

# AMATEM'DE YATARAK TEDAVİ GÖREN BİREYLERİN DEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİ VE FARKINDALIK DÜZEYLERİNİN ARAŞTIRILMASI

Av. Dr. Fatma Ceren ÖZTÜRK



**AMATEM'DE YATARAK TEDAVİ GÖREN  
BİREYLERİN DEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİ  
VE FARKINDALIK DÜZEYLERİNİN  
ARAŞTIRILMASI**

**Av. Dr. Fatma Ceren ÖZTÜRK**

**DOI:** <https://dx.doi.org/10.5281/zenodo.10613891>



Copyright © 2024 by iksad publishing house  
All rights reserved. No part of this publication may be reproduced, distributed or  
transmitted in any form or by  
any means, including photocopying, recording or other electronic or mechanical  
methods, without the prior written permission of the publisher, except in the case of  
brief quotations embodied in critical reviews and certain other noncommercial uses  
permitted by copyright law. Institution of Economic Development and Social  
Researches Publications®

(The Licence Number of Publicator: 2014/31220)

TÜRKİYE TR: +90 342 606 06 75

USA: +1 631 685 0 853

E mail: iksadyayinevi@gmail.com

www.iksadyayinevi.com

It is responsibility of the author to abide by the publishing ethics rules.

Iksad Publications – 2024©

**ISBN: 978-625-367-631-5**

Cover Design: İbrahim KAYA

January / 2024

Ankara / Türkiye

Size = 16x24cm



## ÖNSÖZ

Bu çalışmamda; ülkemizde ve dünyada madde kullanımı ve buan bağılı bozuklukların yaygınlığı giderek arttığı yönünde bulgular izlenmiştir. Madde kullanım oranını artış göstermekle birlikte madde kullanım yaşı da düşmektedir. Bu durum sadece bireyi değil ailesini ve sosyal çevresinin de etki altına almaktadır. Madde ve alkol kullanım bozukluklarına eşlik eden psikopatolojilerin geriye dönük değerlendirilmesi, madde kullanıma iten nedenler ve kullanım tespiti ile ilgili yapılan araştırmalar bu durumun klinik özellikleri ve uygulanacak tedavileri hakkında bilgilerimizi artırabilir. Bireydeki değişim toplumu etkilemekle birlikte sorunlu nesiller sorunlu toplumlara ve geri kalmışlığa neden olmaktadır. Bu çalışmada uygulanacak olan 28 merkezdeki yatarak tedavi gören yani bağımlı olduğunu kabul etmiş ve bu durumdan kurtulmaya çalışan bireylere yönelik anket: madde kullanımına başlama yaşı, cinsiyet, tedaviye karar verme nedenleri gibi konularda bilgi verecektir. Aynı zamanda tedavi gören bireylerin AMATEM merkezleri ile ilgili biliş düzeylerini ölçecektir. Yapılacak çalışma ile aynı durumda olan bireylere içinde buldukları durum hakkında farkındalıklarını artırma hedeflenmektedir.



## İÇİNDEKİLER

<b>ÖNSÖZ</b> .....	<b>i</b>
<b>İÇİNDEKİLER</b> .....	<b>iii</b>
<b>SİMGELER VE KISALTMALAR</b> .....	<b>vi</b>
<b>ÇİZELGELER</b> .....	<b>vii</b>
<b>1. GİRİŞ</b> .....	<b>1</b>
1.1. Bağımlılık ve Madde Bağımlılığı.....	2
1.1.1. Bağımlılık ve Madde Bağımlılığı Kavramı.....	2
1.1.1.1. Bağımlılık Kavramı.....	2
1.1.1.2. Madde Bağımlılığı Kavramı.....	4
1.1.1.3. Bağımlılıkta Temel Kavramlar.....	6
1.1.1.3.1. İntoksikasyon.....	7
1.1.1.3.2. Tolerans.....	8
1.1.1.3.3. Çapraz Tolerans.....	9
1.1.1.3.4. İptila.....	9
1.1.1.3.5. Kesilme veya Yoksunluk.....	10
1.1.2. Bağımlılık Yapan Maddeler.....	12
1.1.2.1. Uyarıcılar.....	12
1.1.2.2. Kokain.....	13
1.1.2.3. Afyon ve Türevleri.....	16
1.1.2.4. Esrar.....	16
1.1.2.5. Alkol.....	17
1.1.2.6. Kannabinoidler.....	18
1.1.2.7. Tütün.....	19
1.1.2.8. Opiyatlar.....	21
1.2. Madde Bağımlılığı İle İlişkili Teoriler.....	23
1.2.1. Madde Bağımlılığı ile İlişkili Faktörler.....	23
1.2.1.1. Sosyoekonomik Faktörler.....	23
1.2.1.2. Aile.....	25
1.2.1.3. Fiziksel ve Ruhsal Sağlık Durumu.....	26
1.2.1.4. Sosyalleşme Sorunları.....	27
1.2.1.5. Genetik Yatkınlık.....	28
1.2.1.6. Risk Alma Davranışları.....	29
1.2.1.7. Kişilik Özellikleri.....	29
1.2.2. Suç Unsuru Olarak Madde Kullanımı.....	30
1.2.2.1. Madde Kullanımı ve Suça Karışma.....	30
1.2.2.2. Türk Ceza Kanunu Madde 191.....	31
1.2.2.3. Tutukluluk ve Denetimli Serbestlik.....	33
1.3. Madde Bağımlılığında Tedavi Yöntemleri.....	34

1.3.1. Madde Bağımlılığı Genel Tedavi Yöntemleri .....	34
1.3.1.1. Farmakolojik Tedavi .....	35
1.3.1.2. Madde Bağımlılığında Psikoterapi/Rehabilitasyon .....	37
1.3.1.3. Nüks Önleme Tedavisi .....	38
1.3.1.4. Terapi ve Danışmanlık .....	42
1.3.1.5. Aile Terapisi .....	42
1.3.1.6. Motivasyon Kazandırıcı Tedaviler .....	44
1.3.1.7. Madde Bağımlılığı Detoksifikasyon Tedavisi .....	46
1.3.1.8. Remisyon (Yatışma Evresi) .....	49
1.3.2. Türkiye’de Rehabilitasyon Hizmeti Veren Kurum ve Kuruluşlar .....	50
1.3.2.1. Alo 191 Uyuşturucu ile Mücadele Danışma ve Destek Hattı .....	50
1.3.3. Bağımlılıkla Mücadele ve Danışma Birimleri (BMDB) .....	50
1.3.3.1. Yeşilay Danışmanlık Merkezi (YEDAM) .....	51
1.3.3.2. Bağımsız Yaşam Derneği (BAYDER) .....	51
<b>2. GEREÇ VE YÖNTEM .....</b>	<b>53</b>
2.1. Araştırmanın Amacı .....	53
2.2. Araştırmanın Evreni .....	53
2.3. Araştırmanın Hipotezleri .....	53
2.4. Araştırmanın Sınırlılıkları .....	54
2.5. Verilerin Toplanması .....	55
2.5.1. Madde Bağımlılığı Farkındalık Ölçeği .....	55
2.6. Verilerin Analizi .....	56
2.7. Etik Kurul İzni .....	57
<b>3. BULGULAR .....</b>	<b>58</b>
3.1. Demografik Bulgular .....	58
3.2. Madde Kullanımı Farkındalık Ölçeğine İlişkin Güvenilirlik Analizi ve Açıklayıcı Faktör Analizi Sonuçları .....	62
3.3. Faktör Analizi Sonuçları .....	63
3.4. Madde Bağımlılığı Farkındalık Ölçeğine İlişkin Açıklayıcı İstatistikler .....	65
3.5. Normallik Testi Sonuçları .....	67
3.6. Araştırma Bulguları .....	67
3.6.1. Cinsiyete İlişkin Bağımsız Örneklem t-Testi Sonuçları .....	67
3.6.2. Yaş Gruplarına İlişkin ANOVA Sonuçları .....	69
3.6.3. Eğitim Gruplarına İlişkin ANOVA Sonuçları .....	70
3.6.4. Medeni Duruma İlişkin Bağımsız Örneklem t-Testi Sonuçları .....	72
3.6.5. Anne Baba Durumuna İlişkin ANOVA Sonuçları .....	73



3.6.6. Gelir Getirici Bir İşte Çalışma Durumuna İlişkin Bağımsız Örneklem t-Testi Sonuçları.....	75
3.6.7. Madde Bağımlılığı Farkındalık Ölçeği Alt Boyutları Arasındaki İlişkiye İlişkin Korelasyon Testi Sonuçları.....	76
3.6.8. Madde Kullanımı Nedeni İle İşini Bırakma Durumuna Göre t-Testi Sonuçları.....	78
3.6.9. Gelirini Yeterli Bulma Durumuna Göre Bağımsız Örneklem t-Testi Sonuçları.....	80
3.6.10. Ailede Madde Bağımlısı Birey Olma Durumuna İlişkin Bağımsız Örneklem t-Testi Sonuçları.....	82
3.6.11. Madde Bağımlılarının AMATEM'de Ücretsiz Tedavi Göreceğini Bilme Durumuna Göre Bağımsız Örneklem t-Testi Sonuçları.....	84
3.6.12. İlgili Kurumlarca Yeterince Bilgilendirme Yapıldığını Düşünme Durumuna İlişkin Bağımsız Örneklem t-Testi Sonuçları .....	85
<b>4. TARTIŞMA .....</b>	<b>87</b>
<b>5. SONUÇ VE ÖNERİLER.....</b>	<b>95</b>
<b>KAYNAKLAR .....</b>	<b>96</b>
<b>EKLER.....</b>	<b>110</b>
EK-1: ETİK KURUR ONAYI .....	110

## SİMGELER VE KISALTMALAR

<b>ADH</b>	: Alkol dehidrojenaz
<b>AMATEM</b>	: Alkol ve Madde Bağımlılığı Tedavi Merkezi
<b>BAYDER</b>	: Bağımsız Yaşam Derneği
<b>DSM</b>	: Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı
<b>EKG</b>	: Elektrokardiyografi
<b>GABA</b>	: γ-aminobütirik asit
<b>HIV</b>	: Human Immunodeficiency Virus
<b>ICD</b>	: Uluslararası Hastalık Sınıflandırması
<b>KOAH</b>	: Kronik obstrüktif akciğer hastalığı
<b>NA</b>	: Noradrenalin
<b>TCK</b>	: Türk Ceza Kanunu
<b>THC</b>	: Tetrahidrokannabinol
<b>YEDAM</b>	: Yeşilay Danışmanlık Merkezi

## ÇİZELGELER

<b>Çizelge 3.1.</b>	Demografik Özellikler .....	58
<b>Çizelge 3.2.</b>	(Çizelge 3.1. Devam). Demografik Özellikler .....	59
<b>Çizelge 3.3.</b>	Tanımlayıcı Özellikler .....	60
<b>Çizelge 3.4.</b>	Katılımcıların Madde Kullanım Durumları.....	61
<b>Çizelge 3.5.</b>	Madde Kullanımına Başlama Nedeni .....	62
<b>Çizelge 3.6.</b>	Güvenilirlik Analizi Sonuçları.....	62
<b>Çizelge 3.7.</b>	Madde Kullanımı Farkındalık Ölçeği Faktör Analizi Sonuçları .....	63
<b>Çizelge 3.8.</b>	Madde Bağımlılığı Farkındalık Ölçeğine İlişkin Açıklayıcı İstatistikle .....	65
<b>Çizelge 3.9.</b>	Madde Bağımlılığı Farkındalık Ölçeğine Verilen Cevaplar .....	66
<b>Çizelge 3.10.</b>	Madde Kullanımı Farkındalık Ölçeğine İlişkin Normallik Testi Sonuçları.....	67
<b>Çizelge 3.11.</b>	Cinsiyete İlişkin t-Testi Sonuçları .....	68
<b>Çizelge 3.12.</b>	Yaş Gruplarına İlişkin ANOVA Sonuçları .....	69
<b>Çizelge 3.13.</b>	Eğitim Gruplarına İlişkin ANOVA Sonuçları .....	71
<b>Çizelge 3.14.</b>	Medeni Duruma İlişkin t-Testi Sonuçları.....	72
<b>Çizelge 3.15.</b>	Anne-Baba Durumlarına İlişkin ANOVA Sonuçları .....	74
<b>Çizelge 3.16.</b>	Bir İşte Çalışma Duruma İlişkin t-Testi Sonuçları .....	76
<b>Çizelge 3.17.</b>	Madde Kullanımı Farkındalık Ölçeği Alt Boyutlarına İlişkin Korelasyon Testi Sonuçları .....	77
<b>Çizelge 3.18.</b>	Madde Kullanımı Nedeni İle İş Bırakma Duruma İlişkin t-Testi Sonuçları.....	79
<b>Çizelge 3.19.</b>	Gelirini Yeterli Bulma Duruma İlişkin t-Testi Sonuçları .....	80
<b>Çizelge 3.20.</b>	Tedavi Görme Süresi Durumlarına İlişkin ANOVA Sonuçları.....	81
<b>Çizelge 3.21.</b>	Ailede Madde Kullanan Birey Olma Duruma İlişkin t-Testi Sonuçlar.....	83
<b>Çizelge 3.22.</b>	AMATEM'de Ücretsiz Tedavi Olacağını Bilme Duruma İlişkin t-Testi Sonuçları.....	84
<b>Çizelge 3.23.</b>	Yeterince Bilgi Alma Duruma İlişkin t-Testi Sonuçları .....	85



## 1. GİRİŞ

Madde bağımlılığı ve bununla ilgili sonuçlar, bireyleri, aileleri, toplulukları ve bir bütün olarak toplumu etkileyen önemli bir halk sağlığı sorunudur (Shillington ve ark., 2012). Madde bağımlılığı, suça karışma, cinsel yolla bulaşan hastalıklar, HIV, şiddet ve akademik başarının düşmesi benzeri sonuçlara yol açan bir sorun olmakla birlikte, gençlerde ve genç yetişkinlerde morbiditeyi ve mortaliteyi arttırmaktadır (National Center for Health Statistics, 2014). 2014 Ulusal Uyuşturucu Kullanımı ve Sağlık Araştırması'nın sonuçları, genç yetişkinler (18-25 yaş) arasında madde kullanımının yaygınlığının %22 olduğunu göstermiştir. Alkol en sık kullanılan bağımlılık yapıcı maddedir ve her üç genç yetişkinden biri aşırı alkol tükettiğini bildirmektedir (Kazemi ve ark., 2017).

Aşırı alkol tüketimi, yıllık 646.000 fiziksel saldırı, 97.000 cinsel saldırı, 599.000 kasıtsız yaralanma ve 1.825 ölüm dahil olmak üzere önemli olumsuz sonuçlarla ilişkilidir (White ve ark., 2015). Aşırı alkol tüketiminin yıllık maliyeti 250 milyar doları aşmakta olup, en büyük toplumsal, tıbbi yüklerden biridir (Sacks ve ark., 2015). Alkolün yanında esrar en çok kullanılan ikinci maddedir ve sıklıkla ölümcül otomobil kazalarının kurbanlarında tespit edilmektedir ve bu da uyuşturucunun potansiyel olumsuz sonuçlarını vurgulamaktadır. Ek olarak, Ulusal Uyuşturucu Bağımlılığı Enstitüsü'nden alınan bilgilere göre (National Institute on Drug Abuse, NIDA) Amerika Birleşik Devletleri'nde ilk kez madde kullananların yaklaşık %25'i tıbbi olmayan psikoterapötikleri, %6,3'ü inhalanları ve %2'si halüsinojenleri kullanmaktadır (Kazemi ve ark., 2017).

Alkol ve madde bağımlılığıyla birlikte oluşan psikopatolojilerin retrospektif değerlendirilmesiyle birlikte, madde kullanıma iten nedenler ve kullanım tespiti ile ilgili yapılan araştırmalar oluşan bozukluğun klinik özellikleri ve tedavileri hakkındaki bilgimizi artırabilir. Bu çalışmanın amacı 28 merkezdeki yatarak tedavi gören yani bağımlı olduğunu kabul etmiş ve bu durumdan kurtulmaya çalışan bireylere yönelik anket uygulayarak madde kullanımına başlama yaşı, cinsiyet, tedaviye karar verme nedenleri gibi konuların incelenmesi, aynı zamanda tedavi gören bireylerin AMATEM merkezleri ile ilgili biliş düzeylerinin ölçülmesi, yapılacak çalışma ile birlikte aynı durumda olan bireylere içinde buldukları durum hakkında farkındalıklarını artırmaktır.

## 1.1. Bağımlılık ve Madde Bağımlılığı

### 1.1.1. Bağımlılık ve Madde Bağımlılığı Kavramı

#### 1.1.1.1. Bağımlılık Kavramı

Geleneksel olarak, madde kullanımına bağlı bozuklukları tanımlamak için çeşitli terimler kullanılmıştır. Bunlar arasında

- “bağımlılık”,
- “kötüye kullanım” (Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı, dördüncü baskı [DSM-IV],
- “zararlı kullanım” (Uluslararası Hastalık Sınıflandırması, 10. Revizyon [ICD-10] ve
- “Bir ilacın uzun süreli alımı, ilacın etkilerine karşı toleransı indükleyebilir” (yani, zehirlenmeyi nedn olabilmek için artan miktarlara ihtiyaç vardır veya kişi, sürekli kullanım ve fiziksel bağımlılık ile azalan etkiler yaşar) terimleri bulunmaktadır (Berglund ve ark., 2003).

Bağımlılık, kompulsif uyuşturucu arama davranışı ile tanımlanır veya ciddi tıbbi ya da sosyal sonuçlara rağmen bir ilacı almak için yoğun bir istek olarak tanımlanır. Somatik, psikolojik ve davranışsal belirtiler kümesi ICD-10'a göre, bir önceki yıl aşağıdaki kriterlerden 3 veya daha fazlası karşılanmışsa bağımlılık teşhisi konur:

- maddeyi almak için güçlü bir istek veya zorlama,
- uyuşturucu kullanımını kontrol etmede güçlükler,
- yoksunluk belirtileri,
- tolerans kanıtı,
- alternatif zevklerin veya ilgilerin ihmal edilmesi ve zararlı sonuçlarına rağmen sürekli uyuşturucu kullanımı.

DSM'nin (DSM-5) son baskısı, madde kullanım bozuklukları için hafiften (2 veya 3 kriteri karşılayan hastalarda) şiddetliye (6 veya daha fazla kriteri karşılayan hastalarda) kadar değişen 11 kriter belirleyerek, istismar ve bağımlılık arasındaki kategorik ayrımı boyutsal bir yaklaşım lehine terk etmiştir (American Psychiatric Association, 2013). Madde kullanım bozukluklarının temel unsurları, doz artışları, ilacın etkilerine karşı tolerans ve aşırma ve kontrol kaybıdır. Bu tanı kriterleri ve tanımları, benzodiazepinler gibi reçeteli ilaçlar da dahil olmak üzere, kötüye kullanılan tüm ilaç sınıfları için kullanılmaktadır. Bununla birlikte, reçeteli ilaçları kullanan veya bağımlı

olan psikiyatri hastaları söz konusu olduğunda, ölçütler, ilaçları esas olarak eğlence amaçlı alan akıl sağlığı yerinde olan kişilere göre daha az uygun veya hatta sorunlu olabilmektedir (Lader, 2011).

Hem profesyoneller hem de meslekten olmayan kişiler tarafından yaygın olarak kullanılmasına rağmen, "bağımlılık" terimi, Amerikan Psikiyatri Birliği'nin Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı, sürüm 5 (DSM-5) veya Dünya Sağlık Örgütü Uluslararası Hastalık Sınıflandırması Versiyon 10 (ICD 10) dahil olmak üzere en yaygın kullanılan tanı sistemlerinde resmi bir tanı varlığı değildir. Bununla birlikte, DSM-5'te Madde Kullanım Bozukluğu ve ICD-10'da Madde Bağımlılığı tanı kriterleri, çoğu kişinin bağımlılığın temel özelliklerini dikkate alacağı şeyleri içermektedir; örneğin, aşırma ve kompulsif kullanım.

Temel bağımlılık yapılarını kavramsal olarak örtüşen ancak farklı şekillerde en az üç şekilde düşünebiliriz:

- (1) bozukluğun belirti ve semptomlarına dayalı olarak belirlenmiş tanı kriterleri (örneğin, DSM ve ICD):
- (2) bir veya daha fazla tanı kriteri ile örtüşebilecek klinik bağımlılık kavramları ve
- (3) belli başlı bağımlılık teorileri ile ilişkili belirli mekanik süreçler (örneğin, allostasis, teşvik edici duyarlılaştırma, alışkanlık oluşumu).

Teşhis kriterleri, bağımlılık kavramı ve bağımlılık davranışı teorileri arasındaki farklılıkların daha fazla değerlendirilmesi, bu ilişkili ancak farklı alanlar arasındaki ilişkiler hakkında düşünmek için bir dizi düşünceyi ön plana çıkarmaktadır. Özellikle:

- Bağımlılık teorileri, ilişkili oldukları bağımlılık yapılarına ve ilgili oldukları spesifik tanı kriterlerine göre değişmektedir.
- DSM-5'in tanı kriterleri ile belirli bağımlılık yapıları arasında bire bir yazışma yoktur. Örneğin, birden fazla kriter (örneğin, psikolojik ve sağlık sorunları, kişilerarası ve sosyal sorunlar) aynı bağımlılık yapısını (örneğin, zorlayıcı kullanım) gösterebilmektedir.
- Bazı teoriler, madde bağımlılığı için mevcut tanı sisteminin bir parçası olmayan ve genel psikopatoloji ile önemli ölçüde örtüşen semptomları (örneğin, olumsuz duygulanım) vurgulamaktadır (Caspi ve ark., 2014).
- Tüm madde bağımlılığı kriterleri, klinik bağımlılık kavramlarıyla veya geliştirilmiş belirli bağımlılık teorileriyle tam olarak tutarlı

değildir. Başka bir yerde tartışıldığı gibi (Martin ve ark., 2011) “tehlikeli kullanım” (örneğin, araba kullanırken içki içmek) belki de zorlayıcı kullanımın yönlerini yansıtabileceği için bağımlılığın ikincil bir göstergesi olsa da, genel bir dikkatsizlikten biraz daha fazlasını temsil ediyor olabilir. Aslında, bir dizi nedenden dolayı belirli bir tanı kriterinin karşılanabilmesi olasılığı vardır. Örneğin, belirli kriterlerin klinisyenler ve/veya hastalar tarafından yorumlanması, bir semptomun yanlış pozitif raporlarına yol açabilir. Ayrıca, tehlikeli kullanım ile ilgili olarak büyük olasılıkla olduğu gibi, kriterin kendisi ya kompulsif kullanım gibi bir bağımlılık yapısını ya da risk almaya yönelik genelleştirilmiş bir yatkınlığı yansıtabilir (Martin ve ark., 2011). Daha genel olarak, tanı kriterlerini değerlendirmek için madde kullanımından bildirilen sorunları kullanmak potansiyel olarak sorunludur çünkü maddeyle ilgili görünürdeki birçok sonuç birden çok şekilde belirlenir ve madde nedenselliğinin atfedilmesi titizlikle yapılamaz. Ayrıca, belirli bir bağıntı, bağımlılığa yatkınlık, bağımlılığın bir tezahürü veya sonucu olabilir veya ortak bir üçüncü değişken nedeniyle sahte bir şekilde ilişkili olabilir (Martin ve ark., 2014).

### **1.1.1.2. Madde Bağımlılığı Kavramı**

Madde bağımlılığı, bireyin fiziksel ve zihinsel sağlığına veya başkalarının refahına zararlı etkilere yol açan bir ilaca veya başka bir maddeye aşırı düşkünlük ve bağımlılık anlamına gelmektedir. Bozukluk, bir uyuşturucu veya başka bir maddenin, iş, aile veya okul yükümlülüklerini yerine getirememeye, kişiler arası çatışmalar veya yasal sorunlar gibi, uyuşturucu kullanımına bağlı olarak tekrarlanan olumsuz sosyal sonuçlara yol açan, sürekli patolojik kullanım modeli ile karakterizedir. Madde kötüye kullanımı ve madde bağımlılığı arasındaki kesin ayrımlar konusunda devam eden tartışmalar vardır. Amerikan Psikiyatri Birliği'nin tanımları takip edildiğinde, madde bağımlılığını, kişinin madde ile ilgili ciddi problemler yaşamasına karşın madde kullanımına devam ettiğini işaret eden bir bilişsel, davranışsal ve fizyolojik semptomlar kümesi olarak tanımlandığı görülmektedir. Tolerans, geri çekilme ve kompulsif ilaç kullanma davranışıyla sonuçlanabilecek tekrar eden bir kendi kendine uygulama modeli bulunmaktadır. Maddenin kötüye kullanımı, tekrarlayan madde kullanımından kaynaklı olarak olumsuz



sonuçlarla kendini gösteren, uyumsuz bir madde kullanım örüntüsüdür. Bir kötüye kullanım kriterinin karşılanabilmesi için, maddeyle ilgili sorunun aynı 12 aylık süre içinde tekrar tekrar meydana gelmiş olması veya sürekli olması gerekmektedir (Amerikan Psikiyatri Birliği, 1994).

Madde kötüye kullanımı bağımlılığa yol açabilir. Tıbbi olarak, fizyolojik bağımlılık, yoksunluk semptomlarına yol açan tolerans gelişimini gerektirmektedir. Hem kötüye kullanım hem de bağımlılık, olumsuz sonuçlara rağmen maddeyi kullanmaya devam etme zorunluluğunu içeren ve kimyasal bağımlılığı içerebilir veya içermeyebilir. Bağımlılık hemen hemen her zaman kötüye kullanım anlamına gelir, ancak kötüye kullanım, özellikle bir birey ilk kez ilk kez kullanıldığında, bağımlılık olmadan ortaya çıkmaktadır. Madde kötüye kullanımı, bir ilacı reçete edildiği amaç dışında kullanabilecek hastaların, ilaçları yanlış kullanmalarındır; veya bir maddenin istenmeyen amaçlarla kullanılmasıdır (Amerikan Psikiyatri Birliği, 1994).

Madde kötüye kullanımı ve bağımlılığı, sağlık hizmetleri, eğitim, işçi üretkenliği, ceza hukuku ve hapisane sistemleri dahil olmak üzere birçok alanda toplumu ve kamu politikasını etkileyen çok büyük halk sağlığı sorunudur. Dünya Sağlık Örgütü, dünya çapında 76,3 milyon kişinin alkol kullanım bozukluğuna ve en az 15,3 milyon kişinin uyuşturucu kullanım bozukluğuna sahip olduğunu bildirmiştir. Enjekte edilen ilaçların kullanımı 136 ülkede rapor edilmiştir ve bu ülkelerden 93'ü bu popülasyonda HIV enfeksiyonu bildirmiştir. 2007'de, 12 yaşında veya daha büyük tahmini 19,9 milyon Amerikalı, mevcut yasadışı uyuşturucu kullanıcısı olarak raporlanmıştır. Bu tahmin, 12 yaş ve üzeri nüfusun %8'ini temsil etmektedir (Substance Abuse and Mental Health Services Administration, 2008).

Sağlık hizmetleri maliyetlerine ve üretkenlik kaybının maliyetlerine ek olarak, ceza adalet sistemi, ilaç arzını azaltma çabaları ve sosyal refahın sağlanması da maliyetlere katlanmaktadır. Suçla ilgili maliyetler tek başına toplam toplumsal maliyetlerin %59'unu oluşturmaktadır. Sigara içme ve alkol ve yasa dışı uyuşturucuların kötüye kullanılmasıyla ilgili hükümet harcamaları 2005 yılında 468 milyar dolara ulaşmış ve tüm amaçlar için birleşik federal, eyalet ve yerel harcamaların %10'undan fazlasını oluşturmuştur. Uyuşturucu tedavisine yatırılan her bir dolar için sağlık ve sosyal maliyetlerde 7 doların tasarruf edilmesine rağmen, toplam devlet harcamalarının %2'sinden biraz fazlası önleme, tedavi ve bağımlılık araştırmalarına ayrılmıştır. NIH Bütçe Ofisi'ne göre, 2008 mali yılında Ulusal Uyuşturucu Suistimali Enstitüsü

tarafından desteklenen araştırma ödülllerinin toplamı 750 milyon doların biraz üzerinde olmuştur (Lynch ve ark., 2010).

Madde bağımlılığının ortak özelliği, bu kullanımdan kaynaklanan ciddi problemlere rağmen madde kullanımının devam ettiğini gösteren bir grup davranışsal ve fizyolojik belirtidir. Uyuşturucu bağımlılığı, uyuşturucu alımı ve kullanımı kişinin (insan veya hayvan) davranışını yönetmeye başladığında ve uyuşturucu, kişinin motivasyon durumunu kontrol ediyor gibi görüldüğünde ortaya çıkmaktadır. Madde bağımlılığı, zararlı sonuçlarına rağmen, zorunlu uyuşturucu arama ve kullanma ile karakterize, kronik, tekrarlayan bir beyin hastalığı olarak tanımlanmıştır. Madde bağımlılığı genellikle diğer akıl sağlığı hastalıklarıyla bağlantılıdır. 2007 Ulusal Uyuşturucu Kullanımı ve Sağlık Araştırması anketine göre, geçen yılki ciddi psikolojik sıkıntı, genellikle geçen yıl madde bağımlılığı veya kötüye kullanımıyla ilişkilendirilmiştir. Ciddi psikolojik sıkıntısı olan 18 yaş ve üstü yetişkinler arasında, %22.1'i yasadışı uyuşturucu veya alkole bağımlıydı veya kötüye kullanmıştı, bu oran ciddi psikolojik sıkıntısı olmayan yetişkinlerde %7,6 olarak bildirilmiştir (Substance Abuse and Mental Health Services Administration, 2008).

Bir epidemiyolojik araştırmanın sonuçlarına göre, Almanya'da 2,3 milyon insan ilaçlara bağımlıdır; DSM-IV kriterleri temelinde, sedatif kötüye kullanımın tahmini genel yaygınlığı (hem erkekler hem de kadınlar arasında) %0,8 olarak, bağımlılık yaygınlığı erkekler arasında %1.4 ve kadınlar arasında %1.3 olarak bildirilmiştir (Pabst ve ark., 2013).

### **1.1.1.3. Bağımlılıkta Temel Kavramlar**

Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı (DSM-IV): madde kötüye kullanımını, aşağıda sayılan bir ya da daha fazla koşulu sağlayarak kendini gösteren, klinik olarak değerlendirildiğinde ise farkedilebilen bir bozulmaya veya sıkıntıya yol açan uyumsuz bir madde kullanım örüntüsü olarak tanımlamaktadır:

- önemli yaşam yükümlülüklerini yerine getirememe,
- tekrarlanan madde kullanımı tehlikeli durumlarda (araba kullanmak gibi):
- tekrarlayan yasal sorunlarda veya sosyal veya kişiler arası sorunlara rağmen kullanmaya devam etme.

Madde bağımlılığı, benzer bir madde kullanımı modeline sahiptir ancak ayrıca tolerans, geri çekilme ve kompulsif kullanım ile tanımlanmaktadır. Tolerans, aynı miktarda maddenin sürekli kullanımı ile zehirlenme veya istenen etkiyi veya belirgin şekilde azalan etkiyi elde etmek için madde miktarını artırma ihtiyacıdır. Yoksunluk, maddenin kesilmesinden sonra tipik bir sendromla karakterizedir.

#### 1.1.1.3.1. İntoksikasyon

İntoksikasyona bağlı olarak kişilerde genellikle görülen klinik bulgular, akut madde alımının farklı organ ve dokular üzerindeki etkisinden kaynaklanmaktadır. Akut intoksikasyon, hipoglisemi, laktik asidoz, hipokalemi, hipomagnezemi, hipoalbuminemi, hipokalsemi ve hipofosfatemi gibi çeşitli metabolik değişikliklere neden olabilmektedir. Akut intoksikasyona bağlı kardiyovasküler etkiler arasında taşikardi, periferik vazodilatasyon ve hacim azalması yer almaktadır; bu özellikler hipotermi ve hipotansiyonun indüklenmesine katkıda bulunabilmektedir (Orsini ve ark., 2017).

Akut intoksikasyonun hayatı tehdit eden başlıca solunum sonucu solunum depresyonudur. Diğer solunum etkileri, yabancı cisimlere karşı hava yolu duyarlılığının azalması, aspirasyonun azalması ve bunun sonucunda bronşit ve pnömoni ile sonuçlanan bakteriyel enfeksiyon riskinin artmasını içermektedir. Gastrointestinal etkiler bulantı, kusma, diyare, gastrite ikincil karın ağrısı, peptik ülser ve pankreatiti içermektedir. Uzun süreli kusma hiponatremiye yol açabilmektedir. Akut intoksikasyon özofagus, mide ve duodenal motilitede işlev bozukluğuna ve ileumda duodenal tip III (itici) dalgalarda artışa neden olabilmektedir; bağırsak içeriğinin bu artan geçişi ishale katkıda bulunabilmektedir (Barcelo ve ark., 2017).

Semptomlar genellikle mide bulantısı, kusma ve karın ağrısından oluşmaktadır. Daha az sıklıkla ateş, titreme ve sarılık oluşabilmektedir. Hemolitik anemi, sarılık ve hipertrigliseridemiden oluşan Zieve sendromu da zaman zaman bildirilmiştir. Son olarak, afektif bozukluklar ve antisosyal kişilik gibi psikiyatrik bozukluklardan etkilenen hastalarda intoksikasyon bulunabilir; intihar veya intihara meyilli hareketler de yüksek oranda intoksikasyon ile ilişkilidir (Klein ve ark., 2018).

Akut alkol toksisitesine,  $\gamma$ -aminobütirik asit tip A (GABA A) reseptörlerinin agonizmi aracılık etmektedir. Belirtiler genellikle kandaki alkol düzeyine göre değişmekte ve ilerleyici olup, muhakeme bozukluğuna,

psikomotor geriliğe, dengede bozulmaya, anterograd amneziye (karartma): komaya ve solunum yetmezliğine neden olmaktadır. Uzun süreli etanol kullanımının etkileri derindir ve bilişsel bozukluk, serebellar dejenerasyon, Wernicke-Korsakoff sendromu (tiyamin eksikliğinden): periferik nöropati, dilate kardiyomyopati, aritmiler, hipertansiyon, siroz (özofagus varisleri dahil): gastrit, pankreatit, yetersiz beslenme, hipoglisemi, hipoalbuminemi, elektrolit dengesizlikleri (hipomagnezemi, hipofosfatemi, hipokalsemi ve hipokalemi): ketoasidoz, anemi, trombositopeni, lökopeni ve miyopati olarak bildirilmiştir.

Hem kokain hem de amfetamin toksisitesinin ve kronik kötüye kullanımın klinik özellikleri benzerdir. Santral sinir sistemi etkileri öfori, midriyazis, felç ve beyin ödemi içerir. Kardiyak etkiler hipertansiyon, aritmi, taşikardi, kardiyomyopati ve hatta ölümü içerir. Toksikiteğin bir diğer önemli sonucu, artan miyokardiyal oksijen ihtiyacı ile birleştiğinde kardiyak iskemiye yol açabilen koroner arter vazospazmıdır. Kokaine bağlı aritmiler, sodyum ve potasyum kanal blokajı ve ardından QT aralığının uzamasından kaynaklanmaktadır. Sigara içildiğinde kokain öksürük, nefes darlığı ve pnömoni gibi akciğer sorunlarına neden olabilmektedir. Kokain kötüye kullanımının diğer özellikleri arasında terleme, hipertermi, trombositopeni ve yetersiz beslenme yer almaktadır. Gebede, kokain kullanımı fetal anormalliklerin yanı sıra erken doğuma ve erken membran rüptürüne neden olabilmektedir.

#### **1.1.1.3.2. Tolerans**

Morfin veya kokain gibi maddeler zamanla tekrar tekrar kullanıldığında tolerans gelişebilmektedir. Tolerans, bir kişi artık bir maddeye başlangıçta olduğu gibi tepki vermediğinde ortaya çıkmakta ve hücresel düzeyde gerçekleşmektedir. Bunun meydana gelmesinin bir yolu, vücudun ilacın metabolize olma hızını artırarak, vücuttan öncekinden daha hızlı bir şekilde atılmasıdır (Kenna ve ark., 2007).

Vücut ayrıca bir ilacın sürekli varlığına adapte olabilmekte, bu da reseptörlerin duyarlılığının azalmasına neden olmaktadır. Bu nedenle reseptörlerin yanıt vermesini sağlamak için ilaca daha fazla ihtiyaç duyulmaktadır. Duyarlılık azaldığında, kişi ilacın etkisini daha az yaşamakta, daha sonra ilk deneyimlediği etkiyi elde etmek için daha fazla ilaç almaktadır (Kenna ve ark., 2007).

Bu süreç, madde kullanım bozukluğu olan kişilerin arzu ettikleri hissi elde etmek için neden daha fazla ilaç aldığını açıklamaktadır. Bağımlılıkta bulunan aşırma, madde arama ve kontrol dışı davranışlar olmadan toleransın oluşması mümkün olduğundan, toleransın gelişmesi otomatik olarak kişinin bağımlı olduğu anlamına gelmemektedir. Bununla birlikte, tolerans üreten bir takım ilaçlar da bağımlılık yapmaktadır (Wise ve Koop., 2014).

Tolerans, ilacın vücut üzerindeki olumsuz etkilerini mutlaka azaltmamaktadır. Örneğin, zamanla bir kişi alkole tolerans gösterebilmekte, gevşeme seviyesini hissetmek, kaygıyı azaltmak veya ilk içmeye başladığında yaptığı olumsuz düşüncelerden kaçınmak için daha fazla içme ihtiyacı duyabilmektedir. Bir zamanlar hissettikleri etkiyi hissetseler de bu, tüm vücutlarının alkole uyum sağladığı anlamına gelmemektedir. Artan alkol tüketimi ile beyinlerine ve karaciğerlerine verilen hasar yine de artmaktadır. Uyuşturucu ve alkolün vücut üzerindeki etkileri, kişinin arzu edilen etkilerle ilgili nasıl hissettiği ile gösterilmemektedir (Hasin ve ark., 2013).

Amfetaminlerin birçok etkisine karşı tolerans hızla gelişmektedir. Toleransın, aynı yanıtı sürdürmek için belirli bir süre boyunca artan dozlarda bir ilaç gerektiğinde mevcut olduğu söylenmektedir. Brookes (2005): sadece 10-30 mg gerektirebilen yeni bir amfetamin alıcısı ile aynı etkiyi yaratmak için günde 1 g amfetamin gerektiren birkaç vaka bildirmiştir. Amfetaminlerin uyuşturucu bağımlılığını tetiklediğini ve amfetamine bağımlı kişinin psikotik agresif ve antisosyal hale gelebileceğini gösteren çok sayıda kanıt bulunmaktadır. Amfetaminlerin kesilmesinin zihinsel ve fiziksel depresyon ile ilişkili olduğu bildirilmiştir.

