



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

**OPIYAT KULLANIM BOZUKLUĞU OLAN**  
**HASTALARDA YATARAK TEDAVİ PROGRAMI TERKİNİ**  
**YORDAYAN; SOSYODEMOGRAFİK, KLİNİK VE SOSYAL**  
**ÖZELLİKLERİN İNCELENMESİ**

**Dr. Rahime Dicle Çetiner Akgül**

**TIPTA UZMANLIK TEZİ**

İSTANBUL-2019



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

**OPIYAT KULLANIM BOZUKLUĞU OLAN**  
**HASTALARDA YATARAK TEDAVİ PROGRAMI TERKİNİ**  
**YORDAYAN; SOSYODEMOGRAFİK, KLİNİK VE SOSYAL**  
**ÖZELLİKLERİN İNCELENMESİ**

**Dr. Rahime Dicle Çetiner Akgöl**

**Tez Danışmanı: Başasistan Dr. Murat Yalçın**

**TIPTA UZMANLIK TEZİ**

İSTANBUL-2019

## TEŞEKKÜR

Tezimin planlanması ve hazırlanmasındaki katkıların yanı sıra; beraber çalışmış olmaktan dolayı kendimi şanslı hissettiğim ve mutluluk duyduğum, destekleyici tutumuyla her daim yanımda olan, kendisinden çok şey öğrendiğim tez danışmanım Başasistan Dr. Murat Yalçın'a,

Birlikte çalışmaktan keyif aldığım, mesleki bilgilerinden ve deneyimlerinden çok şey öğrendiğim, kapsayıcı ve her zaman adil olan tutumlarıyla bizleri yüreklendiren, tez süreci başta olmak üzere zor zamanlarımda yanımda olan, desteklerini hiç esirgemeyen değerli hocalarım Doç. Dr. Medine Yazıcı Güleç, Doç. Dr. Hüseyin Güleç, Prof. Dr. Rüstem Aşkın'a,

Tezime yaptıkları değerli katkılardan dolayı, Doç. Dr. Rabia Bilici'ye ve şahsında Erenköy Amatem Servisi tedavi ekibine,

Bilgilerinden ve tecrübelerinden çok şey öğrendiğim, Doç. Dr. Yusuf Özey Özdemir, Doç. Dr. Engin Emrem Beştepe, Doç. Dr. Bülent Kadri Gültekin, Doç. Dr. Merih Altıntaş, Doç. Dr. Neslihan Akkişi Kumsar, Doç. Dr. Filiz İzci'ye,

Uzmanlık eğitimim boyunca bilgi ve deneyimleri ile eğitimime katkıda bulunan ve desteğini her daim hissettiğim Uzm. Dr. Mine Ergelen başta olmak üzere, Uzm. Dr. Hülya Akar Özmen'e, Uzm. Dr. Haluk Usta'ya, Uzm. Dr. Elif Yılmaz'a, Uzm. Dr. Yücel Yılmaz'a, Uzm. Dr. Emrah Güleş'e, Uzm. Dr. Erkal Erzincan'a, Uzm. Dr. Salime Gürsoy'a, Uzm. Dr. Tuba Öcek Baş'a, Uzm. Dr. Gönül Yıldırım Üretme'ye, Uzm. Dr. Selim Arpacıoğlu'na, Uzm. Dr. Başak Ünübol'a, Uzm. Dr. Muhsin Koray Kılıç'a, Uzm. Dr. Aziz Mehmet Gökbakan'a, Uzm. Dr. Ava Şirin Tav'a ve diğer tüm değerli uzmanlarımıza,

Nöroloji rotasyonum sırasındaki katkılarından dolayı Doç. Dr. Füsün Domaç'a, Prof. Dr. Gülay Kenangil'e, Uzm. Dr. Mustafa Ülker'e, Uzm. Dr. Rahşan Karacı'ya ve nöroloji tedavi ekibine,

Çocuk psikiyatrisi rotasyonum sırasında bilgi ve deneyimlerinden faydalandığım, mesleki gelişimime katkıda bulunan Doç. Dr. Özalp Ekinci, Dr. Öğr. Üyesi İbrahim Adak ve çocuk psikiyatrisi tedavi ekibine,

Uzmanlık eğitimim boyunca birlikte yol olmaktan keyif aldığım, her zaman bana destek olan, birbirimizden çok şey öğrendiğimiz değerli arkadaşlarım Dr. Sertaç Alay, Dr. Nazmiye Güçlü, Dr. Özge Yüksel, Dr. Levent Tekin, Uzm. Dr. Dilek Çağlar Tetik, Uzm. Dr. Neslişah Dereli, Uzm. Dr. Tuğba Akdur, Uzm. Dr. Özgür Akdur'a,

Uzmanlık eğitimim süresince Erenköy'ü keyifli, huzurlu ve mutlu kılan tüm asistan arkadaşlarıma,

Tüm yollar boyunca yanımda olan, hayatıma kattıklarının saymakla bitmeyeceği ve “bir bulutun peşine takılıp” gideceğimiz her yerin onunla en güzel yer olacağını bildiğim, sevgilim Uzm. Dr. İbrahim Fuat Akgül'e,

Her daim yanımda olan, sevgi ve desteklerini hep hissettiğim, emekleriyle beni bu günlere getiren annem Fatma Çetiner, babam Mustafa Çetiner ve en büyük destekçilerimden sevgili kardeşim Ozan Çetiner'e,

En içten duygularıyla teşekkürlerimi sunarım.

Dr. Rahime Dicle Çetiner Akgül

İstanbul/2019

## İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR.....	i
KISALTMALAR .....	v
TABLolar .....	vi
ÖZET.....	viii
ABSTRACT.....	x
1. GİRİŞ VE AMAÇ.....	1
1. GENEL BİLGİLER.....	5
<b>2.1. Opiyat Kullanım Bozukluğu.....</b>	<b>5</b>
2.1.1. Opiyat Kullanım Bozukluğunun Tarihçesi .....	5
2.1.2. Opiyat Kullanım Bozukluğunun Tanımı .....	6
2.1.3. Opiyat Kullanım Bozukluğunun Epidemiyolojisi .....	9
2.1.4. Opiyat Kullanım Bozukluğunun Etiyolojisi .....	10
<b>2.1.5. Opiyat Kullanım Bozukluğunda Tedavi .....</b>	<b>12</b>
2.1.5.1. Genel İlkeler ve Yoksunluk Dönemi Tedavisi .....	12
2.1.5.2. Sürdürüm Dönemi Tedavisi.....	13
<b>2.2. Opiyat Kullanım Bozukluğu ve Tedavide Kalma .....</b>	<b>14</b>
3. YÖNTEM VE GEREÇLER.....	18
<b>3.1. Örneklem Seçimi .....</b>	<b>18</b>
<b>3.2. Yöntem .....</b>	<b>19</b>
<b>3.3. Veri Toplama Araçları.....</b>	<b>19</b>
3.3.1 Sosyodemografik ve Klinik Veri Formu .....	19
3.3.2. DSM IV Eksen I Bozuklukları İçin Yapılandırılmış Klinik Görüşme Formu (SCID-I) .....	20
3.3.3. DSM-IV'e dayalı Erişkin DEB/DEHB Tanı ve Değerlendirme Envanteri (TURGAY) .....	20

3.3.4. Bağımlılık Profil İndeksi (BAPİ) .....	20
3.3.5. Madde Aşırme Ölçeği (MAÖ) .....	21
3.3.6. Madde Kullananlar için Değişime Hazır Olma Aşamaları ve Tedaviyi İsteme Ölçeği (SOCRATES-M) .....	21
3.3.7. Algılanan Stres Ölçeği (ASÖ) .....	21
3.3.8. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Envanteri (ÇBASDÖ).....	22
3.3.8. UPPS Dürtüsel Davranış Ölçeği (UPPS).....	22
<b>3.4 İstatistiksel Değerlendirme .....</b>	<b>23</b>
<b>4. BULGULAR .....</b>	<b>24</b>
<b>4.1. Gruplarının Sosyodemografik Özellikleri.....</b>	<b>24</b>
<b>4.2. Gruplarının Klinik Özellikleri .....</b>	<b>26</b>
4.3.2. Bağımlılık Profil İndeksi (BAPİ) .....	31
4.3.3. Madde Aşırme Ölçeği (MAÖ) .....	32
4.3.4. Madde Kullananlar için Değişime Hazır Olma Aşamaları ve Tedaviyi İsteme Ölçeği (SOCRATES-M) .....	33
4.3.5. Algılanan Stres Ölçeği (ASÖ) .....	34
4.3.6. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (ÇBASDÖ).....	34
4.3.7. UPPS Dürtüsel Davranış Ölçeği (UPPS).....	35
<b>4.4. Ölçekler Arası İlişkiler.....</b>	<b>36</b>
<b>4.5. Tedavi Terkini Yordayan Değerkenler .....</b>	<b>38</b>
<b>5. TARTIŞMA .....</b>	<b>40</b>
<b>5.1 Sosyodemografik Özelliklerin Değerlendirilmesi.....</b>	<b>40</b>
<b>5.2 Klinik Özelliklerin Değerlendirilmesi .....</b>	<b>43</b>
<b>5.3 Ölçeklerin Değerlendirilmesi.....</b>	<b>49</b>
<b>6. SONUÇ .....</b>	<b>53</b>
<b>7. ARAŞTIRMANIN KISITLILIKLARI .....</b>	<b>54</b>
<b>8. KAYNAKLAR .....</b>	<b>55</b>
<b>9. EKLER.....</b>	<b>78</b>

## KISALTMALAR

- ABD:** Amerika Birleşik Devletleri  
**AMATEM:** Alkol Madde Bağımlılığı Araştırma Tedavi ve Eğitim Merkezi  
**APA:** American Psychiatric Association  
**ASÖ:** Algılanan Stres Ölçeği  
**BAPİ:** Bağımlılık Profil İndeksi  
**BN:** Buprenorfin/Nalokson  
**ÇBASDÖ:** Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği  
**DEHB:** Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu  
**DSM:** Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders  
**EMCDDA:** Avrupa Uyuşturucu ve Uyuşturucu Bağımlılığı İzleme Merkezi  
**MAÖ:** Madde Aşırma Ölçeği  
**MKB:** Madde Kullanım Bozukluğu  
**NIDA:** National Institute on Drug Abuse  
**OPK:** Opiyat Kullanım Bozukluğu  
**SAMHSA:** Substance Abuse and Mental Health Services Administration  
**SCID-I:** DSM IV Eksen I Bozuklukları İçin Yapılandırılmış Klinik Görüşme  
**SOCRATES-M:** Değişime Hazır Olma ve Tedavi İsteği Ölçeği  
**TUBİM:** Türkiye Uyuşturucu ve Uyuşturucu Bağımlılığı İzleme Merkezi  
**TURGAY:** Erişkin Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Ölçeği  
**UNODC:** Birleşmiş Milletler Madde ve Suç Ofisi  
**UPPS:** UPPS Dürtüsel Davranış Ölçeği

## TABLULAR

**Tablo 1.** Tedavide Kalan ve Tedaviyi Terk Eden Hastaların Sosyodemografik Özelliklerin İncelenmesi

**Tablo 2.1** Tedavide Kalan ve Tedaviyi Terk Eden Hastaların Opiyat Kullanım Özelliklerin İncelenmesi

**Tablo 2.2** Tedavide Kalan ve Tedaviyi Terk Eden Hastaların Tedavi Öyküsü ve Diğer Özelliklerinin İncelenmesi

**Tablo 2.3** Tedavide Kalan ve Tedaviyi Terk Eden Hastaların Eş Tanı Durumu ve Çocukluk Çağı Travmatik Yaşantılarının İncelenmesi

**Tablo 3.1** Tedavide Kalan ve Tedaviyi Terk Eden Hastaların Turgay Erişkin DEHB Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması

**Tablo 3.2** Tedavide Kalan ve Tedaviyi Terk Eden Hastaların BAPİ Puanlarının Karşılaştırılması

**Tablo 3.3** Tedavide Kalan ve Tedaviyi Terk Eden Hastaların Madde Aşırme Ölçeği (MAÖ) Puanlarının Karşılaştırılması

**Tablo 3.4** Tedavide Kalan ve Tedaviyi Terk Eden Hastaların Değişime Hazır Olma Aşamaları ve Tedaviyi İsteme Ölçeği (SOCRATES) Puanlarının Karşılaştırılması

**Tablo 3.5** Tedavide Kalan ve Tedaviyi Terk Eden Hastaların Algılanan Stres Ölçeği (ASÖ) Puanlarının Karşılaştırılması

**Tablo 3.6** Tedavide Kalan ve Tedaviyi Terk Eden Hastaların Çok Boyutlu Sosyal Destek Ölçeği (ÇBASDÖ) Puanlarının Karşılaştırılması

**Tablo 3.7** Tedavide Kalan ve Tedaviyi Terk Eden Hastaların Dürtüsel Davranış Ölçeği (UPPS) Puanlarının Karşılaştırılması

**Tablo 4.** Tedavide Kalan ve Tedaviyi Terk Eden Grupların Ölçekler Arası İlişki Analizleri

**Tablo 5.1** Eş Tanı Durumu ve Amatem Poliklinik Başvurusunun Tedavi Terk Durumuna Etkisi

**Tablo 5.2** Ölçeklerin Tedavi Terk Durumuna Etkisi

**Tablo 5.3** BAPİ Alt Ölçeklerinin Tedavi Terk Durumuna Etkisi



## ÖZET

### OPIYAT KULLANIM BOZUKLUĞU OLAN HASTALARDA YATARAK TEDAVİ PROGRAMI TERKİNİ YORDAYAN; SOSYODEMOGRAFİK, KLİNİK VE SOSYAL ÖZELLİKLERİN İNCELENMESİ

**Giriş ve Amaç:** Opiyat kullanım bozukluğunda tedavide kalma; tedavi başarısının önemli bir kriteridir. Tedavi terki ise; tedavinin etkinliğini sınırlar, nüks olasılığını artırır. Araştırmamız yatarak tedavi gören opiyat kullanım bozukluğu olan hastalarda tedavide kalma oranını belirlemek ve tedavi terkiyle ilişkili sosyodemografik, klinik ve sosyal özellikleri incelemek amacıyla tasarlanmıştır. Araştırmamızın amacı; tedavi terkine neden olan etmenlerin belirlenmesi ve bu sayede tedavi sürecinin daha etkin yönetimidir. Araştırmamız bildiğimiz kadarıyla yatarak tedavi gören opiyat kullanım bozukluğu tanılı hastalarda, tedavi terkini neden olan değişkenleri birlikte inceleyen ülkemizdeki ilk araştırma olması açısından da önemlidir.

**Yöntem:** Araştırmamız prospektif kısa izlem araştırmasıdır. SBÜ Erenköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi Alkol Madde Bağımlılığı Araştırma Tedavi ve Eğitim Merkezi'nde (AMATEM) yatarak tedavi gören, DSM-5 ölçütlerine göre opiyat kullanım bozukluğu tanısı alan 115 hasta dahil edilmiştir. Hastaların sosyodemografik ve klinik verileri araştırmacı tarafından toplanmıştır. Eşlik eden psikiyatrik tanıların tespit edilmesi amacıyla SCID-I uygulanmıştır. Çalışmamıza alınan hastalara araştırmacılar tarafından oluşturulan Sosyodemografik Veri Formu, Bağımlılık Profili İndeksi (BAPİ), Madde Aşırma Ölçeği (MAÖ), Algılanan Stres Ölçeği, Değişime Hazır Olma ve Tedavi İsteği Ölçeği, Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği, UPPS Dürtüsel Davranış Ölçeği, Erişkin Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Ölçeği uygulanmıştır.

**Bulgular:** Araştırmamızda % 44,6 kişinin yatarak tedavi programını terk ettiği görülmüştür. Tedaviyi terk eden ve tedavide kalan hastalardan oluşan iki grup arasında sosyodemografik özellikler açısından farklılık saptanmamıştır. Klinik özellikler açısından eşlik eden psikiyatrik tanısı olanlarda ve düzenli poliklinik başvurusu olmayanlarda tedavi terki anlamlı derecede yüksek bulunmuştur ( $p<0,05$ ). BAPİ

“Şiddetli İstek” alt ölçeğinin tedaviyi terk eden grupta anlamlı olarak yüksek olduğu ve tedavi terkini yordadığı saptanmıştır

**Tartışma ve Sonuç:** Yatarak tedavi gören hastalarda tedavi terk oranlarının azaltılması için yatış öncesi psikiyatrik eş tanıların tedavisinin önemli olduğu görülmektedir. Bunun yanı sıra hastaların ayaktan opiyat kullanım bozukluğu tedavi sürecine uyumunun yatarak tedavi öncesinde değerlendirilmesinin tedavide kalma oranları açısından önemli katkı sağlayacağını göstermektedir. Araştırma bulguları arasında aşermeyle ilişkili olan BAPİ “Şiddetli İstek” alt ölçeğinin tedavi terkini yordayan tek etmen olduğu saptanmıştır. Bu durumun BAPİ “Şiddetli İstek” alt ölçeğinin son bir hafta içindeki kullanım sıklığını da sorgulamasıyla ilişkili olduğunu düşündürmektedir.

**Anahtar Kelimeler:** Opiyat kullanım bozukluğu, tedavide kalma, tedavi terki, psikiyatrik eş tanı, madde kullanımı, aşerme,

## ABSTRACT

### EVALUATION OF SOCIODEMOGRAPHIC, CLINICAL AND SOCIAL FEATURES OF THE DROP OUT FROM INPATIENT TREATMENT PROGRAM IN PATIENTS WITH OPIATE USE DISORDER

**Introduction and Objective:** Treatment retention is an important criterion of treatment success in opiate use disorder. Drop-out from treatment limits the effectiveness of treatment, increases the rates of relapse. The aim of this study was to determine the rate of inpatient treatment retention in opiate use disorder and to investigate the sociodemographic, clinical and social characteristics associated with drop-out. The purpose of our research; to determine the factors that cause treatment drop-out and thus more effective management of the treatment process. To our knowledge, our study is also important in terms of being the first study in our country to investigate the variables together that cause treatment drop-out in patients diagnosed with opiate use disorder in inpatient clinic.

**Method:** Our research is a prospective short term follow-up research. In Erenköy Mental and Neurological Diseases Training and Research Hospital AMATEM (Alcohol Substance Treatment Center), 136 patients diagnosed with opiate use disorder according to the DSM-5 criteria were included in study and according to the inclusion criteria 115 patients agreed to give informed consent inpatient treatment program. Sociodemographic and clinical data were collected by the researcher. SCID-I was applied to identify the comorbid psychiatric diagnoses. The Sociodemographic and Clinical Variables that accepted the participation were applied to the data form prepared for this study, Adult ADD/ADHD DSM IV- Based Diagnostic Screening and Rating Scale, Addiction Profile Index (BAPI), Penn Alcohol Craving Scale- Revised Version (Substance Craving Scale), The Stages of Change Readiness and Treatment Eagerness, Perceived Stress Scale, Perceived Social Support, UPPS Impulsive Behaviour Scale.

**Results:** In our study, it was reported that 44.6% of the participants drop-out from inpatient treatment program. There were no significant differences in sociodemographic characteristics between the two groups who drop-out from the

treatment and who complete the treatment. In terms of clinical features, treatment drop-out was found significantly higher in patients with comorbid psychiatric diagnoses and without regular outpatient visits ( $p < 0.05$ ). Addiction Profile Index (BAPÍ) “craving” subscale was found to be significantly higher in the group who drop-out from the treatment and this subscale was found to predict treatment drop-out.

**Discussion and Conclusion:** When the research results were evaluated; in order to decrease the rate of dropout in inpatients with the diagnosis of opiate use disorder, it is seen that the treatment of psychiatric comorbidities is important in the outpatient clinic. In addition, to evaluate the compliance of outpatient visits of the patients with opiate use disorder before inpatient treatment will make an important contribution to the treatment process and the rate of treatment retention. Among the results of the study, BAPI “craving” subscale, was the only predictor of treatment drop-out. This suggests that the “craving” subscale also questions the frequency of its use in the past week.

**Keywords:** Opioid use disorder, treatment retention, drop out, psychiatric comorbidity, substance use, craving

# 1 .GİRİŞ VE AMAÇ

Opiyat kullanım bozukluğu sıklıkla tekrarlayan, kronik bir bozukluktur (Vogel ve ark., 2017). Tedavide kalma; opiyat bağımlılığı araştırmalarında tedavi başarısının başlıca kriteri olarak belirlenmiştir (Simpson ve ark., 1997; Mitchell ve ark., 2015; Perreault ve ark., 2015). Tedavide kalma belirli sayıda tedavi seansına katılma ya da tedaviyi belirli sayıda gün boyunca sürdürme gibi iki değişkenle tanımlanır (Brady ve ark., 1994; Arfken ve ark., 2001; Green ve ark., 2002). Bağımlılık tedavisinde en önemli sorunlardan birisi hastaların büyük bir kısmının planlanan tedavi programını tamamlayamamasıdır (Brorson ve ark., 2013). Madde bağımlılığı sebebiyle yatarak tedavi gören hastaların büyük çoğunluğu, %28-66 arasında değişen oranlarda tedaviyi terk etmekte ya da kurallara uymadığı için tedavi programından çıkarılmaktadır (Meier ve ark., 2006; Darke ve ark., 2012; Andersson ve ark., 2018).

Brorson ve arkadaşları (2013) tarafından yapılan bir gözden geçirme çalışmasında tedavi terk nedenleri arasında sosyodemografik özellikler açısından; yaşın küçüklüğü, yalnız yaşama, sosyoekonomik düzeyin düşük olması, erkek olma, HIV ve hepatit enfeksiyonun olması hastayla ilişkili özellikler olarak gösterilmiştir.

Opiyat bağımlılarında tedavi terki ile ilişkili başka bir etmen ise eş tanı varlığıdır. Eşlik eden psikiyatrik bozuklukların prevalansının yüksek olması birçok araştırma ile gösterilmiştir. Langas ve arkadaşları (2011) madde kullanım bozukluğu (MKB) olan hastalarda eksen I tanısı olarak; % 75 oranında en az bir duygudurum bozukluğu, %50 oranında en az bir anksiyete bozukluğu, %5'inde ise en az bir psikotik bozukluğu eş tanısı olduğunu bildirmiştir. Dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğunun (DEHB) da sıklıkla madde kullanım bozukluklarına eşlik ettiği bilinmektedir (Kessler ve ark., 2006; Peles ve ark.,2012). Madde kullanım bozukluğu olan hastalarda eşlik eden psikiyatrik bozukluk varlığında, tedavi terkinin daha yüksek olduğu görülmüştür (Evren ve ark., 2002). Yatarak tedavi gören madde bağımlılığı

olan hastalarda özellikle eşlik eden DEHB tanısının olması artmış tedavi terki riskiyle ilişkili bulunmuştur (Andersson ve ark., 2018).

Madde kullanım bozukluğu tedavisinde, bağımlılık şiddeti uygulanacak tedavinin seçiminde bir ölçüttür ve bağımlılık şiddeti yüksek olan bireylerde daha yoğun tedavinin uygulanması gerektiği bilinmektedir (Evren ve ark., 2007). Araştırmalarda bağımlılık şiddeti tedavi terkini etkileyen faktörler arasında gösterilmiştir (Saarnio ve ark., 2003; McKellar ve ark., 2006; Lopez-Goni ve ark., 2008). Buna ek olarak aşermenin, alkol ve madde kullanıcılarında tedavi uyumunu zorlaştıran bir etken olduğu belirtilmiştir (Anton, 1999; Bottlender ve Soyka, 2005). Yüksek düzeyde aşermesi olan madde bağımlılarının sık depreştikleri, tedavide farklı yöntemlerin uygulanmasının ve tedavi planının buna uygun hazırlanmasının yararlı olduğu bildirilmiştir (Locastro ve ark., 2008; Oslin ve ark., 2009). Tedavi için motivasyonun da tedavi arayışı ve tedavi başarısının güçlü bir belirleyicisi olduğu öne sürülmüştür (Cahill ve ark., 2003). Düşük motivasyon ya da değişime hazır olmama, tedavi süresini tamamlayamama (Ball ve ark., 2006), depresme ve olumsuz gidişle ilişkili gösterilmiştir (Claus ve Kindleberger, 2002). Bunun yanında sosyal destek yetersizliğinin de, uyum problemlerine, tedavi terkine veya tedavide olumsuzluklara yol açtığı bildirilmiştir (Velligan ve ark., 2010; Zhou ve ark., 2017). Algılanan sosyal destek kendi kendine değer verme, diğer kişilerden yardım alma ve diğer bireylerden istenen yardıma cevap verilmesi kavramlarını içerir (Vaingankar ve ark., 2012). Sosyal destek kavramı aile desteğini, toplum desteğini ve akran desteğini içerir (Dobkin ve ark., 2002; Brown ve ark., 2004; Booth ve ark., 2004). Algılanan Stres ile de opiyat bağımlılığı arasındaki ilişkinin önemli olduğu gösterilmiştir (Strain, 2002). Tedaviyi terk eden opiyat bağımlılarında algılanan stresin daha yüksek bulunduğu (Daughters ve ark., 2009) ve prognozu etkileyen bir faktör olduğu belirtilmiştir (Jaremko ve ark., 2015). Bu değişkenlerle birlikte dürtüselliğin de, erken yaşta madde kullanımı için yüksek risk faktörü olduğu ve madde kullanımının şiddeti ve tedavide kalma ile ilişkili olduğu gösterilmiştir (Tarter ve ark., 2003). Madde kullanan bireylerin kullanmayanlara göre daha dürtüsel olduğunu araştırmalar ortaya koymaktadır (Madden ve ark., 1997; Moeller ve ark., 2001; De wit 2009).

Opiyat tedavisinde kalma; opiyat kullanımında azalma, suç oranlarında azalma, HIV virüsünün bulaşma riskinde azalma, depresyon ve anksiyete belirtilerinde azalma ve iş, yaşam kalitesi, fiziksel, psikososyal ve genel tıbbi durum olmak üzere birçok alanda iyileşmeyle ilişkili olması sebebiyle özellikle önemlidir (Hser ve ark., 1988; Simpson ve ark., 1997; Fiellin ve ark., 2006; Gowing ve ark., 2008; Soeffing ve ark., 2009; Parran ve ark., 2010; Mitchell ve ark., 2015). Bu olumlu tedavi sonuçları arasında düşük depresme oranları, daha fazla iş bulma, tedavi maliyetinde azalma da gösterilmiştir (Stark, 1992; APA 2007). Bu durum tedavide kalmayı arttırmak için önleyici çabaların önemini vurgulamaktadır (Simpson ve ark., 1999 ve 2002; Zhang ve ark., 2003; Nosyk ve ark., 2010). Tedaviyi terk eden hastaların terk nedenlerinin anlaşılması klinisyenler için önemli olduğu bilinmektedir (Brorson ve ark., 2013). Tedavi terkinin etkileyen faktörler, yüksek risk altındaki hastaları belirlemek, bu hastalara yönelik çabayı arttırmak ve ek müdahalelerde bulunmayı sağlamak açısından önemli bulunmuştur (Waisberg ve ark., 1990; Manu ve ark., 1995). Tedavide kalmayı etkileyen faktörlerin belirlenmesi, yatarak tedavi görecektir hastaların seçiminin doğru yapılması, servis veriminin artırılması, tedaviyi terk etme riski yüksek hastaların yatarak tedaviyi sürdürememesi ve sonraki süreçte tedavi uyumunun bozulması ve umutsuzluk yaşamaması, tedavi terkinin bireye, topluma, kurumlara ve devlete getirdiği yükün azaltılması açısından da önemlidir. Ülkemizde opiyat bağımlılığı tedavisinin sonuçlarıyla ilgili çalışma yok denecek kadar azdır. Türkiye’de yatarak tedavi gören madde kullanım bozukluğu olan hastalarda yapılan retrospektif bir araştırma mevcuttur. Bu çalışmada tedaviyi terk eden hastaların sosyodemografik özellikleri ve bağımlılık şiddeti incelenmiştir (Vardar ve ark., 2015). Bu araştırma dışında ülkemizde yatarak tedavi gören opiyat kullanım bozukluğu olan hastalarda tedavini terkinin etkileyen sosyodemografik, klinik ve sosyal faktörleri incelemiş olan kapsamlı bir araştırma bulunmamaktadır.

