



**T.C.**

**ÜSKÜDAR ÜNİVERSİTESİ**

**SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**BAĞIMLILIK DANIŞMANLIĞI VE REHABİLİSYON ANABİLİM DALI  
BAĞIMLILIK DANIŞMANLIĞI VE REHABİLİTASYON YÜKSEK LİSANS  
PROGRAMI  
YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**ALKOL VE OPİYAT BAĞIMLILIĞI TEDAVİSİNDE İMPLANT UYGULANAN  
HASTALARDA TEDAVİ UYUMUNUN GERİYE DÖNÜK İNCELENMESİ**

**Samet DOĞRUYOL**

**Tez Danışmanı**

**Doç. Dr. Gül ERYILMAZ**

**İSTANBUL -2020**

**T.C.**  
**ÜSKÜDAR ÜNİVERSİTESİ**  
**SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**  
**BAĞIMLILIK DANIŞMANLIĞI VE REHABİLİTASYON ANABİLİM DALI**  
**BAĞIMLILIK DANIŞMANLIĞI VE REHABİLİTASYON YÜKSEK LİSANS**  
**PROGRAMI**  
**YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**ALKOL VE OPIYAT BAĞIMLILIĞI TEDAVİSİNDE İMPLANT UYGULANAN**  
**HASTALARDA TEDAVİ UYUMUNUN GERİYE DÖNÜK İNCELENMESİ**

**Samet DOĞRUYOL**

**Tez Danışmanı**

**Doç. Dr. Gül ERYILMAZ**

**İSTANBUL -2020**

**T.C.**  
**ÜSKÜDAR ÜNİVERSİTESİ**  
**SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

Anabilim Dalı : Bağımlılık Danışmanlığı ve Rehabilitasyon  
Program : Bağımlılık Danışmanlığı ve Rehabilitasyon  
Öğrenci No :174207204  
Öğrenci Adı Soyadı :Samet DOĞRUYOL

" ALKOL VE OPİYAT BAĞIMLILIĞI TEDAVİSİNDE İMPLANT UYGULANAN HASTALARDA TEDAVİ UYUMUNUN GERİYE DÖNÜK İNCELENMESİ " isimli çalışma aşağıdaki jüri tarafından 10.01.2020 tarihinde yapılan sınavda Yüksek Lisans Tezi olarak oybirliğiyle kabul edilmiştir.

Jüri Başkanı : Doç. Dr. Işıl GÖĞCEGÖZ  
(Üsküdar Üniversitesi)

İmza

Danışman : Doç. Dr. Gül ERYILMAZ  
(Üsküdar Üniversitesi)

İmza

Üye : Doç. Dr. Korkut ULUCAN  
(Marmara Üniversitesi)

İmza

**ONAY**

Bu tez, yukarıdaki jüri üyeleri tarafından uygun görülmüş ve Enstitü Yönetim Kurulu'nun ..... tarih ve ..... sayılı kararıyla kabul edilmiştir.

**Doç.Dr. Türker Tekin ERGÜZEL**  
**Enstitü Müdür V.**

## ÖZET

Alkol kötüye kullanımı, madde kullanımı ile ilgili bozukluklardan en sık görülenlerdir ve gerek gelişmiş ülkelerde gerekse ülkemizde giderek artan boyutlarda karşımıza çıkmaktadır. Alkol ile birlikte opiyat kullanımında artan kötüye kullanıma bağlı olarak bu konular ile ilgili araştırmalar önem kazanmıştır. Bu doğrultuda yapılan tedavi türlerinin etkinliğini araştıran çalışmalar hala yapılmaktadır. Bağımlılık; kronik bir hastalık olarak kabul edilmesinin yanında, bireysel sağlığın korunması ve geliştirilmesi için tedavi edilmelidir. Ancak aynı zamanda birey, grup ve toplum denkleminde yarattığı olumsuz etkileşim ve bu süreçte ortaya çıkan çeşitli sorunlar madde bağımlılığı tedavisinin sadece birey düzeyinde değil, toplum düzeyinde değerlendirilmesini gerekli kılmaktadır.

Bu araştırma, Alkol ve Opiyat Bağımlılığı tedavisi gören, Disülfiram ve Naltrekson implantı uygulanan hastaların dosyaları taranarak hastaların tedavi süreçlerinin, motivasyon düzeylerinin geriye dönük incelenmesi amacı ile yapılmıştır. Araştırma, NPIstanbul Beyin Hastanesi Amatem kliniğine başvuran Kasım 2013-Haziran 2019 tarihleri arasında disülfiram ve anltroksan implantı tedavisi uygulanmış 126 hastanın sosyodemografik özellikleri ve kullanım bozukluğuna özgü belirli bir tarama sonucunda dahil edilen katılımcıların bilgileri incelenmiştir. Bu amaç doğrultusunda Alkol ve Opiyat kullanım bozukluğu olan bireylere uygulanan Tedavi Motivasyon Anketi (TMA) , Drug Abuse Tarama Testi (DATT) ve Michigan Alkol Tarama Testi sonuçları Spss programı aracılığı ile analiz edilmiştir.

Yapılan bu çalışmanın Alkol ve Opiyat Kullanım Bozukluğu çalışmalarına sosyo demografik değerler ve kullanım bozukluğu sergileyen bireylerin motivasyonları açısından destek sağlayacağı düşünülmektedir. Ayrıca Alkol ve Opiyat kullanım bozukluğu olan bireylere uygulanan implantlara göre bireylerin motivasyonlarını da değerlendirmesi açısından diğer çalışmalara destek sağlayacaktır.

**Anahtar Kelimeler; Alkol, Opiyat, İmplant Tedavi**

## **ABSTRACT**

Alcohol abuse is the most common substance-related disorder and is increasingly encountered in both developed countries and in our country. Research on these issues has gained importance as a result of increased abuse in opiate use with alcohol. There are still studies investigating the effectiveness of the treatment types. Addiction is considered a chronic disease, it should be treated for the protection and promotion of individual health. However, at the same time, the negative interaction it creates in the equation of individual, group and society and various problems that arise in this process necessitate evaluation of drug addiction treatment not only at the individual level, also at the community level.

This research; The files of the patients who were treated with alcohol and opiate addiction and who had disulfiram and naltrexone implant were scanned. The study examined the sociodemographic characteristics of 200 patients who were treated with disulfiram and naltrexone implant between November 2013 and June 2019 who applied to the Amatem clinic of NPIstanbul Bey Hospital. For this purpose, the results of the Treatment Motivation Questionnaire (TMQ), Drug Abuse Screening Test (DAST) and Michigan Alcohol Screening Test (MAST) applied to individuals with alcohol and opiate use disorder were analyzed through Spss program.

It is thought that this study will provide support to Alcohol and Opiate Use Disorder studies in terms of socio-demographic values and motivation of individuals exhibiting use disorder. It will also support other studies to evaluate the motivation of individuals according to the type of implants applied to individuals with alcohol and opiate use disorder.

**Key Words; Alcohol, Opiate, Addiction, Implant Treatment**

## ÖNSÖZ

Bu çalışma Üsküdar Üniversitesi Sağlık Bilimler Enstitüsü Bağımlılık Danışmanlığı ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı'nda Yüksek Lisans Tezi olarak hazırlanmıştır.

Tüm bilgi ve donanımı ile bana sonsuz yardımcı olan, beni yüreklendiren Bağımlılık Danışmanlığı ve Rehabilitasyon Ana Bilim Dalı Başkanı Sayın Prof. Dr. Nesrin DİLBAZ'a

Tez aşaması boyunca geçen sürede ilgisini ve bilgisini benden esirgemeyen, bana farklı bakış açısı sağlayan, bana her zaman vakit ayırıp sabır gösteren sevgili tez danışmanım Sayın Hocam Doç. Dr. Gül ERYILMAZ'a, Bana çalışmamın metodolojisi hakkında yardımcı olan ve beni bu konuyu çalışmam için motive eden Sayın Doç. Dr. Cemal Onur NOYAN'a,

Ayrıca, çalışmamda bilgi ve görüşleriyle bana yardımcı olan ve kıymetli vaktini benden esirgemeyen Hemşire Tülay DEMİRAY'a ve Hemşire Gözde YILMAZ'a, istatistik konusunda her türlü yardımda bulunan Psikolog Gül ALPAR'a,

Bu çalışmayı yapmama izin veren ve birçok konuda kolaylıklar sağlayan NP İstanbul Beyin Hastanesi Başhekimliği 'ne ve aynı şekilde araştırmamı yapmam da yardımcı olan NP İstanbul Beyin Hastanesi AMATEM ekibine,

Tüm eğitim hayatım boyunca benden maddi ve manevi desteklerini esirgemeyen sevgili aileme, uzun ve zorlu geçen tez sürecinde her daim bana destek olan ve sabırla en zor anlarımda yanımda olan, ilgilenen Esim'e sonsuz

TEŞEKKÜRLERİMLE...

**BEYAN**

Bu çalışmanın bizzat kendi tez çalışmam olduğunu, planlanmasından literatür taranıp yazımına kadar hiçbir aşamasında etik dışı davranışımın olmadığını, tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, tez çalışmasıyla elde edilmeyen bütün bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi beyan ederim.

10.01.2020

Samet DOĞRUYOL



## İÇİNDEKİLER

ÖZET.....	i
ABSTRACT.....	ii
ÖNSÖZ.....	iii
BEYAN.....	iv
İÇİNDEKİLER .....	v
TABLolar DİZİNİ.....	vi
SİMGELER VE KISALTMALAR.....	vii
<b>1.GİRİŞ</b>	
1.1.Problemin Tanımı ve Önemi .....	1
1.2. Araştırmanın Amacı .....	1
1.3. Araştırmanın Alt Soruları .....	1
<b>2GENEL BİLGİLER</b>	
2.1. Bağımlılık Kavramı .....	2
2.2. Opiyat Kullanım Bozukluğu .....	2
2.3. Opiyat Kullanımının Epidemiyolojisi ve Etiyolojisi .....	3
2.4. Opiyat Kullanımı Tanı Kriterleri .....	5
2.5. Opiyat Kullanım Bozukluğunun Tedavisi .....	5
2.5.1. Opiyat Kullanım Bozukluğunda Farmakoterapi .....	6
2.5.2. Naltrekson İmplant Tedavisi .....	7
2.6. Alkol Kullanım Bozukluğu .....	7
2.7. Alkol Kullanımının Epidemiyolojisi ve Etiyolojisi .....	8
2.8. Alkol Kullanımı Tanı Kriterleri .....	10
2.9. Alkol Kullanımı Tedavisi .....	12
2.9.1. Alkol Kullanımı Bozukluğunda Farmakoterapi .....	12
2.9.2. Disülfiram İmplant Tedavisi .....	12
<b>3.GEREÇ-YÖNTEM</b>	
3.1. Araştırmanın Tipi .....	14
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zamanı .....	14
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi .....	14



3.4. Araştırmaya Dahil Edilme ve Dışlanma Kriterleri .....	15
3.5. Araştırmada Kullanılan Gereçler .....	15
3.6. Verilerin Toplanması .....	15
3.7. Verilerin Değerlendirilmesi .....	15
3.8. Araştırmanın Etik Boyutu .....	16
<b>4. BULGULAR</b>	
4.1.Naltrekson ve Disulfiram İmplant Hastalarının Sosyodemografik Özellikleri .....	17
4.2.Naltrekson ve Disulfiram İmplant Hastalarının Klinik Özellikleri .....	19
4.3.Naltrekson ve Disulfiram İmplant Hastalarının MATT, DATT VE TMA Düzeyleri .....	21
4.4.Naltrekson ve Disulfiram İmplant Hastalarının MATT, DATT VE TMA Düzeylerinin Arasındaki İlişkiler .....	23
4.5.Naltrekson İmplant Hastalarının MATT, DATT Ve TMA Düzeyleri Arasındaki Spearman Korelasyon Analizi Bulgular.....	24
4.6.Disulfiram İmplant Hastalarının MATT, DATT Ve TMA Düzeyleri Arasındaki Spearman Korelasyon Analizi Bulguları .....	25
<b>5. TARTIŞMA .....</b>	<b>27</b>
<b>6. SONUÇ .....</b>	<b>30</b>
<b>KAYNAKLAR .....</b>	<b>32</b>
<b>EKLER .....</b>	<b>36</b>
<b>ÖZGEÇMİŞ</b>	

## TABLolar DİZİNİ

**4.1.** Naltrekson ve Disulfiram İmplant Hastalarının Sosyodemografik Özelliklerine İlişkin Bulgular

**4.2.** Naltrekson ve Disulfiram İmplant Hastalarının Klinik Özelliklerine İlişkin Bulgular

**4.3.** Naltrekson ve Disulfiram İmplant Hastalarının MATT, DATT VE TMA Düzeylerinin Karşılaştırılması

**4.4.** Naltrekson ve Disulfiram İmplant Hastalarının MATT, DATT VE TMA Düzeylerinin Arasındaki İlişkiler

## SİMGELER VE KISALTMALAR

**AMATEM:** Alkol ve Uyuşturucu Madde Bağımlıları Tedavi ve Araştırma Merkezi

**AKB:** Alkol Kullanım Bozukluğu

**MATT:** Michagen Alkol Tarama Testi

**DATT:** Drug Abuse Tarama Testi

**TMA :** Tedavi Motivasyon Anketi





# 1.GİRİŞ

## 1.1.Problemin Tanımı ve Önemi

Bağımlılık; yaşam boyu süren, bir maddenin amacı dışında ve o maddeye karşı gelişen tolerans sonucu, gittikçe artan miktarlarda alınması, kişinin yaşamında sorunlara neden olmasına rağmen kullanımının sürdürülmesi ve madde alımı azaltıldığında yada bırakıldığında yoksunluk belirtilerinin ortaya çıkması ile giden tablodur (Evren ve Bozkurt, 2012; Uğurlu ve ark., 2012). Madde kullanım bozukluğunda, 2 önemli nokta vardır. Bunlardan biri yoksunluk krizinin önlenmesi bir diğeri de tedavi edildikten sonra tekrar madde kullanımının olmaması, hastaneye yatışın olmamasıdır (Tarhan ve Nurmedov, 2011).

