



T.C.

ADYAMAN ÜNİVERSİTESİ

TIP FAKÜLTESİ

ADLİ TIP ANABİLİM DALI

**MADDE KULLANIMI NEDENİYLE DENETİMLİ SERBESTLİK TEDBİRİ
UYGULANAN BİREYLERİN SOSYODEMOGRAFİK ve KLİNİK
ÖZELLİKLERİ İLE SUÇ - CEZA İLİŞKİLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ**

UZMANLIK TEZİ

Dr. KEREM SEHLİKOĞLU

TEZ DANIŞMANI

Dr. Öğr. Üyesi HÜSEYİN KAFADAR

Tez Yardımcı Danışmanı

Dr. Öğr. Üyesi ÖMER LÜTFİ ÖZKAN

ADYAMAN-2019



T.C.

ADYAMAN ÜNİVERSİTESİ

TIP FAKÜLTESİ

ADLİ TIP ANABİLİM DALI

**MADDE KULLANIMI NEDENİYLE DENETİMLİ SERBESTLİK TEDBİRİ
UYGULANAN BİREYLERİN SOSYODEMOGRAFİK ve KLİNİK
ÖZELLİKLERİ İLE SUÇ - CEZA İLİŞKİLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ**

UZMANLIK TEZİ

Dr. KEREM SEHLİKOĞLU

TEZ DANIŞMANI

Dr. Öğr. Üyesi HÜSEYİN KAFADAR

Tez Yardımcı Danışmanı

Dr. Öğr. Üyesi ÖMER LÜTFİ ÖZKAN

ADYAMAN-2019



ONAY SAYFASI

Dr.Öğr.Üyesi Hüseyin KAFADAR ve Dr.Öğr.Üyesi Ömer Lütfi ÖZKAN danışmanlığında Dr. Kerem SEHLİKOĞLU tarafından yapılan “*Madde Kullanımı Nedeniyle Denetimli Serbestlik Tedbiri Uygulanan Bireylerin Sosyodemografik ve Klinik Özellikleri ile Suç- Ceza İlişkilerinin Değerlendirilmesi* ” başlıklı tez çalışması/...../2019 tarihinde yapılan tez savunma sınavı sonrası yapılan değerlendirme sonucu jürimiz tarafından Adli Tıp Anabilim Dalında **TIPTA UZMANLIK TEZİ** olarak kabul edilmiştir.

BAŞKAN.....: Dr. Öğr.Üyesi Hüseyin KAFADAR

Adiyaman Üniversitesi Tıp Fakültesi

Adli Tıp Anabilim Dalı

(İmza)

ÜYE.....: Dr. Öğr.Üyesi Ömer Lütfi ÖZKAN

Adiyaman Üniversitesi Tıp Fakültesi

Adli Tıp Anabilim Dalı

(İmza)

ÜYE.....: Dr. Öğr.Üyesi Abdullah AVŞAR

Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Tıp Fakültesi

Adli Tıp Anabilim Dalı

(İmza)

Yukarıdaki imzaların adı geçen öğretim üyelerine ait olduğunu onaylarım.

...../...../2019

Prof. Dr. Ali AYDIN

Adiyaman Üniversitesi

Tıp Fakültesi Dekan Vekili

TEŞEKKÜR

Tez çalışmam sırasında bana yol gösteren, ilgi ve desteğini esirgemeyen, tez danışmanım Sn. Dr. Öğr. Üyesi Hüseyin KAFADAR'a,

Klinik ve akademik tecrübelerini paylaşan, öneri ve eleştirileriyle tezimin şekillenmesine katkı sağlayan Sn. Dr. Öğr. Üyesi Ömer Lütfi ÖZKAN ve Sn. Dr. Öğr. Üyesi Oğuzhan Bekir EĞİLMEZ'e,

Tez çalışmam sırasında desteklerinden ve görüşlerinden dolayı Sn. Doç. Dr. Aysun KALENDEROĞLU'na,

Uzmanlık eğitimi sürecinin ilk yarısında çalışmış olduğum Fırat Üniversitesi Adli Tıp Anabilim dalında görev alan değerli hocalarıma ve asistan hekim arkadaşlarıma,

Yaptığım rotasyonlarda bilgilerini ve tecrübelerini benimle paylaşan değerli hocalarıma, asistan hekim arkadaşlarıma ve personellerimize,

Çalıştığım birimde görev alan Dilek Tümer ve Feyzettin Çalış'a,

Çalışmanın yapılmasında yardımları olan Denetimli Serbestlik biriminde görevli Erdal AYAZ ve Fatma DAĞHAN'a,

Benim bugünlere gelmemde gösterdikleri çaba ve emeklerini baba olunca daha iyi anladığım canım annem, babama; sevgi ve desteklerini hep yanımda hissettiğim kardeşlerime,

Hayatıma renk veren, yol arkadaşım, sabırlı ve fedakâr eşim Şeyma'ya, minik ballı lokum kızım Asel Sare'ye ve eşimin ailesine,

Her zaman yanımda olduklarını bildiğim tüm akraba ve dostlarıma en içten şükranlarımı sunarım.

İÇİNDEKİLER

ONAY SAYFASI	Error! Bookmark not defined.
TEŞEKKÜR	iv
SİMGELER ve KISALTMALAR.....	vii
ŞEKİLLER DİZİNİ	viii
TABLolar DİZİNİ.....	ix
ÖZET	x
SUMMARY	xii
1-GİRİŞ ve AMAÇ.....	1
2-GENEL BİLGİLER	4
2.1. MADDE KULLANIM BOZUKLUĞU	4
2.1.1 Madde Kavramı Hakkında Genel Bilgiler.....	4
2.1.2 Madde Kullanım Bozukluğu Terminolojik Gelişimi	5
2.1.3 Madde Kullanım Bozukluğu Epidemiyolojisi	6
2.1.4 Madde Çeşitleri ve Genel Bir Bakış	8
2.1.5 Madde Kullanım Bozukluğuna Eşlik Eden Psikiyatrik Tanı Varlığının Değerlendirilmesi.....	23
2.1.6 Madde Kullanım Bozukluğu ve Suç İlişkisinin İncelenmesi	24
2.2. DENETİMLİ SERBESTLİK (DS) SİSTEMİ.....	25
2.2.1 DS Sisteminin Ortaya Çıkışı ve Sisteme Genel Bir Yaklaşım	25
2.2.2 Denetimli Serbestlik Sisteminin Ülkemizdeki Tarihsel Süreci ve Gelişimi.....	28
2.2.3 Türkiye'de Günümüzde Uygulanan Denetimli Serbestlik Sistemine Genel Bakış ve Sistemin Yasal Açıdan Gözden Geçirilmesi	31
3- GEREÇ ve YÖNTEM.....	35
3.2. ÇALIŞMADA KULLANILAN GEREÇLER	37
3.2.1. Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Belgesi	37
3.2.2. Katılımcı Veri Formu.....	38

3.2.3. Belirti Tarama Listesi.....	38
3.3. ÇALIŞMANIN SINIRLILIKLARI ve KARŞILAŞILAN GÜÇLÜKLER	40
3.4. ÇALIŞMADA KULLANILAN VERİLERİN İSTATİSTİKSEL ANALİZİ	40
4- BULGULAR.....	41
5- TARTIŞMA	54
6- SONUÇ ve ÖNERİLER.....	64
7- KAYNAKLAR.....	68
8- EKLER	
8.1. T.C ADIYAMAN ÜNİVERSİTESİ GİRİŞİMSEL OLMAYAN ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU ONAYI.....	
8.2. T.C ADIYAMAN EĞİTİM ve ARAŞTIRMA HASTANESİ PSİKİYATRİ POLİKLİNİĞİ OLUR KABUL YAZISI.....	
8.3. BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR BELGESİ	
8.4. KATILIMCI VERİ FORMU	
8.5. BELİRTİ TARAMA LİSTESİ	

SİMGELER ve KISALTMALAR

AMATEM: Alkol Madde Bağımlıları Tedavi ve Araştırma Merkezi

DAS: Diğer Adli Suçlar

DEHB: Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu

DS: Denetimli Serbestlik

DSM: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı)

GHB: Gama Hidroksi Bütirat

GSI: Global Symptom Index (Genel Belirti Düzeyi)

LSD: Liserjik Asid Dietilamid

MDMA: 3,4-metilen dioksi metamfetamin

MİS: Madde İlişkili Suçlar

NMDA: N-metil-D-aspartat

PCP: Fensiklidin

PSDI: Positive Symptom Distress Index (Pozitif Belirti Düzeyi)

PST: Positive Symptom Total (Pozitif Belirti Toplamı)

SCL-90-R: Symptom Checklist-90-Revised (Belirti Tarama Listesi)

SK: Sentetik Kannabinoid

SSS: Santral Sinir Sistemi

TCK: Türk Ceza Kanunu

THC: Delta-9-tetra hidro kannabinol

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 1. Olguların yaş dağılımı	15
Şekil 2. Olguların madde kullanım süresi dağılımı	17
Şekil 3. Olguların ilk madde kullanım yaş grubu dağılımı	24



TABLÖLAR DİZİNİ

Tablo 1. Olguların sosyodemografik özellikleri.....	12
Tablo 2. Olguların sigara ve alkol kullanım özellikleri.....	12
Tablo 3. Olguların kullandıkları madde türü.....	13
Tablo 4. Olguların madde ilk kullanım nedeni.....	14
Tablo 5. Olguların Bireysel ve Ailesel Suç – Ceza Özellikleri.....	16
Tablo 6. Olguların Diğer Adli Suç Özellikleri	32
Tablo 7. Olguların Toksikolojik Analiz Sonuçları	36
Tablo 8. Olguların Rapor Sonucu.....	43



ÖZET

Madde Kullanımı Nedeniyle Denetimli Serbestlik Tedbiri Uygulanan Bireylerin Sosyodemografik ve Klinik Özellikleri ile Suç - Ceza İlişkilerinin Değerlendirilmesi

Dr. Kerem SEHLİKOĞLU

Madde kullanımı, yasal olmayan bir maddenin kullanılmasını ya da yasal olan bir maddenin zarar verecek şekilde kullanılmasını ifade eder. Madde kullanımı ve ilişkili bozuklukların dünyada ve ülkemizde yaygınlığı giderek artmaktadır. Türkiye’de madde kullanımı batılı ülkelerden daha düşük olsa da, ülkemizde de madde kullanımına ilişkin bireysel ve sosyal sorunlar hızla artması nedeniyle yasal düzenlemeler oluşturulmuştur. Bu konuda ülkemizde uygulama alanı ve sınırları yasalarla belirlenmiş, hapis cezasına alternatif bir yöntem olarak kişilerin denetim altında tutulması, takip edilmesi ve ıslah edilmesini amaçlayan ceza uygulaması olarak Denetimli serbestlik (DS) sistemi uygulanmaktadır. Çalışmada haklarında Tedavi ve DS Tedbiri kararı verilmesi nedeniyle hastanemize başvuran bireylerin sosyodemografik, klinik özellikleri ve suç - ceza ilişkilerinin araştırılması, uygulamanın sonuçları ile katılımcıların sisteme uyumlarının değerlendirilmesi ve madde kullanan bireylerde eşlik edebilecek diğer psikopatolojilerin tespit edilmesi amaçlandı.

Çalışmada 15.10.2017 - 01.03.2018 tarihleri arasında Adıyaman Eğitim ve Araştırma Hastanesi, DS birimine başvuran ve bilgilendirilerek yazılı ve sözlü onamı ile çalışmaya katılan 145 birey sosyodemografik, madde kullanım, adli tıbbi özellikleri ve ek psikiyatrik tanı varlığı açısından prospektif olarak incelendi.

Olguların 142'si (%97,9) erkek, 3'ü (%2,1) kadındı. Katılımcıların yaşları 18 ile 56 arasında iken; yaş ortalaması $27,21 \pm 6,77$ yıl olarak saptandı. Bireylerin 103 olgu (%71,0) ile büyük oranda 18 - 30 yaş genç erişkin grupta oldukları gözlemlendi. Bireylerin %70,3'ünün ($n = 102$) ilköğretim mezunu ve altı olduğu görüldü. Olguların 86'sının (%59,3) çoklu madde, 51'inin ise (%35,2) tek çeşit madde kullanım öyküsü olduğu tespit edildi. Madde kullanan olgular içerisinde ($n = 137$) en sık esrar (%94,9) kullanıldığı saptandı. Maddeyi ilk kullanma yaşı 12 ile 35 yaş arasında değişmekte olup, yaş ortalaması $19,72 \pm 5,31$ yıl olarak saptandı. Madde kullanımına en sık 16 - 20 yaşları arasında başladığı (%47,4) gözlemlendi. Çalışma

katılımcılarına DS kararı gereğince yapılan idrarda toksik madde analizinde; olguların %76,6'sında (n = 111) test sonucu negatif yani numunede herhangi bir toksik madde saptanmazken, %23,4'ünde (n = 34) en az bir toksik madde çeşidi pozitif olarak saptandı.

Olguların çoğunluğunun (%70,3) ilköğretim mezunu ve altı eğitim düzeyine sahip olması nedeniyle, madde kullanımını önlemek için; bireylere ilköğretim döneminden (6 - 14 yaş) itibaren madde konusunda eğitimlerin verilmesi ve toplumsal farkındalığın artmasının sağlanması gerektiği kanaatine varıldı. Ek olarak düşük eğitim düzeyine sahip bireylerin daha sık oranlarda suç işledikleri gözlemlendi. DS kapsamında başvuran bireylere uygulanan her iki programın benzer oranda verimli olduğu ve bu programlara etkin bir şekilde devam edilmesi gerektiği düşünüldü. Son olarak çoklu madde kullanımı olan bireylerin ek psikiyatrik belirti ve hastalıklar açısından detaylı değerlendirilmesinin tedavi sürecine olumlu katkıları olacağı sonucuna varıldı.

Anahtar Kelimeler: Madde Kullanımı; Denetimli Serbestlik; Sosyodemografik Özellikler; Suç; Esrar

SUMMARY

Evaluation of the Relationships between Crime and Punishment with Sociodemographic and Clinical Features of Individuals on Probation due to Substance Use

Dr. Kerem SEHLIKOGLU

Substance use refers to the use of an illegal substance or the use of a legal substance in a harmful way. The prevalence of substance use and related disorders is ever-increasing in our country and in the world. Although substance use in Turkey is lower than in western countries, legislative regulations were put into force due to a heavy increase in individual and social issues related to substance use in our country. In this regard, the field and limits of the application were determined by law and probation system is implemented as an alternative method to the prison sentence to keep individuals in control, to monitor and to regenerate them. The aim of this study is to examine the sociodemographic and clinical features and the relationships between crime and punishment of individuals who were passed precautionary probation and treatment, to evaluate the results of the application and the adaptation of the participants to the system and to determine other psychopathologies accompanying them.

In this research, 145 individuals who applied to the department of probation in Adiyaman Training and Research Hospital between the dates of 15.10.2017 and 01.03.2018 were prospectively investigated in terms of their sociodemography, substance use, forensic medical features, and the existent additional psychiatric diagnosis after informing them and receiving their verbal and written consent.

142 of the cases (97.9%) were men and 3 of the cases (2.1%) were women. The participant ages were in between 18 and 56, and the mean age was determined to be 27.21 ± 6.77 . The majority of the participant ages were observed to be in between 18 and 30 year young adult age group with 103 cases (71.0%). It was seen that 70.3% of the individuals ($n = 102$) were primary school graduates and below. Multiple substance use histories were determined in 86 of the cases (59.3%) and single substance use histories were determined in 51 of the cases (35.2%). Cannabis was determined to be the most used substance (94.9%) in cases with substance use histories ($n = 137$). The first use of the substance ranged from 12 to 35 years and the

mean age was determined to be 19.72 ± 5.31 . It was observed that the ages between 16 and 20 are the most common ages (47.4%) to start substance use. In the urine analyses of participants for toxic substances that were performed in pursuance of probation decision, 77.6% of the cases (n = 111) came out negative, which means that no toxic substances were found, 23.4% of the cases (n = 34) came out positive, which means that at least one toxic substance was found.

Due to the fact that the majority of the cases (70.3%) consisted of primary school graduates and below, a conclusion to prevent substance use was reached; to inform individuals starting from primary education (ranging from 6 to 14 year-olds) and to increase social awareness about substance use. In addition, it was observed that individuals with low levels of education committed crimes in more frequent incidences. Both of the programs that are applied to individuals who apply to the hospital in the framework of probation caution were determined to be successful in similar ratios and the programs were determined to continue efficiently. Finally, it was concluded that the detailed evaluation of individuals with multiple substance use histories in terms of additional psychiatric symptoms and diseases will contribute positively to the treatment process.

Keywords: Substance Use, Probation, Sociodemographic Features, Crime, Cannabis

1-GİRİŞ ve AMAÇ

Madde sözcüğü, tıbbi amaçlı kullanılması tercih edilmeyen ilaçları ve farklı kimyasal içerikleri tanımlamak için kullanılmaktadır.¹ Uyuşturucu madde ise insanların duygu ve düşüncelerinde, böylece davranışlarında olumsuz farklılıklar oluşturan, ağrı dindirici özelliği bulunan ancak ilk kullanımında bile bağımlılık yapma riski taşıyan, metabolizmayı etkileyen, ruhsal ve maddi çöküntüler meydana getiren, üretimi, kullanımı ve satışı kanunlarca yasak olan doğal veya sentetik maddelerdir.² Bu maddelere örnek olarak; eroin, esrar, kokain gibi illegal olarak temin edilebilecek, benzodiazepinler, amfetaminler, diğer sedatif hipnotik ilaçlar gibi yasal düzenlemeler çerçevesinde tedavi amacıyla kullanılan ve reçeteye verilen ancak kötüye kullanılabilir ya da satışlarında kısmi yasal düzenlemeler olan maddeler verilebilir.³

Madde kötüye kullanımı, yasal olmayan bir maddenin kullanılmasını ya da yasal olan bir maddenin zarar verecek şekilde kullanılmasını ifade eder.⁴ Madde kullanımı ve ilişkili bozuklukların dünyada ve ülkemizde yaygınlığı giderek artmaktadır.⁵ Literatürde farklı görüşler bulunmakla; bazı araştırmacılar gönüllü olmayan bireylere yapılması planlanan tedavinin, iyileşme isteği ancak kişinin talebiyle mümkün olmasından etkili olmayacağını ve tedaviye ayrılacak kaynakların boşa gideceğini belirtmektedir. Aksini savunan diğer araştırmacılar, dışarıdan bir zorlama ve mecburiyet olmadan, kullanıcıların çoğunun tedavi olmak istemediğini, bu nedenle yasaların bu konuda müdahalede bulunması gerektiğini düşünmektedir.⁶ Her ne kadar Türkiye’de madde kullanımı batılı ülkelere göre daha düşük olsa da, ülkemizde de madde kullanımına ilişkin bireysel ve sosyal sorunlar hızla artması nedeniyle yasal düzenlemeler oluşturulmuştur.⁷ Bu konuda ülkemizde uygulama alanı ve sınırları yasalarla belirlenmiş, hapis cezasına alternatif bir yöntem olarak şüpheli, sanık veya hükümlülerin denetim altında tutulması, takip edilmesi ve ıslah edilmesini amaçlayan ceza uygulaması olarak Denetimli serbestlik (DS) sistemi uygulanmaktadır. DS sistemi ülkemizde Resmi Gazete'nin 20.07.2005 tarihli ve 25881 sayısında yayımlanarak 5402 sayılı DS ve Yardım Merkezleri ile Koruma Kurulları Kanunu adıyla yürürlüğe girmiştir.⁸ Açık cezaevinde cezasının son altı ayını aralıksız olarak geçirenler, çocuk cezaevinde ise toplam cezasının beşte birini

tamamlaması ve koşullu salıverilmesine bir yıl ve daha az süre kalanlar ile Ceza İnfaz Kurumu idaresinin iyi halli hükümlü raporu vermesi, hükümlünün DS yasasından yararlanma talepli dilekçe vermesi kriterleri dikkate alınarak infaz hakiminin karar vermesi durumunda DS yasasından hükümlüler yararlanabilmektedir. Uyuşturucu veya uyarıcı madde kullanan kişiler için, tedavi ve DS tedbirine başvurulabilmektedir.^{9,10} Resmi Gazete'nin 17.08.2016 tarihli ve 29804 sayısında yayımlanan 671 sayılı Olağanüstü Hal Kapsamında Bazı Kurum ve Kuruluşlara İlişkin Düzenleme Yapılması Hakkında Kanun Hükmünde Kararname ile yukarıda bahsedilen bir yıllık süre iki yıla çıkarılmıştır.¹¹ Toplumda madde bağımlısı olan bireylerin sayısının azaltılmasında ve bunların tedaviye yönlendirilmesinde DS uygulamasının kişiye faydalı olduğu belirtilmiştir.¹² Son yıllarda cezaevlerindeki aşırı kalabalıklaşma, fiziksel imkânlardaki yetersizlikler, kısa süreli cezaya mahkum edilen kişilerin sayılarının fazla oluşu ve bunların toplum içinde düzelmesi ve iyileşmesine yönelik anlayışın yaygınlaşması DS uygulamasının diğer nedenleridir.¹³

Mahkemeler / Savcılıklar tarafından kişinin öncelikle tedavi edilmesini ve tekrar uyuşturucu veya uyarıcı madde kullanmaktan korunmasını sağlamak amacıyla "Tedavi ve Denetimli Serbestlik Tedbiri" kararı verilen kişilerle ilgili tedavi uygulamaları T.C Sağlık Bakanlığı, Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğüne yayımlanan 25.03.2015 tarihli, 2015/11 Genelge sayılı "Denetimli serbestlik tedavi hizmetleri" konulu bir genelge¹⁴ ile düzenlenerek, ilgili tüm resmi sağlık kuruluşlarına duyurulmuştur. Bu talimat gereğince haklarında madde kullanımı nedeniyle DS kararı bulunan bireyler Adıyaman ilinde Adıyaman Eğitim ve Araştırma Hastanesi DS birimine başvurmaktadır.

Madde kullanan kişiler kural tanımama, kendine ve etrafına zarar verme gibi davranışlar göstermekte, böylece suça karışmaktadır. Kimi zaman da suç işleme sırasında bilincin kontrol mekanizmasını zayıflatmak amacıyla madde kullanılmaktadır. Ek olarak bağımlı olduğu maddeyi temin etmek için gereken parayı sağlamak amacıyla gasp, hırsızlık, cinayet, fuhuş ve diğer suçların işlenmesi de görülmektedir. Suç kavramı kanunlara uyulmaması ile ortaya çıkan ve mahkemelerce cezalandırılması gereken fiilleri veya davranışları içermektedir.¹⁵ Şiddet davranışının

önde gelen nedenlerinden birisi uyuşturucu madde kullanımınıdır. Madde kullanımıyla, saldırganlık ve şiddet eylemlerinin ilişkili olduğu tespit edilmiştir.¹⁶

Madde kullanım bozukluklarına diğer psikopatolojiler de sıklıkla eşlik etmekte ve eş tanılarının varlığı kullanım bozukluklarının klinik seyri ve tedavi sürecini etkilemektedir. Tedavi sürecinde ek tanılarının değerlendirilmemesi, tedavi uyumunu düşürmekte ve bozuklukların kronikleşmesine neden olmaktadır.¹⁷ Psikiyatrik belirti ve yakınmaları taramak için belirti tarama listesi (*Symptom Checklist-90-Revised, SCL-90-R*) kullanılmaktadır. SCL-90-R, 90 sorudan oluşan güncel ve mevcut psikolojik semptomatik durumu belirlemek için kullanılan bir araçtır.¹⁸ Bu çalışmaya dahil edilen katılımcılara SCL-90-R anketi uygulanarak madde kullanımı olan bireylerde görülebilecek ek psikiyatrik tanılarının taranarak, ortaya konulması planlandı.

2006 yılından itibaren ülkemizin birçok sağlık kuruluşunda DS hizmetleri ve uygulaması yapılmasına rağmen bu konu hakkında literatürde sınırlı sayıda çalışma olduğu görüldü. Bu çalışmada Adıyaman Eğitim ve Araştırma Hastanesi, DS Birimi'ne tedavi ve DS tedbiri uygulaması kapsamında başvuran bireylerin sosyodemografik, klinik özellikleri ve suç - ceza ilişkilerinin araştırılması, uygulamanın sonuçları ile katılımcıların sisteme uyumlarının değerlendirilmesi ve madde kullanan bireylerde eşlik edebilecek diğer psikopatolojilerin tespit edilmesi amaçlanmaktadır. Yapılan çalışma ile konu hakkında sağlanan Adıyaman ili verilerinin, ülke verilerine ve literatüre katkı sağlayacağını düşünmekteyiz.

2-GENEL BİLGİLER

2.1. MADDE KULLANIM BOZUKLUĞU

2.1.1 Madde Kavramı Hakkında Genel Bilgiler

İnsanoğlu varlığı boyunca mutluluğun araçlarını temin etmede çaba ve emek harcamak yerine kısa yoldan ve olabildiğince kolay elde etme arzusunda olmuştur. Dönemsel olarak değişen çeşitli maddeler kullanarak zihinlerinin normal çalışmasını engellemeleri sonucunda kısmen ya da tamamen farklı bir algılamaya girerek kurdukları 'sahte dünyada' günlük ve yaşamsal sorunlarından kaçmışlar, anlık ve geçici mutluluklara ve heveslere ulaşmaya çalışmışlardır. Evet, insanların bahsedilen amaçlarını elde etmek için kullandıkları bu araçlara madde, uyuşturucu madde, narkotik madde, psikotrop madde gibi isimler verilmektedir.¹⁹

Madde kavramı, XIV. yüzyıl Fransızcasında “kuru madde” anlamında kullanılan “*drogue*” kelimesinden gelir. O dönemde birçok ilaç kuru otlardan hazırlandığı için bu ismin verildiği düşünölmektedir. İngilizce'ye “*drug*” olarak geçen bu kelime üretim açısından doğal (bitkisel) veya sentetik (laboratuvarlarda hazırlanmış, kimyasal) maddeler olabileceği gibi yasal ilaçlar ve yasal olmayan maddeler de akla gelmektedir. İngilizce “*drug use*” teriminin karşılığı olarak bazı Türkçe kaynaklarda “uyuşturucu madde kullanımı” kavramı kullanılmakta ve bazı anlam karışıklıklarına yol açmaktadır. Bu terminolojiyi günlük yaşamda ve bilimsel olarak kullanmak, iki bakımdan sakıncalıdır: Birincisi, bağımlılık yapan maddeler, özellikle ilk denedikleri zamanda, doza bağımlı olarak, kişi üzerinde uyuşturucu değil uyarıcı etkilere sahiptir. Santral sinir sistemi (SSS)'ni uyuşturan etkileri, yüksek dozlarda görölmektedir. Bu nedenle ilk kullanımda uyuşturucu değil de uyarıcı etkileri meydana gelen ürünleri, uyarıcı yerine uyuşturucu olarak tanımlamak, bilimsel olarak yanlış bir yaklaşımdır. İkinci olarak, “uyuşturucu madde kullanımı” teriminin kokain ve amfetamin gibi uyarıcı maddeleri, halüsinojenleri ve esrarı kapsamadığı izlenimi oluşturmaktadır.¹⁹ Bugün artık bilimsel literatürde “madde” (*substance*) terimi kullanılmakta olup; bu çalışmada da tüm uyuşturucu ve uyarıcı maddeler için “madde” terimi tercih edilecektir.^{20,21}

2.1.2 Madde Kullanım Bozukluğu Terminolojik Gelişimi

Madde kötüye kullanımı tanımından kişinin kendine, hayatına, ailesine ve çevresine zarar verecek şekilde madde kullanması anlaşılmaktadır.²² Temel olarak, madde kullanımının neden olduğu tekrarlayan, istenmeyen sonuçlar görülmesine rağmen madde kullanımının devam etmesidir.²⁰ Bu kişilerde karar verme yeteneği bozulmamakta ancak yaşanan sosyal ve ekonomik problemler ya da madde kullanımının neden olduğu diğer sorunlar kişinin kontrolünü etkilemektedir.²³ Madde bağımlılığı, maddenin beklenen etkiyi sağlamak için alınması sürecinde meydana gelen fiziki, ruhsal ya da sosyal sorunlara rağmen madde alımına devam edilmesi, kurtulma isteğine rağmen bırakılmaması, aynı etkiyi elde edebilmek için zamanla madde miktarının artırılması ve maddeyi alma isteğinin durdurulamaması halidir.²²

Yasa dışı madde kullanımıyla ilgili karışıklıklar nedeniyle maddelere değişik zamanlarda değişik tanımlar yapılmıştır. Amerikan Psikiyatri Birliği tarafından yayınlanan Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı (DSM)'nin 1952 tarihindeki ilk baskısında, "Kişilik Bozuklukları" başlığı "Sosyopatik Kişilik Bozukluğu" alt başlığının içinde Madde Bağımlılığı (*Drug Addiction*) yer almıştır.²⁴ DSM II'de yine "Kişilik Bozuklukları" başlığının altında ancak "Madde Bağımlılığı" adıyla ayrı bir alt başlık olarak incelenmiştir.²⁵ DSM III'te ise ilk kez "Madde Kullanım Bozuklukları" (*Substance Use Disorders*) ana başlığı ile ele alınmış ve ilk kez madde kötüye kullanımı ve bağımlılık ayrı olarak değerlendirilmiştir.²⁶ DSM III-R'de başlık "Psikoaktif Madde Kullanım Bozuklukları" olarak değiştirilmiştir.²⁷ DSM IV'te kötüye kullanım ve bağımlılık arasındaki fark devam etmiş ancak kötüye kullanım, bağımlılık başlangıcı için bir işaret olarak düşünülmüştür.^{21,28} Son olarak DSM V'te madde kullanım bozukluğunda yer alan madde kötüye kullanımı ve madde bağımlılığı tanımları yerine hafif, orta ya da şiddetli madde kullanım bozukluğu tanımı yer almaktadır. Madde kullanımı; madde kullanım bozuklukları ve maddenin yol açtığı klinik bozukluklar olarak ikiye ayrılmaktadır.²⁹ Madde kullanımının kliniğinde; zehirlenme, yoksunluk, deliryum, demans, kalıcı amnestik bozukluk, psikotik bozukluk, duygudurum bozukluğu, anksiyete bozukluğu, cinsel işlev bozukluğu ve uyku bozuklukları yer almaktadır.^{22,23}

2.1.3 Madde Kullanım Bozukluğu Epidemiyolojisi

Epidemiyolojide cinsiyet, yaş, medeni durum, aile öyküsü, etnik köken, eğitim düzeyi ve meslek sahibi olup olmama gibi faktörlerin madde kullanım bozukluğunda etkili olduğu değerlendirilmektedir.^{23,30} Erkeklerde madde kullanımının kadınlara göre daha sık görüldüğü bilinmektedir.^{31,32}

Birleşmiş Milletler Uyuşturucu ve Suç Ofisi'nin 2017 yılı Dünya Uyuşturucu Madde raporunda; tahmini olarak, bir milyar insanın çeyreği veya dünyadaki yetişkin nüfusun yaklaşık %5'inin 2015 yılında en az bir kez madde kullandığını, daha düşündürücü olanınsa bu kullanıcılarının yaklaşık 29,5 milyonunun veya küresel yetişkin nüfusun %0,6'sının uyuşturucu kullanım bozukluğu tanısı aldıkları ortaya konulmuştur. Raporda bu kişilerin ileriki süreçte uyuşturucu bağımlısı olabileceğini ve sonuç olarak tedavi almaları gerekeceği belirtilmiştir. Zararın büyüklüğü betimlenecek olursa; uyuşturucu kullanımından kaynaklanan erken ölüm ve sakatlığa bağlı olarak, 2015 yılında dünya genelinde tahminen 28 milyon yıllık sağlıklı yaşamın kaybedildiği vurgulanmıştır.³³

Avrupa Uyuşturucu ve Uyuşturucu Bağımlılığı İzleme Merkezi'nin Avrupa Uyuşturucu Raporu 2018'e göre; Avrupa Birliği'nde 92 milyonun üzerinde yetişkinin veya 15 - 64 yaş aralığındaki kişilerin dörtte birinden fazlasının yaşamlarının bir döneminde yasa dışı uyuşturucuları denediği tahmin edilmektedir.³⁴ Uyuşturucu kullanımı deneyimi kadınlara göre (36,3 milyon) erkeklerde (56,0 milyon) daha sık saptanmıştır.³⁴ Yaşam boyu kullanım tahminlerine göre; en sık denenilen uyuşturucunun esrar (53,5 milyon erkek ve 34,3 milyon kadın) olduğu, kokain (11,8 milyon erkek ve 5,2 milyon kadın), ekstazi (9,0 milyon erkek ve 4,5 milyon kadın) ve amfetaminler (8,0 milyon erkek ve 4,0 milyon kadın) için çok daha düşük olduğu rapor edilmiştir.³⁴

Türkiye Uyuşturucu ve Uyuşturucu Bağımlılığı İzleme Merkezi'nin 2017 Türkiye Uyuşturucu Raporu'na göre ise ülkemizde 2016 yılında toplam 81.222 uyuşturucu olayı meydana geldiği, toplam 114.276 şüphelinin yakalandığı belirtilmiştir.³⁵ Raporda, 2016 yılında olay ve şüpheli sayısında bir önceki yıla göre artış meydana geldiği, 2015 yılı ile mukayese edildiğinde; olay sayısındaki artışın %11,24, şüpheli sayısındaki artışın ise %5,81 oranında olduğu açıklanmıştır.³⁵ Türkiye'de gerçekleşen uyuşturucu olaylarının %49,2'si esrar kaynaklı olduğu, 2016 yılında bir önceki yıla göre %11,3'lük bir artış yaşandığı tespit edilmiştir. Türkiye'de

2016 yılında 39.948 esrar olayı gerçekleşmiş, bu olaylarda 54.788 şüpheli yakalanmış ve 146.954 kg esrar maddesi yakalanmıştır.³⁵ Ülkemizde madde kullanım yaygınlığının dünya ülkelerine göre daha düşük seviyede olduğu dikkati çekmektedir.

