



T. C.

**ÜSKÜDAR ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**SOSYAL HİZMET ANABİLİM DALI
YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**VAKA DANIŞMANI OLAN VE OLMAYAN SENTETİK KANNABİNOİD
BAĞIMLILARININ REMİSYON SÜRELERİNİN KARŞILAŞTIRILMASI**

Yusuf YUSUFOĞLU

**Tez Danışmanı
Doç. Dr. Rabia BİLİCİ**

İSTANBUL-2019

T. C.
ÜSKÜDAR ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

SOSYAL HİZMET ANABİLİM DALI
YÜKSEK LİSANS TEZİ

VAKA DANIŞMANI OLAN VE OLMAYAN SENTETİK KANNABİNOİD
BAĞIMLILARININ REMİSYON SÜRELERİNİN KARŞILAŞTIRILMASI

Yusuf YUSUFOĞLU

Tez Danışmanı
Doç. Dr. Rabia BİLİCİ

İSTANBUL-2019

T. C.
ÜSKÜDAR ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

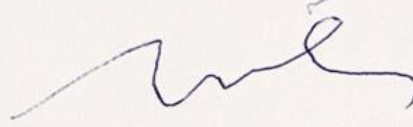
Anabilim Dalı : Sosyal Hizmet
Program : Sosyal Hizmet Tezli Yüksek Lisans Programı
Öğrenci No : 164205053
Öğrenci Adı Soyadı : Yusuf YUSUFOĞLU

“Bağımlılık Merkezinde Takip Edilen Hastalardan, Vaka Danışmanı Olan Ve Olmayanların Remisyon Sürelerinin Karşılaştırılması” isimli çalışma aşağıdaki jüri tarafından 30.01.2019 tarihinde yapılan sınavda Yüksek Lisans Tezi olarak oybirliğiyle kabul edilmiştir.

Jüri Başkanı: Dr. Öğr. Üyesi Abdülhakim BEKİ
Üsküdar Üniversitesi



Danışman: Doç.Dr. Rabia BİLİCİ
Sağlık Bilimleri Üniversitesi



Üye : Doç. Dr. İshak AYDEMİR
Bahçeşehir Üniversitesi



ONAY

Bu tez, yukarıdaki jüri üyeleri tarafından uygun görülmüş ve Enstitü Yönetim Kurulu'nun tarih ve sayılı kararıyla kabul edilmiştir.

Doç. Dr. Türker Tekin ERGÜZEL
Enstitü Müdürü

ÖZET

Türkiye’de ve dünyada yapılan araştırmalar gün geçtikçe madde bağımlılığının yaygınlaştığını, tedavisinin uzun ve maliyetli olduğunu göstermektedir. Tedavi hizmetlerinin maliyetli olması ve hedeflenen başarının elde edilememesi; bağımlılık tedavisinde yeni ve modern yöntemlere yönelme ihtiyacını ortaya çıkarmıştır. Vaka danışmanlığı da bu çerçevede ele alınabilecek yöntemlerden biridir.

Bu çalışmada madde bağımlılığı tedavisinde, vaka danışmanlığı hizmeti alan ve bu hizmeti almadan takibi yapılan hastaların remisyon sürelerinin değerlendirilmesi ve karşılaştırılması hedeflenmiştir. Bu amaçla iki ayrı ayaktan bağımlılık tedavi merkezine başvuran sentetik kannabinoid kullanım bozukluğu tanısı almış, amaçsal örneklem yöntemiyle seçilen 100 hasta u ay boyunca izlenmiştir. Elde edilen bulgularla vaka danışmanı olan 43 hastanın 33’ (%76,7) remisyonunda kalmış olup 10 hastada (%23,3) relaps saptanmıştır. Vaka danışmanı olmayan 37 hastanın ise 15’i (%40,5) remisyonunda kalmış olup 22’sinde (%59,5) relaps saptanmıştır. Çalışma sonuçlarına göre vaka danışmanı olan ve olmayan hastalar arasında remisyon süreleri açısından anlamlı fark bulunmuştur.

Elde edilen veriler, madde kullanım bozukluğu olan bireylerin vaka danışmanı tarafından takip edilmesinin remisyon sürelerine olumlu etkileri olacağını düşündürtmektedir. Bu konuda yapılan çalışmaların artması yeni bir model olan vaka danışmanlığının etkilerini daha net görmemizi sağlayacaktır.

Anahtar Kelimeler: Sentetik kannabinoid, bağımlılık, vaka danışmanlığı, remisyon

ABSTRACT

The studies conducted in Turkey and in the world indicate that drug addiction is becoming widespread day by day and its treatment takes long and costs too much. The cost of treatment services and failure to achieve the targeted success have revealed the need for new and modern methods in treatment of addiction. Case counseling is one of the methods that can be considered within this scope.

In this study, it was aimed to evaluate and compare the remission periods of the patients who received case counseling services and were followed up during the treatment of substance addiction. For this purpose, 100 patients who applied to the addiction treatment center, were diagnosed with synthetic cannabinoid use disorder and selected with purposive sampling method were followed up for three months. 33 out of the 43 patients with a case counselor (76.7%) remained in remission and relapses were detected in 10 of them (23.3%). 15 out of the 37 patients without a case counselor (40.5%) remained in remission and relapses were detected in 22 of them (59.5%). According to the study results, significant differences were observed in patients with and without a case counselor in terms of remission period.

The data obtained suggest that follow-up of the individuals with substance abuse by case counselors will have positive impact on remission periods. Increasing the number of studies conducted on this subject will enable us to see more clearly the effects of a new model case counseling.

Keywords: Synthetic cannabinoid, addiction, case counselor, remission

TEŞEKKÜR

Bu zor sürecin başından sonuna kadar desteğiyle yanımda olan, süreci kolaylaştıran, iyi ki tanıdım dediğim değerli danışman hocam Doç. Dr. Rabia BİLİCİ'ye şükranlarımı sunuyorum.

Yüksek lisans eğitimim boyunca çok şey öğrendiğim, desteğini aldığım değerli hocam İsmail BARIŞ'a; tez sürecinde danıştığım, destek aldığım değerli hocalarım Doç. Dr. Ömer Miraç YAMAN, Doç. Dr. Merih ALTINTAŞ, Doç. Dr. Bülent Kadri GÜLTEKİN, Uzm. Dr. Başak ÜNÜBOL, Uzm. Dr. Erkal ERZİNCAN'a teşekkür ediyorum.

Tez yazım sürecinde zorlandığım, içinden çıkamadığım zamanlarda desteklerini esirgemeyen iş arkadaşlarım Ayşe Nazlı HUNCA, Elif ÇİNKİ, Gizem AKÜLKER, Seda BOYACIOĞLU, Melike MAYI, Nesteren UYGUN'a; fikirleriyle yolumu açan arkadaşlarım Veysi AKA, Emrah APAK, Arzu BALIM, Defne MURT, Feyza ÜNAL ve Buket DULKADİR'e şükranlarımı sunuyorum.

Yardımları ve destekleriyle tez sürecimi kolaylaştıran değerli aileme, çalışmayı yapmamda destekleri olan tüm Erenköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi çalışanlarına çok teşekkür ediyorum.

BEYAN

Bu çalışmanın kendi tez çalışmam olduğunu, planlamasından yazımına kadar hiçbir aşamasında etik dışı davranışımın olmadığını, tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, tez çalışmasıyla elde edilmeyen bütün bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi beyan ederim.

30.01.2019

Yusuf YUSUFOĞLU



İÇİNDEKİLER

ÖZET	i
ABSTRACT	ii
TEŞEKKÜR	iii
BEYAN	iv
İÇİNDEKİLER	v
TABLolar LİSTESİ	vii
SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ	viii
1. GİRİŞ	1
2. GENEL BİLGİLER	3
2.1 Bağımlılık	3
2.1.1 Tanım	3
2.1.2 Tarihçe	7
2.1.3 Etiyoloji	9
2.2 Sentetik Kannabinoid Kullanım Bozukluğu	14
2.2.1 Tanım	14
2.2.2 Tarihçe	15
2.2.3 Epidemiyoloji	16
2.3 Madde Bağımlılığında Depreşme ve Remisyon	18
2.3.1 Depreşme	18
2.3.2 Remisyon	21
2.4 Madde Bağımlılığı Tedavisi	23
2.4.1 Tedavi İlkeleri	23
2.4.2 Tedavi Aşamaları	25
2.5 Vaka Danışmanlığı	27
2.5.1 Vaka Danışmanının Görevleri	29
2.5.2 Danışanın Psikososyal Sorunlarıyla İlgili Görevler:	31
2.5.3 Tedavi ve Sosyal Destek ile İlgili Görevler	31
2.5.4 Ailelere Yönelik Görevler:	31
2.5.5 Sosyal Rehabilitasyon ile İlgili Görevler:	32
3. GEREÇ VE YÖNTEM	33
3.1 Araştırmanın Türü	33
3.2 Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri	34
3.3 Araştırma Evreni ve Örneklemi	34
3.4 Verileri Toplamada Kullanılan Araçlar	35

3.4.1 Hasta İlk Görüşme Formu	35
3.4.2 Hasta Takip Formu	36
3.5 Araştırmanın Uygulanması	36
3.6 Veri Analizi	37
3.7 Araştırmanın Sınırlılıkları	38
4. BULGULAR	39
4.1 Hastaların Sosyo-Demografik Özellikleri	39
4.2 Hastaların Bağımlılık Özellikleri	40
4.3 Hastaların Remisyon ile İlgili Özellikleri	40
5. TARTIŞMA	44
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	50
7. KAYNAKLAR	52
EKLER	58
EK 1: HASTA İLK GÖRÜŞME FORMU	58
EK 2: HASTA GÖRÜŞME TAKİP FORMU	59
EK 3: ÖZGEÇMİŞ	60

TABLolar LİSTESİ

Tablo 1: DSM-IV-TR ve DSM-5'e Göre Remisyon Gidiş Belirleyicileri	23
Tablo 2: Çalışmaya alınan hastaların sosyodemografik özellikleri	39
Tablo 3: Merkezlere Göre Hastaların Remisyonda Kalma Oranları	40
Tablo 4: Hastaların çalışma durumu ile remisyon ilişkisi	41
Tablo 5: Merkezlere göre hastaların çalışma durumu ve remisyon ilişkisi	41
Tablo 6: Hastaların başvuru şekli ve remisyon ilişkisi.....	42
Tablo 7: Merkezlerin başvuru şekli ve remisyon oranları arasındaki ilişki.....	42
Tablo 8: 2008-2012 yıllarında tedavi görenlerin yaş ortalaması	45
Tablo 9: Ulaşılabilen ve ulaşılamayan hasta sayıları	48

SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

<u>Simge</u>	<u>Açıklama</u>
AB	: Avrupa Birliği
ABD	: Amerika Birleşik Devletleri
AKT	: Aktaran
AM	: Alexandras Makriyannis
AMATEM	: Alkol Madde Tedavi ve Eğitim Merkezi
ARK	: Arkadaşları
ATM	: Ayaktan Madde Bağımlılığı Tedavi Merkezleri
BADEM	: Bağımlılık Danışma ve Eğitim Merkezi
ÇEMATEM	: Çocuk Ergen Madde Tedavi Merkezi
DSM	: The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
EGM	: Emniyet Genel Müdürlüğü
KOM	: Kaçakçılık ve Organize Suçlarla Mücadele
EMCDDA	: Avrupa Uyuşturucu ve Uyuşturucu Bağımlılığı İzleme Merkezi
ERSHH	: Erenköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi
HIV	: İnsan İmmün Yetmezlik Virüsü
HU	: Hebrew Üniversitesi
JWH	: John William Huffman
Ki-Kare	: Chi-Square
M.Ö.	: Milattan önce
N	: Kişi sayısı
P	: Probability (Olasılık)
SK	: Sentetik kannabinoid
SPSS	: Sosyal Bilimler için İstatistik Paketi
THC	: Tetrahydrocannabinol
TUBİM	: Türkiye Uyuşturucu ve Uyuşturucu Bağımlılığı İzleme Merkezi
TÜİK	: Türkiye İstatistik Kurumu

1. GİRİŞ

Psikoaktif madde kullanımını tüm dünyada olduğu gibi Türkiye’de de toplum sağlığını tehdit etmektedir. Biyopsikososyal bir sorun olan madde kullanım bozukluğu; kişiye, kişinin sosyal çevresine ve yaşam kalitesine zarar vermektedir.

Madde kullanım bozukluğu; düşük eğitim düzeyine, ekonomik sorunlara, ahlaki çözümlere ve sağlık sorunlarına yol açmakta; bireysel ve toplumsal hayata etki etmektedir. Bu problemler özellikle gençleri etkilemekte, gelecek nesil için risk oluşturmaktadır (Başkurt, 2003).

Son yıllarda psikoaktif madde kullanımını ve bağımlılığı Türkiye gündeminde sık sık yer almaya başlamıştır. Epidemiyolojik çalışmalara bakıldığında Türkiye’deki madde kullanım oranlarının Avrupa ve Amerika Birleşik Devletlerine (ABD) göre daha düşük olduğunu ancak kullanım sıklığında artış olduğunu göstermektedir (Yüncü ve ark., 2006). Ülkemizde de son yıllarda bu konuyla ilgili çeşitli epidemiyolojik çalışmalar yapılmaktadır. Yapılan bu çalışmalar gelecek için umut verici olsa da hala yeterli olmadığı görülmektedir (Asan ve ark., 2015).

Türkiye’de genel nüfus üzerine günümüze kadar yapılmış olan en kapsamlı çalışmalardan biri 2011 yılı içerisinde, Türkiye Uyuşturucu ve Uyuşturucu Bağımlılığı İzleme Merkezi (TUBİM) tarafından gerçekleştirilmiştir. TUBİM’in 2011 yılındaki raporuna göre; ülkemizde 15 ile 64 yaş grubu arasındaki nüfus içerisinde herhangi bir yasadışı bağımlılık yapıcı maddeyi en az bir kere deneme oranı %2,7 olarak bulunmuştur (Özen ve Bekar, 2014). Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK)’in 2010 yılı verilerine göre ise, herhangi bir maddenin en az bir kere deneme oranı erkek bireylerde %1,26 iken kadın bireylerde %0,61 olarak saptanmıştır (TÜİK, 2010).

Madde bağımlılığı, Türkiye’de olduğu gibi dünyada da gittikçe daha büyük bir sorun haline gelmektedir. Birleşmiş Milletler Madde Kontrol Programı’nın 2005 yılında yayımladığı verilere göre son bir yıl içerisinde 200 milyon insan, yani 15 ile 64 yaş aralığındaki dünya nüfusunun yaklaşık olarak %5’inin yasa dışı madde kullanımını olmuştur (Asan ve ark., 2015).

ABD’de yapılmış olan bir çalışmada; yaşam boyu alkol kötüye kullanım yaygınlığının %17,8, bir yıllık yaygınlığının %4,7, yaşam boyu alkol bağımlılığı oranının ise %12,5 olduğu bulunmuştur (Hasin ve ark., 2007).

Bağımlılık; farklı risk etkenleri ile koruyucu etkenlerin etkileşimi sonucu ortaya çıkan, biyolojik ve psikososyal kökenli davranışsal bir sorun olarak ele alınabilmektedir. Kişinin maddeden uzaklaşmasını ya da yeniden madde kullanmaya başlama süresinin uzatılmasını sağlamak için bağımlı bireyin, içerisinde bulunduğu sosyal koşulların iyileştirilmesi önem arz etmektedir. Bağımlı bireyin çevresinde, maddeyle ilişkili faktörlerin göz ardı edilmesi, tedavide uzun süreli bir remisyon sürecini olanaksız kılar (Polat, 2014).

Bağımlı bireyin madde arındırma süreci sonrasında tedavide kalmasını sağlamaya yönelik bir uygulamanın ele alındığı bu çalışmada; madde bağımlılığı tedavisinde, vaka danışmanlığı hizmeti alan ve bu hizmeti almadan takibi yapılan hastaların remisyon sürelerinin değerlendirilmesi ve karşılaştırılması hedeflenmektedir. Bu bağlamda, Türkiye’de bağımlılık alanında yeni bir yöntem olan vaka danışmanlığının işleyişi hakkında bilgi sunulması amaçlanmaktadır.

Çalışmanın temel hipotezi ise şu şekildedir: madde bağımlılığı tanısı almış bireylerin; vaka danışmanları tarafından takip edilmelerinin remisyon sürelerine olumlu etkileri vardır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1 Bağımlılık

2.1.1 Tanım

Bağımlılık, günümüze kadar birçok disiplinin konusu olması ve etki ettiği sosyokültürel bağlamın çeşitlilik göstermesi sebebiyle tanımı ile ilgili evrensel bir kabul olduğunu söylemek güçtür (West ve Brown, 2013; akt. Karaman, 2017).

Kelime anlamı olarak oldukça geniş bir kavram olan bağımlılık genel anlamıyla; nesnelere, kişilere veya varlıklara duyulan önlenemez istek ya da başka bir iradenin etkisine maruz kalma durumu olarak tanımlanabilir. Bir diğer deyişle; ruh ve beden sağlığına ya da sosyal yaşama zarar vermesine rağmen, insanların bu zararlı davranışı tekrarlamaya yönelik engellenemeyen bir istek duymaları halidir (Uzbay, 2009a).

Arıkan'a (2012) göre keyif verici özelliği olan bir maddeden belirgin bir haz almak amacıyla alınması sürecinde; ruhsal, bedensel veya sosyal sorunlar oluşturmaya rağmen kullanımına devam edilmesi, kullanma isteğinin durdurulamaması ve kullanılmadığında yoksunluk belirtilerinin ortaya çıkması durumudur. Bağımlılık geliştiği zaman; o madde, kişi için bedensel ve ruhsal ihtiyaç haline gelir.

Ögel (2001) bağımlılık kavramını; “kişinin kullandığı maddeyi defalarca bırakmaya çalışmasına rağmen bırakamaması, gittikçe kullandığı dozu arttırması, kullanmayı kestiğinde yoksunluk belirtilerinin ortaya çıkması, zarar görmesine rağmen madde kullanmaya devam etmesi, zamanının büyük bir kısmını maddeyi aramakla geçirmesi durumu” olarak tanımlamıştır.

Uluslararası Hastalık Sınıflandırması Versiyon IO (ICD10) tanı kriterlerinde, bağımlılık kavramını kullanmayıp “zararlı kullanım” kavramını tercih etmiştir. Zararlı kullanımı ise, “kişiye ruhsal ve fiziksel açıdan zararları olan maddelerin kullanılması” olarak açıklamaktadır (Cacciola ve Woody, 2005).

Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabında (DSM-II) madde kullanımıyla ilgili kriterler sosyopatik kişilik bozukluğu başlığı altında listelenmiştir.

DSM-II’de bu şekilde yer alması, madde kullanım bozukluğunun geçmiş yıllarda özgün kişilik yapısından kaynaklandığının düşünüldüğünü göstermektedir.

DSM-III ile birlikte ilk defa madde kötüye kullanımı ile bağımlılık arasında ayırım yapılmıştır. Bağımlılık tanısı için, hastanın tolerans gelişimi ile yoksunluk ve fizyolojik bağımlılığın belirtilerinin oluşması gerektiği vurgulanmıştır.

