

Opioid Kullanım Bozukluklu Bireylerde Algılanan Sosyal Desteğin Remisyon Süresiyle İlişkisi

The Relationship between Perceived Social Support and Duration of Remission in Individuals with Opioid Use Disorder

Neşe Burcu Bal¹, Ali Çayköylü², Pakize Evşen Ata¹, İbrahim Özer³, Meryem Gül Teksin⁴, Salih Cihat Paltun⁵

¹Dr. Abdurrahman Yurtaslan Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Psikiyatri Kliniği, Ankara, Türkiye

²Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Psikiyatri Anabilim Dalı, Ankara, Türkiye

³Afyonkarahisar Devlet Hastanesi, Psikiyatri Bölümü, Afyonkarahisar, Türkiye

⁴Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Psikiyatri Kliniği, İstanbul, Türkiye

⁵Erenköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Psikiyatri Kliniği, İstanbul, Türkiye

Yazışma Adresi:

Neşe Burcu Bal, Dr. Abdurrahman Yurtaslan Ankara Onkoloji Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Psikiyatri Kliniği, Ankara, Türkiye
e-posta: neseburcutepe@gmail.com

Geliş Tarihi/Received: 11 Ağustos 2023

Kabul Tarihi/Accepted: 23 Kasım 2023

Öz

Amaç: Bu çalışmanın amacı opioid kullanım bozukluğu (OpKB) olan bireylerde algılanan sosyal destek düzeyi ile remisyon süresi arasındaki ilişkiyi araştırmaktır.

Hastalar ve Yöntem: Araştırmaya alkol ve madde bağımlılığı tedavi merkezleri (AMATEM) polikliniğine Ağustos-Kasım 2020 tarihlerinde başvuran OpKB tanısı olan 199 kişi dahil edildi. En az 1 yıldır remisyonunda olan 90 kişi uzun remisyon (UR) grubu, remisyon süresi 1 yıldan kısa olan 109 kişi kısa remisyon (KR) grubu olarak kabul edildi. Ölçüm araçları olarak sosyodemografik veri anketi ile Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (ÇBASDÖ) kullanıldı.

Bulgular: UR ve KR grupları arasında ÇBASDÖ skorları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı ($p>0.05$). UR grubunun KR grubuna göre daha çok şehirde yaşadığı ($p=0.034$) ve kuruluk döneminde daha çok ilaç tedavisi kullandığı ($p<0.001$) bulundu.

Sonuç: OpKB olan kişilerin kuruluk döneminde ilaç tedavisi alıyor olmaları remisyon sürelerine olumlu katkı sağlamaktadır. Şehirde yaşıyor olmanın OpKB olan kişilerin remisyon süresi ile olumlu bu ilişkisi olduğu, bunun yanında kişilerin algıladıkları sosyal destek düzeylerinin remisyon kalma süresi ile anlamlı bir ilişkisi olmadığı söylenebilir.

Anahtar Kelimeler: Opioid kullanım bozukluğu, algılanan sosyal destek, remisyon, ilaç tedavisi

Abstract

Aim: The primary objective of this investigation is to examine the relationship between individuals' perceived levels of social support and the duration of remission among those diagnosed with opioid use disorder (OpUD).

Patients and Methods: 199 people with a diagnosis of OpUD who applied to the AMATEM outpatient clinic between August and November 2020 were included in the study. 90 people who were in remission for at least 1 year were accepted as the long remission (LR) group, and 109 people with a remission period of less than 1 year were considered as the short remission (SR) group. The sociodemographic questionnaire and Multidimensional Scale of Perceived Social Support (MSPSS) were utilized as measurement instruments.

Results: When the LR and SR groups were compared in terms of duration of the remission, no statistically significant difference was found between MSPSS scores ($p>0.05$). It was found that the LR group lived more in the city than the SR group ($p=0.034$) and used more drug treatment during the dryness period ($p<0.001$).

Conclusion: The administration of medication to individuals with OpUD during the abstinence phase positively influences the duration of the remission period. Additionally, it can be suggested that urban residency is associated with an extended remission duration among individuals with OpUD. Conversely, the perceived levels of social support within the sample do not exhibit a statistically significant correlation with the duration of remission.

Key words: Opioid use disorder, perceived social support, remission, medical treatment.

Atıf yapmak için: Bal NB, Çayköylü A, Ata PE, Özer İ, Teksin MG, Paltun SC. Opioid Kullanım Bozukluklu Bireylerde Algılanan Sosyal Desteğin Remisyon Süresiyle İlişkisi. Selcuk Med J 2023;39(4): 171-177

Açıklama: Yazarların hiçbirisi, bu makalede bahsedilen herhangi bir ürün, aygıt veya ilaç ile ilgili maddi çıkar ilişkisine sahip değildir. Araştırma, herhangi bir dış organizasyon tarafından desteklenmedi. Yazarlar çalışmanın birincil verilerine tam erişim izni vermek ve derginin talep ettiği takdirde verileri incelemesine izin vermeyi kabul etmektedirler.



