

T.C.
SÜLEYMAN DEMİREL ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
ADLI TIP ANABİLİM DALI

**2017 YILI İLK ALTI AYINDA ADLI TIP ANABİLİM
DALIMIZ BİLİRKİŞİ KURULUNCA ‘UYUTUCU, UYUŞTURUCU,
UYARICI MADDE ARANMASI’ KONULU RAPOR
DÜZENLENMİŞ OLGULARIN DEĞERLENDİRİLMESİ**

Dr. Muhammet ÖZBOSTAN

UZMANLIK TEZİ

DANIŞMAN
Prof. Dr. Süleyman Serhat GÜRPINAR

ISPARTA - 2018

TEŞEKKÜR

Asistanlık eğitimim öncesinde ve asistanlık eğitimim boyunca desteğini ve emeğini esirgemeyen, kazandırdığı farklı bakış açıları ile yaptığım işi daha çok sevmemi sağlayan, çok şey öğreten ve halen öğretmeye devam eden, tecrübesi, bilgisi ve bilgeliği ile her zaman yanımda olan ve bundan sonraki süreçte de yanımda olacağını bildiğim değerli hocam Prof. Dr. Süleyman Serhat GÜRPINAR'a;

Birlikte çalışma imkânı bulduğum, zamanını, bilgi ve deneyimlerini büyük bir sabır, özveri ve disiplin içerisinde benimle paylaşan, en zor süreçleri birlikte göğüslememize olanak sağlayan, gülyüzü ile desteğini hep hissettiğim, tezcanlılığı, pratik zekâsı ve çalışkanlığına hayran olduğum sevgili hocam Prof. Dr. Çetin Lütfi BAYDAR'a;

Tez süreci vasıtasıyla tanıştığım, hoşgörüsü ve bilimsel tavsiyeleri ile katkılarını esirgemeyen sayın hocam Prof. Dr. Kemalettin ACAR'a;

Asistanlık eğitimim boyunca kendilerinden mesleğe ve hayata dair çok şey öğrendiğim, acı tatlı anılar biriktirdiğimiz sevgili hocalarım Yrd. Doç. Dr. Mustafa DEMİRER ve Yrd. Doç. Dr. Ahmet KÜPELİ'ye

Asistanlığım süresince birlikte mesai harcadığımız, her durumda desteklerini esirgemeyen, verimli bir asistanlık süreci geçirmemde emeği olan, bana meslektaştan da öte arkadaş olan Uzm. Dr. Erdinç ÇAYLI, Uzm. Dr. Kadir YILDIZ, Uzm. Dr. Özgür Rıza KAYĞUSUZ, Uzm. Dr. İbrahim EROĞLU, Uzm. Dr. Ayşe Rümeyza YAMAN ve Uzm. Dr. Funda ÖZAY EROĞLU'na;

Birlikte çalışmaya başladığımız andan itibaren yakın birer dost ve arkadaş olan, renkli ve zarif kişilikleriyle bana çok şey katan, severek birlikte çalıştığım arkadaşlarım Dr. Sedat SEVİÇİN, Dr. İmran Bilgehan DUMAN, Dr. Gökhan FİDANCI, Dr. Özge ERDOĞMUŞ ERDEM, Dr. İbrahim DEMİR, Dr. Abbas ATALAY, Dr. Selin ÇABUK ve Dr. Zeynel EVLİOĞLU'na;

Özellikle sabırlarına hayran olduğum, kendilerinden hayata dair çok şey öğrendiğim, her daim desteklerini esirgemeyen Ayşe ÖZDAMAR KIZILKAYA, Yaşar Nurdan YÜCEER, Büşra Buse KINCI ve Ayşegül TAŞTEKİN'e;

Erişkin Psikiyatrisi, Çocuk Psikiyatrisi ve Patoloji rotasyonlarımda bilgi ve deneyimlerinden faydalandığım, ufkumu genişletmeme vesile olan hocalarım Prof. Prof. Dr. Duru KUZUGÜDENLİOĞLU ULUSOY, Prof. Dr. Sema BİRCAN, Doç. Dr. Evrim AKTEPE, Doç. Dr. İnci Meltem ATAY, Doç. Dr. İbrahim Metin ÇİRİŞ ve Yrd. Doç. Dr. Faruk KILIÇ'a;

Asistanlığım süresince dostluklarını esirgemeyen, verilerin toplanması ve tezin yazım aşamasında fikir ve katkılarından yararlandığım Dr. Ekrem DİDİN, Dr. Yakup ERDOĞAN ve Ebru ERDOĞAN'a;

Bugüne kadar eğitim, öğretim ve meslek hayatım boyunca üzerimde emeği olan ve isimlerini burada saymadığım değerli öğretmenlerim, hocalarım, mesai arkadaşlarıma;

Sevgi ve desteklerini hiçbir zaman esirgemeyen, hayatımın her döneminde bana yol gösteren, bugüne ulaşmamda ellerinden geleni yaparak beni hiçbir zaman yalnız bırakmayan canımdan çok sevdiğim başta annem ve babam olmak üzere aileme ve asistanlığımın son dönemlerinde aramıza katılan, neşe kaynağımız olan, ailemizin en genç üyesi Ömer İŞLER'e teşekkür ederim.

Dr. Muhammet ÖZBOSTAN

Isparta, Şubat 2018

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR	ii
İÇİNDEKİLER	iv
SİMGELER ve KISALTMALAR	vi
TABLolar DİZİNİ	vii
1. GİRİŞ	1
2. GENEL BİLGİLER.....	3
2.1. Bağımlılık, Madde Bağımlılığı ve Tarihsel Süreci	3
2.1.1. Psikolojik (Psşik) Bağımlılık.....	3
2.1.2. Fiziksel (Fizyolojik) Bağımlılık	4
2.1.3. Madde Bağımlılığı	5
2.2. Madde Bağımlılığının Epidemiyolojisi ve Tarihsel Süreci	5
2.2.1. Dünyadaki Tarihsel Süreç.....	6
2.2.2. Türkiye’deki Tarihsel Süreç	7
2.3. Maddelerin Sınıflandırılması.....	8
2.3.1. Uyuşturucular (Narkotikler)	8
2.3.2. Uyarıcılar (Stimulanlar).....	12
2.3.3. Türk Ceza Kanununda Uyuşturucu Madde Kullanımı	18
2.4. Uyuşturucu Maddelerle İlgili Uygulamalar	19
2.4.1. 5237 Sayılı Türk Ceza Kanunu Uygulaması	21
2.5. Madde Aranması ve Uyuşturucu Madde Testleri.....	22
2.5.1. Madde Aranmasına İlişkin Yöntemler ve Spesifik İlaç Analizleri.....	22
3. GEREÇ VE YÖNTEM	28
4. BULGULAR.....	30
4.1. Demografik Özellikler.....	30
4.2. Başvuruya İlişkin Bilgiler	32
4.3. Madde Kullanımına İlişkin Bilgiler	33
4.4. Demografik Özelliklere Göre Başvuru Bilgileri Arasındaki Farklar	35
4.5. Demografik Özelliklere Göre Kullanım Bilgileri Arasındaki Farklar	43
4.6. Başvuru Özelliklerine Göre Kullanım Bilgileri Arasındaki Farklar	61
4.7. Madde Türü ve Tedavi Öyküsüne Göre Madde Kullanım Bilgileri.....	63
4.8. Madde Kullanmaya Başlama Yaşı ve Risk Faktörlerinin Etkisi	64

4.9. Psikiyatrik Hastalık ve Patolojik Değerlendirme	69
5. TARTIŞMA	72
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	78
ÖZET.....	80
ABSTRACT	82
KAYNAKÇA	84



SİMGELER ve KISALTMALAR

- AB** : Avrupa Birliği ABD: Amerika Birleşik Devletleri
- AKK** : Ailenin Korunması ve Kadına Karşı Şiddetin Önlenmesine Dair Kanun
- AMATEM**: Alkol Madde Bağımlıları Tedavi ve Araştırma Merkezi
- APA** : American Psychiatric Association (Amerikan Psikiyatri Birliği)
- BM** : Birleşmiş Milletler CMUK: Ceza Muhakemesi Kanunu
- KK** : Çocuk Koruma Kanunu DS: Denetimli Serbestlik
- DSM** : Denetimli Serbestlik Müdürlüğü
- KTK** : Karayolları Trafik Kanunu
- SAMBA** : Sigara, Alkol ve Madde Bağımlılığı Tedavi Programı
- TCK** : Türk Ceza Kanunu
- TMK** : Türk Medeni Kanunu
- UUM** : Uyuşturucu Uyarıcı Madde
- RDM** : Ruhsal Durum Muayenesi
- TUBİM** : Türkiye Uyuşturucu ve Uyuşturucu Bağımlılığı İzleme Merkezi
- UNODC** : United Nations Office on Drugs and Crime (Birleşmiş Milletler Uyuşturucu ve Suçla Mücadele Birimi)
- WHO** : World Health Organization (Dünya Sağlık Örgütü)

TABLOLAR DİZİNİ

Tablo 1. DSM-4 ve DSM-5 madde kullanım bozukluğu kriterleri	4
Tablo 2. 2014 yılında dünya çapında yasadışı madde kullanan tahmini kişi sayısı	6
Tablo 3. Türk hukukunda uyuşturucu maddelerle ilgili uygulamalar	20
Tablo 4. Demografik özelliklere göre dağılım	30
Tablo 5. Başvuruya ilişkin özelliklerin dağılımı	32
Tablo 6. Madde kullanımına ilişkin bilgilerin dağılımı	33
Tablo 7. Cinsiyete göre başvuru bilgileri arasındaki farklar	36
Tablo 8. Yaşadığı yere göre başvuru bilgileri arasındaki farklar	37
Tablo 9. Yaşadığı kişilere göre başvuru bilgileri arasındaki farklar	38
Tablo 10. Kardeş sayısına göre başvuru bilgileri arasındaki farklar	40
Tablo 11. Medeni duruma göre başvuru bilgileri arasındaki farklar	41
Tablo 12. Mezuniyet durumuna göre başvuru bilgileri arasındaki farklar	42
Tablo 13. Mesleğe göre başvuru bilgileri arasındaki farklar	43
Tablo 14. Cinsiyete göre madde kullanım bilgileri arasındaki farklar	44
Tablo 15. Yaşanılan yere göre madde kullanım bilgileri arasındaki farklar	46
Tablo 16. Yaşadığı kişilere göre madde kullanım bilgileri arasındaki farklar	49
Tablo 17. Kardeş sayısına göre madde kullanım bilgileri arasındaki farklar	51
Tablo 18. Medeni duruma göre madde kullanım bilgileri arasındaki farklar	54
Tablo 19. Eğitim durumuna göre madde kullanım bilgileri arasındaki farklar	56
Tablo 20. Mesleğe göre madde kullanım bilgileri arasındaki farklar	59
Tablo 21. Başvuru Sayısına Göre Kullanım Bilgileri Arasındaki Farklar	61
Tablo 22. Madde türüne göre psikiyatrik değerlendirme ve madde kullanım bilgileri	63
Tablo 23. Tedavi alma durumuna göre madde kullanım bilgileri	64
Tablo 24. Madde kullanmaya başlama yaşı ve madde kullanım süresinin demografik özelliklere göre farkı	65
Tablo 25. Madde kullanmaya başlama yaşı ve risk faktörleri arasındaki ilişki için yapılan Spearman's rho korelasyon analizi sonuçları	68
Tablo 26. Korelasyon değişkenlerinin yorumlanması	69
Tablo 27. Psikiyatrik hastalık ve patolojik değerlendirme	70
Tablo 28. Başvuru sayısı ile ruhsal durum arasındaki ilişki	71

1. GİRİŞ

Çeşitli bağımlılık tanımlamaları olmakla birlikte, bağımlılık madde kullanmaktan mutluluk duyma ve bu deneyimi tekrarlama isteği ya da madde kullanmama durumunda maddenin aranması şeklinde tanımlanan psikolojik bağımlılık, maddenin kesilmesi veya özgül bir antagonist verilmesi halinde ortaya çıkan fiziksel belirtiler (yoksunluk) olarak tanımlanan fiziksel bağımlılık şeklinde ifade edilebilir (1).

Bağımlılık yapan maddeler; Belirli dozda alındığında kişinin sinir sistemini etkileyen, biyopsikososyal dengesini bozan, birey ve toplum açısından ekonomik ve sosyal çöküntüye neden olan, alışkanlık ve bağımlılık yapan, kullanılması, bulundurulması ve satışı yasaklanmış narkotik ve psikotrop maddelerdir. Kötüye kullanılan ilaçlar ve toksinler de bu sınıflama içerisinde değerlendirilebilir (2). Bunlar; alkol, amfetaminler, kannabinoidler, kokain, halüsinojenler, inhalanlar (uçucular), nikotin, opioidler, fensiklidin (PCP) ve sedatifler, hipnotikler veya anksiyolitikler gibi sınıflar halinde incelenebilirler (2). Oldukça yaygın görülen madde bağımlılığı ile ilgili olarak 2015 yılında Amerika’da yapılan ulusal anketlerde son bir yıl verilerine göre 12 yaş ve üzeri bireylerde yaklaşık %8 oranında tanı koyulabilir düzeylerde madde bağımlılığı bulunduğu, bunların yaklaşık %6’sında alkol kullanım bozukluğu, %3’ünde ise yasa dışı ilaç kullanımı olduğu bildirilmiştir (3).

Tüm dünyada önemli bir sorun olan madde kullanımı ve bağımlılığı konusunda ülkeler bu sorunun çözümü için bütçelerinin önemli bir kısmını ayırmaktadır. Madde kullanıcı sayısının günden güne arttığı, kullanım yaşının da düştüğü kolluk kayıtlarında görülmektedir. Çevresel, sosyal, durumsal ve kültürel bağlamlarda madde kullanımı sonucu sorunlar ortaya çıkmaktadır ve madde kullanımı şiddet içerikli sonuçlar için bir potansiyel oluşturmaktadır (4) ancak alkol veya diğer ilaçların alınması, bu maddelerin kişilerin davranışlarının tamamen etkilendiğini göstermemektedir (5). Çeşitli faktörlere (fizyolojik, psikolojik, cinsiyet, kişisel ve kültürel etmenler gibi) bağlı olarak farklı maddeler kişiler üzerinde farklı etkiler oluşturmaktadır (6). Özellikle adli olgularda bu noktalar dikkate alınmalı, maddelerin potansiyel etkilerinde kişisel farklılıklar olabileceği unutulmamalıdır.

Çalışmamızda vücutta madde aranmasına dair yöntemler ve kullanım alanlarına dair bilgiler ayrıntılı olarak açıklanmış olup çeşitli klinik, psikiyatrik ve laboratuvar çalışmaları bulunmaktadır (7). Uyuşturucu Suistimali Tarama Testi (UST, DAST) gibi tarama testleri ve anketler klinik ve psikiyatrik yaklaşımlara, saç analizi, idrar, kan, ter ve tükürük analizleri gibi çeşitli seçenekler de laboratuvar çalışmalarına örnek olarak verilebilir (8). Bu yöntemler hem tanı ve tedavi hem de bazı adli olguların (intoksikasyon gibi) aydınlatılmasına kadar geniş bir yelpazede kullanılmaktadır.

Bu çalışmada 2017 yılı ilk altı ayında Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi Adli Tıp Anabilim Dalı bilirkişi kurulunca düzenlenmiş '*uyutucu, uyuşturucu, uyarıcı madde aranması*' konulu raporlar değerlendirerek Isparta ili ve çevresinde uyuşturucu kullanımı ile ilgili risk faktörlerinin ve ortaya çıkan sorunların niteliklerini belirleyerek koruma ve tedavi çözümleri için alt yapı oluşturulması amaçlanmıştır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Bağımlılık, Madde Bağımlılığı ve Tarihsel Süreci

Düşünce ve duygularını etkileyen ilaçların keşfedilmesi ve kullanılması çok eski zamanlardan beri devam etmektedir. Her toplumda bu ilaçları kurallara uymadan kullanan bireyler bulunmaktadır. Bu nedenle ilaçların suistimali ve ilaç olmayan maddelerin kullanımı ile ilgili sorunlar insanlık tarihi kadar eskidir (9).

WHO (Dünya Sağlık Örgütü)'nun tanımına göre bağımlılık yapıcı maddeler; “önüne geçilmez gereksinme yahut arzu, kullanıldığı miktarı artırma eğilimi, ruhsal, fiziksel bağımlılık hali oluşturan” maddelerdir (10). Kişinin kullandığı maddeyi bırakmak istemesi ve bu amaçla çeşitli çabalara girmesine rağmen bırakamaması; bu çabalar sırasında yoksunluk belirtilerinin ortaya çıkması, zararlarını bilmesine rağmen madde kullanmaya devam etmesi ve dozunu devamlı artırması “Bağımlılık” olarak tanımlanabilir (11).

Bağımlılığı; psikolojik bağımlılık ve fizyolojik bağımlılık tanımlamaları üzerinden inceleyebiliriz.

2.1.1. Psikolojik (Psşik) Bağımlılık

Kişinin duygusal ya da kişilik yapısı gereği, gereksinimlerini tatmin etme/giderme amacı ile maddeyi kullanma isteği psikolojik bağımlılık olarak tanımlanmaktadır (13). Maddenin yeniden alınması yönünde kuvvetli bir istek olması, kullanılan miktarının artırılmasına gerek duyulmaması, ortaya çıkan zararlı etkilerin genellikle kişisel sınırlar içinde kalması psikolojik bağımlılığın özellikleri arasında bulunmaktadır (11).

“Negatif sonuçlarına rağmen bir ilacın keyif verme ve sıkıntılardan kaçınma amacıyla kompulsif kullanımı” şeklinde genel bir psikolojik bağımlılık tanımı da bulunmaktadır. Fiziksel bağımlılık ise sıkıntılı bir karakteristiği olan yoksunluk sendromuna yol açacak olan ilacın çekilmesi tehdidinin kişiyi sürekli kullanıma itmesi durumudur (14).

2.1.2. Fiziksel (Fizyolojik) Bağımlılık

Kullanılan maddeye gelişen adaptasyona bağlı olarak maddeye duyulan fizyolojik isteğe fiziksel bağımlılık denilmektedir (13). Madde alınmadığında veya az alındığında; şiddetli baş ağrısı, bulantı, kusma, terleme, iştahsızlık, ishal, uykusuzluk, taşkınlık, kasılma, epilepsi nöbeti gibi belirtiler yoksunluk belirtileri olarak adlandırılmaktadır. Madde kesildiğinde ya da azaltıldığında yoksunluk belirtileri ortaya çıkmıyorsa fiziksel bağımlılıktan söz edilemez. Yoksunluk belirtilerinin şiddeti fiziksel bağımlılığın ağırlığıyla doğru orantılı olarak artar (11).

Bağımlılık ve madde bağımlılığı için Tablo 1’de sırayla DSM-4 (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) ve DSM-5 kriterleri verilmiştir.

Tablo 1. DSM-4 ve DSM-5 madde kullanım bozukluğu kriterleri

	DSM-IV Bağımlılık ^a		DSM-5 Madde Bağımlılığı ^b	
Tehlikeli kullanım	–	≥3 kriter	X	≥2 kriter
Kullanıma bağlı gelişen sosyal/kişiler-arası sorunlar	–		X	
Kullanım için major rollerin ihmali	–		X	
Legal Problemler	–		–	
Çekilme sendromu^c	X		X	
Tolerans	X		X	
Daha fazla miktarlarda daha uzun süre kullanım	X		X	
Bırakma ve kullanımı control etme için tekrarlayan girişimler	X		X	
Kullanım için çok fazla zaman harcama	X		X	
Kullanımla ilişkili fiziksel/fizyolojik problemler	X		X	
Kullanım için bırakılan aktiviteler	X		X	
Özlem duyma	–		X	

^a12 aylık peryotta 3 veya daha fazla bağımlılık kriteri olması halinde.

^b12 aylık peryotta 2 veya daha fazla madde kullanım bozukluğu kriteri olması halinde.

^cDSM-4’te kanabis, inhalan ve halüsinojen kullanımına dair çekilme sendromu dahil edilmemiştir. Kanabis çekilme sendromu DSM-5’te eklenmiştir (12).

2.1.3. Madde Bağımlılığı

Bir madde;

- Uluslararası anlaşmalara bağlı olan listelerde tayin ve ilan edilmişse,
- Toksik etkisi bulunuyorsa,
- Keyif verici etkisi bulunuyorsa,
- Gittikçe artan miktarlarda kullanılma isteği duyuluyorsa,
- Kullanılması halinde fiziki, psikolojik ya da her iki şekilde bağımlılık yapıyorsa, kesilmesi veya bırakılması halinde yoksunluk belirtileri ortaya çıkıyorsa bağımlılık yapıcı madde olarak değerlendirilebilir (15).

2.2. Madde Bağımlılığının Epidemiyolojisi ve Tarihsel Süreci

Hem gelişmiş hem de gelişmekte olan ülkelerde uyuşturucu madde kullanımı ve satışı önemli bir sorundur. 1998 yılında Güney Tayvan'da ergen nüfusa yönelik yapılan bir araştırmada, yasa dışı madde kullanım oranının %6,4 olduğu bildirilmiştir (16). 1999 yılında yapılan bir araştırmada Amerika Birleşik Devletleri'nde (ABD) 32.288 kişi hakkında uyuşturucu madde suçları nedeniyle dava açıldığı bildirilmiştir (17). Avustralya'da 14 yaş üzerindeki nüfusun yaklaşık yarısının en az bir kez yasa dışı madde kullandığı 2000 yılında yapılan bir çalışmada bildirilmiştir (18). 2005 yılında National Survey on Drug Use and Health'in (NSDUH) yaptığı çalışmaya göre 12 yaş ve üzeri ABD halkının %8,1'inin (19,7 milyon) yasa dışı madde madde kullandığı bildirilmiştir (19). 2008 yılı United Nations Office on Drugs Crime'in (UNODC) verilerine göre 15-64 yaş grubu dünya nüfusunun %4,8'i (208 milyon) uyuşturucu madde kullanmaktadır (20,21). 2014 yılında maddelere göre dünya çapında yasadışı madde kullanan tahmini kişi sayısı Tablo 2'de gösterilmiştir (22).

Son yıllarda dünyada olduğu gibi ülkemizde de madde kullanımında büyük bir artış söz konusudur. Coğrafi olarak Türkiye, uyuşturucu/uyarıcı madde sevkiyatının yapıldığı en önemli güzergâhların merkezlerindedir (23). 2001 yılında ülkemizde liseli gençler arasında yapılan bir araştırmada en az bir kez esrar kullanma oranının %3,6, uçucu madde kullanma oranının %8, diğer uyuşturucu ve uyarıcı madde kullanma

oranının ise %3,3 olduğu bildirilmiştir. 2003-2007 yılları arasında 10.539 narkotik ve psikotik madde kaçakçılığı olayının tespit edildiği ve bu olaylarla ilgili olarak 17.839 kişinin yakalandığı Jandarma Genel Komutanlığının verilerinden anlaşılmaktadır. 2006 yılında işlenen kaçakçılık olaylarının %38'lik kısmının uyuşturucu madde kaçakçılığı olduğu Emniyet Genel Müdürlüğünün istatistiklerinde bildirilmektedir (21).

Tablo 2. 2014 yılında dünya çapında yasadışı madde kullanan tahmini kişi sayısı (Milyonlarla belirtilmiştir.)

Madde	En iyi tahmin	En düşük tahmin	En yüksek Tahmin
Amfetamin benzeri Uyarıcılar	35.65	15.34	55.90
Kenevir	182.50	127.54	233.65
Kokain	18.26	14.88	22.08
Ekstazi	19.40	9.89	29.01
Afyon Türevleri	17.44	13.74	21.59
Opioidler	33.12	28.57	38.52

2.2.1. Dünyadaki Tarihsel Süreç

Binlerce yıl öncesinden itibaren keyif verme, ağrı giderme, hastalıkları iyileştirme amacıyla, fiziksel ve ruhsal olarak insanları rahatlatan, uyuşturan, sakinleştiren kimyasal veya doğal psikoaktif maddelerin insanlar tarafından kullanılmakta olduğunu biliyoruz. Ruhsal hayatı değiştiren bitkiler arasında ilk tanınanlar Rauwolfia Serpentina (Yılan Kökü), Koka ağaçları ve çeşitli çöl kaktüsleridir (24). Mevcut yazılı kaynaklara göre yaklaşık 4000 yıl önce “plant of joy” eğlence ağacı adı verilen afyon tarzı uyuşturucu maddenin Mezopotamya’da kullanılmış olduğu, uyuşturucu madde kullanılmasının Eski Yunan’da problem oluşturduğu, esrar maddesini Arapların da kullandığı, koka bitkisinin yaprağını çiğnediği ve “magic mushroom” denilen mantarların bazı dinsel törenlerde Meksika ve Güney Amerika yerlileri tarafından kullanıldıkları bilinmektedir (25,26).

Morfin, farmakolog Friedrich Helm Sertusner tarafından 1817 yılında keşfedilmiştir. 1860'larda morfin ağrılı hastalıklarda sakinlik sağladığı için çok kullanılmıştır. Morfin, Amerika iç savaşı (1861– 1865) zamanında yaralanan askerlerin ağrılarını dindirmek ve korkularını bastırmak için kullanılmıştır. Daha sonraki süreçte tedavi gören askerlerden bir kısmının cephe gerisinde morfin bulamadıklarında yoksunluk belirtileri gösterdikleri ve krizler geçirmeye başladıkları görülmüş, bu krizlerin bağımlılık belirtisi olduğu o zamanlarda anlaşılammış ve bu krizler 'Asker Hastalığı' olarak isimlendirilmiştir (27). 1897 yılında Kimyager Felix Hoffman tarafından ağrıları kesen ve içerisinde ağırlıklı olarak morfin bulunan, Bayer firması tarafından da "eroïn" adı verilen bir ilaç üretilerek satışa sunulmuştur. Bu ilaç kısa sürede pek çok ülkeye ihraç edilmiş ve yaygınlaşmıştır (28). İlerleyen dönemlerde yüksek dozda eroïn alımının ölüme yol açtığı ve bağımlılık yaptığı, eroïnmanların sayısının ciddi düzeyde arttığı saptanmıştır. Söz konusu ilacın bağımlılık yaptığına dair bir raporun yayınlanmasından sonra ABD'de eczanelerde bu ilacının satışının yapılmasını engellenmiştir. Bundan sonra fiyatı artan ve kara borsaya düşen eroïnün kullanımı ve satışı 1931 yılında tamamen yasaklanmıştır (29).

2.2.2. Türkiye'deki Tarihsel Süreç

Madde bağımlılığı ve kullanımı Anadolu'da da çok eski tarihlere dayanan bir sorundur. Anadolu topraklarında tedavi, eğlence gibi amaçlarla kullanmak üzere afyon ve kenevir başta olmak üzere uyuşturucu ve uyarıcı madde yapımında kullanılan birçok bitki M.Ö 4000'li yıllardan bu yana Sümerler (30,31) ve diğer uygarlıklar tarafından yetiştirilmiştir.

Başta İstanbul kahvehanelerinde esrar türevi maddeler olmak üzere, devletin üst tabakası da dâhil Osmanlı Devleti döneminde uyuşturucu maddelerin yaygın bir biçimde kullanıldığı bilinmektedir. Uyuşturucu madde kullanılmasını önlemek amacıyla Şeyhülislam tarafından fetvalar çıkartılmış ve uyuşturucu maddeler yasaklanmıştır (32).

Anadolu'ya gelen Türkler yerel halktan afyon ve kenevir tarımını öğrenerek devam ettirmişler, bu ürünlerin ticaretinin önemi Endüstri Devrimi sonrasında artmasıyla dünyada en önemli afyon üreticisi haline gelmişlerdir (33). 15 Aralık 1926

tarihli ve 1639 sayılı maddeler kanunu ile getirilen sınırlama ülkemizde bağımlılık yapan maddelerle ilgili ilk yasaklamadır. Türkiye’de afyon üretimi ve alım satımı Cenevre Afyon Sözleşmesine göre düzenlenmiş ayrıca 10 Ocak 1932 tarihli ve 1918 sayılı Kaçakçılık Kanunu ile ağır cezalar belirlenmiştir. 1930’lu yıllarda İstanbul’da bir Japon firması tarafından kurulan eroin fabrikasına ABD ve Avrupa ülkeleri tepki göstermiş, konunun önemi gereği Atatürk’ün başkanlığında toplanan Bakanlar Kurulu tarafından Türkiye’nin taraf olduğu 1912 Lahey ve 1931 Cenevre Sözleşmelerine göre 14 Ocak 1933 tarih ve 2108 sayılı kanun çıkarılarak haşhaş ekimi ve madde üretimine sınırlama ve düzenleme getirilmiş, eroin fabrikası kapatılmıştır (34). Doğusunda madde üretim bölgeleri, batısında ise madde tüketim bölgeleri bulunan, coğrafi olarak Asya ve Avrupa kıtalarının birleştiği yerde ve Balkan Yolu üzerinde yer alan Türkiye bu konumundan dolayı geçiş ülkesi olarak kullanılmaktadır. Bu durumun yol açtığı madde kullanım sorunlarıyla karşı karşıya kalmakta ve sonuç olarak kullanmaya başlama yaşının 15 yaşın altına düştüğü, madde kullanımının da arttığı görülmektedir (35).

2.3. Maddelerin Sınıflandırılması

Psikoaktif etkili ve bağımlılık yapan maddeler yasal olarak ve etkileri yönünden;

- **Uyuşturucular (Narkotikler):** Afyon ürünleri, morfin vb.
- **Yatıştırıcılar (Depresanlar):** Barbitüratlar, sedatif ve trankilizan ilaçlar
- **Uyarıcılar (Stimulanlar):** Kokain, amfetamin grubu, khat vb.
- **Halusinojenler:** LSD, meskalin, esrar, fensiklidin vb. şeklinde sınıflandırılabilirler.

2.3.1. Uyuşturucular (Narkotikler)

Afyon

Haşhaş kozasının çizilmesiyle akan süt gibi beyaz öz suyundan elde edilen afyon, Orta Doğu ve Asya’da Amerika’ya göre daha çok tüketilmektedir (36).

Ağrı kesici etkisinin yanı sıra öksürük kesici, anti-diareal ve uyku tetikleyici etkileri de çok güçlüdür. Yan etkilerine örnek olarak; uyuşukluk, konuşma bozukluğu, konfüzyon, hafıza kaybı, miyozis, kafa içi basınç artışı, kabızlık, bulantı, kusma, kilo kaybı, yorgunluk, halüsinasyonlar, cinsel disfonksiyon, konvülsiyon ve solunumsal depresyon verilebilir (37).

Eroin

Öforik etkilerinden ötürü çok sık kullanılan, diamorfin olarak da bilinen bir afyon türevi olan eroin (38) çeşitli ülkelerde opioid replasman tedavisinde veya ağrı kesici olarak kullanılmaktadır (39,40). Burundan çekme, sigara şeklinde veya soluma yoluyla da kullanılan eroin tipik olarak bir vene enjekte edilerek kullanılmaktadır (38).

Uyuşturucu Madde Konvansiyonu Sözleşmesinin imzacı ülkelerinde, buna 1924'te ilacın satışını, ithalatını ve üretimini yasaklayan Amerika da dahil olmak üzere tıbbi olmayan amaçlarla kullanımı illegal kabul edilmiştir (41).

Solunum depresyonu, ağız kuruluğu ve öfori gibi sık görülen yan etkilerinin yanı sıra abseler, enfekte kalp kapakçıkları, kan yoluyla bulaşan enfeksiyonlar, kabızlık ve pnömoni gibi yan etkileri de bulunmaktadır. Çekilme semptomları uzun süreli kullanım öyküsü olanlarda son kullanımdan saatler sonra başlayabilir (42).

Tahmini 17 milyon kişinin eroin gibi opiatları kullandığı ve opioid kullanımının 122.000 ölüme neden olduğu 2015 yılında yapılan çalışmalarda belirtilmiştir (43).

Morfin

Morfin; suda eriyen, kokusuz, acı tatta, beyaz renkli, ağrı kesici etkisi en belirgin özelliği olan, merkezi sinir sistemini etkileyen psikoaktif bir madde olup afyon içerisinde bulunan alkaloidlerden en önemlisi ve en yüksek oranda bulunanıdır (44). Ağrı merkezleri de morfinin etki alanına girmekte olup kullanılan doza bağlı olarak etkileri değişmekte, az miktarda kullanılsa bile beyin korteksini etkileyerek otokontrol ve refleks merkezlerini baskılamaktadır (45).

İntravenöz verildiğinde 20, oral verildiğinde 60 dakikada vücutta maksimum etkisine ulaşan morfin intramusküler, intradermal, epidural veya rektal olarak da kullanılabilir. Etki süresi 3-7 saat arasında değişmekle birlikte daha uzun etkili

formülleri de bulunmaktadır (46). Potansiyel ciddi yan etkileri arasında solunumsal eforun azalması ve kan basıncının düşmesi, sık görülen yan etkileri arasında ise uyuşukluk, kusma ve konstipasyon bulunmaktadır. Morfinin bağımlılık ve kötüye kullanım için potansiyeli yüksek olduğundan uzun süreli kullanımdan sonra doz azaltılırsa yoksunluk sendromu görülebilir (46).

Primer olarak morfin afyon çiçeğinden elde edilen haşhaş samanından izole edilir (47). Kötüye kullanımlarda genelde damar içi olarak alındığından ve enjektörü kişi kendisi kullandığından genelde kol, baldır, göğüs gibi elin ulaşabileceği yerlerde iğne izleri görülebilir. Uyuşturucu kullanıcıları vücutlarının bu bölümleri muayene edilerek tespit edilebilir (48).

Oksikodon

Tebainden sentezlenen yarı sentetik bir opioid olan oksikodon pers haşhaşında ve afyon çiçeğinde bulunur. Orta düzeyde opioid analjezik etkiye (oral alımda morfinin yaklaşık 1.5 katı) sahiptir (49).

Oksikodonun öforik etkileri diğer afyon türevlerine benzer şekilde olduğundan, afyon türevlerinin yaygınca bulunduğu bölgelerde kötüye kullanılan ilaçlardan biridir (50).