Araştırmamız yatarak tedavi gören opiyat kullanım bozukluğu olan hastalarda tedavide kalma oranını belirlemek ve tedavi terkiyle ilişkili sosyodemografik, klinik, psikososyal özellikleri incelemek amacıyla tasarlanmıştır. Bulgularımızla tedavide kalmayı arttırmak için daha yoğun müdahaleleri ihtiyaç duyan vakaları belirlemek, tedaviyi terk etme riski yüksek gruplara özgü tedavi protokollerinin geliştirilmesine ve

tedavi hizmetlerinde buna yönelik düzenlemelerin yapılmasına katkıda bulunmak amaçlanmıştır.

Araştırmamızın temel hipotezleri aşağıdadır:

- 1- Yatarak tedavi gören opiyat kullanım bozukluğu olan genç, sosyoekonomik düzeyi düşük, suç öyküsü bulunan hastalarda tedaviyi terk daha fazla görülür.
- 2- Yatarak tedavi gören opiyat kullanım bozukluğu olan hastalarda psikiyatrik eş tanı olması tedaviyi terk ile ilişkilidir.
- 3- Bağımlılık şiddeti düşük, madde aşermesi az, değişime hazır ve tedavi isteği fazla olan, dürtüsellliği az olan yatarak tedavi gören opiyat kullanım bozukluğu Aolan hastalar tedavi süresini tamamlama oranları daha yüksektir.
- 4- Tedaviyi terk eden yatarak tedavi gören opiyat kullanım bozukluğu hastalarının sosyal desteği az ve algılanan stres düzeyi yüksektir.
- 5- Psikososyal özellikler terk nedenlerinin yordayıcı etmenleridir ve birbirleriyle ilişkilidirler.

# 1. GENEL BİLGİLER

## 2.1. Opiyat Kullanım Bozukluğu

### 2.1.1. Opiyat Kullanım Bozukluğunun Tarihçesi

Madde Opiyum, insanlık tarihinin bilinen en eski ilâçlarından biri olup, psikolojik etkileri ve ağrıyı dindirmedeki yararlılıkları konusundaki bilgiler Sümerler'e (M.Ö. 4000) ve eski Mısır'a (M.Ö. 2000) kadar uzanmaktadır. Opiyatlar, Lâtince adı "Papaver Somniferum Linee" olan afyon (haşhaş) bitkisinden elde edilirler (Yaluğ ve ark., 2008). Papever'in latince anlamı gelinciktir, somniferum ise uyku verici ve rüya yapan madde anlamına gelir (Uzbay, 2015).

Afyon tarımının ilk defa nerede yapıldığı konusu henüz tam olarak netleşmemiştir. Akdeniz Bölgesi, Anadolu, Mezopotamya, Uzak Doğu ya da Orta Asya olabileceği düşünülmektedir (Booth, 1997). Opiyumla ilişkili en eski bilgilere M.Ö. 3400 yılına ait Sümer tabletlerinde rastlanılmıştır. Antik yunanlılar opiyumu bir çok hastalığın tedavisinde kullanmışlardır (Uzbay, 2015; Crocq, 2007). Yunan mitolojisinde Demeterin kızı Persephone'nin Pluto tarafından kaçırılması, sonrasında umutsuzluğa düşmesi üzerine uykuya dalmak için opiyum gelinciği yediği ve acısını unuttuğundan bahsedilmiştir. Homeros yazılarında opiyumdan bahseder. Hipokrat ağrı tedavisi için afyon şarabını kullanmıştır ve risklerinden de bahsetmiştir. Celsus ameliyat öncesi afyon kullanılmasını önermiştir. Opiyum, Avicenna tarafından M.S. 1000 civarında diyare ve göz hastalıkları için kullanılmıştır. Galen opiyumun, hisleri uyuşturan ve ölümcül uykuya dalmaya neden olan kuvvetli bir madde olduğundan bahsetmiştir (Kritikos ve Papadaki, 1967).

Afyonun ana vatanın Doğu Akdeniz olduğu bilinmektedir. Ülkemizde ise Orta Anadolu ve Karadeniz bölgelerinde yetiştirilir. Opiyum gelinciğinin kapsülünden 20 kadar afyon türevi elde edilir. Bu maddeler morfin, kodein, narkotin ve papaverindir (Crocq, 2007). Morfin ilk kez Alman kökenli bir eczacı olan Frederick W.A. Sertuner tarafından izole edilmiş ve bu moleküle mitolojideki düşlerin tanrısı morpheus'tan

esinlenerek "morphium" adını vermiştir. On dokuzuncu yüzyılın ortalarında cilt altı iğnelerin bulunmasıyla morfin enjekte edilerek kullanılmaya başlanmıştır. Morfin kullanımını sonucu gelişen bağımlılık, tedavinin bir yan etkisi olarak değerlendirilmiştir. Londra'da 1897 yılında C.R.A Wright isimli İngiliz kimyacı morfin bağımlılığını ortadan kaldırmak için yaptığı araştırmalar sonucunda afyondan ilk yarı sentetik opiyum türevi olan diasetilmorfin yani "Heroin" (eroïn) isimli ilacın üretilmesini sağlamıştır (Karch, 1996; Booth, 1997). Opiyat bağımlılık yaptığı bilinen morfinin yerine kullanılacak, bağımlılık yapmayan, güvenilir ve neredeyse mucizevi olarak görülen çok etkili bir ağrı kesici olarak sanıldığından Alman Bayer ilaç firması tarafından piyasaya sürülmüştür (Karch, 1996). Tanıtımından kısa bir süre sonra kullanan kişilerin neredeyse tamamında en az morfin kadar bağımlılık yaptığı ortaya çıkınca opiyatın kullanımını kontrol altına almak için önlemler oluşturulmaya başlanmıştır. İlk olarak 1920 yılından itibaren Amerika Birleşik Devletleri'nde (ABD) opiyat kullanımı yasaklanmış daha sonra bunu diğer ülkeler takip etmiştir (Goldstein, 1991).

Opiyat bağımlılığı 19. yüzyılın ortalarında yaygınken önemli bir tıbbi problem olarak görülmeye başlaması 20. yüzyılın sonlarını bulmuştur. Türkiye'de ise opiyat özellikle 1936 yılından sonra yaygın olarak kullanılmaya başlanmıştır. Bunun nedeni bir Japon firmasının bu yıllarda opiyat maddesini neşe ve güç kaynağı olduğu sloganı ile ucuz fiyatlara tütüncülerde satmaya başlamasıdır. Ancak kısa sürede zararlı etkileri ve bağımlılık yapıcı etkisi görülerek bu maddenin satışı yasaklanarak imalathaneleri kapatılmış ve imal için kullanılan cihazlar imha edilmiştir (Jaffe, 2000 ; Köknel, 1976).

### **2.1.2. Opiyat Kullanım Bozukluğunun Tanımı**

Eroïn (diasetilmorfin), opiyum kaynaklı morfinin yarı sentetik bir türevidir (McLauchlin ve ark., 2002). Opiyumun doğal, yarı sentetik ve sentetik türevleri kötüye kullanılan maddelerin büyük bir kısmını oluşturur. Opioid vücutta morfin gibi etki gösteren kimyasal maddelerin genel adıdır. Opiyat terimi opioid yerine kullanılıyor olsa da; doğal yoldan elde edilen alkaloidler ve semi sentetik yolla üretilen derivantları tanımlar (Offermanns ve ark., 2008).

Morfinden daha güçlü bir analjezik etkiye ve bağımlılık yapma potansiyeline sahiptir. Bağımlılık gelişimi için birkaç kez kullanmak yeterlidir. Tolerans gelişimi oldukça hızlıdır. Sokakta kullanılan opiyat, ana aktif bileşenine karıştırılan bir çok madde içerir (McLauchlin ve ark., 2002). Opiyat, beyaz kristal bir tozdur. Saf olmayan opiyat, görünümü etkileyen ek maddeler içerir ve böylece kimyasal ve fiziksel görünümde değişir (Ciccarone, 2009). Sigaraya sarılarak (koreks), buruna çekerek (snuff), alüminyum folyo üstünde ısıtılıp buharını soluyarak (kaydırma) ve intravenöz yolla (shot) kullanılabilir (Ögel, 2002). Alındıktan kısa süre sonra etkisini gösteren opiyatın etkisi 6-8 saat sürer. Ağrı hissinin azalması veya kaybolması, solunum ve kalp hızında yavaşlama, yüzde kızarma, myozis, bradikardi, bulantı, kabızlık, hareketlerin ve konuşmaların yavaşlaması başlıca etkileridir (Ögel, 2003). Opiyatlar vücut ısısını değiştirebilir ve sedasyon, solunum depresyonu, disfori, öfori yapabilirler (Jones ve ark., 2012). Opioid reseptörleri  $\mu$ ,  $\kappa$ ,  $\delta$ ,  $\sigma$  ve  $\epsilon$  olarak adlandırılır. Opioidler agonistler, antagonistler, agonistler/antagonistler veya kısmi agonistler olarak görev yapabilir (Contet ve ark., 2004). Opioid reseptörleri solunum depresyonu, öfori ve fiziksel bağımlılık gibi opiyatın farmakolojik etkilerine aracılık ederler (Hosztafi, 2003).

Amerikan Psikiyatri Birliği Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı-V (DSM-5)'e göre on iki aylık bir süre içinde aşağıdakilerden iki ya da daha fazlasının olması ile birlikte klinik açıdan belirgin sıkıntı ya da işlevsellikte düşme olması halinde Opiyat Kullanım Bozukluğu tanısı koyulur (Köroğlu, 2013) :

- 1) Çoğu kez istendiğinden daha büyük ölçüde ya da daha uzun süreli olarak opiyat alma
- 2) Opiyat kullanmayı bırakmak ya da denetim altında tutmak için sürekli bir istek ya da sonuç vermeyen çabalar
- 3) Opiyat elde etmek, kullanmak ya da yarattığı etkilerden kurtulmak için gerekli etkinliklere çok zaman ayırma
- 4) Opiyat kullanmaya içinin gitmesi ya da opiyat kullanmak için çok büyük bir istek duyma ya da kendini zorlanmış hissetme
- 5) İşte, okulda ya da evdeki konumunu gereği olan başlıca yükümlülüklerini yerine getirememe ile sonuçlanan yineleyici biçimde opiyat kullanma
- 6) Opiyatın neden olduğu ya da alevlendirdiği sürekli ya da yineleyici toplumsal ya da kişilerarası sorunlar olmasına karşın kullanımı sürdürme

7) Opiyat kullanımından ötürü önemli bir takım toplumsal, işle ilgili etkinlikleri ya da eğlenme, dinlenme etkinliklerini bırakma ya da azaltma

8) Yineleyici bir biçimde, tehlikeli olabilecek durumlarda opiyat kullanma

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 sürdürme

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

a) Sarhoşluğu ya da istenen etkiyi sağlamak için belirgin olarak artan ölçülerde opiyat kullanma gereksinimi

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

11) Aşağıdakilerden biriyle tanımlandığı üzere, yoksunluk gelişmiş olması:

a) Opiyata özgü yoksunluk sendromu

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

Varsa belirtiniz:

- Erken yatışma evresinde: Daha önce opiyat kullanım bozukluğu için tanı ölçütleri tam karşılandıktan sonra, opiyat kullanım bozukluğunun hiçbir tanı ölçütü (A4 tanı ölçütü dışında, ‘Opiyat kullanmaya içinin gitmesi ya da opiyat kullanmak için çok büyük bir istek duyma ya da kendini zorlanmış hissetme’), 12 aydan daha kısa süreli olmak üzere, en az üç aydır karşılanmamaktadır.
- Sürekli yatışma ile giden: Daha önce opiyat kullanım bozukluğu için tanı ölçütleri tam karşılandıktan sonra, opiyat kullanım bozukluğunun hiçbir tanı ölçütü (A4 tanı ölçütü dışında, ‘Opiyat kullanmaya içinin gitmesi ya da opiyat kullanmak için çok büyük bir istek duyma ya da kendini zorlanmış hissetme’), 12 ay ya da daha uzun bir süredir, hiçbir zaman karşılanmamıştır.

Varsa belirtiniz:

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

O sıradaki ağırlığını belirtiniz:

*Ağır olmayan:* İki-üç belirtinin olması

*Orta derecede:* Dört-beş belirtinin olması

*Ağır:* Altı ya da daha çok belirtinin olması

### **2.1.3. Opiyat Kullanım Bozukluğunun Epidemiyolojisi**

Opiyat bağımlılığı, küresel hastalık yüküne sebep olan ve artan bir madde kullanım bozukluğudur (Degenhardt ve ark., 2013). Dünya Uyuşturucu Raporuna göre; 2015 yılında 34 milyon kişinin opiyat kullandığı tahmin ediliyor. Dünya’da opiyat kullanan popülasyonun yarısından fazlası Asya’da yaşamaktadır (UNODC, 2018). Yıllık opiyat kullanım prevalansı en yüksek olan ülke ise Afganistandır (% 2,4) (UNODC, 2014). Dünya Sağlık Örgütü’nün 2014 yılındaki raporuna göre, 15 milyon kişinin opiyat kullanım bozukluğu olduğunu ve 69.000 kişinin opiyat aşırı doz kullanımına bağlı öldüğünü tahmin etmektedir. Opiyatlar madde kullanım bozukluklarının sebep olduğu ölümlerin %76’sını oluşturmaktadır (UNODC, 2018). Son 10 yılda, opiyat kullanımı 18-25 yaş arasındaki bireylerde iki kattan fazla artmıştır (SAMHSA, 2015).

ABD’de 3.7 milyon kişi hayatlarında en az bir kez opiyat kullandıkları bildirilmiştir (Kessler ve ark., 2012; Klebber ve ark., 2007). Opiyat kullanım bozukluğu olan Amerikalıların 2,1 milyon olduğu tahmin edilmektedir. 2016 yılında madde aşırı doz kullanımına bağlı ölen kişi sayısının 63,632 fazla olduğu, bu kişilerin % 66’sının opiyat kullandığı ifade edilmiştir (SAMHSA, 2018). Avrupa’da, tahmini yıllık opiyat kullanımı yaygınlığı 15-64 yaş grubundaki her 1000 kişi için 4’tür (EMCDDA, 2015) ve İngiltere’de ise 1000 kişi başına 7,3 olduğu bildirilmiştir (Hay ve ark., 2013). ABD’de acil servise opiyat ile ilişkili başvuruların 8 yıl içinde % 183 (488,004) arttığı ve bu başvurularının dörtte bir kadarının hastaneye yatırıldığı saptanmıştır (SAMHSA, 2013; Stein, 1999). Opiyat kullanım bozukluğunun görülme sıklığındaki önemli artış, hastanede yatan opiyat kullanıcılarının popülasyonundaki artışa da yansımaktadır (Lieschutz ve ark., 2014; Volkow ve ark., 2014). Toplamda, yaklaşık 15.000 Amerikalının 2016 yılında opiyat sebebiyle aşırı dozdan hayatını kaybettiği, 2010 yılından bu yana bu oranın beş kat arttığı gösterilmiştir (NIDA, 2017).

Epidemiyolojik veriler Avrupa Birliğinde (AB), opiyat tüketimi için yaygınlık oranlarının son yıllarda azaldığını göstermektedir. Avrupa Uyuşturucu ve Uyuşturucu

Bağımlılığını İzleme Merkezi'nin (EMCDDA) 2018 yılında yayınladığı Avrupa Uyuşturucu Raporu'na göre yüksek riskli opiyat kullanımının ortalama yaygınlığının, Türkiye'nin de içinde bulunduğu Avrupa nüfusunun % 0,4'ü olduğu tahmin edilmektedir. Bu 2016 yılında Avrupa'da 1,3 milyon yüksek riskli opiyat kullanıcısı olduğu anlamına gelmektedir.

Türkiye'de opiyat kullanım oranları Kuzey Amerika ve Avrupa'ya göre daha az olsa da, opiyat kullanımı Türkiye'de de önemli ve gittikçe yaygınlaşan bir halk sağlığı sorunudur (UNODC, 2012; SAMHSA, 2010; EMCDDA, 2010). Türkiye'de 2011 yılında yapılan anket sonuçlarına göre, yüksek riskli opiyat kullanım sıklığının %0.02-0.05 arasında olduğu bildirilmiştir (EMDCDDA, 2018). Türkiye'de 22 bağımlılık tedavi merkezinin 21'inden edinilen bilgiye göre 2011 yılı içerisinde 5214 kişinin yatarak tedavi başvurusu olmuş, yatarak tedavi gören hastaların % 66'sı opiyat bağımlılığı tanısıyla tedavi edilmiştir (Türkiye Uyuşturucu Raporu, 2012). Yine ülkemizde 2013 yılında yapılan bir araştırmada ayaktan ve yatarak tedavi başvurusu olanların; %76,3'ünün opiyat kullanımı nedeniyle başvurduğu, %94,4'ün erkek, %5,6'sının kadın olduğu, hastaların yarısından fazlasının 20-29 yaş arasında olduğu, %70,5'inin ilköğretim düzeyi ve altında olduğu, %66,1'inin işsiz olduğu bildirilmiştir. Tedaviye başvuranların, %30,3'ünün başvuru anında damar içi madde kullanımı olduğu saptanmıştır (TUBİM, 2014). Türkiye'de damar içi uyuşturucu madde kullanıcılarının tamamı opiyat bağımlılarından oluşmaktadır (TUBİM, 2012). İstanbul'da 2004 yılında lise iki öğrencileriyle yapılan bir araştırmada opiyat kullanım yaygınlığı %1.6 olarak bulunmuştur (Ögel, 2005).

#### **2.1.4. Opiyat Kullanım Bozukluğunun Etiyolojisi**

Madde bağımlılığı genellikle beyin yapısındaki ve fonksiyonundaki değişiklikler ile ilişkili kronik, tekrarlayan bir bozukluktur (Hser ve ark., 2015; Leshner, 1997; Lüscher, 2013). Mevcut literatür genetik, fizyolojik, nörokimyasal, psikolojik, sosyal faktörleri içeren karmaşık bir etiyojinin var olduğunu belirtmektedir (Croughan ve ark., 1985; Robbins ve Everitt, 2002; Turner, 2003; Walton ve ark., 2003). Madde bağımlılığını açıklamaya çalışan bazı davranışsal modeller, fizyolojik bağımlılık semptomlarından çok “madde arama davranışı”

üzerine dikkat çekmişlerdir. Kötüye kullanılan maddelerin birçoğunda ilk alınışlarından hemen sonra kullanıcılar tarafından olumlu bir yaşantı (öfori, anksiyete azalması vb.) deneyimlenmektedir. Bu deneyim daha sonraki “madde arama davranışı” için ‘olumlu bir pekiştirici’ olarak rol oynar. Bunun sonucunda maddeyi denemeye sebep olan davranışların sıklığı artar. Fizyolojik bağımlılığı olan insanlarda, ortaya çıkan yoksunluk semptomları da ‘madde arama davranışını’ beklenen bir sonuç haline getirir ve kişiler yoksunluk semptomlarının hoş olmayan etkilerini daha fazla madde alarak ortadan kaldırmaya çalışırlar. Madde kullanımı ile önceden ilişkili olan ve aylar sonra yeniden ortaya çıkan psikolojik ve sosyal uyaranlar, tıpkı yoksunluk bulgularının yaptığı gibi, madde alma isteğini şiddetli bir şekilde tetikleyebilir (Lavine, 1997; Schuckit, 2007; Tosun, 2008). Birçok sosyal, davranışsal ve psikolojik faktör opiyat bağımlılığı ile de önemli bir ölçüde ilişkilidir (Hopfer ve ark., 2002; Latkin ve ark., 1998). Opiyat; yüksek derecede bağımlık yapıcı, tolerans ve yoksunluğun hızlıca geliştiği bir maddedir (Muhuri ve ark., 2013). Opiyatların santral sinir sistemindeki akut etkileri, madde kullanımının pozitif pekiştiricileridir. Opiyat yoksunluğundaki ağrı, anksiyete ve depresyon ise bağımlılığın ilerlemesinde negatif pekiştirici olarak rol oynamaktadır. Eşlik eden psikiyatrik tanı varlığının, artmış yenilik arayışının, risk alma davranışının ve dürtüsellüğün opiyat kullanım bozukluğu gelişme riskini arttırdığı bildirilmiştir. Opiyat kullanım bozukluğunda nörobiyolojik faktörlerin diğer madde kullanım bozukluklarına göre biraz daha öne çıktığı belirtilmiştir (Kaplan ve Sadock, 2011). Opiyatların bir çok maddeden daha fazla pozitif pekiştirici etkileri vardır. Ayrıca belirgin ve belki de klinik olarak önemli olan opiyat yoksunluğunun meydana getirdiği tipik negatif pekiştirici etki de opiyat kullanım bozukluğu gelişmesi açısından önemli bir faktördür. Herhangi bir bağımlılık %40-60 oranında genetik faktörlere bağlanır (Uhl ve ark.,2004; Merikangas ve ark., 1998; Tsuang ve ark., 1998). Çevresel faktörler bireyin biyolojik yapısıyla etkileşerek genetik faktörlerden hangisinin etkinleşeceğini belirler (Vink 2016). Düşük sosyoekonomik ve düşük eğitim düzeyi, çocuklukta ebeveyn yokluğu, aktif opiyat kullanıcıları ile yakın sosyal temas, ailede eroin kullanımı olması, çocukluk çağı istismarı, depresyon, anksiyete bozuklukları, DEHB’nin opiyat bağımlılığı ile bağlantılı olduğu bildirilmiştir (Brown, 2004).

## **2.1.5. Opiyat Kullanım Bozukluğunda Tedavi**

### **2.1.5.1. Genel İlkeler ve Yoksunluk Dönemi Tedavisi**

Opiyat kullanım bozukluğunda tedavi; arındırma dönemi tedavisi, sürdürüm tedavisi ve psikososyal tedavi yaklaşımları olarak üç temel aşamada düzenlenir. Her aşamanın planlanması bireye özgü yaklaşımlar içerir (Evren, 2017). Bağımlılık tedavisinde ilk basamak olan arındırma programları yoksunluk belirtilerini ve tıbbi komplikasyonları en aza indirerek güvenli bir şekilde opioidlerden arındırmayı hedefler (O'Connor, 2005). Tedavi gerek ayaktan gerekse hastanede yatırılarak yapılabilir. Yoksunluk şiddetli ve komplikasyonlarla birlikte ise eşlik eden başka fiziksel ve ruhsal sorunlar varsa yatırılarak tedavi uygulanmalıdır (Coşkunol, 2008). Opiyat yoksunluğu sağlıklı yetişkinler için ölüm nedeni değildir. Yoksunluk belirtileri son kullanımdan sonra 48-72 saat içinde en şiddetli haline ulaşır ve 7-10 gün içinde azalarak kaybolur. Opiyat yoksunluk tedavisi için FDA tarafında onaylanan 4 ilaç vardır; metadon, levo  $\alpha$  asetilmetadol, buprenorfin ve buprenorfin/nalokson (Kosten ve George, 2002; Ross ve Peselow, 2009). Metadon ve buprenorfin arındırma tedavisi yaklaşımları olarak uygulanır. Yoksunluk belirtilerinin tedavisinde semptomatik yaklaşımlar da (antiemetik, analjezik vb.) etkili olabilmektedir. Levometadil asetat (LAAM), uzun etkili bir sentetik opioid agonistidir ve arındırma tedavisinde kullanılabilir. Ancak EKG'de QT aralığında ciddi uzama ile birlikte ritim bozuklukları yapması nedeniyle, kardiyak sorunu olabilecek hastalarda dikkatli kullanılmalıdır. Arındırma döneminden sonra bağımlının maddeye karşı duyduğu yoğun arzu hala geçmemiştir, hastalık devam etmektedir (Gürpınar ve Tokuçoğlu 2006). OKB'nin kronik ve depresyonlarla giden bir hastalık olduğu göz önünde bulundurulduğunda arındırma tedavisi tek başına opioid kullanımını sonlandırmak ve depresyonu önlemek için yeterli değildir (Evren, 2017). Opiyat yoksunluğu tedavisinin amacı hastanın ortaya çıkan yoksunluk belirtilerini yatıştırmak ve sürdürüm tedavisine katılımı sağlamaktır (Kleber ve ark., 2007).

### 2.1.5.2. Sürdürüm Dönemi Tedavisi

Agonist ve antagonist tedavi yaklaşımları tercih edilebilir. Metadon ve buprenorfin agonist tedavi yaklaşımları içinde yer alırken, naltrekson antagonist tedavi yaklaşımı olarak kullanılır (Lingfor-Hughes ve ark., 2012).

- **Metadon**

µ opioid reseptörlerine tam agonistik etki gösterir. Oral yolla kullanılan bu ilaç yaklaşık 24-36 saat süreyle yoksunluk belirtilerini ortadan kaldırır. Avrupa ve Amerika'da sürdürüm tedavisi olarak kullanılmaktadır (Lingfor-Hughes ve ark., 2012).

- **LAAM**

Yapısal olarak metadona benzer. Oral yoldan kullanılır,metadona göre daha uzun etkilidir. Etkisinin geç başlaması sebebiyle yoksunluk tedavisinde değil,sürdürüm tedavisinde kullanılır (Nicholls ve ark., 2010). Kardiyak etki de dahil olmak üzere yan etki profili sebebiyle artık kullanılmamaktadır (Soyka, 2015)

- **Buprenorfin**

µ opioid reseptörlerine kısmi agonist etki gösterir. Metadona göre zayıf agonist özellikleri olması sebebiyle aşırı doza bağlı gelişebilecek komplikasyonlara neden olmaz. Daha az fiziksel bağımlılık,daha az çekilme belirtileri görülür (Lingfor-Hughes ve ark., 2012). Buprenorfin ülkemizde onayı bulunan tek opioid agonistidir. Dünyada tek başına buprenorfin prepaartları bulunmakla birlikte ülkemizde buprenofrin/nalokson (BN) oranı 4/1 olacak şekilde 2/0,5 mg ve 8/2mg kombine preparatları bulunmaktadır. Buprenorfinin hem tek başına hem de nalokson ile kombine preparatı bulunmaktadır. Ülkemizde sadece kombine preparat mevcuttur. İçeriğindeki nalokson opiyat antagonisti olarak etki gösterir. Bu sayede kombine preparatın parenteral olarak kötüye kullanım ihtimalinin daha az olacağı düşünülmüştür. Opioid bağımlılığında dilaltı tabletleri 8-32 mg/gün doz arasında kullanılır (Welsh ve Valadez-Meltzer, 2005). Buprenorfin tedavisine son opiyat kullanımından 6-8saat sonra, yoksunluk belirtileri görüldüğünde başlanmalıdır (Işık, 2016).

