



T. C.
SAKARYA ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ

**OPIOİD KULLANIM BOZUKLUĞU TANILI HASTALARDA
DAMGALANMA, BENLİK SAYGISI VE CİNSEL İŞLEV
BOZUKLUĞU ARASINDAKİ İLİŞKİNİN İNCELENMESİ**

SHUKRULLAH NIAZI

UZMANLIK TEZİ

RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANABİLİM DALI

DANIŞMAN
Prof. Dr. AHMET BÜLENT YAZICI

2024-SAKARYA

T.C.
SAKARYA ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ

**OPIOİD KULLANIM BOZUKLUĞU TANILI HASTALARDA
DAMGALANMA, BENLİK SAYGISI VE CİNSEL İŞLEV
BOZUKLUĞU ARASINDAKİ İLİŞKİNİN İNCELENMESİ**

SHUKRULLAH NIAZI
UZMANLIK TEZİ

RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANABİLİM DALI

DANIŞMAN

Prof. Dr. AHMET BÜLENT YAZICI

2024 –SAKARYA

ONAY

Kurum : Sakarya Üniversitesi/Tıp Fakültesi

Program türü : Uzmanlık Tezi

Anabilim Dalı : Ruh Sağlığı ve Hastalıkları

Tez Sahibi : Shukrullah Niazi

Sınav Tarihi : **Saat:**

Tez Başlığı : Opioid kullanım bozukluğu tanılı hastalarda damgalanma, benlik saygısı ve cinsel işlev bozukluğu arasındaki ilişkinin incelenmesi

Bu çalışma, içerik ve kalite bakımından Uzmanlık Tezi olarak Oybirliği / Oyçokluğu ile kabul edilmiştir.

	Ünvan, Adı-Soyadı (Kurum adı)	İmza	Kabul/Red*
Danışman (Üye)	Prof. Dr. Ahmet Bülent Yazıcı		
Üye	Prof. Dr. Atila Erol		
Üye	Prof. Dr. Ali Savaş Çilli		

* Red kararının gerekçesi onay sayfasının arkasında belirtilmelidir.

ONAY

“Bu tez ../../202.. tarihinde yukarıdaki jüri tarafından Oybirliği / Oyçokluğu ile kabul edilmiştir.”

../../202..

Tıp Fakültesi Dekanı

BEYAN

Bu tezin kendi çalışmam olduğunu, çalışmanın planlanmasından yazımına kadar tüm aşamalarda etik davrandığımı, tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, tez çalışmasıyla elde edilmeyen bütün bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları kaynaklar listesine aldığımı, tez çalışması ve yazımı sırasında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığını beyan ederim.

Bu çalışma, T.C. Sakarya Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan 02.05.2023 tarihinde onay olarak hazırlanmıştır. (Etik Kurul Onay No:71522473-050.01.04-241725-172)

Tarih:

..../..../.....

Shukrullah Niazi

İmza

TEŞEKKÜR

Sakarya Üniversitesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim dalında geçirdiğim uzmanlık eğitimim süresince bilgi ve tecrübelerini benimle paylaşan Anabilim Dalı Başkanımız değerli hocam Prof. Dr. Atila EROL başta olmak üzere, kıymetli hocalarım Prof. Dr. Ali Savaş ÇİLLİ, Prof. Dr. Esra YAZICI' ya ve Prof. Dr. Ahmet Bülent YAZICI' ya;

Tez sürecim boyunca nezaket ve sabırla beni destekleyen, tez danışmanım olan kıymetli hocam Prof. Dr. Ahmet Bülent YAZICI' ya;

Birlikte çalışırken hem keyif aldığım hem de mesleki tecrübe paylaşımı yaptığım sevgili asistan ve uzman hekim arkadaşlarıma;

Çalışmama ve bilime destekleri için hastalarımıza ve sağlıklı gönüllülere;

Ekip olarak çalışmanın yanı sıra aile gibi hissettiren, psikiyatri kadın, erkek ve AMATEM servisleri ile kliniğimizde çalışan tüm hemşire, sekreter, psikolog, personel ve güvenliklerimize;

Bugünlere gelmem için çok emek harcayan hayatımda yaşadığım tüm zorluklarda yanımda olan ve mutluluklarımda benden daha çok sevinen canım annem'e, canım ablalarım, canım hayat arkadaşım sevgili eşim Khalida NİAZİ ve tüm aileme en içten teşekkürlerimle...

Dr. Shukrullah NIAZI

İÇİNDEKİLER

BEYAN	i
TEŞEKKÜR.....	ii
İÇİNDEKİLER	iii
KISALTMA VE SİMGELER	vii
ŞEKİL LİSTESİ	viii
TABLO LİSTESİ	ix
ÖZET.....	xi
ABSTRACT	xii
1. GİRİŞ VE AMAÇ	1
2. GENEL BİLGİLER.....	4
2.1. Opioid Kullanım Bozukluğu	4
2.1.1. Genel bilgi ve temel kavramlar	4
2.1.2. Opioid kullanım bozukluğunun tarihçesi	5
2.1.3. Opioid kullanım bozukluğunun epidemiyoloji ve etiyolojisi.....	6
2.1.4. Opioid kullanım bozukluğunun tanı kriterleri.....	7
2.1.5. Opioid kullanım bozukluğunun tedavisi	9
2.2. Opioid Kullanım Bozukluğu, Opioid İdame Tedavisi ve Cinsel İşlev Sorunları.....	10
2.3. Damgalanma (Stigmatizasyon, Etiketleme)	11
2.3.1. Damgalanmanın tanımı ve tarihçesi	11
2.4. Benlik Saygısı	12
2.4.1. Benlik saygısının tanımı ve genel bilgi	12
2.5. Cinsellik, Cinselliğin Tanımı ve Genel Bilgi	13
2.5.1. Tarihçe.....	13
2.5.2. Cinsel yanıt döngüsü	14
2.6. Erkeklerde Cinsel Yanıt Döngüsünün Nörolojik Temeli.....	16
2.7. Erkeklerde Cinsel Davranışın Endokrin Temeli.....	16
2.8. Cinsel İşlev Bozuklukları	16
2.8.1. Erkeklerde azalan cinsel arzu problemi	17
2.8.2. Erkeklerde erektil disfonksiyonu	18

2.8.3. Erkeklerde erken boşalma	18
2.8.4. Erkeklerde geç boşalma	19
2.9. Cinsel İşlev Etkileyen Faktörler	19
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	20
3.1. Araştırmanın Yeri ve Zamanı	20
3.2. Araştırmanın Örneklemi.....	20
3.2.1. Çalışmaya dâhil olma şartları.....	21
3.2.2. Dışlama kriterleri.....	22
3.3. Veri Toplama Araçları	22
3.3.1. Sosyodemografik veri formu (SDVF) (Ek-1)	22
3.3.2. Bağımlılık profil indeksi (BAPİ) (Ek-2)	22
3.3.3. Madde aşırma ölçeği (MAÖ) (Ek-3)	23
3.3.4. Klinik opioid yoksunluk ölçeği (KOYÖ) (Ek-4)	23
3.3.5. Madde kullanımında damgalama mekanizması ölçeği (MK-DMÖ) (Ek-5).....	23
3.3.6. Rosenberg benlik saygısı ölçeği (Ek-6).....	24
3.3.7. Arizona cinsel yaşantılar ölçeği (ACYÖ) (Ek-7).....	25
3.3.8. Golombok rust cinsel doyum ölçeği (GRCDÖ) (Ek-8)	25
3.4. Araştırmanın Uygulanması	26
3.5. Verilerin İstatiksel Analizi	26
3.6. Çalışmanın Sınırlılıkları	27
4. BULGULAR	28
4.1. Hastaların Sosyodemografik Özellikleri	28
4.2. Hastaların Sigara, Alkol, Madde Kullanımı ve Klinik ile İlgili Özellikleri.....	30
4.3. Hastalara Uygulanan Ölçeklerin Puan Ortalamaları	33
4.4. Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği Göre Cinsel İşlev Bozukluğu Olan ve Olmayan Gruplarda Damgalanma Mekanizma Alt Ölçeklerin Puan Ortalama Farklarının İncelenmesi.....	34
4.5. Cinsel İşlev Bozukluğu Olan ve Olmayan Gruplarda Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeğinin Puan Ortalamaları Arasındaki Farkın İncelenmesi.....	35

4.6. Cinsel İşlev Bozukluğu Olan ve Olmayan Gruplarda BAPİ Toplam Puan ve Alt Ölçeklerin Toplam Puan Ortalamaları Arasındaki Fark İncelenmesi.....	36
4.7. Sosyodemografik Bulgular Açısından Cinsel İşlev Bozukluğu Olan ve Olmayan Grupların Karşılaştırılması.....	37
4.8. Klinik Bulgular Açısından Cinsel İşlev Bozukluğu Olan ve Olmayan Grupların Karşılaştırılması.....	39
4.9. Cinsellik ile İlgili Bilgiler Açısından Cinsel İşlev Bozukluğu Olan ve Olmayan Grupların Karşılaştırılması.....	40
4.10. Bağımlılık Profil İndeks Toplam ve Alt Ölçekler Puan ile Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği, Golombok-Rust-Cinsel Doyum Ölçeği ve Alt Ölçeklerin Puanlar Arasında Korelasyon Analizi.....	42
4.11. Madde Kullanım Bozukluğunda Damgalanma Mekanizma Alt Ölçeklerinin Puanları ile Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği, Golombok-Rust-Cinsel Doyum Ölçeği ve Alt Ölçeklerinin Puanları Arasındaki İlişki.....	43
4.12. Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği Toplam Puanı ile Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği, Golombok-Rust-Cinsel Doyum Ölçeği ve Alt Ölçeklerinin Puanları Arasında İlişki.....	45
4.13. Madde Kullanım Bozukluğunda Damgalanma Mekanizma Alt Ölçeklerin Puanlarının Kendi Aralarında Korelasyon Analizi.....	45
4.14. Madde Kullanım Bozukluğunda Damgalanma Mekanizma Alt Ölçeklerin Puanları ile Benlik Saygısı Puanları Arasında Korelasyon Analizi.....	46
4.15. Golombok Rust Cinsel Doyum Ölçeğinin Toplam Puanını Etkileyen Faktörlerin Lineer Regresyon Analizi.....	47
4.16. Golombok Rust Cinsel Doyum Ölçeğinin Doyum Toplam Puanını Etkileyen Faktörlerin Lineer Regresyon Analizi.....	48
4.17. Golombok Rust Cinsel Doyum Ölçeğinin Kaçınma Toplam Puanını Etkileyen Faktörlerin Lineer Regresyon Analizi.....	50
4.18. Golombok Rust Cinsel Doyum Ölçeğinin Erken Boşalma Toplam Puanını Etkileyen Faktörlerin Lineer Regresyon Analizi.....	52
5. TARTIŞMA VE SONUÇ	54
6. KAYNAKLAR	62
7. EKLER	71
7.1. EK-1: Etik Kurul Kararı	71

7.2. EK-2: Sosyodemografik veri formu.....	72
7.3. EK-3: Bağımlılık Profil İndeksi (BAPİ)	74
7.4. EK-4: Madde Aşırme Ölçeği (MAÖ)	79
7.5. EK-5: Opiyat Yoksunluk Ölçeği (OPYÖ).....	80
7.6. EK-6: Madde Kullanımı Damgalama Mekanizması Ölçeği Nihai Formu.....	82
7.7. EK-7: Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği.....	84
7.8. EK-8: Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği (erkek formu)	85
7.9. EK-9: Golombok-Rust Cinsel Doyum Ölçeği(GRCDÖ).....	86
ÖZGEÇMİŞ	88

KISALTMA VE SİMGELER

ACYÖ: Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği

AMATEM: Alkol Madde Bağımlılık Tedavi ve Eğitim Merkezi

BAPİ: Bağımlılık Profil İndeksi

CİB: Cinsel İşlev Bozukluğu

DSM: Mental Bozuklukların Tanısal ve İstatiksel El Kitabı

GRCDÖ: Golombok Rust Cinsel Doyum Ölçeği

LHRH: Luteinizing Hormon-Releasing Hormon

MAÖ: Madde Aşırme Ölçeği

MKB: Madde Kullanım Bozukluğu

OİT: Opioid İdame Tedavisi

OPYÖ: Opioid Yoksunluk Ölçeği

OPKB: Opioid Kullanım Bozukluğu

RBSÖ: Rozenberg Benlik Saygısı Ölçeği

SEAH: Sakarya Eğitim ve Araştırma Hastanesi

SDVF: Sosyodemografik Veri Formu

TÜBİM: Türkiye Uyuşturucu ve Bağımlılığı İzleme Merkezi

ŞEKİL LİSTESİ

Şekil 2.1. Erkek ve kadınların cinsel yanıt süreçleri..... 15

Şekil 3.1. Örneklem seçimi..... 21



TABLO LİSTESİ

Tablo 4.1. Hastaların sosyodemografik özellikleri.....	29
Tablo 4.2. Hastaların sigara, alkol, madde kullanımı ve klinik ile ilgili özellikleri...	32
Tablo 4.3. Hastalara uygulanan ölçeklerin puan ortalamaları.....	34
Tablo 4.4. Cinsel işlev bozukluğu olan ve olmayan gruplarda damgalanma mekanizma alt ölçeklerin puan ortalama farklarının incelenmesi.....	35
Tablo 4.5. Cinsel işlev bozukluğu olan ve olmayan gruplarda rosenberg benlik saygısı ölçeğinin Puan ortalamaları arasındaki farkın incelenmesi.....	35
Tablo 4.6. Cinsel işlev bozukluğu olan ve olmayan gruplarda BAPİ toplam puan ve alt ölçeklerin toplam puan ortalamaları arasındaki farkın incelenmesi.....	36
Tablo 4.7. Sosyodemografik bulgular açısından cinsel işlev bozukluğu olan ve olmayan grupların karşılaştırılması.....	37
Tablo 4.8. Klinik bulgular açısından cinsel işlev bozukluğu olan ve olmayan grupların karşılaştırılması.....	39
Tablo 4.9. Cinsellik ile ilgili bilgiler açısından cinsel işlev bozukluğu olan ve olmayan grupların karşılaştırılması.....	40
Tablo 4.10. Bağımlılık profil indeks toplam ve alt ölçekler puan ile arizona cinsel yaşantılar ölçeği, Golombok rust cinsel doyum ölçeği ve alt ölçeklerin puanlar arasında ilişki.....	43
Tablo 4.11. Madde kullanım bozukluğunda damgalanma mekanizma alt ölçeklerinin puanları ile arizona cinsel yaşantılar ölçeği, Golombok rust cinsel doyum ölçeği ve alt ölçeklerinin puanları arasındaki ilişki	44
Tablo 4.12. Rosenberg benlik saygısı ölçeği toplam puanı ile arizona cinsel yaşantılar ölçeği, Golombok rust cinsel doyum ölçeği ve alt ölçeklerinin puanları arasında ilişki.....	45

Tablo 4.13. Madde kullanım bozukluğunda damgalanma mekanizma alt ölçek puanlarının kendi aralarında korelasyon analizi.....	46
Tablo 4.14. Madde kullanım bozukluğunda damgalanma mekanizma alt ölçek puanları ile benlik saygısı puanları arasında korelasyon analizi.....	47
Tablo 4.15. Golombok rust cinsel doyum ölçeğinin toplam puanını etkileyen faktörlerin lineer regresyon analizi.....	48
Tablo 4.16. Golombok rust cinsel doyum ölçeğinin doyum toplam puanını etkileyen faktörlerin lineer regresyon analizi.....	50
Tablo 4.17. Golombok rust cinsel doyum ölçeğinin kaçınma toplam puanını etkileyen faktörlerin lineer regresyon analizi.....	51
Tablo 4.18. Golombok rust cinsel doyum ölçeğinin erken boşalma toplam puanını etkileyen faktörlerin lineer regresyon analizi.....	53

ÖZET

GİRİŞ VE AMAÇ: Çalışmamızın amacı Opioid Kullanım Bozukluğu (OPKB) tanılı hastalarda damgalanma, benlik saygısı ve cinsel işlev bozukluğu arasındaki ilişkinin incelenmesidir.

YÖNTEM: Çalışma Sakarya Eğitimi ve Araştırma Hastanesi (SEAH) Erişkin Yataklı Arındırma Merkezi polikliniğinde yürütüldü. Çalışmaya OPKB tanılı, buprenorfine naloxone kombinasyon tedavisi ile en az üç aydır remisyonda olan, işleme ve dışlama kriterlerini karşılayan yüz dört (104) hasta dahil edildi. Çalışmaya dâhil edilen tüm hastalara Sosyodemografik Veri Formu (SDVF), Bağımlılık Profil İndeksi (BAPİ), Madde Aşırma Ölçeği (MAÖ) ve Opiyat Yoksunluk Ölçeği (OPYÖ), Rozenberg Benlik Saygısı Ölçeği (RBSÖ), Madde Kullanımında Damgalanma Mekanizma Ölçeği, Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği (ACYÖ), Golombok Rust Cinsel Doyum Ölçeği (GRCDÖ) uygulandı.

BULGULAR: Bu çalışmanın sonuçlarına göre bağımlılık şiddeti ve damgalanma ile cinsel işlev bozukluğu arasında pozitif anlamlı ilişki bulunurken, benlik saygısı ve cinsel işlev bozukluğu arasında anlamlı ilişki bulunamamıştır.

SONUÇ: OPKB tanılı bireylerde hastalık şiddeti artıkça, cinsel işlev bozukluğu artmaktadır. Ayrıca OPKB tanılı bireylerin cinsel işlevleri içselleştirilen ve algılanan olumsuz tutumlarla ilişkili görünmektedir.

Anahtar Kelimeler: Benlik saygısı, cinsel işlev bozukluğu, damgalanma, opioid

ABSTRACT

Investigation of the relationship between stigma, self-esteem, and sexual dysfunction in patients with opioid use disorder

INTRODUCTION AND OBJECTIVES: The aim of our study is to investigate the relationship between stigma, self-esteem, and sexual dysfunction in patients diagnosed with opioid use disorder.

METHODS: The study was conducted at the Sakarya Training and Research Hospital adult inpatient detoxification center, in the opioid clinic. A total of 104 patients diagnosed with opioid use disorder, who had been in remission for at least three months with combination treatment of buprenorphine-naloxone and who met the inclusion and exclusion criteria, were included in the study. The participants completed the following assessments: Sociodemographic data form, Addiction profile index, Substance craving scale, Opioid withdrawal scale, Rosenberg self-esteem scale, Stigma mechanisms scale for substance use, Arizona sexual experiences scale (ASEX), and the Golombok rust inventory of sexual satisfaction

RESULTS: As a result of this study, a significant relationship was found between increased addiction severity, higher stigma, and sexual dysfunction. In other words, as addiction severity and stigma increase, sexual dysfunction also increases. No significant relationship was found between self-esteem and sexual dysfunction.

CONCLUSION: The results of this study may contribute to the literature by showing that factors related to sexual function in individuals diagnosed with opioid use disorder are associated not only with the severity of the disease but also with the perception of societal negative attitudes.

Keywords: Opioid, self-esteem, sexual dysfunction, stigma

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Madde Kullanım bozuklukları; DSM 5'e göre "Madde Kullanım Bozukluğu" en az 12 ay devam eden ve madde kullanımı üzerinde kontrol kaybı, zamanın büyük bir bölümünü maddeye ulaşmak ve kullanmak için harcama, ailevi ve toplumsal sorunlar yaşama, başka aktivitelere karşı ilgide azalma, tolerans gelişimi ve madde alınmadığında yoksunluk belirtilerinin oluşması gibi durumlarla karakterize edilen, klinik açıdan belirgin sıkıntıya ve işlevsellikte düşüşe yol açan bir rahatsızlık olarak tanımlanmaktadır (Köroğlu, 2014). OPKB diğer madde kullanım bozuklukları gibi relapslarla seyreden ve yaşam boyu devam eden kronik bir hastalıktır. OPKB, bir ekonomik, toplumsal ve sosyal sorun olarak karşımıza çıkmaya devam etmektedir. Bu nedenle OPKB tedavisinde psikososyal tedaviler yanında agonist tedaviler yaygın olarak kullanılmaktadır (Baykara ve Alban, 2019).

Damgalanma (Stigmatizasyon); bir bireyin ya da grubun ruhsal hastalıklar, etnik köken ya da fiziksel yeterlilik eksikliği gibi özelliklere dayanarak olumsuz bir şekilde değerlendirilmesi damgalanma olarak tanımlanmaktadır. İçselleştirilmiş damgalanma ise, kişinin kendisi hakkında olumsuz kalıplaşmış düşünce ve tutumları içermektedir (E. Goffman, 1997). Önceki araştırmalar, madde kullanım bozukluğu olan bireylerde hem içselleştirilmiş damgalanmanın hem de algılanan damgalamanın normal topluma göre daha yüksek olduğunu göstermiştir. Dünya Sağlık Örgütü'nün 14 ülkede gerçekleştirdiği anket çalışmasında, en çok damgalanan durumun yasadışı madde kullanımı olduğu, alkol kullanımının ise dördüncü sırada yer aldığı ortaya konmuştur (Crapanzano ve ark., 2019). Bireylerin algılanan toplumsal damgalanmayı içselleştirmesi, sosyal etkileşimde bozulma, akademik ve mesleki başarıda düşme ve benlik saygısında azalmaya yol açabilmektedir (Kershaw ve ark., 2021).

Benlik saygısı; kişinin kendisini "bir birey olarak ne ölçüde kabul ettiği, sevdiği ve kendisine ne ölçüde saygı duyduğu" kişinin kendi hakkında yaptığı ve alışılmış biçimde sürdürdüğü değerlendirmeler bütünüdür; kişinin kendisini becerikli, önemli

ve başarılı bir kişi hissedip hissetmediğinin onaylayıp onaylamadığının bir ölçüsüdür (Harter, 1990). Benlik saygısının insan davranışı üzerinde en az kişilik ve kimlik bileşenleri kadar etkili olduğu bilinmektedir (Mruk, 2006). Ayrıca benlik saygısı birinin kayıp ve başarısızlık gibi yaşamın olağan problemleriyle nasıl baş ettiğinin de belirleyicilerinden biridir. Benlik saygısı birinin zihinsel olarak sağlıklı, başarılı, verimli ve daha iyi bir yaşam yaşamasıyla da ilişkilidir. Düşük benlik saygısı kişinin yaşamda önüne çıkan önemli fırsatları kaçırmaya veya kişide spontanite yokluğuna neden olabilir. Benlik saygısı kavramıyla ilgili araştırmalar özellikle altmışlı yılların başında hız kazanmıştır. Stanley Coopersmith tarafından benlik saygısını laboratuvar ortamında öğrenme kuramı perspektifinden faydalanarak araştırılmıştır (Coopersmith, 1967). Carl Rogers ise kavrama hümanistik bir bakış açısı katmış, benlik saygısını arttırmanın terapötik yönleri üzerinde durmuş ve benlik saygısının kişinin sağlıklı, otantik ve optimal varoluşu için ne denli önemli olduğunu vurgulamıştır (Rogers, 1961). Morris Rosenberg 10 maddelik kolay uygulanabilen ve benlik saygısı araştırmalarında altın standart yöntem olarak benimsenen ölçeği geliştirmiştir (M. Rosenberg, 1965). Bu gelişmeleri takiben “Nathaniel Branden” tarafından 1969 yılında da yayınlanan “Benlik Saygısının Psikolojisi” adlı kitabı aracılığıyla benlik saygısı kavramını popüler kültüre tanıtmıştır (Branden, 1971). Cinsel işlev bozukluğu (CİB); cinsel işlev bozukluğu, cinsel yanıt evrelerinden bir veya birkaçında anatomik, fizyolojik veya psikolojik nedenlerden dolayı yaşanan bozukluklardır. Dünya Sağlık Örgütü'nün tanımladığı CİB, bireyin umduğu cinsel ilişkiyi gerçekleştirememesi durumu olarak ifade edilmektedir. CİB, cinsel yanıt döngüsünün herhangi bir aşamasında görülebilir ve hem psikolojik hem de fizyolojik boyutları olabilir. CİB, bireyin cinsel performansını etkileyebileceği gibi, cinsel hazda da değişiklikler yaratabilir.

