



T.C.

DİCLE ÜNİVERSİTESİ

TIP FAKÜLTESİ ADLİ TIP ANABİLİM DALI

**2016-2019 YILLARI ARASINDA DİYARBAKIR'DA ÇOCUK
ERGEN MADDE BAĞIMLILIĞI ARINDIRMA ve
REHABİLİTASYON MERKEZİNDE TEDAVİ GÖREN
OLGULARIN SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİNİN
İNCELENMESİ**

Dr. Sezai Yılmaz

Tıpta Uzmanlık Tezi

Tez Danışmanı

Dr. Öğr. Üyesi. Ertuğrul GÖK

Diyarbakır 2022

**2016-2019 YILLARI ARASINDA DİYARBAKIR'DA ÇOCUK
ERGEN MADDE BAĞIMLILIĞI ARINDIRMA ve
REHABİLİTASYON MERKEZİNDE TEDAVİ GÖREN
OLGULARIN SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİNİN
İNCELENMESİ**

Dr. Sezai Yılmaz

Tıpta Uzmanlık Tezi

Tez Danışmanı

Dr. Öğr. Üyesi. Ertuğrul GÖK

Diyarbakır 2022

TEŞEKKÜR

Tez çalışmamda konu seçiminden araştırmanın son anına kadar her aşamada sabır ve özveri ile desteğini esirgemeyen, birlikte çalıştığımız süre boyunca adli ve tıbbi konularda bilgisini samimiyetle aktaran sayın Dr. Öğr. Üyesi Ertuğrul GÖK'e,

Asistanlığım süresince bilgi ve deneyimlerini bizlerle paylaşan Anabilim Dalı Başkanımız sayın Doç. Dr. Cem UYSAL'a,

Adli toksikoloji alanında bilgi ve tecrübelerinden faydalandığım sayın Dr. Öğr. Üyesi Enes ARICA'ya,

Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları alanında destek aldığım Uzm. Dr. Hüseyin TUNCA'ya, Halk Sağlığı ve Biyoistatistik alanında destek aldığım Uzm. Dr. Ayhan AKTAŞ'a

Asistanlık sürecinde birlikte çalışmaktan mutluluk duyduğum tüm değerli asistan doktor arkadaşlarıma,

Adli Tıp Kurumu rotasyonunda bilgi ve tecrübelerinden faydalandığım değerli tüm hoca ve uzmanlara,

Diyarbakır ÇEMATEM tüm doktor ve çalışanlarına,

Beni bugünlere getiren, her zaman yanımda olan ve desteklerini hiçbir zaman esirgemeyen aileme, sabırlarından dolayı sevgili eşim Şermin'e ve çocuklarıma teşekkür ederim.

Dr. Sezai YILMAZ

ÖZET

Giriş ve Amaç: Madde bağımlılığı; bireyi, aile ve toplumu olumsuz etkileyen çok yönlü bir problemdir. Araştırmamızda, madde bağımlısı olup 2016-2019 yılları arasında Diyarbakır ÇEMATEM'de tedavi görmüş olgularda sosyodemografik özelliklerin ve madde bağımlılığı ile ilgili epidemiyolojik verilerin elde edilmesi neticesinde literatüre ve bağımlılığın önlenmesine katkı sağlamak amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Çalışmamızda; 1 Ocak 2016- 30 Aralık 2019 tarihleri arasında Diyarbakır'da Çocuk Ergen Madde Bağımlılığı Arındırma ve Rehabilitasyon Merkezinde tedavi görmüş 363 olgu retrospektif olarak incelenmiştir.

Bulgular: Olguların başvuru anındaki yaşlar ortalaması erkeklerde $16,1 \pm 1,2$; kızlarda $15,4 \pm 1,3$ olduğu, olguların %89,1'inin erkek, %10,2'sinin kız olduğu, %99,4'ünün bekâr olduğu, %77,6'sının eğitimi yarıda bıraktığı, %36,3'ünün geçici işlerde çalıştığı, %52,4'ünün Diyarbakır'da yaşadığı, %90,7'sinin ailesiyle beraber yaşadığı, %66,7'sinin şehir merkezlerinde yaşadığı, %93,4'ünün çekirdek aile yapısında olduğu, %82,3'ünde evin geçimini babanın sağladığı; %90,6'sında babanın, %97,8'inde annenin hayatta olduğu; %98,8'inde annenin, %88,3'ünde babanın düşük eğitim düzeyinde oldukları (lise altı), %79,5'inin düşük sosyoekonomik seviyede olduğu, %62,6'sının 5 ve üzeri kardeş sayısına sahip olduğu, %53,9'unda suç öyküsü olduğu, %39,5'inin bir akrabasında cezaevi yatış öyküsünün olduğu; %98'inin sigara, %54,2'sinin alkol kullandığı, %58,3'ünde kendine zarar verme davranışı öyküsü olduğu, %19,4'ünde intihar girişimi öyküsü olduğu, %59,2'sinde evden kaçma öyküsü olduğu, %85,9'unun çoklu madde kullandığı, madde kullanım başlama yaşının en düşük 8 olduğu; ortalamasının 13 olduğu, %66,6'sında başlama maddesinin esrar olduğu, en sık kullanılan maddenin (%91,1) esrar olduğu saptandı.

Sonuç: Madde bağımlılığı bireyi ve toplumu etkileyen önemli bir halk sağlığı sorunudur. Bu sorunun irdelenmesi ve nedenlerin tespit edilmesi, alınabilecek önlemlere ve üretilecek çözüm yollarına kaynak olabilecektir.

Anahtar Kelimeler: Madde bağımlılığı, çocuk, ergen, sosyodemografik özellikler.



ABSTRACT

Introduction and Aim: Substance addiction is a multifaceted problem that negatively affects the individual, family and society. In our study, it was aimed to contribute to the literature and the prevention of addiction, as a result of obtaining sociodemographic characteristics and epidemiological data on substance use in patients who were drug addicts and were treated at Diyarbakır ÇEMATEM between 2016-2019.

Material and Method: In the our present study; 363 cases treated at the child adolescent substance addiction treatment and rehabilitation center in Diyarbakır between January 1, 2016- December 30, 2019 were examined retrospectively.

Results: The mean age of cases was 16.1 ± 1.2 in male and 15.4 ± 1.3 in female, 89.81% were male and 10.19% were female, 99.4% were single, 77.6% dropped out of school, 36.3% of them work in temporary jobs, 52.4% of the cases live in Diyarbakır, 90.7% of the cases live with their family, 66.7% of the cases live in the city center, 93.4% consists of nuclear family, 90.6% of the cases their father provide for our families, 90.6% of their fathers; 97.8%, their mothers was alive, 98.8% of them had a low education level of the mother and 88.3% of the father had a low level of education (below high school), 79.5% of them are at low socioeconomic level, 62.6% of them have 5 or more siblings, 46.1% had a criminal history, 39.5% of them had a history of imprisonment in a relative, 98% of the cases were smokers, 54.2% of the cases used alcohol, 58.3% of the cases had a history intentional self-mutilation behavior, 19.4% of the cases had a history of suicide attempt, 59.2% of the cases history of running away from home, 85.9% of the cases used multiple substances, the age of onset of substance use is at least 8, the mean age of onset of substance use is 13, 66.6% of the cases used cannabis as a starting substance, it was determined that the most frequently used substance (91.1%) was cannabis.

Conclusion: Substance abuse is an important problem affects the individual and society. The investigation of this problem and determination of the causes will be

able to be a source for the measures that can be taken and the solutions that will be produced.

Key Words: Substance addiction, child, adolescent, sociodemographic characteristics.



İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR	i
ÖZET.....	ii
ABSTRACT	iv
İÇİNDEKİLER	vi
KISALTMALAR	viii
TABLolar	ix
ŞEKİLLER	x
1. GİRİŞ VE AMAÇ	1
2. GENEL BİLGİLER.....	4
2.1.Bağımlılık.....	4
2.1.1.Psikolojik Bağımlılık.....	5
2.1.2.Fizyolojik Bağımlılık	5
2.2. Madde ve Madde Kötüye Kullanımı	6
2.2.1. Tarihçesi	6
2.2.2.Bağımlılık Yapan Maddeler	9
2.2.2.1. Doğal Olanlar	9
2.2.2.2. Sentetik Olanlar	12
2.2.3. Tanı Kriterleri.....	19
2.2.4. Epidemiyoloji	20

2.3.Madde Bağımlılığının Nedenleri.....	22
2.4.Madde Bağımlılığının Sonuçları	23
2.5.Madde Aranması ve Testleri	24
2.6.Madde Bağımlılığı İle Mücadele.....	26
2.7.Türk Ceza Kanununda Madde Kullanımı	29
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	31
3.1. Etik Kurul Onayı	32
4. BULGULAR.....	33
4.1. Tanımlayıcı bulgular	33
4.2. Karşılaştırmalı bulgular	49
5. TARTIŞMA	61
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	66
7. KAYNAKLAR	68

KISALTMALAR

AMATEM	: Alkol ve Madde Bağımlılığı Araştırma, Tedavi ve Eğitim Merkezi
APA	: Amerikan Psikiyatri Derneği
BM	: Birleşmiş Milletler
CEPOL	: Avrupa Polis Koleji
DEA	: ABD Uyuşturucu ile Mücadele Dairesi
DOE	: ABD Enerji Bakanlığı
DSM	: Mental bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
EMCDDA	: Avrupa Uyuşturucu ve Uyuşturucu Bağımlılığı İzleme Merkezi
FBI	: ABD Federal Soruşturma Bürosu
INTERPA	: Uluslararası Polis Akademileri Birliği
INTERPOL	: Uluslararası Polis Teşkilatı
NCA	: Birleşik Krallık Ulusal Suç Ajansı
TCK	: Türk Ceza Kanunu
TİKA	: Türk İşbirliği ve Koordinasyon Ajansı Başkanlığı
TADOC	: Türkiye Uluslararası Uyuşturucu ve Organize Suçlarla Mücadele Akademisi
THC	: Tetrahidrocannabinol
TİKA	: Türk İşbirliği ve Koordinasyon Ajansı Başkanlığı
TUBİM	: Türkiye Uyuşturucu ve Uyuşturucu Bağımlılığı İzleme Merkezi
UNODC	: United Nations Office on Drugs and Crime (Birleşmiş Milletler

Uyuşturucu ve Suç ile Mücadele Örgütü)

TABLÖLAR

4.1. Tanımlayıcı Bulgular

Tablo 1. Olguların sosyodemografik özellikleri.....	33
Tablo 2. Olguların yerleşim yerleri, yerleşim yerlerinin özellikleri, yaşadığı ortam özelliklerine göre dağılımı	36
Tablo 3. Olguların ailesel özellikleri I.....	39-40
Tablo 4. Olguların ailesel özellikleri II	41
Tablo 5. Olguların suçla karışma bilgisi dağılımı	42
Tablo 6. Olguların akrabalarında cezaevi yatış öyküsü dağılımı	43
Tablo 7. Olguların madde kullanım bilgileri.....	43-44
Tablo 8. Olguların kişisel özellikleri	47
Tablo 9. Tedaviye ilişkin bilgiler	48

4.2. Karşılaştırmalı Bulgular

Tablo 10. Başlama yaş gruplarına göre sosyodemografik özelliklerin dağılımı	49
Tablo 11. Başlama yaş gruplarına göre yerleşim yeri, yerleşim yerinin özelliği ve yaşadığı ortam özelliklerine göre dağılımı	50
Tablo 12. Başlama yaş gruplarına göre ailesel özelliklerin dağılımı I.....	51-52
Tablo 13. Başlama yaş gruplarına göre ailesel özelliklerin dağılımı II.....	52
Tablo 14. Başlama yaş gruplarına göre suçla karışma bilgisi dağılımı	53
Tablo 15. Başlama yaş gruplarına göre yakınlarında cezaevi öyküsü dağılımı	53
Tablo 16. Başlama yaş gruplarına göre kişisel özelliklerin dağılımı	54
Tablo 17. Başlama yaş gruplarına göre tedaviye ilişkin bulguların dağılımı.....	54
Tablo 18. Tekli-çoklu madde kullanımına göre sosyodemografik özelliklerin dağılımı	55
Tablo 19. Tekli-çoklu madde kullanımına göre yerleşim yeri, yerleşim yerinin özelliği ve yaşadığı ortam özelliklerine göre dağılımı	56

Tablo 20. Tekli-çoklu madde kullanımına göre ailesel özelliklerinin dağılımı I.....	56-57
Tablo 21. Tekli-çoklu madde kullanımına göre ailesel özelliklerinin dağılımı I.....	58
Tablo 22. Tekli-çoklu madde kullanımına göre suça karışma bilgisi dağılımı	58
Tablo 23. Tekli-çoklu madde kullanımına göre akrabalarında cezaevi öyküsü dağılımı	59
Tablo 24. Tekli-çoklu madde kullanımına göre kişisel özelliklerin dağılımı	59
Tablo 25. Tekli-çoklu madde kullanımına göre tedaviye ilişkin bulguların dağılımı.	60

ŞEKİLLER

Şekil 1. Olguların cinsiyet dağılımı	34
Şekil 2. Olguların yaş dağılımı	35
Şekil 3. Olguların yaşadığı il	37
Şekil 4. Diyarbakır’da yaşayanların ilçelere göre dağılımı	38
Şekil 5. Olguların ilk kullandığı madde	45
Şekil 6. Olguların sigara kullanımı	45
Şekil 7. Olguların alkol kullanımı.....	45
Şekil 8. Kullanılan maddeler	46

1. GİRİŞ ve AMAÇ

Nüfus olarak Türkiye'nin 12. büyükşehri olan Diyarbakır, Güneydoğu Anadolu Bölgesinin büyük ve modern şehirlerinden biridir. Diyarbakır, konumu, kırsaldan göç alması gibi nedenlerle madde bağımlılığı sık görülen iller arasındadır. Türkiye'de Çocuk Ergen Madde Bağımlılığı Arındırma ve Rehabilitasyon Merkezi (ÇEMATEM) 8 tane olup; İstanbul (2 adet), Ankara, İzmir, Bursa, Gaziantep, Samsun ve Diyarbakır'da bulunmaktadır.

Ergenlik, 10-19 yaş arası dönemi kapsayan; önemli fiziksel, bilişsel, duygusal, sosyal ve davranışsal değişiklikleri içeren bir gelişim aşamasıdır. Bu karmaşık gelişimsel süreçlerin altında yatan nörolojik ve biyolojik değişiklikler, ergenleri madde kullanımını başlatmaya, madde kullanım bozuklukları oluşturmaya ve maddeyle ilgili olumsuz sonuçlar yaşamaya yatkın hale getirebilir. Ayrıca bilişsel kabiliyetlerin merkezi olan prefrontal beyin gelişimi ergende, ödül ve keyif mekanizmasından daha sonra geliştiği için ergen; madde kullanımına karşı daha savunmasız sayılmaktadır (1).

Ergenlik çağı, madde kullanımının başlangıcı olması, ergenlikte başlayan madde kullanımının ömür boyu madde kullanım bozukluğu riskini arttırması ve ergenliğin benzersiz biyopsikososyal bir dönem olması nedeniyle bu kritik gelişim döneminde, kanıta dayalı araştırmalar önleme ve tedavi etmeye odaklanmalıdır (2).

Madde kötüye kullanımı, yaşamak için gerekmediği halde, belli maddelerin kişide yarattıkları keyif veren etkileri nedeniyle kullanılması olarak değerlendirilebilir (3).

Madde bağımlılığı, mücadelesi zor ve önlem alınmadığında ölümle dahi sonuçlanabilen kompleks bir hastalıktır. Bireye, aileye ve topluma maddi yüklerle sebep olan bu önemli sorunun önlenmesinde ve tedavisinde bireye, aileye, başına, sivil ve resmi kurumlara, devletlere ve uluslararası kuruluşlara kadar sorumluluklar düşmektedir.

Kullanılan tüm maddeler merkezi sinir sistemini etkileyerek bireyin psikolojik durumunu, duygularını, düşünce ve eylemlerini değiştirerek bireyin kendi üzerindeki denetimini bozarak, çabucak bağımlılık oluşturabilmektedir (4).

Madde bağımlılarının temel özellikleri; psikoaktif etkilere tolerans gelişimi, sıklık ve alım miktarının aşırı arttırılması, kullanımlarının ani kesilmesiyle oluşan yoksunluk krizi, bırakmak için sonuca ulaşmayan girişimler, madde bulmaya zaman harcanması, ergenlerde okul başarısında düşme ve okula devamlılıkta güçlük, uyum bozuklukları, antisosyal davranışlar, erişkinlerde sosyal ve iş etkinliklerde azalma görülmesi, uzun vadeli kullanımdan kaynaklanan fiziksel ve ruhsal rahatsızlıkların oluşmasıdır (3-5).

Ergenlerde madde kullanım riskini artıran etkenler bulunmaktadır. Arkadaş çevresine uyum gösterme isteği, merak, kişisel veya ailesel problemler madde kullanımına başlamada riski arttıran faktörler olarak sayılabilir. Ayrıca kişinin irade gücü de önemli bir etkindir (4-7).

Madde kullanımını önleyici çalışmalar riskleri azaltmayı ve koruyucu etkenleri artırmayı hedeflemelidir (8).

ABD ve Avrupa ülkeleri ile karşılaştırıldığında, ülkemizde madde kullanım yaygınlığının daha düşük olduğu dikkati çekmektedir (9).

En az son bir aydır gecelerin büyük çoğunluğunu ailesinin yanında geçirmeyen ve sokakta kalan çocuklar, “sokakta yaşayan çocuk” olarak tanımlanmıştır. Sokakta yaşayan çocuklar her türlü ihmal, istismar, kötü davranışa maruz kaldığı gibi madde kullanım ve bağımlılığı yaygınlığı aynı yaş grubuna göre oldukça yüksek olduğu akılda tutulmalıdır (10). Ergenlikte başlanılan madde kullanımı, nöropsikolojik değişiklikler yaparak bilişsel yeteneklerde bozukluk yapar. Ömür boyu sürecek olan bağımlılık, davranış bozuklukları ve psikiyatrik hastalık oluşma risklerini önemli ölçüde artırır; dolayısıyla madde kullanımı, ergenin sağlığını ve gelecekteki yaşam kalitesini olumsuz etkilemektedir (11). Nitekim madde kullanım bozukluğu olan ergenlerin, madde kullanmayanlara kıyasla daha fazla psikiyatrik bozukluk gösterdiklerine dair yayınlar bulunmaktadır (12).

Madde kullanımı ergen sağlığında önemli bir sorun olmasının nedenlerinden biri de maddelerin neden olduğu psikiyatrik sorunların diğer mevcut komorbid psikiyatrik durumları perdeleyerek doğru teğhisini engellemesidir. Dolayısıyla Çocuk Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Uzmanları bağta olmak üzere klinisyenlerin izole edilmiğ diğer komorbid psikiyatrik durumları madde kullanım bozukluğundan ayırt etmeleri gerekmektedir (13).

Aile bireylerinde madde kullanımı olan çocuklarda; kötü muameleye maruz kalma oranı normalden yüksek olduğu gibi, bu çocukların ilerleyen zamanlarda madde kullanıcısı olma olasılığı da normalden yüksektir. Bu zincirin kırılması için madde kullanımına karęı bütüncül bir yaklaşım gerektiği anlaşılmalıdır. Ayrıca çocuk doktorlarının ihmal veya istismara maruz kalmış çocuklarda bu riskin farkında olmaları önemlidir (14).

Madde bağımlılığı güncel haliyle tedavisi gereken komplike yapıya sahip bir hastalık olarak değerlendirilmesine rağmen, toplumda ahlaki ve iradi bir bozukluk olarak görölmesi kişinin toplumdan dışlanmasına ve tedavi başvurusunda gecikmelere neden olmaktadır (15).

Maddeye artan talebi engelleyebilmek için devletler, uyuşturucu üretimi, ticareti ve kaçakçılığı ile mücadele kapsamında kanunlarına caydırıcı maddeler koyarak ve uluslararası iş birlikleri yaparak bu sorunu dünya çapında çözmeye çalışmaktadır (16).

Bu çalışmanın amacı madde kullanımı nedeniyle Diyarbakır ÇEMATEM'de tedavi edilen olguların sosyodemografik özelliklerini saptamak ve madde kullanımı ile ilgili epidemiyolojik verilerin elde edilmesini sağlayarak; çözüme yönelik yaklaşım biçimleri geliştirmek için literatüre aynı zamanda da madde bağımlılığını önleme ile ilgili atılacak adımlara katkı sağlamaktır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Bağımlılık

Bağımlılık kelime anlamı olarak, “kendini bir nesneye adanmak” anlamına gelen Latince “addicere” sözcüğünden gelmektedir. Kişinin psikolojik ve fiziksel sağlığı veya sosyal hayatını olumsuz etkilemesine rağmen, önüne geçemedikleri düşünce ve dürtülerdir. Bağımlılık denildiğinde öncelikle akla bir takım kimyasal maddelere veya zevk alınan eylemlere yönelik duyulan bağımlılık akla gelmekle birlikte; kumar, alışveriş, sigara, alkol, internet, ekran, cinsellik ve yeme/içme bağımlılığı şeklinde farklı bağımlılık türlerinden de söz edilebilir. Ancak hepsinin ortak noktası, olumsuz sonuçlarına rağmen bu davranışın devam etmesidir (17).

DSÖ madde bağımlılığını “maddenin, yinelenerek kullanılmasıyla ortaya çıkan bir zehirlenme durumu” olarak tanımlanmaktadır (18). Amerikan Psikiyatri Birliği’ne göre ise kişinin psikoaktif madde kullanımını kontrol edememesi ve olumsuz sonuçlarını bilmesine rağmen kullanmaya devam etmesi ve bunun sonucunda oluşan olumsuz semptomlar bütünüdür (19).

Bağımlılık yapan maddenin düzenli kullanılması halinde beden bağımlılık yapıcı maddenin etkisine alışması; bu maddenin alınmaması ya da azaltılması halinde ise, kişide yorgunluk belirtilerinin ortaya çıkması da bir diğer “bağımlılık” tanımı olarak kabul görmektedir (20).

Madde bağımlılığı, mücadele edilmesi oldukça zor ve ölüme kadar uzanabilen bir hastalıktır. Ayrıca uyuşturucu madde bağımlılığı bireysel sonuçların yanı sıra toplumsal huzursuzluklara ve adli problemlere neden olmaktadır. Madde bağımlısı kişi, maddeye sahip olmak için harcadığı gücü ve zamanı günlük diğer yapılması gereken sorumluluklardan önce tutar. Bunun sonucunda ergende ders başarısında düşme, okulu bırakmaya varan devamlılıkta bozulma, intihara varabilen kendine zarar verme davranışı, ailesine karşı görev ve sorumlulukları yerine getirmeme, erişkinde iş ve sosyal hayatta performans kaybı, madde etkisindeyken şiddet-kavga davranış kusurları, trafik ve iş kazalarına neden olma gibi birçok problemleri beraberinde getirmektedir (21).

Bağımlılık, psikolojik bağımlılık ve fizyolojik bağımlılık tanımlamaları üzerinden incelenebilir.

2.1.1. Psikolojik bağımlılık: Psişik bağımlılık olarak da adlandırılabilen bu kavram kişinin kişilik yapısı gereği, gereksinimlerini tatmin etme amacı ile maddeyi kullanma isteği oluşması ve kullanmadığında psikolojik şikâyetlerin ortaya çıkması olarak tanımlanır. Maddenin yeniden alınması yönünde kuvvetli bir istek olması, onsuz yapamayacağına inanması, ortaya çıkan zararlı etkilerin henüz kişisel sınırlar içinde kalması psikolojik bağımlılığın özellikleri arasında bulunmaktadır (4).