- ***Nalokson ve Naltrekson***

µ opioid reseptörlerine antagonist etki gösterir. Naltreksonun etki süresi uzundur. Eroinin keyif verici etkisini engeller ve relapsları önler. Naltreksonu oral formunun etkileri 1-3 gün, parenteral ve implant formlarının etkileri 30 güne kadar uzayabilir (Kunoe ve ark., 2014). İlaça başlayabilmek için hastanın son 7-10 gün içinde eroin veya başka opioid agonisti almamış olması gerekir. Aksi takdirde 5 dakika ile 48 saat içinde ciddi yoksunluk sendromu izlenebilir. Naltrekson ile tolerans gelişmez ve bağımlılık riski yoktur. Kesildiği zaman ise yoksunluk belirtileri ortaya çıkmaz. En önemli yan etkisi karaciğer toksisitesidir (Ögel, 2010; Işık, 2016).

- ***Psikoterapötik ve psikososyal tedavi yaklaşımları***

Kliniklerin hastaların rahat edebileceği bir şekilde düzenlenmesi ve sağlanacak psikoterapötik yaklaşımlar, bağımlıların tedaviyi sürdürme motivasyonlarını olumlu etkiler (O'Connor, 2005). APA, psikososyal tedavilerin kapsamlı bir tedavi programının temel bileşeni olduğunu vurgulamaktadır (Nicholls ve ark., 2010). Tedavi sonuçları doz-yanıt etkisinin sağlanan psikososyal tedavi hizmetlerine bağlı olduğunu göstermektedir. Bu nedenle hekimlerin madde bağımlılarına karşı ek sorumlulukları vardır ve bu sorumluluk buprenorfin reçetelemenin ötesindedir. Birçok hasta için; bireysel veya grup madde kullanım danışmanlığı, bireysel yardım gruplarında yer alma (Anonim Narkotikler, Anonim Alkolikler, Anonim Metadonlar) gibi Opiyat Agonist Tedavi ile eşzamanlı 12 adım grup terapileri, bireysel yönetim ve iyileşme eğitimleri bulunmaktadır. Bireysel yardım grupları bazı hastalar için yararlı olabilir ve psikososyal tedavinin bir parçası olarak değerlendirilebilir (Dilbaz, 2012).

## **2.2. Opiyat Kullanım Bozukluğu ve Tedavide Kalma**

Tedavide kalma belirli sayıda tedavi seansına katılma ya da tedaviyi belirli sayıda gün boyunca sürdürme gibi iki değişken olarak tanımlanır (Brady ve ark., 1994; Arfken ve ark., 2001; Green ve ark., 2002). Tedavide geçen sürenin, tedavi sonuçlarının en güçlü belirleyicilerinden biri olduğu belirtilmiştir (Simpson ve ark., 1981; McLellan ve ark., 1983; Moos ve Moos, 2003). Tedavi sırasında madde

bağımlılarının önemli bir kısmı tedaviyi kendi isteği ile bırakır ya da kurallara uymadığı için programdan çıkar (Stark, 1992; Wickizer ve ark., 1994).

Tedavi terki, bireysel ve toplumsal açıdan ağır sonuçlar doğurur (Stark., 1992). Tedavide kalmanın suç oranında azalma, damar içi madde kullanımında azalma, tedavi hizmetlerine tekrarlayan başvuruların azalması, ekonomik durumda, çalışma durumunda, sağlık durumunda, sosyallik ve işlevsellikte iyileşmeyle ilişkili olduğu gösterilmiştir (Simpson ve Sells, 1990; Darke ve ark., 2007; Marsden ve ark., 2014). Bu nedenle tedaviyi yarım bırakan hastaların tedaviyi terk nedenlerinin anlaşılması klinisyenler için önemlidir (Brorson ve ark., 2013). Madde bağımlılığı olan hastalarda tedaviyi bırakma olumsuz tedavi sonuçları ile ilişkilendirilmiş ve bu durum tedavide kalmayı arttırmak için önleyici çabaların önemini göstermiştir (Simpson ve ark., 1999; Simpson ve ark., 2002; Zhang ve ark., 2003; Nosyk ve ark., 2010). Tedaviyi erken bırakma; tedavinin etkinliğini sınırlar, nüks olasılığını arttırır ve finansal, sağlık, yasal sorunlarda artışa neden olur (Brewer ve ark., 1998). Opiyat tedavisinde kalma; opiyat kullanımında azalma, opiyat isteğinde azalma ve yoksunluk belirtileri, suç oranlarında azalma, HIV virüsünün bulaşma riskinde azalma, depresyon ve anksiyete belirtilerinde azalma ve iş, yaşam kalitesi fiziksel, psikososyal ve genel tıbbi durum olmak üzere birçok alanda iyileşmeyle ilişkili olması sebebiyle özellikle önemlidir (Hser ve ark.,1988; Fiellin ve ark., 2006; Gowing ve ark., 2017; Parran ve ark., 2010; Mitchell ve ark., 2015). Bunun yanı sıra relaps riskini ve aşırı doza bağlı ölümleri azaltmak için hastaların tedavide daha uzun süre kalmalarının önemli olduğuna inanılmaktadır (Ravndal ve Amundsen, 2010).

Tedavi terk oranları bir çok tedavi programında yüksektir (Broekaert ve ark., 1999; Ravndal ve ark., 2005; Samuel ve ark., 2011; Specka ve ark., 2011; Deane ve ark., 2012; McHugh ve ark., 2013; Ling ve ark., 2018; Andersson ve ark., 2018). Brorson ve ark. (2013) tarafından yapılan bir gözden geçirmede madde kullanım bozukluğu için tedavi gören hastalarda yapılan son araştırmalar detoksifikasyon tedavisinde % 17,8-43 ayaktan tedavi görenlerde % 23-50, yatarak tedavi görenlerde % 17-57 ve sürdürüm tedavisi gören hastalarda % 32-67,7 arasında değişen tedavi terk oranları olduğu saptanmıştır. Madde kullanım bozukluğunda yatarak tedaviyi bırakma sıklığının bildirildiği araştırmalar arasında büyük ölçüde farklılık gözlenmektedir (Andersson ve ark., 2018). Bu farklılıkların, mevcut personel kaynakları, terapötik

yetkinlik ve hasta katılımı gibi tedavi faktörlerinden kaynaklanabileceği belirtilmiştir (De Weert-Van Oene ve ark., 2001; McKellar ve ark., 2006; Brener ve ark., 2009).

Teorik olarak, tedaviyi bırakma hastaların bireysel özelliklerine, tedavi şartlarına veya her ikisine de bağlı olabilir (Backmund ve ark., 2001). Bir çok araştırma tedavi terkinin öngören yordayıcıları araştırmış, farklı sonuçlar elde etmiştir (Marcovitz ve ark., 2016). Tedavi terkinin yordayan bazı faktörler aydınlatılmış olsa da, hastaların tedaviyi terk etme sebepleri tam olarak anlaşılammıştır (Ball ve ark., 2006). Opiyat kullanım bozukluğunda tedavi terkinin öngören faktörlerin anlaşılmasının önemli olduğu, böylece tedaviyi bırakma riski yüksek olan bireylerin belirlenebileceği ve bu bireylere alternatif tedavi seçenekleri sunulabileceği belirtilmiştir (Crist ve ark., 2018).

Tedaviyi terk nedenleri arasında sosyodemografik özellikler açısından; yaşın küçüklüğü, yalnız yaşama, yakınlarının olmaması, sosyoekonomik düzeyin düşük olması, depresyon varlığı, suç öyküsünün varlığı, kişilik bozukluğunun olması ve tedaviye ait nedenler olarak sayılabilir. Erkek olma, HIV ve hepatit enfeksiyonunun olması da diğer tedaviyi terk nedenleri arasında gösterilmiştir (Brorson ve ark., 2013). Tedavide kalma ve olumlu tedavi sonuçları ile ilişkili etkenler arasında yüksek eğitim seviyesi, daha fazla iş imkanları, tedavi sırasında sağlık uzmanları ile iyi ilişkiler geliştirmek, ruhsal ve fiziksel sağlığın iyi olması, yaşın büyük olması ve yüksek sosyoekonomik düzey bulunmaktadır (Howard ve McCaughrin 1996; Vogt 2000).

Dünya ruh sağlığı araştırmaları ve çeşitli gözden geçirme araştırmaları madde kullanım bozukluğu olan kişilerde en sık eşlik eden psikiyatrik tanılarının duygudurum, anksiyete ve kişilik bozuklukları olduğunu göstermiştir (Tominaga ve ark., 2009; Jane-Llopis ve Matytsina, 2006; Langas ve ark., 2012). Eşlik eden psikiyatrik tanıları olan bireylerin önerilen tedavi programını terk etme ve relaps riskinin yüksek olduğu bir çok araştırma tarafından gösterilmiştir (Bradizza ve ark., 2006; Compton ve ark., 2003; Tomlinson ve ark., 2004; Urbanoski ve ark., 2007). Madde kullanıcıları arasında çoklu madde kullanımı yaygındır (EMCDDA,2017). Genel olarak, çoklu madde kullanımı, iki veya daha fazla psikoaktif maddenin belirli bir zaman diliminde kullanılması olarak tanımlanmaktadır. Opiyat kullanımına eşlik eden başka madde kullanımı tedaviden erken ayrılma ile ilişkili bulunmuştur (Mertens ve Weisner, 2000).

Diğer maddelerle karşılaştırıldığında opiyat kullanımı olanlarda yoksunluk belirtileri ve aşermenin daha belirgin olduğu bildirilmiştir. Aşerme devam edebilir ve

aşermenin yoğunluğu veya sıklığı dalgalanır, genellikle dışardan veya içerden tetikleyenlerle ortaya çıkar veya yoğunlaşır. Yüksek seviyede aşermesi olanların sık depreştikleri, bu kişilere tedavide farklı yöntemlerin uygulanması ve tedavi planının buna uygun hazırlanmasının yararlı olduğu bildirilmektedir (Locastro ve ark., 2008; Oslin ve ark., 2009).

Hastanın motivasyonu tedavide kalma için önemli faktörlerden biri olduğu bildirilmiştir (Simpson ve Joe, 1993; DiClemente ve Scott, 1997). Tedavinin başlangıcında ölçülen değişime hazır olmanın, sadece bırakmayı öngörmek için değil, aynı zamanda tedavi sonrası başa çıkmayı öngörmek için de kullanılabileceği belirtilmiştir (DiClemente ve ark., 2001). Yeterli motivasyonun olmaması, tedaviyi tamamlayamama, depreşme ve olumsuz gidiş için bildirilen nedenlerdendir (Claus ve Kindleberger, 2002). Düşük motivasyon ya da değişime hazır olmama, tedavi süresini tamamlayamama ile ilişkili gösterilmiştir (Ball ve ark., 2006).

Tedaviyi erken bırakan opiyat bağımlılarında algılanan stres daha yüksek bulunduğu (Daughters ve ark., 2009) ve prognozu belirleyen bir faktör olduğu belirtilmiştir (Jaremko ve ark., 2015). Bazı araştırmalar tedaviyi terk edenlerde kortizol seviyeleri gibi stresin fizyolojik belirteçlerinin daha yüksek bulunduğunu göstermiştir (Daughters ve ark., 2009; Fatseas ve ark., 2011).

Dürtüsellik bir eylemin sonuçlarını yeterince öngöremeden, yeterince bilgi edinmeden, uzun vadeli sonuçları düşünmeden karar verme, harekete geçme eğilimi olarak tanımlanmaktadır (Dalley ve ark., 2011). Başta opiyat kullanım bozukluğu olmak üzere MKB olan kişilerde sağlıklı kontrollere göre dürtüselliğin daha yüksek oranda olduğu bildirilmiştir (Swann ve ark., 2002; Nielsen ve ark., 2012). Dürtüselliğin hem madde kullanımının başlangıcında hem de madde bağımlılığındaki relapslarda temel bir mekanizma olabileceği belirtilmiştir. (Miller 1991; Lane ve ark., 2003; Kısa ve ark., 2005 ).

## 3. YÖNTEM VE GEREÇLER

### 3.1. Örneklem Seçimi

Bu araştırmaya SBÜ Erenköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Eğitim Araştırma Hastanesi AMATEM (Alkol Madde Bağımlılığı Araştırma Tedavi ve Eğitim Merkezi) Kliniği'nde Haziran 2018- Aralık 2018 tarihlerinde opiyat kullanım bozukluğu tanısı ile yatarak tedavi gören 136 hasta dahil edilmiştir. Okuryazar olmamaları nedeniyle 7 hasta araştırmanın dışında bırakılmıştır. On dört hasta ise araştırmaya katılmayı kabul etmemiştir. Araştırmaya katılmayı kabul eden ve bilgilendirilmiş onam veren 115 hastaya sosyodemografik ve klinik veri formu verilmiştir. DSM-5 için Yapılandırılmış Klinik Görüşme Formunun (SCID-5-CV) türkçe geçerlik ve güvenilirliği araştırmamızın başladığı dönemde henüz yapılmamış olduğu için, DSM-5 tanısal kriterleri göz önünde bulundurularak DSM IV Eksen I Bozuklukları İçin Yapılandırılmış Klinik Görüşme Formu (SCID-I) uygulanmıştır. Araştırmaya katılmaya kabul eden 115 hastadan 12'si ise özbildirime dayalı ölçekleri doldurmadan tedaviyi terk etmiş, 103 hasta ölçekleri de tamamlamıştır.

Araştırmamız SBÜ Erenköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi Etik Kurulu tarafından onaylanmıştır.

#### **Araştırmaya Dahil Edilme Ölçütleri:**

- 1) DSM 5'e göre opiyat kullanım bozukluğu tanısı almış olmak
- 2) Öz bildirime dayalı ölçeklerin doldurulabilmesi için okuryazar olmak

#### **Araştırmadan Dışlanma Ölçütleri:**

- 1) 18 yaşından küçük olma
- 2) Görüşme ile anlaşılır düzeyde mental retardasyonu ve bilişsel kusuru olmak, onam formu ve ölçekleri okuyup anlayabilecek düzeyde entellektüel beceriye sahip olmamak

- 3) Görüşme ile anlaşılır düzeyde ağır genel tıbbi duruma bağlı hastalık bulunması
- 4) Görüşmeyi sürdüremeyecek ya da öz bildirimli ölçeklerin doldurulabilmesini engeller düzeyde aktif psikotik bulgu olması

### **3.2. Yöntem**

Araştırmamız prospektif kısa izlem araştırmasıdır. Psikiyatrik eş tanıları saptamak için yapılandırılmış SCID-I (DSM IV Eksen I Bozuklukları İçin Yapılandırılmış Klinik Görüşme) uygulanmıştır. DSM-5 e göre opiyat kullanım bozukluğu tanısı konan ve halen opiyat kullanımı devam eden, entoksikasyon ve yoksunluk belirtileri olmamasına dikkat edilerek, opiyat yoksunluk bulgularının ortalama 6-8 saatte başlıyor olması sebebiyle (Ögel, 2002) son opiyat kullanımının üzerinden 6-8 saatten fazla süre geçmeden araştırmaya alınan hastalara, tedavi program başlangıcından önce, Sosyodemografik ve Klinik Özellikler Veri Formu, DSM-IV'e dayalı Erişkin DEB/DEHB Tanı ve Değerlendirme Envanteri, Bağımlılık Profil İndeksi (BAPİ), Madde Aşırme Ölçeği (MAÖ), Madde Kullananlar için Değişime Hazır Olma Aşamaları ve Tedaviyi İsteme Ölçeği (SOCRATES-M), Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Envanteri, Algılanan Stres Ölçeği (ASÖ), UPPS Dürtüsel Davranış Ölçeği uygulanmıştır.

### **3.3. Veri Toplama Araçları**

#### **3.3.1 Sosyodemografik ve Klinik Veri Formu**

Araştırmanın özellikleri göz önünde bulundurularak araştırmacılar tarafından geliştirilen sosyodemografik-klinik özellikleri içeren 42 sorudan oluşan formdur. Bu formda; yaş, cinsiyet, medeni durum, çocuk sayısı, eğitim durumu, opiyat kullanım özellikleri, tedavi öyküsü, suç öyküsü, ailede alkol-madde kullanım öyküsü, tıbbi hastalık öyküsü maddelerine yer verilmiştir.

### **3.3.2. DSM IV Eksen I Bozuklukları İçin Yapılandırılmış Klinik Görüşme Formu (SCID-I)**

DSM-IV'e göre eksen I ruhsal bozuklukların tanısını araştırmak için görüşmeci tarafından uygulanan yapılandırılmış bir görüşme aracıdır. Kişilerin şu anda ve yaşam boyu Eksen I psikiyatrik bozukluk tanılarını göz önüne alarak araştıran yarı yapılandırılmış bir görüşme formudur. Türkçe'ye uyarlanmış ve güvenilirlik araştırması yapılmıştır (zkrkgil ve ark., 1999 ).

### **3.3.3. DSM-IV'e dayalı Erişkin DEB/DEHB Tanı ve Değerlendirme Envanteri (TURGAY)**

DSM-IV'e dayalı Erişkin DEB/DEHB Tanı ve Değerlendirme Envanteri Turgay tarafından geliştirilmiştir. Ölçek üç alt bölümden oluşmaktadır. Bunlar; dikkat eksikliği (DE) bölümü, aşırı hareketlilik bölümü (AH) ve DEHB ile ilgili özellikler ve sorunlar bölümüdür. Erişkin DEHB lği 1995 yılında Kanada'da A. Turgay tarafından geliştirilmiştir ve aynı zamanda onun tarafından Türkçeye evrilmiştir (Turgay, 1995). lğin Türkçe geçerlik ve güvenirlik çalışması yapılmıştır (Günay ve ark., 2005).

### **3.3.4. Bağımlılık Profil İndeksi (BAPİ)**

Bağımlılığın farklı boyutlarını değerlendirmek ve bağımlılık şiddetini ölçmek amacıyla geliştirilmiş bir ölçektir. Bağımlılık Profil İndeksi (BAPİ) 37 sorudan ve 5 alt ölçekten oluşan bir öz bildirim leğidir. Alt lekler, madde kullanım özelliklerini, bağımlılık tanı ölçütlerini, madde kullanımının kişinin yaşamına etkisini, madde kullanımı için şiddetli isteği (craving) ve madde kullanımını bırakma motivasyonunu ölçmektedir. Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır (Ögel ve ark., 2012).

### **3.3.5. Madde Aşerme Ölçeği (MAÖ)**

MAÖ bir önceki hafta için madde kullanma isteğini (sıklık yoğunluk,süre,direnme ve genel aşerme) değerlendirmek için geliştirilmiş 5 maddelik öz bildirim dayalı bir soru formudur (Flannery ve ark. 1999). Madde Aşerme Ölçeği'nin Cronbach alfa değeri tüm ölçek için 0.84 bulunmuştur. Her bir madde için düzeltilmiş madde toplam korelasyon değerleri 0.75 ile 0.82 arasında değiştiği saptanmıştır. Ölçeğin Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır (Evren ve ark., 2011).

### **3.3.6. Madde Kullananlar için Değişime Hazır Olma Aşamaları ve Tedaviyi İsteme Ölçeği (SOCRATES-M)**

Miller (1999) tarafından geliştirilen ve madde kullanım bozukluğu olan olgularda değişim için hazır olmayı ve motivasyonu değerlendirmek için düzenlenmiş 20 maddelik öz bildirim dayalı bir soru formudur. Orijinal ölçeğin faktör analizi, formun “farkına varma”, “ikilem” ve “adım atma” olmak üzere üç alanda kümелendiğini göstermiştir. Olguların ‘kesinlikle katılmıyorum’ dan ‘kesinlikle katılıyorum’ a değişen şekilde cevapladığı 5 noktalı likert tipi bir ölçektir. Ölçeğin Türkçe formununun 20 maddelik halinin faktöryel yapısı ölçeğin orijinali ile uyumlu bulunmuştur. Ölçeğin iç tutarlılık ölçümünde Cronbach alfa katsayıları madde bağımlılığı olan hastalarda “farkına varma” için 0.75, “ikilem” için 0.69, “adım atma” için 0.64 ve tüm ölçek değerlendirildiğinde 0.84 olarak bulunmuştur. Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır (Evren ve ark., 2011).

### **3.3.7. Algılanan Stres Ölçeği (ASÖ)**

Cohen, Kamarck ve Mermelstein (1983) tarafından geliştirilmiş olan oldukça yaygın biçimde kullanılan bir ölçme aracıdır. ASÖ, yaşanan stresin düzeyini, yanıtlayıcının yaşamını ne ölçüde yordanamaz, kontrol edilemez ve aşırı yüklü değerlendirdiğine bağlı olarak ölçmek üzere geliştirilmiş bir kendini değerlendirme ölçeğidir. Sıkça kullanılan bu ölçekte bireylerden son bir ay içinde belirli duygu ya da

düşünceleri ne sıklıkta yaşadıklarını, 0 (hiç) ile 5 (çok sık) arasında derecelendirmeleri istenmektedir. Ölçeğin Türkçe'ye uyarlama çalışmasında iç tutarlık Cronbach alfa katsayısının 0,84, iki gün arayla gerçekleştirilen iki ölçüm sonucunda elde edilen test tekrar test güvenirlik katsayısının ise 0,85 olduğu bildirilmiştir (Yerlikaya ve İnanç, 2007).

### **3.3.8. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Envanteri (ÇBASDÖ)**

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

### **3.3.8. UPPS Dürtüsel Davranış Ölçeği (UPPS)**

UPPS Dürtüsel Davranış Ölçeği dürtüsellik değerlendirilmesinde kullanılan ölçekler ve görevler dikkate alınarak geliştirilmiş, dürtüsellik farklı boyutlarını değerlendirmekte kullanılan bir öz bildirim ölçeğidir. Whiteside ve Lynam (2001) sık kullanılan 9 farklı dürtüsellik ölçek ve görevi üzerinde çalışarak 45 maddeden oluşan, likert tipi UPPS Dürtüsel Davranış Ölçeği'ni oluşturmuşlardır. UPPS Dürtüsel Davranış Ölçeği'nin dört alt ölçeği vardır. Bunlar “sıkışıklık” (stres ve olumsuz duygulanım karşısında sıkıntıdan kurtulmak için dürtüsel davranışa eğilim), “tasarlama eksikliği” (olası uzun vadeli sonuçları uygun şekilde hesap etmeden düşüncesizce davranma), “sebatsızlık” (sıkıcı ya da zor görevlere odaklanmayı sürdürmede zorluk) ve “heyecan arayışı” (riskli, heyecan verici ve tehlikeli deneyimlerden hoşlanma ve bunları arama) alt ölçekleridir. Türkçe geçerlik ve

güvenirlık çalışması yapılmıştır (Yargıç ve ark., 2011). Tüm ölçek için iç tutarlık Cronbach alfa katsayısı 0,845; Alt ölçeklere ait Cronbach alfa katsayıları ise tasarlama eksikliği için 0.856, sıklık için 0.802, heyecan arayışı için 0.858 ve sebatsızlık için 0.800 olarak bulunmuştur.

### 3.4 İstatistiksel Değerlendirme

Verilerin değerlendirilmesinde [www.e-picos.com](http://www.e-picos.com) New York yazılımı, IBM SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) 21. sürüm ve MedCalc istatistik paket programı kullanılmıştır. Merkezi Limit Teoremi uygunluk nedeniyle normallik testi yapılmadan parametrik testler kullanılmıştır (Norman, 2010). Verilerin çözümlenmesinde ölçeklerde sürekli yapıdaki verilen istatistiği yapılırken ortalama ve standart sapma, özelliklerin minimum ve maksimum değerleri; kategorik değerşkenleri tanımlarken frekans ve yüzde değerler kullanılmıştır. Ölçeklerin İki grup ortalamaları karşılaştırmak için Student's t test istatistiği kullanılmıştır. Kategorik değerşkenler arası ilişki durumunun değerlendirilmesi için Ki-Kare test istatistiği kullanılmıştır. Güvenirliliği değerlendirmek için Cronbach's alpha değerleri belirlenmiştir. Ölçekler ve alt grupları arasındaki ilişkiler incelenirken Pearson Korelasyon katsayısı kullanılmıştır. Araştırma değerşkenlerinin tedavi terk durumuna olası yordayıcı etkilerini tespit etmek için binary lojistik regresyon analizi yapılmıştır. Bunun yanı sıra BAPİ alt ölçeklerinin olası yordayıcı etkilerini tespit etmek amacıyla ihtimaller oranı (odds ratio) kullanılmıştır. Verilerin istatistiksel açıdan anlamlılık düzeyi  $p < 0,05$  olarak alınmıştır.

## 4. BULGULAR

### 4.1. Gruplarının Sosyodemografik Özellikleri

Çalışmaya opiyat kullanım bozukluğu tanısı almış olan, yaşları 18 ile 55 arasında değişen 104'ü erkek (%90,4) 11'i kadın (%9,6) olmak üzere toplam 115 hasta dahil edildi. Toplam yaş ortalaması 28,5 (SD±7,1) dir. Bu hastaların % 65,2'ü (n=75) bekar, %23,5'i (n=27) evli, % 11,5'i (n=13) boşanmıştır. Hastaların %27'sinin ilkökul mezunu, %46,1'i ortaokul mezunu, %20,9 lise mezunu, %7'sinin ise üniversite mezunu olduğu saptanmıştır. Hastaların %72,2'si çalışmamaktadır ve % 76,5 gelir durumu ise 2500-5000 arasında bulunmaktadır. Tedavide kalan ve tedaviyi terk eden gruplar sosyodemografik özellikler açısından karşılaştırıldı. Tedavide kalan ve tedaviyi terk eden gruplar arasında yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, çalışma durumu, gelir durumu açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık tespit edilmedi ( $p<0,05$ ) (Tablo 1).

**Tablo 1:** Tedavide Kalan ve Tedaviyi Terk Eden Hastaların Sosyodemografik Özelliklerin İncelenmesi

	Tedavide Kalan n=63	Tedavi Terki n=52	Toplam n=115	P değeri
	n(%)	n(%)	n(%)	
<b>Cinsiyet</b>				
Kadın	4(6,3)	7(13,5)	11(9,6)	0,23
Erkek	59(93,7)	45(86,5)	104(90,4)	
<b>Yaş(Ort±SS )</b>	28,7±7,5	28,1±6,6	28,5±7,1	0,6
<b>Medeni Durum</b>				
Evli	16(25,4)	11(21,2)	27(23,5)	
Bekar	41(65,1)	34(65,4)	75(65,2)	0,74
Boşanmış	6(9,5)	7(13,5)	13(11,5)	
<b>Eğitim Düzeyi</b>				

İlkokul	16(25,9)	15(28,8)	31(27)	
Ortaokul	29(46)	24(46,2)	53(46,1)	
Lise	15(23,8)	9(17,3)	24(20,9)	0,78
Üniversite	3(4,8)	4(7,7)	7(6,1)	
<b>Çalışma Durumu</b>				
Çalışmıyor	41(65,1)	42(80,8)	83(72,2)	0,06
Çalışıyor	22(34,9)	10(19,29)	32(27,8)	
<b>Gelir Durumu</b>				
Yok	3(4,8)	3(5,8)	6(5,2)	0,3
2500 TL Altı	5(7,9)	3(5,8)	8(7)	
2500-5000 TL	51(81)	37(71,2)	88(76,5)	
5000 TL Üstü	4(6,3)	9(17,3)	13(11,3)	
<b>Yaşanılan Kişi</b>				
Yalnız	2(3,2)	1(1,9)	3(2,6)	
Anne ve/veya Baba	46(73)	39(75)	85(73,9)	0,82
Eş ve Çocuklar	12(19)	11(21,2)	23(20)	
Diğer	3(4,8)	1(1,9)	4(3,5)	
<b>Çocuk Varlığı</b>				
Var	17(27)	17(32,7)	34(29,6)	0,5
Yok	46(73)	35(67,3)	81(70,4)	
<b>Cezaevi Öyküsü</b>				
Var	16(25,4)	10(19,2)	26(22,6)	0,43
Yok	47(74,6)	42(80,8)	89(77,4)	
<b>Askerlik Durumu**</b>				
Muaf Tutulan/ Olağan şekilde tamamlayamayan	11(20,8)	13(32,5)	24(25,80)	0,2
Olağan şekilde tamamlayan	42(79,2)	27(67,5)	69(74,1)	

\* $p < 0,05$  düzeyinde anlamlıdır. (Ki-kare, Student's t)

\*\*Tabloda gösterilen askerlik durumu parametresinde  $n=93$

Hastaların askerlik özellikleri incelendiğinde, askerliğini olağan şekilde tamamlayan 24 erkek (%25,8), askerlikten muaf tutulan ya da askerliğini olağan şekilde tamamlamayan 69 erkek (%74,1) saptanmıştır. Çalışmamızdaki erkeklerden 2

kişinin askerlik yaşı gelmemiş, 6 kişi tecilli, 3 kişinin ise çalışma sırasında asker olduğu tespit edilmiştir.

