



**T.C.**

**ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ**

**TIP FAKÜLTESİ**

**HALK SAĞLIĞI ANABİLİM DALI**

**SAMSUN İLİ MERKEZ İLÇELERİ LİSE ÖĞRENCİLERİNDE  
SİGARA, ALKOL, MADDE KULLANIMI VE ETKİLEYEN  
FAKTÖRLER**

**Dr. ALPTEKİN KARA**

**TIPTA UZMANLIK TEZİ**

**SAMSUN-2019**





T.C.

ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ

HALK SAĞLIĞI ANABİLİM DALI

**SAMSUN İLİ MERKEZ İLÇELERİ LİSE ÖĞRENCİLERİNDE  
SİGARA, ALKOL, MADDE KULLANIMI VE ETKİLEYEN  
FAKTÖRLER**

Dr. Alptekin KARA

TIPTA UZMANLIK TEZİ

Tez Danışmanı

Dr. Ahmet Tevfik SUNTER

SAMSUN-2019

## TEŞEKKÜR

Tez çalışması esnası ve tüm uzmanlık eğitimim süresince benden destek ve yardımlarını esirgemeyen tez danışmanım Prof. Dr. Ahmet Tevfik Sünter'e; eski anabilim dalı başkanımız Prof. Dr. Yıldız Pekşen'e, anabilim dalı başkanımız Prof. Dr. Cihad Dünder'a ve Halk Sağlığı Anabilim Dalı'ndaki diğer hocalarım olan; Prof. Dr. Şennur Dabak, Prof. Dr. Sevgi Canbaz ve Yrd.Doç.Dr.Özlem Terzi'ye,

Tez çalışması esnasında kullandığım verileri temin etmemde yardımcı olan tüm Samsun Milli Eğitim Müdürlüğü çalışanlarına, öğretmen ve öğrencilere,

Halk Sağlığı Anabilim Dalı'nda beraber eğitim gördüğüm, bana her konuda yardımcı olan bölüm arkadaşlarım ve sevgili aileme en samimi teşekkürlerimi sunarım.

Dr. Alptekin KARA

06.06.2019

## ÖZGEÇMİŞ

**Adı Soyadı:** Alptekin Kara

**Doğum Tarihi ve Yeri:** 16.10.1984

**Öğrenim Durumu:**

Derece	Okul	Yıl
İlk/Orta	İstanbul/Bahçelievler Hürriyet İlkokulu	1995
Lise	İzmir/Güzelbahçe 60. Yıl Anadolu Lisesi	2002
Lisans	Samsun Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi	2009

**Görevler:**

Görev Ünvanı	Görev Yeri	Yıl
Tabip	Burdur/Gölnhisar Toplum Sağlığı Merkezi	2009
Tıpta Uzmanlık Öğrencisi	Samsun Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı	2011-2017

## BEYAN

“Samsun İli Merkez İlçeleri Lise Öğrencilerinde Sigara, Alkol, Madde Kullanımı ve Etkileyen Faktörler” başlıklı tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu, başka bir çalışmadan kopya edilmediğini, tezin planlanmasından yazımına kadar bütün safhalarda etik dışı davranışımın olmadığını, bu tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, bu tez çalışmasıyla elde edilmeyen bütün bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları da kaynaklar listesine aldığımı, bu tezin çalışılması ve yazımı sırasında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığını beyan ederim.

## ÖZET

**Giriş-Amaç:** Lise dönemi gelecekle ilgili belirsizlikler içeren riskli bir dönemdir. Gençlerde sigara, alkol ve madde kullanımı halk sağlığı açısından önemli ve önlenebilir sorunlar içerisindedir. Bu çalışma ile Samsun ili Merkez ilçelerinde, lise öğrencilerinde sigara, alkol, madde kullanım sıklığını ve etkileyen faktörleri değerlendirmek amaçlanmıştır.

**Gereç-Yöntem:** Kesitsel tipteki bu araştırma, Samsun İli Merkez ilçelerinde (Atakum, Canik, Tekkeköy, İlkadım) bulunan liselerde yapılmıştır. Araştırma evrenini Samsun'un merkez ilçelerinde bulunan 70 lise ve 36552 lise öğrencisi oluşturmaktadır. Araştırma verileri, öğrenciler lise türlerine göre tabakalandırıldıktan sonra 13.12.2015-02.03.2016 tarihleri arasında, araştırmacı tarafından bilgilendirilen öğretmenlerin gözetiminde, sınıflarda demografik bilgiler, aile ve arkadaş bilgileri, sigara, alkol, madde kullanımı ile ilgili bilgiler içeren anket formlarının uygulanmasıyla elde edilmiştir. İstatistiksel analizlerde Pearson Ki-Kare, Fisher testi ve Binary Lojistik Regresyon modeli kullanılmıştır.

**Bulgular:** Samsun genelindeki lise öğrencilerinin oluşturduğu araştırma grubunda öğrencilerinin %21,9'unun düzenli sigara kullandığı; %15,2'sinin son 1 ay içerisinde alkol kullandığı, %6,4'ünün en az bir kez madde kullandığı saptanmıştır. Sigara ve alkol kullanımı erkeklerde ve meslek liselilerde daha yüksek düzeyde bulunmuştur ( $p<0,05$ ). Aile ve yakın arkadaşların sigara, alkol, madde kullanımının bu maddelerin kullanım sıklığını arttırdığı görülmüştür. Sigara, alkol ve maddeden herhangi birinin varlığının bir diğeri için risk faktörü teşkil ettiği ortaya konulmuştur.

**Sonuç-Öneriler:** Bulgular Samsun'daki lise öğrencilerinde sigara, alkol ve madde kullanma sıklığının hiç de azımsanmayacak bir boyutta olduğunu ortaya koymuştur. Madde kötüye kullanımıyla ilgili en iyi mücadele adolesan bireylerin baştan bu maddelerle temasını olmasını engellemektir. Anne-babanın örnek tavrı kadar akran ilişki ve desteğinin önemi de vurgulanmalıdır.

**Anahtar Kelimeler:** Lise öğrencileri, sigara, alkol, madde kullanımı

## ABSTRACT

**Introduction and Aim:** High school era is a risky period, including uncertainty about future. Cigarette, alcohol and drug usage of youth is amongst serious and avoidable public health problems. This study was conducted in metropolitan districts of Samsun province; to evaluate high school students' cigarette, alcohol and drug use prevalence and its affecting factors.

**Materials and Methods:** This cross-sectional study was conducted in high schools based in metropolitan districts (Atakum, Canik, Tekkeköy, İlkadım) of Samsun province. The universe of the study contains the 70 high schools and 36552 students residing in the metropolitan districts of Samsun province. Search data was obtained by survey forms including information about demographic situation, family and friends, cigarette, alcohol, drug usage between 13.12.2015-02.03.2016, in the presence of observatory teachers who were informed about the study, in classes; after stratification of the high school types. Pearson Chi-Square, Fisher tests and Binary Logistic Regression model was used in statistical analysis.

**Results:** In the study group, which was created amongst overall high school students in Samsun, it was detected as the 21,9% of the students were smoking cigarette, 15,2% of them used alcohol in the last month and 6,4% was used drugs at least once in lifetime. Cigarette and alcohol usage rate were found higher in males and vocational high school students ( $p < 0,05$ ). It was seen as the cigarette, alcohol and drug usage prevalence were being increased if the family and close friends were using them. The usage of cigarettes, alcohol and any of the drugs has been shown to pose a risk factor for another.

**Conclusion:** The findings revealed that the prevalence of cigarette, alcohol and drug use among high school students in Samsun was not negligible. The best fight against substance abuse is to prevent adolescent individuals from coming into contact with these substances from the beginning. The importance of peer relationship and support should be emphasized as well as the leading role of parents.

**Key words:** High school students, cigarette, alcohol, drug abuse



## İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR.....	i
ÖZGEÇMİŞ .....	ii
BEYAN.....	iii
ÖZET.....	iv
ABSTRACT .....	v
İÇİNDEKİLER .....	vi
TABLolar DİZİNİ .....	viii
1. GİRİŞ ve AMAÇ .....	1
2. GENEL BİLGİLER .....	2
2.1. Tanımlar .....	2
2.1.1. Madde ve Uyuşturucu.....	2
2.1.2 Madde Kullanım Bozukluğu .....	3
2.1.3 Adolesan Kavramı .....	5
2.2 Tarihçe.....	5
2.3 Bağımlılık Yapıcı Maddeler ve Klasifikasyonu .....	7
2.3.1 Klasifikasyon.....	7
2.3.2 Bağımlılık Yapıcı Maddeler .....	8
2.4 Madde Kötüye Kullanım Epidemiyolojisi.....	23
2.4.1 Dünya Geneline Madde Kötüye Kullanım Sıklığı .....	23
2.4.2 Türkiye’de Madde Kötüye Kullanım Sıklığı.....	25
2.5 Madde Kötüye Kullanımı ile Mücadele .....	25
2.6 Madde Kötüye Kullanımı için Risk Faktörleri.....	37
3. GEREÇ VE YÖNTEM .....	40
3.1. Araştırma Grubu.....	40
3.2. Veri Toplama Yöntemi ve Araçları.....	40
3.3. İstatistiksel Analiz .....	41
4. BULGULAR.....	42
4.1. Araştırmaya Katılan Öğrencilerin Sosyo-Demografik Özellikleri:.....	42
4.2. Araştırma Grubunda Madde Kötüye Kullanımı .....	44

4.2.1. Sigara Kullanımı.....	44
4.2.2. Alkol Kullanımı.....	45
4.2.3. Madde Kullanımı.....	46
4.3. Araştırma Grubu Aile ve Arkadaşlarında Madde Kötüye Kullanımı.....	48
Tablo 10. Araştırma Grubu Anne, Baba, Kardeş ve Yakın Arkadaşlarında Sigara İçme Durumu.....	48
4.4. Araştırma Grubunda Madde Kötüye Kullanımının Sosyo-Demografik Özellikler ile Karşılaştırılması.....	49
4.4.1. Düzenli Sigara Kullanımının Sosyo-Demografik Özellikler ile Karşılaştırılması .....	49
4.4.2. Son 1 aylık Alkol Kullanımının Sosyo-Demografik Özellikler ile Karşılaştırılması.....	52
4.4.3. Hayat Boyu En Az Bir Kez Madde Kullanımının Medeni Durum, Eğitimi ve Çalışma durumuna göre Karşılaştırılması .....	54
4.5. Madde Kötüye Kullanımını Etkileyen Faktörler .....	55
5. TARTIŞMA .....	57
5.1. Madde Kötüye Kullanım Sıklığı .....	57
5.1.1. Sigara Kullanma Sıklığı .....	57
5.1.2. Alkol Kullanma Sıklığı .....	58
5.1.3. Madde Kullanma Sıklığı .....	59
5.2. Madde Kötüye Kullanımını Etkileyen Faktörler .....	61
5.3 Çalışmanın Kısıtlılıkları .....	62
6. SONUÇ ve ÖNERİLER.....	63
7. KAYNAKLAR .....	65
8. EKLER.....	71
Ek-1: Anket .....	71
Ek-2: Tez Çalışması Orinallik Raporu .....	78

## TABLolar DİZİNİ

<b>Tablo 1.</b> Araştırma Grubunun Yaşa Göre Dağılımı .....	42
<b>Tablo 2.</b> Araştırma Grubunun Bazı Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Dağılımı... 43	
<b>Tablo 3.</b> Araştırma Grubunda Düzenli Sigara İçimi .....	44
<b>Tablo 4.</b> Okul Türlerine Göre Sigara İçimi .....	44
<b>Tablo 5.</b> Araştırma Grubunda Son 1 aylık Alkol Alımı .....	45
<b>Tablo 6.</b> Okul Türlerine Göre Son 1 aylık Alkol Alımı .....	45
<b>Tablo 7.</b> Araştırma Grubunda Madde Kullanımı .....	46
<b>Tablo 8.</b> Araştırma Grubunda Lise Türlerine Göre Madde Kullanımı.....	47
<b>Tablo 9.</b> Kullanılan Madde Çeşitleri .....	47
<b>Tablo 10.</b> Araştırma Grubu Anne, Baba, Kardeş ve Yakın Arkadaşlarında Sigara İçme Durumu .....	48
<b>Tablo 11.</b> Araştırma Grubu Anne, Baba, Kardeş ve Yakın Arkadaşlarında Alkol Kullanma Durumu.....	48
<b>Tablo 12.</b> Araştırma Grubu Anne, Baba, Kardeş ve Yakın Arkadaşlarında Haftada En Az Bir Kez Sarhoş Olma Durumu .....	49
<b>Tablo 13.</b> Araştırma Grubunda Sigara Kullanımının Sosyo-Demografik Özellikler ile Karşılaştırılması .....	50
<b>Tablo 14.</b> Düzenli Sigara Kullanımını Etkileyen Faktörler.....	55
<b>Tablo 15.</b> Son 1 aydaki Alkol Kullanımını Etkileyen Faktörler .....	56
<b>Tablo 16.</b> Hayat Boyu En Az Bir Kez Madde Kullanımını Etkileyen Faktörler .....	56

## 1. GİRİŞ ve AMAÇ

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) uyuşturucu kavramını, bitkisel kökenli veya bazı kimyasal bileşenlerin bir araya gelmesiyle oluşmuş sentetik moleküllerden, merkezi sinir sistemini etkileyerek fiziksel ve/veya ruhsal bağımlılık hallerine yol açan bütün maddeler olarak tanımlamaktadır (1, 2).

Tütün kullanımına karşı 1960'lara kadar dünyada ciddi bir engelleme olmamıştır. Dünyada önemli bir gelir kaynağı olan tütün endüstri ve ticareti bağımlılık yaptığı gerçeğine rağmen yaygınlaşmaya devam etmiştir. Sigaranın kanser veya bazı başka hastalıklara yol açabileceği ilk rapor 1964'te tebliğ edilmiştir. Yapılan araştırmaların akciğer kanseri ve kalp hastalıkları riskini arttırdığının dünya gündeminde bariz bir yer edinmesinden sonra ilk kez 1980'lerde sigara satış ve reklamlarına kısıtlama getirilmeye başlanmıştır. Bugün hala önemli bir halk sağlığı sorunu olan tütün ve tütün ürünleri tüketimi her yıl 8 milyondan fazla can almaktadır (3, 4).

Her yıl alkol kötüye kullanımı yüzünden 3 milyon kişi ölmektedir. 2016 yılı 15 yaş üzeri alkol tüketimi kişi başı 6,4 litredir (5).

Madde kötüye kullanımının en yaygın olduğu yaş aralığı ise 18-25 yaşlarıdır (4).

Erkeklerde madde kötüye kullanımı kadınlardan 2,2 kat fazladır (6).

Erkeklerde uyarıcı-uyuşturucu madde kullanımına başlama sıklığı daha yüksek olmasına rağmen yeni başlayan kadınlarda madde kötüye kullanım bozuklukları gelişme eğilimi daha fazladır (4).

Bu çalışmanın amacı Samsun ili Merkez ilçelerindeki lise öğrencilerinde sigara, alkol, madde kullanım sıklığını ve etkileyen faktörleri değerlendirmektir.

## 2. GENEL BİLGİLER

### 2.1. Tanımlar

Aristo'nun, ünlü Kategoryalar eserinde; “Yalnız adı bir, ama bu adın ifade ettiği anlamı başka başka olan nesnelere homonimler denir. Söz gelimi, resimden insan da, gerçek bir insan da hayvan'dır. Bu iki şeyin gerçekte isimden başka müşterek bir şeyleri yoktur, halbuki ismin ifade ettiği anlam başkadır. Çünkü her birinin ne yolda hayvan özünü gerçekleştirdiği bilinmek istenilirse, verilmesi gereken olan her ikisine de has bir tanımdır.” (7) şeklinde ifade ettiği gibi aynı terimin birden fazla tarifinin bulunduğu durumlarda kavramları net ve doğru olarak tanımlamak azami önem arz eder.

Bilimsel terminolojiyi doğru kullanmak ve gençleri korumak adına “uyuşturucu bağımlılığı” terimi yerine “madde kötüye kullanımı” ya da “madde bağımlılığı”; “uyuşturucu maddeler” yerine ise “bağımlılık yapan maddeler” terimlerini tercih etmek daha doğrudur (3).

Bu bağlamda öncelikle madde, madde kullanımı, bağımlılık yapıcı madde, uyuşturucu gibi terimlerle, tüm bunlarla etkileşim içerisinde bulunan adolesan kavramının tanımını yapmak gerekmektedir.

#### 2.1.1. Madde ve Uyuşturucu

Madde, farklı yollarla temin edilebilen; duygudurum, algı ve kognitif işlevler gibi beyin fonksiyonlarını etkileyebilen; suistimal ve bağımlılığa neden olabilen bazı kimyevi maddeleri tanımlar. Bu tanım esrar, kokain, eroin gibi yasa dışı maddeleri içerdiği gibi; amfetaminler, benzodiazepinler, diğer sedatif-hipnotik ilaçlar gibi reçete ile verilebilen ilaçlar veya satışında yasal herhangi bir engel olmayan tütün, kahve ve alkolü de kapsayabilir (8).

Dünya Sağlık Örgütü'nce psikoaktif ilaç ya da madde tanımı şöyledir: Alındığı zaman biliş veya arzu gibi zihinsel işlevleri etkileyen bir madde. Madde terimiyle sıklıkla kastedilen ise; spesifik olarak psikoaktif maddeler ve sıkça ve daha spesifik olarak tıbbi

kullanımı olabilen ya da olmayan yasadışı maddelerdir. Kontrole tabi ilaçlar terimi de dağıtımı kanunen yasak veya tıbbi kullanım ve eczanelerle sınırlı olan psikoaktif maddeler ve prekürsörlerini tarifler (1).

“Uyuşturucu kavramı, sadece uyuşturma özelliğine sahip maddeleri ifade eder gibi düşünülse de, aslında keyif veren, yatıştırıcı, hayal gördüren ve uyanıklık sağlayan maddeler için de kullanılan ve anlamı, toplumumuzun büyük bir bölümünün de anladığı şekilde, geniş anlamda düşünülmesi gereken bir kavramdır. Uyuşturucu kelimesi ile anlatılmak istenen, maddenin merkezi sinir sistemi üzerindeki etkisi değil, bu etkilerden bağımsız olarak belirli bir takım özellikleri taşıyan madde türlerinin tamamıdır. Bu açılardan bakıldığında uyuşturucu; “belirli bir dozda alındığı zaman, kişinin sinir sistemi üzerinde etki ederek; fiziki ve psikolojik dengesini bozan, fert ve toplum açısından ekonomik ve sosyal çöküntü meydana getiren, bağımlılık yapan, kanunlarca kullanılması, bulundurulması ve ticareti yasaklanan maddeler” olarak tanımlanabilir” (9).

Tanımlayacak olursak; uyuşturucu maddeler, bedene girdiklerinde ruhsal, davranışsal ve bedensel değişikliklere neden olan ve bağımlılık yapabilen kimyasal maddelerdir. Bu maddeler tıbbi literatürde psikoaktif maddeler olarak adlandırılmaktadır. Yabancı kaynaklarda bunlara önceleri “drug” adı verilmişken bu sözcüğün aynı zamanda ‘ilaç’ anlamında kullanılması önemli bir sorun olmuş ve bütün ilaçların drug tanımı içinde değerlendirilmesinin yanlış olduğu görülmüştür. Son zamanlarda ise “substance” olarak isimlendirilmektedirler (10).

### **2.1.2 Madde Kullanım Bozukluğu**

DSM-V’e göre madde kullanım bozukluğu;

“A.On iki aylık bir süre içinde aşağıdakilerden en az ikisi ile kendini gösteren, klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya ya da işlevsellikte düşmeye yol açan, sorunlu bir madde kullanım örüntüsü:

- 1.Çoğu kez, istendiğinden daha büyük ölçüde ya da daha uzun süreli olarak madde alınır.
- 2.Madde kullanmayı bırakmak ya da denetim altında tutmak için sürekli bir istek ya da bir sonuç vermeyen çabalar vardır.
- 3.Madde elde etmek, madde kullanmak ya da yarattığı etkiden kurtulmak için gerekli etkinliklere çok zaman ayrılır.
- 4.Madde kullanmaya içinin gitmesi ya da madde kullanmak için çok büyük bir istek duyma ya da kendini zorlanmış hissetme vardır.
- 5.İşte, okulda ya da evdeki konumunun gereği olan başlıca yükümlülüklerini yerine getirememeye ile sonuçlanan, yineleyici madde kullanımı vardır.
- 6.Maddenin etkilerinin neden olduğu ya da alevlendirdiği, sürekli ya da yineleyici toplumsal ya da kişilerarası sorunlar olmasına karşın madde kullanımını sürdürme vardır.
- 7.Madde kullanımından ötürü önemli bir takım toplumsal, işle ilgili etkinliklerin ya da eğlenme-dinlenme etkinliklerinin bırakılması ya da azaltılması vardır.
- 8.Yineleyici bir biçimde, tehlikeli olabilecek durumlarda madde kullanma vardır.
- 9.Büyük bir olasılıkla maddenin neden olduğu ya da alevlendirdiği, sürekli ya da yineleyici bedensel ya da ruhsal bir sorunu olduğunu bilmesine karşın madde kullanımını sürdürür.
- 10.Aşağıdakilerden biriyle tanımlandığı üzere, dayanıklılık (tolerans) gelişmiş olması:
  - a)Esriklığı (sarhoşluğu) ya da istenen etkiyi sağlamak için belirgin olarak artan ölçülerde madde kullanma gereksinimi vardır.

b) Aynı ölçüde madde kullanımının sürdürülmesine karşın belirgin olarak daha az etki sağlanır.

11. Aşağıdakilerden biriyle tanımlandığı üzere, yoksunluk gelişmiş olması:

a) Maddeye özgü yoksunluk sendromu görülür.

b) Yoksunluk belirtilerinden kurtulmak ya da kaçınmak için madde (ya da yakından ilişkili bir madde) alınır.

Bunlardan iki-üç belirtinin olması "ağır olmayan ", dört-beş belirtinin olması " orta derecede ", altı ya da daha çok belirtinin olması "ağır derecede " madde kullanım bozukluğu olarak adlandırılır." (11).

### **2.1.3 Adolesan Kavramı**

Adölesan çağ, çocukluk döneminin sonundan yetişkinliğe kadar süren bütün fiziksel, cinsel ve psikolojik gelişim ile bilişsel ve sosyal önemli bir değişimi kapsamaktadır (12).

Adolesanlık; belirli sağlık koşulları ve gelişme gereksinimleri ile seyreden ve bir takım haklarının bulunduğu bir süreçtir. Ayrıca bilgi ve yetenekleri geliştirildiği; duyguları kontrol edebilmenin, insan ilişkilerinin öğrenildiği ve hem keyifli bir ergenlik dönemi geçirilip, hem de yetişkinlikte gerekli olabilecek nitelik ve yeteneklerin kazanıldığı bir zaman dilimidir.

Birleşmiş Milletler Genel Kurulu, Çocuk Hakları Sözleşmesi'nde 18 yaş altını "çocuk" olarak tanımlarken; DSÖ 15-24 yaş grubunu "genç" olarak adlandırıp, 10-24 yaş aralığı için de "gençlik" tabirini uygun görmüştür. Bununla birlikte "adolesan" tanımını altında ise 10-19 yaş grubuna dahil olan insanlar bulunmaktadır (13).