### 1.1.1.3.3. Çapraz Tolerans

Bir kişinin bağımlı olduğu madde ile benzer yapısal özellik taşıyan başka bir madde de vücutta benzer bazı etkilere yol açabilmektedir. Bu durum çapraz tolerans olarak tanımlanmaktadır. Benzer etkileri gösteren diğer maddelerden madde bağımlılığı tedavisinde de yararlanılmaktadır (Hasin ve ark., 2013).

### 1.1.1.3.4. İptila

İptila, genellikle bağımlılık terimiyle karıştırılan başka bir terimdir. İptila, basitçe, vücudun geri çekilmeyi önlemek için harici bir ilaç kaynağına bağımlı hale gelmesi anlamına gelmektedir. Çoğu ilaç, beyindeki belirli maddelerin seviyesini artırarak zevkli bir etki yaratmaktadır. Başlangıçta, beyin

zamanla doğal olarak oluşan maddeyi üretmeye devam edebilirken, beyin, dolaşan bol miktarda madde olduğu için çabalarının gerekli olmadığını algılamakta ve üretimini azaltmakta veya durdurmaktadır. Bir kişi daha sonra önce kesmeden ilacı almayı bıraktığında, beynin doğal maddeyi yeniden üretmeye başlamasından önce olumsuz fiziksel ve duygusal semptomlara yol açan bir süre bulunmaktadır (Ryan ve ark., 2013).

Davranışsal bir yanıtı geciktirme, durdurma veya kesintiye uğratma yeteneği, yürütme işlevinin önemli bir yönü olarak ifade edilmekte; uygun olmayan bir anlık tepkinin bastırılması, daha uygun bir davranış biçimine geçişi kolaylaştırmak için diğer süreçlere (örneğin, olası eylemlerin sonuçlarına ilişkin tahminleri formüle etme) zaman tanımaktadır. Günlük yaşamda, kinci, tuhaf veya başka türlü sosyal açıdan uygun olmayan düşünceleri ifade etmekten kaçınmamız gerektiğinde olduğu gibi, etkili engelleyici kontrol gerekmektedir. Madde kullanımı bağlamında, bozulmuş kontrol, maddenin daha fazla kullanılması veya amaçlanandan daha sık kullanılması ve kullanımı kontrol etme veya azaltmaya yönelik başarısız girişimlerde bulunmaktır. Bu bozukluklar, madde kullanım bozuklukları için DSM-5 ölçütlerinde yansıtılmaktadır (Amerikan Psikiyatri Birliği, 2013).

Davranışsal engellemenin yapısı genellikle, bir özellik olarak bozulmuş kontrol/döküntü dürtüselliliğinin öz-raporu ya da gözlemci-raporu ölçümleri ya da engelleme gerektiren görevlerde davranışsal performans yoluyla ölçülür. Kapsamlı bir literatür, kontrolde kişinin bildirdiği bozuklukların geçmişte ve gelecekte daha fazla madde kullanımıyla güvenilir bir şekilde ilişkili olduğunu göstermektedir (Gullo ve ark., 2014; Lester ve ark., 2012; Ryan ve ark., 2013).

#### **1.1.1.3.5. Kesilme veya Yoksunluk**

Yoksunluk, kullanılan maddeye ve kişinin rutin olarak aldığı miktara bağlı olarak hafiften yaşamı tehdit edene kadar değişebilen bir grup fiziksel ve psikolojik semptomu ifade etmektedir. Kişi ilaca bağımlı hale geldikten sonra ortaya çıkmaktadır. Bu, kişi maddeyi almayı bıraktığında, çekilme rahatsızlığından kaçınmak için yavaş yavaş yapması gerektiği anlamına gelmektedir (George ve ark., 2014).

Yoksunluk, bağımlılığı sürdüren ana faktörlerden biridir. Bağımlılık ilk başladığında, genellikle kişi bir sorun olduğunun farkındadır. Bununla birlikte, ilacı almayı bırakma girişimleri, o kadar olumsuz belirtilere yol açar ki, kişi semptomları ortadan kaldırmak için ilacı tekrar almaya başlar. Kişi artık ilacı

kullanmayı düşünmeye başladığında, yoksunluk semptomlarının hatırası onları endişelendirmekte ve muhtemelen uyuşturucuyla başa çıkmak için ihtiyaç duydukları bir şey olduğuna dair bir sebep bulmaktadırlar. Zaman geçtikçe, bağımlılık daha da kötüleşmekte ve sonunda bırakmayı düşünmekten de vazgeçmektedirler.

Madde yoksunluğunun belirtileri ve bırakmanın süresi, maddeye ve bağımlılığın süresine göre değişmektedir. Örneğin, eroinin ve reçeteli ağrı kesici ilaçların kesilmesi, grip benzeri semptomlar, dehidrasyon, kasılmalar, halüsinasyonlar, uykusuzluk, ruh hali değişimleri, sinirlilik, konsantre olamama, nöbetler, depresyon, anksiyete, yüksek tansiyon, paranoya, hiperaktivite ile sonuçlanmakta, bu belirtiler iki hafta kadar sürebilmektedir (George ve ark., 2014).

Kokain yoksunluğu ise depresyon, bitkinlik, iştah artışı, canlı, hoş olmayan rüyalar, kas ağrıları, sinir ağrıları, kaygı, huzursuzluk, titreme, zevk alamama, ruh hali değişimleri ve intihar düşünceleri ile sonuçlanmaktadır. Bu semptomlar yedi ila on dört gün sürmektedir (Hasin ve ark., 2013).

Bağımlılık geliştikten sonra bir maddenin kesilmesi, en iyi tıbbi detoks sağlayan bir madde bağımlılığı tedavi tesisinde gerçekleştirilmektedir. Tıbbi detoks, yaşamsal belirtileri ve psikolojik durumları izleyerek bireyin fiziksel ve duygusal olarak güvende kalmasını sağlamak için tıp uzmanlarının hazır olmasını sağlamaktadır. Maddenin vücuttan güvenli bir şekilde çıkarılmasını içeren fiziksel stabilite, psikolojik yoksunluk semptomlarının ele alınabileceği detoksun ilk hedefi olarak bilinmektedir (George ve ark., 2014).

Alkol yoksunluğu ise ölümcül olabilir. Alkol yoksunluğunun belirti ve semptomları akut intoksikasyonun tersidir ve bu nedenle doğası gereği adrenerjiktir. Anksiyete, uykusuzluk, taşikardi, hipertansiyon, terleme, bulantı ve hafif titreme, son içkiden 6-8 saat sonra görülebilmektedir. Deliryum tremens 2-3 gün sonra ortaya çıkabilmekte ve tamamen değişmiş sensorium, belirgin adrenerjik belirtiler ve bazen de ateş ile ayırt edilmektedir. Tedavinin temeli benzodiazepinler, elektrolit anormalliklerinin tedavisi, herhangi bir nöbet aktivitesinin önlenmesi, gerekirse hava yolu bakımı ve destekleyici bakımdır.

## 1.1.2. Bağımlılık Yapan Maddeler

### 1.1.2.1. Uyarıcılar

Santral sinir sistemi uyarıcılarının etkilerini ürettiği çeşitli mekanizmaları anlamak için, santral sinir sistemindeki nöronların temel işleyişini anlamak gerekmektedir. Uyarıcı ilaç dolaşımından kan-beyin bariyerini geçerek beyin doku boşluklarına geçmelidir. Beyine girdikten sonra: (a) reseptörlere (amfetamin ve efedrin) nörotransmitter salınımını artırabilir; (b) sinaptik sonrası reseptörleri (efedrin, kafein) doğrudan uyarır; veya (c) nörotransmitterin yeniden alımını inhibe eder (kokain ve amfetamin). Santral sinir sistemi uyarıcılarının esas olarak dopamin (DA): noradrenalin (NA) ve 5-hidroksitriptamin (5HT) (serotonin) nörotransmitter sistemleri üzerinde etkili olduğu düşünülmektedir. Metilfenidat ve amfetamin formülasyonlarını içeren merkezi sinir sistemi uyarıcıları, dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğunun farmakolojik tedavisinde birinci basamak ilaçlar olarak önerilmektedir ve dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu tedavisinde etkili oldukları gösterilmiştir. Bununla birlikte, merkezi sinir sistemini etkileyen diğer ilaçlarda olduğu gibi, kötüye kullanılma ve tıbbi olmayan amaçlara yönlendirilme potansiyeline sahiptirler (Pliszka, 2007).

Reçeteli dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu uyarıcılarının tıbbi olmayan kullanımı, genel olarak genç yetişkinler ve özellikle üniversite öğrencileri arasında, üniversite çağındaki bireyler üzerinde yapılan çeşitli çalışmalarda %5 ila %35 arasında değişen geçmiş yıl tıbbi olmayan kullanım oranları ile belgelenmiştir (Wilens ve ark., 2008). Kroutil ve arkadaşları (2006): dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu uyarıcılarının son bir yılda tıbbi olmayan kullanım prevalansının, 18 ila 25 yaş arasındaki genç yetişkinlerde (%1,3): 12 ila 17 yaş arasındakilere (%0,9) veya 26 yaş ve üzerinelere göre daha yüksek olduğunu bulmuşlardır (%0,1).

Birkaç çalışma, reçeteli uyarıcıların tıbbi olmayan kullanımının korelasyonlarını incelemiş ve reçeteli uyarıcıların tıbbi olmayan kullanımıyla uğraşanların aynı zamanda tıbbi olmayan kullanım ve diğer ilaçları kötüye kullanmış olabileceğini tespit etmiştir. Örneğin, üniversite öğrencileriyle ilgili bir çalışmada, McCabe ve arkadaşları (2005): üç reçeteli uyarıcı markadan (Ritalin, Dexedrine ve Adderall) en az birinin tıbbi olmayan kullanımı (“doktor önerisi altında olmayan kullanım” olarak tanımlanır) ile uğraşan öğrencilerin olduğunu bildirmiştir. Esrar, ecstasy, kokain ve reçeteli opioidlerin tıbbi olmayan kullanımı da dahil olmak üzere yasa dışı uyuşturucu kullanımını



bildirme olasılıkları bu kişilerin daha yüksek bulunmuştur. Bu ilişki, kolej ortamının dışındaki genç yetişkinler arasında da gösterilmiştir. Örneğin, Herman-Stahl ve arkadaşları (2007): genç yetişkinlerin (yaş aralığı, 18-25 yaş) 2002 Ulusal Uyuşturucu Kullanımı ve Sağlık Araştırması'na (NSDUH) verdiği yanıtları analiz etmişler ve esrar ve diğer yasadışı uyuşturucu kullanmanın hem metamfetamin hem de tıbbi olmayan reçeteli uyarıcı kullanımını tespit etmişlerdir. Benzer şekilde, Wu ve diğerleri (2007): reçeteli uyarıcıların kötüye kullanıldığını (tıbbi olmayan kullanım, reçetesiz kullanım veya yalnızca deneyim ya da his için kullanım olarak tanımlanır) bildiren 16 ila 25 yaşındakilerin, üç veya daha fazla yasa dışı uyuşturucu kullandığını bildirmelerinin muhtemel olduğunu bulmuştur.

Son on yılda, reçeteli uyarıcılar da dahil olmak üzere reçeteli ilaçların yasadışı kullanımı, Amerika Birleşik Devletleri'ndeki üniversite öğrencileri arasında en yaygın ikinci yasadışı uyuşturucu kullanımı şekli haline gelmiştir. 2003 yılına ait veriler, 19-22 yaşları arasındaki üniversite öğrencilerinin, aynı yaştaki üniversiteye kayıtlı olmayan nüfusa göre uyarıcı grubundaki ilaçlardan biri olan Ritalin'in yasadışı kullanımını bildirme olasılıklarının daha yüksek olduğunu göstermiştir (Teter ve ark., 2003). Bu sorunu daha da vurgulamak için, Amerika Birleşik Devletleri'ndeki ergenler, genç yetişkinler ve üniversite öğrencileri arasında reçeteli uyarıcıların yasa dışı kullanımı ile daha yüksek sigara içme oranları, şiddetli epizodik içme, esrar kullanımı ve kokain kullanımı arasında ilişkiler bulunmuştur. Reçeteli uyarıcıların yasa dışı kullanımı ile bir kişinin reçeteli uyarıcıların başladığını bildirdiği yaş arasında da bir ilişki bulunmuştur. Örneğin, konuyla ilgili bir çalışmanın sonuçları, ilkokuldan sonra reçeteli uyarıcı ilaçların başlatılmasının, kolej sırasında reçeteli uyarıcıların yasadışı kullanım riskinin artmasıyla ilişkili olduğunu göstermiştir. Ancak, belirli yaş gruplarında reçeteli uyarıcılara başlama ile alkol ve diğer uyuşturucu madde kullanımı ve kötüye kullanımı arasındaki ilişkiye ilişkin araştırmalar sınırlıdır (McCabe ve ark., 2006).

### **1.1.2.2. Kokain**

Kokainin bilinen ilk kullanımı Güney Amerika Kızılderililerinde MÖ 2000 ile 1500 arasında gerçekleşmiştir. 1920'lerden 1960'lara kadar, uyuşturucu maddeler Amerika Birleşik Devletleri'nde caz müzisyenleri, aktörler ve “kültürel avangart” arasında eğlence amaçlı kullanılmıştır. 1970'lerin başından beri, kokain kullanımının popüleritesi çarpıcı biçimde

artmıştır. Tahminler, en az bir kez kokain denemiş olan Amerikalıların sayısının 1974'te 5,4 milyondan 1982'de 21,6 milyona yükseldiğini göstermektedir. Gerçekten de, kokain üretimi bir endüstri olarak gelişmeye başlamış ve tahmini yıllık geliri en az 27 milyar dolara ulaşmıştır. 1985'te "crack"ın piyasaya sürülmesi, daha sonra kokain kullanımında bir artış getirmiştir (Mahler ve ark., 2019).

Amerika Birleşik Devletleri'nde (ABD) yaklaşık 2,2 milyon düzenli kokain kullanıcısı ve son bir yılda kokain bağımlılığı olan 1 milyon kişi ile, kokain bağımlılığı ciddi bir halk sağlığı sorunudur. Crack kokain de dahil olmak üzere kokain kullanımı, önemli morbidite ve yüksek sağlık hizmeti kullanım oranları ile ilişkilidir ve kokain kullanımına bağlı ölümler artmaktadır (Butler ve ark., 2017). ABD'de, son yıllarda aşırı doz ölümlerindeki belirgin artış, büyük ölçüde opioid aşırı doz ölümlerine bağlanmıştır. Ancak, aşırı dozda kokain ölümleri 2011 ve 2016 yılları arasında ikiye katlanmıştır; Hispanik olmayan siyah erkek ve kadınlarda, aşırı dozda kokainden kaynaklanan ölüm oranı, afyonlu aşırı dozdan ölüm oranını geçmiştir. Artan opioid kullanımı ve ilişkili opioid aşırı doz ölümlerinin mevcut çağında bile, kokain kullanımı ciddi bir sorun olmaya devam etmektedir. Kokain bağımlılığı için etkili tedavilerin geliştirilmesi bu nedenle klinik bir öncelik haline gelmiştir (Shiels ve ark., 2018).

Her ne kadar orta beyin dopamin nöronlarının aktivasyonunun iştah açıcı davranışta en önemli rolü oynadığı düşünülse de, hayvanlar üzerinde yapılan araştırmalar, kronik kokain uygulamasının çeşitli beyin bölgelerinde dopamin dinamiklerinde değişikliklere neden olduğunu göstermektedir. Serebral glikoz metabolizması çalışmaları, kokainin ana etkilerinin öncelikle sıçanlarda subkortikal dopaminerjik devreleri içerdiğini, ancak muhtemelen serotonerjik ve noradrenerjik sistemleri içeren kortikal tutulumun, kronik tedaviden sonra insan olmayan primatta kanıtlandığını göstermektedir. Dopamin konsantrasyonları doğrudan kokain bağımlısı olmayanların beyinlerinde ölçülmemiş olsa da, dopaminerjik afferentleri alan özellikle orbitofrontal korteks ve singulat girus olmak üzere çeşitli frontal beyin bölgelerinde azalmış D2 dopamin reseptörü mevcudiyeti ile azalmış glikoz metabolizması arasında bir ilişki bulunmuştur. Azalan D2 reseptörü mevcudiyeti de yıllarca kokain kullanımıyla ilişkilendirilmiştir. Ancak daha sonra, azalmış D2 reseptörü mevcudiyetinin, kokain uygulandığında sinaptik dopaminde tekrarlanan

yükselmelere yanıt olarak postsinaptik D2 reseptörlerinin aşağı regülasyonunu yansıtabileceğini öne sürülmüştür (Kampman, 2019).

Bilinen bir nörolojik veya psikiyatrik hastalığı olmayan insan deneklerden alınan beyinlerin ölüm sonrası analizleri, kokainin bazal ganglionlardaki dopamin alım bölgelerine ve ayrıca frontal korteks ve hipokampustaki serotonin alım bölgelerine de bağlandığını ortaya koymaktadır. İnsanlarda kronik kokain uygulamasının dopamin tükenmesine yol açabileceği fikri, hiperprolaktinemi raporları ve ayrıca kokain bağımlılarında artan hipofiz hacmi raporlarıyla desteklenmektedir. Ayrıca, kokainden yoksun bırakılan bireyler geriye dönük olarak orbitofrontal kortekste ve diğer prefrontal alanlarda yüksek glikoz metabolizması ile ilişkili olan aşermeyi rapor edilmiştir. Bu nedenle, kokainin tekrarlanan kullanımı, kokainin neden olduğu dopaminerjik stimülasyonla sonuçlanabilmekte ve ilaç uygulamasının kesilmesinden kısa bir süre sonra, orbitofrontal korteks ve diğer prefrontal beyin bölgelerindeki aktivasyon, kokaini kompulsif olarak kendi kendine uygulama dürtüsünün artmasına neden olabilmektedir. Kokain kullanımından sürekli olarak uzak durma ile bu bölgeler hipometabolik hale gelmektedir, ancak kokain yeniden verildiğinde, frontal beyin bölgeleri yeniden etkinleştirilebilmekte ve bu da yine kokain kullanma zorunluluğuna katkıda bulunmaktadır (Cai ve ark., 2017).

Biriken kanıtlar, kronik kokain kötüye kullanımının merkezi sinir sistemindeki anormalliklerle ilişkili olduğu görüşünü desteklemektedir. Daha spesifik olarak, kronik kokain bağımlılarının yürütücü işlevlerinde (karar verme, karar verme, zihinsel esneklik) sıklıkla nörobilişsel eksiklikler rapor edilmektedir. Ek olarak, görüntüleme çalışmaları (SPECT ve PET): kokain bağımlılarının limbik prefrontal korteksindeki perfüzyon eksikliklerini ve metabolik değişiklikleri ortaya çıkarmıştır. Limbik prefrontal beyin bölgesi, yürütücü bilişsel yeteneklerin önemli bir anatomik alt katmanıdır. Orbitofrontal ve anterior singulat kortekslerin incelenmesi özellikle önemli olabilir çünkü önceki nörokimyasal, nörodavranışsal ve nörogörüntüleme araştırmaları, kronik kokain bağımlılarında bu bölgelerde değişiklikler olduğunu bildirmiştir (Crescenzo ve ark., 2018).

Kronik kokain kullanıcıları muhakeme eksikliği, güvenilmezlik, zayıf öngörü, karar vermede zorluk, disinhibisyon, ilgisizlik, öfori ve sinirlilik sergilemektedir. Prefrontal lob, bu davranışların kontrolünde veya modülasyonunda rol oynuyor gibi görünmektedir, çünkü bu bölgeye verilen

hasar, uyuşturucu kullanıcısı olmayan beyin hasarlı hastalarda benzer davranışlar üretmektedir (Nuijten ve ark., 2016).

### 1.1.2.3. Afyon ve Türevleri

Uyuşturucu bağımlılığı, tüm toplumların temel sorunlarından biridir. Son 20 afyon ve türevleri bağımlılığının üç kat arttığı tahmin edilmektedir. Özellikle İran'da bağımlılık oranının yüksek olmasının bir nedeni, halkın afyonun kan basıncı ve diyabet üzerindeki etkisine ve kardiyovasküler olayları önlemeye yönelik yanlış inancı olarak yorumlanmaktadır (Niaki ve ark., 2013).

Morfin, afyon haşhaşındaki alkaloid bakımından zengin lateksin önemli bir bileşenidir. Ancak bitki yaklaşık seksen farklı tetrahidrobenzilözokinolin türevi alkaloid içerir ve bunların metabolizma ve endokrin sistem üzerindeki etkileri bu nedenle kapsamlı olabilir ve muhtemelen saf morfinden farklı olabilir. Afyonun kardiyovasküler koruyucu etkilerine dair bazı toplumlar arasında inançlar vardır (Asgary ve ark., 2008).

Bu ligandlar üzerinde yapılan çalışmalar, opioid peptitlerin bazı fizyolojik fonksiyonlarda ve kalp gelişimi, bradikardi, taşikardi, miyokardiyal hipertrofi, hipertansiyon, hipotansiyon, periferik vazodilatasyon, kalp yetmezliği ve iskemik ön koşullandırma gibi kardiyovasküler patolojik durumlarda önemli bir rol oynadığını göstermiştir. Bunların farklı bölgelerdeki uyarılmış reseptör tipinin yanı sıra doza da bağlıdır. Endojen opioidlerin kardiyovasküler düzenleyici etkileri, nörotransmitter düzenleyici etkisinin kolaylaştırılması yoluyla merkezi sinir sisteminden kaynaklanmaktadır. Ayrıca, son zamanlarda yapılan çalışmalar, miyokardın kendisinden kaynaklanan opioid peptitlerin, kardiyovasküler fonksiyonların lokal düzenlenmesinde önemli bir rol oynadığını göstermiştir (Niaki ve ark., 2013).

### 1.1.2.4. Esrar

Esrarın birincil psikoaktif bileşeni olan tetrahidrokannabinol (THC): öforiye, zamanın bozulmasına ve yüksek farkındalık duygusuna neden olmaktadır. Diğer etkiler arasında iştah artışı, konjonktival enfeksiyon ve uyuşukluk sayılabilmektedir. Akut zehirlenme, hipotansiyon ve taşikardiye yol açan vazodilatasyona neden olabilmektedir. Esrar içenler, tütün içenlerle aynı hava yolu komplikasyonlarının çoğu için risk altındadır ve daha erken yaşlarda akciğer ve gırtlak kanseri geliştirme eğilimindedirler.

Esrar bağımlıları, özellikle entübasyon ve mekanik ventilasyon sırasında perioperatif bronkospazm açısından daha yüksek risk altındadır. İnhalasyon β-agonistleri ve kortikosteroidlerle premedikasyon, entübasyonla uyarılmış bronkokonstriksiyon insidansını azaltır. Aşırı mukus üretimi, mukusun tıkanmasına neden olabilir. Postoperatif atelektazi ve pnömoninin önlenmesi, mukusun temizlenmesi için yeterli bir öksürük mekanizması gerektirir. Ameliyat sonrası planlar iyi bir ağrı kontrolü sağlamalı ve teşvik edici spirometriyi içermelidir. Kronik esrar kullanımı, hastanın ameliyat sonrası talimatları takip etme yeteneğini bozabilir.

### 1.1.2.5. Alkol

Etanol, hücre zarlarını hızla geçen ve hücre içi ve hücre dışı konsantrasyonlar arasında hazır denge ile sonuçlanan suda çözünür bir bileşiktir. Emilimi esas olarak proksimal bağırsak yolunda, yani midede (%70) ve duodenumda (%25) gerçekleşirken, kalan bağırsak yollarında sadece küçük bir yüzde meydana gelir. Midedeki alkol dehidrojenaz (ADH) enzimi alkol metabolizmasının yüzde 10'luk bölümünden sorumludur ("ilk geçiş metabolizması") ve cinsiyetle ilgili farklılıklara sahiptir. Alınan etanolün geri kalan %90'ı asetaldehitte farklı yüzdelerde üç karaciğer enzimatik yolu (karaciğer ADH, mikrozomal etanol oksitleme sistemi ve katalaz) boyunca metabolize edilir. Amerika Birleşik Devletleri'nde, hastanelere başvuran deneklerin %20-40'ında alkolle ilgili sorunlar vardır ve yaşlılarda alkolle ilgili bozukluklar, miyokard enfarktüsleri kadar yaygın bir hastaneye yatış nedenidir (Vengeliene ve ark., 2008).

İtalya'da yaklaşık dört milyon kişinin alkole bağlı rahatsızlıkları olduğu bildirilmektedir; bunların yaklaşık bir milyonu, alkol bağımlılığı için Mental Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı IV baskı kriterlerini karşılamaktadır. Alkole bağlı mortalite, morbidite, üretkenlik kaybı, devamsızlık ve hastaneye yatış dahil olmak üzere alkole bağlı bozuklukların sosyal maliyetinin İtalya'nın gayri safi milli hasılasının (GSMH) yaklaşık %5-6'sı olduğu tahmin edilmektedir. Benzer şekilde, Avrupa'nın geri kalanında, alkol kötüye kullanımının tam ekonomik maliyetinin, GSMH'nin yaklaşık %2-5'i kadar olduğu hesaplanmıştır (2003 yılında 26-66 milyar Euro'ya tekabül etmektedir).

Acil bakım servislerine sevk edilen hastalarda alkole bağlı birçok bozukluktan en sık görüleni akut alkol intoksikasyonudur. Bu durumla sadece

yetişkinlerde değil, ergenlerde de karşılaşılmaktadır. Genç nüfus arasında, deneklerin %29'u zehirlenme noktasına kadar içki içtiğini bildirilmiştir. Amerika Birleşik Devletleri'nden elde edilen verilerin, giderek daha genç yaştaki çocukların alkol kullandığını ve ergenlerin %32'ye varan kısmının alkol zehirlenmesi/kendi kendini zehirlenme veya bağımlılıkla ilgili güçlükler yaşadığını öne sürmesi büyük bir endişe konusudur. Alkol ve Diğer Uyuşturucularla İlgili Avrupa Okul Anketi Projesi'nde, 15 ila 16 yaş arasındaki tüm erkeklerin %7'si ve görüşülen tüm kadınların %2'si bir önceki yıl on veya daha fazla sarhoşluk vakası bildirmiştir (Vengeliene ve ark., 2008).

Alkol kullanımının kapsamını belirlemek için kapsamlı bir preoperatif değerlendirme önem taşımaktadır. Daha fazla test, etkilenen organ sistemlerine odaklanmalıdır. EKG ve ekokardiyografi sırasıyla aritmileri ve azalmış kardiyak fonksiyonu ortaya çıkarabilmektedir. Elektrolitler ölçülmeli ve anormallikler düzeltilmelidir. Hipoglisemi varsa, Wernicke-Korsakoff sendromunu önlemek için glukoz uygulamasına tiamin dahil edilmelidir. Karaciğer testleri tipik olarak 2'den büyük bir AST/ALT oranı ve azalmış albümini ortaya çıkarmaktadır. Hemogram ve pıhtılaşma testi de önemlidir. Akut zehirlenme, GABA aktivasyonuna bağlı olarak minimal alveolar konsantrasyonu azaltmaktadır. Buna karşılık, kronik alkol kullanımı, sitokrom P-450 sisteminin indüksiyonu veya anesteziye çapraz tolerans nedeniyle minimal alveolar konsantrasyonu arttırmaktadır. Bu nedenle anestezi planlarının buna göre ayarlanması gerekmektedir. Alkol kullanımının diğer belirtileri de anestezi planını etkileyebilmektedir. Hipoalbuminemi hem onkotik basıncı hem de farmakokinetiği etkilerken, anemi ve koagülopati kan ürünlerinin verilmesini gerektirebilmektedir (Chen ve ark., 2010).

#### **1.1.2.6. Kannabinoidler**

Günümüzde, kannabinoidlerin tıbbi ve eğlence amaçlı kullanımının zamanla daha çok kabul görmeye başladığı bilinmektedir (Pacula ve Smart, 2017; Rubens, 2014). Ayrıca halk arasında esrarın nispeten daha az zararlı olduğuna dair artan bir algı mevcuttur. Esrar bağımlılığı, Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabında tanınmaktadır ve 10 kullanıcıdan 3'ünün tanı ölçütlerini karşıladığı bildirilmiştir (Hasin ve ark., 2015). Bundan dolayı, aşağıdakiler için bilimsel araştırmaların yapılması gerekmektedir: (1) esrarın bağımlılık ile ilgili etkilerinin incelenmesi; (2) esrar kullanım bozukluğunun tedavisi için geliştirilmiş olan ilaçların etkinliğinin değerlendirilmesi; ve (3)

esrar benzeri tıbbi etkilerin yaratılması amacıyla tasarlanmış yeni ilaçların kötüye kullanım potansiyelinin değerlendirilmesi (Panlilio ve Justinova, 2018).

Madde bağımlılarının, birden fazla uyuşturucu sınıfı ile aynı anda veya günler veya haftalar içinde birden fazla uyuşturucu kullanma deneyimine sahip olmaları yaygındır (Kedia ve ark., 2007; Martin, 2008). Esrar kullanıcılarının bir alt grubu, kokain ve eroin gibi düzenli uyuşturucu kullanıcıları olma yolunda ilerlemektedir (Secades-Villa ve ark., 2015). Bu ilerlemenin muhtemelen birden çok nedeni bulunmaktadır ve bunlardan bazıları yalnızca insanlarda incelenebilmektedir. Bununla birlikte, uyuşturucu kullanımına ilişkin hayvan modelleri, belirli bir tür hipotezi test etmek için bir araç sağlamaktadır: bir ilaca maruz kalmanın beyni, bireyi diğer ilaçların bağımlılık yapıcı etkilerine daha duyarlı hale getirecek şekilde değiştirebileceği gözlenmiştir (Panlilio ve Justinova, 2018).

#### 1.1.2.7. Tütün

Yanıcı tütünün sağlık üzerindeki etkileri üzerine yapılan araştırmalar genellikle, fiziksel hastalıklara (örneğin kanser, kardiyovasküler hastalık, solunum hastalığı) odaklanmıştır. Bununla birlikte, yanıcı tütün kullanımının, tütün bağımlılığı sendromu da dahil olmak üzere ruh sağlığı üzerinde de önemli etkileri vardır. Dünya Sağlık Örgütü'nün Uluslararası Hastalık Sınıflandırması (ICD) tarafından tanınan tıbbi bir durum olan tütün kullanım bozukluğu, 2012-2013 yılları arasında tüm ABD'li yetişkinler arasında geçmiş yılda yüzde 20'lik bir yaygınlığa sahip olmuştur (Chou ve ark., 2016).

Tütün bağımlılığı, etkilenenlerde klinik olarak belirgin bir sıkıntı ve bozulma yaratmaktadır. Diğer madde kullanım bozukluklarında olduğu gibi, tütün bağımlılığı, hoş olmayan geri çekilme semptomları ve kullanım üzerindeki davranışsal kontrolün kaybı ile karakterizedir; bu, bağımlı bireylerin yanıcı tütün sigaralarını elde etmek veya kullanmak için önemli ölçüde zaman harcamasına ve önemli sosyal veya mesleki rol yükümlülüklerini yerine getirme becerisine müdahale etmesine neden olmaktadır (Fiore ve ark., 2008; Volkow ve ark., 2016). Diğer psikiyatrik bozukluklarda olduğu gibi, tütün bağımlılığının semptomları kullanıcı tarafından öznel olarak sıkıntı verici olarak deneyimlenir ve beynin duygu, motivasyon ve bilişi destekleyen devrelerindeki nörobiyolojik adaptasyonlarla bağlantılıdır (Markou, 2008).

Tütündeki bağımlılık yapıcı madde olan nikotin, esas olarak bir uyarıcıdır ve kalp hızında ve kan basıncında artışa neden olur ve bu durum,

zayıflamış hastalarda miyokard iskemisine neden olabilmektedir. Sigara, aterosklerozun hızlanmasına ve dolayısıyla koroner arter ve periferik damar hastalığına neden olmaktadır. Sigara içmenin pulmoner etkileri, mukus birikimine, kronik inflamasyona ve alveollerin tahrip olmasına neden olan mukosilyer yürüyen merdivenin bozulmasını içermektedir. Bu, bronşit ve kronik obstrüktif akciğer hastalığı (KOAH) insidansında artışa neden olmaktadır. Dumandaki karbon monoksit hemoglobini bağlamakta, oksihemoglobin eğrisini sola kaydırmakta ve bu nedenle dokuların kullanabileceği oksijen miktarını azaltmaktadır (doku hipoksisi). Hem kan şekeri seviyeleri hem de insülin üretimi artmaktadır. Sigara içen çocukların astım riski daha fazladır. Son olarak, sigara içmek akciğer, gırtlak, yemek borusu, mide ve mesane kanserleri dahil olmak üzere çok sayıda kanser türüyle ilişkilidir (Chou ve ark., 2016).

Tütün kullanım miktarı, tütün bağımlılığının riski ve ciddiyeti ile ilişkilirken, korelasyon tipik olarak orta büyüklüktedir ve bağımlılık semptomları, seyrek ve düşük yoğunluklu tütün kullanıcılarının kayda değer bir kısmı tarafından bildirilmektedir. Genel olarak, tütün bağımlılığı sendromu, dikkate alınması gereken önemli bir birincil sağlık son noktasıdır (Reyes-Guzman ve ark., 2017).

Nikotin, yanıcı tütün sigaralarına bağımlılığa neden olan başlıca farmakolojik ajandır (Benowitz, 2008). Nikotin akciğer yoluyla iletildiği için, "bolus" biçiminde iletilen nikotinin hızı, etkinliği ve büyüklüğü, daha yavaş farmakokinetiği olan diğer nikotin iletim cihazlarına kıyasla daha yüksek bir nikotin bağımlılık potansiyeli üretmektedir. Nikotinin farmakolojik etkisi, yanıcı tütün sigaralarının yüksek bağımlılık potansiyelini açıklamak için yeterli değildir (Rose, 2006). Tütünün kendi kendine uygulanmasıyla ilişkili "nikotin olmayan faktörler" (örneğin, sigara içme eylemiyle ilişkili tat, koku ve duyumlar) yanıcı tütün sigaralarına bağımlılığın oluşturulması ve sürdürülmesi için kritik öneme sahiptir (Fagerström, 2012).

Diğer suistimal ilaçları gibi, dekotinleştirilmiş sigara içimi, beynin düzenli yanıcı tütün sigara içicilerinin ödül devresinde, daha düşük seviyelerde de olsa, önemli bir dopamin salınımına neden olabilmektedir (Domino ve diğerleri, 2013). Doğrudan farmakolojik etkisi olmayan davranışlar, bağımlılık semptomları (örneğin kumar) üretmekte ve beyin ödül devrelerinde düzensizlik ile ilişkili olabilmektedir (Quester ve Romanczuk-Seiferth, 2015). Bu nedenlerle, artık yanıcı tütün sigara bağımlılığının sadece nikotin bağımlılığı



olmadığı tespit edilmiştir (Rose, 2006). Bu durum, uzmanları, tütün kullanım bozukluğu kavramının ve ölçümünün “nikotin bağımlılığı” gibi nikotine öncelik veren terimlerden, nikotin dışı faktörlerin rolünü kabul eden kavramsallaştırmalara ve terimlere doğru yeniden çerçevelenmesi ve yeniden etiketlenmesi çağrısında bulunmaya sevk etmiştir (Fagerström, 2012).

### 1.1.2.8. Opiyatlar

Tüm dünya ülkelerinde giderek artan bir opiyat bağımlılığı ve kötüye kullanımı eğilimi olmuştur ve dünya genelinde 2016'da opiyat kötüye kullanımı bozukluğu olan tahmini 26,8 milyon kişi vardı (Blanch ve ark., 2014; Strang ve ark., 2020). Uzun süreli opiyat kullanımı, opiyat toleransı ve toksisitesinin yanı sıra uyku bozuklukları, endokrinopatiler ve bilişsel bozulma ile ilişkilidir (Harned ve ark., 2016). Opiyat bağımlılığından çekilme, artan kalp hızı, kan basıncı, terleme, değişen vücut ısısı ve ayrıca eklem ve kas ağrıları gibi semptomlara neden olabilir (Kosten ve Baxter, 2019). opiyat bağımlılığının uzun vadeli yönetimi büyük ölçüde buprenorfin veya metadon gibi opiyat agonistleri ile yapılan replasman tedavisine bağlıdır. Bu replasman tedavileri, geri çekilmeyi ve nüksü azaltabilir. Bununla birlikte, opiyat agonistleri ile tedavi, uzun süreli opiyat kullanımına benzer yan etkilere sahip olabilir ve bu agonistler, nüksetme eğilimini artıran nöral adaptasyonları değiştirmezler (örn., morfine yanıt olarak dopaminerjik VTA nöronlarının değişen aktivitesi) (Welsch ve ark., 2020).

Opioid örnekleri morfin, kodein, eroin, hidromorfon, oksikodon, meperidin, fentanil, metadon ve buprenorfini içermektedir. Sokak kullanımının yanı sıra reçeteli opiyat kötüye kullanımının da çok yaygın olduğunu bilmek önemlidir. Preoperatif değerlendirmede opioid kullanımının türü, miktarı, sıklığı ve yolu belirlenmelidir. Uygulama yolları enteral (oral, rektal) ve parenteral (intravenöz, subkutan, transdermal, transmukozal, inhalasyon) olabilmektedir. Özellikle ekstremitelerde kabuklanma ve/veya yara izi (iz izleri) damar içi suistimali gösterebilir. Damar içi uyuşturucu kullanıcıları HBV, HCV, HIV ve bakteriyel endokardit gibi bulaşıcı hastalıklara karşı hassastır. Vasküler erişim zor olabilir ve ayrıca bu hastalar yetersiz beslenebilir. Kronik opioid kullanımının sekonder adrenal yetmezliğe neden olabileceğini hatırlamak önemlidir. İntraoperatif fazda, hastalar opioidlere tolerans ve anesteziyelere çapraz tolerans gösterebilir. QT uzamasına neden olabilecek ve kardiyak aritmileri hızlandırabilecek metadon kullanan hastalara özel dikkat

gösterilmelidir. Genel olarak, bu hastalar yeterli analjezi için daha yüksek dozlarda opiyat gerektirir ve ayrıca hiperaljezi ve allodiniye yatkındır. Perioperatif yönetim stratejileri, temel metadon veya buprenorfin gereksinimlerinin hesaplanmasını ve sürdürülmesini, toleransı hesaba katmak için opioid dozlarını artırmanın yanı sıra periferik sinir blokları ve opioid olmayan ilaçlar gibi diğer stratejileri en üst düzeye çıkarmayı içermektedir (Strang ve ark., 2020).

Oksikodon gibi reçeteli opioidlere bağımlılığın gelişmesi ve tıbbi olmayan kullanımdan kaynaklanan bağımlılık da artan toplumsal sorunlardır. 24 saatten fazla süren ağrı, her yıl Amerikalıların %25'inden fazlasını etkilemekte ve üretkenlik kaybı, gelir kaybı ve sağlık bakımında yaklaşık 100 milyar dolara mal olmaktadır. Ne yazık ki, kronik ağrının bağımlılık yapan ilaçlarla tedavisi ve reçeteli ilaçların tıbbi endikasyonu olmayan kişiler tarafından kötüye kullanılması yaygın reçeteli ilaç kötüye kullanımına yol açmıştır (Stewart ve ark., 2003).

