



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

**OPIYAT KULLANIM BOZUKLUĞU OLAN
HASTALARDA REMİSYONUN İŞLEVSELLİK,
YAŞAM KALİTESİ VE AŞERME İLE İLİŞKİSİ**

UZMANLIK TEZİ

Dr. Mehmet Murat Balcı

Tez Danışmanı: Doç. Dr. Mustafa Mehmet Eryılmaz

“Kaynak gösterilerek tezimden yararlanılabilir.”

Antalya, 2020

TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimim boyunca değerli bilgi ve tecrübelerini benimle paylaşan, birlikte çalışmaktan onur duyduğum başta tez danışmanım Doç. Dr. Mustafa Mehmet Eryılmaz olmak üzere değerli hocalarım Prof. Dr.Gülsüm Özge Baysal, Prof. Dr. Mehmet Murat Kuloğlu, Doç. Dr Burak Kulaksızoğlu, Dr. Öğr. Üyesi Buket Cinemre ve Dr. Öğr. Üyesi Özmen Metin'e

Çalışmam süresince yardımları ve deneyimlerini bir an olsun esirgemeyen Dr. Öğr. Gör. Ali Erdoğan ve Uzm. Dr. Şima Ceren Pak'a

Değerli dostlarım Uzm. Dr. Asena Uzdu Yaşar ve Uzm. Dr. Khuraman Namazova başta olmak üzere, birlikte çalışmaktan keyif aldığım asistan arkadaşlarıma

Tezimi tamamlamamda bana yardımcı olan Şebnem Erener Çelik başta olmak üzere kliniğimizin tüm değerli hemşireleri, sekreterleri ve personellerine

Hayatım boyunca desteklerini hiçbir zaman esirgemeyen, her türlü fedakarlığı yapan beni hiçbir zaman yalnız bırakmayan aileme sonsuz teşekkürlerimi sunarım

İÇİNDEKİLER

	<u>Sayfa</u>
Kısaltmalar Dizini	ii
Tablolar Dizini	iii
1. GİRİŞ VE AMAÇ	1
2. GENEL BİLGİLER	2
2.1. Madde Bağımlılığı	2
2.1.1 Tanım ve Tarihçe	2
2.1.2 Opiyatlar.....	4
2.1.3 Opiyat Reseptörleri	6
2.1.4 Opiyat Kullanım Bozukluğu	8
2.1.5 DSM-5'e Göre Opiyat Kullanım Bozukluğu Tanı Ölçütleri	8
2.1.6 Opiyatlara Tolerans	10
2.1.7 Opiyat Doz Aşımı	10
2.1.8 Opiyat Doz Aşımı Tedavisi.....	11
2.1.9 Opiyat Yoksunluğu	12
2.1.10 DSM-5'e Göre Opiyat Yoksunluğu Tanı Kriterleri	13
2.1.11 Aşırme	13
2.2 Yeti Yitimi ve İşlevsellik	14
3. GEREÇ VE YÖNTEM	16
3.1 Örneklem.....	16
3.1.1 Çalışmaya Dahil Edilme Kriterleri.....	16
3.1.2 Çalışmadan Dışlanma Kriterleri.....	16
3.2 Uygulama	16
3.3 Veri Toplama Araçları	17
3.3.1 Sosyodemografik Veri Formu.....	17
3.3.2 Kısa Form-36 (SF-36)	17

3.3.3 Madde Aşırme Ölçeği.....	18
3.3.4 WHODAS 2.0	18
3.4 İstatistiksel Analiz.....	19
4. BULGULAR.....	20
5. TARTIŞMA	30
6. SONUÇ	36
7. ÖZET.....	37
8. ABSTRACT.....	39
9. KAYNAKLAR	41
10. EKLER.....	48

KISALTMALAR DİZİNİ

MKB	Madde Kullanım Bozukluğu
DSM-5	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-5
DSÖ	Dünya Sağlık Örgütü
AMBAUM	Alkol ve MaddeBağımlılığı Araştırma ve Uygulama Merkezi
SF-36	Short Form-36
WHODAS 2.0	World Health Organization Disability Assessment Schedule 2.0
MAÖ	Madde Aşırme Ölçeği
SPSS	Statistical Package for the Social Sciences
HIV	Human Immunodeficiency Virus

TABLolar DİZİNİ

<u>Tablo</u>	<u>Sayfa</u>
4.1. Hastaların cinsiyet dağılımı	20
4.2. Hastaların yaş dağılımı	20
4.3. Hastaların medeni durum açısından dağılımı	21
4.4. Hastaların eğitim durumu	21
4.5. Hastaların yaşam biçimleri	22
4.6. Hastaların askerlik durumu	22
4.7. Hastaların çalışma durumu	23
4.8. Hastaların aylık geliri	23
4.9. Grupların adli olay, cezaevi öyküsü , intihar girişimi ve kendine zarar verme davranışı	24
4.10. Eroin kullanım özellikleri	24
4.11. Kısa Form-36 (SF-36) Veri İstatistikleri	25
4.12. WHODAS 2.0 Veri İstatistikleri	27
4.13. Yetiştirimi, yaşam kalitesi ve aşırme arasındaki ilişki	29

1.GİRİŞ VE AMAÇ

Türkiye ve dünyada sıklığı giderek artmakta olan uyuşturucu madde kullanımı yalnızca tıbbi değil, maddi, hukuki ve sosyal alanda da sorunların eşlik ettiği bir halk sağlığı problemidir. Sadece ruh sağlığı alanında çalışanların değil sağlık sisteminin neredeyse bütün basamaklarında karşı karşıya kalınan eroin kullanımı ve sebep olduğu komplikasyonlar ele alınması gereken önemli sorunlardan biri haline gelmektedir.

MKB içinde ayrı bir sınıf olarak ele alınan opiyat kullanım bozukluğunun etyolojisinde birçok farklı faktörün rol aldığına dair artmakta olan bir bilgi birikimine sahibiz. Opiyat kullanım bozukluğu genel anlamda bağımlılık sürecinin birçok özelliğini taşısa da; opiyat kullanımına karşı duyarlılığı, hastalığın ilerleyişi ve seyrini etkileyebilen farmakolojik, genetik, çevresel ve gelişimsel faktörler bulunmaktadır (1).

Dünya Uyuşturucu Raporu'na göre 2018 yılında dünya genelinde 58 milyon kişinin opiyat türevleri kullanıcısı olduğu ve bunlar arasında da en çok kullanılan ve sağlık sorunlarına neden olan uyuşturucu maddenin eroin olduğu bildirilmektedir (2) .

Amerika Birleşik Devletleri'nde 1999 ile 2017 yılları arasında madde doz aşımına bağlı 700.000'den fazla ölüm tesipt edilmiştir (3). Yalnızca 2017 yılında ise 70.000'i aşkın kişi madde doz aşımına bağlı hayatını kaybetmiş olup bunların %68'i opiyatlarla ilişkilendirilmektedir. Ölümlerin 15.000'i ise eroin kullanımına bağlı doz aşımı nedeniyle gerçekleşmiştir (4).

2019 Türkiye Uyuşturucu Raporu'na göre; madde kullanımı nedeni ile tedavi alan hastaların %62.1'ini (7.031 kişi) eroin kullanıcıları oluşturmaktadır. Rapora göre madde kullanıcılarının %5.3'ü madde kullanımına ilk olarak eroin ile başlamış olup, ortalama başlangıç yaşı ise 19'dur (5).

Opiyatlara ismini veren afyon (papaver somniferum) bitkisidir. Opiyum, morfin, kodein doğal türevleri; eroin, hidromorfin, metadon, oksikodon ve meperidin ise sentetik türevleridir.

Eroin, damar içi enjeksiyon yoluyla, alüminyum folyo üzerinde ısıtılıp buharı solunum yoluyla alınarak, sigara şeklinde sarılarak ya da burundan çekilerek

kullanılmaktadır. Eroine tolerans ve fiziksel bağımlılık oldukça hızlı gelişir, idrarda saptanma süresi ise yaklaşık 48 saattir.

Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı'nda (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, DSM-5) on iki aylık bir süre içinde, opiyatların istendiğinden daha büyük ölçüde alınması, opiyat elde etmek için zamanının büyük kısmını harcaması, yükümlülüklerini yerine getirememe ile sonuçlanan yineleyici opiyat kullanımı, opiyat kullanımı ile toplumsal ve kişilerarası sorunlar oluşması, tehlikeli olabilecek durumlarda opiyat kullanımı, belirgin olarak artan ölçülerde opiyat kullanım gereksinimi ve aynı ölçüde opiyat kullanımının sürdürülmesine karşın belirgin olarak daha az etki sağlanması opiyat kullanım bozukluğu olarak tanımlanmıştır. Buna göre alkol ve madde bağımlılığı fizyolojik, bilişsel, davranışsal ve duygusal alanda işlevsellikte birçok bozulma ve kayıp ile kendini göstermektedir.

Tedavi sırasında ise sık görülen yinelemeler bu süreci güçleştirmekte, tedavi başarısını olumsuz etkilemektedir. Madde kullanım bozukluğunda tedavide kalma süresi tedavi başarısını ölçmek için sıklıkla kullanılan bir yöntemdir. Ancak son zamanlarda yaşam kalitesi ölçümlerinin tedavi değerlendirmelerinde yer alması gerektiğini öne sürülmektedir (6).

Yapılan bir çalışmada 1., 12. ve 36. aylardaki eroın kullanım paternlerini araştırılmıştır. Eroın kullanımı açısından tam abstinans 12. ayda önemli bir artış göstermekle birlikte 36. ayda bu oranlarda düşüş saptanmıştır. Bu çalışmanın sonuçları düzenli bir ikame tedavinin önemini ortaya koymaktadır (7).

Tüm bu veriler, eroın kullanım bozukluğu tedavi sürecinde işlevsellik, yaşam kalitesi ve aşerme düzeyini araştırarak çalışmaların madde bağımlılığı alanında önemli gelişmeler sağlayacağını ortaya koymaktadır. Bu bilgiler ışığında çalışmamız; opiyat kullanım bozukluğu olan hastalarda remisyonun işlevsellik, yaşam kalitesi ve aşerme ile ilişkisini saptamayı, elde edilen verilerin koruma ve tedavi sürecine klinik pratiğimize katkı sağlamasını amaçlamaktadır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1.Madde Bağımlılığı

2.1.1.Tanım ve Tarihçe

Madde bağımlılığı biyolojik, psikolojik ve sosyolojik yönleri olan tıbbi bir hastalıktır. Madde bağımlılığı, ilaç niteliğine sahip bir maddenin keyif verici etkilerini duyumsamak veya yokluğundan kaynaklanan huzursuzluktan sakınmak için, devamlı veya periyodik olarak madde alma arzusu ve bazı davranış bozukluklarıyla karakterize bir beyin hastalığı olarak tanımlanabilir (8).

Bağımlılık denildiği zaman davranışsal, fizyolojik ve psikolojik bağımlılık akla gelmektedir. Davranışsal bağımlılıkla patolojik kullanma yöntemleri ve madde arayış davranışı, fizyolojik bağımlılıkla madde kullanımının fiziksel etkileri, psikolojik bağımlılıkla ise disforik durumdan kaçınmak maddenin aşerilmesi ve kullanımı kastedilmektedir (9).

Temeli insan beynini etkileyerek kendini daha iyi hissetmek, daha iyi performans göstermek veya daha çok haz almak olan, bağımlılık yapıcı maddelerin kötüye kullanılması insanlık tarihi kadar eskidir. Örneğin opium en az 3500 yıldır tıbbi amaçlarla kullanılmıştır. Antik Çin kaynaklarında kannabisin tıbbi kullanımına dair kaynaklar bulunmaktadır.

Madde bağımlılığı ve bağımlılık yapıcı maddeler 20. yüzyılın 2. yarısına kadar ciddi bir halk sağlığı problemi olarak görülmemiştir. Bu yıllarda, opiatlar ve kannabis başta olmak üzere, barbitüratların ve kokain gibi bir çok maddenin bağımlılık yaptığı ve madde kötüye kullanımının bir davranış bozukluğu olduğu tıp literatürüne girmiş ancak nedenleri, tedavisi ve önlenmesine yönelik ciddi çalışmaların yapılması 1980'leri bulmuştur. Özellikle Vietnam savaşı sonrası ülkesine dönen 200 binden fazla opiyat bağımlısı Amerika Birleşik Devletleri askeri olması bu alandaki çalışmaların hızlanmasına sebep olmuştur.

2.1.2.Opiyatlar

Papaver Somniferium isimli gelincik ailesinden bir bitkiden elde edilen çiçek kapsüllerinin öz sütüne “rohopium” denir ve başta morfin olmak üzere içinde 20’ye yakın opium alkaloidi barındırır. Afyon ve benzeri maddelerin tümüne opiyatlar adı verilir (10). Opiyatlarla ilgili bilinen en eski kayıtların, yaklaşık olarak milattan önce 2.100’lü yıllarda yazıldığı tahmin edilen, Sümerler’e ait kil tabletlere ait olduğu düşünülmektedir (11). Sümerler opiyuma keyif verici anlamında “Hul Gil” adını vermişlerdir. Bu dönemde opiyum “keyif verici bitki” veya “keyif bitkisi” olarak birçok yerde betimlenmiştir

P. somniferum, morfin, kodein, tebain, noskapin [narkotin olarak da bilinir] ve papaverin gibi klinik olarak kullanılan opiat alkaloidlerin kaynağıdır. Bu opiat alkaloidlerin ve bunların türevlerinin klinik uygulaması, analjezikler, öksürük baskılayıcılar ve anti-spazmodik olarak geniş bir kullanıma sahiptir. Tebain, kendi başına bir farmakolojik ajan olarak kullanılmamasına rağmen, hidrokodon, oksikodon, oksimorfon, nalbuphine, naltrekson, buprenorfin ve etorfin gibi bir dizi bileşiğe dönüştürülebilen bir opiyattır. Bu ara ürünler ayrıca geniş farmasötik uygulamalara sahiptir. Örneğin, oksikodon, oksimorfin ve etorfin, orta ila şiddetli ağrı için bir analjezik olarak yaygın şekilde kullanılmaktadır ve sıklıkla ibuprofen gibi diğer analjeziklerle birleştirilmektedir. Buprenorfin, eroin bağımlılığı ve kronik ağrı tedavisinde kullanılmaktadır.

Morfin

Opioid bir analjezik olan morfin ilk olarak 1803 yılında Dr Friedrich Serturmer tarafından afyondan ekstrakte edilmiştir (12). Morfin opioid ilaçların prototipi olup mü delta ve kappa opiyat reseptörlerinin agonistidir.

Diğer opiyatlara göre yağda çözünürlüğü düşük olduğu için etkisi nispeten daha geç başlar ve daha uzun sürer. Genellikle intravenöz, intramuskuler ve derialtı kullanımı olmakla birlikte rektal ve dilaltı kullanımı da mevcuttur.

Morfin intravenöz verildikten 20 dakika sonra en güçlü analjezik etkisini gösterir. Morfin ve türevleri bazik yapıda olduğu için oral olarak alındıklarında mide asidinde hızla iyonize olurlar. Bu yüzden opiyatların oral olarak alındıklarındaki etkileri parenteral yolla verilen eşdeğer doza göre oldukça düşüktür.

Ciltaltı olarak uygulandığında kan beyin bariyerini geçişi yaklaşık 1 saat olan morfinin, ciltaltı ve oral preparatların uzun salımlı formları da olduğu için özellikle kronikleşmiş ağrı tedavisinde kullanılmaktadır.

Morfin analjezik, spazmolitik ve antitusif olarak kullanılır. Bulantı, kusma, bradikardi, uyuşukluk ve uyku hali , kabızlık , cinsel işlev bozuklukları ve solunum depresyonu gibi yan etkileri vardır.

Toksik dozlarda morfin beynin oksijen kullanımını engelleyerek solunum merkezini inhibe eder ve solunum hacmini azaltır. Toksik doz yükseldikçe Cheyne Stokes solunumu görülebilmektedir (13)(14)(15).

Birçok etkisine hızla tolerans gelişen morfinin konstipsyon ve miyozis etkilerine tolerans gelişmez (16).

Eroin

Eroin, 1898 yılında Alman kimyacı Heinrich Dreser tarafından keşfedilmiş ve Bayer firması tarafından analjezik ve antitusif ilaç olarak pazarlanmıştır. . Diasetilmorfin ismi verilen heroin, morfinin yarı sentetik bir türevidir ve alkaloid yapıda bir maddedir,

Morfinden yaklaşık 2-2,5 kat daha güçlü etkinliğe sahip olan heroin, iki asetil grubu sayesinde morfine göre yağda daha fazla çözündüğü için kan beyin bariyerini daha hızlı geçer ve bu yüzden etkisi daha çabuk ortaya çıkar. Beyinde heroin monoasetil morfin ve morfine dönüştürülür ve böylece kan beyin bariyerini daha yavaş terkeder (17).