#### **4.2. Gruplarının Klinik Özellikleri**

Hastaların sosyodemografik veri formu ile elde edilen klinik özellikleri incelenmiştir. Hastaların en son opiyat kullanımından ortalama 20,9 sa sonra BN tedavisi aldığı görülmüştür. Yatış için beklenen sürenin ortalama 31 gün olduğu, opiyat kullanmaya başladıktan sonra tedaviye ilk başvuru için geçen sürenin 40 ay olduğu ve çalışmaya katılan hastaların ortalama yatış sayısının 1,95 olduğu bulunmuştur. Opiyat kullanım süresinin ortalama 6,7 yıl, opiyat kullanım miktarının ise 3 gram olduğu bulunmuştur. Yatarak tedavi programını terk eden hastaların ortalama tedavi terk süresi 6,9 gün olduğu görülmüştür. 63 kişinin (%54,8) tedaviyi tamamladığı, 40 kişinin (34,8) isteğe bağlı, 12 kişinin (%10,4) kural ihlali ile tedaviyi terk ettiği saptanmıştır.

Tedavide kalan ve tedaviyi terk eden gruplar; opiyat kullanım özellikleri, tıbbi hastalık durumu ve ailede alkol-madde kullanım öyküsü açısından incelenmiştir. Buna göre; tedaviyi terk eden ve tedavide kalan gruplar arasında opiyat kullanım şekli, tıbbi hastalık durumu, sigara kullanımı, ailede alkol-madde kullanım öyküsü, opiyat kullanım miktarı ve süresi, açısından anlamlı farklılık saptanmamıştır ( $p>0,05$ ). Çalışmamızda opiyat kullanım bozukluğuna en sık eşlik eden madde kullanımının kokain kullanımı olduğu, bunu ikinci sırada esrar/bonzai maddesinin izlediği bulunmuştur. Tedaviyi terk eden grupta eşlik eden kokain kullanım oranı %45,8 iken, tedavide kalan grupta %20,7'dir. Çoklu madde kullanımı ile tedavi terki arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ( $p>0,05$ ). (Tablo 2.1)

**Tablo 2.1** Tedavide Kalan ve Tedaviyi Terk Eden Hastaların Opiyat Kullanım Özelliklerin İncelenmesi

	Tedavide Kalan n=63	Tedavi Terki n=52	Toplam n=115	P değeri
	n(%)	n(%)	n(%)	
<b>Opiyat Kullanım Şekli</b>				
Burun	5(7,9)	6(11,5)	11(9,6)	0,38
Damar	16(25,4)	8(15,4)	24(20,9)	
Folyo	42(66,7)	38(73,1)	80(69,6)	
<b>Enjektör Paylaşımı</b>				
Var	11(17,5)	10(19,2)	21(18,3)	0,81
Yok	52(82,5)	42(80,8)	94(81,7)	
<b>Tıbbi Hastalık Durumu</b>				
Hayır	44(69,8)	39(75)	83(72,2)	0,73
Bulaşıcı Hastalık	7(11,1)	6(11,5)	13(11,3)	
Diğer	12(19)	7(13,5)	19(16,5)	
<b>Sigara Kullanım</b>				
Hayır	1(1,6)	2(3,8)	3(2,6)	0,28
1-10	3(4,8)	3(5,8)	6(5,2)	
11-20	20(31,7)	24(46,2)	44(38,3)	
20'den fazla	39(61,9)	23(44,2)	62(53,9)	
<b>Çoklu Madde Kullanımı</b>				
Kokain	6(20,7)	11(45,8)	17(32,1)	0,21
Esrar/Bonzai	5(17,2)	3(12,5)	8(15,1)	
Metamfetamin/Amfetamin	4(13,8)	1(4,2)	5(9,4)	
Benzodiazepin	1(3,4)	1(4,2)	2(3,8)	
Alkol	-	2(8,3)	2(3,8)	
Alkol+Kokain	2(6,9)	-	2(3,8)	
Kokain+Esrar	5(17,2)	1(4,2)	6(11,3)	
Metamfetamin+esrar	2(6,9)	3(12,5)	5(9,4)	
Metamfetamin+Kokain+Esrar	4(13,8)	2(8,3)	6(11,3)	
<b>Ailede Alkol-Madde Kullanım Durumu</b>				
Yok	50(79,4)	41(78,8)	91(79,1)	0,67
Alkol	5(7,9)	5(9,6)	10(8,7)	
Madde	8(12,7)	5(9,6)	13(11,3)	

Alkol ve Madde	-	1(1,9)	1(0,9)	
<b>Opiyat Kullanım Süresi (Ort±SS)</b>	6,9±4,6	6,5±4,8	6,7±4,7	0,64
<b>Opiyat Kullanım Miktarı (Ort±SS)</b>	3,1±2,3	2,9±1,8	3±2,1	0,69

\* $p < 0,05$  düzeyinde anlamlıdır. (Ki-kare, Student's t)

Hastaların opiyat kullanım öyküsü, tedavi öyküsü ve tedavi sürecindeki klinik özellikleri incelenmiştir. Amatem poliklinik başvuruları incelendiğinde, tedaviyi terk eden grubun %92,3'ünün amatem polikliniğine düzensiz ya da hiç gelmediği tespit edilmiştir. Tedavide kalan grupta terk eden gruba göre düzenli amatem poliklinik başvurusu oranı anlamlı derecede yüksek bulunmuştur ( $p=0,001$ ). (Tablo 2.2)

**Tablo 2.2** Tedavide Kalan ve Tedaviyi Terk Eden Hastaların Tedavi Öyküsü Ve Diğer Özelliklerinin İncelenmesi

	Tedavide Kalan n=63	Tedavi Terki n=52	Toplam n=115	P değeri
	n(%)	n(%)	n(%)	
<b>Amatem Poliklinik Başvurusu</b>				
Düzensiz / Yok	41(65,1)	48(92,3)	89(77,4)	0,001*
Düzenli	22(34,9)	4(7,7)	26(22,6)	
<b>Hastaneye Yatış</b>				
Yatış yok	25(39,7)	21(40,4)	46(40)	
1-2 yatış	21(33,3)	17(32,7)	38(33)	0,99
3 ve daha fazla	17(27)	14(26,9)	31(27)	

<b>Kullanılmak İstenilen</b>				
<b>Tedavi</b>				
Buprenorfin/Nalokson	18(28,6)	14(26,9)	32(27,8)	
Naltrekson Implant	44(69,8)	38(73,1)	82(71,3)	0,64
Yok	1(1,6)	-	1(0,9)	

	Ortalama±Ss	Ortalama±Ss	Ortalama±Ss	
<b>Yatış Bekleme Süresi (gün)</b>	30±18,2	32,7±17,4	31,2±17,8	0,41
<b>Opiyat Tedavisine İlk Başvuru İçin Geçen Süre (ay)</b>	38,5±45,7	42,2±44,6	40,2±45	0,66
<b>Buprenorfin/Nalokson ilk dozu için geçen süre (saat)</b>	22,5±11	19±9,8	20,9±10,6	0,12

\* $p < 0,05$  düzeyinde anlamlıdır. (Ki-kare, Student's t)

Opiyat kullanım bozukluğuna eşlik eden psikiyatrik eş tanımlar incelendiğinde, %66,1 oranında eş tanımlar saptanmıştır. Duygudurum bozukluklarının %37,9, DEHB'nin %12,9, anksiyete bozukluklarının %8,6 oranında eşlik ettiği bulunmuştur. Tedaviyi terk eden grupta eşlik eden psikiyatrik tanımlar oranı anlamlı derecede yüksek bulunmuştur ( $p=0,001$ ). Çalışmaya katılan hastaların anketle elde edilen çocukluk çağı travmatik yaşantıları karşılaştırıldığında ise gruplar arasında travmatik yaşantının varlığı açısından anlamlı farklılık saptanmamıştır ( $p>0,05$ ). (Tablo 2.3)

**Tablo 2.3** Tedavide Kalan ve Tedaviyi Terk Eden Hastaların Eş tanı Durumu Ve Çocukluk Çağı Travmatik Yaşantılarının İncelenmesi

	Tedavide Kalan n=63	Tedavi Terki n=52	Toplam n=115	P değeri
	n(%)	n(%)	n(%)	
<b>Eş Tanı Durumu</b>				
Yok	30(47,6)	9(17,39)	39(33,9)	0,001*
Var	33(52,4)	43(82,7)	76(66,1)	
<b>Eş Tanılar</b>				
Yok	30(47,6)	9(17,3)	39(33,6)	0,001*
Duygudurun Bozuklukları	21(33,3)	23(44,2)	44(37,9)	
Anksiyete Bozuklukları	4(6,3)	6(11,5)	10(8,6)	
DEHB	3(4,8)	12(23,1)	15(12,9)	
Diğer	5(7,9)	2(3,8)	7(6)	
<b>Çocukluk Çağı Travmatik Yaşantı</b>				
İhmal	10(15,9)	6(11,5)	16(13,9)	0,75
İstismar	18(28,6)	14(26,9)	32(27,9)	
Yok	35(55,6)	32(61,5)	67(58,3)	

\* $p < 0,05$  düzeyinde anlamlıdır. (Ki-kare)

### 4.3. Grupların Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması

#### 4.3.1 Erişkin Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Ölçeği (Turgay)

Tedavide kalan ve tedaviyi terk eden hastaların Turgay Erişkin DEHB Ölçeği toplam puanı ve alt ölçeklerinin puanları karşılaştırılmıştır. Gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark tespit edilmemiştir ( $p>0,05$ ). (Tablo 3.1)

**Tablo 3.1** Tedavide Kalan ve Tedaviyi Terk Eden Hastaların Turgay Erişkin DEHB Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması

	Tedavide Kalan (n=63) ( ort± SS)	Tedavi Terki (n=40) (ort± SS)	p*
Dikkatsizlik	6,7±6,1	6,1±4,5	0,62
Hiperaktivite	6,2±6,2	5,8±4,9	0,78
Dürtüsellik	30,7±17,5	30,5±14,8	0,94
TURGAY DEHB-Toplam	43,7±26,6	42,5±20,7	0,82

\* $p<0,05$  düzeyinde anlamlıdır. (Student's t)

#### 4.3.2. Bağımlılık Profil İndeksi (BAPİ)

Tedavide kalan ve tedaviyi terk eden hastaların Bağımlılık Profil İndeksi (BAPİ) toplam puan ve alt ölçeklerinin puanları karşılaştırılmıştır. Bu bulgulara göre, şiddetli istek puanının tedaviyi terk eden grupta ( $12,9±2,5$ ) tedavide kalan gruba göre ( $11,7±2,8$ ) daha yüksek olduğu görülmüştür ( $p=0,04$ ) (Tablo 3.2).

**Tablo 3.2** Tedavide Kalan ve Tedaviyi Terk Eden Hastaların BAPİ Puanlarının Karşılaştırılması

	Tedavide Kalan (n=63) ( ort± SS)	Tedavi terki (n=40) ( ort± SS)	p*
BAPİ-Madde kullanım özellikleri	2,6±1,4	2,5±1,3	0,39
BAPİ- Tanı ölçütleri	18±3,4	18,7±3,2	0,86
BAPİ-Yaşam üzerine etkileri	32,8±5,5	33,9±6,2	0,34
BAPİ -Şiddetli istek	11,7±2,8	12,9±2,5	0,04*
BAPİ-Maddeyi bırakma motivasyonu	10,9±1,2	10,6±1,4	0,18
BAPİ Toplam	14,2±2,1	14,5±1,9	0,39

\* $p < 0,05$  düzeyinde anlamlıdır. (Student's t)

### 4.3.3. Madde Aşırme Ölçeği (MAÖ)

Tedavide kalan ve tedaviyi terk eden hastaların değişime hazır olma aşamaları ve tedaviyi isteme ölçeği ve alt ölçeklerinin puanları karşılaştırılmıştır. Bu bulgulara göre MAÖ toplam puanının tedavide kalma üzerine istatistiksel olarak anlamlı bir etkisi görülmemiştir ( $p > 0,05$ ) (Tablo 3.3).

**Tablo 3.3** Tedavide Kalan ve Tedaviyi Terk Eden Hastaların Madde Aşırme Ölçeği (MAÖ) Puanlarının Karşılaştırılması

	Tedavide Kalan (n=63)	Tedavi terki (n=40)	
	(ort± SS)	(ort± SS)	p*
MAÖ Toplam	18,9±7	21±7,1	0,15

\*p<0,05 düzeyinde anlamlıdır. (Student's t)

#### 4.3.4. Madde Kullananlar için Değişime Hazır Olma Aşamaları ve Tedaviyi İsteme Ölçeği (SOCRATES-M)

Tedavide kalan ve tedaviyi terk eden hastaların değişime hazır olma aşamaları ve tedaviyi isteme ölçeği toplam puan ve alt ölçeklerinin puanları karşılaştırılmıştır. Bu bulgulara göre SOCRATES toplam puan ve alt ölçeklerinin tedavide kalma üzerine istatistiksel olarak anlamlı bir etkisi görülmemiştir (p>0,05) (Tablo 3.4).

**Tablo 3.4** Tedavide Kalan ve Tedaviyi Terk Eden Hastaların Değişime Hazır Olma Aşamaları ve Tedaviyi İsteme Ölçeği (SOCRATES) Puanlarının Karşılaştırılması

	Tedavide Kalan (n=63)	Tedavi terki (n=40)	
	(ort± SS)	(ort± SS)	p*
Farkına Varma	20,8±3,8	19,6±5,5	0,22
Adım Atma	21,6±3,3	20,2±5,9	0,18
İkilem	24,2±4,2	23,5±5,4	0,36
SOCRATES-Toplam	66,7±9,2	63,3±15,2	0,16

*\*p<0,05 düzeyinde anlamlıdır. (Student's t)*

#### 4.3.5. Algılanan Stres Ölçeği (ASÖ)

Tedavide kalan ve tedaviyi terk eden hastaların Algılanan Stres Ölçeği (ASÖ) toplam puan ve alt ölçeklerinin puanları karşılaştırılmıştır. Bu bulgulara göre ASÖ toplam puan ve alt ölçeklerinin tedavide kalma üzerine istatistiksel olarak anlamlı bir etkisi görülmemiştir ( $p>0,05$ ) (Tablo 3.5).

**Tablo 3.5** Tedavide Kalan ve Tedaviyi Terk Eden Hastaların Algılanan Stres Ölçeği (ASÖ) Puanlarının Karşılaştırılması

	Tedavide Kalan (n=63) ( ort± SS)	Tedavi terki (n=40) ( ort± SS)	p*
Yetersiz Özyetersizlik Algısı	13,6±5,1	14±4,1	0,69
Stres Rahatsızlığı Algısı	14,2±4,6	15,4±4	0,18
ASÖ-Toplam	27,9±6,9	29,4±6,2	0,25

*\*p<0,05 düzeyinde anlamlıdır. (Student's t)*

#### 4.3.6. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (ÇBASDÖ)

Tedavide kalan ve tedaviyi terk eden hastaların ÇBASDÖ toplam puan ve alt ölçek puanları karşılaştırılmıştır. Gruplar arasında anlamlı bir farklılık gözlenmemiştir ( $p>0,05$ ) (Tablo 3.6).

**Tablo 3.6** Tedavide Kalan ve Tedaviyi Terk Eden Hastaların Çok Boyutlu Sosyal Destek Ölçeği (ÇBASDÖ) Puanlarının Karşılaştırılması

	Tedavide Kalan	Tedavi terki	p*
	(n=63)	(n=40)	
	( ort± SS)	( ort± SS)	
Aile	20,6±7,2	20±7,6	0,67
Arkadaş	16,4±8,1	14,6±7,5	0,25
Özel İnsan	16,8±8,2	14±8,8	0,10
ÇBSDÖ-Toplam	54±18,1	48,7±19,7	0,16

\* $p < 0,05$  düzeyinde anlamlıdır. (Student's t)

#### 4.3.7. UPPS Dürtüsel Davranış Ölçeği (UPPS)

Tedavide kalan ve tedaviyi terk eden hastaların UPPS Dürtüsel Davranış Ölçeği toplam puanı ve alt ölçeklerinin puanları karşılaştırılmıştır. Gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark tespit edilmemiştir ( $p > 0,05$ ) (Tablo 3.7).

**Tablo 3.7** Tedavide Kalan ve Tedaviyi Terk Eden Hastaların UPPS Dürtüsel Davranış Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması

	Tedavide Kalan	Tedavi terki	p*
	(n=63)	(n=40)	
	(ort± SS)	(ort± SS)	
Tasarım Eksikliği	20,7±5,7	22,1±6	0,25
Sıkışıklık	25,6±8,8	24±5,4	0,78

Heyecan Arayışı	31,8±6,2	31,3±7	0,7
Sebatsızlık	23,4±5,4	24,3±4,98	0,37
UPPS-Toplam	106,2±15,3	108,4±14,4	0,45

\* $p < 0,05$  düzeyinde anlamlıdır. (Student's t)

#### 4.4. Ölçekler Arası İlişkiler

**Tablo 4.** Tedavide Kalan ve Tedaviyi Terk Eden Grupların Ölçekler Arası Korelatif İlişkileri

N=115		BAPİ	MAÖ	SOCRATES	UPPS	ASÖ	TURGAY	ÇBASDÖ
BAPİ	Γ <sub>toplam</sub>	1	,40**	,17	-,19	,05	,46**	-,22*
	Γ <sub>kalan</sub>		,25*	,30*	,32**	,15	,38**	-,19
	Γ <sub>terk</sub>		,45**	,18	,41**	,47**	,54**	-,25
MAÖ	Γ <sub>toplam</sub>		1	,03	-,18	,19	,34**	-,03
	Γ <sub>kalan</sub>			,03	,32**	,12	,36**	-,04
	Γ <sub>terk</sub>			,16	,45**	,23	,38*	-,00
SOCRATES	Γ <sub>toplam</sub>			1	,09	,15	,14	,25**
	Γ <sub>kalan</sub>				-,02	-,18	,13	-,11
	Γ <sub>terk</sub>				,11	,27	,24	,40**
UPPS	Γ <sub>toplam</sub>				1	-,07	-,07	,20*
	Γ <sub>kalan</sub>					,48**	,52**	-,40**
	Γ <sub>terk</sub>					,20	,28	-,13
ASÖ	Γ <sub>toplam</sub>					1	,03	,06
	Γ <sub>kalan</sub>						,32**	-,16
	Γ <sub>terk</sub>						,46**	-,11
TURGAY	Γ <sub>toplam</sub>						1	-,23*
	Γ <sub>kalan</sub>							-,25*
	Γ <sub>terk</sub>							-,18
ÇBASDÖ	Γ <sub>toplam</sub>							1
	Γ <sub>kalan</sub>							
	Γ <sub>terk</sub>							

*\*p<0,05 düzeyinde anlamlıdır. (Pearson)*

### **Ölçekler Arası İlişki Değerlendirildiğinde;**

BAPİ ile MAÖ arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlıdır ( $p<0,05$ ). Orta Dereceli İlişkinin yönü pozitif olup, ilişkinin derecesi ise 0,41'dir.

BAPİ ile TURGAY arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlıdır ( $p<0,05$ ). Orta Dereceli İlişkinin yönü pozitif olup, ilişkinin derecesi ise 0,46'dir.

MAÖ ile TURGAY arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlıdır ( $p<0,05$ ). Düşük dereceli İlişkinin yönü pozitif olup, ilişkinin derecesi ise 0,34'dir.

BAPİ ile ÇBASDÖ arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlıdır ( $p<0,05$ ). Düşük Dereceli İlişkinin yönü negatif olup, ilişkinin derecesi ise 0,22'dir.

SOCRATES ile ÇBASDÖ arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlıdır ( $p<0,05$ ). Düşük Dereceli İlişkinin yönü pozitif olup, ilişkinin derecesi ise 0,25'dir.

UPPS ile ÇBASDÖ arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlıdır ( $p<0,05$ ). Düşük Dereceli İlişkinin yönü pozitif olup, ilişkinin derecesi ise 0,20'dir.

TURGAY ile ÇBASDÖ arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlıdır ( $p<0,05$ ). Düşük Dereceli İlişkinin yönü negatif olup, ilişkinin derecesi ise 0,24'dir.

#### 4.5. Tedavi Terkini Yordayan Değişkenler

**Tablo 5.1.** Eş Tanı Durumu ve Amatem Poliklinik Başvurusunun Tedavi Terk Durumuna Etkisi

Değişkenler	B	Odds	95% C.I.
Eş Tanı	0,438	1,55	0,735-3,267
Amatem Poliklinik Başvurusu	0,834	2,396	0,856-6,708

\*Binary Lojistik

Eşlik eden psikiyatrik tanı ve amatem poliklinik başvuru durumunun tedavi terkinde etkisi için binary lojistik analizi yapılmıştır. Yapılan regresyon sonucuna göre; regresyon denkleminde yer alan değişkenlerin tedavi devamlılığını tahmin etmede istatistiksel olarak anlamlı olmadığı görülmüştür ( $p>0,05$ ) (Tablo 5.1.).

**Tablo 5.2.** Ölçeklerin Tedavi Terk Durumuna Etkisi

Değişkenler	B	Odds	95% C.I.
BAPİ	0,088	1,092	0,897-1,330
MAÖ	0,043	1,044	0,985-1,107
SOCRATES	-0,024	0,976	0,944-1,01
UPPS	0,010	1,01	0,984-1,037

ASÖ	0,037	1,037	0,974-1,105
TURGAY	-0,002	0,998	0,982-1,015

*\*Binary Lojistik*

BAPİ, MAÖ, SOCRATES, UPPS, ASÖ, TURGAY ölçeği toplam puanlarının tedavi terk durumuna etki analizi için binary lojistik analizi yapılmıştır. Yapılan regresyon sonucuna göre; regresyon denkleminde yer alan değişkenlerin tedavi devamlılığını tahmin etmede istatistiksel olarak anlamlı olmadığı görülmüştür ( $p>0,05$ ) (Tablo 5.2).

**Tablo 5.3.** BAPİ Alt Ölçeklerinin Tedavi Terk Durumuna Etkisi

Değişkenler	B	Odds	95% C.I.
Şiddetli İstek	0,165	1,180	1,006-1,384
Madde Kullanım Özellikleri	-0,026	0,975	0,74-1,283
Tanı Ölçütleri	0,059	1,061	0,94-1,198
Yaşam Üzerine Etkisi	0,032	1,033	0,964-1,106
Bırakma Motivasyonu	-0,201	0,818	0,610-1,089

*\*Binary Lojistik*

BAPİ ölçeğinin “Şiddetli İstek” alt ölçek puanları fazla olanların olmayanlara göre tedaviyi terk etmesi riskinin 1,18 Kat daha fazla olduğu görülmüştür (1,006-1,384) (Tablo 5.3).

## 5. TARTIŞMA

Bağımlılık tedavisinde tedavi terki önemli bireysel ve toplumsal sorunlara yol açmaktadır. Bu nedenle tedavi terki ile ilgili etmenlerin anlaşılması tedavi süreçlerinin yönetilmesinde büyük önem arz etmektedir. Ülkemizde bu alanda yapılmış kısıtlı sayıda araştırma mevcuttur. Araştırmamızda tedavi terki ile ilişkili olabileceğini düşündüğümüz sosyodemografik, klinik ve sosyal özellikleri inceledik. Psikiyatrik eş tanısı olan ve düzenli Amatem poliklinik başvurusu olmayan hastalarda tedavi terkinin yüksek olduğunu bulduk. BAPİ “Şiddetli İstek” alt ölçeğinin tedavi terkini yordadığını saptadık. Araştırmamızın bulguları aşağıda ayrıntılı olarak tartışılacaktır.

### 5.1 Sosyodemografik Özelliklerin Değerlendirilmesi

Araştırmamızda tedaviyi terk eden ve tedavide kalan hastalar; yaş, eğitim durumu, medeni durum, çalışma durumu, sosyoekonomik düzey açısından karşılaştırılmış, hasta grupları arasında anlamlı bir farklılık saptanmamıştır.

Araştırmamıza katılanların hastaların %90'ı erkekti. Daha önce yapılan araştırmalarda da erkeklerde kadınlara göre madde kullanım yaygınlığı daha yüksek olarak saptanmıştır (Türkean, 1998; Işıklı ve Irak, 2002). Eslek ve arkadaşları (2015), kadınların Türkiye’de mevcut tedavi programlarına ulaşmak ve sürdürmekte zorluk yaşıyor olabileceklerine ve bu programların kadın madde kullanıcılarına uygun olmayabileceğine dikkat çekmiştir. Yetersiz bilgiye rağmen kadınların erkeklere göre daha çabuk kullanım bozukluğu geliştirdikleri, duygusal ve fiziksel sonuçlarla baş etmekte daha çok zorlandıkları ancak tedavi programlarında yeterince yer edinemedikleri görülmektedir (Sherman ve ark., 2008).

Tedaviyi terk eden ve tedaviyi tamamlayan her iki grubun da yaş ortalamasının yaklaşık 28 olduğu saptanmıştır. Literatürde yer alan bir epidemiyoloji araştırmasında

opiyat kullanım bozukluğunun en sık görülme yaş aralığı 25-29 olarak saptanmıştır (Degenhardt ve ark., 2014). Türkiye’de yapılan bir araştırmada; BN idame tedavisi altındaki opiyat bağımlılığı olan hastalarda ortalama yaş 28,7 olarak bulunmuş, tedaviye devam eden ve tedaviyi terk eden gruplar arasında yaş açısından bir farklılık gözlenmemiştir.

Araştırmamızın verileri incelendiğinde gruplar arasında medeni durum açısından anlamlı farklılık saptanmamıştır. Yapılan araştırmalarda opiyat kullanım bozukluğu olan bir çok kişinin bekar olduğu bildirilmiştir (Sarasvita ve ark., 2012; Lin ve ark, 2013; Dayal ve Balhara, 2017). Brorson ve arkadaşları (2013) tarafından yapılan bir gözden geçirmede 36 araştırmada medeni durum ile tedavi terki arasındaki ilişki incelenmiş, ancak sadece dört araştırmada bir ilişki bildirildiği gösterilmiş, bir kaç araştırmada ise romantik ilişkisi olmayan hastaların tedavi terk riskinin arttığı bulunmuştur. Barreno ve arkadaşları (2019) tarafından yapılan bir araştırmada evli olmanın tedavide kalma üzerine anlamlı bir etkisi saptanmamıştır. Ayrıca katılımcıların kimle yaşadığı değerlendirildiğinde her iki grubun da çoğunlukla anne ve/veya babası ile yaşadığı görülmüştür.