Naloksanla birlikte kontrollü salınım tabletler halinde kötüye kullanımdan caydırıcı bir kombinasyonu olan oksikodon, enjekte edildiğinde; nalokson tarafından opioid geri çekilme semptomları hızlandırılır ve ilaç etkisi bloke edilir. Buna rağmen istismarı önleme tedbirlerinin etkinliği konusunda şüpheler devam etmektedir (51).

Hidrokodein

Yarı-sentetik bir opioid olan hidrokodein kodeinden sentezlenir. Oral olarak orta şiddette ağrıları gidermek için kullanılan narkotik analjezik olmasının yanı sıra likit formda antitussif etkisinden faydalanmak için de kullanılmaktadır (52).

Kodein

Ağrı, öksürük ve ishal için medikal olarak kullanılan bir opiat (58,59) olan kodein Pierre Jean Robiquet tarafından 1832 yılında keşfedilmiştir (60). Dünya çapında 2013 yılında üretilen 361.000 kg kodeinin 249.000 kg'ı kullanılmıştır. Buna dayanarak kodein hakkında dünya çapında en çok kullanılan opioid denilebilir (61).

Madde arama, burun akıntısı, esneme, terleme, insomnia, yorgunluk, mide krampları, bulantı, kusma, ishal, kas spazmları, titremeler, sinirlilik ve ağrı kodeinin yoksunluk semptomları içerisinde sayılabilir. Uzun süreli kullanıcıların ilacı doktor kontrolünde azaltarak bırakması yoksunluk semptomlarını en alt düzeye indirmek için gerekmektedir (62). Morfin üretmek için illegal ilaç laboratuvarlarında da kodein kullanılmaktadır (63,64).

Metadon

Opioid bağımlılığında idame tedavi olarak ve ağrı tedavisinde kullanılan bir afyon türevi olan metadonun idame tedavisinde esas amaç opioid arayışlarını (aşerme) durdurmak, yoksunluk sendromunu bastırmak ve opioidlerle ilişkili öforik etkileri bloke etmektir. Tüm bunların yanı sıra metadon istismarı da bağımlılık için ciddi riskler taşımaktadır. Metadon genellikle oral olarak alınır fakat intramüsküler veya intravenöz formları da vardır. Yan etki profili diğer opioidlere benzemektedir. Metadon QT aralığını uzatabildiği için anormal kalp ritimleri de ortaya çıkabilmektedir (65).

ABD Ulusal Sağlık İstatistikleri Merkezinin verilerine göre, 2004 yılında metadonun 3.849 kişinin ölümüne sebep olduğu tıbbi araştırmacılar tarafından bildirilmiştir (66).

Barbitüratlar

Yatıştırıcı ve teskin edici özelliklerini merkezi sinir sistemini etkileyerek gösteren barbitüratlar değişik renk, hacim ve şekillerde kapsül ya da tabletler halinde sentetik olarak üretilirler (67).

Uzun etki süreli barbitüratların (fenobarbital gibi) bağımlılık yapma potansiyeli düşük olup kısa ve orta etki süreli barbitüratların (pentobarbital ve sekobarbital gibi) bağımlılık yapma potansiyeli yüksektir. Bu ilaçların öfori yapıcı ve sedatif etkilerine karşı tolerans geliştiği halde, diğer santral etkilerine karşı tolerans gelişmez. Bu nedenle, alkol bağımlılığında olduğu gibi, kişide bilinç bulanıklığı, motor koordinasyon bozukluğu, usa vurma bozukluğu ve diğer mental bozukluklar görülebilir. Bu durum, kişinin görevini yapmasını, çevreye uyumunu ve yükümlülüklerini yerine getirmesini engeller (68).

2.3.2. Uyarıcılar (Stimulanlar)

Vücut aktivitesini artıran, keyif verici ve canlandırıcı ilaçlar ile semptomimetik etkili ilaçları içine alan uyarıcılar (psikostimulanlar) (69), kapsayıcı bir terimdir. Uyarıcılar reçete ile kullanımının yanı sıra reçetesiz olarak performans artırıcı veya keyif verici maddeler şeklinde dünya çapında yaygın kullanılan ilaçlardır (70). Popülasyonda yüzde 0,8 ile 2,1 arasında kötüye kullanılan kokain ve amfetamin tipi uyarıcıların (amfetamin, metamfetamin, MDMA gibi) olduğu tahmin edilmektedir (71).

Uyarıcılar Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu (DEHB) hastalarına verildiği gibi terapötik dozlarda odaklanma gücü, canlılık, mood ve libidoyu artırabilme özelliğine sahiptir. Ancak, Yerkes-Dodson Yasasının prensiplerine göre daha yüksek dozlarda uyarıcılar odaklanma kabiliyetini azaltabilmektedir. Ayrıca uyarıcılar yüksek dozlarda öfori ve dinçlik yaratabilir, uyku ihtiyacını azaltabilir. Stimulanların tamamına yakını ergojenik etkiye sahip olup efedrin, psödoefedrin, amfetamin ve metilfenidat gibi ilaçların ergojenik etkisi iyi bilinmektedir, ancak kokain ve metamfetamin bu anlamda zıt etkilidir (72). Sağlıklı adolesanlarda uyarıcıların nörobilişsel artırıcı etkileri (özellikle modafinil, amfetamin ve metilfenidatın) belgelenmiş olması illegal madde kullanıcılarının kullanma sebepleri içerisinde sık kaynak gösterilen nedenlerden biridir, ders çalışma bağlamında özellikle lise öğrencileri bu maddeyi sıkça suistimal etmektedirler (73).

Uyarıcıların yan etkileri; kan basıncında, kalp hızında ve vücut ısısında artış, uyku ve iştah azalması, ajitasyon, kaygı (anksiyete) ve paranoyaya neden olma şeklinde sıralanabilir. Bu semptomların ortaya çıkma olasılığı reçete edilen dozlardan fazla kullanıldığında artar.

Uyarıcılar aşırı dozda alındığında; midriazis, tremor, ajitasyon, hiperrefleksi, saldırgan davranışlar, konfüzyon, halüsinasyonlar, delirium, anksiyete, paranoya, nöbetler, hareket bozuklukları gibi semptomlar ortaya çıkabilir.

Kokain

Daha çok keyif verici olarak kullanılan güçlü bir uyarıcı olan kokain (74) sıklıkla sigaraya sarma, burundan çekme veya damara enjekte edilme şeklinde kullanılmaktadır.

Gerçeklikle bağlantının kopması, güçlü bir mutluluk hissi veya ajitasyon etkileri içerisinde sayılabilir. Kalp ritminde artış, terleme ve göz bebeğinin genişlemesi şeklinde fiziksel semptomları ortaya çıkabilir (75). Kan basıncı veya vücut ısısı artan dozlarda alındığında çok yüksek düzeylere çıkabilmektedir (76). Saniyeler-dakikalar içerisinde başlayan etkileri 5-90 dakika süresince devam eder (75). Kokainin amfetamine benzeyen uyarıcı etkileri çok daha kısa süreli ve daha belirgindir (77).

Kısa süreli bir kullanım periyodundan sonra bağımlılık için yüksek risk oluşturan kokain kullanımı sonrası inme, kalp krizi, akciğere ait problemler, kan yoluyla bulaşan enfeksiyonlar ve ani kardiyak ölüm de görülebilir (74,78). Sokaklarda kokainin lokal anesteziklerle, kinin, nişasta veya şekerle karıştırılarak satılması ek toksisite oluşturabilmektedir (79).

Doğal bir madde olan kokain çoğunlukla Güney Amerika'da yetişen koka bitkisinden elde edilir (75). Legal olarak 2013'te 419 kg kokain üretilmiştir (61). İlegal kokain pazarının yıllık 100-500 milyar dolar civarında olduğu tahmin edilmektedir (74).

Kenevirden sonra dünya çapında en sık kullanılan illegal madde kokaindir (80). 1990 yılında direkt olarak kokain kullanımı sonucu hayatını kaybeden kişi sayısı 2400 iken bu sayı 2013 yılında 4300'e yükselmiştir (81).

Amfetamin

Fenetilamin sınıfına dahil bir madde olan ve kendi yapısal sınıfının başında bulunan amfetamin 1887 yılında keşfedilmiştir. Amfetamin geçmişte nazal konjesyon ve depresyon tedavilerinde kullanılmıştır (82).

Terapötik dozlarda öfori, seksüel arzulara değişiklik, uyanıklıkta artış ve bilişsel kontrolün gelişmesi gibi emosyonel ve bilişsel etkilere neden olan amfetamin, daha yüksek dozlarda bilişsel fonksiyonları bozabilir ve hızla kas yıkımına neden olabilir. Yüksek dozlarda kullanımı bağımlılık açısından önemli bir risk oluşturmakla

birlikte terapötik dozlarda ve uzun dönem medikal kullanımda bu tarz etkiler beklenmez. Terapötik dozlarda uzun dönem kullanımda bile nadiren psikoz (sanrılar ve paronaya gibi) ortaya çıkarken, çok yüksek dozlarda bu risk artmaktadır. Anksiyete, madde arama (aşırma), depresyon, yorgunluk, iştah artışı, hareketlerin artması veya azalması, motivasyon eksikliği, uyku hali veya uykusuzluk, canlı (lucid) rüyalar amfetamin çekilme semptomları içerisinde sayılabilir (83). Dünya çapında 2013 yılında amfetamin, metamfetamin ve diğer bileşiklerin “Amfetamin Kullanma Bozukluğu” başlığı altında 3788 ölüme neden olduğu tahmin edilmektedir (81). 2012 yılında yaklaşık 5.9 ton yasadışı amfetamin üretilmiştir (84).

Metamfetamin

Güçlü bir merkezi sinir sistemi stimulanı olan metamfetamin (N-metilamfetamin) temelde rekreasyonel madde olarak, daha az sıklıkta ise DEHB ve obezitede ikinci basamak tedavi için kullanılır (85). Pek çok ülkenin adalet sisteminde metamfetaminin üretimi, dağıtımı, satışı ve bulundurulması kısıtlanmış veya yasaklanmıştır (86,87). Asya ve Okyanusya kıtasının belli başlı bölgeleri ve ABD metamfetamin kullanımının en yüksek prevalansta olduğu yerler arasındadır (88).

Öngörülemeyen ve hızlı ruhsal değişiklikler, uyarıcı kaynaklı psikozlar (örn. paronaya, halüsinasyonlar, deliryum ve sanrılar) ve saldırgan davranışlar kronik yüksek dozda kullanım ile tetiklenebilir (89). Yüksek düzeyde veya uzun dönem kullanılan metamfetamin, kompulsif kullanıma ve çekildiğinde hızla yoksunluk sendromuna yol açan bir maddedir.

Khat

Catha edulis bitkisinin yapraklarında bulunan majör psikoaktif bileşen olan katinon çoğunlukla khat olarak bilinir (90,91). Sentetik katinonlar ise genellikle “legal keyif vericiler” başlığı altında daha geniş bir psikoaktif madde grubunda incelenebilir (92-94).

Ekstazi (MDMA)

Laboratuvar hayvanlarında yarattığı nörotoksisite ile ilişkili deneysel bulgular saptanması ile rekreasyonel kullanımının dramatik olarak artması sonucu MDMA (3,4-methylenedioxymethamphetamine) veya “ekstazi” FDA tarafından Haziran

1985'te geçici olarak kontrol altına alınmış, bu müdahale sonucu hararetli tartışmalar yaşansa da Kasım 1986'da FDA bu ilacı kalıcı olarak 1. sınıf yasa dışı ilaç kategorisine almıştır (101,102).

Genel prevalansta saptanan bulgular örneklenen popülasyona güçlü şekilde bağımlıdır. Avrupa'da yapılan bir çalışmada genel popülasyonun %1-2'sinin en az bir kez kullandığı saptanmış olsa da (103) daha genç yaşlarda yapılan incelemelerde oranlar daha yüksektir.

Yasadışı MDMA üretimi zor bir kimyasal prosedür değildir ve ekstazi tabletlerinin çoğunda MDMA bulunmasına rağmen MDA (3,4-metilendioksiamfetamin) veya MDE (3,4-metilendioksietilamfetamin) gibi halka yapısında amfetamin türevleri ile diğer ilaç veya ilaç karışımları da bulunabilmektedir. Akut davranışsal ve fizyolojik etkileri birbirine çok benzeyen MDMA, MDA ve MDE'nin (104-106) laboratuvar hayvanlarında yapılan çalışmalarda nörotoksisite yarattığı tespit edilmiştir (107,108).

Kaptagon

Amfetamin ile teofilinden oluşan ve bu iki madde için de ön ilaç formunda olan fenetilin Kaptagon, Biokapton ve Fitton marka isimleriyle psikostimulan ilaç olarak satılmaktadır (109,110).

1961'de Alman Degussa AG tarafından üretilen fenetilin (111) bir dönem DEHB'li çocukların ve daha az sıklıkla narkolepsi ve depresyon tedavilerinde kullanılmıştır (112).

Metilfenidat

Kullananlarda bağımlılık yapma riski olan metilfenidat amfetamin türevi bir psikostimülandır. Deney hayvanlarında kendine-verme (self-administration) özelliği olan bu madde kokain gibi dopamin taşıyıcı sistemi bloke ederek dopaminerjik etkinliği artırır (116,117). Eroinle birlikte diğer psikostimülanlar gibi kötüye kullanımı da vardır (118).

Hallusinojenler

Esrar

Esrar otu, kenevir, kendir “herba cannobi” adı verilen ve ılıman iklimlerde yetişen bir bitkiden elde edilen esrar hem antik hem de modern çağın uyuşturucusudur. Tetra-hydrocannabinol (THC) olarak bilinen aktif madde dışı kenevir otunun çiçekli tepe kısımlarında bulunan reçine esrarda çok fazla miktarda bulunur. Ülkemiz ve Ortadoğu ülkelerinde ince elekten geçen birinci esrara “haşiş” (hashish), Amerika ve Batı ülkelerinde ikinci maldan elde edilen esrara “marihuana” (marijuana) denilir. Çok az etkili madde ihtiva eden geri kalan artıklara “paspal” adı verilmektedir (119).

1940 yılında Türk İlaç Kodeksinden çıkarılan ve satışı yasaklanan ilaçlar kodekste “Herba Cannabis Indica” ve “Extra Cannabis Indica” adıyla yer almışlardır (11).

Ruh halini değiştiren etkileri dolayısıyla yüzyıllardır kullanılan esrar günümüzde de en yaygın kullanılan yasa dışı ilaçtır (120,121). Hafif öfori, relaksasyon, zaman algısında bozulma gibi algısal değişiklikler, gündelik duyuşal deneyimlerde artışlar, kısa süreli hafızada bozulmalar ve motor kabiliyetler ve reaksiyon süresinde düşüşlerle karakterize değişmiş bilinç durumuna neden olan (120,121) esrar (marijuana), yoksunluğu durumunda ise eşlik eden anksiyete, sinirlilik ve strese de neden olabilir (120). Buna rağmen orta düzey dozlarda esrar kullanımının hayvanlarda ve insanlarda geçici olarak saldırgan ve agresif davranışları inhibe ettiği tespit edilmiştir (6). Esrar kullanımının genel olarak aktiviteyi baskıladığı bilinmektedir (120).

Günümüzde milyonlarca kişi tarafından kullanılan esrar ile ilgili araştırmalar; 15-34 arası yaş grubunda belirgin olmakla birlikte özellikle 20 yaş grubunda daha fazla, kadınlara göre ise erkeklerde daha yüksek oranda kullanıldığını göstermektedir (122).

Fensiklidin (PCP)

PCP, bir disosiyatif anesteziik olduğundan, postoperatif disfori ve halüsinasyonlar yarattığından terk edilmiştir ve yalnızca veterinerlik alanında

kullanılabilecek şekilde 1967 yılında kısıtlanmıştır (123). ABD tüm legal PCP üretimini Nisan 1979'da sonlandırmıştır (124).

Beyaz kristal toz şeklinde ve acı kimyevi tadı olan PCP, piyasada tabletler, kapsüller ve renkli tozlar şeklinde bulunur. Buruna çekme, sigaraya sararak içme veya yeme şeklinde değişik kullanımları vardır. PCP, marihuna, esrar, LSD ve metamfetaminlere ilave edilerek katkı maddesi olarak da kullanıldığından PCP kullanan birçok kişi bilmeden kullanıyor olabilir. 1970'lerde kötüye kullanılan bir ilaç olarak PCP'nin popülerliği tavan yapmıştır (125). O dönemlerden beri PCP kötüye kullanılan bir ilaç olarak önemini korusa da PCP kullanımı ile ilişkili hastane başvuruları ve zehirlenme merkezine yapılan çağrılar giderek azalmıştır (126).

LSD (Lysergic acide diethylamide)

1938'de kimyager Albert Hofmann tarafından sentezlenen ve sentetik halusinojenlerin ilki olan LSD (127) ABD'de federal yasa gereğince 1966'da yasaklanmıştır (128). Kapsül, tablet ve sıvı formları olan LSD güçlü bir halusinojendir (129).

Doğal olarak da elde edilebilen LSD (130,131), psikodelik etkileri nedeniyle halusinojen olarak kullanılmaktadır (132). Çoğunlukla halusinojen etkilerin başlangıcından önce ortaya çıkan bulantı ve kusma sık görülür. Daha yüksek dozlarda ve tecrübesiz kullanıcılarda ortaya çıkmaya meyilli LSD'nin genel yan etkilerinin tamamı öngörülebilir değildir (133-135). Ağır yaralanma ve ölüm (örn. suda boğulmaya bağlı) olguları kişi sarhoşken yargılama yeteneğinin bozulmasının bir sonucu olarak daha sık görülmektedir.

Ketamin

Temelde anesteziyi başlatmak ve sürdürmek için kullanılan ketamin (141) bir yandan ağrı kesici etki, sedasyon ve hafıza kaybı yaratırken bir yandan da trans benzeri bir durum oluşturur (142). Kronik ağrılar ve yoğun bakımda sedasyon amaçlı kullanımı da diğer kullanım yerleri arasında bulunmaktadır (143,144). Kardiyak aktivite, solunum ve hava yollarındaki reflekslerin fonksiyonelliği ketamin etkisini gösterirken de devam eder (142). Etkileri tipik olarak enjeksiyon yoluyla verildiğinde 5 dakika içinde başlar ve temel etkileri 25 dakikaya kadar sürekliliğini korur (141).

Anestezi dozlarında ketamin, depersonalizasyon ve derealizasyon olarak bilinen kişinin fiziksel bedeninden ve dış dünyadan kopma hissiyle karakterize disosiyatif bir durum yaratır (149). Kullanıcılar yeteri kadar yüksek doz aldığıında “K-hole” olarak adlandırılan, görsel ve işitsel halüsinasyonlarla karakterize ekstrem bir disosiasyon hali tecrübe ederler (150).

Meskalin

Kullanıcılar tarafından ışığı ve görüntüleri artırdığı ve bozduğu söylenen meskalin duyuşsal algıları LSD’ye benzer şekilde bozmaktadır. Yine LSD’de olduğu gibi hafif düzeylerde sempatik aktivasyona bağılı semptomlar meydana gelebilir (128). Kötüye kullanımı 2011’den önce neredeyse bilinmeyen fakat bu yıldan sonra ABD ve Avrupa’da bu maddelerin prevalansında keskin bir artışın varlığını belgeleyen raporlar bulunmaktadır (151,152).

Gama-Hidroksi-Bütirat (GHB)

Doğal bir nörotransmitter ve psikoaktif bir ilaç olan γ -Hidroksibütirik asit (GHB) 4-hidroksibütanoik asit olarak da bilinir (153,154).

Yasa dışı kullanım alanları arasında; sarhoş edici madde olarak, atletik performansı artırma amacıyla veya tecavüz ilacı şeklinde kullanımları bulunmaktadır.

GHB’nin etkileri öfori, disinhibisyon, libido artışı ve empatojen durumlar yaratması bakımından alkol ve MDMA kullanımına benzemektedir. Daha yüksek dozlarda GHB bulantı, baş dönmesi, uyuşukluk, ajitasyon, görme bozukluğu, nefes darlığı, amnezi, bilinç kaybı ve ölüme neden olabilir (158). Bazen GHB’nin alkol veya benzodiazepin gibi GABA’yı etkileyen diğere ilaçlarla birlikte kullanımı GHB ilişkili ölümlerde söz konusudur. Yüksek dozlarda tüketilmişse GHB’nin etkileri 1.5-4 saat boyunca devam edebilmektedir (159). GHB ile alkolün birlikte kullanımı solunum arresti gibi durumlar yaratabileceğinden potansiyel olarak ölümcüldür (160).

2.3.3. Türk Ceza Kanununda Uyuşturucu Madde Kullanımı

Kanunlarda doğal ya da kimyasal yollarla elde edilen uyuşturuculara verilen ad ve basit tanımı yapılan maddeler biraz daha genişletilerek yer almaktadır. Bağımlılık yapan maddeler belirli bir dozda alındığında kişinin sinir sistemine etki ederek

biyopsişik dengesini bozan, alışkanlık ve bağımlılık yapan, kanunların kullanılmasını, bulundurulmasını, satışını yasakladığı, narkotik ve psikotrop sözcükleriyle de anılan maddeler şeklinde tanımlanır. Ancak tanımda yer alan “kanunların kullanılmasını, bulundurulmasını, satışını yasakladığı” ibaresi genişletilerek normal koşullarda yasal olan, ancak bağımlılık yapan tütün mamulleri, alkollü içecekler, uçucu maddeler ve kafein gibi maddeleri de içerisine alır hale gelmiştir.

İlerletici ve genişletici yoruma uygun olan ceza yasası maddeleri tek tek sayma yoluna girmemiştir. Ayrıca yasada maddelerin tanımı da yapılmamıştır. 2313 sayılı Uyuşturucu Maddelerin Murakabesi Hakkında Yasa'nın 1'inci maddesinde bir kısım maddeler sayılmıştır. 3298 Sayılı Yasa'nın 4'üncü maddesine göre ham afyon, hazırlanmış afyon, tıbbi afyon ve bunların müstahzarları Türk Ceza Kanununun uygulanmasında bu maddelerden sayılır. Sentetik olarak her gün bir yeni madde bulunduğundan yasa sayma yoluna gitmeyerek gerek 2313 ve gerek 3296 Sayılı Kanunlara göre keşfedilen yeni maddelerin kanun kapsamına alınması için Bakanlar Kuruluna yetki vermiştir.

Daha önce bahsedildiği üzere Türkiye'nin uyuşturucu/uyarıcı madde ticareti açısından riskli olması sebebiyle Anayasanın “Gençlik ve Spor” başlıklı 58. Maddesinde”... Devlet, gençleri alkol düşkünlüğünden, uyuşturucu maddelerden, suçluluk, kumar ve benzeri kötü alışkanlıklardan ve cehaletten korumak için gerekli tedbirleri alır.” ifadesine de yer verilmiştir (23).

2.4. Uyuşturucu Maddelerle İlgili Uygulamalar

Türk hukukunda uyuşturucu maddeler, bu maddelerin kullanımı, önlenmesi, tıbbi amaçlı kontrollü kullanımları ve toplumsal hayattaki ve diğer alanlardaki yerleriyle ilgili çok sayıda kanun bulunmaktadır. Tablo 3'te ilişkili kanunlar verilmiştir.

Bu kanunlara ek olarak çıkarılan çeşitli yönetmelikler ülkemizde bu maddelerin üretimini ve kullanımını düzenlemektedir. Haşhaş Ekimi Yönetmeliği, Kenevir Ekimi Yönetmeliği, Uyuşturucu Maddeler Yönetmeliği, İthal Edilecek İlaç Ham, Başlangıç Maddeleri İspençiyari ve Tıbbi Müstahzarları Yönetmeliği, Tarım

Orman ve Köy İşleri Bakanlığınca yayımlanan Kenevir Ekimi ve Kontrolü Hakkında Yönetmelik gibi başlıca yönetmelikler buna örnek verilebilir (161).

Tablo 3. Türk hukukunda uyuşturucu maddelerle ilgili uygulamalar

5237 Sayılı Türk Ceza Kanunu
2313 Sayılı Uyuşturucu Maddelerin Murakabesi Hakkında Kanun
3298 Sayılı Uyuşturucu Maddelerle İlgili Kanun
1918 Sayılı Kaçakçılığı Men ve Takibine Dair Kanun
1593 Sayılı Umumi Hıfzıssıhha Kanunu
984 Sayılı Ecza Ticarethaneleriyle Sanayi ve Ticaret İşlerinde Kullanılan Zehirli ve Müessir Maddelerin Satıldığı Dükkanlara Dair Kanun
1262 Sayılı İspençiyarı ve Tıbbi Müstahzarları Kanunu
6197 Sayılı Eczaneler ve Eczacılar Hakkında Kanun
4250 Sayılı İspirtolu İçkilerin İhisarı Hakkında Kanun
3765 Sayılı Kaçakçılığı Men ve Takibine Dair Kanunun Bazı Maddelerinde Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun
12.06.1933 Tarih ve 2313 Sayılı Uyuşturucu Maddelerin Murakabesi Hakkında Kanunun Bazı Maddelerinde Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun
29.11.1940 Tarih ve 4691 Sayılı Resmi Gazetede Yayınlanan İspençiyarı ve Tıbbi Müstahzarları Kanuna Yeniden Bazı Hükümler İlavesine Dair Kanun
2559 Sayılı Polis Vazife ve Salahiyetleri Kanunu

Birçok kurum ve kuruluş çocukların ve gençlerin bağımlılık yapıcı maddelere karşı korunmasının, devletin görevleri arasında kabul edildiğinden kendi sorumluluk ve faaliyet alanlarında çeşitli çalışmalar yürütmektedirler. Bu konuda tüm kamu kurum ve kuruluşlarının koordinasyonundan ve ulusal eylem planının hazırlanmasından ve yürütülmesinden Emniyet Genel Müdürlüğü, Kaçakçılık ve Organize Suçlarla Mücadele Daire Başkanlığına (KOM) bağlı bir birim olan Türkiye Uyuşturucu ve Uyuşturucu Bağımlılığı İzleme Merkezi (TUBİM) sorumludur (23).

2.4.1. 5237 Sayılı Türk Ceza Kanunu Uygulaması

Kullanmak için uyuşturucu veya uyarıcı madde satın almak, kabul etmek veya bulundurmamak:

Madde 191: (1) Kullanmak için uyuşturucu veya uyarıcı madde satın alan, kabul eden veya bulunduran kişi, bir yıldan iki yıla kadar hapis cezası ile cezalandırılır.

(2) Bu suçtan dolayı açılan davada mahkeme, birinci fıkraya göre hüküm vermeden önce uyuşturucu veya uyarıcı madde kullanan kişi hakkında, tedaviye ve denetimli serbestlik tedbirine; kullanmamakla birlikte, kullanmak için uyuşturucu veya uyarıcı madde satın alan, kabul eden veya bulunduran kişi hakkında, denetimli serbestlik tedbirine karar verebilir.

(3) Hakkında tedaviye ve denetimli serbestlik tedbirine karar verilen kişi, belirlenen kurumda uygulanan tedavinin ve denetimli serbestlik tedbirinin gereklerine uygun davranmakla yükümlüdür. Hakkında denetimli serbestlik tedbirine hükmedilen kişiye rehberlik edecek bir uzman görevlendirilir. Bu uzman, güvenlik tedbirinin uygulama süresince, kişiyi uyuşturucu veya uyarıcı maddenin kullanılmasının etki ve sonuçları hakkında bilgilendirir, kişiye sorumluluk bilincinin gelişmesine yönelik olarak örgütte bulunur ve yol gösterir; kişinin gelişimi ve davranışları hakkında üçer aylık sürelerle rapor düzenleyerek hâkime verir.

(4) Tedavi süresince devam eden denetimli serbestlik tedbirine, tedavinin sona erdiği tarihten itibaren bir yıl süreyle devam olunur. Denetimli serbestlik tedbirinin uygulanma süresinin uzatılmasına karar verilebilir. Ancak, bu durumda süre üç yıldan fazla olamaz.

(5) Tedavinin ve denetimli serbestlik tedbirinin gereklerine uygun davranan kişi hakkında açılmış olan davanın düşmesine karar verilir. Aksi takdirde, davaya devam olunarak hüküm verilir.

(6) Uyuşturucu veya uyarıcı madde kullanan kişi, hakkında kullanmak için uyuşturucu veya uyarıcı madde satın almak, kabul etmek veya bulundurmaktan dolayı cezaya hükmedildikten sonra da iki ilâ dördüncü fıkralar hükümlerine göre tedaviye ve denetimli serbestlik tedbirine tâbi tutulabilir. Bu durumda, hükümlenen cezanın

infazı ertelenir. Ancak, bunun için kişi hakkında bu suç nedeniyle önceden tedavi ve denetimli serbestlik tedbirine karar verilmemiş olması gerekir.

(7) Kişinin mahkûm olduğu ceza, tedavinin ve denetimli serbestlik tedbirinin gereklerine uygun davranması halinde, infaz edilmiş sayılır; aksi takdirde, derhal infaz edilir.

2.5. Madde Aranması ve Uyuşturucu Madde Testleri

Biyolojik bir örnekte bir ilacın veya metabolitlerinin varlığını veya yokluğunu tespit etme işlemine kısaca madde aranması (madde testi) denilmektedir. Çeşitli ortamlarda ve farklı teknikler kullanılarak bu işlem yapılabilmektedir. Belirli ilaçlar veya metabolitlerin tespit edilmesi için gereken zaman aralığı, vücut farklı ilaçları farklı oranlarda metabolize ettiği için çok spesifik olabilir veya maddeye değişiklikler görülebilir. Muayene, hastanın kendi bildirim ve diğer bildirimler madde kullanımını gerçek insidansından düşük gösterdiğinden dezavantajlarına rağmen madde testi klinik şartlarda önemli bir role sahiptir. Buna rağmen madde testleri anamnez ve fiziksel-psikososyal muayeneyle birlikte değerlendirilmelidir (162).

Genel olarak, yakın zamanda madde kullanımını doğrulamada kullanılan madde testleri bağımlılığın tanı, tedavi ve izleminde de kullanılmaktadır. Bu tip testler izlem için bir araç olarak kullanılır ve hastanın madde kullanım tedavisinin performansını ölçmede önemlidir. Ter, saç, tırnak, kan, nefes ve tükürük gibi materyalleri temel alan matrisler de kullanılmasına rağmen immunoanaliz tekniklerinden temel alan idrarda madde analizi, insan bedeninde ilaç kullanımını tespit için en sık kullanılan modalite olarak varlığını sürdürmektedir. Özellikle şüpheli veya tanımlanmış bir madde kullanım bozukluğu olan olgularda planlanmış testlerin aksine rastgele ilaç testinin önemi klinisyenler tarafından anlaşılmalıdır (163).

2.5.1. Madde Aranmasına İlişkin Yöntemler ve Spesifik İlaç Analizleri

İlaç analiz programlarının ihtiyaçlarını karşılamak ve spesifik hedeflere ulaşmak için farklı kimyasal prensiplerdeki teknolojiler kombinasyon halinde veya ardışık olarak kullanılabilirler. Tarama için sıklıkla immunoanalizler gibi

ligand-bağlayıcı analizler kullanılmaktayken, doğrulayıcı testler olarak kromatografi veya elektroforez gibi ayırma tekniklerine ek olarak bunların kütle spektrometrisi gibi güçlü dedektörlerle bağlantılı kullanımı başlangıçtaki pozitif sonuçları veya genel olarak bilinmeyen toksik bileşiklerin sistemik analizi için efektif bir biçimde kullanılabilir (8).

Bazı testler “kesin” bazı testler ise “varsayımsal” olarak kabul edilmektedir. Klinisyenin karar verme sürecini hızlandırmaya yardımcı olan testler tipik olarak hızlı sonuçlar veren varsayımsal testlerdir (8). Fakat varsayımsal testlerin sensitivitesi ve/veya spesifitesi kesin testlere göre daha düşük olabilmektedir. Varsayımsal test sonuçlarına itiraz edildiği durumlarda kesin testler yapılarak netlik kazandırılabilir. Sonuç önemli etkiler yaratacaksa veya uygun bir varsayımsal test mevcut değilse klinisyen doğrudan kesin test yapmayı düşünebilir (8).

Adli amaçlarla madde kullanımıyla ilişkili testlerin endike olduğu durumlar da vardır. Bunlara tecavüz ilacı olguları “date rape” (cinsel saldırıyı kolaylaştırmak için kimyasal ajan kullanımı şüphesi olan olgular), kötü niyetli zehirlenme vakaları ve çocuğun istemli madde kullanımı için henüz çok küçük yaşta olduğu ve toksidrom veya maruziyete bağlı semptomlarla gelen çocuk istismarı (164) veya ihmaliyle ilişkili olgular örnek olarak verilebilir. Madde kullanım testleriyle yapılacak olan bir taramadan elde edilecek sonuçlar bu tarz olgularda suç için önemli bir kanıt olabilir, çocuk istismarını veya çocuğun tehlikeye atıldığını doğrulayabilir.

Dünya Sağlık Örgütü'nün de katkılarıyla laboratuvar analizlerine ek olarak madde kullanımını tespit ve tedavi amacıyla SBIRT (Screening, Brief Intervention, and Referral to Treatment) adı altında madde kullanımının devamlılığını tanımlayabilen ve bunlara kısa girişim olanağı tanıyan sensitif bir anket de oluşturulmuştur (165-167). Bu anket yöntemi başlangıçta alkol bağımlılığında sıkça kullanılmaktayken daha sonra yapılan çalışmalarda esrar, kokain, amfetamin, stimulanlar ve opioidler gibi illegal madde kullanımı olan hastalarda da başarılı bulunmuştur (168).

Spesifik Madde Analizleri

İmmünoanaliz, kromatografi ve kütle spektrometrisi olmak üzere 3 ana kategoride madde kullanımı için biyolojik numune analizleri yapılmaktadır. Bir

maddenin veya metabolitinin varlığını tespit etmede başlangıç testi olarak genellikle immunoanalizler kullanılmaktadır. Tipik olarak doğrulayıcı testler olarak da gaz kromatografisi ve kütle spektrometrisi testleri kullanılmaktadır.

İmmunoanaliz

İmmunoanalizler klinik şartlarda madde kullanımı için başlangıç testi olarak en sık kullanılan testlerdir. Tipik olarak numune uygulamasının ardından sonuçlar dakikalar içinde elde edilebilmektedir. İmmunoanalizler düşük konsantrasyondaki maddeleri bile yüksek spesifitede tespit edebilmektedir. Bu analizler teknik olarak kolayca uygulanabilir ve görece ucuzdur (169).

