T.C.
ÇUKUROVA ÜNİVERSİTESİ
BAĞIMLILIK VE ADLİ BİLİMLER ENSİTİTÜSÜ
BAĞIMLILIK ANABİLİM DALI

# OPİYAT BAĞIMLILIĞINDA AGONİST VEYA ANTAGONİST TEDAVİSİ GÖREN BİREYLERİN TEDAVİYE YÖNELİK ALGILARININ İNCELENMESİ

**Mehmet Aykut ERK**

**BAĞIMLILIK**
**YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**DANIŞMANI**
**Doç. Dr. Sunay FIRAT**

**ADANA-2019**

T.C.
ÇUKUROVA ÜNİVERSİTESİ
BAĞIMLILIK VE ADLİ BİLİMLER ENSİTİTÜSÜ
BAĞIMLILIK ANABİLİM DALI

# OPİYAT BAĞIMLILIĞINDA AGONİST VEYA ANTAGONİST TEDAVİSİ GÖREN BİREYLERİN TEDAVİYE YÖNELİK ALGILARININ İNCELENMESİ

**Mehmet Aykut ERK**

**BAĞIMLILIK**
**YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**DANIŞMANI**
**Doç. Dr. Sunay FIRAT**

Bu tez Çukurova Üniversitesi Bilimsel Araştırma Projeleri tarafından
TYL-2018-10830 nolu proje ile desteklenmiştir.

**Tez No……**
**ADANA-2019**

# KABUL ve ONAY

….. Anabilim Dalı

…. Yüksek Lisans Programı Çerçevesinde yürütülmüş olan

“”

adlı çalışma, aşağıdaki jüri tarafından Yüksek Lisans tezi olarak kabul edilmiştir.

**Tarihi: .. /../…..**

**TEZ SINAV JÜRİSİ**

… Dr.
… Üniversitesi
**Başkan**

… Dr.
… Üniversitesi
**Üye**

….Dr.
….Üniversitesi
**Üye**

… Dr.
… Üniversitesi
**Üye**

…Dr.
… Üniversitesi
**Üye**

Yukarıdaki Tez, Yönetim Kurulunun …/…/…… tarih ve … sayılı kararı ile kabul edilmiştir.

**Bağımlılık ve Adli Bilimler Enstitüsü Müdürü**

# ETİK BEYAN

## T.C. ÇUKUROVA ÜNİVERSİTESİ, BAĞIMLILIK VE ADLİ BİLİMLER ENSTİTÜSÜ YÜKSEK LİSANS TEZ ÇALIŞMASI ETİK BEYANI

Çukurova Üniversitesi Bilimsel Araştırma ve Yayın Etiği Yönergesini okuduğumu ve anladığımı ve Çukurova Üniversitesi Bağımlılık ve Adli Bilimler Enstitüsü Tez Yazım Kurallarına uygun olarak hazırladığım bu tez çalışmasında;

- Tez içinde sunduğum verileri, bilgileri ve dokümanları akademik ve etik kurallar çerçevesinde elde ettiğimi,
- Tüm bilgi, belge, değerlendirme ve sonuçları bilimsel etik kurallarına uygun olarak sunduğumu,
- Tez çalışmasında yararlandığım eserlerin tümüne uygun atıfta bulunarak kaynak gösterdiğimi,
- Kullanılan verilerde ve ortaya çıkan sonuçlarda herhangi bir değişiklik yapmadığımı,
- Tez olarak sunduğum bu çalışmanın özgün olduğunu, bildirir, aksi bir durumda bu konuda hakkımda yapılacak tüm yasal işlemleri ve aleyhime doğabilecek tüm hak kayıplarını kabullendiğimi beyan ederim. 10.06.2019

Mehmet Aykut ERK

Kayıtlı olunan Program : **Bağımlılık Tezli Yüksek Lisans**
Tezin Konusu : **Opiyat Bağımlılığında Agonist Veya Antagonist Tedavisi Gören Bireylerin Tedaviye Yönelik Algılarının İncelenmesi**

**Tezin Türü** : Yüksek Lisans : **(X)** Doktora: ( )

**Danışmanın Adı-Soyadı** : Doç. Dr. Sunay FIRAT
**Danışmanın İletişim Bilgileri**
**Telefon** : 0532 631 28 30
**E-Posta** : sunayfirat@gmail.com sunayfirat@cu.edu.tr

**Öğrencinin İletişim Bilgileri**
Telefon : 0 542 795 35 99
E-Posta : maykuterk@gmail.com
Adresi : Adana

*Bu belgenin Lisansüstü eğitim tezleri savunmaya alınmadan önce öğrenci tarafından doldurulup imzalanarak Enstitü Müdürlüğüne teslim edilmesi gerekmektedir.

# TEŞEKKÜR

Yüksek lisans eğitimime başlarken pozitifliği ve güler yüzü ile bana başarabilme inancı sağlayan, desteğini ve sabrını benden hiç esirgemeyen, süreç esnasında öngörülen veya görülmeyen tüm zorluklara karşı bana direnme gücü veren ve bu zamana kadar tanıdığım ve tanıyabileceğim en değerli hocam, muhterem danışmanım Doç. Dr. Sunay FIRAT'a, tez çalışmamdaki istatistiksel önerileri ile yol gösterici olan değerli hocam saygıdeğer Doç. Dr. Yaşar SERTDEMİR'e, Adana Dr. Ekrem Tok Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi Başhekimliğine, AMATEM 2 ve 3. Klinikleri çalışanlarına, klinikte kendileri ve ailelerinin daha mutlu yarınlara ulaşması için mücadele eden hastaların hepsine, desteğini, güvenini ve sevgisini hayatıma girdiği ilk günden itibaren hissettiğim kız arkadaşım Pınar BOZKURT'a, bana bu yoğun süreçte gösterdikleri desteklerini, sabırlarını ve sevgilerini esirgemeyen ve her zaman sürdüren sevgili anneme, babama ve kardeşime sonsuz teşekkürlerimi ve saygılarımı sunarım.

**MEHMET AYKUT ERK**

# İÇİNDEKİLER

**Sayfa No:**

**KABUL ve ONAY** ii
**ETİK BEYAN** iii
**TEŞEKKÜR** iv
**İÇİNDEKİLER** v
**ÇİZELGELER LİSTESİ** viii
**SİMGELER ve KISALTMALAR DİZİNİ** xi
**ÖZET** xii
**ABSTRACT** xiii
**1. GİRİŞ** 1
**2. GENEL BİLGİLER** 3
2.1. Opiyatlar 3
2.1.1. Afyon 4
2.1.2. Morfin 4
2.1.3. Eroin 5
2.2. DSM-5'e Göre Opiyat Bağımlılığı 6
2.3. Opiyat Kullanım Bozukluğunun Epidemiyolojisi 7
2.4. Opiyat Kullanım Bozukluğunun Etiyolojisi 8
2.4.1. Nörobiyolojik Etmenler 8
2.4.2. Genetik Etmenler 9
2.4.3. Psikodinamik ve Bireysel Etmenler 9
2.4.4. Psikososyal Etmenler 10
2.5. Opiyat Kullanım Bozukluğunda Tedavi 11
2.5.1. Opiyat Kullanım Bozukluğunda Yoksunluk Tedavileri 11
2.5.1.1. Opiyat Dışı Farmakolojik Yöntemler ile Yoksunluk Tedavisi 12
2.5.1.1.1. Naltrekson 12
2.5.1.1.2. Alfa2 Agonistleri 12
2.5.1.1.3. Klonidin 12
2.5.1.1.4. Lofeksidin 13
2.5.1.2. Opiyat Agonistleri Yardımı ile Yoksunluk Tedavileri 13

2.5.1.2.1. Metadon ..... 13
2.5.1.2.2. Levomethadil (LAAM) ..... 14
2.5.1.2.3. Buprenorfin ..... 14
2.5.2. Opiyat Kullanım Bozukluğunda İdame (Sürdürüm) Tedavisi ..... 15
2.5.2.1. Naltrekson ..... 16
2.5.3. Opiyat Kullanım Bozukluğunda Psikososyal Tedaviler ..... 17
2.6. Madde Bağımlılığı Tedavisinde Başarıyı Öngören Faktörler ..... 20
2.6.1. Kişilerarası Faktörler ..... 20
2.6.2. Çevresel Faktörler ..... 21
2.6.3. Sosyodemografik Faktörler ..... 22
2.6.4. Kişisel Faktörler ..... 23
2.6.4.1. Sosyotropik-Otonomik Kişilik Özellikleri ..... 25
2.6.4.1.1. Sosyotropik Kişilik ..... 25
2.6.4.1.2. Otonomik Kişilik ..... 26
2.7. Opiyat Kullanım Bozukluğu Tedavilerinde AMATEM Uygulamaları ..... 26
**3. MATERYAL ve METOD** ..... 29
3.1. Araştırmanın Amacı ..... 29
3.2. Araştırmanın Hipotezi ..... 29
3.3. Araştırmanın Modeli ..... 29
3.4. Araştırmanın Türü ..... 29
3.5. Evren ve Örneklem ..... 29
3.5.1. Çalışmaya Dâhil Edilme Kriterleri: ..... 30
3.6. Verilerin Toplanması ..... 30
3.6.1. Veri Toplama Araçları ..... 31
3.6.1.1. Sosyodemografik Veri Toplama Formu ..... 31
3.6.1.2. Bağımlılık Tedavisinin Başarısını Öngören Faktörler Ölçeği (BÖF) 31
3.6.1.3. Sosyotropi-Otonomi Ölçeği (SOSOTÖ) ..... 32
3.7. Verilerin Analizi ..... 32
**4. BULGULAR** ..... 34
**5. TARTIŞMA** ..... 131
**6. SONUÇLAR ve ÖNERİLER** ..... 143
**KAYNAKLAR** ..... 145

**EKLER** ..... 158
EK-1. Etik Kurul İzni ..... 158
EK-2. Araştırma Kurulu Onay Yazısı ..... 159
EK-3. Araştırmanın Yürütüldüğü Kurumun Resmi İzin Yazısı ..... 160
EK-4. Araştırmanın Yürütüldüğü Kurumun Tezde Kullanılmak Üzere AMATEM-2 ve AMATEM-3 Kliniklerinde Yatarak Tedavi Gören Hasta İstatistiskleri Resmi İzin Yazısı ..... 161
EK-5. Sosyodemografik Veri Toplama Formu ..... 162
EK-6. Bağımlılık Tedavisinin Başarısını Öngören Faktörler Ölçeği ..... 163
EK-7. Sosyotropi-Otonomi Ölçeği ..... 165
**ÖZGEÇMİŞ** ..... 168

# ÇİZELGELER LİSTESİ


**Tablo No:** **Sayfa No:**

**Çizelge 4.1.** (a) Opiyat kullanım bozukluğu tanısı almış tedavi görmekte olan bireylere ait sosyodemografik değişkenler ....34

**Çizelge 4.1.** (b) Opiyat kullanım bozukluğu tanısı almış tedavi görmekte olan bireylere ait sosyodemografik değişkenler (devamı) ....35

**Çizelge 4.2.** (a). Opiyat kullanım bozukluğu tanısı almış ve implant (çip) ya da dilaltı tedavisi görmekte olan bireylere ait sosyodemografik değişkenler ....39

**Çizelge 4.2.** (b). Opiyat kullanım bozukluğu tanısı almış ve implant ya da dilaltı tedavisi görmekte olan bireylere ait sosyodemografik değişkenler (devamı) ....43

**Çizelge 4.3.** Opiyat kullanım bozukluğu tanısı almış ve implant ya da dilaltı tedavisi görmekte olan bireylere ait BÖF ve SOSÖTÖ alt ölçek ve toplam puan ortalamalarının karşılaştırılması ....46

**Çizelge 4.4.** Opiyat kullanım bozukluğu tanısı almış ve implant ya da dilaltı tedavisi görmekte olan bireylere ait BÖF ve SOSÖTÖ alt ölçek ve toplam puan ortalamalarının yaş gruplarına göre karşılaştırılması ....48

**Çizelge 4.5.** Opiyat kullanım bozukluğu tanısı almış ve implant ya da dilaltı tedavisi görmekte olan bireylere ait BÖF ve SOSÖTÖ alt ölçek ve toplam puan ortalamalarının doğum yerlerine göre karşılaştırılması ....51

**Çizelge 4.6.** Opiyat kullanım bozukluğu tanısı almış ve implant ya da dilaltı tedavisi görmekte olan bireylere ait BÖF ve SOSÖTÖ alt ölçek ve toplam puan ortalamalarının medeni durumlarına göre karşılaştırılması ....54

**Çizelge 4.7.** Opiyat kullanım bozukluğu tanısı almış ve implant ya da dilaltı tedavisi görmekte olan bireylere ait BÖF ve SOSÖTÖ alt ölçek ve toplam puan ortalamalarının çocuk sayılarına göre karşılaştırılması....57

**Çizelge 4.8.** Opiyat kullanım bozukluğu tanısı almış ve implant ya da dilaltı tedavisi görmekte olan bireylere ait BÖF ve SOSÖTÖ alt ölçek ve toplam puan ortalamalarının beraber yaşanılan kişilere göre karşılaştırılması....60

**Çizelge 4.9.** Opiyat kullanım bozukluğu tanısı almış ve implant ya da dilaltı tedavisi görmekte olan bireylere ait BÖF ve SOSÖTÖ alt ölçek ve toplam puan ortalamalarının birlikte yaşanılan kişi sayılarına göre karşılaştırılması....63

**Çizelge 4.10**. Opiyat kullanım bozukluğu tanısı almış ve implant ya da dilaltı tedavisi görmekte olan bireylere ait BÖF ve SOSÖTÖ alt ölçek ve toplam puan ortalamalarının eğitim düzeylerine göre karşılaştırılması....66

**Çizelge 4.11.** Opiyat kullanım bozukluğu tanısı almış ve implant ya da dilaltı tedavisi görmekte olan bireylere ait BÖF ve SOSÖTÖ alt ölçek ve toplam puan ortalamalarının annenin hayatta olma durumuna göre karşılaştırılması ....70

**Çizelge 4.12.** Opiyat kullanım bozukluğu tanısı almış ve implant ya da dilaltı tedavisi görmekte olan bireylere ait BÖF ve SOSÖTÖ alt ölçek ve toplam puan ortalamalarının babanın hayatta olma durumuna göre karşılaştırılması ....73
**Çizelge 4.13.** Opiyat kullanım bozukluğu tanısı almış ve implant ya da dilaltı tedavisi görmekte olan bireylere ait BÖF ve SOSÖTÖ alt ölçek ve toplam puan ortalamalarının annenin babanın medeni durumuna göre karşılaştırılması....76
**Çizelge 4.14.** Opiyat kullanım bozukluğu tanısı almış ve implant ya da dilaltı tedavisi görmekte olan bireylere ait BÖF ve SOSÖTÖ alt ölçek ve toplam puan ortalamalarının çocukluğun geçtiği yere göre karşılaştırılması ....79
**Çizelge 4.15.** Opiyat kullanım bozukluğu tanısı almış ve implant ya da dilaltı tedavisi görmekte olan bireylere ait BÖF ve SOSÖTÖ alt ölçek ve toplam puan ortalamalarının mesleklere göre karşılaştırılması ....82
**Çizelge 4.16.** Opiyat kullanım bozukluğu tanısı almış ve implant ya da dilaltı tedavisi görmekte olan bireylere ait BÖF ve SOSÖTÖ alt ölçek ve toplam puan ortalamalarının geçim düzeyi algılarına göre karşılaştırılması ....86
**Çizelge 4.17.** Opiyat kullanım bozukluğu tanısı almış ve implant ya da dilaltı tedavisi görmekte olan bireylere ait BÖF ve SOSÖTÖ alt ölçek ve toplam puan ortalamalarının aylık gelire göre karşılaştırılması ....90
**Çizelge 4.18.** Opiyat kullanım bozukluğu tanısı almış ve implant ya da dilaltı tedavisi görmekte olan bireylere ait BÖF ve SOSÖTÖ alt ölçek ve toplam puan ortalamalarının çocuklukta karşılaşılan ebeveyn tutumlarına göre karşılaştırılması ....94
**Çizelge 4.19.** Opiyat kullanım bozukluğu tanısı almış ve implant ya da dilaltı tedavisi görmekte olan bireylere ait BÖF ve SOSÖTÖ alt ölçek ve toplam puan ortalamalarının çocukluktaki hastalık öyküsüne göre karşılaştırılması ....97
**Çizelge 4.20.** Opiyat kullanım bozukluğu tanısı almış ve implant ya da dilaltı tedavisi görmekte olan bireylere ait BÖF ve SOSÖTÖ alt ölçek ve toplam puan ortalamalarının ailede kronik fiziksel hastalık öyküsüne göre karşılaştırılması ....100
**Çizelge 4.21.** Opiyat kullanım bozukluğu tanısı almış ve implant ya da dilaltı tedavisi görmekte olan bireylere ait BÖF ve SOSÖTÖ alt ölçek ve toplam puan ortalamalarının ailede kronik ruhsal bozukluk öyküsüne göre karşılaştırılması....103
**Çizelge 4.22.** Opiyat kullanım bozukluğu tanısı almış ve implant ya da dilaltı tedavisi görmekte olan bireylere ait BÖF ve SOSÖTÖ alt ölçek ve toplam puan ortalamalarının bireyde kronik fiziksel hastalık öyküsüne göre karşılaştırılması....106
**Çizelge 4.23.** Opiyat kullanım bozukluğu tanısı almış ve implant ya da dilaltı tedavisi görmekte olan bireylere ait BÖF ve SOSÖTÖ alt ölçek ve toplam puan ortalamalarının bireyde kronik ruhsal bozukluk öyküsüne göre karşılaştırılması....109
**Çizelge 4.24.** Opiyat kullanım bozukluğu tanısı almış ve implant ya da dilaltı tedavisi görmekte olan bireylere ait BÖF ve SOSÖTÖ alt ölçek ve toplam puan ortalamalarının maddeye başlama yaşına göre karşılaştırılması....112

**Çizelge 4.25.** Opiyat kullanım bozukluğu tanısı almış ve implant ya da dilaltı tedavisi görmekte olan bireylere ait BÖF ve SOSÖTÖ alt ölçek ve toplam puan ortalamalarının başlangıç maddesine göre karşılaştırılması ..... 116
**Çizelge 4.26.** Opiyat kullanım bozukluğu tanısı almış ve implant ya da dilaltı tedavisi görmekte olan bireylere ait BÖF ve SOSÖTÖ alt ölçek ve toplam puan ortalamalarının daha önceden tedavi alıp almadığına göre karşılaştırılması ..... 119
**Çizelge 4.27.** Opiyat kullanım bozukluğu tanısı almış ve implant ya da dilaltı tedavisi görmekte olan bireylere ait BÖF ve SOSÖTÖ alt ölçek ve toplam puan ortalamalarının yatarak tedavi sıklığına göre karşılaştırılması ..... 122
**Çizelge 4.28.** Opiyat kullanım bozukluğu tanısı almış ve implant ya da dilaltı tedavisi görmekte olan bireylere ait BÖF ve SOSÖTÖ alt ölçek ve toplam puan ortalamalarının suç öyküsüne göre karşılaştırılması ..... 126
**Çizelge 4.29.** Opiyat kullanım bozukluğu tanısı almış ve implant ya da dilaltı tedavisi görmekte olan bireylere ait BÖF ve SOSÖTÖ alt ölçek ve toplam puan ortalamaları arasındaki ilişki..... 129

# SİMGELER ve KISALTMALAR DİZİNİ

**α2** : Alfa 2

**ABD** : Amerika Birleşik Devletleri

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

**AN** : Adsız Narkotikler

**APA** : American Psychiatric Association

**BDT** : Bilişsel Davranışçı Tedavi

**BÖF** : Bağımlılık Tedavisinin Başarısını Öngören Faktörler Ölçeği

**CYP450 3A4** : Cytochrome P450 3A4 enzimi

**δ** : Delta

**DSM** : The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

**ECA** : Epidemiological Catchment Area

**FDA** : Food and Drug Administration

**ICD** : International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems

**κ** : Kappa

**LAAM** : Levomethadil

**μ** : Mü

**OPRD1** : Opioid Receptor Delta 1

**OPRK1** : Opioid Receptor Kappa 1

**OPRM1** : Opioid Receptor Mu 1

**SAMBA** : Sigara, Alkol ve Madde Bağımlılığı Tedavi Programı

**SOSOTÖ** : Sosyotropi Otonomi Ölçeği

**TT** : Tedavi Toplulukları

**TUBİM** : Narkotik Suçlarla Mücadele Daire Başkanlığı

**WHO** : World Health Organization

**UNODC** : United Nations Office on Drugs and Crime

# ÖZET


**Opiyat Bağımlılığında Agonist veya Antagonist Tedavisi Gören Bireylerin Tedaviye Yönelik Algılarının İncelenmesi**

**Opiyat kullanım bozukluğu gibi hızlı gelişen ve bireyde fazlaca tahribat bırakan bir bozukluğun tedavisinde bireyler, isteksiz olabilmektedirler. Bu açıdan bakıldığında bireyin tedavi için verdiği kararların bireye uygunluğu daha da önem taşımaktadır. Bu nedenle agonist veya antagonist tedavilerinin farklı dinamikleri göz önünde bulundurulduğunda bireye en uygun tedavinin yüksek verim ile sürdürüleceği düşünülmektedir.**

**Bu çalışma opiyat kullanım bozukluğu nedeniyle AMATEM 2 ve 3. kliniklerinde yatarak agonist (buprenorfin/nalokson) ve antagonist (naltrekson implant) tedavisi gören 19-50 yaş arası 136 bireyin, tercih edecekleri tedavi biçimine yönelik algılarında değişikliğe yol açabilecek etkenlerin ortaya konulması ve bu iki grubun sosyotropik-otonomik kişilik özelliği gibi değişkenlerce karşılaştırılması amacıyla yapılmıştır.**

**Bu nedenle; bireylere, sosyodemografik verilerin, tedavinin başarısına etki ettiği düşünülen faktörlere ilişkin algıların ve kişilik özelliklerinin belirlenebilmesi için "Sosyodemografik Veri Toplama Formu", "Bağımlılık Tedavisinin Başarısını Öngören Faktörler Ölçeği (BÖF)" ve Sosyotropi-Otonomi Ölçeği (SOSOTÖ)" uygulanmıştır. Veriler, bireyler kliniklerinde yatarak tedavi gördükleri sırada kliniğin iş akışını aksatmayacak ve bireylerin tedavi ve rehabilitasyon süreçlerini engellemeyecek şekilde uygun olan zamanlarda yüz yüze görüşme yöntemiyle toplanmıştır.**

**Çalışmamızın bulgularına göre, opiyat kullanım bozukluğu nedeniyle klinikte yatarak agonist ve antagonist tedavisi gören bireyler, tedavinin başarısını öngören faktörler ve sosyotropik-otonomik kişilik özellikleri düzleminde incelenmesi ile tedavinin başarısına yönelik algıların; tedavi yöntemine ($p<0,05$), tedavi görme sıklığına ($p<0,01$), evde birlikte yaşanılan aile tipine ($p<0,05$), medeni duruma ($p<0,05$), anne-babanın hayatta olup olmamasına ($p<0,05$) ve bireylerin çocukken karşılaştıkları ebeveyn tutumlarına ($p<0,05$) göre değişiklik gösterdiği saptanmıştır. Çalışmanın sonunda, bireylerin algılarına ve kişilik özelliklerine uygun tedavi yöntemlerini seçmelerinin tıbbi ve toplumsal faydaları hakkında öneriler sunulmuştur.**



**Anahtar Sözcükler: Opiyat kullanım bozukluğu, agonist, antagonist, implant, tedavi algısı**

# ABSTRACT

**Investigation of Treatment Perception in Individuals Who Have Been Getting Agonist or Antagonist Treatment for Opioid Use Disorder**

**The individuals who have been getting treatment for opioid use disorder which is a quickly developing and damaging disorder may be reluctant. When viewed from this aspect its more important to consider the suitability of the decision for treatment. Thus, when the different dynamics of agonist or antagonist treatments considered it is assumed that the eligible treatment to the individual may be maintained with high efficacy.**

**The aim of this study was the following. The 136 individual which their ages range between 19-50 and have been getting agonist (buprenorphine/naloxone) or antagonist (naltrexone implant) treatment because of opioid use disorder while resting in AMATEM 2 and 3 clinics have been evaluated in order to reveal the factors that may alter their perception about treatment and have been compared with sociodemographic variables and characteristics such as sociotropic and autonomic.**

**Therefore, "Sociodemographic Data Evaluation Form", The Scale of Prescriptive Factors for Addiction Treatment" and "Sociotrophy-Autonomy Scale" were used to assess the sociodemographic data, the perception towards factors which have been affected to the treatment and characteristics. The data of the individuals have been collected by the researcher via face-to-face interviews while they were residential in the clinic. The working process of the clinic has been considered.**

**According to results of our study, it has been detected that there are some differences in the perception of treatment success between individuals who have been getting agonist or antagonist treatments such as treatment method ($p<0,05$), treatment frequency ($p<0,01$), family type ($p<0,05$), marital status ($p<0,05$), the status of the parents (living/dead) ($p<0,05$) and the parental attitudes which individuals have faced ($p<0,05$). At the end of the study some suggestions about medical and social benefits after the selection of eligible treatment methods which is suitable for individual's perception and characteristics.**

**Keywords:** **Opioid use disorder, agonist, antagonist, implant, treatment perception**

# 1. GİRİŞ

Opiyat kullanım bozukluğunda (bağımlılığında) tedavi seçenekleri her geçen gün alandaki gelişmelere paralel olarak yenilenmektedir. Bunlar detoksifikasyon ve/veya tıbbi denetim altındaki yoksunluk, bir başka opiyat agonisti ile sürdürüm (metadon, levomethadil asetat veya buprenorfin), tedavi toplulukları ve yoksunluk odaklı diğer farmakolojik tedavi yöntemleri (antagonist tedavisi) olarak genellenebilir. Bireyin tedaviyi kabul etmesi ve sonrasında kendine uygun tedavi yöntemini belirlemesi bireyin yaşantıları, aile ilişkileri, bağımlılığın şiddetine göre zamanla değişebilmektedir (1).

Opiyat kullanım bozukluğu tedavisinde uygulanan ve günlük kullanım için geliştirilmiş olan oral naltrekson 1970'lerden bu yana ABD'de klinik kullanım için de onaylanmış bir ilaçtır ve birçok formda kullanılabilmektedir. Ayrıca naltrekson, reçetesiz opiyatların kullanımı ile oluşan etkileri engellemek ve yoksunluk yaşayan bireylerin kayma (relaps) yaşamasını önlemek gibi etkileri ile Dünya Sağlık Örgütü'nün tedavi rehberlerinde yer edinmiştir (2). Ancak klinik uygulamalarda bireylerin tedaviye uyum ile ilgili yaşadıkları sorunlardan dolayı oral naltreksonun etkililiğinin azaldığı düşünüldüğünden 2010 yılında naltreksonun uzun salınımlı enjeksiyon formu bir doz ile yaklaşık bir ay boyunca opiyat reseptörlerine uyguladığı blokaj etkileri dolayısı ile FDA tarafından relaps önleme programına psikososyal programlar ile bütünleştirilerek onaylanmıştır (3).

Naltreksonun bir başka formu ise deri altı implant formudur. Avustralya'da geliştirilen (4) naltrekson implant formu, Rusya tarafından kullanım izni alarak standart klinik uygulamalarda envanterde yer edinmiştir (5).

Opiyat kullanım bozukluğu tedavisinde ülkemizde son birkaç yıldır AMATEM'lerde iki temel yöntem uygulanmaktadır. Bunlar yoksunluk ve yerine koyma tedavisi olarak kullanılan ve bir agonist olan buprenorfin veya tekrar madde kullanılmasının önüne geçmek adına uygulanan farmakolojik bir yaklaşım olarak antagonist yani naltrekson tedavisidir.

Opiyat kullanım bozukluğu dolayısıyla madde bağımlılığı tedavisinde; kişisel, çevresel, sosyodemografik faktörlerin bireylerde tedavinin başarısını öngören faktörler olduğu düşünülmektedir. Opiyat kullanım bozukluğu gibi hızlı gelişen ve bireyde

fazlaca tahribat bırakan bir bozukluğun tedavisinde bireyler, isteksiz olabilmektedirler. Bu açıdan bakıldığında bireyin tedavi için verdiği kararların bireye uygunluğu daha da önem taşımaktadır. Bu nedenle agonist veya antagonist tedavilerinin farklı dinamikleri göz önünde bulundurularak bireye en uygun tedavinin yüksek verim ile sürdürüleceği düşünülmektedir. Bu verimin belirleyicilerinin de bireylerin tedavi başarısına yönelik algıları ve birtakım sosyodemografik ve kişilik özellikleri olduğu sanılmaktadır.

Bu çalışma, opiyat kullanım bozukluğu nedeni ile yatarak agonist veya antagonist tedavisi gören bireylerin bağımlılık tedavisinin başarısına yönelik algıları ve kişilik özelliklerinin incelenmesi amacı ile gerçekleştirilmiştir.

# 2. GENEL BİLGİLER

## 2.1. Opiyatlar

Opiyatlar vücutta morfin benzeri, ağrı kesici gibi etki gösteren kimyasal madde grubunun genel adıdır. Opiyat maddeler doğada bulunabileceği gibi vücutta ve laboratuvar ortamlarında da üretilebilmektedir. Doğal olarak oluşanlar opium (afyon), morfin, kodein, thebain; yarı sentetik halde üretilen opiyat grubu oksikodon, hidromorfin, oksimorfin, hidrokodon ve tam sentetik opiyatlar ise fentanil, petidin, metadon, tramadol, levorfenol, propoksifen, loperamid ve difenoksilattır (6). Beyindeki yüklü veya yüksüz etkilerine göre de sınıflanabilen opiyatlardan kısmi agonist olanları; pentazosin, nalbufen, butorfenol ve buprenorfindir. Pür antagonist etkiye sahip ilaçlar ise nalokson ve naltrekson olarak isimlendirilmektedir. Yapılan çalışmalara göre beyin, aynı zamanda kendi opiyatlarını da sentezleyebilmektedir. Ödül yolaklarını pekiştirme ve haz uyarılmasının da yer aldığı opiyat benzeri etkilerin gelişmesine aracılık eden peptit bazlı endojen opiyatlar; enfekalin, endorfin ve dinorfinlerdir. Mü, delta ve kappa reseptör alt tiplerine etki etmektedirler. Eksojen opiyatların ise aynı reseptör alt tiplerine etki ederken, sıklıkla mü reseptörlerine bağlanarak etki gösterdikleri bilinmektedir. Mü-agonist opiyatlar, klinik bağlamda incelenen neredeyse tüm opiyat kullanım bozukluğu ve kötüye kullanım vak'alarına eşlik etmektedir. Bununla beraber bütün mü-agonistlerin benzer etkileri olduğu bulgulanmaktadır (7). Opiyatların kullanım şekli ve toksisitesi; özgün opiyatın uygulanım şekli, vücudun maddeyi ne şekilde metabolize ettiği, maddenin ücreti ve saflığı gibi sosyal ve tıbbi koşullardan kuvvetle etkilenmektedir (8).

Opiyatların en belirgin etkileri, analjezi, sedasyon, duygudurumda yarattığı değişiklikler ve merkezi sinir sisteminin baskılanmasıdır. Yüksek dozlarda kullanım sonucu merkezi sinir sisteminde meydana gelen baskı, bilişsel işlevlerde azalma ve solunum depresyonuna sebep olmaktadır. Opiyatların intravenöz kullanımı akut olarak yüksek düzeyde haz verici bir etki yaratmaktadır. Öfori, madde kullanım bozukluğunda önemli bir pekiştirici etkendir. Opiyatların ağrı kesici etkinliğinin başladığı dozlarda da öfori oluşmaktadır. Aşırı dozdan ölümler genellikle solunumun baskılanmasına bağlıdır (9).

### 2.1.1. Afyon

Merkezi sinir sistemine yönelik narkotik etkide bulunan opiyatlardan afyon, Latince'de papayer samniferum (opium poppy) olarak geçmektedir. Ülkemizde haşhaş adıyla anılan bu bitkinin kovuk şeklindeki meyvelerinin çizilmesiyle ortaya çıkan öz (bulutsu, süt renginde yapışkan bir madde) afyon yapımında kullanılmaktadır. Bitkiden sızan sıvı afyonun bekletilmesi halinde rengi ve dokusu koyulaşmaktadır. Bu haliyle de afyon sakızı olarak adlandırılmaktadır ve çiğnenerek kullanılmaktadır. Afyonun içinde 25'e yakın alkoloid bulunmaktadır. Bu maddeler benzer yapılara sahip olup karaciğerde metabolize olmaktadır. Opiyat metabolitlerinin %90'ından fazlasının atılımı ilk 24 saatte meydana gelmekteyken, bu metabolitler idrarda 48 saat veya biraz daha fazla görülebilmektedir. Opiyatların en yüksek plazma düzeyine ulaşmaları 30 dakikayı bulmaktadır. Beyne taşınmaları da bu sırada gerçekleşmektedir. Opiyatlar beyinde ve bağırsakta bulunan özgül nöronal reseptörlere bağlanmaktadır. Bu opiyat reseptörlerinin, vücutta doğal olarak var olan opioid peptidlerin (endorfin, dinorfin ve enkefalin) etkisine aracılık ettiği düşünülmektedir (10).

### 2.1.2. Morfin

Afyondan elde edilen morfinin miktarı, afyonun yetiştiği bölgeye göre değişiklik gösterebilmektedir. Morfin intravenöz kullanımından ötürü çiğnenen ya da yenilen afyona göre on veya yirmi kat daha potenttir. Morfin günümüzde yaygın olarak medikal olarak kullanılmaktadır. Tıbbi kullanımda; morfin sülfat, morfin tartarat veya morfin hidroklorid gibi morfinin tuz formları elde edilmektedir. Suda erimiş halde veya beyaz tabletler halinde kullanılabilmektedir. Morfin ve türevi ilaçlar en etkili analjezik grubunu oluşturmaktadır. Bu açıdan morfin, ağrı kesici özelliği olan ilaçların etkinliğinin ölçülmesi adına bir standart olarak kullanılmaktadır. Morfin, kaza veya cerrahi müdahalelerle oluşan kısa süreli şok ağrıları veya terminal dönemdeki hastaların ağrılarını dindirmede kullanılmaktadır. Madde kullanım bozukluğu oluşturma riski ise özellikle doktorlar, hemşireler, hastabakıcılar ve eczacılar gibi medikal malzemelere ulaşımı olan sağlık profesyonellerinde daha yaygındır (10).

### 2.1.3. Eroin

Eroin, gelişmekte olan ve gelişmiş ülkelerde, kötüye kullanımı ve kullanım bozukluğu en fazla olan opiyattır. Morfinin yarı sentetik türü olarak bilinen eroin, morfine nazaran 2-3 kat daha potent etkiye sahiptir (9). Endorfinin merkezi sinir sistemindeki etkilerini taklit eden eroin, kana karışmasıyla birlikte kısa sürede yaratmış olduğu öfori ve iyi olma haliyle bilinmektedir (11). Öfori etkisi morfinle aynı olmasına rağmen morfine göre daha çabuk ve yoğun tolerans meydana getirmektedir. Yüksek bağımlılık potansiyelinden ve fizyolojik ve psikolojik yıkımlarından ötürü eroin en tehlikeli psikoaktif maddelerden biri olarak nitelendirilmektedir (9). Beyaz kristal bir toz görünümünde olan eroinin uygulama biçimleri çeşitlidir. Sigara veya başka tütün mamullerine sarılarak inhaler yolla, nazal yolla ve alüminyum veya başka bir metal yordamıyla eritilerek damardan enjekte edilerek kullanılmaktadır. Alındıktan sonra etkisini kısa sürede göstermeye başlar, yarılanma ömrü 6-8 saattir. Ağrı hissinin kaybolması, kalp atımı ve solunum hızının yavaşlaması, göz bebeklerinde küçülme ve psikomotor ajitasyon görülür (12). Eroinin sigara şeklinde kullanılmasına “koreks” adı verilmektedir. Nazal yolla kullanımı daha yaygın olan eroinin, zaman içinde burun cidarına hasar verdiği bilinmektedir. Bu nedenle artmış kullanımlarında eroin, buharının içe çekilmesiyle ya da enjektör ile kullanılmaktadır. Tolerans artırımı oldukça yüksek olduğundan, artan dozlarda kullanımlar bedenin çeşitli bölgelerine zarar vermektedir (10).

Madde bağımlılığı; maddeyi arama ve kullanmak için yoğun baskı hissetme; alınan miktarı sınırlandırmada güçlük ve maddeye ulaşımın engellendiği durumlarda negatif bir duygudurumun (disfori, anksiyete, irritabilite) ortaya çıkması ile karakterize, kronik ve nükslerle seyreden bir bozukluktur (13). DSM-IV-TR'de “madde kötüye kullanımı” ve “madde bağımlılığı” olarak iki farklı kavram olarak ele alınan madde kullanım bozuklukları, DSM-5'te "madde kullanım bozuklukları" adı altında tek bir bozukluk olarak tanımlanmıştır. DSM-5'te opioid kullanım bozukluğu için tanımlanmış 11 tanı ölçütünden, son 12 ayda herhangi 2 veya daha fazlasının karşılanması opioid kullanım bozukluğu tanısı koydurmaktadır (14).

### 2.2. DSM-5'e Göre Opiyat Bağımlılığı

Opiyat bağımlılığı, sıkıntıya, klinik anlamdaki bir bozulmaya ya da işlevsellikte düşüşe sebep olan 12 ay içinde ortaya çıkan uyumsuz opiyat kullanım halidir. DSM-5' tanı kitabına göre:

1. Opiyatlar, çoğu kez, istendiğinden daha büyük ölçüde 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. Opiyatı elde etmek, kullanmak veya etkilerinden kurtulmak için gerekli etkinliklere çok zaman ayrılır.
4. Opiyat kullanımı için çok büyük bir istek duyma veya kendini zorlanmış hissetme.
5. İş, okul ve ev gibi bağlamlarda sorumluluklarını yerine getirememe ile sonuçlanan tekrar eden opiyat kullanımı.
6. Opiyat kullanımının etkilerinden dolayı sürekli ya da tekrar eden toplumsal ya da kişilerarası sorunlara rağmen kullanıma devam etme.
7. Opiyat kullanımından dolayı birtakım toplumsal, işle ilgili veya eğlenme-dinlenme etkinlikleri gibi günlük etkinliklerin bırakılması veya azaltılması.
8. Tehlikeli olabilecek durumlarda dahi kullanmaya devam etme.
9. Opiyatın neden olduğu ya da şiddetlendirdiği kestirilen süreğen ya da tekrar eden bedensel veya ruhsal etkilere rağmen kullanmayı sürdürme.
10. Aşağıdaki ifadelerden biriyle tanımlandığı üzere, tolerans gelişmiş olması:
    a. İstenen etkinin ortaya çıkması için artan ölçüde opiyat kullanma gereksinimi
    b. Aynı miktarda opiyatın sürekli kullanımı sonucu etkisinin azalması durumu
11. Aşağıdaki ifadelerden biriyle tanımlandığı üzere, yoksunluk gelişmiş olması:
    a. Disfori duygudurumu, bulantı, kusma, uykusuzluk, ishal, terleme, titreme, göz bebeklerinde büyüme, tüylerin dikleşmesi, kas sızıları, esneme, ateş, göz yaşı akması ya da burun akıntısı gibi opiyata özgü yoksunluk sendromu.
    b. Yoksunluk belirtilerinden kurtulmak ya da onlardan kaçmak adına opiyat (ya da yerine konulan başka bir madde) alınır.

12 ay içinde bulguların 2 veya 3'ü varsa hafif, 4 veya 5'i varsa orta, 6 veya daha fazlası varsa şiddetli kabul edilir (14).

### 2.3. Opiyat Kullanım Bozukluğunun Epidemiyolojisi

Epidemiyoloji bir bilim dalı olarak, insan topluluklarındaki sağlık/hastalık süreçlerini, olayın gerçekleştiği zamana ve yere göre dağılımını, olayın oluşmasındaki nedenleri ve belirleyicileri ve söz konusu olayın tanı, sağaltım ve önleyici unsurları için uygun araştırma yöntemlerini incelemektedir (15). Madde kullanım bozukluğu ve yaşanan sorunlar bakımından ise, madde kullanım yaygınlığı hakkında edinilecek bilgiler, koruyucu çalışmalar için oldukça önemlidir. Bu tür yaygınlık çalışmalarının yıllar içinde yinelenmesi opiyat kullanımı gibi diğer maddelerin kullanım yaygınlığının da artış hızını tespit edebilmek adına yararlı olabilmektedir (16).

Epidemiyolojik çalışmaların yoğun olarak gerçekleştirildiği Amerika Birleşik Devletleri'nde yapılan Epidemiological Catchment Area (ECA) çalışmasında yaşam boyu madde kullanım prevalansı %6,19 (cinsiyetlere göre kadınlarda %4,7, erkeklerde %7,7) olarak tespit edilmişken aktif madde kullanımı olan ve/veya herhangi bir madde kullanım bozukluğuna sahip bireylerin oranı %2,67 (cinsiyete göre kadınlarda %1,3, erkeklerde %4,0) olarak bulunmuştur. Dünya Sağlık Örgütünün (WHO) 2009 yılında gerçekleştirdiği çalışmaya göre ise, Dünya çapında yaklaşık 15,6 milyon bireyin yasadışı opiyat kullandığı ve bu bireylerin 11 milyonunun eroin kullandığı bildirilmektedir. Opiyat bağımlılığında yıllık prevalansın, ABD'de %0,14, Güney Doğu ve Kuzey Batı Asya'da ise %2 olduğu düşünülmektedir (2).

ABD'de yapılan epidemiyolojik çalışmalara göre yaşam boyu eroin kullanım (12 yaş ve üzeri) prevalansı %1,9 olarak tespit edilmişken araştırmanın gerçekleştirildiği 2015 yılının ilgili ayında kullanımın 329.000 birey bazında olduğu bulgulanmıştır (17). ABD'de eroin kullanımı 2000'lerden beri yükseliş göstermektedir. 2007 ile 2015 yılları arasında kullanıcıların sayısı 373.000'den 828.000'e yükselmiştir. Eroin kullanımının artışına bağlı olarak eroin kaynaklı yüksek-doz ölümleri de 2015 yılında 13,000 insidans olarak tespit edilmiştir (18).

Birleşmiş Milletler Uyuşturucu ve Suç Ofisi'nin (UNODC) yürütücülüğünde 2015 yılında yayınlanan raporda, 15-64 yaş aralığında yasadışı en az bir maddeyi kullanım sayısı 246 milyon birey olarak belirtilmiştir (19). Ülkemizde ise yine UNODC

yürütücülüğünde 2003 yılında 6 ilimizde gerçekleştirilen çalışmaya göre 15-64 yaşları arasındaki bireylerden alınan bilgiler dikkate alındığında afyon ve türevi madde kullanma oranı yaklaşık %0,05 olarak tespit edilmiştir (20). Yine ülkemizde 2007 yılında opiyat türevi maddelerin yüksek-doz kullanımına bağlı olarak meydana gelen 124 ölüm rapor edilirken bu sayı 2009 yılında 147'ye çıkmıştır. 2009 yılında yatarak tedavi gören bireylerin madde kullanım profili incelendiğinde; %56,67'sinin eroin kullanımı bulunduğu tespit edilmiştir (20). Türkiye Uyuşturucu ve Uyuşturucu Bağımlılığı İzleme Merkezi (TUBIM) tarafından 2011 yılında gerçekleştirilen genel nüfus taramasına göre yaşam boyu madde kullanım sıklığı %2,7 bulunmuştur. Yine TUBIM'in genç nüfus üzerine gerçekleştirmiş olduğu çalışmada ise kullanım sıklığı %1,5'tir. En sık kullanıldığı belirtilen maddelerin başında esrar sonra da uçucu maddeler gelmektedir. 2012 yılında 187.329 ayaktan hasta sayısı tespit edilmişken bu sayı 2013 yılında %16,68 artarak 218.578 hastaya çıkmıştır. 2013 yılında madde bağımlılığı sebebiyle yatarak tedavi edilen 7897 hastanın %76,3'ünün (5542) opiyat kullanıcısı olduğu belirtilmiştir (21).

### 2.4. Opiyat Kullanım Bozukluğunun Etiyolojisi

Opiyat bağımlılığı tıpkı diğer madde bağımlılıkların da olduğu gibi birden çok etkenin meydana getirdiği bir bağımlılık türüdür. Yapılan çalışmalara göre başta nörobiyolojik, genetik, psikodinamik ve psikososyal etmenler olmak üzere birçok etmenin bu bozukluğun oluşumunda rol oynadığı belirtilmektedir (9,22).

#### 2.4.1. Nörobiyolojik Etmenler

Nörobiyolojik temelli yaklaşımlara göre bağımlılık beynin kimyasal aktivitesindeki değişimler sonucu meydana gelmektedir. Kötüye kullanımın olduğu bir maddenin uzun süreli ve artan oranlardaki kullanımının beyindeki reseptör sistemini etkilediği ve maddenin söz konusu etkilerinden dolayı beyinde yeni bir işleyiş sistemi ortaya çıktığı düşünülmektedir. Yine bu yaklaşıma göre beynin bu yeni işleyiş durumunu sürdürebilmek için dışarıdan aldığı maddeye ihtiyaç duymakta ve madde ihtiyacı karşılanmadığı taktirde ise aşerme gibi sonuçlar ortaya çıkmaktadır (23).

### 2.4.2. Genetik Etmenler

Birçok madde kullanım bozukluğunda karşılaşıldığı gibi opiyat kullanım bozukluğunun da genetik geçişe sahip olduğuna dair veriler saptanmıştır. Buna göre, monozigot ikizlerde dizigot ikizlere kıyasla opiyat kullanım bozukluğu geliştirme riski daha fazla bulunmuştur. Yapılan çalışmalara göre, opiyat reseptörlerinde genetik kökenli bir hipoaktivitenin varlığının etkisi düşünülmektedir. Varsayılan bu hipoaktivitenin opiyat reseptörlerine ya da endojen opiyat salınımına mı bağlı olduğu henüz keşfedilememiştir (1,24). Ayrıca yapılan çalışmalar sonucunda μ, δ ve κ-opioid reseptörlerinde var olan OPRM1, OPRD1 ve OPRK1 genlerinde gözlenen genetik çeşitliliğin naltrekson gibi opiyat antagonistleri ile görülen tedavilerin etkililiğini değiştirebildiği keşfedilmiştir (25,26).

### 2.4.3. Psikodinamik ve Bireysel Etmenler

Kronolojik anlamda öncül psikolojik kuramlardan biri olan psikodinamik kurama göre birey, mastürbasyon gibi toplum nezdinde onaylanmayan cinsellik ve saldırganlık dürtülerine karşı bir savunma mekanizması olarak madde kullanımına yönelmektedir. Ayrıca kurama göre, madde kullanımı psikoseksüel dönemlerde meydana gelen bir bozulmanın sonucu olarak oral regresyon (gerileme) yaşantısı olarak kabul edilmektedir. Psikodinamik kuramın yaratıcısı Sigmund Freud, arkadaşı Wilhelm Fleiss'e yazdığı mektuplarında; alkol, morfin, sigara, pipo vb. bağımlılık yapıcı uğraşları birincil bağımlılık (afinite) olarak varsayarak tüm bunların mastürbasyonun yerine geçtiğini, ikame ettiklerini belirtmektedir (27). Diğer psikanalistlere göre ise, alkolizm oral dönemdeki bir saplantı ve gerileme sonucu ortaya çıkmaktadır. Ayrıca psikanalistler bağımlılığı, bağımlı olma durumu ile içsel öfke arasındaki nevrotik çelişkiye bir tepki olarak geliştiğini ve bir çeşit yavaş intihar olduğunu belirtmektedirler (28). Bir diğer psikanalitik görüş ise bireyin madde kötüye kullanımının ve/veya bağımlığının, olası duygudurum veya kaygı bozukluklarının yanı sıra, borderline (sınırda), narsisistik veya antisosyal kişilik bozuklukları ve psikoz gibi ruhsal bozuklukları kendi kendine tedavi girişimi, benlikten dolayı hissedilen öfke ve kaygı gibi birçok stres unsuruyla mücadele amacıyla geliştiğini savunmaktadır (29). Daha güncel psikodinamik kuramcılar ise madde bağımlılığı ile depresyon arasında bir ilişki kurmuş ve ego işlevlerindeki bir bozukluğun bireyin davranışlarına yansıdığını kabul

etmişlerdir (23,30). Bununla birlikte opiyat bağımlılığına sahip bireylerin eroin davranış sendromu denilen bir dizi davranış kalıbı geliştirdiği keşfedilmiştir. Söz konusu davranışlar çoğunlukla ajite tip depresyon ve takip eden anksiyete bulguları, dürtüsellik, başarısızlık korkusu, özgüven yitimi, eroin ve diğer opiyatları yatıştırıcı olarak kullanma, ümitsizlik ve saldırganlık ile karakterizedir. Ayrıca stresle başa çıkma mekanizmalarında yetersizlik ve strese karşı toleransın azalması, yalnızca madde ile kendini iyi hissetme ve bağlanma, madde yaşantısı nedeni ile kişilerarası ilişkilerde bozulmalar da görülebilmektedir (1,8).

### 2.4.4. Psikososyal Etmenler

Bireylerin içinde bulundukları aile, çevre ve diğer yapılardan da etkilenerek bağımlılık geliştirebileceği bilinmektedir. Öncelikli olarak bireyin ailesinden kaynaklanan bazı dinamiklerin psikososyal yaklaşım açısından önemli olduğu düşünülmektedir. Aile, ebeveynler ve çocukların bir ilişki kurdukları bu nedenle birbirlerinden etkilendikleri en küçük sosyal birimdir. Aile bir sistem olarak kabul edildiğinde ise bir yönünün aksaması diğer yönleri de etkilemektedir. Yalnızca aileyi oluşturan parçaların ele alınması yetmemekte çünkü aile parçaların bir araya gelmesinden farklı bir bütün olarak kabul edilmektedir. Aile arasındaki etkileşim bireylerin rollerinden çok etkileşimin niteliğinden kaynaklanmaktadır. Babanın alkol kullanım bozukluğu yaşadığı bir ailede sorun dışarıda görülenden farklı olarak her birey özelinde farklı düşüncelere sebep olabilmektedir (31). Bu bakımdan ailenin çocuklar üzerinde büyük etkisi gündeme gelmektedir. Yapılan çalışmalara göre ailesinde herhangi bir madde kullanım bozukluğu olan bireylerin diğerler aile üyelerinden etkilenme olasılıklarının daha yüksek olduğu saptanmıştır (32). Bunun yanı sıra aile içinde istenmeyen stres unsurları ile mücadele ederken aile üyelerinin uygunsuz bir başa çıkma yöntemi olarak madde kullanımına yöneldiği tespit edilmiştir. Evlilik çatışmalarının ve boşanmaların olduğu ailelerde veya tek ebeveynle yaşayan ergen ve genç yetişkinlerde madde kullanımı daha fazla görülmektedir (33).

Bireyin sosyal çevresini oluşturan bir diğer unsur da akran ve arkadaş gruplarıdır. Akranlar yaşları ve olgunluk seviyeleri birbirine denk olan bireyler olarak kabul edilmektedir. Özellikle küçük yaşlarda bireyler arkadaşları ve akranları tarafından kabul edilmeye ihtiyaç duymaktadırlar. Arkadaş ve akranları tarafından kabul

edilmeyen ve dışlanan çocuk/ergenler stres ve kaygı oluşturarak olumsuz duygulanıma bürünebilmektedir (34). Bir ergende görülen olası madde kullanımı ile arkadaş grubunda görülen madde kullanımı ve diğer riskli davranışlar arasında güçlü bir ilişki bulunduğu saptanmıştır. Akran ve arkadaşları ile birlikte madde kullanan ergenin bulunduğu ortamdan kabul gördüğü müddetçe kullanmaya devam edebileceği düşünülmektedir (35).

### 2.5. Opiyat Kullanım Bozukluğunda Tedavi

Opiyat kullanım bozukluğunda (bağımlılığında) tedavi seçenekleri her geçen gün alandaki ilerlemeye paralel olarak yenilense de genellikle opiyat bağımlılığı ABD'de olduğu gibi dört tip tedavi programından biri ile tedavi edilir. Bunlar, detoksifikasyon ve/veya tıbbi denetim altındaki yoksunluk, bir başka opiyat agonisti ile sürdürüm (metadon, levomethadil asetat veya buprenorfin), tedavi toplulukları ve yoksunluk odaklı diğer farmakolojik tedavi yöntemleri (antagonist tedavisi) olarak genellenebilir. Bireyin tedaviyi kabul etmesi ve sonrasında kendine uygun tedavi yöntemini belirlemesi bireyin yaşantıları, aile ilişkileri, bağımlılığın şiddetine göre zamanla değişebilmektedir (1).

#### 2.5.1. Opiyat Kullanım Bozukluğunda Yoksunluk Tedavileri

Opiyat kullanım bozukluğunun kısa sürede gelişebileceği dikkate alındığında, fiziksel bağımlılık ve toleransın hızlıca geliştiği düşünülmektedir. Genellikle opiyatlarda yoksunluk sendromu 24-48 saat içerisinde belirtilerini göstermektedir. Gerginlik, aşerme, anksiyete, batın bölgesindeki kramplar, bulantı, ishal, kusma, tremor, kas sancıları, terleme, uykusuzluk ve gribi andıran bulgularda artış görülür. Bu durum 7-8 gün içerisinde yatışabilmektedir (36).

Opiyat kullanım bozukluğuna sahip birçok birey, hayatının belli dönemlerinde detoksifikasyona ihtiyaç duyabilmektedir. Bazıları artık yeni bir yaşam tarzına kavuşmak için detoksifikasyon görmeyi isterken bazıları da kontrolü yeniden ele alıp daha düşük dozda ve daha az para harcayarak madde kullanmak için istemektedir (37). Detoksifikasyon uygulamaları, bireylerin bırakmak ya da azaltmak için birçok sebebi olmasına karşın bireylerin bağımlılık şiddetlerinden kaynaklanan vazgeçişleri dolayısıyla tek başına yetersiz görülmektedir (38). Yoksunluk tedavisinde buprenorfin,

lofeksidin, klonidin ve kontrollü bir biçimde azaltılan dozlarla metadon gibi tıbbi agonistler kullanılmaktadır. Söz konusu agonistler opiyat sürdürüm tedavilerinde de kullanılabilmektedir. Tedavide amaç yoksunluğun yarattığı rahatsızlık hissini azaltmak, eroin vb. opiyatların yarattığı etkilerden kaçınmak ve sonraki olası tedavi aşamalarına yönelik bireyi hazırlamaktır. Tedavinin uygunluğu kararında bireydeki yoksunluğun şiddetine ve bireyde bulunabilecek fiziksel rahatsızlıklara ve ruhsal bozukluklara dikkat edilmektedir (39,40).

#### 2.5.1.1. Opiyat Dışı Farmakolojik Yöntemler ile Yoksunluk Tedavisi

##### 2.5.1.1.1. Naltrekson

Etkili bir opiyat antagonisti olarak naltrekson, klonidin ve benzodiazepinler eşliğinde hızlı detoksifikasyon uygulamalarında kullanıldığı gibi idame tedavilerinde de kullanılmaktadır (41).

##### 2.5.1.1.2. Alfa2 Agonistleri

Noradrenalin, başta alkol ve opiyatlar olmak üzere birçok maddeden kaynaklanan yoksunluk sendromlarında ortaya çıkan sempatik sistem hiperaktivitesinden sorumludur. Ayrıca noradrenalin içeren nöronların büyük bir çoğunluğu lokus seruleusda bulunmaktadır. Bağımlılık ya da kullanım bozukluğu yaratan maddelerin kronik kullanımı lokus seruleus gibi önem taşıyan noradrenerjik yapıların adapte olması ile beraber maddelerin ani kesilmesi hiperaktivite ve ajitasyon gibi yoksunluk semptomlarının ortaya çıkmasına neden olabilmektedir. Bu durumlar ile karşılaşıldığında α2 presinaptik reseptör agonistleri gibi lokus seruleusun aktivasyonunu baskılayıcı agonistler, opiyat kullanım bozukluğuna bağlı gelişen yoksunluk sendromunun belirtilerini tedavi etmek için kullanılabilir (8,42).

##### 2.5.1.1.3. Klonidin

Klonidin, opiyat kullanım bozukluğuna bağlı gelişen yoksunluk sırasında karşılaşılan noradrenerjik hiperaktivite gibi bulguları azaltabilen santral etkili α2 adrenerjik ve antihipertansif bir maddedir (43,44). Klonidin düşük dozda opiyat ile

görece stabilize olmuş bireylerde, opiyat kullanımının aniden kesilerek oluşan yoksunluğu hafifletmek için kullanılabilmektedir.

#### 2.5.1.1.4. Lofeksidin

Birçok ülke sağlık politikalarını belirlerken bazı ilaçlara tedavilerinde yer vermekten kaçınmaktadır. Lofeksidin, ABD'de kullanım izni olmayan bir ilaç iken İngiltere opiyat yoksunluğunun semptomatik tedavisinde bu ilacın kullanımına izin vermiştir. Klonidine kıyasla daha az hipotansiyona yol açtığı düşüncesi ile lofeksidin İngiltere'de kullanım iznine sahip olduğundan bu yana uygulamada sıklıkla karşılaşılan bir ilaç haline gelmiştir. Ancak bir çalışma bulgusuna göre klonidin ile kıyaslandığında sonuçların eşit olduğu saptanmıştır (8).

### 2.5.1.2. Opiyat Agonistleri Yardımı ile Yoksunluk Tedavileri

Güncel opiyat tedavisi yaklaşımlarına göre ABD'de opiyat yoksunluk tedavisi için kullanım izni bulunan üç tür agonist vardır; metadon, LAAM ve buprenorfin (1). Bunun yanı sıra Rusya sağlık politikaları gereği opiyat tedavilerinin hiçbir türünde agonistlere yer vermemektedir (5). Farklı bir açıdan bakıldığında ise herhangi bir μ-agonisti olan opiyat ile opiyat yoksunluğu semptomları azaltılabilse de sağlık kuruluşlarınca onaylanmamış opiyat agonist tedavileri bireylerin üzerinde kalıcı etkiler bırakabilmesinden dolayı yasaklanmıştır (8).

#### 2.5.1.2.1. Metadon

Opiyat agonistleri ile gerçekleştirilen tedavilerde temel anlayış kötüye kullanılan veya bağımlı olunan opiyatın kullanımının durdurularak yerine medikal kullanımı olan opiyat agonistinin konulması ve ilerleyen zamanlarda sistematik olarak kesilmenin gerçekleştirilmesidir. Metadon bu bağlamda kullanılan uzun etki süresine sahip sentetik bir opiyat agonistidir (45).

Oral yolla alınımı daha etkili sonuçlar veren metadon, günde bir doz verilebilen ve uygun dozlarla opiyat kullanım bozukluğundan doğan yoksunluğu baskılayan bir ilaçtır. Metadon tedavisinin amacı; bireyde bırakma ile oluşabilecek yoksunluk sendromlarını baskılamak, aşermeyi engellemek, yasadışı opiyatların etkilerinin önüne geçmek, bireyi kontrollü bir sürdürüm yaşantısına sokmak ve bireyin tamamlayıcı

psikososyal tedavilere katılmasını sağlamaktır. Metadon, karaciğerdeki CYP450 3A4 ve P450 enzimleri ile beraber metabolize olmaktadır. Yarılama ömrü yaklaşık 24 saat olduğundan günde tek sefer uygulanmaktadır. Konstipasyon, terleme ve cinsel güçlükler sık karşılaşılan yan etkileridir. Yüksek dozlarda kullanılması, solunum depresyonu ve sonrasında ölüme neden olabilir (43).

Metadon ile yoksunluk tedavisi genellikle olumsuz sonuçlanmaktadır. Sık relaps yaşantıları klinikte yatış seferini arttırmaktadır. Tedavi sırasında verilen rutin metadon dozu 20-25 mg seviyesinden azalmaya başladıkça birey yasadışı opiyat arayışına girebilmekte ve tekrar kullanabilmektedir. Yapılan bir çalışmaya göre sadece metadon sürdürüm tedavisi alan bireyler ile psikososyal destekli metadon tedavisi alan bireyler 6 ay boyunca takip edildiğinde psikososyal destek gören bireylerin yalnızca metadon tedavisi alan bireylere nazaran daha çok iyileşme belirtileri gösterdikleri saptanmıştır (8).

#### 2.5.1.2.2. Levomethadil (LAAM)

Opiyat yoksunluğunu gideren uzun etkili bir opiyat agonistidir. Opiyat yoksunluğunun tedavisinde ikame ajanı olarak kullanımı bulunmaktadır. Ancak bazı hastalarda potansiyel olarak ölümcül aritmiler ile ilişkili QT intervalleri gelişmiştir (46).

#### 2.5.1.2.3. Buprenorfin

Reçete yazımı için özel şartlara ihtiyaç duymadan birinci basamak sağlık hizmetleri çerçevesinde ulaşımı olan buprenorfin bir tedavi yöntemi olarak 1996 yılında Fransa'da kullanılmaya başlanmıştır. Fransa'daki kullanımının yaygınlaşması ile birlikte diğer ülkeler de sağlık politikalarına bu agonisti dahil etmeye başlamışlardır (47,48). Ayrıca 2003 yılında buprenorfin-nalokson kombini, opiyat kullanım bozukluğunun tedavisinde FDA tarafından özel muayenelerde kullanım izni almıştır. Ülkemizde ise 2010 yılında kullanım izni alan (49) buprenorfin, birçok alanda metadon ile kıyaslandığında yan etkileri ve kötüye kullanım oranları bakımından daha tercih edilebilir bir konumdadır (50). Buprenorfinin potansiyel avantajları farmakolojik özelliklerinden gelmektedir. Parsiyel mu agonisti ve kappa antagonisti olan yapısı sebebi ile metadonun aksine mu agonist etkileri daha az öfori ve depresyon yaratmaktadır. Duygudurum ve intoksikasyon etkilerinin nispeten daha az oluşu ile

bireylerin tedavi uyumunu artırdığı düşünülmektedir (51). Buprenorfinin efikasisi reçetesiz birçok opiyatınkine benzer olsa da yan etki profili bakımından diğer yerine koyma tedavilerine göre daha avantajlı konumdadır (52).

