



TÜRKİYE CUMHURİYETİ  
DICLE ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ



**MADDE BAĞIMLISI BİREYLERİN MADDE KULLANIMINI  
SONLANDIRMAYA YÖNELİK ÇALIŞMALAR; BATMAN ÖRNEĞİ**

Perver YETİZ  
DOKTORA TEZİ

HALK SAĞLIĞI ANABİLİM DALI

DANIŞMAN  
Prof. Dr. Ali CEYLAN

DIYARBAKIR- 2019



**TÜRKİYE CUMHURİYETİ**  
**DICLE ÜNİVERSİTESİ**  
**SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**



**MADDE BAĞIMLISI BİREYLERİN MADDE KULLANIMINI  
SONLANDIRMAYA YÖNELİK ÇALIŞMALAR; BATMAN ÖRNEĞİ**

Perver YETİZ  
DOKTORA TEZİ

HALK SAĞLIĞI ANABİLİM DALI

DANIŞMAN  
Prof. Dr. Ali CEYLAN

DIYARBAKIR- 2019





**TÜRKİYE CUMHURİYETİ**  
**DİCLE ÜNİVERSİTESİ**  
**SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**



**ONAY**

Dicle Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Anabilim Dalı Doktora öğrencisi Perver YETİZ'in hazırladığı "Madde Bağımlısı Bireylerin Madde Kullanımını Sonlandırmaya Yönelik Çalışmalar; Batman Örneği" başlıklı tez Dicle Üniversitesi Lisansüstü Eğitim - Öğretim ve Sınav Yönetmeliğinin ilgili maddeleri uyarınca kapsam ve bilimsel kalite yönünden değerlendirilerek Doktora Tezi olarak kabul edilmiştir.

Tarih: ..../.../20..

Danışman Prof. Dr. Ali CEYLAN \_\_\_\_\_

Jüri Üyeleri	İmza
Jüri Başkanı .....	_____
Üye .....	_____
Üye .....	_____
Üye .....	_____
Üye .....	_____

Bu tez Dicle Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yönetim Kurulu'nun  
..../.../.... tarih ve .... sayılı kararıyla onaylanmıştır.

...../...../.....

Prof. Dr. Hakkı Murat BİLGİN  
Dicle Üniversitesi  
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürü





**TÜRKİYE CUMHURİYETİ**  
**DICLE ÜNİVERSİTESİ**  
**SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**



**BEYAN**

Bu tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu, tezin planlanmasından yazımına kadar bütün safhalarda etik dışı davranışımın olmadığını, bu tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, bu tez çalışmasıyla elde edilmeyen bütün bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları da kaynaklar listesine aldığımı, yine bu tezin çalışılması ve yazımı sırasında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığını ve tezimi Dicle Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Tez Yazım Kılavuzu standartlarına uygun bir şekilde hazırladığımı beyan ederim.

...../...../20...

Perver YETİZ

## TEŞEKKÜR

Halk sağlığı doktora programı eğitimim ve tez s¼reci boyunca bilgi ve tecr¼belerini benimle paylaşan danışman hocam Prof. Dr. Ali CEYLAN'a, Halk Sağlığı Anabilim Dalı Başkanı Prof. Dr. G¼nay SAKA başta olmak üzere doktora eğitimi boyunca ¼zerimde emeği olan t¼m hocalarıma, istatistiksel analizlerde yardımını esirgemeyen halk sağlığı uzmanı meslektaşım Dr. Ayhan AKTAŐ'a, d¼nemin Halk Sağlığı M¼d¼r¼ Dr. Veheddin ACAR'a, madde bağımlılığı alanında ¼zveriyle alışan Madde Bağımlılığı ile M¼cadele Alt Komisyonu çalışanlarına teřekk¼rlerimi sunarım.

Doğduğum g¼nden itibaren ¼zerimde emeği olan, beni b¼y¼ten ve yetiştiren anneme ve babama teřekk¼r ederim.

Hayatımın her anında desteğini hissettiğim, tez çalışması boyunca fedak¼rlık g¼steren eşime ve canım kızıma teřekk¼r ederim.

Perver YETİZ

# İÇİNDEKİLER

ONAY .....	
BEYAN.....	I
TEŞEKKÜR.....	II
İÇİNDEKİLER .....	III
KISALTMALAR .....	VI
TABLolar .....	VII
1. ÖZET.....	1
1.1 Türkçe Özet.....	1
1.2. Abstract .....	3
2. GİRİŞ VE AMAÇ .....	5
3. GENEL BİLGİLER .....	7
3.1. Madde Bağımlılığı ile İlgili Genel Kavramlar .....	7
3.1.1. Madde.....	7
3.1.2. Bağımlılık.....	8
3.1.3. Kötüye Kullanma /Suistimal (Abuse) .....	8
3.1.4. Tolerans (Tolerance) .....	8
3.1.5. Yoksunluk .....	9
3.1.6. Relapse/ Nüks .....	9
3.2. Madde Bağımlılığı Nedir .....	9
3.3. Madde Bağımlısı Olma Riskini Artıran Etkenler.....	11
3.4. Madde Bağımlılığının Evreleri .....	12
3.5. Madde Türleri.....	13
3.5.1. Alkol.....	14
3.5.2. Kafein .....	16



3.5.3. Esrar .....	17
3.5.4. Halusinojenler .....	20
3.5.6. Opiyatlar.....	21
3.5.7. İnhalanlar.....	23
3.5.8. Sedatif-Hipnotik ve Anksiyolitikler .....	24
3.5.9.Nikotin .....	26
3.5.10.Stimülanlar .....	27
3.6. Madde Kullanım Bozuklukları.....	29
3.7. Madde Bağımlılığı Epidemiyolojisi.....	30
3.8. Madde Bağımlılığının Önlenmesi .....	32
3.8.1 Önleme .....	32
3.8.2. Önleme Çalışmaları.....	34
3.9. Madde Bağımlılığı Etiyolojisi.....	34
3.10. Madde Bağımlılığı Tedavisi.....	36
3.10.1. Madde Bağımlılığı Tedavisinde Temel İlkeler .....	40
3.11. Türkiye’de Madde Bağımlılığı ile Mücadelede Görevli Aktörler .....	42
3.11.1. Arz ile Mücadeleden Sorumlu Aktörler .....	42
3.11.2. Talep Azaltımı, Tedavi ve Rehabilitasyon ile Görevli Aktörler .....	43
4. GEREÇ VE YÖNTEM .....	46
4.1. Araştırmanın Veri Toplama Yöntemi .....	47
4.2. Bağımlı ve Bağımsız Değişkenler.....	48
4.3. Araştırma Verilerinin İstatistiksel Değerlendirilmesi .....	48
5. BULGULAR.....	49
5.1. Araştırmaya katılanların sosyodemografik durumları .....	49
5.2. Araştırmaya katılanların ve aile bireylerinin sosyodemografik verileriyle, madde kullanım verilerinin değerlendirilmesi .....	54

6. TARTIŞMA .....	69
6.1. Çalışmanın Sınırlılıkları ve Güçlü Yanları .....	77
7. SONUÇ VE ÖNERİLER .....	79
8. KAYNAKLAR .....	81
9. EKLER.....	93
9.1. Etik Kurul Raporu .....	93
9.2. Görüşme Bilgi Formu .....	94
9.3. Kurum Onayı.....	96
9.4. Bilgilendirilmiş Gönüllü Onam Formu .....	98
10. ÖZGEÇMİŞ .....	99
11. İNTİHAL RAPORU .....	100

## **KISALTMALAR**

ABD: Amerika Birleşik Devletleri

AIDS: Edinilmiş Bağışıklık Eksikliği Sendromu (Acquired Immune Deficiency Syndrome)

AMATEM: Alkol ve Madde Bağımlılığı Tedavi ve Eğitim Merkezi

ASAGEM: Aile ve Sosyal Araştırmalar Genel Müdürlüğü

BDT: Bilişsel Davranışçı Terapi

BM: Birleşmiş Milletler

DMT: Dimetiltriptamin

DSM-IV: Ruhsal Hastalıkların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabının Dördüncü Çeviri Metni (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition)

DSM-V: Mental Hastalıkların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı, Beşinci Baskı (Diagnostic And Statistical Manual Of Mental Disorders, Fifth Edition).

EMCDDA: Avrupa Uyuşturucu ve Uyuşturucu Bağımlılığını İzleme Merkezi

EMQ: Avrupa Model Anketi

ESPAD: Avrupa Alkol Madde Okul Projesi (The European School Survey Project on Alkol and Drugs)

LSA: Liserjikasidamin

LSD: Liserjik asid dietil amid

MASAK: Mali Suçları Araştırma Kurulu Başkanlığı

M.Ö. :Milattan önce

STP: Dimetoksimetomfetamin

TAPDK: Tütün ve Alkol Piyasası Düzenleme Kurumu

THC: Delta-9-terahydrocannabinol

TUBİM: Türkiye Uyuşturucu ve Uyuşturucu Bağımlılığı İzleme Merkezi

TÜİK: Türkiye İstatistik Kurumu

UMATEM: Uçucu Madde Bağımlılığı Tedavi Merkezi

UNODC: Birleşmiş Milletler Uyuşturucu ve Suç Ofisi

## TABLULAR

Tablo 1. Katılımcıların sosyodemografik verileri .....	49
Tablo 2. Katılımcıların aile bireylerine ait sosyodemografik veriler .....	50
Tablo 3. Katılımcıların madde kullanımıyla ilgili veriler .....	51
Tablo 4. Katılımcıların kullandıkları madde türleri .....	52
Tablo 5. Katılımcılarla ve aileleriyle yapılan görüşme sayıları .....	53
Tablo 6. Katılımcıların cinsiyete göre madde kullanım verilerinin karşılaştırılması .....	54
Tablo 7. Katılımcıların medeni durumuna göre madde kullanım verilerinin karşılaştırılması .....	56
Tablo 8. Katılımcıların yaş grubuna göre madde kullanım verilerinin karşılaştırılması .....	57
Tablo 9. Katılımcıların çalışma durumuna göre madde kullanım verilerinin karşılaştırılması .....	58
Tablo 10. Katılımcıların öğrenim durumuna göre madde kullanım verilerinin karşılaştırılması .....	59
Tablo 11. Katılımcıların anne-baba birlikteliği durumlarına göre madde kullanım verilerinin karşılaştırılması .....	61
Tablo 12. Katılımcılarda ailenin gelir düzeyine göre madde kullanım verilerinin karşılaştırılması .....	62
Tablo 13. Cinsiyete göre madde kullanım süresi ve görüşme sayılarının karşılaştırılması .....	63
Tablo 14. Medeni duruma göre madde kullanım süresi ve görüşme sayılarının karşılaştırılması .....	64
Tablo 15. Çalışma durumuna göre madde kullanım süresi ve görüşme sayılarının karşılaştırılması .....	65
Tablo 16. Öğrenim durumuna göre madde kullanım süresi ve görüşme sayılarının karşılaştırılması .....	65
Tablo 17. Yaş grubuna göre madde kullanım süresi ve görüşme sayılarının karşılaştırılması .....	66

<b>Tablo 18. Anne-baba birlikteliği durumuna göre madde kullanım süresi ve görüşme sayılarının karşılaştırılması .....</b>	<b>67</b>
<b>Tablo 19. Ailenin gelir düzeyine göre madde kullanım süresi ve görüşme sayılarının karşılaştırılması.....</b>	<b>68</b>



# 1. ÖZET

## 1.1 Türkçe Özet

### **Madde Bağımlısı Bireylerin Madde Kullanımını Sonlandırmaya Yönelik Çalışmalar; Batman Örneği**

**Öğrencinin Adı ve Soyadı:** Perver YETİZ

**Danışmanı:** Prof. Dr. Ali CEYLAN

**Anabilim Dalı:** Halk Sağlığı Anabilim Dalı

**Amaç:** Madde kullanan kişilere ait verilerin incelenerek madde kullanımını etkileyen faktörlerin tespit edilmesi ve kullanıcıların madde kullanımını sonlandırma amacıyla yapılan çalışmaların sonuçlarının değerlendirilmesidir.

**Gereç ve Yöntem:** Bu çalışma tanımlayıcı tiptedir. Araştırma evrenini Madde Bağımlılığı İle Mücadele Alt Komisyonunun irtibata geçtiği, madde kullanan 263 kişi oluşturmaktadır. Komisyonda görevli 1 sosyolog ve 1 psikologla kişiler evlerinde ziyaret edilmiştir. Demografik özellikler ve madde kullanım durumunu içeren “Görüşme Bilgi Formu” kullanılarak kişiler ve aileleriyle görüşülüp, kişinin madde kullanımını sonlandırma süreci başlatılmıştır.

**Bulgular:** Araştırmaya katılan 263 kişinin % 95’i erkek, % 92’si bekar. Katılımcıların yaş ortalaması 22’dir ve % 47’si ilköğretimi tamamlamamıştır. Katılımcıların % 77’si çalışmamaktadır ve % 51’inde ailenin gelir düzeyi 1000 liradan azdır. Madde kullanmaya başlama nedeni; katılımcıların % 79’unda arkadaş etkisidir. Katılımcılar ve aileleriyle yapılan görüşmeler sonucunda; madde kullanımını sonlandıran kişilerin oranı % 29,4 tedaviyi reddedenlerin oranı % 5,9 görüşmelerin devam ettiği kişilerin oranı % 52,9 ve diğer durumların oranı ise % 11,8 olarak bulunmuştur.

**Sonuç:** Erkeklerde arkadaş etkisi, kadınlarda aile içi-kişisel sorunlar ilk sıradaki madde kullanımına başlama sebebidir. Evlilerde ve anne-baba birlikteliği olmayanlarda kullanılan madde türü sayısı daha fazladır. Gelir düzeyi arttıkça kullanılan madde türü sayısı artmaktadır. Erkeklerde, evlilerde ve anne-baba birlikteliği olmayanlarda maddenin kullanıldığı süre daha fazladır. Kadınlar erkeklere kıyasla komisyonla daha fazla sayıda görüşme yapmışlardır.

**Anahtar Sözcükler:** Madde, bağımlılık, madde bağımlılığı, madde kullanımı, madde kullanım bozuklukları



## 1.2. Abstract

### **Studies on Abstinence in Substance Dependent Population; Batman Version**

**Student's Surname and Name:** YETİZ Perver

**Adviser of Thesis:** CEYLAN Ali

**Department:** Department of Public Health

**Aim:** To determine the factors that affect the substance use and to evaluate the results of the studies conducted to end the substance use of the users.

**Material and Method:** This study was descriptive. The research population consists of 263 people using substance that the Sub-Commission of Substance Addiction has contacted. 1 sociologist and 1 psychologist at the commission visited the houses of these people. Person and family members were interviewed face-to-face using the Interview Information Form including the demographic characteristics and substance use status of the individuals. Thus, the process of termination of substance use was initiated.

**Results:** Of the 263 people who participated in the study, % 95 were male and % 92 were single. The mean age of the participants was 22 and % 47 did not complete primary education. % 77 of the participants do not work, and % 51 of the family income is less than 1000 tl. The reason for using substance; % 79 of the participants were found to be friend effect. As a result of interviews with participants and their families; % 29,4 of those who terminated drug use, % 5,9 of those who refused treatment, % 52,9 of whom interviews were in progress, and % 11,8 of other conditions.

**Conclusion:** The effect of friends in men, domestic-personal problems in women is the first reason to start using the substance. The number of substance types used in married and separated parents is higher. As income level increases, the number of substance types used increases. The duration of substance use is higher in males,



married and separated parents. Women had more interviews with the commission than men.

**Key Words:** Substance, addiction, substance addiction, substance use, substance use disorders



## 2. GİRİŞ VE AMAÇ

Madde bağımlılığı, gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde toplumları tehdit eden önemli bir halk sağlığı sorunudur(1).

Madde bağımlılığı 1960'lı yıllara kadar ciddi bir halk sağlığı problemi olarak görülmemiş, 1960'lı yıllarda ise esrar başta olmak üzere alkol, afyon ve barbitüratların bağımlılığa sebep olduğu ve bağımlılık yapıcı madde kullanımının bir davranış bozukluğu olduğu tıp literatürüne geçmiştir. 1980'li yıllardan sonra ise bağımlılığın nedenleri, tedaviye yönelik çözüm önerileri ve önlenmesine yönelik yapılan faaliyetler giderek artmaya başlamıştır(2).

Madde bağımlılığı, kişinin kullandığı maddenin dozunu gittikçe arttırma ihtiyacı duyması, kullandığı maddeyi bırakmak için yaptığı girişimlerin başarısız olması, maddeyi kullanmadığı zamanlarda yoksunluk belirtilerinin ortaya çıkması, maddenin tüm zararlarına rağmen kullanılmasına devam edilmesi, maddeyi kullanmak için güçlü bir his duyması ve bütün zamanını madde temini için harcaması durumudur(3). Merkezi sinir sistemini etkileyerek, keyif almayı sağlayan, doğal ve sentetik maddelerin tümü bağımlılık yapma özelliği taşımaktadır. Bağımlılık yapıcı etkisi olan bu maddelerin tarihi insanlık tarihi kadar eskidir.

Madde bağımlılığı sadece sağlıkla ilişkili bir sorun olmayıp, toplum sağlığını ve kamu düzenini sosyolojik, kültürel, felsefi, hukuki ve ekonomik yönden etkileyen ve toplumda yıkıcı sonuçlar doğurabilen önemli bir halk sağlığı sorunudur(2).

Madde kullanımına kişi çoğu zaman arkadaş etkisi, merak duygusu, kişisel ve ailevi problemler nedeniyle başlar ve kullanımdan kısa bir süre sonra kişi madde bağımlısı haline gelir. Bağımlı birey zamanla aldığı doz miktarını arttırma ihtiyacı duymakta ve giderek artan dozlarda madde kullanımı ve çoklu madde (birden fazla madde kullanımı) kullanımı kişilerin hayatlarına mal olmaktadır(4).

Madde kullanımı sebebiyle; kişilerin yaşam kaliteleri, sosyal hayat ve düzenleri bozulmakta, ekonomik sorunlar yaşanmakta, sağlık problemleri ve bağımlılığa bağlı suçlar artmaktadır(5).

Özetle madde bağımlılığı; bireyleri, bireylerin ailelerini, çevrelerini ve dolaylı olarak toplumu etkileyen, sağlık boyutunun yanında ekonomik ve sosyal sorunlara da neden olan önemli bir halk sağlığı sorunudur.

Bu çalışmanın amacı; madde kullanan kişilere ait verilerin incelenerek madde kullanımını etkileyen faktörlerin tespit edilmesi ve kullanıcıların madde kullanımını sonlandırma amacıyla yapılan çalışmaların sonuçlarının değerlendirilmesidir.



### **3. GENEL BİLGİLER**

#### **3.1. Madde Bağımlılığı ile İlgili Genel Kavramlar**

##### **3.1.1. Madde**

Tıp dilinde psikoaktif madde, günlük hayatta ise uyuşturucu madde olarak bilinen substance (madde) tanımı genel olarak şu şekilde yapılmaktadır. Vücuda alındığında kişide psikolojik, davranışsal ve bedensel yönden değişikliklere sebep olan kimyasal veya bitkisel kökenli olan maddelerin tümüdür. Dünya Sağlık Örgütü'ne göre uyuşturucu madde; sağlığın sürdürülmesi için gerekli olmayan, yaşayan bir organizma tarafından alındığında bu organizmanın bir veya daha fazla işlevini değiştiren herhangi bir maddedir(6).

Maddeler içinde “uyuşturucu” çeşidi olduğu gibi “uyarıcı” çeşidi de vardır. Uyuşturucu (narkotik) çeşidine alışmış olan kişinin bu maddeyi bırakması halinde bireyin fizyolojik ve psikolojik yapısında ortaya çıkan değişiklikler bu maddenin yan etkisi olan uyarıcıdan kaynaklanır. Tıp literatüründe ise bu maddelere psiko-aktif madde denir. Bu maddelerin tıp biliminde ilaç amaçlı kullanılanlarına ise “psikotrop” denir. Bu maddelerin en önemli özelliği merkezi sinir sistemine etki ederek bağımlılığa sebep olmasıdır. Bağımlılık fizyolojik ve psikolojik içeriklidir. Bazıları fizyolojik, bazıları ise psikolojik yönden etkilemektedir. Aynı zamanda hem fizyolojik hem de psikolojik yönden etki de gösterebilmektedir(7).

### **3.1.2. Bağımlılık**

Fiziksel ve ruhsal yönden bedensel sağlık sorunlarına yol açarak, günlük yaşama zarar vermesine rağmen bu takıntılı durumu tekrarlamaya yönelik karşı konulamaz bir istek duyma ve bu durumu sürdürme durumudur(8).

Bağımlılık 2 evrede gerçekleşir:

1-Psikolojik Bağımlılık: Kişinin kullandığı maddeyi yoğun bir şekilde alma hissinin uyanması ve bu maddeyi kullanmaktan kendini alıkoyamaması durumudur.

2-Fiziksel Bağımlılık: Kişinin madde kullanımına bağlı olarak vücudunda ortaya çıkan biyokimyasal ve fizyolojik değişiklikler olarak belirtilir(9).

### **3.1.3. Kötüye Kullanma /Suistimal (Abuse)**

Oluşturduğu tüm zararlı sonuçlarına rağmen, çevre tarafından da kabul görmediği halde bir maddeyi kullanmaya devam etme durumudur(2).

### **3.1.4. Tolerans (Tolerance)**

Düzenli alınan maddenin zamanla etkisinin azalması söz konusudur. Kişi, maddenin etkisini yakalamak için giderek artan dozlarda madde almaya başlar. Yani madde kullanım miktarını artırma durumunu tanımlar(2,10,11).

### **3.1.5. Yoksunluk**

Düzenli madde kullanımı sonucu merkezi sinir sisteminde oluşan etkiye bağlı olarak, madde kullanımının kesilmesi durumunda ortaya çıkan terleme, ateş, huzursuzluk, bulantı ve gerginlik gibi belirtilerin olduğu fizyolojik ve psikolojik semptomlarla karakterize hastalık tablosudur(2).

### **3.1.6. Relapse/ Nüks**

Kelime anlamı depresmek, nüksetmek olan relaps tedavi görmüş bağımlı bir bireyin tedavi sonrası madde kullanımına tekrar aynı yoğunlukta başlamasını ifade eder. Kayma olarak da bilinen bu durum belli sebepler sonucu maddeye geri dönüşü ifade eder(12).

Relapsı etkileyen faktörlerin başında, kişinin eski sosyal çevresine dönüşü ve tedavi sonrası yeterli psikolojik desteğin sağlanamaması sonucunda bireyin topluma kazandırılmaması vardır(13).

Relaps oranı ile ilgili Bağımlılık Yapıcı Maddeler ve Bağımlılık ile Mücadele, 2014 Türkiye Raporuna göre 2013 yılı verilerinde daha önce tedavi olmuş fakat tekrar tedaviye başlamış olanlar, bir önceki yıla göre % 60 oranında artmıştır. Son beş yıl içerisinde tedaviye başvuranların % 45'i ise daha önce de tedaviye başvurmuş kişilerdir(14).

## **3.2. Madde Bağımlılığı Nedir**

Bitkisel kökenli ve/veya kimyasal yollarla oluşturulmuş sentetik moleküllerden elde edilen, merkezi sinir sistemine fiziksel ve/veya ruhsal yönde sakinleştirici etkisi olan, bireyde düzenli alıma bağlı olarak zamanla daha fazla alma isteği uyandıran ve

alınmadığında eksiklik belirtileri gösteren tüm maddelerin yıkıcı sonuçlarına rağmen kullanıma devam edilmesine madde bağımlılığı denir. Madde bağımlılığı, bireyde sebep olduğu sağlık problemleriyle birlikte sosyal, ekonomik ve güvenlik sorunlarına da sebep olmaktadır. Bireyin ruh ve beden sağlığına verdiği ciddi zararlarla birlikte toplum bünyesinde de tahribatlara neden olmaktadır. Madde bağımlılığı toplumların bugününü ve yarınını tehdit eden özellikle genç kuşakları etkisi altına alan çok yönlü ve çok ciddi bir sorundur(15).

Başka bir tanımda madde bağımlılığı, ilaç özelliğine sahip bir maddenin merkezi sinir sistemini etkileyerek kişiye keyif verici etki göstererek, alınmadığı zamanlarda oluşan yoksunluk belirtilerinden sakınmak için düzenli aralıklarda ve artan miktarlarda madde alımına sebep olan davranışsal bozukluklarla karakterize bir beyin hastalığı olarak tanımlanır(16).

Madde bağımlılığında, kişide madde kullanımına bağlı olarak gelişen ve gözle görülen ciddi zararlar olmasına rağmen, kişide maddeyi kullanmaya devam edeceğine işaret eden bilişsel, davranışsal ve fizyolojik belirtiler gözlenir(17).

Kullanıma bağlı olarak tolerans ve yoksunluk sendromu gözlenmeye başlanır. Zamanla madde düşünüldüğünden daha uzun sürede ve daha fazla dozda alınmaya başlanır. Maddenin neden olduğu fiziksel-psikolojik zararlar, günlük hayatı olumsuz yönde etkileme, madde temini ve kullanımı için çok fazla zaman harcama gibi olumsuzlukların farkına varan birey madde kullanımına karşı kendini sınırlandırmak istese de boşa çıkan girişimler vardır(18).

Bağımlılığın oluşumunda birçok farklı durum söz konusu olabilir. Bunlar; arkadaş etkisi, maddeye olan merak, aile içi sorunlar, kişisel sorunlar, stresli yaşam, kullanılan ortamda olma, çevresel faktörler, bağımlılığa yatkınlıkla doğma gibi nedenlerdir(19).

Madde önce kişi tarafından denenir. Daha sonra ara ara kullanılmaya başlanır. Zamanla düzenli kullanım ve bağımlılık gelişir. Tedavide erken müdahalenin büyük önemi vardır. Bağımlılığın kontrol altına alınıp tedavi edilme sürecine etki eden pek çok faktör vardır. Bu süreç uzun ya da kısa olabilir(20,21).

Bu süreci etkileyen faktörler; bağımlı olan kişinin madde kullanmaya başlama yaşı, başlama şekli, kullanılan maddenin türü, kullanım miktar ve sıklığı, cinsiyeti, sosyal destek alıp almamasıdır(19).

### 3.3. Madde Bağımlısı Olma Riskini Artıran Etkenler

#### 1-Gençlik Dönemi

Gençlik dönemi özellikle de ergenlik dönemi madde ile ilk karşılaşma ve ilk denemenin gerçekleştiği dönemdir. Bu dönemdeki hormonal aktivitedeki hızlı artış, vücuttaki fiziksel ve psikolojik değişiklikler nedeniyle kişilik çatışması yaşayan gençler kural dışına çıkabilir ve suç teşkil edecek davranışlarda bulunabilirler. Bu nedenle bu dönemde bağımlılığa yatkınlık daha fazladır.

#### 2-Sevgi Kavramı

Sevgi görmemiş olmak ve sevgi kavramını anlayamamak önemli bir etkidir. Sevgisiz ve ilgisiz bir ailede büyüme, anne ya da babadan birinin ya da her ikisinin de hayatta olmama durumu, geçimsiz bir ailede yaşamak, bölünmüş ailede (ebeveynlerin birlikte yaşamaması ya da boşanmış olma durumu) yaşamak, aile içi şiddetin olması maddeye yönelimi artıran önemli etkenlerdir.

#### 3-Eğitim Durumu

Maddeye yönelimde eğitim eksikliği olduğu kadar yanlış verilen eğitimin de etkisi vardır. Madde konusunda gençlere eğitim verecek olan öğreticinin neyi nasıl doğru ifade edeceğini bilmesi önemlidir. Ayrıca eğitim düzeyi düşük ailede büyümüş kişilerde yatkınlık daha fazladır.