Benzodiazepinler klinik etkilerine göre anksiyolitik ajanlar ve hipnotik ajanlar olarak ikiye ayrılmaktadır. Ancak prensipte tüm benzodiazepinlerin anksiyolitik, hipnotik, kas gevşetici, antikonvülsan ve amnezik etkileri bulunmaktadır. Sakinleştirici olarak ve alkol yoksunluğu deliryumu dahil yoksunluk belirtilerini tedavi etmek için kullanılmaktadırlar (Amato ve ark., 2010). Benzodiazepinler kısa süreli kullanım (2 ila 4 hafta) için nispeten güvenlidir, ancak bu sürenin ötesinde güvenlikleri belirlenmemiştir ve 1 aydan uzun süre benzodiazepin kullanan hastaların yaklaşık yarısında bağımlılık gelişmektedir. Tek bir ilacın kullanımı ile ölümcül zehirlenme riski düşüktür (Baldwin ve ark., 2013).

Ventral tegmental bölge ve nükleus akumbens beynin mezolimbik bölgesinin parçalarıdır; bu alanlarda dopamin salınımına neden olan ilaçlar genellikle bağımlılık yapma potansiyeline sahiptir. Prefrontal kortekse sinirsel projeksiyonlar, “bağımlılık ağındaki” önemli bağlantıları temsil eder. Tan ve arkadaşları (2010) tarafından yapılan dönüm noktası çalışmaları, benzodiazepinlerin, komşu internöronlarda GABAA reseptörlerini modüle ederek ventral tegmental alandaki dopaminerjik nöronları da aktive ettiğini göstermiştir. Ventral tegmental alandaki  $\alpha 1$  içeren GABAA reseptörlerinin özel önemi kaydedilmiştir. Bu bilgi, benzodiazepinlerin diğer kötüye kullanılan ilaçlara benzer mekanizmalar yoluyla hareket ettiğini açıkça ortaya koymaktadır (Tan ve ark., 2010).

Amerika Birleşik Devletleri'nde yapılan bir araştırma sonucunda benzodiazepin kullanımı yaşla birlikte önemli ölçüde artma eğiliminde olduğu bildirilmiştir (Olfson ve ark., 2015). Petitjean ve arkadaşları (2007): İsviçre'de hastaların %14.5'ine 12 aydan uzun süre benzodiazepin verildiğini bildirmiştir. Neutel (2005): Kanada nüfusunun %4,1'inde bu ilaçların kötüye kullanıldığını tespit etti. Amerika Birleşik Devletleri'nde, Huang ve arkadaşları (2006): bu ilaç ailesinden sakinleştiriciler için %1.1 ve sakinleştiriciler için %1.0'lık bir kötüye kullanım oranı bildirmiştir. Amerika Birleşik Devletleri'ndeki 2008 verilerinin geriye dönük bir çalışması, 18 ila 80 yaş arasındaki kişilerin %5,2'sinin benzodiazepin kullandığını ve 65 ila 80 yaş arasındaki kişilerin %8,7'sinin benzodiazepin kullandığını göstermiştir. Kadınlar, benzodiazepinleri erkeklerden iki kat daha sık kullanmıştır. Numunenin dörtte birinde uzun süreli kullanım gösterilmiştir. Moore ve arkadaşları (2015) daha sıkı kontroller önermekte ve benzodiazepinlerin sadece diğer doktorlardan daha az uzun süreli reçete veren psikiyatristler tarafından reçete edilmesi gerektiğini önermektedir; ancak konu tartışmalıdır. Özellikle bağımlılık servis merkezlerinde benzodiazepin bağımlılığının yüksek prevalansı ile çok düşük tedavi oranları arasında çarpıcı bir fark vardır (Soyka ve ark., 2005).

## **1.2. Madde Bağımlılığı İle İlişkili Teoriler**

### **1.2.1. Madde Bağımlılığı ile İlişkili Faktörler**

Madde bağımlılığından birden fazla biyolojik, psikolojik ve sosyal faktör sorumludur. Genetik etkiden bağımsız olarak, sosyal çevre ve aile faktörleri madde bağımlılığı için önemli belirleyicilerdir. Aile, çocuklar için bir yargı duygusu ve ahlaki yapı oluşturmakta ve bu, yaşamları boyunca karar vermelerini etkilemektedir. Çeşitli sosyal faktörler arasında akran ve aile etkisi dikkat çekicidir. Akran etkisi, ergen uyuşturucu davranışının önemli bir nedenidir. Diğer bir kilit belirleyici ise sosyoekonomik statüdeki eşitsizlik ve ayrımcılıktır. İşsizlik, Sosyal Ağ Normları, yoksulluk ve eşe ihanet de uyuşturucu kullanımına katkıda bulunur. Ancak çoğu durumda tek bir faktör yerine birkaç faktörün birleşimidir (Foo ve ark., 2012).

#### **1.2.1.1. Sosyoekonomik Faktörler**

Ruh sağlığı hizmetlerine erişim, kullanım ve kalitedeki sosyoekonomik eşitsizliklerin yanı sıra sosyoekonomik durum ile madde kullanım yaygınlığı ve kalıpları arasındaki ilişkiler iyi bilinmektedir. Düşük sosyoekonomik durum,

gençler arasında artan alkol, sigara ve kokain kullanımı ve erken yetişkinlik döneminde artan kullanım bozuklukları olasılığı ile ilişkilidir. Bununla birlikte, bazı çalışmalar sosyoekonomik durum ile kullanım arasında pozitif ilişkiler olduğunu göstermektedir. Hem ırk hem de sosyoekonomik durumu dikkate alan az sayıdaki çalışmadan biri, daha yüksek sosyoekonomik durumun ergenlerde alkol, esrar ve kokain kullanımındaki artışlarla ilişkili olduğunu, ancak bu durumun yalnızca Kafkasyalılar arasında olduğunu bildirmiştir (Humensky, 2010). Benzer şekilde, Patrick ve arkadaşları (2012) alkol ve esrar kullanım yaygınlığının ailesel sosyoekonomik durumu en yüksek olan ergenlerde daha fazla olduğunu gözlemlenmişlerdir. Bu araştırmalar topluluk örnekleri kullanılarak yapılmıştır; ırk ve sosyoekonomik durumun kullanım bozuklukları geliştiren bireyler arasındaki gidişata göreli katkıları büyük ölçüde tanımlanmamıştır.

Bazı sosyal faktörler, sürekli olarak geç yaşta içme ile ilişkili bulunmuştur. Boşanmış, ayrılmış veya bekar olmak, cinsiyetler arasında farklılık gösterse de, yaşamın tüm dönemlerinde artan veya sağlıksız içme ile pozitif olarak ilişkili olarak ifade edilmiştir. Emeklilik topluluklarının sakinleri arasında arkadaşlarla veya yakın aile üyeleriyle sosyal temasın artan alkol kullanımıyla ilişkili olduğu bulunmuştur. Aynı çalışmada, dini aidiyet eksikliğinin de daha yüksek kategorik içki içme düzeyleriyle ilişkili olduğu bulunmuş; bunların her biri içme miktarı ve sıklığındaki artışla tanımlanmıştır. Yetişkinler arasında artan sosyal etkileşim alkolle ilişkilendirilse de, sosyal izolasyon reçeteli ilaç kötüye kullanımıyla ilişkili olarak bildirilmiştir.

İleri yaşlarda yaygın olan belirli yaşam olayları ve sosyal geçişler de madde kullanımı veya kötüye kullanım riskini artırabilmektedir. Örneğin, yas (eşin, ailenin veya arkadaşların ölümü): fiziksel rahatsızlık, yalnızlık, hasta bir eşe bakım verme, yaşam düzeninde değişiklik ve meslek kaybı, tümü yaşlı yetişkinlerin madde kullanımında etken olabilmektedir. Emekliliğin yaşlı yetişkinlerin içki içmesi üzerindeki etkisine ilişkin bir inceleme, yüksek iş tatmini veya işyeri stresi gibi emeklilik öncesi koşulların, emeklilikten sonra genel alkol kullanımını ve alkolle ilgili sorunları artırdığını ortaya çıkarmıştır. Son olarak, konut durumu veya yaşam durumu madde kullanımını kolaylaştırabilmekte veya sürdürülebilmektedir. Örneğin, evsizliğin içki içme sorunlarıyla bağlantılı olduğu bulunmuştur; yaşlı yetişkinler arasında madde kullanımının da devam ettiği ve hatta huzurevleri bağlamında etkinleştirildiği bulunmuştur.

### 1.2.1.2. Aile

Uyuşturucu suistimali etiyolojisindeki temel soru, belirli bir psikoaktif madde sınıfının kullanımına veya kötüye kullanımına ilişkin risk faktörlerinin ne dereceye kadar o sınıfa özgü olduğu veya bireyi bir psikoaktif maddenin kullanımına veya kötüye kullanımına yatkın hale getirmeleri bakımından spesifik olup olmadığıdır. Madde bağımlılığı büyük ölçüde ailesel olduğu için, aile veya ikiz örneklemelerde uyuşturucu kullanımı ve birden fazla maddenin kötüye kullanımını modelinin analizi bu konuya özel bir bakış açısı sağlayabilir (Kendler ve ark., 2003).

Madde bağımlılığı için ailesel risk faktörleri arasında çocukluk döneminde çocuğa karşı uygulanan kötü davranış (ihmal ve istismar): ailenin ve ebeveynlerden birisinin madde kullanımı, anne, babanın medeni durumu ve eğitim düzeyleri, çocukla kurdukları bağ ve ilişki düzeyleri, ailenin sosyoekonomik ve sosyokültürel durumu ile çocukta madde kullanımına onay verdikleri izlenimi oluşturmaları ailesel riskler olarak görülmekte ve çocuğun konu üzerinde algısını oluşturmaktadır (Whitesell ve ark., 2013). Ayrıca, alkol ve diğer uyuşturucu kullanımını destekleyen ebeveyn tutumları, ergenlerin daha fazla madde kullanma olasılığı ile bağlantılı olma eğilimindedir. Aile ortamı, aile bağlarının gücü, aile mutluluğu duygusu, ailede otorite yapısı ve alkolizm, madde bağımlılığının öne çıkan aile faktörlerinden bazılarıdır. Sıcaklık ve sevginin olduğu ailelerde çocuklar nadiren uyuşturucu kullanmaktadır. Ayrıca, depresyon, akran suçluluğu, aile içi şiddet, mağduriyet ve toplum-şiddet tanıklığı madde kullanımıyla anlamlı olarak ilişkili bulunmuştur (Stone ve ark., 2012).

Aile ve madde kötüye kullanımına ilişkin önceki araştırmalar genel olarak (a) sınırlı sayıda vaka üzerinde klinik tanımlayıcı çalışmalar; (b) ebeveynlerde ve çocuklarda madde kullanımı arasındaki ilişkinin kontrollü, bağıntılı çalışmaları; ve (c) madde bağımlılarının ailelerinin özelliklerini tanımlama girişiminde çeşitli önlemler kullanan büyük ölçüde kontrolsüz çalışmalardır (birkaç istisna dışında) (Gilhooly ve ark., 2018).

Ergen uyuşturucu kullanımının ebeveynlerin madde, özellikle alkol kullanımıyla ilişkili olduğuna dair önemli kanıtlar bulunmaktadır. Bu ilişki, çeşitli ülkelerde, marihuanadan narkotiklere kadar tüm uyuşturucu spektrumu için erkek ve kadın uyuşturucu bağımlıları için ve çocuk suçlular ve kadın üniversite öğrencileri gibi çeşitli gruplarda gösterilmiştir. Akran etkilerinin açıkça tanımlandığı ve güçlü olduğu yerlerde bile, ebeveyn “modellemesinin”

önemi devam etmektedir. Konuyla ilgili yürütülen çalışmalar, alkolik veya uyuşturucu bağımlısının tipik kişiliğini tasvir etmeye yönelik daha önceki görüşimleri kuvvetle desteklemektedir (Fisher ve ark., 2019).

Yapılan çalışmalar sonucunda genellikle bağımlı bireylerin ebeveynlerinden birinin (genellikle babanın) ev ortamında bulunmadığı görülmektedir. Rafiee ve arkadaşları (2020) 74 amfetamin bağımlısı üzerinde yaptıkları çalışmada tipik bulgular bildirmektedir: Hastaların 34'ü "ebeveynlerinin yasını veya ayrılmasını 16 yaşından önce yaşamıştır" ve ebeveyn madde kötüye kullanımını insidansı babalar için yüzde 21 ve anneler için yüzde 7 olarak görünmektedir. Ne yazık ki, bu çalışma aynı zamanda bilgi kaynaklarının güvenilirliğinin sorgulanabilir olması bakımından da tipiktir. Bununla birlikte, sonuçlar tüm ailenin veya hasta dışında en az bir aile üyesinin doğrudan görüşüldüğü çalışmalarla uyumludur. Genel izlenim, rahatsız, yerinden edilmiş bir aile, babanın hastayla duygusal olarak uzak ve asgari düzeyde ilişkili olduğu, annenin merkezi olarak güçlü olduğu ve uyuşturucu bağımlılığının kendisinin yalnızca ergenin kişilik bozukluğunun bir tezahürü değil, aynı zamanda daha geniş bir aile sorununun belirtisidir. Bu izlenimler, hem normal hem de nevroitik ilaç kullanmayan kontrol gruplarını kullanan nadir çalışmalarla daha da desteklenmektedir.

Araştırmalar ayrıca, psikolojik testlerin ortaya koyduğu üzere, uyuşturucu kullanan çocuğun ebeveynleri hakkındaki algılarına da odaklanmıştır. Özellikle, ebeveyn sevgisi, düşmanlık, disiplin, reddedilme ve çeşitli yollarla (yani, kaygı, suçluluk, ilişkilerin geri çekilmesi) kontrol algıları ve ayrıca aile "yakınlığı" algısı incelenmiştir. Eroin bağımlısı olan çiftlerin köken aileleri, hastaneye yatırılan bu çiftlerle yapılan görüşmeler yoluyla yeniden yapılandırılmış ve bu yeniden yapılandırmanın mevcut ikili ilişkiyi büyük ölçüde aydınlattığı bulunmuştur. Sadece çocukların kardeşleri olanlardan farklı bir uyuşturucu kullanım örüntüsüne sahip olduğu bulgusu ile aile kompozisyonuna da biraz dikkat edilmiştir (Reiter, 2019).

### **1.2.1.3. Fiziksel ve Ruhsal Sağlık Durumu**

Alkol kullanımı tüm yaşlarda sağlıksız alkol kullanımı, genel sağlığın daha iyi olmasıyla ilişkilidir; bununla birlikte, bu bir nedensellik ilişkisini ima etmez, aksine sağlıklı olanların, sağlıkları kötü olan emsallerinden daha fazla içmeye meyilli olduklarını göstermektedir. Gerçekten de, hastaneye yatışlar, sakatlıklar veya depresyon arttıkça içki içmenin azaldığı gösterilmiştir. Daha

da önemlisi, araştırmalarda, daha yaşlı ve ağır içicilerin, düşük riskli içki içen emsallerine kıyasla daha kötü fiziksel ve zihinsel sağlıkları olduğu görülmüştür. Ağrıyı azaltmak için içmek, yaşlı erişkinlikte alkol kullanımının çok önemli bir uzun vadeli göstergesidir (Başkurt, 2003).

Anksiyete, depresyon ve kişilik bozuklukları gibi eşlik eden psikiyatrik bozukluklar yaygın olduğundan ve genç yetişkinler arasında tanındığından, bu komorbiditelerin yaşamın ileri dönemlerinde de devam ettiği varsayılmaktadır. Yaşlı yetişkinler arasında madde kullanımı ile psikiyatrik komorbidite hakkında çok az araştırma olmasına rağmen, bazı kanıtlar madde kullanımı, özellikle alkol kullanımı ile yetişkinler arasında depresyon ve diğer afektif bozukluklar arasında yüksek bir korelasyon olduğunu düşündürmektedir. Depresyon ve madde bağımlılığının birlikte görülmesi, her ikisinin de tanı ve tedavisini büyük ölçüde karmaşıktırabilir. Örneğin, yaşlı yetişkinlerin depresif belirtileri ifşa etme ve ruh sağlığı veya madde kötüye kullanımı tedavi ortamlarından ziyade birinci basamak sağlık kuruluşlarına başvurma olasılıkları daha yüksek olabilmektedir (Kessler ve ark., 1996).

Uyku bozukluğu ve uyku bozuklukları, alkol kullanan ve alkolü uyku yardımı olarak kullanabilen yetişkinler arasında yaygındır. Aşırı sedasyon ve çapraz toleransa neden olan ilaç etkileşimi etkileri nedeniyle uykusuzluk için alkol ve ilaçların birlikte kullanımı risklidir. Yetişkinlerde reçeteli ilaç kötüye kullanımı ile ilişkili faktörler arasında bir madde bağımlılığı veya akıl sağlığı bozukluğu öyküsü ve kötüye kullanım potansiyeli olan reçeteli ilaçlara tıbbi maruz kalma yer almaktadır. Genel bilişsel bozulmanın ve birkaç farklı demans türünün, eşlik eden alkol kullanım bozuklukları olan yaşlı yetişkinler arasında daha yaygın olduğunu ve Alzheimer hastalığı ile alkole bağlı bunama arasındaki ayırıcı tanının zor olduğunu gösteren kanıtlar da bulunmaktadır (Başkurt, 2003).

#### **1.2.1.4. Sosyalleşme Sorunları**

Algılanan sosyal normlar, aşırı alkol kullanımının öğrenciler için yaygın ve kabul edilebilir görünmesine hizmet edebilmektedir. Ayrıca sosyal çevrenin uyuşturucu kullanımı üzerinde derin ama karmaşık bir etkisi bulunmaktadır (Trezza ve ark., 2014).

Ergenlerde madde kullanımı ile suç arasındaki ilişki önemli bir konu olarak ele alınmaktadır. Açıkça antisosyal davranış bağlamında madde kötüye kullanımının, aksi takdirde sosyal olarak kabul edilebilir bir yaşam tarzı içinde

kişisel bir çözüm olarak madde kötüye kullanımından farklı belirleyicileri olabilmektedir. Pihkala ve arkadaşları (2017) tarafından tarif edildiği gibi, birden fazla rol yapan erkek çocuk yetiştiren aileler, sıklıkla, iletişimde bir kopukluk ile birlikte, çocuklar için bir sosyalleşme aracı olarak baskın bir önem kazanan ayrı bir kardeş alt sistemi geliştirecek şekilde nesiller arasında bir bölünme ile karakterize edilmektedir. Bununla birlikte, bu erkek çocukların patolojik gelişimi için önemli olan koşullar, "başkalarını etkilemeye karşı kör olmaları", "birlikte var olan güçsüzlük ve her şeye kadirlik duygusu" ve "deneyimlerinin küresel olarak açıklanamayan organizasyonu", madde bağımlılığının gelişmesi veya sürdürülmesi için gerekli veya yeterli olmayabilir. Madde bağımlılarının ailelerini incelerken bu ayrımı akılda tutmak önem taşımaktadır (Pihkala ve ark., 2017).

### 1.2.1.5. Genetik Yatkınlık

Başarılı önleme ve müdahale teknikleri geliştirmek için madde bağımlılığının etiyojisini anlamak ve en fazla risk altında olanları belirlemek önemlidir. Çok sayıda çalışma, ilgilenilen maddeden bağımsız olarak, hem genetik yatkınlığın hem de çevresel etkilerin ergenlerde madde bağımlılığı gelişimine katkıda bulunduğunu göstermiştir (Button ve ark., 2007). Bununla birlikte, son araştırmalar, genlerin hem madde kullanımını hem de ilişkili sorunları ne ölçüde etkilediğinin, farklı ortamlara maruz kalmayla hafifletilebileceğini göstermiştir. Örneğin, şehirde yaşamak ve medeni durumun her ikisinin de alkolizmin kalıtsallığını etkilediği; kentte ve evli olmayan kadınlar arasında alkol kullanımı için daha yüksek kalıtsallık sağladığı bulunmuştur (Dick ve ark., 2006). Bu nedenle, madde kullanımı, kötüye kullanım ve bağımlılık için daha önce bildirilen kalıtsallıklar, muhtemelen, heterojen ortamlarda tutarlı olan genetik varyanstan ziyade, bir dizi çevresel arka plan boyunca ortalama bir kalıtsallığı temsil etmektedir.

Genetik riskteki bu tür bağlamsal bağımlı varyasyona bazen genotip-çevre etkileşimi (GxE) denir. Genotip-çevre etkileşimi teriminin aynı zamanda genotipin çevresel bir riske yatkınlık verdiği (veya tam tersi) durumları belirtmek için kullanıldığını belirtmek önemlidir. Bu tip GxE, benimseme çalışmaları ve moleküler teknikler kullanılarak gösterildiği gibi, bir özelliğin ortalama puanlarını etkilemektedir.

Bazı durumlarda, genetik faktörler, özelliğin nadir olduğu bağlamlarda daha alakalı hale gelmektedir. Yani, sosyal ayırım modeline göre, madde



kullanımına karşı genetik yatkınlık, sigara içmenin yaygın olmadığı ortamlarda daha açık bir şekilde ortaya çıkabilir. Bu bakış açısı için destek, Button ve arkadaşlarının (2005) çalışmasında bulunur. Aile işlev bozukluğunun en düşük olduğu ailelerden gelen ergenler arasında antisosyal davranış için genetik risklerin en yüksek olduğunu göstermiştir. Başka bir deyişle, genetik riskten bağımsız olarak, yüksek düzeyde işlev bozukluğu olan ailelerin çocukları daha büyük bir antisosyal davranış riski sergilemiştir, ancak istikrarlı, bütünleştirici ve işlevsel ailelerden gelen yüksek düzeyde antisosyal davranış sergileyenlerin tanımlayıcı özelliği, ortak genetik olabilir.

Raine (2002): bu modelin, uyuşturucu kullanımını teşvik eden veya caydıran sosyal faktörlerden yoksun bağlamların (yani iyi huylu ortamlar) incelenecek en uygun bağlamlar olduğu iddia edilen “sosyal itme perspektifi” olarak adlandırılan bir varyantını tanımlamaktadır. Bununla birlikte, “çevresel” bağlamın uç noktalarına odaklanan sosyal ayırım modelinin aksine, sosyal itme modeli normal davranış aralığındaki değişikliklere odaklanır.

#### **1.2.1.6. Risk Alma Davranışları**

Araştırmalar, madde kötüye kullanımı ile suç davranışı arasında güçlü bir ilişki olduğunu göstermiştir. Uyuşturucu kullanımı suça karışmayı artırma eğilimindedir ve mükerrer suçlular arasında daha yaygındır. Uyuşturucu kullanımı öyküsü ayrıca artan kurumsal suistimal, intihar girişimleri ve hapsedme sırasında sürekli uyuşturucu kullanımı dahil olmak üzere çeşitli cezaevi uyumsuzluk biçimlerini öngörmektedir (Reid ve ark., 2008).

#### **1.2.1.7. Kişilik Özellikleri**

Olumsuz duygulanım deneyimi, madde kötüye kullanımı ve sorunlar dahil olmak üzere çeşitli uyumsuz sonuçlarla ilişkilidir. Negatif duygulanım ve sorunlu madde kullanımı arasındaki ilişki göz önüne alındığında, negatif duygunun belirli işlevselleştirmeleri [örn. kişilik özellikleri, DSM-IV tanıları ve semptomları] ile karşılaşmakta ancak genel sonuç aynı kalmaktadır: daha yüksek olumsuz duygulanım seviyeleri artan risk ile ilişkilidir. Örneğin, çeşitli olumsuz duygu durumlarını (örneğin kaygı, depresyon, öfke) deneyimleme eğilimini kapsayan Nevrotizm'in Beş Faktörlü Model alanı, meta-analizlerde alkolle ilgili sorunlarla DSM-IV madde kullanım bozukluklarını ilişkili bulunmuştur (Kotov ve ark., 2010). Madde kötüye kullanımı ve sorunlarının

hem duygudurum hem de anksiyete bozuklukları ile birlikte ortaya çıktığı bulunmuştur (Compton ve ark., 2007).

Yukarıda bahsedildiği gibi, olumsuz duygulanım tek bir özellik değil, çok boyutlu bir yapı gibi görünmektedir. Örneğin, olumsuz duygusal durumlara (örneğin üzüntü, öfke) veya Nevrotizm gibi daha kalıcı kişilik özelliklerine atıfta bulunulabilmektedir. Olumsuz duygunun geniş alanı içinde, madde kullanımı ve sorunlarla ilgili olarak incelenmesi gereken yararlı bir faktör, bireyin sıkıntı duygularına nasıl tepki verdiği olabilmektedir. Bireylerin olumsuz duygulanımlara nasıl tepki verdikleri, bu tür bir duyguyu deneyimleme derecesini bilmenin ötesinde ek öngörü bilgisi sağlayabilmektedir. Gerçekten de, bazı bireylerin uyumsuz başa çıkma stratejilerine katılmaya daha yatkın olabileceği, diğer bireylerin ise olumsuz etkilere uyum sağlayıcı yollarla yanıt verme olasılığı daha yüksek olabilmektedir. Bu fikirle tutarlı olarak, önceki araştırmalar, olumsuz duygu ve madde kullanım sorunlarına yanıt vermenin farklı yolları arasındaki ilişkileri belirlemiştir. Örneğin, duygu düzenleme stratejileri ile psikopatoloji arasındaki bağlantıyı inceleyen 114 çalışmanın meta-analizinde, ruminasyon ve duygu bastırmanın madde kullanım bozuklukları ile ilişkili olduğu, kabul ve yeniden değerlendirme stratejilerinin ise olmadığı bulunmuştur. Bu bulgular, sorunlu madde kullanımını tahmin etmede, yalnızca olumsuz duygulanım düzeylerine değil, aynı zamanda bir bireyin sıkıntı duygularına nasıl tepki verdiğinin çeşitliliğine de bakmanın yararlı olduğunu göstermektedir (Aldao ve ark., 2010).

## **1.2.2. Suç Unsuru Olarak Madde Kullanımı**

### **1.2.2.1. Madde Kullanımı ve Suça Karışma**

Bennet ve arkadaşlarınca (2008): 30 farklı çalışmanın incelendiği sistematik bir araştırma yürütülmüştür. Bu araştırmanın sonucunda ise suça karışma olasılığının madde bağımlısı bireylerde madde bağımlısı olmayan bireylere göre üç ila dört kat daha fazla olduğu bildirilmiştir. White ve Gorman (2000) ise, madde bağımlılığı ile suça karışma ilişkisi için şu teorileri öne sürmüştür:

- 1) Madde kullanım bozukluğu suça karışmaya sebep olmaktadır.
- 2) Suça karışmak, madde kullanım bozukluğuna sebep olmaktadır.
- 3) Her ikisi durum da birbirine sebep olmaktadır.

Montanari ve arkadaşları (2014): Avrupa ülkelerinde cezaevlerinde madde bağımlılığının yaygın olduğunu bildirmiş ve bazı suçluların cezaevine girdikten sonra madde kullanımına devam etmediğini fakat bazı suçluların sürdürdüğünü; bazı suçluların ise cezaevine girdikten sonra madde kullanımına başladığını; bununla birlikte cezaevlerinde en sık rastlanan madde bağımlılığının esrar bağımlılığı olduğunu belirtmiştir.

Konu ile ilgili olarak Asan ve arkadaşlarıysa (2015): tedavi görmekte olan madde kullanım bozukluğu olan bireylerin sosyodemografik özelliklerinin incelendiği bir çalışma yürütmüşlerdir. Sonucunda ise madde bağımlılarının yüzde 21'inin alkol ve/veya madde kullanmadan önce, %36'sının ise alkol ve/veya madde kullandıktan sonra suça karıştıklarını tespit etmişlerdir.

Håkansson ve Berglund (2012): İsveç'te madde bağımlısı olan cezaevindeki suçluların %69'unun cezaları bittikten sonra cezaevine yeni bir suç nedeniyle geri döndüğünü tespit etmişlerdir. Ögel ve arkadaşları ise (1999): madde bağımlısı bireylerle yürüttükleri çalışmalarında kullandıkları maddenin türüne göre madde bağımlılığıyla suça karışma ilişkisini karşılaştırmışlar; madde bağımlısı bireylerin %65'inin kanunlara göre suç işlediği belirlenmiş, madde kullanımına başlama zamanından önce suça karışma oranıysa %25 olarak bildirilmiştir.

Altuner ve arkadaşlarının (2009) yürüttüğü bir araştırmada, İstanbul'daki lise öğrencileri arasında madde bağımlılığıyla suça karışma ve şiddet ilişkisinin incelenmesi amaçlanmıştır. Elde edilen sonuçlarla, madde kullanımı ile suça karışma ve şiddet arasında istatistiksel açıdan anlamlı ilişki olduğu gösterilmiştir. Ayrıca madde kullanım bozukluğunun ve suça karışmanın aile içinde şiddet, geçimsizlik gibi bir ailesel problem yaşama durumuyla ilişkili olmadığı da tespit edilmiştir.

#### **1.2.2.2. Türk Ceza Kanunu Madde 191**

Türk Ceza Kanunu'nun üçüncü bölümünde 188., 189., 190., 191. Ve 192. Maddelerde madde kullanımına ilişkin esaslara, "Kamunun Sağlığına Karşı Suçlar" başlığında yer verilmiştir.

- Bu kanunun 188. maddesinde, madde üretimi ve ticareti;
- "189. maddesinde tüzel kişiler hakkında güvenlik tedbirinin uygulanması;"
- "190. maddesinde, uyuşturucu veya uyarıcı madde kullanılmasının kolaylaştırılması suçu;"

- “191. maddesinde, kullanmak için uyuşturucu ve uyarıcı madde satın almak, kabul etmek veya bulundurmak ya da uyuşturucu ya da uyarıcı madde kullanmak suçu;”
- “192. maddesinde, pişmanlık ile ilgili yasa maddelerini oluşturmaktadır.”

Madde 191’in başlığı “Kullanmak için uyuşturucu veya uyarıcı madde satın almak, kabul etmek veya bulundurmak” olup, bu madde 10 fıkra içermektedir:

“(1) Kullanmak için uyuşturucu veya uyarıcı madde satın alan, kabul eden veya bulunduran ya da uyuşturucu veya uyarıcı madde kullanan kişi, iki yıldan beş yıla kadar hapis cezası ile cezalandırılır.

(2) Bu suçtan dolayı başlatılan soruşturmada şüpheli hakkında 04/12/2004 tarihli ve 5271 sayılı Ceza Muhakemesi Kanununun 171. maddesindeki şartlar aranmaksızın, beş yıl süreyle kamu davasının açılmasının ertelenmesine karar verilir. Cumhuriyet savcısı, bu durumda şüpheliyi, erteleme süresi zarfında kendisine yüklenen yükümlülüklerle uygun davranmadığı veya yasakları ihlal ettiği takdirde kendisi bakımından ortaya çıkabilecek sonuçlar konusunda uyarır. Bu fıkroda yer alan Ceza Muhakemesi Kanunu’nun 171. maddesi kamu davası açmada takdir yetkisine ilişkindir.

(3) Erteleme süresi zarfında şüpheli hakkında asgari bir yıl süreyle denetimli serbestlik tedbiri uygulanır. Bu süre Cumhuriyet savcısının kararı ile üçer aylık sürelerle en fazla bir yıl daha

uzatılabilir. Hakkında denetimli serbestlik tedbiri verilen kişi, gerek görülmesi hâlinde denetimli serbestlik süresi içinde tedaviye tabi tutulabilir.

(4) Kişinin, erteleme süresi zarfında;

a) Kendisine yüklenen yükümlülüklerle veya uygulanan tedavinin gereklerine uygun davranmamakta ısrar etmesi,

b) Tekrar kullanmak için uyuşturucu veya uyarıcı madde satın alması, kabul etmesi veya bulundurması,

c) Uyuşturucu veya uyarıcı madde kullanması, hâlinde, hakkında kamu davası açılır.

(5) Erteleme süresi zarfında kişinin kullanmak için tekrar uyuşturucu veya uyarıcı madde satın alması, kabul etmesi veya bulundurması ya da uyuşturucu veya uyarıcı madde kullanması, dördüncü fıkra uyarınca ihlal nedeni sayılır ve ayrı bir soruşturma ve kovuşturma konusu yapılmaz.

(6) Dördüncü fıkraya göre kamu davasının açılmasından sonra, birinci fıkra tanımlanan suçun tekrar işlendiği iddiasıyla açılan soruşturmalarda ikinci fıkra uyarınca kamu davasının açılmasının ertelenmesi kararı verilemez.

(7) Şüpheli erteleme süresi zarfında dördüncü fıkra belirtilen yükümlülüklere aykırı davranmadığı ve yasakları ihlal etmediği takdirde, hakkında kovuşturmayaya yer olmadığı kararı verilir.

(8) Bu Kanunun;

a) 188. maddesinde tanımlanan uyuşturucu veya uyarıcı madde imal ve ticareti,

b) 190. maddesinde tanımlanan uyuşturucu veya uyarıcı madde kullanılmasını kolaylaştırma, suçundan dolayı yapılan kovuşturma evresinde, suçun münhasıran bu madde kapsamına girdiğinin anlaşılması hâlinde, sanık hakkında bu madde hükümleri çerçevesinde hükmün açıklanmasının geri bırakılması kararı verilir.

(9) Bu maddede aksine düzenleme bulunmayan hâllerde, Ceza Muhakemesi Kanununun kamu davasının açılmasının ertelenmesine ilişkin 171. maddesi veya hükmün açıklanmasının geri bırakılmasına ilişkin 231. maddesi hükümleri uygulanır.

(10) (Ek: 27/3/2015-6638/12 md.) Birinci fıkradaki fiillerin; okul, yurt, hastane, kışla veya ibadethane gibi tedavi, eğitim, askerî ve sosyal amaçla toplu bulunulan bina ve tesisler ile bunların varsa çevre duvarı, tel örgü veya benzeri engel veya işaretlerle belirlenen sınırlarına iki yüz metreden yakın mesafe içindeki umumi veya umuma açık yerlerde işlenmesi hâlinde verilecek ceza yarı oranında artırılır.”

### **1.2.2.3. Tutukluluk ve Denetimli Serbestlik**

Türkiye Uyuşturucu Raporu (2018) verilerine göre, 2017’de tüm Türkiye’de uyuşturucu ve uyarıcı maddelerin arzıyla ilgili yürütülen çalışmalar neticesinde 118,482 olay görülmüş olup, olayların sonucunda tutuklanmış bireylerin %77’sine Madde 191 kapsamında işlemler yapılmıştır. Madde kullanımıyla ilgili herhangi bir suç nedeniyle ceza infaz kurumlarında bulunan hükümlülerin ve tutukluların oranıysa %21,65 olarak raporlanmıştır. Yine bu rapora göre denetimli serbestlik müdürlüklerine Madde 191 uyarınca 84.398 karar gelmiş olup, bu rakam toplam denetimli serbestlik kapsamındaki bireylerin %13,73’ünü oluşturmaktadır.

### 1.3. Madde Bağımlılığında Tedavi Yöntemleri

#### 1.3.1. Madde Bağımlılığı Genel Tedavi Yöntemleri

Yasadışı madde kullanımının yüksek prevalansı ve bunun topluma getirdiği maliyetler nedeniyle, son yirmi yılda çok sayıda araştırma, etkili tedavilerin geliştirilmesi ve değerlendirilmesine odaklanmıştır. Kanıtlar, tedavinin gerçekten de bazı kişiler için sürekli yoksunluğa yol açtığını gösterse de, madde kötüye kullanımı nedeniyle tedaviye başlayan bireylerin büyük bir yüzdesi ya tedaviyi erken bırakmakta ya da tedavi sonlandırıldıktan hemen sonra tekrarlamaktadır. Bu, özellikle diğer tedavilere kıyasla en düşük tamamlanma oranına sahip uzun süreli evde tedavi için geçerli olarak belirtilmiştir. Gerçekten de, ülke çapında madde bağımlılığı nedeniyle uzun süreli yatılı tedavi gören 26.603 kişiyle yapılan bir araştırmaya göre, kokain veya eroin kötüye kullanımı nedeniyle tedavi gören bireylerin yalnızca %29'u tedaviyi tamamlamış; bu, diğer herhangi bir tedavi yönteminden önemli ölçüde daha düşük olarak bildirilmiştir. Yatılı tedavi gören bireyler arasındaki bu düşük tamamlama oranının, tedavi süresinin bir dizi çalışma boyunca olumlu uzun vadeli sonuçların en tutarlı yordayıcılarından biri olduğu düşünüldüğünde, özellikle endişe verici olduğu ifade edilmiştir (Easton ve ark., 2018).

Ayrıca, Hubbard ve arkadaşları (2007): tedavi süresinin, yatılı tedaviyi takiben tedavi sonuçlarının önemli bir tahminçisi olduğunu, öyle ki 90 günden fazla tedavi gören hastalarda madde kullanımındaki azalmaların daha fazla olduğunu bildirmiştir. Spesifik olarak, 3 aydan uzun süre tedavi gören haftalık eroin ve kokain kullanıcılarının %80'inden fazlası takip eden yılda madde kullanımını azaltırken, %55'i 3 aydan az kalmıştır. Ayrıca, 6 ay veya daha uzun süreli tedavi, yasa dışı faaliyetlerde önemli düşümlere ve tam zamanlı çalışma olasılığının artmasına neden olmuştur.

Carroll, Ziedonis, O'Malley ve McCance-Katz (2013): yatılı tedaviden 12 ay sonra 150 kokain bağımlısında tedavi süresini ve yoksunluğu incelemiştir. Perhiz yapan denekler, perhiz yapmayan deneklere göre tedavide önemli ölçüde daha fazla gün geçirmiştir. Ek olarak, madde bağımlılığı tedavisinin tamamlanmasının hastaların sonraki istihdamı ve taburcu olduktan sonraki yıl kazanılan maaşları üzerindeki etkisini inceleyen bir çalışmada, üç eyalette madde bağımlılığı tedavisi gören 20.495 hastadan alınan madde kötüye kullanımı tedavisi ve ücret verileri değerlendirilmiştir. Yatılı tedavi gören bireylerde, tedaviyi bırakan bireylere kıyasla, tedaviyi tamamlayanların,

tamamlamayanlara göre istihdam edilme ve tedaviyi takip eden yılda daha yüksek ücret alma olasılıkları %22 ila %49 daha fazla olarak bildirilmiştir. Ayrıca, yatılı tedavide 90 günden daha uzun süre kalan hastaların, tedaviyi takip eden yılda daha kısa süre kalanlara göre %22 ila %43 daha fazla istihdam edilme olasılığı daha yüksek bulunmuştur (Fridell ve ark., 2020).