### **2.2 Tarihçe**

İnsanlığın keyif verici olarak kullandığı bilinen ilk madde alkol olup, kasıtlı olarak fermente edilmiş içkilerin tüketilmesi Neolitik çağa uzanır (14). Planlı bir şekilde üzüm



üretimi yapıp bundan alkol üretildiğine dair bulgular ise milattan önce 6000 yıllarına dayanır (3).

Esrar bitkisi Neolitik çağdan beri Çin'de biliniyor olup, Çin üzerinden Hindistan'a intikal etmiştir (15). Esrar kullanımına dair ilk yazılı belgeler ise; Herodot'un, İskitler'in bu maddeyi çeşitli amaçlarla kullandıklarına dair olan notlarıdır (16).

Afyon ile ilişkili en eski yazıtlar ise M.Ö 3400 yıllarına, Sümer tabletlerine dayanır. Sümer halkının afyonu keyif verici madde olarak kullandığı bildirilmektedir (3). Antik Yunan'da da yaygın bir şekilde bilinen afyon, Hipokrat tarafından bazı hastalıklara tedavi amaçlı önerilmiştir (17).

Tütün bitkisinin Kuzey ve Güney Amerika'da eski çağlardan beri tabi olarak yetiştiği bilinmektedir. M.Ö 1. yüzyıldan itibaren ise Orta Amerika yerlilerinin, tütünü törensel ve tıbbi amaçlar doğrultusunda kullandıklarına dair bulgular mevcuttur (18). Avrupalıların Amerika kıtasına ulaşmasının ardından tütün hızla ticari değer kazanmıştır. Hernández de Boncalo, 1559 yılında İspanya Kralı'nın emriyle tütünü İspanya'ya getirmiş ve Eski Dünya'ya tütünü ilk kez getiren kişi olmuştur. Avrupa'da ilk kez Toledo'da ekimi yapılmıştır (19).

Tütün kullanımının Avrupa'da yayılmasının ardından ilk kez 1604 yılında, İngiltere'de Kral I. James; "Tütüne Karşı Sert Bir Yanıt" adı altında bir bildiri yayımlayıp, tütün kullanımının boş bir meşgale olduğundan bahsetmiştir (3). Türkiye'de ise ilk kez Padişah IV. Murad tarafından yasaklanmış olup; aslında kıraathane ve meyhanelerde "devlet sohbeti" denilen ve hükümetin eleştirildiği siyasal dedikodu ve muhalefetin bastırılması amacıyla, bu mekanların kapatılması suretiyle gerçekleşmiştir (20).

Koka bitkisinin yaprakları bir stimülan olarak Ant Dağları yerlilerince binyıllardan beri kullanılmaktaydı. Konkistador Francisco Pizarro Peru'ya geldiğinde ise koka yaprağının halk içinde kutsal bir güce sahip olan muteber bir nesne oluşuna ve rahiplerce kullanıldığına şahit oldu. Fransız bir eczacı olan Angelo F. Mariani Peru'dan getirttiği yapraklardan ürettiği "Mariani Şarabı" adı altında uyarıcı bir tonik olarak piyasaya sürdü

ve 1871’de patentini aldı. Bundan etkilenen Amerikalı eczacı John Smith Pemberton 1886’da kokalı bir gazoz olan “Coca-Cola”’yı üreterek satmaya başladı (15, 17). Tedavi dışı amaçlar için kullanımı artan kokain yıllar içinde önemli ve yasa dışı ticari bir madde haline geldi. Hatta Kolombiyalı uyuşturucu baronu Pablo Escobar, 1989 yılında bu maddenin satışından kazandığı kar ile “Forbes” dergisinde dünyanın en zengin iş adamları listesinde gösterildi (21).

Madde bağımlılığı ve bağımlılık yapıcı maddeler 1960’lara kadar ciddi bir halk sağlığı problemi olarak görülmeyip, 1980’lerden itibaren tıp literatüründe daha önemli bir konu haline gelmeye başlamıştır. Madde bağımlılığının önemli bir halk sağlığı sorunu oluşturmasının altında yatan en önemli neden radikal veya rasyonel bir tedavisinin olmayıp, mevcut tedavi yöntemlerinin uzun soluklu ve pahalı olmasıdır (3).

## **2.3 Bağımlılık Yapıcı Maddeler ve Klasifikasyonu**

### **2.3.1 Klasifikasyon**

Bağımlılık yapıcı maddeler şu şekilde sınıflandırılabilir:

- Sigara (tütün)
- Alkol
- Opiyatlar: Morfin, Eroin, Kodein, Metadon, Meperidin
- Uyarıcılar: Amfetamin, Kokain, Ecstasy, Kafein
- Merkezi Sinir Sistemini baskılayanlar: Barbitüratlar, Meprobonat, Benzodiazepinler (diazem, ativan, rivotril, rohypnol vb), Alkol, Akineton
- Halüsinojenler: LSD (Liserjik Asid Dietilamid), Meskalin, Psilocybin, DMT (dimetiltriptamin), DET (dietil triptalmin), DOM (dimetoksimetil amfetamin), MDA (metilendioksi amfetamin)
- Uçucu maddeler (Volatile hydrocarbons): Tiner, Benzen, Gazolin, Glue (Bali gibi yapıştırıcılar)
- Esrar ve benzerleri
- Fensiklidin (PCP) (10)

United States Drug Enforcement Administration (DEA) / Drug Fact Sheets:

**Narkotikler**

- Fentanil
- Eroin
- Hidromorfon
- Metadon
- Morfin
- Afyon
- Oksikodon

**Halusinojenler**

- Ekstazi/MDMA
- K2/Spice
- Ketamin
- LSD
- Peyote/Meskalin
- Psilocybin
- Esrar
- Steroidler
- İnhalanlar

**Stimülanlar**

- Amfetaminler
- Kokain
- Gat
- Metamfetamin

**Bazı Önemli Maddeler**

- Sentetik Stimülanlar
- Dekstrometorfan
- Kratom
- Salvia Divinorum

**Depresanlar**

- Barbituratlar
- Benzodiyazepinler
- Rohypnol®  
(22).

**2.3.2 Bağımlılık Yapıcı Maddeler**

**Nikotin:**

Nikotin, Nicotiana tabacum bitkisinin yapraklarından elde edilen bir alkaloid olup; renksiz, uçucu, sıvı bir maddedir. Havanın etkisi altında kahverengi renk alır ve kendisine has kokusunu kazanır. Kurutulmuş tütün yaprağında %0,5-8 oranında bulunur ve toplam alkaloidin %95'ini oluşturur. Yaprak içindeki tütün oranı tütünün türüne ve

yetiştiği bölgeye göre farklılık arz eder. Türkiye’de doğal yetişen Maraş otu nam olarak bilinen *Nicotiana rustica*’nın nikotin içeriği ttnnkinden fazladır. Patlıcan ve domates gibi Solanaceae familyası sebzelerde, patates ve yeşil biberde de az bir miktar nikotin bulunur (23).

Bir pirin halkası ile N-metil pirolidin halkasının kombinasyonundan oluşan bir tersiyer amindir. Suda fazla znr. Ancak beyne oldukça hızlı geçebilecek kadar lipofiliktir. Ufak moleküllü ve lipofilik olması nedeniyle cilt ve mukozalardan hızlıca ve kolayca emilir. Yanan tütünden buharlaşan nikotin, duman içinde 0,1-1 mikron çapındaki katran damlacıklarına geçer; duman inhale edildiğinde bu Şekilde bronşiyollere ve alveollere ulaşır. Akciğerlere inhale edilen tütün dumanındaki nikotinin yaklaşık %90’a varan bir kısmının solunum yolları mukozasından ve alveollerden absorbe edildiği kesinleşmiştir. Absorbe edilen nikotin dolaşımdan hızlı bir Şekilde beyne gider. Sigara içilmeye başlandıktan sonra nikotinin beyne ulaşması 10-19 saniyeyi bulur. Sigara içildiğinde nikotinin akciğerlerden dolaşıma hızlı girmesi nedeniyle etkisi çok çabuk başlar; zira i.v. verilse bile bu kadar çabuk etki yapmaz. Nikotin bütün vcoda yayılır ve özellikle beyin, kalp, akciğerler ve kaslarda birikir (23).

Tütün mamülleri, ham madde olarak tamamen ya da kısmen tütün yaprağından; içmek, emmek, çiğnemek ya da burna çekmek amacıyla elde edilen ürünlerdir. Tamamı, bağımlılık yapma potansiyeli oldukça yüksek bir unsur olan nikotini içerir (24).

Tütün kullanımı; kanser, akciğer hastalıkları ve kardiyovasküler hastalıklar gibi pek çok kronik rahatsızlığın temel risk faktörlerindedir. Buna rağmen dünya çapında yaygındır (24).

Tütün hipertansiyona ve damar tıkanıklığına sebep olur. Tütün kullanımının koroner arter hastalığı, obstrüktif akciğer hastalıkları ve serebrovasküler hastalıklarla korele olduğu gösterilmiştir. Koroner kalp hastalığı nedeniyle gerçekleşen ölümlerin %30’u tütün ile alakalıdır. Akciğere ait malign hastalıkların ise %80-90’ı gene tütün kaynaklıdır (10).

Tütün mamülleri; koroner kalp hastalığı, serebrovasküler hastalık, kronik obstrüktif akciğer hastalığı ve akciğer kanseri gibi birçok kanser nevine sebeptir (25)

Tütün kullanıcılarında kronik akciğer hastalığı, vasküler hastalıklar ve akciğer kanserleri ile ilişkili artmış morbidite ve mortalitenin varlığı yaygın olarak kabul edilmiş bir görüştür. Fakat tütün kullanımına ait zararlı etkileri ortaya koyan ilk tıbbi makaleler 1859 yılında yayınlanmış olup, oral tümörlü hastaları tanımlamaktadırlar (26).

Tütüne bağlı gelişen veya halihazırda mevcut olup tütüne bağlı etkilerce indüklenen diğer hastalıklar arasında; lökoplaki, eritroplaki, skuamöz hücreli kanser, warthin tümörü, gastroözefageal reflü hastalığı, peridontal hastalık, rinit, sinüzit, lenfoid hiperplazi, otitis media, reinke ödemi gibi üst solunum yolu hastalıklarının yanında bakteriyel pnömoni, tüberküloz enfeksiyonu, pulmoner hemoraji, spontan pnömotoraks, idiopatik pulmoner fibrozis, romatoid artrit ilişkili interstisyel akciğer hastalığı ve asbestozis gibi akciğer hastalıkları da sayılabilir (27).

Sigaranın; endokrin, gastrointestinal, vasküler, dermatolojik ve genitoüriner sistemler üzerine olumsuz etkileri bulunmaktadır. Kemik kaybına yol açarak osteoporoz riskini arttırmaktadır. Peptik ülser riskini arttırıp ülserin iyileşmesini geciktirmektedir. Tip 2 diyabet riskini arttırmaktadır. Akciğer, üst solunum yolları, nazal kavite ve paranazal sinüzler, mide, pankreas, karaciğer, böbrek, alt üriner sistem ve serviks tümörleri ile mezotelyoma ve myeloid lösemi gelişimi ile sigara kullanımı arasında ilişki gösterilmiştir (28).

Batı ülkelerinde mesane kanserlerinin; erkeklerde %50, kadınlarda %35'i sigara içimi ile ilişkilendirilmiştir (29).

Türkiye'de üretimi yapılan tütün ürünleri: sigara, puro ve sigarillo, nargilelik tütün mamulü, pipoluk tütün mamulü, sarmalık kıyılmış tütün mamulü olarak sınıflandırılmıştır (30).

### Sigara:

Kıyılmış tütünün kağıda sarılarak hazırlandığı bir üründür. Filtreli ya da filtresiz olabilir. Kullanımı en yaygın olan tütün ürünüdür (31).

Sigara tütününü nikotin, katran ve monoksitten oluşmuştur. Kansere sebep olan bileşen özellikle katrandır (10).

### Puro ve Sigarillo:

Puro; 4-5 adet tütün yaprağının demet halinde bir araya getirilip üzerine ince bir tütün yaprağı sarılıp kalıpta bekletilip, sonra tekrar ince bir tütün yaprağı sarılarak hazırlanmış tütün mamülü olup 3 gram veya üzerinde bir ağırlığa sahiptir. Bu gramajın altında ise ürüne Sigarillo adı verilir (31, 32).

### Nargile:

Yanan tütünün dumanının içinde su bulunan haznenin içinden geçerek filtrelendiği ve hortum aracılığıyla içilen bir düzenektir. Dört kısımdan oluşur. Tütünün konulduğu kısma lüle, uzun gövdesine ser, içinde su bulunan kısma şişe, dumanı şişeden alıp ağza getiren kısma ise marpuç denir. Marpuçun ucuna takılan parçata sipsi adı verilir. İçine aromalı veya aromasız olan “tömbeki” olarak adlandırılan bir kıyılmış tütün mamülü konulur.

### Pipo:

Uç kısmındaki ufak haznede yakılacak tütünün bulunduğu lüle denilen bir kısım ve ağaçtan yapılma ufak borudan oluşan çubuk şeklindeki tütün içim aletidir (31).

### Sarmalık/Kıyılmış Tütün:

“Tütün yaprağının ve/veya tütün bitkisi parçalarının tamamen veya kısmen hammadde olarak kullanılması ile kıyılarak hazırlanan tütünü; sarmalık kıyılmış tütün mamülü ise koruyucu maddeler dışında herhangi bir katkı maddesi ilave edilmeden, tütün yaprağının

ve/veya tütün bitkisi parçalarının tamamen hammadde olarak kullanılması ile kıyılarak hazırlanan, birim paket içinde piyasaya arz edilen tütürme amaçlı ürünü ifade eder.” (33).

### **Alkol:**

Alkoller karbon atomuna hidroksil moleküllerinin bağlandığı bileşiklerdir. İçki yapımında kullanılan etil alkol, tamamen absorbe edilir ve 5 dk. içinde kana karışır. Eğer içki içindeki konsantrasyonu yüksekse pasif difüzyonla gerçekleşen absorpsiyon daha hızlı olur. Koklanması durumunda alveollerden az bir miktar alkol emilebilir. Plasma proteinlerine bağlanmadığı gibi bütün sıvı kompartmanlarına kolay bir şekilde geçer. Yağ bakımından zengin bir yapıya sahip olan beynin tüm bölgelerine nüfuz eder fakat yağ dokusunda toplanmaz. Yağ oranları fazla olduğu için sanal dağılım hacmi kadınlarda erkeklere nispetle azdır. Föetal dolaşıma da kolayca geçer. Kandan atılması ise kana karışmasından çok daha yavaştır. Emilen alkolün büyük çoğunluğu karaciğer dokusunda metabolize edilir ve %98’i biyotransformasyonla elimine olur. Biyotransformasyonundaki ilk basamak alkol dehidrogenaz enzimi ile asetaldehide dönüşümüdür. Disulfiram bu enzimi inhibe eder. Geri kalanı ise ter, idrar ve solunumla vücuttan atılır (34, 35).

Alkol 7kkcal/g enerji potansiyeline sahiptir. Günde 1800-2000 kilokalori alabilen alkolikler bu şekilde istirahat halinde olan bir kişinin günlük gereksimi kadar enerjiyi tüketmiş olurlar (34).

Az miktarda alınan alkol sedasyona neden olur, endişeyi ve sıkılganlığı giderir, sorumluluk hissini azaltır ve öforiye neden olur. Sosyal nedenlerle baskı altında tutulan dürtülerin açığa çıkmasına neden olan bir disinhibisyona yol açar, konuşma ve hareket etme eğilimini artırır. Bunu da gereksiz ya da istenmeyen davranışları engelleyici bir fonksiyonu olan prefrontal korteksin inhibisyonu ile gerçekleştirir (34, 36).

Alkolün beyindeki ödül sistemini stimüle edişinin limbik sistemde dopaminerjik yolak üzerinden gerçekleştiği ortaya konmuştur. Bu ödül sistemindeki ana nörotransmitter

dopamin olsa da; bir inhibitör olan GABA, eksitatör olan glutamat ve hem inhibitör hem de eksitatör olan serotoninin de etkili olduğu bilinmektedir. Alkölün GABA reseptörleri üzerine etki etmesi, GABA salınımının dopaminerjik nöronlar üzerindeki inhibitör etkisini azaltır. Glutamat dopamin salınımını artırırken, serotonin ise enkefalin salınımı yoluyla GABA salınımının azaltarak dolaylı yoldan dopamin deşarjını artırır (36). Alkol kognitif yetenekleri azaltır, atletik performansı düşürür. Serebellar fonksiyonları ve iç kulaktaki denge organını bozarak dengesizliğe neden olur (3). Alkölün beyin ve davranış üzerindeki etkileri kişinin kan alköl konsantrasyonu ile ilişkilidir (37).

Kandaki alköl konsantrasyonuna göre değişen santral etkiler özetle şöyledir: Yaklaşık 100ml’de 50-80mg alköl öforiye, hafif motor bozukluklara; 80-100mg nistagmusa, beceri isteyen işlerde aksamaya; 100-200mg emosyonel düzensizliğe, ataksiye; 200-300mg konfüzyona, geveleyerek konuşmaya, amneziye; 300-400mg stupor ve komaya; 400-500mg komaya, solunum depresyonuna, bazen ölüme; 500mg’ın üzerindeki değerler kati ölüme neden olur (34).

Alkölün cilt damarlarında vazodilatasyon, emezis, diürez, gastrin salgısının artışı, adrenalin ve noradrenalin salgısı artışı ve kan testosteron düzeyi azalması gibi etkileri de mevcuttur. Düşük ve orta dozda solunumu stimüle ederken, yüksek dozda solunumu belirgin derecede deprese eder. Gebelikte alınması durumunda fetusta morfolojik problemlere yol açar (34).

Alkollü içki miktarı Amerikan kültür ve literatüründe “drink” (içki) birimi ile ifade edilir. Bir “içki” 13g (yaklaşık 16 ml) saf etanole eşdeğer alkollü içkiyi tanımlar. Biranın 360 ml’si, şarabın 120 ml’si, viskinin 35 ml’si bir “içki”dir (34).

### **Opiyatlar:**

Opium ismi afyon manasına gelir ve opiyatlar olarak adlandırılan bu grup ilaçlar aslında “afyon benzeri” ilaçlar demektir. Narkotikler ya da narkotik analjezikler olarak da adlandırılmaktadırlar. Tüm opiyatlar yaş haşhaş (Papaver somniferum) bitkisinin kapsül kısmının çizilmesi ile elde edilen özsuyunun kurutulması ile elde edilen afyondan



üretir. Afyon sakızı %10 morfin, %0,5 oranında da kodein içerir (38). Eroin, oksikodon, hidrokodon, hidromorfon gibi yarı sentetik; meperidin, fentanil ve metadon gibi sentetik opiyatlar bu maddelerden imal edilir (39).

Opiyatlar genel olarak sedasyondan komaya kadar varabilen bir santral sinir sistemi (SSS) depresyonu meydana getirirler. Yaptıkları analjezi de tamamen santral sinir sistemi üzerinden olup spinal ve supraspinal düzeyde ağırlı impuls aşırımını bloke etmek suretiyledir. Analjezik etkileri endojen opioid peptidlerin üç ana grubu olan proopiymelanokortin, proenkefalin A ve proenkefalin B sistemleri ve mü, delta ve kappa tipi opioid reseptörler aracılığıyla icra ederler. Sigma reseptörünün ise vaziyeti tartışmalıdır. Mü reseptörleri daha ziyade beyin düzeyinde analjezi yaparken, kappa reseptörleri ise medulla spinalis düzeyinde çalışır. Opiyatlar ağrının duyuşsal komponentine etki ettiği gibi rahatsızlık hissine neden olan aversif nitelikteki duyuşsal komponentini de elimine eder. Antipiretik veya antiinflamatuvar etkileri yoktur. (3, 38)

Analjezi dışında gerginlik, anksiyete ve sinirliliği azaltıp genel bir iyilik hali meydana getirirler. Lakin uyuşukluk, apati, konsantrasyon güçlüğü gibi istenmeyen etkilere de yol açarlar (39).

İntravenöz olarak verilen opiyatlar, “rush” (karında hissedilen orgazmik algı) veya “flush” adı verilen aşırı derecede keyif verici olduğu bildirilen ani ve kısa süreli bir algıya neden olur (40).

Opiyatlar beyin sapındaki solunum, kusma ve öksürük merkezlerini deprese ederler. Doz aşımı nedeniyle gerçekleşen ölüm genelde solunum depresyonu nedeniyledir. Gözde miyozis yaparlar. Zehirlenme durumunda göz bebekleri toplu iğne başı kadar (pinpoint pupilla) küçülür. Periferal damarlarda gevşeme yaparak kan basıncını düşürebilirler. Hipotalamus üzerinden gerçekleşen bir etkiyle hipotermi yaparlar. Histamin deşarjı yapıp bronkokonstriksiyona yol açarlar. Mesane sfinkterini kasıp işeme güçlüğüne neden olurlar. Diyareyi engeller hatta konstipasyona yol açabilirler (3).

En mühim vasıflarından biri süratli tolerans gelişimidir. Kullanıcıda 3-4 ay sonra normal akut dozun 10 katına kadar çıkılabilir (3).

Kronik opiyat kullanımını müteakiben fiziksel ve psikolojik bağımlılık gelişir. Fiziksel bağımlılığın geçmesinin ardından uzun bir süre daha psikolojik bağımlılık devam eder. Alışkanlığa iten ortamın ya da maddeyi kullanmaya motive eden davranışsal özelliklerin değiştirilmediği sürece relaps sıktır (39).

Yoksunluk belirtileri genelde gözlerde yaşarma, burun akıntısı, terleme ve esneme gibi semptomlarla başlayıp; akabinde huzursuzluk, irritabilite, iştah kaybı, üşüme-titreme, kusma, nabız artışı görülebilir. Yoksunluk esnasında görülebilen semptomların sıklık ve karakteri opiyatın çeşidi, günlük doz ve dozlar arasında geçen süre ile alakalıdır (39).

**Afyon:**

Taze hali kahverengi, koyu-yapışkan, katranvari bir sıvı olup kurudukça sertleşip ufalanır bir vaziyete gelir. Sıvı, katı ya da toz halinde olup yemek, çiğnenmek, tütürmek, hap yapmak ve enjekte etmek suretiyle kullanılabilir. Ekseriyetle kahverengimsi bir toz halinde piyasaya sürülür (39, 41).

**Morfin:**

Yaygın kullanım şekli enjektör iledir. Oral solusyon, tablet, kapsül ve supozituar formları da mevcuttur (39). İntramüsküler ya da ciltaltından yapılan 10-15mg dozda enjeksiyon ile analjezik etkisi 20dk'da başlar, 45-90dk'da pik yapar ve 4-6 saat kadar devam eder. İntravenöz uygulandığında etkisi 1-2dk'da başlar ve kısa sürer. Oral alındığında önemli bir miktarı karaciğerde elimine edilir (38).

**Kodein:**

Morfinin fenolik hidroksilden metillenmiş türevi olup etkisi morfinden zayıftır. Düşük dozda analjezik etki yapmazken anti tussif etkisi vardır (38).

