



T.C.

AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ

RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI
ANABİLİM DALI

**REMİSYONDAKİ OPİYAT KULLANIM BOZUKLUĞU
HASTALARINDA DÜRTÜSELLİK, AŞERME, UYKU
BOZUKLUĞU VE GECE YEME SENDROMU ARASINDAKİ
İLİŞKİ**

UZMANLIK TEZİ

Dr. Pınar ERDOĞAN TÜRKMEN

Antalya, 2023



T.C.

AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ

RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI
ANABİLİM DALI

**REMİSYONDAKİ OPİYAT KULLANIM BOZUKLUĞU
HASTALARINDA DÜRTÜSELLİK, AŞERME, UYKU
BOZUKLUĞU VE GECE YEME SENDROMU ARASINDAKİ
İLİŞKİ**

UZMANLIK TEZİ

Dr. Pınar ERDOĞAN TÜRKMEN

Tez Danışmanı: Doç. Dr. Burak KULAKSIZOĞLU

“Kaynak gösterilerek tezimden yararlanılabilir.”

Antalya, 2023

TEŞEKKÜR

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

Birlikte çalışmaktan mutluluk duyduğum tüm asistan arkadaşlarım ve birlikte güzel anılar biriktirdiğim canım arkadaşlarım başta Zübeyde Güllü TÜRKER olmak üzere Fatıma Zohra REZOUĞ , Naila NABIYEVA ve Gizem PALA'ya,

Birlikte çalıştığım kliniğimizdeki hemşire ve personel arkadaşlarıma,

Bana her daim destek olan ve bugünleri yaşamamı sağlayan canım annem, ablam ve varlığını her zaman yanımda hissettiğim canım babama,

Hayatıma anlam ve mutluluk katan biricik eşim Berkay TÜRKMEN' e teşekkürlerimi sunarım.

İÇİNDEKİLER

Sayfa	
Kısaltmalar Dizini	iv
Tablolar Dizini	v
1. GİRİŞ VE AMAÇ	1
1.1. Opiyat Kullanım Bozukluğu	1
1.1.1. Tanım	1
1.1.2. Opiyat Kullanım Bozukluğunun Tarihçesi	3
1.1.3. Opiyat Kullanım Bozukluğunun epidemiyoloji ve etyolojisi	4
1.1.4. Opiyat Kullanım Bozukluğunun Tanısı	5
1.2. Opiyat Kullanım Bozukluğunda Bağımlılık Profili ve Relaps	8
1.2.1. Aşerme	9
1.2.2. Dürtüsellik	9
1.3. Uyku Bozukluğu	10
1.4. Gece Yeme Sendromu	11
2. GEREÇ VE YÖNTEM	13
2.1. Katılımcılar ve Örneklem Seçimi	13
2.2. Veri Toplama Araçları	15
2.2.1. Onam ve Bilgilendirme	15
2.2.2. Sosyodemografik ve Klinik Veri Formu	15
2.2.3. Madde Aşerme Ölçeği	15
2.2.4. Barrat Dürtüsellik ölçeği (BDÖ-11)	15
2.2.5. Pittsburgh Uyku Kalite İndeksi (PUKİ)	16
2.2.6. Gece Yeme Anketi(GYA)	16
2.3. İstatistiksel Analiz	17
3. BULGULAR	19
3.1. Sosyodemografik Bulgular ve Klinik Özellikler	19
3.2. Opiyat Kullanım Özellikleri ile İlişkili Bulgular	20
3.3. Ölçeklerle İlişkili Bulgular	22

4. TARTIŞMA	32
4.1. Sosyodemografik Özelliklerin Değerlendirilmesi.....	32
4.2. Opiyat Kullanım Özelliklerinin Değerlendirilmesi.....	33
4.3. Ölçeklerle İlişkili Bulguların Değerlendirilmesi.....	34
4.3.1. Gece Yeme Sendromuyla ilgili verilerin değerlendirilmesi.....	35
4.3.2. Uyku Bozukluğuyla ilgili verilerin değerlendirilmesi.....	37
4.3.3. Madde aşırme skorları ile ilgili verilerin değerlendirilmesi.....	40
5. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	42
6. ÖZET.....	44
7. ABSTRACT.....	46
8. KAYNAKLAR	48
9. EKLER.....	62

KISALTMALAR DİZİNİ

OpKB	Opiyat kullanım bozukluğu
TUBİM	Türkiye Uyuşturucu ve Uyuşturucu Bağımlılığı İzleme Merkezi
EMCDDA	Avrupa Uyuşturucu ve Uyuşturucu Bağımlılığı İzleme Merkezi
DSM-5	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-5
AMBAUM	Alkol ve Madde Bağımlılığı Araştırma ve Uygulama Merkezi
SCID-V	Structured Clinical Interview for DSM Disorders-5
MAÖ	Madde Aşırme Ölçeği
BDÖ-11	Barrat Dürtüsellik Ölçeği-11
PUKI	Pittsburgh Uyku Kalite İndeksi
GYA	Gece Yeme Anketi

TABLÖLAR DİZİNİ

<u>Tablo</u>	<u>Sayfa</u>
Tablo 3.1. Hasta ve kontrol grubunun demografik özellikleri.....	20
Tablo 3.2. Hasta grubunun hastalık ilişkili özellikleri.....	21
Tablo 3.3. Hasta ve kontrol grubunun ölçek puanlarının karşılaştırılması.....	23
Tablo 3.4. Hasta grubunda gece yeme sendromu varlığına göre demografik özelliklerin ve ölçek puanlarının karşılaştırılması.....	24
Tablo 3.5. Hasta grubunda uyku bozukluğu varlığına göre demografik özelliklerin ve ölçek puanlarının karşılaştırılması.....	26
Tablo 3.6. Hasta grubunda demografik özelliklere göre madde aşırme puanlarının karşılaştırılması.....	27
Tablo 3.7. Hasta grubunda MAÖ puanları ile diğer değişkenler arasındaki korelasyon.....	28
Tablo 3.8. Kontrol grubunda gece yeme sendromu varlığına göre demografik özelliklerin ve ölçek puanlarının karşılaştırılması.....	29
Tablo 3.9. Kontrol grubunda uyku bozukluğu varlığına göre demografik özelliklerin ve ölçek puanlarının karşılaştırılması.....	30
Tablo 3.10. Hasta grubunda madde aşırmeyi bağımsız olarak etkileyen faktörler.....	31

1.GİRİŞ VE AMAÇ

1.1. OPİYAT KULLANIM BOZUKLUĞU

1.1.1. Tanım

Opiyum, gelincikgiller ailesinden “papaver somniferum” isimli bitkiden elde edilen sıvı bir maddedir. Papaver Latince gelincik, somniferum ise uyku verici,rüya yapan anlamına gelmektedir. ”Haşhaş”,”afyon” ve “opiyum gelinciği” bitkinin yaygın kullanılan diğer isimleridir. Bitkinin kapsülünden yaklaşık 20 çeşit alkaloid elde edilmektedir. Opiyat ve opioid terimleri opiyumdan elde edilen morfin,kodein,tebain gibi maddelerle birlikte bu alkaloid türevlerini kapsar. Bunlar tıpta kullanılan ve bağımlılık yapan maddelerdir. Morfin bunların içinde en öne çıkan alkaloiddir ve algolojide oldukça sık kullanılmaktadır (1). Morfinin kimyasal yapısında değişiklik yapılması sonucu üretilen sentetik opioidler, narkotik etkili analjezik olarak tedavi amaçlı kullanılır (2). Morfinin 3.6 diasetlenmiş yarı sentetik türevi ise eroindir. Eroinin morfine oranla yağda çözünübilirliği 10 kat fazladır ve bu sebeple kan beyin bariyerini hızla geçer ve etkisi çok hızlı başlar. Bağımlılık potansiyeli en yüksek olan opioid türevi eroindir (3).

Opiyatlar, G protein-bağlı reseptör (GPCR) ailesinin ilgi çekici üyeleri olan opioid reseptörleri ile etkileşime girerek işlev görür. Ağrı davranışı ve nosisepsiyon ile ilişkili olduğu bilinen opioid peptitler ve reseptörleri, nosiseptif nöral devre boyunca ifade edilir (4). Biyokimyasal ve farmakolojik karakterizasyon, opioid reseptörlerinin dört alt tipte sınıflandırılmasına yol açmıştır: Mu (u), Delta (δ), Kappa (k) ve opioid reseptörü benzeri-1 (ORL1) (5). Dört reseptör alt tipinin tümü, oldukça seçici agonistler ve antagonistlerden oluşan benzersiz farmakolojik öneme sahiptir (6). Opioid reseptörleri esas olarak merkezi sinir sisteminde (CNS) antinosisseptif sinyalleşme ile ilişkilidir ve burada lokus seruleus, medulla ve periakvaduktal gri alanı içeren azalan ağrı modülasyonu yollarında eksprese edilirler. Ayrıca nöroendokrin, immün ve ektodermal hücreler dahil nöronal olmayan dokularda da geniş bir dağılım gösterirler (7). Bu reseptörler, analjezi, öfori duyguları, solunum depresyonu, üreme, büyüme, miyozis, kabızlık ve endokrin ve bağışıklık sistemlerindeki değişiklikler ile fonksiyonel olarak

bağlantılıdır (8). Morfin veya eroin (kimyasal olarak sentezlenmiş bir türev) gibi afyonlar, bir yandan son derece etkili ağrı kesiciler ve diğer yandan oldukça bağımlılık yapan ilaçlardır (9). Opioidler , endojen opioidlerin ödül işlevini gasp eden ve bunların üstesinden gelen ve aynı ödül sistemi içinde moleküler ve nörodevre nöroadaptasyonları yoluyla dramatik tolerans ve geri çekilmeyi devreye sokan güçlü ilaçlardır. Bununla birlikte, hiperaljezi üretirken aynı zamanda stres ve ağrı (somatik ve duygusal) için beyin sistemlerini de devreye sokarlar ve olumsuz pekiştirme süreçleri yoluyla kişiyi belirgin uyuşturucu arama davranışına yönlendirirler (10).

Opioid bağımlılığı, bir opioid ilacı arama ve alma zorunluluğu, ilaç alımını sınırlamada kontrol kaybı ve opioid ilacının bulunmadığı durumlarda olumsuz bir duygusal durumun (hiperkatifeia) gelişmesi olarak tanımlanabilir. Hayvan modellerinden, nörobiyolojiden, klinik beyin görüntüleme çalışmalarından ve sosyal psikolojiden türetilen kavramsal çerçeveler üzerine inşa edilen, tıkanıklık/zehirlenme, geri çekilme/olumsuz etki ve meşgul olma/beklenti aşamalarından oluşan üç aşamalı bir opiyat kullanım bozukluğu (OpKB) döngüsü varsayılmıştır (11). Bu üç aşama, üç ana sinir devresinin aracılık ettiği üç işlevsel alandaki düzensizliği temsil eder: tıkanıklık/zehirlenme aşaması teşvik edici belirlenlik/patolojik alışkanlıklarla işlev bozukluğunu temsil eder ve bazal gangliyonlar tarafından aracılık edilir; geri çekilme/olumsuz duygulanım aşaması olumsuz duygusal durumları temsil eder ve genişleyen amigdala aracılık eder; meşguliyet/beklenti aşaması, prefrontal korteksin (PFC) aracılık ettiği yürütücü işlevdeki işlev bozukluğunu temsil eder. Tıkanma/sarhoşluk aşamasında aşırı ilaç alımı, geri çekilme/olumsuz etki aşamasını ve meşgul olma/beklenti aşamasını oluşturan allostatik benzeri bir süreci yönlendirir (12). Kronik ilaca maruz kalındığında, üç aşama birbirini besler, daha yoğun hale gelir ve nihayetinde bağımlılığa yol açar (13).

Opioidlerin analjezik, öforijenik, sedatif ve öldürücü etkileri de dahil diğer etkilerine karşı dramatik tolerans (yani, ilacın tekrar tekrar uygulanmasından sonra ilaca daha düşük bir yanıt veya aynı etkiyi yaratmak için daha yüksek dozlara duyulan ihtiyaç) gelişir ve tek bir uygulamadan sonra gelişebilir (14,15).

μ -opioid agonistlerinin öldürücü etkileri, esas olarak, beyin sapı solunum çekirdeklerindeki, özellikle Bötzinger öncesi kompleksi ve parabrakiyal çekirdeklerdeki etkileri yoluyla solunum depresyonundan kaynaklanır. İlginç bir şekilde, klinik çalışmalar, farklı opioid etkileri için farklı tolerans seviyelerini ortaya çıkarmıştır; öyle ki, bireyler ödüllendirici, analjezik veya solunum depresan etkilerine karşı çok toleranslı hale gelirken, yine de sedasyon, miyozis ve kabızlık gösterirler (16,17).

Tüm memelilerde, opioidlerin ani veya kademeli olarak sonlandırılması veya rekabetçi opioid reseptör antagonistlerinin (nalokson veya naltrekson gibi) uygulanması, bir opioid yoksunluk sendromu oluşturur. Bu yoksunluk sendromu, fenotipik olarak ve bunların altında yatan nöral substratlar tarafından ayrılabilen fiziksel ve afektif belirtilerle karakterizedir. İnsanlarda fiziksel yoksunluk belirtileri piloereksiyon, titreme, uykusuzluk, ishal, bulantı, kusma ve ağrıları içerir ve şiddeti ve süresi, opioid maruziyetinin dozu ve süresi ile etkinlik ve farmakokinetik dahil olmak üzere kullanılan opioidin farmakolojik özelliklerine göre değişir (18). En şiddetli akut fiziksel yoksunluk sendromu, tam opioid agonist ilaçlarla (kısmi opioid agonistleriyle karşılaştırıldığında) ve fentanil veya eroin gibi hızlı farmakokinetiği olan opioidler için gözlenir. İnsanlarda, duygusal yoksunluk belirtileri (hiperkatifeia), afektif olmayan belirtilerden daha uzun sürer ve sinirlilik, disfori, uykusuzluk, anksiyete, uyku bozuklukları ve sosyal geri çekilmeyi içerir. Geri çekilme semptomları nüksetmede önemli bir role sahiptir (19,20).

1.1.2. Tarihçe

Opiyumun ağrı kesici ve psikolojik etkileri tarihte eski zamanlardan beri bilinmekte ve kullanılmaktadır. Bununla ilgili çeşitli eski kaynaklardan elde edilen bilgiler bulunmaktadır. Örneğin; Homeros'a ait Odysseia'nın 4.bölümünde afyondan bahsedilmektedir (21).

İnsanlık tarihinde opiyumun kullanımı 300 yılı aşkın bir süreye dayanmaktadır. M.Ö. 3400'lü yıllara ait Sümer tabletlerinde, haşhaş ekimi, afyon çıkarımından söz edilmiştir ve afyonun keyif verici olarak kullanıldığı belirtilmiştir. Homeros'tan yaklaşık 800 yıl önce yazılmış ve en eski farmakoloji kitabı olduğu bilinen Ebers

papirüsünde; huzursuz ve uyuyamayan çocukları sakinleştirmek için verilen bir ilaç tarifinde afyona rastlanmaktadır (22).

M.Ö. 5.yüzyılda Hipokrat ve Bergama’da yaşayan eczacı Galenos, ilaç olarak afyonu kullanmışlardır. İbn-i Sina opiyumu göz hastalıklarında ve diyarede kullanmıştır. Afyonun Arap yarımadasının dışına çıkması İslamiyet’in yayılışı ile olmuştur. Önce Hindistan’a oradan da Çin’e taşınmıştır. Tütünün yasaklanması sonrasında afyon pipoya konularak içilmiştir. Batıya giden hekimler aracılığıyla opiyum Avrupa’ya gelmiştir. Opiyatların kullanımının belirgin olarak artış göstermesi 17. ve 18.yüzyıllarda olmuştur (1). Friedrich Serturmer morfin olarak adlandırılan uyku indükleyici bir molekül olarak afyonun aktif bileşenini ilk keşfettiğinde opiyatların keşfini müjdelemiştir (23). Bu opioid farmakolojisinin başlangıcıdır ve o zamandan beri opioid türevleri hem tıbbi hem de eğlence amaçlı kullanılmıştır.

Bunun ardından 1939 yılında meperidin, 1942 yılında opioid antagonisti olarak kullanılan nalorfin, 1946 yılında eroïn bağımlılığının tedavisinde kullanılan metadon üretilmiştir (24).

1.1.3. Epidemiyoloji ve etiyoloji

Opiyat Kullanım Bozukluğu ile mücadelede etkin koruyucu hizmetlerin planlanabilmesi için hastalığın yaygınlığının belirlenmesi gereklidir. OpKB'nin nüfusa dayalı yaygınlığının doğru bir şekilde tahmin edilmesi, özellikle uyuşturucu kullanımının yasadışı olduğu ve hapse atılmaya yol açabileceği ülkelerde zordur. OpKB ile ilgili verilerin mevcudiyeti ve kalitesi coğrafi olarak değişiklik göstermekte ve birçok ülke için yaygınlık tahminlerini belirsiz kılmaktadır (13). 2016 Küresel Hastalık Yüğü çalışmasında, dünya çapında 26,8 milyon kişinin OpKB ile yaşadığı tahmin edilmiştir; OpKB'nin yaşa göre standardize edilmiş prevalansı ülkeler arasında önemli ölçüde değişiklik göstermiştir ve en yüksek tahmin edilen prevalans ABD'de gözlenmiştir (25).

Uyuşturucu madde kullanımının tüm dünyada olduğu gibi Türkiye’de de giderek artan bir sorun olduğu bilinmektedir. Ancak buna rağmen ülkemizde yapılmış olan geniş çaplı araştırmaların sayısı oldukça azdır (26-28). Bakırköy Ruh Sağlığı Hastanesi AMATEM’e madde kullanımı nedeniyle başvuran hasta sayısı 1983

yılında 78, 1996 yılında 2917 olarak saptanmıştır. İlk kez başvuruların sayısı gözden geçirildiğinde ise 1993 yılında 665, 1994 yılında 822, 1995 yılında 984, 1996 yılında ise 955 olarak saptanmıştır (29). Bu durum madde kullanımı sorununun giderek arttığının bir göstergesi olarak değerlendirilebilir (30).

Türkiye Uyuşturucu ve Uyuşturucu Bağımlılığı İzleme Merkezi (TUBİM) tarafından hazırlanan 2019 yılı verileri incelendiğinde maddelere göre tedavi başvuru oranları içerisinde %62,1 oranı ile eroinin başta geldiği ve tedaviye başvurma yaşının 20-29 yaş arasında yoğunlaştığı, madde kullanım sıklığı ile orantılı olarak tedavi başvurusunun da erkeklerde %95,5 oranı ile daha sık olduğu bildirilmiştir (31).

TUBİM 2021 verilerinde ise tedaviye başvuran hastaların yaş ortalaması 27,8 olarak ölçülmüştür. Tedavi olanların yaş grubuna göre dağılımı incelendiğinde, tedaviye başvuran hastaların 20-29 yaş grubu arasında yoğunlaştığı görülmektedir. 20-29 yaş grubundaki hastaların toplam hastalara oranı %51,3'tür. 2020 yılında yatarak tedavi gören hastalar maddeyi ilk kullanım yaşı bakımından incelendiğinde, 15-24 yaş arasında kullanımın yoğunlaştığı görülmüştür. 15-24 yaş grubundaki hastaların toplam hastalara oranı %65,4'tür. 2020 yılında tedavi gören hastaların tedavi gördükleri madde türlerine göre dağılımları incelendiğinde; %55,1'inin eroininden tedavi gördüğü saptanmıştır (32).