Madde türüne göre bağımlılık tedavileri farklılık gösterebilmektedir. Örneğin kokain bağımlılığı tedavisi için herhangi bir ilaç onaylanmadığından, psikososyal tedavi şu anda standart tedavidir. Kokain bağımlılığı için çeşitli psikososyal tedavi türlerinin etkinliği kanıtlanmıştır. Grup danışmanlığı ve bireysel ilaç danışmanlığı en yaygın tedavilerdir. Bilişsel davranışçı terapi ve motivasyonel görüşmenin de etkili olduğu gösterilmiştir. Kokain bağımlılığı için belki de en etkili psikososyal tedavi, fişe dayalı pekiştirmenin kullanıldığı acil durum yönetimidir. Bu tedavide hastalara, önceden belirlenmiş bir terapötik hedefe ulaşılmasına bağlı olarak, toplumdaki mal ve hizmetler için kullanılabilecek kuponlar verilir. Bu tedavi yönteminin, kokainden başlangıçtaki yoksunluğu teşvik etmede özellikle etkili olduğu bulunmuştur (Kampman, 2019).

### 1.3.1.1. Farmakolojik Tedavi

Davranışsal müdahalelere ek olarak, farmakoterapi, madde bağımlılığı tedavisinde ve yönetiminde önemli bir rol oynayabilmektedir. İlaçlar, tedavi edilmezse tetikleyici veya nüksetme nedeni olarak hizmet edebilen yoksunluk semptomlarının azaltılmasına yardımcı olabilir. Ek olarak, ilaçlar, artan madde kullanımı veya tedaviyi takiben nüksetme için güçlü bir tetikleyici olan aşermeyi azaltmada yardımcı olabilir. Alkol kullanım bozuklukları için ABD Gıda ve İlaç Dairesi (FDA) tarafından onaylanmış üç ilaç vardır: naltrekson, akamprosot ve disülfiram. Metadon, buprenorfin, naltrekson ve uzatılmış salımlı enjekte edilebilir naltrekson, opioid kullanım bozukluklarının tedavisi için FDA tarafından onaylanmıştır. Kokain veya esrar kullanım bozukluklarının tedavisi için FDA onaylı ilaçlar bulunmamaktadır (Gipson, 2016).

Son zamanlarda, madde bağımlılığı için etiket dışı ilaçların keşif amaçlı kullanımı da büyük ilgi görmüştür (örn. oksitosin ve N-asetilsistein). Araştırmacılar ayrıca madde bağımlılığı ve yaygın olarak eşlik eden hastalıkları tedavi etmek için ilaçların kullanımını araştırmaya başlamıştır. Çoğu zaman, bir madde bağımlılığı olan kişiler, travma sonrası stres bozukluğu (TSSB) veya

depresyon gibi birlikte ortaya çıkan psikiyatrik durumlara da sahiptir. Son çalışmalar, madde bağımlılığı ve TSSB için etkili farmakolojik müdahalelerin belirlenmesine yardımcı olacak, prazosin, topiramet ve N-asetilsistein gibi birkaç ilacı araştırmıştır (Petraakis ve ark., 2016).

Gabapentin, kısmi nöbetler ve postherpetik nevralji tedavisi için Gıda ve İlaç İdaresi'nden onay almış bir  $\gamma$ -aminobütirik asit (GABA)-analoğudur. Ek olarak, gabapentin, bipolar bozukluk tedavisinde, travma ile oluşan stres bozukluğu ve anksiyete dahil bağımlılık ve zihinsel sağlık problemlerinin tedavisinde reçete edilmektedir (Wallach ve Ross, 2018). Gabapentin bir reçete gerektirir, ancak Federal Kontrollü Maddeler Yasası kapsamında planlanmamıştır. Ancak sırasıyla 2017 ve 2019'da Kentucky ve Michigan, gabapentini eyalet düzeyinde bir Schedule-V ilacı olarak yeniden sınıflandırmıştır. Birkaç ek eyalet, benzer yasaları düşünmekte veya gabapentin reçetelerinin eyalet reçeteli ilaç izleme programlarına bildirilmesini şart koşturmaktadır (Peckham ve ark., 2018).

Devlet düzeyindeki bu eylemler, muhtemelen gabapentin kötüye kullanımına ilişkin ortaya çıkan raporların bir sonucu olarak ortaya çıkmıştır. Bununla birlikte, Kentucky'den yakın tarihli bir rapor, 2008 ve 2014 yılları arasında yüksek olmak amacıyla gabapentinin kötüye kullanımında yaklaşık %3,000'lik bir artış kaydetmiştir (Smith ve ark., 2015) ve gabapentin kötüye kullanımına ilişkin nitel bir çalışma, gabapentinin istenen merkezi sinir sistemi etkilerini üretmek için opioidler ve kokain dahil olmak üzere diğer ilaçlarla kombinasyon halinde kullanıldığını bulmuştur (Vickers ve diğerleri, 2018).

Yanlış kullanım raporlarıyla eş zamanlı olarak, araştırmalar, madde kötüye kullanımı tedavisi gören bireylere gabapentin verilmesinin terapötik faydalarını belgelemektedir. Yakın tarihli bir randomize klinik çalışma, esrar bağımlı yetişkinler arasında yoksunluk semptomlarının tedavisi ve yürütme işlevinin iyileştirilmesi için gabapentinin etkinliğini göstermiştir ve ikinci olarak da, gabapentinin alkol bağımlılığı ve ilgili semptomların tedavisinde etkili olduğunu bulmuştur (Mason ve ark., 2014). Opioidlere özel olarak, küçük klinik çalışmalar gabapentin alan bireylerin yoksunluk semptomlarının azaldığını bildirdiğini göstermiştir; gabapentinin, opioid detoksifikasyonu için metadon ile kombinasyon halinde iyi çalışmakta olduğunu ve gabapentin ile tedavi edilen hastalar, plaseboya kıyasla zaman içinde opioidler için pozitif idrar testi olasılığının azaldığını bildirmiştir (Moghadam ve Alavinia, 2013).



Tüm madde bağımlılığı türlerinde farmakolojik tedaviden fayda sağlanamayabilmektedir. Örneğin uzun yıllara dayanan araştırmalara rağmen, bugüne kadar kokain bağımlılığı tedavisi için onaylanmış hiçbir farmakoterapi bulunmamaktadır. Yine de araştırma devam etmektedir, çünkü öncelikle kokain bağımlılığı yıkıcı bir hastalık ve psikososyal tedavilerin bazıları için etkili olmasına rağmen, kokain bağımlılığı olan diğer birçok hasta için etkisiz olduğu gösterilmiştir. Kokain bağımlılığının nörobiyolojisini anlamadaki son gelişmeler, umut verici birkaç farmakoterapötik stratejinin araştırılmasını teşvik etmiş ve birkaç ilaç, kontrollü klinik çalışmalarda potansiyel etkinlik göstermiştir. Şimdiye kadarki en umut verici farmakolojik sınıflar, uzun etkili amfetamin ve modafinil gibi dopamin agonistlerini ve topiramet gibi GABA agonistlerini/glutamat antagonistlerini içermektedir. Ek olarak, farmakolojik ajanların bazı kombinasyonları da (örneğin, amfetamin ve topiramet) faydalı olabilmektedir (Kampman, 2019).

### **1.3.1.2. Madde Bağımlılığında Psikoterapi/Rehabilitasyon**

Madde bağımlılığı türleri, yetişkin hastaların önemli bir kısmı için kronik veya uzun süreli bozukluklardır. Standart remisyon oranlarının, alkol, eroin ve diğer madde kullanım bozuklukları için sırasıyla %51,7, %54 ve %60,0 olarak bildirilmiştir (Fleury ve ark., 2016).

Kılavuzlar, “tedavi aramaya yönelik bir endikasyon ve isteklilik” varsa, kapsamlı bir tedavi planının geliştirilmesi ve uygulanmasının ardından biyopsikososyal bir değerlendirmenin tamamlanması gerektiğini belirtmektedir. Tedavi planının ortaklaşa geliştirilmesini takiben, endikeyse alkol kullanım bozuklukları ve opioid kullanım bozuklukları için madde bağımlılığı odaklı farmakoterapi sunulmalı ve tüm hastalara madde bağımlılığı odaklı psikososyal müdahaleler sunulmalıdır. Madde bağımlılığının yönetimi için kanıt dayalı psikoterapiler ve davranışsal müdahaleler tipik olarak kısa vadeli, bilişsel-davranışçı terapi müdahalelerini içermektedir. Bu müdahaleler, artan aşırma, madde kullanımı veya maddelere nüksetme ile ilişkili uyumsuz düşünce ve davranışların tanımlanması ve değiştirilmesine odaklanmaktadır. Ek olarak, bireyleri yoksunluğu elde etmeye ve sürdürmeye (örneğin, acil durum yönetimi terapileri) teşvik etmeye yardımcı olarak madde bağımlılığını azaltmaya yardımcı olabilir veya madde olmadan stresi başarılı bir şekilde yönetme yeteneklerini artırabilirler. Davranışsal müdahaleler şahsen, tele-sağlık ve/veya İnternet aracılığıyla yapılabilir. Özellikle, akıl sağlığı sorunları

ve madde bağımlılığı komorbiditesi olan bireylerin, her iki durumu da tek başına olan bireylere göre tedavi edilmesinin daha zor olduğu söylenmektedir ve tedavi programlarında zayıf kalma ve tedaviye daha az bağlılık bildirilmiştir. Yetişkinlerde madde bağımlılığı için bir dizi psikososyal müdahale, baş etme becerileri eğitimi, nüks önleme, beklenmedik durum yönetimi, motivasyonel görüşme, davranışsal çift terapisi ve motivasyon geliştirme terapisi dahil olmak üzere etkinlik göstermiştir. Bu madde bağımlılığına özgü tedavilerin çoğu bir grup formatında sağlanmaktadır ve son yıllarda yaygın klinik kabul görmüştür (Gates ve ark., 2016).

Grup terapisinin klinik olarak baskın olmasının nedenleri, madde kullanımına yönelik tedavi programlarında Adsız Alkolikler, Adsız Kokain ve On İki Adımlı Kolaylaştırma Terapisi gibi karşılıklı destek gruplarının etkisinin yanı sıra maliyeti sınırlamaya artan odaklanmadır. Madde bağımlılığı tedavi tesislerinde grup formatının benimsenmesinin bazı önemli klinik nedenleri de vardır. Bir grup ortamı, sosyal destek ve değişime yönelik sosyal baskı açısından hastanın davranışını etkilemek için bir temel sağlamaktadır. Ayrıca, madde bağımlısı olan hastalar, başkalarıyla kişilerarası ilişkiler geliştirmekten, psikolojik ihtiyaçları belirlemeyi ve iletmeyi öğrenmekten ve uyumsuz davranış kalıplarını belirlemekten fayda görebilmektedir (Fleury ve ark., 2016).

### 1.3.1.3. Nüks Önleme Tedavisi

Nüksün önlenmesinde dört ana fikir vardır.

- İlk olarak, nüks, farklı aşamaları olan kademeli bir süreçtir. Tedavinin amacı, bireylerin başarı şansının en yüksek olduğu erken aşamaları tanımalarına yardımcı olmaktır.
- İkincisi, iyileşme, gelişimsel dönüm noktaları olan bir kişisel büyüme sürecidir. İyileşmenin her aşamasının kendi nüks riskleri vardır.
- Üçüncüsü, nüks etmeyi önlemenin ana araçları, olumsuz düşüncüyü değiştiren ve sağlıklı başa çıkma becerilerini geliştiren bilişsel terapi ve zihin-beden gevşemesidir.
- Dördüncüsü, çoğu tekrarlama birkaç temel kuralla açıklanabilir. Bireyleri bu birkaç kural konusunda eğitmek, neyin önemli olduğuna odaklanmalarına yardımcı olabilir (Melemis, 2015).

Nüksün önlenmesinin anahtarı, nüksün kademeli olarak gerçekleştiğini anlamaktır. Tedavinin amacı, bireylerin nüksün erken uyarı işaretlerini tanımalarına yardımcı olmak ve başarı şansının en yüksek olduğu sürecin

başlarında nüksü önlemek için başa çıkma becerilerini geliştirmektedir. Bunun nüks riskini önemli ölçüde azalttığı gösterilmiştir (Bowen ve ark., 2021).

Duygusal nüksetme sırasında bireyler kullanmayı düşünmezler. Son nükslerini hatırlamakta ve tekrarlamak istememektedirler. Ancak duyguları ve davranışları onları yolun devamında nüksetmeye hazırlamaktadır. Danışanlar bu aşamada bilinçli olarak kullanmayı düşünmedikleri için, inkar, duygusal nüksün büyük bir parçasıdır (Trowbridge ve ark., 2017).

Bunlar, duygusal nüksetmenin bazı belirtileridir:

- 1) duyguları şişirmek,
- 2) izolasyon,
- 3) toplantılara gitmemek,
- 4) toplantılara gitmek ama paylaşımda bulunmamak,
- 5) başkalarına odaklanmak (diğer insanların sorunlarına odaklanmak veya diğer insanların onları nasıl etkilediğine odaklanmak) ve
- 6) kötü beslenme ve uyku alışkanlıkları (Bowen ve ark., 2021).

Bu aşamadaki terapinin ana hedeflerinden biri, danışanların öz bakımın ne anlama geldiğini ve neden önemli olduğunu anlamalarına yardımcı olmaktır. Kişisel bakım ihtiyacı kişiden kişiye değişmektedir. Bazı bireyler için öz bakım, uyku, hijyen ve sağlıklı beslenme gibi fiziksel öz bakım kadar temeldir. Çoğu birey için öz bakım, duygusal öz bakım ile ilgilidir. Danışanların kendilerine zaman ayırmaları, kendilerine karşı nazik olmaları ve eğlenmeleri için kendilerine izin vermeleri gerekmektedir. Terapi sırasında genellikle bu konuların birçok kez tekrar edilmesi gerekir: “Yine kendinizi yorgun hissetmeye mi başladınız? Kendinize iyi davrandığınızı hissediyor musunuz? Kendinize zaman ayırıyor musunuz yoksa hayata mı kapılıyorsunuz?” (Bowen ve ark., 2021).

Bu aşamadaki terapinin bir diğer amacı, danışanların inkarlarını belirlemelerine yardımcı olmaktır. Danışanları, mevcut davranışlarını geçmiş nüksler sırasındaki davranışlarla karşılaştırmaya ve öz bakımlarının kötüleşip kötüleşmediğini görmeye teşvik etmek yararlı bulunmaktadır. Duygusal ve zihinsel nüksetme arasındaki geçiş keyfi değil, uzun süreli, zayıf öz bakımın doğal sonucudur. Kişiler yetersiz öz bakım sergilediklerinde ve yeterince uzun süre duygusal nüksetme yaşadıklarında, sonunda kendi derilerinde rahatsızlık hissetmeye; huzursuz, sinirli ve hoşnutsuz hissetmeye başlamaktadır. Gerilimleri arttıkça, sadece kaçmak için kullanmayı düşünmeye başlamaktadır (Melemis, 2015).

Zihinsel nüksetmede, insanların zihinlerinde bir savaş yaşanmaktadır. Bir yandan kullanmak istemekte ama bir yandan da istememektedir. Bireyler zihinsel gerilemenin derinliklerine indikçe, yinelemelere karşı bilişsel dirençleri azalmakta ve kaçış ihtiyaçları artmaktadır. Bunlar zihinsel nüksün bazı belirtileridir:

- uyuşturucu veya alkol için can atma,
- geçmiş kullanımla ilgili insanlar, yerler ve şeyler hakkında düşünmek,
- geçmiş kullanımın sonuçlarını en aza indirmek veya geçmiş kullanımı çekici hale getirmek,
- pazarlık,
- yalan söylemek,
- kullanımı daha iyi kontrol etmek için planlar düşünmek,
- nüksetme fırsatları aramak ve
- bir nüksetmeyi planlamak (Bowen ve ark., 2021).

Danışanların yüksek riskli durumlardan kaçınmasına yardımcı olmak, terapinin önemli bir hedefidir. Klinik deneyimler, bireylerin yüksek riskli durumları tanımlamakta ve yüksek riskli olduklarına inanmakta zorlandıklarını göstermiştir. Bazen yüksek riskli durumlardan kaçınmanın bir zayıflık işareti olduğunu düşünürler. Pazarlıkta, bireyler, kullanmanın kabul edilebilir olacağı senaryoları düşünmeye başlar. Yaygın bir örnek, insanların tatillerde veya seyahatte kullanmak için kendilerine izin vermesidir. Havaalanlarının ve her şey dahil tatil yerlerinin erken iyileşmede yüksek riskli ortamlar olduğu yaygın bir deneyimdir. Pazarlığın başka bir şekli, insanların periyodik olarak, belki de kontrollü bir şekilde, örneğin yılda bir veya iki kez tekrarlayabileceklerini düşünmeye başladıkları zamandır. Pazarlık aynı zamanda bağımlılık yapan bir maddeyi başka bir maddeyle değiştirmek şeklinde de olabilir (Bowen ve ark., 2021).

Klinik deneyimler, ara sıra kullanım düşüncelerinin terapide normalleştirilmesi gerektiğini göstermiştir. Bireyin nükseteceği veya kötü bir iyileşme işi yaptıkları anlamına gelmezler. Bir kişi bir kez bağımlılık yaşadı mı, hafızasını silmek imkansızdır. Ancak iyi başa çıkma becerilerine sahip bir kişi, hızlı bir şekilde kullanma düşüncelerinden kurtulmayı öğrenebilir. Klinisyenler, bir danışanın davranışını uzunlamasına izleyerek, ara sıra kullanma düşüncelerinden zihinsel nüksü ayırt edebilmektedir. Uyarı işaretleri, karakter değişikliği kullanma düşüncelerinin daha ısrarcı hale gelmesi veya sıklığında artmasıdır (Davis ve ark., 2018).

Son olarak, fiziksel nüksetme, bir kişinin tekrar kullanmaya başladığı zamandır. Bazı araştırmacılar, fiziksel nüksü bir "atlama" (ilk içki veya uyuşturucu kullanımı) ve bir "nüksetme" (kontrolsüz kullanıma dönüş) olarak ikiye ayırır. Klinik deneyimler, danışanların bir mola sırasında ne kadar kullandıklarına çok fazla odaklandıklarında, bir içeceğin sonuçlarını tam olarak anlamadıklarını göstermiştir. Bir kişi bir kez bir içki veya bir uyuşturucu kullandıktan sonra, hızla kontrolsüz kullanımın tekrarlamasına yol açabilir. Ancak daha da önemlisi, genellikle kullanım hakkında takıntılı veya kontrolsüz düşüncenin zihinsel olarak nüksetmesine yol açacaktır ve bu da sonunda fiziksel nükse neden olabilir (Melemis, 2015).

Çoğu fiziksel nüks, fırsat nüksleridir. Kişinin yakalanmayacağını düşündüğü bir penceresi olduğunda ortaya çıkarlar. Nüks önlemenin bir kısmı, bu durumları prova etmeyi ve sağlıklı çıkış stratejileri geliştirmeyi içerir. Bir birey gerekli başa çıkma becerileri olmadan yeterince uzun süre zihinsel nüksetme halinde kalırsa, klinik deneyimler onların sadece kargaşalarından kurtulmak için uyuşturucu veya alkole yönelme olasılıklarının daha yüksek olduğunu göstermiştir (Trowbridge ve ark., 2017).

Bağımlılık yaratan düşüncenin altında yatan olumsuz düşünce, genellikle ya hep ya hiç düşüncesi, olumluları diskalifiye etme, felaketleştirme ve olumsuz kendi kendini etiketlemedir. Bu düşünceler kaygıya, kırgınlıklara, strese ve depresyona yol açabilmekte ve bunların tümü nüksetmeye yol açabilmektedir. Bilişsel terapi ve zihin-beden gevşemesi, eski alışkanlıkların kırılmasına ve yeni, daha sağlıklı düşünme yolları yaratmak için nöral devrelerin yeniden eğitilmesine yardımcı olmaktadır (Roos ve ark., 2017).

Korku, bağımlılıkta yaygın bir olumsuz düşünce kalıbıdır. Bunlar korkulu düşünme kategorilerinden bazılarıdır:

- 1) ölçüyü alamama korkusu,
- 2) yargılanma korkusu,
- 3) kendini sahtekar gibi hissetme ve keşfedilme korkusu,
- 4) dünyada uyuşturucu veya alkol olmadan nasıl yaşanacağını bilememe korkusu,
- 5) başarı korkusu ve
- 6) nüksetme korkusu (Volkow ve ark., 2019).

Temel bir iyileşme korkusu, bireyin iyileşme yeteneğine sahip olmamasıdır. İnanç, iyileşmenin bireyin sahip olmadığı bazı özel güç veya irade gerektirdiğidir. Geçmiş nüksler, bireyin iyileşmesi için gerekenlere sahip

olmadığının kanıtı olarak alınmaktadır. Bilişsel terapi, danışanların iyileşmenin iradeye değil, başa çıkma becerilerine dayandığını görmelerine yardımcı olmaktadır (Witkiewitz ve ark., 2013).

#### **1.3.1.4. Terapi ve Danışmanlık**

Terapinin önemli görevlerinden biri, bireylerin eğlenceyi yeniden tanımlamalarına yardımcı olmaktır. Klinik deneyimler, danışanların stres altında olduklarında, geçmiş kullandıklarını göz kamaştırıcı hale getirme ve bunun hakkında uzun uzun düşünme eğiliminde olduklarını göstermiştir. İyileşmenin zor bir iş olduğunu ve bağımlılığın eğlenceli olduğunu düşünmeye başlarlar. İyileşme yoluyla kazandıkları pozitifleri diskalifiye etmeye başlarlar. Bilişsel zorluk, iyileşmenin bazen zor bir iş olduğunu, ancak bağımlılığın daha da zor olduğunu kabul etmektir (Zemore ve ark., 2013).

Bireyler kullanım günlerini “eğlenceli” olarak adlandırmaya devam ettiklerinde, bağımlılığın olumsuz sonuçlarını küçümsemeye devam ederler. Beklenti teorisi, insanların eğlenmeyi beklediklerinde, genellikle eğlendiklerini ve bir şeyin eğlenceli olmayacağını beklediklerinde, genellikle olmadığını göstermiştir (Hasking ve ark., 2011). Madde bağımlılığının erken evrelerinde, madde kullanımı duygusal ve genetik olarak yatkın kişiler için çoğunlukla olumlu bir deneyimdir. Daha sonra, kullanım olumsuz bir deneyime dönüştüğünde, genellikle olumlu olmasını beklemeye devam ederler. Bağımlıların sahip oldukları erken zirveleri kovalamaktan bahsettiklerini duymak yaygındır. Öte yandan bireyler, uyuşturucu ya da alkol kullanmamanın, kaçmaya çalıştıkları duygusal acıya ya da can sıkıntısına yol açacağını umarlar. Bu nedenle bireyler bir yandan kullanmanın eğlenceli olmaya devam etmesini beklerken, diğer yandan kullanmamanın rahatsız edici olacağını umarlar. Bilişsel terapi, bu iki yanılıgyı da gidermeye yardımcı olabilir (Pagano ve ark., 2013).

#### **1.3.1.5. Aile Terapisi**

Son zamanlarda aile terapisi, madde bağımlılığı tedavisi için en güçlü kanıt tabanına sahip tedavi yöntemlerinden biri olarak bilinmektedir. Madde bağımlılığı için aile terapisi, ergenlerin içinde geliştiği çoklu etkileşimli sistemleri (örneğin aile, okul, akran, çocuk adaleti) hedefleyen ekolojik bir yönelimi takip etmektedir. Kısa stratejik aile terapisi, fonksiyonel aile terapisi, çok boyutlu aile terapisi ve çoklu sistemik terapi en önde gelenleri olan madde

bağımlılığını tedavi etmek için tasarlanmış bir avuç manuelleştirilmiş, ampirik olarak desteklenen aile terapisi modelidir. Bu aile terapisi modelleri, müdahale odağı ve sıralamanın çeşitli boyutlarında birbirinden farklı olsa da, gelişimsel olarak kalibre edilmiş ebeveynlik stratejilerini benimsemeyi, aile içi ilişkileri onarmak ve önemli aile dışı sistemlerde ergenlerin ve bakıcıların karşılaştığı zorlukları ele almak için doğrudan aile üyelerine müdahale etmeyi içeren daha geniş aile terapisi yaklaşımının ortak üyeleridir (Baldwin ve ark., 2012).

Kişilere özel olarak oluşturulan aile terapisi modelleri, gerçek alternatif tedavilere kıyasla örnek bir başarı kaydı yayınlamak için en yüksek ampirik doğrulama seviyelerine ulaşmıştır (Hogue ve ark., 2014). Randomize çalışmaların meta-analizleri, aile terapisinin diğer manuel madde bağımlılığı tedavilerinin yanı sıra olağan bakıma karşı tutarlı bir şekilde üstün olduğunu ve geniş bir farkla en büyük ortalama etki büyüklüklerini ürettiğini göstermektedir. Aile terapisi yaklaşımı ayrıca saldırganlık, davranış bozukluğu ve suçluluk gibi madde bağımlılığı ile sıklıkla birlikte ortaya çıkan yıkıcı davranışları tedavi etmek için güçlü bir ampirik desteğe sahiptir. Madde bağımlılığı için özelleştirilmiş aile terapisi çalışmaları da sıklıkla semptomların içselleştirilmesinde önemli azalmalar ve prososyal işlevsellikte kazanımlar bildirmektedir (McCart ve Sheidow, 2016).

Büyük ölçüde kapsamlı kanıt temeline bağlı olarak, aile terapisi yaklaşımı uzun zamandır federal kurumlar, ulusal dernekler ve politika yapıcı gruplar tarafından güçlü bir şekilde onaylanmıştır. Daha yakın zamanlarda, madde bağımlılığı klinik sağlayıcıları ve ödeyicileri aile terapisi hizmetleri sunmaya teşvik etmektedir. Aile terapisi, artık madde bağımlılığının ve birlikte ortaya çıkan bozuklukların tedavisi için federal ve özel sigorta planları ve yöneten düzenleyici kurumlar tarafından onaylanmıştır. Bu nedenle, madde bağımlılığı için olağan bakımda aile terapisinin benimsenmesini ve uygulanmasını genişletmek için her yönden bir itici güç bulunmaktadır (Kaslow ve ark., 2012).

Çok Boyutlu Aile Terapisi, ergenler arasında sorunlu uyuşturucu kullanımını ve ilgili sorunları belirli bir rejim aracılığıyla değil, belirli bir dizi çevresel etki ve kısıtlama içinde yer alan her bir genç kişiye ilkeler ve terapötik bir çerçeve uygulayarak ele almaktadır. Merkez veya ev tabanlı, konut veya konut dışı olabilmekte ve ortama, sorunun ciddiyetine ve aile işleyişine bağlı olarak üç ila altı ay boyunca haftada bir ila üç kez verilebilmektedir. Diğer bazı aile terapilerinden farkı, bireyin ve ailesinin, belirli zayıf yönlerine ve güçlü

yönlerine göre, bireyin dahil olduğu tüm sosyal sistemlere (okul, çocuk adaleti vb.) yönelik olmasıdır. Bu tür yaklaşımlar üzerine yapılan araştırmalar, esas olarak 16 yaş civarındaki gençleri hedef almıştır. Öne çıkan bir çalışma bu tedavi yöntemini, Miami'deki bir tedavi kurumunda ayakta madde kullanımı tedavisi için yönlendirilen (esas olarak çocuk adaleti veya okullar tarafından) sorunları yoğun veya yatarak bakım gerektirecek kadar şiddetli olmayan 11-15 yaşındaki çocuklara kadar genişletmiştir. Araştırmaya katılan 83 çocuk, madde kullanım sorunları bağımlılıktan uzak olan yoksul Afrikalı-Amerikalı veya Hispanik ailelerin erkek çocuklarıydı. Ailenin rızasıyla, bilişsel-davranışçı ilkelere dayalı olarak rastgele Çok Boyutlu Aile Terapisine veya grup terapisine alındılar. Tedavi kurumundan eğitilmiş ve denetlenen terapistler tarafından 12-16 hafta boyunca haftada iki kez ve desteklenmiş vaka yönetimi hizmetleri tarafından yürütüldü. Aile terapisi esas olarak evde, grup terapisi klinikte gerçekleştirildi. Madde kullanım sıklığı, aile terapisi çocuklarında daha hızlı düşmüştür. Aile terapisi ile çocuklar ayrıca psikolojik sağlıklarında daha fazla gelişmiş ve daha fazla ve sürekli iyileşmeler bildirmişlerdir. Son olarak, okul kayıtları akademik (ancak çok az) ve disiplin notlarının aile terapisinde ve sonrasında iyileştiğini, ancak grup terapisinde düştüğünü göstermişlerdir (Liddle ve ark., 2009).

### **1.3.1.6. Motivasyon Kazandırıcı Tedaviler**

Motivasyonel görüşme Miller (1983) tarafından başlatılmış ve Miller ve Rollnick (Miller 1991) tarafından geliştirilmiştir. Motivasyonel görüşme, kararsızlığı keşfederek ve çözerek değişime yönelik içsel motivasyonu artırmak için müşteri merkezli, yarı yönlendirici bir yöntemdir.

Motivasyonel görüşme, Carl Rogers'ın (1951) ilişki kurma ilkelerini daha aktif bilişsel-davranışsal stratejilerle bütünleştirir. Müdahalenin dört temel ilkesi vardır. Motivasyonel görüşmenin kısa bir çeşidine Motivasyon Geliştirme Terapisi denilmektedir. Motivasyon Geliştirme Terapisi manuel tabanlıdır ve Project MATCH'in (Project MATCH 1997) bir parçası olarak geliştirilmiştir. MATCH projesi, motivasyonel görüşme ile bilişsel davranışçı terapi ve on iki adımlı kolaylaştırma terapisini karşılaştıran geniş bir çok alanlı denemesinden oluşmaktadır. Uygulayıcılar için eğitim ve yeterlilikle ilgili açık standartlar vardır ve yöntemin gerçekten amaçlandığı gibi kullanılmasını sağlamak için kalite kontrolü vardır. Tedavi bütünlüğünü değerlendirmek için



bir araç, Motivasyonel Görüşme Tedavi Bütünlüğü ölçeğidir (Osilla ve ark., 2018).

Alkol bağımlılığı, sigarayı bırakma, uyuşturucu bağımlılığı, HIV-riskli davranışlar, tedaviye uyum, diyet & egzersiz ve yeme bozuklukları için yöntemin etkisi konusunda umut verici sonuçlar bildirilmiştir. Motivasyonel görüşme, son zamanlarda Kuzey Amerika'da olduğu kadar Avrupa'da da ceza adaleti sistemine dahil edilmiştir. Araştırma literatüründe, motivasyonel görüşme ile ilgili en yaygın olarak kullanılan yaklaşım, danışana standartlaştırılmış değerlendirme ölçümlerinden veya bunun bir modifikasyonundan elde edilen bireysel sonuçlara dayalı olarak geri bildirim verildiği yaklaşımdır. Burke ve diğerleri, bu geri bildirim dayalı yaklaşımın, motivasyonel görüşmenin bir uyarlamasını oluşturduğunu düşünmüşlerdir, çünkü bu, yalnızca motivasyonel görüşmenin kullanımıyla değil, geribildirim bileşeninin varlığıyla tanımlanmıştır.

Motivasyonel görüşme, dört ana ilkesi aracılığıyla çalışmayı amaçlamaktadır:

- (1) empatiyi ifade etme,
- (2) öz yeterliliği destekleme,
- (3) dirençle yuvarlanma ve
- (4) tutarsızlık geliştirme (Caputo, 2019).

Motivasyonel görüşmede empati ifade etmek, dünyayı danışanın gözünden görmeyi içermektedir. Öz-yeterliliği desteklemek, danışanların değişime yönelik eylemleri seçme ve uygulamadan sorumlu tutulması anlamına gelmektedir. Üçüncü ilke, dirençle yuvarlanma, danışmanın danışanın direnişiyle savaşmadığı, ancak "onunla birlikte yuvarlandığı" anlamına gelir. Direnç gösteren ifadelerle itiraz edilmez. Bunun yerine danışman, danışanın görüşlerini daha fazla araştırmak için danışanın "momentumunu" kullanır. Son olarak, değişim motivasyonu, insanlar buldukları yer ile olmak istedikleri yer arasında bir çelişki algıladıklarında ortaya çıkmaktadır. Motivasyonel görüşme danışmanları, danışanların mevcut davranışları ile gelecekteki hedefleri arasındaki tutarsızlıkları incelemelerine yardımcı olarak bu durumu geliştirmeye çalışır. Danışanlar, mevcut davranışlarının gelecekteki bazı önemli hedeflere yol açmadığını algıladıklarında, yaşamlarında önemli değişiklikler yapmak için daha fazla motive olmaktadır (Smedslund ve ark., 2011).

Birinci basamak sağlık personelinin motivasyonel görüşme konusunda eğitilmesi için büyük ölçekli çabalar harcanmıştır (Cucciare ve ark., 2012) ve birçok çalışma tıbbi ortamlarda sağlık ve madde kullanım davranışlarını iyileştirmede motivasyonel görüşmenin etkinliğini vurgulamaktadır (Lundahl ve ark., 2013). Madde kullanım bozukluğu olan hastalarla ilgili yakın zamanda yapılan bir araştırma, motivasyonel görüşmenin sonraki bağımlılık tedavisi kullanımının daha düşük olasılıkları ile ilişkili olduğunu göstermiştir (Kim ve ark., 2017): ancak motivasyonel görüşmenin katılımı nasıl etkileyebileceği konusundaki mekanizmayı özel olarak incelememiştir. Motivasyonel görüşmenin nasıl iletildiğini veya aslına uygunluğunu değerlendirmek önemlidir çünkü terapistlerin motivasyonel görüşmeye bağlılığı, doğrudan danışanın seans içindeki davranışlarıyla ilişkilidir (örneğin, danışanın değişim konuşması veya değişim lehine konuşması). Örneğin, motivasyonel görüşme, yüksek sadakat, değişim konuşmasıyla ilişkilidir (Magill ve ark., 2014). Değişim konuşmasının danışan sonuçları üzerindeki etkilerine dair karışık kanıtlar olsa da (Magill ve diğerleri, 2014): birkaç çalışma danışan değişim konuşmasının madde kullanım sonuçlarındaki gelişmelerle olumlu bir şekilde ilişkili olduğunu göstermiştir (D'Amico ve ark., 2014; Osilla ve ark., 2015). Buna karşılık, düşük motivasyonel görüşme aslına uygunluğu, genellikle değişmeme ve daha kötü sonuçlar lehine daha fazla konuşma ile ilişkilidir (Magill ve ark., 2014) .

### **1.3.1.7. Madde Bağımlılığı Detoksifikasyon Tedavisi**

Genel olarak, detoksifikasyon programları, yatan hasta madde bağımlılığı tedavi programlarının ilk adımıdır. Ancak, bu programlar nadiren kendi başlarına etkilidir. Bireyler genellikle yoksunluğu sürdürmek veya madde kullanımında uzun süreli bir azalma sağlamak için bir rehabilitasyon programında olduğu gibi daha fazla tedaviye ihtiyaç duymaktadır. Detoksifikasyon programlarında hastalar için olumsuz bir sonuç yaygın olsa da böyle bir sonuç detoksifikasyon programlarıyla sınırlı değildir. Madde bağımlılığı tedavisi ve genel olarak ruh sağlığı bakımı alanında, tedavinin tamamlanmaması genel bir sorundur. Madde bağımlılığı tedavisi gören hastaların yaklaşık yüzde 50'si tedavinin ilk ayını tamamlamamaktadır. Tedavinin tamamlanmaması genellikle kötü başarı ve olumsuz uzun vadeli sonuçlarla ilişkilidir. Bu nedenle, bir tedavi programının “tutma gücünü”

geliştirmek, madde bağımlılığı programlarındaki hastaların sonuçlarını iyileştirmek için önemli bir başlangıç noktası olabilir (Bear ve ark., 2017).

Detoksifikasyon aşamasında tedavi sonucunu etkileyen faktörler hala tam olarak anlaşılammıştır. Madde bağımlılığı tedavi programlarındaki hastalar için sonucun tahmin edicileri arasında tedavi motivasyonu; psikopatoloji; aile-sosyal, tıbbi ve yasal sorunlar gibi bağımlılığa bağlı sorunlar ve başa çıkma tarzları yer almaktadır. Bununla birlikte, birçok detoksifikasyon çalışması yalnızca sosyodemografik değişkenleri incelemiş ve az sayıda yapılandırılmış görüşme ve standart testler kullanılmıştır. Ek olarak, detoksifikasyon sonucuyla ilgili çalışmalarda, sonucun işlevselleştirilmesi genellikle tartışmaya tabidir. Önceki çalışmalarda kullanılan sonuç ölçütleri arasında programın tamamlanması, ileri tedaviye geçiş, yoksunluk ve diğer detoksifikasyon programlarına kabul yer almaktadır (Dunn ve ark., 2019).

Detoksifikasyon, ölümcül olabilen nöbetler veya deliryum titremeleri gibi komplikasyonları önlemek için madde yoksunluğunun tıbbi yönetimidir. Bağımlılık tedavisi başvurularının yaklaşık beşte biri detoksifikasyon içindir. Bununla birlikte, detoksifikasyon, madde bağımlılığı için tek başına bakım işlevi görmemektedir. Bunun yerine, detoksifikasyon, bağımlılık tedavisine giriş noktası olarak işlev görmelidir (Dunn ve ark., 2019).

Detoksifikasyondan bağımlılık tedavisine başarılı geçişlerin, nüksetmede azalma, ceza adalet sistemine katılım ve krizle ilgili sağlık hizmeti kullanımı ve artan istihdam ve istikrarlı konut gibi sonuçlara fayda sağladığı iyi bilinmektedir (Lee ve ark., 2014). Bununla birlikte, birçok hasta detoksifikasyondan tedaviye başarılı bir şekilde geçemez ve geçiş oranları, detoksifikasyon ortamlarında oldukça değişkendir. Bu geçiş sürecini kolaylaştırabilecek veya engelleyebilecek hasta, program ve sistem düzeyindeki faktörler hakkında nispeten az şey bilinmektedir (Carrier ve ark., 2011).

Detoksifikasyondan tedaviye geçiş kolaylaştırıcıları hasta, program ve sistem seviyelerinde tanımlanmıştır. Detoksifikasyondan sonra tedaviye başlamanın hastayla ilgili kolaylaştırıcıları arasında, kayıp barınma veya ilişkiler gibi madde kullanımının neden olduğu zor durumlar yanında, arkadaşlardan ve aileden tedaviye girmek için yapılan baskılar yer alır. Ayrıca, yaşam tarzının uyuşturucu kullanımından kaynaklanan yorgunluktan kaynaklanabilecek kişisel motivasyonu da içerir. Artan uyuşturucu kullanımı veya son zamanlarda aşırı doz veya sağlık veya yasal sorunlar gibi diğer hasta

faktörlerinin yanı sıra önceki tedavi başvurularının da madde kullanım bozuklukları için tedaviye başlamayı kolaylaştırdığı bulunmuştur (Raven ve ark., 2010).