Bu tür bozukluklar genellikle mesleki işlevi etkilemez, ancak bireylerin yakın ilişkiler kurmasını zorlaştırarak yaşam kalitesini düşürebilir (Basson ve ark., 2000). Cinsel işlev bozuklukları, toplumda yaygın görülen sorunlar arasındadır; yapılan araştırmalar,

her üç kişiden birinin yaşamının herhangi bir döneminde en az bir CİB yaşadığını göstermektedir. Bu bozuklukların organik nedenleri olsa bile, zamanla psikolojik etmenler de eklenebilir. CİB, psikiyatrik hastalıklarda yüksek prevalansa sahiptir. Psikiyatrik bozukluklarda cinsel işlev bozukluğunu inceleyen çalışmaların çoğu, şizofreni, depresyon ve tedavi edilen ilaçlarla ilgilidir. CİB'nin yaygınlığına ilişkin az sayıda sistematik epidemiyolojik veri bulunmaktadır. Araştırmalar, kadınların %30-60'ı ve erkeklerin %40'ının yaşamları boyunca en az bir CİB yaşadığını göstermektedir. Kadınlarda en sık görülen cinsel istek ve uyarılma bozuklukları iken, erkeklerde en sık karşılaşılanlar erken boşalmadır. Ülkemizde kadınlarda en fazla başvuru nedenini vajinismus oluştırmaktadır (şahin D, 2006). Dünya genelinde CİB yaygınlığına dair Frank ve ekibinin çalışması, psikiyatrik olmayan topluluklarda CİB'nin yaygınlığını vurgulayan önemli bir çalışmadır. Bu araştırmada, evli ve çalışan 100 çift arasında CİB oranlarına bakılmış; kadınların %63'ünün bir dönem orgazm ve uyarılma güçlüğü yaşadığı, erkeklerin %40'ının sertleşme bozukluğu ve erken boşalma sorunu yaşadığı bildirilmiştir (şimşek F, 2003). Opiyat idame tedavisinde kullanılan ilaçlardan metadon ve (buprenorfin/nalokson) kombinasyon tedavinin cinsel işlev bozukluğu üzerindeki etkileri ile ilgili karşılaştırmalı çalışmalar mevcuttur (Yee ve ark., 2016). Ancak damgalanma ve benlik saygısının cinsel işlev bozukluğu arasındaki ilişki ve birbirlerine etkileri araştırılan çalışmalar sınırlı sayıdadır ve damgalanma, benlik saygısı ve cinsel işlev bozukluğunu birlikte inceleyen çalışma ile rastlanmamıştır. Biz bu çalışmada OPKB tanısı ile izlenmekte olan ve (buprenorfin/nalokson) kombinasyonu sürdürüm tedavisi gören hastalarda damgalanma, benlik saygısı ve cinsel işlev bozukluğu arasındaki ilişkiyi incelemeyi hedefledik. Çalışmamızın hipotezi; OPKB tanılı hastalarda düşük benlik saygısı ve yüksek damgalanma ile cinsel işlev bozukluğu arasında pozitif yönde ilişkili olduğu şeklindedir.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Opioid Kullanım Bozukluğu

2.1.1. Genel bilgi ve temel kavramlar

Opioid, morfin benzeri etkiler yaratan kimyasal maddeleri genel olarak tanımlar. Opiyum (afyon) adlı bitkiden elde edilmektedir. Opiyum, Papaver somniferum veya afyon adlı bitkiden elde edilmektedir ve tıpta uzun zamandır ilaç olarak kullanılmaktadır. Opiyat kelimesi, opioid yerine kullanılsa da doğal alkaloidler ve kısmi sentetik opioid türevlerini tanımlar. Opiyum, başta eroin olmak üzere yaklaşık 20 alkaloid içermektedir. Bu grupta eroin, tramadol, morfin, fentanil ve metadon bulunmaktadır. Eroin, diğer opioidlerle karşılaştırıldığında daha fazla lipofilik özelliğe sahiptir (Öztürk ve ark., 2019). Opioidler, ekzojen ve endojen şeklinde iki temel grupta toplanmaktadır. Ekzojen opioidler, vücuda dışarıdan verilen ve endojen opioidler ile aynı reseptörler üzerine etki yaparak etkisini gösteren bileşiklerdir. Ekzojen opioidler. Üç grupta sınıflandırılır: doğal, doğal opioidlerden türetilmiş sentetik ve yarı sentetik opioidler. Doğal opioidlerin kimyasal yapısına modifikasyon uygulanarak sentetik ve yarı sentetik opioidler üretilir, doğal grupta morfin, kodein, thebain, sentetik grupta metadon, tramadol, fentanil, petidin ve yarı sentetik grupta eroin, oksikodon, hidromorfon, oksifmorfon ve hidrokodon yer almaktadır. Sentetik opioidler tıbbi tedavilerde ağrı kesici ve narkotik etkileri nedeni ile kullanılmaktadır (Yüksel, 2017). İnsan beyni tarafından üretilen peptit yapısındaki opioidler, endojen opioidler olarak bilinir ve çeşitli reseptörlere etki ederek opioid benzeri etkiler oluşturur. Bunlar enkefalin, endorfin, dinorfinlerdir. Opioidlerin farklı reseptörlerin uyarılması ile farklı klinik etki ortaya çıkmaktadır. Ekzojen ve endojen opioidlerin etkilediği reseptörler genellikle mü, kappa ve delta tipleridir (Stein, 2016). Bu maddeler, otonomik, stres tepkilerinin düzenlenmesi, ruh hali, beslenme, öğrenme, hafıza, bağışıklık

fonksiyonları ve limbik sistemdeki aktiviteleri değiştirerek zevk Alma duygularını artırdığını bilinmektedir. Vücudun farklı bölgelerinden beyin omurilik yolak ile iletilen ağrıyı inhibe eder. Bu özellikleri (analjezik ve yatıştırıcı) nedeniyle genellikle ağrıyı yönetmek için kullanılır. Opioid ve türevleri kötüye kullanılabilen maddelerdir. Kötüye kullanım olasılığı, asıl olarak opioidin peptit yapıda olması, kan-beyin bariyerinden kolay geçmesi, reseptörlerine bağlanma afinitesi yüksek olması, farklı uygulama yolları (enjekte edilebilme, sigara içme veya insuflasyon) ve farmakokinetik özellikler tarafından belirlenir. Eroin, opioidler arasında en lipofilik özelliktedir. Eroin, kan-beyin bariyerini geçerek etkilerini hızlı bir şekilde gösterir. Tolerans ve fiziksel bağımlılık ortaya çıkar (Stein, 2020).

2.1.2. Opioid kullanım bozukluğunun tarihçesi

Madde kullanımı yapılan araştırmalar göre insanlık tarih boyunca Paleolitik Çağ'a kadar uzadığını göstermektedir. Tarih boyunca insanlar dini ritüellerde, tedavi amaçlı ve acıları dindirme gibi birçok amaç için madde kullanımına yönelmiştir (Westermeyer, 2005). Afyonun ne zaman, nerede ve nasıl ortaya çıkması hakkında belirsizlikler devam etse de Homeros'un Odyseia kitabında kaderi sonlandırıp acıları dindiren maddeden bahsettiği dönem, M.Ö.3.yüzyılı işaret etmektedir (Brownstein, 1993). Zeus'un kızı Helen, Odysseus'un kaybının ardından Telemachus ve arkadaşlarına yaşadıkları acıyı yatıştırmak için şarap içine bir madde katmıştı. Lewin, Schmiedeberg ve modern farmakologlar, Helen'in şaraba döktüğü maddenin afyon olduğunu söylemiştir (Brownstein, 1993; Koob ve Moal, 1997). Afyon'un dünyaya yayılmasında Sümerlilerin rolü olduğu düşünülmektedir. Sümerlerin, M.Ö.3.yüzyılın sonlarında Irak'ta yaşadıkları ve haşhaş kapsüllerinden afyon elde ettikleri düşünülmektedir. Sümerliler afyon bitkisine "Hul Gil" (neşe bitkisi), afyona ise "Gil" (neşe) diyorlarmış. Afyon, dini ritüellerde, karın ağrısı, öksürük, cerrahi işlemler, ağrı kesme ve ötanazi gibi farklı alanlarda kullanılmıştır. Arap tüccarlar tarafından 8. Yüzyılda Hindistan ve Çin'e, 16. yüzyılda İngiltere, Almanya, Mısır ve Türkiye'ye

yayılmıştır. 1806 yılında Sertüner tarafından afyonun aktif bileşeni olan bir madde keşfedilmiş ve ona morfin adı verilmiştir; bu isim, düşlerin tanrısı Morpheusdan esinlenerek konulmuştur (İT, 2015). 1850 yılında enjeksiyonun keşfi ile morfin cerrahilerde yaygın olarak kullanılmaya başlanmıştır (Booth, 1996). Morfinin da afyon gibi bağımlılık yapıcı olduğu gerçeği, 1898'de ortaya çıktığında, morfine göre bağımlılık yapmayan ve daha güçlü bir madde olarak eroin keşfedilmiştir. 1939 yılında morfinden tamamen farklı yapıya sahip opioid olan meperidin, 1946 yılında metadon, 1942 yılında ise opioid antagonisti nalorfin keşfedilmiştir (Gökler ve Koçak, 2008). İlk zamanlarda opioidler tablet ve toz halinde ağızdan alınırken, zamanla burundan çekilmeye ve damar yoluyla kullanılmaya başlanmıştır. 18. yüzyılın ortalarında opioidin tüm dünyada kötüye kullanımı yaygınlaşmış, 20. yüzyıl ortalarında bağımlılık sorunu haline gelmiş ve sağlık sorunu olarak algılanmaya başladı. Türkiye'de de 1930'lardan sonra opioidlerin kötüye kullanımı fark edildi (Köknel, 1976). Bugün eroin, sokaklarda keyif pudrası, şeker, lezzet, tuz, kuru, at, peynir, beyaz nesne, saçlı, toz, maden, mak, kuru kafa, beyaz zehir, çuru, boy ve cennet gibi isimlerle adlandırılmaktadır.

2.1.3. Opioid kullanım bozukluğunun epidemiyoloji ve etiyolojisi

Opioid kullanım bozukluğuyla mücadele edebilmek ve etkili hizmetlerin planlanması için yaygınlığın belirlenmesi tüm madde kullanım bozukluklarında olduğu gibi hayati öneme sahiptir. Opioid kullanım bozukluğu ile ilgili veriler, uyuşturucu kullanımının yasadışı olması nedeniyle birçok ülkede yaygınlık tahminlerini belirsiz kılmaktadır (Strang ve ark., 2020). 2016 yılında Küresel Hastalık Yüğü Çalışmasında 26,8 milyon insanın dünya çapında opioid kullanım bozukluğu ile yaşadığı tahmin edilmektedir. Opioid kullanım bozukluğunun prevalansı yaş açısından ülkeler arasında çeşitlilik göstermektedir. En büyük prevalans ABD'de görülmüştür (Lopez ve Murray, 1998). Madde çeşitliliğine göre tedavi gören hastaların dağılımı incelendiğinde, tedavi görenlerin %55,1'inin eroininden tedavi aldığı saptanmıştır (TUBİM, 2021). Tüm madde

kullanım bozukluklarının etiyolojisinde olduğu gibi, opioid bağımlılığında da tek bir etkenin sebep olmadığı, birçok faktörün birlikte etkili olduğu gözlemlenmiştir. Genetik, ailesel, kişilik, sosyal, çevresel ve psikopatolojik durumlar ile kullanılan maddeye ilişkin özellikleri ayrıca, diğer birçok etkenin de rol oynadığı gözlemlenmektedir. Opioid bağımlılığında da bu faktörler etkilidir. Başlangıç belirleyicileri, sosyal ve kültürel etkenler gibi diğer etkenlerle birlikte rol oynamaktadır. Maddenin kolay ulaşılabilir olması, toplumda kabul edilebilirliği ve kullanım sıklığı ana belirleyicilerdendir. Kişilik özellikleri, bağımlılık gelişiminde önemli rol oynamaktadır. Özgüven eksikliği olan, kendini önemsiz hisseden, yüksek kaygı düzeyine sahip olan, riskleri göze alan, sonuçları umursamayan, kişilik bozukluğu olanlar arasında antisosyal kişilik bozukluğuna sahip olanlar bulunmaktadır. Ailesel sorunlar, ebeveyn çatışmaları ve kaotik ev ortamı da opioid bağımlılığına yatkınlık oluşturmaktadır (Sarkhel, 2009).

2.1.4. Opioid kullanım bozukluğunun tanı kriterleri

DSM 5'e göre opioid kullanım bozukluğunun tanı kriterleri aşağıdaki gibi tanımlanmıştır.

A) Bir takvim yılı boyunca meydana gelen, aşağıdaki özelliklerden en az ikisi ile belirginleşen, klinik açıdan belirgin sıkıntıya ve işlevsellikte düşmeye yol açan sorunlu opioid kullanım örüntüsü:

1. Opioidler, genellikle tasarlanandan daha fazla miktarda veya daha uzun süre kullanılır.
2. Opioid temini, kullanımı veya etkilerinden kurtulma çabalarına çok fazla zaman harcanır.
3. Opioid kullanma arzusu veya zorunluluğu hissedilir.
4. Temel sorumlulukların yerine getirilmesini engelleyen tekrar eden opioid kullanımı mevcuttur.

5. Opioid kullanımına bağı ya da bu nedenle kötüleşen sürekli sosyal veya kişilerarası sorunlara rağmen opioid kullanımı devam eder.
6. Sosyal, mesleki veya eğlence etkinliklerinin azalması veya terk edilmesi.
7. Tehlikeli olabilecek koşullarda yinelenen opioid kullanımı söz konusudur.
8. Opioidin neden olduğu veya kötüleştirdiği bilinen bedensel veya ruhsal sorunlara rağmen opioid kullanımı sürdürülür
9. Tolerans gelişimi, aşağıdaki şekillerden biriyle tanımlanır:
 - a. Arzulanan etkiyi elde edebilmek için belirgin dereceden daha fazla miktarda opioid kullanma ihtiyacı.
 - b. Aynı miktarda opioid kullanmaya devam edilmesine rağmen belirgin şekilde azalan etki
10. Yoksunluk belirtileri, aşağıdaki şekillerden biriyle tanımlanır:
 - a. Opioid bağımlılığına bağlı yoksunluk belirtileri
 - b. Yoksunluk semptomlarını hafifletmek veya engellemek için opioid benzeri bir madde kullanılır.

Not: Yalnızca tıbbi gözetim altında opioid kullanan kişilerde bu kriter karşılanmış olarak değerlendirilmez.

Not: yalnızca tıbbi gözetim altında opioid kullanan kişilerde bu kriter karşılanmış olarak değerlendirilmez.

Erken iyileşme aşaması: Opioid kullanım bozukluğu ölçütlerini tam olarak karşılayan bir kişi, son 12 ay içinde (A4 kriteri hariç) en az 3 aydır bu kriterlerin hiçbirini karşılamıyorsa bu evrede kabul edilir.

Devamlı remisyon aşaması: Geçmişte opioid kullanım bozukluğu kriterlerini tam olarak karşılayan bir kişi, son 12 ay boyunca veya daha uzun bir süre zarfında (A4 kriteri hariç) bu kriterlerin hiçbirini karşılamıyorsa bu evrede kabul edilir.

Sürdürüm tedavisi: Eğer kişi metadon veya buprenorfin gibi reçeteli bir agonist ilaç alıyorsa ve bu ilaç kullanımı nedeniyle opioid kullanım bozukluğu

kriterlerinden (agonist toleransı veya yoksunluk dışında) hiçbirini karşılamıyorsa, bu belirleyici kullanılır.

Şiddet düzeyleri: Hafif: İki-üç belirti. Orta: Dört-beş belirti. Ağır: Altı veya daha fazla belirti (Koroglu, 2013).

2.1.5. Opioid kullanım bozukluğunun tedavisi

Opioid kullanım bozukluğun tedavisi medikal tedavi ve psikoterapiden oluşur. Medikal tedavi, arındırma ve idame tedavi şeklinde ikiye ayrılır.

Medikal tedavi olarak hem arındırma hem de idame sürecinde oral metadon, dilaltı buprenorfin ve nalokson kombinasyonu, buprenorfin implantları, dilaltı buprenorfin, intramüsküler uzun etkili buprenorfin ve intramüsküler uzun etkili naltrekson kullanılmaktadır (Coffa ve Snyder, 2019).

Metadon; opioid reseptör tam agonistidir ve opioid kullanımı olan kişilerde yoksunluk ve aşermeyi önler, yaşam kalitesini artırır (Coffa ve Snyder, 2019).

Buprenorfin; mü reseptörlerine kısmi agonist ve kappa reseptörlerine antagonist olarak etki eder. Kullanıldığında opioidin mü reseptöre bağlanmasını engeller. Düşük intrinsik aktivite ve etkisinin doza bağlı plato yapması nedeniyle zehirlenme riski düşüktür. Yoksunluk semptomlarını kontrol altına almasına yardımcı olur, mortalite ve morbiditeyi azaltır.

Nalokson; mü reseptör antagonistidir. Sublingual absorpsyonu neredeyse yok denecek kadar azdır, bu nedenle dilaltı kullanımda etkisizdir. İntravenöz kullanımda etkili olduğu için buprenorfinin kötüye kullanımını önlemek amacıyla kullanılır (Ma ve ark., 2019).

Naltrekson; Opioid etkilerini bloke ederek opioid bağımlılık tedavisinde kullanılır (Bell ve Strang, 2020). 2010 yılından beri Türkiye’de opioid kullanım bozukluğunun idame tedavisinde buprenorfin ve nalokson kombinasyonu kullanılmaktadır (C. Evren ve ark., 2014).

Psikoterapi; Madde kullanım bozukluğu olan tüm bireylerde, madde kullanımına yeniden başlamamak ve idame tedavisine devam edilmesi için farmakoterapinin yanında psikoterapiye de ihtiyaç vardır. Bunun için medikal tedavi ile beraber bireysel terapiler, bilişsel davranışçı terapi (BDT), destekleyici terapiler, grup terapileri, kabul ve kararlılık terapi, aile terapi uygulanabilir (Işık, 2016).

2.2. Opioid Kullanım Bozukluğu, Opioid İdame Tedavisi ve Cinsel İşlev

Sorunları

Madde kullanımı, bireylerin cinsel işlevleri ve tutumlarını, kullanılan maddenin türü, dozu, kullanım süresi ve çevresel etkenler doğrultusunda etkileyebilmektedir(Smith ve ark., 1982). Araştırmalar, opioidlerin cinsel işlev üzerindeki etkisinin, farmakolojik, fiziksel, psikolojik ve sosyokültürel unsurlarla etkileşen karmaşık bir süreç olduğunu ortaya koymaktadır. İnsan ve hayvanlar üzerinde yapılan çalışmalar, opioidlerin LHRH ve gonadotropin üretimini baskıladığını, bunun sonucunda da testosteron seviyelerinde düşüş yaşandığını göstermektedir (Vuong ve ark., 2010). Bu durum, opioidlerin tetiklediği androjen disfonksiyon olarak adlandırılmaktadır (Daniell, 2006). Gonadal disfonksiyon, erkeklerde cinsel istekte azalma, erektil sorunlar, yorgunluk, sıcak basmaları, anemi ve osteoporoz gibi çeşitli belirtilerin ortaya çıkmasına neden olurken kadınlarda amenore, oligomenore, cinsel işlev bozukluğu, yorgunluk ve osteoporoz ile seyretmektedir (Fraser ve ark., 2009).

Opioidlerin cinsel işlevler üzerindeki etkilerini açıklayan bir diğer yaklaşım ise mezolimbik dopamin ödül yolları üzerindeki etkileridir. Bu sistem, bireylerin faydalı gördüğü davranışları teşvik eder. Eroin gibi maddelerin, cinsel davranışlar gibi doğal ödüllendirici eylemlerin hızla bozulmasına yol açarak cinsel işlev bozukluğuna sebep olabileceği öne sürülmektedir (Palha ve Esteves, 2008).

Rosenbaum tarafından gerçekleştirdiği çalışmada, opioid kullanımının ilerleyen aşamalarında hastaların cinselliğe yönelik ilgilerinin azaldığını ve cinsel yaşamlarının

neredeyse sona erdiğini ifade etmiştir. Ancak, opioid kullanımı tamamen sonlandırıldığında, bireylerin cinsel işlevleri önceki düzeylerine geri dönebilir (Cushman, 1972). Opioid idame tedavisi (OİT) altındaki cinsel fonksiyonlar hakkında sınırlı bilgiye sahibiz. OİT uygulanan erkeklerde cinsel işlev bozukluklarının serum testosteron seviyesindeki düşüklüğe bağlı olduğu ve bu düşüşün çeşitli nedenleri olabileceği ifade edilmiştir. Metadon ve buprenorfinin karşılaştırıldığı çalışmalarda, tedavi başarı oranlarının benzer olduğu, ancak buprenorfinin daha az yan etkiyle seyrettiği gözlemlenmiştir (Bliesener ve ark., 2005). Bliesener ve arkadaşlarının 2005'te gerçekleştirdiği bir araştırmada, buprenorfinin erkek cinsel fonksiyonları üzerindeki olumsuz etkisinin metadondan daha az olduğu saptanmıştır. Başka bir araştırmada, metadon ve buprenorfin tedavisi gören hastalar arasında erektil disfonksiyon, erken boşalma ve cinsel istekte bozukluk açısından dikkate değer bir farklılık tespit edilmediği; fakat buprenorfin tedavisi gören bireylerin cinsel tatmin oranlarının metadon kullananlara göre oldukça yüksek olduğu bildirilmiştir (Giacomuzzi ve ark., 2009).

2.3. Damgalanma (Stigmatizasyon, Etiketleme)

2.3.1. Damgalanmanın tanımı ve tarihçesi

Damga (stigma) sözcüğü ilk defa Yunanlılar tarafından kullanılmıştır. Kelime olarak yara, iz, delik, delmek anlamına gelmektedir. Günümüzde daha çok "kara leke" anlamında yaygın olarak kullanılmaktadır. Orta Çağ döneminde kölelere ve suçlu kişilere suçluluklarının göstergesi olarak kızgın demir ile dağlama işlemi uygulanmış ve böylece stigma (etiket) terimi, bir grup veya birey için utanç verici bir durumun belirtisi olarak tanımlanmıştır (Erving Goffman, 2009). Bir grubun veya kişinin madde kullanımı, ruhsal rahatsızlık, etnik köken veya fiziksel yetenek eksikliği gibi özelliklere dayalı olarak olumsuz bir şekilde değerlendirilme durumu, damgalanma olarak tanımlanabilir (Baysal, 2013). Damgalanma, psikiyatri tanısı ile takip edilen kişiler için en büyük zorluklardan biri olarak kabul edilmektedir. Tüm psikiyatrik

hastalıklar içerisinde şizofreni en damgalayıcı hastalıklardandır (Crisp ve ark., 2000). Psikiyatri hastaları ve aileleri, çevredeki kişilerin psikiyatrik hastalıklara karşı önyargılı davranmasından dolayı hastalıklarını inkâr edip gizlemeye çalışırlar. Damgalanma, tedaviye başlama ve yardım almanın önündeki En önemli zorluklar arasında yer alır (Kamaradova ve ark., 2016). İçselleştirilmiş damgalanmanın sonuçları daha ağır olabilir. Birey, dışlanacağına inandığı için toplumdan uzaklaşabilir, özsaygısında düşüş yaşar, umutsuzluğa kapılır ve işlevsellikte azalma meydana gelebilir (Livingston ve Boyd, 2010).

2.4. Benlik Saygısı

2.4.1. Benlik saygısının tanımı ve genel bilgi

Benlik, insanların zihinsel ve fiziksel özelliklerinden oluşan, kişinin kendini ne biçimde değerlendirdiğini açıklayan ve kişiye ait düşünce, duygu, değer sistemleri ve bunların algılayış biçimidir (Morris Rosenberg, 2015). Benlik, bir kişiyi başkalarından ayıran, kişiye özel imajdır. Benlik saygısı (self-esteem), bireyin kendini tanıması, gerçekçi biçimde değerlendirmesi, olumlu ve olumsuz yönlerini kabul edip benimsemesi, bireyin kendine karşı geliştirdiği saygı, sevgi ve güven duyguları şeklinde tanımlanır (Uzun ve ark., 2013). Yani benlik saygısı, bireylerin kendilerinin önemli, değerli, yetenekli ve başarılı olduğuna inanma derecesidir (Hill, 2017). 1965 yılında Rosenberg tarafından yapılan benlik saygısı kuramına göre, insanların nesnelere karşı bir tutumu olduğu gibi kendi benliklerine karşı da bir tutuma sahiptirler. Benlik imajının oluşmasında içsel ve dışsal (çevresel) faktörlerin rolü olduğunu söylemiştir. Kişisel değer, sosyal yeterlilik, beden algısı, olumlu ve olumsuz tutumların tümü benlik saygısının bileşenlerindendir (Morris Rosenberg, 2015).

2.5. Cinsellik, Cinselliğin Tanımı ve Genel Bilgi

Cinsellik, doğum öncesinde başlayan ve hayat boyu devam eden bir süreçtir. Bu kavram sadece cinsel organlarla sınırlı kalmaz; insanların fiziksel yapıları, ahlaki prensipleri, duygusal durumları, karakteristik özellikleri, dini inançları ve yaşadıkları toplumlar ve kültürlere göre biçimlenir (Bozdemir ve Özcan, 2011). Cinsellik, farklı disiplinlere dayalı bir yaklaşım gerektirir. Cinsellik, bireylerin kendilerini ve diğerlerini cinsiyet kimliği, cinsiyet rolleri, cinsel yönelim, cinsel davranışlar, erotizm, yakınlık, haz ve üreme gibi unsurları içeren cinsel varlıklar olarak algılama ve yaşama biçimi olarak tanımlanır (Maisel ve ark., 2013).

Dünya Sağlık Örgütü'nün tanımına göre cinsel sağlık “Sadece hastalık, fonksiyon bozukluğu veya sakatlığın olmaması değil, zihinsel, sosyal ve duygusal olarak cinsellikle ilgili iyilik halidir.” şeklinde tanımlanmıştır (WHO, 2020). Hayat boyunca cinsellik birçok faktörden etkilenerek cinsel sağlık sorunlarına neden olabilir. Cinselliğin ifadesi, insanların ayrılmaz bir parçası olup temel hakları arasındadır ve yaşam boyu devam eder.

2.5.1. Tarihçe

Kinsey ve arkadaşlarının 1938-1952 yılları arasında gerçekleştirdikleri insan cinsel davranışına yönelik araştırmaların sonuçlarının yayınlamaları hem bilim dünyasında hem de toplum genelinde büyük bir etki yaratmıştır. O döneme kadar bu konuda kapsamlı ve sistematik bir yayın bulunmamaktaydı. Bu araştırma, insan cinselliğinin bilimsel çerçevede ele alınıp incelenmesi için belirleyici bir nokta olarak kabul edilir. Kinsey ve ekibinin çalışmaları, insan cinselliği alanında önemli bir ilerleme kaydetmiş olsa da cinsel uyarılara verilen tepkinin anatomik ve fizyolojik boyutları hakkında yeterli bilgi sunmamıştır. 1954 yılında Washington'da Masters ve Johnson tarafından başlatılan bir araştırma, insan cinsel yanıt döngüsünün anatomi ve fizyolojisinin tüm yönlerini ortaya koymayı hedeflemiştir. İnsan cinselliğini ilk kez Johnson ve Masters

tarafından laboratuvar ortamında incelemiş ve nesnel ölçüm yöntemleri kullanarak cinsel yanıt sürecinin tüm evrelerini kaydetmişlerdir. Bu araştırmalarının sonuçlarını 1966 yılında "İnsanda Cinsel Davranış" adlı kitapta yayınlamışlardır. Sonraki araştırmalarda bazı değişiklikler olmasına rağmen, Masters ve Johnson'ın cinsel yanıt döngüsü modeli, günümüzde de cinsel işlev bozukluklarının sınıflandırılmasında Önemli bir dönüm noktası olarak kabul edilir. Johnson ve Masters, cinsel yanıt evresi dört evrede tanımlamışlardır (CETAD, 2020).

