullanıyorsunuz?

1. Iv
2. Intranasal
3. Inhalasyon
4. Sigara
5. Diğer

S27: IV kullanım? E H

S28: Varsa iv kullanım süresi:

S29: Enjektör paylaşımınız var mı? E H

S30: Günlük opiyat dozu?

S31: Günde kaç kez opiyat kullanıyorsunuz?

S32: Daha önce Buprenorfin/Naloksan (Suboxone) denediniz mi? E H

S33: Sbx başlattığı yoksunluk durumunu yaşadınız mı? E H

S34: Daha önce Buprenorfin/Naloksan (Suboxone) tedavisi gördünüz mü?

1. Yatarak detox
2. Ayaktan detox
3. Hayır

S34: Buprenorfin/Naloksan ile en uzun ayıklığınız ne kadar?

EK 8- Gönüllü Bilgilendirme ve Onay Formu

I. Araştırma ile İlgili Bilgiler:

“Denetimli Serbestlik kapsamında tedavideki opiyat bağımlısı hastaların opiyat tedavisine uyumu ve etki eden faktörler” başlıklı çalışmaya katılacaksınız. Bu çalışmanın amacı, opiyat (eroïn ve benzeri haşhaş türevi maddeler) bağımlılığı nedeniyle Denetimli Serbestlik kapsamında ayaktan opiyat idame tedavisi (Suboxone tedavisi) alan hastalarda tedavi uyumunu etkileyen faktörleri saptamaktır.

Bu çalışma kapsamında durumunuz aylık idrarda madde metabolitleri testinizin sonucu ve klinik görüşme kayıtlarınız ile, 3 ay boyunca izlenecektir. Çalışma başlangıcında; Sosyodemografik ve Klinik Özellikler Veri Formu, Bağımlılık Şiddetini Belirleme Ölçeği, Levenson Psikopati Ölçeği, Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği, Madde Aşırme Ölçeği ve Değişime Hazır Olma ve Tedavi İsteği Ölçeği uygulanacaktır.

Bu doğal bir takip çalışmasıdır. Rutin tedavinizle ilgili herhangi bir değişiklik yapılmayacak, sadece tedavinin gidişi takip edilecektir.

Çalışma sırasında çıkabilecek herhangi bir istenmeyen etki veya risk bulunmamaktadır.

Çalışmaya yaklaşık 80 hasta alınması planlanmıştır.

II. Gönüllünün Haklarıyla İlgili Bilgiler:

Araştırmaya katılmayı reddetme hakkınız vardır.

Gönüllü istediği zaman araştırmacıya haber vererek çalışmadan çekilebilir ya da araştırmacı tarafından gerek görüldüğünde haber verilerek araştırma dışı bırakılabilir.

Araştırmaya katıldığınız için size bir ödeme yapılmayacak ya da sizden bir ödeme talep edilmeyecektir.

Bilgileriniz bu araştırma ve ileride yapılması planlanan tüm araştırmalarda kullanılacaktır.

Dosyalarınızdan ya da sizden alınan bilgiler, sadece çalışmaya katılan hekimler ve siz arasında kalacaktır, üçüncü şahıslara aktarılmayacaktır. Kimlik bilgileriniz gizli tutulacaktır.

Bu çalışmayla ilgili hiçbir detay Denetimli Serbestlik sürecinizi etkilemeyecektir.

Herhangi bir sorunuz olduğunda araştırmayı yürüten Dr. Özge Hısım’a 021254336565, 2309 no’lu telefondan ulaşabilirsiniz.

Dr. Özge Hısım tarafından Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi Denetimli Serbestlik Bölümü’nde bir araştırma yapılacağı belirtilerek bu araştırma ile ilgili yukarıdaki bilgiler bana aktarıldı. Bu bilgilerden sonra böyle bir araştırmaya “katılımcı” olarak davet edildim.

Eğer bu araştırmaya katılırsam hekim ile aramda kalması gereken bana ait bilgilerin gizliliğine bu araştırma sırasında da büyük özen ve saygı ile yaklaşılabacağına inanıyorum. Araştırma sonuçlarının eğitim ve bilimsel amaçlarla kullanımı sırasında kişisel bilgilerimin özenle korunacağı konusunda bana yeterli güven verildi.

Bu çalışmaya katılmamın Denetimli Serbestlik sürecimi herhangi bir şekilde etkilemeyeceği konusunda bilgilendirildim.

Araştırma için yapılacak harcamalarla ilgili herhangi bir maddi sorumluluk altına girmiyorum, bana da bir ödeme yapılmayacaktır.

Bu araştırmaya katılmak zorunda değilim ve katılmayabilirim. Araştırmaya katılmam konusunda zorlayıcı bir davranışla karşılaşmış değilim. Eğer katılmayı reddedersem, bu durumun hekim ile olan ilişkilerime ve tıbbi bakımına herhangi bir zarar getirmeyeceğini de biliyorum.