Hem detoksifikasyon programlarında hem de bağımlılık tedavi programlarında bağımlılık tedavisini kolaylaştırıcı olarak işlev gören program düzeyinde özellikler belirlenmiştir. Detoksifikasyon programından hastaların doğrudan programa kadar eşlik etmesi ve ulaşım masraflarının karşılanması ile detoksifikasyondan tedaviye geçiş oranları iyileştirilmiştir. Madde kullanım bozukluğu programları klinik olarak daha yetenekli, ilgili, destekleyici ve kararlı sağlayıcılara sahip olduğunda ve motivasyon geliştirme terapisi ve akran desteği sağladığında geçiş oranları daha iyi olabilir. Tedavi olasılığını artıran diğer bağımlılık programı özellikleri arasında yalnızca kadınlara yönelik programların mevcudiyeti ve çocuk bakımı ve barınma yardımı da dahil olmak üzere vaka yönetimi yer almaktadır (Blondell ve ark., 2011).

Detoksifikasyondan sonra tedaviyi kolaylaştıran sistem düzeyindeki bir özellik detoksifikasyon-tedavi entegrasyonudur. Bir detoksifikasyon ünitesinden bir rehabilitasyon ünitesine transfer oranlarının, her iki ünite de tek bir ortamda yer aldığı en yüksek olduğunu bulunmuştur. Bir hastanın tüm ihtiyaçlarını tek bir sistem içinde ele almak için bakım sürekliliği boyunca entegrasyon, hizmet türleri arasında geçiş olasılığını artırmaktadır (Bohnert ve ark., 2010).

Hasta, program ve sistem seviyelerinde de geçiş engelleri tanımlanmıştır. Hasta düzeyinde, detoksifikasyon hastaları, hazır olmadıkları veya madde kullanmayı bırakmaya motive olmadıkları için tedaviye direnebilmekte veya sorunlarının kendi başlarına düzeleceğini veya yardımsız halledilebileceğini hissedebilmektedir. Bir iş ve aile sahibi olmanın gerektirdiği rekabet halindeki sorumluluklar veya istikrarlı bir yaşam durumu veya ulaşım eksikliği gibi diğer kişisel kaygılar, tedaviye girişin önünde engeller olarak işlev görmektedir (Jackson ve Shannon, 2012).

Hastaların madde kullanımı ve tedavi ihtiyacı ile ilişkili damgalanma algıları, genellikle tedavi arama konusunda büyük bir caydırıcı olarak belirtilmektedir. Bireyler, bir bağımlı olarak etiketlenecekleri, olumsuz yargılanacakları, çocuklarının velayetini kaybedecekleri, kötü muamele görecekları veya bu tür tepkilerle karşılaşacakları korkusuyla tedavi aramaya direnebilirler. (Mojtabai ve ark., 2014).

Program özellikleri veya kuralları detoksifikasyon sonrası tedavi kullanımına engel teşkil edebilir. Bağımlılık tedavisi, müsait yataklar veya randevular için bekleme süreleri, hasta tanımlama ve diğer uygunluk kriterlerini karşılama gereklilikleri ve hizmetlerin uygunsuzluğu gibi program engelleri tarafından engellenmektedir. Bekleme süreleri, personel sıkıntısı ve personelin ağır dosya yükleri ve çok fazla idari, kayıt tutma görevi olması nedeniyle daha da kötüleşmektedir (Pullen ve Oser, 2014).

Maliyet ve konum gibi sistem engelleri, hizmetlerin erişilebilirliğini sınırlamaktadır. Madde kullanımı tedavisine girişin önündeki engeller, detoksifikasyon ve tedaviye ihtiyaç duyan kişileri nitelendirme, kaydetme ve destekleme konusunda sistemin bileşenleri arasında koordinasyon eksikliğini içermektedir. Spesifik olarak, programlar arası işbirliği, iletişim ve işbirliği eksikliği, detoksifikasyon tamamlandıktan sonra bağımlılık tedavisinin kullanılabilirliğini engellemektedir (Pullen ve Oser, 2014).

### **1.3.1.8. Remisyon (Yatışma Evresi)**

İyileşme, her aşamanın kendi nüks risklerine ve bir sonraki aşamaya geçmek için kendi gelişimsel görevlerine sahip olduğu bir kişisel gelişim sürecidir. İyileşme aşamaları her kişi için aynı uzunlukta değildir, ancak iyileşmeye bakmanın ve danışanlara iyileşmeyi öğretmenin faydalı bir yoludur. Genel olarak, iyileşmenin üç aşaması vardır. Orijinal gelişim modelinde aşamalar “geçiş, erken iyileşme ve devam eden iyileşme” olarak adlandırılmıştır (Hendershot ve ark., 2011).

Remisyon (Yatışma) evresinde iyileşmek için fiziksel istek, zayıf öz bakım, bir kez daha kullanmak isteme ve bağımlılık olup olmadığıyla mücadele dahil olmak üzere birçok risk vardır. Danışanlar genellikle erken iyileşmede iş değiştirmek veya bir ilişkiyi bitirmek gibi büyük harici değişiklikler yapmaya isteklidir. Bireylerin bu konulardaki rollerini, varsa da, kendi rollerini görmeleri ve tamamen başkalarına odaklanmamaları için yeterli perspektife sahip olana kadar, genellikle ilk yılda büyük değişikliklerden kaçınılması gerektiği düşünülür (Hasking ve ark., 2011).

### **1.3.2. Türkiye’de Rehabilitasyon Hizmeti Veren Kurum ve Kuruluşlar**

#### **1.3.2.1. Alo 191 Uyuşturucu ile Mücadele Danışma ve Destek Hattı**

Alo 191 Uyuşturucu ile Mücadele ve Destek Hattı, madde bağımlılığı ile ilgili ihtiyaçlara göre sorulacak soruların yanıtlanması ve beklenen desteğin karşılanması amacı ile kurulmuş bir telefon hattıdır.

Kurulum amacı şöyle özetlenebilir:

- Madde bağımlılığı ile ilgili akla gelebilecek soruların yanıtlanması
- Bağımlılık tedavi sürecinde gereken motivasyon desteğinin sağlanması
- Madde bağımlıları ile ilgili kurulacak iletişimin nasıl olması gerektiği konusunda ailesine ve yakınlarına bilgilendirme yapılması,
- Madde bağımlılığı için uygun tedavi merkezlerine bireylerin yönlendirilmesi,
- Yakınlarının madde bağımlısı olduğu konusunda şüphe duyan kişilere bağımlı kişilerin sergilediği davranışlar ile ilgili bilgi verilmesi,
- Bir madde bağımlısının yaşayabileceği süreçler ve karşılaşabileceği zorluklar hakkında bilgi verilmesi,
- Kişilerin konu ile ilgili başvurabilecekleri resmi kurumlara yönlendirme yapılması.

Madde bağımlıları ve çevrelerindeki kişiler doğrudan bu hat üzerinden bilgi ve destek talebinde bulunabilmektedir. Bu danışma ve destek hattının hastanın yedi günü, 24 saat boyunca ulaşılabilir olması sağlanmıştır.

Alo 191 Uyuşturucu ile Mücadele Danışma ve Destek Hattının amacı, madde bağımlılığını önleme, tedavi etme ve rehabilitasyon hizmetlerine destek olmak ve güçlendirmektir. Madde bağımlısı olan bir birey doğrudan arayıp destek alabileceği gibi yakınları tarafından da aranabilir (<https://alo191.saglik.gov.tr/>).

#### **1.3.3. Bağımlılıkla Mücadele ve Danışma Birimleri (BMDB)**

İstanbul Valiliği’ne bağlı Bağımlılıkla Mücadele Projesi çeşitli birimlerin açılması konusunda faaliyet göstermektedir. Bu bağlamda 2017 yılında İstanbul’daki Kaymakamlıklara ve İlçe Sağlık Müdürlüklerine bağlı olmak kaydıyla Bağımlılıkla Mücadele ve Danışma Birimleri açılması gündeme gelmiş ve faaliyete geçilmiştir. İstanbul ilinde 2018 yılından sonra

Adalar ilçesi dışında 38 ilçenin hepsinde bağımlılıkla mücadele ve danışma birimleri bulunmaktadır. Ayrıca bu birimde hekimler, sosyal çalışmacılar ve psikologlar hizmetlerini sürdürmektedir.

Bağımlılıkla mücadele ve danışma birimlerinin asıl hedefi, madde bağımlısı bireyler ile ailelere danışmanlık ve destek hizmetinin verilmesiyle, bireylerin bir tedavi ve rehabilitasyon kurumuna yönlendirilmesidir. Böylece madde bağımlısı bireylerle ve aileleriyle görüşme yapılmasıyla birlikte bireylerin tedaviye uyumunun artırılması, tedaviyi yarıda bırakmalarının veya tedaviye tekrar dâhil olmalarının sağlanması hedeflenmektedir. 2017'de tüm İstanbul'daki birimlere başvuru yapan danışan sayısının 491 olduğu, aile üyesi sayısının ise 3342 olduğu bildirilmiştir (Sarioğlu, 2019).

### **1.3.3.1. Yeşilay Danışmanlık Merkezi (YEDAM)**

Yeşilay Danışmanlık Merkezi, tüm bağımlılık türleriyle ilgili problem yaşayan kişilere psikolojik ve sosyal desteğin sağlanmasını amaçlamaktadır. Verilen hizmetlerin tamamı ücretsiz olarak sunulmaktadır. Bununla birlikte kişilerin hayata yeniden katılmalarını sağlamaya çalışan bir merkez olma özelliğini taşımaktadır.

YEDAM, bağımlı bireylerin ailelerine verdiği destekle birlikte bozulan yaşam kalitelerinin yeniden yükselmesini ve aile ilişkilerinin sağlıklı bir şekilde yürütmesini desteklemektedir. YEDAM'da bağımlılıkla ilgili ücretsiz bir şekilde ve ayakta danışmanlık verilmektedir (<https://yesilay.org.tr/tr>). Bu merkezlerde 2017 yılında psikolojik ve sosyal destek alan bağımlı sayısının 377, 2018 yılında ise 422 kişi olduğu bildirilmiştir. Ayrıca psikolojik ve sosyal destek alan aile üyeleri sayısının 2017 yılında 182 olduğu, 2018 yılında 295 kişi olduğu bilinmektedir (Sarioğlu, 2019).

### **1.3.3.2. Bağımsız Yaşam Derneği (BAYDER)**

Bağımsız Yaşam Derneği (BAYDER): bağımlılıkla ilgili koruyucu ve önleyici çalışmaların yapılmasının yanında, madde bağımlılarına verilecek rehabilitasyon hizmetleri ile bu kişilerin topluma kazandırılması çalışmalarını sürdürmek amacıyla kurulmuştur. Dernek bünyesinde sürdürülen diğer faaliyetler ise şöyle sıralanabilir:

- madde bağımlılığı konusunda profesyonel kurum ve kişilerle işbirliği çalışmaları,
- eğitimler,

- rehberlik,
- danışmanlık,
- tedavi hizmetleri,
- rehabilitasyon çalışmaları,
- psikolojik tedaviler kapsamında araştırma, geliştirme ve destek çalışmaları,
- bağımlılıkla ilgili konularda, bireyler arası yardımlaşma, dayanışma ve gönüllülük esası için gereken tüm faaliyetler. (<http://bayder.com.tr/>).



## 2. GEREÇ VE YÖNTEM

### 2.1. Araştırmanın Amacı

Bu çalışmanın amacı 28 merkezdeki yatarak tedavi gören yani bağımlı olduğunu kabul etmiş ve bu durumdan kurtulmaya çalışan bireylere yönelik anket uygulayarak madde kullanımına başlama yaşı, cinsiyet, tedaviye karar verme nedenleri gibi konuların incelenmesi, aynı zamanda tedavi gören bireylerin AMATEM merkezleri ile ilgili biliş düzeylerinin ölçülmesi, yapılacak çalışma ile birlikte aynı durumda olan bireylere içinde buldukları durum hakkında farkındalıklarını artırmaktır.

### 2.2. Araştırmanın Evreni

Araştırmaya 662 erkek, 38 kadın olmak üzere toplamda 700 kişi dahil edilmiştir.

### 2.3. Araştırmanın Hipotezleri

H<sub>0</sub>: Bireylerin yaşları ile madde bağımlılığı farkındalık düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki yoktur.

H<sub>1</sub>: Bireylerin yaşları ile madde bağımlılığı farkındalık düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki vardır.

H<sub>0</sub>: Bireylerin cinsiyetlerine göre madde bağımlılığı farkındalık düzeyleri arasında anlamlı fark yoktur.

H<sub>1</sub>: Bireylerin cinsiyetlerine göre madde bağımlılığı farkındalık düzeyleri arasında anlamlı fark vardır.

H<sub>0</sub>: Bireylerin eğitim durumuna göre madde bağımlılığı farkındalık düzeyleri arasında anlamlı fark yoktur.

H<sub>1</sub>: Bireylerin eğitim durumuna göre madde bağımlılığı farkındalık düzeyleri arasında anlamlı fark vardır.

H<sub>0</sub>: Bireylerin medeni durumuna göre madde bağımlılığı farkındalık düzeyleri arasında anlamlı fark yoktur.

H<sub>1</sub>: Bireylerin medeni durumuna göre madde bağımlılığı farkındalık düzeyleri arasında anlamlı fark vardır.

H<sub>0</sub>: Bireylerin anne-baba durumuna göre madde bağımlılığı farkındalık düzeyleri arasında anlamlı fark yoktur.

H<sub>1</sub>: Bireylerin anne-baba durumuna göre madde bağımlılığı farkındalık düzeyleri arasında anlamlı fark vardır.

H<sub>0</sub>: Bireylerin çalışma durumuna göre madde bağımlılığı farkındalık düzeyleri arasında anlamlı fark yoktur.

- H<sub>1</sub>: Bireylerin çalışma durumuna göre madde bağımlılığı farkındalık düzeyleri arasında anlamlı fark vardır
- H<sub>0</sub>: Bireylerin iş bırakma durumuna göre madde bağımlılığı farkındalık düzeyleri arasında anlamlı fark yoktur.
- H<sub>1</sub>: Bireylerin iş bırakma durumuna göre madde bağımlılığı farkındalık düzeyleri arasında anlamlı fark vardır.
- H<sub>0</sub>: Bireylerin tedavi sürelerine göre madde bağımlılığı farkındalık düzeyleri arasında anlamlı fark yoktur.
- H<sub>1</sub>: Bireylerin tedavi sürelerine göre madde bağımlılığı farkındalık düzeyleri arasında anlamlı fark vardır.
- H<sub>0</sub>: Bireylerin ailesinde madde kullanımı görülme durumuna göre madde bağımlılığı farkındalık düzeyleri arasında anlamlı fark yoktur.
- H<sub>1</sub>: Bireylerin ailesinde madde kullanımı görülme durumuna göre madde bağımlılığı farkındalık düzeyleri arasında anlamlı fark vardır.
- H<sub>0</sub>: Ücretsiz tedavi olacağını bilen bireyler ile ücretsiz tedavi olacağını bilmeyen bireylerin madde bağımlılığı farkındalık düzeyleri arasında anlamlı fark yoktur.
- H<sub>1</sub>: Ücretsiz tedavi olacağını bilen bireyler ile ücretsiz tedavi olacağını bilmeyen bireylerin madde bağımlılığı farkındalık düzeyleri arasında anlamlı fark vardır.
- H<sub>0</sub>: Yeterince bilgilendirildiğini düşünen bireyler ile yeterince bilgilendirilmediğini düşünen bireylerin madde bağımlılığı farkındalık düzeyleri arasında anlamlı fark yoktur.
- H<sub>1</sub>: Yeterince bilgilendirildiğini düşünen bireyler ile yeterince bilgilendirilmediğini düşünen bireylerin madde bağımlılığı farkındalık düzeyleri arasında anlamlı fark vardır.
- H<sub>0</sub>: Bireylerin gelir durumuna göre madde bağımlılığı farkındalık düzeyleri arasında anlamlı fark yoktur.
- H<sub>1</sub>: Bireylerin gelir durumuna göre madde bağımlılığı farkındalık düzeyleri arasında anlamlı fark vardır.

#### **2.4. Araştırmanın Sınırlılıkları**

Bu çalışmanın, katılan tedavi merkezinin geniş kapsamı yanında, veri toplamanın sınırlılıklarından bahsetmek gerekmektedir. Belirli alanlarda, örneğin madde kullanım kalıpları (çoklu uyuşturucu kullanımının sıralılığı veya eşzamanlılığı, DSM-IV kötüye kullanımı veya bağımlılık tanıları gibi): tedavi geçmişi ve psikiyatrik sorunlar hakkında ayrıntılı bilgiye sahip olunmamıştır. İkincisi, tedavi talep verileriyle çalışmak, diğer örneklerle genellenebilirliğin

aşık olmadığı anlamına gelmektedir. Her tedavi sisteminin, kazanılan sonuçları etkileyen kendi özellikleri (örneğin, kabul ve sevk politikaları veya ceza adaleti sistemiyle bağlantıları) vardır. Başka bir sınırlama, kendimiz tarafından bildirilen verilere güvenmemiz ve biyolojik test kullanmamamız olarak öne sürülebilir. Ayrıca, bir sınıflandırma yanlılığı olasılığından bahsetmek gerekmektedir: madde bağımlılarını sınıflandırmak için (yani maddelerin bilinen sağlık risklerine göre, tek tek ilaçlar ve bunların kombinasyonlarına göre) birkaç sınıflandırma yöntemi mevcuttur ve bunlardan birini seçilmek durumunda kalınmıştır. Araştırma bulguları, verilerin toplandığı ortam ile sınırlıdır. Yalnızca seçilen ortamdaki kişilerin bilgilerini yansıtmaktadır. Tüm bağımlılık türleri dahil edilmemiş olabilir. Maliyet ve zaman sıkıntısından dolayı sadece Sağlık Bakanlığına bağlı merkezlerde yatan bağımlı bireyler dahil edilmiştir.

## 2.5. Verilerin Toplanması

Araştırma verileri araştırmacı tarafından oluşturulan bir anket ile toplanmıştır. Bu anket iki bölümden oluşmaktadır. İlk bölümde yaş, cinsiyet, gelir, eğitim ve medeni durum gibi sosyodemografik bilgileri içeren sorular yer almaktadır. Ayrıca birinci bölümde katılımcılarının madde kullanım öykülerine yönelik sorulara da yer verilmiştir. İkinci bölümde ise yardım ve hukuki düzenlemeler, madde kullanımının belirtileri ve etkileri, kişisel tutum ve görüşler, bağımlılığa neden olan faktörler alt başlıklarından oluşan Madde Bağımlılığı Farkındalık Ölçeği kullanılmıştır. Anket ve ölçek toplamda 35 sorudan oluşmaktadır.

### 2.5.1. Madde Bağımlılığı Farkındalık Ölçeği

Madde bağımlılığı farkındalık ölçeği genç yaştaki bireylerin madde bağımlılığı hakkındaki farkındalıklarının belirlenmesi amacıyla Köse ve arkadaşları (9) tarafından geliştirilmiştir ve geçerlilik güvenirlik çalışması yapılmıştır. 27 maddeden oluşan ölçeğin;

- “Yardım ve Hukuki Düzenlemeler”,
- “Madde Kullanımının Belirtileri ve Etkileri”,
- “Kişisel Tutum ve Görüşler” ve
- “Bağımlılığa Neden Olan Faktörler” şeklinde adlandırılan 4 temel alt boyuttan oluştuğu görülmektedir.

Ölçekte ters puanlanan soru bulunmamaktadır. Ölçekten her bir seçenek için belirlenmiş puanların toplanması neticesinde en az 27, en fazla 135 puan alınabilir.

Köse ve arkadaşları (2018) tarafından yürütülen çalışmada tüm ölçeğin Cronbach Alpha iç tutarlık katsayısı 0,88 olarak hesaplanmıştır. Madde Kullanımı Farkındalık Ölçeğindeki maddeler beşli Likert tipi derecelendirme ölçeği olarak hazırlanmıştır. Ölçekte yer alan pozitif anahtarlı maddeler 5= Kesinlikle Katılıyorum, 4= Katılıyorum, 3= Kararsızım, 2= Katılmıyorum, 1= Kesinlikle Katılmıyorum şeklinde puanlanmakla beraber, olumsuz anahtarlı maddeler ters puanlanmıştır. Toplam 45 maddeden oluşan taslak form uzmanlar tarafından değerlendirilmiş ve uzmanların önerileri doğrultusunda bazı maddeler revize edilmiştir.

“Yardım ve Hukuki Düzenlemeler” alt boyutu ile madde kullanımı sürecindeki tedavi ve yardım faaliyetlerinin ve bu alanla ilgili yapılmış hukuki düzenlemelerin sorgulanması amaçlanmaktadır. Ayrıca uyuşturucu maddenin kullanılması, satılması ve buna benzer durumlar için alınması muhtemel cezalar hakkındaki farkındalıklarının sorgulanması da hedeflenmektedir. Bununla birlikte madde bağımlısı bireylere yardımcı olabilmek anlamında yapılacaklar ve bağımlılıkla mücadele eden kuruluşlar hakkındaki sorular da bu alt ölçeğin içinde bulunmaktadır. Bu alt boyut toplamda dokuz madde içermektedir.

Ölçeğin ikinci alt boyutunda ise “Madde Kullanım Belirtileri ve Etkileri” başlığı bulunmaktadır. Bu kez, madde bağımlısının okulda, aile içinde ve toplum yaşantısında gelişmesi muhtemel olan negatif değişiklikler üzerinden örnekler verilmekte ve madde kullanımının belirtileriyle ilgili farkındalık düzeyleri değerlendirilmektedir. Bu alt boyut ise toplamda sekiz madde içermektedir (Köse ve Gül, 2018).

Ölçeğin üçüncü alt boyutu olan “Kişisel Tutum ve Görüşler” ile, madde bağımlılığının kişiler üstündeki sosyal, bedensel ve psikolojik etkileri sorgulanmaktadır. Ülke genelindeki madde kullanımı ve bağımlılığıyla ilgili söylenmekte olan doğru ya da yanlış, kalıplaşan söylemlerle ilgili maddeler de üçüncü alt başlıkta bulunmaktadır. Ölçeğin üçüncü alt boyutu altı madde içermektedir.

Dördüncü alt boyut olan “Bağımlılığa Neden Olan Faktörler” ise çevrede bağımlı bir kişinin olmasının, akran baskısının ve medyanın madde bağımlılığına olan etkilerinin sorgulandığı ve bu konuyla ilgili farkındalığın değerlendirildiği dört maddeden oluşmaktadır (Köse ve Gül, 2018).

## 2.6. Verilerin Analizi

Bu çalışmada veri analizi için SPSS 24.0 paket programından yararlanılmıştır. Öncelikle anket sorularından elde edilen yanıtların frekans ve yüzde değerleri verilmiştir. Katılımcıların demografik ve tanımlayıcı özellikleri bu şekilde incelenmiştir. Madde Kullanımı Farkındalık Ölçeğine yönelik

güvenirlilik ve faktör analizi ile normallik testi yapılmıştır. Bağımsız örneklem t testi, ANOVA, korelasyon testi ile birlikte analize devam edilmiştir.

## **2.7. Etik Kurul İzni**

Araştırmanın gerçekleştirilebilmesi için Ankara Üniversitesi Etik Kurulundan alınan izin belgeleri ekte sunulmuştur.

### 3. BULGULAR

#### 3.1. Demografik Bulgular

Çizelge 3.1. Demografik Özellikler

Cinsiyetiniz		Frekans	Yüzde(%)
	Kadın	38	5,44
	Erkek	662	94,56
Yaş Grupları		Frekans	Yüzde(%)
	14-25 Arası	216	30,9
	26-35 Arası	291	41,6
	36-45 Arası	95	13,6
	45 ve üzeri	98	13,9
Eğitim Durumunuz		Frekans	Yüzde(%)
	İlkokul	155	22,10
	Ortaokul	316	45,21
	Lise	170	24,32
	Lisans	59	8,44
Medeni Durumunuz		Frekans	Yüzde(%)
	Bekar	450	64,38
	Evli	250	35,70
Anne-Baba Durumunuz		Frekans	Yüzde(%)
	Anne-Babam sağ ve evli	453	64,81
	Anne-Babam sağ ve boşanmış	77	11,02
	Ebeveynlerimin biri hayatta	124	17,74
	Ebeveynlerim hayatta değil	46	6,60
Gelir getirici bir işte çalışıyor musunuz?		Frekans	Yüzde(%)
	Evet	257	36,77
	Hayır	443	63,30
Gelirinizi yeterli buluyor musunuz?		Frekans	Yüzde(%)
	Evet	193	27,61
	Hayır	507	72,40

Araştırmaya katılan bireylerin %5,44'ü kadın iken %94,56'si erkektir. Bireylerin %22,10'u ilkokul mezunu, %45,21'i ortaokul mezunu, %24,32'si lise mezunu ve %8,44'ü lisans mezunudur. Bireylerin %64,38'i bekar iken %35,70'i evlidir. Ayrıca araştırmaya katılan bireylerin %64,38'inin anne-

babası sağ ve evli, %11,02'sinin anne-babası sağ ve boşanmış, %17,74'ünün ebeveynlerinden sadece biri hayatta ve %6,60'ının ebeveynleri hayatta değildir. Bireylerin %36,77'si gelir getirici bir işte çalışırken, %63,30'u gelir getirici bir işte çalışmamaktadır. Ayrıca bireylerin sadece %27,61'i gelirini yeterli bulurken %72,40'u gelirini yeterli bulmamaktadır.

**Çizelge 3.2.** (Çizelge 3.1. Devam). Demografik Özellikler

Madde kullanımı nedeniyle işinizi bıraktınız mı?		Frekans	Yüzde(%)
	Evet	462	66,09
	Hayır	238	34,00
Ne kadar süredir tedavi görmektesiniz?		Frekans	Yüzde(%)
	.1-7 Gün	280	40,00
	.8-14 Gün	154	22,03
	.15-22 Gün	141	20,17
	.23-30 Gün	125	17,88
Ailenizde madde bağımlısı olan biri var mı?		Frekans	Yüzde(%)
	Evet	129	18,45
	Hayır	571	81,60
Ailenizde madde bağımlılığı tedavisi gören biri var mı?		Frekans	Yüzde(%)
	Evet	62	8,87
	Hayır	638	91,13
Madde bağımlılığı tedavisi görmeye karar verme nedeniniz? Tedavi almaya nasıl karar verdiniz?		Frekans	Yüzde(%)
	Ailem istedi	299	42,70
	Kız/Erkek arkadaşım istedi	71	10,16
	Sağlık sorunlarım	93	13,30
	Dinsel İnanış	27	3,86
	İş yaşamında ve sosyal yaşamda yaşadığım zorluklar	129	18,45
	Mahkeme/yasal zorunluluk	81	11,59

Araştırmaya katılan bireylerin %66,1'i madde kullanımı nedeni ile işini bırakmış kişilerden oluşmaktadır. Bireylerin %40'ı 1-7 gün arasında, %22'si 8-14 gün arasında, %20,2'si 15-22 gün arasında ve %17,9'u 23-30 gün arasında süredir tedavi görmektedir. Bireylerin %81,6'sının ailesinde madde kullanan birisi bulunmamaktadır. Ayrıca bireylerin %91,1'inin ailesinde madde bağımlılığından dolayı tedavi gören birisi de bulunmamaktadır. Bireylerin

%42,7 gibi bir çoğunluğu ailesinin isteği ile tedaviye gelme kararı verdiğini söylerken sadece %3,9'u dinsel inanışlardan dolayı tedaviye geldiğini belirtmiştir.

### Çizelge 3.3. Tanımlayıcı Özellikler

Madde Bağımlılarının AMATEM'de ücretsiz tedavi görebileceğini biliyor muydunuz ?		Frekans	Yüzde(%)
	Evet	513	73,39
	Hayır	187	26,70
İlgili Kurumlarca (Sağlık Bakanlığı, Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı v.) madde bağımlılığı konusunda yeterince bilgilendirme yapıldığını düşünüyor musunuz?		Frekans	Yüzde(%)
	Evet	453	64,81
	Hayır	247	35,30
AMATEM'de bulunduğunuz sürece madde bağımlılığı ile ilgili herhangi bir eğitime (psikoeğitsel) katıldınız mı?		Frekans	Yüzde(%)
	Evet	525	75,00
	Hayır	175	25,04
Maddenin yol açtığı bir suçtan dolayı herhangi bir ceza aldınız mı? (madde temini, satışı vb.)		Frekans	Yüzde(%)
	Hayır ceza almadım	472	67,40
	Evet madde nedeni ile ceza aldım ve ceza infaz kurumunda kaldım	121	17,31
	Ceza infaz kurumunda kaldım ama madde nedeni ile ilgili değildi.	107	15,31

Araştırmaya katılan bireylerin %73,39'u madde bağımlılarının AMATEM tarafından ücretsiz tedavi göreceğini bilmektedir. Ayrıca bireylerin %64,81'i ilgili kurum ve kuruluşlarca kendisine yeterli bilgilendirmenin yapıldığı görüşündedir. Bireylerin %75'i AMATEM'de kaldığı süre içinde madde bağımlılığı ile ilgili eğitimlere katılmıştır. Ayrıca bireylerin %67,40'ı daha önce madde bağımlılığı ve yol açtığı suçlardan ceza almamıştır. Bireylerin %17,31'i bu konulardan ceza alıp ceza infaz kurumlarında kalmış iken %15,31'i ise ceza infaz kurumlarında madde ve yol açtığı suçlar haricindeki suçlardan dolayı kalmışlardır.



**Çizelge 3.4.** Katılımcıların Madde Kullanım Durumları

		Tepkiler		
		N	Yüzde(%)	Ortalama Kullanım Yaşı
Madde Kullanım Durumları	Kokain kullanım durumu	153	6,92%	19
	Morfin kullanım durumu	32	1,45%	20
	Esrar kullanım durumu	392	17,72%	17
	Eroin kullanım durumu	293	13,25%	19
	Hap kullanım durumu	268	12,12%	17
	ilaç kullanım durumu	131	5,92%	20
	Bali kullanım durumu	111	5,02%	15
	Sigara kullanım durumu	445	20,07%	14
Alkol kullanım durumu	388	17,54%	17	
Toplam		2212*	100,0%	

\* Yöneltilen soruda çoklu yanıt imkanı verildiğinden n sayısı örneklem hacmini geçmektedir.

Katılımcılara yöneltilen madde kullanım durumuna ilişkin soruda alınan yanıtların %6,9'u kokain, %1,4'ü morfin, %17,7'si esrar, %13,2'si eroin, %12,1'i hap, %5,9'u ilaç, %5'i bali, %20,1'i sigara ve %17,5'i alkol seçeneğidir. Ayrıca bireylerin maddeleri kullanmaya başladıkları yaş ortalamaları da tablo 3'te verilmiştir.

**Çizelge 3.5.** Madde Kullanımına Başlama Nedeni

		Tepkiler	
		N	Yüzde(%)
Bağımlı Olduğunuz Maddeye Başlama Nedeni	Ailede madde kullanımı	32	1,7%
	Okulda arkadaşlarımın madde kullanımı	130	6,8%
	Sosyal çevremdeki arkadaşlarım madde kullanımı	440	22,8%
	Eğlence Mekanlarında kullananlarla karşılaşma	113	5,9%
	Askerlikte kullanımla karşılaşma	113	5,9%
	Sokakta satıcılarla tanışma	192	9,9%
	Kişisel Merak	237	12,3%
	Ailevi sorunlar	200	10,4%
	Psikolojik rahatsızlık	191	9,9%
	Yaşanılan çevre	276	14,4%
Toplam(n)	1922	100,0%	

\* Yöneltilen soruda çoklu yanıt imkanı verildiğinden n sayısı örneklem hacmini geçmektedir.

Tablo 4’te bireylerin kullandıkları maddeye başlama nedeni/nedenleri sorulmuş ve alınan yanıtların yüzdesel dağılımı verilmiştir. Buna göre en fazla alınan yanıt ise %22,8 ile “Sosyal çevremdeki arkadaşlarımın madde kullanımı” olurken, en az verilen yanıt ise “Ailede madde kullanımı olmuştur.

### 3.2. Madde Kullanımı Farkındalık Ölçeğine İlişkin Güvenilirlik Analizi ve Açımlayıcı Faktör Analizi Sonuçları

**Çizelge 3.6.** Güvenilirlik Analizi Sonuçları

Cronbach's Alpha Katsayısı	Madde Sayısı
,759	16

Çizelge 3.6’da cronbach’s alpha güvenilirlik analizi sonuçları verilmiştir. Buna göre;

Güvenilirlik analizi sonucunda cronbach's alpha değeri;

$0 \leq \alpha \leq 40$  ise ölçek güvenilir değil

$41 \leq \alpha \leq 60$  ise ölçek düşük güvenilirlikte

$61 \leq \alpha \leq 80$  ise ölçek güvenilir seviyede

$81 \leq \alpha \leq 100$  ise ölçek yüksek güvenilirlikte anlamına gelmektedir (Reha Alpar, 2013).

Güvenirlilik testi sonuçları kapsamında, soru sayısı 26 olacak şekilde Cronbach's Alpha katsayısı 0,759 olarak bulunmuştur. Bu değer ölçeğin güvenilir seviyede olduğunu göstermektedir

(Açık kaynak : ALPAR Reha; (2013): Uygulamalı Çok Değişkenli İstatistik Yöntemler, Detay Yayıncılık Dördüncü baskı)

### 3.3. Faktör Analizi Sonuçları

**Çizelge 3.7.** Madde Kullanımı Farkındalık Ölçeği Faktör Analizi Sonuçları

<b>Kaiser-Meyer-Olkin Değeri</b>		0,764		
<b>Bartlett'in Küresellik Testi Sonucu</b>		2681,899		
<b>p-değeri</b>		0,000		
<b>Açıklanan Toplam Varyans(%)</b>		<b>52,06</b>		
	<b>Bileşenler</b>			
	<b>Yardım ve Hukuki Düzenlemeler</b>	<b>Madde Kullanımının Belirtileri ve</b>	<b>Kişisel Tutum ve Görüşler</b>	<b>Bağımlılığa Neden Olan Faktörler</b>
Madde Kullanımı Farkındalık Ölçeği Soruları				
1.Çevremizdeki bireyleri bağımlılık yapan maddeleri kullanmaması konusunda uyarmak gerekir.	,540			
2.YEŞİLAY'ın ne iş yaptığını biliyorum.	,588			
3.Madde kullanımının ve satışının önlenmesi için cezalar arttırılmalıdır.	,510			
4.AMATEM'in ne iş yaptığını biliyorum.	,676			

Çizelge 3.8. Devamı

Madde Kullanımı Farkındalık Ölçeği Soruları	Bileşenler			
	Yardım ve Hukuki Düzenlemeler	Madde Kullanımının Belirtileri ve	Kişisel Tutum ve Görüşler	Bağımlılığa Neden Olan Faktörler
5.Madde bağımlılığı ölümle bile sonuçlanacak bedensel zararlara yol açar.		,592		
6.Bağımlı insanlar kendini toplumdan soyutlar.		,607		
7.Madde kullanımı kişinin kan, saç Ve idrar tetkikleri ile anlaşılabilir.		,354		
8.Madde kullanımı kişinin davranış değişiklikleri ile anlaşılabilir		,722		
9.Türkiye'de madde bağımlılığı sorunu abartılıyor.			,309	
10.Bağımlılık yapan maddeyi bir kez kullanmaktan bir şey olmaz.			,844	
11.Bağımlılık yapan maddeleri ara sıra kullanmakla bir şey olmaz.			,883	
12.Madde bağımlılığı oranı ülkemizde giderek artıyor.			,795	
13.Çevresinde madde bağımlısı olan bireylerin bağımlı olma ihtimali daha yüksektir.				,756
14.Akran baskısı madde bağımlılığı nedenlerinde önemli bir rol oynar.				,424
15.Dergiler, flimler ve TV yorumları madde bağımlılığına neden olmada önemli bir rol oynar				,701
16.Psikolojik sorunları olan kişiler madde bağımlısı olmaya daha yatkındır.				,563

Çizelge 3.7’de verilen faktör analizi sonucunda ölçeğin 4 alt faktörden oluştuğu görülmektedir. Buna göre madde kullanımı farkındalık düzeyinin yaklaşık %52’lık bir kısmı ölçeğin alt boyutları tarafından açıklanmaktadır. Buna göre; ölçeğin 1, 2, 3 ve 4. Maddeleri “Yardım ve Hukuki Düzenlemeler” alt boyutunu, 5, 6, 7 ve 8. Maddeleri “Madde Kullanımının Belirtileri ve

Etkileri” alt boyutunu, 9, 10, 11 ve 12. Maddeleri “Kişisel Tutum ve Görüşler” alt boyutunu ve 13, 14, 15 ve 16. Maddeleri “Bağımlılığa Neden Olan Faktörler” alt boyutunu açıklamaktadır. Ölçekte ters puanlanmış madde bulunmamaktadır. Ölçekte Evet=3, Bilgim yok=2 ve Hayır=1 puan olarak kodlanmıştır. Ölçekten alınacak minimum puan 16 iken maksimum puan 48’dir. Ölçek grupların karşılaştırılması amacı ile kullanılacağından ortalama puan yerine toplam puan olarak hesaplanacaktır.

### 3.4. Madde Bağımlılığı Farkındalık Ölçeğine İlişkin Açıklayıcı İstatistikler

Çizelge 3.9. Madde Bağımlılığı Farkındalık Ölçeğine İlişkin Açıklayıcı İstatistikler

	N	Minimum	Maksimum	A. Ortalama	Std. Sapma
Yardım ve Hukuki Düzenlemeler	700	4,00	12,00	10,68	1,69
Madde Kullanımının Belirtileri ve Etkileri	700	4,00	12,00	11,46	1,33
Kişisel Tutum ve Görüşler	700	4,00	12,00	6,95	1,62
Bağımlılığa Neden Olan Faktörler	700	4,00	12,00	10,45	1,92
Madde Kullanımı Farkındalık Toplam Puanı	700	16,00	48,00	39,54	4,38

Çizelge 3.8’de bireylerin ölçekten aldıkları puanlara ilişkin tanımlayıcı istatistikler verilmiştir. Buna göre bireylerin yardım ve hukuki düzenlemeler alt boyutundan aldıkları puanların aritmetik ortalaması 10,68, standart sapması 1,69, madde kullanımının belirtileri ve etkileri alt boyutundan aldıkları puanların aritmetik ortalaması 11,46, standart sapması 1,33, kişisel tutum ve görüşler alt boyutundan aldıkları puanların aritmetik ortalaması 6,95, standart sapması 1,62, bağımlılığa neden olan faktörler alt boyutundan aldıkları puanların aritmetik ortalaması 10,45 ve standart sapması 1,92 olarak bulunmuştur. Ayrıca bireylerin ölçekten aldıkları toplam puanın aritmetik ortalaması 39,54 iken standart sapması 4,38’dir.