Buprenorfin uzun bir süredir parenteral bir analjezik olarak kullanılmaktaydı. Ancak çalışmalara göre oral biyoyararlanımı sublinguala kıyasla düşük olduğu için opiyat kullanım bozukluğunun tedavisinde sublingual form önerilmektedir. Sublingual formu ile buprenorfin, kan dolaşımına daha yavaş girmekte ve böylece kötüye kullanım riskini düşürmektedir (43). Ancak birçok klinik araştırmada buprenorfinin sublingual formunun güvenli ve etkili bir yöntem olduğu saptansa da Avrupa Birliğindeki tedavilerde kullanılmamaktadır (53). Bunun dışında buprenorfinin subkütan enjeksiyonlarında bireylerin tedavi uyumları bakımından olumlu sonuçlar elde edilmiştir (54). Son dönemde bir başka gelişme ise buprenorfinin deri altı implant formu ile gündeme gelmiştir. Tıpkı subkütan formunda olduğu gibi implant formu ile buprenorfin kötüye kullanımının, bağımlılığının ve tedavi uyumsuzluğunun önüne geçilmeye çalışılmıştır (55).

Ülkemizdeki uygulamalarda buprenorfin tedavisi ile arındırmaya uygun vakalar; iki yıldan kısa süreli aktif opiyat kullanımı olan, son bir yıl içerisinde üç aydan uzun ayıklık dönemi yaşayan ve daha önce arındırma tedavisi almamış bireyler arasından seçilmektedir. Tedaviye son opiyat kullanımından 6 ile 8 saat sonra hafif yoksunluk belirtilerine takiben başlanmaktadır. Sublingual form ile uygulanan tedavilerde 2 ile 4 mg tabletler ile başlanıp ilerleyen günlerde doz 8 ile 16 mg arasında bir doza çıkılabilmektedir (36).

### 2.5.2. Opiyat Kullanım Bozukluğunda İdame (Sürdürüm) Tedavisi

Birçok madde kullanım bozukluğunun tedavisinde olduğu gibi opiyat kullanım bozukluğunun tedavisinde genel olarak hedef yasadışı opiyat kullanımının engellenmesi olsa bile bazı terapistler veya alandaki uzmanlar opiyat kullanımındaki bir miktar azalmayı da iyileşme yolundaki olumlu bir adım olarak kabul edebilmektedirler. Enfeksiyon riskinin azalmasının bireyin yaşam kalitesini koruduğu düşünüldüğünde uzmanların bu görüşü anlaşılabilir bir hale gelmektedir.

Detoksifikasyon maddenin esriklik yaratan etkilerini ortadan kaldıran ve bireyin fiziksel sağlığını arındıran bir yöntem olsa da bireyin maddeye karşı duyduğu arzu hala

azalmamış olabilir. Bu nedenle bazı bireylerde tedavi yaşam boyunca sürdürülmesi gereken bir hal alabilmektedir. Bu açıdan opiyat kullanım bozukluğunun tedavisinde bazı agonistler (metadon, LAAM, buprenorfin) ve antagonistler (nalokson, naltrekson) idame edilerek bireyin yaşam kalitesi artırılmaya çalışılmaktadır (3,56).

#### 2.5.2.1. Naltrekson

Opiyatların etkilerini bloke veya antagonize eden opiyat antagonistleri metadondan farklı olarak narkotik etkilere sahip değillerdir. Kötüye kullanıma yol açmamaları onları tedavinin olumsuz çıktıları konusunda avantajlı duruma getirmektedir. Antagonistlerin, opiyatların bireyde yarattığı öfori gibi etkilerini bloke etmeleri sonucunda bireyin madde arama ritüelleri konusundaki isteğini kırarak bu davranışı engellediği düşünülmektedir. Naloksan dahil opiyat antagonistleri, opiyatların esriklik yaratan etkilerini tersine döndürdüğü için aşırı doz opiyat kullanımının tedavisinde kullanılır ve başka bir tür antagonist olan naltrekson, en uzun etkili antagonist olarak kabul edilmektedir (9).

Naltrekson, opiyat kullanımı ile ortaya çıkan ruhsal bulgulardan önce opiyat reseptörlerine bağlanarak, eroin gibi diğer opiyatların yarattığı bireyler için "hoş" etkileri bloke eder. Bu engel, opiyat kullanma isteğini ve yoksunluğu ortadan kaldırmak için bireyi desteklemektedir. Naltrekson; ruh hali, bireyin ağrıya ilişkin algısı ve çeşitli nöroendokrin ve kardiyovasküler işlevleri yeniden düzenlemek ile görevli bazı endorfinleri bloke ederek, disforik tepkiler ve endokrin değişikliklerini de meydana getirebilir (57).

Naltrekson birçok formda kullanılabilmektedir. Günlük kullanım için geliştirilmiş oral naltrekson 1970'lerden bu yana klinik kullanım için ABD'de onaylanmış bir ilaçtır. Ayrıca naltrekson, reçetesiz opiyatların kullanımı ile oluşan etkileri engellemek ve yoksunluk yaşayan bireylerin kayma yaşamasını önlemek gibi etkileri ile Dünya Sağlık Örgütü'nün tedavi rehberlerinde yer edinmiştir (2). Ancak klinik uygulamalarda bireylerin tedaviye uyum ile ilgili yaşadıkları sorunlardan dolayı oral naltreksonun etkililiğinin azaldığı düşünülmekteydi. 2010 yılında naltreksonun uzun salınımlı enjeksiyon formu bir doz ile yaklaşık bir ay boyunca opiyat reseptörlerine uyguladığı blokaj etkileri dolayısı ile FDA tarafından relaps önleme programına psikososyal programlar ile bütünleştirilerek onaylanmıştır (3).

Naltreksonun bir başka formu ise deri altı implant formudur. Avustralya'da geliştirilen (4) naltrekson implant formu, Rusya tarafından kullanım izni alınarak standart klinik uygulamalarda envanterde yer edinmiştir (5). Ancak ABD'deki ilaç firmaları implant üretimine geçmiş olsa da hiçbiri FDA'dan onay alamamıştır. Buna karşın yapılan çalışmalara göre uzun salınımlı naltrekson formları (enjeksiyon,implant) ile tedavi edilen bireylerin plaseboya göre daha az tedavi bırakma yaşantısı, düşük oranlarda opiyat kullanımı ve azalmış aşerme belirtileri gösterdiği tespit edilmiştir (58-60). Ayrıca denetimli serbestlik ya da adli kontrol süreci içerisindeki bireyler ile gerçekleştirilen çalışmaya göre naltreksonun uzun salınımlı formları ile tedavi edilen bireylerin, geleneksel yöntemler ile tedavi gören bireylere kıyasla daha düşük kayma oranlarına sahip olduğu, kayma dönemi yaşamadan daha uzun süre ayık kaldığı, daha düşük oranda eroin kullanımı olduğu ve 24 haftalık tedavi programı boyunca daha az aşırı kullanım öyküsü yaşadığı saptanmıştır (61).

Türkiye'deki uygulamalarda ise naltrekson, tedavi aldığı sırada etkin bağımlılık tablosu gösteren bireylere verilmemektedir. Aksi taktirde ani şekilde opiyat yoksunluk semptomları ile karşılaşan bireyin tedavi uyumu olumsuz etkilenebilmektedir. Naltrekson tedavisine başlamadan önce bireylerin, eroin vb. sokakta satılan opiyat türlerinden en az beş gün, metadon gibi medikal kullanımı olan opiyatlardan ise en az yedi gün süre ile uzak kalmış olmaları gerekmektedir. Bu yüzden tedaviye başlamadan önce idrar taraması gerekebilmektedir. Özellikle eğitim seviyesi yüksek ve istikrarlı bir işe sahip bağımlı bireylerin naltrekson tedavilerine daha iyi cevap verdikleri saptanmıştır. Söz konusu profildeki bireylerin her gün kliniğe gidip metadon vb. ilaçları almak yerine uzun salınımlı naltreksonu tercih etmelerinin görünürlüklerini ve saygınlıklarını korumalarını desteklediği için antagonist tedavilerine daha uyumlu oldukları düşünülmektedir (62).

### 2.5.3. Opiyat Kullanım Bozukluğunda Psikososyal Tedaviler

Opiyat kullanım bozukluklarında farmakolojik tedavilerin tek başına yeterli olmadığı bilinmektedir. APA'ya göre de kapsamı bir tedavi programının temel bileşenlerinden birini de psikososyal tedaviler oluşturmaktadır (43). Sadece farmakoterapi ile ilerleyen süreçlerde birey, tedaviye adapte olamamakta ve çoğu zaman ruhsal ihtiyaçlarını doyuramamaktadır (63). Bu bakımından farmakolojik tedavilere ek

birçok psikososyal tedavi geliştirilmiştir. Bu psikososyal tedavilerin kimileri bireysel kimileri de grup temellidir. Bazı gruplarda alanında uzman bir lider varken bazılarında tamamen katılımcı olarak grubun üyesi olan bağımlı bireyler bulunmaktadır.

*Adsız Narkotikler* (AN), 12 adım tedavi programında bulunan ve madde kullanmayı bırakmış bireylerin bir araya geldiği bir çeşit kendi kendine yardım grubudur. Aynı zamanda AN, uyarıcı ve uyuşturucu maddelerin artık yaşantılarında önemli bir sorun haline gelmiş kadın ve/veya erkeklerin bir araya gelerek oluşturduğu kar amacı gütmeyen sistematik bir arkadaş grubu olarak da tanımlanabilir. AN'nin, ana hedefi tüm uyarıcı ve/veya uyuşturucu maddelerden uzak kalmaktır. Düzenli aralıklarla toplanan grubun bir üyesi olmak için temel koşul bireyin bırakma isteğinin olmasıdır. Ayrıca katılımcılardan başka herhangi bir koşul veya bir çeşit katılım ücreti beklenmemektedir (8). Konuyla ilgili ilk çalışmalar 1992 yılında başlamıştır. Diğer grupla tedavi yöntemleri ile karıştırılabileceği için başlangıç noktası kestirilemeyen *Tedavi Toplulukları* (TT) tedavi yönteminin tam olarak ne zaman ortaya çıktığı bilinmese de TT'ler Amerika'da 1950-1960'lı yıllarda adından söz ettirmeye başlamıştır. Bir başka grupla tedavi yöntemi olan grup terapileri "cost effective" bir tedavi yöntemi olarak değerlendirilebilmektedir. Gruplar ortalama 8-12 kişiden ve bir lider ya da bir lider ve bir yardımcı liderden oluşmaktadır. Her bir grup oturumu, yaklaşık bir saatlik oturumlar şeklinde tasarlanmaktadır. Bazen bu süre grup büyüklüğüne bağlı olarak uzayabilmektedir. Oturumlarda tüm grup üyelerinin katılımı önemsenir, bu açıdan bireylerin kendilerini açabilecekleri güven ilişkisinin kurulduğu bir ortam sağlanmaktadır. Her oturum bir önceki oturumdan izler taşımakta ve bazı hatırlatıcılar kullanılmaktadır. Grup üyeleri ve liderin uyguladığı en önemli kural "şimdi ve burada" ilkesidir (42).

Bir başka psikososyal tedavi yöntemi ise *motivasyonel görüşmelerdir*. Bu tedavi yaklaşımında motivasyon kazandırma ilk adımdır. Özellikle tedavi olmayı düşünmeyen bireylerde, değişime dair inanç kazandırmak için kullanılmaktadır. Son yıllarda giderek popüler hale gelen bu yöntem, ayrıca bırakmak isteyen ancak girişimde bulunamayan ya da bırakma girişimleri sonuçsuz kalan bireylere de hitap etmektedir. Söz konusu tedavi yönteminin popüler olmasına neden olan bir başka etmen de tedavi sürecinin kısa olması ve bireyi bırakma konusunda kalıcı olarak etkilemesidir (64). *Davranışçı terapilere* göre ise, bağımlılık gibi istenmeyen bir davranışın, istendik davranışın

gösterilmesi ve öğretilebilmesi ile iyileşebileceği düşünülmektedir. Bu tedavi yöntemine göre bireyin üç çeşit kontrol kazanması amaçlanmaktadır; bireyin maddeden uzak durmasını amaçlayan uyaran kontrolü, bireyin madde kullanımına yol açan düşünce, duygu ve davranışların tanımlanması ve değiştirilmesini amaçlayan dürtü kontrolü ve bireyin aile ve çevresinin de işe dahil olduğu sosyal kontrol (64).

Literatüre sıkça konu olan ve birçok madde kullanım bozukluğunun tedavisinde de etkili sonuçlar veren *bilişsel davranışçı tedavi* (BDT) yöntemleri özellikle son yıllarda yaygın olarak kullanılmaya başlanmıştır. Bilişsel terapi, bireyin sosyal öğrenmelerinden ve davranışçı teorilerden kaynak alarak geliştirilmiş bir tedavi yöntemidir. Bilişsel terapi; bireyin aslında yavaş bir şekilde kendine zarar verici davranışı olarak sayılan bağımlılığın ve aşırı hale gelmiş duygusal tepkilerin zemininde yatan yanlış veya hatalı düşünce ve inanışları değiştirerek bireyi iyileştirdiğini öngören bir psikoterapi yöntemidir. BDT, psikodinamik yaklaşımlara nazaran çok daha kısa süreli ve odak noktası belirgin bir yaklaşımdır. BDT, kısaca bireyin durumunun farkında olup tanımasına, bu durumdan uzaklaşmasına ve uzaklaşırken karşılaştığı problemler ile akılcı bir biçimde başa çıkmasına yardımcı olmaktadır. Özgül vaka formülasyonları bilişsel model temel alınarak hazırlanır ve yaklaşımlar bireye özel seçilir. BDT'de yaklaşım; işbirlikçi, aktif, açık uçlu soruları temel alan, yapılandırılmış ve hedefe yönelik bir biçimdedir. BDT yapısı gereği aynı zamanda bir psikoeğitim sürecini de içermektedir. Eğitimler ile maddeye duyulan aşermeler ile başa çıkma, değişim için gerekli motivasyonun sağlanması, madde ile ilgili düşüncelerin kontrolü, problem çözme becerileri ve reddetme becerilerinin geliştirilmesi amaçlanmaktadır. Bireye iki şekilde yardım etmeye çalışılır. Biri temel olumsuz inançları çürütmek böylelikle madde kullanıma isteğini azaltmak iken diğeri ise maddeye karşı duyulan karşı konulamaz isteğin ele alınması ve bu isteğin kontrol edilmesine yönelik teknikleri öğretmektir (65,66).

Ülkemizde uygulanan bir başka tedavi yöntemi ise SAMBA (Sigara, Alkol ve Madde Bağımlılığı Tedavi Programı) adı verilen programdır. SAMBA programı, bilişsel davranışçı ekole dayanmaktadır. Ancak bazı oturumlarda farkındalık ve kabullenme (mindfulness and acceptance) terapilerinden de yararlanıldığı görülmüştür. Birkaç oturumda duygu düzenleme (emotional regulation) uygulamaları da yer

almaktadır. 7 modül ve 13 oturumdan oluşan SAMBA modülünde modüller şu isimleri almıştır:

1. Madde ve Etkileri,
2. Motivasyon Kazandırma,
3. Farkındalık,
4. Öfke ve Stresle Başa Çıkma,
5. Kaymayı Önleme,
6. İletişim Becerileri,
7. Düşünce Hataları.

Oturumlar katılımcılar ile interaktif bir biçimde gerçekleştirilirken her oturum bir buçuk saat ile iki saat civarı sürmektedir (67).

### 2.6. Madde Bağımlılığı Tedavisinde Başarıyı Öngören Faktörler

#### 2.6.1. Kişilerarası Faktörler

Bağımlılık tedavisinin başarısını etkileyen unsurlardan biri de akranlardır. Özellikle özdeşleşme bağlamında incelendiğinde uyuşturucu madde kullanmaya başlama ve madde kullanım bozukluğunun gelişmesi üzerinde akran grubunun dikkate değer etkileri bulunmaktadır. Bazı bireyler madde kullanımını ahlaki bir sorun olarak görmemekte ve bu durumun tedavisi için herhangi bir girişimde bulunmamaktadır. Bu görüşte olan ve madde kullanımı bulunan ayrıca bu davranışı kurallara uygun bir davranış olarak kabul eden bireylerin oluşturduğu grupla özdeşleşen bireyin madde kullanması beklendik bir sonuç haline gelmektedir (68,69). Bağımlılık tedavisi sonrası yüksek kayma oranlarının özellikle arkadaş grubu içinde var olan madde kötüye kullanımı ile ilişkili olduğu tespit edilmiştir (70). Bu açıdan antisosyal bir arkadaş çevresine sahip olan bireylerin iyileşme ve ayıklık süreçlerinin olumsuz etkilenebileceği söylenebilir. Yapılan bir çalışmaya göre birçok bireyin tedaviye başlamadan önce antisosyal davranış örüntüleri gösteren arkadaşları ile ilişkiyi kestiği gözlenmekte fakat edindikleri yeni arkadaşların da yine uyuşturucu madde kullanan veya kullanımı konusunda olumlu görüşe sahip bireyler olduğu görülmektedir (71).

Kişilerarası faktörlerden bir diğeri ise ailedir. Aileler aslında birer sistem olarak değerlendirilebilmektedir. Aileler farklı farklı sistemlere sahip olabilir. Kapalı bir aile sistemindeki çocuğun kendini köşeye sıkışmış hissetmesi sonucunda başkaldırma, cezalandırma ya da kendine zarar verici bir yaşam stilini benimsemesi ile aileden kaçınması madde kullanım bozukluklarına yol açabilmektedir. Ayrıca madde kullanım bozukluğu ile birey, kendi yaşamı üzerindeki kontrolü koruma ve ailesi tarafından kendisine empoze edilen duygulardan çok kendine ait duyguları yaşayarak özgürlük çabasına girebilmektedir (70). Madde kullanım bozukluğu bulunan bireylerin ailelerinde, aile içinde ve dışında roller ve sınırlar hakkında yaşanan problemler ve iletişim eksikliği gibi sorunların mevcut olduğu belirtilmektedir (72). Öte yandan ebeveynlerin madde kullandığı sistemlerde, çocuğun ebeveynin sosyal anlamda öğrendiği davranışlarını taklit ederek bağımlılık geliştirdiği düşünülmektedir (73). Tedavi programlarına ilişkin yapılan bir çalışmaya göre, detoksifikasyon programının ardından altı ay boyunca madde kullanmayan 25 birey ve tedaviden sonra tekrar madde kullanmaya başlayan 25 birey karşılaştırılmıştır. Tekrar madde kullanmaya başlayan bireylerin; duyguların yetersiz bir şekilde ifade edildiği, farklı görüşlerin hoş karşılanmadığı, aile üyelerinin sorumluluk almaktan kaçtığı, yüksek güvensizlik ve aile içi kaynaşmanın az olduğu ailelerden geldikleri bulunmuştur (74).

### 2.6.2. Çevresel Faktörler

Kullanım bozukluğu gelişen maddeye erişebilirlik, maddeyi elde etmede kolaylık ya da zorluk ayrıca maliyet ve ulaşmak için gerekli fiziksel çabanın büyüklüğüne bağlı olarak tanımlanan bir dizi fiziksel, sosyal ve ekonomik koşulları ifade etmektedir. Şayet maddenin bireye olan maliyeti yüksek ve bireyin maddeye ulaşmak için sarf etmesi gereken efor fazla ise madde kullanma eğilimi düşebilecektir. Erişebilirlik kavramı hem reel hem de algısal bir kavram olarak kabul edilmektedir. Gerçek erişebilirlik, maddenin fiyatını, periferdeki madde satıcılarını ve satın alma işleminin gerçekleşebileceği ortamları tanımlamaktadır. Algılanan erişebilirlik ise, madde kullanıcısı ya da kullanıcı olmayan bireylerin gerçek erişebilirlik hakkındaki tahmin ve görüşlerini tanımlamaktadır (70). Fiziki anlamda düşünüldüğünde kötüye kullanım riski bakımından yüksek seviyede bulunan maddelere ulaşım anlamında doktor, hemşire ve eczacıların bağımlılık geliştirme riski diğer meslek gruplarına göre

daha yüksektir (75). Bunların yanı sıra Sutherland'ın temelini oluşturduğu aykırıların birlikteliği teorisine göre, üniversite gibi bir eğitim ortamında birey madde kullanımı olan herhangi bir grupla ne kadar sık birlikte olursa madde kullanma olasılığı o kadar yüksek olacaktır (76).

### 2.6.3. Sosyodemografik Faktörler

Madde kullanım bozukluğu ve bozukluğa yönelik tedavilerde cinsiyet önemli bir etmendir. Erkeklerin evli veya bir işte çalışıyor olması, kadınların ise alkol kullanım bozukluğu geliştirmeleri tedaviye başlamaları için ilişkili sebepler olarak görülmektedir. Öte yandan erkekler için eğitim seviyesinin düşük olması, kadınlar da ise psikiyatrik ek tanı, tedavi başarısızlığı için yordayıcıdır. Erkeklerde büyük yaş tedaviyi tamamlamak için önemli görülürken, kadınlarda bu durum gelir seviyesi ile ilişkili bulunmuştur. Tedaviden başarısız sonuçlar alma ile ilgili olarak ise kadınlarda bağımlılık seviyesinin yüksek oluşu etkiliyken erkeklerde tedaviye başlama motivasyonu ve psikiyatrik bulgular önem kazanmaktadır. Bununla beraber kadınlarda yasal sürecin tedaviyi tamamlamada daha etkili olduğu bulunmuştur (77). Bir diğer faktör olarak yaş tedaviden alınan yanıtı belirleyen etmenlerden biri olarak görülebilmektedir. Ancak yaş tek başına tedavi yanıtını değerlendirmek için yeterli değildir (78).

Uyuşturucu madde kullanımı ve suç içeren davranışlar arasındaki ilişki, her iki konu üzerinde de durulması gerektiğini göstermektedir. Bu açıdan bakıldığında madde kullanım bozukluğu tedavilerinde ilerleme kaydeden bireylerin suç oranları ve madde kullanımlarının azaldığı tespit edilmiştir. Literatüre göre tedavi görmekte olan eroin bağımlıları arasından tedaviyi başarı ile tamamlayanların yeniden tutuklanma oranlarının azaldığı, daha az suça karıştıkları tespit edilmiştir (79,80).

Tüm bu etmenlerin yanı sıra, tedaviye yüksek bir motivasyonla başlamanın, yüksek eğitim seviyesine sahip olmanın, daha fazla iş imkanına sahip olmanın, tedavi esnasında sağlık profesyonelleri ile iyi ilişkiler geliştirmenin, sosyoekonomik statünün yüksek olmasının tedavide kalmayı ve tedavinin olumlu sonuçları ile ilişkili olduğu belirtilmektedir (81,82).

### 2.6.4. Kişisel Faktörler

Tedavi içinde; birey, bağımlılık, tedavi yöntemleri ve tedavi koşulları (ortam, tedavi sağlayıcılar vb.) gibi unsurları barındıran bir süreçtir. Bu süreç içerisinde tedavinin başarısını sağlayan etmenlerden biri de bireyin kişilik özellikleridir. Bu bireysel özelliklerden birisi özdeğerliliktir. Steffenghagen'e (1980) göre özdeğerlilik, madde kötüye kullanımı ve bağımlılığında bir yapı taşı olarak nitelendirilmektedir. Ona göre özdeğerlilik, bireyin sosyalleşme süreci sırasında yavaş yavaş geliştirdiği bir özelliktir (83). Öte yandan bir başka kuramcı olan Adler ise, insanı uyum yeteneğine sahip yaratıcı ve yapıcı çabalar ortaya koyan bir varlık olarak tanımlamaktadır. Bireyin öznel yaşantıları insanın bedeni içerisinde gelişir ve bu yaşantıların oluşumu bireyin değer yargıları, ilgi alanları, olaylara karşı tutumları ve düşünce biçimleri ile gerçekleşir. Bireyin davranışları çevrede var olan olaylardan çok bireylerin bu olayları görüş biçimi ve onları kendi gerçekliği ile yorumlamasından etkilenmektedir. Adler'e göre, insanların davranışları toplumsal içeriğin yapısına göre incelenebilmektedir. Şayet bireyde bir "organ eksikliği" veya bedensel bir kusur varsa, bireyin bu durumu nasıl karşıladığı ve benliğine nasıl yansıttığı sonuç olarak bu durumun yaşamını nasıl etkilediği önemlidir. İnsanlar varoluşlarında birtakım yetersizlik duygularına da sahip olabilmektedirler. Bu yetersizlik duyguları aslında normaldir ve insanın davranışlarını güdüleyen bir güç gibi kabul edilebilir. Adler'e göre birey amaçlarına ulaşabilmek için söz konusu yetersizlik duyguları ile mücadele edebilmeli ve bu mücadeleden bir sonuç çıkarabilmelidir (84). Bu bakımdan bir madde kullanım bozukluğundan dolayı tedavi yaşantısında bulunmak bir amaç ise, bu amaca ulaşmak için çaba sarf etmek bireyin özdeğerliliği açısından yorumlanabilmektedir.

Bireylerin madde kullanım bozuklukları ve bu bozuklukların tedavisini açıklayan bir diğer kişisel faktör de haz alma ve öfori ile ilişkilidir. Bejerot (1980) haz alma kavramını fizyolojik kökenli bir faktör olarak tanımlamakta ve bireyin haz alma ile ilgili bağımlılığının kendini koruma içgüdüsünden bile kuvvetli olabileceğini ileri sürmektedir (85). Ayrıca zevk alma duygusunun bireyin kullanıcı iken bağımlı hale gelmesini sağlayabileceğini ve bu uğraşın bireyin hayatında önemli bir yer edeceğini ifade etmektedir. Öte yandan bir kişilik özelliği olarak heyecan arayışı, bağımlı bireylerin macera, heyecan ve bilinç düzeyinde arzulanan bir değişim yaşamak için çabalarını ifade etmekte kullanılmaktadır. Geçmişten günümüze birçok çalışma madde

bağımlılığında yüksek oranlarda heyecan arama davranışının olduğunu saptamıştır (86,87). Yapılan bir çalışmaya göre terapötik bir topluluğa katılan bağımlı bireylerin heyecan arama özelliğinin azaldığı tespit edilmiştir (88).

Opiyat kullanım bozukluğu ve tedavilerine ilişkin kişisel faktörler ile ilgili bir başka çalışmada ise, eroin bağımlılarının kişilik özellikleri bakımından düşük benlik algısına sahip olduklarını saptanmıştır (89). Kullanım bozukluğu geliştiren bireylerin içinde bulundukları çevreden gelen bir destek ile çevreye bağlanma eğilimi gösterdikleri düşünülmektedir (90). Söz konusu bireylerin tedavi başarısına yönelik yüksek motivasyona sahip olmalarına karşın gün içerisinde gerçekleştirdikleri davranışların bu motivasyon ile uyuşmadığı sanılmaktadır. Yine yapılan araştırmalara göre bireylerin tedaviye uyum ve tedaviye bağlılıklarını zorlaştıracak biçimde düşmanca tavırlar sergiledikleri, ilgi bekledikleri, agresif, sorumsuz, dürtüsel ve bağımsız oldukları görülmektedir (37).

Madde kullanım bozuklukları ve tedavilerine ilişkin önemli kişisel faktörlerden biri de bireylerin sahip oldukları motivasyondur. Buna göre öncelikli olarak güdülenmenin anlaşılması gerekmektedir. Güdü; istekler, arzular, ihtiyaçlar, dürtü ve ilgiler gibi kavramları kapsayan genel bir tanımdır. Güdüler organizmayı uyarma ve faaliyet görevi görmektedir. Böylelikle organizma davranışını belli bir amaca yöneltir (91). Motivasyon konusundaki çalışmalar bireylerin yardım talebi ve tedaviye başlamadan önce değişim istekleri varsayımları üzerine incelenmekteydi (92,93). Bireyler, kendilerinde yaratabileceklerini düşündükleri değişimler için; motivasyon, stres seviyesi, bireyin amaçları ve bu amaçlara yönelik algıları, beklentileri, özyeterlilik algıları, sosyal anlamda destek örüntülerini kapsayan çevresel kaynaklar ve bu kaynaklardan doğan sınırlılıklar, kişisel beceri repertuarı gibi birçok faktörden etkilenmektedirler (70,94). Yapılan çalışmalara göre, motivasyonun etkisi tedaviye gönüllü başlayan bireylerde, mahkeme kararıyla zorunlu olarak başlayan bireylere kıyasla daha yüksek saptanmıştır (95). Tedavi motivasyonuna yönelik teorilere göre, madde kullanım bozukluğuna sahip bireylerin, tedavinin artık kendileri için bir zorunluluk olduğunu anlamaları ile tedaviyi sürdürme ve olumlu sonuç alma arasında bir ilişki kurdukları düşünülmektedir. Değişim için motivasyonu yüksek olan bireylerin, düşük olanlara kıyasla daha uzun süre tedavide kaldıkları ve tedavi programlarından elde edilen kazanımları daha uzun süre korudukları bilinmektedir (70). De Leon ve

arkadaşlarının yaptıkları çalışmanın sonuçları da bu çıkarımı destekler niteliktedir. Bir rehabilitasyon merkezinde 1000 kişiden fazla bir örneklem üzerinde değişime yönelik motivasyon ve tedaviye hazırbulunuşluk arasındaki ilişkiyi inceledikleri çalışmalarına göre, kullanılan madde fark etmeksizin değişime yönelik motivasyon ve hazırbulunuşluk seviyeleri düşük olan bireylerin tedaviyi diğerlerine nazaran daha erken bıraktıkları saptanmıştır (96).

#### 2.6.4.1. Sosyotropik-Otonomik Kişilik Özellikleri

Beck, bilişsel kuramında kişiliği iki sosyotropi ve otonomi olmak üzere iki boyutta incelemiştir. Bu kurama göre sosyotropi ya da sosyal aidiyet, bireyin diğer bireyler ile olumlu etkileşim gösterebilme özelliği olarak tanımlanmaktadır. Bu açıdan yüksek düzeyde sosyotropik özellik gösteren bireyler için diğerlerinden onay almak çok önemlidir. Söz konusu bireylerin olumlu benlik imgeleri geliştirebilmeleri; önemli gördükleri insanlar tarafından onaylanmalarına, sevilmelerine ve kabul edilmelerine bağlıdır. Otonomik özellik ise, bireyin bağımsızlığını, özlük haklarını koruyabilmesi gibi özgürlük ile ilişkili davranımları tanımlamaktadır. Otonomik kişilik özellikleri yüksek olan bireyler, aktivitelerini kendi başlarına yönlendirmekten, hedeflerine ulaşabilmekten ve çevresini kontrol altına alabilmekten mutluluk duyarlar (97,98).

##### 2.6.4.1.1. Sosyotropik Kişilik

Sosyotropik kişilik özelliklerine sahip bireyler, sosyal bağlarının zayıflaması, mevcut ilişkilerinin sonlanması veya reddedilme gibi durumlara karşı aşırı duyarlı kimselerdir. Aynı zamanda sosyotropi, bireyin başkaları ile olumlu ilişkiler kurma ve bu ilişkileri sürdürme ihtiyacını belirtmektedir. Yüksek seviyede sosyotropik özellik gösteren insanlar için, başkalarından onay almak çok önemlidir. Beck'in kuramına göre sosyotropik özellik gösteren bireylerin, değer verdikleri kişiler tarafından olası onaylanmama ya da terk edilme gibi anlam yükledikleri olaylar ile karşılaştıklarında depresif duyguduruma girme olasılıkları yüksektir (99).

Sosyotropik özelliği yüksek seviyede olan bireyler, sevmek ve sevilmek gibi uğraşlar ile ilgilidirler. Başka insanlar tarafından kullanılma ihtimalleri vardır ve fazla inatçı değillerdir. Toplu etkinliklerde bulunmayı ve başkalarına yardım etmeyi

sevmektedirler. Ayrıca diğer bireyler ile olan ilişkilerinin sorunsuz ilerlemesine önem vermekte ve onlar tarafından kabul görmeyi istemektedirler (100).

#### 2.6.4.1.2. Otonomik Kişilik

Otonomik kişilik özelliği, bireyin kendisine ilişkin kararları yine kendi başına alabilme durumu ya da en genel anlamda bireyin diğerlerinden tamamen bağımsız olması anlamına gelmektedir. Öte yandan otonomik özellik, bireyin kişisel haklarını koruyabilme veya artırabilme özelliği olarak da tanımlanabilmektedir. Otonomik özelliği yüksek olan bireyler, çevrelerinde var olan gelişmeleri kontrol etmekten, başarılı olmaktan, hedeflerine ulaşabilmekten ve yönetmekten mutluluk duyarlar (101). Babadağ'a göre ise otonomi, bireylerin özgür düşünce ve karar vermesi, kararlarını eyleme geçirebilmesi, bağımsız davranma gücü ve yetkisi olarak tanımlanmaktadır. Buna göre otonomik özellik sergileyen bireyler başkaları tarafından kontrol altına alınmak istemeyen, bağımsızlığa ve başarılı olmaya önem veren kişilerdir (102).

Otonom bireyler amaçları engellendiğinde, başarısızlıkları söz konusu olduğunda veya özgürlükleri ellerinden alınmış gibi hissettiklerinde depresyon tablosu içine girebilmektedirler. Bu anlamda otonomi, bireyin bağımsızlık ve belirlediği amaçlara ulaşma ihtiyacı olarak vurgulanmaktadır. Yüksek otonomik özellik gösteren bireyler, bireysel başarılara ya da başarısızlıklara büyük önem vermektedirler. Çevreleri üzerinde sağladıkları kontrolün kaybolması ya da algıladıkları başarısızlıklar depresyona yol açabilmektedir. Bu açıdan söz konusu bireyler çevrelerinde olup biteni kontrol etmeye ve başarılı olmaya oldukça gereksinim duyan kimseler olarak tanımlanmışlardır. Otonomik kişilik görüntüsüne sahip bireyler, görece soğuk ve çekingen davranabilmektedir. Bu bireylerin çatışmalara girme eğilimleri daha yüksek olabilmektedir (99,100).

## 2.7. Opiyat Kullanım Bozukluğu Tedavilerinde AMATEM Uygulamaları

Ülkemizde AMATEM'lerde sıklıkla iki tip tedavi yöntemi uygulanmaktadır. Bunlardan biri yoksunluk ve yerine koyma tedavisi olarak kullanılan ve bir agonist olan buprenorfin, diğeri ise tekrar madde kullanılmasının önüne geçmek adına uygulanan farmakolojik bir yaklaşım olarak antagonist yani naltrekeson tedavisidir.

Buprenorfin ile tedavi, bir araya geldiğinde tam bir tedavi dönemini oluşturan 4 faza ayrılabilmektedir. Bunlar; indüksiyon, stabilizasyon, idame ve tıbbi gözetim altında yoksunluk fazlarıdır.

*İndüksiyon:* Bu fazda hedef, opiyat yoksunluğu yaşayan bireyin uygun buprenorfin dozları ile mümkün olduğunca çabuk ve güvenli bir şekilde yoksunluk dönemini geçirebilmektir. İndüksiyon prosedürünün hızlı gerçekleşmesi bireylerin tedavide kalmasına yardımcı olmaktadır (103,104). Bireylerin kullanım bozukluğuna sahip olduğu kısa etkili (eroin) ya da uzun etkili (metadon) opiyat türlerine bakılmaksızın, bireylerin hafif ve orta şiddette yoksunluk semptomları yaşaması gerekmektedir. Aksi halde bireyler, buprenorfin indüksiyonuna geçiş yapamamaktadır (105). Kısa etkili opiyatlardan eroin kullanan bireylerde ilk buprenorfin dozu yoksunluk belirtileri görüldüğünde verilmektedir. Ancak bireyin son kullandığı eroin dozunun üzerinden en az 6 saat geçmiş olması gerekmektedir. İndüksiyon süreci, birey terapötik dozlarda buprenorfin aldığında tamamlanmaktadır (103). 1. Gün başlangıç dozu olarak 2-4 mg buprenorfin alan birey gereksinimlerine göre ek doz da alabilmektedir. 2. gün en fazla 24 mg'a kadar buprenorfin verildikten sonra artık birey 3. günden itibaren bir sonraki aşamaya geçebilecek durumdadır.

*Stabilizasyon:* Bu faz sırasında bireyin ideal buprenorfin dozunda "ince-ayar" yapılmaktadır. Stabilizasyonun amacı bireyi rahatlatmak ve tedavide tutabilmek için gerekli dozu bulmaktır. Stabilizasyonun süresi bir ya da birkaç haftayı bulabilir (103). Bu süre içerisinde buprenorfin dozunun tek seferde günlük 24 mg'ı geçmemesine dikkat edilmektedir. Dozaj, bireylerin klinik ve psikolojik durumlarının yeniden değerlendirilmesi sonucunda titre edilmektedir (105).

*İdame:* Buprenorfin tedavisinde idame dozlarının amacı, opiyat yoksunluk belirtilerinin önüne geçmek, opiyat aşermesini baskılamak, bireylerin sokakta satılan opiyatları kendi kendine uygulamasının önüne geçerek her birey ile rehabilitasyon hedeflerini konuşmaktır. Bu idame süreci her hastanın yaşamında, aylar ya da yıllar boyunca belki de bir ömür boyu sürebilmektedir (103).

*Tıbbi gözetim altında geri çekilme:* Bu fazda, buprenorfin dozu azaltılmaktadır. Bireyler stabilizasyon dozundan sonra doğrudan bu faza geçebilirler, ancak klinik çalışmalarda genellikle idame faz önerilmektedir. Buprenorfin dozu düştükçe bireyler

hafif yoksunluk belirtileri gösterebilirler. Bu gibi durumlarda birey, idame dozuna geri dönebilmektedir (103).

AMATEM'de uygulanan bir diğer tedavi ise antagonist tedavisi yani naltrekson implant formudur. İmplant tedavisi almak isteyen bireylerde kliniğe yatış ile birlikte buprenorfin tedavisinde olduğu gibi aynı aşamalar izlenmektedir. Ancak idame aşaması kısa tutularak bireyin vücudundan opiyat agonistlerinin tamamen atılması gerekmektedir. Bu durum, süreç sonunda vücudun mevcut agonistleri metabolize ettiğinin anlaşılması için gerekli biyomarker analizleri ile tespit edilmektedir. Bazı uygulamalarda implant tedavisinden önce oral naltrekson (25mg) ile indüksiyon yapıldığı da gözlenmektedir.

Deri altı implant, alt abdomen bölgesine yapılacak basit bir cerrahi müdahale ile yerleştirilmektedir. Bu prosedür bölge klorheksidin ile temizlenerek lokal analjezikler (lidokain, bupivakain-adrenalin ve sodyum klorür solüsyonu) yardımıyla gerçekleştirilmektedir (106).

# 3. MATERYAL ve METOD

## 3.1. Araştırmanın Amacı

Bu çalışma, opiyat kullanım bozukluğu (bağımlılığı) nedeniyle klinikte yatarak agonist (buprenorfin/nalokson) veya antagonist (naltrekson implant) tedavisi gören bireylerin, tedavi biçimine yönelik algılarında değişikliğe yol açabilecek sosyal, psikolojik ve yasal etkenlerin incelenmesi ve bu iki grubun sosyotropik-otonomik kişilik özelliği ve sosyodemografik değişkenlerce değerlendirmek amacıyla yapılmıştır.

## 3.2. Araştırmanın Hipotezi

Opiyat kullanım bozukluğu nedeniyle agonist ya da antagonist tedavisi gören bireylerde bağımlılık tedavisinin başarısına yönelik algılarının farklılık göstermesi araştırmanının hipotezini oluşturmaktadır.

## 3.3. Araştırmanın Modeli

Bu çalışma, opiyat kullanım bozukluğu (bağımlılığı) nedeniyle klinikte yatarak agonist (buprenorfin/nalokson) veya antagonist (naltrekson implant) tedavisi gören bireylerin, tedavi biçimine yönelik algılarında değişikliğe yol açabilecek sosyal, psikolojik ve yasal etkenlerin incelendiği tanımlayıcı nitelikte bir çalışmadır.

## 3.4. Araştırmanın Türü

Tanımlayıcı ve kesitsel nitelikte yürütülen bu çalışma Adana Dr. Ekrem Tok Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi AMATEM 2 ve 3 kliniklerinde 01 Eylül 2018-31 Kasım 2018 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir.

## 3.5. Evren ve Örneklem

Araştırmanın evrenini belirlenen 3 ay boyunca Adana Dr. Ekrem Tok Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi AMATEM'de tedavi gören DSM V/ICD-10 tanı kriterlerine göre opiyat kullanım bozukluğuna sahip bireyler oluşturmuştur. Örneklem için, bu dönemde tedavisi devam etmekte olan 394 kişiden, antagonist (Naltrekson implant) tedavisi gören 68 ve agonist (Subokson) tedavisi gören 68 toplamda 136 birey

araştırmaya katılılmayı kabul etmiştir. Veri toplama dönemde yatarak tedavi gören kadınların sayısı çok az olduğundan, çalışmaya yalnızca erkekler dâhil edilmiştir.

**Örneklem büyüklüğü:** Literatürde daha önce gerçekleştirilen çalışmalar (37) göz önünde bulundurulduğunda alınan puanların standart sapması 2.4 kabul edilmiş, $\alpha$=0.05 ve %80 güç ile çalışma grupları arasında puanlarda 1 birim farklılığı anlamlı bulabilecek örneklem büyüklüğü her grup için 68 kişi olarak hesaplanmıştır.

### 3.5.1. Çalışmaya Dâhil Edilme Kriterleri:

Çalışmaya:

- 18 yaşından büyük olan,
- Tedavisi devam eden,
- Türkçe konuşup herhangi bir iletişim güçlülüğü olmayan,
- Eğitim düzeyi en az okur-yazarlık seviyesinde olan,
- Çalışmada uygulanacak ölçekler, yapılacak değerlendirme ve klinik görüşmelere katılmayı kabul eden,

bireyler dahil edilmiştir.

### 3.6. Verilerin Toplanması

Verilerin toplanmasında opiyat kullanım bozukluğu nedeniyle tedavi gören bireylerin tanıtıcı özelliklerini içeren "Sosyodemografik Veri Toplama Formu", bağımlılık tedavisine yönelik algılarını değerlendirmek için "Bağımlılık Tedavisinin Başarısını Öngören Faktörler Ölçeği (BÖF) ve bireylerin kişilik özelliklerini belirlemek için de "Sosyotropi-Otonomi Ölçeği" kullanılmıştır. Araştırmacı tarafından veriler, Eylül 2018-Kasım 2018 tarihleri arasında opiyat kullanım bozukluğundan dolayı Adana Dr. Ekrem Tok Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi AMATEM'de tedavi gören bireylerden araştırmaya katılmayı kabul edenler arasından toplanmıştır. Veriler, araştırmacı tarafından bireyler AMATEM 2 ve 3 kliniklerinde yatarak tedavi gördükleri sırada kliniğin iş akışını aksatmayacak ve bireylerin tedavi ve rehabilitasyon süreçlerini engellemeyecek şekilde, uygun olan zamanlarda yüz yüze görüşme yöntemiyle toplanmıştır. Kliniğe yeni yatışı yapılan, 1-3 gün içerisinde yoksunluk belirtileri

gösteren ya da tedavisi gereği buprenorfin aldığı için yeterli bilişsel düzeyde bulunmayan bireyler, klinikteki sağlık profesyonellerinin önerileri ile yoksunluk sürecinden sonra ayık olduğu durumlarda çalışmaya dahil edilmiştir. Bunun yanısıra eksik kaldığı düşünülen bilgilere hasta dosyalarından ve klinikte çalışan sağlık profesyonellerinden ulaşılmaya çalışılmıştır. Veriler, kliniklerde mevcut olan psikolog odalarında, odanın boş ve bireylerin uygun olduğu zamanlarda toplanmıştır.

### 3.6.1. Veri Toplama Araçları

#### 3.6.1.1. Sosyodemografik Veri Toplama Formu

Çalışmada kullanılan, sosyodemografik ve klinik özellikleri saptamak için oluşturulmuş ve yarı yapılandırılmış Sosyodemografik Veri Toplama Formu iki bölümden oluşturulmuştur. İlk bölümdeki sorular; yaşı, cinsiyeti, medeni durumu, mesleği, yaşadığı yer, sosyo-ekonomik düzeyi vb. sosyodemografik verileri elde etmek için hazırlanmıştır. Sonraki sorularda, maddeye başlama yaşı, madde kullanımına bağlı yaşam sorunları ve bunların başlangıç yaşı, tedaviye ilk başvuru yaşı ve sayısı, madde kullanımına bağlı gelişen adli-idari sorunlar, yakın akrabalarda madde bağımlılığı ve psikiyatrik hastalık öyküsü gibi demografik veriler yer almıştır.

#### 3.6.1.2. Bağımlılık Tedavisinin Başarısını Öngören Faktörler Ölçeği (BÖF)

Bağımlılık tedavisinin başarısını öngören faktörler ölçeği Turan ve Yargıç tarafından (2010) geliştirilmiştir (70). Konuyla ilgili yapılan pilot çalışmanın sonucunda, denetim görevlisi denetimli serbestlik uzmanları ile bağımlılık alanında çalışan uzman psikiyatristlerden elde edilen verilere göre tedavi ve takip programında başarı ve başarısızlığa yol açabilecek etkenler belirlenip iki gruba ayrılmıştır. Bu gruplardan ilki; arkadaş ve aile çevresi, sosyal ve mesleki yaşam ve yasal yaptırımlarla ilgili etkenleri (arkadaş çevresinin olumsuz yöndeki baskıları, yakın çevrenin bireyin madde kullanımına karşı tutumu, aile üyeleri ve arkadaşların bireye bırakma konusunda desteği, yakın çevreye karşı bırakma konusunda duyulan sorumluluk hissi, yaşanılan sosyal çevrede madde kullanımına ve erişimine bulunulan yakınlık, madde kullanımının bireyin sosyal ve mesleki yaşamı üzerine etkileri, bireyin olası yasal yaptırımlara karşı ortaya koyduğu tutumu) içeren gruptur. İkinci grup ise bireyin madde kullanım durumu

hakkındaki farkındalığı ve maddeyi bırakma konusundaki istek ve motivasyonu gibi etkenleri içeren gruptur. Bu etkenleri oluşturan grupların ölçülmesi amacıyla iki alt-ölçek oluşturmuşlardır. Sosyal ve Yasal Faktörler Alt-Ölçeği 17 maddeden (madde 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 14, 19, 25, 26, 27, 28) oluşurken Psikolojik Faktörler Alt-Ölçeği ise 11 maddeden (madde 12, 13, 15, 16, 17, 18, 20, 21, 22, 23, 24) oluşturulmuştur. Dört dereceli likert ölçek tipi kullanılarak hazırlanmıştır. ("Maddeyi bırakmak istiyorum ancak kullanmak için önüme fırsat çıktığında hayır diyemiyorum.", 1= kesinlikle katılmıyorum, 2= genellikle katılmıyorum, 3= genellikle katılıyorum, 4= kesinlikle katılıyorum). Ölçekteki maddelerin bazıları ters puanlanmaktadır (madde 1, 3, 4, 8, 9, 11, 13, 16, 17, 18, 20). Toplam puana iki alt-ölçekten elde edilen puanların toplanmasıyla ulaşılmaktadır. Ölçeğin iç tutarlılık katsayısı tüm grup için 0.879 bulunmuştur.

#### 3.6.1.3. Sosyotropi-Otonomi Ölçeği (SOSOTÖ)

SOSOTÖ, insanlara bağımlı ve insanlardan özerk kişilik özelliklerini saptamak amacıyla uygulanan bir kendini değerlendirme ölçeğidir (98). Ölçek; Beck, Epstein, Harrison ve Emery (1983) tarafından geliştirilmiştir (107). Altmış maddelik ölçekte beşli likert tipi derecelendirme kullanılmakta ölçekte bulunan 30'ar madde ile iki alt boyut olan sosyotropik ve otonomik kişilik özellikleri ölçülmektedir. Maddelere verilen yanıtlara "Hiç tanımlamıyor" için 0, "Biraz tanımlıyor" için 1, "Oldukça tanımlıyor" için 2, "İyi tanımlıyor" için 3 ve "Çok iyi tanımlıyor" için 4 puan verilir. Buna göre her alt boyuttan en az 0 en çok 120 arasında bir puan alınabilmekte ve artan puanlar ilgili boyutun kuvvetli olduğunu belirtmektedir. Yapılan çalışmalarda ölçeğin güvenirliği oldukça yüksek bulunmuştur. Sosyotropi için bu oran .89 ile .94 ranjında iken Otonomi için .83 ile .95 ranjındadır. Ölçeğin ölçüt bağınıtılı geçerliği ise çalışmaların sonuçlarında Beck Depresyon Envanteri ile Sosyotropi Ölçeği arasındaki korelasyon, .01 ile .60 arasında iken Otonomi alt ölçeği ile - .01 ve .28 arasında bulunduğu gözlenmiştir (108).

### 3.7. Verilerin Analizi

Çalışmamızın verilerine ilişkin istatistiksel analizler SPSS (IBM SPSS Statistics 22) adlı paket program kullanılarak yapılmıştır. Çalışmada elde edilen tanımlayıcı

istatistiklerden kategorik olanlar sayı ve yüzde olarak özetlenirken sürekli değişkenler ortalama ± standart sapma ve medyan, minimum ve maksimum değerler dikkate alınarak tablolaştırılmıştır. Ayrıca kategorik değişkenler gruplar arasında karşılaştırılırken *Ki Kare* test istatistiği kullanılmıştır. Sürekli değişkenlerin grupta normal dağılıp dağılmadığı *Kolmogorov Smirnov* testi ile kontrol edilmiştir. Birbirinden bağımsız iki grup karşılaştırılırken sürekli değişkenlerin normal dağılım gösterdiği durumlarda *Independent Samples T test* kullanılırken normal dağılımın görülmediği durumlarda da *Mann Whitney U* testi kullanılmıştır. Birbirinden bağımsız ikiden fazla grup karşılaştırılırken ise sürekli değişkenlerin normal dağılım gösterdiği gözlendiğinde *One-Way ANOVA* testi kullanılırken normal dağılımın gözlenmediği değişkenler için *Kruskall-Wallis H* testi kullanılmıştır. Sayısal ölçümler arasındaki ilişkiyi incelemede normal dağılım varsayımlarının sağlanması durumunda Pearson korelasyonu, varsayımların sağlanmaması durumunda ise Spearman korelasyonu kullanılmıştır. istatistiksel önem düzeyi uygulanan tüm testlerde 0.05 olarak kabul edilmiştir.

# 4. BULGULAR

AMATEM kliniklerinde opiyat kullanım bozukluğu (opiyat bağımlılığı) tanısı almış ve implant (çip) ya da dilaltı tedavisi görmekte olan 136 erkek bireye ait sosyodemografik veriler değerlendirilmiştir. Tez çalışmasının yürütüldüğü tarihlerde kliniklerde yatarak tedavi görmekte olan kadın hasta sayısının istatistiksel veri oluşturamayacak kadar az olmasından dolayı çalışmaya yalnızca erkek bireyler dahil edilmiştir. Bireylere, opiyat kullanım bozukluğu tanısı sebebi ile çalışma yapıldığı sırada gördükleri tedavi yöntemini daha önce kaç kere aldıkları sorulduğunda; ilk kez ve dördüncü kez arasında değişen yanıtlar verdikleri bulunmuştur. Buna ek olarak bireylere tedavi yöntemi fark etmeksizin kaç defa klinikte yatarak tedavi gördükleri sorulduğunda ise ilk kez ve altı kez arasında değişen yanıtlar verdikleri saptanmıştır.

**Çizelge 4.1.** (a) Opiyat kullanım bozukluğu tanısı almış tedavi görmekte olan bireylere ait sosyodemografik değişkenler

| Değişkenler | $\bar{X}$±S.D. (n=136) |
|---|---|
| **Yaş** | 27,57±5,34 |
| **Başlama yaşı** | 17,53±4,25 |
| **Aylık gelir (TL)** | 3034±3305,48 |
| **Otonomi** | 73,97±21,70 |
| **Sosyotropi** | 64,24±21,28 |
| **Sosyal ve Yasal Faktörler** | 47,42±7,98 |
| **Psikolojik Faktörler** | 31,67±5,75 |
| **BÖF toplam puan** | 79,09±12,83 |

Çizelge 4.1.'de opiyat kullanım bozukluğu tedavisi gören bireylere ait sosyodemografik veriler arasından sürekli değişken durumunda olan veriler değerlendirildiğinde; bireylerin yaş ortalaması ve standart sapması 27,57±5,34 bulunmuştur. Bireylerin opiyat kötüye kullanımını ilk olarak geliştirdikleri yaş ortalaması ve standart sapması ise 17,53±4,25 olarak saptanmıştır.

Çalışmaya katılan bireylerin aylık gelir ortalamaları ve standart sapması 3034±3305,48 TL'dir.

Opiyat kullanım bozukluğu tedavisi gören bireylerden elde edilen verilere göre, bireylerin otonomi puan ortalaması ve standart sapması 73,97±21,70 iken sosyotropi

puanları 64,24±21,28'dir. Bireylerin sosyal ve yasal faktör puan ortalamaları ve standart sapmaları 47,42±7,98, psikolojik faktör puanları 31,67±5,75 ve BÖF toplam puan ortalama ve standart sapmaları ise 79,09±12,83'tür.

**Çizelge 4.1.** (a) Opiyat kullanım bozukluğu tanısı almış tedavi görmekte olan bireylere ait sosyodemografik değişkenler (devamı)

| Değişkenler | Sayı (%) n=136 |
|---|---|
| **Yaş** | |
| 19-26 | 68 (%50) |
| 27 yaş ve üzeri | 68 (%50) |
| **Başlama yaşı** | |
| 14 yaş ve altı | 35 (%25,7) |
| 15-16 yaş | 31 (%22,8) |
| 17-19 yaş | 36 (%26,5) |
| 19 ve üzeri | 34 (%25) |
| **Yatarak tedavi seferi** | |
| Yatış yok | 33 (%24,3) |
| 1 kere yatış var | 30 (%22,1) |
| 2-4 kere yatış var | 43 (%31,6) |
| 4 ve üzeri yatış | 30 (%22,1) |
| **Doğum Yeri*** | |
| Doğu bölgeleri | 51 (%37,5) |
| Güney bölgeleri | 80 (%58,8) |
| Diğer bölgeler | 5 (%3,7) |
| **Medeni durum** | |
| Evli | 47 (%34,6) |
| Bekar | 80 (%58,8) |
| Boşanmış | 9 (%6,6) |
| **Beraber yaşanılan kişi** | |
| Yalnız | 7 (%5,1) |
| Aileyle | 90 (%66,2) |
| Evli ve eşiyle | 39 (%28,7) |
| **Çocuk sayısı** | |
| Çocuk yok | 94 (%69,1) |
| 1 çocuk | 21 (%15,4) |
| 2 veya daha fazla çocuk | 21 (%15,4) |
| **Hanede yaşayan kişi sayısı** | |
| 1-3 kişi | 58 (%42,6) |
| 4 ve üzeri | 78 (%57,4) |
| **Eğitim durumu** | |
| İlkokul | 24 (%17,6) |
| Ortaokul | 48 (%35,3) |
| Lise | 56 (%41,2) |
| Üniversite | 8 (%5,9) |
| **Anne yaşıyor mu?** | |
| Evet | 128 (%94,1) |
| Hayır | 8 (%5,9) |
| **Baba yaşıyor mu?** | |
| Evet | 110 (%80,9) |
| Hayır | 26 (%19,1) |
| **Anne baba medeni durum** | |
| Evli ve birlikte | 122 (%89,7) |
| Boşanmış veya parçalanmış | 14 (%10,3) |

| | |
|---|---|
| **Çocukluğun geçtiği yer** | |
| Şehir | 90 (%66,2) |
| Köy | 16 (%11,8) |
| Kasaba-İlçe | 30 (%22,1) |
| **Meslek** | |
| İşçi | 45 (%33,1) |
| Esnaf | 37 (%27,2) |
| Diğer** | 37 (%27,2) |
| Çalışmıyor | 17 (12,5) |
| **Aylık gelir** | |
| 1500 tl ve altı | 31 (%22,8) |
| 1501-2000 tl | 43 (%31,6) |
| 2001-3500 tl | 28 (%20,6) |
| 3501 tl ve üzeri | 34 (%25,0) |
| **Geçim düzeyi algısı** | |
| Çok iyi | 6 (%4,4) |
| İyi | 18 (%13,2) |
| Normal | 68 (%50,0) |
| Yetersiz | 44 (%32,4) |
| **Anne baba tutumu** | |
| İlgili ve koruyucu | 103 (%75,7) |
| Diğer*** | 33 (%24,3) |
| **Çocukluk yıllarında yaşanmış hastalık** | |
| Bilmiyorum | 19 (%14,0) |
| Evet | 14 (%10,3) |
| Hayır | 103 (%75,7) |
| **Ailede kronik fiziksel hastalık** | |
| Hayır | 94 (%69,1) |
| Evet | 42 (%30,9) |
| **Ailede kronik ruhsal bozukluk** | |
| Hayır | 121 (%89,0) |
| Evet | 15 (%11,0) |
| **Bireyde kronik fiziksel hastalık** | |
| Hayır | 111 (%81,6) |
| Evet | 25 (%18,4) |
| **Bireyde kronik ruhsal bozukluk** | |
| Hayır | 119 (%87,5) |
| Evet | 17 (%12,5) |
| **Başlangıç maddesi** | |
| Esrar | 112 (%82,4) |
| Eroin | 14 (%10,3) |
| Diğer**** | 10 (%7,4) |
| **Tedavi öyküsü** | |
| Hayır | 29 (%21,3) |
| Evet | 107 (%78,7) |
| **Suç öyküsü** | |
| Hayır | 62 (%45,6) |
| Evet | 74 (%54,4) |

*Doğu; Doğu Anadolu ve Güney Doğu Anadolu bölgesini,

Güney; Doğu Akdeniz bölgesini,

Diğerleri ise bu bölgeler dışındaki diğer coğrafi bölgeleri temsil etmektedir.

**İşçi, esnaf dışındaki tüm meslek grupları dahil edilmiştir.

***Titiz ve katı, ilgisiz ve otoriter, sert ve otoriter, tutarsız ve güvenilmez.

****İnhalan, alkol, stimülan

Çizelge 4.1.'e göre AMATEM kliniklerinde opiyat kullanım bozukluğu (opiyat bağımlılığı) tanısı almış ve implant (çip) ya da dilaltı tedavisi görmekte olan bireylerin 68'inin (%50) 19-26 yaş aralığında ve kalan 68'inin ise (%50) 27 yaş ve üzerinde olduğu saptanmıştır.

Tedavi gören bireylerin opiyat kötüye kullanımına başladıkları yaşlara bakıldığı zaman 35'i (%25,7) 14 yaş ve altında, 31'i (%22,8) 15-16 yaş arasında**,** 36'sı (%26,5) 17-19 yaş arasında ve 34'ü (%25) ise 19 yaşın üzeri olarak bulunmuştur. Bireylere tedavi yöntemi fark etmeksizin toplamda kaç defa klinikte yatarak tedavi gördükleri sorulduğunda; 33'ü (%24,3) daha önce yatarak tedavi görmediğini, 30'u (%22,1) 1 kere yatarak tedavi gördüğünü, 43'ü (%31,6) 2 ile 4 kere yatarak tedavi gördüğünü ve 30'u (%22,1) ise 4 seferden daha fazla yatarak tedavi gördüğünü belirtmiştir. Bireyler doğum yerlerine göre değerlendirdiklerinde 51'i (%37,5) doğu, 80'i (%58,8) güney ve 5'i (%3,7) diğer bölgeler olarak saptanmıştır. Bireylerin medeni durumları değerlendirildiğinde ise 47'i (%34,6) evli, 80'i (%58,8) bekar ve 9'u (%6,6) boşanmış olarak bulunmuştur.

Bireylere beraber yaşadıkları kişiler sorulduğunda ise 7'si yalnız (%5,1), 90'ı (%66,2) anne ve babalarından oluşan yönelim aileleriyle ve 39'u ise (%28,7) eşleriyle beraber oluşturdukları yaratıma dönük aileleriyle beraber yaşadıklarını ifade etmişlerdir. Bireylerin çocuk sayıları değerlendirildiğinde 94'ünün (%69,1) çocuk sahibi olmadığı, 21'inin (%15,4) bir çocuğa sahip olduğu ve 21'inin (%15,4) iki ve/veya daha fazla çocuğa sahip olduğu saptanmıştır. Bireyler hanede yaşayan kişi sayısına göre değerlendirildiğinde ise, 58'inin (%42,6) 1 ile 3 arası kişiyle beraber yaşadığı ve 78'inin (%57,4) 4 ve üzeri kişiyle beraber yaşadığı bulunmuştur. Bireylerin eğitim durumları değerlendirildiğinde ise 24'ünün (%17,6) ilkokul mezunu, 48'inin (%35,3) ortaokul mezunu, 56'sının (%41,2) lise mezunu ve 8'inin (%5,9) üniversite mezunu olduğu bulunmuştur.

Tedavi gören bireylere annelerinin hayatta olup olmadığı sorulduğunda 128'i (%94,1) hayatta olduğunu belirtirken 8'i (%5,9) hayatta olmadığını ifade etmiştir. Bireylere benzer şekilde babalarının hayatta olup olmadığı sorulduğunda ise 110'u (%80,9) hayatta olduğunu belirtirken 26'sı (%19,1) hayatta olmadığını ifade etmiştir. Bireyler anne-baba medeni durumlarına göre değerlendirildiğinde 122'sinin (%89,7) anne-babalarının evli ve birlikte olduğu saptanmışken 14'ünün (%10,3) boşanmış/başka

biriyle evlenmiş olduğu bulunmuştur. Bireyler çocukluklarını geçirdikleri yerlere göre değerlendirildiğinde ise 90'ının (%66,2) şehirde, 16'sının (%11,8) köyde, 30'unun (%22,1) kasaba/ilçede geçirdiği saptanmıştır.

Tedavi gören bireyler meslek gruplarına göre değerlendirildiğinde 45'inin (%33,1) işçi, 37'sinin (%27,2) esnaf, 37'sinin (%27,2) diğer (memur, emekli, serbest vs.) bir meslek erbabı olduğu ve 17'sinin (12,5) de çalışmadığı saptanmıştır. Bireyler aylık gelirlerine göre değerlendirildiğinde ise 31'inin (%22,8) 1500 TL ve altı, 43'ünün (%31,6) 1501 ve 2000 TL arası, 28'inin (%20,6) 2001 ve 3500 TL arası ve 34'ünün ise (%25,0) 3501 TL ve üzeri aylık bir gelire sahip olduğu gözlenmiştir. Bireylerin geçim düzeylerini nasıl algıladıkları sorulduğunda 6'sı (%4,4) geçim düzeyini çok iyi olarak belirtirken, 18'i (%13,2) iyi, 68'i (%50,0) normal ve 44'ü (%32,4) yetersiz olarak belirtmiştir.