OpKB, başarılı bir iyileşme sağlanabilen fakat nüks eğilimine karşı tetikte kalmanın önemli olduğu kronik tekrarlayan bir bozukluk olarak kabul edilmektedir. Bu nedenle madde bağımlılığının oluşumuna ve tekrar etmesine zemin hazırlayan faktörlerin belirlenmesi, buna yönelik koruyucu önlemlerin alınması açısından önem arz etmektedir. OpKB, genetik faktörlerin, olumsuz erken gelişimin, ruhsal hastalıkların, sosyal normların, ilaca maruz kalmanın ve piyasada bulunabilirliğin maruz kalma derecesini ve OpKB'nin ilerlemesini ve gelişimini etkileyebileceği biyopsikososyal bir bozukluktur.

1.1.4. Tanı

Madde kullanımının önemi hem kişiye ve ailesine hem de topluma verdiği, psikolojik, sosyolojik ve ekonomik zararlar sebebiyle gittikçe artmaktadır. Bu

durum, önleme ve tedavi çalışmalarını hızlandırırken, bağımlılıkla ilgili bilimsel çalışmaları da artırmıştır.

Ruhsal Hastalıklar Tanı ve İstatistik El Kitabı'nın gözden geçirilmiş dördüncü çeviri metninde (DSM-IV-TR) opioidlerle ilişkili bozuklukları opioid kullanım bozuklukları (opioid kötüye kullanımı ve opioid bağımlılığı) ve dokuz adet diğer opioidlere bağlı meydana gelen bozukluk (örneğin; intoksikasyon ve yoksunluk) şeklinde ikiye ayırır. DSM-V'te ise bu iki ayrı tanı "madde kullanım bozuklukları" adı altında tek bir bozukluk olarak tanımlanmıştır (33).

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

A. 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:

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 duyulur ya da zorlanmış hissedilir.
5. İşte, okulda ya da evdeki konumunun gereği olan başlıca yükümlülüklerini yerine getirememeye ile sonuçlanan, yineleyici opiyat kullanımı vardır.
6. Opiyatın etkilerinin neden olduğu ya da alevlendirdiği, sürekli ya da yineleyici toplumsal ya da kişilerarası sorunlar olmasına karşın opiyat kullanımı sürdürülür.
7. Opiyat kullanımından ötürü önemli birtakım toplumsal, işle ilgili etkinliklerin ya da eğlenme-dinlenme etkinlikleri bırakılır ya da azaltılır.
8. Yineleyici bir biçimde, tehlikeli olabilecek durumlarda opiyat kullanımı vardır.
9. Büyük bir olasılıkla opiyatın neden olduğu ya da alevlendirdiği, sürekli ya da yineleyici bedensel ya da ruhsal bir sorunu olduğu bilgisine karşın opiyat kullanımı sürdürülür.
10. Aşağıdakilerden biriyle tanımlandığı üzere, dayanıklılık (tolerans) gelişmiş olması:

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

b. Aynı ölçüde opiyat kullanımının sürdürölmesine karşı belirgin olarak daha az etki sağlanması.

Not: Yalnızca uygun tıbbi bakım altındayken opiyatları alanlarda bu tanı ölçütü karşılanmış olarak düşünölmez.

11. Aşağıdakilerden biriyle tanımlandığı üzere, yoksunluk gelişmiş olması:

a. Opiyata özgü yoksunluk sendromu.

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

Not: Yalnızca uygun tıbbi bakım altındayken opiyatları alanlarda bu tanı ölçütü karşılanmış olarak düşünölmez.

Belirleyiciler:

Erken remisyon 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 remisyon 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.

Süzdürüm 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 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.

Şiddet belirleyicileri:

Ağır olmayan: İki-üç belirtinin olması.

Orta derecede: Dört-beş belirtinin olması.

Ağır: Altı ya da daha çok belirtinin olması (34)

1.2. OPİYAT KULLANIM BOZUKLUĞUNDA BAĞIMLILIK PROFİLİ VE RELAPS

OpKB günümüzde kullanıma başlanması, kullanmanın sürdürülmesi ve maddeden uzak kalma süreçleri sonrasında tekrarlanması açısından çoklu faktörlerin etkileşime girdiği biyopsikososyal bir bozukluk olarak görülmektedir (35). Bu nedenle opiyat kullanım bozukluklarının tedavisinde ve relaps riskini değerlendirmede kişiye özgü olan faktörlerin belirlenmesi ve buna yönelik stratejilerin geliştirilmesi remisyon ve tedavide kalma süresini artırması açısından önem taşımaktadır. Opiyat kullanımının kişinin yaşamı üzerindeki etkileri ve buna bağlı kişinin motivasyonu, aşırma ve dürtüsellik varlığı, eşlik eden ruhsal bozuklukların varlığı bu faktörler arasındadır (36).

Maddeyi kullanmama yani remisyon döneminden sonra yenileyici şekilde maddenin tekrar kullanılması ve madde kullanılan dönemdeki davranış paternlerinin devam ettirilmesine relaps denilmektedir (37). Relaps ile ilgili literatürde birçok tanım yer almaktadır: Farklı bakış açılarından bakıldığında relaps;

- Madde kullanımının başlamasına tedricen ve gizlice neden olan bir süreç,
- Maddenin tekrar kullanılmaya başlanması ile tanımlanan tek bir olay (lapse, kayma),
- Madde kullanımının tekrar aynı yoğunlukta başlaması,
- Birbiri ardına gelen belli sayıdaki günlerde günlük kullanım
- Daha sonra tedavi gereksinimi ile sonuçlanan madde kullanımının sonucu olarak değişik şekillerde tarif edilmektedir (38).

Günümüze kadar relaps riskini belirleyen pek çok faktörden söz edilmiştir. Bu faktörler bireysel, durumsal olabildiği gibi fizyolojik temelleri de olan faktörler olmakla birlikte bunların birbirleri ile karşılıklı etkileşimi relaps açısından oldukça önemlidir. Relaps, üzerinde oldukça fazla çalışılmış bir alandır ve OpKB gelişmiş kişilerin tekrar madde kullanmaya başlamalarını önlemek için önemlidir. OpKB hastalarının remisyon dönemlerinde yaşadıkları zorlukların veya tekrarlayan depresme süreçlerinin ayrıntılı olarak tanımlanabilmesi, hem tedavi stratejilerinin belirlenmesi hem de sonraki depresme süreçlerinin önlenmesi açısından önem taşımaktadır (39).

1.2.1. Aşerme

Aşerme, “madde kullanmak için güçlü ve subjektif bir dürtü” olarak tanımlanmıştır (40). Aşerme, motivasyonel bağımlılık modellerinde önemli bir rol oynar (41) ve bağımlılık sendromlarının merkezi bir parçasıdır. DSM-5’te madde kullanım bozuklukları için bir tanı kriteri olarak yakın zamanda dahil edilmesi, aşerme araştırmalarının çok yoğunlaştığı bir zamanda ortaya çıkmıştır (42). “Aşerme” hem tedavi sırasında daha fazla zorlanma hem de tedavi sonrasında olumsuz seyir ile ilişkilendirilmiştir (43).

Aşerme kendiliğinden ya da ipucu olarak adlandırılan içsel ya da dışsal uyaranlarla ortaya çıkabilir (44). İçsel ipuçları duygusal durumlar (örn: anksiyete) ya da yoksunluk belirtileri iken, dışsal uyaranlar madde ile ilişkili çevrelere ya da nesnelere (örn: reklamlar) maruz kalmayı içerebilir (45).

Son on yılda, fonksiyonel görüntüleme çalışmaları, aşerme ile bağımlılığın nörobiyolojik değişiklikleri arasındaki ilişkinin daha fazla netleştirilmesini sağlamıştır. Örneğin, Li ve ark. fonksiyonel beyin görüntüleme kullanarak kısa süreli opiyat yoksunluğunun ardından OpKB olan hastalardaki nöral tepkileri değerlendirmiş ve opiyatla ilgili ipuçlarına yanıt olarak aşermedeki artışların mezolimbik dopamin yolunun ve prefrontal korteksin aktivasyonu ile ilişkili olduğunu bulmuştur (46). Ayrıca, benzer fonksiyonel görüntüleme çalışmaları, hipokampus ve amigdalanın işaretlerle tetiklenen aşermede yer aldığını göstermiştir (47). Aşermenin glutamat aracılı prefrontal aktivasyonu ile birlikte, frontal korteks aktivasyonunda azalma ve prefrontal korteks GABAerjik aktivasyonda bozulma meydana geldiğinde; kişide karar verme, kendini denetleme, inhibitör kontrol ve bellek gibi yürütücü işlevlerde bozulmalar olduğu saptanabilmektedir (48).

1.2.2. Dürtüsellik

Dürtüsellik, istemli olarak verilen yanıtı erteleme veya durdurma güçlüğü, kısa yanıt eşiği, derinlemesine düşünme eksikliği ve dikkat sorunları gibi çeşitli bilişsel ve davranışsal eğilimler olarak tanımlanmıştır (49). Etiyolojisinde yürütücü işlevlerde defisit olduğu gösterilmiş ve sağlıklı kontrollerle karşılaştırıldıklarında çalışma belleği, dikkat ve planlamada bozulmalar olduğu belirtilmiştir (50).

Yapılan alışmalar drtselliğin birden fazla boyutu olan bir fenomen olduğunu ortaya koymuştur. Drtselliğin değerlendirilmesinde kullanılan Barrat Dürtüsellik leğinde de drtselliğin 3 farklı boyutta değerlendirildiği görülmektedir. Bunlar; plan yapmama, motor dürtüsellik ve dikkat drtselliğidir (51).

Dürtüsellik tek başına bir hastalık olarak tanımlanmamakla beraber antisosyal kişilik bozukluğu gibi kişilik bozuklukları ve özellikle madde kullanım bozukluğu gibi pek çok psikiyatrik bozukluğun belirtileri içinde yer alabilmektedir (52).

Madde kullanan kişilerin kullanmayanlara göre daha dürtüsel olduğu bildirilmektedir (53). Stimülan kullanan 40 hasta, opiyat kullanan 40 hasta ve 40 sağlıklı gönüllüyü karşılaştıran bir çalışmada stimülan kullanan hastalar ve opiyat kullanan hastaların sağlıklı kontrollerle karşılaştırıldığında daha dürtüsel olduğu bildirilmiştir (54).

Ödül erteleyememe hızının dürtüsellik şiddetiyle ilişkili olduğu gösterilmiş, bunun da olumsuz sonuçlara rağmen madde kullanımının sürdürülmesinde etkili olabileceği belirtilmiştir (55). Drtselliğin hem aşırı madde kullanımının başlangıcında (56) hem de madde kullanımına geri dönüşte yani nüks etmede (57) temel bir mekanizma olabileceği ileri sürülmektedir. Ayrıca dürtüsellik, aşermenin nksetmeyle ilişkisinin potansiyel aracısı olarak tartışılmıştır (58).

1.3. UYKU BOZUKLUĞU

Uyku, insanlar da dahil olmak üzere canlılar için dinlenme ve iyileşme için önemlidir (59,60). Madde kullanım bozuklukları, özellikle alkol ve opiyat, uyku bozukluklarına neden olabilir veya bunları şiddetlendirebilir (61,62). Uyku bozuklukları da madde kullanım bozuklukları riskini artırır. Uyku sorunları ve uyku bozuklukları, eşzamanlı madde kullanımı ile sadece zehirlenme ve yoksunluk sırasında değil, aynı zamanda iyileşme aşamasında da ortaya çıkabilir ve kişiyi tekrarlama riski daha yüksek hale getirir (63,64). Madde kullanımı ve uyku sorunları arasındaki ilişki çift yönlü görünmektedir (65,66).

Opioidler söz konusu olduğunda, opioidlerin hem akut hem de kronik uygulanması uyku fizyolojisini olumsuz etkiler (67). Opioidlere bağımlı olan ve opioid yoksunluğu yaşayan kişilerde uyku mimarisinde değişiklikler olmaktadır (68,69). Opioidler uyanıklığı ve uyku-uyanıklık durumlarındaki değişimlerin sayısını artırır

ve toplam uyku süresini, uyku etkinliğini, delta uykusunu ve REM uykusunu azaltır (70,71).

Detoksifikasyon için başvuran hastaların yaklaşık %70' i başvurudan önce uyku sorunları bildirmektedir ve uyku sorunları bildirenlerin %80'i bunları madde kullanımıyla ilişkilendirmektedir (72). Bir vaka kontrol çalışmasında Asaad ve ark. üç haftalık yoksunluğun ardından opiyat bağımlı erkek hastalar için uyku süresinde bir düşüş göstermiştir (69). Uyku sorunları ile madde kullanımı arasındaki bu ilişki özellikle alkol kullanım bozukluklarında gözlenmiş ve aynı ilişkinin opiyat kullanım bozukluğu olan hastalarda da kötü uyku ile nüks arasında olduğu varsayılmıştır (73).

Uyku yoksunluğu, sağlıklı yetişkinlerde, muhtemelen prefrontal korteks yukarıdan aşağıya inhibitör kontrolünde uyku kaybıyla ilişkili bozukluklardan dolayı dürtüsel davranış üzerindeki kontrol eksikliğine de nedensel olarak bağlanmıştır (74,75,76,77).

1.4. GECE YEME SENDROMU

Gece Yeme Sendromu, DSM-V'de “Diğer Belirtilmiş Yeme veya Beslenme Bozuklukları” altında sınıflandırılmaktadır. Gece yeme sendromu; sabahları anoreksi, akşamları hiperfaji ve uykudan uyanma sonrası nokturnal yemek yemelerin, insomniaya eşlik ettiği bir yeme bozukluğudur. Son zamanlarda gece yeme sendromu yiyeceklerin yenmesinde sirkadiyen gecikme şeklinde kavramsallaştırılmıştır (78). Gece yeme sendromu, iki ana özelliklerle karakterize edilen, gecikmiş sirkadiyen gıda alımı modelidir: akşam hiperfajisi (akşam yemeğinden sonra toplam günlük kalorisinin üçte birinden fazlasını yemek) ve gıda alımıyla gece uyanma (79,80).

Literatürde ayaktan psikiyatri hastalarında gece yeme sendromunu araştıran pek fazla çalışma bulunmamaktadır. 2006'da Lundgren ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada gece yeme sendromunun psikiyatrik hastalıklarla komorbiditesi araştırılmış ve sonuç olarak, gece yeme sendromunun ayaktan psikiyatri hastalarında sık görülen bir bozukluk olduğu ve madde kullanımı, atipik antipsikotik kullanımı ve obezite ile ilişkili olduğu sonucuna varılmıştır. Çalışmada mevcut ve gerilemiş madde kullanım bozukluğu kriterlerini karşılayan

katılımcıların oranının, gece yeme sendromu olan denekler arasında, gece yeme sendromu olmayan deneklere göre anlamlı olarak daha yüksek olduğu belirlenmiş ve başka hiçbir tanı (yani, tek kutuplu veya bipolar duygudurum bozuklukları, anksiyete bozuklukları, psikotik bozukluklar veya kişilik bozuklukları) grupları arasında önemli ölçüde farklılık göstermediği saptanmıştır (81).

Bağımlılıkta uyku bozuklukları ve gece yeme sendromu, aşırma ve dürtüsellikten bağımsız kavramlar olarak incelenmiştir (82,83). Madde kullanımıyla bağlantılı olduğu bilinen bu iki faktörün nükse sebep olduğu bilinen bu değişkenlerle birlikte değerlendirilmesi remisyonadaki hastada nüks gelişmesinin önlenmesi açısından takip ve tedavi stratejilerinin belirlenmesinde önem taşımaktadır.



2.GEREÇ VE YÖNTEM

2.1.Katılımcılar ve Örneklem Seçimi

Araştırmamızda Akdeniz Üniversitesi Hastanesi Alkol ve Madde Bağımlılığı Araştırma ve Uygulama Merkezi(AMBAUM)’ne 15/02/2022-15/05/2022 tarihleri arasında ayaktan başvuran,18-65 yaş aralığında, DSM-V tanı ölçütlerine göre Opiyat Kullanım Bozukluğu tanı kriterlerini karşılayan, buprenorfin/nalokson tedavisi ile en az 1 aydır remisyonda olan ve araştırma konusunda bilgilendirilme sonrası çalışmaya katılmayı kabul eden, dahil etme ve dışlama kriterlerine uygun 100 hasta ve yaşamının herhangi bir döneminde madde kullanım ve psikiyatrik hastalık öyküsü bulunmayan yaş ve cinsiyet açısından hasta grubuyla benzer özelliklere sahip 100 sağlıklı gönüllü birey alınmıştır. Araştırmamız kesitsel bir çalışma olarak planlanmıştır. Hastalarla yapılan klinik görüşmede; çalışmaya rastgele seçilen hastaların tümü ile DSM-V tanı ölçütlerine dayalı psikiyatrik görüşme yapılmıştır ve idrar toksikoloji sonuçları incelenmiştir. DSM-V tanı ölçütlerine göre Opiyat Kullanım Bozukluğu tanısı alan ve idrar toksikolojisinde opiyat negatifliği olan hastalara sosyodemografik bilgi ve hastalığa ait klinik özellikler veri formu, Madde Aşırma Ölçeği (MAÖ), Barratt Dürtüsellik Ölçeği-11 (BDÖ-11), Pittsburgh Uyku Kalite İndeksi (PUKİ) ve Gece Yeme Anketi(GYA) uygulanmıştır. Kontrol grubu ile de bir defa görüşme yapılmış ve onlara da sosyodemografik veri formu, Barratt Dürtüsellik Ölçeği-11 (BDÖ-11), Pittsburgh Uyku Kalite İndeksi (PUKİ) ve Gece Yeme Anketi (GYA) uygulanmıştır. Her iki grup çalışma konusunda bilgilendirilmiş ve bilgilendirilmiş onam formu alınmıştır. Araştırmanın etik kurul onayı Akdeniz Üniversitesi Hastanesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu’ndan alınmıştır.

Gönüllü Hastalar için Araştırmaya Alınma Ölçütleri

1. 18-65 yaş arası hastalar
2. En az ilkokul mezunu olmak (ölçekleri anlama ve kendi başına doldurabilme yeterliliği açısından)
3. Madde etkisinde ya da yoksunluğunda olmamak
4. DSM-5'e göre Opiyat Kullanım Bozukluğu tanısı almış olmak
5. Opiyat Kullanım Bozukluğu tanısı ile ayaktan uygun ve yeterli dozda buprenorfin/nalokson idame tedavisi alıyor olmak
6. Bilgilendirme sonrası çalışmaya katılmayı kabul etmiş olmak

Gönüllü Hastalar için Araştırmadan Dışlanma Ölçütleri

1. İdrarda opiyat pozitifliğinin saptandığı dönemde olmak
2. Nörolojik hastalık öyküsü ve/veya zeka geriliğine sahip olmak
3. Buprenorfin/nalokson dışında başka bir psikotrop ilaç kullanıyor olmak

Gönüllü Kontroller için Araştırmaya Alınma Ölçütleri

1. 18-65 yaş aralığında olmak
2. En az ilkokul mezunu olmak (ölçekleri anlama ve kendi başına doldurabilme yeterliliği açısından)
3. Halihazırda herhangi bir ruhsal hastalık tanısına sahip olmamak ve/veya ilaç kullanmıyor olmak
4. Bilgilendirme sonrası çalışmaya katılmayı kabul etmiş olmak

Gönüllü Kontroller için Araştırmadan Dışlanma Ölçütleri

1. 18 yaşından küçük, 65 yaşından büyük olmak
2. Nörolojik hastalık öyküsü ve/veya zeka geriliğine sahip olmak

2.2. Veri Toplama Araçları

Hastalar DSM-V Eksen 1 Bozuklukları için Yapılandırılmış Klinik Görüşme (SCID-V) formuna göre değerlendirilmiş ve güncel idrar toksikolojilerine bakılmıştır.