2.1.2. Fizyolojik bağımlılık: Maddenin düzenli kullanılmasıyla; vücudun maddenin etkisine alışması, alınmadığında veya azaltıldığında yoksunluk bulgularının meydana gelmesidir. Fiziksel bağımlılık da denir. Madde alınmadığında ya da azaltıldığında yoksunluk belirtileri ortaya çıkmıyorsa fiziksel bağımlılıktan söz edilemez. Yoksunluk belirtilerinin şiddeti fiziksel bağımlılığın ağırlığıyla doğru orantılıdır (22).

Bağımlılık ile ilgili önemli kavramlar:

Yoksunluk: Düzenli kullanılan bir maddenin azaltılması veya kullanılmaması durumunda gelişen, kullanılan maddeye özgü davranış bozukluklarıdır. Örneğin alkol eksikliğinde titreme, uykusuzluk, mide bulantısı, geçici sanrılar, anksiyete; amfetamin ve kokain bulamama durumunda yorgunluk, psiko-motor becerilerde azalma; opiyat bulunmamasında ise bulantı, öfke krizleri, korku, kas ağrıları, mide krampları, gözlerde yaşarma, terleme, ishal ve ateş gibi semptomlar oluşabilmektedir (21).

Tolerans: İstenilen etkiyi elde edebilmek için kullanılan madde miktarının artırılması ya da aynı miktardaki maddenin sürekli kullanımıyla elde edilen etkide azalma olmasıdır. Tolerans gelişmesi eroin ve morfin gibi maddelerde daha hızlı gelişirken esrar ve benzeri maddelerde daha yavaş gelişmektedir (21).

İntoksikasyon: Madde alımından kısa bir süre sonra o maddeye özgü klinik semptomlarla uyumlu davranış bozuklukları veya psikolojik değişikliklerdir (21).

2.2. Madde ve Madde Kötüye Kullanımı

Uyuşturucu ya da uyarıcı madde kavramları yerine “madde” kavramı daha kapsayıcı bir terim olduğundan kullanımı bilimsel anlamda daha uygun görülmektedir. Madde kullanımı bağımlılık sürecinin başladığı andır ve madde bağımlılığını oluşturan aşamaları ifade eder. DSÖ’nün tanımına göre bağımlılık yapıcı maddeler; “kullanımı yönünde önüne geçilmez arzu, kullanıldığı miktarı artırma eğilimi, psikolojik ve fiziksel bağımlılık hali oluşturan” maddelerdir (22).

Madde kötüye kullanımında madde kullanımından kaynaklı davranış ve uyum bozukluklarına sebep olacak tarzda kullanım vardır. Bu sebeple nikotin ve kafein bağımlılığında madde kötüye kullanım teşhisi kullanılamaz (21).

2.2.1. Tarihçe

Madde kullanımına dair kanıtlar yazılı tarih başına kadar uzanır. Çeşitli maddeler genelde öncelikle tıbbi amaçlı kullanılmış olup bunun dışında dinsel törenler, eğlence amaçlı veya ağrı kesme gibi farklı nedenlerle ve farklı toplumlarca kullanılmıştır. Madde kötüye kullanımı kültürünün ortaya çıkmasında bağımlılık yapan maddelerin mitlerde, efsanelerde, destanlarda, dinlerde, edebiyat eserlerinde ve şarkılarda yer almasının önemli bir katkısı vardır. İnsanlığın başlangıcından günümüze kadar uzanan kültürel birikim, toplumlar madde kötüye kullanımına yatkınlık sağlayan bir unsur olarak düşünülebilir (23). Tarihte yazılı belgelerden bilgi edinebilen ilk madde alkoldür. Tarihte alkolün ilk kullanımı muhtemelen fermente edilmiş bal veya meyvelerin tüketilmesi yoluyla olmuştur. Bilinçli bir şekilde üzüm fermentasyonu ve buradan alkol elde edilmesine yönelik ilk veriler M.Ö. 6000’lerde bugünkü Ermenistan bölgesinde gerçekleşmiştir (24). Bazı tarihçiler koka bitkisini çiğneyen hayvanların hiperaktif olmasıyla Kızılderililerin koka bitkisinin uyarıcı etkisini keşfettiklerini belirtirler. Güney Amerika yerlileri, zihinsel faaliyetleri hızlandırmak, açlık hissini gidermek amacıyla koka yapraklarını çiğneyerek kokain alkaloidini aldıkları bilinmektedir (21).

Morfin, Friedrich Helm Sertusner tarafından keşfedilmiştir. Ağrılı hastalıklarda hastaya sakinlik verdiği için kullanılmaya başlanmıştır. 1861–1865

yıllarında ise Amerika iç savaşında yaralı askerlerin ağrılarını ve korkularını bastırmak için kullanılmıştır. Sonra askerler morfin bulamadıklarında yoksunluk belirtileri gösterdiklerinden bu krizler "Asker Hastalığı" olarak isimlendirilmiştir (25). Hintliler esrara “vişema” diye isim vermişlerdir ki bu kendi dillerinde başarı ve mutluluk anlamına gelmektedir. Perslerin kutsal kitabı Zerdüşt'te kenevir bitkisinin neşe verdiği ve üzüntüyü dağıttığı yazılmıştır. Tarihçi Herodot Mezopotamya’da yaşayan Asurlular ve Sümerler ile Aral bölgesinde yaşayan İskitlerin kenevire benzer bir bitkinin yapraklarını ateşe atarak çıkan dumanı soluyarak sarhoş olduklarını yazmıştır (23). Barbitüratlar, Adolf von Baeyer tarafından 1864 yılında keşfedilmiş olup çeşitli sağlık probleminin tedavisinde yaygın bir şekilde kullanılmıştır (26). Ancak daha sonra suistimale neden olunca kırmızı reçete uygulaması gibi önlemlerle kullanımı kısıtlanmıştır. 1897 yılında Felix Hoffman tarafından ağrıları kesen ve içerisinde büyük oranda morfin bulunan "eroïn" adı verilen bir ilaç üretilerek satışa sunulmuştur. Bu ilaç kısa sürede pek çok ülkeye ihraç edilmiş ve yaygınlaşmıştır. Sonra yüksek dozda ölüme yol açtığı ve bağımlılık yaptığı anlaşıncı 1931 yılında satışı yasaklanmıştır (27).

Anadolu topraklarında çeşitli amaçlarla kullanmak üzere afyon ve kenevir başta olmak üzere çeşitli bitkiler M.Ö 4000’li yıllardan bu yana Sümerler ve diğer uygarlıklar tarafından yetiştirilmiştir. Dünyada ilk kez tarımı geliştiren Sümerler, haşhaş için keyif bitkisi anlamına gelen "hul ve gil" ideogramlarını kullanmıştır (23).

Anadolu’ya gelen Türkler yerel halktan afyon ve kenevir tarımını öğrenerek devam ettirmişler, endüstri devrimi sonrasında dünyada en önemli afyon üreticisi haline gelmişlerdir (28). Afyon bitkisinin giderek yayılmasıyla birlikte ilk yasaklamalar 19. yüzyılın ikinci yarısında Amerika’da Çinlilerin yoğunlukla yaşadıkları bölgelerden biri olan San Francisco’da gerçekleştirilmiştir. Ülkemizde ise 15 Aralık 1926 tarihli ve 1639 sayılı maddeler kanunu ile getirilen sınırlama bağımlılık yapan maddelerle ilgili ilk yasaklamadır. Türkiye’de afyon üretimi ve alım satımı Cenevre Afyon Sözleşmesi’ne göre düzenlenmiş ayrıca 10 Ocak 1932 tarihli ve 1918 sayılı Kaçakçılık Kanunu ile ağır cezalar belirlenmiştir. 1930’lu yıllarda İstanbul’da bir Japon firması tarafından kurulan eroïn fabrikasına ABD ve Avrupa ülkeleri tepki göstermiş, konunun önemi gereği Atatürk’ün başkanlığında toplanan

Bakanlar Kurulu tarafından Türkiye'nin taraf olduğu 1912 Lahey ve 1931 Cenevre Sözleşmelerine göre 14 Ocak 1933 tarih ve 2108 sayılı kanun çıkarılarak haşhaş ekimine-üretimine sınırlama ve düzenleme getirilmiş, eroin fabrikası kapatılmıştır (29). Doğusunda madde üretim bölgeleri, batısında ise madde tüketim bölgeleri bulunan, coğrafi olarak Asya ve Avrupa kıtalarının birleştiğı yerde ve Balkan Yolu üzerinde yer alan Türkiye bu konumundan dolayı geçiş ülkesi olarak kullanılmaktadır. Bu durum madde kullanımının artmasına ve başlama yaşının 15 yaşın altına düşmesine neden olmuştur (30).

Bağımlılık yapan maddeler Ögel ve Çetin tarafından şu şekilde sıralanmıştır:

- a) Sigara
- b) Nikotin içeren tütün ürünleri
- c) Kafein ve metilksantinler
- d) Sarhoşluk yapanlar: Alkol, eter, kloroform, bazı uçucu gazlar
- e) Uyku verenler: Sulfonal, veronal, paraldehyde, chloralhydrate, bromide
- f) Optiyatlar: Afyon, morfin, eroin, kodein, metadon, meperidin, fentanil, levorfanol, pentazosin, tramaol, alfaasetilmethadol
- g) Psikomotor uyarıcılar: Amfetamin, crack, kokain, ekstazi, kafein, kationin
- h) Sentetikler: Ekstazi, captagon, metamfetamin, LCD, ketamin, fensiklidin, sentetik kannabinoid (bonzai)
- i) Merkezi sinir sistemini baskılayanlar: Alkol, akineton, barbitüratlar, meprobonat, benzodiazepin (diazem), bazı uyku ilaçları,
- j) Uçucu maddeler: Tiner, eter, benzin, gazolin, yapıştırıcılar (bali gibi), kloroform, terraklorür, toluen

k) Halüsinojenler (hayal gördürenler): LSD, meskalin, psilocybin, DET (dietil triptalmin), DMT (dimetiltriptamin), DOM (dimetoksimetil amfetamin), MDA (metilendioksi amfetamin), fensiklidin (PCP), esrar, marihuana, haşhaş (19).

Uyuşturucu maddeler literatürde geniş bir alana yayıldığından, her madde için değişik kaynaklarda farklı başlıklar oluşturduğu görülmektedir. Buna karşın; genel olarak sınıflamak gerekirse maddeler türlerine göre doğal uyuşturucular ile sentetik uyuşturucular olarak ikiye ayrılmaktadır (31).

2.2.2. Bağımlılık Yapan Maddeler:

2.2.2.1. Doğal olanlar

Bitkilerden elde edildikten sonra hiçbir işleme gerek kalmadan dahi kullanılabilen maddelerdir. (31)

Afyon: Tarihi çok eskilere dayanan haşhaş bitkisinden ortaya çıkan afyon, olgunlaşmamış haşhaş tohumlarının kapsülünün çizilmesiyle içinden akan yapışkan süt pıhtılaştıktan sonra özel bıçaklarla alınarak elde edilmektedir. Ortadoğu ve Asya'da Amerika'ya göre daha çok tüketildiği bilinmektedir (32).

Afyonda 20'den çok alkaloid bulunur. Morfin, kodein, tebain, papaverin en çok bulunan kimyasallardandır. İşlenen afyondan morfin, eroin, kodein gibi elde edilen maddeler bağımlılar tarafından hap olarak ağızdan; suya, çaya veya şaraba katılıp içilerek, çiğnenerek, sigaraya eklenerek, burundan çekilerek ya da damara enjekte edilme yöntemiyle kötüye kullanımı bulunmaktadır (33). İlk zamanlarda öksürük gidermek ve çocukları sakinleştirmek için kullanılmıştır. Afyonun bilinçte bozulma, uyuşukluk hali, konuşma bozukluğu, hafıza kaybı, kafa içi basınç artışı, kabızlık, bulantı, kusma, kilo kaybı, halüsinasyon gördürme, cinsel işlevlerde bozulma ve solunum depresyonu gibi etkileri bulunmaktadır. Sokak ortamında “cin, pekmez, big D, siyah hap” gibi şifreli isimlendirilmeleri mevcuttur (34).

Afyonun etki gücü içerdiği morfin seviyesine bağlıdır. Afyon türetildiği haşhaş bitkisi tohumundan, yağından, çiçeğinden, sapından, kökünden ilaç sanayisi başta olmak üzere çeşitli alanlarda insanlık tarihinden günümüze kadar faydalanılan çok amaçlı ve faydalı bir bitkidir (21).

Kokain: Güney Amerika'da; başlıca Kolombiya, Şili, Peru, Bolivya dolaylarında çoğunlukla And Dağları'nda yetişen "Erythroxylon Coca" bitkisinin yapraklarından üretilen renksiz, kokusuz ve en güçlü doğal uyarıcı maddedir. En kolay ve en hızlı alışkanlık yapan madde türü olarak bilinen kokain; saf olarak kullanılmakla birlikte, suda eriyebilmesi özelliği nedeniyle prokain maddesi veya şeker tozu ile karışım haline getirilerek kullanılabilir. Damar veya cilt altına enjekte edilerek, buruna çekme veya ağız yoluyla kullanım yolları bulunmaktadır. En yaygın olarak buruna enfiye gibi çekilerek kullanılmaktadır (35).

Eroin ile birlikte "speedball" adı verilen özel bir karışımla ya da sodyum bikarbonat ile çözündürüp kurutulmasıyla "crack" adı verilen form kokainin diğer kullanım şekillerindendir. Crack diğer kokain türlerine göre hızlıca buharlaşması ve hızlı etki göstermesiyle ayrılır (21).

Kokain ilk kullanımlarda dinç, neşeli hissetme hali, cinsel istekte artış gibi kullanıcıyı iyi hissettirmesine rağmen; sonraki kullanımlarda gözaltlarında morarma, burunda his kaybı ve burun septumunda delinmeler gibi fiziksel değişiklikler ve çeşitli ruhsal bozukluklara sebep olduğu bilinmektedir (31). Lidokain gibi lokal anestetik maddelerin öncülü olan kokain sistemik kullandığında ağız kuruması, göz bebeklerinde genişleme, terleme gibi semptomlardan felç ve ani kardiyak ölüme varabilen tehlikeler barındırmaktadır (36). Kokain kullanımı ABD ve Güney Amerika ülkelerinde epidemik seviyelere ulaşmıştır. Koka yaprakları %0,5-1 oranında kokain içermektedir. Kaynaklarına uzak olmamız ve pahalı olması nedeniyle ülkemizde diğer maddelere oranla kullanımı yaygın değildir (21). Ancak dünyada kenevirden sonra en çok kullanılan madde kokain olup; dünyada üretimi her geçen gün artması dikkat çekmektedir (37). Kokainin etkisi alındıktan hemen sonra başlayıp 30 dk ile 1 saat içinde sonlanmaktadır. İdrarda tek bir dozda 1-3 gün, sürekli yüksek dozda kullananlarda ise 7-12 gün kalabilen kokain metaboliti "benzoilekgonin" birçok laboratuvarla ölçülebilmektedir. Gelişen tolerans sonucunda alınan miktar artınca halüsinasyonlar gelişebilmektedir. En tipik halüsinasyon kişinin derisinin altında böceklerin dolaştığı hissidir (19).

Esrar: Esrar "Hint keneviri" bitkisinden elde edilen yeşilimsi renkte, dünyada en yaygın olarak kullanılan ve ticareti yapılan yasadışı maddedir. Alkol ve

tütünden sonra ek sık kullanılan keyif verici maddedir. İklim ayırt etmeyen kenevir bitkisi; dünyanın her yerinde yetiştirilmekle birlikte özellikle Jamaika, Afrika, Meksika, Hindistan ve Ortadoğu'da yetiştirilmektedir. İklim ayırt etmemesi kolay ulaşılabilir olmasına ve ucuz olmasına neden olmuştur (21). Esrarın etken maddesini dışı Hint kenevirinin delta-9 tetrahidrocannabinol (THC) maddesi oluşturmaktadır. Yapraklarından elde edilen ve %2-4 oranında THC içerenine Batı Avrupa ve ABD'de "Mariuhana", çiçeklerinden elde edilen reçinesinden yapılan ve % 5-12 oranında THC içerenine "Haşhiş" denir. Haşhiş en etkili ve aranan türüdür. Haşhiş ile haşhaş tamamen farklı maddeler olup yazımdaki benzerlik sebebiyle sıkça karıştırılmaktadır. Bizim ülkemizde iyi veya kaliteli mal, kötü veya paspal mal şeklinde isimlendirme vardır. Sokakta “sarıkız, cigaralık, tek-çiftli-üçlü, kağıtlı, kuru, ot, derman” gibi şifreli isimlerle anılmaktadır. Maddeler içerisinde kullanımı nispeten kolay olması nedeniyle esrar ergenlik çağındaki erkeklerde en çok denenen maddedir. Ülkemizde ekimi yasak olmasına rağmen bazı illerde kaçak olarak ekimi yapılmıştır. Esrar üretmek için kenevirin yaprakları kurutulup toz haline getirilir ve elekten geçirilir. Elekten geçene toz esrar, geçmeyeene ise takoz esrar denir (21-38). Esrar bağımlılığı günlük veya günlüğe yakın sıklıkta kullanım ile öne çıkmaktadır. Esrar etkisi solunum yolu ile alındığında 2-4 saat, sindirim yolu ile alındığında 5-12 saat sürmektedir. Genel olarak etkisi dakikalar içinde başlayıp 30 dakikada maksimuma çıkar. Kannabinoidler; saç, pubik kıllar, idrar, tükürük, ter ve kanda tespit edilebilirler (38). Kek veya benzeri yiyeceklerin içine katılarak kullanılabilirler ancak genellikle tütüne karıştırılarak nargile, pipo ile veya sigara gibi sarılıp içe çekilerek kullanılmaktadır (31).

Esrar tıbben narkotik olmamasına rağmen ülkemizde narkotikler arasında yer alır. Sedatif, öforizan ve halusinojenik özelliklerinden dolayı sınıflandırılması zordur. Esrarın etkisi; cinsine, miktarına, kullanan kişinin özelliklerine göre değişir. Kısa vadede konjonktivada kızarıklık, iştah artması, ağız kuruluğu, taşikardi, neşeli hal görülürken; anksiyete, mutsuzluk, flashbacklar ve psikotik semptomlar ilerleyen süreçte görülebilen problemlerdir (21).

Esrar yoksunluk belirtileri çok belirgin olmamakla birlikte; huzursuzluk, gerginlik, iştahsızlık ve uykusuzluk görülmektedir. Diğer psikoaktif maddelere

oranla daha az zararlı ve bağımlılık potansiyelinin diğer maddelere göre daha düşük olduğu ifade edilmesi nedeniyle tartışılan esrarın bilişsel bozukluklar ve psikiyatrik belirtilerle seyreden etkileri literatürde yer almakta ve DSM 4 TR'de bağımlılık yaptığı klinik olarak belirtilmektedir. Ayrıca esrarın fizyolojik bağımlılık yaptığı hayvan deneyleriyle de ispatlanmıştır (38-39).

Morfin: Morfin mitolojideki "Morpheus" isimli uyku tanrısından adını almıştır (21). Afyonda en çok bulunan ve en önemli alkaloid olan morfin, afyonun birtakım işlemlerden geçmesi sonucunda üretilir. Güçlü ağrı kesici özelliği olan morfin, çok kısa sürede bağımlılık yapma potansiyeline sahiptir. Kristal toz görünümünde olan morfin, ağrı kesici özelliğinin yanında kaslarda gevşeme, uyku hali, sersemlik durumu, bulantı, kusma, kaşıntı, göz bebeklerinde küçülme ve solunum depresyonu gibi etkiler yaratmaktadır (31-33). Morfin ilk anlarda iyi hissettirmesine rağmen, etkisi azaldıkça kullanıcının eski ruh halinin daha fazla kötüleşmesine, uyuşukluk ve halsizlik halinin artmasına neden olmaktadır (40). Damar yoluyla alındığında 20, oral alındığında 60 dakikada maksimum etkisine ulaşan morfin; kas içine, cilt altına enjeksiyonla veya rektal yolla kullanılabilir. Etki süresi genellikle 3-7 saat arasında değişmekle birlikte daha uzun etkili formülleri de bulunmaktadır (41). Bağımlılar, genelde enjektörü kendileri kullanıp damar yoluyla morfini aldıklarından; dikkatli bir fizik muayene ile genelde kol, baldır, göğüs gibi yerlerde iğne izleri görülebilir (32).

2.2.2.2. Sentetik olanlar

Laboratuvar ortamlarında tıbbi amaçlarla üretilmeye başlanmış, fakat kullananlarda ciddi zararlar gözlenince üretimine son verilmiş ve yasaklanmıştır. Ancak yasaklanmış oldukları halde kaçak üretim ağına ve ticaretine sahiptir (31).

Eroin: Morfinin kimyasal işlemlerden geçerek oluşturulduğu eroin; renksiz, beyaz ya da açık kahverengi rengindedir. Ancak nitelikli eroin talk pudrası kadar ince, pudra şekeri kadar hafif ve beyazdır. Renk farklılıkları katkı maddelerinden kaynaklanır. Morfinden daha etkili ağrı kesici özelliği ve daha fazla bağımlılık potansiyeli taşıyan eroin, kullanıldıktan kısa bir süre sonra şiddetli bağımlılık ve tolerans oluşturmaktadır. Gelişen tolerans daha fazla doz kullanmayı

gerektirdiğinden dolayı ölümlere sebep olma oranı bakımından da ilk sıralarda yer alır. Buruna çekme, damara veya cilt altına enjeksiyon yöntemiyle kullanılmaktadır (31). Ülkemizde buruna çekme, ABD'de enjeksiyon yoluyla, Ortadoğu'da tozu alüminyum varak üzerine konulup alttan ısıtılarak dumanı çekilerek kullanma şekli yaygındır. Kullanıcıda başlangıçta keyif hissi verse de daha sonraki dönemlerde çevreye ilgisizlik, motor ve mental hareketlerde yavaşlama, cinsel istek azalması, dikkat eksikliği, depresyon, karakter yıkılması yapar (21).

Tek kullanımda dahi bağımlılık yapabilen eroin, bağımlı olduktan sonra kişi eroin temini için evde veya dışarıda hırsızlık yapmaya, cep telefonu, saat gibi kendi eşyalarını satmaya başlar. Uyuşturucu bulundurmamak, satmak, sahtekarlık, gasp, hırsızlık, dolandırıcılık, hayat kadınlığı, adam yaralama-öldürme suçları gibi illegal davranışlara yönelim sık görülür. Çocuk ve ergenlerde okuldan evden kaçma, okulda disiplin sorunları, okulu bırakma, kasten kendine zarar verme davranışı, intihar girişimleri, erişkinde iş hayatında düzensizlikler, işsizlik ve boşanma sık görülür. Aynı enjektörün birden fazla kez kullanılması, birden fazla bağımlının aynı enjektörü kullanması, metruk yapılarda ve hijyenik olmayan umumi tuvalet ortamlarında kullanılması sonucu AIDS ve hepatitler gibi bulaşıcı hastalıklara yakalanma riski bulunur (42).

Opioid kullanımdan 12-36 saat sonra test pozitifleşir. Tedavi edilmeyenlerde ölüm oranı yüksek olup ölüm çoğunlukla aşırı doz, intihar, madde etkisindeyken yapılan kazalar ve madde kullanımı sonucunda oluşan tıbbi komplikasyonlar sonucudur (21).

LSD: Başlarda migren tedavisinde kullanılmak üzere "Lysergic acide diethylamide (LSD)" maddesi sentezlenmiştir. Çavdar küflerinden elde edilen, tatsız, kokusuz, güçlü ve en çok bilinen halüsinojen olan LSD dünyada birçok ülkede yasaklanmıştır. Bazen sıvı, bazen "mikrodot" adı verilen tabletler ya da jelatin formlarında bulunsa da, LSD genellikle "kâğıt parça asit" adı verilen renkli, parlak ve üzerinde çoğu zaman desenler veya resimler bulunan kâğıt tabakalarına emdirilmiş şekilde bulunur. Bunlar; dilaltı veya oral alınarak, sıvı formu jelibon gibi şekerlere beraber, bant tarzı LSD ise vücuda yapıştırılarak kullanılır. Yaklaşık 200 farklı LSD tableti, 300'den fazla farklı kâğıt tasarımından söz edilmektedir (43).