Ögel çalışmasında; madde kullanım bozukluklarının sıklığını değerlendirecek epidemiyolojik çalışmaların yapılmasının bazı zorlukları olduğunu belirterek, bu zorlukları; a) madde kullanımını yasal olmadığı için kullanan kişilerin gizli kalmak istemeleri, b) anketler sırasında kullanıcıların sorulara doğru yanıtlar vermemesi, c) kullanıcı sayısının genel toplumda düşük oranda olması nedeniyle bu gruba ulaşmanın zor olması, d) kullanıcıların genellikle aynı bölgelerde yaşamaları sonucunda, o bölge için madde kullanım sıklığının yüksek çıkarak bu durumun genel dağılımı bozması, e) anketler ile yapılan çalışmalarda kullananların tespit edilebileceği ancak kullanım şiddetinin tespitinin güç olması olarak sıralamıştır.³⁶ Ayrıca bahsedilen çalışmada hastane, kolluk, mahkeme, cezaevi vb. kurumların kayıtlarının incelenmesi, okullarda gençler ile yapılan anketler, yakalanan madde miktarı ve şüpheli sayısı ile madde kullanımına bağlı ölümler gibi farklı alanlardaki verilerin değerlendirilerek yaygınlık araştırmalarında kullanılması gerektiği ve böylece koruyucu çalışmalar için dikkat edilmesi gereken önceliklerin tespit edilebileceği belirtilmiştir.³⁶ Madde kullanımıyla etkili olarak mücadele edilmesi için madde kullanım yaygınlığının epidemiyolojik çalışmalarla saptanması gerekir.³⁷

Türkiye’de madde kullanımına yönelik ülke genelinde ilk toplum araştırması 2002 yılında yapılmıştır. Söz konusu çalışmada alkol ve sigara dışında bağımlılık yapan madde kullanımını %0,3, yaşam boyu en az bir kez madde kullanımını %1,3 olarak saptanmıştır.³⁸ Ögel madde kullanım bozuklukları epidemiyolojisini incelediği çalışmasında; ülkemizde konu hakkındaki ilgili çalışmaların son yıllarda arttığını ancak önemli bir kısmının yerel çalışmalardan ibaret ve yöntemlerinin farklı olduğunu belirtmiştir. Ek olarak genel toplum örneklemine dayalı, çok merkezli, geniş çaplı çalışmaların kısıtlı sayıda bulunmakla birlikte, kolay erişilebilir olması nedeniyle özellikle lise ve üniversite öğrencilerine yönelik araştırmaların çok sayıda olduğunun gözlemlendiğini, yapılan çalışmalarda ise benzer sonuçlar saptandığını ifade etmiştir.³⁶ Binbay ve ark. çalışmasında, madde kullanımını epidemiyolojisine yönelik araştırmaların sistematik olarak öncekiyle karşılaştırılabilecek şekilde tüm

nüfusu yansıtabilecek genç ve erişkin nüfusta belirli aralıklarla tekrarlanmasının sorunun boyutlarını ve niteliklerini anlamayı sağlayacağını ve bu doğrultuda politikalar geliştirerek önlemler almayı kolaylaştıracağını vurgulamıştır.³⁹

2.1.4 Madde Çeşitleri ve Genel Bir Bakış*

2.1.4.1. Esrar

En sık kullanılan yasa dışı maddedir. *Cannabis sativa* adlı hint kenevirinden üretilir. Esrarın aktif ana etken maddesi Delta-9-tetrahidrokannabinol (THC)'dur. İşleniş biçimine göre bazı farklılıklar gösterir ve buna göre farklı isimlendirmeler yapılır. Esrar türlerinin içerdikleri THC miktarları da değişkendir. Esrar en sık marihuana, ot, gubar ve joint olarak isimlendirilmektedir.⁴⁰ Ülkemiz ve Orta Doğu ülkelerinde ince elekten geçen birinci ürün esrara “haşış” (*hashish*) veya “birinci mal”, Amerika ve Batı ülkelerinde ikinci üründen elde edilen esrara “marihuana” (*marijuana*) denilir. Geri kalan artıklar çok az etkili madde içermekte ve “paspal” adı verilmektedir.⁴¹

Esrar kullanımında hafif öfori, gevşeme, zaman oryantasyonunda bozulma gibi bilişsel değişiklikler, gündelik duyuşsal deneyimlerde artışlar, kısa süreli bellekte bozulma, motor kabiliyetler ve reflekslerde yavaşlama ile karakterize bozulmuş bilinç durumu görülebilmektedir. Yoksunluğu durumunda ise anksiyete, irritabilite ve strese neden olabilir.^{2,42} Yapılan çalışmalar; 15 - 34 arası yaş grubunda belirgin olmakla birlikte özellikle 20 yaş grubunda, kadınlara göre ise erkeklerde daha yüksek oranda kullanıldığını göstermektedir.^{36,42}

2.1.4.2. Uçucu Maddeler

Ülkemizde en sık kullanılan uçucu maddeler yapıştırıcılar (*bally*, uhu vb.) ve tiner gibi kimyasal inceltici solventlerdir. İnceltici ve yapıştırıcı maddelerin içerdiği ana madde tolüendir. Tinerin genellikle kullanım şekli bir kumaşa emdirilerek, koklamaktır. Bali gibi yapıştırıcılar torba içine konur, solunum yoluyla koklanarak kullanılır.⁴³

2.1.4.3. Opiyatlar

Afyon haşhaşından elde edilen ve kötüye kullanımı olan maddeler arasında afyon sakızı, morfin, kodein, eroin, metadon gibi maddeler sayılabilir.⁴⁰

* Bu bölümde yer alan madde çeşitlerinin sınıflandırılması DSM - V Tanı Ölçütleri Başvuru Elkitabı'nın²² ilgili bölümündeki şekli ile yapılmıştır.

Afyonun karşılığı “opium”dur. Afyon ve türevleri genel olarak “opiyat (opioid)” olarak adlandırılmaktadır.^{44,45} Afyon haşhaşı dünyada en çok Afganistan, Pakistan, İran gibi ülkelerde yetişmektedir. Bu ülkelere “Altın Üçgen” ya da “Altın Hilal” de denmektedir. Afyon haşhaşı ülkemizde de yetiştirilmektedir.⁴⁰ Türkiye, afyon kökenli uyuşturucular için geçiş ülkesidir.⁴²

Opiyatlar, güçlü analjezik etki yapmaları nedeniyle narkotik analjezikler olarak da adlandırılmaktadır. Tümünde ilaç bağımlılığı yapma tehlikesi vardır. Yaygın depresif etkileri sonucunda kullanılan dozun büyüklüğüne göre narkoz hali oluştururlar. Narkotik analjeziklerin antipiretik veya antiinflamatuvar etkileri yoktur. Analjezik etkileri SSS üzerinden gerçekleşmektedir.⁴⁶

Opiyatların tedavi amacıyla kullanım nedenleri; doku zedelenmesine veya koliklere bağlı akut ağrılar, kronik ağrı oluşturan osteoartritler, obstetrik analjezi, akut miyokard infarktüsü, anestezi öncesi medikasyon, dengeli anestezi, nörolept anestezi ve nörolept analjezi, akut sol kalp yetmezliği, epidural analjezisi, diyare ile şiddetli öksürüktür.⁴⁷

Afyon Sakızı

Haşhaş bitkisine Latince “*Papaver Somniferium*” denir. Afyon bu bitkiden üretilir. Olgunlaşmış haşhaş kapsülü çizilince beyaz, yapışkan bir sıvı ortaya çıkar ve belirli bir süre geçtikten sonra koyu kahverengi olur. Buna “Afyon Sakızı” adı verilir. Afyon türevlerinden en eskisi ve halk arasında eskiden sıklıkla kullanılan afyon sakızıdır. Çiğnenerek kullanılmaktadır.⁴⁰

Eroin

Eroin, afyonun içinde bulunan alkaloidlerden biridir. Baz morfin ve asetik asitin beraber ısıtılması ve diğer kimyasal işlemlerden sonra meydana gelir. Beyaz, gri, koyu gri, kahverengimsi gri, fildişi, kahverengi renklerde ve toz şeker gibi küçük kristaller halinde veya toz halinde piyasada bulunabilir.^{2,48,49}

Ülkemizde yasa dışı olarak üretilen eroinin saflık derecesinin %60 civarında olduğu bilinmektedir. Yanı sıra dünyada %100 saf eroinin elde edildiği mükemmel laboratuvarlar da mevcuttur. Sokaklarda satılan ve bireysel olarak kullanılan eroin saf nitelikte değildir. Bu eroinlerin içerisine birçok katkı maddesi (pirinç unu, nişasta, parasetamol, tebeşir tozu, prokain vb.) eklenmekte ve böylece eroinin saflığı azaltılmaktadır. Saf halde iken beyaz renkte olan eroindeki renk farklılıkları,

içeriğine eklenen katkı maddeleri nedeniyledir. Piyasada kullanılan maddelerin saflık derecesinin %5 - 12 oranında değiştiği bilinmektedir.^{48,49}

Eroin maddelerin en kuvvetlisi ve en tehlikelisi olup, morfinin klinik etkilerinden 2 ila 10 kat daha şiddetli belirti vermektedir. Uyuşturucu maddeler arasında en sık ve kısa sürede bağımlılık oluşturmaktadır. Bir veya iki deneme bile kişiyi eroin kurbanları arasına sokabilir.^{2,48}

Eroin çoğunlukla buruna çekilerek kullanılır. Ayrıca bir sigaranın yanan ucu toz halindeki eroine daldırılır. Eroinin yere düşmemesi için baş hafif geriye çekilerek içilir. Diğer alım şekli alüminyumlu kâğıt üzerindeki eroinin alttan yakılarak çıkan dumanların solunması şeklindedir. İlerleyen süreçte madde almak için yeterli parası olmayan kullanıcı daha az miktarla istenilen etkiye ulaşabilmek için eroini damardan almaya başlar. Eroin müptelalarının satın aldıkları eroin, alışageldikleri miktardan daha fazla saf eroin ihtiva ederse aşırı doz kullanımı sonucu ölümler meydana gelmektedir.²

Eroin kullanımından kısa bir süre sonra etkisi görülmeye başlar ve bu etki 4 - 6 saat kadar sürer. Eroin kullanımı ile rahatlama ve keyif duygusu hissedilir. “*Rush*” adı verilen bu coşkulu hissin şiddeti, alınan eroin dozuna ve maddenin beyne ulaşma hızına bağlıdır. IV kullanımda “*rush*” etkisinin oluşması birkaç saniye alırken, burundan çekildiğinde ya da sigara biçiminde tüketildiğinde en az 10 dakika sürer. Eroinin damardan kullanımı sonrasında *rush* ile birlikte ağız kuruluğu, ateş basması, yüzde kızarıklık, bilinçte bulanıklık ve kırgınlık hissi yaşanır. Bu ilk coşkulu dönemin ardından birey, sıra ile tetikte olma ve uyuşukluk arasında gider gelir. Bir süre sonra sakinlik haline girer. Bilincin tamamen bulanıklaşmasıyla kişi transa benzer bir durum yaşar. Trans döneminde kişinin hareketlerinde ve konuşmasında yavaşlama görülür. Dikkati sürdürme ve bellekte bozulmalar gerçekleşir. Bazı kişilerde özellikle de ilk kullanımda mide bulantısı, şiddetli kaşıntı, karın içi krampları, kusma ve bulantı oluşabilir.⁵⁰

Solunum depresyonu, ağızda kuruluk ve öfori gibi sık görülen yan etkilerinin yanı sıra abseler, kalp kapakçık enfeksiyonları, IV bulaşan enfeksiyonlar, kabızlık ve pnömoni gibi yan etkileri de bulunmaktadır. Çekilme semptomları uzun süreli kullanım öyküsü olanlarda son kullanımdan saatler sonra başlayabilir.⁴²

Eroin kesildikten 6 - 8 saat sonra yoksunluk belirtileri başlar. Belirtiler 2 - 3 gün içinde en şiddetli olarak yaşanır ve 7 - 10 gün içinde sonlanır. Ancak bazı belirtiler 6 ay kadar sürebilir. Yoksunluk semptomları olarak; kusma, bulantı, yaygın kas ve kemik ağrıları, göz ve burundan akıntılar, midriazis, piloereksiyon, esneme, ateş, terleme, diyare, halsizlik ve şiddetli uykusuzluk sayılabilir. Uykusuzluk aylarca sürebilir. Koma, miyozis ve solunum baskılanması görüldüğü zaman yüksek doz eroin alımı akla gelmelidir. Ölüm, solunumun depresyonu ile oluşur. Eroin intoksikasyonunda; yanıtızsızlık, hipoventilasyon, hipotermi, hipotansiyon, bradikardi, koma ve ölüm ortaya çıkabilir.⁴⁰

Morfin

Suda eriyen, acı tatta, ağrı kesici etkisi ile tıpta kullanılan, merkezi sinir sistemine etki gösteren, opiyat grubu maddelerin en önemlisi ve en yüksek oranda bulunanıdır. Morfin intravenöz, oral, intramusküler, intradermal, epidural veya rektal olarak kullanılabilir. Vücutta intravenöz kullanımda 20, oral kullanımda ise 60 dakikada maksimum etkisine ulaşır. Etki süresi 3 - 7 saat arasında değişmekle beraber daha uzun etkili çeşitleri de yer almaktadır.⁴²

Morfin; histamin salınımını arttırarak geçici hipotansiyon, beyindeki kemoreseptör trigger zonu uyararak bulantı ve kusma yapabilir. Analjezik dozunda kardiyovasküler yan etki riski düşüktür. Kardiyak kontraksiyonu etkilemez. Vagal tonusu arttırarak bradikardiye neden olabilir. Ayrıca gastrik motiliteyi azaltarak kabızlık yapabilir.⁵¹ Klinikte; akut (örnek: travma, cerrahi müdahalelerden sonra) ve kronik (ileri evre kanser olgularında) dönemlerde analjezik etki amacıyla sıklıkla kullanılmaktadır. Sağlık sektöründe çalışan doktor, hemşire, hasta bakıcı, eczacı gibi meslek gruplarında kolay erişilebilirlik nedeniyle kullanımı yaygın olarak görülmektedir.⁴⁰

Kodein

Kodein (3-metilmorfin), morfinin fenolik hidroksil grubundan metillenmiş halidir. Doğal olarak afyondan elde edilebildiği gibi sıklıkla morfinin metilasyonu ile üretilir.⁵²

Ağrı, öksürük ve ishalin tedavisinde yaygın olarak kullanılan bir opiyattır. Kodein; sağlık profesyonelleri tarafından reçete edilerek kullanılabilir veya eczanelerden reçetesiz olarak temin edilebilir.⁵³ Genel olarak kodeinin, kanser dışı

ağrının tedavisinde kısa bir süre (6 aydan az) etkili olduğu düşünülmektedir. Uzun süreli tedavide etkililiğinin değişken olması nedeniyle kullanımı önerilmemektedir. Ayrıca uzun süreli kullanımda yanlış ve kötüye kullanım riski önemli ölçüde artmaktadır.⁵⁴ Kodeinin kötüye kullanımı, insan sağlığı üzerine olumsuz etkilerinin yanı sıra ekonomik ve sosyal sonuçlara da neden olmaktadır.⁵⁵

Kodeinin komplikasyonları; miyosis, kabızlık, ağız kuruluğu, idrar retansiyonu gibi semptomimetik bulgular, ortostatik hipotansiyon, kaşıntı ve hipoglisemidir.⁵² Aşırı doza bağlı olarak gelişebilen solunum baskılanması ise ölümlerle sonuçlanabilir. Anne sütüne geçerek bebekte de solunum depresyonuna neden olabilir. Solunum depresyonu etkisi doza bağımlıdır. Ayrıca insan sağlığını tehdit edebilen ilaç etkileşimleri de bulunmaktadır.^{52,56}

Kodein tıbbi tedavide genellikle bir narkotik olmayan analjezikle kombine edilerek kullanılır. Kodein ilaç olarak parasetamol, asetilsalisilik asit ve nonsteroid antiinflamatuvarlarla kombine olarak bulunabilmektedir. Kodein analjezik maddelerle kombinasyonu dışında kafein veya antihistaminikleri içeren grip tedavisinde kullanılan ilaç kombinasyonlarında da yer almaktadır.^{52,57} Kombinasyonların kötüye kullanımı, söz konusu preparatların içerisindeki kodein miktarının az olması nedeni ile ancak fazla miktarda ilaç içilmesi ile mümkün olmaktadır.⁵² Literatürde kodeinin uzun süreli kombine kullanımı sonucunda perfore gastrik ülser, gastrointestinal kanamalar, hepatotoksisite, nefrotoksisite, hemorajik nekrotizan pankreatit, hipokalemi, barsak inflamasyonu ve ciddi miyopati gibi komplikasyonlara neden olduğu görülmüştür.^{53,58,59} Kodeinin suppozituar, deri altına veya kas içerisine enjeksiyona uygun formları da bulunmaktadır. İntravenöz enjeksiyon ise anaflaksiye yol açabildiğinden tercih edilmemektedir.⁵² Yoksunluk semptomları olarak; burun akıntısı, lakrimasyon, kas ağrıları, şiddetli disfori, midriazis, piloereksiyon, göz yaşarması, esneme, kaşınma, terleme, uykusuzluk, halsizlik, bulantı, kusma, mide krampları, ishal ve ateş ortaya çıkabilmektedir.^{52,60}

Metadon

Metadon opioid bağımlılarında ikame tedavi amacıyla yaygın olarak kullanılmaktadır.^{2,42} Oral, intravenöz, subkutan, spinal ve rektal yollarla

uygulanabilir. Gastrointestinal sistemden iyi emilir ve biyoyararlanımı oral yolla kullanılan morfinden yüksektir.⁴⁴

Güçlü bir opioid agonistidir. Ek olarak D- ve L- metadon izomerlerinin rasemik karışımı da N-metil-D-aspartat (NMDA) reseptörlerini ve monoaminerjik geri alım taşıyıcılarını bloke edebilir. Bu özelliği nedeniyle nöropatik ağrılar ve kanser ağrılarında morfin kullanımının analjezik tolerans, yan etkiler vb. nedenlerle başarısız olması halinde güçlü ve etkin analjezik olarak kullanılabilir. Metadon karaciğerde CYP3A4 ve CYP2B6 izoformları tarafından metabolize edilmektedir.⁴⁴ Metabolik yolunun inhibisyonu veya hepatik disfonksiyon durumlarında, aşırı doz etkileri sonucunda solunum depresyonu ve daha nadiren uzamış QT kaynaklı kardiyak aritmiler görülebilmektedir.^{42,44} Tolerans ve fiziksel bağımlılık metadonda morfine göre daha yavaş gelişir.

Metadonun aniden kesilmesinden sonra ortaya çıkan yoksunluk belirtileri ve semptomları, morfininkinden daha uzun süreli olmasına rağmen daha hafif seyirlidir. Bu özelliği nedeniyle metadon ikame tedavide kullanılmaktadır.⁴⁴

Opioid Antagonistleri

Saf opioid antagonisti özelliği olan morfin türevi ilaçlardır. Bu ilaçlar nalokson, naltrekson ve nalmeferdir. Opioidin mü (μ) reseptörlerine yüksek affinite gösterirlerken, diğer reseptörler olan kappa (κ) ve delta (δ) reseptörlerine daha düşük ilgi gösterirler ve ters agonist etki gösterebilirler.⁴⁴

Nalokson genellikle enjeksiyon ile verilir ve bu yolla verildiğinde kısa etki süresi vardır (1 - 2 saat). Naltrekson oral uygulamadan sonra iyi emilir, ancak hızlı ilk geçiş metabolizmasına uğrayabilir. 10 saatlik bir yarı ömre sahiptir ve 100 mg tek oral doz alınması durumunda enjekte edilen eroinin etkilerini 48 saate kadar bloke eder. Nalmefer bu ajanların en yenisi ve naltrekson benzeridir. Nalokson gibi intravenöz uygulama için kullanılabilir fakat daha uzun bir yarı ömre (8-10 saat) sahiptir.⁴⁴

Nalokson akut opioid zehirlenmesinde kullanılır. Unutulmamalı ki, nalokson kısa etki süreli bir ilaç olup, hasta tek doz kullanımdan sonra iyileşmiş ve normal olarak görülebilir ancak 1-2 saat sonra tekrar komaya geri dönebilir. Bu nedenle gerekli durumlarda tekrarlayan dozlarda kullanılmalıdır. Naltrekson ise bağımlılar için uygulanan tedavi programlarında kullanılan bir ilaçtır.⁴⁴

Buprenorfin

Buprenorfin μ reseptörüne yüksek bağlanma afinitesine sahip olmakla birlikte düşük intrinsik aktivite gösteren bir opioid agonistidir. μ reseptöründen ayrışmasının yavaş olması nedeniyle opioid yoksunluğunda kullanılan metadonun uygun bir alternatifi haline gelmiştir. δ ve κ reseptörlerinde antagonist olarak işlev görür ve bu nedenle “karışık agonist - antagonist” olarak değerlendirilir.⁴⁴

Buprenorfin analjezik olarak kullanılmasına rağmen, morfin gibi daha güçlü agonistlerin etkisini dengeleyebilir. Pentazosin ve nalbufin diğer karışık agonist - antagonist özellikli opioid analjeziklerdir. Bu ilaçların kullanımında halusinasyon, gece kabusları ve anksiyete gibi bulgular görülebilmektedir. Buprenorfinin eroin bağımlılarının tedavi programlarında metadon kadar etkili olduğunu ileri süren çalışmalar mevcuttur. Buprenorfin 2002 yılında opioid bağımlılığının tedavi yönetiminde uygulanmak üzere Amerikan Gıda ve İlaç Dairesi tarafından onaylanmıştır. Güncel uygulamada nalokson ile kombine edilerek eroin bağımlı takibinde kullanılır. Özellikle benzodiazepinler veya diğer SSS depresanlar (yani sedatifler, alkol vb.) ile birlikte IV kullanıldığında ciddi solunum depresyonuna ve ölüme neden olabilir, bu nedenle takip sürecinde kullanılan ilaçlara dikkat edilmelidir.⁴⁴

2.1.4.4. Uyarıcı Maddeler

En bilinen uyarıcı maddeler (stimülanlar); kokain, ekstazi, amfetamin, metamfetamin ve metilfenidattır. Norepinefrin, dopamin gibi endojen katekolamin nörotransmitterleri üzerine etki ederler.⁶¹

Stimülanlar ilk kullanımlarında enerji artışı, elavyasyon, öfori, yorgunluk hissinde ve uykuda azalma, iştahsızlık, konuşma ve güven artışı, artmış cinsel istek meydana getirirler. Uzun süreli veya yüksek dozlarda kullanımlarında ise ek olarak disfori, anksiyete, panik ataklar, şüphecilik, paranoya, hipervijilans, psikoz, yargılamada bozulma, sanrı ve halusinasyonlar görülebilir. Sempatik uyarı artışı nedeniyle taşikardi, midriazis, bulantı ve terleme sık olarak görülür.^{62,63}

Çekilme belirtileri genellikle intoksikasyon bulgularının tam tersidir. Genellikle 1-2 hafta sürerler. Stimülanlara bağlı çekilme belirtileri arasında; depresif duygu durumu, disfori, anhedoni, motivasyon kaybı, içe kapanma, aşırı yorgunluk hissi, artmış uyku ihtiyacı, konsantrasyon zorluğu, uyku kalitesinde azalma, kabus,

iştahta artış görülmektedir.^{62,63} Maddeyi kötüye kullanan ergenler, sağlıklı ergenlerde uyarıcıların nörobilişsel arttırıcı etkilerinin (özellikle amfetamin ve metilfenidat) tespit edilmesini istismar ederek bu nedenle madde temin etmektedir.⁶⁴

Kokain

Çoğunlukla Güney Amerika'da bulunan *Erythroxylon coca* bitkisinden üretilen bir alkaloiddir. Kokain intranazal, inhalasyon ya da parenteral yolla kullanılmaktadır.⁶⁵ Kokain kullanımı ile kan damarlarında vazokonstrüksiyon, midriyazis, hipertermi, taşipne, taşikardi, hipertansiyon, deliryum, ajitasyon, öfori, psikoz ortaya çıkabilir.^{66,67} Kokainin uyarıcı etkileri kısa süreli ve belirgindir.⁶⁸ Kısa süre kullanımla yüksek riskle bağımlılık oluşturan kokainin kliniğinde; intrakraniyal kanama, iskemik ve hemorajik inme, miyokard enfarktüsü, akciğer komplikasyonları, IV bulaşan enfeksiyonlar ve ani kardiyak ölüm ve koma görülebilir.^{69,70}

Amfetamin

Amfetaminler, dopamin ve noradrenalin gibi endojen biyojenik aminlerin salınmasına neden olarak sempatomimetik etki gösteren sentetik ilaçlardır.⁶⁰ Amfetamin eskiden burun tıkanıklığı ve depresyon tedavilerinde kullanılmıştır.⁷¹

Amfetamin, metamfetamin ve varyasyonları, plazma membranındaki biyojenik amin taşıyıcıların hareketlerini tersine çevirerek etki gösterir. Amfetaminler taşıyıcı substratlarıdır ve hücreye girerler. İlk olarak, nörotransmitter içeriklerinin sinaptik keseciklerini tüketen veziküler monoamin taşıyıcısına engel olarak nörotransmitterlerin geri alımını inhibe ederler. Sonuç olarak, dopamin salınımı artar ve sinaptik aralıkta dopamin seviyesi yükselir. Aynı durum diğer biyojenik aminler (serotonin ve norepinefrin) için de geçerlidir.⁶⁰

Gama Hidroksi Bütirat (GHB) ve ekstazi ile birlikte “kulüp ilaçları” olarak bilinir, çünkü gece ortamlarında giderek artar şekilde kullanılmaktadırlar. Bu maddeler genellikle kesin kimyasal formüllerinin tespitini zorlaştırmak amacıyla el altı ve gizli tutulan küçük laboratuvarlarda üretilir.⁶⁰

İntravenöz uygulama özellikle metamfetamin olmak üzere amfetaminlerde çok yaygındır. Dopamin sistemi üzerinden orta düzeyli öfori, anormal hareketler ve psikotik atak epizodlarının görülmeye neden olabilir. Serotonin iletimi üzerinden halüsinojenik ve anoreksijen (iştahtı azaltan) bulgular ve ayrıca hipertermi

gözlenebilir. Diğer birçok maddelerin aksine, amfetaminlerin nörotoksik özelliği de mevcuttur. Tam mekanizma bilinmemekte ancak nörotoksisite NMDA reseptörüne bağlı ortaya çıkar ve temel olarak serotoninin ve dopamin nöronlarını etkiler. Amfetaminler ilk olarak hap halinde alınır, ancak aynı zamanda inhale edilebilir veya enjekte edilebilir. Ağır kullanıcılar hızla intravenöz kullanıma yönelirler. Kronik kullanımda amfetamin toleransı görülmektedir.⁶⁰

Metamfetamin

Metamphetamin, N-metilamfetamin, metilamfetamin ve dezoksiefedrin olarak da bilinen metamfetamin, psikoaktif maddelerin fenetilamin ve amfetamin sınıfından bir uyarıcı maddedir.⁷² İlk kez 19. yüzyılda Japonya'da sentezlenmiştir. II. Dünya Savaşı sırasında askerlerin uzun süre uyanık kalmaları için kullanılmış ve bu şekilde yayılmaya başlamıştır. Savaş sonrası dönemde ise narkolepsi, depresyon, obezite, alkol bağımlılığı ve dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu (DEHB) gibi birçok hastalığın tedavisi amacıyla yaygın olarak erişilebilir hale gelmiştir. Maddenin tedavi amaçlı kullanımı yayıldıkça kötüye kullanımı artmıştır.⁷³ Sigara olarak içilebilir, burundan çekilebilir veya enjekte edilebilir.⁷⁴

Metamfetamin kullananlarda persekütif sanrılar, işitsel ve görsel halüsinasyonlar, kuruntular ile karakterize "metamfetamin ile ilişkili psikoz" gelişmektedir. Tek doz kullanım ya da yoksunluk sırasında ortaya çıkan psikoz genellikle geçici olsa da kronik metamfetamin kullanımı ile psikotik bozukluklar korele olarak görülmektedir.⁷⁵ Hipertansiyon, taşikardi, taşipne, midriyazis, hipertermi, iştah kaybı, terleme, baş ağrısı, baş dönmesi, bulanık görme, mide ağrısı, miyopati, göğüs ağrısı ve titreme, dehidratasyon, bulantı ve kusma, kardiyak aritmi, inmeler, serebral kanama, iskemik infarkt, böbrek yetmezliği, rabdomiyoliz, koma ve ölüm metamfetamin kullanımında görülebilir.^{73,76}

Ekstazi (MDMA)

3,4-metilendioksimetamfetamin (MDMA) genel olarak sokakta kullanılan ismiyle ekstazi, amfetamin benzeri bir bileşiktir. Kimyasal içerik olarak 3,4-metilendioksiamfetamin (MDA), 3,4-metilendioksietilamfetamin (MDE) ve metamfetamin ile benzerlikler göstermektedir.⁷⁷

1912 yılında Alman kökenli bir ilaç firması tarafından yeni hemostatik (kan pıhtılaşması) ajanların belirlenmesi için çalışılan programın parçası olarak

sentezlendi. Bu firma patent alarak MDMA'ya sahiplenmiştir ve kimyagerleri daha sonra bileşiğin farmakolojik özelliklerini incelemişlerdir. Ancak yapılan araştırmaların hiçbiri şirketin özel ilgisini çekmemiş ve sonuç olarak ekstazi klinik kullanım için geliştirilmemiştir.⁷⁷ Günümüzde ekstazi dans partilerinde, özellikle çılgın dans partilerinde sıkça kullanımından “kulüp ilacı” olarak bilinmektedir. Ek olarak kimi kullanıcılar düzenli ev partilerinde, küçük sosyal arkadaş ortamlarında ya da cinsel partnerleriyle de kullanmaktadır.⁷⁸

Ekstazinin etki mekanizması amfetaminlere benzer şekilde biyojenik aminlerin salınımını arttırmaktır. Ekstazi öncelikle serotonin taşıyıcısına özel afiniteye sahiptir ve bu nedenle en çok serotoninin hücre dışı konsantrasyonunu artırır. Bu serbest bırakma o kadar şiddetlidir ki, tek bir dozdan sonra 24 saat süresince belirgin bir hücre içi azalma görülmektedir. Kronik kullanımda serotonin tükenmesi kalıcı hale gelebilir ve bu da nörotoksisiteyi gündeme getirmiştir. Nörotoksisite için hayvan model kökenli çalışmalar zayıf kalsa da, birçok çalışmada MDMA'nın kronik ve aşırı kullanıcılarında uzun süreli bilişsel bozulma olduğu belirtilmiştir.⁶⁰

MDMA'nın özellikle dehidrasyonun (bütün gece dans partisinde aşırı efor sarf etme vb. nedenlerle) da indüklediği hipertermi gibi ölümcül olabilecek birçok akut toksik etkisinin olduğu konusunda geniş bir fikir birliği vardır. Diğer komplikasyonlar serotonin sendromuna bağlı olarak görülen; mental durum değişikliği, otonomik hiperaktivite ve nöromusküler anormalliklerdir. MDMA'nın tehlikeleri konusunda yapılan uyarıları takiben, bazı kullanıcılar aşırı miktarda su içerek oluşabilecek hipertermiyi telafi etmeye çalışmış ve şiddetli hiponatremi, nöbet ve hatta ölüm bile görülebilen su zehirlenmesi kliniğine neden olmuşlardır.⁶⁰