Bağımlılık potansiyeli çok yüksek olan eroine, diğer morfin türevlerinden daha hızlı tolerans gelişir (18).

Eroinin birçok yolla kullanımı mevcuttur. Sigaraya sarılarak veya alüminyum folyo üzerinde ısıtılıp inhalasyon yoluyla, intravenöz olarak ve burna çekilerek kullanılabilir.

Eroin kullanım süresi uzadıkça kişinin motivasyonu yüksek olsa dahi bırakma şansı azalmaktadır.

Eroin kullanımıyla ağrı hissinin kaybı, konuşma hızında azalma, öfori, kalp ve solunum hızında yavaşlama, kan basıncında dalgalanmalar, vücut ısısında düşme, yüz kızarması görülür ve pupiller miyotiktir. Özellikle ilk kullanımda

kusma görülebilir ancak bu etkiye hızla tolerans gelişir. Konstipasyon meydana gelir ve bu etkiye tolerans gelişmez, karında kramplar olur (19).

Eroin başlangıçta endişe, sıkıntı ve ruhsal gerginliği azaltır, öfori ve sedasyon yapar. Kişi uyuşuk bir hal alır ve zihinde bulanıklık olur. Düşünce akışını sürdürme ve dikkati odaklamada zorluk görülür. Hareketlerde azalma, isteksizlik, motivasyon kaybı ve çevreye karşı ilgisizlik gelişir.

Uzun süre kullanımda özbakım azalır, sosyal ilgi ve sevgi kaybolur, iş gücü, yeti yitimi ve meslek kaybı olur.

Eroin libidoyu ve seksüel performansı azaltır, ereksiyon ve ejakülasyon olmaz. Hipotalamo-hipofizer aksta bozulmaya bağlı prolaktin artışı, GnRH'a bozulmuş FSH ve LH cevabı ve testesteronda azalma görülür.

2.1.3. Opiyat Reseptörleri

Lokasyonları ve işlevleri iyi bilinen 3 adet opiyat reseptörü tanımlanmıştır. Bu reseptörlerin dağılımları, opiyatlara olan affiniteleri ve etkileri birbirinden farklıdır.

Opiyatlar beyinde, medulla spinalis ve otonom sinir sisteminin diğer bir çok bölümünde, bağırsaklardaki sinir plexuslarında, ve lökositlerde bulunan kendilerine özgül nöronal reseptörlere bağlanırlar. Opiyat reseptörleri doğal opioid peptidler olan enkefalinler, dinorfinler ve endorfinlerin etkilerine aracılık ederler. Opiyat reseptör alt tipleri Mu (μ), Delta (δ) ve Kappa (κ)'dır İnsan vücudundaki etkilerini bu reseptörler üzerinden göstermektedirler.

Mü Reseptörleri

Mü reseptörleri daha çok opiyatların beyindeki analjezik etkilerinden, solunum depresyonu, kabızlık ve ilaç bağımlılığından sorumludur.

Çoğunlukla presinaptik yerleşimli olup, hücre tipine göre postsinaptik yerleşimli de olabilirler. Özellikle periaqueductal gri cevher ve medulla spinalis arka boynuzda yoğun olmak üzere, serebral korteks bazal ganglionlar limbik ve limbik sistem gibi beynin bir çok bölgesinde, periferik sinirlerde ve sindirim sistemi gibi bir çok bölgede bulunurlar.

Nosiseptörlerden mü reseptörlerinin delesyonu veya receptor antagonisti verilmesi sonucunda, opiyatların analjezik etkilerine tolerans gelişimini ve opiyatlarla indüklenmiş hiperalejiyi engellediği gösterilmiştir (20).

Mü reseptörlerinin mü1 , mü2 ve mü3 olmak üzere 3 alttipi vardır. Mü1 analjezik etkiden sorumlu olup, mü2 ise solunum depresyonuna ve konstipasyona yol açmaktadır (21)(22).

Mü 3 reseptörü ise vasküler yapılar ve lökositlerde bulunup, opioid peptitlere duyarsızken opioid alkaloidlere duyarlıdır.

Delta Reseptörleri

Delta reseptörleri de ağrı kontrolünde etkilidir ancak nöron membranlarındaki yoğunlukları Mü reseptörlere göre daha düşük olduğu için etkileri de daha kısıtlıdır. Bu durumun faydası ise Delta reseptör agonistlerinin bağımlılık potansiyelinin ve diğer bir çok yan etkinin Mü reseptör agonistlerine kıyasla oldukça az olmasıdır. Özellikle endorfinler için önemli bir hedef oldukları bilinmektedir. Analjezik etkilerine ek olarak, anksiyolitik antidepresan ve duygudurum düzenleyici etkileri de mevcuttur (23). Santral ve periferik sinir sisteminde yaygın ve dağınık olarak bulunurlar.

Serebral korteks, korpus striatum, amigdala ve koku tüberkülünde ise daha yüksek yoğunluklara sahiptir (24).

Kappa Reseptörleri

Nükleus accumbens, ventral tegmental alan, hipotalamus ve talamusun bazı bölgeleri, nükleus accumbens ve substansia nigra da yoğun olarak bulunurlar (25).

Kappa opiat reseptör agonistleri, mü reseptör agonistlerinin aksine ilaç ödül tepkisinin bastırılma Uyarıldıklarında diğer opiyat reseptörlerinin aksine solunum depresyonuna yol açmazlar ancak analjezik etkilerine göre diürezis, disfori, sedasyon gibi yan etkileri daha düşük eşiklerde ortaya çıkar.

Kappa opiat agonistlerinin, analjezik olarak genellikle kullanılan mü reseptör agonistlerine olan bazı avantajları, ilaç ödül tepkisini bastırma ve tolerans gelişiminin olmaması ve bu sayede bağımlılık gelişiminin oldukça düşük olmasıdır. Spesifik olarak, dopaminin mezolimbik ödül yolundan ve nigrostriatal yoldan salınmasını baskılayabilir. Disfori, sedasyon, diürez gibi yan etkilerinin analjezik dozlarından daha düşük dozlarda ortaya çıkması kullanımlarını kısıtlamaktadır (26).

2.1.4.Opiyat Kullanım Bozukluğu

Opiyat kullanım bozukluğu, kullanıma bağlı belirgin problemlere yol açmasına rağmen kullanımın tekrarlandığı fizyolojik, psikolojik, sosyal, bilişsel ve davranışsal belirtiler kümesidir.

Gelişmiş ülkelerde, kötüye kullanıma ve bağımlılığa en sık sebep olan opiyat eroinidir, bununla birlikte tıbbi tedavi amacıyla kullanılan opiyatlara bağımlılık ise büyük oranda artmakta olup önemli bir halk sağlığı sorunu teşkil etmektedir. Opiyat kullanımı sıklıkla bağımlılıkla sonuçlanmakta olup tedaviye rağmen nüksler sık görülmektedir.

Düşük sosyoekonomik sınıflarda ve gençlerde daha sık görülmekle birlikte toplumun her kesimini etkiler. Ebeveyn kaybı, boşanması veya aile üyelerinden birinin madde kullanımı önde gelen risk faktörlerindendir.

Opiat kullanımına %80-90 oranında başka psikiyatrik bozukluklar eşlik eder ve kullanıcılarda büyük oranda iş gücü kaybı ve işlevsellikte bozulma görülür (9).

2.1.5. DSM-5'e Göre Opiyat Kullanım Bozukluğu Tanı Ölçütleri

Kapsama Ölçütleri

12 aylık bir dönem içinde ortaya çıkan, aşağıdakilerden en az ikisi ile kendini gösteren, klinik açıdan belirgin sıkıntıya ya da işlevsellikte düşmeye yol açan sorunlu bir opiyat kullanım örüntüsü (27).

1. Opiyatlar, çoğu kez, istendiğinden daha fazla miktarda ya da daha uzun süreli olarak alınır.
2. Opiyat kullanmayı bırakmak ya da denetim altında tutmak için sürekli bir istek ya da sonuç vermeyen çabalar vardır.
3. Opiyat elde etmek, opiyat kullanmak ya da yarattığı etkilerden kurtulmak için gerekli etkinliklere çok zaman ayrılır.
4. Opiyat kullanmak için çok büyük bir istek duyma ya da kendini zorlanmış hissetme.
5. İşte, okulda ya da evdeki konumunun gereği olan başlıca yükümlülüklerini yerine getirememeye ile sonuçlanan, yineleyici opiyat kullanımı.
6. Opiyatın etkilerinin neden olduğu ya da alevlendirdiği, sürekli ya da yineleyici toplumsal ya da kişilerarası sorunlar olmasına karşın opiyat kullanımını sürdürme.

7. Opiyat kullanımından ötürü önemli birtakım toplumsal, işle ilgili etkinliklerin ya da eğlenme-dinlenme etkinliklerinin bırakılması ya da azaltılması.

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

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

10. Aşağıdakilerden biriyle tanımlandığı üzere, dayanıklılık (tolerans) gelişmiş olması: a. Esrikliği ya da istenen etkiyi sağlamak için belirgin olarak artan ölçülerde opiyat kullanma gereksinimi. b. Aynı ölçüde opiyat kullanımının sürdürülmesine karşın belirgin olarak daha az etki sağlanması. Not: Yalnızca uygun tıbbi bakım altındayken opiyatları alanlarda bu tanı ölçütü karşılanmış olarak düşünülmez.

11. Aşağıdakilerden biriyle tanımlandığı üzere, yoksunluk gelişmiş olması:

a. Opiyata özgü yoksunluk sendromu.

b. Yoksunluk belirtilerinden kurtulmak ya da kaçınmak için opiyat ya da yakından ilişkili bir madde kullanılır.

Belirleyiciler

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

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

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

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

Ağırlık Belirleyicileri

Ağır olmayan: Kapsayıcı ölçütlerden iki veya üç tanesinin olması

Orta Derecede: Kapsayıcı ölçütlerden dört veya beş tanesinin olması

Ağır : Kapsayıcı ölçütlerden altı veya daha fazlasının bulunması

2.1.6 Opiyalara Tolerans

Farmakolojik etkisi olan herhangi bir maddeye tolerans, yineleyici kullanım sonrasında maddenin etki gücünde azalma olması ya da aynı etkinliğe ulaşabilmesi için maddenin daha yüksek dozlarda kullanılması olarak tanımlanabilir.

Tolerans maddenin “kendisine” karşı değil etkilerine karşı gelişir. Maddenin tüm etkilerine tolerans gelişebileceği gibi bazı etkilerine gelişmeyebilir, aynı şekilde bazı etkilere çabuk tolerans gelişirken bazı etkilere karşı daha geç oluşabilir. Örneğin morfin ve eroinin bulantı ve kusma yan etkilerine karşı hızla tolerans gelişirken, miyozis etkilerine çok geç, konstipasyon etkilerine ise hiç tolerans gelişmez. Morfin kötüye kullanımında 3-4 aylık bir kullanım sonrasında aynı etkiye ulaşabilmek için 10 kat veya daha fazla doz artırımı gerekebilir, bu dozlar daha önce kullanımı olmayan birisi için ölümcüldür.

Bir ilaca karşı gelişen tolerans diğer ilacın etkisini de azaltabilir, buna çapraz tolerans denir. Çapraz tolerans genel olarak farmakolojik etkileri bakımından benzer gruplarda yer alan ilaçlar arasında gelişir. Opiyatların kendi içinde, benzodiazepinlerle ve alkol ile çapraz toleransı mevcuttur.

2.1.7 Opiyat Doz Aşımı

Opiyat aşırı dozu, yaşamı tehdit edebilen, erken tanı ve tedavinin hayat kurtarıcı olduğu bir tıbbi acildir. Opiyat kullanımına bağlı morbidite ve mortalitenin önemli bir sebebidir.

Opiyat aşırı dozunun temel belirtileri, uyuşukluktan konfüzyon ve komaya kadar değişebilen bilinç düzeyinde bozulmalar ve solunumda yavaşlamayı içerir. Göz bebekleri miyotiktir ve “toplu iğne başı pupil” görünümü vardır. Siyanoz, hipotansiyon, bradikardi ve hipotermi de mevcut olabilir. Ölüm genellikle solunum depresyonundan kaynaklanır.

Opiyat doz aşımı sadece mortalitenin değil morbiditenin de önemli bir sebebidir (28).

.Doz aşımına bağlı en sık görülen morbidite sebepleri , ödem ve pnömoni gibi pulmoner patolojiler ve rabdomiyolizi içerir (29).

Rabdomiyoliz, hastaların uzun süre immobil kalmasına veya koma sırasındaki uzun süreli kas kasılmasına bağlı gelişir ve renal hasara da sebep olabilir. Kardiyovasküler patolojiler , nöbet, ekstremitelerde geçici felç ve nöropatiler, kusma ve aspirasyon görülebilir. Doz aşımına bağlı sekonder morbiditeler arasında düşmeye bağlı yaralanmalar, yanıklar , darp gibi kriminal problemler bulunur (30).

2.1.8 Opiyat Doz Aşımı Tedavisi

Solunum güçlüğü olan hastalar nefes alabilmek için farmakolojik veya mekanik desteğe ihtiyaç duyarlar. Solunum hızı dakikada 12 veya daha az olan hastalar için, valfli bir maske ile ventilasyon sağlanmalıdır

Opiyat doz aşımının antidotu olan Naloxone, opiyat intoksikasyonunun tüm belirtilerini tersine çeviren rekabetçi bir mu opiyat reseptör antagonistidir. Parenteral, intranazal veya direk pulmoner uygulama yolu ile kullanılabilir. Yaygın ilk geçiş metabolizması nedeniyle biyoyararlanımı ihmal edilebilir düzeyde olduğu için oral kullanımı yoktur (31).

İntravenöz olarak uygulandığında etkisi 2 dakikadan daha kısa sürede başlar ve yarılanma ömrü bir çok opiyata göre daha kısa olduğu için yineleyici dozlarda verilmesi gerekebilir.

Nalokson doz ayarlaması kişinin aldığı opiyatın türü, mü reseptörlerine olan affinitesi, santral sinir sistemine penetrasyonu ve hastanın kilosu gibi bir çok farklı bileşene bağlıdır. Bu bilgilerin çoğu bilinmeyeceğinden, etkili antidot dozunu belirlemek için önceden yapılan terapötik çalışmalardan faydalanılır (32)(33).

Yetişkinler için başlangıç nalokson dozu 0.04 mg'dır. Yanıtsızlık durumunda 2-3 dakika arayla artan dozlarda nalokson verilir. Maksimum doz 15 mg'dır. 15 mg nalokson uygulanmasına karşın solunum depresyonunda düzelme yoksa, opiyat doz aşımı tanısından uzaklaştırılması gerekir (34)(35).

Solunum depresyonunun tekrarlaması halinde düzenli infuzyonla nalokson verilir ve entubasyon gerekebilir. Nalokson uygulaması sonrası opiyat yoksunluğu semptomları gelişebilir ancak bunlar yaşamı tehdit edici değildir.

2.1.9 Opiyat yoksunluğu

Kullanılan opiyatın kesilmesi, dozunun azaltılması ya da antagonistinin verilmesi sonucunda opiyat yoksunluğu ortaya çıkar. Opiyat yoksunluğu bifaziktir, önce bedensel belirtilerin ön planda olduğu akut dönem ve sonrasında fiziksel belirtilerin şiddetinin azaldığı ancak süregeldiği, belirgin aşermenin olduğu uzamış yoksunluk dönemi görülür. Opiyat yoksunluğu son derece rahatsızlık verici olmakla birlikte tek başına ölümcül değildir (36).

Yoksunluk belirtileri tüm opiyatlar için aynı olmakla birlikte, belirtilerin şiddeti kullanıcının yatkınlığına, kullandığı opiyata kullanım süresine ve dozuna bağlı olarak kişiden kişiye değişir.

Yoksunluk semptomlarının ortaya çıkış süresi kullanılan maddenin yarı ömrüyle ilişkilidir. Eroin için bu süre 4-6 saat olup ilk semptomlar 6-12 saat sonra başlar. İlk ortaya çıkan belirtiler huzursuzluk, esneme artışı, lakrimasyon ve/veya rinore, terleme artışı ve uykusuzluktur. Bu dönemde öfke ve şiddete yatkınlık ortaya çıkar. Sonrasında piloereksiyon, pupiller dilatasyon, miyalji/artralji karın ağrısı ve uykuya meyil görülür. Kişi yaklaşık 12 saatlik bir uykuya dalar ancak uykusu konforsuzdur. Uykudan genellikle mide, sırt ve bacaklarda duyulan ağrı ve kramplarla uyanılır. Ateş, taşikardi takipne ve hipertansiyon gelişir, şiddetli terleme eşlik eder. Kusma ortaya çıkar ve ishal başlar. Ekstremitlerde belirgin olmak üzere, kuvvetli seyirmeler ve kasılmalar ortaya çıkar. Dehidratasyon ve hipotansiyon görülebilir (18).