Eroin:

Diasetilmorfin de denen, morfinden üretilen yarı sentetik opiyattır. Beyaz ya da kahverengimsi bir toz halinde veya “black tar heroin” diye adlandırılan, siyah, yapışkan bir madde halinde satılır. Damara enjekte edilerek, tütürülerek veya burna çekerek tüketilebilir. Saflık derecesi yüksek eroin daha ziyade buruna çekilerek ve tütürülerek içilir. Morfinin 2,5 katı analjezik etkiye sahip olup beyne çabucak geçer. Daha az bulantı, kusma ve hipotansiyon yapar. Tüm bu özelliklerinden dolayı hızlı bir şekilde fiziksel ve psikolojik bağımlılık geliştirir (38, 39).

Klasik eroin yoksunluğu önceden tahmin edilen belirtilerle ortaya çıkar. Son dozun alınmasını müteakip 6-12 saatte belirir ve 26-72 saatte pik yapar. Rahatsızlık hissi ve ajitasyonla başlar, sürekli esneme ve öfke nöbetleriyle devam eder, akabinde üşüme-titre ve sıcak basması olur. Kullanıcıda piloereksiyon gerçekleşir. Derin fakat huzursuz bir uykuya dalar, 8-12 saatte şiddetli kramplarla uyanır. Kusma, ishal, şiddetli terleme görülür. Ekstremitelerde epileptik nöbetlere benzer çekilme ve fasikülasyonlar görülür. Semptomlar pik yaptıktan sonra giderek hafifleyerek yaklaşık bir hafta içinde sona erer (3).

Üretimi dört fazda gerçekleşir: Birinci faz (Heroin no. 1); Suda kaynatılıp misket limonu eklendikten sonra amonyakla ısıtılıp dipteki çökeltiden toplanan baz morfin. İkinci faz (Heroin no. 2); Asetik asitle çözüp ve sodyum karbonat eklenmesi ile oluşan kahverengi toz. Üçüncü faz (Heroin no. 3); Hidroklorik asit eklenerek imal edilen tütürülebilir toz. Dördüncü faz (Heroin no. 4); Hidroklorik asit ve eter eklenerek üretilen enjektabl form (41).

### **Kannabinoidler:**

Esrar (Cannabis sativa) bitkisinden izole edilen delta-9-tetrahydrocannabinol (THC), cannabinol, cannabidiol, cannabigerol gibi moleküller ve bunların sentetik agonistlerinden oluşur. Santral ve periferik sinir sisteminin yanı sıra immün sistem hücrelerinde de reseptörleri bulunmaktadır. Endojen ligandları da mevcut bulunmakta

olup, bunlar endokannabinoidler olarak adlandırılmaktadırlar (42). Kannabinoidlerin ödüllendirici ve bağımlılık yapıcı etkileri dopaminerjik ve opioid sistemler üzerinden gerçekleşmekte olup, mezolimbik dopamin sisteminde iletim ve aktivasyonu arttırdıkları ortaya konulmuştur (3). Beyinde bulunan reseptörler; kavrama, bellek, ödül, acı algısı ve motor koordinasyondan sorumlu alanlarda yer almaktadırlar (10).

Esrar:

Hint keneviri bitkisinin kahverengi/yeşil çiçek ve yapraklarından, sap ve tohumlarından meydana gelmektedir. Ana etken maddesi THC'dir. Marijuana, Ot, Joint, Ganja, Haşış ve Gubar gibi isimler de alır (10).

Hem dışarıda, hem de kapalı ortamlarda yetiştirilebilir. Hemen her iklimde yetişir. Temelde üç formu vardır; bitkisel esrar (ot), esrar reçinesi (resin, hash) ve esrar yağı. Bitkisel formu sarıya çalan yeşil-kahverengi bir renk arasında değişirken; ince plakalar halinde sıkıştırılmış olan reçine, yetiştirildiği ülkeye ve kalitesine göre farklılık arz eden yeşil-kahverengiden altın sarısına çalan renklerde bulunur. Esrar yağı ise siyah, koyu, yapışkan bir sıvıdır. Birden fazla formunu birbirine karıştırıp farklı ürünler elde etmek mümkündür. THC miktarı en yoğun olanı esrar yağıdır. Daha sonra reçine ve bitkisel esrar gelir. En çok tüketim yolu sarılıp sigara (joint) olarak içmektir. Tütünle veya afyon gibi başka uyuşturucularla da karıştırılıp içilebilir. Kova yahut bong adı verilen nargile benzeri bir vasıta ile buharı çekilmek suretiyle de alınabilir. Bunların dışında yiyeceklere karıştırıp ya da çayını demleyip tüketmek de kullanılan yöntemler arasındadır (10, 39, 41).

Verdiği öfori hissi birkaç dakika içinde ortaya çıkıp 30 dakikada pik yapar ve 2-4 saat kadar sürer. Kannabinoid reseptörlerinin ekseriyeti beyin haz, bellek, düşünce, konsantrasyon, duygulanım, koordine hareketler ve zaman algısından sorumlu bölgelerinde konuşlanmıştır. Kullanıcıda rahatlama, gevşeme, artmış gülme dürtüsü ve konuşkanlıkla kendini gösterir. Renk, koku, müzik algılarında keskinlik ve canlılık, zaman algısında bozulmaya neden olur. Önceden tecrübe edilmiş olan olayların tekrar yaşanma hissine (flashback) sebep olabilir (10).

İştah artışı, artmış nabız, gözlerde kızarıklık, mantıklı düşünme yetisinde kayıp, fiziksel performansta azalma görülür. Koordine hareketler, dikkat ve refleks kaybı nedeniyle araba sürmek gibi komplike işlerin yerine getirilmesinde güçlük ortaya çıkar (41). Hafıza bozukluğu, konsantrasyon kaybı, öğrenme bozukluğu, problem çözebilme yeteneğinde kayıp, taksi, emosyonel dengesizlik, disfori, baş dönmesi, bulantı, tremor, ağız kuruluğu ile tezahür edebilir (39). Yüksek dozlarda huzursuzluk, anksiyete, halusinojenik ve psikojenik etkiler görülebilir (40). Bağışıklık sistemini olumsuz etkiler. Bronşit ve akciğer kanseri riskinde artışa neden olur. Erkeklerde testosteron salınımını azaltıp jinekomasti ve oligospermiye neden olabilir. Uzun süreli planlar yapmak, yeni ortaya çıkan sorunları çözmek, bir hedefe yönelik eylemlerde bulunmak ve sosyal kaabiliyet zorlaşmıştır (10). Adolesan dönemde esrar kullanımının yetişkinlik döneminde ortaya çıkabilecek şizofreni riskini arttırdığına dair kanıtlar mevcuttur (43).

Aynı yıl (1972/1973) doğup 38 yaşına kadar takip edilen, 1037 bireyden oluşan bir kohort olan Dunedin Çalışması'ndaki deneklerde düzenli esrar kullanımı ile nöropsikolojik fonksiyon kaybı arasındaki ilişki incelenmiş ve kaybın adolesan yaştaki kullanıcılarda belirgin olup olmadığı sorgulanmıştır. Nöropsikolojik testler esrar kullanımı öncesinde, 13 yaşında, ve 38 yaşında yapılmış iken; esrar kullanım durumu 18, 21, 26, 32 ve 38 yaşlarında yapılmış olan görüşmelerde saptanmıştır. Sürekli esrar kullanımı nöropsikolojik kayıp ile ilişkili bulunmuş olup, değer kaybının esrar kullanımına adolesan çağda başlamış olan kullanıcılarda yoğun olduğu ve daha uzun süre kullananlarda bu kaybın daha büyük olduğu gözlenmiştir (44).

THC aynı zamanda diğer ilaçlarla kontrol altına alınamayan astım nöbetlerinde bronkodilatör olarak kullanılabilir. Antikonvülzan etkileri de mevcuttur. İntraoküler basıncı azaltsa da görme yetisine zarar veren etkileri nedeniyle glokom tedavisinde kullanılması söz konusu olmamıştır (3). AIDS hastalarında iştah açıcı olarak sentetik THC üretilmiştir(41). Esrarın her ne kadar antiemetik özelliği olduğu bilinse de gastrointestinal traktusta paradoksik etkilerinin olduğuna dair kanıtlar artmaktadır ve değişen oranlarda bulantı ve kusma görülebilir (45). Bunlar yanında multipl sklerozda kas spazmı ve nöropatik ağrı tedavisi üzerine çalışmalar yapılmıştır (46).

Alınganlık, sinirlilik, iştah azalması, ateş, uykusuzluk, yon duygusu kaybının yanında gorsel, işitsel ve dokunsal halusinasyonlar gibi yoksunluk belirtileri gorulebilir (10).

Fiziksel bagımlılıktan ziyade psikolojik bagımlılık yapar (10). Bununla birlikte bagımlılığın sürdürülmesinde çok mühim bir faktör de maddenin bırakılmasını müteakiben ortaya çıkan yoksunluk belirtilerinin tolere edilmesindeki güçlüktür (3).

**Sentetik Kannabinoidler:**

THC benzeri sentetik kannabinoid reseptör agonistleridir. Yedi farklı ana gruba sahip olup 700 civarında ayrı kimyasal üretilmiş olup genel itibarıyla THC'den daha kuvvetli etkiye sahiptirler. Bonzai, jamaika, K2, spice gibi farklı adlarla isimlendirilen preparatları vardır. Toz halinde bulunan kimyasal maddelerin aseton gibi çözücülerde çözülüp kurutulmuş yaprak parçalarına emdirilmesi suretiyle hazırlanır. Alüminyum folyoların üzerinde yakılıp tütsü yapmak veya sigara gibi sarıp içmek suretiyle de tüketilir. Normal ve yüksek dozlarda aşırı sedasyon, zaman-mekan algısında bozulma, ajitasyon, halusinasyon, psikotik epizot, panik atak, konvulziyon, kalp krizi, akut böbrek yetmezliği gibi etkiler görülebilir. THC'den farklı bir kimyasal yapıya sahip olmalarından dolayı madde taramalarında tespit edilememektedirler (3, 39).

**Kokain:**

Anavatanı Güney Amerika olan Erythroxyton Coca bitkisinden imal edilen bir alkaloiddir. Hususen D1 ve D2 reseptörlerine etki ederek dopaminin, bunun yanında da noradrenalin ve serotoninin re-uptake'ine mani olur. Koka yaprağının kendisi çiğnenebilir ve çayı yapılabilir. Baz kokain beyaz, kristalize bir toz iken hidroklorik asitle reaksiyona girerek kar dokusuna benzer beyaz toz kıvamına gelir. Crack ya da taş denilen tanecikli bir formu da amonyak ve sodyum bikarbonat eklenerek üretilir. Genelde nazal inhalasyon yoluyla kullanılsa da intravenöz(iv) enjeksiyon ya da sigara ile de vücuda alınabilir. Hemen etkisini gösterir ve bu etki 30 ile 60 dakika kadar sürer. Kuvvetli bir öfori hissi verir. Özgüveni, enerjiyi, uyanıklık hissini arttırıp yorgunluk ve açlığı baskılar. Solunum sayısı, nabız ve kan basıncını arttırır; vazokonstriksiyon ve

pupil dilatasyonuna neden olur. Analjezik etkisi vardır. Yüksek dozlarda irritabilite, kardiyak aritmi, iskemi, halusinasyon, panik ve paranoid psikoz, konvulziyon ve inmeye yol açabilir. Uzun dönemde nazal septumda perforasyon, malnutrisyon, kilo kaybı gelişir. Maddenin kullanılmasını müteakiben bir saat içinde “crash” denilen bir yoksunluk tablosu görülür. Kişi bu sırada depresyon benzeri bir tablo içerisine girer ve bu durum 18 saat kadar sürer. Bu süre zarfında intihar riski artmıştır. Fiziksel bağımlılık az olsa da kompulsif tarzda madde arayışına kadar giden kuvvetli psikojenik bağımlılığa yol açar (10, 39, 41).

### **Amfetamin ve Türevleri:**

Dikkat eksikliği hiperaktivite sendromu, narkolepsi ve depresyonda tedavi amaçlı kullanılan psikostimülanlar olup; amfetamin, metamfetamin, metilfenidat, fenetilin gibi çeşitleri vardır. Presinaptik aralıktan dopamin salınımına neden olur. Tablet, kapsül, kristal ve toz formları vardır. Metamfetaminin kristalize formu olan “ice” sigara gibi içilebilir. Amfetamin türevlerinin etkileri kokaine benzer fakat daha geç ortaya çıkıp daha uzun sürer. Öforiye neden olur, vücut performansını artırır, canlılık verir, dikkati artırır, açlık ve yorgunluğu baskılar. Akut dönemde iştahsızlık, artmış nabız ve vücut sıcaklığı, terleme, pupil dilatasyonu, garip ve bazen saldırgan davranışlara neden olur. Yüksek dozlarda konuşkanlık, huzursuzluk, halusinasyonlar, panik ve paranoid psikozlardan konvulziyon, inme, kalp ve solunum yetmezliğine kadar ilerleyen tablolar görülür. Uzun vadede malnutrisyon, tolerans gelişimi ve kuvvetli psikojenik bağımlılık gibi etkiler görülebilir (10, 39, 41).

### **Ekstazi Grubu:**

Bir amfetamin türevi olup farmakolojik olarak MDMA (3,4-metilen dioksi metamfetamin) şeklinde isimlendirilir. Tenamfetamine (MDA), N-ethyl-3,4-tenamfetamine (MDE), 4-methylthioamphetamine (4-MTA) de bu gruba dahildir. Toz halinde de bulunabilmelerine rağmen genelde kapsül veya üzerinde hayvan sembolleri, logolar ya da çeşitli şekiller bulunan renkli tabletler suretinde piyasaya sunulur. Velhasıl pek çoğu ekstazi tableti metamfetamin, ketamin, kokain, dektrametorfan,

efedrin ve kafein de ihtiva eder. Mitsubishi, 007, pıt, roket gibi isimlerle de adlandırılır. Etkisi 20-60 dakikada başlar ve 4-6 saat kadar devam eder. MDMA duygudurumu etkileyerek keyiflilik halini arttırır, enerji verir. Bunun yanında kişide empati duygusunu güçlendirir, yakınlık hissini ve sosyal iletişimi kolaylaştırır. Halusinatif etkisi olup, zaman algısında ve kavrayış üzerinde bozulmaya neden olabilir. İştahsızlık, uyku ihtiyacının azalması, kan basıncında artış, hipertermi, bulantı-kusma, konfüzyon, anksiyete, depresyon, paranoya, gibi etkiler de görülebilir. Kalp krizi riskini arttırır. MDAM 48 saat içinde vücuttan atılır. Yoksunluğunda; bitkinlik, telaş, panik atak, uyku ve yeme bozukluğu, gerçeklik algısından bozulma görülebilir (10, 39, 41).

### **Metilksantinler:**

Santral sinir sisteminde stimülasyona yol açan pürin bazlı bileşiklerdir. Ayrıca SSS dışında adrenal bezler üzerinden adrenalin salınması ile sempatik sinir sistemi indüksiyonuna yol açarlar. Düz kaslarda gevşeme ve bronşlarda genişleme gibi etkileri mevcuttur. Metilksantinlerin en çok tüketilen formu olan kafein; kahve, çay ve kakao gibi bitkilerden elde edilebilir. 6,5 mg/kg dozda sportif performansı arttırır. Uyku bozukluğuna yol açar fakat bu etkiye kısa sürede tolerans gelişir. Çayda kafeinin yanı sıra teofilin de bulunur ve bronkodilatatif etkisi kafeinden yüksektir (3).

### **LSD:**

Tam adı Lysergic acid diethylamid olan, Claviceps purpurea mantarından üretilen yarı sentetik, halüsinojen bir maddedir. Renksiz, tatsız, kokusuz olup su ve alkolde çözünebilir. Sıklıkla üzerinde renkli resimler olan, ufak kareler halinde parsellere bölünmüş kağıtlara emdirilip dil üzerinde eritmekle kullanılır. Serotonerjik sistem üzerinden etki eder. Etkisi 1 saat içinde başlayıp 8-12 saat kadar sürer. Sıklıkla çok renkli ve canlı, görsel ve işitsel halüsinasyonlarla tezahür eder. Yer, zaman, şekil, renk ve derinlik algısında farklılığa; hareketsiz cisimlerin hareketliymiş gibi algılanmasına; cansız nesnelere, ölmüş kişilerin veya çizgi film karakterlerinin kullanıcının kafasında konuşmasına neden olabilir. LSD etkisi altındayken yaşanan bu tecrübe “gezi” olarak adlandırılır. Kişinin duygudurumunda aşırı değişikliklere neden olur. Yaşanılan duygu



iyi veya kötü olabileceği gibi aynı anda birden fazla duygu da yaşanabilir. Aşırı panik veya uzamış psikotik tablo gibi istenmeyen etkilere yol açabilir. Pupil dilatasyonu, hipertermi, terleme, ağız kuruluğu, kan basıncı ve nabız artışı, uykusuzluk, halsizlik ve tremora neden olabilir. Fiziksel bağımlılık yapmaz (10, 39, 41).

### **Hipnosedatifler:**

Santral sinir sistemini deprese ederek ufak dozlarda anksiyolitik ve sedatif; yüksek dozlarda hipnotik etkiye sebep olan ilaçlardır. GABA üzerinden fonksiyon gösterirler. Etki sırası doza bağımlı olarak; sedasyon, uyku, genel anestezi ve koma şeklindedir. Hipnotik olmayan dozlarda pek analjezik etki yapmazlar. Bilakis hiperanaljezik etki yapma riskleri mevcuttur. Çizgili kas tonusunu düşürebilirler. Antikonvülzan etkileri olabilir. Kötüye kullanım potansiyellerinden dolayı bir çoğu uluslararası ve ulusal kontrole tabi ilaçlardır. Barbitürat ve benzodiazepinler olmak üzere iki ana türe ayrılırlar. Benzodiazepinler, barbitüratlara göre daha geniş bir terapötik aralığa sahiptir. Sedatif etki oluşturmak için gereken doz artarken, koma riski de daha düşüktür. Ayrıca kötüye kullanım riski ve bağımlılık oluşturma potansiyeli açısından da barbitüratlara göre daha güvenlidirler. Flunitrazepam, alprazolam, klonazepam gibi türleri bulunur. Barbitüratlar küçük dozlarda sedasyon oluştururken, motor aktivitede azalma ve çevreye karşı duyarsızlık haline neden olur. İntrakraniyal basınçta azalmaya neden olurlar. Rebound uykusuzluğa neden olabilirler. Fenobarbital gibi sedasyon yapmayan dozlarda antiepileptik etki gösteren, tiopental gibi intravenöz kullanımda kısa süreli anestezi oluşturan türevleri vardır (47).

Flunitrazepaminin, “Roş” adı altında yasal olmayan kullanımı sonucu Türkiye’de satışı yasaklanmıştır (3).

### **Uçucu Maddeler:**

Propan, bütan, toluen, aseton, nitroz oksid gibi hidrokarbon yapıda bileşiklerdir. Koklamak suretiyle kötüye kullanılan varyasyonlar; uçucu solventler, aerosoller, uçucu anestezi maddeler ve uçucu nitritler olmak üzere dört ana gruba ayrılırlar. Kısa sürede

etki gösterip; öfori, konfüzyon, yer ve zaman oryantasyonunda bozulma, halüsinasyon, paranoya ve agresif tutuma yol açarlar. Yapıştırıcılar, boya incelticileri, sıvı yakıtlar ve spreyleyler içine bulunmaları ve ekseriyetle ucuz olmaları nedeniyle genç yaştağı öğrenciler ve sokak çocukları tarafından nispeten yaygın bir kullanıma sahiptirler (3, 40).

### **Steroidler:**

Anabolik steroidler testosteronun sentetik olarak üretilmiş formları olup; kas kitlesini artırıp fiziksel performansı artırmak ve atletik bir vücuda sahip olmak için kullanılır. Yüksek kan basıncı, artmış LDL, azalmış HDL, akneler, testis hipotrofisi, jinekomasti, oligospermi, infertilite ve akciğer kanseri gibi yan etkiler görülebilir. Kadınlarda kellik, menstruasyon döneminin uzaması ve ses kalınlaşması tezahür edebilir. Yoksunluğunda depresyon görülebilir (10, 39).

### **Yeni Psiko-Aktif Maddeler:**

“New Psychoactive Substances (NPC)” yani “Yeni Psiko-aktif Maddeler” olarak adlandırılan bir ayrı grup ise değişik kategorilerden müteşekkil uyarıcı-uyuşturucu maddeler olup, içinde farklı türlerde kimyasal bileşiklerin yer aldığı bir kategoridir. Ortak noktaları dünyanın birçok bölgesinde yasal olarak temin edilebilmeleri ve internetten dahi satışlarının yapılabiliyor olmasıdır. Aralarında amfetamin türevleri, bitkisel ve sentetik kanabinoidler, piperazin türevi ilaçlar, opioidleri halüsinojenler ve sedatifler yer alabilir (48).

## **2.4 Madde Kötüye Kullanım Epidemiyolojisi**

### **2.4.1 Dünya Geneline Madde Kötüye Kullanım Sıklığı**

Dünya Sağlık Örgütü’ne göre 1 milyarın üzerinde tütün kullanıcısı olup, her yıl 8 milyondan fazla kişi tütün nedeniyle hayatını kaybetmektedir. 2016 verilerine göre 15 yaş üzeri sigara içme sıklığı %19,9 iken; bu değer erkeklerde %33,7 ve kadınlarda %6,2’dir. Bölgesel olarak bakıldığında cinsiyet gözetmeksizin bu değerler Afrika’da

%9,8 ve Avrupa'da %29,4'tür. Erkeklerde en yüksek sigara içme sıklığı ise %46 ile Batı Pasifik bölgesi olup; kadınlarda %20,7 ile Avrupa bölgesidir (24).

Her yıl alkol kötüye kullanımı yüzünden 3 milyon kişi ölmektedir. İki bin on altı yılı 15 yaş üzeri alkol tüketimi kişi başı 6,4 litredir. Bu değerler en yüksek Avrupa (9,8 litre) ve düşük Doğu Akdeniz (0,6 litre) bölgeleri olarak kaydedilmiştir. Tüm bölgelerde kadınlar erkeklerden daha az alkol tüketmektedir. Dünya çapında 2,429 milyar 15 yaş üzerinde kişi (%44.5) hiç alkol tüketmemiş olup, 2,348 milyar kişi de (%43) halihazırda içicidir (49).

Dünya Sağlık Örgütü verilerine göre 2015 yılında dünya çapında 450 bin kişi madde kötüye kullanımı sonucu ölmüştür. İki bin on altı yılında ise 15-64 yaşları arasında yaklaşık 275 milyon kişinin ise en az bir kez madde kötüye kullanımında bulunduğu; bunlar içerisinde 192 milyon kişinin kanabinoid, 34 milyon kişinin opioid, 34 milyon kişinin amfetamin(reçete edilmiş stimülanlar dahil olmak üzere), 21 milyon kişinin ekstazi ve 18 milyon kişinin kokain kullandığı rapor edilmiştir. 2016 yılında 29,5 milyon olan bağımlı sayısı ise 2018 yılında 31 milyona ulaşmıştır. Tüm kötüye kullanılan maddeler içerisinde opioidler en çok zarara yola açanlar olup ölümlerin %76'sı bu grup nedeniyle gerçekleşmektedir. 2016 yılında bu maddeleri enjektör vasıtasıyla kullananların sayısı 10,6 milyona ulaşmıştır (4).