Geri çekilme, birkaç haftaya kadar süren depresyon ile karakterize “offset” ruh hali ile belirgindir. Ayrıca kronik MDMA kullanıcılarında yoksunluk dönemlerinde artan saldırganlık bildirilmiştir. Birlikte ele alındığında, her ne kadar güçlü çalışmalara dayanmasa da beyine geri dönüşü olmayan hasarın söz konusu olması, MDMA'nın nadiren bile olsa eğlence amaçlı kullanımının güvenli kabul edilemeyeceği değerlendirilmektedir.⁶⁰

Metilfenidat

Metilfenidat; DEHB tedavisi için klinikte en sık kullanılan ve en anlamlı tedavi başarısı sağladığı düşünülen amfetamin türevi bir ilaçtır. Literatürde metilfenidat kullanımının bağımlılık riskini artırdığını belirten araştırmalara rastlanılmaktadır. Buna dayanak olarak, metilfenidatın kokain gibi dopamin taşıyıcı sistemi bloke ederek dopaminerjik etki göstermesi ve deney hayvanlarında kendine uygulama (self - administration) özelliğinin görülmesi ileri sürülmektedir.⁷⁹

Metilfenidat psikostimülan etkilerini, beyinde dopaminerjik mezolimbik ve mezokortikal yolların hedef nöronlar üzerindeki etkinliğini artırarak yapmaktadır. Metilfenidat gibi amfetaminlerin oral veya intravenöz normal dozda alınması, ilk kullanımdan sonra akut dönemde insanın tatminini artırır ve huzur duygusu verir, anksiyeteyi ve sosyal inhibisyonları azaltır, enerjiyi, dikkati, özgüveni, libidoyu ve sosyal etkileşimi artırır. Seksüel orgazmı geciktirir ve şiddetlendirebilir. Kronik kullanımında ise zamanla libidoyu ve seksüel parformansı inhibe eder. Uykusuzluk yapar ve iştahı azaltır. Metilfenidat IV ve oral yolla kullanılabilir. İntravenöz alımın toksisitesi oral alıma göre daha fazladır.⁸⁰

2.1.4.5. Halüsinojenler

Fensiklidin (PCP)

PCP ilk kez 1950 yıllarında üretilmiş, 1963 yılında ise intravenöz yolla kullanılarak cerrahi anestezi olarak tıpta kullanılmaya başlanmıştır. Fakat hastalarda anestezi sonrası oryantasyon bozukluğu, ajitasyon ve deliryum görülmesi nedeniyle klinikte kullanımı yasaklanmıştır. 1967 yılında yasa dışı madde olarak kullanılmaya başlanmış, 1970'li yıllarda kullanımı yaygınlaşmıştır. Çok basit ve ucuz imal edilip, çok pahalıya satılmaktadır. Oral, intravenöz, intranasal ya da sigara ile içe çekilerek kullanılabilir. En sık kullanım şekli sigara ile içilmesidir.⁴⁰

PCP glutamat reseptörlerinin NMDA alt tipinin yarışmalı olmayan antagonistidir. Klinik bulgular olarak; paranoya, ajitasyon ve işitsel halüsinasyonlar gibi pozitif semptomlar ve apati, düşünce fakirliği, sosyal yaşamda geri çekilme, dikkat eksikliği ve işlem belleğinde bozulma gibi kognitif bozuklukları da içeren negatif semptomlar görülmektedir.⁸¹

Bir kez kullanımı sonrasında bile normal sağlıklı bireylerde şizofreninin semptomlarına benzeyen durum ortaya çıkartır ve akut şizofreni kliniği olarak tanımlanabilir. Bu yüzden laboratuvar hayvanları akut temas ile şizofrenik model

olarak kullanılmaktadır.⁸² Psikotik etkileri atipik antipsikotikler kullanılarak azaltılabilir.⁸¹ Ayrıca PCP kısmi remisyonda şizofrenisi olan kişilerde şizofreniyi alevlendirmektedir.⁷⁰ Görüntüleme çalışmalarında sağlıklı gönüllülere PCP verildikten sonra, şizofrenide gözlenen hipofrontaliteye benzer şekilde frontal bölgede kan akımında ve glukoz kullanımında azalma olduğu bildirilmiştir.⁸⁴

Diğer Halüsinojenler

LSD (Liserjik Asid Dietilamid)

İlk sentetik halüsinojen olan LSD, 1938'de kimyager Albert Hofmann tarafından sentezlendi. 1943 yılında Dr. Hofmann'ın laboratuvarında çalışırken LSD'ye kazara maruz kalması sonucunda halüsinojenik özellikleri tanımlanmıştır. LSD başlangıçta anestezi ajanı olarak pazarlandı ve psikanaliz için tamamlayıcı olarak tanıtıldı. 1960'larda LSD, eğlence amaçlı bir ilaç olarak ortaya çıktı. Popülaritesi 1960'ların sonları, 1970'lerin ilk döneminde zirveye çıktı, sonraki süreçte ise gittikçe azalmaktadır. İlaç 1966 yılında ABD'de yasaklandı.⁸⁵

Halüsinojenler grup olarak; taşikardi, hipertansiyon, midriyazis, hipertermi ve terleme vb. semptomimetik etkiler yapar, ancak genellikle kliniği hafif seyirlidir. Bulantı ve kusma sık görülür ve sıklıkla halüsinojenik etkilerin başlamasından önce görülür.⁸⁶

LSD kapsül, hap ve sıvı formda bulunan güçlü bir halüsinojendir.⁴² LSD kullanıcılarında farklı nöropsikiyatrik semptomlar görülmektedir, bunlara örnek olarak; zaman algısının bozulması, nesnelerin alışılmadık şekilde canlı veya çarpık görüldüğü ve renklerin çok yoğun olarak algılandığı görsel illüzyonlar olması, öfori ve genişleme duyguları, duyarsızlaşma ve sinestezi (duyuların karışması) verilebilir.⁸⁵

Toksikasyon durumunda bile çoğu kullanıcı, yaşadıklarının ilaca bağlı olduğunu farkında ve oryantedirler. Eğlence amaçlı kullanımda şiddetli belirtiler beklenmez. Aşırı dozda kullanımda kardiyovasküler kollaps ve hipertermi gibi fatal komplikasyonlar görülmektedir. Ciddi yaralanma veya ölümler (boğulma, yüksekten düşme vb. nedenlerle) toksik dozda kullanımda yargılama ve iç görünümün bozulması sonucunda ortaya çıkar. Genel yan etkiler; disfori, karşı konulamaz korku hissi ve panik reaksiyonları içerebilir. Literatürde nadir olarak inme ve periferik iskemiye neden olan vazospazm bildirilmiştir.⁸⁵

Gama-Hidroksi-Bütirat (GHB)

GHB, nörotransmitter olan gama amino bütirik asitin metabolitidir. İlk olarak 1960'lı yıllarda anestetik madde olarak geliştirilmiş, sonraki dönemde diyet takviyesi olarak ve büyüme hormonunu uyarıcı etkisi nedeniyle vücut geliştirmek amacıyla kullanılmıştır. Cinsel isteği arttırıcı özelliği nedeniyle kulüp ilaçlarından biri olarak bilinir.⁸⁷

Kliniğinde; sersemlik, konfüzyon, bradikardi, hipotermi, hipotansiyon, bulantı ve kusma görülmektedir.⁸⁸ GHB kullanımına bağlı epileptik atak, solunum depresyonu, koma vb. yaşamsal risk oluşturan durumlar ve ölüm olguları da literatürde bildirilmiştir.⁸⁷

Son dönemde medyada cinsel saldırılarda kullanılmasıyla dikkat çeken bir maddedir.⁸⁹ Öfori, enerjide artma, libido ve özgüven artışı, amnezi gibi etkileri, uzun süreli etkilerinin olmaması, üretiminin kolay olması ve düşük fiyata temin edilebilmesi nedenleriyle tercih edilmektedir.^{89,90}

2.1.4.6. Sedatif-Hipnotik ve Anksiyolitikler

Barbitüratlar

Barbitüratlar farklı hacim ve şekillerde kapsül ya da tablet formunda sentetik olarak üretilirler.⁴² Uzun etki süreli barbitüratların (fenobarbital gibi) bağımlılık yapma riski düşükken, kısa ve orta etki süreli barbitüratların (pentobarbital ve sekobarbital gibi) bağımlılık yapma riski görece daha yüksektir. Bu ilaçların öfori yapıcı ve sedatif etkilerine karşı tolerans geliştiği halde, diğer santral etkilerine karşı tolerans gelişmez. Bu nedenle bireyde bilinç bulanıklığı, motor koordinasyon bozukluğu ve diğer kognitif bozukluklar görülebilir. Bu durum bireyi sosyal yaşamda kısıtlar.⁴²

Barbitüratlar, etanolden sonra en fazla kötüye kullanılan sedatif - hipnotik ilaçlardır. Artık ayaktan başvurularda nadiren reçete edilmekte ve bu nedenle geçmişte olduğundan daha az reçeteli ilaç sorunu oluşturmaktadır. Fakat sokak satışları devam etmektedir. Yoksunluk ve bağımlılık idaresi benzodiazepinlere benzerdir.⁶⁰

Barbitüratlar, bolus enjeksiyon olarak uygulandıklarında, sedasyondan genel anesteziye kadar doza bağımlı SSS depresyonu yaparlar. Analjeziye neden olmazlar; aksine bazı değerlendirmelere göre, ağrı eşiğini azaltarak hiperaljeziye neden

olmaktadırlar. Güçlü serebral vazokonstriktörlerdir, serebral kan akımı ve kan hacmini azaltırlar. İntrakraniyal basıncı ve serebral oksijen tüketimini azaltırlar. Bu nedenle kafa içi yer kaplayıcı lezyon bulunan olguların tedavisinde kullanılmaktadır. Fokal serebral iskemide (inme, cerrahi retraksiyon, anevrizma cerrahisi sırasında geçici klipsler gibi durumlarda) nöroproteksiyon sağlarken, muhtemelen bu fonksiyonunu global serebral iskemide (kardiyak arrest) gösteremez. Metoheksital hariç barbitüratlar EEG'de elektriksel aktiviteyi azaltır ve antiepileptik olarak kullanılabilir. Metoheksitalse epileptik odakları aktive eder ve bu nedenle elektrokonvülsif terapiyi kolaylaştırmak için veya ameliyat sırasında epileptik odakların tespitinde kullanılabilir.⁹¹

Benzodiazepinler

Anksiyolitik ve uyku tedavi ilaçları olarak yaygın olarak reçete edilmektedir.⁶⁰ Yararlı etkilerine karşın değerlendirilmesi gereken orta derecede kötüye kullanım riski göstermektedir. Benzodiazepinler bazı kişilerce öforik etkileri nedeniyle kötüye kullanılmaktadır. Bu kötüye kullanım çoğu zaman diğer ilaç alımları ile birlikte görülür. Opioidlerin çekilmesi sırasındaki kaygıyı azaltmak için kullanılır. Benzodiazepin bağımlılığı çok yaygındır ve muhtemelen bağımlılığın tanısı sıklıkla gözden kaçmaktadır.⁶⁰

Benzodiazepin yoksunluğu, ilacın kesildiği günlerde meydana gelir ve eliminasyon yarı ömrünün bir fonksiyonu olarak değişir. Semptomlar arasında irritabilite, insomnia, fonofobi ve fotofobi, depresyon, kas krampları ve hatta nöbetler sayılabilir. Tipik olarak, bu semptomlar 1-2 hafta içinde azalır.⁶⁰

Sedatif-hipnotik ilaçlarla etanolün birlikte fazla kullanımı yaygın olarak bulunmaları nedeniyle sıklıkla görülmektedir. Bu durumdaki hastalar öforik, stupor veya komadaymış gibi sarhoş olabilirler. Komaya benzer haldeki hastaların genellikle solunum yolları deprese olur. Koruyucu hava yolu reflekslerinin baskılanması, gastrik içeriklerin pulmoner aspirasyonuna neden olarak pnömöniye yol açabilir. Çevresel maruziyet ve titremenin baskılanması nedeniyle hipotermi görülebilir. Etanol kan düzeylerinin 300 mg / dl'den daha yüksek olması genellikle derin komaya neden olur. Ancak düzenli kullanıcılar genellikle etanolün etkilerine karşı toleranslıdır ve daha yüksek seviyelere rağmen yürüyor vaziyette olabilirler. Bu hastalara genel destekleyici bakım sağlanmalıdır. Hava yolunu korumaya ve

ventilasyona yardım etmeye özen gösterilmelidir. İlaç etkisinin geçmesiyle çoğu hasta iyileşir. Hipotansiyon genellikle intravenöz sıvılara, soğuk ise vücut ısınmasına ve gerekirse dopamine cevap verir.⁹²

İzole benzodiazepin doz aşımı olan hastalar, bir benzodiazepin antagonisti olan intravenöz flumazenilden sonra uyanabilir. Bununla birlikte, bu ilaç aşırı doz kullanımında yaygın olarak ampirik tedavide uygulanmaz, çünkü benzodiazepin bağımlılarında veya nöbete neden olabilecek bir ilacı (trisiklik antidepresan vb.) kullanmış hastalarda nöbet oluşmasını kolaylaştırabilir. Etanol, barbitüratlar veya diğer çoğu sedatif-hipnotikler için antidotlar yoktur.⁹²

2.1.4.7. Sentetik Kannabinoid (SK)

1990'lı yıllarda John William Huffman ve arkadaşları, "JWH maddeleri" olarak anılan naftoilindoller, naftoilpiroller ve kannabinoid reseptör aktivitesi olan bileşikler sentezlemişlerdir. Zamanla bu maddeler, SK içeren yeni maddelerin ana içerikleri olmuştur.^{93,94}

SK içeren maddeler Avrupa'da "*Spice*", ABD'de "K2" ve "*Genie*", Türkiye'de ise "*Bonzai*" ya da "*Jamaika*" olarak bilinmektedir. Esrarın etken maddesi olan THC ile kimyasal olarak benzer bir yapısal özellik gösterirler. Bonzainin kannabinoid reseptör - 1 (CB1) afiniteleri ve aktiviteleri THC derivelerinden yüksektir. Sonuç olarak, etki büyüklüğü, istenmeyen etki sıklığı ve şiddeti de THC'den fazladır. Yüksek dağılım hacim özelliği, lipofilik oluşu nedeniyle birikim göstermesi sonucunda uzamış ve şiddetli etkilere neden olabilir.⁹⁵

SK kullanımında klinikte; ajitasyon, nöbetler, hipertansiyon, bulantı, kusma, hipokalemi, kaygı, paranoya, taşikardi, irritabilite, halüsinasyon, uyuşma, somnolans, kas rijiditesi, konuşma bozukluğu, rabdomiyoliz, akut renal yetmezlik, akut görme kaybı ve Wernicke Sendromunu içeren bulgular görülmektedir.^{94,95}

Uzun süreli SK kullanımında tolerans ve yoksunluk belirtileri görülmektedir. Tolerans oldukça hızlı gelişmekte olup, bu durum yüksek bağımlılık riski ile ilişkilendirilmektedir. Geri çekilme semptomları olarak; iç huzursuzluk, aşırı terleme, yoğun madde alma arzusu, tremor, baş ağrısı, kabuslar, uykusuzluk, irritabilite, konsantrasyon güçlüğü, bulantı ve depresyon belirtilmiştir.^{96,97}

Yeni nesil uyuşturucuların analiz ve tanımlanmasında sıkıntılar mevcuttur. Bu sıkıntılarının en önemlisi; çok sayıda ve çeşitte izomer ve türevlerinin olmasıdır. Bu

nedenle maddenin saptanması güçleşmektedir. Bonzai kolay ulaşılabilirliği, ucuz maliyeti, laboratuvar tetkiklerinde kolay tespit edilememesi gibi nedenlerle kullanımı günümüzde zamanla artmaktadır.⁹⁵

2.1.5 Madde Kullanım Bozukluğuna Eşlik Eden Psikiyatrik Tanı Varlığının Değerlendirilmesi

Madde kullanım bozukluğu ve komorbid psikopatolojinin varlığı, önemli bir klinik birlikteliktir. Eşlik eden psikiyatrik hastalık; madde kötüye kullanımı için risk faktörü olabilir, kronik madde kötüye kullanımı sonucu gelişebilir veya madde kötüye kullanımının seyri ve prognozunu değiştirebilir.^{98,99} Alkol ve madde kullanım bozukluğu olanlarda psikiyatrik ek tanı varlığı, bağımlı olmayanlara göre 2,7 kat daha fazla görülmektedir.¹⁰⁰ Özellikle kişilik bozukluklarının olması madde bağımlı hastalarda daha kötü tedavi yanıtı ile sonuçlanmaktadır.^{98,101} Epidemiyolojik ve klinik çalışmalar; madde kötüye kullanımı ve kişilik bozukluklarının yüksek oranda birlikte olduğunu göstermiştir. De Jong ve arkadaşları çalışmalarında çoklu madde bağımlılarının %91,0'ının en az bir kişilik bozukluğu tanısı aldığını belirlemiştir.¹⁰² Antisosyal ve borderline kişilik bozukluğu olanlarda yüksek madde kullanım oranları olduğu değerlendirilmiştir.⁹⁸

Karakuş ve arkadaşları yaptıkları çalışmada; psikiyatrik hastalığın tedavisi yapılırken ya da tamamlandıktan sonra ek olarak madde kullanım bozukluklarının tedavisinin yapılmamasının prognozu olumsuz etkilediğini ve tedavinin daha da zorlaştığını belirtmişlerdir. Bu nedenle psikiyatrik hastalıkla birlikte madde kullanım bozukluklarına da uygun bir tedavi yaklaşımında bulunulması gereklidir.¹⁰³

Dissosiyatif bozukluklar, depresyon, anksiyete bozuklukları ve çocukluk çağı travma öyküsü madde kullanımına eşlik eden yaygın görülen psikopatolojilerdir ve rutin olarak soruşturulmalıdır.¹⁰⁴ Çocukluk döneminde fiziksel ve / veya cinsel istismara uğramış bireylerde madde kullanım bozukluğu oranı yüksektir.^{105,106} Ayrıca literatürde DEHB ve şizofreni ile alkol ve diğer psikoaktif maddelerin kötüye kullanımı arasında bir ilişkinin varlığından bahseden çalışmalar mevcuttur.^{107,108} Şizofreni hastalarının antisosyal, impulsif, heyecan arayışı gibi davranışları madde bağımlılığına neden olabilmektedir.¹⁰⁹

2.1.6 Madde Kullanım Bozukluğu ve Suç İlişkisinin İncelenmesi

Literatürde madde kullanımı ile suç ve şiddet arasında anlamlı ilişki tespit edilmiştir.^{15,16} Sonuç olarak; uyuşturucu madde kullanımı suç işleme ve şiddet davranışının temel sebeplerinden birisidir. Madde kullanımıyla oluşan davranış bozukluklarının suç işlemeye yol açtığı düşünülmektedir. Destekleyici nitelikteki bazı çalışmalarda relaps döneminde işlenen suçların, remisyon döneminden çok daha fazla olduğu; bağımlıların maddeyi elde etmek için gereken paranın temini amacıyla gasp, hırsızlık, cinayet, fuhuş ve diğer suçları işlediği; özellikle eroin ve kokain kullanıcıları için madde kullanım sıklığı ile suç işleme sıklığı arasında pozitif anlamlı bir ilişki saptanmıştır. Ayrıca madde kullanımı ile fiziksel şiddete maruz kalma, uygulama ve çeşitli şiddet davranışları gösterme arasında bulunan pozitif korelasyon, kronik madde kullanımının şiddete meyili arttırdığı sonucunu oluşturmaktadır.¹⁵

Çocuklukta şiddet kurbanı olmak; yetişkin dönemde madde kötüye kullanım, şiddet suçu işleme, depresyon, kazaya uğrama, intihar girişiminde bulunma, eş istismarı ve ihmal, istismar eden ebeveyn olunması için risk faktörüdür.¹¹⁰

Bennett ve arkadaşlarınca yapılan madde kötüye kullanımı ve suç arasındaki ilişkiyi incelediği 30 çalışmanın meta – analizinde¹¹¹; suça karışmanın madde kullanıcılarında, kullanmayanlara göre 2,8 ila 3,8 kat daha fazla olduğu gösterilmiştir. Çalışma sadece uyuşturucu kullanımı ile suç arasındaki ilişki varlığını teyit etmekle kalmayıp, aynı zamanda, söz konusu olan ilişkinin gücünün niceliksel ölçümünü de sağlamaktadır. Araştırma ayrıca ilişkinin tüm ilaç çeşitleri için eş düzeyde olmadığını göstermektedir. En fazla suça karışmanın sırasıyla crack (yaklaşık 6 kat daha fazla), eroin (yaklaşık 3 kat) ve kokain kullanıcıları arasında (yaklaşık 2,5 kat) olduğu görülmüştür. Eğlence amaçlı uyuşturucu kullanımı ile suça karışma arasında da anlamlılık vardı (marihuana; yaklaşık 1,5 kat, amfetamin; 1,9 kat). Sonuç olarak uyuşturucu - suç bağlantısının gücünün kullanılan ilaçların türüne göre değiştiği belirtilmiştir. Ek olarak kullanıcıların madde temin etmek için çoğunlukla hırsızlık ve fuhuş suçlarına karıştıkları anlaşılmıştır. Madde ile mücadelede, madde türlerine ve madde - suç ilişkisi en sık görülen suç türlerine öncelik verilirse güzel neticeler alınabileceği değerlendirilmiştir.¹¹¹

Madde kullanımı sadece kullanan bireyleri değil çevresini ve toplumu da olumsuz yönde etkilemektedir. Madde kullanımının toplumdaki yansımaları kullanan kişilerin suç işleme ve yasalara uymama gibi davranışları olarak karşımıza

çıkılmaktadır. Bu nedenle madde kötüye kullanımıyla etkin mücadele günümüzde birçok devlet için önemli bir önceliktir ve devletler tarafından bireyler, toplum ve ülke üzerindeki zararların ortadan kaldırılması için farklı politikalar ve uygulamalar izlenmektedir.¹⁰⁰

2.2. DENETİMLİ SERBESTLİK (DS) SİSTEMİ

2.2.1 DS Sisteminin Ortaya Çıkışı ve Sisteme Genel Bir Yaklaşım

DS sistemi, mahkeme tarafından tayin edilen şartlar altında ve süre içinde, denetim ve denetleme planı doğrultusunda şüpheli, sanık veya hükümlünün topluma kazandırılması ve toplumla bütünleşmesi amacıyla gerekli her türlü hizmet, program ve kaynakların temin edildiği, toplum çıkarlarına yönelik bir uygulamadır. Başka şekilde tanımlamak gerekirse; DS sistemi ile, hükümlülerin suç işlemesine neden olan davranışlarının düzeltilerek, tekrar suç işlemelerinin önüne geçilmesi, ceza infaz kurumundan serbest bırakılan hükümlülerin takip edilmesi, madde kullanıcılarının rehabilitasyonu, mağdurların uğradıkları zararın giderilmesi ve sonuç olarak bireyin topluma yeniden kazandırılması, toplumun korunması ve toplum refahının yükseltilmesi hedeflenmiştir.¹¹²

Suç kavramı kanunlara uyulmaması ile ortaya çıkan ve devletin mahkemeleri aracılığıyla cezalandırılması gereken eylem veya davranışları içermektedir.¹⁵ Suç tanımının hukuksal içeriği olmakla birlikte, toplum ve bireyi etkileyen yönleri de mevcuttur. Ceza ise suç işleyen bir kimsenin yaşamına, özgürlüğüne, mallarına, onuruna karşı yasaların belirlediği yaptırımlardır. Farklı uygulamalar bulunmakla beraber, cezanın amacı; toplumun suç hakkındaki genel bakışı ve kişinin işlediği suçun ağırlığı ile doğru orantılı olarak suçluya sıkıntı veren ve böylece toplum düzenini koruyan bir yaptırım gerçekleştirmektir. Suçluların hayatlarına, sağlıklarına, özgürlüğüne, ekonomik durumlarına ve haklarına göre ceza şekilleri belirlenir. Cezalar uygulanış açısından; adli, idari ve disiplin cezaları olmak üzere üçe ayrılır. DS uygulaması, adli cezaların bir alt türüdür.¹¹³

DS sisteminin ortaya çıkışına bakacak olursak, dünyadaki ilk uygulamaların sistemin babası olarak kabul edilen John Augustus tarafından ABD'nin Massachusetts eyaletinde yapıldığı görülmektedir. Augustus'un şefkatli ve merhametli karakteri ile DS sisteminin öncüsü olan bir prosedür başlattığı bilinmektedir. 1785'te doğan Augustus, 1840'lı yıllarda Boston'da (Massachusetts

eyaletinin en büyük şehri ve başkenti) bir ayakkabı tamircisiydi. Hukuksal konulara ilgiliydi, sıklıkla Boston'daki ceza mahkemelerini ziyaret ederdi. 1841 yılında mahkemeye kendisini hapsedmemesi için yalvaran ve özgürlüğüne karşılık alkolü bırakacağına söz veren alkol kullanıcısı bir kişinin davranışları Augustus'u fazlasıyla etkilemiştir. Augustus suçlunun rehabilite edilebileceğini düşünerek umutlandı ve adamın kefaletini ödedi. Üç hafta sonrasında, Augustus bilinci yerinde ve düzelmiş olan suçluyla mahkemeye döner. Hakim bu durumdan memnun kalarak suçlu lehine hareket eder ve adamın serbest bırakılmasına karar verir. Bahsedilen ilk başarısından sonra, John Augustus hüküm giymiş suçluları kendi denetimine almaya devam eder. Bu şekilde DS kavramı ortaya çıkmış olmaktadır. 1859 yılındaki ölümüne kadar, yaklaşık 2.000 hükümlüye yardım etmiştir. Kefalet ücretlerini kendi parasını kullanarak ya da kendisine inanan diğer Boston sakinlerinden mali yardım alarak temin etti. Bu takipçilerin birçoğu Augustus'un ölümünden sonra uygulamayı sürdürdü.¹¹⁴

Augustus'un bu yardımseverliği, 1878'de Boston ceza mahkemelerinde düzenli bir gözetim memuru atanan bir yasa çıkarılmasıyla resmi bir uygulama haline getirildi. 1891'de, Massachusetts eyaletinin tamamında benzer bir program kabul edildi ve sonraki dokuz yıllık süreçte diğer eyaletler de John Augustus'un insani eylemlerine dayanan DS programlarını sağlamaya başlamışlardır.¹¹⁴ 1927 yılında Wyoming dışındaki bütün eyaletler küçükler için DS yasalarına sahiptir. 1938 yılına kadarki süreçte; ABD'deki 37 eyalet, Columbia Bölgesi ve federal hükümet çocuk ve yetişkinler için DS yasalarını onaylamıştır. Tüm eyaletlerde 1954 yılında küçükler, 1956 yılında ise erişkinler için DS yasaları kabul edilmiştir. Mississippi yasaları en son onaylayan eyalettir.¹¹⁵

İngiltere'de DS sisteminin tarihsel süreci incelendiğinde; Londralı matbaacı Frederic Rainer 1876'da gönüllüsü olduğu İngiltere alkol karşıtı toplum kilisesine mahkemelere gelenlere yapılan yardım eksikliğiyle ilgili kaygısını iletir ve polis mahkemelerinde pratik kurtarma çalışmalarında kullanılmak üzere oluşturulan fona aktarılması için beş şilin, o zamanki İngiliz para birimi, kiliseye bağışlar. Bu durum üzerine kilise Southwark mahkemesine ilk amaçları sarhoşların ıslahı olan 2 misyoner ataması yapmıştır. Bu model, misyonerlerle temas halinde olmaları ve rehberliklerini kabul etmeleri şartıyla suçluları serbest bırakma sistemini geliştirmek

için misyonerlerin polis mahkemesi hakimleriyle çalıştıkları Londra polis mahkemeleri misyonunun temelini oluşturmaktadır. 1887 yılında ilk defa suç işlemiş kişiler için şartlı tahliye yasası kabul edilerek ülke çapında Londra örneğinin takip edilmesi amaçlanmış, ancak çok az mahkemede uygulanabilmiştir. 1907 yılında kabul edilen suçluların şartlı tahliyesi kanunu, misyonerlerin resmi statüsünü önce "mahkeme memurları", daha sonrasında "DS memurları" olarak tanımlamaktadır. Yasa, mahkemelere "şartlı tahliye gözetmeni" adı verilen bir kişi tarafından denetlenmesi olan bir ila üç yıl arasında bir tanıma girmeleri halinde cezanın ertelenerek suçluların tahliye edilme yetkisi sağlar.^{116,117}

18. yüzyılda sıklıkla uygulanan özgürlük kısıtlayıcı cezaların, suçluyu düzeltmek ve yenilemek için yeterli olmadığı ve hatta bireyi yeni işlenebilecek olası suçlara daha çok yaklaştırdığı anlaşılmıştır. Bu nedenle Avrupa'da onarıcı adalet kavramı ortaya çıkmıştır. Bu kavramın hedefi; adalet sistemini fail odaklı yaklaşımdan kurtarıp, suçun işlendiği tüm sürecin ve suçun tüm sonuçlarının toplumu, faili ve mağduru kapsamalarını sağlamaktır. DS uygulaması da tüm bu sürecin sonuçlarından biridir. Sisteme dahil edilen kişinin rencide edilmeden cezalandırılması, sosyal yaşamdan ayrılmaması, cezanın tüm topluma verimli bir şekilde dönüş yapması, kişinin rehabilite edilmesi ve olası ek suçların önlenmesi açısından DS programı hukuk sistemine yararlı olarak uygulanmaktadır. Ayrıca birey zamanını hapisnede geçirmeyip, toplumda yer alarak geçimini sağlamaktadır ve toplumun en temel unsuru olan ailesiyle de irtibatını devam ettirmektedir. Ek olarak DS programı cezaevlerinin doluluk oranının azalmasını sağlaması ve suçluların mahkumiyetleri sırasında birbirlerinden suç inceliklerini öğrenmesine, suç ortamının güçlenmesine engel olması açısından önemlidir.¹¹³

DS sistemine başvuran birey belli koşullar kapsamında ise serbest bırakılmakta ve kendisine yükümlülükler verilmektedir. Bireyin yükümlülüklerini sağlayıp sağlamadığını denetleyen memurlar diğer taraftan kişiyi suça sürükleyen nedenleri tespit etmeye ve ortadan kaldırmaya çalışarak üstlerine mevcut durumu arz ederler. Kişinin tekrar suç işlemesinin önüne geçmek adına bir taslak plan hazırlarlar. Bu plan belirli zaman dilimlerinde gözden geçirilir ve revize edilir. Kişinin ıslah olması ve verilen yükümlülüklere uyması durumunda dosya kapatılır veya kişi

kendisine verilen yükümlülükleri sağlamaz ve bir gelişme göstermez ise tekrar mahkemeye çağrılır.¹¹³

2.2.2 Denetimli Serbestlik Sisteminin Ülkemizdeki Tarihsel Süreci ve Gelişimi

2.2.2.1 Osmanlı Devleti Dönemindeki Uygulamaların Gözden Geçirilmesi

DS'in Türk hukuk tarihindeki süreci ve gelişimi incelendiğinde, DS'e benzer düzenlemeler ve uygulamalar, eskiden beri adalet sistemi içerisinde yer edinmiştir.¹¹⁸

DS uygulamasında önemli bir aşama olarak kabul edilen kefalet uygulamasının benzerinin Cumhuriyet dönemine kadar Osmanlı Devleti'nde de uygulandığı anlaşılmaktadır. Şahsa kefalet uygulaması ise, şüphelinin veya sanığın mahkemeye veya önceden tayin edilmiş belirli bir yere getirileceğine kefil olmayı tanımlar ve kefil şahsı bu tarihte getirmekle görevlidir. Şahsa kefalet pratikte, "belli bir adamın şahsını teslim kefilim" olarak basit ve net bir şekilde veya bir kimsenin onsuz düşünülmemeyeceği bir parçasını veya organını irade beyanında belirtmekle (... isimli şahsın yarısını, başını, yüzünü, kalbini vs. hazır etmeye kefilim gibi) de meydana gelebilirdi. Kefil bu görevi uygulamaz ve kusurlu bulunursa cezalandırılabilirdi. Şahsa kefalet uygulaması, halen yürürlükte olan 5271 sayılı Ceza Muhakemesi Kanunu'nda düzenlenen ve bir adli kontrol seçeneği olan güvenceyle salıvermeye benzer olmakla, burada mali değil şahsi bir kefalet söz konusu olduğu için tamamen farklı bir uygulamadır. Şahsa kefalette bir kimseye, şüpheli veya sanığın belirtilen zamanda mahkemede hazır bulundurulması konusunda bir yükümlülük yüklemesi ve bu yükümlülüğün zorunlu olarak denetim ve gözetimi içerdiği dikkate alındığında DS uygulamalarına benzediği söylenebilir. Ancak şahsa kefalet, resmi bir denetim görevlisi tarafından yürütülen bir denetim faaliyetini içermemesi nedeniyle modern DS örneklerinden farklıdır.¹¹⁸