2.5.2. Cinsel yanıt döngüsü

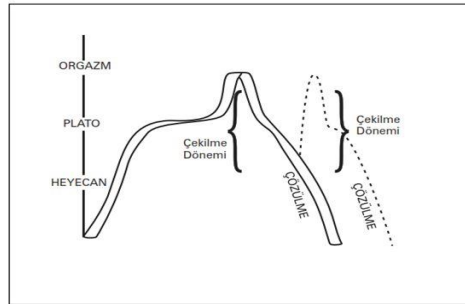
Uyarılma aşaması: Cinsel dürtüler karşısında ortaya çıkan cinsel uyarılma aşamasıdır. Bu dürtüler fiziksel olabileceği gibi, imgesel ya da fantezilere dayalı da olabilir. Uyarının süresi ve şiddetine bağlı olarak cinsel tepki de değişkenlik gösterebilir. Masters ve Johnson'a göre, cinsel yanıt döngüsünde en uzun süren aşamalar birinci ve dördüncü aşamalardır (Georgiadis ve Kringelbach, 2012).

Plato aşaması: Uyarılma yoğunlaştığında Plato aşaması başlar. Bu aşamada cinsel gerginlik ve haz hissi yoğunlaşır ve orgazma kadar devam eder. Plato aşaması, uyarılmanın kişinin orgazma ulaşmasını sağlayacak seviyeye gelmesi ve vazokonjesyonun en üst noktaya ulaşması ile karakterizedir (Georgiadis ve Kringelbach, 2012).

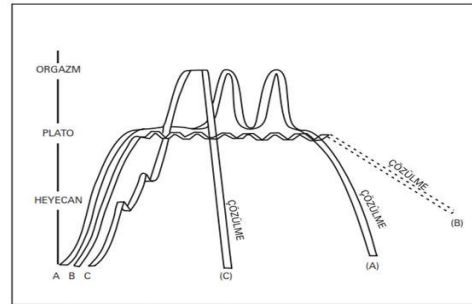
Orgazm aşaması: Cinsel gerilimin yerini rahatlama ve boşalmanın aldığı aşamadır. Bu aşama genellikle haz duygusuyla ilişkilidir ve erkeklerde boşalma, kadınlarda ise vajina ve perine etrafındaki kasların vazokonjesyon sonucu genişleyen dokuların ritmik kasılmaları ile tanımlanır (Georgiadis ve Kringelbach, 2012).

Çözülme aşaması: Orgazmdan sonra veya orgazm yaşanmamışsa ilk iki aşamadan sonra, yaşanan cinsel gerilimin ve oluşan fizyolojik değişikliklerin dakikalar içinde uyarılma öncesi duruma döndüğü aşamadır. Bu evrenin süresi, kişinin cinsiyetine, orgazm yaşayıp yaşamadığına ve cinsel uyarılmanın sürüp sürmediğine bağlı olarak farklılık gösterir (CETAD, 2020). Özellikle erkeklerde çözülme evresinde önemli bir

farklılık vardır. Erkekler, çözülme evresinden sonra yeniden ereksiyon sağlayıp orgazma ulaşmaları için bir refrakter döneme ihtiyaç duyarlar, bu süre kişiden kişiye ve yaşa göre değişiklik gösterir. Bu dönemin sona ermesine kadar yeni bir cinsel uyarıya yanıt vermek fizyolojik olarak mümkün değildir. Kadınlar ise cinsel uyarı devam ettiği sürece birden fazla orgazm yaşayabilirler. Masters ve Johnson'ın çalışmaları, insan cinselliğinin birçok yönünü aydınlatmış ve klinisyenlerin bu alandaki çalışmalarına büyük katkı sağlamıştır. Onlardan etkilenen H.S. Kaplan, 1974'te cinsel yanıt döngüsü için farklı bir model önermiştir. Bifazik model olarak adlandırılan bu modelde, görece bağımsız iki bileşen bulunur. Kaplan'ın modeli, Masters ve Johnson'ın modeli kadar yaygın kullanılsa da önemli değişiklikler ve gelişmeler sağlamıştır. Sonraki yıllarda Kaplan, modeline cinsel arzu bileşenini eklemiştir. Cinsel yanıt döngüsünün bu karmaşık yapısının anlaşılması, cinsel işlev bozukluklarının ayırıcı tanı ve tedavi yaklaşımlarında önemli ilerlemeler sağlamıştır. Günümüzde, cinsel yanıt döngüsünün birbirine bağlı ancak nörofizyolojik ve anatomik açıdan farklı evreden oluştuğu kabul edilmektedir. Bu anlayış, cinsel işlev bozukluklarının daha kapsamlı ve doğru bir şekilde ele alınmasına olanak tanımaktadır (CETAD, 2020; Şekil 2.1.). Erkek ve kadınlarda cinsel yanıt döngüsünün evreleri gösterilmiştir.



Şekil 1. Erkekte cinsel yanıt döngüsü.



Şekil 2. Kadında cinsel yanıt döngüsü.

Şekil 2.1. Erkek ve kadınların cinsel yanıt süreçleri

2.6. Erkeklerde Cinsel Yanıt Döngüsünün Nörolojik Temeli

Dış genital organların derisi, S2-4 seviyesinden ayrılan pudental sinir tarafından innerve edilir. Erkeklerde cinsel yanıt döngüsünde hem parasempatik hem de sempatik sinirlerin aktif olduğu iki aşamadan bahsedilir. Parasempatik sinirler S2-4 seviyesinden çıkan pelvik sinirler, sempatik sinirler ise T11-L3 seviyesinden çıkan hipogastrik sinirlerdir. Bu sinirlerin aktivitesi merkezi sinir sistemi kontrolü altındadır. Ayrıca, spinal kord hasarlarında spinal refleks yoluyla da ereksiyon gerçekleşebilir.

2.7. Erkeklerde Cinsel Davranışın Endokrin Temeli

Erkeklerdeki ana seks hormonları, testosteron, androstenedion ve dihidrotestosteron gibi androjenlerdir. Testosteron ve androstenedion genellikle LH hormonunun düzenlemesi altında testislerdeki Leydig hücrelerinde sentezlenir. Az miktarda androjen (özellikle dihidrotestosteron), adrenal bezlerde üretilir. Testosteron, cinsel arzu ve istek ile ilişkilendirilen önemli bir rol oynar ve ejakülasyon kapasitesini etkiler. Ancak, ereksiyonun oluşumunda ve sürdürülmesinde doğrudan bir rolü olduğu düşünülmez. Hipogonadal erkeklerde, sertleşme bozukluklarının her zaman ortaya çıkmadığı gözlemlenmiştir. Bu nedenle, testosteronun cinsel davranış üzerindeki etkisi, cinsel isteği yönlendirme ve erkek davranış kalıplarını ortaya çıkarma şeklinde kabul edilir.

2.8. Cinsel İşlev Bozuklukları

Basit tanımıyla, bir kişinin cinsel ilişkiye istediği şekilde katılamama durumudur (Fenichel, 1974). Bu tür bozukluklar, bir kişide veya çiftlerde normal cinsel aktivitenin herhangi bir aşamasında (arzu, tercih, fiziksel zevk, uyarılma veya orgazm) meydana gelebilir. Amerika Birleşik Devletleri'nde yapılan epidemiyolojik çalışmalar, %40'ından fazlasının kadınların ve %30'undan fazlasının erkeklerin bir tür cinsel işlev bozukluğu yaşadığını göstermektedir. Avrupa'da bu oranların erkeklerde %15,

kadınlarda ise %34 olduğu belirlenmiştir (LAWRANCE ve Byers, 1995). Amerikan Üroloji Derneği (AUA) tarafından yapılan araştırmada erkeklerde erektil disfonksiyonun %20-30, kadınlarda ise cinsel isteksizlik gibi sorunların %25-30 oranında yaygın olduğunu belirtmektedir (Mykoniatis ve ark., 2021). 2021 yılında Avrupa Üroloji Derneği tarafından yapılan bir çalışmada Avrupa genelinde cinsel işlev bozuklukları erkeklerde %20-30, kadınlarda %15-25 civarında saptanmıştır (Salonia ve ark., 2021).

Az gelişmiş ülkelerde gerçekleştirilen çalışmalar, 1. basamak sağlık hizmetine müracaat eden erkeklerde sertleşme bozukluğun oranının yüksek olduğunu göstermektedir (Pakistan'da %80,8, Nijerya'da %57,4 ve Mısır'da %63,6). Hindistan'da gerçekleştirilen bir genel nüfus çalışması, kadınlarda cinsel işlev bozukluğu oranının %14, erkeklerde ise %21,2 olduğunu bildirmektedir (Scott ve ark., 2012).

DSM'ye göre cinsel fonksiyon bozukluğu, kadında cinsel arzu ve uyarılma sorunları, orgazm sorunları ve genital veya pelvik bölgede ağrı/içe girme sorunları, erkekte ise düşük cinsel istek, ereksiyon sorunları, erken boşalma, geç boşalma olarak tanımlanır. Eğer cinsel işlev bozukluğu, genel bir tıbbi durum, madde kullanımı veya ilaçların yan etkisi nedeniyle oluşuyorsa, bu durum genel tıbbi duruma veya madde kullanımına bağlı cinsel işlev bozukluğu olarak kabul edilir.

2.8.1. Erkeklerde azalan cinsel arzu problemi

Erkeklerde azalan cinsel arzu problemi; cinsel arzuların, düşüncelerin ve hayallerin sürekli azalma veya yok olma durumunu ifade eden bir ifadedir. Cinsel istekte azalma erken ve ileri yaştaki kişilerde sık görülmektedir. 16-44 yaş arasındaki kişilerde prevalansı %2 oranında, 18-24 yaş arasındaki bireylerde %6 oranında ve 66-74 yaş arasındaki kişilerde % 40 olarak saptanmıştır. Yaşlanmayla birlikte cinsel arzuda azalma görülmekte olup ileri yaşta kişi genelde isteksizlikten şikâyetçi olmamaktadır.

Eğer birey için cinsel isteksizlik bir sorun yaratmıyorsa, teşhis konulmaz (psikiyatri, 2016).

2.8.2. Erkeklerde erektil disfonksiyon

Erkeklerde erektil disfonksiyon; cinsel aktivite esnasında sertleşme sağlamada güçlük çekme, sertleşmeyi sürdürememe ve sertlik düzeyinde belirgin azalma şikâyetlerinde birinin olması durumudur. Eğer kişi bazı durumlarda cinsel birleşme gerçekleştirebiliyor bazı durumlarda gerçekleştiremiyorsa durumsal erektil disfonksiyon olarak adlandırılır. Örneğin: Erkeklerin %10-20'sinde görülen edinsel erektil disfonksiyon, sabah sertliğinin, öz doyumun veya ön sevişme sırasında elde edilen sertliğin eşle olan ilişkide sağlanamaması veya farklı bir partnerle sağlanabilmesi durumudur. Bu tür disfonksiyon yaşla birlikte artar. 40 yaşından genç erkeklerde görülme sıklığı %1-10 arasında iken, 40 ile 49 yaş arasında %2-9, 40 ile 70 yaş arasında ise %52 oranında bulunmaktadır (Lewis ve ark., 2010; psikiyatri, 2016). Erektil disfonksiyonun nedenleri arasında organik, psikolojik ve her ikisinin bir arada olduğu durumlar bulunabilir. Genç ve orta yaşlı bireylerde genellikle psikolojik nedenler etkilidir. Organik bozukluklara dair ise, sinirsel ve damar yapısındaki hasarlar öne çıkar. Yüksek tansiyon, kalp damar hastalığı, inme ve kalp yetmezliği gibi durumlar damar hasarına yol açabilirken, disk hernisi, Parkinson hastalığı, omurilik yaralanmaları ve multipl skleroz gibi durumlar sinirsel hasara neden olabilir. Ayrıca, diyabet hem damarları hem de otonom sinir sistemini etkileyerek erektil disfonksiyona yol açabilir (Tsertsvadze ve ark., 2009).

2.8.3. Erkeklerde erken boşalma

Erkeklerde en sık görülen CİB'dir. Uluslararası cinsel tıp derneğin tanımlamasına göre neredeyse her zaman vajinal penetrasyondan önce veya bir dakika içinde boşalma, veya vajinal penetrasyonlarda boşalmayı geciktirememe olarak tanımlanmaktadır. Kişide rahatsızlık, sıkıntı, cinsel yaklaşmalardan kaçınma ve hayal kırıklığı gibi

kişisel sonuçlara sebep olmaktadır (Higgins ve ark., 2010). Vajinal penetrasyon sonrası 30 saniye ile 1 dakika arasında boşalma hafif olarak değerlendirilirken, 15 ila 30 saniye arasında boşalma orta düzeyde ve cinsel etkinlik başlangıcında veya vajinaya penetrasyondan sonraki 15 saniye içinde boşalma ağır olarak nitelendirilir. Vajinal olmayan cinsel etkinliklerde bulunan kişilerde de erken boşalma tanısı konabilir. Ancak bunun için bir ölçüt belirlenmemiştir. Tanısal bir testin olmaması nedeniyle tanı, bireylerin ifadelerine dayanarak konulur. Organik veya psikolojik birçok nedene rağmen, en önemli neden kişinin boşalma kontrolünü bilmemesidir (psikiyatri, 2016).

2.8.4. Erkeklerde geç boşalma

Erkeklerde geç boşalma, cinsel aktivite sırasında (genellikle %75-100 arası), düzenli veya tekrarlayıcı şekilde, kişinin istememesine rağmen boşalmanın belirgin bir şekilde geciktiği, boşalmanın nadir olduğu veya hiç olmadığı durumdur. Cinsel işlev bozuklukları arasında nadiren görülen bir türdür, genellikle %1 oranında karşımıza çıkar (psikiyatri, 2016).

2.9. Cinsel İşlevi Etkileyen Faktörler

Cinsel işlev bozukluklarıyla ilişkilendirilen yaygın risk faktörleri arasında kişinin sağlık durumu, kronik hastalıkları, psikiyatrik/psikolojik rahatsızlıkları ve sosyo-demografik özellikler bulunur. Cinsel işlev sorunlarına neden olan risk unsurları içinde genel sağlık durumu, psikiyatrik/psikolojik rahatsızlıklar, diyabet, ürogenital hastalıklar, kardiyovasküler hastalıklar ve kronik rahatsızlıklar bulunmaktadır. Cinsel işlev bozukluklarıyla uyuşturucu kullanımı arasındaki ilişki giderek artmaktadır (Singh ve ark., 2023).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Yeri ve Zamanı

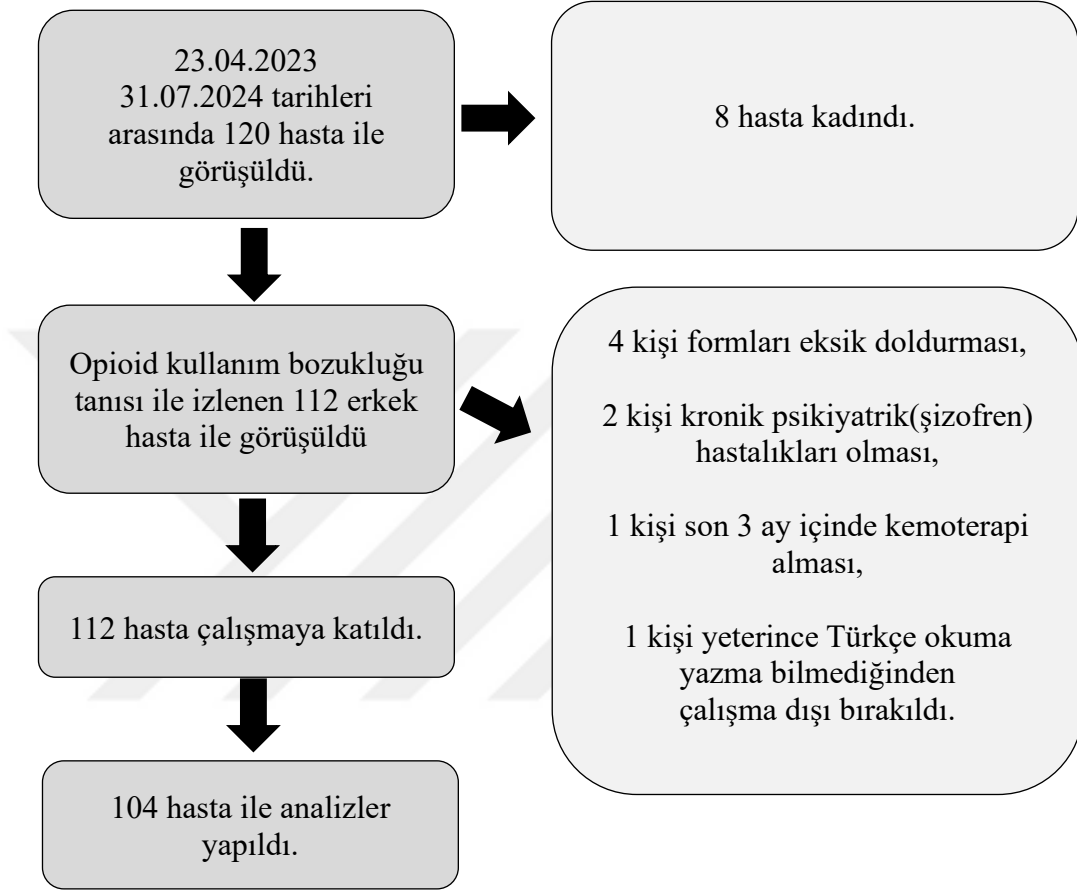
Bu araştırma, 01.03.2024-31.07.2024 tarihleri arasında, SEAH Erişkin Yataklı Arındırma Merkezinde opioid polikliniğinde yürütüldü. Çalışmaya opioid kullanım bozukluğu (OPKB) tanılı, buprenorfin nalokson kombinasyon tedavisi ile en az üç aydır remisyonunda olan, işleme ve dışlama kriterlerine uygun olarak toplam yüz dört (104) hasta dahil edilmiştir.

3.2. Araştırmanın Örneklemi

Bu araştırma, 01.03.2024-31.07.2024 tarihleri arasında, SEAH erişkin Yataklı Arındırma Merkezinde opioid polikliniğinde yürütüldü. Çalışmaya opioid kullanım bozukluğu (OPKB) tanılı, buprenorfin, nalokson kombinasyon tedavisi ile en az üç aydır remisyonunda olan işleme ve dışlama kriterlerine uygun olarak toplam yüz dört (104) hasta dahil edilmiştir. G*Power 3.1.9.7 programı kullanılarak yapılan güç analizinde %1 önem sayısı ve %95 güven aralığında ($p=2.37$) gerekli istatistiksel anlamlılığın sağlanabilmesi için minimum örneklem büyüklüğü 26 olarak hesaplanmıştır (Batioğlu-Karaaltın ve ark., 2017). Bununla birlikte örnek alınan çalışma benlik saygısı ve cinsel işlev arasındaki ilişkiyi araştırmakta olduğundan çalışmamızın hedefine uygun olarak (2'den fazla değişken) hedeflenen örneklem sayısı minimum denek sayısının dört katına kadar belirlendi.

Hastanemizin polikliniğine başvuran ve opioid kullanım bozukluğu tanısı ile takip edilen 120 hasta ile görüşüldü. 8 hasta kadın olduğu, 4 hasta çalışmadaki formları eksik doldurduğu, iki hasta kronik psikiyatrik hastalık tanıları (şizofren) olduğu, bir hasta 2 ay önce larenks ca'dan opere olduğu ve kemoterapi aldığı, bir hasta Türkçe okuma yazma bilemediğinden dolayı çalışmaya dahil edilmedi (Şekil 3.1.). Çalışmaya

katılmak için onam veren, dışlama ve içleme kriterlerini karşılayan 120 hasta araştırmaya katıldı (Şekil 3.1.).



Şekil 3.1. Örneklem seçimi

3.2.1. Çalışmaya dâhil olma şartları.

1. 18 – 65 yaş aralığında olmak
2. Çalışmaya katılmaya razı olmak
3. DSM V ‘e göre “Opiooid Kullanım Bozukluğu” tanısı almış olmak
4. En az 3 aydır opiooid idame tedavisi alıyor olmak,
5. Erkek olmak

6. Okuryazar olmak
7. Ek psikiyatrik hastalık ve organik patolojiler tanısı olmamak

3.2.2. Dışlama kriterleri

1. 18-65 yaşları dışında olanlar
2. Okuma yazma bilmeyenler
3. Ek psikiyatrik rahatsızlık tanısı almış olanlar
4. Ciddi nörolojik, metabolik veya endokrin hastalık geçmişi bulunanlar
5. Zekâ geriliği olanlar (klinik anamnezle detaylandırılacaktır)
6. Akut yâda da kronik ürolojik bir rahatsızlığının bulunması

3.3. Veri Toplama Araçları

3.3.1. Sosyodemografik veri formu (SDVF) (Ek-1)

Çalışmaya katılan bireylerden veri toplamak amacıyla araştırma ekibi tarafından hazırlanan yapılandırılmış görüşme formu kullanıldı. Bu form, katılımcıların yaş, aile durumu, meslek ve eğitim düzeyine ilişkin bilgileri, aylık gelir ve yaşadıkları bölge gibi sosyodemografik özelliklerini, ayrıca madde kullanımıyla ilgili bilgileri içermektedir. Madde kullanımına dair ilk kez kullandıkları yasadışı maddeler, maddeye başlama yaşı, geçmiş tedavi geçmişi ve toplam kullanım süresi gibi klinik parametreler de formda yer almıştır. Cinsellikle ilgili olarak ilk cinsel bilgi edinme yaşı, cinsel bilgi edinme kaynakları, ilk mastürbasyon yaşı ve mastürbasyon sıklığı gibi konularda da veri toplanmıştır. Bu şekilde, araştırılan hususlarla ilişkili olabilecek çeşitli verilerin elde edilmesi hedeflendi.

3.3.2. Bağımlılık profil indeksi (BAPİ) (Ek-2)

Bağımlılığın çeşitli yönlerini değerlendirerek tedavi planlamasına destek olmayı amaçlayan 5 alt ölçekten ve otuz yedi sorudan oluşan öz bildirim ölçeğidir. Alt

ölçekler, bağımlılık tanı kriterlerini, madde kullanım özelliklerini, madde kullanımının bireyin yaşamına etkilerini, maddeye karşı duyulan yoğun istek ve maddeyi bırakma motivasyonunu ölçmektedir. Alt ölçekler, kullanılan maddelerin türleri ve kullanım sıklıklarını sorgulayan 12 sorudan oluşur. Bağımlılık tanı kriterleri için 8, birey üzerindeki madde kullanım etkileri için 10, maddeye yönelik yoğun istek (craving) için 4 ve maddeyi bırakma motivasyonu için ise 3 soru bulunmaktadır. Türkçe güvenilirlik ve geçerlilik analizi, 2012 yılında Kültegin Ögel ve ekibi tarafından yapılmıştır (Kültegin ve ark., 2015).

3.3.3. Madde aşırme ölçeği (MAÖ) (Ek-3)

Penn Alkol Aşırme Ölçeğine benzer alkol dışı madde bağımlılığına sahip bireyler için Evren ve Gürol tarafından uyarlanan bir değerlendirme aracıdır. Bu ölçek, son bir hafta boyunca maddeye yönelik isteği (sıklık, süre, yoğunluk, direnç ve genel aşırme) ölçmektedir. Toplamda 5 maddeden oluşmaktadır. Her madde için sıfır ile altı arasında puanlama imkânı sunar. Toplam en yüksek aşırme puanı ise 30'dur. Madde Aşırme Ölçeği'nin Cronbach alfa katsayısı 0.84 olarak belirlenmiştir (McHugh ve ark., 2021).

3.3.4. Klinik opioid yoksunluk ölçeği (KOYÖ) (Ek-4)

Klinik opioid yoksunluk ölçeği (KOYÖ), 11 maddelik bir ölçektir. Hem yatan hem de ayaktan tedavisini devam eden hastalarda klinisyenler tarafından uygulanmaktadır. On bir maddenin toplam puanı bir hastanın opioid yoksunluk düzeyini değerlendirmek ve opioidlere olan fiziksel bağımlılık düzeyleri hakkında bilgi verebilmektedir (Canan ve ark., 2015).

3.3.5. Madde kullanımında damgalama mekanizması ölçeği (MK-DMÖ) (Ek-5)

Madde kullanan farklı topluluklarda uygulanmak üzere tasarlanmıştır ve alkol veya madde bağımlılığı yaşayan bireyler için gerektiğinde uyarlanabilir. Bu ölçek, tedaviye başvurmak istemeyenler, tedavi arayanlar ve tedavi sürecinde olan geniş bir madde

kullanan gruba hitap edebilir. Puanlama, tüm yanıtların beşli likert ölçeğine göre yapıldığı ve yüksek puanların daha fazla madde kullanımına dair damgalanmayı gösterdiği bir sistemle gerçekleştirilir. Ölçeğin alt boyutları olan 6 soru (Onaylanmış), 6 soru (Beklenen) ve 6 soru (İçselleştirilmiş) damgalama mekanizmaları için, verilen yanıtların ortalaması olarak toplam puan hesaplanabilir. Onaylanmış ve Beklenen Damgalama için damgalanma kaynağı alt boyutları, sağlık profesyonelleriyle (3 soru) ve aile üyeleriyle (3 soru) ilgili soruların ortalamasının alınması yoluyla oluşturulabilir (Tukuş, 2010).

3.3.6. Rosenberg benlik saygısı ölçeği (Ek-6)

Bu ölçek, 1963'te Morris Rosenberg tarafından geliştirilen ve altmış üç çoktan seçmeli sorudan oluşan bir öz bildirim aracıdır. Ölçeğin güvenilirlik ve geçerlilik çalışmaları, Morris Rosenberg tarafından 1965 yılında Amerika Birleşik Devletleri'nde gerçekleştirilmiştir. Türkiye'de ise, ölçeğin güvenilirlik ve geçerlilik analizleri Çuhadaroglu (1986) tarafından yapılmıştır. Bu çalışmada, geçerlilik katsayısı $r=0.71$ olarak bulunmuş, test-tekrar test güvenilirlik yöntemiyle de güvenilirlik katsayısı $r=0.75$ olarak tespit edilmiştir. Bu ölçek on iki alt kategoriye sahiptir. Bunlar, benlik saygısı, insanlara güven, kendilik kavramın sürekliliği, eleştiriye karşı duyarlılık, depresif duygulanım, psikosomatik belirtiler, hayalperestlik, insanlar arası ilişkilerde tehdit hissi, tartışmalara katılım, ebeveynlerin ilgisi ve psişik izolasyon şeklinde adlandırılmaktadır. Gerekğinde alt ölçekler ayrı ayrı da kullanılabilir. Araştırmamızda benlik saygısı ölçmek için ölçeğin ilk 10 madde seçilmiştir. Değerlendirilmesi için 0-6 puan arasında bir değer alır. Puanın artması benlik saygısının düşmesi anlamına gelmektedir. 0-1 puan yüksek benlik saygısı, 2 ile 4 puan arasında orta düzeyde benlik saygısı, 5 ile 6 puan arasında düşük düzeyde benlik saygı göstermektedir (Tukuş, 2010).