Tedavi gören bireylere, anne-babalarının çocuklukta onlara yönelik ebeveynlik tutumları sorulduğunda 103'ü (%75,7) ilgili ve koruyucu ebeveynlerinin olduğunu ifade ederken, 33'ü (%24,3) ise diğer ebeveynlik tutumlarına maruz kaldıklarından söz etmiştir. Bireylere çocukluk yıllarında ciddi bir hastalık (fiziksel-ruhsal) yaşayıp yaşamadığı sorulduğunda ise 19'u (%14,0) bilmiyorum yanıtı vermişken, 14'ü (%10,3) evet yanıtı ve 103'ü (%75,7) hayır yanıtı vermiştir. Bireylere ailelerinde herhangi bir kronik fiziksel hastalık olup olmadığı sorulduğunda 94'ü (%69,1) hayır yanıtı vermişken, 42'si (%30,9) evet yanıtı vermiştir. Bireyler ailelerinde herhangi bir kronik ruhsal bozukluk olup olmadığına göre değerlendirildiğinde ise 121'inin (%89,0) ailesinde ruhsal bozukluğa rastlanmazken 15'inin (%11,0) ailesinde ruhsal bozukluk görüldüğü saptanmıştır.

Bireylere kendilerinde herhangi bir kronik fiziksel hastalık olup olmadığı sorulduğunda ise 111'i (%81,6) hayır yanıtı vermişken, 25'i (%18,4) evet yanıtı vermiştir. Yine bireylere herhangi bir kronik ruhsal bozukluğu olup olmadığı sorulduğunda ise 119'u (%87,5) hayır yanıtı vermişken, 17'u (%12,5) evet yanıtı vermiştir.

Bireyler ilk kötüye kullanıma başladıkları maddelere göre değerlendirildiğinde ise 112'si (%82,4) esrar, 14'ü (%10,3) eroin ve 10'u (%7,4) diğer uyuşturucu/uyarıcı maddeler olduğu saptanmıştır. Bireyler bağımlılık tedavi öykülerine göre değerlendirildiğinde 29'u (%21,3) daha önce herhangi bir tedavi görmemişken, 107'si

(%78,7) daha önce tedavi görmüştür. Bireyler suç öykülerine göre değerlendirildiğinde ise 62'si (%45,6) suç öyküsüne sahip değilken 74'ü (%54,4) bir suç öyküsüne sahiptir.

Çizelge 4.2. (a). Opiyat kullanım bozukluğu tanısı almış ve implant (çip) ya da dilaltı tedavisi görmekte olan bireylere ait sosyodemografik değişkenler

| **Değişken (N=136)** | **Çip tedavisi (n=68)** | | **Dilaltı tedavisi (n=68)** | | **p** |
|---|---|---|---|---|---|
| | N | % | N | % | |
| **Yaş** | | | | | |
| 19-26 yaş | 36 | 52,9 | 32 | 47,1 | 0,493 |
| 27 ve üzeri | 32 | 47,1 | 36 | 52,9 | |
| **Doğum yeri (bölgeler)** | | | | | |
| Doğu | 23 | 33,8 | 28 | 41,2 | **0,034** |
| Güney | 45 | 66,2 | 35 | 51,5 | |
| Diğerleri | 0 | 0 | 5 | 7,4 | |
| **Medeni durum** | | | | | |
| Evli | 24 | 35,3 | 23 | 33,8 | 0,936 |
| Bekar | 40 | 58,8 | 40 | 58,8 | |
| Boşanmış | 4 | 5,9 | 5 | 7,4 | |
| **Çocuk sayısı** | | | | | |
| Çocuk yok | 47 | 69,1 | 47 | 69,1 | 0,304 |
| Bir çocuk | 8 | 11,8 | 13 | 19,1 | |
| 2 veya daha fazla çocuk | 13 | 19,1 | 8 | 11,7 | |
| **Beraber yaşanılan kişi** | | | | | |
| Yalnız | 2 | 2,9 | 5 | 7,4 | 0,508 |
| Yönelim aile | 46 | 67,6 | 44 | 64,7 | |
| Yaratıma dönük aile | 20 | 29,4 | 19 | 27,9 | |
| **Beraber yaşanılan kişi sayısı** | | | | | |
| 1-3 arası | 24 | 35,3 | 34 | 50,0 | 0,083 |
| 4 ve üzeri | 44 | 64,7 | 34 | 50,0 | |
| **Eğitim düzeyi** | | | | | |
| İlkokul | 15 | 22,1 | 9 | 13,2 | |
| Ortaokul | 22 | 32,4 | 26 | 38,2 | 0,592 |
| Lise | 27 | 39,7 | 29 | 42,6 | |
| Üniversite | 4 | 5,9 | 4 | 5,9 | |
| **Anne yaşıyor mu?** | | | | | |
| Evet | 66 | 97,1 | 62 | 91,2 | 0,145 |
| Hayır | 2 | 2,9 | 6 | 8,8 | |
| **Baba yaşıyor mu?** | | | | | |
| Evet | 56 | 82,4 | 54 | 79,4 | 0,663 |
| Hayır | 12 | 17,6 | 14 | 20,6 | |
| **Anne baba medeni durum** | | | | | |
| Evli ve birlikte | 63 | 92,6 | 59 | 86,8 | 0,325 |
| Boşanmış veya parçalanmış | 5 | 3,7 | 9 | 13,2 | |
| **Çocukluğun geçtiği yer** | | | | | |
| Şehir | 42 | 61,8 | 48 | 70,6 | 0,266 |
| Köy | 11 | 16,2 | 5 | 7,4 | |
| Kasaba-İlçe | 15 | 22,0 | 15 | 22,0 | |
| **Meslek** | | | | | |
| İşçi | 23 | 33,8 | 22 | 32,4 | |
| Esnaf | 16 | 23,5 | 21 | 30,9 | 0,466 |
| Diğer | 22 | 32,4 | 15 | 22,1 | |
| Çalışmıyor | 7 | 10,3 | 10 | 14,7 | |

Çizelge 4.2.'ye göre AMATEM kliniklerinde opiyat kullanım bozukluğu (opiyat bağımlılığı) tanısı almış ve implant (çip) ya da dilaltı tedavisi görmekte olan bireyler yaş değişkenine göre değerlendirildiğinde implant grubundakilerin 32'si (%47,1) 27 ve üzeri yaş grubundayken dilaltı grubundakilerin 36'sı (%52,9) 27 ve üzeri yaş grubundaydı. Elde edilen bulgular incelendiğinde ise opiyat kullanım bozukluğu tedavileri ile yaş arasında farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunamamıştır (p=0,493).

İmplant ya da dilaltı tedavisi görmekte olan bireyler doğum yeri değişkenine göre değerlendirildiğinde implant grubundakilerin 45'inin (%66,2) doğum yeri güney bölgelerinde iken dilaltı grubundakilerin 35'inin (%51,5) doğum yeri güney bölgelerindeydi. Elde edilen bulgular incelendiğinde ise opiyat kullanım bozukluğu tedavileri ile doğum yerleri arasında farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (p=0,034).

İmplant ya da dilaltı tedavisi görmekte olan bireyler medeni durum değişkenine göre değerlendirildiğinde implant grubundakilerin 24'ü (%35,3) evli, 40'ı (%58,8) bekar ve 4'ü (%5,9) boşanmış iken dilaltı grubundakilerin 23'ü (%33,8) evli, 40'ı (%58,8) bekar ve 5'i (%7,4) boşanmıştı. Elde edilen bulgular incelendiğinde ise opiyat kullanım bozukluğu tedavileri ile medeni durum arasında farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunamamıştır (p=0,936).

İmplant ya da dilaltı tedavisi görmekte olan bireyler çocuk sayısı değişkenine göre değerlendirildiğinde implant grubundakilerin 47'si (%69,1) çocuksuz, 8'i (%11,8) bir çocuğa sahip ve 13'ü (%19,1) iki ve/veya daha fazla çocuğa sahipken dilaltı grubundakilerin 47'si (%69,1) çocuksuz, 13'ü (%19,1) bir çocuğa sahip ve 8'i (%11,7) iki ve/veya daha fazla çocuğa sahipti. Elde edilen bulgular incelendiğinde ise opiyat kullanım bozukluğu tedavileri ile medeni durum arasında farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunamamıştır (p=0,304).

İmplant ya da dilaltı tedavisi görmekte olan bireyler beraber yaşanılan kişi değişkenine göre değerlendirildiğinde implant grubundakilerin 2'si (%2,9) yalnız, 46'sı (%67,6) yönelim ailesi ile ve 20'si (%29,4) yaratıma dönük ailesi ile birlikte yaşarken dilaltı grubundakilerin 5'i (%7,4) yalnız, 44'ü (%64,7) yönelim ailesi ile ve 19'u (%27,9) yaratıma dönük ailesi ile birlikte yaşamaktaydı. Elde edilen bulgular incelendiğinde ise opiyat kullanım bozukluğu tedavileri ile beraber yaşanılan kişi arasında farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunamamıştır (p=0,508).

İmplant ya da dilaltı tedavisi görmekte olan bireyler birlikte yaşanılan kişi sayısı değişkenine göre değerlendirildiğinde implant grubundakilerin 44'ü (%64,7) 4 kişi ve üzeri ile birlikte yaşarken grubundayken dilaltı grubundakilerin 34'ü (%50,0) 4 kişi ve üzeri ile birlikte yaşamaktaydı. Elde edilen bulgular incelendiğinde ise opiyat kullanım bozukluğu tedavileri ile birlikte yaşanılan kişi sayısı arasında farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunamamıştır (p=0,083).

İmplant ya da dilaltı tedavisi görmekte olan bireyler eğitim düzeyi değişkenine göre değerlendirildiğinde implant grubundakilerin 15'i (%22,1) ilkokul, 22'si (%32,4) ortaokul, 27'si (%39,7) lise ve 4'ü (%5,9) üniversite mezunu iken dilaltı grubundakilerin 9'u (%13,2) ilkokul, 26'sı (%38,2) ortaokul, 29'u (%42,6) lise ve 4'ü (%5,9) üniversite mezunuydu. Elde edilen bulgular incelendiğinde ise opiyat kullanım bozukluğu tedavileri ile eğitim düzeyi arasında farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunamamıştır (p=0,592).

İmplant ya da dilaltı tedavisi görmekte olan bireyler annenin hayatta olup olmamasına göre değerlendirildiğinde implant grubundakilerin 66'sı (%97,1) evet yanıtı vermişken dilaltı grubundakilerin 62'si (%91,2) evet yanıtı vermişti. Elde edilen bulgular incelendiğinde ise opiyat kullanım bozukluğu tedavileri ile annenin yaşıyor oluşu arasında farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunamamıştır (p=0,145).

İmplant ya da dilaltı tedavisi görmekte olan bireyler babanın hayatta olup olmamasına göre değerlendirildiğinde implant grubundakilerin 56'sı (%82,4) evet yanıtı vermişken dilaltı grubundakilerin 54'ü (%79,4) evet yanıtı vermişti. Elde edilen bulgular incelendiğinde ise opiyat kullanım bozukluğu tedavileri ile babanın yaşıyor oluşu arasında farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunamamıştır (p=0,663).

İmplant ya da dilaltı tedavisi görmekte olan bireyler anne-baba medeni durumuna göre değerlendirildiğinde implant grubundakilerin 63'ü (%92,6) anne-babalarının evli ve birlikte olduklarını belirtmişken grubundakilerin 59'u (%86,8) anne-babalarının evli ve birlikte belirtmişti. Elde edilen bulgular incelendiğinde ise opiyat kullanım bozukluğu tedavileri ile babanın yaşıyor oluşu arasında farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunamamıştır (p=0,325).

İmplant ya da dilaltı tedavisi görmekte olan bireyler çocukluklarının geçtiği yere göre değerlendirildiğinde implant grubundakilerin 42'si (%61,8) şehir, 11'i (%16,2) köy ve 15'i (%22,0) kasaba/ilçede yaşarken dilaltı grubundakilerin 48'i (%70,6) şehir, 5'i

(%67,6) köy ve 15'i (%22,0) kasaba/ilçede yaşamaktaydı. Elde edilen bulgular incelendiğinde ise opiyat kullanım bozukluğu tedavileri ile çocukluklarının geçtiği yer arasında farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunamamıştır (p=0,266).

İmplant ya da dilaltı tedavisi görmekte olan bireyler meslek değişkenine göre değerlendirildiğinde implant grubundakilerin 23'ü (%33,8) işçi, 16'sı (%23,5) esnaf, 22'si (%32,4) diğer ve 7'si (%10,3) çalışmıyor kategorisinde iken dilaltı grubundakilerin 22'si (%32,4) işçi, 21'i (%30,9) esnaf, 15'i (%22,1) diğer ve 10'u (%14,7) çalışmıyor kategorisindeydi. Elde edilen bulgular incelendiğinde ise opiyat kullanım bozukluğu tedavileri ile meslek arasında farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunamamıştır (p=0,466).

**Çizelge 4.2.** (b). Opiyat kullanım bozukluğu tanısı almış ve implant ya da dilaltı tedavisi görmekte olan bireylere ait sosyodemografik değişkenler (devamı)

| Değişken (N=136) | Çip tedavisi (n=68) | | Dilaltı tedavisi (n=68) | | p |
|---|---|---|---|---|---|
| | N | % | N | % | |
| **Aylık Gelir** | | | | | |
| 1500 tl ve altı | 14 | 20,6 | 17 | 25,0 | |
| 1501-2000 tl arası | 23 | 33,8 | 20 | 29,4 | 0,859 |
| 2001-3500 tl arası | 13 | 19,1 | 15 | 22,1 | |
| 3501 tl ve üzeri | 18 | 26,5 | 16 | 23,5 | |
| **Geçim düzeyi algısı** | | | | | |
| Çok iyi | 3 | 4,4 | 3 | 4,4 | |
| İyi | 11 | 16,2 | 7 | 10,3 | 0,792 |
| Normal | 33 | 48,5 | 35 | 51,5 | |
| Yetersiz | 21 | 30,9 | 23 | 33,8 | |
| **Anne baba tutumu** | | | | | |
| İlgili ve koruyucu | 57 | 83,8 | 46 | 67,6 | **0,028** |
| Diğer | 11 | 16,2 | 22 | 32,4 | |
| **Çocukluk yıllarında yaşanmış hastalık** | | | | | |
| Bilmiyorum | 10 | 14,7 | 9 | 13,2 | 0,487 |
| Hayır | 49 | 72,1 | 54 | 79,4 | |
| Evet | 9 | 13,2 | 5 | 7,4 | |
| **Ailede kronik fiziksel hastalık** | | | | | |
| Hayır | 50 | 73,5 | 44 | 64,7 | 0,265 |
| Evet | 18 | 26,5 | 24 | 35,3 | |
| **Ailede kronik ruhsal bozukluk** | | | | | |
| Hayır | 62 | 91,2 | 59 | 86,8 | 0,412 |
| Evet | 6 | 8,8 | 9 | 13,2 | |
| **Bireyde kronik fiziksel hastalık** | | | | | |
| Hayır | 54 | 79,4 | 57 | 83,8 | 0,507 |
| Evet | 14 | 20,6 | 11 | 16,2 | |
| **Bireyde kronik ruhsal bozukluk** | | | | | |
| Hayır | 60 | 88,2 | 59 | 86,8 | 0,795 |
| Evet | 8 | 11,8 | 9 | 13,2 | |
| **Maddeye başlama yaşı** | | | | | |
| 14 ve altı | 13 | 19,1 | 22 | 32,4 | 0,091 |
| 15-16 yaş | 15 | 22,1 | 16 | 23,5 | |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 17-19 yaş | 24 | 35,3 | 12 | 17,6 | |
| 19 üzeri | 16 | 23,5 | 18 | 26,5 | |
| **Başlangıç maddesi** | | | | | |
| Esrar | 55 | 80,9 | 57 | 83,8 | 0,325 |
| Eroin | 6 | 8,8 | 8 | 11,8 | |
| İnhalan | 3 | 4,4 | - | - | |
| Alkol | 3 | 4,4 | 1 | 1,5 | |
| Stimülan | 1 | 1,5 | 2 | 2,9 | |
| **Tedavi Öyküsü** | | | | | |
| Hayır | 14 | 20,6 | 15 | 22,1 | 0,834 |
| Evet | 54 | 79,4 | 53 | 77,9 | |
| **Yatarak tedavi seferi** | | | | | |
| Daha önce yatış yok | 19 | 27,9 | 14 | 20,6 | |
| Bir kere yatış yapmış | 9 | 13,2 | 21 | 30,9 | 0,099 |
| 2 ve 4 arası yatış yapılmış | 24 | 35,3 | 19 | 27,9 | |
| 4 ve üzeri yatış yapılmış | 16 | 23,5 | 14 | 20,6 | |
| **Suç Öyküsü** | | | | | |
| Hayır | 28 | 41,2 | 34 | 50,0 | 0,302 |
| Evet | 40 | 58,8 | 34 | 50,0 | |

Çizelge 4.2.'ye göre implant ya da dilaltı tedavisi görmekte olan bireyler aylık gelirlerine göre değerlendirildiğinde implant grubundakilerin 14'ü (%20,6) 1500 TL ve altı, 23'ü (%33,8) 1501 ve 2000 TL arası, 13'ü (%19,1) 2001 ve 3500 TL arası ve 18'i (%26,5) 3501 TL ve üzeri gelire sahipken dilaltı grubundakilerin 17'si (%25,0) 1500 TL ve altı, 20'si (%29,4) 1501 ve 2000 TL arası, 15'i (%22,1) 2001 ve 3500 TL arası ve 16'sı (%23,5) 3501 TL ve üzeri gelire sahipti. Elde edilen bulgular incelendiğinde ise opiyat kullanım bozukluğu tedavileri ile aylık gelir arasında farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunamamıştır (p=0,859).

İmplant ya da dilaltı tedavisi görmekte olan bireyler geçim düzeyi algısı değişkenine göre değerlendirildiğinde implant grubundakilerin 3'ü (%4,4) çok iyi, 11'i (%16,2) iyi, 33'ü (%48,5) normal ve 21'i (%30,9) yetersiz geçim düzeyi algısına sahipken dilaltı grubundakilerin 3'ü (%4,4) çok iyi, 7'si (%10,3) iyi, 35'i (%51,5) normal ve 23'ü (%33,8) yetersiz geçim düzeyi algısına sahipti. Elde edilen bulgular incelendiğinde ise opiyat kullanım bozukluğu tedavileri ile geçim düzeyi algısı arasında farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunamamıştır (p=0,792).

İmplant ya da dilaltı tedavisi görmekte olan bireyler çocukluklarında karşılaştıkları anne-baba tutumuna göre değerlendirildiğinde implant grubundakilerin 57'si (%83,8) ilgili ve koruyucu bir tutumla karşılaştıklarını belirtmişken dilaltı grubundakilerin 46'sı (%67,6) ilgili ve koruyucu bir tutumla karşılaştıklarını belirtmişti. Elde edilen bulgular incelendiğinde ise opiyat kullanım bozukluğu tedavileri ile anne-baba tutumu arasında farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (p=0,028).

İmplant ya da dilaltı tedavisi görmekte olan bireylere çocukluklarında geçirdikleri ciddi hastalıklar sorulduğunda implant grubundakilerin 10'u (%14,7) bilmiyorum, 49'u (%72,1) hayır ve 9'u (%13,2) evet yanıtı verirken dilaltı grubundakilerin 9'u (%13,2) bilmiyorum, 54'ü (%79,4) hayır ve 5'i (%7,4) evet yanıtı vermişti. Elde edilen bulgular incelendiğinde ise opiyat kullanım bozukluğu tedavileri ile çocukluk yıllarında yaşanmış hastalıklar arasında farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunamamıştır (p=0,487).

İmplant ya da dilaltı tedavisi görmekte olan bireyler ailelerinde var olan kronik fiziksel hastalıklara göre değerlendirildiğinde implant grubundakilerin 50'si (%73,5) hayır cevabı vermişken dilaltı grubundakilerin 44'ü (%64,7) hayır cevabı vermişti. Elde edilen bulgular incelendiğinde ise opiyat kullanım bozukluğu tedavileri ile ailede var olan kronik fiziksel hastalık öyküsü arasındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunamamıştır (p=0,265).

İmplant ya da dilaltı tedavisi görmekte olan bireyler ailelerinde var olan kronik ruhsal bozukluklara göre değerlendirildiğinde implant grubundakilerin 62'si (%91,2) hayır cevabı vermişken dilaltı grubundakilerin 59'u (%86,8) hayır cevabı vermişti. Elde edilen bulgular incelendiğinde ise opiyat kullanım bozukluğu tedavileri ile ailede var olan kronik ruhsal bozukluk öyküsü arasındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunamamıştır (p=0,412).

İmplant ya da dilaltı tedavisi görmekte olan bireyler kendilerinde var olan kronik fiziksel hastalıklara göre değerlendirildiğinde implant grubundakilerin 54'ü (%79,4) hayır cevabı vermişken dilaltı grubundakilerin 57'si (%83,8) hayır cevabı vermişti. Elde edilen bulgular incelendiğinde ise opiyat kullanım bozukluğu tedavileri ile bireyde var olan kronik fiziksel hastalık öyküsü arasındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunamamıştır (p=0,507).

İmplant ya da dilaltı tedavisi görmekte olan bireyler kendilerinde var olan kronik ruhsal bozukluklara göre değerlendirildiğinde implant grubundakilerin 60'ı (%88,2) hayır cevabı vermişken dilaltı grubundakilerin 59'u (%86,8) hayır cevabı vermişti. Elde edilen bulgular incelendiğinde ise opiyat kullanım bozukluğu tedavileri ile bireyde var olan kronik ruhsal bozukluk öyküsü arasındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunamamıştır (p=0,795).

İmplant ya da dilaltı tedavisi görmekte olan bireyler madde kötüye kullanımına başlama yaşına göre değerlendirildiğinde implant grubundakilerin 13'ünün (%4,4) 14 yaş ve altında, 15'inin (%16,2) 15-16 yaş arasında, 24'ünün (%48,5) 17-19 yaş arasında ve 16'sının (%30,9) 19 yaş üzerinde başladığı saptanmışken dilaltı grubundakilerin 22'sinin (%32,4) 14 yaş ve altında, 16'sının (%23,5) 15-16 yaş arasında, 12'sinin (%17,6) 17-19 yaş arasında ve 18'inin (%26,5) 19 yaş üzerinde başladığı saptanmıştır. Elde edilen bulgular incelendiğinde ise opiyat kullanım bozukluğu tedavileri ile geçim düzeyi algısı arasında farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunamamıştır (p=0,091).

İmplant ya da dilaltı tedavisi görmekte olan bireyler kötüye kullanmaya başladıkları ilk maddelere göre değerlendirildiğinde implant grubundakilerin 55'i (%80,9) madde kullanımına esrar ile başladığını ifade etmişken dilaltı grubundakilerin 57'si (%83,8) madde kullanımına esrar ile başladığını ifade etmişti. Elde edilen bulgular incelendiğinde ise opiyat kullanım bozukluğu tedavileri ile başlangıç maddesi farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunamamıştır (p=0,325).

İmplant ya da dilaltı tedavisi görmekte olan bireyler daha önce var olan tedavi öyküsüne göre değerlendirildiğinde implant grubundakilerin 54'ü (%79,4) evet cevabı vermişken dilaltı grubundakilerin 53'ü (%77,9) evet cevabı vermişti. Elde edilen bulgular incelendiğinde ise opiyat kullanım bozukluğu tedavileri ile tedavi öyküsü arasındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunamamıştır (p=0,834).

İmplant ya da dilaltı tedavisi görmekte olan bireyler klinikte yatarak tedavi seferine göre değerlendirildiğinde implant grubundakilerin 19'unun (%27,9) daha önce yatış yapmadığı 9'unun (%16,2) bir kere yatış yaptığı, 24'ünün (%35,3) 2 ile 4 arası sefer yatış yaptığı ve 16'sının (%23,5) 4 seferden fazla yatış yaptığı saptanmışken dilaltı grubundakilerin 14'ünün (%20,6) daha önce yatış yapmadığı 21'inin (%30,9) bir kere yatış yaptığı, 19'unun (%27,9) 2 ile 4 arası sefer yatış yaptığı ve 14'ünün (%20,6) 4 seferden fazla yatış yaptığı saptanmıştır. Elde edilen bulgular incelendiğinde ise opiyat kullanım bozukluğu tedavileri ile klinikte yatarak tedavi seferi arasındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunamamıştır (p=0,099).

İmplant ya da dilaltı tedavisi görmekte olan bireyler daha önce var olan suç öyküsüne göre değerlendirildiğinde implant grubundakilerin 40'ı (%58,8) evet cevabı vermişken dilaltı grubundakilerin 34'ü (%50,0) evet cevabı vermişti. Elde edilen

bulgular incelendiğinde ise opiyat kullanım bozukluğu tedavileri ile suç öyküsü arasındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunamamıştır (p=0,302).

Çizelge 4.3. Opiyat kullanım bozukluğu tanısı almış ve implant ya da dilaltı tedavisi görmekte olan bireylere ait BÖF ve SOSÖTÖ alt ölçek ve toplam puan ortalamalarının karşılaştırılması

| **Gruplar arası** | **Çip (n=68)** | **Dilaltı (n=68)** | **p** |
|---|---|---|---|
| | **X̄±S.D.**<br>**Median [Min-Max]** | **X̄±S.D.**<br>**Median[Min- Max]** | |
| Otonomi | 74,00±21,35<br>77,50 [22-120] | 73,94±22,20<br>75 [26-118] | 0,987 |
| Sosyotropi | 63,84±20,57<br>66 [22-113] | 64,65±22,12<br>62,50 [22-112] | 0,826 |
| Sosyal ve Yasal Faktörler | 48,47±8,53<br>48 [28-64] | 46,37±7,30<br>47 [30-61] | 0,125 |
| Psikolojik Faktörler | 32,65±6,08<br>33,50 [18-42] | 30,69±5,27<br>30,50 [20-40] | **0,047** |
| **BÖF TOPLAM** | 81,12±14,04<br>81 [46-105] | 77,06±11,35<br>75,50 [57-98] | **0,045** |

Çizelge 4.3.'e göre opiyat kullanım bozukluğu (opiyat bağımlılığı) tanısı almış ve AMATEM'de implant (Çip) ve dilaltı tedavileri gören bireyler Sosyotropi Otonomi Ölçeği otonomi alt ölçeği puan ortalamaları bakımından karşılaştırıldığında; implant tedavisi gören bireylerin otonomi alt ölçek puan ortalaması ve standart sapması 74,00±21,35 iken dilaltı tedavisi görenlerin puanları 73,94±22,20 olarak saptanmıştır. Bu farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (p=0.987).

İmplant ve dilaltı tedavileri gören bireyler sosyotropi puan ortalamaları bakımından karşılaştırıldığında; implant tedavisi gören bireylerin sosyotropi puan ortalaması ve standart sapması 63,84±20,57 iken dilaltı tedavisi görenlerin puanları 64,65±22,12 olarak saptanmıştır. Bu farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (p=0,826).

İmplant ve dilaltı tedavileri gören bireyler Bağımlılık Tedavisinin Başarısını Öngören Faktörler Ölçeği (BÖF) sosyal ve yasal faktör alt ölçek puan ortalamaları bakımından karşılaştırıldığında; implant tedavisi gören bireylerin sosyal ve yasal faktör puan ortalaması ve standart sapması 48,47±8,53 iken dilaltı tedavisi görenlerin puanları 46,37±7,30 olarak saptanmıştır. Bu farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (p=0,125).

İmplant ve dilaltı tedavileri gören bireyler psikolojik faktör alt ölçek puan ortalamaları bakımından karşılaştırıldığında; implant tedavisi gören bireylerin psikolojik faktör puan ortalaması ve standart sapması 32,65±6,08 iken dilaltı tedavisi görenlerin puanları 30,69±5,27 olarak saptanmıştır. Bu farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (p=0,047).

İmplant ve dilaltı tedavileri gören bireyler BÖF toplam puan ortalamaları bakımından karşılaştırıldığında; implant tedavisi gören bireylerin BÖF toplam puan ortalaması ve standart sapması 81,12±14,04 iken dilaltı tedavisi görenlerin puanları 77,06±11,35 olarak saptanmıştır. Bu farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (p=0,045).

Çizelge 4.4. Opiyat kullanım bozukluğu tanısı almış ve implant ya da dilaltı tedavisi görmekte olan bireylere ait BÖF ve SOSÖTÖ alt ölçek ve toplam puan ortalamalarının yaş gruplarına göre karşılaştırılması

| | **Yaş** | **Çip tedavisi (n=68)** | **Dilaltı tedavisi (n=68)** | |
|---|---|---|---|---|
| | | **X̄±S.D. Median [Min-Max]** | **X̄±S.D. Median[Min- Max]** | **p** |
| Otonomi | 19-26 yaş | 72,25±22,14<br>77,50 [22-120] | 71,78±22,80<br>72 [26-110] | 0,854 |
| | 27 ve üzeri | 75,97±20,6<br>177 [36-116] | 75,86±21,79<br>79 [30-118] | 0,849 |
| **p*** | | 0,478 | 0,454 | |
| Sosyotropi | 19-26 yaş | 62,31±22,75<br>64 [25-113] | 63,03±22,76<br>61 [22-106] | 0,859 |
| | 27 ve üzeri | 65,56±18,01<br>69 [22-103] | 66,08±21,75<br>64,50 [24-112] | 0,971 |
| **p** | | 0,519 | 0,574 | |
| Sosyal ve Yasal Faktörler | 19-26 yaş | 49,75±8,07<br>50 [35-64] | 48,13±7,07<br>48 [36-61] | 0,353 |
| | 27 ve üzeri | 47,03±8,93<br>48 [28-63] | 44,81±7,25<br>43,50 [30-58] | 0,268 |
| **p** | | 0,192 | 0,061 | |
| Psikolojik Faktörler | 19-26 yaş | 33,28±5,94<br>34,50 [19-41] | 31,19±4,94<br>31 [20-40] | **0,050** |
| | 27 ve üzeri | 31,94±6,26<br>33 [18-42] | 30,25±5,57<br>29,50 [21-40] | 0,245 |
| **p** | | 0,369 | 0,468 | |
| **BÖF TOPLAM** | 19-26 yaş | 83,03±13,35<br>86,50 [54-103] | 79,31±10,73<br>78 [57-98] | 0,214 |
| | 27 ve üzeri | 78,97±14,69<br>80 [46-105] | 75,06±11,65<br>74 [57-93] | 0,226 |
| **p** | | 0,237 | 0,124 | |

Çizelge 4.4.'e göre opiyat kullanım bozukluğu (opiyat bağımlılığı) tanısı almış ve AMATEM'de implant (Çip) ve dilaltı tedavileri gören bireyler, yaş grupları içinde otonomi puanları tedavi gruplarına göre karşılaştırıldığında; 19-26 yaş grubunda otonomi puan ortalaması ve standart sapması implant tedavi grubu için 72,25±22,14 ve dilaltı grubu için 71.78±22,80'dir. Bu farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (p=0.854). 27 ve üzeri yaş grubunda bu ortalamalar sırasıyla 75,97±20,6 ve 75,86±21,79 bulunmuş ve bu ortalamalar arasındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunamamıştır (p=0.849).

Tedavi gruplarının içinde yaş gruplarının otonomi puanları karşılaştırıldığında; implant tedavisi görenler arasında 19-26 ile 27 ve üzeri yaş gruplarının otonomi puan

ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanamamıştır (p=0,478). Aynı karşılaştırma dilaltı grubu için değerlendirildiğinde ise, farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunamamıştır (p=0,454).

İmplant ve dilaltı tedavileri gören bireyler, yaş grupları içinde otonomi puanları tedavi gruplarına göre karşılaştırıldığında; 19-26 yaş grubunda sosyotropi puan ortalaması ve standart sapması implant tedavi grubu için 62,31±22,75 ve dilaltı grubu için 63,03±22,76'dir. Bu farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (p=0,859). 27 ve üzeri yaş grubunda bu ortalamalar sırasıyla 65,56±18,01 ve 66,08±21,75 bulunmuş ve bu ortalamalar arasındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunamamıştır (p=0,971).

Tedavi gruplarının içinde yaş gruplarının sosyotropi puanları karşılaştırıldığında; implant tedavisi görenler arasında 19-26 ile 27 ve üzeri yaş gruplarının sosyotropi puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanamamıştır (p=0,519). Aynı karşılaştırma dilaltı grubu için değerlendirildiğinde ise, farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunamamıştır (p=0,574).

İmplant ve dilaltı tedavileri gören bireyler, yaş grupları içinde sosyal ve yasal faktör puanları tedavi gruplarına göre karşılaştırıldığında; 19-26 yaş grubunda sosyal ve yasal faktörler puan ortalaması ve standart sapması implant tedavi grubu için 49,75±8,07 ve dilaltı grubu için 48,13±7,07'dir. Bu farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunamamıştır (p=0,353). 27 ve üzeri yaş grubunda bu ortalamalar sırasıyla 47,03±8,93 ve 44,81±7,25 bulunmuş ve bu ortalamalar arasındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunamamıştır (p=0,268).

Tedavi gruplarının içinde yaş gruplarının sosyal ve yasal faktör puanları karşılaştırıldığında; implant tedavisi görenler arasında 19-26 ile 27 ve üzeri yaş gruplarının sosyal ve yasal faktör puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanamamıştır (p=0,192). Aynı karşılaştırma dilaltı grubu için değerlendirildiğinde ise, farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunamamıştır (p=0,061).

İmplant ve dilaltı tedavileri gören bireyler, yaş grupları içinde psikolojik faktör puanları tedavi gruplarına göre karşılaştırıldığında; 19-26 yaş grubunda psikolojik faktörler puan ortalaması ve standart sapması implant tedavi grubu için 33,28±5,94 ve dilaltı grubu için 31,19±4,94'dür. Bu farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (p=0,050). 27 ve üzeri yaş grubunda bu ortalamalar sırasıyla 31,94±6,26 ve 30,25±5,57

bulunmuş ve bu ortalamalar arasındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunamamıştır (p=0,245).

Tedavi gruplarının içinde yaş gruplarının psikolojik faktör puanları karşılaştırıldığında; implant tedavisi görenler arasında 19-26 ile 27 ve üzeri yaş gruplarının psikolojik faktör puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanamamıştır (p=0,369). Aynı karşılaştırma dilaltı grubu için değerlendirildiğinde ise, farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunamamıştır (p=0,468).

İmplant ve dilaltı tedavileri gören bireyler, yaş grupları içinde BÖF toplam puanları tedavi gruplarına göre karşılaştırıldığında; 19-26 yaş grubunda BÖF toplam puan ortalaması ve standart sapması implant tedavi grubu için 83,03±13,35 ve dilaltı grubu için 79,31±10,73'tür. Bu farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunamamıştır (p=0,214). 27 ve üzeri yaş grubunda bu ortalamalar sırasıyla 78,97±14,69 ve 75,06±11,65 bulunmuş ve bu ortalamalar arasındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunamamıştır (p=0,226).

Tedavi gruplarının içinde yaş gruplarının BÖF toplam puanları karşılaştırıldığında; implant tedavisi görenler arasında 19-26 ile 27 ve üzeri yaş gruplarının BÖF toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanamamıştır (p=0,237). Aynı karşılaştırma dilaltı grubu için değerlendirildiğinde ise, farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunamamıştır (p=0,124).

Çizelge 4.5. Opiyat kullanım bozukluğu tanısı almış ve implant ya da dilaltı tedavisi görmekte olan bireylere ait BÖF ve SOSÖTÖ alt ölçek ve toplam puan ortalamalarının doğum yerlerine göre karşılaştırılması

| | **Doğum Yeri** | **Çip tedavisi (n=68)** | **Dilaltı tedavisi (n=68)** | **p** |
|---|---|---|---|---|
| | | **X̄±S.D.<br>Median [Min-Max]** | **X̄±S.D.<br>Median [Min- Max]** | |
| Otonomi | Doğu bölgeleri | 72,87±22,39<br>74 [22-120] | 65,89±21,97<br>62 [30-118] | 0,269 |
| | Güney bölgeleri | 74,58 ±21,04<br>78 [25-116] | 79,11±21,15<br>81 [26-106] | 0,343 |
| | Diğer bölgeler | - | 82,80±20,17<br>88 [56-110] | - |
| **p** | | 0,758 | **0,039** | |
| Sosyotropi | Doğu bölgeleri | 60,43±23,38<br>64 [22-113] | 60,07±21,31<br>58,50 [24-112] | 0,954 |
| | Güney bölgeleri | 65,58±19,02<br>67 [22-103] | 68,54±22,90<br>72 [22-106] | 0,529 |
| | Diğer bölgeler | - | 63±19,71<br>56 [51-98] | - |
| **p** | | 0,333 | 0,320 | |
| Sosyal ve Yasal Faktörler | Doğu bölgeleri | 51,87±7,21<br>52 [35-63] | 48,21±6,47<br>49 [37-60] | **0,046** |
| | Güney bölgeleri | 46,73 ±8,70<br>48 [28-64] | 44,77±6,99<br>46 [32-61] | 0,252 |
| | Diğer bölgeler | - | 47,20±12,21<br>53 [30-59] | - |
| **p** | | **0,018** | 0,173 | |
| Psikolojik Faktörler | Doğu bölgeleri | 34,61±5,75<br>36 [19-42] | 30,04±4,81<br>29,50 [21-38] | **0,003** |
| | Güney bölgeleri | 31,64±6,07<br>33 [18-41] | 30,94±5,69<br>31 [20-40] | 0,600 |
| | Diğer bölgeler | - | 32,60±5,03<br>30 [28-39] | - |
| **p** | | **0,035** | 0,564 | |
| **BÖF TOPLAM** | Doğu bölgeleri | 86,48±12,57<br>88 [54-105] | 78,25±10,46<br>74 [60-95] | **0,014** |
| | Güney bölgeleri | 78,38±14,09<br>79 [46-103] | 75,71±11,49<br>77 [57-94] | 0,367 |
| | Diğer bölgeler | - | 79,80±16,13<br>82 [60-98] | - |
| **p** | | **0,023** | 0,587 | |

Çizelge 4.5.'e göre opiyat kullanım bozukluğu tanısı almış ve AMATEM'de implant (Çip) ve dilaltı tedavileri gören bireyler, doğum yerleri baz alınarak otonomi puanları tedavi gruplarına göre karşılaştırıldığında; Doğu bölgelerinden iç göçle gelen grubun otonomi puan ortalaması ve standart sapması implant tedavi grubu için 72,87±22,39 ve dilaltı grubu için 65,89±21,97'dir. Bu farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunamamıştır (p=0,269). Güney bölgelerinden gelen grubun bu ortalamaları

sırasıyla 74,58±21,04 ve 79,11±21,15 bulunmuş ve bu ortalamalar arasındaki farklılık ise istatistiksel olarak anlamlı bulunamamıştır (p=0,343). Kalan diğer bölgeler için ise ortalamalar implant tedavisi için saptanamazken, dilaltı tedavisi için 82,80±20,17 şeklinde bulunmuş ve implant grubundaki örnek sayısının azlığı nedeniyle analiz yapılamamıştır.

Tedavi gruplarının içinde doğum yerlerine göre otonomi puanları karşılaştırıldığında; implant tedavisi görenler arasında "Doğu bölgelerinden", "Güney bölgelerinden" ve "Diğer bölgelerden" gelen grupların otonomi puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanamamıştır (p=0,758). Aynı karşılaştırma dilaltı grubu için değerlendirildiğinde ise, farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (p=0,039).

İmplant ve dilaltı tedavileri gören bireyler, doğum yerleri baz alınarak sosyotropi puanları tedavi gruplarına göre karşılaştırıldığında; Doğu bölgeleri grubunda sosyotropi puan ortalaması ve standart sapması implant tedavi grubu için 60,43±23,38 ve dilaltı grubu için 60,07±21,31'dir. Bu farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (p=0,954). Güney bölgeleri grubunda bu ortalamalar sırasıyla 65,58±19,02 ve 68,54±22,90 bulunmuş ve bu ortalamalar arasındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunamamıştır (p=0,529). Kalan diğer bölgelerde ise ortalamalar implant tedavisi için saptanamazken, dilaltı tedavisi için 63±19,71 şeklinde bulunmuş ve implant grubundaki örnek sayısının azlığı nedeniyle analiz yapılamamıştır.

Tedavi gruplarının içinde doğum yerlerine göre, grupların sosyotropi puanları karşılaştırıldığında; implant tedavisi görenler arasında "Doğu bölgelerinden", "Güney bölgelerinden" ve "Diğer bölgelerden" gelen grupların sosyotropi puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanamamıştır (p=0,333). Aynı karşılaştırma dilaltı grubu için değerlendirildiğinde de farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunamamıştır (p=0,320).

İmplant ve dilaltı tedavileri gören bireyler, doğum yerleri baz alınarak sosyal ve yasal faktör puanları tedavi gruplarına göre karşılaştırıldığında; Doğu bölgeleri grubunda sosyal ve yasal faktör puan ortalaması ve standart sapması implant tedavi grubu için 51,87±7,21 ve dilaltı grubu için 48,21±6,47'dir. Bu farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (p=0,046). Güney bölgeleri grubunda bu ortalamalar sırasıyla 46,73 ±8,70 ve 44,77±6,99 bulunmuş ve bu ortalamalar arasındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (p=0,252). Kalan diğer bölgelerde ise

ortalamalar implant tedavisi için saptanamazken, dilaltı tedavisi için 47,20±12,21 şeklinde bulunmuş ve implant grubundaki veri yetersizliğinden (örnek sayısının azlığı nedeniyle) dolayı analiz yapılamamıştır.

Tedavi gruplarının içinde doğum yerlerine göre grupların sosyal ve yasal faktör puanları karşılaştırıldığında; implant tedavisi görenler arasında "Doğu bölgelerinden", "Güney bölgelerinden" ve "Diğer bölgelerden" gelen grupların sosyal ve yasal faktör puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır (p=0,018). Aynı karşılaştırma dilaltı grubu için değerlendirildiğinde ise, farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunamamıştır (p=0,173).

İmplant ve dilaltı tedavileri gören bireyler, doğum yerleri baz alınarak psikolojik faktör puanları tedavi gruplarına göre karşılaştırıldığında; Doğu bölgeleri grubunda psikolojik faktör puan ortalaması ve standart sapması implant tedavi grubu için 34,61±5,75 ve dilaltı grubu için 30,04±4,81'dir. Bu farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (p=0,003). Güney bölgeleri grubunda bu ortalamalar sırasıyla 31,64±6,07 ve 30,94±5,69 bulunmuş ve bu ortalamalar arasındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunamamıştır (p=0,600). Kalan diğer bölgelerde ise ortalamalar implant tedavisi için saptanamazken, dilaltı tedavisi için 32,60±5,03 şeklinde bulunmuş ve implant grubundaki veri yetersizliğinden (örnek sayısının azlığı nedeniyle) dolayı analiz yapılamamıştır.

Tedavi gruplarının içinde doğum yerlerine göre grupların psikolojik faktör puanları karşılaştırıldığında; implant tedavisi görenler arasında "Doğu bölgelerinden", "Güney bölgelerinden" ve "Diğer bölgelerden" gelen grupların psikolojik faktör puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır (p=0,035). Aynı karşılaştırma dilaltı grubu için değerlendirildiğinde ise, farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunamamıştır (p=0,564).

İmplant ve dilaltı tedavileri gören bireyler, doğum yerleri baz alınarak BÖF toplam puanları tedavi gruplarına göre karşılaştırıldığında; Doğu bölgeleri grubunda BÖF toplam puan ortalaması ve standart sapması implant tedavi grubu için 86,48±12,57 ve dilaltı grubu için 78,25±10,46'dir. Bu farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (p=0,014). Güney bölgeleri grubunda bu ortalamalar sırasıyla 78,38±14,09 ve 75,71±11,49 bulunmuş ve bu ortalamalar arasındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunamamıştır (p=0,367). Kalan diğer bölgelerde ise ortalamalar implant tedavisi için saptanamazken, dilaltı tedavisi için 79,80±16,13 şeklinde bulunmuş ve implant grubundaki veri yetersizliğinden (örnek sayısının azlığı nedeniyle) dolayı analiz yapılamamıştır.

Tedavi gruplarının içinde doğum yeri gruplarının BÖF toplam puanları karşılaştırıldığında; implant tedavisi görenler arasında "Doğu bölgelerinden", "Güney bölgelerinden" ve "Diğer bölgelerden" gelen grupların BÖF toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır (p=0,023). Aynı karşılaştırma dilaltı grubu için değerlendirildiğinde ise, farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunamamıştır (p=0,587).

Çizelge 4.6. Opiyat kullanım bozukluğu tanısı almış ve implant ya da dilaltı tedavisi görmekte olan bireylere ait BÖF ve SOSÖTÖ alt ölçek ve toplam puan ortalamalarının medeni durumlarına göre karşılaştırılması

| | **Medeni Durum** | **Çip tedavisi (n=68)** | **Dilaltı tedavisi (n=68)** | **p** |
|---|---|---|---|---|
| | | **X̄±S.D. Median [Min-Max]** | **X̄±S.D. Median [Min-Max]** | |
| Otonomi | Evli | 73,25±21,24<br>74,50 [25-120] | 72,22±20,20<br>74 [30-118] | 0,865 |
| | Bekar | 73,85±21,47<br>80 [22-113] | 75,70±23,50<br>81 [26-110] | 0,714 |
| | Boşanmış | 80±26,09<br>74,50 [55-116] | 67,80±22,97<br>72 [34-97] | 0,480 |
| **p** | | 0,845 | 0,686 | |
| Sosyotropi | Evli | 66,58±20,52<br>69 [22-113] | 64,03±22,02<br>58 [24-112] | 0,679 |
| | Bekar | 61,18±21,24<br>64,50 [22-103] | 65,40±23,35<br>65 [22-106] | 0,400 |
| | Boşanmış | 74,00±8,16<br>77 [62-80] | 61,60±13,83<br>67 [38-72] | 0,159 |
| **p** | | 0,360 | 0,925 | |
| Sosyal ve Yasal Faktörler | Evli | 50,42±9,01<br>49,50 [31-64] | 47,61±6,90<br>47 [37-60] | 0,238 |
| | Bekar | 47,05±8,30<br>47 [28-62] | 45,93±7,79<br>47 [30-61] | 0,534 |
| | Boşanmış | 51±6,58<br>51 [43-59] | 44,20±4,81<br>44 [39-50] | 0,115 |
| **p** | | 0,262 | 0,542 | |
| Psikolojik Faktörler | Evli | 33,58±6,26<br>33,50 [20-42] | 31,43±5,26<br>32 [22-40] | 0,210 |
| | Bekar | 32,05±6,24<br>33,50 [18-41] | 30,93±5,19<br>31 [20-40] | 0,384 |
| | Boşanmış | 33±2,94<br>33,50 [29-36] | 25,40±3,36<br>25 [21-30] | **0,009** |
| **p** | | 0,624 | 0,059 | |
| **BÖF TOPLAM** | Evli | 84±14,45<br>86 [51-105] | 79,04±10,99<br>78 [59-95] | 0,194 |
| | Bekar | 79,10±14,69<br>80 [46-99] | 76,85±11,82<br>78 [57-98] | 0,442 |
| | Boşanmış | 84±9,48<br>84,50 [72-95] | 69,60±6,10<br>73 [60-74] | **0,028** |
| **p** | | 0,372 | 0,240 | |

Çizelge 4.6.'ya göre opiyat kullanım bozukluğu tanısı almış ve AMATEM'de implant (Çip) ve dilaltı tedavileri gören bireyler, medeni durumları baz alınarak otonomi puanları tedavi gruplarına göre karşılaştırıldığında; Evli bireylerin otonomi puan ortalaması ve standart sapması implant tedavi grubu için 73,25±21,24 ve dilaltı grubu için 72,22±20,20'dir. Bu farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunamamıştır (p=0,865). Bekar bireylerde bu ortalamalar sırasıyla 73,85±21,47 ve 75,70±23,50 bulunmuş ve bu ortalamalar arasındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunamamıştır (p=0,714). Boşanmış bireyler için ise ortalamalar implant tedavisi için 80±26,09 iken dilaltı tedavisi için 67,80±22,97 şeklinde bulunmuş ve bu ortalamalar arasındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunamamıştır (p=0,480).

Tedavi gruplarının içinde medeni durumlarına göre grupların otonomi puanları karşılaştırıldığında; implant tedavisi görenler arasında "Evli", "Bekar" ve "Boşanmış" gruplarının otonomi puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanamamıştır (p=0,845). Aynı karşılaştırma dilaltı grubu için değerlendirildiğinde de, farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunamamıştır (p=0,686).

İmplant ve dilaltı tedavileri gören bireyler, medeni durumları baz alınarak sosyotropi puanları tedavi gruplarına göre karşılaştırıldığında; Evli bireylerin sosyotropi puan ortalaması ve standart sapması implant tedavi grubu için 66,58±20,52 ve dilaltı grubu için 64,03±22,02'dir. Bu farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunamamıştır (p=0,679). Bekar bireylerde bu ortalamalar sırasıyla 61,18±21,24 ve 65,40±23,35 bulunmuş ve bu ortalamalar arasındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunamamıştır (p=0,400). Boşanmış bireyler için ise ortalamalar implant tedavisi için 74,00±8,16 iken dilaltı tedavisi için 61,60±13,83 şeklinde bulunmuş ve bu ortalamalar arasındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunamamıştır (p=0,159).

Tedavi gruplarının içinde medeni durumlarına göre grupların sosyotropi puanları karşılaştırıldığında; implant tedavisi görenler arasında "Evli", "Bekar" ve "Boşanmış" gruplarının sosyotropi puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanamamıştır (p=0,360). Aynı karşılaştırma dilaltı grubu için değerlendirildiğinde de, farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunamamıştır (p=0,925).

İmplant ve dilaltı tedavileri gören bireyler, medeni durumları baz alınarak sosyal ve yasal faktör puanları tedavi gruplarına göre karşılaştırıldığında; Evli bireylerin sosyal ve yasal faktör puan ortalaması ve standart sapması implant tedavi grubu için

50,42±9,01 ve dilaltı grubu için 47,61±6,90'dır. Bu farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunamamıştır (p=0,238). Bekar bireylerde bu ortalamalar sırasıyla 47,05±8,30 ve 45,93±7,79 bulunmuş ve bu ortalamalar arasındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunamamıştır (p=0,534). Boşanmış bireyler için ise ortalamalar implant tedavisi için 51±6,58 iken dilaltı tedavisi için 44,20±4,81 şeklinde bulunmuş ve bu ortalamalar arasındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunamamıştır (p=0,115).

Tedavi gruplarının içinde medeni durum gruplarının sosyal ve yasal faktör puanları karşılaştırıldığında; implant tedavisi görenler arasında "Evli", "Bekar" ve "Boşanmış" gruplarının sosyal ve yasal faktör puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanamamıştır (p=0,262). Aynı karşılaştırma dilaltı grubu için değerlendirildiğinde ise, farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunamamıştır (p=0,542).

İmplant ve dilaltı tedavileri gören bireyler, medeni durumları baz alınarak psikolojik faktör puanları tedavi gruplarına göre karşılaştırıldığında; evli bireylerin psikolojik faktör puan ortalamaları ve standart sapması implant tedavi grubu için 33,58±6,26 ve dilaltı grubu için 31,43±5,26'dır. Bu farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunamamıştır (p=0,210). Bekar bireylerde bu ortalamalar sırasıyla 32,05±6,24 ve 30,93±5,19 bulunmuş ve bu ortalamalar arasındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunamamıştır (p=0,384). Boşanmış bireyler için ise ortalamalar implant tedavisi için 33±2,94 iken dilaltı tedavisi için 25,40±3,36 şeklinde bulunmuş ve bu ortalamalar arasındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (p=0,009).

Tedavi gruplarının içinde medeni durumlarına göre grupların psikolojik faktör puanları karşılaştırıldığında; implant tedavisi görenler arasında "Evli", "Bekar" ve "Boşanmış" gruplarının psikolojik faktör puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanamamıştır (p=0,624). Aynı karşılaştırma dilaltı grubu için değerlendirildiğinde ise, farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunamamıştır (p=0,059).

İmplant ve dilaltı tedavileri gören bireyler, medeni durumları baz alınarak BÖF toplam puanları tedavi gruplarına göre karşılaştırıldığında; evli bireylerin BÖF toplam puan ortalamaları ve standart sapması implant tedavi grubu için 84±14,45 ve dilaltı grubu için 79,04±10,99'dur. Bu farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunamamıştır (p=0,194). Bekar bireylerde bu ortalamalar sırasıyla 79,10±14,69 ve 76,85±11,82 bulunmuş ve bu ortalamalar arasındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunamamıştır (p=0,442). Boşanmış bireyler için ise ortalamalar implant tedavisi için 84±9,48 iken dilaltı tedavisi için 69,60±6,10 şeklinde bulunmuş ve bu ortalamalar arasındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (p=0,028).

Tedavi gruplarının içinde medeni durumlarına göre grupların BÖF toplam puanları karşılaştırıldığında; implant tedavisi görenler arasında "Evli", "Bekar" ve "Boşanmış" gruplarının psikolojik faktör puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanamamıştır (p=0,372). Aynı karşılaştırma dilaltı grubu için değerlendirildiğinde de, farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunamamıştır (p=0,240).

Çizelge 4.7. Opiyat kullanım bozukluğu tanısı almış ve implant ya da dilaltı tedavisi görmekte olan bireylere ait BÖF ve SOSÖTÖ alt ölçek ve toplam puan ortalamalarının çocuk sayılarına göre karşılaştırılması

| | **Çocuk Sayısı** | **Çip tedavisi (n=68)** | **Dilaltı tedavisi (n=68)** | **p** |
|---|---|---|---|---|
| | | **$\bar{X}$±S.D.<br>Median [Min-Max]** | **$\bar{X}$±S.D.<br>Median [Min- Max]** | |
| Otonomi | Çocuksuz | 75,04±21,83<br>80 [22-120] | 72,38±23,79<br>73 [26-110] | 0,574 |
| | Bir çocuklu | 83,25 ±16,65<br>76,50 [68-116] | 77,46±13,45<br>75 [56-98] | 0,392 |
| | 2 ve/veya üzeri çocuk | 64,54±19,96<br>68 [25-96] | 77,38±25,18<br>76 [34-118] | 0,210 |
| **p** | | 0,124 | 0,694 | |
| Sosyotropi | Çocuksuz | 63,23±21,51<br>65 [22-113] | 63,36±23,52<br>60 [22-106] | 0,978 |
| | Bir çocuklu | 71,13±14,79<br>80 [50-83] | 69,54±11,54<br>70 [55-89] | 0,786 |
| | 2 ve/veya üzeri çocuk | 61,54±20,44<br>64 [22-100] | 64,25±27,62<br>52 [38-112] | 0,799 |
| **p** | | 0,554 | 0,678 | |
| Sosyal ve Yasal Faktörler | Çocuksuz | 47,53±8,39<br>48 [28-62] | 46,04±7,74<br>47 [30-61] | 0,373 |
| | Bir çocuklu | 54,88 ±6,05<br>56,50 [44-62] | 46,23±5,57<br>46 [39-55] | **0,003** |
| | 2 ve/veya üzeri çocuk | 47,92±9,18<br>48 [31-64] | 48,50±7,63<br>49,50 [38-58] | 0,884 |
| **p** | | 0,075 | 0,684 | |
| Psikolojik Faktörler | Çocuksuz | 32,36±6,11<br>33 [18-41] | 30,55±5,11<br>30 [20-40] | 0,123 |
| | Bir çocuklu | 36,38±3,70<br>37 [31-41] | 30,15±5,91<br>28 [21-40] | **0,016** |
| | 2 ve/veya üzeri çocuk | 31,38±6,66<br>33 [20-42] | 32,38±5,44<br>33 [22-38] | 0,728 |
| **p** | | 0,161 | 0,618 | |
| **BÖF TOPLAM** | Çocuksuz | 79,89±13,97<br>80 [46-103] | 76,60±11,69<br>77 [57-98] | 0,218 |
| | Bir çocuklu | 91,25±7,47<br>92 [79-102] | 76,38±9,66<br>74 [60-91] | **0,001** |
| | 2 ve/veya üzeri çocuk | 79,31±15,55<br>82 [51-105] | 80,88±12,47<br>82,50 [62-93] | 0,812 |
| **p** | | 0,092 | 0,605 | |

Çizelge 4.7.'ye göre opiyat kullanım bozukluğu tanısı almış ve AMATEM'de implant (Çip) ve dilaltı tedavileri gören bireyler, çocuk sayıları baz alınarak otonomi puanları tedavi gruplarına göre karşılaştırıldığında; çocuksuz bireylerin otonomi puan ortalamaları ve standart sapması implant tedavi grubu için 75,04±21,83 ve dilaltı grubu için 72,38±23,79'dur. Bu farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunamamıştır (p=0,574). Tek çocuğu olan bireylerde bu ortalamalar sırasıyla 83,25 ±16,65 ve 77,46±13,45 bulunmuş ve bu ortalamalar arasındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunamamıştır (p=0,392). İki ve/veya üzeri çocuğu olanlar için ise ortalamalar implant tedavisi için 64,54±19,96 iken dilaltı tedavisi için 77,38±25,18 şeklinde bulunmuş ve bu ortalamalar arasındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunamamıştır (p=0,210).

Tedavi gruplarının içinde çocuk sayısı gruplarının otonomi puanları karşılaştırıldığında; implant tedavisi görenler arasında "çocuksuz", "bir çocuklu" ve "2 ve/veya üzeri çocuklu" gruplarının otonomi puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanamamıştır (p=0,124). Aynı karşılaştırma dilaltı grubu için değerlendirildiğinde de, farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunamamıştır (p=0,694).

İmplant ve dilaltı tedavileri gören bireyler, çocuk sayıları baz alınarak sosyotropi puanları tedavi gruplarına göre karşılaştırıldığında; çocuksuz bireylerin sosyotropi puan ortalaması ve standart sapması implant tedavi grubu için 63,23±21,51 ve dilaltı grubu için 63,36±23,52'dir. Bu farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunamamıştır (p=0,978). Tek çocuğu olan bireylerde bu ortalamalar sırasıyla 71,13±14,79 ve 69,54±11,54 bulunmuş ve bu ortalamalar arasındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunamamıştır (p=0,786). İki ve/veya üzeri çocuğu olanlar için ise ortalamalar implant tedavisi için 61,54±20,44 iken dilaltı tedavisi için 64,25±27,62 şeklinde bulunmuş ve bu ortalamalar arasındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunamamıştır (p=0,799).

Tedavi gruplarının içinde çocuk sayısı gruplarının sosyotropi puanları karşılaştırıldığında; implant tedavisi görenler arasında "çocuksuz", "bir çocuklu" ve "2 ve/veya üzeri çocuklu" gruplarının sosyotropi puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanamamıştır (p=0,554). Aynı karşılaştırma dilaltı grubu için değerlendirildiğinde ise, farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunamamıştır (p=0,678).

İmplant ve dilaltı tedavileri gören bireyler, çocuk sayıları baz alınarak sosyal ve yasal faktör puanları tedavi gruplarına göre karşılaştırıldığında; çocuksuz bireylerin sosyal ve yasal faktör puan ortalaması ve standart sapması implant tedavi grubu için 47,53±8,39 ve dilaltı grubu için 46,04±7,74'dür. Bu farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunamamıştır (p=0,373). Bir çocuğu olan bireylerde bu ortalamalar sırasıyla 54,88 ±6,05 ve 46,23±5,57 bulunmuş ve bu ortalamalar arasındaki farklılık istatistiksel olarak

anlamlı bulunmuştur (p=0,003). İki ve/veya üzeri çocuğu olanlar için ise ortalamalar implant tedavisi için 47,92±9,18 iken dilaltı tedavisi için 48,50±7,63 şeklinde bulunmuş ve bu ortalamalar arasındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunamamıştır (p=0,884).

Tedavi gruplarının içinde çocuk sayısı gruplarının sosyal ve yasal faktör puanları karşılaştırıldığında; implant tedavisi görenler arasında "çocuksuz", "bir çocuklu" ve "2 ve/veya üzeri çocuklu" gruplarının sosyal ve yasal faktör puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanamamıştır (p=0,075). Aynı karşılaştırma dilaltı grubu için değerlendirildiğinde, farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunamamıştır (p=0,684).

İmplant ve dilaltı tedavileri gören bireyler, çocuk sayıları baz alınarak psikolojik faktör puanları tedavi gruplarına göre karşılaştırıldığında; çocuksuz bireylerin psikolojik faktör puan ortalaması ve standart sapması implant tedavi grubu için 32,36±6,11 ve dilaltı grubu için 30,55±5,11'dir. Bu farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunamamıştır (p=0,123). Bir çocuğu olan bireylerde bu ortalamalar sırasıyla 36,38±3,70 ve 30,15±5,91 bulunmuş ve bu ortalamalar arasındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (p=0,016). İki ve/veya üzeri çocuğu olanlar için ise ortalamalar implant tedavisi için 31,38±6,66 iken dilaltı tedavisi için 32,38±5,44 şeklinde bulunmuş ve bu ortalamalar arasındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunamamıştır (p=0,728).

Tedavi gruplarının içinde çocuk sayısı bakımından grupların psikolojik faktör puanları karşılaştırıldığında; implant tedavisi görenler arasında "çocuksuz", "bir çocuklu" ve "2 ve/veya üzeri çocuklu" gruplarının psikolojik faktör puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanamamıştır (p=0,161). Aynı karşılaştırma dilaltı grubu için değerlendirildiğinde ise, farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunamamıştır (p=0,618).

İmplant ve dilaltı tedavileri gören bireyler, çocuk sayıları baz alınarak BÖF toplam puanları tedavi gruplarına göre karşılaştırıldığında; çocuksuz bireylerin BÖF toplam puan ortalaması ve standart sapması implant tedavi grubu için 79,89±13,97 ve dilaltı grubu için 76,60±11,69'dur. Bu farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunamamıştır (p=0,218). Bir çocuğu olan bireylerde bu ortalamalar sırasıyla 91,25±7,47 ve 76,38±9,66 bulunmuş ve bu ortalamalar arasındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (p=0,001). İki ve/veya üzeri çocuğu olanlar için ise ortalamalar implant tedavisi için 79,31±15,55 iken dilaltı tedavisi için 80,88±12,47 şeklinde bulunmuş ve bu ortalamalar arasındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunamamıştır (p=0,812).

Tedavi gruplarının içinde çocuk sayısına göre grupların BÖF toplam puanları karşılaştırıldığında; implant tedavisi görenler arasında "çocuksuz", "bir çocuklu" ve "2 ve/veya üzeri çocuklu" gruplarının psikolojik faktör puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanamamıştır (p=0,092). Aynı karşılaştırma dilaltı grubu için değerlendirildiğinde ise, farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunamamıştır (p=0,605).