Mikro-parçacık yakalama analizleri rutin madde testlerinde en sık kullanılan immunoanalizlerdir. Bunlar genellikle belli bir bölgede yüksek konsantrasyonlar toplayabilen ve bu vasıta ile görsel olarak okunabilir renkli bir bant oluşturabilen latex cinsi bir madde kullanırlar. En basit şekliyle bu tarz tasarımlar maddeye karşı renkli, mikro-parçacıklı bir antikor ve hareketsiz haldeki maddeden oluşan bir toplama bölgesiyle oluşturulur. Diğer sık kullanılan analizlerden biri olan Nokta Bakım Analizi (POC) kitlerinde de benzer bir teknoloji kullanılmaktadır. Biyolojik numunenin şerit veya matris içeren bir kasete konularak yürütüldüğü testlerdir. Dakikalar süren periyotlardan sonra, renkli bir bandın varlığı veya yokluğu, pozitif veya negatif bir sonuç olarak yorumlanır (169).

Kromatografi

Maddeleri veya metabolitlerini tespit etmek için yüksek düzeyde sensitif ve spesifik bir teknik olan kromatografi yöntemi yüksek düzeyde eğitimli laboratuvar personeli, pek çok enstrüman gerektirdiğinden, sıklıkla sonuç vermesi saatler aldığından başlangıç madde testleri olarak genellikle tercih edilmez. İstisna olarak yüzlerce ilaç ve maddeyi tespit edebilen genişletilmiş-kapsamlı toksikoloji taramasında başlangıç araştırması olarak kullanılabilir (169).

Gaz-kromatografisi / Kütle Spektrometrisi

Madde kullanım bozukluğunu tanımlamada bilinen en kesin metot Gaz Kromatografisi/Kütle Spektrometrisi (GK/KS)'dir. Bileşikler için kütle spektrumu adeta bir parmak izi görevi gören, yüksek düzeyde ayırıcı özelliğidir. Genellikle

doğrulayıcı analiz metodunun bir parçası olan kütle spektrometresi tüm laboratuvar tespit metotları içerisinde en yüksek spesifiteye sahip olan metottur (169).

Nokta Bakım Analizi (Point-of-Care, POC)

Madde tespiti için çok sayıda farklı nokta bakım analizi (POC) bulunmaktadır. Kullanımlarının basit olması (enstrüman gerektirmezler), hızlı sonuç vermeleri ve yorumlanmalarının kolay olması dikkate değer önemli faydalarıdır. Bu analizlerin pek çoğu substrat olarak idrar örneği kullanılır fakat ek olarak FDA sınırlı sayıda tükürük örneği kullanılan POC madde analizini onaylamıştır (170).

Uyuşturucu Madde Testleri

Klinik ve medikolegal değerlendirme için madde testlerinin daha ulaşılabilir olması ve daha fazla seçenek sunulması özellikle adli tıp ve acil servis için istenilen bir durumdur. Adli tıp, psikiyatri klinikleri gibi alanlarda bu tarz testler aracılığıyla kötüye kullanılan ilaçlar birbirinden farklı mental bozukluk bulguları oluşturabildiğinden mental hastalığın endojen veya madde kullanımına bağlı olup olmadığı açıklığa kavuşturulabilir. İlaç reçete edilmiş bireylerin düzenli olarak madde testlerinin yapılması vasıtasıyla madde bağımlılığı tedavisi için veya detoksifikasyon merkezleri için tedaviye uyum izleminin en objektif şekli elde edilir. Rehabilitasyon esnasında madde kullanmama halinin devamını garantiye almak için de periyodik ilaç testleri kullanılmaktadır. Planlanmış testler daha önce şartlı tahliye edilmiş uyuşturucu hükümlülerinin kontrolü için de işe yaramaktadır. Uyuşturucu suçlularını tanımlamak için ve ilaç kötüye kullanımı açısından caydırıcı olması nedeniyle kötüye kullanılan madde arama testi (DOA) de ceza hukuku sistemi içerisinde sıkça tercih edilmektedir (8).

Legal sonuçlarından ve yasal zorluk meydana getirme ihtimalinden dolayı DOA testi genellikle “adli test” olarak düşünülmektedir. Tek başına idrar analizi çeşitli adli toksikoloji araştırmaları için yetersiz olsa da pek çok madde için test uygulamasında yeterlidir. Oral sıvı/tükürük, ter, saç, yeni doğanlardaki maruziyet durumunda mekonyum gibi alternatif örneklerde madde testi yapılması konusundaki ilgi son zamanlarda artmıştır (103-117). Kan genellikle toksikolojik değerlendirmelerde uygun bir numune olarak görülmektedir (50,51). Trafik çevirmesi esnasında trafik güvenliği için etkili ve zamanında yapılması gereken madde testleri

üzerine olan ilginin artması sonucu madde testi için kullanılacak çeşitli idrar ve tükürük testlerini inceleyen ve bunların gelişimine katkıda bulunan pek çok proje ortaya çıkmıştır (17,118-122). Adli toksikoloji açısından antemortem veya postmortem analizlerde çeşitli testlerin geliştirilmesi numune tipi çeşitliliği içerisinde ilaçların kapsamlı taranması için gereklidir (18, 20-22, 46, 55-60).

Saç Analizi

Maddelerin tespiti için bir matris olarak saç, bizlere kümülatif madde kullanımıyla ilgili bilgi sağlar. Saç testi de ter testlerine benzer şekilde uzun süreli bir tespit penceresine sahiptir. Yavaş büyüyen beden tüyleri 12 aya kadar olan bir tespit penceresine sahipken, skalp üzerinde bulunan saç 3 aylık bir tespit penceresine sahiptir. Bireyin saç karakteristiğine dayalı olarak saç testinin sonuçları değişkenlik gösterebilir. Kokain, fensiklidin, amfetaminler, opioidler ve MDMA'nın tespitinde saç testleri kullanılabilir (163).

Kişinin madde kullanımı ile ilgili uzun vadeli (aylar-yıllar) bir geçmişe saç analizi gibi yöntemlerle ulaşılabilirken, idrar analizi kısa vadeli bilgiler (böylelikle olay sonrası test etmede tercih unsuru haline gelir) sunmaktadır. İdrardan elde edilen nitel bilgiler kişinin madde kullanımının şiddeti ve madde kullanım modeli hakkında bilgi vermezken, saç analizi gerekli nicel bilgileri sağlayabilmektedir. Saç analizi aracılığıyla idrar analiziyle ortaya çıkabilecek pek çok problem de çözülebilmektedir (178).

Vücut Sıvılarında Yapılan Analizler

İdrar Analizi

DOA testinde açık ara en sık kullanılan biyolojik numune idrardır. Tipik olarak saatler-günler düzeyinde bir tespit penceresine sahip olan idrar testi ile madde tespiti için genellikle iki saat süre gerekmektedir. Sonuçlar üzerinde idrar pH'sı ve sıvı alımı gibi faktörler etki gösterebilmektedir. Çok iyi yerleşmiş ve POC testinde en sık kullanılan matris idrardır. Problem oluşturan başkasının numunesinin verilmesi gibi numune taklidi (bozulması) durumları olsa da klinisyenlerin birebir gözlemlerle bu örneği elde etme gibi bir seçeneği de bulunmaktadır. Numune taklidi (bozulması) ihtimalini bu bile tamamen ortadan kaldıramamaktadır. Numune taklidinin (bozulmasının) sık formlarından biri olan dilüsyon konusunda da klinisyenlerin

dikkatli olması gerekmektedir. Alkol, amfetaminler, benzodiazepinler, opiatlar/opioidler, kokain ve esrar idrar numunesinde test edilebilecek maddeler arasında sayılabilir (163).

Kan Analizi

Primer olarak acil vakalarda uygulanan ve tipik olarak etanol düzeyi tespitinde kullanılan kan testinin avantajı madde için kesin bir düzey elde edilebilmesi iken olumsuz yanları ise; invazif bir yöntem olması, numuneyi almak için yetenekli kişilere ihtiyaç duyulması ve numunenin potansiyel biyotehlike yaratmasıdır (163).

Tükürük ve Oral Sıvı Testi

Genel olarak plazma konsantrasyonu ile benzer düzeydeki konsantrasyonları tespit eden Oral Sıvı Testinde oral olarak alınan maddelerin konsantrasyonları daha yüksek çıkmaktadır. Ana bileşikleri tespit etme olasılığı metabolit konsantrasyonuna şiddetle bağımlı olan idrar testiyle kıyaslandığında oral testlerde daha yüksektir. Oral testlerin mahremiyetin korunması ve personele zaman kazandırması gibi avantajları olsa da görece daha pahalı testlerdir (163).

Ter Testi

Absorbe edici pedler vasıtasıyla yapılan ter testinde ped kişinin üzerinde kaldığı süre boyunca maddeler belli konsantrasyonlara ulaşırlar. Saç testlerinde olduğu gibi bu test pedlerinden elde edilen sonuçlar da bizlere kümülatif konsantrasyon bilgisi sağlamaktadır. Bu testin faydalı yanı saatler-haftalar düzeyinde geniş bir tespit penceresi sunması iken kontaminasyon veya yamanın deriye tam yapışmamasından kaynaklanan problemler meydana gelebilmektedir (163).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

Bu çalışma retrospektif bir çalışmadır. 01.01.2017-31.06.2017 tarihleri arasında yapılmıştır. Çalışmamızın etik kurul onayı 17.10.2017 tarihinde alınmıştır. Anabilim Dalımızda yapılan madde arama testleri denetimli serbestlik uygulanan kişilere değil, TCK'nın 191. maddesi kapsamında kolluk kuvvetlerince gerçekleştirilen operasyon, denetim veya kontroller sonucu belirlenen şüpheliler için uygulanmaktadır. Şüpheliler adli makamlar tarafından CMK'nın 75. maddesi uyarınca usulüne uygun idrar örneği alınarak idrarda madde aranmasını belirten istem yazısı ile birlikte kolluk kuvvetleri eşliğinde tarafımıza gönderilmekte ve polikliniğimize kolluk kuvvetleri eşliğinde başvurmaktadır.

İstem yazısı tarafımızca incelendikten sonra madde aranması istenen kişi muayene odasına alınır. Muayene odasında kolluk kuvveti olmamasına ve kişinin kelepçesinin çıkarılmasına dikkat edilir. Daha sonra kişiye neden Adli Tıp Polikliniğine getirildiğini bilip bilmediği sorulur. Bilmiyorsa adli makamlar tarafından gönderilen istem yazısında ne istendiği, neden getirildiği, ne işlem yapılacağı kişiye anlatılır. Kişi muayene olmayı ve idrar vermeyi kabul etmezse bunu belirten imzalı bir yazı kaleme alması istenir. Kişi muayene olmayı ve idrar vermeyi kabul ettiğini belirtirse önce anamnezi alınır, daha sonra fizik muayenesi ve ruhsal durum değerlendirmesi yapılır. Son olarak kişiden idrar alınarak gerek görüldüğü takdirde ilgili bölümlerden konsültasyonları istenir.

İdrar alınması için Anabilim Dalımız tarafından düzenlenmiş, içerisinde musluk bulunmayan, içerden kilitlenemeyen tuvalet tarzındaki idrar verme odasına kişi alınır. Kişi odaya girerken kişiye paketi yeni açılmış DrugPro 13'lü İdrarda Madde Tarama Test Kabı verilir. En az test kabı üzerindeki işaretli yere kadar idrarını yapması, kalan idrarını tuvalete yapabileceği anlatılarak kapı kapatılır. Nöbetçi veya poliklinikte görevli araştırma görevlisi doktor, kişi idrarını yaptığı test kabını dışarı çıkarana kadar kapısından ayrılmadan bekler ve kişiden içinde idrar bulunan test kabını alır. Test kabı üzerine kimden alındığı, alınma saati ve tarihi yazılır. Daha sonra DrugPro 13'lü İdrarda Madde Tarama Test Kabı içerisine OneScreen K2/Spice Test Card daldırılarak test kısmının idrarla ıslanması beklenir. OneScreen K2/Spice Test Card yaklaşık bir dakika içerisinde idrarı yeterli miktarda emmektedir. DrugPro 13'lü

İdrarda Madde Tarama Testinde de OneScreen K2/Spice Test Cardda da aynı şekilde değerlendirme yapılır. Maddeye ait bant üzerinde “C” ve “T” seviyesinde çizgi yoksa veya sadece “T” seviyesinde tek çizgi varsa test geçersiz kabul edilir, bir adet “C” seviyesinde ve bir adet “T” seviyesinde çizgi varsa test sonucu negatif kabul edilir, yalnızca “C” seviyesinde çizgi varsa test pozitif kabul edilir. Test sonucu ile ilgili laboratuvar sonuç raporu hemen düzenlenerek kişi ile birlikte gelen kolluk görevlilerine imza karşılığı kapalı zarf içerisinde teslim edilir.

Acil Tıp Anabilim Dalından istenen konsültasyonlarda ise Acil Tıp Anabilim Dalı tarafından alınmış, üzerinde kime ait olduğu, alınma saati ve tarihi yazan idrar kabı sağlık personeli tarafından Adli Tıp Anabilim Dalımıza ulaştırılmaktadır. Daha sonra idrar kabındaki idrarı DrugPro 13’lü İdrarda Madde Tarama Test Kabına boşaltılarak yukarıda belirtildiği gibi işlemler aynen devam ettirilir ve sonuç hem acil doktoruna telefon ile hem de sistem üzerinden konsültasyon cevabı olarak iletilir.

Çalışmaya alınma kriterleri olarak; idrar incelemesi yapılarak “Uyutucu, Uyuşturucu, Uyarıcı Madde Aranması” konulu rapor düzenlenmiş olgular,

Çalışmadan dışlanma kriterleri olarak; Adli Tıp Anabilim Dalımızca anamnez verilerine ulaşılamamış olgular şeklinde belirlenmiştir.

İstatiksel analiz için PAWS 18.0 programı (IBM SPSS Statistics 18, SPSS inc.) kullanılmıştır. İstatistiksel karşılaştırmalarda Pearson ki-kare, Lineer ilişki, Kaplan Meier ve Spearman’s rho korelasyon testleri kullanılmıştır. Kategorik değişkenler sayı ve yüzde, sayısal değişkenler ise ortalama±standart sapma olarak verilmiştir. P değerleri 0,05’in altında hesaplandığında istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

4. BULGULAR

4.1. Demografik Özellikler

Araştırma örnekleminin sosyodemografik özellikleri Tablo 4'te verilmiştir.

Tablo 4. Demografik özelliklere göre dağılım

	Kişi Sayısı (n)	Yüzde (%)
<i>Cinsiyet</i>		
Erkek	312	85,7
Kadın	52	14,3
<i>Yaşadığı Yer</i>		
İl merkezi	303	83,2
İlçe merkezi	24	6,6
Diğer	37	10,2
<i>Yaşadığı Kişiler</i>		
Yanıtsız	27	7,4
Ailesiyle	248	68,1
Tek başına	43	11,8
Diğer	46	12,6
<i>Kardeş Sayısı</i>		
Yanıtsız	166	45,6
Bir-iki kardeş	71	19,5
Üç-dört kardeş	88	24,2
Dördün üstünde	39	10,7
<i>Ailedeki Sırası</i>		
Yanıtsız	168	46,2
Birinci	65	17,9
İkinci	69	19,0
Üçüncü	33	9,1
Dördüncü ve üzeri	29	8,0
<i>Medeni Durum</i>		
Yanıtsız	28	7,7
Bekâr	250	68,7
Evli	86	23,6
<i>Mezuniyet</i>		
Yanıtsız	38	10,4
İlkokul	56	15,4
Ortaokul	165	45,3
Lise	98	26,9
Yüksekokul/Üniversite	7	1,9
<i>Meslek</i>		
Yanıtsız	31	8,5
Öğrenci	60	16,5
Esnaf	30	8,2
İşçi	92	25,3
İşsiz	73	20,1
Diğer	78	21,4
<i>Okulu (Öğrenciler)</i>		
Lise ve altı	21	32,8
Yüksekokul/Üniversite	43	67,2

Araştırma olgularının %85,7'si erkeklerden ve %14,3'ü ise kadınlardan oluşmaktaydı. Olguların %83,2'si il merkezinde, %6,6'sı ilçe merkezinde ve %10,2'si ise bunların dışında yerleşim biriminde yaşamaktaydı. Olguların %68,1'i ailesi ile birlikte yaşadığını ifade ederken, %11,8'i ise tek başına yaşadığını ifade etmişti. Kardeş sayısına göre olguların %19,5'i bir ya da iki kardeş, %24,2'si üç ya da dört kardeş, %10,7'si ise dörtten fazla kardeşi olduğunu ifade etmişti. Kardeş sayısına olguların %45,6'sı yanıt vermemiştir. Ailedeki kaçıncı çocuk olduğu ile ilgili olarak olguların %46,2'sinin yanıt vermediği anlaşılmış olup; %17,9'unun birinci, %19,0'unun ikinci, %9,1'inin üçüncü, %8,0'inin ise dördüncü ve üzeri sıradaki çocuk oldukları görüldü. Olguların %68,7'si evli ve %23,6'sı ise bekârdı. Eğitim düzeyine göre ilkokul mezunu %15,4 olup, ortaokul mezunu %45,3 ve lise mezunu %26,9 olarak saptandı. Yüksekokul ya da üniversite mezunu oranı sadece %1,9 olarak görüldü. Mesleki dağılıma göre %16,5 öğrenci, %8,2 esnaf, %25,3 işçi, %20,1 işsiz olarak belirlendi. Mesleğe yanıt vermeyenlerin oranı %8,5 olup, %21,4'ü ise bunların dışında meslek sahibi olduğunu belirtmişti. Öğrenci olduğunu belirtenlerden lise ve altında okula gidenlerin oranı %32,8 olup, yüksekokul ya da üniversite oranı ise %67,2 olarak saptandı. Öğrenci sayısı meslek bölümünde 60 kişiyken, okul bölümünde 63 kişi olarak görülmüş olup, üç öğrencinin mesleklerini yanıtı bırakmış olduğu görüldü.

4.2. Başvuruya İlişkin Bilgiler

Başvuruya ilişkin değişkenlerin dağılımı aşağıdaki gibiydi:

Tablo 5. Başvuruya ilişkin özelliklerin dağılımı

	Kişi Sayısı (n)	Yüzde (%)
Başvuru Şekli		
Adli makamlar	361	99,2
Acil servis	3	0,8
Başvuru Sayısı		
1 kez	173	47,5
2 kez	73	20,1
3 kez	60	16,5
4 ve daha çok kez	58	15,9
Başvuru Numarası		
1 kez	205	56,3
2 kez	75	20,6
3 kez	48	13,2
4 ve daha çok kez	36	9,9
Başvuru Zamanı		
Mesai saati içi	164	45,1
Mesai saati dışı	200	54,9
Başvuru Durumu		
Kapalı cezaevi	13	3,6
Açık cezaevi	2	0,5
Denetimli serbestlik	5	1,4
Normal	341	93,7
Asker	3	0,8
Son tespit intervali		
Bilinmiyor	29	8,0
0-6 saat	16	4,4
6-24 saat	147	40,4
24-72 saat	43	11,8
72 saat bir hafta	23	6,3
1-hafta 10 gün	17	4,7
10 gün-iki hafta	10	2,7
Kullanmıyor	71	19,5
2 haftadan fazla	8	2,2

Başvuru şekline göre; olguların %99,2'sinin (n: 361) adli makamlar aracılığı ile başvuru yaptığı, sadece üç olgunun ise acil servis başvurusu olduğu saptanmıştır. Başvuru sayısına göre; olguların %47,5'i bir kez, %20,1'i iki kez, %16,5'i üç kez, %15,9'u ise 4 ya da daha fazla sayıda başvuru yapmıştır. Araştırma örneklemindeki olguların %56,3'ü ilk, %20,6'sı ikinci, %13,2'si üçüncü, %9,9'u ise 4. kez ve

üzerindeki başvurusunu yapmıştı. Başvuruların %45,1'i mesai saatleri içerisinde, %54,9'u ise mesai saatleri dışında yapılmıştı. Genel olarak çoğunluğu (%93,7) normal başvuru olan olguların dışında %3,6'sı kapalı ve %0,5'i açık cezaevinde, %1,4'ü denetimli serbestlik döneminde iken ve %0,8'inin ise askerlik yaparken başvurduğu görüldü.

Son tespit intervaline göre dağılım incelendiğinde; olguların %8,0'i bilinmemekle birlikte, %4,4'ü 0-6 saat arasında, %40,4'ü 6-24 saat arasında, %11,8'i 24-72 saat arasında, %6,3'ü 72 saat ile bir hafta arasında, %4,7'si 1 hafta ile 10 gün arasında, %2,7'si 10 gün ile iki hafta arasında, %2,2'si 2 haftadan fazla süre sonra analiz yapıldığı anlaşılmıştır. Olguların %2,2'si ise madde kullanmadıklarını ifade etmiştir.

4.3. Madde Kullanımına İlişkin Bilgiler

Olguların madde kullanım durumlarına ilişkin bilgiler aşağıdaki gibiydi:

Tablo 6. Madde kullanımına ilişkin bilgilerin dağılımı

	Kişi Sayısı (n)	Yüzde (%)
Madde Kullanımı		
Yanıtsız	58	15,9
Eroin	151	41,5
Esrar	58	15,9
Birden çok madde	97	26,6
Son iki haftada madde kullanımı		
Yanıtsız	94	25,8
Eroin	144	39,6
Esrar	44	12,1
Birden çok madde	82	22,5
Madde Kullanım Yöntemi		
Kullanmıyor	43	11,8
Folyo-kaydırma	134	36,8
Sigara sarma	51	14,0
Oral	21	5,8
Yanıtsız	25	6,9
Folyo ve oral	36	9,9
Diğer	54	14,8
Kullanma Sıklığı		
Bilinmiyor	50	13,7
Kullanmıyor	50	13,7
Ayda 3 veya daha az	27	7,4
Haftada 1-2 kere	39	10,7
2-3 günde bir	72	19,8
Günde bir	67	18,4
Günde birden fazla	21	5,8
Ara sıra	22	6,0
İlk kez	16	4,4
Laboratuvarda saptanan		
Eroin	122	33,5
Esrar	28	7,7

Saptanmadı	84	23,1
Diğer	130	35,7
Öykü-laboratuvar uyumu		
Bilinmiyor	7	1,9
Uyumlu	228	62,6
Uyumsuz	129	35,4
Madde Bağımlılığı		
Bilinmiyor	59	16,2
Bağımlı olduğunu düşünüyor	159	43,7
Bağımlı olmadığını düşünüyor	104	28,6
Kullanmıyor	42	11,5
Madde Kullanmadığı Dönemler		
Hiç kullanmamış	42	11,5
Cezaevinde	24	6,6
AMATEM tedavisinde	39	10,7
Sürekli kullanmış	183	50,3
Bilinmiyor	23	6,3
Kendisi bırakmış	25	6,9
Diğer	28	7,7
Yoksunluk Krizi		
Bilinmiyor	68	18,7
Evet	145	39,8
Hayır	109	29,9
Kullanmıyor	42	11,5
Bağımlılık Tedavisi Alma Durumu		
Bilinmiyor	51	14,0
Daha önce almış	74	20,3
Halen alıyor	14	3,8
Hiç almamış	183	50,3
Kullanmıyor	42	11,5
Ek madde kullanımı		
Bilinmiyor	56	15,4
Kullanmıyor	11	3,0
Sigara	148	40,7
Alkol	3	0,8
Sigara ve alkol	146	40,1

Madde kullanımına göre dağılım incelendiğinde; olguların %15,9'u yanıt vermezken, %41,5'i eroin, %15,9'u esrar ve %26,6'sı ise birden çok madde kullandıklarını ifade etmişlerdir. Son iki hafta içinde madde kullanıp kullanmadığı ile ilgili olarak; olguların %25,8'i yanıt vermezken, %39,6'sının eroin, %12,1'inin esrar ve %22,5'inin ise birden çok madde kullandıklarını belirtmişlerdir. Madde kullanım yönteminde %36,8 oranla folyo-kaydırma yöntemi ilk başta gelirken, bunu %14,0 oranla sigara sarma yöntemi, %9,9 oranla folyo-oral yöntem ve %5,8 oranla oral yöntem izlemekteydi. Bu soruya %14,8 diğer yanıtı alınmış ve olguların %6,9'u ise yanıt vermemiştir. Kullanma sıklığı %13,7 olguda belirlenememiş olup, %13,7'si ise kullanmadığını belirtmiştir. Kullanma sıklığına göre olguların %7,4'ü ayda 3 veya daha az, %10,7'si haftada 1-2 kere, %19,8'i 2-3 günde bir, %18,4'ü günde bir, %5,8'i günde birden fazla, %6,0'sı ara sıra ve %4,4'ü ilk kez kullandıklarını ifade etmişlerdir. Laboratuvar bulgularına göre olguların %23,1'inde pozitif bulgu saptanmazken, %33,5'inde eroin, %7,7'sinde esrar, %35,7'sinde ise birden çok madde ve diğer maddeler saptandı. Olguların %62,6'sında öykü ile laboratuvar analiz sonucu uyumluydu.

Olguların %43,7'si bağımlı olduğunu düşünürken, %28,6'sı ise bağımlı olmadığını düşünmekteydi. Madde kullanılmayan dönemlerin başında %10,7 ile AMATEM tedavisi aldığı dönem gelirken, bunu %6,9 oranla kendi isteği ile bıraktığı dönem takip etmekteydi. Öte yandan olguların %50,3'ü sürekli olarak madde kullandıklarını ifade etmişlerdir. Olguların %39,8'i yoksunluk krizi geçirdiklerini belirtmiştir. Bağımlılık tedavisi daha önceden alanların oranı %20,3 olup, başvuru sırasında tedavi almakta olanların oranı %3,8'di. Hiç tedavi almayanların oranı ise %50,3 olarak saptandı. Ek madde kullanımında %40,7 oranla ilk sırada sigara gelmekte olup, bunu %40,1 oranla sigara ve alkol izlemekteydi.

4.4. Demografik Özelliklere Göre Başvuru Bilgileri Arasındaki Farklar

Araştırmanın bu bölümünde, madde kullanımına yönelik başvuruların demografik özelliklere göre farklılık gösterip göstermediği analiz edildi. Bunun için nonparametrik testlerden Ki-Kare ve Lineer ilişki testleri yapıldı. İlk olarak cinsiyete göre olgu gruplarının başvuru bilgileri arasındaki farklar Tablo 4'teki gibiydi.

Tablo 7. Cinsiyete göre başvuru bilgileri arasındaki farklar

	Erkek (n=312)(%)	Kadın (n=52)(%)	X²	p
<i>Başvuru Sayısı</i>				
1 kez	149 (47,8)	24 (46,2)	14,913	0,002
2 kez	68 (21,8)	5 (9,6)		
3 kez	54 (17,3)	6 (11,5)		
4 ve daha çok kez	41 (13,1)	17 (32,7)		
<i>Başvuru Sırası</i>				
1. kez	177 (56,7)	28 (53,8)	6,923	0,074
2. kez	68 (21,8)	7 (13,5)		
3. kez	41 (13,1)	7 (13,5)		
4. ve daha fazla	26 (8,3)	10 (19,2)		
<i>Başvuru Zamanı</i>				
Mesai saati içi	140 (44,9)	24 (46,2)	0,030	0,863
Mesai saati dışı	172 (55,1)	28 (53,8)		
<i>Başvuru Durumu</i>				
Kapalı cezaevi	13 (4,2)	-	1,883*	0,170
Açık cezaevi	2 (0,6)	-		
Denetimli serbestlik	4 (1,3)	1 (1,9)		
Normal	290 (92,9)	51 (98,1)		
Asker	3 (1,0)	-		
<i>Son tespit intervali</i>				
Bilinmiyor	24 (7,7)	5 (9,6)	4,396*	0,329
0-6 saat	15 (4,8)	1 (1,9)		
6-24 saat	132 (42,3)	15 (28,8)		
24-72 saat	37 (11,9)	6 (11,5)		
72 saat bir hafta	20 (6,4)	3 (5,8)		
1-hafta 10 gün	15 (4,8)	2 (3,8)		
10 gün-iki hafta	7 (2,2)	3 (5,8)		
Kullanmıyor	55 (17,6)	16 (30,8)		
2 haftadan fazla	7 (2,2)	1 (1,9)		

Başvuru sayısına göre; erkek (%47,8) ve kadınların (%46,2) başvuru sayısında bir kez başvuru çoğunlukta idi. Öte yandan erkeklerde 4 ve üzeri kez başvuru sayısı oranı %13,1 iken, kadınlarda bu oran %32,7 olarak bulundu. Fark analizi sonuçlarına göre kadın ve erkeklerin başvuru sayıları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardı ($p < 0,05$).

Başvuru sırasına göre; erkek (%56,7) ve kadınlarda (%53,8) en fazla başvuru sırası ilk kez başvuru olarak bulundu. Fark analizi sonuçlarına göre gruplar arasındaki bu farklar istatistiksel olarak anlamlı değildi ($p > 0,05$).

Başvuru zamanına göre; erkeklerde (%55,1) ve kadınlarda (%53,8) mesai saati dışı başvurular çoğunlukta idi. Fark analizi sonuçları, cinsiyete göre başvuru saatleri arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığını gösterdi ($p > 0,05$).

Başvuru durumuna göre erkeklerde (%92,9) ve kadınlarda (%98,1) olguların çoğunluğu normal başvuru yapmıştı. Fark analizi sonuçlarına göre cinsiyete göre başvuru durumları arasındaki farklar istatistiksel olarak anlamlı değildi ($p>0,05$).

Son tespit intervali erkeklerde (%42,3) ve kadınlarda (%28,8) 6-24 saat olarak bulundu. Fark analizi sonuçlarına göre gruplar arasındaki bu farklar istatistiksel olarak anlamlı değildi ($p>0,05$).

Tablo 8. Yaşadığı yere göre başvuru bilgileri arasındaki farklar

	İl merkezi	İlçe merkezi	Diğer	Test Değeri	p
Başvuru Sayısı					
1 kez	141 (46,5)	14 (58,3)	18 (48,6)	2,171*	0,903
2 kez	60 (19,8)	5 (20,8)	8 (21,6)		
3 kez	52 (17,2)	3 (12,5)	5 (13,5)		
4 ve daha çok kez	50 (16,5)	2 (8,3)	6 (16,2)		
Başvuru Sırası					
1. kez	169 (55,8)	16 (66,7)	20 (54,1)	0,549*	0,767
2. kez	61 (20,1)	5 (20,8)	9 (24,3)		
3. kez	40 (13,2)	2 (8,3)	6 (16,2)		
4. ve daha fazla	33 (10,9)	1 (4,2)	2 (5,4)		
Başvuru Zamanı					
Mesai saati içi	124 (40,9)	15 (62,5)	25 (67,6)	12,614	0,002
Mesai saati dışı	179 (59,1)	9 (37,5)	12 (32,4)		
Başvuru Durumu					
Kapalı cezaevi	-	-	13 (35,1)	92,822*	0,000
Açık cezaevi	1 (0,3)	-	1 (2,7)		
Denetimli serbestlik	3 (1,0)	1 (4,2)	1 (2,7)		
Normal	298 (98,3)	23 (95,8)	20 (54,1)		
Asker	1 (0,3)	-	2 (5,4)		
Son tespit intervali					
Bilinmiyor	23 (7,6)	1 (4,2)	5 (13,5)	19,835*	0,000
0-6 saat	15 (5,0)	1 (4,2)	-		
6-24 saat	137 (45,2)	4 (16,7)	6 (16,2)		
24-72 saat	39 (12,9)	2 (8,3)	2 (5,4)		
72 saat bir hafta	18 (5,9)	-	5 (13,5)		
1-hafta 10 gün	11 (3,6)	6 (25,0)	-		
10 gün-iki hafta	7 (2,3)	3 (12,5)	-		
Kullanmıyor	47 (15,5)	6 (25,0)	18 (48,6)		
2 haftadan fazla	6 (2,0)	1 (4,2)	1 (2,7)		

Başvuru sayısına göre; yaşadığı yeri il merkezi (%46,5), ilçe merkezi (%58,3) ve diğer (%48,6) olarak ifade eden olgularda bir kez başvuru çoğunlukta idi. Fark analizi sonuçları ise gruplar arasındaki bu farkların istatistiksel olarak anlamlı olmadığını gösterdi ($p>0,05$).

Başvuru sırasına göre; yaşadığı yeri il merkezi (%55,8), ilçe merkezi (%66,7) ve diğer (%54,1) olarak ifade eden olgularda ilk başvuru çoğunlukta idi. Fark analizi

sonuçlarına göre yaşanan yer gruplarına göre farklar istatistiksel olarak anlamlı değildi ($p>0,05$).

Başvuru zamanı il merkezinde oturanlarda %59,1 ile mesai saati dışı çoğunlukta olup, ilçe merkezi (%62,5) ve diğer yerlerde yaşayan (%67,6) olgularda ise mesai saati içi başvurular çoğunlukta idi. Fark analizi sonuçlarına göre farklı yerleşim yerlerindeki olguların başvuru zamanları da istatistiksel olarak anlamlı derecede farklılık göstermekteydi ($p<0,05$).

Son tespit intervali il merkezinde yaşayan olgularda (%45,2) ve diğer seçeneğini seçen olgularda (%16,2) çoğunluk olarak 6-24 saat olup, ilçe merkezinde yaşayanlarda (%25,0) 1-hafta 10 gün olarak bulundu. Fark analizi sonuçları ise gruplar arasındaki bu farkların istatistiksel olarak anlamlı olduğunu ortaya koydu ($p<0,05$). Yaşadığı kişilere göre başvuru bilgileri arasındaki farklar Tablo 9’da verilmiştir.