3.3.7. Arizona cinsel yaşantılar ölçeği (ACYÖ) (Ek-7)

Cinsel alandaki sorunları hızlı ve basit bir şekilde taramak ve tespit etmek amacıyla geliştirilmiş bir öz-bildirim ölçeğidir. Altı dereceli Likert tipi bir değerlendirme sistemi sunan bu ölçek, 5 maddeden oluşur ve hem kadınlar hem de erkekler için ayrı formları mevcuttur. Orijinal adı Arizona Sexual Experiences Scale olan bu ölçek, Atilla Soykan tarafından Türkçeye uyarlanmıştır. Yapılan örtüştürücü geçerlilik analizinde korelasyon katsayısı 0.53 olarak belirlenmiş, ROC analiziyle ise 11'lik kesme puanının iyi bir ayırt edici güce sahip olduğu ve ölçüt geçerliliğini sağladığı tespit edilmiştir (Soykan, 2004).

3.3.8. Golombok rust cinsel doyum ölçeği (GRCDÖ) (Ek-8)

Erkek ve kadınlarda cinsel işlev bozukluğu ve cinsel ilişkinin niteliğini belirlemek amacıyla kullanılan bir ölçektir. Bu ölçek, katılımcılar tarafından işaretlenerek doldurulan toplam 28 maddeden oluşur ve hem kadın hem de erkekler için tasarlanmıştır. Özgün adı GRISS (Golombok-Rust Sexual Satisfaction Inventory) olan bu ölçek, Türkçeye Tuğrul ve arkadaşları tarafından uyarlanmıştır. Her bir madde, 0' dan 4'e kadar artan puanlar alırken, bazı maddeler ters yönde değerlendirilir. Ölçeğin değerlendirilmesinde, toplam puanın yanı sıra alt boyutlardan elde edilen puanlar da dikkate alınabilir. Bu testten elde edilen yüksek puanlar, cinsel işlevlerde ve ilişkilerin kalitesinde sorunlara işaret eder. Erkek ve kadın için kullanılan formlarında, beşi ortak olmak üzere toplam yedi alt boyut bulunmaktadır. Doyum, kaçınma, dokunma ve ilişki sıklığı, bu ölçeğin ortak alt boyutlarını oluşturmaktadır. Kadın formunda vajinismus ve orgazm bozukluğu, erkek formunda ise erken boşalma ve iktidarsızlık gibi ek alt boyutlar bulunmaktadır. İletişimi ve İlişki sıklığı alt boyutları ikişer madde ile sorgulanırken, geri kalan alt boyutlar dörder madde ile incelenmektedir. Ayrıca, her iki formda cinsel ilişkinin niteliği ile ilgili dört ek madde daha bulunmaktadır (Rust ve Golombok, 1985).

3.4. Araştırmanın Uygulanması

Çalışma Sakarya Eğitimi Araştırma Hastanesi (SEAH) Erişkin Yataklı Arındırma Merkezi polikliniğinde yürütülmüştür. Çalışmaya opioid kullanım bozukluğu (OPKB) tanılı, buprenorfin nalokson kombinasyon tedavisi ile en az üç aydır remisyonda olan, içleme ve dışlama kriterlerine uygun olarak toplam yüz dört (104) hasta dahil edilmiştir. Çalışma için uygun olan, dâhil edilme ve dışlama kriterlerini karşılayan kişiler ilk olarak araştırma konusunda bilgilendirildi. Çalışma kriterlerini karşılayan ve çalışmaya katılmayı kabul eden kişilerden yazılı onam alındı. Hastaların beyanı ve sistemdeki kayıtlarına göre son 3 aydır buprenorfin nalokson kombinasyon tedavisi kullanan hastalara, remisyonda olup olmadığı ve aşerme durumunun öğrenilebilmesi için Madde Aşerme Ölçeği ve Klinik Opiyat Yoksunluk Ölçeği hekim tarafından uygulandı ve hastaların remisyonda olduğu saptandı.

Hastalara ait sosyodemografik bilgiler ve klinik parametreler ile ilgili bilgi edinmek amacıyla sosyodemografik veri formu, öz bildirim ölçekleri olan Bağımlılık Profil İndeksi, Madde Kullanımında Damgalanma Mekanizması Ölçeği, Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği, ARCYÖ ve GRCDÖ ölçeği hastalar tarafından dolduruldu. Sonuçları da çalışmamızda kullanıldı.

3.5. Verilerin İstatiksel Analizi

Verilerin istatiksel analiz için SPSS 26.0 program kullanıldı. Verilerin normal dağılıp dağılmadığı belirlemek için çarpıklık ve basıklık değerleri (-2 ile +2) dikkate alındı. Verilerin dağılımına göre uygun istatistiksel yöntemler kullanıldı. Normal dağılım gösteren verilerde student t testi ve pearson korelasyon analizi, normal dağılım göstermeyen verilerde spearman korelasyon analizi kullanıldı. Kategorik değişkenler için ki kare analiz testi kullanıldı. İstatiksel analiz sonuçları %95 güven aralığı ve $p < 0,05$ anlamlılık düzeyine göre değerlendirildi. Ayrıca, bağımsız değişkenlerin etkilerini incelemek amacıyla lineer regresyon analizi yapıldı.

3.6. Çalışmanın Sınırlılıkları

Bu çalışmanın bazı sınırlamaları bulunmaktadır. Öncelikle, çalışma, klinik tabanlı popülasyonun bir örneklemini üzerinde gerçekleştirildi, bu nedenle elde edilen bulguların diğer popülasyon gruplarına genellenmesi mümkün değildir. Ayrıca, sadece erkek katılımcıların yer alması nedeniyle sonuçlar kadınları kapsamamaktadır. Araştırmanın yalnızca tek bir şehirde yapılması, sosyodemografik veriler açısından ve kontrol grubu olmaması kısıtlama oluşturabilir. Uygulanan ölçekler ve anketler kişisel yanıtlar üzerine kurulmuştur. Özellikle cinsel işlev bozukluğu gibi hassas konularla ilgili soruların yer alması, katılımcıların yanıtlarında çekingenliğe yol açarak doğruluğu etkileyebilir.

4. BULGULAR

4.1. Hastaların Sosyodemografik Özellikleri

Çalışma Sakarya Eğitimi Araştırma Hastanesi (SEAH) Erişkin Yataklı Arındırma Merkezi polikliniğinde yürütülmüştür. Çalışmaya opioid kullanım bozukluğu (OPKB) tanılı, buprenorfin nalokson (suboxone) kombinasyon tedavisi ile en az üç aydır remisyonunda olan, içleme ve dışlama kriterlerine uygun olarak toplam 104 hasta dahil edilmiştir. Hastaların yaşlarına bakıldığında, en küçüğü 23, en büyüğü 65 yıl olup ortalama yaş $41,38 \pm 10,48$ yıl olarak saptandı. Hastaların medeni durumlarına bakıldığında 63 (%60,6) kişinin evli, 27 (%26) kişinin bekar ve 14 (%13,5) kişinin boşanmış olduğu tespit edildi. Hastaların kiminle yaşadığına bakıldığında 14'ünün (%13,5) yalnız yaşadığı, 7'sinin (%6,7) sadece eşi ile, 47'sinin (%45,2) eşi ve çocukları ile yaşadığı, 30'unun (%28,8) anne ve babası ile, 6'sının (%5,8) arkadaşları ile yaşadığı görülmektedir. Hastaların aile büyüklerine (anne, baba vs) yakın oturma mesafesine bakıldığında 42'sinin (%40,4) aynı evde yaşadığı, 15'inin (%14,4) aile apartmanda yaşadığı, 12'sinin (%11,5) aynı mahallede yaşadığı, 35'inin (%33,7) uzak mahallede yaşadığı görüldü. Hastaların öğrenim durumları incelendiğinde 37 (%35,6) ilk ve orta öğretim, 56 (%53,8) lise ve 11 (%10,6) kişinin ise yüksek okul/üniversite mezunu olduğu tespit edildi. Hastaların doğum yerine bakıldığında 25 kişinin (%24) kırsalda doğduğu, 79 kişinin (%76) kentsel bölgede doğduğu görüldü (Tablo 4.1.).

Hastaların şu an yaşadıkları yere bakıldığında 10 (%9,6) kişinin kırsal, 94 (%90,4) kişinin kentsel bölgede yaşadığı görüldü. Çalışma durumu açısından bakıldığında hastalardan 65 (%62,5) kişinin çalıştığı, 39 (%37,5) kişinin ise çalışmadığı saptandı. Gelir düzeyleri açısından bakıldığında 55 kişinin (%52,9) asgari ücret altı ile asgari ücret arasında gelirin olduğu, 32 kişinin (%30,8) 2 asgari ücret, 6 (%5,8) kişinin 2 asgari ücret ile 3 asgari ücret arasında ve 11 kişinin (10,6) 3 asgari ücret üzerinde

gelirinin olduğu görülmektedir. Hastaların kronik fiziksel ve ruhsal hastalıkların olup olmadığına bakıldığında çalışmaya alınan tüm hastaların 104'ünün (%100) kronik fiziksel ve ruhsal hastalıkları olmadığı tespit edildi. Hastaların intihar girişimi olup olmadığına bakıldığında 84 (%80,8) kişinin intihar girişimi olmadığı, 20 (%19,2) kişinin daha önce intihar girişimi olduğu tespit edildi (Tablo 4.1.).

Tablo 4.1. Hastaların sosyodemografik özellikleri

		n	%
Cinsiyet	Erkek	104	100,0
Yaş (ort±ss)		41,38±10,48	
Medeni durum	Evli	63	60,6
	Bekâr	27	26,0
	Boşanmış	14	13,5
	Yalnız	14	13,5
Kimle yaşıyor	Eşi	7	6,7
	Eşi ve çocukları	47	45,2
	Ebevenleri	30	28,6
	Arkadaşları	6	5,8
Aile büyüklerine (Anne, Baba vs.) oturma mesafesi	Aynı evde	42	40,4
	Aile apartman	15	14,4
	Aynı mahalle	12	11,5
	Uzak mahalle	35	33,7
Öğrenim durumu	İlköğretim	37	35,6
	Lise	56	53,8
	Yüksekokul veya üniversite	11	10,6
Doğum yeri	Kırsal	25	24
	Kentsel	79	76
Şu an yaşadığı yer	Kırsal	10	9,6
	Kentsel	94	90,4

Tablo 4.1. Hastaların sosyodemografik özellikleri (devam)

		n	%
Çalışma durumu	Çalışıyor	65	62,5
	Çalışmıyor	39	37,5
Gelir düzeyi	1 asgari ücret kadar	55	52,9
	1 ile 2 asgari ücret arası	32	30,8
	2 ile 3 asgari ücret arası	6	5,8
	≥ 3 asgari ücret	11	10,6
İntihar girişimi	Var	20	19,2
	Yok	84	80,8

4.2. Hastaların Sigara, Alkol, Madde Kullanımı ve Klinik ile İlgili Özellikleri

Hastaların sigara kullanım durumuna bakıldığında, 102 (%98,1) kişinin bağımlılık düzeyinde sigara kullanımının olduğu, 2 (%1,9) kişinin sigara kullanmadığı görülmektedir. İlk yasadışı madde kullanımının başlama yaşı ortalama $18,8 \pm 6,9$ olarak saptandı. Hastaların alkol kullanımı özelliklerine bakıldığında, 94 (%90,4) kişinin alkol kullanmadığı, 10 (%9,6) kişinin sosyal içici olarak kullandığı tespit edildi (Tablo 4.2). Hastaların opioid kullanım başlama yaşı ortalama $24,75 \pm 8,9$ olup toplam kullanım süresi ortalama $9,53 \pm 5,99$ yıldır. Hastaların opioid kullanımının nasıl bir ortamda başladığına bakıldığında 96 (%92,3) kişinin arkadaş ortamında başladığı, 8 (%7,7) kişinin tek başına kullandığı öğrenildi. Hastaların daha önce kullandığı ilaçlara bakıldığında 103 (%99) kişinin kullandığı sadece 1 (%1) kişiye geçmişte naltrekson implant uygulaması yapılmış olup şu an çalışmaya dâhil edilen tüm hastaların B/N kullanmakta olduğu tespit edildi. B/N kombinasyon tedavi kullanım süresine $4,43 \pm 3,32$ yıl olarak tespit edilmiştir.

Hastaların yatarak tedavi görüp görmediği durumuna bakıldığında 32 (%30,8) kişinin yatarak tedavi görmediği, 24 (%23,1) kişinin bir kez yatarak tedavi gördüğü, 20 (%19,2)

kişinin iki kez yatarak tedavi gördüğü, 28 (%27) kişinin üçten fazla yatarak tedavi gördüğü tespit edildi. Son bir yıl tedavi ihlaline bakıldığında 49 (%47,1) kişinin tedavi ihlali yaptığı, 55 (%52,9) kişinin tedavi ihlali yapmadığı tespit edildi. Hastaların ilk cinsel bilgi kaç yaşında öğrendiğine bakıldığında 30 (%28,8) kişinin 10 ile 14 yaş arasında öğrendiği, 57 (%54,8) kişinin 15 ile 18 yaş arasında öğrendiği, 17 (%16,3) kişinin 19 ile 25 yaş arasında öğrendiği saptandı.

Hastaların ilk cinsel bilgi kimden öğrenidğine bakıldığında 74 (%72,1) kişinin arkadaş ortamında öğrendiği, 12 (%11,5) kişinin internetten öğrendiği, 18 (%17,3) kişinin okuldan öğrendiği tespit edildi.

Hastaların ilk mastürbasyon deneyimine bakıldığında 72 (%69,2) kişinin 14 ile 16 yaşındayken gerçekleştirdiği, 28 (%26,9) kişinin 16-18 yaş arasında gerçekleştirdiği, 4 (%3,8) kişinin 19 ile 25 yaş arasında gerçekleştirdiği tespit edildi. Mastürbasyon sıklığına bakıldığında 58 (%55,8) kişinin yapmadığı, 20 (%19,2) kişinin ayda bir kez yaptığı, 9 (%8,7) kişinin 2 haftada bir yaptığı, 9 (%8,7) kişinin haftada bir yaptığı, 8 (%7,7) haftada 2 kez yaptığı tespit edildi.

İlk cinsel birleşme kimle olduğuna bakıldığında 20 (%19,2) kişinin eşi ile olduğu, 47 (%45,2) kişinin partner ile, 22 (%21,2) kişinin para karşılığında cinsel birleşme yaşadığı ve 15 (%14,4) rast gele cinsel birleşme yaşadığı tespit edildi.

Düzenli olarak cinsel partnerine bakıldığında 22 (%21,2) kişinin arkadaş (karşı cins), 54 (%51,9) kişini eşi ile 27 (%27) kişinin düzenli olarak cinsel partneri olmadığı ama ara ara cinsel ilişki yaşadığı tespit edildi.

Cinsel işlev sorunu olduğuna bakıldığında 76 (%73, 1) kişinin cinsel işlev sorunu olmadığı ifade ediyor, 27 (%26,9) cinsel işlev sorunu olduğu farkına vardığı tespit edildi. Madde kullanmadan önce cinsel işlev sorunu olup olmadığına bakıldığında 95 (%91,3) kişinin cinsel işlev sorun olmadığı, 9 (%8,7) kişinin cinsel işlev sorunu olduğu ifade edilmiştir.

Madde kullanımı olduğu dönemde cinsel işlev bozukluğuna bakıldığında 48 (%46,2) kişinin cinsel işlev bozukluğu olmadığı, 56 (%53,8) kişinin cinsel işlev bozukluğu olduğu ifade edilmiştir.

İlaç tedavisi başladıktan sonra cinsel işlev bozukluğuna bakıldığında 43 (%41,3) cinsel işlev bozukluğu olmadığı, 61 (%58,7) kişinin cinsel işlev sorunu olduğu ifade edilmiştir. Cinsel işlev bozukluğu türüne bakıldığında 2 kişide erektil disfonksiyonu olduğu, 23 kişide erken boşalma sorunu olduğu, 29 kişide geç boşalma sorunu olduğu, 43 kişide cinsel istekte azalma olduğu saptanmıştır.

Tablo 4.2. Hastaların sigara, alkol, madde kullanımı ve klinik ile ilgili özellikleri

		N	%
Cinsel bilgi edinme	10-14 yaş	30	28,8
	15-18 yaş	57	54,8
	19-25 yaş	17	16,3
Cinsel bilgi öğrenme	Arkadaştan	74	72,1
	İnternette	12	11,5
	Okuldan	18	17,3
İlk mastürbasyon	14-16 yaş	72	69,2
	16-18 yaş	28	26,9
	19-25 yaş	4	3,8
Mastürbasyon sıklığı	Hiç	58	55,8
	Ayda bir	20	19,2
	2 haftada bir	9	8,7
	Haftada bir	9	8,7
	Haftada iki	8	7,7
İlk cinsel birleşme	Eşi	20	19,2
	Partner	47	45,2
	Para karşılığında	22	21,2
	Rast gele	15	14,4
Düzenli cinsel partner	Arkadaş (karşı cins)	22	21,2
	Eşi	54	51,9
	Düzenli partner yok	27	27
Cinsel işlev sorunu	Farkına varanlar	27	26,9
	Farkına varmayanlar	76	73,1

Tablo 4.2. Hastaların sigara, alkol, madde kullanımı ve klinik ile ilgili özellikleri (devam)

		N	%
Madde kullanmadan önce	CİB +	9	8,7
	CİB -	95	91,3
Madde kullanımı olduğunda	CİB +	56	53,8
	CİB -	48	46,2
İlaç tedavisi başladığında	CİB +	61	58,7
	CİB -	43	41,3
CİB Türleri	Eretil disfonksiyon	2	1,9
	Erken boşalma	23	22,1
	Geç boşalma	29	27,9
	İstekte azalma	43	41,3

4.3. Hastalara Uygulanan Ölçeklerin Puan Ortalamaları

Tablo 4.3’de hastalara uygulanan ölçeklerin puanların ortalamaları sunulmuştur. Hastalara uygulanan BAPİ ölçeğinin puan ortalaması $10,49 \pm 4,01$ olarak saptandı. Damgalanma mekanizma ölçeğinin alt ölçek puanlarına bakıldığında Onaylanmış damgalanma puanının $11,56 \pm 4,63$, Beklenen damgalanma puanının $11,71 \pm 6,03$, İçselleştirilmiş damgalanma puanının $19,63 \pm 7,74$ olarak saptandı. Hastaların RBSÖ puanının ortalaması $1,33 \pm 0,61$ olarak saptanmıştır. Hastaların ARCYÖ toplam puanına bakıldığında $14,19 \pm 3,94$ olarak saptandı. Hastaların GRCDÖ toplam puanına bakıldığında ortalama $38,71 \pm 13,92$ olarak saptandı (Tablo 4.3.).

Tablo 4.3. Hastalara uygulanan ölçeklerin puan ortalamaları

Ölçekler	Ort.	SS.
BAPİ	10,49	4,01
Onaylanmış Damgalanma	11,56	4,63
Beklenen Damgalanma	11,71	6,03
İçselleştirilmiş Damgalanma	19,63	7,74
RBSÖ	1,33	0,61
ACYÖ	14,19	3,94
GRCDÖ	38,71	13,92

Ort: ortalama SS: standart sapma

4.4. Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeğine Göre Cinsel İşlev Bozukluğu Olan ve Olmayan Gruplarda Damgalanma Mekanizma Alt Ölçek Puan Ortalama Farklarının İncelenmesi

Tablo 4.4'te, cinsel işlev bozukluğu bulunan ve bulunmayan gruplar arasında Onaylanmış damgalanma, beklenen damgalanma ve içselleştirilmiş damgalanma ölçeklerine ait puan ortalamaların farklılıklar göstermiştir. Her iki grupta verileri normal dağıldığı için bağımsız grup student t testi yapılmıştır. Cinsel işlev bozukluğu olan grupta onaylanmış damgalanma ortalama puanı (11.84 ± 5.03), beklenen damgalanma ortalama puanı (12.57 ± 5.86), içselleştirilmiş damgalanma ortalama puanı (19.76 ± 7.05) olarak saptanmıştır (Tablo 4.4.).

Cinsel işlev bozukluğu olmayan grupta Onaylanmış damgalanma ortalama puanı (11.40 ± 4.42), Beklenen damgalanma ortalama puanı (11.21 ± 6.11), İçselleştirilmiş damgalanma ortalama puanı (19.56 ± 8.16) olarak saptanmıştır. Cinsel işlev bozukluğu olan ve olmayan gruplar arasındaki onaylanmış damgalanma, beklenen damgalanma ve içselleştirilmiş damgalanma ölçeklerine ait puan ortalamaları karşılaştırıldığında, istatistiksel olarak anlamlı bir fark gözlemlenmemiştir ($p > 0.05$).

Tablo 4.4. Cinsel işlev bozukluğu olan ve olmayan gruplarda damgalanma mekanizma alt ölçek puan ortalama farklarının incelenmesi

	CİB+(n=38)		CİB(n=66)		<i>t</i>	<i>P</i>
	Ort.	SS	Ort.	SS		
Onaylanmış Damgalanma	11.84	5.03	11.40	4.42	-0.457	0.649
Beklenen Damgalanma	12.57	5.86	11.21	6.11	-1.114	0.268
İçselleştirilmiş damgalanma	19.76	7.05	19.56	8.16	-0.128	0.899

n: Örnek sayısı SS: Standart Sapma Ort.: Ortalama değer

4.5. Cinsel İşlev Bozukluğu Olan ve Olmayan Gruplarda Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeğinin Puan Ortalamaları Arasındaki Farkın İncelenmesi

Cinsel işlev bozukluğu olan ve olmayan grupların Rosenberg benlik saygısı ölçeğinin puanları Tablo 4.5’de gösterilmiştir. Her iki grupta veriler normal dağıldığı için bağımsız gruplar Student t testi yapıldı. Cinsel işlev bozukluğu olan grupta Rosenberg benlik saygısı ölçeğinin ortalama puanı (1.26 ± 0.56) ve cinsel işlev bozukluğu olmayan grupta Rosenberg benlik saygısı ölçeğinin ortalama puanı (1.37 ± 0.64) olarak saptanmıştır. Cinsel işlev bozukluğu bulunan ve bulunmayan gruplar arasında Rosenberg benlik saygısı ölçeği puanları karşılaştırıldığında, istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık tespit edilememiştir ($p > 0.05$; Tablo 4.5.).

Tablo 4.5. Cinsel işlev bozukluğu olan ve olmayan gruplarda rosenberg benlik saygısı ölçeğinin puan ortalamaları arasındaki farkın incelemesi

	CİB+(n=38)		CİB-(n=66)		<i>t</i>	<i>P</i>
	Ort	SS	Ort	SS		
Rosenberg Benlik saygısı ölçeği	1.26	0.56	1.37	0.64	0.868	0.388

CİB: cinsel işlev bozukluğu n: Örnek sayısı SS: Standart Sapma Ort: Ortalama değer

4.6. Cinsel İşlev Bozukluğu Olan ve Olmayan Gruplarda BAPİ Toplam Puan ve Alt Ölçeklerin Toplam Puan Ortalamaları Arasındaki Farkın İncelenmesi

Cinsel işlev bozukluğu olan ve olmayan grupların BAPİ ve alt ölçeklerin puanları tablo 4.6 de gösterilmiştir. Her iki grupta veriler normal dağıldığı için bağımsız grup Student t testi yapıldı. Cinsel işlev bozukluğu olan grupta BAPİ alt ölçeklerden madde kullanım özellikleri toplam puan ortalama (1.89 ± 1.43), Tanı toplam puan ortalama (13.88 ± 6.43), Yaşam üzeri etki puan ortalama (25.00 ± 9.80), İstek toplam puan ortalama (6.84 ± 3.91), Motivasyon toplam puan ortalama (9.55 ± 3.62) ve BAPİ toplam puan ortalama (10.73 ± 4.15) olarak saptandı. Cinsel işlev bozukluğu olmayan grupta BAPİ alt ölçeklerden madde kullanım özellikleri toplam puan ortalama (1.71 ± 1.38), Tanı toplam puan ortalama (13.56 ± 6.43), Yaşam üzeri etki puan ortalama (24.12 ± 11.06), İstek toplam puan ortalama (7.27 ± 4.23), Motivasyon toplam puan ortalama (9.01 ± 4.24) ve BAPİ toplam puan ortalama (10.35 ± 3.96) olarak saptandı. Cinsel işlev bozukluğu bulunan ve bulunmayan gruplar arasında BAPİ toplam ve alt ölçeklerinin toplam puanları karşılaştırıldığında, istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık tespit edilememiştir ($p > 0.05$; Tablo 4.6.).

Tablo 4.6. Cinsel işlev bozukluğu olan ve olmayan gruplarda BAPİ toplam puan ve alt ölçeklerin toplam puan ortalamaları arasındaki farkın incelenmesi

	CİB+(n=38)		CİB-(n=66)		<i>t</i>	<i>P</i>
	Ort	SS	Ort	SS		
BAPİ-Madde kullanım- öz	1.89	1.43	1.71	1.38	-.621	0.536
BAPİ-Tanı puanları	13.88	6.43	13.56	6.43	-.245	0.807
BAPİ-Yaşam üzeri etki	25.00	9.80	24.12	11.06	-.406	0.685
BAPİ-İstek	6.84	3.91	7.27	4.23	.513	0.609
BAPİ-Motivasyon	9.55	3.62	9.01	4.24	-.655	0.514
BAPİ-Toplam puanı	10.73	4.15	10.35	3.96	-.465	0.643

4.7. Sosyodemografik Bulgular Açısından Cinsel İşlev Bozukluğu Olan ve Olmayan Grupların Karşılaştırılması

Tablo 4.7’de cinsel işlev bozukluğu olan ve olmayan gruplar ile demografik bilgilerdeki kategorik değişkenler arasında ilişkiye bakılmıştır. Kategorik değişkenler arasında ilişki saptanmak için ki-kare analiz yapılmıştır. Cinsel işlev bozukluğu olan ve olmayan gruplar arasında demografik bilgilere ait veriler karşılaştırıldığında medeni durum, aile büyükleri ile oturma mesafesi, kimlerle beraber yaşadığı, eğitim düzeyi, doğum yeri, çocukluğunu geçirdiği yer, hala yaşadığı yer açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$). Gelir düzeyine göre her iki grup karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı ($X^2=8,91$ $p=0,025$). Analiz sonrası Bonferroni post hoc testi uygulanmıştır. Sonuçlara göre, asgari ücretinin 3 katı ve yüksek geliri olan ile onun altındaki gelir düzeyi arasında anlamlı fark saptanmıştır ($p < 0.05$). Yani gelir düzeyi azaldıkça cinsel işlev bozukluğunda bozulma meydana gelmektedir.