Tanzimat Dönemi'ndeki 1840, 1851 ve 1858 tarihli ceza kanunnamelerinde bugünkü DS uygulamalarına benzeyen üç ayrı yaptırımın yer aldığı görülmektedir. Bunlar nefyetme cezası, zaptiye nezareti altında bulundurulmak cezası ve kalebentlik cezasıdır.¹¹⁸

Nefyetme cezası, her üç ceza kanunnamesinde de bulunan ve kelime anlamı olarak sürgün etme, dışlama, başka bir yerde ikamete mecbur etme anlamına gelen

"nefyetme" kelimesiyle ifade edilen cezada, mahkum devlet tarafından belirlenen bir yere gönderilerek burada ikamet etme ve başka bir yere gidememe şeklinde cezalandırılırdı. Bu ikamet yerleri mutlaka devletin sınırları içerisinde olmalıydı. Bu cezada süre sınırlaması yoktur. Cezaya mahkum olanlar bu bölgede yaşama dışında herhangi bir kısıtlamaya, denetime veya yükümlülüğe uğramamaktadır ancak ikamet yerlerinden ayrıldıklarında hapisle cezalandırılırlardı.¹¹⁸

1858 tarihli kanunname düzenlenmiş zaptiye nezareti altında bulundurulma cezası ile şahısların tekrar suç işlemelerini önleme amaçlanmıştır. Bu cezaya çarptırılan kişi devlet tarafından ikametinden men edildiği yerlerde bulunmazdı. Ancak diğer yerlere gidip yaşayabilir ve bu işlemi yaparken, belirlenen planı takip etmek, vardığında yerel yetkililere durumunu bildirmek gibi bazı yükümlülükleri mevcuttu. Mahkum, bu şartlara uymadığı takdirde bir yıla kadar hapis cezası alırdı.¹¹⁸

Kalebentlik cezası da, yalnızca 1858 tarihli kanunname yer almaktadır. Devletçe tespit edilen kalelerin birinde hapis olarak kalmak, cezanın uygulamasıdır. Devlete fazla masraf olmaması için ceza en yakın yerde infaz edilirdi. Hükümlüler, kale içerisinde özgür bir kimsenin sahip olduğu hakların hemen hemen tamamına sahiptir. Ancak asayişin sağlanması için kale içinde ve çevresinde bulunan memurlarca gerekli önlemler alınabilir, icabı halinde mahkumun bazı kimselerle görüşmesi engellenebilirdi.¹¹⁸

Anlatılan her üç ceza türünde de modern DS uygulamalarında görülen, hapsetme yerine özgür bırakma, belirli bir yere gitme veya gitmeme, devlet tarafından kontrol altında tutulma gibi özellikler bulunmakla birlikte, DS'in esası olan, bir denetim memurunca denetlenme ve bu kapsamda belirli yükümlülükleri yerine getirme gibi özellikler bulunmamaktadır. Osmanlı Devletinde birçok vakıf veya hayır kurumunun, mahkumlara ve ailelerine gerek cezanın infazı sürecinde, gerekse serbest bırakılma sonrasında ya da cezanın ertelenmesi durumunda çeşitli sosyal ve mali yardımlarda bulunduğu bilinmektedir.¹¹⁸

2.2.2.2 Türkiye'deki 1926-2005 Yılları Arasındaki Uygulamaların Gözden Geçirilmesi

Türkiye Cumhuriyeti'nin bu döneminde yürürlükte olan 765 sayılı Türk Ceza Kanunu (TCK), 647 sayılı Cezaların İnfazı Hakkında Kanun ve 2253 sayılı Çocuk Mahkemelerinin Kuruluşu, Görev ve Yargılama Usulleri Hakkında Kanunlarında

tüm içeriğiyle DS olarak nitelendirilebilecek bir yasal düzenleme bulunmamakla birlikte Osmanlıdaki ceza kanunnamelerinde de olduğu gibi benzer özelliklere sahip düzenlemelere yer verildiği görülmektedir.¹¹⁸

765 sayılı TCK, 1926 yılında yürürlüğe girmiş ve 2005 yılına kadar yürürlükte kalarak uygulanmıştır. Kanun kapsamında modern anlamda DS içeren uygulamalar ile benzerlik gösteren yaptırımlara bakıldığında; sürgün cezası, emniyeti umumiye idaresinin nezareti altında kalma cezası ve tedbiri, uyuşturucu madde bağımlıları hakkındaki güvenlik tedbirleri, alkol bağımlıları hakkındaki güvenlik tedbirleri ve dilenciler için boğaz tokluğuna çalışma tedbiri olduğu anlaşılmaktadır.¹¹⁸ Sürgün cezası 1965 yılına kadar uygulandıktan sonra bu yılda yürürlüğe giren 647 sayılı Cezaların İnfazı Hakkında Kanunla uygulamadan kaldırılmıştır. Sürgün cezası, yaptırım anlayışı açısından DS uygulamalarına benzerlikle birlikte, bir görevlinin gözetimi veya denetimini içermediğinden aynı kapsamda değerlendirilemez.¹¹⁸

Emniyeti umumiye idaresinin nezareti altında kalma cezası ve tedbiri incelendiğinde; pratik uygulamada bu cezanın infaz sisteminin ıslaha yönelik amaçlarına hizmet etmediği, hükümlünün salıverilme sonrasında toplum içinde konu açısından uzman olmayan polis tarafından gözetim altında tutulması ve çevresindekilerce bilinecek şekilde polis kontrolü altında yaşamaya çalışması nedenleriyle suçluların topluma kazandırılması ilkesinden beklenen sonuçları olumsuz yönde etkilediği, ek olarak; belli yerlerde ikamete mecburiyet nedeniyle damgalanan bireylerin o bölgelerde iş bulamama, kiralık ev bulamama gibi zor yaşam şartlarıyla karşılaşmalarına sebep olması gibi olumsuz yönleri nedeniyle uygulanmasında iyi sonuçlar vermediği değerlendirilmiştir. Bu nedenle 1987 yılına kadar yürürlükte kalan uygulama, aynı yıl çıkartılan kanun ile yürürlükten kaldırılmıştır. Yaptırım sistemi açısından DS uygulamalarına benzemekle birlikte; denetim, gözetim ve yardım konusunda uzman görevliler yerine kolluk güçleri aracılığıyla yerine getirilmesi öngörülen, özgürlüğü sınırlayan cezaların alternatifi değil, adeta onun devamı niteliğinde olan bu uygulamanın, ceza ve tedbirlerin çağdaş amaçlarına uymadığı gözlenmiştir. Kanunda yer alan diğer yaptırımlarda da modern olarak uygulanan DS pratiğine göre eksiklikler olduğu gözlenmektedir.¹¹⁸

2.2.3 Türkiye'de Günümüzde Uygulanan Denetimli Serbestlik Sistemine Genel Bakış ve Sistemin Yasal Açıdan Gözden Geçirilmesi

Dünyada uygulanan şekliyle, modern DS'in Türk ceza adalet sistemine girmesi, 26.09.2004 Kabul Tarihli, 5237 sayılı TCK¹¹⁹ ve 03.07.2005 Kabul Tarihli, 5402 sayılı DS ve Yardım Merkezleri ile Koruma Kurulları Kanunu⁸ ile başlamıştır.

05.03.2013 tarih ve 28578 sayısı ile Resmi Gazetede yayımlanan DS Hizmetleri Yönetmeliği¹²⁰ ile DS Daire Başkanlığı, DS müdürlükleri, DS Hizmetleri Danışma Kurulu ile koruma kurullarının teşkilat, görev, yetki, çalışma, toplantı usul ve esaslarını düzenlemek amaçlanmıştır. Bu yönetmelik; DS Daire Başkanlığı ve DS müdürlükleri ile bürolarının teşkilât, görev, çalışma ve denetimine ilişkin usul ve esaslar ile DS kararlarının infaz işlemleri hakkındaki kuralları, bu sürece katılan kişilerin görev, yetki, hak ve yükümlülüklerini kapsamakta, 03.07.2005 tarihli ve 5402 sayılı Denetimli Serbestlik Hizmetleri Kanununun 15/A ve 27'nci maddeleri, 13.12.2004 tarihli ve 5275 sayılı Ceza ve Güvenlik Tedbirlerinin İnfazı Hakkında Kanunun 105/A maddesi ile 03.07.2005 tarihli ve 5395 sayılı Çocuk Koruma Kanununun 47'nci maddesine dayanılarak hazırlanmıştır. Tanımların yer aldığı 4. maddesinde, DS; “Şüpheli, sanık veya hükümlünün toplum içinde denetim ve takibinin yapıldığı, iyileştirilmesi ve topluma kazandırılması için ihtiyaç duyulan her türlü hizmet, program ve kaynakların sağlandığı alternatif bir ceza ve infaz sistemi” olarak ifade edilmiştir. Yönetmeliğin 7. maddesinde DS Hizmetleri teşkilat yapısından bahsedilmiştir. Yönetmeliğin 10. maddesinde ise müdürlüklerin kapsamı ve görevleri tanımlanmıştır. Buna göre müdürlükte; bir müdür, yeterli sayıda müdür yardımcısı, bürolarda birer şef, yeterli sayıda DS uzmanı ve memuru, benzeri alanlarda eğitim almış ve DS hizmetlerinde geçici olarak görevlendirilen uzman personel ile diğer hizmetleri yürütecek görevliler bulunur. Müdürlüklerde; gelen evrak, kayıt kabul, değerlendirme ve planlama, infaz, eğitim ve iyileştirme, denetim, mağdur destek hizmetleri, koruma kurulları, idari ve mali işler büroları yer almaktadır. Yönetmelik içeriğinde; her birinin görevi ayrı ayrı tanımlanarak, belirtilmiştir.¹²⁰

Ülkemizde DS Daire Başkanlığı tarafından DS hizmetleri ile; adli kontrol, DS tedbiri uygulanarak cezaların infazı, adli para cezası karşılığı kamuya yararlı işte çalışma, tedavi ve denetimli serbestlik, belli hakları kullanmaktan yoksun bırakılma, kısa süreli hapis cezasına seçenek yaptırımlar ve bu yaptırımların yerine getirilmesi,

salıverilen mükerrirlerin toplum içinde denetim ve takibi, hükmün açıklanmasının geri bırakılması, çocukların denetim altına alınması, etkin pişmanlık, koşullu salıverilme sonrası denetimli serbestlik ve hapis cezasının konutta çektirilmesi kapsamındaki kararlar nedeniyle uygulanacak yükümlülükler takip edilmekte ve denetimleri planlanmaktadır. Ayrıca mağdurun ve aile bireylerinin korunması amacıyla uygulamalar ve hizmetler yapılmaktadır.¹²⁰ Bu çalışmada ise DS hizmetlerinden sadece “Tedavi ve DS” kararlarının süreci incelenecektir.

2.2.3.1. Tedavi ve Denetimli Serbestlik Tedbiri ve Bu Tedbirin Yerine Getirilmesi

5237 sayılı TCK'nın ¹¹⁹ 191 ve 192. Maddeleri gereğince tedavi kararı verilen bireyler DS sistemine yönlendirilmektedir. DS Hizmetleri Yönetmeliği'nin¹²⁰ 16 / J maddesine göre "Haklarında uyuşturucu, uyarıcı veya uçucu maddeler ile alkol bağımlılığından arınmak amacıyla tedavi kararı verilen yükümlülerin sevklerinin yapılmasından ve tedavi süreçlerinin takip edilmesinden" vaka sorumlusu sorumludur. Her bir yükümlü için DS infaz bürosunda görevli herhangi bir denetimli serbestlik memuru vaka sorumlusu olarak tayin edilir. Anlaşılacağı üzere, tedavi sürecinde işleyecek adli boyut DS Hizmetleri Yönetmeliği ile düzenlenmiştir. “Tedavi ve denetimli serbestlik tedbiri ve bu tedbirin yerine getirilmesi” konusu yönetmeliğin¹²⁰ 72. maddesinde düzenlenmiştir ve şu şekildedir; "Madde 72; (1) Tedavi; uyuşturucu veya uyarıcı maddeleri kullanan kişinin bağımlılık yapan maddeden vücudunun arındırılmasına, bu maddelere olan ihtiyacı sonucunda ortaya çıkan yoksunluk belirtilerinin giderilmesine yönelik resmi veya özel kurumlarca yürütülen işlemleri ifade eder. (2) DS tedbirine ilişkin çalışmalar; uyuşturucu veya uyarıcı madde kullanan ya da kullanmak için uyuşturucu veya uyarıcı madde satın alan, kabul eden veya bulunduran kişinin, uyuşturucu kullanmasına neden olan veya kullanma isteğine yol açan etkenlerin değerlendirilerek, kişinin maddeye olan ihtiyacını kontrol etmesi, yaşam standardını artırması, belirlenen ihtiyaçları doğrultusunda kendisine ve topluma yararlı bir birey olabilmesi amacıyla yürütülen rehberlik çalışmalarını ifade eder. (3) Tedavi ve DS kararının kayıt işlemleri tamamlandıktan sonra sanık veya hükümlünün müdürlüğe müracaat etmesi için tebligat çıkartılır. Müdürlüğe müracaat eden sanık veya hükümlü, kayıt kabul bürosunca infaz bürosunda görevli vaka sorumlusuna gönderilir. Vaka sorumlusu,

tedavi tedbirinin yerine getirilmesi için aynı gün ilgili kuruma sevk işlemlerini başlatır ve yükümlüden beş iş günü içerisinde tedavi için ilgili kuruma başvurmasını ister. Sevk yazısında kişinin kuruma başvurduğu tarih ile tedavinin olumlu ya da olumsuz sonuçlandığına ilişkin nihai raporun müdürlüğe iletilmesi istenir. Rehberlik çalışmalarının takibi ile gerektiğinde rehberlik çalışmalarının planlanması ve yürütülmesi için karar eğitim ve iyileştirme bürosuna gönderilir. (4) Tedavi tedbirinin infaz işlemleri vaka sorumlusu tarafından takip edilir. Tedavi tedbiri, uyuşturucu veya uyarıcı madde tedavisine ilişkin mevzuat hükümleri uyarınca ilgili kurum tarafından ve kurum yetkililerinin o kişi hakkında uygun görecekları tedavi programına göre yerine getirilir. Tedavi süresince veya tedavi sona erdikten sonra sanık veya hükümlünün, uyuşturucu veya uyarıcı madde kullanıp kullanmadığını takip amacıyla tedavi kurumuna tekrar sevk edilmesi ya da kontrole gönderilmesi gibi işlemler yapılmaz. (5) Tedavi süresince rehberlik çalışmalarının, tedavinin yürütüldüğü kurum tarafından yapıp yapılmadığı DS uzmanı tarafından takip edilir. Gerek görülmesi halinde rehberlik çalışmaları DS uzmanınca yapılır. Tedaviden sonra sanık veya hükümlü hakkında uygulanan rehberlik çalışmalarına bir yıl süreyle devam olunur. (6) Rehberlik çalışmaları, eğitim ve iyileştirme bürosunda görevli DS uzmanı tarafından, bu Yönetmeliğin 37'nci maddesinde belirtilen iyileştirme çalışmalarındaki esaslara göre yerine getirilir. Sanığın veya hükümlünün davranışları, sosyal uyumu ve sorumluluk bilincindeki gelişmeler takip edilerek, üçer aylık sürelerle hazırlanacak denetim raporunun iyileştirme çalışmaları ile değerlendirme ve önerilere ilişkin bölümü görevli DS uzmanı tarafından doldurulur ve vaka sorumlusuna gönderilir. (7) Sanık veya hükümlü tedavi ve DS tedbirinin yerine getirilmesi sırasında başka bir suçtan ceza infaz kurumunda ise; sanığın veya hükümlünün tedavi için ilgili kuruma gönderilmesi ceza infaz kurumu idaresince yerine getirilir. Bu kişilerin rehberlik çalışmaları ceza infaz kurumlarında uygulanan iyileştirme faaliyetleri kapsamında ceza infaz kurumundaki görevliler tarafından gerçekleştirilir. Mahkemeye gönderilecek rapora esas olmak üzere vaka sorumlusu tarafından, üç ayda bir, kişinin gelişimi ve davranışları hakkında ceza infaz kurumu idaresinden bilgi istenir. (8) Sanık veya hükümlünün beş iş günü içerisinde ilgili kuruma tedavi için müracaat etmediğinin veya belirlenen tedavi programına uymadığının bildirilmesi ya da rehberlik çalışmalarına katılmaması halinde sanık

veya hükümlü bu Yönetmeliğin 44'üncü maddesine göre uyarılır. Uyarılara ilişkin tebligatta ihlal durumunun tekrarı halinde bunun yükümlülüğün ihlali sayılacağı ve dosyanın kapatılarak mahkemesine gönderileceği sanık veya hükümlüye bildirilir. (9) Tedavi ve DS veya sadece DS tedbiri, sanık veya hükümlünün müdürlüğe müracaat ettiği tarihte başlar. Tedavi ile birlikte verilen DS tedbiri, tedavinin sona ermesinden bir yıl sonra, sadece DS tedbiri ise mahkemenin belirlediği sürenin sonunda biter".¹²⁰

Haklarında Tedavi ve DS kararı olan yükümlüler, yönetmelik uyarınca; bağlı buldukları DS müdürlüğüne başvuruda bulunurlar. DS müdürlüğünce aynı gün içinde sevk işlemi başlatılarak en yakın ilgili sağlık kurumuna sevk edilir ve yükümlüden beş iş günü içerisinde tedavi için bu kuruma başvurması istenir. Sevk yazısı gereğince; kişinin kuruma başvurduğu tarih, uygulanacak tedavi programı ile tedavinin sürecine ilişkin sonuç raporunu içeren yazının müdürlüğe gönderilmesi gerekmektedir.¹²⁰

Mahkeme / Cumhuriyet Savcısı tarafından kişinin öncelikle tedavi edilmesini ve tekrar uyuşturucu veya uyarıcı madde kullanmaktan korunmasını sağlamak amacıyla "Tedavi ve Denetimli Serbestlik Tedbiri" kararı verilen kişilerle ilgili tedavi uygulamaları T.C Sağlık Bakanlığı, Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğünce yayımlanan 25.03.2015 tarihli, 2015/11 Genelge sayılı "Denetimli serbestlik tedavi hizmetleri" konulu bir genelge¹⁴ ile düzenlenerek, ilgili tüm resmi sağlık kuruluşlarına duyurulmuştur. Bu genelge ile TCK'nın 191. maddesinde yapılan son değişiklikler de dikkate alınarak DS tedavi hizmetleri kapsamında madde bağımlılığı tedavi merkezlerinde verilecek ileri tedavi hizmetlerinin standart bir şekilde sunulması hedeflenmiş ve başvuran yükümlülere uygulanacak tedavi süreçleri belirtilmiştir.¹⁴

Bu çalışmada; DS hizmetleri içerisindeki "Tedavi ve Denetimli Serbestlik Tedbiri ve Bu Tedbirin Yerine Getirilmesi" kararı verilerek Adıyaman Eğitim ve Araştırma Hastanesi DS birimine başvuran bireylerin sosyodemografik, klinik özellikleri ve suç - ceza ilişkilerinin araştırılması, tedbir uygulamasının sonuçları ile katılımcıların sisteme uyumlarının değerlendirilmesi ve madde kullanan bireylerde eşlik edebilecek diğer psikopatolojilerin tespit edilmesi amaçlanmaktadır.

3- GEREÇ ve YÖNTEM

3.1. ÇALIŞMANIN YERİ, ÖRNEKLEMİ ve YÜRÜTÜLMESİ

Bu çalışma, Adıyaman Eğitim ve Araştırma Hastanesi Adli Tıp ve DS Birimlerinde yürütülmüş prospektif bir araştırma niteliğinde olup, çalışmanın uygulanması için Adıyaman Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu'nun 24/10/2017 Karar Tarihli ve 2017/7-31 Karar Sayısı (Bkz. EK 1) ile onayı alınmıştır.

Çalışmada 15.10.2017 - 01.03.2018 tarihleri arasında adli makamlar tarafından haklarında verilen "Tedavi ve Denetimli Serbestlik Tedbiri ve Bu Tedbirin Yerine Getirilmesi" ¹²⁰ kararı nedeniyle Adıyaman Eğitim ve Araştırma Hastanesi DS birimine başvuran ve bilgilendirilerek yazılı ve sözlü onamı ile çalışmaya katılmayı kabul eden 145 birey çalışmaya dahil edildi. Çalışmaya katılmayı reddeden, onam vermeyen (n = 7) ve 18 yaş altı (n = 2) bireyler çalışmaya alınmadı. Çalışmanın yürütülmesi için DS birimi sorumluluğunda olan Psikiyatri Polikliniği yetkililerinden (Bkz. EK 2) olur kabulü alındı. Çalışmanın hazırlanması ve yürütülmesinde Adıyaman Üniversitesi Tıp Fakültesi Adli Tıp Anabilim dalında görevli Dr. Öğr. Üyesi Hüseyin KAFADAR, Dr. Öğr. Üyesi Ömer Lütfi ÖZKAN, Dr. Kerem SEHLİKOĞLU ve Psikiyatri Anabilim dalında görevli Dr. Öğr. Üyesi Oğuzhan Bekir EĞİLMEZ aktif olarak yer almışlardır.

T.C Sağlık Bakanlığı, Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğüne yayımlanan 25.03.2015 tarihli, 2015/11 Genelge sayılı "Denetimli serbestlik tedavi hizmetleri" konulu genelge¹⁴ doğrultusunda; Adıyaman Eğitim ve Araştırma Hastanesinde Psikiyatri Polikliniği sorumluluğunda DS rutin uygulaması gerçekleştirilmektedir. Yapılan psikiyatrik görüşmeler ve bireylerden alınan idrar numunelerinde toksik madde değerlendirmesi görevli psikiyatri uzmanı hekimlerce gerçekleştirilmektedir. Üç haftalık programda, en fazla iki hafta arayla yapılan idrarda toksik madde analizi değerlendirilmesinde; üç idrar analizi sonucunun da negatif çıkması durumunda kişi maddeden arınmış (erken tam remisyon) olarak kabul edilerek tedavisine gerek olmadığına karar verilmekte ve kişinin DS sürecine müdürlük tarafından devam edilmektedir. Üç haftalık izlem içerisinde idrar analizlerinden herhangi biri pozitif tespit edilenler altı haftalık programa alınmışlardır. Bu programda olguların idrar

analizi süre olarak aynı sıklıkta yapılmış ve ek olarak görevli psikiyatri uzmanı ve / veya psikologlar tarafından eğitim programının haftalık konuları işlenmiştir. Altı haftalık program içerisindeki olgularda; programa düzenli devam eden, son üç idrar analizi negatif tespit edilen, idrar numunesi verme sırasında görevlilerle sorun yaşamayanlar, psikiyatrik görüşmelere zamanında gelenler, toksik taramanın güvenilirliğini etkileyecek miktarda su içmeyenler, idrar analizini etkileyebilecek herhangi bir ilaç kullanmayanlar veya kullandıkları tıbbi ilaçları doktor raporu ile belgelendirenler DS programına uyumlu olarak değerlendirilmiştir. Son üç idrar analizinden herhangi biri pozitif olan olgularda program sonlandırılarak, tedavi amacıyla kişi için en yakın Alkol Madde Bağımlıları Tedavi ve Araştırma Merkezi (AMATEM)'ne sevk edilmek üzere DS müdürlüğüne bildirimde bulunulmuştur. Klinik değerlendirme ve tedavi sürecinde Denetimli Serbestlik Tedavi Hizmeti Kurallarını ihlal ederek elli ve üzeri ihlal puanı alanlar için takip sonlandırılır ve haklarında tedavinin gereklerine uygun davranmamaları nedeni ile tedavi programına uyumsuz olduklarını bildirir tıbbi kanaat raporu düzenlenmiştir. Kural ihlali / ihlalleri belge veya tutanak ile arşivlenmektedir. Şiddetli kesilme belirtileri nedeniyle bağımlılık programına alınması mümkün olmayan, ayakta tedavisi düzenlenmiş olmasına rağmen yakınmaları düzelmeyen, uygulanan program süresince, tedavi önerilerine uymasına rağmen bağımlılık bulgu ve belirtileri gösteren bireyler hakkında DS Müdürlüğü bilgilendirilerek tedavi hizmetine hastane Psikiyatri Kliniğinde devam edilmiştir.

Altı haftalık program içerisindeki olgular, Türkiye Psikiyatri Derneği tarafından hazırlanan DS Bağımlılık Programı kriter alınarak değerlendirilmiştir. Bu kılavuz bir eğitim programıdır. Altı hafta süresince her hafta bir konu işlenmektedir. 1. hafta DS bilgilendirme ve bağımlılık kavramı, 2. hafta uyuşturucu maddeler ve etkileri, 3. hafta ise madde kullanımını bırakmaya yönelik motivasyon kazandırma konularında bilgilendirme yapılmaktadır. 4. haftada kişinin duygu, düşünce ve davranışlarını anlamaya ve tekrar madde kullanmaya yönlendirebilecek duygulara karşı çözüm üretmede yardımcı olunmaya çalışılmaktadır. 5. haftada kişinin yeniden madde kullanmaya başlamasına yönelik önlemler üzerine konuşulmaktadır. 6. haftada ise madde kullanımını bırakmaya yönelik uygulanabilecek davranış değişiklikleri anlatılmaktadır. Bireyler bu şekilde madde bağımlılığı ve tedavi süreci

hakkında bilgi almış olup, program boyunca her hafta kendilerine verilen ödevleri yapmaları istenmiştir.

DS nedeniyle başvuran bireylerin sosyodemografik, madde kullanım, adli tıbbi özelliklerini içeren katılımcı veri formları ve psikiyatrik bulgularını tarama amaçlı uygulanan belirti tarama listeleri araştırmacıların katılımcılarla yaptığı görüşme ile elde edildi ve gerektiğinde çalışmada yer alan diğer öğretim üyelerine danışılarak yazılı olarak kaydedildi. Çalışmaya özel hastanenin rutin uygulamasına ek bir müdahale yapılmamıştır. Bu veriler prospektif olarak incelenmiştir.

DS uygulanan bireylerden, görevli personel eşliğinde, idrar numuneleri alınmaktadır. Alınan idrar numunelerinin toksik incelemesi; Adıyaman Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Biyokimya Laboratuvarında Biolis 24İ Premium analizör cihazı ile Homojen Enzim Immunoassay kiti kullanılarak yapılmıştır. Amfetamin, barbitürat, benzodiazepin, kokain, fensiklidin, metamfetamin, morfin, tetrahidrokanabinol, asetilmorfin, bonzai, metadon, ekstazi ve buprenorfin gibi sıklıkla kullanılan toksik maddelerin analizinde çoğaltılmış enzim immunoassay yöntemi kullanıldı. Bu yöntem tarama testi olup, klinisyenler tarafından gerekli görülmesi halinde veya şüpheli durumlarda doğrulama testlerine başvurulmaktadır. İdrar numunelerinde yapılan ilaç düzeyi analizlerinde; “metamfetamin” için 500, THC için 50, “benzodiazepinler” için 200, “barbituratlar” için 200, "metadon" için 300, "amfetamin" için 1000, "fensiklidin" için 25, "morfin" için 300, “ekstazi” için 500, “asetilmorfin” (6AM) için 10, “bonzai” (K2-1) için 20, “bonzai” için (K2-2) 10, “buprenorfin” için 5 ve son olarak “kokain” için 300 ng / mL eşik değer (pozitiflik için minimum değer) olarak kabul edilmiştir.

3.2. ÇALIŞMADA KULLANILAN GEREÇLER

3.2.1. Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Belgesi

Çalışmaya katılan her kişiye çalışmanın konusu, amacı ve kısaca yöntemi hakkında bilgi içeren Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Belgesi (Bkz. EK 3) verilerek çalışma hakkında katılımcıların soruları için detaylı açıklamalar yapıldı. Katılımcılardan bu formu dikkatle okumaları ve özgür iradeleriyle çalışmaya katılmaya karar vermeleri durumunda imzalamaları istendi.

3.2.2. Katılımcı Veri Formu

Katılımcıların sosyodemografik, madde kullanım ve adli tıbbi verileri araştırmacılar tarafından hazırlanan katılımcı veri formu ile değerlendirildi. Olguların sosyodemografik, madde kullanım ve adli tıbbi verileri üç bölümde kaydedildi. Çalışmada sosyodemografik veri olarak cinsiyet, yaş, yaş grubu, medeni durumu, eğitim durumu, meslek, şu anda kiminle aynı evde yaşadığı, düzenli olarak bir işte çalışıp / çalışmadığı, çalışıyor ise ortalama aylık gelirleri, sağlık güvencesi varlığı, yaşadığı yer, tatuaj varlığı incelendi. Madde kullanım verileri açısından sigara, alkol kullanımı, yaşam boyu en az bir kere herhangi bir madde kullanımı olup / olmadığı, varsa madde ilk kullanım yaşı, çoklu madde kullanımı varlığı, madde kullanım süresi ve sınıflaması, maddeyi ilk kullanma nedeni, daha önce maddeyi bırakmak için tıbbi tedavi alma durumu, şimdiye kadar herhangi bir psikiyatrik tedavi alıp / almama, ailede madde kullanım öyküsü varlığı değerlendirildi. Son olarak; hayatının herhangi bir döneminde intihar denemesi varlığı, kendine zarar verecek davranış öyküsü, madde ilişkili suçlar (MİS) ve diğer adli suçlar (DAS) öyküsü varlığı, arkadaş çevresinde madde kullanım öyküsü varlığı, kaçınıcı DS dosyası olduğu, ailede herhangi bir suç nedeniyle ceza öyküsü varlığı, verilen idrar numunesi toksikoloji sonucu, DS birimince düzenlenen rapor sonucu gibi adli tıbbi değişkenler açısından araştırıldı. Çalışmaya yetişkin yaş grubu bireyler dahil edilmiş olup, 18 yaş altındaki pediatrik grup çalışmaya dahil edilmemiştir. Olguların yaşları 18 - 30 yaş grubu ve sonraki yaşlar için dekatlara göre gruplandırılarak incelendi. Eğitim durumu olarak tamamlanan eğitim düzeyi kaydedildi. Serbest meslek ifadesi; TDK'nca belirtilen bir işverene bağlı olmadan kendi adına kazanç sağlamak için yapılan iş anlamında tanımlandı. Sigara kullanımı paket / yıl şeklinde kategorize edildi. Alkol kullanımı, kullanım sıklığına göre gruplandırıldı. Veri formları (Bkz. EK 4) katılımcıların verdikleri öykü ve bilgilere göre kaydedildi.

3.2.3. Belirti Tarama Listesi

Psikiyatrik belirti ve yakınmaları içeren ve 90 maddeden oluşan SCL-90-R, Derogatis ve arkadaşları¹²¹ tarafından geliştirilmiştir. Ölçekte 9 alt boyut ve 3 genel gösterge yer almaktadır. Maddelerin cevaplandırılması 5'li likert tipi bir ölçekle yapılmakta olup, katılımcılar "hiç", "çok az", "orta derecede", "oldukça fazla" ve "ileri derecede" şeklinde her durumun (maddenin) kendisini son bir ay içerisinde

hangi yoğunlukta huzursuz veya tedirgin ettiğini değerlendirir ve puanlama ise araştırmacılar tarafından bu seçenekler üzerinden her madde için ayrı ayrı 0 (hiç) - 4 (ileri derecede) arasında puan verilerek yapılmaktadır.¹²²

Dağ¹²² ve Kılıç¹²³ çalışmalarında belirti tarama listesinin ülkemizde geçerli ve güvenilir olduğunu göstermişlerdir (Bkz. EK 5).