#### 4-Sağlıklı İletişim Kuramama

Kişilerarası ve toplumsal ilişkileri zayıf olan bireylerin çevreyle sağlıklı iletişim kuramamalarından, sorunlarının çözümü için maddeye başvurma eğilimleri daha fazladır.

#### 5-Kendini İfade Edememe

Aile, okul ve çevre tarafından baskı altında olan ve kendini ifade edemeyen kişiler kaçış olarak maddeye yönelebilirler.

#### 6.Analitik Düşünceye Sahip Olmayan Toplumlar

Bilime yatkın, etik ve hukuk kurallarının uygulandığı toplumlar çağdaş toplumlardır. Böyle toplumlarda bağımlılık ile mücadele daha kolaydır. Çağdaş olmayan ve hukuk kurallarının göz ardı edildiği toplumlarda yatkınlık daha fazladır.

#### 7-Sosyal Faaliyetlerin Kısıtlanması



Kişinin sevdiği ve ilgi duyduğu şeylerle uğraşması ve bir hobisinin olması kendiyile barışık olmasını sağlar. Kişi ürettikçe ve topluma faydalı oldukça kendiyile gururlanır ve özgüveni artar. Sosyal faaliyeti kısıtlanan kişiler çevreye küser, içine kapanır ve maddeye yatkın hale gelir.

#### 8-Gelecek Endişesi

Gelecek endişesi yaşayan kişilerde oluşan baskıyı gidermek amacıyla maddeye yönelim görülebilir.

#### 9-Genetik Yatkınlık

Madde bağımlılığına yatkınlığın değerlendirilmesinde aile içinde ya da akrabalarındaki şiddetli bağımlılık öyküleri önemli bir yer kaplar.

#### 10-Zamanını Üretkenlikten Uzak Yerlerde Geçirmek

Madde kullanımı ile sosyal çevre arasında doğrudan bir ilişki söz konusudur. Maddenin sık kullanıldığı ortamlarda bulunmak kullanıma yatkınlığı arttırır(2).

### **3.4. Madde Bağımlılığının Evreleri**

#### 1-Hazırlık evresi

Madde ile ilgili düşüncelerin gelişmeye başladığı, “kullanabilirim” fikrinin oluştuğu evredir.

#### 2-İlk madde kullanımı

Korku ve merak duygularının hâkim olduğu evredir. Kişide korku ağır basarsa maddeye hiç başlamaz. Merakın ağır bastığı bu evrede “bir kez denemekle bağımlı olmam” düşüncesiyle madde denenir.

#### 3-İlerleme evresi

Bu evrede kişi yoğun ve düzenli bir şekilde aldığı madde sebebiyle maddesiz bir hayat düşünemez. “Bu madde bırakılmaz ki” düşüncesine sahiptir. Maddeyi bırakma düşüncesi yoktur.

#### 4-Bırakma evresi

Madde kullanımına bağlı gördüğü zararlar nedeniyle “bırakmak zorundayım, bir daha asla” gibi düşüncelerle maddeden kurtulma isteği vardır. Kişi bu dönemde

gerekli desteği görüp, yeteri kadar çabalarsa madde kullanımını bırakır ve “bıraktım artık, bir daha asla” diye düşünür.

5-Tekrar madde kullanmayı düşünme (prolapse)

Belli bir zaman sonra kişi farklı sebeplerden dolayı kullandığı maddeye karşı tekrar olumlu düşünceler besler.

6-Tekrar madde kullanımı/ Kayma (lapse/slip)

Bu evrede kişi “istersem bırakırım, bir kereden bir şey olmaz” düşünceleriyle yeniden kullanmaya başlar. Bu evrede bağımlı kişi “istersem bırakırım” düşüncesindeyse aslında bunu bırakamayacağını kişiye söylemek gerekir. Eğer maddeyi bırakmış ise “bir defadan bir şey olmaz” diye düşünebileceği tahmin edilerek bir daha denememesi için gerekli müdahaleler yapılmalıdır.

7-Tekrar başlama(relaps)

Madde tekrar kullanılmaya başlanır(19,21–23).

### **3.5. Madde Türleri**

DSM-V'e göre madde bağımlılığına yol açan madde türleri 10 gruba ayrılmıştır. Sınıflandırma bu şekildedir.

- 1- Alkol
- 2- Kafein
- 3- Esrar
- 4- Halusinojenler -Fensiklidin  
-Diğer halusinojenler
- 5- Opiyatlar
- 6- İnhalanlar
- 7- Sedatif-hipnotikve anksiyolitikler
- 8- Nikotin
- 9- Stimulanlar -Amfetamin  
-Kokain  
-Diğer stimulanlar

10-Diğer maddeler (Bilinmeyen maddeler)

DSM V, DSM IV'ten farklı olarak çoklu madde bağımlılığını sınıflandırmadan çıkarmıştır(17,24).

### 3.5.1. Alkol

Alkolün bulunması ve kullanılmaya başlanması ile ilgili ilk kaynaklar M.Ö.3000-4000 yıllarını göstermektedir. Eski Mısır ve Mezopotamya da arpa ve buğdaydan bira, üzümünden ise şarap üretildiği saptanmıştır. Ayrıca ilaç olarak hastalıkların tedavi edilmesi için reçete tabletlerine yazıldığı gözlenmiştir(25).

İlk planlı üzüm bağlarının yapılması ve fermantasyon yöntemiyle üzümünden alkol üretimi M.Ö. 6000 yıllarında bugün ki Ermenistanda gerçekleştirilmiştir. Bu bölgeden Anadolu, Mısır, İsrail ve Romanya'ya daha sonra da tüm Avrupa'ya yayılmıştır(26).

Alkol tüketimi 18.yy.'dan sonra hızlı bir şekilde artış göstermiştir. Dini açıdan yasak olarak kabul edilen ülkeler (Suudi Arabistan, Yemen, İran) dışında dünya genelinde kullanım oranı 1970-1980 yıllarında % 3,6 artmıştır. Günümüzde ise alkol tüketimi artarak devam etmektedir(27).

İçki şeklinde alınan alkol iki karbon atomlu etil alkolden oluşmaktadır. Vücutta hızla yayılma özelliğiyle yağ moleküllerinden geçer. Diğer bağımlılık yapıcı maddelerden farklı olarak yağca zengin olan beynin tamamına etki eder(7).

#### **Alkol tipi bağımlılık**

Alkolün kişinin beden ve ruh sağlığını, çalışma ya da okul hayatını, ailesine ve çevresine karşı görevlerini, kişiler arası ilişkilerini, ekonomik durumunu bozduğunu umursamayacak ölçüde alkol tutkunu olan ve zararlarına rağmen alkolü kullanmaya devam eden kişiye alkolik denir(28).

Aşağıdaki ölçütlerin kişide görülmesi alkol bağımlılığının başladığını gösterir.

- 1- Normal olarak kabul edilen miktarın üzerinde alkol alınmaya başlanması
- 2- Çevrenin kabul ettiği durum ve zaman dışında alkol kullanılmaya başlanması
- 3- Alkol stoğunun kontrol altında tutulmaya başlanması

Alkol bağımlısı kişi bu şekilde başlangıç evresini yaşadıkdan sonra diğler evreleri de geçerek sonunda kendini kontrol edemeyen, içme konusunda sınırlandıramayan içmediğı dönemlerde yoksunluk yaşayan kişi haline gelir(29).

Alkolikleri ve sosyal içici olarak bilinen kronik alkol kullanıcılarını birbirinden ayıran ölçütler vardır. Bunlar;

- Alkolik kişi alkolü yer, zaman ve durum farkı gözetmeksizin kontrolsüz bir şekilde kullanır. Kronik alkol kullanıcısı daha kontrollüdür.

- Kronik alkol kullanıcısı alkolün günlük hayatını etkilemesinden çekinecek kadar “bilinçli” dir. Alkolik ise çekinmeden içecek kadar “bilinçsiz”dir.

- Alkolik kişide alkol stoğunu kontrol etme ve alkolsüz kalma korkusu dayanılmaz ölçüdedir.

-Alkolik kişi alkolü bütün zararlarına rağmen kullanmaya devam ederken kronik alkol kullanıcısı daha kontrollüdür(28).

Kronik olarak alkol kullanan kişi (sosyal içici) alkolik değildir fakat ona adaydır. Alkol bağımlılığının gelişmesinde duygu durumu, kişilik bozuklukları, yatkınlık (ailede olma durumu), ekonomik ve sosyokültürel durumlar gibi faktörler etki eder(30).

#### Alkol Yoksunluk Sendromu

Alkolik kişi alkol kullanmadığı zamanlarda yoksunluk sendromu yaşar. Ağır bir yoksunluk sendromunda belirtiler dönemler şeklinde oluşur.

Erken dönem: Sıkıntı, kaygı, huzursuzluk, titreme, baş ağrısı, bulantı, stres, uykusuzluk, terleme, kalp çarpıntısı, taşikardi gibi belirtilerin görüldüğü dönemdir. Alkolün en son alınışından 6-8 saat sonra ortaya çıkar. Bu dönemde titreme yoğun olarak yaşandığı için bu döneme “sinirden titreme sendromu” (tremulous syndrome) denir. Hafif bir yoksunluk sendromunda yalnızca bu belirtiler görülür.

Alkol Halüsinozu: Alkolün alınmamasından sonraki ilk 24 saat içinde gelişir ve 2-3 hafta gibi bir dönemde seyir tablosu oluşur. Otonomik bozukluklar ve sürekli halüsinasyonlar görülür. Halüsinasyonların çoğu tehdit edici nitelikte olup, işitme halüsinasyonları şeklindedir.

Konvülsiyon: Alkolün kullanılmadığı 12-36 saat içinde ortaya çıkar. Tek bir nöbet şeklindedir, tekrarlanmaz.

Deliryum Tremens: 48-72 saat sonra ortaya çıkar. Çok ciddi ve öldürücüdür. Konfüzyon, ajitasyon, halüsinasyon, tremor, aşırı terleme, ateş, taşikardi gibi belirtiler görülür. Belirtiler 2-3 gün devam eder(31).

### 3.5.2. Kafein

Kafein ilk olarak 1820 yılında Alman kimyager Friedlieb Ferdinand Runge tarafından keşfedilmiştir. Kahveye olan düşkünlüğü ile bilinen kimyager, kafeini kahveden izole etmiştir. Kafein isminin nereden geldiği konusunda kesin bir bilgi bulunmamaktadır. Bu sözcük ilk olarak 1823 yılında bir tıp sözlüğünde geçmiştir. Kafein en fazla çay, kahve, çikolatada bulunur. Bunun yanında kolaya ve enerji verici içeceklerle de çeşitli miktarlarda katılır. Ayrıca ağrı kesici ve ateş düşürücü olarak kullanılan ilaçların içeriğinde de bulunur. Kafein, ksantin stimulanları olarak bilinen ilaç grubunun en bilindik üyesidir. Teofilin ve teobromin de bu grubun bir üyesidir. Her üç madde de aynı moleküler yapıya ve benzer farmakolojik etkiye sahiptir(26).

Kafein çay ve kahve gibi günlük hayatta sık içilen içeceklerde bulunmasından dolayı dünya genelinde en çok kullanılan psikoaktif maddedir. Kahvede % 1, çayda % 1, kolada % 2 oranında kafein bulunur(7).

Kahve, kahve ağacının meyvesinden sağlanır. Arabica ve kanefora (robusta) olmak üzere iki ağaç çeşidi vardır. Bu iki tür dünya geneli kahve üretiminin % 99'unu sağlar. 150 ml'lik bir fincan kahvedeki kafein oranı ortalama 85 mg'dır. 150 ml'lik bir bardak çaydaki kafein oranı 24-48 mg ortalama 27 mg'dır. Ayrıca çayda teofilin de bulunmaktadır. Bu da çayın bağımlılık yapma özelliğini artırır.

Çikolatada bulunan bağımlılığın sebebi ise kakaoda bulunan teobramin denilen maddedir. Bir ons (yaklaşık 28 gr) çikolatada 75-150 mg kafein ve teobromin mevcuttur.

Kafeinin günlük 600 mg ve üzerinde alınması ve 6-14 gün arası kullanılması fiziksel bağımlılığın gelişmesine neden olur. Bağımlılık gelişmiş bireyde yoksunluk

belirtileri 12-24 saat içinde ortaya çıkar. 24-48 saatte en yüksek seviyeye ulaşır. 2 haftaya kadar devam edebilir(26).

DSM V'e göre aşağıdaki ölçütlerden en az üç tanesi mevcutsa kafein yoksunluğu tanısı konulabilmektedir:

- Baş ağrısı
- Yorgunluk-uyuşukluk
- Disforik, çökkün duygu durumu
- Kolay kızma, çabuk öfkelenme
- Konsantrasyon bozukluğu
- Grip benzeri (bulantı, kusma, kas ağrısı) belirtiler(24,32).

### **3.5.3. Esrar**

Esrar (kannabis), çok eski çağlardan beri bilinen ve bağımlılığa sebep olan bir maddedir. Kullanım sıklığı sıralamasında sigara, kafein ve alkolden sonra gelir. Günümüzde, dünya genelinde en yaygın kullanılan yasadışı maddedir(33).

Halk arasında esrar veya haşhaş olarak bilinen bağımlılık yapıcı maddenin elde edildiği kenevir bitkisinin latince ismi olan “cannabis sativa” ilk kez Alman hekim, Leonhart Fuchs tarafından tanımlanmıştır. Kannabis, bodur ve yeşilimsi bir bitkidir. Erkek ve dişi olmak üzere iki ayrı tipi vardır. Bitkinin merkezinin Orta Asya olduğu düşünülmektedir. Ortadoğu topluluğu olan İskitler, kannabisi dünyaya yayan ve tanıtanlardır. Kannabis bir İskit sözcüğüdür. Kannabis bitkisi içinde 400 ü aşkın kimyasal madde bulunur. Bunların içinden ortalama 60 tanesi kannabinoidler adını alır. Kannabinoidler içinde en psikoaktif olanı THC (delta-9-tetrahydrocannabinol)'dir ve haşhaştan izole edilmiştir(26).

THC miktarı çok olan esrara haşhaş, az olana ise marihuana denir(34).

DSM V Esrar Kullanım Bozukluğu Tanı Kriterleri:

On iki aylık bir süre zarfında aşağıdaki ölçütlerden en az ikisinin görülmesi halinde esrar kullanım bozukluğu tanımlanmaktadır.

- 1- Esrar kullanımının istenilenden daha fazla miktarda ve daha uzun süreli olması
- 2- Esrar kullanımını bırakmak ya da kontrol altında tutmak için gösterilen çabaların boşa çıkması
- 3- Esrarı bulmak, kullanmak ve sonrasında zararlı etkilerinden kurtulmak için uzun zaman harcanması.
- 4- Kişinin esrar kullanmak için çok büyük bir istek duyması ve kendini kullanmak zorunda hissetmesi
- 5- Esrar kullanımını sonucu iş yerinde, evde ve okulda yüklenmiş olduğu sorumlulukları yerine getirememeye sonuçlanan ve tekrarlanan esrar kullanımı
- 6- Esrarın zararlı etkilerinin neler olduğunun bilinmesine karşın kullanımına devam edilmesi
- 7- Esrar kullanımından dolayı kişilerle ilişkilerin ya da toplumsal ilişkilerin azalması veya sonlanması
- 8- Tekrarlayıcı bir şekilde, tehlikeli boyutlarda esrar kullanımı
- 9- Esrarın sebep olduğu ya da artırdığı, sürekli veya tekrarlayıcı ruhsal ve bedensel bir sorunun olduğu bilinmesine rağmen kullanımına devam edilmesi
- 10- Esrara karşı yoksunluk gelişmiş olması
- 11- Esrara karşı tolerans gelişmiş olması(35).

#### Esrarın Kullanım Şekli:

- Esrar genellikle sigara gibi sarılarak ve tütün ile karıştırılarak kullanılır.
- Bong ya da Kova yöntemiyle esrar yakılarak buharı içe çekilir.
- Keke karıştırılıp yenir veya çaya karıştırılıp içilir.
- Haşhaş yağı şeklinde bazı yemeklerin içinde de kullanılır.

Esrarın sigara şeklinde kullanılması sonucu kişinin kalp atışlarında % 20-50 artış meydana gelir. Ortalama 3 saate kadar devam eder(6).

#### Esrarın Etkileri

Kısa süreli bellekte tutulan bilgilerin hatırlanmasını olumsuz yönde etkiler. Uzun süreli belleğe yer etmiş ve iyi öğrenilmiş bilgilerin hatırlanmasını etkilemez. Esrar

intoksikasyon durumunda temporal dağılma “temporal disintegration” durumu ortaya çıkar. Bu durum bir bilgiyi akılda tutamama ve kontrol edememe durumudur(36).

Esrar ve türevlerini kullanan kişilerde konsantrasyon güçlüğü görülür. Bu kişiler dikkatin sürdürülmesinde sorun yaşarlar ve bir konuya uzun süre odaklanamazlar(26).

Esrar kullanımını mental sağlığı bozarak yaratıcı düşünmeyi olumsuz yönde etkiler. Dikkat gerektiren durumların yerine getirilememesiyle performansı kötü yönde etkiler. El ve göz koordinasyonunu bozduğu için performans düşüklüğüne sebep olur(37).

Esrarın etkisinde olan kişi trafikte dikkat gerektirecek durumlarda gerekli tepkiyi veremez. Esrar kullandıktan sonra araç kullanmak yasalarla yasaklanmıştır(38).

Akciğeri etkileyerek bronşit, farenjit, kuru öksürük ve kansere neden olur. Sigara içenlere göre bu risk 5 kat fazladır(39).

Kalp atışlarında hızlanma, göz bebeklerinde küçülme, iştahın açılması, motor becerilerin zayıflaması başlıca fiziksel belirtileridir(40).

Esrar kullanan kişilerde kalıcı psikoz gelişir. Esrar alındıktan kısa bir süre sonra halüsinasyonlar görülür. Bu halüsinasyonlar genellikle kıskançlık ve çevreden kötülük görme şeklindedir(6).

Esrar kullanan kişilerin yaşam tarzı ve düşünce yapısı değişir. Kişilerle ilişkiler zayıflar ve motivasyonel özelliklerde sorunlar yaşanır. Bu sorunlar; günlük yapması gereken görev ve yükümlülükleri yerine getirememe, konuşma ve yazma yetisinde bozulma, bir işe uzun süre adapte olamama, plan kuramamadır. Bu belirtilerin hepsi amotivasyonel sendrom olarak belirtilir(26).

### **Esrar İntoksikasyonu**

THC’ nin kandaki seviyesinin aşırı derecede artması sonucu; metafiziksel ve öforik düşüncelerde artış, ağız kuruluğu, susuzluk hissi, gülme krizine girme, zaman-yer algısında bozulma, renklerin olduğundan daha canlı görülmesi, kısa belleğin tamamen kaybolması belirtilerinin görülmesiyle kalp atışı hızlanır ve 140’ın üzerine çıkar. Taşikardi tablosu gelişir. Bu durum kontrol altına alınmazsa kalp krizi gelişebilir. Esrar intoksikasyonu nadir de olsa öldürücüdür. Ölümcül vakalar incelendiğinde genellikle esrar ile birlikte başka bir maddenin varlığı da gözlenmiştir(41).



### **Esrar Yoksunluk Sendromu**

Esrar yoksunluğu ilk olarak DSM V ile tanımlanmıştır. Tanı kriterlerine göre esrar bağımlısı bireyde esrar alımını bıraktıktan yaklaşık bir hafta sonra aşağıdaki belirtilerden en az üçünün görülmesi esrar yoksunluğu olarak tanımlanmıştır.

- Kolay sinirlenme
- Saldırganlık ve öfke
- Uyku problemi yaşama
- İştah azalmasına bağlı kilo kaybı
- Huzursuzluk çekme
- Çökkün duygudurumu
- Karın ağrısı, titreme, terleme, ateş, ürperme, baş ağrısı gibi bedensel belirtilerden birinin olması(24,32).

### **3.5.4. Halusinojenler**

Kullanıldığında kişide hayal gördürücü etki yapan, görme ve algıyı değişik şekillerde etkileyen ve psikozlu hasta tablosundaki gibi sanrılara sebep olan maddelere halusinojenler denir. Bunun yanında tedavi amaçlı kullanılan birçok ilaçta da doz aşımı durumunda halusinojen etkiler görülebilir. Bu şekilde bağımlılığa sebep olmayan fakat doz aşımı nedeniyle halusinojen özellik gösteren maddeleri ve bağımlılığa sebep olan halusinojenleri moleküler yapı, etki mekanizması ve etki farklılığı yönünden sınıflandırmak zordur. Bu maddeleri benzedikleri nörotransmitter maddelere göre sınıflamak daha kolaydır.

Serotonine benzeyenler; LSD (Liserjik asid dietilamid), LSA (Liserjik asidamin), DMT (Dimetiltriptamin), harmin ve harmalin

Noradrenaline benzeyenler; Meskalin, miristisin ve elemisin, STP ve sentetik meskalin benzeri maddeler

Asetilkoline benzeyenler ve antikolinerjiklere benzeyenler şeklinde sınıflandırılır(26).

#### **LSD (Liserjik asid dietilamid)**

Halusinojenler içinde en güçlü etkiyi gösteren maddedir. LSD kullanıldığında kişinin algısını tamamen değiştirir. Kişiyi bulunduğu gerçek durumdan bambaşka bir âleme götürür. LSD yi kullanan kişide kullanım sırasındaki duygu durumu ile LSD etkisiyle girmiş olduğu hayal âlemindeki duygu durumu benzerlik gösterir. Kişi maddeyi kullandığı sırada üzgün ise mutsuz olur ve acı verici hayaller görür. Kullandığı esnada mutlu ise aşırı derecede neşelenir(2).

### **3.5.6. Opiyatlar**

Opiyat veya opioid sözcüğü, opiyum gibi narkotik olarak etki eden doğal veya kimyasal sentez yoluyla elde edilmiş maddeleri tanımlar. Narkotik sözcüğü “uykuya sebep olma, uyku getirici” anlamındadır. Papaver samniferum, opiyum gelinciği, haşhaş, afyon doğal opiyum kaynağıdır. Bağımlılık yapıcı bir madde olan afyon, haşhaş kapsüllerinin çizilerek çıkarılan özün uygun koşullarda hava ile temas ettirilerek kurutulmasıyla elde edilir(26).

Afyon kuru hava ile temas edince hem kıvamı hem rengi koyulaşır. Bu şekline afyon sakızı denir. En ilkel kullanım şekli bu şekilde çiğnenerek kullanılmasıdır. Afyonda yaklaşık yirmi beş çeşit alkaloid bulunur. Bunlar doğal alkaloidler (morfin, kodein, tebain) ve bunlardan kimyasal sentez yoluyla üretilen yarı sentetik alkaloidler (eroïn) şeklinde sınıflandırılır. Bunların hepsine birden opiyatlar denir(42).

#### **Morfin**

Afyon içinde miktarı en fazla olan en önemli etkiye sahip olan alkaloiddir. 1800’lü yılların başında Alman eczacı Frederick Serturmer tarafından afyondan ayrıştırılarak keşfedilmiştir. Serturmer ayrıştırdığı bu maddeye düş tanrısı Morpheus’un isminden etkilenecek morfin ismine vermiştir. Morfinin ağrı, kaygı ve anksiyete azaltma özelliği vardır. Özellikle ağrı azaltma özelliği sayesinde analjezik olarak tıp biliminde sıklıkla kullanılır. Ancak düzenli kullanımı kişide bağımlılığa sebep olur. Bu sebeple doktor kontrolünde reçete edilerek kullanılır. Etkisi 30-60 dakika içerisinde başlar, 24 saat sürebilir. Uzun süren etkisi ve şiddetli bir ağrı kesici olma

özelliği sayesinde özellikle kanser hastaları gibi ağrısı fazla olan hastalarda ve cerrahi girişimler sonrasında kullanılır(26).

### **Eroin**

Asıl ismi heroin olup Türkçe'de eroin olarak bilinir. İlk olarak 1899 yılında Bayer fabrikalarında ayrıştırılmıştır. Eroin, morfin türevidir bir alkaloid olup morfenden sentezlenen yarı sentetik bir maddedir. Yağda çözünme oranı morfine göre 10 kat daha fazladır. Beynin bütün bölgelerine etki etme özelliği ile çok daha hızlı ve kolay şekilde beyne ulaşıp beyni daha çabuk etkiler. Kısa sürede konsantrasyon seviyesi artar ve beyni daha fazla etkiler(2).

Bir defalık kullanımında bile çok yüksek bağımlılık yapma özelliğine sahiptir. Tolerans gelişme hızı çok yüksektir. Kristal görünümlü beyaz toz şeklindedir. Bu nedenle sokak dilinde peynir, toz, beyaz gibi isimlerle bilinir. Genellikle sigara şeklinde sarılarak ya da direk tozu burna çekme yöntemiyle kullanılır. Daha ileri aşamalarda ise kan yoluyla alınır(43).

Eroin kullanıldığı ilk anda mutsuzluğu, huzursuzluğu, endişe ve gerginliği azaltır. Geçici bir coşku verir. Belli bir süre sonra kişide uyuşukluk başlar, kişi çevreye kayıtsız kalır. Doğru ve yanlış ayırt edemeyen bireyde karakter yıkımı başlar(6).

### **Kodein**

İlk olarak Fransız kimyacı Pierre Jean Robiquet tarafından morfenden ayrıştırılmıştır. Beyaz renkli ve acımsıdır. Güçlü bir öksürük kesici ve analjeziktir. Analjezik özelliği morfinin onda biri kadardır. Bağımlılık yapma özelliği nedeniyle tıbbi kullanımı kontrol altındadır(2).

### **Opiyatların Etkileri**

Opiyatların ilk kez kullanımında ortaya çıkan en belirgin etki bulantı-kusmadır. Daha sonraki alımlarda bu belirti giderek azalır. Opiyat zehirlenmelerinde göz bebeği iğne başı kadar küçülmüştür. Aşırı derecede terleme, konstipasyon, erkek ve kadında azalmış cinsel aktivite, fertilizasyon diğer etkileridir(44).

İlk kullanımında hafif uykulu bir etki yapar, uyku kalitesini bozar. Etkisi geçtikten sonra kişi kendini yorgun ve dinlenmemiş hisseder(45).

Fiziksel aktiviteyi kısıtlar, sosyal etkileşim azalır ve sosyal izolasyon meydana gelir(26).

### **Opiyat Yoksunluk Sendromu**

Opiyat yoksunluk krizlerinde başka bir maddenin kullanımı veya herhangi bir hayati organın yetersizliği gibi faktörler söz konusu değilse ölümcül etki yapmaz. Belirtiler son alımdan 6-12 saat sonra başlar. 26-72 saat içinde en yüksek seviyeye ulaşır. Bir hafta içinde belirtiler azalarak sona erer. Başlıca belirtiler; sürekli esneme, üşümeye benzer nöbetler, sıcak basması, deride tüyleri yolunmuş tavuk derisi görüntüsü, öfke, rahatsızlık hissidir. Yoksunluk belirtileri tüm opiyat türlerinde aynıdır. Fakat şiddeti farklıdır. Kodeinde daha hafif seyrederek(46).

### **3.5.7. İnhalanlar**

İnhalanların kullanımı tarih öncesi döneme kadar uzanır. Antik Yunan döneminde kâhinlerin hidrokarbon gazları koklayarak trans durumuna geçip kehanette buldukları bilinmektedir(47).

İnhalanlar diğer bir adıyla uçucu solvent tipi bağımlılık, koklayarak yani solunum yoluyla kullanımı belirtir. Bu amaçla kullanılan maddeler şu şekilde sınıflandırılmıştır.

- 1- Uçucu solventler: Yapıştırıcı, tiner, benzin
- 2- Uçucu anestetik maddeler: Dietil eter, nitroz oksid
- 3- Uçucu nitritler
- 4- Aerosoller: Saç, oda ve vücut spreyleri(48).