Alkol kullanım bozukluğu tedavisinde dünyada ve ülkemizde onaylı ilaçlar disülfiram, akamprosot, naltrekson ve nalmefendir. Opiyat kullanımı olan hastalarda ise; naltrekson kullanılmaktadır.

## 1.2. Araştırmanın Amacı

Bu araştırmanın amacı; Alkol ve Opiyat Bağımlılığı tedavisi gören, Disülfiram ve Naltrekson implantı uygulanan hastaların dosyaları taranarak hastaların tedavi süreçlerinin, motivasyon düzeylerinin geriye dönük incelenmesi amacı ile yapılmıştır.

## 1.3. Araştırmanın Alt Soruları

1. Naltrekson ve Disülfiram implant uygulanan hastaların, tedavi motivasyonları yüksek midir?

2. Hastaların bazı demografik ve hastalık süreçleri ile ilgili özellikleri (yaş, cinsiyet, eğitim durumu, medeni durum, sosyodemografik durum), implant uygulanan hasta arasında fark vardır mıdır?

3. Naltrekson ve Disülfiram implant uygulanan hastalarda çapraz bağımlılık gelişmiş midir?

4. Naltrekson ve Disülfiram İmplant uygulanan hastalarda, madde kullanımı olmuş mudur?

## 2.GENEL BİLGİLER

### 2.1. Bağımlılık Kavramı

Bağımlılık; yaşam boyu süren, bir maddenin amacı dışında ve o maddeye karşı gelişen tolerans sonucu, gittikçe artan miktarlarda alınması, kişinin yaşamında sorunlara neden olmasına rağmen kullanımının sürdürülmesi ve madde alımı azaltıldığında ya da bırakıldığında yoksunluk belirtilerinin ortaya çıkması ile giden tablodur (Uğurlu ve ark., 2012).

Genel ifade ile kişi tarafından zararlı sonuçlarının bilinmesine karşılık, dürtüsel olarak madde arayışı ve kullanımının karakterize ettiği madde bağımlılığı, tekrarlayıcı nitelikte, kronik özellikler gösteren bir beyin hastalığı olarak tanımlanmaktadır (Tarhan ve Nurmedov, 2011).

Felsefi açıdan ise Bağımlılık; deneyimlerin aynı olmasına rağmen, bireylerde oluşturduğu etkiler farklı olabilmektedir. Bağımlı olunan “şey”e yüklenen anlam önem kazanmaktadır. Bazı bireyler bu süreci varoluşsal anlam eksikliğine bağlarken, bazı bireyler ise; yaşamında anlam kaybı, yoksunluk hissi olarak tanımlayabilir. Bu süreçte, “anlam arayışı içinde olan birey “istediğim zaman bırakabilirim” algısı içinde olarak, kontrol edilemeyen bir noktaya gelebilir (Bedir, 2016).

Bağımlılık; kronik bir hastalık olarak kabul edilmesinin yanında, bireysel sağlığın korunması ve geliştirilmesi için tedavi edilmelidir. Ancak aynı zamanda birey, grup ve toplum denkleminde yarattığı olumsuz etkileşim ve bu süreçte ortaya çıkan çeşitli sorunlar madde bağımlılığı tedavisinin sadece birey düzeyinde değil, toplum düzeyinde değerlendirilmesi gerekli kılmaktadır (Sevin ve Erbay, 2019).

### 2.2. Opiyat Kullanım Bozukluğu

Opiyatların tıp alanında kullanımının 3500-4000 yıl kadar öncesine dayandığını bilinmektedir. Bununla birlikte doğu ülkelerinde opiyatın kötüye kullanımının da bir o kadar eski olduğu kabul edilmektedir. 1700 lü yılların başında opiyat kullanımına bağlı yoksunluk

sorunu ilk olarak tanımlanmıştır. 1920 li yıllara kadar reçeteyle verilen opiyat türevi maddelerin 1920 den sonra ABD’de yapılan çalışmalarda bağımlılığı ve kötüye kullanımını bireyler üzerindeki olumsuz etkisi nedeniyle kısıtlanmaya başladığı görülmektedir (Strain,2011).

Opiyat bağımlılığı; kronik, yineleyici, dünyada birçok insanı etkileyen ve gittikçe yaygınlaşan bir hastalıktır. Opioid bağımlılığı kronik, tekrarlayan bir hastalıktır. Tedavi edilmediğinde yüksek morbidite ve mortalite oranları görülür (Evren ve ark., 2000; Simojoki, 2013).

Cinsellik dürtüsünü arttırmak, rahatlama ve keyif veren etkisinin olması, kaygı ve gerginliği azaltma, ağrı gibi fiziksel acıyı hafifletme gibi sebeplerle kullanılan “opiooid” adı verilen afyon türevleri maddelerdir. Kodein, morfin, eroin, metadon gibi sentetik narkotikler opiyat grubundandır. En sık kullanılan opiyat, eroindir (Guliyev ve Yargıç , 2015; Ögel, 2017 ve Simojoki, 2013).

Opiyat Kullanım bozukluklarında, psikosoyal yaklaşımlar ve farmakoterapi büyük önem taşır (Simojoki, 2013). Opiyat kullanımı olan bireyde; kendisi, çevresi, toplum içinde ciddi sorunlar oluşmakta ve risk taşımaktadır. Bu nedenle, bu bireylere tedavi seçeneği olarak yaşam konforunu artırıcı alternatif seçenekler sunulması gerekli olmaktadır (Walsh, 1994).

### **2.3.Opiyat Kullanımının Epidemiyolojisi ve Etiyolojisi**

Dünya genelinde uyuşturucu madde kullanımının yasal sınırları veya tamamen yasa dışı olması sebebiyle bu maddeleri kullanımının yaygınlığına tam ve kesin olarak ulaşmak mümkün değildir. Buna rağmen hastanelere başvuran kişiler içerisinde tespit edilen veya doğrudan uyuşturucu madde kullanımına bağlı sorunlarla hastanelere tedavi amaçlı başvurulması ve dünya genelinde yapılan bazı anket çalışmaları neticesinde belirli bir orana ulaşmak mümkündür (Ögel, 2005).

Opiyat kullanımına dair yapılan çalışmalara bakıldığında dünya genelinde 15-20 milyon kişinin en az bir defa opiyat kullandıkları görülmüştür. Dünya Sağlık Örgütünün yapmış olduğu ülkeler bazlı opiyat kullanımı değerlendirmesinde kıtaların nüfus

popülasyonuna göre en yüksek yüzdeliğe sahip bölgenin Avrupa ( %0.6 - %0.7) olduğu ve en düşük yüzdeliğin ise Afrika ( %0.2) kıtasında olduğu gözlemlenmiştir (Evren ve ark., 2015). Türkiye de yapılan ve 6 ili kapsayan bir çalışmada ise opiyat kullanımının 16-64 yaş aralığında %0.05 olduğu gözlemlenmiştir (Tubim, 2010).

Türkiye genelinde yapılan çalışmada ise 15-64 yaş aralığında olan bireylerin yaşamları boyunca en az bir defa uyuşturucu madde kullanma sıklığının %2.7 olduğu tespit edilmiştir. Aynı çalışma içerisinde yaş aralığına göre madde kullanım yaygınlığına bakıldığında genç nüfusun daha yaygın bir şekilde kullanıma sahip olduğu görülmüştür (BMUSO,2004). Avrupa Uyuşturucu Bağımlılığı ve Bağımlılığı İzleme Merkezi tarafından yapılan bir ayrı çalışmada ise Avrupa ülkelerinde opiyat kullanım yaygınlığının %0.4 olduğu tespit edilmiştir (Emcdda, 2018).

Opiyat suiistimali ile bir dizi davranışsal, sosyal, ekonomik ve psikolojik risk faktörü ilişkilendirilmiştir (Brown, 2004). Risk faktörleri, bir bireyin hastalık geliştirme olasılığını artıran herhangi bir şey olabilir. Madde kullanımı riski, madde kullanımı ve kötüye kullanımı ile etkileşime giren çeşitli faktörler nedeniyle her bireye özgüdür.

Birçok faktörün birlikte etkili olduğu opiyat kullanımında bazı tıbbi tedavilerinde öncülük ettiğini gösteren nadir çalışmalar mevcuttur bunlardan birisi olan Webster ın çalışması (2017), opioid tedavisi ile yönetilen kronik ağrının, opioid kötüye kullanımı için bir risk faktörü olduğunu, çünkü hastanın çevresine opioidleri getirdiğini ve opioidlere ihtiyaç duyduğunu tespit etti. Bu tip kötüye kullanımların oluşmaması için doktorlar, hastaları yaş ortalaması, aile öyküsü ve geçmiş kullanım gibi potansiyel kötüye kullanımın görünür risk faktörleri açısından değerlendirmelidir.

Opiyat kullanımında tıpkı diğer uyuşturucu madde kullanımında olduğu gibi genetik faktörlerinde etkisinden söz edilmektedir. Goldman (2005), genetiğin madde kullanım bozukluğu için risk faktörü olduğu yapmış olduğu çalışmalarda vurgulamaktadır. Goldman (2005), monozigotik (MZ) ve dizotik (DZ) ikizler arasındaki kalıplara bakarak bağımlılığın kalıtımsal lığını değerlendirmiştir. Bireyler, kırılabilirlik ya da koruma sağlayan tek bir genetik kalıtım ya da poligenik etkilere sahip olabilir. Goldman, madde kullanım türüne bağlı olarak kalıtım derecesinin % 40 ile % 80 arasında olabileceği sonucuna varmıştır.



Bununla birlikte bazı demografik faktörlerin opiyat bağımlılığı risk faktörleri olarak etkili olduğunu gözlemlenmiştir. Erkeklerin madde kullanım bozukluğunun kadınlardan daha fazla olduğu bulundu (Fisher, 2014). Ayrıca ruh sağlığı bozukluğunun da uyuşturucu madde bağımlılığı ile güçlü bir şekilde ilişkili olduğunu gösteren çalışmalar mevcuttur (Katz ve ark., 2013).

Trull (2010), kişilik bozukluğu olan bireylerin, kişilik bozukluğu olmayanlara göre madde kullanım bozukluğu geliştirme olasılıklarının % 12 daha fazla olduğunu bulmuştur. Fisher (2014), birlikte ortaya çıkan zihinsel sağlık bozukluklarının, bağımlılığı olan bireylerin % 70'inde mevcut olduğunu bulmuştur. Bu akıl sağlığı bozuklukları arasında en sık gözlenen akıl sağlığı sorunu bipolar bozukluk ve şizofreni en sık görülen ve ortak kabul edilen bozukluk ise kaygı bozukluğu olarak bulunmuştur.

Uyuşturucu maddenin toplum içerisinde kabul görmesi ve dışlanmasının azlığı ve o maddenin ulaşılmasının kolay olması ile o maddenin kullanımının yaygınlığının arasında pozitif bir ilişki vardır. Her hangi bir ruhsal bozukluğun, bireyin farklılık arayışının olması, riskli davranışlara meyilli olma ve bireyin dürtüsellik opiyat kullanımının başlamasında etkili faktörler arasında olduğu görülmüştür (Strain ve ark., 2011).

#### **2.4. Opiyat Kullanımı Tanı Kriterleri**

- a) Çoğu kez istendiğinden daha büyük ölçüde ya da daha uzun süreli olarak opiyat alınması,
- b) Opiyat kullanmayı bırakmak ya da denetim altında tutmak için sürekli bir istek ya da sonuç vermeyen çabaların olması,
- c) Opiyatı elde etmek, kullanmak ya da yarattığı etkilerden kurtulmak için gerekli etkinliklere çok zaman ayrılması,
- d) Aşırı derecede madde kullanmayı isteme,
- e) Ya da madde kullanmak için çok büyük istek duyulması ya da kendini zorlanmış hissedilmesi,
- f) İşte, okulda ya da evdeki konumunun gereği olan başlıca yükümlülüklerini yerine getirememeye ile sonuçlanan, yineleyici madde kullanımının olması,
- g) Madde kullanımından ötürü önemli birtakım toplumsal, işle ilgili etkinliklerin ya da eğlenme-dinlenme etkinliklerinin bırakılması ya da azaltılması,
- h) Yineleyici bir biçimde, tehlikeli olabilecek durumlarda madde kullanılması,

i) Büyük bir olasılıkla maddenin neden olduğu ya da alevlendirdiği, sürekli ya da yineleyici bedensel ya da ruhsal bir sorunu olduğu bilgisine karşın madde kullanımının sürdürülmesi, j) Tolerans gelişmiş olması,

k) Yoksunluk belirtilerinin olması. ( DSM 5, 2015)

## **2.5. Opiyat Kullanım Bozukluğunun Tedavisi**

Opiyat kullanım bozukluğu olan hastada, hastanın önceki deneyimleri, sosyodemografik verileri (yaş, kullandığı ilaçlar, sosyal destek, ekonomik koşullar, fizyolojik hastalık süreçleri, kronik hastalık süreçleri ele alınarak) tedavi seçeneklerine karar verilir. Tedavi sürecinden önce hastanın opiyattan arınmış olması, detoksifikasyon süreci önem taşımaktadır. Farmakoterapi, psikoterapiler ve tamamlayıcı uygulamalar yararlanılır (Kampman ve Jarvis, 2015).