Semptomlar 5.günde belirgin olarak azalır 7-10. Günler arasında tamamen kaybolur ancak şiddetli aşerme ve huzursuzluk görülür.

Kendi başına ve tedavisiz olarak bırakmaya çalışanların büyük çoğunluğu semptomlara dayanamayıp tekrar eroin kullanırlar. Eroin alındığında bütün semptomlar ortadan kalkar.

2.1.10 DSM-V'e Göre Opiyat Yoksunluğu Tanı Kriterleri

A. Aşağıdakilerden biri vardır: 1. Çok fazla ve uzun süreli (birkaç hafta ya da daha uzun bir süre) opioid kullanımının sonlandırılması (ya da azaltılması). 2. Bir opioid kullanım döneminden sonra bir opioid antagonistinin uygulanması.

B. A tanı ölçütünden sonra, birkaç dakikadan birkaç güne dek değişen bir zaman aralığında aşağıdakilerden üçünün (ya da daha fazlasının) bulunması:

1. Disforik duygudurum. 2. Bulantı ve kusma. 3. Kas sızıları. 4. Gözyaşı akması ya da burun akıntısı. 5. Gözbebeklerde büyüme, piloereksiyon (tüylerin dikleşmesi) ya da terleme. 6. İshal. 7. Esneme. 8. Ateş. 9. Uykusuzluk

C. B tanı ölçütündeki belirtiler ve bulgular klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya ya da toplumsal, işle ilgili alanlarda ya da önemli diğer işlevsellik alanlarında işlevsellikte düşmeye neden olur.

D. Bu belirtiler ve bulgular başka bir sağlık durumuna bağlanamaz ve başka bir madde esrikliği ya da yoksunluğu da içinde olmak üzere, başka bir ruhsal bozuklukla daha iyi açıklanamaz (46).

Opiyat yoksunluk belirtileri yaklaşık 6-8 saat sonra başlar, 72 saatte en şiddetli halini alır, genellikle 7-10 günde sonlanır. Fakat uykusuzluk gibi bazı belirtiler 6 ay gibi daha uzun süre devam edebilir

2.1.11 Aşerme

Bağımlı olunan maddeyi kullanmak için çok güçlü bir istek olarak tanımlanabilen aşerme, opiyat kullanım bozukluğu ve diğer bağımlılıkların temel bir bileşenidir ³⁷.

Aşerme otomatik (koşullu) ya da iradi davranışların bir sonucu olup içsel ya da dışsal uyaranlarla ortaya çıkabilir.

DSM-V ile birlikte tanı kriteri olarak eklenmiş olan aşerme , tanı tedavi ve klinik gidişat açısından oldukça önemli bir parametredir. Aşerme opiyat kullanım bozukluğunda relaps ile güçlü bir şekilde ilişkilidir ve bu nedenle, relaps riskini azaltmak ve hastaların yaşam kalitesini iyileştirmek için önemli bir tedavi hedefidir (37).

Aşerme, kullanılan maddenin olumlu etkilerini tekrar yaşamak üzerine olabileceği gibi, madde yoksunluğuna bağlı semptomlardan kaçınmak üzere de olabilir.

Aşermenin şiddetine etki eden pek çok değişken olmakla birlikte, kullanılan maddenin türü, kullanım miktarı ve süresi, kişinin maddeyi hatırlatan dışsal uyaranlara maruziyeti aşerme şiddetini etkileyen başta gelen unsurlardır.

Opiyat bağımlılığında aşerme sadece erken dönem semptomu olmayıp opiyat bağımlıları, madde kullanımını bıraktıktan sonra uzun süre devam edebilir.

Tüm psikoaktif ilaçlar, bağımlılık veya bağımlılıkla ilişkili olumlu duygu ve davranışları üreten beyindeki ödül sistemini hedef alır (38). Haz alımında da rol alan dopaminerjik ödül merkezinin aşerme mekanizmasında primer rol oynadığı düşünülmektedir. Yineleyici olarak madde kullanımı ile birlikte dopaminerjik hücre ateşlemesi disinhibe olur ve mezolimbik dopaminerjik yolakta nöroadaptif değişikliklere yol açar. Dopaminerjik sistem aşırı duyarlılığı gelişir ve aşerme oluşur (18).

2.2 Yeti Yitimi ve İşlevsellik

Hem hukuki hem de klinik anlamda yeti yitimi, bedensel ve/veya ruhsal hastalıklara bağlı olarak kişinin temel yaşam faaliyetlerini yerine getirmesinde fonksiyonel bir bozukluk olması olarak tanımlanır. Kişinin işlevselliğinde bozulma meydana gelir . DSÖ'nün tanımlamasına göre yeti yitimi ve işlevsellik ; beden yapısı ve faaliyetleri, bireysel aktiviteler ve topluma katılım olmak üzere 3 alanda ele alınır (39).

Yeti yitiminin en büyük sebeplerinden birisi ruhsal bozukluklar olup, DSÖ'nün Küresel Hastalık Yüğü araştırmasına göre, ruhsal bozukluklar genel hastalık yükü ve yeti yitimi açısından, hastalık kategorileri arasında dünya çapında ikinci sırada yer almaktadır (40)(41).

Yeti yitimine bağlı iş gücü kaybının yanı sıra yeti yitimine yol açan hastalıkların genellikle kronik hastalıklar olması ve bu alanda yapılan sağlık harcamaları finansal anlamda da büyük sorun teşkil etmektedir. Hastalık yükü için dünya genelinde yapılan değerlendirmeler erken ölüm yükünün yarısından fazlasının genel yeti yitimine bağlı olduğunu ortaya koymaktadır (41). Bu bilgiler doğrultusunda halk sağlığının amaçları içinde mortalite ve morbiditenin yanı sıra yeti yitimi de oldukça önemli bir yer edinmiştir. Sağlık alanındaki gelişmelere bağlı insan yaşam süresinin uzamasıyla birlikte kronik hastalıkların görülme sıklığı ve

süreleri artmış olup buna paralel olarak yeti yitimi ve işlevsellikte bozulma da artmıştır.

Ruhsal hastalıklarda yeti yitimi tanı ile ilişkili olmakla birlikte ondan bağımsızdır. Tanıyı bilmek, tedaviye ve hastalığın yönetilmesine dair stratejilerin belirlenmesine ve gidişatın genel hatlarıyla ile tahmin edilmesine yardımcı olurken, hastalığın hastada yarattığı sıkıntıların ve hastanın yaşadığı deneyimlerin anlaşılmasında yetersiz kalmaktadır. Aynı tanıyı alan kişiler arasında bu sıkıntılar ve deneyimler açısından büyük farklılıklar görülmektedir. Hastalık şiddeti yüksek olan bir kişide aile iş ve sosyal yaşam faaliyetleri korunmuş olabilirken, aynı hastalığı hafif şiddette geçiren bir kişide bu alanlardaki ciddi bozulmalar olabilir. Bu nedenle tanının yanı sıra kişinin ev, iş, okul ya da diğer sosyal toplumsal alanlarda bireysel rollerini yerine getirmede hangi ölçüde başarılı olduğu bu faaliyetlerin ne kadarını ne düzeyde yapabildiğini bilmek büyük önem arz etmektedir. Bozukluk ya da hastalığın ne düzeyde yeti yitimine yol açığının anlaşılması kişinin yaşam kalitesi ve işlevselliğinde düzelmenin sağlanması açısından önemli bir adımdır (42).

Ruhsal bozukluklar işlevsellikte bozulmaya neden olur. Ancak, tüm ruhsal bozukluklar yeti yitimine yol açmadığı gibi, tüm yeti yitimi durumları da ruhsal bozukluklardan kaynaklanmaz (41).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Örneklem

Bu çalışma Akdeniz Üniversitesi Alkol ve Madde Bağımlılığı Araştırma ve Uygulama Merkezi'nde (AMBAUM) gerçekleştirilmiştir. Çalışmaya, DSM-5 tanı kriterlerine göre opiyat kullanım bozukluğu tanısı almış, 1 aydan daha kısa süredir remisyonda olan 50 hasta, 1-6 ay arasında remisyonda olan 50 hasta ve 6 aydan uzun süredir remisyonda olan 50 hasta olmak üzere toplam 150 hasta dahil edilmiştir.

3.1.1. Çalışmaya Dahil Edilme Kriterleri

- 18 yaş üstünde olmak
- Yaşa bağlı yetiyitimi ve işlevsellik kaybını dışlamak için 40 yaş altında olmak
- Araştırma hakkında detaylı olarak bilgilendirildikten sonra gönüllü olarak katılmayı kabul etmek.
- Aydınlatılmış onam formunu okuyup imzalamak.
- Okuma yazma biliyor olmak.
- Çalışmada kullanılan ölçekleri ve yönergeleri anlayabilecek düzeyde biliş ve zekaya sahip olmak

3.1.2. Çalışmadan Dışlanma Kriterleri

- 18 yaş altı olmak
- Okuma yazma bilmemek.
- Zeka geriliğinin olması
- Yetiyitimi ve işlevsellik kaybına neden olabilecek ek dahili ve ruhsal bir hastalığının olması

3.2. Uygulama

Çalışma için 10.09.2020 tarihinde 613 karar no ile Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan yazılı etik kurul onayı alındı. Katılımcılar araştırma hakkında detaylı olarak bilgilendirildi ve çalışma içeriğinde

isimlerinin kullanılmayacağı, kişisel bilgilerinin gizli kalacağı, çalışmaya katılmaktan çalışmanın herhangi bir aşamasında vazgeçebileceği, çalışmaya katılmama ya da çalışmaya katılmaktan vazgeçme sebebiyle tedavi programında herhangi bir etkilenme olmayacağı anlatıldı ve aydınlatılmış gönüllü katılım belgesi imzalatıldı.

Hastalar ile bir kez görüşme yapıldı. Görüşmeler Akdeniz Üniversitesi AMBAUM'da poliklinikte veya yataklı serviste yapıldı.

Hastalara;

- Sosyodemografik Veri Formu,
- Kısa Form-36 (SF-36),
- Dünya Sağlık Örgütü Yetiştirme Değerlendirme Çizelgesi (WHODAS 2.0)

36 soruluk klinisyen formu

- Penn Madde Aşırma Ölçeği (MAÖ) uygulandı.

3.3. Veri toplama araçları

3.3.1. Sosyodemografik veri formu

Sosyodemografik ve klinik verileri toplamaya yönelik araştırma amacına uygun olarak yürütücüler tarafından geliştirilmiş yarı yapılandırılmış bilgi toplama aracıdır. Form ,yaş, cinsiyet, doğum yeri, medeni hal, askerlik durumu ve askerde disiplin cezası alıp almadığı, yaşam biçimi, eğitim düzeyi , iş durumu, meslek, aylık gelir, aylık madde masrafı, sigara ve alkol kullanımı, ailede madde kullanımı olan başka birisinin varlığı, uyuşturucu madde kullanımı ve kullanım yöntemi, bu maddeleri kullanım dozu ve süresi, adli ceza alıp almadığı, cezaevine girip girmediği, intihar girişimi, self mutilatif davranış öyküsü, damar yolu ile bulaşan hastalık, bilinen bedensel hastalık öyküsü, daha önce psikiyatrik başvurusunun olup olmadığı sorularını içermektedir.

3.3.2 Kısa Form-36 (SF-36)

Yaşam kalitesini değerlendirilmek için 1992 yılında geliştirilen ölçeğin, Türkçe güvenirlik ve geçerlik çalışması 1999 yılında yapılmıştır (43). Sağlıklı kişilerde de geçerli ve kabul edilebilir olduğu gösterilmiş olan ölçeğin farklı hasta gruplarında güvenirlik çalışması yapılmıştır (44).

14 yaş ve üzeri kişiler tarafından kendi kendine veya eğitimli bir görüşmeci tarafından yüzyüze veya telefon ile uygulanma için oluşturulmuştur. Ölçek özürölölölölteki küçük değışimleri saptamada kullanılan diğer ölçeklerden daha duyarlıdır (44).

36 sorudan oluşan ve son 1 aydaki yaşam kalitesinin 8 boyutun ölçümünü sağlayan ölçek, bedensel, ruhsal ve sosyal alanların 3'ü hakkında da bilgi vermektedir.

1-Fiziksel fonksiyon (10 madde)

2-Fiziksel problemlere bağı rol kısıtlılıkları (4 madde)

3-Emosyonel problemlere bağı rol kısıtlılıkları (3 madde)

4- Emosyonel iyilik hali (5madde)

5-Enerji/yorgunluk (4 madde)

6-Sosyal fonksiyon (2 madde)

7-Ağı (2 madde)

8- Genel Sağı Alğı (5 madde)

Puanlama 0 ile 100 arasında olup yüksek puanlar yaşam kalitesinde iyiliğı göstermektedir. Ölçek tek bir toplam puan vermek yerine her bir alt boyut için ayrı ayrı toplam puan vermektedir. Alt bölümdeki soruların puanlarının toplanıp bölümdeki soru sayısına bölünmesiyle bölüm değeri bulunur.

3.3.3. Madde Aşerme Ölçeğı (MAÖ)

Penn Alkol Aşerme Ölçeğı, alkol almak ile ilişkili düşüncelerin sıklığı, yoğunluğu, süresi ve içmeye direnebilme başarısını değerlendirmek için kullanılan 5 maddelik bir öz bildirim ölçeğidir. Ölçek son bir haftayı değerlendirmekte olup, her bir madde 0 ile 6 arasında puanlanır. Son maddede hastadan, geçen bir hafta içindeki aşermesi için ortalama bir puan vermesi istenir (45).

Türkçe versiyonu yatarak tedavi gören erkek alkol bağımlılarında geçerli ve güvenilir bulunan ölçek, sonrasında madde aşermesini değerlendirme amacı ile revize edilmiştir (46)(47).

3.3.4 Dünya Sağı Örgütü Yeti yitimi Değerlendirme Çizelgesi (WHODAS 2.0)

WHODAS 2.0 Dünya Sağı Örgütü tarafından 2010 yılında kullanıma sunulmuştur. Genel sağı durumunun ve yeti yitiminin uluslar ve kültürler

arası tutarlı bir şekilde saptanması amacıyla geliştirilen bir ölçek olup herhangi bir yaşa veya hastalığa özgü değildir (48).

Yeti yitimini değerlendirirken çevresel etkenleri de kapsar. Ölçeğin özbildirim formu, hasta yakını tarafından doldurulan vekil formu ve değerlendirici tarafından doldurulan klinisyen formu olmak üzere 3 farklı formu bulunmaktadır. 36 maddelik uzun versiyonun yanı sıra 12 maddelik kısa ve 12+24 maddelik versiyonları da bulunmaktadır. 12+24 maddelik versiyonun sadece klinisyen formu mevcuttur. Tüm formların türkçeye çevirisi ve psikiyatri hastalarında geçerlik ve güvenilirliği 2016 yılında yapılmıştır (42).

Yeti yitiminin hiç (1), biraz (2), oldukça (3), çok (4) ve aşırı (5) olarak 1 ile 5 arasında puanlandığı likert tipi bir ölçektir. Ölçek puan yüksekliği ile genel sağlık ve yeti yitimi arasında negatif korelasyon bulunmaktadır. Son 30 günlük işlevselliği altı alt alanda değerlendirir. Bu alanlar:

Alan 1: Biliş - Anlama ve iletişim kurma

Alan 2: Hareket - Hareket etmek, dolaşmak

Alan 3: Kendine bakım - Kişisel hijyen, giyinmek, yemek, yalnız kalmak

Alan 4: İnsanlarla Geçinme - Diğer insanlarla etkileşim

Alan 5: Yaşam etkinlikleri - Ev işleri, okul, iş

Alan 6: Topluma katılma - Toplumsal faaliyetlere katılmak

3.4. İstatistiksel Analiz

Tanımlayıcı değişkenler ortalama, standart sapma, medyan, %25 ve %75 çeyreklikler ile sunulmuştur. Kategorik verilerin analizinde Fisher Kesin Olasılık Test'i veya Pearson Ki-Kare Testi kullanılmıştır. Normallik varsayımı Shapiro Wilks testi ile birlikte Çarpıklık-Basıklık değerleri, q-q grafiği ve histogram grafikleriyle değerlendirilmiştir. Üç grubun sayısal değerleri arasındaki farkın analizinde verilerin dağılımı normal dağılıma uymadığı için Kruskal Wallis H Testi kullanılmıştır. Anlamlı çıkan sonuçlarda ikili karşılaştırmalar için Bonferroni-Dunn prosedürü uygulanmıştır. Sayısal veriler arasındaki ilişkiler, veriler normal dağılmadığı için Spearman Korelasyon Testi ile değerlendirilmiştir. P değerinin 0,05'den küçük olduğu durumlar istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir. Analizlerde SPSS 22.0 programı kullanılmıştır.