"This article is licensed under a [Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License](https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/) (CC BY-NC 4.0)"

GİRİŞ

Tüm dünyada olduğu gibi ülkemizde de madde kullanım bozukluğu ve davranışsal bağımlılıklar insan gelişimini ve toplumsal sağlığı tehdit eden, önlenemez yükselişi ile korkutucu boyutlara ulaşarak felaketlere yol açması an meselesi olan bir halk sağlığı sorunudur. Opioidler, toplumumuzda en çok bilinen ve korkulan, kaçınılması gerektiği düşünülen maddelerden biridir. Bu yüzden, toplumun bu tehditleri kolay anlaması bakımından opioid kullanım bozukluğu (OpKB) bilimsel arenada olduğu kadar halkı bilgilendirme konusunda da öne çıkması gerektiği düşünülen bir grup madde kullanım bozukluğudur. Avrupa Uyuşturucu ve Uyuşturucu Bağımlılığı İzleme Merkezi (EMCDDA)'nin yayınladığı raporda, Avrupa'da bir milyon yüksek riskli opioid kullanıcısının olduğu, bağımlılık tedavisi için başvuruların %28'inin opioid kullandığı, ölüm sebebi yüksek doz olan bağımlıların ise %74'ünün opioid kullanıcısı olduğu belirtilmektedir (1).

Opioid kullanım bozukluğu, kronik bir psikiyatrik rahatsızlık olup remisyon ve relaps dönemlerini içerir (2-4). Bu bozukluğu tanımlarken psikiyatrik literatürde bozukluk (disorder) kelimesi ile açıklanması uygun görülmesine rağmen bu durumun tıbbi bedensel bir hastalık (disease) olarak seyrettiği mutlaka vurgulanmalıdır. Bu bozukluğun, ortaya çıkması ve seyrine önemli katkılar sağlayan ciddi psikolojik, sosyal ve biyolojik risk faktörleri vardır. Bunlar ayrıca remisyon süresi ve relaps riskini de belirleyen faktörlerdir (4). Başlıcaları; medeni durum, sosyoekonomik düzey, yaş, nöropsikolojik bozulma, bağımlılığın şiddeti, maddenin cinsi, bireyin sosyal destekleri gibi faktörlerdir (3-7).

Sosyal destek; kişinin ihtiyaç duyduğu zamanda, ailesi, arkadaşı, eşi ya da profesyonel bir kişiden sağladığı bilişsel, duygusal veya maddi destektir. Yapılan araştırmalar, yetersiz sosyal desteğin psikiyatrik semptomların artışına neden olabileceğini göstermektedir (8,9). Çalışmalarda; Sosyal destek algısının yüksek olduğu bireylerin madde kullanımını azaltma konusunda daha başarılı oldukları ve bağımlılık tedavisine daha olumlu yaklaştıkları bulunmuştur (9,10).

Literatürde sosyal desteğin iki bileşeninden söz edilmektedir (11). Bunlardan yapısal bileşen, sosyal ağın niteliksel özelliklerini yani sağlanan (objektif) sosyal desteği içerirken, işlevsel bileşen ise algılanan (subjektif) destek düzeyini ifade eder (12,13). Sağlanan sosyal destek, destek kaynaklarından sağlanan sosyal destek miktarı ve

desteğin davranışsal değerlendirilmesi olarak kabul edilir. Algılanan sosyal destek ise, bireyin diğerleriyle kuvvetli bağları olduğuna inanması ve destek sağlayacağına ilişkin kişisel bilişsel algılamasıdır (5). Gerçekte hem sağlanan hem algılanan destek sosyal ve ruhsal, hatta bedensel iyilik ile ilişkilidir. Bazı çalışmalar; algılanan sosyal desteğin kişilerin yaşam kalitelerinin artmasında, stresli yaşam olaylarıyla başa çıkmalarında ve problem çözme becerilerinde olumlu etkilerinin olduğunu göstermektedir (5,14,15). Aile desteği, finansal destek gibi objektif destekleyici yaklaşımların alkol ve madde kullanım bozuklukları ile ilişkisi çalışılmış olmasına rağmen (9,10,16), algılanan sosyal desteğin bu kişilerde yaşam kalitesi ve hastalığın seyri üzerine olumlu etkileri olduğuna dair az sayıda çalışma olduğu ve özellikle OpKB olan kişilerde yapılacak yeni çalışmalara ihtiyaç duyulduğu göze çarpmaktadır (6,17-20). Hâlbuki; toplumumuzda alkol kötüye kullanımı ve opioid kötüye kullanımı arasında bireysel ve toplumsal kabullenme ve damgalama konusunda ciddi farklılıklar görülmekte, destek sağlama açısından da ayırıcılık olabileceği düşünülmektedir (21,22)