Opiyat kullanımı bozukluğunda genellikle öncelikli olarak başlanan farmakolojik tedavinin yanında psikososyal terapi ve tedavilerinde oldukça önemli olduğu görülmektedir (Ndeti ve Muriungi, 2013). Bu teröpatik ilişkiler daha çok aile danışmanlığı, aile terapisi, bilişsel davranışsal terapi ve bireylere acil durumla nasıl başa çıkabileceklerine dair motivasyonel terapi çelitlelidir (Dugosh ve ark., 2016). Bu terapilerden hedeflenen opiyat kullanım bozukluğu olan bireylere sosyal destek sağlamak ve bireylerin genel olarak opiyat tedavisinden sonraki sürecin devamlılığı için belirli başa çıkma becerileri kazandırmaktır (Walitzer ve ark., 2015).

### **2.5.1. Opiyat Kullanım Bozukluğunda Farmakoterapi**

Opiyat kullanımı olan hastalarda, farmakoterapiye başlamadan önce hastanın detoksifikasyon süreçlerinin tamamlanmış olması gerekir. Opiyat kullanım olan hastalarda hastanın konforu düşünülerek en etkili farmakoterapötik ajan uygun ise ilmetadon, buprenorfin, buprenorfin ve naloksan, naltrekson yer almaktadır.

Metadon; opiyat reseptör antagonistidir (Kosten ve George, 2002 ve Uğurlu Toker ve ark., 2012.). Ülkemizde kullanımı yasal değildir. Ayaktan ve yatarak tedavi gören hastalarda kullanılabilir (Evren ve ark., 2000). metadon idame tedavisi, suça yönelik davranışlarda, ölüm oranında, HIV yayılımında dramatik bir azalmaya, bedensel

sağlıklarında iyileşmeye ve iş edinme oranında yükselmeye neden olmuştur (Dole, 1989 ve Swift, 1997 ).

Ancak Metadon kullanımında, kötüye kullanım riskinin yüksek olması, ayrıca iyatrojenik doz aşımı sonucu ölüm riskinin olması nedenleriyle yakın izlem önemlidir (Kampman ve Jarvis, 2015). Hastaya verilme dozu ise; günlük kullanılan opioid dozuna göre eşdeğer metadon dozunun hesaplanması ile verilir. Ancak Metadon kullanımında, kötüye kullanım riskinin yüksek olması, ayrıca iyatrojenik doz aşımı sonucu ölüm riskinin olması nedenleriyle yakın izlem önemlidir (Evren ve ark., 2000 ve Kampman ve Jarvis, 2015).

Buprenorfin; detoksifikasyon döneminde kullanılan diğer bir ilaçtır. Düşük şiddette fiziksel bağımlılık oluşturur. Metadona oranla, detoksifikasyonda daha etkilidir (Guliyev ve Yargıç,2015 ve Uzbay, 2009). Buprenorfinin parsiyel mü reseptör agonist etkisine bağlı olarak, diğer tam agonistik etkili ilaçlara göre sınırlı bir solunum depresyonu yaptığı gösterilmiştir (Evren ve ark., 2000). Uzun plazma yarılanma ömrü ve reseptörden yavaş ayrılması dolayısı ile uzun etki sağlar. Bundan dolayı; günde bir kez ya da alternatif günler şeklinde uygulanabilir ve hastaların konforunu artırmış olur (Evren ve ark., 2000 ve Walsh ve ark., 1994).

### **2.5.2. Naltrekson İmplant Tedavisi**

Naltrekson, oral yolla ve implant olarak hem alkol bağımlılığı hem de opiyat bağımlılığında kullanılan bir ilaçtır. Depo naltrekson; tedavi ve nüksü önleme seçenekleri içinde önemli bir yer tutar. Naltrekson, opioidlerin güçlendirici etkilerini bloke eden ve alkol tüketimini ve özlemesini azaltan bir opioid reseptör antagonistidir. Kötüye kullanım potansiyeli, hafif ve geçici yan etkileri yoktur ve bu nedenle opioid bağımlılığı için ideal bir farmakoterapi olarak görülmektedir. Ancak naltreksonun yoksunluk sendromunu hafifletici veya önleyici yardımcı ilaçlar ile birlikte verilmesi gereklidir. Tek başına verildiğinde yoksunluk sendromunu daha da şiddetlendirebilir (Kayaalp ve Uzbay, 2009).

Opiyat bağımlı hastalar arasındaki çalışmalar, eroin kullanımında önemli düşüşler olduğunu göstermektedir, ancak örneklem büyüklükleri genellikle küçüktür (Lobmaier ve ark., 2011).

Naltrekson oral ve implant formlarının karşılaştırıldığı Rusya; St. Petersburg'da 6 aylık randomize çift kör çalışmada, detoksifikasyon sürecinde olan 306 hasta ile

çalışılmıştır.. Müdahaleler İki haftada bir danışmanlık ve 24 hafta boyunca hastalara aşağıdaki 3 tedaviden biri uygulandı. (1) 1000 mg naltrekson implantı ve oral plasebo (NI + OP grubu; 102 hasta); (2) plasebo implantı ve 50 mg oral naltrekson hidroklorür (PI + ON grubu; 102 hasta); veya (3) plasebo implantı ve oral plasebo (PI + OP grubu; 102 hasta). Sonuçta; İmplant, oral naltrekson veya plasebodan daha etkili bulundu. NI + OP'de diğer gruplardan daha fazla hastada yara enfeksiyonu veya lokal tahriş gelişti. Ancak hiçbiri ciddi değildir ve hepsi tedavi ile çözülür (Krupitsky ve ark., 2012).

Alkol bağımlılığında etkinliği daha az belirgindir, ancak psikososyal destekle birlikte naltrekson ile uyumun içme sonuçlarını iyileştirdiği defalarca gösterilmiştir. Oral naltrekson tedavisine sınırlı uyum bilinen bir dezavantajdır. Birkaç naltrekson implantı ve enjekte edilebilir depo formülasyonu araştırılmaktadır ve en az 1 ay boyunca naltrekson salınımı sağlamaktadır (Lobmaier ve ark., 2011).

## **2.6. Alkol Kullanım Bozukluğu**

Alkol bağımlılığı ve alkol kötüye kullanımı, madde kullanımı ile ilgili bozukluklardan en sık görülenlerdir ve gerek gelişmiş ülkelerde gerekse ülkemizde giderek artan boyutlarda karşımıza çıkmaktadır. Alkol kullanım bozukluğuna bağlı olarak ek olarak ciddi sağlık sorunları da olmaktadır. Örneğin; kardiyomiyopati, siroz vb. gibi (Bayar ve Yavuz, 2008).

Yaklaşık 2 yüzyıldır bu konu üzerinde yapılan çalışmalar sayısını arttırarak devam etmektedir. Bağımlılık davranışının temelinde yatan bireyin kendisine aşırı öz güvenli olarak çoğunlukla ben bağımlı olmama düşüncesidir. Bununa birlikte alkol tüketim isteğinde şiddetli artma, alkol almadığı zamanlarda kaygı veya sinirlilik halinde artış, titremeler ve terleme ile birlikte toleransı arttıran daha fazla tüketim miktarı gözlemlenmektedir. Alkol tüketiminin yaygınlığına rağmen herkesin alkol kullanım bozukluğuna sahip olmamasının altında da tıpkı sorunlu davranışın oluşumunda olduğu gibi bireysel, çevresel ve biyolojik faktörlerin etkisi vardır (Erdoğan, 2016).

Alkol kullanımı bireyde yol açtığı birçok tıbbi sorunların yanı sıra, aile, iş, sosyal ve ekonomik alanlarda bozulmaya yol açmaktadır. Ayrıca trafikle ilgili suçlar, çeşitli kazalar ve cinayet gibi sorunlara da sık rastlanmaktadır. Dolayısıyla alkolizm veya alkol bağımlılığı

denildiği zaman ruhsal, sosyal, ekonomik ve tıbbi yönleri olan çok boyutlu bir sorundan söz edilmektedir (Evren C., Bozkurt, 2015 ve Güngör ve ark., 2014).

## **2.7.Alkol Kullanımının Epidemiyolojisi ve Etiyolojisi**

Alkol, muhtemelen dünyanın birçok bölgesinde nikotinden sonra tek istismarın yasal ve en yaygın maddesidir. Alkol kullanımı tarih öncesi çağlarla başladı ve geçtiğimiz bin yıl boyunca gerçekleştiği bilinmektedir; Bununla birlikte, kullanımının sağlık sonuçlarının sadece son yüzyıl içerisinde ciddi derecede hasar verici olduğu tespit edilen bir konudur.

Dünya Sağlık Örgütü (WHO) dünya çapında yaklaşık 2 milyar insanın alkollü içki tükettiğini ve 76,3 milyonunun tanınabilir alkol kullanım bozukluğu olduğunu tahmin ediyor Aynı raporda, dünya genelinde alkole atfedilen 1.8 milyon yıllık ölüm (toplamın% 3.2'si) ve 58.3 milyon (toplamın% 4'ü) sakatlığa bağlı yaşam yılı olduğu tahmin edilmektedir (WHO, 2015).

Çoğu Ortadoğu ülkeleri olmak üzere ve Güney Asya ülkelerinde kayıtlı alkol tüketimi, Avrupa ve Amerika'dakilerden daha düşük görünmektedir. Bununla birlikte, kaydedilmemiş alkol tüketiminin Hindistan alt kıtadaki tüm alkol tüketiminin en az üçte ikisi, Afrika'daki tüketimin yaklaşık yarısı ve Doğu Avrupa ve Latin Amerika'da yaklaşık üçte biri olduğu tahmin edilmektedir (Rehm ve ark., 2003).

Alkol kullanımı, gelişmiş ülkelerdeki düşük sosyal tabakalardaki insanlar arasında daha yüksek görünse de, kullanımı düşük gelirli ülkelerde daha yüksek tabakalar arasında bir coşku meselesi olabilir. Bununla birlikte, alkol kullanım bozukluklarının dağılımı tartışmalı bir şekilde evrenseldir (Mason ve ark., 2010). Alkol kullanım bozukluğu dünya genelinde ciddi bir sorun olarak varlığını sürdürmektedir. Bozukluğun dünya genelinde var olan hastalık nedenleri arasında %5.1 lik bir yaygınlığı ve ölümle sonuçlanmasında etkili faktörlerin % 5.7 sini oluşturmaktadır (WHO, 2011). Ülkemizde ise alkole bağlı sebeplerden kaynaklanan ölüm oranı % 4.3 iken alkol bağımlılığı nedeni ile gerçekleşen ölüm oranları ise genele oranla % 1.9 olduğu tespit edilmiştir .

Dünya Sağlık Örgütünün yapmış olduğu diğer bir çalışmada ise (2014) dünya nüfusuna oranla bağımlılığın % 0.8 oranında olduğu ve bu oranın %0.4 ünü kadınların, %

1.3 ünü ise erkeklerin oluşturduğu belirtilmiştir (WHO, 2014). Ülkemizde Sağlık Bakanlığı tarafından yapılan çalışmada ise ülkemizde son 12 aylık periyot içinde alkol kullanım bozukluğu tanısı almanın % 0.8 olduğu bildirilmiştir (Erol ve ark., 1998).

#### *Alkol Kullanım Bozukluğunun Etiyolojisi*

Alkol kullanım bozukluğunda genetik faktörlerle birlikte çevresel ve bireysel faktörlerinde oldukça etkili olduğu bilinmektedir. Genel olarak bakıldığında alkolün bireyler üzerinde olduğu kadar zaman içerisinde toleransın artmasına bağlı olarak bağımlılığın geliştiği ve fizyolojik nedenlerin bu bağımlılık üzerinde de etkili olduğu düşünülmektedir.

Psikolojik açılarından bakıldığında alkolün bireylerdeki kaygı, öz güven, duygusal boşluk hissi gibi faktörlere olan etkisine bağlı olarak bağımlılığın geliştiği vurgulanmaktadır. Psikanalitik çerçeveye bakıldığında süper egonun birey üzerinde oluşturduğu engelleyici tutumun zayıflatılması için bireyin desteklenici bir unsur olarak alkol oral yoldan alması ve elde etmek istediği hazzı oral olarak sahip olması şeklinde değerlendirilmektedir (Hägele ve ark., 2014).

Bir diğer kuram olan bilişsel davranışsal model ise öğrenmenin önemine vurgu yapmaktadır. Başlangıçta bireylerin sosyalleşmek veya çevresel nedenlerle kullandığı alkolün kendisi üzerinde pozitif olarak yorumladığı duygusal ve davranışsal (rahatlama ve mutluluk) sonuçların zaman içerisinde edimsel bir koşullamaya dönüştüğünü vurgulamaktadır. Buna bağlı olarak alkolün zaman içerisinde pozitif bir pekiştirici olarak birey tarafından kullanılmasıyla birlikte fizyolojik olarak oluşan tolerans neticesinde bağımlılık davranışı ortaya çıkar (Levin, 1995).

Alkol kullanım bozukluğuna dair aile, ikizler veya diğer faktörlerle yapılan çalışmalar neticesinde kalıtsal faktörlerin %60 oranında etkili olduğu ve çevresel unsurların ise %40 oranında etkili olduğu belirtilmiştir (Kendler ve ark., 2003 ve Prescott ve Kendler, 1999). Yapılan çalışmalarda alkol bağımlılığı olan bireylerin %33.5 nin anne babalarında da alkol kullanım bozukluğu olduğu görülmekle birlikte, alkol kullanım bozukluğu tanısı alan bireylerin ilerleyen dönemlerde çocuklarında da bu bozukluğun görülme riskinin %25 olduğu tespit edilmiştir (Zheng ve ark., 2010; Köroğlu, 2007 ve Zimmermann ve ark., 2007).