Madde kullanım bozukluğu olanların sıklıkla ilköğretim seviyesinde veya altında eğitim aldığı bildirilmiştir (Zorlu ve ark., 2011; Nebioğlu, 2013). Araştırmamızda tedaviyi tamamlayan ve terk eden iki grup arasında eğitim düzeyi açısından farklılık saptanmamıştır. Gruplar incelendiğinde tedaviyi tamamlayan grubun %71’inin, terk eden grubun %74’ünün ilköğretim seviyesi veya altında eğitim gördükleri saptanmıştır. Yapılan araştırmalara bakıldığında opiyat bağımlılığı olan hastaların çoğunun 8 yıl ve altında eğitim aldığı saptanmıştır (Shand ve ark., 2011; Grella ve Lovinger, 2012; Evren ve ark., 2014). Tedavide kalma ve olumlu tedavi sonuçları ile ilişkili etkenler arasında yüksek eğitim seviyesi, iş sahibi olmak ve yüksek sosyoekonomik düzey gibi etmenlerin olduğunu bildiren araştırmalar bulunmaktadır (Howard ve McCaughrin 1996; Vogt 2000). Ancak yapılan bazı araştırmalarda da araştırmamız da olduğu gibi eğitim düzeyi ile tedavi terki arasında ilişki saptanmamıştır (Peles ve ark., 2006; Sarasvita ve ark., 2012; Lin ve ark., 2013).

Her iki grup sosyoekonomik düzey açısından karşılaştırıldığında gruplar arasında anlamlı farklılık saptanamamakla birlikte, çalışma durumu açısından gruplar arasındaki farklılık anlamlılık sınırındadır ( $p=0,06$ ). Tedaviyi tamamlayan grubun %65,1, tedaviyi terk eden grubun ise %80,8 çalışmamaktadır. 2500 TL altında geliri olan % 12,2 kişi bulunmaktadır. Bazı araştırmacılar işsizlik ve tedavide kalma arasında bir ilişki olmadığını bildirmektedir (Steer, 1983). Diğer taraftan işsizlik ile tedaviyi bırakma arasında doğru orantılı bir ilişki bulunduğunu gösteren çalışmalar bulunmaktadır (Steer ve Kotzker, 1978; Verinis, 1986; Stark ve Campbell, 1988). Bu farklılığın gelir, işsizlik ve tedavi alma imkanı arasındaki etkileşimden kaynaklandığı ifade edilmiştir. Sosyoekonomik düzeyin yüksek olması, tedaviye erişimi kolaylaştıran gelir ve sigorta gibi parametreler olduğu zaman anlamlı kabul edilmektedir. Sosyoekonomik düzeyin altında yatan asıl faktörün tedavinin erişilebilirliği olduğu gösterilmiştir (Stark, 1992). Gruplar arasında çalışma durumu açısından saptanan sınırdaki anlamlılığın örneklem sayımızın yeterli olmamasından kaynaklanmış olabileceğini düşünmekteyiz.

Araştırmamızdaki kişilerin %44,3'ünde suç öyküsü, %26'sında cezaevi öyküsü bulunmaktadır. Araştırmamızda gruplar arasında suç öyküsü ve cezaevinde kalma öyküsü açısından anlamlı bir farklılık saptamadık. ABD'de yapılan bir araştırmada yasal zorunluluk olarak tedaviye katılan hastaların (denetimli serbestlik kapsamında) daha fazla ilerleme gösterdiği bildirilmiştir (Strain ve ark., 2009). Yoğun suç geçmişleri olan hastalar tedaviyi bir an önce bırakmaya meyilli oldukları ve tedaviye katılımlarının zayıf olduğu ,uyuşturucu ticaretine daha az karışan, daha az silahlı/bıçaklı saldırıya maruz kalan suçluların tedavi programını tamamladıkları bildirilmiştir (Lang ve Belenko, 2000; Strain ve ark., 2009; Marel ve ark., 2015). Türkiye'de BN idame tedavisi altındaki opiyat kullanım bozukluğu olan bireylerde yapılan araştırmalarda, uyuşturucu suçu dışında suç varlığı, aşerme düzeyinin şiddetli olması, yüksek psikopati puanları ile tedaviye uyumsuzluk ile ilişkili bulunmuştur (Guliyev, 2012; Mutlu ve Bilici., 2015). Bu araştırmalar ayaktan tedavi gören hastalarda yapılmış olduğu için tedavi uyumsuzluğu kavramı ile tedavi terkinin yanı sıra özellikle kaymaya vurgu yapılmaktadır. Araştırmamız yatarak tedavi gören hastaları kapsamaktadır.

## 5.2 Klinik Özelliklerin Değerlendirilmesi

Araştırmamızda damar içi yolla opiyat kullanım oranı %20,9, intranasal yolla kullanım oranı %9,6, folyo yolu ile kullanım oranı % 69,6 bulunmuştur. Gruplar arasında madde kullanım yöntemleri açısından anlamlı bir farklılık gözlenmemiştir. Araştırmamızla benzer şekilde ülkemizde yapılmış bir araştırmada damar içi opiyat kullanım oranı %24,8 saptanmıştır (Asan ve ark., 2015). ABD’de opiyat kullanımının en çok damar içi yolla olduğu belirtilmiştir. ABD’de yapılan araştırmalarda eroin bağımlılığı için tedavi görmek isteyen hastaların damar içi yolla opiyat kullanım yüzdesinin daha yüksek olduğu gösterilmiştir (Hopfer ve ark., 2000; Kuehn, 2010; Subramaniam ve ark., 2010). Ülkemizde de damar içi yolla kullanımın son yıllarda arttığı, en sık inhalasyon yolu ile kullanıldığı bildirilmiştir (Özden, 2004). Literatürdeki araştırmaya göre bu farklılığın damar içi opiyat kullanım oranlarının ülkemizde daha az olmasından kaynaklanabileceği düşünülmüştür. Literatürde coğrafik ve kültürel farklılıkların opiyat kullanım şeklini etkilediği belirtilmiştir (Swift ve ark., 1999; Van Ameijden ve Coutinho, 2001). Damar içi madde kullanımının daha az rastlandığı bölgelerde, damar içi madde kullanımının bulaşıcı hastalıklarda artışlara ve tıbbi sağlık durumunda daha çok bozulmalara sebep olduğu, ve bağımlılık şiddetinin arttıracağı bilinmesi, damgalanma ve iğne fobisi gibi nedenlerden bahsedilmiştir (Strang ve ark., 1997; Swift ve ark., 1999; Mathias, 1999; Bravo ve ark., 2003). Ülkemizde de damar içi madde kullanımının daha az görülüyor olmasında çevresel faktörlerin; özellikle sosyal çevre tarafından damgalanma korkusunun önemli bir etken olduğunu düşünmekteyiz. Literatürde, damar içi madde kullanımıyla tedavi terki arasında anlamlı farklılıkların tespit edildiği yayınlar mevcuttur (Mullen ve ark., 2010; Andersson, 2018). Damar içi yolla madde kullanımının daha yüksek oranda tedavide kalma ile ilişkili bulunduğu araştırmalar da mevcuttur (Warden ve ark., 2012; Weber ve ark., 2015). Türkiye’de opiyat kullanım bozukluğu olan kişilerde yapılan araştırmalarda; madde kullanım yöntemi ile tedavi başarısı arasındaki ilişki incelenmiş, bu araştırmalarda da anlamlı bir ilişki saptanmamıştır (Guliyev, 2012; Evren ve ark., 2014; Mutlu ve ark., 2015).

Araştırmamızda gruplar arasında eşlik eden tıbbi hastalık ve bulaşıcı hastalık oranları benzerdir. Bulaşıcı hastalık (Hepatit C, Hepatit B, HIV) öyküsü olan 13 kişi (%11,3) kişi bulunmaktadır. Damar içi kullanımın, opiyat kullanım bozukluğuna eşlik eden tıbbi sorunların önemli bir nedeni olduğu bilinmektedir (Ruiz, 2000). Çalışmamızda bulaşıcı hastalık öyküsü oranlarının ülkemizde yapılan diğer çalışmalardan (Sezak ve ark., 2011; Mutlu ve Bilici, 2015) daha düşük saptanmasının örneklemimizdeki hastaların yaş ortalamasının diğer çalışmalardan daha düşük olmasından kaynaklanmış olabileceğini düşünmekteyiz. Öte yandan ülkemizde yatarak tedavi gören opiyat kullanım bozukluğu olan hastalarda yapılmış madde kullanım yönteminin, bulaşıcı hastalıkların değerlendirildiği ve bu faktörlerin tedavi terki etkisinin araştırıldığı kapsamlı bir çalışma bulunmamaktadır.

Opiyat kullanım bozukluğu olan hastalarda eşlik eden başka madde kullanımının sık görüldüğü tespit edilmiştir (Strain, 2002; Edlund ve ark., 2007). Epidemiyolojik araştırmalar, Amerika Birleşik Devletleri'nde, özellikle opioid kullanım bozukluğu olan kişilerde çoklu madde kullanımı yaygınlığını % 30- 49,7 oranları arasında olduğunu göstermiştir (Wu ve ark., 2010; Jarlenski ve ark., 2017). Literatürde yer alan bir araştırmada opiyat kullanım bozukluğu olan kişilerin %40,9'una çoklu madde kullanımının eşlik ettiği gösterilmiştir (Ling ve ark., 2018). Ülkemizde yatarak ve ayaktan tedavi gören opiyat bağımlıları ile yapılmış bir araştırmada opiyat kullanımına eşlik eden madde kullanımının sırasıyla alkol,esrar, ekstazi, kokain kullanım oranları yüksek bulunmuştur (Nebioğlu ve ark., 2013). Bir başka araştırmada ise polikliniğe başvuran opiyat bağımlılığı olan hastaların %35'inin esrar kullandığı belirtilmiştir (Türkcan, 1998). Araştırmamızda da % 46,1 oranında çoklu madde kullanımı olduğu saptanmıştır. Opiyat kullanımına en sık kokain kullanımının sonrasında esrar/bonzai kullanımının eşlik ettiğini saptadık. Araştırmamız yatarak tedavi gören opiyat kullanım bozukluğu olan hastalarda eşlik eden madde kullanımı özelliklerinin ve bu kullanımın tedavi terki etkisinin araştırıldığı ilk çalışma olması açısından önemlidir. Literatürde yer alan bir çok araştırmada çoklu madde kullanımının madde kullanım bozukluğu tedavisini olumsuz etkilediği, relaps ve tedavi terki riskini arttırdığı bildirilmiştir (Wasserman ve ark., 1998; Termorshuizen ve ark., 2005; Williamson ve ark., 2006; Brorson ve ark., 2013;

Rosic ve ark., 2017; Wang ve ark., 2017; Ling ve ark., 2018). Araştırmamızda opiyat kullanım bozukluğuna eşlik eden kokain kullanımı olanların %64,7'sinin tedaviyi terk ettiği görülmüştür. Ancak çoklu madde kullanımı ile tedavi terki arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. Bu sonuç literatür bilgisiyle tutarlılık göstermemektedir. Bu durum örneklem sayımızın görece yetersiz olmasıyla ilişkili olabilir.

Araştırmaya katılan kişilerin ailelerinde alkol-madde kullanımı ve psikiyatrik hastalık öyküsü açısından tedaviyi tamamlayan ve terk eden grup arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır. Ayaktan tedavi programlarına başvuran hastaların ailesinde ve birlikte yaşadığı kişilerde alkol/madde kullanımı olanlarda tedavi terki daha yüksek bulunmuştur. Bu çalışmalarda tedaviyi terk eden grupta ailede alkol madde kullanımının daha fazla olmasının, birlikte yaşadığı kişiler veya ailesiyle temasın devam etmesi olduğu düşünülmüştür (Evren ve ark., 2014; Mutlu ve Bilici, 2015). Ancak bu araştırmalar ayaktan tedavi gören hastalarla yapılmış araştırmalardır

Araştırmamızda eroin kullanım süresinin ortanca değeri tedaviyi tamamlayan grupta 6,9 yıl, tedaviyi terk eden grupta 6,5 yıl olarak saptanmıştır. Ülkemizde opiyat kullanım bozukluğu olan hastalarla yapılan bir araştırmada verilerimizle benzer şekilde ortalama eroin kullanım süresi en az 1 yıl, en çok 6 yıl olarak saptanmıştır (Nebioğlu ve ark., 2013). Tedaviyi terk eden ve tamamlayan gruplar arasında eroini bırakma girişimi, hastane yatış sayısı, eroin kullanım süresi, eroin kullanım miktarı açısından anlamlı bir farklılık saptamadık. Vardar ve ark.'nın (2015) amatem servisinde yatarak tedavi gören hastaların tedaviyi terk nedenlerini inceledikleri retrospektif bir araştırmada, daha önce hastane yatış sayıları ile tedaviyi terk arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olmadığı gösterilmiştir. Doğanavşargil ve arkadaşlarının (2004) araştırmasında hastaların ortalama yatış sayısı ise 1,26 olduğu gösterilmiştir. Bizim araştırmamızda da benzer şekilde ortalama yatış sayısı 1,35 saptanmıştır. Bizim araştırmamız da ülkemizdeki araştırmalara benzer şekilde, yatış sayısı ile tedavi terki arasında bir ilişki ortaya konamayacağını göstermektedir.

Araştırmamızda amatem poliklinik takiplerine düzenli gelenler ile tedavide kalma arasındaki ilişki anlamlı olarak bulunmuştur. Bu sebeple düzenli poliklinik kontrollerine gelmenin yatarak tedavi programını tamamlama için önemli bir

belirleyici olduğunu düşünmekteyiz. Literatürde ayaktan takipleri bırakmanın % 55 gibi yüksek bir oranda olduğu bildirilmiş olsa da, bu bırakma oranının genel olarak tedavi sonuçları için ne anlama geldiğinin bilinmediği ve hangi faktörlerin tedavide kalmayı öngördüğünün belirsizliğini koruduğu ifade edilmiştir (Sayre ve ark., 2002). Amerika'da yapılan madde bağımlılığı araştırma sonuçları ayaktan tedavi terk oranının tedavinin tipine göre %15-76 arasından değiştiğini belirtmektedir (Dawe ve ark., 1993; Gruber ve ark., 2000; Katz ve ark., 2002). İki veya 3 kez poliklinik takiplerine gelmenin tedavide kalma için önemli bir prediktör olduğu gösterilmiştir (Gruber ve ark., 2000). Yapılan bir araştırmada buprenorfin tedavisi başlanan hastaların taburculuk sonrası takiplerinde %49'unun taburculuk sonrası ilk kontrole geldiği 30., 90. ve 180. günlerdeki başvurularının sırasıyla %39, %27 ve %18 olduğu saptanmıştır (Throwbridge ve ark., 2017). Araştırmamız Türkiye'de yatarak tedavi gören opiyat kullanım bozukluğu olan hastalarda amatem poliklinik başvurularının tedavide kalmaya etkisini inceleyen ilk araştırmadır. Poliklinik takibine uyumun yatarak tedaviye uyum konusunda önemli bir belirleyici ve yatarak tedavi endikasyonları oluşturulurken göz önünde bulundurulması gereken önemli bir parametre olduğunu düşünmekteyiz.

Araştırmamıza katılan kişiler %27,9 oranında cinsel ve fiziksel istismar ve %13,9 oranından fiziksel ve ihmal bildirmişlerdir. Çocukluk çağı travma öyküsü olan %41,7 kişi olduğu saptanmıştır. Madde kullanım bozukluğu olan kişilerde çocukluk çağı travmatik yaşantılarına çok sık rastlandığı bir çok araştırma ile gösterilmiştir (Heffernan ve ark., 2000; Evren ve ark., 2006; Sansone ve ark., 2009; Peles ve ark., 2012). Çocukluk çağındaki olumsuz yaşantılar opiyat bağımlılığı ile ilişkisi bilinmektedir (Moselhy ve ark., 2010; Afifi ve ark., 2012). Madde kullanım bozukluğu olan yetişkin kadınlarda çocukluk çağı travma maruziyeti %43 ile %74 arasında değiştiği bildirilmiştir. Çocukluk çağı travmatik yaşantıları olumsuz tedavi sonuçları ile bağlantılı bulunmuştur (Gilbert ve ark., 1997; Peles ve ark., 2012; Taplin, 2014; Kumar ve ark., 2016). Ayaktan BN sürdürüm tedavisi görenlerde yapılan bir araştırmada çocukluk çağı travmatik öyküsü bulunanların tedaviyi tamamlama oranları daha düşük bulunmuştur (Kumar ve ark., 2016). Tedavinin en önemli bileşeni tedaviye katılım ve tedavide kalmadır. Çocukluk çağı istismar ve ihmal öyküsünün

güvenli bağlanma ve ilişki kurabilme yeteneğine engel olabildiği öne sürülmüştür (Lowell ve ark., 2014). Araştırmamızın sonuçları literatürle uyumlu bulunmamıştır. Araştırmamıza katılan hastalarla araştırma bağlamında tek görüşme yapılmış olması ve bu görüşmede çocukluk döneminde yaşadıkları cinsel ve fiziksel travmaları açıklamamış olabileceklerini düşünmekteyiz.

Araştırmamızda psikiyatrik eş tanısı olanlar tedavide kalma ve tedavi terki açısından karşılaştırılmış, gruplar arasında anlamlı bir farklılık tespit edilmiştir. Bu sonuçlara göre eşlik eden psikiyatrik bozuklukların varlığı tedavide kalmayı etkilemektedir. ABD’de madde kullanım bozukluğu dışı 1. eksen eş tanı varlığı yaşam boyu %24 olarak saptanmıştır. En sık eşlik eden 1. eksen tanı grubunun, duygudurum bozuklukları olduğu belirtilmiştir (Strain ve ark., 2009). Evren ve arkadaşlarının 2002 yılında yaptığı bir çalışmada opiyat bağımlılarında bir veya daha fazla psikiyatrik bozukluk tanısı alma oranı %67,1 bulunmuştur. Biz de çalışmamızda bu orana benzer şekilde %66,1 saptadık. Ülkemizde yapılan bir diğer çalışmada madde kullanım bozukluğuna eşlik eden en sık tanının duygudurum bozuklukları olduğu gösterilmiştir (Darçın ve ark., 2015). Araştırmamızda opiyat kullanım bozukluğuna %37,9 oranında en çok duygudurum bozukluklarının eşlik ettiği, sonrasında sırasıyla %12,9 oranında DEHB ve %8,6 oranında anksiyete bozukluğunun eşlik ettiğini bulduk. ABD’de 2001-2002 yıllarında geniş bir epidemiyolojik örnekleme yapılan araştırmada, herhangi bir madde kullanımı olan bireylerde %44’ünde eşlik eden 1. eksen tanı saptanmıştır (Chen ve ark., 2006). Opiyat bağımlılarında eşlik eden I. Eksen psikiyatrik bozuklukların araştırıldığı ülkemizde yapılan bir araştırmada duygudurum bozuklukları %50 oranında saptanmıştır (Evren ve ark., 2002). Krausz ve arkadaşları (1998) tarafından Almanya’da yapılan uzun süreli bir izlem çalışmasında opiyat bağımlılarının %55’inde eşlik eden bir veya daha fazla psikiyatrik bozukluk saptanmıştır. Depresyonun tedavi sonuçlarını nasıl etkilediği hala bilinmemekle birlikte tedavi uyumunu etkilediği belirtilmiştir (Kennedy ve Serin 1997; VanVoorhis 2000). Opiyat tedavisini terk eden kişilerde yüksek anksiyete ve depresif semptomlar gözlemlendiği, eşlik eden psikiyatrik tanılarının tedaviyi zorlaştırdığı ve tedavi sonuçlarını olumsuz etkilediği bildirilmiştir (Brooner ve ark., 1997; Brady ve ark., 2005; Kessler ve ark., 2005; Lejuez ve ark., 2008; Cousins ve ark., 2011). Madde kullanım bozukluğu

tedavisinde tedavi terkine sebep olan risk faktörlerini inceleyen bir gözden geçirme araştırmasında toplam 39 (% 31) araştırmada madde kullanım bozukluğu olan kişilerde eşlik eden psikiyatrik bir tanıya sahip olmakla bağımlılık tedavisini terk etme arasındaki ilişki araştırılmıştır. Bu gözden geçirme araştırmasında duygudurum bozuklukları 23 araştırmada incelenmiştir ve beş araştırmada tedaviyi terkiyle ilgili ilişki bulunmuştur. Anksiyete bozuklukları ve tedavi terki arasında ilişkiyse 14 araştırmada incelenmiş ve dördünde istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (Brorson ve ark., 2013). Yapılan bir gözden geçirmede komorbid psikiyatrik tanıları olan, madde kullanım bozukluğu ile tedavi gören yetişkinlerin mevcut tedavi programlarına daha zor entegre olduğu bildirilmiştir (Torrens ve ark., 2012). Eşlik eden psikiyatrik tanısı olan hastalarda, tedavide kalmayı sağlamak için multidisipliner yaklaşımların gerekli olduğu vurgulanıyor olsa da bu hastaların nerede tedavi edilmesi gerektiği hala önemli bir sorudur. ABD ve Avustralya'da yapılan çalışmalarda (Joe ve ark., 1999; Darke ve ark., 2007; Hser, 2007) da çalışmamıza benzer sonuçlar çıkmış olması psikiyatrik eş tanıları olan kişilerin relapsa yol açan çevresel faktörlere karşı koymakta güçlük çektiklerini göstermekte, bu nedenle bu hastaların kişiye özel yaklaşımla ele alınması gerekmektedir. Tedavi programlarında esnekliği arttırmanın ve maddeyle ilgili psikoeğitim yoğunluğunu azaltmanın tedavide kalmayı arttıracak müdahaleler olduğunu düşünmekteyiz.

Araştırmamızda DEHB eş tanısını %13 oranında saptadık. Tedaviyi terk eden hastaların %23'ünde DEHB eş tanısının olduğu bulduk. Tedavide kalan ve tedaviyi terk eden hastalar arasında DEHB eş tanısı açısından anlamlı farklılık saptadık. Erişkin DEHB Tanı ve Değerlendirme Ölçeği (Turgay) puanları açısından ise anlamlı farklılık olmadığını saptadık. Madde Kötüye Kullanımı olan kişilerde DEHB'nin yaşam boyu yaygınlık oranının %15 ile %25 arasında değiştiği bildirilmiştir (Hannesdottir, 2001; Wilens, 2004; Matsumoto, 2005). Ülkemizde yapılan araştırmalarda yurt dışındaki sonuçlara benzer prevalans oranları bulunmuştur (Öztürk, 2009; Özdemiroğlu, 2016). Modestin ve arkadaşları (2001), tarafından opiyat bağımlılığı nedeniyle yatarak tedavi gören yetişkinlerde yapılan bir araştırmada %11 oranında DEHB tanısının eşlik ettiği saptanmıştır. Opiyat kullanım bozukluğu ve eşlik eden DEHB tanısının klinik bir tanı olduğu, DEHB tanısını kesin koyduran bir test olmadığı gibi, tanı için birçok alanı

kapsayan ve farklı bilgi kaynaklarından alınan öyküyü içeren bir değerlendirme de yapılması gerektiği bilinmektedir (Kaplan & Sadock, 2009). Erişkin DEHB Değerlendirme ölçeklerinde gruplar arasında anlamlı farklılık bulunmamasının çalışmamızda aile üyelerinin değerlendirme sürecinin bir parçası olmamasından kaynaklanabileceğini düşünmekteyiz. Hastaların aile üyelerine (ebeveyn/bakım veren) göre DEHB semptomları hakkında daha az içgörüyü ve çocukluk öyküleriyle ilgili göreceli olarak daha az bilgiye sahip olduklarını düşünmekteyiz. Araştırmamızda aile görüşmesi yapılmamış olması araştırmamızın kısıtlılıklarındandır.

### 5.3 Ölçeklerin Değerlendirilmesi

Opiyat aşermesi negatif pekiştireçlere (yoksunluk semptomları) veya pozitif pekiştireçlere (öforik etki) bağlı olabilir (Fareed ve ark., 2010). Araştırmamıza katılan kişiler yoksunluk sırasında araştırmaya dahil edilmemiştir. Araştırmamızda kullandığımız madde aşerme ölçeğinde pozitif pekiştireçler sorgulanmıştır. Güneş ve ark.'nın araştırmasında tedavi başlangıcındaki aşerme sıklığı ve süresinin tedaviyi terk eden grupta tedavide kalan gruba göre daha fazla olduğu saptanmıştır (Güneş, 2010). Aşerme ölçeklerinin, bir tedavi programında tedavinin ve tedavide kalmanın öngörücüleri olabileceği gösterilmiştir (Heinz ve ark., 2006). Aşermenin nüksün erken bir belirtisi olabileceği öne sürülmüştür (Fareed ve ark., 2010). Ülkemizde Evren ve arkadaşları, (2014) tarafından yapılan araştırmada tedaviyi bırakan grup ile tedaviye uyumlu grup arasında aşerme skorları açısından anlamlı fark saptanmamıştır. Guliyev ve arkadaşları (2012), tedaviye devam eden ve etmeyen gruplar arasında aşerme şiddetleri açısından anlamlı bir fark saptamamıştır. Araştırmamızda tedavide kalan ve tedaviyi terk eden gruplar Madde Aşerme Ölçeği puanları açısından karşılaştırılmış, gruplar arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık tespit edilmemiştir. Bağımlılık Profili İndeksinin alt ölçeklerinden “Şiddetli İstek” alt ölçeği ise terk eden grupta anlamlı olarak yüksek bulunmuştur. Bağımlılık Profil İndeksi çok boyutlu bir ölçektir, ölçek geliştirilirken MAÖ kullanılarak geçerlilik güvenilirliği yapılmıştır. Her iki ölçeğin soruları incelendiğinde, iki ölçeğin de aşerme ile ilgili benzer sorular içerdiği görülmektedir. Ancak BAPİ “Şiddetli İstek” alt ölçeğinin 30. sorusunda MAÖ ölçeğinden farklı olarak “madde kullanmayı istememenize rağmen yine de gidip

madde kullandığınız oldu mu” sorusu yer almaktadır. BAPİ ölçeğinde bu soruyla istek ve kullanım durumu birlikte sorgulanmaktadır. Bulgularımız arasındaki farklılığın bu sorudan kaynaklanıyor olabileceğini düşünmekteyiz

Tedavi süresini tamamlayan ve tamamlayamayan hastaların Değişime Hazır Olma Aşamaları ve Tedaviyi İsteme Ölçeği ölçeği puanları karşılaştırıldı. Gruplar arası ölçek puanları anlamlı farklılık göstermemiştir. Kişilerin tedavi motivasyonlarının tedavinin prognozunu etkilediği ve tedaviyi bırakma nedenlerinden biri olduğu gösterilmiştir (Bilici ve ark., 2014). Claus ve Kindleberger (2002) motivasyonun olmamasının, hastaların tedaviyi yarım bırakarak tamamlayamaması, depresme ve olumsuz gidişe neden olduğunu bildirmiştir. Madde kullanım bozukluğu sebebiyle ayaktan tedavi gören çok sayıda mahkumun yer aldığı bir araştırmada, cinsiyetten bağımsız olarak değişim motivasyonun, tedavide kalmayı öngördüğü gösterilmiştir (Pelissier, 2004). Nosyk ve arkadaşları (2010) tedavi motivasyonu ile tedavide kalma arasında bir ilişki olmadığını bildirmiştir. Motivasyonun dinamik bir süreç olduğunun unutulmaması gerektiği ve bu yüzden de düşükten yüksek motivasyona geçişi sağlayan etkenleri tanımlamak madde bağımlılığı tedavisi araştırmasının önemli hedefi olduğu belirtilmiştir (De Leon ve Jainchill, 1986). Aslında tedaviye hazır olma ve tedavi için motivasyon ayrı ayrı düşünüldüğünde kendine özgü dönemleri olan bir süreçler olduğu bilinmektedir. (Prochaska ve DiClement, 1982). Maddeyi bırakmak istedikleri için yatarak tedaviyi giren hastaların motivasyonlarının tedaviyi her aşamada sürdürmek için yeterli olmadığını düşünmekteyiz. Tedavi terkine etki eden motivasyon dışında kişilik bozukluğu gibi eşlik eden tanılarının da etki etmiş olabileceğini düşünmekteyiz. Araştırmamızda eşlik eden kişilik bozukluğu tanısı olup olmadığını incelemedik, bu araştırmamızın kısıtlılığıdır.