Madde kötüye kullanımının en yaygın olduğu yaş aralığı ise 18-25 yaşlarıdır. Buna rağmen yaşlı nüfusta hayat boyu madde maruziyeti prevalansı ise daha yüksektir. Her yaşta kullanıcıların en çok tercih ettiği madde kanabinoid grubudur (4)

Erkeklerde madde kötüye kullanımı kadınlardan 2,2 kat fazladır. Erkeklerde kanabinoid, afyon türevleri ve kokain kullanımı yüksekken kadınların daha fazla müsekkim kullandığı görülmektedir (6).

Erkeklerde uyarıcı-uyuşturucu madde kullanımına başlama sıklığı daha yüksek olmasına rağmen yeni başlayan kadınlarda madde kötüye kullanım bozuklukları gelişme eğilimi daha fazladır (4).

#### **2.4.2 Türkiye’de Madde Kötüye Kullanım Sıklığı**

Küresel Yetişkin Tütün Araştırması 2012 raporuna göre Türkiye’de 15 yaş üstü sigara içen sıklığı %27,1’dir. Erkeklerde %41,5, kadınlarda %13,1’dir (50).

Global Adult Tobacco Survey (GATS) raporu Türkiye’de 15 yaş üstü hergün sigara içme sıklığını erkeklerde %38, kadınlarda %12 olarak ifade etmiştir (51).

Sağlık Bakanlığı’nın 2016 verilerine göre ise 15 yaş üstü kişilerde hergün sigara içme sıklığı: %26,5’tir. Erkeklerde %40,1 ve kadınlarda %13,3’tür. Bu değerler 2017 yılında artış göstermiş olup; genel nüfusta sıklık %29,2, erkeklerde %40,4, kadınlarda %18,2’dir (52).

Gazi Üniversitesi’nde yapılan bir araştırmada ömür boyu tütün kullanım sıklığı %37,6 bulunmuş olup, halen tütün kullananların sıklığı %18,8 olarak belirtilmiştir. Aynı araştırmada ömür boyu alkol kullanım sıklığı %35,6, halihazırda alkol kullanım sıklığı %22,5’tir (53).

Sağlık Bakanlığı’nın 2014 verilerinde 15 yaş üstü kişilerde son 30 günde en az bir kere, tek sefer 6 ve üzeri alkollü içecek tüketme sıklığı %9 olup; erkeklerde %5 ve kadınlarda %2’dir (52).

Harran Üniversitesi’nde öğrenciler üzerinde yapılan bir çalışmada deneklerin %25,4’ünün sigara, %10,6’sının alkol, %2,5’inin uyarıcı-uyuşturucu madde kullandığı ortaya konulmuştur (54).

#### **2.5 Madde Kötüye Kullanımı ile Mücadele**

Dünya Sağlık Örgütü; 2000 yılında bulaşıcı olmayan hastalıkların kontrolü kapsamında benimsediği kararı ve 2003 yılında 56. Kurul’unda kabul ettiği Tütün Kontrolü Çerçeve Sözleşmesi’nin ardından, 2008 yılında tütünle küresel çapta mücadele amacıyla MPOWER politika paketini başlatmıştır. MPOWER; M: Monitor (İzleme), P: Protect (Koruma), O: Offer (Önerme), W: Warn (Uyarma), E: Enforce (Yasaklama), R: Raise

(Artırma) süzcüklerinden oluşur. Dünya Sağlık Örgütü bu hususta; tütün ve tütün ürünleri tüketimini ve mücadele politikalarını izlemek, insanları tütünün zararlarından korumak, tütünü bırakma konusunda tavsiyelerde bulunmak, tütünün zararları hakkında insanları uyarmak, tütün reklamlarına yasaklama getirilmesini teşvik etmek ve tütün vergilerini arttırmak başlıkları kapsamında politikalar oluşturmak amacıyla bir dizi programı yürürlüğe sokmuştur (55).

Dünya Sağlık Örgütü 2013 raporundan elde edilen bulgular; bu programın 2,3 milyar insanın, en azından bir MPOWER tütün kontrolü ölçütüne korunduğunu göstermiştir (56).

Küresel Tütün Salgın Raporu 2017’de ise; 121 ülke ve dünya nüfusunun %63’ünün en az bir MPOWER ölçütü ile temasının gerçekleştiği bildirilmiştir. Bu çalışmalar sonucu 71 ülkenin en az iki MPOWER ölçütünü yürürlüğe koyduğu ve 3,2 milyar insanın korunma altına alındığı ortaya konulmuştur. Program kapsamına alınan ülkelere başlıca stratejiler; demografik verilerin değerlendirilmesi, epidemiyolojik çalışmaların yürütülüp hastalık yükünün izlenmesi, uygulanan politikaların etkinliğinin değerlendirilmesi maddelerini içermektedir. Bu başlıklar altında ise aktif içiciler için durum tespiti, pasif içicilerin korunması, 12 aylık süreler zarfında sigara bırakma girişimlerinin kayıt altına alınması, tütün karşıtı farkındalığının medya organları ve sigara paketleri vasıtasıyla artırılmaya çalışılması, tütün reklamı yasaklarının yürürlüğe konulması ve tütün ürünleri temininin ekonomik olarak zorlaştırılması çalışmaları halen yürütülmektedir (57).

Türkiye’de de, Dünya Sağlık Örgütü’ne ait “Tütün Kontrol Çerçeve Sözleşmesi”nin 2004 yılında imzalanmasının ve Türkiye Büyük Millet Meclisi tarafından, 5261 Sayılı Kanun ile kabul edilerek 30 Kasım 2004 tarihinde 25656 sayılı Resmi Gazete’de yayınlanarak ulusal yasa halini almasının ardından; 2008 yılında 5727 sayılı “Tütün Mamullerinin Zararlarının Önlenmesine Dair Kanunda Değişiklik Yapılması Hakkında Kanun” gene Türkiye Büyük Millet Meclisi’nde kabul edilmiştir. 2009 yılında ise özel hukuk kişilerine ait olan lokanta, kahvehane, kafeterya, birahane gibi eğlence hizmeti

verilen işletmelerde tütün ürünlerinin tüketilmemesi ile ilgili hüküm yürürlüğe girmiştir (58, 59).

Türkiye 12 Temmuz 2012’de, Tütün Kontrol Çerçeve Sözleşmesi’nde yer alan MPOWER tedbirlerinin tatbikinde dünyada en yüksek puanlamayı elde eden ülke olmuştur (50).

Tütün ve alkol tüketiminin denetimi için 2002 yılında Tütün ve Alkollü İçkiler Piyasası Düzenleme Kurumu (TAPDK) kurulmuştur. TAPDK kararıyla sigara paketleri üzerindeki sağlık uyarı mesaları 2005 yılında 14 değişik mesaj ile değiştirilmiş olup 2010 yılında sigara paketleri üzerine resimli uyarılar basılmıştır (30, 60).

Dünya Sağlık Örgütü’nün kabul ettiği Tütün Kontrol Çerçeve Sözleşmesi ve başlattığı MPOWER hedeflerini gerçekleştirmek ve dahi Türkiye’de tütün bağımlılığına azaltmak amacıyla; 9 Aralık 2017 tarihli, 2017/23 sayılı Başbakanlık Genelgesi kapsamında; Başbakan Yardımcısı Başkanlığında 11 bakanın (Adalet, Aile ve Sosyal Politikalar, Çalışma ve Sosyal Güvenlik, Gençlik ve Spor, Gıda, Tarım ve Hayvancılık, Gümrük ve Ticaret, İçişleri, Maliye, Milli Eğitim, Sağlık ve Ulaştırma, Denizcilik ve Haberleşme Bakanları) katılımı ile “Bağımlılık ile Mücadele Yüksek Kurulu” oluşturulmuştur. Bahsi geçen genelge doğrultusunda ise 2015-2018 Tütün Kontrolü Strateji Belgesi ve Eylem Planı kapsamında yürütülen faaliyetlerin etki değerlendirmeleri yapılarak bir sonraki adım olan Tütün Kontrolü Strateji Belgesi ve Eylem Planı (2018-2023) hazırlanmıştır.

Bu strateji belgesi ve eylem planı: tütün kontrolü alanında dünyadaki iyi uygulama örnekleri; 2008-2012, 2015-2018 Tütün Kontrolü Strateji Belgesi ve Eylem Planlarından elde edilen tecrübeler; Ulusal Tütün Kontrolü Koordinasyon Komitesi, Tütün Kontrolü Strateji Belgesi ve Eylem Planı Çalışma Grupları ve İl Tütün Kontrol Kurulları ile il değerlendirme toplantılarında yerel düzeyde elde edilen veriler; karşılaşılan sorunlar, çözüm önerileri ve bunlara yönelik yapılması gereken faaliyetlerin tartışıldığı politika laboratuvarları sonuçları göz önünde bulundurularak hazırlanmış olup; 1 nihai ve 3 ara stratejik amaç ve tütün kontrolüne yönelik bir seri uygulama planından oluşmaktadır.

Nihai amaç: Toplumdaki tüm bireyleri, tütün ürünlerinin sağlık, ekonomik, çevresel ve sosyal zararlarından korumaktır.

Ara amaçlar ise şu maddelerden müteşekkildir:

A) Talebin Azaltılması: Çocuk ve gençler başta olmak üzere toplumun tütün ürünü kullanımına başlamalarını önlemek ve kullananların bırakmalarını sağlamak.

Bu amacın maddeleri:

A.1. Bilgilendirme ve Bilinçlendirme

A.2. Sigarayı Bırakma

A.3. Fiyat ve Vergilendirme

A.4. Tütün Dumanından Pasif Etkilenimin Önlenmesi

A.5. Reklam, Promosyon ve Sponsorluğun Önlenmesi

A.6. Ürün Kontrolü İçerikleri ve Halka Duyurulması

B) Ulaşılabilirliğin Azaltılması: Çocuk ve gençlerin tütün ürünlerine erişimini ortadan kaldırmak ve toplumun tütün ürünlerine kolay erişimini önlemek.

Bu amacın maddeleri:

B.1. Tütün Ürünlerinin Yasadışı Ticaretinin Önlenmesi

B.2. Çocuk ve Gençlerin Tütün Ürünleri Kullanımından Korunması ve Ulaşılabilirliğinin Engellenmesi

C) Koordinasyon, İzleme ve Değerlendirme: Tütün kontrolü alanında iş birliği ve koordinasyonu güçlendirmek, yürütülen çalışmaların süreç ve çıktılarını izlemek, sonuç ve etkilerini değerlendirmek.

Tütün kontrolüne yönelik eylem planı ise bu amaçlar doğrultusunda tasarlanmış uygulamalara yönelik bir proje olup; hem arzla, hem taleple mücadeleyi kapsayıp yapılan çalışmaların geri bildirim raporlarını değerlendirmekten müteşekkildir.

Şu hedefler altında incelenebilir:

#### A) Talebin Azaltılması:

##### A.1. Bilgilendirme ve Bilinçlendirme:

Tütün ürünleri kullanımının zararları konusunda öğrenci, öğretmen ve velilerin bilgilendirilmesi, farkındalık oluşturulması,

Kamu kurum ve kuruluşlarının çalışanlarına yönelik eğitim faaliyetlerinin geliştirilmesi ve uygulanması,

Sivil toplum kuruluşlarının ve yerel yönetimlerin tütün kontrolü çalışmalarına desteklerinin artırılması,

Tütün ürünlerinin zararları konusunda toplum genelini bilinçlendirecek çalışmaların yapılması.

##### A.2. Sigarayı Bırakma:

Sağlık kurum ve kuruluşlarına başvuran bireylerle tüm karşılaşmalarda sağlık çalışanları tarafından kısa klinik görüşmenin uygulanması,

Sigara bırakma hizmetlerinin güçlendirilmesi,

Sigara bırakmaya yönelik destek programlarının ve uygulamaların geliştirilmesi,

Özel gruplarda sigara bırakma motivasyonunun harekete geçirilmesi ve bırakma desteğinin verilmesi.

##### A.3. Fiyat ve Vergilendirme:



Tütün mamüllerinde vergi tutarlarının artırılması.

#### A.4. Tütün Dumanından Pasif Etkilenimin Önlenmesi:

Dumansız hava sahası uygulamasının güçlendirilmesi.

#### A.5. Reklam, Promosyon ve Sponsorluğun Önlenmesi:

Satış noktalarındaki her türlü reklam promosyon ve sponsorluk faaliyetlerinin önlenmesi,

Ürün paketlemesine ilişkin mevzuatın kullanımı caydırıcı şekilde güncellenmesi

Reklam, promosyon ve sponsorluk faaliyetlerine ilişkin denetimin güçlendirilmesi,

Tütün mamülü satış noktaları ile tütün mamülü üretimi veya pazarlamasını yapan firmalar için öngörülen idari para cezalarının caydırıcılığının artırılması,

Tütün kontrolü ile ilgili halk sağlığı politikalarının tütün endüstrisinin ticari ve diğer çıkarlarından korunması.

#### A.6. Ürün Kontrolü İçerikleri ve Halka Duyurulma:

Tütün ürünlerinin içeriklerinin ve yaydıklarının insan sağlığına zararlı veya olası zararlı etkilerine ilişkin bilimsel kanıtlara, TKÇS hükümleri ve ilgili kılavuz ilkelerine ve dünyadaki en iyi uygulama örneklerine göre bu ürünlere ilişkin teknik düzenlemelerin geliştirilmesine yönelik mevzuatın güçlendirilmesi,

Ulusal, bağımsız ve bilimsel denetimden geçen akredite edilmiş tütün ürünlerine yönelik ölçüm laboratuvarının kurulması,

Tütün ürünlerine ilişkin teknik düzenlemelere uygunluğun etkin olarak değerlendirilmesi,

Tütün tüketimi ve tütün dumanına maruz kalmanın oluşturduğu sağlık etkilerine, bağımlılık yapmasına ve ölüm tehdidine ilişkin olarak tütün ve tütün ürünlerinin içerikleri ve yaydıklarının kamu otoritesine ve halka ifşasının TKÇS hükümleri ve

kılavuz ilkelerine ve dünyadaki en iyi uygulama örneklerine göre etkin olarak yapılmasının sağlanması,

Tütün ürünleri tüketimi ve tütün dumanına maruz kalmanın oluşturduğu sağlık etkilerine, bağımlılık yapmasına ve ölüm tehdidine ilişkin olarak tütün ve tütün ürünlerinin paket, etiket, ambalaj ve kartonları ile nargile şişeleri üzerine konulacak sağlık uyarı ve mesajlarının TKÇS hükümleri ve kılavuz ilkelerine ve dünyadaki en iyi uygulama örneklerine paralel olarak uygulanmasına devam edilmesi,

Satış ve sunum noktalarında mevzuata uyumun sağlanması.

B) Ulaşılabilirliğin Azaltılması:

B.1. Tütün Ürünlerinin Yasadışı Ticaretinin Önlenmesi:

Tütün ürünlerinin yasadışı ticaretinin önlenmesi.

B.2. Çocuk ve Gençlerin Tütün Ürünleri Kullanımından Korunması ve Ulaşılabilirliğinin Engellenmesi:

18 yaşını doldurmamış bireylere tütün ve tütün ürünlerinin satış, dağıtım ve sunumunu yasaklayan mevcut yasal düzenlemeye, uyumun denetlenmesi ve uymayanlara caydırıcı nitelikte cezai müeyyideler uygulanması,

Tütün ürünleri satıcılarının ürün alacak gençlerden 18 yaşını doldurduklarını gösterir resmi belgeleri istemelerinin sağlanması,

18 yaşını doldurmayan bireylere tütün ürünlerinin satış ve dağıtımını yasaklayan mevcut yasal düzenlemenin kapsamının genişletilmesi,

Tütün ürünlerinin logo, renk ve şekillerinin, şeker, çerez, oyuncak, tişört, çanta vb. nesnelere bulunmasını, bunların dağıtımını ve satışını yasaklayan mevzuata uyulmasının sağlanması.

C) Koordinasyon, İzleme ve Değerlendirme:

İzleme ve değerlendirmede kullanılacak göstergelerinin belirlenmesi ve tanımlanması,

Amaca yönelik araştırmalarla izlem yapılması,

Koordinasyon mekanizmasının güçlendirilmesine yönelik faaliyetlerin hayata geçirilmesi,

Tütün ile mücadele kapsamında oluşturulmuş kurulların güçlendirilerek, üyeleri arasındaki iletişimin ve iş birliklerinin artırılmasına yönelik çalışmaların yapılması.

Bunların yanında Sağlık Bakanlığı'na ait "ALO 171 Sigara Bırakma Danışma Hattı" da halen sigara bırakmak isteyen vatandaşlara hizmet vermektedir (59).

2012'den beri alkollü içeceklerde düzenli olarak yılda iki kez Tüketici Fiyatları Endeksi'ne ayarlı özel tüketim vergisi artışı yapılmaktadır. 2011'de kabul edilen bir kararname ile alkolün satışı, pazarlanması ve tüketimine kısıtlamalar getirilmiştir. 1997'de, araç kullananlar için kanda maksimum alkol oranı 0,5g/litre olarak belirlenmişken 2013 yılında yapılan yeni düzenlemeyle hususi otomobil dışındaki araç sürücüleri için maksimum promil sınırı 0,21 olarak belirlenmiştir (61).

Dünya Sağlık Örgütü, Küresel Alkol ve Sağlık Durumu Raporu 2018'de; alkolle ilişkili morbidite ve mortalite belirteçlerinin oturtulması için ülkelerin ölüm raporlarının titizlikle kayıt altında tutmasının ve alkolle ilişkili patolojilerin insidans ve prevalanslarının iyi takip edilmesinin önemine değinmiştir (49).

Birleşmiş Milletler Uyuşturucu ve Suç Ofisi (UNODC) verilerince küresel afyon üretimi 2017 yılında 10500 tona ulaşmış olup, bu miktar 21. yüzyıl başından beri kaydedilen en yüksek değerdir. Afyon ekilen alan 2016 yılından 2017'ye geçerken %37 artıp 420000 hektara ulaşmıştır. Afganistan 320000 hektarla afyon ekilen alan bakımından dünyada birinci sıradadır. Üretimdeki büyük artış nedeniyle Afganistan'da fiyatlar %47 düşüş göstermiş ve tüketici ürüne daha ulaşır olmuştur. İyi kalite Afgan eroini ise sadece

%7'lik bir fiyat azalmasına maruz kalmıştır. Eroin fiyatındaki bu azalmanın afyon fiyatına göre nisbeten düşük olması; hem eroin üretiminin afyon üretimi kadar artmamış olmasına, hem de tüketicilerin son zamanlarda amfetamin türevi maddelerini eskisinden daha fazla tercih etmesine bağlanmıştır. Tersine Myanmar'da ise 2015-2017 yıllarında üretim düşüş göstermiş olmasına rağmen afyon fiyatları %30 düşüş göstermiş ve kilo başına 153 dolardan alıcı bulmuştur.

Güney Afganistan, doğu İran ve kuzey Pakistan'ın içinde bulunduğu dünyanın bir numaralı afyon üretim bölgesi olan "Altın Hilal" ürünleri, dünyanın ana afyon ticaret rotası olan "Balkan Yolu" üzerinden batıya taşınmaktadır. Bu yol İran, Türkiye, Balkanlar üzerinden Orta ve Doğu Avrupa'ya ulaşan bir ticaret güzergahıdır. Balkan Yolu üzerinde 2016 yılında yakalanan afyon ve eroin miktarları; İran'da 32 ton, Türkiye'de 5,6 ton, Balkan ülkelerinde 0,8 ton, Orta ve Batı Avrupa'da ise 3,9 tondur. Dünya çapında 2016 yılında 658 ton afyon, 91 ton eroin, 65 ton morfin yakalanmıştır.

Küresel kokain üretimi ise 2016 yılında en yüksek değerine ulaşmış olup, 1410 ton olarak ölçülmüştür. Dünyada en çok tercih edilen uyuşturucu olan kanabinoidler, 2016 yılındaki düşüşe rağmen gene dünya çapında en çok ele geçirilen madde olma özelliğini korumaktadır. Bu yılda ele geçirilen bitki bazlı NPC'lerde 7 kat artış olup, sentetik NPC'lerde %50 düşüş mevcuttur (4).

2017/23 sayılı Başbakanlık Genelgesi kapsamında oluşturulan Bağımlılıkla Mücadele kurulu, hazırladığı Uyuşturucu ile Mücadele Ulusal Strateji Belgesi ve Eylem Planı 2018-2023'te; 1 nihai amaç, 4 ara amaç ve birtakım faaliyet planları ortaya koymuştur.

Nihai amaç; toplumu her türlü uyarıcı ve uyuşturucu madde kullanımından uzak tutmaktır.

Ara amaçlar:

1) Uyuşturucunun Arzının Önlenmesi; Uyuşturucuya ulaşılabilirliğin engellenmesi amacıyla her türlü doğal veya sentetik uyuşturucu maddeler ve bunların üretiminde

kullanılan ara kimyasalların, ulusal ve uluslararası boyutta kaçakçılığını, üretimini, kullanımını, dağıtımını ve sokak düzeyinde satışını engellemektir.

2) Uyuşturucuya Olan Talebin Önlenmesi; Uyuşturucu madde kullanımının zararlı etkileri konusunda hedef grupları bilgilendirmek ve bilinçlendirmek; uyuşturucu madde kullananların ve yakınlarının danışmanlık, tedavi ve rehabilitasyon birimlerine erişimlerini kolaylaştırmak; kullanıcıların tedavi ve rehabilitasyonlarını yaparak sosyal uyum mekanizmalarıyla yeniden topluma faydalı bir birey haline gelmelerini sağlamaktır.

3) Uyuşturucu ile Mücadelede İletişim; Uyuşturucuyla mücadelede tüm paydaşlar için ortak temel bakış açısını yansıtacak ve ortak hareketi sağlayacak genel iletişim stratejisinin ana hatlarını ortaya koymak, bu çerçevede uygulamaları takip etmek ve denetlemek, yürütülen faaliyetlerin kamuoyunda farkındalığını sağlamaktır.

4) Uyuşturucu ile Mücadele Sürecinin Koordinasyonu, İzlenmesi ve Değerlendirilmesi; Uyuşturucu ile mücadelede merkez ve taşradaki kurum/kuruluşların iş birliğini artırarak güçlü koordinasyon yapısını sürdürüp, yürütülen çalışmaların izleme ve değerlendirmesini yapmaktır.