Bu maddelerin satışı yasak olmadığı, ucuz ve temini kolay olduğu için kullanımı yaygındır. Uçucu solvent tipi bağımlılık mesleki açıdan bu maddelere maruz kalan kişilerde (boyacı, kaloriferci, sanayi çalışanları, otopark çalışanları, marangoz gibi) ve gençlerde daha fazla görülür(49).

Yatılı okullar, yurtlar, kıışlalar, yoksul bir aileden olma, düşük sosyo-ekonomik yaşam, aile ve ev ortamından uzakta olma, sıkıntılı ruh hali, başarısızlık gibi durumlar bağımlılığı teşvik etmektedir(48).

Uçucu madde kullanımında etkiler, kullanılan maddenin dozuna ve kullanım süresine göre farklılık gösterir. Genel olarak görülen fiziksel özellikler mide bulantısı, kalp

çarpıntısı, karın ağrısı, konuşma bozuklukları, kas zayıflığı nedeniyle denge problemleri, baş ağrısı, baş dönmesi, solunum güçlüğü, idrar ve dışkı tutamamadır(50).

Madde toksik olmayan dozda alındığında aşırı coşkulu ruh hali, rahatlık hissi, dengede kalmada güçlük yaşama, oluşan aşırı güven nedeniyle suç işleme eğilimi ve şiddete eğilim artar. Psikotik belirtiler doz miktarı arttıkça ortaya çıkar(51).

Halüsinasyonlar genelde görüntü şeklindedir. Hoşa giden görüntüler olduğu gibi kanlı görüntüler ve vahşi hayvanların görüntüleri ve hayaletler şeklinde de olabilir(52).

Bu evrede kişi gördüğü görüntülerin etkisiyle girmiş olduğu ruh hali ile kendine zarar verebilir(51).

Daha ileriki dozlarda istemsiz göz hareketleri, görmede bozukluklar, ağır konuşma bozuklukları ve uyuşukluk görülür. Epileptik nöbetler de ortaya çıkabilir. Bu evrede kişinin komaya girme riski yüksektir(53,54).

İngiltere’de yapılan bir çalışmaya göre uçucu madde kullanımına bağlı ölümlerin %51’inin direk toksik etkiye, %21’inin asfiksiye, %18’inin kusmuk aspirasyonuna, %11’inin ise çeşitli kazalara bağlı geliştiği rapor edilmiştir(55).

Uçucu maddelerin kullanım yolları:

- Yapıştırıcı türü maddeler bir torba içine konur kokusu içe çekilir.
- Çakmak ve tüp gazları direk çekilir
- Daksil bir parça bez üzerine dökülür ve buharı içe çekilir.
- Tiner bez parçasına dökülerek ağız ve burun yoluyla solunur(6).

Uçucu madde bağımlısı kişilerin madde kullanımından birkaç saat sonra nefeslerinde madde kokusu hissedilebilecek şekilde kokar. Bir başka belirti ise torba içinde koklanan maddeler sonrası burun ve ağız çevresinde oluşan kızarıklıklardır(52).

### **3.5.8. Sedatif-Hipnotik ve Anksiyolitikler**

Tıp biliminde yatıştırıcı ve uyutucu amaçla kullanılan sedatif-hipnotik ilaç grubunun en bilindik üyeleri barbitüratlar ve benzodiazepinlerdir. Günümüzdeki adı

anksiyolitikler olarak bilinen ilaç grubunun eski adı ise trankilizanlar olarak bilinir. İki temel etkiye sahiptirler. Bunlar sedasyon yapma (sedatif) ve uyku getirici (hipnotik) özellikleridir(2).

### **Barbitüratlar:**

İlk olarak Almanya'da Nobel ödüllü kimyacı Adolf von Baeyer tarafından imal edilmiştir. Baeyer malonik asid ve üreyi birleştirerek barbitürik asidi keşfetti. Barbitürik asidin davranış üzerine bir etkisi yoktu. Bunun üzerine molekülün yapısını değiştirerek kimyasal yönden daha aktif ve davranış üzerinde etkili olan barbitüratları sentezledi(56).

Elde edilen barbitüratlar farmakolojik yönden benzer etkiye sahiptir. Fakat etkinin başlama süresi ve etkililik süresi birbirinden farklıdır. Anestezik amaçlı kullanılan tiyopental ve metoheksital gibi barbitüratların etkisi çok hızlı olup kısa sürede etki ederler. Anestezik amaçla kullanılan bu barbitüratlar parenteral yolla uygulandığında etkileri saniyeler içinde ortaya çıkar. Sekobarbital ve amobarbital gibi sedatif-hipnotik amaçlı kullanılan ilaçların etkisi daha geç başlayıp daha uzun sürer. Fenobarbitüral ve diğer barbitüratlarda ise etki daha geç başlar ve etki etme süresi daha uzundur. Bu ilaçlar anksiyete ve epilepsi gibi tedavi süresi uzun olan durumlarda kullanılır(2).

Etki etme hızı ve süresi farklı olduğu için barbitürata olan bağımlılık ilacın türüne göre değişir. İlaç bırakıldığında ortaya çıkan yoksunluk belirtileri ağır ve kimi zaman da öldürücüdür. Barbitürata gelişen tolerans alkole göre ağır morfine göre daha hafif olarak tanımlanmıştır(57).

### **Benzodiazepinler:**

1930 yılında Leo Sternback isimli Polonyalı araştırmacı, çalışmaları sonucu çeşitli maddeler sentezledi. Sentezlediği bu maddelerden biri hariç biyolojik olarak inaktifti. Aktif olan madde klordiazepoksid olarak adlandırılıp ilk keşfedilen ve reçetelenen benzodiazepin oldu(58,59).

Benzodiazepinlerin kas gevşetici, antikonvülsan, hipnotik ve anterograd bellekte bozucu etkileri vardır. Bu etkilere sahip benzodiazepinler kas spazmları, anksiyete, insomnia, epilepsi ve anestezide sıklıkla kullanılır(60).

Benzodiazepinler de barbitüratlar gibi düzenli kullanım ve doz aşımıyla tolerans ve bağımlılık gelişmesine sebep olmaktadır. Bu nedenle kullanımı reçete ile kontrol altına alınmıştır(26).

### **3.5.9.Nikotin**

Tütün ilk olarak Amerika kıtasını keşfeden Avrupalılar tarafından farkedilmiştir. Avrupalılar tütünün başta Avrupa olmak üzere bütün dünyaya yayılmasına sebep olmuşlardır(26).

Tütünün bağımlılık yapıcı özelliği göz ardı edilerek tüm dünyada tüketimi hızla artmıştır. Sigaranın hastalık sebebi olabileceğiyle ilgili ilk çalışma 1964 yılında ABD’de yayımlanmıştır. 1971 yılında daha kapsamlı bir çalışma İngiltere’de yayımlanmıştır. 1980’lerin ortalarından itibaren birçok yerde tütünün zararlarına engel olmak için tüketime karşı kampanyalar başlatılmış, sigara satışında yaş yasağı uygulanmış ve reklamına sınırlamalar getirilmiştir. Günümüzde kafeinden sonra en fazla tüketilen maddedir. Nikotinin sebep olduğu bağımlılık en yaygın bağımlılık türüdür(2).

Tütünün öz maddesini oluşturan nikotin denilen madde, koyu renkli, acımsı tadı olan ve sıvı şeklinde olan bir tür zehirdir. Nikotinin zararlı etkilerinden bazıları şunlardır. İştahı azaltır, kanser riskini artırır, kalp ve damar hastalıklarına sebep olur, kalp hızını ve kan basıncını artırır, obstrüktif akciğer hastalığına neden olur(6).

#### **Kullanım şekli**

Nikotinin saf hali çok zehirli olduğu için saf olarak kullanılamaz. Başka maddelerle karıştırılarak kontrollü bir şekilde kullanılır. Nikotin bağımlıları nikotini sigara gibi içerek ya da tütünü çiğneyerek alırlar. Çiğnenen tütün yutulmaz, çiğnendikten sonra atılır. Nikotin tütün şeklinde direk buruna çekildiği gibi sigara dumanı şeklinde de solunabilir(26).

Bir kez kullanma ile bağımlılık yapma özelliğine göre sıralandığında nikotin ilk sırada yer alır. Bu sıra % 32 nikotin, % 23 eroin, % 17 kokain ve % 15 alkol şeklindedir(61).

### **Nikotin Yoksunluk Sendromu**

Nikotin bağımlısı birey gelişen sağlık sorunları nedeniyle madde kullanımını bırakmak istediğinde yoksunluk sendromu belirtileri ortaya çıkar(26).

Nikotin güçlü bir bağımlılık yapıcı maddedir. Kısa sürede bağımlılığa sebep olur ve şiddetli bağımlılık yapar. 90-120 dk alınmadığı zaman yoksunluk belirtileri ortaya çıkar, aynı gün en üst seviyeye ulaşır(6).

Nikotin alımı aniden kesildiğinde; aşırı artan iştaha bağlı kilo artışı, uyku sorunları, kalp atışında azalma, agresiflik, depresyon, sigara ve tütüne aşırı istek duyma gibi belirtiler görülür(62,63).

Öfke, anksiyete, uyuşukluk, huzursuzluk gerginlik, sersemlik, titreme, baş ağrısı, mide bulantısı, kusma diğer nikotin yoksunluk belirtileridir(64).

### **3.5.10.Stimülanlar**

Stimülan grubunda bulunan kokain, amfetamin ve khat gibi maddeler merkezi sinir sistemine uyarıcı etki yaparak dopamin, noradrenalin ve serotonin merkezlerini etkiler. İlaç olarak da kullanılan bu maddelere semptomimetik aminler de denir(2).

#### **Kokain**

Kokainin ilk kullanımı Güney Amerika yerlilerinin zorlu coğrafya koşullarına dayanabilmek için koka denilen bitkinin yapraklarını çiğneyerek kullanmaları ile olmuştur. 1860 yılında Albert Niemann kokaini izole ederek isimlendirmiştir(26).

1884 yılında ise Karl Koller nikotinin anestezik etkisini keşfetmiş ve lokal anestezik olarak cerrahide kullanmaya başlamıştır(26,65).

Kokain kökeni Güney Amerika olan koka bitkisinin yapraklarından çeşitli kimyasal yöntemlerle elde edilen bir alkaloid türüdür. Çok hızlı ve güçlü bir bağımlılık yapıcı madde olan kokain beyaz renkli, kristalize ve toz şeklindedir(6).

Kullanımı yasalarla sınırlandırılmış ve kontrol altına alınmıştır. Temin edilmesi illegal yöntemlerle olmaktadır. Sokak dilinde kok, si, kar, nefes, leydi gibi farklı şekilde isimlendirilmektedir(41).

#### **Kullanım şekli**



En sık kullanılan yöntem toz formunda direk buruna çekilmesidir. Enjeksiyon yolu ile deri altına ya da direk damardan uygulanması, sigara şeklinde sarılıp içilmesi ve yakılıp buharının çekilmesi gibi yöntemlerle kullanılır. Kokain kullanımından birkaç dakika sonra hissizlik başlar. Kısa bir zaman sonra öfori, aşırı neşeli ve keyifli hissetme, enerji artışı görülür. Bu durum yarım saat sürer yerini depresyona ve hayal kırıklığına bırakır(66).

Kokainin uzun süreli kullanımında, kan basıncında ve kalp atım hızında artma, göz bebeklerinde dilatasyon, öfke, saldırganlık, solunum güçlüğü, göğüs ağrısı meydana gelen etkilerdir(6).

Fazla miktarda kokain alımı intoksikasyona sebep olur. Bu durumda; hipertansiyon, anksiyete, paranoya, görsel ve işitsel sanrılar, taşikardi, solunum yetmezliği, kalp yetmezliği, inme ve komaya sebep olur(61).

Kokain kullanıldıktan sonra keyif veren etkisi kısa bir süre sonra (yaklaşık bir saat sürer) sona erer. Etkisi bittikten yaklaşık 15-16 saat sonra yoksunluk belirtileri gözlenir. Bunlar; depresif ruh hali, düş kırıklığı, halsizlik, uyku bozukluğu, çöküntü ve güçsüzlüktür(57).

### **Amfetamin**

İlk kez 1887 yılında L.Edealeno tarafından keşfedilmiştir. Amfetaminin tıbbi amaçla kullanımı ilk olarak Amerikan Tıp Birliğinin onayı ile narkolepsi hastalığında ve depresyon durumlarında olmuştur. Daha sonraki yıllarda şişmanlık sorununa çözüm olarak diyetlerde ve astım tedavisinde de kullanılmıştır(26).

Günümüzde aşırı yeme durumlarında, çocuklarda hiperaktivite tedavisinde, ruh hastalıklarında ve narkolepsi de tıbbi amaçlı kullanımı devam etmektedir(6).

Fakat amfetaminin uyarıcı ve performans artırıcı özelliği ile kötüye kullanımı artmış ve tıbbi kullanım dışında kullanılmaya başlanmıştır. Bu nedenle üretimi yasalarla kontrol altına alınmıştır. Amfetaminler kokainler gibi merkezi sinir sistemine uyarıcı etki yaparak öforik etki, aşırı keyifli ruh hali ve performans artırıcı etki gösterir. Bağımlılık yapma özelliği kokaine göre daha azdır(2).

Kullanım şekli; oral yolla, buruna çekilerek ve enjeksiyon (en etkili yöntem) yoluyla(26).

Yoksunluk Belirtileri

Anksiyete, huzursuzluk, mutsuzluk, çökkün ruh hali, sanrılar, terleme, fazla uyuma görülür. En son alımdan sonra başlar. 2- 4. günlerde en yüksek seviyeye ulaşır(2).

### **Khat**

Kullanımı antik çağlara dayanmaktadır(26).

Latince adı “catha edulis” olan khat adlı bitkinin yaprak kısmından elde edilir(67).

Yapraklar uzak yerlere taşınmada dayanıklı olmadığı için üretildiği bölge içinde kullanılmıştır. Zamanla çeşitli teknikler geliştirilerek yapraklar korunarak uzak yerlere taşınmıştır. Böylece kullanımı bölge dışına çıkmıştır. Avrupa’da 1600’lü yıllarda kullanılmaya başlanması bu sebeptir.

Aşırı dozda khat kullanımı “khat psikozisi” denilen tabloyu ortaya çıkarır. İlk khat psikozisi olgusu 1982 yılında Amerika Birleşik Devletlerinde rapor edilmiştir(26).

### **3.6. Madde Kullanım Bozuklukları**

DSM V’te her maddenin kendine has özelliklerini ortaya koymak, tanılama ve tedavi programlarının daha sağlıklı oluşturulmasını sağlamak amacıyla, her madde için özgül özellikler düşünülerek tanı ölçütleri geliştirilmiştir. DSM V’te yapılan en önemli değişikliklerden biri craving (aşırma düzeyinde tutkulu özlem) kavramı tanı ölçütlerine eklenmiştir (35).

DSM-V’in tanı kriterlerine göre on iki aylık bir süre zarfında, aşağıdaki ölçütlerden en az ikisinin gözlenmesi, belirgin bir sıkıntıya veya işlevsellikte düşmeye sebep olan sorunlu bir madde kullanım örüntüsünü işaret eder.

- 1- Madde kullanımının, çoğu zaman düşünüldüğünden daha fazla miktarda ve daha uzun süreli olması
- 2- Madde kullanımını kontrol etmek ya da bırakmak için gösterilen çabaların boşa çıkması
- 3- Maddeyi bulmak, kullanmak ya da bırakmak için uzun zaman harcamak.
- 4- Kişinin maddeyi kullanmak için çok büyük bir istek duyması ve kendini kullanmak zorunda hissetmesi

- 5- Madde kullanımı sonucu iş yerinde, evde ve okulda yüklenmiş olduğu sorumlulukları yerine getirememeye sonuçlanan ve tekrarlanan esrar kullanımı
- 6- Maddenin zararlı etkilerinin neler olduğunun bilinmesine karşın kullanımına devam edilmesi
- 7- Madde kullanımından dolayı önemli kişiler arası ya da toplumsal ilişkilerin bırakılması veya azaltılması.
- 8- Tekrarlayıcı bir şekilde, tehlikeli boyutlarda esrar kullanımı
- 9- Esrarın sebep olduğu ya da artırdığı, sürekli veya tekrarlayıcı ruhsal ve bedensel bir sorunun olduğu bilinmesine rağmen kullanımına devam edilmesi
- 10- Kullanılan maddeye karşı tolerans (dayanıklılık) gelişmiş olması
  - a- Maddenin aynı ölçüde alınmasına karşın etkisinin azalması
  - b- İstenen etkiyi yakalamak için artan miktarda madde kullanımı
- 11- Kullanılan maddeye karşı yoksunluk gelişmiş olması(35).

### **3.7. Madde Bağımlılığı Epidemiyolojisi**

Bir ülkenin yapılan çalışmalar sonucu madde kullanım yaygınlığının belirlenmesi; ülke politikasının oluşturulması, uygulanması ve ölçülmesi bakımından oldukça büyük önem taşımaktadır. Ülke genelinde maliye, güvenlik, sağlık, eğitim gibi alanlarda yapılan bütün çalışmaları yakından etkilemektedir(68).

Türkiye’de ve dünyada madde kullanım yaygınlığını tespit etmek amacıyla yapılan epidemiyolojik araştırmaları sınırlayan etkenler vardır. Bunlar;

- Madde kullanımının suç sayılması, yasalarla kontrol altına alınması, toplumun ahlak kurallarına ters düşmesi sebebiyle kullanımın gizli tutulması
- Genel örnekleme ulaşmada güçlük yaşanması
- Madde kullanıcılarının belirli bir bölgede yoğunlaşmaları ile genel bir dağılım çizelgesinin oluşturulamaması
- Yapılan çalışmaların genellikle anket çalışması oluşu nedeniyle katılımcıların anketleri yanlış cevaplaması olarak sıralanabilir (69,70).

Türkiye’de genel nüfusta yapılan en kapsamlı çalışmalardan biri 2011 yılında Türkiye’de Genel Nüfusta Tütün, Alkol ve Madde kullanımına yönelik Tutum ve Davranış Araştırması (TUBİM GBS Araştırması) TUBİM tarafından yapılmıştır.

TÜİK tarafından belirlenen 25 ilde yürütülen çalışma kesitsel olarak seçilen bir örneklem üzerinden yürütülmüştür. Yüz yüze görüşme yöntemi kullanılan çalışma 2011 yılı eylül-aralık aylarında uygulanmıştır. Türkiye’ye özel hazırlanan anket EMCDDA, Avrupa Model Anketi (EMQ) ve Avrupa ülkelerinde uygulanan anketler göz önüne alınmıştır.

- Çalışmada toplam 8.045 kişiyle görüşülmüştür. Ankete katılım oranı % 43,9 olarak belirlenmiş olup % 49’u kadın, % 51’i ise erkek olmak üzere yaş ortalaması 34 olarak hesaplanmıştır.

- Çalışma sonucuna göre; Türkiye’de 15-64 yaş grubunda herhangi bir yasa dışı bağımlılık yapıcı maddenin en az bir kere deneme oranı % 2,7 olup kadınlarda % 2,2 erkeklerde % 3,1’dir.

- Katılımcıların % 51,8’i tütün, % 28,3’ü alkol, % 0,7 ‘si esrar, % 0,05’i kokain, % 0,1’i amfetamin, % 2,7’si herhangi bir maddeyi denemiştir.

- Genç yetişkinlerde (15-34 yaş) madde kullanım yaygınlığı, genel nüfusa göre (15-64 yaş) daha yüksektir(71,72).

Cinsiyete dayalı yapılan bir araştırmaya göre madde kullanan kadınların boşanmış olup ve daha önce intihar girişiminde buldukları tespit edilirken kullandıkları maddeler; eroin, meperidin ve benzodiazepin olarak belirlenmiştir. Erkeklerde ise daha önce tedavi görmüş ve suç teşkil edecek unsurlardan dolayı cezaevinde yatmış kişiler oldukları tespit edilip kullandıkları maddelerin daha çok esrar ve uçucu maddeler olduğu belirtilmiştir(73).

Avrupa’da ve Dünya’da yayınlanan uluslararası raporlarda esrarın en yaygın kullanılan madde olduğu belirtilmiştir. Dünya genelinde esrar kullanım oranının % 2,6 - % 5 olduğu, kullanıcı sayısının yaklaşık 119-225 milyon arası olduğu tahmin edilmektedir(74).

Genç nüfusta madde kullanım yaygınlığı tespiti için TUBİM 2011 yılında çok kapsamlı bir çalışma yapmıştır. 32 ilde toplam 129 okulda yürütülen bu çalışma lise 2. sınıfta bulunan toplam 877.730 öğrenciye uygulanmıştır. Çalışma sonucunda

herhangi bir yasa dışı maddenin en az bir kez deneme oranı % 1,5 olarak tespit edilmiştir. Maddeyi ilk kez kullanma yaşı 14 olarak belirtilmiştir(71).

Genç nüfusta yapılan çalışmalardan biri olan 2001 yılında 15-17 yaş grubundaki öğrencileri kapsayan ve 9 ilde yürütülen çalışma sonucuna göre yaşam boyu en az bir kez esrar kullanma oranı % 3, eroin kullanma oranı ise % 2,1 olarak bulunmuştur(75).

Üniversite öğrencilerine uygulanan ve Ankara’da yapılan bir çalışma sonucunda esrar ve eroin kullanım oranı % 8, halüsinojen ve kokain kullanım oranı ise % 5 olarak bulunmuştur. Bir başka çalışma da İstanbul Üniversitesi öğrencilerine 1990 yılında uygulanmıştır. Bu çalışma sonucu esrar kullanım oranı % 6, sakinleştirici ilaç kullanım oranı % 15, uyarıcı ilaç kullanım oranı ise % 2,6 olarak bulunmuştur(76).

ASAGEM’in gençlerdeki madde kullanım yaygınlığını tespit amacıyla 2008 yılında 65 ilde yürüttüğü “ergen profili” adlı araştırmasında yaşları 13-18 olan gençlerin yaşam boyu en az bir kez esrar kullanma oranı % 1,9 olarak bulunmuştur(77).

2010 yılı Dünya Uyuşturucu Raporunda, dünya geneli amfetamin ve türevlerinin kullanım oranının 30-40 milyon kişiye ulaştığı ayrıca gelişmekte olan ülkelerde başta amfetamin ve türevleri olmak üzere diğer bağımlılık yapıcı madde kullanan kişi sayısının her geçen gün arttığı belirtilmiştir(78).

### **3.8. Madde Bağımlılığının Önlenmesi**

#### **3.8.1 Önleme**

Önleme, kişilerin madde kullanmasını ve eğer kullandıysa bağımlı hale gelmesini engellemeye yönelik koruyucu sağlık hizmetlerine verilen addır. Madde bağımlılığının tüm dünyada giderek artması, bağımlılık geliştikten sonra bağımlı kişilerin tedavi sürecinin zor ve uzun bir süreci kapsamaması, önleme programlarının tüm dünyada giderek önem kazanmasına sebep olmuştur.

Bağımlı kişilerin maddeden arınma sürecinde yani tedavi sürecinde kişinin istekli ve kararlı olması önemli bir noktadır ve tedaviye katkısı büyüktür. Buna rağmen bağımlı kişinin tamamen maddesiz bir yaşamı başarma ihtimali düşüktür. Bağımlılıkta tedavi sürecinin altı ay ve daha uzun süreli olması tedavinin etkinliğini artırmakta ve bağımlılıkla mücadelede daha verimli sonuçların alınmasını sağlamaktadır. Uzun süren tedavi süreçleri ise maliyeti artırmakta ve kaynak temininde güçlükler oluşturmaktadır. Önlemeye yönelik yapılan tüm koruyucu hizmetlerin maliyetinin, tedaviye yönelik yapılan müdahale maliyetinden daha düşük olduğu görülmüştür. Ayrıca tedavi sürecinde, kişinin nüks oranı oldukça yüksektir. Madde kullanımını yeniden tetikleyen birçok etken vardır. Bu etkenleri en asgari düzeye indirmek oldukça zor ve uğraş gerektiren uzun bir danışmanlık hizmeti gerektirmektedir(20,23,79).

Önlemeye yönelik uygulanacak programların genel amaçları şu şekildedir:

- Bağımlılığa sebep olan maddeler hakkında bilgilenmenin sağlanması,
- Risk faktörlerinin tanıtılması,
- Sorumluluk duygusu ve karar alma becerisinin kazandırılması ve artırılması,
- Maddeye hayır diyebilme becerilerinin geliştirilmesi,
- Davranış değişikliğinin sağlanması,
- İletişim ve sosyal becerilerin artırılması,
- Madde isteği ile baş etme becerilerinin kazandırılması

Madde bağımlılığı ile mücadele ve önleme çalışmalarında üç aşama vardır. Bunlar;

1. Birincil Koruma: Hedef; maddeyle henüz tanışmamış, maddeyi henüz kullanmamış fakat risk taşıyan gruplardır (ergenler, işyerleri vb.). Amaç eğitim yoluyla madde kullanımını önlemeye yönelik çalışmalar yapmaktır. Kişiyi madde kullanımından korumayı amaçlayan eğitimin amacı; madde bağımlılığının zararları hakkında kişiyi bilgilendirerek, maddeye hayır diyebilme yetisini kazandırmaktır.
2. İkincil Koruma: Bu aşamada amaç, erken tanı koyarak bağımlılık gelişmeden gerekli önlemlerin alınmasını sağlamaktır.
3. Üçüncül Koruma: Bu aşamada amaç, bağımlı kişilerin madde kullanmayı bırakmasını sağlamak ve bıraktıktan sonra tekrar madde kullanmaya başlamasını önlemektir. Diğer bir amaç ise, madde kullanımı sonucu ortaya çıkan zararların

önlenmesidir. Bulaşıcı hastalıklardan korunmaya, suça iten nedenleri azaltmaya ve zararları en az düzeye indirmeye çalışılır(80,81).

### 3.8.2. Önleme Çalışmaları

Madde bağımlılığını önlemeye yönelik çeşitli programlar yürütülmektedir.

**Bilgilendirme:** Madde kullanımının etkileri ve ortaya çıkan olumsuz sonuçları konusunda insanları bilgilendirmek, bu konuda bilinen yanlış düşünceleri düzeltmek ve bağımlı kişilere karşı olumsuz tavırları gidermek amaçlarını taşır.

**Eğitim:** Programlı eğitim yaklaşımı standart bir şekilde hazırlanmış paket eğitim programlarının uygulanmasını içerir. Bağımlılığa sebep olan madde konusunda eğitimin diğer dersler ya da genel sağlık eğitimi içinde yer almasının çok daha etkili olduğu bildirilmektedir. Bireysel gelişimi kazandırma konusunda amaç bireyin kendine olan güvenini ve sosyal becerilerini artırmak, karar verme becerisini geliştirmek ve kişilerarası ve toplumsal ilişkilerini düzeltmeyi amaçlar.

**Toplumsal Çalışmalar:** Toplumun tümüne yönelik etkinlikleri kapsar. Bunlar; kamuoyuna yönelik bilgilendirme ve eğitim çalışmaları, kamuoyunda madde karşıtı bir değer geliştirmek gibi etkinliklerdir. Sivil toplum kuruluşlarının desteğini almak ve danışmanlık merkezlerinin kurulması da toplumun bilinçlendirilmesinde önemli rol taşımaktadır(80).

## 3.9. Madde Bağımlılığı Etiyolojisi

### 1-Psikolojik Faktörler

- Gerginlik, huzursuzluk, öfke durumu
- Sosyal yönden içe dönük olma, sosyal ilişki kuramama ve sosyalleşememe durumu
- Problem çözme yetisinde zayıflık

-Öz yeterlilik ve başa çıkma yeteneğinin gelişmemesi

-Kişilik özellikleri; düşük özgüven, kaygı seviyesinin yüksek oluşu, asilik, inançsızlık, saldırgan kişilik yapısı(6,82).