4. BULGULAR

Çalışmamızda 1 aydan daha kısa süredir remisyonda olan 50 hasta (0-1 ay grubu), 1-6 ay arasında remisyonda olan 50 hasta (1-6 ay grubu) ve 6 aydan uzun süredir remisyonda olan 50 hasta (>6 ay grubu) olmak üzere toplam 150 hasta bulunmaktadır. Hastaların 139'u (%92.7) erkek ve 11'i (%7.3) ise kadındır. 0-1 ay grubu 45 (%90) erkek ve 5 (%10) kadın hastadan, 1-6 ay ve >6 ay grupları ise 47 (%94) erkek ve 3 (%6) kadın hastadan oluşmaktadır. Gruplar arasında cinsiyet açısından anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p=0.79$) (Tablo 4.1).

Tablo 4.1. Hastaların cinsiyet dağılımı.

			Grup			Toplam	p
			0-1 AY	1-6 AY	>6 AY		
Cinsiyet	Erkek	N	45	47	47	139	0.79
		%	90,0%	94,0%	94,0%	92,7%	
	Kadın	N	5	3	3	11	
		%	10,0%	6,0%	6,0%	7,3%	
Toplam		N	50	50	50	150	
		%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	

Fischer Kesin Olasılık Testi

Hastaların yaşları incelendiğinde, 0-1 ay grubunun yaş ortalaması 28 ± 6 , 1-6 ay grubunun yaş ortalaması 28 ± 7 , >6 ay grubunun ise yaş ortalaması 30 ± 6 olarak saptanmıştır. Üç grup arasında yaş açısından anlamlı fark bulunmamıştır ($p=0.07$) (Tablo 4.2).

Tablo 4.2. Hastaların yaş dağılımı

		Sayı	Ortalama yaş	Standart Sapma	p
1 AY	0-	50	28	6	0.07
	1-	50	28	7	
	>	50	30	6	
	6 AY				

Kruskal Wallis H Testi

Çalışma grupları medeni durum açısından karşılaştırıldığında 0-1 ay grubunun %70'ü bekar ($n=35$), %18'si evli ($n=9$), %12'si ise ayrılmış ($n=6$) olarak saptandı. 1-6 ay grubunun %70'i bekar ($n=35$), %22'u evli ($n=11$) ve %8'si ayrılmıştı ($n=4$). >6 ay grubunun ise %60'ı bekar ($n=30$) olup, %40'ı ise ($n=20$) evliydi, ayrılmış hasta yoktu. >6 ay grubundaki evli hasta sayısı 0-1 ay grubundan anlamlı olarak fazla saptanmıştır ($p=0.016$) (Tablo 4.3).

Tablo 4.3. Hastaların medeni durum açısından dağılımı

			Grup			Toplam	p
			0-1 AY	1-6 AY	>6 AY		
Medeni Durum	Evli	N	9	11	20	40	0.016
		%	18,0%	22,0%	40,0%	26,7%	
	Bekar	N	35	35	30	100	
		%	70,0%	70,0%	60,0%	66,7%	
	Ayrılmış	N	6	4	0	10	
		%	12,0%	8,0%	0,0%	6,7%	
Toplam		N	50	50	50	150	
		%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	

Fisher Kesin Olasılık Testi

Eğitim durumları açısından karşılaştırıldığında, 0-1 ay grubunun %50'si ilköğretim (n=25), %40'ı lise (n=20), %10'u ise üniversite (n=2) mezunu, 1-6 ay grubunun %52'si ilköğretim (n=26), %38'i lise (n=19) ve %10'u (n=5) üniversite mezunu, >6 ay grubunun ise %56'sı ilköğretim (n=28), %36'sı lise (n=18) ve %8'inin üniversite mezunu (n=4) olduğu bulundu. Eğitim durumu açısından gruplar arasında anlamlı farklılık saptanmadı (p=0.98) (Tablo 4.4).

Tablo 4.4. Hastaların Eğitim Durumu

			Grup			Toplam	p
			0-1 AY	1-6 AY	>6 AY		
Eğitim Durumu	İlköğretim	N	25	26	28	79	0.98
		%	50,0%	52,0%	56,0%	52,7%	
	Lise	N	20	19	18	57	
		%	40,0%	38,0%	36,0%	38,0%	
	Üniversite	N	5	5	4	14	
		%	10,0%	10,0%	8,0%	9,3%	
Toplam		N	50	50	50	150	
		%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	

Fisher Kesin Olasılık Testi

Yaşam biçimleri incelendiğinde, 0-1 ay grubundakilerin %4'ünün yalnız (n=2), %96'sının ailesi ile (n=48), 1-6 ay grubundakilerin %8'sinin yalnız (n=4), %92'sinin ailesiyle, >6 ay grubundakilerin ise %4'ünün yalnız (n=2) %96'sının ise ailesiyle (n=48) yaşamakta olduğu görüldü. Yaşam biçimleri açısından gruplar arasında anlamlı farklılık tespit edilmedi (p=0.731) (Tablo 4.5).

Tablo 4.5. Hastaların Yaşam Biçimleri

			Grup			Toplam	p	
			0-1 AY	1-6 AY	>6 AY			
Yaşam Biçimi	Yalnız	N	2	4	2	8	0.731	
		%	4,0%	8,0%	4,0%	5,3%		
	Ailesiyle	N	48	46	48	142		
		%	96,0%	92,0%	96,0%	94,7%		
	Toplam		N	50	50	50		150
			%	100,0%	100,0%	100,0%		100,0%

Fisher Kesin Olasılık Testi

Askerlik durumları ve askerde disiplin cezası alıp almadıkları incelendiğinde, 0-1 ay grubundakilerin %86,7'sinin (n=39) askerlik yaptığı, bunlarınsa %30,8'inin (n=12) disiplin cezası aldığı, 1-6 ay grubundakilerin %78,7'sinin askerlik yaptığı ve %18,9'unun (n=7) disiplin cezası aldığı, >6 ay grubundakilerin ise %87,2'sinin askerlik yaptığı ve %24,4'ünün (n=10) askerlikte disiplin cezası aldığı görülmüştür. Gruplar arasında askerlik durumu (p=0.452) ve askerde alınan disiplin cezası (p=0.488) açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı (Tablo 4.6).

Tablo 4.6. Hastaların Askerlik Durumu

		0-1 AY		1-6 AY		>6 AY		p
		n	%	n	%	n	%	
Askerlik	Yaptı	39	87%	37	79%	41	87%	0.452
	Yapmadı	6	13%	10	21%	6	13%	
Askerde Disiplin Cezası	Evet	12	31%	7	19%	10	24%	0.488
	Hayır	27	69%	30	81%	31	76%	

Pearson Ki-Kare Testi

Çalışma durumları ve aylık gelirleri karşılaştırıldığında, 0-1 ay grubundakilerin %50'sinin çalıştığı (n=25) ve bu gruptakilerin ortalama aylık gelirinin 1731±2071,4 türk lirası olduğu, 1-6 ay grubundakilerin %70'inin (n=35) çalıştığı ve bu gruptakilerin ortalama aylık gelirinin 2681±2581,43 türk lirası olduğu, >6 ay grubundakilerin ise %78'inin çalıştığı (n=39) ve bu gruptakilerin ortalama aylık gelirinin 2856±2149,62 türk lirası olduğu bulunmuştur. En yüksek çalışma oranı (p=0.01) ve ortalama aylık gelir (p=0,016) >6 ay grubunda saptanmış

olup, bu iki parametrede >6 ay grubu ile 0-1 ay grubu arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı (Tablo 4.7 ve Tablo 4.8).

Tablo 4.7. Hastaların Çalışma Durumu

		0-1 AY		1-6 AY		>6 AY		p
		n	%	n	%	n	%	
İş Durumu	Çalışıyor	25	50%	35	70%	39	78%	0.01
	Çalışmıyor	25	50%	15	30%	11	22%	

Pearson Ki-Kare Testi

Tablo 4.8. Hastaların Aylık Geliri

		n	Ort (SS)	Medyan (Q1-Q3)	p
Aylık Geliri	0-1 AY	50	1731±2071,4	1375(0-3000)	
	1-6 AY	50	2681±2581,43	2775(0-3500)	
	>6 AY	50	2856±2149,62	2750(2000-3750)	
					0.016

Kruskal Wallis H Testi

Adli olay ve cezaevine girme durumlarına bakıldığında, 0-1 ay grubundakilerin %84'ünün (n=42), 1-6 ay grubundakilerin %64'ünün (n=32), >6 ay grubundakilerin ise %60'ının (n=30) en az bir adli olayı olduğu ve 0-1 ay grubundaki hastaların %40'ının (n=20), 1-6 ay grubundakış hastaların %38'inin (n=19), >6 ay grubundaki hastaların ise %18'inin (n=9) daha önce cezaevine girdiği saptanmıştır. Adli olay açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuş olup (p=0,018) >6 ay grubundaki hastaların cezaevine girme oranı diğer gruplardan anlamlı oranda düşüktür (p=0.033). İntihar girişim öyküleri karşılaştırıldığında, 0-1 ay grubu ve 1- ay grubundaki hastaların %20'sinin (n=10), >6 ay grubundakilerin ise %18'inin (n=9) daha önce en az bir kez intihar girişiminin olduğu görülmüş olup, gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır. (p= 0,958) 0-1 ay ve >6 ay grubundaki hastaların %44'ü (n=22) ve 1-6 ay grubundaki hastaların %32'si (n=16) ise daha önce kendilerine fiziksel olarak zarar verdikleri saptanmış olup, gruplar arasında istatistiksel anlamlı fark bulunmamıştır. (p=0,368) (Tablo 4.9).

Tablo 4.9. Grupların adli olay, cezaevi öyküsü , intihar girişimi ve kendine zarar verme davranışı

		0-1 Ay		1-6 Ay		>6 Ay		p
		n	%	n	%	n	%	
Adli Olay	Var	42	84%	32	64%	30	60%	0.02
	Yok	8	16%	18	36%	20	40%	
Cezaevine Girme	Evet	20	40%	19	38%	9	18%	0.033
	Hayır	30	60%	31	62%	41	82%	
İntihar Girişimi	Var	10	20%	10	20%	9	18%	0.958
	Yok	40	80%	40	80%	41	82%	
Kendine Zarar Verme Davranışı	Var	22	44%	16	32%	22	44%	0.368
	Yok	28	56%	34	68%	28	56%	

Pearson Ki-Kare Testi

Eroin kullanım dozlarına bakıldığında, 0-1 ay grubundaki hastaların günde ortalama $1,46 \pm 0,89$ gram, 1-6 ay grubundaki hastaların günde ortalama $1,33 \pm 0,99$ gram ve >6 ay grubundaki hastaların günde ortalama $1,69 \pm 1,23$ gram eroin kullandığı saptanmış olup gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır. ($p= 0,246$)

Eroin kullanım süreleri sırasıyla 0-1 ay grubu için ortalama $7,37 \pm 3,97$ yıl, 1-6 ay grubu için ortalama $6,71 \pm 4,48$ yıl, >6 ay grubu için ortalama $5,20 \pm 3,02$ yıl olarak bulunmuştur. 0-1 ay grubundaki hastaların eroin kullanım süreleri, >6 ay grubundaki hastaların eroin kullanım sürelerinden istatistiksel olarak anlamlı olacak şekilde daha uzun saptanmıştır. ($p=0,012$) (Tablo 4.10).

Tablo 4.10. Eroin kullanım özellikleri

		n	Ort (SS)	Medyan (Q1-Q3)	p
Eroin Dozu	0-1 Ay	50	$1,46 \text{ gram} \pm 0,89$	1(1-2)	0.246
	1-6 Ay	50	$1,33 \text{ gram} \pm 0,99$	1(0,5-2)	
	>6 Ay	50	$1,69 \text{ gram} \pm 1,23$	1(1-2)	
Eroin Süresi	0-1 Ay	50	$7,37 \text{ yıl} \pm 3,97$	7(5-10)	0.012
	1-6 Ay	50	$6,71 \text{ yıl} \pm 4,48$	6(3,5-9)	
	>6 Ay	50	$5,20 \text{ yıl} \pm 3,02$	5(3-6)	

Kruskal Wallis H Testi

Tablo 4.11. Kısa Form-36 (SF-36) Veri İstatistikleri

		n	Ort (SS)	p	Gruplar arası fark
Fiziksel fonksiyon	0-1 Ay	50	88,2(15,41)	0,006	3>1
	1-6 Ay	50	94,2(7,31)		
	6 Ay Üzeri	50	95,4(6,05)		
Fiziksel rol güçlüğü	0-1 Ay	50	9(23,56)	.000	3,2>1
	1-6 Ay	50	88,5(28,22)		
	6 Ay Üzeri	50	98,5(7,84)		
Emosyonel rol güçlüğü	0-1 Ay	50	16(27,96)	.000	3>2>1
	1-6 Ay	50	71,33(38,69)		
	6 Ay Üzeri	50	95,33(19,06)		
Enerji canlılık vitalite	0-1 Ay	50	31,23(16,25)	.000	3,2>1
	1-6 Ay	50	53,75(23,44)		
	6 Ay Üzeri	50	63,98(17,74)		
Ruhsal sağlık	0-1 Ay	50	48,56(17,39)	.000	3,2>1
	1-6 Ay	50	65,28(20,11)		
	6 Ay Üzeri	50	75,28(17,31)		
Sosyal işlevsellik	0-1 Ay	50	30,75(24,51)	.000	3,2>1
	1-6 Ay	50	78,5(27,55)		
	6 Ay Üzeri	50	90,25(17,91)		
Ağrı	0-1 Ay	50	40,45(32,61)	.000	3,2>1
	1-6 Ay	50	73,8(24,4)		
	6 Ay Üzeri	50	82,9(25,07)		
Genel sağlık algısı	0-1 Ay	50	45,1(20,98)	.000	3>2>1
	1-6 Ay	50	69,2(21,79)		
	6 Ay Üzeri	50	81,3(13,92)		

Kruskal Wallis H Testi

Hastaların fiziksel fonksiyon alt ölçek puanları arasında anlamlı fark saptanmış olup ($p=0,006$), anlamlılığın 0-1 ay grubunun fiziksel fonksiyon alt ölçek puanlarının >6 ay grubundan anlamlı derecede düşük olması ile ilişkili olduğu saptanmıştır ($p=0,007$) (Tablo 4.11).

Hastaların fiziksel rol güçlüğü alt ölçek puanları arasında anlamlı fark saptanmış olup ($p<0,001$), anlamlılığın 0-1 ay grubunun fiziksel rol güçlüğü alt ölçek puanlarının 1-6 ay grubu ve >6 ay grubundan anlamlı derecede düşük olması ile ilişkili olduğu saptanmıştır (sırayla; $p<0,001$, $p<0,001$) (Tablo 4.11).

Hastaların emosyonel rol güçlüğü alt ölçek puanları arasında anlamlı fark saptanmıştır. ($p<0,001$) 0-1 ay grubu emosyonel rol güçlüğü alt ölçek puanları 1-6

ay grubu ve >6 ay grubundan (sırayla; $p<0,001$, $p<0,001$), 1-6 ay grubunun emosyonel rol güçlüğü alt ölçek puanı da >6 ay grubundan anlamlı derecede düşük saptanmıştır ($p<0,001$) (Tablo 4.11).

Hastaların enerji canlılık vitalite alt ölçek puanları arasında anlamlı fark saptanmış olup ($p<0,001$), anlamlılığın 0-1 ay grubunun enerji canlılık vitalite alt ölçek puanlarının 1-6 ay grubu ve >6 ay grubundan anlamlı derecede düşük olması ile ilişkili olduğu saptanmıştır (sırayla; $p<0,001$, $p<0,001$) (Tablo 4.11).

Hastaların ruhsal sağlık alt ölçek puanları arasında anlamlı fark saptanmış olup ($p<0,001$), anlamlılığın 0-1 ay grubunun ruhsal sağlık alt ölçek puanlarının 1-6 ay grubu ve >6 ay grubundan anlamlı derecede düşük olması ile ilişkili olduğu saptanmıştır (sırayla; $p<0,001$, $p<0,001$) (Tablo 4.11).