Eylem planları da aynı amaçlar doğrultusunda olup şu şekilde özetlenebilir:

1) Uyuşturucunun arzının önlenmesine yönelik eylem planları;

Sınır, ve gümrük kapılarından madde giriş, çıkışının engellenmesi,

Uyuşturucunun yurt içinde nakil ve satışının engellenmesi,

Uyuşturucu kaçakçılığı ile mücadeleyi daha etkin hale getirmek için arzla mücadele eden birimler arasındaki iş birliği ve iletişimin güçlendirilmesi,

Uyuşturucunun finans boyutunun izlenerek, uyuşturucu ticareti suçundan gelir elde edilmesinin önlenmesi ve terör örgütüne finans kaynağı olmasının engellenmesi,

Uyuşturucu kaçakçılığının arzıyla bir bütünlük içerisinde mücadele edilebilmesi amacıyla mücadelecı birimlerin dışında kalan diğer birimlerin mücadeleye etkin şekilde katılımının sağlanması,

Erken Uyarı Sistemi kapsamında, yeni psikoaktif maddeler ile mücadele faaliyetlerinin sürdürülmesi,

Uyuşturucu suç soruşturmalarında örgütün tüm unsurlarını deşifre etmeye yönelik, suç öncesi ve suç sonrası çalışmalara ağırlık verilmesi,

Uyuşturucu ile mücadelede uluslararası işbirliği çalışmalarına destek verilmesi,

Kolluk birimleri ve diğer ilgili kurum/ kuruluş arasındaki işbirliğinin ve bilgi paylaşımının artırılması.

2) Uyuşturucuya olan talebin önlenmesine yönelik eylem planları;

2.A. Koruyucu ve Önleyici Hizmetler;

İlköğretim, ortaöğretim, lise ve üniversite eğitimine tabi öğrencilere ve velilerine yönelik mevcut programların etkili şekilde yaygınlaştırılması ve programların ihtiyaç halinde yenilenmesi,

Riskli gruplara yönelik mevcut programların etkinliğinin ölçülerek, ihtiyaç duyulan güncellemelerin yapılması ve yeni eğitim programlarının oluşturularak etkili bir şekilde yaygınlaştırılması,

Kamu kurumlarında çalışan personele yönelik eğitimlerin standardizasyonunun sağlanarak etkili bir şekilde yaygınlaştırılması.

2.B. Danışmanlık, Arındırma, Tedavi ve Rehabilitasyon Hizmetleri;

Aile sağlığı merkezlerinin koruyucu hizmetler, tanı, tedavi ve takip aşamalarında daha etkin rol almalarının sağlanması,

ALO 191 Uyuşturucu ile M¼cadele Danışma ve Destek Hattının hizmet kalitesinin geliştirilmesi,

Ayakta ve Yatarak Tedavi Merkezlerinin etkinliğinin ve ulaşılabilirliğinin artırılması,

112 Acil Yardım Kurtarma Ekiplerinde ve Acil Servislerin uyuşturucu ile m¼cadele kapsamında organize edilmesi,

Rehabilitasyon Hizmetlerinin yaygınlaştırılması.

## 2.C. Sosyal Uyum Hizmetleri;

Sosyal uyum merkezlerinin ve programlarının g¼çlendirilerek yaygınlaştırılması,

Madde bağımlısı çocukların sosyal uyum s¼reçlerine dahil edilmesi,

Madde bağımlılığı ile m¼cadele s¼reçlerinin manevi değerler ile desteklenmesi.

## 3) Uyuşturucu ile m¼cadelede iletişimle alakalı eylem planları;

Uyuşturucuyla m¼cadele kapsamında faaliyetlerde bulunan t¼m paydaşlar ve kamuoyu için başvuru ve ortak hareket kaynağı niteliği taşıyacak olan uyuşturucuyla m¼cadelede iletişim, y¼ntem, içerik, kavram, dil, ¼slup, anlatım yapısı, eylem planı ve stratejilerini içeren ‘‘Uyuşturucu ile M¼cadelede Ortak Strateji ve İletişim Kılavuzu’’nun hazırlanması,

Uyuşturucu madde kullanımının etki ve zararları konusunda hedef grupların bilgilendirilmesi, hedef gruplarda farkındalık oluşturulması, tutum ve davranış geliştirilmesi,

Uyuşturucuyla m¼cadelede iyi uygulama ¼rneklerinin teşvik edilerek ¼d¼llendirilmesi.

## 4) Uyuşturucu ile m¼cadele s¼recinin koordinasyonu, izlenmesi ve değerlendirilmesi ile alakalı eylem planları;

Uyuşturucu ile m¼cadele kapsamında oluşturulmuş Kurulların g¼c¼lendirilerek, ¼yeleri arasındaki iletişimin ve iş birliklerinin artırılmasına y¼nelik çalışmaların yapılması,

Uyuşturucu ile m¼cadele çalışmalarının sonuçlarını ¼lmeye y¼nelik verilerin toplanarak raporlanması,

Kamuoyunun uyuşturucuyla m¼cadele kapsamında doğru ve d¼zenli şekilde bilgilendirilmesinin sağlanması,

Bağımlılıkla m¼cadele alanında faaliyet g¼steren sivil toplum kuruluşları, platform, federasyon vb. kuruluşların desteklenmesi ve yerel y¼netimlerin de uyuşturucu ile m¼cadele çalışmalarında etkinliklerinin artması (59).

## **2.6 Madde K¼t¼ye Kullanımı için Risk Fakt¼rleri**

Madde k¼t¼ye kullanımında adolesan ağ daha risklidir. İlk temas ve ilk deneme sıklığı bu çağda en y¼ksek değerdedir (3).

Pek çok araştırma ilk defa madde alımında erken ve geç adolesan d¼nemin kritik bir s¼re olduğunu ifade eder (4).

Ergenlerin risk almaya ve riskli davranışlarda bulunmaya eğilimli oldukları bilinmektedir. Ergenlik ağında g¼r¼len riskli davranışlar içerisinde madde kullanımı, eğlence amaçlı kullanım ve bağımlılık açısından m¼him yer tutar (62).

Bir yıl içinde madde bağımlılığı geliştirme riski erişkin erkeklerde %1,7 olup, kadınlarda %0,7'dir. Erkeklerde yaşam boyu yaygınlık oranları anlamlı derecede fazladır. Erkeklerin alkol ve maddelerle tanışma ve kullanma fırsatlarının fazla olması daha ziyade sosyal nedenlerle alakalıdır (63).

Erkeklerde hem madde k¼t¼ye kullanımı hem de madde k¼t¼ye kullanımı ile ilişkili suça bulaşma riski daha y¼ksek olup, kadınlarda madde maruziyeti sonucu davranış bozuklukları geliştirme riski daha y¼ksektir (4).



Madde kötüye kullanımında kalıtsal yatkınlığın bir risk faktörü olup olmadığı tartışmalı bir mevzudur. Dopamin D2 reseptörleri üzerinde yapılan çalışmalar, bu durumun bir “ödül eksikliği sendromu” olabileceğine işaret etmiştir. Bu riskin tesbiti için yakın akrabalar arasında bağımlılık öykülerinin mukayesesi göz ardı edilmemelidir (3).

Tek yumurta ikizlerinde madde bağımlılığı oranı %63 iken, çift yumurta ikizlerinde bu oran %43'dür (63).

Doğu Asyalı ve Amerikan yerlilerinde alkole karşı doğuştan bir dayanıksızlık mevcuttur. Aldehit dehidrogenazın izoenzimlerinden biri mutasyon nedeni ile bu ırklarda %50 eksiktir. Bu sınıftan bir insanda etanol aldıktan kısa bir süre sonra artan kan asetaldehit seviyesi ile yüz kızarması, sıcak basması, taşikardi ve hipotansiyonla karakterize bir reaksiyon oluşur (63, 64).

Dahası, analitik düşünceye dayalı rasyonel bir eğitimden yoksunluk; bilim, etik ve hukuki değerler açısından fakir bir toplumda yaşamak, sevgi eksikliği; gelecek kaygısı; madde bağımlılığı konusunda yetersiz bilinçlendirme; sosyal adaptasyon eksikliği ve kumarhane, kahvehane gibi ortamlarda bulunmak birer risk etmenidir (3).

Tüm bunlar yanında;

Yüksek özgüven ve zeka, iyimserlik, sorun çözebilme yetisi, norm ve toplumsal değerlere bağlılık, aile öyküsünün olmaması gibi şahsi;

Uygun rol modeli olma, dengeli ve samimi bir tutum ve denetim gibi ailevi;

Madde kullanımının olmadığı ve geleneksel değerlere önem veren bir arkadaş çevresi;

Başarı elde etmeye teşvik eden bir eğitim sistemi, okula bağlı olma ve gelecekle ilgili hedefler belirleme gibi okulla ilişkili;

Sağlık ve sosyal desteğin yeterli olması, madde kötüye kullanımına tolerans göstermeyen bir çevre, sosyal kurumlara bağlılık gibi toplumsal etmenler madde kötüye kullanımına karşı koruyucudur (62).



### **3. GEREÇ VE YÖNTEM**

#### **3.1. Araştırma Grubu**

Kesitsel tipteki bu araştırma, Samsun İli Merkez ilçelerinde (Atakum, Canik, Tekkeköy, İlkadım) bulunan; Atakum Anafartalar Anadolu Lisesi, Canik Karşıyaka Anadolu Lisesi, İlkadım Yeşilkent Anadolu Lisesi, İlkadım Samsun Anadolu Lisesi, İlkadım 19 Mayıs Lisesi, Tekkeköy Necati Akçağlılar Anadolu Lisesi, Atakum Anadolu Lisesi, Canik Türk Telekom Mesleki ve Teknik Anadolu Lisesi, İlkadım Piri Reis Mesleki ve Teknik Anadolu Lisesi, Tekkeköy Gelemen Mesleki ve Teknik Anadolu Lisesi, Atakum Kız Meslek Recep Tanrıverdi Mesleki ve Teknik Anadolu Lisesi, Atakum Mesleki ve Teknik Anadolu Lisesi, İlkadım Endüstri Meslek ve Teknik Anadolu Lisesi, İlkadım İmam Hatip Lisesi, İlkadım Güzel Sanatlar Lisesi, Özel Feza Anadolu Lisesi, Özel Şahinoğlu Koleji, Samsun Özel Eğitim İş Uygulama Merkezi orta öğretim kurumlarında yapılmıştır. Araştırma evrenini Samsun'un merkez ilçelerinde bulunan 70 lise ve 36552 lise öğrencisi oluşturmaktadır. Çalışmanın yapılabilmesi için Ondokuz Mayıs Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan, Ondokuz Mayıs Üniversitesi Rektörlüğü'nden, Samsun İl ve Atakum İlçe Milli Eğitim Müdürlükleri'nden gerekli izinler alınmıştır.

Örnekleme büyüklüğü minitab 16 programı ile çalışmanın gücü %80 d:%10 hata ve prevalans %30 alındığında, 1861 olarak hesaplanmıştır. Öğrenciler lise türlerine göre tabakalandırıldıktan sonra, orantılı olarak her tabakadan basit rastgele yöntemi ile 18 okul seçilmiştir. Her okuldaki 9, 10, 11, 12. sınıflardan rastgele seçilecek birer sınıfa anket uygulanması planlanmıştır. Araştırmada kullanılan olan anket formu; demografik bilgiler, aile ve arkadaş bilgileri, sigara, alkol, madde kullanımı ile ilgili bilgiler içermektedir.

#### **3.2. Veri Toplama Yöntemi ve Araçları**

Toplam 18 adet okul ve 1918 öğrenciye ulaşılmış; plot çalışma sonrası öğretmenler ile görüşülüp ders saatleri esnasında 1889 öğrenciye yüz yüze anket formu uygulanmıştır.

Araştırma verileri, 13.12.2015-02.03.2016 tarihleri arasında, araştırmacı tarafından bilgilendirilen sorumlu öğretmenlerin gözetiminde, sınıflarda bizzat dağıtılarak uygulanan anketler vasıtasıyla edinilmiştir. Ulaşılan 1889 öğrenciden elde edilen anket formları, verilerin değerlendirilmesi esnasında 1867'ye düşürülmüştür.

Anket formunun ilk bölümü; katılımcının yaşı, cinsiyeti, anne ve babasının hayatta olup olmadığı, anne-babanın medeni durumu, gelir düzeyi ve kardeş sayısından oluşmaktadır.

İkinci bölümü ise sigara, alkol ve madde kullanımının; anne, baba, kardeş, yakın arkadaşların sigara, alkol ve madde kullanım öykülerinin; kullandıkları maddeleri ilk ne sebeple kullanmaya başladıklarını soran sorulardan oluşmaktadır.

### **3.3. İstatistiksel Analiz**

İstatistiksel analizler SPSS for Windows 15 sürümü ile yapılmıştır. Araştırma verileri ortalama( $\pm$ ) standart sapma, frekans dağılımı ve yüzde olarak sunulmuştur. Gruplar arasında sıklık bakımından anlamlı fark olup olmadığı Pearson Ki-Kare ya da Fisher testleriyle hesaplanmıştır. Sigara, alkol ve madde kullanımı olan öğrenciler ile sigara, alkol, madde kullanımı olmayan öğrencilerin karşılaştırılmasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanan değişkenlere, risk faktörlerini tanımlamak amacıyla Binary Lojistik Regresyon analizi uygulanmıştır. Model uyumu için Hosmer-Lemeshow testi kullanılmıştır. Çalışmada istatistiksel olarak anlamlılık düzeyi  $p < 0,05$  olarak alınmıştır. Odds ratio (OR) değerleri %95 güven aralığında (GA) sunulmuştur.

## 4. BULGULAR

### 4.1. Araştırmaya Katılan Öğrencilerin Sosyo-Demografik Özellikleri:

Araştırmaya katılan 1867 öğrencinin 1193'ü erkek (%63,9), 674'ü kızdır (%36,1).

Tüm öğrencilerin yaş ortalaması  $16,5 \pm 1,1$  yıldır (min:14-max:23). Erkek ve kızların yaş ortalamaları sırasıyla  $16,5 \pm 1,1$  ve  $16,5 \pm 1,1$  yıldır. Aralarında anlamlı bir fark saptanmamıştır ( $p > 0,05$ ).

**Tablo 1.** Araştırma Grubunun Yaşa Göre Dağılımı

Yaş (yıl)	Sayı	%
14	2	0,1
15	393	21,0
16	545	29,2
17	510	27,3
18	344	18,4
>18	73	4,0
<b>Toplam</b>	<b>1867</b>	<b>100,0</b>

Öğrencilerden 899'u (%48,2) Anadolu Lisesi, 968'i (%51,8) Meslek Lisesine kayıtlıdır.

Araştırmaya katılan öğrencilerin 1809'u (%96,9) her iki ebeveyninin de sağ olduğunu, 10'u (%0,5) sadece annesinin yaşamadığını, 40'ı (%2,1) sadece babasının yaşamadığını belirtmiş; 8'i (%0,4) ise soruyu boş bırakmıştır. Her iki ebeveyni de sağ olan 1809 öğrencinin 1684'ünün (%93,1) anne ve babası evli olup, 125'inin(%6,9) anne ve babası boşanmıştır.

Öğrencilerin %65,7'sinin anne eğitim düzeyi ilköğretim ve altı düzeyde olup, %32,5'inin annesinin eğitim düzeyi lise ve üzerindedir. Araştırma grubunun %21,9'unun annesi çalışmaktadır.

Öğrencilerin %53,1'inin baba eğitim düzeyi ilköğretim ve altı düzeyde olup, %44,6'sının baba eğitim düzeyi lise ve üzerindedir. Araştırma grubunun %79,2'sinin babası çalışmaktadır.

Araştırma grubundaki öğrencilerin %8,5'i aylık gelir düzeyini yüksek, %81,5'i orta, %7,5'i düşük olarak belirtmiştir.

**Tablo 2.** Araştırma Grubunun Bazı Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Dağılımı (n=1867)

<b>Sosyodemografik Özellikler</b>		<b>Sayı</b>	<b>%</b>
<b>Cinsiyet</b>	Erkek Öğrenci	1193	63,9
	Kız Öğrenci	674	36,1
<b>Lise Türü</b>	Anadolu Lisesi	899	48,2
	Meslek Lisesi	968	51,8
<b>Ebeveyn Yaşam Durumu</b>	Her ikisi de sağ	1809	96,9
	Anne yaşamıyor	10	0,5
	Baba yaşamıyor	40	2,1
	Belirtilmemiş	8	0,4
<b>Anne Eğitim Düzeyi</b>	İlköğretim ve altı	1227	65,7
	Lise ve üzeri	607	32,5
	Belirtilmemiş	33	1,8
<b>Anne Çalışma</b>	Çalışıyor	408	21,9
<b>Baba Eğitim Düzeyi</b>	İlköğretim ve altı	992	53,1
	Lise ve üzeri	832	44,6
	Belirtilmemiş	43	2,3
<b>Baba Çalışma</b>	Çalışıyor	1479	79,2
<b>Aylık Gelir</b>	Yüksek	159	8,5
	Orta	1522	81,5
	Düşük	140	7,5
	Belirtilmemiş	466	2,5

Araştırma grubundaki öğrencilerin ailelerinde bulunan çocuk sayısı ortalaması 2,7'dir.

## 4.2. Araştırma Grubunda Madde Kötüye Kullanımı

### 4.2.1. Sigara Kullanımı

Çalışmaya katılan öğrenciler içinde düzenli sigara kullanmış kişi sayısı 408'dir (%21,9). Bunların 292'si (%71,1) erkek, ve 116'sı (%28,4) kızdır.

Çalışmaya katılan 1193 erkek öğrenci içerisinde sigara içenlerin oranı ise %24,5 olup, 674 kız öğrenci içerisinde sigara içenlerin oranı ise %17,2'dir.

**Tablo 3.** Araştırma Grubunda Düzenli Sigara İçimi

Cinsiyet	Düzenli Sigara İçimi				Toplam	
	İçenler		İçmeyenler		Sayı	%
	Sayı	%	Sayı	%		
Kız	116	17,2	558	82,8	674	100,0
Erkek	292	25,5	901	75,5,7	1193	100,0
Toplam	408	21,9	1459	78,1	1867	100,0

Sigara içme durumu cinsiyet değişkenine göre mukayese edildiğinde arada istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ( $X^2=13,312$ ;  $p<0,001$ ).

Anadolu lisesinde okuyan öğrenciler arasında sigara içme oranı %18,1 olup, meslek lise öğrenciler arasında bu oran %25,3'tür.

**Tablo 4.** Okul Türlerine Göre Sigara İçimi

Düzenli Sigara İçimi	Lise Türü				Toplam	
	Anadolu Lisesi		Meslek Lisesi		Sayı	%
	Sayı	%	Sayı	%		
İçen	163	18,1	245	25,3	408	21,9
İçmeyen	736	81,9	723	74,7	1459	78,1
Toplam	899	100,0	968	100,0	1867	100,0

Sigara içimi lise türleriyle karşılaştırıldığında arada istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır ( $X^2=14,065$ ;  $p<0,001$ ).

Araştırma grubu içerisinde düzenli sigara içenlerin sigaraya başlama nedenleri sorgulanmış olup, %53,7'sinin eğlence, %70,7'sinin merak, %81,9'unun asabiyet, %77,2'sinin rahatlamak, %77'sinin sorunlardan uzaklaşmak, %60,4'ünün arkadaşlarının içmesi, %69,8'inin kendini iyi hissetmek gibi nedenlerden dolayı başladığı görülmüştür.

#### 4.2.2. Alkol Kullanımı

Çalışmaya katılan öğrenciler arasında son 1 ay içinde alkol kullanmış kişi sayısı 285'tir (%15,2). Bunların 207'si (%72,6) erkek, ve 78'i (%27,4) kızdır.

Çalışmaya katılan 1193 erkek içerisinde son 1 ayda alkol kullananların oranı ise %17,4 olup, 674 kız içerisinde son 1 ayda alkol kullananların oranı ise %11,6'dır.

**Tablo 5.** Araştırma Grubunda Son 1 aylık Alkol Alımı

Cinsiyet	Son 1 aylık Alkol Alımı				Toplam	
	Kullananlar		Kullanmayanlar		Sayı	%
	Sayı	%	Sayı	%		
Kız	78	11,6	596	88,4	674	100,0
Erkek	207	17,4	986	82,6	1193	100,0
Toplam	285	15,3	1582	84,7	1867	100,0

Son bir aylık alkol kullanımını cinsiyet değişkenine göre mukayese edildiğinde arada istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ( $X^2=11,118$ ;  $p=0,001$ ).

Anadolu lisesinde okuyan öğrenciler arasında son bir ayda alkol kullanma oranı %13,3 olup, meslek liseli öğrenciler arasında bu oran %17,0 olarak saptanmıştır.

**Tablo 6.** Okul Türlerine Göre Son 1 aylık Alkol Alımı

Son 1 aylık Alkol Kullanımı	Lise Türü				Toplam	
	Anadolu Lisesi		Meslek Lisesi		Sayı	%
	Sayı	%	Sayı	%		
Kullanan	120	13,3	165	17	285	15,3
Kullanmayan	779	86,7	803	83	1582	84,7
Toplam	899	100,0	968	100,0	1867	100,0



Son 1 aydaki alkol kullanımı lise türleriyle karşılaştırıldığında arada istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır. Meslek liseliler (%17), anadolu liseli öğrencilerden (%13,3) daha fazla alkol almaktadır ( $X^2=4,926$ ;  $p=0,026$ ).

Araştırma grubu içerisinde son 1 ayda alkol alanların bu alışkanlığa başlama nedenleri sorgulanmış olup, %75,9'unun eğlence, %58'inin merak, %61,5'inin asabiyet, %62,6'sının can sıkıntısı, %67,9'unun rahatlamak, %69,4'ünün sorunlardan uzaklaşmak, %65,8'inin kendini iyi hissetmek gibi nedenlerden dolayı başladığı görülmüştür.

#### 4.2.3. Madde Kullanımı

Araştırma grubu içinde 119 kişi (%6,4) uyarıcı-uyuşturucu madde kullandığını belirtmiştir. Bunların 84'ü (%70,6) erkek, 35'i (%29,4) kızdır.

Çalışmaya katılan 1193 erkek içerisinde madde kullananların oranı %7 olup, 674 kız içerisinde ise bu oran %5,2'dir.

**Tablo 7.** Araştırma Grubunda Madde Kullanımı

Cinsiyet	Madde Kullanımı				Toplam	
	Kullananlar		Kullanmayanlar		Sayı	%
	Sayı	%	Sayı	%		
Kız	35	5,2	639	94,8	674	100,0
Erkek	84	7	1109	93	1193	100,0
Toplam	119	6,4	1748	93,6	1867	100,0

Erkek ve kızlar arasında hayat boyu en az bir kez madde kullanımı açısından anlamlı bir fark yoktur ( $p>0,05$ ).

Anadolu lisesinde okuyan öğrenciler arasında madde kullanma oranı %5,5 olup, meslek liseli öğrenciler arasında bu oran %7,2'dir.

**Tablo 8.** Araştırma Grubunda Lise Türlerine Göre Madde Kullanımı

Maddel Kullanımı	Lise Türü				Toplam	
	Anadolu Lisesi		Meslek Lisesi			
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Kullanan	49	5,5	70	7,2	119	6,4
Kullanmayan	850	94,5	898	92,8	1748	93,6
Toplam	899	100,0	968	100,0	1867	100,0

Hayat boyu en az bir kez madde kullanımı lise türleriyle karşılaştırıldığında arada istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ( $p>0,05$ ).

Madde kullanan öğrencilerin buna ilk kez neden başladıkları sorulduğunda; %50'si merak, %48,6'sı sorunlardan uzaklaşmak için cevaplarını vermiş; %50'si herhangi özel bir nedeni olmadığını belirtmiştir.