Psikoseksüel gelişim dönemindeki çocukta gelişen güven ve sevgi eksikliği durumu, çocuğun yetişkin dönemde içe dönük olmasına ve kaygı yaşamasına sebep olur. Kişinin bu duyguyu bastırmak amacıyla bağımlılık yapıcı maddeye yöneldiği yapılan çalışmalarla tespit edilmiştir(83).

## **2- Kalıtsal Faktörler**

1- Ailede Madde kullanım durumunun varlığı

Ailesinde tütün bağımlısı olan kişilerin tütün bağımlısı olma riski diğer bireylere göre 2-4 kat daha fazladır(84).

Alkol bağımlısı olan ebeveynlerin çocuklarının da alkol bağımlısı olma riski 4-5 kat daha fazladır(85).

Eroin bağımlısı kişilerin ailelerinin %5' inde bağımlılık tespit edilmiştir(86).

2- Cinsiyet

Yapılan çalışmalarla bağımlılıktaki genetik etkinin erkeklerde kadınlara oranla daha fazla olduğu tespit edilmiştir(87).

Alkolün genetik etkisi üzerine yapılmış bir çalışmada; alkol bağımlısı aileye sahip erkek çocuklarında 4 kat artmış bir alkol bağımlılığı söz konusuken kız çocuklarında belirgin bir kalıtsal etki tespit edilememiştir(88,89).

3- Yaş

TUBİM 2012 raporuna göre, Türkiye'de ve dünyada madde bağımlılığı incelendiğinde, bağımlılığın genç dönemde başladığı görülmektedir. Bu nedenle özellikle ergenlik dönemini de kapsayan lise ve üniversite dönemi riskli yıllar sayılmıştır(71).

## **3-Biyolojik Faktörler**

İnsan beyinde sinir sisteminin görevini yerine getirmesini sağlayan reseptörler mevcuttur. Dışarıdan alınan eroin ve benzeri bağımlılık yapıcı maddeler bu reseptörleri etkilemekte, sayısını ve şeklini değiştirebilmektedir. Bozulan bu yapı bağımlılık sebebidir. İnsan bedeninin kendi salgısı olan ve morfin benzeri etkisi olan



endorfin bedenin kendi ürettiği bir opiyattır. Ağrıyı giderme özelliği olan endorfin belli bir miktarda üretilir. Dışarıdan alınan opiyatların bu dengeyi bozduğu ve endorfin üretimini azalttığı tespit edilmiştir. Kendi ürettiği opiyatı azalan vücut dışardaki opiyata muhtaç hale gelir. Bunun sonucunda bağımlılık gelişir(6).

#### **4-Sosyokültürel Faktörler**

Kişinin maddeye kolay ulaşabilmesi, madde kullanan kişilerle aynı sosyal ortamın paylaşılması, toplum tarafından madde kullanımının kabul görüyor olması ve normal sayılması madde kullanımını kolaylaştırıcı etki yapar. Sosyoekonomik düzey kullanılan madde türünü etkiler. Örneğin yoksul ailenin çocukları daha çok uçucu madde kullanırken, zengin aile çocuklarının daha çok kokaini tercih ettiği tespit edilmiştir.

Akran etkisi:

Aynı yaş grubu kişilerin madde kullanımında birbirine özendiği tespit edilmiştir.

Din:

Dinin yasaklayıcı tavrı toplum tarafından maddenin kabul görmemesini sağlar. İnançsız toplumlarda madde kullanım oranı daha yüksektir.

Aile:

Aileden aşırı derecede baskı görmüş olan, ailesinde madde bağımlılığı öyküsü olan, boşanmış ya da ayrı yaşayan ebeveynlere sahip olan çocuklarda bağımlılık riski daha fazladır(6).

### **3.10. Madde Bağımlılığı Tedavisi**

Madde kullanım bozuklukları tedavisinde “doğru yöntem” ya da “en iyi yöntem” diye nitelendirebilecek bir yöntem yoktur. Tedavi kişiden kişiye göre değişip iyileşme süreci uzun bir süreyi kapsamaktadır. İyileşme sürecini etkileyen birçok faktör vardır. Bunlar; tedaviye devam etme süresi, tedaviye uyum sağlayabilme, madde bağımlısı bireyin kişilik özellikleri, bağımlı kişinin tedavideki kararlılığı ve

bağımlı kişinin kullandığı madde türü ve kullanım süresi gibi faktörlerdir. Hem bağımlılık yapıcı maddelerin sayıca fazla olması, hem de bağımlı kişinin madde kullanımını dışında sosyal, ekonomik ve psikolojik sorunlarının olması tedavinin kişisel ihtiyaca göre düzenlenmesini gerektirmektedir. Uygun tedavi görenlerde tedavi süreci oldukça iyi gelişir(6).

### **1-Medikal Tedavi:**

İlaçla tedavi kısa ve uzun süreli programlar olarak iki aşamada gerçekleşir. İlk aşamada ya da kısa süreli tedavide amaç madde eksikliğine bağlı ortaya çıkan yoksunluk belirtilerini denetim altına alarak bozulan tabloyu düzeltmek ve hastanın maddenin yüksek dozlardaki öldürücü etkisinden kurtulmasını sağlamak yani entoksikasyonla mücadele etmektir. Bu amaçla hastalara uygun antagonist ilaçlar uygulanır. Antagonist ilaçlarla bozulan organ fonksiyonlarından dolayı ortaya çıkan yetmezlik durumu düzeltilmeye çalışılır. Bunun yanında madde eksikliğinden kaynaklanan agresiflik durumunu kontrol altına almak ve uyku düzenini sağlamak amacıyla yatıştırıcı türde psikotrop ilaçlar kullanılır. Hastanın sıvı-elektrolit dengesine dikkat edilir. Antiepileptik tedavi ise özellikle sedatif-hipnotik yoksunluklarda kullanılır. Uzun süreli tedavi taburcu olduktan sonraki tedaviyi içermektedir. Bu aşamada uygulanan tedavide antagonist tedavi ile yerine koyma tedavisi ve kişinin ruhsal durumuna göre değişen psikotrop ilaç tedavisi kullanılır. Klinikten ayrı evde yürütülen bu dönemde, kişinin bu süreci disiplinli bir şekilde devam ettirmesi zordur. Tedavi sürecinden kopmalar ve ilaç tedavisini sürdürememe gibi düzensizlikler yaşanabilir. Bu dönemde maddeye tekrar başlamalar (nüks) sık görülür. Nüks ihtimalinin yüksek olduğu bu dönemde hastaya destek çok önemlidir. Hastanın sosyal ve ruhsal iyileşmesinin sağlanabilmesi için uzman kişinin hastayı belli aralıklarla ziyaret etmesinin yanında, ailenin vereceği destek ve çevrenin vereceği sosyal desteğin bu dönemde çok büyük önemi vardır(8,90).

## **2- Psikososyal Tedavi:**

Madde kullanım bozukluğu uzun soluklu bir süreçtir. Bu süreçte ilaç tedavisi her ne şekilde seçilirse seçilsin nüks ihtimali çok yüksektir ve tek başına etkili değildir. İlaç tedavisine paralel olarak psikososyal bir iyileştirme programı hazırlanarak hastanın ruhsal ve sosyal iyileşmesine destek olunmalıdır. Psikososyal tedavide temel amaç bağımlı bireyi topluma yeniden kazandırmaktır. Bu tedavide uygulanan programlar sırasıyla bağımlı bireyi maddeden arındırma, bağımlılığa sebep olan bedensel, ruhsal ve toplumsal etkilerden kurtarma ve kişiyi topluma yeniden kazandırmadır(91).

Tedavinin psikolojik destek kısmında, bilişsel davranışçı terapi (BDT) denilen yöntem etkili bir yöntemdir. Bu yöntemle kişiye maddenin kötü yönleri gösterilerek madde ile ilgili doğru olmayan inançların belirlenmesi amaçlanmıştır(92).

Avcı'nın yaptığı çalışmada tedavide, bilişsel davranışçı grup terapisinin relapsa etkisi sınanmıştır. Araştırmada, bilişsel davranışçı grup tedavisinin bağımlılık tedavisi görmüş bireylerde relaps değerlerini azaltmadaki etkisi sınanmış ve bilişsel terapi alan ve terapi almayan gruplara ön test ve son test uygulanmıştır. Elde edilen sonuç ile terapiye katılan grupta madde kullanma isteğinde anlamlı bir şekilde düşme görülürken, terapiye katılmayan grupta ise herhangi bir değişiklik gözlenmemiştir(93).

### **Tedavinin aşamaları**

#### **1-Tedaviye Yönlendirme:**

Başarılı bir tedavi sürecinin gelişmesi, kişinin tedavi olmayı kendinin istemesi ve tedaviye yönlendirilmesi için motive edilmesi gereken dönemdir. Bu durumda motivasyonun sağlanması için uygun motivasyonel görüşme teknikleri kullanılmalıdır(6).

Alkol ve madde kullanım bozukluklarının tedavisinde günümüzde kullanılan en etkili yöntemlerden biri de motivasyonel görüşme teknikleridir(94).

Kişinin motivasyonunun belirlenmesi, motivasyonun hangi düzeyde olduğu ve motivasyonun yükseltilmesinin tedaviye olumlu etkisinin olduğu belirlenmiştir(95–97).

Motivasyonel görüşmenin sigarayı bırakmadaki etkinliğini araştıran bir çalışmada, deney grubunu oluşturan 74 hasta ve kontrol grubunu oluşturan 63 hasta ile çalışılmıştır. Deney grubundaki hastalara üç ay arayla iki kez motivasyonel görüşme yapılmış ve sonuç incelendiğinde sigarayı bırakma oranı deney grubunda % 29, kontrol grubunda ise % 18 olarak bulunmuştur(98).

Motivasyonel görüşmenin madde bağımlılarında yoksunluk etkisinin araştırıldığı bir çalışmada ise 50 kontrol, 50 deney olmak üzere toplam 100 morfin bağımlısıyla araştırma yapılmış. Deney grubunda bulunan 50 morfin bağımlısı ile beş kez motivasyonel görüşme sağlanmıştır. Kontrol grubunda ise standart uygulanan tedaviye devam edilmiştir. Sonuç olarak deney grubunun morfin alma isteği, kontrol grubuna göre anlamlı bir şekilde az bulunmuştur(99).

#### 2-Hastanın Toplumdan İzole Edilmesi:

Hasta özel bir kliniğe yatırılarak tedaviye başlanır.

#### 3-Detoksifikasyon (Temizlenme Dönemi):

Vücudun maddeden tamamen arındırılması sürecini kapsar. Vücutta madde eksikliğine bağlı gelişen yoksunluk belirtilerinin daha hafif seyretmesi için kişide sakinlik hissi yaratacak tıbbi ilaçlar verilir(100).

#### 4- Terapi Dönemi:

Kişinin maddeye başlamasına sebep olan sosyal ve psikolojik problemlerin araştırılmasını ve bu etkenlerin ortadan kaldırılarak, kişinin kendini anlayabilme ve kendini gerçekleştirebilme yetisine sahip olabilmesi için gerekli tedbirlerin alındığı dönemdir. Bu dönemde amaç kişinin madde zararlarını anlamasını sağlamak ve maddeye tekrar başlamasına engel olabilmek için gerekli yetileri kazandırmaktır(91).

Madde kullanımına tekrar başlamayı engellemek amacıyla; riskli durumları saptama, madde kullanma isteğiyle başa çıkabilme, sorun çözebilme yeteneğine ulaşma, stresle başa çıkabilme, öfke kontrolü, ısrarların üstesinden gelme, kendisiyle başa çıkabilme ve kendini gerçekleştirebilme, gerektiği durumlarda hayır diyebilme becerisine ulaşma ve kişiler arası iletişim geliştirme gibi beceriler kazandırılma konusunda gerekli destek sağlanmalıdır(6).

#### 5- Rehabilitasyon Dönemi:

Rehabilitasyon dönemi, madde kullanımını sebebiyle bozulan kişilerarası ve toplumsal ilişkilerin yeniden kurulmasını sağlama, aile ve çevreyle olan ilişkileri düzenleme ve

yeni bir iletişim geliştirme dönemidir. Madde kullanımı insani ilişkileri etkilediği gibi kişinin davranış biçiminin de değişmesine sebep olmaktadır. Bu dönem değişen davranış kalıplarının yıkılıp yerine yeni davranış biçimlerinin kazandırılmasını sağlar. Bu da kişinin bulunduğu ortamdaki ayrılıp yeni bir çevreye geçmesi ile mümkün olur. Yeni bir çevre yeni bir hayata geçmeyi daha kolay kılar. Bu dönemde uzman desteği ile sağlanan terapiler kadar kişinin kendisinin de desteği ve isteği son derece önemlidir(6).

### **3.10.1. Madde Bağımlılığı Tedavisinde Temel İlkeler**

- 1- Madde bağımlılığı tedavisinde uygulanacak tedavi kişiye özgü olmalıdır. Yani kişisel özellikler ve sorunlar göz önüne alınarak tedavi belirlenmeli. Her bireye uygun tek bir yöntem yoktur.
- 2- Etkili bir tedavide kişinin sadece madde kullanımıyla ilgilenilmez. Kişinin sosyal, ekonomik, ailesel ve çevresel sorunları da ele alınarak tedavide bütüncül bir yaklaşım izlenir.
- 3- Tıbbi ilaç desteği ile psikolojik tedavi birlikte uygulanır.
- 4- Madde bağımlılığı tedavisi uzun süreli bir program içerir. Kişinin tedavi süresinin sonuna kadar tedavide kalması desteklenmeli. Kısa süreli tedaviler etkili değildir.
- 5- Tedavi olacak kişinin kendini hazır hissetmesi ve kararlı olması tedavi sürecini kolaylaştırır ve tedavi etkinliğini artırır.
- 6- Tedavi programı kişiye uygun olarak hazırlanmalı ve kişinin müsait olmadığı zamanlarda esnetilebilmelidir.
- 7- Tedavi esnasında kişinin maddeye başlayıp başlamadığı sık sık kontrol edilmeli, tedavi sürecinde maddeye tekrar başlama sık görülen bir durumdur.
- 8- Tedavi sürecinde hepatit, tüberküloz, AIDS gibi enfeksiyon hastalıklarının da takibi yapılmalı ve hasta bu konuda bilgilendirilmelidir (6).

Madde kullanım bozukluğu tedavisinde temel hedef, madde kullanan bireyin kullandığı maddeyi bırakmasını sağlayarak, sosyal, fiziksel ve ruhsal yönden

iyileşmesini, ekonomik yönden düzelmesini sağlamak ve bozulan ailesel ve çevresel ilişkilerini düzenlemesine destek olmaktır.

### **Madde Bağımlılığı Tedavisinde Aile Desteğinin Etkisi**

Madde kullanım bozukluğu tedavisinde aileye düşen en önemli rol, bağımlı kişinin temiz kalma sürecinde oynadığı roldür. Yapılan çalışmalarda ailenin tedavi sürecine katılımı ile nüks (maddeye yeniden başlama) oranlarının azaldığı tespit edilmiştir. Tedavi sırasında ve sonrasında aile desteği ile iyileşme süresinin kısaldığı tespit edilmiştir. Aile terapileri aile desteğinin kalitesini artırır. Sorunun bir aile sorunu olduğu düşünülecek olursa, aile fertlerinin tedavisi gerçek başarıyı getirecektir(101,102).

### **Madde Bağımlılığı Tedavisinde Sosyal Desteğin Etkisi**

Sosyal destek, kişinin sevildiğine, korunduğuna, kabul edildiğine ve saygı gördüğüne inandığı bir sosyal sisteme bağlanması ve değerli bulunduğu sosyal gruba bağlılık geliştirmesi olarak yorumlanır. Yapılan çalışmalarda kişinin algıladığı sosyal desteğin psikolojik rahatsızlıklara, ruhsal sorunlara iyi geldiği ve anksiyete seviyesini azalttığı tespit edilmiştir(103).

Sosyal destek ilgi alaka göstererek, sözle veya dokunarak sevgi belirterek ve ortak faaliyette bulunarak sağlanabilir. Madde kullanım bozukluğu tedavi sürecinde, bireyin iyileşmesinde önemli bir etkiye sahiptir. Ailenin ve sosyal çevrenin sağlayacağı destek sayesinde kişi sorunları çözmede yardım alacağı kaynakları keşfetmede zorlanmayacaktır. Bu süreçte destek alan birey kendi benliğinin farkına vararak, kendini kabullenmede zorlanmayacaktır. Ayrıca kişideki çaresizlik duygusunu ortadan kaldırarak sorunlar karşısında daha sağlam durup yeni yollar aramaya yardımcı olur. Bu şekilde kişide özgüven gelişir ve kişinin kendini iyi hissetmesinde etkili olur(104).

### **3.11. Türkiye’de Madde Bağımlılığı ile Mücadelede Görevli Aktörler**

Ülkemizde birçok kamu kurum ve kuruluşları, sivil toplum örgütleri ve yerel yönetimler madde bağımlılığı konusunda gerekli çalışmalar yapmakta ve madde bağımlılığının önlenmesine ve tedavi edilmesine yönelik girişimlerde bulunmaktadır. Bağımlılıkta yapılacak etkin bir mücadele; kurum ve kuruluşların eşgüdümlü bir şekilde, koordineli olarak koruyucu, önleyici, tedavi ve rehabilite edici çalışmaları ile mümkündür(100).

Türkiye’de madde bağımlılığı ile mücadelede görevli tüm kurum ve kuruluşlar bağımlılık ile ilgili yasal düzenlemeleri Türkiye Cumhuriyeti Anayasası’nın 58. Maddesinde yer alan “...Devlet, gençleri alkol düşkünlüğünden, uyuşturucu maddelerden, suçluluk, kumar ve benzeri kötü alışkanlıklardan ve cehaletten korumak için gerekli tedbirleri alır” hükmüne göre düzenlemektedir.

Bağımlılıkla mücadelede uygulanan politikalar;

1. Arz azaltımı - Arz ile mücadele etme: Doğrudan bağımlılık yapan maddeyi hedef alarak madde erişim ve kullanımına kısıtlamalar ve yasaklar getirmeyi amaçlayan politikalar. Madde kaçakçılığıyla mücadeleyi kapsar.

2. Talep azaltımı - Zarar azaltımı: Bağımlılığa sebep olan maddelere yönelimin önüne geçilmesi, madde kullanımının kişiler, aileler ve çevre üzerindeki olumsuz tıbbi, sosyal ve ekonomik etkilerini en aza indirmeyi amaçlayan politikalar. Madde bağımlılığıyla mücadele kapsamında tedavi ve rehabilitasyon sürecini de kapsar(14,105).

#### **3.11.1. Arz ile Mücadeleden Sorumlu Aktörler**

##### **1. Emniyet Genel Müdürlüğü**

Emniyet Genel Müdürlüğü (EGM) bünyesinde Kaçakçılık ve Organize Suçlarla Mücadele Daire Başkanlığı (KOM) altında bir şube müdürlüğü olarak faaliyet göstermekte olan TUBİM (Türkiye Uyuşturucu ve Uyuşturucu Bağımlılığı İzleme

Merkezi) kurulmuştur. TUBİM, EMCDDA (Avrupa Uyuşturucu ve Uyuşturucu Bağımlılığı İzleme Merkezi)'nin Türkiye Ulusal Temas Noktası görevini yerine getirmek amacıyla Başbakanlık makamınca kurulmuştur(100).

2.Jandarma Genel Komutanlığı

3.Gümrükler Muhafaza Genel Müdürlüğü

4.Sahil Güvenlik Komutanlığı

5.Gıda-Tarım ve Hayvancılık Bakanlığı

Bitkisel Üretim Genel Müdürlüğü; Türkiye'de sanayide de kullanılan kenevir bitkisinin yasal yollardan üretimiyle ilgilenir.

Toprak Mahsülleri Ofisi; Türkiye'de, Birleşmiş Milletler teşkilatı denetiminde yasal olarak haşhaş üretimi yapılmaktadır. Türkiye'de üretilen haşhaşın amacına uygun, kontrollü ve çizilmemiş haşhaş kapsülü şeklinde olmasını kontrol eder.

6. Maliye Bakanlığı - Mali Suçları Araştırma Kurulu Başkanlığı (MASAK)

7. Adalet Bakanlığı - Adli Tıp Kurumu

8. Sağlık Bakanlığı - Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu

Tıbbi amaçla kullanılan uyuşturucu ve psikotrop madde ve müstahzarlarının ithalatı, imali, ihracatı, alımı, satımı, yurtiçi dağıtımları, stok durumları ile halka intikaline kadar olan yasal ticareti, Türkiye'nin de taraf olduğu Birleşmiş Milletler 1961, 1971 sözleşmeleri ile mevcut kanun, kararname, yönetmelik, tamim ve genelgeleri uyarınca Sağlık Bakanlığı İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu tarafından yapılmaktadır(71,105).

### **3.11.2. Talep Azaltımı, Tedavi ve Rehabilitasyon ile Görevli Aktörler**

1. Adalet Bakanlığı Ceza ve Tevkifevleri Genel Müdürlüğü

Madde bağımlılığı kaynaklı suçlardan ötürü ceza almış hükümlülerin ve tutukluların tedavi ve rehabilitasyonu için ceza infaz kurumlarından alınan önlemler önemli bir rol oynamaktadır.

2. Denetimli Serbestlik Daire Başkanlığı



Görev alanına giren konularda çocuk ve gençlere özel dikkat gösterilmesini, özellikle uyuşturucu, uyarıcı veya bu etkiyi doğuran her türlü madde kullanımı ve aile içi şiddet söz konusu olduğunda, koruyucu ve tedavi edici yöntemlerin özenle uygulanmasını sağlamak görevleri arasındadır.

### 3. Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı

Bireylerin madde bağımlılığından korunmasına ve aile kurumunun bilinçlendirilmesine yönelik görevleri bulunmaktadır.

### 4. Milli Eğitim Bakanlığı

Psikososyal önleme, koruma ve müdahale hizmetleri ile ülke genelinde tüm öğretim kurumlarında koordineli olarak eğitimleri sürdürmektedir.

### 5. Sağlık Bakanlığı

İlaç, uyuşturucu ve psikotrop maddelerin üretim ve tüketimini her safhada kontrol ve denetlemek; farmasötik ve tıbbi madde ve müstahzar üreten yerlerin, dağıtım yerlerinin açılış ve çalışmalarını esaslara bağlamak ve denetlemek görev alanındadır. Kamu Hastaneleri Genel Müdürlüğü bünyesinde uzmanlaşmış bağımlılık tedavi merkezleri yer alır. Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü bünyesinde Tütün ve Madde Bağımlılığı ile Mücadele Dairesi Başkanlığı yer almaktadır. Tütün ve bağımlılık yapıcı maddelerle mücadele ile ilgili hizmet plan ve programları hazırlamak, uygulanmasını sağlamak, izlemek ve değerlendirmek görev tanımı içerisinde yer alır.

### 6. Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı

Bakanlığın yaptığı ilgili çalışmalarda bağımlılar “dezavantajlı kişiler” başlığı altında ele alınmakta; bu kişilere ilişkin mevcut durum ortaya konmakta ve yapılması gerekenler belirlenmekte; bunlara yönelik programlamalar öngörülmektedir. 5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanununun ilgili maddeleri uyarınca madde bağımlılarının tedavi masraflarını karşılamakta ve buna ilişkin faaliyetleri yürütmektedir.

### 7. Dışişleri Bakanlığı

Mücadele kapsamında Türkiye Cumhuriyeti'nin yabancı ülkeler ve uluslararası kurum ve kuruluşlarla olan ilişkilerini yürütür.

### 8. Diyanet İşleri Başkanlığı

Diyanet İşleri Başkanlığı, kişiyi ve toplumu tüm zararlı alışkanlıklardan koruma adına çalışmalar yapmaktadır.

9. Tütün ve Alkol Piyasası Düzenleme Kurumu (TAPDK)

10. Yerel Yönetimler

11. Sivil Toplum Kuruluşları

Sivil Toplum Kuruluşları sosyal hizmetler sunarak zararlı maddelerle etkin mücadele sağlayabilen yapılardır. Türkiye’de 1920 yılında kurulan Yeşilay, bağımlılık ile mücadele kapsamında bağımlılık yapıcı maddeler konusunda farkındalık yaratmak ve toplumun bilinç düzeyini yükseltmek amacıyla kurulmuştur.

12. Diğer İlgili Kurumlar

Kültür ve Turizm Bakanlığı, Bilim Sanayi ve Teknoloji Bakanlığı, Gençlik ve Spor Bakanlığı, Kalkınma Bakanlığı, Türkiye Radyo Televizyon Kurumu, Yükseköğretim Kurumu Başkanlığı, Üniversiteler, Türkiye İstatistik Kurumu da madde bağımlılığı ile mücadeleye katkıda bulunmaktadır(105).

#### 4. GEREÇ VE YÖNTEM

Bu çalışma tanımlayıcı tipte bir araştırmadır. Araştırma için literatür taranıp, konu seçimi yapıldıktan sonra etik kurul onayı ve kurum onayı alınmıştır. Veri toplamaya etik kurul ve kurum onayından sonra başlanmış, veri toplama süreci Ocak 2016 - Haziran 2016 ayları boyunca sürmüştür. Verilerin tümünün toplanmasından sonra, veri analizi ve araştırmanın yazımı aşamalarına geçilmiştir. Bu da Temmuz 2016 - Mart 2019 tarihleri arasında yapılmıştır.

Literatür tarama ve konu seçimi	5 Ay	Ağustos 2015 - Kasım 2015
Etik kurul ve kurum onayı	2 Ay	Kasım 2015 - Aralık 2015
Veri Toplama	6 Ay	Ocak 2016 - Haziran 2016
Analiz, Rapor	33 Ay	Temmuz 2016- Mart 2019

Araştırma, Batman ilinde yapılmıştır. Batman Halk Sağlığı Müdürlüğü bünyesinde faaliyet yürüten, Valilik Makamının 12.04.2012 tarihli olurları ile kurulan Madde Bağımlılığı İle Mücadele Alt Komisyonu'nun kayıtlarında yer alan, madde kullanan kişilerin verileriyle araştırma yapılmıştır. Söz konusu kayıtların tez çalışmasında kullanılabilmesi için Halk Sağlığı Müdürlüğünden 12.11.2015 tarihinde tarafıma resmi izin alınmış olup resmi izin ek olarak sunulmuştur. Araştırma evrenini Madde Bağımlılığı İle Mücadele Alt Komisyonunun irtibata geçtiği madde kullanan bireyler oluşturmaktadır. Çalışma kapsamında 318 kişi ve ailesi ile görüşülmüş olup madde kullandığı net olarak tespit edilen 263 kişi ile araştırma sonlanmıştır.

#### 4.1. Araştırmanın Veri Toplama Yöntemi

Veri toplamada Madde Bağımlılığı İle Mücadele Alt Komisyonunun oluşturduğu standart görüşme bilgi formu kullanılmıştır. Bu formla katılımcıların sosyodemografik verileri ve madde kullanımı ile ilgili bilgileri toplanmıştır.