DSM-5’te madde kullanım bozukluklarının tanısız ölçütleriyle ilgili birkaç önemli değişiklik tavsiye edilmiştir. “Madde Kullanımı ile İlişkili Bozukluklar” kategorisi “Bağımlılık ve İlişkili Bozukluklar” olarak yeniden adlandırılmıştır (Evren ve ark., 2012). DSM-5’e göre madde kullanım bozukluğu tanı ölçütleri şu şekildedir (Koroğlu, 2013);

12 aylık dönemde ortaya çıkan, aşağıdaki kriterlerden iki ya da daha fazlasının kendini gösterdiği, klinik gözlemlerde bozulma veya sorunlara yol açan bir madde kullanımı süreci:

1. İş yeri, okul veya evde alması beklenen sorumlulukların alınmaması ile sonuçlanan yineleyici şekilde madde kullanımı
2. Fiziksel açıdan tehlike oluşturabilecek durumlarda tekrarlayan madde kullanımı
3. Madde ile ilgili birden fazla tekrarlayan yasal sorunlar
4. Aşağıdaki seçeneklerden biriyle tanımlanabilecek toleransın gelişmiş olması:
 - a. İntoksikasyon veya istenen etkinin sağlanabilmesi için belirgin bir şekilde madde kullanım miktarını artırma isteği
 - b. Sürekli olarak aynı miktarlarda kullanılan maddenin belirgin bir şekilde daha az etki göstermesi
5. Aşağıdakilerden biri ile tanımlanabilecek yoksunluk gelişmiş olması:
 - a. Maddenin alınmaması durumunda o maddeye has yoksunluk belirtileri
 - b. Yoksunluk belirtilerine maruz kalmamak veya bu belirtilerden kurtulmak amacıyla aynı veya benzeri maddenin alınması
6. Söz konusu maddeyi çoğu kez tasarlanandan daha yüksek miktarda veya daha uzun süre alınması
7. Madde kullanımına son vermek veya denetim altına almak amacıyla sürekli bir istek ya da boşa çıkan çabalar vardır.

8. Maddeyi temin etmek, kullanmak veya madde etkisinden kurtulmak için çok zaman harcama
9. Madde kullanımını sebebiyle mesleki, toplumsal görevler veya boş vakitleri değerlendirmeye ilgili etkinliklerin azaltılması veya bırakılması
10. Maddenin yol açtığı veya var olan durumu alevlendirdiği, sürekli olan veya tekrarlayıcı bir şekilde ortaya çıkan psikolojik, fiziksel bir sorunun olduğu bilinmesine rağmen madde kullanımının sürdürülmesi
11. Aşırma ya da madde kullanmaya duyulan güçlü bir arzu

Bağımlılık yapıcı maddelerde farmakolojik yapı, bağımlılığın psikolojik ve fiziksel nitelikleri, kötüye kullanımı, kişisel ve toplumsal etkileri farklılık gösterebilmektedir. Bu farklılıklardan dolayı madde bağımlılığıyla daha etkin mücadele etmek için Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) bağımlılık tiplerini tanımlamıştır (Uzbay, 2009b).

Dünya Sağlık Örgütüne göre bağımlılık tipleri aşağıda gösterildiği gibidir:

- a. Alkol bağımlılığı
- b. Opiyat bağımlılığı
- c. Tütün bağımlılığı
- d. Kokain bağımlılığı
- e. Amfetamin bağımlılığı
- f. Barbitürat bağımlılığı
- g. Halüsinojen bağımlılığı
- h. Esrar bağımlılığı
- i. Uçucu bağımlılığı
- j. Khat bağımlılığı

Bilinen ve yasalarla kontrol altına alınmış olan psikoaktif maddelerin dışında, bu maddelere benzer etkiler gösteren yeni psikoaktif maddelerden olan sentetik kannabinoidler (SK) de “esrar bağımlılığı” adı altında değerlendirilebilir (Özşeker, 2017). SK’lerle ilgili yeterli çalışma olmadığından literatürde bilinirliği diğer maddelere göre daha az olduğu görülmektedir.

2.1.1.1 Bağımlılık yapıcı maddeler

Literatürde madde; uyuşturucu madde, kısıtlı madde, narkotik madde, psikoaktif madde gibi isimlerle anılmaktadır. Psikoaktif madde ifadesini benimseyen Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ, 1981); “sağlığın sürdürülebilmesi için yiyecek gibi gerekli olmamasına rağmen biyolojik yapıyı ve işlevleri değiştiren herhangi bir madde veya madde karışımı” olarak tanımlamıştır (Maisto ve ark., 2008).

Bağımlılık oluşturan maddeler için “narkotik” ifadesi kapsamlı olarak görünse de bu kavram daha çok polis önlemlerinde veya cezai işlemlerde bir jargon olarak kullanılabilir. Aynı söz Türkçeye “uyuşturucu” olarak çevrilmiştir; ancak bu kavram da yeterince kapsayıcı değildir. Çünkü çoğunlukla bu maddelerin etkilerinin “Uyuşma”, “Narkoz” ve “Anestezi” ile doğrudan ve dolaylı bir ilgisi yoktur. Hatta kimi otoriteler bütün bu maddelerin bir bağımlılığa neden olduğu savını da kabul etmemektedirler. İnsanların; algıları, duyguları, bilinç düzeyleri, uyanıklıkları, düşünceleri ve kaygıları gibi çeşitli zihinsel-ruhsal durumlarının, vücuda alınan çeşitli maddelerle değişiklik göstermesi her zaman ilgilerini çekmiştir. Bu etkilere büyüsel ve doğaüstü anlamlar yüklenmiştir. Sonuç olarak bütün bu maddeler çok geniş kullanım alanı bulmuştur (Babaoğlu, 1997).

Zaruri olarak hiçbir ihtiyacı olmadığı halde maddeler, insanoğlunun hayatında vazgeçilmez bir yer almışlardır. Bütün alkollü ve alkolsüz içkilerin, tütün ve tütün ürünlerinin, çay, kahve ve benzeri maddelerin, kakaonun ve daha yüzlerce maddenin kullanım alanlarının genişliği göz önünde bulundurulacak olursa insanoğlu, bu tür maddeler olmadan yaşayamaz gibi bir sonuca bile varılabilir. Böyle bir sonucun şüphesiz haklılık payı da vardır. Bu sebeple; gereksinim olmadığı halde, sadece ruhsal olarak değişikliklere yol açtığı için bütün bu maddelere “Psikoaktif, ‘ruha etkili’” maddeler adını vermek daha doğrudur (Babaoğlu, 1997).

Birleşmiş Milletler de dokümanlarında genellikle narkotik/uyuşturucu ve psikotrop madde terimini kullanırken Amerikan Psikiyatri Derneği psikoaktif maddeleri geniş anlamıyla; yalnızca “madde” terimini kullanarak ifade etmektedir (Işık, 2013).

Dünyada 4000’den fazla psikoaktif madde içerikli bitkinin olduğu tahmin edilmektedir. Ancak bu maddelerden 60 civarının insanlar tarafından kullanıldığı

bilinmektedir (Gregory, 2011).

Bağımlılık Yapan Maddelerin sınıflandırılması genel olarak aşağıdaki gibidir:

- a. Alkol
- b. Opioidler
- c. Kannabis ve türevleri
- d. Nikotin içeren tütün ürünleri
- e. Kafein ve tilksantinler
- f. Psikomotor stimulanlar
- g. Barbitüratlar
- h. Benzodiazepinler
- i. Halüsinojenler
- j. Uçucu solventler (inhalanlar)

Psikoaktif maddeleri bu şekilde belli alt başlıklara ayırarak kategorize etmek, bilimsel araştırmaların daha etkin sonuçlar vermesini sağlamaktadır. Psikoaktif maddelerin etkilerinin çeşitli, moleküler yapılarının farklı olması bu maddeleri ayrı başlıklar altında incelenmesini zorunlu kılmaktadır. Bağımlılık yapıcı maddelerin bu düzeyde incelenmesi madde bağımlılığına yol açan ve bağımlılığı etki eden düzeneklerin daha iyi anlaşılması noktasında önemlidir. Bazı otoriteler, psikoaktif maddeleri şu anki kısıtlı bilimsel verilerle şiddet düzeylerine göre sınıflandırılması gerektiğini ifade etmektedirler. Bu durum sınıflandırmayı yaparken bazı psikoaktif maddeleri diğerlerine göre daha tehlikesiz göstermeye ve bu da bağımlılık oluşumuna teşvik edebilecek hatalı bir yaklaşıma yol açabilir. Sonuç olarak maddeler nasıl sınıflandırılırsa sınıflandırılınsın; madde bağımlılığı ciddi sonuçları olan bir beyin hastalığıdır (Uzbay, 2009b).

2.1.2 Tarihçe

Tarih boyunca yeryüzünde cenneti yaratmak isteyen insanoğlu, kısa ve kestirme yollardan rahat ve kolay elde edilen mutluluk için çabalamıştır. Zamanın şartlarına göre değişiklik gösteren çeşitli maddeler kullanarak beynin normal çalışmasını engellemek suretiyle kısmen veya tamamen farklı bir algılamaya ile yaşamsal sorunlarından kaçıp “plastik düşlerle” geçici mutluluklara ulaşmaya çalışmışlardır (Kalyoncu, 2010).

Bu geçici mutluluklara ulaşmanın yanında, ağrıları azaltmak ve hastalıkları iyileştirmek için de kullanmışlardır. Afyon ile esrar, Tanrının sağlık ile mutluluk için insanlara bahsettiği nimetler olarak kabul edilirdi. İlkel toplumların sağaltım törenlerinde, ayinlerde, erkeklığe adım atma törenlerinde “değiştirilmiş bilinç durumları” denilen, normalden daha farklı bilinç düzeylerine ulaşmak amacıyla kullanılan açlık, susuzluk, dua, derin düşünme, dans, uykusuzluk, işitsel uyarıcılar, hipnotik telkinler gibi yöntemlere başvurulmaktaydı. Bu yöntemlerle birlikte halüsinojen etkileri olan bitkiler, afyon türevleri, esrar ve koka bitkisinin yaprakları gibi psikoaktif maddeler de önemli bir rol oynamaktaydı (Ögel, 1997).

Tarihte bağımlılık ve zararlarından bahsedilen ilk metinlerin Roma Kanunları olduğu ifade edilmektedir. Bunun yanı sıra Mısır ve Yunan yazıtlarında da aşırı alkol kullanımının vereceği zararlardan söz edilmektedir. (West ve Brown, 2013).

İnsanların bilinç düzeylerini değiştirmek amacıyla bitkilerin kullanıldığı eski Yunan ve Roma uygarlıklarında; “Bacchus” ve “Dionisos” adıyla anılan içki tanrıları bulunmaktaydı. M.Ö. 2700’lü yıllarda, Çin’in ilk imparatorlarından Shen Yung’un “Şifalı Bitkiler Tarifi” adlı kitabında esrardan bahsedilmektedir. Günümüzde de Ekvator’da yaşayan Jivaro yerlileri adlı topluluk doğaüstü güçlerle iletişim kurabilmek için uyuşturucu etkileri olan bitkileri kullanmaktadırlar. Hayvanlar da doğadan elde edilebilen maddeler kullanmaktadır. Örneğin; atlar ile keçiler, Amerika’da Teksas çöllerinde yetişmekte olan halüsinojen etkileri olan otları yerler. Bazı kuşların ise mayalanmış bitkileri yedikleri ve keyifle uçtukları söylenebilir (Tarhan ve Nurmedov, 2011).

Mezopotamya’da Sümerliler, sonrasında Asurlular haşhaş bitkisine aşına oldukları ve tedavi edici ilaç olarak kullandıklarına dair bilgiler mevcuttur. M.Ö. 2000-1500 yıllarından kalma günümüze kadar gelebilen Mısır papirüslerinde de afyonun tedavi edici özelliğiyle kullanıldığına dair bilgiler elde edilmiştir. Afyon, Anadolu’da tarihi bilgilere göre M.Ö. 3000 yıllarından beri yetiştirildiği bilinmektedir. Mezopotamya’da varlığını sürdürmüş olan Sümerler “gil” ismini verdikleri kenevir ve haşhaş yetiştirmiş ve tedavi amacıyla kullanmışlardır. Günümüzde Anadolu’da afyona; “gil” sözcüğünden türediği düşünülen “geli” adı verilmektedir (Ögel, 2010).

Bütün medeniyetler veya dinler alkol ve madde kullanımıyla ilgili farklı bakış açıları geliştirmişlerdir. Modern dönemde ise bakış açısı bilimsel çerçevede ele alınmış ve özellikle beyinle ilgili keşifler, madde ve alkol bağımlılığı ile ilgili anlayışı temelli değiştirmiş, bağımlılığa karşı daha etkin bir anlayışla ele alınmasına olanak sağlamıştır (Tarhan ve Nurmedov, 2011).

2.1.3 Etiyoloji

Bağımlılığın sebebi olarak tek bir nedenden bahsetmek çok güçtür. Birden fazla etken bir arada olabilir. Bağımlılığa yol açan etkenlerin tümünü tek çatı altında toplamak da mümkün değildir. Çünkü sayılabilecek tüm etkenlerin dışında da bir etken gelişmiş olabilir; ayrıca bağımlılığın nedeni mutlak olarak belirlenmiş de değildir. Tek veya birden fazla mutlak sebepten bahsedemezsek de belli başlıklar altında bağımlılığın sebeplerinden söz etmek mümkündür (Ögel, 2001).

Emniyet Genel Müdürlüğü'nün (EGM) 2012'de yayınladığı raporda bağımlılığın sebepleriyle ilgili; kişinin kişilik yapısı, ailesiyle ilgili yaşadığı olumsuzluklar, arkadaş çevresinin kişiye etkisi, maddeye karşı merak, kaygı ve korkuyu yenmek için kullanmaya başlamak olarak açıklamaktadır. Türkiye'de 2009 yılında madde kullanan bireylerle yapılan bir araştırma neticesinde; "Nasıl madde kullanmaya başladınız?" sorusunu, katılımcıların %40,5'i "merak" olarak cevaplamışlardır. Bu cevabı %23,6 ile arkadaş etkisi takip etmektedir. Üçüncü sırada ise %15,2 ile aileyle ilgili sorunlar ve dördüncü olarak %12,1 ile kişisel sorunlar gelmektedir (EGM ve KOM, 2012).

ünyada yaşanan ekonomik, sosyal ve teknolojik değişimler; aile içi ilişkileri zayıflatmakta ve aile yapısına zarar vermektedir. Aile yapıları geniş aile yapısından çekirdek aileye dönüşmekte ve bu süreçte ailelerin yaşadıkları en büyük risklerden biri çocuklarının sosyal çevrelerinde zararlı alışkanlıkları öğrenmesi ve bunları benimsemesidir. Sosyal öğrenme modeline göre: kişinin akran ve arkadaşlarında psikoaktif madde kullanımının olması kişinin de merak etmesine ve kullanmasına yol açabilmektedir (Coşkun, 2006). Kendi kişisel kimliğini, toplumdaki yerini ve rolünü belirlemek amacıyla kişi, içinde yaşadığı kültürün dışında başka alt kültürlerden de etkilenmekte ve bu alt kültürlerde kendini ispat etmeye çalışmaktadır (Köknel, 2001).

Ögel (2001) madde kullanmaya başlayan bireylerde sıklıkla karşılaşılan madde kullanma nedenlerini; psikolojik etkenler, kalıtsal etkenler, biyolojik etkenler, sosyokültürel etkenler ve diğer etkenler olarak ele almaktadır.

2.1.3.1 Psikolojik Etkenler

Klasik psikanaliz öğretisine öncülük eden Freud, psikoseksüel gelişim aşamalarından biri olan oral dönemde bağımlılığın geliştiğini belirtir. Bu dönemde anneye aşırı bağımlılık, karamsar bir ruh hali, içsel çöküntü, tutarsızlık gibi davranışlar görülebilir. Çocukluk çağında doyma hissi veren süt, su, meme vb. nesnelere yerini; ilerleyen yaşlarda sigara, alkol ve psikoaktif maddeler alır. Böylelikle hem doyma hem de hazza ulaşma nesnelere sigara, alkol ve psikoaktif maddeler olur (Ögel, 2001).

Yapılan araştırmalarda; psikoaktif madde bağımlılığı olan bireylerde bağımlılık gelişmeden önce özgün bir kişiliğe sahip olmamasına rağmen; bağımlılık geliştikten sonra kendine saygıyı sürdürme gücü, özgüven ve ego zayıflığı gibi bazı sorunların ortaya çıktığı görülmektedir (Gabbard, 1994). Bazı araştırmalarda stres faktörü yüksek olan bireylerde stres faktörü düşük olan bireylere göre alkol ve madde kullanım riskinin daha fazla olduğu ile ilgili veriler elde edilmiştir. Stres algısının sorunlarla başa çıkma becerilerini olumsuz etkilediği bilinmektedir. Bireylerin yoğun stres yaşaması ve etkili başa çıkma becerileri noktasında kendilerini geliştirememesi nedeniyle madde kullanım risklerinin arttığı söylenebilir (Demirsoy, 1999).

Alfred Adler'e göre aşağılık duygusu davranışları belirler. Bu duygu tüm kişiliğe hâkim olmaya başlarsa aşağılık kompleksine dönüşür. Yeterlilik, güçlülük, üstünlük duygularının bireyin gelişimine ve davranışlarına önemli etkileri vardır. Doğuştan gelen sakatlıklar, zorlu eğitim sistemi, iş hayatında ve sosyal hayatta başarısızlıklar, karşı cinse beslenen duygular ve bu duyguların yarattığı hayal kırıklıkları insan hayatında karmaşaya yol açar. Bu karmaşanın içinden çıkamayanlar, duygularla baş edemeyenler alkol ve psikoaktif maddeler ile yaşadıkları sorunların üstesinden gelmeye çalışırlar (Ögel, 2001).

Dünyaya gözlerini açtığında ilk önce "ben" in farkına varan insan, sonrasında "ben değil" in yani kendisi dışındaki varlıkların farkındalığını kazanır. Yaşı ilerledikçe

dış dünyayla daha fazla ilişki kurar. Bu ilişkinin oluşmaya başladığı dönemde ailenin kişiye yaklaşımı çok önemlidir. Çünkü dış dünyayla kurulacak ilişki ilk onlarla kurulacaktır. Bu aşamada sevgi ve güven duygularında yaşanacak eksiklikler, bireyin hayatı boyunca ihtiyaç duyacağı duygular olarak kalacaktır. Bireyin anne rahmindeki güveni, huzuru ve rahatlığı aradığı temeline dayanan görüşün öncüsü Otto Rank; kişi, anneden kopuş duygusunun yarattığı kaygıyı bastırmak ve tekrar anne rahmindeki dönemde yaşadığı rahata ve huzura ulaşmak için alkol ve maddeye yöneldiğini ileri sürmüştür. Psikoaktif madde kullanımıyla dış dünyaya karşı oluşan izole durum sebebiyle kişi kendini anne rahmindeki gibi güvende hissetmektedir (Ögel, 2001).

Yapılan araştırmalarda, madde kullanım bozukluğuyla antisosyal kişilik bozukluğunun birbiriyle ilişkisine dikkat çekilmiştir. Cinsiyetlere göre değerlendirildiğinde; erkeklerin kadınlara göre çok daha fazla antisosyal davranışlar sergiledikleri ve suça yönelik davranışlar gösterdikleri; kadınlar ise bu konuda daha farklı olduğu; antisosyal kişilik bozukluğunun daha az görüldüğü ileri sürülmektedir. Kadınlarda, antisosyal davranışlar erkeklere göre daha düşük olsa da alkol kullanım sorunu olan kadınların antisosyal davranışlarının alkol kullanımlarıyla ilintili olduğu ifade edilmektedir (Ullman, 2003).

2.1.3.2 Kalımsal etkenler

Psikoaktif madde bağımlılığında genetik etkinin varlığı ile ilgili birçok çalışma yapılmıştır. Bu konuyla ilgili aileler, kardeşler, ikizler ve evlat edinilen çocuklar üzerinde yapılan çalışmalar incelendiğinde;

Alkol bağımlılığında genetik yatkınlığın %50 oranında olduğunu ortaya koymaktadır (Ferguson ve Goldberg, 1997). Kadınlar özelinde yapılan benzer çalışmalarda; kadınlarda da erkekler kadar genetik yatkınlığın etkili olduğu görülmektedir (Prescott ve ark., 2000).

Psikoaktif madde kullanımı olan bireylerin aile fertlerinde de madde kullanımı olduğu sık görülmektedir. Ancak bu veriden yola çıkarak madde kullanımında genetik etkenlerin tek başına etkili olduğunu söylemek güçtür. Ailelerin yaşayış tarzı, aileden öğrenme, ailenin yaşadığı çevre gibi etkenlerin de etkili olduğu bilinmektedir. Bu

bilgiler madde kullanımının nedenleri hakkında fikir veriyor olsa da bireyin madde kullanımının kesin nedeni olarak ifade etmek güçtür (Coşkunol, 1998).