Bana yapılan tüm sözlü açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım ve bu formu okudum. Kendi başıma belli bir düşünme süresi sonunda adı geçen bu araştırma projesinde “katılımcı” olarak yer alma kararını aldım. Bu konuda yapılan daveti gönüllülük içerisinde kabul ediyorum. İmzalı bu form kağıdının bir kopyası bana verilecektir.

Yukarıda gönüllüye araştırmadan önce verilmesi gereken bilgileri gösteren metni okudum. Bunlar hakkında bana yazılı ve sözlü açıklamalar yapıldı. Bu koşullarla söz konusu klinik araştırmaya kendi rızamla hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın katılmayı kabul ediyorum.

Gönüllünün Adı Soyadı, İmzası:

Tarih:

Açıklamaları yapan araştırmacının Adı Soyadı, İmzası:

Rıza alma işlemine başından sonuna kadar tanıklık eden kurum görevlisinin:

Adı Soyadı, İmzası, Görevi:

EK 9- Bağımlılık Şiddetini Belirleme Ölçeği

Şiddet puanları, görüşmecinin, hastanın hangi alanlarda tedaviye/danışmaya ihtiyacı olduğunu değerlendirmesi ile oluşmaktadır. 0 ile 9 arasında puanlanmakta, 0; tedaviye ihtiyacı yok, 9; tedaviye ihtiyacı çok fazla anlamına gelmektedir. Her puan hastanın semptomlarının problem öyküsüne, o anki durumuna ve problem alanı ile ilgili tedavi/danışma ihtiyacını subjektif değerlendirmesine dayanmaktadır.

0-1: Gerçek bir problemi yok, tedaviye ihtiyacı yok

2-3: Çok az problemi var, tedaviye ihtiyacı olmayabilir

4-5:Orta derecede problem, tedaviye ihtiyacı olduğunun göstergeleri var

6-7:Belirgin problemi var, tedavi gerekli

8-9:Çok fazla problemi var, tedavi mutlak gerekli.

Hasta Derecelendirme Ölçeği

0-Hiç

1-Çok az

2-Orta derecede

3-Çok

4-İleri derecede

TIBBİ DURUM

1.Tıbbi sorunlar nedeniyle yaşamınızda kaç kez hastaneye yattınız?

(Demans, deliryum tremens dahil, detoks tedavisi hariç.) (Çocukluk dahil değil.)

2.Fiziksel sorun nedeniyle en son hastaneye yatışınız ne kadar zaman önceydi?

3.Yaşamınızı zorlaştıran, süregen nitelikli kronik tıbbi bir sorunuz var mı?

0-Hayır 1-Evet Belirtiniz

4.Fiziksel hastalığınız için düzenli olarak doktor önerisiyle aldığınız bir ilaç var mı?

(Uyku problemleri, psikiyatrik veya bağımlılık hariç, detoks, üşütme sayılmıyor.)
(Epilepsi, yüksek tansiyon, diyabet gibi.)

0-Hayır 1-Evet

5.Fiziksel bir engeliniz nedeni ile size maaş bağlandı mı? (Psikiyatrik çalışmazlık hali hariç.)

0-Hayır 1-Evet

Belirtiniz

6. Son 30 gün içinde kaç gün tıbbi sorun yaşadınız? (Eğer kuru ise; uyku sorunu kusma gibi varsa dahil et. Grip dahil etme.)

(Alkol veya maddenin direk sebep olduğu problemler hariç.)

7. ve 8. sorular için lütfen hastadan “hasta derecelendirme ölçeğini” kullanmasını isteyiniz.

7. Son 30 gün içindeki bu tıbbi sorunlar yaşamınızı nasıl zorladı veya sizi ne kadar uğraştırdı?

(Bu sorunların 6. soru ile ilgili olduğundan emin ol.)

Açıklayınız

8.Bu tıbbi sorunların tedavisi şu an sizin için ne kadar önemlidir?

GÖRÜŞMECİNİN ŞİDDET DERECELENDİRMESİ

9. Hastanın tedaviye olan ihtiyacını nasıl derecelendirirsiniz?

(Eğer doktorunun söylediklerine uyuyorsa derecelendirme düşük olur. Etkili tedavi yoksa ileri dereceyi puanla.)

GÜVEN DERECELENDİRMESİ

Yukarıdaki bilgilerin anlamlı bir biçimde bozulması aşağıdakilerden hangisine bağlıdır?

10.hastanın yanlış yorumlamasına

0-Hayır 1-Evet

11.Hastanın anlama güçlüğüne

0-Hayır 1-Evet

Belirtiniz

İŞ/DESTEK DURUMU

1.Tamamladığınız eğitim süresi

2.Tamamladığınız mesleki veya teknik eğitim süresi

3.Mesleğiniz veya mesleki bir beceriniz var mı?

0-Hayır 1-Evet Belirtiniz

4.Araba ehliyetiniz var mı?

0-Hayır 1-Evet

5.Kullandığınız bir otomobiliniz var mı?

(Ehliyeti yok ise”hayır”ı işaretleyiniz.)

0-Hayır 1-Evet

6.En uzun düzenli olarak kaç yıldır bir işte çalışıyor sunuz?

7.En son yaptığınız/yapmakta olduğunuz iş?

