



T.C.

AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ

RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI

ANABİLİM DALI

**REMİSYONDA OLAN VE OLMAYAN OPİYAT KULLANIM
BOZUKLUĞU HASTALARININ AŞERME, UYKU KALİTESİ,
CİNSEL İŞLEVLER VE YAŞAM KALİTESİ AÇISINDAN
KARŞILAŞTIRILMASI**

UZMANLIK TEZİ

Dr. Zübeyde GÜLLÜ TÜRKER

Antalya, 2023



T.C.
AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ
RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI
ANABİLİM DALI

**REMİSYONDA OLAN VE OLMAYAN OPİYAT KULLANIM
BOZUKLUĞU HASTALARININ AŞERME, UYKU KALİTESİ,
CİNSEL İŞLEVLER VE YAŞAM KALİTESİ AÇISINDAN
KARŞILAŞTIRILMASI**

UZMANLIK TEZİ

Dr. Zübeyde GÜLLÜ TÜRKER

Tez Danışmanı: Dr. Öğr. Üyesi Özmen METİN

“Kaynak gösterilerek tezimden yararlanılabilir.”

Antalya, 2023

TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimi boyunca değerli bilgilerini ve tecrübelerini benimle paylaşan, birlikte çalışmaktan onur duyduğum tez danışman hocam Dr. Öğretim Üyesi Özmen METİN, değerli hocalarım Prof. Dr. Gülsüm Özge BAYSAL, Doç. Dr. Burak KULAKSIZOĞLU, Doç. Dr. Buket CİNEMRE, Doç. Dr. Mustafa Mehmet ERYILMAZ, Prof. Dr. Mehmet Murat KULOĞLU, Prof. Dr. Taha KARAMAN ve psikiyatri eğitimim sırasında hiçbir zaman desteğini benden esirgemeyen Doç. Dr. Ali ERDOĞAN' a,

Hayatım boyunca desteklerini hiçbir zaman esirgemedi benim için her türlü fedakârlığı yapan canım annem ve babama, hayatıma anlam veren en büyük destekçim canım eşim Alper Seydican TÜRKER'e, varlıklarıyla bize neşe katan canım çocuklarımız Hermione ve Harry'e,

Birlikte çalışmaktan mutluluk duyduğum tüm asistan arkadaşlarım ve birlikte güzel anılar biriktirdiğim canım arkadaşlarım başta Pınar ERDOĞAN TÜRKMEN olmak üzere Gizem Nur PALA AVAN ve Naila NABİ'ye, kliniğimizdeki tüm hemşire, sekreter ve personel arkadaşlarımıza teşekkürlerimi sunarım.

Dr. Zübeyde GÜLLÜ TÜRKER

İÇİNDEKİLER

İÇİNDEKİLER	iii
KISALTMALAR DİZİNİ.....	v
TABLolar DİZİNİ	vi
ŞEKİLLER DİZİNİ.....	vii
1. GİRİŞ	1
2. GENEL BİLGİLER	3
2.1. Opiyat Kullanım Bozukluğu	3
2.1.1. Opiyat Kullanım Bozukluğu Tanımı	3
2.1.2. Opiyat Kullanım Bozukluğu Tarihçesi.....	3
2.1.3. Opiyat Kullanım Bozukluğu Epidemiyolojisi.....	4
2.1.4. Opiyat Kullanım Bozukluğu Etiyolojisi.....	5
2.1.5. Opiyat Kullanım Bozukluğu Tanısı	6
2.1.6. Opiyat Kullanım Bozukluğunda Relaps.....	7
2.1.7. Opiyat Kullanım Bozukluğu Tedavisi.....	8
2.2. Aşırme.....	9
2.3. Uyku	10
2.4. Cinsel Yaşam.....	10
2.5. Yaşam Kalitesi	11
3. GEREÇ VE YÖNTEM	13
3.1. Katılımcılar ve Örneklem Seçimi.....	13
3.2. Veri Toplama Araçları.....	14
3.2.1. Onam ve Bilgilendirme	14
3.2.2. Structured Clinical Interview for DSM Disorders-5 Clinician Version (SCID-5-CV)- DSM Bozuklukları için Yapılandırılmış Klinik Görüşme-5 Klinisyen Versiyonu.....	14

3.2.3. Sosyodemografik ve Klinik Veri Formu	15
3.2.4. Madde Aşırme Ölçeği (MAÖ).....	15
3.2.5. Pittsburgh Uyku Kalite İndeksi (PUKİ)	15
3.2.6. Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği (ACYÖ).....	16
3.2.7. Kısa Form 36 (SF36).....	16
3.3. İstatistiksel Analiz	17
4. BULGULAR.....	18
4.1. Sosyodemografik Bulgular ve Klinik Özellikler	18
4.2. Ölçeklerle İlişkili Bulgular	25
5. TARTIŞMA	40
5.1. Sosyodemografik ve Klinik Bulguların Değerlendirilmesi.....	40
5.2. Ölçeklerle İlişkili Bulguların Değerlendirilmesi	43
6. SONUÇLAR	48
7. ÖZET.....	49
8. ABSTRACT.....	51
9. KAYNAKLAR	53
10. EKLER.....	64

KISALTMALAR DİZİNİ

OpKB	Opiyat kullanım bozukluğu
UNODC	United Nations Office on Drugs and Crime (Birleşmiş Milletler Uyuşturucu ve Suç Ofisi)
DSM-5	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th Edition (Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı, 5. Basım)
ICD-11	Hastalıkların Uluslararası Sınıflandırması'nın 11. Tanı Kılavuzu
SSS	Santral Sinir Sistemi
B/N	Buprenorfin/Nalokson
LH	Lutein Yapıcı Hormon
FSH	Folikül Uyarıcı Hormon
AMBAUM	Alkol ve Madde Bağımlılığı Araştırma ve Uygulama Merkezi
SCID-5	Structured Clinical Interview for DSM Disorders-5
MAÖ	Madde Aşırme Ölçeği
PUKİ	Pittsburgh Uyku Kalite İndeksi
ACYÖ	Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği
SF36	Short Form 36

TABLÖLAR DİZİNİ

Tablo	Sayfa
Tablo 4.1. Çalışma Gruplarının Dağılımı	18
Tablo 4.2. Remisyondaki Hastalar Grubunun Dağılımı.....	18
Tablo 4.3. Çalışma Gruplarının Sosyodemografik Özelliklerinin Karşılaştırılması	21
Tablo 4.4. Çalışma Gruplarının Klinik Özelliklerinin Karşılaştırılması.....	22
Tablo 4.5. Remisyondaki Hastalar ile Opiyat Kullanımı Devam Eden Hastaların Eroin Kullanımına İlişkin Bilgiler	23
Tablo 4.6. Remisyondaki Hastalar ile Opiyat Kullanımı Devam Eden Hastaların Tedavi Süreçlerine İlişkin Bilgiler	24
Tablo 4.7. Remisyondaki Hastaların Ortalama Remisyon Süresi ve Ortalama B/N Kullanım Dozu.....	24
Tablo 4.8. Remisyondaki Hastaların B/N Kullanım Dozuna Göre Yaşı, Eroin Kullanımlarına İlişkin Bilgiler ve Ortalama Remisyon Süreleri.....	25
Tablo 4.9. Çalışma Gruplarının Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması	27
Tablo 4.10. Remisyondaki Hastalar ile Opiyat Kullanımı Devam Eden Hastaların Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması	30
Tablo 4.11. Remisyondaki Hastaların B/N Kullanım Dozuna Göre Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması.....	35
Tablo 4.12. Opiyat Kullanımı Devam Eden Hastalarda Yaş ile Ölçek Puanları Korelasyonu	36
Tablo 4.13. Remisyondaki Hastalarda Yaş ve B/N Kullanım Dozu ile Ölçek Puanları Korelasyonu	37
Tablo 4.14. Opiyat Kullanımı Devam Eden Hastalarda Aşermeyi Yordayan Faktörler	37
Tablo 4.15. Remisyondaki Hastalarda Aşermeyi Yordayan Faktörler	38
Tablo 4.16. Remisyondaki Hastalarda Madde Aşerme Ölçeği ile Diğer Ölçek Puanları Korelasyonu	39
Tablo 4.17. Remisyondaki Hastalarda Uyku Kalitesi ve Cinsel İşlev Bozukluğuna Göre Madde Aşerme Puanları	39

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil	Sayfa
Şekil 4.1. Çalışma Gruplarının Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması	29
Şekil 4.2. Remisyondaki Hastalar ile Opiyat Kullanımı Devam Eden Hastaların Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması	33
Şekil 4.3. Remisyondaki Hastaların B/N Kullanım Dozuna Göre SF36 Enerji/Canlılık.....	35



1. GİRİŞ

Opiyat kullanım bozukluğu (OpKB), nüks ve iyileşmelerle giden fizyolojik, davranışsal ve bilişsel belirtilerden oluşan, belirgin problemlere yol açan kronik bir bozukluktur. Etiyolojisinde ailesel, çevresel, sosyal, kişisel, genetik ve farmakolojik etmenler rol oynamaktadır (1). Birleşmiş Milletler Uyuşturucu ve Suç Ofisi (UNODC) tarafından yayınlanan 2023 Dünya Uyuşturucu Raporu'na göre 2021 yılında son 12 ayda 15-64 yaş arası her 17 kişiden 1'i madde kullanmıştır. 2021'de tahmini madde kullanıcı sayısının 296 milyon olduğu (15-64 yaş arası dünya nüfusunun yüzde 5,8'i), yaklaşık 60 milyon tıbbi olmayan opiyat kullanıcısı olduğu ve bunların da yaklaşık 31.5 milyonun eroin kullanıcısı olduğu belirtilmektedir. Yine aynı rapora göre opiyatlar ölümlerin ve aşırı doza bağlı ölümlerin en önde gelen nedeni olmaya devam etmektedir (2). OpKB olan kişilerde hukuki sorunlar, yaralanma, intihar, ölüm ve kan yoluyla bulaşan enfeksiyonlar dahil olmak üzere bir dizi başka sosyal ve sağlıkla ilgili zarar riski genel popülasyona göre daha yüksektir (3). OpKB hastalarının tedavisinde amaç relapsı önleyip remisyon dönemini uzatabilmektir. İdame farmakolojik tedavi seçenekleri arasında opioid agonistleri, opioid antagonistleri veya yoksunluğa dayalı tedaviler yer alır (4). Uygun dozda bir opioid agonisti ile tedavi, hastaların yaşam tarzının değişmesini, toplumsal uyumunun artmasını ve OpKB'de zamanla gelişen sorunların üstesinden gelmesini sağlar (5). Madde kullanmak için çok güçlü bir istek olarak tanımlanan aşerme, opiyat kullanım bozukluğu ve diğer bağımlılıkların temel bir bileşenidir. Relaps ile güçlü bir şekilde ilişki olması nedeniyle aşerme, relaps riskini azaltmak ve hastaların yaşam kalitesini iyileştirmek için önemli bir tedavi hedefidir (6). Buprenorfin ve metadon gibi opioid agonistleri aşerme ve nüksetme riskini önemli ölçüde azaltabilmektedir (7). Uyku, opiyatların akut uygulaması, kronik opiyat kullanımı, opiyat yoksunluk durumu, detoksifikasyon aşaması ve opioid agonistleri ile idame tedavisi dahil olmak üzere tüm opiyat kullanım aşamalarında etkilenir. Uyku da opiyat bağımlılığında nüks için önemli bir faktördür (8). Opiyat kullanımı cinsel işlevleri olumsuz etkileyerek zamanla kısa ya da uzun süreli cinsel işlev bozukluğuna neden olmaktadır (9). Genel popülasyonla karşılaştırıldığında OpKB olan kişilerin yaşam kalitesi daha düşük

olmaktadır (10). 2014'te yapılan bir sistematik incelemede OpKB tedavisinin yaşam kalitesini iyileştirdiği sonucuna varılmıştır (11).

Literatüre bakıldığında sŸrdŸrŸm tedavisi alan hastalarda yapılan çalışmalarda aşerme, uyku, cinsel işlevler ve yaşam kalitesi ile ilgili farklı sonuçlar bulunmaktadır. Biz de bu çalışmada opiyat sŸrdŸrŸm tedavisiyle remisyonda olan hastaların aşerme durumunu, uyku, cinsel işlevler ve yaşam kalitesiyle ilişkisini opiyat kullanımı devam edenlerle ve sağlıklı kişilerle karşılaştırarak hastaların tedavi uyumunu arttırmayı, sŸrdŸrŸm tedavisi dŸzenlenmesi, nŸksŸn Ÿnlenmesi konusunda klinisyenlere katkı sağlamayı amaçladık.



2. GENEL BİLGİLER

2.1. Opiyat Kullanım Bozukluğu

2.1.1. Opiyat Kullanım Bozukluğu Tanımı

Afyon bitkisinden (haşhaş) elde edilen beyindeki opioid reseptörlerine bağlanarak uyuşturucu özelliği taşıyan bütün maddelere opioid terimi kullanılmaktadır (12). Doğal yolla elde edilenler opium (afyon), morfin, kodein, tebain; yarı sentetik ve tam sentetik olarak üretilenler ise oksikodon, hidromorfin, oksimorfin, hidrokodon, fentanil, petidin, metadon, tramadol, levorfenol, propoksifen, loperamid ve difenoksilat gibi alkaloidlerdir (13). Opiyat terimi bunların arasında doğal yolla elde edilen alt grubu ifade etmektedir (12). Beyinde üretilen peptit yapıdaki endorfin, dinorfin ve enkefalin gibi endojen opioidler de reseptörlere etki ederek opioid benzeri etkilerin gelişmesine yol açarlar. Opioid reseptörleri mü, kappa, delta, epsilon ve sigma reseptörleri olmak üzere 5 alt tipe ayrılır. Eksojen opioidler özellikle de mü reseptörlerine bağlanarak etkilerini ortaya çıkarırlar (14). OpKB kişinin hayatında bu maddenin kullanımının ön planda olması, kontrolünü giderek kaybetmesi, terapötik bir neden olsun ya da olmasın daha yüksek dozlarda uzun süreli kullanma, aşırma, tolerans ve fizyolojik geri çekilme belirtilerini içeren ciddi bir rahatsızlıktır (15). Opiyat kullanan kişilerde hukuki sorunlar, yaralanma, intihar, ölüm ve kan yoluyla bulaşan enfeksiyonlar dahil olmak üzere bir dizi başka sosyal ve sağlıkla ilgili zarar riski genel popülasyona göre daha yüksektir (3).

2.1.2. Opiyat Kullanım Bozukluğu Tarihçesi

Papaver somniferum ('haşhaş', 'afyon', 'opiyum gelinciği') bitkisinden elde edilen opium sıvısı tarihte bilinen ilk ilaçlardan olup keyif verici ve ağrı kesici etkisi sebebiyle çok fazla kullanılmıştır (16). M.Ö. 5000'li yıllarda Sümerlerde haşhaş ekimi, afyon çıkarılmasından bahsedilmiş ve 'mutluluk bitkileri' ifadesi kullanılmıştır. Mısır'da M.Ö. 1550 yıllarında yazıldığı sanılan Ebers papirüsünde ağlayan çocukları sakinleştirmek için, bağırsak ağrısını azaltmak için afyon kullanımından bahsedilmektedir (17). Hipokrat, Theophrastus, Dioscorides ve Galenos gibi bilim insanlarının yazılarında da opiyum kullanımıyla ilgili bilgiler ve

tarifler yer almaktadır (16). İlk olarak 1805 yılında Alman eczacı asistanı Friedrich Serturner tarafından opiumdan izole edilen Morfin yatıştırıcı etkisi nedeniyle mitolojideki uyku tanrısı Morpheus'tan esinlenerek isimlendirilmiştir (18). Eroin morfinin 3,6 diasetillenmesiyle elde edilen yarı sentetik opium türevidir. Bağımlılık potansiyeli en yüksek olan dünyada en çok kötüye kullanılan opioid türevidir (1). Tam sentetik olarak üretilen Meperidin 1939 yılında, opioid antagonisti olarak kullanılan nalorfin ise 1942 yılında üretilmiştir (19).

2.1.3. Opiyat Kullanım Bozukluğu Epidemiyolojisi

Opiyat kullanım bozukluğunda etkili koruyucu hizmetlerin planı için yaygınlığın ve popülasyon özelliklerinin bilinmesi önem taşır. Kullanımının yasa dışı olduğu ülkelerde hukuki sorunlarla karşılaşılması sebebiyle epidemiyolojik çalışmalar güçleşmiştir. OpKB ile ilgili verilerin uygunluğu ve kalitesi coğrafi olarak değişmekte bu da birçok ülke için yaygınlık tahminlerini belirsiz hale getirmektedir (20). 2016 Küresel Hastalık Yüğü çalışmasında, dünyada yaklaşık 26,8 milyon kişinin OpKB ile yaşadığı tahmin edilmiştir, ülkeler arasında yaşa göre standardize edilmiş prevalansı önemli değişiklikler göstermiş ve en yüksek prevalans ABD'de gözlemlenmiştir (3). Birleşmiş Milletler Uyuşturucu ve Suç Ofisi (UNODC) tarafından yayınlanan 2023 Dünya Uyuşturucu Raporu'na göre 2021 yılında son 12 ayda 15-64 yaş arası her 17 kişiden 1'i madde kullanmıştır. 2021'de tahmini madde kullanıcı sayısının 296 milyon olduğu (15-64 yaş arası dünya nüfusunun yüzde 5,8'i), yaklaşık 60 milyon tıbbi olmayan opiyat kullanıcısı olduğu ve bunların da yaklaşık 31.5 milyonun eroin kullanıcısı olduğu belirtilmektedir. Yine aynı rapora göre opiyatlar ölümlerin ve aşırı doza bağlı ölümlerin en önde gelen nedeni olmaya devam etmektedir (2). 2021'de yayınlanan Türkiye Uyuşturucu Raporu'na göre Birleşmiş Milletler verileri dikkate alındığında 2019 yılında 20.165 kg yakalanmasıyla Türkiye; küresel düzeyde en fazla miktarda eroin ele geçiren ülkedir. 2020 yılında ülkemizde 314 madde kullanımına bağlı ölümün 116'sında eroine rastlanmıştır ve %36,9 oran ile ilk sıradadır. Tedaviye başvuran hastaların yaş ortalaması 27,8 ölçülmüş olup yaş grubuna göre dağılımı incelendiğinde 20-29 yaş grubu arasında yoğunlaştığı görülmektedir. 2020 yılında yatarak tedavi gören hastalar maddeyi ilk kullanım yaşı bakımından incelendiğinde, en çok 15-24 yaş

arasında kullanıldığı görülmüştür. Tedavi gördükleri maddelere türlerine göre dağılımları incelendiğinde %55,1 eroin ve %5 diğer opiyatlar olup başta gelmektedir (21). Erkeklerin opiyat kullanma olasılığı kadınlara göre çok daha yüksektir. Aşırı doz alımları da erkeklerde daha fazla görülür. Doz aşımı 20-30 yaş arasında pik yapar. Opiyat kullanım bozukluğu tedavisinin en sık olduğu yaşlar ise 20-35 yaş aralığıdır (22).

2.1.4. Opiyat Kullanım Bozukluğu Etiyolojisi

Opiyat kullanım bozukluğu biyopsikososyal bir bozukluktur. Ailesel, çevresel, sosyal, kişisel, genetik ve farmakolojik etmenler rol oynamaktadır (1). Gençler arasında giderek artan yasal ve yasadışı uyuşturucu kullanım oranları ile aile ortamının iki temel özelliği ilişkilidir. Bunlardan birincisi ebeveyn çatışmasının gözlemlendiği, disiplin ve denetimin zayıf olduğu bir ev ortamına maruz kalma oranı, ikincisi de ebeveynlerin ve kardeşlerin alkol ve diğer uyuşturucuları kullanma miktarıdır (23). Bebeklik ve erken çocukluk döneminde sosyal yoksunluğun etkilerinin değerlendirildiği araştırmalarda, bu çocuklarda beyin bağlantılarında bozulmalara bağlı hiperaktivite, dürtüsellik artışı bildirilmiştir (24). Arkadaş çevresinde uyuşturucu kullanımı da kişisel ve ailesel risk etmenlerinden bağımsız önemli bir risk faktörüdür (25). Sosyoekonomik düzeyi düşük kişilerde opiyat bağımlılığı insidansı daha yüksek olmakla birlikte opiyat bağımlılığı riski sadece sosyoekonomik düzey düşüklüğü ile sınırlı değildir (26). Kişilik yapısı olgunlaşmamış, duygu düzenleme zorlukları yaşayan kişiler olumsuz durumlarda dürtüsel davranışlarını kontrol etmekte başarısız olabilirler. Bu kişilerde madde kullanım bozukluğu da dahil olmak üzere birçok psikiyatrik rahatsızlık görülebilir (27, 28). İlk eroin kullanımında alınan zevk ve doyumun kişiden kişiye değişiklik göstermesinde mü reseptör gen polimorfizmlerinin rolünden bahsedilmektedir (29). Madde bağımlılığı olan monozigotlarda eş hastalanma oranı %78, dizigotlarda eş hastalanma oranı %64 bulunmuştur. Eroin bağımlılarının akrabalarının %5'inde madde kötüye kullanımı olduğu saptanmıştır (30). Opiyatların tekrarlayan şekilde kullanılmasıyla mü reseptörlerinin duyarsızlaştığı, hücre içi sinyal mekanizmalarının bozulduğu, mü reseptörlerine duyarlı nöronları etkileyen glial ve

nöropeptid sistemlerinde nöroadaptasyonların olduğu bunlar sonucunda fiziksel bağımlılığın geliştiği düşünülmektedir (31, 32).

2.1.5. Opiyat Kullanım Bozukluğu Tanısı

Opiyat kullanım bozukluklarının uluslararası tanısı için iki ana sınıflandırma sistemi bulunmaktadır. Biri ruh sağlığı alanında ve bilimsel çalışmalarda sık kullanılan ve özellikle Amerika Birleşik Devletleri tarafından tercih edilen Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatiksel El Kitabı (DSM-5); diğeri Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından geliştirilen ve küresel sağlık epidemiyolojisinde sıklıkla tercih edilen Hastalıkların Uluslararası Sınıflandırması'nın on birinci tanı kılavuzu (ICD-11) olup ülkemizde tanı için DSM-5 kullanılmaktadır (33, 34).

DSM-5'e Göre Opiyat Kullanım Bozukluğu Tanı Ölçütleri:

A. On iki aylık bir süre içinde ortaya çıkan, aşağıdakilerden en az ikisi ile kendini gösteren, klinik açıdan belirgin 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 kullanmak için çok büyük bir istek duyulur ya da zorlanmış hissedilir.
5. İşte, okulda ya da evdeki konumunun gereği olan başlıca yükümlülüklerini yerine getirememeye ile sonuçlanan, yineleyici opiyat kullanımı vardır.
6. Opiyatın etkilerinin neden olduğu ya da alevlendirdiği, sürekli ya da yineleyici toplumsal ya da kişilerarası sorunlar olmasına karşın opiyat kullanımı sürdürülür.
7. Opiyat kullanımından ötürü önemli birtakım toplumsal, işle ilgili etkinlikler ya da eğlenme-dinlenme etkinlikleri bırakılır ya da azaltılır.
8. Yineleyici bir biçimde, tehlikeli olabilecek durumlarda opiyat kullanımı vardır.
9. Büyük bir 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. Esrikliği 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.

Not: Yalnızca uygun tıbbi bakım altındayken opiyatları alan kişilerde bu tanı ölçütü karşılanmış olarak düşünülmez.

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 madde) alınır.

Not: Yalnızca uygun tıbbi bakım altındayken opiyatları alan kişilerde bu tanı ölçütü karşılanmış olarak düşünülmez.

Opiyat yoksunluk belirtileri arasında aşırma, ajitasyon, anksiyete, yüksek kalp hızı ve kan basıncı, karın krampları, ishal, hışırtı, terleme, titreme, kas ağrısı, burun akıntısı, tüylerin diken diken olması ve uykusuzluk yer alır. İntoksikasyon belirtileri ise konfüzyon, hipersomni, öfori, miyozis, bulantı, kabızlık ve ağrı algısında azalma gibi semptomlardır (35, 36).