2.1.3.3 Biyolojik Etkenler

Psikoaktif maddelerin beyin üzerindeki etkileri ve bağımlılığın biyolojik nedenleri ile ilgili uzun yıllardır çalışmalar yapılmaktadır. Ancak günümüze kadar bu konuda çok büyük ilerlemelerin olduğu söylenemez. Yapılan araştırmalarla; psikoaktif maddelerin etkilediği sinir uçlarında bulunan nörotransmitter adı verilen iletimi sağlayan maddelerin ve reseptörlerin (nörotransmitterlerin yerleştiği noktalar) varlığı saptanmıştır (Ögel, 2001).

Beynin alınan maddeye uyum sağlamasına bağlı olarak hormon sistemlerinde değişikliklerle giden bir tablo ortaya çıkar. Bu değişiklikler; uyku bozukluklarına, depresif duyu durum bozukluklarına ve epileptik nöbetlere yol açabilmektedir. Bu tür psikiyatrik hastalıklar birçok nöropeptid ve nörotransmitter sisteminlerine etki etmekte ve tedavilerinin de bu sistemlere yönelik olmasını gerektirmektedir. Bağımlılığın biyolojik düzeneklerinin anlaşılması; bağımlılığın etiyolojisinin ve gelişiminin anlaşılmasına katkı sağlayacaktır. Bu da nükslerin önlenmesinde ve yeni yöntemlerin gelişmesinde etkili olacaktır (Eşel, 2001).

2.1.3.4 Sosyokültürel Etkenler

Psikoaktif maddeler insanların hayatlarını sürdürebilmeleri için bir gereksinim değildir. Haliyle insanlar madde bağımlısı olarak da dünyaya gelmezler. Hayatlarının ilerleyen dönemlerinde maddeyle tanışır, onu kullanırlar ve kullandıktan sonra belki de hayatlarının sonuna kadar madde kullanmaya devam ederler. Böylelikle insan, kendi fitratından uzaklaşarak kendisinden başka bir nesne ile var olabileceğine düşünmeye başlamaktadır. Dolayısıyla bağımlılık; sadece insan etkiyle değerlendirilemez. İnsanın yaşadığı çevre ve insanın madde ile olan ilişkileri bağlamında değerlendirmek gerekir (Ögel, 2001).

İnsanı etkileyen başlıca çevresel etmenlerden biri olarak aile gösterilebilir. Aile, insanın gelişme dönemi boyunca etkilendiği, güven ve sevgi duygularının geliştirildiği

kurumdur. Aile kurumunda yaşanan sorunlar, tüm kişiliğe etki edebilir. Aile içerisinde bağımlı bir üyenin olması diğer üyelerin de etkilenmesine sebep olmaktadır (TUBİM, 2006).

Çocukluk dönemini mutsuz geçirenler, aileleri veya bir başkası tarafından ağır fiziksel cezalandırmalar görenler, aşırı korumacı bir tutumla yetiştirilmiş olanlar, ebeveynleri ayrı olanlar, kendini kontrol etmekte güçlük yaşayan bireylerin madde bağımlılığına daha yatkın oldukları yapılan araştırmalarda görülmektedir. Madde bağımlılığı gelişen bireylerde genellikle çabuk öfkelenme, saldırganlık, duygusallık, cinsel sorunlar ve aşırı bağımlılık gereksinimi görülür (Yaşar, 2012).

Bir psikoaktif maddenin bireyin yaşadığı çevrede bulunması ve yaşadığı çevrede maddeye ulaşımın kolay olması madde kullanma ihtimalini artıran bir unsurdur. Eğer, bulunulan çevrede madde yoksa, kişi maddeyi hiç bilemez veya biliyorsa da kullanma imkânı bulamaz. Psikoaktif maddelerin bulunmadığı yerlerde, madde bağımlılığı da olmayacaktır. Türkiye’de psikoaktif maddelerin kullanımı 20 sene önce çok düşük seviyelerdeydi. Ancak günümüzde çok tehlikeli boyutlarda artış olduğunu gözlemekteyiz. Çünkü günümüzde tüm dünyada ve ülkemizde bu maddeler geçmişe göre çok daha fazla ulaşılabilir durumdadırlar (Ögel, 2001).

2.1.3.5 Diğer Nedenler

Bağımlılıkla ilgili yapılan araştırmalar, genç yaştaki bireylerin madde kullanımına başlama nedenleri arasında “merak” unsurunun en sık rastlanan etken olduğunu göstermektedir. Bu sebeple psikoaktif maddelere karşı özendirici davranışlarının madde bağımlılığında çok etkili olduğunu söylemek yanlış olmaz (Ögel, 2001).

Maddeye başlama nedeni olarak ikinci sırayı “arkadaş baskısı” almaktadır. Bir arkadaş grubunda madde kullanımı olduğunda ortamda madde kullanmayan bireye yapılan ısrar genellikle o kişinin de madde kullanımıyla sonuçlanmaktadır. Yaşamlarında karşılaştıkları sorunları çözemeyen insanların madde kullanımı sık görülmektedir. Bir başka söyleyişle çaresizlik de önemli bir faktördür (Başkurt, 2012).

Tüm ergen ve gençlerin psikoaktif madde kullanım riski vardır. Ancak psikoaktif madde kullanımı olan gençlerde sık olarak görülen özellikler dikkat çekmektedir. Bu özelliklerin görüldüğü, riski daha yüksek gençlere madde bağımlılığı ilgili eğitimler noktasında öncelik verilmelidir (Ögel, 2001).

2.2 Sentetik Kannabinoid Kullanım Bozukluğu

Çalışmanın örneklemini SK kullanımı olan hastalar oluşturacağından ve çalışmanın konu bağlamından uzaklaşmamak adına yalnızca SK kullanım bozukluğuyla ilgili bilgilere yer verilecektir.

2.2.1 Tanım

SK'ler bazı otlara kimyasal içerikli sıvıların püskürtülmesiyle elde edilir. SK, marihuana içerisinde bulunan tetrahidrokannabinol (THC) maddesi gibi etkileri olan bir uyuşturucu madde türüdür. SK'lerin içerisinde bulunan bileşenler beyinde bulunan reseptörlere etki ederek THC'nin yarattığı etkiye göre 100 kat daha fazla etki yaratırlar (Jerry, Collins ve Stroom, 2012). SK içerikli maddeler, kullanıcılar içerisinde, Avrupa kıtasında genellikle "Spice", ABD'de "K2", ülkemizde "jamaika ya da Bonzai" olarak adlandırılır (Bilici, 2014).

SK'ler saf olarak, katı ya da yağ olarak elde edilen maddelerdir. Bir çözücü (genel olarak aseton) ile çözülmeye uğratıldıktan sonra, elde edilen maddeyi çeşitli bitkilere püskürtmek, emdirmek ya da damlatmak suretiyle sentetik kimyasal maddeye bitkisel görünümü verilmektedir. SK'lerin paketlerinin üzerinde; "insan tüketimi için uygun değildir", "yalnızca aromaterapi amaçlı kullanım için" gibi ifadeler yer almaktadır. Bu paketler zaman zaman tek çeşit SK türü içermekteyken, bazen içeriğinde birden fazla SK türü barındırabilmektedir (Uyuşturucu ile Mücadele Daire Başkanlığı, 2016).

Son yıllarda Türkiye'de ve dünyada yasalar tarafından kısıtlanmış olan narkotik maddeler dışında olup bu maddelere benzer etkileri olan ve bilinirliği düşük olduğu için herhangi bir yasal kısıtlaması olmayan bu yeni sentetik maddelerde artış

gözlenmiştir. Yasal bir kısıtlamanın olmaması, diğer maddelere göre nispeten kolay temin edilebilmeleri ve bir kısmının madde kullanım testlerinde saptanamaması gibi etkenler bu maddelerin yaygınlıklarının artmasında etkili olduğu söylenebilir (Uyuşturucu ile Mücadele Daire Başkanlığı, 2016).

Avrupa Uyuşturucu ve Uyuşturucu Bağımlılığı İzleme Merkezi (EMCDDA) tarafından 2015 yılında hazırlanan “Avrupa Uyuşturucu Raporu” verilerinde; “...sentetik kationlar ve sentetik kannabinoidler en yaygın yakalanan yeni psikoaktif maddelerdir.” ifadesi yer almaktadır. 2014 yılında, üye devletlerin erken uyarı sistemlerine önceden hiç rapor edilmemiş olan 101 farklı yeni psikoaktif madde bildirildiği ifade edilmiştir. Bu sayı ile 2013 ile yılına göre %25 artış olduğu ve rapor edilen maddelerin 30 tanesinin SK olduğu bildirilmiştir.

EMCDDA'nın en büyük yeni uyuşturucu grubu olarak izlediği SK'ler; 2014 yılı içerisinde, Avrupa'da, 4 ton ağırlığında olan neredeyse 50.000 yeni nesil madde ele geçirilmiştir. Sentetik kanabinoidler, ele geçirilen psikoaktif maddelerin büyük bir kısmını oluşturmaktadır (EMCDDA, 2016).

2.2.2 Tarihçe

Kannabinoidin tarihteki ilk tıbbi kullanımı, MÖ 2700'li yıllara dayandığı biliniyor olsa da SK'lerin bulunması daha yakın bir tarihe dayanmaktadır (Artuç ve ark., 2014). İlk olarak 1940'larda kannabinoid reseptörleri ile kannabislerin araştırıldığı bilimsel çalışmalarda sentezlenen SK türleri, 1990'lı yıllarda ABD'de John William Huffman (JWH) adlı bir kimyacı tarafından geliştirilmiştir. Bu SK türü, geliştiricisinin isminin baş harfleriyle anılmaktadır. JWH grubu SK'lerin yaklaşık olarak 450 çeşit olduğu ifade ediliyor olsa da bağımlılar içerisinde yaygın olarak JWH-18 ve JWH-73 metabolitleri kullanılmaktadır. Benzer durum AM grubu SK'lerin geliştiricisi Alexandras Makriyannis (AM) ve HU grubu SK'lerin geliştiricisi olan Hebrew Üniversitesi (HU) için de geçerlidir (Sedefov ve ark., 2009).

2004 yılından itibaren sentetik kannabinoidler piyasada bulunabilir hale gelmiş, bir süre sonra yasal uyuşturucu arayanlar içerisinde popülerliği artmıştır. SK'ler 2008 yılından itibaren ABD, Avrupa ve Japonya'da yaygın olarak pazarlanabilir hale

gelmiştir. İnternet üzerinden alışverişi kolaylıkla yapılabilmekte; “Spice”, “insan tüketimi için değildir”, “bitki karışımları” gibi ifadelerle etiketlenip pazarlanmaktaydı. Pazarlama stratejileriyle tamamen bitkisel olduğu ifade edilen bu karışımlar SK reseptör agonistleriyle karıştırıldıklarından güçlü kanabimimetik etkileri görülebilmektedir. İçerik ve dozaj açısından yapıları ile ilgili eldeki verilerin sınırlı olması ve bu maddeler özelinde düzenlemelerin olmaması sebebiyle kötüye kullanımı yaygınlaşmakta ve kamu sağlığı hizmeti veren kurumlar açısından ciddi sorunlara yol açmaktadır (Evren ve Bozkurt, 2013).

Türkiye’de ilk olarak 2010 yılında JWH-018 isimli SK’nin “Bonzai” adıyla Isparta ilinde sokakta satıldığı tespit edilmiştir. Daha sonra yine aynı zamanlarda Eskişehir ilinde ilk tutuklama olayı gerçekleşmiştir (Uyuşturucu ile Mücadele Daire Başkanlığı, 2016). 2013 yılında ise narkotik operasyonlarda 11.139 SK ile ilişkili olgu bildirilmiştir. Adli Tıp Kurumunun 2013 yılı verilerinde SK ile ilişkili 35 ölüm olgusunun olduğu tespit edilmiştir (Kaçakçılık ve EGM, 2014). SK’lerin yapılarında meydana gelen hızlı değişimler sebebiyle laboratuvar testlerinde tespit edilmeleri güçtür. Bu sebeple madde kötüye kullanımda özellikle bazı sporcular, askeri personeller, iş yerinde madde testi yaptırma zorunlulukları olan gruplar içerisinde SK kullanımına rastlandığı bildirilmiştir (Peters ve Meyer, 2011).

Sentetik kannabinoidler başlangıçta Avrupa’da dikkat çeken bir uyuşturucu madde iken günümüzde bütün dünyada sorun haline gelmeye başlamıştır (Uchiyama ve ark., 2010).

2.2.3 Epidemiyoloji

SK kullanımı ile ilgili ilk olarak Avrupa ve ABD’de bazı epidemiyolojik çalışmalar yapılmıştır. İngiltere’de yapılan bir çalışmada esrar kullanımı ile SK kullanımı arasındaki ilişki tespit edilmeye çalışılmıştır. Bu çalışmaya göre 14.966 esrar kullanıcısının %17’sinin (2.513 kişi) SK de kullandığı, SK kullanan kişilerin %99,3’ünün ise geçmişinde esrar kullandığı ile ilgili bilgilere ulaşılmıştır (Winstock ve ark., 2013).

ABD’de ise 400 okulun, 12. Sınıf öğrencilerinden oluşan 45.400 kişi üzerinde yapılan “Tıbbi İlaçlar ve Yasa Dışı Maddelerin Kullanım Yaygınlığı” isimli araştırmada SK kullanım oranının %12 olduğu saptanmıştır. Yine ABD’de yapılan “2013 ABD Öğrenci Geleceği İzlemi” anketinde sentetik kannabinoidlerin 15-16 ve 17-18 yaşlarındaki bireylerde önceki yıla göre kullanım yaygınlığının sırasıyla %7,4 ve %7,9 olarak belirlendiği görülmüştür (Johnston ve ark., 2013).

Türkiye’de madde kullanım yaygınlığının tespiti amacıyla yapılan en güncel ve kapsamlı çalışma 2011 yılında yapılan “Genel Nüfusta Madde Kullanım Yaygınlığı” isimli araştırmadır. 25 ilde 15 ile 64 yaş aralığındaki 8045 kişiyle yapılan ankette bağımlılık yapıcı herhangi bir maddeyi en az bir defa deneme oranı %2,7 olduğu bulunmuştur. Denenen maddelere bakıldığında; esrarın %0,7, ekstazinin %0,1, eroinin %0,02, kokainin %0,03 ve diğer maddelerin ise %2 oranında olduğu saptanmıştır (TUBİM, 2012). Anketin uygulandığı 2011 yılında SK kullanımının yaygınlık düzeyinin düşük olması sebebiyle, ankette yer alan madde türleri arasında yer almamıştır. Ancak çalışmada esrar ve diğer madde kullanımının, madde kullanıcıları içerisinde en büyük kısmı oluşturması ve SK satışının esrar türü bir uyuşturucu gibi lanse edilmesi, bu kitlenin SK’ya yönelmesine yol açan en önemli etkenlerdendir (Uyuşturucu ile Mücadele Daire Başkanlığı, 2016).

Türkiye’deki polis verileri incelendiğinde 2015 yılı içerisinde 11.567 SK ilişkili olayın gerçekleştiği, bu olaylarla ilgili 15.948 şüpheli ve 544 kg SK yakalanması, SK’lerin yaygınlığının arttığını göstermektedir. 2015 yılında gerçekleşmiş olan SK ile ilgili olayların %84,53’ünün (9.778) kullanım amaçlı uyuşturucu madde satın alma/ bulundurma/kabul etme, %15,47’sinin (1.789) ise uyuşturucu madde imali veya ticareti olarak gerçekleştiği görülmüştür. Türkiye’de yine 2015 yılı içerisinde meydana gelen SK ilişkili olayların %26,93’ü (3.115) İstanbul ili içerisinde gerçekleşmiştir. Öte yandan 2015 verilerinde SK olaylarının %45,26’sinin (5.235) Avrupa’nın Türkiye’ye sınır başlangıç bölgesi olan Marmara Bölgesi’nde gerçekleştiği gözlenmiştir (TUBİM, 2016).

SK’lerin ilk yakalandığı tarih olan 2011 yılı itibariyle bağımlılık tedavisi için yapılan başvuru sayısında belirgin artış olduğu gözlenmiştir. Türkiye’de 2014 yılı itibariyle kamu kurumlarına bağlı 32 bağımlılık tedavi merkezi hizmet vermekte ve bu merkezlere başvuran kişiler içerisinde yoğunluğa göre SK kullanım bozukluğu olanlar ikinci sırada yer almıştır. Bu dönemde SK kullanıcıları, tedaviye başvurusu olan

kişilerin %15,81'ini (1.681) oluşturduğu görülmüştür. Ayrıca 2013 yılında tedaviye başvuran SK kullanıcılarının sayısının (391), 2014 yılında (1.681) 3,30 kat görülmüştür. İlk olarak 2010 yılı içerisinde görülmeye başlanan “Bonzai” sokak isimli SK'lere ilişkin veriler her ne kadar kısıtlı olsa da elde edilen veriler, SK'lerin kullanımının yaygınlaştığını göstermektedir (TUBİM, 2015).

SK'lerin ne ölçüde kullanıldığı ile ilgili elde edilen bu veriler, kullanım yaygınlığını anlamak açısından fikir verse de yeterli olmadığı ifade edilmektedir. Bazı araştırmalarda yeni psikoaktif maddelerin kullanımına ilişkin sorular ve bu sorulara verilen cevaplar; SK'lerin kullanım oranları hakkında ipucu vermektedir. Yapılan genel nüfus araştırmalarında SK'lerin yaygınlığı düşük gibi görünmekte bunun sebebi olarak SK'ler üzerine yapılan çalışmaların çok kısıtlı olduğu gösterilmektedir (Uyuşturucu ile Mücadele Daire Başkanlığı, 2016).

2.3 Madde Bağımlılığında Depreşme ve Remisyon

2.3.1 Depreşme

Webster's New Collegiate Sözlüğü depreşmeyi iki farklı şekilde tanımlamaktadır. Birinci tanım: “bir düzelme döneminden sonra hastalığın belirtilerinin tekrarlanması” olarak belirtilirken ikinci tanımda; “kötüleşme, doğru yoldan sapma, çökme durumu” olarak belirtilmiştir. Yine aynı sözlük, kaymayı şu şekilde tanımlanmıştır: “Tek bir olaydan ibaret olan önceki alışkanlığın tekrar ortaya çıkması durumudur. Depreşmeye yol açabilir, açmayabilir”. Kişinin bu süreçteki davranışları kaymanın depreşmeye dönüşüp dönüşmemesini belirler. Bu durum kişiye göre farklılık gösterebilir. Kişinin bu ve benzeri süreçlerle baş etmesi için çeşitli depreşme modelleri tanımlamıştır (Yılmaz ve ark., 2014). Literatürde depreşme ile alakalı diğer bazı tanımlar şu şekildedir:

- a. Madde kullanılmaya başlanmasına gizlice ve tedricen sebep olan süreç,
- b. Madde kullanım düzeyinin maddenin bırakıldığı süreçteki düzeye çıkması,
- c. Art arda belli sayıdaki günlerdeki günlük kullanım,

d. Tedavi gereksinimine yol açacak düzeyde madde kullanımı (Yılmaz ve ark., 2014).

Türkcan ve arkadaşları (2001) alkol bağımlılığı ile ilgili yaptıkları remisyon izlem çalışmasında;

Slip: Tek ölçü alkol alımı,

Laps: Bir ölçüden fazla alkol alımı ya da nüks ölçütlerini karşılamayacak düzeyde alkol alımı,

Relaps (nüks): Alkolü bıraktığı dönemki kadar alkol alımı,

Remisyon: Ya alkolü tamamen almama ya da alsa bile slip veya laps ölçütlerini aşmadan alkol almayı daha sonra sürdürmeme olarak ele almışlardır. Remisyon ile ilgili detaylı bilgilere birkaç başlık sonra değinilecektir.

Kaymayı üç farklı düzeyde incelemek gerekir. Kayma gerçekleştiğinde üç ayrı düzeye göre tedavi yolu belirlenmeli ancak üç düzey de kendi içinde kayma olarak isimlendirilmelidir.