(Ayrıntılı belirtiniz.)

8.Bir kişi herhangi bir biçimde size destek oluyor mu?

0-Hayır 1-Evet

9.(8. madde evet olarak yanıtladıysa.) Bu destek gelirinizin çoğunluğunu mu oluşturuyor?

(Kurum değil; aile üyesi, arkadaşlardan yitecek gibi ve ev, para gibi.)

0-Hayır 1-Evet

10.Son 3 yılda sürdürdüğünüz işin konumu

1-Tam gün(haftada 40 saat)

2-yarı zamanlı(düzenli saatlerde)

3-Yarı zamanlı(düzensiz, günlük iş)

4-Öğrenci

5-Hizmet sektörü(özel sektör)

6-Emekli/maluliyet

7-İşsiz

11.Son 30 gün içinde kaç gün size ücret ödendi?

(Kaynak bildirilmeyen kazançlar da dahil olmak üzere.)

(Hasta olduğu ve tatil günlerini de dahil et.)

Son 30 günde aşağıdaki kaynaklardan ne kadar ücret aldınız?

12.Net gelir(Kaynak bildirilmeyen işler dâhil.)

13.İşsizlik tazminatı

14.Sosyal yardım kurumlarından ödenek

15.Emeklilik, yaşlı aylığı, dul ve yetim aylığı, gazi veya şehit aylığı, ödenek veya sosyal sigorta

16.Eş, aile veya arkadaşlar

(Kişisel harcamalar için verilen para)

(Nakit verilen para, eşinin geliri hariç, hastaya verilen harcama; kumar, vergi gibi dahil, yiyecek dahil değil.)

17.Yasal olmayan gelir (Belirtiniz)

(Çalıntı mal, kanunsuz kumar, çalıntı eşyalardan.)

18.Yeme, içme, barınma vb. benzer gereksinimleri sizin karşıladığınız kaç kişi var?

(Kendisini ve çalışanları kapsamıyor.)

19.İş yerinde disiplin cezası aldınız mı?

20.Son 30 gün içinde kaç gün işe gidememe sorunu yaşadınız? (Hastanın iş arayıp iş bulamaması dahil, iş bulamama güçlüğü değil-alkolle ilişkili olmayan. Eğer, hasta hapiste veya kontrollü çevrede ise çalışamayacağından “N”yi puanla.)

21. ve 22. sorular için lütfen hastadan “hasta derecelendirme ölçeğini” kullanmasını isteyiniz.

21.Son 30 gün içinde işle ilgili sorunlar, yaşamınızı ne kadar aksattı veya ne kadar can sıkıntısı verdi?(20. soru için.)

22. İş sorunları için verilecek danışmanlık/yardım (iş bulma veya işe hazırlamak için yardım) şu an sizin için ne kadar önemli?(Emeklilikteki fonksiyonları sorgula)

GÖRÜŞMECİNİN ŞİDDET DERECELENDİRMESİ

23. Hastanın iş konusunda danışmaya olan ihtiyacını nasıl derecelendirirsiniz?

GÜVEN DERECELENDİRMESİ

Yukarıdaki bilgilerin anlamlı bir biçimde bozulması aşağıdakilerden hangisine bağlıdır?

24. Hastanın yanlış yorumlamasına.

0-Hayır 1-Evet

25. Hastanın anlama güçlüğüne.

0-Hayır 1-Evet

Belirtiniz

YASAL DURUM

1.Bu başvuru mahkeme tarafından mı önerildi veya gerekli görüldü?(Hakim, şartlı/şartsız tahliye eden kurum vb.)

2.Gözaltında yada gözetim altında mısınız? (süresini de not et)

Aşağıdaki sebeplerden dolayı kaç defa tutuklandınız veya cezaya çarptırıldınız?(Askerlik dahil, 18 yaş öncesi dahil değil)

3. Mağaza hırsızlığı/şiddet uygulayarak hırsızlık

4.Gözetim altında olmak/gözetim süresinin ihlal etmek

5.Uyuşturucu madde kullanımı/satıcılığı

6.Kalpazanlık(sahtekarlık)

7.Silahlı suç

8.Ev soygunu, hırsızlık

9.Adam soyma

10.Saldırı

11.Kundaklama

12.Tecavüz

13.Cinayet, kasten adam öldürme

14-A.Fahişelik

14-B.Mahkemeye saygısızlık

14-C.Diğer

15. Bu suçlamalardan kaç tanesi mahkumiyetle sonuçlandı?

Yaşamınız boyunca kaç kez aşağıdakilerden biri ile suçlandınız?(mahkumiyet, gözetim altında olma, tutuklanma)

16. Aleni sarhoşluk, serserilik, uygunsuz tavır(suçlanma olacak-nezater altında olma)

17.Alkollü iken araba kullanma(suçlanma olacak)

18.Diğer sürücü hataları(tedbirsizlik, aşırı hız, ehliyetsiz sürme vb)

19.Yaşamınız boyunca cezaevinde kaç ay kaldınız)

20.En son cezaevinde kaç ay kaldınız?