Hastaların sosyal işlevsellik alt ölçek puanları arasında anlamlı fark saptanmış olup ($p<0,001$), anlamlılığın 0-1 ay grubunun sosyal işlevsellik alt ölçek puanlarının 1-6 ay grubu ve >6 ay grubundan anlamlı derecede düşük olması ile ilişkili olduğu saptanmıştır (sırayla; $p<0,001$, $p<0,001$) (Tablo 4.11).

Hastaların ağrı alt ölçek puanları arasında anlamlı fark saptanmış olup ($p<0,001$), anlamlılığın 0-1 ay grubunun ağrı alt ölçek puanlarının 1-6 ay grubu ve >6 ay grubundan anlamlı derecede düşük olması ile ilişkili olduğu saptanmıştır (sırayla; $p<0,001$, $p<0,001$) (Tablo 4.11).

Hastaların genel sağlık algısı alt ölçek puanları arasında anlamlı fark saptanmıştır. ($p<0,001$) 0-1 ay grubu genel sağlık algısı alt ölçek puanları 1-6 ay grubu ve >6 ay grubundan (sırayla; $p<0,001$, $p<0,001$), 1-6 ay grubunun genel sağlık algısı alt ölçek puanı da >6 ay grubundan anlamlı derecede düşük saptanmıştır ($p<0,001$) (Tablo 4.11).

Hastaların WHODAS 2.0 1.alan (anlama ve iletişim kurma) alt ölçek puanları arasında anlamlı fark saptanmış olup ($p<0,001$), anlamlılığın 0-1 ay grubunun puanlarının 1-6 ay grubu ve >6 ay grubundan anlamlı derecede yüksek olması ile ilişkili olduğu saptanmıştır (sırayla; $p<0,001$, $p<0,001$) (Tablo 4.12).

Hastaların WHODAS 2.0 2.alan (hareket etme) alt ölçek puanları arasında anlamlı fark saptanmış olup ($p<0,001$), anlamlılığın 0-1 ay grubunun puanlarının 1-6 ay grubu ve >6 ay grubundan anlamlı derecede yüksek olması ile ilişkili olduğu saptanmıştır (sırayla; $p<0,001$, $p<0,001$) (Tablo 4.12).

Tablo 4.12. WHODAS 2.0 Veri İstatistikleri

WHODAS 2.0		n	Ort (SS)	p	Gruplar arası fark
Alan 1: Anlama ve İletişim Kurma	0-1 AY	50	28,67 ±16,62	.000	1>2,3
	1-6 AY	50	10,08 ±10,31		
	>6 AY	50	6,58 ±9,19		
Alan 2: Hareket Etme	0-1 AY	50	10,9 ±17,6	.000	1>2,3
	1-6 AY	50	3,3 ±8,49		
	>6 AY	50	0,7 ±2,26		
Alan 3: Kendine Bakım	0-1 AY	50	14,38 ±17,82	.000	1>2,3
	1-6 AY	50	1,25 ±5,05		
	>6 AY	50	0,88 ±6,19		
Alan 4: İnsanlarla Geçinme	0-1 AY	50	25 ±21,74	.000	1,2>3
	1-6 AY	50	15,3 ±16,02		
	>6 AY	50	5,6 ±10,33		
Alan 5: Günlük Yaşam Aktiviteleri	0-1 AY	50	34,75 ±22,08	.000	1>2,3
	1-6 AY	50	8,37 ±12,96		
	>6 AY	50	2,63 ±5,62		
Alan 6: Toplumsal Yaşama Katılım	0-1 AY	50	50,13 ±15,46	.000	1>2>3
	1-6 AY	50	22,56 ±14,34		
	>6 AY	50	14,31 ±12,58		
Toplam	0-1 AY	50	28,65 ±10,06	.000	1>2>3
	1-6 AY	50	10,97 ±7,3		
	>6 AY	50	5,78 ± 4,78		

Kruskal Wallis H Testi

Hastaların WHODAS 2.0 3.alan (kendine bakım) alt ölçek puanları arasında anlamlı fark saptanmış olup ($p<0,001$), anlamlılığın 0-1 ay grubunun puanlarının 1-6 ay grubu ve >6 ay grubundan anlamlı derecede yüksek olması ile ilişkili olduğu saptanmıştır (sırayla; $p<0,001$, $p<0,001$)(Tablo 4.12).

Hastaların WHODAS 2.0 4.alan (insanlarla geçinme) alt ölçek puanları arasında anlamlı fark saptanmış olup ($p<0,001$), anlamlılığın 0-1 ay ve 1-6 ay gruplarının puanlarının >6 ay grubundan anlamlı derecede yüksek olması ile ilişkili olduğu saptanmıştır (sırayla; $p<0,001$, $p<0,001$)(Tablo 4.12).

Hastaların WHODAS 2.0 5.alan (günlük yaşam aktiviteleri) alt ölçek puanları arasında anlamlı fark saptanmış olup ($p<0,001$), anlamlılığın 0-1 ay grubunun puanlarının 1-6 ay grubu ve >6 ay grubundan anlamlı derecede yüksek olması ile ilişkili olduğu saptanmıştır (sırayla; $p<0,001$, $p<0,001$)(Tablo 4.12).

Hastaların WHODAS 2.0 6.alan (toplumsal yaşama katılım) alt ölçek puanları arasında anlamlı fark saptanmıştır ($p<0,001$). 0-1 ay grubunun puanlarının 1-6 ay grubu ve >6 ay grubundan (sırayla; $p<0,001$, $p<0,001$) , 1-6 ay grup puanının da >6 ay grubundan istatistiksel olarak anlamlı yüksek olduğu saptanmıştır ($p<0,001$)(Tablo 4.12).

Hastaların WHODAS 2.0 toplam (toplumsal yaşama katılım) alt ölçek puanları arasında anlamlı fark saptanmıştır ($p<0,001$). 0-1 ay grubunun puanlarının 1-6 ay grubu ve >6 ay grubundan (sırayla; $p<0,001$, $p<0,001$) , 1-6 ay grup puanının da >6 ay grubundan istatistiksel olarak anlamlı yüksek olduğu saptanmıştır ($p<0,001$)(Tablo 4.12).

Yapılan korelasyon analizinde tüm ölçekler arasında anlamlı ilişki saptanmış olup, Tablo 13’de özetlenmiştir (Tablo 4.13).

Tablo 4.13. Yetiyitimi, yaşam kalitesi ve aşırme arasındaki ilişki

	WHODA S1 ⁺	WHODA S2 ⁺	WHODA S3 ⁺	WHODA S4 ⁺	WHODA S5 ⁺	WHODA S6 ⁺	WHODAS T ⁺	PEN N
SF-36 1 ⁺⁺	-,345**	-,351**	-,247**	-,277**	-,368**	-,403**	-,435**	- ,293* *
SF-36 2 ⁺⁺	-,565**	-,348**	-,554**	-,393**	-,745**	-,731**	-,768**	- ,795* *
SF-36 3 ⁺⁺	-,549**	-,305**	-,511**	-,355**	-,707**	-,640**	-,704**	- ,678* *
SF-36 4 ⁺⁺	-,549**	-,378**	-,515**	-,445**	-,624**	-,660**	-,738**	- ,547* *
SF-36 5 ⁺⁺	-,548**	-,442**	-,444**	-,375**	-,608**	-,627**	-,705**	- ,525* *
SF-36 6 ⁺⁺	-,509**	-,344**	-,580**	-,403**	-,712**	-,733**	-,753**	- ,663* *
SF-36 7 ⁺⁺	-,533**	-,413**	-,326**	-,440**	-,539**	-,616**	-,666**	- ,453* *
SF-36 8 ⁺⁺	-,628**	-,380**	-,445**	-,497**	-,606**	-,649**	-,749**	- ,550* *
PENN ⁺ ++	,605**	,301**	,503**	,445**	,661**	,726**	,763**	-

**p<0,05

⁺ WHODAS: Dünya Sağlık Örgütü Yetiyitimi Değerlendirme Çizelgesi. WHODAS; 1: Anlama ve iletişim kurma, 2: Hareket etmek, 3: Kendine bakım, 4: İnsanlarla Geçinme, 5: Yaşam etkinlikleri, 6: Topluma katılma

⁺⁺ SF-36: Kısa Form-36. SF-36; 1: Fiziksel fonksiyon, 2: Fiziksel problemlere bağlı rol kısıtlılıkları, 3: Emosyonel problemlere bağlı rol kısıtlılıkları, 4: Emosyonel iyilik hali, 5: Enerji/yorgunluk, 6: Sosyal fonksiyon, 7: Ağrı, 8: Genel sağlık algısı

⁺⁺⁺ PENN: Madde Aşırme Ölçeği

5. TARTIŞMA

Çalışmamızda, opiyat kullanım bozukluğu olan hastaların tedavi altında remisyon ile tüm alanlarda daha iyi bir yaşam kalitesine sahip olduğu, yaşam kalitesi iyileşmesinin fiziksel fonksiyon hariç tedavinin ilk ayından itibaren başladığı, fiziksel fonksiyonda anlamlı iyileşmenin 6. aydan sonra başladığı, genel sağlık algısı ve emosyonel rol güçlüğü alanlarında iyileşmenin 6. aydan sonra da anlamlı şekilde devam ettiği saptanmıştır. Yetiyitiminde ilk aydan itibaren insan ilişkileri alt ölçeği haricinde anlamlı iyileşme görülmüştür. İnsan ilişkileri ise 6. aydan itibaren anlamlı olarak düzelmiştir. Ayrıca aşerme düzeyinin azalması ile yaşam kalitesi anlamlı olarak artmış ve yetiyitimi anlamlı olarak azalmıştır.

Literatürde alkol ve madde bağımlılığı alanında yapılan birçok çalışmada kadın oranlarının oldukça düşük olduğu saptanmıştır(49)(50)(51). Çakmak ve Evren yatarak tedavi gören madde kullanımı olan hastaların beş yıllık değerlendirilmesinde cinsiyet oranını %93,5 erkek olarak saptamıştır. Gaziantep'teki madde kullanıcılarını araştıran bir çalışmada ise erkek kullanıcı oranı %96.8 saptanmıştır (49). Bizim çalışmamızda da toplam 11 kadın (%7.3) hasta katılım sağlamıştır. Bu oran ile çalışmamızın ülkemizdeki opiyat kullanıcı popülasyonunu doğru bir şekilde yansıttığı söylenebilir. Madde kullanımının erkeklerde baskın olmasının sebepleri arasında erkeklerin daha fazla risk alıcı davranış kalıpları sergilemesi ve toplumsal cinsiyet rolleri açısından erkeklerdeki alkol ve madde kullanımının daha fazla kabul görmesi sayılabilir.

Diğer madde kullanım bozuklukları gibi eroin kullanım bozukluğunun da ülkemizde en sık görüldüğü yaş aralığı 15-24 olarak saptanmıştır (52). Bizim çalışmamızda ise 1. ve 2. grupların yaş ortalaması 28, 3. grubun yaş ortalaması ise 30 olarak bulunmuştur.

Doğanavşargil ve ark. çalışmalarında lise ve üzeri eğitim gören madde kullanıcılarının oranını %38.9 olarak saptamıştır. Ülkemizde yapılan başka bir çalışmada ise bu oran %32.5 olarak belirlenmiştir (49). Çalışmamızda lise ve üzeri eğitim seviyesine sahip hasta oranı gruplar içinde sırası ile %50, %48 ve %44 olarak saptandı.

Türkiye popülasyonuna göre örneklemimizin daha yüksek yaş ve eğitim düzeyine sahip olduğu saptanmış olup çalışmayı yürüttüğümüz AMBAUM'a yapılan başvuruların daha ileri yaş ve daha iyi eğitime sahip olduğu görülmektedir.

Hasta grupları içinde evli olma oranları sırası ile %18, %22, %40 'tır. Çalışmamıza katılan hastaların içinde işsizlik oranları ise gruplar arasında sırası ile %50, %30 ve %22 olarak saptanmıştır. Literatürdeki çalışmalarda bu oran %12-38 arasında değişmektedir (50)(53)(54)(55). Evlilik ve çalışma oranlarının tedavide daha uzun süre kalan hastalarda yüksek olması, aile desteği ve ekonomik gücün tedavi üzerine pozitif etkileri olduğunu göstermekle birlikte tedavide daha uzun kalan kişilerin evlilik ve iş hayatlarını sürdürmelerinin de daha olası olduğu sonucuna varılabilir.

Çalışmamızın yürütüldüğü tarihlerde ülkemizde asgari ücret 2.324 tl idi. 0-1 ay tedavide kalan grubunda ortalama gelirinin bu ücretin altında olduğu görülmektedir ($1731 \pm 2071,4$ tl). Bu gruptaki çalışma oranının düşük olmasının yanı sıra tedavide kalma süresinin 1 aydan kısa olduğu göz önünde bulundurulduğunda eroinin tedarik edilebilmesi için harcanan paranın bu grupta daha fazla olduğu ve madde kullanımının işsizlik açısından olumsuz sonuçları olduğu öne sürebilir.

Gruplar karşılaştırıldığında intihar girişimi ve kendine zarar verme davranışı açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır.

Yapılan çalışmalarda cezaevine giriş sayısı fazla olan mahkumlarda herhangi bir madde bağımlılığı/kötüye kullanımı anlamlı düzeyde yüksektir (56). Çalışmamızda adli olay ve cezaevine girme oranları 6 aydan uzun süre tedavide kalan grupta, 1 aydan daha kısa süre tedavide kalan gruba göre anlamlı ölçüde düşük saptanmıştır. Cezaevine girişin uzun süre tedavide kalabilen hastalarda %18, 1 aydan kısa süre tedavide kalan hastalarda ise %40 olduğu görülmüştür. Buradan yola çıkılarak tedavide daha uzun süre kalabilen eroin kullanıcılarının suça yatkınlığının daha düşük olduğu ve özellikle 6 ay ve sonrasında bu oranların anlamlı olarak azaldığı söylenebilir.

Opiyat kullanım bozukluğu hastalarında yaşam kalitesinin, diğer kronik hastalıkları olan popülasyon ve genel popülasyona kıyasla en çok etkilenen unsur olarak kabul edildiği bildirilmektedir (57).

Avustralya’da yapılan bir çalışmada, metadon idame programına girişte eroin kullanıcılarının sağlık durumunu ölçmek için SF-36 genel sağlık anketi kullanılmış ve sonuçlar genel populasyonla ve üç klinik grubun (küçük tıbbi, büyük tıbbi ve psikiyatrik sorunları olan hastalar) sonuçlarıyla karşılaştırılmıştır. Metadon idame programına girişte eroin kullanıcılarının fiziksel ve psikolojik sağlıklarının genel nüfusa göre önemli ölçüde daha kötü olduğu, fiziksel sağlıkları daha kötü olmasına rağmen, puanlarının en çok psikiyatrik depresif hastalara benzediği bildirilmiştir (58).

Bu sonuçlarla yaşam kalitesindeki bozulmayı tersine çevirebilecek müdahalelerle ilgili araştırmaların önemi artmış ve bazı tedavilerle yaşam kalitesi arasındaki ilişkiler araştırılmıştır. Şiddetli opiyat bağımlılığı olan 938 hastada tedavi etkilerini 1 yıl inceleyen bir çalışmada, hem idame hem de psikososyal tedavi altında yaşam kalitesinin, gözlem süresi boyunca önemli ölçüde iyileştiği bildirilmiştir (59).

Başka bir çalışmada ayaktan buprenorfin tedavisine başlayan 300 hasta üçüncü ve altıncı ayda değerlendirilmiştir. Fiziksel, psikolojik, çevresel ve sosyal yaşam kalitesinde zaman içinde istatistiksel olarak önemli artışlar olmuştur. Hastalarda tedavi ile hem üçüncü ve hem de altıncı ayda, psikolojik ve çevresel yaşam kalitesi alanlarında anlamlı düzeyde iyileşme bildirilmiştir. Kişinin bildirdiği opiyat kullanım sıklığı, psikolojik yaşam kalitesi ile olumsuz bir şekilde ilişkili bulunmuş ve tedaviye daha fazla devam etmenin, daha yüksek psikolojik ve çevresel yaşam kalitesi ile önemli ölçüde ilişkili olduğu bildirilmiştir (60).

Litvanya’da yapılan bir araştırma, altı ay boyunca metadon tedavisine devam eden hastaların fiziksel, psikolojik ve çevresel alanlarda önemli yaşam kalitesi iyileşmesi gösterdiğini bulmuştur (61).

Metadon tedavisine alınan 122 hastanın tedavinin başında ve 6 ay sonra değerlendirildiği bir çalışmada, hastaların yaşam kalitesi (fiziksel, psikolojik, sosyal ilişkiler ve çevre) anlamlı olarak artmıştır. En büyük gelişme psikolojik alan için olmuştur (62).