Alkol kullanım bozukluğunda çevresel faktörler değerlendirildiğinde ise bireylerin erken çocukluk döneminde yaşadıkları olumsuz aile ortamı, aşırı stresli bir çevrede yetişme, travmatik olayların yaşanmış olması bozukluğun gelişiminde etkili olduğu düşünülmüştür (Enoch, 2011). Aynı zamanda ergenlik döneminde yaşanan kimlik bunalımına bağlı olarak bireylerin sosyal çevreleri ile uyum sağlama amacıyla veya akran ortamında alkol alınması ve buna bağlı olarak çevreye uyum sağlama sonucunda kişilerin alkol kullanmasının ilerleyen dönemlerde alkol bağımlılığı riski oluşturduğu vurgulanmaktadır (Enoch, 1999).

Alkoliğin içmek için her zaman bir nedeni vardır. Mutluluk, gerginlik, neşesizlik vb. İçme fırsatları sonsuzdur. Tatil, parti, doğum günü, arkadaş toplantısı gibi. Alkolizm ilerledikçe problemler artar, yalnız içmeye başlar, gizlice içer, şişeleri saklar, sorunu örtmeye çalışır. Pişmanlık, suçluluk duyar, bunu bastırmak için daha çok içer. Alkol aldıkça depresyon artar, depresyon arttıkça daha çok alkol alır. Uyku kalitesi bozulur, gece uyanır, panik nöbetleri artar. Ağrılar ve nefes darlığı artar, bunu bastırmak için daha fazla içer.

Bu çerçevelerden bakıldığında genetik faktörlerden başlayan etkilerle birlikte birçok psikolojik, sosyal ve gelişimsel faktörlerin alkol kullanım bozukluğunda bir bütün olarak etkili olduğu görülmektedir.

## **2.8. Alkol Kullanımı Tanı Kriterleri**

Alkol Kullanım Bozukluğunun DSM-5'e göre tanı ölçütleri aşağıdaki gibidir; On iki aylık bir süre içinde, aşağıdakilerden en az ikisi ile kendini gösteren, klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya ya da işlevsellikte düşmeye yol açan, sorunlu bir alkol kullanım örüntüsü:

- 1) Çoğu kez, istendiğinden daha büyük ölçüde ya da daha uzun süreli olarak alkol alınır.
- 2) Alkol kullanmayı bırakmak ya da denetim altında tutmak için sürekli bir istek ya da bir sonuç vermeyen çabalar vardır.
- 3) Alkol elde etmek, alkol kullanmak ya da yarattığı etkilerden kurtulmak için gerekli etkinliklere çok zaman ayrılır.
- 4) Alkol kullanmaya içinin gitmesi ya da alkol kullanmak için çok büyük bir istek duyma ya da kendini zorlanmış hissetme.

5) İşte, okulda ya da evdeki konumunun gereği olan başlıca yükümlülüklerini yerine getirememeye ile sonuçlanan, yineleyici alkol kullanımı.

6) Alkolün etkilerinin neden olduğu ya da alevlendirdiği, sürekli ya da yineleyici toplumsal ya da kişilerarası sorunlar olmasına karşın alkol kullanımını sürdürme.

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

8) Yineleyici bir biçimde, tehlikeli olabilecek durumlarda alkol kullanma.

9) Büyük bir olasılıkla alkolün neden olduğu ya da alevlendirdiği, sürekli ya da yineleyici bedensel ya da ruhsal bir sorunu olduğu bilgisine karşın alkol kullanımı sürdürülür.

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

a) Esrikliliği ya da istenen etkiyi sağlamak için belirgin olarak artan ölçülerde alkol kullanma gereksinimi.

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

11) Aşağıdakilerden biriyle tanımlandığı üzere, yoksunluk gelişmiş olması:

a) Alkole özgü yoksunluk sendromu

b) Yoksunluk belirtilerinden kurtulmak ya da kaçınmak için alkol (ya da benzodiazepin gibi yakından ilişkili bir madde) alınır.

Erken Yatışma Evresinde: Daha önce alkol kullanım bozukluğu için tanı ölçütleri tam karşılandıktan sonra, alkol kullanım bozukluğunun hiçbir tanı ölçütü (A4 tanı ölçütü dışında) 12 aydan daha kısa süreli olmak üzere en az 3 aydır karşılanmamaktadır.

Sürekli Yatışma ile Giden: Daha önce alkol kullanım bozukluğu için tanı ölçütleri tam karşılandıktan sonra, alkol kullanım bozukluğunun hiçbir tanı ölçütü (A4 tanı ölçütü dışında ) 12 ay ya da daha uzun bir süredir, hiçbir zaman karşılanmamıştır.

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

Ağır olmayan: İki-üç belirtinin olması.

Orta derecede: Dört-beş belirtinin olması.

Ağır: Altı ya da daha çok belirtinin olması.



## **2.9. Alkol Kullanımı Tedavisi**

Alkol kullanım bozukluğu, bireyin yaşamında psikososyal süreçleri etkilediği için, tedavide farmakoterapi oldukça önem taşırken, psikososyal müdahalelerde kullanılmaktadır. Özellikle bireysel psikoterapilerin yanında, psikososyal destek sistemlerinin güçlendirilmesi önemlidir. Özellikle implant uygulanan hastalarda; sosyal destek tedaviyle ilgili süreçte denetimin ve uyumun sağlanması açısından oldukça önemlidir (Lobmaier ve ark., 2011).

### **2.9.1. Alkol Kullanımı Bozukluğunda Farmakoterapi**

Akamprosats; sentetik glutamat N-metil-D-aspartat (NMDA) reseptör antagonistidir. Akamprosats Nucleus Accumbens'te (NAc) oluşan ekstraselüler dopamin artışını engeller ve alkol yoksunluğundaki nörotoksositeye karşı koruyucudur (Evren ve Bozkurt, 2015).

Akamprosats tam ayıklık sürecinde olan hastalarda daha etkilidir. İlaç etkileşimi A olduğu için, başka bir hastalıkta kullanılan ilaçlar ile alınması herhangi bir sorun yaratmaz. (Evren ve Bozkurt, 2015).

Naltrekson; spesifik olmayan opioid reseptör antagonistidir. Özellikle  $\mu$  opioid reseptörlerini bloke ederek alkol kullanımı sonrasında ortaya çıkan dopamin artışının azalmasını sağlar ve alkolün ödüllendirici etkisini azaltır (Drobes ve ark., 2004). Alkolün sedatif etkisini azaltarak, alkol isteğini de azaltıcı bir etkisi vardır. Naltrekson AKB'da depresme oranını azaltır ve ayıklık süresini uzatır (Nice, 2011).

Naltrekson 1994 yılında alkol bağımlılığında kullanılmak üzere onay almıştır (Samsha, 2015). AKB'daki etkinliği kanıt düzeyi A olarak kabul edilmektedir (Soyka ve ark., 2008).

### **2.9.2. Disülfiram İmplant Tedavisi**

Disülfiram, alkol metabolizmasının ikinci basamağında yer alan ve asetaldehit asetata çeviren aldehit dehidrojenaz enzimini bloke eder (Tihan ve ark., 2008). Hasta bu durumda, alkol alır ise; asetaldehit birikimine bağlı olarak; bulantı, kusma, sersemlik, yüz kızarması, baş ağrısı, ishal, nefes darlığı, düzensiz kalp ritmi gibi belirtilere yol açar. Böylece, disülfiram caydırıcı bir etki sağlamış olur ((Evren ve Bozkurt, 2015).

Alkol detoksifikasyonundan sonra standart bir tedavi protokollü bulunmaması rağmen, 1948 yılında Disülfiram İmplant Tedavisi uygulanmaya başlanmıştır, 1951 yılında da FDA (Amerikan Gıda ve İlaç Kurulu) tarafından da alkolizm tedavisinde kullanılmak üzere onaylanmıştır. Disülfiram implant kullanımı, yan etkileri abartılı olarak ve gözden düşmüş bir tedavi yöntemi olarak algılansa da, disülfiram implantasyonu hem psikolojik, hem de farmakolojik caydırıcı etkisi olabilen, diğer psikofarmakolojik tedavi yöntemlerine ek olarak da uygulanabilecek, ekonomik maliyeti düşük bir tedavi yöntemidir (Aslan ve ark., 2013). Disülfiram alımında en önemli zorluk, tedavinin uygunluğudur. Genellikle hastalara kendilerinin disülfiramı almaları önerildiğinde, çoğu kısa sürede tedaviyi bırakırlar (Tihan ve ark., 2008).

İlacın implante edilebilir, yavaş salınan, depo şekli bu uyum sorununu çözebilir. Literatürde bu prosedürün etkinliğini kanıtlayan plasebo kontrollü çalışmalar bulunmaktadır. Bu yöntemle ek bir “psikolojik caydırıcılık” etkisinden söz edilebilir. Bu noktada ise; hastalar açısından en önemli zorluk, cerrahi süreç, yara enfeksiyonu, implant reddedilme oranları nedeni ile sorun ortaya çıkarmaktadır (Tihan ve ark., 2008).

Disülfiram tedavisi uygulanan hastalarda yukarıda sayılan sebepler nedeni ile; anne-baba-eş ve diğer güvenilir kişilerden psikososyal destek alması hasta açısından önemlidir (Tihan ve ark., 2008 ve Yargıç ve Soleimanvandi, 2005).

### **3.GEREÇ VE YÖNTEM**

#### **3.1.Araştırmanın Türü**

Araştırma; NPİstanbul Beyin Hastanesi Amatem kliniğine başvuran Kasım 2013- Haziran 2019 tarihleri arasında disülfiram ve anltroksan implantı tedavisi uygulanmış 126 hastanın sosyodemografik özellikleri (yaş, cinsiyet, iş durumu, eğitim durumu), idrar toksikoloji sonuçları, kaçınıcı implant takılışı, alkol ve eroine başlama yaşları, alkol ve eroin kullanım süreleri ve günlük kullanım miktarları, başka madde kullanımları olup olmadığı, implnat uygulandıktan sonra başka bir madde kullanımlarının olup olmadığı, kontrollere ne kadar sürede geldikleri, implantları çıktı ise sebepleri, implant uygulandıktan sonra tedavi sürecine uyumları incelenerek geriye dönük olarak gerçekleştirilmiştir.

#### **3.2.Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri**

Çalışma, özel bir psikiyatri hastanesinde, yataklı Amatem psikiyatri servisinde yatan hastalar ve taburcu olan hastalara yönelik yapılmıştır. Çalışmanın yapılacağı hastane 2007 de 48 yatak kapasiteli kurulmuş olup, Aralık 2012 tarihinde Türkiye'de Sağlık Bakanlığı'ndan AMATEM ruhsatı almaya hak kazanan ilk özel psikiyatri hastanesi olmuştur. 2017 yılında yeni binasına taşınmış ve genel hastane olarak hizmet vermektedir. Hastanenin kapalı erkek servis, kapalı kadın servis, AMATEM ve Açık Servisleri olmak üzere beş kat psikiyatri servisi olarak kullanılmaktadır.

Psikiyatri servislerinde 80 yatak kapasitesi bulunmaktadır. Madde Bağımlılığı Tedavi Merkezleri Yönetmeliği doğrultusunda AMATEM, madde bağımlılarının ayakta veya yatarak tıbbi ve psikososyal tedavilerinin yapıldığı merkezlerdir. Yatan hastalara tıbbi tedavinin yanı sıra SAMBA programının klinik versiyonu, denetimli serbestlik hizmeti kapsamında başvuran hastalara SAMBA'nın denetimli serbestlik versiyonu ve bağımlı bireylerin ailelerine yönelik SAMBA'nın aile versiyonu psikoeğitim olarak uygulanmaktadır.

Amatem Kliniğinde; 2012 yılından bu yana İmplant tedavisi uygulanmakta olup, 126 hastaya toplamda 214 adet implant uygulanmıştır.

### **3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi**

Araştırmanın evrenini AMATEM'e opiyat ve alkol kullanım bozukluğu tedavisi için başvurarak ayaktan tedavi hizmeti alan tüm hastalar oluşturmaktadır. Örneklem ise; Disülfiram ve Naltrekson İmplantı takılan ayaktan tedavi gören Opiyat ve Alkol Bağımlılığı tedavisi alan hastalar oluşturmaktadır.

### **3.4. Araştırmaya Dahil Edilme ve Dışlanma Kriterleri**

- 18-65 yaş aralığında olunması
- Nörolojik bir hastalık öyküsü olmaması
- Mental olarak geriliğe sahip olmamak
- Gebelik öyküsü olmaması
- İmplant bölgesinde aktif deri enfeksiyon olmaması
- Disülfiram ve naltreksona karşı duyarlılık öyküsü olmaması
- Aktif ve kronik karaciğer hastalığı olmaması

### **3.5. Araştırmada Kullanılan Gereçler**

Hasta Tanıtıcı Bilgi Formu (EK-1)

### **3.6. Verilerin Toplanması**

Veriler, Amatem Kliniğine başvuran ve taburculuğu yapılmış, Disülfiram ve Naltrekson implantı uygulanan hastaların dosya kayıtları incelenerek retrospektif kohort çalışması olarak yapılmıştır. Dosya kayıtları incelenirken, hastaların sosyodemografik veri özellikleri, tedavi motivasyonları, implant ile ilgili durumları incelenmiştir.

### **3.7. Verilerin Değerlendirilmesi**

Araştırmanın amaçlarına uygun olarak toplanan veriler SPSS v.21 programı ile istatistiksel analize tabi tutulmuştur. Naltrexone ve Disulfiram implant hastalarının kategorik veriler olan sosyodemografik verilere ve klinik verilere dağılımları arasındaki farkların hesaplanmasında ki-kare analizi kullanılmıştır. Naltrexone ve Disulfiram implant hastalarının ölçeklerden aldıkları ortalamalar arasındaki farkların hesaplanmasında bağımsız örneklem t testi kullanılmıştır.

Naltrexone ve Disulfiram implant hastalarının ölçeklerden aldıkları puanlar arasındaki korelasyonlar, hasta dosyalarında ölçek puanlarına ilişkin veri sayısının az olması nedeniyle Spearman korelasyon analizi ile hesaplanmıştır. Araştırmada anlamlılık düzeyi  $p < .05$  olarak alınmıştır.