21.En son ne için tutuklandınız)

22.Şu anda suçlama, mahkeme yada mahkumiyet bekliyor musunuz?

23.Ne için suçlama, mahkeme yada mahkumiyet bekliyorsunuz? (eğer birden fazla ise en şiddetlisini işaretleyiniz)

24. Son 30 gün içinde kaç gün hapis yattınız veya gözaltına alındınız?

25. Son 30 gün içinde kendi yararınız yada çıkarınız için kaç gün yasal olmayan işlere katıldınız?(madde kullanım ve bulundurma dahil değil)

26. Şu andaki yasal sorunlarınızın ne ölçüde önemli olduğunu düşünüyorsunuz?(boşanma, nezaretde bulunma ve kavgayı dahil etme)

27. Şu andaki yasal sorunlarınız için danışmanlık almak veya tavsiye almak sizin için ne kadar önemli?

GÖRÜŞMECİNİN ŞİDDET DERECELENDİRMESİ

28. Hastanın yasal sorunları için tavsiye yada yol gösterilmeye olan gereksinimini nasıl derecelendirirdiniz?

GÜVEN DERECELENDİRMESİ

Yukarıdaki bilgilerin anlamlı bir biçimde bozulması aşağıdakilerden hangisine bağlıdır

29.hastanın yanlış yorumlamasına

0-Hayır 1-Evet

30.Hastanın anlama güçlüğüne

0-Hayır 1-Evet

Belirtiniz

AİLE ÖYKÜSÜ

Akrabalarınızdan yada yakınlarınızdan herhangi birinde alkol, madde kullanma yada ruhsal bir sorun var mı?(tıbbi bir teşhis gerekmiyor) Ve bu tedaviyi gerektirdi mi?

Anne Tarafı			Baba Tarafı		
Alkol	Madde	Psikiyatrik	Alkol	Madde	Psikiyatrik
Anneanne			Babanne		
Dede			Büyükbaba		
Anne			Baba		

Teyze

Hala

Dayı

Amca

Kardeşler

Alkol Madde Psikiyatrik

Erkek kardeş1

Erkek kardeş 2

Kız Kardeş 1

Kız Kardeş 2

ALKOL VE MADDE KULLANIMI

1-12 maddeyi şimdiki problemle ilişki kurmadan bütün maddelerin geçmişini sor

Son 30 gün

Yaşam boyu kullanımı

1.Alkol (Her türlü kullanım-Haftada 3 veya

daha fazla, problemlili içme ise haftada 3'den de az olabilir)

2. Alkol (sarhoşluk derecesinde) (Eğer hasta inkar ederse, alkolün etkisini biz tahmin edeceğiz)

3.Eroin

4.Metadon

5.Diğer opiyatlar/analjezikler

6.Barbitüratlar

7.Diğer sedatifler/ hpinotikler/ sakinleştiriciler(trankilizanlar)

8.Kokain

9.Amfetamin

10.Esrar

11.Hallusinojenler

12.İnhilantlar(nefesle içine çekilenler)

13.Günde birden fazla (alkol dahil) madde kullanımı(6 ay ve daha yukarısı-Problemlili veya düzenli kullanmada bir yıl sayılıyor.-6 aydan az olan yıl olarak kabul edilmiyor, sadece not ediyoruz.)

Kullanım şekli;(En sık veya son zamanlarda en sık kullandığı-Birden fazla kullanım şekli varsa en şiddetli olanı işaretle)

1-Ağızdan

2-Burundan

3-İçerek

4-İğneyle olmayan

5-İğneyle

13.En önemli sorun hangi madde?(Yukarıdaki gibi aynı numaralarla kodlayın yada sorun yok için “00” yazın.

14.Bu (13. madde için) maddeyi kendi isteğinizle bırakıp kullanmadığınız en son süre ne kadardır?(En az 1 ay) (00-hiç bırakma-1 aydan az- olmadıysa) (Hastanede yatma, hapishanede kalma sayılmıyor)

15.Bu bırakma kaç ay önceydi

(00-Hala kuruyorsa)

(N-Hiç bırakma olmadıysa)

16.Kaç kez;(Gidip gelen bir bilinç, bilinç kaybı, görsel şeyler görme)

Alkol deliryumu geçirdiniz?

Aşırı dozda madde aldınız?

17.Yaşamınız boyunca kaç kez;(Detoksifikasyon tedavisi, yatarak, ayakta, danışma, Adsız Alkolikler veya Adsız Narkotikler- 1 aylık sürede(3 veya daha fazla seans), polikliniğe başvurma

Alkol kötüye kullanımı

Maddeyi kötüye kullanımı nedeniyle tedavi gördünüz?

18.Bunlardan kaç tanesi sadece detoks müdahalesiy di?(Diazem tedavisi, serum)

Alkol

Madde

19.Son 30 gün içinde alkol, madde için ne kadar harcama yaptığınızı düşünüyorsunuz?(Yeterli bir açıklama yapamıyorsa “x” koyunuz.