Hindistan’da buprenorfin tedavisine alınan 202 hasta başlangıçta, 1. ayda, 3. ayda ve 6. ayda değerlendirilmiştir. Hastalarda 3. ve 6. ayda psikolojik alan ve sosyal ilişki alanında anlamlı yaşam kalitesi iyileşmesi görülmüştür (63).

Bizim çalışmamızda da literatürle uyumlu şekilde tüm alanlarda yaşam kalitesi tedavi ile belirgin şekilde artmıştır. Bu durum bize opiyat kullanım bozukluğu hastalarında tedavi ile sadece fiziksel yoksunluk belirtilerinin gerilemediğini, aynı zamanda hastalarda yaşam kalitesinin belirgin şekilde arttığını göstermektedir.

Çalışmamızla benzer şekilde Xiao ve ark. Çin'deki metadon tedavisine alınan hastalarda, 1 aylık tedaviden sonra yaşam kalitesinde önemli iyileşme bildirmişlerdir (64).

Yaşam kalitesinin özellikle tedavinin ilk aylarında dramatik artışı, hastaların genellikle tedavinin başlangıcında kendilerini bir kriz durumunda bulmaları, tedaviye çok kötü durumda girmeleri ve bu durumun başlarda daha düşük yaşam skorları ile sonuçlanmasıyla ilişkili olabilir. Çalışmamız, tedavinin bu hasta grubunda yaşam kalitesi üzerindeki kısa vadeli olumlu etkisinde çok önemli bir role sahip olduğu sonucunu güçlendirmiştir.

Literatürde sıklıkla bizim çalışmamızda olduğu gibi kısa süreli remisyonun etkileri değerlendirilmiş olup, uzun vadede yaşam kalitesinin araştırıldığı çalışma nadirdir. Bir çalışmada en az 5 yıl önce ayaktan metadon tedavisine başlayan 159 opiyat bağımlısı hastanın mevcut yaşam kalitesi araştırılmış ve çeşitli alanlarda düşük yaşam kalitesi skorları bildirilmiştir. İlaçla ilişkili değişkenler ve yaşam kalitesi arasında bir ilişki bulunamamış ancak psikolojik rahatsızlığın önemli bir olumsuz etkisi tespit edilmiştir. Psikolojik sıkıntının şiddeti, psikolojik sorunlar için ilaç kullanımı ve kişinin yaşam koşullarını değiştirememesi, düşük yaşam kalitesi ile ilişkilendirilmiştir (65).

Bu önemli bir bilgidir çünkü birçok değişkenden etkilenebilen yaşam kalitesi, erken dönemde yoğun bir kriz durumundan çıkan opiyat kullanım bozukluğu hastalarında iyileşebilir ancak ilerleyen zamanlarda sosyoekonomik ve psikolojik faktörlerden etkilenecek kötüleşebilir.

Madde kullanım bozukluğunun sosyal işlevselliğin çoğu alanını bozduğu ve hastalarda yüksek oranda yetiyoitimine neden olduğu bildirilmektedir (66). Ancak tedavi ile yetiyoitimi arasındaki ilişkiyi değerlendiren bir çalışmaya literatürde rastlanmamıştır.

Bir çalışmada 168 opiyat kullanım bozukluğu hastasında yetiyitimi en fazla iş alanında bildirilmiş ve bunu kişilerarası etkinlikler izlemiştir. İçselleştirilmiş damgalanmanın bu hastalar arasında yetiyitiminin bağımsız bir öngörücüsü olduğu bildirilmiştir (67).

Bizim çalışmamızda yetiyitiminin diğer tüm alanları 1. ayda düzelmeye başlarken insan ilişkileri kısmı 6. ayda düzelmeye başlamıştır. Opiyat kullanım bozukluğunda hastalar arasında kişilerarası alandaki düşük puanlar şaşırtıcı değildir, çünkü madde kullanıcıları sıklıkla başkaları tarafından reddedilmekte ve bu da geri çekilme ve izolasyon gibi başa çıkma yaklaşımlarına yol açarak genel iyilik hallerine daha fazla zarar vermektedir (68).

Opiyat ikame tedavisinin, hastalarda sağlıkla ilgili birçok faydası olduğu gösterilmiştir. Tedaviler ile yasadışı opiyat kullanımının, HIV riskli davranışların, suç faaliyetlerinin, hastalar ve aileleri üzerindeki mali ve diğer baskıların azaltılması ve böylece madde kullanımıyla ilişkili genel yükün azaltılması önemli yararlar olarak sayılabilir (69).

Çalışmamız tedavi ile yetiyitimi değerlendiren literatürdeki ilk çalışma olup, çalışmamızda tedavi ile yetiyitiminin belirgin olarak azalmasının bunun gibi yüklerin azalması ile ilişkili olabileceği düşünülmüştür.

Kronik hastalıklarda SF-36 ve WHODAS 2.0 skorları arasında orta ila güçlü korelasyonlar bulunduğu, yetiyitimi ne kadar kötü ise, yaşam kalitesinin de o kadar düşük olduğu bilinmektedir (70).

Bizim çalışmamızda da bu veri ile uyumlu olarak yetiyitimi azaldıkça yaşam kalitesi belirgin olarak artmaktadır. Ayrıca aşerme azaldıkça yetiyitimi azalmakta ve yaşam kalitesi artmaktadır.

50 opiyat bağımlısı hasta ile yapılan bir çalışmada, aylık tedavi sonunda aşermede istatistiksel olarak anlamlı düşüşler sağlamıştır ve başlangıç, 3. ve 6. aylar arasında SF-36'nın tüm alanlarında anlamlı iyileşme olmuştur (71). İntihar düşüncesi, depresif ruh hali gibi daha ciddi psikiyatrik belirtiler, opiyat aşerme düzeyleri ile pozitif olarak ilişkilendirilmiştir (72). Bunun yanında ağrı şiddeti gibi fiziksel belirtiler ve opiyat aşermesi arasında ilişki bildirilmektedir (73).

Aşermenin bu fiziksel ve psikiyatrik belirtilerinin yaşam kalitesi ve yetiyitimi etkileyebileceğini ve çalışmamızdaki aşerme azalması ile yetiyitimi

azalması ve yaşam kalitesi artışının aşermenin bu iki durum üzerindeki olumlu etkilerini destekleyeceğini düşünmekteyiz. Aşerme düzeylerini azaltan müdahalelerin hastalarda çok daha iyi yaşam kalitesi ve yetiyitimi sonuçları ile ilişki olabileceği söylenebilir.

Çalışmamız, ülkemizde tedavi ile remisyon sağlanan opiyat kullanım bozukluğu hastalarında tedavinin madde aşermesi, yaşam kalitesi ve yetiyitimi üzerine etkisini değerlendiren ilk çalışma olması yönünden önemlidir.

Çalışmamızın bazı önemli kısıtlılıkları vardır. Bu kısıtlılıklar yaşam kalitesi ve yetiyitimine etki edebilecek çevresel ve sosyal faktörlerin değerlendirilmemiş olması, çalışmanın kesitsel ve tek merkezli olması olarak sıralabilir.

6. SONUÇ

Çalışmamızda MKB tanısı ile takip edilen hastalarda temiz kalma süresi arttıkça işlevsellik ve yaşam kalitelerinde anlamlı bir düzelme olduğu saptanmıştır. Tedavi süresi uzadıkça madde aşırma düzeyinin de belirgin düzeyde azaldığı gözlemlenmiştir. İşlevsellik fiziksel, ruhsal ve genel sağlık fonksiyonları üzerinde ayrı kategorilerde değerlendirildiğinde üç alt kategoride de tedavi sürecinin ilk ayında olan hastalar ile 1-6. ay arasındaki hastalar ve 6. aydan daha uzun süre tedavi olan hastalar arasında anlamlı bir farklılık saptanmıştır. Tedavi sürecinin ilk ayında olan hastalar ile 1-6 ay ve 6 aydan daha uzun süre tedavi alan hastalar arasında sosyal işlevsellik, ruhsal sağlık, enerji/canlılık, ağrı, fiziksel rol güçlüğü düzeyleri arasında anlamlı bir fark bulunmuştur. Genel sağlık algısı, emosyonel rol güçlüğü kategorilerinde ise tedavi süresi uzadıkça her grup arasında anlamlı bir düzelme olduğu saptanmıştır. Hastaların temiz kaldıkça anlama ve iletişim kurmada daha başarılı oldukları, insanlarla geçinme ve topluma katılma oranlarında artış olduğu, kendine bakımlarının düzeldiği ve gündelik aktivitelere ayırdıkları vaktin ve bu aktivitelerdeki yeterliliklerinin tedavi süresiyle korele bir şekilde arttığı saptanmıştır.

Sonuç olarak; bu bulgular opiyat madde kullanım bozukluğu olan hastaların temiz kaldıkları süreyle korele bir şekilde sağlık, sosyal, gündelik hayatlarındaki işlevselliklerinin ve insanlarla geçinme, topluma katılma istekleri, öz bakım gibi hayat kalitesini belirleyen faktörlerde düzelme olduğu saptanmıştır. Bu çalışma temiz kaldıkları sürece hastaların tüm alanlarda normal bir işlevselliğe ve yetiye ulaşabildiklerini göstermesi açısından önemli bir çalışmadır. Boyutsal bir çalışma olmaması nedeniyle aynı hastaların işlevsellik, aşırma ve yeti yitimi açısından uzun süreli takibini içeren daha fazla sayıda katılımcıyla yapılan çalışmalarla desteklenmesi gerekmektedir.

7. ÖZET

Amaç: Opiyat kullanım bozukluğu hastalarında remisyon sürelerinin yaşam kalitesi ve yetiyitimi üzerine etkisinin ve bunların aşerme ile ilişkisinin araştırılması amaçlanmıştır.

Yöntem: Araştırmaya DSM-5 tanı kriterlerine göre opiyat kullanım bozukluğu tanısı alan, 1 aydan daha kısa süredir remisyonunda olan 50 hasta, 1-6 ay arasında remisyonunda olan 50 hasta ve 6 aydan uzun süredir remisyonunda olan 50 hasta olmak üzere toplam 150 hasta dahil edilmiştir. Tüm katılımcılara Sosyodemografik Veri Formu ile birlikte, Kısa Form-36 (SF-36), Dünya Sağlık Örgütü Yeti Yitimi Değerlendirme Ölçeği (WHODAS 2.0) ve Penn Madde Aşerme Ölçeği uygulanmıştır. Veriler SPSS 22 (SPSS/IBM, Chicago, IL, USA) kullanılarak analiz edilmiştir.

Bulgular: Bu çalışmada yaşam kalitesinin ve yetiyitiminin tüm alanlarının remisyon süresi ile korele olarak anlamlı olarak düzelme gösterdiği saptanmıştır. Bunun yanında yetiyitimi azaldıkça yaşam kalitesi önemli ölçüde artmakta olup, aşermenin azalması ile birlikte yeti yitimi azalmakta ve yaşam kalitesi artmaktadır. Emosyonel rol güçlüğü, genel sağlık algısı, madde aşermesi, toplumsal yaşama katılım ve toplam yeti yitiminde üç grup arasında da önemli oranda farklılıklar saptanmıştır. Remisyon süresi arttıkça bu alanlardaki iyileşme belirgin hale gelmektedir. Fiziksel rol güçlüğü, enerji ve canlılık, ruhsal sağlık, sosyal işlevsellik, ağrı, anlama ve iletişim kurma, hareket etme, kendine bakım ve günlük yaşam aktivitelerinde ise 1 aydan uzun süreli remisyon olan gruplarda istatistiksel olarak anlamlı düzelme bulunmuştur. İnsanlarla geçinme alanında istatistiksel olarak anlamlı iyileşme ise 6 aydan uzun süreli remisyon gösteren hastalarda saptanmış olup, bu alandaki düzelme diğerlerine göre daha geç başlamıştır.

Sonuç: Bu çalışmanın sonuçları OKB olan hastalarda remisyon süresi ile işlevsellik, yaşam kalitesi ve aşermenin yakından ilişkili olduğunu ortaya koymaktadır. Çalışmamız, tedavinin bu hasta grubunda yaşam kalitesi üzerindeki kısa vadeli olumlu etkisinde çok önemli bir role sahip olduğu sonucunu güçlendirmiştir. Remisyon süresinin opiyat bağımlılığında daha geniş kapsamda ve uzun süredeki rolünün belirlenebilmesi için prospektif çalışmalara ihtiyaç vardır.

Anahtar Kelimeler: Opiyat Kullanım Bozukluğu, Remisyon, Tedavi Süresi, İşlevsellik, Yeti Yitimi, Aşerme

8. ABSTRACT

Objective: The aim of this study was to investigate the relationship between remission periods and functionality, quality of life and substance craving of the patients diagnosed with opioid use disorder.

Method: A total of 150 patients diagnosed with opioid use disorder according to DSM-5 diagnostic criteria was included and separated into three groups each consisting of 50 individuals above the age of 18. These groups were; patients who were in remission less than a month, patients who were in remission between 1 to 6 months and those who were in remission longer than 6 months. The participants were given; sociodemographic data form, Short Form-36 (SF-36), World Health Organisation Disability Assessment Schedule (WHODAS 2.0) and Penn Substance Craving Scale. The data were analysed using SPSS 22 (SPSS/IBM, Chicago, IL, USA).

Results: Remission periods were significantly correlated with recovery of the entire quality of life and disability fields. In addition recuperating disability had substantial impact on the increase of quality of life, while reduced substance craving resulted in quality of life improvements and decreasing in disability. There were significant differences in emotional role functioning, general health perceptions, substance craving, life activities and total functionality fields among all groups. Thus; longer remission period leads to prominent recovery for these fields in the entire span of the study. Although for physical functioning, vitality, mental health, social role functioning, bodily pain, cognition, mobility, self-care and life activity areas, significant recovery became prominent after a month of remission. However for getting along with people, statistically significant recovery was shown after 6 months of remission, meaning this field had required the longest remission period among all of the other fields.

Discussion: This study has shown the robust relationship of remission periods both with disability and quality of life conditions and substance craving levels. This research also has strengthened the important role of treatment leading

rapid improvements for the individual's life in general. To further determine the effects of remission periods on patients with opioid use disorder prospective studies over longer periods of time are required.

Keywords: Opioid Use Disorder, Remission, Treatment Period, Functionality, Disability, Quality of Life, Craving

9. KAYNAKLAR

1. Webster LR. Risk Factors for Opioid-Use Disorder and Overdose. *Anesth Analg.* 2017;125(5):1741-1748.
2. UNODC. World Drug Report 2020.
3. Understanding the Epidemic | Drug Overdose | CDC Injury Center.
4. Scholl L, Seth P, Kariisa M, Wilson N, Baldwin G. Drug and Opioid-Involved Overdose Deaths United States, 2013–2017.
5. TUBİM. Türkiye Uyuşturucu Raporu, 2019, Ankara.
6. De Maeyer J, Vanderplasschen W, Lammertyn J, Van Nieuwenhuizen C, Sabbe B, Broekaert E. Current quality of life and its determinants among opiate-dependent individuals five years after starting methadone treatment. *Qual Life Res.* 2011;20(1):139-150.
7. Darke S, Ross J, Mills KL, Williamson A, Havard A, Teesson M. Patterns of sustained heroin abstinence amongst long-term, dependent heroin users: 36 months findings from the Australian Treatment Outcome Study (ATOS). *Addict Behav.* 2007;32(9):1897-1906.
8. Uzbay İT., Yüksel N. Madde kötüye kullanımı ve bağımlılığı. In: *Psikofarmakoloji*. N. Yüksel (Ed.), Yenilenmiş 2. Baskı. Çizgi Tıp Kitabevi, Ankara; 2003:485-520.
9. Sadock B, Sadock VA, Ruiz P. Kaplan & Sadock's synopsis of psychiatry : behavioral science/clinical psychiatry. 2014:659-666.
10. Ögel K. Madde Bağımlılığı. Yeniden Yayınları, İstanbul; 2010.
11. Svend Norn, Poul R Kruse EK. History of opium poppy and morphine. *Dan Med Arb.* 2005;33:84-171.
12. Rosenblum A, Marsch LA, Joseph H, Portenoy RK. Opioids and the Treatment of Chronic Pain: Controversies, Current Status, and Future Directions. Vol 16. NIH Public Access; 2008:405-416.
13. Farney RJ, Walker JM, Boyle KM, Cloward T V., Shilling KC. Adaptive servoventilation (ASV) in patients with sleep disordered breathing associated with chronic opioid medications for non-malignant pain. *J Clin Sleep Med.* 2008;4(4):311-319.

