

DERLEME / REVIEW

Opioid Kullanım Bozukluğu Arındırma ve Sürdürüm Sürecinde Ağrının Yönetimi: Konfor Kuramı ve Nörobilim Temelinde Bir Yaklaşım

Management of Pain in Opioid Use Disorders During Detoxification and Maintenance: A Psychiatric Nursing Approach With the Context of Comfort Theory and Neuroscience

Halil İbrahim Ölçüm¹, Mehmet Emrah Karadere²

¹ İstanbul Üniversitesi, Cerrahpaşa Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, İstanbul, Türkiye

² İstanbul Medeniyet Üniversitesi Tıp Fakültesi, İstanbul, Türkiye

Geliş Tarihi/Received: 19.09.2022

Kabul Tarihi/Accepted: 02.10.2022

Yazışma Adresi/Address for

Correspondence:

Halil İbrahim ÖLÇÜM

Ertuğrul Köyü No:57 Merkez-Çorum

E-posta: tsey864@gmail.com

Anahtar Sözcükler

Ağrı

Arındırma

Sürdürüm

Konfor

Nörobilim

Opioid Kullanım Bozukluğu

Keywords

Comfort

Detoxification

Maintenance

Opioid Use Disorder

Neuroscience

Pain

Orcid No



HIÖ¹ :0000-0002-2366-8180

MEK² :0000-0002-1404-9839

GİRİŞ

Opioid terimi, morfin ve kodein şeklinde doğal olarak bulunabilen maddeleri; metadon, tramadol, fentanil gibi sentetik ilaçları; oksikodon, hidrokodon, hidromorfon ve oksimorfon gibi yarı sentetik ilaçları veya morfinden sentezlenen eroin gibi yasadışı analjezik etkili maddeleri tanımlar. Opiyat, opiat gibi farklı kullanımına rastlanmaktadır.

Eroin, yani diasetilmorfin(diamorfin) ise beyaz veya kahverengi renkli toz ve siyah yapışkan bir şekli ile en sık kötüye kullanılan opioid formudur (1). Opioid Kullanım Bozukluğu(OKB) aşırı mortalite, morbidite ve diğer olumsuz koşullar ile ilişkilendirilmektedir (2). 1999-2020 yılları arasında reçeteli veya yasadışı opioid aşırı doz kullanımından 564.000'den fazla kişinin yaşamını yitirdiği bilinmektedir (3). Aşırı doza bağlı ölüm sayısının 1999'dan beri dört katına çıktığını bildiren çalışmalara da rastlanmıştır (4,5). Opioid kullanımının ABD'de 2021 yılında ulusal bir halk sağlığı sorunu olarak ilan edildiği belirtilmektedir (6). 2013 yılında yayınlanan DSM-5(Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) kriterlerine göre bir yıllık bir süre içinde;

1. Amaçlanandan daha fazla veya daha uzun süre kullanılmak;
2. Kullanımı kontrol etmek veya azaltmak için sürekli istek veya başarısız çabalar;
3. Elde etmek, kullanmak veya etkilerinden kurtulmak için çok fazla zaman harcamak;
4. Kullanma arzusu veya dürtüsüyle başa çıkamamak;
5. Opioid kullanımı nedeniyle evde, işte veya okulda yükümlülüklerini yerine getirememek;
6. Tekrarlayan sosyal/kişiler arası sorunlara rağmen sürekli opioid kullanımı;
7. Önemli sosyal, mesleki veya eğlence etkinliklerinden vazgeçmek;
8. Fiziksel olarak tehlikeli durumlarda bile tekrarlayan opioid kullanımı;
9. Kullanımdan kaynaklanan veya kullanımla şiddetlenen fiziksel veya psikolojik sorunlara rağmen opioid kullanımının devam etmesi;
10. Tolerans (İstenilen etkiye ulaşmak için belirgin şekilde artan miktarda opioide ihtiyaç duymak veya aynı miktarda kullanıldığında etkinin belirgin şekilde azalması)
11. Yoksunluk

şeklinde belirlenen 11 kriterden en az ikisine sahip olmak OKB tanısı için yeterlidir. Bu kriterlerden 2-3 tanesinin bulunması hafif, 4-5 tanesinin bulunması orta, 6 veya daha fazlasının bulunması ise ağır olarak sınıflandırılır (7).