Alkol

Madde

20.Son 30 gün içinde alkol, madde için kaç gün ayaktan tedavi gördünüz?(Adsız Alkolikleri ve Adsız Narkotikleri dahil edin)

21.Son 30 gün içinde kaç gün(Başağrısı, bulantı aşırme, çekilme belirtileri. Entoksikasyon, durduramama, kusma, uykusuzluk, tiksinti vb.)

Alkole bağı sorunlar

Maddeye bağı sorunlar yaşadınız?

22. ve 23. sorular için hastadan “hasta derecelendirme ölçeğini” kullanmasını isteyiniz.

22.Aşağıdaki sorunlara bağı olarak son 30 içinde ne kadar sıkıntı çektiniz?

Alkol sorunları

Madde sorunları

23.Bu sorunlar için tedavi görmek şu an sizin için ne kadar önemli?(Genel terapi değil, bağımlılık tedavisi önemli)

Alkol sorunları

Madde sorunları

GÖRÜŞMECİNİN ŞİDDET DERECELENDİRMESİ

24.Hastanın tedaviye olan gereksinimini nasıl değerlendiriyorsunuz?

Alkol kötüye kullanımı

Madde kötüye kullanımı

GÜVEN DERECELENDİRMESİ

Yukarıdaki bilgilerin anlamlı bir biçimde bozulması aşağıdakilerden hangisine bağıdır?

25.Hastanın yanlış yorumlanmasına

0-Hayır 1-Evet

26.Hastanın anlama güçlüğüne

0-Hayır 1-Evet

AİLE-SOSYAL İLİŞKİLER

1. Medeni durumu

- 1-Evli
- 2-Tekrar evlenmiş
- 3-Dul
- 4-Ayrılmış
- 5-Boşanmış
- 6-Hiç evlenmemiş

2. Şimdiki medeni durumunuz kaç yıldır devam ediyor?(Eğer hiç evlenmediyseniz 18 yaşından itibaren)

3. Bu durumdan memnun musunuz?

4. Son 3 yıl içindeki yaşam düzeniniz?(Birden fazla düzen varsa, en uzun süreli olanı yazılmalı, eğer eşitse en son durumu yazılmalı)

- 1. Eş ve çocukla
- 2. Sadece eş ile
- 3. Sadece çocuklarla
- 4. Ebeveynlerle
- 5. Aile ile
- 6. Arkadaşlarla
- 7. Yalnız
- 8. Kontrollü bir çevrede
- 9. Düzenli bir ortamı yok

5. Bu yaşam koşullarında ne kadar süredir yaşıyor sunuz? (Aile ve ebeveynlerle ise 18 yaşından itibaren-4. sorudaki koşullar)

6. Bu yaşam düzeninden memnun musunuz?

6A-Şu anda alkol sorunu olan biri ile yaşıyor musunuz? (Aktif alkol problemi, komşular dahil değil)

6B-Şu anda yasal olmayan madde kullanan biri ile yaşıyor musunuz? (maddeyi kullananın madde probleminin olup olmaması önemli değil)

7. Boş zamanlarınızın çoğunu kiminle geçiriyor sunuz?

1-Aile 2-Arkadaşlar 3-Tek başına

8. Boş zamanlarınızı böyle geçirmekten memnun musunuz?

9. Kaç tane yakın arkadaşınız var? (Aile üyelerini veya aile üyesi olarak kabul edilecek kız veya erkek arkadaşları dahil etme)

Bu kişilerle ciddi (büyük) sorunlar yaşadığınız dönemleriniz oldu mu? Olduysa kiminle? (Rutin dışında anlaşmazlık, kavga, tartışma, bağırışma, küfürleşme)

Son 30 gün

Yaşamınız boyunca (geçmişte)

10. Anne

11. Baba

12. Erkek/kız kardeşler

13. Cinsel eş/eş

14. Çocuklar

15. Diğer aile üyeleri

16. Yakın arkadaşlar

17. Komşular

18. İş arkadaşları

Bu insanlardan herhangi biri sizi istismar etti mi?

18A- Duygusal olarak (kullandığı kötü/sert sözcüklerle) kötü hissetmenize neden oldu mu?

18B-Fiziksel olarak (fiziksel zarar verdi mi?)

18C-Cinsel olarak (cinsellikle ilgili zorlamalar veya cinsel eylemler)

19. Son 30 gün içinde kaç gün ciddi çatışma veya sorun yaşadınız?

A-Aile ile

B-Aile dışındaki diğer kişilerle

20. Son 30 gün içinde aşağıdakiler nedeniyle ne kadar zorlandınız veya sıkıntı yaşadınız?

21. Ailevi sorunlar

22. Sosyal sorunlar (yalnızlık, sosyal ilişikye girememe, arkadaşlardan memnuniyetsizlik)

Aşağıdaki sorunlar için tedavi görmek veya danışma almak sizizn için ne kadar önemli?

23. Ailevi sorunlar

24. Sosyal sorunlar

GÖRÜŞMECİNİN ŞİDDET DERECELENDİRMESİ

25. Hastanın aile veya sosyal danışmanlık gereksinimini nasıl değerlendiriyor sunuz?

GÜVEN DERECELENDİRMESİ

Yukarıdaki bilgilerin anlamlı bir biçimde bozulması aşağıdakilerden hangisine bağlıdır?