14. Webster LRL, Choi Y, Desai H, Webster LRL, Grant BJB. Sleep-disordered breathing and chronic opioid therapy. *Pain Med.* 2008;9(4):425-432.
15. Walker JM, Farney RJ, Rhondeau SM, et al. Chronic opioid use is a risk factor for the development of central sleep apnea and ataxic breathing. *J Clin Sleep Med.* 2007;3(5):455-461.
16. Özden S. Uyuşturucu Madde Bağımlılığı. Nobel Tıp Kitapevleri İstanbul; 2004.
17. Latterra J, Keep R, Betz LA, Goldstein GW, Chapter 32 Blood-Brain-Cerebrospinal Fluid Barriers, Siegel GJ, Agranoff BW, Albers RW editors, Basic Neurochemistry: Molecular, Cellular and Medical Aspects. 6th edition, Philadelphia: Lippincott-Raven; 1999
18. Uzbay İT., Yüksel N. Madde Bağımlılığı. 1st ed. İstanbul; 2015.
19. Kranzler HR, Ciraulo DA, Zindel LR, American Psychiatric Association. Clinical Manual of Addiction Psychopharmacology. IQ Kültür Sanat Yayıncılık; 2014.
20. Corder G, Tawfik VL, Wang D, et al. Loss of μ opioid receptor signaling in nociceptors, but not microglia, abrogates morphine tolerance without disrupting analgesia. *Nat Med.* 2017;23(2):164-173.
21. Pasternak GW. Opiate, enkephalin, and endorphin analgesia: Relations to a single subpopulation of opiate receptors. *Neurology.* 1981;31(10):1311-1315.
22. Chen W, Chung HH, Cheng JT. Opiate-induced constipation related to activation of small intestine opioid μ 2-receptors. *World J Gastroenterol.* 2012;18(12):1391-1396.
23. Quirion B, Bergeron F, Blais V, Gendron L. The Delta-Opioid Receptor; a Target for the Treatment of Pain. *Front Mol Neurosci.* 2020;13:52.
24. Goodman RR, Snyder SH, Kuhar MJ, Young WS. Differentiation of delta and mu opiate receptor localizations by light microscopic autoradiography. *Proc Natl Acad Sci USA.* 1980;77(10 II):6239-6243.
25. Mansour A, Fox CA, Burke S, et al. Mu, delta, and kappa opioid receptor mRNA expression in the rat CNS: An in situ hybridization study. *J Comp Neurol.* 1994;350(3):412-438.

26. Chunhua C, Chunhua X, Megumi S, Renyu L. Kappa Opioid Receptor Agonist and Brain Ischemia. *Transl Perioper pain Med.* 2014;1(2):27-34.
27. American Psychiatric Association., American Psychiatric Association. DSM-5 Task Force. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders : DSM-5.* American Psychiatric Association; 2013.
28. Ribble JC. the pharmacological basis of therapeutics. *Pediatr Ann.* 1976;5(11):131-136.
29. Duberstein JL, Kaufman DM. A clinical study of an epidemic of heroin intoxication and heroin-induced pulmonary edema. *Am J Med.* 1971;51(6):704-714.
30. Warner-Smith M, Darke S, Day C. Morbidity associated with non-fatal heroin overdose. *Addiction.* 2002;97(8):963-967.
31. Pond SM, Tozer TN. First-Pass Elimination Basic Concepts and Clinical Consequences. *Clin Pharmacokinet.* 1984;9(1):1-25.
32. Tenenbein M, Continuous naloxone infusion for opiate poisoning in infancy. *J Pediatr.* 1984;105(4):645-648.
33. Berkowitz BA, The Relationship of Pharmacokinetics to Pharmacological Activity: Morphine, Methadone and Naloxone. *Clin Pharmacokinet.* 1976;1(3):219-188.
34. Prosser JM, Jones BE, Nelson L. Complications of Oral Exposure to Fentanyl Transdermal Delivery System Patches. *J Med Toxicol.* 2010;6(4):443-447.
35. Schumann H, Erickson T, Thompson TM, Zautcke JL, Denton JS. Fentanyl epidemic in Chicago, Illinois and surrounding Cook County. *Clin Toxicol.* 2008;46(6):501-506.
36. Sharma B, Bruner A, Barnett G, Fishman M. Opioid Use Disorders. *Pain medicine (Malden, Mass.).* 2020;21(2). 146-163.
37. Kakko J, Alho H, Baldacchino A, Molina R, Nava FA, Shaya G. Craving in opioid use disorder: From neurobiology to clinical practice. *Front Psychiatry.* 2019;10(AUG):592.
38. Koob GF, Volkow ND. Neurocircuitry of addiction. *Neuropsychopharmacology.* 2010;35(1):217-238.

39. WHO. World Health Organisation ICIDH-2, Beta –1 Draft for Field Trials. Geneva; 1999.
40. Murray CJL, Lopez AD, Organization WH, Bank W, Health HS of P. The Global burden of disease : a comprehensive assessment of mortality and disability from diseases, injuries, and risk factors in 1990 and projected to 2020 / edited by Christopher J. L. Murray, Alan D. Lopez. 1996.
41. Druss BG, Marcus SC, Rosenheck RA, Olfson M, Tanielian T, Pincus HA. Understanding disability in mental and general medical conditions. Am J Psychiatry. 2000;157(9):1485-1491.
42. Aslan Kunt D, Dereboy F. Dünya Sağlık Örgütü Yetiştirme Değerlendirme Çizelgesi'nin (WHODAS 2.0) Türkçe Çevirisinin Geçerlik ve Güvenilirliğinin Psikiyatri Hastaları ve Sağlıklı Kontrollerde İncelenmesi 2. Adnan Menderes Üniv Tıp Fak. 2018;29(4):248-257.
43. H Koçyiğit, Ö Aydemir, G Fişek, N Ölmez AM. Form-36 (KF-36)'nın Türkçe versiyonunun güvenilirliği ve geçerliliği. İlaç ve tedavi Derg. 1999;12(2):102-106.
44. Ware JE, Sherbourne CD. The MOS 36-item short-form health survey (Sf-36): I. conceptual framework and item selection. Med Care. 1992;30(6):473-483.
45. Flannery BA, Volpicelli JR, Pettinati HM. Psychometric properties of the Penn Alcohol Craving Scale. Alcohol Clin Exp Res. 1999;23(8):1289-1295.
46. Evren C, Çetin R, Dalbudak E, Durkaya M, Çakmak D, Flannery B. Yatarak tedavi gören erkek alkol bağımlısı hastalarda Cloninger'in kişilik boyutlarının alkol aşırması ile ilişkisi. Klin Psikofarmakol Bülteni. 2009;19(4):373-381.
47. Ögel K. Bağımlılık Profili İndeksi'nin (BAPİ) Geliştirilmesi, Geçerlik ve Güvenilirliği. Türk Psikiyatr Derg. 2012;23.
48. Üstün TB, Chatterji S, Kostanjsek N, et al. Developing the world health organization disability assessment schedule 2.0. Bull World Health Organ. 2010;88(11):815-823.
49. Bulut M, Savaş H, Cansel N, et al. Gaziantep Üniversitesi alkol ve madde kullanım bozuklukları birimine başvuran hastaların sosyodemografik

- özellikleri. Bağımlılık Derg. 2006;7(2):65-70.
50. Sertöz Öö, Coşkunol H, Şen G, Doğanavşargil Baysal Gö. Eütf Psikiyatri Anabilim Dalı bağımlılık tedavi biriminin hasta verilerinin on yıllık geriye dönük olarak incelenmesi: Madde kullanan hastaların sosyodemografik özellikleri. Bağımlılık Derg. 2004;5(3):115-120.
51. San A, Erensoy H, Mervan Aytaç H, et al. Üniversite Öğrencilerinde Depresyon Düzeylerinin, Madde Kullanımları ve Aile Tutumları İle İlişkisi The Relationship Between Depression Levels and Substance Use and Family Attitudes in University Students. Vol 21.; 2020.
52. Işıklı S, Irak M, Türkiye’de madde kullanımı ve bağımlılığı profili araştırması: 2002 yılı madde kullanımı geniş alan araştırması. Nihai rapor, Türk Psikologlar Derneği. 2002. 55-65.
53. Türkcan A., Türkiye’de Madde Kullananlar In Profili: Hastane Verilerinin İncelenmesi, Düşünen Adam Dergisi, 1998, 11 (3): 56-64
54. Saatçioğlu Ö, Evren Ec, Çakmak D, 1998-2002 yılları arasında yatarak tedavi gören alkol ve madde kullanımı olan olguların değerlendirilmesi. Bağımlılık Derg. 2003;4(3):109-117.
55. Geçici Ö, Nebioğlu M, Yalnız H GF. Opiyat Bağımlılarında Diğer Maddelerin Kullanımı ve Sosyodemografik Özellikler ile İlişkisi. TAF Prev Med Bull. 2013;12(1):35-42.
56. N Kaya, Ö Güler AÇ. Konya Kapalı Cezaevi’ndeki mahkumlarda psikiyatrik bozuklukların yaygınlığı. Anadolu Psikiyatr Derg. 2004;5(2):85-91.
57. Millson PE, Challacombe L, Villeneuve PJ, et al. Self-perceived health among canadian opiate users: A comparison to the general population and to other chronic disease populations. Can J Public Heal. 2004;95(2):99-103.
58. Ryan CF, White JM, Ryan CF, White JM. Health status at entry to methadone maintenance treatment using the SF-36 health survey questionnaire. 1996;91:39-45.
59. Karow A, Reimer J, Schäfer I, Krausz M, Haasen C, Verthein U. Quality of life under maintenance treatment with heroin versus methadone in patients with opioid dependence. Drug Alcohol Depend. 2010;112(3):209-215.
60. Mitchell SG, Gryczynski J, Schwartz RP, et al. Changes in Quality of Life

- following Buprenorphine Treatment: Relationship with Treatment Retention and Illicit Opioid Use. *J Psychoactive Drugs*. 2015;47(2):149-157.
61. Padaiga Z, Subata E, Vanagas G. Outpatient methadone maintenance treatment program. Quality of life and health of opioid-dependent persons in Lithuania. *Medicina (Kaunas)*. 2007;43(3):235-241.
 62. Baharom N, Hassan MR, Ali N, Shah SA. Improvement of quality of life following 6 months of methadone maintenance therapy in Malaysia. *Subst Abus Treat Prev Policy*. 2012;7.
 63. Kapoor A, Kohli K, Sarma P, Kapoor A, Jose N. Improvement in quality of life with buprenorphine in opioid dependence. *Natl J Physiol Pharm Pharmacol*. 2019;(0):1.
 64. Xiao L, Wu Z, Luo W, Wei X. Quality of life of outpatients in methadone maintenance treatment clinics. *J Acquir Immune Defic Syndr*. 2010;53.
 65. De Maeyer J, Vanderplasschen W, Lammertyn J, Van Nieuwenhuizen C, Sabbe B, Broekaert E. Current quality of life and its determinants among opiate-dependent individuals five years after starting methadone treatment. *Qual Life Res*. 2011;20(1):139-150.
 66. O'Sullivan D, Watts J, Shenk C. Child maltreatment severity, chronic substance abuse, and disability status. *Rehabil Psychol*. 2018;63(2):313-323.
 67. Kumar S, Singh S, Sarkar S, Singh Balhara Y. Disability among patients with opioid use disorders and its relationship with stigma toward substance use. *Indian J Soc Psychiatry*. 2018;34(1):30.
 68. Link BG, Struening EL, Rahav M, Phelan JC. On Stigma and Its Consequences: Evidence from a Longitudinal Study of Men with Dual Diagnoses of Mental Illness and Substance Abuse, 1997, 38.
 69. Lawrinson P, Ali R, Buavirat A, et al. Key findings from the WHO collaborative study on substitution therapy for opioid dependence and HIV/AIDS. *Addiction*. 2008;103(9):1484-1492.
 70. Cerniauskaite M, Quintas R, Koutsogeorgou E, et al. Quality-of-life and disability in patients with stroke. *Am J Phys Med Rehabil*. 2012;91(13).
 71. Bolek S, Yargic I, Ekinci O. The effects of buprenorphine/naloxane maintenance treatment on the quality of life, substance use and functionality

in opiate dependence: A follow-up study. *Klin Psikofarmakol Bul.* 2016;26(2):141-151.

72. Garland EL, Riquino MR, Priddy SE, Bryan CJ. Suicidal ideation is associated with individual differences in prescription opioid craving and cue-reactivity among chronic pain patients. *J Addict Dis.* 2017;36(1):23-29.
73. MacLean RR, Spinola S, Manhapra A, Sofuoglu M. Systematic Review of Pain Severity and Opioid Craving in Chronic Pain and Opioid Use Disorder. *Pain Med.* 2020;21(2):e146-e163.

10. EKLER

AYDINLATILMIŞ ONAM FORMU

Katılımcı / Gönüllünün Protokol Numarası:

1. Araştırmayla İlgili Bilgiler:

Araştırmanın Adı: “Opiyat Kullanım Bozukluğu Olan Hastalarda Remisyonun İşlevsellik, Yaşam Kalitesi ve Aşerme ile İlişkisi”

- a. Araştırmanın İçeriği: Alkol ve Madde Bağımlılığı Araştırma ve Uygulama Merkezine başvuran Opiyat Kullanım Bozukluğu (Eroiin Bağımlısı) tanısı alan ve başka herhangi bir psikiyatrik hastalığı olmayan 18-50 yaş arası kişiler ile sağlıklı kişiler çalışmaya alınacaktır. Hastalar ile bir kez görüşme yapılacak ve ölçek sonuçları istatistiksel açıdan karşılaştırılacaktır.
- b. Araştırmanın Amacı: Opiyat Kullanım Bozukluğu (Eroiin Bağımlısı) tanısı almış 18-50 yaş grubu kişilerin aktif madde kullanımı olanlar ile remisyonunda olanların (eroiin kullanmadığı sürelerin) işlevsellik, yaşam kalitesi ve aşermelerinin karşılaştırılması ve bu değişkenlerin hastaların takibi ve tedavisi üzerine olan etkilerinin tespit edilmesi amaçlanmıştır.
- c. Araştırmanın Nedeni:
() Bilimsel araştırma
(x) Tez çalışması
- d. Araştırmanın Öngörülen Süresi: 6 ay
- e. Araştırmaya Katılması Beklenen Katılımcı/Gönüllü Sayısı: 150
- f. Araştırmada İzlenecek Deneysel İşlemler: Deneysel işlem yapılmayacaktır.

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

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

Herhangi bir risk ya da zarar söz konusu değildir.

3. Gönüllüler/Katılımcılar İçin Araştırmadan Beklenen Yarar: Opiyat kullanım bozukluğu olan hastalarda remisyondun işlevsellik, yaşam kalitesi ve aşerme ile ilişkisinin düzeyini görmek ve bunların hastaların tedavi ve takiplerinde yarattığı sorunları tespit etmek ve tedavi anlamında bu noktaların üzerinde daha fazla durulması gerektiğini saptamak hedeflenmiştir.

4. Araştırma Konusundaki Soruların Cevaplandırılması:

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

Adı- Soyadı: .Dr. Mehmet Murat Balcı

Telefon: 0555 566 12 74

5. Zararların Karşılanması:

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

6. Araştırma Giderleri: Araştırmanın herhangi bir gideri yoktur

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

7. Gönüllülük, Çalışmayı Reddetme ve Çalışmadan Çekilme Hakkı, Çalışmadan Çıkarılma:

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

- b. Araştırmaya katılmayı reddetme hakkına sahip olduğum bana bildirildi.
- c. Sorumlu araştırmacıya haber vermek kaydıyla, hiçbir gerekçe göstermeksizin istediğim anda bu çalışmadan çekilebileceğimin bilincindeyim.
- d. Çalışmanın yürütücüsü olan araştırmacı ya da destekleyen kuruluş, çalışma programının gereklerini yerine getirmedeki ihmali nedeniyle ya da araştırma prosedürüne bağlı olarak onayımı almadan beni çalışma kapsamından çıkarabilir.
- e. Gizlilik:

Bu çalışmadan elde edilen bilgiler, verilere gereksinimi olan öteki ülkelerin hükümetlerine ve ilgili birimlerine iletilebilir. Çalışmanın sonuçları bilimsel toplantılar ya da yayınlarda sunulabilir. Ancak, bu tür durumlarda kimliğim kesin olarak gizli tutulacaktır.

f. Çalışmaya Katılma Onayı:

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

Bu metnin imzalı bir kopyasını aldım.

Gönüllünün / katılımcının Adı- Soyadı:

Yaş ve Cinsiyeti:

İmzası:

Adresi (varsa telefon ve/veya fax numarası):

.....
.....

Tarih:

Velayet ya da vesayet altında bulunanlar için;

Veli ya da Vasinin Adı- Soyadı:

İmzası:

Adresi (varsa telefon ve/veya fax numarası):

.....
.....