OKB'de tedaviye ihtiyaç duyan hastaların önemli bir kısmı tedavinin herhangi bir aşamasında ağrı yaşar. (8). OKB'de ağrının prevelansını değerlendirmek her ne kadar zor olsa da nüksü tetikleyen bir etmen olarak değerlendirildiğinde müdahale edilmesi gereken önemli bir klinik sorun olduğu ortadadır (9). OKB olan bireylerde ağrı, nüks etme olasılığını 3-5 kat artırmaktadır (10). Ağrıyla baş etmek için tekrar opioid kullanmak hastanın tanıdığı bir başa çıkma mekanizmasıdır. Bu nedenle hastanın ağrı veya herhangi bir stresli durumda nükse karşı savunmasız kalacağı öngörülmeli ve bakım süreci iyi yönetilmelidir (11). Birçok çalışmada psikiyatri hemşirelerinin ağrıyı yönetme konusundaki becerilerinin önemine vurgu yapılmaktadır (12,13,14). Bu derleme çalışmasında, OKB olan bireylerin karşılaştıkları ağrının tedavi sürecine sağladığı olumsuz etkileri azaltmada psikiyatri hemşiresinin rolünü güçlendirecek öneriler sunulması amaçlanmıştır.

Konfor Kuramına göre bağımlılıkta ağrı

"Konfor" kavramı, Latince "güçlendirmek" anlamına gelen "confortare" kelimesinden türetilmiştir (15). Kuramın geliştiricisi olan Katherine Kolcaba konfor kavramını ferahlamak, huzura kavuşmak ve sorunların üstesinden gelebilmek için temel insan gereksinimlerini karşılamamanın o andaki deneyimi olarak ifade eder (16).

Kavramın taksonomik yapısını inceleyen Kolcaba, literatürü analiz ederek bireysel konfor gereksinimlerinin karşılanma yoğunluğuna göre konfor düzeylerini belirlemiştir. Kolcaba'ya göre bu düzeyler; bireyin konfor ile ilgili gereksinimlerinin karşılanmaya başlanması ile hissettiği durum şeklinde tanımlanan Ferahlama (Relief), sakinlik, memnuniyet, huzur ya da rahatlık şeklinde tanımlanan Rahatlama (Ease), bireyin sorunlarının üstesinden gelebilmesi şeklinde tanımlanan Üstünlük (transcendence) olmak üzere üç terim ile açıklanmıştır (16,17,18).

Konfor'un sağlıklı bakım davranışları ile ilişkili olumlu bir sonuç olduğu belirtilmektedir. Hasta bireyleri tanımlarken hemşirelerin, fiziksel, psikosprituel, sosyo-kültürel ve çevresel gereksinimleri değerlendirmesi gerektiği bildirilmiştir (19).

Konfor kuramına göre bazı fiziksel konfor gereksinimlerinin sağlanmasında (ağrı, bulantı, kusma, titreme, kaşınma vb.) ilaca ek yöntemler kullanılabilir. Hemşireler bu tür sorunları azaltmaya yardımcı olmak ve hasta bireyin memnuniyetini arttırmak amacıyla farklı girişimler kullanabilir (20).

Kolcaba teorisinde ağrı ve bağımlılık ilişkisine de değinmiştir. Kurama göre insanların kendini rahatlatma ihtiyacı yapıcı veya yıkıcı olarak iki türde incelenir. Yapıcı faaliyetler; yakın aile ilişkileri, hobiler, sağlıklı yaşam tarzı seçimleri ve anlamlı faaliyetlerde bulunmayı içerir. Yıkıcı faaliyetler ise; sigara, uyuşturucu ve alkol kötüye kullanımı, kumar ve diğer bağımlılıklar, yeme bozuklukları, rastgele cinsel ilişki ve intihar şeklinde sayılabilir (17).

Kolcaba'nın konfor teorisinin, hastaların opioidleri kullanmaya devam etmelerinin nedeni için teorik bir yaklaşım sağladığı belirtilmektedir. Opioid aldıktan sonra hastalar rahatlık hisseder, bu da işlevselliğin kolaylaştırılmasına yardımcı oldu-

ğu hissi uyandırır (4). Fakat bu, yıkıcı faaliyetlerdendir. Hemşireliğin bir amacı da hastalara kendilerini rahatlatmanın yapıcı ve yıkıcı yollarını öğretmektir (17,21).