2.1.6. Opiyat Kullanım Bozukluğunda Relaps

OpKB yaşam boyu süren, remisyon ve relaps dönemleriyle giden bir bozukluktur. Bir süre madde kullanımını bırakıp yani remisyon dönemi sonrasında eski kullanım miktarı ve eski davranışsal boyutlarına dönecek şekilde kullanımın başlamasına relaps denilmektedir (37). Günümüzde relaps gelişmesinde fizyolojik, psikolojik ve sosyokültürel birçok etmenin rol aldığı düşünülmektedir. Bu etmenlerin belirlenmesi relapsı kontrol altına almada önemli bir faktördür (38). Remisyonda olan bir kişide relapsın nedenlerine dair çeşitli psikobiyolojik modeller tanımlanmıştır (39). Kişiyi özgü faktörlerin belirlenmesi tedavi stratejileri ve uzun süreli izlem açısından önemlidir.

2.1.7. Opiyat Kullanım Bozukluğu Tedavisi

OpKB hastalarının tedavisinde amaç relapsı önleyip remisyon dönemini uzatabilmektir. İdame farmakolojik tedavi seçenekleri arasında opioid agonistleri, opioid antagonistleri veya yoksunluğa dayalı tedaviler yer alır (4). Tedavide aynı zamanda yaşam stili, arkadaş çevresi ve alışkanlıkların değiştirilmesi gibi farklı psikososyal müdahaleler de yer almaktadır (40). Bu şekilde hastaların bulaşıcı hastalık, eksik istihdam veya işsizlik, sevdikleriyle ilişkiler, hukuki sorunlar ve barınma dahil olmak üzere uyuşturucu kullanımlarıyla ilgili diğer psikososyal ve tıbbi sorunları ele alma fırsatı sağlanarak remisyon dönemi uzatılabilir (15).

OpKB tedavisinde en yaygın opioid agonistlerinden metadon ve buprenorfin, opioid antagonistlerinden naltrekson kullanılır (15). İlaç seçiminde hastanın tercihi, varsa önceki tedavilere yanıt düzeyi, opiyatlara toleransı göz önünde bulundurulur (41). Naltrekson opioid antagonisti olup kullanıldığında opiyatların etkilerini bloke eder. Geri çekilme tamamlanmadan önce kullanılmamalıdır, kullanılırsa hızla yoksunluk semptomlarına neden olur. Bu nedenle başlarken tıbbi olarak denetlenmelidir. Uzatılmış salınımlı formları bulunması tedaviye uyumu artırır (42).

Uygun dozda bir opioid agonisti ile tedavi, hastaların yaşam tarzının değişmesini, toplumsal uyumunun artmasını ve OpKB’de zamanla gelişen sorunların üstesinden gelmesini sağlar (5). Uzun etkili bir opioid agonisti olan metadon, mü reseptörlerine bağlanır, yaklaşık 24 saat boyunca yoksunluk semptomlarını önler, aşermeyi azaltır ve yüksek seviyelerde opioid toleransından koruyarak yasadışı opiyatların öforik etkilerini azaltır (43).

Buprenorfinin metadona göre belirli avantajları olup kullanımı giderek artmaktadır. Buprenorfinin mü reseptörünün kısmi agonisti olması, bu nedenle Santral Sinir Sistemi (SSS) deprese edici ilaçlarla kombine edildiğinde daha az ölümcül olması ve kappa reseptör antagonisti olması bu avantajlar arasındadır (44, 45). OpKB’de yaygın olarak görülebilen depresif semptomları iyileştirmeye yardımcı olabilecek antidepresan etkilerinde kappa reseptör antagonisti olmasının payı vardır (46). Buprenorfinin baş ağrısı, karın ağrısı, mide bulantısı, kabızlık, uykusuzluk, terleme, kaygı, kas ağrıları, iştahta değişiklik ve cinsel işlev bozukluğu gibi tam agonistlere kıyasla daha güvenli bir yan etki profili vardır (47). Buprenorfin, OpKB’nin

tedavisi için en yaygın dil altı olarak uygulanır ve dil altı biyoyararlanımı zayıf bir opioid antagonisti nalokson ile kombinasyon halinde uygulanır. Kombine olarak kullanılmasının nedeni insanların tabletleri ezerek ve intravenöz enjeksiyon için eriterek kötüye kullanmasını önlemek içindir. Nalokson opioidlere fizyolojik bağımlılığı olan bireylerde parenteral olarak alındığında geri çekilmeyi hızlandıracağından, intravenöz buprenorfin kötüye kullanımını engeller. Buprenorfin/Nalokson (B/N) oranı 4:1'dir ve çeşitli doz boyutları mevcuttur (48). Hasta uyumunu arttırmak için uzatılmış salınımlı formları (6 aylık buprenorfin implantları ve 1 aylık buprenorfin enjeksiyonu) geliştirilmiştir fakat ülkemizde bulunmamaktadır (49). Buprenorfin, mü reseptörüne yüksek afiniteye sahip bir kısmi mü reseptör agonisti olduğundan, tam agonist opioidleri reseptörden uzaklaştırarak opioid çekilmesini hızlandırabilir. Bu nedenle tedaviye başlarken hastanın hafif ile orta derecede opiyat yoksunluğu durumuna girmesi için beklemek önemlidir. Yoksunluk belirtileri başladığı zaman B/N mü reseptörlerine bağlanarak geri çekilmeyi iyileştirecektir (41, 48). Dil altı B/N için başlangıç dozu 4/1 mg'dir. Belirtiler devam ederse 2 saat sonra 2/0.5 mg ile 4/1 mg arasında ek B/N uygulanabilir. İlk gün alınan doz 8/2 mg'i geçmemelidir (1, 48).

Reçete edilen B/N dozları günlük 2/0.5 mg ile 32/8 mg arasında değişmektedir, idame tedavi gören çoğu hasta 8/2 mg ile 16/4 mg B/N ile stabilize olmaktadır (50). Buprenorfini plasebo veya buprenorfinin değişik dozlarıyla karşılaştıran geniş kapsamlı ve kontrollü çalışmalar güvenilirliğini ve özellikle 8 mg dozunun diğer düşük buprenorfin dozlarına ve plaseboya göre etkili olduğunu göstermektedir (51-53). Başka bir çalışmada yasadışı opiyat kullanımını önleme açısından 6 mg buprenorfin 2mg'a göre üstünlük gösterirken, yüksek doz uygulama tedavide kalmayı arttırmamıştır (54). Yüksek buprenorfin dozlarının (günde 16-32 mg), düşük dozla (günde 16 mg'dan az) karşılaştırıldığında remisyon süresini uzattığına dair farklı çalışmalar da mevcuttur (55).

2.2. Aşerme

Bir maddeyi kullanmak için güçlü bir dürtü olarak nitelendirilen aşerme, bağımlılığın ana bileşenlerinden biridir ve madde kullanım bozuklukları için bir tanı kriteri olarak DSM-5'e dahil edilmiştir (33, 56). Aşermenin relaps ile güçlü bir

ilişkisi olup relaps riskini azaltmak ve yaşam kalitesini iyileştirmek için önemli tedavi hedeflerinden biridir (6). Buprenorfin ve metadon gibi opioid agonistleri aşırma ve nüksetme riskini önemli ölçüde azaltabilmektedir (7). Buprenorfin doz artışı aşırma bastırmaktadır (53). Bu ilişkinin, mü reseptörlerinin mevcudiyet düzeyi ile belirlendiğine inanılmaktadır, bu nedenle çoğu birey için günlük buprenorfin dozu 16 mg ve üzeri gerekebilir (57). Yapılan bir çalışmada 16 mg'dan yüksek buprenorfin dozunun ek mü reseptör blokajı sağladığına, 8 mg'ın altındaki dozların ise mü reseptör blokajı oluşturmak için yetersiz olduğuna dair kanıt bulunamamıştır. Buprenorfin dozu ile tedaviye devam etme veya opioid kullanımı arasında net bir ilişki ortaya konulmamıştır (58). Aşırmanın nörobiyokimyasal, motivasyonel, çevresel ve kişilik özelliklerinden etkilenen psikobiyojik bir kavram olduğu bilinmektedir (59).

2.3. Uyku

Opiyatların kronik kullanımının uyku bozukluğuna neden olduğu gösterilmiştir (60). Uyku, opiyatların akut uygulaması, kronik opiyat kullanımı, opiyat yoksunluk durumu, detoksifikasyon aşaması ve opioid agonistleri ile idame tedavisi dahil olmak üzere tüm opiyat kullanım aşamalarında etkilenir. Uyku da opiyat bağımlılığında nüks için önemli bir faktördür (8). Literatür, metadon tedavisi alanlarda buprenorfin tedavisi alanlara göre daha fazla uyku bozukluğu bildirmiştir (61). Buprenorfinin uyku bozukluğu üzerindeki etkisi belirsizdir. Baykara S. ve ark yaptığı bir çalışma, B/N tedavisi sonrası uyku ile ilgili sorunların azaldığını göstermiştir. Bunun B/N'nin biyolojik etkisi nedeniyle yaşam tarzı koşulları üzerinde olumlu düzenleyici etkisi veya tedavinin kendisinin uyku kalitesinde iyileşmeye yol açmış olmasıyla ilişkili olduğu düşünülmüştür (62). Bir çalışmada düşük doz buprenorfinin uyku düzenini normalleştirmede yüksek dozdan daha etkili olduğu saptanmıştır (63).

2.4. Cinsel Yaşam

Opiyat kullanımı cinsel işlevleri olumsuz etkileyerek zamanla kısa ya da uzun süreli cinsel işlev bozukluğuna neden olmaktadır (9). Çalışmalarda cinsel işlevler ile ilişkisinin farmakolojik, fiziksel, psikolojik ve sosyokültürel faktörlerle etkileşen

karmaşık bir süreç olduğu gösterilmektedir (64). Opiyatlar erkeklerde hipotalamik-hipofiz-adrenal eksenini etkileyerek hipogonadizme yol açmakta, libido azalması ve erektil disfonksiyona neden olmaktadır (65). Kadınlardaki cinsel işlev bozukluğunun yüksek prolaktin üretimine bağlı olarak, özellikle Lutein Yapıcı Hormon (LH) ve Folikül Uyarıcı Hormon'un (FSH) döngüsel üretimine müdahaleden kaynaklandığı düşünülmektedir (66). Buprenorfin ile tedavi edilen hastaların cinsel işlev bozukluğu sıklığı, metadonla tedavi edilenlerden daha düşük bulunmuştur (67). Bir çalışmada buprenorfinin erkeklerde plazma testosteronunu baskılamadığı ve bu sebeple cinsel yan etkilerinin daha az olduğu gösterilmiştir (68). Baykara S. ve ark yaptığı çalışmada ise B/N tedavisi sonrası hastaların cinsel sorunlarının arttığı gösterilmiştir (62). Buprenorfinin OpKB olan hastalarda cinsel işlev bozukluğundaki rolü henüz net değildir (69, 70). Bununla birlikte, cinsel istek yalnızca biyolojik bileşene bağlı değildir, psikolojik bileşeni kişilerarası durumdan (cinsel partnerin varlığı veya yokluğu) ve sosyal bağlamdan etkilenir (71).

2.5. Yaşam Kalitesi

Dünya Sağlık Örgütü yaşam kalitesini “kişinin kendi kültürü ve değerler sistemi içinde, beklentileri, standartları ve kaygıları ile ilişkili olarak yaşamdaki konumlarına ilişkin algısı” olarak tanımlamaktadır (72). OpKB tıbbi olmayan opiyat kullanımının sonucunda sosyal, fiziksel, psikolojik ve mesleki sorunlar dahil olmak üzere neredeyse tüm işlevsellik alanlarını etkileyen kronik tekrarlayan bir hastalıktır (15). Genel popülasyonla karşılaştırıldığında OpKB olan kişilerin yaşam kalitesi daha düşük olmaktadır (10).

Kalıcı semptom yokluğu gerçekçi bir tedavi hedefi olmayıp yaşam kalitesinin değerlendirilmesi, yaşam koşullarının iyileştirilmeye çalışılması kronik bozuklukların tedavisinde önemlidir (73). Aynı zamanda cinsel işlevler de yaşam kalitesini iyileştirmek için de kritik öneme sahiptir (67). 2014'te yapılan bir sistematik incelemede OpKB tedavisinin yaşam kalitesini iyileştirdiği sonucuna varılmıştır. Ancak metadonla ilgili çalışmalar buprenorfinle ilgili olanlardan daha fazladır (11). Bir meta-analizde buprenorfin tedavisinin yaşam kalitesinin genel, fiziksel, sosyal ve psikolojik alanlar dahil çoğu alanında iyileşme sağladığı, fakat

buprenorfin dozunun ve tedavi süresinin yaşam kalitesindeki değişiklerle ilişkili olmadığı bulunmuştur (74).



3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Katılımcılar ve Örneklem Seçimi

Araştırmamıza Akdeniz Üniversitesi Alkol ve Madde Bağımlılığı Araştırma ve Uygulama Merkezi'ne (AMBAUM) 01.12.2022 tarihi itibarıyla başvuran 18-50 yaş arası, düzenli psikotrop veya antiviral ilaç kullanmayan, kronik fiziksel hastalığı olmayan, araştırma konusunda bilgilendirilme sonrası çalışmaya katılmayı kabul eden, DSM-5 tanı ölçütlerine göre OpKB tanısı almış opiyat kullanımı devam eden 141 hasta, en az 6 aydır B/N sürdürüm tedavisiyle remisyonda olan 141 hasta ve 141 sağlıklı gönüllü birey dahil edilmiştir. Araştırmamız kesitsel bir çalışma olarak planlanmıştır. Katılımcılar DSM Bozuklukları için Yapılandırılmış Klinik Görüşme-5 Klinik Versiyonu (SCID-5-CV) formuna göre değerlendirilmiş ve idrar toksikoloji sonuçları incelenmiştir. DSM-5 tanı ölçütlerine göre OpKB tanısı almış ve idrar toksikolojisinde opiyat pozitifliği saptanan 141 hastaya ve en az 6 aydır opiyat negatifliği ve buprenorfin pozitifliği saptanan 141 hastaya Sosyodemografik ve Klinik Veri Formu, Madde Aşırma Ölçeği (MAÖ), Pittsburgh Uyku Kalite İndeksi (PUKİ), Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği (ACYÖ) ve Kısa Form 36 (SF36) uygulanmıştır. Sağlıklı kontroller ile de bir defa görüşme yapılmış ve onlara da Sosyodemografik ve Klinik Veri Formu, PUKİ, ACYÖ ve SF36 uygulanmıştır. Her üç gruptaki katılımcılara araştırma hakkında bilgi verilerek 'Bilgilendirilmiş Yazılı Onam' alınmıştır (Ek-1). Araştırmanın yürütülmesi için araştırmaya başlamadan Akdeniz Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan etik kurul onayı alınmıştır (26.10.2022 – Karar No: KAEK-639).

Gönüllü hasta grubu için dahil edilme kriterleri:

1. DSM-5 tanı ölçütlerine göre OpKB tanı kriterlerini karşılamak
2. 18-50 yaş arası hastalar
3. Öz bildirim dayalı ölçeklerin doldurulabilmesi için okuryazar olmak
4. Başka bir psikiyatrik ek hastalık olmaması
5. Çalışmaya katılmayı kabul eden ve onam formunu imzalayan hastalar

Gönüllü hasta grubu için çıkarılma kriterleri:

1. Kronik fiziksel hastalık öyküsü (diyabet, hipertansiyon, epilepsi, zihinsel gelişim geriliği vb.)

2. B/N dışında düzenli psikotrop ilaç kullanıyor olmak
3. Antiviral ilaç kullanıyor olmak

Sağlıklı Kontrol Grubu için alınma kriterleri:

1. 18-50 yaş arası sağlıklı kontroller
2. Öz bildirimle dayalı ölçeklerin doldurulabilmesi için okuryazar olmak
3. Çalışmaya katılmayı kabul eden ve onam formunu imzalayan sağlıklı kontroller
4. Bilinen psikiyatrik hastalık olmaması
5. Herhangi bir madde kullanım öyküsü olmaması

Sağlıklı Kontrol Grubu için çıkarılma kriterleri:

1. Kronik fiziksel hastalık öyküsü (diyabet, hipertansiyon, epilepsi, zihinsel gelişim geriliği vb.)
2. Antiviral ilaç kullanıyor olmak

3.2. Veri Toplama Araçları

Hastalar SCID-5 Formuna göre değerlendirilmiş ve güncel idrar toksikolojilerine bakılmıştır.

3.2.1. Onam ve Bilgilendirme

Tüm katılımcılara etik kurul tarafınca onaylanan bilgilendirilmiş onam formu verilmiştir. Kişilere çalışma hakkında detaylı bilgilendirme yapılmış ve ardından tüm katılımcıların imzalı onayları alınmıştır.

3.2.2. Structured Clinical Interview for DSM Disorders-5 Clinician Version (SCID-5-CV)- DSM Bozuklukları için Yapılandırılmış Klinik Görüşme-5 Klinisyen Versiyonu

Ruh sağlığı alanında çalışanlar tarafından uygulanan ve yarı-yapılandırılmış nitelikte bir klinik görüşme olanağı sağlayan SCID-5, DSM-5'te geçen tanıları güvenilir bir şekilde koymada, söz konusu tanıları ilişkin tarama yapmada ya da aynı belirtilere sahip örneklemeler üzerindeki incelemelerde kullanılmaktadır (75). Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Bayad ve ark. (76) tarafından 2019 yılında yapılmış olan bu form 10 modülden oluşmakta ve tanısal kategorilerden

32'si için ayrıntılı tanı ölçütleri verilmekte, 17 tanısal kategoride ise yalnızca araştırmacı soruları bulunmaktadır.

3.2.3. Sosyodemografik ve Klinik Veri Formu

Form; sosyodemografik ve klinik verileri toplamaya yönelik araştırmanın amacına uygun olarak araştırmacılar tarafından geliştirilmiş yarı yapılandırılmış bir bilgi toplama aracıdır. Bu form yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim düzeyi, çalışma ve gelir durumu, opiyat kullanımına başlama yaşı, kullanım süresi, sıklığı ve dozu, daha önce aldığı tedaviler, tedaviye devam süresi, yatarak tedavi öyküsü, en uzun bırakma süresi, damar yolu ile madde kullanımı, bulaşıcı hastalık, intihar girişimi, adli olay öyküsü sorularını içermektedir.

3.2.4. Madde Aşerme Ölçeği (MAÖ)

Penn Alkol Aşerme Ölçeği son bir haftada alkol almak ile ilgili düşüncelerin sıklığı, yoğunluğu, süresi ve içmeye direnme durumunu değerlendiren 5 maddeli bir öz bildirim ölçeğidir. Her madde 0 ile 6 puan arasında değerlendirilir, maksimum aşerme puanı 30'dur (77). Penn Alkol Aşerme Ölçeği'nin alkol dışı madde kullanan kişiler için geliştirilmiş bir uyarlaması olan Madde Aşerme Ölçeği'nin Türkçe geçerlilik ve güvenilirliği ilk olarak alkol kullanım bozukluğu hastalarında çalışılmış olup daha sonra madde kullanım bozukluğu hastaları için uyarlanmıştır. Ölçek için cronbach alfa değeri (iç tutarlık katsayısı) 0,84 bulunmuştur. Her madde için düzeltilmiş madde toplam korelasyon değerleri 0,75-0,82 arasında değişmektedir (78, 79).

3.2.5. Pittsburgh Uyku Kalite İndeksi (PUKİ)

Buyse ve arkadaşları tarafından 1989 yılında geliştirilen Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi son 1 aylık süre içerisinde uyku kalitesini ve diğer uyku alanlarındaki nitelikleri ölçen bir testtir. Toplamda 24 sorudan oluşup 19 soru kişinin kendisi tarafından, 5 soru ise yatak veya oda arkadaşı tarafından yanıtlanmaktadır. Uyku kalitesini değerlendirmede sadece kişinin kendisi tarafından cevaplanmış sorular kullanılmaktadır. Puanlanan 18 madde yedi bileşen puanı şeklinde gruplandırılmıştır. Bazı bileşenler tek madde, bazıları ise birkaç maddenin gruplandırılması ile elde edilmektedir. Her madde 0-3 arası olarak puanlanır.

Bileşenler subjektif uyku kalitesi, uyku latansı, uyku süresi, alışılmış uyku etkinliği, uyku bozukluğu, uyku için ilaç kullanımı, gündüz işlevsellik durumudur. Her bileşen kendi içinde değerlendirilerek toplam puan elde edilir. Toplam puan 0-21 arası olup 5 ve üzerinde olması kötü uyku kalitesini göstermektedir (80). 1996 yılında Türkçe'ye Ağargün ve arkadaşları tarafından uyarlanmış olup cronbach alfa değeri (iç tutarlık katsayısı) 0.80 olarak bulunmuştur (81).

3.2.6. Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği (ACYÖ)

2000 yılında McGahuey ve arkadaşları tarafından geliştirilen ölçek cinsel istek, uyarılma, penil ereksiyon/vajinal lubrikasyon, orgazm ve memnuniyet gibi temel cinsel işlevleri değerlendirmek için kullanılır. Erkek ve kadın formu ayrı olan basit bir ölçektir. Toplam puan 5-30 arasında değişmekte olup yüksek olması daha fazla cinsel işlev bozukluğu olduğunu göstermektedir. Her soru 6 puanlık Likert sistemi ile değerlendirilir, toplam skor 19, herhangi bir sorudan alınan puan 5 veya en az 3 soruya 4 puan verilmesi cinsel işlev bozukluğu olduğunu gösterir (82). Soykan tarafından yapılan Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasında 11 puan cinsel işlev bozukluğu için kesme noktası olarak belirlenmiştir (83).

3.2.7. Kısa Form 36 (SF36)

Ölçek 1992 yılında yaşam kalitesini değerlendirmek için geliştirilmiş olup Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması 1999 yılında yapılmıştır (84). Hem sağlıklı kişilerde geçerli olup hem de farklı hasta gruplarında güvenilirlik çalışması yapılmıştır. Kendi kendine veya eğitilmiş bir görüşmeci tarafından yüz yüze ya da telefon ile uygulanabilir. Özürlülükteki küçük değişimleri tespit etmede diğer ölçeklerden daha duyarlıdır (85). Toplam 36 soru olup son 1 aydaki yaşam kalitesinin 8 bileşeninin ölçümünü sağlar. Ruhsal, sosyal ve bedensel alanlarda bilgi vermektedir. Puanlama 0-100 arası olup puanın yükselmesi yaşam kalitesindeki iyilik artışını göstermektedir. Toplam puan vermek yerine her bir bileşen için ayrı puan vermektedir. Alt bölümdeki soruların puanları toplanarak soru sayısına bölünmesiyle bölüm değerleri bulunur.

3.3. İstatistiksel Analiz

Veriler IBM SPSS Statistics 25 © Copyright SPSS Inc. 1989, 2017 yazılımı kullanılarak analiz edilmiştir. Sürekli değişkenlerin normal dağılıma uygunluğu örneklem sayısına bağlı olarak Kolmogorov-Smirnov ve Shapiro Wilk testleri ile incelenmiştir. Çalışmada yer alan kategorik değişkenler frekans (n) ve yüzde (%) ile sürekli değişkenler ortalama±standart sapma (SS), medyan (IQR 25-75) ve minimum-maksimum değerleri ile sunulmuştur. Sürekli değişkenler arasındaki korelasyon analizinde veri normal dağılım göstermediği için Spearman korelasyon analizi kullanılmıştır. Bağımsız iki grup analizlerinde normal dağılım göstermeyen verilerde Mann Whitney U Testi kullanılmıştır. Normal dağılım göstermeyen bağımsız ikiden fazla grup karşılaştırmalarında ise Kruskal-Wallis H testten yararlanılmıştır. Kruskal Wallis H testin sonucuna göre ise, Post-Hoc Bonferroni düzeltmesi çalıştırılmıştır. Bağımsız kategorik değişkenlerin analizinde Pearson ki kare test, Monte-Carlo Exact Test, Yates Düzeltmesi, Post Hoc Bonferroni Düzeltmesi kullanılmıştır. Ayrıca aşermeyi etkileyebilecek değişkenler lineer regresyon modeli ile analiz edilmiştir. Çalışmada istatistiksel anlamlılık düzeyi 0,05 olarak kabul edilmiştir.

4. BULGULAR

Tablo 4.1 ve Tablo 4.2’de çalışmada yer alan temel gruplar ve remisyonadaki hastaların oluşturduğu grubun alt grupları görülmektedir. Tüm gruplar kendi kategorilerinde aynı sayıda hastayı içermektedir.