**Tablo 9.** Kullanılan Madde Çeşitleri

Madde Çeşidi	Sayı	%
Esrar	80	4,3
Uçucu madde	33	1,8
Eroin	4	0,2
LSD	3	0,2
Ekstazi	16	0,9
Kokain	9	0,5
Kodein	3	0,2
Sakinleştirici (Roş)	14	0,7
Uyarıcı haplar	16	0,9
Doping hapları (Steroid)	14	0,7
Bonzai/Jamaika	28	1,5
Diğer	0	0

Araştırma grubunda en çok tüketilen maddenin esrar olduğu görülmüştür.

### 4.3. Araştırma Grubu Aile ve Arkadaşlarında Madde Kötüye Kullanımı

**Tablo 10.** Araştırma Grubu Anne, Baba, Kardeş ve Yakın Arkadaşlarında Sigara İçme Durumu

(n=1867)

Yakın çevre	Sigara			
	İçenler		İçmeyenler	
	Sayı	%	Sayı	%
Anne	448	24,0	1419	76,0
Baba	939	50,3	928	49,7
Kardeş	275	14,7	1592	85,3
Yakın arkadaş	560	30,0	1307	70,0

Araştırma grubu yakın çevresi içinde öğrencilerin en çok babalarının sigara kullandığı görülmüştür.

**Tablo 11.** Araştırma Grubu Anne, Baba, Kardeş ve Yakın Arkadaşlarında Alkol Kullanma Durumu

(n=1867)

Yakın çevre	Alkol			
	Kullanan		Kullanmayan	
	Sayı	%	Sayı	%
Anne	36	1,9	1831	98,1
Baba	172	9,2	1695	90,8
Kardeş	70	3,7	1797	96,3
Yakın arkadaş	327	17,5	1540	82,5

Araştırma grubu yakın çevresi içinde öğrencilerin en çok arkadaşlarının alkol kullandığı görülmüştür.

**Tablo 12.** Araştırma Grubu Anne, Baba, Kardeş ve Yakın Arkadaşlarında Haftada En Az Bir Kez Sarhoş Olma Durumu

(n=1867)

Yakın çevre	Haftada En Az Bir Sarhoş Olma			
	Olanlar		Olmayanlar	
	Sayı	%	Sayı	%
Anne	4	0,2	1863	99,8
Baba	53	2,8	1814	97,2
Kardeş	16	0,9	1851	99,1
Yakın arkadaş	126	6,7	1741	93,3

Araştırma grubu yakın çevresi içinde öğrencilerin en çok arkadaşlarının sarhoş olduğu görülmüştür.

Araştırma grubundaki öğrencilerin ifadelerine göre beş kişinin annesi esrar kullanmaktadır. Bunu dört kişi ile sakinleştirici ilaçlar almaktadır.

Araştırma grubundaki öğrencilerin ifadelerine göre dört kişinin babası esrar, gene dört kişinin sakinleştirici ilaçlar kullanmaktadır.

Öğrencilerin ifadelerine göre kardeşleri arasında en çok kullanılan madde esrar olup, 10 kişinin kardeşi esrar kullanmaktadır.

Öğrencilerin yakın arkadaşları hakkında bildirdiklerine göre en çok kullanılan madde bonzai olup 76 kişi tarafından kullanılmakta; bunu 74 kişi ile esrar izlemektedir.

#### **4.4. Araştırma Grubunda Madde Kötüye Kullanımının Sosyo-Demografik Özellikler ile Karşılaştırılması**

##### **4.4.1. Düzenli Sigara Kullanımının Sosyo-Demografik Özellikler ile Karşılaştırılması**

Araştırmaya grubunda düzenli sigara kullananların ebeveyn yaşam öyküsü ve aile medeni durumu; anne ve baba eğitim ve çalışma durumları; aylık gelir düzeyi açısından karşılaştırılması tablo XIII’de özetlenmiştir.

**Tablo 13.** Araştırma Grubunda Sigara Kullanımının Sosyo-Demografik Özellikler ile Karşılaştırılması

Özellikler	Düzenli Sigara Kullanımı				Toplam		X <sup>2</sup>	p
	Kullanan		Kullanmayan		Sayı	%		
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%		
<b>Ebeveyn Yaşam Durumu</b>								
Anne ve baba sağ	393	21,7	1416	78,3	1809	100,0	0,521	0,470
Anne veya baba veya vefat etmiş	13	26,0	37	74,0	50,0	100,0		
Toplam	406	19,2	1453	80,8	159	100,0		
<b>Alile Medeni Durumu</b>								
Evli	352	20,9	1332	71,9	1684	100,0	8,443	0,004
Boşanmış	40	32,0	85	68,0	125	100,0		
Toplam	392	21,7	1417	78,3	1809	100,0		
<b>Anne Eğitim Durumu</b>								
İlköğretim ve altı	253	20,6	974	79,4	1227	100,0	3,967	0,046
Lise ve üzeri	150	24,7	457	75,3	607	100,0		
Toplam	403	22,0	1431	78,0	1834	100,0		
<b>Annenin Çalışma Durumu</b>								
Çalışmıyor	302	21,2	1122	78,1	1424	100,0	1,733	0,188
Çalışıyor	99	24,3	309	75,7	408	100,0		
Toplam	401	21,9	1431	78,1	18832	100,0		
<b>Baba Eğitim Durumu</b>								
İlköğretim ve altı	209	21,1	783	78,9	992	100,0	0,442	0,506
Lise ve üzeri	186	22,4	646	77,6	832	100,0		
Toplam	395	21,7	1429	78,3	1824	100,0		
<b>Babanın Çalışma Durumu</b>								
Çalışmıyor	68	21,1	255	78,9	323	100,0	0,114	0,736
Çalışıyor	324	21,9	1155	78,1	1479	100,0		
Toplam	392	21,8	1410	78,2	1802	100,0		
<b>Aylık Gelir Düzeyi</b>								
Düşük	44	31,4	96	68,6	520	100,0	13,122	0,001
Orta	311	20,4	1211	79,6	403	100,0		
Yüksek	45	28,3	60	114	28,3	100,0		
Toplam	400	78	1421	22	1821	100,0		

Anne ve babası boşanmış öğrencilerde sigara içme sıklığı %32 olup, anne babası birlikte olanlarda bu oran %20,9 olup aradaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ( $X^2=88,443$ ;  $p=0,004$ ).

Annesi lise ve üzerinde eğitim almış öğrencilerde sigara içme sıklığı %24,7 iken, annesi ilköğretim ve altı düzeyde bir eğitim alan bireylerde sigara içme sıklığı %20,6 olup aradaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ( $X^2=3,967$ ;  $p=0,046$ ).

Aylık gelir düzeyi karşılaştırıldığında ise düşük gelirlilerde sigara içme oranı %31,4, orta gelirlilerde %20,4, yüksek gelirlilerde ise %28,3 olup aralarında istatistiksel olarak anlamlı fark mevcuttur ( $X^2=13,122$ ;  $p=0,001$ ). Bu farkın ise hem düşük ve orta gelirliler ( $X^2=9,227$ ;  $p=0,002$ ), hem de orta ve yüksek gelirliler ( $X^2=5,339$ ;  $p=0,021$ ) arasından kaynaklandığı saptanmıştır.

Annesi sigara içen bireylerin düzenli sigara içme oranı % 29,7 olup, annesi içmeyenlerin oranı %19,4'tür ve arada istatistiksel olarak anlamlı fark mevcuttur ( $X^2=21,184$ ;  $p<0,001$ ).

Babası sigara içen bireylerin düzenli sigara içme oranı % 25,1 olup, babası içmeyenlerin oranı %18,5'tir ve arada istatistiksel olarak anlamlı fark mevcuttur ( $X^2=11,900$ ;  $p=0,001$ ).

Kardeşi sigara içen bireylerin düzenli sigara içme oranı % 38,5 olup, kardeşi içmeyenlerin oranı %19'dur ve arada istatistiksel olarak anlamlı fark mevcuttur ( $X^2=52,618$ ;  $p<0,001$ ).

Arkadaşı sigara içen bireylerin düzenli sigara içme oranı % 38,8 olup, arkadaşı içmeyenlerin oranı %14,6'dır ve arada istatistiksel olarak anlamlı fark mevcuttur ( $X^2=133,732$ ;  $p<0,001$ ).

Alkol kullananlarda sigara içme oranı %66,7 olup, kullanmayanlarda bu oran %13,8'dir ve aradaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ( $X^2=395,523$ ;  $p<0,001$ ).

Madde kullananlarda sigara içme oranı %68,1 olup, kullanmayanlarda bu oran %18,7'dir ve aradaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ( $X^2=158,593$ ;  $p<0,001$ ).

#### **4.4.2. Son 1 aylık Alkol Kullanımının Sosyo-Demografik Özellikler ile Karşılaştırılması**

Anne ve babası ayrı kişilerde son 1 ayda alkol kullanma oranı %26,4 olup, birlikte olanlarda %14,3 düzeyindedir. Aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ( $X^2=13,231$ ;  $p<0,001$ ).

Annesi lise ve üstü eğitim almış kişilerde son 1 ayda alkol kullanma oranı %23,1 olup, annesi ilköğretim ve altı eğitim düzeyine sahip kişilerde %11,3 düzeyindedir. Aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ( $X^2=41,211$ ;  $p<0,001$ ).

Annesi çalışan kişilerde son 1 ayda alkol kullanma oranı %21,6 olup, annesi çalışmayan kişilerde %13,4 düzeyindedir. Aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ( $X^2=16,340$ ;  $p<0,001$ ).

Babası çalışan ve çalışmayan kişilerde son 1 ayda alkol kullanımı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark yoktur.

Babası lise ve üstü eğitim almış kişilerde son 1 ayda alkol kullanma oranı %20,1 olup, babası ilköğretim ve altı eğitim düzeyine sahip kişilerde %11,2 düzeyindedir. Aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ( $X^2=27,637$ ;  $p<0,001$ ).

Aylık gelir durumu düşük, orta ve yüksek olan öğrencilerde son 1 ayda alkol kullanma oranı sırasıyla; %20, %13,6 ve %25,8'dir. Aralarında istatistiksel olarak anlamlı fark vardır ( $X^2=19,390$ ;  $p<0,001$ ). Düşük ve orta gelirliler arasında istatistiksel olarak anlamlı fark mevcuttur ( $X^2=4,326$ ;  $p=0,038$ ). Orta ve yüksek gelirliler arasında istatistiksel olarak anlamlı fark gene mevcuttur ( $X^2=16,997$ ;  $p<0,001$ ).

Anneleri alkol alan bireylerin son 1 ayda alkol kullanma oranı % 44,4 olup, annesi almayanların oranı %14,7'dir ve arada istatistiksel olarak anlamlı fark mevcuttur ( $X^2=24,163$ ;  $p<0,001$ ).

Babası alkol alan bireylerin son 1 ayda alkol kullanma oranı %41,3 olup, babası almayanların oranı %12,6'dır ve arada istatistiksel olarak anlamlı fark mevcuttur ( $X^2=99,118$ ;  $p<0,001$ ).

Kardeşi alkol alan bireylerin son 1 ayda alkol kullanma oranı % 50 olup, kardeşi almayanların oranı %13,9'dur ve arada istatistiksel olarak anlamlı fark mevcuttur ( $X^2=67,836$ ;  $p<0,001$ ).

Arkadaşı alkol alan bireylerin son 1 ayda alkol kullanma oranı % 38,8 olup, arkadaşı almayanların oranı %14,6'dır ve arada istatistiksel olarak anlamlı fark mevcuttur ( $X^2=157,308$ ;  $p<0,001$ ).

Babası haftada en az bir kez sarhoş olacak düzeyde alkol tüketen öğrencilerde alkol kullanma oranı %35,8 olup, babası bu sıklıkta veya hiç sarhoş olmayanların alkol kullanma oranı %14,7'dir ve arada istatistiksel olarak anlamlı fark mevcuttur ( $X^2=17,868$ ;  $p<0,001$ ).

Kardeşi haftada en az bir kez sarhoş olacak düzeyde alkol tüketen öğrencilerde alkol kullanma oranı %62,5 olup, kardeşi bu sıklıkta veya hiç sarhoş olmayanların alkol kullanma oranı %14,9'dur ve arada istatistiksel olarak anlamlı fark mevcuttur ( $X^2=27,837$ ;  $p<0,001$ ).

Yakın bir arkadaşı haftada en az bir kez sarhoş olacak düzeyde alkol tüketen öğrencilerde alkol kullanma oranı %38,1 olup, arkadaşı bu sıklıkta veya hiç sarhoş olmayanların alkol kullanma oranı %13,6'dır ve arada istatistiksel olarak anlamlı fark mevcuttur ( $X^2=54,446$ ;  $p<0,001$ ).

Anneleri haftada en az bir kez sarhoş olacak düzeyde alkol tüketen ve tüketmeyen öğrenciler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur.



Düzenli sigara içenlerde son 1 ayda alkol alma oranı %46,6'dır. İçmeyenlerde son 1 ayda alkol alma oranı %6,5'tir. Arada istatistiksel olarak anlamlı fark mevcuttur ( $X^2=395,523$ ;  $p<0,001$ ).

Hayat boyun en az bir kez madde alanlarda son 1 ayda alkol alma oranı %59,7'dir. Almayanlarda son 1 ayda alkol alma oranı %12,2'dir. Arada istatistiksel olarak anlamlı fark mevcuttur ( $X^2=193,699$ ;  $p<0,001$ ).

#### **4.4.3. Hayat Boyu En Az Bir Kez Madde Kullanımının Medeni Durum, Eğitimi ve Çalışma durumuna göre Karşılaştırılması**

Anne ve baba eğitim durumları ile hayat boyu en az bir kez madde kullanımı arasında istatistiksel olarak anlamlı farklar saptanmamıştır.

Annesi çalışan bireylerde hayat boyu en az bir kez madde kullanımı %9,6 olup, annesi çalışmayanlarda bu oran %5,5'tir. Arada istatistiksel olarak anlamlı fark vardır ( $X^2=8,467$ ;  $p=0,004$ ).

Hayat boyu en az bir kez madde kullanımının baba çalışma durumu açısından karşılaştırılmasında istatistiksel olarak anlamlı fark çıkmamıştır.

Arkadaşı esrar kullanan bireylerde hayat boyu en az bir kez esrar kullanma oranı %28,4 olup, esrar kullanan arkadaşı olmayan bireylerde bu oran %3,3'tür ve arada istatistiksel olarak anlamlı fark mevcuttur ( $p<0,001$ ).

Arkadaşı uçucu madde kullanan bireylerde uçucu madde kullanma oranı %13,6 olup, uçucu madde kullanan arkadaşı olmayan bireylerde bu oran %1,4'tür ve arada istatistiksel olarak anlamlı fark mevcuttur ( $p<0,001$ ).

Kardeşi bonzai/jamaika kullanan öğrencilerde bu maddeyi kullanma oranı %50 olup, kardeşi bonzai/jamaika kullanmayanlardaki oran %1,4'tür. İstatistiksel olarak anlamlı fark vardır ( $p=0,001$ ).

Arkadaşı bonzai/jamaika kullanan öğrencilerde bu maddeyi kullanma oranı %11,8 olup, kullanmayanlardaki oran %1,1'dir. İstatistiksel olarak anlamlı fark vardır ( $p<0,001$ ).

Düzenli sigara içen öğrencilerde hayat boyu en az bir kez madde alma oranı %19,9'dur. İçmeyenlerde düzenli madde alma oranı %2,6'dır. Arada istatistiksel olarak anlamlı fark mevcuttur ( $X^2=158,953$ ;  $p<0,001$ ).

Son 1 ayda alkol kullananlarda madde kullanma oranı %24,9 olup, kullanmayanlarda bu oran %3'tür ve aradaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ( $X^2=193,699$ ;  $p<0,001$ ).

#### 4.5. Madde Kötüye Kullanımını Etkileyen Faktörler

Araştırma grubunda yer alan öğrencilerde düzenli sigara kullanımını etkileyen dokuz değişken (cinsiyet, okul türü, anne-baba medeni durumu, anne eğitim düzeyi, aylık gelir düzeyi; anne, baba, kardeş ve arkadaşlarda sigara kullanımı) sigara kullanımı için risk faktörleri saptamak amacıyla Binary Lojistik Regresyon analizine dahil edilmiştir. Analize göre sigara kullanımını etkileyen risk faktörleri Tablo XIV.'te gösterilmiştir.

**Tablo 14.** Düzenli Sigara Kullanımını Etkileyen Faktörler

Faktörler	OR	% 95 CI		p
Erkek cinsiyet	1,367	1,053	1,799	0,019
Meslek lisesi	1,455	1,132	1,871	0,003
Lise ve üzeri anne eğitimi	1,322	1,014	1,725	0,039
Babanın sigara içmesi	1,359	1,051	1,758	0,019
Kardeşin sigara içmesi	2,226	1,629	3,042	0,000
Arkadaşın sigara içmesi	3,351	2,615	4,615	0,000

Araştırma grubunda yer alan öğrencilerde düzenli sigara kullanımını etkileyen 15 değişken (cinsiyet, okul türü, ebeveyn medeni durumu, anne eğitim ve çalışma düzeyleri, baba eğitim durumu, aylık gelir düzeyi; anne, baba, kardeş ve arkadaşın alkol kullanımı; baba, kardeş ve arkadaşın haftada en az bir kez sarhoş olma durumu; sigara içimi) alkol kullanımı için risk faktörleri saptamak amacıyla Binary Lojistik Regresyon

analizine dahil edilmiştir. Analize göre sigara kullanımını etkileyen risk faktörleri Tablo XV.'te gösterilmiştir.

**Tablo 15.** Son 1 aydaki Alkol Kullanımını Etkileyen Faktörler

Faktörler	OR	% 95 CI		p
Lise ve üzeri anne eğitimi	1,745	1,187	2,565	0,005
Lise ve üzeri baba eğitimi	1,569	1,079	2,283	0,018
Babanın alkol kullanması	3,038	1,809	5,104	0,000
Arkadaşın alkol kullanması	2,873	1,890	4,367	0,000
Sigara içimi	10,351	7,465	14,387	0,000

Öğrencilerde düzenli madde kullanımını etkileyen yedi değişken (annenin çalışma durumu, arkadaşın esrar, uçucu madde ve bonzai kullanımı, kardeşin bonzai kullanımı; sigara ve alkol kullanımı) hayat boyu en az bir kez madde kullanımı için risk faktörleri saptamak amacıyla Binary Lojistik Regresyon analizine dahil edilmiştir. Analize göre sigara kullanımını etkileyen risk faktörleri Tablo XVI.'te gösterilmiştir.

**Tablo 16.** Hayat Boyu En Az Bir Kez Madde Kullanımını Etkileyen Faktörler

Faktörler	OR	% 95 CI		p
Annenin çalışıyor olması	1,598	1,021	2,500	0,040
Arkadaşın esrar kullanması	6,149	2,129	17,758	0,001
Sigara içimi	4,060	2,525	6,530	0,000
Alkol alımı	4,498	2,828	7,155	0,000

## 5. TARTIŞMA

### 5.1. Madde Kötüye Kullanım Sıklığı

#### 5.1.1. Sigara Kullanma Sıklığı

Samsun genelindeki 18 lisede yapılmış bu çalışmada sigara kullanma sıklığı %21,9 olarak saptanmış olup, bu oran erkeklerde %24,5 olup, kızlarda %17,2'dir. Yapılan lojistik regresyon analizinde erkek olmak bir risk faktörü olarak saptanmış olup, sigara kullanma sıklığını 1,367 kat artırmaktadır.

İkibin onlatı yılı verilerine göre 15 yaş üzeri sigara içme sıklığı %19,9 iken; bu değer erkeklerde %33,7 ve kadınlarda %6,2'dir (57).

Küresel Yetişkin Tütün Araştırması 2012 raporunda ülkedeki yetişkinlerin sigara içme sıklığı %27,1 olarak gösterilmiştir. Bu oran erkeklerde %41,5 ve kadınlarda %13,1'dir (50).

Global Adult Tobacco Survey (GATS) raporu Türkiye'de 15 yaş üstü hergün sigara içme sıklığını erkeklerde %38, kadınlarda %12 olarak ifade etmiştir (51).

Gazi Üniversitesi'nde yapılan bir araştırmada tütün kullananların sıklığı %18,8 olarak belirtilmiştir (53).

İzmir'de lise öğrencilerinde yapılan bir çalışmada sigara içme sıklığı % 14,9 olarak saptanmıştır (65).

Sağlık Bakanlığı'nın 2016 verilerine göre ise 15 yaş üstü kişilerde hergün sigara içme sıklığı: %26,5'tir. Erkeklerde %40,1 ve kadınlarda %13,3'tür. Bu değerler 2017 yılında artış göstermiş olup; genel nüfusta sıklık %29,2, erkeklerde %40,4, kadınlarda %18,2'dir (52).

Amerika Birleşik Devletleri'nde üniversite öğrencilerinde yapılan bir çalışmada düzenli sigara içme sıklığı % 29 olarak belirlenmiş olup; düzenli sigara içenlerin %57'si erkek, %43'ü ise kadındır (66).

Doğanay ve ark.'nın (2012) yaptığı çalışmada; Türkiye'de 1988-2010 yılları arasında yapılan 31 çalışmada sigara içme sıklığının erkeklerde %27.5–63.8, kadınlarda ise %8.4–27.8 arasında değişmekte olduğu belirtilmiştir (67).

Ulukoca ve ark.'nın (2013) öğrenciler üzerinde yaptığı çalışmada sigara içme sıklığı %45,4 olarak belirlenmiştir (25).

Arslan ve ark.'nın (2012)'de Samsun'da lise öğrencileri üzerinde çalışmada; son bir ayda her gün en az bir tane sigara içme sıklığı %7,04 bulunmuş olup, bu çalışmadakine benzer olarak sigara içme sıklığı erkeklerde (%35,61) kızlardakinden (%24,79) daha yüksek bulunmuştur (68).

Özcebe ve ark.'nın (2014) yaptığı çalışmada erkek cinsiyette sigara kullanım oranı daha yüksek saptanmış olup; bu durumun toplumda erkeklerin sigara içmesinin daha tolere edilebilir olmasından kaynaklanabileceği ifade edilmiştir (69).

Ankara'da tıp fakültesi öğrencileri üzerinde yapılan bir araştırmada, araştırma grubunun sigaraya tevessül etme nedenleri arasında; eğlenceli olması, keyif verici olması, stresle başa çıkmaya yardımcı olması, sıkıntılardan bir kaçış biçimi olarak algılanması, merak, arkadaş çevresi, ebeveynlerin kullanıyor olması gibi nedenler sıralanmıştır (53).

### **5.1.2. Alkol Kullanma Sıklığı**

Çalışmaya katılan öğrenciler içinde düzenli alkol kullanmış kişilerin oranı %15,2'dir. Çalışmaya katılan erkekler içerisinde alkol kullanım sıklığı %17,4, kızlarda ise %11,6'dır. Dünya Sağlık Örgütü 2018 alkol verilerinde her bölgede erkeklerin kadınlardan daha fazla alkol tükettiklerine işaret edilmiştir.

Sağlık Bakanlığı'nın 2014 verilerinde 15 yaş üstü kişilerde son 30 günde en az bir kere, tek sefer 6 ve üzeri alkollü içecek tüketme sıklığı %9 düzeyindeyken; erkeklerde %5 ve kadınlarda %2'dir olup, Türkiye geneline ait olan bu verilerin, bu çalışmadaki alkol tüketim oranlarıyla kıyaslanınca daha düşük oldukları gözlenmektedir.