Nörobilime göre bağımlılıkta ağrı

Nörobilim, ağrının kronikleşmesi durumunu beyinde opioidlere duyarlı nöronların ve sinir ağlarının işleyişinde yaşanan kalıcı değişiklikler ile açıklar. Bu değişiklikler literatürde nöroadaptasyon adı altında incelenmektedir. Nöroadaptasyon, alkol ve madde kullanımının hem nedeni hem de sonucu olabilir. Bağımlılık sürecinde yalnızca tek bir alanda değil; yoksunluk, aşırı kullanım, tolerans, nüks gibi mekanizmaları yöneten birçok beyin bölgesinde gelişebilir. Bu adaptasyonlar homeostatik özellik taşır. Yani, hücreler ve mekanizmalar değişen durumlar karşısında kendi dengelerini koruma çabasına girerler (22,23,24). Beyindeki ödül ve pekiştirme ile alakalı sistemlerin yanı sıra bağımlılık yapan maddelerden arınma sırasında yaşanan olumsuz duygusal/motivasyonel belirti ve semptomların daha yoğun olması olarak tanımlanan hiperkati de bu sürecin önemli etkenlerinden biridir (25,26).

Ağrının risk olduğu dönem: sürdürüme geçiş

Opioid bağımlılığının tedavisinde kullanılan buprenorfin, metadon, naltrekson gibi farmakolojik ajanların arındırma tedavisinde önemli bir yeri vardır (12). Ülkemizde Buprenorfin/Nalokson Kombinasyonu (BNK), sürdürümde ise daha çok naltrekson isimli ilacın oral formu veya cilt altı pellet formu kullanılmaktadır.

Ağrının tedavi devamlılığında risk olduğu dönem, BNK'nın azaltılarak kesilmesi ve naltrekson tedavisine başlanması sürecidir. Sağlık Bakanlığının tedavi protokolüne göre opioid yoksunluğunun ne kadar süreceği kişiye ve madde türüne göre değişmekle birlikte son kullanımdan 8-12 saat sonra belirtilerin başladığı, 36-72 saat aralığında pik yaptığı ve ortalama 7-10 gün aralığında sürdüğü belirtilmektedir. Arındırma tedavisinde yoksunluk belirtilerinin ortadan kaldırılması ve aşermenin azaltılması için; minimum 7 gün süren BNK tedavisi uygulanması, hastanın tercihi ve ihtiyacına göre yoksunluk belirtileri kontrol altına alındıktan sonra ilacın azaltılarak kesilmesi (sürdürümde naltrekson tercih edilecekse), bu sırada ortaya çıkabilecek yoksunluk belirtilerine analjezik, antispazmotik, antiemetik, antidiareik, sedatif veya hipnotik ajanlar ile müdahale edilmesi, kas, eklem ve kemik ağrıları için steroid olmayan antiinflamatuvar ilaçlardan ibuprofen'in 6-8 saatte bir 600-800 mg veya naproksen'in 2x500 mg şeklinde verilmesi önerilmektedir (27).

Arındırma ve sürdürüm sürecinde ilaç tercihi

Tedavide BNK veya naltrekson seçimi açısından düşünüldüğünde her ikisinin de yoksunluk belirtilerine etki açısından benzer olduğu, BNK yada naltrekson seçiminin hafif ila orta şiddetteki ağrı açısından bir fark yaratmadığını bildiren çalışmalar mevcuttur (28,29). Bunun yanı sıra, bir mu-opioid reseptörü kısmi agonisti olan BNK'nın özellikle arındırma döneminde yoksunluk semptomlarını ve ağrıyı hafifletmede mu-opioid reseptör antagonisti olan naltrekson'a karşı daha etkili olduğu klinik olarak kabul görmektedir (30). Bu açıdan düşünüldüğünde Sağlık Bakanlığı tarafından 2022 yılında yayınlanan tedavi protokolünün de güncel gelişmelere uygun olduğu söylenebilir (27). Türkiye'de yapılan klinik çalışmalarda da bu protokole uygun olarak arındırma tedavilerinde