### **3.8. Araştırmanın Etik Boyutu**

Araştırmanın yapılabilmesi için; Üsküdar Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulunun 25/04/2019 tarihinde yapılan 04 No.lu toplantısında 61351342-/2019-225 sayılı yazılı izin ve araştırmanın yapılacağı Özel Hastaneden 21/02/2019 tarihinde 307.99/65 sayılı araştırma izni alınmıştır.



## 4. BULGULAR

Bu bölümde, araştırmanın amaçlarına uygun olarak toplanan verilere uygulanan istatistiksel analizlere yer verilmiştir. İlk olarak katılımcıların implant türleri bakımından sosyodemografik özelliklerine ilişkin frekans dağılımları ve yüzdeleri ile bu dağılımlar arasındaki farklara ilişkin ki-kare analizi bulguları verilmiştir.

İkinci olarak katılımcıların implant türleri bakımından klinik özelliklerine ilişkin frekans dağılımları ve yüzdeleri ile bu dağılımlar arasındaki farklara ilişkin ki-kare analizi bulguları verilmiştir.

Üçüncü olarak katılımcıların implant türlerine bağlı olarak MATT, DATT ve TMA (İM, DM, KYA, TG) ortalamalarının karşılaştırıldığı bağımsız örneklem t testi bulguları verilmiştir. Dördüncü olarak katılımcıların implant türlerine bakımından ayrı ayrı olarak MATT, DATT ve TMA (İM, DM, KYA, TG) arasındaki Spearman korelasyon hesaplamalarına ilişkin bulgular verilmiştir.

### 4.1. Naltrekson ve Disulfiram İmplant Hastalarının Sosyodemografik Özelliklerine İlişkin Bulgular

Tablo 1’de Naltrekson ve Disulfiram İmplant hastalarının sosyodemografik özelliklerine ilişkin frekans dağılımları, yüzdeleri ve dağılımlar arasındaki farka ilişkin ki-kare analizi bulguları verilmiştir.

Tablo 1 de araştırma kapsamında kullanılan sosyo demografik bilgilerden yaş, cinsiyet, eğitim durumu, adli durum ve iş durumu Naltrexone ve Disulfiram implant tedavi almasına göre karşılaştırılarak, elde edilen yüzdeler bilgilerine yer verilmiştir.

**Tablo 1.** Naltrekson Ve Disulfiram İmplant Hastalarının Sosyodemografik Özelliklerine İlişkin Frekans Dağılımları, Yüzdeleri Ve Dağılımlar Arasındaki Farka İlişkin Ki-Kare Analizi Bulguları

		Naltrekson		Disulfiram		Toplam		$\chi^2$	p
		N	%	N	%	N	%		
Yaş	18-30	32	48.5	12	20.0	44	34.9	12.825	<b>.002*</b>
	30-50	27	40.9	43	71.7	70	55.6		
	50 üzeri	7	10.6	5	8.3	12	9.5		
Cinsiyet	Kadın	4	6.1	9	15.0	13	10.3	2.714	.099
	Erkek	62	93.9	51	85.0	113	89.7		
İş Durumu	Çalışıyor	34	51.5	42	70.0	76	60.3	5.253	.072
	Çalışmıyor	23	34.8	15	25.0	38	30.2		
	İşi bırakmış	9	13.6	3	5.0	12	9.5		
Eğitim Durumu	Ortaokul ve altı	13	19.7	2	3.3	15	11.9	10.892	<b>.012*</b>
	Lise	29	43.9	26	43.3	55	43.7		
	Üniversite	21	31.8	31	51.7	52	41.3		
	Lisansüstü	3	4.5	1	1.7	4	3.2		
Adli Durum	Var	25	37.9	10	16.7	35	27.8	7.049	<b>.008*</b>
	Yok	41	62.1	50	83.3	91	72.2		
Toplam		66	100.	60	100.	126	100.		
			0		0		0		

\* $p < .05$

Naltrexone ve Disulfiram implant hastalarının yaş gruplarına dağılımları arasında anlamlı fark bulunmuştur [ $\chi^2_{(2)}=12.825$ ;  $p=.002$ ]. 18-30 yaş grubundaki Naltrexone implant hastalarının oranı (%48.5) Disulfiram implant hastalarının oranından (%20) yüksek gözlenmiştir. 30-50 yaş grubundaki Disulfiram implant hastalarının oranı (%71.9) Naltrexone implant hastalarının oranından (%40.9) yüksek gözlenmiştir. 50 yaş ve üzerindeki Naltrexone implant hastaları ile Disulfiram implant hastalarının oranı birbirine yakın gözlenmiştir.

Naltrexone ve Disulfiram implant hastalarının eğitim durumları arasında anlamlı fark bulunmuştur [ $\chi^2_{(3)}=10.892$ ;  $p=.012$ ]. Ortaokul ve altı düzeyde eğitimi olan Naltrexone implant hastalarının oranı (%19.7) Disulfiram implant hastalarının oranından (%3.3) yüksek gözlenmiştir. Üniversite düzeyinde eğitimi olan Disulfiram implant hastalarının oranı (%51.7) Naltrexone implant hastalarının oranından (%31.8) yüksek gözlenmiştir. Lise eğitim düzeyindeki Naltrexone implant hastaları ile Disulfiram implant hastalarının oranı birbirine yakın gözlenmiştir. Lisansüstü eğitim düzeyindeki Naltrexone implant hastaları ile Disulfiram implant hastalarının oranı birbirine yakın gözlenmiştir.

Naltrexone ve Disulfiram implant hastalarının adli durumları arasında anlamlı fark bulunmuştur [ $\chi^2_{(1)}=7.049$ ;  $p=.008$ ]. Adli durumu olan Naltrexone implant hastalarının oranı (%37.9) Disulfiram implant hastalarının oranından (%16.7) yüksek gözlenmiştir.

Naltrexone ve Disulfiram implant hastalarının cinsiyetlere dağılımları ve iş durumlarına dağılımları arasında anlamlı fark bulunmamıştır.

#### **4.2. Naltrexone ve Disulfiram İmplant Hastalarının Klinik Özelliklerine İlişkin Bulgular**

Tablo 2’de Naltrexone ve Disulfiram İmplant hastalarının klinik özelliklerine ilişkin frekans dağılımları, yüzdeleri ve dağılımlar arasındaki farka ilişkin ki-kare analizi bulguları verilmiştir.

Tablo 2 de araştırmaya katılan bireylerin Naltrexone ve Disulfiram implant tedavi almasına göre klinik özelliklerinden ek psikiyatrik tanı, hastaneye yatış sayısı, kullandığı uyuşturucu uyarıcı madde türü, alkol veya opiyat öyküsünün süresi, implant sonrası tedaviye uyum süresi, ayıklık süresi, implant sonrası uyuşturucu veya uyarıcı madde kullanım öyküsü, davranışsal bağımlılık gelişimi ve davranışsal bağımlılığın oluşup oluşmadığı değerlendirilmiştir. Bu veriler ışığında uygulanan Ki Kare analizinin sonucuna yer verilmiştir.



**Tablo 2. Naltrexone Ve Disulfiram İmplant Hastalarının Klinik Özelliklerine İlişkin Frekans Dağılımları, Yüzdeleri Ve Dağılımlar Arasındaki Farka İlişkin Ki-Kare Analizi Bulguları**

		Naltrexone		Disulfiram		Toplam		$\chi^2$	p
		N	%	N	%	N	%		
Ek Psikiyatrik Tanı	Var	28	42.4	51	85.0	79	62.7	24.359	<b>0.000*</b>
	Yok	38	57.6	9	15.0	47	37.3		
Yatış Sayısı	1 kez	22	33.3	16	26.7	38	30.2	1.417	0.492
	2 kez	20	30.3	16	26.7	36	28.6		
	3 üzeri	24	36.4	28	46.7	52	41.3		
Kullandığı uyuşturucu / uyarıcı madde	Alkol	1	1.5	51	85.0	52	41.3	91.601	<b>0.000*</b>
	Opiat	34	51.5	2	3.3	36	28.6		
	Çoklu	31	47.0	7	11.7	38	30.2		
Alkol / Opiat Öyküsü	0-1 yıl	2	3.0	6	10.0	8	6.3	7.478	0.058
	1-3 yıl	5	7.6	12	20.0	17	13.5		
	3-5 yıl	27	40.9	19	31.7	46	36.5		
	5 üzeri	32	48.5	23	38.3	55	43.7		
İmplant sonrası uyum devam	Var	5	7.6	4	6.7	9	7.1	.039	0.843
	Yok	61	92.4	56	93.3	117	92.9		
Ayıklık Süresi	0-1 yıl	59	89.4	54	90.0	113	89.7	.047	0.977
	1-3 yıl	5	7.6	4	6.7	9	7.1		
	3-5 yıl	2	3.0	2	3.3	4	3.2		
İmplant sonrası uyarıcı uyuşturucu	Evet	66	100.0	36	60.0	102	81.0	32.612	<b>0.000</b>
	Hayır	0	0.0	24	40.0	24	19.0		
Davranışsal bağımlılık gelişimi	Evet	1	1.5	6	10.0	7	5.6	4.312	<b>0.038*</b>
	Hayır	65	98.5	54	90.0	119	94.4		
Davranışsal bağımlılık var ise ne?	Yok	65	98.5	54	90.0	119	94.4	5.744	0.125
	Kumar	0	0.0	4	6.7	4	3.2		
	Sex	1	1.5	1	1.7	2	1.6		
İmplant sonrası komplikasyon	Evet	31	47.0	24	40.0	55	43.7	.621	0.431
	Hayır	35	53.0	36	60.0	71	56.3		
Toplam		66	100.0	60	100.0	126	100.0		

\* $p < .05$

Naltrexone implant hastalarıyla Disulfiram implant hastalarının ek psikiyatrik tanılarının olup olmamasına göre dağılımları arasında anlamlı fark bulunmuştur [ $\chi^2_{(1)}=24.359$ ;  $p=.000$ ]. Ek psikiyatrik tanısı bulunan Disulfiram implant hastalarının oranından (%85) Naltrexone implant hastalarının oranından (%42.4) yüksek olduğu gözlenmiştir.

Naltrexone implant hastalarıyla Disulfiram implant hastalarının kullandıkları uyuşturucu / uyarıcı maddelere göre dağılımları arasında anlamlı fark bulunmuştur [ $\chi^2_{(2)}=91.601$ ;  $p=.000$ ]. Alkol kullanan Disulfiram implant hastalarının oranı (%85) Naltrexone implant hastalarının oranından (%1.5) yüksek gözlemiştir. Opiat kullanan Naltrexone implant hastalarının oranı (%51.5) Disulfiram implant hastalarının oranından (%3.3) yüksek gözlenmiştir. Çoklu madde kullanan Naltrexone implant hastalarının oranı (%47) Disulfiram implant hastalarının oranından (%11.7) yüksek gözlenmiştir.

Naltrexone implant hastalarıyla Disulfiram implant hastalarının implant sonrası uyuşturucu / uyarıcı madde kullanıp kullanmamalarına göre dağılımları arasında anlamlı fark bulunmuştur [ $\chi^2_{(1)}=32.612$ ;  $p=.000$ ]. İmplant sonrası uyuşturucu/uyarıcı kullanan Naltrexone implant hastalarının oranı (%100) Disulfiram implant hastalarının oranından (%60) yüksek gözlenmiştir.

Naltrexone implant hastalarıyla Disulfiram implant hastalarının davranışsal bağımlılık gelişimi bakımından dağılımları arasında anlamlı fark bulunmuştur [ $\chi^2_{(1)}=4.312$ ;  $p=.038$ ]. Davranışsal bağımlılık geliştiren Disulfiram implant hastalarının oranı (%10) Naltrexone implant hastalarının oranından (%1.5) yüksek gözlenmiştir.

Naltrexone implant hastalarıyla Disulfiram implant hastalarının yatış sayıları, alkol /opiat öyküleri, implant sonrası uyum/devamları, ayıklık süreleri, davranışsal bağımlılık türleri, implant sonrası komplikasyon durumları bakımından dağılımları arasında anlamlı fark bulunmamıştır.

#### **4.3. Naltrexone ve Disulfiram İmplant Hastalarının MATT, DATT VE TMA Düzeylerinin Karşılaştırılması**

Tablo 3'te Naltrexone ve Disulfiram İmplant Hastalarının MATT, DATT ve TMA ortalamalarının karşılaştırıldığı bağımsız örneklem t testi bulguları verilmiştir. Naltrexone

grubunda bir katılımcının MATT puanı bulunmuştur. Disulfiram grubunda DATT puanı bulunan katılımcı bulunmadığından iki grup arasında karşılaştırma yapılamamıştır.

**Tablo 3. Naltrexone Ve Disulfiram İmplant Hastalarının MATT, DATT Ve TMA Ortalamaları, Standart Sapmaları Ve Bağımsız Örneklem T Testi Bulguları**

	İmplant	N	ORT	SS	t	p
MATT	Naltrexone	1	42.00	.	5.145	<b>0.000</b>
	Disulfiram	15	21.53	3.852		
DATT	Naltrexone	20	21.10	3.796		
	Disulfiram	0	.	.		
TMA	Naltrexone	40	172.20	37.078	2.100	<b>0.039</b>
	Disulfiram	35	157.20	24.141		
İM	Naltrexone	43	38.42	17.109	2.422	<b>0.018</b>
	Disulfiram	35	30.89	10.014		
DM	Naltrexone	42	50.98	14.905	2.967	<b>0.004</b>
	Disulfiram	35	41.71	11.938		
KYA	Naltrexone	42	47.74	17.688	-.513	0.610
	Disulfiram	35	49.51	12.606		
TG	Naltrexone	45	35.24	13.417	.054	0.957
	Disulfiram	35	35.09	12.789		

\* $p < .05$

Naltrexone implant grubunda yer alan bir hastanın MATT puanı ile Disulfiram implant hastalarının MATT ortalamaları arasında anlamlı fark bulunmuştur ( $t=5.145$ ;  $p=.000$ ). Naltrexone implant hastasının MATT puanı ( $ort=42$ ), Disulfiram implant hastalarının MATT ortalamalarından ( $ort=21.53$ ) anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur.