Bildiğimiz kadarıyla sadece OpKB olan kişilerde algılanan sosyal desteğin remisyon süresi üzerine olan etkilerine dair kısıtlı sayıda çalışma vardır (19). Biz bu çalışmada çoklu madde ve alkol kullanım bozukluğu olmayıp sadece opiyat kullanım bozukluğu olan kişilerde algılanan sosyal destek düzeyinin remisyonunda kalma süresi üzerine olan etkilerini araştırmayı amaçladık.

HASTALAR VE YÖNTEM

a. Örneklem:

Çalışmamıza Dr. Abdurrahman Yurtaslan Ankara Onkoloji Eğitim ve Araştırma Hastanesi Eğitim Araştırma Hastanesi Alkol ve Madde Tedavi Merkezi (AMATEM) polikliniğine Ağustos-Kasım 2020 tarihlerinde ayaktan başvuran Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı (DSM-5) tanı ölçütlerine göre daha önceden Opiyat Kullanım Bozukluğu tanısı olan hastalar alındı. DSM-5'te "erken remisyon, 12 aydan kısa süreli remisyon" ve "kalıcı remisyon, 12 ay veya daha uzun süreli remisyon" olarak tanımlanmış remisyon gidişleri göz önünde bulundurularak katılımcılar 2 gruba ayrıldı; bunlardan 90'ı en az 1 yıldır remisyonunda olan bireylerden, 109'u ise 1 yıldan kısa süre içinde relaps olan bireylerden oluşmuştu. 1 yıldan kısa remisyon süresi olanlar kısa remisyon grubu (KR), 1 yıldan uzun remisyon süresi olanlar uzun remisyon grubu (UR) olarak adlandırıldı. Dahil

edilme ölçütlerini karşılayan bireyler çalışma hakkında bilgilendirilerek yazılı katılım onayları alındı. Katılmaya gönüllü olan 210 kişiye ayrıntılı sosyodemografik veri anketi ve Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği uygulandı. Ölçek sorularını tam yanıtlamayan 11 kişi analizlere dahil edilmedi. Dr. Abdurrahman Yurtaslan Ankara Onkoloji Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nden 26/08/2020 tarih ve 2020-08/758 sayılı etik kurul onamı alınmıştır.

b. Değerlendirme araçları:

i. Sosyodemografik ve Klinik Veri Formu

Çalışmaya dahil edilen hastaların demografik bilgilerini toplamak amacıyla araştırmacılar tarafından oluşturulmuş anket formudur. Bu form, hastaların yaşı, eğitimi, mesleği gibi kişisel bilgilerin yanında hastalıkla ilgili; hastalığın başlangıç yaşı, yatış sayısı, relaps sayısı, remisyonunda kalma süresi gibi bilgileri içermektedir.

ii. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (ASDÖ)

Toplam 12 maddeden oluşan ölçek, dörder maddeden oluşan ve desteğin kimden geldiğini ifade eden 3 gruba (aile, arkadaş ve özel bir insan (diğer)) bölünmüştür. Zimet ve ark. tarafından 1988'de geliştirilen ölçeğin Türkçe geçerlik ve güvenilirliği 2001'de Eker ve ark. (23,24) tarafından yapılmıştır. Artan puanlar algılanan sosyal desteğin arttığını, azalan puanlar algılanan sosyal desteğin azaldığını ifade etmektedir.

c. İstatistiksel Analiz:

Verilerin analizi SPSS 15.0 paket programıyla yapılmıştır. Verilerin tanımlanmasında sayı, yüzde, ortalaması±standart sapma, ortanca, minimum ve maksimum değerleri kullanılmıştır. Sürekli değişkenlerin normal dağılıma uygunluğu Kolmogorov Smirnov testi ile değerlendirilmiştir. Gruplar arası karşılaştırmalarda kategorik değişkenler için ki kare testi kullanılmıştır. Sürekli değişkenler için student t testi veya mann whitney u testi kullanılmıştır. Değişkenler arası doğrusal ilişki pearson korelasyon testi ile yapılmıştır. P <0.05 düzeyi istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

BULGULAR

Çalışmaya dahil edilen toplam 199 kişiye ait yaş ortalaması 28,2±6,2 yıl (en küçük =18, en büyük=63) idi. KR grubu 109, UR grubu 90 kişiden oluşmaktaydı. KR (27,5±5,2 yıl) ve UR (29,0±7,3 yıl) gruplarının yaş ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı. Grupların sosyodemografik yönden karşılaştırılması Tablo 1'de sunulmuştur. Gruplar arasında "yaşanılan yer" yönünden istatistiksel olarak anlamlı bir fark varken (p=0.034), diğer sosyodemografik özellikler yönünden gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktu (p>0.05).