Tarih:

Açıklamaları Yapan Araştırmacının Adı- Soyadı:

İmzası:

Tarih:

**Onam alma işlemine başından sonuna kadar tanıklık eden kuruluş
görevlisinin**

Adı- Soyadı:

İmzası:

Görevi:

Tarih:

**AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ HASTANESİ ALKOL VE MADDE BAĞIMLILIĞI
ARAŞTIRMA VE UYGULAMA MERKEZİ SOSYODEMOGRAFİK VERİ FORMU**

Tarih:

Görüşen doktor:

HASTANIN;

Adı Soyadı:

Dosya no:

Cinsiyeti: E/K

Doğum yeri:

Yaşı:

Medeni durumu: 1.Evli / 2.Bekar /3.Ayrılmış

Askerlik durumu (erkek hastalar için): 1.yaptı / 2.yapmadı

Askerde disiplin cezası: 1.evet / 2.hayır

**Yaşam biçimi: 1.yalnız / 2.ailesiyle / 3.sokakta / 4.cezaevinde
/5.bakımevinde**

**Eğitim durumu: 1.eğitimsiz / 2.okur-yazar/ 3.ilköğretim / 4.lise /
5.üniversite**

İş durumu: 1.çalışıyor/ 2.çalışmıyor

Meslek:

Aylık geliri:

Aylık madde masrafı:

Ailede başka bağımlı var mı?: 1.Var/ 2.yok

Varsa kim ve ne kullanıyor?

Hiç adli olay var mı?: 1.var/ 2.yok

Hiç cezaevine girmiş mi? 1.evet/ 2.hayır

İntihar girişimi var mı?: 1.var/ 2.yok

Self mutilatif davranış?: 1.var/ 2.yok

Dövme?:1.var/ 2.yok

Intravenöz yolla kullanıyor ise ne kadar süredir bu yolla kullanıyor:

Damar yolu ile bulaşan bir enfeksiyon hastalığı varmı (HBV, HCV, HIV):

1.var/ 2.yok

Daha önce tedavi görmüş mü: 1.evet/ 2.hayır

Kullandığı Madde	Kullanım Yolu	Sıklık	Doz	Süre
Eroin				
Esrar				
MDMA (Ekstazi)				
Kokain				
Uyarıcılar (Amfetaminler)				
Uçucular				
Halüsinojenler				
Sentetik Kannabinoidler				
Sedatif/Hipnotikler				
Diğer				

SF-36 (Kısa Form 36)

Hastanın Adı Soyadı: _____

Tarih: ____/____/____

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

B1 1) Genel olarak sağlığınız için aşağıdakilerden hangisini söyleyebilirsiniz?

Mükemmel
☐₁

Çok iyi
☐₂

İyi
☐₃

Orta
☐₄

Kötü
☐₅

B2 2) Bir yıl öncesi ile karşılaştığınızda şu anki genel sağlık durumunuzu nasıl değerlendirirsiniz?

Bir yıl öncesinden
☐₁

Çok daha iyi
☐₂

Biraz iyi
☐₃

Hemen hemen aynı
☐₄

Biraz daha kötü
☐₅

Çok daha kötü
☐₆

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

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

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

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

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

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

SF-36 (Kısa Form 36) Sayfa-2

B6

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

Hiç Etkilemedi
☐₁

Çok Az
☐₂

Orta Derecede
☐₃

Epeyce
☐₄

Çok Fazla
☐₅

B7

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

Hiç Olmadı
☐₁

Çok Az
☐₂

Hafif
☐₃

Orta
☐₄

Çok
☐₅

Pek Çok
☐₆

B8

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

Hiç Etkilemedi
☐₁

Biraz etkiledi
☐₂

Orta Derecede
☐₃

Epey Etkiledi
☐₄

Çok Etkiledi
☐₅

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

B9

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

B10

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

Sürekli
☐₁

Çoğu zaman
☐₂

Bazen
☐₃

Ara sıra
☐₄

Hiç bir zaman
☐₅

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

B11

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

Ware JE Jr, Sherbourne CD (1992) Med Care. 1992 Jun;30(6):473-83



www.fronline.com

Tasarım ve düzenleme: Dr. Ender Selboş 2647

Alanların Gözden Geçirilmesi

Görüşmemiz insanların sağlık durumları nedeniyle karşılaştıkları güçlüklerle ilgilidir (*1.kartı gösterin*). Sağlık durumları ile kısa veya uzun süren hastalıklar ve sağlık sorunlarını, yaralanmaları, ruhsal sorunları, alkol ve madde kullanımı ile ilgili sorunları kastediyorum.

Bazı sorular tekrarlanıyor olabilir, lütfen her sorulduğunda cevaplayınız.

Soruları cevaplarken tüm sağlık sorunlarınızı hatırlayın. Sizden bir faaliyeti sürdürürken çektiğiniz güçlükleri sorduğumda aşağıda belirtilen soruları düşünerek cevap verin.

(*1.kartı gösterin*)

- Faaliyeti sürdürmek için normalde olduğundan daha fazla çaba harcamak zorunda kalıyor musunuz?
- Faaliyeti sürdürürken herhangi bir rahatsızlık veya ağrı çekiyor musunuz?
- Faaliyeti sürdürürken yeterince hızlı olamıyor musunuz?
- Bu faaliyeti sürdürme biçiminizde değişiklik yapmak zorunda kaldınız mı?

(*1. Kartı gösterin*) Son 30 günü hatırlamanızı istiyorum.

Bu soruları cevaplarken genel olarak faaliyeti sürdürürken ne kadar güçlük çektiğinizi düşünmenizi istiyorum.

(*2. Kartı gösterin*)

Cevap verirken kullanacağınız ölçek ise bu (*Ölçeği yüksek sesle okuyun*): Hiç, hafif, orta derecede, çok fazla, aşırı veya hiç yapamıyorum.

(*1. ve 2. Kart görüşme boyunca denegin önünde olmalıdır*).

1.ALAN Anlama ve iletişim kurma

Şimdi size anlama ve iletişim kurmayla ilgili bazı sorular soracağım.

1. VE 2. KARTLARI GÖSTERİN.

Son 30 gün içinde asağıdaki durumlarda ne kadar güçlük çektiniz?

	hiç	biraz	orta derecede	çok fazla	aşırı/ hiç yapamıyorum
D1.1 <u>On dakika süreyle bir işe dikkatini verebilme</u>	1	2	3	4	5
D1.2 Yapılması gereken önemli şeyleri <u>akılda tutma</u>	1	2	3	4	5
D1.3 Günlük yaşamda ortaya çıkan sorunların <u>nedenlerini anlama ve çözümler bulma</u>	1	2	3	4	5
D1.4 <u>Yeni işler öğrenme</u> (yeni bir yol vb.)	1	2	3	4	5
D1.5 İnsanların söylediklerini genel olarak <u>anlama</u>	1	2	3	4	5
D1.6 <u>Bir sohbeti başlatabilme veya sürdürülebilme</u>	1	2	3	4	5

2. ALAN Hareket etme, bir yerden bir yere gitme

Şimdi size hareket etme, bir yerden bir yere gitme sırasında çektiğiniz güçlüklerle ilgili sorular soracağım.

1. VE 2. KARTLARI GÖSTERİN.

Son 30 gün içinde aşağıda belirtilen durumlarda ne kadar güçlük çektiniz?

	hiç	biraz	orta derecede	çok fazla	aşırı/hiç yapamıyorum
D2.1 <u>30 dakika gibi uzun süre ayakta durma</u>	1	2	3	4	5
D2.2 <u>Otururken ayağa kalkma</u>	1	2	3	4	5
D2.3 <u>Evin içinde dolaşma</u>	1	2	3	4	5
D2.4 <u>Evden dışarı çıkma</u>	1	2	3	4	5
D2.5 <u>Bir kilometre dolayında uzun mesafe yürüme</u>	1	2	3	4	5

3.ALAN Kendine bakım

Şimdi size kendinize bakımda çektiğiniz güçlükleri soracağım.

1. VE 2. KARTLARI GÖSTERİN.

Son 30 gün içinde aşağıda belirtilen durumlarda ne kadar güçlük çektiniz?

	hiç	biraz	orta derecede	çok fazla	aşırı / hiç yapamıyorum
D3.1 <u>Banyo yapma</u>	1	2	3	4	5
D3.2 <u>Giyinme</u>	1	2	3	4	5
D3.3 <u>Beslenme</u>	1	2	3	4	5
D3.4 <u>Birkaç gün yalnız kalma</u>	1	2	3	4	5

4. ALAN İnsan ilişkileri

Şimdi size insan ilişkilerinde yaşadığınız güçlüklerle ilgili sorular soracağım. Sadece sağlık sorunları nedeniyle yaşadığınız güçlükleri öğrenmek istediğimi unutmayın. Bununla hastalıkları, yaralanmaları, ruhsal sorunları ve alkol ve madde kullanımına bağlı sorunları kastediyorum.

1. VE 2. KARTLARI GÖSTERİN.

Son 30 gün içinde aşağıda belirtilen durumlarda ne kadar güçlük yaşadınız?

	hiç	biraz	orta derecede	çok fazla	aşırı/hiç yapamıyorum
D4.1 Tanımadığınız insanlarla ilişki kurma	1	2	3	4	5
D4.2 Bir arkadaşlığı sürdürme	1	2	3	4	5
D4.3 Yakın olduğunuz insanlarla ilişki kurma	1	2	3	4	5
D4.4 Yeni arkadaşlar edinme	1	2	3	4	5
D4.5 Cinsel ilişki	1	2	3	4	5

**EĞER KUTU İŞARETLENMİŞSE (DENEK ÇALIŞIYORSA
VEYA ÖĞRENCİYSE) DEVAM EDİN, YOKSA BİR SONRAKİ
SAYFADAKİ 6. BÖLÜME GEÇİN**



Şimdi size diğer iş faaliyetleriyle ilgili sorular soracağım.

D5.7 Bir haftanın kaç saatini işte geçiriyorsunuz? *SAAT OLARAK KAYDEDİN* ___/___

1. VE 2. KARTLARI GÖSTERİN.

Sağlık durumunuz nedeniyle son 30 gün içinde aşağıda belirtilen durumlarda ne kadar güçlük çektiniz?

	hiç	biraz	orta derecede	çok fazla	aşırı/ hiç yapamıyorum
D5.8 Her gün yapmak zorunda olduğunuz <u>işleri</u> yürütme	1	2	3	4	5
D5.9 İşteki <u>önemli görevlerini iyi</u> bir şekilde yerine getirme	1	2	3	4	5
D5.10 <u>Yapılması gereken tüm işleri bitirme</u>	1	2	3	4	5
D5.11 İşleri <u>zamanında bitirme</u>	1	2	3	4	5

6. Alan Toplumsal yaşama katılım

Şimdi size toplumsal yaşama katılımınız ve sağlık sorunlarınızın siz ve aileniz üzerindeki etkisiyle ilgili sorular soracağım. Bazı sorular son 30 günü aşan sorunlarla ilgili olabilir, ancak cevaplarırken lütfen son 30 günü dikkate alın. Yine soruları bedensel, ruhsal, alkol veya madde kullanımı ile ilgili sağlık sorunlarınızı düşünerek cevaplayın.

1. VE 2. KARTI GÖSTERİN

Son 30 gün içinde:

	hiç	hafif	orta derecede	çok fazla	aşırı/ hiç
D6.1 Sosyal faaliyetlere herkes kadar <u>katılabilmekte</u> (şenlikler, eğlenceler, dini faaliyetler vb.) ne kadar sorunla karşılaştınız?	1	2	3	4	5
D6.2 Çevrenizden kaynaklanan <u>engeller yüzünden</u> ne kadar sorunla karşılaştınız?	1	2	3	4	5
D6.3 Diğer insanların davranış ve tutumları karşısında <u>kendinize saygınızı yitirmeden yaşayabilmekte</u> ne kadar sorunla karşılaştınız?	1	2	3	4	5
D6.4 Sağlık durumunuza ve yol açtığı sonuçlara ne kadar <u>zaman</u> harcadınız?	1	2	3	4	5
D6.5 Sağlık durumunuz yüzünden <u>duygusal olarak</u> ne kadar etkilendiniz?	1	2	3	4	5
D6.6 Sağlığınız için yaptığınız harcamalar sizin ve ailenizin <u>ekonomik durumunu</u> ne kadar etkiledi?	1	2	3	4	5
Son 30 gün içinde:					
D6.7 Sağlık durumunuz yüzünden <u>aileniz</u> ne kadar sorunla karşılaştı?	1	2	3	4	5
D6.8 <u>Dinlenmek veya eğlenmek</u> amacıyla <u>kendi başınıza</u> birşeyler yapmakta ne kadar güçlük çekiyorsunuz?	1	2	3	4	5

Sağlık Durumları:

- Kısa veya uzun süren hastalıklar ve sağlık sorunları
- Yaralanmalar
- Ruhsal sorunlar
- Alkolle ilgili sorunlar
- Maddeyle ilgili sorunlar

Bir faaliyet sırasında güçlük çekmek demek:

- Fazla çaba harcamak
- Rahatsızlık ve ağrı çekmek
- Yeterince hızlı olamamak
- Faaliyeti sürdürme biçiminin diğer insanlara göre farklılık taşıması anlamına gelir.

Sadece son 30 günü düşünün

PENN MADDE AŞERME ÖLÇEĞİ (PMAÖ)

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

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

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

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

- 0 Hiç değildi
1 ... önemszenmeyecek 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 içmenin sizi ne kadar iyi hissettireceği ile ilgili düşünmeye ne kadar zaman harcadınız?

- 0 ... Hiç
1 ... 20 dakikadan az
2 ... 21-45 dakika
3 ... 46-90 dakika
4 ... 90 dakika -3 saat
5 ... 3 ila 6 saat arası
6 ... 6 saatten daha fazla

4. Geçtiğimiz hafta içinde, eğer evinizde madde olduğunu bilseydiniz madde kullanmaya karşı direnmek ne kadar zor olurdu?

- 0 Hiç zor olmazdı
1 ... Çok hafif zor
2 Hafif zor
3 Orta zorlukta
4 Çok zor
5 Aşırı zor
6 Karşı koyamazdım

5. Önceki sorulara cevaplarınızı aklınızda tutarak, lütfen geçen hafta için genel ortalama madde aşermenizi değerlendirin.

- 0 Hiç içme 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 içmeyle ilgili düşündüm ve neredeyse her zaman içme isteğim oldu

Açıklama: Bir önceki hafta için alkol aşerme şiddetini (sıklık, yoğunluk, süre, direnme ve genel aşerme) değerlendiren 5 maddelik özbeöz bildirimine dayalı bir soru formudur. Her madde ayrı ayrı değerlendirilebileceği gibi (0 ila 6 puan arasında) toplam puan üzerinden de (0 ila 30 puan arasında) değerlendirme yapılabilir.

T.C.
AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

2020

ETİK KURUL BİLGİLERİ	ETİK KURULUN ADI	Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu
	AÇIK ADRESİ:	Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı Morfoloji Binası A Blok 1. Kat No: A1-05 Kampüs /ANTALYA
	TELEFON	0 (242) 249 69 54
	FAKS	0 (242) 249 69 03
	E-POSTA	etik@akdeniz.edu.tr
	ETİK KURUL KODU	2012-KAEK-20
PROJE YÜRÜTÜCÜSÜ UNVANI/ADI/SOYADI		Doç.Dr.Mustafa Mehmet ERYILMAZ
ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI		Opiat Kullanım Bozukluğu Olan Hastalarda Remisyonun İşlevsellik, Yaşam Kalitesi ve Aşerme İlişkisi
KARAR BİLGİLERİ	Karar No:KAEK- 613	Tarih: 26.08.2020
	Yukarıda bilgileri verilen çalışmanın yapılmasında bilimsel ve etik açısından sakınca olmadığına oy birliği ile karar verilmiştir	

Prof.Dr. Arda TAŞATARGİL
Klinik Araştırmalar Etik Kurul Başkanı

Dr.Öğr.Üyesi M.Levent ÖZGÖNÜL
Başkan Yardımcısı

Prof.Dr.Murat CANPOLAT
Üye

Prof.Dr.Dilara İNAN
Üye

Prof.Dr.Gülşüm Özge BAYSAL
Üye

Prof.Dr.Biçe KARSLI
Üye

Prof.Dr.Oğuz DURSUN
Üye

Prof.Dr.Dijle KİPMEN KORGUN
Üye

Doç.Dr.Banu NUR
Üye (İzinli)

Doç.Dr. Mehtap TÜRKAY
Üye (İzinli)

Dr.Öğr.Üyesi Nusret YILMAZ
Üye

Dr.Ünal HÜLÜR
Üye (İzinli)

Turgut ALTUN
Üye (İzinli)

Av.Mustafa ACIREL
Üye