2.2.1. Onam ve Bilgilendirme

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

2.2.2. Sosyodemografik ve Klinik Veri Formu

Form; sosyodemografik ve klinik verileri toplamaya yönelik araştırmanın amacına uygun olarak araştırmacılar tarafından geliştirilmiş yarı yapılandırılmış bir bilgi toplama aracıdır. Bu form yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim düzeyi, çalışma ve gelir durumu, madde kullanımına başlama yaşı, kullanım süresi, sıklığı ve dozu, kullanım yolu, mevcut tedaviyi kullanma ve remisyon süresi, yatarak tedavi öyküsü, adli ceza alıp almadığı ve bulaşıcı hastalık öyküsü sorularını içermektedir.

2.2.3. Madde Aşerme Ölçeği

Alkol kullanma isteğini değerlendiren Penn Alkol Aşerme Ölçeği'nin alkol dışı madde kullanan bağımlılar için yapılan uyarlamasıdır. Ölçek Evren ve arkadaşları tarafından Türkçe'ye uyarlanmıştır. Beş maddeden oluşur ve her madde 0-6 puan arasında değerlendirilir. Ölçekten alınabilen toplam puan 0-30 arasındadır. Ölçek için cronbach alfa değeri 0,84 bulunmuştur. Her madde için düzeltilmiş madde toplam korelasyon değerlerinin 0,75-0,82 arasındadır (84).

2.2.4. Barrat Dürtüsellik ölçeği (BDÖ-11)

Dürtüsellik değeri değerlendirilmede kullanılan bir öz bildirim ölçeğidir. Otuz maddeden oluşan bir ölçek olup kendi içinde üç alt ölçeği vardır; dikkat (dikkatsizlik), motor (motor dürtüsellik) ve plan yapmama (kontrolünü sağlayamama). BDÖ-11 değerlendirilirken toplam puan, plan yapmama, dikkat ve motor dürtüsellik olmak

üzere 4 alt skor elde edilir. Toplam BDÖ-11 skoru ne kadar yüksekse hastanın dürtüsellik düzeyi o kadar yüksektir. BDÖ-11'in Türkçe geçerlik ve güvenirlik çalışması Güleç ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (51),(85).

2.2.5.Pittsburgh Uyku Kalite İndeksi (PUKİ)

Uyku kalitesini değerlendirmek amacıyla; Buysse ve arkadaşları tarafından 1989 yılında geliştirilen Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi kullanılmıştır. PUKİ, son bir aydaki uyku kalitesini değerlendirmektedir. Ölçek bireyde, uyku bozukluğunun varlığını ve bu bozukluğun kapsamını belirtmektedir. Bu ölçek, uyku bozukluğunun tipi ve şiddeti konusunda bilgi edinilmesini sağlamak ve toplamda 24 soruyu kapsamaktadır. Ölçekteki 19 soru kişi tarafından cevaplanırken, 5 soru kişinin yatak arkadaşı veya oda arkadaşı tarafından doldurulmaktadır. Sadece kişi tarafından cevaplanmış olan sorular uyku kalitesini değerlendirmekte kullanılmaktadır. Yatak/oda arkadaşı tarafından cevaplandırılan sorular değerlendirilmeye alınmamaktadır. Puanlanan 18 madde yedi bileşen puanı şeklinde gruplandırılmıştır. Bileşenlerin bazıları tek bir maddeden oluşmakta, bazıları ise birkaç maddenin gruplandırılması ile elde edilmektedir. Her madde 0-3 arasında puanla değerlendirilir. Bu bileşenler; öznel uyku kalitesi, uyku latansı, uyku süresi, alışılmış uyku etkinliği, uyku bozukluğu, uyku ilacı kullanımı ,gündüz işlev bozukluğudur. Bu yedi bileşen puanının toplamı, toplam indeks puanını verir. Toplam puan 0-21 arasındadır. PUKİ toplam puanının beş ve üzerinde olması kötü uyku kalitesini göstermektedir (86). Ağargün ve arkadaşları tarafından 1996'da Türkçe'ye uyarlanan ölçeğin Cronbach alpha katsayısı (iç tutarlık katsayısı) 0.80 olarak bildirilmiştir (87).

2.2.6.Gece Yeme Anketi (GYA)

Gece Yeme Anketi (GYA), Gece Yeme Sendromu tanısı için geliştirilen bir tarama anketidir. Anket gece yeme sendromunun davranışsal ve psikolojik yönlerini değerlendirmektedir. Ankette bireylerin açlık, aşırma, akşam yemeğinden sonra alınan kalori miktarı, uykusuzluk ve uykudan uyanma durumları, gece yemek yeme isteği ve yemek yeme davranışlarının varlığı, duygu durumları sorgulanmıştır. Anket 17 maddeden oluşmaktadır. Anket sabah iştahı, ilk öğün alımı, akşam

yemeği tüketimi ve akşam yemeği kontrolü, kişilerin duygu durumları uykuya dalma zorluğu, gece uyanmaları, gece uyanarak yemek yeme isteği, gece yemelerine karşı farkındalık, gece yeme süresi ile ilgili soruları içermektedir. Toplam puan 0-52 arasındadır. Anketteki ilk dokuz madde tüm katılımcılar tarafından doldurulurken 10. madde ve devamındaki sorularda gece atıştırması veya uyanması olmayan katılımcıların ankete devam etmemesi belirtilmiştir. 10., 11. ve 12. madde gece uyanmaları olan, 13. ve 14. madde ise gece atıştırmaları olan katılımcılar tarafından cevaplanmıştır. Anketteki 7. madde dışındakiler, 5’li likert tipi ölçümle 0-4 arasında puanlanmıştır. 7. madde gün içerisindeki duygu durum değişikliği sorgulanmakta ve gün içerisindeki duygu durum değişikliği olmayanlara 0 puan verilmiştir. 1., 4. ve 14. maddeler ters puanlanmıştır. 13. Madde de bireylerin gece yarısı atıştırmalarının ne kadar farkında oldukları sorgulanmıştır. Gece Yeme Sendromunun uykuya ilişkili yeme bozukluğundan ayırt edilebilmesi 13.soru sorulmakta olup puanlamaya dahil edilmemiştir. 15.,16. ve 17. maddeler ek olarak sorulmuş olup puanlamaya dahil edilmemiştir. Gece yeme anketi 17 maddeden oluşmaktadır. 7, 13, 15, 16, 17 puanlamaya dahil edilmemiştir. Alt boyutlar incelendiğinde madde 5, 9, 10, 11, 12, 14 gece yeme alt boyutunu oluştururken madde 3, 4, 5 akşam hiperfajisi madde 1, 2 24 sabah iştahsızlığı madde 6, 8 duygu durum ve uyku bozukluğu alt boyutunu oluşturmaktadır. Yapılan puanlamada 25 puan ve altı “risk yok”, 25-30 puan “riskli”, 30 puan ve üzeri ise “yüksek risk” olarak değerlendirilmiştir (88,89).

2.3.İstatistiksel Analiz

Tüm analizler IBM SPSS 23.0 paket programı (IBM Corp., Armonk, NY) ile yapıldı. 0,05'den küçük p değerleri istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi.

Kategorik değişkenler frekans (n) ve yüzde (%), sürekli değişkenler ise ortalama, standart sapma (SS), medyan ve çeyrekler arası aralık (IQR: 25-75. persentil) değerleri ile sunuldu. Normal dağılım varsayımı Shapiro Wilk testi ile kontrol edildi. Kategorik değişkenler arasındaki ilişki Pearson ki-kare test ve Fisher’s Exact test ile değerlendirildi. İki bağımsız grubun sürekli değişkenleri arasındaki farkın analizinde Independent t-test ve Mann-Whitney U test kullanıldı. Üç ve daha fazla grubun sürekli değişkenlerinin parametrik olmayan karşılaştırmasında Kruskal

Wallis testi kullanıldı. Post-hoc testlerde Bonferroni düzeltmesi yapıldı. Opiyat kullanım bozukluğu olan hastaların madde aşırme puanları ile diğır değışkenler arasındaki ilişki Spearman korelasyon testi ile incelendi. Opiyat kullanım bozukluğu olan hastaların madde aşırme puanlarını bağımsız olarak etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla çoklu lineer regresyon analizi yapıldı.



3.BULGULAR

3.1.Sosyodemografik Bulgular ve Klinik Özellikler

Hasta ve kontrol grubunun demografik özellikleri Tablo 3.1’de gösterilmiştir. Çalışmaya opiyat kullanım bozukluğu olup remisyonda olan 100 hasta ve sağlıklı kontrol grubu 100 kişi olmak üzere toplam 200 kişi dahil edildi.

Kontrol grubunun medyan yaşı 29 (IQR: 25-37) ve hasta grubunun 32 (IQR: 27-36) olup, iki grubun yaşları istatistiksel açıdan benzer bulundu ($p=0,123$).

Cinsiyet dağılımları açısından iki grup arasında anlamlı farklılık izlenmedi ($p=0,999$).

Hasta ve kontrol grubunun medeni durum ($p=0,138$), çocuk durumu ($p=0,533$), anne-baba durumu ($p=0,331$) ve çalışma durumu dağılımları ($p=0,999$) arasında anlamlı fark bulunmadı.

Hasta grubunda ilköğretim mezunu (hasta:%35 ve kontrol:%6) ve kontrol grubunda üniversite mezunu (kontrol:%36 ve hasta:%14) daha yüksek orandaydı ($p<0,001$).

Asgari ücretin altında aylık geliri olan hastalar hasta grubunda daha sık izlendi (hasta:%64 ve kontrol:%39; $p<0,001$).

Tablo 3.1. Hasta ve kontrol grubunun demografik özellikleri

Değişkenler	Kontrol grubu (n=100)	Hasta grubu (n=100)	Test değeri	p
Yaş (yıl)	29(25-37)	32(27-36)	Z=1,543	0,123
Cinsiyet				
Erkek	90(90)	90(90)	$\chi^2=0,001$	0,999
Kadın	10(10)	10(10)		
Medeni durum				
Evli	38(38)	33(33)	$\chi^2=3,961$	0,138
Bekar	60(60)	59(59)		
Boşanmış	2(2)	8(8)		
Çocuk durumu				
Var	31(31)	27(27)	$\chi^2=0,389$	0,533
Yok	69(69)	73(73)		
Anne-baba durumu				
Birlikte	70(70)	61(61)	$\chi^2=2,212$	0,331
Ayrı	10(10)	16(16)		
Biri vefat etmiş	20(20)	23(23)		
Eğitim durumu				
İlköğretim	6(6) ^a	35(35) ^b	$\chi^2=30,642$	<0,001
Lise	58(58) ^a	51(51) ^a		
Üniversite	36(36) ^a	14(14) ^b		
Gelir durumu				
Asgari ücretin altı	39(39)	64(64)	$\chi^2=12,511$	<0,001
Asgari ücretin üstü	61(61)	36(36)		
Çalışma durumu				
Çalışıyor	68(68)	63(63)	$\chi^2=0,553$	0,999
Çalışmıyor	32(32)	37(37)		

Bulgular medyan(IQR) veya n(%) ile verilmiştir. Mann-Whitney U test, Pearson ki-kare test.

3.2.Opiyat Kullanım Özellikleri İlişkili Bulgular

Hasta grubunun hastalıkla ilişkili özellikleri Tablo 3.2’de gösterilmiştir.

Hastaların medyan madde kullanımına başlama yaşı 21 (IQR: 18-25) yıl, medyan madde kullanım süresi 6 (IQR: 4-9) yıl ve medyan eroin kullanım dozu 2 gram (IQR: 1-2) olarak hesaplandı.

Hastaların %79’u folyo ile opiyat kullanmaktaydı.

80 hasta (%80) her gün, 14 hasta (%14) gün aşırı, 4 hasta (%4) haftada 1-2 kez ve 2 hasta (%2) ayda 1-2 kez eroin kullandığını belirtti.

Hastaların medyan güncel tedavi süresi 36 (IQR: 18-60) aydı.

57 hastanın (%57) yatarak tedavisinin yapıldığı, bu hastaların 30'u (%52,6) bir kez, 14'ünün (%24,6) iki kez ve 13'ünün (%22,8) üç kez ve üzeri sayıda yatarak tedavi aldığı belirlendi.

Hastaların daha önceki medyan en uzun remisyon süresi 24 (IQR: 12-48) ay bulundu.

29 hastada (%29) IV madde kullanımı, 11 hastada (%11) bulaşıcı hastalık ve 48 hastada (%48) adli olay öyküsü mevcuttu.

Tablo 3.2. Hasta grubunun hastalık ilişkili özellikleri

Değişkenler	Hasta grubu (n=100)
Başlama yaşı (yıl)	21(18-25)
Kullanım süresi (yıl)	6(4-9)
Eroin dozu(gram)	2(1-2)
Eroin kullanım yolu	
İnhaler	79(79)
İntravenöz	21(21)
Eroin kullanım sıklığı	
Her gün	80(80)
Gün aşırı	14(14)
Haftada 1-2 kez	4(4)
Ayda 1-2 kez	2(2)
Güncel tedavinin süresi (ay)	36(18-60)
Yatarak tedavi	57(57)
Yatarak tedavi sayısı (n=57)	
1 kez	30(52,6)
2 kez	14(24,6)
3 kez ve üzeri	13(22,8)
En uzun remisyon süresi (ay)	24(12-48)
İV madde kullanım	29(29)
Bulaşıcı hastalık	11(11)
Adli olay	48(48)

Bulgular medyan(IQR) veya n(%) ile verilmiştir.

3.3.Ölçeklerle İlişkili Bulgular

Hasta ve kontrol gruplarının ölçek puanları Tablo 3.3’de karşılaştırılmıştır. Hasta grubunda Gece Yeme anketi (GYA) toplam puanı ($p<0,001$) ve Gece Yeme ($p<0,001$), Akşam Hiperfajisi ($p=0,022$) ve Duygu Durum Bozukluğu ($p=0,049$) alt boyut puanları kontrol grubuna göre istatistiksel olarak daha yüksekti.

Remisyonda opiyat kullanım bozukluğu olan hastalarda gece yeme bozukluğu açısından riskli bulunan hasta oranı kontrol grubuna göre daha yüksek belirlendi (hasta: %26 ve kontrol: %4; $p<0,001$).

Hasta grubunun Pittsburgh Uyku Kalitesi (PUKI) ölçek puanları istatistiksel açıdan anlamlı daha yüksek bulunurken ($p<0,001$), kötü uyku kalitesi olan hastaların hasta grubunda daha yüksek oranda olduğu görüldü (hasta: %67 ve kontrol: %36; $p<0,001$).

Remisyonda opiyat kullanım bozukluğu olan hastaların medyan Madde Aşırma ölçek puanı 2 (IQR: 0-5,5) olarak hesaplandı.

Hasta grubunda Barrat Dürtüsellik Ölçeği (BDÖ-11) toplam puanı ($p=0,009$) ve dikkat dürtüsellliği ($p=0,021$) ve Plan yapmama ($p=0,004$) alt boyut puanları kontrol grubuna göre istatistiksel olarak daha yüksek saptandı.

Tablo 3.3. Hasta ve kontrol grubunun ölçek puanları

	Kontrol grubu (n=100)	Hasta grubu (n=100)	Test değeri	p
Gece yeme anketi	13(10-17)	20(14-25)	Z=6,023	<0,001
Gece yeme	2(1-5)	8(3-12)	Z=6,743	<0,001
Akşam hiperfajisi	4(2-5)	4(3-5)	Z=2,286	0,022
Sabah iştahsızlığı	4(2-5,5)	3(2-6)	Z=0,027	0,978
Duygu durum uyku bozukluğu	3(2-3,5)	3(2-4)	Z=1,972	0,049
Gece yeme bozukluğu				
Risk yok	96(96)	74(74)	$\chi^2=18,980$	<0,001
Riskli	4(4)	26(26)		
Pittsburgh uyku kalitesi	4(3-6)	7(4-10)	Z=4,105	<0,001
Uyku kalitesi				
Normal	64(64)	33(33)	$\chi^2=19,237$	<0,001
Kötü uyku kalitesi	36(36)	67(67)		
Madde aşırma ölçeği	-	2(0-5,5)		-
BDÖ-11	56,74±10,04	60,54±10,29	t=-2,643	0,009
Dikkat dertselliği	14,62±3,46	15,75±3,39	t=-2,333	0,021
Motor dertselliği	18,47±3,62	19,2±3,66	t=-1,419	0,158
Plan yapmama	23,47±4,64	25,59±5,48	t=-2,954	0,004

Bulgular ort±SS, medyan(IQR) veya n(%) ile verilmiştir. Independent t-test, Mann-Whitney U test, Pearson ki-kare test.

Gece yeme sendromu riski olan ve olmayan hastaların demografik özellikleri ve ölçek puanları Tablo 3.4'te karşılaştırılmıştır.

Remisyonda opiyat kullanım bozukluğu olan 26 hasta gece yeme sendromu bakımından riskli grupta ve 74 hasta risksiz grupta yer almaktaydı.

İki grubun yaş (p=0,900), madde kullanımına başlama yaşı (p=0,735), madde kullanım süresi (p=0,573), kullanılan eroin dozu (p=0,716), eroin kullanım yolu (p=0,578), eroin kullanım sıklığı (p=0,613), güncel tedavinin süresi (p=0,627), İV madde kullanım durumu (p=0,075) ve adli olay öyküsü (p=0,258) dağılımları istatistiksel olarak benzer bulundu.

Gece yeme sendromu bakımından riskli bulunan grupta kadın hasta oranının daha yüksek olduğu görüldü (hasta:%23,1 ve kontrol:%5,4; p=0,018).

PUKI puanları gece yeme sendromu riski olan grupta daha yüksek olup (p<0,001), kötü uyku kalitesi olan hastaların bu grupta daha sık olduğu saptandı (riskli:%88,5 ve risksiz:%59,5; p=0,007).

Gece yeme sendromu riski olan hastaların Madde Aşerme ölçek puanları daha yüksek olmakla birlikte istatistiksel açıdan anlamlı değildi ($p=0,069$).

BDÖ-11 ölçek puan ortalaması ($p=0,010$), Dikkat dürtüsellliği alt boyut puan ortalaması ($p=0,005$) ve Plan yapamama alt boyut puan ortalaması ($p=0,007$) gece yeme sendromu riski olan hastalarda daha yüksek izlendi.

Tablo 3.4. Hasta grubunda gece yeme sendromu varlığına göre demografik özelliklerin ve ölçek puanlarının karşılaştırılması

Değişkenler	Risk yok (n=74)	Riskli (n=26)	Test değeri	p
Yaş (yıl)	32(27-36)	31,5(26-38)	Z=-0,126	0,900
Cinsiyet				
Erkek	70(94,6)	20(76,9)	-	0,018
Kadın	4(5,4)	6(23,1)		
Başlama yaşı (yıl)	20,5(18-25)	22,5(18-25)	Z=0,339	0,735
Kullanım süresi (yıl)	6(4-9)	6(4-9)	Z=0,564	0,573
Eroin dozu	2(1-2)	1,75(1-3)	Z=0,363	0,716
Eroin kullanım yolu				
İnhaler	57(77)	22(84,6)	-	0,578
İntravenöz	17(23)	4(15,4)		
Eroin kullanım sıklığı				
Her gün	57(77)	23(88,5)	-	0,613
Gün aşırı	12(16,2)	2(7,7)		
Haftada 1-2 kez	5(6,8)	1(3,8)		
Güncel tedavinin süresi	36(22-60)	36(12-60)	Z=-0,486	0,627
İV madde kullanım	25(33,8)	4(15,4)	$\chi^2=3,163$	0,075
Adli olay	38(51,4)	10(38,5)	$\chi^2=1,281$	0,258
Pittsburgh uyku kalitesi	6(4-8)	9(7-11)	Z=3,857	<0,001
Uyku kalitesi				
Normal	30(40,5)	3(11,5)	$\chi^2=7,319$	0,007
Kötü uyku kalitesi	44(59,5)	23(88,5)		
Madde aşerme ölçeği	1(0-5)	4(1-7)	Z=1,821	0,069
BDÖ-11	58,99±9,79	64,96±10,56	t=-2,622	0,010
<i>Dikkat dürtüsellliği</i>	15,19±3,33	17,35±3,06	t=-2,897	0,005
<i>Motor dürtüsellik</i>	19,07±3,57	19,58±3,94	t=-0,609	0,544
<i>Plan yapmama</i>	24,73±4,96	28,04±6,22	t=-2,734	0,007

Bulgular ort±SS, medyan(IQR) veya n(%) ile verilmiştir. Independent t-test, Mann-Whitney U test, Fisher's Exact test, Pearson ki-kare test.