Gruplar, kurulum döneminde idame tedavide ilaç (opioid agonist veya antagonisti) kullanımı yönünden istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösteriyordu

Tablo 1. KR ve UR gruplarının sosyodemografik yönden karşılaştırılması

Değişken		KR n=109 n (%)	UR n=90 n (%)	P*
Cinsiyet	Erkek	105 (96,3)	81 (90)	0.072
	Kadın	4 (3,7)	9 (10)	
Eğitim	Ortaöğretim ve altı	47 (49,0)	42 (51,2)	0.762
	Lise	45 (46,9)	35 (42,7)	
	Üniversite	4 (4,2)	5 (6,1)	
Düzenli İş	Var	68 (62,4)	61 (67,8)	0.428
	Yok	41(37,6)	26 (32,2)	
Sosyal Güvence	Var	79 (73,1)	68 (76,4)	0.601
	Yok	29 (26,9)	21 (23,6)	
Medeni Durum	Evli	29 (26,6)	30 (33,3)	0.529
	Bekâr	73 (67,0)	56 (62,2)	
	Boşanmış/Dul	7 (6,4)	4 (4,4)	
Aylık Gelir (TL)	1000 ve altı	53 (56,4)	46 (55,4)	0.096
	1000 – 3000	36 (38,3)	25 (30,1)	
	3000 ve üzeri	5 (5,3)	12 (14,5)	
Yaşadığı Yer	İl	51 (48,1)	59 (66,3)	0.034
	İlçe	48 (45,3)	27 (30,3)	
	Köy	7 (6,6)	3 (3,4)	
Yaş	Ort.±SS (yıl) (min-max)	27,5±5,2 (18 – 45)	29,0±7,3 (18 – 63)	0.311**

KR: Kısa Remisyon, UR: Uzun Remisyon, * Ki kare testi

** Mann Whitney U testi

Tablo 2. Grupların madde kullanım özellikleri yönünden karşılaştırılması

Değişken		KR n=109 n (%)	UR n=90 n (%)	P*
Ailede Madde Kullanımı	Evet	19 (17,6)	14 (17,1)	0.925
	Hayır	89 (82,4)	68 (82,9)	
iv Opiyat Kullanımı	Evet	23 (21,3)	23 (25,6)	0.480
	Hayır	85 (78,7)	67 (74,4)	
Kuruluk Döneminde İlaç Kullanımı	Evet	78 (71,6)	84 (93,3)	<0.001
	Hayır	31 (28,4)	6 (6,7)	
Cezaevi Öyküsü	Evet	27 (25,0)	17 (19,1)	0.323
	Hayır	81 (75,0)	72 (80,9)	
Maddeye Başlama Yaşı	Ort.±SS (yıl)			0.865**
	(min-max)	17,4±3,8 (10-31)	18,2±5,4 (11-43)	
İlk Opiyat Kullanım Yaşı	Ort.±SS (yıl)			0.535**
	(min-max)	21,0±4,5 (14-41)	21,1±5,7 (14-43)	
Toplam Opiyat Kullanım Süresi	Ort.±SS (ay)			0.845**
	(min-max)	58,5±36,2 (2-132)	61,0±44,9 (3-300)	

KR: Kısa Remisyon, UR: Uzun Remisyon, * Ki kare testi ** Mann Whitney U testi

Tablo 3. Grupların Algılanan Sosyal Destek (ASD) Ölçek Puanları Yönünden Karşılaştırılması.

Değişkenler	KR Ortalama ±SS	UR Ortalama ±SS	P*
ASD Aile	22,7±6,8	23,5±6,7	0.407
ASD Arkadaş	13,6±7,9	13,6±7,7	0.984
ASD diğer	16,0±8,6	16,8 ±8,6	0.538
ASD Toplam	52,5±17,7	54,0±17,3	0.536 **