Tablo 4.1. Çalışma Gruplarının Dağılımı

Değişkenler (n=423)	Sayı (n)	Yüzde (%)
Çalışma Grupları		
Remisyondakiler	141	33,3
Opiyat Kullanımı Devam Edenler	141	33,3
Sağlıklı Kontroller	141	33,3

Tablo 4.2. Remisyonadaki Hastalar Grubunun Dağılımı

Değişkenler (n=141)	Sayı (n)	Yüzde (%)
B/N Kullanım Dozu		
<8 mg kullananlar	47	33,3
8-15 mg kullananlar	47	33,3
≥16 mg kullananlar	47	33,3

4.1. Sosyodemografik Bulgular ve Klinik Özellikler

Ana çalışma gruplarına göre sosyodemografik değişkenlerin anlamlı bir şekilde farklılaşıp farklılaşmadığına ilişkin yapılan analiz sonuçları Tablo 4.3’de görülmektedir. Buna göre, tabloda listelenen sosyodemografik değişkenlerden cinsiyet ($p=0,595$) haricinde kalan tüm değişkenlerde gruplar arası anlamlı farklılıklar saptanmıştır ($p<0,05$). Ancak, yaş değişkeninde anlamlı farklılığın hangi gruplardan kaynaklandığını anlamak amacıyla yapılan ileri analiz sonucunda, gruplar arasındaki farklılık ortadan kalkmıştır.

Oturulan yer değişkeninde remisyonadaki hastaların ilçe merkezlerinde ikamet etme sıklıklarının (%34,8), sağlıklı kontrol grubuna (%19,1) göre anlamlı şekilde yüksek olduğu görülmektedir. Aynı şekilde, il merkezlerinde ikamet etme sıklığı ise

sağlıklı kontrol grubunda %78,7'lik oranla, remisyondaki hastalara göre anlamlı şekilde yüksektir.

Evli olma durumu sağlıklı kontrol grubunda %61, remisyon grubunda %39 ve opiyat kullanımı devam eden hastaların oluşturduğu grupta %22 oranlarını almıştır. Yapılan ileri analiz sonuçlarına göre, tüm gruplar birbirlerinden anlamlı şekilde farklılaşmaktadır. Başka bir ifadeyle, evli olma sıklığı sağlıklı kontrol grubunda diğer iki gruptan, remisyon grubunda ise opiyat kullanımı devam edenler grubundan istatistiki açıdan anlamlı olacak şekilde yüksek hesaplanmıştır. Benzer bir durum, bekar olma sıklığı için de geçerlidir. Bu kez, opiyat kullanımı devam eden hastalarda en yüksek seviyesine (%70,9) ulaşan bu değişken, remisyondaki hastalarda %51,1 ve sağlıklı kontrol grubunda %36,2'lik oranlardadır. Tüm gruplar arasındaki farklılıklar istatistiki açıdan anlamlıdır. Boşanmış olma durumunda ise, yalnızca remisyondakiler ile sağlıklı kontroller arasındaki fark anlamlı bulunmuştur. Remisyondaki hastaların boşanmış olma durumları (%9,9), sağlıklı kontrollere göre (%2,8) daha yüksektir.

Sağlıklı kontrol grubunda çocuk sahibi olma %53,9 olarak ölçülmüştür. Bu oranı %39 ile remisyon grubu izlemektedir. Opiyat kullanımı devam edenlerde ise çocuk sahipliği oranı %21,3'tür. Tüm gruplar çocuk sahipliği açısından birbirlerinden anlamlı şekilde farklılaşmaktadır.

Birlikte yaşanılan kişiler değişkeninde yer alan dört alt değişkenden yalnız yaşama ve diğer seçenekleri çalışma gruplarında istatistiki açıdan benzer oranlar almıştır. Ancak, anne ve baba ile birlikte yaşama tüm gruplarda anlamlı şekilde farklılaşmaktadır. Opiyat kullanımı devam edenlerde anne ve baba ile birlikte yaşama durumu diğer iki gruptan; remisyondaki hastalarda anne ve baba ile birlikte yaşama durumu ise sağlıklı kontrollerden anlamlı şekilde yüksektir. Yine tüm gruplarda anlamlı şekilde farklılaşan eş veya çocuklarla birlikte yaşama sıklığı ise sağlıklı kontrol grubunda %58,9 ile en yüksek orana ulaşmıştır. Remisyondaki hastaların oluşturduğu grupta %38,3 değerini alan bu durumun opiyat kullanmaya devam edenlerin olduğu gruptaki karşılığı ise %19,9 ile en düşük seviyededir.

Anne baba birlikteliğinde yalnızca anne ve babanın ayrı olması durumunda ve yalnızca opiyat kullanımı devam edenler ile sağlıklı kontrol grupları arasında anlamlı bir farklılık söz konusudur. Buna göre, opiyat kullanımı devam eden

hastalarda anne ve babanın ayrı olması durumu (%26,2) sağlıklı kontrol grubuna (%10,6) göre anlamlı şekilde yüksektir.

Eğitim durumunda ise, ilköğretim mezunu olma sıklığı sağlıklı kontrol grubunda diğer iki gruba göre anlamlı şekilde düşük çıkarken, üniversite mezunu olma durumu bu grupta remisyon ve opiyat kullanımı devam edenler gruplarından anlamlı şekilde yüksektir.

Düzenli çalışma sıklığının en yüksek olduğu grup %89,4 ile sağlıklı kontrol grubudur. Bu grubu %73,8 ile remisyondayakiler takip ederken, düzenli çalışmanın en az görüldüğü grup %40,4 ile opiyat kullanımı devam edenlerin oluşturduğu grup olmuştur. Düzenli çalışma tüm gruplarda anlamlı şekilde farklılaşmaktadır. Düzensiz çalışma durumu ise, opiyat kullanımı devam eden hastalarda diğer iki gruptakilere göre anlamlı şekilde yüksek çıkmıştır. Opiyat kullanımı devam eden hastalarda en yüksek oranın görüldüğü diğer seçenek ise çalışmama durumudur (%38,3). Remisyondayaki hastalarda %17,7 ve sağlıklı kontrol grubunda %7,8 oranlarını alan çalışmama durumu tüm gruplarda istatistiki açıdan anlamlı biçimde farklılaşmaktadır.

Son olarak aylık gelir değişkeninde, asgari ücret üzerinde gelir elde etme durumu sağlıklı kontrol grubunda (%75,2) diğer iki gruba göre ve remisyon grubunda (%49,6) opiyat kullanımı devam edenler grubuna (%29,1) göre anlamlı şekilde yüksektir. Asgari ücretin altında gelir elde etme durumu da tüm gruplarda anlamlı şekilde farklılaşırken, geliri asgari ücret seviyesinde olanlar üç grupta istatistiksel açıdan benzer dağılımlar sergilemiştir.

Tablo 4.3. Çalışma Gruplarının Sosyodemografik Özelliklerinin Karşılaştırılması

Değişkenler (n=423)	Çalışma Grupları			P	p ¹⁻²	p ¹⁻³	p ²⁻³
	Remisyon dakiler (n=141)	Opiyat Devam (n=141)	Kullanımı Edenler (n=141)				
Yaş (yıl)	31(27-35)	30(26-34)	31(26-38)	0,036^k	0,058	>0,999	0,105
Cinsiyet				0,595*			
Kadın	13(9,2)	9(6,4)	13(9,2)				
Erkek	128(90,8)	132(93,6)	128(90,8)				
Oturulan Yer				0,012*			
İl	84(59,6) ^a	94(66,7) ^{a,b}	111(78,7) ^b				
İlçe	49(34,8) ^a	42(29,8) ^{a,b}	27(19,1) ^b				
Kasaba/Köy	8(5,7) ^a	5(3,5) ^a	3(2,1) ^a				
Medeni Durum				<0,001*			
Evli	55(39) ^a	31(22) ^b	86(61) ^c				
Bekar	72(51,1) ^a	100(70,9) ^b	51(36,2) ^c				
Boşanmış	14(9,9) ^a	10(7,1) ^{a,b}	4(2,8) ^b				
Çocuk Sahipliği				<0,001*			
Var	55(39) ^a	30(21,3) ^b	76(53,9) ^c				
Yok	86(61) ^a	111(78,7) ^b	65(46,1) ^c				
Yaşadığı Kişiler				<0,001*			
Yalnız	9(6,4) ^a	10(7,1) ^a	21(14,9) ^a				
Anne/Baba	67(47,5) ^a	96(68,1) ^b	32(22,7) ^c				
Eş/Çocuk	54(38,3) ^a	28(19,9) ^b	83(58,9) ^c				
Diğer	11(7,8) ^a	7(5) ^a	5(3,5) ^a				
Anne Baba				0,016*			
Birlikteliği							
Birlikte	87(61,7) ^a	80(56,7) ^a	98(69,5) ^a				
Ayrı	24(17) ^{a,b}	37(26,2) ^b	15(10,6) ^a				
Biri veya İkisi	30(21,3) ^a	24(17) ^a	28(19,9) ^a				
Vefat Etmiş							
Eğitim Durumu				<0,001*			
Okuryazar	3(2,1) ^a	4(2,8) ^a	4(2,8) ^a				
İlköğretim	63(44,7) ^a	66(46,8) ^a	18(12,8) ^b				
Lise	60(42,6) ^a	54(38,3) ^a	41(29,1) ^a				
Üniversite	15(10,6) ^a	17(12,1) ^a	78(55,3) ^b				
Çalışma Durumu				<0,001*			
Düzenli	104(73,8) ^a	57(40,4) ^b	126(89,4) ^c				
Çalışıyor							
Düzensiz	12(8,5) ^a	30(21,3) ^b	4(2,8) ^a				
Çalışıyor							
Çalışmıyor	25(17,7) ^a	54(38,3) ^b	11(7,8) ^c				
Aylık Gelir				<0,001*			
Asgari Ücret	37(26,2) ^a	66(46,8) ^b	14(9,9) ^c				
Altı							
Asgari Ücret	34(24,1) ^a	34(24,1) ^a	21(14,9) ^a				
Asgari Ücret	70(49,6) ^a	41(29,1) ^b	106(75,2) ^c				
Üstü							

^kKruskal-Wallis H Test, Post-hoc Bonferroni düzeltmesi, Med(IQR)

Post-hoc analiz sonuçlarının gösteriminde kullanılan rakamların karşılıkları şöyledir:

1: Remisyon dakiler

2: Opiyat Kullanımı Devam Edenler

3: Sağlıklı Kontroller

*Pearson ki kare test, Monte-Carlo Exact Test, Yates Düzeltmesi, Post Hoc Bonferroni Düzeltmesi, n(%).

Gruplar arasındaki farklar küçük harflerle gösterilmiştir, farklı harfler farkı temsil etmektedir.

Çalışma grupları bazı klinik özellikleri çerçevesinde karşılaştırılmış ve sonuçlar Tablo 4.4’de gösterilmiştir. Analiz sonuçları, tüm değişkenlerde çalışma gruplarının anlamlı farklılıklar gösterdiğini ifade etmektedir ($p<0,001$). Anlamlı farklılığın hangi gruplardan kaynaklandığını anlamak amacıyla yapılan ileri analiz sonuçları, sağlıklı kontrol grubunda bulaşıcı hastalık görülme, adli olay öyküsüne sahip olma ve intihar girişiminde bulunma sıklıklarının diğer iki gruba göre anlamlı şekilde daha düşük olduğunu göstermiştir. Ailede herhangi bir alkol veya madde kullanım bozukluğu olmaması durumu anlamlı şekilde sağlıklı kontrol grubunda daha yoğun görülmektedir. Ailede madde kullanım bozukluğu varlığı remisyondaki hastalar ile opiyat kullanımı devam eden hastalarda, sağlıklı kontrol grubuna göre daha fazla görülmüştür. Hem alkol hem de madde bozukluğu görülen bir ailede büyüme durumu ise opiyat kullanımı devam eden hastalarda sağlıklı kontrol grubundakilere göre anlamlı şekilde daha yüksektir.

Tablo 4.4. Çalışma Gruplarının Klinik Özelliklerinin Karşılaştırılması

Değişkenler (n=423)	Çalışma Grupları				p*
	Remisyondakiler (n=141)	Opiyat Devam Edenler (n=141)	Kullanımı Edenler	Sağlıklı Kontroller (n=141)	
Bulaşıcı Hastalık					<0,001
Var	18(12,8) ^a	23(16,3) ^a		0(0) ^b	
Yok	123(87,2) ^a	118(83,7) ^a		141(100) ^b	
Adli Olay Öyküsü					<0,001
Var	79(56) ^a	87(61,7) ^a		13(9,2) ^b	
Yok	62(44) ^a	54(38,3) ^a		128(90,8) ^b	
İntihar Girişimi Öyküsü					<0,001
Var	23(16,3) ^a	39(27,7) ^a		3(2,1) ^b	
Yok	118(83,7) ^a	102(72,3) ^a		138(97,9) ^b	
Ailede Alkol/Madde Kullanım Bozukluğu					<0,001
Yok	91(64,5) ^a	94(66,7) ^a		124(87,9) ^b	
Madde	22(15,6) ^a	21(14,9) ^a		3(2,1) ^b	
Alkol	23(16,3) ^a	19(13,5) ^a		14(9,9) ^a	
Alkol ve Madde	5(3,5) ^{a,b}	7(5) ^b		0(0) ^a	

*Pearson ki kare test, Fisher Freeman Exact Test, Yates Düzeltmesi, Post Hoc Bonferroni Düzeltmesi, n(%). Gruplar arasındaki farklar küçük harflerle gösterilmiştir, farklı harfler farkı temsil etmektedir.

Remisyonadaki hastalar ile opiyat kullanımı devam eden hastalar arasında eroin kullanımına ilişkin bilgilerin karşılaştırılmasının yapıldığı analiz sonuçları Tablo 4.5’de görülmektedir. Buna göre, iki grup eroin kullanım özelliklerine göre istatistiki açıdan birbirlerine benzerlik göstermiştir ($p>0,05$). Her iki grupta da ilk eroin kullanım yaşının ortanca değeri 19(17-22) olarak ölçülmüştür ($p=0,736$). Her gün eroin kullanımı remisyonadaki hastalarda %93,6 iken, opiyat kullanımı devam edenlerde %92,2’dir ($p=0,873$). Kullanım yolu olarak inhalasyon tercihi, her iki grupta da %80’ler civarındadır ($p=0,539$).

Tablo 4.5. Remisyonadaki Hastalar ile Opiyat Kullanımı Devam Eden Hastaların Eroin Kullanımına İlişkin Bilgiler

Değişkenler (n=282)	Hasta Grubu		P
	Remisyondakiler (n=141)	Opiyat Kullanımı Devam Edenler (n=141)	
İlk Eroin Kullanım Yaşı (Yıl)	19(17-22)	19(17-22)	0,736 ^u
Kullanılan Süre (Yıl)	6(4-9)	6(4-10)	0,729 ^u
Kullanılan Miktar (Gr)	1,5(1-2)	2(1-3)	0,094 ^u
Kullanım Sıklığı			0,873*
Her gün	132(93,6)	130(92,2)	
Gün Aşırı	7(5)	8(5,7)	
Haftada 1-2 Kez	2(1,4)	3(2,1)	
Kullanım Yolu			0,539*
İnhalasyon	117(83)	113(80,1)	
İntravenöz	24(17)	28(19,9)	

^uMann Whitney U test, *Med(IQR)*

*Pearson ki kare test, Fisher Freeman Exact Test, *n(%)*.

Remisyondaki hastalar ile opiyat kullanımı devam eden hastalar daha önce tedavi öyküsüne sahip olma ve yatarak tedavi sayısı değişkenlerinde anlamlı farklılıklar gösterirken ($p<0,001$), yatarak tedavi değişkenlerinde istatistiksel açıdan benzer bulunmuşlardır ($p>0,05$, Tablo 4.6). Daha önce tedavi öyküsü varlığı remisyondaki hastalarda (%100), opiyat kullanımı devam eden hastalara (%90,1) göre anlamlı şekilde yüksektir. Yatarak tedavi sayısına bakıldığında ise, remisyondaki hastaların 1 kez yatarak tedavi alma sıklıklarının opiyat kullanımı devam eden hastalara göre; opiyat kullanımı devam eden hastaların ise 3 ve daha fazla defa yatarak tedavi alma sıklıklarının remisyondaki hastalara göre anlamlı şekilde yüksek çıktığı görülmektedir.

Tablo 4.6. Remisyondaki Hastalar ile Opiyat Kullanımı Devam Eden Hastaların Tedavi Süreçlerine İlişkin Bilgiler

Değişkenler	n ₁ /n ₂	Hasta Grubu		p*
		Remisyondakiler	Opiyat Kullanımı Devam Edenler	
Daha Önce Tedavi Öyküsü	141/141			<0,001
Var		141(100)	127(90,1)	
Yok		0(0)	14(9,9)	
Yatarak Tedavi	141/141			0,468
Var		80(56,7)	86(61)	
Yok		61(43,3)	55(39)	
Yatarak Tedavi Sayısı	80/86			<0,001
1 kez		43(53,8) ^a	19(22,1) ^b	
2 kez		9(11,3) ^a	19(22,1) ^a	
3 ve üzeri		28(35) ^a	48(55,8) ^b	

*Pearson ki kare test, Post Hoc Bonferroni Düzeltmesi, n(%).

Gruplar arasındaki farklar küçük harflerle gösterilmiştir, farklı harfler farkı temsil etmektedir.

Remisyon grubunda 6 ile 120 ay arasında değişen değerler alan remisyon süresinin ortalaması $38,97\pm 27,26$ aydır. Bu süreçte ortalama $10,87\pm 5,9$ mg B/N kullanılmıştır.

Tablo 4.7. Remisyondaki Hastaların Ortalama Remisyon Süresi ve Ortalama B/N Kullanım Dozu

Değişkenler	N	Ort $\pm$ SS	Med(IQR)	Min-Max
Remisyon Süresi (Ay)	141	38,97 $\pm$ 27,26	36(18-54)	6-120
B/N Kullanım Dozu (Mg)	141	10,87 $\pm$ 5,9	10(6-16)	2-24

Remisyon alt gruplarının yaş, eroin kullanımı ve remisyon süresi değişkenleri çerçevesinde farklılık gösterip göstermediğine ilişkin yapılan analiz sonuçları Tablo 4.8’de gösterilmektedir. Analiz sonuçlarına göre, bu değişkenler çerçevesinde remisyon alt grupları istatistiki açıdan benzerlik göstermiştir ($p>0,05$).

Tablo 4.8. Remisyondaki Hastaların B/N Kullanım Dozuna Göre Yaşı, Eroin Kullanımlarına İlişkin Bilgiler ve Ortalama Remisyon Süreleri

Değişkenler (n=141)	Remisyondaki Hastalar			p ^k
	<8 mg Kullananlar (n=47)	8-15 mg Kullananlar (n=47)	≥16 mg Kullananlar (n=47)	
Yaş (Yıl)	31(26-34)	31(27-35)	33(29-37)	0,080
İlk Eroin Kullanım	19(17-22)	18(17-22)	19(17-23)	0,751
Yaşı (Yıl)				
Kullanılan Süre (Yıl)	7(3-10)	6(3-8)	6(4-9)	0,751
Kullanılan Miktar (Gr)	1(1-2)	1(1-3)	2(1-3)	0,341
Remisyon Süresi (Ay)	36(12-54)	36(24-60)	36(12-48)	0,385

^kKruskal-Wallis H Testi, Post-hoc Bonferroni düzeltmesi, Med(IQR)

4.2. Ölçeklerle İlişkili Bulgular

Çalışma gruplarında ölçek puanlarının aldığı değerler temelinde yapılan analiz sonuçları, tüm ölçek puanlarının bu gruplarda anlamlı derecede farklılıklar gösterdiğini ifade etmektedir ($p<0,001$, Tablo 4.9). Söz konusu anlamlı farklılıkların hangi ikili gruplardan kaynaklandığını saptamak için ileri analizler yapılmıştır. Gruplar arası puanların dağılımları Şekil 4.1’de görülmektedir.

Madde aşırma ölçeği sadece remisyonadaki hastalar ile opiyat kullanımı devam eden hastalar için analiz edilmiştir. Opiyat kullanımı devam eden hastalarda madde aşırma ölçeğinin aldığı ortanca değer [18(14-22)], remisyon hastalarının puanına [1(0-4)] göre anlamlı şekilde yüksektir.

PUKİ ölçeği hem puan olarak hem de “uyku kalitesi” boyutları ile analize sokulmuştur. Ölçek puanları opiyat kullanımı devam eden hastalarda diğer iki gruba göre anlamlı şekilde yüksek çıkmıştır. Aynı zamanda remisyonadaki hastaların PUKİ puanı, sağlıklı kontrol grubundakilere göre anlamlı biçimde yüksektir. Uyku kalitesi çerçevesinde yapılan analiz sonuçları ise, opiyat kullanımı devam eden

hastalarda kötü uyku kalitesi oranının (%95,7), diğer iki gruba göre anlamlı şekilde daha yüksek olduğunu göstermiştir.

PUKİ Ölçeğine benzer şekilde ACYÖ Ölçeğinde de hem puan hem de “cinsel işlev bozukluğu” çerçevesinde analizler gerçekleştirilmiştir. Burada da, opiyat kullanımı devam eden hastaların ACYÖ puanı diğer iki gruba göre; remisyondaki hastaların ACYÖ puanları ise sağlıklı kontrol grubundakilere göre anlamlı şekilde yüksektir. Cinsel işlev bozukluğunun görülme sıklığının, opiyat kullanımı devam eden hastalarda diğer iki gruptakilere göre daha yüksek oranlara ulaştığı görülmektedir. SF36 ölçeğinin alt boyutlarına bakıldığında, sadece fiziksel fonksiyon alt boyutunda tüm ikili gruplar arasında anlamlı farklılıkların olduğu görülmektedir. Diğer alt boyutlarda ise remisyondaki hastalar ile sağlıklı kontrol grubunun SF36 puanları benzer bulunmuştur ($p>0,05$). Bu alt boyutlarda anlamlı farklılık, remisyondaki hastalar ile opiyat kullanımı devam eden hastalar ($p<0,001$) ve opiyat kullanımı devam eden hastalar ile sağlıklı kontrol ($p<0,001$) gruplarından kaynaklanmaktadır. Genel olarak bakıldığında, SF36 puanlarının sağlıklı kontrol grubunda en yüksek düzeye ulaştığı görülmektedir. SF36’nın aldığı en düşük puanlar ise opiyat kullanımı devam eden hastalarda görülmüştür.