Tablo 9. Yaşadığı kişilere göre başvuru bilgileri arasındaki farklar

	Yanıtız	Aileyle	Tek Başına	Diğer	Test Değeri	p
Başvuru Sayısı						
1 kez	13 (48,1)	107 (43,1)	23 (53,5)	30 (65,2)	6,776*	0,009
2 kez	6 (22,2)	52 (21,0)	7 (16,3)	8 (17,4)		
3 kez	4 (14,8)	42 (16,9)	9 (20,9)	5 (10,9)		
4 ve daha çok kez	4 (14,8)	47 (19,0)	4 (9,3)	3 (6,5)		
Başvuru Sırası						
1. kez	14 (51,9)	132 (53,2)	25 (58,1)	34 (73,9)	5,246*	0,022
2. kez	8 (29,6)	52 (21,0)	9 (20,9)	6 (13,0)		
3. kez	2 (7,4)	36 (14,5)	5 (11,6)	5 (10,9)		
4. ve daha fazla	3 (11,1)	28 (11,3)	4 (9,3)	1 (2,2)		
Başvuru Zamanı						
Mesai saati içi	11 (40,7)	105 (42,3)	18 (41,9)	30 (65,2)	8,673	0,034
Mesai saati dışı	16 (59,3)	143 (57,7)	25 (58,1)	16 (34,8)		
Başvuru Durumu						
Kapalı cezaevi	-	-	-	13 (28,3)	58,730*	0,000
Açık cezaevi	-	-	-	2 (4,3)		
Denetimli serbestlik	1 (3,7)	4 (1,6)	-	-		
Normal	26 (96,3)	243 (98,0)	43 (100,0)	29 (63,0)		
Asker	-	1 (0,4)	-	2 (4,3)		
Son tespit intervali						
Bilinmiyor	6 (22,2)	20 (8,1)	2 (4,7)	1 (2,2)	28,353*	0,000
0-6 saat	1 (3,7)	11 (4,4)	2 (4,7)	2 (4,3)		
6-24 saat	10 (37,0)	110 (44,4)	17 (39,5)	10 (21,7)		
24-72 saat	4 (14,8)	33 (13,3)	4 (9,3)	2 (4,3)		
72 saat bir hafta	2 (7,4)	14 (5,6)	6 (14,0)	1 (2,2)		
1-hafta 10 gün	-	10 (4,0)	5 (11,6)	2 (4,3)		
10 gün-iki hafta	-	7 (2,8)	1 (2,3)	2 (4,3)		
Kullanmıyor	4 (14,8)	36 (14,5)	6 (14,0)	25 (54,3)		
2 haftadan fazla	-	7 (2,8)	-	1 (2,2)		

Başvuru sayısına göre yanıtız olanlarda (%48,1), aileyle yaşıyanlarda (%43,1), tek başına yaşıyanlarda (%53,5) ve diğer biçimde yaşıyanlarda (%65,2) bir kez çoğunlukta olup, gruplar arasındaki farklar istatistiksel olarak anlamlıydı ($p<0,05$).

Başvuru sırasına göre yanıtız olanlarda (%51,9), aileyle yaşıyanlarda (%53,2), tek başına yaşıyanlarda (%58,1) ve diğer biçimde yaşıyanlarda (%73,9) ilk kez başvuru çoğunluktaıydı. Fark analizi sonuçları gruplar arasındaki bu farkların istatistiksel olarak anlamlı olduğunu ortaya koydu ($p<0,05$).

Başvuru zamanına göre yanıtız olanlarda (%59,3), aileyle yaşıyanlarda (%57,7) ve tek başına yaşıyanlarda (%58,1) mesai saati dışı çoğunluktaıyken, diğer biçimde yaşıyanlarda (%65,2) mesai saati içi başvuru çoğunluktaıydı. Fark analizi sonuçları gruplar arasındaki bu farkların istatistiksel olarak anlamlı olduğunu ortaya koydu ($p<0,05$).

Başvuru durumuna göre; yaşıadığı kişileri yanıtız bırakan (%96,3), ailesi olduğunu ifade eden (%98,0) ve tek diyenlerin (%100,0) çoğunluğu normalken, bu oran diğer seçeneğini ifade edenlerde de çoğunlukta ancak %63,0 oranındaıydı. Fark analizi sonuçları ise yaşıanılan kişilere göre başvuru durumunun istatistiksel olarak anlamlı derecede farklılaştığını ortaya koydu ($p<0,05$).

Son tespit intervali yaşıanılan kişi gruplarına göre tüm gruplarda da 6-24 saat arasındaki tespit intervali çoğunluktaıydı. Fark analizi sonuçları ise dağılıımın gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark gösterdiğini ortaya koydu ($p<0,05$). Kardeş sayısına göre başvuru bilgileri arasındaki farklar aşıadığıdaki gibiıydı.

Tablo 10. Kardeş sayısına göre başvuru bilgileri arasındaki farklar

	Yanıtsız	1-2 kardeş	3-4 kardeş	4+	Test Değeri	p
Başvuru Sayısı						
1 kez	86 (51,8)	24 (33,8)	44 (50,0)	19 (48,7)	11,954	0,216
2 kez	31 (18,7)	16 (22,5)	19 (21,6)	7 (17,9)		
3 kez	27 (16,3)	15 (21,1)	9 (10,2)	9 (23,1)		
4 ve daha çok kez	22 (13,3)	16 (22,5)	16 (18,2)	4 (10,3)		
Başvuru Sırası						
1. kez	100 (60,2)	33 (46,5)	50 (56,8)	22 (56,4)	0,528*	0,467
2. kez	33 (19,9)	16 (22,5)	18 (20,5)	8 (20,5)		
3. kez	20 (12,0)	12 (16,9)	11 (12,5)	5 (12,8)		
4. ve daha fazla	13 (7,8)	10 (14,1)	9 (10,2)	4 (10,3)		
Başvuru Zamanı						
Mesai saati içi	61 (36,7)	34 (47,9)	44 (50,0)	25 (64,1)	11,443	0,010
Mesai saati dışı	105 (63,3)	37 (52,1)	44 (50,0)	14 (35,9)		
Başvuru Durumu						
Kapalı cezaevi	10 (6,0)	1 (1,4)	2 (2,3)	-	7,114*	0,008
Açık cezaevi	2 (1,2)	-	-	-		
Denetimli serbestlik	3 (1,8)	2 (2,8)	-	-		
Normal	150 (90,4)	67 (94,4)	86 (97,7)	38 (97,4)		
Asker	1 (0,6)	1 (1,4)	-	1 (2,6)		
Son tespit intervali						
Bilinmiyor	10 (6,0)	8 (11,3)	6 (6,8)	5 (12,8)	3,391*	0,066
0-6 saat	7 (4,2)	3 (4,2)	3 (3,4)	3 (7,7)		
6-24 saat	64 (38,6)	27 (38,0)	41 (46,6)	15 (38,5)		
24-72 saat	18 (10,8)	7 (9,9)	13 (14,8)	5 (12,8)		
72 saat bir hafta	11 (6,6)	9 (12,7)	1 (1,1)	2 (5,1)		
1-hafta 10 gün	6 (3,6)	6 (8,5)	2 (2,3)	3 (7,7)		
10 gün-iki hafta	6 (3,6)	1 (1,4)	3 (3,4)	-		
Kullanmıyor	44 (26,5)	7 (9,9)	15 (17,0)	5 (12,8)		
2 haftadan fazla	-	3 (4,2)	4 (4,5)	1 (2,6)		

Başvuru sayısına göre tüm gruplarda en fazla dağılıma sahip olan başvuru sayısı 1 kez olarak saptandı. Başvuru sayısı en fazla birbirine yakın olan grup 1-2 kardeşi olanlardı. Fark analizi sonuçları ise kardeş sayısına göre başvuru sayısının istatistiksel olarak anlamlı derecede farklılaşmadığını gösterdi ($p>0,05$). Başvuru sırası da benzer şekilde tüm kardeş sayısı gruplarında bir kez olarak en yüksek düzeydeydi. Yine burada da, gruplar arasındaki farklar istatistiksel olarak anlamlı değildi ($p>0,05$).

Başvuru zamanı yanıtsız olanlarda (%63,3) ve 1-2 kardeşi olanlarda (%52,1) çoğunlukla mesai saati dışındayken, 4 üzeri kardeşi olanlarda mesai saati içi çoğunlukta idi. 3-4 kardeşe sahip olan grupta ise mesai saati içi ve dışında başvuru oranları eşitti. Fark analizi sonuçlarına göre başvuru zamanı kardeş sayısına göre istatistiksel olarak anlamlı derecede farklılaşmaktaydı ($p<0,05$).

Başvuru durumunda da, tüm gruplarda normal başvuru dağılımı en fazla olsa da, 3-4 kardeş ve 4 üzeri kardeşe sahip olan olgu gruplarında dağılımın daha heterojen olmasından dolayı, gruplar arasındaki farklar istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($p<0,05$). Son tespit intervali tüm gruplarda 6-24 saat çoğunlukta olup, gruplar arasındaki bu farklar istatistiksel olarak anlamlı değildi ($p>0,05$). Medeni duruma göre başvuru bilgileri arasındaki farklar Tablo 11’de verildi.

Tablo 11. Medeni duruma göre başvuru bilgileri arasındaki farklar

	Yanıtsız	Bekar	Evli	Test Değeri	p
Başvuru Sayısı					
1 kez	14 (50,0)	113 (45,2)	46 (53,5)	2,023*	0,155
2 kez	3 (10,7)	53 (21,2)	17 (19,8)		
3 kez	5 (17,9)	42 (16,8)	13 (15,1)		
4 ve daha çok kez	6 (21,4)	42 (16,8)	10 (11,6)		
Başvuru Sırası					
1. kez	16 (57,1)	136 (54,4)	53 (61,6)	1,664*	0,197
2. kez	5 (17,9)	53 (21,2)	17 (19,8)		
3. kez	4 (14,3)	32 (12,8)	12 (14,0)		
4. ve daha fazla	3 (10,7)	29 (11,6)	4 (4,7)		
Başvuru Zamanı					
Mesai saati içi	12 (42,9)	115 (46,0)	37 (43,0)	0,288	0,866
Mesai saati dışı	16 (57,1)	135 (54,0)	49 (57,0)		
Başvuru Durumu					
Kapalı cezaevi	2 (7,1)	9 (3,6)	2 (2,3)	0,473*	0,492
Açık cezaevi	1 (3,6)	-	1 (1,2)		
Denetimli serbestlik	-	3 (1,2)	2 (2,3)		
Normal	24 (85,7)	236 (94,4)	81 (94,2)		
Asker	1 (3,6)	2 (0,8)	-		
Son tespit intervali					
Bilinmiyor	6 (21,4)	16 (6,4)	7 (8,1)	6,014*	0,014
0-6 saat	1 (3,6)	15 (6,0)	-		
6-24 saat	10 (35,7)	104 (41,6)	33 (38,4)		
24-72 saat	5 (17,9)	28 (11,2)	10 (11,6)		
72 saat bir hafta	1 (3,6)	18 (7,2)	4 (4,7)		
1-hafta 10 gün	-	13 (5,2)	4 (4,7)		
10 gün-iki hafta	1 (3,6)	7 (2,8)	2 (2,3)		
Kullanmıyor	4 (14,3)	44 (17,6)	23 (26,7)		
2 haftadan fazla	-	5 (2,0)	3 (3,5)		

Başvuru sayısına göre; üç grupta da çoğunluğun 1 kez başvuru yaptığı görüldü. Öte yandan fark analizi sonuçları, başvuru sayısının medeni duruma göre istatistiksel olarak anlamlı derecede farklılaşmadığını gösterdi ($p>0,05$). Benzer şekilde başvuru sırasında da her üç grupta ilk kez başvuru çoğunlukta olup, burada da gruplar arasındaki farklar istatistiksel olarak anlamlı değildi ($p>0,05$). Yine başvuru

zamanında da, gruplar arası farklar istatistiksel olarak anlamlı olmayıp ($p>0,05$), mesai saati dışı başvurular üç grupta da çoğunlukta idi. Başvuru durumuna göre üç grupta da normal başvuru çoğunlukta olup, her üç grupta da tespit intervali 6-24 saat olarak saptandı. Başvuru durumu medeni duruma göre istatistiksel olarak anlamlı bir fark göstermezken ($p>0,05$), son tespit intervalinin medeni durum grupları arasındaki farkları istatistiksel olarak anlamlıydı ($p<0,05$). Mezuniyet durumuna göre başvuru bilgileri arasındaki farklar aşağıdaki gibiydi.

Tablo 12. Mezuniyet durumuna göre başvuru bilgileri arasındaki farklar

	Yanıtsız	İlkokul	Ortaokul	Lise	Yüksekokul/ Üniversite	Test Değeri	p
Başvuru Sayısı							
1 kez	19 (50,0)	33 (58,9)	64 (38,8)	53 (54,1)	4 (57,1)	0,003*	0,955
2 kez	6 (15,8)	10 (17,9)	41 (24,8)	15 (15,3)	1 (14,3)		
3 kez	6 (15,8)	9 (16,1)	27 (16,4)	16 (16,3)	2 (28,6)		
4 ve üzeri	7 (18,4)	4 (7,1)	33 (20,0)	14 (14,3)	-		
Başvuru Sırası							
1. kez	22 (57,9)	38 (67,9)	81 (49,1)	60 (61,2)	4 (57,1)	0,082*	0,774
2. kez	6 (15,8)	10 (17,9)	43 (26,1)	15 (15,3)	1 (14,3)		
3. kez	5 (13,2)	5 (8,9)	23 (13,9)	13 (13,3)	2 (28,6)		
4. ve daha fazla	5 (13,2)	3 (5,4)	18 (10,9)	10 (10,2)			
Başvuru Zamanı							
Mesai saati içi	17 (44,7)	26 (46,4)	82 (49,7)	37 (37,8)	2 (28,6)	1,207*	0,272
Mesai saati dışı	21 (55,3)	30 (53,6)	83 (50,3)	61 (62,2)	5 (71,4)		
Başvuru Durumu							
Kapalı cezaevi	4 (10,5)		7 (4,2)	2 (2,0)		4,342*	0,037
Açık cezaevi	2 (5,3)						
Denetimli serbestlik			5 (3,0)				
Normal	31 (81,6)	56 (100,0)	152 (92,1)	95 (96,9)	7 (100,0)		
Asker	1 (2,6)	-	1 (0,6)	1 (1,0)			
Son tespit intervali							
Bilinmiyor	6 (15,8)	3 (5,4)	11 (6,7)	8 (8,2)	1 (14,3)	1,837*	0,175
0-6 saat	1 (2,6)	1 (1,8)	10 (6,1)	3 (3,1)	1 (14,3)		
6-24 saat	10 (26,3)	26 (46,4)	73 (44,2)	36 (36,7)	2 (28,6)		
24-72 saat	2 (5,3)	6 (10,7)	22 (13,3)	11 (11,2)	2 (28,6)		
72 saat bir hafta	1 (2,6)	3 (5,4)	9 (5,5)	10 (10,2)			
1-hafta 10 gün	2 (5,3)	4 (7,1)	4 (2,4)	7 (7,1)			
10 gün-iki hafta	1 (2,6)		4 (2,4)	5 (5,1)			
Kullanmıyor	14 (36,8)	11 (19,6)	29 (17,6)	16 (16,3)	1 (14,3)		
2 haftadan fazla	1 (2,6)	2 (3,6)	3 (1,8)	2 (2,0)			

Eğitim durumuna göre başvuru sayısı tüm gruplarda 1 kez, başvuru sırası ilk başvuru, başvuru zamanında mesai saati içi, başvuru durumunda normal başvuru ve son tespit intervalinde 6-24 saat çoğunlukta idi. Fark analizi sonuçlarına göre başvuru sayısı, başvuru sırası, başvuru zamanı ve son tespit intervali eğitim grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark göstermezken ($p>0,05$), başvuru durumunun eğitim grupları arasındaki farkı istatistiksel olarak anlamlıydı ($p<0,05$). Mesleğe göre başvuru bilgileri arasındaki farklar Tablo 13'te verildi.

Tablo 13. Mesleğe göre başvuru bilgileri arasındaki farklar

	Yanıtsız	Öğrenci	Esnaf	İşçi	İşsiz	Diğer	Test Değeri	p						
Başvuru Sayısı														
1 kez	10	32,3	39	65,0	17	56,7	47	51,1	25	34,2	35	44,9	0,863*	0,353
2 kez	5	16,1	8	13,3	5	16,7	25	27,2	14	19,2	16	20,5		
3 kez	5	16,1	8	13,3	5	16,7	10	10,9	18	24,7	14	17,9		
4 ve üzeri	11	35,5	5	8,3	3	10,0	10	10,9	16	21,9	13	16,7		
Başvuru Sırası														
1. kez	12	38,7	43	71,7	19	63,3	56	60,9	32	43,8	43	55,1	0,289*	0,591
2. kez	6	19,4	10	16,7	7	23,3	18	19,6	19	26,0	15	19,2		
3. kez	5	16,1	4	6,7	3	10,0	10	10,9	13	17,8	13	16,7		
4. ve daha fazla	8	25,8	3	5,0	1	3,3	8	8,7	9	12,3	7	9,0		
Başvuru Zamanı														
Mesai saati içi	16	51,6	23	38,3	15	50,0	44	47,8	37	50,7	29	37,2	5,104	0,403
Mesai saati dışı	15	48,4	37	61,7	15	50,0	48	52,2	36	49,3	49	62,8		
Başvuru Durumu														
Kapalı cezaevi	7	22,6	1	1,7	1	3,3	3	3,3	1	1,4			14,222*	0,000
Açık cezaevi	1	3,2					1	1,1						
Denetimli serb.							1	1,1	3	4,1	1	1,3		
Normal	22	71,0	59	98,3	29	96,7	87	94,6	68	93,2	76	97,4		
Asker	1	3,2							1	1,4	1	1,3		
Son tespit int.														
Bilinmiyor	5	16,1	4	6,7	1	3,3	7	7,6	5	6,8	7	9,0	0,239*	0,625
0-6 saat	0		3	5,0	2	6,7	3	3,3	5	6,8	3	3,8		
6-24 saat	9	29,0	25	41,7	10	33,3	32	34,8	37	50,7	34	43,6		
24-72 saat	6	19,4	3	5,0	6	20,0	17	18,5	4	5,5	7	9,0		
72 saat bir hafta	1	3,2	5	8,3	3	10,0	6	6,5	6	8,2	2	2,6		
1-hafta 10 gün	1	3,2	5	8,3	2	6,7	2	2,2	4	5,5	3	3,8		
10 gün-iki hafta	1	3,2	4	6,7	0		2	2,2	1	1,4	2	2,6		
Kullanmıyor	8	25,8	11	18,3	5	16,7	21	22,8	9	12,3	17	21,8		
2 haftadan fazla	0		0		1	3,3	2	2,2	2	2,7	3	3,8		

Mesleğe göre başvuru sayısı mesleğini belirtmeyenlerde 4 ve üzeri, diğer meslek gruplarında 1 kez olarak en yüksek değerdedi. Başvuru sırası tüm meslek gruplarında 1. kez olanlar çoğunlukta idi. Başvuru zamanı öğrenci, işçi ve diğer meslek gruplarında mesai saati içi, yanıtsız ve işsizlerde mesai saatleri içinde çoğunlukta idi. Tüm gruplarda çoğunluk normal başvuru yapmış ve son tespit 6-24 saat aralığında yapılmıştı. Fark analizi sonuçlarına göre sadece başvuru durumunun gruplar arasındaki farkı istatistiksel olarak anlamlı olup ($p < 0,05$), diğer değişkenlerin meslek grupları arasındaki farkları istatistiksel olarak anlamlı değildi ($p > 0,05$).

4.5. Demografik Özelliklere Göre Kullanım Bilgileri Arasındaki Farklar

Demografik özelliklere göre madde kullanım bilgileri arasındaki farklar bu bölümde incelendi. İlk olarak cinsiyete göre madde kullanım özellikleri aşağıdaki gibiydi:

Tablo 14. Cinsiyete göre madde kullanım bilgileri arasındaki farklar

	Erkek (n=312)		Kadın (n=52)		X ²	p
Madde Kullanımı						
Yanıtlessız	43	13,8	15	28,8	17,423	0,001
Eroin	136	43,6	15	28,8		
Esrar	56	17,9	2	3,8		
Birden çok madde	77	24,7	20	38,5		
Son iki haftada madde kullanımı						
Yanıtlessız	73	23,4	21	40,4	14,444	0,002
Eroin	130	41,7	14	26,9		
Esrar	43	13,8	1	1,9		
Birden çok madde	66	21,2	16	30,8		
Madde Kullanım Yöntemi						
Kullanmıyor	31	9,9	12	23,1	0,021*	0,884
Folyo-kaydırma	121	38,8	13	25,0		
Sigara sarma	48	15,4	3	5,8		
Oral	16	5,1	5	9,6		
Yanıtlessız	22	7,1	3	5,8		
Folyo ve oral	25	8,0	11	21,2		
Diğer	49	15,7	5	9,6		
Kullanma Sıklığı						
Bilinmiyor	46	14,7	4	7,7	0,266*	0,606
Kullanmıyor	35	11,2	15	28,8		
Ayda 3 veya daha az	26	8,3	1	1,9		
Haftada 1-2 kere	32	10,3	7	13,5		
2-3 günde bir	63	20,2	9	17,3		
Günde bir	59	18,9	8	15,4		
Günde birden fazla	18	5,8	3	5,8		
Ara sıra	21	6,7	1	1,9		
İlk kez	12	3,8	4	7,7		
Laboratuvarda saptanan						
Eroin	112	35,9	10	19,2	7,910*	0,005
Esrar	28	9,0	0			
Saptanmadı	67	21,5	17	32,7		
Diğer	105	33,7	25	48,1		
Öykü-laboratuvar uyumu						
Bilinmiyor	4	1,3	3	5,8	0,028*	0,867
Uyumlu	200	64,1	28	53,8		
Uyumsuz	108	34,6	21	40,4		
Madde Bağımlılığı						
Bilinmiyor	50	16,0	9	17,3	1,210	0,751
Bağımlı olduğunu düşünüyor	137	43,9	22	42,3		
Bağımlı olmadığını düşünüyor	87	27,9	17	32,7		
Kullanmıyor	38	12,2	4	7,7		
Madde Kullanmadığı Dönemler						
Hiç kullanmamış	29	9,3	13	25,0	0,750*	0,386
Cezaevinde	24	7,7	0			
AMATEM tedavisinde	34	10,9	5	9,6		
Sürekli kullanmış	161	51,6	22	42,3		
Bilinmiyor	21	6,7	2	3,8		
Kendisi bırakmış	20	6,4	5	9,6		
Diğer	23	7,4	5	9,6		
Yoksunluk Krizi						
Bilinmiyor	60	19,2	8	15,4	12,256	0,007
Evet	121	38,8	24	46,2		
Hayır	101	32,4	8	15,4		
Kullanmıyor	30	9,6	12	23,1		
Bağımlılık Tedavisi Alma Durumu						
Bilinmiyor	45	14,4	6	11,5	1,625*	0,202
Daha önce almış	63	20,2	11	21,2		
Halen alıyor	13	4,2	1	1,9		

Hiç almamış	162	51,9	21	40,4		
Kullanmıyor	29	9,3	13	25,0		
Ek madde kullanımı						
Bilinmiyor	47	15,1	9	17,3		
Kullanmıyor	7	2,2	4	7,7		
Sigara	125	40,1	23	44,2	2,335*	0,127
Alkol	3	1,0	0			
Sigara ve alkol	130	41,7	16	30,8		

Madde kullanımına göre erkeklerde eroin kullanımı, kadınlarda ise birden çok madde kullanımı daha yüksek düzeydeydi. Fark analizi sonuçları ise cinsiyete göre madde kullanımı dağılımının istatistiksel olarak anlamlı derecede farklılaştığını gösterdi ($p<0,05$).

Son iki hafta içerisinde madde kullanımı dağılımında erkeklerde eroin, kadınlarda birden fazla madde kullanımı çoğunlukta ve fark analizi sonuçlarına göre cinsiyet grupları arasındaki bu farklar istatistiksel olarak anlamlıydı ($p<0,05$).

Madde kullanımı yönteminde hem erkeklerde, hem de kadınlarda folyo-kaydırma yöntemi ile madde alımı çoğunlukta idi. Fark analizi sonuçları, gruplar arasındaki bu farkların istatistiksel olarak anlamlı olmadığını gösterdi ($p>0,05$).

Madde kullanım sıklığında erkeklerde ve kadınlarda 2-3 günde bir kullanım çoğunlukta idi. Madde kullanma sıklığının cinsiyet grupları arasındaki dağılım farkı istatistiksel olarak anlamlı değildi ($p>0,05$).

Erkeklerde, madde kullanımında en fazla oran eroin olarak bulundu. Kadınlarda ise eroin ve esrar dışında tekli ya da çoklu madde kullanımı çoğunlukta idi. Laboratuvar bulguları da kadın ve erkekler arasında istatistiksel olarak anlamlı derecede farklılık göstermekteydi ($p<0,05$).

Laboratuvar ve öykü uyumu her iki cinsiyet grubunda da yüksek düzeyde olup, gruplar arasındaki farklar istatistiksel olarak anlamlı değildi ($p>0,05$).

Her iki cinsiyet grubunda da olguların çoğunluğu, madde bağımlısı olduğunu düşünmekteydi ve gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktu ($p>0,05$).

Madde kullanmadığı dönemler iki grupta da AMATEM tedavisi aldığı dönemler olup, yine iki cinsiyet grubunda da sürekli madde kullanımı çoğunlukta idi ve gruplar arasındaki farklar istatistiksel olarak anlamlı değildi ($p>0,05$).

Kadınlarda erkeklere göre daha fazla yoksunluk krizi yaşanmaktaydı ve gruplar arasındaki farklar istatistiksel olarak anlamlıydı ($p<0,05$).

Her iki cinsiyet grubunda da, daha önce bağımlılık ile ilgili hiç tedavi almayanların oranı çoğunlukta olup, gruplar arasındaki farklar istatistiksel olarak anlamlı değildi ($p>0,05$).

Kadınlarda sigara kullanım oranı, erkeklerde sigara ve alkol kullanım oranı yüksek düzeydeydi. Fark analizi sonuçları ise cinsiyet grupları arasındaki bu farkların istatistiksel olarak anlamlı olmadığını ortaya koydu ($p>0,05$). Yaşanılan yere göre madde kullanım bilgileri arasındaki farklar Tablo 15’te verildi.

Tablo 15. Yaşanılan yere göre madde kullanım bilgileri arasındaki farklar

	İl merkezi		İlçe merkezi		Diğer		X ²	p
Madde Kullanımı								
Yanıtızsız	42	13,9	6	25,0	10	27,0	0,019*	0,889
Eroin	139	45,9	5	20,8	7	19,0		
Esrar	42	13,9	6	25,0	10	27,0		
Birden çok madde	80	26,4	7	29,2	10	27,0		
Son iki haftada madde kullanımı								
Yanıtızsız	64	21,1	8	33,3	22	59,5	7,800*	0,005
Eroin	134	44,2	6	25,0	4	10,8		
Esrar	33	10,9	4	16,7	7	18,9		
Birden çok madde	72	23,8	6	25,0	4	10,8		
Madde Kullanım Yöntemi								
Kullanmıyor	36	11,9	5	20,8	2	5,4	2,995*	0,084
Folyo-kaydırma	122	40,3	6	25,0	6	16,2		
Sigara sarma	40	13,2	5	20,8	6	16,2		
Oral	15	5,0	6	25,0	0			
Yanıtızsız	7	2,3	0		18	48,6		
Folyo ve oral	36	11,9	0		0			
Diğer	47	15,5	2	8,3	5	13,5		
Kullanma Sıklığı								
Bilinmiyor	33	10,9	2	8,3	15	40,5	4,006*	0,045
Kullanmıyor	41	13,5	5	20,8	4	10,8		
Ayda 3 veya daha az	20	6,6	6	25,0	1	2,7		
Haftada 1-2 kere	36	11,9	0		3	8,1		
2-3 günde bir	67	22,1	3	12,5	2	5,4		
Günde bir	59	19,5	2	8,3	6	16,2		
Günde birden fazla	21	6,9	0		0			
Ara sıra	18	5,9	1	4,2	3	8,1		
İlk kez	8	2,6	5	20,8	3	8,1		
Laboratuvarda saptanan								
Eroin	112	37,0	6	25,0	4	10,8	0,018*	0,892
Esrar	18	5,9	4	16,7	6	16,2		
Saptanmadı	55	18,2	9	37,5	20	54,1		
Diğer	118	38,9	5	20,8	7	18,9		
Öykü-laboratuvar uyumu								
Bilinmiyor	4	1,3	0		3	8,1	9,309*	0,002
Uyumlu	183	60,4	18	75,0	27	73,0		

Uyumsuz	116	38,3	6	25,0	7	18,9		
Madde								
Bağımlılığı								
Bilinmiyor	46	15,2	5	20,8	8	21,6		
Bağımlı olduğunu düşünüyor	128	42,2	12	50,0	19	51,4	4,515*	0,034
Bağımlı olmadığını düşünüyor	91	30,0	5	20,8	8	21,6		
Kullanmıyor	38	12,5	2	8,3	2	5,4		
Madde Kullanmadığı Dönemler								
Hiç kullanmamış	36	11,9	5	20,8	1	2,7		
Cezaevinde AMATEM tedavisinde	11	3,6	0		13	35,1		
Sürekli kullanmış	37	12,2	1	4,2	1	2,7	0,012*	0,912
Bilinmiyor	163	53,8	9	37,5	11	29,7		
Kendisi bırakmış	16	5,3	1	4,2	6	16,2		
Diğer	22	7,3	2	8,3	1	2,7		
Diğer	18	5,9	6	25,0	4	10,8		
Yoksunluk Krizi								
Bilinmiyor	49	16,2	4	16,7	15	40,5		
Evet	131	43,2	3	12,5	11	29,7	3,188*	0,074
Hayır	88	29,0	12	50,0	9	24,3		
Kullanmıyor	35	11,6	5	20,8	2	5,4		
Bağımlılık Tedavisi Alma Durumu								
Bilinmiyor	33	10,9	2	8,3	16	43,2		
Daha önce almış	67	22,1	2	8,3	5	13,5	8,513*	0,004
Halen alıyor	14	4,6	0		0			
Hiç almamış	153	50,5	15	62,5	15	40,5		
Kullanmıyor	36	11,9	5	20,8	1	2,7		
Ek madde kullanımı								
Bilinmiyor	42	13,9	0		14	37,8		
Kullanmıyor	7	2,3	2	8,3	2	5,4	6,607*	0,010
Sigara	128	42,2	8	33,3	12	32,4		
Alkol	3	1,0	0		0			
Sigara ve alkol	123	40,6	14	58,3	9	24,3		

Madde kullanımına göre il merkezinde yaşayanlarda eroin, ilçe merkezinde yaşayanlarda birden çok madde ve il ya da ilçe merkezi dışında yaşayanlarda ise esrar ile birden çok madde kullanımı çoğunlukta idi. Fark analizi sonuçlarına göre madde kullanımı, yaşanılan yere göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermemekteydi ($p>0,05$). Son iki hafta içinde madde kullanımı ile ilgili olarak; il merkezinde yaşayanlarda eroin, ilçe merkezinde yaşayanlarda eroin ve birden fazla madde, bunların dışında bir yerleşim biriminde yaşayanlarda ise esrar kullanımı çoğunlukta idi. Son iki haftada madde kullanımı yaşanılan yere göre istatistiksel olarak anlamlı derecede farklılık göstermemekteydi ($p<0,05$). Madde kullanım yöntemi incelendiğinde; il merkezinde yaşayanlarda folyo-kaydırma, ilçe merkezinde yaşayanlarda folyo-kaydırma ve oral, il ve ilçe merkezi dışında yaşayanlarda ise folyo-

kaydırma ve sigara kullanımı ön plandaydı. Fark analizi sonuçları, madde kullanım yöntemlerinin yaşanılan yere göre istatistiksel olarak anlamlı derecede farklılaşmadığını gösterdi ($p>0,05$). Madde kullanma sıklığı il merkezinde yaşayanlarda 2-3 günde bir, ilçe merkezinde yaşayanlarda ayda 3 veya daha az, il ve ilçe dışında yaşayanlarda günde bir şekilde ön plana çıkmaktaydı ve gruplar arasındaki farklar istatistiksel olarak anlamlıydı ($p<0,05$). Laboratuvarında saptanan madde üç grupta da çoğunluk olarak eroin ve esrar dışındaki maddeler olup, gruplar arasındaki farklar istatistiksel olarak anlamlı değildi ($p>0,05$). Her üç grupta da öykü ile laboratuvar sonucu uyumu yüksek olsa da, il merkezinde yaşayanlarda bu uyum daha düşüktü ve gruplar arasındaki farklar istatistiksel olarak anlamlıydı ($p<0,05$). İl merkezinde yaşayanlarda daha az olmakla birlikte, her üç grupta da olguların çoğunluğu madde bağımlısı olduğunu düşünmekteydi. Fark analizi sonuçlarına göre gruplar arasındaki bu farklar istatistiksel olarak anlamlıydı ($p<0,05$). İl ve ilçe merkezinde yaşayanlarda AMATEM tedavisi dönemi, bunların dışındaki yerleşim yerinde yaşayanlarda ise cezaevi döneminde madde kullanımının olmadığı dönemler ön plandaydı. Fark analizi sonuçları ise bu farkların istatistiksel olarak anlamlı olmadığını gösterdi ($p>0,05$). İl merkezi ile il ya da ilçe dışında yaşayan olgularda yoksunluk krizi yaşanması ön plandayken, ilçe merkezinde yaşayanlarda yoksunluk krizi yaşama oranı daha düşüktü. Ancak fark analizi sonuçları, gruplar arasındaki bu farkların istatistiksel olarak anlamlı olmadığını gösterdi ($p>0,05$). İl merkezinde yaşayanlarda daha önceden bağımlılık tedavisi alma oranı daha yüksek olup, gruplar arasındaki farklar istatistiksel olarak anlamlıydı ($p<0,05$). Ek madde kullanımında il merkezindekiler ve il ya da ilçe dışında yaşayanlar için sigara, ilçe merkezindekiler için ise sigara ve alkol çoğunlukta idi. Fark analizi sonuçlarına göre ek madde kullanımı, yaşanılan yere göre istatistiksel olarak anlamlı derecede farklılaşmaktaydı ($p<0,05$). Yaşadığı kişilere göre madde kullanım bilgileri arasındaki farklar Tablo 16'da verildi.