Madde Bağımlılığı İle Mücadele Alt Komisyonunun veri temini gizlilik içerisinde yürütülmekte olup, veri elde etme yolları aşağıdaki gibidir;

1. İl Emniyet Müdürlüğüne hakkında madde suçlarından işlem yapılan şahısların kayıtlarının alınması,
2. İl Jandarma Komutanlığına hakkında madde suçlarından işlem yapılan şahısların kayıtlarının alınması,
3. Batman Barosundan hakkında madde suçlarından işlem yapılan şahısların kayıtlarının alınması,
4. İl Milli Eğitim Müdürlüğüne tespit edilen madde bağımlılığı riski olan öğrencilerin kayıtlarının alınması
5. Madde kullanan kişilerin ilgili diğer kurumlara yaptıkları bireysel başvuru kayıtlarının alınması
6. Madde kullanan kişi ya da ailelerin Madde Bağımlılığı İle Mücadele Alt Komisyonuna yaptığı bireysel başvurular

Belirtilen yollarla tespit edilen madde kullanan bireylere; komisyonda görevli 1 sosyolog ve 1 psikologla ev ziyareti yapıp standart “Görüşme Bilgi Formu” kullanılarak ilk görüşme gerçekleştirilmektedir. Bu görüşme kişinin bizzat kendisiyle ve/veya aile bireyleriyle yapılmaktadır. Yapılan ilk görüşme sonucunda; kişi madde kullanımını doğruluyor ve komisyondan destek almayı kabul ediyorsa, kişinin madde kullanımını sonlandırma süreci başlamaktadır. Ev ziyaretiyle başlayan süreç; kişiyi psikiyatri uzmanıyla buluşturma, komisyonun çalışma ofisinde psikologla yapılan yüz yüze görüşmelerle devam etmektedir. Bu süreçte kişi 7-10 gün aralıklarla görüşmeye davet edilmektedir. Yapılan 2-3 görüşmeden sonra yeni bir ev ziyareti gerçekleştirilerek kişi tekrar değerlendirilmektedir. Kişi 9 ay boyunca bu şekilde takip edilip bu süre zarfında hiç madde kullanmıyorsa bundan sonraki takip sıklığı ve zaman aralığı kişinin inisiyatifine bırakılmaktadır.

Yapılan ilk görüşme sonucunda, kişi madde kullandığını doğruluyor ama destek almak istemiyorsa, kişinin madde kullanımını sonlandırma sürecine alınabilmesi için kişiye sonrasında tekrar görüşme teklifi yapılmaktadır.

#### 4.2. Bağımlı ve Bağımsız Değişkenler

Bağımlı Değişkenler	Bağımsız Değişkenler	
Madde türü sayısı	Cinsiyet	Çoklu evlilik durumu
Maddenin en sık kullanıldığı yer	Medeni hal	Anne baba birlikteliği
Madde kullanımına başlama nedeni	Meslek	Ailede çalışan çocuk varlığı
Ailenin madde kullanımından haberdar olma durumu	Öğrenim durumu	Ailede engelli kişi varlığı
Aile fertlerinde madde kullanım durumu	Doğum yeri	Baba sağkalım durumu
Maddenin kullanıldığı süre	Yaş grubu	Anne sağkalım durumu
Kişi ile yapılan görüşme sayısı	Ailenin gelir düzeyi	
Aile ile yapılan görüşme sayısı		
Yapılan görüşmelerin sonucu		

#### 4.3. Araştırma Verilerinin İstatistiksel Değerlendirilmesi

İstatistiksel analizler SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) yazılımı kullanılarak yapılmıştır. Tanımlayıcı bilgiler ortalama, standart sapma, sayı ve yüzdeler -normal dağılmayan değişkenler için ortanca- kullanılarak verilmiştir. Grup karşılaştırmaları için Ki-Kare ve Fisher Exact testi kullanılmış, normal dağılıma uymayan sürekli değişkenlerin karşılaştırılmasında parametrik olmayan testlerden ikili karşılaştırmalar için Mann Whitney U, üç ve daha fazla grup karşılaştırılmasında Kruskal Wallis önemlilik testleri kullanılmıştır. P değerinin 0,05'in altında olduğu durumlar istatistiksel olarak anlamlı sonuçlar olarak değerlendirilmiştir.

## 5. BULGULAR

### 5.1. Araştırmaya katılanların sosyodemografik durumları

**Tablo 1. Katılımcıların sosyodemografik verileri**

		Sayı	%
Cinsiyeti	Erkek	249	94,7
	Kadın	14	5,3
Medeni Hali	Bekar	242	92,0
	Evli	21	8,0
Çalışma Durumu	Çalışıyor	61	23,2
	Çalışmıyor	202	76,8
Öğrenim Durumu	İlköğretim tamamlamamış	123	47,1
	İlköğretim tamamlamış	121	46,4
	Lise ve üzeri tamamlamış	17	6,5
Doğum Yeri	Batman	188	71,5
	Beşiri	4	1,5
	Sason	5	1,9
	Gercüş	3	1,1
	Kozluk	4	1,5
	Diyarbakır	19	7,2
	Siirt	11	4,2
	Mardin	11	4,2
	Diğer	18	6,8
Yaş Grubu	18 yaş altı	27	10,3
	18 yaş ve üstü	234	89,7
Yaş ortalaması 22,1; standart sapması 5,0'dır.			

Araştırmaya katılan 263 kişinin % 94,7'si erkek, % 92'si bekârdır. Araştırmaya katılan kişilerin % 10,3'ü 18 yaşın altında iken % 89,7'si 18 ve üzeri yaşıdadır. Yaş ortalaması 22,1 standart sapması 5,0'dır. Araştırmaya katılan kişilerden en küçüğü 14 yaşında iken en büyüğü 40 yaşında idi.

Araştırmaya katılan kişilerin % 76,8'i herhangi bir işte çalışmamaktadır. Araştırmaya katılan kişilerin % 47,1'i ilköğretimi tamamlamamış, % 46,4'ü ilköğretimi tamamlamış, % 6,5'i lise ve üzeri eğitimi tamamlamıştır. Araştırmaya katılan

bireylerin % 77,6'sı Batman, % 7,2'si Diyarbakır, % 4,2'si Siirt ve % 4,2'si Mardin doğumludur.

**Tablo 2. Katılımcıların aile bireyelerine ait sosyodemografik veriler**

		Sayı	%
Baba Durumu	Sağ	230	87,5
	Ölü	33	12,5
Anne Durumu	Sağ	253	96,2
	Ölü	10	3,8
Anne-Baba Birlikteliği	Var	215	81,7
	Yok	48	18,3
Çoklu Evlilik Durumu	Var	25	9,5
	Yok	238	90,5
Ailenin Gelir Düzeyi	1000 tl ve altı	127	50,8
	1001-3000 tl	110	44,0
	3001 tl ve üzeri	13	5,2
Ailede Çalışan Çocuk Varlığı	Var	29	11,0
	Yok	234	89,0
Ailede Engelli Kişi Varlığı	Var	35	13,3
	Yok	228	86,7

Araştırmaya katılan kişilerin % 87,5'inin babası sağ, % 96,2'sinin annesi sağdır.

Araştırmaya katılan kişilerin % 81,7'sinde anne baba birlikteliği mevcuttur.

Araştırmaya katılan kişilerin % 9,5'inde ailede çoklu evlilik durumu söz konusudur.

Araştırmaya katılanların ailelerindeki gelir düzeyi % 50,8'inde 1000 tl ve altı, % 44'ünde 1001-3000 tl ve % 5,2'sinde ise 3001 tl ve üzeri bulunmuştur.

Araştırmaya katılanların % 11'inde ailede çalışan çocuk olduğu ve % 13,3'ünde ise ailede engelli kişi olduğu bulunmuştur.

**Tablo 3. Katılımcıların madde kullanımıyla ilgili veriler**

		Sayı	%
Kullanılan Madde Türü Sayısı	1	125	47,5
	2	60	22,8
	3	40	15,2
	4 ve üzeri	38	14,4
Maddenin En Sık Kullanıldığı Yer	Okul ve çevresi	8	3,9
	Ev	42	20,6
	Boş arazi	33	16,2
	Metruk alan	29	14,2
	Park	28	13,7
	Mahalle	18	8,8
	İşyeri	0	0,0
	İnternet cafe	1	0,5
	Heryer	32	15,7
	Bilinmiyor	13	6,4
Madde Kullanımına Başlama Nedeni	Arkadaş etkisi	199	78,7
	Merak	22	8,7
	Aile içi- kişisel sorunlar	32	12,6
Ailenin Madde Kullanımından Haberdar Olma Durumu	Var	223	84,8
	Yok	40	15,2
Aile Fertlerinde Madde Kullanımı Durumu	Var	26	9,9
	Yok	237	90,1
Maddenin Kullanıldığı Süre (yıl): ORT:4,0/ SS:3,0			

Araştırmaya katılan kişilerin % 47,5'inin 1 tür madde, % 22,8'inin 2 tür madde, % 15,2'sinin 3 tür madde , % 14,4'ünün ise 4 ve üzeri türde madde kullandığı tespit edilmiştir.

Araştırmaya katılanların % 20,6'sı, maddeyi en sık kullandıkları yerin ev olduğunu belirtmişlerdir. Araştırmaya katılanların % 16,2'si boş arazileri, % 14,2'si metruk alanları, % 13,7'si parkları, % 8,8'i mahallesini, % 3,9'u okul ve çevresini maddeyi en sık kullandıkları yer olarak belirtmişlerdir. Araştırmaya katılan kişilerin % 15,7'si maddeyi en sık kullandıkları yerin heryer olduğunu ifade etmişlerdir.



Araştırmaya katılanların madde kullanmaya başlama nedeni; % 78,7'sinde arkadaş etkisi, % 12,6'sında aile içi-kişisel sorunlar, % 8,7'sinde ise merak olarak bulunmuştur.

Araştırmaya katılanların % 84,8'inin ailesi kişinin madde kullanımından haberdardır. Araştırmaya katılanların % 9,9'unda ailenin diğer fertlerinde madde kullanımı söz konusudur.

Araştırmaya katılan kişilerin madde kullanım sürelerinin ortalaması 4 yıl, standart sapması ise 3 tür.

**Tablo 4. Katılımcıların kullandıkları madde türleri**

Kullanılan Maddeler*	Sayı	%
Esrar	251	95,4
Ekstazi	87	33,1
Alkol	60	22,8
Bally	37	14,1
Bonzai	29	11,0
Eroin	23	8,7
Kokain	12	4,6
Tiner	11	4,2
akmak gazı	9	3,4
Jamaika	5	1,9
Metaamfetamin	4	1,5
Suboksan	2	0,8
Rivotril	2	0,8
Kubar	2	0,8
Tilidin	1	0,4
Morfin	1	0,4
Akineton	1	0,4

\*Bir kişide, birden fazla türde madde kullanımı görülebilmektedir.

Araştırmaya katılan 263 kişinin kullandıkları madde türleri incelendiğinde; en sık kullanılan maddenin esrar olduğu tespit edilmiştir. Madde kullanan 263 kişinin 251'i (% 95,4) esrar kullanmıştır. Esrardan sonra en sık kullanılan madde ekstazidir. 87

kişi (% 33,1) ekstazi kullanmıştır. 60 kişi (% 22,8) alkol, 37 kişi (% 14,1) bally, 29 kişi (% 11,0) bonzai, 23 kişi (% 8,7) eroin, 12 kişi (% 4,6) kokain, 11 kişi (% 4,2) tiner, 9 kişi (% 3,4) çakmak gazı kullanmıştır

**Tablo 5. Katılımcılarla ve aileleriyle yapılan görüşme sayıları**

	Ort.	SS	Min.	Max.
Kişi ile Yapılan Görüşme Sayısı	2,0	2,4	0	17
Aile ile Yapılan Görüşme Sayısı	2,0	2,0	0	14

Çalışma kapsamında madde kullanan kişilerle yapılan görüşme sayılarının ortalaması 2,0 standart sapması ise 2,4'tür. Çalışma kapsamında madde kullanan kişilerin aileleriyle yapılan görüşme sayılarının ortalaması 2,0 standart sapması ise 2,0'dır.

Çalışmamızda katılımcılar ve aileleriyle yapılan görüşmeler sonucunda; madde kullanımını sonlandıran kişilerin oranı % 29,4 tedaviyi reddedenlerin oranı % 5,9 görüşmelerin devam ettiği kişilerin oranı % 52,9 ve diğer durumların oranı ise % 11,8 olarak tespit edilmiştir. Diğer durumlar; kişinin il dışına taşınması veya herhangi bir sebeple kişiyle iletişimin kesilmesi, kişiye ulaşamaması gibi durumlardır.

**5.2. Araştırmaya katılanların ve aile bireylerinin sosyodemografik verileriyle, madde kullanım verilerinin değerlendirilmesi**

**Tablo 6. Katılımcıların cinsiyete göre madde kullanım verilerinin karşılaştırılması**

		Cinsiyeti				P*
		Erkek		Kadın		
		sayı	%	sayı	%	
Kullanılan Madde Türü Sayısı	1	121	48,6	4	28,6	0,276
	2	54	21,7	6	42,9	
	3	38	15,3	2	14,3	
	4 ve üzeri	36	14,5	2	14,3	
Madde Kullanımına Başlama Nedeni	Arkadaş etkisi	193	80,8	6	42,9	<0,001
	Merak	22	9,2	0	0	
	Aile içi - kişisel sorunlar	24	10,0	8	57,1	
Ailenin Madde Kullanımından Haberdar Olma Durumu	Var	214	85,9	9	64,3	0,044
	Yok	35	14,1	5	35,7	
Aile Fertlerinde Madde Kullanımı	Var	23	9,2	3	21,4	0,150
	Yok	226	90,8	11	78,6	
Yapılan Görüşmelerin Sonucu	Madde kullanımı sonlandı	25		4		0,089
	Görüşmeler devam ediyor	162		8		
	Tedavi reddi	33		0		
	Diğer	29		2		

\*Fisher Exact Test kullanılmıştır.

Kullanılan madde türü sayısı, ailenin diğer fertlerinde madde kullanımı ve yapılan çalışmaların sonucu ile cinsiyet ilişkisi değerlendirildiğinde istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ( $p>0,05$ ).

Madde kullanımına başlama nedeni ile cinsiyet ilişkisi değerlendirildiğinde ortaya çıkan fark istatistiksel olarak anlamlıdır ( $p<0,001$ ).

Erkeklerin % 80,8'inde arkadaş etkisi, % 10'unda aile içi-kişisel sorunlar madde kullanımına başlama nedeni iken, kadınların % 42,9'unda arkadaş etkisi, % 57,1'inde aile içi-kişisel sorunlar madde kullanımına başlama nedeni olarak saptanmıştır.

Ailenin madde kullanımından haberdar olma durumu ile cinsiyet ilişkisi değerlendirildiğinde ortaya çıkan fark istatistiksel olarak anlamlıdır ( $p=0,044$ ).

Erkeklerin % 85,9'unda aile madde kullanımından haberdar iken, kadınların % 64,3'ünde aile madde kullanımından haberdardır.

**Tablo 7. Katılımcıların medeni durumuna göre madde kullanım verilerinin karşılaştırılması**

		Medeni Durum				P*
		Bekar		Evli		
		sayı	%	sayı	%	
Kullanılan madde türü sayısı	1	122	50,4	3	14,3	<b>0,002</b>
	2	55	22,7	5	23,8	
	3	34	14,0	6	28,6	
	4 ve üzeri	31	12,8	7	33,3	
Madde kullanımına başlama nedeni	Arkadaş etkisi	186	80,2	13	61,9	0,092
	Merak	19	8,2	3	14,3	
	Aile içi- Kişisel Sorunlar	27	11,6	5	23,8	
Ailenin Madde Kullanımından Haberdar Olma Durumu	Var	203	83,9	20	95,2	0,217
	Yok	39	16,1	1	4,8	
Aile Fertlerinde Madde Kullanımı	Var	23	9,5	3	14,3	0,447
	Yok	219	90,5	18	85,7	
Yapılan Görüşmelerin Sonucu	Madde kullanımı sonlandı	24	9,9	5	23,8	0,205
	Görüşmeler devam ediyor	158	65,3	12	57,1	
	Tedavi reddi	32	13,2	1	4,8	
	Diğer	28	11,6	3	14,3	

\*Fisher Exact Test kullanılmıştır.

Kullanılan madde türü sayısı ile medeni durum ilişkisi değerlendirildiğinde ortaya çıkan fark istatistiksel olarak anlamlıdır (  $p=0,002$ ).

Bekârların % 50,4'ünün 1 tür madde kullandığı tespit edilmiş olup, kullanılan madde türü sayısı arttıkça bekârlarda oran azalmaktadır.

Evlilerin % 14,3'ünün 1 tür madde kullandığı tespit edilmiş olup, kullanılan madde türü sayısı arttıkça evlilerde oran artmaktadır.

Madde kullanımına başlama nedeni, ailenin madde kullanımından haberdar olma durumu, ailenin diğer fertlerinde madde kullanımı ve yapılan çalışmaların sonucu ile

medeni durum ilişkisi değerlendirildiğinde istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ( $p<0,05$ ).

**Tablo 8. Katılımcıların yaş grubuna göre madde kullanım verilerinin karşılaştırılması**

		Yaş Grubu				P*
		18 altı		18 ve üstü		
		sayı	%	sayı	%	
Kullanılan Madde Türü Sayısı	1	14	51,9	111	47,4	0,842
	2	5	18,5	53	22,6	
	3	3	11,1	37	15,8	
	4 ve üzeri	5	18,5	33	14,1	
Madde Kullanımına Başlama Nedeni	Arkadaş etkisi	20	80,0	177	78,3	0,641
	Merak	3	12,0	19	8,4	
	Aile içi- kişisel sorunlar	2	8,0	30	13,3	
Ailenin Madde Kullanımından Haberdar Olma Durumu	Var	22	81,5	199	85,0	0,579
	Yok	5	18,5	35	15,0	
Aile Fertlerinde Madde Kullanımı	Var	2	7,4	24	10,3	0,640
	Yok	25	92,6	210	89,7	
Yapılan Görüşmelerin Sonucu	Madde kullanımı sonlandı	3	11,1	26	11,1	0,818
	Görüşmeler devam ediyor	18	66,7	151	64,5	
	Tedavi reddi	2	7,4	31	13,2	
	Diğer	4	14,8	26	11,1	

\*Fisher Exact Test kullanılmıştır.

Kullanılan madde türü sayısı, madde kullanımına başlama nedeni, ailenin madde kullanımından haberdar olma durumu, ailenin diğer fertlerinde madde kullanımı ve yapılan çalışmaların sonucu ile yaş grubu ilişkisi değerlendirildiğinde istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ( $p<0,05$ ).

**Tablo 9. Katılımcıların çalışma durumuna göre madde kullanım verilerinin karşılaştırılması**

		Çalışma Durumu				P*
		Çalışıyor		Çalışmıyor		
		sayı	%	sayı	%	
Kullanılan Madde Türü Sayısı	1	33	54,1	92	45,5	0,321
	2	9	14,8	51	25,2	
	3	11	18,0	29	14,4	
	4 ve üzeri	8	13,1	30	14,9	
Madde Kullanımına Başlama Nedeni	Arkadaş etkisi	51	86,4	148	76,3	0,178
	Merak	2	3,4	20	10,3	
	Aile içi- kişisel Sorunlar	6	10,2	26	13,4	
Ailenin Madde Kullanımından Haberdar Olma Durumu	Var	54	88,5	169	83,7	0,354
	Yok	7	11,5	33	16,3	
Aile Fertlerinde Madde Kullanımı	Var	4	6,6	22	10,9	0,320
	Yok	57	93,4	180	89,1	
Yapılan Görüşmelerin Sonucu	Madde kullanımı sonlandı	10	16,4	19	9,4	0,152
	Görüşmeler devam ediyor	40	65,6	130	64,4	
	Tedavi reddi	8	13,1	25	12,4	
	Diğer	3	4,9	28	13,9	

\*Ki kare testi kullanılmıştır.

Kullanılan madde türü sayısı, madde kullanımına başlama nedeni, ailenin madde kullanımından haberdar olma durumu, ailenin diğer fertlerinde madde kullanımı ve yapılan çalışmaların sonucu ile çalışma durumu ilişkisi değerlendirildiğinde istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ( $p < 0,05$ ).

**Tablo 10. Katılımcıların öğrenim durumuna göre madde kullanım verilerinin karşılaştırılması**

		Öğrenim Durumu						P
		İlköğretim tamamlamamış		İlköğretim tamamlamış		Lise ve üzeri tamamlamış		
		sayı	%	sayı	%	Sayı	%	
Kullanılan Madde Türü Sayısı	1	65	52,8	50	41,3	9	52,9	0,426*
	2	28	22,8	30	24,8	2	11,8	
	3	17	13,8	19	15,7	3	17,6	
	4 ve üzeri	13	10,6	22	18,2	3	17,6	
Madde Kullanımına Başlama Nedeni	Arkadaş etkisi	96	83,5	91	75,8	11	64,7	0,002*
	Merak	13	11,3	9	7,5	0	,0	
	Aile içi-kişisel sorunlar	6	5,2	20	16,7	6	35,3	
Ailenin Madde Kullanımında n Haberdar Olma Durumu	Var	112	91,1	98	81,0	13	76,5	0,046**
	Yok	11	8,9	23	19,0	4	23,5	
Aile Fertlerinde Madde Kullanımı	Var	10	8,1	15	12,4	1	5,9	0,455**
	Yok	113	91,9	106	87,6	16	94,1	
Yapılan Görüşmelerin Sonucu	Madde kullanımı sonlandı	11	8,9	12	9,9	5	29,4	0,204*
	Görüşmeler devam ediyor	77	62,6	84	69,4	9	52,9	
	Tedavi reddi	20	16,3	12	9,9	1	5,9	
	Diğer	15	12,2	13	10,7	2	11,8	

\*Fisher Exact Test kullanılmıştır \*\*Ki kare testi kullanılmıştır.

Madde kullanımına başlama nedeni ile öğrenim durumu ilişkisi değerlendirildiğinde ortaya çıkan fark istatistiksel olarak anlamlıdır( p=0,002).



İlköğretim tamamlamamış kişilerin % 83,5'inde arkadaş etkisi, % 5,2'sinde aile içi-kişisel sorunlar madde kullanımına başlama nedeni iken, lise ve üzeri tamamlamış kişilerin % 64,7'sinde arkadaş etkisi, % 35,3'ünde aile içi-kişisel sorunlar madde kullanımına başlama nedeni olarak saptanmıştır.

Ailenin madde kullanımından haberdar olma durumu ile öğrenim durumu ilişkisi değerlendirildiğinde ortaya çıkan fark istatistiksel olarak anlamlıdır( $p=0,046$ ).

İlköğretim tamamlamamış kişilerin % 91,1'inde aile madde kullanımından haberdar iken, lise ve üzeri tamamlamış kişilerin % 76,5'inde aile madde kullanımından haberdardır.

Kullanılan madde türü sayısı, ailenin diğer fertlerinde madde kullanımı ve yapılan çalışmaların sonucu ile öğrenim durumu ilişkisi değerlendirildiğinde istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ( $p<0,05$ ).

**Tablo 11. Katılımcıların anne-baba birlikteliği durumlarına göre madde kullanım verilerinin karşılaştırılması**

		Anne -Baba Birlikteliği				P
		Var		yok		
		Sayı	%	Sayı	%	
Kullanılan Madde Türü Sayısı	1	111	51,6	14	29,2	<b>0,025**</b>
	2	44	20,5	16	33,3	
	3	29	13,5	11	22,9	
	4 ve üzeri	31	14,4	7	14,6	
Madde Kullanımına Başlama Nedeni	Arkadaş etkisi	165	79,3	34	75,6	0,805**
	Merak	18	8,7	4	8,9	
	Aile içi- kişisel sorunlar	25	12,0	7	15,6	
Ailenin Madde Kullanımından Haberdar Olma Durumu	Var	183	85,1	40	83,3	0,756**
	Yok	32	14,9	8	16,7	
Aile Fertlerinde Madde Kullanımı	Var	20	9,3	6	12,5	0,591*
	Yok	195	90,7	42	87,5	
Yapılan Görüşmelerin Sonucu	Madde kullanımı sonlandı	24	11,2	5	10,4	0,623**
	Görüşmeler devam ediyor	142	66,0	28	58,3	
	Tedavi reddi	26	12,1	7	14,6	
	Diğer	23	10,7	8	16,7	

\*Fisher Exact Test kullanılmıştır \*\*Ki kare testi kullanılmıştır.

Kullanılan madde türü sayısı ile anne-baba birlikteliği ilişkisi değerlendirildiğinde ortaya çıkan fark istatistiksel olarak anlamlıdır (  $p=0,025$ ).

Anne-baba birlikteliği olanların % 48,4'ü birden fazla türde madde kullanmıştır.

Anne-baba birlikteliği olmayanların % 70,8'i birden fazla türde madde kullanmıştır.

Madde kullanımına başlama nedeni, ailenin madde kullanımından haberdar olma durumu, ailenin diğer fertlerinde madde kullanımı ve yapılan çalışmaların sonucu ile

anne-baba birlikteliği ilişkisi değerlendirildiğinde istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır (p<0,05).

**Tablo 12. Katılımcılarda ailenin gelir düzeyine göre madde kullanım verilerinin karşılaştırılması**

		Ailenin Gelir Düzeyi						P
		1000 ve altı		1001-3000TL		3001 ve üzeri		
		sayı	%	Sayı	%	sayı	%	
Kullanılan Madde Türü Sayısı	1	70	55,1	47	42,7	4	30,8	<b>0,028*</b>
	2	30	23,6	21	19,1	3	23,1	
	3	14	11,0	22	20,0	1	7,7	
	4 ve üzeri	13	10,2	20	18,2	5	38,5	
Madde Kullanımına Başlama Nedeni	Arkadaş etkisi	98	79,7	79	75,2	11	84,6	0,611*
	Merak	9	7,3	13	12,4	0	0	
	Aile içi-kişisel sorunlar	16	13,0	13	12,4	2	15,4	
Ailenin Madde Kullanımında n Haberdar Olma Durumu	Var	117	92,1	87	79,1	10	76,9	<b>0,011**</b>
	Yok	10	7,9	23	20,9	3	23,1	
Aile Fertlerinde Madde Kullanımı	Var	9	7,1	14	12,7	1	7,7	0,330*
	Yok	118	92,9	96	87,3	12	92,3	
Yapılan Görüşmelerin Sonucu	Madde kullanımı sonlandı	19	15,0	6	5,5	2	15,4	0,198*
	Görüşmeler devam ediyor	79	62,2	80	72,7	7	53,8	
	Tedavi reddi	14	11,0	12	10,9	2	15,4	
	Diğer	15	11,8	12	10,9	2	15,4	

\*Fisher Exact Test kullanılmıştır \*\*Ki kare testi kullanılmıştır.

Kullanılan madde türü sayısı ile ailenin gelir düzeyi ilişkisi değerlendirildiğinde ortaya çıkan fark istatistiksel olarak anlamlıdır. ( P=0,028)

Gelir düzeyi 1000 tl ve altında olanların % 55,1'nin 1 tür madde kullandığı tespit edilmiş olup, gelir düzeyi 3001 tl ve üzerindekiilerin % 30,8'inin 1 tür madde kullandığı tespit edilmiştir.

Gelir düzeyi 1000 tl ve altındakilerin % 10,2'sinin 4 ve üzeri tür madde kullandığı tespit edilmiş olup, gelir düzeyi 3001 tl ve üzerindekiilerin % 38,5'inin 4 ve üzeri türde madde kullandığı tespit edilmiştir.

Ailenin madde kullanımından haberdar olma durumu ile ailenin gelir düzeyi ilişkisi değerlendirildiğinde ortaya çıkan fark istatistiksel olarak anlamlıdır. (**P=0,011**)

Gelir düzeyi 1000 tl ve altındakilerin % 92,1'inde aile madde kullanımından haberdar iken gelir düzeyi 3001 tl ve üzerindekiilerin % 76,9'unda aile madde kullanımından haberdardır.

Madde kullanımına başlama nedeni, ailenin diğer fertlerinde madde kullanımı ve yapılan çalışmaların sonucu ile ailenin gelir düzeyi ilişkisi değerlendirildiğinde istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ( $p<0,05$ ).