Naltrexone implant hastaları ile Disulfiram hastalarının TMA ortalamaları arasında anlamlı fark bulunmuştur ( $t=2.100$ ;  $p=.039$ ). Naltrexone implant hastalarının TMA ortalamaları ( $ort=172.20$ ) Disulfiram implant hastalarının ortalamalarından ( $ort=157.20$ ) anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur.

Naltrexone implant hastaları ile Disulfiram hastalarının TMA alt ölçeği İM ortalamaları arasında anlamlı fark bulunmuştur ( $t=2.422$ ;  $p=.018$ ). Naltrexone implant hastalarının İM ortalamaları ( $ort=38.42$ ) Disulfiram implant hastalarının ortalamalarından ( $ort=30.89$ ) anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur.

Naltrexone implant hastaları ile Disulfiram hastalarının TMA alt ölçeği DM ortalamaları arasında anlamlı fark bulunmuştur ( $t=2.967$ ;  $p=.004$ ). Naltrexone implant hastalarının DM ortalamaları ( $ort=50.98$ ) Disulfiram implant hastalarının ortalamalarından ( $ort=41.71$ ) anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur.

#### 4.4. Naltrexone ve Disulfiram İmplant Hastalarının MATT, DATT VE TMA Düzeylerinin Arasındaki İlişkiler

Tablo 4'te Naltrexone ve Disulfiram İmplant Hastalarının MATT, DATT ve TMA düzeyleri arasındaki Spearman korelasyon analizi bulguları verilmiştir.

			1	2	3	4	5	6
Naltrexone ve Disulfiram	1. MATT	r	1	.				
		p						
		n	16					
	2. DATT	r	.					
		p						
		n	0					
	3. TMA	r	.263	.316				
		p	.463	.252				
		n	10	15				
	4. İM	r	.174	.314	.328**			
		p	.632	.220	.004			
		n	10	17	75			
	5. DM	r	.715*	-.223	.613**	-.034		
		p	.020	.390	.000	.772		
		n	10	17	75	75		
	6. KYA	r	-.399	.457	.330**	.197	-.306**	
		p	.253	.065	.004	.091	.007	
		n	10	17	75	75	77	
	7. TG	r	.412	.221	.554**	-.283*	.372**	-.096
		p	.237	.363	.000-0	.013	.001	.408
		n	10	19	75	77	77	77

\* $p<.05$ ; \*\* $p<.01$

Naltrexone ve Disulfiram İmplant Hastalarının MATT ve TMA alt ölçeği DM puanları arasında pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur ( $r=.715$ ;  $p=.20$ ). DM puanları artarken MATT puanları artış göstermektedir. Diğer korelasyonlar arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır. Tablodaki anlamlı korelasyonlar TMA'nın kendi alt ölçekleri arasındaki korelasyonlardır.

#### 4.5. Naltrexone İmplant Hastalarının MATT, DATT Ve TMA Düzeyleri Arasındaki Spearman Korelasyon Analizi Bulguları

Tablo 5. Naltrexone İmplant Hastalarının MATT, DATT ve TMA düzeyleri arasındaki Spearman korelasyon analizi bulguları

			1	2	3	4	5	6
Naltrexone	1. MATT	R						
		P						
		N	1					
	2. DATT	R						
		P						
		N	0					
	3. TMA	R		.316				
		P		.252				
		N	1	15				
	4. İM	R		.314	.568**			
		P		.220	.000			
		N	1	17	40			
	5. DM	R		-.223	.525**	.100		
		P		.390	.001	.538		
		N	1	17	40	40		
	6. KYA	R		.457	.449**	.244	-.230	
		P		.065	.004	.129	.144	
		N	1	17	40	40	42	
	7. TG	R		.221	.515**	-.046	.149	.025
		P		.363	.001	.773	.347	.873
		N	1	19	40	42	42	42

\* $p<.05$ ; \*\* $p<.01$

Naltrexone implant hastalarının MATT, DATT ve TMA düzeyleri arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır. Tablodaki anlamlı korelasyonlar TMA'nın kendi alt ölçekleri arasındaki korelasyonlardır.

#### 4.6. Disulfiram İmplant Hastalarının MATT, DATT Ve TMA Düzeyleri Arasındaki Spearman Korelasyon Analizi Bulguları

Tablo 6. Disulfiram İmplant Hastalarının MATT, DATT ve TMA düzeyleri arasındaki Spearman korelasyon analizi bulguları

			1	2	3	4	5	6
Disulfiram	1. MATT	R	1					
		P						
		N	15					
	2. DATT	R						
		P						
		n	0					
	3. TMA	r	-.021					
		p	.956					
		n	9	0				
	4. İM	r	-.154		-.106			
		p	.692		.544			
		n	9	0	35			
	5. DM	r	.605		.618**	-.483**		
		p	.084		.000	.003		
n		9	0	35	35			
6. KYA	r	-.434		.278	.198	-.226		
	p	.244		.105	.254	.191		
	n	9	0	35	35	35		
7. TG	r	.313		.700**	-.632**	.774**	-.217	
	p	.412		.000	.000	.000	.210	
	n	9	0	35	35	35	35	

\* $p < .05$ ; \*\* $p < .01$

Disulfiram implant hastalarının MATT, DATT ve TMA düzeyleri arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır. Tablodaki anlamlı korelasyonlar TMA'nın kendi alt ölçekleri arasındaki korelasyonlardır.

## 5. TARTIŞMA

Literatür taramaları sırasında; naltrekson implatı ve disülfiram implantı uygulanan hastaları karşılaştıran ve ulaşılabilen literatür de az sayıda çalışmaya ulaşılmıştır. Bu çalışmaların çoğunda Naltrekson veya Disülfiram implantlarının farklı madde grupları ile karşılaştırılmaları veya bunların hastalığın seyri üzerindeki etkilerinin kontrol grupları ile karşılaştırılmaları yer almaktadır.

Alkol ve opiyat kullanım bozukluğu tedavisinde kullanılan Naltrekson ve Disülfiram implantları kullanan hastaların sosyodemografik incelemeleri ilerleyen süreçlerde bize daha genellenebilir ve tedaviye yardımcı olacak sonuçlar doğrucaktır. Bu doğrultuda Naltrekson ve Disülfiram implant hastalarının kendi örnekleminiz içerisinde sosyo demografik değişkenleri şu şekildedir.

### **Naltrexone ve Disulfiram İmplant Hastalarının Sosyodemografik Özellikleri**

Naltrekson ve disülfiram implant uygulanan hastaların çoğunun erkek olduğu görülmüştür. Bu sonuç yapılan diğer çalışmaları destekler niteliktedir. Hastaların yaş ortalamalarına bakıldığında %55,6 sının 30-50 yaş arasında olduğu görülmüştür. Kulaksızoğlu ve ark. 2019 da yaptıkları çalışmada naltrekson implant uygulanan hastaların yaş ortalamasının 26.70 olduğunu bulmuşlardır.

Naltrekson ve disülfiram implant uygulanan hastaların eğitim durumlarına bakıldığında %43,7 sinin lise düzeyinde, %3.2 sinin ise lisansüstü düzeyde eğitiminin olduğu görülmüştür. Bu sonuç da yapılan benzer çalışmaları desteklemektedir. Aslan ve arkadaşlarının yapmış oldukları çalışmada da disülfiram implant uygulanan hastaların %48 nin lise düzeyinde eğitim mezunu oldukları Gümüş ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada da Naltrekson implant uygulanan hastaların %50 sinin lise düzeyinde eğitim seviyesinde oldukları vurgulanmıştır.

Bu sosyo demografik bulgular benzer diğer çalışmalarıda destekler nitelikte olduğu gözlemlenmiştir. Bu neticelere bakıldığında hastaların çoğunluğunun eğitim seviyesinin üniversite terk veya lise dengi eğitim grubunda olduğu görülmektedir. Dolayısı ile yapılan ve

planlan motivasyonel çalışmaların bu eğitim seviyesi doğrultusunda olmasında sürecin devamlılığı etkileyen faktörler arasında olabilir.

### **Naltrexone ve Disulfiram İmplant Hastalarının Klinik Özellikleri**

Naltrekson ve disulfiram implant uygulanan hastaların %62.7 sinde komorbid psikiyatrik tanısının olduğu görülmüştür. Bununla birlikte örneklemimiz içerisindeki disulfiram implant tedavisi gören hastaların %85 inde ek psikiyatrik tanı aldıkları görülmektedir.

Evren ve arkadaşlarının 2001 yılında yaptıkları 51 kişilik katılımcılı çalışmada opiyat kullanım bozukluğu olan bireylerde komorbid psikiyatrik bozukluğun genellikle I. Eksen tanı alma olasılığının %67 olduğunu, duygu durum bozukluğu tanısı alma olasılığının %51 ve herhangi bir kaygı bozukluğu tanısı alma ihtimalinin ise %57 olduğunu tespit etmişlerdir. Dolayısı ile araştırmamızda elde edilen ek psikiyatrik tanı olma oranının literatürü desteklediği görülmektedir.

Opiyat kullanım bozukluğu ile birlikte ek psikiyatrik tanı alma konusunda 21 000 katılımcı ile yapılan Amerika'daki en kapsamlı çalışmalardan olan araştırmada da benzer şekilde özellikle opiyat bağımlılığına bağlı olarak duygu durum bozuklukları, anksiyete bozuklukları ve kişilik bozukluklarına dair ek psikiyatrik tanımlar alındığı tespit edilmiştir (Regier ve ark., 1990).

Uzun süredir yapılan bu çalışmalar göstermektedir ki tedavi süreçlerinde sadece madde kullanım bozukluğu değil hastaların aldıkları ek tanımlarında önemli olduğu yönündedir (Verheul ve ark., 2000). Bu bireylerde görülen komorbite tanımlar nedeni ile tedavi sürecinde de zorluklarla karşılaşmak mümkündür. Major depresyon veya anti sosyal kişilik bozukluklarında görülen yetersizlik duygusu ve özgüven eksikliği nedeni ile tedaviye odaklanmada bireylerin zorlanabileceği vurgulanmaktadır (Rutherford ve ark., 1994).

Tedavi süreçlerinde bu hasta grubunun motivasyonunu arttırmaya yönelik yapılacak çalışmalar ile birlikte ek psikiyatrik tanımları üzerinde çalışılmasının da tedavi sürecine olumlu katkısı olabilir. Disulfiram tedavisi alanların %85 nin alkol bağımlılığı nedeni ile tedavi gördüğü Naltrekson implant tedavisi alanların çoklu bağımlılık oranının daha yüksek olduğu da dikkat çekmektedir.



Naltrekson implant uygulanan hastaların %51,5 inin sadece opiat, %47,0 mın ise alkol-opiat ve diğer maddeleri birlikte kullandığı görülmüştür. Naltrekson ve disülfiram implant uygulanan hastaların implant sonrası %89,7 si 0-1 yıl içinde tekrar madde ya da alkol kullanmıştır. İmplant sonrası tedaviye devam sağlayan hastalar ise %7,1dir. Dolayısıyla implant sonrasında tedavi sürecinin doğrudan kesilmemesi ve devamın sağlanmasının önemi yaptığımız çalışmada da bu sonuç üzerinden değerlendirilebilir.

Naltrekson implant uygulanan hastaların tamamı belli bir süre sonra opiat kullanmaya devam etmiştir. Disülfiram implant uygulanan hastalarda ise %60 ı tekrar alkol kullanmıştır. Disülfiram implant uygulanan hastaların %10unda davranışsal bağımlılık (kumar, sex vb.) geliştiği görülmüştür. . Bu durumun bağımlılık tedavisinin çok yönlü ele alınması gerektiğini düşündürmektedir. Bağımlılık tedavisi nöropsikolojik yanlarının ele alınması gereken ve aynı zamanda aile sisteminin ve rehabilitasyon basamaklarının da olması gereken bir tedavi şeklidir. Dolayısı ile implat tedavilerinin bu anlamda yetersiz kaldığı düşünülebilir. Aynı zamanda bu hastaların implant tedavisi sonrası bağımlılık tedavisi yeterince yapılandırılmadığından dolayı çapraz bağımlılık ‘bağımlılık transferi’ geliştirdiği gözlenmektedir. Gelişen çapraz bağımlılıklar bu vakalarda ayrıntılı öykülendirilerek ele alınması tedavinin etkinliği açısından oldukça önemlidir.

Naltrekson ve disülfiram implant uygulanan hastaların %43,7 sinde komplikasyon (ilaç emilimi problemi, enfeksiyon, hastanın operasyon bölgesine müdahalesi vb. ) oluşmuştur. . Bu durumun literatürle uyumludur. Ataş ve arkadaşlarının 2016 da yaptığı çalışmada Naltrexone implanta bağlı gelişen enfeksiyonlar tespit edilmiştir.

### **Naltrexone ve Disulfiram İmplant Hastalarının MATT, DATT VE TMA Düzeylerinin Karşılaştırılması**

Naltrexone implant hastalarıyla Disulfiram implant hastalarının implant sonrası uyuşturucu / uyarıcı madde kullanıp kullanmamalarına göre dağılımları arasında anlamlı fark bulunmuştur [ $\chi^2_{(1)}=32.612$ ;  $p=.000$ ]. İmplant sonrası uyuşturucu/uyarıcı kullanan Naltrexone implant hastalarının oranı (%100) Disulfiram implant hastalarının oranından (%60) yüksek gözlenmiştir. Yapılan çalışmalar incelendiğinde bunun gibi süreçlerin, disülfiram kullanan

hastalarda alkol aldıktan sonra yaşanacak, fizyolojik reaksiyonlara bağlı olarak düştüğü söylenebilir (Caputo ve ark., 2014 ve .Krampe ve Ehrenreich, 2010).