Çizelge 4.8. Opiyat kullanım bozukluğu tanısı almış ve implant ya da dilaltı tedavisi görmekte olan bireylere ait BÖF ve SOSÖTÖ alt ölçek ve toplam puan ortalamalarının beraber yaşanılan kişilere göre karşılaştırılması

| | **Beraber Yaşanılan Kişi** | **Çip tedavisi (n=68)** | **Dilaltı tedavisi (n=68)** | **p** |
|---|---|---|---|---|
| | | **X̄±S.D. Median [Min-Max]** | **X̄±S.D. Median [Min- Max]** | |
| Otonomi | Yalnız | 76±24,04<br>76 [59-93] | 66,40±29,23<br>61 [26-105] | 0,702 |
| | Birincil Aile | 73,17±22,83<br>79 [22-116] | 74,77±22,31<br>76,50 [32-110] | 0,738 |
| | İkincil Aile | 75,70±18,39<br>76 [45-120] | 74±20,92<br>74 [30-118] | 0,789 |
| **p** | | 0,902 | 0,732 | |
| Sosyotropi | Yalnız | 58±9,89<br>58 [51-65] | 66±31,53<br>67 [22-105] | 0,751 |
| | Birincil Aile | 61,52±20,87<br>64,50 [22-103] | 64,89±21,34<br>65 [22-106] | 0,452 |
| | İkincil Aile | 69,75±20,05<br>72,50 [22-113] | 63,74±22,59<br>58 [24-112] | 0,384 |
| **p** | | 0,306 | 0,973 | |
| Sosyal ve Yasal Faktörler | Yalnız | 42,50±13,43<br>42,50 [33-52] | 40,20±6,14<br>39 [34-48] | 0,749 |
| | Birincil Aile | 47,91±7,97<br>48 [28-62] | 46±7,32<br>46,50 [30-61] | 0,240 |
| | İkincil Aile | 50,35±9,41<br>49 [31-64] | 48,84±6,71<br>49 [37-60] | 0,570 |
| **p** | | 0,348 | 0,051 | |
| Psikolojik Faktörler | Yalnız | 27,50±10,60<br>27,50 [20-35] | 23,80±1,64<br>23 [22-26] | 0,708 |
| | Birincil Aile | 32,26±5,92<br>33,50 [18-41] | 30,77±5,01<br>30,50 [20-40] | 0,203 |
| | İkincil Aile | 34,05±6,03<br>33,50 [20-42] | 32,32±5,17<br>33 [22-40] | 0,343 |
| **p** | | 0,266 | **0,004** | |
| **BÖF TOPLAM** | Yalnız | 70±24,04<br>70 [53-87] | 64±7<br>65 [57-73] | 0,784 |
| | Birincil Aile | 80,17±13,34<br>80 [46-99] | 76,77±11,04<br>74 [57-98] | 0,192 |
| | İkincil Aile | 84,40±14,71<br>84 [51-105] | 81,16±10,59<br>82 [62-95] | 0,437 |
| **p** | | 0,283 | **0,009** | |

Çizelge 4.8.'e göre opiyat kullanım bozukluğu tanısı almış ve AMATEM'de implant (Çip) ve dilaltı tedavileri gören bireylerin, beraber yaşadıkları kişiler baz alınarak otonomi puanları tedavi gruplarına göre karşılaştırıldığında; yalnız yaşayan bireylerin otonomi puan ortalaması ve standart sapması implant tedavi grubu için 76±24,04 ve dilaltı grubu için 66,40±29,23'tür. Bu farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunamamıştır (p=0,702). Yönelim ailesi ile yaşayan bireylerde bu ortalamalar sırasıyla 73,17±22,83 ve 74,77±22,31 bulunmuş ve bu ortalamalar arasındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunamamıştır (p=0,738). Yaratıma dönük ailesi ile yaşayanlar için ise ortalamalar implant tedavisi için 75,70±18,39 iken dilaltı tedavisi için 74±20,92 şeklinde bulunmuş ve bu ortalamalar arasındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunamamıştır (p=0,789).

Tedavi gruplarının içinde beraber yaşanılan kişiler bakımından grupların otonomi puanları karşılaştırıldığında; implant tedavisi görenler arasında "yalnız", "yönelim aile" ve "yaratıma dönük aile" gruplarının otonomi puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanamamıştır (p=0,902). Aynı karşılaştırma dilaltı grubu için değerlendirildiğinde ise, farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunamamıştır (p=0,732).

İmplant ve dilaltı tedavileri gören bireyler, beraber yaşadıkları kişiler baz alınarak sosyotropi puanları tedavi gruplarına göre karşılaştırıldığında; yalnız yaşayan bireylerin sosyotropi puan ortalaması ve standart sapması implant tedavi grubu için 58±9,89 ve dilaltı grubu için 66±31,53'tür. Bu farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunamamıştır (p=0,751). Yönelim ailesi ile yaşayan bireylerde bu ortalamalar sırasıyla 61,52±20,87 ve 64,89±21,34 bulunmuş ve bu ortalamalar arasındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunamamıştır (p=0,452). Yaratıma dönük ailesi ile yaşayanlar için ise ortalamalar implant tedavisi için 69,75±20,05 iken dilaltı tedavisi için 63,74±22,59 şeklinde bulunmuş ve bu ortalamalar arasındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunamamıştır (p=0,384).

Tedavi gruplarının içinde beraber yaşanılan kişilere göre grupların sosyotropi puanları karşılaştırıldığında; implant tedavisi görenler arasında "yalnız", "yönelim aile" ve "yaratıma dönük aile" gruplarının sosyotropi puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanamamıştır (p=0,306). Aynı karşılaştırma dilaltı grubu için değerlendirildiğinde ise, farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunamamıştır (p=0,973).

İmplant ve dilaltı tedavileri gören bireyler, beraber yaşadıkları kişiler baz alınarak sosyal ve yasal faktör puanları tedavi gruplarına göre karşılaştırıldığında; yalnız yaşayan bireylerin sosyal ve yasal faktör puan ortalaması ve standart sapması

implant tedavi grubu için 42,50±13,43 ve dilaltı grubu için 40,20±6,14'tür. Bu farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunamamıştır (p=0,749). Yönelim ailesi ile yaşayan bireylerde bu ortalamalar sırasıyla 47,91±7,97 ve 46±7,32 bulunmuş ve bu ortalamalar arasındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunamamıştır (p=0,240). Yaratıma dönük ailesi ile yaşayanlar için ise ortalamalar implant tedavisi için 50,35±9,41 iken dilaltı tedavisi için 48,84±6,71 şeklinde bulunmuş ve bu ortalamalar arasındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunamamıştır (p=0,570).

Tedavi gruplarının içinde beraber yaşanılan kişilere göre grupların sosyal ve yasal faktör puanları karşılaştırıldığında; implant tedavisi görenler arasında "yalnız", "yönelim aile" ve "yaratıma dönük aile" gruplarının sosyal ve yasal faktör puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanamamıştır (p=0,348). Aynı karşılaştırma dilaltı grubu için değerlendirildiğinde ise, farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunamamıştır (p=0,051).

İmplant ve dilaltı tedavileri gören bireyler, beraber yaşadıkları kişiler baz alınarak psikolojik faktör puanları tedavi gruplarına göre karşılaştırıldığında; yalnız yaşayan bireylerin psikolojik faktör puan ortalaması ve standart sapması implant tedavi grubu için 27,50±10,60 ve dilaltı grubu için 23,80±1,64'tür. Bu farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunamamıştır (p=0,708). Yönelim ailesi ile yaşayan bireylerde bu ortalamalar sırasıyla 32,26±5,92 ve 30,77±5,01 bulunmuş ve bu ortalamalar arasındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunamamıştır (p=0,203). Yaratıma dönük ailesi ile yaşayanlar için ise ortalamalar implant tedavisi için 34,05±6,03 iken dilaltı tedavisi için 32,32±5,17 şeklinde bulunmuş ve bu ortalamalar arasındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunamamıştır (p=0,343).

Tedavi gruplarının içinde beraber yaşanılan kişi gruplarının psikolojik faktör puanları karşılaştırıldığında; implant tedavisi görenler arasında "yalnız", "yönelim aile" ve "yaratıma dönük aile" gruplarının psikolojik faktör puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanamamıştır (p=0,266). Aynı karşılaştırma dilaltı grubu için değerlendirildiğinde ise, farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (p=0,004).

İmplant ve dilaltı tedavileri gören bireyler, beraber yaşadıkları kişiler baz alınarak BÖF toplam puanları tedavi gruplarına göre karşılaştırıldığında; yalnız yaşayan bireylerin BÖF toplam puan ortalaması ve standart sapması implant tedavi grubu için 70±24,04 ve dilaltı grubu için 64±7'dir. Bu farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunamamıştır (p=0,784). Yönelim ailesi ile yaşayan bireylerde bu ortalamalar sırasıyla 80,17±13,34 ve 76,77±11,04 bulunmuş ve bu ortalamalar arasındaki farklılık

istatistiksel olarak anlamlı bulunamamıştır (p=0,192). Yaratıma dönük ailesi ile yaşayanlar için ise ortalamalar implant tedavisi için 84,40±14,71 iken dilaltı tedavisi için 81,16±10,59 şeklinde bulunmuş ve bu ortalamalar arasındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunamamıştır (p=0,437).

Tedavi gruplarının içinde beraber yaşanılan kişilere göre grupların BÖF toplam puanları karşılaştırıldığında; implant tedavisi görenler arasında "yalnız", "yönelim aile" ve "yaratıma dönük aile" gruplarının psikolojik faktör puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanamamıştır (p=0,283). Aynı karşılaştırma dilaltı grubu için değerlendirildiğinde ise, farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (p=0,009).

Çizelge 4.9. Opiyat kullanım bozukluğu tanısı almış ve implant ya da dilaltı tedavisi görmekte olan bireylere ait BÖF ve SOSÖTÖ alt ölçek ve toplam puan ortalamalarının birlikte yaşanılan kişi sayılarına göre karşılaştırılması

| | **Birlikte yaşanılan kişi sayısı** | **Çip tedavisi (n=68)** | **Dilaltı tedavisi (n=68)** | **p** |
|---|---|---|---|---|
| | | **X̄±S.D. Median [Min-Max]** | **X̄±S.D. Median[Min- Max]** | |
| Otonomi | 1-3 kişi | 79,42±19,89<br>79 [36-116] | 74,15±22,83<br>76 [26-110] | 0,366 |
| | 4 ve üzeri | 71,05±21,76<br>74,50 [22-120] | 73,74±21,89<br>75 [32-118] | 0,591 |
| | **p** | 0,123 | 0,940 | |
| Sosyotropi | 1-3 kişi | 62,25±16,81<br>66 [22-100] | 65,71±21,70<br>67,50 [22-105] | 0,932 |
| | 4 ve üzeri | 63,07±22,50<br>66,50 [22-113] | 63,59±22,81<br>57,50 [22-112] | 0,920 |
| | **p** | 0,679 | 0,696 | |
| Sosyal ve Yasal Faktörler | 1-3 kişi | 49,08±9,28<br>49,50 [28-64] | 46,56±7,78<br>47 [34-61] | 0,266 |
| | 4 ve üzeri | 48,14±8,19<br>48 [31-63] | 46,18±6,90<br>46,50 [30-58] | 0,266 |
| | **p** | 0,665 | 0,831 | |
| Psikolojik Faktörler | 1-3 kişi | 33 ±5,80<br>33,50 [18-41] | 30±5,90<br>28,50 [20-40] | **0,043** |
| | 4 ve üzeri | 32,45±6,29<br>33,50 [19-42] | 31,38±4,53<br>31 [21-40] | 0,267 |
| | **p** | 0,772 | 0,283 | |
| **BÖF TOPLAM** | 1-3 kişi | 82,08±14,70<br>83,50 [46-103] | 76,56±12,29<br>76 [57-98] | 0,126 |
| | 4 ve üzeri | 80,59±13,81<br>81 [51-105] | 77,56±10,49<br>75,50 [60-94] | 0,291 |
| | **p** | 0,679 | 0,719 | |

Çizelge 4.9.'a göre opiyat kullanım bozukluğu tanısı almış ve AMATEM'de implant (Çip) ve dilaltı tedavileri gören bireyler, birlikte yaşanılan kişi sayısı temel alınarak oluşturulan gruplar içinde otonomi puanları tedavi gruplarına göre karşılaştırıldığında; 1-3 kişi grubunda otonomi puan ortalaması ve standart sapması implant tedavi grubu için 79,42±19,89 ve dilaltı grubu için 74,15±22,83'tür. Bu farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunamamıştır (p=0,366). 4 ve üzeri kişi grubunda bu ortalamalar sırasıyla 71,05±21,76 ve 73,74±21,89 bulunmuş ve bu ortalamalar arasındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunamamıştır (p=0,591).

Tedavi gruplarının içinde birlikte yaşanılan kişi sayısına göre grupların otonomi puanları karşılaştırıldığında; implant tedavisi görenler arasında 1-3 kişi ve 4 ve üzeri kişi gruplarının otonomi puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanamamıştır (p=0,123). Aynı karşılaştırma dilaltı grubu için değerlendirildiğinde ise, farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunamamıştır (p=0,940).

İmplant ve dilaltı tedavileri gören bireyler, birlikte yaşanılan kişi sayısı temel alınarak oluşturulan gruplar içinde sosyotropi puanları tedavi gruplarına göre karşılaştırıldığında; 1-3 kişi grubunda sosyotropi puan ortalaması ve standart sapması implant tedavi grubu için 62,25±16,81 ve dilaltı grubu için 65,71±21,70'tir. Bu farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunamamıştır (p=0,932). 4 ve üzeri kişi grubunda bu ortalamalar sırasıyla 63,07±22,50 ve 63,59±22,81 bulunmuş ve bu ortalamalar arasındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunamamıştır (p=0,920).

Tedavi gruplarının içinde birlikte yaşanılan kişi sayısı gruplarının sosyotropi puanları karşılaştırıldığında; implant tedavisi görenler arasında 1-3 kişi ve 4 ve üzeri kişi gruplarının sosyotropi puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanamamıştır (p=0,679). Aynı karşılaştırma dilaltı grubu için değerlendirildiğinde ise, farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunamamıştır (p=0,696).

İmplant ve dilaltı tedavileri gören bireyler, birlikte yaşanılan kişi sayısı temel alınarak oluşturulan gruplar içinde sosyal ve yasal faktör puanları tedavi gruplarına göre karşılaştırıldığında; 1-3 kişi grubunda sosyal ve yasal faktör puan ortalaması ve standart sapması implant tedavi grubu için 49,08±9,28 ve dilaltı grubu için 46,56±7,78'dir. Bu farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunamamıştır (p=0,266). 4 ve üzeri kişi grubunda bu ortalamalar sırasıyla 48,14±8,19 ve 46,18±6,90 bulunmuş ve bu ortalamalar arasındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunamamıştır (p=0,266).

Tedavi gruplarının içinde birlikte yaşanılan kişi sayısı gruplarının sosyal ve yasal faktör puanları karşılaştırıldığında; implant tedavisi görenler arasında 1-3 kişi ve 4 ve üzeri kişi gruplarının sosyal ve yasal faktör puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanamamıştır (p=0,665). Aynı karşılaştırma dilaltı grubu için değerlendirildiğinde ise, farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunamamıştır (p=0,831).

İmplant ve dilaltı tedavileri gören bireyler, birlikte yaşanılan kişi sayısı temel alınarak oluşturulan gruplar içinde psikolojik faktör puanları tedavi gruplarına göre karşılaştırıldığında; 1-3 kişi grubunda psikolojik faktör puan ortalaması ve standart sapması implant tedavi grubu için 33±5,80 ve dilaltı grubu için 30±5,90'dır. Bu farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (p=0,043). 4 ve üzeri kişi grubunda bu ortalamalar sırasıyla 32,45±6,29 ve 31,38±4,53 bulunmuş ve bu ortalamalar arasındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunamamıştır (p=0,267).

Tedavi gruplarının içinde birlikte yaşanılan kişi sayısı gruplarının psikolojik faktör puanları karşılaştırıldığında; implant tedavisi görenler arasında 1-3 kişi ve 4 ve üzeri kişi gruplarının psikolojik faktör puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanamamıştır (p=0,772). Aynı karşılaştırma dilaltı grubu için değerlendirildiğinde ise, farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunamamıştır (p=0,283).

İmplant ve dilaltı tedavileri gören bireyler, birlikte yaşanılan kişi sayısı temel alınarak oluşturulan gruplar içinde BÖF toplam puanları tedavi gruplarına göre karşılaştırıldığında; 1-3 kişi grubunda BÖF toplam puan ortalaması ve standart sapması implant tedavi grubu için 82,08±14,70 ve dilaltı grubu için 76,56±12,29'dur. Bu farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunamamıştır (p=0,126). 4 ve üzeri kişi grubunda bu ortalamalar sırasıyla 80,59±13,81 ve 77,56±10,49 bulunmuş ve bu ortalamalar arasındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunamamıştır (p=0,291).

Tedavi gruplarının içinde birlikte yaşanılan kişi sayısına göre grupların BÖF toplam puanları karşılaştırıldığında; implant tedavisi görenler arasında 1-3 kişi ve 4 ve üzeri kişi gruplarının BÖF toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanamamıştır (p=0,679). Aynı karşılaştırma dilaltı grubu için değerlendirildiğinde ise, farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunamamıştır (p=0,719).

Çizelge 4.10. Opiyat kullanım bozukluğu tanısı almış ve implant ya da dilaltı tedavisi görmekte olan bireylere ait BÖF ve SOSÖTÖ alt ölçek ve toplam puan ortalamalarının eğitim düzeylerine göre karşılaştırılması

| | **Eğitim Düzeyi** | **Çip tedavisi (n=68)** | **Dilaltı tedavisi (n=68)** | **p** |
|---|---|---|---|---|
| | | **X̄±S.D.<br>Median [Min-Max]** | **X̄±S.D.<br>Median [Min- Max]** | |
| Otonomi | İlkokul | 77,80±21,73<br>77 [51-120] | 70,33±25,33<br>61 [40-118] | 0,452 |
| | Ortaokul | 70,41 ±20,12<br>77 [25-96] | 76,81±17,10<br>77,50 [46-106] | 0,240 |
| | Lise | 75,85±22,77<br>78 [22-116] | 73,66±25,03<br>75 [30-110] | 0,733 |
| | Üniversite | 67±19,76<br>67 [48-86] | 65,50±28,29<br>73 [26-90] | 0,934 |
| **p**** | | 0,640 | 0,748 | |
| Sosyotropi | İlkokul | 71,47±18,75<br>69 [50-113] | 69,44±25,85<br>72 [24-112] | 0,826 |
| | Ortaokul | 56,95±22,14<br>57,50 [22-100] | 68,42±20,46<br>62 [22-106] | 0,069 |
| | Lise | 66±19,33<br>71 [22-95] | 59,83±21,48<br>56 [24-105] | 0,265 |
| | Üniversite | 58,50±20,46<br>54,50 [40-85] | 64,25±30,51<br>73 [22-89] | 0,765 |
| **p** | | 0,165 | 0,473 | |
| Sosyal ve Yasal Faktörler | İlkokul | 46,40±8,45<br>48 [31-62] | 51,44±4,30<br>51 [46-58] | 0,112 |
| | Ortaokul | 49,86 ±8,73<br>48,50 [35-64] | 46,27±6,72<br>45,50 [36-60] | 0,114 |
| | Lise | 48,15±8,83<br>49 [28-62] | 45,62±8,16<br>47 [30-61] | 0,271 |
| | Üniversite | 50,75±6,39<br>50,50 [44-58] | 41±4,83<br>42,50 [34-45] | **0,041** |
| **p** | | 0,626 | 0,075 | |
| Psikolojik Faktörler | İlkokul | 30,33±6,36<br>29 [20-41] | 31,11±4,93<br>28 [25-40] | 0,757 |
| | Ortaokul | 33,86±5,16<br>34 [20-42] | 30,88±5,37<br>31 [21-38] | 0,058 |
| | Lise | 32,52±6,77<br>34 [18-41] | 30,83±4,96<br>31 [20-39] | 0,289 |
| | Üniversite | 35,50±2,38<br>35,50 [33-38] | 27,50±8,34<br>23,50 [23-40] | 0,115 |
| **p** | | 0,272 | 0,674 | |
| **BÖF TOPLAM** | İlkokul | 76,73±14,65<br>77 [51-103] | 82,56±8,67<br>79 [73-94] | 0,293 |
| | Ortaokul | 83,73±13,24<br>84 [60-105] | 77,15±11,41<br>75 [59-95] | 0,071 |
| | Lise | 80,67±14,87<br>85 [46-102] | 76,45±11,77<br>74 [57-98] | 0,243 |
| | Üniversite | 86,25±8,50<br>86 [78-95] | 68,50±10,27<br>67,50 [57-82] | **0,037** |
| **p** | | 0,434 | 0,237 | |

Çizelge 4.10.'a göre opiyat kullanım bozukluğu tanısı almış ve AMATEM'de implant (Çip) ve dilaltı tedavileri gören bireyler, eğitim düzeyleri baz alınarak otonomi puanları tedavi gruplarına göre karşılaştırıldığında; ilkokul mezunu bireylerin otonomi puan ortalaması ve standart sapması implant tedavi grubu için 77,80±21,73 ve dilaltı grubu için 70,33±25,33'tür. Bu farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunamamıştır (p=0,452). Ortaokul mezunu bireylerde bu ortalamalar sırasıyla 70,41±20,12 ve 76,81±17,10 bulunmuş ve bu ortalamalar arasındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunamamıştır (p=0,240). Lise mezunu olanlar için ise ortalamalar implant tedavisi için 75,85±22,77 iken dilaltı tedavisi için 73,66±25,03 şeklinde bulunmuş ve bu ortalamalar arasındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunamamıştır (p=0,733). Üniversite grubu için de ortalamalar implant tedavisi için 67±19,76 iken dilaltı tedavisi için 65,50±28,29 şeklinde bulunmuş ve bu ortalamalar arasındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunamamıştır (p=0,934).

Tedavi gruplarının içinde eğitim düzeyi gruplarının otonomi puanları karşılaştırıldığında; implant tedavisi görenler arasında "ilkokul", "ortaokul", "lise" ve "üniversite" gruplarının otonomi puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanamamıştır (p=0,640). Aynı karşılaştırma dilaltı grubu için değerlendirildiğinde ise, farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunamamıştır (p=0,748).

İmplant ve dilaltı tedavileri gören bireyler, eğitim düzeyleri baz alınarak sosyotropi puanları tedavi gruplarına göre karşılaştırıldığında; ilkokul mezunu bireylerin sosyotropi puan ortalaması ve standart sapması implant tedavi grubu için 71,47±18,75 ve dilaltı grubu için 69,44±25,85'tir. Bu farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunamamıştır (p=0,826). Ortaokul mezunu bireylerde bu ortalamalar sırasıyla 56,95±22,14 ve 68,42±20,46 bulunmuş ve bu ortalamalar arasındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunamamıştır (p=0,069). Lise mezunu olanlar için ise ortalamalar implant tedavisi için 66±19,33 iken dilaltı tedavisi için 59,83±21,48 şeklinde bulunmuş ve bu ortalamalar arasındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunamamıştır (p=0,265). Üniversite grubu için de ortalamalar implant tedavisi için 58,50±20,46 iken dilaltı tedavisi için 64,25±30,51 şeklinde bulunmuş ve bu ortalamalar arasındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunamamıştır (p=0,765).

Tedavi gruplarının içinde eğitim düzeyine göre grupların sosyotropi puanları karşılaştırıldığında; implant tedavisi görenler arasında "ilkokul", "ortaokul", "lise" ve

“üniversite” gruplarının sosyotropi puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanamamıştır (p=0,165). Aynı karşılaştırma dilaltı grubu için değerlendirildiğinde ise, farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunamamıştır (p=0,473).

İmplant ve dilaltı tedavileri gören bireyler, eğitim düzeyleri baz alınarak sosyal ve yasal faktör puanları tedavi gruplarına göre karşılaştırıldığında; ilkokul mezunu bireylerin sosyal ve yasal faktör puan ortalaması ve standart sapması implant tedavi grubu için 46,40±8,45 ve dilaltı grubu için 51,44±4,30’dur. Bu farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunamamıştır (p=0,112). Ortaokul mezunu bireylerde bu ortalamalar sırasıyla 49,86±8,73 ve 46,27±6,72 bulunmuş ve bu ortalamalar arasındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunamamıştır (p=0,114). Lise mezunu olanlar için ise ortalamalar implant tedavisi için 48,15±8,83 iken dilaltı tedavisi için 45,62±8,16 şeklinde bulunmuş ve bu ortalamalar arasındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunamamıştır (p=0,271). Üniversite grubu için de ortalamalar implant tedavisi için 50,75±6,39 iken dilaltı tedavisi için 41±4,83 şeklinde bulunmuş ve bu ortalamalar arasındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (p=0,041).

Tedavi gruplarının içinde eğitim düzeyine göre grupların sosyal ve yasal faktör puanları karşılaştırıldığında; implant tedavisi görenler arasında “ilkokul”, “ortaokul”, “lise” ve “üniversite” gruplarının sosyal ve yasal faktör puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanamamıştır (p=0,626). Aynı karşılaştırma dilaltı grubu için değerlendirildiğinde ise, farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunamamıştır (p=0,075).

İmplant ve dilaltı tedavileri gören bireyler, eğitim düzeyleri baz alınarak psikolojik faktör puanları tedavi gruplarına göre karşılaştırıldığında; ilkokul mezunu bireylerin psikolojik faktör puan ortalaması ve standart sapması implant tedavi grubu için 30,33±6,36 ve dilaltı grubu için 31,11±4,93’tür. Bu farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunamamıştır (p=0,757). Ortaokul mezunu bireylerde bu ortalamalar sırasıyla 33,86±5,16 ve 30,88±5,37 bulunmuş ve bu ortalamalar arasındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunamamıştır (p=0,058). Lise mezunu olanlar için ise ortalamalar implant tedavisi için 32,52±6,77 iken dilaltı tedavisi için 30,83±4,96 şeklinde bulunmuş ve bu ortalamalar arasındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunamamıştır (p=0,289). Üniversite grubu için de ortalamalar implant tedavisi için 35,50±2,38 iken

dilaltı tedavisi için 27,50±8,34 şeklinde bulunmuş ve bu ortalamalar arasındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunamamıştır (p=0,115).

Tedavi gruplarının içinde eğitim düzeyine gör grupların psikolojik faktör puanları karşılaştırıldığında; implant tedavisi görenler arasında "ilkokul", "ortaokul", "lise" ve "üniversite" gruplarının psikolojik faktör puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanamamıştır (p=0,272). Aynı karşılaştırma dilaltı grubu için değerlendirildiğinde ise, farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunamamıştır (p=0,674).

İmplant ve dilaltı tedavileri gören bireyler, eğitim düzeyleri baz alınarak BÖF toplam puanları tedavi gruplarına göre karşılaştırıldığında; ilkokul mezunu bireylerin BÖF toplam puan ortalaması ve standart sapması implant tedavi grubu için 76,73±14,65 ve dilaltı grubu için 82,56±8,67'dir. Bu farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunamamıştır (p=0,293). Ortaokul mezunu bireylerde bu ortalamalar sırasıyla 83,73±13,24 ve 77,15±11,41 bulunmuş ve bu ortalamalar arasındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunamamıştır (p=0,071). Lise mezunu olanlar için ise ortalamalar implant tedavisi için 80,67±14,87 iken dilaltı tedavisi için 76,45±11,77 şeklinde bulunmuş ve bu ortalamalar arasındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunamamıştır (p=0,243). Üniversite grubu için de ortalamalar implant tedavisi için 86,25±8,50 iken dilaltı tedavisi için 68,50±10,27 şeklinde bulunmuş ve bu ortalamalar arasındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (p=0,037).

Tedavi gruplarının içinde eğitim düzeyi gruplarının BÖF toplam puanları karşılaştırıldığında; implant tedavisi görenler arasında "ilkokul", "ortaokul", "lise" ve "üniversite" gruplarının BÖF toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanamamıştır (p=0,434). Aynı karşılaştırma dilaltı grubu için değerlendirildiğinde, farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunamamıştır (p=0,237).

Çizelge 4.11. Opiyat kullanım bozukluğu tanısı almış ve implant ya da dilaltı tedavisi görmekte olan bireylere ait BÖF ve SOSÖTÖ alt ölçek ve toplam puan ortalamalarının annenin hayatta olma durumuna göre karşılaştırılması

| | **Anne hayatta mı?** | **Çip tedavisi (n=68)** | **Dilaltı tedavisi (n=68)** | **p** |
|---|---|---|---|---|
| | | **$\bar{X}$±S.D. Median [Min-Max]** | **$\bar{X}$±S.D. Median[Min- Max]** | |
| Otonomi | Evet | 74,50±20,56<br>77,50 [25-120] | 73,74±21,96<br>75 [26-110] | 0,840 |
| | Hayır | 57,50±50,20<br>57,50 [22-93] | 76±26,69<br>74,50 [40-118] | 0,503 |
| | **p** | 0,716 | 0,814 | |
| Sosyotropi | Evet | 64,38±20,37<br>67,50 [22-113] | 46±26,87<br>46 [27-65] | 0,884 |
| | Hayır | 63,84±21,35<br>61,50 [22-106] | 73±30,01<br>79 [27-112] | 0,305 |
| | **p** | 0,216 | 0,336 | |
| Sosyal ve Yasal Faktörler | Evet | 48,62±8,49<br>48 [28-64] | 46,24±7,24<br>47 [30-61] | 0,092 |
| | Hayır | 43,50±12,02<br>43,50 [35-52] | 47,67±8,54<br>46 [39-58] | 0,600 |
| | **p** | 0,407 | 0,652 | |
| Psikolojik Faktörler | Evet | 32,81±5,93<br>33,50 [18-42] | 30,71±5,09<br>30,50 [20-40] | **0,033** |
| | Hayır | 27±11,31<br>27 [19-35] | 30,50±7,42<br>30,50 [22-40] | 0,620 |
| | **p** | 0,772 | 0,283 | |
| **BÖF TOPLAM** | Evet | 81,44±13,83<br>81 [46-105] | 76,95±11,24<br>77,50 [57-98] | **0,047** |
| | Hayır | 70,50±23,33<br>70,50 [54-87] | 78,17±13,46<br>78 [62-93] | 0,568 |
| | **p** | 0,281 | 0,804 | |

Çizelge 4.11.'e göre opiyat kullanım bozukluğu tanısı almış ve AMATEM'de implant (Çip) ve dilaltı tedavileri gören bireyler, annenin sağ olup olmadığı temel alınarak oluşturulan gruplar içinde otonomi puanları tedavi gruplarına göre karşılaştırıldığında; annesi sağ olanlar grubunda otonomi puan ortalaması ve standart sapması implant tedavi grubu için 74,50±20,56 ve dilaltı grubu için 73,74±21,96'dır. Bu farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunamamıştır (p=0,840). Sağ olmayanlar grubunda bu ortalamalar sırasıyla 57,50±50,20 ve 76±26,69 bulunmuş ve bu ortalamalar arasındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunamamıştır (p=0,503).

Tedavi gruplarının içinde "Anne hayatta mı?" sorusuna verilen yanıtlarla oluşturulan grupların otonomi puanları karşılaştırıldığında; implant tedavisi görenler

arasında “evet” ve “hayır” cevabı veren grupların otonomi puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanamamıştır (p=0,716). Aynı karşılaştırma dilaltı grubu için değerlendirildiğinde ise, farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunamamıştır (p=0,814).

İmplant ve dilaltı tedavileri gören bireyler, annenin sağ olup olmadığı temel alınarak oluşturulan gruplar içinde sosyotropi puanları tedavi gruplarına göre karşılaştırıldığında; annesi sağ olanlar grubunda sosyotropi puan ortalaması ve standart sapması implant tedavi grubu için 64,38±20,37 ve dilaltı grubu için 46±26,87’dir. Bu farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunamamıştır (p=0,884). Sağ olmayanlar grubunda bu ortalamalar sırasıyla 63,84±21,35 ve 73±30,01 bulunmuş ve bu ortalamalar arasındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunamamıştır (p=0,305).

Tedavi gruplarının içinde “Anne hayatta mı?” sorusuna verilen yanıtlarla oluşturulan grupların sosyotropi puanları karşılaştırıldığında; implant tedavisi görenler arasında “evet” ve “hayır” cevabı veren grupların sosyotropi puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanamamıştır (p=0,216). Aynı karşılaştırma dilaltı grubu için değerlendirildiğinde ise, farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunamamıştır (p=0,336).

İmplant ve dilaltı tedavileri gören bireyler, annenin sağ olup olmadığı temel alınarak oluşturulan gruplar içinde sosyal ve yasal faktör puanları tedavi gruplarına göre karşılaştırıldığında; annesi sağ olanlar grubunda sosyal ve yasal faktör puan ortalaması ve standart sapması implant tedavi grubu için 48,62±8,49 ve dilaltı grubu için 46,24±7,24’tür. Bu farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunamamıştır (p=0,092). Sağ olmayanlar grubunda bu ortalamalar sırasıyla 43,50±12,02 ve 47,67±8,54 bulunmuş ve bu ortalamalar arasındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunamamıştır (p=0,600).

Tedavi gruplarının içinde “Anne hayatta mı?” sorusuna verilen yanıtlarla oluşturulan grupların sosyal ve yasal faktör puanları karşılaştırıldığında; implant tedavisi görenler arasında “evet” ve “hayır” cevabı veren grupların sosyal ve yasal faktör puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanamamıştır (p=0,407). Aynı karşılaştırma dilaltı grubu için değerlendirildiğinde ise, farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunamamıştır (p=0,652).

İmplant ve dilaltı tedavileri gören bireyler, annelerinin sağ olup olmadığı temel alınarak oluşturulan gruplar içinde psikolojik faktör puanları tedavi gruplarına göre

karşılaştırıldığında; annesi sağ olanlar grubunda psikolojik faktör puan ortalaması ve standart sapması implant tedavi grubu için 32,81±5,93 ve dilaltı grubu için 30,71±5,09'dur. Bu farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (p=0,033). Sağ olmayanlar grubunda bu ortalamalar sırasıyla 27±11,31 ve 30,50±7,42 bulunmuş ve bu ortalamalar arasındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunamamıştır (p=0,620).

Tedavi gruplarının içinde "Anne hayatta mı?" sorusuna verilen yanıtlarla oluşturulan grupların psikolojik faktör puanları karşılaştırıldığında; implant tedavisi görenler arasında "evet" ve "hayır" cevabı veren grupların psikolojik faktör puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanamamıştır (p=0,772). Aynı karşılaştırma dilaltı grubu için değerlendirildiğinde ise, farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunamamıştır (p=0,283).

İmplant ve dilaltı tedavileri gören bireyler, annenin sağ olup olmadığı temel alınarak oluşturulan gruplar içinde BÖF toplam puanları tedavi gruplarına göre karşılaştırıldığında; annesi sağ olanlar grubunda BÖF toplam puan ortalaması ve standart sapması implant tedavi grubu için 81,44±13,83 ve dilaltı grubu için 76,95±11,24'tür. Bu farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (p=0,047). Sağ olmayanlar grubunda bu ortalamalar sırasıyla 70,50±23,33 ve 78,17±13,46 bulunmuş ve bu ortalamalar arasındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunamamıştır (p=0,568).

Tedavi gruplarının içinde "Anne hayatta mı?" sorusuna verilen yanıtlarla oluşturulan grupların BÖF toplam puanları karşılaştırıldığında; implant tedavisi görenler arasında "evet" ve "hayır" cevabı veren grupların BÖF toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanamamıştır (p=0,281). Aynı karşılaştırma dilaltı grubu için değerlendirildiğinde ise, farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunamamıştır (p=0,804).

Çizelge 4.12. Opiyat kullanım bozukluğu tanısı almış ve implant ya da dilaltı tedavisi görmekte olan bireylere ait BÖF ve SOSÖTÖ alt ölçek ve toplam puan ortalamalarının babanın hayatta olma durumuna göre karşılaştırılması

| | Baba hayatta mı? | Çip tedavisi (n=68) | Dilaltı tedavisi (n=68) | p |
|---|---|---|---|---|
| | | $\bar{X}$±S.D.<br>Median [Min-Max] | $\bar{X}$±S.D.<br>Median[Min- Max] | |
| Otonomi | Evet | 74,95±21,02<br>78 [25-120] | 73,74±21,96<br>75 [26-110] | 0,665 |
| | Hayır | 73,17±21,93<br>73 [30-118] | 76,93±23,79<br>81 [26-106] | 0,436 |
| **p** | | 0,434 | 0,576 | |
| Sosyotropi | Evet | 64,04±21,13<br>66,50 [22-113] | 62,92±18,54<br>66 [27-85] | 0,982 |
| | Hayır | 63,94±21,96<br>60,50 [22-112] | 67,36±23,34<br>74 [22-101] | 0,601 |
| **p** | | 0,886 | 0,611 | |
| Sosyal ve Yasal Faktörler | Evet | 48,41±8,80<br>48 [28-64] | 47,09±7,56<br>47,50 [30-61] | 0,402 |
| | Hayır | 48,75±7,49<br>48,50 [35-62] | 43,57±5,58<br>44,50 [34-51] | 0,055 |
| **p** | | 0,902 | 0,109 | |
| Psikolojik Faktörler | Evet | 32,91±6,25<br>34 [18-42] | 30,91±4,87<br>31 [21-40] | **0,029** |
| | Hayır | 31,42±5,33<br>32 [19-40] | 29,86±6,72<br>28,50 [20-40] | 0,503 |
| **p** | | 0,445 | 0,510 | |
| **BÖF TOPLAM** | Evet | 81,32±14,42<br>82 [46-105] | 78±11,40<br>78 [57-98] | 0,184 |
| | Hayır | 80,17±12,65<br>80 [54-102] | 73,43±10,75<br>74 [57-89] | 0,155 |
| **p** | | 0,798 | 0,181 | |

Çizelge 4.12.'ye göre opiyat kullanım bozukluğu tanısı almış ve AMATEM'de implant (Çip) ve dilaltı tedavileri gören bireylerin, babalarının sağ olup olmadığı temel alınarak oluşturulan gruplar içinde otonomi puanları tedavi gruplarına göre karşılaştırıldığında; babası sağ olanlar grubunda otonomi puan ortalaması ve standart sapması implant tedavi grubu için 74,95±21,02 ve dilaltı grubu için 73,74±21,96'dır. Bu farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunamamıştır (p=0,665). Sağ olmayanlar grubunda bu ortalamalar sırasıyla 73,17±21,93 ve 76,93±23,79 bulunmuş ve bu ortalamalar arasındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunamamıştır (p=0,436).

Tedavi gruplarının içinde "Baba hayatta mı?" sorusuna verilen yanıtlarla oluşturulan grupların otonomi puanları karşılaştırıldığında; implant tedavisi görenler

arasında “evet” ve “hayır” cevabı veren grupların otonomi puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanamamıştır (p=0,434). Aynı karşılaştırma dilaltı grubu için değerlendirildiğinde ise, farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunamamıştır (p=0,576).

İmplant ve dilaltı tedavileri gören bireyler, babanın sağ olup olmadığı temel alınarak oluşturulan gruplar içinde sosyotropi puanları tedavi gruplarına göre karşılaştırıldığında; babası sağ olanlar grubunda sosyotropi puan ortalaması ve standart sapması implant tedavi grubu için 64,04±21,13 ve dilaltı grubu için 62,92±18,54’tür. Bu farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunamamıştır (p=0,982). Sağ olmayanlar grubunda bu ortalamalar sırasıyla 63,94±21,96 ve 67,36±23,34 bulunmuş ve bu ortalamalar arasındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunamamıştır (p=0,601).

Tedavi gruplarının içinde “Baba hayatta mı?” sorusuna verilen yanıtlarla oluşturulan grupların sosyotropi puanları karşılaştırıldığında; implant tedavisi görenler arasında “evet” ve “hayır” cevabı veren grupların sosyotropi puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanamamıştır (p=0,886). Aynı karşılaştırma dilaltı grubu için değerlendirildiğinde ise, farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunamamıştır (p=0,611).

İmplant ve dilaltı tedavileri gören bireyler, babanın sağ olup olmadığı temel alınarak oluşturulan gruplar içinde sosyal ve yasal faktör puanları tedavi gruplarına göre karşılaştırıldığında; babası sağ olanlar grubunda sosyal ve yasal faktör puan ortalaması ve standart sapması implant tedavi grubu için 48,41±8,80 ve dilaltı grubu için 47,09±7,56’dır. Bu farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunamamıştır (p=0,402). Sağ olmayanlar grubunda bu ortalamalar sırasıyla 48,75±7,49 ve 43,57±5,58 bulunmuş ve bu ortalamalar arasındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunamamıştır (p=0,055).

Tedavi gruplarının içinde “Baba hayatta mı?” sorusuna verilen yanıtlarla oluşturulan grupların sosyal ve yasal faktör puanları karşılaştırıldığında; implant tedavisi görenler arasında “evet” ve “hayır” cevabı veren grupların sosyal ve yasal faktör puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanamamıştır (p=0,902). Aynı karşılaştırma dilaltı grubu için değerlendirildiğinde ise, farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunamamıştır (p=0,109).

İmplant ve dilaltı tedavileri gören bireylerin, babalarının sağ olup olmadığı temel alınarak oluşturulan gruplar içinde psikolojik faktör puanları tedavi gruplarına

göre karşılaştırıldığında; babası sağ olanlar grubunda psikolojik faktör puan ortalaması ve standart sapması implant tedavi grubu için 32,91±6,25 ve dilaltı grubu için 30,91±4,87'dir. Bu farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (p=0,029). Sağ olmayanlar grubunda bu ortalamalar sırasıyla 31,42±5,33 ve 29,86±6,72 bulunmuş ve bu ortalamalar arasındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunamamıştır (p=0,503).

Tedavi gruplarının içinde "Baba hayatta mı?" sorusuna verilen yanıtlarla oluşturulan grupların psikolojik faktör puanları karşılaştırıldığında; implant tedavisi görenler arasında "evet" ve "hayır" cevabı veren grupların psikolojik faktör puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanamamıştır (p=0,445). Aynı karşılaştırma dilaltı grubu için değerlendirildiğinde ise, farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunamamıştır (p=0,510).

İmplant ve dilaltı tedavileri gören bireylerin, babalarının sağ olup olmadığı temel alınarak oluşturulan gruplar içinde BÖF toplam puanları tedavi gruplarına göre karşılaştırıldığında; babalarısı sağ olanlar grubunda BÖF toplam puan ortalaması ve standart sapması implant tedavi grubu için 81,32±14,42 ve dilaltı grubu için 78±11,40'tır. Bu farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunamamıştır (p=0,184). Sağ olmayanlar grubunda bu ortalamalar sırasıyla 80,17±12,65 ve 73,43±10,75 bulunmuş ve bu ortalamalar arasındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunamamıştır (p=0,155).

Tedavi gruplarının içinde "Baba hayatta mı?" sorusuna verilen yanıtlarla oluşturulan grupların BÖF toplam puanları karşılaştırıldığında; implant tedavisi görenler arasında "evet" ve "hayır" cevabı veren grupların BÖF toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanamamıştır (p=0,798). Aynı karşılaştırma dilaltı grubu için değerlendirildiğinde ise, farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunamamıştır (p=0,181).

Çizelge 4.13. Opiyat kullanım bozukluğu tanısı almış ve implant ya da dilaltı tedavisi görmekte olan bireylere ait BÖF ve SOSÖTÖ alt ölçek ve toplam puan ortalamalarının annenin babanın medeni durumuna göre karşılaştırılması

| | **Anne-baba medeni durumu** | **Çip tedavisi (n=68)** | **Dilaltı tedavisi (n=68)** | **p** |
|---|---|---|---|---|
| | | **$\bar{X}$±S.D. Median [Min-Max]** | **$\bar{X}$±S.D. Median[Min- Max]** | |
| Otonomi | Evli | 72,44±20,96<br>76 [22-116] | 75,49±21,17<br>77 [30-118] | 0,426 |
| | Boşanmış - Başkasıyla Evli | 98,25±16,46<br>96 [81-120] | 58,50±19,26<br>59,50 [34-81] | **0,020** |
| **p** | | **0,019** | 0,124 | |
| Sosyotropi | Evli | 62,73±20,24<br>65 [22-103] | 62,90±22,04<br>62 [22-112] | 0,410 |
| | Boşanmış - Başkasıyla Evli | 83,75±19,82<br>76,50 [69-113] | 55±14,90<br>57 [38-68] | 0,060 |
| **p** | | 0,058 | 0,336 | |
| Sosyal ve Yasal Faktörler | Evli | 48,22±8,67<br>48 [28-64] | 49,75±5,67<br>48 [45-58] | 0,185 |
| | Boşanmış- Başkasıyla Evli | 46,25±7,54<br>46 [30-61] | 43,75±5,43<br>45,50 [36-48] | 0,178 |
| **p** | | 0,730 | 0,518 | |
| Psikolojik Faktörler | Evli | 32,44±6,18<br>33 [18-42] | 34,25±4,50<br>34 [29-40] | 0,181 |
| | Boşanmış- Başkasıyla Evli | 31,03±5,33<br>31 [20-40] | 29±4,54<br>28 [25-35] | 0,152 |
| **p** | | 0,569 | 0,461 | |
| **BÖF TOPLAM** | Evli | 80,67±14,26<br>80 [46-105] | 77,29±11,76<br>78 [57-98] | 0,158 |
| | Boşanmış- Başkasıyla Evli | 84±9,55<br>80,50 [77-98] | 72,25±8,22<br>73,50 [62-82] | 0,125 |
| **p** | | 0,648 | 0,453 | |

Çizelge 4.13.'e göre opiyat kullanım bozukluğu tanısı almış ve AMATEM'de implant (Çip) ve dilaltı tedavileri gören bireyler, anne-babalarının medeni durumu temel alınarak oluşturulan gruplar içinde otonomi puanları tedavi gruplarına göre karşılaştırıldığında; anne-babası evli olanlar grubunda otonomi puan ortalaması ve standart sapması implant tedavi grubu için 72,44±20,96 ve dilaltı grubu için 75,49±21,17'dir. Bu farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunamamıştır (p=0,426). Anne-babası ayrı olanların oluşturduğu grupta bu ortalamalar sırasıyla 98,25±16,46 ve 58,50±19,26 bulunmuş ve bu ortalamalar arasındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (p=0,020).

Tedavi gruplarının içinde "Anne-baba medeni durumuna" göre oluşturulan grupların otonomi puanları karşılaştırıldığında; implant tedavisi görenler arasında "evli" veya "boşanmış/başkasıyla evli" cevabı veren grupların otonomi puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır (p=0,019). Aynı karşılaştırma dilaltı grubu için değerlendirildiğinde ise, farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunamamıştır (p=0,124).

İmplant ve dilaltı tedavileri gören bireyler, anne-babalarının medeni durumu temel alınarak oluşturulan gruplar içinde sosyotropi puanları tedavi gruplarına göre karşılaştırıldığında; anne-babası evli olanlar grubunda sosyotropi puan ortalaması ve standart sapması implant tedavi grubu için 62,73±20,24 ve dilaltı grubu için 62,90±22,04'tür. Bu farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunamamıştır (p=0,410). Anne-babası ayrı olanların oluşturduğu grupta bu ortalamalar sırasıyla 83,75±19,82 ve 55±14,90 bulunmuş ve bu ortalamalar arasındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunamamıştır (p=0,060).

Tedavi gruplarının içinde "Anne-baba medeni durumuna" göre oluşturulan grupların sosyotropi puanları karşılaştırıldığında; implant tedavisi görenler arasında "evli" veya "boşanmış/başkasıyla evli" cevabı veren grupların sosyotropi puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanamamıştır (p=0,058). Aynı karşılaştırma dilaltı grubu için değerlendirildiğinde ise, farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunamamıştır (p=0,336).

İmplant ve dilaltı tedavileri gören bireyler, anne-babalarının medeni durumu temel alınarak oluşturulan gruplar içinde sosyal ve yasal faktör puanları tedavi gruplarına göre karşılaştırıldığında; anne-babası evli olanlar grubunda sosyal ve yasal faktör puan ortalaması ve standart sapması implant tedavi grubu için 48,22±8,67 ve dilaltı grubu için 49,75±5,67'dir. Bu farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunamamıştır (p=0,185). Anne-babası ayrı olanların oluşturduğu grupta bu ortalamalar sırasıyla 46,25±7,54 ve 43,75±5,43 bulunmuş ve bu ortalamalar arasındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunamamıştır (p=0,178).

Tedavi gruplarının içinde "Anne-baba medeni durumuna" göre oluşturulan grupların sosyal ve yasal faktör puanları karşılaştırıldığında; implant tedavisi görenler arasında "evli" veya "boşanmış/başkasıyla evli" cevabı veren grupların sosyal ve yasal faktör puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanamamıştır

(p=0,730). Aynı karşılaştırma dilaltı grubu için değerlendirildiğinde ise, farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunamamıştır (p=0,518).

İmplant ve dilaltı tedavileri gören bireyler, anne-babalarının medeni durumu temel alınarak oluşturulan gruplar içinde psikolojik faktör puanları tedavi gruplarına göre karşılaştırıldığında; anne-babası evli olanlar grubunda psikolojik faktör puan ortalaması ve standart sapması implant tedavi grubu için 32,44±6,18 ve dilaltı grubu için 34,25±4,50'dir. Bu farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunamamıştır (p=0,181). Anne-babası ayrı olanların oluşturduğu grupta bu ortalamalar sırasıyla 31,03±5,33 ve 29±4,54 bulunmuş ve bu ortalamalar arasındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunamamıştır (p=0,152).

Tedavi gruplarının içinde "Anne-baba medeni durumuna" göre oluşturulan grupların psikolojik faktör puanları karşılaştırıldığında; implant tedavisi görenler arasında "evli" veya "boşanmış/başkasıyla evli" cevabı veren grupların psikolojik faktör puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanamamıştır (p=0,569). Aynı karşılaştırma dilaltı grubu için değerlendirildiğinde ise, farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunamamıştır (p=0,461).

İmplant ve dilaltı tedavileri gören bireyler, anne-babalarının medeni durumu temel alınarak oluşturulan gruplar içinde BÖF toplam puanları tedavi gruplarına göre karşılaştırıldığında; anne-babası evli olanlar grubunda BÖF toplam puan ortalaması ve standart sapması implant tedavi grubu için 80,67±14,26 ve dilaltı grubu için 77,29±11,76'dır. Bu farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunamamıştır (p=0,158). Anne-babası ayrı olanların oluşturduğu grupta bu ortalamalar sırasıyla 84±9,55 ve 72,25±8,22 bulunmuş ve bu ortalamalar arasındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunamamıştır (p=0,125).

Tedavi gruplarının içinde "Anne-baba medeni durumuna" göre oluşturulan grupların BÖF toplam puanları karşılaştırıldığında; implant tedavisi görenler arasında "evli" veya "boşanmış/başkasıyla evli" cevabı veren grupların BÖF toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanamamıştır (p=0,648). Aynı karşılaştırma dilaltı grubu için değerlendirildiğinde ise, farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunamamıştır (p=0,453).

Çizelge 4.14. Opiyat kullanım bozukluğu tanısı almış ve implant ya da dilaltı tedavisi görmekte olan bireylere ait BÖF ve SOSÖTÖ alt ölçek ve toplam puan ortalamalarının çocukluğun geçtiği yere göre karşılaştırılması

| | **Çocukluğun geçtiği yer** | **Çip tedavisi (n=68)** | **Dilaltı tedavisi (n=68)** | **p** |
|---|---|---|---|---|
| | | **X̄±S.D.<br>Median [Min-Max]** | **X̄±S.D.<br>Median [Min- Max]** | |
| Otonomi | Köy | 83,73±21,31<br>78 [57-120] | 66,40±29,23<br>61 [26-105] | 0,558 |
| | Kasaba-İlçe | 72,33±20,12<br>69 [44-116] | 74,77±22,31<br>76,50 [32-110] | 0,625 |
| | Şehir | 72,05±22,58<br>78 [22-108] | 74±20,92<br>74 [30-118] | 0,831 |
| **p** | | 0,260 | 0,872 | |
| Sosyotropi | Köy | 70,73±23,70<br>69 [33-113] | 62,60±29,45<br>80 [24-89] | 0,561 |
| | Kasaba-İlçe | 66,40±17,02<br>72 [25-82] | 74,40±23,27<br>82 [22-106] | 0,291 |
| | Şehir | 61,12±20,81<br>63 [22-100] | 61,81±20,57<br>58,50 [22-112] | 0,874 |
| **p** | | 0,338 | 0,154 | |
| Sosyal ve Yasal Faktörler | Köy | 49,82±6,98<br>52 [38-58] | 47,60±8,56<br>47 [37-58] | 0,591 |
| | Kasaba-İlçe | 48±7,43<br>50 [35-59] | 48,27±6,85<br>47 [39-61] | 0,919 |
| | Şehir | 48,29±9,36<br>48 [28-64] | 45,65±7,35<br>46,50 [30-60] | 0,138 |
| **p** | | 0,848 | 0,451 | |
| Psikolojik Faktörler | Köy | 32,64±5,16<br>34 [24-40] | 33±5,61<br>33 [27-40] | 0,900 |
| | Kasaba-İlçe | 33±3,29<br>33 [27-37] | 30,27±4,99<br>30 [22-40] | 0,088 |
| | Şehir | 32,52±7,09<br>33,50 [18-42] | 30,58±5,37<br>30,50 [20-39] | 0,144 |
| **p** | | 0,968 | 0,590 | |
| **BÖF TOPLAM** | Köy | 82,45±11,67<br>87 [62-98] | 80,69±11,23<br>82 [65-91] | 0,770 |
| | Kasaba-İlçe | 81±10,16<br>83 [64-95] | 78,53±10,65<br>78 [62-94] | 0,522 |
| | Şehir | 80,81±15,91<br>80 [46-105] | 76,23±11,67<br>74 [57-98] | 0,120 |
| **p** | | 0,943 | 0,615 | |

Çizelge 4.14.'e göre opiyat kullanım bozukluğu tanısı almış ve AMATEM'de implant (Çip) ve dilaltı tedavileri gören bireylerin, çocukluklarını geçirdikleri yer baz alınarak otonomi puanları tedavi gruplarına göre karşılaştırıldığında; çocukluğunu köyde geçirmiş bireylerin otonomi puan ortalaması ve standart sapması implant tedavi grubu için 83,73±21,31 ve dilaltı grubu için 66,40±29,23'tür. Bu farklılık istatistiksel

olarak anlamlı bulunamamıştır (p=0,558). Kasaba-ilçede geçirmiş bireylerde bu ortalamalar sırasıyla 72,33±20,12 ve 74,77±22,31 bulunmuş ve bu ortalamalar arasındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunamamıştır (p=0,625). Çocukluğunu şehirde geçirenler için ise ortalamalar implant tedavisi için 72,05±22,58 iken dilaltı tedavisi için 74±20,92 şeklinde bulunmuş ve bu ortalamalar arasındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunamamıştır (p=0,831).

Tedavi gruplarının içinde "çocukluğun geçtiği yer" gruplarının otonomi puanları karşılaştırıldığında; implant tedavisi görenler arasında "köy", "kasaba-ilçe" ve "şehir" gruplarının otonomi puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanamamıştır (p=0,260). Aynı karşılaştırma dilaltı grubu için değerlendirildiğinde ise, farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunamamıştır (p=0,872).

İmplant ve dilaltı tedavileri gören bireylerin, çocukluklarını geçirdikleri yer baz alınarak sosyotropi puanları tedavi gruplarına göre karşılaştırıldığında; çocukluğunu köyde geçirmiş bireylerin sosyotropi puan ortalaması ve standart sapması implant tedavi grubu için 70,73±23,70 ve dilaltı grubu için 62,60±29,45'tir. Bu farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunamamıştır (p=0,561). Kasaba-ilçede geçirmiş bireylerde bu ortalamalar sırasıyla 66,40±17,02 ve 74,40±23,27 bulunmuş ve bu ortalamalar arasındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunamamıştır (p=0,291). Çocukluğunu şehirde geçirenler için ise ortalamalar implant tedavisi için 61,12±20,81 iken dilaltı tedavisi için 61,81±20,57 şeklinde bulunmuş ve bu ortalamalar arasındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunamamıştır (p=0,874).

Tedavi gruplarının içinde "çocukluğun geçtiği yer" bakımında grupların sosyotropi puanları karşılaştırıldığında; implant tedavisi görenler arasında "köy", "kasaba-ilçe" ve "şehir" gruplarının sosyotropi puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanamamıştır (p=0,338). Aynı karşılaştırma dilaltı grubu için değerlendirildiğinde ise, farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunamamıştır (p=0,154).

İmplant ve dilaltı tedavileri gören bireylerin, çocukluklarını geçirdikleri yer baz alınarak sosyal ve yasal faktör puanları tedavi gruplarına göre karşılaştırıldığında; çocukluğunu köyde geçirmiş bireylerin sosyal ve yasal faktör puan ortalaması ve standart sapması implant tedavi grubu için 49,82±6,98 ve dilaltı grubu için 47,60±8,56'dır. Bu farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunamamıştır (p=0,591). Kasaba-ilçede geçirmiş bireylerde bu ortalamalar sırasıyla 48±7,43 ve 48,27±6,85 bulunmuş ve bu ortalamalar arasındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunamamıştır (p=0,919). Çocukluğunu şehirde geçirenler için ise ortalamalar implant

tedavisi için 48,29±9,36 iken dilaltı tedavisi için 45,65±7,35 şeklinde bulunmuş ve bu ortalamalar arasındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunamamıştır (p=0,138).

Tedavi gruplarının içinde "çocukluğun geçtiği yer" gruplarının sosyal ve yasal faktör puanları karşılaştırıldığında; implant tedavisi görenler arasında "köy", "kasaba-ilçe" ve "şehir" gruplarının sosyal ve yasal faktör puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanamamıştır (p=0,848). Aynı karşılaştırma dilaltı grubu için değerlendirildiğinde ise, farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunamamıştır (p=0,451).

İmplant ve dilaltı tedavileri gören bireylerin, çocukluklarını geçirdikleri yer baz alınarak psikolojik faktör puanları tedavi gruplarına göre karşılaştırıldığında; çocukluğunu köyde geçirmiş bireylerin psikolojik faktör puan ortalaması ve standart sapması implant tedavi grubu için 32,64±5,16 ve dilaltı grubu için 33±5,61'dir. Bu farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunamamıştır (p=0,900). Kasaba-ilçede geçirmiş bireylerde bu ortalamalar sırasıyla 33±3,29 ve 30,27±4,99 bulunmuş ve bu ortalamalar arasındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunamamıştır (p=0,088). Çocukluğunu şehirde geçirenler için ise ortalamalar implant tedavisi için 32,52±7,09 iken dilaltı tedavisi için 30,58±5,37 şeklinde bulunmuş ve bu ortalamalar arasındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunamamıştır (p=0,144).

Tedavi gruplarının içinde "çocukluğun geçtiği yer" gruplarının psikolojik faktör puanları karşılaştırıldığında; implant tedavisi görenler arasında "köy", "kasaba-ilçe" ve "şehir" gruplarının psikolojik faktör puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanamamıştır (p=0,968). Aynı karşılaştırma dilaltı grubu için değerlendirildiğinde ise, farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunamamıştır (p=0,590).

İmplant ve dilaltı tedavileri gören bireylerin, çocukluklarını geçirdikleri yer baz alınarak BÖF toplam puanları tedavi gruplarına göre karşılaştırıldığında; çocukluğunu köyde geçirmiş bireylerin BÖF toplam puan ortalaması ve standart sapması implant tedavi grubu için 82,45±11,67 ve dilaltı grubu için 80,69±11,23'tür. Bu farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunamamıştır (p=0,770). Kasaba-ilçede geçirmiş bireylerde bu ortalamalar sırasıyla 81±10,16 ve 78,53±10,65 bulunmuş ve bu ortalamalar arasındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunamamıştır (p=0,522). Çocukluğunu şehirde geçirenler için ise ortalamalar implant tedavisi için 80,81±15,91 iken dilaltı tedavisi için 76,23±11,67 şeklinde bulunmuş ve bu ortalamalar arasındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunamamıştır (p=0,120).

Tedavi gruplarının içinde "çocukluğun geçtiği yer" gruplarının BÖF toplam puanları karşılaştırıldığında; implant tedavisi görenler arasında "köy", "kasaba-ilçe" ve "şehir" gruplarının BÖF toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı

farklılık saptanamamıştır (p=0,943). Aynı karşılaştırma dilaltı grubu için değerlendirildiğinde ise, farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunamamıştır (p=0,615).