Ölçeğin geliştirilmesinde dört amaç belirtilmektedir. 1. Görünüşte “normal” kişilerdeki belirti düzeyini bulma 2. Belirti düzeylerindeki değişimleri değerlendirme 3. Klinik tanıda yardımcı olma 4. Psikiyatrik hastaları tanı gruplarına yerleştirmede kolaylık sağlamadır.¹²² Ölçeğin klinik uygulamalarda sayısal açıdan karşılaştırılabilir olması, anlaşılabilir olması, istatistiksel yöntemlere uygunluğu ile geniş bir kullanım alanının bulunması ve farklı gruplara uygulanabilir olması avantajlarıdır.¹²⁴

Ölçek ile üç ayrı genel puan saptanmaktadır. Bunlar; 1. Genel belirti düzeyi (Global Symptom Index/GSI): Boş bırakılanlar hariç tüm maddelere yapılan puanlamanın ortalamasıdır (0 ile 4 arasındadır). 2. Pozitif belirti toplamı (Positive Symptom Total / PST): ‘Hiç’ seçeneğiyle işaretlenenler hariç diğer maddelerin toplam sayısıdır (0 ile 90 arasındadır). 3. Pozitif belirti düzeyi (Positive Symptom Distress Index / PSDI): ‘Hiç’ olarak işaretlenenler haricindeki maddelerin verilen puanların toplamının PST'ye bölünmesiyle elde edilen ortalama değerdir (0 ile 4 arasındadır). Ölçekte 9 alt boyut olarak somatizasyon, obsesif - kompulsif, kişiler arası duyarlılık, depresyon, anksiyete, öfke - düşmanlık, fobik anksiyete, paranoid düşünce, psikotizm belirtileri yer almakta olup, ek skalalar da bulunmaktadır. Alt ölçek puanları da kapsadıkları maddelerin ağırlıklı puan ortalamalarından oluşmakta ve 0 ile 4 arasında bir değer alabilmektedir. Ölçek genel ortalama puanı olan GSI'deki artış kişideki psikiyatrik semptomlardan duyulan sıkıntının artmış olduğunu göstermekte ve ölçeğin en iyi kriteridir. PST artması, bireyin kendisinde ne kadar çeşitli psikiyatrik belirti algıladığını gösterir. PSDI'deki artış ise, bireyin kendisinde var olduğunu algıladığı belirtilerden duyduğu sıkıntının ortalamasını saptar.^{125,126}

Literatürde yer alan çalışmalarda genel ve alt ölçek puanlama gösterge ortalamalarının 1 ve 1'in üzerinde (>1) bulunması, belirtilerin psikopatolojik düzeyde olduğunu göstermektedir.¹²⁷⁻¹³⁰ Bu çalışmada da benzer şekilde olgularda

psikopatolojik araz olup olmadığı değerlendirildi. Puan hesaplamaları hesaplama programı aracılığıyla yapıldı.¹³⁰

3.3. ÇALIŞMANIN SINIRLILIKLARI ve KARŞILAŞILAN GÜÇLÜKLER

Katılımcılarla görüşme öncesinde her ne kadar yapılması planlanan çalışma konusunda detaylı bilgi paylaşımı yapılmış olsa da; haklarında DS kararı bulunması ve denetim sürecini kurallara uygun şekilde yerine getirmeyenlere yasa kapsamında ceza uygulanacak olması nedeniyle, katılımcılar denetim sisteminin tüm alt birimlerinde görev alanları yasal sürecin temsilcileri olarak görmüş ve çalışmayı yürütenini de aynı şekilde değerlendirmiş olabilir. Böylesi bir durum da araştırmacı ile katılımcı arasında güven sorunu yaşanmasına neden olmuş ve anket sorularına katılımcıların samimi cevap vermelerini engellemiş olabilir. Ayrıca katılımcılar arasında aktif çalışanların olması, iş yerlerinden sık sık izin alarak uygulamaya katılmaları veya uygulamaya katılım sırasında beraberlerinde yakınlarının da bulunması ve görüşme sırasında bu kişilerin beklemeleri, veri formu ve belirti tarama listesinin bir an önce bitmesini istemelerine neden olmuş ve ankete ayrılan süre ve ilgiyi azaltmış olabilir. Ek olarak katılımcıların çoğunluğunun düşük - orta ekonomik gelir sınıfında olmaları kişilerin kullandıkları madde türünü etkilemekte ve sınırlandırmaktadır. Belirti tarama listesi uygulaması sırasında katılımcılar kendilerinde var olan psikiyatrik hastalıklarının anlaşılmasından ve / veya konuşulmasından çekinmiş olabilirler.

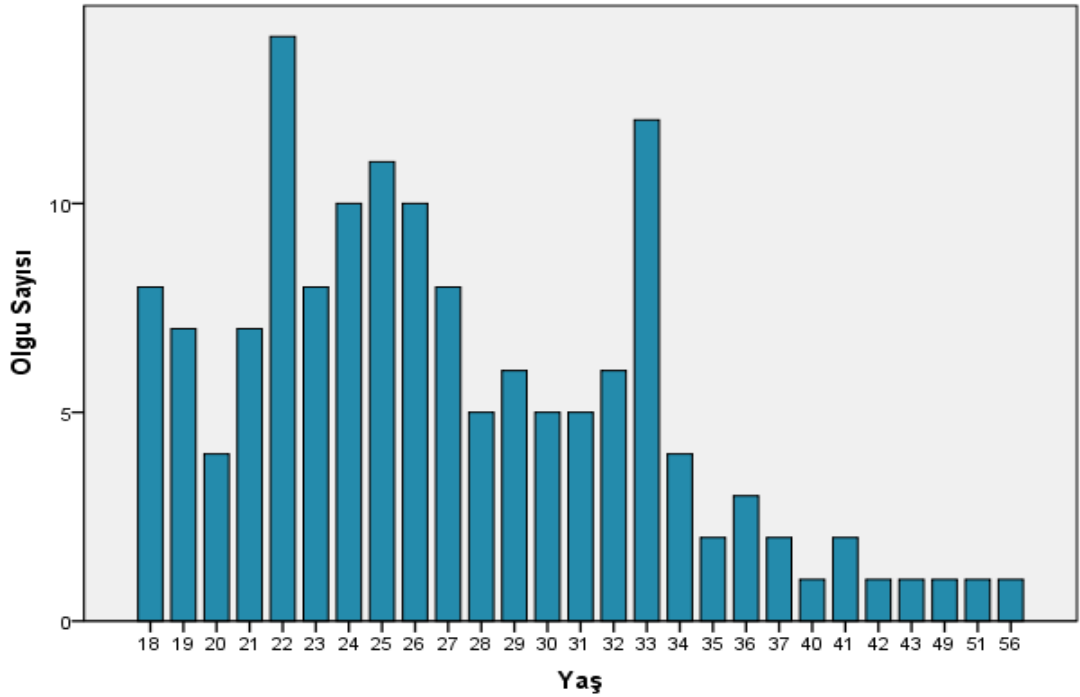
3.4. ÇALIŞMADA KULLANILAN VERİLERİN İSTATİSTİKSEL ANALİZİ

Çalışmada kategorik değişkenler frekans ve yüzde, tanımlayıcı istatistikler ve sürekli değişkenler ise ortalama \pm standart sapma olarak verilmiştir. Kategorik değişkenler gruplandırılarak, yüzdeleri hesaplandı ve frekansları karşılaştırmak için uygunluğa göre Pearson'ın ki-kare veya Fisher'in kesin testi kullanıldı. Tüm istatistiksel analizler, tablolar ve grafikler SPSS 22 (IBM Corp, Armonk, NY) programı kullanılarak yapıldı. P değeri $< 0,05$ olanlar anlamlı olarak kabul edildi. Değişkenler arasındaki ilişkinin varlığı istatistiksel açıdan ortaya konuldu.

4- BULGULAR

Çalışmada 15.10.2017 - 01.03.2018 tarihleri arasında adli makamlar tarafından haklarında verilen "Tedavi ve Denetimli Serbestlik Tedbiri ve Bu Tedbirin Yerine Getirilmesi" kararı nedeniyle Adıyaman Eğitim ve Araştırma Hastanesi DS birimine sevk edilen ve çalışmaya katılmayı kabul eden 145 katılımcı prospektif olarak incelendi.

Olguların 142'si (%97,9) erkek, 3'ü (%2,1) kadındı. Katılımcıların yaşları 18 ile 56 arasında iken (Şekil 1) ; yaş ortalaması $27,21 \pm 6,77$ yıl olarak saptandı. Olgular yaş aralığı gruplarına göre değerlendirildiğinde, 103 (%71,0) olgu ile büyük oranda 18 - 30 yaş genç erişkin grupta oldukları gözlemlendi.



Şekil 1. Olguların yaş dağılımı.

Katılımcıların %62,8'inin (n = 91) bekar, %35,2'sinin (n = 51) evli, %2,1'inin (n = 3) ise boşanmış olduğu tespit edildi. Bireylerin tamamlanan eğitim düzeylerine bakıldığında; %70,3'ünün (n = 102) ilköğretim mezunu veya altında bir eğitime sahip olduğu görüldü. Olguların 116'sının (%80,0) il, 17'sinin (%11,7) ise ilçe

merkezlerinde, ek olarak %91,7'sinin (n = 133) ailesi ile birlikte yaşadıkları öğrenildi. Meslek gruplandırmasına göre değerlendirildiğinde; 66'sının (%45,5) işçi, 40'ının (%27,6) işsiz, 35'inin ise (%24,1) serbest meslek sahibi olduğu görüldü. Olguların %69,0'ı (n = 100) gelir getirici bir işte düzenli olarak çalıştığını belirtti. Çalışan katılımcıların beyan ettiği aylık gelirlerine bakıldığında; %49,7'sinin (n = 72) 2000 TL altında, %16,6'sının (n = 24) 2.000 - 5.000 TL arası olduğu, sadece %2,8'inin ise (n = 4) 5.000 TL ve üstü olduğu anlaşıldı. Bireylerin 114'ü (%78,6) sağlık güvencelerinin olduğunu ve istediklerinde sağlık hizmetlerine erişebildiklerini ifade etti. Katılımcılara vücutlarının herhangi bir bölgesinde tatuaj varlığı sorulduğunda, 94'ü (%64,8) tatuajı olmadığını, 51'i (%35,2) ise olduğunu söyledi. Olguların sosyodemografik özellikleri Tablo 1'de gösterilmiştir.

Çalışmaya katılanların 48'i (%33,1) 6 - 10 paket / yıl, 40'ı (%27,6) 0 - 5 paket / yıl aralığında sigara kullanmışken, hiç sigara kullanmadığını ifade edenlerin sayısı sadece 3 (%2,1) olarak bulunmuştur. Alkol kullanım sıklıklarına bakıldığında; 60'ının (%41,4) ayda 1 - 3 kez, 33'ünün ise (%22,8) haftada 1 kez alkol kullanımı söz konusu iken, 11'i (%7,6) hiç alkol kullanmadığını belirtmiştir (Tablo 2).

Katılımcılara yaşamları boyunca en az bir defa kullandığı madde(ler) olup olmadığı sorulduğunda, 8'inin (%5,5) şimdiye kadar hiç madde kullanmadığı / denemediği; 86'sının (%59,3) çoklu madde, 51'inin ise (%35,2) tek çeşit madde kullanım öyküsü olduğu tespit edildi. Madde kullanan olgular içerisinde (n = 137) en sık esrar (%94,9) kullanıldığı saptandı (Tablo 3). Olguların madde kullanım süresi değerlendirildiğinde; 74'ünün (%54,0) 1 - 10 yıl arasında, 6'sının ise (%4,4) bir ya da birkaç defa madde kullanımının olduğu gözlemlendi (Şekil 2). Maddeyi ilk kullanma yaşı 12 ile 35 yaş arasında değişmekte olup, yaş ortalaması $19,72 \pm 5,31$ yıl olarak saptanmıştır. İlk kullanım yaş grubu dağılımlarına bakıldığında, madde kullanımına en sık 16 - 20 yaşları arasında başladığı (%47,4), 30 yaş üzerinde madde kullanmaya başlamanın ise seyrek (%6,6) olduğu görüldü (Şekil 3). Katılımcıların madde ilk kullanım nedeninin (tek cevap verilmesi istenmiştir.); en sık heveslenme (%38,0, n = 52) olduğu, ardından stresten uzaklaşma (%24,1, n = 33) geldiği saptandı (Tablo 4). Madde kullanımı olan bireylerden sadece %14,6'sı (n = 20) madde kullanımı nedeniyle ayaktan ya da yatarak tedavi gördüğünü ifade etti. Çalışmaya katılanların 32'si (%22,1) önceden psikiyatrik tedavi aldığını söyledi.

Psikiyatrik tedavi alanların yarısının depresyon tanısıyla takip edildiği anlaşıldı. 25 olguda (%17,2) ailesel madde kullanım öyküsü olduğu saptandı. Bu olguların 17'sinde kardeşlerinin de madde kullandığı gözlemlendi.

Tablo 1. Olguların Sosyodemografik Özellikleri		
Sosyodemografik Özellikler	n	%
Cinsiyet		
Erkek	142	97,9
Kadın	3	2,1
Yaş Aralığı		
18 – 30 yaş	103	71,0
31 – 40 yaş	35	24,1
41 – 50 yaş	5	3,4
51 – 60 yaş	2	1,4
Medeni Durum		
Bekar	91	62,8
Evli	51	35,2
Dul / Boşanmış	3	2,1
Eğitim Düzeyi		
İlköğretim ve altı	102	70,3
Lise	32	22,1
Lise üzeri	11	7,6
Yaşadığı Yer		
İl	116	80,0
İlçe	17	11,7
Köy	9	6,2
Cezaevi	3	2,1

Tablo 1 - Devam. Olguların Sosyodemografik Özellikleri		
Kimle yaşıyor		
Aile ile	133	91,7
Yalnız	8	5,5
Diğer	4	2,8
Meslek		
İşçi	66	45,5
İşsiz	40	27,6
Serbest Meslek	35	24,1
Diğer	4	2,8
Gelir getirici bir işte düzenli çalışma		
Evet	100	69,0
Hayır	45	31,0
Gelir Düzeyi		
Yok	42	29,0
1000 TL altı	10	6,9
1000 – 2000 TL	65	44,8
2000 – 5000 TL	24	16,6
5000 TL ve üzeri	4	2,8
Sağlık Güvencesi Varlığı		
Var	114	78,6
Yok	31	21,4
Toplam	145	100,0

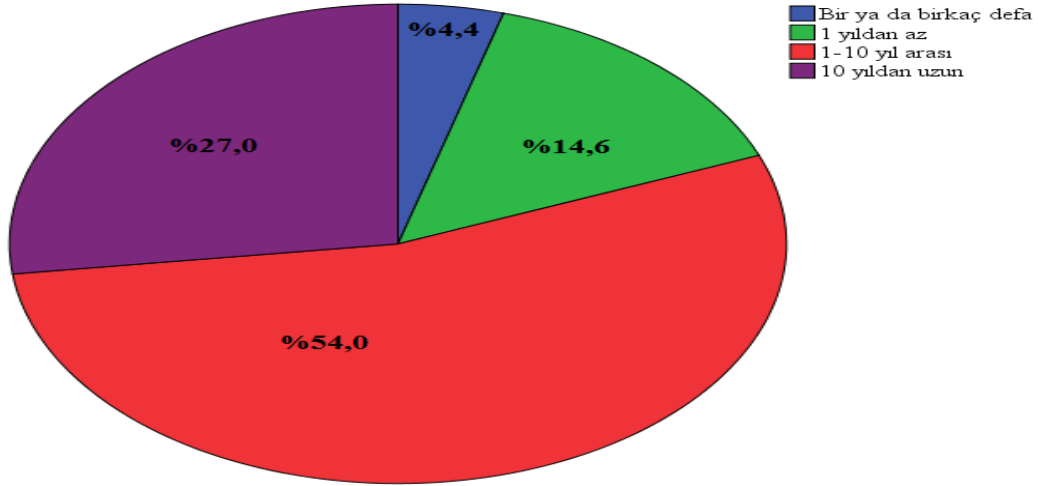
Tablo 2. Olguların Sigara ve Alkol Kullanım Özellikleri

Sigara Kullanımı (Paket/yıl)	n	%
Hiç Kullanmamış	3	2,1
0 - 5	40	27,6
6 – 10	48	33,1
11 - 15	28	19,3
16 - 20	12	8,3
21 – 30	10	6,9
31 ve üzeri	4	2,8
Alkol Kullanımı (Sıklık)		
Hiç Kullanmamış	11	7,6
Yılda 1 – 3	12	8,3
Ayda 1 – 3	60	41,4
Haftada 1	33	22,8
Haftada 2 - 3	22	15,2
Haftada 4 – 7	7	4,8
Toplam	145	100,0

Tablo 3. Olguların Kullandıkları Madde Türü

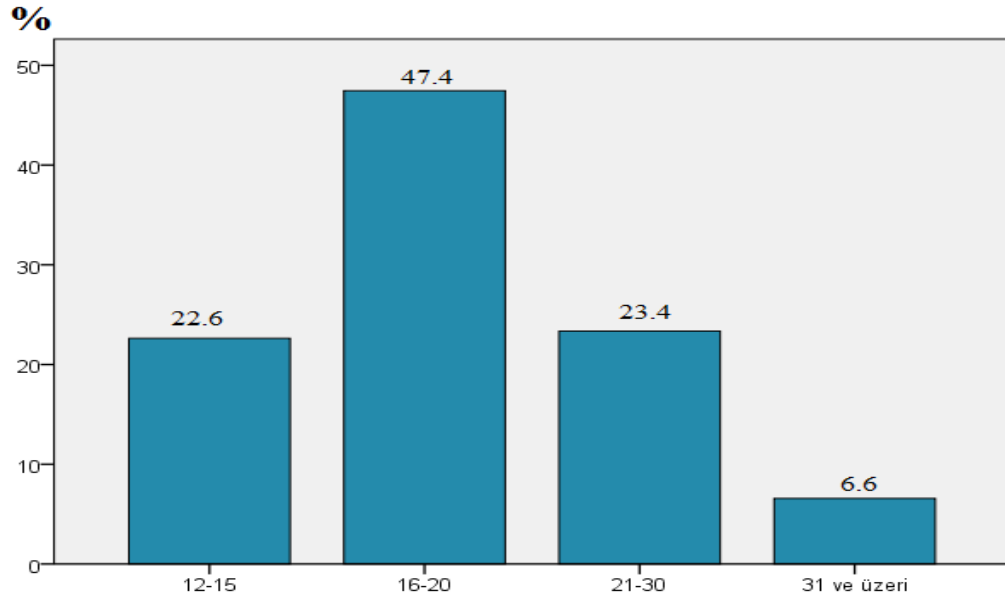
Madde Çeşidi	n	%
Esrar	130	94,9
Ekstazi	72	52,6
Bonzai	36	26,3
Metamfetamin	30	21,9
Eroin	24	17,5
Kokain	15	10,9
Doktor Kontrolü Dışında Kullanılan İlaçlar	9	6,6
Morfin	5	3,6
Diğer (LSD, GHB, PCP vb.)	3	2,2
Toplam*	137	100,0

*Madde kullanan olgu sayısına (n = 137) göre hesaplanmıştır.



Şekil 2. Olguların madde kullanım süresi dağılımı.

*Madde kullanan olgu sayısına (n = 137) göre hesaplanmıştır.



Şekil 3. Olguların ilk madde kullanım yaş grubu dağılımı.

*Madde kullanan olgu sayısına (n = 137) göre hesaplanmıştır.

Tablo 4. Olguların Madde İlk Kullanım Nedeni

Kullanım Nedeni* ¹	n	%
Heveslenme	52	38,0
Stresten Uzaklaşmak	33	24,1
Eğlenmek, eğlenceli bir ortamda bulunmak	25	18,2
Arkadaşların ısrarı / baskısı	24	17,5
Diğer	3	2,2
Toplam * ²	137	100,0

*¹ Katılımcılardan maddeyi ilk kullanım nedeni olarak tek cevap verilmesi istenmiştir

*² Madde kullanan olgu sayısına (n = 137) göre hesaplanmıştır.

Katılımcıların 75'i (%51,7) kendisine zarar verecek herhangi bir fiziksel davranışta, 18'i (%12,4) ise hayatının herhangi bir döneminde intihar girişiminde bulunduğunu söyledi. Olguların alınan öyküsüne göre; bireysel MİS nedeniyle cezası olanların oranı %31,0 (n = 45) iken, DAS nedeniyle ceza alanların oranı %31,0 (n = 45) saptandı (Tablo 5). DAS arasında; en sık 21 olgu ile yaralama - darp, ikinci sırada ise 14 olgu ile hırsızlık tespit edildi (Tablo 6). 45 olgu (%31,0) ailesinde herhangi bir suç nedeniyle ceza alan biri olduğunu belirtti. 29 olguda ailesindeki ceza alanın kardeşi olduğu öğrenildi. Bireylerin eğitim düzeyleri ilkokul mezunu ve altı, ilköğretim mezunu, lise mezunu ve üzeri üç grupta gruplandırılarak değerlendirildiğinde; eğitim düzeyi ile MİS arasında anlamlı (χ^2 : 6,075, SD: 2, p=0,048), DAS arasında ise aşırı anlamlı (χ^2 : 15,339, SD: 2, p<0,001) ilişki tespit edildi. İlkokul mezunu ve altı eğitim düzeyine sahip bireylerin daha sık oranlarda suç işledikleri gözlemlendi. Ailede suç öyküsü varlığı ile bireysel DAS olup / olmaması ilişkisi incelendiğinde; aralarında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadığı tespit edildi (p=0,430). Olguların %27,6'sına (n = 40) daha önce madde kaynaklı DS kararı uygulandığı anlaşıldı (Tablo 5). Çalışmaya katılanların büyük çoğunluğunun (%84,8, n = 123) arkadaş çevresinde de madde kullanıcısı olduğu tespit edildi.

Çalışma katılımcılarına DS kararı gereğince yapılan idrarda toksik madde analizinde; olguların %76,6'sında (n = 111) test sonucu negatif yani numunede herhangi bir toksik madde saptanmazken, %23,4'ünde (n = 34) en az bir toksik madde çeşidi pozitif olarak saptandı. 34 olgudan 22'sinde (%64,7) esrar tespit edildi (Tablo 7).

Düzenlenen rapor sonuçlarına göre olguların %75,9'u (n = 110) üç haftalık program içerisinde iken, tüm idrar örnekleri negatif tespit edilerek tedavisine gerek olmadığı görüldü. Katılımcıların %17,2'sinin (n = 25) ise altı haftalık programda olup, son üç idrar örneğini negatif vererek, takip ve tedavi programına uyumlu oldukları saptandı. Altı haftalık program içerisinde olan, altı olgunun takipleri devam ederken DS müdürlüğü yazısı ile takiplerinin sonlandırıldığı, üçünün ise madde kullanmaya devam etmesi nedeniyle AMATEM'e sevk edildiği tespit edildi. Bir olgunun ise üç haftalık program içerisinde iken kurum tarafından DS kararının kaldırıldığı ve dosya iadesinin istendiği görüldü. DS tedbiri verilen bireylere uygulanan programların verimliliği incelendiğinde; tüm olguların %75,9'u üç

haftalık programı başarılı şekilde tamamladığı görüldü. Altı haftalık program içerisindeki 34 olgudan 25'inin (n=%73,5) programı olumlu olarak bitirdikleri anlaşıldı (Tablo 8).

Düzenlenen rapor sonuçlarına göre, üç ve altı haftalık programdaki olgular iki grup olarak incelenerek, sosyodemografik özelliklerine göre karşılaştırıldığında; 18 - 30 ve 31-40 yaş gruplarının neredeyse eşit oranda dağıldığı ve anlamlı fark saptanmadığı görüldü (p=0,957). Sayısal azlığı nedeniyle dul / boşanmış olgular çıkarılarak incelendiğinde medeni duruma göre anlamlı fark saptanmadı (p=0,724). Bireylerin eğitim düzeyleri ilkokul mezunu ve altı, ilköğretim mezunu, lise mezunu ve üzeri üç grupta gruplandırılarak değerlendirildiğinde; altı haftalık programda, ilköğretim mezunu ve altı, üç haftalık programda ise lise mezunu ve üzeri eğitim düzeylerinin anlamlı olarak daha sık buldukları saptandı (p=0,007). Gruplar arasında meslek açısından anlamlı fark saptanmadı (p=0,410). Bireyler beyan ettikleri aylık gelirlerine göre herhangi geliri olmayanlar, 2000 TL altı ve üzeri olarak üç grupta değerlendirildiğinde gelir durumu dağılımının benzer olduğu gözlemlendi (p=0,857). Tek çeşit - çoklu madde kullanımı (p=0,277), ailede madde kullanım öyküsü varlığı (p=0,555), ailesel suç öyküsü varlığı (p=0,280), önceden madde kaynaklı DS kararı (p=0,545) ve ilk kullanım yaş grupları (p=0,583) verileri açısından bireylerin rapor sonuç dağılımlarının benzer olduğu görüldü. Öyküsünde madde nedeniyle önceden tedavi varlığı ile rapor sonuçları arasında Fisher'in kesin testi uygulandığında aralarında farklılık olmadığı tespit edildi (p=0,099). Olgu sayısının az olması (n=6) nedeniyle bir ya da birkaç defa madde kullanımı olan bireyler dahil edilmeyerek; madde kullanım süresi grupları arasında rapor sonuçları açısından anlamlı farklılık görülmedi (p=0,096). MİS öyküsü varlığı ile madde kullanımı devamı ilişkisi incelendiğinde; Fisher'in kesin testi uygulandığında aralarında farklılık olmadığı anlaşıldı (p=1,000). DAS nedeniyle ceza almış bireylerin sınırdan anlamlı yüksek oranda altı haftalık program içerisinde olduğu tespit edildi (χ^2 : 3,552, SD: 1, p=0,059). Sadece altı haftalık program içerisindeki olgular sayısal olarak az olması nedeniyle istatistiksel olarak değerlendirilemedi.

Katılımcıların psikiyatrik belirtilerini taramak amacıyla uygulanan ölçek sonuçlarına göre; olguların 21'inin (%14,5) GSI ortalaması 1 ve 1'in üzerinde (≥ 1) olduğu belirlenerek, psikiyatrik semptomlarının psikopatolojik düzeyde olduğu

saptandı. Yaşam boyu en az bir defa madde kullanımını olup / olmaması (n=145) ile GSI arasında Fisher'in kesin testi uygulandığında aralarında anlamlı fark saptanmadı (p=1,000). Çoklu madde kullanan bireylerin tek çeşit madde kullananlara göre (n=137) genel psikopatolojik belirtilerinin anlamlı olarak daha sık bulunduğu tespit edildi (χ^2 : 7,429, SD: 1, p=0,006). Aynı şekilde obsesif - kompulsif (χ^2 : 5,970, SD: 1, p=0,015), kişiler arası duyarlılık (χ^2 : 8,114, SD: 1, p=0,004) ve depresyon (χ^2 : 5,650, SD: 1, p=0,017) belirtilerinin de anlamlı olarak daha sık bulunduğu saptandı. Diğer alt ölçek belirtileri açısından anlamlı fark saptanmadı. Düzenlenen rapor sonuçlarına göre, üç haftalık (n=111) ve altı haftalık (n=34) program içerisindeki olgular psikiyatrik belirti taraması açısından incelendiğinde; Fisher'in kesin testi uygulandığında aralarında anlamlı fark saptanmadı (p=0,099).

Tablo 5. Olguların Bireysel ve Ailesel Suç – Ceza Özellikleri		
Özellik	n	%
Bireysel MİS Öyküsü		
Olan	45	31,0
Olmayan	100	69,0
Bireysel DAS Öyküsü		
Olan	45	31,0
Olmayan	100	69,0
Ailesel Suç Öyküsü		
Olan	45	31,0
Olmayan	100	69,0
Madde Nedeniyle daha önce uygulanmış DS karar sayısı Öyküsü		
1	31	
2 ve üzeri	9	

Tablo 6. Olguların Diğer Adli Suç Özellikleri

Suç*	n
Yaralama - Darp	21
Hırsızlık	14
Tehdit	4
Ruhsatsız silah bulundurma	4
Mala zarar vermek	4
Askeri Suçlar	3
Kaçakçılık	2
Yağma	2
Diğer Suçlar (cinsel suç, parada sahtecilik vb.)	6

*Bazı bireylerin birden fazla diğer suç işledikleri öğrenildi.

Tablo 7. Olguların Toksikolojik Analiz Sonuçları

İdrarda Madde Analiz Sonucu	n	%
Madde saptanmadı	111	76,6
En az bir çeşit madde saptandı.	34	23,4
Tek Çeşit Madde Kullanımı	24	
Çoklu Madde Kullanımı	10	
Saptanan Madde*		
Esrar	22	
Eroin	8	
Metamfetamin	6	
Ekstazi	6	
Morfin	2	
Doktor Kontrolü Dışında Kullanılan İlaçlar	1	

* Bazı katılımcılarda idrarda çoklu madde saptandı.

Tablo 8. Olguların Rapor Sonucu

Üç haftalık program içerisinde olan olgular	n	%	
Tedavisine gerek olmayan	110	75,9	
DS müdürlüğünce dosyası kapatılan	1	0,7	
Altı haftalık program içerisinde olan olgular			
Takip ve tedavi programına uyumlu	25	17,2	73,5
DS müdürlüğünce dosyası kapatılan	6	4,1	17,6
Madde bağımlılığı tedavi merkezine sevk edilme	3	2,1	8,8
Toplam	145 / 34	100,0	100,0

5- TARTIŞMA

Madde kullanımı yaygınlığının artması tüm dünyada olduğu gibi Türkiye'de de bireysel, ailesel ve toplumsal kapsamda sağlık, ekonomik ve sosyokültürel açıdan önemli bir sorundur. Madde kullanan bireylerin gerçek sayısı ve özellikleri, madde kullanımının toplum ve bireyler üzerindeki etkilerinin belirlenmesi zor olmaktadır.¹³¹ Türkiye'de yasa dışı madde kullanımına ilişkin suç işleyenlere yönelik 2006 yılından itibaren birçok sağlık kuruluşunda DS hizmetleri ve uygulaması yapılmasına rağmen bu konu hakkında literatürde sınırlı ve az sayıda çalışma olduğu görüldü. Bu çalışma; Adıyaman Eğitim ve Araştırma Hastanesi, DS Birimi'ne tedavi ve DS tedbiri uygulaması kapsamında başvuran bireylerin sosyodemografik, klinik özellikleri ve suç - ceza ilişkilerinin araştırılması, uygulamanın sonuçları ile katılımcıların sisteme uyumlarının değerlendirilmesi ve madde kullanan bireylerde eşlik edebilecek diğer psikopatolojilerin tespit edilmesi amacıyla yürütüldü.

Madde kullanımı konusunda yapılan çalışmalarda olguların erkek oranı %95,7 - 99,5 arasında değişmekle beraber, büyük çoğunluğunun erkek olduğu belirtilmiştir.^{3,6,7,13,21,132-136} Bu çalışmada da benzer şekilde başvuran bireylerin yüksek oranda erkek olduğu (n = %97,9) gözlemlendi. Becker ve Hu çalışmasında³² madde kullanımında cinsiyet farklılıklarının aşikar olduğunu ancak sistemik yaklaşımla elde edilen deneysel verilerin eksik olması nedeniyle cinsiyetin madde kullanımı ilişkisi hakkında bilgilerin eksik kaldığını, nöral tabanlı hipotezlerin araştırıldığı ek çalışmalara ihtiyaç olduğunu ifade etmiştir.

Madde kullananlar üzerine yapılan çalışmalarda katılımcıların yaş ortalaması incelendiğinde; İstanbul'da²¹ $28,52 \pm 7,10$, İzmir'de¹³² $26,57 \pm 7,17$ ve Antalya'da³ $27,08 \pm 8,68$ (2014 yılı verilerine göre) yıl olarak bulunmuştur. Çalışmamızda katılımcıların yaş ortalaması benzer şekilde $27,21 \pm 6,77$ yıl olarak saptanmış olup, 103 olgu ile büyük oranda (%71,0) 18 - 30 yaş genç erişkin grupta oldukları gözlemlendi. Farklı olarak katılımcıların yaş ortalaması Doğu Karadeniz bölgesinde bulunan Rize ilinde yapılan 2 farklı çalışmadan Bahçeci ve ark.¹³⁶ $33,8$, Aslan ve Hocaoglu¹³ $32,5 \pm 9,8$, yine Trabzon ilindeki çalışmada¹³⁵ $32,47 \pm 10,55$ iken, Marmara bölgesinde yer alan Sakarya ilinde yürütülen çalışmada¹³⁴ ise $32,12 \pm 10,21$ yıl bulundu. Belirtilen çalışmalarda; yaş ortalamalarının kendi aralarında benzer

olduğu saptanırken, çalışmamızın katılımcı yaş ortalamasından ise yüksek olduğu görüldü. Ülkemiz jeopolitik konumu itibarıyla doğu ile batı arasında ticaret ve kültür köprüsü gibidir. Ülkemiz doğusunda madde üreticisi ülkeler, batısında ise madde tüketiminin ve sentetik madde üretiminin en fazla olduğu ülkelerin arasında yer almaktadır. Bu nedenle madde kaçakçılığında yoğun şekilde etkilenmektedir. Madde kaçakçılığı geçiş güzergahı konumunda bulunan illerde daha kolay madde temin edilmektedir.⁴⁹ Madde kullanım nedeni olarak birçok etken bir arada bulunabilir ancak maddeye ulaşılabilirlik en önemli etkidir. Yukarıda bahsettiğimiz Türkiye'nin birçok ilinde yapılan çalışmalar arasında farklılıklar bulunması sosyokültürel, ekonomik ve illerin jeopolitik konumu sonucu maddeye ulaşım kolaylığı gibi nedenlerden kaynaklandığı düşünüldü. Tüm çalışmaların ortak yönü ise madde kullanıcılarının genç erişkin yaş grubunda olmasının daha sık görülmesidir.