Tablo 4.9. Çalışma Gruplarının Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması

Değişkenler (n=423)	Çalışma Grupları			P	p ¹⁻²	p ¹⁻³	p ²⁻³
	Remisyondakiler (n=141)	Opiyat Kullanımı Devam Edenler (n=141)	Sağlıklı Kontroller (n=141)				
Madde Aşırma Ölçeği	1(0-4)	18(14-22)	-	<0,001 ^a	-	-	-
PUKİ Ölçeği	6(3-8)	11(8-13)	4(3-6)	<0,001 ^k	<0,001	0,008	<0,001
PUKİ Ölçeği				<0,001 [*]			
Normal	60(42,6) ^a	6(4,3) ^b	80(56,7) ^a				
Uyku Kalitesi							
Kötü Uyku	81(57,4) ^a	135(95,7) ^b	61(43,3) ^a				
Kalitesi							
ACYÖ Ölçeği	12(10-14)	15(12-18)	11(8-13)	<0,001 ^k	<0,001	0,031	<0,001
Cinsel İşlev				<0,001 [*]			
Bozukluğu							
Yok	69(48,9) ^a	30(21,3) ^b	85(60,3) ^a				
Var	72(51,1) ^a	111(78,7) ^b	56(39,7) ^a				
SF36 Fiziksel	90(80-100)	75(60-90)	95(85-100)	<0,001 ^k	<0,001	0,034	<0,001
Fonksiyon							
SF36 Fiziksel	75(50-100)	25(0-50)	100(50-100)	<0,001 ^k	<0,001	0,398	<0,001
Rol Güçlüğü							
SF36	100(33,3-100)	33,3(0-66,6)	100(66,6-100)	<0,001 ^k	<0,001	0,386	<0,001
Emosyonel							
Rol Güçlüğü							
SF36 Enerji	60(50-70)	40(20-50)	60(50-75)	<0,001 ^k	<0,001	>0,999	<0,001
Canlılık							
SF36 Ruhsal	64(52-76)	40(28-52)	64(52-80)	<0,001 ^k	<0,001	>0,999	<0,001
Sağlık							
SF36 Sosyal	75(62,5-87,5)	37,5(25-50)	75(62,5-100)	<0,001 ^k	<0,001	>0,999	<0,001
İşlevsellik							
SF36 Ağrı	80(67,5-90)	35(22,5-55)	90(67,5-90)	<0,001 ^k	<0,001	>0,999	<0,001
SF36 Genel	65(50-75)	40(30-50)	70(60-85)	<0,001 ^k	<0,001	0,148	<0,001
Sağlık Algısı							

^aMann Whitney U test, *Med(IQR)*^kKruskal-Wallis H Test, Post-hoc Bonferroni düzeltmesi, *Med(IQR)*

Post-hoc analiz sonuçlarının gösteriminde kullanılan rakamların karşılıkları şöyledir:

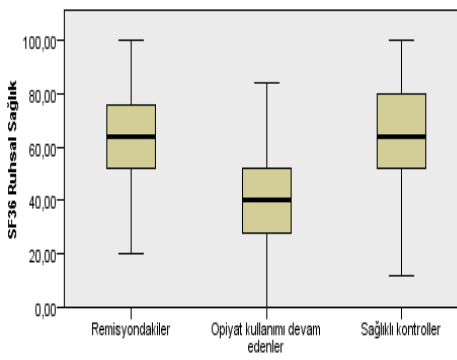
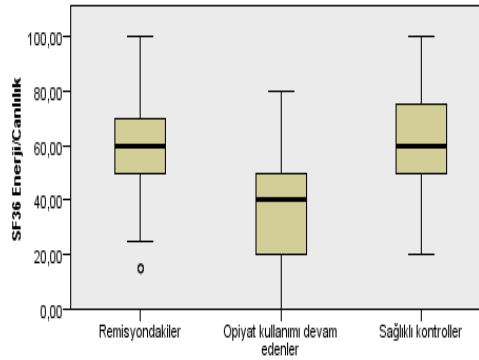
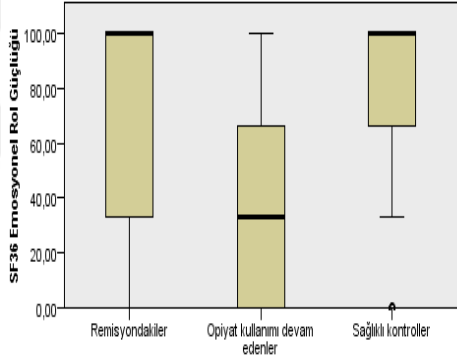
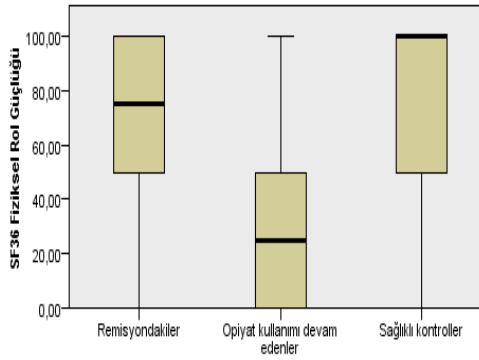
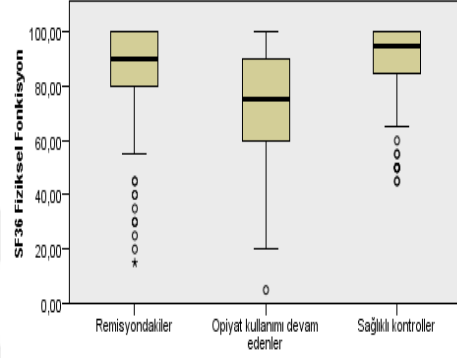
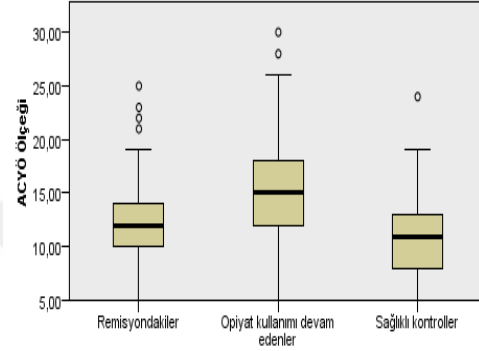
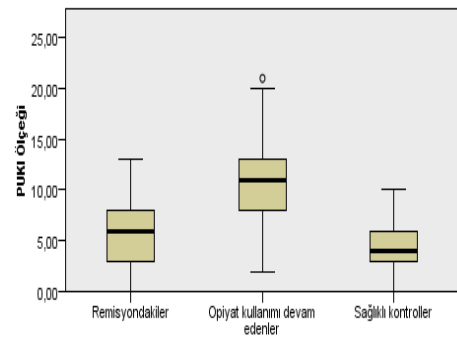
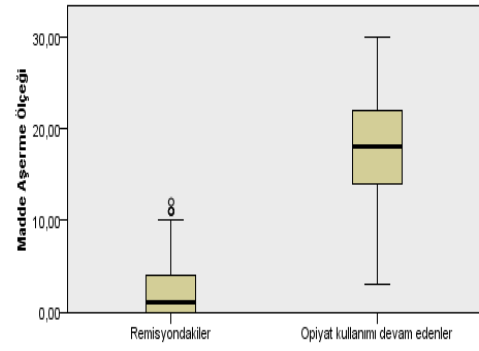
1: Remisyondakiler

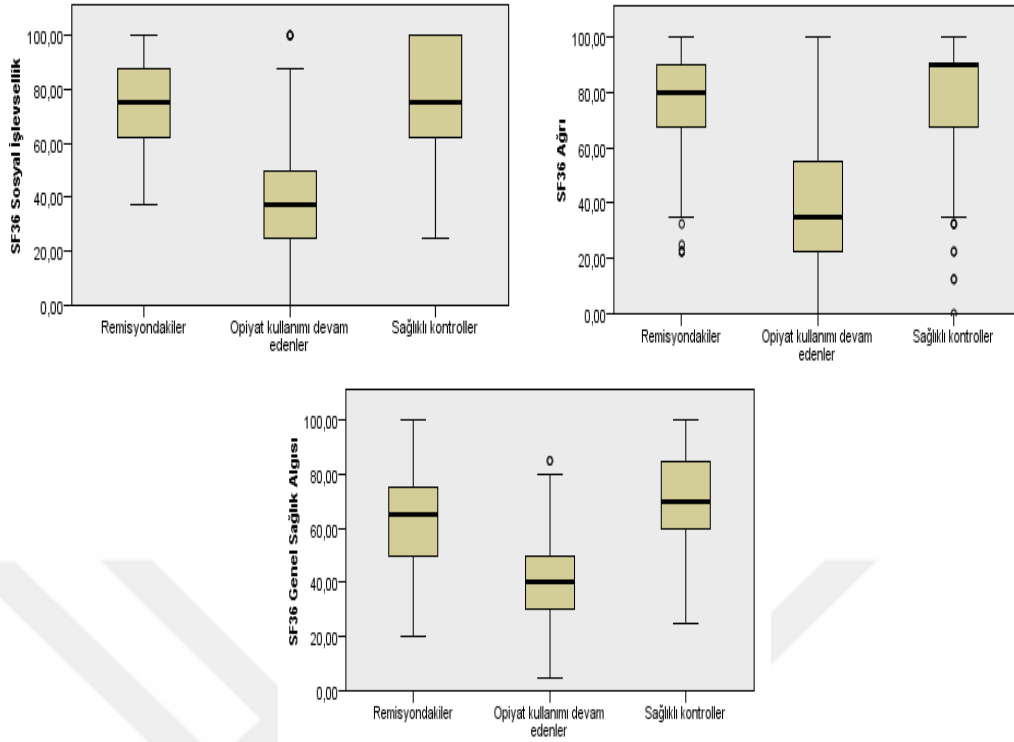
2: Opiyat Kullanımı Devam Edenler

3: Sağlıklı Kontroller

^{*}Pearson ki kare test, Yates Düzeltmesi, Post Hoc Bonferroni Düzeltmesi, *n*(%).

Gruplar arasındaki farklar küçük harflerle gösterilmiştir, farklı harfler farklı temsil etmektedir.





Şekil 4.1. Çalışma Gruplarının Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması

Çalışma grupları olarak yalnızca remisyonundaki hastaların ve opiyat kullanımı devam eden hastaların yer aldığı iki grup ele alındığı ve sağlıklı kontrol grubunun analiz dışı bırakıldığı şartlarda yapılan analiz sonuçları Tablo 4.10’da görülmektedir. Tüm ölçek puanlarının söz konusu iki grupta anlamlı şekilde farklılaştığı anlaşılmaktadır ($p < 0,001$). Bu anlamlı farklılıklar Şekil 4.2’de de görülmektedir. Bu grafikte, söz konusu iki grubun ilgili ölçek puanlarının Mann-Whitney U testi dağılımları yer almaktadır. Grafiğin X eksenindeki değerler hasta sayısını, Y eksenindeki değerler ise ölçeklerin birleşik puanlarını ifade etmektedir. Grafikte yer alan “mean rank (sıra ortalaması)” ifadesi ise, Mann-Whitney U testinin iki grubu karşılaştırırken kullandığı temel parametredir. Bu test, tüm değerleri düşükten yükseğe olacak şekilde sıralar ve sonrasında iki grubu mean rank parametresine göre karşılaştırır.

Madde aşırma ölçeği, PUKİ ölçeği ve ACYÖ ölçeği puanlarının opiyat kullanımı devam eden hastalarda, remisyonundaki hastalara göre anlamlı şekilde daha yüksek olduğu anlaşılmıştır. Kötü uyku kalitesi durumu ve cinsel işlev bozukluğu varlığı da yine opiyat kullanımı devam eden hastalar için daha yüksek oranlar almıştır. SF36 ölçeğinin tüm alt boyutlarında ise remisyonundaki hastaların almış olduğu

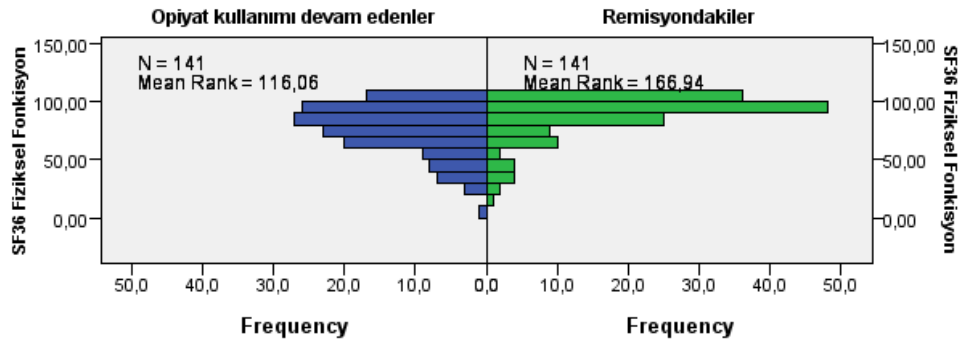
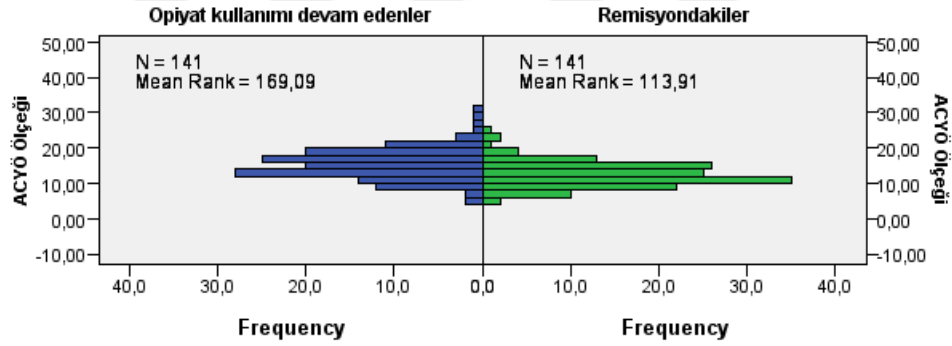
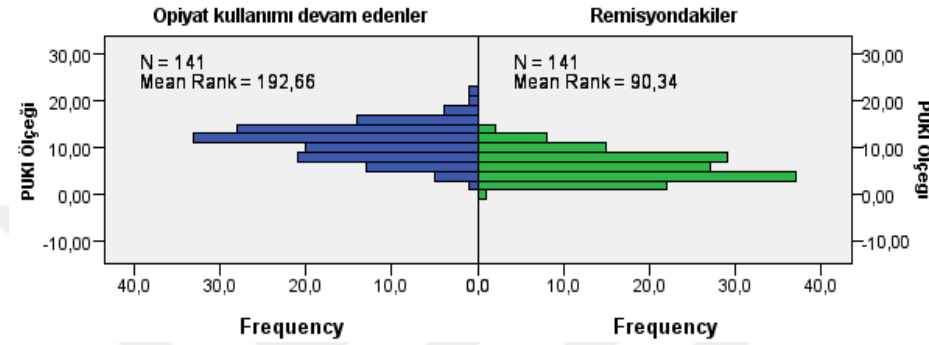
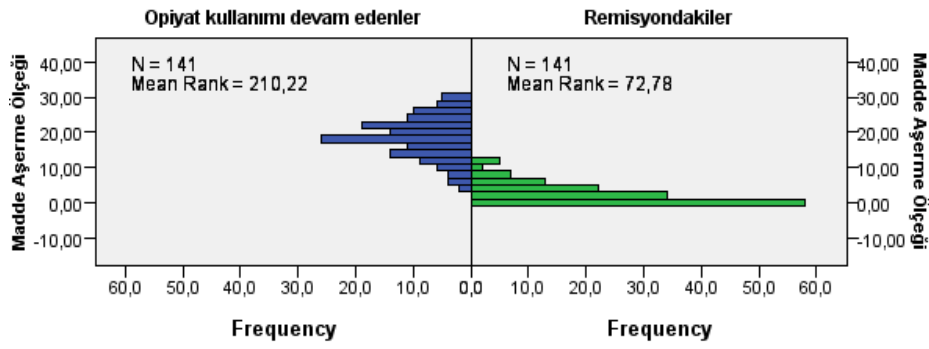
puanların, opiyat kullanımı devam eden hastalara göre istatistiksel açıdan anlam taşıyacak şekilde yüksek olduğu saptanmıştır.

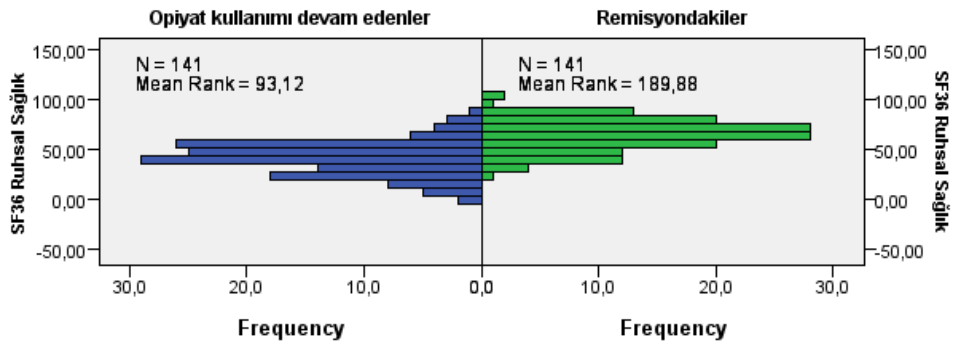
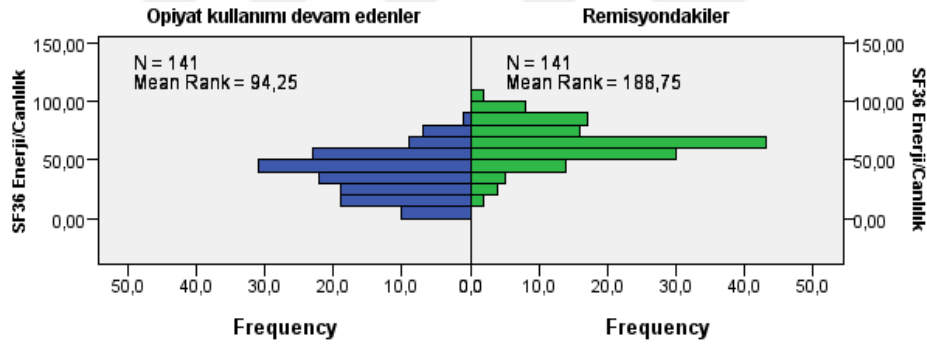
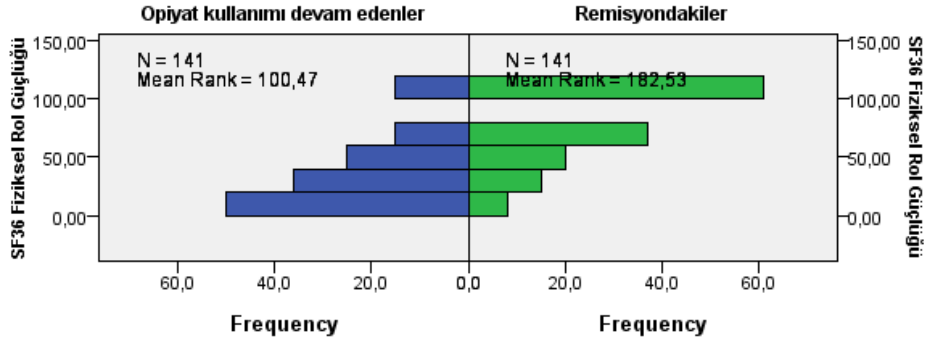
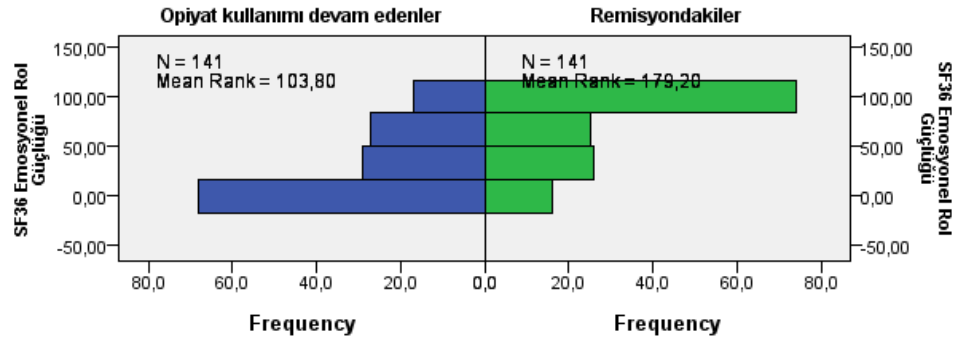
Tablo 4.10. Remisyonadaki Hastalar ile Opiyat Kullanımı Devam Eden Hastaların Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması

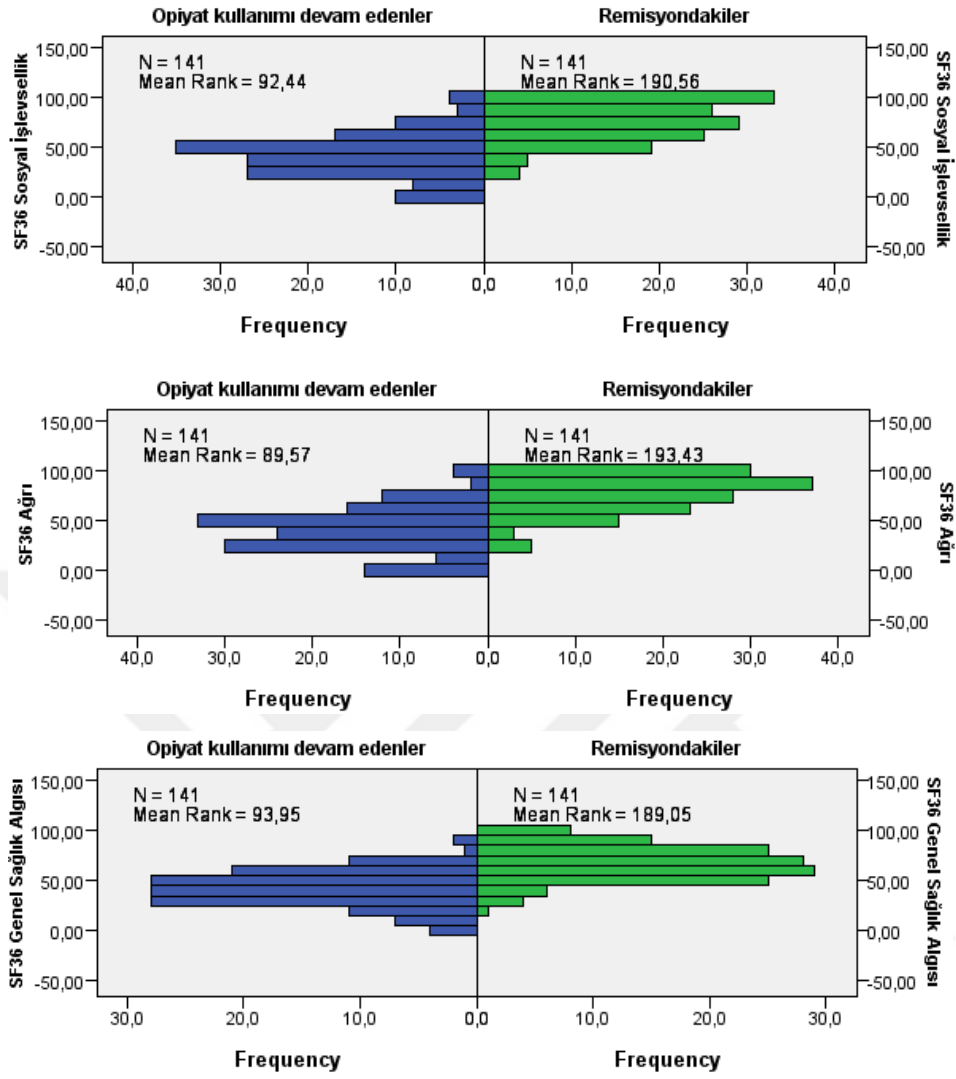
Değişkenler (n=282)	Çalışma Grupları		P
	Remisyondakiler (n=141)	Opiyat Kullanımı Devam Edenler (n=141)	
Madde Aşırme Ölçeği	1(0-4)	18(14-22)	<0,001 ^a
PUKİ Ölçeği	6(3-8)	11(8-13)	<0,001 ^a
PUKİ Ölçeği			<0,001*
Normal Uyku Kalitesi	60(42,6)	6(4,3)	
Kötü Uyku Kalitesi	81(57,4)	135(95,7)	
ACYÖ Ölçeği	12(10-14)	15(12-18)	<0,001 ^a
Cinsel İşlev Bozukluğu			<0,001*
Yok	69(48,9)	30(21,3)	
Var	72(51,1)	111(78,7)	
SF36 Fiziksel Fonksiyon	90(80-100)	75(60-90)	<0,001 ^a
SF36 Fiziksel Rol Güçlüğü	75(50-100)	25(0-50)	<0,001 ^a
SF36 Emosyonel Rol Güçlüğü	100(33,3-100)	33,3(0-66,6)	<0,001 ^a
SF36 Enerji Canlılık	60(50-70)	40(20-50)	<0,001 ^a
SF36 Ruhsal Sağlık	64(52-76)	40(28-52)	<0,001 ^a
SF36 Sosyal İşlevsellik	75(62,5-87,5)	37,5(25-50)	<0,001 ^a
SF36 Ağrı	80(67,5-90)	35(22,5-55)	<0,001 ^a
SF36 Genel Sağlık Algısı	65(50-75)	40(30-50)	<0,001 ^a

^aMann Whitney U test, Med(IQR)

*Pearson ki kare test, Yates Düzeltmesi, n(%).