**Tablo 13. Cinsiyete göre madde kullanım süresi ve görüşme sayılarının karşılaştırılması**

			Median	Min.	Max.	P*
Maddenin Kullanıldığı Süre	Cinsiyeti	Erkek	4	1	11	<b>0,011</b>
		Kadın	2	1	7	
Kişi ile Yapılan Görüşme Sayısı	Cinsiyeti	Erkek	1	0	17	<b>0,017</b>
		Kadın	3	1	8	
Aile ile Yapılan Görüşme Sayısı	Cinsiyeti	Erkek	1	0	14	0,291
		Kadın	3	0	5	

\*Mann Whitney U

Maddenin kullanıldığı süre ile cinsiyet ilişkisi değerlendirildiğinde ortaya çıkan fark istatistiksel olarak anlamlıdır. (**P= 0,011**)

Erkeklerde maddenin kullanıldığı süre minimum 1 yıl, maksimum 11 yıl iken kadınlardamaddenin kullanıldığı süre minimum 1 yıl, maksimum 7 yıldır.

Erkeklerde madde kullanım süresinin medyanı 4 yıl, kadınlarda madde kullanım süresinin medyanı ise 2 yıldır.

Kişiyle yapılan görüşme sayısı ile cinsiyet ilişkisi değerlendirildiğinde ortaya çıkan fark istatistiksel olarak anlamlıdır. (**P= 0,017**)

Erkeklerde kişiyle yapılan görüşme sayısı minimum 0 maksimum 17 iken, kadınlarda kişiyle yapılan görüşme sayısı minimum 1 maksimum 8'dir.

Erkeklerde kişiyle yapılan görüşme sayısının medyanı 1, kadınlarda kişiyle yapılan görüşme sayısının medyanı ise 3'tür.

Aileyle yapılan görüşme sayısı ile cinsiyet ilişkisi değerlendirildiğinde istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ( $p<0,05$ ).

**Tablo 14. Medeni duruma göre madde kullanım süresi ve görüşme sayılarının karşılaştırılması**

			Median	Min.	Max.	P*
Maddenin Kullanıldığı Süre	Medeni Durum	Bekar	3	1	11	<b>&lt;0,001</b>
		Evli	10	2	11	
Kişi İle Yapılan Görüşme Sayısı	Medeni Durum	Bekar	1	0	17	0,077
		Evli	2	0	9	
Aile İle Yapılan Görüşme Sayısı	Medeni Durum	Bekar	1	0	14	0,468
		Evli	1	0	5	

\*Mann Whitney U

Maddenin kullanıldığı süre ile medeni hal ilişkisi değerlendirildiğinde ortaya çıkan fark istatistiksel olarak anlamlıdır. (**P<0,001**)

Bekârlarda maddenin kullanıldığı süre minimum 1 yıl, maksimum 11 yıl iken evlilerde maddenin kullanıldığı süre minimum 2 yıl, maksimum 11 yıldır.

Bekârlarda madde kullanım süresinin medyanı 3 yıl, evlilerde madde kullanım süresinin medyanı ise 10 yıldır.

Kişiyle yapılan görüşme sayısı ve aileyle yapılan görüşme sayısı ile medeni hal ilişkisi değerlendirildiğinde istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ( $p<0,05$ ).

**Tablo 15. Çalışma durumuna göre madde kullanım süresi ve görüşme sayılarının karşılaştırılması**

			Median	Min.	Max.	P*
Maddenin Kullanıldığı Süre	Çalışma Durumu	Çalışıyor	5	1	11	0,146
		Çalışmıyor	4	1	11	
Kişi İle Yapılan Görüşme Sayısı	Çalışma Durumu	Çalışıyor	1	0	11	0,712
		Çalışmıyor	1	0	17	
Aile İle Yapılan Görüşme Sayısı	Çalışma Durumu	Çalışıyor	1	0	6	0,981
		Çalışmıyor	1	0	14	

\*Mann Whitney U

Maddenin kullanıldığı süre, kişiyle yapılan görüşme sayısı ve aileyle yapılan görüşme sayısı ile çalışma durumu ilişkisi değerlendirildiğinde istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ( $p < 0,05$ ).

**Tablo 16. Öğrenim durumuna göre madde kullanım süresi ve görüşme sayılarının karşılaştırılması**

			Median	Min.	Max.	P*
Maddenin Kullanıldığı Süre	Öğrenim durumu	İlköğretim tamamlamamış	3	1	11	0,674
		İlköğretim tamamlamış	4	1	11	
		Lise ve üzeri tamamlamış	4	1	11	
Kişi İle Yapılan Görüşme Sayısı	Öğrenim durumu	İlköğretim tamamlamamış	1	0	11	0,325
		İlköğretim tamamlamış	1	0	17	
		Lise ve üzeri tamamlamış	2	0	8	
Aile İle Yapılan Görüşme Sayısı	Öğrenim durumu	İlköğretim tamamlamamış	1	0	14	0,918
		İlköğretim tamamlamış	1	0	11	
		Lise ve üzeri tamamlamış	1	0	6	

\*Kruskal Wallis

Maddenin kullanıldığı süre, kişiyle yapılan görüşme sayısı ve aileyle yapılan görüşme sayısı ile öğrenim durumu ilişkisi değerlendirildiğinde istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ( $p<0,05$ ).

**Tablo 17. Yaş grubuna göre madde kullanım süresi ve görüşme sayılarının karşılaştırılması**

		Median	Min.	Max.	P	
Maddenin Kullanıldığı Süre	Yaş grubu	18 altı	2	1	6	<0,001
		18 ve üstü	4	1	11	
Kişi ile Yapılan Görüşme Sayısı	Yaş grubu	18 altı	1	0	14	0,099
		18 ve üstü	1	0	17	
Aile İle Yapılan Görüşme Sayısı	Yaş grubu	18 altı	2	0	5	0,017
		18 ve üstü	1	0	14	

\*Mann Whitney U

Maddenin kullanıldığı süre ile yaş grubu ilişkisi değerlendirildiğinde ortaya çıkan fark istatistiksel olarak anlamlıdır ( $p< 0,001$ ).

18 yaşın altındaki kişilerde maddenin kullanıldığı süre minimum 1 yıl, maksimum 6 yıl iken 18 yaş ve üstü kişilerde maddenin kullanıldığı süre minimum 1 yıl, maksimum 11 yıldır.

18 yaşın altındaki kişilerde madde kullanım süresinin medyanı 2 yıl, 18 yaş ve üstü kişilerde madde kullanım süresinin medyanı ise 4 yıldır.

Aileyle yapılan görüşme sayısı ile yaş grubu ilişkisi değerlendirildiğinde ortaya çıkan fark istatistiksel olarak anlamlıdır( $p= 0,017$ ).

18 yaşın altındaki kişilerde aileyle yapılan görüşme sayısı minimum 0 maksimum 5 iken, 18 yaş ve üstü kişilerde aileyle yapılan görüşme sayısı minimum 0 maksimum 14'tür.

18 yaşın altındaki kişilerde aileyle yapılan görüşme sayısının medyanı 2, 18 yaş ve üstü kişilerde aileyle yapılan görüşme sayısının medyanı ise 1'dir.

Kişiyle yapılan görüşme sayısı ile yaş grubu ilişkisi değerlendirildiğinde istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ( $p<0,05$ ).

**Tablo 18. Anne-baba birlikteliği durumuna göre madde kullanım süresi ve görüşme sayılarının karşılaştırılması**

			Median	Min.	Max.	P*
Maddenin Kullanıldığı Süre	Anne -baba birlikteliği	Var	3	1	11	<0,001
		Yok	5	1	11	
Kişi ile Yapılan Görüşme Sayısı	Anne -baba birlikteliği	Var	1	0	14	0,803
		Yok	1	0	17	
Aile ile Yapılan Görüşme Sayısı	Anne -baba birlikteliği	Var	1	0	10	0,173
		Yok	1	0	14	

\*Mann Whitney U

Maddenin kullanıldığı süre ile anne-baba birlikteliği ilişkisi değerlendirildiğinde ortaya çıkan fark istatistiksel olarak anlamlıdır. ( $p<0,001$ ).

Anne-baba birlikteliği olanlarda maddenin kullanıldığı süre minimum 1 yıl, maksimum 11 yıl iken anne-baba birlikteliği olmayanlarda maddenin kullanıldığı süre minimum 1 yıl, maksimum 11 yıldır.

Anne-baba birlikteliği olanlarda madde kullanım süresinin medyanı 3 yıl, anne-baba birlikteliği olmayanlarda madde kullanım süresinin medyanı ise 5 yıldır.

Kişiyile yapılan görüşme sayısı ve aileyle yapılan görüşme sayısı ile anne baba birlikteliği ilişkisi değerlendirildiğinde istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ( $p<0,05$ ).



**Tablo 19. Ailenin gelir düzeyine göre madde kullanım süresi ve görüşme sayılarının karşılaştırılması**

			Median	Min.	Max.	P*
Maddenin Kullanıldığı Süre	Ailenin gelir düzeyi	1000 ve altı	3	1	11	0,303
		1001-3000TL	4	1	11	
		3001 ve üzeri	5	1	11	
Kişi ile Yapılan Görüşme Sayısı	Ailenin gelir düzeyi	1000 ve altı	1	0	17	0,887
		1001-3000TL	1	0	14	
		3001 ve üzeri	1	1	8	
Aile ile Yapılan Görüşme Sayısı	Ailenin gelir düzeyi	1000 ve altı	1	0	14	0,309
		1001-3000TL	1	0	10	
		3001 ve üzeri	1	0	5	

\*Kruskal Wallis

Maddenin kullanıldığı süre, kişiyle yapılan görüşme sayısı ve aileyle yapılan görüşme sayısı ile ailenin gelir düzeyi ilişkisi değerlendirildiğinde istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ( $p<0,05$ ).

## 6. TARTIŞMA

Çalışmamızda araştırmaya katılan 263 kişinin % 94,7'si erkektir. Koçak'ın çalışmasında katılımcıların % 88,2'si, Sancar'ın çalışmasında katılımcıların % 96,1'i, erkektir. Işıklı'nın araştırmasında madde kullanım oranının erkeklerde kadınlara göre daha yüksek olduğu, İstanbul AMATEM'de yatarak tedavi gören madde bağımlılarının büyük çoğunluğunun erkek olduğu tespit edilmiştir(73,105–107).

TUBİM'in 2011 yılında yaptığı, Türkiye'de 15-64 yaş arası nüfusu kapsayan çalışmada yasa dışı bağımlılığa sebep olan herhangi bir maddenin en az bir defa kullanılma oranı % 2,7 iken bu oran erkeklerde % 3,1 olarak bulunmuştur. 2017 yılında Türkiye'de yatarak tedavi gören bağımlı hastaların cinsiyete göre dağılımları incelendiğinde % 95,7'sinin erkek olduğu belirlenmiştir. 2009 Dünya Uyuşturucu Raporuna göre de erkeklerin kadınlara oranla daha fazla madde kullandıkları rapor edilmiştir(71,108,109).

Erkeklerin kadınlara kıyasla, maddelerle tanışma ve kullanma fırsatlarının fazla olması aradaki bu farkın cinsiyetin biyolojik etkisinden çok sosyal rollerle bağlantılı olduğunu göstermektedir. Bağımlılığa sebep olan maddelerin erkekler tarafından daha fazla tercih edilmesi, erkeklerin risk içeren davranış ve heyecan arayışının kadınlardan daha fazla olmasından da kaynaklanabilir(110,111).

Çalışmamızda katılımcıların yaş ortalaması 22 iken, % 10'u 18 yaşından küçüktür. Çelikay'ın çalışmasında yaş ortalaması 26, Sancar'ın çalışmasında ise 28 olarak bulunmuştur. AMATEM'in 2012 Türkiye verilerinde ise madde kullanım sebebiyle tedavi gören kişilerin yaş ortalaması 27 olarak belirtilmiştir. 2017 yılında Türkiye'de yatarak tedavi gören bağımlı hastaların yaş ortalaması 26 olarak bulunmuştur(106,108,112,113).

Çalışmamızda yaş ortalamasının düşük oluşu dikkat çekmektedir. Gençlik ve ergenlik döneminin madde bağımlılığı açısından önemli bir risk faktörü olması yaş ortalamasını anlamlı kılmaktadır.

Meksika'da 695 ergen ile yapılan çalışmada psikoaktif maddenin deneyim amacıyla kullanılması önemli bir risk faktörü olarak görülmüştür. Ayrıca cinsiyetin erkek

oluşu, 13 yaşından büyük olmak, okul derslerinde başarısızlık ve akran baskısı diğer önemli risk faktörleridir(114).

Çalışmamızda katılımcıların % 47,1'inin ilköğretimi tamamlamadığı, Sancar'ın çalışmasında % 69,2'sinin okuryazar ve ilkokul düzeyi gibi alt eğitim seviyesine sahip olduğu, Koçak'ın çalışmasında % 5,9'unun okur- yazar olmadığı, % 38,2 sinin ilkokul mezunu olduğu tespit edilmiştir. Evren ve arkadaşlarının yapmış olduğu çalışmada kullanıcıların eğitim gördükleri yıl ortalaması 7,3 bulunmuştur. 2017 yılında Türkiye'de yatarak tedavi gören bağımlı hastaların eğitim durumu incelendiğinde % 0,8'inin hiç okula gitmediği, % 86'sının ise 1-8 yıl eğitim aldığı belirlenmiştir. Çalışmamızda katılımcıların eğitim düzeyi diğer çalışmalarla benzerlik göstermektedir(105,106,108,115).

Madde bağımlılığına yol açan temel etkenlerin araştırıldığı bir çalışmada biyolojik, psikolojik, toplumsal faktörler ile okul devamsızlığı, eğitim eksikliği, parçalanmış aileler, yoksulluğun heyecan arayışı ve aile baskısının etkili olduğu saptanmıştır(116).

Çalışmamızda katılımcıların dörtte üçü, Koçak'ın çalışmasında % 65'i, Çelıkay'ın çalışmasında % 31'i, Çetin'in çalışmasında ise katılımcıların % 29'u herhangi bir işte çalışmamaktadır. 2017 yılında Türkiye'de yatarak tedavi gören bağımlı hastaların iş durumları incelendiğinde % 27,1'inin işsiz olduğu, % 37,8'inin düzenli bir işinin olmadığı belirlenmiştir(105,108,112,117).

Ergenlerin madde kullanımına sebep olan faktörlerin incelendiği Karatay ve arkadaşlarının çalışmasında; sosyoekonomik düzeyi düşük olan, göç ve işsizlik sorunlarının olduğu toplumlarda ekonomik sıkıntılardan kaynaklanan aile içi problemlerin olması ve yaşam koşullarının ağırlaşması ile gelecekte beklenenin azalması durumu gibi faktörler tespit edilmiştir(118).

Kişinin madde kullanımı yüzünden işini kaybetmesi, işsizliğe bağlı aile gelirinin azalması, sağlık sorunları sebebiyle harcamaların artması madde kullanımının ekonomik duruma olumsuz etkileri olarak sayılabilir(106).

Çalışmamızda katılımcıların yarısının aylık gelir düzeyi 0-1000 tl arası, % 44'ünün 1001-3000 tl arasındadır. Çelikay'ın çalışmasında ise yaklaşık üçte birinin aylık gelir düzeyi 1001-2000 tl arasındadır. Yapılan çalışmalarda aylık gelir düzeyindeki artışlar, madde kullanımını artıran bir risk faktörü olarak tespit edilmiştir(112,119).

12.270 lise öğrencisiyle yapılan bir çalışmada, özel okulda okuyan öğrencilerin devlet okulunda okuyan öğrencilere göre, esrar kullanım riski 2.6 kat, uçucu madde kullanım riski 1.8 kat, eroin kullanım riski 3.2 kat, ekstazi kullanım riski 4 kat, kokain kullanım riski ise 3.8 kat daha fazladır(120).

Ekonomik gelir düzeyinin madde bağımlılığını nasıl etkilediğini ele alan bir çalışmada sosyoekonomik düzeyi yüksek ve sosyoekonomik düzeyi düşük olan iki ayrı okulda araştırma yapılmıştır. Araştırma sonucunda alkol ve sigara dışında kalan uyuşturucu maddelerin sosyoekonomik geliri yüksek olan okuldaki öğrenciler tarafından daha fazla kullanıldığı tespit edilmiştir. Yüksek gelirli okuldaki esrar kullanım oranı, % 3,2 iken, geliri düşük olan okulda ise bu oran % 1,9'dur(118).

Yapılan çalışmalarda, ekonomik refah seviyesi yükseldikçe, madde bağımlılığın arttığı görülmüştür. Dünya genelinde madde kullanım yaygınlığı incelendiğinde gelişmiş ülkelerdeki madde kullanımının gelişmekte olan ülkelere göre daha fazla olmasının sebebi madde alımını, teminini ve kullanımını kolaylaştıran ekonomik gelir seviyesindeki artıştır. Ekonomik gelirin yüksek olma durumu sadece madde kullanımını değil kullanılan madde türünü de etkilemektedir(121,122).

Çalışmamızda katılımcıların dörtte üçü, maddeye başlama nedenlerinin arkadaş etkisi olduğunu belirtmişlerdir. Madde bağımlılığında arkadaş etkisinin araştırıldığı, İstanbul'da 3843 öğrenci ile 43 okulda yapılan bir çalışmada, bağımlılık yapıcı madde kullanan arkadaşına sahip kişilerin madde kullanma riski altı kat daha fazla çıkmıştır. UMATEM'de Ögel'in yaptığı çalışmada uçucu madde kullanıcılarının % 90'ı arkadaşlarının da madde kullandığını, % 63'ü ise maddeyi grup halinde kullandıklarını ifade etmişlerdir. Sokakta yaşayan kullanıcılarla yapılan bir çalışmada, kullanıcıların % 71,9'u evden kaçtıktan sonra madde kullanmaya başladıklarını, % 79,7'si ise arkadaşları madde kullandığı zaman madde kullanmak istediklerini belirtmişlerdir(22,123,124).

Aile ile olan duygusal bağların zayıfladığı durumlarda (ergenlik dönemi, kişisel sorunların ve stresli durumların olduğu dönem) kişi kendini boşlukta hisseder ve çeşitli tehlikelere açık hale gelir. Bu dönemlerde kişi farklı arkadaş grupları ile tanışıp sosyal, duygusal ve psikolojik yönden destek almak ister. Madde kullanıcılarıyla arkadaşlık, madde kullanımına başlamayı kolaylaştırır(125).

Merak duygusu madde kullanımına sebep olan önemli faktörlerden bir diğeridir. Ögel'in 2003 yılında İstanbul'da yaptığı çalışmada, madde kullanıcılarının % 48,2'sinin merak ve özenti, % 21,4'ünün arkadaş etkisiyle maddeye başladıkları belirlenmiştir. Gülmez'in Ankara'da sosyoekonomik düzeyi farklı iki lisede yaptığı çalışmada, merak nedeniyle maddeye başlama her iki lisede de ilk sırada yer almıştır. Çetin'in çalışmasında ise kullanım sebebi olarak arkadaş etkisi % 31,4, merak duygusu % 22,4 olarak bulunmuştur. Emniyet Genel Müdürlüğü'nün 1998 yılı verilerine göre de Türkiye'de sigara ve alkol dışı maddelere başlama nedeni olarak % 42,7 ile arkadaş etkisi ilk sırada, % 39,5 ile merak duygusu ikinci sırada yer almaktadır(117,126-128).

Madde bağımlılığıyla ilgili suçlardan dolayı haklarında yasal işlem başlatılan ve araştırmaya istekli bir şekilde katılan kişiler tarafından doldurulan "uyuşturucu suçlarında kullanıcı profili anket formu-U formu" sonuçlarına göre 2010 yılında katılımcıların % 45,4'ü, 2011 yılında katılımcıların % 40,3'ü merak duygusundan madde kullanmaya başladıklarını ifade etmişlerdir. Arkadaş etkisiyle madde kullanmaya başladıklarını ifade edenlerin oranı ise 2010 yılında % 23, 2011 yılında % 23,8 bulunmuştur(71,129).

Çalışmamızda katılımcıların % 10'unda, Sancar'ın çalışmasında katılımcıların yaklaşık % 40'ında ailede madde kullanım öyküsü söz konusudur. 2009 yılında Yüncü ve arkadaşlarının yapmış olduğu araştırmada, madde bağımlısı ergenlerin babalarının % 20,4'ünde madde kullanımını tespit edilmiştir(106,130).

Ailede madde kullanım öyküsü bulunması, hem genetik hem de sosyal öğrenme faktörü boyutuyla önemli bir risk faktörü olarak kabul edilir. Ailede madde kullanan bireylerin olmasının kişi üzerindeki etkisi, kötü arkadaş çevresi ve olumsuz bireysel özellikler kadar etkili olabilir. Özellikle büyüme gelişme dönemindeki çocuklar aile büyüklerini kendilerine rol modeli olarak alırlar. Bu dönemde anne-babalarını veya

ailedeki diğerk üyeleri madde kullanırken gören çocuk, maddeye olumlu duygular geliştirir ve ileriki dönemlerde kendisi de maddeyi tecrübe etmek ister. Ayrıca ev ortamında madde kullanımına şahit olan çocuklarda maddeye ulaşma imkânı da daha fazladır(118,131).

Çalışmamızda katılımcıların % 92'si bekar, Koçak'ın çalışmasında ise % 50'si bekadır(105). Çalışmamızda bekar oranının fazla oluşu, çalışmamızın yaş ortalamasının düşük olması ve bu yaş grubunda kişilerin henüz bekar oluşuna bağlanabilir.

Literatürde madde kullanımının medeni durumu nasıl etkilediğine dair çalışmalar mevcuttur. Sancar'ın çalışmasında katılımcıların madde kullanmadan önceki ve madde kullandıktan sonraki medeni durumları tespit edilip ona göre inceleme yapılmıştır. Çalışmada katılımcıların madde kullanmaya başlamadan önce % 74,4'ünün bekar, % 25,5'inin ise evli, % 0,4'ünün ise boşanmış olduğu, madde kullanmaya başladıktan sonra ise % 52,4'ünün bekar, % 38,8'inin evli ve % 8,8'inin boşanmış olduğu görülmektedir. Araştırmada evlilik oranının yükseldiği görüldü de, evli çiftlere uygulanan çift uyum ölçeğinde çiftler arasındaki uyumun kötü düzeyde olduğu tespit edilmiştir. Madde kullanım sonrasındaki boşanma oranındaki artışın ise, madde kullanımı sebebiyle kişinin sorumluluklarını yerine getirememesi sonucunda aile düzeninin bozulmasından kaynaklandığı belirtilmiştir(106).

Çalışmamızda katılımcıların % 12,5'inin babasının, % 3,8'inin annesinin hayatta olmadığı, % 18,3'ünün anne-babalarının ayrı olduğu, % 9,5'inin ailelerinde çoklu evlilik durumunun söz konusu olduğu görülmektedir.

Anne ya da babadan birinin ya da her ikisinin birden hayatta olmaması veya boşanma sebebiyle eşlerin ayrı yaşaması durumu parçalanmış aileler kavramını oluşturmaktadır.

Ögel 2002 yılında yapmış olduğu çalışmada; parçalanmış ve boşanmış aileler, ebeveynlerden birinin veya ikisinin kaybı, geniş kalabalık aileler ve aile içinde bireyin iletişim kurabileceği bir kişinin olmaması gibi durumları madde kullanımına sebep olan önemli ailesel risk faktörleri olarak tespit etmiştir(3).

Ögel'in UMATEM'de yapmış olduğu çalışmasında, uçucu madde kullananların % 20'sinde anne yada babadan birinin hayatta olmadığı, % 35,5'inde ebeveynlerinin ayrı olduğu, % 26,7'sinde ise ebeveynlerinden birinin üvey olduğu belirtilmiştir(22). 2012 yılında Dilbaz'ın yaptığı çalışmada, kentsel bölgede eroin kullanan kişilerin % 50 sinin ebeveynlerinin boşanmış olması veya ölmüş olması sebebiyle tek ebeveynli olduğu ve aile içinde aile fertlerinden en az birinde madde kullanımının söz konusu olduğu gibi durumlar tespit edilmiştir(132).

Çalışmamızda katılımcıların % 85'inin ailesi katılımcıların madde kullanımından haberdardır.

2013 yılında Kaya ve Şahinin madde bağımlılığında risk gruplarını belirledikleri çalışmada madde kullanıcısı olan ve ruhsal problemler yaşayan ebeveyne sahip bireyler ilk sırada, aile içinde iletişim ve duygusal yönden kopukluk yaşayan kişiler ikinci sırada ve sosyal becerileri zayıf olan kişiler üçüncü sırada risk grubu olarak belirlenmiştir(133).

Öner ve arkadaşlarının 2006 yılındaki ergenleri kapsayan çalışmasında anne-babaların çocuklarının dışarıdaki faaliyetlerinden haberdar olma düzeyleri arttıkça çocukların maddeye başlama, madde bağımlısı olma risklerinin azaldığını belirtmişlerdir(119).

Aile ve birey arasında güçlü bir iletişim mevcut ise, bağımlılık ile mücadele ve önleme programlarından daha olumlu sonuçların alındığı yapılan çalışmalarda görülmüştür(91).

Çalışmamızda katılımcıların madde kullanım sürelerinin ortalaması 4 yıl olarak bulunmuştur. Koçak'ın çalışmasında ise katılımcıların yarısı 6 yıl ve daha uzun süre diğer yarısı ise 6 yıldan daha kısa süre kullanmıştır. Çalışmalarda kişi tarafından kullanılan madde veya maddelerin kullanım sürelerinin belirlenmesi önemli bir etkidir. Bu süre tedavi aşamasında kişinin iyileşme sürecini, toplumla kaynaşma sürecini ve kişinin ruhsal ve fiziksel durumunu etkilemektedir(105).

Çalışmamızda katılımcılar ve aileleriyle yapılan görüşmeler sonucunda; madde kullanımını sonlandıran kişilerin oranı % 29,4 tedaviyi reddedenlerin oranı % 5,9 görüşmelerin devam ettiği kişilerin oranı % 52,9 ve diğer durumların oranı ise % 11,8 olarak tespit edilmiştir.

Madde bağımlılığında, bağımlı kişinin madde bağımlısı olduğunu kabul etmesi ve tedaviye ihtiyaç duyduğuna ikna olması zor bir süreçtir. Bağımlı kişinin tedaviyi kabul edip, tedaviye başlaması her zaman istenen sonuca ulaştırmaz. Çünkü kişi bu süreçte sadece alışkanlıklarını değil, arkadaşlarını ve sosyal çevresini de değiştirmek zorundadır(134).

Bağımlılık kronik bir hastalık olarak kabul edilip, hayat boyu devam edecek bir tedavi süreciyle kişi sürekli kontrol altında tutulmalıdır(135).

Bağımlılıkla mücadelede fiziksel bağımlılığın etkisi kısa sürede giderilir. Asıl önemli olan süreç ruhsal bağımlılığın tedavisidir. Madde bağımlılığı tedavisindeki en büyük sorun bağımlı kişinin, madde kullanımına yeniden başlamasıdır. Tedavi sonrası madde kullanımını sonlandıran kişilerin, maddeye tekrar başlama ihtimalleri yüksektir(23,83).

Madde bağımlılığı tedavi sürecinde doğal süreç olarak kabul edilen relaps iki temel bakış açısıyla ele alınır. Bunlardan birincisi kişinin sonlanan madde kullanımına yeniden başlaması, ikincisi ise temiz olunan dönemde madde kullanımına sebep olan sağlıklı olmayan davranışlara yeniden dönme sürecidir(136).

Buna örnek olabilecek bir araştırma Bakırköy Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi AMATEM kliniğinde 910 hastadan 310'unun dosyalarının incelenmesi sonucu, bu hastaların % 40-50'sinin ilk 6 ay içinde madde kullanımına tekrar başladığı tespit edilmiştir(137).

Yapılan bir diğer çalışmada, tedavisi sona ermiş alkol ve madde bağımlılarının yaklaşık % 50'sinin remisyon sürecinden birkaç ay sonra, madde kullanımına tekrar başladığı görülmüştür(138).