Tablo 4.7. Sosyodemografik bulgular açısından cinsel işlev bozukluğu olan ve olmayan grupların karşılaştırılması

		CİB+(n:) (%)	CİB-(n:) (%)	X^2	P
Medeni Durum	Evli	26(41,3)	37(58,7)	2	0.33
	Bekâr	9(33,3)	18(66,7)	2	0.33
	Boşanmış	3(21,4)	11(78,6)	2	0.33
Aile Büyüklerine Oturma Mesafesi	Aynı ev	13(31,0)	29(69,0)	3	0.593
	Aile apartman	5(33,3)	10(66,7)	3	0.593
	Aynı mahalle	4(33,3)	8(66,7)	3	0.593
	Başka mahalle	16(45,7)	19(54,3)	3	0.593

Tablo 4.7. Sosyodemografik bulgular açısından cinsel işlev bozukluğu olan ve olmayan grupların karşılaştırılması (devam)

		CİB+(n:) (%)	CİB-(n:) (%)	X^2	<i>P</i>
Kimlerle	Yalnız	5(35,7)	9(64,3)	1,19	0.913
	Eşi	3(42,9)	4(57,1)	1,19	0.913
	Eşi ve çocukları	19(40,7)	28(59,6)	1,19	0.913
	Ebeveynleri ile	9(30,0)	21(70,0)	1,19	0.913
	Arkadaşları ile	2(33,3)	4(66,7)	1,19	0.913
	İlk ve ortaokul	14(37,8)	23(62,2)	4,47	0.188
Eğitim Düzeyi	Lise	17(30,4)	39(69,6)	4,47	0.188
	Üniversite/yüksek lisans	5(62,5)	3(37,5)	4,47	0.188
	Diğer	2(66,7)	1(33,3)	4,47	0.188
Doğum Yeri	Kırsal	11(44,0)	14(56,0)	1	0.515
	Kentsel	27(34,2)	52(50,1)	1	0.515
Yaşadığı Yer	Köy	5(50,0)	5(50,0)	1,12	0.863
	Kasaba	9(36,0)	16(64,0)	1,12	0.863
	Şehir	23(34,8)	43(65,2)	1,12	0.863
	Diğer	1(33,3)	2(66,7)	1,12	0.863
Çocukluğunu Geçirdiği Yer	Köy	7(36,8)	12(63,2)	2,44	0.502
	Kasaba	6(54,5)	5(45,5)	2,44	0.502
Gelir Düzeyi	Şehir	25(34,7)	47(65,3)	2,44	0.502
	Diğer	0(0,0)	2(100,0)	2,44	0.502
	Asgari ücret	21(38,2)	34(61,8)	3	0.025**
	1-2 Asgari	15(46,9)	17(53,1)	3	0.025**
	2-3-Asgari ücret	2(33,3)	4(66,7)	3	0.025**
Çalışma	3-Asgari ücretin	0(0,0)	11(100,0)	3	0.025**
	Tam zamanlı	20(40,0)	30(60,0)	2,10	0.752
	Yarım zamanı	7(46,7)	8(53,3)	2,10	0.752
	Çalışmıyor	2(25,0)	6(75,0)	2,10	0.752
	Daha önce +	8(29,6)	19(70,4)	2,10	0.752
	Hiç çalışmamış	1(25,0)	3(75,0)	2,10	0.752

n: Örnek sayısı %: Örnek yüzdesi

4.8. Klinik Bulgular Açısından Cinsel İşlev Bozukluğu Olan ve Olmayan Grupların Karşılaştırılması

Tablo 4.8’de cinsel işlev bozukluğu olan ve olmayan gruplar ile klinik bulgulardaki kategorik değişkenler arasında ilişkiye bakıldı. Kategorik değişkenler arasında ilişkiyi saptamak için ki-kare analiz yapıldı (Tablo 4.8.).

Alkol kullanımı, intihara girişimi, opioid başlama ortamı, kaç kez yatarak tedavi görmüş, son bir yılda tedavi ihlal açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır ($p>0.05$).

Tablo 4.8. Klinik bulgular açısından cinsel işlev bozukluğu olan ve olmayan grupların karşılaştırılması

		CİB+(n:)	CİB-(n:)	X^2	P
		(%)	(%)		
Alkol kullanım	Yok	35(37,2)	59(62,8)	2	0.863
	Haftada 1-2 kez	3(37,5)	5(62,5)	2	0.863
	Haftada 2-3	0(0,0)	2(100,0)	2	0.863
İntihar girişim	Var	6(30,0)	14(70,0)	1	0.676
	Yok	32(38,1)	52(61,9)	1	0.676
Opioid başlama	Aile	0(0,0)	2(100,0)	2	0.436
	Arkadaş ortamı	34(36,2)	60(63,8)	2	0.436
	Gizlice	4(50,0)	4(50,0)	2	0.436
Yatarak tedavi	Yok	14(43,8)	18(56,3)	3	0,855
	1 kez	8(33,3)	16(66,7)	3	0,855
	2 kez	6(30,0)	14(70,0)	3	0,855
	3 kez ve üzeri	10(37,0)	17(63,0)	3	0,855
Son bir yılda tedavi	Evet	18(36,7)	31(63,3)	1	0.969
	Hayır	20(36,4)	35(63,6)	1	0.969

n: Örnek sayısı %: Örnek yüzdesi

4.9. Cinsellik ile İlgili Bilgiler Açısından Cinsel İşlev Bozukluğu Olan ve Olmayan Grupların Karşılaştırılması

Tablo 4.9’de cinsel işlev bozukluğu olan ve olmayan gruplar ile klinik bulgulardaki kategorik değişkenler arasında ilişkiye bakılmıştır. Kategorik değişkenler arasında ilişki olup olmadığı saptamak için ki-kare analiz yapılmıştır. Cinsel bilgiyi nereden öğrendiği, mastürbasyon sıklık, ilk cinsel birleşmenin kiminle olduğu, düzenli cinsel partneri olup olmadığı, cinsel birleşme sıklığı, cinsel işlev sorun olduğu düşünüp düşünmediği, madde kullanmadan önce, madde kullandığı dönemde ve ilaç tedavisi başladıktan sonra cinsel işlev sorunu olup olmadığı açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır ($p>0.05$; Tablo 4.9.).

Tablo 4.9. Cinsellik ile ilgili bilgiler açısından cinsel işlev bozukluğu olan ve olmayan grupların karşılaştırılması

		CİB+(n:)	CİB-(n:)	X^2	P
		(%)	(%)		
Cinsel bilgiyi öğrenme Yolu	Arkadaştan	24(34,3)	46(65,7)	3	0.241
	İnternet	6(50,0)	6(50,0)	3	0.241
	Okuldan	13(72,2)	5(27,8)	3	0.241
	Akrabalardan	1(25,0)	3(75,0)	3	0.241
Masturbasyon	Yok	24(41,4)	34(58,6)	4	0.391
	Ayda bir	5(25,0)	15(75,0)	4	0.391
	2 haftada bir	2(22,2)	7(77,8)	4	0.391
	Haftada bir	5(55,6)	4(44,4)	4	0.391
	Haftada 2-3	2(25,0)	6(75,0)	4	0.391
İlk cinsel birleşme	Eşi	10(50,0)	10(50,0)	3	0.330
	Partner	13(27,7)	34(72,3)	3	0.330
	Para karşılığı	9(40,9)	13(59,1)	3	0.330
	Rast gele	6(40,0)	9(60,0)	3	0.330
	Arkadaş	7(31,8)	15(68,2)	4	0.378

Tablo 4.9. Cinsellik ile ilgili bilgiler açısından cinsel işlev bozukluğu olan ve olmayan grupların karşılaştırılması(devam)

		CİB+(n:)	CİB-(n:)		
		(%)	(%)	X²	P
Düzenli cinsel	Eş	23(42,6)	31(57,4)	4	0.378
	Diğer	2(33,3)	4(66,7)	4	0.378
	Yok	5(23,8)	16(76,2)	4	0.378
Cinsel birleşme sıklığı	Yok	5(26,3)	14(73,7)	8	0.461
	Günde birden fazla	4(50,0)	4(50,0)	8	0.461
	Günde bir defa	4(36,4)	7(63,6)	8	0.461
	Haftada üç defa	4(36,4)	7(63,6)	8	0.461
	Hafta iki defa	7(50,0)	7(50,0)	8	0.461
	Haftada bir	3(27,3)	8(72,7)	8	0.461
	İki haftada bir	3(50,0)	3(50,0)	8	0.461
Cinsel işlev	Düşünüyor	25(32,9)	51(67,1)	2	0.237
	Düşünmüyor	13(48,1)	14(51,9)	2	0.237
Madde-k-önce	CİB+	1(11,1)	8(88,9)	1	0.150
	CİB-	37(38,9)	58(61,1)	1	0.150
Madde kullandığında	CİB+	27(48,2)	29(51,8)	1	0.014*
	CİB-	11(22,9)	37(77,1)	1	0.014*

n:Örnek sayısı %: Örnek yüzdesi

4.10. Bağımlılık Profil İndeks Toplam ve Alt Ölçekler Puan ile Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği, Golombok-Rust-Cinsel Doyum Ölçeği ve Alt Ölçeklerin Puanları Arasında Korelasyon Analizi

Tablo 4.10' de BAPİ (Bağımlılık profil indeks) toplam puan ile ACYÖ, GRCDÖ ve alt ölçeklerin puanlar arasında korelasyon analizi yapıldı. Normal dağılım gösterdiği için pearson korelasyon analizi yapıldı. BAPİ-madde kullanım özellikleri toplam puanı ile GRCDÖ alt ölçeklerden erken boşalma toplam puanı ($p=0,017$), Kaçınma toplam puanı($p=0,006$), Doyum toplam puanı($p=0,001$) ve GRCDÖ-Toplam puanı($p=0,017$) arasındaki ilişki pozitif yönde olup, istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0,05$; Tablo 4.10.).

BAPİ-Tanı toplam puanı ile GRCDÖ alt ölçeklerden dokunma toplam puanı ($p=0,012$), kaçınma toplam puanı ($p=0,017$), doyum toplam puanı ($p=0,002$) ve GRCDÖ toplam puanı ($p=0,018$) arasındaki ilişki pozitif yönde olup, istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0,05$; Tablo 4.10.) BAPİ-yaşam üzerine etki toplam puanı ile GRCDÖ alt ölçeklerden Doyum toplam puanı ($p=0,022$) arasındaki ilişki pozitif yönde olup, istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$; Tablo 4.10.) BAPİ-İstek toplam puanı ile GRCDÖ alt ölçeklerden Dokunma toplam puanı ($p=0,010$), Doyum toplam puanı ($p=0,021$) ve GRCDÖ toplam puanı ($p=0,034$) arasındaki ilişki pozitif yönde olup, istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0,05$; Tablo 4.10.) BAPİ-Motivasyon toplam puanı ile GRCDÖ alt ölçeklerden kaçınma toplam puanı ($p=0,007$) ve Doyum toplam puanı ($p=0,016$) arasındaki ilişki pozitif yönde olup, istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0,05$; Tablo 4.10.) BAPİ-Toplam puanı ile GRCDÖ alt ölçeklerden Dokunma toplam puanı ($p=0,043$), kaçınma toplam puanı ($p=0,003$), Doyum toplam puanı ($p=0,001$) GRCDÖ toplam puanı ($p=0,011$) arasındaki ilişki pozitif yönde olup, istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0,05$; Tablo 4.10.).

Tablo 4.10. Bağımlılık profil indeksi toplam ve alt ölçekler puanı ile Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği, Golombok-Rust-Cinsel Doyum Ölçeği ve Alt Ölçeklerin puanları arasında ilişki

Pearson		ARC	GRCD Emp	GRCD Erken	GRCD Dokun	GRCD Kaçın	GRCD Doyum	GRCD Sıklık	GRCD İletişim	GRC Topl
BAPİ-	r	0.126	0.053	0.208	0.095	0.266	0.291	0.024	-0.007	0.208
MDKÖ	p	0.102	0.298	0.017	0.170	0.006	0.001	0.405	0.472	0.017
BAPİ-	r	0.024	-0.086	0.098	0.220	0.233	0.274	0.068	-0.030	0.207
Tanı	p	0.405	0.194	0.162	0.012	0.017	0.002	0.245	0.482	0.018
BAPİ-	r	0.003	0.013	0.056	0.081	0.146	0.197	0.082	0.059	0.123
YÜZET	p	0.488	0.449	0.287	0.207	0.140	0.022	0.204	0.278	0.107
BAPİ -	r	0.038	0.066	0.008	0.228	0.182	0.200	0.097	0.054	0.180
İstek	p	0.352	0.253	0.466	0.010	0.064	0.021	0.163	0.294	0.034
BAPİ-	r	-0.003	-0.055	0.095	0.010	0.265	0.212	0.044	0.116	0.128
Motivasy	p	0.490	0.289	0.170	0.459	0.007	0.016	0.330	0.121	0.098
BAPI-	r	0.047	-0.008	0.115	0.169	0.287	0.298	0.005	0.081	0.223
Toplam	p	0.319	0.468	0.123	0.043	0.003	0.001	0.482	0.207	0.011

4.11. Madde Kullanım Bozukluğunda Damgalanma Mekanizma Alt Ölçeklerinin Puanları ile Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği, Golombok-Rust-Cinsel Doyum Ölçeği ve Alt Ölçeklerinin Puanları Arasında Korelasyon Analizi

Tablo 4.11'd madde kullanım bozukluğunda damgalanma mekanizma alt ölçek puanları ile ACYÖ, GRCDÖ ve alt ölçek puanları arasında korelasyon analizi yapılmıştır. Normal dağılım gösterdiği için pearson korelasyon analizi yapıldı. Onaylanmış damgalanma toplam puanı ile GRCDÖ alt ölçeklerden kaçınma toplam puanı ($p=0,008$) arasındaki ilişki pozitif yönde olup, istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0,05$). Onaylanmış damgalanma toplam puanı ile ARCYÖ, GRCDÖ alt ölçeklerden empotans, erken boşalma, dokunma, doyum, sıklık, iletişim ve toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p>0,05$).

Beklenen damgalanma toplam puanı ile ARCYÖ (p=0,036), GRCDÖ alt ölçeklerden erken boşalma toplam puanı (p=0,005), kaçınma toplam puanı (p=0,052), Doyum toplam puanı (p=0,003) ve GRCDÖ toplam puan (p=0,020) arasındaki ilişki pozitif yönde olup, istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur (p<0,05; Tablo 4.11.).

Beklenen damgalanma toplam puanı ile GRCDÖ alt ölçeklerden Empotans, Dokunma, Sıklık ve İletişim toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır (p>0,05). İçselleştirilmiş damgalanma toplam puanı ile GRCDÖ alt ölçeklerden erken boşalma toplam puanı (p=0,002), kaçınma toplam puanı (p=0,042), Doyum toplam puanı (p=0,004), sıklık (p=0,057) ve GRCDÖ toplam puan (p=0,026) arasındaki ilişki pozitif yönde olup, istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur (p<0,05). İçselleştirilmiş damgalanma toplam puanı ile ARCYÖ toplam puanı, GRCDÖ alt ölçeklerden Empotans, Dokunma ve İletişim toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır (p>0,05).

Tablo 4.11. Madde kullanım bozukluğunda damgalanma mekanizma alt ölçeklerinin puanları ile Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği, Golombok-Rust-Cinsel Doyum Ölçeği ve alt ölçeklerinin puanları arasındaki ilişki

Pearson	Onaylanmış damgalanma		Beklenen damgalanma		İçselleştirilmiş damgalanma	
	r	P	r	p	r	p
ARCÖ	0.058	0.281	0.177	0.036	0.115	0.122
GRCD Empotans	0.11	0.134	0.136	0.085	0.081	0.206
GRCD Erken boşalma	0.096	0.165	0.252	0.005	0.287	0.002
GRCD Dokunma	0.038	0.352	0.087	0.189	0.051	0.303
GRCD Kaçınma	0.238	0.008	0.16	0.052	0.171	0.042
GRCD Doyum	0.08	0.209	0.264	0.003	0.256	0.004
GRCD Sıklık	-0.055	0.288	0.015	0.44	0.156	0.057
GRCD İletişim	0	0.498	0.085	0.195	0.102	0.152
GRCD Toplam	0.105	0.144	0.201*	0.02	0.190*	0.026

Pearson Korelasyon Testi (*. P<0.05) r: Pearson istatistik değeri p: Anlamlılık katsayısı GRCDÖ: golombok rust doyum ölçeği

4.12. Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği Toplam Puanı ile Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği, Golombok-Rust-Cinsel Doyum Ölçeği ve Alt Ölçeklerinin Puanları Arasında Korelasyon Analizi

Tablo 4.12’de Rosenberg benlik saygısı ölçek toplam puanı ile ACYÖ, GRCDÖ ve alt ölçeklerin puanlar arasında korelasyon analizi yapıldı. Normal dağılımı gösterdiği için pearson korelasyon analizi yapıldı. Rosenberg benlik saygısı ölçeği(RBSÖ) toplam puanı ile ACYÖ toplam puanı, GRCDÖ toplam puanı ve alt Ölçeklerin toplam puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmamıştır ($p>0,05$; Tablo 4.12.).

Tablo 4.12. Rosenberg benlik saygı ölçeği toplam puanı ile Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği, Golombok-Rust-Cinsel Doyum Ölçeği ve alt ölçeklerinin puanları arasında ilişki

Pearson	RBSÖ	
	R	p
ARCÖ	-0.063	0.263
GRCD Empotans	-0.162	0.05
GRCD Erken boşalma	-0.036	0.359
GRCD Dokunma	0.062	0.267
GRCD Kaçınma	-0.024	0.404
GRCD Doyum	-0.122	0.109
GRCD Sıklık	-0.128	0.097
GRCD İletişim	-0.088	0.188
GRCD Toplam	-0.109	0.136

4.13. Madde Kullanım Bozukluğunda Damgalanma Mekanizma Alt Ölçek Puanlarının Kendi Aralarında Korelasyon Analizi

Tablo 4.13’te Madde kullanım bozukluğunda damgalanma mekanizma alt ölçek puanlarının kendi aralarında korelasyon analizi yapıldı. Verileri normal dağılımı göstermediği için spearman korelasyon analizi yapıldı.

Onaylanmış damgalanma toplam puanı ile beklenen damgalanma toplam puanı ($p=0,000$), içselleştirilmiş damgalanma toplam puanı ($p=0,000$) arasındaki ilişki pozitif yönde olup, istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0,05$).

Beklenen damgalanma toplam puanı ile onaylanmış damgalanma toplam puanı ($p=0,000$), içselleştirilmiş damgalanma toplam puanı ($p=0,009$) arasındaki ilişki pozitif yönde olup, istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0,05$).

İçselleştirilmiş damgalanma toplam puanı ile onaylanmış damgalanma toplam puanı ($p=0,000$), beklenen damgalanma toplam puanı ($p=0,009$) arasındaki ilişki pozitif yönde olup, istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0,05$; Tablo 4.13.).

Tablo 4.13. Madde kullanım bozukluğunda damgalanma mekanizma alt ölçek puanlarının kendi aralarında korelasyon analizi

Spearman		Onaylanmış damgalanma	Beklenen damgalanma	İçselleştirilmiş damgalanma
Onaylanmış damgalanma	r_s	1	0.576*	0.367*
	P		0.000	0.000
Beklenen damgalanma	r_s	0.576*	1	0.232*
	P	0.000		0.009
İçselleştirilmiş damgalanma	r_s	0.367*	0.232*	1
	P	0.000	0.009	

Spearman Korelasyon Testi (*, $P<0.05$) r_s : Spearman istatistik değeri p: Anlamlılık katsayısı

4.14. Madde Kullanım Bozukluğunda Damgalanma Mekanizma Alt Ölçek Puanları ile Benlik Saygısı Puanları Arasında Korelasyon Analizi

Tablo 4.14'te Madde kullanım bozukluğunda damgalanma mekanizma alt ölçek puanları ile Rozenberg benlik saygı ölçek puanları arasında korelasyon analizi yapıldı. Verileri normal dağılımı göstermediği için spearman korelasyon analizi yapıldı.

Rosenberg benlik saygısı ölçek toplam puanı ile onaylanmış damgalanma, beklenen damgalanma ve içselleştirilmiş damgalanma arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır.

Tablo 4.14. Madde kullanım bozukluğunda damgalanma mekanizma alt ölçek puanları ile benlik saygısı puanları arasında korelasyon analizi

Spearman		Onaylanmış damgalanma	Beklenen damgalanma	İçselleştirilmiş damgalanma
Benlik saygısı	r_s	-0.050	-0.160	0.016
	p	0.306	0.053	0.436

Spearman Korelasyon Testi (* $P < 0.05$) r_s : spearman istatistik değeri p: Anlamlılık katsayısı

4.15. Golombok Rust Cinsel Doyum Ölçeğinin Toplam Puanını Etkileyen

Faktörlerin Lineer Regresyon Analizi

Tablo 4.15'de, cinsel işlev bozukluğunu etkileyen öngörücü değişkenleri belirlemek için bir lineer regresyon modeli kuruldu. Bu modelde, GRCDÖ toplam puanı bağımlı değişken olarak alındı. Modele dahil edilen bağımsız değişkenler, korelasyon ve Ki-kare analizleriyle cinsel işlev bozukluğu ile ilişkili olduğu saptanan veriler ve literatürde cinsel işlev bozukluğunu etkileyebileceği belirtilen faktörlerden seçildi. 'Backward' yöntemi kullanılarak yapılan analizde, modele katkı sağlamayan değişkenler modelden çıkarıldı.

Modelde yer alan BAPİ alt ölçekleri, çoklu korelasyon sorunları ve anlamlı bir katkı sağlanmadığından çıkarılmıştır. Tüm öngörücüleri içeren tam model, hastaların cinsel işlev bozukluğu üzerindeki etkilerini ölçmek amacıyla istatistiksel olarak anlamlı bulundu.

Model cinsel işlev bozukluğu ile ilgili varyansın %87,2'ünü (Adjusted R kare) açıklayabilmektedir. Bağımsız değişkenlerin modele katkıda bulunan değişkenler; BAPİ toplam puanı, Beklenen damgalanma ve içselleştirilmiş damgalanma toplam puanları olarak tespit edilmiştir. BAPİ ölçeğinin toplam puanında bir puanlık artış

GRCDÖ toplam puanında 1.249 puanlık artış göstermektedir. Beklenen damgalanma puanında bir puanlık artış GRCDÖ toplam puanında 0.546 puanlık artış göstermektedir. İçselleştirilmiş damgalanma puanında bir puanlık artış GRCDÖ (toplam puanında 0.538 puanlık artış göstermektedir. Benlik saygısı, Eğitim düzeyi, Cinsel bilginin nereden öğrendiği ve Gelir düzeyi değişkenlerinin cinsel işlev bozukluğu üzerine anlamlı etkisinin olmadığı bulundu.

Tablo 4.15. Golombok rust cinsel doyum ölçeğinin toplam puanını etkileyen faktörlerin

lineer regresyon analizi

	B	S.H.	S.T.β	t	p	95% C.I.ihtimal oranı için	
						Alt Sınır	Üst Sınır
RBSÖ-Toplam	2.860	2.059	0.102	1.389	0.168	-1.226	6.945
Eğitim düzey	3.802	2.890	0.074	1.316	0.091	-1.934	9.539
Cinsel bilgi öğrenme	6.208	3.319	0.081	1.871	0.064	-0.379	12.794
Gelir düzey	-4.022	4.071	-.040	-.988	0.326	-12.103	4.059
BAPİ-Toplam	1.249	0.352	0.341	3.550	0.001*	0.551	1.948
Beklenen Damgalanma	0.546	0.255	0.175	2.143	0.035*	0.040	1.051
İçselleştirilmiş damgalanma	0.538	0.177	0.276	3.038	0.003*	0.186	0.889

R² adj:0.872 F:102.272 RBSÖ: rozenberg benlik saygısı ölçeği β: beta SH: standart hata STβ:standart beta

4.16. Golombok Rust Cinsel Doyum Ölçeğinin Doyum Toplam Puanını Etkileyen Faktörlerin Lineer Regresyon Analizi

Tablo 4.16’de cinsel işlev bozukluğunu etkileyen öngörücü değişkenleri belirlemek için bir lineer regresyon modeli kuruldu. Bu modelde, GRCDÖ doyum toplam puanı

bağımlı değişken olarak alındı. Modele dahil edilen bağımsız değişkenler, korelasyon ve Ki-kare analizleriyle cinsel işlev bozukluğu ile ilişkili olduğu saptanan veriler ve literatürde cinsel işlev bozukluğunu etkileyebileceği belirtilen faktörlerden seçildi. ‘Backward’ yöntemi kullanılarak yapılan analizde, modele katkı sağlamayan değişkenler modelden çıkarıldı.

Modelde yer alan BAPİ alt ölçekleri, çoklu korelasyon sorunları ve anlamlı bir katkı sağlanmadığından çıkarılmıştır. Tüm öngörücüleri içeren tam model, hastaların cinsel işlev bozukluğu üzerindeki etkilerini ölçmek amacıyla istatistiksel olarak anlamlı bulundu.

Model cinsel işlev bozukluğu ile ilgili varyansın %80,5’ünü (Adjusted R kare) açıklayabilmektedir. Bağımsız değişkenlerin modele katkıda bulunan değişkenler; BAPİ toplam puanı ve İçselleştirilmiş damgalanma toplam puanlarıdır.

BAPİ toplam puanında bir puanlık artış GRCDÖ toplam puanında 0.224 puanlık artış göstermektedir. İçselleştirilmiş damgalanma puanında bir puanlık artış GRCDÖ toplam puanında 0.089 puanlık artış göstermektedir.