Erken kayma (slip) : Kişinin alkol ya da maddeyi kullandığı ilk girişim olarak tanımlanabilir. Kayma terimiyle de ifade edilmektedir. Slip düzeyinde relapsın sebebi bireyin tedavi sürecinde yaşadığı bir olaydan kaynaklı olabilir. Bu düzeyde danışman, bireyin tedavideki zayıf alanlarının tespitine, çözümler üretmesine destek olmalı ve gelecekte olabilecek başka bir relapsı engellemek için önlemler almak konusunda bireye yardımcı olmalıdır (Ögel, 2010).

Kısmi kayma (laps) : Kişinin slip sonrası madde kullanımının bir kaç kez daha tekrarlamasıdır. Birçok defa madde kullanılmış ve birkaç gün boyunca bu süreç sürdüyse tedaviye başlanmalıdır. Bu düzeyde genellikle bağımlılık belirtilerinin yavaş yavaş başladığı görülür. Tedavinin yoğunlaştırılması genel olarak relapsın durdurulmasını sağlamaktadır. Bu süreçte ne olduğu gözden geçirilmeli ve bağımlı birey remisyon sürecine dönüş için yüreklendirilmelidir. Bu deneyimle gelecekte ortaya çıkabilecek başka relapsları önleyebilmek adına bireyler bilgilendirilmelidir (Türkcan ve ark., 2001).

Tam kayma (depreşme/relaps) : Kişinin madde kullanımına devam ederek, maddeyi bıraktığı dönemki davranış, yaşam biçimine geri dönmesi olarak tanımlanabilir. Bağımlı birey uzun süre madde kullanmış ve bağımlılık belirtilerinin tam olarak ortaya çıkması durumunda tedaviye geri dönmek diğer iki düzeye göre daha zordur. Genellikle bu düzeyde kişiler tedaviden uzaklaşırlar, umutlarını kaybederler. Eğer kişi tedaviye dönmeye karar verirse, arındırma tedavisi ile tedaviye yeniden başlamak gerekir (Ögel, K. 2010).

Depreşme ile kayma arasında bazı ayrımlar olduğu belirtilmektedir. Bu konuyla ilgili kavramsal olarak ayırım yapan Marlatt, kaymayı madde kullanmama süreci sonunda maddenin ilk kullanımı olarak tanımlarken depreşmeyi ise ilk kullanım gerçekleştikten sonra devam eden içme davranışı olarak tanımlamıştır (Daley ve Marlatt, 1997).

Günümüze kadar olan süreçte depreşme ile ilgili davranışsal, biyolojik ve sosyal bilim alanlarında çok sayıda görüş ve kuram ortaya atılmıştır. Günümüzde ilgili disiplinler; alkol ve madde bağımlılığı özelinde depreşme ile ilgili birçok etkenin rol oynadığını ifade etmektedir (Ceylan, 2003).

Alkol ve madde bağımlılığında tedavi ve tedavinin takip edilmesinde en önemli faktörlerden biri depreşmedir. Alkol ve madde bağımlılığı sebebiyle tedavi edilmiş bireylerin tedavi sonrası depreşme oranları ile ilgili birçok çalışma mevcuttur. Yapılan bir çalışmada tedaviden 2 hafta sonra depreşme oranı, yüzde 35, 3 ay sonra yüzde 58 bulunmuştur. Depreşmenin tedavi öncesi kullanım miktarına dönüş olarak tanımlanan bir çalışmada ise 12 aylık izlem sonunda depreşme oranı yüzde 50 olarak bulunmuştur. Bu konuda ülkemizde de yapılan birçok çalışma vardır. Yatarak tedavi gören alkol bağımlılarıyla yapılan 12 aylık izlem sonunda depreşme oranı yüzde 62 olarak bulunmuştur (Evren ve ark., 2010). Depreşmenin tek bir defa alkol almak olarak tanımlandığı bir çalışmada ise 12 aylık süre sonunda depreşme oranının yüzde 90 olduğu bulunmuştur. Bu çalışmalar dışında kullanılan maddeden bağımsız yapılan 3-6 aylık çalışmalarda depreşme gerçekleşme oranlarının yüksek olduğu saptanmıştır (Walton ve ark., 1994).

2.3.2 Remisyon

DSM-IV'e göre remisyon en az 1 aylık süreçte psikoaktif madde bağımlılığı veya madde kötüye kullanım tanı kriterlerinden herhangi birinin olmaması durumu olarak tanımlanmaktadır (Köroğlu, 2007).

DSM-IV'e göre denetim altında ve agonist tedavide gidiş belirleyicilerini ayrı kategoride değerlendirecek olursak en az 1 aylık süre boyunca madde bağımlılığı veya madde kötüye kullanım ölçütlerinden herhangi birinin mevcut olmaması ile ilgili dört remisyon belirleyicisi belirtilmektedir. Söz konusu bu dört tip belirleyicinin tanımı madde kullanımını kesilmesinden itibaren geçmiş olan zaman dilimi baz alınarak ve bağımlılık ya da madde kötüye kullanım tanı ölçütlerinden bir veya daha fazla ölçütün sürekli olarak gerçekleşip gerçekleşmeme durumuna göre yapılır. Madde kullanımının kesilmesinden itibaren geçen 12 aylık süreç relaps ihtimalinin yüksek olmasından dolayı bu dönem 'Erken Remisyon' dönemi olarak adlandırılır. 'Erken Remisyon' dönemi olarak adlandırılan 12 aylık süreç relaps olmadan tamamlayan kişi 'Kalıcı Tam Remisyon' dönemine girer (Yılmaz ve ark., 2014).

DSM-IV'e göre gidiş belirleyicilerini özetleyecek olursak:

Erken Tam Remisyon: Bir ile 12 ay arasındaki süreçte bağımlılık veya kötüye kullanım tanı kriterlerinden herhangi birinin karşılanmadığı durumlar için bu belirleyici kullanılır.

Erken Kısmi Remisyon: Bir ile 12 ay arasındaki süreçte bağımlılık veya kötüye kullanım tanı kriterlerinden biri veya daha fazlasının karşılandığı fakat bağımlılığın tüm tanı ölçütlerinin karşılanmadığı durumlarda bu belirleyici kullanılır.

Kalıcı Tam Remisyon: 12 ay veya daha uzun bir sürede Bağımlılık veya Kötüye Kullanım tanı ölçütlerinin hiçbirinin karşılanmadığı durumlarda bu belirleyici kullanılır.

Kalıcı Kısmi Remisyon: 12 ay veya daha uzun sürede bağımlılık veya kötüye kullanım tanı kriterlerinden biri veya daha fazlası karşılanmış ancak bağımlılığın tüm tanı ölçütlerinin karşılanmadığı durumlarda bu belirleyici kullanılır

Denetim Altında Bir Çevrede: Kişi denetim altında veya agonist tedavi altında olduğu bir süreçte remisyon için farklı bir belirleyici kullanılır.

Kişi, madde veya alkole ulaşmanın kısıtlı bir çevrede ise ve önceki bir ay içinde bağımlılık veya kötüye kullanım tanı ölçütlerinin hiçbirinin karşılanmamış olduğu durumlarda bu belirleyici kullanılır. Denetim altındaki bu çevrelere, yakın gözlemlenilen ve içeriye madde sokulmanın mümkün olmadığı tutukevleri ve kapalı tedavi merkezleri örnek olarak verilebilir.

Agonist Tedavide: Metadon ya da Suboxone gibi reçetelendirilmiş ikame bir ilaç kullanan ve o ilacın bağımlılık veya kötüye kullanım tanı ölçütlerinin hiçbirinin karşılanmadığı (ilaca tolerans gelişmesi veya ilacın yoksunluğu dışında) bu belirleyici kullanılır. Bu belirleyicide kişi 12 aydan uzun bir sürede sürdürüm programında başarılı olunmuşsa denetimli çevrede remisyon olarak değerlendirilir (Köroğlu, 2001).

DSM-IV'te erken tam remisyon, kalıcı tam remisyon, erken kısmi remisyon, kalıcı kısmi remisyon, agonist tedavide remisyon, denetimli çevrede remisyon olarak tanımlanan gidiş belirleyiciler, DSM-5'te daha sadeleştirilmiş ve erken remisyon, kalıcı remisyon ve denetimli çevrede erken ve kalıcı remisyon belirleyicileri olarak bildirilmiştir. DSM-IV'te erken remisyon; 1 aydan uzun, 12 aydan daha kısa bir süre içerisinde bağımlılık ya da madde kötüye kullanım tanı ölçütlerinden hiçbirinin karşılanmaması gerekirken, DSM-5'te bu süre 3 aydan uzun 12 aydan kısa olarak değiştirilmiştir. Ayrıca DSM-5'te maddeye karşı aşermenin (craving) var olması remisyon belirleyicilerinin kullanılmasına engel olmadığı belirtilmiştir (Hasin ve ark., 2013).

Tablo 1'de DSM-IV ve DSM-5'e göre remisyon gidiş belirleyicileri bir arada verilmiştir. Tablo incelendiğinde DSM-IV ve DSM-5 arasındaki farklar net olarak görülmektedir. Bu farkların ortaya çıkmasında bağımlılık tedavisinin gelişmesi, değişmesi ve DSM-IV'te tanımlanan gidiş belirleyicilerinin günümüz koşullarıyla ele alındığında yetersiz kalması olarak ifade edilebilir.

Tablo 1: DSM-IV-TR ve DSM-5'e Göre Remisyon Gidiş Belirleyicileri

DSM-IV-TR*	
Erken Tam Remisyon	Bir ile 12 ay arasındaki süreçte bağımlılık veya kötüye kullanım tanı kriterlerinden herhangi birinin karşılanmamış olması
Erken Kısmi Remisyon	Bir ile 12 ay arasındaki süreçte bağımlılık veya kötüye kullanım tanı kriterlerinden biri veya daha fazlasının karşılandığı fakat bağımlılığın tüm tanı ölçütlerinin karşılanmamış olması
Kalıcı Tam Remisyon	12 ay veya daha uzun bir sürede Bağımlılık veya Kötüye Kullanım tanı ölçütlerinin hiçbirinin karşılanmamış olması.
Kalıcı Kısmi Remisyon	12 ay veya daha uzun sürede bağımlılık veya kötüye kullanım tanı kriterlerinden biri veya daha fazlası karşılanmış ancak bağımlılığın tüm tanı ölçütlerinin karşılanmamış olması
DSM-5**	
Erken Remisyon	3 aydan uzun, 12 aydan kısa süreli olan madde kullanım bozukluğu tanı ölçütlerinin herhangi birinin karşılanmamış olması (Aşerme ya da madde kullanmak için güçlü istek duymak ve dürtü tanı kriterleri hariç)
Kalıcı Remisyon	12 ay veya daha uzun bir sürede madde kullanım bozukluğu tanı ölçütlerinin herhangi birinin karşılanmamış olması (Aşerme ya da madde kullanmak için güçlü istek duymak ve dürtü tanı kriterleri hariç)

*DSM-IV-TR: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-IV

**DSM-5: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-5 (Yılmaz ve ark, 2014)

2.4 Madde Bağımlılığı Tedavisi

Bağımlılık tedavisiyle ilgili çeşitli modeller ortaya atılmış ve birçok uygulama kullanılmaktadır. Bu tedavi modelleri ve uygulamalarını 3 aşamada ele almak mümkündür. Bunlardan ilki; hastanın yoksunluk belirtilerine yönelik müdahalelerde bulunmak, ikincisi; hastanın maddesiz bir hayata uyum sağlaması için gerekli beceriler kazandırmak, üçüncüsü ise nüksün önlenmesi için gerekli psikoterapötik yaklaşımlardır (Arıkan, 2010).

2.4.1 Tedavi İlkeleri

Birçok maddenin bağımlılık yapması ve bağımlılık yapan maddelerin birbirinden ayrışan farmakolojik yapıları sebebiyle tedavi yöntemlerinde farklılıklar

olabilmektedir. Tedavi; maddenin kendisi dışında kişinin kişisel özelliklerine, madde kullanım özelliklerine göre de farklılıklar gösterebilmektedir. Bağımlı birçok bireyde bağımlılığa eşlik eden genel tıbbi, ruhsal, mesleki ve sosyal sorunların da var olması bağımlılık tedavisini güçleştirmektedir. Madde bağımlılığı tedavisini; ilaç tedavisi, davranışçı tedaviler (bilişsel tedaviler, danışmanlık, diğer psikoterapiler) ve bu tedavilerin kombinasyonu şeklinde açıklamak mümkündür (Dilbaz, 2012).

Batı Avrupa ülkelerinde yaşanan HIV salgını ve bu salgının madde kullanımı olan bireylerde daha da yüksek oranda olmasından dolayı madde bağımlılığında ilaçlı tedavi yöntemleri hızlı bir şekilde gelişme göstermiştir. Avrupa Birliği (AB) üyesi 24 ülkede, 2001 yılına kadar olan süreçte ilaçla tedavi kullanılmaya başlanmıştır. 2003 yılı itibariyle AB ülkelerinde beş yüz binden fazla madde kullanıcısı bireyin ikame tedavisi gördüğü tahmin edilmektedir (EMCDDA, 2006). Opiyat ikame tedavisinde metadon, buprenorfin gibi ilaçlar kullanılmaktadır. Bunun yanında naltrexone de eroin ve opiyat türü ilaç bağımlılıklarının tedavisinde kullanılmaktadır (Kalyoncu, 1999). Türkiye’de ise ikame tedavisinde ilaç kullanımına 2004 yılında yayınlanan Tedavi Merkezleri Yönetmeliğiyle başlanmıştır (EMCDDA, 2007).

Türkiye’de 2003-2009 yılları arasındaki 6 yıllık süreçte 13589 kişi tedavi merkezlerinde bağımlılık tedavi hizmeti almıştır. 2009 yılı içerisinde 20 tedavi merkezinin yatarak tedavi hizmeti verdiği ve bu merkezlerde 2594 kişiye tedavi hizmeti verilmiştir. Ayrıca 2009 yılında önceki yıllara göre yatarak tedavi hizmeti alan hasta sayısında gözle görülür miktarda artış olduğu gözlenmiştir (EGM ve KOM, 2012).

Günümüz koşullarında geline nokta, bireyin madde kullanımını durdurmasının bağımlılık tedavisinde tek başına yeterli olmayacağı ifade edilmektedir. Bu nedenle psikoaktif madde kullanım bozukluğu olan bireylerin ailelerinin desteğinin alınması ve tedavide aileyle birlikte hareket edilmesi tedavinin başarıya ulaşmasında önemlidir. Bununla beraber madde kullanımının kesildiği süre zarfında ortaya çıkabilecek psikiyatrik bozuklukların belirlenmesi, bu psikiyatrik bozukluklara yönelik destekleyici ve bilişsel tekniklerin uygulanması, bağımlı bireyin eski çevresinden uzak yeni bir yaşam tarzı oluşturması gibi müdahalelerde bulunmak tedavinin gereklilikleri arasında kabul görmektedir (Dilbaz, 1998).

Bağımlılığın tedavisinde bir diğer önemli etken bağımlı bireyin tedavi motivasyonudur. Bireyin güçlü bir motivasyona sahip olması tedavi sürecini hızlandırmaktadır. Ancak bazı durumlarda kişinin kendi motivasyonu olmayabilir. Bazen bireyin ailesinin, iş yerinin ve yasaların getirdiği zorunluluklar ile baskılar bireyin tedaviye başvurmasını, tedavide kalmasını sağlayabilir. Bağımlı bireylerde tedavi noktasında istekli olmamalarına rağmen tedaviye başvurmaları durumunda mutlaka programa alınmalıdırlar. Tedaviye başlanmazsa bireyler bir daha hiçbir zaman tedaviye başvurmayabilirler. Bağımlılık tedavisi mutlak bir şekilde tedaviye başvuran kişinin ihtiyaçlarına uygun bir biçimde planlanmalıdır. Etkili ve başarılı bir tedavi amaçlanıyorsa, tedavi yalnızca bireyin madde kullanımını durdurmasına yönelik olmamalıdır. Madde kullanımı dışında eşlik eden psikolojik, sosyal ve yasal sorunlara yönelik de girişimlerde bulunulmalıdır. Bununla beraber bağımlılığa eşlik eden bipolar bozukluklar, anksiyete bozuklukları ve psikoz olduğunda bazı duygudurum düzenleyici, antipsikotik ve antidepresan ilaçlar kullanılabilir (Dilbaz, 2012).

2.4.2 Tedavi aşamaları:

Tedavi aşamalarını; “arındırma tedavisi”, “agonist sürdürüm tedavisi”, “ayakta tedavi gören hastalarda maddesiz tedavi”, “rehabilitasyon ve topluma tekrar kazandırılma” olarak dört başlıkta ele almak açıklayıcı olacaktır.

2.4.2.1 Arındırma Tedavisi (Detoksifikasyon)

Bir hekim tarafından kontrollü olarak yatarak ya da ayaktan sistemli bir şekilde psikoaktif maddeden arındırma sürecidir. Maddenin kesilmesinden dolayı ortaya çıkan akut fizyolojik etkileri tedavi etmeye yönelik olduğu için bağımlılık tedavisinin başlangıcı olarak kabul edilir (Dilbaz, 2012). Bir diğer deyişle vücudun kullanılan psikoaktif maddeden arınmasını sağlamaya yönelik olan süreçtir (EMCDDA, 2007).

2.4.2.2 Agonist sürdürüm tedavisi:

Yerine koyma tedavisi (ikame) olarak adlandırılan bu tedavi, genellikle opiyat bağımlılarında ayakta ya da yatarak sürdürülen tedavi programında metadon ve buprenorfin gibi ilaçlarla bağımlı bireyde opiyatın yol açtığı yoksunluğu engelleyecek doz ve sürede ağız yoluyla uygulanması olarak ifade edilebilir. Bu tedavi programında bireyler normal bir şekilde işlevselliklerini sürdürebilirler. Herhangi bir işte çalışabilir; suçtan ve şiddetten kaçınabilirler. Ayrıca damar yoluyla madde almadıkları için bu yolla bulaşma ihtimali olan hastalıkların riskini azaltmış olurlar. Bu tedavide stabilize olan bağımlı bireyler, rehabilitasyon ve danışmanlık gibi davranışçı tedavi yöntemlerine daha iyi uyum sağlarlar (Dilbaz, 2012).

2.4.2.3 Ayakta tedavi gören hastalarda maddesiz tedavi:

Maddenin yoksunluk belirtilerinin belirgin olarak yaşandığı, genellikle çalışma hayatı olan veya sosyal desteği yüksek bireylere uygulanan bir tedavi yöntemidir. Bu tedavi yönteminde bağımlı bireylere düşük yoğunluklu tedavi programları uygulamak uygundur. Bu tedavinin uygulandığı hastalarda yoğun gündüz hastanesi tedavisi ve benzer ayakta tedavilerden fayda görme durumu diğer yöntemlere göre daha yüksektir (Dilbaz, 2012).

2.4.2.4 Rehabilitasyon ve topluma tekrar kazandırılma

Rehabilitasyon, madde kullanımı olan bireylerin olan kapasitelerini madde olmadan günlük hayatlarında kullanabilmelerini sağlamayı amaçlayan yapılandırılmış bir süreç olarak tanımlanabilir. Bu süreç içerisinde madde kullanımı olan bireylerin barınma, sağlık, eğitim, istihdam, meslek eğitimi ve sosyal hizmetler gibi başlıklarda ele alınan ihtiyaçlarının değerlendirilmesi amaçlanmaktadır. Rehabilitasyon doğru uygulandığında madde kullanıcısı birey, bireyin ailesi ve bulunduğu toplumun yaşam kalitesini artırır. Bağımlı bireyin güçlendirilmesiyle toplumun ekonomik ve sosyal çıktıları üzerinden bağımlının kendi hayatını destekleyebilmesi rehabilitasyon

sürecindeki temel odaktır (Report of the Working Group on Drugs Rehabilitations, 2007).