Uyku bozukluğu olan ve olmayan hastaların demografik özellikleri ve ölçek puanları Tablo 3.5'te verilmiştir.

Remisyonunda opiyat kullanım bozukluğu olan 67 hastada kötü uyku bozukluğu bulunurken 33 hastanın normal uyku düzenine sahip olduğu gözlemlendi.

Hastaların yaşı ($p=0,625$), cinsiyeti ($p=0,999$), madde kullanımına başlama yaşı ($p=0,589$), madde kullanım süresi ($p=0,791$), kullanılan eroin dozu ($p=0,193$), eroin kullanım yolu ($p=0,971$), eroin kullanım sıklığı ($p=0,325$), güncel tedavinin süresi ($p=0,325$) ve İV madde kullanım durumu ($p=0,503$) ile kötü uyku kalitesi olma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmadı.

Kötü uyku kalitesi olan hastalarda adli olay öyküsü daha yüksek orandaydı (%55,2 ve %33,3; $p=0,039$).

Uyku bozukluğu olan grubun GYA toplam puanları ($p<0,001$), Gece yeme alt boyut puanları ($p=0,001$) ve Duygu durum bozukluğu alt boyut puanları ($p<0,001$) istatistiksel olarak daha yüksekti.

Kötü uyku kalitesi olan hastalarda gece yeme bozukluğu riski olma oranı daha yüksek izlendi (%34,3 ve %9,1; $p=0,007$). Uyku bozukluğu olan hastaların Madde Aşırma ölçek puanları daha yüksek bulundu ($p<0,001$).

BDÖ-11 ölçek puan ortalaması ($p<0,001$) ve Plan yapamama alt boyut puan ortalaması ($p=0,031$) kötü uyku kalitesi olan hastalarda anlamlı düzeyde daha yüksekti.

Tablo 3.5. Hasta grubunda uyku bozukluğu varlığına göre demografik özelliklerin ve ölçek puanlarının karşılaştırılması

Değişkenler	Normal uyku (n=33)	Kötü uyku (n=67)	Test değeri	p
Yaş (yıl)	32(29-36)	32(26-36)	Z=-0,488	0,625
Cinsiyet				
Erkek	30(90,9)	60(89,6)	-	0,999
Kadın	3(9,1)	7(10,4)		
Başlama yaşı (yıl)	22(18-25)	21(17-25)	Z=-0,541	0,589
Kullanım süresi (yıl)	6(4-9)	6(4-9)	Z=0,265	0,791
Eroin dozu	1(1-2)	2(1-3)	Z=1,302	0,193
Eroin kullanım yolu				
İnhaler	26(78,8)	53(79,1)	$\chi^2=0,001$	0,971
İntravenöz	7(21,2)	14(20,9)		
Eroin kullanım sıklığı				
Her gün	25(75,8)	55(82,1)	-	0,325
Gün aşırı	7(21,2)	7(10,4)		
Haftada 1-2 kez	1(3)	5(7,5)		
Güncel tedavinin süresi	36(24-60)	32(12-60)	Z=-0,984	0,325
İV madde kullanım	11(33,3)	18(26,9)	$\chi^2=0,449$	0,503
Adli olay	11(33,3)	37(55,2)	$\chi^2=4,245$	0,039
Gece yeme anketi	15(10-18)	22(18-26)	Z=4,289	<0,001
Gece yeme	5(1-8)	9(5-13)	Z=3,197	0,001
Akşam hiperfajisi	4(3-4)	4(3-5)	Z=1,445	0,148
Sabah iştahsızlığı	3(2-4)	4(2-6)	Z=1,850	0,064
Duygu durum uyku bozukluğu	2(1-3)	3(2-5)	Z=3,953	<0,001
Gece yeme bozukluğu				
Risk yok	30(90,9)	44(65,7)	$\chi^2=7,319$	0,007
Riskli	3(9,1)	23(34,3)		
Madde aşırma ölçeği	0(0-2)	4(1-7)	Z=3,610	<0,001
BDÖ-11	57,58±10,12	62±10,12	t=-2,055	0,043
Dikkat dürtüsellliği	15,12±3,42	16,06±3,35	t=-1,308	0,194
Motor dürtüsellliği	18,55±3,36	19,52±3,78	t=-1,260	0,211
Plan yapmama	23,91±4,6	26,42±5,72	t=-2,194	0,031

Bulgular ort±SS, medyan(IQR) veya n(%) ile verilmiştir. Independent t-test, Mann-Whitney U test, Fisher's Exact test, Pearson ki-kare test.

Tablo 3.6’da opiyat kullanım bozukluğu olup remisyonda olan hastaların demografik özelliklerine göre Madde Aşırme puanları arasındaki fark incelenmiştir.

Cinsiyet ($p=0,370$), eroin kullanım yolu ($p=0,883$), eroin kullanım sıklığı ($p=0,476$) ve İV madde kullanımına göre ($p=0,771$) hastaların Madde Aşırme puanları anlamlı farklılık göstermemektedir.

Adli olay öyküsü olan hastaların Madde Aşırme puanları anlamlı düzeyde daha yüksek belirlendi ($p=0,026$).

Kötü uyku kalitesi olan hastalarda Madde Aşırme puanları istatistiksel açıdan daha yüksekti ($p<0,001$). Gece yeme bozukluğu bakımından riskli olan hastaların Madde Aşırme puanları daha yüksek olup anlamlı bulunmadı ($p=0,069$).

Tablo 3.6. Hasta grubunda demografik özelliklere göre madde aşırme puanlarının karşılaştırılması

Değişkenler	n	Medyan(IQR)	Test değeri	p
Cinsiyet				
Erkek	90	2,5(0-6)	Z=-0,897	0,370
Kadın	10	2(0-4)		
Eroin kullanım yolu				
İnhaler	79	2(0-6)	Z=-0,147	0,883
İntravenöz	21	3(0-5)		
Eroin kullanım sıklığı				
Her gün	80	3(0-6)	KWH=1,483	0,476
Gün aşırı	14	1(0-3)		
Haftada 1-2 kez	6	0(0-9)		
Adli olay				
Var	48	4(0-7,5)	Z=-2,225	0,026
Yok	52	1(0-4)		
Gece yeme bozukluğu				
Risk yok	74	1(0-5)	Z=1,821	0,069
Riskli	26	4(1-7)		
Uyku kalitesi				
Normal	33	0(0-2)	Z=3,610	<0,001
Kötü uyku kalitesi	67	4(1-7)		

Mann-Whitney U test, Kruskal-Wallis test.

OpKB olup remisyonda olan hastalarda Madde Aşerme puanları ile diğer değişkenler arasındaki korelasyon analizi sonucunda elde edilen bulgular Tablo 3.7’de verilmiştir.

Hastaların Madde Aşerme puanları ile güncel tedavinin süresi arasında negatif yönde ($r=-0,311$; $p=0,002$) ve madde kullanım süresi ile pozitif yönde ($r=0,200$; $p=0,046$) zayıf bir korelasyon bulundu.

Madde Aşerme puanının GYA puanı ($r=0,313$; $p=0,002$), Gece yeme ($r=0,245$; $p=0,014$) ve Duygu durum bozukluğu alt boyut puanı ($r=0,338$; $p=0,001$) ile pozitif yönde zayıf ilişkili olduğu tespit edildi.

Hastaların Madde Aşerme puanları ile PUKI puanları arasında pozitif yönde orta düzeyde bir korelasyona rastlandı ($r=0,432$; $p<0,001$).

Madde Aşerme puanının BDÖ-11 puanı ($r=0,402$; $p<0,001$) ve Plan yapamama alt boyut puanı ($r=0,464$; $p<0,001$) ile pozitif yönde orta düzeyde, Dikkat dürtüsellliği ($r=0,275$; $p=0,006$) ve Motor dürtüsellliği alt boyut puanı ile ($r=0,221$; $p=0,027$) pozitif yönde zayıf bir ilişkiye sahip olduğu saptandı.

Tablo 3.7. Hasta grubunda madde aşerme puanları ile diğer değişkenler arasındaki korelasyon

Değişkenler	r	p
Yaş (yıl)	-0,137	0,176
Başlama yaşı (yıl)	-0,078	0,441
Kullanım süresi (yıl)	0,200	0,046
Eroin dozu	0,002	0,986
Güncel tedavinin süresi	-0,311	0,002
Gece yeme anketi	0,313	0,002
<i>Gece yeme</i>	0,245	0,014
<i>Akşam hiperfajisi</i>	0,045	0,659
<i>Sabah iştahsızlığı</i>	0,091	0,369
<i>Duygu durum uyku bozukluğu</i>	0,338	0,001
Pittsburgh uyku kalitesi	0,432	<0,001
BIS-11	0,402	<0,001
<i>Dikkat dürtüsellliği</i>	0,275	0,006
<i>Motor dürtüsellliği</i>	0,221	0,027
<i>Plan yapmama</i>	0,464	<0,001

Spearman korelasyon testi

Kontrol grubundaki kişilerin gece yeme sendromu varlığına göre demografik özellikleri ve ölçek puanları Tablo 3.8’de karşılaştırılmıştır.

Gece yeme sendromu varlığı ile yaş ($p=0,454$), cinsiyet ($p=0,999$) ve uyku kalitesi ($p=0,015$) arasında anlamlı ilişkiye rastlanmadı.

Gece yeme sendromu riskli olan grupta BDÖ-11 toplam puanı yüksek gözlenirse de anlamlı bulunmadı ($p=0,067$). Dikkat dürtüsellliği alt boyut puanları gece yeme sendromu bakımından riskli olan grupta istatistiksel olarak daha yüksek belirlendi ($p=0,007$).

Tablo 3.8. Kontrol grubunda gece yeme sendromu varlığına göre demografik özelliklerin ve ölçek puanlarının karşılaştırılması

Değişkenler	Risk yok (n=96)	Riskli (n=4)	Test değeri	p
Yaş (yıl)	29,5(25-37,5)	27,5(24,5-31,5)	Z=-0,750	0,454
Cinsiyet				
Erkek	86(89,6)	4(100)	-	0,999
Kadın	10(10,4)	0(0)		
Pittsburgh uyku kalitesi	4(3-6)	11(6,5-13,5)	Z=2,422	0,015
Uyku kalitesi				
Normal	63(65,6)	1(25)	-	0,132
Kötü uyku kalitesi	33(34,4)	3(75)		
BDÖ-11	56,5(49-62,5)	66(61-69,5)	Z=1,831	0,067
<i>Dikkat dürtüsellliği</i>	14(12-17)	20,5(17,5-23)	Z=2,704	0,007
<i>Motor dürtüsellliği</i>	18(16-21)	20(19-21)	Z=1,210	0,226
<i>Plan yapmama</i>	23(21-27)	24,5(22-28)	Z=0,670	0,503

Bulgular medyan(IQR) veya n(%) ile verilmiştir. Mann-Whitney U test, Fisher’s Exact test.

Tablo 3.9’da kontrol grubundaki kişilerde uyku bozukluğu varlığı ile demografik özellikler ve ölçek puanları arasındaki ilişki incelenmiştir.

Bu kişilerde uyku bozukluğu varlığına göre yaş ($p=0,765$), cinsiyet ($p=0,999$) ve gece yeme bozukluğu dağılımları ($p=0,132$) arasında anlamlı farklılık saptanmadı.

Uyku bozukluğu olan kişilerin GYA puanı ($p<0,001$), Gece yeme alt boyut puanı ($p<0,001$), Sabah iştahsızlığı alt boyut puanı ($p=0,010$) ve Duygu durum bozukluğu alt boyut puanının ($p<0,001$) anlamlı düzeyde yüksek olduğu gözlemlendi.

Ayrıca kötü uyku kalitesi olan grupta BDÖ-11 toplam puan ortalaması ($p=0,049$) ve Dikkat dürtüsellliği alt boyut puan ortalaması ($p=0,037$) istatistiksel olarak daha yüksekti.

Tablo 3.9. Kontrol grubunda uyku bozukluğu varlığına göre demografik özelliklerin ve ölçek puanlarının karşılaştırılması

Değişkenler	Normal uyku (n=64)	Kötü uyku (n=36)	Test değeri	p
Yaş (yıl)	29,5(25-36)	28,5(25-37,5)	Z=-0,299	0,765
Cinsiyet				
Erkek	57(89,1)	33(91,7)	-	0,999
Kadın	7(10,9)	3(8,3)		
Gece yeme anketi	11(8-14)	17(13,5-20)	Z=5,026	<0,001
Gece yeme	2(1-3)	4(2-6,5)	Z=3,918	<0,001
Akşam hiperfajisi	4(2-5)	4(3-5)	Z=1,081	0,280
Sabah iştahsızlığı	3(2-5)	4,5(3-6,5)	Z=2,587	0,010
Duygu durum uyku bozukluğu	2(1-3)	3(2,5-4)	Z=4,091	<0,001
Gece yeme bozukluğu				
Risk yok	63(98,4)	33(91,7)	-	0,132
Riskli	1(1,6)	3(8,3)		
BDÖ-11	55,27±9,74	59,36±10,16	t=-1,988	0,049
Dikkat dürtüsellliği	14,05±3,15	15,64±3,8	t=-2,137	0,037
Motor dürtüsellliği	18,13±3,64	19,08±3,56	t=-1,275	0,205
Plan yapmama	23,12±4,68	24,08±4,56	t=-0,992	0,323

Bulgular ort±SS, medyan(IQR) veya n(%) ile verilmiştir. Independent t-test, Mann-Whitney U test, Fisher's Exact test.

Tablo 3.10'da remisyonadaki opiyat kullanım bozukluğu olan hasta grubunda madde aşırme ile bağımsız olarak ilişkili faktörler çoklu lineer regresyon analizi ile incelenmiştir.

Yapılan analiz sonucunda, hastada kötü uyku kalitesi olmasının ($\beta=0,200$, $p=0,039$) ve artan BDÖ-11 skorlarının ($\beta=0,345$, $p<0,001$) madde aşırme skorları ile pozitif yönde bağımsız olarak ilişkili olduğu tespit edildi.

Tablo 3.10. Hasta grubunda madde aşermeyi bağımsız olarak etkileyen faktörler

Model	Madde aşerme					%95 Güven aralığı		
	B	SE	β	t	p	VIF	Alt limit	Üst limit
Sabit	-8,137	3,910	-	- 2,081	0,040	-	-15,902	-0,371
Kadın cinsiyet	-2,105	1,743	- 0,117	- 1,208	0,230	1,15 6	-5,566	1,356
Kullanım süresi	0,121	0,085	0,133	1,422	0,158	1,07 6	-0,048	0,290
Güncel tedavi süresi	-0,031	0,016	- 0,178	- 1,958	0,053	1,02 2	-0,063	0,001
Gece yeme bozukluğu	0,108	1,234	0,009	0,087	0,931	1,24 0	-2,343	2,558
Kötü uyku kalitesi	2,297	1,097	0,200	2,094	0,039	1,12 6	0,118	4,476
BDÖ-11	0,182	0,050	0,345	3,665	<0,001	1,09 8	0,084	0,281

R=0.497, R²=0.247, p<0.001

4.TARTIŞMA

4.1.Sosyodemografik Özelliklerin Değerlendirilmesi

Madde kullanım bozuklukları için cinsiyet farkı, toplumdan topluma ve toplumun kültür, yaşayış biçimi ve politikalarına göre farklılık göstermektedir. Literatür taraması yapıldığında Çakmak ve Evren madde kullanımı olan ve yatarak tedavi gören hastaların beş yıllık değerlendirilmesinde cinsiyet oranını %93,5 oranında erkek olarak saptamıştır (90). Bir başka çalışmada ise bu oran %96,8 olarak belirlenmiştir (91). Bizim çalışmamızda katılım sağlayan hastaların %90 erkektir. Bu oranın ülkemizdeki opiyat kullanıcı popülasyonuna yakın bir oranı yansıttığı söylenebilir. Hasta grubunun medyan yaşı 32 (IQR: 27-36) ve kontrol grubunun medyan yaşı 29 (IQR: 25-37) olup, iki grubun yaşları istatistiksel açıdan benzer bulundu. Yapılmış olan global epidemiyolojik bir çalışmada, opiyat kullanımının en sık yaş aralığının 25-29 olduğu saptanmıştır (92). Ülkemizde yapılmış olan bir çalışmada ise opiyat kullanıcılarının yaş ortalaması 29 olarak bildirilmiştir (93). Hasta grubunun %27'sinin çocuğu vardı. Yapılan bir başka çalışmada OpKB olan hastalarda çocuk sahibi olma oranının benzer olduğu saptanmıştır (94). Hasta grubunda bekar oranı %59 olarak belirlendi. Literatüre bakıldığında OpKB tanısıyla tedaviye başvuranların büyük oranda bekar olduğu bildirilmektedir (95). Hasta grubunda ilköğretim mezunu ve kontrol grubunda üniversite mezunu daha yüksek orandaydı. Ülkemizde yapılan bir çalışmada, OpKB tanılı hastalarda eğitim yılı ortalaması 8.5 yıl olarak belirlenmiştir (96). Bulut ve arkadaşlarının yaptığı bir başka çalışmada ise hastaların %89,7'sinde eğitim seviyesinin dokuz yılın altında olduğu ve %10,3'ünün yüksek okul mezunu olduğu saptanmıştır (91). Düşük eğitim seviyesinin kişinin kurallara uymanın önemini öğrenememesi, anne babanın denetiminden çıkması, eğitilmiş olmanın getirilerini (yüksek sosyoekonomik düzey, sağlıklı yaşam koşulları vb) edinmemesi sonucuna yol açtığı ve yine bunun bir sonucu olarak iş bulmakta zorluk çekebildiği düşünülmektedir. Çalışmamızda hasta grubundaki işsizlik oranı %37 olarak saptandı. Bu veri Erdoğan ve arkadaşlarının yaptığı çalışma ile benzer orandaydı ve işsizlik ile OpKB arasındaki ilişki desteklendi. Tüm bu elde edilen veriler OpKB'nun önlenmesi ve takibinde alınabilecek ekonomik ve politik önlemlerin de önemine işaret etmektedir (94).

Asgari ücretin altında aylık gelire sahip olma durumu da yine hasta grubunda daha sık izlendi. Literatüre bakıldığında benzer şekilde sosyoekonomik durumu kötü olan kişilerde OpKB'nun daha sık olduğu görülmektedir (97). Türkiye'de yapılan bir başka çalışmada hastaların sadece %17,1'inin 1000 TL'nin üzerinde gelire sahip olduğu bildirilmiştir (98). Çalışmamızda 48 hastada (%48) adli olay öyküsü mevcuttu. Yine bu verilerin OpKB olan hastalarda erken okul terkinin ve düşük eğitim düzeyinin bir sonucu olduğu kanaatindeyiz.