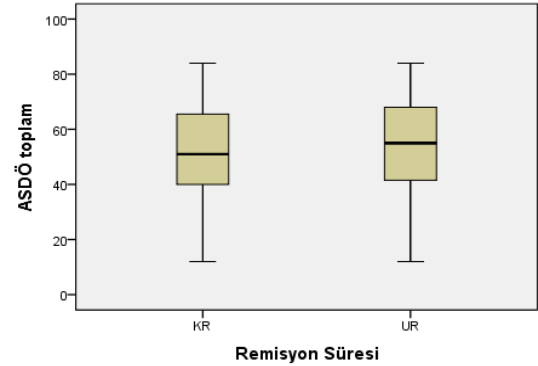
KR: Kısa Remisyon, UR: Uzun Remisyon, SS: Standart sapma, ASD: Algılanan Sosyal Destek, * Mann Whitney U testi ** student t testi

($p < 0.001$). UR grubunda düzenli agonist ya da antagonist ilaç kullanan hasta sayısı KR grubundan daha fazlaydı. Grupların madde kullanım özellikleri yönünden karşılaştırılması Tablo 2'de sunulmuştur. İki grubun ASDÖ ve alt ölçek skorları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadı ($p > 0.05$). Grupların ASDÖ skorları Tablo 3'de verildi.

Örneklem UR ve KR grubu olarak ikiye ayrılırken aynı grup içindeki dağılım farkından dolayı (Ör: KR grubunda 1 aydır ve 11 aydır remisyonunda olan kişiler olması), tüm örneklemin remisyon süreleri ay olarak hesaplanmış ve ÇBASDÖ toplam puanı, sosyodemografik ve klinik özellikleri ile ilişkisi değerlendirilmiştir. Yapılan Pearson korelasyon analizinde; ÇBASDÖ toplam puanı ile örneklemin remisyon süresi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ($p = 0,363$, $r = 0,064$). Grupların ASDÖ toplam puanlarına ait boxplot analizi Grafik 1 de gösterilmiştir" yazılacak. grafiğin üstüne de: " Şekil 1. Grupların ASDÖ puanlarının boxplot analizi

TARTIŞMA

Çalışmamızın sonuçları, algılanan sosyal destekle

**Şekil 1.** İki grup için ASDÖ toplam puanı

remisyonunda kalma süresi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olmadığını göstermiştir. Algılanan sosyal desteğin pek çok ruhsal ve bedensel bozukluğun ortaya çıkışında, tedavisinde, seyrinde ve prognozunda etkili olduğunu, yeterli sosyal desteğin kişilerde bu parametrelere olumlu katkı sağlayacağı araştırmalarda ortaya konulmuştur (25–27). Algılanan

sosyal destekteki yetersizliğin depresyon, bipolar bozukluk, psikoz ve anksiyete bozuklukları gibi psikiyatrik bozukluklarda daha fazla semptom şiddeti, kötü hastalık prognozu ve işlevsellikte bozulma ile ilişkili olduğu gösterilmiştir (28). Benzer şekilde alkol ve madde kullanım bozukluklarında da algılanan sosyal destek düzeyleri, bağımlılığın tedaviye cevabı ve seyri ile doğrudan ilişkili bulunmuştur (9,10,17,29). Ateş ve ark. (5) yaptıkları çalışmada; bağımlılık tedavisinde en önemli hedeflerden birinin yaşam kalitesini arttırmak olduğunu ve alkol/madde kullanım bozukluğu olan hastaların yaşam kalitesi ile algılanan sosyal destek düzeyleri arasında anlamlı bir ilişkinin varlığını bildirmişlerdir. Başka araştırmalarda da; OpKB olan kişilerde akran destek hizmetleri, 12 adımlı tedavi gibi sağlanan sosyal destek düzeylerinin remisyon sürelerine olumlu etkileri olduğu gösterilmiştir (18,30,31). Ancak görüldüğü gibi çalışmamızın sonuçlarıyla bu bulgular çelişmektedir. Analizlerimiz sonucunda; OpKB olan kişilerin algılanan sosyal destek düzeylerinin remisyonunda kalma süresi ile istatistiksel bir ilişki saptanamamasını iki şekilde yorumlayabiliriz. Birincisi; kronik yineleyici bir hastalık olan opioid bağımlılığında sosyal faktörlere nazaran nörobiyolojik mekanizmaların hastalığın ortaya çıkışı ve relapslardan daha çok sorumlu olduğu, biyolojik tedavilerin remisyonunda kalma süresine olumlu katkı sağladığına işaret eder (32,33). İkincisi; her ne kadar psikososyal faktörlerin önemli bir ayağı olan güçlü sosyal destekler biyolojik tedavi ile birlikte daha etkin bir sonuca götürmesi olası olsa bile (34) bu bireylerde sık relapsı engelleyen ve uzun süre remisyonunda kalmalarına katkı sağlayan en az algılanan sosyal destek kadar veya daha önemli belirleyici faktörlerin olması muhtemeldir (4,35). Özellikle uygun ilaçlarla tedavi edilen hastalar; kendi kararlarını alabilme, aile ve topluma katkı sağlama ve bireyin maksimum potansiyeline ulaşabilme becerisini de içeren tam bir iyileşme yolunda ilerler (36,37).