Etkisi 30 dakikada ortaya çıkar ve 6-36 saat kadar sürer. Halüsinojen etkilerin başlangıcından önce ortaya çıkan bulantı ve kusma sık görülür. Sonrasında öfori ile birlikte anksiyete, huzursuzluk, görme bozuklukları, rüya hali ve halüsinasyonlar yaşamasına sebep olur. Kişi gerçek ve hayal ayrımını yapmakta zorlanır (34). Uzun süre kullanımlarda algılama bozukluğu, flashbackler, görme ve işitme duyularında zayıflık meydana getirirken, bağımlılarda "bad trip" adı verilen anksiyete ve panik bozukluğu, şizofreni boyutlarında psikotik rahatsızlıklara da sebep olabilmektedir (44).

Fensiklidin (PCP): LCD'ye benzer etkileri olan, geçmişte anesteziye kullanılan ancak ameliyat sonrası ajitasyon, oryantasyon problemi yaşatmasından dolayı kullanımına son verilmiştir. Beyaz kristal toz şeklinde olan PCP sokakta "melek tozu" olarak adlandırılır ve piyasada tablet, kapsül ve renkli tozlar halinde bulunur. En sık sigaraya sararak içme şeklinde olmak üzere enfiye gibi buruna çekilerek veya oral alım şeklinde kullanımları vardır. PCP; esrar, LSD ve metamfetaminlere ilave edilerek katkı maddesi olarak da kullanılmaktadır (45).

Gama Hidroksibutirat (GHB): Doğal bir nörotransmitter madde olan GHB (Gamma hydroxybutyrate) merkezi sinir sistemin depresanıdır. Genellikle sıvı olarak ağızdan alınan renksiz, kokusuz ve hafif tuzlu tadı olan bir maddedir (46). Bu madde uyuşukluğa, cinsel istekte artışa ve derin uyku haline sebep olduğu için sarhoş edici veya "tecavüz maddesi" olarak adlandırılmaktadır. Yüksek dozda alınınca 4 saate kadar etkisi devam edebilen GHB'nin etkileri öfori, cinsel istek artışı yaratması bakımından alkol ve MDMA kullanımına benzemektedir. Daha yüksek dozlarda bulantı, baş dönmesi, uyuşukluk, ajitasyon, görme bozukluğu, nefes darlığı, unutkanlık, bilinç kaybı ve ölüme neden olabilir (47-48). Ayrıca GHB ile alkolün birlikte kullanımı solunum depresyonu gibi ölümcül sonuçlara neden olabilir (49).

Amfetamin: Amfetaminler tıbbi amaçla depresyon, dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu, nazal konjesyon, narkolepsi, obezite gibi hastalıkların tedavisinde kullanılmasının dışında; yorgunluk, uykusuzluk ve açlığa karşı dayanıklılığı arttırması nedeniyle savaşlarda askerlerin korkularını önlemek, yorgunluklarını azaltmak amacıyla geçmişte kullanım alanı bulmuştur (21). Genelde damara enjekte etme yoluyla kullanılmakla birlikte; buharı çekilerek veya sigara gibi

kullanımları vardır. Bağımlılar tarafından keyif verici ve performansı arttırıcı etkilerinden dolayı tercih edilen amfetamin; Türkiye’de madde kullanan bireyler arasında "zihin açıcı" olarak ün yapmıştır (12). Etkileri semptomimetik etkili maddelerin kullanılması ile oluşan etkilere benzer (21). İlk kullanımlarda motor becerilerde artış, neşelenme, cinsel istekte artış, uyanık hissetme, kendine güven gibi etkiler görülebilmeye karşın gelişen tolerans gelişmesiyle beraber daha fazla miktarda madde alınmasına bağlı iştahsızlık, yüksek tansiyon, paranoid düşünceler, paranoid şizofreni benzeri psikotik semptomlar, halüsinasyonlar ve öfke davranışı gözlemlenmiştir (31). Ayrıca amfetamin, dikkat toplayıcı ve enerji verici etkisinden dolayı sporcular tarafından da suistimal edilmeye oldukça müsait olduğu görülmektedir. Doping amacıyla kullanımlarda ani ölüm görülme riski bulunmaktadır ve amfetamin/metamfetamin toksisitesinden ölenlerde otopside beyin kanamalarına sıkça rastlanır (50).

Metamfetamin: Beyaz, kokusuz ve kristalize bir tozdur. Halk arasında sıklıkla "kristal, buz, meth" isimleriyle anılan metamfetamin, merkezi sinir sistemini güçlü bir şekilde uyaran maddedir. Birçok ülkede metamfetaminin üretimi, dağıtımı, satışı ve bulundurulması kısıtlanmış veya yasaklanmıştır (51). Okyanusya, Asya kıtası ve ABD metamfetamin kullanımının en yüksek olduğu yerler arasındadır (52).

Metamfetamin kimyasal olarak amfetaminden daha güçlü etkiye ve daha uzun yarılanma süresine sahip olması nedeniyle; amfetamine göre zarar verme potansiyeli daha yüksektir (53). Metamfetamin; depresyon, narkolepsi, obezite, alkol bağımlılığı ve dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu gibi birçok hastalığın tedavisi amacıyla kullanılmaktadır (54). Oral olarak, damara enjekte edilerek ya da buruna çekilerek kullanılır. Metamfetaminin kronik olarak kötüye kullanılması "meth ağzı" denen yaygın diş çürükleri, ağızda kötü tat, diş gıcırdatma ve kas trismusuyla sonuçlanan tabloya neden olur (55-56).

Ekstazi: Amfetamin türevi olan sentetik uyarıcı ekstazi ilk başlarda sadece MDMA (3,4-metilen dioksi metamfetamin) maddesini içermekteyken, daha sonra %10-15’ini MDMA ve kalan kısmını ise "kontaminantlar" diye adlandırılan kafein, parasetamol, şeker, efedrin, inorganik kimyasallar oluşturmaktadır. Ayrıca MDMA dışında; MDA (3,4 Metilenedioksiamfetamin), MDEA (3,4

Metilenedioksietilamfetamin), amfetamin ve metamfetamin de içerebilmektedir. Ekstazi çok farklı logolarla pazarlanmaktadır. En çok bilinenleri üzerinde kelebekler, şimşekler ve dört yapraklı yoncalar bulunan tablet ya da kapsül olanlarıdır. Genellikle oral yoldan kullanılmasına karşın toz olarak buruna çekilerek veya sigara gibi içilerek de kullanılabilir. Öfori, coşkunluk, uyanıklık hali ve öz güvenin artmasına neden olduğu için gece kulüplerinde, eğlence mekanlarında ya da çoklu maddelerin kullanıldığı "alem" partilerinde kullanılmaktadır (57). Uzun süreli kullanımlarda kronik depresyon, kaygı ve paranoya gibi problemler oluşturabilmesinin yanında fulminant karaciğer yetmezliği yaparak ölüme neden olabilmektedir (58). Aşırı doz alımında anksiyete, zaman algısında bozulma, halüsinasyon, koma, nöbet, çarpıntı ve solunum zorluğu gibi semptomlara yol açar (57).

Sentetik Kannabinoidler: Genç erkeklerde kullanımı daha yaygın olan sentetik kannabinoidlerin saf hali çoğunlukla beyazdan griye, kahverengi veya sarı renkler arasında değişen ince kristal tozlar şeklindedir. Bu karışımların bitkisel olduğu ve bu nedenle yasal olduğu algısı oluşturulmak istense de aslında sentetiktir. Bunlar sentetik kannabinoid içeren çözeltinin; melisa, nane, kekik, adaçayı gibi kolay bulunan bitkilere püskürtülüp kurutulmasıyla üretilmektedir. Genellikle sigara, pipo, nargile ile solunarak tüketilmektedir (59-60). Sentetik kannabinoidler, kannabinoid reseptörleri olan CB1, CB2 ile etkileşen psikoaktif maddelerdir. Sentetik kannabinoid içeren maddeler daha çok internetten pazarlanmakta ve Avrupa’da “spice”, ABD’de “K2”, Türkiye’de ise “bonzai” olarak anılmaktadır (60). Bonzai; içerisinde tetra hidrokanabinol gibi 400’den fazla psikoaktif bileşen barındırdığı tahmin edilen sentetik karışımlı bir maddedir. Diğer maddelere kıyasla esrarın etkilerine benzer etkilerinin olması, nispeten ucuz, ulaşımı kolay olması, bitkisel olduğu algısının hâkim olması, kokusuz olması, çeşitli oldukları için toksikolojik tarama analizlerinde çıkmaması sebepleriyle son yıllarda en çok tercih edilen maddeler arasında yer almaktadır. Madde tarama testlerinde çıkmamaları düzenli idrar takibi gerektiren durumlardaki (ehliyet, denetimli serbestlik vb.) kişiler tarafından cazip görülmektedir. Bonzai, esrar gibi kullanılmakta ve yapısındaki insektisit tarzı bazı maddeler nedeniyle, bonzainin diğer maddelerden daha kısa sürede beyne ulaştığı ve daha uzun süre etkili olduğu bilinmektedir (60-61). Ayrıca

bu maddeler kişide ölüme kadar varabilen ciddi zararlara yol açabilmektedir (3). Sentetik kannabinoidlerin etki yelpazesi basit bulantı kusmadan ölüme kadar genişir. Bulantı, kusma, karın ağrısı, öfori ile beraber anksiyete, halusinasyon, paranoya, saldırgan davranışlar, intihar düşünceleri, çarpıntı, solunum depresyonu, baş dönmesi, baş ağrısı, epileptik nöbet, terleme, kalp ritminde değişiklikler, göz bebeklerinde büyüme veya sürekli uyku durumu gibi çok farklı belirtiler gösterir (62). Sentetik kannabinoidler ve esrar, daha evvel psikotik bozukluğu olan kullanıcıların yeni belirtiler yaşamasına ya da mevcut belirtilerin kötüleşmesine neden olur. Daha önce sağlıklı olan kişide ise psikotik bozukluğun başlangıcını tetiklerler (60).

Kaptagon: Amfetamin ile teofilinden oluşan ve bu iki madde için de ön ilaç formunda olan fenetilin maddesi; piyasada captagon, biokapton ticari isimleriyle satılmaktadır (63-64). Etkileri amfetamine benzeyen kaptagon yan etkilerinin amfetamine göre daha az olması sebebiyle bir dönem dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu olan çocukların tedavisinde, narkolepsi ve depresyon tedavilerinde kullanılmıştır (65). Son zamanlarda Ortadoğu’da ve ülkemizde kullanımında artış olduğu bildirilmiştir (66). Kalp krizi ve psikoz gibi olumsuz sonuçlara neden olabilmektedir (67).

Metadon: Opioid bağımlılığında devam tedavisi olarak ve şiddetli ağrı tedavisinde kullanılan bir afyon türevi olan metadon; bağımlılık tedavisinde opioid aşermesini durdurmak, yoksunluk sendromunu bastırmak ve opioidlerle ilişkili öforik etkileri bloke etmek gibi kullanım amaçları bulunmaktadır. Ancak metadon kötüye kullanımı bağımlılık için ciddi riskler taşımaktadır. Metadon genellikle oral olarak alınmakla birlikte kas içine veya damar içine enjekte edilen çeşitleri de vardır. Yan etkileri diğer opioidlerle benzerdir (68).

Barbitüratlar: Merkezi sinir sistemini etkileyerek sedatif hipnotik etkiler gösteren barbitüratlar; çeşitli renk, hacim ve şekillerde kapsül ya da tabletler halinde üretilirler. Genellikle oral olarak alınırlar (69). Merkezi sinir sisteminde etkisi konfüzyondan komaya kadar değişebilir. Kısa ve orta etki süreli barbitüratların bağımlılık yapma potansiyeli uzun etki süreli barbitüratlara göre daha yüksektir. Barbitüratların sedatif ve öforik etkilerine karşı tolerans gelişirken santral sinir

sistemindeki etkilerine karşı gelişmez. Bu nedenle sürekli kullanan kişide motor koordinasyon bozukluğu, bilinç bulanıklığı ve diğer mental bozukluklar görülebilir (70).

Volatil Maddeler (Uçucular): Çakmak gazı, yapıştırıcılar (tutkal, bali, uhu), boya tinerleri, eter, benzin, gazolin, kloroform, terraklorür, toluen, aseton ve sprey boyaları gibi maddelerde bulunan çeşitli kimyasalların inhalasyon yolu ile alınması ile bağımlılık oluşturan maddelerdir. Bu maddeler ucuz, temin edilmesi kolay ve yasal olması nedeniyle çoğunlukla 12-17 yaş grubunda sık kullanılmaktadır (21). Sokakta yaşayan çocuklarda en çok kullanılan madde uçuculardan tinerdir (71). Plastik torbalardan, maddenin bulunduğu benzin deposu, teneke kutu şişe gibi yerlerden doğrudan inhale edilerek, kumaş veya elbise üzerine konulup koklanarak, aerosol tüpten direk burun ve ağıza püskürtülerek gibi kullanılma yolları vardır. İn hale edilen madde akciğerlerden absorbe edildikten sonra hızlıca kan dolaşımı ile beyne ulaşır. Volatillerin oluşturduğu semptomlar tüm volatil çeşitlerinde benzerdir. Neşelenme duygusundan halüsinasyonlara kadar değişen ruhsal değişiklikler görülebilir. Geçici denge kaybı, konuşmada peltekleşme, çift görme, kusma, bilinç bulanıklığı, çevreye zarar verici davranışlar gibi alkol alımına benzer etkiler görülmektedir. Kullanılan maddenin miktarına bağlı olarak etkileri iki saate kadar sürebilir. Uzun süreli kullanıcılarda depresyon, görme işitme bozuklukları, akciğer işlevinin bozulması, periferik sinirlerde hasar, karaciğer ve böbrek yetmezliği gibi problemler gelişir. Ölüm, çoğunlukla kusmanın solunmasına bağlı asfiksi, doğrudan kardiyak veya merkezi sinir sistemi toksisitesine bağlı gelişir (72). İn hale edilen madde çoğunlukla karışım olduğundan esas etkiyi yapan maddeyi tespit etmek zordur. Uçucu maddeler kimyasal yapılarından dolayı daha çok yağlı dokuda birikmektedir. Düzenli olarak suistimal edildiğinde kişinin santral sinir sistemine ciddi hasarlar verebileceği ve nörobiyolojik, nöropsikolojik gelişimi bozabileceği bildirilmiştir (73-74).

2.2.3.Tanı Kriterleri

Maddeyi kötüye kullanma (suistimal=abuse)” ile “maddeye bağımlı olma” ölçütleri farklıdır. Her madde kötüye kullanan kişi bağımlı olmayabilir; ama her madde bağımlısı mutlaka maddeyi kötüye kullanmaktadır (75). DSM-V’e göre madde bağımlılığı “madde kullanım bozukluğu” kategorisinde değerlendirilmekte olup tanı ölçütlerine göre madde kullanım bozukluğu kriterleri şunlardır:

1. Maddenin istenilenden daha büyük miktarlarda veya istenilenden daha uzun süre tüketimi,
2. Madde kullanmayı bırakmak veya durdurmak ancak başaramamak,
3. Maddenin kullanımı veya geri kazanılması için gereken aktivitelere çok zaman harcamak,
4. Madde kullanımı için isteğin fazla olması,
5. İş yerinde, evde ya da okulda madde kullanımı nedeniyle yapılması gerekenleri yapmakta zorlanmak, hatta yapamamak,
6. Kişiler arası ilişkilerde sorunlara neden olsa bile kullanmaya devam etmek,
7. Madde kullanımı nedeniyle sosyal, mesleki veya eğlence etkinlikleri bırakmaya yönelmek,
8. Madde kullanımı tehlikeli durumlara yol açsa bile kullanımın devam etmesi,
9. Maddenin neden olabileceği veya daha da kötüye gitmesine neden olabilecek fiziksel veya psikolojik bir sorun olduğu bilinmesine rağmen kullanmaya devam etmek,
10. Tolerans ilişkili semptomlar,
11. Yoksunluk ilişkili semptomlar gelişmesidir.

Bu 11 maddeden 2 veya daha fazlasının bulunması tanı koymak için yeterlidir (76).

2.2.4. Epidemiyoloji

TUBİM (Türkiye Uyuşturucu ve Uyuşturucu Bağımlılığı İzleme Merkezi)'in 2019 uyuşturucu raporunda bahsedilen "narkolog" isimli proje kapsamında uyuşturucu kullandığını beyan eden 5198 kişiye gönüllülük esasıyla uygulanmış "narkoform" isimli analize göre; örneklemin %94,1'i erkek, %5,9'u kadın, 33,3'ü ortaokul ve dengi okul, %30,9'u lise, %24,6'sı ilkokul, %6,5'i üniversite mezunu veya sayılan bu okullarda öğrenim görmekte olup grubun %2,3'ü okumaz-yazmaz, %2'si ise okuryazardır. Uyuşturucu madde deneme yaşı ortalama yaş 20, sık tekrarlanan başlama yaşı ise 18 olarak tespit edilmiş olup %86,8'i uyuşturucu kullanmaya başlamadan önce tütün, %44,4'ü alkol kullanmış olduğunu belirtmiştir. 5198 kişinin %85,6'sı, madde kullanmaya esrar ile başlamış olup %5,3'ü ilk defasında eroin kullanmıştır. Uyuşturucu kullanmaya başlama nedeni olarak %33,2 oranında merak ilk sırada olup; ardından %23 oranıyla arkadaş ısrarı gelmektedir. %13,9 özenme, %12,3 kişisel sorunlar nedeniyle, %11,3 ise aile içi sorunları nedeniyle, %5,9 keyif nedeniyle uyuşturucuya başladığını belirtmiştir. Uyuşturucunun ilk olarak %71,9'luk oranla arkadaş veya arkadaş çevresinden temin edildiği, %25,2'nin parayla satın alındığı söylenmiştir. Maddelerin kullanıldığı alanlar sırasıyla; kendi evi %40,8, metruk binalar %24,3, taşıt içi %13,4, parklar %9,3, arkadaşının evi %6,3, umumi tuvaletler %1,3, işyeri %1,2, mezarlık %1,1, otopark %0,7 bar-pavyon gibi eğlence mekanları %0,6, otel ise %0,5 oranlarında olduğu bildirilmiştir. Uyuşturucu maddeleri kendi evinde tüketenlerin %83'ü aile fertleriyle birlikte yaşamaktadır. Örneklemin %56,5'inin kendi isteğiyle bırakmayı denediği belirtilmiştir. Bunlara bırakma nedeni sorulmuştur. Bırakmaya çalışmanın nedenleri arasında %27,2 ile sağlığın bozulması, %24,2 ile bağımlı olmamak, %16,6 ile olumsuz sosyal ilişkiler ön planda gelmektedir. Örnekleme madde bağımlılığı sebebiyle tedavi olmak isteyip istemediği sorulmuştur. Örneklemin %63'ü kendini bağımlı olarak kabul etmektedir. Örneklemin; %38,9'u tedavi olmak istemekte, %4,2'si tedavi görmekte, %2,6'sı tedavi olsa da madde kullanımını bırakamayacağını veya tedaviye ulaşamayacağını düşünmektedir. %37,4'ü ise bağımlı olmadığını beyan

etmiştir. Düzenli kullandığını kabul edenlerin oranı %39,5 olmasına rağmen, günde bir kez/birden fazla kez kullananların oranının %36,2; haftada birden fazla/bir kez kullananların oranının ise 35,6 olduğu belirtilmiştir (77).

Avrupa Uyuşturucu ve Uyuşturucu Bağımlılığı İzleme Merkezi (EMCDDA) tarafından yayımlanan 2019 yılı Türkiye Ülke Uyuşturucu Raporu ve TUBİM 2019 yılı Türkiye Uyuşturucu Raporu'na göre 15-64 yaş arası yetişkinler tarafından kullanılan en yaygın kullanılan yasadışı madde esrar olarak bildirilmiştir. Esrarı, MDMA/ekstazi ve kokain izlemektedir (78).

Dünyada genelinde yaklaşık 12 milyon kişi damar yoluyla madde kullanmakta ve bu yolla madde kullananların da yarısından fazlasının HCV ile enfekte olduğu bilinmektedir (79). 2014 yılında, dünya çapında tahminen 207.400 madde kullanımına bağlı ölüm gerçekleşmiş olup aşırı doz ölümleri, dünya çapındaki tüm uyuşturucuya bağlı ölümlerin yaklaşık üçte biri ile yarısını oluşturmakta ve çoğu durumda bu aşırı doz ölümleri opioid sebebiyle olmaktadır (80). İstanbul Adli Tıp Kurumu Başkanlığı tarafından Emniyet Genel Müdürlüğü'ne aktarılan madde bağlantılı ölüm sayılarına göre, 2018 yılında 657, 2019 yılında 342 doğrudan narkotik madde bağlantılı ölüm meydana gelmiştir. Buna göre 2019 yılında; ölenlerin 10 farklı ülke uyruğunda olduğu, 307'sinin (%89,8) T.C. uyruklu olduğu, %97,4'ünün erkek, %2,6'sinin kadın olduğu, 2018 yılında doğrudan madde bağlantılı ölümlerin en yaşlısının 71 yaşında olduğu ve bu ölümün sentetik kannabinoid kullanımına bağlı gerçekleştiği, 2019 yılında ise eroin kullanımına bağlı en yaşlı kişinin 67 yaşında öldüğü belirtilmiştir. 2019 yılı madde bağlantılı ölümlerin yaş ortalamasının ise 30,9 olduğu, en yoğun ölüm gerçekleşen yaş grubu 25-34 yaş aralığında ve %34,5 oranında olduğu, 15-24 yaş arası ölümlerin %33,3 oranında olduğu, 35-44 yaş arası ölümlerin %18,4 ve 45-64 yaş arası ölümlerin ise %11,1 oranında olduğu, 2019 yılında meydana gelen 342 ölümün 223'ü (%65,2) çoklu madde kullanımından kaynaklı olduğu; bunların %40,4'ünde (n=138) ekstazi, %37,7'sinde (n=129) ise eroin olduğu belirtilmiştir. Çoklu madde kullanımı, aynı anda farklı uyuşturucu veya uyarıcı maddelerin bir arada veya uyuşturucu maddenin alkolle birlikte alınmasını ifade etmektedir. Özellikle bazı narkotik maddelerin alkolle veya bazı farklı narkotiklerle birlikte alınması, ölüm riskini oldukça

artırmaktadır. 2019 yılında uyuşturucu bağlantılı ölümler 42 farklı ilde görüldüğü; en fazla ölümün İstanbul'da (n=108, %31,6) gerçekleştiği, İstanbul'u sıklık sırasıyla Antalya (n=52, %15,2) İzmir (n=23, %6,7), Adana (n=20, %5,8) ve Ankara (n=16, %4,7) izlediği belirtilmiştir (81).

2.3. Madde Bağımlılığının Nedenleri

Madde bağımlılığı nedenleri konusunda ortak bir görüş olmamasına rağmen biyolojik, psikolojik, çevresel, sosyal, ekonomik, kültürel nedenler ve temelde maddeye erişmenin kolay olması gibi etmenler ana nedenler olarak kabul edilmektedir (19).

2020 Türkiye Uyuşturucu Raporu anket sonucunda tespit edilen madde kullanım sebepleri merak, arkadaş ısrarı, özenme, kişisel sorunlar, aile içi sorunlar, eğlence amaçlı olarak sıralanmıştır. Merak dürtüsü ve arkadaş çevresi önemli bir yer tutması sebebiyle irdelenmesi gereken unsurlardır. Özellikle ergenlik döneminde arkadaş çevresine uyma, merak gibi dürtüler maddeye başlamada önemli etkenler olup aynı zamanda arkadaş çevresinin maddenin temin edildiği yer olması sebebiyle de devam ettirmede önemli yer tutar. Madde bağımlısı ergenlerin çoğunlukla madde kullanan arkadaşları olduğu bilinmektedir (81).