4.2.Opiyat Kullanım Özelliklerinin Değerlendirilmesi

Çalışmamızda hastaların medyan opiyat kullanımına başlama yaşı 21 olarak saptanmıştır. Opiyat kullanımına başlangıç yaşı ile ilgili olarak literatür tarandığında bir çalışmada ilk eroin kullanım yaş ortalaması 19.7 olarak saptanmıştır (100). Avrupa Uyuşturucu ve Uyuşturucu Bağımlılığı İzleme Merkezi (EMCDDA)'nin 2018 yılı verileri incelendiğinde ilk opiyat kullanım yaş ortalaması 23 olarak belirlenmiştir (101). Çalışmamızdan elde edilen verilere göre, hastaların medyan madde kullanım süresi 6 yıl olarak belirlenmiş olup, literatüre bakıldığında yapılan bir çalışmada ortalama eroin kullanım süresinin en az 1 yıl, en çok 6 yıl olarak belirlendiği saptanmıştır (99). Çalışmamızda medyan opiyat kullanım dozu 2 gram olarak hesaplandı. Hastaların %79'u opiyatı folyo ile kullandığını bildirirken, %29'u hayatlarında bir kez IV madde kullanımı olduğunu bildirdi. Literatüre bakıldığında yapılan çalışmalarda yaşam boyu IV madde kullanımına ilişkin benzer oranlar saptanmıştır. TUBİM 2014 Ulusal Raporu'nda damar içi kullanım öyküsü %37,26 olarak bildirilmiş olup (102) bir başka çalışmada ise bu oran %20,4 olarak belirlenmiştir (94). Hastaların %11'inde bulaşıcı enfeksiyöz hastalık öyküsü bulunmaktadır ve bu veri literatürle uyumludur (102). Aktif olarak opiyat kullandıkları dönemde 80 hasta (%80) her gün, 14 hasta (%14) gün aşırı, 4 hasta (%4) haftada 1-2 kez ve 2 hasta (%2) ayda 1-2 kez opiyat kullandığını belirtti. 57 hastanın (%57) yatarak tedavisinin yapıldığı, bu hastaların 30'u (%52,6) bir kez, 14'ünün (%24,6) iki kez ve 13'ünün (%22,8) üç kez ve üzeri sayıda yatarak tedavi aldığı belirlendi. Hastaların daha önceki medyan en uzun remisyon süresi 24 ay, medyan güncel tedavi süresi ise 36 ay olarak saptandı. Literatüre bakıldığında bir çalışma, madde kullanım bozukluklarının tedavisinin olağan süresine uygun olarak

kısa vadeli tedavi sonuçlarının ortaya çıkma süresini 12 ay olarak ölçmüştür (103). Bu nedenle çalışmamızda hasta grubunun medyan güncel tedavi süresinin, remisyondaki hasta grubunu kontrol grubuyla karşılaştırma açısından yeterli ve güvenilir olduğunu düşünmekteyiz.

4.3.Ölçeklerle İlişkili Bulguların Değerlendirilmesi

Hasta ve kontrol grubunun ölçekleri karşılaştırıldığında hasta grubunda Gece Yeme anketi (GYA) toplam puanı ve Gece Yeme, Akşam Hiperfajisi ve Duygu Durum Bozukluğu alt boyut puanları kontrol grubuna göre istatistiksel olarak daha yüksekti. Ayrıca remisyonda OpKB olan hastalarda gece yeme bozukluğu açısından riskli bulunan hasta oranı kontrol grubuna göre daha yüksek olarak belirlendi. Literatür incelendiğinde sadece bir çalışma, gece yeme sendromu olan ve olmayan kişiler arasında yaşam boyu madde kötüye kullanımı bozukluklarının yaygınlığını incelemiştir ve ayaktan tedavi gören psikiyatrik hastalar içinde, gece yeme sendromu kriterlerini karşılayanlar arasında madde kullanım bozuklukları daha yaygın olarak saptanmıştır (81). Literatürde genel popülasyon ile OpKB olan hastaların gece yeme sendromu yaygınlığı açısından karşılaştırıldığı bir çalışma bulunmamaktadır. Bu nedenle çalışmamız sağlıklı kontrol grubuna göre gece yeme sendromunun opiyat kullanım bozukluğu tanısı olan hastalarda, remisyonda olsalar dahi, daha yüksek oranda bulunma riski taşıdığını göstermesi açısından ilktir.

Hasta grubunun Pittsburgh Uyku Kalitesi (PUKI) ölçek puanları istatistiksel açıdan anlamlı daha yüksek bulunurken, kötü uyku kalitesi olan hastaların hasta grubunda daha yüksek oranda olduğu görüldü. Güncel bilgilerle uyku, OpKB'da hem aktif hastalık durumunda hem de remisyon sırasında kritik bir bileşen olarak tanımlanmıştır. Yapılan bir çalışmada medyan 5.4 günlük tedaviden sonra erken metadon idame tedavisi alan OpKB olan kişilerde uyku kalitesini incelemiş ve önceden var olan kronik uyku bozuklukları olmayan hastaların, sağlıklılara kıyasla daha kötü uyku (yüksek PUKI puanı) ve gündüz uyku hali (Epworth Uykululuk Ölçeği [ESS]) gösterdiği saptanmıştır (105). Uyku bozukluğu, özellikle opiyat yoksunluğu sırasında ve aynı zamanda opiyat idame tedavileri alan kişilerde olmak üzere OpKB olan kişilerde yaygın ve sıklıkla şiddetlidir. Toplam uyku süresinin azalması, uyku devamlılığının bozulması ve kötü uyku kalitesi gibi uyku

bozukluklarının sıklıkla olumsuz tedavi sonuçlarına eşlik ettiğine dair çok sayıda kanıt vardır. Uyku bozuklukları, kronik stres, strese tepkisellik, düşük pozitif etki, yüksek negatif etki, kronik ağrı ve aşırma dahil olmak üzere olumsuz tedavi sonuçlarıyla ilgili diğer birçok faktörle çift yönlü olarak ilişkilidir (105). Çalışmamızdan elde edilen verilere bakıldığında OpKB olan hastalar tedavi altında remisyonda olsalar dahi sağlıklı gruba göre daha kötü uykuya sahip oldukları gösterilmiş olup bu durumun tedavinin ve remisyon sürecinin gidişatını olumsuz etkileyebilecek önemli bir faktör olduğu düşünülmektedir.

Hasta grubunda Barrat Dürtüsellik Ölçeği (BDÖ-11) toplam puanı ve dikkat dürtüsellliği ve plan yapmama alt boyut puanları kontrol grubuna göre istatistiksel olarak daha yüksek saptandı. Artan sayıda çalışma, dürtüsellik ve madde kullanım bozukluğu arasında güçlü bir ilişki olduğunu doğrulamıştır; alkol ve opiyat kullanım bozuklukları dahil olmak üzere madde kullanım bozukluğu olan hastalardaki dürtüsellik düzeyinin, madde kullanmayan popülasyonlara göre daha yüksek olduğu rapor edilmiştir (106). Bizim çalışmamızda da remisyondaki OpKB hastalarının sağlıklı grupla karşılaştırıldığında dürtüselliklerinin daha yüksek olduğu belirlenmiş olup dürtüsellikğin aşırmanın bağımsız bir yordayıcısı olduğu gösterilmiştir.

4.3.1.Hasta Grubunda Gece Yeme Sendromuyla ilgili verilerin değerlendirilmesi

Remisyonda OpKB olan 26 hasta gece yeme sendromu bakımından riskli grupta ve 74 hasta risksiz grupta yer almaktaydı. Gece yeme sendromu riski olan ve olmayan hastaların demografik özellikleri ve ölçek puanları incelendi. İki grubun yaş, opiyat kullanımına başlama yaşı, kullanım süresi, kullanılan doz, kullanım yolu, kullanım sıklığı, güncel tedavinin süresi, İV madde kullanım durumu ve adli olay öyküsü dağılımları istatistiksel olarak benzer bulundu. Çalışmamızda gece yeme sendromu bakımından riskli bulunan grupta kadın hasta oranının daha yüksek olduğu görüldü. Literatüre bakıldığında başka bir çalışmada da kadınların gece yeme sendromu açısından daha riskli olduğu sonucuna ulaşılmıştır (108). Bazı çalışmalarda ise gece yeme sendromu prevalansının cinsiyetler arasında karşılaştırılabilir olduğunu

bulmuşlardır (108-110). Öte yandan, üç çalışma erkek cinsiyetinin gece yeme sendromu için bir risk faktörü olduğunu bildirmiştir (111-113).

PUKI puanları gece yeme sendromu riski olan grupta daha yüksek olup, kötü uyku kalitesi olan hastaların bu grupta daha sık olduğu saptandı. Yapılan bir çalışmada, gece yeme sendromu olanlar kontrollere kıyasla daha fazla depresif ruh hali ve algılanan stres ve önemli ölçüde daha düşük yaşam kalitesi bildirmiş ve bu grupta PUKI puanları kontrollere kıyasla yüksek çıkmıştır (114). Yine bir başka çalışmada gece yeme sendromu olanların, orta derecede uyku parçalanması nedeniyle uyku etkinliği ve süresinde hafif bir azalma gösterdiği saptandı (115). Bizim çalışmamızda da OpKB olan hasta grubunda gece yeme sendromu açısından riskli olan grupta daha kötü uyku kalitesi olduğu saptanmıştır. Bu durum tarafımızca, kötü uyku kalitesi ile gece yeme sendromu varlığı arasındaki bu ilişkinin aynı zamanda aşermeyi yordamada etkisinin olabileceği ve remisyon sürecine olumsuz etki edebileceği şeklinde yorumlanmaktadır.

Literatüre bakıldığında daha önce OpKB olan hasta popülasyonunda gece yeme sendromu ile ilgili çalışma bulunmamakla beraber yapılan bir başka çalışmada OpKB olan hastalarda yiyecek bağımlılığı ile komorbidite, daha şiddetli aşerme skorları ve daha yüksek intihar girişimi öyküsü olma olasılığı ile ilişkilendirilmiştir (116). Bu bilgilere bakıldığında gece yeme sendromu açısından riskli olan hasta popülasyonunda madde aşerme skorlarının yüksek olması beklenen bir veri olmakla beraber çalışmamızda gece yeme sendromu riski olan hastaların madde aşerme ölçek puanları daha yüksekti fakat istatistiksel açıdan anlamlı değildi ve madde aşerme puanının GYA puanı, Gece yeme ve Duygu durum bozukluğu alt boyut puanı ile pozitif yönde zayıf ilişkili olduğu tespit edildi. Bulgular istatistiksel olarak anlamlı olmamakla birlikte, OpKB'na eşlik eden gece yeme sendromunun remisyonundaki hastalarda madde aşermeyi tetikleyebileceğini düşündürmektedir ve bu durum hastada opiyat kullanımına tekrar başlama açısından bir risk yaratma eğilimindedir. Bu eğilim daha geniş örneklemli çalışmalarda değerlendirilmelidir. BDÖ-11 ölçek toplam puan ortalaması, dikkat dürtüsellliği ve plan yapamama alt boyut puan ortalaması gece yeme sendromu riski olan hastalarda daha yüksek izlendi. Bu konuyla ilgili literatür tarandığında Saraçlı ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada gece yeme sendromu olan hastalarda dürtü kontrol bozukluğu

prevelansının daha yüksek olduğu saptanmıştır (117). Bir başka çalışmada gece yeme sendromu olanlarda BDÖ dikkat dürtüsellliği alt ölçeğinde daha yüksek puanlar aldığı saptanmıştır (115). Gece yeme sendromu riski yüksek olan hastalarda dürtüsellik puanlarının yüksekliği göz önüne alındığında, gece yeme sendromunun sadece bir kötü yeme davranışından ziyade dürtüsel başka davranışların da (madde bağımlılığı gibi) öncüsü olabileceği kanaatindeyiz. Bununla ilgili gelecekte daha fazla veriye ihtiyaç olmakla birlikte gece yeme sendromu ve madde kullanım bozukluklarının çift yönlü bir ilişkisi olup olmayacağına dair çalışmalar yapılması gerektiğini düşünmekteyiz.

4.3.2.Hasta Grubunda Uyku Bozukluğuyla ilgili verilerin değerlendirilmesi

Çalışmamızda remisyonda OpKB olan hastaların %67'sinde uyku kalitesinin kötü olduğu gözlemlendi. Hastaların yaşı, cinsiyeti, madde kullanımına başlama yaşı, madde kullanım süresi, kullanılan eroin dozu, eroin kullanım yolu, eroin kullanım sıklığı, güncel tedavinin süresi ve İV madde kullanım durumu ile kötü uyku kalitesi olma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmadı. Kötü uyku kalitesi olan hastalarda adli olay öyküsü daha yüksek orandaydı.

Uyku bozukluğu olan grubun GYA toplam puanları, Gece yeme alt boyut puanları ve Duygu durum bozukluğu alt boyut puanları istatistiksel olarak daha yüksek olmakla birlikte kötü uyku kalitesi olan hastalarda gece yeme bozukluğu riski daha yüksek izlendi. Bu durum, gece yeme sendromu ve uyku bozukluğu arasındaki çift yönlü ilişkiyi doğrulamış oldu. Bunu doğrulayacak şekilde yapılan bir çalışmada uykusuzluğun, yeme bozukluğu riskinin artmasıyla, yeme bozukluklarının ise daha fazla uykunun bozulmasıyla ilişkili olduğunu ortaya koymuş olup uyku bozukluğunun, uyku etkinliğinin azaldığı gece yeme sendromu için daha iyi tanımlandığını ifade etmektedir (118). Yapılan bir başka çalışma; açlık ve uykunun homeostatik ve sirkadiyen etkilerin kontrolü altındaki temel biyolojik dürtüler olduğu ve gece yeme bozukluklarının, bu 2 dürtünün koordinasyonu düzensiz olduğunda ortaya çıktığını, bu da gündüz yeme bozukluğunun düzensiz yemesi ile bir uyku bozukluğunun düzensiz uykusunun birleşmesi ile sonuçlandığını belirtmiştir (119).

Çalışmamızda kötü uyku kalitesi olan hastaların madde aşırma ölçek puanları daha yüksek bulundu. Hastaların madde aşırma puanları ile PUKI puanları arasında pozitif yönde orta düzeyde bir korelasyona rastlandı. Madde aşırmeyle ilgili bağımsız faktörler regresyon analizi ile incelendiğinde ise uyku bozukluğunun madde aşırma skorları ile pozitif yönde bağımsız olarak ilişkili olduğu saptandı. Son yıllarda yapılan bir çalışmaya bakıldığında madde kullanımı ve uyku arasındaki ilişki çift yönlü görünmektedir; madde kullanımı doğrudan uyku bozukluklarına neden olabilir ve uyku bozuklukları madde kullanımına nüks için bir risk faktörü olabilir. Artan kanıtlar, madde kullanımının uyku bozukluğuyla ilişkisinin sirkadiyen ritimlerdeki bozukluklarla bağlantılı olarak ortaya çıktığını belirtiyor fakat özellikle sirkadiyen bozukluğun madde kötüye kullanımına yol açma mekanizması ile ilgili hala birçok bilinmeyen vardır (120). Opiyatların bağımlılık potansiyeline ek olarak uyku bozukluğu etkileri opiyat kullanımının olumsuz sonuçları olarak kabul edilmiştir; uyku mimarisine müdahale ederler ve hızlı göz hareketi (REM) uykusuna ve REM olmayan (NREM) uykunun daha derin aşamalarına erişimi engellerler (121). Elde edilen son kanıtlar, uyku sorunlarının da madde kullanımının başlaması ve devam etmesi ile ilişkili olduğunu ve nüks için bir risk faktörü olduğunu ileri sürmüştür (73). Uyku bozulmasının, ağrıya duyarlılığın artması, stres ve olumsuz duygulanım gibi sonuçları vardır (122) ve çoğu madde kullanım bozukluğu hastası için uyku sorunları, eşlik eden hastalıklar, komplikasyonlar ve düşük yaşam kalitesinden sorumludur (123). Tüm bu faktörler kişiyi madde kullanımına yönlendirme açısından risk taşır. Uyku ve madde kullanım bozukluğunu birbirine bağlayan yakın kanıtlara ve bu bağlantının altında yatan biyolojinin aydınlatılmasından ortaya çıkabilecek terapötik potansiyele rağmen, bunun nispeten ihmal edilmiş bir araştırma alanı olduğunu düşünmekteyiz. 2010 yılında yapılan bir çalışmada; OpKB olan hastalarda kötü uykunun nüksü öngördüğüne dair kanıt bulunamadığı belirtilmiş olup alkol bağımlılığında gözlenen uyku bozukluğu ve nüks riski arasındaki bağlantının diğer tüm psikoaktif madde türlerine genelleştirildiği belirtilmektedir (73). Sonraki yıllarda yapılan çalışmalar incelendiğinde yaygın olarak uyku bozukluğunun sirkadiyen ritimler üzerinden aşırma ve nükse neden olma mekanizmasının incelendiğini gördük. 2021 yılında yayımlanan bir makaleye göre bugüne kadar

stres, duygulanım ve aşırma sonuçlarını iyileştirmenin bir aracı olarak OpKB hastalarında uyku sağlığını iyileştirmeyi amaçlayan çok az klinik çalışma veya deneysel çalışma bulunmaktadır. Bu nedenle, OpKB hastalarında uyku iyileştirmesinin doğrudan etkisi büyük ölçüde bilinmemektedir. Yine de mekanik ve klinik araştırmalar, uykuyu hedefleyen terapötik müdahalelerin OpKB tedavisini iyileştirmek için umut verici bir yol olduğunu göstermektedir (105). Gerçekten de ödül devresiyle bu kadar ilişkili olan uyku kalitesini iyileştirmenin OpKB tedavisinin sürdürülmesinde tamamlayıcı bir terapötik hedef olduğu kanaatindeyiz. Çalışmamızdan elde ettiğimiz veriler literatürle uyumlu olmakla birlikte çalışmamız, opiyat kullanımını bırakmaya çalışan bir hasta grubu üzerinde yapılan ve uyku bozukluğunun bağımsız bir faktör olarak aşermeyi yordadığı gösterilen Türkiye’de yapılan ilk çalışma olması açısından önem taşımaktadır.

BDÖ-11 ölçek puan ortalaması ve plan yapmama alt boyut puan ortalaması kötü uyku kalitesi olan hastalarda anlamlı düzeyde daha yüksekti. Akut uyku kaybı genellikle ödül arama davranışlarındaki artışla ilişkilendirilir. Bu kavram artan dürtüsellik ve azaltılmış inhibitör kontrol ile ilgilidir. Birkaç limbik beyin bölgesi hem ödül hem de uykuda kilit rol oynar. Ödül ve güçlendirmeden sorumlu dopamin aracılı mezolimbik devre de uyku/uyanıklık durumlarının düzenlenmesinde yoğun bir şekilde yer alır ve uyku kaybından güçlü bir şekilde etkilenir. İnsanlarda, tek bir gecelik uyku yoksunluğu, ventral striatumdaki D2/D3 dopamin reseptör mevcudiyetini azaltabilir (124,125) bu da risk alma için daha büyük bir eğilim ile ilişkilidir (126). Yapılan bir çalışmada 52 sağlıklı kişiden art arda 3 gece boyunca genellikle yaptıklarından 1.5-2 saat daha az uyumaları istenmiş ve sonrasında bu hafif ila orta derecede uyku yoksunluğunun birkaç bilişsel ve duyuşsal süreci değiştirdiği saptanmış ve uyku yoksunluğundan sonraki sabah normal uykuya kıyasla daha dürtüsel hale geldiklerini ve daha az olumlu etki yaşadıklarını göstermiştir (127). Bir başka çalışmada uykudan mahrum bırakılmış sıçanlarda artan dürtüsellik deneysel olarak gösterilmiştir (128). Uyku bozukluğu aynı zamanda uzamsal ve bağlamsal öğrenme karmaşık bilişsel süreçlerin türünü bozduğu gösterilmiştir (129,130). Bu da dürtüsellüğün plan yapmama alt boyut puan ortalamasının yüksek olmasını açıklamaktadır.