Biyopsikososyal bütünlük içerisinde gelişen bağımlılık sorunu kişinin sosyal çevresiyle kurduğu ilişkileri etkilemekle kalmayıp makro düzeyde toplumu, toplumsal düzeni etkileyen bir sorundur. Bu bakımdan bütüncül ve çok yönlü bir bakış açısına ihtiyaç duyulan bağımlılık, tedavi süreci içerisinde tek bir disiplinin konu edinerek çözebileceği bir sorun değildir. Klinik, ekonomik ve toplumsal yönlerde sunulacak hizmetlerde bağımlı bireyin bireysel ihtiyaçlarına, bireyin yaşadığı toplumun bağımlılıkla ilişkili ihtiyaçlarına göre multidisipliner bir ekip çalışması gerekmektedir (Arıkan, 1989).

2.5 Vaka Danışmanlığı

Türkiye’de madde bağımlılığı tedavisinde en büyük sorunlardan biri alanda uzmanlaşmış kişi sayısının yetersiz olmasıdır. Bağımlılık alanına özel bir meslek tanımlamasının olmayışı ve bu alandaki eğitimlerin yetersiz oluşu bu sorunun temel sebepleri arasında gösterilebilir (Yeşilay, 2018).

Türkiye’de madde bağımlılığı tedavisinde en yaygın olarak bilinen merkezler: Alkol ve Madde Bağımlılığı Araştırma Tedavi ve Eğitim Merkezi (AMATEM) ve Çocuk ve Ergen Madde Bağımlılığı Tedavi Merkezi (ÇEMATEM) olarak belirtilebilir. Bu merkezlerin yakın zamana kadar geniş anlamda rehabilitasyon hizmeti vermedikleri tedavinin daha çok farmakolojik ve bilinçlendirme eğitimleri boyutuyla hizmet verdikleri ve bunun yeterli olmadığı görülmüştür. Bağımlılık alanında yapılan çalışmalar rehabilitasyonun bağımlılık tedavisinin önemli bir parçası olduğunu göstermekte ve bu da tedavinin rehabilitasyon ayağının güçlendirilmesi gerektiğine görüşünü öne çıkarmıştır. Bu sebeple ülkemizde rehabilitasyon hizmeti vermek üzere bir çok merkez açılmıştır (Karaman, 2017). Bu merkezlerde bireyin maddeden uzak durmasını sağlamak ve remisyon süresinin uzatmak amacıyla danışmanlık hizmeti verilmektedir (Polat, 2014).

Ögel'e (2014) göre danışman, hastanın içinde olduğu durumun gerçekleri ile ilgilenir. Danışman, önceden planlanmış belirli randevu düzeniyle yapılan görüşmelerle profesyonel olarak tavsiyeler verir. Bağımlı bireyin kişisel gereksinimlerinin saptanması ve uygun hizmetlere ulaşabilmesi konusunda bireye destek olur. Bağımlı bireyin sorunlarını anlatması için fırsat verir. Dinlemek çok basit gibi görünse kişiyi rahatlatan, motive eden güçlü bir tekniktir. Birey ile danışman arasında güven ilişkisi kurulmalı; bu ilişki kurulduktan sonra danışman, bağımlı bireye gerçekçi hedefler koyması için yardımcı olur. Belirlenen hedefler sadece madde kullanımını sonlandırmak olarak sınırlandırılmamalı aynı zamanda iş, okul, aile yaşantısı, sosyal çevre vs. ile de ilgili olabilir. Bireye seçenekler sunulur ve onun bu seçeneklerden birini seçmesi sağlanır.

Danışmanlık, bağımlılık tedavisinde kullanılan psikososyal müdahalelerinden biri olmasına rağmen mesleki olarak bağımlılık danışmanlığı diye henüz mesleki bir tanım yoktur. Danışmanlık, psikoterapinin tersine süreçleri değiştirme üzerine daha az yoğunlaşır. Genellikle şimdiki zamana ait sorunların, özellikle maddeye karşı istekle başa çıkmak için daha fazla uğraşır (Kalyoncu ve Mırsal, 2000).

Polat'a (2014) göre danışmanlık; bireyin, grupların ya da toplumların sosyal işlevselliğini engelleyen sorunların çözümünde üstlenilen bilgilendirici, güçlendirici, planlayıcı, kolaylaştırıcı gibi rolleri de içeren genel bir şemsiye olarak tanımlanabilir. Danışman, bireylerle kaynaklar arasındaki etkileşimi sağlar ve eğitim programlarıyla eğitici roller üstlenir.

Bir diğer ifadeyle; destek vermek, bir yapı sunmak, davranışı denetlemek, ilaç kullanmaktan uzak durmaya özendirmek ve meslek danışmanlığı yapmak, sağlık hizmetleri ile ilgili ya da yasalarla ilgili somut hizmetler sunmak amacıyla bağımlı bireyleri düzenli olarak yönlendirmek olarak ifade edilebilir. Psikoterapi ile danışmanlık bazı yönlerde benzerlik gösterir; ikisi de bağımlılıkla baş etmede hastaya destek olmayı amaçlar. Ancak danışmanlıkta somut ve spesifik bir yaklaşım benimsenirken, psikoterapide daha dolaylı yoğunlaşma yaklaşımı benimsenir (Kalyoncu ve Mırsal, 2000).

Madde bağımlılığında danışmanın en önemli görevi tavsiyelerde bulunmaktır. Danışmanın, bireye madde kullanımı ile ilgili verdiği basit ve anlaşılır mesajların kişinin madde kullanımını azaltmada etkili olduğu gözlenmiştir. Danışman, bireyin

madde kullanımıyla ilgili endişelerini dile getirmekte, madde kullanımının sağlık üzerine etkilerinden bahsetmekte ve bireye değişimin gerekliliği ile ilgili önerilerde bulunmaktadır. Sağlık çalışanının hastayı bilgilendirme, hastanın da bilgi verme gibi yükümlülükleri vardır. Ancak bu alışveriş doğru bir şekilde yapılmazsa tedaviye olumsuz etkileri olabilir. Görüşmelerde bireyin pasif alıcı konumuna gelmesi yapılan danışmanlığın etkinliğinin azaldığını gösterir (Ögel, 2014).

Madde bağımlılığı tedavisinde danışmanlık hizmetini veren kişi Bağımlılık Danışma ve Eğitim Merkezi (BADEM)'in kuruluş mevzuatında “vaka danışmanı” olarak ifade edilmiş olmasına rağmen Yeşilay ile Türkiye Ulusal Meslek Standardı Kurumu arasında yapılan protokolde “madde bağımlılığı danışmanı” olarak ifade edilmiştir. Yapılan protokolde; “çevre koruma önlemlerini uygulayarak, kalite sistemleri çerçevesinde, madde kullanımı olan danışanların bağımlılık profilini çıkaran, danışmanlık hizmeti sunan, psikososyal değerlendirme yapan ve ihtiyaçlarını belirleyen, tedaviye motive eden ve yönlendiren, tedavi sonrası psikososyal destek hizmetlerini gerçekleştiren, madde kullanan danışanın yakınlarına psikolojik destek ve danışmanlık veren, madde kullanımını önlemeye yönelik çalışmalar yürüten ve mesleki gelişim faaliyetlerini yürüten nitelikli kişi” şeklinde tanımlanmıştır (Ulusal Meslek Standardı Madde Bağımlılığı Danışmanı, 2017).

2.5.1 Vaka Danışmanının Görevleri

Vaka danışmanı, başvuran hastayı ilk karşılayan, değerlendirme, tedavi planı ve düzenli takibinden sorumlu kişidir. Başvuran kullanıcıyı ilk karşılayan, değerlendirme, tedavi planı ve düzenli takibinden sorumlu kişidir (Mutlu, 2015).

Vaka danışmanları, Ayaktan Madde Bağımlılığı Tedavi Merkezlerinde (ATM) görev yapmaktadırlar. ATM'ler ise madde kullanımı ya da bağımlılığı olan erişkin bireyler için bireysel risk ve ihtiyaçlara göre tedavi planı oluşturulduğu, bireylerin takip ve tedavilerinin yapıldığı, eğitim programlarının uygulandığı, psikososyal destek hizmetlerinin verildiği, bağımlılık tedavisiyle ilgilenen kurumlarla koordinasyonu sağlayan kuruluşlardır (Madde Bağımlılığı Tedavi Merkezleri, 2013).

2013'te Resmi Gazete'de yayımlanan ATM yönetmeliğine göre 2015 yılında kurulan BADEM'in mevzuatında vaka danışmanının görev ve sorumlulukları şöyle ele alınmıştır:

a) Her bir meslek grubu ortak görev ve sorumlulukları dışında, merkezdeki çalışma prensiplerine göre mesleğin gereği olan görevleri yerine getirir.

b) Sosyal çalışmacı, psikolog ve hemşirenin ortak görev ve sorumlulukları şunlardır:

1) Merkeze başvurulara, merkezin amacı ve çalışmaları ile ilgili bilgi verir.

2) Değerlendirme yaparak kişinin risk ve ihtiyaçlarını belirleyerek buna uygun bir planlama yapar ve yönlendirmelerde (yataklı tedavi merkezleri, sosyal uyuma yönelik faaliyet gösteren merkezler gibi) bulunur.

3) Başvuranlarla bireysel görüşmeler yapar ve grup çalışmalarını yürütür.

4) Merkezin sunduğu hizmet kapsamında yapılması gereken faaliyetleri yerine getirir.

5) Bireyin ilk değerlendirmesinden itibaren vaka sorumlusu tüm takip, tedavi ve sosyal uyum programlarıyla ilgili dosya kayıtlarını eksiksiz olarak tutar.

2017 yılında Resmi Gazete'de, "Ulusal Meslek Standartlarına Dair Tebliğ" başlığıyla yayımlanan tebliğde ise madde bağımlılığında danışmanlık hizmeti verecek kişilerin meslek esasları belirlenmiştir. Tebliğde danışmanlık hizmeti verecek kişiler için "sosyal hizmet ve danışmanlık ile ilgili profesyonel meslek mensupları" ifadesine yer verilmiştir.

BADEM'e başvuran hastalar; ilk başvurularında öncelikle diğer bağımlılık tedavi merkezlerinde de olduğu gibi psikiyatrist hekim tarafından tıbbi tedavisi düzenlenmektedir. Tıbbi tedavisi düzenlendikten sonra hasta tanışmak için vaka danışmanına yönlendirilmekte daha sonra hastayla düzenli olarak görüşmeler yapılmaktadır. Vaka danışmanı hasta ile bağ kurmakta ve hastanın tedavide kalmasını sağlamayı amaçlamaktadır.

Yayımlanan tebliğin Ek-1'inde yer alan Madde Bağımlılığı Danışmanı (Seviye 6) ulusal yeterliliğine göre danışmanlık hizmeti verecek kişilerin görev ve sorumlulukları birkaç başlık altında ele alınmış olup aşağıdaki gibidir:

2.5.2 Danışanın Psikososyal Sorunlarıyla İle İlgili Görevler:

- a. Danışanın fizyolojik ve psikolojik sorunlarının neler olduğunu tespit etmek
- b. Danışanın ailevi, adli ve mesleki sorunlarının tespitini sağlamak
- c. Sorunlara atfedilen önem ve değişim ile ilgili motivasyonunu değerlendirmek
- d. Tespiti yapılan sorunlarla ilgili önceden alınan yardımlar ve bu yardımların sonuçları ile ilgili bilgi almak
- e. Toplanan bilgileri arşivlenip kayıt altına almak
- f. Sorunlarının şiddetini belirlemek ve belirlenen bu sorunlarla ilgili danışanın destek ve yardım alacağı alanları belirlemek
- g. Danışanın alacağı destek ve yardımlarla ilgili yöntemleri belirlemek
- h. Danışanın yardım alabileceği alanlarla ilgili kaynakları belirlemek

2.5.3 Tedavi Ve Sosyal Destek İle İlgili Görevler

- a. Elde edilen bilgiler neticesinde danışana uygun kaynak ve imkanlar hakkında bilgi vermek ve bu kaynaklara yönlendirmek
- b. Danışanı, belirlenen sorun alanlarıyla ilgili yardım almasını sağlamak adına motive etmek
- c. Danışanın yardım ve destek sürecinin takibini sağlamak ortaya çıkan sonuçları değerlendirmek
- d. Danışanın kendi kendine yeni çözüm yolları üretmesine yardımcı olmak
- e. Danışanın madde kullanım davranışı ve bağımlılık süreciyle ilgili bilgiler vererek danışanın bilinçlenmesini sağlamak
- f. Danışanın madde kullanımına, madde kullanımını sürdürmesine ve tetiklemesine yol açacak faktörleri tanımasını ve bunlarla baş etmesiyle sağlamak ilgili beceriler kazandırmak
- g. Danışanın psikolojik sorunlarıyla ilgili terapi yöntemlerinin uygulanmasını sağlamak

2.5.4 Ailelere Yönelik Görevler:

- a. Madde bağımlılığı ile ilgili aileye bilgi vermek

- b. Ailenin danışanı madde kullanımına iten sebepleri tanımasını ve bu kullanımın önüne geçmeyi sağlamak konusunda rehberlik yapmak
- c. Madde kullanımını sebebiyle ortaya çıkan aile içi sorunların çözümüne yönelik destek vermek
- d. Danışan yakınının danışana karşı davranışları ilgili rehberlik yapmak

2.5.5 Sosyal Rehabilitasyon İle İlgili Görevler:

- a. Danışanın meşguliyet/uğraşı terapilerine (el işleri, çiçek yetiştirme ve benzeri) yönlendirerek rehberlik etmek
- b. Danışanın spor, sanat ve meslek edinmeyle ilgili rehabilitasyon çalışmalarına yönlendirmek ve bu konuda rehberlik etmek.
- c. Danışanın sosyal beceriler kazanmasına yönelik merkez bünyesine ya da merkez dışındaki rehabilitasyon çalışmalarına yönlendirmek ve rehberlik etmek.
- d. Danışan ihtiyaçlarına yönelik olarak ilgili kurum ve kuruluşlarla işbirliği yapmak (Ulusal Meslek Standartlarına Dair Tebliğ, 2017).

3. GEREÇ ve YÖNTEM

3.1 Araştırmanın Türü

Bu çalışma amaçsal örneklem yöntemiyle seçilen 100 hastayla yapılmış bir korelasyon araştırmasıdır. Korelasyon araştırmaları, değişkenler arasındaki ilişkiyi açıklama ve sonuçları tahmin etme imkânı sunmaktadır (Tekbıyık, 2014). Bu tür araştırmalarda iki veya daha fazla değişken arasındaki ilişkiyi belirlemek ve neden-sonuç ile ilgili ipuçları elde etmek amaçlanır (Karasar, 2017).

Balcı'ya (2009) göre korelasyon yaklaşımı gerçek manada neden-sonuç ilişkisi göstermeyebilir. Beraber ya da birlikte değişimi ifade eder. İki değişken arasında bir ilişki varsa bu değişkenlerden biri, diğerinin nedeni olarak yorumlanabilir. Bazen de iki değişken arasında ilişki üçüncü bir değişkenden kaynaklanıyor olabilir.

Karşılaştırma yolu ile yapılan ilişki belirlemede en az iki değişken bulunur. Değişkinlerden biri sınanması istenen bağımsız değişkene göre gruplara ayrılıp bağımlı değişkene kıyasla aralarında bir farklılaşma olup olmadığına bakılır (Karasar, 2017). Bir değişkende farklılık gösteren örneklemelerin karşılaştırılması için kullanılabilir (Balcı, 2009).

Korelasyonel araştırmalar bazı yönlerden nedensel karşılaştırma araştırmalarıyla benzerlik gösterse de birbirlerine göre farklılık gösteren özellikleri vardır. Nedensel karşılaştırma araştırmalarında bir bağımlı değişkeni etkileyen bağımsız değişkenler arasında neden ve sonuç ilişkisi içinde belirlenmeye çalışılırken korelasyonel araştırmalarda sadece değişkenlerin birbirleri arasındaki değişimleri incelenir. Korelasyon araştırmaları bir neden-sonuç ilişkisinin olabileceği konusunda araştırmacıya fikir verebilir ancak kesinlikle neden-sonuç ilişkisi vardır şeklinde yorumlanamaz (Büyüköztürk ve ark., 2015).

Zamansal değişim veya gelişimin belirlenmeye çalışıldığı, belli bir başlangıç noktasından itibaren sürekli veya belli aralıklarla katılımcıların takibinin yapıldığı çalışmalar izleme araştırmaları olarak ifade edilmektedir (Karasar, 2017). Balcı'ya (2009) göre ise izleme araştırmaları bir eğitim programı veya öğretim yaşantısının bilgi,

beceri ve tutum olarak kazandırdıklarının pratikte etki derecesini saptamak için bu programa katılanların bu konudaki durumlarının tespit edilmeye çalışıldığı araştırmalardır. Bu tanımların çalışmamızla uyumlu olduğu görünse de Karasar (2017) izleme araştırmalarını genellikle 12 ay ve daha uzun süreli çalışmalarda kullanılan bir araştırma türü olarak ifade edilmektedir. Çalışmamızda hastaların üç boyunca izlenmesi; çalışmamızı izleme araştırması olarak ifade etmeyi güçleştirmektedir.

3.2 Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri

Araştırma; Sağlık Bilimleri Üniversitesi Erenköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Eğitim Araştırma Hastanesine (ERSHH) bağlı birimler olan Alkol ve Uyuşturucu Madde Bağımlıları Tedavi ve Araştırma Merkezi (AMATEM) Polikliniği ile Bağımlılık Danışma ve Eğitim Merkezi (BADEM)'de yapıldı. AMATEM Polikliniğinde ayakta tedavi hizmeti için başvuran hastaların psikiyatrist tarafından tıbbi tedavileri düzenlenmektedir. BADEM'de ise ayaktan tedavi hizmeti için başvuran hastaların tıbbi tedavileri düzenlenmekle beraber hastalara vaka danışmanları tarafından danışmanlık hizmeti verilmektedir.

3.3 Araştırma Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini AMATEM polikliniği ile BADEM'e başvuran hastalar oluşturmaktadır. AMATEM polikliniğine ve BADEM'e başvuran; bağımlılığa eşlik eden herhangi bir psikiyatrik ek tanısı olmayan, en az 6 ay başka tedavi başvurusu olmayan, denetimli serbestlik sürecinde olmayan, Haziran-Ağustos 2018 tarihleri arasında başvuran, sentetik kannabinoid kullanım bozukluğu tanısı almış 100 hasta ise çalışmanın örneklemini oluşturmaktadır. Başlangıçta 200 hasta ile çalışılması düşünülmüş olmasına rağmen bulguların toplandığı 3 aylık sürede bu sayıya ulaşılamamıştır. Dolayısıyla bulguları toplama süresince mümkün olan en yüksek sayıya ulaşılmaya çalışılmıştır.

Çalışmaya alınan hastalar amaçsal (amaçlı) örnekleme (purposive / purposeful sampling) yöntemiyle seçilmiştir. Amaçsal örnekleme yöntemi; olasılıklı ve seçkisiz

olmayan bir örnekleme yaklaşımı olarak ele alınmaktadır. Bu örnekleme yöntemi, çalışmanın amacı doğrultusunda bilgi alınabilirlik açısından zengin durumların (rich cases – information) seçilerek derinlemesine araştırma yapılmasına imkân tanır. Belli ölçütleri karşılayan ya da belli niteliklere sahip olan bir veya birden fazla durumlarla çalışmak istenildiğinde bu yöntem kullanılır (Büyüköztürk ve ark., 2015).

Patton (1990) amaçsal örnekleme yöntemiyle ilgili birbirlerinden farklı 14 stratejiden bahsetmiştir. Bu stratejilerden biri olan ölçüt örnekleme (criterion sampling) ile ilgili: bir araştırmada belli niteliklere sahip kişiler, nesnelere, durumlar ya da olaylardan oluşan örnekleme biçimi olarak ifade etmiştir. Ölçüt örnekleme; nicel bir çalışmanın sonuçlarına göre derinlemesine bir izleme çalışması yapılmak istenildiğinde kullanılabilir (Patton, 1990; akt. Büyüköztürk ve ark., 2015).