BNK tercih edildiği, sürdürüm tedavisinde ise hastanın klinik durumu, yaşam koşulları ve önceki tedavi girişimleri dikkate alınarak BNK veya naltrekson seçiminin hastanın tercihine bırakıldığı belirtilmektedir (31). Sürdürüm tedavisinde hangi ilacın seçileceği konusunda hastanın fikrini sorgulamak elbette önemlidir fakat klinik deneyimlerde arındırma sürecine başlanıldığında devamında naltrekson ile tedaviyi sürdürmeye karar verilen hastaların sonrasında BNK'nın azaltılarak kesilmesi sürecinde yaşayacakları yoksunluk belirtilerinin de etkisiyle sürdürüm tedavisi tercihlerini değiştirmek istedikleri ve azaltılan BNK dozunun tekrar yükseltilmesini talep edebildikleri görülmektedir. Bu nedenle yatış sırasında hastayla yatış öncesinde sürdürüm tedavisini detaylı planlamak ve net bir tedavi planı çizmek önemlidir. Hastanın arındırma sürecinde BNK kullanım dozu ve sıklığı hastanın yatış öncesi opioid kullanım yükü ve hastayla ilişkili özellikler dikkate alınarak, tedavi algoritmalarına uygun şekilde düzenlenmeli, naltreksona geçişte hızlı doz azaltmaktan kaçınılmalı, yeterli izlem yapılmalı ve izlemde elde edilen yoksunluk belirtilerine yeterli ek ilaç ile müdahale sağlanmalıdır.

Klinikte ağrıya optimal yaklaşımın önündeki engeller ve öneriler

Klinik deneyimler, BNK'nın azaltılmaya başlaması ile ortaya çıkabilen özellikle ağrı gibi belirtilerin iyi yönetilemediği durumlarda tedaviyi yarıda bırakma ve tekrar kullanmaya başlama durumlarının sık yaşandığını göstermektedir. Bununla birlikte literatürde özellikle bu süreçte ortaya çıkan belirtileri azaltan müdahalelere ilişkin klinik çalışmalardan elde edilen kanıtların yeterli olmadığı, terapötik seçeneklere yoğun bir ihtiyaç duyulduğu bildirilmektedir (32).

Ağrıya optimal yaklaşımın önündeki engeller 2 grupta incelenebilir:

1. Ağrının tedavide birincil amaç olmaması: Tedavide birincil amaç madde kullanımını ele almak olduğundan ağrı çoğu tedavi programının misyonunda yeterince yer bulamamakta, tedavi uygulayıcıları için ağrıyı ele almanın bir zorluk teşkil ettiği belirtilmektedir. Klinikte bu tür ağrı gibi belirtilerin istek duygusuyla açıklanmaya çalışıldığı ve yeterince dikkate değer görülmemesi en büyük hatalardandır. Ağrının dikkate alınmaması ve odaklanılmaması durumunda ağrının şiddetinin daha erken süreçte azalacağına yönelik farklı inançlarla da sık karşılaşmaktadır. Bu yaklaşımlar nörobilimsel gelişmelerin açıkladığı opioid kullanımı ile ilişkili nöroadaptasyon süreçleri ile uyumsuzdur. Zira, son dönemde yapılan çalışmalar da bu hasta gruplarında ağrının daha sık değerlendirilmesine ve ek ağrı tedavisi entegrasyonunun önemine vurgu yapmaktadır (33).

2. Hiperalejinin varlığı: Opioid bağımlılarında hiperalejinin yüksek düzeyde görülmesi olabilir. Hiperaleji, hafif ağrı oluşturması beklenen uyaranlara artmış ağrılı yanıt olarak tanımlanmaktadır. Opioid bağımlılarında psikofizyolojik yollarındaki değişiklikler nedeniyle daha yüksek seviyelerde hiperaleji olabileceği belirtilmektedir (8).

Arındırma sürecindeki ağrı belirtilerinin bu kadar yaygın olması ve tedavi gidişatını etkilemesine rağmen yeterince üzerinde durulmayan bir konu olmaya devam ettiği görülmektedir (34). Bu evrede verilecek psikososyal desteğin önemine vurgu yapan çalışmalar mevcuttur (35,36,37).

Arındırma Sürecinde Psikiyatri Hemşiresinin Ağrı Yönetimindeki Rolü

OKB arındırma süreci ayaktan veya yatarak yapılan tedavi ile sağlanır (12,38). Ülkemizde OKB arındırma tedavilerinde yatarak tedavi seçeneği ön plandadır. Tekrarlı yatışlarla seyreden kronik bir hastalık olan OKB'de her yatış zarar azaltma açısından düşünüldüğünde değerlidir. Bu nedenle tedaviyi yarıda bırakma konusunda etkisi olan ağrı belirtilerinin ele alınması gereklidir. Arındırma döneminde yaşanan ağrının yönetimi son dönemlerde araştırmacıların da ilgisini çekmektedir. 2022 yılında yapılan bir çalışmada 1800 hastaya uygulanan terapi, egzersiz ve eğitim şeklindeki üç farklı ilaç dışı ağrı yönetim müdahalesinin tümünün de mevcut ağrı yoğunluğunda, kaygıda, depresyonda ve strese akut azalmalar ve mevcut enerji ve mutlulukta akut artışlarla ilişkili olduğu belirtilmektedir (39).