Naltrexone implant hastaları ile Disulfiram hastalarının TMA ortalamaları arasında anlamlı fark bulunmuştur ( $t=2.100$ ;  $p=.039$ ). Naltrexone implant hastalarının TMA ortalamaları ( $ort=172.20$ ) Disulfiram implant hastalarının ortalamalarından ( $ort=157.20$ ) anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur. Bu sonucu Disulfiram implant tedavisi uygulanan hastalarda alkol alındığında, yaşamsal süreçlerle ilgili süreçlerin de içine girmesine bağlayabiliriz.



## SONUÇ

Yapılan bu çalışmada opiyat ve alkol kullanım bozukluğu olan bireylerin Disülfiram ve Naltrekson implantları uygulanması ile tedavi sürecindeki ilerleyişi hakkında değerlendirme ve hastaların bazı demografik özelliklerine göre tedavi türüne verdikleri yanıtlar geriye dönük olarak incelenmiş ve değerlendirilmiştir. Araştırma sonuçları göstermektedir ki uyuşturucu madde kullanımında veya alkol kullanımı bozukluğunda bireylerin bağımlılığının şiddetine bağlı olarak algıladıkları destek, tedavi motivasyonlarının ve tedaviye ek psikiyatrik bozukluklara müdahale edebilmenin hastalığın seyrini ve sürecini etkilediğidir. Bu doğrultuda yapılan diğer çalışmalarda benzer şekilde sonuçlara varıldığı görülmüştür.

Madde kullanımı ve bağımlılığı sorunu insanlık tarihi ile birlikteliği olan ve yüzyılımıza etkinliği giderek artan bir sorundur. Bu sorun günümüze ciddi bir toplum sağlığı sorunu olduğu bilinmektedir. Bağımlılık sendromunun kişilik yapısına ikincil olmadığına anlaşılması ve ayrı bir klinik sendrom olarak tanımlanması bu alandaki çalışmaları hızlandırmış ve aynı zamanda da özgül tedavi yöntemlerinin gelişmesine ön ayak olmuştur.

Uzun yıllar boyunca madde kullanımı ve buna bağlı sorunların erkekler arasında daha yaygın olması nedeni ile kadınlarda kullanım ve bağımlılık daha az ilgi çekmiştir. Fakat son zamanlarda genel olarak dünyada madde kullanımındaki cinsiyetler arası farkın giderek kapanmaya başladığı ve madde kullanımının kadınlar içinde önemli bir sorun haline geldiği ileri sürülmektedir. Yurtdışında yapılan çalışmalarda 1990'lı yıllar ile 2000'li yıllar arasında kadınlar açısından madde kullanımında bir artış olduğunun belirlenmesi ve bu konuya dikkat çekilmesi ülkemiz içinde aynı durumun söz konusu olacağı sonucunu bize düşündürmektedir.

Bağımlılık hastalığının etiyojisi multifaktöriyeldir. Etiyojisinin bu İmplant tedavisi uygulanan hastaların çapraz bağımlılık riskinin olduğu ve bu açıdan hastaların gözlenmesi ve ele alınması gerektiği söylenebilir. Bağımlılık sendromunun tanınması ve yeni gelişen tedavilerin profesyonel ekiplerce yapılması ve bu anlamda halk sağlığı ve ülke politikaları ile hem bu alanda çalışan diğer sağlık çalışanlarını hem de halkın bilgilendirilmesi önem kazanmaktadır.

Sonuç olarak yaptığımız çalışmanın literatürü destekler nitelikte olduğu görülmektedir. Literatüre ek olarak araştırmamızda sunduğumuz uygulanan implant türleri arasındaki

karşılaştırılmaya yer verilmesi olmuştur. Bu bağlamda yaptığımız çalışmanın gelecek araştırmalara katkı sağlayacağını ve geriye dönük olarak yapılan bu tür çalışmalara destek sağlayacağını düşünmekteyiz.



## KAYNAKÇA

- Aslan, A.A., Yalcin, O., Arikan, Z., Kuruoglu, A., Cosar, B., Konuk, N. (2013). Alkol Bağımlılığında Disülfiram İmplantasyonu; Sosyodemografik Ve Klinik Değişkenlerin Tedavi Yanıtına Etkisi.
- Avrupa Uyuşturucu Ve Uyuşturucu Bağımlılığı İzleme Merkezi (Emcdda) (2018) Avrupa Uyuşturucu Raporu, Eğilimler Ve Gelişmeler. [Http://Www.Emcdda.Europa.Eu/System/Files/Publications/11364/20191724\\_Tdat19001trn\\_Pdf.Pdf](http://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/11364/20191724_tdat19001trn_pdf.pdf).
- Bayar, M., Yavuz, M. (2008). Alkol Bağımlılığı. Türkiye’de Sık Karşılaşılan Psikiyatrik Hastalıklar Sempozyum Dizisi; 62: 221-230.
- Bedir, E. (2016). Bağımlılığın Derinlemesine Analizi. Addicta: The Turkish Journal On Addictions, 3(3) :476–479.
- Birleşmiş Milletler Uyuşturucu Ve Suç Ofisi (Unodc) (2004). Madde Kullanımı Üzerine Ulusal Değerlendirme Çalışması: 6 Büyük Şehirde Elde Edilen Sonuçlar. Ankara: Türkiye Proje Ofisi. [Https://Www.Unodc.Org/Pdf/Trends2003\\_Www\\_E.Pdf](https://www.unodc.org/pdf/trends2003_www_e.pdf).
- Brown, R. (2004). Heroin Dependence. Official Publication Of The State Medical Society Of Wisconsin, 103(4), 20-26.
- Caputo, F., Vignoli, T, Grignaschi, A., Cibir, M., Addolorato, G., Bernardi, M. (2014). Pharmacological Management Of Alcohol Dependence: From Mono-Therapy To Pharmacogenetics And Beyond. Eur Neuropsychopharmacol, 24:181-191.
- Clinical Policy Bulletin: Naltrexone Implants. Aetna Better Health® [Http://Qawww.Aetna.Com/Cpb/Medical/Data/800\\_899/0878\\_Draft.Html](http://qawww.aetna.com/cpb/medical/data/800_899/0878_draft.html) 12/08/2014
- Dole, V. P. (1989). Methadone Treatment And The Acquired Immunodeficiency Syndrome Epidemic. Jama, 262:1681- 1682.
- Drobes, D. J., Anton, R. F., Thomas, S. E., Voronin, K. (2004). Effects Of Naltrexone And Nalmefene On Subjective Response To Alcohol Among Non-Treatment-Seeking Alcoholics And Social Drinkers. Alcohol Clin Exp Res, 28:1362-1370.

- Dugosh, K., Abraham, A., Seymour, B., Mcloyd, K., Chalk, M., Festinger, D. (2016). A Systematic Review On The Use Of Psychosocial Interventions In Conjunction With Medications For The Treatment Of Opioid Addiction. *Journal Of Addiction Medicine*, 10(2):91.
- Enoch, M.A. (2011). The Role Of Early Life Stress As A Predictor For Alcohol And Drug Dependence. *Psychopharmacology (Berl)*, 214(1):17-31
- Enoch, M. A., Goldman, D. (1999). Genetics Of Alcoholism And Substance Abuse. *Psychiatr Clin North Am*, 22(2):289-99.
- Erol, N., Kılıç, C., Ulusoy, M., Keçeci, M., Şimşek, Z. (1998). Türkiye Ruh Sağlığı Profili Raporu. Birinci Baskı, Ankara.
- Erdoğan, B. (2016). Alkol Bağımlılığının İnsan Beyin Dokusundaki Mir-124,125b,206 Ve 339-5p Ekspresyonları Üzerine Etkisi. Yayımlanmış Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
- Evren, C, Ögel, K, Uluğ, B. (2012). Alkol Madde Bağımlılığı Tanı Ve Tedavi El Kitabı. 1. Baskı, Ankara: Türkiye Psikiyatri Derneği Yayınları, Ss. 29-37.
- Evren, C. (2012). Alcohol Craving, Glutamate And Acamprosate. *Düşünen Adam The Journal Of Psychiatry And Neurological Sciences*, 25:189-197.
- Evren, E. C., Tamar, D., Babayağmur, B., Çakmak, D. (2000). Opioid Bağımlılığının Tedavisinde Buprenorfin: Metadonla Karşılaştırma Çalışmaları, *Klinik Psikofarmakoloji Bülten*, 10:205-212.
- Evren C., Bozkurt M. (2015). Alkol Kullanım Bozukluğunda Farmakolojik Tedavi Seçenekleri. *Düşünen Adam The Journal Of Psychiatry And Neurological Sciences*, 28, (4).
- Fisher, W. H., Clark, R., Baxter, J., Barton, B., O'connell, E., Aweh, G. (2014). Co-Occurring Risk Factors For Arrest Among Persons With Opioid Abuse And Dependence: Implications For Developing Interventions To Limit Criminal Justice Involvement. *Journal Of Substance Abuse Treatment*

- Goldman, D., Oroszi, G., Ducci, F. (2005). The Genetics Of Addictions: Uncovering The Genes. *Nature Reviews Genetics*, 6(7),
- Guliyev, C., Yargıç, L. İ. (2015). Buprenorfin/Nalokson Yerine Koyma Tedavisinin Erken Döneminde Tedavi Başarısını Öngören Faktörler, *Addicta: The Turkish Journal On Addictions*, Bahar, 2(1), 5-27
- Güngör, B. B., Dal, H., Durmaz, E., Zorlu, N., Aşkın, R., Taymur, İ. (2014). Erken Ve Geç Başlangıçlı Erkek Alkol Bağımlılarında Sosyodemografik, Klinik Ve Psikopatolojik Özelliklerin Karşılaştırılması, *The Journal Of Psychiatry And Neurological Sciences*,27:281-290
- Hägele, C., Friedel, E., Kienast, T., Kiefer, F. (2014). How Do We Learn Addiction? Risk Factors And Mechanisms Getting Addicted To Alcohol. *Neuropsychobiology*, 70(2):67-76
- Kampman, K., Jarvis, M. (2015). American Society Of Addiction Medicine (Asam) National Practice Guideline For The Use Of Medications In The Treatment Of Addiction Involving Opioid Use. *Journal Of Addiction Medicine*, 9(5):358.
- Katz, C., El-Gabalawy, R., Keyes, K. M., Martins, S. S., Sareen, J. (2013). Risk Factors For Incident Nonmedical Prescription Opioid Use And Abuse And Dependence: Results From A Longitudinal Nationally Representative Sample. *Drug And Alcohol Dependence*, 132(1-2), 107-113.
- Kayaalp, S.O., Uzbay İ. (2009). İlaç Kötüye Kullanımı Ve İlaç Bağımlılığı. In: Kayaalp Rasyonel Tedavi Yönünden Tıbbi Farmakoloji Kayaalp, S.O. (Ed.), 11. Baskı, Pelikan Yayıncılık, Feryal Matbaacılık San. Ve Tic. Ltd. Şti., Ankara, S. 816-836.
- Kendler, K. S., Prescott, C. A., Myers, J., Neale, M. C. (2003). The Structure Of Genetic And Environmental Risk Factors For Common Psychiatric And Substance Use Disorders In Men And Women. *Arch Gen Psychiatry*, 60(9):929-37.
- Kosten, T. R., George T. P. (2002). The Neurobiology Of Opioid Dependence: Implications For Treatment. *Sci Pract Perspect*; 1:13-20.

- Köroğlu, E. (2007) (Ed). Ruhsal Bozuklukların Tanısal Ve Sayımsal El Kitabı, Yeniden Gözden Geçirilmiş Tam Metin (Dsm-Iv Tr), 660-71.
- Köroğlu, E. (2015). Ruhsal Bozuklukların Tanımsal Ve Sayımsal Elkitabı, Beşinci Baskı (Dsm-5) Tanı Ölçütleri Başvuru Elkitabı. Ankara: Hekimler Yayın Birliđ..
- Krampe, H., Ehrenreich, H. (2010). Supervised Disulfiram As Adjunct To Psychotherapy İn Alcoholism Treatment. *Curr Pharm Des*, 16:2076-2090.
- Krupitsky, E., Zvartau, E., Blokhina, E., Verbitskaya, E., Wahlgren, V., Tsoy-Podosenin M, Bushara N, Burakov A, Masalov D, Romanova T., Tyurina, A., Palatkin, V., Slavina, T., Pecoraro, A., Woody, G. (2012). Randomized Trial Of Long-Acting Sustained-Release Naltrexone Implant Vs Oral Naltrexone Or Placebo For Preventing Relapse To Opioid Dependence, *Arch Gen Psychiatry*. Sep;69(9):973-81.
- Levin, J. (1995). *Psychodynamic Treatment Of Alcohol Abuse*. New York: Basic Books.
- .Lobmaier, P. P., Kunøe, N., Gossop, M., Waal, H. (2011). Naltrexone Depot Formulations For Opioid And Alcohol Dependence: A Systematic Review. *Cns Neurosci Ther*. Dec;17(6):629-36
- Mason, W. A., Hawkins, J.D., Kosterman, R., Catalano, R. F. (2010). Alcohol-Use Disorders And Depression: Protective Factors İn The Development Of Unique Versus Comorbid Outcomes. *J Child Adolesc Subst Abuse*;19(4):309-23.
- Ndetei, D., Muriungi, S. (2013). Effectiveness Of Psycho-Education On Depression, Hopelessness, Suicidality, Anxiety And Substance Use Among Basic Diploma Students At Kenya Medical Training College. *South African Journal Of Psychiatry*, 19(2):41-50
- Nice, National Institute For Health And Clinical Excellence. (2011). Alcohol Dependence And Harmful Alcohol Use. Nice Clinical Guideline 115. London: National Institute For Health And Clinical Excellence.
- Ögel, K. (2005). Madde Kullanım Bozuklukları Epidemiyolojisi. *Türkiye Klinikleri Dahili Tıp Bilimleri Dergisi Psikiyatri*, 1(47):61-4.