Madde bağımlılığında aileyle ilgili riskler arasında ailede sevginin yer almayışı, ailesel ilişkilerde geçimsizlik, ailede madde kullanan madde kullanan kişi bulunması, fiziksel ya da psikiyatrik hastalıkların olması, anne babanın boşanmış veya ayrı olması, anne ya da babanın ölümü veya cezaevinde olması, ebeveynlerin aşırı ilgisiz ya da aşırı korumacı olması da önemli etkenler olarak sayılabilir (82).

Bireyin madde bağımlısı olmasında erkek cinsiyetin kadın cinsiyetine göre 4-5 kat daha çok eğilimli olduğu kabul edilmekle beraber; fiziksel veya cinsel istismar mağduru olmuş, işsiz kalmış, evden kaçmış, boşanmış veya sevdiği birini kaybetmiş kişiler ile madde kullanımına 15 yaşından küçük yaşta başlayan kişilerin madde bağımlısı olma riskinin oldukça yüksek olduğu bildirilmektedir (36).

İrade gücü yönünden zayıf, depresyona yatkın, sorunlardan kaçma davranışı olan, sosyal ilişkilerde yetersiz ve benlik algısı düşük olan kişilikler psikolojik risk faktörleri olarak sayılabilir (83).

Çarpık kentleşme, işsizlik, ekonomik ve sosyal sorunlar dolaylı olarak madde kullanımı için risk oluşturmaktadır. Ayrıca madde kullanımının yasal olduğu toplumlarda sosyokültürel kullanımdan söz etmek mümkündür (84).

Çift yumurta ikizlerinde bağımlılık oranı tek yumurta ikizlerine göre anlamlı olarak daha düşük bulunmuştur. Bundan dolayı bağımlılıkta genetik geçişin olduğu düşünülmektedir (85).

Dünyada madde kullanan kişi sayısı ve madde kullanımına bağlı ölüm sayısında yıldan yıla gerçekleşen artışın önemli nedenlerinden biri de maddeyi kolaylıkla elde etmede katkısı olan teknoloji ve küreselleşmedir.

Görüldüğü gibi tek bir etmen söz konusu olmayıp insanı bağımlılığa iten birçok kompleks sebep sayılabilir. Ancak esas olarak madde bağımlılığın sebebi; kolay ulaşılabilen maddeyi kullanarak “daha iyi hissetme” amacı olduğu belirtilmektedir (86).

2.4. Madde Bağımlılığının Sonuçları

Madde kullanımı başlarda bireylerin yaşamını çok fazla etkilemese de ilerleyen süreçlerde bireylerin hayatlarında yıkıcı sonuçlara yol açmaktadır. Madde kullanımı sonuçları her bireyde aynı olmayıp uyuşturucu kullanıcılarının yaşı, cinsiyeti, kullandığı maddenin türü ve miktarı, kullanım süresi etkili olabilmektedir. Madde kullandıktan sonra gelişen kendini iyi hissetme hali sonlandıktan sonra, durum daima kötüleşmektedir. Depresyon, mani gibi duygu durum bozuklukları, öfke, saldırganlık, hırsızlık, karşı gelme gibi davranış bozuklukları, cinsel sorunlar, uyku sorunları, antisosyal kişilik bozukluğu gibi kişilik bozuklukları, şizofreni gibi psikotik bozuklukları içeren çeşitli psikiyatrik sorunlar, beslenme sorunları, motor koordinasyon bozuklukları, intoksikasyon sorunları; AİDS, hepatitler, tetanoz gibi enfeksiyon sorunları; kalp krizi, ritm bozuklukları gibi kardiyolojik problemler;

akciğer ve solunum yollarıyla ilgili problemler ölüme kadar uzanan süreçte görülebilecek problemlerdir (21).

Topluma verdiği zararlar göz önüne alındığında madde bağımlılığı kişilerin zarar görmesinin yanında toplumu da olumsuz etkileyen kompleks bir sorun olarak değerlendirilmelidir. Bağımlılık tedavisi; kişinin tedavi motivasyonunu başta olmak üzere zorlu süreçleri gerektirmekte, tedaviden sonra ise rehabilite edici, topluma kazandırıcı programlara ihtiyaç duymaktadır.

Ayrıca kolay ve kazançlı bir yöntem olarak görülmesi nedeniyle uyuşturucu madde kaçakçılığı terör örgütleri için de önemli bir gelir kaynağı olmakta ve narkoterör konusu çözümün emniyet ayağını oluşturmaktadır (77).

2.5. Madde Aranması ve Testleri

Bir ilacın veya ilacın metabolitlerinin biyolojik örnekte bulunup bulunmadığının saptanması işlemine "madde testi" denilmektedir. Belirli ilaçlar veya metabolitlerin tespit edilmesi için gereken zaman aralığı maddelerin metabolize olma özellikleri farklı olduğundan maddeye özgü farklılıklar bulunabilir.

Madde testleri anamnez, psikiyatrik ve fizik muayene ile birlikte değerlendirilmelidir (87).

Madde testleri genel olarak, yakın zamanda madde kullanımını doğrulamada kullanılmakla birlikte bağımlılığın tanı, tedavi ve izleminde de kullanılmaktadır. Bağımlılığın izleminde hastanın madde kullanım tedavisinin faydasını ölçmede önemlidir. İdrarda madde analizi insanda ilaç kullanımını tespit için en sık kullanılan yöntemdir. Ter, saç, tırnak, kan, nefes ve tükürük gibi materyalleri temel alan testler de sıkça kullanılmaktadır (88).

Madde arama testleri “kesin” ve “varsayımsal” olarak ayrılmaktadır. Hızlı sonuç vermesi nedeniyle karar verme sürecini hızlandırmaya yardımcı olan testler varsayımsal testlerdir ancak bu testlerin duyarlılığı ve/veya özgüllüğü kesin testlere göre daha düşüktür. Sonucun kritik önemde olduğu olgularda veya uygun varsayımsal test mevcut değilse klinisyen doğrudan kesin test yapmayı düşünebilir.

Varsayımsal test sonuçlarına itiraz edildiği durumlarda kesin testler yapılmaktadır (89).

Pratikte adli soruşturmaya kanıt toplamak amacıyla madde kullanımıyla ilişkili testlerin yapılması gereken durumlar vardır. Bunlara; halk arasında “tecavüz ilacı” olarak adlandırılan kimyasal ajan kullanılma şüphesi olan olgular, zehirlenme şüphesi olan olgular ve madde maruziyetine bağlı çocuk istismarı düşünülen durumlar örnek olarak verilebilir (90).

Kısaca DOA denilen kötüye kullanılan madde arama testi, uyuşturucu suçlularını tespit etmek için ceza hukuku sistemi içerisinde kabul görmekte ve bu nedenle tercih edilmektedir (89).

DOA testinde idrar en sık kullanılan biyolojik örnek tipidir. Maddelerin idrarda yüksek konsantrasyonda bulunması ve idrar analizinin kolay olması nedeniyle tercih edilir. Saatler-günler düzeyinde bir tespit penceresine sahiptir. Test iki saatte sonuçlanmaktadır. İdrarda maddelerin daha çok metabolitleri bulunur. Alkol, opioidler, amfetaminler, benzodiazepinler, kokain ve esrar idrar numunesinde tespit edilebilecek maddeler arasındadır (88).

Kan, idrardan sonra en yaygın kullanılan örnektir. Ancak genellikle idrar örneği uygun olmadığında ya da acil vakalarda alkol tespiti için kullanılan bir örnek tipidir. Kanda daha metabolitlerden ziyade kötüye kullanılan maddenin ana bileşiği bulunmaktadır (88).

Saç örneği madde kullanımını haftalar ile yıllar arasında değişen uzun bir zaman aralığında yansıması nedeniyle kronik kullanımı göstermesi gereken durumunda faydalıdır. Saçlar 3 aylık, beden tüyleri 12 aylık geriye dönük tespit penceresine sahiptir. Örnek alınmasının kolay ve noninvaziv olması, idrardan farklı olarak kümülatif maruziyeti nicel olarak gösterebilmesi gibi avantajları olmasının yanında madde ve metabolitlerinin saçta tespit edilebilme zamanının 4-10 gün sonra başlaması nedeniyle akut maruziyeti göstermemesi, dışardan madde kontaminasyon ihtimali olması, pahalı analiz yöntemi olması gibi dezavantajlar söz konusudur.

Kokain, opioidler, fensiklidin, amfetaminler ve MDMA'nın tespitinde saç testleri kullanılabilir (88).

Tırnak örneği madde kullanımının birkaç ay arasında değişen zaman aralığında değerlendirilmesi gereken durumlarda faydalı olup ayrıca saç örneği uygun olmadığında kullanılmaktadır. Kısa saçlı erkeklerin veya postmortem örneklerin analizinde avantajlıdır. Ayrıca olumsuz çevresel şartlardan dolayı bozunma riski saç örneğine göre daha azdır (91).

Absorbe edici pedler kullanılarak yapılan ter testinde; ped kişinin üzerinde kaldığı süre boyunca maddeler belli konsantrasyonlara ulaşırlar. Kümülatif konsantrasyon bilgisi sağlaması, saatler-haftalar düzeyinde geniş bir tespit penceresi sunması gibi avantajları olmasının yanında; kontaminasyon, kişiler arası ter üretimi farklılığı, pahalı olması ve ped uygulamasına bağlı problemler meydana gelebilmektedir (88).

Tükürük örneği 30 dakika ile 24 saatlik süredeki madde maruziyetini gösterir. Tükürükte maddenin metabolitlerinden ziyade ana madde bulunmaktadır (92).

Maddeyi tespit etmede tarama ve doğrulama yöntemleri kullanılmaktadır. Adli Tıp ve Acil Tıp alanlarında genellikle başlangıçta tarama amaçlı olarak hasta başı test cihazları (POCT) ve immün yöntemler kullanılırken, ileri doğrulama amaçlı olarak ise kromatografik yöntemler, elektroforez-kütle spektrometrik yöntemler, ince tabaka kromatografi (TLC), sıvı kromatografi, kütle-spektrometresi (LC-MS), gaz kromatografi-kütle spektrometresi (GC-MS), time-of-flight-kütle spektrometresi (TOF-MS) yöntemleri kullanılmaktadır (92).

2.6. Madde Bağımlılığı ile Mücadele

Küresel bir tehdit haline gelen bağımlılığın önlenmesi; disiplinler arası yaklaşıma ve uluslararası koordinasyona ihtiyaç duymaktadır. Bu nedenle uluslararası kuruluşlar ve bilim dalları arasındaki etkileşim madde bağımlılığının önlenmesi açısından gereklidir. Dünya genelinde olduğu gibi Türkiye'de de bağımlılıkla mücadele birincil olarak maddeye olan talebi azaltmak ve maddenin

arzını önlemek olmalıdır (19). İkincil olarak ise bağımlıları tedavi ve rehabilite edip tekrardan madde almasının önüne geçmek ve bireyi topluma kazandırmaktır. Madde arzını önlemek daha çok güvenlik birimlerinin çalışma kapsamındayken, maddeye olan talebi azaltmak ise eğitim ile madde ile tanışma olasılığı olan kişileri kitle iletişim araçları vasıtası ile madde kullanımının önüne geçmeye çalışmak, kullanıma başlamış kişileri erken teşhis ederek bağımlılık oluşmasını önlemeye çalışmak ya da bağımlı kişilerin tedavi ve tedavi sonrası rehabilitasyonlarla tekrardan kullanma isteğinin önüne geçilmesini sağlamak olmalıdır. Ülkemiz gibi küresel akım ve etkilere tamamen açık ve batı kültürlerinden etkilenen toplumlarda bağımlılık mücadelesi özellikle sosyalleşme evresindeki 12-24 yaş aralığındaki bireyleri kapsamalıdır (93).

Kullanılan maddenin türünün, maddenin kullanım süresinin ve bireyin kişilik özelliklerinin ve yaşam koşullarının farklılık göstermesi nedeniyle bağımlılık tedavisi kişiye göre farklılık göstermektedir. Ülkemizde ÇEMATEM ve AMATEM'lerin devreye girdiği ve önemli rol oynadığı, madde bağımlılığı tedavisi üç aşamadan oluşmaktadır. Bağımlı olan hasta toplumdan izole edilmesi için bağımlılık tedavisi göreceği bir merkeze yatırılır, madde etkilerinden arındılır ve sonrasında rehabilitasyon dönemine geçiş sağlanır (94).

Madde bağımlılığını ve arzını önleme amacıyla kurulan "1909 Şangay Afyon Komisyonu" Dünyada uyuşturucu madde mücadelesinde ulusların ortak hareket etmesi yönünde atılmış bir adım olması açısından tarihi bir öneme sahiptir (31).

Dünyada madde kullanımı ile mücadelede önemli kuruluşlar bulunmaktadır. Bunların başında 1993 yılında kurulmuş olan EMCDDA; Avrupa Birliği'nde yer alan ülkelerin uyuşturucularla ilgili problemlerle mücadele etmeleri amacıyla kurulmuştur.

Türkiye'de de pek çok sivil toplum örgütü, kurum ve kuruluşlar çalışma yapmakla birlikte; EMCDDA'nın Türkiye'deki görevini yapmak üzere TUBİM Başbakanlık onayı ile kurulmuştur.

Ayrıca Türkiye-UNODC iş birliği ile Ankara'da 26.06.2000 tarihinde “Türkiye Uluslararası Uyuşturucu ve Organize Suçlarla Mücadele Akademisi” (TADOC) kurulmuş olup ulusal ve uluslararası düzeyde uyuşturucu ve psikotrop maddelerin yasadışı üretim, kullanım ve kaçakçılığına karşı süregelen mücadelesinin yanında bireylere eğitimler verecek mücadeleyi daha sistematik hale getirmeyi amaçlamaktadır (95).

TADOC bunların dışında Birleşmiş Milletler Uyuşturucu ve Suç Ofisi (UNODC), Uluslararası Polis Teşkilatı (INTERPOL), Avrupa Polis Koleji (CEPOL) ve Uluslararası Polis Akademileri Birliği (INTERPA) gibi uluslararası kurum ve kuruluşlar ile yapılan iş birliği neticesinde gerçekleştirilen eğitim faaliyetlerinin önemli bir sağlayıcısı olmuştur. TADOC ayrıca Türk İşbirliği ve Koordinasyon Ajansı Başkanlığı (TİKA), Birleşik Krallık Ulusal Suç Ajansı (NCA), ABD Federal Soruşturma Bürosu (FBI), Uyuşturucu ile Mücadele Dairesi (DEA) ve ABD Enerji Bakanlığı (DOE) gibi uluslararası alanda faaliyet gösteren ulusal kuruluşlarla düzenlenen çok taraflı projelerde de yer almaktadır (96).

Türkiye'nin uyuşturucu mücadelesindeki yol haritası olan “Strateji Belgesi ve Eylem Planları” da 2018-2023 dönemini kapsayacak şekilde güncellenmiştir. Öte yandan 09.12.2017 tarih ve 2017/23 sayılı Başbakanlık Genelgesiyle Uyuşturucu ile Mücadele Yüksek Kurulunun görev alanı genişletilerek Başbakan Yardımcısı başkanlığında, 11 bakanın katılımıyla Bağımlılık ile Mücadele Yüksek Kurulu oluşturulmuştur. Daha sonra, 14.2.2019 tarih ve 2019/2 sayılı Cumhurbaşkanlığı Genelgesiyle Bağımlılıkla Mücadele Yüksek Kurulu (BMYK), Cumhurbaşkanı Yardımcısı başkanlığında 11 bakan (Adalet; Aile, Çalışma ve Sosyal Hizmetler; Çevre ve Şehircilik; Gençlik ve Spor; Hazine ve Maliye; İçişleri; Milli Eğitim; Sağlık; Tarım ve Orman; Ticaret; Ulaştırma ve Altyapı Bakanları) ile Cumhurbaşkanlığı Sağlık ve Gıda Politikaları Kurulu Başkanvekilinin katılımıyla yeniden oluşturulmuştur. Ülkemizde bağımlılıkla mücadele çalışmaları Bağımlılıkla Mücadele Yüksek Kurulu (BMYK)'nın oluşturacağı strateji ve eylem planları çerçevesinde görev icra etmek üzere oluşturulmuş olan Bağımlılıkla Mücadele Kurulu, Bağımlılıkla Mücadele Teknik Kurulu ve Bağımlılıkla Mücadele İl Koordinasyon Kurulları eliyle yürütülmektedir (97).

2.7. Türk Ceza Kanununda Madde Kullanımı

5237 sayılı Türk Ceza Kanunu ile kullanmak için uyuşturucu veya uyarıcı madde satın almak, kabul etmek veya bulundurmak ya da uyuşturucu veya uyarıcı madde kullanmak ve uyuşturucu veya uyarıcı madde kullanılmasını kolaylaştırma suç olarak kabul edilmiştir. TCK 188. madde uyuşturucu ve uyarıcı madde üretim ve ticaretini ele alırken, 190. madde uyuşturucu ve uyarıcı madde kullanılmasını kolaylaştırmayı, 191. madde ise kullanmak için uyuşturucu veya uyarıcı madde satın almayı, kabul etmeyi ve bulundurmayı ele almıştır. Yani 188. ve 190. maddeler uyuşturucu ticaretini ve kullandırmayı engellenmeye yönelik tedbirler içerirken; 191. Madde kullanmayı önlemeye yönelik tedbirler içermektedir. Bu kanunlarda; bağımlılıktan kişisel çabalarla kurtulmanın zor olduğu göz önünde bulundurulduğu anlaşılmaktadır (98- 99).

Kullanmak için uyuşturucu veya uyarıcı madde satın alma, kabul etme ve bulundurma başlığı altındaki Türk Ceza Kanunu 191. Maddesine göre (99):

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 4/12/2004 tarihli ve 5271 sayılı Ceza Muhakemesi Kanununun 171 inci maddesindeki şartlar aranmaksızın, beş yıl süreyle kamu davasının açılmasının ertelenmesine karar verilir. Cumhuriyet savcısı, bu durumda şüpheliyi, erteleme süresi zarfında kendisine yüklenen yükümlülöklere uygun davranmadığı veya yasakları ihlal ettiğı takdirde kendisi bakımından ortaya çıkabilecek sonuçlar konusunda uyarır.

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 görölmesi hâlinde denetimli serbestlik süresi içinde tedaviye tabi tutulabilir.

4. Kişinin, erteleme süresi zarfında;

a) Kendisine yüklenen yükümlülöklere 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” şeklindedir.

3. GEREÇ ve YÖNTEM

Çalışmamız retrospektif olup çalışmamız örneklem grubu 2016-2019 yılları arasında Çocuk Ergen Madde Bağımlılığı Arındırma ve Rehabilitasyon Merkezinde (ÇEMATEM) ayaktan ve yatarak tedavi gören hastalardan oluşmaktadır. Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Uzmanı, Psikolog ve Sosyal Hizmet Uzmanları tarafından düzenlenmiş olan evrak incelenmiş ve verileri yeterli olan 2016 Ocak-2019 Aralık tarihleri arasında tedavi görmüş 363 dosya örneklem grubu seçilmiştir. 62 adet kişiye ait dosya veri eksikliği nedeniyle çalışmaya dâhil edilmemiştir. Dosyalardan elde edilen veriler sosyodemografik veri formumuza kaydedilmiştir. Bu formda olgunun merkeze başvuru yaşı, medeni durumu, uyruğu, örgün eğitime devam etme durumu, tamamladığı öğrenim durumu, iş öyküsü, yerleşim yeri, yerleşim yerinin özelliği, yaşadığı ortam, evde yaşıyorsa aile yapısı, evin geçimini üstlenen kişinin kim olduğu, kaldıkları evin kira mı yoksa kendilerine mi ait olduğu, sosyoekonomik durumları, anne-babanın hayatta olup olmadığı, üvey ebeveyninin olup olmadığı, anne-babanın eğitim durumları, ailede boşanma/parçalanma-ölüm olup olmadığı, ailede madde kullanımı-psikiyatrik hastalık olup olmadığı, kardeş sayısı, ergende suça karışma öyküsü olup olmadığı, varsa suçun ne olduğu, akrabalarında cezaevinde yatış öyküsü olup olmadığı, ilk madde başlama yaşı, ilk kullandığı madde, kullandığı maddeler, madde kullandığı yer, beraberinde alkol-sigara kullanımı olup olmadığı, kendine zarar verme davranışı olup olmadığı, intihar girişim öyküsü olup olmadığı, evden kaçma öyküsü olup olmadığı, akranlarında madde kullanımı olup olmadığı, tedaviye kimin isteğiyle başvurduğu, kaç kez yatışı olduğu sorularından oluşmaktadır. Dosyalardaki mevcut bilgilerle sınırlı kalınması çalışmanın dezavantajlarından biridir.

Araştırmamızda madde kullanımı hakkında sosyodemografik, ailesel ve kişisel özelliklere, madde kullanımına ve tedaviye ilişkin kapsamlı bilgiler elde edilerek literatüre katkı sağlamak amaçlanmıştır.

İstatistiksel analizler SPSS 22.0 (Statistical Package for the Social Sciences) yazılımı kullanılarak yapılmıştır. Tanımlayıcı bilgiler ortalama, standart sapma, sayı

ve yüzdeler -normal dağılmayan değişkenler için ortanca ve çeyreklikler-kullanılarak verilmiştir. Grup karşılaştırmaları için ki-kare testi kullanılmış, normal dağılıma uygun sürekli değişkenlerin karşılaştırılmasında student's t testi, normal dağılıma uymayan sürekli değişkenlerin karşılaştırılmasında parametrik olmayan testlerden ikili karşılaştırmalar için Mann Whitney U, üç ve daha fazla grup karşılaştırılmasında Kruskal Wallis önemlilik testleri kullanılmıştır. p değerinin 0,05'in altında olduğu durumlar istatistiksel olarak anlamlı olarak değerlendirilmiştir.

3.1 Etik Kurul Onayı

Bu çalışma için Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan 04.03.2021 tarih ve 248 Karar No ile onay alındı. Bu çalışmanın yapılmasına Diyarbakır İl Sağlık Müdürlüğü tarafından 14.09.2021 tarihinde izin verilmiştir.

4. BULGULAR

4.1. Tanımlayıcı Bulgular

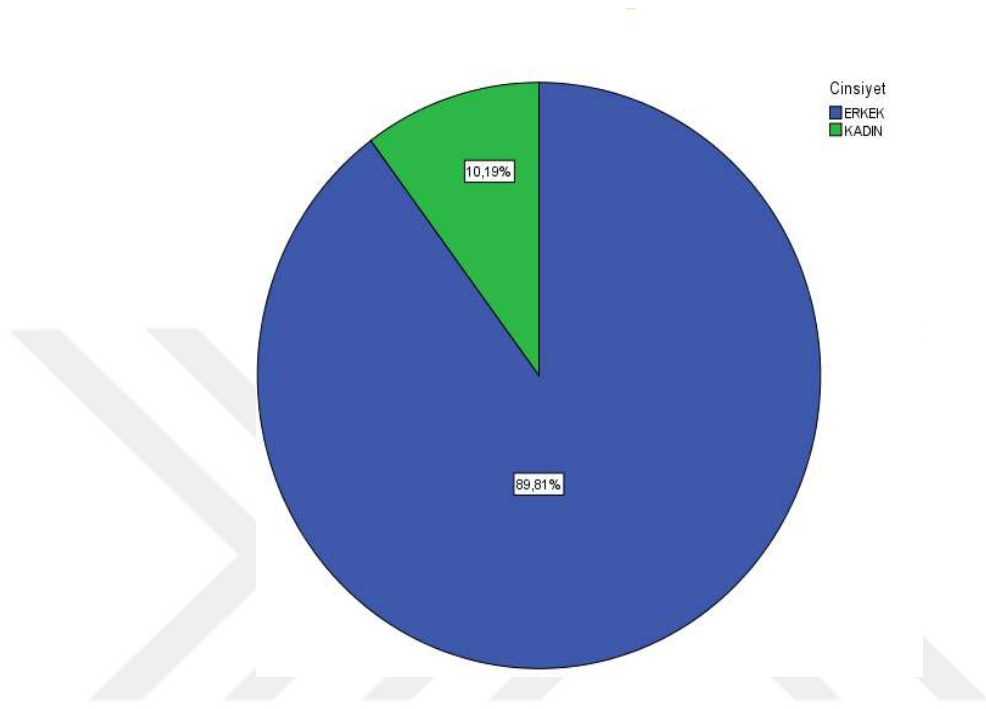
Olguların yaş, medeni durum, eğitim durumu, tamamladığı öğrenim durumu, iş öyküsü olup olmadığı gibi sosyodemografik özellikleri Tablo 1’de gösterilmiştir.