Daha iyimser bir yaklaşımla; bu kişilerin düzenli ilaç kullanmalarını sağlanan sosyal destek olarak değerlendirdiğimizde; OpKB olan kişilerde sağlanan sosyal destek düzeylerinin remisyonunda kalma süresi ile pozitif ilişkisi olduğu ancak algılanan sosyal destek düzeylerinin remisyonunda kalma süreleri ile herhangi bir ilişkisi olmadığı speküle edilebilir.

Daha önce Türkiye’de OpKB olan erkek hastalarda yapılmış bir araştırmada algılanan sosyal destek düzeyi düşük olanlarda daha fazla depresif belirtiler ve daha sık relaps tespit edilmiş (19). Bu araştırmanın örneklem sayısı bizim araştırmamıza göre daha

düşük olmakla birlikte algılanan sosyal destek düzeyi ile ilişkili olduğu bulunan faktör relaps sayısıdır. Biz araştırmamızda algılanan sosyal destek düzeylerinin relaps sayısı ile değil remisyonunda kalma süresi ile ilişkisini değerlendirdik. Ayrıca bu araştırmada örneklem algılanan sosyal destek düzeylerine göre gruplandırılmıştır. Çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeğinin bilinen kesme puanı olmadığı için örneklemin algılanan sosyal destek ölçek puanına göre gruplandırılması bu araştırmanın bulguları ile bizim bulgularımız arasındaki uyumsuzluğu açıklayabilir (19). Bu çalışmanın bulguları tedaviye olumlu yanıt ve remisyon sürelerinin uzunluğu ile daha çok tıbbi tedavi arasındaki ilişkinin önemini ortaya koymaktadır. Tıbbi ve psikiyatrik bir bozukluk olarak bağımlılık tedavisinde ilaç kullanımının daha ön planda olması gereği ile aynı yönde olan çalışma bulgularımız tıpta medikal tedavilerin yadsınamaz önemine vurgu yapar.

Biz çalışmamızda algılanan sosyal destek yanı sıra relapsta kalma süresini uzatması muhtemel faktörleri de gözden geçirdik. Bulgularımızdan biri de; şehirde yaşayan OpKB olanların remisyon sürelerinin kırsalda yaşayanlara göre anlamlı düzeyde yüksek olmasıdır. Bu bulgu; şehirde yaşayanların sağlık hizmetlerine ulaşma imkanlarının daha kolay olması, dolayısıyla ilaç tedavisine daha kolay ulaşabilmeleri ile ilişkilendirilebilir. Eğer kişi sağlık hizmetine kolay ulaşabiliyor ve düzenli ilaç tedavisi ile idamesi sağlanıyorsa remisyon süresinin uzayabileceği öne sürülebilir. Ayrıca şehirde yaşayan bireylerin kırsalda yaşayanlara göre sağlık okur-yazarlık düzeylerinin daha iyi olduğu ve hastalıklarının tedavisinin yönetiminde daha doğru kararlar aldıkları bildirilmiştir (38). Buna göre; şehirde yaşıyor olmak hem sağlık hizmetlerine kolay ulaşma açısından bir avantaj olmakla birlikte bu kişilerin tedavide kalma ve tedavilerini doğru yönetmeleri açısından da bir avantaj gibi görünmektedir.

Çalışmamız sadece opioid kullanan ve başka madde kullanımı olmayan büyük bir hasta grubunda yapılmış olması çalışmamızı güçlü kılmaktadır. Ancak araştırmanın deseninde hasta grupları oluşturulurken remisyon süresine göre 1 yıldan kısa ve 1 yıldan uzun olarak ayrılmış olmasının, bu durumda örneğin 11 aydır remisyonunda olan hastalar ve 1 aydır remisyonunda olan hastaların aynı grupta değerlendirilmesinin araştırma sonuçlarını etkilemiş olabileceğini düşündük. Bu kısıtlılığın etkisini araştırmak için tüm hastaların remisyon süresini ay olarak hesaplayıp algılanan sosyal destek düzeyleri ile ilişkisine

baktık. Ancak bulgularımız yine OpKB hastalarında algılanan sosyal destek düzeyi ve remisyon süreleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olmadığı yönündeydi ($p=0,363$).