4.3.3.Hasta grubunda madde aşerme skorları ile ilgili verilerin değerlendirilmesi

Çalışmamızda hastaların madde aşerme puanları ile cinsiyet, eroin kullanım yolu, eroin kullanım sıklığı ve İV madde kullanımına göre anlamlı farklılık olmadığı görüldü. Yapılan çalışmalarda buprenorfin tedavisinin başlatılmasıyla aşermenin azaldığı ve buprenorfinin zamanla daha az opiyat kullanımıyla ilişkili olduğu gösterilmiştir (131,132). Bir başka çalışmada buprenorfinin başlanmasından yaklaşık 2 hafta sonra aşerme puanlarının plato olduğu gösterilmektedir. Bu nedenle, relaps riskini değerlendirmek için buprenorfin başladıktan bir veya iki hafta sonra opiyatlar için aşermeyi değerlendirmenin özellikle önemli olduğu belirtilmektedir (133). Birleşik Krallıkta yapılan bir çalışmada en az 2 yıldır buprenorfin alan opiyat kullanım bozukluğu olan hastaların, daha kısa tedavi geçmişi olanlara göre daha uzun remisyon sürecine sahip olduğu gösterilmiştir (134). Bizim çalışmamızda da literatürle uyumlu olarak hastaların madde aşerme puanları ile güncel tedavinin süresi arasında negatif yönde ve madde kullanım süresi ile pozitif yönde zayıf bir korelasyon bulundu.

Adli olay öyküsü olan hastaların madde aşerme puanları anlamlı düzeyde daha yüksek belirlendi. Literatüre bakıldığında Türkiye’de idame tedavi altındaki opiyat kullanım bozukluğu olan bireylerde yapılan araştırmalarda, uyuşturucu suç dışında suç varlığı, aşerme düzeyinin şiddetli olması, yüksek psikopati puanları ile tedaviye uyumsuzluk ile ilişkili bulunmuştur (135). Bu durum, suç geçmişleri olan kişilerin işledikleri suçlarla da bağlantılı olmak üzere tedaviye uyum konusunda sorun yaşamaları ve bu nedenle maddeye daha fazla maruz kalabilme olasılıklarının yüksek olması ile yorumlanabilir.

Madde Aşerme puanının BDÖ-11 puanı ve plan yapamama alt boyut puanı ile pozitif yönde orta düzeyde, Dikkat dürtüsellliği ve Motor dürtüsellliği alt boyut puanı ile pozitif yönde zayıf bir ilişkiye sahip olduğu saptandı. Literatür incelendiğinde bu verileri kanıtlayacak birçok çalışma görülmektedir. Metamfetamin ve kokain bağımlılığı olan hastalarla yürütülmüş bir çalışmada dürtüsellik aşermenin bir yordayıcısı olarak saptanmıştır (136). Alkol bağımlılarında yapılan bir çalışmada dikkat dürtüsellliği ve aşerme arasındaki ilişki gösterilmiştir (137). Yine alkol

bağımlılarında yapılan bir başka çalışmada özellikle motor dürtüsellik ve plansızlık dürtüsellliği alt ölçekleri ve aşırma arasında anlamlı ilişki izlenmiştir (138). Literatüre ve bizim çalışmamıza bakıldığında dürtüsellğin alt boyutlarının aşırma ile olan ilişkisinde farklılıklar olduğu izlenmektedir, bu farklılıkları etkileyen faktörlerin ileri araştırmalar ile incelenmesi gerektiğini düşünmekteyiz.

Çalışmamızda hasta grubunda madde aşırma ile bağımsız olarak ilişkili faktörler regresyon analizi ile incelendiğinde; artan BDÖ-11 skorlarının madde aşırma skorları ile pozitif yönde bağımsız olarak ilişkili olduğu tespit edildi. Dürtüsellğin madde kullanımının hem belirleyicisi hem de sonucu olabildiği yapılan çalışmalarla da kanıtlanmıştır. Bir belirleyici olarak, sürekli dürtüsellik, madde kullanımının başlaması ve madde kullanımından kaçınmama için bir risk faktörüdür (139,140). Dürtüsel davranışlardaki kısa süreli, duruma bağlı artışlar karar verme ve engellenmeyi bozarak remisyonadaki hastaların madde kullanımından kaçınma yeteneğini etkiler ve relapslara neden olabilir.

Ne yazık ki, bağımlılık tedavisi süresince nüks çok yaygın görülmektedir ve bu nedenle tedavi başarısı açısından nüksün öngörücüleri oldukça önemli bir çalışma alanıdır. Aşırmanın nükse sebep olabilecek önemli faktörlerden biri olması nedeniyle çalışmamızdan elde ettiğimiz uyku kalitesi ve dürtüsellğin remisyonadaki hasta grubunda aşırma bağımsız faktörler olarak yordadığı sonucu OpKB olan kişiler için daha etkili ve hedefe yönelik tedavi yaklaşımlarının geliştirilmesine yardımcı olma potansiyeline sahip olması bakımından oldukça önemlidir. Bu nedenle bu hasta grubunda remisyonunda olsalar dahi bu faktörlerin değerlendirilmesi ve tedavi edilmesi gerektiğini düşündürmektedir.

5.SONUÇ VE ÖNERİLER

Halihazırda remisyonda olan OpKB tanılı hastalardan oluşan örneklemimiz ve sağlıklı kontrol grubu uyku kalitesi, gece yeme sendromu riski ve dürtüsellik açısından karşılaştırıldığında hasta grubunda bu alanların hepsinde kontrol grubuna göre anlamlı farklılıklar bulundu.

Hasta grubunun kontrol grubuna oranla daha kötü uyku kalitesine ve daha yüksek gece yeme sendromu riskine sahip olduğu ve dürtüsellikinin daha fazla olduğu saptandı. Dürtüsellik puanları incelendiğinde toplam puan, dikkat dürtüsellik ve plan yapmama alt boyut puanları arasında anlamlı fark olduğu belirlendi.

Hasta grubunda ölçekler arasındaki ilişkiler incelendiğinde gece yeme sendromu riski ve kötü uyku kalitesi ile pozitif yönde çift yönlü bir korelasyon olduğu belirlendi.

Dürtüsellik ve özellikle plan yapmama alt boyutlarının gece yeme sendromu riski ve kötü uyku kalitesi olan hastalarda, dikkat dürtüsellik alt boyutlarının ise gece yeme sendromu riski olan hastalarda daha yüksek olduğu saptandı.

Remisyondaki hastada kötü uyku kalitesi ve dürtüsellik madde aşermeyi bağımsız olarak yordayan faktörler olduğu belirlendi.

OpKB, kronik seyirli, sık sık relaps ve remisyon dönemleriyle seyreden, bu nedenle koruyucu psikiyatrik hizmetlerin önem kazandığı bir hastalıktır. Bu nedenle tedavi başarısını ve remisyon süresini etkileyebilecek kişisel, sosyal ve toplumsal faktörlerin belirlenerek bu faktörlerle ilgili yapılabilecek iyileştirmeler önem kazanmaktadır.

Bizim çalışmamız hastalık sürecinin gidişatına etki edebilecek uyku, dürtüsellik, gece yeme sendromu, aşerme gibi faktörler üzerine inceleme yapmış olup hasta remisyonda olsa bile sağlıklı bireylerle bu faktörler açısından farklılıklar gösterdiği, bu faktörlerin birbirleriyle ilişkili olduğu ve aynı zamanda bazılarının aşermeyi doğrudan yordayarak remisyon sürecine etki edebileceği üzerinde durmuştur.

Çalışmanın Kısıtlılıkları

Çalışmamızın tek merkezli ve kesitsel olması elde edilen bulguların tüm OpKB olan hasta popülasyonu için genelleştirilmesi açısından kısıtlılık yaratmaktadır. Yine bir başka kısıtlılık çalışmaya dahil edilen remisyondaki hastaların tedavinin farklı haftalarında olmaları sayılabilir. Kullandığımız ölçeklerin özbildirim ölçeği niteliğinde olması katılımcıların sorulara verdiği cevapların sosyal normlara uygun olarak verilmesi ya da bellek sorunlarından etkilenme olasılığını ortaya çıkarması açısından bir kısıtlılık olarak sayılabilir.



6.ÖZET

Amaç: Çalışmamızda, remisyondaki opiyat kullanım bozukluğu hastalarının sağlıklı gönüllülerle uyku bozukluğu, gece yeme sendromu, dürtüsellik açısından karşılaştırılması ve bu değişkenlerin birbirleriyle ve aşermeyle olan ilişkilerinin saptanması amaçlanmıştır.

Yöntem: Bu araştırma Akdeniz Üniversitesi Alkol ve Madde Bağımlılığı Araştırma ve Uygulama Merkezi'nde (AMBAUM) yürütülmüş olup, tanımlayıcı ve kesitsel tipte bir çalışmadır. Araştırmaya ayaktan tedavi gören ve DSM-5 tanı kriterlerine göre opiyat kullanım bozukluğu tanısı alan, buprenorfin/nalokson tedavisi ile en az 1 aydır remisyonda olan, 18-65 yaş arası 100 hasta dahil edildi. Kontrol grubu olarak da hasta grubuyla yaş ve cinsiyet açısından benzer özelliklere sahip, madde kullanım öyküsü olmayan 100 sağlıklı gönüllü alındı. Tüm katılımcılara yüz yüze soru cevap şeklinde araştırmacılar tarafından geliştirilmiş araştırmanın amacına uygun yarı yapılandırılmış Sosyodemografik Veri Formu ile birlikte, Pittsburgh Uyku Ölçeği(PUKI),Gece Yeme Anketi(GYA), Barratt Dürtüsellik Ölçeği-11(BDÖ-11) uygulandı. Ek olarak hastalara Madde Aşerme Ölçeği (MAÖ) verildi.

Bulgular: Çalışmamızda, hasta grubunda Gece Yeme anketi (GYA) toplam puanı ($p<0,001$), Gece Yeme ($p<0,001$), Akşam Hiperfajisi ($p=0,022$) ve Duygu Durum Bozukluğu ($p=0,049$) alt boyut puanları da dahil olmak üzere daha yüksek olarak saptandı.Yine hasta grubunun Pittsburgh Uyku Kalitesi (PUKI) ölçek puanları istatistiksel açıdan anlamlı daha yüksek bulundu ($p<0,001$). Hasta grubunda Barrat Dürtüsellik Ölçeği (BDÖ-11) toplam puanı ($p=0,009$) ve dikkat dürtüsellliği ($p=0,021$) ve Plan yapmama ($p=0,004$) alt boyut puanları kontrol grubuna göre istatistiksel olarak daha yüksek saptandı. Hasta grubunda ölçeklerin birbirleriyle ilişkisi incelendiğinde, gece yeme sendromu riski ve kötü uyku kalitesi ile pozitif yönde çift yönlü bir korelasyon olduğu belirlendi. PUKI puanları gece yeme sendromu riski olan grupta daha yüksek olup ($p<0,001$), kötü uyku kalitesi olan hastaların bu grupta daha sık olduğu saptandı (riskli:%88,5 ve risksiz:%59,5; $p=0,007$). Kötü uyku kalitesi olan hastalarda da gece yeme bozukluğu açısından riskli olma oranı daha yüksek izlendi (%34,3 ve %9,1; $p=0,007$). Uyku bozukluğu olan hastaların Madde Aşerme ölçek puanları daha yüksek bulundu ($p<0,001$).

BDÖ-11 ölçek puan ortalaması hem kötü uyku kalitesi olan hastalarda ($p<0,001$) hem de gece yeme sendromu riski olan hastalarda ($p=0,010$) daha yüksek izlendi. Kötü uyku kalitesi olan hastalarda Madde Aşırme puanları istatistiksel açıdan daha yüksekti ($p<0,001$). Gece yeme bozukluğu bakımından riskli olma ile madde aşırme arasında anlamlı bir ilişki bulunmadı ($p=0,069$). Yapılan regresyon analizi sonucunda, hastada kötü uyku kalitesi olmasının ($\beta=0,200$, $p=0,039$) ve artan BDÖ-11 skorlarının ($\beta=0,345$, $p<0,001$) madde aşırme skorları ile pozitif yönde bağımsız olarak ilişkili olduğu tespit edildi, böylece remisyondaki hastada kötü uyku kalitesi ve dürtüselliğın madde aşırmeyi bağımsız olarak yordayan faktörler olduğu belirlendi.

Sonuç: Çalışmamızın sonucunda, remisyondaki OpKB hastalarının sağlıklı kontrollere göre daha kötü uyku kalitesine sahip olduğu, gece yeme sendromunun daha fazla olduğu ve dürtüselliklerinin daha fazla olduğu söylenebilir. Bununla birlikte kötü uyku kalitesi ve dürtüselliğın aşırmeyi doğrudan yordadığı söylenebilir.

Anahtar kelimeler: Opiyat kullanım bozukluğu, aşırme, dürtüsellik, gece yeme sendromu, uyku bozukluğu

7.ABSTRACT

Objective: In our study, it was aimed to compare opiate use disorder patients in remission with healthy volunteers in terms of sleep disorder, night eating syndrome and impulsivity; and also to determine the relationships between these variables and craving.

Method: This research was conducted at Akdeniz University Alcohol and Substance Addiction Research and Application Center (AMBAUM) and is a descriptive and cross-sectional study. A total of 100 outpatients, aged 18-65 years, who were diagnosed with opiate use disorder according to DSM-5 diagnostic criteria, who were in remission for at least 1 month with buprenorphine/naloxone treatment, were included in the study. As the control group, 100 healthy volunteers with similar characteristics in terms of age and gender with the patient group and without a history of substance use were recruited. Pittsburgh Sleep Quality Index, Night Eating Questionnaire, Barratt Impulsivity Scale-11 were administered to all participants, along with a semi-structured Sociodemographic Data Form developed by the researchers in the form of face-to-face questions and answers. In addition, The Substance Craving Scale was given to the patients.

Results: In our study, we found that the Night Eating Questionnaire total score ($p<0.001$), Night Eating ($p<0.001$), Evening Hyperphagia ($p=0.022$) and Mood Disorder ($p=0.049$) sub-dimension scores were found in the patient group. Pittsburgh Sleep Quality Index(PUKI) scores of the patient group were also found to be statistically significantly higher ($p<0.001$). Barrat Impulsivity Scale (BIS-11) total score ($p=0.009$) and attention impulsivity ($p=0.021$) and not planning ($p=0.004$) sub-dimension scores were found to be statistically higher in the patient group compared to the control group. When the relationship between the scales was examined in the patient group, it was determined that there was a positive bidirectional correlation with the risk of night eating syndrome and poor sleep quality. PUKI scores were higher in the group with night eating syndrome risk ($p<0.001$), and patients with poor sleep quality were found to be more common in this group (risky: 88.5% and no risk: 59.5%; $p=0.007$). The risk of night eating disorder was also higher in patients with poor sleep quality (34.3% vs. 9.1%;

$p=0.007$). Patients with sleep disorders had higher Substance Craving scale scores ($p<0.001$). The mean BIS-11 scale score was higher in both patients with poor sleep quality ($p<0.001$) and patients at risk of night eating syndrome ($p=0.010$). Substance Craving scale scores were statistically higher in patients with poor sleep quality ($p<0.001$). There was no significant relationship between being at risk for night eating disorder and substance craving ($p=0.069$). As a result of the regression analysis, it was determined that poor sleep quality ($\beta=0.200$, $p=0.039$) and increased BIS-11 scores ($\beta=0.345$, $p<0.001$) were positively and independently associated with craving scores. It was determined that poor sleep quality and impulsivity were factors that independently predicted substance craving.

Discussion: As a result of our study, it can be said that opiate use disorder patients in remission have worse sleep quality, more night eating syndrome and more impulsivity than healthy controls. However, it can be said that poor sleep quality and impulsivity directly predict craving.

Keywords: Opioid use disorder, craving, impulsivity, night eating syndrome, sleep disorder

8.KAYNAKLAR

1. Öztürk M, Ögel K, Evren C BR. Bağımlılık tanı, tedavi, önleme. In yeşilay yayınları; 2019. p. 251–69
2. C. E. Opioid kullanım bozukluğunda tanı ve tedavi kılavuzu. Düşünen Adam; 2017
3. N. D. Madde bağımlılığı tanı ve tedavi kılavuzu. In 2011
4. Al-Hasani R, Bruchas MR. Molecular mechanisms of opioid receptor-dependent signaling and behavior. *Anesthesiology*. 2011 Dec;115(6):1363-81
5. Dhawan, B. N. (1996). International Union of Pharmacology. XII. Classification of opioid receptors. *Pharmacol. Rev.*, 48, 567-592
6. Goldstein, A., & Naidu, A. (1989). Multiple opioid receptors: ligand selectivity profiles and binding site signatures. *Molecular Pharmacology*, 36(2), 265-272
7. Endres-Becker J, Heppenstall PA, Mousa SA, Labuz D, Oksche A, Schäfer M, Stein C, Zöllner C. Mu-opioid receptor activation modulates transient receptor potential vanilloid 1 (TRPV1) currents in sensory neurons in a model of inflammatory pain. *Mol Pharmacol*. 2007 Jan;71(1):12-8
8. Anand, J. P., & Montgomery, D. (2018). Multifunctional opioid ligands. *Delta Opioid Receptor Pharmacology and Therapeutic Applications*, 21-51
9. Rosenblum, A., Marsch, L. A., Joseph, H., & Portenoy, R. K. (2008). Opioids and the treatment of chronic pain: controversies, current status, and future directions. *Experimental and clinical psychopharmacology*, 16(5), 405
10. George F. Koob, Neurobiology of Opioid Addiction: Opponent Process, Hyperkatifeia, and Negative Reinforcement, *Biological Psychiatry* January 1, 2020; 87:44–53
11. Goldstein, R. Z., & Volkow, N. D. (2002). Drug addiction and its underlying neurobiological basis: neuroimaging evidence for the

- involvement of the frontal cortex. *American Journal of Psychiatry*, 159(10), 1642-1652
12. Koob, G. F., & Moal, M. L. (1997). Drug abuse: hedonic homeostatic dysregulation. *Science*, 278(5335), 52-58
 13. John Strang, Opioid Use Disorder, *Nature Reviews Disease Primers* volume 6, Article number: 3 (2020)
 14. Guignard, B. et al. Acute opioid tolerance: intraoperative remifentanyl increases postoperative pain and morphine requirement. *Anesthesiology* 93, 409–417 (2000)
 15. Laulin, J. P., Celerier, E., Larcher, A., Le Moal, M. & Simonnet, G. Opiate tolerance to daily heroin administration: an apparent phenomenon associated with enhanced pain sensitivity. *Neuroscience* 89, 631–636 (1999)
 16. Martin WR, Jasinski DR, Haertzen CA, et al. Methadone—A Reevaluation. *Arch Gen Psychiatry*. 1973;28(2):286–295
 17. Yaksh, T. & Wallace, M. in *Goodman and Gilman's Pharmacological Basis of Therapeutics* Ch. 20 (McGraw-Hill Education, 2017)
 18. Volkow, N. D. & McLellan, A. T. Opioid abuse in chronic pain—misconceptions and mitigation strategies. *N. Engl. J. Med.* 374, 1253–1263 (2016)
 19. Latowsky, M. Improving detoxification outcomes from methadone maintenance treatment: the interrelationship of affective states and protracted withdrawal. *J. Psychoact. Drugs* 28, 251–257 (1996)
 20. O'Brien, C. P., Testa, T., O'Brien, T. J., Brady, J. P. & Wells, B. Conditioned narcotic withdrawal in humans. *Science* 195, 1000–1002 (1977)
 21. Odysseia, Homeros. Can Yayınları, 26. Baskı. Çev: Azra Erhat, A. Kadir. 23. Kitap
 22. Arago'n-Poce F., History of opium, International Congress Series 1242 (2002)19 – 21
 23. Krishnamurti, C., & Rao, S. C. (2016). The isolation of morphine by Serturmer. *Indian journal of anaesthesia*, 60(11), 861