Literatürdeki çalışmalarda madde kullanımı nedeniyle DS programına alınanların çoğunun (%54,0 - 67,5) bekar olduğu belirtilmiştir.^{3,6,21,132} Sunulan bu çalışmada katılımcıların medeni durumu incelendiğinde; %62,8'inin bekar olması benzer çalışmalarla uyumlu bulundu. Bazı çalışmalarda ise bekar ve evli sayılarının neredeyse eşit olduğu bildirilmekte olup, bu çalışmalarda bekar oranlarının %47,5 - 49,3 aralığında olup, çalışmamızdaki bekar oranından düşük bulundu.^{7,13,135,136} Katılımcıların çoğunluğunun genç erişkin bireylerden oluşması nedeniyle bekar oranının fazla olduğu düşünüldü. Olguların evlenerek aile kurmalarının ve sorumluluklarının artmasının madde kullanımını azaltacağı değerlendirildi.

Çalışmalarda madde kullanan bireylerin çoğunluğunun (%66,3 - 81,0) ilköğretim mezunu ve altı eğitim düzeyine sahip oldukları gözlemlendi.^{3,6,13,132,134-136} Bu oranın çalışmamızda %70,3 olması önceki çalışmalar ile uyumlu bulundu. Madde kullanımını önlemek için; bireylere ilköğretim döneminden (6 - 14 yaş) itibaren madde konusunda eğitimlerin verilmesi ve toplumsal farkındalığının artmasının sağlanması gerektiği kanaatine varıldı.

Katılımcılar düzenli çalışma durumu, meslek ve gelir düzeylerine göre değerlendirildiğinde; Yazıcı ve ark.¹³⁴ düzenli bir işi olanları %59,6, çalışmayanları ise %31,6 oranında belirlemiştir. Zorlu ve ark.⁶ ise düzenli işi olanları %60,5 oranında saptamıştır. İşsiz bireylerin oranını Bahçeci ve ark.'nın¹³⁶ %23,4, Petin'in

ise¹³² %24,2 olarak tespit ettiği görüldü. Diğer bir çalışmada; Aslan ve Hocaoğlu¹³ aylık geliri 2000 TL altında olanları %92,5, işsiz olanları ise %15,5 oranlarında saptamıştır. Henkel¹³⁷ işsizliğin madde kullanımına, madde kullanımının da işsizliğe yol açtığını ve iki durum arasında kısır bir döngü olduğunu belirtmiştir. Çalışmamızda bireylerin %45,5'i işçi, %27,6'sı işsiz, %24,1'i ise serbest meslek sahibi olduğu görülürken; %69,0'ı gelir getirici bir işte düzenli olarak çalıştığını belirtti. Tüm katılımcıların %80,7'sinin 2000 TL altında aylık gelire sahip olduğu saptandı. Çalışmalarda meslek dağılımlarının katılımcıların kendilerini nasıl tanımladıklarına göre ve araştırmacılar tarafından farklı gruplarda değerlendirilerek belirlendiği görülmekle birlikte, madde kullananların genellikle düşük gelir düzeylerine sahip ve dikkate değer oranda işsiz oldukları anlaşıldı.

Madde kullanımı olan bireylerin yaşam çevreleri değerlendirildiğinde; Yazıcı ve ark.¹³⁴ olguların %89,1'inin ailesi ile birlikte ve %78,8'inin il merkezinde, Kahraman²¹ %90,3'ünün ailesi ya da arkadaşları ile birlikte, Aslan ve Hocaoğlu¹³ ise %85,0 oranında il ve ilçe merkezlerinde yaşadıklarını saptamıştır. Çalışmamızda olguların %80,0'ünün il merkezinde, ayrıca %91,7'sinin ailesi ile birlikte yaşadıkları saptanırken, çalışmamızın kiminle aynı evde yaşadığı ve yaşanılan yer verileri bahsedilen çalışmalarla uyumlu olduğu tespit edildi. Madde kullanan bireylerin toplumdan ve günlük yaşamından soyutlanmadığı, sosyal ilişkilerini devam ettirdiği değerlendirildi. Farklı olarak Bahçeci ve ark.¹³⁶'nın il ve ilçe merkezlerinde yaşayanların oranını çalışmamıza göre daha düşük oranda (%66,6) saptamış olduğu, bu durumun çalışmanın yapıldıktan sonra Türkiye'de belediye kanununda yapılan değişiklik¹³⁸ nedeniyle meydana geldiği düşünüldü.

Hayatlarında bir dönem sigara kullanan veya halen kullanmakta olanların oranı Aslan ve Hocaoğlu'nun çalışmasında¹³ %96 olup, çalışmamız ile (%97,9) uyumlu olduğu görüldü. Alkol ve madde kullanımına bireysel, sosyal ve çevresel faktörlerin neden olduğu belirtilmiştir.¹³⁹ Degenhardt ve ark. madde ile alkol kullanımının sıklıkla birlikte görüldüğünü bildirmektedir.¹⁴⁰ Zorlu⁶ madde kullanımı olan bireylerde alkol kullanımının veya yoksunluğunun sorgulanması ve hastaların bilgilendirilmesinin gerektiğini böylece ciddi yoksunluk bulgularının veya alkol nedenli sağlık sorunlarının gelişmesinin önlenebileceğini ifade etmiştir. Bu bireylerde alkol kullanımının görülmesinin madde kullanım bozukluğu tedavisini

olumsuz etkilediğini, bu nedenle alkol tedavisinin DS sürecine olumlu katkısının olacağını söylemiştir. Bu çalışmada hayatlarında en az bir kez alkol kullananların %92,4 oranında olduğu saptanırken, Aslan ve Hocaoğlu¹³ (%75,5) ve Altıntoprak ve ark.'larının⁷ (%64,3) çalışmalarına göre daha yüksek oranda bulundu.

Olgulardan alınan anamnezde; sekiz kişi (%5,5) şimdiye kadar hiç madde kullanmadığı / denemediğini ifade etti. DS uygulaması kapsamında ülkemizde yürütülen çalışmalarda hiç madde kullanmadığını belirtenlerin oranını Aslan ve Hocaoğlu¹³ (%20,5) ve Kahraman²¹ (%17,5) çalışmamızdan daha yüksek oranda, Yazıcı ve ark.¹³⁴ ise (%2,3) çalışmamızla benzer olarak saptamıştır. Bahsedilen çalışmalarda madde kullanmadığını ifade eden kişilerin DS tedbiri alması; ya başvuru sırasında madde kullanmasını hala inkar etmesi ya da DS sistemine adli süreçte kaynaklanan bir hata nedeniyle girmiş olması nedenleriyle olabilir. DS sisteminin yasal sürecin bir parçası ve ceza olarak görülüyor olması ve çalışma sırasında veri kaydının yapılmasını resmi bir işlem olarak sanılması nedeniyle katılımcıların sorulara gerçek dışı cevaplar verebileceği düşünüldü.

Çalışmalarda dünyada ve ülkemizde madde kullanan olguların en sık olarak esrar kullandıkları saptanmış olup, esrarın %85,2 - 100,0 oranları arasında kullanıldığı görüldü.^{6,7,13,33,133-136} Çalışmamızda madde kullanan bireylerin %94,9'unun yaşamlarında en az bir kez esrar kullandığı tespit edildi ve literatür ile uyumlu olarak değerlendirildi. Bu çalışmanın yapıldığı Adıyaman ilinin kuzeydoğu komşusu olan Diyarbakır, Türkiye'deki madde üretiminin merkezinde olan bir şehirdir. İklim yapısının uygunluğu, verimli arazilere sahip olması, coğrafi koşullar ve maalesef terör faaliyetlerinin yoğunluğu gibi faktörler sonucunda, Türkiye'de esrar ham maddesi olan yasa dışı kenevir ekiminin üçte ikisi bu şehirde yapılmaktadır.¹⁴¹ Çalışmada en sık esrar kullanılmasının saptanması, olguların %80,7'sinin 2000 TL altında aylık gelire sahip olması da göz önüne alınarak; temel olarak düşük gelir düzeyine sahip bireylerin Diyarbakır iline komşu olunması nedeniyle esrarı daha ucuz ve kolay şekilde temin edebilmesine bağlı olduğu düşünüldü. Ayrıca çalışmaya katılan bireylerin esrarın zararlı olmadığı, bağımlılık yapmadığı, kullanımının kanunen yasak olmaması gerektiği gibi düşünceleri olduğu gözlemlendi.

Katılımcıların %5,5'inin şimdiye kadar hiç madde kullanmadığı / denemediği; %59,3'ünün çoklu madde, %35,2'sinin ise tek çeşit madde kullanım öyküsü olduğu görüldü. Çalışmamızda çoklu madde kullanım oranının DS kapsamında (Altıntoprak ve ark.⁷ %1,6, Yazıcı ve ark.¹³⁴ %1,8, Karadeniz ve ark.¹³⁵ %2,0) ve madde tedavi merkezlerinde yürütülen çalışmalardan (Çakmak ve Evren¹⁴² %19,0, Bilici ve ark.⁵ %26,0, Doğanavşargil ve ark.¹⁴³ %30,8) daha yüksek oranda olduğu tespit edildi. Madde ilk kullanım yaşı küçüldükçe, çoklu madde kullanım riski önemli ölçüde artmaktadır. Madde kullanmaya on beş yaşından önce başlayanlarda, yirmi bir yaş veya üzerinde başlayanlara göre madde sorunu görülmesi yaklaşık 7 kat daha sıktır. Bireylerin gençlik dönemi itibarıyla beyin gelişimi tamamlandıkça madde kullanım ve bağımlılık riski azalmaktadır.¹³¹ Çalışmamızda çoklu madde kullanımının yüksek oranda görülmesinin nedeni çalışma örnekleminin çoğunluğunun (%70,0) madde kullanmaya yirmi yaş altında başlaması ve gün geçtikçe farklı maddelere daha rahat ulaşılması olarak düşünüldü.

Çalışmaya katılan olguların en sık olarak 16 - 20 yaş (%47,5), ikinci sıklıkta 12 - 15 yaşları arasında (%22,5) iken ilk kez madde kullandıkları gözlemlendi. Bireylerin maddeyi ilk kez kullanma nedeninin en sık heveslenme (%38,0) olduğu görüldü. Olguların ilk madde kullanma yaş ortalaması $19,72 \pm 5,31$ yıl olarak saptandı. İzmir'de yürütülen çalışmalarda ilk madde kullanma yaş ortalamasını Doğanavşargil ve ark.¹⁴³ ($19,89 \pm 7,10$), Zorlu ve ark.⁶ ($19,6 \pm 5,6$), Kahraman²¹ ($18,92 \pm 5,45$), Petin¹³² ($18,75 \pm 5,36$) yıl olarak saptamış olup, çalışmamızın bahsedilen çalışmalar ile uyumlu olduğu gözlemlenmiştir. Bahçeci ve ark.¹³⁶ çalışmasında ilk madde kullanma yaş ortalamasını (25,64) çalışmamıza göre daha yüksek bulmuştur. Avrupa ve dünya genelinde uyuşturucu kullanımının öncelikle genç nüfusu etkileyen bir sorun olduğu iyi bilinmektedir.¹³⁴ İşsizlik, eğitim ve akademik başarı yetersizliği, heyecan arama isteği, kötü arkadaş çevresi, özentilik, aile ilişkilerinin olumsuz olması (ebeveynler arasında sık sık tartışma olması, boşanmış aile), psikiyatrik hastalık öyküsü gibi etkenlerle bireylerin gençlik dönemlerinde daha sık madde kullanımına yöneldikleri düşünüldü.

Bu çalışmada madde kullananlar içerisinde ayaktan ya da yatarak tedavi görenlerin oranının sadece %14,6 olduğu anlaşıldı. Bu oranın Kahraman²¹ (%9,2) ve Doğanavşargil ve ark.'¹⁴³ (%20,9) çalışmaları ile benzer, Turan ve Yargıç'ın

çalışması¹³³ ile birebir uyumlu (%14,8) olduğu anlaşıldı. Madde kullanımı olan bireylerin tedavi başvuru oranlarını arttırmak için toplumun madde konusunda bilinçlendirilmesi, madde tedavi merkezlerinin etkinliğinin ve sayılarının artırılması, DS uygulamalarının verimli olarak yürütülmesi ve madde kullanan bireylere sosyal destek sağlanması gerektiği düşünüldü.

Olguların %22,1'inin önceden psikiyatrik tedavi almasının, Aslan ve Hocaoğlu'nun çalışması¹³ ile (%29,5) benzer olduğu saptandı. Alkol ve madde kullanım bozukluklarına diğer psikiyatrik hastalıklar sıklıkla eşlik etmekte ve eş tanıların varlığı bozuklukların görünümü, tedavi süreci ve gidişini etkilemektedir. Tedavi sürecinde ek tanıların değerlendirilmemesi, tedavi uyumunu düşürmekte ve bozuklukların kronikleşmesine neden olmaktadır.^{5,144} DS kapsamında başvuran bireylere detaylı psikiyatrik muayene yapılması durumunda daha iyi klinik sonuçlar alınabileceği değerlendirildi.

Bireylerin %17,2'sinde ailesel madde kullanım öyküsü bulunması, Zorlu ve ark.⁶ (%16,7) ve Evren ve Ögel'in⁹⁹ (%21,9) çalışmaları ile uyumlu iken, Altıntoprak ve ark.'nın⁷ (%33,9) çalışmasına göre düşük oranda olduğu görüldü. Ailede madde kullanım öyküsünün olması, madde kullanımı için bir risk faktörüdür.

Olguların %12,4'ünün hayatlarının bir döneminde intihar girişimi öyküsünün olması, Evren ve Ögel'in⁹⁹ çalışmasına göre daha düşük oranda (%46,9) bulunurken, Yalçın ve ark.¹⁴⁵ ile benzer oranda (%17,1) saptandı. Madde kullanımı için akademik başarısızlık, intihar girişimi öyküsü ve depresif bozukluğun risk faktörü olduğu bildirilmiştir.^{146,147} Yalçın ve ark. çalışmasında intihar girişimi öyküsüne sahip olmanın yaşam boyu en az bir defa madde kullanımı riskini 2 kat arttırdığını göstermiş olup, intihar düşüncesi veya intihar girişiminin bulunması gibi şiddetli psikiyatrik semptomları bulunanların madde kullanımı açısından dikkatli sorgulanması gerektiğini belirtmiştir.¹⁴⁵

Madde kullanımı içgörü, karar verme, öğrenme, motivasyon ve davranış kontrolü gibi bilişsel fonksiyonları etkilemektedir. Madde kullanan bireyler olası negatif sonuçların farkında olmalarına rağmen kötü seçimler yapmaya devam etmekte ve kendilerine zarar vermektedirler. Bu durum yaşamının önceki dönemlerindeki güzel koşullara sahip olmasına ve adli ceza tehdidine rağmen neden uyuşturucu alma davranışını durduramadıklarını açıklamaktadır. Ayrıca tıbbi

yaklaşımın, cezai yaklaşıma göre kullanımı ve bağımlılığı azaltmada daha etkili olduğunu göstermektedir.¹⁴⁸ Turan ve Yargıç çalışmasında¹³³ madde suçları nedeniyle hapsedilmenin, madde kullanma davranışı üzerinde ciddi bir caydırıcı etkiye sahip olmadığını, kullanıcıların kişisel sorunlarına yönelik iyi yapılandırılmış ve toplum temelli tedavi ve kapsamlı rehabilitasyon hizmetleri sağlamanın hem ceza hem de sosyal maliyetleri azaltabileceğini ve böylece bu bireylerin başarılı bir şekilde yeniden topluma kazandırılabilceğini belirtmiştir. Bu çalışmada bireysel MİS nedeniyle ceza alanların oranı %31,0 iken, Altıntoprak ve ark.⁷ (%35,7) ile benzer olarak bulundu.

Madde kullanan kişiler kural tanımama, kendine ve etrafına saldırma gibi eylemlerde bulunmakta, böylece suça karışmaktadır. Kimi zaman da suç işleme sırasında bilincin kontrol mekanizmasını zayıflatmak amacıyla madde kullanılmaktadır. Ek olarak bağımlı olduğu maddeyi temin etmek için gereken parayı sağlamak amacıyla gasp, hırsızlık, cinayet, fuhuş ve diğer suçların işlenmesi de görülmektedir.^{15,135} Literatürde madde kullanımıyla, saldırganlık ve şiddet eylemlerinin ilişkili olduğu ve kullananların suç işlemeye daha yatkın oldukları belirtilmiştir.^{16,149} Çalışmamızda DAS nedeniyle ceza alanların oranı %31,0 olup, en sık 21 olgu ile yaralama - darp, ikinci sırada ise 14 olgu ile hırsızlık tespit edildi. Altıntoprak ve ark.⁷ çalışmamıza göre daha yüksek oranda (%43,1) katılımcıların DAS nedeniyle daha önceden yargılandıklarını saptamışken; Karadeniz ve ark.¹³⁵ (%21,9) ve Kahraman²¹ ise (%27,1) benzer oranda madde dışında bir suçtan dolayı yargılananların olduğunu saptamışlardır. Ayrıca Kahraman'ın çalışmasında²¹ madde dışında yargılanma nedenleri arasında en sık yaralama-darp olması çalışmamız ile uyumlu bulundu. Çalışmamızda eğitim düzeyi ile suç öyküsü varlığı (MİS - DAS) arasında anlamlı ilişki tespit edildi. İlkokul mezunu ve altı eğitim düzeyine sahip bireylerin daha sık oranlarda suç işledikleri gözlemlendi. Bu durumu Altıntoprak ve ark.⁷ eğitim düzeyi yükseldikçe kişilerin riskli eylemlerden kendilerini sakındıkları, daha sabırlı ve anlayışlı oldukları, yaptıkları davranışların sonuçlarını daha iyi değerlendirdikleri ve böylece eğitimin suça yönelik davranışları azalttığı şeklinde ifade etmişlerdir.

Olguların %31,0'ının ailesinde herhangi bir suç nedeniyle ceza alan biri olduğu ve Altıntoprak ve ark.'nın çalışması⁷ ile (%22,3) benzer olduğu tespit edildi.

Altıntoprak ve ark.⁷ ailede suç öyküsü varlığı ile bireysel DAS öyküsü arasında anlamlı bir ilişki tespit ederken, çalışmamızda aralarında herhangi bir ilişki saptanmadı.

Turhan ve ark.¹⁵⁰ madde kullanımına başlanılmasında, özellikle gençler için aile bireyleri ve yakın arkadaş çevresi etkisinin önemli olduğunu belirtmiştir. Çalışmaya katılanların büyük çoğunluğunun (%84,8) arkadaş çevresinde madde kullanıcısı olduğu saptandı.

Olguların %27,6'sına daha önce madde kaynaklı DS kararı uygulandığı anlaşıldı. Yasal süreç ile takip edilmesi durumunun bile bazı bireylerin madde kullanmaya devam etmelerine engel olmadığı değerlendirildi.

İdrar numunelerinin toksikolojik analizleri değerlendirildiğinde; olguların %76,6'sında (n = 110) herhangi bir toksik madde saptanmazken, %23,4'ünde (n = 25) en az bir çeşit maddenin pozitif olarak saptandığı görüldü. Bahçeci ve ark.¹³⁶ (%10) ve Zorlu ve ark.⁶ (%10,2) çalışmamıza göre daha düşük oranda, Altıntoprak ve ark.⁷ ise (%43,4) daha yüksek oranda çalışmalarında katılımcılarda en az bir çeşit maddeyi pozitif olarak saptamışlardır. İzmir ilinde yapılan iki farklı çalışmada^{6,7} pozitif test sonucu oranlarının önemli derecede farklı olması nedeniyle, madde kullanımı için yaşanılan bölgenin tek etken olmadığı kanaatine varıldı. Bu çalışmada test sonucu pozitif olan bireylerin idrarlarında en sık (%64,7) esrar tespit edildi. İdrar test sonucu pozitif bireylerde; Zorlu ve ark.⁶ (%86,4) ve Altıntoprak ve ark.⁷ (%83,3) çalışmamıza göre belirgin olarak daha yüksek oranlarda esrar pozitifliği bulunurken, bu durum çalışmamızda çoklu madde kullanımının bahsedilen çalışmalara göre daha sık olmasına bağlandı.

Düzenlenen rapor sonuçlarına göre tüm olguların %75,9'unun üç haftalık program içerisinde iken, tüm idrar örnekleri negatif tespit edilerek tedavisine gerek olmadığı saptanmıştır. Olguların %17,2'sinin altı haftalık programda olup, son üç idrar örneğini negatif vererek, takip ve tedavi programına uyumlu oldukları görülmüştür. Altı haftalık program içerisinde olan altı olgunun takipleri devam ederken DS müdürlüğü yazısı ile takiplerinin sonlandırıldığı, üçünün ise madde kullanmaya devam etmesi nedeniyle madde bağımlılığı tedavi merkezine sevk edildiği gözlemlendi. Bir olgunun ise üç haftalık program içerisinde iken kurum tarafından DS kararının kaldırıldığı ve dosya iadesinin istendiği görüldü. Tüm

olguların %75,9'unun üç haftalık programı başarılı şekilde tamamladığı görüldü. Altı haftalık program içerisindeki 34 olgudan 25'inin (%73,5) programı olumlu olarak bitirdikleri saptandı. DS kapsamında başvuran bireylere uygulanan her iki programın benzer oranda verimli olduğu ve bu programlara etkin bir şekilde devam edilmesi gerektiği düşünüldü.

Üç ve altı haftalık programdaki olgular iki grup olarak; yaş ($p=0,957$), medeni durum ($p=0,724$), meslek ($p=0,410$), gelir düzeyi ($p=0,857$), ailede madde kullanım öyküsü varlığı ($p=0,555$), ailesel suç öyküsü varlığı ($p=0,280$), tek çeşit - çoklu madde kullanımı ($p=0,277$), öyküsünde madde tedavisi varlığı ($p=0,099$), ilk kullanım yaşı ($p=0,583$), madde kullanım süresi ($p=0,096$), önceden madde kaynaklı DS kararı ($p=0,545$), ailesel suç öyküsü varlığı ($p=0,280$) ve MİS öyküsü varlığı ($p=1,000$) verileri ile karşılaştırıldığında; aralarında anlamlı ilişki tespit edilmedi. DAS nedeniyle ceza almış bireylerin sınırda anlamlı yüksek oranda altı haftalık program içerisinde olduğu ($p=0,059$) gözlemlendi. Literatürde çalışmamızla uyumlu şekilde, madde ilişkili suçlar dışında suç kaydı olan bireylerin tedaviyi tamamlama ihtimallerinin düşük, madde kullanım şiddetinin ve olası relaps durumunun ise yüksek olduğunu belirten çalışmalar bulunmaktadır.^{133,151} Altı haftalık programda ilköğretim mezunu ve altı; üç haftalık programda ise lise mezunu ve üzeri eğitim düzeylerinin anlamlı olarak daha sık buldukları saptandı ($p=0,007$). Yazıcı ve ark.¹³⁴ sadece altı haftalık program içerisindeki olguları değerlendirdikleri çalışmalarında; madde ilk kullanım yaşı, düzenli kullanım süresi uzunluğu, öyküde madde tedavisi varlığı ve erkek cinsiyetin tedavi programına negatif cevap alınması ile, Turan ve Yargıç¹³³ ise bir tedavi merkezinde yaptıkları çalışmada tek çeşit madde kullanımının, çalışıyor olmanın, on sekiz yaşından sonra madde kullanmaya başlamanın ve suç kaydı olmamasının tedavi başarı oranı ile ilişkili olduğunu belirtmiştir.

Madde kullanımı olan katılımcıların eşlik edebilecek olası psikiyatrik belirtileri tarandığında; olguların %14,5'inde GSI ortalamasının 1 ve 1'in üzerinde (≥ 1) olduğu belirlenerek, psikiyatrik semptomlarının psikopatolojik düzeyde olduğu saptandı. Çoklu madde kullananlarda tek çeşit madde kullananlara göre ($n=137$) genel psikopatolojik ve alt ölçekler açısından obsesif - kompulsif bozukluk, kişiler arası duyarlılık ve depresyon belirtilerinin anlamlı olarak daha yüksek oranda

görüldüğü saptandı. Diğer alt ölçek belirtileri açısından anlamlı fark saptanmadı. Düzenlenen rapor sonuçlarına göre, üç haftalık (n=111) ve altı haftalık (n=34) program içerisindeki olgular psikiyatrik belirti taraması açısından incelendiğinde; aralarında anlamlı fark saptanmadığı gözlemlendi. Özellikle çoklu madde kullanımı olan bireylerin ek psikiyatrik belirti ve hastalıklar açısından detaylı değerlendirilmesinin tedavi sürecine olumlu katkıları olacağı değerlendirildi.



6- SONUÇ ve ÖNERİLER

Bu çalışma adli makamlarca haklarında madde kullanımı nedeniyle DS kararı verilen bireylerin sosyodemografik, madde kullanım ve psikiyatrik özelliklerini, suç – ceza ilişkilerini, DS uygulamasının sonuçlarını ve katılımcıların sisteme uyumlarını prospektif olarak incelemekte ve değerlendirmektedir.

Çalışmamızda olguların büyük çoğunluğunun erkek ve genç erişkin oldukları gözlemlendi. Katılımcıların yaş ortalaması ise $27,21 \pm 6,77$ yıl olarak saptandı. Bu verilerin sosyokültürel, ekonomik ve illerin jeopolitik konumu sonucu maddeye ulaşım kolaylığı gibi nedenlerden etkilendikleri düşünüldü.

Katılımcıların çoğunluğunun genç erişkin bireylerden oluşması nedeniyle bekar oranının fazla olduğu düşünüldü. Olguların evlenerek aile kurmalarının ve sorumluluklarının artmasının madde kullanımını azaltacağı değerlendirildi.

Olguların %70,3'ünün ilköğretim mezunu ve altı olduğu tespit edildi. Madde kullanımını önlemek amacıyla; bireylere bu konuda ilköğretim döneminden (6 - 14 yaş) itibaren eğitimlerin verilerek toplumun farkındalığının artmasının sağlanması gerektiği düşünüldü.

Bu çalışmada olguların %69,0'ının gelir getirici bir işte düzenli olarak çalıştığı ve %80,7'sinin 2000 TL altında aylık gelire sahip olduğu anlaşıldı. Çalışmanın yapıldığı bölgede madde kullananların genellikle düşük gelir düzeylerine sahip ve dikkate değer oranda işsiz oldukları tespit edildi.

Çalışmamızda olguların %80,0'ının il merkezinde, ayrıca %91,7'sinin ailesi ile birlikte yaşadıkları saptandı. Madde kullanan bireylerin toplumdan ve günlük yaşamından soyutlanmadığı, sosyal ilişkilerini devam ettirdiği değerlendirildi.

Çalışmamızda hayatlarında en az bir kez alkol kullananların %92,4 oranında olduğu saptandı. Madde ile alkol kullanımının sıklıkla birlikte görüldüğü ve bu duruma bireysel, sosyal ve çevresel faktörlerin neden olduğu anlaşıldı. Madde kullanımı olan bireylerde alkol kullanımının veya yoksunluğunun sorgulanması ve hastaların bilgilendirilmesinin gerektiği, böylece ciddi yoksunluk bulgularının veya alkol nedenli sağlık sorunlarının gelişmesinin önenebileceği değerlendirildi. Alkol kullanımı olmasının madde kullanım bozukluğu tedavisini olumsuz etkilediği ve alkol tedavisinin DS sürecine katkısının olacağı düşünüldü.

Madde kullanmadığını ifade eden kişilerin DS tedbiri alması; ya başvuru sırasında madde kullandığını hala inkar etmesi ya da DS sistemine adli süreçte kaynaklanan bir hata nedeniyle girmiş olması nedenleriyle olabilir. DS sisteminin yasal sürecin bir parçası ve ceza olarak görülüyor olması ve çalışma sırasında veri kaydı yapılmasının resmi bir işlem olarak sanılması nedeniyle katılımcıların sorulara gerçek dışı cevaplar verebileceği düşünüldü.

Çalışmamızda en sık esrar kullanılmasının saptanması, düşük gelir düzeyine sahip bireylerin esrarı daha ucuz ve kolay şekilde temin edebilmesine bağlı olduğu düşünüldü. Ayrıca çalışmaya katılan bireylerin esrarın zararlı olmadığı, bağımlılık yapmadığı, kullanımının kanunen yasak olmaması gerektiği gibi düşüncelerinin olduğu gözlemlendi.

Çalışmamızda çoklu madde kullanımının yüksek oranda görülmesinin nedenine baktığımızda; çalışma örnekleminin çoğunluğunun (%70,0) madde kullanmaya yirmi yaş altında başlaması ve günümüzde farklı maddelere daha rahat ulaşılabilmesinin etken olabileceği düşünüldü.

Çalışmaya katılan olguların en sık 16 - 20 yaş, ikinci sıklıkta 12 - 15 yaşları arasında ilk kez madde kullandıkları gözlemlendi. Bireylerin maddeyi ilk kez kullanma nedeni olarak en sık "heveslenme" bulundu. Olguların ilk kez madde kullanma yaş ortalaması 19,72±5,31 yıl ve yirmi yaş altında olduğu gözlemlendi. Ülkemizde ve dünya genelinde yapılan çalışmalarda uyuşturucu kullanımının öncelikle genç nüfusu etkileyen bir sorun olduğu iyi bilinmektedir. İşsizlik, eğitim ve akademik başarı yetersizliği, heyecan arama isteği, kötü arkadaş çevresi, özentilik, aile sevgisinden yoksun kalma, psikiyatrik hastalık öyküsü gibi etkenlerle bireylerin gençlik dönemlerinde daha sık madde kullanımına yöneldikleri düşünüldü.

Bu çalışmada madde kullananlar içerisinde ayaktan ya da yatarak tedavi görenlerin oranının sadece %14,6 olduğu görüldü. Madde kullanımı olan bireylerin tedavi başvuru oranlarını arttırmak için toplumun madde konusunda bilinçlendirilmesi, madde tedavi merkezlerinin etkinliğinin ve sayılarının artırılması, DS uygulamalarının verimli olarak yürütülmesi ve kullanan bireylere sosyal destek sağlanması gerektiği düşünüldü.

Olguların %22,1'inin önceden psikiyatrik tedavi aldığı anlaşıldı. Alkol ve madde kullanım bozukluklarına diğer psikiyatrik hastalıklar sıklıkla eşlik etmekte ve

eş tanıların varlığı bozuklukların görünümü, tedavi süreci ve gidişini etkilemektedir. Tedavi sürecinde ek tanıların değerlendirilmemesi, tedavi uyumunu düşürmekte ve bozuklukların kronikleşmesine neden olmaktadır. DS kapsamında başvuran bireylere detaylı psikiyatrik muayene yapılması durumunda daha iyi klinik sonuçlar alınabileceği değerlendirildi.

Madde kullanımı için akademik başarısızlık, intihar girişimi öyküsü ve depresif bozukluğun risk faktörü olduğu düşünüldü.

Çalışmada tıbbi yaklaşımın, cezai yaklaşıma göre kullanımı ve bağımlılığı azaltmada daha etkili olduğu, madde suçları nedeniyle hapsedilmenin, madde kullanma davranışı üzerinde ciddi bir caydırıcı etkiye sahip olmadığı, kullanıcıların kişisel sorunlarına yönelik iyi yapılandırılmış ve toplum temelli tedavi ve kapsamlı rehabilitasyon hizmetleri sağlamanın hem ceza hem de sosyal maliyetleri azaltabileceği ve böylece bu bireylerin başarılı bir şekilde yeniden topluma kazandırılacağı düşünüldü.

Çalışmamızda eğitim düzeyi ile suç öyküsü varlığı (MİS - DAS) arasında anlamlı ilişki tespit edildi. İlkokul mezunu ve altı eğitim düzeyine sahip bireylerin daha sık oranlarda suç işledikleri gözlemlendi. Eğitim düzeyi yükseldikçe kişilerin riskli eylemlerden kendilerini sakındıklarını, daha sabırlı ve anlayışlı olduklarını, yaptıkları davranışların sonuçlarını daha iyi değerlendirdiklerini ve böylece eğitimin suça yönelik davranışları azalttığı değerlendirildi.