Çizelge 4.15. Opiyat kullanım bozukluğu tanısı almış ve implant ya da dilaltı tedavisi görmekte olan bireylere ait BÖF ve SOSÖTÖ alt ölçek ve toplam puan ortalamalarının mesleklere göre karşılaştırılması

| | **Meslek** | **Çip tedavisi (n=68)** | **Dilaltı tedavisi (n=68)** | **p** |
|---|---|---|---|---|
| | | **X̄±S.D.<br>Median [Min-Max]** | **X̄±S.D.<br>Median [Min- Max]** | |
| Otonomi | İşçi | 77,35±22,72<br>80 [22-120] | 72,05±22,26<br>73 [30-105] | 0,434 |
| | Esnaf | 77,31±17,73<br>79 [44-101] | 74,76±24,35<br>80 [34-118] | 0,726 |
| | Diğer | 75,85±22,77<br>78 [22-116] | 74,67±19,81<br>75 [32-106] | 0,820 |
| | Çalışmıyor | 73,14±19,97<br>77 [25-116] | 75,30±23,65<br>72,50 [26-110] | 0,174 |
| **p** | | 0,184 | 0,972 | |
| Sosyotropi | İşçi | 65,57±21,82<br>67 [22-113] | 69,44±25,85<br>72 [24-112] | 0,793 |
| | Esnaf | 63,71±22,78<br>61 [22-112] | 68,42±20,46<br>62 [22-106] | 0,968 |
| | Diğer | 65,05±19,05<br>69 [29-100] | 62,60±16,85<br>62 [30-84] | 0,691 |
| | Çalışmıyor | 58,50±20,46<br>54,50 [40-85] | 64,25±30,51<br>73 [22-89] | 0,435 |
| **p** | | 0,616 | 0,916 | |
| Sosyal ve Yasal Faktörler | İşçi | 49,65±8,88<br>51 [35-63] | 51,44±4,30<br>51 [46-58] | 0,074 |
| | Esnaf | 51,38±7,40<br>52 [36-62] | 46,27±6,72<br>45,50 [36-60] | 0,066 |
| | Diğer | 46,64±8,60<br>47,50 [28-64] | 46,33±6,77<br>47 [34-58] | 0,910 |
| | Çalışmıyor | 43,71±7,84<br>42 [35-58] | 48,70±7,21<br>51,50 [36-55] | 0,196 |
| **p** | | 0,138 | 0,678 | |
| Psikolojik Faktörler | İşçi | 32,74±5,97<br>33 [19-42] | 31,32±4,34<br>31 [22-40] | 0,369 |
| | Esnaf | 35,75±4,55<br>36,50 [28-41] | 30,57±5,79<br>28 [21-39] | **0,006** |
| | Diğer | 30,77±6,84<br>32,50 [18-41] | 29,20±4,73<br>27 [23-38] | 0,446 |
| | Çalışmıyor | 31,14±5,08<br>31 [24-38] | 31,80±6,86<br>34,50 [20-40] | 0,833 |
| **p** | | 0,080 | 0,589 | |
| **BÖF TOPLAM** | İşçi | 82,39±14,40<br>87 [54-105] | 76,55±9,99<br>75 [57-95] | 0,123 |
| | Esnaf | 87,13±11,54<br>88 [64-102] | 77,05±12,70<br>78 [59-98] | **0,018** |
| | Diğer | 77,41±14,76<br>79,50 [46-103] | 75,53±10,40<br>74 [57-91] | 0,674 |
| | Çalışmıyor | 74,86±12,10<br>72 [62-95] | 80,50±13,46<br>83,50 [57-94] | 0,390 |
| **p** | | 0,107 | 0,753 | |

Çizelge 4.15.'e göre opiyat kullanım bozukluğu tanısı almış ve AMATEM'de implant (Çip) ve dilaltı tedavileri gören bireyler meslekleri baz alınarak, otonomi puanları tedavi gruplarına göre karşılaştırıldığında; işçi bireylerin otonomi puan ortalaması ve standart sapması implant tedavi grubu için 77,35±22,72 ve dilaltı grubu için 72,05±22,26'tür. Bu farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunamamıştır (p=0,434). Esnaf bireylerde bu ortalamalar sırasıyla 77,31±17,73 ve 74,76±24,35 bulunmuş ve bu ortalamalar arasındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunamamıştır (p=0,726). Diğer mesleklerde çalışanlar için ise ortalamalar implant tedavisi için 75,85±22,77 iken dilaltı tedavisi için 74,67±19,81 şeklinde bulunmuş ve bu ortalamalar arasındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunamamıştır (p=0,820). Herhangi bir işte çalışmayanlar için de ortalamalar implant tedavisi için 73,14±19,97 iken dilaltı tedavisi için 75,30±23,65 şeklinde bulunmuş ve bu ortalamalar arasındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunamamıştır (p=0,174).

Tedavi gruplarının içinde meslek gruplarının otonomi puanları karşılaştırıldığında; implant tedavisi görenler arasında "işçi", "esnaf", "diğer" ve "çalışmıyor" gruplarının otonomi puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanamamıştır (p=0,184). Aynı karşılaştırma dilaltı grubu için değerlendirildiğinde ise, farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunamamıştır (p=0,972).

İmplant ve dilaltı tedavileri gören bireyler meslekleri baz alınarak, sosyotropi puanları tedavi gruplarına göre karşılaştırıldığında; işçi bireylerin sosyotropi puan ortalaması ve standart sapması implant tedavi grubu için 65,57±21,82 ve dilaltı grubu için 69,44±25,85'tir. Bu farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunamamıştır (p=0,793). Esnaf bireylerde bu ortalamalar sırasıyla 63,71±22,78 ve 68,42±20,46 bulunmuş ve bu ortalamalar arasındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunamamıştır (p=0,968). Diğer mesleklerde çalışanlar için ise ortalamalar implant tedavisi için 65,05±19,05 iken dilaltı tedavisi için 62,60±16,85 şeklinde bulunmuş ve bu ortalamalar arasındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunamamıştır (p=0,691). Herhangi bir işte çalışmayanlar için de ortalamalar implant tedavisi için 58,50±20,46 iken dilaltı tedavisi için 64,25±30,51 şeklinde bulunmuş ve bu ortalamalar arasındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunamamıştır (p=0,435).

Tedavi gruplarının içinde meslek gruplarının sosyotropi puanları karşılaştırıldığında; implant tedavisi görenler arasında "işçi", "esnaf", "diğer" ve

"çalışmıyor" gruplarının sosyotropi puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanamamıştır (p=0,616). Aynı karşılaştırma dilaltı grubu için değerlendirildiğinde ise, farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunamamıştır (p=0,916).

İmplant ve dilaltı tedavileri gören bireyler meslekleri baz alınarak, sosyal ve yasal faktör puanları tedavi gruplarına göre karşılaştırıldığında; işçi bireylerin sosyal ve yasal faktör puan ortalaması ve standart sapması implant tedavi grubu için 49,65±8,88 ve dilaltı grubu için 51,44±4,30'dur. Bu farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunamamıştır (p=0,074). Esnaf bireylerde bu ortalamalar sırasıyla 51,38±7,40 ve 46,27±6,72 bulunmuş ve bu ortalamalar arasındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunamamıştır (p=0,066). Diğer mesleklerde çalışanlar için ise ortalamalar implant tedavisi için 46,64±8,60 iken dilaltı tedavisi için 46,33±6,77 şeklinde bulunmuş ve bu ortalamalar arasındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunamamıştır (p=0,910). Herhangi bir işte çalışmayanlar için de ortalamalar implant tedavisi için 43,71±7,84 iken dilaltı tedavisi için 48,70±7,21 şeklinde bulunmuş ve bu ortalamalar arasındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunamamıştır (p=0,196).

Tedavi gruplarının içinde meslek gruplarının sosyal ve yasal faktör puanları karşılaştırıldığında; implant tedavisi görenler arasında "işçi", "esnaf", "diğer" ve "çalışmıyor" gruplarının sosyal ve yasal faktör puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanamamıştır (p=0,138). Aynı karşılaştırma dilaltı grubu için değerlendirildiğinde ise, farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunamamıştır (p=0,678).

İmplant ve dilaltı tedavileri gören bireyler meslekleri baz alınarak, psikolojik faktör puanları tedavi gruplarına göre karşılaştırıldığında; işçi bireylerin psikolojik faktör puan ortalaması ve standart sapması implant tedavi grubu için 32,74±5,97 ve dilaltı grubu için 31,32±4,34'tür. Bu farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunamamıştır (p=0,369). Esnaf bireylerde bu ortalamalar sırasıyla 35,75±4,55 ve 30,57±5,79 bulunmuş ve bu ortalamalar arasındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (p=0,006). Diğer mesleklerde çalışanlar için ise ortalamalar implant tedavisi için 30,77±6,84 iken dilaltı tedavisi için 29,20±4,73 şeklinde bulunmuş ve bu ortalamalar arasındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunamamıştır (p=0,446). Herhangi bir işte çalışmayanlar için de ortalamalar implant tedavisi için 31,14±5,08 iken dilaltı tedavisi için 31,80±6,86 şeklinde bulunmuş ve bu ortalamalar arasındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunamamıştır (p=0,833).

Tedavi gruplarının içinde meslek gruplarının psikolojik faktör puanları karşılaştırıldığında; implant tedavisi görenler arasında "işçi", "esnaf", "diğer" ve "çalışmıyor" gruplarının psikolojik faktör puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanamamıştır (p=0,080). Aynı karşılaştırma dilaltı grubu için değerlendirildiğinde ise, farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunamamıştır (p=0,589).

İmplant ve dilaltı tedavileri gören bireyler meslekleri baz alınarak, BÖF toplam puanları tedavi gruplarına göre karşılaştırıldığında; işçi bireylerin BÖF toplam puan ortalaması ve standart sapması implant tedavi grubu için 82,39±14,40 ve dilaltı grubu 76,55±9,99'dur. Bu farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunamamıştır (p=0,123). Esnaf bireylerde bu ortalamalar sırasıyla 87,13±11,54 ve 77,05±12,70 bulunmuş ve bu ortalamalar arasındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (p=0,018). Diğer mesleklerde çalışanlar için ise ortalamalar implant tedavisi için 77,41±14,76 iken dilaltı tedavisi için 75,53±10,40 şeklinde bulunmuş ve bu ortalamalar arasındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunamamıştır (p=0,674). Herhangi bir işte çalışmayanlar için de ortalamalar implant tedavisi için 74,86±12,10 iken dilaltı tedavisi için 80,50±13,46 şeklinde bulunmuş ve bu ortalamalar arasındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunamamıştır (p=0,390).

Tedavi gruplarının içinde meslek gruplarının BÖF toplam puanları karşılaştırıldığında; implant tedavisi görenler arasında "işçi", "esnaf", "diğer" ve "çalışmıyor" gruplarının BÖF toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanamamıştır (p=0,107). Aynı karşılaştırma dilaltı grubu için değerlendirildiğinde ise, farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunamamıştır (p=0,753).

Çizelge 4.16. Opiyat kullanım bozukluğu tanısı almış ve implant ya da dilaltı tedavisi görmekte olan bireylere ait BÖF ve SOSÖTÖ alt ölçek ve toplam puan ortalamalarının geçim düzeyi algılarına göre karşılaştırılması

| | **Geçim düzeyi algısı** | **Çip tedavisi (n=68)** | **Dilaltı tedavisi (n=68)** | **p** |
|---|---|---|---|---|
| | | **X̄±S.D.<br>Median [Min-Max]** | **X̄±S.D.<br>Median [Min- Max]** | |
| Otonomi | Yetersiz | 78,14±24,20<br>77 [25-120] | 74,22±17,57<br>73 [40-106] | 0,539 |
| | Normal | 70,45 ±21,92<br>71 [22-116] | 72,54±24,11<br>74 [26-118] | 0,710 |
| | İyi | 75,36 ±15,98<br>79 [48-100] | 75,71±28,53<br>88 [32-101] | 0,974 |
| | Çok iyi | 61,67±18,55<br>60 [44-81] | 84±24,24<br>88 [58-106] | 0,743 |
| **p** | | 0,601 | 0,855 | |
| Sosyotropi | Yetersiz | 70,48±21,92<br>72 [29-113] | 58,83±17,62<br>57 [22-89] | **0,050** |
| | Normal | 59±19,38<br>62 [22-94] | 67,89±25,28<br>62 [22-112] | 0,108 |
| | İyi | 66,27±20,64<br>64 [26-95] | 62,43±20,72<br>67 [30-89] | 0,706 |
| | Çok iyi | 61,67±18,55<br>60 [44-81] | 76,67±3,05<br>76 [74-80] | 0,239 |
| **p** | | 0,243 | 0,354 | |
| Sosyal ve Yasal Faktörler | Yetersiz | 47,52±7,92<br>48 [33-64] | 49±8,02<br>50 [36-61] | 0,543 |
| | Normal | 48,82 ±8,86<br>49 [31-63] | 45,51±6,78<br>45 [30-58] | 0,088 |
| | İyi | 50,18±6,63<br>49 [40-59] | 43,57±6,13<br>46 [32-49] | **0,050** |
| | Çok iyi | 45±17<br>45 [28-62] | 42,67±6,65<br>46 [35-47] | 0,836 |
| **p** | | 0,749 | 0,153 | |
| Psikolojik Faktörler | Yetersiz | 31,29±5,82<br>33 [20-40] | 32,57±5,65<br>35 [20-40] | 0,464 |
| | Normal | 32,55±6,16<br>33 [19-42] | 29,69±4,97<br>30 [21-40] | **0,038** |
| | İyi | 36,09±3,88<br>37 [27-41] | 31,57±4,46<br>31 [27-37] | **0,037** |
| | Çok iyi | 30,67±11,37<br>34 [18-40] | 26±2<br>26 [24-28] | 0,523 |
| **p** | | 0,180 | 0,077 | |
| **BÖF TOPLAM** | Yetersiz | 78,81±13,12<br>80 [53-103] | 81,57±12,59<br>87 [57-98] | 0,481 |
| | Normal | 81,36±14,53<br>82 [51-105] | 75,20±10,33<br>74 [57-93] | **0,050** |
| | İyi | 86,27±9,61<br>86 [67-98] | 75,14±9,51<br>74 [60-86] | **0,029** |
| | Çok iyi | 75,67±28,14<br>79 [46-102] | 68,67±8,38<br>73 [59-74] | 0,701 |
| **p** | | 0,482 | 0,091 | |

Çizelge 4.16.'ya göre opiyat kullanım bozukluğu tanısı almış ve AMATEM'de implant (Çip) ve dilaltı tedavileri gören bireyler geçim düzeyleri baz alınarak, otonomi puanları tedavi gruplarına göre karşılaştırıldığında; geçim düzeyi algısının yetersiz olduğunu düşünen bireylerin otonomi puan ortalaması ve standart sapması implant tedavi grubu için 78,14±24,20 ve dilaltı grubu için 74,22±17,57'dir. Bu farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunamamıştır (p=0,539). Geçim düzeyi algısı normal olan bireylerde bu ortalamalar sırasıyla 70,45 ±21,92 ve 72,54±24,11 bulunmuş ve bu ortalamalar arasındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunamamıştır (p=0,710). Geçim düzeyi algısı iyi olan bireyler için ise ortalamalar implant tedavisi için 75,36 ±15,98 iken dilaltı tedavisi için 75,71±28,53 şeklinde bulunmuş ve bu ortalamalar arasındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunamamıştır (p=0,974). Geçim düzeyi algısının çok iyi olduğunu düşünenler için ise ortalamalar implant tedavisi için 61,67±18,55 iken dilaltı tedavisi için 84±24,24 şeklinde bulunmuş ve bu ortalamalar arasındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunamamıştır (p=0,743).

Tedavi gruplarının içinde geçim düzeyi algısı gruplarının otonomi puanları karşılaştırıldığında; implant tedavisi görenler arasında "yetersiz", "normal", "iyi" ve "çok iyi" gruplarının otonomi puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanamamıştır (p=0,601). Aynı karşılaştırma dilaltı grubu için değerlendirildiğinde ise, farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunamamıştır (p=0,855).

İmplant ve dilaltı tedavileri gören bireyler geçim düzeyleri baz alınarak, sosyotropi puanları tedavi gruplarına göre karşılaştırıldığında; geçim düzeyi algısının yetersiz olduğunu düşünen bireylerin sosyotropi puan ortalaması ve standart sapması implant tedavi grubu için 70,48±21,92 ve dilaltı grubu için 58,83±17,62'dir. Bu farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (p=0,050). Geçim düzeyi algısı normal olan bireylerde bu ortalamalar sırasıyla 59±19,38 ve 67,89±25,28 bulunmuş ve bu ortalamalar arasındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunamamıştır (p=0,108). Geçim düzeyi algısı iyi olan bireyler için ise ortalamalar implant tedavisi için 66,27±20,64 iken dilaltı tedavisi için 62,43±20,72 şeklinde bulunmuş ve bu ortalamalar arasındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunamamıştır (p=0,706). Geçim düzeyi algısının çok iyi olduğunu düşünenler için ise ortalamalar implant tedavisi için 61,67±18,55 iken dilaltı tedavisi için 76,67±3,05 şeklinde bulunmuş ve bu ortalamalar arasındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunamamıştır (p=0,239).

Tedavi gruplarının içinde geçim düzeyi algısı gruplarının sosyotropi puanları karşılaştırıldığında; implant tedavisi görenler arasında "yetersiz", "normal", "iyi" ve "çok iyi" gruplarının sosyotropi puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanamamıştır (p=0,243). Aynı karşılaştırma dilaltı grubu için değerlendirildiğinde ise, farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunamamıştır (p=0,354).

İmplant ve dilaltı tedavileri gören bireyler geçim düzeyleri baz alınarak, sosyal ve yasal faktör puanları tedavi gruplarına göre karşılaştırıldığında; geçim düzeyi algısının yetersiz olduğunu düşünen bireylerin sosyal ve yasal faktör puan ortalaması ve standart sapması implant tedavi grubu için 47,52±7,92 ve dilaltı grubu için 49±8,02'dir. Bu farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunamamıştır (p=0,543). Geçim düzeyi algısı normal olan bireylerde bu ortalamalar sırasıyla 48,82±8,86 ve 45,51±6,78 bulunmuş ve bu ortalamalar arasındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunamamıştır (p=0,088). Geçim düzeyi algısı iyi olan bireyler için ise ortalamalar implant tedavisi için 50,18±6,63 iken dilaltı tedavisi için 43,57±6,13 şeklinde bulunmuş ve bu ortalamalar arasındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (p=0,050). Geçim düzeyi algısının çok iyi olduğunu düşünenler için ise ortalamalar implant tedavisi için 45±17 iken dilaltı tedavisi için 42,67±6,65 şeklinde bulunmuş ve bu ortalamalar arasındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunamamıştır (p=0,836).

Tedavi gruplarının içinde geçim düzeyi algısı gruplarının sosyal ve yasal faktör puanları karşılaştırıldığında; implant tedavisi görenler arasında "yetersiz", "normal", "iyi" ve "çok iyi" gruplarının sosyal ve yasal faktör puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanamamıştır (p=0,749). Aynı karşılaştırma dilaltı grubu için değerlendirildiğinde ise, farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunamamıştır (p=0,153).

İmplant ve dilaltı tedavileri gören bireyler geçim düzeyleri baz alınarak, psikolojik faktör puanları tedavi gruplarına göre karşılaştırıldığında; geçim düzeyi algısının yetersiz olduğunu düşünen bireylerin psikolojik faktör puan ortalaması ve standart sapması implant tedavi grubu için 31,29±5,82 ve dilaltı grubu için 32,57±5,65'tir. Bu farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunamamıştır (p=0,464). Geçim düzeyi algısı normal olan bireylerde bu ortalamalar sırasıyla 32,55±6,16 ve 29,69±4,97 bulunmuş ve bu ortalamalar arasındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (p=0,038). Geçim düzeyi algısı iyi olan bireyler için ise ortalamalar

implant tedavisi için 36,09±3,88 iken dilaltı tedavisi için 31,57±4,46 şeklinde bulunmuş ve bu ortalamalar arasındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (p=0,037). Geçim düzeyi algısının çok iyi olduğunu düşünenler için ise ortalamalar implant tedavisi için 30,67±11,37 iken dilaltı tedavisi için 26±2 şeklinde bulunmuş ve bu ortalamalar arasındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunamamıştır (p=0,523).

Tedavi gruplarının içinde geçim düzeyi algısı gruplarının psikolojik faktör puanları karşılaştırıldığında; implant tedavisi görenler arasında "yetersiz", "normal", "iyi" ve "çok iyi" gruplarının psikolojik faktör puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanamamıştır (p=0,180). Aynı karşılaştırma dilaltı grubu için değerlendirildiğinde ise, farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunamamıştır (p=0,077).

İmplant ve dilaltı tedavileri gören bireyler geçim düzeyleri baz alınarak, BÖF toplam puanları tedavi gruplarına göre karşılaştırıldığında; geçim düzeyi algısının yetersiz olduğunu düşünen bireylerin BÖF toplam puan ortalaması ve standart sapması implant tedavi grubu için 78,81±13,12 ve dilaltı grubu için 81,57±12,59'dur. Bu farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunamamıştır (p=0,481). Geçim düzeyi algısı normal olan bireylerde bu ortalamalar sırasıyla 81,36±14,53 ve 75,20±10,33 bulunmuş ve bu ortalamalar arasındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (p=0,050). Geçim düzeyi algısı iyi olan bireyler için ise ortalamalar implant tedavisi için 86,27±9,61 iken dilaltı tedavisi için 75,14±9,51 şeklinde bulunmuş ve bu ortalamalar arasındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (p=0,029). Geçim düzeyi algısının çok iyi olduğunu düşünenler için ise ortalamalar implant tedavisi için 75,67±28,14 iken dilaltı tedavisi için 68,67±8,38 şeklinde bulunmuş ve bu ortalamalar arasındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunamamıştır (p=0,701).

Tedavi gruplarının içinde geçim düzeyi algısı gruplarının BÖF toplam puanları karşılaştırıldığında; implant tedavisi görenler arasında "yetersiz", "normal", "iyi" ve "çok iyi" gruplarının BÖF toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanamamıştır (p=0,482). Aynı karşılaştırma dilaltı grubu için değerlendirildiğinde ise, farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunamamıştır (p=0,091).

Çizelge 4.17. Opiyat kullanım bozukluğu tanısı almış ve implant ya da dilaltı tedavisi görmekte olan bireylere ait BÖF ve SOSÖTÖ alt ölçek ve toplam puan ortalamalarının aylık gelire göre karşılaştırılması

| | Aylık Gelir | Çip tedavisi (n=68) | Dilaltı tedavisi (n=68) | p |
|---|---|---|---|---|
| | | $\bar{X}$±S.D.<br>Median [Min-Max] | $\bar{X}$±S.D.<br>Median [Min- Max] | |
| Otonomi | 1500 tl ve altı | 73,43±29,69<br>76 [22-120] | 69,06±13,52<br>72 [40-88] | 0,617 |
| | 1501-2000 tl | 70,83 ±20,26<br>76 [36-101] | 74,50±23,92<br>80,50 [26-106] | 0,589 |
| | 2001-3500 tl | 75 ±21,44<br>71 [44-116] | 81,33±24,09<br>88 [41-118] | 0,472 |
| | 3501 tl ve üzeri | 77,78±15,42<br>80 [44-100] | 71,50±25,51<br>69,50 [32-110] | 0,401 |
| **p** | | 0,783 | 0,450 | |
| Sosyotropi | 1500 tl ve altı | 61,36±26,67<br>51,50 [27-113] | 60,24±16,99<br>60 [24-88] | 0,893 |
| | 1501-2000 tl | 63,26±20,93<br>68 [22-100] | 66,50±22,02<br>67,50 [22-101] | 0,624 |
| | 2001-3500 tl | 65,23±20,64<br>71 [25-94] | 70,33±25,06<br>67 [22-112] | 0,565 |
| | 3501 tl ve üzeri | 65,50±15,69<br>63 [39-94] | 61,69±24,66<br>55 [22-98] | 0,601 |
| **p** | | 0,943 | 0,563 | |
| Sosyal ve Yasal Faktörler | 1500 tl ve altı | 49,21±8,70<br>50 [35-62] | 47,35±6,53<br>47 [37-59] | 0,502 |
| | 1501-2000 tl | 49,78 ±8,33<br>48 [31-64] | 47,35±7,59<br>46,50 [34-61] | 0,326 |
| | 2001-3500 tl | 47,08±7,67<br>45 [36-59] | 47,20±7,24<br>47 [35-60] | 0,966 |
| | 3501 tl ve üzeri | 47,22±9,58<br>48 [28-62] | 43,31±7,61<br>44 [30-57] | 0,201 |
| **p** | | 0,719 | 0,305 | |
| Psikolojik Faktörler | 1500 tl ve altı | 31,50±6,92<br>32 [19-41] | 30,65±6,15<br>31 [20-39] | 0,719 |
| | 1501-2000 tl | 32,96±5,53<br>33 [20-42] | 30,55±5,03<br>30 [23-40] | 0,146 |
| | 2001-3500 tl | 34,08±4,64<br>34 [27-41] | 31±5,35<br>31 [21-37] | 0,119 |
| | 3501 tl ve üzeri | 32,11±7,17<br>34 [18-40] | 30,63±4,96<br>29,50 [22-40] | 0,493 |
| **p** | | 0,711 | 0,995 | |
| **BÖF TOPLAM** | 1500 tl ve altı | 80,71±15,30<br>83,50 [54-103] | 78±11,59<br>79 [57-98] | 0,579 |
| | 1501-2000 tl | 82,74±13,29<br>82 [51-105] | 77,90±11,50<br>76 [57-94] | 0,213 |
| | 2001-3500 tl | 81,15±11,28<br>85 [46-102] | 78,20±11,82<br>77 [57-95] | 0,507 |
| | 3501 tl ve üzeri | 79,33±16,50<br>86 [46-102] | 73,94±10,98<br>73,50 [59-93] | 0,276 |
| **p** | | 0,899 | 0,671 | |

Çizelge 4.17.'ye göre opiyat kullanım bozukluğu tanısı almış ve AMATEM'de implant (Çip) ve dilaltı tedavileri gören bireyler aylık gelirleri baz alınarak, otonomi puanları tedavi gruplarına göre karşılaştırıldığında; aylık 1500 TL ve altı geliri olan bireylerin otonomi puan ortalaması ve standart sapması implant tedavi grubu için 73,43±29,69 ve dilaltı grubu için 69,06±13,52'dir. Bu farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunamamıştır (p=0,617). 1501 ile 2000 TL arasında geliri olan bireylerde bu ortalamalar sırasıyla 70,83±20,26 ve 74,50±23,92 bulunmuş ve bu ortalamalar arasındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunamamıştır (p=0,589). 2001 ile 3500 TL arasında geliri olan bireyler için ise ortalamalar implant tedavisi için 75 ±21,44 iken dilaltı tedavisi için 81,33±24,09 şeklinde bulunmuş ve bu ortalamalar arasındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunamamıştır (p=0,472). 3501 TL ve üzeri gelire sahip olanlar için ise ortalamalar implant tedavisi için 77,78±15,42 iken dilaltı tedavisi için 71,50±25,51 şeklinde bulunmuş ve bu ortalamalar arasındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunamamıştır (p=0,401).

Tedavi gruplarının içinde aylık gelir gruplarının otonomi puanları karşılaştırıldığında; implant tedavisi görenler arasında "1500 TL ve altı", "1501-2000 TL", "2001-3501 TL" ve "3500 TL üzeri" gruplarının otonomi puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanamamıştır (p=0,783). Aynı karşılaştırma dilaltı grubu için değerlendirildiğinde ise, farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunamamıştır (p=0,450).

İmplant ve dilaltı tedavileri gören bireyler aylık gelirleri baz alınarak, sosyotropi puanları tedavi gruplarına göre karşılaştırıldığında; aylık 1500 TL ve altı geliri olan bireylerin sosyotropi puan ortalaması ve standart sapması implant tedavi grubu için 61,36±26,67 ve dilaltı grubu için 60,24±16,99'dur. Bu farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunamamıştır (p=0,893). 1501 ile 2000 TL arasında geliri olan bireylerde bu ortalamalar sırasıyla 63,26±20,93 ve 66,50±22,02 bulunmuş ve bu ortalamalar arasındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunamamıştır (p=0,624). 2001 ile 3500 TL arasında geliri olan bireyler için ise ortalamalar implant tedavisi için 65,23±20,64 iken dilaltı tedavisi için 70,33±25,06 şeklinde bulunmuş ve bu ortalamalar arasındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunamamıştır (p=0,565). 3501 TL ve üzeri gelire sahip olanlar için ise ortalamalar implant tedavisi için 65,50±15,69 iken dilaltı tedavisi

için 61,69±24,66 şeklinde bulunmuş ve bu ortalamalar arasındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunamamıştır (p=0,601).

Tedavi gruplarının içinde aylık gelir gruplarının sosyotropi puanları karşılaştırıldığında; implant tedavisi görenler arasında "1500 TL ve altı", "1501-2000 TL", "2001-3501 TL" ve "3500 TL üzeri" gruplarının sosyotropi puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanamamıştır (p=0,943). Aynı karşılaştırma dilaltı grubu için değerlendirildiğinde ise, farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunamamıştır (p=0,563).

İmplant ve dilaltı tedavileri gören bireyler aylık gelirleri baz alınarak, sosyal ve yasal faktör puanları tedavi gruplarına göre karşılaştırıldığında; aylık 1500 TL ve altı geliri olan bireylerin sosyal ve yasal faktör puan ortalaması ve standart sapması implant tedavi grubu için 49,21±8,70 ve dilaltı grubu için 47,35±6,53'tür. Bu farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (p=0,502). 1501 ile 2000 TL arasında geliri olan bireylerde bu ortalamalar sırasıyla 49,78±8,33 ve 47,35±7,59 bulunmuş ve bu ortalamalar arasındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunamamıştır (p=0,326). 2001 ile 3500 TL arasında geliri olan bireyler için ise ortalamalar implant tedavisi için 47,08±7,67 iken dilaltı tedavisi için 47,20±7,24 şeklinde bulunmuş ve bu ortalamalar arasındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunamamıştır (p=0,966). 3501 TL ve üzeri gelire sahip olanlar için ise ortalamalar implant tedavisi için 47,22±9,58 iken dilaltı tedavisi için 43,31±7,61 şeklinde bulunmuş ve bu ortalamalar arasındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunamamıştır (p=0,201).

Tedavi gruplarının içinde aylık gelir gruplarının sosyal ve yasal faktör puanları karşılaştırıldığında; implant tedavisi görenler arasında "1500 TL ve altı", "1501-2000 TL", "2001-3500 TL" ve "3501 TL üzeri" gruplarının sosyal ve yasal faktör puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanamamıştır (p=0,719). Aynı karşılaştırma dilaltı grubu için değerlendirildiğinde ise, farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunamamıştır (p=0,305).

İmplant ve dilaltı tedavileri gören bireyler aylık gelirleri baz alınarak, psikolojik faktör puanları tedavi gruplarına göre karşılaştırıldığında; aylık 1500 TL ve altı geliri olan bireylerin psikolojik faktör puan ortalaması ve standart sapması implant tedavi grubu için 31,50±6,92 ve dilaltı grubu için 30,65±6,15'tir. Bu farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunamamıştır (p=0,719). 1501 ile 2000 TL arasında geliri olan

bireylerde bu ortalamalar sırasıyla 32,96±5,53 ve 30,55±5,03 bulunmuş ve bu ortalamalar arasındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunamamıştır (p=0,146). 2001 ile 3500 TL arasında geliri olan bireyler için ise ortalamalar implant tedavisi için 34,08±4,64 iken dilaltı tedavisi için 31±5,35 şeklinde bulunmuş ve bu ortalamalar arasındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunamamıştır (p=0,119). 3501 TL ve üzeri gelire sahip olanlar için ise ortalamalar implant tedavisi için 32,11±7,17 iken dilaltı tedavisi için 30,63±4,96 şeklinde bulunmuş ve bu ortalamalar arasındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunamamıştır (p=0,493).

Tedavi gruplarının içinde aylık gelir gruplarının psikolojik faktör puanları karşılaştırıldığında; implant tedavisi görenler arasında "1500 TL ve altı", "1501-2000 TL", "2001-3500 TL" ve "3501 TL ve üzeri" gruplarının psikolojik faktör puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanamamıştır (p=0,711). Aynı karşılaştırma dilaltı grubu için değerlendirildiğinde ise, farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunamamıştır (p=0,995).

İmplant ve dilaltı tedavileri gören bireyler aylık gelirleri baz alınarak, BÖF toplam puanları tedavi gruplarına göre karşılaştırıldığında; aylık 1500 TL ve altı geliri olan bireylerin BÖF toplam puan ortalaması ve standart sapması implant tedavi grubu için 80,71±15,30 ve dilaltı grubu için 78±11,59'dur. Bu farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunamamıştır (p=0,579). 1501 ile 2000 TL arasında geliri olan bireylerde bu ortalamalar sırasıyla 82,74±13,29 ve 77,90±11,50 bulunmuş ve bu ortalamalar arasındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunamamıştır (p=0,213). 2001 ile 3500 TL arasında geliri olan bireyler için ise ortalamalar implant tedavisi için 81,15±11,28 iken dilaltı tedavisi için 78,20±11,82 şeklinde bulunmuş ve bu ortalamalar arasındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (p=0,507). 3501 TL ve üzeri gelire sahip olanlar için ise ortalamalar implant tedavisi için 79,33±16,50 iken dilaltı tedavisi için 73,94±10,98 şeklinde bulunmuş ve bu ortalamalar arasındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunamamıştır (p=0,276).

Tedavi gruplarının içinde aylık gelir gruplarının BÖF toplam puanları karşılaştırıldığında; implant tedavisi görenler arasında "1500 TL ve altı", "1501-2000 TL", "2001-3500 TL" ve "3501 TL ve üzeri" gruplarının BÖF toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanamamıştır (p=0,899). Aynı

karşılaştırma dilaltı grubu için değerlendirildiğinde ise, farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunamamıştır (p=0,671).

Çizelge 4.18. Opiyat kullanım bozukluğu tanısı almış ve implant ya da dilaltı tedavisi görmekte olan bireylere ait BÖF ve SOSÖTÖ alt ölçek ve toplam puan ortalamalarının çocuklukta karşılaşılan ebeveyn tutumlarına göre karşılaştırılması

| | **Çocuklukta anne-baba tutumu** | **Çip tedavisi (n=68)** | **Dilaltı tedavisi (n=68)** | **p** |
|---|---|---|---|---|
| | | **X̄±S.D. Median [Min-Max]** | **X̄±S.D. Median[Min- Max]** | |
| Otonomi | İlgili ve Koruyucu | 72,09±21,80<br>75 [22-120] | 73,41±21,74<br>75 [30-118] | 0,759 |
| | Diğerleri | 83,91±16,26<br>83 [51-113] | 75,05±23,61<br>77,50 [26-106] | 0,273 |
| **p** | | 0,093 | 0,779 | |
| Sosyotropi | İlgili ve Koruyucu | 62,16±21,20<br>64 [22-113] | 65,11±20,07<br>62 [24-112] | 0,474 |
| | Diğerleri | 72,55±14,77<br>69 [50-103] | 63,68±26,39<br>64,50 [22-106] | 0,226 |
| **p** | | 0,126 | 0,806 | |
| Sosyal ve Yasal Faktörler | İlgili ve Koruyucu | 48,84±8,75<br>49 [28-64] | 47,09±7,45<br>47 [32-61] | 0,283 |
| | Diğerleri | 46,55±7,34<br>47 [31-57] | 44,86±6,91<br>46,50 [30-57] | 0,523 |
| **p** | | 0,418 | 0,243 | |
| Psikolojik Faktörler | İlgili ve Koruyucu | 33±6,16<br>34 [18-42] | 31,50±5,05<br>31 [21-40] | 0,187 |
| | Diğerleri | 30,82±5,60<br>33 [20-40] | 29±5,43<br>28,50 [20-38] | 0,377 |
| **p** | | 0,280 | **0,043** | |
| **BÖF TOPLAM** | İlgili ve Koruyucu | 81,84±14,31<br>83 [46-105] | 78,59±11,33<br>80,50 [57-98] | 0,212 |
| | Diğerleri | 77,36±12,45<br>79 [51-95] | 73,86±10,94<br>73,50 [57-93] | 0,414 |
| **p** | | 0,337 | 0,109 | |

Çizelge 4.18.'e göre opiyat kullanım bozukluğu tanısı almış ve AMATEM'de implant (Çip) ve dilaltı tedavileri gören bireyler, çocukluklarında karşılaştıkları anne-baba tutumları temel alınarak oluşturulan gruplar içinde otonomi puanları tedavi gruplarına göre karşılaştırıldığında; anne-babası ilgili ve koruyucu olanlar grubunda otonomi puan ortalaması ve standart sapması implant tedavi grubu için 72,09±21,80 ve dilaltı grubu için 73,41±21,74'tür. Bu farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunamamıştır (p=0,759). Diğer tutumların oluşturduğu grupta ise bu ortalamalar

sırasıyla 83,91±16,26 ve 75,05±23,61 bulunmuş ve bu ortalamalar arasındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunamamıştır (p=0,273).

Tedavi gruplarının içinde "çocuklukta anne-baba tutumuna" göre oluşturulan grupların otonomi puanları karşılaştırıldığında; implant tedavisi görenler arasında "ilgili ve koruyucu" veya "diğerleri" cevabı veren grupların otonomi puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanamamıştır (p=0,093). Aynı karşılaştırma dilaltı grubu için değerlendirildiğinde ise, farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunamamıştır (p=0,779).

İmplant ve dilaltı tedavileri gören bireyler, çocukluklarında karşılaştıkları anne-baba tutumları temel alınarak oluşturulan gruplar içinde sosyotropi puanları tedavi gruplarına göre karşılaştırıldığında; anne-babası ilgili ve koruyucu olanlar grubunda sosyotropi puan ortalaması ve standart sapması implant tedavi grubu için 62,16±21,20 ve dilaltı grubu için 65,11±20,07'dir. Bu farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunamamıştır (p=0,474). Diğer tutumların oluşturduğu grupta ise bu ortalamalar sırasıyla 72,55±14,77 ve 63,68±26,39 bulunmuş ve bu ortalamalar arasındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunamamıştır (p=0,226).

Tedavi gruplarının içinde "çocuklukta anne-baba tutumuna" göre oluşturulan grupların sosyotropi puanları karşılaştırıldığında; implant tedavisi görenler arasında "ilgili ve koruyucu" veya "diğerleri" cevabı veren grupların sosyotropi puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanamamıştır (p=0,126). Aynı karşılaştırma dilaltı grubu için değerlendirildiğinde ise, farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunamamıştır (p=0,806).

İmplant ve dilaltı tedavileri gören bireyler, çocukluklarında karşılaştıkları anne-baba tutumları temel alınarak oluşturulan gruplar içinde sosyal ve yasal faktör puanları tedavi gruplarına göre karşılaştırıldığında; anne-babası ilgili ve koruyucu olanlar grubunda sosyal ve yasal faktör puan ortalaması ve standart sapması implant tedavi grubu için 48,84±8,75 ve dilaltı grubu için 47,09±7,45'tir. Bu farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunamamıştır (p=0,283). Diğer tutumların oluşturduğu grupta ise bu ortalamalar sırasıyla 46,55±7,34 ve 44,86±6,91 bulunmuş ve bu ortalamalar arasındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunamamıştır (p=0,523).

Tedavi gruplarının içinde "çocuklukta anne-baba tutumuna" göre oluşturulan grupların sosyal ve yasal faktör puanları karşılaştırıldığında; implant tedavisi görenler

arasında “ilgili ve koruyucu” veya “diğerleri” cevabı veren grupların sosyal ve yasal faktör puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanamamıştır (p=0,418). Aynı karşılaştırma dilaltı grubu için değerlendirildiğinde ise, farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunamamıştır (p=0,243).

İmplant ve dilaltı tedavileri gören bireyler, çocukluklarında karşılaştıkları anne-baba tutumları temel alınarak oluşturulan gruplar içinde psikolojik faktör puanları tedavi gruplarına göre karşılaştırıldığında; anne-babası ilgili ve koruyucu olanlar grubunda psikolojik puan ortalaması ve standart sapması implant tedavi grubu için 33±6,16 ve dilaltı grubu için 31,50±5,05’tir. Bu farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunamamıştır (p=0,187). Diğer tutumların oluşturduğu grupta ise bu ortalamalar sırasıyla 30,82±5,60 ve 29±5,43 bulunmuş ve bu ortalamalar arasındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunamamıştır (p=0,377).

Tedavi gruplarının içinde “çocuklukta anne-baba tutumuna” göre oluşturulan grupların psikolojik faktör puanları karşılaştırıldığında; implant tedavisi görenler arasında “ilgili ve koruyucu” veya “diğerleri” cevabı veren grupların psikolojik faktör puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanamamıştır (p=0,280). Aynı karşılaştırma dilaltı grubu için değerlendirildiğinde ise, farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (p=0,043).

İmplant ve dilaltı tedavileri gören bireyler, çocukluklarında karşılaştıkları anne-baba tutumları temel alınarak oluşturulan gruplar içinde BÖF toplam puanları tedavi gruplarına göre karşılaştırıldığında; anne-babası ilgili ve koruyucu olanlar grubunda BÖF toplam puan ortalaması ve standart sapması implant tedavi grubu için 81,84±14,31 ve dilaltı grubu için 78,59±11,33’tür. Bu farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunamamıştır (p=0,212). Diğer tutumların oluşturduğu grupta ise bu ortalamalar sırasıyla 77,36±12,45 ve 73,86±10,94 bulunmuş ve bu ortalamalar arasındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunamamıştır (p=0,414).

Tedavi gruplarının içinde “çocuklukta anne-baba tutumuna” göre oluşturulan grupların BÖF toplam puanları karşılaştırıldığında; implant tedavisi görenler arasında “ilgili ve koruyucu” veya “diğerleri” cevabı veren grupların BÖF toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanamamıştır (p=0,337). Aynı karşılaştırma dilaltı grubu için değerlendirildiğinde ise, farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunamamıştır (p=0,109).

Çizelge 4.19. Opiyat kullanım bozukluğu tanısı almış ve implant ya da dilaltı tedavisi görmekte olan bireylere ait BÖF ve SOSÖTÖ alt ölçek ve toplam puan ortalamalarının çocukluktaki hastalık öyküsüne göre karşılaştırılması

| | **Çocuklukta hastalık öyküsü** | **Çip tedavisi (n=68)** | **Dilaltı tedavisi (n=68)** | **p** |
|---|---|---|---|---|
| | | **X̄±S.D. Median [Min-Max]** | **X̄±S.D. Median [Min- Max]** | |
| Otonomi | Bilmiyorum | 61±19,31<br>61 [22-86] | 76,11±26,12<br>81 [30-106] | 0,167 |
| | Hayır | 73,98±21,22<br>79 [25-120] | 73,61±21,64<br>74,50 [26-118] | 0,931 |
| | Evet | 88,56±15,74<br>88 [69-116] | 73,60±25,89<br>65 [44-105] | 0,199 |
| **p** | | **0,017** | 0,953 | |
| Sosyotropi | Bilmiyorum | 58,90±19,54<br>61 [27-85] | 70,11±21,57<br>79 [24-93] | 0,251 |
| | Hayır | 63,43±22<br>65 [22-113] | 63,67±22<br>61,50 [22-112] | 0,956 |
| | Evet | 71,56±10,57<br>77 [54-82] | 65,40±27,97<br>47 [43-101] | 0,655 |
| **p** | | 0,400 | 0,725 | |
| Sosyal ve Yasal Faktörler | Bilmiyorum | 47,90±7,14<br>47,50 [35-59] | 48,67±8,61<br>50 [37-61] | 0,835 |
| | Hayır | 47,76±8,97<br>48 [28-64] | 46,19±7,03<br>46,50 [30-60] | 0,323 |
| | Evet | 53±6,55<br>52 [44-62] | 44,20±8,46<br>46 [32-55] | **0,050** |
| **p** | | 0,235 | 0,512 | |
| Psikolojik Faktörler | Bilmiyorum | 32,50±5,74<br>33,50 [19-39] | 32,11±5,37<br>33 [22-38] | 0,881 |
| | Hayır | 32,24±6,41<br>33 [18-42] | 30,43±5,43<br>30 [20-40] | 0,122 |
| | Evet | 32 ±4,38<br>36 [27-40] | 31±3,31<br>30 [28-35] | 0,103 |
| **p** | | 0,464 | 0,674 | |
| **BÖF TOPLAM** | Bilmiyorum | 80,40±12,54<br>80 [54-98] | 80,78±12,39<br>85 [62-92] | 0,948 |
| | Hayır | 80±14,74<br>80 [46-105] | 74,61±11,29<br>74 [57-98] | 0,191 |
| | Evet | 88±10,42<br>88 [73-102] | 75,20±11,03<br>74 [60-89] | 0,052 |
| **p** | | 0,291 | 0,560 | |

Çizelge 4.19.'a göre opiyat kullanım bozukluğu tanısı almış ve AMATEM'de implant (Çip) ve dilaltı tedavileri gören bireylerin, çocukluk yıllarında hastalık geçirip geçirmediği baz alınarak otonomi puanları tedavi gruplarına göre karşılaştırıldığında; çocukluğunda hastalık geçirdiğini dair bilgisi olmayan bireylerin otonomi puan ortalaması ve standart sapması implant tedavi grubu için 61±19,31 ve dilaltı grubu için 76,11±26,12'dir. Bu farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunamamıştır (p=0,167).

Herhangi bir hastalık geçirmemiş bireylerde bu ortalamalar sırasıyla 73,98±21,22 ve 73,61±21,64 bulunmuş ve bu ortalamalar arasındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunamamıştır (p=0,931). Çocukluğunda hastalık geçirenler için ise ortalamalar implant tedavisi için 88,56±15,74 iken dilaltı tedavisi için 73,60±25,89 şeklinde bulunmuş ve bu ortalamalar arasındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunamamıştır (p=0,199).

Tedavi gruplarının içinde "çocuklukta hastalık öyküsü" gruplarının otonomi puanları karşılaştırıldığında; implant tedavisi görenler arasında "bilmiyorum", "hayır" ve "evet" gruplarının otonomi puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır (p=0,017). Aynı karşılaştırma dilaltı grubu için değerlendirildiğinde ise, farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunamamıştır (p=0,953).

İmplant ve dilaltı tedavileri gören bireylerin, çocukluk yıllarında hastalık geçirip geçirmediği baz alınarak sosyotropi puanları tedavi gruplarına göre karşılaştırıldığında; çocukluğunda hastalık geçirdiğini dair bilgisi olmayan bireylerin sosyotropi puan ortalaması ve standart sapması implant tedavi grubu için 58,90±19,54 ve dilaltı grubu için 70,11±21,57'dir. Bu farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunamamıştır (p=0,251). Herhangi bir hastalık geçirmemiş bireylerde bu ortalamalar sırasıyla 63,43±22 ve 63,67±22 bulunmuş ve bu ortalamalar arasındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunamamıştır (p=0,956). Çocukluğunda hastalık geçirenler için ise ortalamalar implant tedavisi için 71,56±10,57 iken dilaltı tedavisi için 65,40±27,97 şeklinde bulunmuş ve bu ortalamalar arasındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunamamıştır (p=0,655).

Tedavi gruplarının içinde "çocuklukta hastalık öyküsü" gruplarının sosyotropi puanları karşılaştırıldığında; implant tedavisi görenler arasında "bilmiyorum", "hayır" ve "evet" gruplarının sosyotropi puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanamamıştır (p=0,400). Aynı karşılaştırma dilaltı grubu için değerlendirildiğinde ise, farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunamamıştır (p=0,725).

İmplant ve dilaltı tedavileri gören bireylerin, çocukluk yıllarında hastalık geçirip geçirmediği baz alınarak sosyal ve yasal faktör puanları tedavi gruplarına göre karşılaştırıldığında; çocukluğunda hastalık geçirdiğini dair bilgisi olmayan bireylerin sosyal ve yasal faktör puan ortalaması ve standart sapması implant tedavi grubu için 47,90±7,14 ve dilaltı grubu için 48,67±8,61'dir. Bu farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunamamıştır (p=0,835). Herhangi bir hastalık geçirmemiş bireylerde bu ortalamalar

sırasıyla 47,76±8,97 ve 46,19±7,03 bulunmuş ve bu ortalamalar arasındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (p=0,323). Çocukluğunda hastalık geçirenler için ise ortalamalar implant tedavisi için 53±6,55 iken dilaltı tedavisi için 44,20±8,46 şeklinde bulunmuş ve bu ortalamalar arasındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (p=0,050).

Tedavi gruplarının içinde "çocuklukta hastalık öyküsü" gruplarının sosyal ve yasal faktör puanları karşılaştırıldığında; implant tedavisi görenler arasında "bilmiyorum", "hayır" ve "evet" gruplarının sosyal ve yasal faktör puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanamamıştır (p=0,235). Aynı karşılaştırma dilaltı grubu için değerlendirildiğinde ise, farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunamamıştır (p=0,512).

İmplant ve dilaltı tedavileri gören bireylerin, çocukluk yıllarında hastalık geçirip geçirmediği baz alınarak psikolojik faktör puanları tedavi gruplarına göre karşılaştırıldığında; çocukluğunda hastalık geçirdiğini dair bilgisi olmayan bireylerin psikolojik faktör puan ortalaması ve standart sapması implant tedavi grubu için 32,50±5,74 ve dilaltı grubu için 32,11±5,37'dir. Bu farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunamamıştır (p=0,881). Herhangi bir hastalık geçirmemiş bireylerde bu ortalamalar sırasıyla 32,24±6,41 ve 30,43±5,43 bulunmuş ve bu ortalamalar arasındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunamamıştır (p=0,122). Çocukluğunda hastalık geçirenler için ise ortalamalar implant tedavisi için 32±4,38 iken dilaltı tedavisi için 31±3,31 şeklinde bulunmuş ve bu ortalamalar arasındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunamamıştır (p=0,103).

Tedavi gruplarının içinde "çocuklukta hastalık öyküsü" gruplarının psikolojik faktör puanları karşılaştırıldığında; implant tedavisi görenler arasında "bilmiyorum", "hayır" ve "evet" gruplarının psikolojik faktör puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanamamıştır (p=0,464). Aynı karşılaştırma dilaltı grubu için değerlendirildiğinde ise, farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunamamıştır (p=0,674).

İmplant ve dilaltı tedavileri gören bireylerin, çocukluk yıllarında hastalık geçirip geçirmediği baz alınarak BÖF toplam puanları tedavi gruplarına göre karşılaştırıldığında; çocukluğunda hastalık geçirdiğini dair bilgisi olmayan bireylerin BÖF toplam puan ortalaması ve standart sapması implant tedavi grubu için 80,40±12,54 ve dilaltı grubu için 80,78±12,39'dur. Bu farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunamamıştır (p=0,948). Herhangi bir hastalık geçirmemiş bireylerde bu ortalamalar sırasıyla 80±14,74 ve 74,61±11,29 bulunmuş ve bu ortalamalar arasındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunamamıştır (p=0,191). Çocukluğunda hastalık geçirenler

için ise ortalamalar implant tedavisi için 88±10,42 iken dilaltı tedavisi için 75,20±11,03 şeklinde bulunmuş ve bu ortalamalar arasındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunamamıştır (p=0,052).

Tedavi gruplarının içinde "çocuklukta hastalık öyküsü" gruplarının BÖF toplam puanları karşılaştırıldığında; implant tedavisi görenler arasında "bilmiyorum", "hayır" ve "evet" gruplarının BÖF toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanamamıştır (p=0,291). Aynı karşılaştırma dilaltı grubu için değerlendirildiğinde ise, farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunamamıştır (p=0,560).

Çizelge 4.20. Opiyat kullanım bozukluğu tanısı almış ve implant ya da dilaltı tedavisi görmekte olan bireylere ait BÖF ve SOSÖTÖ alt ölçek ve toplam puan ortalamalarının ailede kronik fiziksel hastalık öyküsüne göre karşılaştırılması

| | **Ailede Kronik Fiziksel Hastalık** | **Çip tedavisi (n=68)** | **Dilaltı tedavisi (n=68)** | **p** |
|---|---|---|---|---|
| | | **$\bar{X}$±S.D. Median [Min-Max]** | **$\bar{X}$±S.D. Median[Min- Max]** | |
| Otonomi | Hayır | 70,70±19,43<br>74,50 [25-116] | 73,72±23,20<br>75,50 [26-110] | 0,553 |
| | Evet | 83,17±24,25<br>89,50 [22-120] | 75,08±20,67<br>75 [43-118] | 0,251 |
| **p** | | **0,033** | 0,757 | |
| Sosyotropi | Hayır | 60,86±19,96<br>64 [22-100] | 62,32±22,42<br>61,50 [22-105] | 0,733 |
| | Evet | 72,11±23,09<br>75,50 [27-113] | 68,92±21,35<br>68,50 [22-112] | 0,646 |
| **p** | | 0,075 | 0,243 | |
| Sosyal ve Yasal Faktörler | Hayır | 48,50±8,78<br>48,50 [28-64] | 45,43±7,78<br>45 [30-61] | 0,080 |
| | Evet | 48,39±7,74<br>48 [35-62] | 48,08±6,11<br>48 [37-58] | 0,887 |
| **p** | | 0,963 | 0,154 | |
| Psikolojik Faktörler | Hayır | 33,04±6,07<br>33,50 [18-42] | 29,84±5,56<br>29,50 [20-40] | **0,009** |
| | Evet | 31,56±6,15<br>33,50 [19-40] | 32,25±4,37<br>33,50 [22-38] | 0,671 |
| **p** | | 0,379 | 0,071 | |
| **BÖF TOPLAM** | Hayır | 81,54±14,28<br>81 [46-105] | 75,27±11,98<br>74 [57-98] | **0,025** |
| | Evet | 79,94±13,67<br>80,50 [54-102] | 80,33±9,46<br>82,50 [59-63] | 0,914 |
| **p** | | 0,683 | 0,079 | |

Çizelge 4.20.'ye göre opiyat kullanım bozukluğu tanısı almış ve AMATEM'de implant (Çip) ve dilaltı tedavileri gören bireylerin ailelerinde var olan kronik fiziksel

hastalıklar temel alınarak oluşturulan gruplar içinde otonomi puanları tedavi gruplarına göre karşılaştırıldığında; ailesinde fiziksel hastalık öyküsü bulunmayan bireylerin otonomi puan ortalaması ve standart sapması implant tedavi grubu için 70,70±19,43 ve dilaltı grubu için 73,72±23,20'dir. Bu farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunamamıştır (p=0,553). Ailesinde fiziksel hastalık öyküsü bulunan bireylerin oluşturduğu grupta ise bu ortalamalar sırasıyla 83,17±24,25 ve 75,08±20,67 bulunmuş ve bu ortalamalar arasındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunamamıştır (p=0,251).

Tedavi gruplarının içinde "ailede kronik fiziksel hastalık öyküsüne" göre oluşturulan grupların otonomi puanları karşılaştırıldığında; implant tedavisi görenler arasında "hayır" veya "evet" cevabı veren grupların otonomi puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır (p=0,033). Aynı karşılaştırma dilaltı grubu için değerlendirildiğinde ise, farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunamamıştır (p=0,757).

İmplant ve dilaltı tedavileri gören bireylerin ailelerinde var olan kronik fiziksel hastalıklar temel alınarak oluşturulan gruplar içinde sosyotropi puanları tedavi gruplarına göre karşılaştırıldığında; ailesinde fiziksel hastalık öyküsü bulunmayan bireylerin sosyotropi puan ortalaması ve standart sapması implant tedavi grubu için 60,86±19,96 ve dilaltı grubu için 62,32±22,42'dir. Bu farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunamamıştır (p=0,733). Ailesinde fiziksel hastalık öyküsü bulunan bireylerin oluşturduğu grupta ise bu ortalamalar sırasıyla 72,11±23,09 ve 68,92±21,35 bulunmuş ve bu ortalamalar arasındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunamamıştır (p=0,646).

Tedavi gruplarının içinde "ailede kronik fiziksel hastalık öyküsüne" göre oluşturulan grupların sosyotropi puanları karşılaştırıldığında; implant tedavisi görenler arasında "hayır" veya "evet" cevabı veren grupların sosyotropi puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanamamıştır (p=0,075). Aynı karşılaştırma dilaltı grubu için değerlendirildiğinde ise, farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunamamıştır (p=0,243).

İmplant ve dilaltı tedavileri gören bireylerin ailelerinde var olan kronik fiziksel hastalıklar temel alınarak oluşturulan gruplar içinde sosyal ve yasal faktör puanları tedavi gruplarına göre karşılaştırıldığında; ailesinde fiziksel hastalık öyküsü

bulunmayan bireylerin sosyal ve yasal faktör puan ortalaması ve standart sapması implant tedavi grubu için 48,50±8,78 ve dilaltı grubu için 45,43±7,78'dir. Bu farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunamamıştır (p=0,080). Ailesinde fiziksel hastalık öyküsü bulunan bireylerin oluşturduğu grupta ise bu ortalamalar sırasıyla 48,39±7,74 ve 48,08±6,11 bulunmuş ve bu ortalamalar arasındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunamamıştır (p=0,887).

Tedavi gruplarının içinde "ailede kronik fiziksel hastalık öyküsüne" göre oluşturulan grupların sosyal ve yasal faktör puanları karşılaştırıldığında; implant tedavisi görenler arasında "hayır" veya "evet" cevabı veren grupların sosyal ve yasal faktör puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanamamıştır (p=0,963). Aynı karşılaştırma dilaltı grubu için değerlendirildiğinde ise, farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunamamıştır (p=0,154).

İmplant ve dilaltı tedavileri gören bireylerin ailelerinde var olan kronik fiziksel hastalıklar temel alınarak oluşturulan gruplar içinde psikolojik puanları tedavi gruplarına göre karşılaştırıldığında; ailesinde fiziksel hastalık öyküsü bulunmayan bireylerin psikolojik faktör puan ortalaması ve standart sapması implant tedavi grubu için 33,04±6,07 ve dilaltı grubu için 29,84±5,56'dır. Bu farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (p=0,009). Ailesinde fiziksel hastalık öyküsü bulunan bireylerin oluşturduğu grupta ise bu ortalamalar sırasıyla 31,56±6,15 ve 32,25±4,37 bulunmuş ve bu ortalamalar arasındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunamamıştır (p=0,671).

Tedavi gruplarının içinde "ailede kronik fiziksel hastalık öyküsüne" göre oluşturulan grupların psikolojik faktör puanları karşılaştırıldığında; implant tedavisi görenler arasında "hayır" veya "evet" cevabı veren grupların psikolojik faktör puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanamamıştır (p=0,379). Aynı karşılaştırma dilaltı grubu için değerlendirildiğinde ise, farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunamamıştır (p=0,071).

İmplant ve dilaltı tedavileri gören bireylerin ailelerinde var olan kronik fiziksel hastalıklar temel alınarak oluşturulan gruplar içinde BÖF toplam puanları tedavi gruplarına göre karşılaştırıldığında; ailesinde fiziksel hastalık öyküsü bulunmayan bireylerin BÖF toplam puan ortalaması ve standart sapması implant tedavi grubu için 81,54±14,28 ve dilaltı grubu için 75,27±11,98'dir. Bu farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (p=0,025). Ailesinde fiziksel hastalık öyküsü bulunan bireylerin

oluşturduğu grupta ise bu ortalamalar sırasıyla 79,94±13,67 ve 80,33±9,46 bulunmuş ve bu ortalamalar arasındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunamamıştır (p=0,914).

Tedavi gruplarının içinde "ailede kronik fiziksel hastalık öyküsüne" göre oluşturulan grupların BÖF toplam puanları karşılaştırıldığında; implant tedavisi görenler arasında "hayır" veya "evet" cevabı veren grupların BÖF toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanamamıştır (p=0,683). Aynı karşılaştırma dilaltı grubu için değerlendirildiğinde ise, farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunamamıştır (p=0,079).

Çizelge 4.21. Opiyat kullanım bozukluğu tanısı almış ve implant ya da dilaltı tedavisi görmekte olan bireylere ait BÖF ve SOSÖTÖ alt ölçek ve toplam puan ortalamalarının ailede kronik ruhsal bozukluk öyküsüne göre karşılaştırılması

| | **Ailede Kronik Ruhsal Bozukluk** | **Çip tedavisi (n=68)** | **Dilaltı tedavisi (n=68)** | **p** |
|---|---|---|---|---|
| | | **X̄±S.D. Median [Min-Max]** | **X̄±S.D. Median[Min- Max]** | |
| Otonomi | Hayır | 73,77±20,47<br>76,50 [25-120] | 74,25±22,99<br>77 [26-118] | 0,904 |
| | Evet | 76,33±31,51<br>84,50 [22-113] | 71,89±16,95<br>72 [43-100] | 0,727 |
| **p** | | 0,782 | 0,768 | |
| Sosyotropi | Hayır | 63,60±20,25<br>66 [22-113] | 64,02±23<br>61 [22-112] | 0,915 |
| | Evet | 66,33±25,66<br>67 [27-103] | 68,78±15,44<br>68 [51-91] | 0,820 |
| **p** | | 0,758 | 0,552 | |
| Sosyal ve Yasal Faktörler | Hayır | 48,89±8,57<br>48,50 [28-64] | 46,25±7,33<br>47 [30-61] | 0,073 |
| | Evet | 44,17±7,44<br>44 [35-52] | 47,11±7,50<br>46 [37-58] | 0,469 |
| **p** | | 0,198 | 0,746 | |
| Psikolojik Faktörler | Hayır | 32,98±5,95<br>33,50 [18-42] | 30,59±5,27<br>30 [20-40] | **0,021** |
| | Evet | 29,17±6,91<br>30,50 [19-36] | 31,33±5,52<br>33 [22-37] | 0,512 |
| **p** | | 0,144 | 0,698 | |
| **BÖF TOPLAM** | Hayır | 81,87±13,90<br>81 [46-105] | 76,85±11,35<br>74 [57-98] | **0,032** |
| | Evet | 73,33±14,27<br>74,50 [54-88] | 78,44±11,90<br>82 [59-91] | 0,465 |
| **p** | | 0,157 | 0,697 | |

Çizelge 4.21.'e göre opiyat kullanım bozukluğu tanısı almış ve AMATEM'de implant (Çip) ve dilaltı tedavileri gören bireylerin ailelerinde var olan kronik ruhsal

bozukluklar temel alınarak oluşturulan gruplar içinde otonomi puanları tedavi gruplarına göre karşılaştırıldığında; ailesinde ruhsal bozukluk öyküsü bulunmayan bireylerin otonomi puan ortalaması ve standart sapması implant tedavi grubu için 73,77±20,47 ve dilaltı grubu için 74,25±22,99'dur. Bu farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunamamıştır (p=0,904). Ailesinde ruhsal bozukluk öyküsü bulunan bireylerin oluşturduğu grupta ise bu ortalamalar sırasıyla 76,33±31,51 ve 71,89±16,95 bulunmuş ve bu ortalamalar arasındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunamamıştır (p=0,727).

Tedavi gruplarının içinde "ailede kronik ruhsal bozukluk öyküsüne" göre oluşturulan grupların otonomi puanları karşılaştırıldığında; implant tedavisi görenler arasında "hayır" veya "evet" cevabı veren grupların otonomi puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanamamıştır (p=0,782). Aynı karşılaştırma dilaltı grubu için değerlendirildiğinde ise, farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunamamıştır (p=0,768).

İmplant ve dilaltı tedavileri gören bireylerin ailelerinde var olan kronik ruhsal bozukluklar temel alınarak oluşturulan grupların sosyotropi puanları tedavi gruplarına göre karşılaştırıldığında; ailesinde ruhsal bozukluk öyküsü bulunmayan bireylerin sosyotropi puan ortalaması ve standart sapması implant tedavi grubu için 63,60±20,25 ve dilaltı grubu için 64,02±23'tür. Bu farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunamamıştır (p=0,915). Ailesinde ruhsal bozukluk öyküsü bulunan bireylerin oluşturduğu grupta ise bu ortalamalar sırasıyla 66,33±25,66 ve 68,78±15,44 bulunmuş ve bu ortalamalar arasındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunamamıştır (p=0,820).

Tedavi gruplarının içinde "ailelerinde kronik ruhsal bozukluk öyküsüne" göre oluşturulan grupların sosyotropi puanları karşılaştırıldığında; implant tedavisi görenler arasında "hayır" veya "evet" cevabı veren grupların sosyotropi puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanamamıştır (p=0,758). Aynı karşılaştırma dilaltı grubu için değerlendirildiğinde ise, farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunamamıştır (p=0,552).