Benlik saygısı, eğitim düzey, cinsel bilginin nereden öğrendiği, gelir düzey ve beklenen damgalanmanın cinsel işlev bozukluğu alt türlerinden doyum üzerine anlamlı etkisinin olmadığı saptandı.

Tablo 4.16. Golombok rust cinsel doyum ölçeğinin doyum toplam puanını etkileyen faktörlerin lineer regresyon analizi

	β	S.H.	S.T. β	t	p	95% C.I.ihtimal oranı için	
						Alt Sınır	Üst Sınır
RBSÖ-Toplam	-0.052	0.395	-.012	-.131	0.896	-0.836	0.732
Eğitim düzey	0.517	0.555	.065	0.932	0.354	-0.584	1.618
Cinsel bilgi öğrenme kaynağı	0.602	0.637	.051	0.945	0.347	-0.662	1.866
Gelir düzey	-0.455	0.781	-.029	-.582	0.562	-2.005	1.096
BAPİ-Toplam	0.224	0.068	.393	3.314	0.001*	0.090	0.358
Beklenen Damgalanma	0.094	0.049	0.194	1.930	0.057	-0.003	0.191
İçselleştirilmiş Damgalanma	0.089	0.034	0.295	2.634	0.010	0.022	0.157

R² adj:0.805 F:62.374 RBSÖ: Rosenberg benlik saygısı ölçeği β : beta S:standart hata ST β :standart beta

4.17. Golombok Rust Cinsel Doyum Ölçeğinin Kaçınma Toplam Puanını Etkileyen Faktörlerin Lineer Regresyon Analizi

Tablo 4.17’te Cinsel işlev bozukluğu etkileyen ön gördürücü değişkenlerin saptanması için lineer regresyon modelleri oluşturuldu. Modelde GRCDÖ kaçınma toplam puanı bağımlı değişken olarak belirlendi. Modele dahil edilen bağımsız değişkenler; korelasyon ve ki kare analizleri sonucunda cinsel işlev bozukluğu ile ilişkili bulunan verilerimiz ve literatürde cinsel işlev bozukluğu üzerinde etkili olduğu bildirilen değişkenler dikkate alınarak oluşturuldu. Dâhil edilen değişkenler ‘backward’ yöntemiyle analiz edildi ve bunun sonucuna göre modele katkısı olmayan değişkenler modelden çıkarıldı.

Lineer regresyon modeli oluşturulurken ‘backward’ yöntemine dâhil edilen BAPİ alt ölçeklerin çoklu korelasyon karakterleri nedeni ile anlamlı katkıda bulunmadığı için modelden çıkarıldı. Hastaların cinsel işlev bozukluğu üzerinde bazı unsurların etkilerini ölçmek için uygulanan, tüm ön gördürücüleri içeren tam model istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Model cinsel işlev bozukluğu ile ilgili varyansın %59,8’ünü (Adjusted R kare) açıklayabilmektedir. Bağımsız değişkenlerin Modele katkıda bulunan değişkenler; BAPİ toplam puanı ve İçselleştirilmiş damgalanma toplam puanlarıdır. BAPİ (bağımlılık profil indeksi) ölçeğinin toplam puanında bir puanlık artış GRCDÖ toplam puanında 0.156 puanlık artış göstermektedir. Benlik saygısı, eğitim düzey, cinsel bilginin nereden öğrendiği, gelir düzey onaylanan ve içselleştirilmiş damgalanmanın cinsel işlev bozukluğu alt türlerden kaçınma üzerine anlamlı etkisinin olmadığı bulunmuştur.

Tablo 4.17. Golombok rust cinsel doyum ölçeğinin kaçınma toplam puanını etkileyen faktörlerin lineer regresyon analizi

	B	S.H.	S.T. β	t	p	95% C.I.İhtimal oranı için	
						Alt Sınır	Üst Sınır
RBSÖ-Toplam	-0.028	0.360	-0.010	-.077	0.939	-0.742	0.687
Eğitim düzey	-0.272	0.512	-.045	-.443	0.659	-1.242	0.789
Cinsel bilgi öğrenme kaynağı	0.262	0.579	0.036	0.463	0.644	-0.881	1.417
Gelir düzey	-0.225	0.705	-.023	-.320	0.750	-1.624	1.173
BAPİ-Toplam	0.156	0.062	0.433	2.505	0.014*	0.032	0.280
Onaylanan Damgalanma	0.090	0.058	0.278	1.557	0.123	-0.025	0.205
İçselleştirilmiş Damgalanma	0.027	0.032	0.139	0.829	0.409	-0.037	0.090

R² adj:0.598 F:23.129 RBSÖ: rozenberg benlik saygı ölçeği β : beta S:standart hata ST β :standart beta

4.18. Golombok Rust Cinsel Doyum Ölçeğinin Erken Boşalma Toplam Puanını Etkileyen Faktörlerin Lineer Regresyon Analizi

Tablo 4.18’te Cinsel işlev bozukluğu etkileyen ön gördürücü değişkenlerin saptanması için lineer regresyon modelleri oluşturuldu. Modelde GRCDÖ erken boşalma toplam puanı bağımlı değişken olarak belirlendi. Modele dahil edilen bağımsız değişkenler; korelasyon ve ki kare analizleri sonucunda cinsel işlev bozukluğu ile ilişkili bulunan verilerimiz ve literatürde cinsel işlev bozukluğu üzerinde etkili olduğu bildirilen değişkenlerden oluşturuldu.

Dâhil edilen değişkenler ‘backward’ yöntemiyle analiz edildi ve bunun sonucuna göre modele katkısı olmayan değişkenler modelden çıkarıldı. Lineer regresyon modeli oluşturulurken ‘backward’ yöntemine dâhil edilen BAPİ alt ölçeklerin Kolineer karakterleri nedeni ile ve anlamlı katkıda bulunmadığı için modelden çıkarıldı. Hastaların cinsel işlev bozukluğu üzerinde bazı unsurların etkilerini ölçmek için uygulanan, tüm ön gördürücüleri içeren tam model istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur.

Model cinsel işlev bozukluğu ile ilgili varyansın %86,8’ünü (Adjusted R kare=?) açıklayabilmektedir. Bağımsız değişkenlerin Modele katkıda bulunan değişkenler; BAPİ toplam puanı, Beklenen damgalanma ve İçselleştirilmiş damgalanma toplam puanlarıdır. BAPİ toplam puanında bir puanlık artış GRCDÖ toplam puanında 0.175 puanlık artış göstermektedir. Beklenen damgalanma puanında bir puanlık artış GRCDÖ toplam puanında 0.129 puanlık artış göstermektedir. İçselleştirilmiş damgalanma puanında bir puanlık artış GRCDÖ toplam puanında 0.162 puanlık artış göstermektedir.

Eğitim düzeyi, cinsel bilginin nereden öğrendiği ve gelir düzeyin cinsel işlev bozukluğu üzerine anlamlı etkisinin olmadığı bulunmuştur.

Tablo 4.18. Golombok rust cinsel doyum ölçeğinin erken boşalma toplam puanını etkileyen faktörlerin lineer regresiyon analizi

	β	S.H.	S.T. β	t	p	95% C.I.ihtimal oranı için	
						Alt Sınır	Üst Sınır
Eğitim düzey	1.084	0.576	0.107	1.881	0.063	-0.059	2.227
Cinsel bilgi öğrenme kaynağı	0.636	0.659	0.042	0.966	0.336	-0.671	1.944
Gelir düzey	-0.189	0.820	-.009	-.231	0.818	-1.817	1.438
BAPİ-Toplam	0.175	0.066	0.241	2.641	0.010*	0.044	0.306
Beklenen Damgalanma	0.129	0.051	0.207	2.502	0.014*	0.027	0.231
İçselleştirilmiş Damgalanma	0.162	0.035	0.418	4.637	0.000*	0.092	0.231

R² adj:0.868 F:114.636 RBSÖ: rozenberg benlik saygı ölçeği β : beta S:standart hata ST β :standart beta

5. TARTIŞMA VE SONUÇ

Bu çalışmada, opioid kullanım bozukluğu tanısı almış bireylerde damgalanma, benlik saygısı ve cinsel işlev bozukluğu arasındaki ilişkiyi incelenmiştir. Bu çalışmanın iki tane temel bulgusu vardır. 1. Bağımlılık şiddeti arttıkça cinsel işlev bozukluğu da artmaktadır. 2. Damgalanma arttıkça cinsel işlev bozukluğu artmaktadır.

Araştırmamıza dâhil edilen hastaların tamamı erkeklerden oluşmaktadır. Alkol ve madde bağımlılığına dair yapılmış çeşitli çalışmalarda kadın hastaların oranının düşük olduğu ifade edilmiştir (E. Evren ve ark., 2000). Çakmak ve Evren, yatarak tedavi gören madde bağımlı hastaların beş yıllık değerlendirmesinde cinsiyet dağılımını erkeklerde %93,5 olarak tespit etmişlerdir (Karaağaç ve ark., 2017). SEAH Erişkin Arındırma Merkezi polikliniğine gelen ve opioid idame tedavisi kullanan hasta sayısının çoğunlukla literatürdeki gibi erkeklerden oluştuğu için çalışmaya sadece erkek hastalar dâhil edildi.

Opioid kullanan hastaların yaş ortalama açısından literatüre bakıldığında Heslin ve arkadaşlar tarafından 344 opioid bağımlı hastalar üzerinde yapılan çalışma 'da yaş ortalamasını 38 ± 10.2 olarak saptamıştır (Heslin ve ark., 2011). Çalışmamızda elde edilen yaş ortalamasının literatürdeki ile uyumlu bulundu. Bu benzerlik, opioid bağımlılığına ilişkin yaş dağılımının genelde tutarlı olduğunu gösteriyor. Literatürdeki bu tutarlılık, idame tedavisinde olan hastaların orta yaşta olduğu göstermektedir.

Medeni durum açısından bakıldığında 2020 yılında Jones ve arkadaşlar tarafından yapılan bir araştırmada opioid kullanım bozukluğu tedavisi gören bireylerin ilişki durumları ve tedavi sonuçları incelenmiştir. Sonuçlar, %50'sinin evli, %40'ının bekâr ve %10'unun boşanmış olduğunu göstermektedir (Jones ve ark., 2022). Bizim çalışmamızda da medeni duruma bakıldığında literatürdeki ile uyumlu evli bireylerin tedaviye katılım oranlarının daha yüksek olduğu bulunmuştur. Evli bireylerin tedaviye

katılım oranlarının daha yüksek bulunması, sosyal destek sistemlerinin tedavi süreçlerindeki rolünü vurgulayan önemli bir noktadır. Bu durum, evlilik, bireylerin tedaviye katılımını olumlu yönde etkileyebileceğini gösteriyor. Ayrıca, medeni durumun tedavi süreçlerindeki etkilerini daha geniş bir perspektiften incelemek, bu alandaki literatüre katkıda bulunabilir.

Eğitim düzeyi açısından bakıldığında Doğanavşargil ve ark. tarafından yapılan çalışmada madde kullanımı olan hastalarda lise eğitim görenlerin oranı %38,9 bulunmuştur. Bulut ve arkadaşları tarafından yapılan çalışmada hastaların %32,5'nin lise eğitim gördüğü bildirilmiştir (Doğanavşargil ve ark., 2004). 2019 yılında başka bir çalışmada opioid bağımlılığına yatkınlıkta eğitim seviyesinin etkisi araştırılmıştır. Katılımcıların %35'inin ilkökul, %40'ının lise ve %25'inin üniversite mezunu olduğunu göstermiştir. Düşük eğitim seviyesinin, bağımlılık gelişiminde önemli bir risk faktörü olduğu ortaya konmuştur (Ellis ve ark., 2020). Çalışmamızda da literatürle uyumlu olarak madde kullananların eğitim seviyesine bakıldığında ilk ve ortaokul mezunların sayısı %35, lise mezunların sayısı %53,8, üniversite ve yüksek lisans mezunların sayısı %11 olarak literatürdeki çalışmalar ile paralel olarak saptanmıştır. Bu verilerin bir araya gelmesi, eğitim düzeyinin bağımlılıkla olan ilişkisini daha net bir şekilde ortaya koyuyor. Gelecek araştırmalarda, eğitim düzeyinin yanı sıra bireylerin eğitim sonrası hayatlarında edindikleri beceriler ve sosyal destek sistemleri gibi faktörlerin de incelenmesi, bağımlılık riskini daha iyi anlamamıza yardımcı olabilir. Ayrıca, bu tür bulguların, bağımlılık tedavi programlarının yapılandırılmasında ve önleyici politikaların geliştirilmesinde dikkate alınması gerektiği açıktır.

Opioid kullanım bozukluğu kırsal ve kentsel açıdan bakıldığında Kırsal alanlarda yaşayan bireylerin %50'sinin, kentsel alanlarda yaşayanların ise %35'inin opioid bağımlılığı tanısı aldığı bulunmuştur. Kırsal alanlarda tedaviye erişim zorlukları, bağımlılık oranlarını artıran faktörler arasında yer almaktadır (Swann ve ark., 2021). Bizim çalışmamızda hastaların %25 kırsal alanda ve %75 kentsel alanda doğduğu

saptanmıştır. Literatürde kırsal alanlarda opioid kullanım bozukluğunun %50 gibi yüksek bir oranla daha yaygın olduğu belirtilirken, çalışmamızda bu oran %25 olarak tespit edilmiştir. Bu farklılığın birkaç nedeni olabilir: örneklem yapısı, çalışmamızda kentsel alanların daha fazla temsil edilmesi, genel bağımlılık oranlarını etkileyebilir. Kentsel alanlarda daha fazla birey olduğundan, kırsal alandaki düşük oran, genel veriyi aşağı çekebilir. Tedavi erişimi, literatürdeki bulgular, kırsal alanlarda tedaviye erişim zorluklarını vurgularken, çalışmamızda bu zorlukların etkisi daha az hissedilmiş olabilir. Bu durum, kırsal alandaki bireylerin daha az bağımlılık tanısı almasına neden olabilir. Demografik farklılıklar, çalışmalar arasındaki farklılıklar, örneklemdeki yaş, cinsiyet veya sosyoekonomik durum gibi demografik faktörlerden de kaynaklanabilir. Farklı tanı kriterleri, kullanılan tanı kriterlerinin farklılığı veya bireylerin kendilerini nasıl ifade ettikleri de sonuçları etkileyebilir.

Çalışma durumuna bakıldığında, opioid bağımlılığı olan bireylerin çalışma durumlarının bağımlılık üzerindeki etkileri incelenmiştir. Katılımcıların %30'unun çalıştığı ve %70'unun çeşitli nedenlerle çalışmadığı bulunmuştur. İşsizlik oranı, bağımlılık riskini artıran önemli bir faktör olarak vurgulanmıştır (Nolte-Troha ve ark., 2023). Bizim çalışmamızda hastaların %62.5 çalıştığı ve %37.5 çalışmadığı saptanmıştır. Bunun sebepleri Sosyoekonomik Faktörler: ekonomik fırsatlar ve iş gücü pazarındaki koşullar, istihdam oranlarını etkileyebilir. Tedavi Programları: Daha etkili tedaviye erişim, bireylerin toplumsal yaşama entegrasyonunu artırabilir. Örneklem Büyüklüğü ve Özellikleri: Her iki çalışmadaki katılımcıların demografik özellikleri farklılık gösterebilir. Zaman Dilimi: İki araştırma arasındaki zaman, ekonomik koşullardaki değişiklikleri etkileyebilir. Bölgesel Farklılıklar: Kırsal ve kentsel alanlar arasındaki farklılıklar, bağımlılık ve istihdam oranlarını etkileyebilir.

Gelir düzeyi açısından bakıldığında Bir sistematik derlemede, opioid kullanım bozukluğu olan bireylerin gelir düzeyleri incelenmiştir. Çalışma, katılımcıların %25'inin asgari ücretin altında gelir elde ettiğini, %50'sinin asgari ücrete yakın olduğunu ve %25'inin asgari ücretin üzerinde bir gelir düzeyine sahip olduğunu

göstermiştir. Düşük gelir düzeyinin bağımlılık riskini artırdığı vurgulanmıştır.(Jaguga ve ark., 2022)

Başka bir çalışma, opioid bağımlılığı ile gelir düzeyi arasındaki ilişkiyi incelemiştir. Elde edilen verilere göre, katılımcıların %30'u asgari ücretin altında, %40'ı asgari ücrete yakın ve %30'u asgari ücretin üzerinde bir gelir düzeyine sahip olmuştur. Düşük gelir grubundaki bireylerin bağımlılık oranlarının daha yüksek olduğu bulunmuştur (Van Draanen ve ark., 2020).

Bağımlılarda suicidal girişim riski genel topluma göre belirgin olarak yüksek olup, çeşitli çalışmalarda suicidal girişim oranı %15 ile %20 arasında değişmektedir (Oyefeso ve ark., 1999). Çalışmamızda suicidal girişimi olan hastaların sayısı %19.2 olarak saptanmış olup literatürdeki ile uyumlu olduğu saptanmıştır. Bu benzerlik, bağımlılık tedavisinin önemini ve bu bireylerin psikososyal destek ihtiyacını vurguluyor. Ayrıca, bu bulguların klinik uygulamalar açısından dikkate alınması, tedavi süreçlerine entegre edilmesi gereken risk değerlendirmeleri ve müdahale stratejileri geliştirilmesine yardımcı olabilir.

Çalışmamızda hastaların %98.1 sigara kullanılmaktaydı ve literatür ile uyumlu saptandı. Bağımlılık yapıcı maddelerin kullanımında maddeler arasında aşamalı geçişler olduğu ve nikotinin bağımlılık yapıcı maddelere geçiş için kapı görevi yaptığı ileri sürülmektedir (Rodrigues ve ark., 2009). Geçici ve arkadaşları tarafından yapılan çalışmada, opiyat bağımlılarının sigara kullanım oranını %100 olarak bildirmişlerdir (Nebioğlu ve ark., 2013).

Çalışmaya katılan hastaların %82'sinin ilk kullandığı yasadışı maddenin esrar olduğu bulunmuştur. Bu bulgu literatürle uyumludur, diğer maddelerin kullanımında esrar geçiş maddesi olarak bildirilmiştir (Hasin, 2018; Vanyukov ve ark., 2012).

Çalışmaya katılan hastaların %46'sı maddeye başlama nedenini arkadaş ortamı olarak, %24'ü merak olarak bildirmiştir. Madde kullanmaya başlamada arkadaş ortamının tesirinin yüksek olduğunu bildiren araştırmalar bulunmaktadır (Lundborg, 2006; Titus ve ark., 2007).

Hastaların maddeyi nasıl bir ortamda başladığına bakıldığında çalışmamızda %92.3 arkadaş ortamında ve %7.7 gizli şeklinde başladığı saptanmıştır çalışmamızda literatür göre biraz yüksek sapmanın sebepleri Örneklem Büyüklüğü: Temsili Gruplar Sosyal Bağlantılar ve Kültürel Etkiler olabilir. Başka çalışmalarda Eroin kullanıcılarının %80'inin sosyal çevresinin (özellikle arkadaşlar) bağımlılığa yol açan önemli bir etken olduğu bulunmuştur. Katılımcıların %60'ı, ilk kez eroini arkadaşlarıyla birlikte denediklerini ifade etmiştir (Kumar ve ark., 2021).

Araştırmamızdan elde edilen verilere göre, hastaların medyan madde kullanım süresi 9,5 yıl olarak belirlenmiş olup, eroin bağımlılığı olan bireylerin ortalama kullanım süresi 8 yıl olarak bulunmuştur. Uzun süreli kullanım, bireylerin tedaviye yanıtlarını olumsuz etkileyen bir faktör olarak değerlendirilmiştir

Bağımlılık şiddet düzeyi boyutsal olarak değerlendiren ve klinisyen tarafından uygulanan bağımlılık Profil indeksi (BAPİ) ölçek toplam ve alt ölçeklerin puanları ile cinsel işlev bozukluğu değerlendiren hasta tarafından doldurulan öz bildirim ölçeklerden ACYÖ, GRCDÖ toplam ve alt ölçeklerin toplam puanlar arasında birçok yerde pozitif ve istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptandı.

Literatüre bakıldığında opioid kullanım bozukluğu tanılı hastaların bağımlılık şiddet ile cinsel işlev bozukluğu arasında doğrudan ilişkiyi inceleyen herhangi bir çalışmaya rastlanmamıştır. Çalışmamız bu açıdan literatüre katkı sağlamaktadır. 2022 yılında Rajendra kumar ve arkadaşları tarafında Hindistan'da 100 tane alkol kullanım bozukluğu tanılı hastalar üzerinde yapılan çalışmada alkol bağımlılığın şiddeti ile cinsel işlev bozukluğu arasında pozitif ilişki saptanmıştır (Acharya ve ark., 2022).

Türkiye'de 52 tane alkol kullanım bozukluğu hastalar üzerinde yapılan çalışmada bağımlılık şiddet artış ile cinsel işlev bozukluğu arasında anlamlı ilişki saptanmıştır (ÖZBEK, 2022). Literatürde opioid kullanım bozukluğu tanılı hastalar üzerinde bağımlılık şiddeti ile cinsel işlev bozukluğu arasında doğrudan ilişkiyi inceleyen herhangi bir çalışmanın bulunmaması bizim çalışmamız önemli kılıyor. Bu sonuç

alandaki yapılacak yeni araştırmaların gerekliliğini ve bağımlılık tedavisinde cinsel sağlığın dikkate alınması 6nemini vurgulamaktadır.

Çalışmamızda kullanılan damgalanma mekanizma 6lçeklerin toplam puan ile cinsel işlev bozukluğu değerlendiren hasta tarafından doldurulan 6lçeklerden ACYÖ, GRCDÖ toplam ve alt 6lçeklerin toplam puanlar arasında pozitif ve istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır.

Literatüre bakıldığında çalışmamıza benzer 2019 yılında Tunus'ta 53 tane remisyon d6nemdeki şizofren tanılı hastalar 6zerinde yapılan çalışmada işselleştirilmiş damgalanma ile cinsel işlev bozukluğu arasında pozitif ve anlamlı ilişki saptanmış (Bejar ve ark.) Başka bir çalışma obezite tanısı konulmuş kadınlarda damgalanma ve cinsel işlev bozukluğu arasındaki pozitif ve anlamlı ilişki saptanmıştır (Kaya, 2019).

Literatüre bakıldığında opioid kullanan hastalarda damgalanma ile cinsel işlev bozukluğu arasında doğrudan ilişkiyi inceleyen herhangi bir çalışmaya rastlanmamıştır. Dolayısıyla çalışmamızdan elde edilen bulgular opioid bağımlılığı yaşayan bireylerin cinsel işlev bozukluğu yaşamalarının altında yatan damgalanma etkilerini anlamak için 6nemli bir temel oluşturuyor ve bunun için literatüre katkıda bulunabilir.

Literatürde benlik saygı ile cinsel işlev bozukluğu arasındaki ilişki inceleyen Almanya'da yapılan bir metaanaliz çalışmasında benlik saygısı ile cinsel işlev bozukluğu arasında negatif y6nde ilişki saptanmış (Weber ve ark., 2024). Çalışmamızda Rosenberg benlik saygısı 6lek toplam puanı ile ACYÖ, GRCDÖ arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Bunun nedenleri katılımcıların cinsel işlevlerini 6z bildirim yoluyla değerlendirmeleri, sosyal beklenti etkisi nedeniyle yanıltıcı sonuçlar verebilir. Bu cinsel işlev bozuklukları hakkında d6r6st yanıtların alınmasını zorlaştırabilir, ikincisi çalışmamızda hastaların çoğunluğunun benlik saygısı orta d6zeyde saptandığı için bundan dolayı istatistiksel olarak anlamlı çıkmamış olabilir.

Çalışmamızda madde kullanım bozukluğunda damgalama mekanizması alt ölçeklerin puanlarının kendi aralarında ilişkisine bakıldığında literatürdeki gibi pozitif yönde olup, istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur. Yani damgalanmanın bir kısmındaki artışı diğer kısmındaki artışına sebep olur (Livingston ve Boyd, 2010). Sonuç olarak, çalışmamızın bulguları, damgalanmanın karmaşık yapısını ve farklı boyutları arasındaki etkileşimleri anlamak için önemli bir temel sunmaktadır. Bu hem klinik uygulamalar hem de politika geliştirme açısından dikkate alınması gereken bir durum olarak değerlendirilebilir.

Çalışmamızdan elde edilen bulgulardan damgalanma ile benlik saygısı arasındaki ilişkisine bakıldığında benlik saygısı ile damgalanma arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmamıştır. Literatüre bakıldığında Chicago üniversitesinde yapılan bir çalışmada damgalanmanın artışı benlik saygısını düşmesine sebep olduğu saptanmıştır (Corrigan, 2004). Çalışmamızda istatistiksel olarak anlamlı ilişkinin çıkmamasının örneklem büyüklüğü, demografik yapıdaki farklılıklar veya kullanılan yöntemlerin çeşitliliği gibi faktörler ilişkili olabilir.

Sonuç ve öneriler: Bağımlılık Profil İndeksi (BAPİ) ve GRCDÖ arasında pozitif ve anlamlı ilişki bulunmuştur. BAPİ’de bir puanlık artışı GRCDÖ’de 1.24 puanlık artışa göstermektedir. Yani bağımlılık şiddeti arttıkça cinsel işlev bozukluğu da artmaktadır. Onaylanmış, beklenen ve içselleştirilmiş damgalanma ile GRCDÖ arasında da pozitif ve anlamlı ilişkiler saptanmıştır. Beklenen damgalanma puanında bir puanlık artış GRCDÖ toplam puanında 0.546 puanlık artışı, İçselleştirilmiş damgalanma puanında bir puanlık artış GRCDÖ toplam puanında 0.538 puanlık artışı göstermektedir. Bu durum, OPKB tanılı hastalarda damgalanma ile cinsel işlev arasında olumsuz bir etkileşim olduğu şeklinde yorumlanabilir.

Cinsel işlev bozuklukları (CİB) toplumda yaygın olmasına rağmen, cinsel sorunların konuşulmasında yaşanan çekinceler nedeniyle sıkça dile getirilememekte veya gizlenmektedir. Bu çalışmada, opioid kullanım bozukluğu tanısı almış bireylerde damgalanma, benlik saygısı ve cinsel işlev bozukluğu arasındaki ilişkiyi incelenmiştir.