- Ögel, (2017). Bağımlılık Ve Tedavisi Temel Kitabı, 2018. 2. Basım, Iq Kültür Sanat Yayıncılık, İstanbul. S.87-157.
- Prescott, C.A., Kendler, K.S. (1999). Genetic And Environmental Contributions To Alcohol Abuse And Dependence In A Population-Based Sample Of Male Twins. *Am J Psychiatry*, 156(1):34-40.
- Regier, D.A., Farmer, M.E., Rae, D.S. (1990) Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse. Results from the epidemiologic catchment area (ECA) Study. *JAMA*, 21;264(19):2511-2518
- Rehm, J., Rehn, N., Room, R., Monteiro, M., Gmel, G., Jernigan, D. (2003). The Global Distribution Of Average Volume Of Alcohol Consumption And Patterns Of Drinking. *Eur Addict Res* Oct;9(4):147-56.
- Rutherford, M.J, Cacciola, J.S., Alterman, A. (1994). Relationships of personality disorders with problem severity in methadone patients. *Drug Alcohol Depend*, 35:69-76
- Samsha, Substance Abuse And Mental Health Services Administration And National Institute On Alcohol Abuse And Alcoholism. (2015). Medication For The Treatment Of Alcohol Use Disorder: A Brief Guide. Hhs Publication No. (Sma) 15-4907. Rockville, Md: Substance Abuse And Mental Health Services Administration,.
- Sevin, D. M., Erbay, E. (2019). Amatem’de İkinci Kez Tedavi Gören Madde Bağımlılarının Madde Kullanımına İlişkin Yaşam Deneyimleri. *Addicta: The Turkish Journal On Addictions*, 6(5).
- Simojoki, K. (2013). Improving Maintenance Treatment Of Opiate Addiction: Clinical Aspects, Department Of Mental Health And Substance Abuse Services, National Institute Of Health And Welfare, Helsinki, (3).
- Soyka, M., Kranzler, H.R., Berglund, M., Gorelick, D., Hesselbrock, V., Johnson, B.A., Möller, H.J., (2008). Task Force On Treatment Guidelines For Substance Use Disorders. World Federation Of Societies Of Biological Psychiatry Guidelines For Biological Treatment Of Substance Use And Related Disorders, Part 1: Alcoholism. *World J Biol Psychiatry*; 9 (6).

- Strain, E. C., Lofwall, M .R., Jaffe, J. H. (2011). Opioid-Related Disorders. In: Sadock Bj, Sadock Va, Ruiz P, (Editors). Kaplan And Sadock's Comprehensive Textbook Of Psychiatry. 9th Edition. New York: Lippincott Williams And Wilkins,1360-1387.
- Swift, R. (1997). Treatment Of Addictive Disorders. Kitap Bölümü: Manual Of Therapeutics For Addictions, Ed: Miller Ns, Gold Ms, Smith De. New York: John Wiley Sons,Inc.
- Tarhan, N., Nurmedov, S. (2011). Bağımlılık. İstanbul: Timaş Yayıncılık.
- Tihan, A. K., Tihan. D., Yargıç, İ. (2008). Depot Disulfiram Implantation And Wound Infection: A Case Report, Archives Of Neuropsychiatry, 45: 103-6
- Trull, T. J., Jahng, S., Tomko, R. L., Wood, P. K., Sher, K. J. (2010). Revised Nescarc Personality Disorder Diagnoses: Gender, Prevalence, And Comorbidity With Substance Dependence Disorders. Journal Of Personality Disorders, 24(4), 412-426.
- Tubim, (2010). Emcdda (Avrupa Uyuşturucu Ve Uyarıcı Bağımlılığını İzleme Merkezi /European Monitoring Centre For Drugs And Drug Addiction) Türkiye Uyuşturucu Raporu, T.C. İçişleri Bakanlığı Emniyet Genel Müdürlüğü Kaçakçılık Ve Organize Suçlarla Mücadele Daire Başkanlığı.
- Uğurlu Toker T., Şengül Balcı C., Şengül C. (2012). Bağımlılık Psikofarmakolojisi. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar-Current Approaches İn Psychiatry, 4(1):37-50.
- Uzbay, T. Madde Bağımlılığının Tedavisi. Meslek İçi Sürekli Eğitim Dergisi. S:64-72.
- Verheul, R., Kranzler, H.R, Poling, J. (2000). Axis I and axis II disorders in alcoholics and drug addicts: Fact or artifact. J Stud Alcohol, 61:101-111.
- Walsh, S.L. Preston, K.L., Stitzer, M.L., Cone, E.J., Bigelow, G.E. (1994). Clinical Pharmacology Of Buprenorphine: Ceiling Effects At High Doses. Clin Pharmacol Ther; 55:569-580.
- Webster, L. R. (2017). Risk Factors For Opioid-Use Disorder And Overdose. Anesthesia And Analgesia, 125(5), 1741.

- Walitzer, K.S., Dermen, K., Barrick, C., Shyhalla, K. (2015). Modeling The Innovation– Decision Process: Dissemination And Adoption Of A Motivational Interviewing Preparatory Procedure In Addiction Outpatient Clinics. *Journal Of Substance Abuse Treatment*, 57:18-29.
- World Health Organization. *Mental Health Atlas 2005 / Mental Health: Evidence And Research*, Department Of Mental Health And Substance Abuse, World Health Organization. Geneva : World Health Organization; 2015.
- World Health Organization. *Global Status Report On Alcohol And Health*. 2011.
- World Health Organization, Unit Whomosa. *Global Status Report On Alcohol And Health, 2014: World Health Organization; 2014.*
- Yargıç, L., Soleimanvandi, H. (2005). Alkol Bağımlısı Hastalarda Gözlem Altında Disulfiram Tedavisi. *Bağımlılık Dergisi*. 6: 33-7.
- Zheng, Y., Heagerty, P.J., Hsu, L., Newcomb, P.A. (2010). On Combining Family- Based And Population- Based Case–Control Data In Association Studies. *Biometrics*, 66(4):1024-33.
- Zimmermann, U.S., Blomeyer, D., Laucht, M., Mann, K.F. (2007). How Gene–Stress– Behavior Interactions Can Promote Adolescent Alcohol Use: The Roles Of Predrinking Allostatic Load And Childhood Behavior Disorders. *Pharmacology Biochemistry And Behavior*, 86(2):246-62

## EKLER

### EK 1: Hasta Tanıtıcı Bilgi Formu

		1	2	3	4
1	YAŞ	18-30	30-50	50 üzeri	
2	CİNSİYET	Kadın	Erkek		
3	İŞ DURUMU	Çalışıyor	Çalışmıyor	İşi Bırakmış	
4	EĞİTİM DURUMU	Okuryazar/ İlk-Ortaokul	Lise	Üniversite	Üniversite Üzeri
5	EK PSİKIYATRİK TANI	Var	Yok		
6	ADLİ DURUM	Var	Yok		
7	Yatış Sayısı	1	2	3 ve üzeri	
8	HANGİ UYUŞTURUCU/UYARICI MADDELERİ KULLANDIKLARI	Alkol	Opiat	Çoklu	
9	ALKOL/OPIAT KULLANIM ÖYKÜSÜ	0-1 yıl	1-3 yıl	3-5 yıl	5 ve üzeri
10	İMLANT UYGULANMASI SONRASINDA TEDAVİYE UYUM VE DEVAM DURUMLARI	Var	Yok		
11	AYIKLIK SÜRESİ	0-1 yıl	1-3 yıl	3-5 yıl	5 ve üzeri
12	İMLANT UYGULANDIKTAN SONRA EROİN VEYA BAŞKA UYARICI/UYUŞTURUCU MADDE KULLANDI MI? (kullandı ise ne ?)	Evet	Hayır		
13	DAVRANIŞSAL BAĞIMLILIK GELİŞMİŞ Mİ ? (telefon, kumar, sex vs..)	Evet	Hayır		
14	Tedavi motivasyon ölçek puanı				
15	MAT, DAT Puanı				

## EK 2: Tedavi Motivasyon Anketi

### TEDAVİ MOTİVASYONU ANKETİ

Adı Soyadı : Tarih :	Kesulükle Katılmıyorum	Katılmıyorum	Bilmiyorum	Kobliyorum	Kesulükle Katılıyorum
1. Tedavi için geldim, çünkü değişmek istiyordum					
2. Yardım almazsam kendimi iyi hissetmiyeceğim					
3. Yasal sistem tarafından tedaviye gönderildim					
4. Tedavi için geldim, çünkü kendim suçlu hissediyordum					
5. Tedavi için geldim, çünkü bu benim için kişisel olarak önemli					
6. Tedaviyi sürdürmezsem başımı belaya girer					
7. Eğer tedaviyi sürdürmezsem kendimi kötü hissederim					
8. En iyi kazanım tedaviyi tamamlamaktır					
9. Tedaviyi sürdürmezsem başarısız hissederim					
10. Tedaviyi sürdürme konusunda seçeneğim olduğunu sanmıyorum					
11. Tedaviyi sürdürmek kendime yardım etmenin en iyi yoludur					
12. Tedaviye geldim, çünkü gelmem için baskı gördüm					
13. Bu programın benim için işe yarayacağından emin değilim					
14. Bu programın işime yarayacağından eminim					
15. Tedaviye geldim, çünkü yardım almak istiyordum					
16. İçmeyi bırakmamda programın bana yardımcı olacağından şüphe ediyordum					
17. Programda başkalarıyla birlikte kalmak istiyordum					
18. Başkalarıyla endişelerimi ve hislerimi paylaşmak istiyordum					
19. Tedavide başkalarıyla yakın çalışmak önemli olacaktır					
20. Bu tedaviyi seçmekten ben sorumluyum					
21. Programın sorunlarını çözmeye yardımcı olacağını düşünmüyordum					
22. Sorunlarımla ilgilenilmesi için sabırsızlanıyorum					
23. Tedaviyi seçtim, çünkü tedavi değişmem için bir fırsat					
24. Bu sefer tedaviden sonuç alacağımdan emin değilim					
25. Tedavide diğerleriyle endişelerimi paylaşmak rahatlatıcı					
26. Yardım ve desteğe ihtiyacım olduğu gerçeğini kabul ediyordum					

Cüneyt E. Özer, S. Ercan D. Birim, D. Duran Ç., ve Richard M. Tedavi Motivasyonu Anketi (TMA) Türkçe Versiyonunun Alkol Bağımlı Hastalarda Faktör Yapı Geçerliliği ve Güvenirliği, Bağımlılık Dergisi 2006; 7(3): 117-122



Altunizade Mah. Haluk Türksoy Sk. No:14, 34662 Üsküdar / İstanbul / Türkiye  
Tel: +90 216 400 22 22 Faks: +90 216 474 12 56

info@uskudar.edu.tr

T.C.  
ÜSKÜDAR ÜNİVERSİTESİ  
GİRİŞİMSSEL OLMAYAN ARAŞTIRMALAR  
ETİK KURULU BAŞKANLIĞI

SAYI: 61351342-/ 2019-225

26/04/2019

Sayın Doç.Dr. Gül ERYILMAZ  
(Samet DOĞRUYOL)

Üsküdar Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulunun 25/04/2019 tarihinde yapılan 04 No.lu toplantısında "Alkol Ve Opiat Bağımlılığı Tedavisinde İmplant Uygulanan Hastalarda Tedavi Uyumunun Geriye Dönük İncelenmesi" adlı araştırma projenizin etik açıdan uygun olduğuna karar verilmiştir.

Bilgilerinize rica ederim.

Doç. Dr. Cumhuri TAŞ  
Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik  
Kurulu Başkanı



Sayı :-307.99/ 65  
Konu :Araştırma İzni Hk.

21/02/2019

**T.C.**  
**ÜSKÜDAR ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ**  
**GİRİŞİMSSEL OLMAYAN ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU BAŞKANLIĞI'NA**

Samet DOĞRUYOL isimli yüksek lisans öğrencisine ait "Alkol ve opiat bağımlılığı tedavisinde implant uygulanan hastalarda tedavi uyumunun geriye dönük incelenmesi" isimli çalışmanın, Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulunuzca verilecek etik onay sonrasında Özel NPİSTANBUL Beyin Hastanesi'nde yapılmasına izin veriyorum.  
Gereğini bilgilerinize arz ederim.

Uzm. Dr.Boray ERDİNÇ

Mesul Müdür

  
ÖZEL NPİSTANBUL  
BEYİN HASTANESİ  
Uzm. Dr. Boray ERDİNÇ  
D. No: 18/34768  
Başhekim & Dahiliye Uzmanı



## ÖZGEÇMİŞ

Adı Soyadı: Samet DOĞRUYOL

Doğum Yeri ve Tarihi: Ordu-1985

Yabancı Dili: İngilizce

İletişim (Telefon/e-posta) : +90(544 859 6630) – samet.dogruiol@uskudar.edu.tr

Eğitim Durumu (Kurum ve Yıl)

Lise: Ordu Atatürk Lisesi, 2003

Lisans: Kafkas Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu, 2007

Yüksek Lisans: Üsküdar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, 2020

Bağımlılık Danışmanlığı ve Rehabilitasyon Programı, Devam Ediyor

Çalıştığı Kurum/Kurumlar ve Yıl: Özel NP İstanbul Beyin Hastanesi 2007- Devam Ediyor