Bu çalışmada ailede suç öyküsü varlığı ile bireysel DAS öyküsü arasında ilişki saptanmadı. Çalışmaya katılanların büyük çoğunluğunun (%84,8) arkadaş çevresinde madde kullanıcısı olduğu saptandı. Madde kullanımına başlanılmasında, özellikle gençler için aile bireyleri ve yakın arkadaş çevresi etkisinin önemli olduğu kanaatine varıldı. Olguların %27,6'sına daha önce madde kaynaklı DS kararı uygulanması, bazı bireylerin yasal süreç ile takip edilmesinin bile madde kullanmaya devam etmelerine engel olmadığı değerlendirildi.

Çalışmada DS kapsamında başvuran bireylere uygulanan her iki programın benzer oranda verimli oldukları ve bu programlara etkin bir şekilde devam edilmesi gerektiği düşünüldü. Üç ve altı haftalık programdaki olgular iki grup olarak; yaş (p=0,957), medeni durum (p=0,724), meslek (p=0,410), gelir düzeyi (p=0,857), ailede madde kullanım öyküsü varlığı (p=0,555), ailesel suç öyküsü varlığı

($p=0,280$), tek çeşit - çoklu madde kullanımı ($p=0,277$), öyküsünde madde tedavisi varlığı ($p=0,099$), ilk kullanım yaşı ($p=0,583$), madde kullanım süresi ($p=0,096$), önceden madde kaynaklı DS kararı ($p=0,545$), ailesel suç öyküsü varlığı ($p=0,280$) ve MİS öyküsü varlığı ($p=1,000$) karşılaştırıldığında; aralarında anlamlı ilişki tespit edilmedi. DAS nedeniyle ceza almış bireylerin sınırdan anlamlı yüksek oranda altı haftalık program içerisinde olduğu ($p=0,059$) gözlemlendi. Madde ile ilişkili suçlar dışında suç kaydı olan bireylerin tedaviyi tamamlama ihtimallerinin düşük, madde kullanım şiddetinin ve olası relaps durumunun ise yüksek olduğu kanaatine varıldı. Altı haftalık programda ilköğretim mezunu ve altı; üç haftalık programda ise lise mezunu ve üzeri eğitim düzeylerinin anlamlı olarak daha sık buldukları tespit edildi.

Madde kullanımı olan katılımcıların %14,5'inde GSI ortalaması 1 ve 1'in üzerinde (≥ 1) olduğu belirlenerek, psikiyatrik semptomlarının psikopatolojik düzeyde olduğu saptandı. Çoklu madde kullananlarda tek çeşit madde kullananlara göre, genel psikopatolojik ve alt ölçekler açısından obsesif - kompulsif bozukluk, kişiler arası duyarlılık ve depresyon belirtilerinin anlamlı olarak daha yüksek oranda görüldüğü saptandı. Diğer alt ölçek belirtileri açısından anlamlı fark saptanmadı. Üç ve altı haftalık program içerisindeki olgular psikiyatrik belirti açısından benzerdi. Özellikle çoklu madde kullanımı olan bireylerin ek psikiyatrik belirti ve hastalıklar açısından detaylı değerlendirilmesinin tedavi sürecine olumlu katkıları olacağı değerlendirildi.

Madde kullanımı ile etkin mücadelede kullanıcıların bireysel özellikleri ve toplumsal, ailesel risk faktörlerinin tespit edilmesinin son derece önemli olduğu sonucuna varıldı.

7- KAYNAKLAR

- 1) Özmen F, Kubanç Y. Liselerde madde bağımlılığı – mevcut durum ve önerilere ilişkin okul müdürleri ve öğretmenlerin bakış açıları. *International Periodical For The Languages, Literature and History of Turkish or Turkic*, 2013;8(3):357-382.
- 2) Büyükçelebi A. Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi Adli Tıp Anabilim Dalına 2000-2010 yılları arasında bağımlılık yapıcı madde kullanımı iddiasıyla adli makamlarca gönderilen olguların irdelenmesi (Tıpta Uzmanlık Tezi). Gaziantep, Gaziantep Üniversitesi, 2011.
- 3) Kulaksızoğlu B, Kulaksızoğlu S, Ellidağ HY, Yılmaz N, Bozkurt S. Antalya ilinde denetimli serbestlik karan alınan kişilerde uyuşturucu madde kullanımının araştırılması. *The Bulletin of Legal Medicine*, 2015;20(1):21-26.
- 4) Bozbey S. Madde kötüye kullanımı veya madde bağımlılığı tanısı alan çocuk ve ergenlere eşlik eden psikiyatrik bozuklukların incelenmesi (Tıpta Uzmanlık Tezi). İstanbul, T.C. Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı Ve Sinir Hastalıkları Eğitim Ve Araştırma Hastanesi, 2015.
- 5) Bilici R, Uğurlu GK, Tufan E, Güven T, Uğurlu M. Bir bağımlılık merkezinde yatarak tedavi gören hastaların sosyodemografik özellikleri. *Fırat Tıp Dergisi*, 2012;17(4):223-227.
- 6) Zorlu N, Türk H, Manavgat Aİ, Karadaş B, Gülseren Ş. Denetimli serbestlik uygulaması kapsamında başvuran hastalarda sosyodemografik, klinik özelliklerin ve alkol kullanım bozukluğu sıklığının geriye dönük değerlendirilmesi. *Anatolian Journal of Psychiatry/Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 2011;12(4):253-257.
- 7) Altıntoprak AE, Akgür SA, Kitapçioğlu G, Yüncü Z, Coşkunol H. Retrospective analysis of probationers: sociodemographic characteristics, individual and familial history of addiction and crime, and treatment outcomes. *Bağımlılık Dergisi - Journal of Dependence*, 2014;15(1):1-9.
- 8) <http://www.mevzuat.gov.tr/MevzuatMetin/1.5.5402.pdf>. Erişim Tarihi:01.08.2018.
- 9) Usta İ, Öztürk H. Denetimli Serbestlik. *Ceza Hukuku Dergisi* 2010;13:1-44.
- 10) Yavuz HA. Denetimli serbestliğin Türk ceza adalet Sistemindeki tarihsel gelişim süreci. *Türkiye Barolar Birliği Dergisi*, 2012;100:318-342.
- 11) <http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2016/08/20160817-18..htm>. Erişim Tarihi:01.08.2018.
- 12) Perry AE, Darwin Z, Godfrey C, McDougall C, Lunn J, Glanville J, et al. The effectiveness of interventions for drug-using offenders in the courts, secure establishments and the community: A systematic review. *Subst Use Misuse* 2009;44:374-400.
- 13) Aslan M, Hocaoğlu Ç. Eğitim ve Araştırma Hastanesinde Denetimli Serbestlik Uygulamalarının Değerlendirilmesi. *The Bulletin of Legal Medicine*, 2015;20(3):138-143.
- 14) <https://dosyamerkez.saglik.gov.tr/Eklenti/2796,denetimliserbestliktedavihazmetlerigenelge-1pdf.pdf?0> Erişim Tarihi:01.08.2018.
- 15) Altuner D, Engin N, Gürer C, Akyay İ, Akgül A. Madde kullanımı ve suç ilişkisi: kesitsel bir araştırma. *Tıp Araştırmaları Dergisi*, 2009;7(2):87-94.
- 16) White HR, Gorman DM. Dynamics of the drug-crime relationship. *Criminal Justice*, 2000;1(15):1-218.

- 17) Evren C, Dalbudak E. Yatarak tedavi gören erkek alkol bağımlılarında dürtüsellik kişilik özelliği ile klinik değişkenlerin korelasyonu. Klinik Psikofarmakoloji Bülteni, 2009; 19: 15-23.
- 18) Ustinov A, Suvorova A, Belyakov A, Makhamatova A, Levina O, Krupitsky E, et al. Psychiatric distress, drug use, and HIV viral load suppression in Russia. AIDS and Behavior, 2016;20(8):1603-1608.
- 19) Işık M. Madde Kullanımı ve Stratejik İletişim. Ankara: Sage, 2013.
- 20) Güleç G, Köşger F, Eşsizoğlu A. DSM-5'te alkol ve madde kullanım bozuklukları. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar, 2015;7(4):448-460.
- 21) Kahraman ZU. Madde Kullanım Suçlarında Denetimli Serbestlik Tedbiri Uygulamasının Etkinliğinin Değerlendirilmesi (Tıpta Uzmanlık Tezi). İstanbul, İstanbul Üniversitesi, 2015.
- 22) Şengezer T. Aile hekimliğinde madde bağımlılığına yaklaşım. Türkiye Klinikleri J Fam Med Special Topics, 2012;3(2):46-50.
- 23) Şengezer T, Şahin AD. Erkeklerde Alkol ve Madde Kullanım Bozukluklarına Güncel Yaklaşım. Türkiye Klinikleri Journal of Family Medicine Special Topics, 2016;7(4):80-85.
- 24) American Psychiatric Association. (1952). Diagnostic and statistical manual of mental disorders, DSM-I. Washington, DC. (1. edition)
- 25) American Psychiatric Association. (1966). Diagnostic and statistical manual of mental disorders, DSM-II. Washington, DC.(2. edition)
- 26) American Psychiatric Association. (1980). Diagnostic and statistical manual of mental disorders, DSM-III. Washington, DC.(3.edition)
- 27) American Psychiatric Association. (1987). Diagnostic and statistical manual of mental disorders, DSM-III. Washington, DC.(3.edition revised)
- 28) American Psychiatric Association. (1994). Diagnostic and statistical manual of mental disorders, DSM-IV. Washington, DC(4. edition)
- 29) Amerikan Psikiyatri Birliği. DSM-V Tanı Ölçütleri Başvuru Elkitabı. Hekimler Yayın Birliği. Ankara, 2013.
- 30) Rash CJ, Weinstock J, Patten RV. A review of gambling disorder and substance use disorders. Subst Abuse Rehabil, 2016;17(7):3-13.
- 31) Kutlu, Y. Substance use and abuse among women / Kadının madde kullanımı ve bağımlılığı. Journal of Psychiatric Nursing, 2011;2(2):90-94.
- 32) Becker JB, Hu M. Sex differences in drug abuse. Frontiers in Neuroendocrinology, 2008;29(1):36-47.
- 33) United Nations Office on Drugs and Crime, World Drug Report 2017 (ISBN: 978-92-1-148291-1, eISBN: 978-92-1-060623-3, United Nations Publication, Sales No. E.17.XI.6).
- 34) Avrupa Uyuşturucu ve Uyuşturucu Bağımlılığını İzleme Merkezi, Avrupa Uyuşturucu Raporu 2018: Eğilimler ve Gelişmeler, Avrupa Toplulukları Resmi Yayınlar Bürosu, Lüksemburg, 2018.
- 35) T.C. İçişleri Bakanlığı, Emniyet Genel Müdürlüğü, Narkotik Suçlarla Mücadele Daire Başkanlığı, Türkiye Uyuşturucu ve Uyuşturucu Bağımlılığı İzleme Merkezi, 2017 Türkiye Uyuşturucu Raporu (2016 Verileri). Ankara, 2017.

- 36) Ögel K. Madde kullanım bozuklukları epidemiyolojisi. Türkiye Klinikleri Dahili Tıp Bilimleri Dergisi Psikiyatri, 2005; 1(47), 61-4.
- 37) Yüncü Z, Saatçioğlu H, Aydın C, Özbaran B, Altıntoprak E, Köse S. Bir şehir efsanesi: Madde kullanmaya başlama yaşı düşüyor mu. Literatür Sempozyum, 2014;1(4):43-50.
- 38) Isıklı S, Irak M. Türkiye’de madde kullanımı ve bağımlılığı profili araştırması: 2002 yılı madde kullanımı geniş alan araştırması nihai rapor. Türk Psikologlar Derneği, 2002; 4:55-65.
- 39) Binbay T, Direk N, Aker T, Akvardar Y, Alptekin K, Cimilli C, et al. Türkiye’de psikiyatrik epidemiyoloji: yakın zamanlı araştırmalarda temel bulgular ve gelecek için öneriler. Türk Psikiyatri Dergisi, 2013;24(4):1-18.
- 40) Ögel K. Sigara, alkol ve madde kullanım bozuklukları: Tanı, Tedavi ve Önleme. Yeniden Yayınları. İstanbul, 2010. <http://www.ogelk.net/Dosyadepo/maddeler.pdf>. Erişim Tarihi:04.07.2018.
- 41) Özden SY. Uyuşturucu Madde Bağımlılığı Teşhis, Tedavi, Tedbir. Nobel Tıp Kitabevleri, İstanbul, 1992.
- 42) Özbostan M. 2017 yılı ilk altı ayında adli tıp anabilim dalımız bilirkişi kurulunca ‘uyutucu, uyuşturucu, uyarıcı madde aranması’ konulu rapor düzenlenmiş olguların değerlendirilmesi (Tıpta Uzmanlık Tezi). Isparta, Süleyman Demirel Üniversitesi, 2018.
- 43) Ersoy Ö. Kahramanmaraş il merkezindeki lise son sınıf öğrencilerinde madde bağımlılığı ve etkileyen faktörler (Tıpta Uzmanlık Tezi). Adana, Çukurova Üniversitesi, 2015.
- 44) Schumacher MA, Basbaum AI, Way WL. Opioid Analgesics & Antagonists. In: Katzung BG, Masters SB, Trevor AJ, eds. Basic & Clinical Pharmacology, 12th Edition, New York, The McGraw-Hill Companies, 2012; p:543-564.
- 45) <http://www.yeniden.org.tr/bilgimerkezi/maddeler/eroin.asp>. Erişim Tarihi:21.07.2018.
- 46) Kayaalp SO. Opioid Analjezikler. Akılcı tedavi yönünden Tıbbi Farmakoloji. 13. Baskı 2. Cilt. 826-45.2012
- 47) Kılıç FS. Opioidler, Ağrı, Opioidlerin Suistimali ve Yanlış Kullanımı. Osmangazi Tıp Dergisi, 2017; 39(3):125-129.
- 48) http://www.kom.pol.tr/Sayfalar/Narkotik_Madde_Turleri.aspx. Erişim Tarihi:21.07.2018.
- 49) Yılmaz N. Alkol ve Madde Bağımlılığı: Bireysel ve Toplumsal Sonuçları (Yüksek Lisans Tezi). İstanbul, Beykent Üniversitesi, 2015.
- 50) <http://www.bagimlilikuzmani.com/eroin-morfin-bagimlilik/>. Erişim Tarihi:21.07.2018.
- 51) Kıyan S. Acil serviste sedasyon ve analjezi. Turkish Journal of Emergency Medicine, 2008;8(3):144-151.
- 52) Asıcıoğlu F, Özcan M, Saygılı S, Iraz M, Okudan M, İlhan L. Expert opinion on codeine and codeine containing drugs. J For Med, 2013;27(3):189-198.
- 53) Van Hout MC, Bergin M, Foley M, Rich E, Rapca AI, Harris R, Norman I. A Scoping Review of Codeine Use, Misuse and Dependence, final report. CODEMISUSED Project European Commission 7th Framework Programme, EU. Brussels, 2014.

- 54) Trescot AM, Helm S, Hansen H, Benyamin R, Glaser SE, Adlaka R, et al. Opioids in the Management of Chronic Non-Cancer Pain: An Update of American Society of the Interventional Pain Physicians'(ASIPP) Guidelines. *Pain Physician*, 2008;11:S5-S62.
- 55) Feinberg DT. The cost of over-the-counter substance abuse. *Journal of Child & Adolescent Psychopharmacology*, 2006;16(6):801-802.
- 56) Koren G, Cairns J, Chitayat D, Gaedigk A, Leeder SJ. Pharmacogenetics of morphine poisoning in a breastfed neonate of a codeine-prescribed mother. *The Lancet*, 2006;368(9536):704.
- 57) Dökmeçi İ, Dökmeçi AH. Türkiye İlaç Rehberi. 4.baskı, Nobel Tıp Kitapevleri Ltd.Şti, İstanbul, 2004.
- 58) Ng JL, Morgan DJ, Loh NK, Gan SK, Coleman PL, Ong GS, et al. Life-threatening hypokalaemia associated with ibuprofen-induced renal tubular acidosis. *The Medical Journal of Australia*, 2011;194(6):313-316.
- 59) Barreto SG, Tiong L, Williams R. Drug-induced acute pancreatitis in a cohort of 328 patients. A single-centre experience from Australia. *JOP. Journal of the Pancreas*, 2011;12(6):581-585.
- 60) Lüscher C. Drugs of abuse. In: Katzung BG, Masters SB, Trevor AJ, eds. *Basic & Clinical Pharmacology*, 12th Edition, New York, The McGraw-Hill Companies, 2012; p:565-580.
- 61) Gorelick DA, Baumann MH (2014) The Pharmacology of cocaine, amphetamines, and other stimulant. *The ASAM Principles of Addiction Medicine Fifth Edition*. Ries RK, Fiellin DA, Miller SC, Saitz R(ed) Wolters Kluwer Health-ASAM, China
- 62) Bilgiç B. Madde Kullanım Bozukluğu Tanılı Ergenlerde Tedavi Hizmetlerinin Etkinliğinin Değerlendirilmesi (Tıpta Uzmanlık Tezi). İzmir, Dokuz Eylül Üniversitesi, 2018.
- 63) Krasnova IN, Cadet JL. Methamphetamine toxicity and messengers of death. *Brain Res Rev* 2009;60(2):379–407.
- 64) Bagot KS, Kaminer Y. Efficacy of stimulants for cognitive enhancement in non-attention deficit hyperactivity disorder youth: a systematic review. *Addiction*, 2014;109(4):547-557.
- 65) Çakır D. Edirne'deki liselerde ve Trakya Üniversitesi öğrencilerinde alkol ve psikoaktif madde kullanımının yaygınlığı (Tıpta Uzmanlık Tezi). Edirne, Trakya Üniversitesi, 2011.
- 66) Zimmerman JL. Cocaine intoxication. *Critical care clinics*, 2012;28(4):517-526.
- 67) Connors NJ, Hoffman RS. Experimental treatments for cocaine toxicity: a difficult transition to the bedside. *Journal of Pharmacology and Experimental Therapeutics*, 2013;347.2:251-257.
- 68) Resnick, RB, Kestenbaum RS, Schwartz LK. Acute systemic effects of cocaine in man: a controlled study by intranasal and intravenous routes. *Science*, 1977;195.4279:696-698.
- 69) Pomara C, Cassano T, D'Errico S, Bello S, Romano AD, Riezzo I, et al. Data available on the extent of cocaine use and dependence: biochemistry, pharmacologic effects and global burden of disease of cocaine abusers. *Current medicinal chemistry*, 2012;19(33):5647-5657.
- 70) Sordo L, Indave BI, Barrio G, Degenhardt L, De La Fuente L, Bravo MJ. Cocaine use and risk of stroke: a systematic review. *Drug and alcohol dependence*, 2014;142:1-13.
- 71) Heal DJ, Smith SL, Gosden J, Nutt DJ. Amphetamine, past and present—a pharmacological and clinical perspective. *Journal of Psychopharmacology*, 2013;27(6):479-496.

- 72) Ciccarone D. Stimulant abuse: pharmacology, cocaine, methamphetamine, treatment, attempts at pharmacotherapy. *Primary Care: Clinics in Office Practice*, 2011;38(1):41-58.
- 73) Evren C, Bozkurt M. Update on methamphetamine: an old problem that we have recently encountered. *Dusunen Adam The Journal of Psychiatry and Neurological Sciences* 2018;31:1-10.
- 74) Chomchai C, Chomchai S. Global patterns of methamphetamine use. *Current opinion in psychiatry*, 2015;28(4):269-274.
- 75) Grant KM, Levan TD, Wells SM, Li M, Stoltenberg SF, Gendelman HE, et al. Methamphetamine-Associated Psychosis. *J Neuroimmune Pharmacol* 2011, 7(1):113–139.
- 76) Moszczynska A, Callan SP. Molecular, behavioral, and physiological consequences of methamphetamine neurotoxicity: implications for treatment. *Journal of Pharmacology and Experimental Therapeutics*, 2017;362(3):474-488.
- 77) Meyer JS. 3,4-methylenedioxymethamphetamine (MDMA): current perspectives. *Substance abuse and rehabilitation*, 2013;4:83-99.
- 78) Sumnall H R, Cole JC, Jerome L. The varieties of ecstatic experience: an exploration of the subjective experiences of ecstasy. *Journal of Psychopharmacology*, 2006;20(5):670-682.
- 79) Erensoy H, Burhanoglu S. Intranasal abuse of methylphenidate and bupropion: A case report. *Journal of Dependence*, 2014;15(2):102-104.
- 80) Uzbay İT, Yüksel N. Madde kötüye kullanımı ve bağımlılığı. *Psikofarmakoloji*. N. Yüksel (Ed.). Yenilenmiş 2. Baskı, Ankara, Çizgi Tıp Kitabevi, 2003:485-520.
- 81) Mutlu O, Kaya H. Deneysel Şizofreni Modelleri. *Kocaeli Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2015; 1(1):12-20.
- 82) Javitt DC, Zukin SR. Recent advances in the phencyclidine model of schizophrenia. *Am J Psychiatry*, 1991;148:1301–1308.
- 83) Karakuş G, Kocal Y, Sert D. Şizofreni: Etyoloji, Klinik Özellikler ve Tedavi. *Arşiv Kaynak Tarama Dergisi*, 2017;26(2):251-267.
- 84) Dwivedi Y, Pandey GN. Glutamatergic neurotransmission abnormalities and schizophrenia. In *Handbook of Schizophrenia Spectrum Disorder* (Ed. MS Ritsner). New York, Springer, 2011, 87-304.
- 85) Delgado J. Intoxication from LSD and other common hallucinogens. *UpToDate* Waltham, MA: UpToDate, 2012. <https://www.uptodate.com/contents/intoxication-from-lsd-and-other-common-hallucinogens>. Erişim Tarihi:21.07.2018.
- 86) Blaho K, Merigian K, Winbery S, Geraci SA, Smartt C. Clinical pharmacology of lysergic acid diethylamide: case reports and review of the treatment of intoxication. *American Journal of Therapeutics*, 1997;4(5-6):211-221.
- 87) Ozer U, Batmaz M, Akbas I. Gamma-hydroxybutyrate (GHB): an Emerging Substance of Abuse. *Dusunen Adam The Journal of Psychiatry and Neurological Sciences*, 2017;30:73-74.
- 88) Liechti ME, Kunz I, Greminger P, Speich R, Kupferschmidt H. Clinical features of gamma-hydroxybutyrate and gamma-butyrolactone toxicity and concomitant drug and alcohol use. *Drug and alcohol dependence*, 2006;81(3):323-326.

- 89) Nemeth Z, Kun B, Demetrovics Z. The involvement of gammahydroxybutyrate in reported sexual assaults: a systematic review. *J Psychopharmacol*, 2010;24:1281-1287.
- 90) Brunt TM, Koeter MW, Hertoghs N, van Noorden MS, van den Brink W. Sociodemographic and substance use characteristics of gamma hydroxybutyrate (GHB) dependent in patients and associations with dependence severity. *Drug Alcohol Depend* 2013; 131:316-319.
- 91) Eilers H, Yost S. General Anesthetics. In: Katzung BG, Masters SB, Trevor AJ, eds. *Basic & Clinical Pharmacology*, 12th Edition, New York, The McGraw-Hill Companies, 2012; p:429-447.
- 92) Olson KR. Management of the Poisoned Patient. In: Katzung BG, Masters SB, Trevor AJ, eds. *Basic & Clinical Pharmacology*, 12th Edition, New York, The McGraw-Hill Companies, 2012; p:1027-1038.
- 93) Huffman JW, Dai D, Martin BR, Compton DR. Design, synthesis and pharmacology of cannabimimetic indoles. *Bioorg Med Chem Lett*, 1994;4:563-566.
- 94) Artuç S, Doğan KH, Demirci Ş. Uyuşturucu Maddelerde Yeni Trend Sentetik Kannabinoidler. *The Bulletin of Legal Medicine*, 2014;19(3):198-205.
- 95) Ergül DF, Ekemen S, Yelken BB. Synthetic cannabinoid ‘bonzai’ intoxication: six case series. *Turkish Journal of Anaesthesiology And Reanimation*, 2015;43(5):347-351.
- 96) Vandrey R, Dunn KE, Fry JA, Girling ER. A survey study to characterize use of Spice products (synthetic cannabinoids). *Drug Alcohol Depend*, 2012;120:238-241.
- 97) Moosmann B, Kneisel S, Girreser U, Brecht V, Westphal F, Auwärter V. Withdrawal phenomena and dependence syndrome after the consumption of “spice gold”. *Dtsch Arztebl Int*, 2009;106:464-467.
- 98) Skinstad AH, Swain A. Comorbidity in a clinical sample of substance abusers. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 2001;27(1):45-64.
- 99) Evren C, Ögel K. Alkol/madde bağımlılarında dissosiyatif belirtiler ve çocukluk çağı travması, depresyon, anksiyete ve alkol/madde kullanımı ile ilişkisi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 2003;4:30-37.
- 100) Öztürk YE, Kırloğlu M, Kırış R. Alkol ve Madde Bağımlılığında Risk Faktörleri. *Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Meslek Yüksekokulu Dergisi*, 2015;18(2):97-118.
- 101) Andreoli A, Gressot G, Aapro N, Tricot L, Gognalons MY. Personality disorders as a predictor of outcome. *Journal of Personality Disorders*, 1989;3(4):307-320.
- 102) De Jong CA, Van den Brink W, Harteveld FM, Van Der Wielen EGM. Personality disorders in alcoholics and drug addicts. *Comprehensive Psychiatry*, 1993;34(2):87-94.
- 103) Karakuş G, Evlice YE, Tamam L. Psikiyatri kliniğinde yatan hastalarda alkol ve madde kullanım bozukluğu sıklığı. *Cukurova Medical Journal (Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi)*, 2012; 37(1):37-48.
- 104) Ellason JW, Ross CA, Sainton K, Mayran LW. Axis I and II comorbidity and childhood trauma history in chemical dependency. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 1996;60(1):39-51.
- 105) Westermeyer J, Wahmanholm K, Thuras P. Effects of childhood physical abuse on course and severity of substance abuse. *American Journal on Addictions*, 2001;10(2):101-110.
- 106) Roesler TA, Dafler CE. Chemical dissociation in adults sexually victimized as children: Alcohol and drug use in adult survivors. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 1993;10(6):537-543.


- 107) Önal A, Ögel K, Eke C. Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Belirtileri Bulunan Ergenlerde Madde Kullanımı ve Aile Özellikleri Üstüne Kesitsel Bir Çalışma. Klinik Psikofarmakoloji Bülteni, 2011;21(3):225-231.
- 108) Dilbaz N, Darçın AE. Şizofreni ve madde kullanım bozukluğu eş tanılı hastalarda tedavi. Klinik Psikofarmakoloji Bülteni, 2011;21(1):80-90.
- 109) Akvardar Y, Tümüklü M, Alptekin KŞ. Madde kullanımı. Bağımlılık Dergisi, 2003;4:118-122.
- 110) Tremblay RE, Nagin DS, Séguin JR, Zoccolillo M, Zelazo PD, Boivin M, et al. Physical aggression during early childhood: Trajectories and predictors. Pediatrics, 2004;114(1):43-50.
- 111) Bennett T, Holloway K, Farrington D. The statistical association between drug misuse and crime: A meta-analysis. Aggression and Violent Behavior, 2008;13(2):107-118.
- 112) Ceza ve Tevkifevleri Genel Müdürlüğü, Denetimli Serbestlik Daire Başkanlığı Resmi Sitesi, <http://www.cte-ds.adalet.gov.tr>, Erişim Tarihi:30.07.2018.
- 113) Tunca EM. Denetimli Serbestlik Programı'ndan Yararlanan Kişilerin Kişilik Özelliklerinin Davranış İnhibisyon Sistemi/Davranış Aktivasyon Sistemi Ölçeği Ve Eysenck Kişilik Envanteri-Gözden Geçirilmiş Kısa Formu Üzerinden Araştırılması (Yüksek Lisans Tezi). İzmir, Ege Üniversitesi, 2016.
- 114) <http://law.jrank.org/pages/4568/Augustus-John.html>, Erişim Tarihi: 31.07.2018.
- 115) <https://www.appa-net.org/PPP-Supervision-Week/files/Per-sp98pers30.pdf>, Erişim Tarihi: 31.07.2018.
- 116) <https://www.theguardian.com/society/2007/may/02/crime.penal>, Erişim Tarihi: 31.07.2018.
- 117) Kamer VK. Ceza Adalet ve İnfaz Sistemi İçinde Denetimli Serbestlik Sisteminin Önemi. Adalet Dergisi, 2008;31:69-80.
- 118) Yavuz HA. Denetimli Serbestliğin Türk Ceza Adalet Sistemindeki Tarihsel Gelişim Süreci. TBB Dergisi 2012;100:317-342.
- 119) <http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2004/10/20041012.htm>. Erişim Tarihi: 01.08.2018.
- 120) <http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2013/03/20130305.pdf>. Erişim Tarihi: 01.08.2018.
- 121) Derogatis LR, Lipman RS, Rickels K. The Hopkins Symptom Checklist (HSCL) - A Self Report Symptom Inventory. Behav Sci, 1974;19:1-16.
- 122) Dağ, I. (1991). Belirti Tarama Listesi (Scl-90-R)'nin Üniversite Öğrencileri için güvenilirliği ve geçerliliği. Türk Psikiyatri Dergisi.
- 123) Kılıç M. Belirti Tarama Listesi (SCL-90-R)'nin Geçerlilik ve Güvenirliği. Psikolojik Danışma ve Rehberlik Dergisi, 1991;1:45-52.
- 124) Derogatis LR, Lipman RS, Covi I. The SCL-90: An Outpatient Psychiatric Rating Scale. Psychopharmacology Bulletin, 1973;9:13-28.
- 125) Karadon SH. Madde Kullanan Hükümlülerin Ruhsal Durumlarının İncelenmesi (Yüksek Lisans Tezi). İzmir, Dokuz Eylül Üniversitesi, 2012.
- 126) Dağ I. Belirti Tarama Listesi (SCL-90-R)[Symptom CheckList (DCL-90-R)]. Psikiyatride Kullanılan Klinik Ölçekler [Clinical measures used within psychiatry], 2000;33-40.
- 127) Aşkın R, İlisu B, Çilli AS, Altuğ FB, Kaya N, Kucur R. Lise Öğrencilerinde Scl-90-R ile Semptom Taraması. Düşünen Adam; 1995;8 (1):43-47.

- 128) Çıgırıkçı H. Kronik Hastalığı Nedeniyle Devamlı Takip Edilmekte Olan Çocukların Annelerinin Sosyodemografik Özellikleri ve Annelerin Depresyon Prevalansı (Tıpta Uzmanlık Tezi). İstanbul, Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, 2007.
- 129) Pasareanu AR, Opsal A, Vederhus JK, Kristensen Ø, Clausen T. Quality of Life Improved Following in-Patient Substance Use Disorder Treatment. *Health and Quality of Life Outcomes*, 2015;13:35.
- 130) http://www.turkpsdr.com/modules/test/SCL_90_R.htm. Erişim Tarihi: 02.08.2018.
- 131) Orum MH, Kustepe A, Kara MZ, Dumlupinar E, Egilmez OB, Ozen ME, et al. Addiction profiles of patients with substance dependency living in Adiyaman province. *Substance*, 2018;35(43):8.
- 132) Petin B. Denetimli Serbestlik Kapsamında Madde Bağımlılığı İçin Tedaviye Yönlendirilen Olguların Algıladıkları Aile Desteğinin Tedaviye Etkisi Ve Ailelerinde Psikiyatrik Tanı Varlığı (Tıpta Uzmanlık Tezi). İzmir, Ege Üniversitesi, 2014.
- 133) Turan R, Yargic I. The Relationship between Substance Abuse Treatment Completion, Sociodemographics, Substance Use Characteristics and Criminal History. *Substance Abuse*, 2012;33(2):92-98.
- 134) Yazici AB, Yazici E, Kumsar NA, Erol A. Addiction Profile in Probation Practices in Turkey:5 Year Data Analysis. *Neuropsychiatric disease and treatment*, 2015;11:2259-63.
- 135) Karadeniz H, Birincioğlu İ, Seçilmişoğlu B, Savaş H, Zazoğlu, S. Trabzon'da Denetimli Serbestlik ve Yardım Merkezi Şube Müdürlüğü'nde madde bağımlılığı nedeniyle kayıtlı olgularda toksikolojik analiz bulguları ve tedavi uygulamalarının değerlendirilmesi. *The Bulletin of Legal Medicine*, 2009;14(2):80-7.
- 136) Bahçeci B, Helvacı Çelik F, Kandemir G, Güveli H, Polat S, Hocoğlu Ç. Doğu Karadeniz Bölgesi'nde Bir Eğitim ve Araştırma Hastanesi'ne Denetimli Serbestlik Kapsamında Başvuran Hastaların Değerlendirilmesi: Bir Yıllık Geriye Dönük Çalışma. *Adli Tıp Dergisi*, 2014;28(1):1-9.
- 137) Henkel D. Unemployment and Substance Use: A Review of The Literature (1990-2010). *Current Drug Abuse Reviews*, 2011;4(1):4-27.
- 138) On Dört İlde Büyükşehir Belediyesi Ve Yirmi Yedi İlçe Kurulması İle Bazı Kanun Ve Kanun Hükmünde Kararnamelerde Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun (2012), T.C. Resmi Gazete, 28489, 6/12/2012.
- 139) Gorman DM, Derzon JH. Behavioral traits and marijuana use and abuse: a meta-analysis of longitudinal studies. *Addictive behaviors*, 2002;27(2):193-206.
- 140) Degenhardt L, Hall W, Lynskey M. Alcohol, Cannabis and Tobacco Use Among Australians: A Comparison of Their Associations with Other Drug Use and Use Disorders, Affective and Anxiety Disorders, and Psychosis. *Addiction*, 2001;96(11):1603-1614.
- 141) Çetin HC, Duru H. Bitmeyen Savaş: Diyarbakır'da Terör-Uyuşturucu İlişkisi. *Anadolu Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 2015;15(2):33-44.
- 142) Çakmak D, Evren C. Alkol ve madde kullanım bozuklukları. İstanbul, Özgül Matbaacılık; 2006, 33-62.