2022 yılında yapılan ve bilişsel davranışçı terapilerin umut verici olduğunu bildiren başka bir çalışmada da opioid olmayan farmakoterapiyi psikoterapi ve diğer farmakolojik olmayan ağrı yönetimi müdahaleleriyle birleştiren bir biyopsikososyal modelin optimal düzeyde etkili olabileceği belirtilmektedir (40). Bu çalışmayla benzer şekilde entegre bakımın önemine vurgu yapan çalışmalar da vardır (8,41). Yine 2022 yılında yapılan bir çalışmada 12 haftalık bir bilişsel davranışçı temelli Self-regulation Therapy for Opioid Addiction and Pain(STOP) isimli bir müdahale geliştirildiğinden ve 14 katılımcıyla yapılan pilot çalışmanın ön sonuçlarında yüksek hasta katılımı ve uyumu ve ilaç kullanımı ve ağrıda önemli azalmalar sağlandığı belirtilmektedir (42). Dikkat edileceği üzere STOP çalışması, ayaktan ve sürdürüm tedavisi alan hastalara yönelik geliştirilmiştir. Literatürdeki birçok müdahale uzun süreçler içeren ve daha çok ayaktan yapılan terapi müdahaleleridir. Opioid kullanımında özellikle bilişsel terapi alanında son dönemde artan bu gelişmeler umut verici olmakla birlikte, arındırma sürecinde hastaların sadece yoksunluk belirtilerine odaklandıkları ve eğitim, terapi v.b. müdahalelere katılım sağlamakta güçlük çektikleri dikkate alınmalı, bu süreçte konfora yönelik bakım müdahalesine gereksinim olduğu gerçeği dikkate alınmalıdır.

Hastalar, kronik opioid kullanımı ile birlikte "normal" olmanın değiştiğini hissederler. Ağrının olmaması başta olmak üzere rahatlama ve öforinin yalnızca opioid kullanımı ile sağlanabileceği düşüncesi, kendisi de bir opioid olan BNK'nın kesilmesi sürecinde yaşanacak sıkıntı verici durumlardan dolayı hastalarda bir kaygı oluşturur (43). İlaç desteği, ek müdahaleler ve bir uzman desteği sağlanması yoluyla bu kaygı ile başedilmesi gereklidir. Klinikte yatış sürecinin özellikle ilk 7-10 gününü kapsayan arındırma sürecinde hastayla en çok birlikte zaman geçiren, tedavi ve takipleri ile sürece yön veren şüphesiz psikiyatri hemşireleridir. Bu nedenle arındırma sürecinde özellikle yataklı arındırma merkezleri başta olmak üzere bağımlılık tedavisi sağlanan her alanda etkili bir ağrı yönetimi sağlamada psikiyatri hemşiresinin önemli bir rol üstlenmesi gerekir.

Konfor kuramı ve nörobilim temel alınarak bu dönemde hastaya sağlanacak psikiyatri hemşireliği yaklaşımı için aşağıda yer alan 10 öneri dikkate alınabilir:

1. Hastalar geçmiş tedavi girişimleri veya çevresinden edindiği bilgilerle arındırma sürecini kaygı verici görebilir. Has-

tanın tedavi ekibiyle işbirliği sağlaması gerektiğini açıklayın.

2. Tedavi sürecinin etkili yürütülmesi için hastadan samimi olmasını beklediğinizi iletin. Hasta, sizden de aynı samimiyeti bekleyecektir. Tedavisi ile ilgili tüm konularda siz de açık ve net bilgiler sunacağınızı taahhüt edin.

3. Tedavi sağlayıcıların ağrıyı dikkate almaması hastada öfkeye neden olacağından terapötik ortamın bozulmasına yol açar. Hastanın ağrısını dikkate aldığınızı hissettirin. Geçmiş ağrı deneyimleri, hastanın şu an ağrıya verdiği önem, ağrıyı yönetmek için kendini ne kadar güçlü hissettiğini değerlendirin ve hafif-orta-şiddetli şeklinde kategorize edin. Anlık değerlendirmelerinizi de 0-10 arası puanlayacağınız basit bir ölçek ile yapın. İlk yatış sırasında bir hedef koyun: "Ağrıların 10 üzerinden 4'ün altına düştüğünde eğitimlere katılım sağlamaya başlamalıyız" gibi.