Sonuç olarak, OpKB olan kişilerde remisyon süreleri ile ilaç tedavisi alıyor olmanın ilişkili olduğu, şehirde yaşamının ve tıbbi desteğe kolay ulaşabilmenin bu ilişkiye olumlu katkı sağladığı, bunun yanında kişilerin algıladıkları sosyal destek düzeylerinin remisyonunda kalma süresi ile anlamlı bir ilişkisi olmadığı söylenebilir. Bu kişilere sağlanan gerçek sosyal destek düzeylerinin belirlenmesinde kullanılan subjektif ölçekler doğru sonuca ulaşmada yetersiz kalabilmekte, doğru sonuçlara ulaşabilmek için sosyal destek düzeylerinin daha objektif ve çok yönlü değerlendirilmesi gerekmektedir. OpKB olan kişilerde algılanan ve sağlanan sosyal desteğin kişilerin remisyonunda kalma sürelerine ne düzeyde katkıda bulunduğunun belirlenebilmesi ve nedensellik ilişkisinin kurulabilmesi için daha geniş örneklemli, çok yönlü değerlendirmelerin yapıldığı izlem çalışmalarına ihtiyaç vardır.

Çıkar Çatışması: Çalışmada herhangi bir çıkar çatışması yoktur.

Finansal Çıkar Çatışması: Çalışmada herhangi bir finansal çıkar çatışması yoktur.

Yazışma Adresi: Neşe Burcu Bal, Dr. Abdurrahman Yurtaslan Ankara Onkoloji Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Psikiyatri Kliniği, Ankara, Türkiye
E-mail: neseburcutepe@gmail.com

KAYNAKLAR

- EMCDDA. file:///C:/Users/Ne%C5%9Fe%20Burcu%20Bal/Downloads/20222419_TDAT22001TRN_PDF%20(2).pdf [Internet]. 2022. Available from: file:///C:/Users/Neşe Burcu Bal/Downloads/20222419_TDAT22001TRN_PDF (2).pdf
- Brown KG, Capili B. CE: Opioid Use Disorder: Pathophysiology, Assessment, and Effective Interventions. *AJN Am J Nurs* 2020;120(6):38-46.
- Ling W, Nadipelli VR, Ronquest NA, et al. Remission from chronic opioid use-Studying environmental and socio-economic factors on recovery (RECOVER): Study design and participant characteristics. *Contemp Clin Trials* 2019;76:93-103.
- Yılmaz A, Can Y, Bozkurt M, et al. Alkol ve madde bağımlılığında remisyon ve depreşme. *Curr Approaches Psychiatry/Psikiyatride Guncel Yaklaşımlar* 2014;6(3).
- Ates N, Unubol B, Bestepe EE, et al. The effect of perceived social support on quality of life in Turkish men with alcohol, opiate and cannabis use disorder. *J Ethn Subst Abuse* 2023;22(2):316-36.
- Scherbaum N, Specka M. Factors influencing the course of opiate addiction. *Int J Methods Psychiatr Res* 2008;17(S1):S39-44.
- Chopra N, Marasa LH. The opioid epidemic: Challenges of sustained remission. *Int J Psychiatry Med* 2017;52(2):196-201.
- Noteboom A, Beekman ATF, Vogelzangs N, et al. Personality and social support as predictors of first and recurrent episodes of depression. *J Affect Disord* 2016;190:156-61.
- Stevens E, Jason LA, Ram D, et al. Investigating social support and network relationships in substance use disorder recovery. *Subst Abuse* 2015;36(4):396-9.
- Kelly SM, O'Grady KE, Schwartz RP, et al. The relationship of social support to treatment entry and engagement: The Community Assessment Inventory. *Subst Abuse* 2010;31(1):43-52.
- Tardy C. Social support measurement. *Am J Community Psychol* 1985;13(2):187.
- Zhou K, Li H, Wei X, et al. Reliability and validity of the multidimensional scale of perceived social support in Chinese mainland patients with methadone maintenance treatment. *Compr Psychiatry* 2015;60:182-8.
- Vaingankar JA, Abidin E, Chong SA. Exploratory and confirmatory factor analyses of the Multidimensional Scale of Perceived Social Support in patients with schizophrenia. *Compr Psychiatry* 2012;53(3):286-91.
- Haber MG, Cohen JL, Lucas T, et al. The relationship between self-reported received and perceived social support: A meta-analytic review. *Am J Community Psychol* 2007;39:133-44.
- Okanli A, Tortumluoglu G, Kirpinar İ. Gebe kadınların ailelerinden algıladıkları sosyal destek ile problem çözme becerileri arasındaki ilişki/The relationship between pregnant women perceived social support from family and problem solving skill. *Anadolu Psikiyat Derg* 2003;4(2):98.
- Wills TA, Vaccaro D, McNamara G. The role of life events, family support, and competence in adolescent substance use: A test of vulnerability and protective factors. *Am J Community Psychol* 1992;20(3):349-74.
- Dobkin PL, Civita M De, Paraherakis A, et al. The role of functional social support in treatment retention and outcomes among outpatient adult substance abusers. *Addiction* 2002;97(3):347-56.
- Gormley MA, Pericot-Valverde I, Diaz L, et al. Effectiveness of peer recovery support services on stages of the opioid use disorder treatment cascade: A systematic review. *Drug Alcohol Depend* 2021;229:109123.
- Gıynaş Ayhan M. Perceived social support and clinical characteristics in males with opioid use disorder on maintenance therapy. *J Subst Use* 2022;1-7.
- Benville JR, Compton P, Giordano NA, et al. Perceived social support in patients with chronic pain with and without opioid use disorder and role of medication for opioid use disorder. *Drug Alcohol Depend* 2021;221:108619.
- Rapier R, McKernan S, Stauffer CS. An inverse relationship between perceived social support and substance use frequency in socially stigmatized populations. *Addict Behav* reports. 2019;10:100188.
- Koç A, Hançer Tok H. İçselleştirilmiş damgalanma, algılanan sosyal destek ve bağımlılık boyutları arasındaki ilişki tercih maddesine göre değişir mi? *Anatol J Psychiatry/Anadolu Psikiyat Derg* 2020;21(6).
- Zimet GD, Dahlem NW, Zimet SG, et al. The multidimensional scale of perceived social support. *J Pers Assess*. 1988;52(1):30-41.
- Eker D. Çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeğinin gözden