Başka bir örnekte 2011 yılı verilerine göre 2010 yılında tedavi amaçlı merkezlere başvuran kişilerin % 57,1'inin daha önce de bağımlılık tedavisi görmüş oldukları şeklindedir(129).

Bağımlılığın tedavi sürecinin tam anlamıyla olumlu bir şekilde tamamlanması ve maddeye geri dönüşün olmaması için bağımlı kişiye ruhsal desteğin önemi büyüktür. Bu anlamda tedavi sürecinde ve sonrasında bağımlı kişiye ailesinin, uzman kişinin ve sosyal çevresinin sağlayacağı psikolojik destek çok önemlidir(134).

Bağımlılıkla mücadelede, tedavi sürecinde bağımlı kişinin tedavi olmayı gönülden istemesi ve tedaviye olan inancının yüksek oluşunun tedaviye olumlu etkisi vardır.



Tedaviye başlama konusunda kararsızlık yaşayan kişilerin ikna edilip hemen tedavi sürecine alınması gereklidir. Öte yandan bu kişiler kaybedilir. Bağımlılıkta tedavi sürecinde önemli bir nokta da hazırlanan tedavi programlarının kişiye özgü olmasıdır(132).

Çalışmamızda katılımcıların kullandıkları maddeler incelendiğinde en fazla kullanılan maddenin esrar olduğu belirlenmiştir. Katılımcıların tamamına yakını esrar kullanmıştır. Katılımcıların üçte biri ise ekstazi kullanmıştır. Kullanılan diğer maddeler sırasıyla alkol, bally, eroin, kokain, tiner, çakmak gazı olarak belirtilmiştir. 2006 yılında Avşar ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada kullanıcıların büyük bir kısmının esrar bağımlısı olduğu tespit edilmiştir. Sancar'ın yapmış olduğu çalışmada, madde bağımlılarının son bir yılda en fazla kullandıkları maddeler incelendiğinde esrarın oranı % 77 bulunmuştur(106,139).

2012 Dünya Uyuşturucu Raporuna göre dünyada esrar kullanım oranının % 2,6 - % 5 arasında olduğu, kullanıcı sayısının ise yaklaşık 119-225 milyon arası olduğu tahmin ediliyor. 2015 yılı Avrupa Uyuşturucu Raporu'nun 2014 yılı verilerine göre yaşam boyu esrar kullanımı 78,9 milyon (% 23,3), kokain kullanımı 15,6 milyon (% 4,6), amfetamin kullanımı 12 milyon (% 3,5) ekstazi kullanımı ise 12,3 milyon (% 3,6) dur(71,140).

Çalışmamızda esrardan sonra en fazla kullanılan madde ekstazi ve alkoldür. Müderrisoğlu'nun çalışmasında katılımcıların % 66'sı alkol, % 5'i ise ekstazi kullandıklarını ifade etmişlerdir(141).

2016 yılında İlhan ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada yaşam boyu alkol kullanımı % 51,8 son bir yılda alkol kullanımı % 14,3 son bir ayda alkol kullanımı ise % 10,1 olarak bulunmuştur(72).

ABD'de 2003 yılında Baltimore Washington'da seksen iki gece kulübünde yetmiş ekstazi kullanıcısı ile yapılan yüz yüze görüşmeler sonucunda, kullanıcıların son iki ay içerisinde ekstaziye ek olarak, % 96'sının alkol, % 45'inin esrar, % 32'sinin ise kokain kullandıkları tespit edilmiştir(142).

Uçucu maddeler olarak sınıflandırılan solventler, aeroseller, gazlar, nitritler, volatil, bally, tiner gibi maddeler evlerde bulunabilen, ulaşımı ve bulunabilirliği daha kolay

olduğu için küçük çocukların ve sosyoekonomik düzeyi düşük olan kişilerin daha çok tercih edeceği bir maddedir (143,144).

Uçucu madde, diğer bağımlılık yapıcı maddelerin kullanımına geçişte basamak görevi gören bir madde türüdür. 2004 yılında Ögel ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada, uçucu madde kullanan öğrencilerin % 39,5'inin bağımlılığa sebep olan başka maddeleri de kullandıklarını belirtmişlerdir. Uçucu madde kullanan öğrencilere diğer maddeler hakkındaki görüşleri sorulduğunda % 24,2'si hergün alkol kullandığını belirtirken, % 20,8'i esrarı, % 24,9'u ise eroini denemek istediklerini belirtmişlerdir(115,145).

Ülkemizde uçucu madde ile ilgili yapılan çalışmalar sonucu, yaşam boyu en az bir kez uçucu madde kullanma oranı illere göre değişiklik göstermektedir. Bu oran % 3,9 ile % 12,8 arasında değişmektedir(75).

### **6.1. Çalışmanın Sınırlılıkları ve Güçlü Yanları**

Çalışmamızın güçlü yanı, ülkemizde bu konuda az sayıda çalışma yapılmış olması ve bu çalışmanın mevcut diğer çalışmalara kıyasla farklılıklarının olmasıdır. Madde kullanımı ve bağımlılığı araştırmaları incelendiğinde yapılan çalışmaların çoğunlukla anket çalışmaları olduğu ve anket çalışmalarının eğitim kurumlarında veya örneklem gereği genel nüfusta yapıldığı görülmektedir. Bu çalışmalarda araştırmaya katılanların kimliklerinin gizli kalacağıyla ilgili güvence verilmesine rağmen, madde kullanıcısının bir takım kaygılarla madde kullandığını saklaması ya da gerçeğe aykırı bilgiler vermesi gibi bir sorunla karşılaşılabilir. Yine bu araştırmalarda madde kullanmayan kişiler de yanıltıcı bilgiler verebilirler. Çalışmamızda ise, madde kullanımından kurtulmak için Madde Bağımlılığı ile Mücadele Komisyonuna başvuran, kolluk kuvvetleri tarafından hakkında adli işlem yapılmış olan ve yine komisyonla işbirliği yapan ilgili diğer resmi kurumlardan yönlendirilen madde kullanıcıları ve aileleriyle yüzyüze görüşülerek araştırma yapılmıştır. Madde kullanıcılarıyla yapılan görüşmelerle başlayan süreçte kurulan işbirliğiyle kaygılardan uzak bir şekilde güven ortamında veriler toplanmıştır. Bu

işbirliğiyle katılımcıların gerçek dışı veya yanıltıcı bilgiler verme ihtimalinin en aza indiği düşünülmektedir. Çalışmamızda kısıtlılık olarak madde kullanıcıları ile yapılan görüşme sayılarının farklılık göstermesi sayılabilir. Madde kullanıcılarının çoğu destek almayı kabul edip takip sürecine dâhil oldukları halde görüşmelere düzenli bir şekilde devam etmemişlerdir. Kişilerle yapılan görüşme sayısı ortalama 2 olarak bulunmuştur. Neredeyse 20 defa görüşülen kullanıcılar olduğu gibi sadece 1 kez görüşülen kullanıcılar da mevcuttur. Madde kullanıcılarına tekrardan ulaşabilmenin zorluğu, madde kullanımı yasal olmadığı için kişilerin gizli kalma eğilimleri, toplumun bağımlı kişilere yaklaşımı gibi sebepler bu kısıtlılığa neden olmuş olabilir.



## 7. SONUÇ VE ÖNERİLER

Araştırmaya katılanların % 95'i erkek, % 92'si bekar ve yaş ortalaması 22 olarak bulunmuştur. Katılımcıların % 47'si ilköğretimi tamamlamamıştır. Araştırmaya katılanların dörtte üçü herhangi bir işte çalışmamaktadır ve katılımcıların yarısında ailenin gelir düzeyi 1000 liradan azdır. Bu çalışmada yaş ortalamasının düşük olması ve sosyoekonomik düzeyin düşüklüğü dikkat çekmektedir.

Araştırmaya katılanların % 52'sinin birden fazla türde madde kullandıkları tespit edilmiştir. Kullanıcıların neredeyse tamamı esrar, üçte biri ekstazi kullanmıştır. Kişilerin madde kullanım sürelerinin ortalaması 4 yıldır. Kullanıcıların dörtte üçünde madde kullanmaya başlama nedeni, arkadaş etkisi olarak bulunmuştur.

Çalışmamızda katılımcılar ve aileleriyle yapılan görüşmeler sonucunda; madde kullanımını sonlandıran kişilerin oranı % 29,4 tedaviyi reddedenlerin oranı % 5,9 görüşmelerin devam ettiği kişilerin oranı % 52,9 ve diğer durumların oranı ise % 11,8 olarak tespit edilmiştir.

Çalışmada elde edilen verilerin analizi sonucunda istatistiksel olarak anlamlı çıkan sonuçlar aşağıda özetlenmiştir.

1- Madde kullanımına başlama sebebi; cinsiyete ve öğrenim durumuna göre farklılık göstermektedir. Erkeklerde arkadaş etkisi, kadınlarda ise aile içi-kişisel sorunlar ilk sırada yer alan sebeplerdir. Öğrenim düzeyi arttıkça arkadaş etkisinin oranı azalırken, aile içi-kişisel sorunların oranı artmaktadır.

2- Kullanılan madde türü sayısı; medeni duruma, ailenin gelir düzeyine ve anne-baba birlikteliğine göre farklılık göstermektedir. Evlilerde ve anne-baba birlikteliği olmayanlarda kullanılan madde türü sayısı daha fazladır. Gelir düzeyi arttıkça kullanılan madde türü sayısı artmaktadır.

3- Maddenin kullanıldığı süre; cinsiyete, medeni duruma ve anne-baba birlikteliğine göre farklılık göstermektedir. Erkeklerde, evlilerde ve anne-baba birlikteliği olmayanlarda maddenin kullanıldığı süre daha fazladır.

4- Ailenin madde kullanımından haberdar olma durumu; cinsiyete, öğrenim durumuna ve ailenin gelir düzeyine göre farklılık göstermektedir. Erkeklerde ailenin

madde kullanımından haberdar olma oranı daha yüksektir. Eğitim düzeyi ve gelir düzeyi arttıkça ailenin madde kullanımından haberdar olma oranı azalmaktadır.

5- Madde kullanan kişilerle yapılan görüşme sayısı, cinsiyete göre farklılık göstermektedir. Kadınlar erkeklere kıyasla komisyonla daha fazla sayıda görüşme yapmışlardır.

Bu araştırma sonucunda fayda sağlayacağı düşünülen öneriler aşağıda sunulmuştur.

1- Madde bağımlılarına yönelik psikososyal destek ve tedavi olanakları başta sosyoekonomik düzeyi düşük kişiler olmak üzere toplumun her kesimi için mümkün ve erişilebilir kılınmalıdır. Bu araştırmada yürütülen komisyon çalışmalarında olduğu gibi ilgili kamu kurumlarının işbirliği ve kamu otoritesinin denetiminde sivil toplum kuruluşlarının da desteği alınarak daha kapsamlı modeller geliştirilmelidir.

2- Madde bağımlıları ve madde kullanıcılarından daha çok kişiye ulaşabilmek için toplum madde bağımlılığı konusunda bilgilendirilmelidir. Bunun için amaca uygun, bilimsel araştırmalar doğrultusunda eğitimler düzenlenmelidir.

3- Madde kullanan bireylere toplum içerisinde temas eden sağlık personeli, eğitimci, kolluk kuvvetleri personeli, adli hizmetler personeli gibi meslek gruplarına yönelik temel eğitim programları geliştirilmelidir.

4- Madde kullanıcılarının eğitim seviyelerinin düşük olması, sağlık bilgi düzeylerini de etkileyeceğinden bağımlılara yönelik sağlık okuryazarlığı eğitimleri düzenlenmelidir.

5- Madde bağımlılığını önleme amacıyla ailenin güçlendirilmesine yönelik faaliyetler ilgili kurumların önceliği olmalı ve bununla ilgili somut plan ve projeler ortaya konulmalıdır.

## 8. KAYNAKLAR

1. N Alpay, N Karamustafalıoğlu, R Kükürt HK. Madde Kullanan Hastaların Gençlik Dönemlerindeki Hal ve Gidiş Bozuklukları. Düşünen Adam Psikiyatr ve Nörolojik Bilim Dergisi, 1998; 11(1)5-8.
2. Uzbay Tİ. Madde Bağımlılığı: Tüm Boyutlarıyla Bağımlılık ve Bağımlılık Yapan Maddeler. İstanbul Medikal Sağlık ve Yayıncılık Hiz. Tic. Ltd. Şti İstanbul; 2015.
3. Ögel K. Bağımlılığı önleme anne- babalar öğretmenler için kılavuz. ikinci bas. İstanbul: Hünkar Matbaası; 2002. 17 s.
4. Karataşoğlu S. Yerel Sosyal Politikalar Çerçevesinde Madde Bağımlısı Gençlerin Sosyal Rehabilitasyonu. Sakarya Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü; 2009.
5. Özer İN. Madde bağımlılarının maddeye başlama sebeplerinin tespiti ve önleyici hizmetlerin geliştirilmesi. T.C Polis Akademisi Güvenlik Bilimleri Enstitüsü, Yüksek lisans Tezi, (Danışman: Yrd. Doç. Dr. Nilgün ŞEN) 2016 Ankara.
6. Ögel K. Sigara, Alkol ve Madde Kullanım bozuklukları: Tanı, Tedavi ve Önleme. İstanbul: Yeniden Yayınları; 2010.
7. Acar M. Türkiye’de madde bağımlılığı ve gençlik. Kırıkkale Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek lisans tezi, Kırıkkale; 2006.
8. Köknel Ö. Köknel Ö. Bağımlılık. “Alkol ve Madde Bağımlılığı”. Altın Kitaplar Yayınevi, Akdeniz Yayıncılık A.Ş., İstanbul; 1998.
9. Öz F. Psikiyatri Hemşireliği El Kitabı. Kum N, editör. Vehbi Koç Vakfı Yayınları, İstanbul; 1996. 82-101 s.
10. Crouch, D. Karch SB. Drug Abuse Handbook. CRC Press LLC; 1998. 1-1123 s.
11. Cüceloğlu D. İnsan ve Davranışı. Remzi Kitabevi, İstanbul; 2003.
12. Yılmaz A, Can Y, Bozkurt M, Evren C. Alkol ve Madde Bağımlılığında Remisyon ve Depreşme. Psikiyatr Guncel Yaklasimler - Curr Approaches Psychiatry. 2014;6(3):1.

13. Polat G. Post-Treatment Social Reintegration Experiences of Drug Addicted Adolescents: A Qualitative Study. *Turkish J Fam Med Prim Care*. 2015;9(4):158–69.
14. T.C. Cumhurbaşkanlığı Devlet Denetleme Kurulu Araştırma ve İnceleme Raporu Madde ve Diğer Bağımlılıklar ile Mücadele Kapasitesinin ve Bu Bağlamda Türkiye Yeşilay Cemiyetinin Değerlendirilmesi. Ankara; 2014.
15. 2018-2023 Uyuşturucu ile Mücadele Ulusal Strateji Belgesi ve Eylem Planı. Ankara; 2018.
16. Uzbay, İ.T., Yüksel N. Madde kötüye kullanımı ve bağımlılığı. İçinde: In: *Psikofarmakoloji*, Yüksel, N (ed). Ankara: değiştirilmiş 3. baskı, Çizgi Tıp Yayınevi; 2003. s. 485–520.
17. Jaffe JH AJ (2005). Substance-related disorders: introduction and overview. İçinde: In *Kaplan and Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry*, 8th ed (Eds HI Sadock, VA Sadock). Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins; 2005. s. 1137–67.
18. Chung T, Martin CS, Maisto SA, Cornelius JR CD. Greater prevalence of DSM-5 nicotine use disorder compared to DSM-IV nicotine dependence in treated adolescents and young adults. *Addict* 107. 2012;810–8.
19. Dilbaz N. Madde Kullanım Riski ve Madde Bağımlılığından Korunma. Ankara: Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı; 2013. 1-106 s.
20. O'Brien CP. Research advances in the understanding and treatment of addiction. *Am J Addict* 12; 2003;536–47.
21. Ögel K. Madde bağımlılarına yaklaşım ve tedavi. *Bağımlılık Dergisi*, 2003;4(1):41.
22. Ögel K. Sokaklar “Tiner” kokuyor: “Tiner”ler, “Bali”ciler ve Sokakta Yaşayan Çocuklar. İstanbul: Yeniden Yayınları; 2005.
23. Ögel K., Taner S. YC. Ergenlerde Madde Kullanımına Yaklaşım Kılavuzu. İstanbul: IQ Kültür Sanat Yayıncılık; 2003.
24. Hasin DS, O'Brien CP, Auriacombe M, Borges G, Bucholz K, Budney A, Compton WM, Crowley T, Ling W, Petry NM, Schuckit M GB. DSM-5 Criteria for Substance Use Disorders: Recommendations and Rationale. *Am J Psychiatry*. 2013;170:834–51.

25. Uzbay Tİ. Mezopotamya uygarlığında eczacılık mesleğine dair bir inceleme. *Eczac Bülteni*, 2357-60. 1981;
26. McKim WA. *Drugs and Behavior: An Introduction to Behavioral Pharmacology*. 4th ed. New Jersey: Prentice Hall; 2000. 1-400 s.
27. *Guide to Drug Abuse Epidemiology*. Geneva: World Health Organization; 2000. 1-432 s.
28. Uzbay İT. Alkoller. İçinde: In: KAYAALP Rasyonel Tedavi Yönünden Tıbbi Farmakoloji Kayaalp, SO (ed). 11. Baskı. Ankara: Feryal Matbaacılık San. Ve Tic. Ltd. Şti.; 2005. s. 739–50.
29. Cleary PD, Miller M, Bush BT, Warburg MM, Delbanco TL AM. Prevalence and Recognition of Alcohol Abuse in a Primary Care Population. *Am J Med*. 1988;85(4):466–71.
30. Kayaalp, S.O., Uzbay İT. İlaç kötüye kullanımı ve ilaç bağımlılığı. İçinde: In: KAYAALP Rasyonel Tedavi Yönünden Tıbbi Farmakoloji Kayaalp, SO (ed). 11. Baskı. Ankara: Feryal Matbaacılık San. Ve Tic. Ltd. Şti.; 2005. s. 816–36.
31. W.R. M, P.L. W. Mesa Grande: A Methodological Analysis of Clinical Trials of Treatments For Alcohol Use Disorders. *Addiction* 2002 ; 97(3):265–77.
32. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5)*. 5th editio. Washington, DC: American Psychiatric Association; 2013.
33. Alici, T., Uzbay İT. Kannabinoidler: Ödüllendirici ve bağımlılık yapıcı etkilerinin nörobiyolojisi üzerine bir gözden geçirme. *Bağımlılık Derg*. 2006;7:140–9.
34. Özden SY. *Uyuşturucu Madde Bağımlılığı Teşhis Tedavi Tedbirler*. İstanbul: Nobel Tıp Kitapevleri; 1992. 1-476 s.
35. Köroğlu E. *DSM-5 Tanı Ölçütleri Başvuru Elkitabı*. Ankara: Hekimler Yayın Birliği Yayıncılık; 2014. 1-1200 s.
36. Weil, EL ZN. Acute effects of marijuana on speech. *Nature*. 1969;222(434):43.
37. De Wit H, Kirk J JA. Behavioral pharmacology of cannabinoids. İçinde: In: *Handbook of substance abuse: Neurobehavioral Pharmacology* Tanter RE, Ammerman RT, Ott PJ (eds). New York: Plenum Press; 1998. s. 131–46.



38. Moskowitz J, Hulbert S MW. Marijuana: Effects on simulated driving performance. *Accid Anal Prev.* 1976;8:45–50.
39. Polen MR, Sidney S, Tekawa IS, Sadler M, Friedman GD. Health Care Use by Frequent Marijuana Smokers Who Do Not Smoke Tobacco. *West J Med* 1993;158(6):596–601.
40. Zickler P. Study Demonstrates That Marijuana Smokers Experience Significant Withdrawal. *NIDA Notes.* 2002;17(3).
41. Brick J EC. Drugs, The Brain, and Behavior. The Pharmacology of Abuse and Dependence. New York: The Haworth Medical Press; 1998. 33-54, 119-131 s.
42. Kızılyalın AA. Uyuşturucu Zehirler ve Toksikomani. İstanbul: Çamlıca Matbaası; 1970. 1-66 s.
43. Ögel K. Uyuşturucu Maddeler ve Bağımlılık. İstanbul: Cep Üniversitesi İletişim Yayınları; 1997.
44. Cushman PJ. Neuro-endocrine effects of opioids. *Adv Alcohol Subst Abus.* 1981;1:77–99.
45. Kay DC, Eisenstein RB JD. Morphine effects on human REM state, waking state and NREM sleep. *Psychopharmacology (Berl).* 1969;14:404–16.
46. Andrew K.S. Ho JPA. Alcohol and the Opiate Receptor: Interactions with the endogenous opiates. *Adv Alcohol Subst Abuse.* 1982;1(1):53–75.
47. Hale JR, De Boer JZ, Chanton JP, Spiller HA. Questioning the Delphic Oracle. *Sci Am.* 2003;289(2):66–73.
48. Crider RA RB. Inhalant Overview. *NIDA Res Monogr.* 1988;85:1–7.
49. Kasatura İ. Gençlik ve Bağımlılık. İstanbul: Evrim Yayınevi; 1998. 1-223 s.
50. Ögel K. Sokakta Yaşayan Çocuklar ve Madde Kullanımı: Tedavide Temel İlkeler. Yeniden Sağlık ve Eğitim Derneği; 2000.
51. Jones NP. Self-enucleation and Psychosis. *Br J Ophthalmol.* 1990;74:571–3.
52. Morton HG. Occurrence and Treatment of Solvent Abuse in Children and Adolescents. *Pharmacol Ther.* 1987;33:449–69.
53. JM W. Solvent Abuse and Adolescents. *Practitioner.* 1984;228:487–90.
54. Meadows R VA. Medical Complications of Glue Sniffing. *South Med J.* 1996;89(5):455–62.
55. Anderson HR, Macnair RS, Ramsey JD. Deaths From Abuse of Volatile

- Substances: A National Epidemiological Study. *Br Med J (Clin Res Ed)*. 1985;290(6464):304–7.
56. Francisco López-Muñoz, Ronaldo Ucha-Udabe, Cecilio Alamo. The History of Barbiturates A Century After Their Clinical Introduction. *Neuropsychiatr Dis Treat*. 2005;1(4):329–43.
  57. SY Ö. Uyuşturucu Madde Bağımlılığı. İstanbul: Alfeme Basım Yayın; 2004.
  58. Sternbach LH. Chemistry of 1,4-Benzodiazepines and Some Aspects of The Structure-Activity Relationships. İçinde: In S Garattini, E Mussini, & L O Randall (Eds), *The benzodiazepines*. New York: Raven Press; 1973. s. 1–26.
  59. Greenblatt DJ SR. *Benzodiazepines in Clinical Practice*. New York: Raven Press; 1974.
  60. W. H. The Biological Basis of Benzodiazepine Actions. İçinde: In: Smith DE, Wesson DR (eds) *The Benzodiazepines: Current Standards for Medical Practice*. MTP Press. 1985. s. 7–41.
  61. Stahl SM. *Stahl's Essential Psychopharmacology: Neuroscientific Basis and Practical Applications*. Third Edit. New York: Cambridge University Press; 2008. 1-1132 s.
  62. Hughes JR, Gust SW, Skoog K, Keenan RM FJ. Symptoms of Tobacco Withdrawal. A Replication and Extension. *Arch Gen Psychiatry*. 1991;48(1):52–9.
  63. Hughes JR, Higgins ST BW. Nicotine Withdrawal Versus Other Drug Withdrawal Syndromes: Similarities and Dissimilarities. *Addiction*. 1994;89(11):1461–70.
  64. ME J. Biological Influences on Cigarette Smoking. (NIDA Research Monograph No:26). İçinde: In: *The Behavioral Aspects of Smoking* Krasnegor NE (ed). Washington, DC: U.S. Government Printing Office; 1979. s. 7–45.
  65. Mat A. Bitkiden İlaça Hepsinin Bir Öyküsü Var. İstanbul: Pharma Vision Kültür Yayınları; 2010. 1-61 s.
  66. Kumor K, Sherer M, Muntander C, Jaffe JH HR. Pharmacological Aspects of Cocaine Rush. İçinde: In: *Problems of Drug Dependence* Haris LS (ed), NIDA Research Monograph No:90. Washington, DC: US Government Printing

- Office; 1988.
67. Babaoğlu AN. Uyuşturucu ve Tarihi Bağımlılık Yapan Maddeler. İstanbul: Kaynak Yayınları; 1997. 1-264 s.
  68. Gökler R KR. Uyuşturucu ve Madde Bağımlılığı. Sos Bilim Araştırmaları Derg. 2008;1:89–104.
  69. Ögel K. Madde Kullanım Bozuklukları Epidemiyolojisi. Türkiye Klin J Int Med Sci. 2005;1(47):61–4.
  70. Köroğlu E, Güleç C ŞS. Psikiyatri Temel Kitabı. Ankara: Hekimler Yayın Birliği Yayıncılık; 2007. 184-205 s.
  71. T.C. İçişleri Bakanlığı Emniyet Genel Müdürlüğü Narkotik Suçlarla Mücadele Daire Başkanlığı 2012 TUBİM Türkiye Uyuşturucu Raporu. Ankara; 2012.
  72. Ilhan MN, Kotan Z, Pinarci M, Kocak N, Arikan Z, Tasdemir A, vd. Prevalence and Socio-Demographic Determinants of Tobacco, Alcohol, Substance Use and Drug Misuse in General Population in Turkey. Arch Neuropsychiatry. 2016;53:205–12.
  73. Evren C, Saatçioğlu Ö, Evren B, Yancar C, Erken B, Çakmak D. Madde Kullanım Bozukluğunda Cinsiyet Farklılığı: AMATEM'e Yatan Hasta Verilerinin İncelenmesi. Düşünen Adam Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi 2003;3(16):132–8.
  74. UNODC, World Drug Report 2012 (United Nations publication, Sales No. E.12.XI.1). 2012.
  75. Ögel K, Tamar D, Evren C, Çakmak D. Lise Gençleri Arasında Sigara, Alkol ve Madde Kullanım Yaygınlığı. Türk Psikiyatri Dergisi. 2001;12(1):47–52.
  76. Yüksel N, Dereboy Ç, Çifter İ. Üniversite Öğrencileri Arasında Madde Kullanımı. Türk Psikiyatr Dergisi, 1994; 5(4)283-286. 1994;5(4):283–6.
  77. T.C. Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı Türkiye Ergen Profili Araştırması 2013. Ankara: Uzerler Matbaacılık; 2013.
  78. UNODC. UNODC, World Drug Report 2010 (United Nations Publication, Sales No. E.10.XI.13).
  79. Sayim A. Lise Öğrencilerini Bilgilendirmenin Madde Konusundaki Görüşlerine Etkisinin İncelenmesi. İ.Ü. Adli Tıp Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2000, İstanbul (Danışman: Prof. Dr. M. Fatih Yavuz);