Şekil 4.2. Remisyondaki Hastalar ile Opiyat Kullanımı Devam Eden Hastaların Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması

Çalışmanın bu bölümünde sadece remisyon hastaları dikkate alınmıştır. Bu hastalar B/N kullanım dozlarına göre üç gruba ayrılmıştır. Söz konusu üç grubun ölçek puanları çerçevesinde farklılık gösterip göstermediğine ilişkin yapılan analiz sonuçları Tablo 4.11’de görülmektedir. Yapılan analiz sonucunda, anlamlı farklılığın görüldüğü tek ölçek boyutu SF36 Enerji/canlilik boyutu olmuştur ($p=0,044$). Anlamlı farklılığın kaynaklandığı gruplar ise 8-15 mg kullananlar ile 16 mg ve üzeri kullanan gruplardır ($p=0,047$). 8-15 mg kullanan hastaların SF36 enerji/canlilik puanları [65(55-75)], 16 mg ve üzeri kullanımı olan hastalara [60(50-65)] göre anlamlı şekilde yüksektir (Şekil 4.3). SF36 enerji/canlilik boyutunun aldığı ortanca değerler diğer ikili gruplarda ise istatistiki açıdan benzer bulunmuştur ($p>0,05$)

Tablo 4.11. Remisyonadaki Hastaların B/N Kullanım Dozuna Göre Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması

Değişkenler (n=141)		Remisyonadaki Hastalar			P	p ¹⁻²	p ¹⁻³	p ²⁻³
		<8 Kullananlar (n=47)	8-15 mg Kullananlar (n=47)	≥16 mg Kullananlar (n=47)				
Madde	Aşırme	2(0-3)	1(0-4)	1(0-4)	0,764 ^k	-	-	-
Ölçeği								
PUKİ Ölçeği		6(3-7)	5(3-7)	6(3-9)	0,244 ^k	-	-	-
PUKİ Ölçeği					0,456*			
Normal	Uyku	20(42,6)	23(48,9)	17(36,2)				
Kalitesi								
Kötü	Uyku	27(57,4)	24(51,1)	30(63,8)				
Kalitesi								
ACYÖ Ölçeği		12(10-15)	12(9-15)	11(9-13)	0,367 ^k	-	-	-
Cinsel	İşlev				0,197*			
Bozukluğu								
Yok		20(42,6)	21(44,7)	28(59,6)				
Var		27(57,4)	26(55,3)	19(40,4)				
SF36	Fiziksel	95(80-95)	95(85-100)	90(65-95)	0,457 ^k	-	-	-
Fonksiyon								
SF36	Fiziksel Rol	76(50-100)	100(50-100)	75(50-100)	0,094 ^k	-	-	-
Güçlüğü								
SF36	Emosyonel	100(33,3-100)	100(66,6-100)	66,6(33,3-100)	0,243 ^k	-	-	-
Rol Güçlüğü								
SF36	Enerji Canlılık	60(50-80)	65(55-75)	60(50-65)	0,044^k	>0,999	0,246	0,047
SF36	Ruhsal Sağlık	64(48-76)	68(60-76)	60(48-72)	0,088 ^k	-	-	-
SF36	Sosyal	75(62,5-100)	75(62,5-100)	75(62,5-87,5)	0,246 ^k	-	-	-
İşlevsellik								
SF36	Ağrı	80(67,5-90)	90(67,5-100)	77,5(57,5-90)	0,428 ^k	-	-	-
SF36	Genel Sağlık	65,21±19,45	67,34±13,83	61,38±18,02	0,241 ^A	-	-	-
Algısı								

^kKruskal-Wallis H Test, Post-hoc Bonferroni düzeltmesi, *Med(IQR)*

Post-hoc analiz sonuçlarının gösteriminde kullanılan rakamların karşılıkları şöyledir:

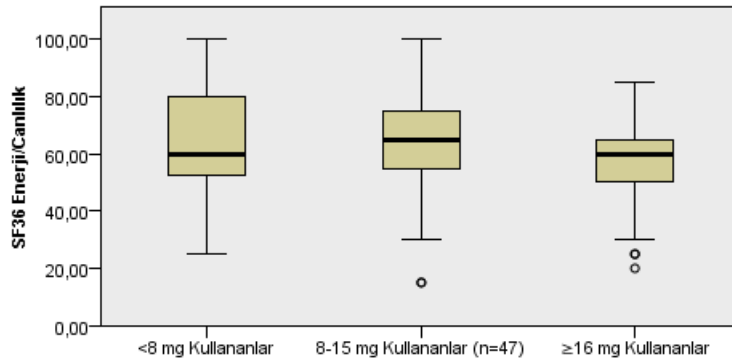
1: Remisyonadakililer

2: Opiyat Kullanımı Devam Edenler

3: Sağlıklı Kontroller

*Pearson ki kare test, Yates Düzeltmesi, n(%).

^AOne-way ANOVA, *Ort±SS*



Şekil 4.3. Remisyonadaki Hastaların B/N Kullanım Dozuna Göre SF36 Enerji/Canlılık

Tablo 4.12’de yer alan opiyat kullanımı devam eden hastalarda yaş değişkeni ile ölçek puanları arasındaki korelasyon sonuçlarına göre ise, yaş değişkeni ile ACYÖ ($r=0,267$, $p=0,001$) ve SF36 ölçeğinin ruhsal sağlık ($r=0,183$, $p=0,003$) boyutları arasında pozitif yönlü, doğrusal ve düşük düzeyli bir ilişki saptanmıştır.

Tablo 4.12. Opiyat Kullanımı Devam Eden Hastalarda Yaş ile Ölçek Puanları Korelasyonu

Spearman’s rho	MA Ö	PUK İ	ACY Ö	SF36 Fiz. Fonk .	SF36 Fiz. Rol Güç.	SF36 Emo s. Rol Güç.	SF36 En/C an	SF36 Ruh. Sağ.	SF36 Sos. İşl.	SF36 Ağrı	SF36 Gen. Sağ Al.
R	-	0,12	,267	0,04	0,10	0,15	0,04	,183	-	0,04	-
	0,05	9	**		9	8	2	*	0,06	7	0,03
Yaş (Yıl)	8								6		8
P	0,49	0,12	0,00	0,63	0,19	0,06	0,61	0,03	0,43	0,57	0,65
	2	7	1	4	7	1	8		6	7	9

SF36 Fiziksel Fonksiyon, SF36 Fiziksel Rol Güçlüğü, SF36 Emosyonel Rol Güçlüğü, SF36 Enerji/Canlılık, SF36 Sosyal İşlevsellik, SF36 Ağrı, SF36 Genel Sağlık Algısı

Tablo 4.13’de remisyon hastalarında yaş ve B/N kullanım dozu ile ölçek puanları arasındaki korelasyon analizlerinin sonuçları sunulmuştur. Analiz sonuçlarında belirtilen “r” değeri korelasyon katsayısıdır. Korelasyon katsayısı -1 ile +1 arasında değer alır. Buradaki +1 pozitif tam ilişki, -1 ise negatif yönlü tam ilişkiyi işaret eder. Korelasyon katsayısı sıfıra yaklaştıkça ilişkinin kuvvetinin zayıf olduğu, -1 veya +1’e yaklaştığında ise ilişkinin kuvvetlendiği bilinmektedir. Buna göre $r=0,00$ “ilişki yok”, $r=0,01-0,29$ “düşük düzeyde ilişki”, $r=0,30-0,70$ “orta düzeyde ilişki”, $r=0,71-0,99$ “yüksek düzeyde ilişki” ve $r=1,00$ “mükemmel ilişki” olarak yorumlanır. Burada bahsedilen pozitif yönlü ilişki, ilişkinin direkt ve doğrusal olduğu anlamına gelmektedir. Başka bir ifadeyle değişkenler birlikte artıyor veya azalıyorsa, burada pozitif yönlü bir ilişkiden bahsetmek mümkündür. İlişkinin negatif yönde olması ise, ters yönlü bir ilişkiyi ifade etmektedir. Aralarındaki hareket farklı yönlerde olan değişkenlerden birisinin değeri artarken, diğerinin değerinin düşmektedir.

Yaş değişkeninin herhangi bir ölçekle arasında anlamlı bir ilişki bulunmamaktadır ($p>0,05$). B/N kullanım dozu ise SF ölçeğinin fiziksel rol güçlüğü ($r=-0,178$, $p=0,034$) ve enerji/canlılık ($r=-0,177$, $p=0,036$) boyutları ile negatif yönlü ve düşük düzeyde ilişkiye sahiptir.

Tablo 4.13. Remisyondaki Hastalarda Yaş ve B/N Kullanım Dozu ile Ölçek Puanları Korelasyonu

Spearman's rho	MAÖ	PUKİ	ACY	SF36	SF36	SF36	SF36	SF36	SF36	SF36	SF36
			Ö	Fiz. Fonk.	Fiz. Rol Güç.	Emos. Rol Güç.	En/C an	Ruh. Sağ.	Sos. İşl.	Ağrı	Gen. Sağ Al.
Yaş (Yıl)	R -	0,071	-	0,003	-	-	0,041	0,052	-	-	-
		0,132	0,104		0,003	0,019			0,075	0,117	0,005
	P	0,119	0,406	0,222	0,968	0,969	0,825	0,628	0,537	0,377	0,167
B/N Kullanım Dozu (mg)	R -	0,11	-	-	-	-	-	-	-	-	-
		0,062	0,115	0,094	,178*	0,099	,177*	0,075	0,107	0,096	0,096
	P	0,463	0,195	0,174	0,034	0,243	0,036	0,376	0,207	0,256	0,26

SF36 Fiziksel Fonksiyon, SF36 Fiziksel Rol Güçlüğü, SF36 Emosyonel Rol Güçlüğü, SF36 Enerji/Canlılık, SF36 Sosyal İşlevsellik, SF36 Ağrı, SF36 Genel Sağlık Algısı

Tablo 4.14’de ise bu kez opiyat kullanımı devam eden hastalarda aşermeyi yordayan faktörlere ilişkin yapılan analiz sonuçları görülmektedir. Bir önceki model inşasına benzer bir tasarımdan hareketle modele dahil edilen değişkenler belirlenmiştir. Bu analizde yaşadığı kişiler (yalnız-diğer) ve anne baba birlikteliği (birlikte-ayrı) değişkenleri iki kategoriye indirilmiştir. Oluşturulan regresyon modelinde aşermeyi bağımsız etkileyen herhangi bir değişken yer almamaktadır ($p>0,05$).

Tablo 4.14. Opiyat Kullanımı Devam Eden Hastalarda Aşermeyi Yordayan Faktörler

Değişkenler	Standardize		olmayan	Standardize		T	P	%95GA
	β	Std. Sapma		β	katsayılar			
Yaş	-,132	,095		-,130		-	,167	-,320 ,056
Cinsiyet	-1,854	2,130		-,076		-	,870	-,386 - 2,360
İkamet Edilen Yer	-1,678	1,102		-,132		-	,130	- 6,068
Medeni Durum	-,028	1,305		-,002		-	,022	-,983 - 2,552
Yaşadığı Kişiler	2,253	2,040		,096		1,104	,272	- 2,609
Anne Baba Birlikteliği	-1,067	1,041		-,088		-	,307	- 1,784
Eğitim Durumu	,006	1,040		,000		1,025	,996	- 3,128
Aylık Gelir	1,720	1,169		,130		1,471	,144	-,594 4,033
Kullanım Yolu	2,276	1,323		,151		1,720	,088	-,342 4,893

Tablo 4.15’de remisyonadaki hastalarda Madde Aşerme Ölçeği temelinde aşermeyi yordayan faktörlerin saptanması amacıyla yapılan analiz sonuçları yer almaktadır. Sosyodemografik değişkenler ve hasta özellikleri içerisinde yer alan bazı değişkenler modelde yer alan diğer değişkenlerle anlamlı ilişkilere sahip olduğu için modele dahil edilmemiştir. Yaş değişkeni ile birlikte erooin kullanım süre ve miktarına ilişkin değişkenler ve temiz kalma ve remisyonla alakalı değişkenler ise normal dağılım göstermemeleri nedeniyle modelin dışında tutulmuştur. Modele dahil edilen kategorik değişkenlerden ikamet edilen yer (il-il dışı), medeni durum (evli-bekar), eğitim durumu (lise altı-lise ve üstü), aylık gelir (asgari ücret ve altı-asgari ücret üstü) ve kullanım sıklığı (her gün-diğer) değişkenleri iki kategoriye indirilmiş ve bu değişkenler bu haliyle analize sokulmuştur. Bu çerçevede tasarlanan modeldeki değişkenler arasında aşermeyi bağımsız olarak etkileyen bir değişken saptanmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 4.15. Remisyonadaki Hastalarda Aşermeyi Yordayan Faktörler

Değişkenler	Standardize olmayan		Standardize		T	P	%95GA
	β	Std. Sapma	β	katsayılar			
Cinsiyet	-,316	,881	-,031		-,359	,721	- 1,427 2,059
İkamet Edilen Yer	-,526	,517	-,089		-	,310	- ,496 1,019 1,548
Medeni Durum	,193	,517	,032		,373	,710	-,830 1,216
Eğitim Durumu	,365	,503	,063		,726	,469	-,630 1,361
Aylık Gelir	-,305	,498	-,052		-,612	,541	- ,680 1,290
Kullanım Sıklığı	-1,327	1,031	-,112		-	,200	- ,712 1,287 3,365
Bulaşıcı Hastalık	,869	,771	,100		1,127	,262	-,656 2,394
Adli Olay Öyküsü	-,544	,517	-,093		-	,295	- ,478 1,052 1,566

Tablo 4.16’da ise yine remisyon hastalarında bu kez Madde Aşerme Ölçeği puanları ile diğer ölçek puanlarının ilişkisini gösteren korelasyon sonuçları yer almaktadır. Buna göre, madde aşerme ölçeği sadece PUKİ ölçeği puanları arasında aynı yönde ve düşük düzeyli bir ilişki saptanmışken ($r=0,196$, $p=0,002$), madde aşerme ölçeğinin diğer ölçeklerle arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 4.16. Remisyondaki Hastalarda Madde Aşerme Ölçeği ile Diğer Ölçek Puanları Korelasyonu

Spearman’ s rho	PUK İ	ACY Ö	SF36 Fiz. Fonk .	SF36 Fiz. Rol Güç.	SF36 Emos . Rol Güç.	SF36 En/Ca n	SF36 Ruh. Sağ.	SF36 Sos. İşl.	SF36 Ağrı	SF36 Gen. Sağ Al.
MAÖ	R	,196*	0,084	-	-0,12	-	-0,11	-	-	-
	P	0,02	0,325	0,095	0,069	0,154	0,091	0,162	0,002	0,002
			0,262	0,157	0,416	0,196	0,068	0,286	0,055	0,982

SF36 Fiziksel Fonksiyon, SF36 Fiziksel Rol Güçlüğü, SF36 Emosyonel Rol Güçlüğü, SF36 Enerji/Canlılık, SF36 Sosyal İşlevsellik, SF36 Ağrı, SF36 Genel Sağlık Algısı

Tablo 4.17’de yer alan analiz sonuçları, normal uyku kalitesine sahip olan remisyon hastalarının madde aşerme puanlarının [0(0-3)], uyku kalitesi kötü olan hastaların puanlarına [2(0-4)] göre istatistiksel açıdan anlamlı şekilde düşük olduğunu göstermektedir ($p=0,014$). Tabloda cinsel işlev bozukluğu değişkenine ilişkin görülen analiz sonuçları ise, cinsel işlev bozukluğu varlığının madde aşerme puanı üzerinde anlamlı bir etkisinin olmadığını ifade etmektedir ($p=0,208$).

Tablo 4.17. Remisyondaki Hastalarda Uyku Kalitesi ve Cinsel İşlev Bozukluğuna Göre Madde Aşerme Puanları

Değişkenler (n=141)	N	Madde Aşerme Skoru	p ^a
PUKİ Ölçeği			0,014
Normal Uyku Kalitesi	60	0(0-3)	
Kötü Uyku Kalitesi	81	2(0-4)	
Cinsel İşlev Bozukluğu			0,208
Yok	69	1(0-3)	
Var	72	1,5(0-4,5)	

^aMann Whitney U test, Med(IQR)

5. TARTIŞMA

5.1. Sosyodemografik ve Klinik Bulguların Değerlendirilmesi

Çalışmamızda remisyonda olan hastaların %90,8'i erkek, opiyat kullanımı devam eden hastaların %93,6'sı erkek ve sağlıklı kontrollerin %90,8'i erkek olarak bulunmuştur. Çalışmamızda hastaların çoğunluğunun cinsiyeti erkek olarak saptanmıştır. Literatüre bakıldığında ülkemizde ve dünyada yapılan çalışmalarda cinsiyet farklılığı sonuçları ile benzerdir (22, 86-88). Remisyonda olan hastaların yaş ortancası 31 yıl (IQR 27-35), opiyat kullanımı devam eden hastaların 30 yıl (IQR 26-34), sağlıklı kontrollerin 31 yıl (IQR 26-38) olup yapılan ileri analiz sonucunda üç grubun yaşları arasında anlamlı farklılık bulunmamıştır. Yapılan epidemiyolojik bir çalışmada OpKB'nin erkeklerde daha sık görüldüğü ve en sık 25-29 yaş aralığında olduğu tespit edilmiştir (89). Ülkemizde 2021 yılında yapılan bir çalışmada OpKB tanılı hastaların yaş ortalaması 31,2 yıl bulunmuştur (90). Çalışmamızda literatürle uyumlu olarak hastaların genç bireylerden oluştuğu görülmektedir. Remisyonda olan hastaların %39'u, opiyat kullanımı devam eden hastaların %22'si, sağlıklı kontrollerin %61'i evli bulunmuştur. Remisyonda olan hastaların %51,1'i, opiyat kullanımı devam eden hastaların %70,9'u bekar olup farklılıklar istatistiki açıdan anlamlıdır. Opiyat kullanımı devam eden hastalarla yapılmış çalışma sayısı çok az olup yapılan bir çalışmada remisyonda olan hastaların %34,1'i, opiyat kullanımı devam eden hastaların %30'u, sağlıklı kontrollerin %37,2'si evli bulunmuştur (91). Ülkemizde yapılan başka bir araştırmada ise madde kullanım bozukluğu olan kişilerde bekar olma oranının daha yüksek olduğu ve evli olmayan kişilerin OpKB geliştirme riskinin daha fazla olduğu bulunmuştur (92). Bulgularımız bu çalışmayla uyumlu olup OpKB tanılı hastalarda evli olmanın remisyona olumlu olarak katkıda bulunabileceği şeklinde yorumlanabilir. Çalışmamızda remisyonda olan hastaların %47,5'inin, opiyat kullanımı devam eden hastaların %68,1'inin, sağlıklı kontrollerin %22,7'sinin anne babasıyla yaşadığı saptanmıştır. Bulgularımız ülkemizde yapılan çalışmalarla benzer bulunmuştur (93, 94). Sosyal ve ekonomik sorunların hastaları anne babayla yaşamaya yönlendirdiği düşünülebilir. Eğitim durumlarına bakıldığında remisyonda olan hastaların ve opiyat kullanımı devam eden hastaların ilköğretim

mezunu olma oranı, sağlıklı kontrollerin üniversite mezunu olma oranı anlamlı şekilde daha yüksek bulunmuştur. Buprenorfin idame tedavisi alan 259 hastayla yapılan bir çalışmada hastaların ortalama eğitim görme süreleri 9.3 yıl olarak saptanmıştır (95). Ülkemizde yapılan çalışmalardan birinde de benzer olarak hastalarda eğitimsiz olma, ilköğretim veya lise mezunu olma oranı %89,7 olarak bulunmuştur (86). Hastaların opiyat kullanımına erken yaşta başlamaları, kurallara uymamaları, okul devamsızlıklarının fazla olması akademik başarılarını etkiliyor olabilir. OpKB tanılı hastaların çalışma durumlarının araştırıldığı çalışmalar incelendiğinde genellikle işsizlik oranı yüksek bulunmuştur (92, 95). Çalışmamızda düzenli çalışma oranı remisyonda olan hastalarda %73,8, opiyat kullanımı devam eden hastalarda %40,4, sağlıklı kontrollerde %89,4 olarak bulunmuştur. Ayrıca opiyat kullanımı devam eden hastalarda aylık gelirin asgari ücret altında olma oranı %46,8 olup diğer iki gruba göre anlamlı şekilde yüksek çıkmıştır. Bulgularımız OpKB tanılı hastalarda sürdürüm tedavisiyle remisyonda olmanın kişiye yaşantısının daha düzenli olmasında ve ekonomik açıdan daha iyi konuma gelebilmesinde katkı sağladığı şeklinde yorumlanabilir.

Çalışmamız hem remisyonda olan hastalarda hem de opiyat kullanımı devam eden hastalarda bulaşıcı hastalık, adli olay ve daha önce intihar girişimi olma öyküsünün sağlıklı kontrollere göre anlamlı şekilde daha yüksek olduğunu göstermiştir. Çalışmamızdaki bulgular mevcut literatürle benzerdir (86, 96). Bu verilerin bireyin sosyoekonomik düzeyinin düşük olması, opiyat kullanımının yasal olmaması, madde etkisindeyken riskli davranış oranının yüksek olmasından kaynaklanabileceği yorumlanabilir. Ailede madde veya alkol kullanan birinin olması bireyin alkol veya madde kullanma riskini arttırmaktadır (23). Çalışmamızda sağlıklı kontrollerde ailede alkol ve/veya madde kullanım bozukluğu olmaması durumu OpKB tanısı olan diğer iki gruptaki hastalara göre anlamlı şekilde daha yüksek olup, daha önce yapılan çalışmalar ile benzerdir (97, 98). Aile bireylerinin alkol ve/veya madde kullanımının OpKB için önemli bir risk faktörü olduğu bunda genetik ve öğrenme modellerinin etkili olduğu şeklinde yorumlanabilir.

Çalışmamızda hem remisyonda olan hastaların hem de opiyat kullanımı devam eden hastaların ilk eroin kullanım yaşı ortanca değeri 19 yıl (IQR 17-22) olarak

bulunmuştur. Her iki gruptaki hastalar ortalama 6 yıl, her gün ve daha çok inhalasyon yoluyla eroin kullanmıştır. Remisyonda olan hastaların eroin kullandığı dönemde ortalama 1.5 gr, opiyat kullanımı devam eden hastaların ortalama 2 gr eroin kullandığı saptanmış olup istatistiki açıdan birbirine benzerdir. Bir çalışmada ilk eroin kullanım yaşı ortalama 19,7 yıl, ortalama eroin kullanım süresi en az 1 yıl en çok 6 yıl bulunmuştur (94). Başka bir çalışmada da hastaların eroini en çok inhalasyon yoluyla kullandığı bulunmuştur (91). Literatüre bakıldığında eroin kullanımı ile ilişkili bilgiler diğer çalışmalarla benzer saptanmıştır.

Remisyonda olan hastaların remisyon süreleri 6 ay ile 120 ay arasında değişmektedir. Ortanca remisyon süresi 36 ay (IQR 18-54) bulunmuştur. Sürdürüm tedavisi en az 2/0.5 mg ile en çok 24/6 mg B/N arasında değişmekte olup, kullanılan ortalanca B/N dozu 10/2.5 mg (IQR 6-16) bulunmuştur. Ülkemizde yapılan bir çalışmada hastaların ortalanca remisyon süresi 18 ay (IQR 9-36), kullanılan ortalanca B/N dozu 8/2 mg (IQR 8-10) olarak bulunmuştur (91). Buprenorfin ile metadonun etkinliğinin karşılaştırıldığı bir çalışmada hastalar ortalama 9 mg/gün buprenorfin kullanmakta olup sürdürüm tedavisinde etkin bulunmuştur (99). Sürdürüm tedavisi alan hastaların kullandığı B/N dozu çoğunlukla 8/2 mg ile 16/4 mg bulunmuştur (50). Bulgularımız literatürle benzer olup OpKB tanılı hastalarda B/N sürdürüm tedavisinin etkin olduğunu, hastaların tedavide kalma süresini arttırmış olabileceğini düşünebiliriz.