İmplant ve dilaltı tedavileri gören bireylerin ailelerinde var olan kronik ruhsal bozukluklar temel alınarak oluşturulan grupların sosyal ve yasal faktör puanları tedavi gruplarına göre karşılaştırıldığında; ailesinde ruhsal bozukluk öyküsü bulunmayan

bireylerin sosyal ve yasal faktör puan ortalaması ve standart sapması implant tedavi grubu için 48,89±8,57 ve dilaltı grubu için 46,25±7,33'tür. Bu farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunamamıştır (p=0,073). Ailesinde ruhsal bozukluk öyküsü bulunan bireylerin oluşturduğu grupta ise bu ortalamalar sırasıyla 44,17±7,44 ve 47,11±7,50 bulunmuş ve bu ortalamalar arasındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunamamıştır (p=0,469).

Tedavi gruplarının içinde "ailede kronik ruhsal bozukluk öyküsüne" göre oluşturulan grupların sosyal ve yasal faktör puanları karşılaştırıldığında; implant tedavisi görenler arasında "hayır" veya "evet" cevabı veren grupların sosyal ve yasal faktör puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanamamıştır (p=0,198). Aynı karşılaştırma dilaltı grubu için değerlendirildiğinde ise, farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunamamıştır (p=0,746).

İmplant ve dilaltı tedavileri gören bireylerin ailelerinde var olan kronik ruhsal bozukluklar temel alınarak oluşturulan gruplar içinde psikolojik faktör puanları tedavi gruplarına göre karşılaştırıldığında; ailesinde ruhsal bozukluk öyküsü bulunmayan bireylerin psikolojik faktör puan ortalaması ve standart sapması implant tedavi grubu için 32,98±5,95 ve dilaltı grubu için 30,59±5,27'dir. Bu farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (p=0,021). Ailesinde ruhsal bozukluk öyküsü bulunan bireylerin oluşturduğu grupta ise bu ortalamalar sırasıyla 29,17±6,91 ve 31,33±5,52 bulunmuş ve bu ortalamalar arasındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunamamıştır (p=0,512).

Tedavi gruplarının içinde "ailede kronik ruhsal bozukluk öyküsüne" göre oluşturulan grupların psikolojik faktör puanları karşılaştırıldığında; implant tedavisi görenler arasında "hayır" veya "evet" cevabı veren grupların psikolojik faktör puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanamamıştır (p=0,144). Aynı karşılaştırma dilaltı grubu için değerlendirildiğinde ise, farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunamamıştır (p=0,698).

İmplant ve dilaltı tedavileri gören bireylerin ailelerinde var olan kronik ruhsal bozukluklar temel alınarak oluşturulan grupların BÖF toplam puanları tedavi gruplarına göre karşılaştırıldığında; ailesinde ruhsal bozukluk öyküsü bulunmayan bireylerin BÖF toplam puan ortalaması ve standart sapması implant tedavi grubu için 81,87±13,90 ve dilaltı grubu için 76,85±11,35'dir. Bu farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (p=0,032). Ailesinde ruhsal bozukluk öyküsü bulunan bireylerin oluşturduğu grupta ise

bu ortalamalar sırasıyla 73,33±14,27 ve 78,44±11,90 bulunmuş ve bu ortalamalar arasındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunamamıştır (p=0,465).

Tedavi gruplarının içinde "ailede kronik ruhsal bozukluk öyküsüne" göre oluşturulan grupların BÖF toplam puanları karşılaştırıldığında; implant tedavisi görenler arasında "hayır" veya "evet" cevabı veren grupların BÖF toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanamamıştır (p=0,157). Aynı karşılaştırma dilaltı grubu için değerlendirildiğinde ise, farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunamamıştır (p=0,697).

Çizelge 4.22. Opiyat kullanım bozukluğu tanısı almış ve implant ya da dilaltı tedavisi görmekte olan bireylere ait BÖF ve SOSÖTÖ alt ölçek ve toplam puan ortalamalarının bireyde kronik fiziksel hastalık öyküsüne göre karşılaştırılması

| | **Bireyde Kronik Fiziksel Hastalık** | **Çip tedavisi (n=68)** | **Dilaltı tedavisi (n=68)** | **p** |
|---|---|---|---|---|
| | | **X̄±S.D. Median [Min-Max]** | **X̄±S.D. Median[Min- Max]** | |
| Otonomi | Hayır | 74,65±21,87<br>77,50 [22-120] | 73,49±23,48<br>75 [26-118] | 0,789 |
| | Evet | 71,50±19,80<br>76,50 [41-102] | 76,27±14,40<br>75 [56-100] | 0,509 |
| | **p** | 0,627 | 0,707 | |
| Sosyotropi | Hayır | 64,39±21,09<br>65 [22-113] | 64,68±22,90<br>63 [22-112] | 0,944 |
| | Evet | 61,71±19,03<br>68 [29-82] | 64,45±18,44<br>57 [36-90] | 0,721 |
| | **p** | 0,668 | 0,975 | |
| Sosyal ve Yasal Faktörler | Hayır | 48,37±9,12<br>48,50 [28-64] | 46,60±7,43<br>47 [30-61] | 0,263 |
| | Evet | 48,86±6,02<br>48 [40-62] | 45,18±6,79<br>45 [37-58] | 0,166 |
| | **p** | 0,851 | 0,561 | |
| Psikolojik Faktörler | Hayır | 32,78±6,41<br>34 [18-42] | 32,14±4,80<br>32 [23-40] | **0,038** |
| | Evet | 30,77±5,40<br>30 [21-40] | 30,27±4,71<br>31 [20-37] | 0,340 |
| | **p** | 0,144 | 0,698 | |
| **BÖF TOPLAM** | Hayır | 81,15±14,98<br>82,50 [46-105] | 77,37±11,64<br>78 [57-98] | 0,139 |
| | Evet | 81±10,07<br>79 [67-99] | 75,45±10,02<br>73 [57-91] | 0,184 |
| | **p** | 0,972 | 0,612 | |

Çizelge 4.22.'ye göre opiyat kullanım bozukluğu tanısı almış ve AMATEM'de implant (Çip) ve dilaltı tedavileri gören bireylerin kendilerinde var olan kronik fiziksel

hastalıklar temel alınarak oluşturulan grupların otonomi puanları tedavi gruplarına göre karşılaştırıldığında; fiziksel hastalık öyküsü bulunmayan bireylerin otonomi puan ortalaması ve standart sapması implant tedavi grubu için 74,65±21,87 ve dilaltı grubu için 73,49±23,48'dir. Bu farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunamamıştır (p=0,789). Kronik fiziksel hastalık öyküsü bulunan bireylerin oluşturduğu grupta ise bu ortalamalar sırasıyla 71,50±19,80 ve 76,27±14,40 bulunmuş ve bu ortalamalar arasındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunamamıştır (p=0,509).

Tedavi gruplarının içinde "bireyde var olan kronik fiziksel hastalıklara" göre oluşturulan grupların otonomi puanları karşılaştırıldığında; implant tedavisi görenler arasında "hayır" veya "evet" cevabı veren grupların otonomi puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanamamıştır (p=0,627). Aynı karşılaştırma dilaltı grubu için değerlendirildiğinde ise, farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunamamıştır (p=0,707).

İmplant ve dilaltı tedavileri gören bireylerin kendilerinde var olan kronik fiziksel hastalıklar temel alınarak oluşturulan gruplar içinde sosyotropi puanları tedavi gruplarına göre karşılaştırıldığında; fiziksel hastalık öyküsü bulunmayan bireylerin sosyotropi puan ortalaması ve standart sapması implant tedavi grubu için 64,39±21,09 ve dilaltı grubu için 64,68±22,90'dır. Bu farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunamamıştır (p=0,944). Fiziksel hastalık öyküsü bulunan bireylerin oluşturduğu grupta ise bu ortalamalar sırasıyla 61,71±19,03 ve 64,45±18,44 bulunmuş ve bu ortalamalar arasındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunamamıştır (p=0,721).

Tedavi gruplarının içinde "bireyde var olan kronik fiziksel hastalıklara" göre oluşturulan grupların sosyotropi puanları karşılaştırıldığında; implant tedavisi görenler arasında "hayır" veya "evet" cevabı veren grupların sosyotropi puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanamamıştır (p=0,668). Aynı karşılaştırma dilaltı grubu için değerlendirildiğinde ise, farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunamamıştır (p=0,975).

İmplant ve dilaltı tedavileri gören bireylerin kendilerinde var olan kronik fiziksel hastalıklar temel alınarak oluşturulan grupların sosyal ve yasal faktör puanları tedavi gruplarına göre karşılaştırıldığında; fiziksel hastalık öyküsü bulunmayan bireylerin sosyal ve yasal faktör puan ortalaması ve standart sapması implant tedavi grubu için 48,37±9,12 ve dilaltı grubu için 46,60±7,43'tür. Bu farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunamamıştır (p=0,263). Fiziksel hastalık öyküsü bulunan bireylerin oluşturduğu grupta ise bu ortalamalar sırasıyla 48,86±6,02 ve 45,18±6,79 bulunmuş ve bu ortalamalar arasındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunamamıştır (p=0,166).

Tedavi gruplarının içinde "bireyde var olan kronik fiziksel hastalıklara" göre oluşturulan grupların sosyal ve yasal faktör puanları karşılaştırıldığında; implant tedavisi görenler arasında "hayır" veya "evet" cevabı veren grupların sosyal ve yasal faktör puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanamamıştır (p=0,851). Aynı karşılaştırma dilaltı grubu için değerlendirildiğinde ise, farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunamamıştır (p=0,561).

İmplant ve dilaltı tedavileri gören bireylerin kendilerinde var olan kronik fiziksel hastalıklar temel alınarak oluşturulan grupların psikolojik faktör puanları tedavi gruplarına göre karşılaştırıldığında; fiziksel hastalık öyküsü bulunmayan bireylerin psikolojik faktör puan ortalaması ve standart sapması implant tedavi grubu için 32,78±6,41 ve dilaltı grubu için 32,14±4,80'dir**.** Bu farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (p=0,038). Fiziksel hastalık öyküsü bulunan bireylerin oluşturduğu grupta ise bu ortalamalar sırasıyla 30,77±5,40 ve 30,27±4,71 bulunmuş ve bu ortalamalar arasındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunamamıştır (p=0,340).

Tedavi gruplarının içinde "bireyde var olan kronik fiziksel hastalıklara" göre oluşturulan grupların psikolojik faktör puanları karşılaştırıldığında; implant tedavisi görenler arasında "hayır" veya "evet" cevabı veren grupların psikolojik faktör puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanamamıştır (p=0,144). Aynı karşılaştırma dilaltı grubu için değerlendirildiğinde ise, farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunamamıştır (p=0,698).

İmplant ve dilaltı tedavileri gören bireylerin kendilerinde var olan kronik fiziksel hastalıklar temel alınarak oluşturulan gruplar içinde BÖF toplam puanları tedavi gruplarına göre karşılaştırıldığında; fiziksel hastalık öyküsü bulunmayan bireylerin BÖF toplam puan ortalaması ve standart sapması implant tedavi grubu için 81,15±14,98 ve dilaltı grubu için 77,37±11,64'tür. Bu farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunamamıştır (p=0,139). Fiziksel hastalık öyküsü bulunan bireylerin oluşturduğu grupta ise bu ortalamalar sırasıyla 81±10,07 ve 75,45±10,02 bulunmuş ve bu ortalamalar arasındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunamamıştır (p=0,184).

Tedavi gruplarının içinde "bireyde var olan kronik fiziksel hastalıklara" göre oluşturulan grupların BÖF toplam puanları karşılaştırıldığında; implant tedavisi görenler arasında "hayır" veya "evet" cevabı veren grupların BÖF toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanamamıştır (p=0,972). Aynı karşılaştırma dilaltı grubu için değerlendirildiğinde ise, farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunamamıştır (p=0,612).

Çizelge 4.23. Opiyat kullanım bozukluğu tanısı almış ve implant ya da dilaltı tedavisi görmekte olan bireylere ait BÖF ve SOSÖTÖ alt ölçek ve toplam puan ortalamalarının bireyde kronik ruhsal bozukluk öyküsüne göre karşılaştırılması

| | **Bireyde Kronik Ruhsal Bozukluk** | **Çip tedavisi (n=68)** | **Dilaltı tedavisi (n=68)** | **p** |
|---|---|---|---|---|
| | | **$\bar{X}$±S.D. Median [Min-Max]** | **$\bar{X}$±S.D. Median[Min- Max]** | |
| Otonomi | Hayır | 74,77±21,28<br>78 [22-120] | 73,32±22,89<br>75 [26-118] | 0,722 |
| | Evet | 68,25±22,46<br>64 [41-100] | 78±17,46<br>75 [44-100] | 0,331 |
| **p** | | 0,422 | 0,560 | |
| Sosyotropi | Hayır | 63,73±20,60<br>65 [22-113] | 64,71±22,62<br>63 [22-112] | 0,806 |
| | Evet | 64,63±21,69<br>71 [29-94] | 64,22±19,64<br>61 [36-90] | 0,968 |
| **p** | | 0,909 | 0,951 | |
| Sosyal ve Yasal Faktörler | Hayır | 48,90±8,79<br>49 [28-64] | 46,10±7,09<br>47 [30-61] | **0,048** |
| | Evet | 45,25±5,67<br>45 [35-53] | 48,11±8,86<br>46 [37-59] | 0,447 |
| **p** | | 0,259 | 0,446 | |
| Psikolojik Faktörler | Hayır | 33,05±6,03<br>33,50 [18-42] | 30,64±5,07<br>30 [22-40] | **0,020** |
| | Evet | 29,63±6,02<br>31 [20-36] | 31±6,78<br>33 [20-39] | 0,667 |
| **p** | | 0,136 | 0,852 | |
| **BÖF TOPLAM** | Hayır | 81,95±14,28<br>82,50 [46-105] | 76,75±10,87<br>74 [57-95] | **0,027** |
| | Evet | 74,88±10,88<br>77 [55-87] | 79,11±14,72<br>83 [57-98] | 0,515 |
| **p** | | 0,183 | 0,564 | |

Çizelge 4.23.'e göre opiyat kullanım bozukluğu tanısı almış ve AMATEM'de implant (Çip) ve dilaltı tedavileri gören bireyler; kendilerinde var olan kronik ruhsal bozukluklar temel alınarak oluşturulan grupların otonomi puanları tedavi gruplarına göre karşılaştırıldığında; opiyat kullanım bozukluğu dışında ruhsal bozukluk öyküsü bulunmayan bireylerin otonomi puan ortalaması ve standart sapması implant tedavi grubu için 74,77±21,28 ve dilaltı grubu için 73,32±22,89'dur. Bu farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunamamıştır (p=0,722). Opiyat kullanım bozukluğu dışında ruhsal bozukluk öyküsü bulunan bireylerin oluşturduğu grupta ise bu ortalamalar sırasıyla 68,25±22,46 ve 78±17,46 bulunmuş ve bu ortalamalar arasındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunamamıştır (p=0,331).

Tedavi gruplarının içinde "bireyde var olan opiyat kullanım bozukluğu dışı kronik ruhsal bozukluklara" göre oluşturulan grupların otonomi puanları karşılaştırıldığında; implant tedavisi görenler arasında "hayır" veya "evet" cevabı veren grupların otonomi puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanamamıştır (p=0,422). Aynı karşılaştırma dilaltı grubu için değerlendirildiğinde ise, farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunamamıştır (p=0,560).

İmplant ve dilaltı tedavileri gören bireyler; kendilerinde var olan opiyat kullanım bozukluğu dışı kronik ruhsal bozukluklar temel alınarak oluşturulan grupların sosyotropi puanları tedavi gruplarına göre karşılaştırıldığında; ruhsal bozukluk öyküsü bulunmayan bireylerin sosyotropi puan ortalaması ve standart sapması implant tedavi grubu için 63,73±20,60 ve dilaltı grubu için 64,71±22,62'dir. Bu farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunamamıştır (p=0,806). Ruhsal bozukluk öyküsü bulunan bireylerin oluşturduğu grupta ise bu ortalamalar sırasıyla 64,63±21,69 ve 64,22±19,64 bulunmuş ve bu ortalamalar arasındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunamamıştır (p=0,968).

Tedavi gruplarının içinde "bireyde var olan opiyat kullanım bozukluğu dışı kronik ruhsal bozukluklara" göre oluşturulan grupların sosyotropi puanları karşılaştırıldığında; implant tedavisi görenler arasında "hayır" veya "evet" cevabı veren grupların sosyotropi puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanamamıştır (p=0,909). Aynı karşılaştırma dilaltı grubu için değerlendirildiğinde ise, farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunamamıştır (p=0,951).

İmplant ve dilaltı tedavileri gören bireyler; kendilerinde var olan opiyat kullanım bozukluğu dışı kronik ruhsal bozukluklar temel alınarak oluşturulan gruplar içinde sosyal ve yasal faktör puanları tedavi gruplarına göre karşılaştırıldığında; ruhsal bozukluk öyküsü bulunmayan bireylerin sosyal ve yasal faktör puan ortalaması ve standart sapması implant tedavi grubu için 48,90±8,79 ve dilaltı grubu için 46,10±7,09'dur. Bu farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (p=0,048). Ruhsal bozukluk öyküsü bulunan bireylerin oluşturduğu grupta ise bu ortalamalar sırasıyla 45,25±5,67 ve 48,11±8,86 bulunmuş ve bu ortalamalar arasındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunamamıştır (p=0,447).

Tedavi gruplarının içinde "bireyde var olan opiyat kullanım bozukluğu dışı kronik ruhsal bozukluklara" göre oluşturulan grupların sosyal ve yasal faktör puanları karşılaştırıldığında; implant tedavisi görenler arasında "hayır" veya "evet" cevabı veren grupların sosyal ve yasal faktör puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı

farklılık saptanamamıştır (p=0,259). Aynı karşılaştırma dilaltı grubu için değerlendirildiğinde ise, farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunamamıştır (p=0,446).

İmplant ve dilaltı tedavileri gören bireyler; kendilerinde var olan opiyat kullanım bozukluğu dışı kronik ruhsal bozukluklar temel alınarak oluşturulan grupların psikolojik faktör puanları tedavi gruplarına göre karşılaştırıldığında; ruhsal bozukluk öyküsü bulunmayan bireylerin psikolojik faktör puan ortalaması ve standart sapması implant tedavi grubu için 33,05±6,03 ve dilaltı grubu için 30,64±5,07'dir. Bu farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (p=0,020). Ruhsal bozukluk öyküsü bulunan bireylerin oluşturduğu grupta ise bu ortalamalar sırasıyla 29,63±6,02 ve 31±6,78 bulunmuş ve bu ortalamalar arasındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunamamıştır (p=0,667).

Tedavi gruplarının içinde "bireyde var olan opiyat kullanım bozukluğu dışı kronik ruhsal bozukluklara" göre oluşturulan grupların psikolojik faktör puanları karşılaştırıldığında; implant tedavisi görenler arasında "hayır" veya "evet" cevabı veren grupların psikolojik faktör puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanamamıştır (p=0,136). Aynı karşılaştırma dilaltı grubu için değerlendirildiğinde ise, farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunamamıştır (p=0,852).

İmplant ve dilaltı tedavileri gören bireyler; kendilerinde var olan opiyat kullanım bozukluğu dışı kronik ruhsal bozukluklar temel alınarak oluşturulan grupların BÖF toplam puanları tedavi gruplarına göre karşılaştırıldığında; ruhsal bozukluk öyküsü bulunmayan bireylerin BÖF toplam puan ortalaması ve standart sapması implant tedavi grubu için 81,95±14,28 ve dilaltı grubu için 76,75±10,87'dir. Bu farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (p=0,027). Ruhsal bozukluk öyküsü bulunan bireylerin oluşturduğu grupta ise bu ortalamalar sırasıyla 74,88±10,88 ve 79,11±14,72 bulunmuş ve bu ortalamalar arasındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunamamıştır (p=0,515).

Tedavi gruplarının içinde "bireyde var olan opiyat kullanım bozukluğu dışı kronik ruhsal bozukluklara" göre oluşturulan grupların BÖF toplam puanları karşılaştırıldığında; implant tedavisi görenler arasında "hayır" veya "evet" cevabı veren grupların BÖF toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanamamıştır (p=0,183). Aynı karşılaştırma dilaltı grubu için değerlendirildiğinde ise, farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunamamıştır (p=0,564).

Çizelge 4.24. Opiyat kullanım bozukluğu tanısı almış ve implant ya da dilaltı tedavisi görmekte olan bireylere ait BÖF ve SOSÖTÖ alt ölçek ve toplam puan ortalamalarının maddeye başlama yaşına göre karşılaştırılması

| | **Başlama Yaşı** | **Çip tedavisi (n=68)** | **Dilaltı tedavisi (n=68)** | **p** |
|---|---|---|---|---|
| | | **$\bar{X}$±S.D.<br>Median [Min-Max]** | **$\bar{X}$±S.D.<br>Median [Min- Max]** | |
| Otonomi | 14 yaş ve altı | 69,85±23,32<br>74 [22-101] | 73,36±24,83<br>78 [26-118] | 0,682 |
| | 15-16 yaş | 83,33 ±18,43<br>81 [44-120] | 78,69±22,14<br>81,50 [40-110] | 0,532 |
| | 17-19 yaş | 72,92 ±23<br>78,50 [25-116] | 77,50±22,94<br>85 [40-105] | 0,576 |
| | 19 yaş üzeri | 70,25±18,84<br>70 [44-113] | 68,06±18,43<br>71 [34-101] | 0,734 |
| **p** | | 0,275 | 0,518 | |
| Sosyotropi | 14 yaş ve altı | 60,77±21,17<br>65 [27-83] | 61,50±24,90<br>57,50 [22-112] | 0,930 |
| | 15-16 yaş | 72,07±19,39<br>74 [39-113] | 69,81±17,39<br>73 [43-98] | 0,735 |
| | 17-19 yaş | 61,50±19,64<br>64,50 [22-95] | 73,58±27,51<br>84 [22-105] | 0,138 |
| | 19 yaş üzeri | 62,13±22,39<br>64 [22-103] | 57,94±16,24<br>56 [32-86] | 0,534 |
| **p** | | 0,382 | 0,177 | |
| Sosyal ve Yasal Faktörler | 14 yaş ve altı | 48,62±7,07<br>49 [35-58] | 45,45±8,32<br>45 [30-60] | 0,261 |
| | 15-16 yaş | 49,07 ±7,64<br>49 [35-59] | 46±7,57<br>46,50 [32-61] | 0,271 |
| | 17-19 yaş | 48,96±8,38<br>48,50 [33-62] | 48,58±7,68<br>48,50 [35-59] | 0,897 |
| | 19 yaş üzeri | 47,06±10,96<br>48 [28-64] | 46,33±5,60<br>47 [37-55] | 0,813 |
| **p** | | 0,903 | 0,694 | |
| Psikolojik Faktörler | 14 yaş ve altı | 31,23±6,00<br>31 [19-38] | 30,86±5,13<br>31 [21-40] | 0,849 |
| | 15-16 yaş | 33,27±5,84<br>33 [20-41] | 29,88±5,17<br>29,50 [22-40] | 0,097 |
| | 17-19 yaş | 33,83±5,85<br>34 [20-41] | 31,42±5,41<br>31 [22-39] | 0,240 |
| | 19 yaş üzeri | 31,44±6,81<br>33,50 [18-42] | 30,72±5,76<br>31,50 [20-38] | 0,742 |
| **p** | | 0,502 | 0,893 | |
| **BÖF TOPLAM** | 14 yaş ve altı | 79,85±12,84<br>78 [54-95] | 76,32±11,76<br>77,50 [57-95] | 0,413 |
| | 15-16 yaş | 82,33±13<br>86 [55-98] | 75,88±11,12<br>74 [59-94] | 0,147 |
| | 17-19 yaş | 82,79±13,34<br>82,50 [53-103] | 80±12,59<br>80,50 [57-98] | 0,551 |
| | 19 yaş üzeri | 78,50±17,41<br>80 [46-105] | 77,06±10,81<br>78 [57-91] | 0,771 |
| **p** | | 0,781 | 0,791 | |

Çizelge 4.24.'e göre opiyat kullanım bozukluğu tanısı almış ve AMATEM'de implant (Çip) ve dilaltı tedavileri gören bireyler madde kullanmaya başladıkları yaş baz alınarak, otonomi puanları tedavi gruplarına göre karşılaştırıldığında; madde kullanımına ilk olarak 14 yaş ve altında başlayan bireylerin otonomi puan ortalaması ve standart sapması implant tedavi grubu için 69,85±23,32 ve dilaltı grubu için 73,36±24,83'tür. Bu farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (p=0,682). Madde kullanımına ilk olarak 15 ile 16 yaşlar arasında başlayan bireylerde bu ortalamalar sırasıyla 83,33 ±18,43 ve 78,69±22,14 bulunmuş ve bu ortalamalar arasındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (p=0,532). Madde kullanımına ilk olarak 17 ile 19 yaşlar arasında başlayan bireyler için ise ortalamalar implant tedavisi için 72,92±23 iken dilaltı tedavisi için 77,50±22,94 şeklinde bulunmuş ve bu ortalamalar arasındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (p=0,576). Madde kullanımına ilk olarak 19 yaşın üzerinde başlayanlar için ise ortalamalar implant tedavisi için 70,25±18,84 iken dilaltı tedavisi için 68,06±18,43 şeklinde bulunmuş ve bu ortalamalar arasındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (p=0,734).

Tedavi gruplarının içinde "maddeye başlama yaşı" gruplarının otonomi puanları karşılaştırıldığında; implant tedavisi görenler arasında "14 yaş ve altı", "15-16 yaş", "17-19 yaş" ve "19 yaş üzeri" gruplarının otonomi puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanamamıştır (p=0,275). Aynı karşılaştırma dilaltı grubu için değerlendirildiğinde ise farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunamamıştır (p=0,518).

İmplant ve dilaltı tedavileri gören bireyler madde kullanmaya başladıkları yaş baz alınarak, sosyotropi puanları tedavi gruplarına göre karşılaştırıldığında; madde kullanımına ilk olarak 14 yaş ve altında başlayan bireylerin sosyotropi puan ortalaması ve standart sapması implant tedavi grubu için 60,77±21,17 ve dilaltı grubu için 61,50±24,90'dır. Bu farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunamamıştır (p=0,930). Madde kullanımına ilk olarak 15 ile 16 yaşlar arasında başlayan bireylerde bu ortalamalar sırasıyla 72,07±19,39 ve 69,81±17,39 bulunmuş ve bu ortalamalar arasındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunamamıştır (p=0,735). Madde kullanımına ilk olarak 17 ile 19 yaşlar arasında başlayan bireyler için ise ortalamalar implant tedavisi için 61,50±19,64 iken dilaltı tedavisi için 73,58±27,51 şeklinde bulunmuş ve bu ortalamalar arasındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (p=0,138). Madde kullanımına ilk olarak 19 yaşın üzerinde başlayanlar için ise ortalamalar implant tedavisi için 62,13±22,39 iken dilaltı tedavisi için

57,94±16,24 şeklinde bulunmuş ve bu ortalamalar arasındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (p=0,534).

Tedavi gruplarının içinde "maddeye başlama yaşı" gruplarının sosyotropi puanları karşılaştırıldığında; implant tedavisi görenler arasında "14 yaş ve altı", "15-16 yaş", "17-19 yaş" ve "19 yaş üzeri" gruplarının sosyotropi puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanamamıştır (p=0,382). Aynı karşılaştırma dilaltı grubu için değerlendirildiğinde ise, farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunamamıştır (p=0,177).

İmplant ve dilaltı tedavileri gören bireyler madde kullanmaya başladıkları yaş baz alınarak, sosyal ve yasal faktör puanları tedavi gruplarına göre karşılaştırıldığında; madde kullanımına ilk olarak 14 yaş ve altında başlayan bireylerin sosyal ve yasal faktör puan ortalaması ve standart sapması implant tedavi grubu için 48,62±7,07 ve dilaltı grubu için 45,45±8,32'dir. Bu farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunamamıştır (p=0,261). Madde kullanımına ilk olarak 15 ile 16 yaşlar arasında başlayan bireylerde bu ortalamalar sırasıyla 49,07 ±7,64 ve 46±7,57 bulunmuş ve bu ortalamalar arasındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunamamıştır (p=0,271). Madde kullanımına ilk olarak 17 ile 19 yaşlar arasında başlayan bireyler için ise ortalamalar implant tedavisi için 48,96±8,38 iken dilaltı tedavisi için 48,58±7,68 şeklinde bulunmuş ve bu ortalamalar arasındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunamamıştır (p=0,897). Madde kullanımına ilk olarak 19 yaşın üzerinde başlayanlar için ise ortalamalar implant tedavisi için 47,06±10,96 iken dilaltı tedavisi için 46,33±5,60 şeklinde bulunmuş ve bu ortalamalar arasındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (p=0,813).

Tedavi gruplarının içinde "maddeye başlama yaşı" gruplarının sosyal ve yasal faktör puanları karşılaştırıldığında; implant tedavisi görenler arasında "14 yaş ve altı", "15-16 yaş", "17-19 yaş" ve "19 yaş üzeri" gruplarının sosyal ve yasal faktör puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanamamıştır (p=0,903). Aynı karşılaştırma dilaltı grubu için değerlendirildiğinde ise, farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunamamıştır (p=0,694).

İmplant ve dilaltı tedavileri gören bireyler madde kullanmaya başladıkları yaş baz alınarak, psikolojik faktör puanları tedavi gruplarına göre karşılaştırıldığında; madde kullanımına ilk olarak 14 yaş ve altında başlayan bireylerin psikolojik faktör puan ortalaması ve standart sapması implant tedavi grubu için 31,23±6,00 ve dilaltı grubu için 30,86±5,13'tür. Bu farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunamamıştır (p=0,849). Madde kullanımına ilk olarak 15 ile 16 yaşlar arasında başlayan bireylerde bu ortalamalar sırasıyla 33,27±5,84 ve 29,88±5,17 bulunmuş ve bu ortalamalar

arasındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (p=0,097). Madde kullanımına ilk olarak 17 ile 19 yaşlar arasında başlayan bireyler için ise ortalamalar implant tedavisi için 33,83±5,85 iken dilaltı tedavisi için 31,42±5,41 şeklinde bulunmuş ve bu ortalamalar arasındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunamamıştır (p=0,240). Madde kullanımına ilk olarak 19 yaşın üzerinde başlayanlar için ise ortalamalar implant tedavisi için 31,44±6,81 iken dilaltı tedavisi için 30,72±5,76 şeklinde bulunmuş ve bu ortalamalar arasındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunamamıştır (p=0,742).

Tedavi gruplarının içinde "maddeye başlama yaşı" gruplarının psikolojik faktör puanları karşılaştırıldığında; implant tedavisi görenler arasında "14 yaş ve altı", "15-16 yaş", "17-19 yaş" ve "19 yaş üzeri" gruplarının psikolojik faktör puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanamamıştır (p=0,502). Aynı karşılaştırma dilaltı grubu için değerlendirildiğinde ise, farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunamamıştır (p=0,893).

İmplant ve dilaltı tedavileri gören bireyler madde kullanmaya başladıkları yaş baz alınarak, BÖF toplam puanları tedavi gruplarına göre karşılaştırıldığında; madde kullanımına ilk olarak 14 yaş ve altında başlayan bireylerin BÖF toplam puan ortalaması ve standart sapması implant tedavi grubu için 79,85±12,84 ve dilaltı grubu için 76,32±11,76'dır. Bu farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunamamıştır (p=0,413). Madde kullanımına ilk olarak 15 ile 16 yaşlar arasında başlayan bireylerde bu ortalamalar sırasıyla 82,33±13 ve 75,88±11,12 bulunmuş ve bu ortalamalar arasındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunamamıştır (p=0,147). Madde kullanımına ilk olarak 17 ile 19 yaşlar arasında başlayan bireyler için ise ortalamalar implant tedavisi için 82,79±13,34 iken dilaltı tedavisi için 80±12,59 şeklinde bulunmuş ve bu ortalamalar arasındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunamamıştır (p=0,551). Madde kullanımına ilk olarak 19 yaşın üzerinde başlayanlar için ise ortalamalar implant tedavisi için 78,50±17,41 iken dilaltı tedavisi için 77,06±10,81 şeklinde bulunmuş ve bu ortalamalar arasındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunamamıştır (p=0,771).

Tedavi gruplarının içinde "maddeye başlama yaşı" gruplarının BÖF toplam puanları karşılaştırıldığında; implant tedavisi görenler arasında "14 yaş ve altı", "15-16 yaş", "17-19 yaş" ve "19 yaş üzeri" gruplarının BÖF toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanamamıştır (p=0,781). Aynı karşılaştırma dilaltı grubu için değerlendirildiğinde ise, farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunamamıştır (p=0,791).

Çizelge 4.25. Opiyat kullanım bozukluğu tanısı almış ve implant ya da dilaltı tedavisi görmekte olan bireylere ait BÖF ve SOSÖTÖ alt ölçek ve toplam puan ortalamalarının başlangıç maddesine göre karşılaştırılması

| | **Başlangıç Maddesi** | **Çip tedavisi (n=68)** | **Dilaltı tedavisi (n=68)** | **p** |
|---|---|---|---|---|
| | | **$\bar{X}$±S.D. Median [Min-Max]** | **$\bar{X}$±S.D. Median [Min- Max]** | |
| Otonomi | Esrar | 76,35±20,46<br>79 [25-120] | 72,93±23,20<br>74 [26-118] | 0,411 |
| | Eroin | 63,67±29,91<br>60,50 [22-98] | 77,50±17,89<br>79 [58-105] | 0,300 |
| | Diğerleri | 64,43±17,73<br>69 [41-88] | 83,67±9,29<br>88 [73-90] | 0,121 |
| **p** | | 0,177 | 0,644 | |
| Sosyotropi | Esrar | 64,56±19,29<br>68 [22-113] | 63,18±22,05<br>60 [22-112] | 0,724 |
| | Eroin | 62,50±32,50<br>64 [26-100] | 72,63±20,42<br>72 [38-105] | 0,487 |
| | Diğerleri | 59,29±21,56<br>54 [29-94] | 71,33±30,60<br>89 [36-89] | 0,490 |
| **p** | | 0,809 | 0,463 | |
| Sosyal ve Yasal Faktörler | Esrar | 48,42±8,18<br>48 [28-63] | 46,91±7,35<br>47 [30-61] | 0,308 |
| | Eroin | 46,50±13,15<br>43,50 [35-64] | 44,25±7,45<br>43,50 [35-54] | 0,691 |
| | Diğerleri | 50,57±7,59<br>51 [42-59] | 41,67±4,50<br>42 [37-67] | 0,100 |
| **p** | | 0,695 | 0,333 | |
| Psikolojik Faktörler | Esrar | 32,71±5,74<br>33 [18-42] | 30,86±4,77<br>31 [21-39] | **0,045** |
| | Eroin | 30,50±8,96<br>33 [19-39] | 28,88±6,68<br>27 [22-40] | 0,703 |
| | Diğerleri | 34 ±6,55<br>36 [23-41] | 32,33±10,78<br>37 [20-40] | 0,766 |
| **p** | | 0,585 | 0,529 | |
| **BÖF TOPLAM** | Esrar | 81,13±13,35<br>80 [46-105] | 77,77±10,98<br>78 [57-98] | 0,149 |
| | Eroin | 77±21,30<br>76,50 [54-103] | 73,13±13,44<br>72,50 [57-94] | 0,683 |
| | Diğerleri | 84,57±13,67<br>87 [67-98] | 74±14,73<br>82 [57-83] | 0,304 |
| **p** | | 0,632 | 0,503 | |

Çizelge 4.25.'e göre opiyat kullanım bozukluğu tanısı almış ve AMATEM'de implant (Çip) ve dilaltı tedavileri gören bireyler, ilk olarak kullanım bozukluğu geliştirdikleri maddeler baz alınarak otonomi puanları tedavi gruplarına göre karşılaştırıldığında; ilk olarak kenevir kullanım bozukluğu geliştiren bireylerin otonomi puan ortalaması ve standart sapması implant tedavi grubu için 76,35±20,46 ve dilaltı grubu için 72,93±23,20'dir. Bu farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunamamıştır (p=0,411). İlk olarak opiyat kullanım bozukluğu geliştiren bireylerde bu ortalamalar

sırasıyla 63,67±29,91 ve 77,50±17,89 bulunmuş ve bu ortalamalar arasındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunamamıştır (p=0,300). İlk olarak diğer başka maddeler ile kullanım bozukluğu geliştirenler için ise ortalamalar implant tedavisi için 64,43±17,73 iken dilaltı tedavisi için 83,67±9,29 şeklinde bulunmuş ve bu ortalamalar arasındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunamamıştır (p=0,121).

Tedavi gruplarının içinde "başlangıç maddesi" gruplarının otonomi puanları karşılaştırıldığında; implant tedavisi görenler arasında "esrar", "eroin" ve "diğerleri" gruplarının otonomi puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanamamıştır (p=0,177). Aynı karşılaştırma dilaltı grubu için değerlendirildiğinde ise, farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunamamıştır (p=0,644).

İmplant ve dilaltı tedavileri gören bireyler, ilk olarak kullanım bozukluğu geliştirdikleri maddeler baz alınarak sosyotropi puanları tedavi gruplarına göre karşılaştırıldığında; ilk olarak kenevir kullanım bozukluğu geliştiren bireylerin sosyotropi puan ortalaması ve standart sapması implant tedavi grubu için 64,56±19,29 ve dilaltı grubu için 63,18±22,05'tir. Bu farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunamamıştır (p=0,724). İlk olarak opiyat kullanım bozukluğu geliştiren bireylerde bu ortalamalar sırasıyla 62,50±32,50 ve 72,63±20,42 bulunmuş ve bu ortalamalar arasındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunamamıştır (p=0,487). İlk olarak diğer başka maddeler ile kullanım bozukluğu geliştirenler için ise ortalamalar implant tedavisi için 59,29±21,56 iken dilaltı tedavisi için 71,33±30,60 şeklinde bulunmuş ve bu ortalamalar arasındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunamamıştır (p=0,490).

Tedavi gruplarının içinde "başlangıç maddesi" gruplarının sosyotropi puanları karşılaştırıldığında; implant tedavisi görenler arasında "esrar", "eroin" ve "diğer maddeler" gruplarının sosyotropi puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanamamıştır (p=0,809). Aynı karşılaştırma dilaltı grubu için değerlendirildiğinde ise, farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunamamıştır (p=0,463).

İmplant ve dilaltı tedavileri gören bireyler, ilk olarak kullanım bozukluğu geliştirdikleri maddeler baz alınarak sosyal ve yasal faktör puanları tedavi gruplarına göre karşılaştırıldığında; ilk olarak kenevir kullanım bozukluğu geliştiren bireylerin sosyal ve yasal faktör puan ortalaması ve standart sapması implant tedavi grubu için 48,42±8,18 ve dilaltı grubu için 46,91±7,35'tir. Bu farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunamamıştır (p=0,308). İlk olarak opiyat kullanım bozukluğu geliştiren bireylerde bu

ortalamalar sırasıyla 46,50±13,15 ve 44,25±7,45 bulunmuş ve bu ortalamalar arasındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunamamıştır (p=0,691). İlk olarak diğer başka maddeler ile kullanım bozukluğu geliştirenler için ise ortalamalar implant tedavisi için 50,57±7,59 iken dilaltı tedavisi için 41,67±4,50 şeklinde bulunmuş ve bu ortalamalar arasındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunamamıştır (p=0,100).

Tedavi gruplarının içinde "başlangıç maddesi" gruplarının sosyal ve yasal faktör puanları karşılaştırıldığında; implant tedavisi görenler arasında "esrar", "eroin" ve "diğer maddeler" gruplarının sosyal ve yasal faktör puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanamamıştır (p=0,695). Aynı karşılaştırma dilaltı grubu için değerlendirildiğinde ise, farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunamamıştır (p=0,333).

İmplant ve dilaltı tedavileri gören bireyler, ilk olarak kullanım bozukluğu geliştirdikleri maddeler baz alınarak psikolojik faktör puanları tedavi gruplarına göre karşılaştırıldığında; ilk olarak kenevir kullanım bozukluğu geliştiren bireylerin psikolojik faktör puan ortalaması ve standart sapması implant tedavi grubu için 32,71±5,74 ve dilaltı grubu için 30,86±4,77'dir. Bu farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (p=0,045). İlk olarak opiyat kullanım bozukluğu geliştiren bireylerde bu ortalamalar sırasıyla 30,50±8,96 ve 28,88±6,68 bulunmuş ve bu ortalamalar arasındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunamamıştır (p=0,703). İlk olarak diğer başka maddeler ile kullanım bozukluğu geliştirenler için ise ortalamalar implant tedavisi için 34±6,55 iken dilaltı tedavisi için 32,33±10,78 şeklinde bulunmuş ve bu ortalamalar arasındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunamamıştır (p=0,766).

Tedavi gruplarının içinde "başlangıç maddesi" gruplarının psikolojik faktör puanları karşılaştırıldığında; implant tedavisi görenler arasında "esrar", "eroin" ve "diğer madde" gruplarının psikolojik faktör puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanamamıştır (p=0,585). Aynı karşılaştırma dilaltı grubu için değerlendirildiğinde ise, farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunamamıştır (p=0,529).

İmplant ve dilaltı tedavileri gören bireyler, ilk olarak kullanım bozukluğu geliştirdikleri maddeler baz alınarak BÖF toplam puanları tedavi gruplarına göre karşılaştırıldığında; ilk olarak kenevir kullanım bozukluğu geliştiren bireylerin BÖF toplam puan ortalaması ve standart sapması implant tedavi grubu için 81,13±13,35 ve dilaltı grubu için 77,77±10,98'dir. Bu farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunamamıştır (p=0,149). İlk olarak opiyat kullanım bozukluğu geliştiren bireylerde bu ortalamalar sırasıyla 77±21,30 ve 73,13±13,44 bulunmuş ve bu ortalamalar arasındaki

farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunamamıştır (p=0,683). İlk olarak diğer başka maddeler ile kullanım bozukluğu geliştirenler için ise ortalamalar implant tedavisi için 84,57±13,67 iken dilaltı tedavisi için 74±14,73 şeklinde bulunmuş ve bu ortalamalar arasındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunamamıştır (p=0,304).

Tedavi gruplarının içinde "başlangıç maddesi" gruplarının BÖF toplam puanları karşılaştırıldığında; implant tedavisi görenler arasında "esrar", "eroin" ve "diğer madde" gruplarının BÖF toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanamamıştır (p=0,632). Aynı karşılaştırma dilaltı grubu için değerlendirildiğinde ise, farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunamamıştır (p=0,503).

Çizelge 4.26. Opiyat kullanım bozukluğu tanısı almış ve implant ya da dilaltı tedavisi görmekte olan bireylere ait BÖF ve SOSÖTÖ alt ölçek ve toplam puan ortalamalarının daha önceden tedavi alıp almadığına göre karşılaştırılması

| | **Daha Önceden Tedavi Alıp Almadığı** | **Çip tedavisi (n=68)** $\bar{X}$±S.D. Median [Min-Max] | **Dilaltı tedavisi (n=68)** $\bar{X}$±S.D. Median[Min- Max] | **p** |
|---|---|---|---|---|
| Otonomi | Hayır | 81,64±19,25<br>80 [48-116] | 77,13±16,70<br>72 [58-106] | 0,505 |
| | Evet | 72,02±21,59<br>75,50 [22-120] | 73,04±23,58<br>77 [26-118] | 0,816 |
| **p** | | 0,134 | 0,532 | |
| Sosyotropi | Hayır | 67,29±15<br>73 [40-83] | 62,87±14,49<br>58 [38-89] | 0,427 |
| | Evet | 62,94±21,81<br>65 [22-113] | 65,15±23,93<br>67 [22-112] | 0,619 |
| **p** | | 0,486 | 0,727 | |
| Sosyal ve Yasal Faktörler | Hayır | 54,14±6,24<br>55 [44-62] | 51,73±5,50<br>51 [40-60] | 0,280 |
| | Evet | 47±8,47<br>48 [28-64] | 44,85±7,06<br>45 [30-61] | 0,157 |
| **p** | | **0,004** | **0,001** | |
| Psikolojik Faktörler | Hayır | 36,64±3,34<br>37 [29-41] | 33,60±5,35<br>35 [24-40] | 0,080 |
| | Evet | 31,61±6,23<br>33 [18-42] | 29,87±4,99<br>30 [20-40] | 0,114 |
| **p** | | **0,005** | **0,014** | |
| **BÖF TOPLAM** | Hayır | 90,79±9,15<br>93 [73-103] | 85,33±9,88<br>89 [64-98] | 0,136 |
| | Evet | 78,61±14,05<br>80 [46-105] | 74,72±10,69<br>74 [57-93] | 0,110 |
| **p** | | **0,003** | **0,001** | |

Çizelge 4.26.'ya göre opiyat kullanım bozukluğu tanısı almış ve AMATEM'de implant (Çip) ve dilaltı tedavileri gören bireyler; önceden herhangi bir tedavi öyküsüne

sahip olup olmadığı temel alınarak oluşturulan gruplar içinde otonomi puanları tedavi gruplarına göre karşılaştırıldığında; daha önce herhangi bir tedavi görmeyen bireylerin otonomi puan ortalaması ve standart sapması implant tedavi grubu için 81,64±19,25 ve dilaltı grubu için 77,13±16,70'dir. Bu farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunamamıştır (p=0,505). Tedavi öyküsü bulunan bireylerin oluşturduğu grupta ise bu ortalamalar sırasıyla 72,02±21,59 ve 73,04±23,58 bulunmuş ve bu ortalamalar arasındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunamamıştır (p=0,816).

Tedavi gruplarının içinde "tedavi öyküsüne" göre oluşturulan grupların otonomi puanları karşılaştırıldığında; implant tedavisi görenler arasında "hayır" veya "evet" cevabı veren grupların otonomi puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanamamıştır (p=0,134). Aynı karşılaştırma dilaltı grubu için değerlendirildiğinde ise, farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunamamıştır (p=0,532).

İmplant ve dilaltı tedavileri gören bireyler; önceden herhangi bir tedavi öyküsüne sahip olup olmadığı temel alınarak oluşturulan gruplar içinde sosyotropi puanları tedavi gruplarına göre karşılaştırıldığında; daha önce herhangi bir tedavi görmeyen bireylerin sosyotropi puan ortalaması ve standart sapması implant tedavi grubu için 67,29±15 ve dilaltı grubu için 62,87±14,49'dur. Bu farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunamamıştır (p=0,427). Tedavi öyküsü bulunan bireylerin oluşturduğu grupta ise bu ortalamalar sırasıyla 62,94±21,81 ve 65,15±23,93 bulunmuş ve bu ortalamalar arasındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunamamıştır (p=0,619).

Tedavi gruplarının içinde "tedavi öyküsüne" göre oluşturulan grupların sosyotropi puanları karşılaştırıldığında; implant tedavisi görenler arasında "hayır" veya "evet" cevabı veren grupların sosyotropi puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanamamıştır (p=0,486). Aynı karşılaştırma dilaltı grubu için değerlendirildiğinde ise, farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunamamıştır (p=0,727).

İmplant ve dilaltı tedavileri gören bireyler; önceden herhangi bir tedavi öyküsüne sahip olup olmadığı temel alınarak oluşturulan gruplar içinde sosyal ve yasal faktör puanları tedavi gruplarına göre karşılaştırıldığında; daha önce herhangi bir tedavi görmeyen bireylerin sosyal ve yasal faktör puan ortalaması ve standart sapması implant tedavi grubu için 54,14±6,24 ve dilaltı grubu için 51,73±5,50'dir. Bu farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (p=0,280). Tedavi öyküsü bulunan bireylerin oluşturduğu grupta ise bu ortalamalar sırasıyla 47±8,47 ve 44,85±7,06 bulunmuş ve bu ortalamalar arasındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunamamıştır (p=0,157).

Tedavi gruplarının içinde "tedavi öyküsüne" göre oluşturulan grupların sosyal ve yasal faktör puanları karşılaştırıldığında; implant tedavisi görenler arasında "hayır" veya "evet" cevabı veren grupların sosyal ve yasal faktör puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır (p=0,004). Aynı karşılaştırma dilaltı grubu için değerlendirildiğinde ise, farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (p=0,001).

İmplant ve dilaltı tedavileri gören bireyler; önceden herhangi bir tedavi öyküsüne sahip olup olmadığı temel alınarak oluşturulan gruplar içinde psikolojik faktör puanları tedavi gruplarına göre karşılaştırıldığında; daha önce herhangi bir tedavi görmeyen bireylerin psikolojik faktör puan ortalaması ve standart sapması implant tedavi grubu için 36,64±3,34 ve dilaltı grubu için 33,60±5,35'dir. Bu farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunamamıştır (p=0,080). Tedavi öyküsü bulunan bireylerin oluşturduğu grupta ise bu ortalamalar sırasıyla 31,61±6,23 ve 29,87±4,99 bulunmuş ve bu ortalamalar arasındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunamamıştır (p=0,114).

Tedavi gruplarının içinde "tedavi öyküsüne" göre oluşturulan grupların psikolojik faktör puanları karşılaştırıldığında; implant tedavisi görenler arasında "hayır" veya "evet" cevabı veren grupların psikolojik faktör puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır (p=0,005). Aynı karşılaştırma dilaltı grubu için değerlendirildiğinde ise, farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (p=0,014).

İmplant ve dilaltı tedavileri gören bireyler; önceden herhangi bir tedavi öyküsüne sahip olup olmadığı temel alınarak oluşturulan gruplar içinde BÖF toplam puanları tedavi gruplarına göre karşılaştırıldığında; daha önce herhangi bir tedavi görmeyen bireylerin BÖF toplam puan ortalaması ve standart sapması implant tedavi grubu için 90,79±9,15 ve dilaltı grubu için 85,33±9,88'dir. Bu farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunamamıştır (p=0,136). Tedavi öyküsü bulunan bireylerin oluşturduğu grupta ise bu ortalamalar sırasıyla 78,61±14,05 ve 74,72±10,69 bulunmuş ve bu ortalamalar arasındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunamamıştır (p=0,110).

Tedavi gruplarının içinde "tedavi öyküsüne" göre oluşturulan grupların BÖF toplam puanları karşılaştırıldığında; implant tedavisi görenler arasında "hayır" veya "evet" cevabı veren grupların BÖF toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır (p=0,003). Aynı karşılaştırma dilaltı grubu için değerlendirildiğinde ise, farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (p=0,001).

Çizelge 4.27. Opiyat kullanım bozukluğu tanısı almış ve implant ya da dilaltı tedavisi görmekte olan bireylere ait BÖF ve SOSÖTÖ alt ölçek ve toplam puan ortalamalarının yatarak tedavi sıklığına göre karşılaştırılması

| | **Yatarak Tedavi Sıklığı (Seferi)** | **Çip tedavisi (n=68)** | **Dilaltı tedavisi (n=68)** | **p** |
|---|---|---|---|---|
| | | **X̄±S.D.<br>Median [Min-Max]** | **X̄±S.D.<br>Median [Min- Max]** | |
| Otonomi | Daha önce yatış yok | 79,26±18,08<br>78 [48-116] | 74,64±14,39<br>72 [58-100] | 0,436 |
| | Bir sefer | 75,44 ±26,12<br>68 [45-120] | 68,38±27,30<br>65 [32-118] | 0,516 |
| | 2-4 sefer | 69,13 ±23,35<br>77 [22-108] | 72±24,36<br>75 [26-110] | 0,696 |
| | 4 üzeri | 74,25±19,25<br>76,50 [41-113] | 84,21±13,94<br>85 [61-106] | 0,120 |
| **p** | | 0,494 | 0,216 | |
| Sosyotropi | Daha önce yatış yok | 63,79±17,25<br>70 [33-83] | 62,86±15,30<br>57 [38-89] | 0,873 |
| | Bir sefer | 64,33±32,38<br>62 [22-113] | 63,24±26,29<br>67 [22-112] | 0,923 |
| | 2-4 sefer | 60,71±19,29<br>64,50 [22-94] | 65,47±25,05<br>61 [22-106] | 0,485 |
| | 4 üzeri | 68,31±19,13<br>69,50 [29-103] | 67,43±18,40<br>65,50 [36-105] | 0,899 |
| **p** | | 0,734 | 0,938 | |
| Sosyal ve Yasal Faktörler | Daha önce yatış yok | 54,32±6,07<br>56 [44-62] | 52±5,44<br>52,50 [42-60] | 0,267 |
| | Bir sefer | 55,11 ±8,19<br>57 [41-64] | 49,81±5,75<br>49 [40-61] | **0,039** |
| | 2-4 sefer | 45,21±7,83<br>48 [28-56] | 43,11±6,02<br>43 [32-55] | 0,340 |
| | 4 üzeri | 42,69±5,37<br>43,50 [33-52] | 40±5,63<br>40,50 [30-48] | 0,192 |
| **p** | | **<0,001** | **<0,001** | |
| Psikolojik Faktörler | Daha önce yatış yok | 36,32±3,28<br>37 [29-41] | 34,14±4,73<br>35,50 [24-40] | 0,129 |
| | Bir sefer | 33,27±5,84<br>33 [20-41] | 33,48±3,98<br>34 [27-40] | 0,069 |
| | 2-4 sefer | 30,96±6,50<br>33 [18-41] | 28,16±4,37<br>28 [21-37] | 0,115 |
| | 4 üzeri | 28,75±5,50<br>29 [20-41] | 26,50±4,01<br>26 [20-34] | 0,217 |
| **p** | | **<0,001** | **<0,001** | |
| **BÖF TOPLAM** | Daha önce yatış yok | 90,63±8,93<br>93 [73-103] | 86,14±8,12<br>89 [72-98] | 0,149 |
| | Bir sefer | 91,44±12,51<br>95 [69-105] | 83,29±8,21<br>86 [67-94] | **0,026** |
| | 2-4 sefer | 76,17±13,56<br>80 [46-97] | 71,26±8,79<br>69 [59-87] | 0,180 |
| | 4 üzeri | 71,44±10,07<br>71 [53-86] | 66,50±8,15<br>65,50 [57-82] | 0,155 |
| **p** | | **<0,001** | **<0,001** | |

Çizelge 4.27.'ye göre opiyat kullanım bozukluğu tanısı almış ve AMATEM'de implant (Çip) ve dilaltı tedavileri gören bireylerin klinikte yatarak tedavi sıklığı (seferleri) baz alınarak, otonomi puanları tedavi gruplarına göre karşılaştırıldığında; daha önce yatışı olmayan bireylerin otonomi puan ortalaması ve standart sapması implant tedavi grubu için 79,26±18,08 ve dilaltı grubu için 74,64±14,39'dur. Bu farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunamamıştır (p=0,436). Bir sefer yatış yapmış bireylerde bu ortalamalar sırasıyla 75,44 ±26,12 ve 68,38±27,30 bulunmuş ve bu ortalamalar arasındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunamamıştır (p=0,516). 2 ile 4 sefer arasında yatış yapmış bireyler için ise ortalamalar implant tedavisi için 69,13 ±23,35 iken dilaltı tedavisi için 72±24,36 şeklinde bulunmuş ve bu ortalamalar arasındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunamamıştır (p=0,696). 4 seferden daha fazla yatış yapanlar için ise ortalamalar implant tedavisi için 74,25±19,25 iken dilaltı tedavisi için 84,21±13,94 şeklinde bulunmuş ve bu ortalamalar arasındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunamamıştır (p=0,120).

Tedavi gruplarının içinde "yatarak tedavi seferi" gruplarının otonomi puanları karşılaştırıldığında; implant tedavisi görenler arasında "daha önce yatış yok", "bir sefer", "2-4 sefer" ve "4 sefer üzeri" gruplarının otonomi puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanamamıştır (p=0,494). Aynı karşılaştırma dilaltı grubu için değerlendirildiğinde ise, farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunamamıştır (p=0,216).

İmplant ve dilaltı tedavileri gören bireyler klinikte yatarak tedavi sıklıkları (seferleri) baz alınarak, sosyotropi puanları tedavi gruplarına göre karşılaştırıldığında; daha önce yatışı olmayan bireylerin sosyotropi puan ortalaması ve standart sapması implant tedavi grubu için 63,79±17,25 ve dilaltı grubu için 62,86±15,30'dur. Bu farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunamamıştır (p=0,873). Bir sefer yatış yapmış bireylerde bu ortalamalar sırasıyla 64,33±32,38 ve 63,24±26,29 bulunmuş ve bu ortalamalar arasındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunamamıştır (p=0,923). 2 ile 4 sefer arasında yatış yapmış bireyler için ise ortalamalar implant tedavisi için 60,71±19,29 iken dilaltı tedavisi için 65,47±25,05 şeklinde bulunmuş ve bu ortalamalar arasındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunamamıştır (p=0,485). 4 seferden daha fazla yatış yapanlar için ise ortalamalar implant tedavisi için 68,31±19,13 iken

dilaltı tedavisi için 67,43±18,40 şeklinde bulunmuş ve bu ortalamalar arasındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunamamıştır (p=0,899).

Tedavi gruplarının içinde "klinikte yatarak tedavi sıklığı (seferi)" gruplarının sosyotropi puanları karşılaştırıldığında; implant tedavisi görenler arasında "daha önce hiç yatarak tedavisi olmayan", "bir sefer", "2-4 sefer" ve "4 sefer üzeri" gruplarının sosyotropi puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanamamıştır (p=0,734). Aynı karşılaştırma dilaltı grubu için değerlendirildiğinde ise, farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunamamıştır (p=0,938).

İmplant ve dilaltı tedavileri gören bireyler klinikte yatarak tedavi sıklıkları (seferleri) baz alınarak, sosyal ve yasal faktör puanları tedavi gruplarına göre karşılaştırıldığında; daha önce yatışı olmayan bireylerin sosyal ve yasal faktör puan ortalaması ve standart sapması implant tedavi grubu için 54,32±6,07 ve dilaltı grubu için 52±5,44'tür. Bu farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunamamıştır (p=0,267). Bir sefer yatış yapmış bireylerde bu ortalamalar sırasıyla 55,11 ±8,19 ve 49,81±5,75 bulunmuş ve bu ortalamalar arasındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (p=0,039). 2 ile 4 sefer arasında yatış yapmış bireyler için ise ortalamalar implant tedavisi için 45,21±7,83 iken dilaltı tedavisi için 43,11±6,02 şeklinde bulunmuş ve bu ortalamalar arasındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunamamıştır (p=0,340). 4 seferden daha fazla yatış yapanlar için ise ortalamalar implant tedavisi için 42,69±5,37 iken dilaltı tedavisi için 40±5,63 şeklinde bulunmuş ve bu ortalamalar arasındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunamamıştır (p=0,192).

Tedavi gruplarının içinde "klinikte yatarak tedavi sıklığı (seferi)" gruplarının sosyal ve yasal faktör puanları karşılaştırıldığında; implant tedavisi görenler arasında "daha önce yatış yok", "bir sefer", "2-4 sefer" ve "4 sefer üzeri" gruplarının sosyal ve yasal faktör puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır (p<0,001). Aynı karşılaştırma dilaltı grubu için değerlendirildiğinde ise, farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (p<0,001).

İmplant ve dilaltı tedavileri gören bireyler klinikte yatarak tedavi seferleri baz alınarak, psikolojik faktör puanları tedavi gruplarına göre karşılaştırıldığında; daha önce yatışı olmayan bireylerin psikolojik faktör puan ortalaması ve standart sapması implant tedavi grubu için 36,32±3,28 ve dilaltı grubu için 34,14±4,73'tür. Bu farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (p=0,129). Bir sefer yatış yapmış bireylerde

bu ortalamalar sırasıyla 33,27±5,84 ve 33,48±3,98 bulunmuş ve bu ortalamalar arasındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunamamıştır (p=0,069). 2 ile 4 sefer arasında yatış yapmış bireyler için ise ortalamalar implant tedavisi için 30,96±6,50 iken dilaltı tedavisi için 28,16±4,37 şeklinde bulunmuş ve bu ortalamalar arasındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (p=0,115). 4 seferden daha fazla yatış yapanlar için ise ortalamalar implant tedavisi için 28,75±5,50 iken dilaltı tedavisi için 26,50±4,01 şeklinde bulunmuş ve bu ortalamalar arasındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunamamıştır (p=0,217).

Tedavi gruplarının içinde "klinikte yatarak tedavi seferi" gruplarının psikolojik faktör puanları karşılaştırıldığında; implant tedavisi görenler arasında "daha önce yatış yok", "bir sefer", "2-4 sefer" ve "4 sefer üzeri" gruplarının psikolojik faktör puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır (p<0,001). Aynı karşılaştırma dilaltı grubu için değerlendirildiğinde ise, farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (p<0,001).

İmplant ve dilaltı tedavileri gören bireyler klinikte yatarak tedavi seferleri baz alınarak, BÖF toplam puanları tedavi gruplarına göre karşılaştırıldığında; daha önce yatışı olmayan bireylerin BÖF toplam puan ortalaması ve standart sapması implant tedavi grubu için 90,63±8,93 ve dilaltı grubu için 86,14±8,12'dir. Bu farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (p=0,149). Bir sefer yatış yapmış bireylerde bu ortalamalar sırasıyla 91,44±12,51 ve 83,29±8,21 bulunmuş ve bu ortalamalar arasındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (p=0,026). 2 ile 4 sefer arasında yatış yapmış bireyler için ise ortalamalar implant tedavisi için 76,17±13,56 iken dilaltı tedavisi için 71,26±8,79 şeklinde bulunmuş ve bu ortalamalar arasındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (p=0,180). 4 seferden daha fazla yatış yapanlar için ise ortalamalar implant tedavisi için 71,44±10,07 iken dilaltı tedavisi için 66,50±8,15 şeklinde bulunmuş ve bu ortalamalar arasındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (p=0,155).

Tedavi gruplarının içinde "klinikte yatarak tedavi seferi" gruplarının BÖF toplam puanları karşılaştırıldığında; implant tedavisi görenler arasında "daha önce yatış yok", "bir sefer", "2-4 sefer" ve "4 sefer üzeri" gruplarının BÖF toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır (p<0,001). Aynı

karşılaştırma dilaltı grubu için değerlendirildiğinde ise, farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (p<0,001).