Tablo 1: Olguların Sosyodemografik Özellikleri

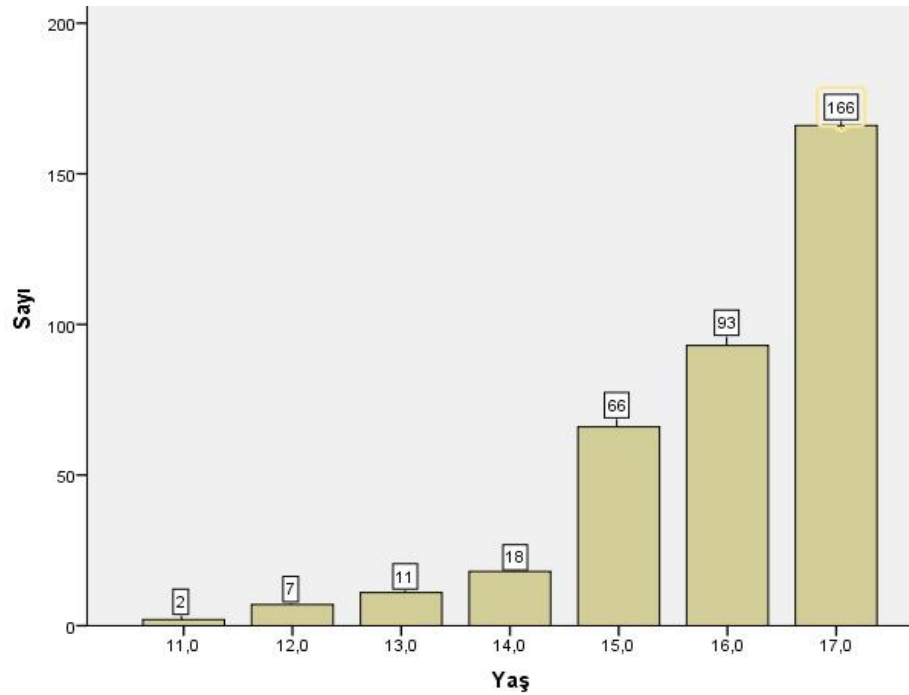
		Cinsiyet			
		Erkek		Kız	
		Sayı	%	Sayı	%
Medeni durum	Bekâr	324	99,4	37	100,0
	Evli	2	0,6	0	0,0
Eğitim durumu	Belirtilmemiş	4	1,2	1	2,7
	Eğitimi terk eden	254	77,9	24	64,9
	Devam eden	68	20,9	12	32,4
Tamamladığı öğrenim durumu	Belirtilmemiş	4	1,2	1	2,7
	Okuryazar değil	5	1,5	0	0,0
	Okuryazar	29	8,9	0	0,0
	İlkokul	110	33,7	18	48,6
	Ortaokul	171	52,5	17	45,9
	Lise	7	2,1	1	2,7
İş öyküsü	Belirtilmemiş	9	2,8	2	5,4
	Çalışmıyor	197	60,4	27	73,0
	Çalışıyor	120	36,8	8	21,6
Yaş (ortalama/standart sapma)		16,1±1,2		15,4±1,3	

Çalışma kapsamında değerlendirilen 363 olgunun 326’sı (%89,8) erkek, 37’si (%10,2) kız olduğu (Şekil 1), kızların tamamı (%100), erkeklerin %99,4’ünün bekâr olduğu, başvuru anındaki ortalama yaşlar erkeklerde 16,1±1,2 kızlarda 15,4±1,3

olduğu, belirtilmemişler çıkarıldığında ($n_{\text{erkek+kız}}=5$) çoğunluğun eğitimi yarıda bıraktığı (%77,6), eğitime devam edenlerin çoğunluğun (%52,5) ortaokul mezunu olduğu, belirtilmemişler çıkarıldığında ($n_{\text{erkek+kız}}=11$) 128'inin (%36,3) geçici işlerde çalıştığı saptanmıştır. Olguların yaşlara göre sayıları Şekil 2'de gösterilmiştir.



Şekil 1. Olguların cinsiyete göre dağılımı



Şekil 2. Olguların yaş dağılımı

Çalışma kapsamında değerlendirilen 363 olgunun ilk başvuru anındaki yaş dağılımlarına bakıldığında, olguların 11-17 yaşlar arasında oldukları, en çok başvurunun 166 kişi (%45,7) ile 17 yaşında gerçekleşmiş olduğu saptanmıştır.

Olguların yerleşim yerleri, yerleşim yerlerinin özellikleri, yaşadığı ortam özellikleri Tablo 2’de gösterilmiştir.



Tablo 2: Olguların yerleşim yerleri, yerleşim yerlerinin özellikleri, yaşadığı ortam özelliklerine göre dağılımı

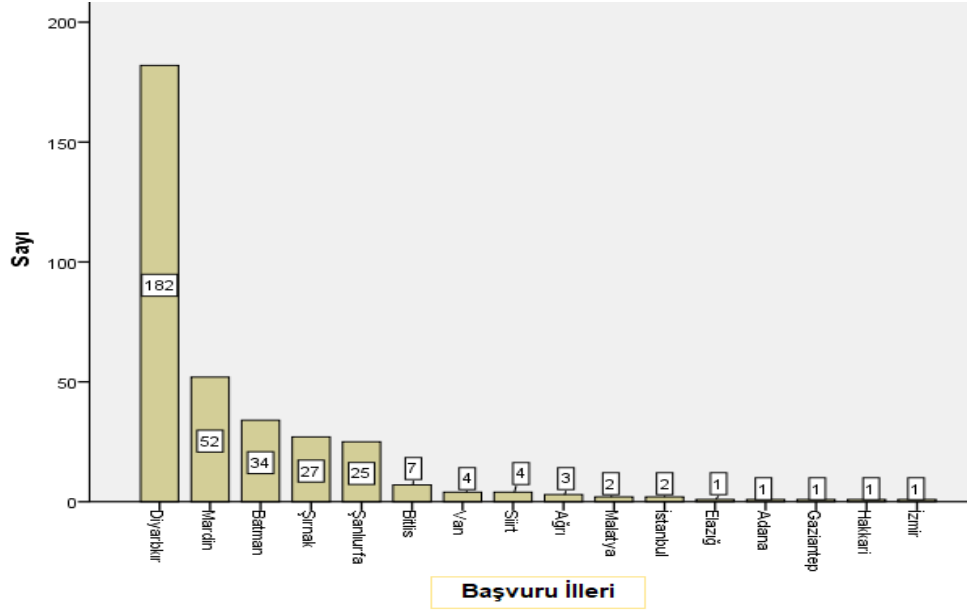
		Cinsiyet			
		Erkek		Kız	
		Sayı	%	Sayı	%
Yerleşim yeri	Belirtilmemiş	14	4,3	2	5,4
	Diyarbakır merkezi	134	41,1	21	56,8
	Diyarbakır ilçeleri	22	6,8	5	13,5
	Komşu iller	108	33,1	6	16,2
	Diğer iller	48	14,7	3	8,1
	Belirtilmemiş	12	3,7	2	5,4
	Kentsel	207	63,5	26	70,3

Yerleşim yerinin özelliği	İlçe	99	30,4	9	24,3
	Kırsal (kasaba, köy)	8	2,4	0	0,0
Yaşadığı ortam	Belirtilmemiş	6	1,8	2	5,4
	Aile evi	295	90,5	27	73,0
	Sosyal kurumlar*	23	7,1	7	18,9
	Cezaevi	1	0,3	0	0,0
	Sokak	0	0,0	1	2,7
	Öğrenci yurdu	1	0,3	0	0,0

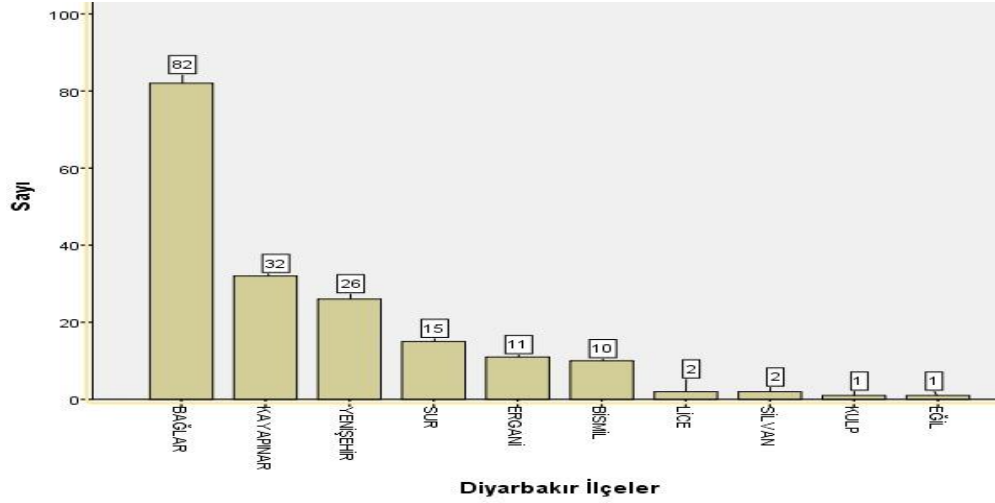
*Bakım-Sosyal Rehabilitasyon Merkezleri, Sevgi Evleri, Çocuk Destek Merkezleri

Çalışmamız kapsamında değerlendirilen 363 olgudan belirtilmemişler çıkarıldığında ($n_{\text{erkek+kız}}=16$) 155'inin (%44,7) Diyarbakır merkezinde, belirtilmemişler çıkarıldığında ($n_{\text{erkek+kız}}=14$) olguların 233'ünün (%66,7) şehir merkezlerinde, 108'inin (%31,0) ilçe merkezlerinde, kalan 8'inin (%2,3) ise kasaba ve köylerde yaşadığı saptandı. Olguların yaşadığı ortam değerlendirildiğinde belirtilmemişler çıkarıldığında ($n_{\text{erkek+kız}}=8$) 322'sinin (%90,7) ailesiyle beraber, 30'unun (%8,4) sosyal destek kurumlarında yaşadıkları saptandı.

Çalışmamız kapsamında değerlendirilen 363 olgunun yaşadığı illerin dağılımına bakıldığında il isimleri belirtilmemişler ($n=16$) çıkarıldığında en çok başvuru yapılan il 182 adet ile Diyarbakır (%52,4), Diyarbakır dışındaki diğer illerden başvuru yapmış olanların toplam sayısı 165 (%47,6) olup Diyarbakır'dan sonra başvurunun yapıldığı iller çoktan aza doğru sıralandığında sırasıyla Mardin, Batman, Şırnak ve Şanlıurfa olduğu saptanmıştır (Şekil 3). 16 olgunun yaşadığı il bilgisine ulaşamamıştır. Diyarbakır'da yaşayan olguların ilçelere göre dağılımı Şekil 4'te verilmiştir.



Şekil 3. Olguların yaşadığı illere göre dağılımı



Şekil 4. Diyarbakir’da yaşayan olguların ilçelere göre dağılımı

Çalışmamız kapsamında değerlendirilen 363 olgunun aile yapısı özellikleri değerlendirildiğinde belirtilmemişler ($n_{\text{erkek}+\text{kız}}=44$) çıkarıldığında çoğunluğunun; çekirdek aile yapısına sahip olduğu (%93,4), belirtilmemişler ($n_{\text{erkek}+\text{kız}}=91$) çıkarıldığında çoğunluğunun evin geçimini babanın sağladığı (%82,3), belirtilmemişler ($n_{\text{erkek}+\text{kız}}=43$) çıkarıldığında çoğunluğunda babanın hayatta olduğu (%90,6); belirtilmemişler ($n_{\text{erkek}+\text{kız}}=44$) çıkarıldığında çoğunluğunda annenin hayatta olduğu (%97,8), belirtilmemişler ($n_{\text{erkek}+\text{kız}}=92$) çıkarıldığında çoğunluğunda anne-babanın öz olduğu (%93,7), belirtilmemişler ($n_{\text{erkek}+\text{kız}}=182$) çıkarıldığında çoğunluğunun düşük eğitim düzeyinde oldukları (lise altı: anne:%98,8, baba:%88,3), belirtilmemişler ($n_{\text{erkek}+\text{kız}}=26$) çıkarıldığında çoğunluğunun 5 ve üzeri kardeş sayısına sahip oldukları (%62,6), belirtilmemişler ($n_{\text{erkek}+\text{kız}}=94$) çıkarıldığında çoğunluğunun düşük sosyoekonomik seviyede oldukları (%79,5) ve belirtilmemişler ($n_{\text{erkek}+\text{kız}}=189$) çıkarıldığında çoğunluğunun oturdukları evin kendilerine ait olduğu (%67,8) bulundu. Olguların aile yapısı, anne-baba eğitim durumları, kardeş sayısı, sosyoekonomik durumları gibi özellikleri Tablo 3’te gösterilmiştir.

Tablo 3: Olguların ailesel özellikleri I

		Cinsiyet			
		Erkek		Kız	
		Sayı	%	Sayı	%
Aile yapısı	Belirtilmemiş	32	9,8	12	32,4
	Çekirdek aile	274	84,1	24	64,9
	Geniş aile	2	0,6	1	2,7
	Tek ebeveynli	17	5,2	0	0,0
	Akraba evi	1	0,3	0	0,0
Evin geçimini üstlenen kişi	Belirtilmemiş	70	21,5	21	56,8
	Baba	209	64,1	15	40,5
	Abi	10	3,1	0	0,0
	Anne	17	5,2	1	2,7
	Kardeşler ve baba	9	2,8	0	0,0
	Anne ve baba	6	1,8	0	0,0
	Yok	3	0,9	0	0,0
	Nine- dede	1	0,3	0	0,0
	Abi ve Anne	1	0,3	0	0,0
Baba yaşıyor mu?	Belirtilmemiş	37	11,3	6	16,2
	Evet	263	80,7	27	73,0
	Hayır	26	8,0	4	10,8
Anne yaşıyor mu?	Belirtilmemiş	38	11,7	6	16,2
	Evet	281	86,2	31	83,8
	Hayır	7	2,1	0	0,0
Üvey ebeveyn var mı?	Belirtilmemiş	76	23,4	16	43,2
	Yok	235	72,3	19	51,4
	Var	14	4,3	2	5,4
Baba eğitim durumu	Belirtilmemiş	159	48,8	23	62,2
	Okuryazar	70	21,5	5	13,5

Baba eğitim durumu	Okuryazar değil	70	21,5	6	16,2
	İlkokul	4	1,2	0	0,0
	Ortaokul	5	1,5	0	0,0
	Lise	16	4,9	3	8,1
	Lisans ve üstü	2	0,6	0	0,0
Anne eğitim durumu	Belirtilmemiş	159	48,8	23	62,2
	Okuryazar	61	18,7	8	21,6
	Okuryazar değil	90	27,6	6	16,2
	İlkokul	12	3,7	0	0,0
	Ortaokul	2	0,6	0	0,0
	Lise	2	0,6	0	0,0
	Lisans ve üstü	0	0,0	0	0,0
Kardeş sayısı	Belirtilmemiş	20	6,1	6	16,2
	1-2	14	4,3	3	8,1
	3-4	97	29,8	12	32,4
	5 ve üzeri	195	59,8	16	43,3
Sosyoekonomik Seviye*	Belirtilmemiş	75	23,1	19	51,4
	Düşük	201	61,8	13	35,1
	Orta	39	12,0	5	13,5
	Yüksek	10	3,1	0	0,0
Oturduğu ev	Belirtilmemiş	164	50,3	25	67,6
	Kira	53	16,3	3	8,1
	Kendilerine ait	109	33,4	9	24,3

Tablo 3 devamı: *Sosyoekonomik seviye: Ailelerin sosyoekonomik düzeyleri brüt asgari ücrete göre belirlenmiş olup brüt asgari ücret altındaki gelir seviyesi düşük, brüt asgari ücret ile brüt asgari ücretin iki katı arasında geliri olanlar orta, brüt asgari ücretin iki katından fazla geliri olanlar yüksek olarak değerlendirilmiştir.

Çalışmamız kapsamında değerlendirilen 363 olgunun ailesel özellikleri incelendiğinde belirtilmemişler ($n_{\text{erkek+kız}}=38$) çıkarıldığında; geriye kalan olgular içinde yüksek oranda anne-babanın birlikte yaşadığı (%80,3) ve olguların 1., 2. ve 3.

derece akrabaların herhangi birisinde madde kullanımı olan olgu sayısı 126 (%35) ve psikiyatrik hastalık 45 olguda (%12) saptandı (Tablo 4).

Tablo 4: Olguların ailesel özellikleri II

		Cinsiyet			
		Erkek		Kız	
		Sayı	%	Sayı	%
Anne ve baba	Belirtilmemiş	33	10,2	5	13,5
	Birlikte yaşayan	240	73,8	21	56,8
	Ayrı yaşayan	27	8,3	9	24,3
	En az biri ölmüş	26	7,7	2	5,4
Ailede madde kullanımı	Belirtilmemiş	61	18,7	13	35,1
	Yok	147	45,1	16	43,3
	Var	118	36,2	8	21,6
Ailede psikiyatrik hastalık	Belirtilmemiş	77	23,6	17	45,9
	Yok	206	63,2	18	48,7
	Var	43	13,2	2	5,4

Çalışmamız kapsamında değerlendirilen 363 olgunun geçmişindeki suça karışma öyküsü dağılımları incelendiğinde; belirtilmemişler ($n_{\text{erkek}+\text{kız}}=48$) çıkarıldığında olguların yarısından fazlasında (%53,9) suç öyküsü olduğu görülürken; suç çeşitlerinden en sık hırsızlık bağlantılı suçlar olmak üzere uyuşturucu bağlantılı suçlar, yaralama suçları ön planda bulundu (Tablo 5).

Tablo 5: Olguların Suça Karışma Bilgilerinin Dağılımı

		Cinsiyet			
		Erkek		Kız	
		Sayı	%	Sayı	%
Suç öyküsü	Belirtilmemiş	44	13,5	4	10,8
	Yok	130	39,9	15	40,5
	Var	152	46,6	18	48,7
Suçu	Uyuşturucu bağlantılı	35	22,3	3	23,1
	Yaralamalı olaylar	24	15,3	2	15,3
	Hırsızlık bağlantılı	47	29,9	1	7,7
	Terör bağlantılı	4	2,6	1	7,7
	Diğer (5)	2	1,3	0	0,0
	1 ve 3	15	9,6	1	7,7
	1, 2, 3	6	3,8	0	0,0
	2 ve 3	8	5,1	0	0,0
	1 ve 2	3	1,9	1	7,7
	Var ancak belirtilmemiş	7	4,5	3	23,1
	3 ve 4	3	1,9	0	0,0
	1 ve 4	1	0,6	0	0,0
	2 ve 4	1	0,6	1	7,7
	1, 2, 5	1	0,6	0	0,0

1: Uyuşturucu bağlantılı suçlar, 2: Yaralamalı suçlar, 3: Hırsızlık bağlantılı suçlar, 4: Terör bağlantılı suçlar, 5: Kamu malına zarar verme, mala zarar verme, ehliyetsiz araç kullanma

Çalışmamız kapsamında değerlendirilen 363 olgunun akrabalarındaki cezaevi yatış öyküsü dağılımları incelendiğinde belirtilmemişler ($n_{\text{erkek}+\text{kız}}=105$) çıkarıldığında 155 olguda (%60,5) cezaevinde yatan yakını olmadığı, 102 olguda (%39,5) yatan bir yakını olduğunu belirtmiş olup, yatan kişinin 186'sı (%72,1) olgunun 1.derece akrabası, 13'ü (%5) 2.derece akrabası ve 16'sı (%6,2) 3. derece akrabası olduğu görüldü. 43'ü (%16,7) ise akrabalık derecesini belirtmediği saptandı (Tablo 6).

Tablo 6: Olguların akrabalarında cezaevinde yatış öyküsü dağılımı

		Cinsiyet			
		Erkek		Kız	
		Sayı	%	Sayı	%
Cezaevinde yatan yakını	Belirtilmemiş	86	26,5	19	51,4
	Yok	147	45,2	8	21,6
	Var	92	28,3	10	27,0
Yatan kişi	Belirtilmemiş	86	26,4	19	51,4
	1. derece yakını	173	53,0	13	35,1
	2.derece yakını	13	4,0	0	0,0
	3.derece yakını	15	4,6	1	2,7
	Var (yakınlık belirtilmemiş)	39	12,0	4	10,8

Olguların madde kullanım bilgileri ve beraberinde sigara, alkol kullanım bilgileri dağılımı Tablo 7’de gösterilmiştir.

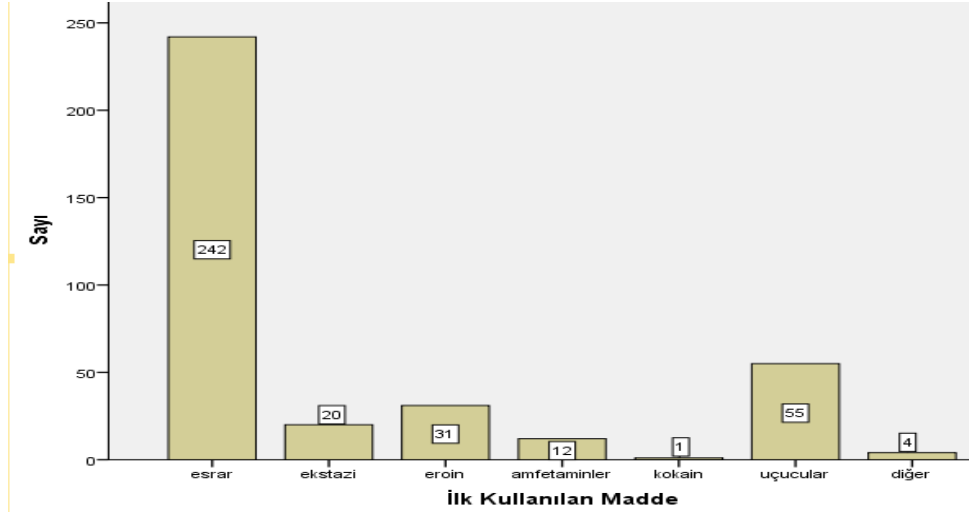
Tablo 7: Olguların madde kullanım bilgileri

		Cinsiyet			
		Erkek		Kız	
		Sayı	%	Sayı	%
İlk kullanılan madde	Esrar	225	69,0	17	47,2
	Ekstazi	17	5,2	3	8,3
	Eroin	30	9,2	1	2,8
	Amfetaminler	8	2,5	4	11,1
	Uçucular	45	13,8	10	27,8
	Diğer	1	0,3	1	2,8
Beraberinde sigara kullanımı	Belirtilmemiş	17	5,2	5	13,5
	Var	303	93,0	32	86,5
	Yok	6	1,8	0	0,0

Beraberinde alkol kullanımı	Belirtilmemiş	19	5,9	5	13,5
	Var	170	52,1	15	40,5
	Yok	137	42,0	17	46,0
Maddeyi kullandığı yer	Belirtilmemiş	81	24,8	11	29,8
	Sokak	39	12,0	6	16,2
	Metruk yapı	57	17,5	6	16,2
	Bekâr evi	31	9,5	6	16,2
	Okul bahçesi	14	4,3	0	0,0
	Aile evinde	49	15,0	4	10,8
	Mezarlık	3	0,9	0	0,0
	Umumi tuvalet	9	2,7	1	2,7
	İşyeri	11	3,4	0	0,0
	Park	10	3,1	2	5,4
	Diğer*	10	3,1	1	2,7
	Tarla	12	3,7	0	0,0
M. B. yaşı (ort±SS)		13,1±2,1		13,0±2,8	

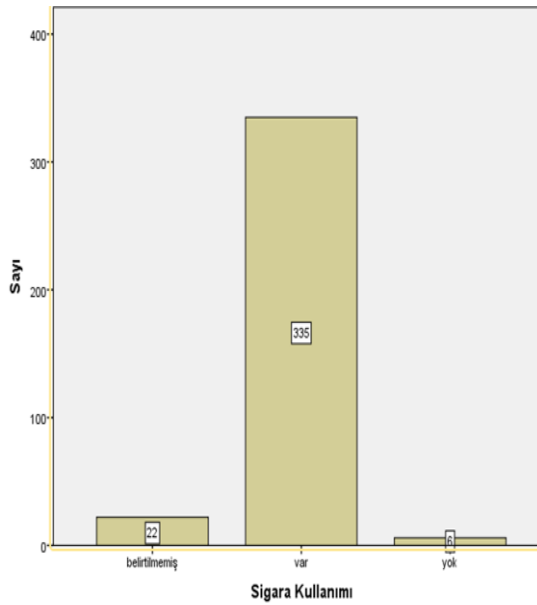
Tablo 7 devamı: *Diğer: Surlar, İnternet kafe, Site bahçesi, Kaldığı sosyal kurum, Ahır, Araba
SS: Standart sapma, M. B. yaşı: Madde başlama yaşı, Ort: Ortalama.