26. Hastanın yanlış yorumlamasına.

0-Hayır 1-Evet

27. Hastanın anlama güçlüğüne.

0-Hayır 1-Evet Belirtiniz

PSİKİYATRİK DURUM

Son 30 gün Hayatınız boyunca (Bunu ilk olarak sor, en az iki hafta)

1.Ciddi depresyon (üzüntü, çaresizlik, ümitsizlik, suçluluk, ilgi kaybı, günlük fonksiyonlarını yerine getirememe)

2.Ciddi bunaltı veya gerginlik (gerginlik, rahat edememe, sinirli, telaşlı, endişeli)

3.Görme hayalleri (çekilme dahil değil, ilaç almadığında) (Ses işitme veya bir şeyler görme)

4.Anlama, konsantre olma (çekilmenin dışında ve ilaçsız dönemde)

5.Hatırlamada güçlük

7.8.ve9. maddeler , direkt alkol veya madde çekilmesinin dışında

7.Şiddet davranışlarını kontrolde zorluk

8.Ciddi intihar düşünceleri (yaşamını planlayamadığı dönemler)

9.İntihar girişimi (hareket veya girişim)

10.Psikiyatrik veya duygusal sorunlar nedeniyle ilaç tedavisi (doktor tarafından, ilacını kullanmıyorsa bile “evet”i işaretle)

11.Son 30 gün içinde bu psikolojik veya duygusal sorunları kaç gün yaşadınız? (3-9. sorular için)

12.ve 13. sorular için lütfen hastadan “hasta derecelendirme ölçeğini” kullanmasını isteyiniz,

12.Son 30 gün içinde bu psikolojik veya ruhsal sorunlar sizi ne kadar rahatsız etti? (11. soru için)

13. Bu psikolojik sorunlarla ilgili tedavi şu an sizin için ne kadar önemli?

Aşağıdaki maddeler görüşmeci tarafından doldurulacaktır. (gözlemlere göre/görüşmedeki davranış va cevaplardan)

14. Belirgin biçimde depresif/içe çekinik

15. Belirgin biçimde hostile

16. Belirgin biçimde anksiyeteli/sinirli

17. Gerçeğı değerlendirmede, düşüncelerde bozukluklar var, paranoid düşüncesiyle ilgili zorluklar yaşıyor.

18. Anlama, konsantrasyon, hatırlamada güçlüğü var.

19. İntihar düşünceleri mevcut.

GÖRÜŞMECİNİN ŞİDDET DEĞERLENDİRMESİ

20. Hastanın psikiyatrik/psikolojik tedaviye olan ihtiyacını nasıl derecelendiriyorsunuz?

GÜVEN DERECELENDİRMESİ

Yukarıdaki bilgilerin anlamlı bir biçimde bozulması aşağıdakilerden hangisine bağlıdır?

21. Hastanın yanlış yorumlamasına.

0-Hayır 1-Evet

22. Hastanın anlama güçlüğüne.

0-Hayır 1-Evet

Belirtiniz

EK 10- Levenson Psikopati Ölçeği

Aşağıda bir dizi ifade listelenmiştir. Herhangi biri genel olarak bulunan görüşleri ifade etmektedir ve doğru veya yanlış cevap yoktur. Muhtemelen siz bazılarıyla aynı fikirde olacaksınız ve bazılarıyla da aynı fikirde olmayacaksınız. Lütfen her ifadeyi dikkatlice okuyunuz ve her bir ifadeyle aynı fikirde olduğunuzun veya olmadığınızın derecesini en iyi tanımlayan ya da her bir ifadenin size ne kadar uyduğunuzun derecesini belirten rakamı daire içine alınız

1-Kesinlikle katılmıyorum

3-Genellikle katılıyorum

2-Genellikle katılmıyorum

4-Kesinlikle katılıyorum

1. Sık sık canım sıkılır.

1 2 3 4

2. Günümüzde, yakamı sıyrabildikten sonar, başarı için herhangi bir şeyi yapmanın doğru olduğunu düşünüyorum.

1 2 3 4

3. Bir şeyi yapmadan önce, ortaya çıkabilecek sonuçları ayrıntılı bir şekilde gözden geçiririm.

1 2 3 4

4. Hayattaki başlıca amacım, elde edebildiğim kadar çok sayıda lüks ve pahalı şeyler elde etmektir.

1 2 3 4

5. Başladığım işlere olan ilgimi çabucak kaybederim.

1 2 3 4

6. Başka kimselerle birçok ağız kavgası yapmışımdır.

1 2 3 4

7. Bir şeyi beğendirmek için çok uğraşsam bile, onun hakkında yalan söylemezdim.

1 2 3 4

8. Zaman zaman kendimi aynı tür dertlerin içinde bulurum

1 2 3 4

9. Başka kimselerin duygularıyla oynamaktan hoşlanırım.

1 2 3 4

10. Tek bir amacın peşinde uzun süre düşünebilirim.

1 2 3 4

11. Kendimi düşünmek benim basitçe önceliğimdir.

1 2 3 4

12. İstediğim şeyleri yapmaları için, başkalarına duymak istedikleri şeyleri söylerim.