4. Herhangi bir darbe almadan veya organlarımızda fizyolojik bir sorun olmadan neden kemik, kas ve eklem ağrısı yaşarız? Bu konuda hastanın bilgi düzeyini ölçün. Güncel nöropsikiyatrik gelişmeler ışığında opioid bağımlılarının neden arınma sürecinde ağrı yaşayabildiklerini tartışın. Opioid kullanımı ile beyinde meydana gelen nöroadaptif süreçlerden bahsedin. Bu süreçleri geriye döndürmek için neler yapılabileceği ile ilgili hastanın yeterince bilgilendirilmesini sağlayın.

5. Hastanın bilgi eksikliğini giderin. Uygulanabilecek tüm imkânları sunduğunuzdan emin olması, hastayı rahatlatır.

6. Arındırma sürecinin en büyük aktörü şüphesiz ilaçlardır. Hastalar, ağrıyı gidermek için ne tür ilaçlar kullanacağını merak edebilir. Yeterli ve uygun farmakolojik müdahalenin sağlandığından emin olun ve ilaç tedavisi hakkında bilgilendirmeler sağlayın. Örneğin; Buprenorfin/nalokson tedavisinin azaltılarak kesilmesi sürecinde yoksunluk belirtileri dayanılmaz olursa tekrar doz yükseltilir mi? Ya da ağrı kesici yeterli etki göstermediğinde başka bir ağrı kesici dener misiniz? gibi. Tüm olasılıklardan öncesinde bahsetmek arındırma sürecine katkı sağlar. 7. Ağrı ön plandayken başka şeylere odaklanmak zordur. Bununla birlikte tedavi ekibi de hastanın tedaviye odaklanmasını ister. Vereceğiniz eğitim ve direktifler için acele etmeyin.

8. İlaç dışında etkili olabileceğini düşündüğünüz basit ama faydalı girişimlerinizi hastaya sunun. Gevşeme egzersizi, duş, yürüyüş, film izlemek, bulmaca çözmek, oyunlar oynamak, egzersiz yapmak v.b. müdahaleleri planlı olarak uygulayın.

9. Ağrıyla başa çıkmak için yapacağınız tüm girişimleri uygulamadan önce açıklayın, uygulama sonrasında değişimi gözlemleyin, geri bildirim verin.

10. Puanlamadaki artma ve azalmalara sessiz kalmayın. Puanda yaşanan artışlara basit de olsa ek girişimler uygulayın. Bir sonraki ağrı kesici alımı saatine kadar ağrı şikayetlerine 8. maddede yer alan müdahaleleri uygulayın. Alınan puandaki azalmaları motive edici olması için gerektiğinde dile getirin.

SONUÇ VE ÖNERİLER

Arındırma programları, yatan hasta madde bağımlılığı tedavi programlarının ilk adımındır. Ancak, bu programlar uzun süreli ayıklık sağlamada nadiren kendi başlarına etkilidir. Arındırma sürecinden daha uzun süreli rehabilitasyona geç-

bilmek için bu süreçte yoksunluk semptomları ve aşırma gibi konulara daha fazla dikkat edilmesi gerektiği belirtilmektedir (44).

BNK'nın arındırma tedavisinde sağladığı olumlu etkilerin sürdürüm tedavisi olarak naktreksona geçildiğinde de devam etmesini sağlayacak ilaç dışı yapılandırılmış ve etkili girişimlere ihtiyaç duyulduğu ortadadır. Yoksunluk belirtilerinin odaklanmaya engel olduğu göz önünde bulundurularak bu derlemede önerilen yaklaşıma benzer yapılandırılmış bakım müdahalelerine ve bu müdahalelerin etkinliğini değerlendiren klinik araştırmalara ihtiyaç duyulmaktadır.

Yazarlık katkısı: Fikir/Hipotez: HİÖ. Tasarım: HİÖ, MEK. Veri toplama/Veri işleme: HİÖ, MEK Veri analizi: HİÖ, MEK Makalenin hazırlanması: HİÖ, MEK. Makalenin kontrolü: HİÖ, MEK.

Hakem Değerlendirmesi: İlgili alan editörü tarafından atanan iki farklı kurumda çalışan bağımsız hakemler tarafından değerlendirilmiştir.