24. Milhorn, H.T. (1990). Opioids. In: Chemical Dependence. Springer, New York, NY. https://doi.org/10.1007/978-1-4612-3418-0_11
25. 2016 Global Burden of Disease study
26. Sır A, Özkan Ö, Bayram Y, Kan A. Diyarbakır bölgesinde esrar ve eroin kullanıcılarının sosyodemografik özellikleri. Turk Psikiyatri Derg 1998; 9: 291-295.
27. Türkcan A. Türkiye’de alkol kullanımı ve bağımlılığının yaygınlığı üzerine bir gözden geçirme. Turk Psikiyatri Derg 1999; 10: 310-318
28. Ögel K, Tamar D, Çakmak D, Madde kullanımı sorununda Türkiye’nin yerine bir bakış. Turk Psikiyatri Derg 1998; 9:301-307
29. Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi Alkol Madde Araştırma ve Tedavi Merkezi 1996 yıllık faaliyet raporu, 1996, İstanbul
30. Asan Ömer, Tıkr Baise, Okay İhsan Tuncer GE. Sociodemographic and clinical features of patients with alcohol and substance use disorders in a specialized unit. Bağımlılık Derg. 2015;16(1):1-8
31. TUBİM. Türkiye Uyuşturucu Raporu. Ankara; 2019
32. TUBİM.Türkiye Uyuşturucu Raporu.Ankara:2021
33. Deborah S. Hasin,DSM-5 Criteria for Substance Use Disorders: Recommendations and Rationale, Am J Psychiatry 2013; 170:834–851
34. Köroğlu E. DSM-5 Tanı ölçütleri başvuru el kitabı. Beşinci baskı, Ankara: HYB. 2013
35. N. D. Madde bağımlılığı tanı ve tedavi kılavuzu. In 2012
36. Ögel K, Evren C, Karadağ F, Tamar Gürol D. Bağımlılık Profil İndeksi’nin (BAPİ) Geliştirilmesi, Geçerlik ve Güvenilirliği. [The development, validity, and reliability of the Addiction Profile Index (API).]. Türk Psikiyatri Dergisi. 2012
37. Washton AM. Relapse Prevention: Maintenance Strategies in the Treatment of Addictive Behaviors. J Stud Alcohol. 1986
38. Donovan DM. Assesment issues and domains in the prediction of relapse. Addiction 1996; 91(suppl):S29-S36

39. Yılmaz A, Can Y., Bozkurt M., Evren C. Alkol ve Madde Bağımlılığında Remisyon ve Depreşme, Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar-Current Approaches in Psychiatry 2014;6(3):243-256
40. Amerikan Psikiyatri Birliği (1994) Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı, dördüncü baskı (DSM-IV) (Çev. ed.: E Köroğlu) Hekimler Yayın Birliği, Ankara, 1995
41. Tiffany, S. T., & Wray, J. M. (2012). The clinical significance of drug craving. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1248(1), 1-17
42. The Role of Craving in Substance Use Disorders: Theoretical and Methodological Issues, Sayette M. *Annu. Rev. Clin. Psychol.* 2016. 12:2.1–2.27
43. Thomas SE, Deas D. The A-OCDS predicts both craving and alcohol cue reactivity in adolescent alcoholics. *Addict Behav* 2005;30:1638-1648
44. Tiffany ST, Carter BL, Singleton EG. Challenges in the manipulation, assessment and interpretation of craving relevant variables. *Addiction* 2000;95 (Suppl 2):177-87
45. Swift RM. Medications and alcohol craving. *Alcohol Res Health* 1999;23:207-213
46. Li, Q., Wang, Y., Zhang, Y., Li, W., Yang, W., Zhu, J., ... & Tian, J. (2012). Craving correlates with mesolimbic responses to heroin-related cues in short-term abstinence from heroin: an event-related fMRI study. *Brain research*, 1469, 63-72
47. Koob, G. F. a Volkow, ND (2010). Neurocirkulace závislosti. *Neuropsychopharmacology*, 35, 217-238
48. Goldstein, R. Z., & Volkow, N. D. (2011). Dysfunction of the prefrontal cortex in addiction: neuroimaging findings and clinical implications. *Nature reviews neuroscience*, 12(11), 652-669
49. Ho MY, Mobini S, Chiang TJ, Bradshaw CM, Szabadi E. Theory and method in the quantitative analysis of 'impulsive choice' behaviour: implications for psychopharmacology. *Psychopharmacology (Berl)* 1999; 146:362-372

50. George O, Koob GF. Individual differences in prefrontal cortex function and the transition from drug use to drug dependence. *Neurosci Biobehav Rev* 2010; 35:232-247
51. Patton JH, Stanford MS, Barratt ES. Factor structure of the Barratt impulsiveness scale. *J Clin Psychol* 1995; 51:768-74
52. Hollender E, Evers M. New developments in impulsivity. *Lancet* 2001; 358(9286): 949-50
53. de Wit H. Impulsivity as a determinant and consequence of drug use: a review of underlying processes. *Addict Biol* 2009; 14(1): 22-31
54. Mohammadzadeh A, Khosravani V, Feizi R. The comparison of impulsivity and craving in stimulant-dependent, opiate-dependent and normal individuals. *J Subst Use* 2018; 23(3): 312-317
55. Bickel WK, Marsch LA. Toward a behavioral economic understanding of drug dependence: delay discounting processes. *Addiction* 2001; 96:73-86
56. Lane SD, Cherek DR, Rhoades HM, Pietras CJ, Tcheremissine OV. Relationships among laboratory and psychometric measures of impulsivity: implications in substance abuse and dependence. *Addict Disord Their Treat* 2003; 2:33–40
57. Miller L. Predicting relapse and recovery in alcoholism and addiction: neuropsychology, personality, and cognitive style. *J Subst Abuse Treat* 1991;8:277–91
58. Tracy JJ. Assessing the relationship between craving and relapse. *Drug Alcohol Rev* 1994;13:71–7
59. Markov, D., & Goldman, M. (2006). Normal sleep and circadian rhythms: neurobiologic mechanisms underlying sleep and wakefulness. *Psychiatric Clinics*, 29(4), 841-853
60. Lu, B. S., & Zee, P. C. (2010). Neurobiology of sleep. *Clinics in chest medicine*, 31(2), 309-318
61. J.T. Arnedt, D.A. Conroy, K.J. Brower, Treatment options for sleep disturbances during alcohol recovery, *J. Addict. Dis.* 26 (4) (2007) 41–54

62. K.M. Sharkey, M.E. Kurth, B.J. Anderson, R.P. Corso, R.P. Millman, M.D. Stein, Assessing sleep in opioid dependence: a comparison of subjective ratings, sleep diaries, and home polysomnography in methadone maintenance patients, *Drug Alcohol Depend.* 113 (2–3) (2011 Jan 15) 245–248
63. H.R. Colten, B.M. Altevogt, *Sleep Disorders and Sleep Deprivation: an Unmet Public Health Problem*. Institute of Medicine (US) Committee on Sleep Medicine and Research, National Academies Press (US), Washington (DC), 2006
64. L. Mallon, J.E. Broman, J. Hetta, Sleep complaints predict coronary artery disease mortality in males: a 12-year follow-up study of a middle-aged Swedish population, *J. Intern. Med.* 251 (3) (2002) 207–216
65. Johnson EO, Breslau N. Sleep problems and substance use in adolescence. *Drug Alcohol Depend.* 2001;64(1):1–7
66. Kaplan KA, McQuaid J, Batki SL, Rosenlicht N. Behavioral treatment of insomnia in early recovery. *J Addict Med.* 2014;8(6):395–8
67. Lewis, S. A., Oswald, I., Evans, J. I., Akindele, M. O., & Tompsett, S. L. (1970). Heroin and human sleep. *Electroencephalography and clinical neurophysiology*, 28(4), 374-381
68. Asaad, T. A., Ghanem, M. H., Samee, A. M. A., & El-Habiby, M. M. (2011). Sleep profile in patients with chronic opioid abuse: A polysomnographic evaluation in an Egyptian sample. *Addictive Disorders & Their Treatment*, 10(1), 21-28
69. Peles, E., Schreiber, S., Hamburger, R. B., & Adelson, M. (2011). No change of sleep after 6 and 12 months of methadone maintenance treatment. *Journal of addiction medicine*, 5(2), 141-147
70. Kay, D. C., Pickworth, W. B., Neidert, G. L., Falcone, D., Fishman, P. M., & Othmer, E. (1979). Opioid effects on computer-derived sleep and EEG parameters in nondependent human addicts. *Sleep*, 2(2), 175-191
71. Kay, D. C., Pickworth, W. B., & Neider, G. L. (1981). Morphine-like insomnia from heroin in nondependent human addicts. *British journal of clinical pharmacology*, 11(2), 159-169

72. Roncero C, Grau-Lopez L, Diaz-Moran S, Miquel L, Martinez-Luna N, Casas M. Evaluation of sleep disorders in drug dependent inpatients. *Med Clin (Barc)*. 2012;138(8):332–5
73. K.J. Brower, B.E. Perron, Sleep disturbance as a universal risk factor for relapse in addictions to psychoactive substances, *Med. Hypotheses* 74 (5) (2010) 928–933).
74. Killgore WDS, Balkin TJ, Wesensten NJ. Impaired decision-making following 49 hours of sleep deprivation. *J Sleep Res* 2006;15:7e13. [12]
75. Killgore WDS, Kahn-Greene ET, Lipizzi EL, Newman RA, Kamimori GH, Balkin TJ. Sleep deprivation reduces perceived emotional intelligence and constructive thinking skills. *Sleep Med* 2008;9:517e26
76. Menz MM, Büchel C, Peters J. Sleep deprivation is associated with attenuated parametric valuation and control signals in the midbrain during value-based decision making. *J Neurosci* 2012;32:6937e46
77. Yoo SS, Gujar N, Hu P, Jolesz FA, Walker MP. The human emotional brain without sleep e a prefrontal amygdala disconnect. *Curr Biol* 2007;17:R877e8
78. Fatma özlem Orhan,Deniz Tuncel,Gece Yeme Bozuklukları, PSIKIYATRİDE GÜNCEL YAKLAŞIMLAR-CURRENT APPROACHES IN PSYCHIATRY 2009; 1:132-154
79. Stunkard AJ, Grace WJ, Wolf HG: The night-eating syndrome. *Am J Med* 1955; 19:78–86
80. O'Reardon JP, Ringel BL, Dinges DF, Allison KC, Rogers NS, Martino NS, Stunkard AJ: Circadian eating and sleeping patterns in the night eating syndrome. *Obes Res* 2004; 12:1789–1796
81. Lundgren J.D.,Allison K.C.,Crow S.,O' Reardon J.P.,Berg K.C.,Galbraith J.,Martino N.S.,Stunkard A.J. , Prevalence of the Night Eating Syndrome in a Psychiatric Population , *Am J Psychiatry* 2006; 163:156–158
82. Angarita Gustavo A. ve ark. , Sleep abnormalities associated with alcohol, cannabis, cocaine, and opiate use: a comprehensive review, Angarita et al. *Addict Sci Clin Pract* (2016) 11:9

83. Tripathi R, Rao R, Dhawan A, Jain R, Sinha S, Opioids and sleep- A Review of literature, Sleep Medicine, <https://doi.org/10.1016/j.sleep.2019.06.012>
84. Evren C, Tamar Gürol D, Ögel K KF. Reliability and validity of the Penn Alcohol Craving Scale (PACS) Revised Version for substance craving in male substance dependent inpatients. *Türk Psikiyatr Derg.* 2011
85. Güleç H, Tamam L, Güleç MY, Turhan M, Karakuş G ZM. Barratt Dürtüsellik Ölçeği-11 (BIS-11)'in Türkçe uyarlamasının psikometrik özellikleri. *Klin Psikofarmakol Bülteni.* 2008;(18):251-258
86. Buysse, D. J., Reynolds, C. F., Monk, T. H., Berman, S. R., Kupfer, D. J. (1989). The Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI): A New Instrument for Psychiatric Research and Practice. *Psychiatry Research*, 28(2), 193-213
87. Ağargün, M. Y., Kara, H., Anlar, Ö. (1996). Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi'nin Geçerliliği ve Güvenirliği. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 7(2), 107-115
88. Allison KC, Lundgren JD, O'Reardon JP, Martino NS, Sarwer DB, Wadden TA, et al. The Night Eating Questionnaire (NEQ): Psychometric properties of a measure of severity of the Night Eating Syndrome. *Eat Behav* 2008; 9:62-72
89. Atasoy, N., Saracli, O., Konuk, N., Ankarali, H., Guriz, S., Akdemir, A., ... & Atik, L. (2014). The reliability and validity of Turkish version of The Night Eating Questionnaire in psychiatric outpatient population. *ANADOLU PSIKIYATRI DERGISI-ANATOLIAN JOURNAL OF PSYCHIATRY*, 15(3)
90. SAATÇIOĞLU, Ö., EVREN, E. C., & ÇAKMAK, D. (2003). 1998-2002 yılları arasında yatarak tedavi gören alkol ve madde kullanımı olan olguların değerlendirilmesi. *Bağımlılık Dergisi*, 4(3), 109-117
91. 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
92. Degenhardt L, Whiteford HA, Ferrari AJ, Baxter AJ, Charlson FJ, Hall WD, et al. Global burden of disease attributable to illicit drug use and

dependence: Findings from the Global Burden of Disease Study 2010. Lancet. 2013

93. Beşikçi D. BR. Opiyat Kullanım Bozukluğu Tanılı Hastalardan Opiyat Kullanımı Devam Edenler ve Remisyonda Olanların Sağlıklı Kontrollerle Dikkat, Dürtüsellik ve Yürütücü İşlevler Açısından Karşılaştırılması. T.C. Sağlık Bilimleri Üniversitesi; 2019
94. Ali Erdoğan, Hacer Yalnız Dilcen, Buket Cinemre, Burak Kulaksızoğlu, Dilara İnan & Mehmet Murat Kuloğlu (2022) Bağımlılık merkezine başvuran hastaların sosyodemografik ve klinik özellikleri, Journal of Substance Use, 27:3, 327
95. Kullanım O, Olan B, Ve B, Uygulanan Y, Danışmanlığının G, Remisyon B, et al. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. 2018
96. Evren C, Karabulut V, Can Y, Bozkurt M, Umut G, Evren B. Buprenorfin/nalokson idame tedavisindeki eroin bağımlısı hastalarda 6 aylık izlem süresinde seyrin belirleyicileri. Klin Psikofarmakol Bul. 2014;24(4):311–22
97. Bilici, R., Ugurlu, G., Tufan, E., Guven, T., & Ugurlu, M. (2012). The sociodemographic features of patients hospitalized at a center for addiction. *Firat Medical Journal*, 17, 223-227
98. Mutlu, E. A., & Sarıkaya, Ö. Ö. (2019). Bir AMATEM kliniğinde tedavi gören hastaların sosyodemografik verilerinin incelenmesi. *Klinik Psikiyatri Dergisi*, 22(3), 276-285
99. Nebioğlu M, Yalnız H, Güven FM GÖ. Opiyat Bağımlılarında Diğer Maddelerin Kullanımı ve Sosyodemografik Özellikler ile İlişkisi. 2013;12(1):35–42
100. Avrupa Uyuşturucu ve Uyuşturucu Bağımlılığını İzleme Merkezi. Avrupa Uyuşturucu Raporu. 2018
101. TUBİM. EMCDDA 2014 ULUSAL RAPORU (2013 Verileri). 2014
102. Zibbell, J. E., Asher, A. K., Patel, R. C., Kupronis, B., Iqbal, K., Ward, J. W., & Holtzman, D. (2018). Increases in acute hepatitis C virus infection related to a growing opioid epidemic and associated injection

- drug use, United States, 2004 to 2014. *American journal of public health*, 108(2), 175-181
103. Arria, A. M., & McLellan, A. T. (2012). Evolution of concept, but not action, in addiction treatment. *Substance use & misuse*, 47(8-9), 1041-1048
 104. Xiao, L., Tang, Y. L., Smith, A. K., Xiang, Y. T., Sheng, L. X., Chi, Y., ... & Luo, X. N. (2010). Nocturnal sleep architecture disturbances in early methadone treatment patients. *Psychiatry research*, 179(1), 91-95
 105. Huhn, A. S., & Finan, P. H. (2021). Sleep disturbance as a therapeutic target to improve opioid use disorder treatment. *Experimental and clinical psychopharmacology*
 106. Evren, C., & Bozkurt, M. (2017). Impulsivity and opioid use disorder. *Dusunen Adam The Journal of Psychiatry and Neurological Sciences*, 30(2), 75
 107. Cengiz, Y., Toker, S. G., Oğuz Karamustafalıoğlu, K., Bakım, B., & Özçelik, B. (2011, April). Psikiyatrik Ayaktan Hasta Popülasyonunda Gece Yeme Sendromunun Yaygınlığı ve Diğer Psikiyatrik Bozukluklarla Birlikteliği. In *Yeni Symposium* (Vol. 49, No. 2)
 108. Cerú-Björk, C., Andersson, I., & Rössner, S. (2001). Night eating and nocturnal eating—two different or similar syndromes among obese patients?. *International Journal of Obesity*, 25(3), 365-372
 109. Allison, K. C., Wadden, T. A., Sarwer, D. B., Fabricatore, A. N., Crerand, C. E., Gibbons, L. M., ... & Williams, N. N. (2006). Night eating syndrome and binge eating disorder among persons seeking bariatric surgery: prevalence and related features. *Surgery for Obesity and Related Diseases*, 2(2), 153-158
 110. Gluck, M. E., Geliebter, A., & Satov, T. (2001). Night eating syndrome is associated with depression, low self-esteem, reduced daytime hunger, and less weight loss in obese outpatients. *Obesity research*, 9(4), 264-267

111. F.Ö. Orhan , UG Özer , A. Özer , Ö. Altunören , M. Çelik , MF Kar
aaslan Depresyonlu hastalarda gece yeme sendromu Isr J Psychiatry Relat
Sci , 48 (2011) , s. 212 – 217
112. Grilo, C. M., & Masheb, R. M. (2004). Night-time eating in men
and women with binge eating disorder. *Behaviour Research and
Therapy*, 42(4), 397-407
113. Aronoff, N. J., Geliebter, A., & Zammit, G. (2001). Gender and body
mass index as related to the night-eating syndrome in obese
outpatients. *Journal of the American Dietetic Association*, 101(1), 102-102
114. Lundgren, J. D., Allison, K. C., O'Reardon, J. P., & Stunkard, A. J.
(2008). A descriptive study of non-obese persons with night eating
syndrome and a weight-matched comparison group. *Eating
Behaviors*, 9(3), 343-351
115. Vinai, P., Ferri, R., Anelli, M., Ferini-Strambi, L., Zucconi, M.,
Oldani, A., & Manconi, M. (2015). New data on psychological traits and
sleep profiles of patients affected by nocturnal eating. *Sleep
Medicine*, 16(6), 746-753
116. Canan, F., Karaca, S., Sogucak, S., Gecici, O., & Kuloglu, M.
(2017). Eating disorders and food addiction in men with heroin use
disorder: a controlled study. *Eating and Weight Disorders-Studies on
Anorexia, Bulimia and Obesity*, 22(2), 249-257
117. Saraçlı, Ö., Atasoy, N., Akdemir, A., Güriz, O., Konuk, N., Sevinçer,
GM, ... & Atik, L. (2015). Ayakta psikiyatrik hasta popülasyonunda gece
yeme sendromunun prevalansı ve klinik özellikleri. *Kapsamlı
psikiyatri* , 57 , 79-84
118. Allison, K. C., Spaeth, A., & Hopkins, C. M. (2016). Sleep and
eating disorders. *Current psychiatry reports*, 18(10), 1-8
119. Winkelman, J. W. (2006). Sleep-related eating disorder and night
eating syndrome: sleep disorders, eating disorders, or both?. *Sleep*, 29(7),
876-877
120. Hasler BP, Smith LJ, Cousins JC, Bootzin RR. Circadian rhythms,
sleep, and substance abuse. *Sleep Med Rev*. 2012;16(1):67–81