Şimşek ve ark.(2007) Harran Üniversitesi'nde öğrenciler üzerinde yaptığı çalışmada alkol tüketim sıklığı %10,6 olarak belirtilmiştir (54).

Dayı ve ark.(2015) Eskişehir'de öğrenciler üzerinde yaptıkları çalışmada; öğrencilerin %60.8'inin yaşamları boyunca en az bir kez alkol denediğini,% 55,5'inin son bir yıl içerisinde, %41,8'inin de son bir ay içerisinde alkol kullandığını ortaya koymuşlardır. Alkollü içki kullanma oranı araştırmaya katılan erkeklerde %71.3, kızlarda %52.9 olarak saptanmıştır (70).

Arslan ve ark.'nın (2012) Samsun'da yaptıkları çalışmada; düzenli alkol alım sıklığı %13,77 olarak saptanmıştır (68).

Süleyman Demirel Üniversitesi öğrencilerinde yapılan bir çalışmada alkol kullanma sıklığı, erkeklerde %36,5, kızlarda ise %14,5 olarak bulunmuştur (71).

Sutfin ve ark.'nın (2012) Amerika Birleşik Devletleri'nde üniversite öğrencilerinde yaptığı çalışmada düzenli alkol kullanma oranı % 69,0 olarak saptanmış olup; alkol kullanma sıklığının bu çalışmaya göre bariz bir biçimde yüksek olduğu aşikardır. Farkın iki ülke arasındaki sosyokültürel uçurumdan kaynaklandığı düşünülebilir (66).

Avcı ve ark.'nın (2014) yaptığı çalışmada da düzenli alkol kullanım sıklığı %24,2 olarak bulunmuştur (53).

### **5.1.3. Madde Kullanma Sıklığı**

Dünya Sağlık Örgütü'nce 2016 yılında ise 15-64 yaşları arasında yaklaşık 275 milyon kişinin ise en az bir kez madde kötüye kullanımında bulunduğu gerçeği açıkça vurgulanmıştır.

Bu çalışmada madde kullanım sıklığı %6,4 olarak saptanmıştır. Çalışmaya katılan 1193 erkek içerisinde madde kullananların oranı %7,0 olup, 674 kız içerisinde ise bu oran %5,2'dir. Arslan ve ark.'nın (2012) çalışmasında erkek öğrencilerde bu sıklık %4,6 ve kız öğrencilerde %1,7'dir (68).

Erkeklerde madde kötüye kullanımı kadınlardan 2,2 kat fazladır. Erkeklerde kanabinoid, afyon türevleri ve kokain kullanımı yüksekken kadınların daha fazla müsekkim kullandığı görülmektedir (6).

Erkeklerde uyarıcı-uyuşturucu madde kullanımına başlama sıklığı daha yüksek olmasına rağmen yeni başlayan kadınlarda madde kötüye kullanım bozuklukları gelişme eğilimi daha fazladır (4).

Sutfin ve ark.'nın (2012) çalışmasında ömründe en az bir kere madde kullanma oranı % 22 olarak bulunmuştur (66). Korkmaz ve ark.'nın (2013) öğrenciler üzerinde yaptığı çalışmada yaşam boyunca madde kullanma sıklığı %1,9 bulunmuştur (71). Şimşek ve ark.'nın (2007) öğrenciler üzerindeki çalışmasında madde deneme sıklığı %2,5 olarak bulunmuş olup, tamamı erkek öğrencilerden oluşmaktadır (54). Ulukoca ve ark.'nın (2012) çalışmasında yaşam boyu en az bir kez madde kullananların oranı %10,4 iken en çok denenen maddelerin esrar(%4,1) ve uçucular (%3,2) olduğu ifade edilmiştir (25). Benzer şekilde bu çalışmada da esrar ve uçucu maddelerin en çok kullanılan maddeler oldukları saptanmıştır.

Patton ve ark.'nın (2002) Avustralya'da 44 ayrı okulda yaptığı çalışmada öğrenciler arasında yaşam düzenli esrar kullanımı %7,0 olarak belirtilmiştir (72).

Edirne'de üniversite öğrencileri üzerinde yapılan bir çalışmada esrar kullanımı tüm maddeler içinde %3,1'lik bir oranla en çok kullanılan madde olarak saptanmıştır (73).

Diğer çalışmalara benzer olarak bu çalışmada da en sık tüketilen madde esrar olarak tesbit edilmiştir.

## 5.2. Madde Kötüye Kullanımını Etkileyen Faktörler

Ege Üniversitesi'nde yapılan bir çalışmada ebeveyn eğitim durumu ve sigara içme arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki olmadığı bulunmuştur (2).

2014 KYTA raporunda ise genel nüfusta eğitim düzeyi artışının sigara kullanma sıklığını artırdığı ifade edilmektedir. Benzer şekilde bu çalışmada da anne eğitim düzeyinin artışının sigara kullanma sıklığını 1,322 kat arttırdığı görülmüştür (50).

Avcı ve ark.'nın (2014) çalışmasında aylık gelirin artışının tütün ürünlerini kullanma riskini 2,27 artırdığı ortaya konulmuştur (53).

Turhan ve ark.'nın (2011) yaptığı çalışmada babanın ve kardeşin sigara içmesi öyküsü bulunanlarda sigara kullanma olasılığı daha yüksek saptanmıştır (74). Pekşen ve ark.'larının (2008) üniversite öğrencileri üzerine yaptığı bir çalışmada kişilerin arkadaş ve babalarının sigara içiyor olmasının sigaraya başlamada bir etken olduğu ortaya konulmuştur. Benzer şekilde bu çalışmada da babanın sigara içmesinin sigara kullanma riskini 1,3 kat arttırdığı; kardeşin sigara içmesinin de bu riski 2,22 kat artırdığı; arkadaşın sigara içiyor olmasının ise sigara kullanım riskini 3,3 kat artırdığı görülmüştür (75).

Güler (2008) ise İzmir'de yaptığı çalışmada, anne-babanın sigara içiyor olması ile öğrencilerin sigara içmesi arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığını, kardeşin sigara içmesi ile sigara içme arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğunu belirtmiştir. Bu çalışmada da, annenin sigara içiyor olmasının sigara içimi için bir risk etmeni olmadığı tesbit edilmiştir (2).

Kırklareli'nde yürütülen bir çalışmada anne eğitim düzeyi arttıkça alkol kullanma sıklığının arttığı saptanırken, babanın eğitim düzeyi ile alkol kullanma arasında bir ilişki saptanamamıştır (25).



Bu çalışmada hem anne, hem babanın eğitim düzeyi artışının alkole başlama riskini arttırdığı; bunun yanında babanın alkol kullanımının gene bu riski artırıp, annenin kullanmasının ise arttırmadığı görülmüştür.

Güler (2008) çalışmasında gelir algısı iyi olan öğrencilerin %77'sinin, orta olanların %66.1'inin, kötü olanların %50'sinin alkol kullanmakta olduğunu belirtmiştir. Bu çalışmada aylık gelir düzeyini iyi olarak belirten öğrencilerde düzenli alkol kullanma oranı %25,8 olup; gelir düzeyini orta olarak belirtenlerde bu oran %13,6 ve düşük olarak belirtenlerde %20'dir. Bu çalışmada Güler'in çalışmasından farklı olarak gelir düzeyi düşüğüyle alkol kullanımının da aynı eğimde azalmayıp, en düşük oranı kendini orta gelirli olarak tanımlayan öğrenci profilinde görmemizin nedeni; hem yüksek gelirli arkadaşları kadar alkole harcayacak maddi durumlarının olmaması, hem de düşük gelirli arkadaşlarının ikamet ediyor olması muhtemel olan düşük sosyo-kültürel seviyeye sahip muhitlerde yaygın olması beklenebilecek zararlı alışkanlık kültürüne sahip olmamaları olabilir.

Bir çalışmada öğrencilerinde; ailesinden herhangi bir bireyin alkol kullandığı ve yakın çevresinde madde kullanılan öğrencilerin madde kullanım sıklığının fazla olduğu bildirilmiştir (2). Bu çalışmada yakın çevresinde madde kullanımı olan öğrencilerin madde kullanım riskinin arttığı görülmüştür.

### **5.3 Çalışmanın Kısıtlılıkları**

Çalışma verilerinin anketler vasıtasıyla genç lise öğrencileri tarafından doldurulmuş olması ve soruların içerikçe zengin oluşu, cevaplama esnasında öğrencilerde dikkat dağınıklığına yol açmış olabileceği gibi; formun doldurulması için gereken sürenin bir ders saatini kaplaması, bireylerde bıkkınlığa yol açıp dağıtılan bazı formların boş bırakılmasına neden olmuş olabilir.

## 6. SONUÇ ve ÖNERİLER

Araştırma sonucunda;

1) Samsun genelindeki liselerde sigara kullanma sıklığı %21,9 bulunmuştur.

Erkek cinsiyete sahip olmak,

Meslek liseli olmak,

Anne eğitim düzeyinin lise ve üzeri olması,

Baba ve kardeşin sigara içmesi

Arkadaşın sigara içmesi bu riski arttırmaktadır.

2) Liselerde alkol kullanım sıklığı %15,2 bulunmuştur.

Anne ve babanın lise ve üzeri bir eğitim düzeyine sahip olması

Babanın alkol kullanması

Arkadaşın alkol kullanması

Sigara içimi bu riski arttırmaktadır.

3) Lise öğrencileri arasında madde kullanım sıklığı %6,4 bulunmuştur.

Annenin çalışması,

Arkadaşın madde kullanması,

Sigara ve alkol tüketimi bu riski arttırmaktadır.

Sigara, alkol ve madde kullanımı önemli bir halk sağlığı sorunu oluşturmakta; yetişkin çocukların sağlığını tehdit etmekte, ülkenin ve tüm dünyanın sosyal, ailevi ve ekonomik düzenlerini alt üst etmekte, çevremizi yaşanılmaz hale getirmektedir. Bunun için;

- “Ağaç yaşken eğilir” sözünden yola çıkarak insanları sigara, alkol ve madde kullanımından vazgeçirmekten ziyade; henüz başlamamış olan bireyleri korumak daha büyük önem arz etmektedir.
- Anne ve babalar bu konuda gençlere örnek olmalı; onları teşvik etmemek için kendileri de sigara, alkol ve madde kullanımından uzak durmalıdırlar.
- Anne ve babaların çalışma düzenleriyle ev hayatlarını bir uyum içerisinde geçirebilecekleri bir iş hayatını toplum düzeni içerisinde idame ettirecek tedbirler alınmalıdır.
- Gençler arasında akran eğitim ve dayanışmasını teşvik edecek eğitim programları hazırlanmalı, adolesan bireylerin birbirlerine sahip çıkmasını sağlayacak bir tutum geliştirmek adına hedefler çizilmelidir.
- Gençler, beden ve zihnen onları zinde tutacak beden eğitimleri ve sportif aktivitelerle boş vakitlerini daha iyi değerlendirebilir hale getirilmelidir.
- Nispeten başıboş kalmış meslek liselerinde disiplin ivedilikle temin edilmelidir.
- Sigara, alkol ve madde kullanımını sınırlayacak vergiler ve reklam yasakları yürürlüğe sokulmalı ve yaygınlaştırılmalıdır.
- Uyuşturucuyla mücadelede taleple mücadele kadar arzla da mücadele edilmeli; insanların uyuşturucuyu temin ettikleri kaynaklar bertaraf edilmelidir.

## 7. KAYNAKLAR

1. Organization WH. Lexicon of alcohol and drug terms published by the World Health Organization 2019 [Available from: [http://www.who.int/substance\\_abuse/terminology/who\\_lexicon/en/](http://www.who.int/substance_abuse/terminology/who_lexicon/en/)].
2. Telliel G. Ege üniversitesi hazırlık sınıfı öğrencilerinde tütün, alkol, madde kullanımı ve sosyo-ekonomik düzey etkisi. İzmir: Ege Üniversitesi; 2008.
3. Uzbay İT. Madde Bağımlılığı. İstanbul: İstanbul Kitabevi; 2015. 368 p.
4. World Drug Report. Vienna: United Nations; 2018.
5. Organization WH. Harmful Use Of Alcohol 2018 [Available from: <http://apps.who.int/gho/data/node.sdg.3-5-viz?lang=en>].
6. Greenfield SF, Back SE, Lawson K, Brady KT. Substance abuse in women. Psychiatr Clin North Am. 2010;33(2):339-55.
7. Aristoteles. Organon. Ankara: Milli Eğitim Basımevi; 1963.
8. CEYHUN B, OGUZTURK m, CEYHUN AeGl. The Reliability and Validity of Substance Abuse Proclivity Scale. J Clin Psy. 2001;4(2):87-93.
9. Ulusal Uyuşturucu Politika ve Strateji Belgesi Ankara: T.C. Başbakanlık; 2013 [Available from: [http://www.emcdda.europa.eu/attachements.cfm/att\\_229680\\_EN\\_TR\\_NATIONAL%20POLICY%20AND%20STRATEGY%20DOCUMENT%20ON%20DRUGS](http://www.emcdda.europa.eu/attachements.cfm/att_229680_EN_TR_NATIONAL%20POLICY%20AND%20STRATEGY%20DOCUMENT%20ON%20DRUGS)].
10. Ogel K. Bağımlılık yapan maddeler 2019 [Available from: <http://www.ogelk.net/Dosyadepo/maddeler.pdf>].
11. Köroğlu E, Association AP, Force APAD-T. Dsm-5 ruhsal bozuklukların tanısal ve sayımsal elkitabı: Hekimler Yayın Birliği Yayıncılık; 2013.
12. Okyay P, Ergin F. Adolesan Dönemde Fiziksel Büyüme ve Gelişme. In: Eskin M, Dereboy Ç, Harlak H, Dereboy F, editors. Türkiye'de gençlik: ne biliyoruz? Ne bilmiyoruz? Ankara: Türkiye Çocuk ve Genç Psikiyatrisi Derneği; 2012. p. 3.
13. Organization WH. Recognizing adolescence 2014 [Available from: <http://apps.who.int/adolescent/second-decade/section2/page1/recognizing-adolescence.html>].
14. Patrick CH. Alcohol, culture, and society: AMS Press; 1952.

15. McKim WA. An Introduction to Behavioral Pharmacology. New Jersey: An Introduction to Behavioral Pharmacology; 2000.
16. Butrica JL. The Medical Use of Cannabis Among the Greeks and Romans. Journal of Cannabis Therapeutics. 2002;2(2):51-70.
17. Mat A. Bitkiden ilaca: hepsinin bir öyküsü var: PharmaVision; 2010.
18. History of Tobacco 2019 [Available from: <https://academic.udayton.edu/health/syllabi/tobacco/history.htm>].
19. Appleby J. The Relentless Revolution: A History of Capitalism: W. W. Norton; 2011.
20. Ortaylı İ. İmparatorluğun en uzun yüzyılı: Timaş Yayınları; 2008.
21. Japan's Tsutsumi Still Tops Forbes' Richest List: Los Angeles Times; 1989 [Available from: <https://www.latimes.com/archives/la-xpm-1989-07-10-fi-2595-story.html>].
22. Drug Fact Sheets 2016 [Available from: <https://www.dea.gov/druginfo/factsheets.shtml>].
23. Kayaalp SO, Guven H. Nikotin ve Diğer Gangliyon Stimüle Ediciler, Sigara ve Sağlık, Gangliyon Bloke Edici İlaçlar. In: Kayaalp SO, editor. Rasyonel Tedavi Yönünden Tıbbi Farmakoloji. 12. Ankara: Pelikan Yayıncılık; 2009. p. 1006-7.
24. Organization WH. Tobacco 2019 [Available from: <http://www.who.int/topics/tobacco/en/>].
25. Ulukoca N, Gökgöz Ş, Karakoç A. Kırklareli Üniversitesi Öğrencileri Arasında Sigara, Alkol ve Madde Kullanım Sıklığı. Fırat Tıp Dergisi. 2013;18(4):230-4.
26. Fitzpatrick TM, Blair EA. UPPER AIRWAY COMPLICATIONS OF SMOKING. Clinics in Chest Medicine. 2000;21(1):147-57.
27. Karlıkaya C. Tütün ve Ortak Havayolu. Solunum. 2005;7(1):29-40.
28. Şahin U, Güven GS. Yaşlılarda Sigara Kullanımı ve Bıraktırmaya Yönelik Çabalar: Uğraşmaya Değer mi? Akademik Geriatri Dergisi. 2011;3(1):2.
29. Ploeg M, Aben KKH, Kiemeney LA. The present and future burden of urinary bladder cancer in the world. World J Urol. 2009;27(3):289-93.

30. Tütün ve Alkol Piyasası Düzenleme Kurumu Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun, No:4733 2002 [Available from: <http://www.tapdk.gov.tr>.
31. Seydioğulları M. Dünyada ve Türkiye’de Tütünün Tarihçesi, Üretimi, Ticareti ve Temel Politikaları. In: Aytemur ZA, Akçay Ş, Elbek O, editors. Tütün ve Tütün Kontrolü. 10. İstanbul: Aves Yayıncılık Toraks Kitapları; 2010. p. 9-20.
32. Güleşçi M. Tütünlerin İçim Karakterleri 2011 [Available from: <http://metingulesci.blogcu.com/tutunlerin-icim-karakterleri/8053190>.
33. Sarmalık Kıyılmış Tütün Mamullerinin Üretimi, Ambalajlanması Ve Piyasaya Arzına İlişkin Usul Ve Esaslar Hakkında Yönetmelikte Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik 2011 [Available from: <http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2011/07/20110712-3.htm>.
34. Uzbay İT. Alkoller. In: Kayaalp SO, editor. Rasyonel Tedavi Yönünden Tıbbi Farmakoloji. 12. Ankara: Pelikan Yayıncılık; 2009. p. 739-836.
35. Öztürk MO, Uluşahin A. Ruh sağlığı ve bozuklukları: Nobel Tıp Kitabevleri; 2015.
36. Bowirrat A, Oscar-Berman M. Relationship between dopaminergic neurotransmission, alcoholism, and Reward Deficiency syndrome. *Am J Med Genet B Neuropsychiatr Genet.* 2005;132B(1):29-37.
37. Oscar-Berman M, Bowirrat A. Genetic influences in emotional dysfunction and alcoholism-related brain damage. *Neuropsychiatr Dis Treat.* 2005;1(3):211-29.
38. Eşkazan E, Kayaalp SO. Opioid Analjezikler. In: Kayaalp SO, editor. Rasyonel Tedavi Yönünden Tıbbi Farmakoloji. 12. Ankara: Pelikan Yayıncılık; 2009. p. 796-814.
39. Administration USDE. Drugs of Abuse: Drugs of Abuse, Drug Enforcement Administration / U.S. Department of Justice; 2015.
40. Sadock BJ. Maddeye bağlı bozukluklar. In: Aydın H, Bozkurt A, editors. Kaplan & Sadock’s Comprehensive Textbook of Psychiatry. 8. İstanbul: Güneş Kitabevi; 2007. p. 1137-318.
41. Section UNIDCPL. Terminology and Information on Drugs: UN; 2003.

42. Grotenhermen F. Pharmacology of cannabinoids. *Neuro endocrinology letters*. 2004;25(1-2):14-23.
43. Arseneault L, Cannon M, Poulton R, Murray R, Caspi A, Moffitt TE. Cannabis use in adolescence and risk for adult psychosis: longitudinal prospective study. *BMJ*. 2002;325(7374):1212-3.
44. Meier MH, Caspi A, Ambler A, Harrington H, Houts R, Keefe RSE, et al. Persistent cannabis users show neuropsychological decline from childhood to midlife. *Proceedings of the National Academy of Sciences*. 2012;109(40):E2657-E64.
45. Jonathan AG, Ronald Andari S, Frank KF. Cannabinoid Hyperemesis Syndrome. *Current Drug Abuse Reviews*. 2011;4(4):241-9.
46. Addiction EMCfDaD. Medical use of cannabis and cannabinoids: questions and answers for policymaking. Luxembourg: Publications Office of the European Union; 2018.
47. Taşar F, Kayaalp SO. Hipnosedatif İlaçlar I-II. In: Kayaalp SO, editor. *Rasyonel Tedavi Yönünden Tıbbi Farmakoloji*. 12. Ankara: Pelikan Yayıncılık; 2009. p. 730-7.
48. UNODC Early Warning Advisory on New Psychoactive Substances: UNODC; [Available from: <https://www.unodc.org/LSS/Page/NPS>].
49. Organization WH. Global status report on alcohol and health 2018 2018 [Available from: [https://www.who.int/substance\\_abuse/publications/global\\_alcohol\\_report/en/](https://www.who.int/substance_abuse/publications/global_alcohol_report/en/)].
50. Küresel Yetişkin Tütün Araştırması (KYTA),. Ankara: Türkiye Halk Sağlığı Kurumu; 2014.
51. Global Adult Tobacco Survey (The GATS atlas). Atlanta: CDC Faoundation; 2015.
52. Sağlık İstatistikleri Yıllığı. Ankara: T.C Sağlık Bakanlığı, Sağlık Bilgi Sistemleri Genel Müdürlüğü; 2017.

53. Avcı E, İlhan M, Civil E, Özdemirkan T, Bumin M. Bir Tıp Fakültesi Öğrencilerinin Tütün, Alkol ve Ürünlerini Kullanım Sıklığı ve Risk Etmenleri. Bağımlılık Dergisi. 2014;15(2):48-55.
54. Şimşek Z, Koruk İ, Altındağ A. Harran üniversitesi tıp fakültesi ve fen-edebiyat fakültesi birinci sınıf öğrencilerinin riskli sağlık davranışları. Toplum Hekimliği Bülteni. 2007;26(3):19-24.
55. Organization WH. WHO report on the global tobacco epidemic 2009 2009 [Available from: <https://www.who.int/tobacco/mpower/2009/en/>].
56. Organization WH. WHO report on the global tobacco epidemic 2013 2013 [Available from: [https://www.who.int/tobacco/global\\_report/2013/en/](https://www.who.int/tobacco/global_report/2013/en/)].
57. Organization WH. WHO report on the global tobacco epidemic 2017 2017 [Available from: [https://www.who.int/tobacco/global\\_report/2017/en/](https://www.who.int/tobacco/global_report/2017/en/)].
58. Akdur R. Gençlerde sigara salgını. Gençlerde Sigara Salgını, Sigara veya Sağlık Sempozyumu; Ankara2009.
59. Ulusal Tütün Kontrolü Strateji Belgesi ve Eylem Planı 2018-2023 2018 [Available from: [https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/birimler/tutun-mucadele-bagimlilik-db/haberler/uyusturucu\\_eylem\\_plani/2018-2023\\_Uyusturucu\\_ile\\_Mucadele\\_Ulusal\\_Strateji\\_Belgesi\\_ve\\_Eylem\\_Planı.pdf](https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/birimler/tutun-mucadele-bagimlilik-db/haberler/uyusturucu_eylem_plani/2018-2023_Uyusturucu_ile_Mucadele_Ulusal_Strateji_Belgesi_ve_Eylem_Planı.pdf)].
60. Tütün Bağımlılığı ile Mücadele El Kitabı. Ankara: T.C Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü; 2010.
61. Türkiye Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar Çok Paydaşlı Eylem Planı 2017 [Available from: <https://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/Yayin/547>].
62. Alikashişoğlu M, editor Madde Kullanımı Risk Faktörleri ve Koruyucu Faktörler. İÜ Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri; 2005; İstanbul.
63. Güleç C, Köroğlu E, Şenol S. Psikiyatri temel kitabı: Hekimler Yayın Birliği; 2007.
64. İliçin G, Ünal S, Süleymanlar G. Temel İç Hastalıkları1997.
65. Çavdar S, Cetinkaya S, Eliacık K, Arslan A, Koyun B, Korkmaz N, et al. Health behaviors in high school students in İzmir, Turkey. Turk Pediatri Ars. 2016;51(1):22-34.