Çıkar Çatışması: Yazarlar tarafından çıkar çatışması bildirilmemiştir.

Finansal Destek: Yazarlar tarafından finansal destek almadıkları bildirilmiştir.

KAYNAKLAR

1. Opioid data analysis and resources. Centers for Disease Control Prevention. Department of Health and Human Service. <https://www.cdc.gov/opioids/data/analysis-resources.html> (Erişim Tarihi 03.08.2022),
2. Hser Y-I, Evans E, Grella C, Ling W, Anglin D. Long-term course of opioid addiction. *Harv Rev Psychiatry*. 2015;23:76-89.
3. Wide-ranging online data for epidemiologic research (WONDER). Atlanta, National Center for Health Statistics. <https://www.cdc.gov/drugoverdose/data/od-death-data.html> (Erişim Tarihi: 03.08.2022).
4. Tolomeo S, Steele JD, Ekhtiari H, Baldacchino A. Chronic heroin use disorder and the brain: Current evidence and future implications. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry*. 2021;111:110148.
5. Huskamp HA, Riedel LE, Barry CL, Busch AB. Coverage of medications that treat Opioid Use Disorder and opioids for pain management in marketplace plans, 2017. *Med Care*. 2018;56:505.
6. Brown N. Implementing harm reduction strategies to reduce opioid overdoses. *J Nurse Pract*. 2021;17:870-873.
7. DSM-5th. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 2013;21:591-643.
8. Wachholtz A, Foster S, Cheatle M. Psychophysiology of pain and opioid use: implications for managing pain in patients with an Opioid Use Disorder. *Drug Alcohol Depend*. 2015;146:1-6.
9. Laroche F, Rostaing S, Aubrun F, Perrot S. Pain management in heroin and cocaine users. *Joint Bone Spine*. 2012;79:446-450.
10. Larson MJ, Paasche-Orlow M, Cheng DM, Lloyd-Travaglini C, Saitz R, Samet JH. Persistent pain is associated

with substance use after detoxification: a prospective cohort analysis. *Addiction*. 2007;102:752-760.

11. Pasero CL, Compton P. Managing pain in addicted patients. *Am J Nurs*. 1997;97:17-18.

12. Marie BS, Broglio K. Managing pain in the setting of Opioid Use Disorder. *Pain Manag Nurs*. 2020;21:26-34.

13. Compton P, Blacher S. Nursing education in the midst of the opioid crisis. *Pain Manag Nurs*. 2020;21:35-42.

14. Jukiewicz DA, Alhofaian A, Thompson Z, Gary FA. Reviewing opioid use, monitoring, and legislature: nursing perspectives. *Int J Nurs Sci*. 2017;4:430-436.

15. Siefert ML. Concept analysis of comfort. Blackwell Publishing Ltd.; 2002:16.

16. Kolcaba KY. A taxonomic structure for the concept comfort. *J Nurs Scholarsh*. 1991;23:237-240.

17. Kolcaba KY. Comfort theory and practice: a vision for holistic health care and research. Springer Publishing Company; 2003.

18. Kolcaba KY. Holistic comfort: Operationalizing the construct as a nurse-sensitive outcome. *ANS Adv Nurs Sci*. 1992;15:1-10.

19. Terzi B, Nurtan K. Konfor kuramı ve analizi. *J Nursology*. 2017;20:67-74.

20. Kolcaba K, Tilton C, Drouin C. Comfort theory: A unifying framework to enhance the practice environment. *J Nurs Adm*. 2006;36:538-544.

21. Kolcaba KY. A theory of holistic comfort for nursing. *J Adv Nurs*. 1994;19:1178-1184.

22. Borsook D. A future without chronic pain: neuroscience and clinical research. *Cerebrum*; 2012;12:7

23. Christie M. Cellular neuroadaptations to chronic opioids: tolerance, withdrawal and addiction. *Br J Pharmacol*. 2008;154:384-396.

24. LeBlanc DM, McGinn MA, Itoga CA, Edwards S. The affective dimension of pain as a risk factor for drug and alcohol addiction. *Alcohol*. 2015;49:803-809.

25. Koob GF. Drug Addiction: Hyperkatifeia/Negative reinforcement as a framework for medications development. *Pharmacol Rev*. Jan 2021;73:163-201.