121. Moore JT, Kelz MB. Opiates, sleep, and pain: the adenosinergic link. *Anesthesiology*. 2009;111(6):1175–6
122. Valentino, R. J., & Volkow, N. D. (2020). Drugs, sleep, and the addicted brain. *Neuropsychopharmacology*, 45(1), 3-5
123. Basu, A., Anand, N., & Das, M. (2022). Sleep and Substance-Use Disorder. In *Sleep and Neuropsychiatric Disorders* (pp. 435-464). Springer, Singapore.
124. Volkow, N. D., Wang, G. J., Fowler, J. S., & Telang, F. (2008). Overlapping neuronal circuits in addiction and obesity: evidence of systems pathology. *Philosophical Transactions of the Royal Society B: Biological Sciences*, 363(1507), 3191-3200
125. Volkow, N. D., Wang, G. J., Fowler, J. S., & Tomasi, D. (2012). Addiction circuitry in the human brain. *Annual review of pharmacology and toxicology*, 52, 321-336
126. Ahrens, A. M., & Ahmed, O. J. (2020). Neural circuits linking sleep and addiction: Animal models to understand why select individuals are more vulnerable to substance use disorders after sleep deprivation. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 108, 435-444
127. Saksvik-Lehouillier I, Saksvik SB, Dahlberg J, Tanum TK, Ringen H, Karlsen HR, et al. Mild to moderate partial sleep deprivation is associated with increased impulsivity and decreased positive affect in young adults. *Sleep*. 2020;43:zsaa078
128. Pezzato, F. A., Silveira, D. T., Novais, D. B., & Hoshino, K. (2012). Assessment of impulsivity in REM-sleep deprived rats. *Sleep Science*, 5(3), 79-83
129. Hagewoud, R., Havekes, R., Novati, A., Keijser, J. N., Van der Zee, E. A., & Meerlo, P. (2010). Sleep deprivation impairs spatial working memory and reduces hippocampal AMPA receptor phosphorylation. *Journal of sleep research*, 19(2), 280-288
130. Kreutzmann, J. C., Havekes, R., Abel, T., & Meerlo, P. (2015). Sleep deprivation and hippocampal vulnerability: changes in neuronal plasticity, neurogenesis and cognitive function. *Neuroscience*, 309, 173-190

131. Ling W, Charuvastra C, Collins JF, Batki S, Brown LS, Jr Kintaudi P, Wesson DR, et al. Buprenorphine maintenance treatment of opiate dependence: a multicenter, randomized clinical trial. *Addiction* 1998;93:475–486
132. Fudala PJ, Bridge TP, Herbert S, Williford WO, Chiang CN, Jones K, Collins J, et al. Office-based treatment of opiate addiction with a sublingual-tablet formulation of buprenorphine and naloxone. *N Engl J Med* 2003;349:949–958
133. Tsui, J. I., Anderson, B. J., Strong, D. R., & Stein, M. D. (2014). Craving predicts opioid use in opioid-dependent patients initiating buprenorphine treatment: A longitudinal study. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 40(2), 163-169
134. Bauld, L., MacKintosh, A. M., Eastwood, B., Ford, A., Moore, G., Dockrell, M., ... & McNeill, A. (2017). Young people's use of e-cigarettes across the United Kingdom: findings from five surveys 2015–2017. *International journal of environmental research and public health*, 14(9), 973
135. Mutlu, E., & Bilici, R. (2015). Outcomes of buprenorphine-naloxone maintenance therapy: One year follow up study from Turkey. *Editorial Board*.
136. Tziortzis D, Mahoney JJ, Kalechstein AD, Newton TF, La Garza R De. The relationship between impulsivity and craving in cocaine- and methamphetamine-dependent volunteers. *Pharmacol Biochem Behav* [Internet]. 2011;98(2):196–202
137. Sorribes, M., Torrens, M., & Roncero, C. (2019). Relationship between craving and impulsivity in patients with alcohol dependence with or without dual disorders in an outpatient treatment center: a descriptive study. *Actas Esp Psiquiatr*, 47(3), 88-96
138. Papachristou H, Nederkoorn C, Havermans R, Van Der Horst M, Jansen A. Can't stop the craving: The effect of impulsivity on cue-elicited craving for alcohol in heavy and light social drinkers. *Psychopharmacology (Berl)*. 2012

- 139.** Kreek, M. J., Nielsen, D. A., Butelman, E. R., & LaForge, K. S. (2005). Genetic influences on impulsivity, risk taking, stress responsivity and vulnerability to drug abuse and addiction. *Nature neuroscience*, 8(11), 1450-1457
- 140.** Kozak, K., Lucatch, A. M., Lowe, D. J., Balodis, I. M., MacKillop, J., & George, T. P. (2019). The neurobiology of impulsivity and substance use disorders: implications for treatment. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1451(1), 71-91



9.EKLER:

ASGARİ BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU

Katılımcı / Gönüllünün Protokol Numarası:

1. Araştırmayla İlgili Bilgiler:

Araştırmmanın Adı: Remisyonadaki Opiyat Kullanım Bozukluğu Hastalarında Dürtüsellik, Aşırme, Uyku bozukluğu ve Gece Yeme Sendromu Arasındaki İlişki

Araştırmmanın İçeriği: Akdeniz Üniversitesi Hastanesi Alkol ve Madde Bağımlılığı Araştırma ve Uygulama Merkezi (AMBAUM)'ne başvuran opiyat kullanım bozukluğu tanısıyla uygun doz ve sürede buprenorfin/nalokson idame tedavisi alan yaklaşık 100 hastaya ve 100 sağlıklı gönüllüye sosyodemografik veri formu ve öz bildirim ölçekleri verilecektir.

Araştırmmanın Amacı: Opiyat kullanım bozukluğu tanılı hastalarda dürtüsellik, aşırme, uyku bozukluğu, gece yeme sendromu varlığı ve bunlar arasındaki ilişkinin belirlenerek, tedavi ve remisyon sürecine katkıda bulunan bu değişkenlerin saptanması amaçlanmıştır.

Araştırmmanın Nedeni: Tez çalışması

() Bilimsel araştırma

(+) Tez çalışması

Araştırmmanın Öngörülen Süresi:15 Mart 2022-15 Nisan 2022 tarihleri arasında yaklaşık 1 ay

Araştırmaya Katılması Beklenen Katılımcı/Gönüllü Sayısı:100 hasta,100 sağlıklı gönüllü

Araştırmada İzlenecek Deneysel İşlemler: Katılmayı kabul eden gönüllüler özbildirim ölçekleri ve sosyodemografik veri formu dolduracaktır.

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

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

Ek risk ya da rahatsızlık bulunmamaktadır.

3. Gönüllüler/Katılımcılar İçin Araştırmadan Beklenen Yarar:

Bu riskli grubu daha iyi tanımak,remisyon sürecine katkıda bulunabilecek veya nükse sebep olabilecek değişkenlerin belirlenerek uygun koruma ve destek programlarının hazırlanması

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.Pınar Erdoğan Türkmen Telefon:05383613897

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 çalışma ekibi tarafından karşılanacağı bana bildirildi.

6.Araştırma Giderleri:

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

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

- Araştırmaya hiçbir baskı ve zorlama altında olmaksızın gönüllü olarak katılıyorum.
- Araştırmaya katılmayı reddetme hakkına sahip olduğum bana bildirildi.
- Sorumlu araştırmacıya haber vermek kaydıyla, hiçbir gerekçe göstermeksizin istediğim anda bu çalışmadan çekilebileceğimin bilincindeyim.

8.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.

9.Gizlilik:

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

10.Çalışmaya Katılma Onayı:

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

Bu metnin imzalı bir kopyasını aldım.

Gönüllünün / katılımcının Adı- Soyadı:

Yaş ve Cinsiyeti:

İmzası:

Adresi (varsa telefon ve/veya fax numarası):

.....
.....

Tarih:

Velayet ya da vesayet altında bulunanlar için;

Veli ya da Vasinin Adı- Soyadı:

İmzası:

Adresi (varsa telefon ve/veya fax numarası):

.....
.....

Tarih:

Açıklamaları Yapan Araştırmacının Adı- Soyadı:Pınar Erdoğan Türkmen

İmzası:

Tarih:

Onam alma işlemine başından sonuna kadar tanıklık eden kuruluş görevlisinin

Adı- Soyadı:

İmzası:

SOSYODEMOGRAFİK VERİ FORMU

Yaşınız

Cinsiyetiniz: 1. Kadın 2. Erkek

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

Çocuğunuz Var mı ? 1. Var 2. Yok

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

Eğitim Durumunuz: 1. İlköğretim 2. Lise 3. Üniversite

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

Çalışma Durumunuz: 1. Halen çalışıyorum
2. Çalışmıyorum

EROİN:

Kullanım yolu	Sıklık(her gün, gün aşırı, haftada 1-2 defa, ayda 1-2 defa...)	Dozu	Başlama yaşı	Kullanım süresi

Daha önce aldığı tedaviler: 1. Suboxone 2. Naltrekson tb, 3. Naltrekson implant,

Şu anda aldığınız tedaviye kaç aydır devam etmektesiniz?.....ay

Daha önce yatarak tedavi öyküsü: -1.var 2.yok varsa ; 1.1 kez 2.2 kez 3.3kez ve üzeri

En uzun bırakma (temiz kalma) süresi: ay,

Damar yolu ile madde kullanımı): 1. Var 2. Yok

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

Bilinen başka psikiyatrik hastalık : 1. Var..... 2. Yok

Adli Olay: 1. Var 2. Yok

Gece Yeme Anketi

1. Sabahları ne kadar aç oluyorsunuz?
Hiç / Çok az / Biraz / Orta derecede / Aşırı
2. İlk yemeğinizi genelde ne zaman yersiniz?
Saat 9'dan önce / 9-12 arası / 12-15 arası / 15-18 arası / 18'den sonra
3. Akşam yemeğinden yatana kadar aşırı yeme veya atıştırma isteğiniz olur mu?
Hiç / Çok az / Biraz / Oldukça çok / Aşırı
4. Akşam yemeğinden yatana kadarki zamanda yemeniz üzerinde ne kadar kontrolünüz var?
Hiç / Çok az / Biraz / Çok / Tamamen
5. Günlük besin alımınızın ne kadarını akşam yemeğinden sonra tüketirsiniz?
%0 / %1-25 / %26-50 / %51-75 / %76-100
6. Son zamanlarda hüzünlü veya kederli hissediyor musunuz?
Hiç / Çok az / Biraz / Oldukça çok / Aşırı
7. Hüzünlü hissettiğiniz zaman, duygudurumunuz _____ daha çökkün oluyor.
Gün içinde değişme olmuyorsa X işareti koyunuz. _____ sabah erken / sabah / öğleden sonra / akşam üzeri / akşam / gece
8. Uykuya dalmakta hangi sıklıkta zorluk yaşıyorsunuz?
Hiç / Bazen / Zamanın yarısında / Genelde / Her zaman
9. Tuvalet gereksinmesi dışında, gece hangi sıklıkta en az bir kez kalkarsınız?
Hiç / Haftada birden az / Haftada bir / Haftada birden çok / Her gece
Not: 9. soruda cevabınız hiçse, burada durun.
10. Gece uyanınca yeme isteği veya atıştırmanız oluyor mu?
Hiç / Çok az / Biraz / Oldukça çok / Aşırı
11. Gece uyanınca tekrar uyuyabilmek için yeme ihtiyacı duyar mısınız?
Hiç / Çok az / Biraz / Oldukça çok / Aşırı
12. Gece yarısı uyanınca hangi sıklıkta atıştırırsınız?
Hiç / bazen / zamanın yarısında / sıklıkla / her zaman
Not: 12'ye hiç yanıtı verdiyseniz, burada durun.
13. Gece yarısı atıştırdığınızda, yediğinizin ne kadar farkındasınız?
Hiç / Çok az / Biraz / Çok / Tamamen
14. Gece kalktığınızda yemenizi ne kadar kontrol edebiliyorsunuz?

Hiç / Çok az / Biraz / Çok / Tamamen

Gece yemeyle ilgili sorunuz ne kadar zamandır sürüyor? ---- ay ---- yıl

15. Gece yemeniz sizi ne kadar rahatsız ediyor?

Hiç / Çok az / Biraz / Orta derecede / Aşırı

16. Gece yemeniz hayatınızı ne kadar etkiliyor?

Hiç / Çok az / Biraz / Orta derecede / Aşırı



MADDE AŞERME ÖLÇEĞİ

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

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

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

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

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

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

- 0.....Hiç
1.....20 dakikadan az
2.....21-45 dakika

3.....46-90 dakika

4.....90 dakika – 3 saat

5.....3 ila 6 saat arası

6.....6 saatten daha fazla

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

0.....Hiç zor olmazdı

1.....Çok hafif zor

2.....Hafif zor

3.....Orta zorlukta

4.....Çok zor

5.....Aşırı zor

6.....Karşı koyamazdım

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

0.....Hiç madde kullanma düşüncem olmadı ve hiç madde kullanma isteğim olmadı

1.....Nadiren madde kullanma ile ilgili düşündüm ve nadiren madde kullanma isteğim oldu

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

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

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

5.....Çoğu zaman madde kullanma ile ilgili düşündüm ve çoğu zaman madde kullanma isteğim oldu

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

Pittsburgh Uyku Kalite Ölçeği

1. Geçen ay geceleri genellikle ne zaman yattınız?.....
2. Geçen ay geceleri uykuya dalmanız genellikle ne kadar zaman (dakika) aldı?.....
3. Geçen ay sabahları genellikle ne zaman kalktınız?.....
4. Geçen ay geceleri kaç saat uyudunuz (bu süre yatakta geçirdiğiniz süreden farklı olabilir?.....
5. Geçen ay aşağıdaki durumlarda belirtilen uyku problemlerini ne sıklıkla yaşadınız?
 - (a) 30 dakika içinde uykuya dalamadınız
a)Geçen ay boyunca hiç b)Ayda 1'den ↓ c)Ayda 1 veya 2 kez d)Ayda 3 veya↑
 - (b) Gece yarısı veya sabah erkenden uyandınız
a)Geçen ay boyunca hiç b)Ayda 1'den ↓ c)Ayda 1 veya 2 kez d)Ayda 3 veya↑
 - (c) Tuvalete gittiniz
a)Geçen ay boyunca hiç b)Ayda 1'den ↓ c)Ayda 1 veya 2 kez d)Ayda 3 veya↑
 - (d) Rahat bir şekilde nefes alıp veremediniz
a) Geçen ay boyunca hiç b) Ayda 1'den ↓ c) Ayda 1 veya 2 kez d) Ayda 3 veya ↑
 - (e) Aşırı derecede üşüdünüz
a) Geçen ay boyunca hiç b) Ayda 1'den ↓ c) Ayda 1 veya 2 kez d) Ayda 3 veya↑
 - (f) Aşırı derecede sıcaklık hissettiniz
a)Geçen ay boyunca hiç b)Ayda 1'den ↓ c)Ayda 1 veya 2 kez d)Ayda 3 veya↑
 - (g) Kötü rüyalar gördünüz
a)Geçen ay boyunca hiç b)Ayda 1'den ↓ c)Ayda 1 veya 2 kez d)Ayda 3 veya↑
 - (h) Ağrı duydunuz
a)Geçen ay boyunca hiç b)Ayda 1'den ↓ c)Ayda 1 veya 2 kez d)Ayda 3 veya↑
 - (i) Diğer nedenler
a)Geçen ay boyunca hiç b)Ayda 1'den ↓ c)Ayda 1 veya 2 kez d)Ayda 3 veya↑
 - (i) Öksürdünüz ve gürültülü bir şekilde horladınız
a)Geçen ay boyunca hiç b)Ayda 1'den ↓ c)Ayda 1 veya 2 kez d)Ayda 3 veya↑
6. Geçen hafta uyku kalitenizi bütünü ile nasıl değerlendirirsiniz?
0 Çok iyi 1 Oldukça iyi 2 Oldukça kötü 3 Çok kötü
7. Geçen hafta uyumanıza yardımcı olması için ne kadar sıklıkla uyku ilacı aldınız?
0 Hiç 1'den az 2 1-2 kez 3 3'ten çok

8. Geçen hafta araba sürerken, yemek yerken veya sosyal bir aktivite esnasında ne kadar sıklıkla uyanık kalmak için zorlandınız?

0 Hiç 1 1'den az 2 1-2 kez 3 3'ten çok

9. Geçen ay bu durum işlerinizi yeteri kadar istekle yapmanızda ne derecede problem oluşturdu?

0 Hiç problem oluşturmadı 1 Yalnızca çok az bir problem oluşturdu 2 Bir dereceye kadar problem oluşturdu 3 Çok büyük bir problem oluşturdu



Barratt Dürtüsellik Ölçeği -11

Açıklamalar: İnsanlar farklı durumlarda gösterdiği düşünce ve davranışları ile birbirlerinden ayrılırlar. Bu test bazı durumlarda nasıl düşündüğünüzü ve davrandığınızı ölçen bir testtir.

Lütfen her cümleyi okuyunuz ve bu sayfanın sağındaki, size en uygun daire içine X koyunuz.

Cevaplamak için çok zaman ayırmayınız. Hızlı ve dürüstçe cevap veriniz.

	Nadiren/ Hiçbir zaman	Bazen	Sıklıkla	Hemen her zaman/ Her zaman
1. İşlerimi dikkatle planlarım	-	-	-	-
2. Düşünmeden iş yaparım	-	-	-	-
3. Hızla karar veririm	-	-	-	-
4. Hiç bir şeyi dert etmem	-	-	-	-
5. Dikkat etmem	-	-	-	-
6. Uçuşan düşüncelerim var	-	-	-	-
7. Seyahatlerimi çok önceden planlarım	-	-	-	-
8. Kendimi kontrol edebilirim.	-	-	-	-
9. Kolayca konsantre olurum	-	-	-	-
10. Düzenli para biriktirim	-	-	-	-
11. Derslerde veya oyunlarda yerimde duramam	-	-	-	-
12. Dikkatli düşünen birisiyim	-	-	-	-
13. İş güvenliğine dikkat ederim	-	-	-	-
14. Düşünmeden bir şeyler söylerim	-	-	-	-
15. Karmaşık problemler üzerine düşünmeyi severim.	-	-	-	-
16. Sık sık iş değiştiririm	-	-	-	-
17. Düşünmeden hareket ederim	-	-	-	-
18. Zor problemler çözmem gerektiğinde kolayca sıklırım.	-	-	-	-
19. Aklıma estiği gibi hareket ederim	-	-	-	-
20. Düşünerek hareket ederim	-	-	-	-
21. Sıklıkla evimi değiştiririm	-	-	-	-
22. Düşünmeden alışveriş yaparım	-	-	-	-
23. Aynı anda sadece bir tek şey düşünebilirim.	-	-	-	-
24. Hobilerimi değiştiririm	-	-	-	-
25. Kazandığımdan daha fazla harcarım.	-	-	-	-
26. Düşünürken sıklıkla zihnimde konuyla ilgili düşünceler oluşur.	-	-	-	-
27. Şu an ile gelecekte daha fazla ilgilenirim.	-	-	-	-
28. Derslerde veya sinemada rahat oturamam.	-	-	-	-
29. Yap-boz/puzzle çözmeyi severim	-	-	-	-
30. Geleceğini düşünen birisiyim	-	-	-	-