3.4 Verileri Toplamada Kullanılan Araçlar

Verilerin toplanmasında BADEM bünyesinde yapılandırılmış Hasta İlk Görüşme Formu ve Hasta Takip Formu kullanılmıştır. Vaka danışmanlarının hizmet vermediği AMATEM polikliniği ve vaka danışmanlarının hizmet verdiği BADEM'e başvuran hastalara yöneltilen sorularda hastaların kendi beyanları, hekim görüşü ve idrar tetkikleri dikkate alınmıştır. Bu birimlere başvurusu olmasına rağmen randevularına gelmeyen hastaların kendilerine ve/veya birinci ve ikinci dereceden yakınlarına ulaşıp telefon ile bilgi alınmıştır.

3.4.1 Hasta İlk Görüşme Formu

Hasta ilk görüşme formunun sosyodemografik sorulardan oluşan bölümü; hastanın yaşı, cinsiyeti, eğitim durumu, medeni durumu, barınma durumu ve çalışma durumu gibi sorulardan oluşmaktadır. Bağımlılık özellikleri ile ilgili bölümünü hastanın başvuru şekli, tercih maddesi, bağımlılık süresi, ailesinde madde kullanım öyküsü, daha önce bırakma girişimleri, en son madde kullanımı gibi sorular oluşturmaktadır. Bunlar dışında hastanın geçmiş cezaevi öyküsü, denetimli serbestlik süreci, kendine zarar verme girişimi ile ilgili sorular yer almaktadır. Başvuru şekli: "kendi isteğiyle

başvurmuş”, “ailenin isteğiyle başvurmuş”, çevrenin isteğiyle başvurmuş”, “yasal nedenlerle başvurmuş”, “yakını danışmanlık için başvurmuş” şeklinde sınıflandırılmıştır. Tercih maddesi: “esrar”, “sentetik kannabinoid”, “opioid”, “kokain/taş”, “ecstasy/diğer uyarıcılar”, “uçucular”, “karışık madde”, “alkol”, “kumar”, “diğer” şeklinde değerlendirilmiştir. Diğer sorular ise “var”, “yok” şeklinde sınıflandırıldı ya da sayılarla belirtilecek şekilde değerlendirilmiştir.

3.4.2 Hasta Takip Formu

Hasta takip formu ilk görüşmeye gelip ilk görüşme formu verileri alınmış olan hastaların sonraki görüşmelerinde kullanılmak üzere hazırlanmıştır. Bu formda ilk görüşme tarihi, madde kullanma isteği, madde kullanımı olup olmadığı, madde kullanımını varsa kaç gün olduğu, ailesel stresörlerin olup olmadığı, çalışma durumu ve remisyonların toplam süresi ilgili sorular yer almaktadır. Madde kullanma isteği: “yok”, “biraz var”, “var”, “çok var” şeklinde sınıflandırılmakta, madde kullanımı ve ailesel stresörler: “yok” ve “var” şeklinde diğer sorular ise sayısal ifadelerle belirtilecek şekilde değerlendirilmektedir.

3.5 Araştırmanın Uygulanması

Madde kullanımı sebebiyle AMATEM’e başvuran DSM-5 tanı ölçütlerine göre SK kullanım bozukluğu tanısı almış BADEM’de 50, AMATEM Polikliniğinde 50 olmak üzere toplamda 100 hasta çalışmaya alınmıştır. Çalışmaya alınan hastalar düzenli aralıklarla 3 ay boyunca takip edilmiştir.

BADEM’de takip edilen hastalar psikiyatrist hekim ve vaka danışmanı tarafından, AMATEM Polikliniğinde ise yalnızca psikiyatrist hekim tarafından takibi yapıp düzenli görüşmelere çağrılmıştır. BADEM’de görüşmelere düzenli gelen hastaların verilerini vaka danışmanları, görüşmelere düzenli gelmeyen hastaların verilerine araştırmacı tarafından ulaşılmıştır. AMATEM Polikliniğinde çalışmaya alınan hastaların verileri ise tamamen araştırmacı tarafından toplanmıştır.

3 ay içinde 80 hasta, ayda en az bir kez olmak üzere telefonla ya da yüz yüze izlenebilmiştir. Bu 80 hasta için, slip (bir seferlik kullanım), laps (bir defadan sonra relaps ölçütlerini karşılamayacak şekilde kullanım), relaps (nüks: tekrar önceki madde alma düzeyine dönüş) veya remisyon (ya hiç madde almamış ya da slip veya laps ölçütlerini göstermiş olsa da madde almayı sürdürmeme) açısından değerlendirilmiştir. Relaps olan hastalar ve 3 ay remisyonunda olan hastalar olmak üzere iki grupta ele alınmıştır.

AMATEM Polikliniğine başvuran hastalardan agonist tedavide olanlar (denetimli serbestlik sürecinde olanlar, acil servise kolluk kuvvetleri eşliğinde getirilmiş olanlar) ile yataklı bağımlılık servisine tedavi olmak için kontrollere gelme yükümlülüğü olanlar çalışmadan çıkarılmıştır.

Çalışmaya alınacak hastalarla ilgili veriler toplanmaya başlanmadan önce Üsküdar Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu Başkanlığına çalışmanın etik açıdan uygun olup olmadığı ile ilgili başvuru yapılmıştır. Başvuru sonucunda 23.03.2018 tarihinde, “b.08.6.yök.2.üs.0.05.0.06/2018/515” sayılı sonuç belgesi ile çalışmamızın etik açıdan uygun olduğu sonucuna varıldığı ifade edilmiştir.

3.6 Veri Analizi

Araştırma verilerinin çözümlenmesinde SPSS (Sosyal Bilimler için İstatistik Paketi) 25.0 programı kullanılmıştır. Elde edilen veriler değerlendirilirken; yüzde ve frekans gibi tanımlayıcı istatistiksel metotlar kullanılmıştır. Bunun yanı sıra nicel verilerin karşılaştırılması amacıyla Pearson Ki-Kare Bağımsızlık testinden yararlanılmıştır. Bağımsızlık testinde değerlendirilen değişkenler iki ya da daha fazla kategoriye sahip olabilirler (Özdamar, 2013). Ki-Kare Bağımsızlık testini uygulayabilmek için, gözlem sonuçlarının gruplandırılmış veya sınıflara ayrılmış seriler şeklinde gösterilmesi gerekmektedir. Bu şekilde olan gösterimlere kontenjans tablosu denilmektedir. Kontenjans tablosunda, değişkenlerin gruplarının yer aldığı satır ile sütunlardan oluşmaktadır. Tabloda bulunan satır sayısı “r”, sütun sayısı ise “c” ile ifade edilirse, “rxc”lik bir kontenjans tablosuna ulaşılmış olur. Bu şekilde yapılan çapraz sınıflandırmalar; herhangi bir satır sırasındaki elemanla, o elemanın sütununda bulunan

elemanla arasında bulunan ilişkiyi (bağımlılık ya da bağımsızlık) incelemek amacıyla yapılır (Kalaycı, 2009).

3.7 Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırma İstanbul iline bağlı Kadıköy ve Sancaktepe ilçelerinde bulunan bağımlılık tedavi merkezlerinde yapılmıştır. Merkezlere toplu taşıma ile ulaşım kolaylığı veya zorluğu göz ardı edilmiştir. Kontrollere gelmeyi aksatan hastalara telefon ile ulaşıp bilgi alınmıştır. Telefon ile kendilerine, birinci veya ikinci dereceden yakınlarına ulaşılamayan, kontrollere gelmeyen hastalar çalışmanın sınırlılığı olarak ele alınmış olup çalışmanın tartışma başlığı altında söz konusu hastaların sayı ve oranlarına değinilmiştir.

BADEM'in yazılı ve görsel basında, kamu kurumlarında tanıtımı yapılmış bir merkez olması BADEM'e başvuran hasta profilini etkileyebileceği izlenimi uyandırmaktadır. Bu yönlendirmeler; BADEM'in remisyonda kalma ihtimali yüksek hastaların daha fazla başvurduğu bir merkez olabileceği ihtimalini düşündürmektedir.

Tayin, izin, görev değişimi gibi durumlardan dolayı vaka danışmanları sık sık değişebilmektedir. Bu nedenle yalnızca iki danışmanın takip ettiği hastalar çalışmaya alınabilmektedir. Vaka danışmanı değişikliklerinde danışman ile hasta arasında tekrar bağ kurulmasının zorluğu, hastanın merkeze gelmeyi bırakması gibi risklerden çalışmanın sınırlılıkları olarak söz edilebilir.

Yapılan bu çalışma İstanbul ilinin Anadolu Yakası'nda bulunan iki ayrı ilçesinde yapılmıştır. İstanbul ve diğer illerde bulunan diğer bağımlılık tedavi merkezlerinin şart ve imkânlarına göre farklılık gösterebilmektedir. Bu da çalışma sonunda genel bir yargıdan bahsetmeyi güçleştirmektedir. İlerde diğer merkezlerde de benzer izleme araştırmalarının yapılması daha genel bir yargıda bulunmamızı mümkün kılacaktır.

Ulaşılamayan hastaların sayısı, niteliği ve diğer hastalara oranına çalışmanın tartışma bölümünde değinilmiştir.

4. BULGULAR

Bu başlık altında çalışılan grubun demografik değişkenlerine, bağımlılık ve remisyon süreleriyle ilgili özelliklerine ilişkin bulgulara yer verilmiştir.

4.1 Hastaların Sosyo-Demografik Özellikleri

Çalışmaya dâhil edilen hastaların yaş ortalamasının 27,54 yıl olduğu, %26,3'nün evli, %73,8'inin bekâr olduğu, %42,5'inin çalıştığı, %57,5'inin ise çalışmadığı, %93,8'inin ailesiyle, %6,3'nün ise yalnız yaşadığı belirlendi. Eğitim durumlarına bakıldığında ise %60'ının ilköğretim, %33,8'inin lise, %6,3'ünün ise yüksekokul düzeyinde olduğu saptandı.

Tablo 2: Çalışmaya alınan hastaların sosyodemografik özellikleri

Özellikler		
Eğitim durumu	<i>n</i>	%
İlköğretim	48	60
Lise	27	33.8
Yüksekokul	5	6.3
Toplam	80	100
Medeni Durum		
Evli	21	26.3
Bekâr	59	73.8
Toplam	80	100
Çalışma durumu		
Çalışıyor	46	42.5
Çalışmıyor	34	57.5
Toplam	80	100
Birlikte yaşama durumu		
Yalnız	5	6.3
Ailesiyle birlikte	75	93.8
Toplam	80	100

4.2 Hastaların Bağımlılık Özellikleri

Çalışmaya dâhil edilen hastaların tamamının tercih maddesinin SK olduğu, maddeye başlama yaş ortalamalarının 19,15 olduğu belirlenmiştir. Merkezlere göre ayrı ayrı bakıldığında maddeye başlama yaş ortalamasının BADEM’de 16,9 yıl olduğu, AMATEM poliklinikte ise 22,68 yıl olduğu saptanmıştır. Hastaların %77,5’inin kendi istekleriyle, %22,5’inin ise ailelerinin isteğiyle başvurduğu belirlenmiştir.

4.3 Hastaların Remisyon ile İlgili Özellikleri

Çalışmaya tedavi başvuruları öncesinde remisyonunda olmayan hastalar dâhil edilmiştir. Çalışmaya alınan tüm hastaların %40’ının erken remisyon ölçütlerini karşıladığı, %60’ının ise relaps olduğu saptandı. Vaka danışmanlarının hizmet verdiği BADEM’e başvuran hastaların %76,7’sinin erken remisyon ölçütlerini karşıladığı, %23,3’ünün relaps olduğu belirlendi. Vaka danışmanlarının hizmet vermediği AMATEM polikliniğine başvuran hastaların ise %40,5’inin remisyonunda olduğu, %59,5’inin relaps olduğu saptandı.

Tablo 3: Merkezlere Göre Hastaların Remisyonunda Kalma Oranları

	Relaps		Erken Remisyon		Toplam		p
	n	%	n	%	n	%	
Vaka Danışmanı Olan	10	23.3	33	76.7	43	100	0.001
Vaka Danışmanı Olmayan	22	59.5	15	40.5	37	100	
Toplam	32	40	48	60	80	100	

Tablo 3 incelendiğinde vaka danışmanı tarafından takip edilip relaps olan hasta sayısının 10 olduğu ve merkeze başvuran hastaların %23,3’ünü oluşturduğu, erken remisyon tanı ölçütlerini karşılayan ise 33 hasta olduğu ve merkeze başvuran hastaların %76,7’sini oluşturduğu görülmektedir. Vaka danışmanı tarafından takip edilmeyip relaps olan hasta sayısının 22 olduğu ve merkeze başvuran hastaların %59,5’ini oluşturduğu; erken remisyon ölçütlerini karşılayan hasta sayısının 15 olduğu ve

merkeze başvuran hastaların %40,5'ini oluşturduğu görülmektedir. Vaka danışmanı tarafından takip edilen ile takip edilmeyen hastaların remisyonda kalma oranları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu gözlenmiştir ($p = 0,001$).

Tablo 4: Hastaların çalışma durumu ile remisyon ilişkisi

	Relaps		Erken Remisyon		Toplam		p
	n	%	n	%	n	%	
Çalışmıyor	17	50	17	50	34	100	0.90
Çalışıyor	15	32.6	31	67.4	46	100	
Toplam	32	40	48	60	80	100	

Remisyon oranlarının iş durumu değişkenine bağımlı olup olmadığını belirlemek amacıyla yapılan Ki-Kare (Chi-Square) testi sonucunda istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı saptandı ($p = 0,90$).

Tablo 5: Merkezlere göre hastaların çalışma durumu ve remisyon ilişkisi

		Relaps		Erken Remisyon		Toplam		p
		n	%	n	%	n	%	
Vaka Danışmanı Olan	Çalışmıyor	4	22.2	14	77.8	18	100	1.000
	Çalışıyor	6	24	19	76	25	100	
	Toplam	10	23.3	33	76,7	43	100	
Vaka Danışmanı Olmayan	Çalışmıyor	13	81.3	3	18.8	16	100	0.041
	Çalışıyor	9	42.9	12	57.1	21	100	
	Toplam	22	59.5	15	40.5	37	100	

Vaka danışmanı tarafından takip edilen ve edilmeyen hastalar ayrı ayrı ele alınıp remisyon ile çalışma durumları arasındaki ilişkiyi görmek amaçlanmıştır. Uygulanan Ki-Kare testiyle vaka danışmanlığı hizmeti alanların iş durumu ile remisyon oranları

arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ($p = 1,000$). Vaka danışmanlığı hizmeti alan hastalar içerisinde ise çalışmayan hasta sayısının çalışanlara göre daha fazla olduğu görülmektedir. Çalışan hastaların remisyona oranları ile çalışmayan hastaların remisyona oranları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır ($p = 0,041$).

Tablo 6: Hastaların başvuru şekli ve remisyona ilişkisi

	Relaps		Erken Remisyona		Toplam		p
	n	%	n	%	n	%	
Kendi isteğiyle başvurmuş	21	33.9	41	66.1	62	100	0.55
Ailesinin isteğiyle başvurmuş	11	61.1	7	38.9	18	100	
Toplam	32	40	48	60	80	100	

Tablo 7: Merkezlerin başvuru şekli ve remisyona oranları arasındaki ilişki

		Relaps		Erken Remisyona		Toplam		p
		n	%	n	%	n	%	
Vaka Danışmanı Olan	Kendi isteğiyle başvurmuş	5	15.2	28	84.8	33	100	.03
	Ailesinin isteğiyle başvurmuş	5	50	5	50	10	100	
	Toplam	10	40	33	60	43	100	
Vaka Danışmanı Olmayan	Kendi isteğiyle başvurmuş	16	55.2	13	44.8	29	100	.43
	Ailesinin isteğiyle başvurmuş	6	75	2	25	8	100	
	Toplam	22	59.5	15	40.5	37	100	

Tablo 6’da danışmanların başvuru şekli ile remisyona oranlarına ilişkin yapılan betimsel istatistiğin bulguları sunulmuştur. Çalışmaya dâhil edilen tüm hastaların başvuru şekilleri ile remisyona ilişkisine bakıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı elde edilen “p” değerinin anlamlılığa yakın olduğu belirlenmiştir ($p = 0,055$).

Vaka danışmanı tarafından takip edilip kendi isteğiyle başvuranların remisyon oranları ile ailesinin isteğiyle başvuranların remisyon oranları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır ($p = 0,03$). Vaka danışmanlığı almayan hastaların başvuru şekilleri ile remisyon oranları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı gözlenmiştir ($p = 0,43$).



5. TARTIŞMA

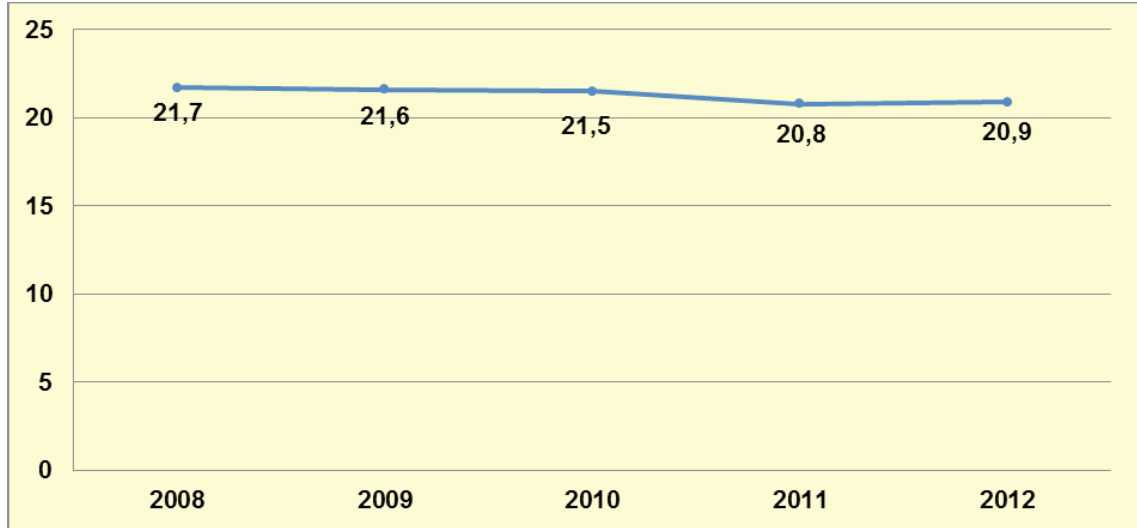
Bu çalışma, SK kullanım bozukluğu olan bireylerin tedavi başvurularından aldıkları verimi belirlemek amacıyla yapılmış olup bağımlılıkta vaka danışmanlığı üzerine Türkiye’de yapılmış bir korelasyon araştırması olarak ele alınmıştır.

Çalışmaya sadece SK kullanım bozukluğu olan hastaların alınmış olmasında; daha önce SK kullanım bozukluğu ile ilgili remisyon izlem çalışmasının yapılmamış olması, opiyat ve alkol hastalarının remisyon sürelerine etki edebilecek faktörlerin varlığı ve BADEM ile AMATEM Polikliniğinde karşılaştırılacak hasta kitlesi benzerliğinin SK’de daha uygun olacağının düşünülmesinin etkili olduğu söylenebilir.

AMATEM Polikliniğinde 50, BADEM Polikliniğinde 50 olmak üzere toplam 100 SK kullanım bozukluğu olan erkek hasta çalışmaya dâhil edilmiştir. Çalışmamızın ilk aşamasında 100 hasta ile ayaktan tedavi başvuruları sırasında grşlmştir. Sonraki görüşmeler ise hastanın ihtiyacına ve uygunluğuna göre haftada bir, iki haftada bir ya da ayda bir şeklinde olmuştur. Hastaların 80’ine (43 BADEM’de, 37 AMATEM Polikliniğinde tedavi alan hasta) ulaşılabilmştir. Geriye kalan 20 hastaya başvurularından itibaren ya ulaşılamamış ya da ulaşılmış olsalar dahi bir süre sonra kendileriyle iletişim kesilmştir. Ulaşılamayanların oranı daha önce yapılmış çalışmalarla benzerlik gösterse de bu durum bize SK kullanım bozukluğu olan hastalara tedavi sürecinde ulaşmanın zorluğunu göstermiştir.