80. Sales A. Preventing Substance Abuse, A Guide for School Counselors. American Counseling Association. Caps Press; 2005. 13-30, 95-103 s.
81. Sungur M. Alkol Bağımlılığı Tedavisinin Biçimlendirilmesinde Nükslerin Önemi ve Nüksleri Önleme Teknikleri. Türk Psikiyatri Dergisi 1991;2(3):171-82.
82. Ercan HY. Bağımlılık Tedavisinde Egzersiz Terapisi. Ankara: Nobel Akademik Yayıncılık; 2013. 6-8 s.
83. Ögel K. İnsan, Yaşam ve Bağımlılık (Tartışmalar ve Gerçekler). İstanbul: IQ Kültür Sanat Yayıncılık; 2001.
84. Hughes JR, Pickens RW, Gust SW, Hatsukami DK SD. Smoking Behavior of Type A and Type B Smokers. Addict Behav. 1986;11(2):115-8.
85. Enoch MA, White KV, Harris CR, Rohrbaugh JW GD. The Relationship Between Two Intermediate Phenotypes For Alcoholism: Low Voltage Alpha EEG and Low P300 ERP Amplitude. J Stud Alcohol. 2002;63(5):509-17.
86. Chaudry HR, Moss HB, Bashir A ST. Cannabis Psychosis Following Bhang Ingestion. Br J Addict. 1991;86(9):1075-81.
87. Ercan Z. Uyuşturucunun Harman Yeri. İstanbul: Nemesis Kitap; 2012. 1-352 s.
88. Cadoret RJ, Cain CA GW. Development of Alcoholism in Adoptees Raised Apart From Alcoholic Biologic Relatives. Arch Gen Psychiatry. 1980;37(5):561-3.
89. DW G. Genetic Determinants of Alcohol Addiction. Adv Exp Med Biol. 1975;56:339-55.
90. Beyazyürek M, Şatır TT. Madde Kullanım Bozuklukları. Psikiyatr Dünyası. 2000;4(2):50-6.
91. Çavuşoğlu F. Sağlık Yüksekokulu Öğrencilerinin Madde Kullanımına Etki Eden Etmenler ve Aileden Aldıkları Sosyal Desteğin Etkisi. Ondokuz Mayıs Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek lisans tezi, 2009, (Danışman: Prof. Dr. Zuhul BAHAR).
92. Beck JS. Cognitive Therapy: Basics and Beyond. The Guilford Press; 1995. 2-9 s.
93. Avcı E. Madde Bağımlılığı Tedavisi Görmüş Bireylerde Bilişsel Davranışçı

- Grup Psikoterapisinin Relaps Eğilimi üzerindeki etkisinin sınanması. İstanbul Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Doktora Tezi, 2017, İstanbul (Danışman: Doç.Dr. Ömer Faruk Şimşek).
94. Rubak S, Sandbæk A, Lauritzen T, Christensen B. Motivational Interviewing: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Br J Gen Pract.* 2005;55(513):305–12.
  95. Ryan R, Plant R, O'Malley S. Initial Motivations for Alcohol Treatment: Relations With Patient Characteristics, Treatment Involvement, and Dropout. *Addict Behav.* 1995;20(3):279–97.
  96. Magill M, Apodaca T, Barnett N, PM M. The Route to Change: Within-Session Predictors of Change Plan Completion in a Motivational Interview. *J Subst Abus Treat.* 2010;38(3):299–305.
  97. DiClemente CC, Bellino LE, Neavins TM. Motivation For Change and Alcoholism Treatment. *Alcohol Res Heal.* 1999;23(2):86–92.
  98. Wakefield M, Olver I, Whitford H, Rosenfeld E. Motivational Interviewing As a Smoking Cessation Intervention for Patients With Cancer: Randomized Controlled Trial. *Nurs Res.* 2004;53(6):396–405.
  99. Navidian A, Kermansaravi F, Tabas E, Saedinezhad F. Efficacy of Group Motivational Interviewing in the Degree of Drug Craving in the Addicts Under the Methadone Maintenance Treatment (MMT) in South East of Iran. *Arch Psychiatr Nurs.* 2016;30(2):144–9.
  100. TBMM Uyuşturucu Başta Olmak Üzere Madde Bağımlılığı ve Kaçakçılığı Sorunlarının Araştırılarak Alınması Gereken Önlemlerin Belirlenmesi Amacıyla Kurulan Meclis Araştırması Raporu. Ankara; 2008.
  101. Buğdaycı G. Üniversite Öğrencilerinin Sigara, Alkol ve Madde Kullanımı ve Madde Kullanımını Etkileyen Sosyal Kültürel ve Ekonomik Süreçler. Sakarya Üniversitesi Örneği. Sakarya Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2008, Sakarya (Danışman: Doç. Dr. Hayati Beşirli).
  102. Saraçlı Ö. Zonguldak Karaelmas Üniversitesi Öğrencilerinde Sigara, Alkol ve Madde Kullanımı ile İlişkili Bireysel ve Psikososyal Faktörler. Zonguldak Karaelmas Üniversitesi, Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı, Uzmanlık Tezi, 2008, Zonguldak (Danışman: Yrd.Doç.Dr. Levent ATİK).

103. Lepore SJ, Evans GW, Schneider M. The Dynamic Role of Social Support in The Link Between Chronic Stress and Psychological Distress. *J Pers Soc Psychol.* 1991;61:899–909.
104. Kahrıman İ. Adölesanlarda Aile ve Arkadaşlardan Algılanan Sosyal Destek ile Benlik Saygısı Arasındaki İlişki. Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2003, Erzurum (Danışman:Yrd.Doç.Dr. Sevinç POLAT).
105. Koçak N. Türkiye’de Uyuşturucu Madde Kullanımını Etkileyen Faktörler. T.C. Polis Akademisi Güvenlik Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, 2014, Ankara (Danışman: Doç. Dr. Murat SEVER).
106. Sancar E. Madde Kullanım Bozukluğunun Kişilerin Yaşamları Üzerine Olumsuz Etkileri İle Hastaların İşlevsellikleri ve Evlilik Uyumlarının Belirlenmesi. Gaziantep Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2017, Gaziantep (Danışman: Doç.Dr.Derya Tanrıverdi).
107. Işıklı S, Irak M. Türkiye’de Madde Kullanımı ve Bağımlılığı Profili Araştırması: 2002 Yılı Madde Kullanımı Geniş Alan Araştırması. Nihai Rapor. 2002.
108. T.C. İçişleri Bakanlığı Emniyet Genel Müdürlüğü Narkotik Suçlarla Mücadele Daire Başkanlığı 2018 TUBİM Türkiye Uyuşturucu Raporu. Ankara; 2018.
109. UNODC. UNODC World Drug Report 2009 (United Nations Publication Sales No. E.09.XI.12). 2009.
110. Güleç C, Köroğlu E. Psikiyatri Temel Kitabı Cilt 1. Ankara: Hekimler Yayın Birliği Yayıncılık; 1997. 265-297 s.
111. Adana F, Arslantaş H. Ergenlikte öfke ve öfkenin yönetiminde okul hemşiresinin rolü. Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi. 2011;12(1):57–62.
112. Çelikay H. Esrar ve Sentetik Esrar Kullanımı Olan Bireylerin Nöropsikolojik İşlevlerinin Madde Kullanımı Olmayan Bireyler ile Karşılaştırılması. Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, 2017, İzmir (Danışman: Prof. Dr. Ayşe Ender ALTINTOPRAK).
113. T.C. İçişleri Bakanlığı Emniyet Genel Müdürlüğü Narkotik Suçlarla Mücadele Daire Başkanlığı 2013 TUBİM Türkiye Uyuşturucu Raporu. 2013.

114. Jordán Jinez M, Souza J, Pillon S. Drug Use and Risk Factors Among Secondary Students. *Rev Latino-am Enferm.* 2009;17(2):246–52.
115. Evren C, Ögel K, Tamar D, Çakmak D. Uçucu Madde Kullanıcılarının Özellikleri. *Bağımlılık Dergisi* 2001;2(2):57–60.
116. Novacek J, Raskin R, Hogan R. Why Do Adolescents Use Drugs? Age, Sex, and User Differences. *J Youth Adolesc.* 1991;20(5):475–92.
117. Çetin Y. Madde Bağımlılığı ve Yalova Ölçeğinde Madde Bağımlılığı Algısı. Yalova Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2013, Yalova, (Danışman: Doç.Dr. Selami Özcan); 2013.
118. Karatay G, Kubilay G. Sosyoekonomik Düzeyi Farklı İki Lisede Madde Kullanma Durumu Ve Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi.* 2004;1(2):57–70.
119. Öner S, Şaşmaz T, Buğdayci R, Kurt AÖ, Uğurhan F, Tezcan H. Sokakta Çalışan ya da Yaşayan Çocuklarda Sigara Alkol ve Madde Kullanma Prevelansı ve Etkileyen Faktörler. *Klinik Psikiyatri Bülteni.* 2006;16(1):15–21.
120. Ögel K, Çorapçıoğlu A, Sır A, Tamar M, Tot Ş, Doğan O, vd. Dokuz İlde İlk ve Ortaöğretim Öğrencilerinde Tütün, Alkol ve Madde Kullanım Yaygınlığı. *Türk Psikiyatri Derg.* 2004;15(2):112–8.
121. Yüncü Z, Aydın C, Coşkunol H, Altıntoprak E, Bayram AT. Çocuk ve Ergenlere Yönelik Bir Bağımlılık Merkezine İki Yıl Süresince Başvuran Olguların Sosyodemografik Değerlendirilmesi. *Bağımlılık Dergisi.* 2006;1:31–7.
122. Doğanavşargil GÖ, Sertöz, Özen Ö, Coşkunol H, Şen G. EÜTF Psikiyatri Anabilim Dalı Bağımlılık Tedavi Biriminin Hasta Verilerinin On Yıllık Geriye Dönük Olarak İncelemesi: Madde Kullanan Hastaların Sosyodemografik Özellikleri. *Bağımlılık Dergisi.* 2004;5(3):115–20.
123. Erdem G, Eke CY, Ögel K, Taner S. Lise Öğrencilerinde Arkadaş Özellikleri ve Madde Kullanımı. *Bağımlılık Derg.* 2006;7(3):111–6.
124. Ögel K, Yücel H, Aksoy A. İstanbul'da Sokakta Yaşayan Çocukların Özellikleri. İstanbul; 2004.
125. Dolu O. Suç Teorileri: Teori, Araştırma ve Uygulamada Kriminoloji. Seçkin

- Yay. Ankara; 2010. 1-496 s.
126. Ögel K, Tamar D, Evren C, Çakmak D. Uçucu Madde Kullanımının Yaygınlığı: Çok Merkezli Bir Araştırmanın Verilerinin Değerlendirilmesi. Anadolu Psikiyatr Derg. 2000;1(4):220-4.
  127. Gülmez G. Sosyoekonomik Düzeyi Farklı İki Lisede Madde Kullanma Durumu ve Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Bilim Uzmanlığı Tezi, 2003 (Danışman: Prof. Dr. Gülümser KUBİLAY); 2003.
  128. Emniyet Genel Müdürlüğü Kaçakçılık ve Organize Suçlarla Mücadele Daire Başkanlığı Uyuşturucu Madde Olayları Genel Değerlendirmesi. Ankara: Evren Yayıncılık; 1998. 41-47 s.
  129. T.C. İçişleri Bakanlığı Emniyet Genel Müdürlüğü Narkotik Suçlarla Mücadele Daire Başkanlığı 2011 TUBİM Türkiye Uyuşturucu Raporu. Ankara; 2011.
  130. Yüncü Z, Sermin K, Özbaran B, Çelik Y, Aydın C. Madde Kullanım Bozukluğu Olan Ergenlerin Ebeveynlerinde Psikopatoloji ve Mizaç: Kontrollü Bir Çalışma. Türk Psikiyatr Dergisi. 2009;20(1):5-13.
  131. Ünal M. Madde Bağımlılığı ve Alkolizmde Aile. Aile ve Toplum. 1991;1:80-5.
  132. T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Madde Bağımlılığı Tanı ve Tedavi Kılavuzu El Kitabı. Ankara: Pozitif Matbaa; 2012. 1-322 s.
  133. Kaya Y, Sahin NH. Kadınlarda Madde Kullanımı ve Hemşirenin Rolü. Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi. 2013;10(1):3-7.
  134. Türkiye Yeşilay Cemiyeti Türkiye Bağımlılıkla Mücadele Eğitim Programı Formatörler ve Uygulayıcılar İçin Kılavuz Kitabı. İstanbul: Kültür Sanat Basımevi; 2015. 1-224 s.
  135. Gürpınar D, Tokuçoğlu L. Bağımlılık Yapan Maddeleri Kullanmak İçin Duyulan Arzu ve Bu Maddelerle İlgili Rüyalarda. Bağımlılık Dergisi. 2006;7(1):38-43.
  136. Daley DC, Douaihy A. Relapse Prevention Counseling: Clinical Strategies to Guide Addiction Recovery and Reduce Relapse. PESI Publishing & Media; 2015. 1-162 s.
  137. Saatçioğlu Ö, Yapıcı A, Ciğerli G, Öney R, Çakmak D. Yatarak Tedavi Gören



- Bağımlı Hastalarda Nüksün Değerlendirilmesi. *Bağımlılık Dergisi*. 2007;8:133–7.
138. Walton MA, Castro FG, Barrington EH. The Role of Attributions in Abstinence, Lapse, and Relapse Following Substance Abuse Treatment. *Addict Behav*. 1994;19(3):319–31.
139. Avşar G, Koç F, Aslan G. Madde Bağımlısı Hastalarda Sosyal Destek ve Benlik Saygısı. *ACU Sağlık Bilimleri Dergisi*. 2016;1(1):44–9.
140. Avrupa Uyuşturucu ve Uyuşturucu Bağımlılığı İzleme Merkezi 2015 Avrupa Uyuşturucu Raporu 2015.
141. Müderrisoğlu S. Madde Kullanımı Önleme Stratejileri ve Üniversite Öğrencilerine Yönelik Önleme Programı. İstanbul Üniversitesi Adli Tıp Enstitüsü, Doktora tezi, 2008, İstanbul (Danışman: Prof. Dr. M. Fatih YAVUZ); 2008.
142. Yacoubian J, Boyle C, Harding CA, Loftus EA. It's a rave new world: Estimating the prevalence and perceived harm of ecstasy and other drug use among club rave attendees. *J Drug Educ*. 2003;33(2):187–96.
143. Anderson CE, Loomis GA. Recognition and Prevention of Inhalant Abuse. *Am. Fam. Physician*. 2003;68(5):869–74.
144. Beyazyürek M. Uçucu Madde Kötüye Kullanımı. *Türkiye Klin J Int Med Sci*. 2005;1:73–8.
145. Ögel K, Barşah Y, Dönmez E. Esrar ve Etkileri. İstanbul: Yeniden Yayın No: 9; 2005.

## 9. EKLER

### 9.1. Etik Kurul Raporu

**DİCLE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ GİRİŞİMSSEL OLMAYAN KLİNİK  
ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU**  
**DİCLE UNIVERSITY MEDICAL FACULTY ETHICS COMMITTEE FOR  
NONINTERVENTIONAL STUDIES**

22

#### KARAR

Prof. Dr. Ali CEYLAN, Dr. Perver YETİZ isimli araştırmacılar tarafından planlanan “Madde bağımlısı bireylerin madde kullanımını sonlandırmaya yönelik çalışmalar; Batman örneği” başlıklı araştırmaya *Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurul’u* tarafından toplantıda hazır bulunan üyeler tarafından oy birliği ile onay verilmiştir.

Klinik araştırma tamamlanıp yayın aşamasına geldiğinde, yayına sunulan bildiri veya makalenin bir örneğinin Etik Kurul’a verilmesi zorunludur.

#### DECISION

The project titled as “Studies on abstinence in substance depended population; Batman version” planned by Ali CEYLAN, Perver YETİZ has been approved by Ethics Committee of Dicle University Faculty of Medicine.

**Oturum No ( Meeting number ) :**

Tarih (Date): 25.12.2015

Saat (Hour): 13:00-15:00

**KURUL BAŞKANI (CHIEF)**

Prof. Dr. Aydın ECE

#### KURUL ÜYELERİ / MEMBERS

	ÜNVANI	ADI-SOYADI	KURUMU	BRANŞI	İMZA
1	Prof. Dr.	Aydın ECE	Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi	Çocuk Sağlığı ve Hst.	
2	Yrd. Doç. Dr.	İbrahim KAPLAN	Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi	Biyokimya	
3	Prof. Dr.	Süleyman GÖREN	Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi	Adli Tıp	
4	Yrd. Doç. Dr.	İlker KELLE	Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi	Tıbbi Farmakoloji	
5	Doç.Dr.	A. Çetin TANRIKULU	Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi	Göğüs Hast.	
6	Doç. Dr.	Abdullah BÖYÜK	Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi	Genel Cerrahi	
7	Yrd. Doç. Dr.	İsmail YILDIZ	Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi	Biyostatistik	
8	Doç. Dr.	Uğur FIRAT	Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi	Patoloji	
9	Doç. Dr.	Orhan ATEŞ	Dicle Üniversitesi İlahiyat Fakültesi	Temel İslam Bilimleri	
10	Doç. Dr.	Mehmet Uğur ÇEVİK	Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi	Nöroloji	
11	Avukat	Şahhanım KAPLAN	Dicle Üniversitesi Hastaneleri Başhekimlik	Avukat	

## 9.2. Görüşme Bilgi Formu

### GÖRÜŞME BİLGİ FORMU

Form No: .....	Düzenleme Tarihi: ...../...../.....
Tespit Eden: Emniyet Aile Arkadaş Okul Komisyon Diğer:.....	
TC Kimlik No:	Tespit Tarihi:
Adı Soyadı:	Doğum Tarihi ve Yeri:
Baba Adı:..... Anne Adı:.....	Eş Adı:.....
Cinsiyeti/Medeni Hali:	Kardeş Sayısı veya Çocuk Sayısı:.....
İrtibat Numaraları:	
Eğitim Düzeyi:	Öğrenci İse Okulu:
Mesleği:	Sınıfı:
Nüfusa Kayıtlı Olduğu Yer İl:	İlçe: Mahalle/Köy:
İkamet Bilgileri:	
Kullandığı Madde Türleri:	Maddeye Başlama Yılı ve Kullanım Sıklığı:
Madde Kullanımına Başlama Nedeni:	
Maddeyi En Sık Kullandığı Yer ve Şekli:	
Ailenin Madde Kullanımından Haberi: Var Yok	
Baba: Vefat Sağ Anne: Vefat Sağ	
Anne Baba Birlikte Yaşıyor Ayrı Yaşıyor Boşanmış Diğer:.....	
Çoklu Evlilik: Yok Var Sayısı:.....	
Ailenin Ekonomik Durumu ve Aylık Geliri:	
Ailedeki Çalışan Sayısı: Meslekleri:	Ailede Çalışan Çocuk: Var Yok Sayısı:.....
Ailede Engelli: Var Yok	Ailenin Aldığı Yardım?
Ailede Başka Madde Bağımlısı: Var Yok	Var ise Kimler ve Kullandığı Madde Türleri:
Aile İş Birliğine : Açık Kapalı	
Bağımlılık Düzeyi: ÇOK AZ / AZ / ORTA / AĞIR / ÇOK AĞIR	Tedavi İsteği : ÇOK İSTEKLİ / İSTEKLİ / KARARSIZ / İSTEKSİZ / RET Diğer:.....

## AÇIKLAMALAR



### 9.3. Kurum Onayı

#### HALK SAĞLIĞI MÜDÜRLÜĞÜ'NE BATMAN

Halen Halk Sağlığı Müdürlüğü Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar, Programlar ve Kanser Şubesi'nde hekim olarak görev yapmaktayım.

Dicle Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Doktora Programı öğrencisiyim. Doktora tezimde kullanılmak üzere sekreteryası Halk Sağlığı Müdürlüğü tarafından yürütülen Madde Bağımlılığı ile Mücadele Alt Komisyonu çalışma alanına giren, madde kullanan bireylerle ilgili verilere ulaşabilmem için gerekli izin verilmesi hususunda; Gereğini bilgilerinize arz ederim.

**ADRES:**  
Halk Sağlığı Müdürlüğü  
Bulaşıcı Olm. Hst. Prog. Ve Kanser Şubesi  
BATMAN

12.11.2015  
Dr. Perver YETİZ  
Sicil No: DR144949

Gençliği,  
Sağlıklı ve  
Kıymetli

BATMAN HALK SAĞLIĞI MÜDÜRLÜĞÜ -  
BATMAN HALK SAĞLIĞI MÜDÜRLÜĞÜ EVRAK  
KAYIT BİRLİMİ

12/11/2015 11:50 / 2318  
00015160393



BATMAN HALK SAĞLIĞI MÜDÜRLÜĞÜ - BATMAN  
BULAŞICI OLMAYAN HASTALIKLAR PROGRAMLAR VE  
KANSER ŞUBE MÜDÜRLÜĞÜ  
12/11/2015 16-51 - 21323317 - 806.01.03 - E 200



**T.C.**  
**BATMAN VALİLİĞİ**  
**HALK SAĞLIĞI MÜDÜRLÜĞÜ**

**Sayı** : 21323317/806.01.03  
**Konu** : Doktora Tezi İçin İzin Talebi

**MÜDÜRLÜK MAKAMINA**  
**BATMAN**

Halk Sağlığı Müdürlüğümüze bağlı Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar, Programlar ve Kanser Şubesinde görevli Dr. Perver YETİZ, Dicle Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Doktora Programı öğrencisidir.

Yapacağı doktora tezinde kullanmak üzere valiliğimize bağlı müdürlüğümüz bünyesinde kurulmuş olan "Madde Bağımlılığı İle Mücadele Alt Komisyonu" na kayıtlı, madde kullanan bireylerle ilgili verilere ulaşabilmesi için kurumumuz personeli Dr. Perver YETİZ'in izin talep dilekçesi ekte sunulmuştur.

Konuyla ilgili gerekli onayın verilmesi hususunu;  
Olurlarımıza arz ederim.

Dr. Selahattin KAÇAN  
Halk Sağlığı Müdür Yardımcısı

**OLUR**

.../.../2015

Dr. Veheddin ACAR  
Halk Sağlığı Müdürü

**EKLER:**

-Dilekçe

Kültür Mahallesi Üniversite Caddesi  
1.gulmus@saglik.gov.tr

Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden 2da026b9-9ca4-4723-b440-254367934408 kodu ile erişebilirsiniz.  
Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

#### 9.4. Bilgilendirilmiş Gönüllü Onam Formu

Sayın .....

“MADDE BAĞIMLISI BİREYLERİN MADDE KULLANIMINI SONLANDIRMAYA YÖNELİK ÇALIŞMALAR; BATMAN ÖRNEĞİ“ başlıklı bu çalışma Dicle Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı A.B.D. doktora tez çalışması olarak planlanmıştır.

Batman’da; madde kullanan kişilerin madde kullanımının değerlendirilmesi ve sonrasında tedaviye yönlendirilmesi amacıyla bu ‘‘GÖRÜŞME BİLGİ FORMU’’ hazırlanmış olup madde kullanan kişilere uygulanmak üzere sunulmuştur. Formun uygulanması gönüllülük esasına dayalı olup arzu ederseniz katılmamayı da tercih edebilirsiniz. Çalışmamıza katılmanız halinde formdan elde edilen kişisel bilgiler ve cevaplar kişiye özel olup alınacak sonuçlar sadece doktora tez çalışmasında kullanılacaktır. **İstediğiniz an çalışmadan çıkabilirsiniz. İstemediğiniz veya çalışmadan ayrıldığınız takdirde size ait veriler bilimsel amaçlı kullanılmayacaktır.** Sorulara verilecek doğru cevaplar araştırmanın daha objektif değerlendirilmesine katkı sağlayacaktır. Çalışmada, Batman’da madde kullanımının sonlandırılmasına yönelik çalışmaların değerlendirilmesi amaçlanmıştır. Çalışmaya katılımınızdan ötürü teşekkür ederim.

Çalışmanız için hazırlanmış ve karşılıklı soru cevap halinde şahsıma uygulanmak üzere düzenlenmiş ‘‘GÖRÜŞME BİLGİ FORMU’’nun amacını kavramış olduğumu ve formun uygulanmasını kabul ettiğimi beyan ederim.

İMZA

Dr.Perver YETİZ

D.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü

Halk Sağlığı A.B.D. Doktora Öğrencisi

Tel: 05066289591

perveryetiz@gmail.com

## 10. ÖZGEÇMİŞ



**TÜRKİYE CUMHURİYETİ**  
**DİCLE ÜNİVERSİTESİ**  
**SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**



### ÖZGEÇMİŞ

Adı	Perver	Soyadı	Yetiz
DoğumYeri	Batman	DoğumTarihi	25.07.1985
Uyruğu	T.C.	Tel	05066289591
E-posta	perveryetiz@gmail.com		

### EĞİTİM DÜZEYİ

	Mezun Olduğu Kurumun Adı	Mezuniyet Yılı
Doktora/Uzmanlık		
Tezli Yüksek Lisans		
Tezsiz Yüksek Lisans		
Lisans	İstanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi	2011
Lise	Bolu Fen Lisesi	2003

### İŞ DENEYİMİ

Görevi	Kurum	Süre (Yıl-Yıl)
Pratisyen Hekim	Batman İl Sağlık Müdürlüğü	2011-2013
Pratisyen Hekim - Şube Müdürü	Batman Halk Sağlığı Müdürlüğü	2013-2016
Aile Hekimi	Batman İl Sağlık Müdürlüğü	2016-2019

Yabancı Dil Sınav Notu								
ÜDS/YDS	YÖKDİL	IELTS	TOEFL IBT	TOEFL PBT	TOEFL CBT	FCE	CAE	CPE
80	78,75							

	Sayısal	Eşit Ağırlık	Sözel
ALES Puanı	90,152		
(Diğer) Puanı			



## 11. İNTİHAL RAPORU

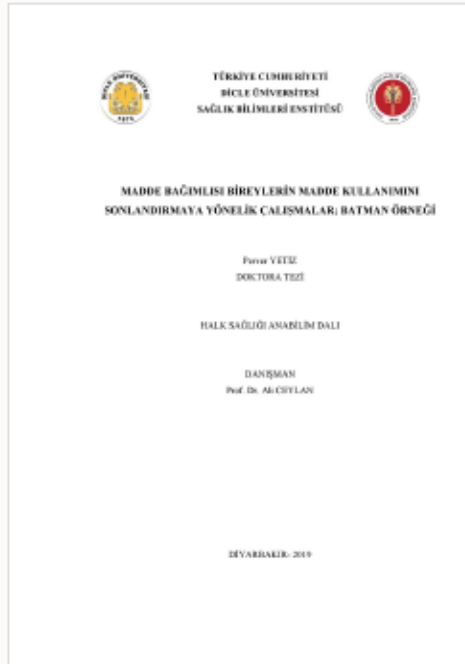


### Dijital Makbuz

Bu makbuz ödevinizin Turnitin'e ulaştığını bildirmektedir. Gönderiminize dair bilgiler şöyledir:

Gönderinizin ilk sayfası aşağıda gönderilmektedir.

Gönderen: Perver Yetiz  
Ödev başlığı: MADDE BAĞIMLISI BİREYLERİN MA...  
Gönderi Başlığı: MADDE BAĞIMLISI BİREYLERİN MA...  
Dosya adı: perver\_tez\_14.06.2019.docx  
Dosya boyutu: 2.01M  
Sayfa sayısı: 111  
Kelime sayısı: 21,109  
Karakter sayısı: 139,099  
Gönderim Tarihi: 14-Haz-2019 12:20PM (UTC+0300)  
Gönderim Numarası: 1143583263



## MADDE BAĞIMLISI BİREYLERİN MADDE KULLANIMINI SONLANDIRMAYA YÖNELİK ÇALIŞMALAR; BATMAN ÖRNEĞİ

### ORJİNALLİK RAPORU

<b>%2</b>	<b>%2</b>	<b>%0</b>	<b>%3</b>
BENZERLİK ENDEKSİ	İNTERNET KAYNAKLARI	YAYINLAR	ÖĞRENCİ ÖDEVLERİ

### BİRİNCİL KAYNAKLAR

<b>1</b>	<b>Submitted to Dicle University</b>	<b>%1</b>
	Öğrenci Ödevi	
<b>2</b>	<b>Submitted to Istanbul Aydın University</b>	<b>%1</b>
	Öğrenci Ödevi	

Alıntıları çıkart üzerinde Eşleşmeleri çıkar < %1  
Bibliyografyayı Çıkart üzerinde