Araştırmamızda Algılanan Stres Ölçeği puanları açısından gruplar arasında anlamlı bir fark tespit etmedik. Yatarak MKB tedavisi gören kişilerin ayaktan tedavi görenlere göre daha fazla stres yaşadığı ifade edilmiştir (Fuller ve ark., 2007). Bazı araştırmalar (Saladin ve ark., 2003; Fox ve ark., 2006; Daughters ve ark., 2009; Constantinou ve ark., 2010) algılanan stresin fazla olmasının tedavi terkinin etkileyen faktörlerden biri olduğunu göstermiştir. Literatürde yer alan bir araştırmada metadon sürdürüm tedavisi altındaki kişilerden tedaviyi terk edenlerin algılanan stres ölçeği

puanlarının daha fazla olduğu belirtilmiştir (Jaremko ve ark., 2015). Bizim araştırmamız ise yatarak tedavi gören hastalarda yapılmıştır, her iki grupta da stres düzeyleri benzer olduğunu görmekteyiz.

Araştırmamızda sosyal destek düzeyinin tedavide kalmayla ilişkisi ÇBASDÖ ile değerlendirilmiştir. Tedaviyi terk eden ve tedaviyi tamamlayan grup arasında ÇBASDÖ puanları benzerdir ve gruplar arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır. Uzun süreli opiyat sürdürüm tedavisinin aile ilişkilerini düzelttiği bilinmesine rağmen tedavide kalmanın algılanan sosyal desteği olumlu yönde etkileyip etkilemediği belirsizliğini korumaktadır (Sun ve ark., 2015; Zhou ve ark., 2017). ABD’de ayaktan tedavi programında naltrekson kullananlarda yapılan bir araştırmada, araştırmamızla benzer bir şekilde algılanan sosyal desteğin tedavide kalma ile ilişkili olmadığı bulunmuştur (Grey ve ark., 1986). Yapılan bir araştırmada akran desteği az olanların tedavide kalma olasılığının az olduğu gösterilmiştir (Booth ve ark., 2004). Bundan farklı olarak bir diğer araştırmada farklı olarak daha fazla akran desteği olanlarda tedaviyi terkin daha fazla olduğu bulunmuştur (Sarasvita, 2012). Araştırmamızda tedaviyi terk eden grupta, yaşam boyu algılanan arkadaş /özel insan desteği alt ölçek puanları tedavide kalan gruba göre düşük saptanmıştır. ÇBASDÖ aile desteği alt ölçeği puan ortalamasının diğer gruplara göre yüksek olduğu görülmüştür; ancak gruplar arasında anlamlı bir farklılık tespit edilmemiştir. Bunun olası nedeni, hastaların önemli bir kısmının görüşme sırasında sosyal desteklerinin az olduğunu ifade etmelerine rağmen, ölçek skorlarında aile-sosyal ilişki sorularına verilen yanıtların bu konuyla ilgili farkındalıklarının düşük olduğunu düşündürmesidir.

Araştırmamızda UPPS Dürtüsel Davranış Ölçeği puanları açısından gruplar arasında anlamlı bir fark saptamadık. Loree ve arkadaşları tarafından 2015 yılında yapılan madde kullanım bozukluklarında tedavi sonuçlarının yordayıcısı olarak dürtüsellik incelenildiği bir gözden geçirme araştırmasında dürtüsellik tedavi sonuçlarını olumsuz yönde etkilediği vurgulanmıştır. Çalışmamızda hasta grupları arasında dürtüsellik açısından farklılık saptanmaması, grupların benzer dürtüsel örüntülere sahip olduğunu göstererek literatürle çelişmektedir.

Araştırmamızda tedavi terki olan hastaların ortalama 1 hafta içerisinde tedaviyi terk ettikleri saptanmıştır. Hastaların tedavi terk nedenleri sorgulandığında gerçekçi nedenler öne sürmedikleri ya da tedavi terk nedenleri ile ilgili konuşmaktan

kaçındıkları görülmüştür. Hastalar çoğunlukla serviste kalmaktan sıkıldıkları ya da servisten taburcu olmalarını gerektirecek önemli bir işleri olduğuna dair nedenler öne sürmüşlerdir. Bu durum kişinin tedaviyi terk etmeye karar verdiği esnada tedavide kalması için ikna edilmesini güçleştirmektedir. Bu nedenle hastaların tedavinin başlangıcında tedavi terkine neden olabilecek risk faktörlerinin belirlenmesinin önemli olduğunu düşünmekteyiz.



## 6. SONUÇ

Yatış öncesi amatem poliklinik başvurusu düzenli olmayan hastaların yatarak tedaviyi daha yüksek oranda terk ettiği görülmüştür. Bu durum hastaların ayaktan opiyat kullanım bozukluğu tedavi sürecine uyumunun yatarak tedavi öncesinde değerlendirilmesinin tedavide kalma oranları açısından önemli katkı sağlayacağını göstermektedir. Eşlik eden psikiyatrik eş tanı varlığı, özellikle dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu tanısı olan hastalarda tedavi terki daha yüksek oranda saptanmıştır. Aşerme ile ilişkili olan BAPİ “Şiddetli İstek” alt ölçeğinin tedavi terkini yordayan bir etmen olduğu bulunmuştur. Bu durumun bu alt ölçekte MAÖ’den farklı olarak son bir hafta içinde madde kullanım şiddetinin de sorgulanması ile ilişkili olduğunu düşünmekteyiz. Diğer klinik etmenler ve bunların yanısıra aşerme, algılanan stres, motivasyon, algılanan sosyal destek ve dürtüsellik alarındaki ölçek skorları açısından gruplar arasında anlamlı bir farklılık saptanmamıştır. Opiyat kullanım bozukluğu tanısıyla yatarak tedavi gören hastalarda tedavi terk oranlarının azaltılması için, yatarak tedavi süresinin 21 gün gibi görece kısa bir süre olması nedeniyle hastaların yatış öncesi poliklinik takiplerinde psikiyatrik eş tanılarının tedavisinin önemli olduğunu görülmektedir.

Tedavi terki ile ilgili nedenler farklı ülke ve coğrafyalarda farklı klinik özellikler ile ilişkili olabilmektedir. Araştırmamız bildiğimiz kadarıyla yatarak tedavi gören opiyat kullanım bozukluğu tanılı hastalarda, tedavi terkini neden olan faktörleri inceleyen ülkemizdeki ilk araştırmadır. Tedavi terkinin ve madde kullanımına devam edilmesinin bireye ve topluma getirdiği zararlar ve yükler göz önüne alındığında, elde ettiğimiz verilerin ülkemizde opiyat kullanım bozukluğunun yatarak tedavisinde tedavi terki ile ilişkili etmenlerin daha iyi anlaşılmasına, bireyler için daha verimli tedavi süreçleri ve sağlık politikaları geliştirilmesine katkı sağlayacağını düşünmekteyiz. Ülkemizde bu alanda gelecekte yeni araştırmaların ihtiyaç duyulduğunu düşünmekteyiz.

## 7. ARAŞTIRMANIN KISITLILIKLARI

Yaptığımız çalışmanın belirli kısıtlılıkları vardır. Araştırmamızın kısıtlılıklarından birisi araştırma için alınan örneklem sayımızın görece azlığıdır. Araştırma örneklemimiz sadece yatarak tedavi görmekte olan opiyat kullanım bozukluğu olan hastalardan oluşmaktadır, ayaktan tedavi başvurusu olan hastalar dahil edilmemiştir. Amatem servisimizde yatarak tedavi gören kadın hastaların sayısının az olması nedeniyle daha az sayıda kadın hasta örnekleme dahil edilebilmiştir. Araştırma da kullanılan ölçekler özbildirime dayalı olmasının da hastalarla ilgili özelliklerin elde edilmesinde kısıtlılık yarattığını düşünmekteyiz. Araştırmamızda bir diğer kısıtlılık da bilgilerin teyidi amacıyla aile görüşmesi yapılamamış olmasıdır.

## 8. KAYNAKLAR

Abuse, S. (2013). Mental Health Services Administration (SAMHSA). Results from the, 35-42.

Afifi, T. O., Henriksen, C. A., Asmundson, G. J., & Sareen, J. (2012). Childhood maltreatment and substance use disorders among men and women in a nationally representative sample. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 57(10), 975-982.

Andersson, H. W., Steinsbekk, A., Walderhaug, E., Otterholt, E., & Nordfjærn, T. (2018). Predictors of dropout from inpatient substance use treatment: a prospective cohort study. *Substance abuse: research and treatment*, 12, 1178221818760551.

Anton, R. F. (1999). What is craving. *Alcohol Research and Health*, 23(3), 165-173.

Arfken, C. L., Klein, C., di Menza, S., & Schuster, C. R. (2001). Gender differences in problem severity at assessment and treatment retention. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 20(1), 53-57.

Asan, Ö., Tıkır, B., Okay, İ. T., & Göka, E. (2015). Bir AMATEM birimine başvuran alkol ve madde kullanım bozukluğu olan hastaların sosyodemografik ve klinik özellikleri. *Bağımlılık Dergisi*, 16(1), 1-8.

Backmund, M., Meyer, K., Eichenlaub, D., & Schütz, C. G. (2001). Predictors for completing an inpatient detoxification program among intravenous heroin users, methadone substituted and codeine substituted patients. *Drug and Alcohol Dependence*, 64(2), 173-180.

Ball, S. A., Carroll, K. M., Canning-Ball, M., & Rounsaville, B. J. (2006). Reasons for dropout from drug abuse treatment: Symptoms, personality, and motivation. *Addictive behaviors*, 31(2), 320-330.

Barreno, E. M., Domínguez-Salas, S., Díaz-Batanero, C., Lozano, Ó. M., Marín, J. A. L., & Verdejo-García, A. (2019). Specific aspects of cognitive impulsivity are longitudinally associated with lower treatment retention and greater relapse in therapeutic community treatment. *Journal of substance abuse treatment*, 96, 33-38.

Bilici, R., Yazici, E., Tufan, A. E., Mutlu, E., İzci, F., & Uğurlu, G. K. (2014). Motivation for treatment in patients with substance use disorder: personal volunteering versus legal/familial enforcement. *Neuropsychiatric disease and treatment*, 10, 1599.

Booth, M. (1997). Haşhaşdan eroine: uyuşturucunun 6000 yıllık öyküsü. *Sabah Kitapları*.

Booth, R. E., Corsi, K. F., & Mikulich-Gilbertson, S. K. (2004). Factors associated with methadone maintenance treatment retention among street-recruited injection drug users. *Drug and Alcohol Dependence*, 74(2), 177-185.

Bottlender, M., & Soyka, M. (2005). Efficacy of an intensive outpatient rehabilitation program in alcoholism: predictors of outcome 6 months after treatment. *European Addiction Research*, 11(3), 132-137.

Bradizza, C. M., Stasiewicz, P. R., & Paas, N. D. (2006). Relapse to alcohol and drug use among individuals diagnosed with co-occurring mental health and substance use disorders: a review. *Clinical psychology review*, 26(2), 162-178.

Brady, K. T., & Sinha, R. (2005). Co-occurring mental and substance use disorders: the neurobiological effects of chronic stress. *American Journal of Psychiatry*, 162(8), 1483-1493.

Brady, K. T., Killeen, T., Saladin, M. E., Dansky, B., & Becker, S. (1994). Comorbid substance abuse and posttraumatic stress disorder: Characteristics of women in treatment. *The American Journal on Addictions*, 3(2), 160-164.

Bravo, M. J., Barrio, G., De La Fuente, L., Royuela, L., Domingo, L., & Silva, T. (2003). Reasons for selecting an initial route of heroin administration and for subsequent transitions during a severe HIV epidemic. *Addiction*, 98(6), 749-760.

Brener, L., Resnick, I., Ellard, J., Treloar, C., & Bryant, J. (2009). Exploring the role of consumer participation in drug treatment. *Drug and alcohol dependence*, 105(1-2), 172-175.

Brewer, D. D., Catalano, R. F., Haggerty, K., Gainey, R. R., & Fleming, C. B. (1998). RESEARCH REPORT A meta- analysis of predictors of continued drug use during and after treatment for opiate addiction. *Addiction*, 93(1), 73-92.

Broekaert, E., Raes, V., Kaplan, C. D., & Coletti, M. (1999). The design and effectiveness of therapeutic community research in Europe: an overview. *European Addiction Research*, 5(1), 21-35.

Broner, R. K., King, V. L., Kidorf, M., Schmidt, C. W., & Bigelow, G. E. (1997). Psychiatric and substance use comorbidity among treatment-seeking opioid abusers. *Archives of General psychiatry*, 54(1), 71-80.

Brorson, H. H., Arnevik, E. A., Rand-Hendriksen, K., & Duckert, F. (2013). Drop-out from addiction treatment: A systematic review of risk factors. *Clinical psychology review*, 33(8), 1010-1024.

Brown, B. S., O'Grady, K. E., Battjes, R. J., & Katz, E. C. (2004). The Community Assessment Inventory—Client views of supports to drug abuse treatment. *Journal of substance abuse treatment*, 27(3), 241-251.

- Brown, R. (2004). Heroin dependence. *WMJ-MADISON-*, 103(4), 20-26.
- Cahill, M. A., Adinoff, B., Hosig, H., Muller, K., & Pulliam, C. (2003). Motivation for treatment preceding and following a substance abuse program. *Addictive behaviors*, 28(1), 67-79.
- Chen, C. M., Yi, H. Y., Falk, D. E., Stinson, F. S., Dawson, D. A., & Grant, B. F. (2006). Alcohol use and alcohol use disorders in the United States: Main findings from the 2001–2002 National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions (NESARC). *US Alcohol Epidemiologic Data Reference Manual*, 8(1), 1-247.
- Ciccarone, D. (2009). Heroin in brown, black and white: Structural factors and medical consequences in the US heroin market. *International Journal of Drug Policy*, 20(3), 277-282.
- Claus, R. E., & Kindleberger, L. R. (2002). Engaging substance abusers after centralized assessment: Predictors of treatment entry and dropout. *Journal of Psychoactive Drugs*, 34(1), 25-31.
- Cohen, S., Kamarck, T., & Mermelstein, R. (1983). A global measure of perceived stress. *Journal of health and social behavior*, 385-396.
- Compton III, W. M., Cottler, L. B., Jacobs, J. L., Ben-Abdallah, A., & Spitznagel, E. L. (2003). The role of psychiatric disorders in predicting drug dependence treatment outcomes. *American Journal of Psychiatry*, 160(5), 890-895.
- Constantinou, N., Morgan, C. J., Battistella, S., O’Ryan, D., Davis, P., & Curran, H. V. (2010). Attentional bias, inhibitory control and acute stress in current and former opiate addicts. *Drug and alcohol dependence*, 109(1-3), 220-225.
- Contet, C., Kieffer, B. L., & Befort, K. (2004). Mu opioid receptor: a gateway to drug addiction. *Current opinion in neurobiology*, 14(3), 370-378.
- Coşkunol, H. (2008). Güncel Klinik Psikiyatri. İçinde: Alkol dışı madde kullanım bozuklukları. (Ed): Erdal Işık, Ender Taner, Umut Işık. Golden Print Matbaası, Ankara, 335-49
- Cousins, G., Teljeur, C., Motterlini, N., McCowan, C., Dimitrov, B. D., & Fahey, T. (2011). Risk of drug-related mortality during periods of transition in methadone maintenance treatment: a cohort study. *Journal of substance abuse treatment*, 41(3), 252-260.
- Crist, R. C., Li, J., Doyle, G. A., Gilbert, A., Dechairo, B. M., & Berrettini, W. H. (2018). Pharmacogenetic analysis of opioid dependence treatment dose and dropout rate. *The American journal of drug and alcohol abuse*, 44(4), 431-440.
- Crocq, M. A. (2007). Historical and cultural aspects of man's relationship with addictive drugs. *Dialogues in clinical neuroscience*, 9(4), 355.

Croughan, J. L. (1985). The contributions of family studies to understanding drug abuse. *Studying Drug Abuse, Series in Psychosomatic Epidemiology*, 6, 93-116.

Dalley, J. W., Everitt, B. J., & Robbins, T. W. (2011). Impulsivity, compulsivity, and top-down cognitive control. *Neuron*, 69(4), 680-694.

Darcin, A. E., Nurmedov, S., Noyan, C. O., Yilmaz, O., & Dilbaz, N. (2015). Psychiatric Comorbidity Among Inpatients in an Addiction Clinic and Its Association with The Process of Addiction. *Dusunen Adam: Journal of Psychiatry & Neurological Sciences*, 28(3).

Darke, S., Campbell, G., & Popple, G. (2012). Retention, early dropout and treatment completion among therapeutic community admissions. *Drug and alcohol review*, 31(1), 64-71.

Darke, S., Ross, J., Mills, K. L., Williamson, A., Havard, A., & Teesson, M. (2007). Patterns of sustained heroin abstinence amongst long-term, dependent heroin users: 36 months findings from the Australian Treatment Outcome Study (ATOS). *Addictive behaviors*, 32(9), 1897-1906.

Daughters, S. B., Richards, J. M., Gorka, S. M., & Sinha, R. (2009). HPA axis response to psychological stress and treatment retention in residential substance abuse treatment: a prospective study. *Drug and alcohol dependence*, 105(3), 202-208.

Dawe, S., POWELL, J., Richards, D., Gossop, M., Marks, I., Strang, J., & Gray, J. A. (1993). Does post- withdrawal cue exposure improve outcome in opiate addiction? A controlled trial. *Addiction*, 88(9), 1233-1245.

Dayal, P., & Balhara, Y. P. S. (2017). A naturalistic study of predictors of retention in treatment among emerging adults entering first buprenorphine maintenance treatment for opioid use disorders. *Journal of substance abuse treatment*, 80, 1-5.

Deane, F. P., Wootton, D. J., Hsu, C. I., & Kelly, P. J. (2012). Predicting dropout in the first 3 months of 12-step residential drug and alcohol treatment in an Australian sample. *Journal of studies on alcohol and drugs*, 73(2), 216-225.

De Leon, G., & Jainchill, N. (1986). Circumstance, motivation, readiness and suitability as correlates of treatment tenure. *Journal of Psychoactive Drugs*, 18(3), 203-208.

De Weert-Van Oene, G. H., Schippers, G. M., De Jong, C. A., & Schrijvers, G. J. (2001). Retention in substance dependence treatment: The relevance of in-treatment factors. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 20(4), 253-261.

De Wit, H. (2009). Impulsivity as a determinant and consequence of drug use: a review of underlying processes. *Addiction biology*, 14(1), 22-31.

Degenhardt, L., Charlson, F., Mathers, B., Hall, W. D., Flaxman, A. D., Johns, N., & Vos, T. (2014). The global epidemiology and burden of opioid dependence: results from the global burden of disease 2010 study. *Addiction*, 109(8), 1320-1333.

Degenhardt, L., Whiteford, H. A., Ferrari, A. J., Baxter, A. J., Charlson, F. J., Hall, W. D., ... & Flaxman, A. (2013). Global burden of disease attributable to illicit drug use and dependence: findings from the Global Burden of Disease Study 2010. *The Lancet*, 382(9904), 1564-1574.

DiClemente, C. C., & Scott, C. W. (1997). Stages of change: Interactions with treatment compliance and involvement. *NIDA Res Monogr*, 165, 131-56.

DiClemente, C. C., Carbonari, J., Zweben, A., Morrel, T., & Lee, R. E. (2001). Motivation hypothesis causal chain analysis. *Project MATCH hypotheses: Results and causal chain analyses*, 8, 206-222.

Dilbaz, N. (2012). Opiyat Bağımlılığı, İçinde: Madde Bağımlılığı Tanı ve Tedavi Kılavuzu El Kitabı, 879, 62-101.

Dobkin, P. L., Civita, M. D., Paraherakis, A., & Gill, K. (2002). The role of functional social support in treatment retention and outcomes among outpatient adult substance abusers. *Addiction*, 97(3), 347-356.

Doğanavşargil, G. Ö., Sertöz, Ö. Ö., Coşkunol, H., & Şen, G. (2004). EÜTF Psikiyatri anabilim dalı bağımlılık tedavi biriminin hasta verilerinin on yıllık geriye dönük olarak incelenmesi: Madde kullanan hastaların sosyodemografik özellikleri. *Bağımlılık Dergisi*, 5(3), 115-20.

Edlund, M. J., Steffick, D., Hudson, T., Harris, K. M., & Sullivan, M. (2007). Risk factors for clinically recognized opioid abuse and dependence among veterans using opioids for chronic non-cancer pain. *Pain*, 129(3), 355-362.

Eker, D., & Arkar, H. (1995). Çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeğinin faktör yapısı, geçerlik ve güvenilirliği. *Türk Psikoloji Dergisi*, 10(34), 45-55.

EMCDDA, 2015. *European Drug Report 2015*. Luxembourg: Publications Office of the European Union

EMCDDA. (2010). *European Drug Report 2010*. Lisbon, Portugal: EMCDDA

EMCDDA. (2014). *European Drug Report 2014*. Lisbon, Portugal: EMCDDA

EMCDDA. (2017). *European Drug Report 2017*. Lisbon, Portugal: EMCDDA

EMCDDA. (2018). *European Drug Report 2018*. Lisbon, Portugal: EMCDDA

Eslek, A. Y., Ozsahin, N., Eslek, I., & Ayer, A. (2015). Drawing Attention to Addiction in Women by Evaluating Female Inpatients Hospitalized in MRSHH-AMATEM. *Dusunen Adam*, 28(2), 179.

Evren, C. (2017). *Opioid Kullanım Bozukluğunda Tanı ve Tedavi Kılavuzu*. İstanbul, *Düşünen Adam Kitaplığı*, 3, s 1- 42

Evren, C., Gürol, D. T., & Ögel, K. (2011). Reliability and validity of Turkish Version the Stages of Change Readiness and Treatment Eagerness Scale (SOCRATES) in male substance dependent inpatients. *Turk Psikiyatri Derg*, 22(Suppl 1), 70-1.

Evren, C., Gürol, D. T., & Ögel, K. (2011). Reliability and validity of the Penn Alcohol Craving Scale (PACS) Revised Version for substance craving in male substance dependent inpatients. *Turk Psikiyatri Derg*, 22(Suppl 1), 70.

Evren, C., Karabulut, V., Can, Y., Bozkurt, M., Umut, G., & Evren, B. (2014). Predictors of outcome during a 6-month follow-up among heroin dependent patients receiving buprenorphine/naloxone maintenance treatment. *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni-Bulletin of Clinical Psychopharmacology*, 24(4), 311-322.

Evren, C., Kural, S., & Cakmak, D. (2006). Clinical correlates of childhood abuse and neglect in substance dependents. *Addictive Behaviors*, 31(3), 475-485.

Evren, E. C., Er, F. O., ERKIRAN, M., & Çakmak, D. (2002). Tedavi Arayışında Olan Eroin Bağımlılarında I. Eksen Psikiyatrik Komorbidite: Sosyodemografik ve Madde Kullanım Özellikleri İle İlişkisi. *Klinik Psikiyatri Dergisi*, 5(2), 92-104.

Fareed, A., Vayalapalli, S., Casarella, J., Amar, R., & Drexler, K. (2010). Heroin anticraving medications: a systematic review. *The American journal of drug and alcohol abuse*, 36(6), 332-341.

Fatseas, M., Denis, C., Massida, Z., Verger, M., Franques-Rénéric, P., & Auriacombe, M. (2011). Cue-induced reactivity, cortisol response and substance use outcome in treated heroin dependent individuals. *Biological psychiatry*, 70(8), 720-727.

Fiellin, D. A., Pantalon, M. V., Chawarski, M. C., Moore, B. A., Sullivan, L. E., O'Connor, P. G., & Schottenfeld, R. S. (2006). Counseling plus buprenorphine–naloxone maintenance therapy for opioid dependence. *New England Journal of Medicine*, 355(4), 365-374.

Flannery, B. A., Volpicelli, J. R., & Pettinati, H. M. (1999). Psychometric properties of the Penn alcohol craving scale. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 23(8), 1289-1295.

Fox, H. C., Garcia, M., Kemp, K., Milivojevic, V., Kreek, M. J., & Sinha, R. (2006). Gender differences in cardiovascular and corticoadrenal response to stress and drug cues in cocaine dependent individuals. *Psychopharmacology*, 185(3), 348-357.

Fuller, B. E., Rieckmann, T., Nunes, E. V., Miller, M., Arfken, C., Edmundson, E., & McCarty, D. (2007). Organizational readiness for change and opinions toward treatment innovations. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 33(2), 183-192.

Gilbert, L., El-Bassel, N., Schilling, R. F., & Friedman, E. (1997). Childhood abuse as a risk for partner abuse among women in methadone maintenance. *The American journal of drug and alcohol abuse*, 23(4), 581-595.

Goldstein, A. (1991). Heroin addiction: neurobiology, pharmacology, and policy. *Journal of psychoactive drugs*, 23(2), 123-133.

Gowing, L., Ali, R., White, J. M., & Mbwewe, D. (2017). Buprenorphine for managing opioid withdrawal. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (2).

Gowing, L., Farrell, M., Bornemann, R., Sullivan, L. E., & Ali, R. (2008). Substitution treatment of injecting opioid users for prevention of HIV infection. *Cochrane database of systematic reviews*, (2).

Green, C. A., Polen, M. R., Dickinson, D. M., Lynch, F. L., & Bennett, M. D. (2002). Gender differences in predictors of initiation, retention, and completion in an HMO-based substance abuse treatment program. *Journal of substance abuse treatment*, 23(4), 285-295.

Grella, C. E., & Lovinger, K. (2012). Gender differences in physical and mental health outcomes among an aging cohort of individuals with a history of heroin dependence. *Addictive behaviors*, 37(3), 306-312.

Grey, C., Osborn, E., & Reznikoff, M. (1986). Psychosocial factors in outcome in two opiate addiction treatments. *Journal of Clinical Psychology*, 42(1), 185-189.

Gruber, K., Chutuape, M. A., & Stitzer, M. L. (2000). Reinforcement-based intensive outpatient treatment for inner city opiate abusers: a short-term evaluation. *Drug and Alcohol Dependence*, 57(3), 211-223.

Guliyev C. Opiyat Bağımlılığı Tedavisinin Erken Dönemdeki Başarısını Öngören Faktörlerin Belirlenmesi. *Tıpta Uzmanlık Tezi*, T.C. İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı, İstanbul, 2012.

Günay, Ş., Savran, C., & Aksoy, U. M. (2006). Erişkin Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Ölçeğinin (Adult ADD/ADHD DSM IV-Based Diagnostic Screening and Rating Scale) Dilsel

Eşdeğerlilik, geçerlik güvenilirlik ve norm çalışması. Marmara Üniversitesi Atatürk Eğitim Fakültesi Eğitim Bilimleri Dergisi, 21(21), 133-150.

Güneş B. Denetimli Serbestlik Tedbiri Ve Tedavi Kararlarında Uygulanacak Bağımlılık Programının Etkinliğinin Değerlendirilmesi. Tıpta Uzmanlık Tezi, T.C. Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı, İzmir, 201

Gürpınar, D. ve Tokuçoğlu, L.(2006). Bağımlılık yapan maddeleri kullanmak için duyulan arzu ve bu maddelerle ilgili rüyalar. *Journal of Dependence*; 7: 3843.