Çizelge 4.28. Opiyat kullanım bozukluğu tanısı almış ve implant ya da dilaltı tedavisi görmekte olan bireylere ait BÖF ve SOSÖTÖ alt ölçek ve toplam puan ortalamalarının suç öyküsüne göre karşılaştırılması

| | **Suç Öyküsü** | **Çip tedavisi (n=68)** | **Dilaltı tedavisi (n=68)** | **p** |
|---|---|---|---|---|
| | | **X̄±S.D.<br>Median [Min-Max]** | **X̄±S.D.<br>Median[Min- Max]** | |
| Otonomi | Hayır | 69,71±24<br>76 [22-120] | 70,29±22,78<br>72 [26-106] | 0,923 |
| | Evet | 77±19,03<br>77,50 [44-116] | 77,59±21,30<br>77,50 [30-118] | 0,901 |
| **p** | | 0,168 | 0,177 | |
| Sosyotropi | Hayır | 61,68±24,87<br>63 [22-113] | 58,15±19,45<br>56,50 [22-105] | 0,533 |
| | Evet | 65,35±17,11<br>67,50 [25-103] | 71,15±22,97<br>75,50 [22-112] | 0,230 |
| **p** | | 0,502 | **0,014** | |
| Sosyal ve Yasal Faktörler | Hayır | 50,39±8,18<br>50,50 [33-64] | 46,35±8,14<br>46,50 [30-61] | 0,057 |
| | Evet | 47,13±8,62<br>48 [28-62] | 46,38±6,48<br>47 [36-58] | 0,681 |
| **p** | | 0,121 | 0,987 | |
| Psikolojik Faktörler | Hayır | 33,82±6,61<br>36 [19-42] | 30,38±5,36<br>30 [21-39] | **0,027** |
| | Evet | 31,83±5,62<br>33 [18-41] | 31±5,24<br>31 [20-40] | 0,519 |
| **p** | | 0,185 | 0,632 | |
| **BÖF TOPLAM** | Hayır | 84,21±13,94<br>87 [53-105] | 76,74±12,33<br>74 [57-98] | **0,029** |
| | Evet | 78,95±13,87<br>79,50 [46-103] | 77,38±10,45<br>77,50 [57-94] | 0,590 |
| **p** | | 0,129 | 0,816 | |

Çizelge 4.28.'e göre opiyat kullanım bozukluğu tanısı almış ve AMATEM'de implant (Çip) ve dilaltı tedavileri gören bireyler; önceden herhangi bir suç öyküsüne sahip olup olmadığı temel alınarak oluşturulan gruplar içinde otonomi puanları tedavi gruplarına göre karşılaştırıldığında; daha önce herhangi bir suç öyküsü bulunmayan bireylerin otonomi puan ortalaması ve standart sapması implant tedavi grubu için 69,71±24 ve dilaltı grubu için 70,29±22,78'dir. Bu farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (p=0,923). Suç öyküsü bulunan bireylerin oluşturduğu grupta ise bu

ortalamalar sırasıyla 77±19,03 ve 77,59±21,30 bulunmuş ve bu ortalamalar arasındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunamamıştır (p=0,901).

Tedavi gruplarının içinde "suç öyküsüne" göre oluşturulan grupların otonomi puanları karşılaştırıldığında; implant tedavisi görenler arasında "hayır" veya "evet" cevabı veren grupların otonomi puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanamamıştır (p=0,168). Aynı karşılaştırma dilaltı grubu için değerlendirildiğinde ise, farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunamamıştır (p=0,177).

İmplant ve dilaltı tedavileri gören bireyler; önceden herhangi bir suç öyküsüne sahip olup olmadığı temel alınarak oluşturulan gruplar içinde sosyotropi puanları tedavi gruplarına göre karşılaştırıldığında; daha önce herhangi bir suç öyküsü bulunmayan bireylerin sosyotropi puan ortalaması ve standart sapması implant tedavi grubu için 61,68±24,87 ve dilaltı grubu için 58,15±19,45'tir. Bu farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (p=0,533). Suç öyküsü bulunan bireylerin oluşturduğu grupta ise bu ortalamalar sırasıyla 65,35±17,11 ve 71,15±22,97 bulunmuş ve bu ortalamalar arasındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunamamıştır (p=0,230).

Tedavi gruplarının içinde "suç öyküsüne" göre oluşturulan grupların sosyotropi puanları karşılaştırıldığında; implant tedavisi görenler arasında "hayır" veya "evet" cevabı veren grupların sosyotropi puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanamamıştır (p=0,502). Aynı karşılaştırma dilaltı grubu için değerlendirildiğinde ise, farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (p=0,014).

İmplant ve dilaltı tedavileri gören bireyler; önceden herhangi bir suç öyküsünün olup olmadığı temel alınarak oluşturulan gruplar içinde sosyal ve yasal faktör puanları tedavi gruplarına göre karşılaştırıldığında; daha önce herhangi bir suç öyküsü bulunmayan bireylerin sosyal ve yasal faktör puan ortalaması ve standart sapması implant tedavi grubu için 50,39±8,18 ve dilaltı grubu için 46,35±8,14'tür. Bu farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunamamıştır (p=0,057). Suç öyküsü bulunan bireylerin oluşturduğu grupta ise bu ortalamalar sırasıyla 47,13±8,62 ve 46,38±6,48 bulunmuş ve bu ortalamalar arasındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunamamıştır (p=0,681).

Tedavi gruplarının içinde "suç öyküsüne" göre oluşturulan grupların sosyal ve yasal faktör puanları karşılaştırıldığında; implant tedavisi görenler arasında "hayır" veya "evet" cevabı veren grupların sosyal ve yasal faktör puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanamamıştır (p=0,121). Aynı karşılaştırma

dilaltı grubu için değerlendirildiğinde ise, farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunamamıştır (p=0,987).

İmplant ve dilaltı tedavileri gören bireyler; önceden herhangi bir suç öyküsüne sahip olup olmadığı temel alınarak oluşturulan gruplar içinde psikolojik faktör puanları tedavi gruplarına göre karşılaştırıldığında; daha önce herhangi bir suç öyküsü bulunmayan bireylerin psikolojik faktör puan ortalaması ve standart sapması implant tedavi grubu için 33,82±6,61 ve dilaltı grubu için 30,38±5,36'dır. Bu farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (p=0,027). Suç öyküsü bulunan bireylerin oluşturduğu grupta ise bu ortalamalar sırasıyla 31,83±5,62 ve 31±5,24 bulunmuş ve bu ortalamalar arasındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunamamıştır (p=0,519).

Tedavi gruplarının içinde "suç öyküsüne" göre oluşturulan grupların psikolojik faktör puanları karşılaştırıldığında; implant tedavisi görenler arasında "hayır" veya "evet" cevabı veren grupların psikolojik faktör puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanamamıştır (p=0,185). Aynı karşılaştırma dilaltı grubu için değerlendirildiğinde ise, farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunamamıştır (p=0,632).

İmplant ve dilaltı tedavileri gören bireyler; önceden herhangi bir suç öyküsüne sahip olup olmadığı temel alınarak oluşturulan gruplar içinde BÖF toplam puanları tedavi gruplarına göre karşılaştırıldığında; daha önce herhangi bir suç öyküsü bulunmayan bireylerin BÖF toplam puan ortalaması ve standart sapması implant tedavi grubu için 84,21±13,94 ve dilaltı grubu için 76,74±12,33'tür. Bu farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (p=0,029). Suç öyküsü bulunan bireylerin oluşturduğu grupta ise bu ortalamalar sırasıyla 78,95±13,87 ve 77,38±10,45 bulunmuş ve bu ortalamalar arasındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunamamıştır (p=0,590).

Tedavi gruplarının içinde "suç öyküsüne" göre oluşturulan grupların BÖF toplam puanları karşılaştırıldığında; implant tedavisi görenler arasında "hayır" veya "evet" cevabı veren grupların BÖF toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanamamıştır (p=0,129). Aynı karşılaştırma dilaltı grubu için değerlendirildiğinde ise, farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunamamıştır (p=0,816).

Çizelge 4.29. Opiyat kullanım bozukluğu tanısı almış ve implant ya da dilaltı tedavisi görmekte olan bireylere ait BÖF ve SOSÖTÖ alt ölçek ve toplam puan ortalamaları arasındaki ilişki

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Çip Tedavisi** | | | Otonomi | Sosyotropi | Sosyal ve yasal faktörler | Psikolojik faktörler | BÖF toplam puan |
| | Otonomi | **r**<br>**p** | 1.000<br>. | 0,744<br>**0,000**** | 0,250<br>**0,040*** | 0,273<br>**0,024*** | 0,271<br>**0,026*** |
| | Sosyotropi | **r**<br>**p** | #<br># | 1.000<br>. | 0,071<br>0,563 | 0,123<br>0,318 | 0,097<br>0,433 |
| | Sosyal ve yasal faktörler | **r**<br>**p** | #<br># | #<br># | 1.000<br>. | 0,839<br>**0,000**** | 0,972<br>**0,000**** |
| | Psikolojik faktörler | **r**<br>**p** | #<br># | #<br># | #<br># | 1.000<br>. | 0,944<br>**0,000**** |
| | BÖF toplam puan | **r**<br>**p** | #<br># | #<br># | #<br># | #<br># | 1.000<br>. |
| | | | | | | | |
| **Dilaltı tedavisi** | | | Otonomi | Sosyotropi | Sosyal ve yasal faktörler | Psikolojik faktörler | BÖF toplam puan |
| | Otonomi | **r**<br>**p** | 1.000<br>. | 0,783<br>**0,000**** | -0,066<br>0,591 | 0,036<br>0,772 | -0,026<br>0,833 |
| | Sosyotropi | **r**<br>**p** | #<br># | 1.000<br>. | 0,016<br>0,899 | -0,026<br>0,831 | -0,002<br>0,986 |
| | Sosyal ve yasal faktörler | **r**<br>**p** | #<br># | #<br># | 1.000<br>. | 0,619<br>**0,000**** | 0,931<br>**0,000**** |
| | Psikolojik faktörler | **r**<br>**p** | #<br># | #<br># | #<br># | 1.000<br>. | 0,863<br>**0,000**** |
| | BÖF toplam puan | **r**<br>**p** | #<br># | #<br># | #<br># | #<br># | 1.000<br>. |

*Korelasyon p<0,05 aralığında anlamlıdır.

**Korelasyon p<0,01 aralığında anlamlıdır.

***Normal dağılıma sahip olmayan ölçüm değerlerinin ilişkisinin incelenmesinde "Spearman" korelasyon katsayısı kullanılmış

Çizelge 4.29.'a göre opiyat Kullanım Bozukluğu tanısı almış ve AMATEM'de implant (Çip) ve dilaltı tedavileri gören bireylerin sosyotropi, otonomi puanları ve BÖF toplam puanı ve alt ölçek puanları arasındaki korelasyon değerlendirildiğinde; implant grubu için sadece otonomi puanının diğer tüm puanlarla istatistiksel olarak anlamlı ve sosyotropi alt boyutu hariç diğer tüm alt ölçek puanları ile pozitif yönde zayıf ilişki gösterdiği saptanmıştır.

Yine implant grubunda sosyal ve yasal faktörler alt boyut puanlarının; psikolojik faktörler alt boyut puanları ve BÖF toplam puanı ile pozitif yönde kuvvetli ilişki gösterdiği bulunmuştur.

Dilaltı grubunda ise otonomi puanları; sosyotropi puanları ile pozitif yönde kuvvetli ilişki gösterdiği saptanmıştır. Bununla birlikte sosyal ve yasal faktörler alt boyut puanlarının; psikolojik faktörler alt boyut puanları ve BÖF toplam puanı ile pozitif yönde kuvvetli ilişki gösterdiği bulunmuştur.

# 5. TARTIŞMA

Bu çalışma, opiyat kullanım bozukluğu (bağımlılığı) nedeniyle klinikte yatarak agonist (buprenorfin/nalokson) veya antagonist (naltrekson implant) tedavisi gören 19-50 yaş arası 136 bireyin, tedavi biçimine yönelik algılarında değişikliğe yol açabilecek etkenlerin ortaya konulması ve bu iki grubun sosyotropik-otonomik kişilik özelliği gibi değişkenlerce karşılaştırılması amacıyla yapılmıştır. Çalışma yürütülürken, bireylerin klinikte görmekte olduğu agonist (buprenorfin/nalokson) veya antagonist (naltrekson implant) tedavi biçimlerine ilişkin veriler araştırmacı tarafından toplanmıştır. Veri toplama sırasında hasta dosyalarından elde edilen bilgiler ve klinikte çalışan sağlık personellerinin bireye ilişkin gözlem ve değerlendirilmeleri de dikkate alınmıştır.

Tez çalışmasının yürütüldüğü tarihlerde, opiyat kullanım bozukluğu dolayısıyla kliniklerde yatarak tedavi görmekte olan kadın olgu sayısı istatistiksel veri oluşturamayacak kadar az olduğu için çalışmaya yalnızca erkek bireyler dahil edilmiştir. Bu durum literatürde gerek opiyat kullanım bozukluğunun tedavisinde gerekse diğer birçok madde (esrar, alkol vb.) kullanım bozukluklarının tedavisinde, tedavi gruplarının büyük çoğunluğunu erkeklerin oluşturduğu şeklinde saptanmıştır. Buna göre yapılan bir çalışmada katılımcıların %98,8'ini erkeklerin oluşturduğu görülmüştür (109). Bu veri ülkemizde "tedavi ve denetimli serbestlik tedbiri" kararı, "denetimli serbestlik" kararı ve tedavi tedbiri kararı üzerine yapılan birçok çalışmanın erkek birey oranı (%93,5-100) hakkındaki bulgularını da destekler niteliktedir (110-112). Sosyal anlamda kadının alkol ve/veya madde kullanımının içinde yaşadığı toplum tarafından yoğun etiketlemeye maruz kalması, kadınların alkol ve/veya madde kullanımı gibi uğraşlardan uzak kalmasına ya da kullanımlarını gizlemesine neden olduğu düşünülmektedir. Böylelikle bu etiketlenme kadınların madde kullanımlarını ve/veya olası madde kullanım bozuklukları için yardım almasını engelleyebilmektedir (113).

Bireyler arasındaki cinsiyet oranı farkının bir diğer nedeni ise; kadınların toplumsal yapılardan kaynaklandığı düşünülen sosyal yaşama katılım oranının nispeten daha az olması sebebiyle erkeklere kıyasla gerçekleştirdikleri risk alıcı davranışların daha az sıklıkta olmasından kaynaklanmaktadır (114-116).

Örneklemimizde "Sosyotropi-Otonomi Ölçeğinden" alınan puanlar baz alındığında otonomi puanlarının sosyotropi puanlarına göre nispeten yüksek olması,

erkeklerin risk alma davranışları bakımından "otonom" kişilik özellikleri gösterdiğini desteklemektedir (73,97±21,70/64,24±21,28).

Opiyat kullanım bozukluğu sebebi ile tedavi görmekte olan örneklemin birçok madde kullanım bozukluğuna karakterize mizaç faktörlerinden biri olan yenilik arayışı, ödüllendirici uyarana karşı hassasiyet ve arayış, dürtüsel davranma gibi otonomik özellikler bakımından baskın olması literatürle uyumlu sonuçlardır (117-119). Ayrıca başka bir çalışmaya göre opiyat kullanım bozukluğu tedavisi almaya karar veren bireylerin otonomik özellikler bakımından belirgin şekilde baskın olduğu tespit edilmiştir (120).

Madde kullanım bozukluğu nedeni ile tedavi alan bireylerin yaş özelliklerinin de tedaviyi kabul, tedaviye devam ve tedavinin başarısı bakımından önemli olduğu düşünülmektedir. Çalışmamızda AMATEM'de opiyat kullanım bozukluğu tedavisi gören bireylerin yaş ortalaması 27,57±5,34 olarak bulunmuştur. Bu bulgu literatüre girmiş birçok çalışma ile uyumludur. Yapılan bir çalışmaya göre tedavi görmekte olan bireylerin yaş ortalaması 28.23±7.78 iken (109) başka bir çalışmaya göre, örneklemin %75,7'sini 18-25 yaş grubu bireyler oluşturmaktadır (121). Birçok madde kullanım bozukluğunun ergenlik ya da genç yetişkinlik dönemlerinde şekillendiği düşünülse de bireylerin tedavi almaya yönelik düşünceleri veya tedavi öykülerinin çoğunlukla yetişkinlik döneminden itibaren başladığı sanılmaktadır. Buna göre özellikle alkol kullanım bozukluğuna yönelik tedavi girişimlerinin bireylerde daha ileri yaşlarda (39.80±8.70) gündeme geldiği saptanmıştır (122). Bireylerin tedavi aldıkları dönemdeki yaş ortalamaları kıyaslandığında opiyat kullanım bozukluğundan kaynaklanan yıkıcı etkilerin bireylerde daha erken yaşlarda tedavi almaya yönelik bir motivasyon oluşturduğu söylenebilir. Madde ve/veya alkol kullanımının bireyde yarattığı etkiler ve bireylerin sosyal kabul durumları göz önünde bulundurulduğunda bireylerin opiyat kullanım bozukluğuna ilişkin tedavi girişimlerine alkol kullanım bozukluğu tedavisine göre daha erken yaşlarda başladığı görülmektedir (123,124).

Çalışmanın bulgularına göre, bireylerin herhangi bir maddeye başlama yaş ortalaması 17,53±4,25 olarak saptanmış iken örneklemi oluşturan bireylerin %48,5'i 18 yaşından küçük yaşta iken herhangi bir maddeyi kullanmaya başlamıştır. Evren ve arkadaşlarının (2014) gerçekleştirdiği çalışmada katılımcıların madde kullanımına başlama yaşı ortalaması 17,25 yaş olarak bulunmuştur (125). Bir başka çalışmada ise,

opiyat sürdürüm tedavisi alan bireylerin maddeye başlama yaş ortalamaları 16,77±4,57 olarak bulunmuştur (56). Yüncü ve arkadaşlarının (2005) çalışmasında maddeye başlama yaşı 13,7±2,16 olarak bulunmuştur (126). Çalışmamızın örneklemini oluşturan bireylerin neredeyse yarısı 18 yaşından küçükken herhangi bir maddeyi kullanmaya başlamıştır (14 yaş ve altı %25,7; 15-16 yaş %22,8; 17-19 yaş %26,5). Ergenlik döneminin özelliklerinden olan heyecan arama davranışı, dürtüsellik ve sosyal kabul görme çabasının bireylerin erken yaşlarda madde ile tanışmasına neden olabilmektedir.

Çalışmanın bulgularına göre, opiyat kullanım bozukluğu nedeniyle agonist veya antagonist tedavisi görmekte olan bireylerin kullanım bozukluğuna başladıkları ilk maddelerden olan esrarın oranı tüm örneklemde %82,4'idi. Örneklemin başlama yaşı ortalamasının 17,53±4,25 olduğu düşünüldüğünde esrar, ergenlik dönemini ilgilendiren önemli bir sorun haline gelmektedir. Opiyat bağımlılarıyla yapılan başka bir çalışmada esrar ile başlama öyküsü %69,6 oranında bulunmuştur (127). Literatürdeki çalışmalarda ilk kullanılmaya başlanılan maddenin esrar olma oranı %44,7 ile %82,9 arasında değişmektedir. Bu oranları, eroinin takip ettiği saptanmıştır (128,129).

Esrarın özellikle ergenlik döneminde sıklıkla kullanılmasının nedeninin, dönemin verdiği özelliklere bakıldığında maddenin daha kolay elde edilmesi ve ekonomik anlamda daha ulaşılabilir olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir. Esrarın ardına, eroin ile madde kullanım bozukluğu geliştirme oranları da esrarın bir geçiş maddesi niteliği taşıdığını göstermektedir (126).

Çalışmanın bulgularına göre, opiyat kullanım bozukluğu nedeniyle agonist veya antagonist tedavisi görmekte olan bireyler, tedavinin başarısını öngören faktörler bakımından karşılaştırıldığında antagonist tedavisi görmekte olan bireylerin psikolojik faktörler alt boyut puan ortalamaları ve BÖF ölçeği toplam puanları diğer gruba kıyasla istatistiksel olarak anlamlı bir biçimde yüksek saptanmıştır. ($p=0,047$, $p=0,045$) Antagonist (implant) tedavisi gerek uygulama yöntemi, gerekse tedavi öncesi hazırlık bakımından geleneksel agonist sürdürüm tedavilerine göre farklılık göstermektedir. Teoride antagonistler ile gerçekleştirilen tedaviler, opiyatların öfori gibi etkilerinin bloke edilmesi ile bilişsel anlamda pekiştirilmiş aşerme davranışının tükenmesini aynı zamanda da fiziksel bağımlılığın yeniden kurulmasını önlemeyi amaçlamaktadır. Uzun etkili sentetik bir opiyat antagonisti olan naltrekson bireye uygulanmadan önce birey

detoksifiye edilmeli ve takip eden birkaç gün boyunca maddeden arınmış halde olmalıdır (130).

Geçtiğimiz 40 yıl boyunca opiyat kullanım bozukluğunda en yaygın ve en etkili tedavi yöntemleri reçetesiz opiyatlar ile tıbbi amaçla kullanılan opiyatların yer değiştirilmesiyle uygulanan tedavi yöntemleriydi (131). İlerleyen dönemlerde, bireylerin yalnızca üçte birinde farmakoterapilerin etkili olduğunun düşünüldüğü bir tabloya dönüşmüştür (132).

Ülkemizde 2010'lu yılların başında detoksifikasyon ya da sürdürüm tedavisi olarak kullanımı kabul edilen (49) agonist tedavileri metadon gibi bileşenler ile birlikte madde kullanım bozukluğu tedavilerinde ümit vadeden bir tedavi yöntemi olarak görülmekteydi. Özellikle tedavi dönemlerini diğer insanlardan bir sır gibi saklayan opiyat kullanım bozukluğuna sahip bireyler tarafından tahmin edilen ilgiyi göremeyen metadon agonist tedavilerinin bekleneni karşılayamadığı düşünülmekteydi (133,134). Bireylerin tedavide kalma oranları bakımından yapılan bazı çalışmalarda bir başka parsiyel agonist olan buprenorfin tedavisi alan hastaların 6 ay boyunca yalnızca %50'sinden daha az bir kısmının tedaviyi sürdürdüğü saptanmıştır (135,136). Opiyat kullanım bozukluğu olan bireylerle gerçekleştirilen etnografik ve nitel iki çalışmanın sonuçlarına göre, çekilme bulguları yaşamaktan kaçınmak için buprenorfinin kötüye kullanıldığı saptanmıştır (137,138) Bu açıdan bakıldığında birçok bireyin agonist tedavilerini iyileştiren bir yöntem yerine bir bağımlılığı başka bir bağımlılık ile yer değiştirmesi gibi algıladığı görülmektedir (139).

Bir başka yöntem olarak antagonist tedavilerinden naltrekson'un (antagonist) implant formunun, 90'lı yılların ortalarından beri plaseboya kıyasla eroin kullanım süreleri ve depreşme epizotları üzerinde daha etkili olduğu bilinmektedir (140). Nalokson (Narcan®) ve naltrekson (Revia®, Depade®, ve Vivitrol®) gibi narkotik antagonistlerin opiyat kullanım ve alkol kullanım bozuklukları üzerinde tutarlı etkiler göstermesi, alanda yeni bir tedavi sistemi olarak alternatif oluşturmuştur (141,142). Bu gelişmelerle birlikte önceleri bireylere sadece detoksifikasyon tedavisi uygulayan Rusya gibi ülkeler, agonist tedavilerinden tamamen vazgeçerek yalnızca antagonist tedavilerine yönelmiştir (5). Hem agonist hem de antagonist tedavisi mevcut olan Ukrayna'da ise damar yolu ile eroin kullanımında bulunan bireylerin sıklıkla naltrekson tedavisine yöneldiği saptanmıştır (143,144).

Antagonist tedavileri agonist tedavilerinden farklı olarak herhangi bir indüksiyon sürecinden geçmeden tedavi başlangıcında bireyin kontrollü bir biçimde çekilme bulguları yaşamasına neden olmaktadır. Tedavi almayı düşünen bireylerin hazır bulunuşlukları ve opiyat çekilmesinden dolayı yaşadıkları çekincelerin antagonist tedavisine karşı algılarını etkilediği sanılmaktadır. Bu açıdan bireylerin agonist tedavilerine kıyasla antagonist tedavilerine sıcak bakmadığı düşünülmektedir (145-147). Ancak antagonist tedavilerinde özellikle implant ya da depo naltrekson gibi ilaç formlarının bireylerin sık aralıklarla yatarak tedavi almalarına gerek kalmadan günlük hayata yeniden dahil olmalarına ve sosyal etkileşimleri açısından olumlu etkilere neden olduğu tespit edilmiştir**.** Bireylerin tedavi görmek adına sağlık kuruluşlarında sürekli vakit geçirmek zorunda kalmayarak implant tedavisi sayesinde kendilerine kalan zamanı sosyal hayata geri dönüş için harcayabilecekleri düşünülmektedir (148). Bunun yanı sıra implantın derialtına uygulanışı ile birlikte bireylerde tedavi gördüklerine dair onları toplum tarafından damgalayacak herhangi bir detayın var olmayışı da antagonist tedavisinin, tedavi başarısına yönelik algıları güçlendirdiğini düşündürmektedir (149,150). Ayrıca bireyler klinikte yatarak veya ayakta gördükleri agonist tedavilerini, bazı naltrekson formları (oral form vb.) ve metadon tedavilerindeki ilaçlarını almayı unutabilmekte veya almayı reddedebilmektedir. Oysa naltreksonun implant formunun tedaviye uyumsuzluk, unutkanlık ve aşırı doz agonist alımı gibi sorunların aşılmasında etkili olduğu belirtilmektedir (151). Bununla birlikte naltreksonun, agonistlerin kötüye kullanım riskini de ortadan kaldırması bakımından tercih edildiği de düşünülebilir (152).

Çalışmanın bulgularına göre naltrekson implant grubu ile subokson grubu arasındaki istatistiksel olarak anlamlı farkın bir sebebinin de implant tedavisi gören hastaların bırakma motivasyonlarının daha yüksek olması olarak düşünülmektedir. Literatüre göre tedavi uyumu yüksek olduğu taktirde antagonist tedavilerinin olumlu sonuçlar verdiği bulunmuştur (40,150).

Yapılan birçok çalışmaya göre naltreksonun implant formunun başka bir kötüye kullanıma yol açmayan ve başarılı bir sonuç veren bir tedavi olduğu saptanmıştır (58,59,144,153). Bir başka açıdan ise implant tedavisi kısa süreli tedavi epizotlarına rağmen uzun süreli remisyon dönemi sağlaması bakımından agonist tedavilerine üstün hale gelmektedir (154-156).

Literatürdeki birçok klinik çalışmaya göre de naltreksonun geleneksel tedavi yöntemlerine kıyasla daha etkili olduğu saptanmıştır (58,61,157). Lee ve arkadaşlarının (2016) naltreksonun uzun salınımlı formunun pivot çalışmasına göre naltreksonun geleneksel yöntemlere kıyasla daha etkili olduğu bulunmuştur (158). Ayrıca opiyat kullanımı bakımından naltrekson implantların oral yoldan alınan geleneksel agonist tedavilerine ve plaseboya kıyasla daha etkili olduğu saptanmıştır (159).

Çalışmanın bulgularına göre maddeye başlama yaşı bakımından agonist veya antagonist tedavisi gören grupların her ikisinde de maddeye başlama yaşı, tedavi başarı algısına ilişkin faktörlerle (psikolojik ve sosyal ve yasal faktörler) ilişkili olmadığı saptanmıştır (p=0,903, 0,502) Bu durum literatürle uyumlu değildir. Yapılan çalışmalarda maddeye erken yaşlarda başlamanın tedavi sürecini olumsuz etkilediği bulunmuştur (160). Ancak çalışmamızdaki örneklem grubunun opiyat kullanım bozukluğu tedavisi gördüğü dikkate alındığında, opiyat grubuna giren maddelerin yüksek bağımlılık potansiyeli ve yıkıcı tahribatından dolayı, birey tedavi sürecine girdikten sonra farklı tedavi yöntemlerinin artık süreç üzerinde etkili olmadığı düşünülmektedir (161).

Çalışmamızda, opiyat kullanım bozukluğu nedeniyle agonist veya antagonist tedavisi görmekte olan bireyler, tedavi görme sıklıkları bakımından karşılaştırıldığında daha az sayıda kliniklerde yatarak tedavi öyküsüne sahip olan bireylerin 2 ve 4 sefer üzeri yatarak tedavi öyküsüne sahip olan bireylere kıyasla sosyal ve yasal faktörler alt boyut puan ortalamaları, psikolojik faktörler alt boyut puan ortalamaları ve BÖF ölçeği toplam puanları istatistiksel olarak anlamlı bir biçimde yüksek saptanmıştır. (p=<0,001, p=<0,001, p=<0,001).

Opiyat kullanım bozukluğunun bağımlılık potansiyeli ve fiziki yıkımı tehlikeli boyutlarda olan bir bozukluk olduğu göz önüne alındığında, bireylerin klinik ortamlarda yatarak tedavi görmelerinin sürecin doğal bir sonucu olduğu düşünülmektedir. Yapılan bir çalışmada bireylerin yatarak tedavi görmeleri açısından incelendiğinde, ortalama yatış sayısının 1,7 olduğu tespit edilmiştir (127). Yalnız ve arkadaşlarının (2004) değerlendirmesine göre, Almanya'da yaşayan Türk eroin bağımlılarının %77,6'sının daha önce yatarak tedavi gördüğünü ve %28,6'sının da dörtten fazla kez yatarak tedavi gördüğü saptanmıştır (162). Madde kullanım bozukluklarının doğası gereği bireylerde madde kullanımını bırakma girişimleri var olsa da bu girişimlerin birçok sefer boşa

çıkan çabalar olduğu görülmektedir. Bu durum tedavi görme sıklığını da artırmaktadır (127). Bireyler çoğu zaman tedaviye yönelik yüksek motivasyona ve hevese sahip olsalar da arınma sürecinin uzun sürmesi bireyleri tedaviden uzaklaştıran bir faktör olmaktadır (163,164).

Çalışmanın bulgularına göre daha az yatış sayısına sahip bireylerin tedavinin başarısına yönelik daha olumlu algılar geliştirdiği düşünülmektedir. Bunun özellikle implant tedavisinin uzun vadeli etkileri sebebi ile bireylerin daha az sıklıkta geri çekilme, depreşme ve kayma yaşamalarından kaynaklı olduğu düşünülmektedir. Bu açıdan bakıldığında, literatürde daha önce tedavi geçmişi olmayan birçok bireyin implant tedavisi ile başladıkları saptanmıştır (165). Tedavi öyküsü yaş gruplarına göre incelendiğinde yatış seferi daha az olan bireylerin yatış seferi fazla olanlara göre istatistiksel olarak anlamlı olmasa da nispeten daha genç oldukları saptanmıştır. (p=0,156) Bu açıdan bakıldığında tedavi arayışı bakımından genç grubun nispeten daha yaşlı gruba kıyasla daha yüksek motivasyona sahip olduğu söylenebilir. Bu motivasyonun ise tedavinin başarısına olumlu etkide bulunabileceği düşünülmektedir (166). Öte yandan yatış seferi arttıkça bireyin bir daha hiç tedavi olamayacağına yönelik geliştirdiği olumsuz tutum ve algılar tedavinin başarısına yönelik yordayıcı faktörler bakımından düşük puanlar almasına neden olabilmektedir. Bir çeşit öğrenilmiş çaresizlik yaşayan bireyler tedavi sıklığı arttıkça motivasyonlarını düşürmekte ve tedavinin gerekliliklerini yerine getirememektedirler (167,168).

Çalışmamızda eğitim düzeyi değişkeni agonist veya antagonist tedavisi gören bireylerde hem grup içi yapılan analizlerde hem de gruplar karşılaştırıldığında istatiksel olarak anlamlı bir farklılık yaratmamıştır. Bu bulgu literatürdeki bazı çalışmalarla uyumludur (70,109). Yarborough ve arkadaşlarının (2016) yapmış olduğu çalışmada tedavi yöntemlerini belirlemede sadece akademik bilginin yeterli olmadığı belirtilmiştir. Özellikle konuyla ilgili spesifik bilgilendirmenin tedavi yöntemini seçmede ve tedaviye devam etmede önemli olduğu vurgulanmaktadır (169). Ancak bağımlılık tedavisinin başarısını öngören sosyal ve yasal faktörler incelendiğinde üniversite mezunu ve antagonist (implant) tedavisi gören bireylerin aynı eğitim düzeyindeki agonist (sublingual) tedavisi gören bireylere kıyasla puan ortalamaları sosyal ve yasal faktörler bakımından anlamlı olarak yüksek bulunmuştur. (p=0,041) Bu bulgu özellikle implant tedavisi gibi Adana bölgesi için nispeten yeni bir yöntem ile tedavi görmeyi tercih eden

bireylerin eğitim düzeyleri de göz önünde bulundurulduğunda konuyla ilgili yasal durumları irdeledikleri ve buna göre bir karar verdiğini düşündürmektedir (170). Buradan hareketle bireylerin tedavi yöntemleri ile ilgili özelleşmiş bilgilere (171) sahip oldukça tedavi görmeye yönelik motivasyonlarının ve tedavi başarısına yönelik algılarının geliştiği değerlendirilmektedir (11).

Bireyler dünyaya geldikleri andan itibaren bir aileye mensupturlar. İlk başta içinde bulunduğumuz aile ebeveynlerimizden devraldığımız ve bir üyesi olarak içine doğduğumuz "yönelim ailedir". İkinci aile ise bireylerin evlilik bağı ile kurduğu "yaratıma dönük ailedir". Çalışmamızın bulgularına göre tedavinin başarısını öngören psikolojik faktörler ve ölçek toplam puanı bakımından agonist tedavisi gören ve aynı zamanda evli ve eşiyle birlikte yaşayan bireylerin içine doğdukları yönelim aileleriyle yaşayan bireylerin ya da yalnız yaşayan bireylere göre istatistiksel olarak anlamlı bir biçimde daha yüksek puan ortalamalarına sahip olduğu saptanmıştır (p=0,004, p=0,009). Buna göre bireylerin hayatına aldıkları özel insanlar ile birlikte sonradan kurdukları yaratıma dönük ailelerinin desteğiyle tedavi başarısına yönelik olumlu bir algı geliştirdiği söylenebilir. Algılanan özel insan desteğinin yüksek olmasının tedaviyi sürdürme ve tedavinin gerektirdiği sorumlulukları yerine getirme bakımından önemli bir katkısı olduğu düşünülmektedir (109).

Medeni durum değişkenine göre yapılan analizlere bakıldığında; boşanmış bireylerin implant tedavisinin başarısına yönelik algıları psikolojik faktörler bakımından agonist tedavisine göre istatistiksel olarak anlamlı bir biçimde daha olumludur (p=0,009). Opiyat bağımlılığı gibi bireylerin işlevselliğini yüksek düzeyde etkileyen madde kullanım bozuklukları, aile işlevlerini de bozmaktadır. Eşlerin aile kurumu içindeki sorumluluklarını yerine getiremediği ve bu durumun evliliklerin bozulmasına yol açtığı düşünülmektedir (161). Çalışmamızda örneklemin %34,6'sı evliyken, %69,1'i çocuksuzdur. Bu durum bireylerin kendi sorumluluklarını yerine getirememenin yanında aileye yeni bir üyenin gelmesi ile ortaya çıkacak başka bir sorumluluğu almak istemediklerini düşündürmektedir. Bu düşüncenin nedeninin bozulan aile işlevlerinden kaynaklandığı sanılmaktadır (172). Öte yandan madde kullanım bozukluğuna sahip bireylerin tedavi arayışına girmeleriyle yeniden aile kurma ya da kaybetmiş oldukları aile işlevlerini yeniden kazanma yolunda bir adım attıkları söylenebilir. Yapılan bir çalışmaya göre boşanmış bireylerin tedaviyi tamamlama oranlarının evli ve bekar

bireylere göre istatistiksel olarak anlamlı bir düzeyde daha yüksek (p=0,012) olduğu saptanmıştır (173). Özellikle nispeten yeni bir yöntem olan ve bağımlı bireyler arasında umut vadeden implant tedavisini görmekte olan boşanmış bireylerin psikolojik faktörlere ilişkin puan ortalamalarının standart bir tedavi yöntemi olan agonist (sublingual) tedavisi gören bireylere kıyasla daha yüksek olması bu durumu açıklar niteliktedir (174,175).

Çalışmamızda, opiyat kullanım bozukluğu nedeniyle agonist veya antagonist tedavisi görmekte olan bireyler, annelerinin hayatta olup olmama durumuna göre karşılaştırıldığında annesi hayatta olan ve aynı zamanda antagonist tedavisi görmekte olan bireylerin psikolojik faktörler alt boyut puan ortalamaları (p=0,033) ve BÖF ölçeği toplam puanları (p=0,047) diğer gruba kıyasla istatistiksel olarak anlamlı bir biçimde yüksek saptanmıştır. Aynı karşılaştırma bireylerin babalarının hayatta olup olmama durumuna göre yapıldığında ise yine babası hayatta olup antagonist tedavisi gören bireylerin agonist tedavisi gören bireylere kıyasla daha yüksek psikolojik faktörler alt boyut puan ortalamasına sahip olduğu bulunmuştur (p=0,029). Reece'in (2007) çalışmasında implant tedavisi gören bireylerin tedavi başarılarını yordayan değişkenler üzerine yapılan çoklu regresyon sonuçlarına göre tedavi sürecinden önce bir işte çalışıyor olmanın ve çevreden alınan sosyal desteğin etkili olduğu görülmüştür (176). Adana bölgesinde nispeten yeni bir tedavi yöntemi sayılan antagonist implant tedavisinin birçok madde bağımlısı birey ve aileleri için umut vadeden bir gelişme niteliğinde olduğu düşünülmektedir. Bu açıdan bakıldığında yeni tedavi yöntemlerinin bireylerde olumlu bir izlenim yarattığı da düşünüldüğünde ailelerin bireyleri söz konusu yeni tedavi biçimi olan implant tedavisine yönlendirmesi olasıdır (177,178). Bazı koşullarda anne babanın ve arkadaşların tedavi konusunda bireye uyguladıkları ısrarlı yaklaşımın tedavi sürecine etkide bulunduğu düşünülmektedir. Sözel iknadan, boşanma veya reddetmeye kadar uzanan ikna çeşitleri, bireyin tedaviye karşı zaruri, ancak olumlu bir algı geliştirmesine neden olabilmektedir (179,180).

Bu bakımdan çalışmanın bulguları incelendiğinde anne-babası hayatta olan ve implant tedavisi gören bireylerin geleneksel agonist tedavisi gören gruba kıyasla psikolojik faktörlerler bakımından yüksek puan ortalamalarına sahip olmasının hayatta olan ebeveynin tedaviye iknaları ve destekleri ile açıklanabileceği düşünülmektedir. Opiyat kullanım bozukluğunun kısa vadede bireyde yarattığı hasarın ebeveynler

tarafından daha erken fark edilmesinin ebeveynleri bir tedavi arayışına yönelttiği sanılmaktadır (161). Ebeveynlerinden aldığı ekonomik ve duygusal destekle birlikte bireylerin söz konusu yeni tedavi yöntemine yönelik olumlu algılar geliştirdiği ve tedaviye yönelik başarı beklentilerine girdiği düşünülmektedir. Algılanan aile desteği ile birlikte bireyin kendini daha az damgalanmış hissettiği böylelikle tedaviyi kabul etme konusunda önemli bir adım attığı zannedilmektedir (181). Bir başka çalışmaya göre de tedaviye uyumlu grubun ailesiyle olan yaşam boyu sosyal ilişkilerdeki sorun şiddetinin diğer gruplara göre daha düşük olduğu tespit edilmiştir (182). Bu açıdan tedaviye yönelik olumlu algıların geliştirilmesinde ailenin hayatta olması ve bireye destekte bulunmasının önemli olduğu görülmektedir (109). Yapılan bir başka nitel çalışmaya göre ise ebeveynlerin çocuklarının yaşadıkları zorluklara tanık olmalarının onları üzdüğü ve bu durumu gören bireylerin tedaviye yönelik olumlu bir algı geliştirdiği ve tedavi görmeyi kabul ettikleri keşfedilmiştir (183). Bunların yanı sıra tedavi sırasında ortaya çıkabilecek olumsuz yaşantılar sırasında bireyin yalnız kalmaması ve desteklenmesi bakımından aile ve arkadaşları önemli bir etkiye sahiptirler (177,184).

Çalışmamızın bulgularına göre opiyat kullanım bozukluğu nedeniyle agonist veya antagonist tedavisi görmekte olan bireyler, çocukluklarında karşılaştıkları anne-baba tutumlarına göre karşılaştırıldığında çocukken ebeveynlerinin tutumu, ilgili ve koruyucu olan bireyler ile çocukken diğer (titiz ve katı, ilgisiz ve otoriter, sert ve otoriter, tutarsız ve güvenilmez.) ebeveyn tutumlar ile karşılaşan bireyler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır ($p=0,028$). Bu bulguya göre çocukluğunda anne-babadan kaynaklı daha az zorlayıcı yaşam deneyimi yaşayan bireylerin tedavi uyumları ve tedavinin başarısına yönelik inançlar bakımından daha olumlu algılara sahip olduğu söylenebilir. Öte yandan yaşam boyu aile ve sosyal ilişkilerde sorun yaşamanın tedaviye uyumsuzluk ile ilişkili olduğu düşünülmektedir (182,185,186). Bireylerin çocukluklarında karşılaştıkları göç gibi stres unsuru olabilecek yaşantıların da madde kullanım bozukluğuna dolayısıyla bozukluğun tedavisi üzerine etkileri olduğu düşünülmektedir. Vaillant'ın çalışmasına (1966) göre göç eden ailelerin ikinci kuşaklarında, içine doğdukları yeni kültür ile aileleri tarafından getirilen kültür arasında meydana gelen karmaşadan kaynaklı madde kullanım bozuklukları doğabileceği söz konusudur (187). Göç eden ailenin yeni ortama ayak uydurabilmesi ve

gelir elde edebilmesi için çocuklarını ihmal etme olasılığı bu düşünceyi doğrular niteliktedir (127,188).

Çalışmamızın bulgularına göre opiyat kullanım bozukluğu nedeniyle agonist veya antagonist tedavisi görmekte olan bireyler, aylık gelirlerine göre karşılaştırıldığında bireylerin puan ortalamaları arasında hem gruplar içinde hem de gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı herhangi bir sonuç saptanmamıştır. Bu açıdan bireylerin ayda elde ettiği gelir ne olursa olsun harcadıkları miktarların tedavinin başarısına yönelik algılarını yordamadığı düşünülmektedir. Opiyat kullanım bozukluğu; eroin, kodein ve morfin gibi yüksek bağımlılık potansiyeli olan maddelerin kullanım sıklığı arttıkça bireyde yoğunlaşan bir madde kullanım bozukluğu çeşidi olarak düşünülmektedir (127). Bu bakımdan bireyler gerek çekilme bulguları yaşamamak gerekse kompulsif madde kullanım davranışından dolayı maddeye ulaşmak için maddi anlamda her yola başvurabilmektedir (9,189). Bireylerin maddi kaynaklarla ilişkisi bu yönde olduğu düşünüldüğünde tedavi yöntemleri veya tedavi motivasyonları adına maddi varlıklarının herhangi bir önemi olmadığı sanılmaktadır. Çalışmamızın bulgularına göre bireyler, aylık gelir fark etmeksizin tedavi başarısına yönelik görece yüksek psikolojik faktörler puan ortalamalarına sahiptir. Bu bulgu aylık gelirden çok, tedavi için gerekli miktarda sermayeye sahip olmanın tedavinin başarısı için daha önemli olduğu görüşünü desteklemektedir. Tedavi arayışı içinde olan bireyler öncelikli olarak masraflı bir süreç olan tedavi yaşantısını finanse edebilecek sermayeye ihtiyaç duymaktadır. Bireylerin tedavi için gerekli olan gider miktarına sahip oldukları taktirde tedaviye başvurma ve tedaviyi sürdürme davranışlarını geliştirebileceği görülmektedir (171,190,191).

Çalışmamızın bulgularına göre opiyat kullanım bozukluğu nedeniyle agonist veya antagonist tedavisi görmekte olan bireyler, geçim düzeyi algısına göre karşılaştırıldığında geçim düzeyine yönelik algısı yetersiz olan ve antagonist tedavisi görmekte olan bireylerin sosyotropi puan ortalamaları agonist tedavisi gören aynı grup bireylere kıyasla istatistiksel olarak anlamlı bir biçimde yüksektir ($p=0,050$). Bu bulguya göre implant tedavisi gören ve geçim düzeylerini yetersiz olarak algılayan bireylerin geleneksel yöntemle tedavi gören bireylere göre daha sosyotrop bir kişilik özelliği sergilediği söylenebilir. Beck'in kuramına göre sosyotropik kişilik özelliğine sahip bireyler "ben güçsüzüm", "ben işe yaramazım" gibi algılara sahiptir (192). Bu

inançların bireyi sorumluluk almaktan ve kendi kararlarını vermekten uzaklaştırdığı düşünülmektedir. Bu açıdan bakıldığında derialtına yerleştirilen bir palet/çip yordamıyla opiyat kullanım bozukluğu için tedavi olma amacı güden bireyin kontrolün kendisinde değil sağlık profesyonellerinde ya da "çipte" olmasını yeğlediği düşünülmektedir (147,148). Bunun yanı sıra konformist ve bireylerin başkalarının düşüncelerini kendi düşüncelerinden daha çok önemsediği bir davranış motifi olarak incelenen sosyotrop davranış, "kendiliğinden iyileştirdiği" düşünülen implant tedavisi görmekte olan bireylerde daha sık gözlenmiştir (101,193).

Sonuç olarak opiyat kullanım bozukluğu nedeniyle klinikte yatarak agonist (buprenorfin/nalokson) ve antagonist (naltrekson implant) tedavisi gören bireylerin, tedavinin başarısını öngören faktörler ve sosyotropik-otonomik kişilik özellikleri düzleminde incelenmesi ile tedavinin başarısına yönelik algılarının; tedavi yöntemine, tedavi görme sıklığına, evde birlikte yaşanılan aile tipine, medeni duruma, anne-babanın hayatta olup olmamasına ve bireylerin çocukken karşılaştıkları ebeveyn tutumlarına göre değişiklik gösterdiği ancak bireylerin eğitim düzeyi ve aylık gelirlerinin bu değişikliklere yol açmadığı saptanmıştır.

# 6. SONUÇLAR ve ÖNERİLER

Bu çalışma, opiyat kullanım bozukluğu nedeni ile yatarak agonist veya antagonist tedavisi gören bireylerin bağımlılık tedavisinin başarısına yönelik algıları ve kişilik özelliklerinin incelenmesi amacı ile gerçekleştirilmiştir. Opiyat kullanım bozukluğu gibi hızlı gelişen ve bireyde fazlaca tahribat bırakan bir bozukluğun tedavisinde bireyler, isteksiz olabilmektedirler. Bu açıdan bakıldığında bireyin tedavi için verdiği kararların bireye uygunluğu daha da önem taşımaktadır. Bu nedenle agonist veya antagonist tedavilerinin farklı dinamikleri göz önünde bulundurularak bireye en uygun tedavinin yüksek verim ile sürdürüleceği düşünülmektedir. Bu verimin belirleyicilerinin de bireylerin tedavi başarısına yönelik algıları ve birtakım sosyodemografik ve kişilik özellikleri olduğu sanılmaktadır.

Çalışmamızın Adana ve bölgeye bağlı birçok ile hizmet veren Adana Dr. Ekrem Tok Hastanesi AMATEM'de gerçekleştirilen ilk tez çalışma olması nedeni ile literatüre önemli katkıda bulunduğu düşünülmektedir. Aynı zamanda Adana bölgesinde nispeten yeni bir tedavi yöntemi olan implant antagonist tedavisinin, opiyat kullanım bozukluğu olan bireyler üzerinde tedaviye yönelik algıları bakımından nasıl izlenimler bıraktığını incelemek açısından çalışmamızın literatürde nadir rastlandığı düşünülmektedir.

Çalışmamızın bulguları incelendiğinde opiyat kullanım bozukluğu nedeniyle tedavi görmek isteyen bireylerin kendilerine uygun tedavi yöntemini seçmeleri için karar vermelerinde yardımcı olabilecek birtakım çıkarımlara varılmıştır. Çalışmamızda opiyat kullanım bozukluğuna ilişkin tedavi alacak bireylerin tedavi sıklıklarına, birlikte yaşadıkları bireylere, medeni durumlarına, ebeveynlerinin hayatta olup olmamasına göre yapılacak değerlendirmeler sonucunda hangi tedavi yöntemine daha iyi uyum sağlayabilecekleri belirlenmiştir. Böylece bireyin alacağı tedavinin kişilik özellikleri ve tedavi motivasyonuna göre tutarlılığı sağlanabilir. Tedavi alacak bireylerin karar verme aşamasında geçirilen süre, tedavi uyumu ve iyileşme beklentisi gibi seçim zorluklarına çalışmamızın sonuçlarından elde edilebilecek bilgilerin yardımı dokunması beklenmektedir (194,195). Özellikle her iki tedavi yönteminin süreçleri hakkında bireylere tedaviye başlamadan önce bilgilendirmeler yapılmasının bireyin uygun tedaviyi seçmesinde ve tedaviye uyum sağlamasında yardımcı olabileceği düşünülmektedir (170). Öte yandan implant tedavisi opiyat kullanım bozukluğu olan

bireylerin gelir düzeyleri de göz önünde bulundurulduğunda bireyi ekonomik anlamda etkileyebileceği düşünülebilir. Bu konuda yardım kuruluşlarının ve sosyal güvenlik kurumunun yardıma muhtaç bireylere vereceği desteğin hem bireyin hem de toplumun korunmasında etkili olabileceği düşünülmektedir. Ayrıca opiyat kullanım bozukluğunun bireylere ve çevreye verdiği zararlar göz önünde bulundurulduğunda bireye uygun tedavi yönteminin seçilmesinin devletimizin kaynaklarının yerinde kullanılması bakımından da önemli olduğu düşünülmektedir.

Bu çalışmanın bazı sınırlılıkları da bulunmaktadır. Bunlardan biri kadınların çalışmaya dahil edilemeyişidir. Bir diğer sınırlılık ise çalışılan örneklemin genişliğidir. Daha uzun bir süre içerisinde daha fazla bireye ulaşılabileceği düşünülmektedir. Çalışmanın bir başka sınırlılığı ise AMATEM kliniklerinde yatış yapan bireylerin tedavilerin doğası gereği yoksunluk belirtileri göstermeleri ile birlikte klinikten çıkış yapma istekleridir. Bu durumun örneklem sayısını ve gönüllü katılım oranlarını etkilediği düşünülmektedir.

# KAYNAKLAR


1. **Dilbaz N.** (2012). Opiyat Bağımlılığı, İçinde: Madde Bağımlılığı Tanı ve Tedavi Kılavuzu El Kitabı Düzenleme Tarihi:2011 ISBN: 978-975-590-431-3 Bakanlık Yayın Numarası: 879 62 101. Erişim Tarihi: 17/01/2019 https://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/maddebagimliligi.pdf

2. **World Health Organization.** Guidelines for the Psychosocially Assisted Pharmacological Treatment of Opioid Dependence, **2009.** Erişim Tarihi: 11/12/2018 https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK143185/pdf/Bookshelf_NBK143185.pdf.

3. **Bisaga A, Mannelli P, Sullivan MA, Vosburg SK, Compton P, Woody GE, Kosten, TR.** Antagonists in the medical management of opioid use disorders: historical and existing treatment strategies. *The American journal on addictions*, **2018**; 27(3):177-187.

4. **Hulse GK, Arnold-Reed DE, O'Neil G, Chan CT, Hansson R, O'Neil P.** Blood naltrexone and 6-b-naltrexol levels following naltrexone implant: Comparing two naltrexone implants. *Addict Biol,* **2004**; 9:59–65.

5. **Krupitsky E, Zvartau E, Blokhina E, ve ark.** Randomized trial of longacting sustained-release naltrexone implant vs oral naltrexone or placebo for preventing relapse to opioid dependence. *Arch Gen Psychiatry.* **2012**; 69(9):973–981.

6. **Milhorn JR HT**. Chemical Dependence. New York: Springer Verlag, **1990**, 167-183.

7. **Stahl SM.** Stahl'ın Temel Psikofarmakolojisi. Çev. Ed., Tunç A. İstanbul: Medikal Yayıncılık, **2012**: 559-560.

8. **Jaffe JH, Strain EC.** Opioid related disorders. In: Sadock BJ, Sadock VA. Eds., Comprehensive Textbook of Psychiatry, Pennsylvania: Lippincott Williams & Wilkins; **2007**: 1265-1290.

9. **Sadock BJ, Sadock VA.** Kaplan and Sadock's synopsis of psychiatry: Behavioral sciences/clinical psychiatry. 11th Ed., Pennsylvania: Lippincott Williams & Wilkins, **2017**.

10. **Ögel K**. Sigara, Alkol ve Madde Kullanım Bozuklukları. Tanı, Tedavi ve Önleme. İstanbul: Yeniden Yayınları, **2010**.

11. **Walt HD.** Naltrexone maintenance therapy with pellet implantation as an aid for relapse prevention of heroin dependent individuals: A South African perspective, Doctoral dissertation, University of South Africa, Johannesburg, **2016.**

12. **Ögel K, Taner S, Yılmazçetin C.** Ergenlerde Madde Kullanım Bozukluklarına Yaklaşım Kılavuzu. İstanbul: IQ Yayıncılık **2003**.

13. **Khantzian EJ**. The self-medication of substance misuse disorders:a reconstruction and recent applications. *Harvard Rev Psychiatry,* **1977**; 4:231-244.

14. **American Psychiatric Association.** Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 5th Ed., Washington DC: Author, **2013.**

15. **Küey L.** Dünyada ve türkiye'de psikiyatrik epidemiyolojinin tarihsel gelişimi üzerine kısa bir derleme. *Türkiye Psikiyatri Derneği Bülteni,* **2010**; 1-13.

16. **Ögel K**. Madde Kullanım Bozuklukları Epidemiyolojisi Türkiye Klinikleri, *J Int Med Sci.* **2005**; 1(47):61-64.

17. **Substance Abuse and Mental Health Administration**. 2015 National survey on drug use and health: detailed tables, Rockville: MD, **2016.**

18. **Rudd RA, Seth P, David F, Scholl L.** Increases in drug and opioid-involved overdose deaths - United States, 2010-2015. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep,* **2016**; 65:1445–1452.

19. **United Nations Office on Drugs and Crime**. World Drug Report 2015 United Nations. New York, **2015**. Erişim Tarihi: 15/01/2019 https://www.unodc.org/documents/wdr2015/World_Drug_Report_2015.pdf

20. **Türkiye Uyuşturucu ve Uyuşturucu Bağımlılığı İzleme Merkezi (TUBİM).** Bağımlılık yapıcı maddeler ve bağımlılık ile mücadele 2009 yılı ulusal raporu, **2009**. Erişim Tarihi: 15/01/2019 http://www.narkotik.pol.tr/TUBIM/Documents/TURKIYE%20UYUSTURUCU%20RAPORU%202009_SON.pdf

21. **Türkiye Uyuşturucu ve Uyuşturucu Bağımlılığı İzleme Merkezi (TUBİM).** Bağımlılık yapıcı maddeler ve bağımlılık ile mücadele 2014 yılı ulusal raporu, **2014**. Erişim Tarihi: 15/01/2019 http://www.narkotik.pol.tr/TUBIM/Documents/TURKIYE%20UYUSTURUCU%20RAPORU%202014.pdf

22. **Öztürk M, Uluğ B.** Psikoaktif Madde Kullanımına Bağlı Ruhsal Bozukluklar. İçinde: Öztürk MO, Uluşahin A. Eds. Ruh Sağlığı ve Bozuklukları, 13. Baskı, Ankara: Bayt Yayınları, **2015**: 512-550.

23. **Tosun M.** Madde Bağımlılığına Genel Bakış. Türkiye'de Sık Karşılaşılan Psikiyatrik Hastalıklar Sempozyum Dizisi No:62, İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri, **2008.** 201-219.

24. **Moningka H, Lichenstein S, Yip SW.** Current understanding of the neurobiology of opioid use disorder: an overview. *Current Behavioral Neuroscience Reports,* **2019;** 6(1):1-11.

25. **Bauer IE, Soares JC, Nielsen DA.** The role of opioidergic genes in the treatment outcome of drug addiction pharmacotherapy: A systematic review. *Am J Addict*, **2015**; 24(1):15-23.

26. **Ebrahimi G, Asadikaram G, Akbari H, Nematollahi, MH, Abolhassani M, Shahabinejad G, Khodadadnejad L, ve ark.** Elevated levels of DNA methylation at the OPRM1 promoter region in men with opioid use disorder. *The American journal of drug and alcohol abuse*, **2018**; *44*(2):193-199.

27. **Freud S.** Letter 79, December 22, 1897. In: Bonaparte M, Freud A, Kris E. Eds., The origins of psychoanalysis: Letters to Wilhelm Fliess, drafts and notes: 1887-1902, London: Imago, **1954**.

28. **Fenichel O.** The psychoanalytic theory of neurosis, New York: Norton, **1945**.

29. **Peele S.** The meaning of addiction (2nd Ed.), San Francisco: Jossey-Bass, **1998.**

30. **Morris CG.** Psikolojiyi Anlamak. Çev. Eds., Ayvaşık HB, Sayıl M, 3. Baskı, Ankara: Türk Psikologlar Derneği Yayınları, **2013**: 459.

31. **Onur B.** Gelişim psikolojisi, yetişkinlik, yaşlılık, ölüm, Ankara: İmge Kitabevi Yayınları, **2000**, 139-140.

32. **Dingel MJ, Ostergren J, Koenig BA, McCormick J.** "Why did I get that part of you?" Understanding addiction genetics through family history. *Public Understanding of Science*, **2019**; 28(1):53-67.

33. **Jiloha RC.** Social and cultural aspects of drug abuse in adolescents. *Delhi Psychiatri Journal*, **2009**; 12(2):167-175.

34. **Santrock JW.** Ergenlik. Çev. Ed., Siyez DM. 14. Baskı, Ankara: Nobel Akademik Yayıncılık, **2014.**

35. **Ögel K.** Bağımlı aileleri için rehber kitap, İstanbul: Türkiye İş Bankası Kültür Yayınları, 1. Baskı, **2014.**

36. **Evren C.** Alkol ve Madde Kullanım Bozukluklarında Farmakoterapi, İstanbul: **2012**, 75-76.

37. **Guliyev C.** Opiyat bağımlılığı tedavisinin erken dönemdeki başarısını öngören faktörlerin belirlenmesi, Tıpta Uzmanlık Tezi, İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı, İstanbul, **2012.**

38. **Gowing LR, Ali RL.** Opioid bağımlılığı tedavisinde detoksifikasyonun yeri. *Current Opinion in Psychiatry*, Türkçe baskı, **2006**; 3:1-10.

39. **Coşkunol H.** Güncel Klinik Psikiyatri. İçinde: Işık E, Taner E, Işık U. Eds. Alkol dışı madde kullanım bozuklukları, Ankara: Golden Print Matbaası; **2008**: 335-349.

40. **Blanco-Gandía MC, Rodriguez-Arias M.** Pharmacological treatments for opiate and alcohol addiction: A historical perspective of the last 50 years. *European journal of pharmacology*, **2018**; 836:89-101.

41. **Ögel K.** Alkol, Madde, Tütün Kullanım Bozukluklarında İlaç Tedavisi. İçinde: Yüksel N. Ed., Temel Psikofarmakoloji, Ankara: Türkiye Psikiyatri Derneği Yayınları; **2010**: 997.

42. **Sağlam E, Uzbay Tİ, Beyazyürek M.** Madde bağımlılığının psikofarmakolojik özellikleri. *Bağımlılık Dergisi,* **2003**; 4(2):81-87.

43. **Köroğlu E.** Klinik uygulamada psikiyatri. Tanı ve tedavi kılavuzları. Ankara: Hekimler Yayın Birliği, **2009**, 483-495.

44. **Nicholls L, Bragaw L, Ruetsch C.** Opioid dependence treatment and guidelines. *JMCP*, **2010**; 16:14-21.

45. **Sees DL, Deluchi KL, Masson C ve ark.** Methadone maintenance vs 180-day psychosocially enriched detoxification for treatment of opioid dependence. A randomized controlled trial. *JAMA*, **2000**; 283:1303-1310.

46. **Strain EC, Lofwall MR, Jaffe JH.** Opioid related disorders In: Sadock BJ, Sadock VA. Eds., Comprehensive Textbook of Psychiatry. Pennsylvania: Lippincott Williams & Wilkins; **2009**: 1360.

47. **Kumar MS, Natale RD, Langkham B, Sharma C, Kabi R, Mortimore G.** Opioid substitution treatment with sublingual buprenorphine in Manipur and Nagaland in Northeast India: what has been established needs to be continued and expanded. *Harm Reduct. J*, **2009;** 6(1):4-9.

48. **Lintzeris N, Ritter A, Panjari M, Clark N, Kutin J, Bammer G**. Implementing buprenorphine treatment in community settings in Australia: experiences from the Buprenorphine Implementation Trial. *Am. J. Addict*, **2004**; 13(1):29-41.

49. **T.C. Sağlık Bakanlığı İlaç ve Eczacılık Genel Müdürlüğü.** (2009). 23 Kasım 2009 tarih ve 079661 (Genelge 2009/74) sayılı ve 14 Ekim 2010 tarih ve 070068 (Genelge 2010/72) sayılı genelgeleri) Erişim tarihi: 19/02/19. http://e-kutuphane.teb.org.tr/pdf/eczaciodasiyayinlari/farmaktu_eki-ara09/9.pdf

50. **Li X, Shorter D, Kosten, TR.** Buprenorphine in the treatment of opioid addiction: opportunities, challenges and strategies. *Expert Opin. Pharmacother,* **2014**; 15(15):2263–2275.

51. **Raisch DW, Campbell HM, Garnand DA, Jones MA, Sather MR, Naik R, Ling W.** Health-related quality of life changes associated with buprenorphine treatment for opioid dependence. *Qual Life Res*, **2012**; 21(7):1177-1183.

52. **Fudala PJ, Bridge TP, Herbert S ve ark.** Office-based treatment of opiate addiction with a sublingual-tablet formulation of buprenorphine and naloxone. *New England Journal of Medicine*, **2003**; 349(10):949–958.

53. **Strain EC, Harrison JA, Bigelow GE.** Induction of opioid-dependent individuals onto Buprenorphine and Buprenorphine/naloxone soluble-films. *Clin. Pharmacol. Ther,* **2011**; 89 (3):443–449.

54. **Nasser AF, Heidbreder C, Gomeni R, Fudala PJ, Zheng B, Greenwald MK.** A population pharmacokinetic and pharmacodynamic modelling approach to support the clinical development of RBP-6000, a new, subcutaneously injectable, long-acting, sustained-release formulation of buprenorphine, for the treatment of opioid dependence. *Clin. Pharmacokinet*, **2014**; 53(9):813–824.