Remisyonda olan hastalar 8 mg/gün altı, 8-15 mg/gün, 16 mg/gün ve üstü B/N kullanım dozlarına göre üç gruba ayrılmıştır. Sırayla yaşlarının ortalanca değeri 31, 31 ve 33 yıl; ilk eroin kullanım yaşları 19, 18 ve 19 yıl; eroin kullanım süreleri 7, 6 ve 6 yıl; eroin kullandıkları dönemde günlük kullanılan eroin miktarları 1, 1 ve 2 gr olup istatistiksel açıdan benzer bulunmuştur. Bazı çalışmalarda 8 mg/gün buprenorfinin düşük dozlara göre daha etkili olduğu bulunmuştur (52, 53). Yüksek buprenorfin dozlarının (16-32 mg/gün), düşük dozla (16 mg/gün altı) karşılaştırıldığında remisyon süresini uzattığına dair farklı çalışmalar da mevcuttur (55). Bizim çalışmamızda ise üç grubun da ortalanca remisyon süresi 36 ay bulunmuştur. Remisyon sürelerinin benzer bulunması B/N tedavisinin her hastanın ihtiyacına göre bireysel olarak düzenlenmesinin etkili olduğu şeklinde yorumlanabilir.

5.2. Ölçeklerle İlişkili Bulguların Değerlendirilmesi

Çalışmamızda MAÖ remisyonunda olan hastalar ile opiyat kullanımı devam eden hastalar için analiz edilmiştir. Opiyat kullanımı devam eden hastaların MAÖ ortanca puanı 18 (IQR 14-22), remisyonunda olan hastaların MAÖ ortanca puanı 1 (IQR 0-4) bulunmuştur. Opiyat kullanımı devam eden hastaların MAÖ puanı anlamlı şekilde yüksektir. Üç ay süren bir takip çalışmasında aşerme ile opiyat kullanımı arasındaki ilişkinin çok güçlü olduğu, aşermenin OpKB’de relaps için önemli olabileceği ve buprenorfin tedavisiyle aşermenin azaldığı bulunmuştur (100). Yapılan birçok çalışma da B/N sürdürüm tedavisiyle aşermenin azaldığını ve B/N tedavisinin opiyat kullanımının azalmasıyla ilişkili olduğunu göstermiştir (7, 53, 101, 102) Literatürle uyumlu olarak bizim çalışmamızda da remisyonunda olan hastaların aşermesi sürdürüm tedavisiyle belirgin derecede azalmıştır.

PUKİ puanı opiyat kullanımı devam eden hastalarda remisyonunda olan hastalara göre, remisyonunda olan hastalarda da sağlıklı kontrollere göre anlamlı şekilde yüksek çıkmıştır. Kötü uyku kalitesi oranı opiyat kullanımı devam eden hastalarda %95,7 olup diğer iki gruba göre anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur. Uyku bozuklukları, OpKB’de opiyat kullanımı devam ederken, yoksunluk durumunda ve aynı zamanda sürdürüm tedavisi sırasında da yaygındır (8, 61). Literatüre bakıldığında birçok çalışmada sürdürüm tedavisi sırasında uyku bozuklukları tespit edilmiştir. Metadon sürdürüm tedavisi alan hastalarda yapılan bir çalışmada hastaların %84’ünde kötü uyku kalitesi (yüksek PUKİ puanı) saptanmıştır (103). Yakın zamanda yapılan bir çalışma, kronik ağrısı olan bireylerde opioidlerin reçete edildiği şekilde kullanılmasının, bireyin uyku kalitesinin daha iyi olmasıyla ilişkili olabileceğini ileri sürmüştür (104). B/N sürdürüm tedavisi alan hastalarda yapılan birkaç çalışma da bu hastalarda uyku sorunlarının yaygın olmakla birlikte tedavi sırasında azaldığını bulunmuştur. Remisyonun uyku kalitesinde iyileşmeye yol açmış olabileceği düşünülmüştür (62, 105). Bizim çalışmamızda da B/N sürdürüm tedavisiyle remisyonunda olan hastaların uyku kalitesi opiyat kullanımı devam eden hastalardan daha iyi bulunmuş olup remisyonunda olmanın uyku kalitesinde iyileşmeye yol açabileceği şeklinde yorumlanmıştır. Aynı zamanda hastaların ortanca remisyon süresi 36 ay olup uzun bir remisyon süreci olması da uyku

kalitesinde iyileşmeye etkili olabilir. Bu durum sürdürüm tedavisi planlanırken önemli bir faktördür.

ACYÖ puanı opiyat kullanımı devam eden hastalarda remisyonda olan hastalara göre, remisyonda olan hastalarda da sağlıklı kontrollere göre anlamlı şekilde yüksek çıkmıştır. Opiyat kullanımı devam eden hastalarda cinsel işlev bozukluğu görülme oranı %78,7 olup remisyonda olan hastalarda bu oran %51,1 saptanmıştır. B/N'nin OpKB sürdürüm tedavisinde kullanılan tam agonistlere kıyasla daha güvenli bir yan etki profili olup, yapılan bir çalışmada B/N ile tedavi edilen hastaların cinsel işlev bozukluğu sıklığı, metadonla tedavi edilenlerden daha düşük bulunmuştur (47, 67, 68). Ülkemizde yapılan bir çalışmada OpKB hastaları B/N sürdürüm tedavisinin dördüncü ayında tekrar değerlendirilmiş ve cinsel sorunların arttığı bulunmuştur (62). Bizim çalışmamızda ise B/N sürdürüm tedavisiyle remisyonda olan hastalarda cinsel işlev bozukluğu görülme oranı opiyat kullanımı devam eden hastalara göre daha az bulunmuştur. Bu durum tarafımızca remisyonda olmanın kişinin cinsel işlevlerinde de olumlu etkisinin olabileceği şeklinde yorumlanmıştır. Aynı zamanda hastaların ortanca remisyon süresi 36 ay olup uzun bir remisyon süreci olması da cinsel işlevlerde iyileşmeye etkili olabilir.

SF36'nın sadece fiziksel fonksiyon alt bileşeni dışında tüm bileşenlerinin puanları remisyonda olan hastalar ile sağlıklı kontroller arasında istatistiksel açıdan benzer bulunmuştur. Tüm alt bileşenlerin aldığı en düşük puanlar ise opiyat kullanımı devam eden hastalarda görülmüştür. Literatüre bakıldığında, OpKB tanılı kişilerde daha düşük yaşam kalitesi bildirilmektedir (10). Ayrıca B/N sürdürüm tedavisiyle remisyonda olan hastalarda yaşam kalitesinin çoğu alanında iyileşme gözlenmiştir (74). Bulgularımız literatürle uyumlu olup hastaların uzun süredir remisyonda olması yaşantısının daha düzenli olmasına katkı sağlayarak algılanan yaşam kalitelerini arttırmış olabilir.

Remisyonda olan hastalar 8 mg/gün altı, 8-15 mg/gün, 16 mg/gün ve üstü B/N kullanım dozlarına göre üç gruba ayrılmıştır. Üç grubun hastalarının MAÖ puanı arasında anlamlı farklılık bulunmamıştır. Literatüre bakıldığında bir çalışmada buprenorfinin 16 mg/gün kullanımının 2-4 mg/gün kullanıma göre aşermeyi daha çok azalttığı bulunmuştur (106). 8 mg/gün üzerindeki dozların aşermeyi azaltmada daha etkili olabileceği gözlenmiştir (7, 53, 107). 1, 4, 8, 16 mg/gün buprenorfin

dozlarını aşırma açısından karşılaştıran 16 hafta süren bir çalışmada ilk 8 haftada 1 mg/gün buprenorfinin diğerlerine göre aşırmasının yüksek olduğu bulunmuş fakat 16. Haftada aşırımları arasında herhangi bir fark bulunmamıştır (53). Başka bir çalışmada ise 8 mg/gün, 16 mg/gün, 24 mg/gün kullanan hastalar karşılaştırılmış 24 mg/gün kullananların daha fazla aşırma yaşadığı bulunmuştur (108). Pek çok çalışmada aşırma azaltmada ve remisyon süresini uzatmada yüksek dozlarda B/N kullanımının daha etkili olduğu bulunmasına rağmen çelişkili sonuçlar da bulunmaktadır (108, 109). Altı ay süren bir takip çalışmasında aşırma ve yoksunluk belirtileri fazla olan hastaların daha yüksek dozlara ihtiyacı olabileceği bulunmuş, bu nedenle tedavinin ilk haftalarında hastaların daha yakın takip edilmesi önerilmiştir (110). Ayrıca uzun vadeli ileriye dönük gözlemsel bir çalışmada tedavide kalmanın yüksek B/N kullanımıyla arasında korelasyon bulunmamıştır (111). Bizim çalışmamızda remisyonunda olan hastaların B/N kullanım dozuna göre aşırımları arasında fark bulunmamıştır. Aşırmanın öznel bir kavram olması ve B/N sürdürüm tedavisinin hastaların ihtiyacına göre düzenlenmesi, tedavide kalma süresini uzatarak; aşırımlarının benzer ve düşük olmasına neden olmuş olabilir. Bu bulgular ile kliniğimizde hastalara etkin dozda bireyselleştirilmiş tedaviler uygulandığı sonucuna varılabilir.

Remisyonunda olan hastaların <8 mg/gün altı, 8-15 mg/gün, 16 mg/gün ve üstü B/N kullanım dozlarına göre PUKİ puanı arasında anlamlı fark bulunmamıştır. Kötü uyku kalitesi oranı 8 mg/gün altı B/N kullanan hastalarda %57,4, 8-15 mg/gün arası kullananlarda %51,1, 16 mg/gün ve üstü kullananlarda %63,8 olup benzer saptanmıştır. Bir çalışmada düşük doz buprenorfinin uyku düzenini normalleştirmede yüksek dozdan daha etkili olduğu saptanmıştır (63). Bizim çalışmamızda ise remisyonunda olan hastaların B/N kullanım dozuna göre uyku kaliteleri arasında fark bulunmamıştır. Bu durum üç grubun hastalarının eroïn kullanım özelliklerinin benzer olması ve uzun süredir remisyonunda olmalarından kaynaklanmış olabilir. Tedavinin bireysel olarak hastanın ihtiyacına göre düzenlenmesi uyku kalitelerinin benzer olmasına yol açmış olabilir.

Remisyonunda olan hastaların <8 mg/gün altı, 8-15 mg/gün, 16 mg/gün ve üstü B/N kullanım dozlarına göre ACYÖ puanı arasında da anlamlı farklılık bulunmamıştır. Cinsel işlev bozukluğu görülme oranı 8 mg/gün altı B/N kullananlarda %57,4,

8-15 mg/gün kullananlarda %55,3, 16 mg/gün ve üstü kullananlarda %40,4 olup benzer saptanmıştır. Bazı çalışmalarda B/N'nin cinsel yan etkilerinin diğer sürdürüm tedavilerine göre daha az olduğu gösterilmiştir (68). Çalışmamızda remisyonda olan hastaların B/N kullanım dozuna göre cinsel işlevleri arasında fark bulunmamıştır. Bu durum B/N'nin cinsel yan etkilerinin az olması ve tedavide kalmanın uzun süreli dönemde cinsel işlevleri arttırmasından kaynaklanıyor olabilir.

Remisyonda olan hastaların <8 mg/gün altı, 8-15 mg/gün, 16 mg/gün ve üstü B/N kullanım dozlarına göre SF36'nın enerji/canlılık alt bileşeni dışında tüm alt bileşenlerinin puanları arasında da anlamlı farklılık saptanmamıştır. Çalışmamızda remisyonda olan hastaların B/N kullanım dozuna göre yaşam kaliteleri arasında fark bulunmamıştır. Yapılan başka bir çalışmada da buprenorfin tedavisiyle yaşam kalitesinin çoğu alanında iyileşme gözlenmiş fakat buprenorfin dozu ve tedavi süresinin iyileşmeyle ilişkili olmadığı bulunmuştur (74). Tedavide kalma süresinin uzamasının takiplerde yaşam kalitesini arttırdığını gösteren birçok çalışma vardır (112, 113). Cinsel işlevlerin yaşam kalitesini iyileştirmede önemli olduğuna dair çalışmalar da vardır (67). Uyku da cinsel işlevler de yaşam kalitesini de etkileyen faktörlerdir (67, 114). Bu üç grubun uyku kalitesi, cinsel işlevlerinin ve remisyon sürelerinin benzer olması, aynı zamanda uzun süredir remisyonda olmaları, yaşam kalitesinin de benzer olmasına sebep olmuş olabilir.

Çalışmamızda remisyonda olan hastalarda aşermeyi bağımsız olarak etkileyen bir değişken saptanmamıştır. Bu durum remisyonda olan hastaların aşerme puanının çok düşük olması ve hastaların etkin bir tedavi altında olmaları ile ilişkili olabilir.

Çalışmamızda remisyonda olan hastaların aşermesi ile uyku kalitesi arasında aynı yönde ve düşük düzeyli bir ilişki saptanmıştır. Uyku kalitesi normal olan hastaların aşermesinin, uyku kalitesi kötü olan hastalara göre belirgin derecede daha düşük olduğu saptanmıştır. Uyku, opioid bağımlılığının relapsında önemli bir faktördür. Aşermenin bir öncülü olduğu belirtilmektedir (115). Remisyonda olan hastalarda aşermenin düşük olması uyku kalitesini, uyku kalitesinin daha iyi olması aşermeyi birbirlerini iki yönlü etkilemiş görünmektedir. Bu nedenle takiplerde uyku kalitesinin değerlendirilerek iyileştirilmesi, remisyon katkısı sağlayabilir.

Araştırmanın Kısıtlılıkları

Her çalışmada olduğu gibi bizim çalışmamızda da sınırlılıklar mevcuttur. Tek merkezli ve kesitsel olması elde edilen bulguların OpKB olan hasta popülasyonu için genelleştirilmesi açısından kısıtlılık yaratmaktadır. Kullandığımız ölçeklerin öz bildirim ölçeği niteliğinde olması, katılımcıların bellek sorunlarından etkilenme olasılığını ortaya çıkarması açısından bir kısıtlılık olarak sayılabilir. Çalışmamız değişkenler arasında neden sonuç ilişkisi kurmayı amaçlıyor olsa da mevcut çalışmanın prospektif bir çalışma olmaması nedeniyle değişkenler arasındaki ilişki literatür ile desteklenerek yorumlanmıştır. Bu faktörler göz önünde bulundurularak bu konuyla ilgili prospektif çalışmalar planlanabilir. Planlanacak yeni çalışmalar, elde edilecek verilerin geçerlilik ve çeşitliliğini artıracaktır.

6. SONUÇLAR

OpKB tanısı almış sürdürüm tedavisiyle remisyonda olan hastalar, opiyat kullanımı devam eden hastalar ve sağlıklı kontroller aşerme, uyku kalitesi, cinsel işlevler ve yaşam kalitesi açısından karşılaştırıldığında anlamlı farklılıklar bulundu. Opiyat kullanımı devam eden hastaların aşermesi remisyonda olan hastalara göre daha yüksek bulundu. Opiyat kullanımı devam eden hastalarda hem remisyonda olan hastalar hem de sağlıklı kontrollere göre daha kötü uyku kalitesi oranı ve daha yüksek cinsel işlev bozukluğu oranı saptandı. Ayrıca remisyonda olan hastalarda da sağlıklı kontrollere göre daha kötü uyku kalitesi oranı saptandı. Yaşam kalitesinin tüm alt bileşenleri opiyat kullanımı devam eden hastalarda daha kötü bulundu. Yaşam kalitesinin fiziksel fonksiyon dışındaki tüm alt bileşenleri remisyonda olan hastalar ile sağlıklı kontroller arasında istatistiksel açıdan benzer bulundu. Remisyonda olan hastaların <8 mg/gün altı, 8-15 mg/gün, 16 mg/gün ve üstü B/N kullanım dozlarına göre aşermesi, uyku kalitesi, cinsel işlevleri arasında anlamlı farklılık bulunmadı. Sadece yaşam kalitesinin bir alt bileşeni dışında yaşam kalitesi de üç grup arasında istatistiksel açıdan benzer bulundu.

OpKB, kronik seyirli, relaps ve remisyon dönemleriyle seyreden bir hastalıktır. Bu nedenle koruyucu psikiyatrik hizmetler ön plandadır. Tedavi başarısını ve remisyon süresini etkileyebilecek kişisel, sosyal ve toplumsal faktörler belirlenerek bu faktörlerle ilgili yapılabilecek iyileştirmeler önem kazanmaktadır.

Bizim çalışmamızda OpKB tanılı hem remisyonda olan hem de opiyat kullanımı devam eden hastalar karşılaştırılmıştır. Remisyonda olmanın hastaların aşermesini belirgin derecede azalttığı, aynı zamanda uyku kalitesinde, cinsel işlevlerinde ve yaşam kalitesinde iyileşme sağladığı bulunmuştur. Remisyonda olan hastaların B/N kullanım dozuna göre aşermesi, uyku kalitesi, cinsel işlevleri ve yaşam kalitesi arasında fark bulunmamıştır. Bu nedenle hastaların tedavi uyumunu arttırmak ve remisyon süresini uzatmak için sürdürüm tedavisi düzenlerken her hastaya bireysel olarak yaklaşılmalı, bireyselleştirilmiş tedavi düşünülmelidir. Süreç konusunda detaylı bilgilendirilmeli ve uzun vadeli tedavi planlamaları yapılmalıdır.

7. ÖZET

Giriş: Çalışmamızın amacı opiyat kullanımı devam eden opiyat kullanım bozukluğu (OpKB) hastaları, Buprenorfin/Nalokson (B/N) sürdürüm tedavisiyle remisyonda olan OpKB hastaları ve sağlıklı kontrolleri aşerme, uyku kalitesi, cinsel işlevler ve yaşam kalitesi açısından karşılaştırmaktır.

Yöntem: Çalışmamıza 18-50 yaş arası, psikotrop veya antiviral ilaç kullanmayan, kronik fiziksel hastalığı olmayan, DSM-5 tanı ölçütlerine göre OpKB tanısı almış opiyat kullanımı devam eden 141 hasta, en az 6 aydır B/N sürdürüm tedavisiyle remisyonda olan 141 hasta ve 141 sağlıklı gönüllü birey dahil edilmiştir. Katılımcılar DSM-5 Eksen 1 Bozuklukları için Yapılandırılmış Klinik Görüşme (SCID-5) ile değerlendirilmiş ve idrar toksikoloji sonuçları incelenmiştir. İdrar toksikolojisinde opiyat pozitifliği saptanan 141 hastaya ve en az 6 aydır opiyat negatifliği ve buprenorfin pozitifliği saptanan 141 hastaya Sosyodemografik Veri Formu, Madde Aşerme Ölçeği (MAÖ), Pittsburgh Uyku Kalite İndeksi (PUKİ), Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği (ACYÖ) ve Kısa Form 36 (SF36) uygulanmıştır. Sağlıklı kontrollere de Sosyodemografik Veri Formu, PUKİ, ACYÖ ve SF36 uygulanmıştır.

Bulgular: Çalışmamızda MAÖ puanı remisyonda olan hastalarda [median:1 (0-4)], opiyat kullanımı devam eden hastalara [median:18 (14-22)] göre anlamlı şekilde düşük saptanmıştır ($p<0.001$). Üç grubun PUKİ puanları anlamlı şekilde farklı olup ($p<0.001$), opiyat kullanımı devam eden hastalarda remisyonda olan hastalara göre ($p<0.001$), remisyonda olan hastalarda sağlıklı kontrollere göre ($p=0.008$) anlamlı şekilde yüksek saptanmıştır. Üç grubun ACYÖ puanları anlamlı şekilde farklı olup ($p<0.001$), opiyat kullanımı devam eden hastalarda remisyonda olan hastalara göre ($p<0.001$), remisyonda olan hastalarda sağlıklı kontrollere göre ($p=0.031$) anlamlı şekilde yüksek saptanmıştır. SF36 tüm alt grup puanları opiyat kullanımı devam eden hastalarda hem remisyonda olan hastalara hem de sağlıklı kontrollere göre anlamlı şekilde düşük ($p<0.001$) saptanmıştır. Remisyonda olan hastalarda ise fiziksel fonksiyon alt grubu haricindeki diğer tüm alt grup puanları sağlıklı kontrollerle benzer saptanmıştır ($p>0.05$). Remisyonda olan hastalarda B/N kullanım dozuna göre üç grup karşılaştırıldığında (8 mg/gün altı, 8-15 mg/gün, 16

mg /gün ve üstü) MAÖ, PUKİ, ACYÖ ve SF36 (enerji canlılık alt grubu hariç) puanları benzer saptanmıştır ($p>0.05$). Ayrıca B/N kullanım dozu ile MAÖ puanı arasında bir korelasyon saptanmamıştır.

Sonuç: Çalışmamız sonucunda B/N sürdürüm tedavisi ile remisyonda olan hastaların opiyat kullanımı devam eden hastalara göre aşermesinin belirgin derecede azaldığını, uyku kalitesinin, cinsel işlevlerinin ve yaşam kalitesinin çok daha iyi olduğunu söyleyebiliriz. Remisyonda olan hastaların B/N kullanım dozuna göre aşermesi, uyku kalitesi, cinsel işlevleri ve yaşam kalitesi açısından fark bulunmamıştır. Bu nedenle hastaların tedavi uyumunu arttırmak ve remisyon süresini uzatmak için sürdürüm tedavisi düzenlerken her hastaya bireysel olarak yaklaşılmalı, bireyselleştirilmiş tedavi düşünülmelidir.

Anahtar Sözcükler: Opiyat Kullanım Bozukluğu, Remisyon, Aşerme, Uyku, Cinsel İşlevler, Yaşam Kalitesi

8. ABSTRACT

Introduction: The aim of our study was to compare opiate use disorder (OUD) patients with ongoing opiate use, OUD patients in remission with Buprenorphine/Naloxone (B/N) maintenance treatment and healthy controls in terms of cravings, sleep quality, sexual function and quality of life.

Method: In our study, aged 18-50 years, not using psychotropic or antiviral drugs, not having chronic physical illness, diagnosed with OUD according to DSM-5 diagnostic criteria, 141 patients with ongoing opiate use, 141 patients in remission with B/N maintenance treatment for at least 6 months and 141 healthy volunteers were included. Participants were evaluated with the Structured Clinical Interview for DSM-5 Axis 1 Disorders (SCID-5) and urine toxicology results were analyzed. Sociodemographic Data Form, Substance Craving Scale (SCS), Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI), Arizona Sexual Experiences Scale (ASES) and Short Form 36 (SF36) were administered to 141 patients who were opiate positive in urine toxicology and 141 patients who were opiate negative and buprenorphine positive for at least 6 months. Sociodemographic Data Form, PSQI, ASES and SF36 were also administered to healthy controls.

Results: In our study, the SCS score was significantly lower in patients in remission [median:1 (0-4)] compared to patients with continued opiate use [median:18 (14-22)] ($p<0.001$). The PSQI scores of the three groups were significantly different ($p<0.001$), significantly higher in patients with ongoing opiate use compared to patients in remission ($p<0.001$), and significantly higher in patients in remission compared to healthy controls ($p=0.008$). The ASES scores of the three groups were significantly different ($p<0.001$), significantly higher in patients with ongoing opiate use compared to patients in remission ($p<0.001$), and significantly higher in patients in remission compared to healthy controls ($p=0.031$). SF36 all subgroup scores were significantly lower ($p<0.001$) in patients with ongoing opiate use compared to both patients in remission and healthy controls. In patients in remission, all subgroup scores except for the physical function subgroup were similar to healthy controls ($p>0.05$). When the three groups were compared according to the dose of B/N use in patients in remission (below 8 mg/day, 8-15

mg/day, 16 mg/day and above), SCS, PSQI, ASES and SF36 (except energy vitality subgroup) scores were found to be similar ($p>0.05$). In addition, no correlation was found between the dose of B/N use and the SCS score.

Conclusion: As a result of our study, we can say that patients in remission with B/N maintenance therapy had significantly reduced cravings and had much better sleep quality, sexual function and quality of life compared to patients who continued to use opiates. No difference was found in terms of cravings, sleep quality, sexual functioning and quality of life of patients in remission according to the dose of B/N use. Therefore, each patient should be approached individually and individualized treatment should be considered when organizing maintenance treatment in order to increase the treatment compliance of patients and prolong the remission period.