Tablo 16. Yaşadığı kişilere göre madde kullanım bilgileri arasındaki farklar

	Yanıtız	Aileyle	Tek Başına	Diğer	X ²	p				
Madde Kullanımı										
Yanıtız	9	33,3	31	12,5	7	16,3	11	23,9	1,103*	0,294
Eroin	10	37,0	116	46,8	16	37,2	9	19,6		
Esrar	3	11,1	32	12,9	9	20,9	14	30,4		
Birden çok madde	5	18,5	69	27,8	11	25,6	12	26,1		
Son iki haftada madde kullanımı										
Yanıtız	8	29,6	50	20,2	7	16,3	29	63,0	5,154*	0,023
Eroin	11	40,7	114	46,0	15	34,9	4	8,7		
Esrar	3	11,1	23	9,3	9	20,9	9	19,6		
Birden çok madde	5	18,5	61	24,6	12	27,9	4	8,7		
Madde Kullanım Yöntemi										
Kullanmıyor	3	11,1	29	11,7	5	11,6	6	13,0	0,004*	0,950
Folyo-kaydırma	10	37,0	101	40,7	16	37,2	7	15,2		
Sigara sarma	1	3,7	29	11,7	9	20,9	12	26,1		
Oral	0		12	4,8	6	14,0	3	6,5		
Yanıtız	9	33,3	2	,8	1	2,3	13	28,3		
Folyo ve oral	2	7,4	34	13,7	0		0			
Diğer	2	7,4	41	16,5	6	14,0	5	10,9		
Kullanma Sıklığı										
Bilinmiyor	8	29,6	30	12,1	3	7,0	9	19,6	0,026*	0,871
Kullanmıyor	3	11,1	33	13,3	5	11,6	9	19,6		
Ayda 3 veya daha az	0		15	6,0	7	16,3	5	10,9		
Haftada 1-2 kere	4	14,8	28	11,3	5	11,6	2	4,3		
2-3 günde bir	0		61	24,6	7	16,3	4	8,7		
Günde bir	8	29,6	45	18,1	8	18,6	6	13,0		
Günde birden fazla	2	7,4	14	5,6	3	7,0	2	4,3		
Ara sıra	1	3,7	14	5,6	3	7,0	4	8,7		
İlk kez	1	3,7	8	3,2	2	4,7	5	10,9		
Laboratuvarda saptanan										
Eroin	9	33,3	96	38,7	13	30,2	4	8,7	0,065*	0,798
Esrar	4	14,8	11	4,4	6	14,0	7	15,2		
Saptanmadı	3	11,1	43	17,3	8	18,6	30	65,2		
Diğer	11	40,7	98	39,5	16	37,2	5	10,9		
Öykü-laboratuvar uyumu										
Bilinmiyor	4	14,8	2	,8	1	2,3	0		0,303*	0,582
Uyumlu	15	55,6	151	60,9	27	62,8	35	76,1		
Uyumsuz	8	29,6	95	38,3	15	34,9	11	23,9		
Madde Bağımlılığı										
Bilinmiyor	5	18,5	37	14,9	8	18,6	9	19,6	0,493*	0,483
Bağımlı olduğunu düşünüyor	15	55,6	99	39,9	23	53,5	22	47,8		
Bağımlı olmadığını düşünüyor	6	22,2	81	32,7	8	18,6	9	19,6		
Kullanmıyor	1	3,7	31	12,5	4	9,3	6	13,0		
Madde Kullanmadığı Dönemler										
Hiç kullanmamış	3	11,1	27	10,9	5	11,6	7	15,2	2,885*	0,089
Cezaevinde	0		8	3,2	2	4,7	14	30,4		

AMATEM tedavisinde	4	14,8	27	10,9	7	16,3	1	2,2		
Sürekli kullanmış	12	44,4	134	54,0	22	51,2	15	32,6		
Bilinmiyor	5	18,5	16	6,5	2	4,7	0			
Kendisi bırakmış	2	7,4	21	8,5	2	4,7	0			
Diğer	1	3,7	15	6,0	3	7,0	9	19,6		
Yoksunluk Krizi										
Bilinmiyor	7	25,9	45	18,1	5	11,6	11	23,9	2,600*	0,107
Evet	13	48,1	105	42,3	16	37,2	11	23,9		
Hayır	4	14,8	71	28,6	17	39,5	17	37,0		
Kullanmıyor	3	11,1	27	10,9	5	11,6	7	15,2		
Bağımlılık Tedavisi Alma Durumu										
Bilinmiyor	7	25,9	32	12,9	3	7,0	9	19,6		
Daha önce almış	7	25,9	50	20,2	10	23,3	7	15,2	1,190*	0,275
Halen alıyor	1	3,7	11	4,4	1	2,3	1	2,2		
Hiç almamış	9	33,3	129	52,0	24	55,8	21	45,7		
Kullanmıyor	3	11,1	26	10,5	5	11,6	8	17,4		
Ek madde kullanımı										
Bilinmiyor	15	55,6	25	10,1	3	7,0	13	28,3		
Kullanmıyor	1	3,7	9	3,6	0		1	2,2	0,178*	0,674
Sigara	5	18,5	109	44,0	16	37,2	18	39,1		
Alkol	0		1	,4	1	2,3	1	2,2		
Sigara ve alkol	6	22,2	104	41,9	23	53,5	13	28,3		

Madde kullanımı tüm gruplarda en fazla eroin olarak dağılım göstermekteydi ve fark analizi sonuçlarına göre gruplar arasındaki farklar istatistiksel olarak anlamlı değildi ($p>0,05$).

Son iki haftada madde kullanımı yaşadığı kişiler yanıtız olanlar ile ailesiyle ve tek başına yaşayanlarda eroin, bunun dışındakilerde esrar çoğunlukta idi. Fark analizi sonuçları, gruplar arasındaki bu farkların istatistiksel olarak anlamlı olduğunu gösterdi ($p<0,05$).

Madde kullanma yöntemi yanıtız, ailesiyle ve tek başına yaşayanlarda folyo-kaydırma, bunların dışındaki grupta ise sigara sarma şeklinde çoğunlukta idi. Öte yandan gruplar arasındaki farklar istatistiksel olarak anlamlı değildi ($p>0,05$).

Madde kullanım sıklığı kiminle yaşadığı bilinmeyenlerde, tek başına yaşayanlarda ve diğer grupta günde bir olup, aileyle yaşayanlarda 2-3 günde bir kullanım çoğunlukta idi. Kullanma sıklığı kiminle yaşadığına göre istatistiksel olarak anlamlı bir fark göstermemekteydi ($p>0,05$).

Laboratuvar bulguları aile ve tek başına yaşama dışındaki grupta esrar, bunun dışındaki gruplarda ise sadece eroin ve sadece esrar dışındaki maddelerin kullanımı

çoğunlukta idi. Fark analizi sonuçları gruplar arasındaki bu farkların istatistiksel olarak anlamlı olmadığını gösterdi ($p>0,05$).

Tüm gruplarda öykü ile laboratuvar uyumu yüksekti ve gruplar arasındaki bu farklar istatistiksel olarak anlamlı değildi ($p>0,05$). Yine tüm gruplarda olguların çoğunluğu bağımlı olduklarını düşünüyorlardı ve gruplar arasındaki farklar yine istatistiksel olarak anlamlı değildi ($p>0,05$).

Madde kullanımının en az olduğu dönemler AMATEM tedavisi dönemi ve cezaevi dönemi olarak ön plana çıkmaktaydı ve gruplar arasındaki farklar istatistiksel olarak anlamlı değildi ($p>0,05$). Kiminle yaşadığına yanıt vermeyen ve ailesi ile birlikte yaşayanlarda yoksunluk krizi çoğunlukta olup, gruplar arasındaki farklar istatistiksel olarak anlamlı değildi ($p>0,05$).

Tüm gruplarda da, daha önce bağımlılık tedavisi alma durumu düşük olup, fark anlamlı değildi ($p>0,05$). Ek madde kullanımında da sigara ile sigara ve alkol kullanımı ön planda olup, farklar anlamlı değildi ($p>0,05$).

Tablo 17. Kardeş sayısına göre madde kullanım bilgileri arasındaki farklar

	Yanıtız	1-2	3-4	4+	X ²	p				
Madde Kullanımı										
Yanıtız	34	20,5	8	11,3	11	12,5	5	12,8	30,197	0,000
Eroin	48	28,9	36	50,7	46	52,3	21	53,8		
Esrar	26	15,7	7	9,9	16	18,2	9	23,1		
Birden çok madde	58	34,9	20	28,2	15	17,0	4	10,3		
Son iki haftada madde kullanımı										
Yanıtız	52	31,3	11	15,5	23	26,1	8	20,5	0,527*	0,468
Eroin	52	31,3	35	49,3	37	42,0	20	51,3		
Esrar	20	12,0	7	9,9	9	10,2	8	20,5		
Birden çok madde	42	25,3	18	25,4	19	21,6	3	7,7		
Madde Kullanım Yöntemi										
Kullanmıyor	24	14,5	4	5,6	10	11,4	5	12,8	9,182*	0,002
Folyo-kaydırma	43	25,9	33	46,5	40	45,5	18	46,2		
Sigara sarma	21	12,7	7	9,9	14	15,9	9	23,1		
Oral	10	6,0	6	8,5	5	5,7	0			
Yanıtız	22	13,3	0		3	3,4	0			
Folyo ve oral	16	9,6	12	16,9	6	6,8	2	5,1		
Diğer	30	18,1	9	12,7	10	11,4	5	12,8		
Kullanma Sıklığı										
Bilinmiyor	26	15,7	13	18,3	6	6,8	5	12,8	0,642*	0,423
Kullanmıyor	26	15,7	7	9,9	12	13,6	5	12,8		
Ayda 3 veya daha az	8	4,8	9	12,7	7	8,0	3	7,7		
Haftada 1-2 kere	19	11,4	10	14,1	5	5,7	5	12,8		

2-3 günde bir	27	16,3	11	15,5	23	26,1	11	28,2		
Günde bir	34	20,5	13	18,3	16	18,2	4	10,3		
Günde birden fazla	7	4,2	2	2,8	9	10,2	3	7,7		
Ara sıra	9	5,4	4	5,6	6	6,8	3	7,7		
İlk kez	10	6,0	2	2,8	4	4,5	0			
Laboratuvarda										
saptanan										
Eroin	45	27,1	29	40,8	31	35,2	17	43,6	7,554*	0,006
Esrar	10	6,0	5	7,0	6	6,8	7	17,9		
Saptanmadı	45	27,1	10	14,1	21	23,9	8	20,5		
Diğer	66	39,8	27	38,0	30	34,1	7	17,9		
Öykü-										
laboratuvar										
uyumu										
Bilinmiyor	5	3,0	1	1,4	1	1,1	0		0,084*	0,772
Uyumlu	100	60,2	43	60,6	59	67,0	26	66,7		
Uyumsuz	61	36,7	27	38,0	28	31,8	13	33,3		
Madde										
Bağımlılığı										
Bilinmiyor	28	16,9	9	12,7	13	14,8	9	23,1		
Bağımlı olduğunu düşünüyor	73	44,0	33	46,5	36	40,9	17	43,6	0,028*	0,867
Bağımlı olmadığını düşünüyor	49	29,5	18	25,4	25	28,4	12	30,8		
Kullanmıyor	16	9,6	11	15,5	14	15,9	1	2,6		
Madde										
Kullanmadığı										
Dönemler										
Hiç kullanmamış	24	14,5	4	5,6	10	11,4	4	10,3		
Cezaevinde AMATEM tedavisinde	22	13,3	3	4,2	9	10,2	5	12,8	1,531*	0,216
Sürekli kullanmış	70	42,2	45	63,4	47	53,4	21	53,8		
Bilinmiyor	9	5,4	5	7,0	6	6,8	3	7,7		
Kendisi bırakmış	12	7,2	3	4,2	7	8,0	3	7,7		
Diğer	12	7,2	8	11,3	7	8,0	1	2,6		
Yoksunluk										
Krizi										
Bilinmiyor	27	16,3	18	25,4	14	15,9	9	23,1	0,026*	0,871
Evet	69	41,6	29	40,8	35	39,8	12	30,8		
Hayır	47	28,3	20	28,2	29	33,0	13	33,3		
Kullanmıyor	23	13,9	4	5,6	10	11,4	5	12,8		
Bağımlılık										
Tedavisi Alma										
Durumu										
Bilinmiyor	21	12,7	15	21,1	11	12,5	4	10,3		
Daha önce almış	37	22,3	14	19,7	15	17,0	8	20,5	0,527*	0,468
Halen alıyor	10	6,0	1	1,4	3	3,4	0			
Hiç almamış	74	44,6	37	52,1	49	55,7	23	59,0		
Kullanmıyor	24	14,5	4	5,6	10	11,4	4	10,3		
Ek madde										
kullanımı										
Bilinmiyor	44	26,5	6	8,5	5	5,7	1	2,6		
Kullanmıyor	6	3,6	3	4,2	2	2,3	0			
Sigara	53	31,9	29	40,8	45	51,1	21	53,8	10,787*	0,001
Alkol	3	1,8	0		0		0			
Sigara ve alkol	60	36,1	33	46,5	36	40,9	17	43,6		

Madde kullanımı kardeş sayısı bilinmeyenlerde birden çok madde, diğer gruplarda eroin kullanımı çoğunlukta ve gruplar arasındaki farklar istatistiksel olarak anlamlıydı ($p < 0,05$).

Son iki haftada madde kullanımı tüm gruplarda eroin çoğunlukta olup, gruplar arasındaki farklar istatistiksel olarak anlamlı değildi ($p>0,05$).

Tüm gruplarda madde kullanım yöntemlerinin başında folyo-kaydırma gelmekte olup, gruplar arasındaki farklar istatistiksel olarak anlamlıydı ($p<0,05$).

Madde kullanım sıklığı kardeş sayısı bilinmeyenler ve 1-2 kardeşi olanlarda günde bir, diğer gruplarda ise 2-3 günde bir şeklindeydi. Fark analizi sonuçları ise gruplar arasındaki bu farkların istatistiksel olarak anlamlı olmadığını gösterdi ($p>0,05$).

Kardeş sayısı yanıtsız olanlarda eroin ve esrar dışında madde kullanımı, diğer gruplarda eroin kullanımı çoğunlukta idi. Fark analizi sonuçları, laboratuvar bulgularının kardeş sayısı gruplarına göre istatistiksel olarak anlamlı derecede farklılaştığını ortaya koydu ($p<0,05$).

Tüm gruplarda öykü ile laboratuvar uyumu yüksek olup, çoğunluk bağımlı olduğunu düşünmekteydi ve gruplar arasındaki bu farklar istatistiksel olarak anlamlı değildi ($p>0,05$).

Madde kullanmadığı dönemler ile ilgili dağılımda AMATEM tedavisi dönemi çoğunlukta olup, farklar istatistiksel olarak anlamlı değildi ($p>0,05$).

Yoksunluk krizi sadece 4 ve üzeri kardeş sayısına sahip olanlarda daha düşük olup, olgu grubunda çoğunluk bağımlılık tedavisi hiç almamıştı. Fark analizi sonuçları ise gruplar arasındaki bu farkların istatistiksel olarak anlamlı olmadığını gösterdi ($p>0,05$).

Ek madde kullanımında kardeş sayısı bilinmeyenler ile 1-2 kardeşi olan grupta sigara ve alkol, diğer gruplarda sigara kullanımı çoğunlukta olup, gruplar arasındaki farklar istatistiksel olarak anlamlıydı ($p<0,05$). Medeni duruma göre madde kullanım bilgileri arasındaki farklar Tablo 18'de verildi.

Tablo 18. Medeni duruma göre madde kullanım bilgileri arasındaki farklar

	Yanıtız		Bekar		Evli		X ²	p
Madde Kullanımı								
Yanıtız	6	21,4	34	13,6	18	20,9	0,038*	0,846
Eroin	12	42,9	109	43,6	30	34,9		
Esrar	5	17,9	37	14,8	16	18,6		
Birden çok madde	5	17,9	70	28,0	22	25,6		
Son iki haftada madde kullanımı								
Yanıtız	9	32,1	57	22,8	28	32,6	0,038*	0,846
Eroin	10	35,7	105	42,0	29	33,7		
Esrar	2	7,1	35	14,0	7	8,1		
Birden çok madde	7	25,0	53	21,2	22	25,6		
Madde Kullanım Yöntemi								
Kullanmıyor	0		25	10,0	18	20,9	0,436*	0,509
Folyo-kaydırma	11	39,3	98	39,2	25	29,1		
Sigara sarma	3	10,7	36	14,4	12	14,0		
Oral	0		17	6,8	4	4,7		
Yanıtız	9	32,1	13	5,2	3	3,5		
Folyo ve oral	2	7,1	28	11,2	6	7,0		
Diğer	3	10,7	33	13,2	18	20,9		
Kullanma Sıklığı								
Bilinmiyor	8	28,6	26	10,4	16	18,6	6,281*	0,012
Kullanmıyor	0		32	12,8	18	20,9		
Ayda 3 veya daha az	0		21	8,4	6	7,0		
Haftada 1-2 kere	4	14,3	26	10,4	9	10,5		
2-3 günde bir	1	3,6	53	21,2	18	20,9		
Günde bir	9	32,1	47	18,8	11	12,8		
Günde birden fazla	3	10,7	16	6,4	2	2,3		
Ara sıra	2	7,1	18	7,2	2	2,3		
İlk kez	1	3,6	11	4,4	4	4,7		
Laboratuvarda saptanan								
Eroin	7	25,0	91	36,4	24	27,9	0,329*	0,566
Esrar	2	7,1	24	9,6	2	2,3		
Saptanmadı	5	17,9	54	21,6	25	29,1		
Diğer	14	50,0	81	32,4	35	40,7		
Öykü-laboratuvar uyumu								
Bilinmiyor	4	14,3	3	1,2	0		4,869*	0,027
Uyumlu	15	53,6	163	65,2	50	58,1		
Uyumsuz	9	32,1	84	33,6	36	41,9		
Madde Bağımlılığı								
Bilinmiyor	7	25,0	35	14,0	17	19,8	1,325*	0,250
Bağımlı olduğunu düşünüyor	18	64,3	107	42,8	34	39,5		
Bağımlı olmadığını düşünüyor	3	10,7	75	30,0	26	30,2		
Kullanmıyor	0		33	13,2	9	10,5		
Madde Kullanmadığı Dönemler								
Hiç kullanmamış	0		26	10,4	16	18,6	3,565*	0,059
Cezaevinde	3	10,7	16	6,4	5	5,8		

AMATEM tedavisinde	3	10,7	26	10,4	10	11,6		
Sürekli kullanmış	15	53,6	129	51,6	39	45,3		
Bilinmiyor	5	17,9	12	4,8	6	7,0		
Kendisi bırakmış	1	3,6	18	7,2	6	7,0		
Diğer	1	3,6	23	9,2	4	4,7		
Yoksunluk Krizi								
Bilinmiyor	9	32,1	46	18,4	13	15,1		
Evet	14	50,0	98	39,2	33	38,4	9,046*	0,003
Hayır	5	17,9	81	32,4	23	26,7		
Kullanmıyor	0		25	10,0	17	19,8		
Bağımlılık Tedavisi Alma Durumu								
Bilinmiyor	10	35,7	32		9	10,5		
Daha önce almış	4	14,3	55		15		10,324*	0,001
Halen alıyor	4	14,3	8		2			
Hiç almamış	10	35,7	129		44			
Kullanmıyor	0		26		16			
Ek madde kullanımı								
Bilinmiyor	17	60,7	29	11,6	10	11,6		
Kullanmıyor	1	3,6	7	2,8	3	3,5	11,506*	0,001
Sigara	7	25,0	104	41,6	37	43,0		
Alkol	0		2	,8	1	1,2		
Sigara ve alkol	3	10,7	108	43,2	35	40,7		

Madde kullanımı tüm medeni durum gruplarında en fazla eroin şeklinde dağılım gösterdi ve gruplar arasındaki farklar istatistiksel olarak anlamlı değildi ($p>0,05$).

Son iki haftada en fazla madde kullanımı tüm gruplarda eroin olup, yine burada da gruplar arasındaki farklar istatistiksel olarak anlamlı değildi ($p>0,05$).

Madde kullanımı yöntemi tüm medeni durum gruplarında çoğunluk olarak folyo-kaydırma şeklindeydi. Fark analizi sonuçlarına göre gruplar arasındaki farklar istatistiksel olarak anlamlı değildi ($p>0,05$).

Madde kullanım sıklığı medeni durumu bilinmeyen grupta günde bir, evli ve bekar olgu gruplarında ise 2-3 günde bir kullanım çoğunlukta idi. Fark analizi sonuçlarına göre gruplar arasındaki farklar istatistiksel olarak anlamlıydı ($p<0,05$).

Bekar olanlarda eroin, diğer tüm gruplarda da laboratuvar sonuçları sadece eroin ve sadece esrar dışındaki maddelerin çoğunlukta olduğu şekilde görüldü. Fark analizi sonuçlarına göre gruplar arasındaki farklar istatistiksel olarak anlamlı değildi ($p>0,05$). Laboratuvar sonuçları ile öykü arasındaki uyum tüm gruplarda yüksek düzeyde olsa da, gruplar arasındaki farklar istatistiksel olarak anlamlıydı ($p<0,05$).

Tüm gruplarda AMATEM tedavisi dönemi madde kullanmama oranı en yüksek olup, fark analizi sonuçları istatistiksel olarak anlamlı değildi ($p>0,05$).

Tüm medeni durum gruplarında yoksunluk krizi yaşama oranı yüksek olsa da, gruplar arasındaki farklar istatistiksel olarak anlamlıydı ($p<0,05$). Bağımlılık tedavisi tüm gruplarda çoğunlukla hiç alınmamıştı ve fark analizi sonuçları istatistiksel olarak anlamlıydı ($p<0,05$). Ek madde kullanımında bekarlarda sigara ve alkol çoğunlukta, evlilerde sigara daha fazlaydı. Fark analizi sonuçları, ek madde kullanımının medeni duruma göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterdiğini ortaya koydu ($p<0,05$). Eğitim durumuna göre madde kullanım bilgileri arasındaki farklar Tablo 19’da verildi.

Tablo 19. Eğitim durumuna göre madde kullanım bilgileri arasındaki farklar

	Yanıtsız	İlkokul	Ortaokul	Lise	Yüksekokul/ Üniversite	X ²	p					
Madde Kullanımı												
Yanıtsız	13	34,2	9	16,1	19	11,5	16	16,3	1	14,3	1,277*	0,258
Eroin	12	31,6	18	32,1	80	48,5	38	38,8	3	42,9		
Esrar	5	13,2	15	26,8	18	10,9	19	19,4	1	14,3		
Birden çok madde	8	21,1	14	25,0	48	29,1	25	25,5	2	28,6		
Son iki haftada madde kullanımı												
Yanıtsız	19	50,0	14	25,0	37	22,4	22	22,4	2	28,6	1,041*	0,308
Eroin	9	23,7	15	26,8	79	47,9	38	38,8	3	42,9		
Esrar	3	7,9	10	17,9	14	8,5	16	16,3	1	14,3		
Birden çok madde	7	18,4	17	30,4	35	21,2	22	22,4	1	14,3		
Madde Kullanım Yöntemi												
Kullanmıyor	7	18,4	10	17,9	13	7,9	12	12,2	1	14,3	1,403*	0,236
Folyo-kaydırma	8	21,1	14	25,0	76	46,1	33	33,7	3	42,9		
Sigara sarma	3	7,9	13	23,2	16	9,7	18	18,4	1	14,3		
Oral	0		2	3,6	6	3,6	12	12,2	1	14,3		
Yanıtsız	13	34,2	0		8	4,8	4	4,1	0			
Folyo ve oral	3	7,9	6	10,7	22	13,3	5	5,1	0			
Diğer	4	10,5	11	19,6	24	14,5	14	14,3	1	14,3		
Kullanma Sıklığı												
Bilinmiyor	9	23,7	5	8,9	23	13,9	12	12,2	1	14,3	0,250*	0,617
Kullanmıyor	7	18,4	12	21,4	18	10,9	12	12,2	1	14,3		
Ayda 3 veya daha az	1	2,6	3	5,4	10	6,1	13	13,3	0			
Haftada 1-2 kere	6	15,8	6	10,7	14	8,5	12	12,2	1	14,3		
2-3 günde bir	1	2,6	12	21,4	39	23,6	18	18,4	2	28,6		
Günde bir	6	15,8	11	19,6	31	18,8	18	18,4	1	14,3		
Günde birden fazla	2	5,3	2	3,6	13	7,9	3	3,1	1	14,3		
Ara sıra	4	10,5	3	5,4	9	5,5	6	6,1	0			
İlk kez	2	5,3	2	3,6	8	4,8	4	4,1	0			
Laboratuvarında saptanan												
Eroin	9	23,7	13	23,2	67	40,6	30	30,6	3	42,9	0,292*	0,589
Esrar	2	5,3	7	12,5	8	4,8	11	11,2	0			
Saptanmadı	15	39,5	14	25,0	34	20,6	20	20,4	1	14,3		
Diğer	12	31,6	22	39,3	56	33,9	37	37,8	3	42,9		

Öykü- laboratuvar uyumu												
Bilinmiyor	4	10,5	0		2	1,2	1	1,0	0		1,570*	0,210
Uyumlu	24	63,2	34	60,7	104	63,0	61	62,2	5	71,4		
Uyumsuz	10	26,3	22	39,3	59	35,8	36	36,7	2	28,6		
Madde												
Bağımlılığı												
Bilinmiyor	8	21,1	11	19,6	21	12,7	17	17,3	2	28,6		
Bağımlı old. düşünüyor	18	47,4	24	42,9	68	41,2	46	46,9	3	42,9	0,064*	0,800
Bağımlı olmad. düşün.	6	15,8	18	32,1	55	33,3	23	23,5	2	28,6		
Kullanmıyor	6	15,8	3	5,4	21	12,7	12	12,2	0			
Madde												
Kullanma.												
Dön.												
Hiç kullanmamış	6	15,8	10	17,9	14	8,5	12	12,2	0			
Cezaevinde AMATEM tedavisinde	7	18,4	2	3,6	12	7,3	2	2,0	1	14,3		
Sürekli kullanmış	3	7,9	3	5,4	22	13,3	9	9,2	2	28,6	2,730*	0,098
Bilinmiyor	12	31,6	32	57,1	80	48,5	57	58,2	2	28,6		
Kendisi bırakmış	7	18,4	2	3,6	10	6,1	3	3,1	1	14,3		
Diğer	1	2,6	4	7,1	14	8,5	5	5,1	1	14,3		
	2	5,3	3	5,4	13	7,9	10	10,2	0			
Yoksunluk												
Krizi												
Bilinmiyor	12	31,6	5	8,9	35	21,2	15	15,3	1	14,3		
Evet	13	34,2	22	39,3	73	44,2	35	35,7	2	28,6	0,170*	0,680
Hayır	6	15,8	19	33,9	43	26,1	37	37,8	4	57,1		
Kullanmıyor	7	18,4	10	17,9	14	8,5	11	11,2	0			
Bağımlılık												
Ted. Alma D.												
Bilinmiyor	11	28,9	3	5,4	24	14,5	12	12,2	1	14,3		
Daha önce almış	7	18,4	8	14,3	38	23,0	19	19,4	2	28,6	0,259*	0,611
Halen alıyor	4	10,5	3	5,4	3	1,8	4	4,1	0			
Hiç almamış	10	26,3	32	57,1	85	51,5	52	53,1	4	57,1		
Kullanmıyor	6	15,8	10	17,9	15	9,1	11	11,2	0			
Ek madde												
kullanımı												
Bilinmiyor	18	47,4	5	8,9	22	13,3	11	11,2	0			
Kullanmıyor	2	5,3	2	3,6	6	3,6	1	1,0	0			
Sigara	9	23,7	18	32,1	75	45,5	44	44,9	2	28,6	8,830*	0,003
Alkol	0		0		0		3	3,1	0			
Sigara ve alkol	9	23,7	31	55,4	62	37,6	39	39,8	5	71,4		

Madde kullanımı tüm eğitim gruplarında çoğunlukla eroin olup, gruplar arasında eğitim durumuna göre madde kullanımının istatistiksel olarak anlamlı derecede farklılaşmadığı görüldü ($p>0,05$).

Son iki haftada madde kullanımı ilkökul mezunlarında birden çok madde, diğer tüm gruplarda ise eroin çoğunlukta olacak şekilde dağılmıştı. Fark analizi sonuçlarına göre son iki haftada madde kullanımı eğitim durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı fark göstermedi ($p>0,05$).

Tüm eğitim gruplarında madde kullanım yöntemi çoğunlukla folyo-kaydırma olup, gruplar arasındaki farklar istatistiksel olarak anlamlı değildi ($p>0,05$).

Madde kullanma sıklığı eğitim durumu bilinmeyenlerde haftada 1-2 kere ile 2-3 günde bir, diğer gruplarda ise 2-3 günde bir kullanım çoğunlukta idi. Fark analizi sonuçları, madde kullanma sıklığının eğitim durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı derecede farklılaşmadığını ortaya koydu ($p>0,05$).

Ortaokul mezunlarında eroin, diğer tüm eğitim gruplarında laboratuvar bulguları birden çok maddenin çoğunlukta olduğunu gösterdi ve fark analizi sonuçları istatistiksel olarak anlamlı değildi ($p>0,05$). Tüm eğitim gruplarında öykü ile laboratuvar bulguları yüksek derecede uyumlu olup, gruplar arasındaki farklar istatistiksel olarak anlamlı değildi ($p>0,05$).

Olguların çoğunluğu madde bağımlısı olduklarını düşünmekteydi ve fark analizi sonuçları gruplar arasındaki farkların istatistiksel olarak anlamlı olduğunu ortaya koydu ($p>0,05$).

Eğitimi bilinmeyenlerde en az madde kullanımı cezaevinde, diğer eğitim gruplarında ise AMATEM tedavisinde olup, burada da fark analizi sonuçları gruplar arasındaki farkların istatistiksel olarak anlamlı olmadığını gösterdi ($p>0,05$).

Lise ve yüksekokul/üniversite mezunları çoğunlukla yoksunluk krizi yaşamadıklarını ifade ederken, diğer eğitim gruplarında yoksunluk krizi yaşama durumu daha fazla ön plandaydı. Fark analizi sonuçları ise gruplar arasındaki bu farkların istatistiksel olarak anlamlı olmadığını ortaya koydu ($p>0,05$).

Olguların tüm eğitim gruplarında daha önce tedavi almayanlar çoğunlukta olup, gruplar arasındaki farklar istatistiksel olarak anlamlı değildi ($p>0,05$). Ek madde kullanımında ise eğitimi bilinmeyenlerde sigara ile sigara ve alkol, diğer eğitim gruplarında ise sigara kullanımı çoğunlukta idi. Fark analizi sonuçlarına göre ek madde kullanımı eğitim gruplarına göre istatistiksel olarak anlamlı derecede farklılaşmaktaydı ($p<0,05$). Mesleğe göre madde kullanım bilgileri arasındaki farklar Tablo 20'de verildi.