Çalışmamız kapsamında değerlendirilen 363 olgunun madde kullanım bilgileri incelendiğinde madde başlama yaşı ortalaması erkeklerde 13,1±2,1, kadınlarda 13±2,8 bulunmuş olup en sık başlama maddesi 242 olguda esrar (%66,6), ikinci sırada 55 olguda uçucular (bali, çakmak gazı, tiner) (%15,1) olduğu, sonrasında sırasıyla 31 olguda eroin (%8,5), 20 olguda ekstazi (%5,5), 12 olguda metamfetaminler (%3,3) olduğu saptandı (Şekil 5). Olguların maddeyi kullandığı yerler incelendiğinde; belirtilmemişler ($n_{\text{erkek+kız}}=92$) çıkarıldığında 63 olguda yüksek oranda (%23,2) metruk yapılarda, 53 olguda (%19,5) aile evinde, 45 olguda (%16,6) sokakta, 37 olguda (%13,6) bekâr evinde, 14 olguda (%5,1) okul bahçesinde, 12’şer olguda (%4,4) tarlada ve parkta, 11 olguda (%4) çalıştığı işyerinde, 10 olguda (%3,6) umumi tuvaletlerde kullandığı bulundu.

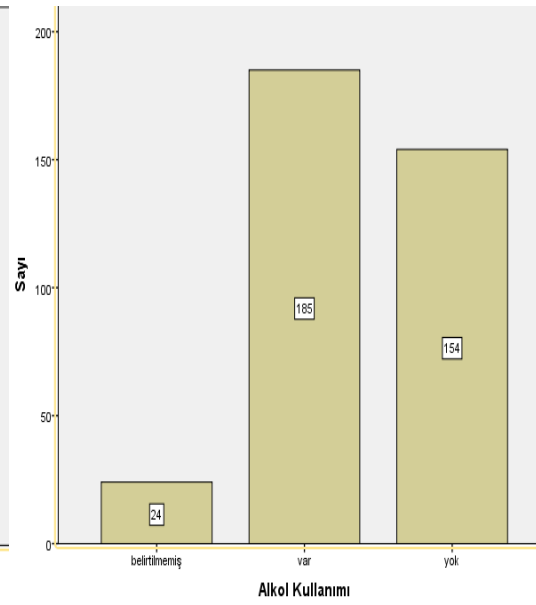


Şekil 5. Olguların ilk kullandığı madde

Çalışmamız kapsamında değerlendirilen 363 olgunun sigara ve alkol kullanım dağılımı incelendiğinde belirtilmemişler (n=22) çıkarıldığında olguların tamamına yakınında (%98'i) madde beraberinde sigara kullanımı, belirtilmemişler (n=24) çıkarıldığında yarıısından fazlasında (%54,2) alkol kullanımı saptandı (Şekil 6 ve 7).



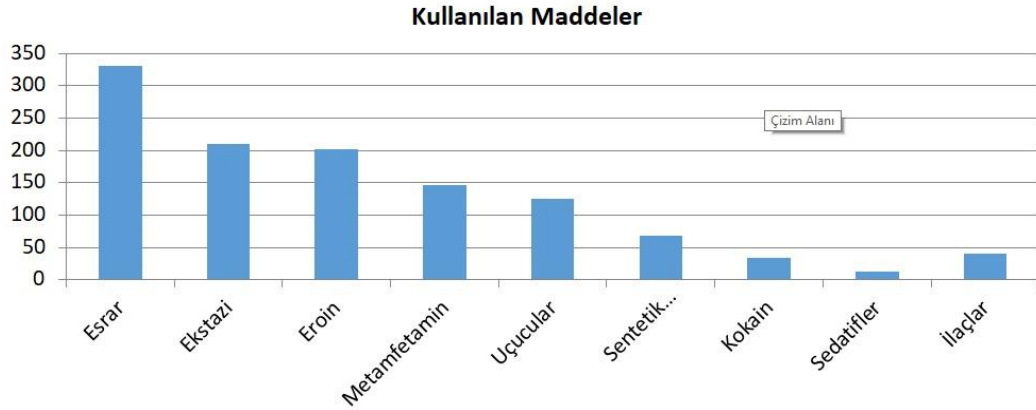
Şekil 6. Olguların sigara kullanımı



Şekil 7. Olguların alkol kullanımı

363 olgu kullandıkları maddeler açısından incelendiğinde; esrar 331 olguda (%91,1), ekstazi 210 (%57,8), eroin 202 (%55,6), metamfetamin 147 (%40,4),

uçucular 125 (%34,4), sentetik kannabinoidler 68 (%18,7), ilaçlar (suboxone, metadon) 40 (%11), kokain 35 (%9,6), sedatifler 13 (%3,5) olguda kullanılmakta olduğu bulundu (Şekil 8).



Şekil 8: Kullanılan maddeler

Çalışmamız kapsamında değerlendirilen 363 olgunun kişisel özellikleri değerlendirildiğinde belirtilmemişler çıkarıldığında ($n_{\text{erkek}+\text{kız}}=82$) 164 olguda (%58,3) kendine zarar verme davranışı öyküsü olduğu, belirtilmemişler çıkarıldığında ($n_{\text{erkek}+\text{kız}}=96$) 54 olguda (%19,4) intihar girişimi öyküsü olduğu, belirtilmemişler çıkarıldığında ($n_{\text{erkek}+\text{kız}}=93$) 160 olguda (%59,2) evden kaçma öyküsü olduğu, 105 olguda madde kullanan arkadaşı olduğu bulundu. Olguların kasten kendine zarar verme davranışı, intihar öyküsü, evden kaçma öyküsü, akranlarında madde kullanım dağılımları Tablo 8’de gösterilmiştir.

Tablo 8: Olguların kişisel özellikleri

		Cinsiyet			
		Erkek		Kız	
		Sayı	%	Sayı	%
Kendine zarar verme	Belirtilmemiş	65	20,0	17	46,0
	Yok	108	33,1	9	24,3
	Var	153	46,9	11	29,7
İntihar girişimi öyküsü	Belirtilmemiş	76	23,3	20	54,1
	Yok	201	61,7	12	32,4
	Var	49	15,0	5	13,5
Evden kaçma öyküsü	Belirtilmemiş	73	22,4	20	54,1
	Yok	101	31,0	9	24,3
	Var	152	46,6	8	21,6
Arkadaşlarında madde kullanımı	Belirtilmemiş	227	69,6	31	83,8
	Yok	0	0,0	0	0,0
	Var	99	30,4	6	16,2

Çalışmamız kapsamında değerlendirilen 363 olgunun tedaviye ilişkin bilgileri değerlendirildiğinde belirtilmemişler çıkarıldığında ($n_{\text{erkek}+\text{kız}}=103$) 264 olgunun (%72,3) yatarak tedavi gördüğü, 99 olgunun (%27,7) ayaktan tedavi gördüğü, 181 olgunun ailesi tarafından tedaviye getirildiği (%69,6), 42 olgunun(%24,6) kendi isteğiyle tedaviye başvurduğu, yatış sayısının 1-6 arasında olduğu, çoğunluğunun 1 kez yatışı olduğu (%45,1) olduğu saptandı (Tablo 9).

Tablo 9: Tedaviye ilişkin bilgiler

		Cinsiyet			
		Erkek		Kız	
		Sayı	%	Sayı	%
Tedaviye başvuru şekli	Belirtilmemiş	85	26,1	18	48,7
	Aile isteği	165	50,6	16	43,2
	Adli makam sevki	4	1,2	0	0,0
	Kendi isteği	41	12,6	1	2,7
	Kaldığı kurum	9	2,8	2	5,4
	Aile ve kendi isteği	22	6,7	0	0,0
Yatış sayısı	Ayaktan tedavi gören	78	23,9	21	56,8
	1	148	45,4	16	43,2
	2	65	20,0	0	0,0
	3	19	5,8	0	0,0
	4	9	2,8	0	0,0
	5	4	1,2	0	0,0
	6	3	0,9	0	0,0

4.2. Karşılaştırmalı bulgular:

Başlama yaş grubuna göre istatistiksel olarak cinsiyetler arasında anlamlı bir farklılık saptanmadı. Madde başlama yaş grubu ile iş öyküsü arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($p=0,030$) (Tablo 10).

Tablo 10: Başlama yaş gruplarına göre sosyodemografik özelliklerin dağılımı

		Başlama Yaş Grubu						
		Belirtilmemiş		12 yaş ve altı		13 yaş ve üstü		
		Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	p*
Cinsiyet	Erkek	1	0,3	125	38,3	200	61,4	0,157
	Kız	1	2,7	12	32,4	24	64,9	
Medeni durum	Bekâr	2	0,5	136	37,7	223	61,8	0,934
	Evli	0	0,0	1	50,0	1	50,0	
Eğitim durumu	Belirtilmemiş	0	0,0	0	0,0	5	100,0	0,221
	Okul terk	1	0,3	105	37,8	172	61,9	
	Devam	1	1,2	32	40,0	47	58,8	
Tamamladığı öğrenim durumu	Belirtilmemiş	0	0,0	0	0,0	5	100,0	0,351
	Okuryazar değil	0	0,0	0	0,0	5	100,0	
	Okuryazar	0	0,0	13	44,8	16	55,2	
	İlkokul	0	0,0	52	40,6	76	59,4	
	Ortaokul	2	1,1	69	36,7	117	62,2	
	Lise	0	0,0	3	37,5	5	62,5	
İş öyküsü	Belirtilmemiş	1	9,1	3	27,3	7	63,6	0,030
	Çalışmıyor	1	0,4	77	34,4	146	65,2	
	Çalışıyor	0	0,0	57	44,5	71	55,5	

*Fisher Exact testi kullanılmıştır.

Tablo 11: Başlama yaş gruplarına göre yerleşim yeri, yerleşim yerinin özelliği ve yaşadığı ortam özelliklerine göre dağılımı

		Başlama Yaş Grubu						
		Belirtilmemiş		12 yaş ve altı		13 yaş ve üstü		
		Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	
Yerleşim yeri	Belirtilmemiş	0	0,0	7	43,8	9	56,2	0,564
	Diyarbakır merkez	1	0,6	61	39,4	93	60,0	
	Diyarbakır ilçeleri	1	3,7	7	25,9	19	70,4	
	Komşu iller	0	0,0	42	36,8	72	63,2	
	Diğer iller	0	0,0	20	39,2	31	60,8	
Yerleşim yerinin özelliği	Belirtilmemiş	0	0,0	6	42,9	8	57,1	0,858
	Kentsel	1	0,4	86	36,9	146	62,7	
	İlçe	1	0,9	41	38,0	66	61,1	
	Kırsal	0	0,0	4	50,0	4	50,0	
Yaşadığı ortam	Belirtilmemiş	0	0,0	3	37,5	5	62,5	0,696
	Aile evi	2	0,6	122	37,9	198	61,5	
	Sosyal destek kurumları	0	0,0	10	33,3	20	66,7	
	Cezaevi	0	0,0	0	0,0	1	100,0	
	Sokak	0	0,0	1	100,0	0	0,0	
	Öğrenci yurdu	0	0,0	1	100,0	0	0,0	

*Fisher Exact testi kullanılmıştır.

Madde başlama yaş grubu ile babanın eğitim durumu arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($p=0,042$) (Tablo 12).

Tablo 12: Başlama yaş gruplarına göre ailesel özelliklerinin dağılımı I

		Başlama Yaş Grubu						
		Belirtilmemiş		12 yaş ve altı		13 yaş ve üstü		
		Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	p*
Aile yapısı	Belirtilmemiş	0	0,0	17	38,6	27	61,4	0,946
	Çekirdek aile	2	0,7	111	37,2	185	62,1	
	Geniş aile	0	0,0	1	33,3	2	66,7	
	Tek ebeveyn	0	0,0	8	47,1	9	52,9	
	Akraba evi	0	0,0	0	0,0	1	100,0	
Evin geçimini üstlenen kişi	Belirtilmemiş	0	0,0	36	39,6	55	60,4	0,945
	Baba	2	0,9	81	36,2	141	62,9	
	Abi	0	0,0	5	50,0	5	50,0	
	Anne	0	0,0	6	33,3	12	66,7	
	Kardeşler ve baba	0	0,0	4	44,4	5	55,6	
	Anne ve baba	0	0,0	3	50,0	3	50,0	
	Yok	0	0,0	2	66,7	1	33,3	
	Nine- Dede	0	0,0	0	0,0	1	100,0	
	Abi ve anne	0	0,0	0	0,0	1	100,0	
Baba yaşıyor mu?	Belirtilmemiş	0	0,0	16	37,2	27	62,8	0,925
	Evet	2	0,7	111	38,3	177	61,0	
	Hayır	0	0,0	10	33,3	20	66,7	
Anne yaşıyor mu?	Belirtilmemiş	0	0,0	16	36,4	28	63,6	0,918
	Evet	2	0,7	119	38,1	191	61,2	
	Hayır	0	0,0	2	28,6	5	71,4	
Üvey ebeveyn var mı?	Belirtilmemiş	1	1,1	30	32,6	61	66,3	0,471
	Yok	1	0,4	101	39,8	152	59,8	
	Var	0	0,0	5	31,2	11	68,8	
Baba eğitim durumu	Belirtilmemiş	1	0,5	82	45,1	99	54,4	0,042
	Okuryazar	1	1,3	23	30,7	51	68,0	
	Okuryazar değil	0	0,0	23	30,3	53	69,7	
	İlkokul	0	0,0	3	75,0	1	25,0	
	Ortaokul	0	0,0	2	40,0	3	60,0	
	Lise	0	0,0	3	15,8	16	84,2	
	Lisans ve üstü	0	0,0	1	50,0	1	50,0	
Anne eğitim durumu	Belirtilmemiş	1	0,5	82	45,1	99	54,4	0,093
	Okuryazar	1	1,5	23	33,3	45	65,2	

	Okuryazar değil	0	0,0	27	28,1	69	71,9	0,093
	İlkokul	0	0,0	4	33,3	8	66,7	
	Ortaokul	0	0,0	1	50,0	1	50,0	
	Lise	0	0,0	0	0,0	2	100,0	
	Lisans ve üstü	0	0,0	0	0,0	0	0,0	
Kardeş sayısı	Belirtilmemiş	0	0,0	10	38,5	16	61,5	0,769
	1-2	0	0,0	5	29,4	12	70,6	
	3-4	1	0,9	37	33,9	71	65,1	
	5 ve üzeri	1	0,5	85	40,3	125	59,2	
Sosyoekonomik seviye	Belirtilmemiş	0	0,0	42	44,7	52	55,3	0,604
	Düşük	2	0,9	78	36,4	134	62,6	
	Orta	0	0,0	14	31,8	30	68,2	
	Yüksek	0	0,0	3	30,0	7	70,0	
Oturduğu ev	Belirtilmemiş	0	0,0	79	41,8	110	58,2	0,171
	Kira	0	0,0	18	32,1	38	67,9	
	Kendilerine ait	2	1,7	40	33,9	76	64,4	

Tablo 12 devamı: *Fisher Exact testi kullanılmıştır.

Tablo 13: Başlama yaş gruplarına göre ailesel özelliklerin dağılımı II

		Başlama Yaş Grubu						
		Belirtilmemiş		12 yaş ve altı		13 yaş ve üstü		
		Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	p*
Anne-baba	Belirtilmemiş	0	0,0	15	39,5	23	60,5	0,874
	Beraber	2	0,8	101	38,7	158	60,5	
	Ayrı	0	0,0	11	30,6	25	69,4	
	En az biri ölmüş	0	0,0	9	33,3	18	66,7	
Ailede madde kullanımı	Belirtilmemiş	0	0,0	32	43,2	42	56,8	0,595
	Yok	2	1,2	60	36,8	101	62,0	
	Var	0	0,0	45	35,7	81	64,3	
Ailede psikiyatrik hastalık	Belirtilmemiş	0	0,0	41	43,6	53	56,4	0,288
	Yok	1	0,5	82	36,6	141	62,9	
	Var	1	2,2	14	31,1	30	66,7	

*Fisher Exact testi kullanılmıştır.

Tablo 14: Başlama yaş gruplarına göre suçla karışma bilgisi dağılımı

		Başlama Yaş Grubu						
		Belirtilmemiş		12 yaş ve altı		13 yaş ve üstü		
		Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	p*
Suç öyküsü	Belirtilmemiş	2	4,2	17	35,4	29	60,4	0,328
	Yok	0	0,0	48	33,1	97	66,9	
	Var	0	0,0	72	42,3	98	57,7	
Suçu	Uyuşturucu bağlantılı	0	0,0	16	42,1	22	57,9	0,949
	Yaralamalı olaylar	0	0,0	8	30,8	18	69,2	
	Hırsızlık bağlantılı	0	0,0	16	33,3	32	66,7	
	Terör bağlantılı	0	0,0	3	60,0	2	40,0	
	Diğer(5)	0	0,0	0	0,0	2	100,0	
	1 ve 3	0	0,0	7	43,8	9	56,2	
	1, 2, 3	0	0,0	3	50,0	3	50,0	
	2 ve 3	0	0,0	2	25,0	6	75,0	
	1 ve 2	0	0,0	2	50,0	2	50,0	
	Var türü belirtilmemiş	0	0,0	2	20,0	8	80,0	
	3 ve 4	0	0,0	1	33,3	2	66,7	
	1 ve 4	0	0,0	0	0,0	1	100,0	
	2 ve 4	0	0,0	1	50,0	1	50,0	
	1, 2, 5	0	0,0	0	0,0	1	100,0	

*Fisher Exact testi kullanılmıştır. 1: Uyuşturucu bağlantılı suçlar, 2: Yaralamalı suçlar, 3: Hırsızlık bağlantılı suçlar, 4: Terör bağlantılı suçlar, 5: Kamu malına zarar verme, mala zarar verme, ehliyetsiz araç kullanma

Tablo 15: Başlama yaş gruplarına göre yakınlarında cezaevi öyküsü dağılımı

		Başlama Yaş Grubu						p
		Belirtilmemiş		12 yaş ve altı		13 yaş ve üstü		
		Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	
Cezaevinde yatan yakını	Belirtilmemiş	1	1,0	40	38,1	64	60,9	0,710
	Yok	0	0,0	61	39,4	94	60,6	
	Var	1	1,0	36	35,3	65	63,7	
Yatan kişi	Belirtilmemiş	1	1,0	40	38,1	64	60,9	0,741
	1. derece	0	0,0	71	38,2	115	61,8	
	2.derece	0	0,0	5	38,5	8	61,5	
	3.derece	0	0,0	6	37,5	10	62,5	
	Var yakınlık belirtilmemiş	1	2,3	15	34,9	27	62,8	

Tablo 16: Başlama yaş gruplarına göre kişisel özelliklerinin dağılımı

		Başlama Yaş Grubu						p*
		Belirtilmemiş		12 yaş ve altı		13 yaş ve üstü		
		Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	
Kendine Zarar Verme	Belirtilmemiş	0	0,0	38	46,3	44	53,7	0,253
	Yok	0	0,0	42	35,9	75	64,1	
	Var	2	1,2	57	34,8	105	64,0	
İntihar Girişimi	Belirtilmemiş	0	0,0	43	44,8	53	55,2	0,051
	Yok	1	0,5	81	38,0	131	61,5	
	Var	1	1,8	13	24,1	40	74,1	
Evden Kaçma Öyküsü	Belirtilmemiş	1	1,1	39	41,9	53	57,0	0,674
	Yok	0	0,0	39	35,5	71	64,5	
	Var	1	0,6	59	36,9	100	62,5	
Arkadaşlarında madde kullanımı	Belirtilmemiş	1	0,4	97	37,6	160	62,0	0,734
	Yok	0	0,0	0	0,0	0	0,0	
	Var	1	1,0	40	38,1	64	60,9	

*Fisher Exact testi kullanılmıştır.

Tablo 17: Başlama yaş gruplarına göre tedaviye ilişkin bulguların dağılımı

		Başlama Yaş Grubu						p*
		Belirtilmemiş		12 yaş ve altı		13 yaş ve üstü		
		Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	
Tedaviye başvuru şekli	Belirtilmemiş	0	0,0	48	46,6	55	53,4	0,357* ,
	Aile isteği	2	1,1	60	33,2	119	65,7	
	Adli makam	0	0,0	1	25,0	3	75,0	
	Kendi isteği	0	0,0	18	42,9	24	57,1	
	Kaldığı sosyal kurum	0	0,0	2	18,2	9	81,8	
	Aile ve kendi isteği	0	0,0	8	36,4	14	63,6	
Yatış sayısı	0 (ayaktan)	1	1,0	38	38,4	60	60,6	0,684*
	1	1	0,6	60	36,6	103	62,8	
	2	0	0,0	22	33,8	43	66,2	
	3	0	0,0	10	52,6	9	47,4	
	4	0	0,0	5	55,6	4	44,4	
	5	0	0,0	2	50,0	2	50,0	
	6	0	0,0	0	0,0	3	100,0	

*Fisher Exact testi kullanılmıştır.

Tablo 18: Tekli-çoklu madde kullanımına göre sosyodemografik özelliklerin dağılımı

		Madde Kullanımı				
		Tek madde		Çoklu madde		
		Sayı	%	Sayı	%	
Cinsiyet	Erkek	44	13,5	282	86,5	0,368**
	Kadın	7	18,9	30	81,1	
Medeni durum	Bekar	51	14,1	310	85,9	0,566**
	Evli	0	0,0	2	100,0	
Eğitim durumu	Belirtilmemiş	0	0,0	5	100,0	0,456*
	Okul terk	37	13,3	241	86,7	
	Devam	14	17,5	66	82,5	
Tamamladığı öğrenim durumu	Belirtilmemiş	0	0,0	5	100,0	0,439*
	Okuryazar Değil	1	20,0	4	80,0	
	Okuryazar	5	17,2	24	82,8	
	İlköğretim	23	18,0	105	82,0	
	Ortaokul	22	11,7	166	88,3	
	Lise	0	0,0	8	100,0	
İş öyküsü	Belirtilmemiş	0	0,0	11	100,0	0,291**
	Çalışmıyor	30	13,4	194	86,6	
	Çalışıyor	21	16,4	107	83,6	

*Fisher Exact testi kullanılmıştır. ** ki kare testi kullanılmıştır.