1 2 3 4

13. Başkalarına haksızlık olacağı için hile yapmak doğru değildir.

1 2 3 4

14. Aşk gereğinden fazla önemsenmektedir.

1 2 3 4

15. Benim başarımla başka birinin zararı pahasına elde edilecek olursa rahatsız olurum.

1 2 3 4

16. Hayal kırıklığına uğradığımda, kendimi kaybedercesine öfkeyle patlarım.

1 2 3 4

17. Benim için, yakamı sıyrabildikten sonra herhangi bir şeyin yapılması uygundur.

1 2 3 4

18. Problemlerimin birçoğu, insanların beni tam olarak anlamamasından kaynaklanır.

1 2 3 4

19. Başarı en güçlü olanların hayatta kalması esasına dayanır; mağluplara aldırış etmem.

1 2 3 4

20. Başlangıçta, herhangi bir şeyin çok ilerisini planlamam.

1 2 3 4

21. Sözlerini veya davranışlarını başkasının duygusal olarak acı hissetmesine yol açarsa, kendimi kötü hissederim.

1 2 3 4

22. Çok para kazanmak benim en önemli amacımdır.

1 2 3 4

23. Bırakın başkaları yüksek değerler üzerinde tasalansın; ben günlük çıkarıma bakarım.

1 2 3 4

24. Gerçekten akıllıca bir üç kağıda çoğu kez hayranlık duyarım.

1 2 3 4

25. Aldatılacak kadar aptal insanlar genellikle bunu hak ederler.

1 2 3 4

26. Amaçlarımı gerçekleştirirken başkalarına zarar vermemeye gayret ederim.

1 2 3 4

EK 11- Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (Multidimensional Scale Of Perceived Social Support MSPSS)

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, 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



EK 12- Madde Aşırme Ölçeği (PENN Alcohol Craving Scale-PACS Revised Version)

Lütfen her maddeyi dikkatlice okuyun ve geçtiğimiz hafta süresince madde aşırmenizi (madde kullanma isteğinizi) en iyi tanımlayan sayıyı daire içine alın.

1. Geçtiğimiz hafta içinde, madde kullanmak ile ilgili ya da madde kullanmanın sizi ne kadar iyi hissettireceği ile ilgili ne sıklıkla düşündünüz?

- 0.....Hiç (geçtiğimiz hafta içinde 0 kez)
- 1..... Nadiren (geçtiğimi hafta içinde 1 ila 2 kez)
- 2.....Ara sıra (geçtiğimiz hafta içinde 3 ila 4 kez)
- 3.....Bazen (geçtiğimiz hafta içinde 5 ila 10 kez veya günde 1 ila 2 kez)
- 4.....Sıklıkla (geçtiğimiz hafta içinde 11 ila 20 kez veya günde 2 ila 3 kez)
- 5.....Çoğu zaman (geçtiğimiz hafta içinde 20 ila 40 kez veya günde 3 ila 6 kez)
- 6.....Neredeyse her zaman (geçtiğimiz hafta içinde 40 kezden fazla veya günde 6 kezden fazla)

2. Geçtiğimiz hafta içinde, en şiddetli noktasında, madde aşırmeniz ne kadar güçlüydü?

- 0.....Hiç değildi
- 1.....Önemsenmeyecek düzeyde, yani çok hafif istek
- 2.....Hafif istek
- 3.....Orta düzeyde istek
- 4.....Güçlü istek, fakat kolaylıkla kontrol edildi
- 5.....Güçlü istek kontrol edilmesi zor
- 6.....Güçlü istek ve eğer elde edilebilir olsaydı madde kullanmış olurdum

3. Geçtiğimiz hafta içinde, madde kullanmak ile ilgili ya da madde kullanmanın sizi ne kadar iyi hissettireceği ile ilgili düşünmeye ne kadar zaman harcadınız?

- 0.....Hiç
- 1.....20 dakikadan az
- 2.....21-45 dakika
- 3.....46-90 dakika
- 4.....90 dakika- 3 saat
- 5.....3 ila 6 saat arası
- 6.....6 saatten daha fazla

4. Geçtiğimiz hafta içinde, eğer evinizde madde olduğunu bilseydiniz madde kullanmaya karşı direnmek ne kadar zor olurdu?

- 0.....Hiç zor olmazdı
- 1.....Çok hafif zor
- 2.....Hafif zor
- 3.....Orta zorlukta
- 4.....Çok zor
- 5.....Aşırı zor
- 6.....Karşı koyamazdım

5. Önceki sorulara cevaplarınızı aklınızda tutarak, lütfen geçen hafta için genel ortalama madde aşermenizi değerlendirin.