Key Words: Opiate Use Disorder, Remission, Craving, Sleep, Sexual Functions, Quality of Life

9. KAYNAKLAR

1. Dilbaz N, editor. Opiat Bağımlılığı. 1 ed. Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü; 2011.
2. World Drug Report. United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC); 2023.
3. Disease GBD, Injury I, Prevalence C. Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 328 diseases and injuries for 195 countries, 1990-2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. *Lancet*. 2017;390(10100):1211-59.
4. Strain E, Saxon AJ, R. H. Opioid use disorder: Epidemiology, pharmacology, clinical manifestations, course, screening, assessment, and diagnosis. In: TW P, editor. UpToDate. MA: UpToDate Inc. (Accessed on July 20, 2023.).
5. Strain EC, Stitzer ML, Liebson IA, Bigelow GE. Methadone dose and treatment outcome. *Drug Alcohol Depend*. 1993;33(2):105-17.
6. Kakko J, Alho H, Baldacchino A, Molina R, Nava FA, Shaya G. Craving in Opioid Use Disorder: From Neurobiology to Clinical Practice. *Front Psychiatry*. 2019;10:592.
7. Fareed A, Vayalapalli S, Casarella J, Amar R, Drexler K. Heroin anticraving medications: a systematic review. *Am J Drug Alcohol Abuse*. 2010;36(6):332-41.
8. Tripathi R, Rao R, Dhawan A, Jain R, Sinha S. Opioids and sleep - a review of literature. *Sleep Med*. 2020;67:269-75.
9. Peugh J, Belenko S. Alcohol, drugs and sexual function: a review. *J Psychoactive Drugs*. 2001;33(3):223-32.
10. De Maeyer J, Vanderplasschen W, Broekaert E. Quality of life among opiate-dependent individuals: A review of the literature. *Int J Drug Policy*. 2010;21(5):364-80.
11. Feelemyer JP, Jarlais DCD, Arasteh K, Phillips BW, Hagan H. Changes in quality of life (WHOQOL-BREF) and addiction severity index (ASI) among participants in opioid substitution treatment (OST) in low and middle income

countries: an international systematic review. *Drug Alcohol Depend.* 2014;134:251-8.

12. Volkow ND, Jones EB, Einstein EB, Wargo EM. Prevention and Treatment of Opioid Misuse and Addiction: A Review. *JAMA Psychiatry.* 2019;76(2):208-16.

13. Inturrisi CE. Clinical pharmacology of opioids for pain. *Clin J Pain.* 2002;18(4 Suppl):S3-13.

14. Stein C. Opioid Receptors. *Annu Rev Med.* 2016;67:433-51.

15. Strang J, Volkow ND, Degenhardt L, Hickman M, Johnson K, Koob GF, et al. Opioid use disorder. *Nat Rev Dis Primers.* 2020;6(1):3.

16. Uzbay İT. Madde Bağımlılığı: Tüm Boyutlarıyla Bağımlılık ve Bağımlılık Yapan Maddeler. İstanbul: İstanbul Tıp Kitabevi; 2015. 125-34 p.

17. Aragón-Poce F, Martínez-Fernández E, Márquez-Espinós C, Pérez A, Mora R, Torres LM. History of opium. *International Congress Series.* 2002;1242:19-21.

18. Krishnamurti C, Rao SC. The isolation of morphine by Serturmer. *Indian J Anaesth.* 2016;60(11):861-2.

19. Milhorn HT. Opioids. In: Milhorn HT, editor. *Chemical Dependence: Diagnosis, Treatment, and Prevention.* New York, NY: Springer New York; 1990. p. 167-83.

20. Degenhardt L, Bucello C, Calabria B, Nelson P, Roberts A, Hall W, et al. What data are available on the extent of illicit drug use and dependence globally? Results of four systematic reviews. *Drug and Alcohol Dependence.* 2011;117(2):85-101.

21. Turkish Drug Report. Türkiye: T.C. İçişleri Bakanlığı, Emniyet Genel Müdürlüğü,

Kaçakçılık ve Organize Suçlarla Mücadele Daire Başkanlığı; 2021.

22. Rosenbloom JM, Burns SM, Kim E, August DA, Ortiz VE, Houle TT. Race/Ethnicity and Sex and Opioid Administration in the Emergency Room. *Anesth Analg.* 2019;128(5):1005-12.

23. Hawkins JD, Catalano RF, Miller JY. Risk and protective factors for alcohol and other drug problems in adolescence and early adulthood: implications for substance abuse prevention. *Psychol Bull.* 1992;112(1):64-105.

24. Govindan RM, Behen ME, Helder E, Makki MI, Chugani HT. Altered water diffusivity in cortical association tracts in children with early deprivation identified with Tract-Based Spatial Statistics (TBSS). *Cereb Cortex*. 2010;20(3):561-9.
25. Fergusson DM, Horwood LJ. Early onset cannabis use and psychosocial adjustment in young adults. *Addiction*. 1997;92(3):279-96.
26. Compton WM, Gfroerer J, Conway KP, Finger MS. Unemployment and substance outcomes in the United States 2002-2010. *Drug Alcohol Depend*. 2014;142:350-3.
27. Baysan Arabacı L, Ayakdaş Dağlı D, Taş G. Madde Kullanım Bozukluklarında Duygu Düzenleme Güçlüğü ve Hemşirelerin Rol ve Sorumlulukları. *Bağımlılık Dergisi*. 2018;19(1):10-6.
28. Gratz KL, Roemer L. Multidimensional Assessment of Emotion Regulation and Dysregulation: Development, Factor Structure, and Initial Validation of the Difficulties in Emotion Regulation Scale. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*. 2004;26(1):41-54.
29. Zhu F, Yan CX, Wen YC, Wang J, Bi J, Zhao YL, et al. Dopamine D1 receptor gene variation modulates opioid dependence risk by affecting transition to addiction. *PLoS One*. 2013;8(8):e70805.
30. Dick DM, Agrawal A. The genetics of alcohol and other drug dependence. *Alcohol Res Health*. 2008;31(2):111-8.
31. Christie MJ. Cellular neuroadaptations to chronic opioids: tolerance, withdrawal and addiction. *Br J Pharmacol*. 2008;154(2):384-96.
32. Rich MM, Wenner P. Sensing and expressing homeostatic synaptic plasticity. *Trends Neurosci*. 2007;30(3):119-25.
33. Amerikan, Psikiyatri, Birliği. Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı DSM-5. Ankara: Hekimler Yayın Birliği; 2014.
34. World, Health, Organization. The International Classification of Diseases, Version 11.
35. American, Society, of, Addiction, Medicine. The ASAM National Practice Guideline for the Treatment of Opioid Use Disorder: 2020 Focused Update. *Journal of Addiction Medicine*. 2020;14(2S):1-91.

36. Azadfard M, Huecker MR, Leaming JM. Opioid Addiction. StatPearls. Treasure Island (FL)2023.
37. Washton AM. Relapse Prevention: Maintenance Strategies in the Treatment of Addictive Behaviors. Journal of Studies on Alcohol. 1986;47(3):260-1.
38. Doğruer Z, Türkçapar MH, İnce A. Alkol bağımlılığında relaps. Klinik Psikiyatri. 2002;5:43-9.
39. Connors GJ, Maisto SA, Donovan DM. Conceptualizations of relapse: a summary of psychological and psychobiological models. Addiction. 1996;91 Suppl:S5-13.
40. Brady KT. Optimizing Treatment for Opioid Use Disorder. Am J Psychiatry. 2021;178(7):586-7.
41. Mattick RP, Kimber J, Breen C, Davoli M. Buprenorphine maintenance versus placebo or methadone maintenance for opioid dependence. Cochrane Database Syst Rev. 2004(3):CD002207.
42. Strang J, McCambridge J, Best D, Beswick T, Bearn J, Rees S, et al. Loss of tolerance and overdose mortality after inpatient opiate detoxification: follow up study. Bmj. 2003;326(7396):959-60.
43. O'Connor LM, Woody G, Yeh HS, Manny I, Dhopes V. Methadone and edema. J Subst Abuse Treat. 1991;8(3):153-5.
44. Haight BR, Learned SM, Laffont CM, Fudala PJ, Zhao Y, Garofalo AS, et al. Efficacy and safety of a monthly buprenorphine depot injection for opioid use disorder: a multicentre, randomised, double-blind, placebo-controlled, phase 3 trial. Lancet. 2019;393(10173):778-90.
45. Lofwall MR, Walsh SL. A review of buprenorphine diversion and misuse: the current evidence base and experiences from around the world. J Addict Med. 2014;8(5):315-26.
46. Falcon E, Browne CA, Leon RM, Fleites VC, Sweeney R, Kirby LG, et al. Antidepressant-like Effects of Buprenorphine are Mediated by Kappa Opioid Receptors. Neuropsychopharmacology. 2016;41(9):2344-51.
47. Can Y, Mutlu E, Karabulut V, Demirci AC, Umut G, Çetin T. Maintenance treatment in opioid dependency. Dusunen Adam - The Journal of Psychiatry and Neurological Sciences. 2012;25(1):90-2.

48. Buprenorphine: an alternative to methadone. *Med Lett Drugs Ther.* 2003;45(1150):13-5.
49. Rosenthal RN, Lofwall MR, Kim S, Chen M, Beebe KL, Vocci FJ. Effect of Buprenorphine Implants on Illicit Opioid Use Among Abstinent Adults With Opioid Dependence Treated With Sublingual Buprenorphine: A Randomized Clinical Trial. *Jama.* 2016;316(3):282-90.
50. Soeffing JM, Martin LD, Fingerhood MI, Jasinski DR, Rastegar DA. Buprenorphine maintenance treatment in a primary care setting: outcomes at 1 year. *J Subst Abuse Treat.* 2009;37(4):426-30.
51. Ling W, Rawson RA, Compton MA. Substitution pharmacotherapies for opioid addiction: from methadone to LAAM and buprenorphine. *J Psychoactive Drugs.* 1994;26(2):119-28.
52. Johnson RE, Eissenberg T, Stitzer ML, Strain EC, Liebson IA, Bigelow GE. A placebo controlled clinical trial of buprenorphine as a treatment for opioid dependence. *Drug Alcohol Depend.* 1995;40(1):17-25.
53. Ling W, Charuvastra C, Collins JF, Batki S, Brown LS, Jr., Kintaudi P, et al. Buprenorphine maintenance treatment of opiate dependence: a multicenter, randomized clinical trial. *Addiction.* 1998;93(4):475-86.
54. Kosten TR, Schottenfeld R, Ziedonis D, Falcioni J. Buprenorphine versus methadone maintenance for opioid dependence. *J Nerv Ment Dis.* 1993;181(6):358-64.
55. Fareed A, Vayalapalli S, Casarella J, Drexler K. Effect of buprenorphine dose on treatment outcome. *J Addict Dis.* 2012;31(1):8-18.
56. Hasin DS, O'Brien CP, Auriacombe M, Borges G, Bucholz K, Budney A, et al. DSM-5 criteria for substance use disorders: recommendations and rationale. *Am J Psychiatry.* 2013;170(8):834-51.
57. Greenwald MK, Comer SD, Fiellin DA. Buprenorphine maintenance and mu-opioid receptor availability in the treatment of opioid use disorder: implications for clinical use and policy. *Drug Alcohol Depend.* 2014;144:1-11.
58. Hjelmstrom P, Banke Nordbeck E, Tiberg F. Optimal dose of buprenorphine in opioid use disorder treatment: a review of pharmacodynamic and efficacy data. *Drug Dev Ind Pharm.* 2020;46(1):1-7.

59. Guardia Serecigni J, Segura Garcia L, Gonzalvo Cirac B, Trujols Albet J, Tejero Pociello A, Suarez Gonzalez A, et al. [Validation study of the Multidimensional Alcohol Craving Scale (MACS)]. *Med Clin (Barc)*. 2004;123(6):211-6.
60. Cutrufello NJ, Ianus VD, Rowley JA. Opioids and sleep. *Curr Opin Pulm Med*. 2020;26(6):634-41.
61. Dunn KE, Finan PH, Andrew Tompkins D, Strain EC. Frequency and correlates of sleep disturbance in methadone and buprenorphine-maintained patients. *Addict Behav*. 2018;76:8-14.
62. Baykara S, Alban K. The effects of buprenorphine/naloxone maintenance treatment on sexual dysfunction, sleep and weight in opioid use disorder patients. *Psychiatry Res*. 2019;272:450-3.
63. Lukas SE, Dorsey CM, Mello NK, Mendelson JH, Lundahl LH, Sholar M, et al. Reversal of sleep disturbances in cocaine- and heroin-dependent men during chronic buprenorphine treatment. *Experimental and Clinical Psychopharmacology*. 1996;4(4):413-20.
64. Robert P, Wayne PA, HB. D. *Drugs: Issues for today*. Boston: McGraw-Hill; 1998.
65. Ajo R, Segura A, Inda M-d-M, Margarit C, Ballester P, Martínez E, et al. Erectile dysfunction in patients with chronic pain treated with opioids. *Medicina Clínica (English Edition)*. 2017;149(2):49-54.
66. Bancroft J. The endocrinology of sexual arousal. *J Endocrinol*. 2005;186(3):411-27.
67. Yee A, Danaee M, Loh HS, Sulaiman AH, Ng CG. Sexual Dysfunction in Heroin Dependents: A Comparison between Methadone and Buprenorphine Maintenance Treatment. *PLoS One*. 2016;11(1):e0147852.
68. Bliesener N, Albrecht S, Schwager A, Weckbecker K, Lichtermann D, Klingmuller D. Plasma testosterone and sexual function in men receiving buprenorphine maintenance for opioid dependence. *J Clin Endocrinol Metab*. 2005;90(1):203-6.

69. Quaglio G, Lugoboni F, Pattaro C, Melara B, G.I.C.S, Mezzelani P, et al. Erectile dysfunction in male heroin users, receiving methadone and buprenorphine maintenance treatment. *Drug Alcohol Depend.* 2008;94(1-3):12-8.
70. Hallinan R, Byrne A, Agho K, McMahon C, Tynan P, Attia J. Erectile Dysfunction in Men Receiving Methadone and Buprenorphine Maintenance Treatment. *The Journal of Sexual Medicine.* 2008;5(3):684-92.
71. Levine SB. The nature of sexual desire: a clinician's perspective. *Arch Sex Behav.* 2003;32(3):279-85.
72. The World Health Organization Quality of Life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. *Soc Sci Med.* 1995;41(10):1403-9.
73. Laudet AB. The case for considering quality of life in addiction research and clinical practice. *Addict Sci Clin Pract.* 2011;6(1):44-55.
74. Golan OK, Totaram R, Perry E, Fortson K, Rivera-Atilano R, Entress R, et al. Systematic review and meta-analysis of changes in quality of life following initiation of buprenorphine for opioid use disorder. *Drug Alcohol Depend.* 2022;235:109445.
75. First MB. Structured Clinical Interview for the DSM (SCID). In: RL Cautin SLE, Wiley-Blackwell editor. *The Encyclopedia of Clinical Psychology.* First ed2015.
76. Elbir M, Alp Topbaş Ö, Bayad S, Kocabaş T, Topak OZ, Çetin Ş, et al. DSM-5 Bozuklukları için Yapılandırılmış Klinik Görüşmenin Klinisyen Versiyonunun Türkçeye Uyarlanması ve Güvenilirlik Çalışması. *Türk Psikiyatri Dergisi.* 2019;30:51-6.
77. Flannery BA, Volpicelli JR, Pettinati HM. Psychometric properties of the Penn Alcohol Craving Scale. *Alcohol Clin Exp Res.* 1999;23(8):1289-95.
78. Evren C, Flannery BA, Çelik R, Durkaya M, Dalbudak E. Reliability and Validity of Turkish Version the Penn Alcohol Craving Scale (PACS) in Male Alcohol Dependent Inpatients. *Journal of Dependence.* 2008;9:128-34.
79. Evren C, Tamar Gürol D, Ögel K. Reliability and validity of the Penn Alcohol Craving Scale (PACS) Revised Version for substance craving in male substance dependent inpatients. *Türk Psikiyatri Dergisi.* 2011a;22:70.

80. Buysse DJ, Reynolds CF, 3rd, Monk TH, Berman SR, Kupfer DJ. The Pittsburgh Sleep Quality Index: a new instrument for psychiatric practice and research. *Psychiatry Res.* 1989;28(2):193-213.
81. Ağargün MY, Kara H, Anlar Ö. Pittsburgh uyku kalitesi indeksinin geçerliliği ve güvenilirliği. *Türk Psikiyatri Dergisi.* 1996;7:107-15.
82. McGahuey CA, Gelenberg AJ, Laukes CA, Moreno FA, Delgado PL, McKnight KM, et al. The Arizona Sexual Experience Scale (ASEX): reliability and validity. *J Sex Marital Ther.* 2000;26(1):25-40.
83. Soykan A. The reliability and validity of Arizona sexual experiences scale in Turkish ESRD patients undergoing hemodialysis. *Int J Impot Res.* 2004;16(6):531-4.
84. Koçyiğit H, Aydemir O, Fişek G, Ölmez N, Memiş A. Kısa Form-36 (SF-36)'nın Türkçe Versiyonunun Güvenilirliği ve Geçerliliği. Reliability and Validity of the Turkish Version of Short Form-36 (SF-36). *İlaç ve Tedavi Dergisi.* 1999;12:102-6.
85. Ware JE, Jr., Sherbourne CD. The MOS 36-item short-form health survey (SF-36). I. Conceptual framework and item selection. *Med Care.* 1992;30(6):473-83.
86. Bulut M, Savaş H, Cansel N, Selek S, Kap Ö, Yumru M, et al. Gaziantep Üniversitesi Alkol ve Madde Kullanım Bozuklukları Birimine Başvuran Hastaların Sosyodemografik Özellikleri Sociodemographic Characteristics of Patients, Applied to Substance Usage Disorders Unit of Gaziantep University. *J Depend.* 2006;7.
87. Powell VD, Macleod C, Sussman J, Lin LA, Bohnert ASB, Lagisetty P. Variation in Clinical Characteristics and Longitudinal Outcomes in Individuals with Opioid Use Disorder Diagnosis Codes. *J Gen Intern Med.* 2023;38(3):699-706.
88. Di Paola A, Taweh N, Biondi BE, Forray A, Frank CA, Shaw A, et al. Gender differences among persons entering medication treatment for opioid use disorder in the community. *Am J Addict.* 2022;31(5):390-5.
89. Degenhardt L, Charlson F, Mathers B, Hall WD, Flaxman AD, Johns N, et al. The global epidemiology and burden of opioid dependence: results from the global burden of disease 2010 study. *Addiction.* 2014;109(8):1320-33.

90. Kırılı U, Nart O. Comparison of the risk of drop-out from opioid maintenance treatment in patients using naltrexone implants vs. oral buprenorphine-naloxone (tur). J Clin Psy. 2021;24(3):342-9.
91. Beşikçi Keleş D. Opiyat Kullanım Bozukluğu Tanılı Hastalardan Opiyat Kullanımı Devam Edenler ve Remisyonda Olanların Sağlıklı Kontrollerle Dikkat, Dürtüsellik ve Yürütücü İşlevler Açısından Karşılaştırılması [Uzmanlık Tezi]: T.C. Sağlık Bilimleri Üniversitesi; 2019.
92. Saatçioğlu Ö, Üney R, Yapıcı A, Çakmak D, Ciğerli G. Yatarak tedavi gören bağımlı hastalarda nüksün değerlendirilmesi. Bağımlılık Dergisi. 2007;8(3):133-7.
93. Karaağaç H, Usta Z, Usta A, Yarmalı M, Godekmerdan A. Kayseri Eğitim ve Araştırma Hastanesi AMATEM Kliniğinde yatarak tedavi gören hastaların sosyodemografik özelliklerinin retrospektif analizi. 2017.
94. Nebioğlu Yıldız M, Yalnız Dilcen H, Geçici Ö, Güven MF. Opiyat bağımlılarında diğer maddelerin kullanımı ve sosyodemografik özellikler ile ilişkisi. TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni. 2013;12(1):35-42.
95. 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.
96. Roy A. Risk factors for attempting suicide in heroin addicts. Suicide Life Threat Behav. 2010;40(4):416-20.
97. Asan Ö, Tikir B, Tuncer İ, Göka E. Sociodemographic and clinical features of patients with alcohol and substance use disorders in a specialized unit. 2015.
98. Ögel K, Tamar D, Evren C, Hızlan C. Madde Kullanıcılarının Özellikleri: Türkiye’de çok merkezli bir araştırma (İkinci aşama) Psikiyatri Psikoloji Psikofarmakoloji Dergisi. 1999;7.
99. Strain EC, Stitzer ML, Liebson IA, Bigelow GE. Buprenorphine Versus Methadone in the Treatment of Opioid Dependence: Self-Reports, Urinalysis, and Addiction Severity Index. Journal of Clinical Psychopharmacology. 1996;16(1):58-67.

100. Tsui JI, Anderson BJ, Strong DR, Stein MD. Craving predicts opioid use in opioid-dependent patients initiating buprenorphine treatment: a longitudinal study. *Am J Drug Alcohol Abuse*. 2014;40(2):163-9.
101. Fudala PJ, Bridge TP, Herbert S, Williford WO, Chiang CN, Jones K, et al. Office-based treatment of opiate addiction with a sublingual-tablet formulation of buprenorphine and naloxone. *N Engl J Med*. 2003;349(10):949-58.
102. Comer SD, Collins ED, Fischman MW. Buprenorphine sublingual tablets: effects on IV heroin self-administration by humans. *Psychopharmacology (Berl)*. 2001;154(1):28-37.
103. Stein MD, Herman DS, Bishop S, Lessor JA, Weinstock M, Anthony J, et al. Sleep disturbances among methadone maintained patients. *J Subst Abuse Treat*. 2004;26(3):175-80.
104. Tang NKY, Stella MT, Banks PDW, Sandhu HK, Berna C. The effect of opioid therapy on sleep quality in patients with chronic non-malignant pain: A systematic review and exploratory meta-analysis. *Sleep Med Rev*. 2019;45:105-26.
105. Zheng WH, Wakim RJ, Geary RC, Lander LR, Wen SJ, Xiao MC, et al. Self-reported Sleep Improvement in Buprenorphine MAT (Medication Assisted Treatment) Population. *Austin J Drug Abuse Addict*. 2016;3(1).
106. Greenwald MK, Schuh KJ, Hopper JA, Schuster CR, Johanson CE. Effects of buprenorphine sublingual tablet maintenance on opioid drug-seeking behavior by humans. *Psychopharmacology (Berl)*. 2002;160(4):344-52.
107. Greenwald MK, Johanson CE, Schuster CR. Opioid reinforcement in heroin-dependent volunteers during outpatient buprenorphine maintenance. *Drug Alcohol Depend*. 1999;56(3):191-203.
108. Hillhouse M, Canamar CP, Doraimani G, Thomas C, Hasson A, Ling W. Participant characteristics and buprenorphine dose. *Am J Drug Alcohol Abuse*. 2011;37(5):453-9.
109. Shen W, Wang Q, Zhang J, Ping W, Zhang J, Ye W, et al. A Retrospective Survey of Buprenorphine Substitute Treatment With Minimal Dosage in Heroin Use Disorder. *Front Psychiatry*. 2019;10:888.
110. 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. *Bulletin of Clinical Psychopharmacology*. 2014;24:311.

111. Vigezzi P, Guglielmino L, Marzorati P, Silenzio R, De Chiara M, Corrado F, et al. Multimodal drug addiction treatment: a field comparison of methadone and buprenorphine among heroin- and cocaine-dependent patients. *J Subst Abuse Treat*. 2006;31(1):3-7.

112. Maremmani I, Pani PP, Pacini M, Perugi G. Substance use and quality of life over 12 months among buprenorphine maintenance-treated and methadone maintenance-treated heroin-addicted patients. *J Subst Abuse Treat*. 2007;33(1):91-8.

113. Balcı MM, Pak ŞC, Erdoğan A, Eryılmaz MM. The relationship of remission with functionality, quality of life and craving in patients with opiate use disorder Opiyat kullanım bozukluğu olan hastalarda remisyonun işlevsellik, yaşam kalitesi ve aşerme ile ilişkisi. *Klinik Psikiyatri Dergisi*. 2022;25:67-74.

114. Kallestad H, Hansen B, Langsrud K, Ruud T, Morken G, Stiles TC, et al. Impact of sleep disturbance on patients in treatment for mental disorders. *BMC Psychiatry*. 2012;12:179.

115. Lydon-Staley DM, Cleveland HH, Huhn AS, Cleveland MJ, Harris J, Stankoski D, et al. Daily sleep quality affects drug craving, partially through indirect associations with positive affect, in patients in treatment for nonmedical use of prescription drugs. *Addict Behav*. 2017;65:275-82.