26. Koob GF, Volkow ND. Neurobiology of addiction: a neurocircuitry analysis. *Lancet Psychiatry*. 2016;3:760-773.

27. Elif M, Davut O. Opioid Kullanım Bozukluğunda tedavi ve izlem. Ankara: Alkol ve Madde Kullanım Bozuklukları Tedavi ve İzlem Klinik Protokolü. T.C. Sağlık Bakanlığı, Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Araştırma, Geliştirme ve Sağlık Teknolojisi Değerlendirme Dairesi Başkanlığı; 2022. p. 27-37.

28. Lee JD, Nunes Jr EV, Novo P, et al. Comparative effectiveness of extended-release naltrexone versus buprenorphine-naloxone for opioid relapse prevention (X: BOT): a multicentre, open-label, randomised controlled trial. *Lancet Psychiatry*. 2018;391(10118):309-318.

29. Latif ZE, Solli KK, Opheim A, et al. No increased pain among opioid-dependent individuals treated with extended-release naltrexone or buprenorphine-naloxone: A 3-month randomized study and 9-month open-treatment follow-up study. *Am J Addict*. Feb 2019;28:77-85.

30. Nunes EV Jr, Scodes JM, Pavlicova M, et al. Sublingual buprenorphine-naloxone compared with injection naltrexone

for Opioid Use Disorder: Potential Utility of Patient Characteristics in Guiding Choice of Treatment. *Am J Psychiatry*. Jul 2021;178:660-671.

31. Kırılı U, Nart O. Opioid Kullanım Bozukluğu sürdürüm tedavisinde naltrexon implant ile oral buprenorfin-nalokson kullanan hastaların tedaviyi yarıda bırakma risklerinin karşılaştırılması. *J Clin Psy*. 2021;24:342-349.

32. Langejan AI, de Kleijn L, Rijkels-Otters H, Chudy SFJ, Chiarotto A, Koes BW. Effectiveness of non-opioid interventions to reduce opioid withdrawal symptoms in patients with chronic pain: a systematic review. *Fam Pract*. Mar 24 2022;39:295-300.

33. MacLean RR, Spinola S, Manhapra A, Sofuoglu M. Systematic review of pain severity and opioid craving in chronic pain and Opioid Use Disorder. *Pain Med*. 2020;21:e146-e163.

34. Potter JS, Chakrabarti A, Domier CP, Hillhouse MP, Weiss RD, Ling W. Pain and continued opioid use in individuals receiving buprenorphine-naloxone for opioid detoxification: Secondary analyses from the Clinical Trials Network. *J Subst Abuse Treat*. 2010;38:S80-S86.

35. Amato L, Minozzi S, Davoli M, Vecchi S. Psychosocial and pharmacological treatments versus pharmacological treatments for opioid detoxification. *Cochrane Database Syst Rev*. 2011;(9)

36. Chutuape MA, Jasinski DR, Fingerhood MI, Stitzer ML. One, three, and six-month outcomes after brief inpatient opioid detoxification. *Am J Drug Alcohol Abuse*. 2001;27:19-44.

37. Streltzer J. Pain management in the opioid-dependent patient. *Curr Psychiatry Rep*. 2001;3:489-496.

38. Blondell RD. Ambulatory detoxification of patients with alcohol dependence. *Am Fam Physician*. 2005;71:495-502.

39. DiMeola KA, Haynes J, Barone M, et al. A pilot investigation of nonpharmacological pain management intervention groups in methadone maintenance treatment. *J Addict Med*. 2022;16:229-234.

40. Gazzola MG, Beitel M, Cutter CJ, Barry DT. Cognitive behavioral therapy for chronic pain and Opioid Use Disorder. Treatments, Mechanisms, and Adverse Reactions of Anesthetics and Analgesics. Elsevier; 2022:235-246.

41. Schainker LM, Voss MW, Yaughner AC. Integrated care approach to the prevention of Opioid Use Disorder. Handbook of Evidence-Based Prevention of Behavioral Disorders in Integrated Care. Springer; 2021:267-292.

42. Wachholtz A, Robinson D, Epstein E. Developing a novel treatment for patients with chronic pain and Opioid User Disorder. *Subst Abuse Treat Prev Policy*. 2022;17:1-12.

43. Weiss RD, Potter JS, Griffin ML, et al. Reasons for opioid use among patients with dependence on prescription opioids: the role of chronic pain. *J Subst Abuse Treat*. 2014;47:140-145.

44. Franken IH, Hendriks VM. Predicting outcome of inpatient detoxification of substance abusers. *Psychiatr Serv*. 1999;50:813-817.