Tablo 20. Mesleğe göre madde kullanım bilgileri arasındaki farklar

	Yanıt	Öğrenci	Esnaf	İşçi	İşsiz	Diğer	X ²	p						
Madde Kullanımı														
Yanıt	8	25,8	9	15,0	6	20,0	15	16,3	6	8,2	14	17,9	0,020*	0,888
Eroin	14	45,2	20	33,3	9	30,0	41	44,6	31	42,5	36	46,2		
Esrar	3	9,7	11	18,3	6	20,0	13	14,1	11	15,1	14	17,9		
Birden çok madde	6	19,4	20	33,3	9	30,0	23	25,0	25	34,2	14	17,9		
Son iki haftada madde kullanımı														
Yanıt	12	38,7	13	21,7	6	20,0	27	29,3	14	19,2	22	28,2	0,220*	0,639
Eroin	10	32,3	20	33,3	12	40,0	38	41,3	32	43,8	32	41,0		
Esrar	2	6,5	11	18,3	6	20,0	7	7,6	8	11,0	10	12,8		
Birden çok madde	7	22,6	16	26,7	6	20,0	20	21,7	19	26,0	14	17,9		
Madde Kullanım Yöntemi														
Kullanmıyor	0		8	13,3	4	13,3	13	14,1	5	6,8	13	16,7	3,259*	0,071
Folyo-kaydırma	9	29,0	18	30,0	10	33,3	40	43,5	27	37,0	30	38,5		
Sigara sarma	1	3,2	11	18,3	6	20,0	8	8,7	9	12,3	16	20,5		
Oral	1	3,2	8	13,3	2	6,7	3	3,3	4	5,5	3	3,8		
Yanıt	13	41,9	1	1,7	1	3,3	6	6,5	4	5,5	0			
Folyo ve oral	4	12,9	6	10,0	1	3,3	8	8,7	12	16,4	5	6,4		
Diğer	3	9,7	8	13,3	6	20,0	14	15,2	12	16,4	11	14,1		
Kullanma Sıklığı														
Bilinmiyor	13	41,9	5	8,3	4	13,3	9	9,8	7	9,6	12	15,4	0,478*	0,489
Kullanmıyor	0		9	15,0	5	16,7	15	16,3	7	9,6	14	17,9		
Ayda 3 veya daha az	1	3,2	11	18,3	3	10,0	4	4,3	5	6,8	3	3,8		
Haftada 1-2 kere	2	6,5	9	15,0	2	6,7	11	12,0	9	12,3	6	7,7		
2-3 günde bir	3	9,7	7	11,7	5	16,7	16	17,4	21	28,8	20	25,6		
Günde bir	4	12,9	9	15,0	7	23,3	19	20,7	16	21,9	12	15,4		
Günde birden fazla	5	16,1	3	5,0	3	10,0	5	5,4	2	2,7	3	3,8		
Ara sıra	2	6,5	3	5,0	1	3,3	9	9,8	3	4,1	4	5,1		
İlk kez	1	3,2	4	6,7	0		4	4,3	3	4,1	4	5,1		
Laboratuvarda saptanan														
Eroin	7	22,6	15	25,0	9	30,0	37	40,2	25	34,2	29	37,2	0,742*	0,389
Esrar	1	3,2	8	13,3	5	16,7	7	7,6	4	5,5	3	3,8		
Saptanmadı	9	29,0	16	26,7	3	10,0	28	30,4	11	15,1	17	21,8		
Diğer	14	45,2	21	35,0	13	43,3	20	21,7	33	45,2	29	37,2		
Öykü-laboratuvar uyumu														
Bilinmiyor	4	12,9	1	1,7	0		1	1,1	1	1,4	0		3,605*	0,058
Uyumlu	21	67,7	36	60,0	18	60,0	63	68,5	40	54,8	50	64,1		
Uyumsuz	6	19,4	23	38,3	12	40,0	28	30,4	32	43,8	28	35,9		
Madde Bağımlılığı														
Bilinmiyor	7	22,6	11	18,3	4	13,3	18	19,6	8	11,0	11	14,1	0,195*	0,659
Bağımlı olduğunu düşünüyor	15	48,4	24	40,0	15	50,0	35	38,0	31	42,5	39	50,0		
Bağımlı olmadığını düşünüyor	6	19,4	16	26,7	6	20,0	28	30,4	26	35,6	22	28,2		
Kullanmıyor	3	9,7	9	15,0	5	16,7	11	12,0	8	11,0	6	7,7		
Madde Kullanmadığı Dönemler														
Hiç kullanmamış	0		8	13,3	3	10,0	13	14,1	6	8,2	12	15,4	0,180*	0,672
Cezaevinde	8	25,8	0		2	6,7	7	7,6	5	6,8	2	2,6		
AMATEM tedavisinde	2	6,5	4	6,7	2	6,7	9	9,8	12	16,4	10	12,8		
Sürekli kullanmış	12	38,7	39	65,0	14	46,7	45	48,9	34	46,6	39	50,0		
Bilinmiyor	6	19,4	3	5,0	2	6,7	4	4,3	4	5,5	4	5,1		
Kendisi bırakmış	2	6,5	1	1,7	3	10,0	7	7,6	6	8,2	6	7,7		
Diğer	1	3,2	5	8,3	4	13,3	7	7,6	6	8,2	5	6,4		
Yoksunluk Krizi														
Bilinmiyor	13	41,9	9	15,0	6	20,0	17	18,5	9	12,3	14	17,9	2,821*	0,093
Evet	14	45,2	19	31,7	9	30,0	36	39,1	41	56,2	26	33,3		
Hayır	4	12,9	24	40,0	11	36,7	26	28,3	17	23,3	27	34,6		
Kullanmıyor	0		8	13,3	4	13,3	13	14,1	6	8,2	11	14,1		
Bağımlılık Tedavisi Alma Durumu														
Bilinmiyor	12	38,7	6	10,0	6	20,0	10	10,9	8	11,0	9	11,5	2,837*	0,092
Daha önce almış	3	9,7	11	18,3	6	20,0	21	22,8	17	23,3	16	20,5		
Halen alıyor	2	6,5	2	3,3	1	3,3	5	5,4	4	5,5	0			

Hiç almamış	14	45,2	33	55,0	14	46,7	43	46,7	37	50,7	42	53,8		
Kullanmıyor	0		8	13,3	3	10,0	13	14,1	7	9,6	11	14,1		
Ek madde kullanımı														
Bilinmiyor	15	48,4	7	11,7	4	13,3	16	17,4	5	6,8	9	11,5		
Kullanmıyor	0		2	3,3	1	3,3	2	2,2	5	6,8	1	1,3		
Sigara	13	41,9	26	43,3	8	26,7	35	38,0	35	47,9	31	39,7	9,798*	0,002
Alkol	0		1	1,7	0		1	1,1	0		1	1,3		
Sigara ve alkol	3	9,7	24	40,0	17	56,7	38	41,3	28	38,4	36	46,2		

Madde kullanımı tüm meslek gruplarında eroin çoğunlukta olmak üzere, öğrenci ve esnaf olanlarda birden çok madde kullanımı daha fazlaydı. Ancak madde kullanımı meslek gruplarına göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermedi ($p>0,05$).

Son iki haftada madde kullanımı tüm eğitim gruplarında çoğunlukla eroin ön planda olup, fark analizi sonuçlarına göre gruplar arasındaki farklar istatistiksel olarak anlamlı değildi ($p>0,05$).

Madde kullanımı yöntemi tüm eğitim gruplarında en fazla folyo-kaydırma olup, burada da gruplar arasındaki farklar istatistiksel olarak anlamlı değildi ($p>0,05$). Yine madde kullanma sıklığı da tüm meslek gruplarında çoğunlukla folyo-kaydırma olup, fark analizi sonuçları istatistiksel olarak anlamlı değildi ($p>0,05$).

Madde kullanma sıklığı mesleğini ifade etmeyenlerde günde birden fazla, öğrenci olanlarda ayda üç veya daha az, işçi ile esnaf olanlarda günde bir, diğer gruplarda ise 2-3 günde bir çoğunlukta olacak şekildeydi. Fark analizi sonuçları ise gruplar arasındaki bu farkların istatistiksel olarak anlamlı olmadığını ortaya koydu ($p>0,05$).

İşçi grubunda laboratuvarında eroin tespiti ön plandayken, diğer gruplarda birden fazla madde tespiti çoğunlukta idi. Fark analizi sonuçları ise gruplar arasındaki bu farkların istatistiksel olarak anlamlı olmadığını ortaya koydu ($p>0,05$). Yine öykü ile laboratuvar sonucu uyumu da tüm gruplarda yüksek düzeyde olup, fark analizi sonuçları gruplar arasındaki bu farkların istatistiksel olarak anlamlı olmadığını ortaya koydu ($p>0,05$).

Tüm meslek gruplarındaki olguların çoğunluğu kendilerinin madde bağımlısı olduğunu düşünmekteydi ve cezaevi dönemi ile AMATEM tedavisi dönemi madde kullanımının en az olduğu dönemlerdi. Yoksunluk krizi öğrenci, esnaf ve diğer meslek gruplarında daha az olup, mesleği bilinmeyenler, işçi ve işsizlerde daha fazlaydı. Tüm olgu meslek gruplarında daha önceden bağımlılık tedavisi alma düzeyi düşük olup,

sigara ve alkol kullanımı öne çıkmaktaydı. Ancak fark analizi sonuçları, tüm bu farkların istatistiksel olarak anlam ifade etmediğini ortaya koydu ($p>0,05$).

4.6. Başvuru Özelliklerine Göre Kullanım Bilgileri Arasındaki Farklar

Başvuru özelliklerinden, başvuru sayısına göre kullanım bilgileri arasındaki farklar Tablo 21’de verildi.

Tablo 21. Başvuru Sayısına Göre Kullanım Bilgileri Arasındaki Farklar

	1 kez	2 kez	3 kez	4 ve üzeri	X ²	p				
Madde Kullanımı										
Yanıtssız	45	26,0	10	13,7	2	3,3	1	1,7	66,376	0,000
Eroin	42	24,3	34	46,6	39	65,0	36	62,1		
Esrar	40	23,1	12	16,4	3	5,0	3	5,2		
Birden çok madde	46	26,6	17	23,3	16	26,7	18	31,0		
Son iki haftada mad. kul.										
Yanıtssız	59	34,1	18	24,7	8	13,3	9	15,5	50,063	0,000
Eroin	41	23,7	35	47,9	36	60,0	32	55,2		
Esrar	32	18,5	9	12,3	1	1,7	2	3,4		
Birden çok madde	41	23,7	11	15,1	15	25,0	15	25,9		
Madde Kullanım Yöntemi										
Kullanmıyor	35	20,2	7	9,6	1	1,7	0		1,870*	0,171
Folyo-kaydırma	37	21,4	31	42,5	34	56,7	32	55,2		
Sigara sarma	36	20,8	9	12,3	3	5,0	3	5,2		
Oral	18	10,4	3	4,1	0	0	0			
Yanıtssız	14	8,1	5	6,8	4	6,7	2	3,4		
Folyo ve oral	7	4,0	9	12,3	10	16,7	10	17,2		
Diğer	26	15,0	9	12,3	8	13,3	11	19,0		
Kullanma Sıklığı										
Bilinmiyor	19	11,0	12	16,4	11	18,3	8	13,8	2,245*	0,134
Kullanmıyor	39	22,5	8	11,0	1	1,7	2	3,4		
Ayda 3 veya daha az	17	9,8	4	5,5	4	6,7	2	3,4		
Haftada 1-2 kere	18	10,4	5	6,8	11	18,3	5	8,6		
2-3 günde bir	28	16,2	17	23,3	12	20,0	15	25,9		
Günde bir	20	11,6	15	20,5	14	23,3	18	31,0		
Günde birden fazla	8	4,6	5	6,8	3	5,0	5	8,6		
Ara sıra	12	6,9	4	5,5	3	5,0	3	5,2		
İlk kez	12	6,9	3	4,1	1	1,7	0			
Laboratuvarda saptanan										
Eroin	39	22,5	28	38,4	28	46,7	27	46,6	1,877*	0,171
Esrar	18	10,4	7	9,6	2	3,3	1	1,7		
Saptanmadı	55	31,8	17	23,3	6	10,0	6	10,3		
Diğer	61	35,3	21	28,8	24	40,0	24	41,4		
Öykü-laboratuvar uyumu										
Bilinmiyor	5	2,9	1	1,4	1	1,7	0		0,525*	0,469
Uyumlu	103	59,5	56	76,7	33	55,0	36	62,1		
Uyumsuz	65	37,6	16	21,9	26	43,3	22	37,9		
Madde Bağımlılığı										
Bilinmiyor	28	16,2	9	12,3	15	25,0	7	12,1	9,259	0,414
Bağımlı old. düşünüyor	78	45,1	28	38,4	27	45,0	26	44,8		
Bağımlı olmad. düşün.	49	28,3	27	37,0	11	18,3	17	29,3		
Kullanmıyor	18	10,4	9	12,3	7	11,7	8	13,8		
Madde Kullanmadığı Dön.										
Hiç kullanmamış	36	20,8	5	6,8	1	1,7	0		2,000*	0,157
Cezaevinde	5	2,9	9	12,3	7	11,7	3	5,2		
AMATEM tedavisinde	10	5,8	13	17,8	8	13,3	8	13,8		
Sürekli kullanmış	80	46,2	34	46,6	32	53,3	37	63,8		
Bilinmiyor	12	6,9	4	5,5	5	8,3	2	3,4		
Kendisi bırakmış	12	6,9	3	4,1	4	6,7	6	10,3		
Diğer	18	10,4	5	6,8	3	5,0	2	3,4		

<i>Yoksunluk Krizi</i>										
Bilinmiyor	34	19,7	12	16,4	12	20,0	10	17,2		
Evet	41	23,7	35	47,9	34	56,7	35	60,3	52,144	0,000
Hayır	63	36,4	20	27,4	13	21,7	13	22,4		
Kullanmıyor	35	20,2	6	8,2	1	1,7	0			
<i>Bağımlılık Ted. Alma Durumu</i>										
Bilinmiyor	22	12,7	8	11,0	10	16,7	11	19,0		
Daha önce almış	23	13,3	21	28,8	15	25,0	15	25,9	16,662*	0,000
Halen alıyor	3	1,7	2	2,7	6	10,0	3	5,2		
Hiç almamış	90	52,0	37	50,7	27	45,0	29	50,0		
Kullanmıyor	35	20,2	5	6,8	2	3,3	0			
<i>Ek madde kullanımı</i>										
Bilinmiyor	22	12,7	12	16,4	9	15,0	13	22,4		
Kullanmıyor	7	4,0	2	2,7	0		2	3,4	6,986*	0,008
Sigara	63	36,4	28	38,4	28	46,7	29	50,0		
Alkol	3	1,7	0		0		0			
Sigara ve alkol	78	45,1	31	42,5	23	38,3	14	24,1		

Madde kullanımına göre bir kez başvuru yapanlarda birden çok madde kullanımı söz konusuken, başvuru sayısı daha fazla olanlarda eroin kullanımı çoğunlukta idi ve gruplar arasındaki farklar istatistiksel olarak anlamlıydı ($p<0,05$).

Son iki haftada madde kullanımında tüm başvuru gruplarında eroin çoğunlukta olup, dağılım bakımından gruplar arasındaki farklar istatistiksel olarak anlamlıydı ($p<0,05$). Madde kullanım yöntemlerinde tüm gruplarda da folyo-kaydırma çoğunlukta olup, gruplar arasındaki farklar istatistiksel olarak anlamlı değildi ($p>0,05$). Kullanma sıklığı, 1 ve 2 başvurusu olanlarda 2-3 günde bir, 3 ve daha fazla başvurusu olanlarda ise günde bir şeklinde olup, gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildi ($p>0,05$). Üç ile dört ve üzeri başvurusu olanlarda eroin, diğer tüm gruplarda da çoğunlukla birden fazla madde saptanmıştı ve gruplar arasındaki farklar istatistiksel olarak anlamlı değildi ($p>0,05$). Tüm gruplarda öykü ile laboratuvar sonucu uyumlu olanlar çoğunlukta olup, madde bağımlısı olduğunu düşünenler yine çoğunlukta idi ve gruplar arasındaki farklar istatistiksel olarak anlamlı değildi ($p>0,05$). Madde bırakma dönemi olarak çoğunluk AMATEM tedavisi dönemini ifade etmişlerdi. Bir kez başvurusu olanlarda yoksunluk krizi çoğunlukta değilken, diğer gruplarda yoksunluk krizi daha fazlaydı ve fark istatistiksel olarak anlamlıydı ($p<0,05$). Her dört grupta da bağımlılık tedavisi hiç almayanlar çoğunlukta idiyken, ek madde kullanımında sigara ve sigara ile alkol kullanımı istatistiksel olarak anlamlı şekilde çoğunlukta idi ($p<0,05$).

4.7. Madde Türü ve Tedavi Öyküsüne Göre Madde Kullanım Bilgileri

Madde türüne göre psikiyatrik değerlendirme ve madde kullanım bilgileri Tablo 22’de verildi.

Tablo 22. Madde türüne göre psikiyatrik değerlendirme ve madde kullanım bilgileri

	Yanıtsız		Eroin		Esrar		Birden fazla m.		X ²	p
	n	%	n	%	n	%	n	%		
RDM’de patoloji										
Yok	46	79,3	112	74,2	49	84,5	73	75,3	46,860*	0,000
Psikotik bulgular	-	-	1	,7	-	-	-	-		
Uyku sorunu	6	10,3	1	,7	3	5,2	5	5,2		
İştah sorunu	1	1,7	3	2,0	1	1,7	1	1,0		
Uyku ve iştah sorunu	1	1,7	34	22,5	5	8,6	18	18,6		
Bilinmiyor	1	1,7	-	-	-	-	-	-		
RDM Yok	3	5,2	-	-	-	-	-	-		
Ek Psikiyatrik Hastalık										
Bilinmiyor	5	8,6	-	-	-	-	-	-	2,719*	0,099
Psikotik bozukluk	-	-	1	,7	-	-	-	-		
Depresyon	-	-	1	,7	1	1,7	1	1,0		
Anksiyete	-	-	1	,7	-	-	2	2,1		
Diğer	8	13,8	7	4,6	4	6,9	15	15,5		
Yok	45	77,6	140	92,7	53	91,4	78	80,4		
Şizofreni	-	-	1	,7	-	-	1	1,0		
Madde Bağımlılığı										
Bilinmiyor	13	22,4	21	13,9	11	19,0	14	14,4	6,836	0,654
Bağımlı old. düşünüyor	21	36,2	69	45,7	24	41,4	45	46,4		
Bağımlı olmad. düşün.	20	34,5	41	27,2	18	31,0	25	25,8		
Kullanmıyor	4	6,9	20	13,2	5	8,6	13	13,4		
Ek madde kullanımı										
Bilinmiyor	8	13,8	25	16,6	7	12,1	16	16,5	2,626*	0,105
Kullanmıyor	4	6,9	1	,7	4	6,9	2	2,1		
Sigara	19	32,8	80	53,0	22	37,9	27	27,8		
Alkol	2	3,4	-	-	-	-	1	1,0		
Sigara ve alkol	25	43,1	45	29,8	25	43,1	51	52,6		

Ruhsal durum muayenesinde (RDM) patoloji olanlar içinde madde kullanımı bilinmeyenlerde uyku sorunu, eroin, esrar ve birden fazla madde kullananlarda uyku ve iştah sorununun çoğunlukta olduğu görüldü. Fark analizi sonuçlarına göre gruplar arasındaki bu farklar istatistiksel olarak anlamlıydı ($p < 0,05$). Ek psikiyatrik hastalık dağılımında psikotik bozukluk, depresyon ve anksiyete dışındaki hastalıklar madde kullanma gruplarında çoğunlukta idi ve farklar istatistiksel olarak anlamlı değildi ($p > 0,05$). Tüm madde kullanım gruplarında da, bağımlı olduğunu düşünenler çoğunlukta idi ve gruplar arasındaki farklar anlamlı değildi ($p > 0,05$). Ek madde kullanımında ise eroin kullananlarda sigara, diğer madde kullananlarda sigara ve alkol çoğunlukta olup farklar istatistiksel olarak anlamlı değildi ($p > 0,05$). Tedavi alma durumuna göre madde kullanım bilgileri Tablo 23’te verildi.

Tablo 23. Tedavi alma durumuna göre madde kullanım bilgileri

	Bilinmiyor		Daha önce almış		Halen alıyor		Hiç almamış		Kullanmıyor		X ²	p
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%		
Madde Bağımlılığı												
Bilinmiyor	13	25,5	1	1,4	-	-	4	2,2	40	95,2		
Bağımlı old. düşünüyor	19	37,3	41	55,4	8	57,1	83	45,4	-	-	6,027*	0,014
Bağımlı olmad. Düşün.	9	17,6	7	9,5	0		41	22,4	1	2,4		
Kullanmıyor	10	19,6	25	33,8	6	42,9	55	30,1	1	2,4		
Laboratuvarda saptanan												
Eroin	19	37,3	32	43,2	5	35,7	64	35,0	2	4,8	2,295*	0,130
Esrar	6	11,8	3	4,1	-	-	19	10,4	-	-		
Saptanmadı	13	25,5	11	14,9	-	-	24	13,1	36	85,7		
Diğer	13	25,5	28	37,8	9	64,3	76	41,5	4	9,5		

Daha önce tedavi aldığını ifade edenlerin çoğunluğu bağımlı olduğunu düşünüyordu ve gruplar arasındaki farklar istatistiksel olarak anlamlıydı ($p < 0,05$). Daha önce tedavi alanlarda eroin, halen tedavisi devam eden ve tedavi almamış olan olgularda eroin, esrar ve diğer maddelerin çoğunlukla saptandığı ve gruplar arasındaki farkların istatistiksel olarak anlamlı olmadığı görüldü ($p > 0,05$).

4.8. Madde Kullanmaya Başlama Yaşı ve Risk Faktörlerinin Etkisi

Araştırmaya en küçüğü 15, en büyüğü 56 olmak üzere başvuran olguların ortalama yaşı $27,41 \pm 7,31$ olarak bulundu. Madde kullanma süresi ise en az ilk kullanım, en fazla 31 yıl olmak üzere, $5,33 \pm 4,56$ yıl olarak bulundu. Madde kullanmaya başlama yaşı en küçük 9 yaş ve en büyük 50 yaş olmak üzere ortalama $21,89 \pm 6,52$ yaş olarak bulundu. Madde kullanmaya başlama yaşı ve madde kullanım süresinin demografik özelliklere göre farkı aşağıdaki tabloda verildi.

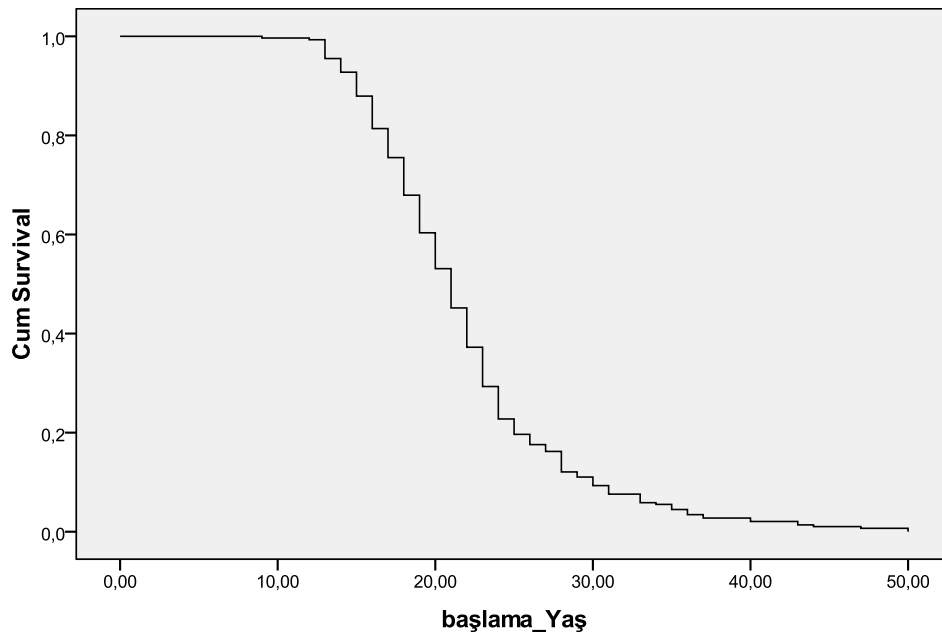
Tablo 24. Madde kullanmaya başlama yaşı ve madde kullanımı süresinin demografik özelliklere göre farkı

	Başlama yaşı		Kullanma süresi (yıl)	
<i>Cinsiyet</i>				
Erkek	22,24	6,32	5,56	4,76
Kadın	19,55	7,44	3,79	2,44
<i>p</i>	0,000*		0,043*	
<i>Yaşadığı Yer</i>				
İl merkezi	21,84	6,55	5,31	4,37
İlçe merkezi	23,82	4,46	2,06	1,03
Diğer	21,00	7,34	7,80	6,28
<i>p</i>	0,055		0,000	
<i>Yaşadığı Kişiler</i>				
Yanıtsız	21,89	5,78	4,61	3,13
Ailesiyle	22,05	6,95	5,33	4,48
Tek başına	22,39	5,77	5,11	4,97
Diğer	20,33	4,73	5,94	5,31
<i>p</i>	0,479		0,699	
<i>Kardeş Sayısı</i>				
Yanıtsız	22,16	6,87	5,99	5,25
Bir-iki kardeş	20,26	4,52	4,84	4,29
Üç-dört kardeş	22,26	6,54	4,63	3,28
Dördün üstünde	23,16	7,99	5,22	4,45
<i>p</i>	0,097		0,970	
<i>Ailedeki Sırası</i>				
Yanıtsız	22,24	6,91	5,99	5,22
Birinci	19,73	4,24	5,21	4,62
İkinci	22,02	6,58	4,48	3,35
Üçüncü	24,00	7,77	5,00	4,12
Dördüncü ve üzeri	22,40	6,39	4,45	3,12
	0,043		0,953	
<i>Medeni Durum</i>				
Yanıtsız	23,35	4,97	5,75	5,62
Bekâr	20,70	5,79	4,90	3,89
Evli	25,40	7,88	6,63	5,92
<i>p</i>	0,000		0,034	
<i>Mezuniyet</i>				
Yanıtsız	22,72	6,16	6,28	5,50
İlkokul	27,60	9,21	6,49	5,55
Ortaokul	19,93	5,31	5,10	4,12
Lise	21,81	5,01	4,85	4,38
Yüksekokul/Üniversite	23,17	3,76	4,67	4,32
<i>p</i>	0,000		0,378	
<i>Meslek</i>				
Yanıtsız	23,05	6,51	4,43	2,84
Öğrenci	19,91	3,51	3,64	2,97
Esnaf	21,77	4,95	7,35	6,88
İşçi	22,54	6,70	5,46	4,44
İşsiz	20,28	6,75	5,22	3,65
Diğer	24,05	7,74	6,07	5,44
<i>p</i>	0,004		0,016	
<i>Madde türü</i>				
Yanıtsız	26,67	5,13	1,50	0,55
Eroin	21,79	5,53	4,51	3,15
Esrar	22,29	8,03	8,45	7,70
Birden çok madde	21,51	7,14	5,21	3,49
<i>p</i>	0,390		0,009	

Madde başlama yaşı erkeklerde, ilçe merkezinde yaşayanlarda, tek başına yaşayanlarda, dördün üzerinde kardeşi olanlarda, ailede üçüncü çocuklarda, evlilerde, ilkokul mezunlarında ve diğer meslek grubunu seçenlerde daha yüksekti. Başlama yaşı cinsiyet, ailedeki sıra, medeni durum, mezuniyete göre istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar gösterdi ($p<0,05$). Madde türüne göre başlama yaşı ve kullanma süresi esrar kullananlarda daha yüksekti. Kullanma süresi gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar gösterdi ($p<0,05$).

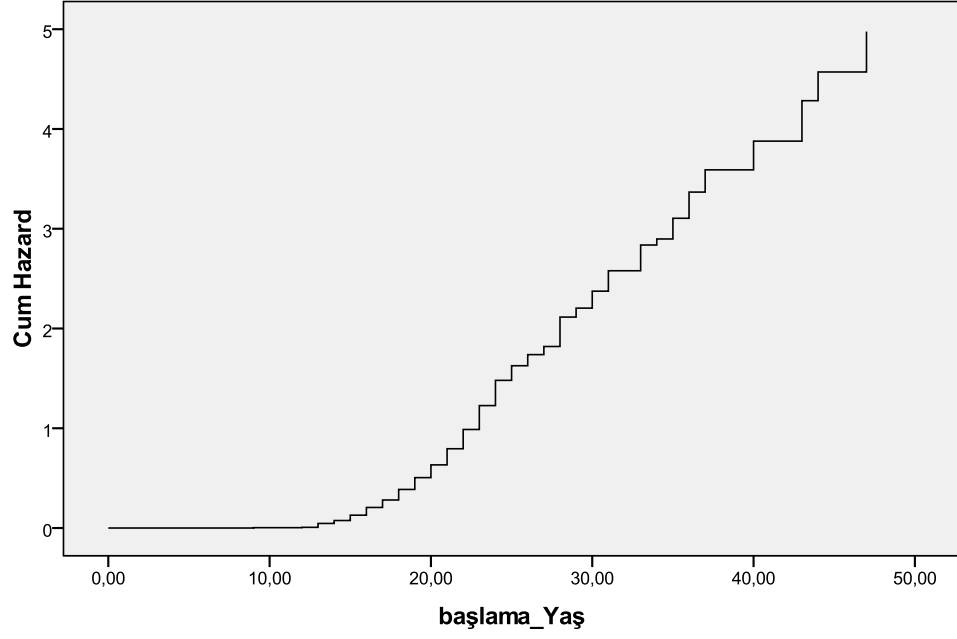
Madde kullanma süresi erkeklerde, il ve ilçe merkezi dışında yaşayanlarda, ailesi ya da tek başına yaşayanlar dışındakilerde, dördün üzerinde kardeşi olanlarda, ailede birinci sırada olanlarda, evlilerde, ilkokul mezunu ve esnaflarda daha yüksek düzeydedir. Fark analizi sonuçlarına göre kullanma süresi cinsiyet, medeni durum ve mesleğe göre istatistiksel olarak anlamlı derecede farklılaşmaktadır ($p<0,05$). Başlama yaşının madde kullanımına göre kümülatif analizi için yapılan Kaplan Meier testi sonuçları aşağıdaki gibiydi.

Survival Function



Şekilde de görüldüğü gibi, başlama yaşı 15 ile 30 yıl arasında dramatik bir düşüş göstermekle birlikte, erken kullanımlarda madde kullanım süresi daha yoğundu. Diğer ifadeyle, 15 ile 30 yaş arasında risk faktörü en yüksek düzeyde çıktı. Buna göre zarar fonksiyonunun görünümü aşağıdaki gibiydi.

Hazard Function



Kümülatif zarar fonksiyonu da, 15 yaş sonrasında kümülatif, yani birikimli zararın artmaya başladığını göstermekteydi. 30 yaşına kadar olguların yoğun olduğu bir artış görülürken, 30 yaş sonrasında vakalarda seyrekleşme söz konusuydu. Madde kullanımına yönelik risk faktörlerinin belirlenmesi amacıyla, Spearman's rho korelasyon analizi yapıldı. Madde kullanım başlama yaşıyla, araştırma değişkenleri arasında yapılan korelasyon analizi sonuçları aşağıdaki gibiydi.

Tablo 25. Madde kullanmaya başlama yaşı ve risk faktörleri arasındaki ilişki için yapılan Spearman's rho korelasyon analizi sonuçları

	r	p
Cinsiyet	-0,207	0,000
Yaşadığı yer	0,018	0,766
Kiminle Yaşadığı	-0,017	0,766
Kardeş sayısı	0,022	0,704
Kardeş sırası	0,027	0,650
Medeni durumu	0,164	0,005
Eğitim düzeyi	-0,092	0,117
Mesleği	0,050	0,398
Okulu (öğrenciler)	0,412	0,003
Başvuru sayısı	-0,158	0,007
Başvuru sırası	-0,175	0,003
Başvuru Zamanı	0,091	0,121
Başvuru Sırasındaki Durumu	0,043	0,469
Madde kullanım türü	-0,105	0,076
Son iki haftada madde kullanım türü	0,086	0,143
Madde kullanma yöntemi	-0,037	0,530
Madde kullanma sıklığı	0,034	0,565
Son tespit intervali	0,057	0,331
Bağımlılık düşüncesi	-0,151	0,010
Madde kullanılmayan dönemler	0,084	0,154
Yoksunluk krizi	0,090	0,127
Tedavi öyküsü	0,170	0,004
Ek madde kullanımı	0,101	0,086

Analiz sonuçlarına göre cinsiyet, başvuru sayısı ve sırası, bağımlılık düşüncesi ile madde kullanımına başlama yaşı arasında negatif; medeni durumu, okulu ve tedavi öyküsü arasında pozitif ilişki saptandı. Bu ilişkilerin yorumlanması için, etkili değişkenlerin nasıl kodlandığının bilinmesi gerekir.

Tablo 26. Korelasyon değişkenlerinin yorumlanması

Parametre	Kodlama	r	p
Cinsiyet	1: erkek, 2: Kadın	-0,207	0,000
Okulu (öğrenciler)	1: Lise ve altı, 2: Yüksekokul/Üniversite	0,412	0,003
Medeni durumu	1: Bekar, 2: Evli	0,164	0,005
Başvuru sayısı	1: Bir kez, 2: iki kez; 3: üç kez, 4: 4 ve üzeri kez	-0,158	0,007
Başvuru sırası	1: Bir kez, 2: iki kez; 3: üç kez, 4: 4 ve üzeri kez	-0,175	0,003
Bağımlılık düşüncesi	1: Bağımlı olduğunu düşünüyor, 2: Bağımlı olmadığını düşünüyor	-0,151	0,010
Tedavi öyküsü	1: Daha önce almış, 2: Halen alıyor, 3: Hiç almamış	0,170	0,004

Tablodan da görüldüğü gibi cinsiyet ile başlama yaşı arasındaki negatif korelasyon, başlama yaşı arttıkça cinsiyetin puanının azaldığını, yani kadınlarda uyuşturucuya başlama yaşının daha düşük olduğunu göstermiştir. Okul türüne göre pozitif korelasyon, eğitim düzeyi arttıkça uyuşturucuya başlama yaşının da arttığını göstermiştir. Medeni duruma göre evlilerde başlama yaşı daha yüksek düzeydedir. Madde kullanmaya başlama yaşı arttıkça, başvuru sayısı ve sırası düşmektedir. Yani daha ileri yaşlarda daha az başvuru görülmektedir. Madde kullanmaya başlama yaşı daha yüksek olanlar daha fazla bağımlı olduğunu düşünürken, tedavi öyküsüne göre halen tedavi alanlarda yaş daha yüksek düzeydedir.

4.9. Psikiyatrik Hastalık ve Patolojik Değerlendirme

Araştırmada ayrıca hasta gruplarının psikiyatrik durumları ve RDM bulguları da değerlendirildi. Sonuçlar Tablo 27’de verilmiştir.

Tablo 27. Psikiyatrik hastalık ve patolojik değerlendirme

	Kişi sayısı (n)	Yüzde (%)
<i>RDM'de patoloji</i>		
Yok	280	76,9
Psikotik bulgular	1	0,3
Uyku sorunu	15	4,1
İştah sorunu	6	1,6
Uyku ve iştah sorunu	58	15,9
Bilinmiyor	1	0,3
RDM Yok	3	0,8
<i>Ek Psikiyatrik Hastalık</i>		
Bilinmiyor	5	1,4
Psikotik bozukluk	1	0,3
Depresyon	3	0,8
Anksiyete	3	0,8
Diğer	34	9,3
Yok	316	86,8
Şizofreni	2	0,5

Olgulardan birisinde psikotik bulgular ve psikotik bozukluk saptanırken, uyku sorunu olan 15 hasta, iştah sorunu olan 6 hasta, uyku ve iştah sorunu olan 58 hasta mevcuttu. Bir hastada RDM bulgusu bilinmezken, üç hastada ise yoktu. Depresyon ve anksiyete bozukluğu olan üçer hasta mevcuttu. %76,9 olguda RDM patoloji saptanmamış, %86,8'i ek psikiyatrik hastalığı olmadığını belirtmiştir.

Tablo 28. Başvuru sayısı ile ruhsal durum arasındaki ilişki

Başvuru sayısı	1		2		3		4+		p
	n	%	n	%	n	%	n	%	
<i>RDM'de patoloji</i>									
Yok	142	82,1	58	79,5	40	66,7	40	69,0	0,013
Psikotik bulgular	-	-	-	-	1	1,7	-	-	
Uyku sorunu	8	4,6	1	1,4	1	1,7	5	8,6	
İştah sorunu	2	1,2	-	-	2	3,3	2	3,4	
Uyku ve iştah sorunu	19	11,0	13	17,8	15	25,0	11	19,0	
Bilinmiyor	1	0,6	-	-	-	-	-	-	
RDM Yok	1	0,6	1	1,4	1	1,7	-	-	
<i>Ek Psikiyatrik Hastalık</i>									
Bilinmiyor	2	1,2	2	2,7	1	1,7	-	-	0,870
Psikotik bozukluk	-	-	-	-	1	1,7	-	-	
Depresyon	-	-	2	2,7	-	-	1	1,7	
Anksiyete	1	0,6	2	2,7	-	-	-	-	
Diğer	20	11,6	4	5,5	3	5,0	7	12,1	
Yok	150	86,7	63	86,3	53	88,3	50	86,2	
Şizofreni					2	3,3			

Tabloya göre RDM patolojisi başvuru gruplarına göre istatistiksel olarak anlamlı fark göstermektedir. Öte yandan ek psikiyatrik hastalık durumu başvuru sayısına göre istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar göstermemektedir. Tüm örneklem çerçevesinde bakıldığında, psikiyatrik bozukluğu olan hasta grupları %5 güven sınırı altında kaldığından, doğrudan kalitatif incelemeye uygun görülmedi. Bu nedenle psikiyatrik bozuklukların olası etkileri literatür çalışmaları eşliğinde, tartışma bölümünde kalitatif olarak değerlendirildi.