10. EKLER

EK 1. ASGARİ BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU

Katılımcı / Gönüllünün Protokol Numarası:

1. Araştırmayla İlgili Bilgiler:

Araştırmanın Adı: Remisyonda olan ve olmayan opiyat kullanım bozukluğu hastalarının aşırme, uyku kalitesi, cinsel işlevler ve yaşam kalitesi açısından karşılaştırılması

Araştırmanın İçeriği: Akdeniz Üniversitesi Alkol ve Madde Bağımlılığı Araştırma ve Uygulama Merkezi'ne (AMBAUM) başvuran opiyat kullanım bozukluğu tanısı olup opiyat kullanımı devam eden ve en az 6 aydır sürdürüm tedavisiyle remisyonda olan, düzenli psikotrop veya antiviral ilaç kullanmayan, kronik fiziksel hastalığı olmayan çalışmaya katılmayı kabul eden 18-50 yaş arası 282 hasta ve 141 sağlıklı kontrol dahil edilecektir. Sosyodemografik ve klinik veri formu ve öz bildirim ölçekleri verilecektir.

Araştırmanın Amacı: Opiyat kullanım bozukluğu tanısı olup opiyat kullanımı devam eden ve remisyonda olan hastaların aşırme, uyku kalitesi, cinsel işlevler ve yaşam kalitesi açısından birbiriyle ve sağlıklı kontrollerle karşılaştırılarak, sürdürüm tedavisi düzenlenmesi, nüksün önlenmesi konusunda klinisyenlere katkı sağlaması, hastaların tedavi uyumunu artırması amaçlanmıştır.

Araştırmanın Nedeni: () Bilimsel araştırma

(x) Tez çalışması

Araştırmanın Öngörülen Süresi: 01.12.2022- 01.06.2023 tarihleri arasında yaklaşık 6 ay

Araştırmaya Katılması Beklenen Katılımcı/Gönüllü Sayısı: 141 kişi en az 6 aydır remisyonda olan hasta, 141 kişi opiyat kullanımı devam eden hasta, 141 kişi sağlıklı kontrol

Araştırmada İzlenecek Deneysel İşlemler: Deneysel işlem yapılmayacaktır. Katılmayı kabul eden gönüllüler öz bildirim ölçekleri, sosyodemografik ve klinik veri formu dolduracaktır.

2.Gönüllünün/Katılımcının Uygulama Sırasında Karşılaşabileceği Riskler ve Rahatsızlıklar:

Yukarıda açıklanan araştırma sırasında uygulanacak olan işlemlerin bana aşağıda belirtilen riskleri ve rahatsızlıkları getirebileceğinin bilincindeyim:

Herhangi bir risk ya da zarar söz konusu değildir.

3. Gönüllüler/Katılımcılar İçin Araştırmadan Beklenen Yarar:

Opiyat kullanım bozukluğu tanısı olup opiyat kullanımı devam eden ve remisyonda olan hastaları aşırme, uyku kalitesi, cinsel işlevler ve yaşam kalitesi açısından birbiriyle ve sağlıklı kontrollerle karşılaştırarak, elde edilecek bilgilerin tedavi uyumu, nüksün engellenmesi, uygun koruma ve destek programlarının hazırlanması konusunda hastalara faydalı olması hedeflenmiştir.

4. Araştırma Konusundaki Soruların Cevaplandırılması:

Araştırmanın yürütülmesi sırasında olası yan etkiler, riskler ve zararlar ile haklarım konusunda bilgi almak için aşağıda belirtilen kişiyle bağlantı kurmam yeterli olacaktır.

Adı- Soyadı: Dr. Zübeyde GÜLLÜ TÜRKER Telefon:

5. Zararların Karşılanması:

Bu çalışmaya katıldığım için zarar görecek olursam, gerekli olan tıbbi bakımın sorumlu araştırmacı tarafından yerine getirileceği, uygulanan işleme bağlı olarak gelişebilecek her tür hasara (sakatlanma ve ölüm dahil) karşı güvencede olduğum, masraflarımın çalışma ekibi tarafından karşılanacağı bana bildirildi.

6. Araştırma Giderleri:

Araştırma kapsamındaki bütün işlemler için benden ya da bağlı bulunduğum sosyal güvenlik kuruluşundan hiçbir ücret istenmeyecektir.

7. Gönüllülük, alışmayı Reddetme ve çalışmadan ekilme Hakkı, çalışmadan çıkarılma:

a. Araştırmaya hiçbir baskı ve zorlama altında olmaksızın gönüllü olarak katılıyorum.

b. Araştırmaya katılmayı reddetme hakkına sahip olduğum bana bildirildi.

c. Sorumlu araştırmacıya haber vermek kaydıyla, hiçbir gerekçe göstermeksizin istediğim anda bu çalışmadan ekilebileceğimin bilincindeyim.

8. Çalışmanın yürütücüsü olan araştırmacı ya da destekleyen kuruluş, çalışma programının gereklerini yerine getirmedeki ihmalim nedeniyle ya da araştırma prosedürüne bağlı olarak onayımı almadan beni çalışma kapsamından çıkarabilir.

9. Gizlilik:

Çalışmanın sonuçları bilimsel toplantılar ya da yayınlarda sunulabilir. Ancak, bu tür durumlarda kimliğim kesin olarak gizli tutulacaktır.

10. Çalışmaya Katılma Onayı:

Yukarıda yer alan ve araştırmadan önce gönüllüye / katılımcıya verilmesi gereken bilgileri gösteren Aydınlatılmış Onam Formu adlı metni kendi anadilimde okudum ya da bana okunmasını sağladım. Bu bilgilerin içeriği ve anlamı, yazılı ve sözlü olarak açıklandı. Aklıma gelen bütün soruları sorma olanağı tanındı ve sorularıma doyurucu cevaplar aldım. Çalışmaya katılmadığım ya da katıldıktan sonra çekildiğim durumda, hiçbir yasal hakkımdan vazgeçmiş olmayacağım. Bu koşullarla, söz konusu araştırmaya hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın gönüllü olarak katılmayı kabul ediyorum.

Bu metnin imzalı bir kopyasını aldım.

Gönüllünün / katılımcının Adı- Soyadı:

Yaş ve Cinsiyeti:

İmzası:

Adresi (varsa telefon ve/veya fax numarası):

.....
.....

Tarih:

Velayet ya da vesayet altında bulunanlar için:

Veli ya da Vasinin Adı- Soyadı:

İmzası:

Adresi (varsa telefon ve/veya fax numarası):

.....
.....

Tarih:

Açıklamaları Yapan Araştırmacının Adı- Soyadı: Dr. Zübeyde GÜLLÜ TÜRKER

İmzası:

Tarih:

Onam alma işlemine başından sonuna kadar tanıklık eden kuruluş görevlisinin Adı-

Soyadı:

İmzası:

Görevi:

Tarih:

EK 2. SOSYODEMOGRAFİK VE KLİNİK VERİ FORMU

Yaşınız:

Cinsiyetiniz: 1. Kadın 2. Erkek

Oturduğunuz yer: 1. İl 2. İlçe 3. Kasaba/Köy

Medeni Durumunuz: 1. Evli 2. Bekar 3. Boşanmış

Çocuğunuz var mı? : 1. Var (sayısı.....) 2. Yok

Kiminle yaşıyorsunuz? : 1. Yalnız 2. Anne/baba 3. Eş/çocuk 4. Diğer

Anne-Babanız: 1. Birlikte 2. Ayrı 3. Biri veya ikisi vefat etmiş

Eğitim Durumunuz: 1. Okur-yazar 2. İlköğretim 3. Lise 4. Üniversite

Çalışma Durumunuz: 1. Düzenli çalışıyorum

2. Düzensiz çalışıyorum

3. Çalışmıyorum

Aylık Gelir Durumunuz: 1. Asgari ücret altı 2. Asgari ücret 3. Asgari ücret üstü

İlk eroin kullanım yaşıınız:

Toplam eroin kullanım süreniz:

Kullandığınız eroin miktarı (günlük gram):

Eroin kullanım sıklığınız: 1. Her gün 2. Gün aşırı 3. Haftada 1-2 defa
4. Ayda 1-2 defa

Eroin kullanım şekliniz: 1. İnhalasyon 2. İntravenöz

Daha önce tedavi aldınız mı? : 1. Evet 2. Hayır

Hastane yatışınız: 1. Evet (1. 1 kez 2. 2 kez 3. 3 ve üzeri) 2. Hayır

En uzun bırakma (temiz kalma) süreniz (ay):

Suboxone ne kadar süredir (ay) kullanmaktasınız? :

Suboxone kaç mg kullanmaktasınız? :

Bulaşıcı Hastalık (HIV, HCV, HBV): 1. Var 2. Yok

Geçmişte Adli Olay: 1. Var 2. Yok

Daha önce İntihar girişimi: 1. Var 2. Yok

Ailede (anne,baba,kardeş) alkol ya da madde kullanım bozukluğu: 1. Yok 2. Madde
3. Alkol

EK 3. MADDE AŞERME ÖLÇEĞİ

Lütfen her maddeyi dikkatlice okuyun ve geçtiğimiz hafta süresince madde aşermenizi (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 sıklıkta düşündünüz? 0.....Hiç (geçtiğimiz hafta içinde 0 kez) 1.....Nadiren (geçtiğimiz 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 aşermeniz 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 ve kontrol edilmesi zor 6.....Güçlü istek ve eğer elde edilebilir olsaydı madde kullanmış olurum
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 kullanma ile ilgili düşündüm ve nadiren madde kullanma isteğim oldu 2.....Ara sıra madde kullanma ile ilgili düşündüm ve ara sıra madde kullanma isteğim oldu 3.....Bazen madde kullanma ile ilgili düşündüm ve bazen madde kullanma isteğim oldu 4.....Sıklıkla madde kullanma ile ilgili düşündüm ve sıklıkla madde kullanma isteğim oldu 5.....Çoğu zaman madde kullanma ile ilgili düşündüm ve çoğu zaman madde kullanma isteğim oldu 6.....Neredeyse her zaman madde kullanma ile ilgili düşündüm ve neredeyse her zaman madde kullanma isteğim oldu

EK 4. PİTTSBURGH UYKU KALİTESİ ÖLÇEĞİ

Pittsburgh Uyku Kalite İndeksi (PUKİ) Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI)

Hastanın Adı Soyadı: _____ Tarih: ____/____/____

Aşağıdaki sorulara vereceğiniz cevaplar için son bir ayı göz önünde bulundurun.
Lütfen tüm soruları cevaplandırın.

- 1 Geçen ay geceleri genellikle ne zaman yattınız? _____
- 2 Geçen ay geceleri uykuya dalmamız genellikle ne kadar zaman (dakika) aldı? _____ dakika
- 3 Geçen ay sabahları genellikle ne zaman kalktınız? _____
- 4 Geçen ay geceleri kaç saat uyudunuz (bu süre yatakta geçirdiğiniz süreden farklı olabilir) _____ saat
- 5 Geçen ay aşağıdaki durumlarda belirtilen uyku problemlerini ne sıklıkla yaşadınız?

	Haftada	Hiç	1'den az	1 - 2 kez	3'ten çok
a	30 dakika içinde uykuya dalamadınız	☐	☐	☐	☐
b	Gece yarısı veya sabah erkenden uyanıyorsunuz	☐	☐	☐	☐
c	Tuvalete gittiniz	☐	☐	☐	☐
d	Rahat bir şekilde nefes alıp veremediniz	☐	☐	☐	☐
e	Aşırı derecede uşudunuz	☐	☐	☐	☐
f	Aşırı derecede sıcaklık hissettiniz	☐	☐	☐	☐
g	Kötü rüyalar gördünüz	☐	☐	☐	☐
h	Ağrı duydunuz	☐	☐	☐	☐
i	Diğer nedenler	☐	☐	☐	☐
j	Öksürdünüz veya gürültülü bir şekilde horladınız	☐	☐	☐	☐
- 6 Geçen ay uyku kalitenizi bütünü ile nasıl değerlendirirsiniz.

☐	Çok iyi	☐	Oldukça iyi	☐	Oldukça kötü	☐	Çok kötü
--------------------------	---------	--------------------------	-------------	--------------------------	--------------	--------------------------	----------
- 7 Geçen ay uyumanıza yardımcı olması için ne sıklıkta (reçeteli veya reçetesiz) uyku ilacı aldınız?

☐	Hiç	☐	Haftada 1'den az	☐	Haftada 1 - 2 kez	☐	Haftada 3'ten çok
--------------------------	-----	--------------------------	------------------	--------------------------	-------------------	--------------------------	-------------------
- 8 Geçen ay araba sürerken, yemek yerken veya sosyal bir aktivite esnasında ne kadar sıklıkla uyanık kalmak için zorlandınız?

☐	Hiç	☐	Haftada 1'den az	☐	Haftada 1 - 2 kez	☐	Haftada 3'ten çok
--------------------------	-----	--------------------------	------------------	--------------------------	-------------------	--------------------------	-------------------
- 9 Geçen ay bu durum işlerinizi yeteri kadar istekle yapmanızda ne derecede problem oluşturdu?

☐	Hiç problem oluşturmadı	☐	Bir dereceye kadar problem oluşturdu
☐	Yalnızca çok az bir problem oluşturdu	☐	Çok büyük bir problem oluşturdu
- 10 Bir yatak partneriniz veya oda arkadaşınız var mı?

☐	Bir yatak partneri veya oda arkadaşı yok	☐	Partneri aynı odada fakat aynı yatakta değil
☐	Diğer odada bir partneri veya oda arkadaşı var	☐	Partner aynı yatakta
- 11 Eğer bir oda arkadaşı veya yatak partneriniz varsa son bir ayda ona aşağıdaki durumları ne sıklıkta yaşadığınızı sorun.

	Haftada →	Hiç	1'den az	1 - 2 kez	3'ten çok
a	Gürültülü horlama	☐	☐	☐	☐
b	Uykuda nefes alıp verme arasında uzun aralıklar	☐	☐	☐	☐
c	Uyurken bacaklarda seğirme veya sıçrama	☐	☐	☐	☐
d	Uyku esnasında uyumsuzluk veya şaşkınlık	☐	☐	☐	☐
e	Diğer huzursuzluklarınız:	☐	☐	☐	☐

EK 5. ARIZONA CİNSEL YAŞANTILAR ÖLÇEĞİ
(ERKEK FORMU)

Lütfen her maddede, bugün de dahil, geçen haftaki durumunuzu işaretleyin.

Cinsel açıdan ne derece isteklisiniz ?

1 □	2 □	3 □	4 □	5 □	6 □
Oldukça istekli	Çok istekli	Biraz istekli	Biraz isteksiz	Çok isteksiz	Tamamen isteksiz

Cinsel açıdan ne kadar kolay uyarılırsınız (tahrik olursunuz) ?

1 □	2 □	3 □	4 □	5 □	6 □
Oldukça kolay	Çok kolay	Biraz kolay	Biraz zor	Çok zor	Oldukça zor

Penisiniz/cinsel organınız kolayca sertleşir ve bu sertliğini sürdürür mü ?

1 □	2 □	3 □	4 □	5 □	6 □
Oldukça kolay	Çok kolay	Biraz kolay	Biraz zor	Çok zor	Asla olmaz

Ne kadar kolay boşalırsınız ?

1 □	2 □	3 □	4 □	5 □	6 □
Oldukça kolay	Çok kolay	Biraz kolay	Biraz zor	Çok zor	Asla boşalamam

Boşalmanız tatmin edici midir ?

1 □	2 □	3 □	4 □	5 □	6 □
Oldukça tatmin edici	Çok tatmin edici	Biraz tatmin edici	Pek tatmin etmiyor	Çok tatmin etmiyor	Hiç boşalamam

ARIZONA CİNSEL YAŞANTILAR ÖLÇEĞİ

(KADIN FORMU)

Lütfen her maddede, bugün de dahil, geçen haftaki durumunuzu işaretleyin.

Cinsel açıdan ne derece isteklisiniz ?

1 □	2 □	3 □	4 □	5 □	6 □
Oldukça istekli	Çok istekli	Biraz istekli	Biraz isteksiz	Çok isteksiz	Tamamen isteksiz

Cinsel açıdan ne kadar kolay uyarılırsınız (tahrik olursunuz) ?

1 □	2 □	3 □	4 □	5 □	6 □
Oldukça kolay	Çok kolay	Biraz kolay	Biraz zor	Çok zor	Oldukça zor

Vajinanız/cinsel organınız ilişki sırasında ne kadar kolay ıslanır veya nemlenir ?

1 □	2 □	3 □	4 □	5 □	6 □
Oldukça kolay	Çok kolay	Biraz kolay	Biraz zor	Çok zor	Asla olmaz

Ne kadar kolay orgazm olursunuz (doyuma ulaşırsınız)?

1 □	2 □	3 □	4 □	5 □	6 □
Oldukça kolay	Çok kolay	Biraz kolay	Biraz zor	Çok zor	Asla boşalamam

Orgazminız tatmin edici midir ?

1 □	2 □	3 □	4 □	5 □	6 □
Oldukça tatmin edici	Çok tatmin edici	Biraz tatmin edici	Pek tatmin etmiyor	Çok tatmin etmiyor	Orgazma ulaşamam

EK 6. SF 36 (SF36)

SF-36 (Kısa Form 36)

Hastanın Adı Soyadı: _____ Tarih: ____/____/____

Aşağıdaki sorular sizin kendi sağlığınızdaki görüşünüzü, kendinizi nasıl hissettiğinizi ve günlük aktivitelerinizi ne kadar yerine getirebildiğinizi öğrenmek amacıyla. Size en uygun yanıtı verin.

B1

1) Genel olarak sağlığınızdaki aşağıdakilerden hangisini söyleyebilirsiniz?

Mükemmel
☐₁

Çok iyi
☐₂

İyi
☐₃

Orta
☐₄

Kötü
☐₅

B2

2) Bir yıl öncesi ile karşılaştığınızda şu anki genel sağlık durumunuzu nasıl değerlendirirsiniz?

Bir yıl öncesinden
☐₁

Çok daha iyi
☐₂

Biraz iyi
☐₃

Hemen hemen aynı
☐₄

Biraz daha kötü
☐₅

Çok daha kötü
☐₆

Aşağıdaki sorular bir gün içinde yapabileceğiniz işlerle (aktivitelerle) ilgilidir. Sağlığınız bu aktiviteleri kısıtlıyor mu? Eğer kısıtlıyorsa, ne kadar?

B3

	Evet, Çok Kısıtlı	Evet, Biraz Kısıtlı	Hayır, Hiç Kısıtlı Değil
3) Koşmak, ağır kaldırmak, ağır sporlara katılmak gibi ağır etkinlikler	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃
4) Bir masayı çekmek, elektrik süpürmesini itmek ve ağır olmayan sporları yapmak gibi orta dereceli etkinlikler	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃
5) Market poşetlerini kaldırmak veya taşımak	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃
6) Birkaç kat merdiven çıkmak	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃
7) Bir kat merdiven çıkmak	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃
8) Eğilmek, diz çökmek, çömelmek, diz çökmek	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃
9) Bir kilometreden fazla yürümek	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃
10) Birkaç yüz metre yürümek	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃
11) Yüz metre yürümek	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃
12) Kendi başına banyo yapmak ve giyinmek	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃

Son 4 hafta boyunca bedensel sağlığınızın sonucu olarak, işiniz veya diğer günlük etkinliklerinizde, aşağıdaki sorunlardan biriyle karşılaştınız mı?

B4

	Evet	Hayır
13) Çalışma yaşamınızda veya diğer aktivitelerinizde geçirdiğiniz zamanı kısalttınız mı?	☐ ₁	☐ ₂
14) Arzu ettiğinizden daha az şeyi mi tamamlayabildiniz?	☐ ₁	☐ ₂
15) Çalışma veya diğer yaptığınız işlerin çeşidinde kısıtlama yaptınız mı?	☐ ₁	☐ ₂
16) Çalışma yaşamınızda veya diğer aktivitelerinizi yapmakta güçlük çektiniz mi? (Aşırı efor - çaba sarf ettiniz mi?)	☐ ₁	☐ ₂

Son 4 hafta boyunca, duygusal sorunlarınızın (örneğin çökkünlük veya kaygı) sonucu olarak işiniz veya diğer günlük etkinliklerinizle ilgili aşağıdaki sorunlarla karşılaştınız mı?

B5

	Evet	Hayır
17) Çalışma yaşamınızda veya diğer aktivitelerinizde geçirdiğiniz zamanı kısalttınız mı?	☐ ₁	☐ ₂
18) Arzu ettiğinizden daha az işi mi tamamlayabildiniz?	☐ ₁	☐ ₂
19) İşinizle veya diğer aktivitelerinizle ilgili işleri her zamanki kadar dikkat vererek yapamadınız mı?	☐ ₁	☐ ₂

SF-36 (Kısa Form 36) Sayfa-2

B6

20) Son 4 hafta boyunca bedensel sağlığınız veya duygusal sorunlarınız, aileniz, arkadaş veya komşularınızla olan olağan sosyal etkinliklerinizi ne kadar etkiledi?

Hiç Etkilemedi ☐₁ Çok Az ☐₂ Orta Derecede ☐₃ Epeyce ☐₄ Çok Fazla ☐₅

B7

21) Son 4 hafta içinde vücudunuzda ne kadar ağrı oldu?

Hiç Olmadı ☐₁ Çok Az ☐₂ Hafif ☐₃ Orta ☐₄ Çok ☐₅ Pek Çok ☐₆

B8

22) Son 4 hafta boyunca ağrınız, normal işinizi (hem ev işlerinizi hem ev dışı işinizi düşününüz) ne kadar etkiledi?

Hiç Etkilemedi ☐₁ Biraz etkiledi ☐₂ Orta Derecede ☐₃ Epey Etkiledi ☐₄ Çok Etkiledi ☐₅

Aşağıdaki sorular sizin son 4 hafta boyunca neler hissettiğinizle ilgilidir. Her soru için, sizin duygularınızı en iyi karşılayan yanıtı, son 4 haftadaki sıklığını göz önüne alarak seçiniz.

B9

	Sürekli	Çoğu zaman	Epey zaman	Bazen	Ara sıra	Hiç bir zaman
23) Kendinizi yaşam dolu olarak hissettiniz mi?	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃	☐ ₄	☐ ₅	☐ ₆
24) Çok sinirli biri oldunuz mu?	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃	☐ ₄	☐ ₅	☐ ₆
25) Hiçbir şeyin sizi neşelendiremeyeceği kadar moraliniz bozuk ve kötü oldu mu?	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃	☐ ₄	☐ ₅	☐ ₆
26) Kendinizi sakin ve huzurlu hissettiniz mi?	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃	☐ ₄	☐ ₅	☐ ₆
27) Çok enerjik oldunuz mu?	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃	☐ ₄	☐ ₅	☐ ₆
28) Kendinizi kalbi kırık ve üzgün hissettiniz mi?	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃	☐ ₄	☐ ₅	☐ ₆
29) Kendinizi yıpranmış, bitkin hissettiniz mi?	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃	☐ ₄	☐ ₅	☐ ₆
30) Mutlu, sevinçli bir insan oldunuz mu?	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃	☐ ₄	☐ ₅	☐ ₆
31) Yorgunluk hissettiniz mi?	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃	☐ ₄	☐ ₅	☐ ₆

B10

32) Son 4 hafta boyunca bedensel sağlığınız veya duygusal sorunlarınız sosyal etkinliklerinizi (arkadaş veya akrabalarınızı ziyaret etmek gibi) ne sıklıkta etkiledi?

Sürekli ☐₁ Çoğu zaman ☐₂ Bazen ☐₃ Ara sıra ☐₄ Hiç bir zaman ☐₅

Aşağıdaki her bir ifade sizin için ne kadar doğru veya yanlıştır? Her bir ifade için en uygun olanını işaretleyiniz.

B11

	Kesinlikle doğru	Çoğunlukla doğru	Emin değilim	Çoğunlukla yanlış	Kesinlikle yanlış
33) Ben diğer insanlara göre daha kolay hastalanıyorum.	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃	☐ ₄	☐ ₅
34) Tanıdığım kişiler kadar sağlıklıyım.	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃	☐ ₄	☐ ₅
35) Sağlığımın kötüleşmekte olduğunu sanıyorum.	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃	☐ ₄	☐ ₅
36) Sağlığım mükemmeldir.	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃	☐ ₄	☐ ₅