Çoklu madde kullanımı; erkeklerde 282 olgu (%86,5), kızlarda 30 olgu (%81,1) bulundu. Cinsiyetler arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmadı. Çoklu madde kullanım oranı %85,9 olarak bulundu (Tablo 19).

Tablo 19: Tekli-çoklu madde kullanımına göre yerleşim yeri, yerleşim yerinin özelliği ve yaşadığı ortam özelliklerine göre dağılımı

		Madde kullanımı				
		Tek madde		Çoklu madde		
		Sayı	%	Sayı	%	
Yerleşim yeri	Belirtilmemiş	2	12,5	14	87,5	0,685**
	Diyarbakır merkez	23	14,8	132	85,2	
	Diyarbakır ilçe	5	18,5	22	81,5	
	Komşu iller	12	10,5	102	89,5	
	Uzak iller	9	17,6	42	82,4	
Yerleşim yerinin özelliği	Belirtilmemiş	2	14,3	12	85,7	0,999**
	Kentsel	33	14,2	200	85,8	
	İlçe	15	13,9	93	86,1	
	Kırsal	1	12,5	7	87,5	
Yaşadığı ortam	Belirtilmemiş	3	37,5	5	62,5	0,467*
	Aile evi	45	14,0	277	86,0	
	Sosyal destek kurumları	3	10,0	27	90,0	
	Cezaevi	0	0,0	1	100,0	
	Sokak	0	0,0	1	100,0	
	Öğrenci yurdu	0	0,0	1	100,0	

*Fisher Exact testi kullanılmıştır. ** ki kare testi kullanılmıştır.

Tablo 20: Tekli-çoklu madde kullanımına göre ailesel özelliklerinin dağılımı I

		Madde kullanımı					
		Tekli madde		Çoklu madde			p
		Sayı	%	Sayı	%		
Aile yapısı	Belirtilmemiş	5	11,4	39	88,6	0,204*	
	Çekirdek aile	42	14,1	256	85,9		
	Geniş aile	2	66,7	1	33,3		
	Tek ebeveyn	2	11,8	15	88,2		
	Akraba evi	0	0,0	1	100,0		
Evin geçimini üstlenen kişi	Belirtilmemiş	7	7,7	84	92,3	0,081*	
	Baba	37	16,5	187	83,5		
	Abi	3	30,0	7	70,0		
	Anne	1	5,6	17	94,4		
	Kardeşler ve baba	0	0,0	9	100,0		
	Anne ve baba	2	33,3	4	66,7		
	Yok	1	33,3	2	66,7		

	Nine dede	0	0,0	1	100,0	
	Abi ve anne	0	0,0	1	100,0	
Baba yaşıyor mu?	Belirtilmemiş	5	11,6	38	88,4	0,393**
	Evet	44	15,2	246	84,8	
	Hayır	2	6,7	28	93,3	
Anne yaşıyor mu?	Belirtilmemiş	5	11,4	39	88,6	0,476**
	Evet	44	14,1	268	85,9	
	Hayır	2	28,6	5	71,4	
Üvey ebeveyn var mı?	Belirtilmemiş	14	15,2	78	84,8	0,928**
	Yok	35	13,8	219	86,2	
	Var	2	12,5	14	87,5	
Baba eğitim durumu	Belirtilmemiş	21	11,5	161	88,5	0,074*
	Okuryazar	8	10,7	67	89,3	
	Okuryazar değil	15	19,7	61	80,3	
	İlkokul	2	50,0	2	50,0	
	Ortaokul	0	0,0	5	100,0	
	Lise	5	26,3	14	73,7	
	Lisans ve üstü	0	0,0	2	100,0	
Anne Eğitim Durumu	Belirtilmemiş	21	11,5	161	88,5	0,203*
	Okuryazar	10	14,5	59	85,5	
	Okuryazar değil	16	16,7	80	83,3	
	İlkokul	2	16,7	10	83,3	
	Ortaokul	1	50,0	1	50,0	
	Lise	1	50,0	1	50,0	
	Lisans ve üstü	0	0,0	0	0,0	
Kardeş sayısı	Belirtilmemiş	4	15,4	22	84,6	0,511*
	1-2	3	17,6	14	82,4	
	3-4	11	10,1	98	89,9	
	5 ve üzeri	33	15,6	178	84,4	
Sosyoekonomik seviye	Belirtilmemiş	11	11,7	83	88,3	0,472**
	Düşük	33	15,4	181	84,6	
	Orta	7	15,9	37	84,1	
	Yüksek	0	0,0	10	100,0	
Oturduğu ev	Belirtilmemiş	23	12,2	166	87,8	0,097**
	Kira	5	8,9	51	91,1	
	Kendilerine ait	23	19,5	95	80,5	

Tablo 20 devamı: *Fisher Exact testi kullanılmıştır. **Ki kare testi kullanılmıştır.

Tekli-çoklu madde kullanımı ile ailede madde kullanımı arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($p=0,006$) (Tablo 21).

Tablo 21: Tekli-çoklu madde kullanımına göre ailesel özelliklerinin dağılımı II

		Madde kullanımı				
		Tek madde		Çoklu madde		
		Sayı	%	Sayı	%	p
Anne- baba	Belirtilmemiş	7	18,4	31	81,6	0,662**
	Beraber	37	14,2	224	85,8	
	Ayrı	5	13,9	31	86,1	
	En az bir ebeveyn ölmüş	2	7,4	25	92,6	
Ailede madde kullanımı	Belirtilmemiş	2	2,7	72	97,3	0,006**
	Yok	26	16,0	137	84,0	
	Var	23	18,3	103	81,7	
Ailede psikiyatrik hastalık	Belirtilmemiş	10	10,6	84	89,4	0,327**
	Yok	32	14,3	192	85,7	
	Var	9	20,0	36	80,0	

Tablo 22: Tekli-çoklu madde kullanımına göre suça karışma bilgisi dağılımı

		Madde kullanımı				
		Tek madde		Çoklu madde		
		Sayı	%	Sayı	%	p
Suç öyküsü	Belirtilmemiş	6	12,5	42	87,5	0,168**
	Yok	15	10,3	130	89,7	
	Var	30	17,6	140	82,4	
Suçu	Uyuşturucu bağlantılı	5	13,2	33	86,8	0,915*
	Yaralamalı olaylar	3	11,5	23	88,5	
	Hırsızlık bağlantılı	8	16,7	40	83,3	
	Terör bağlantılı	2	40,0	3	60,0	
	Diğer (5)	0	0,0	2	100,0	
	1 ve 3	2	12,5	14	87,5	
	1, 2, 3	1	16,7	5	83,3	
	2 ve 3	1	12,5	7	87,5	
	1 ve 2	0	0,0	4	100,0	
	Var Türü Belirtilmemiş	2	20,0	8	80,0	
	3 ve 4	0	0,0	3	100,0	
	1 ve 4	0	0,0	1	100,0	
	2 ve 4	0	0,0	2	100,0	
	1, 2, 5	0	0,0	1	100,0	

*Fisher Exact testi kullanılmıştır. ** ki kare testi kullanılmıştır. 1: Uyuşturucu bağlantılı suçlar, 2:

Yaralamalı suçlar, 3: Hırsızlık bağlantılı suçlar, 4: Terör bağlantılı suçlar, 5: Kamu malına zarar verme, mala zarar verme, ehliyesiz araç kullanma

Tablo 23: Tekli-çoklu madde kullanımına göre akrabalarında cezaevi öyküsü dağılımı

		Madde Kullanımı				
		Tek madde		Çoklu madde		
		Sayı	%	Sayı	%	
Cezaevinde yatan yakını	Belirtilmemiş	15	14,3	90	85,7	0,395**
	Yok	18	11,6	137	88,4	
	Var	18	17,6	84	82,4	
Yatan kişi	Belirtilmemiş	15	14,3	90	85,7	0,499**
	1. derece	22	11,8	164	88,2	
	2.derece	3	23,1	10	76,9	
	3.derece	2	12,5	14	87,5	
	Var belirtilmemiş	9	20,9	34	79,1	

**Ki kare testi kullanılmıştır.

Tablo 24: Tekli-çoklu madde kullanımına göre kişisel özelliklerinin dağılımı

		Madde kullanımı				
		Tek madde		Çoklu madde		
		Sayı	%	Sayı	%	p
Kendine zarar verme	Belirtilmemiş	10	12,2	72	87,8	0,816**
	Yok	18	15,4	99	84,6	
	Var	23	14,0	141	86,0	
İntihar girişimi	Belirtilmemiş	11	11,5	85	88,5	0,278**
	Yok	35	16,4	178	83,6	
	Var	5	9,3	49	90,7	
Evden kaçma öyküsü	Belirtilmemiş	13	14,0	80	86,0	0,870**
	Yok	14	12,7	96	87,3	
	Var	24	15,0	136	85,0	
Arkadaşlarında madde kullanımı	Belirtilmemiş	41	15,9	217	84,1	0,113**
	Yok	0	0,0	0	0,0	
	Var	10	9,5	95	90,5	

** ki kare testi kullanılmıştır.

Tablo 25: Tekli-çoklu madde kullanımına göre tedaviye ilişkin bulguların dağılımı

		Madde kullanımı				
		Tek madde		Çoklu madde		
		Sayı	%	Sayı	%	
Tedaviye başvuru şekli	Belirtilmemiş	11	10,7	92	89,3	0,199*
	Aile isteği	33	18,2	148	81,8	
	Adli makam	0	0,0	4	100,0	
	Kendi isteği	3	7,1	39	92,9	
	Kaldığı sosyal kurum	0	0,0	11	100,0	
	Aile ve kendi isteği	4	18,2	18	81,8	
Yatış sayısı	0	17	17,2	82	82,8	0,340*
	1	18	11,0	146	89,0	
	2	10	15,4	55	84,6	
	3	2	10,5	17	89,5	
	4	3	33,3	6	66,7	
	5	1	25,0	3	75,0	
	6	0	0,0	3	100,0	

*Fisher Exact testi kullanılmıştır.

5. TARTIŞMA

Bu çalışmada, madde kullanımı nedeniyle Diyarbakır ÇEMATEM’de yatarak veya ayaktan tedavi gören olguların sosyodemografik verileri incelenmiştir. Bu çalışma, ülkemizde bu alanda tedavi gören ergen yaş grubunda yapılmış sınırlı sayıdaki araştırmalardan birisidir. Madde bağımlısı sayısının toplumda yıllar içerisinde arttığı bilinmektedir. Bu nedenle yapılacak çalışmalar önem arz etmektedir. Bu alandaki çalışmalar incelendiğinde; sosyodemografik veriler ışığında madde kullanım yaşı da göz önüne alınırsa, madde kullanımı ve bağımlılığı ile ilgili çalışmalar daha çok öğrenciler üzerinde ve ayaktan tedavi edilenlerde yoğunlaşmış olduğu görülmektedir. Ancak ÇEMATEM’ler gibi yataklı tedavi görenlerde, sokakta kalan çocuklarda, suça sürüklenen çocuklarda ve cezaevlerindeki popülasyonlarda bağımlılığın boyutu ile ilgili bilimsel çalışmalarda eksiklik olduğu dikkati çekmektedir.

Madde kullanımının suç olması ve kullanan kişiye sosyal bakış açısının kötü olması sebebiyle madde kullanan bireyler gizli kalmakta, kullananlar ise bazen kullanmadıklarını beyan edebilmektedir. Bu durum her iki cinsiyeti de etkilemekle birlikte kızlarda daha belirgindir. Bu durum yapılmış olan bilimsel çalışmalarda gerçek veriye ulaşma zorluklarının başında gelmektedir. Ancak ÇEMATEM ve AMATEM’lerde durum bir nebze de olsa farklıdır. Çünkü bireyin bağımlılığın yıkıcı etkilerinden kurtulmak için tedavi amaçlı başvurusu TCK 192 kapsamında suç unsuru olmaktan çıkar (99).

TUBİM 2019 uyuşturucu raporu 2018 yılı verilerine göre hayatının herhangi bir döneminde uyuşturucu madde deneyen kişilere cinsiyet açısından bakıldığında %94,1’i erkek %5,9’u ise kadındır (77). Bilaç ve ark. yaptığı çalışmaya göre olguların %68,5’i erkek, %31,5 kız olarak bulunmuştur (102). Bizim çalışmamızda ise; olguların %89,8’i erkek iken, %10,2’si kız olduğu saptanmıştır.

Bilaç ve ark. yaptığı çalışmaya göre kızların ve erkeklerin yaş ortalamaları sırasıyla 15,6 ve 14,8, yaş ortalaması ise 15,4 bulunmuştur (102). Bizim çalışmamızda ise yaş ortalaması erkeklerde 16,1, kızlarda 15,4 olarak; yaş ortalaması ise 16,0 olarak bulunmuştur.

363 olgumuzdan 2'si Suriye uyruklu olup diğerleri T.C. uyruklu bulundu.

Çalışmamız ÇEMATEM'deki olgulardan oluştuğu için 18 yaş altı çocuklardan oluşmakta ve bundan dolayı medeni durumlarına bakıldığında 2 olgu haricinde bekâr oldukları saptandı.

Olguların eğitim-öğretim durumları değerlendirildiğinde Karatoprak ve Uzun'un çalışmasında olguların %81,5'inin, Bilaç ve ark. tarafından yapılan araştırmada %80'inin eğitimini lise ve öncesinde bıraktığı bulunmuştur (100-102). Bizim çalışmamızda ise okulu terk edenlerin oranı lise ve öncesinde %77 olarak bulundu. Akademik başarı ve madde kullanımı arasındaki ilişki tam olarak belirlenmesi zor olsa da çıkan sonuçlar; madde kullanımı ile akademik başarısızlık, okulu bırakma, devamsızlık, sınıf tekrarı, disiplin suçları arasında ilişki olduğunu desteklemektedir. Madde kullanımı, derslerde başarısızlığa ve devamsızlığa neden olarak okulu bırakmaya sebep olabilmesinin yanında; okul bırakan kişinin aile ve sosyal çevresinden kopup madde kullanımına yatkın hale gelmesine neden olması kuvvetle muhtemeldir.

Madde kullanıcılarının tamamladığı öğrenim durumuna bakıldığında TUBİM 2019 raporunda 2018 yılı verilerine göre okuryazar olmayanlar %1,3 oranında, okuryazar olup ilkokul mezunu olmayanlar % 1,2, ilkokul mezunu olanlar %27,6, ortaokul mezunu olanlar %33,4, lise mezunu olanlar %31,3, üniversite-yüksekokul mezunu olanlar %5, yüksek lisans mezunu olanlar %0,2 olarak raporlanmıştır (77). Bizim çalışmamızda ise olgular 0-17 yaş aralığında oldukları için en çok lise mezunu olabilecekleri göz önüne alındığında; okuryazar olmayanlar %1,3, okuryazar olup ilkokul mezunu olmayanlar %8,1'i, ilkokul mezunu olanlar %35,7, ortaokul mezunu olanlar %52,5, lise mezunu olanlar %2,2 oranlarında olup diğer çalışmalarla uyumlu bulunmuştur.

Olguların iş-çalışma öyküsü değerlendirildiğinde; %36,3'ünün geçici işlerde çalıştığı saptandı. Ailelerin çocuklarını meslek sahibi olmalarını sağlamak, kötü sosyal ortamdan uzak tutmak amacıyla "çocuk işçi" olarak çeşitli işlerde çalıştırılmalarını teşvik ettiği yönünde değerlendirildi.

Başvuru yapan olguların yaşadıkları yerleşim yerleri değerlendirildiğinde Diyarbakır %52,4, komşu iller %32,9, diğer iller %14,7 olarak sıralandı. Bilaç ve

ark.'nın yaptığı çalışmaya göre olguların yaşadığı yerleşim yerinin özelliği incelendiğinde olguların %48,9'unun şehir merkezinde, %41,3'ünde ilçelerde, %9,8'inin köy/kasabada yaşadığı bulunmuşken; bizim çalışmamızda da benzer şekilde olguların %66,7 şehir merkezi, %30,9 ilçede, %2,2'sinin ise kasaba ve köylerde yaşadığı görüldü (102). Bu sonuçlar madde bağımlılığı probleminin daha çok şehir ve ilçe merkezlerinde olduğu yönünde değerlendirildi.

Çalışmamızda olguların %90,7'sinin ailesiyle beraber yaşadığı bunların aile yapısı özellikleri değerlendirildiğinde belirtilmemişler çıkarıldığında çoğunluğunun; çekirdek aile yapısına sahip olduğu (%93,4), evin geçimini babanın sağladığı (%82,3), anne-babanın hayatta olduğu (baba:%90,6; anne: %97,8), anne babanın öz olduğu (%93,7) anne-babanın beraber olduğu(%80,3), anne-babanın düşük eğitim düzeyinde oldukları (lise altı:%93,7), 5 ve üzeri kardeş sayısına sahip oldukları (%62,6), düşük sosyoekonomik seviyede oldukları (%79,5) ve oturdukları evin kendilerine ait olduğu (%67,8) bulundu.

Sosyoekonomik seviye ile madde kullanımı arasındaki ilişki net olarak aydınlatılmamış olmakla birlikte olgularımızdaki ve benzer çalışmalardaki çoğunluğun düşük sosyoekonomik seviyeye sahip olması madde kullanımı ile düşük gelir düzeyi arasında ilişki olabileceğini akla getirmektedir. Yine de gelir düzeyi ve sosyoekonomik düzeyi yüksek olanlarda madde kullanımının daha fazla olduğunu bildirilen yayınlar bulunmaktadır (102-104).

Karatoprak ve Uzun'un çalışmasında olguların %35'inin ailesinde başka bireylerde madde kullanımı olduğu belirtilmiştir (100). Bizim çalışmamızda da bu oran %35 olarak bulundu. Ailede madde kullanan birey olması ergenin bağımlılık riskini arttırması nedeniyle önemlidir.

UNODC, 2017 yılında 15-16 yaşlarındaki 12,6 milyon kişinin herhangi bir maddeyi kullanmış olduğunu ve 11,3 milyon kişinin esrar kullandığını belirtmiştir (101). TUBİM 2019 uyuşturucu raporunda 2018 yılı verilerine göre madde deneme yaşı ortalama yaş 20, sık tekrarlanan başlama yaşı ise 18 olarak tespit edilmiş olup, başlama maddesi %85,6 oranında esrar olarak saptanmıştır (77). Karatoprak ve Uzun'un çalışmasında, madde kullanımına başlama yaşının ortalama 14 olduğu, en sık kullanılan maddelerin sırasıyla esrar, ekstazi, uçucu maddeler olduğu

bulunmuştur (100). Bilaç ve ark.'nın yaptığı çalışmaya göre madde kullanımına başlama yaşının ortalama 13,1 olduğu, en çok esrar (%61,9) ve ekstazi (%61,9) kullanımı olduğu, bunları bali (%55,4) ve sentetik kannabinoid (%55,4) izlediği belirtilmiştir (102). Bizim çalışmamızda ise olguların madde başlama yaşına bakıldığında en küçüğünün 8 yaş, en büyüğünün 17 yaşında oldukları görüldü. Madde başlama yaş ortalaması 13 olarak saptandı. Bizim çalışmamızda da literatürle uyumlu olarak en sık başlama maddesi (%66,6) ve en çok kullanılan madde (%91,1) esrar olarak bulundu. Daha sonra en çok kullanılan maddeler sırasıyla ekstazi (%57,8), eroin (%55,9), metamfetamin (%40,4), uçucular (%34,5) olarak bulundu.

Bilaç ve ark.'nın yaptığı çalışmada çoklu madde kullanımı oranı %81,5 olarak saptanmıştır. Çoklu madde kullanma oranı erkeklerde %77,8; kızlarda %89,8 olduğu belirtilmiştir (102). Bizim çalışmamızda çoklu madde kullanım oranı yapılmış çalışmalara benzer şekilde %85,9 olup erkeklerde %86,5, kızlarda %81,1 oranında saptandı.

TUBİM 2019 raporunda 2018 yılı verilerine göre bağımlıların uyuşturucu kullanmaya başlamadan önce %86,8'i önce tütün, %44,4'ü alkol kullanmış olduğunu belirtmiştir. Bizim çalışmamızda da literatürle benzer şekilde olguların %98'inde madde beraberinde sigara kullanımı, %54,2'ünde alkol kullanımı olduğu bulundu (77). Bu yüksek oranlardan görüldüğü üzere alkol ve sigara gibi bağımlılık yapan maddeler; maddeye başlamada ve devam ettirmede önemli rol oynamaktadır.

TUBİM 2019 raporunda 2018 yılı verilerine göre örneklem üzerinden uyuşturucu maddelerin kullanıldığı alanlardan sık görülenler sırasıyla; kendi evi %40,8, metruk binalar %24,3, taşıt içi %13,4 ve parklar %9,3 oranlarında olduğu belirtilmiştir (77). Bizim çalışmamızda olguların % 23,2'si metruk yapılarda, %19,5'si aile evinde, %13,6'sı bekar evinde, %16,6'si sokakta, %5,1'i okul bahçesinde, %4,4'ü tarlada, %4,4'ü parklarda, %4'ü çalıştığı işyerinde, %3,6'sının umumi tuvaletlerde kullandığı saptandı. Bizim çalışmamızda olguların ergen olmaları nedeniyle kendilerine ait ev olmaması; maddeyi daha çok dış ortamlarda kullanmaları nedeniyle kendi evinde kullanma oranının düşük kaldığı görüldü.

Karatoprak ve Uzun'un çalışmasında olguların %64,8'inde suça karışma ve cezaevi öyküsü olduğu görülmektedir (100). Bizim çalışmamızda ise olguların

%53,9’unda suç öyküsü olduğu görölürken; suç çeşitlerinden en sık hırsızlık bağlantılı suçlar olmak üzere uyuşturuğu bağlantılı suçlar, kasten yaralama suçları ön planda bulundu. Madde kullanımı ve suç davranışı arasında çift yönlü bir ilişki olabileceğı belirtilmektedir. Madde kullanan kişi suça yönelmekle birlikte kişi madde temin edebilmek için suç işleyebildiğı belirtilmektedir (103).

Karatoprak ve Uzun’un çalışmasında tedaviye başvuru yolları incelendiğinde; %48,1’inin kendi isteğı, %46,3’ünün aile isteğı, %5,6’sının yasal veya başka sebeplerle yatışının olduğu görölmektedir (100). Bizim çalışmamızda %69,6’unda aile isteğı, %24,6’sında kendi isteğıyle, %1,5’inde adli makamlardan sevk edildiğı, %4,2’sinde kaldığı sosyal kurum aracılığıyla başvurunun yapıldığı görüldü.

6. SONUÇ ve ÖNERİLER

1- Madde bağımlılığı, bağımlı kişinin zarar görmesinin yanında toplumu da olumsuz etkileyen kompleks bir sorun olarak değerlendirilmelidir. Küresel bir tehdit haline gelen bağımlılığın önlenmesi; disiplinler arası yaklaşıma ve uluslararası koordinasyona ihtiyaç duymaktadır. Bu nedenle uluslararası kuruluşlar ve bilim dalları arasındaki iletişim madde bağımlılığının önlenmesi açısından gereklidir.

2- Bizim çalışmamızda da görüldüğü üzere madde kullanıcıları bağımlı olduğu satın almak için gerekli parayı elde etme amacıyla; gasp, hırsızlık, uyuşturucu satma ve benzeri diğer suçları işlemeye yönelmektedir. Bu nedenle suç işleme oranları göz önüne alınarak tüm toplumu ilgilendiren ortak bir sorunu olduğu bilincinde hareket etmenin önemine dikkat çekilmelidir.

3- Bağımlılık yapmadığı algısının hâkim olması, kolay bulunabilmesi ve nispeten ucuz olması nedeniyle en sık başlama maddesi ve en çok kullanılan madde olarak dikkat çeken esrara karşı mücadele edilmesi gereklidir. Hem sokaktaki satışına karşı güvenlik önemleriyle, hem de bağımlılık yapmadığı algısına karşı broşür, seminer, kamu spotu gibi eğitsel farkındalık çalışmaları yapılmalıdır.