**Çizelge 3.10.** Madde Bağımlılığı Farkındalık Ölçeğine Verilen Cevaplar

		Evet(%)	Hayır(%)	Bilgim Yok(%)
Boyut	Madde Farkındalık Ölçeği Maddeleri			
Yardım ve Hukuki Düzenlemeler	Çevremizdeki bireyleri bağımlılık yapan maddeleri kullanmaması konusunda uyarmak gerekir.	87,41	6,44	6,15
	YEŞİLAY'ın ne iş yaptığını biliyorum.	67,24	16,88	15,88
	Madde kullanımının ve satışının önlenmesi için cezalar arttırılmalıdır.	75,97	13,88	10,16
	AMATEM'in ne iş yaptığını biliyorum.	84,55	10,01	5,44
Madde Kullanımının Belirtileri ve Etkileri	Madde bağımlılığı ölümle bile sonuçlanacak bedensel zararlara yol açar.	94,42	3,86	1,72
	Bağımlı insanlar kendini toplumdan soyutlar.	87,84	8,73	3,43
	Madde kullanımı kişinin kan, saç Ve idrar tetkikleri ile anlaşılabilir.	93,56	2,86	3,58
	Madde kullanımı kişinin davranış değişiklikleri ile anlaşılabilir	91,27	6,01	2,72
Kişisel Tutum ve Görüşler	Türkiye'de madde bağımlılığı sorunu abartılıyor.	26,47	65,81	7,73
	Bağımlılık yapan maddeyi bir kez kullanmaktan bir şey olmaz.	11,87	84,98	3,15
	Bağımlılık yapan maddeleri ara sıra kullanmakla bir şey olmaz.	9,16	88,13	2,72
	Madde bağımlılığı oranı ülkemizde giderek artıyor.	91,70	4,86	3,43
Bağımlılığa Neden Olan Faktörler	Çevresinde madde bağımlısı olan bireylerin bağımlı olma ihtimali daha yüksektir.	91,99	4,58	3,43
	Akran baskısı madde bağımlılığı nedenlerinde önemli bir rol oynar.	73,68	15,45	10,87
	Dergiler, flimler ve TV yorumları madde bağımlılığına neden olmada önemli bir rol oynar	55,65	27,18	17,17
	Psikolojik sorunları olan kişiler madde bağımlısı olmaya daha yatkındır.	81,69	10,87	7,44

Çizelge 3.9'da bireylerin ölçek maddelerine verdikleri cevapların yüzdesel olarak dağılımı verilmiştir.

### 3.5. Normallik Testi Sonuçları

**Çizelge 3.11.** Madde Kullanımı Farkındalık Ölçeğine İlişkin Normallik Testi Sonuçları

	Kolmogorov-Smirnov			Katsayılar	
	İstatistik	s.d	p-değeri	Basıklık	Çarpıklık
Yardım ve Hukuki Düzenlemeler	,246	700	,000	2,66	-1,6
Madde Kullanımının Belirtileri ve Etkileri	,449	700	,000	11,21	-3,16
Kişisel Tutum ve Görüşler	,323	700	,000	1,97	1,36
Bağımlılığa Neden Olan Faktörler	,241	700	,000	2,39	-1,54
Madde Kullanımı Farkındalık Toplam Puanı	,179	700	,000	7,64	-2,09

Çizelge 3.10'da verilen Kolmogorov-Smirnov testi sonucunda testin p-değeri(0,000): 0,05 anlamlılık seviyesinden küçük olduğundan değişkenin normal dağılımdan gelmediği söylenebilir. Ancak örnek çapımız(n): 30 dan büyük olduğu için (n=700): araştırmanın ve testlerimizin daha güçlü olması açısından normallik varsayımı kabul edilebilir( Kul S, 2014).

Kaynakça İçin;

:([https://www.toraks.org.tr/site/sf/books/pre\\_migration/ba74d7c39e0eee0e51a40505443342657f589732f18afc9273c4dfb9f0abd8ef.pdf](https://www.toraks.org.tr/site/sf/books/pre_migration/ba74d7c39e0eee0e51a40505443342657f589732f18afc9273c4dfb9f0abd8ef.pdf))

### 3.6. Araştırma Bulguları

#### 3.6.1. Cinsiyete İlişkin Bağımsız Örneklem t-Testi Sonuçları

H<sub>0</sub>: Bireylerin cinsiyetlerine göre madde bağımlılığı farkındalık düzeyleri arasında anlamlı fark yoktur.

H<sub>1</sub>: Bireylerin cinsiyetlerine göre madde bağımlılığı farkındalık düzeyleri arasında anlamlı fark vardır.

**Çizelge 3.12.** Cinsiyete İlişkin t-Testi Sonuçları

Cinsiyetiniz		N	Ortalama	Std. Sapma	t	p-değeri*
Yardım ve Hukuki Düzenlemeler	Kadın	38	11,53	0,92	5,47	,000
	Erkek	662	10,63	1,72		
Madde Kullanımının Belirtileri ve Etkileri	Kadın	38	11,76	0,59	2,97	,004
	Erkek	662	11,44	1,36		
Kişisel Tutum ve Görüşler	Kadın	38	6,58	0,95	-2,38	,021
	Erkek	662	6,98	1,64		
Bağımlılığa Neden Olan Faktörler	Kadın	38	10,84	1,13	2,10	,042
	Erkek	662	10,43	1,96		
Madde Kullanımı Farkındalık Toplam Puanı	Kadın	38	40,71	1,93	3,46	,001
	Erkek	662	39,47	4,47		

\* Bağımsız Örneklem t-Testi

Bağımsız örneklem t-testi sonucuna göre yardım ve hukuki düzenlemeler farkındalık seviyeleri cinsiyete göre anlamlı farklılık göstermektedir( $t=5,47$  ,  $p<0,05$ ). Kadınların farkındalık düzeyleri erkeklere göre anlamlı derecede daha fazladır.  $H_0$  hipotezi reddedilmiştir.

Madde kullanımının belirtileri ve etkilerine ilişkin farkındalık seviyeleri cinsiyete göre anlamlı farklılık göstermektedir( $t=2,97$  ,  $p<0,05$ ). Kadınların farkındalık düzeyleri erkeklere göre anlamlı derecede daha fazladır.  $H_0$  hipotezi reddedilmiştir.

Kişisel tutum ve görüşlere ilişkin farkındalık seviyeleri cinsiyete göre anlamlı farklılık göstermektedir( $t=-2,38$  ,  $p<0,05$ ). Erkeklerin farkındalık düzeyleri kadınlara göre anlamlı derecede daha fazladır.  $H_0$  hipotezi reddedilmiştir.

Bağımlılığa neden olan faktörlere ilişkin farkındalık seviyeleri cinsiyete göre anlamlı farklılık göstermektedir( $t=2,10$  ,  $p<0,05$ ). Kadınların farkındalık düzeyleri erkeklere göre anlamlı derecede daha fazladır.  $H_0$  hipotezi reddedilmiştir.

Madde bağımlılığı farkındalık seviyeleri cinsiyete göre anlamlı farklılık göstermektedir( $t=3,46$  ,  $p<0,05$ ). Kadınların farkındalık seviyeleri erkeklere göre anlamlı derecede daha fazladır.  $H_0$  hipotezi reddedilmiştir.



### 3.6.2. Yaş Gruplarına İlişkin ANOVA Sonuçları

H<sub>0</sub>: Bireylerin yaş gruplarına göre madde bağımlılığı farkındalık düzeyleri arasında anlamlı farklılık yoktur.

H<sub>1</sub>: Bireylerin yaş gruplarından en az biri madde bağımlılığı farkındalık düzeyi bakımından diğerlerinden anlamlı derecede farklıdır.

**Çizelge 3.13.** Yaş Gruplarına İlişkin ANOVA Sonuçları

		N	Ort.	Std. Sapma	F	p- değeri*	Çoklu Karşılaştırma**
Yardım ve Hukuki Düzenlemeler	14-25 Arası	216	10,63	1,50	2,49	0,060	
	26-35 Arası	291	10,55	1,78			
	36-45 Arası	95	10,83	1,64			
	45 ve üzeri	98	11,04	1,85			
Madde Kullanımının Belirtileri ve Etkileri	14-25 Arası	216	11,63	0,99	4,58	0,003	a>b,d b<c c>d
	26-35 Arası	291	11,34	1,32			
	36-45 Arası	95	11,72	1,02			
	45 ve üzeri	98	11,16	2,07			
Kişisel Tutum ve Görüşler	14-25 Arası	216	7,07	1,26	6,89	0,000	a,b,c>d
	26-35 Arası	291	7,02	1,72			
	36-45 Arası	95	7,18	2,04			
	45 ve üzeri	98	6,29	1,37			
Bağımlılığa Neden Olan Faktörler	14-25 Arası	216	10,44	1,71	7,95	0,000	c>a,b,d
	26-35 Arası	291	10,28	1,83			
	36-45 Arası	95	11,31	1,41			
	45 ve üzeri	98	10,15	2,72			
Madde Kullanımı Farkındalık Toplam Puanı	14-25 Arası	216	39,75	3,29	5,85	0,001	c>a,b,d
	26-35 Arası	291	39,19	3,87			
	36-45 Arası	95	41,03	3,93			
	45 ve üzeri	98	38,65	7,15			

\* ANOVA

\*\* Manidar farklılık olan grupları ifade etmektedir.

Madde bağımlılığı farkındalık ölçeği yaş gruplarına göre karşılaştırıldığında yardım ve hukuki düzenlemeler alt boyutu, yaş gruplarına

göre anlamlı farklılık göstermemektedir( $F=2,49$  ,  $p>0,05$ ).  $H_0$  hipotezi reddedilemez.

Madde kullanımının belirtileri ve etkileri alt boyutu yaş gruplarına göre anlamlı farklılık göstermektedir( $F=4,58$  ,  $p<0,05$ ). 14-25 yaş grubundaki bireylerin farkındalık düzeyleri, 26-35 ve 45 üzeri yaş grubundakilerden daha fazla iken, 26-35 yaş grubundaki bireylerin farkındalık düzeyi, 36-45 yaş arası bireylerden daha düşüktür. Ayrıca 36-45 yaş arası bireylerin farkındalık düzeyleri 45 ve üzeri bireylerden daha fazladır.  $H_0$  hipotezi reddedilmiştir.

Kişisel tutum ve görüşler alt boyutu yaş gruplarına göre anlamlı farklılık göstermektedir( $F=6,89$  ,  $p<0,05$ ). 45 ve üzeri yaş grubundaki bireylerin farkındalık düzeyleri diğer gruplardaki bireylerden anlamlı derecede daha düşüktür.  $H_0$  hipotezi reddedilmiştir.

Bağımlılığa neden olan faktörler alt boyutu yaş gruplarına göre anlamlı farklılık göstermektedir( $F=7,95$  ,  $p<0,05$ ). 36-45 yaş grubundaki bireylerin farkındalık seviyeleri diğer yaş gruplarında bulunan bireylerden anlamlı derecede daha yüksektir.  $H_0$  hipotezi reddedilmiştir.

Madde kullanımı farkındalık ölçeği toplam puanı yaş gruplarına göre anlamlı farklılık göstermektedir( $F=5,85$  ,  $p<0,05$ ). 36-45 yaş grubundaki bireylerin farkındalık seviyeleri diğer yaş gruplarında bulunan bireylerden anlamlı derecede daha yüksektir.  $H_0$  hipotezi reddedilmiştir.

### **3.6.3. Eğitim Gruplarına İlişkin ANOVA Sonuçları**

$H_0$ : Bireylerin eğitim durumuna göre madde bağımlılığı farkındalık düzeyleri arasında anlamlı fark yoktur.

$H_1$ : Bireylerin eğitim durumuna göre madde bağımlılığı farkındalık düzeyleri arasında anlamlı fark vardır.

**Çizelge 3.14.** Eğitim Gruplarına İlişkin ANOVA Sonuçları

		N	Ortalama	Std. Sapma	F	p- değeri*	Çoklu Karşılaştırma**
Yardım ve Hukuki Düzenlemeler	İlkokul	155	10,32	1,75	12,22	,000	a<c,d
	Ortaokul	316	10,48	1,84			
	Lise	170	11,09	1,32			
	Lisans	59	11,51	1,12			
Madde Kullanımının Belirtileri ve Etkileri	İlkokul	155	11,23	1,42	2,50	,058	
	Ortaokul	316	11,45	1,40			
	Lise	170	11,63	1,13			
	Lisans	59	11,58	1,25			
Kişisel Tutum ve Görüşler	İlkokul	155	7,06	1,81	11,20	,000	d<a,b,c
	Ortaokul	316	7,22	1,65			
	Lise	170	6,66	1,42			
	Lisans	59	6,08	0,79			
Bağımlılığa Neden Olan Faktörler	İlkokul	155	10,51	1,96	,29	,832	
	Ortaokul	316	10,48	1,77			
	Lise	170	10,39	2,00			
	Lisans	59	10,29	2,39			
Madde Kullanımı Farkındalık Toplam Puanı	İlkokul	155	39,12	4,19	,66	,582	
	Ortaokul	316	39,64	4,63			
	Lise	170	39,76	4,03			
	Lisans	59	39,46	4,47			

\* ANOVA

\*\* Manidar farklılık olan grupları ifade etmektedir.

Madde bağımlılık ölçeği alt grupları eğitim gruplarına göre karşılaştırıldığında;

Yardım ve hukuki düzenlemeler alt boyutu eğitim gruplarına göre anlamlı farklılık göstermektedir( $F=12,22$  ,  $p<0,05$ ). İlkokul mezunu bireylerin farkındalık düzeyleri, lise ve lisans düzeyindeki bireylerden daha düşüktür.  $H_0$  hipotezi reddedilmiştir.

Madde kullanımının belirtileri ve etkileri alt boyutu eğitim gruplarına göre anlamlı farklılık göstermemektedir( $F=2,50$  ,  $p>0,05$ ).  $H_0$  hipotezi reddedilemez.

Kişisel tutum ve görüşler alt boyutu eğitim gruplarına göre anlamlı farklılık göstermektedir( $F=11,20$  ,  $p<0,000$ ). Lisans mezunu bireylerin farkındalık düzeyleri, diğer bütün gruplardan anlamlı derecede daha düşüktür.  $H_0$  hipotezi reddedilmiştir.

Bağımlılığa neden olan faktörler alt boyutu eğitim gruplarına göre anlamlı farklılık göstermemektedir( $F=0,29$  ,  $p<0,05$ ).  $H_0$  hipotezi reddedilmiştir.

Madde kullanımını farkındalık ölçeği toplam puanı, eğitim gruplarına göre anlamlı farklılık göstermemektedir( $F=0,66$  ,  $p>0,05$ ).  $H_0$  hipotezi reddedilemez.

### 3.6.4. Medeni Duruma İlişkin Bağımsız Örneklem t-Testi Sonuçları

$H_0$ : Bireylerin medeni durumuna göre madde bağımlılığı farkındalık düzeyleri arasında anlamlı fark yoktur.

$H_1$ : Bireylerin medeni durumuna göre madde bağımlılığı farkındalık düzeyleri arasında anlamlı fark vardır.

**Çizelge 3.15.** Medeni Duruma İlişkin t-Testi Sonuçları

Medeni Durumunuz		N	Ortalama	Std. Sapma	t	p-değeri*
Yardım ve Hukuki Düzenlemeler	Bekar	450	10,73	1,68	,94	,347
	Evli	250	10,59	1,72		
Madde Kullanımının Belirtileri ve Etkileri	Bekar	450	11,41	1,48	-1,36	,174
	Evli	250	11,54	1,02		
Kişisel Tutum ve Görüşler	Bekar	450	6,85	1,50	-2,13	,033
	Evli	250	7,14	1,79		
Bağımlılığa Neden Olan Faktörler	Bekar	450	10,33	1,99	-2,23	,026
	Evli	250	10,66	1,78		
Madde Kullanımı Farkındalık Toplam Puanı	Bekar	450	39,32	4,69	-1,81	,071
	Evli	250	39,94	3,71		

\* Bağımsız Örneklem t-testi

Yardım ve hukuki düzenlemeler alt boyutu medeni duruma göre anlamlı farklılık göstermemektedir( $t=0,94$  ,  $p>0,05$ ).  $H_0$  hipotezi reddedilemez.

Madde kullanımının belirtileri ve etkileri alt boyutu medeni duruma göre anlamlı farklılık göstermemektedir( $t = -1,36$  ,  $p > 0,05$ ).  $H_0$  hipotezi reddedilemez.

Kişisel tutum ve görüşler alt boyutu medeni duruma göre anlamlı farklılık göstermektedir( $t = -2,13$  ,  $p < 0,05$ ). Evli bireylerin farkındalık düzeyleri bekar bireylere göre anlamlı derecede daha fazladır.  $H_0$  hipotezi reddedilmiştir.

Bağımlılığa neden olan faktörler alt boyutu medeni duruma göre anlamlı farklılık göstermektedir( $t = -2,23$  ,  $p < 0,05$ ). Evli bireylerin farkındalık düzeyleri bekar bireylere göre anlamlı derecede daha fazladır.  $H_0$  hipotezi reddedilmiştir.

Madde kullanımını farkındalık toplam puanı medeni duruma göre anlamlı farklılık göstermemektedir( $t = -1,81$  ,  $p > 0,05$ ).  $H_0$  hipotezi reddedilemez.

### **3.6.5. Anne Baba Durumuna İlişkin ANOVA Sonuçları**

$H_0$ : Bireylerin anne-baba durumuna göre madde bağımlılığı farkındalık düzeyleri arasında anlamlı fark yoktur.

$H_1$ : Bireylerin anne-baba durumuna göre madde bağımlılığı farkındalık düzeyleri arasında anlamlı fark vardır.

**Çizelge 3.16.** Anne-Baba Durumlarına İlişkin ANOVA Sonuçları

		N	Ortalama	Std. Sapma	F	p-değeri*	Çoklu Karşılaştırma**
Yardım ve Hukuki Düzenlemeler	Anne-Babam sağ ve evli	453	10,62	1,67	,93	,425	
	Anne-Babam sağ ve boşanmış	77	10,65	1,79			
	Ebeveynlerimin biri hayatta	124	10,90	1,51			
	Ebeveynlerim hayatta değil	46	10,71	2,19			
Madde Kullanımının Belirtileri ve Etkileri	Anne-Babam sağ ve evli	453	11,47	1,21	7,80	,000	c>d>a,b
	Anne-Babam sağ ve boşanmış	77	11,26	1,45			
	Ebeveynlerimin biri hayatta	124	11,81	0,86			
	Ebeveynlerim hayatta değil	46	10,73	2,56			
Kişisel Tutum ve Görüşler	Anne-Babam sağ ve evli	453	7,06	1,61	7,27	,000	d<a,b,c
	Anne-Babam sağ ve boşanmış	77	7,06	1,72			
	Ebeveynlerimin biri hayatta	124	6,85	1,62			
	Ebeveynlerim hayatta değil	46	5,93	1,12			
Bağımlılığa Neden Olan Faktörler	Anne-Babam sağ ve evli	453	10,49	1,86	2,16	,091	
	Anne-Babam sağ ve boşanmış	77	10,47	1,78			
	Ebeveynlerimin biri hayatta	124	10,55	1,63			
	Ebeveynlerim hayatta değil	46	9,71	3,11			
Madde Kullanımı Farkındalık Toplam Puanı	Anne-Babam sağ ve evli	453	39,64	4,09	5,30	,001	d<a,b,c
	Anne-Babam sağ ve boşanmış	77	39,44	3,80			
	Ebeveynlerimin biri hayatta	124	40,11	3,34			
	Ebeveynlerim hayatta değil	46	37,09	8,29			

\* ANOVA

\*\* Manidar farklılık olan grupları ifade etmektedir.

Yardım ve hukuki düzenlemeler alt boyutu anne-baba durumuna göre anlamlı farklılık göstermemektedir ( $F=0,93$ ,  $p>0,05$ ).  $H_0$  hipotezi reddedilemez.

Madde kullanımının belirtileri ve etkileri alt boyutu açısından, ebeveynlerinin birisi hayatta olan bireylerin farkındalık düzeyleri, ebeveynleri hayatta olmayan bireylerden daha yüksek, ebeveynleri hayatta olmayan bireylerin farkındalıkları ise anne-babası sağ olan bireylerin farkındalıklarından anlamlı derecede daha yüksektir ( $F=7,80$ ,  $p<0,05$ ).  $H_0$  hipotezi reddedilmiştir.

Kişisel tutum ve görüş alt boyutu açısından, ebeveynleri hayatta olmayan bireylerin farkındalık düzeyleri, diğer gruplardan anlamlı derecede daha düşüktür ( $F=7,27$ ,  $p<0,05$ ).  $H_0$  hipotezi reddedilmiştir.

Bağımlılığa neden olan faktörler alt boyutu açısından, anne-baba durumuna göre anlamlı farklılık yoktur ( $F=2,16$ ,  $p>0,091$ ).  $H_0$  hipotezi reddedilemez.

Madde kullanımı farkındalık toplam puanı açısından, ebeveynleri hayatta olmayan bireylerin farkındalık düzeyleri, diğer gruplardan anlamlı derecede daha düşüktür ( $F=5,30$ ,  $p<0,05$ ).  $H_0$  hipotezi reddedilmiştir.

### **3.6.6. Gelir Getirici Bir İşte Çalışma Durumuna İlişkin Bağımsız Örneklem t-Testi Sonuçları**

$H_0$ : Bireylerin çalışma durumuna göre madde bağımlılığı farkındalık düzeyleri arasında anlamlı fark yoktur.

$H_1$ : Bireylerin çalışma durumuna göre madde bağımlılığı farkındalık düzeyleri arasında anlamlı fark vardır

**Çizelge 3.17.** Bir İşte Çalışma Duruma İlişkin t-Testi Sonuçları

Gelir getirici bir işte çalışıyor musunuz?		N	Ortalama	Std. Sapma	t	p-değeri
Yardım ve Hukuki Düzenlemeler	Evet	257	10,86	1,54	2,21	,027
	Hayır	443	10,57	1,77		
Madde Kullanımının Belirtileri ve Etkileri	Evet	257	11,46	1,26	,03	,976
	Hayır	443	11,45	1,38		
Kişisel Tutum ve Görüşler	Evet	257	7,06	1,87	1,27	,202
	Hayır	443	6,89	1,44		
Bağımlılığa Neden Olan Faktörler	Evet	257	10,20	2,21	-2,45	,014
	Hayır	443	10,59	1,72		
Madde Kullanımı Farkındalık Toplam Puanı	Evet	257	39,58	4,59	,18	,850
	Hayır	443	39,51	4,26		

\* *Bağımsız Örneklem t-testi*

Yardım ve hukuki düzenlemeler alt boyutuna ilişkin farkındalık düzeyi gelir getirici bir işte çalışan bireylerde, bir işte çalışmayan bireylere göre anlamlı derecede daha yüksektir( $t=2,21$  ,  $p<0,05$ ).  $H_0$  hipotezi reddedilmiştir.

Madde kullanımının belirtileri ve etkileri alt boyutu bir işte çalışma durumuna göre anlamlı farklılık göstermemektedir( $t=0,03$  ,  $p>0,05$ ).  $H_0$  hipotezi reddedilemez.

Kişisel tutum ve görüşler alt boyutu bir işte çalışma durumuna göre anlamlı derecede farklılık göstermemektedir( $t=1,27$  ,  $p>0,208$ ).  $H_0$  hipotezi reddedilemez.

Bağımlılığa neden olan faktörler alt boyutuna ilişkin farkındalık düzeyi bir işte çalışmayan bireylerde, bir işte çalışan bireylere göre anlamlı derecede daha yüksektir( $t=-2,45$  ,  $p<0,05$ ).  $H_0$  hipotezi reddedilmiştir.

Madde bağımlılığı farkındalık ölçeği toplam puanı, bir işte çalışma durumuna göre anlamlı derecede farklılık göstermemektedir( $t=0,18$  ,  $p>0,05$ ).  $H_0$  hipotezi reddedilemez.

### 3.6.7. Madde Bağımlılığı Farkındalık Ölçeği Alt Boyutları Arasındaki İlişkiye İlişkin Korelasyon Testi Sonuçları

$H_0$ : Korelasyon katsayısı istatistiki olarak anlamsızdır.

$H_1$ : Korelasyon katsayısı istatistiki olarak anlamlıdır.



Tablo 16'da korelasyon katsayısı sonuçları verilmiştir. Korelasyon katsayısı(r) -1 ile 1 arasında değer almaktadır. Korelasyon katsayısı mutlak olarak;

$r < 0.25$  ise çok zayıf ilişki yada korelasyon yok

0.26-0.49 arasında ise zayıf korelasyon

0.50-0.69 arasında ise orta şiddette korelasyon

0.7-0.89 arasında ise yüksek korelasyon

0.9> ise çok yüksek korelasyon olduğu yorumu yapılır (Seper, 2000).

Kaynak: Serper Ö (2000). Uygulamalı İstatistik II. Ezgi Kitabevi, Bursa)

**Çizelge 3.18.** Madde Kullanımı Farkındalık Ölçeği Alt Boyutlarına İlişkin Korelasyon Testi Sonuçları

		Madde Kullanımının Belirtileri ve Etkileri	Kişisel Tutum ve Görüşler	Bağımlılığa Neden Olan Faktörler
Yardım ve Hukuki Düzenlemeler	Pearson Korelasyon Katsayısı	,566**	-,125**	,263**
	p-değeri	,000	,001	,000
	N	700	700	700
Madde Kullanımının Belirtileri ve Etkileri	Pearson Korelasyon Katsayısı	1	,117**	,473**
	p-değeri		,002	,000
	N		700	700
Kişisel Tutum ve Görüşler	Pearson Korelasyon Katsayısı		1	,269**
	p-değeri			,000
	N			700

\*\* 0,01 anlamlılık düzeyinde anlamlı korelasyonu ifade etmektedir.

Çizelge 3.17'de verilen pearson korelasyon testi sonuçlarına göre;

Madde bağımlılığı farkındalık ölçeği alt boyutlarından yardım ve hukuki düzenleme alt boyutu ile madde kullanımının belirtileri ve etkileri alt boyutu arasında orta derecede, pozitif yönlü anlamlı korelasyon bulunmaktadır ( $r=0,566$ ,  $p<0,05$ ).  $H_0$  hipotezi reddedilmiştir. Yani yardım ve hukuki düzenleme alt boyutuna ilişkin farkındalık düzeyi arttıkça madde

kullanımının belirtileri ve etkilerine ilişkin farkındalık düzeyi de artacaktır. Önermenin tersi de doğrudur.

Yardım ve hukuki düzenleme alt boyutu ile kişisel tutum ve görüşler alt boyutu arasında negatif yönlü, düşük şiddette anlamlı korelasyon bulunmaktadır( $r=-0,125$  ,  $p<0,05$ ).  $H_0$  hipotezi reddedilmiştir. Yani yardım ve hukuki düzenlemeler alt boyutuna ilişkin farkındalık düzeyi arttıkça, kişisel tutum ve görüşler alt boyutuna ilişkin farkındalık düzeyi azalacaktır.

Yardım ve hukuki düzenlemeler alt boyutu ile bağımlılığa neden olan faktörler alt boyutu arasında pozitif yönlü, düşük şiddette anlamlı korelasyon bulunmaktadır( $r=0,263$  ,  $p<0,05$ ).  $H_0$  hipotezi reddedilmiştir. Yani yardım ve hukuki düzenlemeler alt boyutuna ilişkin farkındalık düzeyi arttıkça, bağımlılığa neden olan faktörler alt boyutuna ilişkin farkındalık düzeyi de artacaktır.

Madde kullanımının belirtileri alt boyutu ile kişisel tutum ve görüşler alt boyutu arasında pozitif yönlü, düşük şiddette anlamlı korelasyon bulunmaktadır( $r=0,117$  ,  $p<0,05$ ).  $H_0$  hipotezi reddedilmiştir. Madde kullanımının belirtileri ve etkileri alt boyutuna ilişkin farkındalık düzeyi arttıkça, kişisel tutum ve görüşlere ilişkin farkındalık düzeyi de artacaktır.

Madde kullanımının belirtileri ve etkileri alt boyutu ile bağımlılığa neden olan faktörler alt boyutu arasında pozitif yönlü, orta şiddette anlamlı korelasyon bulunmaktadır( $r=0,473$  ,  $p<0,05$ ).  $H_0$  hipotezi reddedilmiştir. Yani madde kullanımının belirtileri ve etkileri alt boyutuna ilişkin farkındalık düzeyi arttıkça, bağımlılığa neden olan faktörler alt boyutuna ilişkin farkındalık düzeyi de artacaktır. Önermenin tersi de doğrudur.

Kişisel tutum ve görüşler alt boyutu ile bağımlılığa neden olan faktörler alt boyutu arasında pozitif yönlü, düşük şiddette anlamlı korelasyon bulunmaktadır( $r=0,269$  ,  $p<0,05$ ).  $H_0$  hipotezi reddedilmiştir. Yani kişisel tutum ve görüşlere ilişkin farkındalık düzeyi arttıkça, bağımlılığa neden olan faktörlere ilişkin farkındalık düzeyi de artacaktır. Önermenin tersi de doğrudur.

### **3.6.8. Madde Kullanımı Nedeni İle İşini Bırakma Durumuna Göre t-Testi Sonuçları**

$H_0$ : Bireylerin iş bırakma durumuna göre madde bağımlılığı farkındalık düzeyleri arasında anlamlı fark yoktur.

$H_1$ : Bireylerin iş bırakma durumuna göre madde bağımlılığı farkındalık düzeyleri arasında anlamlı fark vardır.

**Çizelge 3.19.** Madde Kullanımı Nedeni İle İş Bırakma Duruma İlişkin t-Testi Sonuçları

Madde kullanımı nedeniyle işinizi bıraktınız mı?		N	Ortalama	Std. Sapma	t	p-değeri*
Yardım ve Hukuki Düzenlemeler	Evet	462	10,54	1,74	-3,23	,001
	Hayır	238	10,96	1,56		
Madde Kullanımının Belirtileri ve Etkileri	Evet	462	11,42	1,37	-1,09	,277
	Hayır	238	11,53	1,27		
Kişisel Tutum ve Görüşler	Evet	462	7,00	1,64	1,03	,305
	Hayır	238	6,87	1,56		
Bağımlılığa Neden Olan Faktörler	Evet	462	10,41	1,96	-,85	,394
	Hayır	238	10,54	1,85		
Madde Kullanımı Farkındalık Toplam Puanı	Evet	462	39,36	4,40	-1,53	,127
	Hayır	238	39,89	4,32		

\* Bağımsız Örneklem t-Testi

Yardım ve hukuki düzenlemeler alt boyutuna göre, madde kullanımı nedeni ile işini bırakan bireylerin farkındalık düzeyleri, işini bırakmayan bireylerden anlamlı derecede daha düşüktür( $t=-3,23$  ,  $p<0,05$ ).  $H_0$  hipotezi reddedilmiştir.

Madde kullanımının belirtileri ve etkileri alt boyutuna ilişkin farkındalık düzeyi, madde kullanımı nedeni ile işini bırakma durumuna göre anlamlı farklılık göstermez( $t=-1,09$  ,  $p>0,05$ ).  $H_0$  hipotezi reddedilemez.

Kişisel tutum ve görüşler alt boyutuna ilişkin farkındalık düzeyi, madde kullanımı nedeni ile işini bırakma durumuna göre anlamlı farklılık göstermez( $t=-1,03$  ,  $p>0,05$ ).  $H_0$  hipotezi reddedilemez.

Bağımlılığa eden olan faktörler alt boyutuna ilişkin farkındalık düzeyi, madde kullanımı nedeni ile işini bırakma durumuna göre anlamlı farklılık göstermez( $t=-0,85$  ,  $p>0,05$ ).  $H_0$  hipotezi reddedilemez.

Madde kullanımı farkındalığı toplam puanı, madde kullanımı nedeni ile işini bırakma durumuna göre anlamlı farklılık göstermez( $t=-1,53$  ,  $p>0,05$ ).  $H_0$  hipotezi reddedilemez.

### 3.6.9. Gelirini Yeterli Bulma Durumuna Göre Bağımsız Örneklem t-Testi Sonuçları

$H_0$ : Bireylerin gelir durumuna göre madde bağımlılığı farkındalık düzeyleri arasında anlamlı fark yoktur.

$H_1$ : Bireylerin gelir durumuna göre madde bağımlılığı farkındalık düzeyleri arasında anlamlı fark vardır.

**Çizelge 3.20.** Gelirini Yeterli Bulma Duruma İlişkin t-Testi Sonuçları

Gelirinizi yeterli buluyor musunuz?		N	Ortalama	Std. Sapma	t	p-değeri
Yardım ve Hukuki Düzenlemeler	Evet	193	10,91	1,55	2,23	,026
	Hayır	507	10,59	1,74		
Madde Kullanımının Belirtileri ve Etkileri	Evet	193	11,43	1,37	-,33	,741
	Hayır	507	11,47	1,32		
Kişisel Tutum ve Görüşler	Evet	193	6,90	1,77	-,57	,568
	Hayır	507	6,97	1,55		
Bağımlılığa Neden Olan Faktörler	Evet	193	10,10	2,24	-2,68	,008
	Hayır	507	10,58	1,77		
Madde Kullanımı Farkındalık Toplam Puanı	Evet	193	39,34	4,81	-,71	,481
	Hayır	507	39,62	4,20		

\* Bağımsız Örneklem t-Testi

Yardım ve hukuki düzenlemeler alt boyutuna ilişkin farkındalık düzeyleri gelirini yeterli bulan bireylerde anlamlı derecede daha yüksektir ( $t=2,23$ ,  $p<0,05$ ).  $H_0$  hipotezi reddedilmiştir.

Madde kullanımının belirtileri ve etkileri alt boyutuna ilişkin farkındalık düzeyleri gelirini yeterli bulma durumuna göre anlamlı farklılık göstermemektedir ( $t=-0,33$ ,  $p>0,05$ ).  $H_0$  hipotezi reddedilemez.

Kişisel tutum ve görüşler alt boyutuna ilişkin farkındalık düzeyleri gelirini yeterli bulma durumuna göre anlamlı derecede farklılık göstermemektedir ( $t=-0,57$ ,  $p>0,05$ ).  $H_0$  hipotezi reddedilemez.

Bağımlılığa neden olan faktörler alt boyutuna ilişkin farkındalık düzeyleri, gelirini yeterli bulmayan bireylerde anlamlı derecede daha fazladır ( $t=-2,68$ ,  $p<0,05$ ).  $H_0$  hipotezi reddedilmiştir.

Madde kullanımı farkındalık düzeyi toplam puanı, gelirini yeterli bulma durumuna göre anlamlı derecede farklılık göstermemektedir( $t=-0,71$  ,  $p>0,05$ ).  $H_0$  hipotezi reddedilemez.

### Tedavi Görme Süresi Durumlarına Göre Farkındalık Düzeyleri Arasında Fark Var mıdır?

$H_0$ : Bireylerin tedavi sürelerine göre madde bağımlılığı farkındalık düzeyleri arasında anlamlı fark yoktur.

$H_1$ : Bireylerin tedavi sürelerine göre madde bağımlılığı farkındalık düzeyleri arasında anlamlı fark vardır.

**Çizelge 3.21.** Tedavi Görme Süresi Durumlarına İlişkin ANOVA Sonuçları

		N	Ortalama	Std. Sapma	F	p-değeri*	Çoklu Karşılaştırma**
Yardım ve Hukuki Düzenlemeler	.1-7 Gün	280	10,72	1,52	2,67	,047	c>a,b,d
	.8-14 Gün	154	10,84	1,45			
	.15-22 Gün	141	10,33	2,12			
	.23-30 Gün	125	10,79	1,77			
Madde Kullanımının Belirtileri ve Etkileri	.1-7 Gün	280	11,56	1,13	5,80	,001	c>a,b,d
	.8-14 Gün	154	11,62	0,75			
	.15-22 Gün	141	11,05	2,02			
	.23-30 Gün	125	11,50	1,28			
Kişisel Tutum ve Görüşler	.1-7 Gün	280	7,01	1,57	1,33	,265	
	.8-14 Gün	154	7,08	1,81			
	.15-22 Gün	141	6,74	1,56			
	.23-30 Gün	125	6,89	1,50			
Bağımlılığa Neden Olan Faktörler	.1-7 Gün	280	10,66	1,90	2,39	,068	
	.8-14 Gün	154	10,45	1,71			
	.15-22 Gün	141	10,16	2,03			
	.23-30 Gün	125	10,32	2,07			
Madde Kullanımı Farkındalık Toplam Puanı	.1-7 Gün	280	39,95	3,90	5,35	,001	c>a,b,d
	.8-14 Gün	154	39,99	3,28			
	.15-22 Gün	141	38,28	5,64			
	.23-30 Gün	125	39,50	4,69			

\* ANOVA,

\*\* Manidar farklılık olan grupları ifade etmektedir.

Yardım ve hukuki düzenlemeler alt boyutuna ilişkin farkındalık düzeyleri 15-22 gün olan bireylerin farkındalık düzeyleri, diğer gruplardan anlamlı derecede daha düşüktür ( $F=2,67$  ,  $p<0,05$ ).  $H_0$  hipotezi reddedilmiştir.

Madde kullanımının belirtileri ve etkileri alt boyutuna ilişkin farkındalık düzeyleri 15-22 gün olan bireylerin farkındalık düzeyleri, diğer gruplardan anlamlı derecede daha düşüktür ( $F=5,80$  ,  $p<0,05$ ).  $H_0$  hipotezi reddedilmiştir.

Kişisel tutum ve görüşler alt boyutuna ilişkin farkındalık düzeyleri, tedavi süresi gruplarına göre anlamlı derecede farklılık göstermemektedir ( $F=1,33$  ,  $p>0,05$ ).  $H_0$  hipotezi reddedilemez.

Bağımlılığa neden olan faktörler alt boyutuna ilişkin farkındalık düzeyleri, tedavi süresi gruplarına göre anlamlı farklılık göstermemektedir ( $F=2,39$  ,  $p>0,05$ ).  $H_0$  hipotezi reddedilemez.

Madde kullanımı farkındalık düzeyi toplam puanı, 15-22 gün arası tedavi gören bireylerde diğer gruplara göre anlamlı derecede daha düşük bulunmuştur ( $F=5,35$  ,  $p<0,05$ ).  $H_0$  hipotezi reddedilmiştir.

### **3.6.10. Ailede Madde Bağımlısı Birey Olma Durumuna İlişkin Bağımsız Örneklem t-Testi Sonuçları**

$H_0$ : Bireylerin ailesinde madde kullanımı görülme durumuna göre madde bağımlılığı farkındalık düzeyleri arasında anlamlı fark yoktur.

$H_1$ : Bireylerin ailesinde madde kullanımı görülme durumuna göre madde bağımlılığı farkındalık düzeyleri arasında anlamlı fark vardır.

**Çizelge 3.22.** Ailede Madde Kullanan Birey Olma Duruma İlişkin t-Testi Sonuçları

Ailenizde madde bağımlısı olan biri var mı?		N	Ortalama	Std. Sapma	t	p-değeri
Yardım ve Hukuki Düzenlemeler	Evett	129	10,46	1,92	-1,51	,133
	Hayır	571	10,73	1,64		
Madde Kullanımının Belirtileri ve Etkileri	Evett	129	11,01	1,82	-3,29	,001
	Hayır	571	11,56	1,18		
Kişisel Tutum ve Görüşler	Evett	129	7,23	2,16	1,72	,088
	Hayır	571	6,89	1,46		
Bağımlılığa Neden Olan Faktörler	Evett	129	10,30	2,32	-,98	,330
	Hayır	571	10,49	1,82		
Madde Kullanımı Farkındalık Toplam Puanı	Evett	129	39,00	5,84	-1,23	,220
	Hayır	571	39,67	3,97		

\* Bağımsız Örneklem t-Testi

Yardım ve hukuki düzenlemeler alt boyutuna ilişkin farkındalık düzeyi, ailede madde bağımlısı birey olma durumuna göre anlamlı farklılık göstermemektedir( $t=-1,51$  ,  $p>0,05$ ).  $H_0$  hipotezi reddedilemez.