TUBİM’in 2013’te yayınladığı Türkiye Uyuşturucu Raporu’nda yıllara göre maddeye başlama yaş ortalamalarıyla ilgili verilere değinilmştir. 2008-2012 yılları arasında bağımlılık tedavisi alanlar içerisinde yapılan bu çalışmada yıllara göre maddeye başlama yaş ortalamalarının benzer olduğu grlmştir. 2012 yılında maddeye başlama yaş ortalamasının 20,9 olduğu, maddeye başlama yaşının en küçük 11 en büyük 71 olduğu saptanmıştır.

Tablo 8: 2008-2012 yıllarında tedavi görenlerin yaş ortalaması



Kaynak: Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü (TUBİM, 2013).

Örneklelimizde ise maddeyle tanışma yaşının ortalama 27,54 olduğu, çalışmaya dâhil edilen bireylerden en küçüğünün 7, en büyüğünün ise 41 yaşında olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Elde edilen bu sonuç raporda elde edilen verilere görece farklılık gösterdiği gözükmemektedir. Bu farklılığın sebebi olarak örneklelimimizdeki hastaların tamamının SK kullanım bozukluğu olan ve yalnızca ayaktan tedavi alan hastalardan oluşuyor olması gösterilebilir. Bu sonuca göre SK kullanım bozukluğu olan bireylerin maddeyle tanışma yaşlarının genel madde kullanıcılarının yaş ortalamasının altında olabileceğini düşündürmektedir.

Çalışmada gidiş belirleyicisi olarak DSM-5 erken remisyon ölçütleri esas alınmıştır. DSM-5'e göre erken remisyon; 3 aydan uzun, 12 aydan kısa süreli olan ve madde kullanım bozukluğu tanı ölçütlerinin herhangi birinin karşılanmamış olması (Aşerme ya da madde kullanmak için güçlü istek duymak ve dürtü tanı kriterleri hariç) durumu olarak açıklanmaktadır (Yılmaz ve ark., 2014). 3 ay boyunca madde kullanımı olmayanlar "erken remisyon"da, bu 3 ay süresince herhangi bir dönemde daha önceki madde kullanım paternine dönenler ise "relaps" olarak kabul edilmiştir. Bu şekilde çalışmaya dâhil edilen hastalar, SK kullanım bozukluğu tanısı olup erken remisyonunda olanlar ve relaps olanlar şeklinde iki ayrı gruba ayrılmıştır. 3 ay sonunda BADEM'de 43 hastanın 33'ü (%76,7) remisyonunda kabul edilirken, 10 hastada (%23,3) relaps saptanmıştır. AMATEM Polikliniğinde ise 37 hastanın 15'i (%40,5) remisyonunda kabul edilirken 22'sinde (%59,5) ise relaps saptanmıştır. BADEM'de remisyon oranlarının AMATEM Polikliniğine göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermesi ($p = 0.001$)

BADEM'in başarısı olduğu izlenimi uyandırıyor olsa da hastaların tümüne ulaşılammış olması ve ülkemizde benzer çalışmaların yetersizliğinden dolayı net bir yargıya ulaşmak güçtür. Bütün kısıtlılıklarına rağmen bu çalışma, SK kullanım bozukluğu olan bireylerle yapılmış bir remisyona izlem çalışması olarak başlangıç oluşturma özelliği açısından dikkate değerdir.

Resmi olarak SK'lerin ilk ele geçirilmesi 2010 Mayıs ayında olmuştur (Gurdal, 2013). Bu durum SK'lerle ilgili literatürde henüz yeterli veri olmaması hakkında bizlere fikir vermektedir. Benzer başka çalışma olmaması çalışmadan elde edilen verilerin karşılaştırılmasını zorlaştırmaktadır. Bu husus elde edilen verilerin değerlendirilmesinde göz önünde bulundurulmalıdır.

Ülkemizde SK dışındaki maddeleri kullanan bireyler üzerinde yapılmış bazı çalışmalar bulunmaktadır. Ankara AMATEM'de yapılan bir çalışmada örneklemimizden farklı olarak yatarak tedavi gören 572 hastadan 253'üne (%44,2) ulaşılmıştır (bkz. Tablo 9). Hastaların DSM-IV remisyona belirleyicilerine göre ortalama remisyona süresi 213 gün olduğu, kalıcı tam remisyonda olanların süre ortalamasının 537,3 gün olduğu, erken tam remisyonda olanların ise remisyona süre ortalamalarının 123,8 gün olduğu tespit edilmiştir. Alkol kullanım bozukluğu olan hastalarda kalıcı tam remisyona %26,6, opiyat kullanım bozukluğunda %33,3, inhalan kullanım bozukluğunda %33,3, karışık madde kullanımı olanlarda ise %22,2 olarak bulunmuştur. Yine bu çalışmada hastaların yatarak tedavi olma sayıları artmasıyla remisyona süre ortalamalarının düştüğü bulunmuştur (Dilbaz, 2010-2011).

Bir başka çalışmada ise hastanede yatarak tedavi gördükten sonra üç aylık izlem sonrası 65 alkol bağımlılığı olan hastanın %72,3'ünün remisyonda kaldığı, %27,7'sinin relaps olduğu saptanmıştır. Bu oran bağımlı kitlesini göz ardı edildiğinde çalışmamızdaki oranlarla benzerlik göstermektedir (bkz. Tablo 3). Remisyonda kalan hastaların relaps olan hastalara göre tedavi sonrası daha fazla sayıda kontrole geldikleri ve ortalama ayaktan devam ettikleri psikoeğitim seans sayılarının daha fazla olduğu saptanmıştır (Türkcan ve ark., 2001). Ülkemizde yapılmış diğer izlem çalışmalarının genellikle alkol kullanımı olan hastalarla yapılmış olması alkol dışı maddelerle daha fazla çalışma yapılması gerektiğini düşündürmektedir.

Türkiye’de 2015 yılı içerisinde yatarak tedavi hizmeti alan 10844 kişinin %31,68’nin düzenli bir işinin olduğu geri kalanların ise düzenli bir çalışma hayatının olmadığı saptanmıştır (TUBİM, 2016). Örneklememizde ise hastaların %57,5’nin çalışmadığı, %42,5’nin çalışıyor olduğu görülmüştür. Elde edilen bu oranın TUBİM’in verilerinden görece farklı olmasında ayaktan tedavide olanların yatarak tedavi başvurusu olanlara göre çalışma yeterliliklerinin daha fazla olduğunu düşündürmektedir.

Tablo 5’te hastaların çalışma durumlarıyla remisyonları arasındaki ilişki ele alınmıştır. BADEM’de remisyon ile çalışma durumu arasında anlamlı bir fark olmadığı görülmüştür. AMATEM Polikliniğinde ise çalışma hayatı olmayan hastaların remisyonunda kalma oranlarının çalışan hastalara göre daha düşük olduğu ve istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır ($p = 0,041$). Bu durum SK kullanımı olan bireylerin çalışıyor olmasının; remisyonunda kalma süresine etki ettiğini düşündürmektedir. Bu durum Wikler’in bir maddeye olan bağımlılığın şartlanma ile açıklanabileceği; maddeye bağlı öforinin yerine koyma ile bu şartlanmanın engellenmesiyle bireyin madde kullanmadan hayatını sürdürmeyi öğrenebileceği görüşünü hatırlatmaktadır (Beauverie ve ark., 1997). Çalışma hayatını Wikler’in “yerine koyma” ifadesinden yola çıkarak madde bağımlısı bireylerin de çalışma hayatının olması yerine koyma etkisi gösterebileceğini düşündürmektedir. Ayrıca yapılan bazı araştırmalar; çalışma hayatının bireyin madde kullanmadan hayatını sürdürebilmek için bir gereklilik olduğunu, ruh sağlığına olumlu etkileri olduğunu göstermektedir (Dığrak, 2014).

Ülkemizde alkol bağımlılarının kontrol odağıyla sosyodemografik-klinik özelliklerle ilişkisi olup olmadığı ile ilgili yapılan bir çalışmada ise kontrol odağının remisyon üzerine etkileri olduğunu düşündürten sonuçlar elde edilmiştir. Dış kontrol odağında daha sık relaps görülmekte ve remisyon süresi uzadıkça iç kontrol odağı özelliklerinin arttığı sonucuna ulaşılmıştır (Pektaş ve ark, 2003).

Tablo 7’de başvuru şekli ile remisyon ilişkisi ele alınmıştır. Hem BADEM hem AMATEM Polikliniğinde kendi istekleriyle başvuran hastaların; yakınlarının isteğiyle başvuran hastalara göre remisyon oranlarının daha yüksek olduğu görülmüştür. Her ne kadar ailesinin isteğiyle başvuranların remisyon oranları daha düşük görünse de ulaşılan remisyon oranı dikkate değerdir. Ayrıca çalışma yapılırken BADEM’de ailesinin

isteğiyle başvurup remisyonda kalan hastaların zamanla fikirlerinin değiştiği, kendi istekleriyle maddeyi bırakma fikirlerinin oluştuğu görülmüştür.

Bağımlı hastalarla yapılan çalışmaların en zorlayıcı yanlarından biri hastalara ulaşmanın güçlüğüdür. Nitekim 2001 yılında yapılan bir alkol izlem çalışmasında bu durumun zorluğuna değinilmiştir (Türkcan ve ark., 2001). Çalışmamızın örneklemini oluşturan SK kullanımı olan hastalar oluşturduğundan ve SK'nin etkilerinin daha şiddetli olmasından dolayı bu zorluğun alkol kullanımı olan hastalara göre daha fazla olduğu söylenebilir. Nitekim örneklemdaki hastaların %20'sine (bkz. Tablo 9) ulaşamamış olmak bu durumu doğrular niteliktedir.

BADEM'de ulaşılabilen hastaların sayısı ve oranının, AMATEM polikliniğine göre daha fazla olduğu görülmektedir. BADEM'e başvuran hastalara ulaşma oranlarının daha yüksek olması hastaların merkezle aralarında kurdukları bağın daha güçlü olduğunu düşündürmektedir. Nitekim çalışmaya alınan hastaların %86'sına üç ay boyunca düzenli aralıkları ulaşılmıştır (bkz. Tablo 9). Bu oran benzer madde ve alkol bağımlılığı çalışmalarına göre yüksek olduğu görülmüştür.

Tablo 9: Ulaşılabilen ve ulaşılamayan hasta sayıları

	Ulaşılabilen		Ulaşılamayan		Toplam	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
Vaka Danışmanı Olmayan	37	74	13	26	100	100
Vaka Danışmanı Olan	43	86	7	14	100	100
Toplam	80	80	20	20	80	100

Vaka danışmanı tarafından takip edilen hastaların ise %74'üne ulaşılabilmiştir. Bu oranın benzer çalışmalarda ulaşılan oranlara yakın olduğu görülmüştür. Vaka danışmanı olmayan hastaların hem kendilerinin hem yakınlarının iletişim bilgileri alınmasına rağmen ya ulaşılamamış ya da ulaşılmış olmasına rağmen çalışma sonuna kadar takipleri sürdürülememiştir. Ulaşılamayan hastaların sayısı 13 olup vaka danışmanlığı almayan hastaların %26'sına karşılık gelmektedir.

AMATEM Polikliniğinde vaka danışmanı olmadan takip edilen hastalara ulaşmak için vaka danışmanı olan hastalara göre çok daha fazla emek sarf edilmesine rağmen ulaşılan hasta oranının daha düşük olması ve hastaların bir kısmının iletişim kurmayı reddetmesi hastayla merkez arasında güçlü bir bağ kurulamadığı izlenimini uyandırmaktadır. Bu duruma sebep olarak, AMATEM Polikliniğinin yoğun olması, hastalara ayrılan zamanının kısıtlı olması, kısıtlı zaman içerisinde daha çok farmakolojik destek verilebilmesi gibi sebepler gösterilebilir (Türkcan, 1998).

Bağımlılık tedavisinde farmakolojik tedavinin yanında psikoterapinin, bireysel danışmanlığın etkili olabildiği bir gerçektir. Bunu hem yapılan çalışmalar hem de klinik gözlemlerden görmek mümkündür. Ancak olumlu sonuçların ortaya çıkabilmesi bazı başka koşulların da yerine getirilmesiyle mümkün görülmektedir. Danışmanlıkla birlikte uygun ilaç tedavisi ve sağlanacak olan sosyal destek tedavinin etkisini daha da artıracaktır (Kalyoncu ve Mırsal, 2000).

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Bağımlılıkla ilgili yapılan çalışmalar bağımlılık tedavisinin multidisipliner bir yaklaşım gerektirdiğini, madde kullanım bozukluğu olan bireyler için tıbbi tedavinin önemli olduğunu ancak yeterli olmadığını; tıbbi tedavinin yanında bilgilendirici, güçlendirici, planlayıcı, kolaylaştırıcı biyopsikososyal müdahaleler gerektiğini göstermektedir.

Biyopsikososyal müdahaleler noktasında önemli bir rol üstlenecek vaka danışmanlığı sisteminin; tıbbi tedavinin eksik kaldığı noktalarda destek sağlayacağı, tedavinin eksik kalan kısımlarını tamamlayacağı düşünülmektedir. Ancak vaka danışmanlığı; henüz yeni bir kavram olduğundan etkilerinin nasıl olduğu, ülkemizdeki işleyişinin ne düzeyde verim sağladığı ile ilgili literatürde yeterli veri olmadığı görülmektedir.

Ülkemizde yapılmış çalışma sayısının henüz yeterli olmaması, vaka danışmanlığı kavramının literatürde yeni olması ve işleyişi hakkında yeterli veri olmaması bu alanda yapılan yeni araştırmaları da karşılaştırma yapılamayacağı için güçleştirmektedir. Bu alanda yapılacak araştırmaların sayısının artması araştırmacıların bu alana daha fazla yönelmesini sağlayacaktır.

Vaka danışmanlığı ile ilgili çalışmaların artmasının yanında mesleki ve yasal altyapısının da doğru yapılması gerekmektedir. Danışman olarak görev yapacak kişilerin mesleki yeterlilikleri, tecrübeleri ile ilgili kalite standardının belirlenmesi gerektiği düşünülmektedir.

Vaka danışmanlığının uygulama alanına bakıldığında sosyal destek ve psikolojik desteğin öne çıktığı görülmektedir. Sosyal desteği; bilgilendirme, yönlendirme, tedavi öncesi motivasyon ve bağımlılığın getirdiği yüklerle baş etme gibi başlıklarda ele aldığımızda sosyal çalışmacılara önemli görevler düşmektedir. Bu nedenle vaka danışmanlığında; yetişmiş, tecrübeli sosyal çalışmacıların etkin rol alacağı düşünülmektedir.

Çalışmamızda vaka danışmanlığı hizmetinin verildiği merkezlere ulaşımın da tedaviye başvuruda etkili olduğu gözlenmiştir. Bu nedenle hem hastalara ulaşımın kolay olduğu hem de hastaların merkezlere ulaşımının kolay olduğu ulaşımı kolay ve fiziki şartları uygun olan bağımlılık merkezlerinin sayısının artması ve bu merkezlerde hizmet veren kişilerin niteliklerinin yükseltilmesiyle bağımlılık tedavisinde önemli bir yol kat edileceği düşünülmektedir.

Bu çalışmadan alınan sonuçlar; vaka danışmanlığının kesin olarak remisyon süresine etkisi olduğu yargısına ulaşmak için yeterli olmayabilir ancak tedavi yöntemi olarak denenecek, üzerinde yeni çalışmalar yapılacak bir alan olduğu izlenimi uyandırmaktadır.

Sonuç olarak; kontrollü ve kesitsel olarak yapılan bu çalışmada elde edilen veriler madde bağımlılığı olan bireylerin vaka danışmanı tarafından takip edilmesinin remisyon sürecine etkileri olduğunu düşündürmektedir. Bireyin düzenli olarak profesyonel destek almasının depresme riskini azalttığı görülmektedir. Bu konuda çalışmaların artırılması yeni bir model olan vaka danışmanlığının etkilerini daha net görmemizi sağlayacaktır.

KAYNAKLAR

- ALTINTOPRAK, E., AKGÜR ANNETTE, S., YÜNCÜ, Z., SERTÖZ ÖNEN, Ö., & ÇOŞKUNOL, H. (2008). Kadınlarda alkol kullanımı ve buna bağlı sorunlar. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 19 (2), 197-208.
- AMERİCAN PSYCHİATRİC ASSOCIATION. (2000). American Psychiatric Association task force on DSM-IV. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-IV-TR. 4th ed. Washington, DC: American Psychiatric Association*, 513-517.
- AMERİCAN PSYCHİATRİC ASSOCIATION. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5®)*. American Psychiatric Pub.
- ARIKAN, Ç. (1989). *Sağlık Alanında Kurum İçi Ekip Çalışması. Hacettepe Üniversitesi, Sosyal Hizmetler Yük sek Okulu Dergisi*. Sayı 1-2-3. Ankara., 46-58.
- ARIKAN, Z. (2010). Alkol ve Madde Bağımlılığında Tedavi ve Genel İlkeleri. *Turkiye Klinikleri Journal of Psychiatry Special Topics*, 3(1), 28-38.
- ARIKAN, Z. (2012). Madde Bağımlılığı, Düzeltme (Remisyon), Nüks (Relaps) ve Önlenmesi. *Madde Bağımlılığı Tanı ve Tedavi Kılavuzu El Kitabı. TC Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü*. Düzenleme Tarihi:2011 ISBN: 978-975-590-431-3 Bakanlık Yayın Numarası: 879, 243
- ARSLAN CANSEVER, B. (2010). *Ergenlerin toplumsallaşmasında internet kullanımının aile ve okul bağlamında yarattığı sorunlar*. Yayımlanmamış doktora tezi. Ege üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İzmir.
- ARTUÇ, S., DOĞAN, K. H., & DEMİRCİ, Ş. (2014). Uyuşturucu Maddelerde Yeni Trend Sentetik Kannabinoidler. *The Bulletin of Legal Medicine*, 19(3), 198-203.
- ASAN, Ö., TIKIR, B., OKAY, İ. T., & GÖKA, E. (2015). Bir AMATEM birimine başvuran alkol ve madde kullanım bozukluğu olan hastaların sosyodemografik ve klinik özellikleri. *Bağımlılık Dergisi*, 16(1), 1-5.
- ASHTON, C. H. (2001). Pharmacology and effects of cannabis: a brief review. *The British Journal of Psychiatry*, 178(2), 101-106.
- ATAUZ, SEVİL; (1983), Psikiyatrik Sosyal Çalışmacının Tedavi Ekibi İçindeki Yeri. XVIII. Ulusal Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Kongresi, Bozak matbaası, İstanbul."
- BABAOĞLU, A. N. (1997). *Uyuşturucu ve tarihi: bağımlılık yapan maddeler*. Kaynak Yayınları.
- BALCI, A. (2009). *Sosyal bilimlerde araştırma (7. baskı)*. Ankara: Pegem A Yayıncılık.
- BAŞKURT, İ. (2003). Gençlik, madde bağımlılığı ve korunma yolları. *İstanbul Üniversitesi İlahiyat Fakültesi Dergisi*, 6, 73-84.
- BAŞKURT, İ. (2012). Gençlik, Madde Bağımlılığı ve Korunma Yolları (Psiko-Sosyal Bir Yaklaşım). *İstanbul Üniversitesi İlahiyat Fakültesi Dergisi*, (8).