- gecirmiş formunun faktor yapısı, geçerlik ve güvenilirliği. *Türk Psikiyatr Derg* 2001;12:17-25.
25. Khalil AA, Abed MA. Perceived social support is a partial mediator of the relationship between depressive symptoms and quality of life in patients receiving hemodialysis. *Arch Psychiatr Nurs* 2014;28(2):114-8.
 26. Eom C, Shin DW, Kim SY, et al. Impact of perceived social support on the mental health and health-related quality of life in cancer patients: Results from a nationwide, multicenter survey in South Korea. *Psycho-Oncology* 2013;22(6):1283-90.
 27. Mahajan VK, Vashist S, Mehta KS, et al. Health-related quality of life among people living with HIV/AIDS on highly active antiretroviral treatment: A questionnaire-based study. *Indian J Community Fam Med* 2023;9(1):48.
 28. Wang J, Mann F, Lloyd-Evans B, et al. Associations between loneliness and perceived social support and outcomes of mental health problems: A systematic review. *BMC Psychiatry* 2018;18(1):1-16.
 29. Mavandadi S, Helstrom A, Sayers S, et al. The moderating role of perceived social support on alcohol treatment outcomes. *J Stud Alcohol Drugs* 2015;76(5):818-22.
 30. Bassuk EL, Hanson J, Greene RN, et al. Peer-delivered recovery support services for addictions in the United States: A systematic review. *J Subst Abuse Treat* 2016;63:1-9.
 31. Day E, Copello A, Karia M, et al. Social network support for individuals receiving opiate substitution treatment and its association with treatment progress. *Eur Addict Res* 2013;19(4):211-21.
 32. Crist RC, Phillips KA, Furnari MA, et al. Replication of the pharmacogenetic effect of rs678849 on buprenorphine efficacy in African-Americans with opioid use disorder. *Pharmacogenomics J* 2019;19(3):260-8.
 33. Ettienne EB, Ofoegbu A, Maneno MK, et al. Pharmacogenomics and opioid use disorder: Clinical decision support in an African American cohort. *J Natl Med Assoc* 2019;111(6):674-81.
 34. Yusufoglu Y, Bilici R, Muhammed A. Vaka danışmanlığının sentetik kannabinoid bağımlılarının remisyon süreleri üzerine etkisi. *Bağımlılık Derg* 2022;23(3):302-7.
 35. Akyüzlü DK. Buprenorfin farmakokinetiğinde ve farmakodinamiğinde rol oynayan gen polimorfizmleri: Genel bakış. *Bağımlılık Derg* 24(3):391-401.
 36. Coffa D, & Snyder H. Opioid use disorder: Medical treatment options. *American Family Physician* 2019; 100(7), 416–425.
 37. Kaskutas L.A, Borkman TJ, Laudet A, et al. Elements that define recovery: The experiential perspective. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*. 2014; 75(6), 999–1010.
 38. Rukiye AY, Kiliçel O. Nöropsikiyatrik semptom bilinirliği üzerinden sağlık okur yazarlığı. *J Contemp Med* 2020;10(3):408-14.