Hannesdottir, H., Tyrfingsson, T., & Piha, J. (2001). Psychosocial functioning and psychiatric comorbidity among substance-abusing Icelandic adolescents. *Nordic journal of psychiatry*, 55(1), 43-48.

Hay, G., dos Santos, A. R., & Worsley, J. (2013). Estimates of the prevalence of opiate use and/or crack cocaine use, 2011/12: Sweep 8 report. Liverpool John Moores University.

Heffernan, K., Cloitre, M., Tardiff, K., Marzuk, P. M., Portera, L., & Leon, A. C. (2000). Childhood trauma as a correlate of lifetime opiate use in psychiatric patients. *Addictive behaviors*, 25(5), 797-803.

Heinz, A. J., Epstein, D. H., Schroeder, J. R., Singleton, E. G., Heishman, S. J., & Preston, K. L. (2006). Heroin and cocaine craving and use during treatment: measurement validation and potential relationships. *Journal of substance abuse treatment*, 31(4), 355-364.

Hopfer, C. J., Khuri, E., Crowley, T. J., & Hooks, S. (2002). Adolescent heroin use: a review of the descriptive and treatment literature. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 23(3), 231-237.

Hopfer, C. J., Mikulich, S. K., & Crowley, T. J. (2000). Heroin use among adolescents in treatment for substance use disorders. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 39(10), 1316-1323.

Hosztafi, S. (2003). Heroin, part III: the pharmacology of heroin. *Acta Pharmaceutica Hungarica*, 73(3), 197-205.

Howard, D. L., & McCaughrin, W. C. (1996). The treatment effectiveness of outpatient substance misuse treatment organizations between court-mandated and voluntary clients. *Substance use & misuse*, 31(7), 895-926.

Hser, Y. I. (2007). Predicting long-term stable recovery from heroin addiction: findings from a 33-year follow-up study. *Journal of addictive diseases*, 26(1), 51-60.

Hser, Y. I., Anglin, M. D., & Chou, C. P. (1988). Evaluation of drug abuse treatment: A repeated measures design assessing methadone maintenance. *Evaluation Review*, 12(5), 547-570.

Hser, Y. I., Evans, E., Grella, C., Ling, W., & Anglin, D. (2015). Long-term course of opioid addiction. *Harvard review of psychiatry*, 23(2), 76-89.

Işık, E., & Işık, U. (2016). *Alkol-Madde Bağımlılığı Nörobiyolojisi, Kliniği, Tedavi ve Psikofarmakolojisi*.

Işıklı, S., & Irak, M. (2002). Türkiye’de madde kullanımı ve bağımlılığı profili araştırması: 2002 yılı madde kullanımı geniş alan araştırması. Nihai rapor. *Türk Psikologlar Derneği*, 55-65.

Jane-Llopis, E. V. A., Jané-Llopis, E., Matytsina, I., Jané-Llopis, E., & Matytsina, I. (2006). Mental health and alcohol, drugs and tobacco: a review of the comorbidity between mental disorders and the use of alcohol, tobacco and illicit drugs. *Drug and alcohol review*, 25(6), 515-536.

Jaremko, K. M., Sterling, R. C., & Van Bockstaele, E. J. (2015). Psychological and physiological stress negatively impacts early engagement and retention of opioid-dependent individuals on methadone maintenance. *Journal of substance abuse treatment*, 48(1), 117-127.

Jarlenski, M., Barry, C. L., Gollust, S., Graves, A. J., Kennedy-Hendricks, A., & Kozhimannil, K. (2017). Polysubstance use among US women of reproductive age who use opioids for nonmedical reasons. *American journal of public health*, 107(8), 1308-1310.

Joe, G. W., Simpson, D. D., & Broome, K. M. (1999). Retention and patient engagement models for different treatment modalities in DATOS. *Drug and Alcohol dependence*, 57(2), 113-125.

Jones, J. D., Mogali, S., & Comer, S. D. (2012). Polydrug abuse: a review of opioid and benzodiazepine combination use. *Drug and alcohol dependence*, 125(1-2), 8-18.

Karch, S. B. (1996). *The pathology of drug abuse* (pp. 199-240). Boca Raton: CRC press.

Katz, E. C., Chutuape, M. A., Jones, H. E., & Stitzer, M. L. (2002). Voucher reinforcement for heroin and cocaine abstinence in a outpatient drug-free program. *Experimental and Clinical Psychopharmacology*, 10(2), 136.

Kessler, R. C., Adler, L., Barkley, R., Biederman, J., Conners, C. K., Demler, O., ... & Spencer, T. (2006). The prevalence and correlates of adult ADHD in the United States: results from the National Comorbidity Survey Replication. *American Journal of psychiatry*, 163(4), 716-723.

Kessler, R. C., Avenevoli, S., Costello, E. J., Georgiades, K., Green, J. G., Gruber, M. J., ... & Sampson, N. A. (2012). Prevalence, persistence, and sociodemographic correlates of DSM-IV disorders

in the National Comorbidity Survey Replication Adolescent Supplement. Archives of general psychiatry, 69(4), 372-380.

Kessler, R. C., Chiu, W. T., Demler, O., & Walters, E. E. (2005). Prevalence, severity, and comorbidity of 12-month DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. Archives of general psychiatry, 62(6), 617-627.

Kisa, C., Yildirim, S. G., & Göka, E. (2005). Impulsivity and mental disorders. Turk psikiyatri dergisi= Turkish journal of psychiatry, 16(1), 46-54.

Kleber, H. D., Weiss, R. D., Anton, R. F., George, T. P., Greenfield, S. F., Kosten, T. R., ... & Hennessy, G. (2007). Treatment of patients with substance use disorders, American Psychiatric Association. The American journal of psychiatry, 164(4 Suppl), 5-123.

Kleber, H. D., Weiss, R. D., Anton, R. F., George, T. P., Greenfield, S. F., Kosten, T. R., ... & Hennessy, G. (2007). Treatment of patients with substance use disorders, American Psychiatric Association. The American journal of psychiatry, 164(4 Suppl), 5-123.

Kosten, T. R., & George, T. P. (2002). The neurobiology of opioid dependence: implications for treatment. Science & practice perspectives, 1(1), 13.

Köknel, Ö. (1976). İnsanlık tarihi boyunca dünyada ve Türkiye'de uyuşturucu madde sorunları. Gelişim Yayınları.

Koroğlu, E. (2013). DSM-5 Tanı Ölçütleri. Ankara: Boylam Psikiyatri Estitüsü.

Krausz, M., Degkwitz, P., Kühne, A., & Verthein, U. (1998). Comorbidity of opiate dependence and mental disorders. Addictive behaviors, 23(6), 767-783.

Kritikos, P. G., & Papadaki, S. P. (1967). The history of the poppy and of opium and their expansion in antiquity in the eastern Mediterranean area (pp. 17-38). UN.

Kuehn, B. M. (2010). Medication helps make therapy work for teens addicted to prescription opioids. JAMA, 303(23), 2343-2345.

Kumar, N., Stowe, Z. N., Han, X., & Mancino, M. J. (2016). Impact of early childhood trauma on retention and phase advancement in an outpatient buprenorphine treatment program. The American journal on addictions, 25(7), 542-548.

Kunøe, N., Lobmaier, P., Ngo, H., & Hulse, G. (2014). Injectable and implantable sustained release naltrexone in the treatment of opioid addiction. British journal of clinical pharmacology, 77(2), 264-271.

Lane, S. D., Cherek, D. R., Rhoades, H. M., Pietras, C. J., & Tcheremissine, O. V. (2003). Relationships among laboratory and psychometric measures of impulsivity: Implications in substance abuse and dependence. *Addictive Disorders & Their Treatment*, 2(2), 33-40.

Lang, M. A., & Belenko, S. (2000). Predicting retention in a residential drug treatment alternative to prison program. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 19(2), 145-160.

Langås, A. M., Malt, U. F., & Opjordsmoen, S. (2012). Substance use disorders and comorbid mental disorders in first-time admitted patients from a catchment area. *European addiction research*, 18(1), 16-25.

Latkin, C., Glass, G. E., & Duncan, T. (1998). Using geographic information systems to assess spatial patterns of drug use, selection bias and attrition among a sample of injection drug users. *Drug and alcohol dependence*, 50(2), 167-175.

Lavine, R. (1997). Psychopharmacological treatment of aggression and violence in the substance using population. *Journal of Psychoactive Drugs*, 29(4), 320-329.

Lejuez, C. W., Zvolensky, M. J., Daughters, S. B., Bornovalova, M. A., Paulson, A., Tull, M. T., ... & Otto, M. W. (2008). Anxiety sensitivity: A unique predictor of dropout among inner-city heroin and crack/cocaine users in residential substance use treatment. *Behaviour research and therapy*, 46(7), 811-818.

Leshner, A. I. (1997). Addiction is a brain disease, and it matters. *Science*, 278(5335), 45-47.

Liebschutz, J. M., Crooks, D., Herman, D., Anderson, B., Tsui, J., Meshesha, L. Z., ... & Stein, M. (2014). Buprenorphine treatment for hospitalized, opioid-dependent patients: a randomized clinical trial. *JAMA internal medicine*, 174(8), 1369-1376.

Lin, H. C., Chen, K. Y., Wang, P. W., Yen, C. F., Wu, H. C., Yen, C. N., ... & Chang, H. C. (2013). Predictors for dropping-out from methadone maintenance therapy programs among heroin users in southern Taiwan. *Substance use & misuse*, 48(1-2), 181-191.

Ling, S., Cleverley, K., Brennenstuhl, S., & Bindseil, K. (2018). Predictors of leaving an inpatient medical withdrawal service against medical advice: a retrospective analysis. *Journal of addiction medicine*, 12(6), 453-458.

Lingford-Hughes, A. R., Welch, S., Peters, L., & Nutt, D. J. (2012). BAP updated guidelines: evidence-based guidelines for the pharmacological management of substance abuse, harmful use, addiction and comorbidity: recommendations from BAP. *Journal of Psychopharmacology*, 26(7), 899-952.

LoCastro, J. S., Potter, J. S., Donovan, D. M., Couper, D., & Pope, K. W. (2008). Characteristics of first-time alcohol treatment seekers: the COMBINE Study. *Journal of studies on alcohol and drugs*, 69(6), 885-895.

López- Goñi, J. J., Fernández- Montalvo, J., & Arteaga, A. (2012). Addiction treatment dropout: Exploring patients' characteristics. *The American Journal on Addictions*, 21(1), 78-85.

Loree, A. M., Lundahl, L. H., & Ledgerwood, D. M. (2015). Impulsivity as a predictor of treatment outcome in substance use disorders: Review and synthesis. *Drug and alcohol review*, 34(2), 119-134.

Lowell, A., Renk, K., & Adgate, A. H. (2014). The role of attachment in the relationship between child maltreatment and later emotional and behavioral functioning. *Child Abuse & Neglect*, 38(9), 1436-1449.

Lüscher, C. (2013). Drug-evoked synaptic plasticity causing addictive behavior. *Journal of Neuroscience*, 33(45), 17641-17646.

MA, Schuckit. "Alkole bağlı bozukluklar (Çeviri: A. Bozkurt)." Aydın H, Bozkurt A (Editörler). *Kaplan and Sadock's Geniş Kapsamlı Psikiyatri Ders Kitabı'nda 8* (2007): 1168-688.

Madden, G. J., Petry, N. M., Badger, G. J., & Bickel, W. K. (1997). Impulsive and self-control choices in opioid-dependent patients and non-drug-using control patients: Drug and monetary rewards. *Experimental and clinical psychopharmacology*, 5(3), 256.

Manu, P., Burlison, J. A., & Kranzler, H. R. (1994). Patient predictors of irregular discharge from inpatient substance abuse treatment. *American Journal on Addictions*, 3(2), 122-128.

Marcovitz, D. E., McHugh, R. K., Volpe, J., Votaw, V., & Connery, H. S. (2016). Predictors of early dropout in outpatient buprenorphine/naloxone treatment. *The American journal on addictions*, 25(6), 472-477.

Marel, C., Mills, K., Darke, S., Ross, J., Burns, L., & Teesson, M. (2015). Can we predict retention in longitudinal studies of substance use? Findings from the Australian Treatment Outcome Study. *Addictive behaviors*, 51, 38-43.

Marsden, J., Eastwood, B., Ali, R., Burkinshaw, P., Chohan, G., Copello, A., ... & Wilson, N. (2014). Development of the addiction dimensions for assessment and personalised treatment (ADAPT). *Drug and alcohol dependence*, 139, 121-131.

Mathias, R. (1999). Heroin snorters risk transition to injection drug use and infectious disease. *NIDA Notes*, 14(2), 1-11.

Matsumoto, T., Kamijo, A., Yamaguchi, A., Iseki, E., & Hirayasu, Y. (2005). Childhood histories of attention- deficit hyperactivity disorders in Japanese methamphetamine and inhalant abusers: Preliminary report. *Psychiatry and clinical neurosciences*, 59(1), 102-105.

McCance-Katz, E. F. (2018). SAMHSA/HHS: An update on the opioid crisis.

McHugh, R. K., Murray, H. W., Hearon, B. A., Pratt, E. M., Pollack, M. H., Safren, S. A., & Otto, M. W. (2013). Predictors of dropout from psychosocial treatment in opioid- dependent outpatients. *The American journal on addictions*, 22(1), 18-22.

McKellar, J., Kelly, J., Harris, A., & Moos, R. (2006). Pretreatment and during treatment risk factors for dropout among patients with substance use disorders. *Addictive behaviors*, 31(3), 450-460.

McLauchlin, J., Mithani, V., Bolton, F. J., Nichols, G. L., Bellis, M. A., Syed, Q., ... & Ashton, J. R. (2002). An investigation into the microflora of heroin. *Journal of medical microbiology*, 51(11), 1001-1008.

McLellan, A. T., Luborsky, L., Woody, G. E., O'Brien, C. P., & Druley, K. A. (1983). Predicting response to alcohol and drug abuse treatments: Role of psychiatric severity. *Archives of General Psychiatry*, 40(6), 620-625.4

Meier, P. S., Donmall, M. C., McElduff, P., Barrowclough, C., & Heller, R. F. (2006). The role of the early therapeutic alliance in predicting drug treatment dropout. *Drug and Alcohol Dependence*, 83(1), 57-64.

Merikangas, K. R., Stolar, M., Stevens, D. E., Goulet, J., Preisig, M. A., Fenton, B., ... & Rounsaville, B. J. (1998). Familial transmission of substance use disorders. *Archives of general psychiatry*, 55(11), 973-979.

Mertens, J. R., & Weisner, C. M. (2000). Predictors of substance abuse treatment retention among women and men in an HMO. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 24(10), 1525-1533.

Miller, L. (1991). Predicting relapse and recovery in alcoholism and addiction: neuropsychology, personality, and cognitive style. *Journal of substance abuse treatment*, 8(4), 277-291.

Miller, W. R. (Ed.). (1999). *Enhancing motivation for change in substance abuse treatment*. Diane Publishing.

Mitchell, S. G., Gryczynski, J., Schwartz, R. P., Myers, C. P., O'Grady, K. E., Olsen, Y. K., & Jaffe, J. H. (2015). Changes in quality of life following buprenorphine treatment: relationship with treatment retention and illicit opioid use. *Journal of psychoactive drugs*, 47(2), 149-157.

Modestin, J., Matutat, B., & Würmle, O. (2001). Antecedents of opioid dependence and personality disorder: attention-deficit/hyperactivity disorder and conduct disorder. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 251(1), 42-47.

Moeller, F. G., Barratt, E. S., Dougherty, D. M., Schmitz, J. M., & Swann, A. C. (2001). Psychiatric aspects of impulsivity. *American journal of psychiatry*, 158(11), 1783-1793.

Moos, R. H., & Moos, B. S. (2003). Long- term influence of duration and intensity of treatment on previously untreated individuals with alcohol use disorders. *Addiction*, 98(3), 325-338.

Moselhy, H. F., Fahmy, E., Mikhael, V. S., & El-Sheikh, H. (2010). Impact of self-reported life events on the profile of opioid dependence syndrome. *The American journal of drug and alcohol abuse*, 36(1), 7-12.

Muhuri, P. K., Gfroerer, J. C., & Davies, M. C. (2013). CBHSQ data review: associations of nonmedical pain reliever use and initiation of heroin use in the United States. Center for Behavioral Health Statistics and Quality, Substance Abuse and Mental Health Services Administration.

Mullen, L., Keenan, E., Barry, J., Long, J., Mulholland, D., Grogan, L., & Delargy, I. (2010). Factors predicting completion in a cohort of opiate users entering a detoxification programme. *Irish journal of medical science*, 179(4), 569-573.

Mutlu, E., & Bilici, R. (2015). Outcomes of buprenorphine-naloxone maintenance therapy: one-year follow up study from Turkey. *Heroin Addiction and Related Clinical Problems*, 17(1), 79-90.

National Institute on Drug Abuse. (2017). Overdose death rates.

Nebioğlu, M., Yalınz, H., Güven, F. M., & Geçici, Ö. (2013). Opiyat Bağımlılarında Diğer Maddelerin Kullanımı ve Sosyodemografik Özellikler ile İlişkisi. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 12(1).

Nicholls, L., Bragaw, L., & Ruetsch, C. (2010). Opioid dependence treatment and guidelines. *Journal of Managed Care Pharmacy*, 16(1), 14-21.

Nielsen, D. A., Ho, A., Bahl, A., Varma, P., Kellogg, S., Borg, L., & Kreek, M. J. (2012). Former heroin addicts with or without a history of cocaine dependence are more impulsive than controls. *Drug and alcohol dependence*, 124(1-2), 113-120.

Norman, G. (2010). Likert scales, levels of measurement and the “laws” of statistics. *Advances in health sciences education*, 15(5), 625-632.

Nosyk, B., Geller, J., Guh, D. P., Oviedo-Joekes, E., Brissette, S., Marsh, D. C., ... & Anis, A. H. (2010). The effect of motivational status on treatment outcome in the North American Opiate Medication Initiative (NAOMI) study. *Drug and Alcohol Dependence*, 111(1-2), 161-165.

O'Connor, P. G. (2005). Methods of detoxification and their role in treating patients with opioid dependence. *Jama*, 294(8), 961-963.

Offermanns, S., & Rosenthal, W. (Eds.). (2008). *Encyclopedia of molecular pharmacology*. Springer Science & Business Media.

Oslin, D. W., Cary, M., Slaymaker, V., Colleran, C., & Blow, F. C. (2009). Daily ratings measures of alcohol craving during an inpatient stay define subtypes of alcohol addiction that predict subsequent risk for resumption of drinking. *Drug and alcohol dependence*, 103(3), 131-136.

Ögel K., (2010). Alkol Bağımlılarında Psikososyal Uygulamalar, Kısa Girişimler ve Motivasyonu Artırma. *Türkiye Klinikleri J Psychiatry-Special Topics*, 3(3), 85-90.

Ögel, K. (2002). Madde Bağımlılarına Yaklaşım ve Tedavi (Doktorlar, Psikologlar, Rehberler ve Diğer İlgilenenler İçin). *IQ Kültür Sanat*.

Ögel, K. (2005). Madde kullanım bozuklukları epidemiyolojisi. *Türkiye Klinikleri J Int Med Sci*, 1(47), 61-64.

Ögel, K., Evren, C., Karadağ, F., & Gürol, T. (2012). Bağımlılık Profil İndeksi'nin (BAPİ) geliştirilmesi, geçerlik ve güvenilirliği. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 23(4), 264-273.

Ögel, K., Taner, S., Yılmazçetin, C., Tamar, D., Tamar, M., & Erol, B. (2003). Ergenlerde madde kullanım bozukluklarına yaklaşım kılavuzu. *IQ Kültür Sanat Yayıncılık*.

Özdemiroğlu, F., Karakuş, K., Memiş, Ç. Ö., Şen, H. G., & Sevinçok, L. (2016). Tıp Fakültesi Öğrencilerinde Dikkat Eksikliği Ve Hiperaktivite Bozukluğunun Sosyodemografik Ve Klinik Özellikleri.

Özden, S. Y. (2004). *Uyuşturucu madde bağımlılığı*. Alfabe Basım Yayın.

Özkürkçügil, A., Aydemir, Ö., Yıldız, M., Esen Danacı, A., & Köroğlu IV, E. (1999). DSM-IV Eksen I bozuklukları için yapılandırılmış klinik görüşmenin Türkçe'ye uyarlanması ve güvenilirlik çalışması. *İlaç ve tedavi dergisi*, 12(4), 233-6.

Öztürk Şahin, Ö. (2009). Üniversite öğrencilerinde dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu yaygınlığı, eş tanı ve riskli sağlık davranışlarının değerlendirilmesi.

Parran, T. V., Adelman, C. A., Merkin, B., Pagano, M. E., Defranco, R., Ionescu, R. A., & Mace, A. G. (2010). Long-term outcomes of office-based buprenorphine/naloxone maintenance therapy. *Drug and alcohol dependence*, 106(1), 56-60.

Peles, E., Potik, D., Schreiber, S., Bloch, M., & Adelson, M. (2012). Psychiatric comorbidity of patients on methadone maintenance treatment with a history of sexual abuse. *European Neuropsychopharmacology*, 22(12), 883-891.

Peles, E., Schreiber, S., & Adelson, M. (2006). Factors predicting retention in treatment: 10-year experience of a methadone maintenance treatment (MMT) clinic in Israel. *Drug and alcohol dependence*, 82(3), 211-217.

Pelissier, B. (2004). Gender differences in substance use treatment entry and retention among prisoners with substance use histories. *American Journal of Public Health*, 94(8), 1418-1424.

Perreault, M., Julien, D., White, N. D., Rabouin, D., Lauzon, P., & Milton, D. (2015). Psychological predictors of retention in a low-threshold methadone maintenance treatment for opioid addicts: a 1-year follow-up study. *Substance use & misuse*, 50(1), 24-31.

Prochaska, J. O., & DiClemente, C. C. (1982). Transtheoretical therapy: toward a more integrative model of change. *Psychotherapy: theory, research & practice*, 19(3), 276.

Ravndal, E., & Amundsen, E. J. (2010). Mortality among drug users after discharge from inpatient treatment: an 8-year prospective study. *Drug and alcohol dependence*, 108(1-2), 65-69.

Ravndal, E., Vaglum, P., & Lauritzen, G. (2005). Completion of long-term inpatient treatment of drug abusers: A prospective study from 13 different units. *European Addiction Research*, 11(4), 180-185.

Robbins, T. W., & Everitt, B. J. (2002). Limbic-striatal memory systems and drug addiction. *Neurobiology of learning and memory*, 78(3), 625-636.

Rosic, T., Naji, L., Bawor, M., Dennis, B. B., Plater, C., Marsh, D. C., ... & Samaan, Z. (2017). The impact of comorbid psychiatric disorders on methadone maintenance treatment in opioid use disorder: a prospective cohort study. *Neuropsychiatric disease and treatment*, 13, 1399.

Ross, S., & Peselow, E. (2009). Pharmacotherapy of addictive disorders. *Clinical neuropharmacology*, 32(5), 277-289.

Saarnio, P., & Knuutila, V. (2003). A study of risk factors in dropping out from inpatient treatment of substance abuse. *Journal of Substance use*, 8(1), 33-38.

Sadock, B. J., & Sadock, V. A. (2011). Kaplan and Sadock's synopsis of psychiatry: Behavioral sciences/clinical psychiatry. Lippincott Williams & Wilkins.

Sadock, B. J., Sadock, V. A., & Kaplan, H. I. (2009). Kaplan and Sadock's concise textbook of child and adolescent psychiatry. Lippincott Williams & Wilkins.

Saladin, M. E., Drobos, D. J., Coffey, S. F., Dansky, B. S., Brady, K. T., & Kilpatrick, D. G. (2003). PTSD symptom severity as a predictor of cue-elicited drug craving in victims of violent crime. *Addictive Behaviors*, 28(9), 1611-1629.

SAMHSA. Substance Abuse and Mental Health Services Administration's (SAMHSA) Center for the Application of Prevention Technologies. Rockville, MD: 2015. *The Role of Adverse Childhood Experiences in Substance Abuse and Related Behavioral Health Problems*.

Samuel, D. B., LaPaglia, D. M., Maccarelli, L. M., Moore, B. A., & Ball, S. A. (2011). Personality disorders and retention in a therapeutic community for substance dependence. *The American journal on addictions*, 20(6), 555-562.

Sansone, R. A., Whitecar, P., & Wiederman, M. W. (2009). The prevalence of childhood trauma among those seeking buprenorphine treatment. *Journal of addictive diseases*, 28(1), 64-67.

Sarasvita, R., Tonkin, A., Utomo, B., & Ali, R. (2012). Predictive factors for treatment retention in methadone programs in Indonesia. *Journal of substance abuse treatment*, 42(3), 239-246.

Sayre, S. L., Schmitz, J. M., Stotts, A. L., Averill, P. M., Rhoades, H. M., & Grabowski, J. J. (2002). Determining predictors of attrition in an outpatient substance abuse program. *The American journal of drug and alcohol abuse*, 28(1), 55-72.

Serin, R. C., & Kennedy, S. (1997). *Treatment readiness and responsivity: Contributing to effective correctional programming*. Correctional Service Canada, Corporate Development, Research Branch.

Shand, F. L., Degenhardt, L., Slade, T., & Nelson, E. C. (2011). Sex differences amongst dependent heroin users: histories, clinical characteristics and predictors of other substance dependence. *Addictive behaviors*, 36(1-2), 27-36.

Sherman, S. G., Kamarulzaman, A., & Spittal, P. (2008). Women and drugs across the globe: A call to action. *International Journal of Drug Policy*, 19(2), 97-98.

Simpson, D. D. (1981). Treatment for drug abuse: Follow-up outcomes and length of time spent. *Archives of General Psychiatry*, 38(8), 875-880.

Simpson, D. D., & Joe, G. W. (1993). Motivation as a predictor of early dropout from drug abuse treatment. *Psychotherapy: Theory, research, practice, training*, 30(2), 357.

Simpson, D. D., & Sells, S. B. (Eds.). (1990). *Opioid addiction and treatment: A 12-year follow-up*. Krieger Publishing Company.

Simpson, D. D., Joe, G. W., & Broome, K. M. (2002). A national 5-year follow-up of treatment outcomes for cocaine dependence. *Archives of general psychiatry*, 59(6), 538-544.

Simpson, D. D., Joe, G. W., & Rowan-Szal, G. A. (1997). Drug abuse treatment retention and process effects on follow-up outcomes. *Drug and alcohol dependence*, 47(3), 227-235.

Simpson, D. D., Joe, G. W., Fletcher, B. W., Hubbard, R. L., & Anglin, M. D. (1999). A national evaluation of treatment outcomes for cocaine dependence. *Archives of General Psychiatry*, 56(6), 507-514.

Soeffing, J. M., Martin, L. D., Fingerhood, M. I., Jasinski, D. R., & Rastegar, D. A. (2009). Buprenorphine maintenance treatment in a primary care setting: outcomes at 1 year. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 37(4), 426-430.

Soyka, M. (2015). New developments in the management of opioid dependence: focus on sublingual buprenorphine–naloxone. *Substance abuse and rehabilitation*, 6, 1.

Specka, M., Buchholz, A., Kuhlmann, T., Rist, F., & Scherbaum, N. (2011). Prediction of the outcome of inpatient opiate detoxification treatment: results from a multicenter study. *European Addiction Research*, 17(4), 178-184.

Stark, M. J. (1992). Dropping out of substance abuse treatment: A clinically oriented review. *Clinical psychology review*, 12(1), 93-116.

Stark, M. J., & Campbell, B. K. (1988). Personality, drug use, and early attrition from substance abuse treatment. *The American journal of drug and alcohol abuse*, 14(4), 475-485.