Madde kullanımının belirtileri ve etkileri alt boyutuna ilişkin farkındalık düzeyi, ailesinde madde bağımlısı olmayan bireylerde anlamlı derecede daha yüksektir( $t=-3,29$  ,  $p<0,05$ ).  $H_0$  hipotezi reddedilmiştir.

Kişisel tutum ve görüşler alt boyutuna ilişkin farkındalık düzeyi, ailede madde bağımlısı birey olma durumuna göre anlamlı farklılık göstermemektedir( $t=1,72$  ,  $p>0,05$ ).  $H_0$  hipotezi reddedilemez.

Bağımlılığa neden olan faktörler alt boyutuna ilişkin farkındalık düzeyi, ailede madde bağımlısı birey olma durumuna göre anlamlı farklılık göstermemektedir( $t=-0,98$  ,  $p>0,05$ ).  $H_0$  hipotezi reddedilemez.

Madde kullanımı farkındalık düzeyi toplam puanına ilişkin farkındalık düzeyi, ailede madde bağımlısı birey olma durumuna göre anlamlı farklılık göstermemektedir( $t=-1,23$  ,  $p>0,05$ ).  $H_0$  hipotezi reddedilemez.

### 3.6.11. Madde Bağımlılarının AMATEM’de Ücretsiz Tedavi Göreceğini Bilme Durumuna Göre Bağımsız Örneklem t-Testi Sonuçları

H<sub>0</sub>: Ücretsiz tedavi olacağını bilen bireyler ile ücretsiz tedavi olacağını bilmeyen bireylerin madde bağımlılığı farkındalık düzeyleri arasında anlamlı fark yoktur.

H<sub>1</sub>: Ücretsiz tedavi olacağını bilen bireyler ile ücretsiz tedavi olacağını bilmeyen bireylerin madde bağımlılığı farkındalık düzeyleri arasında anlamlı fark vardır.

**Çizelge 3.23.** AMATEM’de Ücretsiz Tedavi Olacağını Bilme Duruma İlişkin t-Testi Sonuçları

Madde Bağımlılarının AMATEM’de ücretsiz tedavi görebileceğini biliyor muydunuz ?		N	Ortalama	Std. Sapma	t	p-değeri
Yardım ve Hukuki Düzenlemeler	Evet	513	10,84	1,51	3,65	,000
	Hayır	187	10,24	2,06		
Madde Kullanımının Belirtileri ve Etkileri	Evet	513	11,66	0,90	5,07	,000
	Hayır	187	10,89	2,01		
Kişisel Tutum ve Görüşler	Evet	513	7,05	1,59	2,77	,006
	Hayır	187	6,67	1,65		
Bağımlılığa Neden Olan Faktörler	Evet	513	10,61	1,71	3,15	,002
	Hayır	187	10,02	2,36		
Madde Kullanımı Farkındalık Toplam Puanı	Evet	513	40,17	3,27	4,93	,000
	Hayır	187	37,82	6,20		

\* Bağımsız Örneklem t-Testi

Yardım ve hukuki düzenlemeler alt boyutuna ilişkin farkındalık düzeyleri, AMATEM’de ücretsiz tedavi göreceğini bilen bireylerde anlamlı derecede daha fazladır( $t=3,65$  ,  $p<0,05$ ). H<sub>0</sub> hipotezi reddedilmiştir.

Madde kullanımının belirtileri ve etkileri alt boyutuna ilişkin farkındalık düzeyleri, AMATEM’de ücretsiz tedavi göreceğini bilmeyen bireylerde anlamlı derecede daha fazladır( $t=5,07$  ,  $p<0,05$ ). H<sub>0</sub> hipotezi reddedilmiştir.

Kişisel tutum ve görüşler alt boyutuna ilişkin farkındalık düzeyleri, AMATEM’de ücretsiz tedavi göreceğini bilen bireylerde anlamlı derecede daha fazladır( $t=2,77$  ,  $p<0,05$ ).



Bağımlılığa neden olan faktörler alt boyutuna ilişkin farkındalık düzeyleri, AMATEM'de ücretsiz tedavi göreceğini bilen bireylerde anlamlı derecede daha fazladır( $t=3,15$  ,  $p<0,05$ ).  $H_0$  hipotezi reddedilmiştir.

Madde kullanımı farkındalık düzeyi toplam puanı, AMATEM'de ücretsiz tedavi göreceğini bilen bireylerde anlamlı derecede daha fazladır( $t=4,93$  ,  $p<0,05$ ).  $H_0$  hipotezi reddedilmiştir.

### 3.6.12. İlgili Kurumlarca Yeterince Bilgilendirme Yapıldığını Düşünme Durumuna İlişkin Bağımsız Örneklem t-Testi Sonuçları

$H_0$ : Yeterince bilgilendirildiğini düşünen bireyler ile yeterince bilgilendirilmediğini düşünen bireylerin madde bağımlılığı farkındalık düzeyleri arasında anlamlı fark yoktur.

$H_1$ : Yeterince bilgilendirildiğini düşünen bireyler ile yeterince bilgilendirilmediğini düşünen bireylerin madde bağımlılığı farkındalık düzeyleri arasında anlamlı fark vardır.

**Çizelge 3.24.** Yeterince Bilgi Alma Duruma İlişkin t-Testi Sonuçları

İlgili Kurumlarca (Sağlık Bakanlığı, Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı v.) madde bağımlılığı konusunda yeterince bilgilendirme yapıldığını düşünüyor musunuz?		N	Ortalama	Std. Sapma	t	p-değeri
Yardım ve Hukuki Düzenlemeler	Evet	453	11,01	1,29	6,29	,000
	Hayır	247	10,08	2,13		
Madde Kullanımının Belirtileri ve Etkileri	Evet	453	11,76	0,66	6,71	,000
	Hayır	247	10,90	1,95		
Kişisel Tutum ve Görüşler	Evet	453	7,07	1,65	2,52	,012
	Hayır	247	6,74	1,52		
Bağımlılığa Neden Olan Faktörler	Evet	453	10,57	1,79	2,25	,025
	Hayır	247	10,23	2,13		
Madde Kullanımı Farkındalık Toplam Puanı	Evet	453	40,41	3,21	6,32	,000
	Hayır	247	37,96	5,62		

\* Bağımsız Örneklem t-Testi

Yardım ve hukuki düzenlemeler alt boyutuna ilişkin farkındalık düzeyi, ilgili kurumlarca yeterince bilgilendirme yapıldığını düşünen bireylerde anlamlı derecede daha fazladır( $t=6,29$  ,  $p<0,05$ ).  $H_0$  hipotezi reddedilmiştir.

Madde kullanımının belirtileri ve etkileri alt boyutuna ilişkin farkındalık düzeyi, ilgili kurumlarca yeterince bilgilendirme yapıldığını düşünen bireylerde anlamlı derecede daha fazladır( $t=6,71$  ,  $p<0,05$ ).  $H_0$  hipotezi reddedilmiştir.

Kişisel tutum ve görüşler alt boyutuna ilişkin farkındalık düzeyi, ilgili kurumlarca yeterince bilgilendirme yapıldığını düşünen bireylerde anlamlı derecede daha fazladır( $t=2,52$  ,  $p<0,05$ ).  $H_0$  hipotezi reddedilmiştir.

Bağımlılığa neden olan faktörler alt boyutuna ilişkin farkındalık düzeyi, ilgili kurumlarca yeterince bilgilendirme yapıldığını düşünen bireylerde anlamlı derecede daha fazladır( $t=2,25$  ,  $p<0,05$ ).  $H_0$  hipotezi reddedilmiştir.

Madde kullanımı farkındalık düzeyi toplam puanı, ilgili kurumlarca yeterli bilgilendirme yapıldığını düşünen bireylerde anlamlı derecede daha fazladır( $t=6,32$  ,  $p<0,05$ ).  $H_0$  hipotezi reddedilmiştir.

#### 4. TARTIŞMA

Bu çalışmada 28 merkezdeki yatarak tedavi gören yani bağımlı olduğunu kabul etmiş ve bu durumdan kurtulmaya çalışan bireylere yönelik anket uygulanmış olup, madde kullanımına başlama yaşı, cinsiyet, tedaviye karar verme nedenleri gibi konularda bilgi edilmiş, aynı zamanda tedavi gören bireylerin AMATEM merkezleri ile ilgili biliş düzeyleri ölçülmüş, yapılacak çalışma ile birlikte aynı durumda olan bireylere içinde buldukları durum hakkında farkındalıklarının artırılması sağlanmıştır.

Bu çalışmaya 38'i kadın, 662'si erkek olmak üzere toplamda 700 kişi dahil edilmiştir. Yapılan frekans analizleri sonucunda katılımcıların 64,38'inin bekar olduğu ve %36'sının anne-babasının boşanmış olduğu ve en birinin hayatta olmadığı görülmüştür. Juyal ve arkadaşları (2008) tarafından yürütülen bir çalışmada da, benzer şekilde erkek öğrencilerde (sırasıyla %45,8 ve %7,3) maddenin kötüye kullanımı anlamlı derecede daha fazla bulunmuştur. Madde bağımlılarının sosyodemografik özelliklerinin değerlendirildiği bir başka çalışmada da benzer şekilde erkek katılımcıların (%80): kadın katılımcılardan (%20) fazla olduğu görülmüştür. Yine aynı çalışmada katılımcıların %79'u bekar olarak raporlanmıştır (Chhatre ve ark., 2017). Bekar katılımcı sayısının evli katılımcı sayısından fazla olması, çalışmamız ile benzer bir bulgu olarak karşımıza çıkmıştır. Karaağaç ve arkadaşları (2017): Kayseri'de AMATEM'de 2007-2015 yıllarında tedavi için başvuran bireylerin %94,8'inin erkek olduğunu belirtmiştir. Savaşan ve arkadaşları (2013) ise İzmir'de AMATEM'de tedavi gören madde bağımlılarının özelliklerini değerlendirdikleri çalışmalarının sonucunda, katılımcıların %96,9'unun erkek olduğunu bildirmişlerdir.

Yaş gruplarına bakıldığında ise 26-35 arası yaş grubunun %45,21 ile en büyük grubu oluşturduğu görülmüştür. Bunun yanında 45 yaş ve üzerindeki yaş grubunun katılımcıların %13,9'unu oluşturması dikkat çeken bulgular arasındadır. Yaşlı yetişkinler arasında madde kötüye kullanımı, ABD'de en hızlı büyüyen sağlık sorunlarından biri olarak ifade edilmiştir (Arndt, 2011). Yaşlı yetişkin nüfusun değişen demografik yapısı, yalnızca madde bağımlılığının yaygınlığını değil, aynı zamanda tedavi de dahil olmak üzere çeşitli hizmetlere olan ihtiyacı da etkilemektedir. Madde bağımlılığı tedavisine ihtiyaç duyacak yaşlı yetişkinlerin sayısının 2000-2001'de 1,7 milyon iken 2020'de 4,4 milyona çıktığı tahmin edilmektedir. Bu artış kısmen, daha genç yaşlardan itibaren uyuşturucu, alkol ve tütüne daha fazla maruz kalan ve bu

maddelerin ileriki yıllarda kullanımı ve kötüye kullanımı için bir risk faktörü olduğu bildirilen yaşlanan popülasyona bağlanmaktadır (Blazer ve Lt, 2011). Yaşlı yetişkinler arasında yasa dışı uyuşturucu kullanımı artıyor gibi görünmektedir. Bir araştırma, 50-59 yaşları arasındaki yetişkinler arasında yasa dışı uyuşturucu kullanımının 2002 ile 2007 arasında neredeyse iki katına çıktığını (% 5,1 ila % 9,4) göstermiştir. Ayrıca, 2007'de yasa dışı uyuşturucu kullanan 50-59 yaşındaki yetişkinlerin neredeyse %90'ı bunları 30 yaşından önce kullanmaya başlamıştır (Olfson, 2013). Bu, yasa dışı uyuşturucu kullanımının yaşam boyu süren doğasını ima etmektedir.

Uyuşturucu Suistimali Uyarı Ağı gözetim sisteminden alınan 2008 verilerinin analizi, advers ilaç reaksiyonları için 1,1 milyon acil servis olayının %61'inin 65 yaş ve üzeri kişiler için olduğunu göstermiştir (Center for Behavioral Health Statistics and Quality, 2011). Eğilmez ve arkadaşları (2019): Adıyaman ilinde AMATEM'e ait 2018 verilerini değerlendirmiştir. Bu çalışmanın sonucuna göre katılımcıların %11,5'inin 15-19 yaş aralığında, %62'sinin 20-24 yaş aralığında, %27,6'sının ise 25-29 yaş aralığında olduğu belirtilmiştir. Yaş aralığının çalışmalar arasında farklılık gösterdiği söylenebilir.

Katılımcıların %22,10'u ilkokul mezunuydu. Lisans mezunu olanlar ise tüm katılımcıların yalnızca %8,44'ünü oluşturuyordu. Silva ve Rocha (2020) tarafından yapılan bir çalışmada, madde bağımlısı olan katılımcıların eğitim durumu değerlendirilmiş ve çoğunluğunun ilkokul ve altı eğitim düzeyine sahip olduğu bulunmuştur. Bursa'da bir AMATEM kliniğinde tedavi gören bireylerin sosyodemografik özelliklerinin incelendiği bir çalışmanın sonucunda ise katılımcıların %70'inin 10 yıldan daha az eğitime devam etmiş oldukları bildirilmiştir. Madde bağımlısı bireylerde eğitim düzeyinin düşük olması ise, okulu bırakan kişilerin aile kontrolünden daha kolay çıktığı, okul dışına çıkan çocuğun madde satılan ortamlara daha çok yaklaştığı gibi durumlar ile açıklanmıştır (Mutlu ve Sarıkaya, 2019).

Katılımcılar tarafından en çok kullanılan madde türü %20 ile sigara idi. Bunu takip eden maddeler ise %17,72 ile esrar, %17,54 ile alkol, %13,25 ile eroin ve 12,12 ile hap kullanımı idi. Madde bağımlılığı ile ilgili yürütülen bir çalışmanın sonucunda ise katılımcılar arasında en çok kullanılan madde %69,8 ile alkol olmuştur (Chhatre ve ark., 2017). Alkol, khat, sigara, esrar ve esrar ve kokain gibi diğer yasa dışı uyuşturucular dünya çapında en çok kullanılan maddeler arasındadır. 2010 yılında dünya nüfusunun %38,3'ü alkol tükettiği

bilinmektedir. 2013 yılında, dünyadaki yetişkinlerin %21'inin (950 milyon erkek ve 177 milyon kadın) halihazırda sigara içmekte olduğu bildirilmiştir. Dünyada sayısı 1 milyardan daha çok olan sigara kullanan bireylerin %80'i düşük ve orta gelirli ülkelerde yaşamaktadır (Gebremariam ve ark., 2018). Sudan'da madde kullanımı anketi, genel madde kullanım yaygınlığını %31 olarak bildirmiştir. Çalışma tütün, esrar, kokain ve eroin kullanımının mevcut yaygınlığını sırasıyla %13,7, %4,9, %0,7 ve %0,5 olarak bildirmiştir (Osman ve ark., 2016). Kenya'da herhangi bir madde kullanımının yaşam boyu yaygınlık oranı alkol için %69,8, sigara için %51,9, esrar için %42,8 ve kokain için %2 olarak bildirilmiştir (Atwoli ve ark., 2011). Çalışmamızın sonuçlarına göre de en fazla kullanılan madde türü sigara olmuştur.

Çalışmamızın sonuçlarına göre katılımcıların %42,70'i ailesi istemediği için madde bağımlılığı tedavisi kararı almıştır. Katılımcıların %18'i iş ve sosyal yaşamda karşılaştığı zorluklar, %13'ü sağlık sorunları, %11'i de yasal zorunluluk nedeniyle madde bağımlılığı tedavisi kararı aldığını belirtmiştir. Chhatre ve arkadaşlarının (2017) çalışmasında ise, madde bağımlılığı tedavisi görmekte olan katılımcıların %40'ının bireysel nedenlerle, %25'inin ise yasal zorunluluk nedeniyle bu kararı almış olduğu bildirilmiştir.

Katılımcıların %63,30'unun gelir getirici bir işte çalışmadığı ve %72,40'ının gelirini yeterli bulmadığı görülmüştür. Bu sonuçlar Kushwaha ve arkadaşlarının (2012): daha düşük gelir gruplarına ait olanlar arasında daha yüksek bir uyuşturucu kullanımı yaygınlığı bulan bulguları ile uyumlu bir sonuç olmuştur. Yine başka bir çalışmada, madde bağımlısı olan katılımcıların %77'sinin gelir getirici bir işte çalışmadığı tespit edilmiştir (Chhatre ve ark., 2017). Düzenli bir işe sahip olmama ve gelir düzeyinin düşük olması bulguları çalışmamızın sonuçları ile benzerlik taşımaktadır.

Bu çalışmanın sonuçlarına göre katılımcıların %66,09'u madde bağımlılığı nedeniyle işini bırakmıştı. Ekonomik stres, madde kullanımı ve bağımlılık arasındaki bağlantı karmaşıktır. Madde kullanımı ve bağımlılığı, ekonomik streslerin hem nedeni hem de sonucu olabilmektedir. Alkol için sonuçlar çelişkilidir ve ekonomik strese tepki olarak artan alkol problemlerini düşündürmektedir. Yasadışı uyuşturucu kullanımı ile istihdam arasındaki ilişkiyi vurgulayan çalışmalar, sayıca az olmakla birlikte, genel olarak uyuşturucu kullanımı ile istihdam arasında ters bir ilişki olduğunu göstermiştir. Çalışmalar ayrıca uyuşturucu tedavisinin etkilerini ele almış ve uyuşturucu

bulunabilirliği ile istihdam arasındaki ilişkiye odaklanmıştır (Compton ve ark., 2014).

Çeşitli araştırmalar, ekonomik krizler sırasında daha sıkı bütçelerin, daha az alkol tüketimi de dahil olmak üzere içme davranışlarını etkilediğini, insanların daha ucuz ürünlere geçmelerine ve barlarda içmek yerine evde içmelerine sebep olduğu bulunmuştur (Azagba ve ark., 2021). Bununla birlikte, önceki çalışmalar, ekonomik gerilemelerin, iş kaybı gibi ilgili streslerle birlikte artan sorunlu içme ile ilişkili olduğunu belgelemiştir (de Goeij ve ark., 2017). Ayrıca alkol, esrar ve yasa dışı uyuşturucuların kullanımı da dahil olmak üzere işsizliğin sorunlu madde kullanımıyla güçlü bir şekilde ilişkili olduğuna dair kanıtlar bulunmaktadır. Avustralya'dan yapılan uluslararası bir araştırma, ekonomik gerilemelerin genç yetişkinler arasında esrar kullanım sıklığı ile önemli ölçüde ilişkili olduğunu ve içme sıklığı için döngüsel bir ilişki olduğunu bulmuştur (Chalmers ve Ritter, 2011). Ayrıca, Arkes (2011) çalışmasında, işsizlik oranı azaldıkça genç yetişkinler ve gençler arasında esrar ve diğer yasa dışı uyuşturucuların satış ve kullanımının arttığını bulmuştur. Milwaukee'nin şehir merkezindeki Afrikalı Amerikalı yetişkinler arasında yürütülen bir araştırma, tam zamanlı çalışanların işsizlere göre daha az kokain testi pozitif çıktığını ve yarı zamanlı çalışanların tam zamanlı çalışanlara göre daha yüksek pozitif test oranlarına sahip olduğunu bulmuştur (Weston ve ark., 2009).

Katılımcıların %18,45'inin ailesinde de madde bağımlısı bir birey bulunmaktaydı. Ayrıca %8,7'sinin ailesinde madde bağımlılığı tedavisi gören bir birey bulunmaktaydı. Madde bağımlılarında aile faktörünün incelendiği bir çalışmada, anne ve babasında madde kullanım öyküsü olan bireylerde madde bağımlılığı görülme oranı daha yüksek bulunmuştur. Ailedeki bireylerin madde bağımlılığı nedeniyle tedavi görme durumu ise incelenmeyen bir bulgu olmuştur (Gruber ve Taylor, 2006). Sosyo-çevresel faktörler arasında ailenin çok önemli bir yere sahip olduğu bilinmektedir. Risk faktörlerini azaltmak ve çevresel tehlikelere karşı korumak için oldukça önemli olan çocuğun deneyimlediği ilk sosyal çevredir. Araştırmalar, aile merkezli müdahalelerin birçok faydası olabileceğini göstermiştir. Bir aile, risk faktörlerini azaltarak veya koruyucu veya dayanıklılık faktörlerini teşvik ederek ergen madde kötüye kullanımını önlemede etkili olabilmektedir. Kanıtlar, yetkili ebeveynlik tarzının, güvenli ebeveyn-çocuk ilişkisinin ve ebeveyn gözetiminin gençleri uyuşturucu kullanımından koruyabileceğini göstermiştir. Ayrıca, ebeveyn

uyuşturucu kullanımı, ergen uyuşturucu kullanımı için önemli risk faktörlerinden biri olarak kabul edilmektedir (Moradi ve ark., 2019).

AMATEM'de ücretsiz olarak madde bağımlılığı tedavisi görebileceğini bilenlerin oranı %73,39'du. Sağlık Bakanlığı ve Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı gibi kurumlarca yeterli seviyede konu ile ilgili bilgilendirme yapıldığını düşünenlerin oranı ise %64,81'di. AMATEM'e bireylerin gönüllü olarak başvurma şansı bulunmakta, ayrıca denetimli serbestlik tedbirleri kapsamında veya diğer bazı yasal nedenlere bağlı olarak başvurular olmaktadır. Bu nedenle bireylerin AMATEM hakkında bilgi sahibi olması önem taşımaktadır. Üniversite öğrencilerinin madde bağımlılığı ile ilgili bilgilerinin araştırıldığı bir çalışmada, öğrencilerin AMATEM ile ilgili bilgileri de sorgulanmıştır. Bu çalışmanın sonucunda ise madde bağımlıları için tedavi merkezlerinin olduğu bilen öğrenciler, tüm katılımcıların %30,9'unu oluşturmaktadır. Ayrıca bu öğrencilerin de yalnızca yarısı AMATEM ismini bildiğini belirtmiştir (Altıntaş ve ark., 2004). Toplumdaki bireylerin madde bağımlıları için tedavi merkezlerinin bulunduğu haberdar olması oldukça önem taşımaktadır. Çalışmamızda bu oranın yüksek çıkması, çalışılan popülasyondan kaynaklanmaktadır. Halihazırda AMATEM'de tedavi görmekte olan bireylerle olan görüşmeler neticesinde bu sonuçlar elde edilmiştir.

Tüm katılımcıların %32,60'ı madde bağımlılığı nedeniyle bir suçta karıştığını beyan etmiştir. Ayrıca %17,31'i suçu nedeniyle ceza infaz kurumunda kaldığını da beyan etmiştir. Uyuşturucu ve alkol tüketiminin suç üzerindeki etkileri konusunda birbiriyle örtüşen bir literatür bulunmaktadır. Doleac ve Mukherjee çalışmasında (2019): alkol tüketimini artıran politikaların şiddet suçlarını da artırdığı belirtilmiştir. Ayrıca madde bağımlılığının, (1) kullanıcıları uyuşturucu satın almak için gelir elde etmek üzere yasa dışı davranışlarda bulunmaya yönlendirerek, (2) kullanıcıları daha agresif hale getiren doğrudan fizyolojik bir etki yoluyla veya (3) şiddetin yasak olduğu yasa dışı bir pazar oluşturarak suçu etkileyebildiği öne sürülmüştür (Doleac ve Mukherjee, 2019).

Suçta karışma ve madde bağımlılığının birbiriyle ilişkili olduğu bilinmektedir. Hapishane popülasyonlarında yapılan araştırmaların incelemesiyle ortaya çıkan, alkollü madde kötüye kullanımı ve bağımlılığı erkeklerin %18-30'unda ve kadınların %10-24'ünde rapor edilirken, uyuşturucu madde kullanım oranı ve bağımlılığı erkeklerin %10-48'inde ve kadınların

%30-60'ında rapor edilmiştir (Håkansson ve Jesionowska, 2018). Aynı zamanda , madde bağımlılığının şiddetle ilgili suçlarla ilintili olduğu düşünülmektedir. Şiddet içeren saldırı, adam öldürme veya ciddi tehditler dahil olmak üzere şiddet içeren suçlar, sezgisel olarak topluma büyük zarar vermektedir. Ayrıca, mevcut ortamdaki elde edilen verilerde, şiddet suçunun, madde kullanım bozuklukları dahil olmak üzere yüksek derecede psikiyatrik problemlerle ilişkili olduğu gösterilmiştir; bu, diğer suçlara kıyasla bu popülasyonda büyük tedavi ihtiyaçlarının olduğunu göstermektedir ve bu da diğer suçlara kıyasla özel müdahaleler gerektirmektedir (Lundholm ve ark., 2013). Kokain için, Buchanan ve arkadaşları (2013): özellikle kokainle ilgili olarak ayaktan psikiyatri hastalarında şiddette bir artış tespit etmiştir.

Madde kullanımına başlama nedenleri sorulduğunda ise katılımcıların %22,8'inden sosyal çevrelerindeki arkadaşlarının madde kullanımı nedeniyle başladıkları yanıtı alınmıştır. Katılımcıların %14,4'ü yaşanan çevre, %12,3'ü kişisel merak ve %10,4'ü ailevi sorunlar nedeniyle madde kullanımına başladığını beyan etmiştir. Bireysel biyolojik ve psikolojik savunmasızlığın yanı sıra, akran baskısı, sosyal, çevresel, akademik baskılar ve ebeveyn etkilerinden uzak olmanın, üniversite öğrencilerinin madde kullanımı gibi riskli davranışlara katılımını şiddetlendirebildiği bilinmektedir (Gebremariam ve ark., 2018). Alkol ve sigara kullanımının en yaygın nedenleri sırasıyla uyanık kalmak, rahatlamak ve stresi azaltmak bildirilmiştir. Madde kullanan akran arkadaşlara ve alkol kullanan aile üyelerine sahip olmak, madde kullanımı ile güçlü bir şekilde ilişkili bulunmuştur (Gebreslassie, 2013). Hawassa üniversite öğrencileri arasında yapılan bir araştırma, yaşam boyu ve son 30 gündeki madde kullanım yaygınlığının sırasıyla %53.6 ve %35.5 olduğunu bildirmiştir (Kassa, 2014). Araştırma ayrıca aileden uzakta/tek başına yaşamının ve madde kullanan arkadaşlara sahip olmanın bireyin madde bağımlısı olma olasılığını önemli ölçüde artırdığını göstermiştir. Madde kullanıcısı arkadaşlara ve ailelere sahip olmanın, öğrencilerin maddelere alışmalarına ve madde kullanımını benimsemelerine izin vererek, öğrencilerin öznel normunu ve algılanan risk algısını azalttığı için madde kullanım davranışlarını artırma olasılığının daha yüksek olduğu bilinmektedir. Bu bulgu, gençler arasında madde kullanımını azaltmaya yönelik müdahalelerin sadece bireysel faktörleri değil, aynı zamanda diğer sosyal ve çevresel faktörleri de dikkate alması gerektiğini göstermektedir (Gebremariam ve ark., 2018).



Ayrıca katılımcılara Madde Bağımlılığı Farkındalık Ölçeği uygulanmıştır ve kadınların farkındalık düzeyleri erkeklerin farkındalık düzeyinden anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur. Öncekine benzer hedefleri olan bir çalışmada, madde bağımlılığı tedavisi arayan 107 yetişkinde farkındalık yapısı değerlendirilmiştir. Erkekler ve kadınlar arasında veya alkol kullanıcıları ile diğer uyuşturucu kullanıcıları arasında hiçbir fark bulunmamıştır (Shorey ve ark., 2013). Bu anlamda çalışmamızın sonuçları ile farklılık gösterdiği söylenebilir. Alan yazın incelendiğinde farkındalıkla ilgili çalışmaların sınırlı olduğu ve doğrudan bizim çalışmamızda olduğu gibi madde bağımlısı bireylerin sosyodemografik özellikleri ile karşılaştırıldığı bir çalışmanın bulunmadığı gözlenmiştir.

Katılımcıların yaş gruplarına bakıldığında ise 36-45 yaş grubundaki katılımcıların toplam farkındalık düzeyleri diğer yaş gruplarındaki katılımcılardan anlamlı farkla daha fazla bulunmuştur. Ayrıca toplam farkındalık puanı bireylerin eğitim, çalışma ve medeni durumuna göre farklılık göstermemiştir. Madde bağımlılarının yaş, gelir ve eğitim durumları ile farkındalık düzeyleri arasındaki ilişkiyi inceleyen bir çalışmaya alan yazında rastlanmamıştır. Ancak madde bağımlılığı bilgi düzeylerinin araştırıldığı çalışmalar mevcuttur. Örneğin Musa ve arkadaşlarının (2021) çalışmasında ankete katılanların etnik kökenleri, uyuşturucu ve madde kötüye kullanımı konusundaki bilgi düzeyleri ile statik olarak anlamlı bir şekilde ilişkili bulunmuştur. Ancak; ankete katılanların yaşı, çalışma programı ve aylık gelir, uyuşturucu ve madde bağımlılığına ilişkin bilgi düzeyi ile istatistiksel-anlamlı bir şekilde ilişkili bulunmamıştır. Doğrudan farkındalık düzeyleri araştırılmamış olsa da, bilgi düzeylerinin değerlendirildiği bu çalışmanın sonucunun gelir düzeyi ile farklılık oluşturmaması açısından benzerlik taşıdığı söylenebilir. Araştırmamız bu anlamda alan yazına önemli bir katkı sağlamaktadır.

Madde kullanımı farkındalık toplam puanına bakıldığında, ebeveynleri hayatta olmayan katılımcıların farkındalık düzeylerinin, diğer katılımcılardan anlamlı farkla daha düşük olduğu tespit edilmiştir. Daha önceki araştırmalar, her iki ebeveyn tarafından yetiştirilmemekle madde kullanımı arasında önemli bir ilişki olduğunu göstermiştir (Flisher ve ark., 2003). Çocukluk ve ergenlik döneminde alkol kötüye kullanımı ve genç erişkinlikte bağımlılığın yordayıcıları üzerine yapılan bir başka çalışmada, çocukların yakın ebeveyn takibinin, açıkça tanımlanmış aile davranış kurallarının ve ahlaki düzene olan

güçlü inancın, yetişkinlikte alkol kötüye kullanımı ve bağımlılığı için daha düşük bir risk öngördüğü bildirilmiştir (Siddiqui ve Salim, 2016). Aile faktörünün bağımlılıkta oldukça önemli olduğu düşünülürse, çalışmamızda da bu duruma uygun bir sonuç elde edildiği söylenebilir.

Madde kullanımı farkındalık düzeyi toplam puanı ve alt boyut puanları, AMATEM’lerde ücret ödemedi tedavi olabileceğini bilen katılımcılarda anlamlı düzeyde daha yüksektir. Bunun yanında madde kullanımı farkındalık düzeyinin toplam puanının, konuyla kurumlar tarafından yeterince bilgi verildiğini belirten katılımcılarda anlamlı düzeyde daha yüksek bulunmuştur. Bir ABD araştırması, psikoaktif madde kullanımı nedeniyle tedavi için sevk edilen yetişkinlerde farkındalık düzeylerini araştırmıştır. Yazarlar, kullanıcıların ABD ulusal ortalamasının altında farkındalık puanları elde ettiğini bulmuştur. Düşük bilgi düzeyinin düşük puan alma ile ilişkili olduğu da bu çalışmaya ait sonuçlar arasında yer almaktadır (Dakwar ve ark., 2011). Madde bağımlılığında farkındalıkla ilgili çalışmaların alan yazında oldukça kısıtlı sayıda olduğu görülmüştür. Özellikle bu çalışmada olduğu gibi madde bağımlılarının farkındalık düzeyleri ile ilişkili faktörlerin incelendiği bir çalışmaya ise rastlanmamıştır. Madde bağımlılığını önleme, tedavi etme ve nüksü önleme çalışmaları açısından farkındalık düzeylerinin oldukça önemli olduğu düşünülürse, çalışmamızın alan yazına katkı sağlayacağı sonucuna ulaşılabilir.

## 5. SONUÇ VE ÖNERİLER

Bu çalışmanın sonucuna göre, kadın katılımcıların farkındalık düzeyleri erkekler katılımcıların farkındalık düzeylerinden anlamlı olarak daha yüksektir ve 36-45 yaş aralığındaki katılımcıların farkındalık düzeyleri, diğer yaş gruplarındaki katılımcıların farkındalık düzeylerinden anlamlı olarak daha yüksektir. Ayrıca anne-babası hayatta olmayan katılımcıların farkındalık düzeylerinin, anne-babası hayatta olan katılımcıların farkındalık düzeylerinden anlamlı derecede daha düşük olduğu bulunmuştur. Madde bağımlılığı farkındalık düzeyi toplam puanı, AMATEM'den ücret ödemediği tedavi alabileceğini bilen katılımcılarda anlamlı farkla daha yüksek bulunmuştur. Bununla birlikte madde kullanımı farkındalık düzeyi toplam puanının, ilgili kurumlar tarafından yeterince bilgi verildiğini düşünen katılımcılarda anlamlı farkla daha yüksek olduğu görülmüştür.

Madde bağımlıları için ücretsiz tedavi hizmeti sunan AMATEM'in daha fazla sayıda kişi tarafından bilinmesi ve bunun için bilgilendirme faaliyetlerinin yürütülerek toplumda farkındalık oluşturulması oldukça önemli bir konudur. Böylece toplumda daha fazla sayıda insan AMATEM hakkında bilgi sahibi olacak ve madde bağımlılarının AMATEM'e ulaşarak tedavi hizmeti alması kolaylaşacaktır.

Bu çalışma ile madde bağımlılığı farkındalık düzeyleri ölçülmüştür. Alan yazında bu konuda kısıtlı çalışmanın olması dikkat çekicidir. İleriki çalışmalarda bu konunun daha geniş örneklem gruplarında incelenmesi yararlı olacaktır. Bu çalışmada AMATEM'de tedavi görmekte olan kişilere anket ve ölçek uygulanmıştır. Daha geniş gruplarda, yani AMATEM'de tedavi görmeyen gruplarda da farkındalık düzeylerinin ölçülmesi ile alan yazına önemli katkılar sağlanacaktır.

## KAYNAKLAR

- ALDAO A, NOLEN-HOEKSEMA S, SCHWEİZER S (2010). Emotion-regulation strategies across psychopathology: A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review*, **30**(2): 217–237.
- ALO 191, <https://alo191.saglik.gov.tr/> Erişim Tarihi: 23.12.2021
- ALTINTAŞ H, TEMEL F, ESİN BENLİ D, ÇINAR G, GELİNER Ö, GÜN FA, KUNDAKÇI N (2004). Tıp fakültesi birinci sınıf öğrencilerinin madde bağımlılığı ile ilgili bilgi, görüş ve tutumları. *Journal of Dependence*, **5**: 107-114.
- ALTUNER D, ENGİN N, GÜRER C, AKYAY İ, AKGÜL A (2009). Madde kullanımı ve suç ilişkisi:kesitsel bir araştırma. *Tıp Araştırmaları Dergisi*, **7** (2): 87-94
- AMATO L, MİNOZZİ S, VECCHİ S, DAVOLİ M (2010). Benzodiazepines for alcohol withdrawal. *Cochrane Database Syst Rev*, **3**: CD005063.
- AMERİKÂN PSİKİYATRİ BİRLİĞİ (1994). Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı, dördüncü baskı (DSM-IV) (Çev. ed.: E Köroğlu) Hekimler Yayın Birliği, Ankara, 1995.
- AMERİKÂN PSYCHİATRİC ASSOCIATION (2013). DSM-5. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, fifth ed. American Psychiatric Publishing, Arlington, VA.
- ARKES J (2011). Recessions and the participation of youth in the selling and use of illicit drugs. *Int J Drug Policy*, **22**: 335–40.
- ARNDT S (2011). Trends in substance abuse treatment 1998-2008: increasing older adult first-time admissions for illicit drugs. *Am J Geriatr Psychiatr*, **19**(8): 704–11.
- ASAN Ö, TIKIR B, OKAY İT, GÖKA E (2015). Bir Amatem birimine başvuran alkol ve madde kullanım bozukluğu olan hastaların sosyodemografik ve klinik özellikleri. *Bağımlılık Dergisi*, **16** (1): 1-8.
- ASGARY S, SARRAFZADEGAN N, NADERİ GA, ROZBEHANİ R (2008). Effect of opium addiction on new and traditional cardiovascular risk factors: do duration of addiction and route of administration matter?. *Lipids in health and disease*, **7**(1): 1-5.
- Atwoli L (2011). Prevalence of substance use among college students in Eldoret, western Kenya. *BMC Psychiatry*, **11**: 34-47.
- AZAGBA S, SHAN L, QEADAN F, WOLFSON M (2021). Unemployment rate, opioids misuse and other substance abuse: quasi-experimental evidence from treatment admissions data. *BMC psychiatry*, **21**(1): 1-9.
- BALDWIN SA, CHRISTIAN S, BERKELJON A, SHADISH WR (2012). The effects of family therapies for adolescent delinquency and substance abuse: A meta-analysis. *Journal of Marital and Family Therapy*, **38**: 281–304.