5. TARTIŞMA

Madde bağımlılığında akut intoksikasyon ve kronik kullanımda nörolojik belirtiler görülmektedir. Yine bağımlılık düzeyinde madde kullanımında yoksunluk belirtileri ile birlikte bireyin hem sağlığını, hem de yaşam kalitesini olumsuz etkileyen tablo karşımıza çıkmaktadır (179-182). Son yıllarda uyuşturucu kullanımında yoğunluğun artması nedeniyle bu alanda uluslararası işbirlikleri neticesinde, geçmişe göre uyuşturucu madde kullananların özelliklerini belirlemede önemli getiriler sağlanmıştır. Bu sayede aynı zamanda, uyuşturucu madde kullanımına ilişkin risk gruplarının tayini daha kolay olmaktadır. Bu noktada, adli tıp birimleri gibi birimlerce elde edilen veriler, bu demografi çalışmalarına önemli katkılar sağlamaktadır. Emniyet Genel Müdürlüğü'nün Narkotik Büro Amirliği tarafından çıkarılan ulusal profile göre uyuşturucu madde kullananların %95,08'i erkek, %4,92'si kadındır (183-186). Çalışmamızda altı aylık dönemde başvuranların %85,7'si erkekti. İl merkezinden başvuranların oranı %83,2 olup, %68,1'i ailesiyle yaşamaktaydı. Başvuruların çoğunluğu üç-dört kardeşli ailelerden gelmekteydi ve birinci ya da ikinci çocuktur. Her ne kadar bekarların oranı yüksek olsa da (%68,7), evlilerin de oranı istatistiksel olarak önemli bir orana denk gelmekteydi (%23,6). Ortaokul mezunlarının çoğunlukta olduğu (%45,3) örneklemimizde, işçi, işsiz ve öğrenci meslek grupları çoğunluktaydı.

Ülkemizde uyuşturucu madde kullanım yaşıyla ilgili yapılan çalışmada, tedavi görenlerin %70,70'inin 1-8 yıl arası eğitime sahip olduğu ve yüksekokul ya da üzerinde eğitime sahip olanların oranının %3,35 olduğu rapor edilmiştir (185, 186). Çalışmamızda altı aylık dönemde başvuranların %1,9'unun yüksekokul ya da üniversite mezunu olduğu saptanmıştır.

Çalışmamızdaki olguların çoğunluğunun birinci başvurusuydu ve yine çoğunluğunun ilk başvurusu altı aylık döneme rastladı. Bunun dışında, altı aylık dönemde ikinci kez başvuran olgular da vardı. Ancak, bunların oranı istatistiksel anlamlılık sınırının üzerinde olmadığından araştırma sonuçları üzerinde manipülatif bir etkisinin olmadığı kabul edildi ve araştırmada dışlanmadı. Bu sayede, madde kullanımı ile ilgili insidans ve prevelansın da ortaya koyulması sağlandı. Madde kullanımında, çalışmamıza aldığımız olgularda %54,9 oranla mesai saati dışında başvuru olmuştu. Mesleki dağılıma göre işsiz ve yanıtızlar çıkarıldığında, %70

civarında olgunun çalıştığı görüldü. Bu nedenle mesai saatleri dışında kullanım oranının yüksek olduğu düşünülebilir. Son tespit intervalinde 6-24 saat bulgusu çoğunlukta olup (%40,4), normal başvurular %93,7 oranındaydı.

Sağlık Bakanlığının 2016 yılı Türkiye istatistiklerinde en fazla kullanılan uyuşturucu madde %74,17 oranla eroin ve opiat olarak rapor edilmiştir (185,186). Eroini takiben en fazla kullanılan madde esrar olup, esrar kullanımında alışkanlık adli bilirkişi raporlarında en fazla karşılaşılan güçlük alanlarından birisidir (190,191). Çalışmamızda da, madde kullanım bilgileri incelendiğinde, başvuru sırasında (%41,5) ve son iki haftada (%39,6) en fazla kullanıldığı belirtilen madde, laboratuvar bulgularında da en fazla saptanan madde eroindi. Birden çok madde kullanımında da eroin ile birlikte esrar ve diğer varyasyonlar düşünüldüğünde, en fazla kullanılan maddenin eroin olduğu, bunu esrar maddesinin izlediği anlaşılmaktadır. Alınan anamnez ile laboratuvar sonucu uyumunun %62,6 düzeyinde olduğu saptanmıştır. Madde kullanım yönteminde folyo-kaydırma en fazla görülen yöntem olup (%36,8) bu bulgu en fazla kullanılan madde türü ile uyumluydu. Olgularımızın %43,7'si bağımlı olduğunu düşünürken, %39,8'i yoksunluk krizi geçirdiklerini ifade ettiler.

Ülkemizde, uyuşturucu ve madde bağımlılığı ile tedaviye ilişkin son yıllarda bilinç artışı ve kamu otoritesinin önemli çalışmaları olmuştur. Başbakanlık aracılığı ile yürütülen çalışmalarda 2014 yılında 21 ilde toplam 30 tedavi merkezi bulunurken, 2017 yılında 55 ilde toplam 94 tedavi merkezi sayısına ulaşılmıştır. Bununla birlikte, madde bağımlılığı ile mücadelede tedavi sürecine yanıt verme oranları da artmıştır (185,186). Ancak çalışmamızda daha önce tedavi alanların oranı %20,3 ve halen alanların oranı %3,8 olması ayrıca tedavi almış olmanın laboratuvar sonucunda madde saptanması üzerinde anlamlı etkisi olmadığı dikkate alındığında tedavi alma oranlarının düşük, tedavinin etkinliğinin ise yetersiz olduğu araştırma bulgularından görülmektedir.

Uyuşturucu ve madde kullanımına ilişkin çalışmalar incelendiğinde, cinsiyete göre erkeklerde madde kullanımının daha yoğun olduğu görülmektedir (187,188). Bu bilgiyle uyumlu olarak çalışmamızda da cinsiyete göre başvuru sayısı erkeklerde daha fazla idi. Diğer yandan başvuruya ilgili diğer bakılan değişkenler (başvuru sırası, zamanı, durumu, son tespit intervali) cinsiyete göre istatistiksel olarak anlamlı bir

farklılık göstermedi. Madde kullanım özelliklerinden ise kullanılan madde türü, son iki haftada madde kullanımı, laboratuvar bulguları ve yoksunluk krizi yaşama durumu cinsiyete göre istatistiksel olarak anlamlı farklar gösterdi. Madde başlama yaşı erkeklerde, ilçe merkezinde yaşayanlarda, tek başına yaşayanlarda, dördün üzerinde kardeşi olanlarda, ailede üçüncü çocuklarda, evlilerde, ilkokul mezunlarında ve diğer meslek grubunu seçenlerde daha yüksekti. Madde başlama yaşı cinsiyet, ailedeki sıra, medeni durum, mezuniyete göre istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar gösterdi. Madde kullanma süresi erkeklerde, il ve ilçe merkezi dışında yaşayanlarda, ailesi ya da tek başına yaşayanlar dışındakilerde, dördün üzerinde kardeşi olanlarda, ailede birinci sırada olanlarda, evlilerde, ilkokul mezunu ve esnaflarda daha yüksek düzeydedir. Fark analizi sonuçlarına göre kullanma süresi cinsiyet, medeni durum ve mesleğe göre istatistiksel olarak anlamlı derecede farklılaşmaktaydı. Başvuruların çoğunluğunun (%99,2) adli makamlar aracılığı ile olması, başvuru özelliklerinin olgu cinsiyetine bağlılık düzeyinin düşük olmasından ileri gelmektedir. Madde kullanımının ise başvuruya nispeten daha fazla olgu cinsiyetine bağlı olduğu ifade edilebilir.

Madde kullanımında bir diğer önemli etken, yaşanan yerdir. Gerek emniyet ve kolluk birimleri raporları, gerekse sağlık bakanlığı raporlarında, büyük şehirlerde nüfusun daha fazla olması ve suçla ilgili olayların daha yaygın olması sebebiyle madde satışının ve kullanımının da büyük şehirlerde daha yoğun olduğunu ortaya koymaktadır. Çalışmamızda olguların yaşadığı yere göre başvuru sıra ve sayısı dışında diğer değişkenler anlamlı farklılık gösterdi. Madde kullanım özelliklerinden ise son iki haftada madde kullanımı, kullanma sıklığı, öykü-laboratuvar sonucu uyumu, madde bağımlısı olma durumu, bağımlılık tedavisi alma durumu ve ek madde kullanımı istatistiksel olarak anlamlı derecede farklılaşmaktaydı. Olguların madde kullanım ve başvuru ile ilgili değerlendirmelerinde, literatür ile uyumlu bir şekilde yerleşim birimi büyüdükçe kullanım yoğunluğu artış göstermekteydi.

Bireyin birlikte yaşadığı çevrenin psikolojik ve sosyal yaşam üzerindeki etkisini ortaya koyan pek çok araştırma mevcuttur. Bu araştırmalarda ortak husus, madde kullanımında bireylerin yanındaki kişileri rol model almalarından, ekolojik çevreye kadar geniş bir yelpazede birlikte yaşanan kişilerin madde kullanımında etkili olduğu yönündedir. Çalışmamızda yaşadığı kişilere göre başvuru bilgilerinin

tamamı istatistiksel olarak anlamlı farklar gösterdi. Madde kullanımına göre son iki haftada kullanılan ve laboratuvarda saptanan madde istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar gösterdi. Özellikle arkadaş çevresi ve işyeri ortamı gibi çeşitli etmenlerin bireylerin madde kullanımında etkili olduğu ifade edilebilir. Bu bakımdan araştırma sonuçları literatür ile uyumludur.

Çalışmamızda kardeş sayısına göre sadece başvuru zamanı ve durumu istatistiksel olarak anlamlı farklar gösterdi. Madde kullanım özelliklerinden de madde kullanma yöntemi ve ek madde kullanımı istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar gösterdi. Medeni durum için de benzer yorumu yapmak mümkündür. Evlilik ile birlikte bireylerin birlikte yaşadığı çevre de değişmektedir. Çalışmamızda medeni duruma göre başvuru özelliklerinden sadece son tespit intervali istatistiksel olarak anlamlı farklar gösterdi. Madde kullanım özelliklerinden ise madde kullanma sıklığı, öykü-laboratuvar sonucu uyumu, yoksunluk krizi yaşama durumu, bağımlılık tedavisi alma durumu ve ek madde kullanımı istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar gösterdi. Her ne kadar madde kullanımında bekar olgular çoğunlukta olsa da, evlilerde de ciddi oranda madde kullanımının olduğu görüldü.

Eğitim ve meslek madde kullanımını etkileyen önemli etkenlerden ikisi olarak, birbiri ile de ilişkili olan demografik özelliklerdir. Eğitim seviyesi arttıkça, yapılan işin geliri ve çalışma imkanları daha fazla olmaktadır. Emniyet Genel Müdürlüğü ve Sağlık Bakanlığı raporlarında uyuşturucu madde kullanımının daha çok düşük ya da orta gelirlielerde ve düşük ya da orta seviyede eğitime sahip olanlarda yaygın olduğu bildirilmiştir. Çalışmamızda mezuniyet durumuna göre sadece başvuru durumu istatistiksel olarak anlamlı farklar gösterdi, diğer başvuru değişkenlerinin farklı mezuniyet grupları arasındaki farkları istatistiksel olarak anlamlı değildi. Madde kullanım özelliklerinden ise sadece ek madde kullanımı istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterdi. Çalışmamızda mesleğe göre sadece başvuru durumu istatistiksel olarak anlamlı farklar gösterdi, diğer başvuru değişkenlerinin farklı mezuniyet grupları arasındaki farkları istatistiksel olarak anlamlı değildi. Madde kullanım özelliklerinden ise eğitimde olduğu gibi, ek madde kullanımı istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösteren tek özellikti.

Ülkemizde uyuşturucu kullanım yaşı düşüş göstermekle birlikte, genel olarak 15-25 yaş grubunda kullanım ve kullanmaya yatkınlık riski yüksek düzeydedir (189-192). Çalışmamızda da, yaşa göre ROC analizi sonuçları, özellikle 15 ile 30 yaş arasında kullanımın ve kümülatif riskin yüksek olduğunu gösterdi. Korelasyon analizi sonuçlarına göre cinsiyet, başvuru sayısı ve sırası, bağımlılık düşüncesi ile madde kullanımına başlama yaşı arasında negatif, medeni durumu, okulu ve tedavi öyküsü arasında pozitif ilişki saptandı.

Özetle çalışmamızda;

- Olgularının %85,7'sinin erkek, %68,7'sinin evli, 25,3'ünün işçi, %45,3'ünün ortaokul mezunu, %83,2'sinin il merkezinde yaşadığı, %68,1'inin ailesi ile birlikte yaşadığı, öğrenci olanlar içerisinde ise yüksekokul ya da üniversite oranının %67,2 olduğu,

- Olguların %99,2'sinin adli makamlar tarafından yönlendirildiği ve %56,3'ünün ilk kez başvurduğu,

- Olguların %54,9'unun mesai saatleri dışında başvuru yaptığı, %40,4'ünün son madde kullanımından sonraki 6 ile 24 saat aralığında başvurduğu, %39,6'sının son iki haftada eroin kullandığı, %36,8'inin folyo-kaydırma yöntemini kullandığı, %33,6'sının laboratuvar sonuçlarında eroin saptandığı, %62,6'sında öykü ile laboratuvar sonuçlarının uyumlu olduğu,

- Olguların %43,7'sinin bağımlı olduğunu düşündüğünü, %39,8'inin yoksunluk krizi geçirdiğini, %50,3'ünün sürekli olarak madde kullandığını ve hiç bağımlılık tedavisi almadığını, %40,7'sinin sigara, %40,1'inin sigara ve alkol kullandığını belirttiği,

- Olgular içerisinde il merkezinde yaşayanların çoğunlukla mesai saati dışında, ilçe merkezi ve diğer yerlerde yaşayanların ise mesai saatleri içerisinde, il merkezinde yaşayanların en sık madde kullandıktan sonraki 6-24 saat içerisinde, ilçe merkezinde yaşayanların ise en sık madde kullandıktan sonraki 1 hafta-10 gün içerisinde başvurduğu,

- İl merkezinde yaşayanlarda daha önceden bağımlılık tedavisi alma oranının anlamlı olarak daha yüksek olduğu,

- Madde başlama yaşının erkeklerde, ailede üçüncü çocuklarda, evlilerde, ilkokul mezunlarında anlamlı olarak daha yüksek olduğu,
- Madde kullanma süresinin erkeklerde, evlilerde ve esnaf olanlarda istatistiksel olarak anlamlı derecede daha fazla olduğu,
- Laboratuvar bulgularına göre olguların %23,1'inde bulgu saptanmazken, %39,6'sında eroin, %15,9'unda esrar, %35,7'sinde ise birden çok madde ve diğer maddeler tespit edildiği,
- Olguların %76,9'unun ruhsal durum değerlendirmesinde patoloji saptanmadığı, %86,8'inin ise ek psikiyatrik hastalığı olmadığını belirttiği,
- Esrar kullananların ruhsal durum değerlendirmesinde anlamlı olarak daha az bulgu olduğu,
- Tedavi alma durumu ile madde pozitifliği arasında anlamlı farklılık bulunmadığı,
- İl merkezinde yaşayanlarda daha önceden bağımlılık tedavisi alma oranının daha yüksek olduğu,
- Olguların %50,3'ünün sürekli olarak madde kullandıklarını belirttikleri saptanmıştır.

Çalışmamızın bazı sınırlılıkları bulunmaktadır. Bu sınırlılıkları (a) olgulara ait tüm verilerin elde edilememesi, (b) araştırmanın retrospektif (dosya verisi taraması şeklinde) olmasıdır. Güçlü yönleri ise (a) geniş bir grup taraması olması, (b) hem adli hem de sosyolojik verilerin değerlendirilebilmesi, (c) olguların önceki kayıtlarının elde olması nedeni ile aynı olguların takiplerinin de sonraki aşamalarda değerlendirilebilme olanağına sahip olunması şeklinde sıralanabilir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

- 1- Çalışmamızda yapılan analizlere göre eğitim düzeyi arttıkça uyuşturucuya başlama yaşının da arttığı, madde kullanan kişilerin büyük çoğunluğunun en fazla ilköğrenim mezunu olduğu, başvuranlar arasında yükseköğrenim mezunu olanların %1,9'luk oranı oluşturdukları saptanmıştır. Buradan hareketle madde bağımlılığı ile mücadelede en önemli etkenin eğitim olduğu gerçeği ortaya çıkmış bulunmaktadır.
- 2- Günümüzde kullanımda olan çok sayıda başka madde bulunmakla ve her gün yeni maddeler kullanıma sokulmakla birlikte çalışmamızda halen en yaygın olarak kullanılan maddelerin eroin ve esrar olduğu, madde kullanımının önlenmesi çabalarında özellikle bu maddelere karşı daha etkin bir çaba gerektiği görülmektedir.
- 3- Esrar kullananların ruhsal durum değerlendirmesinde anlamlı olarak daha az bulgu olduğu ve madde kullanım süresinin anlamlı olarak daha fazla olduğu saptanmış olup bu durum esrar kullananların daha az ruhsal sıkıntılar yaşamaları ve esrara ulaşımın kolay olması ile açıklanabilir.
- 4- Başvuru sayısına göre tedavi alma durumunda anlamlı farklılık olmaması dikkate alındığında madde kullanımı olan olguların yeterince tedaviye yönlendirilmediği anlaşılmış olup bu konuda gerekli önlemlerin alınması ve madde kullanıcılarının tedaviye yönlendirilmelerinin yapılması gerekmektedir.
- 5- Çalışmamızda madde kullananların vermiş olduğu anamnez ile laboratuvar bulguları arasında yaklaşık üçte bir oranında uyumsuzluk saptandığından sağlık çalışanlarının madde kullanımı şüphesi olan kişilerle daha iyi iletişim kurmaları, süreçle ilgili daha ayrıntılı bilgilendirme yapmaları konusunda farkındalıklarının yüksek düzeyde olması ve buna yönelik olarak da meslek içi eğitimler düzenlenmesi gerekmektedir.
- 6- Çalışmamıza göre madde kullananların çoğunluğunun tedavi başvurusunun olmadığı ve %28,6 oranında bağımlı olmadıklarını düşündüklerinden tedaviye başvurmanın kolaylaştırılması ve tedavi adı altında olmaksızın danışmanlık hizmetlerinin de yaygınlaştırılmasının önemi ortaya çıkmaktadır.

- 7- Çalışmamızdaki olgularda ilk kez madde kullananlar ile madde kullandıkları ilk kez ortaya çıkartılanlar da saptandığından bu olguların tedaviye yönlendirilme fırsatı sağlanmış olmasının madde kullanıcıları ile ilgili olarak denetimli serbestlik dışındaki kontrollerde Adli Tıp Anabilim Dalının verdiği hizmetin etkinliğini göstermektedir.
- 8- Çalışmamızda madde saptanmış olgularımızın büyük çoğunluğunun mesai saatleri dışında başvuru yapmış olduğu ve genellikle madde kullanımının ilk 24 saatte saptandığı dikkate alındığında; adli ve tıbbi sürecin daha hızlı ve güvenilir işlemesi bakımından yerel olarak 7 gün 24 saat esasına göre çalışan merkezlerin olması önemlidir. Özellikle üniversite hastaneleri bu hizmeti verebilecek donanım ve personel kapasitesine sahiptir.
- 9- Madde kullanımının önlenmesi çabalarında sadece yasal yaptırım ve tedavi süreçleri yeterli olmadığından problemin temelini oluşturan psikososyal nedenlere yönelik önlemler alınabilmesi açısından Sağlık Bakanlığı, Milli Eğitim Bakanlığı, Adalet Bakanlığı, Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı, medya ve sivil toplum örgütleri gibi birçok kurum ve kuruluşun desteğini içeren multidisipliner yaklaşıma gereksinim vardır.
- 10- Çalışmamızın retrospektif bir çalışma olması, alınan anamnezlerde eksiklikler bulunmasının yanı sıra anamnez bilgilerinin resmi kayıtlarla doğrulanmasının yapılmamış olması, muayene sırasında özellikle ruhsal değerlendirme açısından objektif veriler sağlayacak ölçekler kullanılmamış olmasından dolayı elde edilen bulguların çok merkezli, prospektif ve boylamsal çalışmalarla desteklenmesi gerekmektedir.

ÖZET

2017 Yılı İlk Altı Ayında Adli Tıp Anabilim Dalımız Bilirkişi Kurulunca ‘Uyutucu, Uyuşturucu, Uyarıcı Madde Aranması’ Konulu Rapor Düzenlenmiş Olguların Değerlendirilmesi

AMAÇ: Bu çalışmada 2017 yılı ilk altı ayında Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi Adli Tıp Anabilim Dalı bilirkişi kurulunca ‘Uyutucu, Uyuşturucu, Uyarıcı Madde Aranması’ konulu rapor düzenlenmiş olguları değerlendirerek Isparta ili ve çevresinde uyutucu kullanımı ile ilgili risk faktörlerinin ve ortaya çıkan sorunların niteliklerini belirleyerek koruma çalışmaları ve tedavi çözümleri için altyapı oluşturulması amaçlanmıştır.

GEREÇ VE YÖNTEM: Çalışmamızda 2017 yılı ilk altı ayında Adli Tıp Anabilim Dalımız Bilirkişi Kurulunca düzenlenmiş ‘Uyutucu, Uyuşturucu, Uyarıcı Madde Aranması’ konulu raporlar geriye dönük incelenerek madde analizi yapılmış bireylerin; sosyodemografik özellikleri, anamneze göre uyutucu, uyuşturucu, uyarıcı madde kullanımı olup olmadığı, kullanmaya başlama yaşı, çoklu madde kullanımı olup olmadığı, uyuşturucu bağımlısı olup olmadığı, yoksunluk krizi yaşayıp yaşamadığı, bağımlılık tedavisi alıp almadığı, kullanma sıklığı, alınan anamnez ile analiz sonucunun uyumlu olup olmadığı, Anabilim Dalımıza başvuru zamanı, başvuru şekli ve başvuru sırasındaki durumu, bilinen ek psikiyatrik hastalığı olup olmadığı, ruhsal durum muayenesinde patoloji saptanıp saptanmadığı gibi konularda ortaya çıkan sonuçlar değerlendirilmiştir. Çalışmamız retrospektif bir çalışma olup istatistiksel karşılaştırmalarda Pearson ki-kare, Lineer ilişki, Kaplan Meier ve Spearman’s rho korelasyon testleri kullanılmıştır.

BULGULAR: Çalışmamıza Adli Tıp Anabilim Dalımıza başvuran 364 olgu alındı. Olguların; yaş ortalamasının 27.41 ± 7.31 , cinsiyet dağılımının 312 (%85.7) erkek, 52(%14.3) kadın şeklinde olduğu, verdikleri anamneze göre %68.7’sinin bekar, %83,2’sinin il merkezinde, %68,1’inin ailesi ile birlikte yaşadığı, %16,5’inin öğrenci, %1,9’unun yüksekokul ya da üniversite mezunu olduğu, maddeye başlama yaşı ortalamasının 21.89 ± 6.52 , minimum başlama yaşının 9, maksimum başlama yaşının 50 olduğu, en sık eroin kullanımı olduğu, bunu esrar ve diğer maddelerin takip ettiği anlaşıldı. Olguların; %43,7’sinin bağımlı olduğunu düşündüğünü, %50,3’ünün sürekli olarak madde kullandığını, %39,8’inin yoksunluk krizi yaşadığını, %50,3’ünün hiç bağımlılık tedavisi almadığını, %40,7’sinin sigara, %40,1’inin sigara ve alkol kullandığını belirttikleri, esrar kullananların ruhsal durum değerlendirmesinde anlamlı olarak daha az bulgu olduğu ve esrar kullanım süresinin daha fazla olduğu, tedavi alma durumu ile madde pozitifliği arasında anlamlı farklılık bulunmadığı, il merkezinde yaşayanlarda daha önceden bağımlılık tedavisi alma oranının daha yüksek olduğu saptanmıştır. Kaplan Meier analizi sonuçları, madde kullanımında en riskli dönemin 15-30 yaş arası olduğunu ortaya koydu. Madde başlama yaşıyla değişkenler arasındaki korelasyon analizi sonuçlarına göre; cinsiyet, okul türü, medeni durum, başvuru sayısı ve sırası, bağımlılık düşüncesi ve tedavi öyküsünün madde kullanmaya başlama yaşı ile arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki olduğu görüldü.

SONUÇ: Çalışmamızdaki bulgular ve tartışma göz önüne alındığında; madde bağımlılığı ile mücadelede en önemli etkenin eğitim olduğu, halen en yaygın olarak kullanılan maddelerin eroin ve esrar olduğu, madde kullanımının önlenmesi çabalarında özellikle bu maddelere karşı daha etkin bir çaba gerektiği, madde kullanımının önlenmesi çabalarında sadece yasal yaptırım ve tedavi süreçleri yeterli olmadığından problemin temelini oluşturan psikososyal nedenlere yönelik önlemler alınabilmesi açısından Sağlık Bakanlığı, Milli Eğitim Bakanlığı, Adalet Bakanlığı, Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı, medya kuruluşları ve sivil toplum örgütleri gibi birçok kurum ve kuruluşun desteğini içeren multidisipliner yaklaşıma gereksinim olduğu, tedaviye başvurma sürecinin kolaylaştırılması ve tedavi adı altında olmaksızın danışmanlık hizmetlerinin de yaygınlaştırılması, ilk kez madde kullananlar ile madde kullandıkları ilk kez ortaya çıkartılanlar da saptandığından bu olguların tedaviye yönlendirilme fırsatı sağlanmış olmasının madde kullanıcıları ile ilgili olarak denetimli serbestlik dışındaki kontrollerde Adli Tıp Anabilim Dalının verdiği hizmetin etkinliğinin önemi, adli ve tıbbi sürecin daha hızlı ve güvenilir işlemesi bakımından yerel olarak 7 gün 24 saat esasına göre çalışan merkezlerin önemi ve özellikle üniversite hastanelerinin bu hizmeti verebilecek donanıma ve personel kapasitesine sahip olduğu, elde edilen bulguların çok merkezli, prospektif ve boylamsal çalışmalarla desteklenmesi gerektiği vurgulandı.

Anahtar kelimeler: Madde Bağımlılığı, Adli Tıp

ABSTRACT

Evaluation Of The Cases For Whom The Report ‘Screening Of Depressants, Narcotics And Stimulants’ Was Prepared By The Department Of Forensic Medicine Of Suleyman Demirel University Faculty Of Medicine In The First Six Months Of 2017

PURPOSE: The cases for whom the report ‘Screening of Depressants, Narcotics and Stimulants’ was prepared by the Department of Forensic Medicine of Suleyman Demirel University Faculty of Medicine in the first six months of 2017 were evaluated in this study. Based on this evaluation, this study aimed to determine the risk factors related to drug use and the emerging problems in the province of Isparta and to build an infrastructure for conservation efforts and treatment solutions.

MATERIALS AND METHODS: The cases for whom the report ‘Screening of Depressants, Narcotics and Stimulants’ was prepared by the Department of Forensic Medicine of Suleyman Demirel University Faculty of Medicine in the first six months of 2017 were retrospectively examined in this study. These cases underwent drug testing during the admission process. From their reports, we obtained data on the sociodemographic characteristics, use of depressants, narcotics and stimulants, age of onset of drug use, multiple drug use, drug abuse, deprivation crisis, addiction treatment, frequency of drug use, compatibility of drug test result with anamnesis, admission time, admission type, legal status at the time of admission, presence of additional psychiatric diseases, and existence of pathologies on mental status examination. Our study was a retrospective study. The Pearson's Chi-square, Linear correlation, Kaplan-Meier and Spearman's rho correlation tests were used for statistical analyzes.

FINDINGS: A total of 364 cases were included in our study. The mean age of the cases was 27.41 ± 7.31 years. Of the cases, 312 (85.7%) were male and 52 (14.3%) were female. 68.7% were single. 83.2% lived in the city center. 68.1% lived with their family. 16.5% were students. 1.9% were university graduates. The mean age of onset of drug use was 21.89 ± 6.52 years (range 9-50). Of the cases, 43.7% thought that they were addicted. 50.3% continuously used drug. 39.8% had a deprivation crisis. 50.3% never received addiction treatment. 40.7% used cigarettes. 40.1% used cigarettes and alcohol together. It was found that cannabis users had fewer psychological problems and a longer duration of drug use. There was no significant relationship between treatment status and drug test positivity. It was found that the rate of getting addiction treatment was higher in those living in the city centre. Kaplan-Meier analysis revealed that the highest risk period for drug use was between 15 and 30 years of age. According to the results of the analysis of the correlation between age of onset of drug use and other variables, there was a statistically significant relationship between age of onset of drug use and gender, school type, marital status, number and rank of admission, thinking of being addicted and treatment history.

CONCLUSION: Considering the findings and discussions in our study, it has been determined that the most important factor in struggling with drug addiction is education. Because the most commonly used drugs are heroin and cannabis, efforts to

prevent drug use need to be particularly effective against these drugs. Since only legal sanctions and treatment processes are not sufficient in the efforts to prevent drug use, measures should be taken for the psychosocial reasons underlying the problem. There is a need for multidisciplinary approach involving the support of many institutions and organizations such as Ministry of Health, Ministry of National Education, Ministry of Justice, Ministry of Family and Social Policies, media organizations and non-governmental organizations. Admission to treatment should be facilitated. Counseling services should be widespread. In our study, those who used drug for the first time and who were first disclosed to use drug were identified. These cases were directed to treatment. This has demonstrated the importance of service provided by the Department of Forensic Medicine in terms of controls outside the supervised release with regard to drug users. In addition, Local centers that operate on 24 hours a day, 7 days a week are important for faster and more reliable judicial and medical process. Especially university hospitals have the equipment and staff capacity to provide this service. It was emphasized that the obtained findings should be supported by multi-centered, prospective and longitudinal studies.

Keywords: Drug Addiction, Forensic Medicine

KAYNAKÇA

1. BEERS, Mark; BERKOW, Robert. The Merck Manuel–Tanı/Tedavi El Kitabı. İstanbul: Yüce Yayınları, 2002.
2. EDITION, Fourth. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. American Psychological Association, Washington Google Scholar, 1994.
3. ABUSE, Substance. Mental Health Services Administration (SAMHSA)(2003b). Results from the 2002 National Survey on Drug Use and Health: National Findings (SMA 03-3836).
4. FAGAN, Jeffrey. Set and setting revisited: Influences of alcohol and illicit drugs on the social context of violent events. Alcohol and interpersonal violence: Fostering multidisciplinary perspectives, 1993, 24: 161-191.
5. FAGAN, Jeffrey. Interactions among drugs, alcohol, and violence. Health Affairs, 1993, 12.4: 65-79.
6. REISS, Albert J.; ROTH, Jeffrey A. Alcohol, other psychoactive drugs and violence. Understanding and preventing violence, 1993, 1: 182-220.
7. YUDKO, Errol; LOZHKINA, Olga; FOUTS, Adriana. A comprehensive review of the psychometric properties of the Drug Abuse Screening Test. Journal of substance abuse treatment, 2007, 32.2: 189-198.
8. WONG, Raphael C.; HARLEY, Y. Tse (ed.). Drugs of abuse: body fluid testing. Springer Science & Business Media, 2007.
9. VURAL, Nevin. Toksikoloji. Ankara Üniversitesi Eczacılık Fakültesi Yayınları, 1996, 73: 342-373.
10. İÇLİ, Tülin Günşen. Kriminoloji. Seçkin, 2013.
11. KÖKNEL, Özcan. Bağımlılık-alkol ve madde bağımlılığı. İstanbul: Gelişim Yayınları, 1998.
12. HASIN, Deborah S., et al. DSM-5 criteria for substance use disorders: recommendations and rationale. American Journal of Psychiatry, 2013, 170.8: 834-851.
13. Yesilay.org.tr. (2017). Bağımlılık Nedir?. [online] Available at: <https://www.yesilay.org.tr/tr/bagimlilik/bagimlilik-nedir> [Accessed 7 Nov. 2017].
14. JOHNSON, Brian. Psychological addiction, physical addiction, addictive character, and addictive personality disorder: A nosology of addictive disorders. Canadian Journal of Psychoanalysis, 2003, 11.1: 135.
15. TC İçişleri Bakanlığı Emniyet Genel Müdürlüğü. Kaçakçılık ve Organize Suçlarla Mücadele Daire Başkanlığı, 2005 Raporu. Emniyet Genel Müdürlüğü Kaçakçılık ve Organize Suçlarla Mücadele, 251: 117-65.