Steer, R. A. (1980). Psychosocial correlates of retention in methadone maintenance. *International Journal of the Addictions*, 15(7), 1003-1009.

Steer, R. A. (1983). Retention in drug-free counseling. *International journal of the Addictions*, 18(8), 1109-1114.

Steer, R. A. (1983). Retention of driving-under-the-influence offenders in alcoholism treatment. *Drug and alcohol dependence*, 12(1), 93-96.

Steer, R. A., & Kotzker, E. (1978). Correlates of methadone patients' lengths of stay for first and second admissions. *Drug and alcohol dependence*, 3(6), 399-403.

Stein, M. D. (1999). Medical consequences of substance abuse. *Psychiatric Clinics of North America*, 22(2), 351-370.

Strain, E. C. (2002). Assessment and treatment of comorbid psychiatric disorders in opioid-dependent patients. *The Clinical journal of pain*, 18(4), S14-S27.

Strain, E. C., Lofwall, M. R., & Jaffe, J. H. (2009). Opioid-related disorders. Kaplan & Sadock's synopsis of psychiatry. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 1371-7.

Strang, J., Griffiths, P., & Gossop, M. (1997). Heroin smoking by 'chasing the dragon': origins and history. *Addiction*, 92(6), 673-683.

Subramaniam, G. A., Ives, M. L., Stitzer, M. L., & Dennis, M. L. (2010). The added risk of opioid problem use among treatment-seeking youth with marijuana and/or alcohol problem use. *Addiction*, 105(4), 686-698.

Substance Abuse and Mental Health Services Administration . Results from the 2009 National Survey on Drug Use and Health: Mental Health Findings. SAMHSA; Rockville, MD: 2010.

Sun, H. M., Li, X. Y., Chow, E. P., Li, T., Xian, Y., Lu, Y. H., ... & Zhang, L. (2015). Methadone maintenance treatment programme reduces criminal activity and improves social well-being of drug users in China: a systematic review and meta-analysis. *BMJ open*, 5(1), e005997.

Swann, A. C., Bjork, J. M., Moeller, F. G., & Dougherty, D. M. (2002). Two models of impulsivity: relationship to personality traits and psychopathology. *Biological psychiatry*, 51(12), 988-994.

Swift, W., Maher, L., & Sunjic, S. (1999). Transitions between routes of heroin administration: a study of Caucasian and Indochinese heroin users in south-western Sydney, Australia. *Addiction*, 94(1), 71-82.

Taplin, C., Saddichha, S., Li, K., & Krausz, M. R. (2014). Family history of alcohol and drug abuse, childhood trauma, and age of first drug injection. *Substance use & misuse*, 49(10), 1311-1316.

Tarter, R. E., Kirisci, L., Mezzich, A., Cornelius, J. R., Pajer, K., Vanyukov, M., ... & Clark, D. (2003). Neurobehavioral disinhibition in childhood predicts early age at onset of substance use disorder. *American Journal of Psychiatry*, 160(6), 1078-1085.

Termorshuizen, F., Krol, A., Prins, M., & van Ameijden, E. J. (2005). Long-term outcome of chronic drug use: the Amsterdam Cohort Study among Drug Users. *American journal of Epidemiology*, 161(3), 271-279.

Tominaga, M., Kawakami, N., Ono, Y., Nakane, Y., Nakamura, Y., Tachimori, H., ... & Naganuma, Y. (2009). Prevalence and correlates of illicit and non-medical use of psychotropic drugs in Japan. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 44(9), 777-783.

Tomlinson, K. L., Brown, S. A., & Abrantes, A. (2004). Psychiatric comorbidity and substance use treatment outcomes of adolescents. *Psychology of Addictive Behaviors*, 18(2), 160.

Torrens, M., Rossi, P. C., Martinez-Riera, R., Martinez-Sanvisens, D., & Bulbena, A. (2012). Psychiatric co-morbidity and substance use disorders: treatment in parallel systems or in one integrated system?. *Substance Use & Misuse*, 47(8-9), 1005-1014.

Tosun, M. (2008). Madde bağımlılığına genel bakış. Türkiye’de Sık Karşılaşılan Psikiyatrik Hastalıklar, İÜ Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri, Sempozyum Dizisi, 62, 201-220.

Trowbridge, P., Weinstein, Z. M., Kerensky, T., Roy, P., Regan, D., Samet, J. H., & Walley, A. Y. (2017). Addiction consultation services—Linking hospitalized patients to outpatient addiction treatment. *Journal of substance abuse treatment*, 79, 1-5.

Tsuang, M. T., Lyons, M. J., Meyer, J. M., Doyle, T., Eisen, S. A., Goldberg, J., ... & Eaves, L. (1998). Co-occurrence of abuse of different drugs in men: the role of drug-specific and shared vulnerabilities. *Archives of general psychiatry*, 55(11), 967-972.

TUBİM. EMCDDA 2014 ULUSAL RAPORU (2013 Verileri). 2014.

Turgay, A. (1995). Adult ADD/ADHD DSM-IV Based Diagnostic Screening and Rating Scale. Canada: Ontario.

Turner, R. J. (2003). The pursuit of socially modifiable contingencies in mental health. *Journal of Health and Social Behavior*, 1-17.

Türkcan, A. (1998). Türkiye’de madde kullananların profili: Hastane verilerinin incelenmesi. *Düşünen Adam*, 11(3), 56-64.

Türkiye Uyuşturucu ve Uyuşturucu Bağımlılığı İzleme Merkezi. EMCDDA 2012 Ulusal Raporu(2011 Verileri), Türkiye Uyuşturucu Raporu. 2012.

Türkiye Uyuşturucu ve Uyuşturucu Bağımlılığı İzleme Merkezi. EMCDDA 2012 Ulusal Raporu(2011 Verileri), Türkiye Uyuşturucu Raporu. 2012.

Uhl, G. R., & Grow, R. W. (2004). The burden of complex genetics in brain disorders. *Archives of general psychiatry*, 61(3), 223-229.

UNODC, 2012 World Drug Report 2012. United Nations publication Sales No. E.12.XI.1

UNODC, 2014. World Drug Report 2014. United Nations publication Sales No. E.14.XI.7

UNODC, 2018. World Drug Report 2018. United Nations publication Sales No. E.18.XI.9

Urbanoski, K. A., Rush, B. R., Wild, T. C., Bassani, D. G., & Castel, S. (2007). Use of mental health care services by Canadians with co-occurring substance dependence and mental disorders. *Psychiatric Services*, 58(7), 962-969.

Uzbay, İ. T. (2015). Madde bağımlılığı: tüm boyutlarıyla bağımlılık ve bağımlılık yapan maddeler. İstanbul Tıp Kitabevi.

Vaingankar, J. A., Abidin, E., & Chong, S. A. (2012). Exploratory and confirmatory factor analyses of the Multidimensional Scale of Perceived Social Support in patients with schizophrenia. *Comprehensive psychiatry*, 53(3), 286-291.

Van Ameijden, E. J. C., & Coutinho, R. A. (2001). Large decline in injecting drug use in Amsterdam, 1986–1998: explanatory mechanisms and determinants of injecting transitions. *Journal of Epidemiology & Community Health*, 55(5), 356-363.

VanVoorhis, P. (2000). An overview of offender classification systems. In P. VanVoorhis, M. Braswell ve D. Lester (Eds.), *Correctional counseling and rehabilitation* (pp.). Cincinnati, OH: Anderson Publishing Co, 81-110.

Vardar, E., Sönmez, B., Şıpka, H., & Karaca, E. (2015). Bağımlılık tedavisini terk nedenlerinin değerlendirilmesi. *Bağımlılık Dergisi*, 16(2), 70-77.

Velligan, D. I., Weiden, P. J., Sajatovic, M., Scott, J., Carpenter, D., Ross, R., & Docherty, J. P. (2010). Assessment of adherence problems in patients with serious and persistent mental illness: recommendations from the Expert Consensus Guidelines. *Journal of Psychiatric Practice®*, 16(1), 34-45.

Verinis Phd, J. S. (1986). Characteristics of patients who continue with alcohol outpatient treatment. *International journal of the addictions*, 21(1), 25-31.

Vink, J. M. (2016). Genetics of addiction: future focus on gene× environment interaction?. *Journal of studies on alcohol and drugs*, 77(5), 684-687.

Vogel, M., Dürsteler, K. M., Walter, M., Herdener, M., & Nordt, C. (2017). Rethinking retention in treatment of opioid dependence—The eye of the beholder. *International Journal of Drug Policy*, 39, 109-113.

Vogt, I. (2000). Gender differences in help-seeking behavior of heroin users in Germany. In A. Springer & A. Uhl (Eds.), *Illicit drugs*. Innsbruck: Studienverlag, 261-74.

Volkow, N. D., Frieden, T. R., Hyde, P. S., & Cha, S. S. (2014). Medication-assisted therapies—tackling the opioid-overdose epidemic. *New England Journal of Medicine*, 370(22), 2063-2066.

Waisberg, J. L. (1990). Patient characteristics and outcome of inpatient treatment for alcoholism. *Advances in alcohol & substance abuse*, 8(3-4), 9-32.

Walton, M. A., Blow, F. C., Bingham, C. R., & Chermack, S. T. (2003). Individual and social/environmental predictors of alcohol and drug use 2 years following substance abuse treatment. *Addictive Behaviors*, 28(4), 627-642.

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

Warden, D., Subramaniam, G. A., Carmody, T., Woody, G. E., Minhajuddin, A., Poole, S. A., ... & Trivedi, M. H. (2012). Predictors of attrition with buprenorphine/naloxone treatment in opioid dependent youth. *Addictive behaviors*, 37(9), 1046-1053.

Wasserman, D. A., Weinstein, M. G., Havassy, B. E., & Hall, S. M. (1998). Factors associated with lapses to heroin use during methadone maintenance. *Drug and Alcohol Dependence*, 52(3), 183-192.

Weber, R., Huber, M., Battegay, M., Stähelin, C., Castro Batanjer, E., Calmy, A., ... & Swiss HIV Cohort Study. (2015). Influence of noninjecting and injecting drug use on mortality, retention in the cohort, and antiretroviral therapy, in participants in the Swiss HIV Cohort Study. *HIV medicine*, 16(3), 137-151.

Welsh, C., & Valadez-Meltzer, A. (2005). Buprenorphine: a (relatively) new treatment for opioid dependence. *Psychiatry (Edgmont)*, 2(12), 29.

Whiteside, S. P., & Lynam, D. R. (2001). The five factor model and impulsivity: Using a structural model of personality to understand impulsivity. *Personality and individual differences*, 30(4), 669-689.

Wickizer, T., Maynard, C., Atherly, A., Frederick, M., Koepsell, T., Krupski, A., & Stark, K. (1994). Completion rates of clients discharged from drug and alcohol treatment programs in Washington State. *American Journal of Public Health*, 84(2), 215-221.

Wilens, T. E. (2004). Impact of ADHD and its treatment on substance abuse in adults. *Journal of Clinical Psychiatry*, 65, 38-45.

Williamson, A., Darke, S., Ross, J., & Teesson, M. (2006). The effect of persistence of cocaine use on 12-month outcomes for the treatment of heroin dependence. *Drug and Alcohol Dependence*, 81(3), 293-300.

Wu, L. T., Woody, G. E., Yang, C., & Blazer, D. G. (2010). Subtypes of nonmedical opioid users: results from the national epidemiologic survey on alcohol and related conditions. *Drug and alcohol dependence*, 112(1-2), 69-80.

Yaluğ, İ., Özdemir, S. ve Aker, AT. (2008). Travma sonrası stres bozukluğu ve kronik ağrı birlikteliği zemininde opioid bağımlılığı. *New/Yeni Symposium Journal*;46: 4: 2005

Yargıç, İ., Ersoy, E., & Oflaz, S. B. (2011). UPPS dürtüsel davranış ölçeği ile psikiyatri hastalarında dürtüsellik ölçümü. *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni-Bulletin of Clinical Psychopharmacology*, 21(2), 139-146.

Yerlikaya, E. E., & İnanç, B. (2007). Algılanan Stres Ölçeği'nin Türkçe çevirisinin psikometrik özellikleri. IX. Ulusal Psikolojik Danışma ve Rehberlik Kongresi Özet Kitabı.

Zhang, Z., Friedmann, P. D., & Gerstein, D. R. (2003). Does retention matter? Treatment duration and improvement in drug use. *Addiction*, 98(5), 673-684.

Zhou, K., Li, H., Wei, X., Li, X., & Zhuang, G. (2017). Relationships between perceived social support and retention among patients in methadone maintenance treatment in mainland China. *Psychology, health & medicine*, 22(4), 493-500.

Zimet, G. D., Dahlem, N. W., Zimet, S. G., & Farley, G. K. (1988). The multidimensional scale of perceived social support. *Journal of personality assessment*, 52(1), 30-41.

Zorlu, N., Türk, H., Manavgat, A. İ., Karadas, B., & Gülseren, S. (2011). Denetimli serbestlik uygulaması kapsamında basvuran hastalarda sosyodemografik, klinik özelliklerin ve alkol kullanım bozukluğu sıklığının geriye dönük değerlendirilmesi/Retrospective studying of sociodemographic, clinical characteristics and extent of alcohol use disorder among patients applied by probation. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 12(4), 253.

## 9. EKLER

### EK 1. Aydınlatılmış Onam Formu

#### ARAŞTIRMAYA KATILACAK HASTALAR İÇİN AYDINLATILMIŞ ONAM FORMU

“Opiyat kullanım bozukluğu olan hastalarda yatarak tedavi programı terkinin yordayan; sosyodemografik, klinik ve sosyal özelliklerin incelenmesi” isimli araştırma, Dr. Rahime Dicle ÇETİNER AKGÜL tarafından açıklandı.

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

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

**Tarih:**

#### **Araştırmaya katılan gönüllü hastanın;**

Adı soyadı :

İmzası :

#### **Araştırmayı yürüten Dr.;**

Adı soyadı :

Bölümü :

**İmzası** :

## EK 2. SOSYODEMOGRAFİK VERİ FORMU

### SOSYODEMOGRAFİK VERİ FORMU

1-Hasta No:

2-Adı Soyadı:

3-Doğum Tarihi (Yaşı):

4-Telefon:

5-Cinsiyeti:

Kadın

Erkek

6-Oturduğu Yer (İl / İlçe / Mahalle / Köy):

7-İlk olarak yatış randevusunu aldığınız tarih:

8-Yatış tarihiniz:

9-Eğitim Düzeyiniz:

Yok

İlkokul

Ortaokul

Lise

Yüksek lisans

Üniversite

10-Medeni Durumunuz:

Evli

Bekar

Boşanmış

Eşinden ayrı yaşıyor

11-Varsa sahip olduğunuz çocuk sayısı:

.....  
12-Kaç kardeşiniz, siz kaçınıcı çocuksunuz?

.....  
13-Kiminle yaşıyorsunuz :

- Evsiz
- Yalnız
- Anne ve babası, ailesi ile
- Eşi ve çocukları ile, ailesi ile
- Akrabaları ile
- Diğer (Belirtiniz) :

14-Çalışıyor musunuz?

- Hayır
- Düzensiz
- Evet (mesleğinizi belirtiniz):

15-Meslekte çalıştığınız süre nedir?

- 1 yıldan az
- 1-5 yıl arası
- 5-10 yıl arası
- 11 yıl ve üzeri

16-Sosyoekonomik Düzey (Aylık geliriniz):

- Yok
- 2500 TL ve altı
- 2500 - 5000 TL
- 5000TL ve üstü

17-Tanısı konmuş tıbbi hastalığınız var mı?

- Hayır
- Evet (ise belirtiniz):

18-Askerlik Durumu:

- Yaşı gelmemiş
- Tecilli
- Muaf Tutulan (askerliğe elverişsiz)
- Olağan şekilde tamamlayamayan (askerliğe elverişsiz)
- Tam olarak yapabilmiş

19-Askerlik görevi sırasında disiplin cezası aldınız mı?

- Evet
- Hayır

20-Eroin kullanım süresi (ay) ?

.....

21-Eroin kullanım miktarı (gram/gün) ?

.....

22-Eroini bırakmak amacıyla hastaneye ilk defa ne zaman başvurduunuz ?

.....

23-AMATEM'e poliklinik kontrollerine geldiniz mi?

- Hiç gelmedim
- Düzenli gelmedim
- Düzenli geldim

24-Eroin kullanım şekliniz ?

- Burun yoluyla (nazal)
- Damar yolu ile (intravenöz)
- Folyo ile (inhalasyon)
- Diğer

25-Eroin damar yolu ile kullanıyorsanız enjektör paylaşımınız oldu mu ?

- Evet
- Hayır

26-Kullanmak istediğiniz tedavi

- Buprenorfin/Nalokson (Suboxone )  
Kaç mg kullanıyorsunuz ?.....
- Naltrekson implant ( Çip)

27-Sigara kullanıyor musunuz?

- Hayır
- 1-10 adet/gün
- 11-20 adet/gün
- >20 adet/gün

28-Eroin dışında kullandığınız madde veya maddeler nelerdir ? Sıklığı ?

- Alkol
- Esrar
- Bonzai
- Metamfetamin
- Kokain
- Uçucu maddeler
- Kontrollü ilaçlar
- Yok

29-Bırakma girişiminiz oldu mu?

- Evet ise kaç kere ?.....
- Hayır

30-Bırakma girişimiz olduysa kaç defa hastane yatışınız oldu ?

.....  
31-Çocukluğunuzda kim tarafından yetiştirildiniz?

- Anne
- Baba
- Bakıcı
- Anne-Baba
- Diğer

32-Çocukluğunuzda nasıl bir ilgiyle bakıldınız?

- Aşırı ilgiyle
- Yeterince ilgiyle
- İlgisiz

33-Çocukluğunuzda nasıl bir disiplinle büyütüldünüz?

- Aşırı kontrol
- Yeterince kontrol

- Az kontrol

34-Çocukluğunuzda ailenizin durumu nasıldı?

- Bütün  
 Boşanmış  
 Parçalanmış

35-Çocukluğunuzda yaşadığınız önemli bir travmatik olay var mıydı?

- İhmal  
 Cinsel istismar  
 Fiziksel istismar  
 Diğer  
 Yok

36-Denetimli serbestlik dosyanız oldu mu ?

- Hayır  
 Evet ( Sayısı ?)

37-Daha önce madde kullanımını dışında suç işlediniz mi ?

- Hayır  
 Evet ( Suç sayısı ?)

38-Evet ise ilk kez madde dışı suç işleme yaşı ?

.....

39-Geçmişte cezaevi yaşadınız oldu mu ?

- Hayır  
 Evet ( Kaç kere ? ).....

40-Tedavisini gördüğünüz psikiyatrik bir hastalığınız var mı?

- Depresyon  
 Anksiyete Bozukluğu  
 Bipolar (Manik depresif ) Bozukluk  
 Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu  
 Obsesif Kompulsif Bozukluk  
 Kişilik Bozukluğu (Belirtiniz)  
 Diğer (Belirtiniz)  
 Yok

41-Ailede başkasında alkol ya da madde kullanımı var mı?

- Yok
- Alkol
- Madde

42-Ailede psikiyatrik hastalığı olan var mı? (OKB, Depresyon, Bipolar Duygudurum Bozukluğu, Şizofreni, Anksiyete Bozukluğu, Tik Bozukluğu vb.):

- Yok
- Var ( Kim ya da kimlerde hangi hastalık belirtiniz)
- Anne
- Baba
- Kardeş
- Diğer akrabalar (hala, dayı, dede vs.)

## EK 4. Bağımlılık Profil İndeksi (BAPİ)



Lütfen her maddeyi dikkatlice okuyun.  
Soruları boş bırakmayın, kendinizi en yakın hissettiğiniz tek bir şıkla işaretleyin.

- I** Adınız soyadınız [.....]
- II** Doğum tarihiniz [.....]
- III** Cinsiyetiniz?  
 Kadın  Erkek
- IV** Eğitiminiz?  
 Okur yazar  İlkokulu bitirmiş  Ortaokulu bitirmiş  Liseyi bitirmiş  Üniversiteyi bitirmiş
- V** Medeni durumunuz?  
 Evli  Bekar  Ayrı  Boşanmış  Dul  Diğer
- VI** Çocuklarınız var mı?  
 Evet  Hayır

Son BİR yıl içinde aşağıdaki maddeleri kullanıp kullanmadığınızı veya ne sıklıkta kullandığınızı belirtiniz

Son bir yıl içinde...

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

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

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

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

SON BİR YIL İÇİNDE aşağıdakilerin ne sıklıkta olduğunu belirtiniz

- 13 Kullandığımız [maddenin] miktarı zaman içinde giderek arttı mı? (örneğin giderek daha fazla miktarda [madde] kullanmak)

- Hiçbir zaman  Nadiren  Bazen  Çoğu zaman  Neredeyse her zaman

- 14 Her zamanki dozda kullanmanıza rağmen kullandığımız [maddenin] etkisinde azalma oldu mu? (örneğin her zamanki kadar [madde] kullandığımız halde sarhoş olmama veya kafanızın güzel olmaması)

- Hiçbir zaman  Nadiren  Bazen  Çoğu zaman  Neredeyse her zaman

- 15 Kullandığımız [maddeyi] kestiğinizde veya azalttığınızda bazı sorunlar ortaya çıktı mı? (örneğin uykusuzluk, terleme, sinirlilik, huzursuzluk, titreme vb)

- Hiçbir zaman  Nadiren  Bazen  Çoğu zaman  Neredeyse her zaman

- 16 Kullandığımız [maddeyi] kestiğinizde ortaya çıkabilecek sorunlardan çekindiğiniz için [madde] kullandığımız oldu mu?

- Hiçbir zaman  Nadiren  Bazen  Çoğu zaman  Neredeyse her zaman

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

- Hiçbir zaman  Nadiren  Bazen  Çoğu zaman  Neredeyse her zaman

- 18 Kullandığımız [maddeyi] bırakmayı veya azaltmayı isteyip bunu başaramadığımız oldu mu?

- Hiçbir zaman  Nadiren  Bazen  Çoğu zaman  Neredeyse her zaman

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

- Hiçbir zaman  Nadiren  Bazen  Çoğu zaman  Neredeyse her zaman

- 20 [Madde] kullandığımız için hayatımızdaki başka etkinliklerden vazgeçtiğimiz oldu mu? (örneğin aile ziyaretleri, hobiler, sosyal ilişkiler vb)

- Hiçbir zaman  Nadiren  Bazen  Çoğu zaman  Neredeyse her zaman

SON BİR YIL İÇİNDE aşağıdakilerin ne sıklıkta olduğunu belirtiniz

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

- Hiçbir zaman  Nadiren  Bazen  Çoğu zaman  Neredeyse her zaman

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

- Hiçbir zaman  Nadiren  Bazen  Çoğu zaman  Neredeyse her zaman

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

- Hiçbir zaman  Nadiren  Bazen  Çoğu zaman  Neredeyse her zaman

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

- Hiçbir zaman  Nadiren  Bazen  Çoğu zaman  Neredeyse her zaman

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

- Hiçbir zaman  Nadiren  Bazen  Çoğu zaman  Neredeyse her zaman

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

- Hiçbir zaman  Nadiren  Bazen  Çoğu zaman  Neredeyse her zaman

- 27 [Madde] kullanmak başınızı derde soktu mu? (örneğin kavga, kaza, istenmeyen cinsel ilişki-gebelik, cinsel yolla bulaşan hastalık vb)
- Hiçbir zaman  Nadiren  Bazen  Çoğu zaman  Neredeyse her zaman

- 28 [Madde] kullanmak yasal sorunlar yaşamanıza neden oldu mu? (örneğin maddeyle yakalanmak, ehliyeti kaptırmak, karakola düşmek vb)
- Hiçbir zaman  Nadiren  Bazen  Çoğu zaman  Neredeyse her zaman

(BAPİ)

4

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

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

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

**SON BİR HAFTA İÇİNDE AŞAĞIDAKİLERİN NE SIKLIKTA OLDUĞUNU BELİRTİNİZ**

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

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

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

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

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

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

#### EK 4. Madde Aşerme Ölçeği (MAÖ)

##### MADDE AŞERME ÖLÇEĞİ (MAÖ)

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 kez den fazla veya günde 6 kez den fazla)

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

0.....Hiç değildi

1.....Önemsenemeyecek 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 kullanmayla ilgili düşündüm ve nadiren madde kullanma isteğim oldu

2.....Ara sıra madde kullanmayla ilgili düşündüm ve ara sıra madde kullanma isteğim oldu

3.....Bazen madde kullanmayla ilgili düşündüm ve bazen madde kullanma isteğim oldu

4.....Sıklıkla madde kullanmayla ilgili düşündüm ve sıklıkla madde kullanma isteğim oldu

5.....Çoğu zaman madde kullanmayla ilgili düşündüm ve çoğu zaman madde kullanma isteği oldu

6.....Neredeyse her zaman madde kullanmayla ilgili düşündüm ve neredeyse her zaman madde kullanma isteğim oldu

**EK 5. Madde Kullananlar için Değişime Hazır Olma Aşamaları ve Tedaviyi İsteme Ölçeği (SOCRATES-M)**

<b>Yönerge:</b> Aşağıdaki ifadeleri lütfen dikkatlice okuyun. Her biri madde kullanımınız ile ilgili hissedebileceğiniz (ya da hissetmeyebileceğiniz) durumları tanımlıyor. Her ifade için şu anda ne kadar katıldığınız ya da katılmadığınızı 1'den 5'e kadar olan bir sayıyı yuvarlak içine alarak belirtin. Lütfen her ifade için sadece bir sayı işaretleyin.					
<b>Madde Kullananlar için Değişime Hazır Olma Aşamaları ve Tedaviyi İsteme Ölçeği (SOCRATES-M)</b>	<b>Kesinlikle katılmıyorum</b>	<b>Katılmıyorum</b>	<b>Bilmiyorum</b>	<b>Katılıyorum</b>	<b>Kesinlikle katılıyorum</b>
1.Madde kullanmamla ilgili gerçekten değişiklik yapmak istiyorum.	1	2	3	4	5
2.Bazen ben madde bağımlısı mıyım diye merak ediyorum.	1	2	3	4	5
3.Eğer yakın zamanda madde kullanmamı değiştirmesem sorunlarım giderek kötüleşecek.	1	2	3	4	5
7.Bazen madde kullanmamın diğer insanlara zarar verip vermediğini merak ediyorum.	1	2	3	4	5
8.Ben sorunlu bir madde kullanıcısıyım.	1	2	3	4	5
10.Madde kullanmamı halihazırda değiştirdim ve eski alışkanlığıma geri dönmek için yollar arıyorum.	1	2	3	4	5
11.Madde kullanmakla ilgili ciddi sorunum var.	1	2	3	4	5
12.Bazen madde kullanmamı kontrol edebiliyor muyum diye merak ediyorum.	1	2	3	4	5
13.Madde kullanmam birçok zarara yol açıyor.	1	2	3	4	5
14.Madde kullanmayı azaltmak ya da kesmek için şimdi aktif olarak bir şeyler yapıyorum.	1	2	3	4	5

15.Daha önce sahip olduğum madde kullanma sorunlarıma geri dönmek istemiyorum.	1	2	3	4	5
16.Madde kullanma sorunum olduğunu biliyorum.	1	2	3	4	5
17.Maddeyi çok fazla mı kullanıyorum diye merak ettiğim zamanlar olur.	1	2	3	4	5
18.Ben bir madde bağımlısıyım.	1	2	3	4	5
19.Madde kullanmamı değiştirmek için çok fazla çalışıyorum.	1	2	3	4	5
20.Madde kullanmamda bazı değişiklikler yaptım ve eskisi gibi kullanmaya geri dönmek için yardım istiyorum.	1	2	3	4	5