- 0.....Hiç madde kullanma düşüncem olmadı ve hiç madde kullanma isteğim olmadı.
- 1.....Nadiren madde kullanmayla ilgili düşündüm ve nadiren madde kullanma isteğim oldu
- 2.....Bazen madde kullanmayla ilgili düşündüm ve bazen madde kullanma isteğim oldu
- 3.....Çoğu zaman madde kullanmayla ilgili düşündüm ve sıklıkla madde kullanma isteğim oldu
- 4.....Neredeyse her zaman madde kullanmayla ilgili düşündüm ve neredeyse her zaman madde kullanma isteğim oldu

EK 13- Değişime Hazır Olma ve Tedavi İsteği Ölçeği (Socrates-M: The Stages Of Change Readiness and Treatment Eagerness Scale)

Yönerge: Aşağıdaki ifadeleri lütfen dikkatlice okuyun. Her biri madde kullanımınız ile ilgili hissedebileceğiniz (ya da hissetmeyebileceğiniz) durumları tanımlıyor. Her ifade için şu anda ne kadar katıldığınız ya da katılmadığınızı 1'den 5'e kadar olan bir sayıyı yuvarlak içine alarak belirtin. Lütfen her ifade için sadece bir sayı işaretleyin.

1. Madde kullanmamla ilgili gerçekten değişiklik yapmak istiyorum

1. Kesinlikle katılmıyorum 2.Katılmıyorum 3.Bilmiyorum 4. Katılıyorum 5. Kesinlikle Katılıyorum

2. Bazen ben madde bağımlısı mıyım diye merak ediyorum

1. Kesinlikle katılmıyorum 2.Katılmıyorum 3.Bilmiyorum 4. Katılıyorum 5. Kesinlikle Katılıyorum

3. Eğer yakın zamanda madde kullanmamı değiştirmezsem sorunlarım giderek kötüleşecek.

1. Kesinlikle katılmıyorum 2.Katılmıyorum 3.Bilmiyorum 4. Katılıyorum 5. Kesinlikle Katılıyorum

7. Bazen madde kullanmamın diğer insanlara zarar verip vermediğini merak ediyorum.

1. Kesinlikle katılmıyorum 2.Katılmıyorum 3.Bilmiyorum 4. Katılıyorum 5. Kesinlikle Katılıyorum

8. Ben sorunlu bir madde kullanıcısıyım.

1. Kesinlikle katılmıyorum 2.Katılmıyorum 3.Bilmiyorum 4. Katılıyorum 5. Kesinlikle Katılıyorum

10.Madde kullanmamı halihazırda değiştirdim ve eski alışkanlığıma geri dönmek için yollar arıyorum.

1. Kesinlikle katılmıyorum 2.Katılmıyorum 3.Bilmiyorum 4. Katılıyorum 5. Kesinlikle Katılıyorum

11. Madde kullanmakla ilgili ciddi sorunum var.

1. Kesinlikle katılmıyorum 2.Katılmıyorum 3.Bilmiyorum 4. Katılıyorum 5. Kesinlikle Katılıyorum

12. Bazen madde kullanmamı kontrol edebiliyor muyum diye merak ediyorum

1. Kesinlikle katılmıyorum 2.Katılmıyorum 3.Bilmiyorum 4. Katılıyorum 5. Kesinlikle Katılıyorum

13. Madde kullanmam birçok zarara yol açıyor.

1. Kesinlikle katılmıyorum 2.Katılmıyorum 3.Bilmiyorum 4. Katılıyorum 5. Kesinlikle Katılıyorum

14. Madde kullanmayı azaltmak ya da kesmek için şimdi aktif olarak bir şeyler yapıyorum.

1. Kesinlikle katılmıyorum 2.Katılmıyorum 3.Bilmiyorum 4. Katılıyorum 5. Kesinlikle Katılıyorum

15. Daha önce sahip olduğum madde kullanma sorunlarıma geri dönmek istemiyorum.

1. Kesinlikle katılmıyorum 2.Katılmıyorum 3.Bilmiyorum 4. Katılıyorum 5. Kesinlikle Katılıyorum

16. Madde kullanma sorunum olduğunu biliyorum.

1. Kesinlikle katılmıyorum 2.Katılmıyorum 3.Bilmiyorum 4. Katılıyorum 5. Kesinlikle Katılıyorum

17. Maddeyi çok fazla mı kullanıyorum diye merak ettiğim zamanlar olur.

1. Kesinlikle katılmıyorum 2.Katılmıyorum 3.Bilmiyorum 4. Katılıyorum 5. Kesinlikle Katılıyorum

18. Ben bir madde bağımlısıyım

1. Kesinlikle katılmıyorum 2.Katılmıyorum 3.Bilmiyorum 4. Katılıyorum 5. Kesinlikle Katılıyorum

19. Madde kullanmamı değiştirmek için çok fazla çalışıyorum

1. Kesinlikle katılmıyorum 2.Katılmıyorum 3.Bilmiyorum 4. Katılıyorum 5. Kesinlikle Katılıyorum

20. Madde kullanmamda bazı değişiklikler yaptım ve eskisi gibi kullanmaya geri dönmek için yardım istiyorum.

1. Kesinlikle katılmıyorum 2.Katılmıyorum 3.Bilmiyorum 4. Katılıyorum 5. Kesinlikle Katılıyorum