4- Çalışmamızda olguların akranlarında madde kullanımı önemli sayıda bulunmuş olup birçoğunun ise arkadaşını “ispiyonlayacağı” düşüncesiyle ilgili konuda konuşmadığı, dolayısıyla sayının daha yüksek olacağı tahmin edilmektedir. Arkadaş etkisi madde başlanması ve devam ettirilmesinde önemli bir unsur olduğu açıktır. Bu nedenle aileler; çocuklarının arkadaş çevresi konusunda farkındalık sahibi olmalıdır.

5- Çalışmamızda ve benzer çalışmalarda madde beraberinde alkol ve sigara tüketim oranlarının yüksek olduğu dikkati çekmektedir. Alkol, sigara ve esrar gibi bağımlılık yapan maddelerden en çok tüketildiği bilinenler hakkında farkındalık çalışmaları, seminerler ve konferanslar vb. aracılığıyla yapılmalıdır. Ayrıca bu eğitimlerin devamına yönelik çalışmalar Gençlik ve Spor İl Müdürlüğü, İl Milli

Eğitim Müdürlüğü, Sağlık Kurumları ve Emniyet Müdürlüğü tarafından koordineli şekilde yapılmalıdır.

6- Günümüz teknoloji çağında sosyal medyanın ve yeni nesil dijital yayınların gençler üzerindeki etkisi yadsınamaz. Madde bağımlılığı ile mücadelede başta sosyal medyada tanınan kişiler olmak üzere, medya alanında tüm kurum ve kişilerin bu konuda özenli davranmaları gerektiğine dikkat çekilmelidir.

7- Madde bağımlılığına karşı kurulmuş sivil toplum kuruluşlarının yaygınlaştırılması, toplum ve devlet tarafından desteklenmesi önem taşımaktadır.

8- Tüm sosyal ve temel ihtiyaçları karşılanan, eğitimine devam eden, bir meslek sahibi olcağına inanan, kültürel-sosyal faaliyetlerle uğraşan, güvenilir bir ortamda güvende hisseden ergenlerde doğal olarak madde kullanılm oranları muhtemelen daha düşük oranda kalacaktır.

9- Çalışmamızın retrospektif bir çalışma olması, hasta takip dosyalarındaki tıbbi anamnezde eksiklikler bulunması, anamnezdeki bilgilerin kişinin beyanına bağlı olması, alınan bilgilerinin resmi kayıtlarla doğrulanmasının yapılmamış olmasından dolayı elde edilen bulguların diğer illerdeki ÇEMATEM'lerde prospektif ve boylamsal çalışmalarla desteklenmesi gerekmektedir.

KAYNAKLAR

- 1- Squeglia LM, Gray KM. Alcohol and Drug Use and the Developing Brain, Current psychiatryreports, 2016, 18(5), 46. Erişim: <https://doi.org/10.1007/s11920-016-0689-y> Erişim Tarihi: 05/05/2021.
- 2- Gray KM. What have we learned about adolescent substance use? Journal of child sychology and psychiatry, and allied disciplines, 2018 59(6), 618–627.
- 3- Uzday İT. Madde bağımlılığı, İstanbul Tıp Kitabevi, İstanbul 2015.
- 4- Köknel Ö. Bağımlılık: Alkol ve madde bağımlılığı. Altın Kitaplar, Akdeniz Yayınları, İstanbul 1998.
- 5- Ögel K. Alkol ve madde kullanım bozuklukları: tanı, tedavi ve önleme. Yeniden Yayınları, İstanbul 2010.
- 6- Hawkins JD, Catalano RF, Miller PC. Risk and protective factors for alcohol and other drug problems in adolescence and early adulthood: implications for substance abuse prevention.; Psychol Bull 1992, 112:64-105.
- 7- Bukstein OG. Adolescent Substance Abuse: Assess-Ment, Prevention And Treatment. Wiley-Interscience Publicaton, New York 1995.
- 8- Botvin GJ, Dusenbury L. Substance abuse prevention and the promotion of competence: primary prevention and promotion in the schools. L Bond, B Compas (Eds), Newbury Park, CA, Sage 1989.
- 9- Mathias R. Marijuana And Tabacco Use Up Again Among 8th And 10th Graders, A Collection Of Nıda Notes Articles On Nicotine Addiction, National Institute On Drug Abuse, National Institutes Of Health-Who Regional Office, 1997.
- 10- Ögel K, Aksoy A. İstanbul’da Koruma Merkezlerine Başvuran Çocuklarda Tütün, Alkol ve Madde Kullanım Özellikleri, Alkol ve Bağımlılık Dergisi, 2008, 9(3):135-140.
- 11- Tukoer B, Paruk S, Karim E, Burns JK. Substance use in adolescents with mental illness in Durban, South Africa, Journal of Child & Adolescent Mental

Health, 2017, 29:1, 51-61, Erişim: <https://doi.org/10.2989/17280583.2017.1318395>, Erişim tarihi: 08.06.2021.

12- Hovens JG, Cantwell DP, Kiriakos R. psychiatric comorbidity in hospitalized adolescent substance abusers, *Jam Acad Child Adolesc Psychiatry*, 1994.

13- Spaedy A, Doumas S, Solhkhah R. Substance Use Disorders in Vulnerable Children, *Pediatr Clin North Am*. 2020;67(2):373-385. Erişim: doi: 10.1016/j.pcl.2019.11.002. PMID: 32122566. Erişim Tarihi: 02/06/2021.

14- White WL. Illinois Department of Children and Family Services,(IL): Illinois Department of Alcoholism and Substance Abuse, Illinois Department of Children and Family Services, Springfield 1995.

15- UNODC. United Nations Office on Drugs and Crime: World Drug Report, 2010.

16- Kaygısız M. Adli bilimler: olay yeri korunması olay yeri incelemesi, kriminalistik, suç analizi, Seçkin Yayıncılık, Ankara 2003.

17- Uzbay İT. Madde bağımlılığının tarihçesi, tanımı, genel bilgiler ve bağımlılık yapan maddeler, *Meslek İçi Sürekli Eğitim Dergisi* 2009, 21: 5-15.

18- Potter MP. Substances of Abuse II, *Living Sober: Liveng Free Series*, AFS Publishing, California 2007.

19- Ögel K. Madde Bağımlılarına Yaklaşım Ve Tedavi, IQ Yayıncılık, İstanbul 2002

20- Habib B. Uyuşturucu Batağı, Milliyet Yayınları, İstanbul 1991

21- Özden YS. Uyuşturucu Madde Bağımlılığı, İstanbul 2004.

22- İçli TG. Kriminoloji, Seçkin Yayınları, 2016.

23- Köknel Ö. İnsanlık tarihi boyunca dünyada ve Türkiye'de uyuşturucu madde sorunları. Gelişim Yayınları, 1976.

24- Mckim MW, *Drugs and Behavior*. Prentice-Hall, Inc. New Jersey 2000. Sixth edition.

- 25- Uzbay İT. Madde Bağımlılığının Tarihçesi, Tanımı, Genel Bilgiler ve Bağımlılık Yapan Maddeler, Mised Dergisi. 2009
- 26- Reinisch JM, Sanders SA. Early barbiturate ex-posure: The brain sexually dimorphic behavior and learning, 1982, Neurosci Biobehav Rev 6.
- 27- Tekalan ŞA. Çağın Ölüm Tuzakları. Bilim Serisi, Sistem Matbacılık, İstanbul 2006.
- 28- Işık M, Erdal H. Türkiye'nin Madde Kullanımı ve Bağımlılığı İle Mücadele Politikasının Değerlendirilmesi Ve Yeni Bir Model Önerilmesi. Ankara 2015. Electronic Turkish Studies. Erişim: <http://dx.doi.org/10.7827/TurkishStudies.7552> Erişim Tarihi: 28/05/2021.
- 29- Bilgen R. Uyuşturucu maddelerin arzı ile mücadele, İstanbul Üniversitesi Adli Tıp Enstitüsü Sosyal Bilimler Ana Bilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, İstanbul 1998.
- 30- Seçim GA. Study on Substance Abuse Prevention, Eurasia Journal of Mathematics, Science and Technology Education, 2017.
- 31- Karahan C. Uyuşturucu sonu ölüm olan tuzak, beyaz ölüm, Ay Işığı Yayınları, İzmir 2009.
- 32- Strain E, Saxon Andrew JH. Epidemiology, pharmacology, clinical manifestations, course, screening, assessment and diagnosis, 2015.
- 33- Khajuria H, Nayak BP. Detection and accumulation of morphine in hair using GC–MS, Egyptian Journal of Forensic Sciences, 2016, Volume 6, Issue 4, 2016, Pages 337-341, ISSN 2090-536X, Erişim:<https://doi.org/10.1016/j.ejfs.2015.12.002>. Erişim Tarihi: 01/06/2021.
- 34- Çelik M. Uyuşturucu nedir? Nasıl anlarız? Ne yapabiliriz? Bonzai tehlikesi, Alter Yayıncılık, Ankara 2015.
- 35- Demirbaş T. Kriminoloji, Seçkin Yayınları, Ankara 2005.
- 36- Kalyoncu ÖA. Plastik düşler: bağımlılık hakkında gerçekler, yeni bilgiler, yeni tedaviler, yeni umutlar, Kapital Yayıncılık, İstanbul 2012.

37- Karila L. Cocaine addiction: current data for the clinician, France: Presse Medicale, Paris 1983, 43.(1): 9-17. Erişim: <https://doi.org/10.1016/j.lpm.2013.01.069> Erişim Tarihi: 03.05.2021.

38- Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel M¼d¼rl¼ę¼ Madde Bağımlılığı Tanı Ve Tedavi Kılavuzu El Kitabı, 2012, ISBN: 978-975-590-431-3 2012 s 141-145.

39- Wayne H. What has research over the past two decades revealed about the adverse health effects of recreational cannabis use? Addiction,2015, vol. 114, No. 1, s. 19-35.

40- Yıldırım E. Uyuşturucu kullanımının sosyolojik boyutu uyuşturucuya y¼nelik talep azaltımı, Y¼ksek Lisans Tezi, Kırıkkale Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstit¼s¼, Kırıkkale 2008.

41- Medically reviewed by Drugs.com, Morphine Sulfate Monograph for Professionals,2021,Drugs.com.[online],Erişim:<https://www.drugs.com/monograph/morphine-sulfate.html#> Erişim Tarihi: 30/06/2021.

42- Noyan HD. Uyuşturucu Madde Bilgileri, zel G¼venlik Temel Eğitimi Kursiyer Yardımcı Ders Notları. Lebib Yalkın Yayınları, İstanbul 2005, s.353-397.

43- Laing RR, Beyerstein BL, Siegel JA. Chapter 2.2 – Forms of the Drug Hallucinogens: A Forensic Drug Handbook.Academic Press, 2003, ss. 39-41. ISBN 978-0-12-433951-4.

44- Soyarslan D. Kriminoloji: Suç Ve Ceza Bilimleri, Yetkin Yayıncılık, Ankara, 2003.

45- Yago KB. The urban epidemic of phencyclidine (PCP) use: clinical and laboratory evidence from a public psychiatric hospital emergency service, The Journal of clinical psychiatry, 1981, 42.5: 193-196.

46- Kaplan HI, Sadock BJ. USA: Synopsis Psykiatry, 8. Edition. Williams and Wilkins, 1998, s: 388– 389.

47- Galloway GP. Abuse and therapeutic potential of gamma-hydroxybutyric. Alcohol, 2000, 20.3: 263-269.

48- Couper FJ, Marinetti, LJ. Gamma-Hydroxybutyrate(GHB) Effects on Human Performance and Behavior, Forensic science review, 2002, 14.1: 101-121.

49- Tha D. GHB and ethanol effects and interactions in humans, journal of clinical psychopharmacology, 2006, 26.5: 524.

50- Çöloğlu AS. Bağımlılık Yapan Toksik Madde Ölümlerinde Otopsi Bulguları: Kokain, amfetaminler, PPA, opium alkaloidleri (morfin ve eroin), Seminer Notları, İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Adli Tıp Anabilim Dalı, İstanbul 1996.

51- UNODC: Preventing Amphetamine-type Stimulant Use Among Young People: A Policy and Programming Guide. World Drug Report (2010) New York 2010.

52- Gonzales R, Mooney L, Rawson RA. The methamphetamine problem in the United States, Annual review of public health, 2010, 31: 385-398.

53- Matos EG, Hannemann TV, Atzendorf J, Kraus L, Piontek D. The consumption of newpsychoactive substances and methamphetamine, 2018, 115:49-55.

54- Vearrier D, Greenberg MI, Miller SN, Okaneku JT, Haggerty DA. Methamphetamine: history, pathophysiology, adverse health effects, current trends, and hazards associated with the clandestine manufacture of methamphetamine, 2012, Disease-a-month:DM,58(2),38–89.
Erişim:<https://doi.org/10.1016/j.disamonth.2011.09.004>, Erişim Tarihi: 05/05/2021.

55- Malkemus GA. “Meth mouth,” The Community Voice, 2011, vol. 19, no. 7.

56- Huizer H, Theeuwen ABE, Verweij AMA, Sinnema A, Toorn JM. Impurities in illicit drug preparations: amphetamine and methamphetamine, Journal of Forensic Sciences, 1981, vol. 21, p. 225.

57-Jones AL, Simpson KJ. Review article: mechanisms and management of hepatotoxicity in ecstasy (MDMA) and amphetamine intoxications. Alimentary pharmacology & therapeutics, 1999, 13(2), 129–133. Erişim: <https://doi.org/10.1046/j.1365-2036.1999.00454.x> Erişim Tarihi: 21/05/2021.

58- Lange-Brock N, Berg T, Müller AR, Fliege H, Neuhaus P, Wiedenmann B, Klapp B F, Mönnikes H. Akutes Leberversagen nach dem Konsum von Ecstasy (MDMA) [Acute liver failure following the use of ecstasy (MDMA)]. Zeitschrift für Gastroenterologie, 2002, 40(8), 581–586. Erişim:<https://doi.org/10.1055/s-2002-33416>, Erişim Tarihi: 25/06/2021.

59- Gata J, Uchiyama N, Kikura-Hanajiri R, Goda Y. DNA sequence analyses of blended herbal products including synthetic cannabinoids as designer drugs, Forensic science international, 2013, 227(1-3), 33–41. Erişim: <https://doi.org/10.1016/j.forsciint.2012.09.006> Erişim Tarihi: 26/06/2021.

60- Aşıcioğlu F. Psiko-Aktif Maddeler Sempozyumu Kitabı 2013:5-6, Erişim:<http://www.atk.gov.tr/Pdf/psikoakifmaddeler.pdf>, Erişim tarihi: 05/03/2021.

61- Çağlayan H. Güzellikler İçinde Sunulan Zehir Bonsai, Eroin, Esrar, Kokain, Morfin, Captagon. Biyografi Net Yayınları, Ankara 2015.

62- Seely KA, Brents LK, Radomska-Pandya A, Endres GW, Keyes GS, Moran JH. Prather PLA major glucuronidated metabolite of JWH-018 is a neutral antagonist at CB1 receptors. Chemical research in toxicology, 2012, 25(4), 825–827. Erişim: <https://doi.org/10.1021/tx3000472> Erişim Tarihi: 10/06/2021.

63- Buckingham J. Dictionary of organic compounds, CRC Press, 1985.

64- Taylor & Francis Index Nominum 2000: International Drug Directory, 2000.

65- Kristen G, Schaefer A, Von Schlichtegroll A. Fenetyliline: therapeutic use, misuse and/or abuse, Drug and Alcohol Dependence. 1986, 17 (2–3): 259–71. Erişim: doi:10.1016/0376-8716(86)90012-8. PMID 3743408. Erişim Tarihi: 05/06/2021.

66- Katselou M. Fenetyliline (Captagon) Abuse–Local Problems from an Old Drug Become Universal, Basic and clinical pharmacology and toxicology 2016, 119.2: 133-140.

67- Uluçay A, Arpacık Kargı C, Aksoy MF. Acute myocardial infarction associated with Captagon use, Anadolu kardiyoloji dergisi, 2012, 12(2), 182–185. Erişim: <https://doi.org/10.5152/akd.2012.047>, Erişim Tarihi: 10/06/2021.

68- Methadone Hydrochloride Monograph for Professionals- Drugs.com.[online] Erişim: <https://www.drugs.com/monograph/methadone-hydrochloride.html>, Erişim Tarihi: 30/06/2021

69- şahin M. Madde Bağımlılığı Konusunda Türkiye’de Yapılmış Olan Lisanüstü Tezler Üzerine Bir Değerlendirme, Tezsiz Yüksek Lisans Dönem Projesi, Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimler Enstitüsü, Ankara 2007.

70- Nurbanu D, Ayşe E. Bağımlılık Yapıcı İlaçlar ve Kullanılan Analiz Yöntemleri, Kayseri 2012.

71- Ögel K, Yücel H, Aksoy A. İstanbul’da Sokakta Yaşayan Çocukların Özellikleri Yeniden Bilimsel Araştırma Raporları, İstanbul 2004, Yayın no:7

72- Flanagan RJ, Ives RJ. Volatile Substabce Abuse, London 1994.

73- Bowen SE, Batis JC, Paez-Martinez N, Cruz SL. The last decade of solvent research in animal models of abuse: mechanistic and behavioral studies, Neurotoxicology and teratology, 2006, 28(6), 636–647. Erişim: <https://doi.org/10.1016/j.ntt.2006.09.005>, Erişim Tarihi: 16/06/2021

74- Kurtzman TL, Otsuka KN, Wahl RA. Inhalant abuse by adolescents, The Journal of adolescent health: official publication of the Society for Adolescent Medicine, 2001, 28(3),170–180. Erişim: [https://doi.org/10.1016/s1054-139x\(00\)00159-2](https://doi.org/10.1016/s1054-139x(00)00159-2), Erişim Tarihi: 16/06/2021

75- Kayaalp SO, Uzbay İT. İlaç kötüye kullanımı ve ilaç bağımlılığı, İn: Kayaalp Rasyonel Tedavi Yönünden Tıbbi Farmakoloji Kayaalp 2009, Sayı 21-22.

76- Köroğlu E. DSM-5 tanı ölçütleri başvuru el kitabı, Hekimler Yayın Birliği, Ankara 2013.

77- TUBİM Türkiye Uyuşturucu Raporu, 2019.

78- EMCDDA. Turkey Country Drug Report, 2019.

79- Evren C, Bilici R, Ucbilek E, Inan DA. call to action for the prevention of hepatitis C infection among intravenous drug users in Turkey, Dusunen Adam 2017; 30: 271–277.

80- UNODC. United Nations Office on Drugs and Crime: World Drug Report, 2016.

81- T.C. İçişleri Bakanlığı Emniyet Genel Müdürlüğü Narkotik Suçlarla Mücadele Daire Başkanlığı, Türkiye Uyuşturucu Raporu 2020, EGM yayın katalog no: 712, ndb yayınları: 20 yayın no: 2020/6 1. Baskı.

82- Öztürk M. Ruh sağlığı ve bozuklukları, Hekimler Yayın Birliği Yayınları, Ankara 2002.

83- Kasatura İ. Gençlik ve bağımlılık, Evrim Yayınları, İstanbul 1998.

84- Özcan V. Avrupa ve Türkiye’de madde kötüye kullanımı ve bağımlılık, Türk Eczacıları Birliği Yayını Meslek İçi Sürekli Eğitim Dergisi, 2015. 35-36: 7-16.

85- T.C. Sağlık Bakanlığı, Ulusal Ruh Sağlığı Eylem Planı (2011-2023), Ankara 2011.

86- Dow SJ, Kelly JF. Listening to youth: Adolescents' reasons for substance use as a unique predictor of treatment response and outcome, Psychology of addictive behaviors: journal of the Society of Psychologists in Addictive Behaviors, 2013, 27(4), 1122–1131. Erişim: <https://doi.org/10.1037/a0031065> Erişim Tarihi: 20/06/2021.

87- Jarvis M. Appropriate Use of Drug Testing in Clinical Addiction Medicine, Journal of Addiction Medicine, 2017, 11.3: 163-173.

88- Mcneil SE, Cogburn M, Drug Testing. In StatPearls Publishing, 2021.

89- Wong RC, Harley Y. Drugs of abuse: body fluid testing, Springer Science & Business Media, 2007.

90- Hayek SN, Wibbenmeyer LA, Kealey LD, Williams IM, Oral R, Onwuameze O, Light TD, Latenser BA, Lewis RW. 2nd, and Kealey GP, The efficacy of hair and urine toxicology screening on the detection of child abuse by burning, Journal of burn care & research: official publication of the American Burn Association, 2009 30(4), 587–592. Erişim: <https://doi.org/10.1097/BCR.0b013e3181abfd30> Erişim Tarihi: 21/06/2020.

91- Dasgupta A. Critical Issues in Alcohol and Drugs of Abuse Testing, Academic Press 2019.

92- Avcıoğlu G. Uyuşturucu madde analizinde tükürük, idrar, kan örneklerinde kullanılan tarama ve doğrulama yöntemlerinin laboratuvar ve klinik bakış açısından değerlendirilmesi 2019.

93- Doğan YB, Balseven A, Özdemir Ç, Tuğ A, Hancı İH. Madde Kullanımı, Bağımlılıktan Korunma ve Medya, Sürekli Tıp Eğitim Dergisi, 2002, 11 (3): 91-93.

94- Uzbay İT. Madde bağımlılığı tüm boyutlarıyla bağımlılık ve bağımlılık yapan maddeler. İstanbul Tıp Kitabevi, İstanbul 2015.

95- Sevdin AE. Uyuşturucu veya uyarıcı madde imal ve ticareti suçu, Seçkin Yayıncılık, Ankara 2014.

96-Erişim:<https://polisdergisi.pa.edu.tr/-kacakcilik-ve-organize-suclarla-mucadele-daire-baskanligi-turkiye-uluslararasi-uyusturucu-ve-organize-suclarla-mucadele-akademisi-tadoc--1254-haber> Erişim Tarihi: 25/06/2021.

97- Sağlık Bakanlığı, Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü, 2020. Erişim: <https://bmyk.gov.tr/TR-67156/bmyk.html> Erişim Tarihi: 25/06/2021

98- Yıldız A, Şimşek S. Ceza Yargılama ve Kolluk Mevzuatı, Kutup Yıldızı Yayınları İstanbul 2011.

99- 5237 sayılı Türk Ceza Kanunu (2004). T.C. Resmi Gazete, 25611, 12 Ekim

100- Karatoprak S, Uzun N. Çocuk ve Ergen Madde Tedavi Merkezinde Yatarak Tedavi Gören Ergenlerin Sosyodemografik ve Klinik Değerlendirilmesi, Turk J Child Adolesc Ment Health 2020; 27(2):110-5.

101- United Nations Office on Drugs and Crime. World drug report 2019. United Nations Publications.

102- Bilaç Ö, Kavurma C, Önder A, Doğan Y, Uzunoğlu G, Ozan E. Bir bölge ruh sağlığı hastanesi çocuk ve ergen yataklı servisinde madde kullanımı nedeniyle yatarak tedavi gören gençlerin klinik ve sosyodemografik özellikleri. Klinik Psikiyatri, 2019;22:463-471.

103- Altuner D, Engin N, Gürer C, Akyay İ, Akgül A. Madde kullanımı ve suç ilişkisi: kesitsel bir araştırma. Tıp Araştırmaları Dergisi. 2009;7:87-94.

104- Ögel K, Çorapçıoğlu A, Sır A, Tot S, Dogan O, Uguz S, Liman O. Türkiye’de Dokuz İlde İlk ve Ortaöğretim Öğrencilerinde Tütün, Alkol Ve Madde Kullanım Yaygınlığı. Türk Psikiyatri Dergisi 2004;15:112-118.