- 143)** Doğanavşargil GÖ, Sertöz ÖÖ, Coşkunol H, Şen G. EÜTF Psikiyatri Anabilim Dalı bağımlılık tedavi biriminin hasta verilerinin on yıllık geriye dönük olarak incelemesi: madde kullanan hastaların sosyodemografik özellikleri. Bağımlılık Dergisi, 2004; 5(3): 115-20.
- 144)** Altınbaş K, Saatçioğlu Ö, Çakmak D. Madde Bağımlılığı ve Psikoz. Nöropsikiyatri Arşivi, 2007;44:34-40.
- 145)** Yalçın M, Eşsizöğlu A, Akkoç H, Yaşan A, Gürgen F. Dicle Üniversitesi öğrencilerinde madde kullanımını belirleyen risk faktörleri. Klinik Psikiyatri, 2009;12:125-133.
- 146)** Bruner AB, Fishman M. Adolescents and illicit drug use. Jama, 1998;280(7):597-598.
- 147)** RD Hicks, G Bemis Batzer, W Bemis Batzer, WK Imai. Psychiatric, developmental and adolescent medicine issues in adolescent substance use and abuse. Adolescent Medicine. State of the Art Review, 1993;4:453-468.
- 148)** Volkow ND, Baler RD, Goldstein RZ. Addiction: pulling at the neural threads of social behaviors. Neuron, 2011;69(4):599-602.
- 149)** Boles SM, Miotto K. Substance abuse and violence: A review of the literature. Aggression and violent behavior, 2003;8(2):155-174.
- 150)** 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.
- 151)** Alemi F, Stephens RC, Llorens S, Orris B. A Review of Factors Affecting Treatment Outcomes: Expected Treatment Outcome Scale. The American Journal of Drug and Alcohol Abuse, 1995;21(4):483-509.

8- EKLER

8.1. T.C ADIYAMAN ÜNİVERSİTESİ GİRİŞİMSSEL OLMAYAN ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU ONAYI

**T.C.
ADIYAMAN ÜNİVERSİTESİ
Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu**

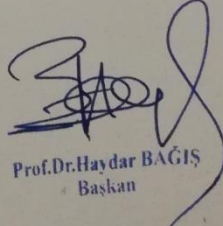
Karar Tarihi	Toplantı Sayısı	Karar Sayısı
24/10/2017	7	2017/ 7-31

Adiyaman Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı Öğretim Üyesi Yrd. Doç. Dr.Hüseyin KAFADAR'ın sorumluluğunda yapılması tasarlanan Madde Kullanımı Nedeniyle Denetimli Serbestlik Tedbiri Uygulanan Bireylerin Sosyodemografik ve Klinik Özellikleri ile Suç - Ceza İlişkilerinin Değerlendirilmesi" adlı proje için hazırlanmış olan ve 02/10/2017 tarihinde sunulan Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar İçin Başvuru Formu ile ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş, araştırmanın yürürlükte olan ilgili yasal düzenlemelere uyularak yürütülmesi ve sonuçlandırılması koşulu ile gerçekleştirilmesinde etik sakınca bulunmadığına ve Etik Kurul kararının başvuru sahibine iletilmesine toplantıya katılan Etik Kurul Üyeleri'nin oy birliği ile karar verilmiştir.

(İmza)
Prof. Dr. Haydar BAĞIŞ
Başkan

<p style="text-align: center;">(Katılmadı) Prof. Dr. Gülnur TARHAN Üye</p>	<p style="text-align: center;">(İmza) Doç. Dr. Fatih ÜÇKARDEŞ Üye</p>
<p style="text-align: center;">(İmza) Doç. Dr. Çapan KONCA Üye</p>	<p style="text-align: center;">(Katılmadı) Yrd. Doç. Dr. Ali ŞİMŞEK</p>
<p style="text-align: center;">(İmza) Yrd.Doç.Dr.Serdar OLT Üye</p>	<p style="text-align: center;">(Katılmadı) Yrd.Doç.Dr. Ali PARLAR Üye</p>
<p style="text-align: center;">(İmza) Yrd.Doç.Dr.Mehmet BÜLBÜL Üye</p>	<p style="text-align: center;">(İmza) Yrd.Doç.Dr. Muhittin ÖNDERCI Üye</p>
<p style="text-align: center;">(Proje Araştırmacısı) Yrd.Doç.Dr.Hüseyin KAFADAR Üye</p>	<p style="text-align: center;">(İmza) Yrd.Doç.Dr.Mahmut KOPARAL Üye</p>

ASLI GİBİDİR


Prof.Dr.Haydar BAĞIŞ
Başkan

8.2. T.C ADIYAMAN EĞİTİM ve ARAŞTIRMA HASTANESİ PSİKİYATRİ POLİKLİNİĞİ OLUR KABUL YAZISI

T.C
ADIYAMAN ÜNİVERSİTESİ
Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurul Başkanlığına

Üniversitemiz Adli Tıp Anabilim dalında araştırma görevlisi doktor olarak görev yapan Dr. Kerem SEHLİKOĞLU'nun uzmanlık tezi olarak planlanan "**Madde Kullanımı Nedeniyle Denetimli Serbestlik Tedbiri Uygulanan Bireylerin Sosyodemografik ve Klinik Özellikleri ile Suç – Ceza İlişkilerinin Değerlendirilmesi**" adlı, sorumlu danışmanı Yrd. Doç. Dr. Hüseyin KAFADAR olan çalışmanın Denetimli Serbestlik Birimimizde yürütülmesini bölüm sorumlusu olarak onaylamaktayım.10.10.2017

Yrd. Doç. Dr. Oğuzhan Bekir EĞİLMEZ
Psikiyatri Ana Bilim Dalı Başkanı

8.3. BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR BELGESİ

ADİYAMAN ÜNİVERSİTESİ

GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR BELGESİ

(Çalışma grubu için)

“Madde Kullanımı Nedeniyle Tedavi ve Denetimli Serbestlik Tedbiri Uygulanan Bireylerin Sosyodemografik ve Klinik Özellikleri ile Suç - Ceza İlişkilerinin Değerlendirilmesi” isimli bir çalışmada yer almak üzere davet edilmiş bulunmaktasınız. Bu çalışma, araştırma amaçlı olarak yapılmaktadır. Sizin de bu araştırmaya katılmanızı öneriyoruz. Çalışmaya katılım gönüllülük esasına dayalıdır. Çalışmaya katılma konusunda karar vermeden önce araştırmanın ne amaçla yapılmak istendiğini ve nasıl yapıldığını, sizinle ilgili bilgilerin nasıl kullanılacağını, çalışmanın neler içerdiğini bilmeniz önemlidir. Lütfen aşağıdaki bilgileri dikkatlice okuyun ve sorularınıza açık yanıtlar isteyin. Çalışma hakkında tam olarak bilgi sahibi olduktan sonra ve sorularınız cevaplandıktan sonra eğer katılmak isterseniz sizden bu formu imzalamanız istenecektir.

- Çalışmanın amaçları ve dayanağı nelerdir, benden başka kaç kişi bu çalışmaya katılacak?

Bu çalışmada Adıyaman Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Denetimli Serbestlik Birimi'ne tedavi ve denetimli serbestlik tedbiri uygulaması kapsamında başvuran bireylerin sosyodemografik, klinik özellikleri ve suç - ceza ilişkilerinin değerlendirilmesi ile ek psikiyatrik tanı varlığının araştırılması esas olarak amaçlanmaktadır. Uygulama sonuçları ile katılımcıların tedavi uyumlarının değerlendirilmesi diğer amaçlar olarak düşünülmektedir. Ülkemizde araştırma konusu ile ilgili benzer çalışmalar farklı illerde yapılmış olup, Adıyaman ilimizde ilk defa bu konuda çalışma yapılmaktadır. Çalışmaya en az 115 gönüllü katılımcının dahil edilmesi planlanmaktadır.

- Bu çalışmaya katılmalı mıyım?
Bu çalışmada yer alıp almamak tamamen size bağlıdır. Eğer katılmaya karar verirsiniz bu yazılı bilgilendirilmiş olur formu imzalamanız için size verilecektir. Şu anda bu formu imzalarsanız bile istediğiniz herhangi bir zamanda bir neden göstermeksizin çalışmayı bırakmakta özgürsünüz. Eğer katılmak istemezseniz veya çalışmadan ayrılırsanız, doktorunuz tarafından size uygulanan tedavide herhangi bir değişiklik olmayacaktır. Çalışmanın herhangi bir aşamasında onayınızı çekmek hakkına da sahipsiniz.
- Bu çalışmaya katılırsam beni neler bekliyor?
Araştırma için en fazla 1 saatlik süre ayırmanız yeterli olacaktır, sizden alınan bilgiler yazılarak, çalışma kapsamına dahil edilecektir. Araştırmacılar tarafından hazırlanan katılımcı veri formu sizden alınan bilgiler doğrultusunda araştırmacılar tarafından ayrıca Belirti Tarama Listesi (SCL-90) adı verilen psikiyatrik belirti ve yakınmaları içeren 90 maddeden oluşan SCL-90-R testi araştırmacılar veya kendinizce doldurulacaktır. Araştırma tahminen 6 ay sürecektir.

- Çalışmada yer almamanın yararları nelerdir?

Araştırma neticesinde psikiyatrik hastalık varlığı ortaya çıkarılabilecek olup, talep edilmesi halinde hastalık varlığı halinde tedavi ilgili bölüm tarafından verilebilir. Ek olarak bu çalışmadan çıkarılan sonuçlar; başka insanlara, bilime ve devletin yararına kullanılabilir. Çalışma yalnızca araştırma amaçlıdır.

Bu çalışmaya katılmamanın maliyeti nedir? (Bu bölüm aynen korunacaktır)

Çalışmaya katılmakla herhangi bir parasal yük altına girmeyeceksiniz ve size de herhangi bir ödeme yapılmayacaktır.

- Kişisel bilgilerim nasıl kullanılacak?

Araştırmacı kişisel bilgilerinizi; araştırmayı ve istatistiksel analizleri yürütmek için kullanacaktır ve kimlik bilgileriniz çalışma boyunca araştırmacı tarafından gizli tutulacaktır. Çalışmanın sonunda, araştırma sonucu ile ilgili olarak bilgi istemeye hakkınız vardır. Yazılı izniniz olmadan, sizinle ilgili bilgiler başka kimse tarafından görülemez ve açıklanamaz. Çalışma sonuçları çalışma tamamlandığında bilimsel yayınlarda kullanılabilir, ancak kimliğiniz açıklanmayacaktır.

- Daha fazla bilgi, yardım ve iletişim için kime başvurabilirim?
- Çalışma ile ilgili bir sorunuz ya da çalışma ile ilgili ek bilgiye gereksiniminiz olduğunda aşağıdaki kişi ile lütfen iletişime geçiniz.

ADI : Dr. Kerem SEHLİKOĞLU

GÖREVİ : Arş. Gör. Dr.

TELEFON : 04162161015/ Dahili:1098

(Gönüllünün/Hastanın Beyanı) (Bu bölüm aynen korunacaktır)

Adli Tıp Anabilim Dalında / Kliniğinde, Dr. tarafından tıbbi bir araştırma yapılacağı belirtilerek bu araştırma ile ilgili yukarıdaki bilgiler bana aktarıldı ve ilgili metni okudum. Bu bilgilerden sonra böyle bir araştırmaya “katılımcı” olarak davet edildim.

Bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Bu koşullarla söz konusu klinik araştırmaya kendi rızamla, hiç bir baskı ve zorlama olmaksızın, gönüllü olarak katılmayı kabul ediyorum.

- a. Araştırmaya katılmayı reddetme hakkına sahip olduğum bana bildirildi. Bu durumun tıbbi bakımına ve hekim ile olan ilişkiye herhangi bir zarar getirmeyeceğini de biliyorum.
- b. Sorumlu araştırmacı/hekime haber vermek kaydıyla, hiçbir gerekçe göstermeksizin istediğim anda bu çalışmadan çekilebileceğimin bilincindeyim. Bu çalışmaya katılmayı reddetmem ya da sonradan çekilmem halinde hiçbir sorumluluk altına girmeyeceğimi ve bu durumun şimdi ya da gelecekte gereksinim duyduğum tıbbi bakımı hiçbir biçimde etkilemeyeceğini biliyorum. *(Ancak araştırmacıları zor durumda bırakmamak için araştırmadan çekileceğimi önceden bildirmemin uygun olacağı bilincindeyim).*
- c. Çalışmanın yürütücüsü olan araştırmacı/hekim, çalışma programının gereklerini yerine getirme konusundaki ihmali nedeniyle tıbbi durumuma herhangi bir zarar verilmemesi koşuluyla onayımı almadan beni çalışma kapsamından çıkarabilir.

- d. Çalışmanın sonuçları bilimsel toplantılar ya da yayınlarda sunulabilir. Ancak, bu tür durumlarda kimliğim kesin olarak gizli tutulacaktır.
- e. Araştırma için yapılacak harcamalarla ilgili olarak herhangi bir parasal sorumluluk altına girmiyorum. Bana da bir ödeme yapılmayacaktır.
- f. Bu formun imzalı bir kopyası bana verilecektir.

Katılımcı

Adı, soyadı:

Adres:

Tel:

İmza:

Tarih:

Görüşme tanığı

Adı soyadı, unvanı:

Adres:

Tel:

İmza:

Tarih:

Bilgilendiren Araştırmacı

Adı, soyadı:

Adres:

Tel:

İmza:

Tarih:

8.4. KATILIMCI VERİ FORMU

Sayın Katılımcı;

"Madde Kullanımı Nedeniyle Tedavi ve Denetimli Serbestlik Tedbiri Uygulanan Bireylerin Sosyodemografik, Klinik Özellikleri ve Suç-Ceza İlişkilerinin Değerlendirilmesi" başlıklı bu araştırma, Adıyaman Üniversitesi Adli Tıp Anabilim dalı tarafından yapılmaktadır. Çalışma madde kullanımı nedeniyle tedavi ve denetimli serbestlik tedbiri uygulanan bireylerin sosyodemografik, klinik özellikleri ve suç - ceza ilişkilerinin değerlendirilmesi ile ek psikiyatrik tanı varlığının araştırılması temel amacıyla planlanmıştır. Sizin yanıtlarınızdan elde edilecek sonuçlarla çalışma yapılabilecektir. Bu nedenle soruların tümüne ve içtenlikle cevap vermeniz büyük önem taşımaktadır. Araştırmaya katılmanız gönüllülük esasına dayalıdır. Bu form aracılığı ile elde edilecek bilgiler gizli kalacaktır ve sadece araştırma amacıyla (veya "bilimsel amaçlar için") kullanılacaktır. Çalışmaya katılmamayı tercih edebilirsiniz veya anketi doldururken istemezseniz son verebilirsiniz.

Anket formuna adınızı ve soyadınızı yazmaviniz.

Anketimiz 3 bölümden oluşmaktadır. 28 soruluk, en fazla 30 dk zamanınızı alacak bu çalışmada yanıtlarınızı, soruların altında yer alan seçenekler arasından uygun olanı daire içine alarak ya da açık uçlu sorularda sorunun altında bırakılan boşluğa yazarak belirtiniz. Birden fazla seçenek işaretleyebileceğiniz sorularda, size uygun gelen bütün seçenekleri işaretleyiniz. Eğer sorunun yanıtları arasında "diğer" seçeneği mevcutsa ve yanıtınız var olan seçenekler arasında yer almıyorsa, bu durumda yanıtınızı diğer seçeneğindeki boşluğa yazınız.

Anketi yanıtladığınız için teşekkür ederiz.

Çalışma ile ilgili herhangi bir sorunuz olduğunda aşağıdaki kişi(ler) ile iletişim kurabilirsiniz:

Sorumlu Öğretim üyesinin adı, soyadı (varsa birlikte çalıştığı asistanın adı, soyadı)

Adıyaman Üniversitesi Adli Tıp Anabilim Dalı

Yrd. Doç. Dr. Hüseyin KAFADAR

Arş. Gör. Dr. Kerem SEHLİKOĞLU

Telefon: 04162161015/ Dahili: 1098

Çalışmaya katılmayı kabul ediyorsanız aşağıdaki kutucuğu X ile işaretleyiniz ve devam ediniz.

Kabul ediyorum.

1) Sosyodemografik Veriler

1. Yaşınız: (_____)

2. Cinsiyetiniz: 1. Erkek 2. Kadın

3. Medeni durumunuz: 1. Bekar 2. Evli 3. Dul 4. Eşinden ayrı yaşıyor

4. Öğrenim durumunuz: 1. Okuryazar değil 2. Okuryazar 3. İlkokul mezunu 4. İlköğretim mezunu 5. Lise mezunu 6. Yüksekokul mezunu 7. Üniversite mezunu 8. Yüksek lisans-doktora mezunu

5. Mesleğiniz: 1. İşsiz 2. Öğrenci 3. İşçi 4. Serbest Meslek 5. Emekli 6. Ev Hanımı 7. Diğer

(Belirtiniz: _____)

6. Şu anda kiminle yaşıyorsunuz? 1. Yalnız 2. Aile ile 3. Arkadaşlarla

4. Diğer

(Belirtiniz: _____)

7. Şu an gelir getirici düzenli bir işte çalışıyor musunuz? 1. Hayır 2. Evet

(Cevabınız evet ise; Aylık geliriniz: 1. 0-1000 TL 2. 1000-2000 TL 3. 2000-5000TL 5000 TL ve üzeri)

8. Kendinize ait sağlık güvenceniz var mı? 1. Hayır 2. Evet

9. Yaşadığınız Yer: 1. İl 2. İlçe 3. Köy 4. Cezaevi

10. Duyusal (işitme, görme vb.), zihinsel ya da bedensel bir engeliniz var mı?

1. Yok 2. Var (Belirtiniz: _____)

11. Tatuajınız (dövme) var mı?

1. Hayır 2. Evet

2)Madde Kullanım Verileri

1. Sigara kullanıyor musunuz? 1. Hayır, Hiç kullanmadım. 2. Evet (___ paket/yıl)

2. Alkol kullanıyor musunuz? 1. Hayır, Hiç kullanmadım. 2. Evet (___ yıl)

3. Yaşamınız boyunca herhangi bir madde(ler) kullandınız mı?

a. Hiç kullanmadım.

b. Evet kullandım. (Belirtiniz: _____)

1) Esrar (marijuana, joint, ot, gubar, THC/tetrahidrokannabinol vb)

2) Ecstasy (ekstazi, 3,4-methylenedioxy-methamphetamine (MDMA))

3) Eroin

4) Kokain

5) Bonzai

6) Metamfetamin (kristal, tina, crack, taş, ateş ve buz)

7) İlaç olarak kullanılan ancak bağımlılık yapabilecek maddeler (Diazem, Nervium, Xanax, Tranxilene, Tantum, Ativan, Rohipnol, Rivotril, Akineton, Lomotil, kodeinli öksürük şurupları, bazı kilo verdirmeye hapları, doping içeren haplar)(Eğer bu ilaçlar doktor bilgisinde ve önerisiyle kullanıldıysa "KULLANMAMIŞ" olarak değerlendirilecektir.)

8) Morfin

9) Diğer (Belirtiniz:_____ (Metadon, Liserjik asit dietilamid (LSD), Gama hidroksi bütirat (GHB), Fensiklidin (Melek Tozu), Buprenorfin)

c. Çoklu madde kullanımı (Belirtiniz: _____)

4. Maddeyi ilk kullandığımız yaş: (___/yaş)

5. Madde kullanım süresi: (___/yıl)

6. Varsa şu anda kullandığınız maddeler nelerdir? (13. maddeye göre kaydedilecektir.)

7. Maddeyi ilk kullanma nedeniniz: 1.Heveslenme 2.Arkadaşların ısrarı/baskısı 3. Eğlenmek, eğlenceli bir ortamda bulunurken 4. Stresten Uzaklaşmak 5. Ailede/Evde kullanan kişiye özenmek 6. Bir sağlık sorununu gidermek/azaltmak için 7.Diğer (Belirtiniz:_____)

8. Daha önce maddeyi bırakmak için ayaktan veya yatarak tıbbi tedavi gördünüz mü?

1. Hayır 2. Evet Evetse: a) Ayaktan: (___ defa) b) Yatarak: (___ defa)

9. Herhangi bir psikiyatrik ya da psikolojik tedavi aldınız mı?

1. Hayır 2. Evet (Belirtiniz: _____)

10. Ailede madde kullanan kişi var mı?

1. Var () 2. Yok ()

Ev içinde madde kullanımı olan bireyler; 1. Anne 2. Baba 3. Kardeş 4. Eş/Sevgili

5.Çocuk

6. Ev arkadaşı 7.Diğer (Belirtiniz:_____)

3)Adli Tıbbi Veriler

1. Hayatınızın herhangi bir döneminde intihar girişiminiz (denemeniz) oldu mu?

1. Hayır 2. Evet (Sayısını belirtiniz _____)

2. Kendinize zarar verecek herhangi bir davranışınız oldu mu?

1. Hayır 2. Evet (Sayısını belirtiniz _____)

3.Madde kullanımı nedeniyle hiç hapis cezası aldınız mı?

1. Hayır 2. Evet (Sayısını belirtiniz _____)

4. Madde ilişkili suçlar dışında herhangi bir suçtan dolayı ceza aldınız mı?

1. Hayır 2. Evet (Belirtiniz: _____)

5.Arkadaş çevrenizde madde kullanan var mı? 1.Yok 2.Var (Madde çeşidini belirtiniz:_____)

6.Denetimli serbestlik dosya sayısı :

1. 1 () 2. 2 () 3. 3 ve üstü (__ DS dosya sayısı)

7.Ailede herhangi bir suç nedeniyle ceza almış biri var mı?

1. Hayır 2. Evet

Ceza alan birey(ler); 1. Anne 2. Baba 3. Kardeş 4. Eş 5.Çocuk 6.Diğer (Belirtiniz:_____)

8. İdrarda Toksikoloji sonucu; (Şahsın verdiği idrardaki toksik madde taraması sonucuna göre kaydedilecektir.)

1. Madde Yok () 2. Madde Var ()(Saptanan Madde(ler):.....)

9. Şahıs için Denetimli Serbestlik Birimince düzenlenen Rapor Sonucu: (Şahıs hakkında düzenlenen rapor sonucuna göre kaydedilecektir.)

A. Üç haftalık program içerisindeki olgular;

1. Tedavi gereklerine uygun davranmaması nedeniyle uyumsuz olduğunu bildirir rapor

2. Tedavisine gerek olmadığını bildirir rapor

3.Altı oturumluk bağımlılık programına alınmasına karar verildiğini bildirir rapor

4. Madde Bağımlılığı Tedavi Merkezi'ne sevk edilme

5. Kurum isteğiyle takibi sonlandırılma

B. Altı haftalık program içerisindeki olgular;

1. Tedavi gereklerine uygun davranmaması nedeniyle uyumsuz olduğunu bildirir rapor

2. Takip ve tedavi programına uyumlu olduğunu bildirir rapor

3. Madde Bağımlılığı Tedavi Merkezi'ne sevk edilme

4. Kurum isteğiyle takibi sonlandırılma

8.5. BELİRTİ TARAMA LİSTESİ

SCL 90 – R Testi

Adı – Soyadı:

Yaş :

Cinsiyeti :

Tarih :

Aşağıda zaman zaman herkeste olabilecek yakınma ve sorunların bir listesi vardır. Lütfen her birini dikkatlice okuyunuz. Sonra bu durumun bugün de dâhil olmak üzere son bir ay içinde sizi ne ölçüde huzursuz ve tedirgin ettiğini değerlendirerek aşağıda belirtilen tanımlamalardan uygun olanının numarasını karşısındaki boşluğa yazınız. Düşüncenizi değiştirirseniz ilk yazdığınız numarayı siliniz. Lütfen aşağıdaki örneği dikkatle okuyunuz ve anlamadığınız bir cümle ile karşılaştığınızda uygulayan kişiye sorunuz.

Aşağıda belirtilen sorundan ne ölçüde rahatsız olmaktadır?

0 Hiç 1 Çok az 2 Orta derecede 3 Oldukça fazla 4 Aşırı düzeyde

Örnek : Bel ağrısı ... 3 ...

1. Baş ağrısı
2. Sinirlilik ya da içinin titremesi
3. Zihinden atamadığımız yineleyici (tekrarlayıcı) hoş gitmeyen düşünceler
4. Baygınlık ve baş dönmeleri
5. Cinsel arzuya ilginin kaybı
6. Başkaları tarafından eleştirilme duygusu
7. Herhangi bir kimsenin düşüncelerinizi kontrol edebileceği fikri
8. Sorunlarınızdan pek çoğu için başkalarının suçlanması gerektiği fikri
9. Olayları anımsamada (hatırlamada) güçlülük
10. Dikkatsizlik veya sakarlıkla ilgili endişeler
11. Kolayca gücenme, rahatsız olma hissi
12. Göğüs veya kalp bölgesinde ağrılar
13. Caddelerde veya açık alanlarda korku hissi
14. Enerjinizde azalma veya yavaşlama hali
15. Yaşamınızın sona ermesi düşünceleri
16. Başka kişilerin duymadıkları sesleri duyma
17. Titreme
18. Çoğu kişiye güvenilmemesi gerektiği düşüncesi
19. İştah azalması
20. Kolayca ağlama

21. Karşı cinsten kişilerle ilgili utangaçlık ve rahatsızlık hissi
22. Tuzağa düşürülmüş veya tuzağa yakalanmış hissi
23. Bir neden olmaksızın aniden korkuya kapılma
24. Kontrol edilmeyen öfke patlamaları
25. Evden dışarı yalnız çıkma korkusu
26. Olanlar için kendini suçlama
27. Belin alt kısmında ağrılar
28. İşlerin yapılmasında erteleme düşüncesi
29. Yalnız hissi
30. Karamsarlık hissi
31. Her şey için çok fazla endişe duyma
32. Her şeye karşı ilgisizlik hali
33. Korku hissi
34. Duygularınızın kolayca incitilebilmesi hali
35. Diğer insanların sizin düşündüklerinizi bilmesi hissi
36. Başkalarının sizi anlamadığı veya hissedemeyeceği duygusu
37. Başkalarının sizi sevmediği ya da dostça olmayan davranışlar gösterdiği hissi
38. İşlerin doğru yapıldığından emin olabilmek için çok yavaş yapmak
39. Kalbin çok hızlı çarpması
40. Bulantı veya midede rahatsızlık hissi
41. Kendini başkalarından aşağı görme
42. Adale (kas) ağrıları
43. Başkalarının sizi gözlediği veya hakkınızda konuştuğu hissi
44. Uykuya dalmada güçlük
45. Yaptığınız işleri bir ya da birkaç kez kontrol etme
46. Karar vermede güçlük
47. Otobüs, tren, metro gibi araçlarla yolculuk etme korkusu
48. Nefes almada güçlük
49. Soğuk ve sıcak basması
50. Sizi korkutan belirli uğraş, yer veya nesnelere kaçınma durumu
51. Hiç bir şey düşünmeme hali
52. Bedeninizin bazı kısımlarında uyuşma, karıncalanma olması

53. Boğazınıza bir yumru tıkanmış hissi
54. Gelecek konusunda ümitsizlik
55. Düşüncelerinizi bir konuya yoğunlaştırmada güçlülük
56. Bedeninizin çeşitli kısımlarında zayıflılık hissi
57. Gerginlik veya coşku hissi
58. Kol ve bacaklarda ağırlık hissi
59. Ölüm ya da ölme düşünceleri
60. Aşırı yemek yeme
61. İnsanlar size baktığı veya hakkınızda konuştuğu zaman rahatsızlık duyma
62. Size ait olmayan düşüncelere sahip olma
63. Bir başkasına vurmak, zarar vermek, yaralamak dürtülerinin olması
64. Sabahın erken saatlerinde uyanma
65. Yıkanma, sayma, dokunma gibi bazı hareketleri yenileme hali
66. Uykuda huzursuzluk, rahat uyuyamama
67. Bazı şeyleri kırıp dökme isteği
68. Başkalarının katılmadığı fikir ve düşüncelere sahip olma
69. Başkalarının yanında kendini çok sıkılgan hissetme
70. Çarşı, sinema gibi kalabalık yerlerde rahatsızlık hissi
71. Her şeyin bir yük gibi görünmesi
72. Dehşet ve panik nöbetleri
73. Toplum içinde yer içerken huzursuzluk hissi
74. Sık sık tartışmaya girme
75. Yalnız bıraktığımızda sinirlilik hali
76. Başkalarının sizi başarılarınız için yeterince takdir etmediği duygusu
77. Başkalarıyla birlikte olunan durumlarda bile yalnızlık hissetme
78. Yerinizde durmayacak ölçüde rahatsızlık duyma
79. Değersizlik duygusu
80. Size kötü bir şey olacaktı duygusu
81. Bağırma ya da eşyaları fırlatma
82. Topluluk içinde bayılacağınız korkusu
83. Eğer izin verirsiniz insanların sizi sömüreceği duygusu
84. Cinsellik konusunda sizi çok rahatsız eden düşüncelerinizin olması

85. Günahlarınızdan dolayı cezalandırmanız gerektiği düşüncesi
86. Korkutucu türden düşünce ve hayaller
87. Bedeninizde ciddi bir rahatsızlık olduğu düşüncesi
88. Başka bir kişiye karşı asla yakınlık duymama
89. Suçluluk duygusu
90. Aklınızda bir bozukluğun olduğu düşüncesi

RD 42

Semptom Tarama Listesi (SCL –90)

Kişisel Puanlama Tablosu

Adı Soyadı : Kayıt

No:.....

Baba Adı :Doğum Tarihi:

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

Uygulama

Yeri:.....

1. Somatizasyon (12 soru)

1 4 12 27 40 42 48 52 53 56 58

Toplam Son Puan () () () () () () () () () () () ().....(): 12 = ()

2. Obsesif kompulsif belirtiler (10) Obs 3 9 10 28 38 45 46 51 55 65

Toplam Puan () () () () () () () () () ().....(): 10 = ()

3. Kişiler arası duyarlılık (9 soru) Duy 6 21 34 36 37 41 61 69 73

Toplam Puan () () () () () () () () ().....(): 9 = ()

4. Depresyon (13 soru) Depr 5 14 15 20 22 26 29 30 31 32 54 71 79

Toplam Puan () () () () () () () () () () () () ().....(): 13 = ()

5. Anksiyete (10 soru) Anks 2 17 23 33 39 57 72 78 80 86

Toplam Puan () () () () () () () () () ().....(): 10 = ()

6. Öfke-düşmanlık (6 soru) Öfke 11 24 63 67 74 81

Toplam Puan () () () () () ().....(): 6 = ()

7. Fobik anksiyete (7 soru) Fobi 13 25 47 50 70 75 82

Toplam Puan () () () () () () ().....(): 7 = ()

8. Paranoid düşünceler (6 soru) Paranoid 8 18 43 68 76 83

Toplam Puan () () () () () ().....(): 6 = ()

9. Psikotizm (10 soru) Psiko 7 16 35 62 77 84 85 87 88 90

Toplam Puan () () () () () () () () () ().....(): 10 = ()

10. Ek Skalalar (7 soru) Ek 19 44 59 60 64 66 89

Toplam Puan () () () () () () ().....(): 7 = ()

Genel Toplam (.....)

GENEL SEMPTOM ORTALAMASI:

Tabloyu dolduran kişi.....

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