- BEKAR, Ö. E. (2014). Bağımlılık yapıcı madde kullanımı olan hemşireler ve hemşirelik hizmetleri yönetiminin yaklaşımı: bir literatür incelemesi. *Sağlık ve Hemşirelik Yönetimi Dergisi*, 1(1), 43-47.
- BİLİCİ, R. (2014). Synthetic cannabinoids. *Northern clinics of Istanbul*, 1(2), 121.
- BROWNELL, K. D., MARLATT, G. A., LICHTENSTEIN, E., & WILSON, G. T. (1986). Understanding and preventing relapse. *American psychologist*, 41(7), 765.
- BÜYÜKÖZTÜRK, S. (2010). Sosyal bilimler için veri analizi el kitabı (11. Baskı). Ankara: Pegem Akademi.
- CEYLAN, M. E., & TÜRKCAN, A. A. (2003). Klinik Uygulamada Biyolojik Psikiyatri 2. Cilt, 1. Kitap: *Alkol ve Madde Kullanım Bozuklukları*, Genişletilmiş 2. Baskı. İstanbul, Küre Yayıncılık.
- CONNORS, G. J., MAISTO, S. A., & ZYWIAK, W. H. (1996). Understanding relapse in the broader context of post-treatment functioning. *Addiction*, 91(12s1), 173-190.
- COŞKUN, S. (2006). Uçucu madde kullanan ergenlerde bilinçlendirme eğitiminin etkinliği. *İstanbul: Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yayınlanmamış Doktora Tezi*.
- DALEY, D. C., & MARLATT, G. A. (1997). Relapse prevention. *Substance abuse: A comprehensive textbook*, 458-467.
- Department of Community, Rural and Gaeltacht Affairs (Mayıs 2007). *Report of the Working Group on Drugs Rehabilitations* Erişim tarihi: 15.08.2018, Erişim Adresi: <http://www.drugs.ie/NDRICdocs/Report%20of%20the%20Working%20Group%20on%20Drugs%20Rehabilitation%202007.pdf>
- DİĞRAK, E. (2014). Meslek ve hobi edindirme kursuna katılan ve katılmayan kadınların ruh sağlığı durumlarının karşılaştırılması (Doctoral dissertation, Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü).
- DİLBAZ, N. (1998), Alkol ve Alkol Dışı Madde Bağımlılığı, *Ankara Numune Hastanesi Temel Kursu-1*. Mutludoğan yayıncılık, Ankara.
- DİLBAZ, N. (2010-2011). Ankara AMATEM Penceresinden Türkiye'nin bağımlılık fotoğrafı. *Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü Dergisi*, 29.
- DİLBAZ, N. (2012a). Madde Bağımlılığında Korunma Ve Tedavi İlkeleri, İçinde: *Madde Bağımlılığı Tanı ve Tedavi Kılavuzu El Kitabı* Düzenleme Tarihi:2011 ISBN: 978-975-590-431-3 Bakanlık Yayın Numarası: 879, 47-49
- DİLBAZ, N. (2012b). Opiyat Bağımlılığı, İçinde: *Madde Bağımlılığı Tanı ve Tedavi Kılavuzu El Kitabı* Düzenleme Tarihi:2011 ISBN: 978-975-590-431-3 Bakanlık Yayın Numarası: 879, 62-101
- DONOVAN, D. M. (1996). Assessment issues and domains in the prediction of relapse. *Addiction*, 91(12s1), 29-36.
- DSM-5 Tanı ölçütleri başvuru el kitabı*. Hekimler Yayın Birliği Yayıncılık, 2013.
- EGM KOM Daire Başkanlığı, EMCDDA 2007 Yıllık Rapor, Ankara (http://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/942/NR2007Tureky_tr.pdf) 10.09.2018
- EGM KOM Daire Başkanlığı, Türkiye Uyuşturucu Raporu 2010, Ankara. (http://www.kom.gov.tr/Tr/Dosyalar/rap_2010%281%29.pdf)

- EGM KOM Daire Başkanlığı, Türkiye Uyuşturucu Raporu 2013, Ankara.
(<http://www.kom.pol.tr/SiteAssets/Sayfalar/Raporlar/2013%20KOM%20Raporu-T%C3%BCrk%C3%A7e.pdf>)
- EMCDDA, (2016) *European Drug Report 2016: Trends and Developments*. Erişim Tarihi: 23 Ekim 2018, Erişim Adresi: <http://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/2637/TDAT16001TRN.pdf>
- EŞEL, E. (2001). Alkol ve hipotalamik-pitüiter-adrenal eksen. *Klinik Psikiyatri Dergisi*, 4(94), 101.
- EVREN, C., & BOZKURT, M. (2013). Sentetik kannabinoidler: son yılların krizi. *Dusunen Adam*, 26(1), 1.
- EVREN, C., DURKAYA, M., DALBUDAK, E., ÇELİK, S., ÇETİN, R., & ÇAKMAK, D. (2010). Erkek alkol bağımlılarında depresme ile ilişkili etkenler: 12 aylık takip çalışması. *Düşünen Adam Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi*, 23, 92-99.
- Group, W. H. O. Q. O. L. (1994). Development of the WHOQOL: Rationale and current status. *International Journal of Mental Health*, 23(3).
- GURDAL, F., ASİRDİZER, M., AKER, R. G., KORKUT, S., GOCER, Y., KUCUKİBRAHİMOĞLU, E. E., & INCE, C. H. (2013). Review of detection frequency and type of synthetic cannabinoids in herbal compounds analyzed by Istanbul Narcotic Department of the Council of Forensic Medicine, Turkey. *Journal of forensic and legal medicine*, 20(6), 667-672.
- HASİN, D. S., O'BRIEN, C. P., AURIACOMBE, M., BORGES, G., BUCHOLZ, K., BUDNEY, A., ... & SCHUCKİT, M. (2013). DSM-5 criteria for substance use disorders: recommendations and rationale. *American Journal of Psychiatry*, 170(8), 834-851.
- IŞIK, M. (2013). Türkiye'nin Madde Kullanımı ve Bağımlılığı ile Mücadele Politikasının Stratejik İletişim Yaklaşımı Çerçevesinde Değerlendirilmesi, Yayınlanmamış Doktora Tezi.
- JOHNSTON, L. D., O'MALLEY, P. M., BACHMAN, J. G., & SCHULENBERG, J. E. (2013). Monitoring the Future national results on adolescent drug use: Overview of key findings, 2012.
- Kaçakçılık, E. G. M. (2014). *Kaçakçılık ve Organize Suçlarla Mücadele Daire Başkanlığı 2013 Raporu*. Ankara: Kaçakçılık ve Organize Suçlarla Mücadele Dairesi Başkanlığı.
- KALAYCI, Ş. (2009). SPSS uygulamalı çok değişkenli istatistik uygulamaları. Ankara: Asil Yayınevi.
- KALAYCI, Ş. (2010). SPSS uygulamalı çok değişkenli istatistik teknikleri (Vol. 5). Ankara: Asil Yayın Dağıtım.
- KALYONCU, A., MIRSAL, H., PEKTAŞ, Ö., YILMAZ, S., & BEYAZYÜREK, M. (1997). Alkol Bağımlılığında Klinik Tedavi Sonrası Bir İzleme Çalışması. *VI. Anadolu Psikiyatri Günleri*, 10-14.
- KALYONCU, Ö. A. (2010). *Plastik düşler: bağımlılık hakkında gerçekler, yeni bilgiler, yeni tedaviler, yeni umutlar...* Kapital Yayınları.
- KALYONCU, Ö.A. ve H. MIRSAL, "Madde Bağımlılığında Bireysel Psikoterapi", Bağımlılık Dergisi, 1, 95-100 (2000).
- KARAMAN, H. (2017) *Yeşilay Danışmanlık Merkezinin (YEDAM) İncelenmesi*. İstanbul: Yeşilay Yayınları.
- KARASAR, N. (2017). Bilimsel araştırma yöntemi: kavramlar-ilkeler-teknikler. Nobel Yayın Dağıtım.

- KIZILYALIN, A. K.(1970). *Uyuşturucu Zehirler ve Cinsel Çılgınlıklar*. Tekin Yayınevi.
- KOÇAK, Ö. (2014). Tinnitus Şikayeti Olan Bireylere Verilen Danışmanlık Hizmetinde Türkçe Standart Görsel Materyal Kullanımının Etkisinin Araştırılması.
- KÖKNEL, Ö. (1998). *Bağımlılık: alkol ve madde bağımlılığı*. Altın Kitaplar.
- KÖKNEL, Ö. (2001). Alkol ve madde bağımlılığı alt kültürü. *Bağımlılık Dergisi*, 2(2), 71-76.
- KÖROĞLU, E. (2007). Amerikan Psikiyatri Birliği Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı, Gözden geçirilmiş dördüncü baskı (DSM-IV-TR). *Hekimler Yayın Birliği, Ankara*.
- Madde Bağımlılığı Tedavi Merkezleri Yönetmeliği. (2013, 29 Aralık). *Resmi Gazete* (Sayı: 28866). Erişim Adresi: <http://www.mevzuat.gov.tr/Metin.Aspx?MevzuatKod=7.5.19185&MevzuatIliski=0&sourceXmlSearch=uyu%C5%9Fturucu>
- MAİSTO, S. A., GALİZİO, M., CONNORS, G. J., MUISENER, P., & WALTERS, G. D. (2009). See also: Depression and Drugs; Families, Communities, and Drug Abuse; Over-the-Counter Drugs; Risk Factors and Risk Taking; School Performance and Drug Abuse. *The TruTh About Drugs*, 50.
- MARLATT, G. A. (1996). Taxonomy of high-risk situations for alcohol relapse: evolution and development of a. *Addiction*, 91(12s1), 37-50.
- MARLATT, G. A., & GEORGE, W. H. (1984). Relapse prevention: Introduction and overview of the model. *British journal of addiction*, 79(4), 261-273.
- MCLELLAN, A. T., ARNDT, I. O., METZGER, D. S., WOODY, G. E., & O'BRELEN, C. P. (1993). The effects of psychosocial services in substance abuse treatment. *Addictions Nursing Network*, 5(2), 38-47.
- Mesleki Yeterlilik Kurumu, *Madde Bağımlılığı Danışmanı Meslek Standardı Hazırlanması*, Erişim adresi: <https://www.yesilay.org.tr/tr/projeler/detay/madde-bagimlilik-danismani-meslek-standardi-hazirlanmasi>.
- MIRSAL, H., PEKTAŞ, Ö., KALYONCU, A., & BEYAZYÜREK, M. (2002). Alkol Bağımlılarında Karaciğer Fonksiyon Testleri İle Sosyodemografik-Klinik Özellikler Arasındaki İlişkiler. *Bağımlılık Dergisi*, 3(1), 27-30.
- MOUNTENEY, J., GRİFFİTHS, P., SEDEFOV, R., NOOR, A., VİCENTE, J., & SİMON, R. (2016). The drug situation in Europe: an overview of data available on illicit drugs and new psychoactive substances from European monitoring in 2015. *Addiction*, 111(1), 34-48.
- MÜDÜRLÜĞÜ, T. İ. B. E. G. (2012). Kaçakçılık ve Organize Suçlarla Mücadele Daire Başkanlığı. *Türkiye Uyuşturucu ve Uyuşturucu İzleme Merkezi (TUBİM)*.
- NİCHOLLS, L., BRAGAW, L., & RUETSCH, C. (2010). Opioid dependence treatment and guidelines. *Journal of Managed Care Pharmacy*, 16(1), 14-21.
- ÖGEL, K. (2001). İnsan, yaşam ve bağımlılık tartışmalar ve gerekçeler. *İstanbul: IQ Kültür Sanat Yayıncılık*, 7-11.
- ÖGEL, K. (2010). Sigara, alkol ve madde kullanım bozuklukları: Tani, tedavi ve önleme. Yeniden Yayınları. İstanbul, 2010
- ÖZDAMAR, K. (2013). Paket programlar ile istatistiksel veri analizi: MINITAB 16-IBM SPSS 21. Nisan Kitabevi.

- ÖZDEN, S. Y. (1992). *Uyuşturucu madde bağımlılığı: teşhis-tedavi-tebdir*. 1. Baskı, Nobel tıp yayınevi, İstanbul.
- ÖZŞEKER, P. E., DİP, A., DAĞLIOĞLU, N., GÜLMEN, M. K. (2017). Sentetik kannabinoidler: Yeni nesil esrar. *Türkiye Aile Hekimliği Dergisi*, 21(1), 34-40.
- PATTON, M. Q. (1990). *Qualitative evaluation and research methods*. (2. Baskı). London: SAGE Publications, inc.
- PEKTAŞ, Ö., MIRSAL, H., KALYONCU, Ö. A., TAN, D., & BEYAZYÜREK, M. (2003). Remisyondaki Alkol Bağımlılarında Kontrol Odağı. *Journal of Dependence*, 4, 72-75.
- PETERS, F. T., & MEYER, M. R. (2011). In vitro approaches to studying the metabolism of new psychoactive compounds. *Drug testing and analysis*, 3(7-8), 483-495.
- POLAT, G. (2014). Madde bağımlılığı tedavisinde sosyal hizmet mesleği. *Okmeydanı Tıp Dergisi*, 30(2), 143-148.
- RUSSO, E. (2001). Journal of Cannabis Therapeutics: An Editorial Introduction. *Journal of Cannabis Therapeutics*, 1(1), 85-88.
- SEDEFOV, R., GALLEGOS, A., KING, L., LOPEZ, D., AUWÄRTER, V., HUGHES, B., & GRİFFİTHS, P. (2009). *Understanding the 'Spice' phenomenon. Thematic papers, European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction*.
- SİPAHİ, B., YURTKORU, E. S., & ÇİNKO, M. (2006). *Sosyal Bilimlerde SPSS'le Veri Analizi*, İstanbul. Beta Basım AŞ.
- TARHAN, N., NURMEDOV S. (2011). *Bağımlılık Sanal veya Gerçek.*, Timaş Yayınları, İstanbul.
- TEKBİYYIK, A. (2014). *Kuramdan uygulamaya eğitimde bilimsel araştırma yöntemleri*. Ankara: Pegem Yayıncılık.
- TÜİK 2010. *Türkiye Sağlık Araştırması*. Erişim Tarihi: 12.09.2018 Erişim Adresi: http://www.tuik.gov.tr/PreTablo.do?alt_id=6.
- TÜRKCAN, A. (1998). Türkiye'de madde kullananların profili: Hastane verilerinin incelenmesi. *Düşünen Adam*, 11(3), 56-64.
- TÜRKCAN, A., COŞKUN, B., İLEM, E., & ÇAKMAK, D. (2001). Alkol bağımlılarında bir tedavi programının 3 aylık izlem sonuçları. *Bağımlılık Dergisi*, 2(1), 30-33.
- Türkiye Uyuşturucu Bağımlıları İzleme Merkezi (TUBİM) . (2006). *Bağımlılık Yapıcı Maddeler ve Bağımlılıkla Mücadele 2006 Yılı Türkiye Raporu*. Ankara: İçişleri Bakanlığı Emniyet Genel Müdürlüğü Kaçakçılık ve Organize Suçlarla Mücadele Daire Başkanlığı Yayını.
- UCHİYAMA, N., KİKURA-HANAJİRİ, R., OGATA, J., & GODA, Y. (2010). Chemical analysis of synthetic cannabinoids as designer drugs in herbal products. *Forensic science international*, 198(1-3), 31-38.
- Ulusal Meslek Standardı Madde Bağımlılığı Danışmanı (Seviye 6)*. Resmi Gazete (Sayı: 3003 (Mükerrer)) (2017, Mart 10). Erişim Adresi: <http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2017/03/20170310M1.pdf>,
- ULUSAL MESLEK STANDARTLARINA DAİR TEBLİĞ. (2017, 10 Mart). *Resmi Gazete* (Sayı: 300003 (mükerrer)). Erişim Adresi: <http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2017/03/20170310M1-1.htm>

- UYUŞTURUCU İLE MÜCADELE DAİRE BAŞKANLIĞI. (2016). *Sentetik Kannabinoidler*. Ankara: EGM.
- UZBAY, T. (2009a). Madde bağımlılığı. *Silahlı Kuvvetler Dergisi*, 399, 99-115.
- UZBAY, T. (2009b). *Madde Bağımlılığının Tarihçesi, Tanımı, Genel Bilgiler ve Bağımlılık Yapan Maddeler*. Meslek İçi Sürekli Eğitim Dergisi, 14.
- WALTON, M. A., CASTRO, F. G., & BARRINGTON, E. H. (1994). The role of attributions in abstinence, lapse, and relapse following substance abuse treatment. *Addict Behav* 1994; 19:319-331.
- WEST, R., & BROWN, J. (2013). *Theory of addiction*. Hindistan: John Wiley & Sons Yayınları
- WINSTOCK, A. R., & BARRATT, M. J. (2013). Synthetic cannabis: a comparison of patterns of use and effect profile with natural cannabis in a large global sample. *Drug and alcohol dependence*, 131(1-2), 106-111.
- YAŞAR, V. "Çocuklarımızın Dost Görünen Düşmanlara Esir Olmaması İçin" Yeşilay Aylık Sağlık, Eğitim ve Kültür Dergisi 88.Yıl, 946 Sayı, s:20, Kasım 2012,İstanbul.
- YILMAZ, A., CAN, Y., BOZKURT, M., & EVREN, C. (2014). Alkol ve madde bağımlılığında remisyon ve depresme. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 6(3), 245.
- YÜNCÜ, Z., AYDIN, C., COŞKUNOL, H., ALTINTOPRAK, E., & BAYRAM, A. T. (2006). Çocuk Ve Ergenlere Yönelik Bir Bağımlılık Merkezine İki Yıl Süresince Başvuran Olguların Sosyodemografik Değerlendirilmesi. *Journal of Dependence*, 7, 31-37.

EKLER

EK 1: HASTA İLK GÖRÜŞME FORMU

1. Adı soyadı:
2. Başvuru şekli:
Kendi isteğiyle başvurmuş ()
Ailenin isteğiyle başvurmuş ()
Çevrenin isteğiyle başvurmuş ()
Yasal nedenlerle başvurmuş ()
Yakını danışmanlık için başvurmuş ()
3. Cinsiyeti: kadın () erkek ()
4. Yaşı: ...
5. İş durumu: çalışıyor () çalışmıyor () öğrenci () diğer ()
6. Eğitim yılı: ...
7. Kiminle yaşıyor: yalnız () ailesiyle () arkadaşlarıyla/diğer () evsiz/kurumda ()
8. Medeni durumu: evli () bekâr () diğer ()
9. Tercih maddesi:
Esrar () sentetik kannabinoid () opioid () kokain/taş () ecstasy/diğer
uyarıcılar () uçucular () karışık madde () alkol () kumar () diğer ()
10. Problemin başlama yaşı: ...
11. Problemin süresi (ay): ...
12. En son madde kullanımı: ...

EK 2: HASTA GÖRÜŞME TAKİP FORMU

1. Görüşme tarihi: ...
2. Başvuru öncesi remisyon: ...
3. Madde kullanma isteği: yok () biraz var () var () çok var ()
4. Madde kullanımı: yok () var ()
5. Kullandığı gün sayısı:
6. Ailesel stresör: yok () var ()
7. Çalışma durumu: çalışıyor () çalışmıyor () öğrenci () diğer ()
8. Remisyonların toplam süresi: ...

EK 3: ÖZGEÇMİŞ

KİŞİSEL BİLGİLER

Adı Soyadı: Yusuf YUSUFOĞLU
Doğum Yeri: 01.01.1991
Yabancı Dili: İngilizce

İŞ TECRÜBELERİ

09.2015 - **Sosyal Çalışmacı**
SBÜ Erenköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Eğitim Araştırma Hastanesi

ÖĞRENİM DURUMU

02.2017 - **Yüksek Lisans: T.C. Üsküdar Üniversitesi**
Sosyal Hizmet Bölümü - Sağlık Bilimleri Enstitüsü
09.2010 – 06.2015 **Lisans: T.C. Yalova Üniversitesi**
Sosyal Hizmet Bölümü - Sağlık Bilimleri Fakültesi
06.2006 **Diyarbakır Rekabet Kurumu Anadolu Lisesi**
Lise

KURS VE SERTİFİKALAR

10 Aralık 2015 9. Ulusal Alkol ve Madde Bağımlılığı Kongresi
7 Kasım 2016 Psikiyatrik Sosyal Hizmet Uygulama Eğitimi
27 Kasım 2017 Tıbbi Sosyal ve Tıbbi Sosyal Hizmette Klinik Yaklaşım Ve Klinik Uygulamalar Eğitimi
23 Kasım 2017 11. Alkol ve Madde Bağımlılığı Kongresi
13 Kasım 2017 TRSM Çalışma Rehberi Eğitimi
29 Kasım 2018 12. Ulusal Alkol ve Madde Bağımlılığı Kongresi