- BALDWIN DS, AITCHISON K, BATESON A (2013). Benzodiazepines: risks and benefits a reconsideration. *J Psychopharmacol*, **27**: 967-71.
- BARCELÓ B, GOMILA I, ROTOLO MC, MARCHEI E, KYRIAKOU C, PICHINI S, BUSARDÒ FP (2017). Intoxication caused by new psychostimulants: analytical methods to disclose acute and chronic use of benzofurans and ethylphenidate. *International journal of legal medicine*, **131**(6): 1543-1553.
- BAŞKURT İ (2003). Gençlik, madde bağımlılığı ve korunma yolları (psiko-sosyal bir yaklaşım). *Journal of Istanbul University Faculty of Theology*, (8): 15-25.
- BEAR UR, BEALS J, NOVINS DK, MANSON SM (2017). Alcohol detoxification completion, acceptance of referral to substance abuse treatment, and entry into substance abuse treatment among Alaska Native people. *Addictive behaviors*, **65**: 25-32.
- BENNET TH, HOLLOWAY K, FARRINGTON DP (2008). The statistical association between drug misuse and crime:a meta-analysis aggression and violent behavior. **13** (2): 107-118.
- BENOWITZ NL (2008). Neurobiology of nicotine addiction: Implications for smoking cessation treatment. *American Journal of Medicine*, **121**(4 Supplement 1) :S3–S10.
- BERGLUND M, THELANDER S, JONSSON E (2003). Treating alcohol and drug abuse: an evidence based review. *Weinheim, Germany: Wiley-VCH Verlag*, **5**: 36-42.
- BLANCH B, PEARSON SA, HABER PS (2014). An overview of the patterns of prescription opioid use, costs and related harms in Australia. *Br J Clin Pharmacol*, **78**(5): 1159–66.
- BLAZER DG, LT W (2011). The epidemiology of alcohol use disorders and sub-threshold dependence in a middle-aged and elderly community-sample. *Journal of Geriatric Psychiatry*, **19**(8): 685–94.
- BLONDELL RD, FRYDRYCH LM, JAANIMÄGI U, ASHRAFIOUN L, HOMISH GG, FOSCHIO EM, BASHAW HL (2011). A randomized trial of two behavioral interventions to improve outcomes following inpatient detoxification for alcohol dependence. *Journal of Addictive Diseases*, **30**(2): 136–148.
- BOWEN S, CHAWLA N, GROW J, MARLATT GA (2021). Mindfulness-Based Relapse Prevention for Addictive Behaviors. *Guilford Publications*, **9**: 96-104.
- BROOKS RV, FIRTH RG, SUMNER NA (2005). Detection of anabolic steroids by radioimmunoassay. *Br. J. Sports Med.*, **9**: 89–92.
- BUCHANAN A, NICH C, DOUGLAS KS, BABUSCIO T, EASTON CJ (2013). Risk factors of violence during a 4-week period in a psychiatric outpatient population. *J Nerv Mental Dis*, **201**: 1021–1026.
- Butler J, Rehm J, Fischer B (2017). Health outcomes associated with crack-cocaine use: Systematic review and meta-analyses. *Drug Alcohol Depend*, **180**: 401–416.

- BUTTON TMM, SCOURFIELD J, MARTIN N, PURCELL S, MCGUFFIN P (2005). Family Dysfunction Interacts with Genes in the Causation of Antisocial Symptoms. *Behav Genet*, **35**: 115–120.
- CAI Y, YANG L, NIU F, LIAO K, BUCH S (2017). Role of sigma-1 receptor in cocaine abuse and neurodegenerative disease. *Sigma Receptors: Their Role in Disease and as Therapeutic Targets*, 163-175.
- CAPUTO A (2019). The experience of therapeutic community: Emotional and motivational dynamics of people with drug addiction following rehabilitation. *International Journal of Mental Health and Addiction*, **17**(1): 151-165.
- CARRIER E, MCNEELY J, LOBACH I, TAY S, GOUREVITCH MN, RAVEN MC (2011). Factors associated with frequent utilization of crisis substance use detoxification services. *Journal of Addictive Diseases*, **30**(2): 116–22.
- CARROLL K, ZIEDONIS D, O'MALLEY SS, MCCANCE-KATZ E (2013). Pharmacologic interventions for alcohol- and cocaine-abusing individuals: A pilot study of disulfiram vs. naltrexone. *American Journal on Addictions*, **2**(1): 77-79.
- CBHSQ (Center for Behavioral Health Statistics and Quality) (2011). National Survey on Drug Use and Health, The DAWN Report. Emergency department visits involving adverse reactions to medications among older adults. *Rockville, MD: Substance Abuse and Mental Health Services Administration*.
- CHALMERS J, RITTER A (2011). The business cycle and drug use in Australia: evidence from repeated cross-sections of individual level data. *Int J Drug Policy*, **22**: 341–52.
- CHEN F, WEN JP, WANG XP, LIN QM, LIN CJ (2010). Epidemiology and characteristics of acute poisoning treated at an emergency center. *World journal of emergency medicine*, **1**(2): 154.
- CHHATRE S, COOK R, MALLIK E, JAYADEVAPPA R (2017). Trends in substance use admissions among older adults. *BMC health services research*, **17**(1): 1-8.
- CHOU SP, GOLDSTEIN RB, SMITH SM, HUANG B, RUAN WJ, ZHANG H, JUNG J, SAHA TD, PICKERING RP, GRANT BF (2016). The epidemiology of DSM-5 nicotine use disorder: Results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions—III. *Journal of Clinical Psychiatry*, **77**(10): 1404–1412.
- COMPTON WM, THOMAS YF, STINSON FS, GRANT BF (2007). Prevalence, correlates, disability, and comorbidity of DSM-IV drug abuse and dependence in the United States: Results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Archives of General Psychiatry*, **64**(5): 566–576.
- COMPTON WM, GFROERER J, CONWAY KP, FINGER MS (2014). Unemployment and substance outcomes in the United States 2002–2010. *Drug and alcohol dependence*, **142**: 350-353.

- DAKWAR E, MARIANI JP, LEVIN FR (2011). Mindfulness impairments in individuals seeking treatment for substance use disorders. *Am J Drug Alcohol Abuse*, **37**: 165–9.
- DAVIS JP, BERRY D, DUMAS TM, RITTER E, SMITH DC, MENARD C, ROBERTS BW (2018). Substance use outcomes for mindfulness based relapse prevention are partially mediated by reductions in stress: Results from a randomized trial. *Journal of substance abuse treatment*, **91**: 37–48.
- DE CRESCENZO F, CIABATTINI M, ALÒ GLD, DE GIORGİ R, DEL GIOVANE C, CASSAR C, JANIRI L, CLARK N, OSTACHER MJ, CIPRIANI A (2018). Comparative efficacy and acceptability of psychosocial interventions for individuals with cocaine and amphetamine addiction: A systematic review and network meta-analysis. *PLOS Med*, **15**, e1002715.
- DE GOEIJ MCM, BRUGGINK J-W, OTTEN F, KUNST AE (2017). Harmful drinking after job loss: a stronger association during the post-2008 economic crisis? *Int J Public Health*, **62**: 563–72.
- DICK DM, AGRAWAL A, SCHUCKIT MA, BIERUT L, HINRICHS A, FOX L, MULLANEY J, CLONINGER CR, HESSELBROCK V, NURNBERGER JI, JR, ALMASY L, FOROUD T, PORJESZ B, EDENBERG H, BEGLEITER H (2006). Marital status, alcohol dependence, and GABRA2: evidence for gene-environment correlation and interaction. *J Stud Alcohol*, **67**: 185–194.
- DOLEAC JL, MUKHERJEE A (2019). The moral hazard of lifesaving innovations: naloxone access, opioid abuse, and crime. *Opioid Abuse, and Crime*: **2**: 63–71.
- DOMÍNO EF, NÍ L, DOMÍNO JS, YANG W, EVANS C, GUTHRIE S, WANG H, KOEPPE RA, ZUBIETA JK (2013). Denicotinized versus average nicotine tobacco cigarette smoking differentially releases striatal dopamine. *Nicotine & Tobacco Research*, **15**(1): 11–21.
- DUNN KE, HUHN AS, STRAIN EC (2019). Differential adoption of opioid agonist treatments in detoxification and outpatient settings. *Journal of substance abuse treatment*, **107**: 24–28.
- EASTON CJ, CRANE CA, MANDEL D (2018). A randomized controlled trial assessing the efficacy of cognitive behavioral therapy for substance-dependent domestic violence offenders: an integrated substance abuse-domestic violence treatment approach (SADV). *Journal of marital and family therapy*, **44**(3): 483–498.
- FAGERSTRÖM K (2012). Determinants of tobacco use and renaming the FTND to the Fagerström Test for Cigarette Dependence. *Nicotine & Tobacco Research*, **14**(1): 75–78.
- FIORE MC, JAEN CR, BAKER TB (2008). Treating tobacco use and dependence: 2008 update, Clinical practice guideline. Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Services, Public Health Service.

- FİSHER JH, BOBEK M, HOGUE A (2019). Family-based treatments for substance abuse. *APA handbook of contemporary family psychology. Family therapy and training*, **3**: 89-105.
- FLEURY MJ, DJOUİNİ A, HUỠNH C, TREMBLAY J, FERLAND F, MÉNARD JM, BELLEVILLE G (2016). Remission from substance use disorders: A systematic review and metaanalysis. *Drug and Alcohol Dependence*, **168**: 293–306.
- FLİSHER AJ, PARRY CD, EVANS J, MULLER M, LOMBARD C (2003). Substance use by adolescents in Cape Town: prevalence and correlates. *J Adolesc Health*, **32**(1): 58-65.
- FOO Y, TAM C, LEE T (2012). Family factors and peer influence in drug abuse: A study in rehabilitation centre family factors and peer influence in drug abuse: A study in rehabilitation centre. *Int J Collab Res Intern Med Public Heal*, **4**: 190-201.
- FRİDELL M, BİLLSTEN J, HOLMBERG R, IVARSSON A (2020). Implementing guidelines for interventions in Swedish substance abuse treatment: A national evaluation of outcomes from 2010 to 2014. *Journal of Substance Abuse Treatment*, **119**: 108-123.
- GATES PJ, SABİONİ P, COPELAND J, LE FOLL B, GOWİNG L (2016). Psychosocial interventions for cannabis use disorder. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, **5**: CD005336.
- GEBREMARIAM TB, MRUTS KB, NEWAY TK (2018). Substance use and associated factors among Debre Berhan University students, Central Ethiopia. *Substance abuse treatment, prevention, and policy*, **13**(1): 1-8.
- GEBRESLASSİE M (2013). Psychoactive substances use and associated factors among Axum university students, Axum town, North Ethiopia. *BMC Public Health*, **13**: 693-701.
- GEORGE O, KOOB GF, VENDRUSCOLO LF (2014). Negative reinforcement via motivational withdrawal is the driving force behind the transition to addiction. *Psychopharmacology*, **231**(19): 3911-3917.
- GİLHOOLY T, BERGMAN AJ, STİEBER J, BROWN EJ (2018). Posttraumatic stress disorder symptoms, family environment, and substance abuse symptoms in emerging adults. *Journal of Child & Adolescent Substance Abuse*, **27**(3): 196-209.
- GİPSON CD (2016). Treating addiction: unraveling the relationship between N-acetylcysteine, glial glutamate transport, and behavior. *Biol Psychiatry*, **80**(3): 11-12.
- GRUBER KJ, TAYLOR MF (2006). A family perspective for substance abuse: Implications from the literature. *Journal of Social Work Practice in the Addictions*, **6**(1-2): 1-29.
- GULLO MJ, LOXTON NJ, DAWE S (2014). Impulsivity: four ways five factors are not basic to addiction. *Addict. Behav*, **39**: 1547–1556.



- HÅKANSSON A, BERGLUND M (2012). Risk factors for criminal recidivism—a prospective follow up study in prisoners with substance abuse. *BMC Psychiatry*, **12** (1): 111.
- HÅKANSSON A, JESIONOWSKA V (2018). Associations between substance use and type of crime in prisoners with substance use problems—a focus on violence and fatal violence. *Substance abuse and rehabilitation*, **9**: 1-19.
- HARNED M, SLOAN P (2016). Safety concerns with long-term opioid use. *Expert Opin Drug Saf*, **15**(7): 955–62.
- HASİN DS, SAHA TD, KERRIDGE BT, GOLDSTEİN RB, CHOU SP, ZHANG H (2015). Prevalence of marijuana use disorders in the United States between 2001–2002 and 2012–2013. *JAMA Psychiatry*, **72**: 1235–1242.
- HASİN DS, O'BRIEN CP, AURIACOMBE M, BORGES G, BUCHOLZ K, BUDNEY A, SCHUCKİT M (2013). DSM-5 criteria for substance use disorders: recommendations and rationale. *American Journal of Psychiatry*, **170**(8): 834-851.
- HASKİNG P, LYVERS M, CARLOPİO C (2011). The relationship between coping strategies, alcohol expectancies, drinking motives and drinking behaviour. *Addict Behav*, **36**(5): 479–487.
- HENDERSHOT CS, WİTKIEWİTZ K, GEORGE WH, MARLATT GA (2011). Relapse prevention for addictive behaviors. *Subst Abuse Treat Prev Policy*, **6**: 17-33.
- HERMAN-STAHM MA, KREBS CP, KROUTİL LA, HELLER DC (2007). Risk and protective factors for methamphetamine use and nonmedical use of prescription stimulants among young adults aged 18 to 25. *Addict Behav*, **32**(5): 1003–15.
- HOGUE A, DAUBER S, HENDERSON CE (2014). Therapist self-report of evidence-based practices in usual care for adolescent behavior problems: Factor and construct validity. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, **41**: 126–139.
- HUANG B, DAWSON DA, STINSON FS (2006). Prevalence, correlates, and comorbidity of nonmedical prescription drug use and drug use disorders in the United States: results of the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *J Clin Psychiatry*, **67**: 1062-73.
- HUBBARD RL, CRADDOCK SG, FLYNN PM, ANDERSON J, ETHERİDGE RM (2007). Overview of 1-year follow-up outcomes in the drug abuse treatment outcome study (DATOS). *Psychology of Addictive Behaviors*, **11**(4): 261-278.
- HUMENSKY JL (2010). Are adolescents with high socioeconomic status more likely to engage in alcohol and illicit drug use in early adulthood? *Substance abuse treatment, prevention, and policy*, **5**(1): 19-30.
- JACKSON A, SHANNON L (2012). Barriers to receiving substance abuse treatment among rural pregnant women in Kentucky. *Maternal and Child Health Journal*, **16**(9): 1762–1770.

- JUYAL R, BANSAL R, KISHORE S, NEGİ KS (2008). Socio-demographic characteristics of substance abusers among intercollege students in a district of Uttarakhand. *Indian J Public Health*, **10**: 116-9.
- KAMPMAN KM (2019). The treatment of cocaine use disorder. *Science advances*, **5**(10): 15-32.
- KARAAGAC H, ESENKAYA-USTA Z, USTA A (2017). Retrospective analysis of sociodemographic characteristics of inpatients at Kayseri Research and Training Hospital AMATEM Clinic. *Dusunen Adam*, **30**: 251-257.
- KASLOW NJ, BROTH MR, SMİTH CO, COLLİNS MH (2012). Family-based interventions for child and adolescent disorders. *Journal of Marital and Family Therapy*, **38**: 82–100.
- KASSA A (2014). Prevalence and factors determining psychoactive substance (PAS) use among Hawassa University (HU) undergraduate students, Hawassa Ethiopia. *BMC Public Health*, **14**: 1044.
- KAZEMİ DM, BORSARİ B, LEVİNE MJ, Lİ S, LAMBERSON KA, MATTA LA (2017). A systematic review of the mHealth interventions to prevent alcohol and substance abuse. *Journal of health communication*, **22**(5): 413-432.
- KEDİA S, SELL MA, RELYEA G (2007). Mono- versus polydrug abuse patterns among publicly funded clients. *Subst Abuse Treat Prev Policy*, **2**: 33-44.
- KENDLER KS, JACOBSON KC, PRESCOTT CA, NEALE MC (2003). Specificity of genetic and environmental risk factors for use and abuse/dependence of cannabis, cocaine, hallucinogens, sedatives, stimulants, and opiates in male twins. *American Journal of Psychiatry*, **160**(4): 687-695.
- KENNA GA, NİELSEN DM, MELLO P, SCHİESL A, SWİFT RM (2007). Pharmacotherapy of dual substance abuse and dependence. *CNS drugs*, **21**(3): 213-237.
- KESSLER RC, NELSON CB, MCGONAGLE KA, EDLUND MJ, FRANK RG LEAF PJ (1996). Birlikte ortaya çıkan bağımlılık ve zihinsel bozuklukların epidemiyolojisi: önleme ve hizmet kullanımı için çıkarımlar. *Amerikan ortopsikiyatri dergisi*, **66** (1): 17-31.
- KİM TW, BERNSTEİN J, CHENG DM, LLOYD-TRAVAGLİNİ C, SAMET JH, PALFAİ TP, SAİTZ R (2017). Receipt of addiction treatment as a consequence of a brief intervention for drug use in primary care: A randomized trial. *Addiction*, **112**(5): 818–827.
- KLEİN LR, MARTEL ML, DRİVER BE, REİNG M, COLE JB (2018). Emergency department frequent users for acute alcohol intoxication. *Western journal of emergency medicine*, **19**(2): 398.
- KOSTEN TR, BAXTER LE (2019). Review article: Effective management of opioid withdrawal symptoms: A gateway to opioid dependence treatment. *Am J Addict*, **28**(2): 55–62.

- KOTOV R, GAMEZ W, SCHMİDT F, WATSON D (2010). Linking “big” personality traits to anxiety, depressive, and substance use disorders: A meta-analysis. *Psychological Bulletin*, **136**(5): 768–821.
- KÖSE EÖ, GÜL Ş (2018). Madde bağımlılığı farkındalık ölçeği: Geçerlik ve güvenilirlik çalışması. *İnönü Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, **19**(3): 41-56.
- KROUTİL LA, VAN BRUNT DL, HERMAN-STAHN MA, HELLER DC, BRAY RM, PENNE MA (2006). Nonmedical use of prescription stimulants in the United States. *Drug Alcohol Depend*, **84**(2): 135–43.
- KUSHWAHA KP, SİNGH YD, RATHİ AK, SİNGH KP, RASTOGİ CK (2012). Prevalence and Abuse of Psychoactive Substances in Children and Adolescents. *Ind J Paed*, **59**: 261-68.
- LADER M (2011). Benzodiazepines revisited — will we ever learn? *Addiction*, **106**: 2086-109.
- LEE MT, HORGAN CM, GARNİCK DW, ACEVEDO A, PANAS L, RİTTER G, DUNİGAN R, BABAKHANLOU-CHASE H, BİDORİNİ A, CAMPBELL K, HABERLİN K, HUBER A, LAMBERT-WACEY D, LEEPER T, REYNOLDS M (2014). A performance measure for continuity of care after detoxification. *Journal of Substance Abuse Treatment*, **47**(2): 130–139.
- LİDDLE HA, ROWE CL, DAKOF GA, HENDERSON CE, GREENBAUM PE (2009). Multidimensional family therapy for young adolescent substance abuse: twelve-month outcomes of a randomized controlled trial. *Journal of consulting and clinical psychology*, **77**(1): 12-30.
- LUNDAHL B, MOLENİ T, BURKE BL, BUTTERS R, TOLLEFSON D, BUTLER C, ROLLNİCK S (2013). Motivational interviewing in medical care settings: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Patient education and counseling*, **93**(2): 157–168.
- LUNDHOLM L, HÄGGÅRD U, MÖLLER J, HALLQVİST J, THİBLİN I (2013). The triggering effect of alcohol and illicit drugs on violent crime in a remand prison population: a case crossover study. *Drug Alcohol Depend*, **129**: 110–115.
- LYNCH WJ, NİCHOLSON KL, DANCE ME, MORGAN RW, FOLEY PL (2010). Animal models of substance abuse and addiction: implications for science, animal welfare, and society. *Comparative medicine*, **60**(3): 177-188.
- MAGİLL M, GAUME J, APODACA TR, WALTHERS J, MASTROLEO NR, BORSARİ B, LONGABAUGH R (2014). The technical hypothesis of motivational interviewing: A meta-analysis of MI’s key causal model. *Journal of consulting and clinical psychology*, **82**(6): 973.
- MAHLER SV, BRODNİK ZD, COX BM, BUCHTA WC, BENTZLEY BS, QUİNTANİLLA J, ASTON-JONES G (2019). Chemogenetic manipulations of ventral tegmental area dopamine neurons reveal multifaceted roles in cocaine abuse. *Journal of Neuroscience*, **39**(3): 503-518.

- MARKOU A (2008). Review. Neurobiology of nicotine dependence. *Philosophical Transactions of the Royal Society B: Biological Sciences*, **363**(1507): 3159–3168.
- MARTÍN CS (2008). Timing of alcohol and other drug use. *Alcohol Res Health*, **31**: 96–99.
- MASON BJ, QUELLO S, GOODELL V, FARHAD S, KYLE M, BEGOVIĆ A (2014). Gabapentin treatment for alcohol dependence: A randomized clinical trial. *JAMA Internal Medicine*, **174**(1): 70–77.
- MELEMÍS SM (2015). Focus: addiction: relapse prevention and the five rules of recovery. *The Yale journal of biology and medicine*, **88**(3): 325.
- MCCABE SE, KNIGHT JR, TETER CJ, WECHSLER H (2005). Non-medical use of prescription stimulants among US college students: prevalence and correlates from a national survey. *Addiction*, **100**(1): 96–106.
- MCCABE SE, TETER CJ, BOYD CJ (2006). Medical use, illicit use, and diversion of abusable prescription drugs. *J Am Coll Health*, **54**: 269–78.
- MCCART MR, SHEİDOW AJ (2016). Evidence-based psychosocial treatments for adolescents with disruptive behavior. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, **45**: 529–563.
- MOGHADAM MS, ALAVİNİA M (2013). The effects of gabapentin on methadone based addiction treatment: A randomized controlled trial. *Pakistan Journal of Pharmaceutical Sciences*, **26**(5): 985–989.
- MOJTABAİ R, CHEN LY, KAUFMANN CN, CRUM RM (2014). Comparing barriers to mental health treatment and substance use disorder treatment among individuals with comorbid major depression and substance use disorders. *Journal of Substance Abuse Treatment*, **46**(2): 268–73.
- MOORE N, PARIENTE A, BÉGAUD B (2015). Why are benzodiazepines not yet controlled substances? *JAMA Psychiatry*, **72**: 110-1.
- MORADİ P, FATHALİ LAVASANİ F, DEJMAN M (2019). Adolescent substance abuse and family environment: a qualitative study. *International Journal of High Risk Behaviors and Addiction*, **8**(2): 66-80.
- MUSA AA, ABDULLAHİ YM, SALİHU MN, LAWAL MM, JOSEPH SA, UMAR MD, MUHAMMAD F (2021). Assessment of knowledge and prevalence of drugs and substance abuse among the students of a selected tertiary health institution in Kano, Nigeria. *International Journal of Advances in Medicine*, **8**(8): 1033-1045.
- MUTLU EA, SARIKAYA ÖÖ (2019). Bir AMATEM kliniğinde tedavi gören hastaların sosyodemografik verilerinin incelenmesi. *Klinik Psikiyatri Dergisi*, **22**(3): 276-285.
- NATIONAL CENTER FOR HEALTH STATISTICS (NCHS) (2014). Alcohol use in binge drinking among women of childbearing age—United States, 2011–2011. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, **64**(37): 1042–1046.

- NEUTEL CI (2005). The epidemiology of longterm benzodiazepine use. *Int Rev Psychiatry*, **17**: 189-97.
- NİAKİ MRK, HAMİD M, FARŞİDİ F, MOHAMMADPOUR M, OMRAN MTS (2013). Evaluation of the role of opium addiction in acute myocardial infarction as a risk factor. *Caspian journal of internal medicine*, **4**(1): 585-590.
- Nuijten M, Blanken P, van de Wetering B, Nuijen B, van den Brink W, Hendriks VM (2016). Sustained-release dexamfetamine in the treatment of chronic cocaine-dependent patients on heroin-assisted treatment: A randomised, double-blind, placebo-controlled trial. *Lancet*, **387**: 2226–2234.
- OLFSON M (2013). National trends in the office based prescription of schedule II opioids. *J Clin Psychiatry*, **74**: 932–9.
- ORSİNİ J, DİN N, ELAHI E, GOMEZ A, RAJAYER S, MALİK R, JEAN E (2017). Clinical and epidemiological characteristics of patients with acute drug intoxication admitted to ICU. *Journal of community hospital internal medicine perspectives*, **7**(4): 202-207.
- OSİLLA KC, ORTİZ JA, MİLES JNV, PEDERSEN ER, HOUCK JM, D'AMİCO EJ (2015). How group factors affect adolescent change talk and substance use outcomes: Implications for motivational interviewing training. *Journal of counseling psychology*, **62**(1): 79–86.
- OSİLLA KC, WATKİNS KE, D'AMİCO EJ, MCCULLOUGH CM, OBER AJ (2018). Effects of motivational interviewing fidelity on substance use treatment engagement in primary care. *Journal of substance abuse treatment*, **87**: 64-69.
- OSMAN T, VİCTOR C, ALAA A, HALA M, FATİMA F, ASMA A, EİMAN A, MOHAMMED W (2016). Epidemiology of substance use among university students in Sudan. Hindawi publishing corporation. *Journal of Addiction*, **9**: 25-36.
- ÖGEL K, TAMAR D, EVREN C, SIR A (1999) Madde kullanımı ve suç. *3P Dergisi*, Aralık Ek Sayı: 30-36.
- PABST A, KRAUS L, GOMES DE MATOS E, PİONTEK D (2013). Substanzkonsum und substanzbezogene Störungen in Deutschland im Jahr 2012. *Sucht*, **59**: 321-31.
- PACULA RL, SMART R (2017). Medical marijuana and marijuana legalization. *Annu Rev Clin Psychol* **13**: 397–419.
- PAGANO ME, WHITE WL, KELLY JF, STOUT RL, TONİGAN JS (2013). The 10-year course of Alcoholics Anonymous participation and long-term outcomes: a follow-up study of outpatient subjects in Project MATCH. *Subst Abuse*, **34**(1): 51–59.
- PANLİLİO LV, JUSTİNOVA Z (2018). Preclinical studies of cannabinoid reward, treatments for cannabis use disorder, and addiction-related effects of cannabinoid exposure. *Neuropsychopharmacology*, **43**(1): 116-141.

- PATRICK ME, WIGHTMAN P, SCHOENI RF, SCHULENBERG JE (2012). Socioeconomic status and substance use among young adults: a comparison across constructs and drugs. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, **73**(5): 772–782.
- PECKHAM AM, ANANICKAL M, SCLAR D (2018). Gabapentin use, abuse, and the US opioid epidemic: the case for reclassification as a controlled substance and the need for pharmacovigilance. *Risk Management and Healthcare Policy*, **11**: 109–116.
- PETITJEAN S, LADEWIG D, MEIER CR, AMREIN R, WIESBECK GA (2007). Benzodiazepine prescribing to the Swiss adult population: results from a national survey of community pharmacies. *Int Clin Psychopharmacol*, **22**: 292–8.
- PETRAKIS IL, DESAI N, GUEORGUEVA R (2016). Prazosin for veterans with posttraumatic stress disorder and comorbid alcohol dependence: a clinical trial. *Alcohol Clin Exp Res*, **40**(1): 178–186.
- PİHKALA H, DİMOVA-BRÄNSTRÖM N, SANDLUND M (2017). Talking about parental substance abuse with children: eight families' experiences of Beardslee's family intervention. *Nordic journal of psychiatry*, **71**(5): 395–401.
- PLISZKA S (2007). Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, **46**(7): 894–921.
- PULLEN E, OSER C (2014). Barriers to substance abuse treatment in rural and urban communities. *Substance Use & Misuse*, **49**(7): 1–11.
- RAFİEE G, AHMADI J, RAFİEE F (2020). Prevalence of Substance Abuse (Tobacco, Alcohol, Narcotics and Psychotropic Drugs) and Its Relationship to Family Factors in Pre-university Male Students in Shiraz 2017–2018. *Journal of community health*, **45**(1): 176–182.
- RAİNE A (2002). Biosocial studies of antisocial and violent behavior in children and adults: A review. *J Abnorm Child Psychol*, **30**: 311–326.
- REİD MS, FALLON B, SONNE S, FLAMMİNO F, NUNES EV, JİANG H, ROTROSEN J (2008). Smoking cessation treatment in community-based substance abuse rehabilitation programs. *Journal of substance abuse treatment*, **35**(1): 68–77.
- REİTER MD (2019). Ethics in Substance Abuse and the Family. *In Substance Abuse and the Family*, **1**: 212–239.
- REYES-GUZMAN CM, PFEİFFER RM, LUBİN J, FREEDMAN ND, CLEARY SD, LEVİNE PH, CAPORASO NE (2017). Determinants of light and intermittent smoking in the United States: Results from three pooled national health surveys. *Cancer Epidemiology, Biomarkers & Prevention*, **26**(2): 228–239.
- QUESTER S, ROMANCZUK-SEİFERTH N (2015). Brain imaging in gambling disorder. *Current Addiction Reports*, **2**(3): 220–229.

- RAVEN MC, CARRIER ER, LEE J, BILLINGS JC, MARR M, GOUREVITCH MN (2010). Substance use treatment barriers for patients with frequent hospital admissions. *Journal of Substance Abuse Treatment*, **38**(1): 22–30.
- ROOS CR, BOWEN S, WITKIEWITZ K (2017). Baseline patterns of substance use disorder severity and depression and anxiety symptoms moderate the efficacy of mindfulness-based relapse prevention. *Journal of consulting and clinical psychology*, **85**(11): 1041.
- ROSE JE (2006). Nicotine and nonnicotine factors in cigarette addiction. *Psychopharmacology*, **184**(3): 274–285.
- RUBENS M (2014). Political and medical views on medical marijuana and its future. *Soc Work Public Health*, **29**: 121–131.
- RYAN KK, MACKILLOP J, CARPENTER MJ (2013). The relationship between impulsivity, risk-taking propensity and nicotine dependence among older adolescent smokers. *Addict. Behav*, **38**: 1431–1434.
- SACKS JJ, GONZALES KR, BOUCHERY EE, TOMEDI LE, BREWER RD (2015). 2010 national and state costs of excessive alcohol consumption. *American Journal of Preventive Medicine*, **49**(5): e73–e79.
- SARIOĞLU M (2019). İstanbul ilinde bağımlılıkla mücadele ve danışma birimlerine başvuran ve madde bağımlısı yakını olan ailelerin madde bağımlılığına ve tedaviye ilişkin algılarının incelenmesi. Master's thesis, Adli Tıp Enstitüsü.
- SAVAŞAN A, ENGİN E, AYAKDASI D (2013). Bir amatem kliniğinden taburcu olan bağımlı hastaların yaşam tarsi değişiklikleri ve nüks durumları. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, **4**: 75-79.
- SECADES-VİLLA R, GARCÍA-RODRÍGUEZ O, JIN CJ, WANG S, BLANCO C (2015). Probability and predictors of the cannabis gateway effect: a national study. *Int J Drug Policy*, **26**: 135–142.
- SHIELS MS, FREEDMAN ND, THOMAS D, BERRINGTON DE GONZALEZ A (2018). Trends in U.S. drug overdose deaths in non-Hispanic black, Hispanic, and non-Hispanic white persons, 2000-2015. *Ann. Intern. Med*, **168**: 453–455.
- SHILLINGTON AM, WOODRUFF SI, CLAPP JD, REED MB, LEMUS H (2012). Self-reported age of onset and telescoping for cigarettes, alcohol, and marijuana: Across eight years of the National Longitudinal Survey of Youth. *Journal of Child & Adolescent Substance Abuse*, **21**(4): 333–348.
- SHOREY RC, BRASFIELD H, ANDERSON S, STUART GL (2013). Mindfulness deficits in a sample of substance abuse treatment seeking adults: a descriptive investigation. *J Subst Use*, **19**(12): 194-8.
- SİDDİQUİ AF, SALİM AMA (2016). Awareness of substance use and its associated factors in young Saudi students. *Journal of Medical & Allied Sciences*, **6**(2): 61.
- SİLVA DPR, DA ROCHA MM (2020). Substance use among adults living on the streets and association with mindfulness. SMAD. *Revista eletrônica saúde mental álcool e drogas*, **16**(2): 25-33.

- SMEDSLUND G, BERG RC, HAMMERSTRØM KT, STEIRO A, LEIKNES KA, DAHL HM, KARLSEN K (2011). Motivational interviewing for substance abuse. *Campbell Systematic Reviews*, **7**(1): 1-126.
- SMITH RV, LOFWALL MR, HAVENS JR (2015). Abuse and Diversion of Gabapentin Among Nonmedical Prescription Opioid Users in Appalachian Kentucky. *American Journal of Psychiatry*, **172**(5): 487-488.
- SOYKA M, QUERÍ S, KÜFNER H, RÖSNER S (2005). Where are the 1.9 million patients dependent on legal drugs hiding? *Nervenarzt*, **76**: 72-7.
- STEWART WF, RICCÍJA, CHEE E, MORGANSTEIN D, LIPTON R (2003). Lost productive time and cost due to common pain conditions in the US workforce. *JAMA*, **290**: 2443-2454.
- STRANG J, VOLKOW ND, DEGENHARDT L, HICKMAN M, JOHNSON K, KOOB GF (2020). Opioid use disorder. *Nat Rev Dis Primers*, **6**(1): 3.
- STONE AL, BECKER LG, HUBER AM, CATALANO RF (2012) Review of risk and protective factors of substance use and problem use in emerging adulthood. *Addict Behav*, **37**: 747-775.
- SUBSTANCE ABUSE AND MENTAL HEALTH SERVICES ADMINISTRATION. 2008. Results from the 2007 national survey on drug use and health: national findings. Rockville (MD): Office of Applied Studies.
- TAN KR, BROWN M, LABOUÈBE G (2010). Neural bases for addictive properties of benzodiazepines. *Nature*, **463**: 769-74.
- TETER CJ, MCCABE SE, BOYD CJ, GUTHRIE SK (2003). Illicit methylphenidate use in an undergraduate student sample: prevalence and risk factors. *Pharmacotherapy*, **23**: 609-17.
- TREZZA V, BAARENDSE PJ, VANDERSCHUREN LJ (2014). On the interaction between drugs of abuse and adolescent social behavior. *Psychopharmacology*, **231**(8): 1715-1729.
- TROWBRIDGE P, WEINSTEIN ZM, KERENSKY T, ROY P, REGAN D, SAMET JH, WALLEY AY (2017). Addiction consultation services-Linking hospitalized patients to outpatient addiction treatment. *Journal of substance abuse treatment*, **79**: 1-5.
- WALLACH JD, ROSS JS (2018). Gabapentin approvals, off-label use, and lessons for postmarketing evaluation efforts. *JAMA*, **319**(8): 776-778.
- WELSCH L, BAÏLLY J, DARCO E, KIEFFER BL (2020). The Negative Affect of Protracted Opioid Abstinence: Progress and Perspectives From Rodent Models. *Biol Psychiatry*, **87**(1): 54-63.
- WESTON BW, KRISHNASWAMI S, GRAY MT, COLY G, KOTCHEN JM, GRIM CE, KOTCHEN TA (2009). Cocaine use in inner city african american research volunteers. *J Addict Med*, **3**: 83-8.
- WHITE A, CASTLE IJP, CHEN CM, SHIRLEY M, ROACH D, HINGSON R (2015). Converging patterns of alcohol use and related outcomes among females and



- males in the United States, 2002 to 2012. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, **39**(9): 1712–1726.
- WHİTESELL M, BACHAND A, PEEL J, BROWN M (2013) Familial, social and individual factors contributing to risk for adolescent substance use. *J Addict*, **57**: 93-100.
- WİLENS TE, ADLER LA, ADAMS J (2008). Misuse and diversion of stimulants prescribed for ADHD: a systematic review of the literature. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, **47**(1): 21–31.
- WİSE RA, KOOB GF (2014). The development and maintenance of drug addiction. *Neuropsychopharmacology*, **39**(2): 254.
- WİTKIEWİTZ K, LUSTYK MK, BOWEN S (2013). Retraining the addicted brain: a review of hypothesized neurobiological mechanisms of mindfulness-based relapse prevention. *Psychol Addict Behav*, **27**(2): 351–365.
- WU LT, PİŁOWSKY DJ, SCHLENGER WE, GALVİN DM (2007). Misuse of methamphetamine and prescription stimulants among youths and young adults in the community. *Drug Alcohol Depend*, **89**(2–3): 195– 205.
- VENGELİENE V, BİLBAO A, MOLANDER A, SPANAGEL R. (2008). Neuropharmacology of alcohol addiction. *British journal of pharmacology*, **154**(2): 299-315.
- VİCKERS SR, BOLAND EM, YOUNG AM, LOFALL MR, QUİROZ A, STATON M, HAVENS JR (2018). A qualitative analysis of gabapentin misuse and diversion among people who use drugs in Appalachian Kentucky. *Psychology of Addictive Behaviors*, **32**(1): 115–121.
- VOLKOW ND, KOOB GF, MCLELLAN AT (2016). Neurobiologic advances from the brain disease model of addiction. *New England Journal of Medicine*, **374**(4): 363–371.
- VOLKOW ND, JONES EB, EİNSTEİN EB, WARGO EM (2019). Prevention and treatment of opioid misuse and addiction: a review. *JAMA psychiatry*, **76**(2): 208-216.
- ZEMORE SE, SUBBARAMAN M, TONİGAN JS (2013). Involvement in 12-step activities and treatment outcomes. *Subst Abus*, **34**(1): 60–69.

## EKLER

### EK-1: ETİK KURUR ONAYI

ANKARA ÜNİVERSİTESİ  
FEN BİLİMLERİ ALT ETİK KURULU  
KARAR ÖRNEĞİ

Karar Tarihi :24/09/2019

Toplantı Sayısı :16

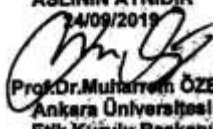
Karar Sayısı :256


256- Üniversitemiz Adli Bilimler Enstitüsü Disiplinlerarası Adli Kimya ve Adli Toksikoloji Bölümü doktora öğrencilerinden **Fatma Öztürk**'ün "AMATEM'de Yatarak Tedavi Gören Bireylerin Demografik Özellikleri ve Farkındalık Düzeylerinin Araştırılması" başlıklı tez çalışması ile ilgili 10/12/2018 tarihli "İnsan Üzerinde Yapılan Klinik Dışı Araştırmalar Başvuru Formu" Etik Kurulumuzca incelenmiştir.

Yapılan görüşmeler ve incelemeler sonucunda, **Fatma Öztürk**'ün "AMATEM'de Yatarak Tedavi Gören Bireylerin Demografik Özellikleri ve Farkındalık Düzeylerinin Araştırılması" başlıklı tez çalışması ile ilgili, araştırma protokolüne uyulması ve etik onay tarihinden itibaren geçerli olması koşuluyla uygulanmasının etik açıdan uygun olduğuna oybirliği ile karar verildi.

ASLININ AYNI DİR

24/09/2019

  
Prof. Dr. Muharrem ÖZEN  
Ankara Üniversitesi  
Etik Kurulu Başkanı

 T.C.  
ANKARA ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ  
Etik Kurulu Başkanlığı

Sayı : 56786525-050.04.04 / 70839  
Konu : Etik Kurul Kararı Hakkında

27 Ekim 2019

Sayın Fatma ÖZTÜRK  
Sağlık Bilimleri Enstitüsü  
Disiplinlerarası Adli Kimya ve Adli Toksikoloji Bölümü

İlgi: 10/12/2018 tarihli başvurunuz.

"AMATEM'de Yatarak Tedavi Gören Bireylerin Demografik Özellikleri ve Farkındalık Düzeylerinin Araştırılması" başlıklı tez çalışmanız ile ilgili olarak Ankara Üniversitesi Etik Kurulunun 22/09/2019 tarihli toplantısında alınan 16/256 sayılı kararın bir örneği ilişikte gönderilmektedir.

İhtiyaçlarınızı göz önünde bulduğumuzda rica ederim.

Prof. Dr. Sibel KÜZEN  
Rektör Yardımcısı  
Rektör Yardımcısı

EKLER:  
Karar Örneği (1 sayfa)





**ISBN: 978-625-367-631-5**