16. YANG, M. S., et al. Prevalence and related risk factors of licit and illicit substances use by adolescent students in southern Taiwan. *Public health*, 1998, 112.5: 347-352.
17. SCALIA, John. Federal drug offenders, 1999 with trends 1984-99. US Department of Justice, Office of Justice Programs, 2001.
18. BEYERS, Jennifer M., et al. A cross-national comparison of risk and protective factors for adolescent substance use: the United States and Australia. *Journal of Adolescent Health*, 2004, 35.1: 3-16.
19. MANCHIKANTI, Laxmaiah. National drug control policy and prescription drug abuse: facts and fallacies. 2007.
20. UNITED NATIONS OFFICE ON DRUGS; CRIME. World Drug Report 2008. United Nations Publications, 2008.
21. TOPRAK, Sadik; DOĞRU, Ahmet Özgür; GÜMÜŞ, Burak. Türkiye’de uyuşturucu madde suçları ve sosyodemografik özellikleri. *Cumhuriyet Medical Journal*, 2010, 32.1: 19-25.
22. United Nations Office on Drugs and Crime, World Drug Report 2016 (United Nations publication, Sales No. E.16.XI.7.
23. IŞIK, Mehmet. Madde Kullanımı ve Stratejik İletişim. MEHMET IŞIK, 2013.
24. BOZKURT, Oğuzhan. Madde Bağımlısı Bireylerin Bağımlılık Süreçlerinde Ailenin Etkisi. 2015.
25. LOWINSON, Joyce H. (ed.). Substance abuse: A comprehensive textbook. Lippincott Williams & Wilkins, 2005.
26. SIEGEL, Larry J. Criminology: the core. Cengage Learning, 2016.
27. KÖKNEL, Özcan. İnsanlık tarihi boyunca dünyada ve Türkiye’de uyuşturucu madde sorunları. Gelişim Yayınları, 1976.
28. Kaçakçılık ve Organize Suçlarla Mücadele Daire Başkanlığı, 2003 Raporu. s.l. : TC İçişleri Bakanlığı Emniyet Genel Müdürlüğü, 2003.
29. Tekalan Ş.A. Çağın Ölüm Tuzakları. Bilim Serisi, Sistem Matbacılık, İstanbul 2006:186,188,212,160-163.
30. KENNEDY, David O. Plants and the human brain. Oxford University Press, 2014.
31. FRIEDLAND, Susan R. (ed.). Food and Morality: Proceedings of the Oxford Symposium on Food and Cookery 2007.
32. YOKUŞ SEVÜK, Handan. Uyuşturucu veya Uyarıcı Madde Kullanılmasına İlişkin Suçlar. Birinci Baskı, Seçkin Yayıncılık, Ankara, 2007.
33. IŞIK, Mehmet; ERDAL, Hamit. Türkiye'nin Madde Kullanımı Ve Bağımlılığı İle Mücadele Politikasının Değerlendirilmesi Ve Yeni Bir Model Önerilmesi. *Electronic Turkish Studies*, 2015, 10.2.

34. BILGEN, R. Uyuşturucu maddelerin arzı ile mücadele. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Üniversitesi Adli Tıp Enstitüsü Sosyal Bilimler Ana Bilim Dalı, İstanbul, 1998.
35. SEÇİM, Gürcan. A Study on Substance Abuse Prevention. Eurasia Journal of Mathematics, Science and Technology Education, 2017, 13.6: 2485-2504.
36. STRAIN, Eric; SAXON, Andrew J.; HERMANN, Richard. MD Opioid use disorder: Epidemiology, pharmacology, clinical manifestations, course, screening, assessment, and diagnosis. 2015.
37. DRUG ENFORCEMENT ADMINISTRATION, Drugs of abuse. 1975.
38. Drugs.com. (2017). Heroin: Effects, Addiction & Treatment Options - Drugs.com. [online] Available at: <https://www.drugs.com/illicit/heroin.html> [Accessed 8 Nov. 2017].
39. FRIEDRICHSDORF, Stefan J.; POSTIER, Andrea. Management of breakthrough pain in children with cancer. Journal of pain research, 2014, 7: 117.
40. NATIONAL COLLABORATING CENTRE FOR CANCER (UK, et al. Opioids in palliative care: safe and effective prescribing of strong opioids for pain in palliative care of adults. 2012.
41. MUSTO, David F. The American disease: Origins of narcotic control. Oxford University Press, 1999.
42. NIDA. Heroin. National Institute on Drug Abuse website. <https://www.drugabuse.gov/publications/drugfacts/heroin>. July 1, 2017. Accessed November 8, 2017.
43. FEIGIN, V., et al. Global, regional, and national life expectancy, all-cause mortality, and cause-specific mortality for 249 causes of death, 1980-2015: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2015. The lancet, 2016. 388.10053: 1459-1544,
44. AYKAÇ, Mehmed. Adli Tıp Ders Kitabı. İstanbul, Çelikcr Matbaacılık, 1987, 229.
45. MYCEK, Mary J.; HARVEY, Richard A.; CHAMPE, Pamela. Farmakoloji. Nobel Tıp Kitabevleri, 1998.
46. Drugs.com. (2017). Morphine Sulfate Monograph for Professionals - Drugs.com. [online] Available at: <https://www.drugs.com/monograph/morphine-sulfate.html#> [Accessed 8 Nov. 2017].
47. INTERNATIONAL NARCOTICS CONTROL BOARD. Narcotic Drugs: Estimated World Requirements for 2008 (Statistics for 2006). United Nations Publications, 2008.
48. Karaman C. Beyaz Ölüm Sonu Ölüm Olan Tuzak. Ay Işığı Gazetesi Yayınları 1999:11,24, 28-30.

49. Palliative Care: Education & Training. (2017). Opioid Conversion Equivalency Table. [online] Available at: <https://palliative.stanford.edu/opioid-conversion/equivalency-table/> [Accessed 12 Nov. 2017].
50. CICERO, Theodore J., et al. Relationship between therapeutic use and abuse of opioid analgesics in rural, suburban, and urban locations in the United States. *Pharmacoepidemiology and drug safety*, 2007, 16.8: 827-840.
51. COLUCCI, Salvatore V., et al. Abuse potential of intravenous oxycodone/naloxone solution in nondependent recreational drug users. *Clinical drug investigation*, 2014, 34.6: 421-429.
52. KARCH, Steven B., et al. (ed.). *Pharmacokinetics and pharmacodynamics of abused drugs*. CRC Press, 2007.
53. BOARD, I. N. C. Report of the International Narcotics Control Board for 2008. 2009.
54. FOOD AND DRUG ADMINISTRATION, et al. Drug products containing hydrocodone; enforcement action dates. Notice.[Docket No. 2007N-0353]. *Fed Regist*, 2007, 72: 55780-4.
55. Medlineplus.gov. (2017). Hydrocodone Combination Products: MedlinePlus Drug Information. [online] Available at: <https://medlineplus.gov/druginfo/meds/a601006.html> [Accessed 15 Nov. 2017].
56. WIGHTMAN, Rachel, et al. Likeability and abuse liability of commonly prescribed opioids. *Journal of Medical Toxicology*, 2012, 8.4: 335-340.
57. NIDA. Drug-Related Hospital Emergency Room Visits. National Institute on Drug Abuse website. <https://www.drugabuse.gov/publications/drugfacts/drug-related-hospital-emergency-room-visits>. May 1, 2011. Accessed November 15, 2017.
58. Drugs.com. (2017). Codeine Monograph for Professionals - Drugs.com. [online] Available at: <https://www.drugs.com/monograph/codeine.html> [Accessed 15 Nov. 2017].
59. PROMMER, Eric. Role of codeine in palliative care. *Journal of opioid management*, 2011, 7.5: 401-406.
60. NEWTON, David E. *Prescription Drug Abuse: A Reference Handbook*. ABC-CLIO, 2015.
61. DRUGS, Narcotic. INTERNATIONAL NARCOTICS CONTROL BOARD. 2015. ISBN, 2014, 980013987: 21.
62. BOEKHOUT VAN SOLINGE, Tim. *L'héroïne, la cocaïne et le crack en France. Trafic, usage et politique*. Amsterdam: CEDRO (Centrum voor Drugsonderzoek, Universiteit van Amsterdam), 1996.
63. HOGSHIRE, Jim; ALFVEGREN, Skylaïre. *Pills-a-go-go: A fiendish investigation into pill marketing, art, history and consumption*. Feral House, 1999.

64. SAVCHUK, S. A., et al. Chromatographic study of expert and biological samples containing desomorphine. *Journal of Analytical Chemistry*, 2008, 63.4: 361-370.
65. Drugs.com. (2017). Methadone Hydrochloride Monograph for Professionals - Drugs.com. [online] Available at: <https://www.drugs.com/monograph/methadone-hydrochloride.html> [Accessed 15 Nov. 2017].
66. Verywell. (2017). What Is Opioid Use Disorder in the New DSM-5?. [online] Available at: <https://www.verywell.com/opioid-use-disorder-22046> [Accessed 15 Nov. 2017].
67. ŞAHİN, M. Madde Bağımlılığı Konusunda Türkiye’de Yapılmış Olan Lisansüstü Tezler Üzerine Bir Değerlendirme. Tezsiz Yüksek Lisans Dönem Projesi, Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimler Enstitüsü, Ankara, 2007.
68. DENİZ, Nurbanu; EKEN, Ayşe. BAĞIMLILIK YAPICI İLAÇLAR VE KULLANILAN ANALİZ YÖNTEMLERİ.
69. CENTER FOR SUBSTANCE ABUSE TREATMENT, et al. —How Stimulants Affect the Brain and Behavior. 1999.
70. Drugs.com. (2017). Top 100 Drugs for Q4 2013 by Sales - U.S. Pharmaceutical Statistics. [online] Available at: <https://www.drugs.com/stats/top100/sales> [Accessed 15 Nov. 2017].
71. World Drug Report 2016. (2016). Austria, Vienna: United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC).
72. AVOIS, L., et al. Central nervous system stimulants and sport practice. *British journal of sports medicine*, 2006, 40.suppl 1: i16-i20.
73. BAGOT, Kara Simone; KAMINER, Yifrah. Efficacy of stimulants for cognitive enhancement in non- attention deficit hyperactivity disorder youth: a systematic review. *Addiction*, 2014, 109.4: 547-557.
74. POMARA, Cristoforo, et al. Data available on the extent of cocaine use and dependence: biochemistry, pharmacologic effects and global burden of disease of cocaine abusers. *Current medicinal chemistry*, 2012, 19.33: 5647-5657.
75. ZIMMERMAN, Janice L. Cocaine intoxication. *Critical care clinics*, 2012, 28.4: 517-526.
76. CONNORS, Nicholas J.; HOFFMAN, Robert S. Experimental treatments for cocaine toxicity: a difficult transition to the bedside. *Journal of Pharmacology and Experimental Therapeutics*, 2013, 347.2: 251-257.
77. RESNICK, Richard B.; KESTENBAUM, Richard S.; SCHWARTZ, Lee K. Acute systemic effects of cocaine in man: a controlled study by intranasal and intravenous routes. *Science*, 1977, 195.4279: 696-698.
78. SORDO, L., et al. Cocaine use and risk of stroke: a systematic review. *Drug and alcohol dependence*, 2014, 142: 1-13.

79. GOLDSTEIN, Rachel A., et al. Cocaine: history, social implications, and toxicity: a review. In: Seminars in diagnostic pathology. WB Saunders, 2009. p. 10-17.
80. KARILA, Laurent, et al. Cocaine addiction: current data for the clinician. *Presse medicale* (Paris, France: 1983), 2014, 43.1: 9-17.
81. ABUBAKAR, I. I.; TILLMANN, T.; BANERJEE, A. Global, regional, and national age-sex specific all-cause and cause-specific mortality for 240 causes of death, 1990-2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013. *Lancet*, 2015. 385.9963: 117-171.
82. HEAL, David J., et al. Amphetamine, past and present—a pharmacological and clinical perspective. *Journal of Psychopharmacology*, 2013, 27.6: 479-496.
83. SHOPTAW, Steven J., et al. Treatment for amphetamine withdrawal. The Cochrane Library, 2009.
84. EUROPEAN MONITORING CENTRE FOR DRUGS AND DRUG ADDICTION. European Drug Report 2014: Trends and Developments. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, 2014.
85. YU, Shaobin, et al. Recent advances in methamphetamine neurotoxicity mechanisms and its molecular pathophysiology. *Behavioural neurology*, 2015, 2015.
86. United Nations Office on Drugs and Crime (2007). Preventing Amphetamine-type Stimulant Use Among Young People: A Policy and Programming Guide. New York: United Nations. 2007.
87. "List of psychotropic substances under international control". International Narcotics Control Board. United Nations. August 2003.
88. GONZALES, Rachel; MOONEY, Larissa; RAWSON, Richard A. The methamphetamine problem in the United States. *Annual review of public health*, 2010, 31: 385-398.
89. COURTNEY, Kelly E.; RAY, Lara A. Methamphetamine: an update on epidemiology, pharmacology, clinical phenomenology, and treatment literature. *Drug and alcohol dependence*, 2014, 143: 11-21.
90. BALINT, Erica E.; FALKAY, George; BALINT, Gabor A. Khat—a controversial plant. *Wiener Klinische Wochenschrift*, 2009, 121.19: 604-614.
91. KELLY, John P. Cathinone derivatives: a review of their chemistry, pharmacology and toxicology. *Drug testing and analysis*, 2011, 3.7- 8: 439-453.
92. BRETTEVILLE-JENSEN, Anne Line, et al. Synthetic cannabinoids and cathinones: prevalence and markets. 2013.
93. FASS, Jennifer A.; FASS, Andrea D.; GARCIA, Angela S. Synthetic cathinones (bath salts): legal status and patterns of abuse. *Annals of Pharmacotherapy*, 2012, 46.3: 436-441.

94. VAN HOUT, Marie Claire; BRENNAN, Rebekah. Plant food for thought: A qualitative study of mephedrone use in Ireland. *Drugs: education, prevention and policy*, 2011, 18.5: 371-381.
95. JERRY, Jason; COLLINS, Gregory; STREEM, David. Synthetic legal intoxicating drugs: the emerging 'incense' and 'bath salt' phenomenon. *Cleve Clin J Med*, 2012, 79.4: 258-64.
96. PROSSER, Jane M.; NELSON, Lewis S. The toxicology of bath salts: a review of synthetic cathinones. *Journal of Medical Toxicology*, 2012, 8.1: 33-42.
97. James D, Adams RD, Spears R et al (2011) Clinical characteristics of mephedrone toxicity reported to the U.K. National Poisons Information Service. *Emerg Med J* 28(8):686-689. .
98. KOVÁCS, Katalin; TÓTH, Anita Réka; KERESZTY, Éva Margit. A new designer drug: methyldone related death. *Orvosi hetilap*, 2012, 153.7: 271-276.
99. MURRAY, Brittany L.; MURPHY, Christine M.; BEUHLER, Michael C. Death following recreational use of designer drug "bath salts" containing 3, 4-methylenedioxypropylvalerone (MDPV). *Journal of Medical Toxicology*, 2012, 8.1: 69-75.
100. WOOD, David M., et al. Case series of individuals with analytically confirmed acute mephedrone toxicity. *Clinical Toxicology*, 2010, 48.9: 924-927.
101. COHEN, Richard S. *The love drug: marching to the beat of ecstasy*. Routledge, 1998.
102. MCDOWELL, David M.; KLEBER, Herbert D. MDMA: its history and pharmacology. *Psychiatric Annals*, 1994, 24.3: 127-130.
103. GRIFFITHS, P.; VINGOE, L. *The use of amphetamines, ecstasy and LSD in the European Community: a review of data on consumption patterns and current epidemiological literature*. Londres: National Addiction Centre, 1997.
104. GOUZOULIS-MAYFRANK, E., et al. Psychopathological, neuroendocrine and autonomic effects of 3, 4-methylenedioxyethylamphetamine (MDE), psilocybin and d-methamphetamine in healthy volunteers Results of an experimental double-blind placebo-controlled study. . 142.1: 41-50, s.l. : Psychopharmacology, 1999.
105. HERMLE, Leo, et al. Psychological effects of MDE in normal subjects. *Neuropsychopharmacology*, 1993, 8.2: 171-176.
106. SPRUIT, Inge P. Monitoring synthetic drug markets, trends, and public health. *Substance use & misuse*, 2001, 36.1-2: 23-47.
107. HUETHER, G.; ZHOU, D.; RÜTHER, E. Causes and consequences of the loss of serotonergic presynapses elicited by the consumption of 3, 4-methylenedioxymethamphetamine (MDMA, "ecstasy") and its congeners. *Journal of neural transmission*, 1997, 104.8-9: 771-794.

108. RICAURTE, George A.; YUAN, Jie; MCCANN, Una D. (\pm) 3, 4-Methylenedioxymethamphetamine ('Ecstasy')-induced serotonin neurotoxicity: studies in animals. *Neuropsychobiology*, 2000, 42.1: 5-10.
109. BUCKINGHAM, John (ed.). *Dictionary of organic compounds*. CRC Press, 1985.
110. NOMINUM, Index. *International Drug Directory*. Taylor &, 2000.
111. KRISTEN, Gerfried; SCHAEFER, Annelies; VON SCHLICHTEGROLL, Ansgar. Fenetylline: therapeutic use, misuse and/or abuse. *Drug and alcohol dependence*, 1986, 17.2: 259-271.
112. KATSELOU, Maria, et al. Fenethylline (Captagon) Abuse—Local Problems from an Old Drug Become Universal. *Basic & clinical pharmacology & toxicology*, 2016, 119.2: 133-140.
113. Voltaire, R. (2017). Le Captagon®, arme principale des jihadistes. [online] Réseau Voltaire. Available at: <http://www.voltairenet.org/article183119.html> [Accessed 15 Nov. 2017].
114. UNITED NATIONS OFFICE ON DRUGS AND CRIME. *Amphetamines and Ecstasy: 2008 Global ATS Assessment*. UN, 2008.
115. Captured by Captagon: A New Drug of Choice in The Gulf. *The Economist*. [Çevrimiçi] 22 July 2017. [Alıntı Tarihi: 15 November 2017.] <https://www.economist.com/news/middle-east-and-africa/21725167-dangerous-arrival-dangerous-region-new-drug-choice-gulf>.
116. GREENHILL, Laurence L.; HALPERIN, Jeffrey M.; ABIKOFF, Howard. Stimulant medications. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 1999, 38.5: 503-512.
117. STEIN, D. B. *Ritalin Çözüm Değil* (çeviren: Ali Ercivan). *Kitap Matbaacılık (Kuraldışı yayıncılık)*, İstanbul, 2002.
118. LUNA, G. Cajetan. Use and abuse of amphetamine-type stimulants in the United States of America. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 2001, 9.2: 114-122.
119. ÖZDEN, Salih Yaşar. *Uyuşturucu Madde Bağımlılığı Teşhis, Tedavi, Tedbir*. 1992.
120. GOLD, M. S.; TULLIS, M. *Cannabis*. *Textbook of substance abuse treatment*, 1999, 165-181.
121. MARTIN, Billy R., et al. *Neurobiology of marijuana*. In: *Textbook of substance abuse treatment* (2nd ed. 1999.).
122. ÖGEL, Kültegin. *Madde kullanım bozuklukları epidemiyolojisi*. *Türkiye Klinikleri Dahili Tıp Bilimleri Dergisi Psikiyatri*, 2005, 1.47: 61-4.
123. Pali MJ, Tharratt RS, Albertson TE. Phencyclidine and its congeners. In: *Critical Care Toxicology*, 1st ed, Brent J, Wallace KL, Burkhart KK, et al (Eds), Mosby, Philadelphia 2005. p.777.

124. WRIGHT, Harry H., et al. Phencyclidine-induced psychosis: eight-year follow-up of ten cases. *Southern medical journal*, 1988, 81.5: 565-567.
125. YAGO, K. B., et al. The urban epidemic of phencyclidine (PCP) use: clinical and laboratory evidence from a public psychiatric hospital emergency service. *The Journal of clinical psychiatry*, 1981, 42.5: 193-196.
126. Heard, K. and Hoppe, J. (2017). Phencyclidine (PCP) intoxication in adults. [online] UpToDate. Available at: <https://www.uptodate.com/contents/phencyclidine-pcp-intoxication-in-adults> [Accessed 15 Nov. 2017].
127. HOFFMAN, Albert. LSD: my problem child. *The Drug User: Documents*, 1840-1960, 1980.
128. DELGADO, J. Intoxication from LSD and other common hallucinogens. UpToDate Waltham, MA: UpToDate, 2012.
129. Drug Enforcement Administration, US Department of Justice. Drugs and Chemicals of Concern. http://www.deadiversion.usdoj.gov/drugs_concern [Accessed on November 15, 2017].
130. RICHARDSON, William H.; SLONE, Cheryl M.; MICHELS, Jill E. Herbal drugs of abuse: an emerging problem. *Emergency medicine clinics of North America*, 2007, 25.2: 435-457.
131. AL-ASSMAR, Sami E. The seeds of the Hawaiian baby woodrose are a powerful hallucinogen. *Archives of internal medicine*, 1999, 159.17: 2090-2090.
132. BLAHO, Kari, et al. Clinical pharmacology of lysergic acid diethylamide: case reports and review of the treatment of intoxication. *American journal of therapeutics*, 1997, 4.5-6: 211.
133. LIEBERMAN, Abraham N., et al. Carotid artery occlusion following ingestion of LSD. *Stroke*, 1974, 5.2: 213-215.
134. RAVAL, Mehul V., et al. Percutaneous transluminal angioplasty in the treatment of extensive LSD-induced lower extremity vasospasm refractory to pharmacologic therapy. *Journal of Vascular and Interventional Radiology*, 2008, 19.8: 1227-1230.
135. KLOCK, John C.; BOERNER, Udo; BECKER, Charles E. Coma, hyperthermia and bleeding associated with massive LSD overdose: a report of eight cases. *Western Journal of Medicine*, 1974, 120.3: 183.
136. ABUSE, Substance, et al. Key substance use and mental health indicators in the United States: results from the 2015 National Survey on Drug Use and Health. Substance Abuse and Mental Health Services Administration website. [https://www.samhsa.gov/data/sites/default/files/NSDUH-FFR1-2015/NSDUH-FFR1-2015.pdf](https://www.samhsa.gov/data/sites/default/files/NSDUH-FFR1-2015/NSDUH-FFR1-2015/NSDUH-FFR1-2015.pdf). Published September, 2016.
137. ABUSE, Substance. Mental Health Services Administration, Drug Abuse Warning Network, 2011: National Estimates of Drug-Related Emergency Department Visits. HHS publication no.(SMA), 2013, 13: 4760.

138. JOHNSTON, Lloyd D., et al. Monitoring the Future national results on adolescent drug use: Overview of key findings, 2012. 2013.
139. HOOVER, Valerie, et al. Internet access to Salvia divinorum: implications for policy, prevention, and treatment. *Journal of substance abuse treatment*, 2008, 35.1: 22-27.
140. LANGE, James E., et al. College student use of Salvia divinorum. *Drug and alcohol dependence*, 2008, 94.1: 263-266.
141. Drugs.com. (2017). Ketamine Injection - FDA prescribing information, side effects and uses. [online] Available at: <https://www.drugs.com/pro/ketamine-injection.html> [Accessed 15 Nov. 2017].
142. GREEN, Steven M., et al. Clinical practice guideline for emergency department ketamine dissociative sedation: 2011 update. *Annals of emergency medicine*, 2011, 57.5: 449-461.
143. ZGAIA, Armeana Olimpia, et al. The role of ketamine in the treatment of chronic cancer pain. *Clujul Medical*, 2015, 88.4: 457.
144. ZAPANTIS, Antonia; LEUNG, Simon. Tolerance and withdrawal issues with sedation. *Critical care nursing clinics of North America*, 2005, 17.3: 211-223.
145. DOMINO, Edward F. Taming the ketamine tiger. *Anesthesiology: The Journal of the American Society of Anesthesiologists*, 2010, 113.3: 678-684.
146. BEHRING, C. S. L. WHO MODEL LIST OF ESSENTIAL MEDICINES.
147. See Max Daly, 2014, "The Sad Demise of Nancy Lee, One of Britain's Ketamine Casualties," at Vice (online), July 23, 2014.
148. SCHIFANO, Fabrizio, et al. Trapped in the " K-hole": overview of deaths associated with ketamine misuse in the UK (1993-2006). *Journal of clinical psychopharmacology*, 2008, 28.1: 114-116.
149. GIANNINI, A. James; UNDERWOOD, Ned A.; CONDON, Maggie. Acute ketamine intoxication treated by haloperidol: a preliminary study. *American journal of therapeutics*, 2000, 7.6: 389-392.
150. **Giannini, James A.** *Drug Abuse: A Family Guide to Detection, Treatment & Education.* s.l. : Health Information Pr, 1999. ISBN 1-885987-11-0.
151. LAWN, Will, et al. The NBOMe hallucinogenic drug series: patterns of use, characteristics of users and self-reported effects in a large international sample. *Journal of Psychopharmacology*, 2014, 28.8: 780-788.
152. GEE, Paul, et al. Case series: toxicity from 25B-NBOMe—a cluster of N-bomb cases. *Clinical Toxicology*, 2016, 54.2: 141-146.
153. Medlineplus.gov. (2017). Sodium Oxybate: MedlinePlus Drug Information. [online] Available at: <https://medlineplus.gov/druginfo/meds/a605032.html> [Accessed 15 Nov. 2017].

154. BENZER, Theodore I.; CAMERON, Scott. Toxicity, Gamma-hydroxybutyrate. eMedicine. Verkkodokumentti. 2007.
155. SAYTZEFF, Alexander. 4. Ueber die Reduction des Succinylchlorids. European Journal of Organic Chemistry, 1874, 171.2: 258-290.
156. Laborit H, Jouany JM, Gerald J, Fabiani F: Generalities concernant l'étude expérimentale de l'emploi clinique du gamma hydroxybutyrate de Na; Aggressologie 1:407; 1960.
157. LI, James; STOKES, Sharon Arnaud; WOECKENER, Anna. A tale of novel intoxication: a review of the effects of γ -hydroxybutyric acid with recommendations for management. Annals of emergency medicine, 1998, 31.6: 729-736.
158. COUPER, F. J.; MARINETTI, L. J. gamma-Hydroxybutyrate(GHB)-- Effects on Human Performance and Behavior. Forensic science review, 2002, 14.1: 101-121.
159. GALLOWAY, G. P., et al. Abuse and therapeutic potential of gamma-hydroxybutyric acid. Alcohol, 2000, 20.3: 263-269.
160. THAI, Dung, et al. GHB and ethanol effects and interactions in humans. Journal of clinical psychopharmacology, 2006, 26.5: 524.
161. SOLGUN, Sertaç. Uyuşturucu Madde Kaçakçılığı Ve Alternatif Çözüm Önerileri. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Muğla Üniversitesi, Muğla, 2002.
162. JARVIS, Margaret, et al. Appropriate Use of Drug Testing in Clinical Addiction Medicine. Journal of Addiction Medicine, 2017, 11.3: 163-173.
163. Drug Testing. McNeil, Shawn E. ve Cogburn, Mark. Florida : StatPearls Publishing, 2017.
164. HAYEK, Shady N., et al. The efficacy of hair and urine toxicology screening on the detection of child abuse by burning. Journal of burn care & research, 2009, 30.4: 587-592.
165. BABOR, Thomas F., et al. Brief intervention for hazardous and harmful drinking: a manual for use in primary care. 2001.
166. GAVIN, Douglas R.; ROSS, Helen E.; SKINNER, Harvey A. Diagnostic validity of the drug abuse screening test in the assessment of DSM- III drug disorders. Addiction, 1989, 84.3: 301-307.
167. KNIGHT, John R., et al. Validity of the CRAFFT substance abuse screening test among adolescent clinic patients. Archives of pediatrics & adolescent medicine, 2002, 156.6: 607-614.
168. MADRAS, Bertha K., et al. Screening, brief interventions, referral to treatment (SBIRT) for illicit drug and alcohol use at multiple healthcare sites: comparison at intake and 6 months later. Drug and alcohol dependence, 2009, 99.1: 280-295.

169. Hoffman, R. (2017). Testing for drugs of abuse (DOA). [online] UpToDate. Available at: <https://www.uptodate.com/contents/testing-for-drugs-of-abuse-doa> [Accessed 14 Nov. 2017].
170. WALSH, J. Michael. New technology and new initiatives in US workplace testing. *Forensic science international*, 2008, 174.2: 120-124.
171. MOODY, David E., et al. A comparative evaluation of the instant-view 5-panel test card with OnTrak TesTcup Pro 5: comparison with gas chromatography-mass spectrometry. *Journal of analytical toxicology*, 2006, 30.1: 50-56.
172. PEACE, Michelle R., et al. An evaluation of the OnTrak Testcup®-er on-site urine drug-testing device for drugs commonly encountered from emergency departments. *Journal of analytical toxicology*, 2002, 26.7: 500-503.
173. CROUCH, Dennis J., et al. A field evaluation of five on-site drug-testing devices. *Journal of analytical toxicology*, 2002, 26.7: 493-499.
174. LIN, Chia-Ni; NELSON, Gordon J.; MCMILLIN, Gwendolyn A. Evaluation of the NexScreen and DrugCheck Waive RT urine drug detection cups. *Journal of analytical toxicology*, 2012, 37.1: 30-36.
175. TAYLOR, E. Howard, et al. Accuracy of five on-site immunoassay drugs-of-abuse testing devices. *Journal of analytical toxicology*, 1999, 23.2: 119-124.
176. ATTEMA-DE JONGE, Milly E.; PEETERS, Suzanne YG; FRANSSEN, Eric JF. Performance of three point-of-care urinalysis test devices for drugs of abuse and therapeutic drugs applied in the emergency department. *The Journal of emergency medicine*, 2012, 42.6: 682-.
177. BUSH, Donna M. The US mandatory guidelines for federal workplace drug testing programs: current status and future considerations. *Forensic Science International*, 2008, 174.2-3: 111-119.
178. BAUMGARTNER, Werner A. Hair Analysis for Drugs of Abuse: Solving the Problems of Urinalysis. Testimony before the US, House of Representatives, Subcommittee on Human Resources, 1987, 20.
179. Panthee B, Panthee S, Gyawali S, Kawakami N. Prevalence and correlates of substance use among health care students in Nepal: a cross sectional study. *BMC Public Health*. 2017 Dec 12;17(1):950. doi: 10.1186/s12889-017-4980-6.
180. Svingen L, Dykstra RE, Simpson JL, Jaffe AE, Bevins RA, Carlo G, DiLillo D, Grant KM. Associations Between Family History of Substance Use, Childhood Trauma, and Age of First Drug Use in Persons With Methamphetamine Dependence. *J Addict Med*. . 2016 Jul-Aug;10(4):269-73.
181. Lee CG, Seo DC, Torabi MR, Lohrmann DK, Song TM. Longitudinal Trajectory of the Relationship Between Self-Esteem and Substance Use From Adolescence to Young Adulthood. *J Sch Health*. 2018 Jan;88(1):9-14. doi: 10.1111/josh.12574.
182. Shin SH, McDonald SE, Conley D. Patterns of adverse childhood experiences and substance use among young adults: A latent class analysis. *Addict Behav*.

- 2017 Nov 13;78:187-192. doi: 10.1016/j.addbeh.2017.11.020. [Epub ahead of print].
183. Berridge BJ, McCann TV, Cheetham A, Lubman DI. Perceived Barriers and Enablers of Help-Seeking for Substance Use Problems During Adolescence. *Health Promot Pract.* 2017 Feb 1:1524839917691944. doi: 10.1177/1524839917691944. [Epub ahead of print].
 184. Garcia-Huidobro D, Doty JL, Davis L, Borowsky IW, Allen ML. For Whom Do Parenting Interventions to Prevent Adolescent Substance Use Work? *Prev Sci.* 2017 Nov 18. doi: 10.1007/s11121-017-0853-6. [Epub ahead of print] Review.
 185. Bennett TH. Differences in the age-drug use curve among students and non-students in the UK. *Drug Alcohol Rev.* 2014 May;33(3):280-6. doi: 10.1111/dar.12100. Epub 2014 Mar 25.
 186. Boulton MA, O'Connell KA. Past Year Substance Use by Student Nurses. *J Addict Nurs.* 2017 Oct/Dec;28(4):179-187. doi: 10.1097/JAN.0000000000000193.
 187. Panthee B, Panthee S, Gyawali S, Kawakami N. Prevalence and correlates of substance use among health care students in Nepal: a cross sectional study. *BMC Public Health.* 2017 Dec 12;17(1):950. doi: 10.1186/s12889-017-4980-6.
 188. Durdu Altuner, Nalan Engin, Cüneyt Güner, İlkay Akyay, Arif Akgül. Madde kullanımı ve suç ilişkisi: kesitsel bir araştırma. *Tıp Araştırmaları Dergisi:* 2009;7(2):87-94.
 189. Ögel K, Tamar D, Evren C, Çakmak D. İstanbul'da lise gençleri arasında sigara, alkol ve madde kullanım yaygınlığı. *Klinik Psikiyatri* 2000;3:242-245.
 190. Balseven A, Özdemir Ç, Tuğ A, Hancı H, Doğan YB. Madde kullanımı, bağımlılıktan korunma ve medya. *STED* 2002;11(1):91-93.
 191. Lammers SM, Soe-Agnie SE, de Haan HA, Bakkum GA, Pomp ER, Nijman HJ. Substance use and criminality: a review. *Tijdschr Psychiatr.* 2014;56(1):32-9.
 192. Malhotra C, Sharma N, Saxena R, Ingle GK. Drug use among juveniles in conflict with the law. *Indian J Pediatr.* 2007 Apr;74(4):353-6.
 193. Dawkins MP. Drug use and violent crime among adolescents. *Adolescence.* 1997;32(126):395-405.
 194. Kokkevi A, Liappas J, Boukouvala V, Alevizou V, Anastassopoulou E, Stefanis C. Criminality in a sample of drug abusers in Greece. *Drug Alcohol Depend.* 1993 Jan;31(2):111-21.
 195. Alpay N, Karamustafaoğlu N, Kükürt R. Madde bağımlılarında suç. *Düşünen Adam* 1995;8(2):16-17.
 196. Ögel K, Aksoy A. Tutuklu ve hükümlü ergenlerde madde kullanımı. *Bağımlılık Dergisi* 2007;8:11-17.

197. Türkcan A. Türkiye'de madde kullananlar ın profili: hastane verilerinin incelenmesi. Düşünen Adam 1998;11(3):56-64.
198. İçli T. Uyuşturucu madde suçlarında bazı sosyal faktörler. H.Ü. Ed. Fak. Derg. 1985;3(2):115-127.
199. Gökler R, Koçak R. Uyuşturucu ve madde bağımlılığı. Sosyal Bilimler Araştırmaları Dergisi 2008;1:89-104.
200. Artuç S, Doğan KH, Demirci Ş. Uyuşturucu maddelerde yeni trend: sentetik kannabinoidler. Adli Tıp Bülteni, 2014;19(3):198-203.
201. Ögel K. Madde kullanım bozuklukları epidemiyolojisi. J Int Med Sci 2005;1(47):61-64.
202. Metin A, Subaşı Ş, Ögel K, Güzeloğlu M. Uçucu ve uyuşturucu madde bağımlılığında deri bulguları. T Klin Dermatoloji 2001;11:61-67.