55. **Rosenthal RN, Lofwall MR, Kim S ve ark.** Effect of buprenorphine implants on illicit opioid use among abstinent adults with opioid dependence treated with sublingual buprenorphine: a randomized clinical trial. JAMA, **2016**; 316:282-90.

56. **Karabulut V, Evren C.** Opioid sürdürüm tedavisindeki hastalarda intihar girişimi ile stresle başa çıkma stilleri arasındaki ilişki. *Klinik Psikiyatri Dergisi*, **2018**; 21(3):245-253.

57. **Kalyoncu A, Mırsal H, Satır T.** Opiat bağımlılığında antagonist tedavi: Naltrexone. *Bağımlılık Dergisi*, **2000**; 1(1):43-49.

58. **Comer SD, Sullivan MA, Yu E ve ark.** Injectable, sustained-release naltrexone for the treatment of opioid dependence: A randomized, placebo-controlled trial. *Arch Gen Psychiatry*, **2006**; 63:210–218.

59. **Krupitsky E, Nunes EV, Ling W ve ark.** Injectable extended-release naltrexone for opioid dependence: A double-blind, placebo-controlled, multicentre randomised trial. Lancet, **2011**; 377(9776):1506–1513.

60. **Krupitsky E, Zvartau E, Blokhina ve ark.** Anhedonia, depression, anxiety, and craving in opiate dependent patients stabilized on oral naltrexone or an extended release naltrexone implant. Am J Drug Alcohol Abuse. **2016**; 42(5):614–620.

61. **Lee JD, Friedmann PD, Kinlock TW, ve ark.** Extended release naltrexone to prevent opioid relapse in criminal justice offenders. N Engl J Med, **2016**; 374:1232–1242.

62. **Özden SY**. Uyuşturucu Madde Bağımlılığı, İstanbul: Nobel Tıp Kitapevleri, **2004**.

63. **McLellan AT, Arndt IO, Metzger DS, ve ark.** The effects of psychosocial services in sııbstance abuse treatment. JAMA, **1993**; 269(15):1953-1959.

64. **Ögel K.** Madde Bağımlılarına Yaklaşım ve Tedavi. İstanbul: IQ Kültür Sanat Yayıncılık, **2002.**

65. **McHugh RK, Hearon BA, Otto MW.** Cognitive behavioral therapy for substance use disorders. *Psychiatric Clinics*, **2010**; 33(3):511-525.

66. **Fiellin DA, Barry DT, Sullivan LE, Cutter CJ, Moore BA, O'Connor PG, Schottenfeld RS.** A randomized trial of cognitive behavioral therapy in primary care-based buprenorphine. *The American journal of medicine*, **2013**; 126(1):e11-17.

67. **Ögel K, Koç C, Karalar B, Başabak A, Aksoy A, İşmen M, Yeroha R.** Samba isimli bir bağımlılık tedavi programının etkinlik çalışması. *Bulletin of Clinical Psychopharmacology*, **2011**; 21(2):150-151.

68. **Erk MA, Fırat S.** Madde Bağımlılığında Ahlaki Yargının Önemi. Bağımlılık Dergisi, **2018**; 19(3):70-77.

69. **Johnston BD.** Toward a theory of drug subcultures. In: Lettieri DJ, Sayers M, Pearson HW. Eds., Theories on drug abuse: Selected contemporary perspectives, Washington: DC: Government Printing Office; **1980**:110-119.

70. **Turan R.** Madde Kullanımı Nedeniyle Denetimli Serbestlik ve Tedavi Tedbirine Hükmolan Kişilerin Tedaviyi Başarıyla Tamamlamalarını Öngören Etkenlerin İrdelenmesi, Doktora Tezi, İstanbul Üniversitesi Adli Tıp Enstitüsü, İstanbul, **2010**.

71. **Hawkins JD, Fraser MW.** The social networks of drug abusers before and after treatment. *International Journal of the Addictions*, **1987**; 22:343-355.

72. **Mackenson G, Cottone RR.** Family structural issues and chemical dependency: A review of the literature from 1985 to 1991. *American Journal of Family Therapy*, **1992**; 20(3):227-241.

73. **Gorsuch RL.** Interactive models of non-medical drug use Lettieri DJ, Sayers M, Pearson HW. Eds., Theories on drug abuse: Selected contemporary perspectives, Washington: DC: Government Printing Office; **1980**: 18-23.

74. **Lavee Y, Altus D.** Family relationships as a predictor of post-treatment drug abuse relapse: A follow-up study of drug addicts and their spouses. *Contemporary Family Therapy*, **2001**; 23(4):513-530.

75. **Goldstein A, Kalant H.** Drug policy: Striking the right balance. *Science*, **1990**; 249(4976):1513-1521.

76. **Sutherland E.** Principles of criminology. Philadelphia: Lippincott, **1939**.

77. **Green CA, Polen MR, Dickinson DM, Lynch FL, Bennett MD.** Gender differences in predictors of initiation, retention, and completion in an HMO-based substance abuse treatment program. *Journal of Substance Abuse Treatment*, **2002**; 23(4):285-295.

78. **Beynon C, Bellis MA, Millar T, Meier P, Thomson R, Mackway JK.** Hidden need for drug treatment services: Measuring levels of problematic drug use in the North West of England. *Journal of Public Health Medicine*, **2001**; 23(4):286-291.

79. **Lehman WEK, Simpson DD.** Criminal involvement. In: Simpson DD, Sells SB. Eds., Opioid addiction and treatment, Malabar, FL: Krieger Publishing; **1990**: 157-176.

80. **Sinha R, Easton C, Kemp K.** Substance abuse treatment characteristics of probation-referred young adults in a community-based outpatient program. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, **2003**; 29(3):585-597.

81. **Howard DL, McCaughrin WC.** The treatment effectiveness of outpatient substance misuse organizations between court-mandated and voluntary clients. *Substance Use and Misuse*, **1996**; 31(7):895-926.

82. **Vogt I.** Gender differences in help-seeking behavior of heroin users in Germany. In Springer A, Uhl A. Eds., Illicit drugs, Innsbruck: Studienverlag; **2000**: 261-274.

83. **Steffenghagen RA.** Self esteem theory of drug abuse. In: Lettieri DJ, Sayers M, Pearson HW. Eds., Theories on drug abuse: Selected contemporary perspectives, Washington: DC: Government Printing Office; **1980**: 175-163.

84. **Adler A.** Sosyal duygunun gelişiminde bireysel psikoloji. Çev. Ed., Özgü H. İstanbul: Hayat Yayınları, **2000**.

85. **Bejerot N.** Addiction to pleasure: A biological and social-psychological theory of addiction. In: Lettieri DJ, Sayers M, Pearson HW. Eds., Theories on drug abuse: Selected contemporary perspectives, Washington: DC: Government Printing Office; **1980**: 246-255.

86. **Galigio M, Stein FS**. Sensation seeking and drug of choice. *International Journal of Addiction*, **1983**; 18:1039-1048.

87. **Massah O, HoseinSabet F, Doostian Y, A'zami Y, Farhoudian A.** The role of sensation-seeking and coping strategies in predicting addiction potential among students. *Practice in Clinical Psychology*, **2014**; 2(3):173-180.

88. **Skolnick N, Zuckerman M.** Personality change in drug abuse: A comparison of therapeutic community and prison groups. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, **1979**; 47:768-770.

89. **Craig RJ.** Personality characteristics of heroin addicts: Review of empirical research 1976-1979. *International Journal of Addiction*, **1982**; 17(2):701-710.

90. **Akhter A.** Relationship between substance use and self-esteem. *International Journal of Scientific & Engineering Research*, **2013**; 4(2):1-7.

91. **Cüceloğlu D.** İnsan ve davranışı. 26. Baskı, İstanbul: Remzi Kitabevi, **2013**.

92. **Oxley GB.** The caseworker's expectations and client motivation. *Social Casework*, **1966**; 47:432-437.

93. **Shumway ST, Bradshaw SD, Harris KS, Baker AK.** Important factors of early addiction recovery and inpatient treatment. *Alcoholism Treatment Quarterly*, **2013**; 31(1):3-24.

94. **Hanson M, El-Basel N.** Motivating substance-abusing clients through the helping process. In Galanter M, Kleber HD. Eds., Textbook of substance abuse treatment 2nd. Ed., Washington, DC: American Psychiatric Press; **2005**: 39-64.

95. **Knight K, Hiller ML, Broome KM, Simpson DD.** Legal pressure, treatment readiness, and engagement in long-term residential programs. *Journal of Offender Rehabilitation*, **2000**; 31(1/2):101-115.

96. **Leon G, Melnick G, Schoket D, Jainchill N.** Is the therapeutic community culturally relevant? Findings on race/ethnic differences in retention in treatment. *Journal of Psychoactive Drugs*, **1993**; 25(1):77-86.

97. **Sergici M.** Sigara İçen Üniversite Öğrencilerinde Kontrol Odağı ile Sosyotropi-Otonomi Kişilik Özelliklerinin İncelenmesi, Yüksek Lisans Tezi, Haliç Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul, **2013.**

98. **Beck AT, Epstein N, Harrison RP, Emery G.** Development of the Sociotropy-Autonomy Scale: A measure of personality factors in psychopathology. University of Pennsylvania, Philadelphia, **1983**.

99. **Peselow ED, Robins CJ, Sanfilipo MP, Block P, Fieve RR.** Sociotropy and autonomy: Relationship to antidepressant drug treatment response and endogenous-nonendogenous dichotomy. *Journal of Abnormal Psychology*, **1992**; 101(3):479-486.

100. **Lynch TR, Robins CJ, Morse JQ.** Couple functioning in depression: The roles of sociotropy and autonomy. *Journal of clinical psychology*, **2003**; 59(12):1349-1359.

101. **Kabakçı E.** Üniversite öğrencilerinde sosyotropik/otonomik kişilik özellikleri, yaşam olaylar ve depresif belirtiler. *Türk Psikiyatri Dergisi*, **2001**; 12(4):273-282.

102. **Babadağ K**. Meslekleşme ve kadın. I. Uluslararası & VIII. Ulusal Hemşirelik Kongresi, 29 Ekim-2 Kasım, Kongre Kitabı, **2001**; 35-39.

103. **Center for Substance Abuse Treatment**; DHHS; 2004. Erişim Tarihi: 11/12/2018 http://www.ncbi.nlm.nih.gov/bookshelf/br.fcgi?book=hssamhsatip&part=A72248.

104. **Doran C, Holmes J, Ladewig D, Ling W.** Buprenorphine induction and stabilisation in the treatment of opiate dependence. *Heroin Addict Rel Clin Problems*, **2005**; 7(1):7-18.

105. **Suboxone ile Madde Bağımlılığı Tedavisi**, Liba Laboratuarları A.Ş., **2009**.

106. **Kunøe N, Lobmaier P, Vederhus JK, Hegstad, S, Gossop M, Kristensen Ø, Waal H.** Naltrexone implants after in-patient treatment for opioid dependence: randomised controlled trial. *The British Journal of Psychiatry*, **2009**; 194(6):541-546.

107. **Beck AT, Epstein N, Harrison R.** Cognitions, attitudes and personality dimensions in depression. *Br. J. Cogn. Psychother.* **1983**; 1(1):1-16.

108. **Şahin NH, Ulusoy M, Şahin N**. Exploring the sociotropy-autonomy dimensions in a sample of Turkish psychiatric inpatients. *Journal of Clinical Psychology*, **1993;** 49:751-763.

109. **Hısım Ö.** Denetimli Serbestlik Kapsamında Tedavideki Opiyat Kullanım Bozukluğu Olan Hastaların Opiyat İdame Tedavisine Uyumu ve Etki Eden Faktörler, Tıpta Uzmanlık Tezi, Sağlık Bakanlığı Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu İstanbul İli Bakırköy Bölgesi Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği, Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi Psikiyatri Kliniği, İstanbul, **2016**.

110. **Petin B.** Denetimli Serbestlik Kapsamında Madde Bağımlılığı İçin Tedaviye Yönlendirilen Olguların Algıladıkları Aile Desteğinin Tedaviye Etkisi ve Ailelerinde Psikiyatrik Tanı Varlığı. Tıpta Uzmanlık Tezi, Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı, İzmir, **2014**.

111. **Düztaş SK.** Madde Kullanım Suçu ile Denetimli Serbestlik Kurumuna Yönlendirilen Kişilerin Profil Özellikleri ve Bağımlılık Şiddetlerinin Ölçülmesi. Sosyal Bilimler Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Üniversitesi Adli Tıp Enstitüsü Sosyal Bilimler Anabilim Dalı, İstanbul, **2011**.

112. **Bahçeci B, Çelik FH, Kandemir G, Güveli H, Polat S, Hocaoğlu Ç.** Evaluation of the patients applied by probation referring to a training and reasearch hospital ın the eastern black sea region. *Journal of Forensic Medicine*, **2014**; 28(1):1-9.

113. **Altıntoprak E.** Kadınlar ve Bağımlılık. VII. Ulusal Alkol ve Madde Bağımlılığı Kongresi Özet Bildiri Kitabı, Belek-Antalya, **2011.**

114. **İnce A, Doğruer Z, Türkçapar HM.** Erken ve geç başlangıçlı erkek alkol bağımlılarında sosyodemografik, klinik ve psikopatolojik özelliklerin karşılaştırılması. *Klinik Psikiyatri Dergisi*, **2002**; 5:82-91.

115. **Asan Ö, Tıkır B, Okay İT, Göka E.** Bir AMATEM birimine başvuran alkol ve madde kullanım bozukluğu olan hastaların sosyodemografik ve klinik özellikleri. *Bağımlılık Dergisi*, **2015**; 16:1-8.

116. **Vogel DL, Bitman RL, Hammer JH, Wade NG.** Is stigma internalized? the longitudinal impact of public stigma on self-stigma. *J Couns Psycho,* **2013**; 60(2):311.

117. **Cloninger CR, Svrakic DM, Przybeck TR**. A psychobiological model of temperament and character. *Arch Gen Psychiatry,* **1993**; 50:975-90.

118. **Hansenne M, Pinto E, Pitchot W, Reggers J, Scantamburlo G, Moor M, Ansseau M.** Further evidence on the relationship between dopamine and novelty seeking: a neuroendocrine study. *Pers Individ Dif*, **2002**; 33:967-977.

119. **Köse S.** A Psychobiological model of temperament and character: TCI. *Yeni Sempozyum*, **2003**; 41:86-97.

120. **Notley C, Holland R, Maskrey V, Nagar J, Kouimtsidis C.** Regaining control: the patient experience of supervised compared with unsupervised consumption in opiate substitution treatment. *Drug and Alcohol Review*, **2014**; 33(1):64–70.

121. **Bayrak B.** Opiyat Kullanım Bozukluğu Olan Bireyler ve Yakınlarına Uygulanan Grup Danışmanlığının Bireylerin Remisyon Süreleri ve Sosyal Destek Algıları ile Birey ve Yakınlarının Öz Yeterlik ve Umutsuzluk Düzeylerine Etkisi, Doktora tezi, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara, **2018**.

122. **Karaagac H, Usta ZE, Usta A, Yarmali MG, Godekmerdan A.** Retrospective Analysis of Sociodemographic Characteristics of Inpatients at Kayseri Research and Training Hospital AMATEM Clinic. *Dusunen Adam-Journal of Psychiatry and Neurological* Sciences, **2017**; 30(3):251-257.

123. **Karaca E, Sonmez B, Sipka H, Vardar E.** Evaluation of dependency dimensions and individual characteristics according to the substance used. 50th National Congress of Psychiatry. *Turk Psikiyatri Derg*, **2014**; 25 (Suppl 2):32.

124. **Saatcioglu O, Evren EC, Cakmak D.** Evaluation of inpatient cases with alcohol and drug use between [year]s of 1998 and 2002. *Journal of Dependence*, **2003**; 4:109-117.

125. **Evren C, Karabulut V, Can Y, Bozkurt M, Umut G, Evren B.** Predictors of outcome during a 6-month follow-up among heroin dependent patients receiving buprenorphine/naloxone maintenance treatment. *Klin. Psikofarmakol. B*, **2014**; 24(4):311-322.

126. **Yüncü Z, Yıldız U, Kesebir S, Altıntoprak E, Coşkunol H.** Alkol kullanım bozukluğu olan olguların sosyal destek sistemlerinin değerlendirilmesi. *Bağımlılık Dergi*si, 2005; 6:129-35.

127. **Yıldız M.** Opiyat Bağımlılarının Sosyodemografik ve Kişilik Özelliklerinin Göç ile İlişkilendirilmesi, Tıpta Uzmanlık Tezi, Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Antalya, **2014**.

128. **Saygılı S, Özden SY.** Eroin Bağımlılarının Biyopsikososyal Yönden Araştırılması. Psikofarmakolojide Yenilikler Sempozyumu, İstanbul GATA, **1991**; 100-104.

129. **Acar M.** Türkiye'de Madde Bağımlılığı ve Gençlik. Yüksek Lisans Tezi, Kırıkkale Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Kırıkkale, **2006**.

130. **Akvardarlar Y, Arıkan Z, Berkman K, Dilbaz N, Oral G, Uluğ B**. Mete, L. Madde Bağımlılığı Tanı ve Tedavi Kılavuzu El Kitabı. T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Ankara: Pozitif Matbaa, **2011**. Erişim Tarihi**:** 10.03.2019. https://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/Yayin/461.

131. **Tiihonen, J., Krupitsky, E., Verbitskaya, E., Blokhina, E., Mamontova, O., Föhr J, Tuomola P, Kuoppasalmi K, Kiviniemi V, Zwartau, E.** Naltrexone implant for the treatment of polydrug dependence: a randomized controlled trial. *American Journal of Psychiatry*, **2012**; 169(5):531-536.

132. **Luty J.** Treatment preferences of opiate-dependent patients. *Psychiatric Bulletin*, **2004**; 28(2):47–50.

133. **Woods J.** Methadone advocacy: the voice of the patient. *Mt Sinai J Med*, **2001**; 68(1):75–78.

134. **Joseph H, Stancliff S, Langrod J.** Methadone maintenance treatment (MMT): a review of historical and clinical issues. *Mt Sinai J Med*, **2000**; 67(5–6):347–364.

135. **Lee JD, Grossman E, DiRocco D, Gourevitch MN.** Home buprenorphine/naloxone induction in primary care, *J. Gen. Intern. Med,* **2009**; 24:226-232.

136. **Timko C, Schultz NR, Cucciare MA, Vittorio L, Garrison-Diehn C.** Retention in medication-assisted treatment for opiate dependence: a systematic review, *J. Addict. Dis,* **2016**; 35(1):22–35.

137. **Mitchell GS, Kelly SM, Brown BS, Reisinger HS, Peterson JA, Ruhf A, Agar MH, O'Grady KE, Robert P, Schwartz RP.** Uses of diverted methadone and buprenorphine by opioid-addicted individuals in Baltimore, Maryland. *The American Journal on Addictions*, **2009**; 18(5):346-355.

138. **Monte AA, Mandell T, Wilford BB, Tennyson J, Boyer EW.** Diversion of buprenorphine/ naloxone coformulated tablets in a region with high prescribing prevalence. *Journal of Addictive Diseases*, **2009**; 28(3):226-231.

139. **Polonsky M, Rozanova J, Azbel L, Bachireddy C, Izenberg J, Kiriazova T, Dvoryak S, Altice, FL,** Attitudes toward addiction, methadone treatment, and recovery among HIV-infected Ukrainian prisoners who inject drugs: incarceration effects and exploration of mediators. *AIDS Behav*, **2016**; 20:2950–2960.

140. **Kunøe N, Lobmaier P, Vederhus JK, Hjerkinn B, Hegstad S, Gossop M, Waal H**. Retention in naltrexone implant treatment for opioid dependence. *Drug Alcohol Depend*, **2010**; 111(1):166–169.

141. **SAMHSA/CSAT.** Oral naltrexone. In: US Department of Health and Human Services, Treatment Improvement Protocol (TIP) Series, No 49. Rockville, MD: Center for Substance *Abuse Treatment*; **2009**:27–35.

142. **Hubbell C, Czirr S, Hunter G, Beaman C, LeCann N, Reid L.** Consumption of ethanol solution is potentiated by morphine and attenuated by naloxone persistently across repeated daily administrations. *Alcohol*, **1986**; 3(1):39–54.

143. **Marcus R, Makarenko I, Mazhnaya A, Zelenev A, Polonsky M, Madden L, Filippovych S.** Patient preferences and extended-release naltrexone: A new opportunity to treat opioid use disorders in Ukraine. *Drug and alcohol dependence*, 2017; 179:213-219.

144. **Krupitsky E, Zvartau E, Woody G**. Use of naltrexone to treat opioid addiction in a country in which meethadone and buprenorphine are not available. *Curr Psychiatry Rep,* **2010**; 12:448–453.

145. **Ahamad K, Milloy MJ, Nguyen P, Uhlmann S, Johnson C, Korthuis TP, Kerr T.** Factors associated with willingness to take extended release naltrexone among injection drug users. *Addiction Science & Clinical Practice*, **2015**; 10(12):1-6.

146. **Friedmann PD, Wilson D, Hoskinson R, Poshkus, MJr, Clarke JG.** Initiation of extended release naltrexone (XR-NTX) for opioid use disorder prior to release from prison. Journal of Substance Abuse Treatment, **2018**; 85:45–48.

147. **Marcus R, Bojko MJ, Mazhnaya A, Makarenko I, Filippovych S, Dvoriak S, Springer SA.** A qualitative assessment of attitudes about and preferences for extended-release naltrexone, a new pharmacotherapy to treat opioid use disorders in Ukraine. *Journal of Substance Abuse Treatment*, **2018**; 86:86–93.

148. **Neale J, Tompkins CN, McDonald R, Strang J.** Implants and depot injections for treating opioid dependence: qualitative study of people who use or have used heroin. Drug and alcohol dependence, **2018**; 189:1-7.

149. **Nettleton S, Neale J, Pickering L.** I just want to be normal": an analysis of discourses of normality among recovering heroin users. *Health*, **2013**; 17:174–190.

150. **Gold CG, Cullen DJ, Gonzales S, Houtmeyers D, Dwyer MJ.** Rapid opioid detoxification during general anesthesia a review of 20 patients. *Anesthesiol. J. Am. Soc. Anesthesiol*, **1999**; 91(6):1639.

151. **Itzoe M, Guarnieri M**. New developments in managing opioid addiction: impact of a subdermal buprenorphine implant. *Drug design, development and therapy*, **2017**; 11:1429-1437.

152. **Carter JA, Dammerman R, Ling W, Frost M.** Modelling the effectiveness of subdermally implanted buprenorphine, injectable naltrexone, and sublingual buprenorphine for clinically stable adults with opioid dependence. *Canadian Journal of Addiction*, **2016**; 7(4):26.

153. **Hulse GK, Morris N, Arnold-Reed D, Tait RJ.** Improving clinical outcomes in treating heroin dependence: randomized controlled trial of oral or implant naltrexone. *Arch Gen Psychiatry*, **2009**; 66:1108–1115.

154. **Burns L, Gisev N, Larney S, Dobbins T, Gibson A, Kimber J, Degenhardt, L.** A longitudinal comparison of retention in buprenorphine and methadone treatment for opioid dependence in New South Wales, Australia. *Addiction*, **2015;** 110(4):646-655.

155. **Teesson M, Marel C, Darke S, Ross J, Slade T, Burns L, Lynskey M, Memedovic S, White J, Mills KL**. Long-term mortality, remission, criminality and psychiatric comorbidity of heroin dependence: 11-year findings from the Australian Treatment Outcome Study. *Addiction*, **2015**; 110:986-993.

156. **Xia Y, Seaman S, Hickman M, Macleod J, Robertson R, Copeland L, De Angelis D.** Factors affecting repeated cessations of injecting drug use and relapses during the entire injecting career among the Edinburgh Addiction Cohort. *Drug and alcohol dependence*, **2015**; 151:76-83.

157. **Krupitsky E, Blokhina E, Zvartau E, Woody G**. Antagonist Treatment for Opioid Dependence: Promise and Hurdles. *Current Treatment Options in Psychiatry*, **2017**; 4(2), 221-230.

158. **Lee JD, Nunes EV, Bailey GL, Brigham GS, Cohen AJ, Fishman M, May J**. NIDA Clinical Trials Network CTN-0051, extended-release naltrexone vs. buprenorphine for opioid treatment (X: BOT): study design and rationale. *Contemporary clinical trials,* 2016; 50:253-264.

159. **Larney S, Gowing L, Mattick RP, Farrell M, Hall W, Degenhardt L.** A systematic review and meta-analysis of naltrexone implants for the treatment of opioid dependence. *Drug and alcohol review*, **2014**; 33(2):115-128.

160. **McKellar J, Kelly J, Harris A, Moos R.** Pretreatment and during treatment risk factors for dropout among patients with substance use disorders. *Addict Behav*. **2006**; 31:450-460.

161. **Yüncü Z, Aydin R, Aydin C, Özbaran B, Köse S.** Aile Desteği ya da Denetimli Serbestlik Kararı Sonucu Tedavi Merkezine Başvuran Madde Kullanım Bozukluğu olan Ergenlerin Klinik, Sosyodemografik Farklılıklarının Belirlenmesi ve Denetimli Serbestlik Olgularında Ayıklığı Sağlamada Öngörücü Faktörlerin Belirlenmesi, *Nöro-Psikyatri Arşivi*. **2016**; 53(2):130-135.

162. **Yalnız Ö, Pektaş Ö, Şahin E, Kalyoncu AÖ, Mırsal H, Beyazyürek M.** Almanya'da Yaşayan Türk Eroin Bağımlılarının Tedavi Arama Davranışını Etkileyen Faktörlerin Araştırılması. *Bağımlılık Dergisi*, **2004**; 5:72-76.

163. **Lichtenstein E, Lando HA**, **Nothwehr F**. Readiness to quit as a predictor of smoking changes in the Minnesota Heart Health Program. *Health Psychol,* **1994**; 13(5):393.

164. **DiClemente CC, Prochaska JO.** Toward a comprehensive, transtheoretical model of change: stages of change and addictive behaviors. In: Miller WR, Heather N, Eds. Treating addictive behaviors, New York: Plenum Press; **1998**:3–24.

165. **Uebelacker LA, Bailey G, Herman D, Anderson B, Stein M.** Patients' beliefs about medications are associated with stated preference for methadone, buprenorphine, naltrexone, or no medication-assisted therapy following inpatient opioid detoxification. *Journal of Substance Abuse Treatment*. **2016**; 66:48-53.

166. **Woodcock EA, Lundahl LH, Stoltman JJK, Greenwald MK.** Progression to regular heroin use: Examination of patterns, predictors, and consequences. *Addict. Behav,* **2015**; 45:287-293.

167. **Wang CY, Zhang K, Zhang M.** Dysfunctional attitudes, learned helplessness, and coping styles among men with substance use disorders. *Social Behavior and Personality: an international journal,* **2017**; 45(2):269-280.

168. **Eng PA.** Piercing the Veil of Learned Helplessness: An Integrated Transpersonal Model of Addiction Doctoral dissertation, California Institute of Integral Studies San Francisco, (CA) **2016**.

169. **Yarborough BJ, Stumbo SP, McCarty D, Mertens J, Weisner C, Green, CA**. Methadone, buprenorphine and preferences for opioid agonist treatment: A qualitative analysis. *Drug and Alcohol Dependence*, **2016**; 160:112–118.

170. **Muthulingam D, Bia J, Madden LM, Farnum SO, Barry DT, Altice FL.** Using nominal group technique to identify barriers, facilitators, and preferences among patients seeking treatment for opioid use disorder: A needs assessment for decision making support. *Journal of Substance Abuse Treatment,* **2019**; 18-28.

171. **Hewell VM, Vasquez AR, Rivkin ID.** Systemic and individual factors in the buprenorphine treatment-seeking process: a qualitative study. *Substance abuse treatment, prevention, and policy*, **2017**; 12(1):3.

172. **Altıntoprak AE, Akgür AS, Kitapçıoğlu G, Yüncü Z, Coşkunol H.** Denetimli serbestlik olgularının retrospektif analizi: Sosyodemografik özellikler, bireysel ve ailesel bağımlılık ve suç öyküleri ile tedavi yanıtları. *Journal of Dependence,* **2014**; 15(1):1-9.

173. **Gıynaş FF, Kızılkurt ÖK, Taştekin N, Kırşavoğlu B, Oruç GA, Bilici R.** Alkol-madde kullanım bozukluğu olan hastalarda tedaviye yarım bırakmanın yordayıcıları olarak mizaç ve karakter profilleri ve dürtüsellik. *Çukurova Medical Journal*, **2019**; 44(1):59-65.

174. **Sigmon SC, Moody DE, Nuwayser ES, Bigelow GE.** An injection depot formulation of buprenorphine: extended biodelivery and effects. *Addiction,* **2006**; 101:420–432.

175. **Sigmon SC, Bigelow GE.** Food and drug administration approval of sustainedrelease buprenorphine for treatment of opioid dependence: realizing its potential. *Addiction,* **2016**; 112, 386–387.

176. **Reece AS.** Psychosocial and treatment correlates of opiate free success in a clinical review of a naltrexone implant program. *Substance abuse treatment, prevention, and policy,* **2007**; 2:35.

177. **Kaziasty K.** Soscial support and traumatic stres. The National Center for Post Traumatic Stres Disorder. *Research Quarterly*, **2005**; 16:1-8.

178. **Anlauf M, Hein L, Hense HW, Köbberling J, Lasek R, Leidl R, Schöne-Seifert B.** Complementary and alternative drug therapy versus science-oriented medicine. *German medical science: GMS e-journal,* **2015**; 13.

179. **Onat Y, Nurmedov S, Noyan C, Darcın A, Dilbaz N, Tarhan K.** When is the appropriate time for families to be involved in addiction treatment; from the beginning? A retrospective evaluation of inpatients in a private hospital. *The Journal of Neurobehavioral Sciences,* **2015**; 1:1-5.

180. **Stevens A. et al.** The relationship between legal status, perceived pressure and motivation in treatment for drug dependence: results from a European study of quasi-compulsory treatment. European Addiction Research, **2006**; 12:197-209.

181. **Akdağ EM, Kotan VO, Köse S, Tıkır B, Aydemir MÇ, Okay İT, Özkaya G.** The relationship between internalized stigma and treatment motivation, perceived social support, depression and anxiety levels in opioid use disorder. *Psychiatry and Clinical Psychopharmacology*, **2018**; 28(4):394-401.

182. **Connor K, Shea R, McDermott M, Grolling R, Tocco R, Baciewicz G.** The role of multifamily therapy in promoting retention in treatment of alcohol and cocaine dependence. *Am J of Addict*, **1998**; 7(1):61-73.

183. **Akbaş GE, Mutlu E.** Madde bağımlılığı tedavisi gören kişilerin bağımlılık ve tedavi deneyimleri. *Toplum ve Sosyal Hizmet*, **2016**; 27(1):101-122.

184. **Donovan DM.** Assessment to aid in the treatment planning process. In: Allen JP, Wilson VB, Eds. Assessing alcohol problems: a guide for clinicians and researchers. Bethesda: United States **2003**.

185. **McLellan AT.** Patient characteristics associated with outcome: In Cooper JR, Altman F, Brown BS, Czechowicz D. Eds. Research on the treatment of narcotic addiction: State of the art. Washington, DC: United States Government Printing Office, **1983**:500-529.

186. **Siddall J, Conway G.** Interactional variables associated with retention and success in residential drug treatment. *Int Journal Addict,* **1988**; 23:1241-1254.

187. **Vaillant GE.** Parent-child cultural disparity and drug addiction. *The journal of Nervous and Mental Dissease*, **1966**; 142(6):534-539.

188. **Ball JC, Chambers CD.** The Epidemiology of Opiate Addiction in the United States. Springfield Illinois: Charles C. Thomas, **1970**.

189. **Dunn KE, Weerts EM, Huhn AS, Schroeder JR, Tompkins DA, Bigelow GE, Strain EC.** Preliminary evidence of different and clinically meaningful opioid withdrawal phenotypes. *Addiction Biology*, **2018**.

190. **Kelly JF, Hoeppner B.** A biaxial formulation of the recovery construct. *Addict Res Theory,* **2015**; 23:5–9.

191. **White WL, Cloud W.** Recovery capital: a primer for addictions professionals. *Counselor,* **2008**; 9(5):22–27.

192. **Beck AT.** Cognitive therapy of depression: new perspectives. In: Clayton PJ, Barrett JE. Eds., Treatment of Depression. Old Controversies and New Approaches, New York: Raven Press; **1983:** 265–290.

193. **Pugach CP.** Alcohol Use, Drinking Motivations, and Depression Among College Students: The Roles of Sociotropy and Autonomy, Master Thesis, John Jay College of Criminal Justice City University of New York, **2017**.

194. **de Vries M, Fagerlin A, Witteman HO, Scherer LD.** Combining deliberation and intuition in patient decision support. *Patient Education and Counseling,* **2013**; 91(2): 154–160.

195. **Kerstholt JH, van der Zwaard F, Bart H, Cremers A.** Construction of health preferences: A comparison of direct value assessment and personal narratives. *Medical Decision Making*, **2009;** 29(4):513–520.

# EKLER

## EK-1. Etik Kurul İzni

**T.C. ÇUKUROVA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU**

| Toplantı Sayısı | | Tarih |
|---|---|---|
| 78 | | 1 Haziran 2018 |

KARAR NO 12- Çukurova Üniversitesi Bağımlılık ve Adli Bilimler Enstitüsü Bağımlılık Anabilim Dalı'nda, Doktor Öğretim Üyesi Sunay Fırat yönetiminde, Mehmet Aykut Erk tarafından yürütmesi öngörülen, "Opiyat Bağımlılığında Agonist veya Antagonist Tedavisi Gören Bireylerin Tedaviye Yönelik Algılarının İncelenmesi" başlıklı yüksek lisans tez projesi araştırma etiği yönünden değerlendirildi. Toplantıya katılan üyelerin oybirliğiyle uygun olduğuna karar verildi.

| | | |
|---|---|---|
| BAŞKAN | **Doç Dr Selim Kadıoğlu**<br>Tıp Tarihi ve Etik Anabilim Dalı | |
| ÜYELER | **Prof Dr Davut Alptekin**<br>Tıbbi Biyoloji Anabilim Dalı | |
| | **Prof Dr Dinçer Yıldızdaş**<br>Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı | |
| | **Prof Dr Gülşah Seydaoğlu**<br>Biyoistatistik Anabilim Dalı | |
| | **Prof Dr Gürhan Sakman**<br>Genel Cerrahi Anabilim Dalı | |
| | **Prof Dr Murat Gündüz**<br>Anesteziyoloji ve Reanimasyon Anabilim Dalı | Toplantıya Katılmadı |
| | **Doç Dr Ezgi Özyılmaz Saraç**<br>Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı | |
| | **Av. Zehra Bulut**<br>Hukukçu Üye | Toplantıya Katılmadı |
| | **Dr Neşe Kayrın**<br>Kurum Dışı Üye | Toplantıya Katılmadı |

*Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlık Binası, Balcalı 01330 Adana*
*Telefon: 0322 338 60 60 dahili 3465, Faks: 0322 338 67 22*

## EK-2. Araştırma Kurulu Onay Yazısı

**Ç.Ü.BAĞIMLILIK VE ADLİ BİLİMLER ENSTİTÜSÜ**

**BAĞIMLILIK ANABİLİM DALI AKADEMİK KURULU KARARLARI**

| TOPLANTI SAYISI | KARAR SAYISI | TOPLANTI TARİHİ |
|---|---|---|
| 5 | 2 | 23.05.2018 |

Anabilim Dalı Başkanı Prof. Dr. Necmi ÇEKİN'in başkanlığında toplanarak aşağıdaki kararları almıştır.

**Karar No:1** Anabilim Dalı Öğretim Üyelerinden **Dr. Öğr. Üyesi Sunay Fırat** danışmanlığında yürütülen Anabilim Dalımız Yüksek lisans öğrencisi **M. Aykut Erk'in "Opiyat Bağımlılığında Agonist veya Antagonist Tedavisi Gören Bireylerin Tedaviye Yönelik Algılarının İncelenmesi"** başlıklı Yüksek Lisans Tez Projesinin bilimsel etik açıdan değerlendirilmesi için Enstitü Müdürlüğüne sunulmasına ve Tıp Fakültesi Etik Kurulunda görüşülmesine oy birliği ile karar verildi.

**Karar No:2** Anabilim Dalı Öğretim Üyelerinden **Dr. Öğr. Üyesi Sunay Fırat** danışmanlığında yürütülen Anabilim Dalımız Yüksek lisans öğrencisi **Mert Seyhan'ın "Alkol Kullanım Bozukluğunu Etkileyen Risk Faktörlerinin Belirlenmesi"** başlıklı Yüksek Lisans Tez Projesinin bilimsel etik açıdan değerlendirilmesi için Enstitü Müdürlüğüne sunulmasına ve Tıp Fakültesi Etik Kurulunda görüşülmesine oy birliği ile karar verildi.

Başkan
Prof.Dr. Necmi Çekin

Üye
Prof.Dr.Ayşegül Yolga Tahiroğlu

Üye
Prof.Dr.Pınar Çıragil

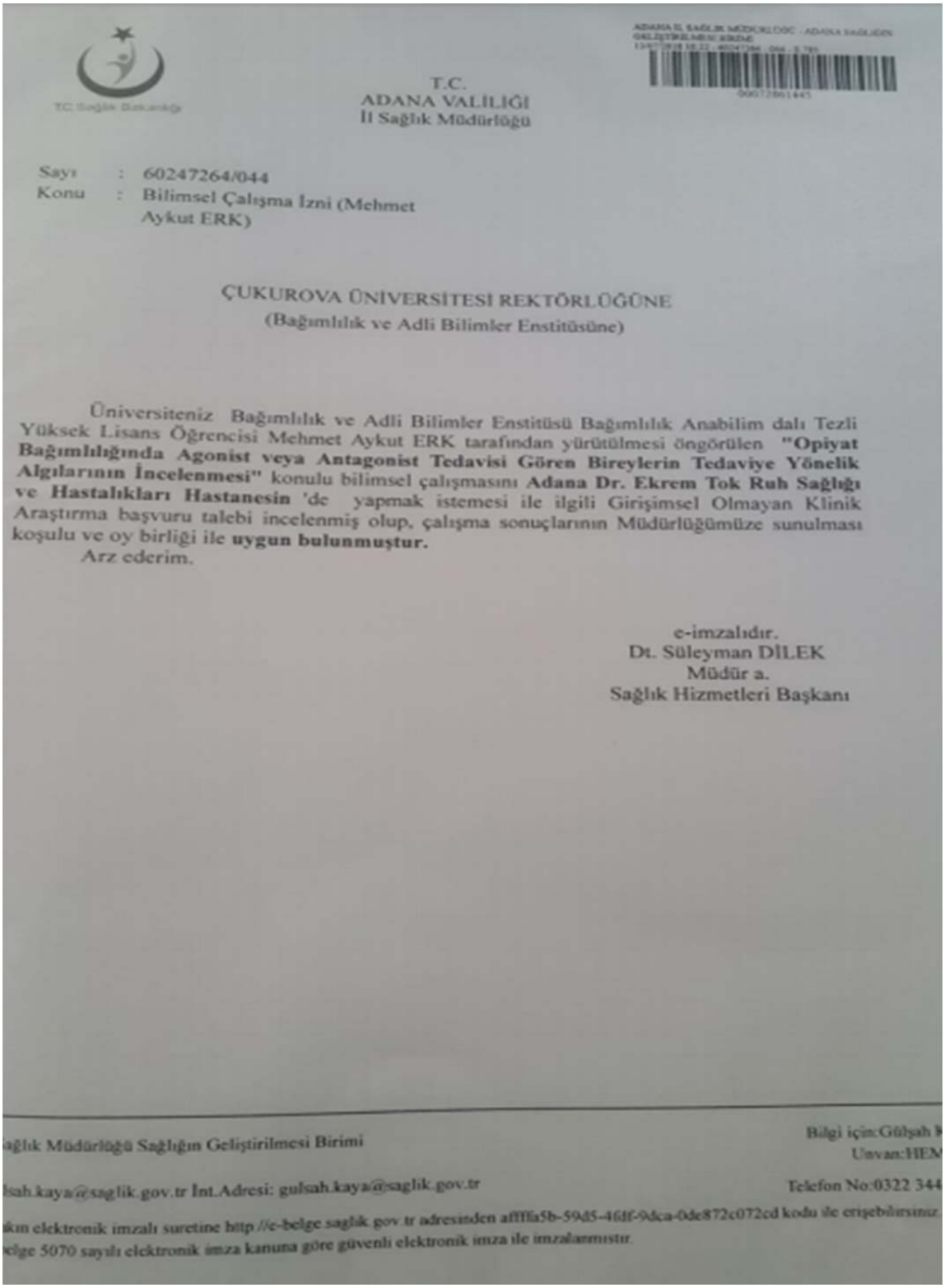
Üye
Doç.Dr.Fulya Cenkseven Önder
(Katılmadı)

Üye
Doç.Dr.Gonca Karakuş

Üye
Doç. Dr. Üyesi Nurcihan Kiriş
(Katılmadı)

Üye
Dr.Öğr. Üyesi Sunay Fırat

## EK-3. Araştırmanın Yürütüldüğü Kurumun Resmi İzin Yazısı



T.C.
ADANA VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü

Sayı : 60247264/044
Konu : Bilimsel Çalışma İzni (Mehmet Aykut ERK)

ÇUKUROVA ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜNE
(Bağımlılık ve Adli Bilimler Enstitüsüne)

Üniversiteniz Bağımlılık ve Adli Bilimler Enstitüsü Bağımlılık Anabilim dalı Tezli Yüksek Lisans Öğrencisi Mehmet Aykut ERK tarafından yürütülmesi öngörülen **"Opiyat Bağımlılığında Agonist veya Antagonist Tedavisi Gören Bireylerin Tedaviye Yönelik Algılarının İncelenmesi"** konulu bilimsel çalışmasını **Adana Dr. Ekrem Tok Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesin** 'de yapmak istemesi ile ilgili Girişimsel Olmayan Klinik Araştırma başvuru talebi incelenmiş olup, çalışma sonuçlarının Müdürlüğümüze sunulması koşulu ve oy birliği ile **uygun bulunmuştur.**

Arz ederim.

e-imzalıdır.
Dt. Süleyman DİLEK
Müdür a.
Sağlık Hizmetleri Başkanı

ağlık Müdürlüğü Sağlığın Geliştirilmesi Birimi

Bilgi için:Gülşah
Unvan:HEM

lsah.kaya@saglik.gov.tr İnt.Adresi: gulsah.kaya@saglik.gov.tr

Telefon No:0322 344

ıkın elektronik imzalı suretine http://e-belge.saglik.gov.tr adresinden affffa5b-59d5-46ff-9dca-0de872c072cd kodu ile erişebilirsiniz.

elge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

**EK-4. Araştırmanın Yürütüldüğü Kurumun Tezde Kullanılmak Üzere AMATEM-2 ve AMATEM-3 Kliniklerinde Yatarak Tedavi Gören Hasta İstatistiskleri Resmi İzin Yazısı**

T.C.
ADANA VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü
Adana Dr. Ekrem Tok Ruh Sağlığı Ve Hastalıkları Hastanesi

Sayı : 67971284-622.01
Konu : Tezde Kullanılmak Üzere İstatistiki Bilgilerin İstemi Hakkında

Sayın SUNAY FIRAT
Çukurova Üniversitesi Bağımlılık ve Adli Bilimler Enstitisü Öğretim Üyesi

Not : İlgi : 22.04.2019 tarihli dilekçeniz;

İlgi tarihli dilekçeniz ile istemiş olduğunuz AMATEM 'de "Opiyat Bağımlılığında Agonist veya Antagonist Tedavisi Gören Bireylerin Tedavisinin Başarısına Yönelik Algılarının ve Sosyotropik - Otonomik Kişilik Özelliklerinin İncelenmesi" tezinde kullanılmak üzere 2013-2018 tarihleri arası 5 yıllık AMATEM-2 ve AMATEM-3 kiniklerinde yatarak tedavi gören hasta (Ağustos-Kasım ayları arası) sayı istatistikleri yazı ekinde sunulmuştur.

Bilgilerinize.

e-imzalıdır.
Uz.Dr.Dilek ALTUN YARMIŞ
Başhekim

Ek: Amatem-2 ve Amate-3 Servislerinde yatan hasta sayı istatistikleri (1 Sayfa)

Güvenli Elektronik İmzalı
Aslı ile Aynıdır
25.04.2019
Emin TIRAŞCI
Evrak Birimi

DR. EKREM TOK RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI HASTANESİ
Telefon: Faks No: (0 322) 247 05 27
e-Posta: emin.tirasci@saglik.gov.tr İnternet Adresi: emin.tirasci@saglik.gov.tr
Bilgi için: Emin TIRAŞCI
HİZMETLİ
Telefon No: (0 322) 239 04 75
Evrakın elektronik imzalı sureti http://e-belge.saglik.gov.tr adresinden [illegible] kodu ile erişebilirsiniz.
Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

## EK-5. Sosyodemografik Veri Toplama Formu

SOSYODEMOGRAFİK VERİ TOPLAMA FORMU

1. Adı Soyadı:
……

2. Yaşınız ve Doğum yeriniz:
……

3. Medeni Durumunuz:

( ) Evli ( ) Bekar ( ) Dul
( ) Evlenip boşanmış, tekrar evlenmiş
( ) Kız / Erkek arkadaşıyla yaşıyor
( ) İmam nikahlı

4. Çocuğunuz var mı? (varsa kaç tane):
……

5. Şu anda kimlerle birlikte yaşıyorsunuz?

( ) Yalnız yaşıyorum
( ) Ailemle birlikte yaşıyorum
( ) Arkadaş grubuyla birlikte yaşıyorum
( ) Evliyim, eşimle birlikte yaşıyorum
( ) Evliyim, eşimden ayrı yaşıyorum
( ) Erkek/kız arkadaşımla birlikte yaşıyorum

6. Evde kaç kişi yaşıyorsunuz?
……

7. Eğitim Durumunuz:

( ) Okur-yazar değil ( ) İlkokul ( ) Ortaokul
( ) Lise ( ) Üniversite ( ) Diğer

8. Anne: ( ) Sağ ( ) Ölü

9. Baba: ( ) Sağ ( ) Ölü

10. Anne-babanızın medeni durumu nedir?

( ) Evli ve birlikteler ( ) Boşanmış ( ) İkisinden biri evli ( ) İkisi de başkasıyla evli

11. Çocukluğunuzu geçirdiğiniz yer?

( ) Köy ( ) Kasaba-İlçe ( ) Şehir ( ) Diğer

12. Hangi işle uğraşıyorsunuz?

( ) İşçi ( ) Memur ( ) Esnaf ( ) Diğer
( ) Çalışmıyorum

13. Haneye giren toplam gelir:
…….

14. Ailenin gelir durumu nasıl bir geçim düzeyi sağlıyor?

( ) Çok iyi ( ) İyi ( ) Normal ( ) Yetersiz

15. Anne ve babanızın size karşı tutumu nasıldı?
( ) Anne baba ilgili ve koruyucu
( ) Titiz ve katı
( ) İlgisiz ve otoriter
( ) Sert ve otoriter
( ) Tutarsız ve güvenilmez

16. Çocukluk yıllarınızda ciddi bir rahatsızlık geçirdiniz mi?

( ) Bilmiyorum ( ) Hayır ( ) Evet Evet ise lütfen belirtiniz……

17. Ailenizde tanılanmış kronik (uzun süren) fiziksel bir hastalığı olan var mı?

( ) Hayır ( ) Evet Evet ise lütfen belirtiniz……

18. Ailenizde tanılanmış kronik (uzun süren) ruhsal bir rahatsızlığı olan var mı?

( ) Hayır ( ) Evet Evet ise lütfen belirtiniz……

19. Tanısını almış olduğunuz kronik fiziksel bir hastalığınız var mı?

( ) Hayır ( ) Evet Evet ise lütfen belirtiniz……

20. Tanısını almış olduğunuz kronik ruhsal bir hastalığınız var mı?

( ) Hayır ( ) Evet Evet ise lütfen belirtiniz……

21. Madde kullanmaya ilk olarak kaç yaşında başladınız? …….

22. İlk olarak hangi maddeyi kullanmaya başladınız?.....

23. Daha önce madde bağımlılığı tedavisi gördünüz mü?

( ) Hayır ( ) Evet

24. Daha önce madde bağımlılığı sebebiyle kaç kere yatarak tedavi gördünüz?.....

25. Herhangi bir suça karıştınız mı?

( ) Hayır ( ) Evet Evet ise lütfen belirtiniz……

**EK-6. Bağımlılık Tedavisinin Başarısını Öngören Faktörler Ölçeği**

**BÖF**

Aşağıda bir dizi ifade listelenmiştir. Her biri genel olarak bulunan görüşleri ifade etmektedir ve doğru veya yanlış cevap yoktur. Muhtemelen siz bazılarıyla aynı fikirde olacak ve bazılarıyla da aynı fikirde olmayacaksınız. Lütfen her bir ifadeyi dikkatlice okuyunuz ve her bir ifadeyle aynı fikirde olduğunuzun veya olmadığınızın derecesini en iyi tanımlayan ya da her bir ifadenin size ne kadar uyduğunun derecesini belirten kutucuğu işaretleyiniz. Yanıtlarınızı aşağıdaki cevaplara göre değerlendiriniz.

| **MADDELER** | **Kesinlikle Katılmıyorum** | **Genellikle Katılmıyorum** | **Genellikle Katılıyorum** | **Kesinlikle Katılıyorum** |
|---|---|---|---|---|
| 1- Arkadaşlarımın veya arkadaşlarım ile yaptığımız aktivitelerin madde kullanmamda etkisi olduğunu düşünüyorum. | | | | |
| 2- Maddeden uzak durmam ve olumsuz davranışlarımı değiştirmem konusunda yeterli arkadaş desteğine sahibim. | | | | |
| 3-Arkadaşlarımlayken kendime güvenim artıyor. Tek başımayken kendimi savunmasız ve güçsüz hissediyorum. | | | | |
| 4-Madde kullanımı nedeniyle aile, sosyal ve mesleki yaşamda ciddi sorunlarla karşılaşmadım. | | | | |
| 5-Düzenli olarak görüşmelere gitmem ve tahlil yaptırmam konusunda işyerimden kolayca izin alabiliyorum. | | | | |
| 6- Ailem maddeyi bırakma konusunda bana her zaman destek ve yardımcı olmaktadır. | | | | |
| 7-Ailem ve arkadaş çevremden bazı kişiler madde kullandığımı öğrenirse çok utanırım. | | | | |
| 8-Maddeyi bırakmam için yaşadığım muhiti ve arkadaş çevremi değiştirmem gerek. | | | | |
| 9-Yaşadığım çevrede maddeyi kolayca ve ucuza temin etmek mümkün. | | | | |
| 10-Ailem madde kullanımını doğal karşılamakta ve maddeyi bırakmam konusunda bana baskı uygulamamaktadır. | | | | |
| 11-Arkadaş çevremdeki herkes madde kullanımı doğal karşılamakta ve maddeyi bırakmam konusunda bana baskı uygulamamaktadır. | | | | |
| 12-Manevi ve ahlaki değerler iç dünyamda önemli bir yere sahiptir. | | | | |
| 13-Madde kullanımıyla ilgili bir problemimin olduğuna inanmıyorum. | | | | |
| 14-Maddeden uzak durduğumda aile ve iş | | | | |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| hayatımda olumlu gelişmeler meydana geliyor. | | | | |
| 15-Maddeyi bırakma ve yaşamıma bir düzen verme konusunda ileriye dönük planlar yapıyorum. | | | | |
| 16-Maddeyi bırakmak istiyorum ancak kullanmak için önüme fırsat çıktığında hayır diyemiyorum. | | | | |
| 17-Çevremdeki kişilerin baskılarına karşı çıkmakta güçlük çekiyorum. | | | | |
| 18-Boş zamanlarımı değerlendirecek faaliyetler bulmakta güçlük çekiyorum. | | | | |
| 19-Ailemi kaybetmeyi asla göze alamam. | | | | |
| 20-Başarabileceğime ve kontrolün bende olduğuna dair inancım tam. | | | | |
| 21-Hayatta başarılı olmak ve bir yerlere gelmeyi istiyorum. | | | | |
| 22-Kaybetmeyi göze alamayacağım önemli şeylere sahibim. | | | | |
| 23-Geleceğe ait hiçbir beklentim yok. Sadece günümü yaşıyorum. | | | | |
| 24-Maddeyi bırakmak için profesyonel yardıma ihtiyacım olduğunu düşünüyorum. | | | | |
| 25-Denetimli serbestlik tedbiri süresince uzman ile uyumlu ve iş birliğine açık bir ilişki içindeyim. | | | | |
| 26-Denetimli serbestlik tedbirinin gereklerini yerine getirmek ve düzenli tahlil yaptırmak yerine cezaevine girmeyi tercih ederim. | | | | |
| 27-Ailemin ya da yakın çevremin madde kullanımı nedeniyle yakalandığımı öğrenmelerini istemediği için tedavi ve denetimli serbestlik tedbirinin gereklerini eksiksiz yerine getiriyorum. | | | | |
| 28-Yakalanmam ve denetimli serbestlik tedbirine hükmolmam aklımı başıma getirdi. Madde kullanmanın bir sorun olduğunu anladım. | | | | |

**EK-7. Sosyotropi-Otonomi Ölçeği**

## SOSOTÖ

Bu ölçek, insanların insanlarla olan etkileşim biçimini/tarzını belirlemek amacıyla hazırlanmıştır. Lütfen aşağıdaki cümlelerin her birini okuduktan sonra, o cümlenin sizin kişiliğinizi ne ölçüde tanımladığını değerlendirin ve yandaki uygun yeri işaretleyin. Bu davranışların "doğru" ya da "yanlış" diye bir değerlendirmesi yoktur. Sözü edilen davranışlar tipik insan davranışlarıdır. Yanıtlarınız aşağıdaki ölçeğe göre değerlendirin:

0. Hiç tanımlamıyor 2. Oldukça iyi tanımlıyor 4. Çok iyi tanımlıyor

1. Biraz tanımlıyor 3. İyi tanımlıyor

| **MADDELER** | **Hiç tanımlamıyor** | **Biraz tanımlıyor** | **İyi tanımlıyor** | **Oldukça iyi tanımlıyor** | **Çok iyi tanımlıyor** |
|---|---|---|---|---|---|
| 1.Kendimi diğer insanlara hep iyi davranmak zorundaymış gibi hissederim. | | | | | |
| 2. Özgür ve bağımsız olmak benim için çok önemlidir. | | | | | |
| 3. İyi bir iş yaptığımda bunu benim bilmem, başkalarının bilmesinden daha önemlidir. | | | | | |
| 4.Yaşadığım güzel olayları başka insanlarla paylaştığımda o olaylar bana daha da güzel gelir. | | | | | |
| 5.Diğer insanların duygularını incitmekten korkarım. | | | | | |
| 6. İnsanlar benim davranışlarımı ya da yaptığım işleri yönetmeye kalkarlarsa rahatsız olurum. | | | | | |
| 7. İnsanlara hayır demek bana zor geliyor. | | | | | |
| 8. Hafta sonlarında başkalarıyla birlikte olacağım bir etkinlik planlamazsam kendimi kötü hissederim. | | | | | |
| 9. Bir grubun üyesi olmaktansa, kendine özgü birey olmayı daha değerli görürüm. | | | | | |
| 10. Kendimi hasta hissettiğim zaman yalnız kalmayı tercih ederim. | | | | | |
| 11.İnsanlar zayıf yönlerimi, hatalarımı bilirlerse, beni sevmeyecekler diye endişelenirim. | | | | | |
| 12. Bir konuda kendimi haklı görüyorsam, başkalarının hoşuna gitmese de düşünce ve duygularımı açıkça söylemekten çekinmem. | | | | | |
| 13.Misafirlikteyken sadece oturup konuşmaktan rahatsız olurum. Bunun yerine, kalkıp bir şeyler yapmayı isterim. | | | | | |
| 14. Bir işte insanın kendi amaçlarına ve standartlarına ulaşması, diğer insanların koyduğu standartlara ulaşmasından daha önemlidir. | | | | | |
| 15. Diğerlerini memnun etmek için kendime ters düşen işler yapmam. | | | | | |
| 16. Yalnız başıma uzun yürüyüşler yapmaktan hoşlanırım. | | | | | |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 17. Diğer insanların beni sevmeleri, önemli başarılar elde etmemden daha önemlidir. | | | | | |
| 18. Bir lokantada kendi başıma akşam yemeği yemek beni rahatsız eder. | | | | | |
| 19. Hayatımdaki bir insanın bana gerçekten ilgi duyduğunu hissetmezsem yaptığım işlerden zevk almam. | | | | | |
| 20. Bir şey yapmaya karar verirken başka kişilerin düşüncelerinden etkilenmem. | | | | | |
| 21. Kalkıp istediğim yere gidebilme özgürlüğüne sahip olmak benim için çok önemlidir. | | | | | |
| 22. İşimde başarılı olmak, benim için arkadaş edinmekten daha önemlidir. | | | | | |
| 23. Duygularımı kontrol altında tutmanın önemli olduğuna inanırım. | | | | | |
| 24. Diğer insanların yanındayken, benden ne beklediklerinden emin olamazsam rahatsız olurum. | | | | | |
| 25. Diğer insanlara yardım etmeyi, onların bana yardım etmelerinden daha rahat kabul ederim. | | | | | |
| 26. İlk defa gideceğim bir yeri tek başıma ziyaret etmek, benim için eğlenceli olmaz. | | | | | |
| 27. Eğer bir arkadaşım beni uzun süre aramazsa, beni unuttuğunu düşünerek endişelenirim. | | | | | |
| 28. Diğer insanlarla yakın ilişkiler içinde olmaktansa, sürekli çalışıp iş çıkarmak benim için daha önemlidir. | | | | | |
| 29. Beni sevmediklerini bildiğim insanların yanında rahatsız olurum. | | | | | |
| 30. Bir amaç benim için önemliyse, diğer insanları rahatsız etse bile o amaca ulaşmaya çalışırım. | | | | | |
| 31. Sevdiğim insanlardan ayrı olmak benim için zordur. | | | | | |
| 32.Bir amaca ulaştığım zaman insanlardan gelecek övgülerden çok, o amaca ulaşmaktan ötürü memnunluk duyarım. | | | | | |
| 33.Diğer insanların hoşlanmayacağını düşünerek söyleyeceğim şeyleri dikkatlice seçerim. | | | | | |
| 34. Geceleri evde tek başıma kaldığımda, kendimi yalnız hissederim. | | | | | |
| 35. Sık sık ailemi ya da arkadaşlarımı düşündüğümü fark ederim. | | | | | |
| 36. Kendi planlarımı kendim yapmayı tercih ederim, böylece diğerleri tarafından kontrol edilmem. | | | | | |
| 37. Çevremde başka insanların olmasına ihtiyaç duymadan, bütün bir gün rahatça tek başıma kalabilirim. | | | | | |
| 38.Biri benim dış görünüşümü eleştirdiğinde, diğer insanların da beni çekici bulmayacaklarını düşünürüm. | | | | | |
| 39.Bir işi bitirmek, insanların o konuda nasıl tepki göstereceklerini düşünüp endişelenmekten daha önemlidir. | | | | | |
| 40. Boş zamanlarımı diğer insanlarla birlikte geçirmekten hoşlanırım. | | | | | |
| 41. Özel hayatıma karışıldığını düşündüğüm için özel soruları yanıtlamayı sevmem. | | | | | |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 42. Bir sorunum olduğunda, başkalarının beni etkilemelerine izin vermektense, sorunu kendi başıma düşünüp bir çözüm bulmayı tercih ederim. | | | | | |
| 43. İnsanlar kişilerarası ilişkilerde genellikle, birbirlerinden çok şey beklemektedirler. | | | | | |
| 44. Yeni tanıştığım bir kişinin beni beğendiğini ya da sevdiğini anlayamazsam rahatsız olurum. | | | | | |
| 45. Diğer insanların hedeflerini kabul etmektense, kendi hedeflerimi ve standartlarımı kendim belirlemeyi tercih ederim. | | | | | |
| 46. Başkalarını rahatsız ettiğimi düşünmek bana kaygı verir. | | | | | |
| 47. Diğerleri tarafından beğenilip/sevilmek ve onaylanmak benim için önemlidir. | | | | | |
| 48. Bir işi bitirmek, bana göre o iş için verilecek ödülden daha zevklidir. | | | | | |
| 49. Diğer insanlarla yakın ilişkiler kurduğumda kendimi emniyette hissederim. | | | | | |
| 50. Diğer insanlarla beraber olduğumda, onların benimle birlikte olmaktan hoşlanıp hoşlanmadıklarını anlamak için ipuçları ararım. | | | | | |
| 51. Yalnız başıma uzaklara gidip, yeni yerler keşfetmeyi, araştırmayı severim. | | | | | |
| 52. Herhangi bir kişinin bana kızdığını düşünsem de, özür dilemek istemem. | | | | | |
| 53. Başıma tatsız bir olay gelirse, başvuracağım bir yakınımın olduğundan emin olmak isterim. | | | | | |
| 54. Uzun bir toplantıda sonuna kadar oturmak zorunda kalırsam, kendimi hapsedilmiş gibi hissederim. | | | | | |
| 55. İnsanların benim özel hayatıma ait konularda soru sormalarından ya da fikir vermelerinden hoşlanmam. | | | | | |
| 56. Diğerlerinden farklı olmak beni rahatsız eder. | | | | | |
| 57. Bence bir hapishanede bulunmanın en zor yanı, özgürce dolaşamamaktır. | | | | | |
| 58. Yaşlanmanın en kötü yanı yalnız kalmaktır. | | | | | |
| 59. Sevdiğim bir insanın öleceğini düşünerek çok endişelenirim. | | | | | |
| 60. Diğer insanlar beni reddedecek olsa bile haklarımı savunmaya devam ederim. | | | | | |

# ÖZGEÇMİŞ

Mehmet Aykut Erk, 1995 yılında Adana/Seyhan'da doğdu. İlköğrenimi, orta ve lise öğrenimini Antalya'da tamamladı. 2013 yılında Çukurova Üniversitesi Eğitim Fakültesi Rehberlik ve Psikolojik Danışmanlık Bölümünü kazandı, 2017 yılında bölüm birinciliği ile mezun oldu. Aynı yıl Çukurova Üniversitesi Bağımlılık ve Adli Bilimler Enstitüsü Bağımlılık Anabilim Dalında Tezli Yüksek Lisans programına başladı. Çok iyi derecede İngilizce bilmektedir.