66. Sutfin EL, McCoy TP, Berg CJ, Champion H, Helme DW, O'Brien MC, et al. Tobacco use by college students: a comparison of daily and nondaily smokers. *Am J Health Behav.* 2012;36(2):218-29.
67. Doğanay S, Sözman K, Kalaça S, Ünal B. Türkiye’de toplumda sigara içme sıklığı nasıl değişiyor? *Turkish Journal of Public Health.* 2012;10(2):115-93.
68. Arslan HN, Terzi Ö, Dabak F, Pekşen Y. Substance, Cigarette and Alcohol Use Among High School Students in the Provincial Center of Samsun, Turkey. *Erciyes Med J.* 2012;34(2):79-84.
69. Özcebe H, Guciz Dogan B, İnal E, Haznedaroğlu D, Bertan M. Üniversite Öğrencilerinin Sigara İçme Davranışları ve İlişkili Sosyodemografik Özellikleri. *Turk Thorac J.* 2014;15(2):42-8.
70. Dayi A, Güleç G, MUtlu F. Eskişehir Osmangazi Üniversitesi öğrencilerinde sigara, alkol ve madde kullanım yaygınlığı. *Dusunen Adam The Journal of Psychiatry and Neurological Sciences.* 2015;28(4):309-18.
71. Korkmaz M, Ersoy S, Özkahraman Ş, Duran Tasçı E, Çetinkaya Uslusoy E, Orak S, et al. Süleyman Demirel Üniversitesi Öğrencilerinin Tütün Mamulleri-Alkol Kullanım Durumları ve Sigaraya Yaklaşımları. *SDÜ Tıp Fakültesi Dergisi.* 2013;20(2):34-42
72. Patton GC, Coffey C, Carlin JB, Degenhardt L, Lynskey M, Hall W. Cannabis use and mental health in young people: cohort study. *BMJ.* 2002;325(7374):1195-8.
73. Çakır D. Edirne’deki liselerde ve Trakya Üniversitesi öğrencilerinde alkol ve psikoaktif madde kullanım yaygınlığı. Edirne: Trakya Üniversitesi; 2011.
74. Turhan E, İnandı T, Özer C, Akoğlu S. Üniversite öğrencilerinde madde kullanımı, şiddet ve bazı psikolojik özellikler. *Turkish Journal of Public Health.* 2011;9(1):33-44.
75. Pekşen Y, Canbaz S, Sünter AT, Tunçel EK. Ondokuz mayıs üniversitesi yaşar doğu beden eğitimi ve spor yüksek okulu öğrencilerinde sigara içme sıklığı ve etkileyen faktörler. *Bağımlılık Dergisi.* 2005;6:111-5.

## 8. EKLER

### Ek-1: Anket

#### SAMSUN İLİ MERKEZ İLÇELERİNDE LİSE ÖĞRENCİLERİNİN SİGARA, ALKOL VE MADDE KULLANIM YAYGINLIĞI VE ETKİLEYEN FAKTÖRLERİN SAPTANMASI ÇALIŞMASI ANKET FORMU

**LÜTFEN HER SORUYU DİKKATLİCE OKUYUNUZ. CEVABINIZIN YANINDAKİ KUTUYU İŞARETLEYİNİZ. BİR SORUDA BİRDEN FAZLA BÖLÜM VARSA HER BÖLÜM İÇİN BİR YANITI İŞARETLEYİNİZ.**

Bu çalışma, Ondokuz Mayıs Üniversitesi, Tıp Fakültesi (OMUTF), Halk Sağlığı Anabilim Dalı tarafından, Samsun il merkezinde lise öğrencilerinde sigara, alkol ve madde kullanımının yaygınlığı ve etkileyen faktörleri saptamak amacıyla planlanmıştır. *Anketeki sorulara vereceğiniz yanıtlar*, bize sigara alkol ve diğer uyuşturucu madde kullanımını önleme yöntemlerinin geliştirilmesinde büyük önem taşımaktadır. Bu konu hakkındaki düşünceleriniz bizlere ışık tutacaktır.

Bu formun *hiç bir yerine isminizi yazmayınız*. Hiç kimse sizlerin kişisel olarak, sorulara hangi cevapları verdiğinizi bilmeyecektir. Cevaplarınızı doğru bir şekilde vermenizi bekliyoruz. Cevaplarınızdaki doğruluk gelecek kuşaklarımızı ve sizleri korumamızda bize yardımcı olacaktır. Bu anketi yanıtlarken “Toplumsal Bir Görev” yaptığınızı hatırlatmak istiyoruz.

BU BİR TEST DEĞİLDİR. Doğru veya yanlış cevaplar yoktur. Lütfen arkadaşınızdan ya da öğretmeninizden yardım istemeyin, vereceğiniz cevapların tam hissettiğiniz doğrultuda ve düşüncelerinizi en doğru şekilde yansıtmasını bekliyoruz.

Araştırma tamamıyla gönüllülük esasına göredir. Katılmak istemiyorsanız, anketi boş bırakınız.

Katılımlarınız ve desteğiniz için teşekkür ederiz.

1. Doğum tarihiniz: .....
2. Cinsiyetiniz?  Kız  Erkek
3. Size uygun olanı işaretleyin:  Anne ve Babam her ikisi de sağ  Annem yaşamıyor  Babam yaşamıyor
3. Anne ve babanızın medeni durumu için hangisi uygundur?  Evli  Boşanmış  Diğer (Belirtiniz): .....
5. Annenizin eğitim durumu nedir?  İlköğretim ve altı  Lise ve üzeri
6. Anneniz düzenli bir işte çalışıyor mu?  Evet  Hayır
7. Babanızın eğitim durumu nedir?  İlköğretim ve altı  Lise ve üzeri
8. Babanız düzenli bir işte çalışıyor mu?  Evet  Hayır
9. Sizce “aşağıda belirtilen” davranışlarda bulunursanız ailenizin tepkisi ne olur?

	Kesinlikle karşıdır	Karşıdır	Karşı değildir	Hiç karşı değildir
a- Bira, şarap veya diğer alkollü içkileri kullanmak (1–2 yudum almak dışında)	( )	( )	( )	( )
b- Sigara içmek	( )	( )	( )	( )
c- Esrar (marihuana, joint) kullanmak	( )	( )	( )	( )
d- Uçucu (tiner, bali, uhuvs) kullanmak	( )	( )	( )	( )
e- Ekstazi, vb hap kullanmak	( )	( )	( )	( )
f- Sakinleştirici (Diazem, Xanax) hap içmek	( )	( )	( )	( )
g- Uyuşturucu (Roş, rohypnol, rivotril) hap içmek	( )	( )	( )	( )
h-Eroin kullanmak	( )	( )	( )	( )
ı- Kokain kullanmak	( )	( )	( )	( )
j- Bonzai, Jamaika kullanmak (sentetik kannabinoid)	( )	( )	( )	( )

10. Sizce ailenizin gelir durumuna hangisi uygundur? ( ) Düşük ( ) Orta ( ) Yüksek

11. Sizinle beraber kaç kardeşiniz?.....

12. Aşağıdaki durumlardan size ve ailenize en uygun olanları işaretleyiniz.

	Anne	Baba	Kardeş	Yakın arkadaş
Sigara içer	( )	( )	( )	( )
Alkol içer	( )	( )	( )	( )
Haftada en az 1 kez sarhoş olur	( )	( )	( )	( )
Esrar (marihuana, joint) içer	( )	( )	( )	( )
Uçucu (tiner,bali,uhuvs) kullanır	( )	( )	( )	( )
Ecstasy , hap kullanır	( )	( )	( )	( )
Sakinleştirici (Diazem,Xanax) hap içer	( )	( )	( )	( )
Uyuşturucu (Roş, rohypnol, rivotril) hap içer	( )	( )	( )	( )
Eroin kullanır	( )	( )	( )	( )
Kokain kullanır	( )	( )	( )	( )
Bonzai ve Jamaika kullanır	( )	( )	( )	( )

Diğer (Lütfen belirtiniz):.....

13. Yukarda belirtilen maddelerin kullanımı nedeniyle ailevi ya da hukuki sorun yaşayan bir yakınınız oldu mu?

( ) Hayır

( ) Evet (Kullandığı maddeyi belirtiniz):.....

14. Aşağıdaki maddelerle ilgili **bu güne kadarki** deneyimlerinizi lütfen belirtiniz.

	Bu maddeyi hiç tanıyorum	Hiç kullanmadım	Daha önce kullandım	Daha önce kullandıysanız ilk deneme yaşınızı belirtiniz
a- Esrar (ot, marijuana, sigaralık)	( )	( )	( )	.....
b- Uçucu maddeler (bali, tiner, derby)	( )	( )	( )	.....
d- Eroin	( )	( )	( )	.....
e- LSD	( )	( )	( )	.....
f- Ekstazy (pıt, MDMA)	( )	( )	( )	.....
g- Kokain (crack, taş)	( )	( )	( )	.....
h- Kodeinli haplar	( )	( )	( )	.....
ı- Sakinleştirici haplar (roş)	( )	( )	( )	.....
j- Uyarıcı haplar ( amfetamin)	( )	( )	( )	.....
k- Doping hapları ( stereoidler)	( )	( )	( )	.....
l- Bonzai yada jamaika (sentetik kanabinoid)	( )	( )	( )	.....

15. Hiç düzenli sigara içtiniz mi? (1 ay boyunca günde en az bir sigara)

Hayır  Evet

(Cevabınız hayır ise 27. soruya geçiniz)

16. Eğer sigara içiyorsanız ilk olarak **sigara içmeye başlama** nedenlerinizi işaretleyiniz.

	Hiç katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Tamamen katılıyorum
Eğlenmek	( )	( )	( )	( )	( )
Uyuyabilmek	( )	( )	( )	( )	( )
Merak	( )	( )	( )	( )	( )
Sinirlendiğim için	( )	( )	( )	( )	( )
Can sıkıntısından	( )	( )	( )	( )	( )
Rahatlamak için	( )	( )	( )	( )	( )
Sorunlarımdan uzaklaşmak için	( )	( )	( )	( )	( )

Arkadaşlarım içtiği için	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Arkadaşlarım ısrar ettiği için	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Kendimi iyi hissetmek için	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Özel bir nedeni yok	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Diğer  
(belirtiniz):.....

17. Alkol kullanır mısınız?

Hayır (20. Soruya geçiniz)  Evet

18. Son bir yıl içinde haftada ortalama kaç kere alkollü içecek içtiniz ?

- Hiç veya haftada 1'den az  Haftada 1-2  
 Haftada 3-6  Haftada 7-10  
 Haftada 10 kereden fazla

19. Eğer alkol alıyorsanız ilk olarak **alkol kullanmaya başlama** nedenlerinizi işaretleyiniz.

	Hiç katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Tamamen katılıyorum
Eğlenmek	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Uyuyabilmek	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Merak	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sinirlendiğim için	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Can sıkıntısından	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Rahatlamak için	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sorunlarımdan uzaklaşmak için	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Arkadaşlarım içtiği için	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Arkadaşlarım ısrar ettiği için	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Kendimi iyi hissetmek için	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Özel bir nedeni yok	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Diğer  
(belirtiniz):.....

20. Sigara ve alkol dışında kalan **esrar, ekstazi, uçucu madde, eroin gibi** maddeleri bir kez dahi kullandıysanız, ilk olarak hangi nedenlerden dolayı kullandınız? (**Cevabınız “Hayır” ise 22. soruya geçiniz**)

	<b>Hiç katılmıyorum</b>	<b>Katılmıyorum</b>	<b>Kararsızım</b>	<b>Katılıyorum</b>	<b>Tamamen katılıyorum</b>
Eğlenmek	0	0	0	0	0
Uyuyabilmek	0	0	0	0	0
Merak	0	0	0	0	0
Sinirlendiğim için	0	0	0	0	0
Can sıkıntısından	0	0	0	0	0
Rahatlamak için	0	0	0	0	0
Sorunlarımdan uzaklaşmak için	0	0	0	0	0
Arkadaşlarım içtiği için	0	0	0	0	0
Arkadaşlarım ısrar ettiği için	0	0	0	0	0
Kendimi iyi hissetmek için	0	0	0	0	0
Özel bir nedeni yok	0	0	0	0	0

Diğer  
(belirtiniz):.....

21. Eğer formda adı geçen, sigara ve alkol dışında kalan maddeleri bir kere bile kullandıysanız ilk denediğinizde bu maddeyi nereden bulduğunuzu lutfen işaretleyiniz. Birden fazla seğenek işaretleyebilirsiniz.

a) Bana ağabeyim veya ablam tarafından verildi	( )
b) Benden yaşça bryk bir erkek veya kız arkadaş tarafından verildi	( )
c) Benim yaşlarımnda veya daha kbryk bir arkadaş tarafından verildi	( )
d) Bildiğim, fakat kişisel olarak tanımadığım birisi tarafından verildi	( )
e) Bir yabancı tarafından verildi	( )
f) Bir grup arkadaş tarafından paylaşıldı	( )
g) Bir arkadaştan satın aldım	( )

h) Bildiğim fakat kişisel olarak tanımadığım birisinden satın aldım	0
i) Bir yabancidan satın aldım	0
j) Aile büyüklerimden birisi tarafından verildi	0
k) Ailemin izni olmaksızın evden aldım	0
l) Bunların hiçbiri (Belirtiniz) :.....	0

22. Bugüne kadar aşağıdaki etkinliklerden birisine katıldınız mı?

	Katılmadım	Bir kez katıldım	Birden çok kez katıldım
a- Sigara hakkında bilgilendirme	0	0	0
b- Alkol hakkında bilgilendirme	0	0	0
c- Diğer uyuşturucu/uyarıcı maddeler hakkında bilgilendirme	0	0	0

**Anketimiz sona ermiştir, katılımınız için teşekkür ederiz...**



## Ek-2: Tez Çalışması Orinallik Raporu

### SAMSUN İLİ MERKEZ İLÇELERİ LİSE ÖĞRENCİLERİNDE SİGARA, ALKOL, MADDE KULLANIMI VE ETKİLEYEN FAKTÖRLER

#### ORIJINALLIK RAPORU

<b>%22</b> BENZERLİK ENDEKSİ	<b>%18</b> İNTERNET KAYNAKLARI	<b>%4</b> YAYINLAR	<b>%12</b> ÖĞRENCİ ÖDEVLERİ
---------------------------------	--------------------------------------	-----------------------	--------------------------------

#### BİRİNCİL KAYNAKLAR

<b>1</b>	<b>havanikoru.org.tr</b> İnternet Kaynağı	<b>%5</b>
<b>2</b>	<b>dosyahastane.saglik.gov.tr</b> İnternet Kaynağı	<b>%2</b>
<b>3</b>	<b>Submitted to The Scientific &amp; Technological Research Council of Turkey (TUBITAK)</b> Öğrenci Ödevi	<b>%2</b>
<b>4</b>	<b>halksagligiokulu.org</b> İnternet Kaynağı	<b>%2</b>
<b>5</b>	<b>www.emcdda.europa.eu</b> İnternet Kaynağı	<b>%1</b>
<b>6</b>	<b>docplayer.biz.tr</b> İnternet Kaynağı	<b>&lt;%1</b>
<b>7</b>	<b>Submitted to Üsküdar Üniversitesi</b> Öğrenci Ödevi	<b>&lt;%1</b>
<b>8</b>	<b>es.scribd.com</b>	

	İnternet Kaynağı	<% 1
9	<a href="http://library.cu.edu.tr">library.cu.edu.tr</a> İnternet Kaynağı	<% 1
10	<a href="http://www.muharrembalci.com">www.muharrembalci.com</a> İnternet Kaynağı	<% 1
11	UZNAY, Fatih and GÜMÜŞ, Sevtap GÜLER. "Türkiye'de Kayıtdışı Sarmalık Tütün Piyasası ", Ege Üniversitesi, 2016. Yayın	<% 1
12	<a href="http://www.halksagligiens.hacettepe.edu.tr">www.halksagligiens.hacettepe.edu.tr</a> İnternet Kaynağı	<% 1
13	<a href="http://sbu.saglik.gov.tr">sbu.saglik.gov.tr</a> İnternet Kaynağı	<% 1
14	Submitted to Fırat Üniversitesi Öğrenci Ödevi	<% 1
15	<a href="http://www.ejmanager.com">www.ejmanager.com</a> İnternet Kaynağı	<% 1
16	ULUKOCA, Neşe, GÖKGÖZ, Şenlen and KARAKOÇ, Ali. "Kırklareli Üniversitesi öğrencileri arasında sigara, alkol ve madde kullanım sıklığı", Fırat Üniversitesi, 2013. Yayın	<% 1
17	Submitted to Beykent Üniversitesi Öğrenci Ödevi	<% 1

18	<a href="http://dosyaism.saglik.gov.tr">dosyaism.saglik.gov.tr</a> İnternet Kaynağı	<% 1
19	<a href="http://acikarsiv.ankara.edu.tr">acikarsiv.ankara.edu.tr</a> İnternet Kaynağı	<% 1
20	Submitted to Karabük Üniversitesi Öğrenci Ödevi	<% 1
21	Submitted to Dicle University Öğrenci Ödevi	<% 1
22	<a href="http://www.erciyesmedj.com">www.erciyesmedj.com</a> İnternet Kaynağı	<% 1
23	<a href="http://www.yumpu.com">www.yumpu.com</a> İnternet Kaynağı	<% 1
24	<a href="http://www.openaccess.hacettepe.edu.tr:8080">www.openaccess.hacettepe.edu.tr:8080</a> İnternet Kaynağı	<% 1
25	SÜNGÜ, Hilmi. "ÜNİVERSİTE ÖĞRENCİLERİNİN ZARARLI MADDE KULLANIMINA İLİŞKİN TUTUMLARI", Mustafa Kemal Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, 2014. Yayın	<% 1
26	<a href="http://www.bagimlilikdergisi.net">www.bagimlilikdergisi.net</a> İnternet Kaynağı	<% 1
27	Submitted to Konya Necmettin Erbakan University Öğrenci Ödevi	<% 1

28	Submitted to Eskisehir Osmangazi University Öğrenci Ödevi	<% 1
29	Submitted to TechKnowledge Turkey Öğrenci Ödevi	<% 1
30	Submitted to Trakya University Öğrenci Ödevi	<% 1
31	www.kbb-forum.net İnternet Kaynağı	<% 1
32	Submitted to Gaziantep Aniversitesi Öğrenci Ödevi	<% 1
33	gungorsipahioglu.org İnternet Kaynağı	<% 1
34	dergipark.ulakbim.gov.tr İnternet Kaynağı	<% 1
35	Submitted to Eastern Mediterranean University Öğrenci Ödevi	<% 1
36	kadincecokusagligi2016.org İnternet Kaynağı	<% 1
37	Submitted to Istanbul University Öğrenci Ödevi	<% 1
38	Submitted to Cumhuriyet University Öğrenci Ödevi	<% 1
39	www.ato.org.tr	



İnternet Kaynağı

<% 1

40

Submitted to Istanbul Medipol Üniversitesini

Öğrenci Ödevi

<% 1

41

[www.ispartahaber.com.tr](http://www.ispartahaber.com.tr)

İnternet Kaynağı

<% 1

42

Submitted to Abant İzzet Baysal Üniversitesi

Öğrenci Ödevi

<% 1

43

[www.kirklareli.hsm.saglik.gov.tr](http://www.kirklareli.hsm.saglik.gov.tr)

İnternet Kaynağı

<% 1

44

Emine Ö. Evered, Kyle T. Evered. " From to :  
regulating the place and practice of drinking in  
Turkey ", Space and Polity, 2015

Yayın

<% 1

45

Submitted to Afyon Kocatepe University

Öğrenci Ödevi

<% 1

46

Submitted to Ege Üniversitesi

Öğrenci Ödevi

<% 1

47

[toraks.dergisi.org](http://toraks.dergisi.org)

İnternet Kaynağı

<% 1

48

[dergipark.gov.tr](http://dergipark.gov.tr)

İnternet Kaynağı

<% 1

49

[www.istanbulsaglik.gov.tr](http://www.istanbulsaglik.gov.tr)

İnternet Kaynağı

<% 1

- 50 Submitted to Canakkale Onsekiz Mart University <% 1  
Öğrenci Ödevi
- 
- 51 Submitted to Bahcesehir University <% 1  
Öğrenci Ödevi
- 
- 52 [www.turkailehekderg.org](http://www.turkailehekderg.org) <% 1  
İnternet Kaynağı
- 
- 53 [kisi.deu.edu.tr](http://kisi.deu.edu.tr) <% 1  
İnternet Kaynağı
- 
- 54 [www.ajanscorum.com](http://www.ajanscorum.com) <% 1  
İnternet Kaynağı
- 
- 55 [www.unodc.org](http://www.unodc.org) <% 1  
İnternet Kaynağı
- 
- 56 [www.e-psikiyatri.com](http://www.e-psikiyatri.com) <% 1  
İnternet Kaynağı
- 
- 57 [www.ogelk.net](http://www.ogelk.net) <% 1  
İnternet Kaynağı
- 
- 58 OĞUZÖNCÜL, Ayşe Ferdane, OZAN, Ahmet  
Tevfik and AÇIK, Yasemin. "Muhtarlarda Sigara  
İçme Durumunun Değerlendirilmesi", Fırat  
Üniversitesi, 2017.  
Yayın
- 
- 59 Submitted to Police Academy <% 1  
Öğrenci Ödevi
- 
- 60 [mmj.dergisi.org](http://mmj.dergisi.org)

İnternet Kaynağı

<% 1

61

Submitted to Marmara University

Öğrenci Ödevi

<% 1

62

Submitted to Baskent University

Öğrenci Ödevi

<% 1

63

Submitted to Recep Tayyip Erdogan University

Öğrenci Ödevi

<% 1

64

Submitted to Kafkas Āniversitesi

Öğrenci Ödevi

<% 1

65

ÖZYURT, Beyhan and DİNÇ, Gönül. "Manisa'da okul çağı çocuklarda alkol kullanım sıklığı ve alkol kullanımı ile ilişkili faktörler", Türk Silahlı Kuvvetleri, 2006.

Yayın

<% 1

66

Submitted to Inonu University

Öğrenci Ödevi

<% 1

67

www.cadempsikoloji.com

İnternet Kaynağı

<% 1

68

Submitted to Fatih University

Öğrenci Ödevi

<% 1

69

acikerisim.baskent.edu.tr

İnternet Kaynağı

<% 1

70

www.euro.who.int



İnternet Kaynağı

<% 1

71

Submitted to Pamukkale Üniversitesi  
Öğrenci Ödevi

<% 1