Bu çalışma, polikliniğimizde bu alanda gerçekleştirilen ilk araştırmadır ve cinsel sorunlar konusuna yönelik farkındalığın artmasına katkı sağlaması beklenmektedir. Çalışmamızın sonuçları opioid kullanımı bozukluğu tanılı bireylerde cinsel işlev ile ilgili faktörler hastalığın şiddeti kadar toplumsal olumsuz tutumların algılanması ve içselleştirilmesi ile ilişkili olduğunu göstermesi açısından literatüre katkıda bulunabilir.



6. KAYNAKLAR

Acharya, R. K., Panigrahi, S., Samani, M. J., ve Choudhary, A. K. (2022). Prevalence and Pattern of Sexual Dysfunction in Male Patients with Alcohol Dependence. *Addict Health*, 14(3), 192-197. doi:10.34172/ahj.2022.1335

Basson, R., Berman, J., Burnett, A., Derogatis, L., Ferguson, D., Fourcroy, J., Goldstein, I., Graziottin, A., Heiman, J., Laan, E., Leiblum, S., Padma-Nathan, H., Rosen, R., Seagraves, K., Seagraves, R. T., Shabsigh, R., Sipski, M., Wagner, G., ve Whipple, B. (2000). Report of the international consensus development conference on female sexual dysfunction: definitions and classifications. *J Urol*, 163(3), 888-893.

Batioğlu-Karaaltın, A., Binbay, Z., Yiğit, Ö., ve Dönmez, Z. (2017). Evaluation of life quality, self-confidence and sexual functions in patients with total and partial laryngectomy. *Auris Nasus Larynx*, 44(2), 188-194. doi:10.1016/j.anl.2016.03.007

Baykara, S., ve Alban, K. (2019). The effects of buprenorphine/naloxone maintenance treatment on sexual dysfunction, sleep and weight in opioid use disorder patients. *Psychiatry Res*, 272, 450-453. doi:10.1016/j.psychres.2018.12.153

Bejar, A., Smaoui, N., Gassara, I., Feki, R., Omri, S., Maalej Bouali, M., Charfi, N., Ben Thabet, J., Zouari, L., ve Maalej, M. Sexual dysfunctions, internalized stigma and quality of life in patients with schizophrenia: *Eur Psychiatry*. 2023 Jul 19;66(Suppl 1):S132. doi: 10.1192/j.eurpsy.2023.337. eCollection 2023 Mar.

Bell, J., ve Strang, J. (2020). Medication treatment of opioid use disorder. *Biological psychiatry*, 87(1), 82-88.

Bliesener, N., Albrecht, S., Schwager, A., Weckbecker, K., Lichtermann, D., ve Klingmüller, D. (2005). Plasma testosterone and sexual function in men receiving buprenorphine maintenance for opioid dependence. *J Clin Endocrinol Metab*, 90(1), 203-206. doi:10.1210/jc.2004-0929

Booth, M. (1996). *Haşhaştan Eroine: Uyuşturucunun 6000 Yıllık Öyküsü.* çev. Özden Arıkan. İstanbul: Sabah Kitapları.

Bozdemir, N., ve Özcan, S. (2011). Cinselliğe ve cinsel sağlığa genel bakış.5(4).

Branden, N. (1971). The psychology of self-esteem: A new concept of man's psychological nature.

Brownstein, M. J. (1993). A brief history of opiates, opioid peptides, and opioid receptors. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 90(12), 5391-5393.

Canan, F., Kuloglu, M., Guven, M., ve Gecici, O. (2015). Reliability and validity of the Turkish version of the Clinical Opiate Withdrawal Scale (COWS). *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni-Bulletin of Clinical Psychopharmacology*, 25(3), 267-271.

CEDAT.(2020).https://www.cetad.org.tr/Cetaddata/Egitim_Modul/Doc/Cinsel_Anatomik-Fizyoloji.Doc.

Coffa, D., ve Snyder, H. (2019). Opioid use disorder: medical treatment options. *American Family Physician*, 100(7), 416-425.

Coopersmith, S. (1959). A method for determining types of self-esteem. The antecedents of self-esteem. 23.

Corrigan, P. (2004). How stigma interferes with mental health care. *Am Psychol*, 59(7), 614-625. doi:10.1037/0003-066x.59.7.614

Crapanzano, K. A., Hammarlund, R., Ahmad, B., Hunsinger, N., ve Kullar, R. (2019). The association between perceived stigma and substance use disorder treatment outcomes: a review. *Subst Abuse Rehabil*, 10, 1-12. doi:10.2147/sar.S183252

Crisp, A. H., Gelder, M. G., Rix, S., Meltzer, H. I., ve Rowlands, O. J. (2000). Stigmatisation of people with mental illnesses.

Cushman, P., Jr. (1972). Sexual behavior in heroin addiction and methadone maintenance. Correlation with plasma luteinizing hormone. *NY State J Med*, 72(11), 1261-1265.

Daniell, H. W. (2006). DHEAS deficiency during consumption of sustained-action prescribed opioids: evidence for opioid-induced inhibition of adrenal androgen production. *J Pain*, 7(12), 901-907. doi:10.1016/j.jpain.2006.04.011

Diagnostic, A. P. A. (1994). *Statistical Manual of mental disorders*. In: Washington, DC: American Psychiatric Association.

Doğanavşargil, G. Ö., Sertöz, Ö. Ö., Coşkunol, H., ve Şen, G. (2004). EÜTF Psikiyatri anabilim dalı bağımlılık tedavi biriminin hasta verilerinin on yıllık geriye dönük olarak incelenmesi: Madde kullanan hastaların sosyodemografik özellikleri.

Ellis, M. S., Kasper, Z. A., ve Cicero, T. J. (2020). The impact of opioid use disorder on levels of educational attainment: Perceived benefits and consequences. *Drug Alcohol Depend*, 206, 107618. doi:10.1016/j.drugalcdep.2019.107618

Evren, C., Karabulut, V., Can, Y., Bozkurt, M., Umut, G., ve 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, E., Ögel, K., Tamar, D., Önder, M., ve Çakmak, D. (2000). Eroini damar yoluyla kullanan ve kullanmayanlar arasındaki özelliklerin karşılaştırılması. *Türkiye’de Psikiyatri*, 2, 121-127.

Fenichel, O. (1974). *Nevrozların psikanalitik teorisi*. Çev. Selçuk Tuncer). Ege Üniversitesi Yayınları, 98.

Fraser, L. A., Morrison, D., Morley-Forster, P., Paul, T. L., Tokmakejian, S., Larry Nicholson, R., Bureau, Y., Friedman, T. C., ve Van Uum, S. H. (2009). Oral opioids for chronic non-cancer pain: higher prevalence of hypogonadism in men than in women. *Exp Clin Endocrinol Diabetes*, 117(1), 38-43. doi:10.1055/s-2008-1076715

Georgiadis, J. R., ve Kringelbach, M. L. (2012). The human sexual response cycle: brain imaging evidence linking sex to other pleasures. *Progress in neurobiology*, 98(1), 49-81.

Giacomuzzi, S., Khreis, A., Riemer, Y., Garber, K., ve Ertl, M. (2009). Buprenorphine and methadone maintenance treatment-sexual behaviour and dysfunction prevalence. *Letters in Drug Design & Discovery*, 6(1), 13-13.

Goffman, E. (2009). *Stigma: Notes on the management of spoiled identity*: Simon and schuster.

Goffman, E. ((1997)). *Selections from stigma. The disability studies reader*, 203, 215.

Gökler, R., ve Koçak, R. (2008). *Uyuşturucu ve madde bağımlılığı*.

Harter, S. (1990). *Self and identity development*.

Hasin, D. S. (2018). US epidemiology of cannabis use and associated problems. *Neuropsychopharmacology*, 43(1), 195-212.

Heslin, K. C., Stein, J. A., Heinzerling, K. G., Pan, D., Magladry, C., ve Hays, R. D. (2011). Clinical correlates of health-related quality of life among opioid-dependent patients. *Quality of Life Research*, 20, 1205-1213.

Higgins, J. A., Trussell, J., Moore, N. B., ve Davidson, J. K. (2010). Virginity lost, satisfaction gained? Physiological and psychological sexual satisfaction at heterosexual debut. *J Sex Res*, 47(4), 384-394. doi:10.1080/00224491003774792

Hill, A. J. (2017). Obesity in children and the ‘Myth of Psychological Maladjustment’: self-esteem in the spotlight. *Current obesity reports*, 6, 63-70.

Işık, E., ve Işık, U. (2016). Alkol-Madde Bağımlılığı: Nörobiyolojisi, Kliniği, Tedavi ve Psikofarmakolojisi. In: İstanbul: Sigma Publishing.

İT, U. (2015). Madde bağımlılığı: Tüm Boyutlarıyla Bağımlılık ve Bağımlılık Yapan Maddeler. 1. Baskı, İstanbul: İstanbul Tıp Kitabevi, 15-30.

Jaguga, F., Kiburi, S. K., Temet, E., Barasa, J., Karanja, S., Kinyua, L., ve Kwobah, E. K. (2022). A systematic review of substance use and substance use disorder research in Kenya. *PLoS One*, 17(6), e0269340. doi:10.1371/journal.pone.0269340

Jones, A., Earnest, J., Adam, M., Clarke, R., Yates, J., ve Pennington, C. R. (2022). Careless responding in crowdsourced alcohol research: A systematic review and meta-analysis of practices and prevalence. *Experimental and Clinical Psychopharmacology*, 30(4), 381.

K, K. C., Başabak A, İşmen EM, Görücü S. (2015). Bağımlılık profil indeksi klinik formunun (BAPİ-K) geliştirilmesi: geçerlik ve güvenilirlik çalışması. *Bağımlılık Dergisi*(16(2):), 57-69.

Kamaradova, D., Latalova, K., Prasko, J., Kubinek, R., Vrbova, K., Mainerova, B., Cinculova, A., Ociskova, M., Holubova, M., ve Smoldasova, J. (2016). Connection between self-stigma, adherence to treatment, and discontinuation of medication. *Patient preference and adherence*, 1289-1298.

Karaağaç, H., Usta, Z. E., Usta, A., Yarmalı, M. G., ve Gödekmerdan, A. (2017). Kayseri Eğitim ve Araştırma Hastanesi AMATEM Kliniğinde yatarak tedavi gören hastaların sosyo-demografik özelliklerinin retrospektif analizi. *Düşünen Adam*, 30(3), 251-257.

Kaya, A. (2019). Obez kadınlarda cinsel işlev ile kilo açısından kendini damgalama arasındaki ilişkinin incelenmesi. İstanbul Gelişim Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü,

Kershaw, S., Birrell, L., Deen, H., Newton, N. C., Stapinski, L. A., Champion, K. E., Kay-Lambkin, F., Teesson, M., ve Chapman, C. (2021). Evaluation of a Digital Health Initiative in Illicit Substance Use: Cross-sectional Survey Study. *J Med Internet Res*, 23(8), e29026. doi:10.2196/29026

Koob, G. F., ve Moal, M. L. (1997). Drug abuse: hedonic homeostatic dysregulation. *Science*, 278(5335), 52-58.

Koroglu, E. (2013). DSM-5 Tani olcutleri basvuru el kitabi. Besinci baski, Ankara: HYB.

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

Köroğlu, E. (2014). Amerikan psikiyatri birliği, ruhsal bozuklukların tanısı ve sayımsal elkitabı (DMS-5). 5. Baskı. Ankara: Hekimler Yayın Birliği, 171, 179.

Kumar, N., Oles, W., Howell, B. A., Janmohamed, K., Lee, S. T., Funaro, M. C., O'Connor, P. G., ve Alexander, M. (2021). The role of social network support in treatment outcomes for medication for opioid use disorder: A systematic review. *J Subst Abuse Treat*, 127, 108367. doi:10.1016/j.jsat.2021.108367

Lawrance, k. A., ve byers, e. S. (1995). Sexual satisfaction in long-term heterosexual relationships: the interpersonal exchange model of sexual satisfaction. *Personal relationships*, 2(4), 267-285.

Lewis, R. W., Fugl-Meyer, K. S., Corona, G., Hayes, R. D., Laumann, E. O., Moreira Jr, E. D., Rellini, A. H., ve Segraves, T. (2010). Definitions/epidemiology/risk factors for sexual dysfunction.

Livingston, J. D., ve Boyd, J. E. (2010). Correlates and consequences of internalized stigma for people living with mental illness: A systematic review and meta-analysis. *Social science & medicine*, 71(12), 2150-2161.

Lopez, A. D., ve Murray, C. C. (1998). The global burden of disease, 1990–2020. *Nature medicine*, 4(11), 1241-1243.

Lundborg, P. (2006). Having the wrong friends? Peer effects in adolescent substance use, 25(2), 214-233.

Ma, J., Bao, Y.-P., Wang, R.-J., Su, M.-F., Liu, M.-X., Li, J.-Q., Degenhardt, L., Farrell, M., Blow, F. C., ve Ilgen, M. (2019). Effects of medication-assisted treatment on mortality among opioids users: a systematic review and meta-analysis. *Molecular psychiatry*, 24(12), 1868-1883.

Maisel, N. C., Blodgett, J. C., Wilbourne, P. L., Humphreys, K., ve Finney, J. W. (2013). Meta-analysis of naltrexone and acamprosate for treating alcohol use disorders: when are these medications most helpful? *Addiction*, 108(2), 275-293.

McHugh, R. K., Trinh, C. D., Griffin, M. L., ve Weiss, R. D. (2021). Validation of the craving scale in a large sample of adults with substance use disorders. *Addict Behav*, 113, 106651. doi:10.1016/j.addbeh.2020.106651

Miller, T. A. (2000). Diagnostic evaluation of erectile dysfunction. *Am Fam Physician*, 61(1), 95-104, 109-110.

Mruk, C. J. (2006). Self-esteem research, theory, and practice: Toward a positive psychology of self-esteem. Springer Publishing Company.

Mykoniatis, I., Pyrgidis, N., Sokolakis, I., Ouranidis, A., Sountoulides, P., Haidich, A.-B., van Renterghem, K., Hatzichristodoulou, G., ve Hatzichristou, D. (2021). Assessment of combination therapies vs monotherapy for erectile dysfunction: a systematic review and meta-analysis. *JAMA network open*, 4(2), e2036337-e2036337.

Nebioğlu, M., Yalnız, H., ve Geçici, Ö. (2013). Opiyat bağımlılarında diğer maddelerin kullanımı ve sosyodemografik özellikler ile ilişkisi.

Nolte-Troha, C., Roser, P., Henkel, D., Scherbaum, N., Koller, G., ve Franke, A. G. (2023). Unemployment and Substance Use: An Updated Review of Studies from North America and Europe. *Healthcare (Basel)*, 11(8). doi:10.3390/healthcare11081182

Oyefeso, A., Ghodse, H., Clancy, C., ve Corkery, J. M. (1999). Suicide among drug addicts in the UK. *Br J Psychiatry*, 175, 277-282. doi:10.1192/bjp.175.3.277

Özbek, e. F. (2022). Alkol kullanım bozukluğu olan erkek hastalarda depresyon, anksiyete, aleksitimi düzeyinin cinsel işlev ve doyum üzerine olan etkisi ve sağlıklı gönüllüler ile kıyaslanması. *Tez*, 77.

Öztürk, M., Ögel, K., Evren, C., ve Bilici, R. (2019). Bağımlılık tanı, tedavi, önleme. Yeşilay Yayınları: İstanbul.

Palha, A. P., ve Esteves, M. (2008). Drugs of abuse and sexual functioning. *Adv Psychosom Med*, 29, 131-149. doi:10.1159/000126628

psikiyatri, k. a. s. (2016). İnsanda Cinsellik ve Cinsel İşlev Bozuklukları.

Rodrigues, M. C., Viegas, C. A. d. A., Gomes, E. L., Morais, J. P. M. d. G., ve Zakir, J. C. d. O. (2009). Prevalence of smoking and its association with the use of other drugs among students in the Federal District of Brasília.

Rogers, C. R. (1961). On becoming a person: A therapist's view of psychology.

Rosenberg, M. (1965). The measurement of self-esteem. Society and the adolescent self image.

Rosenberg, M. (2015). Society and the adolescent self-image: Princeton university press.

- Rust, J., ve Golombok, S. (1985). The Golombok-Rust Inventory of Sexual Satisfaction (GRISS). *Br J Clin Psychol*, 24 (Pt 1), 63-64. doi:10.1111/j.2044-8260.1985.tb01314.x
- Salonia, A., Bettocchi, C., Boeri, L., Capogrosso, P., Carvalho, J., Cilesiz, N. C., Cocci, A., Corona, G., Dimitropoulos, K., ve Gül, M. (2021). European Association of Urology guidelines on sexual and reproductive health—2021 update: male sexual dysfunction. *European urology*, 80(3), 333-357.
- Sarkhel, S. (2009). Kaplan and Sadock's synopsis of psychiatry: behavioral sciences/clinical psychiatry, 10 [sup] th edition.
- Scott, V. C., Sandberg, J. G., Harper, J. M., ve Miller, R. B. (2012). The impact of depressive symptoms and health on sexual satisfaction for older couples: Implications for clinicians. *Contemporary Family Therapy*, 34, 376-390.
- Singh, I., Patkar, P., Dhamija, S., Chaudhury, S., Javadekar, A., ve Saldanha, D. (2023). Sexual dysfunction in men with alcohol dependence. *Ind Psychiatry J*, 32(Suppl 1), S68-s71. doi:10.4103/ipj.ipj_228_23
- Smith, D. E., Moser, C., Wesson, D. R., Apter, M., Buxton, M. E., Davison, J. V., Orgel, M., ve Buffum, J. (1982). A clinical guide to the diagnosis and treatment of heroin-related sexual dysfunction. *J Psychoactive Drugs*, 14(1-2), 91-99. doi:10.1080/02791072.1982.10471916
- Soykan, A. (2004). The reliability and validity of Arizona sexual experiences scale in Turkish ESRD patients undergoing hemodialysis.
- Stein, C. (2016). Opioid receptors. *Annual review of medicine*, 67, 433-451.
- Stein, C. (2020). Opioid analgesia: recent developments. *Current Opinion in Supportive and Palliative Care*, 14(2), 112-117.
- Strang, J., Volkow, N. D., Degenhardt, L., Hickman, M., Johnson, K., Koob, G. F., Marshall, B. D., Tyndall, M., ve Walsh, S. L. (2020). Opioid use disorder. *Nature reviews Disease primers*, 6(1), 3.
- Swann, W. L., Kim, S., Kim, S. Y., ve Schreiber, T. L. (2021). Urban-Rural Disparities in Opioid Use Disorder Prevention and Response Activities: A Cross-Sectional Analysis. *J Rural Health*, 37(1), 16-22. doi:10.1111/jrh.12491
- Şahin D, Ş. F., Seyisoğlu H, editörler. (2006). CETAD Bilgilendirme dosyası-1. Cinsel Eğitim Tedavi ve Araştırma Derneği, 7-59.

Şimşek F, Ö. Y., İncesu C ve ark. (2003). Çoğul disiplinli bir cinsel işlev bozuklukları merkezine başvuran 1.002 olgunun sosyodemografik ve klinik özellikleri. Üroloji Bülteni(14:), 137-144.

Titus, J. C., Godley, S. H., ve White, M. K. (2007). A post-treatment examination of adolescents' reasons for starting, quitting, and continuing the use of drugs and alcohol. *Journal of child & adolescent substance abuse*, 16(2), 31-49.

Tsertsvadze, A., Yazdi, F., Fink, H. A., MacDonald, R., Wilt, T. J., Soares-Weiser, K., Bella, A. J., Deforge, D., Garritty, C., ve Ansari, M. (2009). Diagnosis and treatment of erectile dysfunction. Evidence report/technology assessment(171).

TUBİM. (2021). Türkiye Uyuşturucu Raporu. Retrieved from

Tukuş, L. (2010a). The Self Esteem Rating Scale-Short Form (Benlik Saygısı Değerlendirme Ölçeği-Kısa Formu) Türkçe güvenirlik ve geçerlilik çalışması. Yokacikbilim.

Tukuş, L. (2010b). The Self Esteem Rating Scale-Short Form (Benlik Saygısı Değerlendirme Ölçeği-Kısa Formu) Türkçe güvenirlik ve geçerlilik çalışması.

Uzun, Ö., AKDEMİR, D., TOPÇU, M., ve ÖZSUNGUR, B. (2013). Psikojenik nöbet tipinde konversiyon bozukluğu olan ergenlerde çocukluk çağı travmaları, bağlanma ve aleksitimi. Yayınlanmış Tıpta Uzmanlık Tezi, Hacettepe Üniversitesi, Ankara.

Van Draanen, J., Tsang, C., Mitra, S., Karamouzian, M., ve Richardson, L. (2020). Socioeconomic marginalization and opioid-related overdose: a systematic review. *Drug and alcohol dependence*, 214, 108127.

Vanyukov, M. M., Tarter, R. E., Kirillova, G. P., Kirisci, L., Reynolds, M. D., Kreek, M. J., Conway, K. P., Maher, B. S., Iacono, W. G., Bierut, L., Neale, M. C., Clark, D. B., ve Ridenour, T. A. (2012). Common liability to addiction and "gateway hypothesis": theoretical, empirical and evolutionary perspective. *Drug Alcohol Depend*, 123 Suppl 1, S 3-17. Doi:10.1016/j.drugalcdep.2011.12.018

Vuong, C., Van Uum, S. H., O'Dell, L. E., Lutfy, K., ve Friedman, T. C. (2010). The effects of opioids and opioid analogs on animal and human endocrine systems. *Endocr Rev*, 31(1), 98-132. Doi:10.1210/er.2009-0009

Weber, E., Hopwood, C. J., Denissen, J. J. A., ve Bleidorn, W. (2024). Self-Esteem and Sexual Experiences. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 01461672241257355. Doi:10.1177/01461672241257355

Westermeyer, J. (2005). Historical and social context of psychoactive substance use disorders. *Clinical textbook of addictive disorders*, 3, 16-34.

Who. (2020). Sexual health switzerland. Yee, a., danaee, m., loh, h. S., sulaiman, a. H., ve ng, c. G. (2016). Sexual dysfunction in heroin dependents: a comparison between methadone and buprenorphine maintenance treatment. *Plos one*, 11(1), e0147852. Doi:10.1371/journal.pone.0147852

Yüksel, E. (2017). ne demek lazım; uyuşturucu mu madde bağımlılığı mı? Uyuşturucuyla mücadelenin temel kavramlarına yönelik uygulama ve tartışmalar. *Kurgu*, 25(2), 39-64.



7. EKLER

7.1. EK-1: Etik Kurul Kararı

Evrak Tarih ve Sayısı: 02.05.2023-E.241725

 T.C.
SAKARYA ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Tıp Fakültesi Dekanlığı
Fakülte Girişimsel Olmayan Etik Kurulu



Sayı : E-71522473-050.01.04-241725 -172
Konu : Girişimsel Olmayan Etik Kurul Başvuru Dosyası

02.05.2023

Sayın Doç. Dr. Ahmet Bülent YAZICI

Sakarya Eğitim ve Araştırma Hastanesi
Psikiyatri Anabilim Dalı

İlgi : 23.04.2023 tarih ve 172 sayılı başvurunuz.

Destekleyicisi olduğunuz "**Opioid Kullanım Bozukluğu Tanılı Hastalarda Damgalanma, Benlik Saygısı ve Cinsel İşlev Bozukluğu Arasındaki İlişkinin İncelenmesi**" isimli çalışmanın ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş olup; çalışmanın başvuru dosyasında belirtilen şekilde etik ve bilimsel açıdan sakınca bulunmadığına etik kurul üyelerince karar verilmiştir.

Ancak çalışma bitiş tarihinden itibaren en geç 3 ay içerisinde çalışma sonuç raporunun Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kuruluna gönderilmesi gerekmektedir.

Bilgilerinize rica ederim.

Prof. Dr. Ertuğrul GÜÇLÜ
Etik Kurulu Başkanı

Hasan KONAK
Etik Kurulu Sekr.

Güvenli Elektronik
İmzalı Aslı ile Aynıdır
02.05.2023

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.
Doğrulama Kodu :BSCKEK0005 Pin Kodu :23122
Adres:Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı, Korucuk Kampüsü, Korucuk,
Adapazarı/Sakarya
Telefon No:264 295 6630 Faks No:264 295 6629
e-Posta:tip@sakarya.edu.tr Elektronik Ağ:www.tip.sakarya.edu.tr

Belge Takip Adresi : <https://turkiye.gov.tr/ebd/cK=5783&cD=BSCKEK0005&cS=241725>
Bilgi için: Hasan Konak
Unvanı: Sürekli İşçi



7.2. EK-2: Sosyodemografik veri formu

1. Ad Soyadı:	21.Opioid kullanımının olduğu toplam süre:
2. Yaşınız:	22.Nasıl bir ortamda başladınız: a) aile b). Arkadaş c).Gizlice
3. Cinsiyet: 1.E , 2. k	23. Daha önce aldığı tedaviler: a) Suboxone b)Naltrekson c)Naltrekson implant
4. Medeni Durumunuz: a) evli b) bekar c)boşanmış d) eşi vefat etmiş	24. Daha önce yatarak tedavi gördünüz mü a)hayır b) 1 kez c) 2kez d)3 kez ve üzeri
5. Aile büyükleriniz (anne, baba) ne kadar yakında oturuyor? a) Aynı ev b) Aile apartmanı c) aynı mahalle d) Başka mahalle veya il ilçe.	25. Şu anda aldığınız tedavi ve ne kadardır devam etmektesiniz?
6. Evinizde kimlerle yaşamaktasınız? a) yalnız b) sadece eşinizle c) eş ve çocuklar d) anne ve baba e)diğer	26. Son 1 yıldır tedaviyi ihlal ettiniz mi?(madde kullanımı ya da tedaviyi bırakma) a)evet b)hayır
7. Eğitim düzeyiniz? a) İlköğretim b) Lise c) yüksek okul veya üniversite d) diğer.	27.Tedaviyi kaç kez eroin vb opiyat dışı madde kullanarak ihlal ettiniz lütfen belirtiniz.....
8. Doğum yeri : a)kırsal b)kentsel	28.İlk cinsel bilgilerinizi (cinsel ilişki nasıl olur, erkek kadın anatomisi, fizyoloji, ereksiyon ya da menstruasyon , yada uyarılma nedir vs) kaç yaşında ediniz a) 10-14 b) 15-18 c) 18-25 d) 25 yaşında
9. Şu an yaşadığınız yer? a) köy b) kasaba c) şehir d) diğer....belirtiniz	29. İlk cinsel bilgilerinizi (cinsel ilişki nasıl olur, erkek kadın anatomisi, fizyoloji, ereksiyon ya da menstruasyon , yada uyarılma nedir vs) Kimden (nereden) edindiniz? a)arkadaşımdan b) internet sitelerinden c) ailemden d) Okuldan e)Akrabalarım

7.2. EK-2: Sosyodemografik veri formu (devam)

10. Çocukluğunuzu geçirdiğiniz yer? a) köy b) kasaba c) şehir d) diğer.....belirtiniz	31. Halen ne sıklıkla mastürbasyon yapıyorsunuz? 1-hiç 5-haftada 2-3 kere 2-ayda 1 kere 6-hergün 3-2 haftada 1 kere 7-hergün birden fazla kez 4-haftada 1 kere
11. Gelir düzeyiniz nedir ? a) Asgari ücret'nin altında b) Asgari ücret'nin iki katı c) Asgari ücret'nin üç katı d) Asgari ücret'nin üç katın üzeri	32. İlk cinsel birleşme kiminle oldu a)Eşi b) partner c) para karşılığı ilişki kuranlar d)rastgele cinsel ilişki
12. Bir işte çalıştınız mı? a)Düzenli çalışıyorum b)Yarı zamanlı çalışıyorum c) Çalışmıyorum d) Daha önce düzenli çalıştım e) Hiç çalışmadım	33. Halen düzenli olarak cinsel ilişki (cinsel birleşme) yaşadığınız partneriniz var mı? a)arkadaş (karşı cins) b)arkadaş (eş cins) c)-Eş d) Diğer e)Yok
13.çalışıyorsanız çalışmakta olduğunuz birim\ünitelütfen belirtiniz	34. cinsel birleşme sıklığı: 1.hiç yok 2.günde birden fazla 3.günde bir defa 4.haftada üç dört defa 5.haftada iki defa 6.hafta bir defa 7.iki haftada bir defa 8.ayda bir defa 9. Diğer
14.sigara kullanıyor musunuz, kullanıyorsanız miktarı ne kadardır? a) evet b) hayır	35. cinsel işlev sorunu olduğunu düşünüyor mu? a)hayır b) evet
15. İlk kullandığınız yasa dışı madde nedir lütfen belirtiniz.	36. madde kullanmadan önce cinsel işlev problemleri var mıydı? a)hayır b) evet
16. İlk kullanım yaşı lütfen belirtiniz.....	37. madde kullanım olduğu dönemde cinsel işlev problemleri var mıydı? a)hayır b) evet
17. Düzenli alkol kullanımınız var mı? a) Yok b) haftada 2-3 c) haftada 4-5 d) hemen her gün	38. ilaç tedavisi başladıktan sonra cinsel işlev problemleri var mı? a)hayır b) evet
18. kronik fiziksel/ruhsal bir hastalığınız var mı? a) evet ise lütfen belirtiniz... b) hayır	39. cinsel işlev problemleri ilaç tedavisi sonrasında başladıysa cinsel işlev bozukluğu türü: 1.eretil disfonksiyonu, 2.prematür ejakülasyon(erken boşalma) ,3.geç boşalma, 4.cinsel istek azlığı
19. İntihar girişimi: a) Yok b) Var	40. cinsel partnerde(eş, arkadaş vs) ruhsal hastalık var mı? a) yok b)var , var ise tanı:
20. Opioid kullanmaya başlama yaşı:	41. cinsel partnerde(eş, arkadaş vs) cinsel işlev bozukluğu var mı? a) yok b)var , var ise tanı

7.3. EK-3: Bağımlılık Profil İndeksi (BAPİ)

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

Son bir yıl içinde...

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

7.3. EK-3: Bağımlılık Profil İndeksi (BAPİ) (devam)

Dikkat!

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

Örneğin...

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

12 . [Madde] etkisinde olduğunuz zamanlarda, ne sıklıkta problem yaşıyorsunuz?

(örneğin film kopması, aşırı doz alma, kontrol kaybı vb)

Hiçbir zaman Nadiren Bazen Çoğu zaman Neredeyse her zaman
☐ ☐ ☐ ☐ ☐

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

Hiçbir zaman Nadiren Bazen Çoğu zaman Neredeyse her zaman
☐ ☐ ☐ ☐ ☐

SON BİR YIL İÇİNDE aşağıdakilerin ne sıklıkta olduğunu belirtiniz

13 . Kullandığınız [maddenin] miktarı zaman içinde giderek arttı mı?

(örneğin giderek daha fazla miktarda [madde] kullanmak)

Hiçbir zaman Nadiren Bazen Çoğu zaman Neredeyse her zaman
☐ ☐ ☐ ☐ ☐

14 . Her zamanki dozda kullanmanıza rağmen kullandığınız [maddenin] etkisinde azalma oldu mu?

(örneğin her zamanki kadar [madde] kullandığınız halde sarhoş olmama veya kafanızın güzel olmaması)

Hiçbir zaman Nadiren Bazen Çoğu zaman Neredeyse her zaman
☐ ☐ ☐ ☐ ☐

15 . Kullandığınız [maddeyi] kestiğinizde veya azalttığınızda bazı sorunlar ortaya çıktı mı?

(örneğin uykusuzluk, terleme, sinirlilik, huzursuzluk, titreme vb)

Hiçbir zaman Nadiren Bazen Çoğu zaman Neredeyse her zaman
☐ ☐ ☐ ☐ ☐

16 . Kullandığınız [maddeyi] kestiğinizde ortaya çıkabilecek sorunlardan çekindiğiniz için [madde] kullandığınız oldu mu?

Hiçbir zaman Nadiren Bazen Çoğu zaman Neredeyse her zaman
☐ ☐ ☐ ☐ ☐

17 . [Madde] kullanmaya başladıktan sonra, kullanmayı durdurmakta zorlanıyor musunuz?

(örneğin az içmeyi düşünüp fazla içmek veya kısa süre kullanmayı planlayıp uzun süre kullanmak)

Hiçbir zaman Nadiren Bazen Çoğu zaman Neredeyse her zaman
☐ ☐ ☐ ☐ ☐

7.3. EK-3: Bağımlılık Profil İndeksi (BAPİ) (devam)

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

Hiçbir zaman Nadiren Bazen Çoğu zaman Neredeyse her zaman

☐ ☐ ☐ ☐ ☐

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

Hiçbir zaman Nadiren Bazen Çoğu zaman Neredeyse her zaman

☐ ☐ ☐ ☐ ☐

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

Hiçbir zaman Nadiren Bazen Çoğu zaman Neredeyse her zaman

☐ ☐ ☐ ☐ ☐

SON BİR YIL İÇİNDE aşağıdakilerin ne sıklıkta olduğunu belirtiniz

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

Hiçbir zaman Nadiren Bazen Çoğu zaman Neredeyse her zaman

☐ ☐ ☐ ☐ ☐

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

Hiçbir zaman Nadiren Bazen Çoğu zaman Neredeyse her zaman

☐ ☐ ☐ ☐ ☐

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

Hiçbir zaman Nadiren Bazen Çoğu zaman Neredeyse her zaman

☐ ☐ ☐ ☐ ☐

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

Hiçbir zaman Nadiren Bazen Çoğu zaman Neredeyse her zaman

☐ ☐ ☐ ☐ ☐

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

Hiçbir zaman Nadiren Bazen Çoğu zaman Neredeyse her zaman

☐ ☐ ☐ ☐ ☐

7.3. EK-3: Bağımlılık Profil İndeksi (BAPİ) (devam)

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

Hiçbir zaman Nadiren Bazen Çoğu zaman Neredeyse her zaman

☐ ☐ ☐ ☐ ☐

27 . [Madde] kullanmak başınızı derde soktu mu?

(örneğin kavga, kaza, istenmeyen cinsel ilişki-gebelik, cinsel yolla bulaşan hastalık vb)

Hiçbir zaman Nadiren Bazen Çoğu zaman Neredeyse her zaman

☐ ☐ ☐ ☐ ☐

28 . [Madde] kullanmak yasal sorunlar yaşamanıza neden oldu mu?

(örneğin maddeyle yakalanmak, ehliyeti kaptırmak, karakola düşmek vb)

Hiçbir zaman Nadiren Bazen Çoğu zaman Neredeyse her zaman

☐ ☐ ☐ ☐ ☐

29 . Gündüz saatlerinde de [madde] kullandığınız oldu mu?

Hiçbir zaman Nadiren Bazen Çoğu zaman Neredeyse her zaman

☐ ☐ ☐ ☐ ☐

30 . [Madde] kullanmayı istememenize rağmen yine de gidip [madde] kullandığınız oldu mu?

Hiçbir zaman Nadiren Bazen Çoğu zaman Neredeyse her zaman

☐ ☐ ☐ ☐ ☐

31 . Aileniz veya çevreniz sizin çok fazla [madde] kullandığınızdan endişeleniyor mu?

Hiçbir zaman Nadiren Bazen Çoğu zaman Neredeyse her zaman

☐ ☐ ☐ ☐ ☐

SON BİR HAFTA İÇİNDE aşağıdakilerin ne sıklıkta olduğunu belirtiniz

32 . Ne sıklıkta aklınıza [madde] kullanmak ya da [maddenin] keyif verici/rahatlatıcı etkisi geliyor?

Hiçbir zaman Nadiren Bazen Çoğu zaman Neredeyse her zaman

☐ ☐ ☐ ☐ ☐

33 . Ne sıklıkta [madde] kullanmak için kuvvetli bir istek, arzu veya dürtü hissediyorsunuz?

Hiçbir zaman Nadiren Bazen Çoğu zaman Neredeyse her zaman

☐ ☐ ☐ ☐ ☐

7.3. EK-3: Bağımlılık Profil İndeksi (BAPİ) (devam)

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

☐ ☐ ☐ ☐ ☐

7.4. EK-4: Madde Aşırma Ölçeği (MAÖ)

MADDE AŞIRMA ÖLÇEĞİ (MAÖ)

Lütfen her maddeyi dikkatlice okuyun ve geçtiğimiz hafta süresince madde aşırmanızı (madde kullanma isteğini) 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 aşırmanızı ne kadar güçlüydü?

- 0..Hiç değildi
- 1... Önemsiz 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 aşırmanızı 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

7.5. EK-5: Opiyat Yoksunluk Ölçeği (OPYÖ)

Hasta adı soyadı: Tarih: Buprenorfin indüksiyonu: Sıfır zamanında, ilk dozdan 30 dakika sonra, ilk dozdan 2 saat sonra puanları gir			
	0. dk	30. dk	2. saat
Dinlenme Nabız Sayısı: Dakikada Atım Sayısını Kaydet: Hasta bir dakika oturduktan ya da yattıktan sonra ölçülür 0 = nabız sayısı 80 ya da altında 1 = nabız sayısı 80-100 2 = nabız sayısı 101-120 3 = nabız sayısı 120'den yüksek			
Terleme: Geçen yarım Saat içinde, Odanın ısısıyla ya da Hastanın Aktivitesiyle Açıklanamayan 0 = titreme ya da kızarma bildirilmiyor 1 = subjektif titreme ya da kızarma bildiriliyor 2 = yüzde kızarma ya da gözlenebilen ıslanma 3 = kaşıta ya da yüzde ter 4 = yüzden akan ter			
Değerlendirme Sırasında Gözlenen Huzursuzluk 0 = sakin oturabiliyor 1 = sakin oturmada zorluk bildiriyor ama sakin oturabiliyor 3 = bacak/kolları sık değişen ya da gereksiz hareket 5 = birkaç saniyeden fazla sakin oturamıyor			
Pupil Boyutu 0 = pupiller toplu iğne başı ya da oda ışığı için normal boyutta 1 = pupiller muhtemelen oda ışığı için normal boyuttan büyük 2 = pupiller orta düzeyde dilate 5 = pupiller o kadar dilate ki sadece boyuttan büyük iris kenarları görünüyor			
Kemik ya da Eklem Ağrısı Eğer Hastanın Daha Önceden Ağrısı Varsa Sadece Opiat Yoksunluğuna Atfedilebilecek Ek Ağrı Puanlanır 0 = yok 2 = hasta eklem/kaslarında şiddetli yaygın ağrı bildirir 1 = hafif yaygın rahatsızlık 4 = hasta eklem ya da kaslarını ovalar ve rahatsızlık nedeniyle rahat oturamaz			
Burun Akıntısı ya da Göz Yaşarması Soğuk Algınlığı ya da Alerjiyle Açıklanamayan 0 = yok 1 = burun çekme ya da olağan dışı göz yaşarması 2 = burun akıntısı ya da göz yaşarması 4 = burun devamlı akar ya da gözyaşı yanaklardan aşağı akar			
Gi Bozukluk: Son yarım saat içinde 0 = GI belirti yok 1 = mide krampları 2 = bulantı ya da gevşek dışkı 3 = kusma ya da diyare 5 = birçok ishal ya da kusma dönemleri			
İleriye Uzatılan Ellerde Gözlenen Titreme 0 = tremor yok 1 = tremor hissedilebilir, ama gözlenemez 2 = gözlenebilen hafif tremor 4 = bariz tremor ya da kas seğirmesi			

7.5. EK-5: Opiyat Yoksunluk Ölçeği (OPYÖ) (devam)

Değerlendirme sırasında Esnemenin Gözlenmesi 0 = esneme yok 1 = değerlendirme sırasında bir ya da iki kez esneme 2 = değerlendirme sırasında üç ya da daha fazla kez esneme 4 = birkaç kez esneme/dakika			
Anksiyete ya da iritabilite 0 = yok 1 = hasta artan iritabilite ya da anksiyete bildiriyor 2 = hasta bariz iritabl ya da anksiyöz 4 = hasta o kadar iritabl ya da anksiyöz ki görüşmeye katılımı zordur			
Deride Tüylerin Diken Diken Olması 0 = deri düzgündür 3 = piloereksiyon hissedilebilir ya da kollarda kılların dikleşmesi 5 = belirgin piloereksiyon			
Hafif =5-12 Orta = 13-14 Orta Şiddetli=25-36 Şiddetli Yoksunluk=36'dan fazla			
Görüşmecinin	Baş	Harfler	
Toplam Puan:			

7.6. EK-6: Madde Kullanımı Damgalama Mekanizması Ölçeği Nihai Formu

Talimatlar: Aşağıdaki sorular sizin alkol ve/veya uyuşturucu kullanım geçmişiniz ile ilgilidir. Buna geçmişte veya günümüzde herhangi bir şekilde alkol ve/veya uyuşturucu (madde) kullanım deneyimleri dâhildir. Lütfen her bir soru üzerinde düşünün ve cevabınızı işaretleyin. Birinci grup sorular alkol ve/veya uyuşturucu (madde) kullanım **geçmişinizden** dolayı insanların size nasıl davrandığı ile ilgili sorulardır. İkinci grup sorular ise sizin alkol ve/veya uyuşturucu (madde) kullanım geçmişinizden dolayı **gelecekte** insanların size nasıl davranacağı ile ilgilidir. Üçüncü grup sorular ise alkol ve/veya madde kullandığınız için kendinizi nasıl hissettiğiniz ile ilgili sorular mevcuttur. Alkol ve/veya uyuşturucu (madde) kullanma geçmişinizden dolayı insanlar size geçmişte ne sıklıkla bu şekilde davrandı? Lütfen cevabınızı işaretleyin.

		Hiç bir zaman	Nadi ren	Bazen	Sık sık	Çoğu zaman
1	Ailem, benim güvenilir bir olduğumu düşünürdü.	1	2	3	4	5
2	Ailem, beni hor görürdü.	1	2	3	4	5
3	Ailem, bana farklı davranırdı.	1	2	3	4	5
4	Sağlık çalışanları, benim şikâyetlerimi dinlemezlerdi.	1	2	3	4	5
5	Sağlık çalışanları, benim hap alışverişi yaptığımı ya da kafayı bulmak veya hap satmak için onları kandırarak reçeteli ilaç yazdırmaya çalıştığımı düşünürlerdi.	1	2	3	4	5
6	Sağlık çalışanları, benim sağlığım ile yeteri kadar ilgilenmezlerdi	1	2	3	4	5

Sizin alkol ve/veya uyuşturucu (madde) kullanımı geçmişinizden dolayı insanların **gelecekte** size Aşağıdaki şekillerde davranma olasılığı ne kadardır?

		Çok düşük ihtimal	Düşük ihtimal	Belirli z	Muhtemel	Çok Muhtemel
1	Ailem, benim güvenilir bir olduğumu düşünecektir.	1	2	3	4	5
2	Ailem, beni hor görecektir.	1	2	3	4	5
3	Ailem, bana farklı davranacaktır.	1	2	3	4	5
4	Sağlık çalışanları, benim şikâyetlerimi dinlemeyecekler.	1	2	3	4	5
5	Sağlık çalışanları, benim hap alışverişi yaptığımı ya da kafayı bulmak veya hap satmak için onları kandırarak bana reçeteli ilaç yazdırmaya çalıştığımı düşünecekler.	1	2	3	4	5
6	Sağlık çalışanları benim sağlığım ile iyi ilgilenmeyecekler.	1	2	3	4	5

7.6. EK-6: Madde Kullanımı Damgalama Mekanizması Ölçeği Nihai Formu (devam)

Alkol ve/veya uyuşturucu (madde) kullanım bozukluğunuz hakkında neler hissediyorsunuz?

		Kesinlikle katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Kesinlikle katılıyorum
1	Alkol ve/veya uyuşturucu kullanmam bana kendimi kötü biri olduğum hissi veriyor.	1	2	3	4	5
2	Alkol ve/veya uyuşturucu kullandığım için diğer insanlar kadar iyi birisi olmadığımı hissediyorum.	1	2	3	4	5
3	Alkol ve/veya uyuşturucu kullandığım için utanıyorum.	1	2	3	4	5
4	Alkol ve/veya uyuşturucu kullandığımdan dolayı kendimi daha aşağı görüyorum.	1	2	3	4	5
5	Alkol ve/veya uyuşturucu kullanmam, bana kendimi kirli gibi hissettiriyor.	1	2	3	4	5
6	Alkol ve/veya uyuşturucu kullanmam bence iğrenç bir şeydir.	1	2	3	4	5

7.7. EK-7: Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği

Aşağıdaki cümleleri okuyarak sizin için uygun olan şıkkı ışaretleyiniz

1. Kendimi en az diğer insanlar kadar değerli buluyorum.
a. Çok doğru b. Doğru c. Yanlış d. Çok yanlış
2. Bazı olumlu özelliklerim olduğunu düşünüyorum.
a. Çok doğru b. Doğru c. Yanlış d. Çok yanlış
3. Genelde kendimi başarısız bir kişi olarak görme eğilimindeyim.
a. Çok doğru b. Doğru c. Yanlış d. Çok yanlış
4. Ben de diğer insanların birçoğunun yapabildiği kadar bir şeyler yapabilirim.
a. Çok doğru b. Doğru c. Yanlış d. Çok yanlış
5. Kendime gurur duyacak fazla bir şey bulamıyorum.
a. Çok doğru b. Doğru c. Yanlış d. Çok yanlış
6. Kendime karşı olumlu bir tutum içindeyim.
a. Çok doğru b. Doğru c. Yanlış d. Çok yanlış
7. Genel olarak kendimden memnunum.
a. Çok doğru b. Doğru c. Yanlış d. Çok yanlış
8. Kendime karşı daha fazla saygı duyabilmeyi isterdim.
a. Çok doğru b. Doğru c. Yanlış d. Çok yanlış
9. Bazen kesinlikle kendimin içe yaramadığını düşünüyorum.
a. Çok doğru b. Doğru c. Yanlış d. Çok yanlış
10. Bazen kendimin hiç de yeterli bir insan olmadığımı düşünüyorum.
a. Çok doğru b. Doğru c. Yanlış d. Çok yanlış

7.8. EK-8: Arizona Cinsel Yaşantılar leği (erkek formu)

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

1. Cinsel adan ne derece isteklisiniz?					
1_	2_	3_	4_	5_	6_
Oldukça istekli	çok istekli	Biraz istekli	Biraz isteksiz	çok isteksiz	Tamamen isteksiz
2. Cinsel adan ne kadar kolay uyarırsınız (tahrik olursunuz)?					
1_	2_	3_	4_	5_	6_
Oldukça kolay	çok kolay	Biraz kolay	Biraz zor	çok zor	Oldukça zor
3. Penisiniz/cinsel organınız kolayca sertleşir ve sertliğini sürdürür m?					
1_	2_	3_	4_	5_	6_
Oldukça kolay	çok kolay	Biraz kolay	Biraz zor	çok zor	Asla olmaz
4. Ne kadar kolay boşalırsınız?					
1_	2_	3_	4_	5_	6_
Oldukça kolay	çok kolay	Biraz kolay	Biraz zor	çok zor	Asla boşalamam
5. Boşalmanız tatmin edici midir?					
Oldukça kolay	çok kolay	Biraz kolay	Biraz zor	çok zor	Asla boşalamam

7.9. EK-9: Golombok-Rust Cinsel Doyum Ölçeği(GRCDÖ)

Erkek Formu

Aşağıda cinsel yaşamla ilgili sorular yer almaktadır. Her soru için "hiçbir zaman", "nadiren", "bazen", "çoğu zaman", "her zaman" şeklinde beş cevap şıkkı yer almaktadır. Sizden istenen kendi cinsel yaşamınızı göz önüne alarak soruları cevaplandırmanızdır.

Cevaplandırırken:

1. Her soruyu dikkatle okuyunuz.
2. Sorulan durumun **son zamanlarda** ne kadar sıklıkta ortaya çıktığını düşününüz.
3. Söz konusu durumun ne kadar sıklıkta ortaya çıktığına karar verdikten sonra, o seçeneğin altındaki parantezin içine [X] işareti koyarak cevabınızı belirtiniz.
4. Hiçbir soruyu cevapsız bırakmayınız.

Lütfen soruları içtenlikle ve dürüstçe cevaplandırmaya özen gösteriniz. Cevaplandırırken, başkalarının görüşlerini dikkate almadan, sadece kendi görüşünüzü belirtiniz.

	Hiçbir zaman	Nadiren	Bazen	Çoğu zaman	Her zaman
1. Haftada 2 defadan fazla cinsel birleşimde bulunur musunuz?	■		■	■	■
2. Eşinize, cinsel ilişkinizle ilgili olarak, nelerden hoşlanıp nelerden hoşlanmadığınızı söyleyebilir misiniz?	■		■	■	■
3. Cinsel yönden kolay uyarılabilir misiniz?	■		■	■	■
4. Cinsel ilişki sırasında boşalmak için henüz erkenolduğunu düşünürseniz, boşalmayı geciktirebilir misiniz?	■		■	■	■
5. Eşinizle olan cinsel yaşamınızı tekdüze (monoton) buluyor musunuz?	■		■	■	■
6. Eşinizin cinsel organına dokunup, okşamaktan rahatsız olur musunuz?	■		■	■	■
7. Eşiniz sizinle sevişmek istediğinde, tedirgin ve endişeli olur musunuz?	■		■	■	■
8. Cinsel organınızın, eşinizin cinsel organına girmesinden zevk alabilir misiniz?	■		■	■	■
9. Eşinize, cinsel ilişkinizle ilgili olarak nelerde hoşlanıp, nelerden hoşlanmadığınızı sorar mısınız?	■		■	■	■

7.9. EK-9: Golombok-Rust Cinsel Doyum Ölçeği(GRCDÖ) (devam)

10. İlişki sırasında cinsel organınızın sertleşmediği olur mu?	■	■	■	■	■
11. Eşinizle olan cinsel ilişkinizde sevgi ve şefkatin eksik olduğunu hisseder misiniz?	■	■	■	■	■
12. Eşinizin, cinsel organınıza dokunup okşamasından zevk alıp almaz?	■	■	■	■	■
13. Cinsel birleşme sırasında erken boşalmayı engelleyebilir misiniz?	■	■	■	■	■
14. Eşinizle sevişmekten kaçınmaz mısınız?	■	■	■	■	■
15. Eşinizle olan cinsel ilişkinizi tatmin karbuluyor musunuz?	■	■	■	■	■
16. Önsevişme (öpme, okşama gibi) sırasında cinsel organınızın sertleştiği olur mu?	■	■	■	■	■
17. Bir hafta boyunca cinsel ilişkide bulunmadığınız olur mu? (hastalık gibi nedenler dışında)	■	■	■	■	■
18. Eşinizle karşılıklı mastürbasyon yapmaktan (kendinizi tatmin etmekten) zevk alıp almaz?	■	■	■	■	■
19. Eşinizle sevişmek istediğinizde, ilişkiyi siz başlatır mısınız?	■	■	■	■	■
20. Eşinizin sizi sevip okşamasından hoşlanıp mısınız?	■	■	■	■	■
21. İsteddiğiniz kadar sık cinsel ilişkide bulunur musunuz?	■	■	■	■	■
22. Eşinizle sevişmeyi reddettiğiniz olur mu?	■	■	■	■	■
23. Cinsel birleşme sırasında, cinsel organınızın sertliğini kaybettiği olur mu?	■	■	■	■	■
24. Cinsel organınız, eşinizin cinsel organına girer girmez istemeden boşaldığınız olur mu?	■	■	■	■	■
25. Eşinize sarılıp, vücudunu okşamaktan zevk alıp almaz?	■	■	■	■	■
26. Cinsel yaşama karşı ilgisizlik duyarmısınız?	■	■	■	■	■
27. Cinsel organınız eşinizin cinsel organına girmek üzereyken, istemeden boşaldığınız olur mu?	■	■	■	■	■
28. Sevişme sırasında yaptıklarınızdan tiksintiduyar mısınız?	■	■	■	■	■

ÖZGEÇMİŞ

Adı	Shukrullah	Soyadı	Niazi
Doğum Yeri		Doğum Tarihi	
Uyruğu		Tel	
E-mail			
Eğitim Düzeyi	Mezun Olduğu Kurumun Adı		Mezuniyet Yılı
Lisans			
İş Deneyimi			
Görevi	Kurum	Süre (Yıl - Yıl)	
1. Asistan Hekim			
2. Pratisyen Hekim			
3. Asistan Hekim			

Yabancı Dilleri	Okuduğunu Anlama*	Konuşma*	Yazma*